



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Heli Peltomäki

ASIAKAS/POTILAS-
PALAUTEPROSESSIN KEHITTÄMINEN
TERVEYSPALVELUIDEN LAATU-
TYÖSSÄ

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
2020

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Heli Peltomäki
Opinnäytetyön nimi	Asiakas/potilas palauteprosessin kehittäminen terveyspalveluiden laatu työssä
Vuosi	2020
Kieli	suomi
Sivumäärä	93+ 10 liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Asiakaslähtöisyys on yksi Vaasan kaupungin Terveyspalveluiden arvoista. Tämä opinnäytetyönä tehty kehittämistyö liittyi osana Vaasan kaupungin Terveyspalveluiden SHQS-laaturuokituksen tavoitteluun asiakas/potilas palautejärjestelmäprosessin kehittämisen osalta. Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa mallinnus Vaasan terveyspalveluiden asiakas/potilas palautejärjestelmän hyödyntämisen prosessista.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä on kuvattu keskeiset käsitteet asiakas, asiakaslähtöisyys, laatu ja asiakas/potilas palauteprosessi. Teoreettiseen viitekehykseen on haettu tutkittua tietoa asiakas palautejärjestelmistä, asiakasfoorumeista, hoitohenkilökunnan näkökulmasta asiakas palauteisiin vastaamisesta ja johtajien näkökulmasta asiakaslähtöisyyteen.

Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli kuvata järjestelmän käyttäjien näkemyksiä asiakas/potilas palautejärjestelmästä asiakas/potilas lähtöisyyttä parannettaessa. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna haastatteleamalla seitsemää palauteidenkäsittelijää Vaasan kaupungin Terveyspalveluissa. Tulosten mukaan asiakaslähtöisessä palautejärjestelmässä asiakkaalla on mahdollisuus valita palautteenantokanava ja palautteen antaminen on vaivatonta. Kehittämistarpeiksi nähtiin yhtenäisen palauteprosessin kehittäminen, palautteiden käsittely tiimissä, palautteisiin vastaaminen tietyssä ajassa, palautteiden systemaattinen kerääminen sekä niiden arviointi.

Kehittämisprosessin aikana kohdeorganisaation edustajien esityksestä kehittämistyö suunnattiin kohdennettujen asiakasryhmien palautteisiin. Työssä tuotettiin mallinnuksena kohdennettujen asiakasryhmien palautteiden käsittelyyn suunnattu asiakas/potilas palauteprosessikaavio sekä sen implementointisuunnitelma osaksi laatu työtä, joka kytketään SHQS-laaturuokitusjärjestelmään.

Asiakas/potilas palauteprosessin mallinnuksen avulla voidaan hyödyntää asiakkailta saatua ja palautteita kehitettäessä toimintatapoja ja parannettaessa asiakaslähtöisyyttä. Asiakas/potilas palauteprosessikaavio vastasi työelämän tarpeita ja koettiin toimivaksi työvälineeksi ja on hyödynnettävissä Vaasan kaupungin muilla palvelualueilla.

Avainsanat asiakas, asiakaslähtöisyys, laatu, asiakas/potilas palauteprosessi, terveyspalvelut

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Heli Peltomäki
Title	Developing of Customer/Patient Feedback Process in the Quality Management of Health Services
Year	2020
Language	Finnish
Pages	93 + 10 Appendices
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

Customer orientation is one of the values in the Health Services in the City of Vaasa. This thesis was a development assignment and was related to the process where the Health Services in the City of Vaasa have the goal of getting SHQS-quality certification in developing the customer/patient feedback process. The purpose of this development assignment was to create a modelling on the processes related to the customer/patient feedback system in the Health Services in Vaasa.

Keywords customer, customer orientation, quality and customer/patient feedback process have been described in the theoretical framework of this thesis. Research data for the theoretical framework have been acquired about customer feedback process, customer forum (patient participation groups), the nursing staff's point of view to answering customer feedback and the nursing managers' point of view to customer orientedness.

The purpose of the empirical part of this development assignment was to describe the process users' views on the customer/patient feedback process when improving the customer/patient-oriented approach. The study was carried out as theme interviews by interviewing seven feedback handlers in Health Services in the City of Vaasa. According to the results, the customers have the possibility of choosing the way they give feedback in a customer-orientated feedback system and giving feedback is effortless. The development needs include developing a coherent feedback process, dealing with the feedback in a team, responding to the feedback in a certain time-frame, a systematic collection of feedback and the evaluation of the collected feedback.

During the development process the members of target organizations suggested that the focus of developing the process is on targeted customer groups' feedback. A customer/patient process chart for processing the feedback of targeted customer groups was modelled in this development assignment. Also, an implementation plan was made to be a part of quality management work connected to SHQS-quality system.

The modelling of customer/patient process can help in utilizing the customer feedback when developing the ways of working and improving the customer-oriented approach. The customer/patient feedback process chart met the needs of the working life and was felt to be well-working and functional. It can also be used in other service areas in the city of Vaasa.

Keywords Customer, customer orientation, quality, customer/patient feedback process, health services

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	10
3	ASIAKASLÄHTÖISYYS OSANA TERVEYSPALVELUIDEN LAATUA	11
	3.1 Asiakas/potilas.....	11
	3.2 Asiakkaan/potilaan lakisääteiset oikeudet.....	11
	3.3 Palvelun laatu.....	12
	3.3.1 SHQS-laatujärjestelmä.....	14
	3.3.2 Asiakkaan näkökulma koettuun laatuun.....	17
	3.3.3 Hoitohenkilökunnan näkökulma laatuun.....	19
	3.3.4 Organisaation johdon näkökulma laatuun.....	21
	3.4 Asiakslähtöisyys.....	22
	3.5 Asiakas/potilaspalauteprosessi.....	25
	3.6 Asiakslähtöisyyden kehittäminen asiakaspalauteiden avulla.....	29
4	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	39
	4.1 Kehittämisprosessi.....	39
	4.2 Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden toteuttaminen.....	39
	4.2.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa.....	40
	4.2.2 Kohderyhmä.....	40
	4.2.3 Aineistonkeruu.....	41
	4.2.4 Aineiston analysointi.....	42
	4.3 Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tulokset.....	45
	4.3.1 Tämänhetkisen asiakas/potilas-palautejärjestelmän prosessin toimivuus.....	45
	4.3.2 Asiakas/potilaspalauteprosessin kehittäminen palautejärjestelmän avulla	60

4.4	Asiakas/potilas palautejärjestelmäprosessin mallinnus	69
5	POHDINTA	76
5.1	Kehittämistyön prosessin ja tulosten tarkastelu	76
5.2	Kehittämistyön eettiset kysymykset	81
5.2.1	Kehittämistyön yleiset eettiset kysymykset	81
5.2.2	Tutkimuseettiset kysymykset	82
5.3	Kehittämistyön luotettavuus	83
5.3.1	Kehittämistyön yleiset luotettavuuskysymykset	83
5.3.2	Tutkimuksellisen osuuden luotettavuus	84
5.3.3	Kehittämistyön prosessin luotettavuus	86
5.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	86
	LÄHTEET	89

LIITTEET

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Haastateltujen kuvaukset organisaation käytössä olevista potilas/asiakaspalautejärjestelmistä.....	45
Taulukko 2. Haastateltujen kuvaukset asioista, joista organisaation asiakkaat/potilaat antavat palautetta asiakas/potilaspalautejärjestelmiin.....	47
Taulukko 3. Haastateltujen kuvaukset asiakas/potilaspalautteiden käsittelystä. .	50
Taulukko 4. Haastateltujen kuvaukset siitä, mitä asiakas/potilaspalautteelle tapahtuu käsittelyn jälkeen.....	53
Taulukko 5. Haastateltujen arviot asiakas/potilaspalautejärjestelmien toimivuudesta.....	56
Taulukko 6. Haastateltujen kuvaukset asiakaslähtöisestä asiakas/potilaspalautejärjestelmästä.....	60
Taulukko 7. Haastateltujen kuvaukset asiakas/potilaspalautejärjestelmän kehittämistarpeista.....	62
Taulukko 8. Haastateltujen kuvaukset asiakas/potilaspalauteprosessin kehittämistarpeista.....	65
Taulukko 9. Haastateltujen näkemykset asiakas/potilaspalautejärjestelmästä saatujen palautteiden ja niihin annettujen vastineiden näkyväksi tekemisestä asiakkaille.....	66

LIITELUETTELO

LIITE 1. Asiakslähtöisyyden kehittäminen asiakaspalautteiden avulla

LIITE 2. Käytössä olleet potilas/asiakaspalautejärjestelmät kehittämistyötä aloitettaessa

LIITE 3. Kutsu tutkimukseen/tutkittavan tiedote

LIITE 4. Suostumuslomake teemahaastatteluun

LIITE 5. Teemahaastattelun teemat

LIITE 6. Asiakas/potilaspalauteprosessikaavio

LIITE 7. Asiakas/potilaspalauteprosessikaavio ohjeet

LIITE 8. Ehdotus kehittämistoimesta johdolle

LIITE 9. Kehittämistoimen toteutumisen raportti

LIITE 10. Asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnuksen implementointisuunnitelma

1 JOHDANTO

Asiakaslähtöisyys oli yksi Sipilän hallituksen kärkihankkeista. Sen tavoitteena oli laatia asiakaslähtöisyyden ja omatoimisuuden lisäämistä tukevat toimintamallit sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Valtioneuvoston kanslia 2017, 42.) Hankkeen tarkoituksena oli kokeilun kautta tuottaa jokaiselle sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ajasta ja paikasta riippumatta. Asiakaskokemukset ja -palautteet ovat pohja sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämislle. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2018.) Vaasan Terveystalvelut ovat nimenneet yhdeksi arvokseen asiakaslähtöisyyden (Manninen, 2018, 6).

Tämän opinnäytetyönä tehdyn kehittämistyön kohdeorganisaatio on hakemassa SHQS-laaturunnustusta. SHQS-laaturjärjestelmässä huomioidaan lainsäädäntö, valtakunnalliset suositukset ja hyvät hoitokäytännöt ja se pohjautuu kansainvälisen ISQ-laaturjärjestelmän periaatteisiin (Labquality 2017). Tämä kehittämistyö liittyy osana organisaation laaturunnustuksen tavoitteluun asiakas/potilas-palautejärjestelmäprosessin kehittämisen osalta. Kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa mallinnus Vaasan Terveystalvelujen asiakas/potilas-palautejärjestelmän hyödyntämisen prosessista. Palauteprosessia kehittämällä pyrittiin sujuvoittamaan asiakas/potilas-palautejärjestelmää ja parantamaan kohdeorganisaation asiakas/potilas-lähtöisyyttä.

Kehittämistyön alkaessa vuonna 2018 organisaatiossa oli käytössä Roidu-automaatit (palautejärjestelmä), Facebook-sivut ja kaupungin yleinen sähköpostiosoite feedback/vaasa.fi, joihin asiakkaat/potilaat antavat palautetta mistä tahansa kaupungin antamasta palvelusta tai toiminnasta, myös terveydenhuollosta. Terveystalvelujen käyttämä ulkopuolinen laboratorio käyttää Haipro-asiakas-palautejärjestelmää antaessaan palautetta terveystoimelle asiakkaiden/potilaiden laboratoriolähetteidien tai näytteenoton laaturpoikkeamista. Terveystden ja hyvinvoinnin laitoksen asiakastytytyväisyyskyselyt olivat käytössä terveystalvelu-
asemilla.

Vaasan sosiaali- ja terveystalvaeluissa vuonna 2018 Roidu-automaatin kautta saatiin 30 904 palautetta. Suurin osa palautteenantajista oli ollut erittäin tai melko tyytyväisiä saamaansa hoitoon tai palveluun. Terveystasemien asiakkaat olivat olleet tyytyväisiä henkilökunnan ammattitaitoon ja vuorovaikutustaitoihin, saatuun hoitoon, tutkimuksiin sekä kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Pitkistä odotusajoista lääkäreille ja hammaslääkäreille sekä vastaanoton myöhässä olevista ajoista oli annettu negatiivista palautetta. (Vaasan kaupungin Intranet Kiva 2019.)

Tässä opinnäytetyössä teoreettisessa viitekehysessä käytetään lähdeaineiston käsitteistä riippuen vaihtelevasti käsitettä asiakas/potilas. Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä potilasasiamiestä, muistutuksia organisaation johdolle, eikä kanteluita valvontaviranomaisille.

2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyönä tehdyn kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa mallinnus Vaasan terveystalouden asiakas/potilaspalautejärjestelmän hyödyntämisen prosessista. Kehittämistyön tavoitteet olivat seuraavat:

1. Tuottaa arvioitavissa oleva mallinnus asiakas/potilaspalautejärjestelmäprosessista vastaanottopalveluiden palautejärjestelmästä ja arvioida sitä.
2. Sujuvoittaa asiakas/potilaspalautejärjestelmän prosessia.
3. Parantaa asiakas/potilaslähtöisyyttä vastaanottopalveluiden asiakas/potilaspalautejärjestelmän avulla.

Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli kuvata järjestelmän käyttäjien näkemyksiä asiakas/potilaspalautejärjestelmästä asiakas/potilaslähtöisyyttä parannettaessa. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten toimiva on tämänhetkinen asiakas/potilaspalautejärjestelmän prosessi?
2. Kuinka asiakas/potilaspalauteprosessia tulisi kehittää palautejärjestelmän avulla?

3 ASIAKASLÄHTÖISYYS OSANA TERVEYSPALVELUIDEN LAATUA

3.1 Asiakas/potilas

Terveydenhuollon laatuopas määrittelee asiakkaan/ potilaan ihmiseksi, joka käyttää terveys- tai sairaanhoitopalveluita tai on muuten palveluiden kohteena (Kuntaliitto 2011, 6). Sosiaali- ja terveydenhuollon sanakirja määrittelee asiakkaan (engl. client) palvelujen tai tuotteen vastaanottajaksi. Asiakas on joko luonnollinen henkilö, henkilöstöryhmä tai organisaatio. Potilaan (engl. patient) määritelmänä on terveydenhuollon asiakas, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia. (Stakes & Tekniikan Sanastokeskus (TSK) 1997, 23.) Näitä kahta käsitettä käytetään osittain vaihtelevasti eri julkaisuissa. Lähdeaineiston käsitteistä riippuen tässäkin opinnäytetyössä käytetään käsitettä vaihtelevasti teoreettisessa viitekehyksessä. Asiakkaalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sekä asiakasta että potilasta.

3.2 Asiakkaan/potilaan lakisääteiset oikeudet

Terveydenhuoltolain (L30.12.2010/1326) tarkoituksena on väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, terveyserojen kaventaminen sekä asiakaskeskeisen hoidon vahvistaminen. Laki edellyttää terveydenhuollon toiminnan perustuvan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollossa tuotettujen palveluiden tulee olla laadukkaita, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (Potilaslaki) (L17.8.1992/785) säädetään potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun ja hoitoon pääsystä. Yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa tehdään potilaan tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma, mistä näkyy hoidon järjestäminen ja toteutuksen aikataulu. Potilaalla on tiedonsaantioikeus terveydentilastaan, mahdollisesta hoidosta ja hoitovaihtoehdoista siten, että potilas ymmärtää saadut tiedot, ja oikeus nähdä hänestä kirjoitetut asiat. Tässä laissa on säädetty potilaan itsemääräämisoikeudesta siten, että potilasta on

hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja potilaalla on oikeus kieltäytyä tarjottavasta hoidosta, jolloin hoitoa annetaan yhteisymmärryksessä toisella lääketieteellisellä keinolla. Laissa määrätään myös alaikäisen potilaan asemasta, kiireellisestä hoidon saannista ja tiedonsaantioikeudesta ja toimivallasta.

Potilaslain mukaan potilaalla on oikeus tehdä muistutus toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle tai kantelu valvontaviranomaiselle, ollessaan tyytymätön terveyden- tai sairaanhoitoon tai siihen liittyvään kohteluun. Terveydenhuollon yksikön on tiedotettava muistutusoikeuden tekemisen mahdollisuudesta. Terveydenhuollon yksikössä tulee olla nimettynä potilasasiamies, joka neuvoo, avustaa ja tiedottaa potilaan oikeuksista ja toimii potilaan oikeuksia edistäen. (L17.8.1992/785.) Tässä opinnäytetyössä ei kuitenkaan jatkossa käsitellä potilasasiamiestä, muistutuksia organisaation johdolle, eikä kanteluita valvontaviranomaisille.

Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L 9.2.2007/159) määritellään muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvalisesta sähköisestä käsittelystä. Tietojärjestelmä täyttää vaatimukset silloin, kun se on suunniteltu, valmistettu ja toimii tietoturvaa ja tietosuojaa koskevien lakien ja kansallisten määritysten mukaisesti. Asetuksen viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja hyvästä tiedonhallintatavasta (A 12.11.1999/1030) mukaan on selvitettävä ja arvioitava tietojen saatavuuteen, käytettävyyteen, laatuun ja suojaan sekä tietojärjestelmien turvallisuuteen vaikuttavat uhat sekä niiden minimointi ja poistaminen käytettävissä olevin keinoin ja niistä aiheutuvat kustannukset. Viranomaisen tulee laatia ylläpitämistään tietojärjestelmistä seloste, josta ilmenee tietojärjestelmän käyttötarkoitus ja siihen talletettavat tiedot.

3.3 Palvelun laatu

Sosiaali- ja terveyshuollon laatusanastossa (1997) sana laatu (engl. quality) kuvataan seuraavasti:

Hyödykkeen ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, johon perustuu hyödykkeen kyky täyttää siihen kohdistuvat odotukset. Hyödykkeet ovat tuotteita tai palveluita, jotka välittömästi tai välillisesti tyydyttävät asiakkaan tarpeita.

Sosiaali- ja terveysalan hyödykkeet kuvataan erilaisina palveluina asiakkaille/potilaille, mutta myös tavaroiden toimittamisena tai käyttämisenä kuten terveydenhuollon tutkimus- ja hoitotoimenpiteinä, lääkkeinä, laitteina, hallinto- ja tukitoimintoina, sosiaalitoimen palveluprosesseina tai koulutuksena. Hyödykkeiden laatua tarkastellaan useasta eri näkökulmasta kuten asiakkaan, palveluntuottajan tai viranomaisen. (Stakes & Tekniikan Sanastokeskus (TSK) 1997, 71.) Laatu voidaan määritellä tuotteen tai palvelun kykyä täyttää asiakkaan odotukset, jolloin laatu perustuu asiakkaan mielipiteeseen saadusta palvelusta ja siitä, täyttääkö se hänen lähtökohdistaan hänen palvelullensa asettamansa vaatimukset. (Haverila, Uusi-Rauva, Kouri & Miettinen 2009, 372.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatu kiteytyy seitsemään osatekijään: asiakaskeisyyteen, palvelujen saatavuuteen, oikeudenmukaisuuteen, valinnanvapauteen, potilasturvallisuuteen, ammatilliseen korkeatasoiseen osaamiseen ja palvelujen vaikuttavuuteen (THL 2019). Asiakaskeisyydellä tarkoitetaan palvelun järjestämistä asiakkaan tarpeista käsin, jolloin asiakas on palvelujen keskiössä (Koivunen 2017, 3). Palvelujen saatavuudella tarkoitetaan ”kunnan järjestämiä terveydenhuollon palveluita sellaisiksi kuin asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentilan perusteella lääketieteellisesti ja terveystieteellisesti on arvioitu perusteltu tarve” (L 30.12.2010/1326). Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, mitä Potilaslaissa (L17.8.1992/785) säädetään. Valinnanvapaudella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta valita sosiaali- ja terveyspalvelujen palveluntuottaja ja palveluyksikkö sekä palveluja antavat ammattihenkilöt (HE 16/2018 vp; Valtioneuvosto 2019). Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien työntekijöiden ja organisaatioiden toimintamalleja, joilla varmistetaan palvelujen, huolenpidon ja hoidon turvallisuuden lisäksi asiak-

kaiden tai potilaiden suojaaminen vahingoittumiselta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 25). Korkeatasoisella ammatillisella osaamisella tarkoitetaan sosiaali-terveydenhuollon ammattilaisen peruskoulutuksessa, tehtävään perehdyttämisessä ja jatkuvasti täydennyskoulutuksiin osallistumisessa saavutettua osaamista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15-16). Terveystieteiden tutkimuksessa vaikuttavuudella tarkoitetaan hoitotoimenpiteiden avulla saatua muutosta ihmisen terveydentilassa tai elämänlaadun parantumisessa (Blom, Hovi, Kovanen & Isojärvi, 2007, 4). Simonen (2012, 5, 35) on tutkinut väitöskirjassaan sosiaali- ja terveydenhuollon johtajien sekä erikoissairaanhoidon johtajien käsityksiä vaikuttavuudesta. Heidän näkemystensä mukaan vaikuttavuus tarkoitti sitä, miten terveydenhuollon toiminta on myötävaikuttanut henkilön terveydentilassa tapahtuneisiin muutoksiin.

3.3.1 SHQS-laaturjestelmä

Laaturjestelmällä tarkoitetaan organisaation laadun kehittämisessä, hallinnassa ja johtamisessa käytettäviä järjestelmiä (Haverila ym. 2009, 383). Social and Health Quality Service (SHQS) -laaturjestelmä on yksi yleisimmin käytössä olevista laadunmittaamisen järjestelmistä terveydenhuollossa. SHQS-laaturjestelmään kuuluvat itsearviointi, johdon katselmus, sisäinen auditointi ja ulkoiset auditoinnit. (Kotisaari & Kukkola 2012, 68.)

SHQS-laaturjestelmässä kuvataan laatua latinan kielisellä sanalla *qualis* ja venäjän kielisellä sanalla *lad*, jotka tarkoittavat sopuointua, järjestystä ja rauhaa. Laatu tuotteessa tai palvelussa muodostuu harmoniasta, tasapainosta ja vakaudesta, joiden ominaisuutta voidaan laaturkriteereiden avulla mitata ja arvioida. Laadunhallinnan lähtökohdat ovat asiakaslähtöisyys, jatkuva parantaminen ja yhdyspinnat. Asiakaslähtöisyydessä huomioidaan asiakkaan tarpeet ja toiveet. Asiakas saa oikeaa palvelua oikeaan aikaan, asiakas tulee kuulluksi ja asiakasta kohdellaan asiallisesti. SHQS-menetelmässä laadunparantaminen on jatkuvaa. Jatkuvuutta kuvataan CQI-kehällä (Continuous Quality Improvement): suunnittele, toteuta, tarkista ja toimi. (Hiltunen 2018, 8-9, 14-17.) Deming (2000, 88) kuvaa jatkuvaa laadunparantamista mallissaan ”Plan - suunnittele, Do - toimi, Check - tarkista ja

Act - toimi” samanlaisena jatkumona. Mittaaminen, analysointi, toimintatapojen muutos ja koko henkilöstön osallistuminen laadun parantamiseen ovat laadun jatkuvaan parantamista. Yhdyspinnat tarkoittavat potilaiden hoitoprosessien kuvaamista ja sitä, että hoitohenkilökunnan vastuu- ja tehtävienjako on selkeästi sovittu. (Hiltunen 2018, 15.)

SHQS-laatu järjestelmässä huomioidaan lainsäädäntö, valtakunnalliset suositukset ja hyvät hoitokäytännöt ja se pohjautuu kansainvälisen ISQ-laatu järjestelmän periaatteisiin (Labquality 2017). SHQS-järjestelmässä ovat erilliset johdon kriteeristöt sekä yksikkö- ja prosessikriteeristöt. Johdon kriteeristö arvioi koko organisaation toimintaa. Yksikkö- ja prosessikriteeristöt kohdistuvat työntekijöihin ja heidän yksikköjensä ja prosessiensa toimintaan. (Hiltunen 2018, 19.)

SHQS-menetelmässä arviointikriteeristö perustuu itsearviointiin, sisäiseen ja ulkoiseen auditointiin ja laaduntunnustukseen (Hiltunen 2018, 19). Itsearviointi toteutetaan Internetissä julkaistulla Laatuportin SHQS-yksikkö- ja prosessikriteeristöllä, joka sisältää neljä arviointialuetta: johtaminen, voimavarojen hallinta, prosessien hallinta sekä arvioinnin ja kehittämisen osiot. Itsearviointiin osallistuu koko henkilöstö. Sisäinen auditointi on organisaation sisäinen kehittämistoimi, joka tehdään vuosittain suunnitelmallisesti ja teemoittain. Sisäisen auditoinnin toteuttaa organisaation omat työntekijät, jotka ovat saaneet sisäisen auditoijan koulutuksen. Sisäisestä auditoinnista laaditaan raportti, josta ilmenevät yksikön vahvuudet ja kehittämiskohteet, jotka käynnistävät jatkuvan laadun kehittämisen. Ennen ulkoista auditointia tehdään esiauditointi, jossa arvioidaan organisaation valmiutta laaduntunnustusauditointiin. Ulkoisen auditoinnin tekee SHQS-auditoija, joka esittää auditoinnin tuloksen SHQS-työryhmälle. Työryhmä päättää organisaatiolle annettavan laaduntunnustuksen myöntämisestä tai tarvittavan lisänäytön antamisesta, laaduntunnustuksen perumisesta, pidättämisestä, rajaamisesta tai laajentamisesta. (Hiltunen 2018, 20-23, 26-29.)

Labqualityn (2014) SHQS-arviointikriteeristössä on tulkintaohje, jonka avulla selvennetään vaatimuksia, jotka kriteeri sisältää. Asiakas/potilaspalautteisiin liit-

tyen SHQS-laatukriteeristöissä on kriteeri, jonka mukaan arvioidaan asiakkaan /potilaan osallisuutta, varmistetaan että asiakaspalautetta hankitaan, palautteita käsitellään ja niitä hyödynnetään. Asiakaan/potilaan asiakastyytyvyyden arviointiin kuuluvat muun muassa seuraavat vaatimukset:

- asiakaspalautteen järjestelmällinen hankinta eri tavoin, esimerkiksi asiakas/potilas-, omais-/läheis- ja sidosryhmäkyselyjen, väestöön kohdistettujen mielipidekyselyjen ja /tai sisäisten asiakaskyselyjen tai vastaavien systemaattisten asiakaspalautemenetelmien avulla,
- jatkuvan asiakaspalautteen hankinta muun muassa palautelomakkeiden ja sähköisten menetelmien avulla,
- saadun suullisen palautteen kirjaaminen

Arviointien tulosten pohjalta toimintaa kehitetään asiakkaan/potilaan osallisuuden lisäämiseksi sekä asiakasvaatimusten ja odotusten täyttämiseksi. (Labquality 2014.)

Labqualityn (2014) SHQS-arviointikriteeristö on numeroitu juoksevasti kunkin arviointikohteen alle. Arviointikriteerivaihtoehdot ovat seuraavat:

- ”1. Ei dokumentoitu (puheen tasolla tai ei näyttöä),
2. Dokumentoitu, ei vielä käyttöönotettu (ohjeistus on laadittu, mutta ei vielä näyttöä sen toteutumisesta),
3. Yhtenäinen käytäntö, mutta ei dokumentoitu (toimitaan käytännössä vaatimusten mukaisesti, mutta näyttöä sen toteutumisesta ei ole jäljitettävissä),
4. Käyttöönotettu, mutta ei vielä systemaattista arviointia (dokumentoitu, käyttöönotosta on saatavissa näyttöä, mutta ei vielä arvioinnista),
5. Laajasti käytössä, arviointi on aloitettu (dokumentoitu, näyttö saatavissa yhteisestä käytännöstä suurimmassa osassa organisaatioita ja myös arviointikäytännöt aloitettu),

6. Kattavasti käytössä, arviointi ja kehittäminen on vakiintunut (dokumentoitu, vahva näyttö saatavissa koko organisaation yhtenäisestä vaatimuksenmukaisesta käytännöstä ja sen systemaattisesta arvioinnista ja jatkuvasta parantamisesta),
7. Ei koske (valitaan, mikäli kriteerin vaatimus ei sovellu kyseisen yksikön/prosessin toimintaan.)” (Hiltunen 2018.)

3.3.2 Asiakkaan näkökulma koettuun laatuun

Terveydenhuollon laatuoppaassa laatu on luokiteltu palvelujen laatuun, palvelujen kliiniseen laatuun, prosessien laatuun ja palvelujen vaikuttavuuteen. Palvelun laadun potilaskeskeisyyttä tarkastellaan potilaan, henkilökunnan ja johdon näkökulmasta. (Kuntaliitto 2011, 9-15.) Uudistetussa Terveydenhuollon laatuoppaassa, joka on ilmestynyt vuonna 2019, käytetään potilaskeskeisyys-käsitteen sijaan käsitettä asiakaslähtöisyys (Kuntaliitto 2019, 7).

Potilaskeskeisyys on laadukasta potilaan näkökulmasta, kun potilas on tietoinen mistä hakea terveystalvueluita joko puhelimitse tai verkkosivuilta. Potilas kokee, että terveystalvueluiden tiedottaminen on selkeää ja se ohjaa oikean palvelun hakemiseen. Potilaalla on mahdollisuus valita lain puitteissa hoitopaikka ja hoitava ammattilainen. Hoitoon ja tarvittaviin tutkimuksiin pääseminen on mutkatonta. Oikeus ystävälliseen, ammattitaitoiseen ja yksilölliseen kohteluun ovat tärkeä osa laadukasta potilaskeskeisyyttä. Sairauden kohdatessa potilas saa tietoa sairaudestaan ja osallistuu hoitosuunnitelman laatimiseen omalta osaltaan ja sitoutuu noudattamaan sitä sekä on tietoinen, minne ottaa yhteyttä ongelmien ilmaantuessa. Saatu opastus palautteenantamisen mahdollisuudesta saadusta hoidosta, anonyyminäkin, on laatua. Potilas saa tietoa ja opastusta, miten tavoittaa potilasasiamiehen, kuinka tehdä muistutus organisaatiolle tai potilasvahinkoilmoitus Potilasvaikutuskeskukselle tai kantelu valvontaviranomaiselle. (Kuntaliitto 2011, 9.)

Palvelu on laadukasta, kun potilas saa hoitoa lääketieteellisesti oikea-aikaisesti. Potilaan hoidon kiireellisyyden arviointi tapahtuu potilaan ottaessa yhteyttä ter-

veydenhuollon toimintayksikköön. Lääketieteellisen arvion lisäksi potilaan sairauden mukana tuoma työkyvyttömyys tai toimintakyvyn heikentyminen ja lisääntynyt avuntarve vaikuttavat hoidon ajoitukseen. Näiden arvioiden pohjalta potilas saa tiedon hoidontarpeen kiireellisyydestä ja toteutumisaikajankohdasta. (Kuntaliitto 2011, 10.)

Laatua on, että potilaalla on luottamus siihen, että terveydenhuollon yksiköissä on riittävästi henkilökuntaa, joka pitää huolen potilaan terveysongelmasta ajantasaisella tutkimukseen perustuvalla tiedolla. Moniammatilliset työryhmät toimivat potilaan eduksi hoidon edetessä ja auttavat potilasta ottamaan vastuun hoidostaan ja terveydestään. (Kuntaliitto 2011, 11.)

Hoitoprosessien laatu näkyy potilaalle hoidon sujuvuutena. Potilas saa tarvitsemansa hoidon viivytyksettä ilman päällekkäisiä tai tarpeettomia hoitoja tai tutkimuksia. Hoitosuunnitelman laadintaan osallistuvat potilasta hoitava henkilökunta sekä potilas itse. Hoitosuunnitelman lähtökohtana on potilaan kokemus hoidon tarve ja hoidon tavoite. Hoitosuunnitelmasta potilas saa tietoa sairaudestaan, hoitovaihtoehtoista ja niihin liittyvistä riskeistä sekä potilaan omasta vastuusta hoidostaan. Hoitosuunnitelma toteutetaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa, mutta lääketieteellisistä asioista päättää lääkäri. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta, jolloin hoito tapahtuu muilla lääketieteellisillä tavoilla hoitaa sairautta. (Kuntaliitto 2011, 13.)

Hoidon laatuun liittyy asiakkaan hoitokokemus, joka kuvaa asiakkaan saamaa kohtelua: kunnioitusta, arvostusta ja myötätunnon kokemista (Kuntaliitto 2019, 7). Markkinoinnin näkökulmasta Berry, Parasuraman ja Zeithaml ovat 1980-luvulla tutkineet kuinka asiakkaat kokevat palvelun laadun. Tämän tutkimuksen pohjalta on kehitetty Servqual-menetelmä, jolla mitataan asiakkaan kokemaa laatua. Asiakkaat kokevat palvelun laadun hyvänä, kun seuraavat viisi osatekijää täyttyvät: konkreettinen ympäristö, luotettavuus, reagointialttius, vaikuttavuus ja empatia. (Grönroos 2015, 114-116.)

Konkreettinen ympäristö kattaa palveluntuottajien asianmukaiset toimitilat, laitteiden ja materiaalien miellyttävyyden sekä asiakaspalveluhenkilöstön asianmukaisen ulkoisen habituksen. Luotettavuus takaa palvelun laadun, kun ensimmäisestä kerrasta lähtien asiakas saa palvelua täsmällisesti ja virheettömästi sekä palvelu saadaan luvatussa ajassa. Reagointialttius pitää sisällään yrityksen työntekijöiden innokkaan palvelualttiuden, auttamishalun sekä ilmoittamisen milloin halutun palvelun saa ja asiakkaiden palvelemisen välittömästi. Vaikuttavuus tarkoittaa, että yrityksen henkilökunnalla on taito käyttäytymisellään luoda vaikutelma, että asiakkaat tuntevat olonsa luottavaiseksi ja turvalliseksi asioidessaan yrityksessä. Työntekijät ovat ystävällisiä ja valppaita vastaamaan kysymyksiin. Empatia palvelun laadussa tarkoittaa, että yritys ymmärtää asiakkaan ongelmia ja hoitaa asiakkaiden asioita heidän etujensa mukaisesti sekä kohtelu on yksilöllistä. Aukioloajat ovat asiakkaiden mielestä sopivat. (Grönroos 2015, 116.)

3.3.3 Hoitohenkilökunnan näkökulma laatuun

Potilaskeskeisyys henkilökunnan näkökulmassa laadukkaaseen hoitoon kohdistuu koko palvelutapahtumaan. Ihmis- ja perusoikeuksia noudatetaan sekä potilaan oikeutta elämään, henkilökohtaiseen koskemattomuuteen, turvallisuuteen ja yksityisyyteen kunnioitetaan hoitosuhteissa. Syrjimättömyys sekä ihmisarvon ja vakaumuksen kunnioittaminen on laadukasta hoitotyötä. Ohjauksessa huomioidaan potilaan äidinkieli, uskonto ja kulttuuri sekä yksilöllisyys, mukaan lukien perhe- ja taustat. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävästi aikaa, jotta potilas saa tiedot terveydentilastaan, mahdollisista hoidoista sekä hoitovaihtoehdoista, joilla on vaikutus hoitopäätöksen tekemiseen. Yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa muotoillaan tarvittava hoitosuunnitelma. Potilasta osallistetaan hoitoonsa selkeillä ohjeistuksilla. (Kuntaliitto 2011, 9-10.)

Ammattitaitoiselta henkilökunnalta edellytetään kykyä arvioida potilaan hoidon kiireellisyys. Terveyspalveluiden toimintayksikköön potilas voi tulla päivystyspotilaana, kiireellisenä tai kiireettömänä. Päivystyksellisen ja kiireellisen hoidon tarpeen arviointiin terveydenhuollon ammattihenkilö käyttää triage-luokitusta, hoi-

don kiireellisyyden ensiarviota. Kiireettömän hoidon tarpeenarvioinnissa käytetään muun muassa Käypä hoito -suosituksia. (Kuntaliitto 2011, 10-11.)

Henkilökunnan näkökulmasta laadukasta osaamista on hyvä koulutus ja henkilökunta, joka pitää yllä tietotaitoaan kouluttautumalla sekä tuntee hoitotyössä tarvittavat välineet sekä taitaa tietojärjestelmät. Työyhteisön uudet jäsenet saavat perehdytystä työtehtäviinsä. Työyhteisön työtä arvostetaan myönteisellä palautteella. Yhteistyö ja moniammatillinen tiimityö on sujuvaa, samoin verkostoituminen eri alojen asiantuntijoiden kanssa. Osaamisen laatua kehitetään toimintojen kehittämisellä eli osallistamalla laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta koskeviin suunnitelmien tekemiseen ja seurantaan. (Kuntaliitto 2011, 12.)

Sujuvuus laatutekijänä henkilökunnan näkökulmasta tarkoittaa riittävää ammattitaitoista henkilökuntaa, laadukkaita hoitovälineitä, asiallisia hoitotiloja sekä riittäviä laboratorio- ja röntgenpalveluita potilaan hoidossa. Prosessikaaviot yleisimmistä annettavista hoidoista on kuvattu, vastuut on nimetty ja jatkuvan arvioinnin ja kehittämisen prosessit ovat henkilökunnan tiedossa. Yhdenmukaiset prosessikaaviot riippumatta toimintayksiköstä yhtenäistävät hoitomenettelyitä sekä selkiyttävät työnjakoa ja vastuita. Nämä asiat puolestaan sujuvoittavat työtä sekä ennaltaehkäisevät laatupoikkeamia ja virheitä. Näyttöön perustuvat tutkitun tiedon pohjalta tehdyt organisaatiokohtaiset hoito-ohjeet tavanomaisista sairauksista on laadittu. Nämä hoito-ohjeet tukevat annetun hoidon toteutuksen oikeellisuutta, oikea-aikaisuutta sekä lisäävät annetun hoidon tuloksellisuutta ja potilasturvallisuutta. Potilasryhmille, joita hoidetaan yli organisaatorajojen, laaditaan hoitoketju yhteistyössä kaikkien potilasta hoitavien tahojen kesken. Hoitoketjussa näkyy hoidon sisältö vaiheittain, toimijoiden vastuutahot, tiedonkulku sekä hoitoketjun sujuvuuden jatkuva seuranta ja arvioiminen. Hoitoketjujen rajapintojen välisessä yhteistyössä eri organisaatioiden välillä tulee kiinnittää huomiota laatupoikkeavuuksien minimoimiseen. (Kuntaliitto 2011, 13-14.)

3.3.4 Organisaation johdon näkökulma laatuun

Potilaskeskeinen laatutyö vaatii johdon sitoutumista. Potilaiden tarpeet otetaan huomioon organisaation strategioissa. Organisaatio sitoutuu laatutyöhön turvaamalla riittävän, ammattitaitoisen sekä pätevän hoitohenkilökunnan asiakaspalveluita ja hoitoa toteuttaessa. Potilaskeskeistä hoitotyötä seurataan erilaisilla mittareilla kuten organisaation omat potilaspalautteet, THL-kyselyt, muistutukset, potilasvahinkoilmoitukset ja kantelut, joiden avulla kehitetään laatua potilaskeskeisemmäksi. (Kuntaliitto 2011, 10.)

Johdon näkökulmasta potilaiden oikea-aikainen hoito vaatii riittävät henkilöstömäärät. Koulutuksen järjestäminen kiireellisen hoidon tarpeen arvioinnista sekä toimipaikkakohtaisesta ajantasaisesta oppaiden ylläpitämisestä kuuluu johdon laatutyöhön. Johdon tehdessä laatutyötä, se seuraa, että lainmukaisia hoitoon pääsyä ja yhteydensaannin aikarajoja noudatetaan. Näitä ovat muun muassa välitön yhteydensaanti terveystieteiden keskuksiin, triage-luokittelun mukaiset päivystyksen odotusajat sekä odotusaika vastaanotolle, kiireettömään hoitoon pääsyä ja hoitotakuun toteutuminen. (Kuntaliitto 2011, 11.)

Johdon näkökulmasta osaamisen laatua on vastata siitä, että toimintayksiköissä on riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö erilaisine osaamisalueineen. Johdon tehtävä on kannustaa henkilöstöään kehittämään osaamistaan ja asiantuntemustaan sekä taata, että kehittämismahdollisuudet ovat tasapuoliset kaikille. Organisaation strategia on määritelty ja henkilöstö tietää yksikkönsä tavoitteet ja miten ne saavutetaan. Johto vastaa henkilöstön edustajien välisistä moitteettomista suhteista ja siitä, että henkilöstön mielipide on otettu huomioon kehittäessä organisaation laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelmaa. Potilasturvallisuus on laadun keskeinen osa-alue. Täydennyskoulutus lisää ammatillista osaamista, joten yhteistyö yliopistojen ja alueen ammattikorkeakoulujen kanssa on tärkeää. Perehdytysohjelmat sekä sijaisille että uusille työntekijöille ovat osa laatutyötä. (Kuntaliitto 2011, 12.)

Johdon osalta sujuvuus tarkoittaa, että henkilöstöä ja voimavaroja käytetään tehokkaasti. Vältetään päällekkäishoitamista ja turhia toimenpiteitä sekä hoitoon odotusaika ja hoitoaika ovat kohtuulliset. Sujuvuus tarkoittaa, että organisaatio saavuttaa asetetut toiminnalliset ja taloudelliset päämääränsä. Prosessikaaviot yleisimmistä annettavista hoidoista, organisaatiokohtaiset hoito-ohjeet ja hoitoketjut ovat johdon laatimia sujuvoittamaan hoitoa. Hoidon sujuvuuden mittaamista edellä mainittujen lisäksi ovat muun muassa potilastyytyväisyys, hoitoajat sekä toiminnan tavoitteisiin pääsy. (Kuntaliitto 2011, 14.)

3.4 Asiakslähtöisyys

Danielin ja Darbynin (1999) mukaan asiakslähtöisyys (engl. customer orientation CO) on potilaan oma päätelmä saamastaan hoidosta ollessaan vuorovaikutuksessa palvelun tuottajan kanssa (Kaarainen & Syrjänen 2012, 124). Daniel ja Darbyn (1997) määrittävät termin asiakslähtöisyys myös siten, että palveluntuottajat keskittyvät vastaamaan asiakkaan etuihin, tarpeisiin ja odotuksiin sekä tuottamaan tarkoituksenmukaisia ja yksittäisiä palveluita, joissa huomioidaan asiakkaan elämäntilanne (Bruno, Dell'Aversana & Zunino 2017). Haverila ym. (2009, 377) määrittävät asiakslähtöisyyden asiakkaan saaman arvon maksimoimisena suhteessa organisaation käytössä oleviin resursseihin. Brownin, Mowenin, Donavanin ja Licatan (2002, 111-112) tutkimuksessa palveluntuottajan näkökulmasta työntekijän toiminnan asiakslähtöisyyteen vaikuttivat työntekijän peruspiirteet kuten sopivuus alalle, henkilökohtaiset ominaisuudet ja palvelukäyttäytyminen, kuten missä määrin työntekijä nauttii siitä, että haluaa vastata asiakkaan tarpeisiin ja miten paljon henkilökunta hymyilee sekä miten esimies arvioi henkilökunnan tuottaman palvelun.

Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus ovat lähtökohtana asiakslähtöisyyttä määriteltäessä (Pölkki 2016, 3). Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa tarkoittaa sitä, että kaikki toiminta pohjautuu asiakkaan tarpeisiin. Koko maan kattavat palvelujärjestelmät sekä paikalliset palvelukokonaisuudet tulee suunnitella asiakslähtöisyyttä tukeviksi. Täten varmistetaan palvelujen laatu

ja saadaan tietää asiakkaan toiveet hoidostaan. Asiakslähtöisyyden ollessa tavoitteena ja johtavana periaatteena se huomioidaan johtamisessa, strategioissa, arvioinnissa, toimintakulttuurissa sekä asiakkaiden päivittäisissä kohtaamisissa. (Ovaskainen, Suvivuo, Virjonen & Leino 2016, 77.) Asiakslähtöisen kulttuurin kehittäminen vaatii pitkäjänteistä työtä, sitoutumista ja henkilökunnan kouluttamista sekä johdon kiinnostusta asiakslähtöisyyden kehittämiseen. Sekä asiakkaiden tyytyväisyys että henkilöstön työtyytyväisyys kytkeytyvät toisiinsa. (Kuntaliitto 2019, 7.)

Mattilan (2013) mukaan termien asiakslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys käytöllä on oma viestinsä. Asiakslähtöisyys voi merkitä, että asiakas käynnistää asiakkuuden hakiessaan palvelua, johon reagoidaan. Ilman asiakkaan hakeutumista palveluun, palvelulle ei ole kysyntää. Asiakaskeskeisyydellä taas Mattilan mukaan on kyse asiakkaan ymmärtämisestä palvelujärjestelmän tärkeimmäksi tekijäksi. Asiakkaan voimavarat, kyvyt ja tahto ottaa osaa omaan hoitoonsa, on asiakaskeskeisyyden lähtöpiste. (Keronen 2013, 24.)

Terveystieteidenhuollossa asiakslähtöisyys voi olla toiminnan arvoperustana, jolloin asiakas kohdataan ihmisarvoa kunnioittaen hänen terveydentilastaan huolimatta. Asiakslähtöisyyden perustana on, että palvelut järjestetään huomioimalla asiakkaan tarpeet, eikä organisaation tarpeista käsin. Asiakslähtöinen toiminta alkaa asiakkaan esittämistä asioista ja kysymyksistä ja se on vastavuoroista terveyspalveluiden antajan kanssa. Tämä edellyttää palvelujentarjoajien ja asiakkaiden dialogia ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaiden tarpeet tyydytetään käytössä olevilla palveluilla parhaimmalla tavalla huomioiden kustannustehokkuus. Yhteisymmärrys edellyttää palvelujentarjoajalta asiakasymmärrystä eli kattavaa tietoa asiakkaista sekä heidän tarpeistaan ja sen tiedon hyödyntämisestä palveluiden kehittämisen lähtökohtana. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18.)

Virtasen ym. (2011, 18-19) mukaan asiakslähtöisyys-termin kanssa käytetään rinnakkain termiä asiakaskeskeisyys. Asiakaskeskeisyyden Virtanen ym. määritte-

levät siten, että asiakas on palvelujen keskipisteenä ja palvelut toteutetaan asiakasta varten. Asiakaslähtöisyys on asiakaskeskeisyyden seuraava taso, jossa asiakas osallistuu yhdessä palvelun tarjoajien kanssa alusta alkaen palvelutoiminnan suunnitteluun. Merkittävin ero asiakaskeskeisyyteen on se, että asiakaslähtöisyydessä asiakas nähdään oman hyvinvoinnin asiantuntijuuden kautta resurssina, jolloin asiakkaan asiantuntijuusresurssia, ei vain tarpeita, hyödynnetään palveluiden toteuttamisessa ja kehittämisessä. Kun asiakas nähdään resurssina, tulee palvelujen käyttäjästä toimija eli subjekti, eikä passiivisen toimenpiteiden kohde eli objekti. Aktiivisen toimijan roolissa asiakas ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Omaan palvelu- tai hoitoprosessiin osallistuminen ja omasta hyvinvoinnista huolehtiminen ovat asiakaslähtöisiä lähestymistapoja. Tähän kytkeytyy kiinteästi asiakkaan voimaantuminen. Vastuullisen asiantuntijuuden myötä asiakkaasta tulee työntekijän kanssa yhdenvertainen toimija. Käytännössä tässä on kyse asiakkaan merkityksen tunnustamisesta tasapainoisen palveluprosessin aikaansaamiseksi. Asiakkaan tarpeiden ja palvelumahdollisuuksien väliseen harmoniaan pyrittäessä tuottava toimintamalli on asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen kumppanuus. Kumppanuuden syntyminen edellyttää työntekijän ja asiakkaan välistä hyvää vuorovaikutusta ja molemminpuolista luottamusta.

Potilaskeskeisyys, (engl. patient-centered-care (PCC)), nimettiin keskeiseksi terveydenhuollon tavoitteeksi vuonna 2001 Institute of Medicine (IOM), (suom. Yhdysvaltain kansallinen lääketieteellinen akatemia) raportissa. Potilaskeskeisyys-käsitettä käytettiin terveydenhuollossa usein, mutta se ymmärrettiin heikosti käytännössä. Sen vuoksi Medicare Accountable care organizations (ACO) (lääkäreistä, sairaaloista ja terveydenhuollon ammattilaisista koostuvat vapaaehtoisryhmät, jotka antavat koordinoitua korkealaatuista hoitoa potilailleen) sai tehtäväkseen tuoda käytäntöön potilaskeskeisyys-käsitteen. Potilaskeskeisyys luokiteltiin kolmeen luokkaan: potilaskumppanuuteen, ennaltaehkäisyyn ja hoidon koordinoimiseen. ACO:n tutkimus auttoi ymmärtämään ja suunnittelemaan potilaskeskeisyyttä, ymmärtämään eroa potilaskeskeisyyden ja palveluntarjoajakeskeisyy-

den kesken sekä suunnittelemaan potilaskeskeisyyttä osaksi kaikkien potilaiden hoitoa. (Weissman, Millenson & Sterlin Haring 2017, 31-32.)

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmassa on tuotu esille suomalainen sovel- lus terveyshyötymallista. Terveyshyötymallia esitetään asiakaslähtöiseksi ja kus- tannustehokkaaksi toimintamalliksi. Terveyshyötymallia ohjaa terveyskeskukses- sa asiakasvastaava, jonka tehtävänä on henkilökohtainen palveluohjaus, toimimi- nen vastuuhenkilönä runsaasti palveluita käyttäville asiakkaille sekä ohjata ja yh- teensovittaa asiakkaan tarvitsemia palveluita, mukaan lukien kolmannen sektorin palveluihin ohjaaminen. (Ovaskainen ym. 2016, 78.) Terveyshyötymallin antia on ollut hoidon suunnitelmallisuus ja hoitosuunnitelman laatiminen yhdessä asiak- kaan kanssa (Vehko, Aalto, Sainio & Sinervo 2016).

Asiakkaan hoitosuunnitelman tekeminen on osa asiakaslähtöisyyttä. Asiakkaan sairauden hoidossa on tarkoituksenmukaista, että asiakas määrittää tavoitteensa sairauden kanssa selviytymisen suhteen. Asiantuntijoiden tehtävänä on tuoda esil- le, millaisilla palvelumuodoilla asiakasta voidaan tukea hoidon tavoitteisiin pää- syssä. Asiat kirjataan hoitosuunnitelmaan, josta kaikki hoitoon osallistuvat tahot sekä asiakas tietävät, missä sairaudenhoidossa mennään. (Keronen 2013, 24-25.) Hoitavien tahojen erilaiset potilastietojärjestelmät ja hoidon kirjaamistavat tuovat haastetta asiakaslähtöisyydelle. Parhaimmillaan asiakaslähtöisyys toteutuu, mikäli käytössä on yksi ja sama hoitosuunnitelma kaikkien hoitavien tahojen käytössä. (Vehko ym. 2016, 2352.)

3.5 Asiakas/potilaspalauteprosessi

Asiakastyytyväisyyden (engl. customer satisfaction) arvioinnin avulla saadaan selville tyytyväisyyden kehitys pidemmällä aikavälillä ja voidaan ennakoida mah- dollisia ongelmia ja kehittää uusia toimintatapoja. Asiakassuhdemarkkinoinnin painopiste on jatkuvassa asiakaspalautteessa. Tyytyväisyyttä voidaan seurata spontaanin palautteen, tyytyväisyystutkimusten ja suosittelumäärän avulla. (Berg- ström & Leppänen 2015, 443.)

Asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisessä on huomioitava asiakkaan kokemukset ja palaute. Erilaisten asiakas/potilas-palautejärjestelmien avulla voidaan arvioida asiakkaan saamaa hoidon laatua. (Pölkki 2016, 3.) Yksi tapa on haastatella terveydenhuollon asiakkaita puhelimitse tai toteuttaa kysely posti- tai Internetkyselynä, joilla saadaan käsitys kuntalaisten terveyskäyttäytymisestä, heidän tavoistaan käyttää terveyspalveluita ja koetusta tyytyväisyydestä saatuihin palveluihin. (Kotisaari & Kukkola 2012, 69-70.)

Toinen tapa kerätä terveydenhuollon asiakkailta palautetta on pyytää asiakkailta palautetta hoidon laadusta vastaanotoilla käynnin yhteydessä tai hoitajaksoilla sairaalassa. Asiakastyytyväisyyskyselyä suunniteltaessa on mietittävä mitä organisaation asiakaspalvelun laadulta halutaan. Valmiita lomakkeita on saatavilla Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta, kuten asiakastyytyväisyysmittaristo, joka sisältää potilaan näkemyksen terveysasemilta saadun hoidon, polikliinisen hoidon ja sairaalahoidon laadusta. (Kotisaari & Kukkola 2012, 69-70.) Lisäksi tyytyväisyyden astetta mitataan muun muassa henkilökontakteihin, tukijärjestelmiin sekä palveluympäristöön. Asiakastyytyväisyystutkimuksella voidaan luokitella asiakkaita erittäin tyytyväisiin ja erittäin tyytymättömiin. Erittäin tyytymättömät asiakkaat katkaisevat hoitosuhteen nopeasti, kertovat kokemuksistaan muille ja kirjoittavat lehdissä tai keskustelupalstoilla, mutta eivät valita suoraan organisaatiolle. Erittäin tyytyväiset asiakkaat taas antavat herkästi positiivista palautetta ja levittävät tietoa kokemastaan hyvästä palvelusta muille. Organisaatiolle osoitettu myönteinen palaute auttaa organisaatiota ylläpitämään positiivista imagoaan niin asiakkaille kuin henkilökunnalleenkin. Tyytyväisyyden lisääntyessä suosittelumäärä kasvaa. (Bergström & Leppänen 2015, 444-445.)

Kolmas tapa on kerätä palautetta organisaation Internetsivuilla, palautelomakkeilla tai potilashaastatteluilla, jolloin saadaan tietoa organisaation onnistumisista ja kehittämistarpeista. Negatiivisena nähdään tämän tyyppisen palautteen riittämätön käsittely ja se, että usein saatu tieto jää kokonaan käsittelemättä ja käyttämättä suunnittelussa ja arvioinnissa. Koko organisaation käsittävä sähköinen palauttei-

den koontisivusto sisältää muun muassa palautteen vastaanottajan nimen, palautteen päivämäärän, kunnan, toimintayksikön, palautteen vastaanottajan toimimikkeen, palautteen aiheen, palautteen luonteen, palautteen sisällön, palautteen antajan korjausehdotuksen, toteutuneen yhteydenoton palautteen antajaan, palautteen käsittelyn, toteutetut toimenpiteet ja vastuunhenkilön tehtävissä jatkotoimenpiteissä. (Kotisaari & Kukkola 2012, 70.)

Spontaani palaute tarkoittaa asiakkaalta/potilaalta saatuja kiitoksia, moitteita, valituksia, toivomuksia ja ideoita toiminnan kehittämiseksi. Organisaation tehtävänä on tehdä palautteenantomahdollisuus vaivattomaksi niin asiakkaille/potilaille kuin yhteistyökumppaneillekin siten, että palautteen antamiseen on useita erilaisia mahdollisuuksia, kuten soittamalla, sähköpostitse tai viestimällä sosiaalisessa mediassa. (Bergström & Leppänen 2015, 443-444.) Spontaanin palautteen ideana on asiakkaan oma henkilökohtainen halu ja tarve tuoda esille palvelukokemuksensa palveluntarjoajalle, ja hän voi antaa palautetta ajasta ja paikasta riippumatta (Solita 2013, 4).

Valtiovarainministeriön rahoittamassa SADE-hankkeessa kehitettiin palautteen sähköistä käsittelyä. Tavoitteena oli koota kaikki palaute yhteen paikkaan, tehostaa palautteiden käsittelyä, palvella asiakasta ja hyödyntää laaja-alaisesti saatuja palautteita. Sähköisessä palautejärjestelmässä palaute ohjautuu oikealle henkilölle. Palautteen antaja voi seurata reaaliajassa omaa palautetta, millaista palautetta muut ovat antaneet ja millaisiin kehittämistoimenpiteisiin on asian vuoksi ryhdytty. Tavoitteena oli kehittää sähköistä palautejärjestelmää siten, että henkilökunnalle annettu suullinen palaute kirjataan järjestelmään. Tavoitteena oli, että kansalaiset pystyvät vertaamaan terveydenhuollon yksiköitä keskenään sähköisen palautejärjestelmän avulla. Tällaisia palautejärjestelmiä on käytössä muutamissa sairaanhoitopiireissä. (Seppänen 2014, 1854.)

Asiakaspalautetiedon kansallisen keruun yhtenäistäminen -projekti, joka oli osa THL:n Sote-tietopohja -hanketta, toteutettiin vuonna 2018. Tavoitteena oli tuottaa malli asiakaspalautteiden keruusta sekä tiedonkeruun vaihtoehtoista. Mallin ta-

voitteena oli tuottaa tietoa kansallisesti asiakkaiden tyytyväisyydestä palveluihin, jota voitiin verrata maakunnittain. Kansallisesti kerättyä asiakaspalautetietoa käytettiin arvioitaessa maakuntien kykyä järjestää sosiaali- ja terveystaloudellisia alueelliaan ja maakuntien ohjauksessa. Kansallisen asiakaspalautetiedon keruun tarkoituksena oli antaa täydentävää tietoa asiakastyytyväisyydestä palveluntuottajien tekemien omien asiakaspalautekyselyjen ja asiakkailta tulevien palautteiden keräämisen ja hyödyntämisen rinnalla. (Peränen & Sainio 2018, 3.)

Asiakaspalautetiedon kansallisen keruun yhtenäistäminen -projektissa asiakaspalautetiedon kansallisen keruun yhtenäisen mallin pohjaksi tiivistettiin seuraavat asiat: palautteenannon helppous, kyselyn rakenteen yhtenäisyys, saman palautekyselyn käyttö toimialasta riippumatta, palautteen kohdistuminen tiettyyn palveluun tai palvelutapahtumaan, kansallisten ohjeiden laatiminen asiakaspalautetiedon keruulle, tiedonkeruussa kansallisten tietojärjestelmäratkaisujen hyödyntäminen ja tuloksien raportointi eri kohderyhmien tarpeiden mukaisesti. Kuitenkin projektin loppuessa todettiin, että keskeiset elementit olivat yleisellä tasolla ja vaativat jatkossa yksityiskohtien hiomista eri toimijoiden kanssa. Sen sijaan suomi.fi-verkkosivusto tarjoaa kansalaisten käyttöön valinnanvapauden vertailupalvelun, mistä on löydettävissä alueen sosiaali- ja terveystaloudellisia tarjoavat toimipisteet sekä niihin liittyvää vertailutietoa. Vertailutiedon avulla kansalainen näkee muiden asiakkaiden kokemuksia palvelusta ja millaista palautetta toimipaikasta on annettu. (Peränen & Sainio 2018, 12, 22.)

Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakas on lisääntyvässä määrin mukana terveystaloudellisten suunnittelussa, toteuttamisessa ja kehittämisessä. Asiakasraadit, kokemusasiantuntijoiden kouluttaminen sekä kehityskahvilat ovat uusia tapoja aktivoita asiakkaita antamaan palautetta ja tuottamaan parempia palveluita yhdessä terveystalouden ammattilaisten kanssa. (Kuntaliitto 2019, 7.) Seuraavassa kappaleessa on tuotu esille esimerkki uudemmista asiakaslähtöisistä tavoista kuulla asiakkaan ääntä asiakasfoorumin toiminnan muodossa.

Asiakasfooromit ovat sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjien, viranhaltijoiden ja valmistelijoiden epävirallisia vuorovaikutuskanavia. Pirkkalan kunnassa käynnistettiin vuonna 2009 Tekesin (nykyisin Business Finland) tukemana asiakasfoorumikokeilu. Kuntaan perustettiin Seniorifoorumi, Aikuisfoorumi ja Juniorifoorumi. Asiakasfoorumeissa keskusteltiin kuntalaisten ajankohtaisista asioista, järjestettiin erilaisia kuntalaistapahtumia sekä edistettiin palvelunkäyttäjien osallistumista ja omaehtoista toimintaa. Asiakasfoorumikokeilun tavoitteena oli parantaa palvelujen vaikuttavuutta asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Yhteistyössä Tekesin kehittämishankkeen, Pirkkalan kunnan ja Tampereen yliopiston kesken tuotettiin opas, jossa kuvataan toimintatapoja Pirkkalassa sekä käytännön keinoja ja työmenetelmiä, joita sovellettiin hankkeen aikana. Oppaan tarkoituksena on antaa vinkkejä siitä, miten palveluita voi tuottaa asiakaslähtöisesti. Yhdessä asiakkaiden kanssa palveluiden kehittäminen tuottaa tarpeita vastaavia palveluita ja on kustannustehokkaampaa. Palvelun kohderyhmää edustava asiakas on asiantuntija tuomaan esille, miten palvelu toimii paremmin. (Larjovuori, Nuutinen, Heikkilä-Tammi & Manka 2012, 3-5.)

3.6 Asiakaslähtöisyyden kehittäminen asiakaspalautteiden avulla

Tässä luvussa tarkastellaan asiakas/potilaspalautteiden hyödyntämiseen, asiakas/potilaspalauttejärjestelmiin, henkilökunnan näkökulmasta asiakaspalautteisiin vastaamisesta, johtajien näkökulmaa asiakaslähtöisyyteen ja asiakasfoorumeihin liittyviä aikaisempien tutkimusten tuloksia. Liitteestä 1 ilmenevät tutkimuksen tekijät, tutkimuksen tarkoitus, tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen keskeiset tulokset. Asiakas/potilaslähtöisyydestä ei löydy paljon tutkimuksia, kun taas asiakas/potilaskeskeisyyttä on tutkittu enemmän.

Hursti (2009, 19) on kuvannut pitkäaikaishoidossa toimivien johtajien kokemuksia asiakaspalautteiden hyödyntämisestä. Repo (2008, 11) on tutkinut lähijohtajien käsityksiä ja kokemuksia asiakaspalautteesta ja sen hyödyntämisestä perusterveydenhuollossa. Hurstin tutkimuksessa asiakaspalautetta kerättiin asiakaspalauttekyseilyjen, haastattelujen, jatkuvan palautteen, välittömän palautteen sekä virallisen

palautteen avulla (Hursti 2009, 23-24.) Revon (2008, 55-59) tutkimuksessa asiakkaat antoivat kirjallisen, suullisen ja sanattoman palautteen lisäksi palautetta henkilökunnan muistamisen muodossa. Asiakaspalautetta kerättiin organisaation strategiseen suunnitteluun ja osastojen tavoitteiden laatimiseen asiakasnäkökulma huomioiden.

Hurstin (2009, 25-28) tutkimuksessa asiakaspalautteita hyödynnettiin asiakaspalautejärjestelmien avulla. Palautteita käsiteltiin johtajien kesken, yhdessä hoitohenkilöstön kanssa, yksittäisen hoitajan kanssa tai hoitoneuvottelussa yhdessä omaisten kanssa. Palautteiden avulla tunnistettiin kehittämiskohteita, jotka priorisoitiin ja niille laadittiin toimenpidemallit. Repo (2008, 56) korosti asiakaspalautteiden hyödyntämisessä palveluiden tason ja laadun selvittämistä asiakasnäkökulmasta, olemassa olevien toimintatapojen vahvistamista ja sellaisen toiminnan kehittämistä, johon liittyi palveluodotuksia. Revon mukaan palveluiden laatu näkyy asiakastyytyväisyydessä, positiivinen palaute osoittaa onnistumiset ja negatiivinen palaute osoittaa kehittämisen tarpeen suunnan.

Hurstin (2009, 28-31) ja Revon (2008, 65-67) tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia asiakaspalautteiden hyödyntämisestä edistävästä tekijöistä. Niissä asiakaspalautteiden hyödyntämisestä ensisijaisesti edistävänä tekijänä nähtiin se, että asiakaspalautteita annettiin ja että osastot järjestivät järjestelmällisesti asiakaspalautekyselyjä. Edistävinä tekijöinä nähtiin myös asiakaspalautteiden kirjaaminen ja käsitteleminen henkilöstön, lähijohtajan, johdon ja ylimmän johdon tuella ketään syyllistämättä. Yhteistyössä eri toimijoiden kesken palautteiden avulla suunniteltiin yhteisiä toimintamalleja, joita arvioitiin jatkuvasti. Asiakaspalautekäytäntöjä vertailtiin eri osastojen välillä, sillä sen nähtiin edistävän palautteiden hyödyntämistä. Lisäksi henkilöstön ja johdon positiiviset asenteet ja palautteen esilletuontitapa, vaikuttivat asiakaspalautteen hyödyntämistä edistävästi. Repo (2008, 65) korosti, että organisaation yhtenäinen palautejärjestelmä edisti palautteiden hyödyntämistä, mutta yhtenäisen palautejärjestelmän puute nähtiin päinvas-
taisena tekijänä.

Asiakaspalautteiden hyödyntämistä estäväksi tekijäksi Hurstin (2009, 32) tutkimuksessa koettiin se, että palautteen kerääminen oli uusi käytäntö. Henkilöstö koetti, että osastoilla oli samanaikaisesti useita kehittämishankkeita, mikä aiheutti kiirettä ja henkilökunnan väsymystä, eikä asiakaspalautteisiin pystytty reagoimaan. Revon (2008, 65-66) tutkimuksessa henkilöstön uusien tapojen omaksumisen vastarinta heikensi asiakaspalautteiden hyödyntämistä. Asiakkaiden epärealistiset toiveet, potilaan heikko fyysinen toimintakyky, jonka vuoksi potilas ei kykene antamaan palautetta ja puutteellinen eri toimijoiden välinen yhteistyö olivat haasteita palautteiden hyödyntämiselle, mikä tuli esille myös Hurstin (2009, 32-33) tutkimuksessa. Työntekijöiden kuormittuneisuus, kyynisyys, kirjaamisen heikkolaatuisuus, haluttomuus vaikuttaa asioihin sekä henkilöstön resurssipula heikensivät palautteiden hyödyntämistä (Hursti 2009, 33; Repo 2008, 66). Asiakaspalautteiden hyödyntämistä estävinä tekijöinä nähtiin organisaation näkökulmasta talouden asettamat reunaehdot. Henkilökunnan ja omaisten väliset näkemyserot asiakkaiden toimintakyvystä sekä henkilöstön ja johdon erilainen asenne vanhuuteen nähtiin estävinä tekijöinä asiakaspalautteiden hyödyntämiselle. (Repo 2008, 65; Hursti 2009, 33-34.)

Asiakaspalautteen antamista QR-koodin, Quick Response (suom. nopea vastaus), avulla, käyttöönottopilotoitiin neljässä eri toimipisteessä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä vuonna 2015. Sairaanhoitopiirissä käytettiin suullisen palautteenantomahdollisuuden lisäksi kirjallista potilaspalauttelomaketta ja kahta sähköistä potilaspalautteautomaattia, joista toiseen oli mahdollista jättää palautteenantajan yhteystiedot. Palautteenanto QR-koodin avulla oli potilaiden mielestä mielenkiintoinen tapa antaa palautetta. Aikaisemmin käytössä olevat palautejärjestelmät koettiin toimiviksi ja uusi palautteenantomahdollisuus täydensi aikaisempia tapoja sekä antoi vapauden valita palautteenantomuodon. Erityisesti nuoret potilaat kokivat QR-koodilla annettavan palautteen helpoksi, nopeaksi ja paikasta riippumattomaksi. Toiminnanjohtamisen kannalta QR-koodilla saatujen palautteiden hyvinä puolina pidettiin reaaliaikaisuutta, palauteraporttien hyvää laatua ja niistä nousevia kehittämiskohteita. QR-koodin käyttö mahdollisti kysymysten

muokkaamisen nopeasti vastaamaan yksikön tarpeita, mikä auttoi yksikön kehittämisen näkökulmasta. QR-koodin käyttö palautteenannossa oli kustannustehokkaampaa kuin kirjallisen palautteen antotavat. (Lundgrén-Laine, Eloranta, Danielsson-Ojala & Kontio 2015, 135, 142, 145.)

Lundgrén-Laineen ym. (2015, 147) pilotointitutkimuksen mukaan QR-koodilla ja muulla tavalla annettavan palautteen annon kehittämisessä tarvitaan organisaation toimintakulttuurin muutosta ja ymmärrystä siitä, että palautteiden avulla voidaan kehittää yksiköiden toimintaa ja parantaa hoidonlaatua. Henkilökunnan tulee kertoa palautteenantomahdollisuudesta ja palautteenantamisen tulee olla asiakkaalle helppoa ja vaivatonta. Organisaation tasolla palautteiden käsittelyn ja niiden hyödyntämisen sekä kehittämisen yksiköissä tulee olla näkyvää järjestelmällisesti. Potilaspalautteet voivat toimia markkinointikeinoina, lisätä avoimuutta ja vaikuttaa organisaation hyvään imagoon, potilaiden valitessa hoitopaikkojaan.

Kulmala, Roos ja Suominen (2018, 102-103) tutkivat hoitotyön johtajien ydintehäviä asiakaslähtöisten palveluiden turvaamisessa. Tutkimuksen tulosten mukaan hoitotyön johtajat turvasivat palvelujen asiakaslähtöisyyttä neljällä tavalla, jotka olivat seuraavat: hakemalla aktiivisesti asiakaspalautetta, asiakaspalautteiden käsitteleminen, asiakaslähtöisten palvelujen kehittäminen sekä asiakaslähtöisen palvelun implementointi organisaatioon.

Kulmalan ym. (2018, 103-105) tutkimuksessa asiakaspalautteen aktiivinen hankkiminen tarkoitti säännöllistä ja jatkuvaa asiakaspalautteen keräämistä sekä suoran palautteenannon mahdollisuutta. Asiakaspalautteen säännöllinen hankkiminen toteutettiin asiakastyytyväisyyskyselyiden ja kohdennetulle asiakasryhmälle toteutettavien kyselyiden avulla sekä kutsumalla asiakkaat laajempiin asiakaskyselyihin. Jatkovaa asiakaspalautetta saatiin kirjallisesti hoitotapahtumien jälkeen osastoilla oleviin palautelaatikoihin tai Internetin kautta toteutettavien kyselyin. Suora henkilökohtainen palautteenantaminen mahdollistettiin monien eri palautteenantokanavien kuten puhelimen, sosiaalisen median tai asiakasraadien kautta. Asiakaspalautteiden käsitteleminen tarkoitti palautteiden kokoamista, läpikäymistä ja

niihin vastaamista. Asiakaspalautteista koottiin yhteenvetoja potilasturvallisuusryhmään ja johtoryhmälle. Asiakaspalautteiden yhteenvetoja käsiteltiin johtoryhmissä, lähiesimiesten kesken, osastokokouksissa henkilöstön kesken sekä asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa. Suoraan asiakaspalautteeseen vastattiin kirjallisesti ja julkiseen palautteeseen julkisesti.

Kulmalan ym. (2018, 105) tutkimuksessa hoitotyön johtajat toivat esille asiakaslähtöisten palveluiden kehittämisen vaikuttamalla asiakkaiden esiin tuomiin epäkohtiin, asiakkaan näkökulman hyödyntämisen palvelujen kehittämisessä, eri asiakasryhmien huomioimisen palveluissa sekä asiakkaiden osallistumisen mahdollistamisen. Epäkohtiin vaikutettiin siten, että asia pyrittiin ratkaisemaan ja ongelmat korjattiin joko hoitotyön johtajien valtuuksin tai yksikkötasolla. Asiakkaan näkökulmaa hyödynnettiin siten, että asiakaspalautteista nousevia ideoita jalostettiin palveluiden kehittämisessä organisaation eri tasoilla. Asiakkaan näkemykset pyrittiin saamaan esiin toiminnan kehittämistilanteissa. Eri asiakasryhmien huomioiminen toteutui kohdistamalla henkilöstöresurssia siten, että ajallisesti suosittuja vastaanottoaikoja lisättiin ja tarjottiin segmentoiduille asiakasryhmille kohdennettuja erilaisia palveluita. Asiakkaiden osallistuminen näkyi heidän osallistumisenaan oman hoidon suunnitteluun, kokemusasiantuntijoiden käyttämisenä sekä asiakasraadilta saatujen ja sinne vietyjen kehittämisideoiden huomioimisena ja toteuttamisena.

Kulmalan ym. (2018, 106) tutkimustulosten mukaan hoitotyön johtajat juurruttivat asiakaslähtöisiä palveluita kehittämällä asiakaslähtöistä ajattelutapaa organisaation tasolla ja kouluttamalla asiakaslähtöisiä toimintatapoja yksiköissä. Organisaatiossa käytiin arvokeskusteluja ja niiden pohjalta muodostettiin asiakaslähtöinen arvopohja. Koko organisaatiossa muodostettiin yhtenäinen käsitys asiakaslähtöisyydestä ja asiakaslähtöiset arvot tuotiin näkyviksi palvelujen tuottamisessa ja strategisella tasolla. Yksiköissä asiakaslähtöisiä toimintatapoja käsiteltiin kehityskeskusteluissa, työpajoissa ja huomioimalla asiakaslähtöisyysteema henkilöstön koulutussuunnitelmassa. Henkilöstöä koulutettiin tukemaan asiakasta ilmaisemaan

mielipiteensä, ongelmatilanteiden ratkaisemiseen asiakaslähtöisellä tavalla ja siten, että asiakas saa hyvän palvelukokemuksen.

Englantilaiset Giles, Reynolds, Heyhoe ja Armitage (2017, 37-41, 34-44) kehittivät kaksivaiheisessa tutkimuksessaan elektronisen potilaspalautejärjestelmän munuaissairaille ja heitä hoitavalle henkilökunnalle. Palautejärjestelmä kehitettiin yhteistyössä potilaiden, henkilökunnan ja tutkijoiden kesken. Palautejärjestelmä sai nimen ”Sharing thoughts about my care: the renal patient confidential quality and safety feedback system”, joka tarkoittaa suomeksi seuraavaa: ”Ajatusten jakaminen hoidostani: munuaispotilaan luottamuksellinen laatu- ja turvallisuus-palautejärjestelmä.”

Gilesin ym. (2017, 41-44) tutkimuksen ensimmäisen vaiheen valmistuttua potilaspalautejärjestelmälle asetettiin seuraavia vaatimuksia: palautteenantajan anonymiteetin suojaaminen, henkilökunnan tulee antaa vastineet saamistaan palautteista potilaille, palaute-sanankäytön käyttäminen raportointi-sanankäytön sijaan ja potilaiden palautteen antamisen mahdollisuus niin positiivisista asioista kuin huolistakin. Tutkimuksen toisessa vaiheessa asiantuntijaryhmä päätti ensimmäisen vaiheen tutkimustulosten pohjalta, mitä vaatimuksia palautejärjestelmän prototyypin tuli sisältää: palautejärjestelmän nimi, erilliset palautteenantomahdollisuudet hoidon laatuun ja turvallisuuteen liittyvistä huolista ja erillinen positiivisille hoitokokemuksille, palautteenantajan anonymiteetin takaamisen, kaksivaiheisen palautteenkulkujärjestelmän, jolloin tietohallinnosta vastaava henkilö kohdensi palautteen henkilökunnasta valitulle munuaissairauksia hoitavalle ammattilaiselle ja palautteenantajan henkilökohtaisen vastauksen saamisen. Lisäksi prototyypin tuli sisältää palautteiden vertailumittarin, josta ilmenee, miten palautteenantajien kuvaama kokemus huolesta eroaa henkilökunnan kuvaamasta huolen kokemuksesta.

Gilesin ym. (2017, 45-46) tutkimuksen tulosten mukaan elektronisen palautejärjestelmän kehittämisen hyötyinä munuaissairaat potilaat saivat vaihtoehtoisen keinon antaa palautetta saamastaan hoidosta ja heidän ei tarvinnut kasvoitusten häiritä kiireistä henkilökuntaa huolillaan. Hyötynä koettiin palautejärjestelmän

helppokäyttöisyys. Osallistujat kokivat mielekkäiksi palautesivustot ja palautevastaanotettu -sivustot, koska potilaat rohkaistuvat käyttämään palautejärjestelmää, kun he sivuston kautta näkivät vastaukset lähettämiinsä palautteisiin. Palautejärjestelmän käytön esteenä nähtiin, että sitä eivät voi käyttää potilaat, joilla on riittämätön kielitaito, vanhukset, henkilöt, joilla on puutteelliset tietokoneen käyttötaidot tai oppimisvaikeuksista kärsivät. Palautejärjestelmässä kehitettävänä asiana nähtiin palautejärjestelmäohjelman ulkonäkö, johon toivottiin väritystä ja ohjelman toimintonappeihin selkeyttä. Kehittämiskohteena nähtiin, että ohjeet palautteen antamiseen anonymisti tulee olla selkeästi ohjeistettu palautejärjestelmän etusivulla. Yleisesti ottaen tutkimukseen osallistujat kokivat, että palautejärjestelmä auttaa kehittämään potilaiden ja henkilökunnan välisiä suhteita ja rohkaisee avoimuuteen.

Englannissa Sheard, Marsh, O'Hara, Armitage, Wright ja Lawton (2017, 19-27) ovat tutkineet, miksi englantilainen sairaalahenkilökunta koki vaikeaksi tehdä parannuksia, jotka perustuvat potilaspalautteisiin. Tutkimuksen teoreettisina käsitteinä käytettiin seuraavia Lockettin, Currien, Waringin, Finnin ja Martinin (2012) ja Weinerin (2009) teoreettisia käsitteitä: Normative legitimacy, NL, (suom. normatiivinen laillisuus), Structural legitimacy, SL (suom. rakenteellinen laillisuus) ja Organisational readiness to change, OR (suom. organisaation muutosvalmius). Sheard ym. (2017) muodostivat edellä mainituista käsitteistä tutkimuksensa viitekehyksen, joiden avulla saatiin tietoa, miksi henkilökunnan oli vaikea toteuttaa parannuksia potilaspalautteiden pohjalta. Sheardin ym. (2017) tutkimuksessa normatiivinen laillisuus (NL) tarkoitti sitä, että henkilökunta uskoi palautteisiin vastaamisen tärkeyteen ja kykeni muuttamaan toimintatapoja niiden pohjalta. Rakenteellinen laillisuus (SL) tarkoitti sitä, että osaston henkilökunnalla oli riittävä autonomia ja riittävät henkilöstövoimavarat laatia toimintasuunnitelma potilaiden palautteiden perusteella. Organisaation muutosvalmius (OR) tarkoitti kykyä eri osastojen väliseen yhteistyöhön parannusten saavuttamiseksi sekä organisaation ylimmän johdon ja järjestelmien tukea, jotka helpottivat osaston henkilökuntaa parannustyössä. Viitekehyksen avulla tutkijat pystyivät ymmärtämään muutoksia,

jotka liittyivät yksilöiden ja ryhmien kykyyn toteuttaa muutoksia potilaspalautteiden pohjalta. (Sheard ym. 2017, 21-23.)

Sheardin ym. (2017, 23-26) tutkimuksen tulosten mukaan normatiivisen laillisuuden (NL) ollessa heikko, henkilökunta ei pitänyt tärkeänä vastata potilaspalautteisiin, eivätkä he kyenneet muuttamaan toimintatapoja niiden pohjalta, joten muutoksia ei toteutettu. Osastoissa, joissa rakenteellinen laillisuus (SL) oli korkea, osaston henkilökunnalla oli riittävä autonomia ja riittävät henkilöstövoimavarat laatia toimintasuunnitelma potilaiden palautteiden perusteella. Tällöin henkilöstö ja koko osasto toteutti uudistuksia ja juurrutti ne onnistuneesti osaksi toimintatapoja. Matala rakenteellinen laillisuus (SL) johtui henkilöstön vaihtuvuudesta ja siitä, että toimintasuunnitelmia ei noudatettu, minkä vuoksi osaston ongelmia ei kyetty ratkaisemaan. Osastojen välisen yhteistyön ja organisaation ylemmän johdon tuen puute estivät muutosten toteuttamista, vaikka osaston henkilökunnalla olisikin ollut riittävä autonomia ja henkilöstövoimavarat laatia toimintasuunnitelmia potilaiden palautteiden pohjalta. Tutkimustulokset osoittivat että, jos normatiivinen laillisuus (NL) oli riittävä, mutta rakenteellinen laillisuus (SL) matala, henkilökunta oli kiinnostunut potilaiden palautteista ja osastolla oli valmiudet muutosten toteuttamiseen, mutta osaston riittämätön autonomia ja erityisesti henkilöstön vaihtuvuus osastolla estivät toimintasuunnitelmien toteuttamisen. Tutkijat pitivät tätä merkittävänä vastauksena kysymykseen, miksi osaston henkilökunta oli kykenemätön vastaamaan potilaiden palautteisiin. Organisatorisesta näkökulmasta osastojen välisen kollegiaalisuuden ja yhteistoiminnan puute sekä ylimmän johdon antama riittämätön tuki estivät henkilökuntaa toteuttamasta potilaspalautteiden pohjalta laadittuja toimintasuunnitelmia, vaikka osaston rakenteelliset valmiudet olivat kunnossa.

Lindforsin, Joroisen, Roine-Mentulan, Koposen ja Rantalan (2017, 14-16) tutkimuksessa kuvattiin neuvoo-antavan potilasryhmän toimintaa erikoissairaanhoidossa asiakasjäsenten näkökulmasta. Neuvoo-antava potilasryhmä tarkoitti asiakasryhmää, jonka sairaalaorganisaatio oli perustanut. Ryhmällä oli neuvoo-antava

rooli kehitettäessä palveluja. Asiakasjäsenien lisäksi kokouksissa oli mukana sairaalaorganisaation henkilökuntaa. Tutkimukseen haastateltiin asiakasjäseniä kahdesta eri sairaanhoitopiiristä.

Lindforsin ym. (2017, 14-18) tutkimuksen tulosten mukaan neuvoo-antavan potilasryhmän jäsenet olivat ylpeitä jäsenyydestään ja pitivät ryhmän toimintamallia tavoitteellisena ja hyvänä. Asiakasjäsenet kokivat ryhmän monipuoliseksi ja ryhmässä keskustelluista asioista tieto kulkeutui jäsenten omien verkostojen kautta laajemmalle kuulijakunnalle. Toisaalta ryhmässä oltiin yllättyneitä siitä, että neuvoo-antavasta potilasryhmän toiminnasta ei oltu tietoisia sairaalan henkilökunnan keskuudessa. Ryhmissä käsiteltiin kehittämisasioita potilaan parhaaksi, esimerkiksi potilaiden hoidon laadunparantamiseen muokattiin potilaalle lähetettävää kutsukirjettä, otettiin kantaa potilaan kohtaamisen hoitotilanteessa ja keskusteltiin potilaan kotiuttamissuunnitelmasta sekä sairaala-alueen kehittämisestä. Asiakkaan äänen kuulumista pidettiin tärkeänä. Toisaalta asiakasjäsenet pitivät epämukavana ja ryhmän toimintaa hidastavana asiana toisten jäsenten henkilökohtaisten asioiden esille tuomisen kokouksissa, sillä tämä vei aikaa tärkeiden asioiden käsittelyä.

Asiakasjäsenet kokivat jäsenyyteensä liittyen ristiriitaisia tunteita ja epäilivät oikeuttaan olla ryhmän jäsen, mutta kokivat velvollisuutenaan jatkaa ryhmässä. Asiakasjäsenet käyttivät puheenvuoroja harkitusti. Hoitohenkilökunnan osallistuminen kokouksiin koettiin rajoittavaksi tekijäksi keskusteluissa, mutta toisaalta henkilökunta tuki ryhmän toimintaa ja toi tietoa käsiteltävistä asioista. Asiakasjäsenet kokivat, että ryhmän toiminnan vaikuttavuutta lisäsi sairaalan henkilökunnan, erityisesti sairaalan johdon mukana olo kokouksissa, koska he veivät jäsenten mielipiteitä eteenpäin. Ryhmän jäsenet kokivat, että neuvoo-antava potilasryhmä pystyi vaikuttamaan vain pieniin asioihin. Asiakasjäsenet pitivät tärkeänä neuvoo-antavan potilasryhmän jatkuvuutta ja toivoivat ryhmän näkyvyyden tehostamista niin sairaalan sisällä kuin sen ulkopuolellakin. Lindfors ym. esittävät, että heidän tutkimuksensa tuloksia voidaan hyödyntää jatkossa uusia neuvoo-antavia potilas-

ryhmiä perustettaessa siten, että neuvoo-antavan potilasryhmän toiminnan tavoitteet ovat selkeät ja organisaation henkilökunta ja asiakasjäsenet ovat tietoisia niistä. Asiakasjäseniä haettaessa tulee neuvoo-antavan potilasryhmän tarkoitusta selkeyttää siten, että ryhmässä ei käsitellä henkilökohtaisia asioita. Asiakasjäseniä valitessa tulee pohtia, otetaanko ryhmään hoitoalan ammattilaisia. Neuvoo-antavan potilasryhmän toiminnasta tulee hankkia palautetta ja ryhmän olemassaolosta tulee tiedottaa organisaation kaikilla tasoilla. (Lindfors ym. 2017, 14, 18.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

4.1 Kehittämisprosessi

Tämän opinnäytetyönä tehdyn kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa mallinnus Vaasan Terveyspalveluiden asiakas/potilaspalautejärjestelmän hyödyntämisen prosessista.

Kehittäminen toteutettiin seuraavissa vaiheissa:

1. Kartoitettiin organisaatiossa olemassa olevat asiakas/potilaspalautejärjestelmät.
2. Toteutettiin tutkimuksellinen osuus haastattelemalla asiakas/potilaspalauteiden käsittelijöitä.
3. Luonnosteltiin mallinnus Vaasan terveyspalveluiden asiakas/potilaspalautejärjestelmän hyödyntämisen prosessista.
4. Esiteltiin mallinnusluonnos asiakas/potilaspalauteprosessista kohdeorganisaation työryhmälle. Luonnosta työstettiin eteenpäin työryhmän ohjauksessa. Työryhmä hyväksyi mallinnuksen lopullisen version.
5. Laadittiin mallinnukselle implementointisuunnitelma, jossa suunniteltiin mallinnuksen implementointi eli juurruttaminen laatutyöhön ja sen kytkeminen SHQS-laatujärjestelmään yhteistyössä kehittämissuunnittelijan ja ylihoitajan kanssa.

4.2 Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden toteuttaminen

Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli kuvata järjestelmän käyttäjien näkemyksiä asiakas/potilaspalautejärjestelmän asiakas/potilaslähtöisyyttä parannettaessa.

4.2.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Tutkimus oli kvalitatiivinen. Kvalitatiivinen tutkimus sopi tähän opinnäytetyöhön, koska siinä tietoa saatiin suoraan niiden henkilöiden kuvaamana, jotka käsittelivät asiakas/potilaspalautejärjestelmistä saatuja palautteita. Lähestymistapana oli fenomenologia, joka pohjautuu hermeneuttiseen, hengentieteelliseen, tulkinnallisen menetelmän tieteenperinteeseen, jossa korostuu tosiasioiden ja arvojen välinen yhteys (Anttila 2014). Fenomenologia tarkoittaa, että tietoisuutta tarkastellaan kokemusten näkökulmasta. Fenomenologiassa korostuu todellisen elämän kuvaus, holistisuus ja faktatiedon löytäminen. Tutkija on tutkimuksessa mukana ymmärtäen tutkittavan kokemusmaailmaa ja todellisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 16.) Caponigrin (1963) mukaan fenomenologia ei etäänny todellisuudesta, vaan etsii ja määrittää käsitteitä koko ajan siinä kiinni ollen (Anttila 2014). Fenomenologinen lähestymistapa sopi tähän tutkimukseen, koska haastateltavilla henkilöillä oli työn kautta kokemusta asiakas/potilaspalautteiden käsittelemisestä ja työn kautta saatua arvokasta näkemystä siitä, kuinka palautejärjestelmää tuli heidän mielestään kokonaisvaltaisesti kehittää asiakas/potilaslähtöisemmäksi.

4.2.2 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Vaasan Terveyspalveluissa työskentelevät henkilöt, jotka käsittelivät asiakas/potilaspalautejärjestelmistä saatavia palautteita. Asiakas/potilaspalautteiden käsittelijöissä oli edustus lääkäreiden, ylihoitajien, osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien joukosta. Asiakas/potilaspalautteita käsittelijät olivat käsitelleet kesimäärin 5,9 vuotta.

Kutsu tutkimukseen lähetettiin sähköpostitse 19.1.2019 14 palautteidenkäsittelijälle. Tutkimukseen ilmoittautui määräaikaan mennessä kolme palautteidenkäsittelijää, joten kutsu tutkimukseen lähetettiin uudelleen 11.2.2019. Jälkimmäisen kutsun myötä saatiin yhteensä seitsemän haastateltavaa määräaikaan mennessä sekä yksi ilmoittautui vielä määräajan jälkeen ja hänet otettiin mukaan. Yksi haastatte-

lu peruttiin myöhemmin haastateltavan toiveesta. Haastatteluaineisto koostui seitsemän palautteidenkäsittelijän haastattelusta.

Haastateltaviin oltiin yhteydessä sähköpostitse ja sovittiin haastatteluajankohdasta, joka oli sopiva haastateltaville. Haastattelut tapahtuivat 19 -28.2.2019 välisenä aikana. Kaikki haastattelut tapahtuivat palautteidenkäsittelijöiden työhuoneissa tai kokoushuoneissa. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia, ainoastaan yhden haastattelun aikana haastateltavan puhelin soi ja haastattelu keskeytettiin puhelun ajaksi.

4.2.3 Aineistonkeruu

Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, mikä tarkoittaa, että haastattelussa käytävät teemat ovat ennakolta sovittuja. Haastattelutilanteessa kysymysten järjestystä saa muuttaa ja muotoilla uudelleen. Haastattelurungon kysymysaiheet ovat muotoiltu etsimään vastauksia tutkimustehtävään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125-126.) Teemahaastattelu sopi aineistonkeruumenetelmäksi, koska sen avulla saadaan haastateltavilta tutkimusaiheelle antamia tulkintoja ja merkityksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125-126).

Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina, lukuun ottamatta kahta parihaastattelua, jotka tapahtuivat haastateltavien toiveesta parihaastatteluina. Yhteensä haastatteluja oli viisi, joista kolme oli yksilöhaastatteluja ja kaksi parihaastattelua. Apuna käytettiin teemahaastattelurunkoa, jonka tutkija laati teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Haastattelurunko lähetettiin haastateltaville etukäteen, näin he saivat mahdollisuuden tutustua aihealueisiin etukäteen. Haastattelut nauhoitettiin käyttäen Philips Digital Pocket Memo 9220 -sanelulaitetta. Haastattelun nauhoituslupa varmistettiin vielä ennen haastattelua haastateltavilta. Nauhoitus sopi kaikille haastateltaville. Kutsu tutkimukseen on esitetty liitteessä 3, suostumuslomake liitteessä 4 ja haastatteluteemat liitteessä 5. Haastatteluteemat 1-5 vastasivat tutkimuskysymykseen 1 ja teemat 6-9 vastasivat tutkimuskysymykseen 2.

4.2.4 Aineiston analysointi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään sisällön analyysimenetelmää. Burnsin ja Groven (2001) mukaan sisällön analyysi on menetelmä, jolla aineisto tiivistetään kuvaamaan ilmiötä yleisellä tasolla ja toisena tarkoituksena sen avulla etsitään tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita. Tuomen ja Sarajärven (2002) mukaan aineiston sanallinen kuvaaminen on sisällönanalyysi. Catanzaron (1988) mukaan sisällön analyysi on prosessi, joka koostuu analyysiyksikön valinnasta, tutustumisesta aineistoon, aineiston pelkistämisestä, luokittelusta ja tulkinnasta sekä aineiston luotettavuuden arvioinnista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165-166.)

Tutkimusta varten hankittu haastatteluaineisto analysoitiin käyttäen sisällön analyysimenetelmää. Haastatteluista saatu aineisto nauhoitettiin ja litteroitiin sanatar-kasti. Litterointi tarkoittaa nauhoitetun materiaalin kirjoittamista tekstiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163.) Nauhoitteiden kuuntelu ja litterointi tulee tehdä mahdollisimman pian haastattelusta, siten äänenpainot, tauot, tutkijan ja haastateltavan roolit saadaan esille. Reflektiivisiä huomioita, joita tutkijalle syntyy tutkimusprosessin aikana, merkitään tekstin sivuun. Täten tutkijan on mahdollista palauttaa mieleen huomiot tutkimusprosessin aikana, mikäli se analyysin kannalta on tärkeää ja merkityksellistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 164-165.)

Haastattelujen jälkeen jokaista nauhoitettua aineistoa kuunneltiin heti useaan kertaan. Tämän jälkeen aineisto litterointiin sana sanalta. Tekstiksi kirjoittamisen jälkeen aineisto vielä kuunneltiin ja tarkastettiin, että kirjoitettu teksti vastasi äänitettä. Haastattelut olivat kestoltaan 21 minuutista 58 minuuttiin, haastattelujen keskimääräinen pituus oli 41,5 minuuttia. Aineisto kirjoitettiin tekstiksi käyttäen fonttia Times New Roman fonttikoolla 12 ja rivivälinä oli 1. Litteroitua aineistoa tuli 59 sivua. Litteroinnin jälkeen nauhoitteet tuhottiin, mikä oli sovittu haastateltavien kanssa. Litteroitu teksti tallennettiin tietokoneelle ja varmenne muistitikulle.

Aineistoa analysoidaan joko aineiston ilmi- tai piilosisällön avulla. Tutkittaessa ilmiötä analysoitavan aineiston ilmissällöt pilkotaan analyysiyksiköihin. Aineiston piilosisältöjä analysoidessa tarkastelussa huomioidaan koko aineiston osat mukaan lukien tutkittavan keskustelun ja puheen hiljaisuus, huokaukset ja naurahdukset. Analyysiyksikkönä on sana tai lause. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167-168.) Tässä tutkimuksessa analysoitiin vain ilmissällöt.

Pelkistäminen eli koodaus tarkoittaa sitä, että aineistosta haetaan kaikki merkitykselliset ilmaukset, jotka vastaavat tutkimusongelmiin (Elo & Kyngäs 2007, 109). Tässä tutkimuksessa koodaus toteutettiin manuaalisesti Word-dokumentissa, jossa koodaus toteutettiin väreillä.

Sisällönanalyysi on joko induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Deduktiivinen sisällönanalyysi perustuu teoriaan tai teorettisiin käsitteisiin, joiden esiintymistä tarkastellaan käytännössä. Teoria ohjaa analyysin tekemistä ja luokittelua. Ilmiö määritellään teorian, mallin tai haetun tiedon mukaan laaditulla teorettisella alkutilanteella. Teorettinen alkutilanne on operationalisoitu joko analyysikehikoksi tai lomakkeeksi aikaisemmin saadusta tiedosta, joka mukaillee tutkimuksen tarkoitusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167-168.) Pelkistetyt ilmaukset sijoitetaan analyysikehikkoon sisältönsä perusteella.

Tämän opinnäytetyön haastatteluaineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia teemahaastattelun ensimmäisellä teemalla saatujen vastausten analysoinnissa siten, että aiheesta hankittu teoria tuotiin käytäntöön ja teoriatieto ohjasi analyysia. Analyysikehikkona toimivat Vaasan Terveyspalveluiden käytössä olleet potilas/asiakaspalautejärjestelmät kehittämistyötä aloitettaessa (Liite 2). Aineistosta analysoitiin ilmissällöt. Analyysiyksikkönä oli lause, joka sisälsi palautejärjestelmän nimen. Teemakysymyksen aineistosta haettiin kaikki palautejärjestelmää kuvaavat sanat ja eri palautejärjestelmät pelkistettiin eli koodattiin eri värein. Samaa palautejärjestelmää tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset vietiin allek-

kain taulukkoon. Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmaisuista laskettiin, kuinka monta kertaa kukin palautejärjestelmä oli esiintynyt ja näin saatiin tulokset.

Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa, että tutkimusaineistosta muodostetaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat tiedot ja teoriat ohjaa analyysin kulkua. Ainoastaan tutkimusongelmat ohjaavat kategorioiden muodostamista. Aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan vaiheittain aineistoa analysoitaessa. Induktiivista sisällönanalyysiä käytetään, kun tutkittavasta asiasta tai aiheesta ei ole aikaisempaa tietoa tai se on rikkonaista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.) Ryhmittely tarkoittaa sitä, että samaa asiaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään sisällön mukaan samansisältöisiksi ryhmiksi. Abstrahointi tarkoittaa sitä, että kukin ryhmä nimetään sisältöä kuvaavalla nimellä alakategoriaksi. Alakategorioista muodostetaan ja nimetään yläkategorioita, jotka kuvaavat alakategorioiden sisältöä. (Elo & Kyngäs 2007, 111.)

Tässä tutkimuksessa induktiivista sisällönanalyysia käytettiin teemahaastattelun teemoilla 2-9 saatuja vastausten analysoinnissa. Aineisto analysoitiin teemahaastattelun teemojen mukaan. Aineiston analyysi eteni siten, että jokaiseen teemaan haettiin vastausta aineistosta ja kuhunkin teema-alueeseen liittyvät merkitykselliset ilmaisut värikoodattiin samalla värillä. Värikoodatut pelkistetyt ilmaisut vietiin taulukkoon allekkain. Tämän jälkeen samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin ja abstrahoidettiin niistä muodostettiin ja nimettiin alakategorioita, jotka kuvaavat pelkistettyjen ilmausten sisältöä. Alakategorioista muodostettiin yläkategoriat, jotka nimettiin kuvaamaan alakategorioiden sisältöä. Sisällönanalyysilla saatiin yhteensä 32 alakategoriaa ja 69 yläkategoriaa. Tulosten raportoinnissa taulukoin, on pelkistettyjen ilmaisujen määrä (f) ilmoitettu suluissa ylä- ja alakategorian jälkeen. Raportoinnissa käytetään suoria lainauksia alkuperäisestä aineistosta tulosten lomassa ja ne on kursivoitu tekstiin. Suorien lainauksien jäljessä suluissa olevilla numeroilla ilmaistaan se, kenen haastatteluun osallistujan haastattelusta lainaus on otettu.

4.3 Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tulokset

Seuraavassa esitetään tutkimuksen tulokset tutkimuskysymyksittäin.

4.3.1 Tämänhetkisen asiakas/potilas-palautejärjestelmän prosessin toimivuus

Organisaation käytössä olevat potilas/asiakaspalautejärjestelmät

Teemahaastattelussa haastateltavia pyydettiin ensin kertomaan käytössä olevista asiakas/potilaspalautejärjestelmistä. Vastaukset analysoitiin deduktiivisesti. Analyysin teoreettisena viitekehystenä käytettiin kuvausta Vaasan terveystalveluiden käytössä olevista potilas/asiakaspalautejärjestelmistä kehittämistyötä aloitettaessa. (Liite 2) (Taulukko 1).

Taulukko 1. Haastateltujen kuvaukset organisaation käytössä olevista potilas/asiakaspalautejärjestelmistä

Asiakas/ potilas-palautejärjestelmät
Roidu (f=12)
THL-kysely (f=6)
Haipro, Ulkopuolisen laboratorion palautteet (f=6)
Internetsivut osoitteessa www.vaasa.fi (f=10)
Spontaani palaute (f=21)

Roidu-palautejärjestelmä mainittiin yhteensä 12 kertaa, seitsemän haastateltavan vastauksissa.

”Meillähän on toi niin sanottu hymynaamat (Roidu) paikan päällä asiakas jättää sen vihreän tai punaisen tai siltä väliltä ... ja tarvittaessa voi siihen kirjoittaa, jos on jotain selventävää.” (1)

” Hymynaama (Roidu), voi painaa, että onko tyytyväinen tai tyytymätön... ja siten nyt on tullut viimevuosina siihen semmonen tietokonekin mukaan, että voi kirjoittaa myöskin ihan kirjallista palautetta antaa.” (7)

THL:n asiakastyytyväisyyskysely mainittiin yhteensä kuusi kertaa, kuuden haastateltavan vastauksissa.

”Sittenhän me aika strukturoidusti yritetään osallistua THL:n järjestämiin asiakastyytyväisyyskyselyihin, jotka menee niinku valtakunnallisesti, mutta se ei ole meidän oma, mutta se on osa ehkä sitä niinku niinku osa sitä asiakaspalautejärjestelmää.” (2)

”Sehän (THL-kysely) tehdään kahden vuoden välein ja se oli viime syksynä.” (1)

Haipro, Ulkopuolisen laboratorion palautteet asiakkaana olevalle organisaatiolle, mainittiin kuusi kertaa, kuuden haastateltavan vastauksissa.

”Meilläkin (Haipro, Ulkopuolisen laboratorion palautteet) siis vaikka laboratorio ja meidän vastaanottopalveluiden välillä esim. lähete on tehty väärin tai lähete puuttuu.” (7)

” Kyllä se (Haipro, Ulkopuolisen laboratorion palautteet) varmaan on tuottanut tulosta, ku se tuli, että kyllä ne on vähentynyt ne määrät.” (1)

Internetsivut osoitteessa www.vaasa.fi esiintyi haastatteluissa kymmenen kertaa, seitsemän haastateltavan vastauksissa.

” Jos oikeen järjestelmistä puhutaan, niin mä en muista muita kuin että kuin Vaasan palautepalveluhan (www.vaasa.fi) on se yksi, johon kaikilla on mahdollisuus, jos ne löytää sen.” (5)

” Sit kaupungin palautekioski (www.vaasa.fi).” (3)

Spontaani palaute mainittiin 21 kertaa, seitsemän haastateltavan vastauksissa.

” Antaa näin näin kuin face to face suoraa palautetta, sitä tulee aika lailla kans. ”

(1)

” Kaikki mitä mulle on tähän mennessä tullut, niin ne on tullu sähköpostin kautta. ” (6)

” Jotkut potilaat soittaa. ” (2)

Organisaation asiakkaiden/potilaiden asiakas/potilaspalauttejärjestelmiin antamien palautteiden aiheet

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan asioita, joista organisaation palveluita käyttävät asiakkaat/potilaat antavat palautetta asiakaspalauttejärjestelmiin. Haastattelaineisto analysoitiin induktiivisesti. Analyysissa muodostui kahdeksan yläkategoriaa, jotka esitetään taulukossa 2.

Taulukko 2. Haastateltujen kuvaukset asioista, joista organisaation asiakkaat/potilaat antavat palautetta asiakas/potilaspalauttejärjestelmiin.

Yläkategoriat	Alakategoriat
Henkilökunnan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. (f=26)	Asiakkaan kokemukset saadusta kohtelusta. (f=22) Työntekijän käyttäytyminen (f=2) Haasteet työntekijän kielitaidossa (f=2)
Hoidon virhearvioinnista ilmoittaminen. (f=2)	-
Hoitoonpääsy aika. (f=4)	-
Palvelu ei vastaa odotuksia. (f=15)	Negatiivinen palaute hoidon sisällöstä. (f=4) Tutkimuksiin ei saa lähetettä. (f=2) Hoitotyön sisällön kyseenalaistaminen. (f=5) Potilaan toiveita ei ole täytetty. (f=4)
Kuvataan saatua hoitoa. (f=1)	-
Myönteinen palaute toiminnan järjestämisestä. (f=2)	-
Negatiivinen palaute toiminnan järjestämisestä. (f=6)	-
Spontaani myönteinen palaute. (f=3)	-

Yläkategoria ”Henkilökunnan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus” sisälsi kolme alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: Asiakkaan kokemukset saadusta kohtelusta, Työntekijän käyttäytyminen ja Haasteet työntekijän kielitaidossa. Alakategorioista ”Asiakkaan kokemukset saadusta kohtelusta” oli vahva alaluokka, se tuli esille haastatteluissa 22 kertaa.

” Potilas on kokenut niinku ylimielisyyttä tai hänen asiaa ei ole kuultu.” (2)

” Aina vaan aina ja iankaikkisesti, niin eniten tulee siitä kohtaamisesta.” (3)

” Melkein aina siinä (työntekijän) käytöksessä.” (3)

” Sielä ... on sitte saattaa olla joskus kieli, että on niin yksikielinen sijainen siellä ...että ne haluaa johonki, joka on, jolla on oma äidinkieli.” (5)

Yläkategorialle ”Hoidon virhearvioinnista ilmoittaminen” ei muodostunut alakategorioita.

” Esim. jotain tämmöstä että, pienellä lapsella flunssa ja kuumeilu tai jotain tñn tyyppistä ja arvioitu, että tätä voidaan seurata ja samana iltana paljastuu, että se on ollu kuumeinen virtsatieinfektio. Että mut ne on yllättävän hyvin ollut kohteli-aasti muotoiltuja ja haluttu vain informoida, että näinkin kävi. Että semmosta mitään kauheen syyttelyä ei oo ollu, mutta ne on laillansa tärkeitä palautteita.” (2)

Yläkategoria ”Hoitoonpääsyaika” ei sisältänyt alakategorioita.

” Seuraava on sitte se, ku aina pitää odottaa pitkät jonot, kun ei saa aikaa.” (3)

Yläkategoria ”Palvelu ei vastaa odotuksia” sisälsi neljä alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: Negatiivinen palaute hoidon sisällöstä, Tutkimuksiin ei saa lähetettä, Hoitotyön sisällön kyseenalaistaminen ja Potilaan toiveita ei ole täytetty.

” Sitten on tietysti tää hoitoon liittyviä voi olla, että ei oo ollu tyytyväinen saamaansa hoitoon.” (7) (Alakategoria: Negatiivinen palaute hoidon sisällöstä)

” Monesti potilaat odottavat varsinkin puhelimesta enemmän, ku hoitajat pystyy sitte antamaan, ne sanoo, että nää ja nää laboratorionäytteet mä voin sulle, että tota laittaa, mut en enempää, kun hoitajalla on se tietty mitä ne voi laittaa ja loput kuuluu lääkärin vastuulle laittaa.” (7) (Alakategoria: Tutkimuksiin ei saa lähetettyä)

”Kerran soitti yks äiti, joka oli niinku närkästyny siitä, että hänen tyttäreltään oli kysyty, että oletko sinut sinun seksuaalisuutesi kanssa.” (6) (Alakategoria: Hoitotyön sisällön kyseenalaistaminen)

”Kun (potilas)ei saa mitä toivois.” (3) (Alakategoria: Potilaan toiveita ei ole täytetty)

Yläkategoria ”Kuvataan saatua hoitoa” ei sisältänyt alakategorioita.

”Yks palauteluokka on sen tyyppinen että, joka on niinku valitettavaa, että potilaat laittaa sellasta palautetta, että ihan kuvailee mitä heille on tapahtunut tai mikä ongelma heillä on.” (2)

Yläkategoriat ”Myönteinen palaute toiminnan järjestämisestä” ja ”Negatiivinen palaute toiminnan järjestämisestä” eivät kummatkaan sisältäneet alakategorioita.

”Koko tänä aikana niin kaks positiivista palautetta siis palautejärjestelmän (Vaasa.fi) kautta on mulle asti tullu, että ne (potilas) halua kiittää toiminnasta.” (2)

” Toimintamallien sisältöön liittyviä palautteita.” (2)

Yläkategoria ”Spontaani myönteinen palaute” ei sisältänyt alakategorioita.

”Jos tulee jotain tommosta positiivisesti, ne sanoo vaan suoraan, että se ei tuu niinku kirjallisesti.” (3)

Asiakas/potilaspalautteiden käsittely organisaatiossa

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan kuinka asiakas/potilaspalautteita käsiteltiin organisaatiossa. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti. Analyysissa muodostui 11 yläkategoriaa, jotka esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3. Haastateltujen kuvaukset asiakas/potilaspalautteiden käsittelystä.

Yläkategoriat	Alakategoriat
Spontaani palaute käsitellään sen antajan kanssa (f=8)	-
Palaute käsitellään ylemmällä esimiestasolla (f=3)	-
Palaute selvitetään ylemmän johdon toiveesta lähiesimiestasolla (f=3)	-
Palaute käsitellään henkilöstötasolla (f=15)	Palautteesta keskustellaan työntekijän kanssa. (f=6) Palautteista keskustellaan osastokokouksessa. (f=8) Palaute kirjataan osastokokouksen pöytäkirjaan. (f=1)
Palautteelle muotoillaan vastine. (f=7)	Ylihoitaja ja /tai osastonhoitaja yhdessä vastaavat vaasa.fi palautteeseen. (f=5) Asiakkaalle pahoitellaan tapahtunutta. (f=2)
Potilaan kannalta epäedullinen palaute poistetaan (f=1)	-
Roidu-raportti esitellään lautakunnassa (f=1)	.-
Roidu-raportti läpikäydään sote:n johtoryhmässä (f=3)	-
Yhteenveto THL-kyselyn tuloksista (f=3)	-
THL-neuvolakyselyn tulokset jaetaan ylemmälle esimiestaholle ja terveydenhoitajille (f=1)	-
Kaikkea palautetta ei viedä henkilökunnalle asiattoman tyylin vuoksi (f=1)	-

Yläkategoria ”Spontaani palaute käsitellään sen antajan kanssa” ei sisältänyt alakategorioita.

”Jos joku potilas soittaa niin siihen tietysti reagoidaan niinku heti ja se yritetään selvittää.” (2)

Yläkategoria ”Palaute käsitellään ylemmällä esimiestasolla” ei sisältänyt alakategorioita.

”Ne kirjalliset palautteet (vaasa.fi), ne menee sinne ylimpään johtoon ja he niinku käsittelee ja he tarvittaessa kysyy meiltä lisäselvitystä.” (1)

Yläkategoria ”Palaute selvitetään ylemmän johdon toiveesta lähiesimiestasolla” ei sisältänyt alakategorioita.

”Ylilääkäri, ylihoitaja haluaa, että sitä selvitetään mitä oikeen on tapahtunut.” (3)

Yläluokka ”Palaute käsitellään henkilöstötasolla” sisälsi kolme alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: Palautteesta keskustellaan työntekijän kanssa, Palautteista keskustellaan osastokokouksessa ja Palaute kirjataan osastokokouksen pöytäkirjaan.

”Se (vaasa.fi) riippuu niin siitä asiasta, että jos siitä selviää joku tietty ... ja tietty henkilö, niin kyl mä sitten oon niinku käyny kysymässä sitte niinku tältä terveydenhoitajalta hänen, että miten tää oikeen niinku meni.” (5) (Alakategoria: Palautteesta keskustellaan työntekijän kanssa)

”Sellainen yleisellä asia, että sen vois yleistää sen asian, vaikka se on yhden kohdalle sattunut, niin silloin pyritään, että otetaan se asia siellä osastotunnilla, otetaan niinku yleiseen keskusteluun.” (3) (Alakategoria: Palautteista keskustellaan osastokokouksessa)

”Sit tietysti pöytäkirjaan (osastokokouksen) tulee merkintä, että on nyt keskusteltu, minkä tyypisestä asiasta.” (3) (Alakategoria: Palaute kirjataan osastokokouksen pöytäkirjaan)

Yläkategoria ”Palautteelle muotoillaan vastine” sisälsi kaksi alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: Ylihoitaja ja /tai osastonhoitaja yhdessä vastaavat Vaasa.fi palautteeseen ja Asiakkaalle pahoitellaan tapahtunutta.

”Vaasa.fi sitte me ollaan yhydes sitten ylihoitajan kanssa tuota sitä mietitty tai sitä oon koittanu tehdä jonku vastineen, että käytkö tämä.” (5) (Alakategoria: Ylihoitaja ja /tai osastonhoitaja yhdessä vastaavat vaasa.fi palautteeseen)

”Että on keskusteltu tään työntekijän kanssa ja hänkin on pahottelee, että on syntynyt epämukava kokemus ja tuota yritämme jatkossa niinku enemmän kiinnittää huomiota.” (2) (Alakategoria: Asiakkaalle pahoitellaan tapahtunutta)

Yläkategoria ”Potilaan kannalta epäedullinen palaute poistetaan” ei sisältänyt alakategorioita.

”Jos se (vaasa.fi) on semmonen sisällöltään, että potilaan kannalta, mä haluan sen poistaa, niin sillon mä niinku yritän olla siihen potilaaseen yhteydessä, siellähän usein on palautteenantajan sähköpostitiedot tai siltavalla. ja sitte sitä asiaa koitetaan selvitellä puhelimes.” (2)

Yläkategoria ”Roidu-raportti esitellään lautakunnassa” ei sisältänyt alakategorioita.

”M... on joskus niinku esittäny niitä (Roidu-raportti) jopa lautakunnassa, koska ne potilaspalautehan niinku aika hyvää.” (2)

Yläkategoria ”Roidu-raportti läpikäydään sote:n johtoryhmässä” ei sisältänyt alakategorioita.

”Nämä Roidu-yhteenvedot ne käydään läpi ensiksi meidän johtoryhmässä.” (7)

Yläkategoria ”Yhteenvedo THL-kyselyn tuloksista” ei sisältänyt alakategorioita.

”Mä tein semmosen kolmensivun Powerpoint yhteenvedon (THL-tulokset) ja näytin sitten lääkäreiden meetingissä ja lähetin tiedoksi osastonhoitajille.” (2)

Yläkategoria ”THL-neuvolakyselyn tulokset jaetaan ylemmälle esimiestaholle ja terveydenhoitajille” ei sisältänyt alakategorioita.

”Mä oon sen (THL-neuvolakyselyn tulokset) jakanu aina tietysti johdolle ja sitte tuota niin terveydenhoitajille katottavaksi ja luettavaksi ne, ei oo oikiasti koska sen enempää käsitelly.” (5)

Yläkategoria ”Kaikkea palautetta ei viedä henkilökunnalle asiattoman tyylin vuoksi” ei sisältänyt alakategorioita.

”Kyllä mä joskus niinku siitä Roidustakin, jätän ne tekstit näytämättä (henkilökunnalle), me katotaan vaan ne. sitte taas se teksti mitä ne (potilaat) kirjoittaa se voi olla aika sellasta, että kannattaako sitä aina näyttää.” (3)

Asiakas/potilaspalautteiden käsittelyn jälkeinen toiminta

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan mitä asiakas/potilaspalautteelle tapahtui palautteiden käsittelyn jälkeen. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti. Analyysissa muodostui kahdeksan yläkategoriaa, jotka esitetään taulukossa 4.

Taulukko 4. Haastateltujen kuvaukset siitä, mitä asiakas/potilaspalautteelle tapahtuu käsittelyn jälkeen.

Yläkategoriat	Alakategoriat
Organisaation toimintatapoja muutetaan palautteiden pohjalta (f=3)	-
Organisaatio kehittää järjestelmiä palauteiden pohjalta (f=1)	-
Toteutetaan palautteissa esille	-

tulleita asioita mahdollisuuksien mukaan (f=3)	
Palautteet jäävät palautejärjestelmiin, joista niitä voi katsoa (f=3)	-
Palaute poistetaan sähköpostista (f=2)	-
Palautteita ei kirjata eikä toteutettuja parannuksia arvioida (f=4)	-
Kokouksessa käsitellyt palautteet kirjataan (f=2)	-
Palautteita peilataan työyhteisön määrittelemiin yhteisiin arvoihin (f=1)	-

Yläkategoria ”Organisaation toimintatapoja muutetaan palautteiden pohjalta” ei sisältänyt alakategorioita.

”Jos tulee jotain semmosta palautetta, jossa niinku jotenki organisaation toimintatapoja..., jos siinä syntyy joku idea, että hei että tähän tosiaan voisi tehdä toisin niin sit tota sitä yritetään tehdä toisin.” (2)

Yläkategoria ”Organisaatio kehittää järjestelmiä palautteiden pohjalta” ei sisältänyt alakategorioita.

”Kyllä me yritetään näitä järjestelmiä kehittää siihen suuntaan mitä (palautetta) potilaat on niinku antanu.” (7)

Yläkategoria ”Toteutetaan palautteissa esille tulleita asioita mahdollisuuksien mukaan” ei sisältänyt alakategorioita.

”Niinku toteutathan se, siellä voi tulla hyviä ideoitakin, että ei oo itte huomannutkaan, että tämä pitääkin olla näin.” (1)

Yläkategoria ”Palautteet jäävät palautejärjestelmiin, joista niitä voi katsoa” ei sisältänyt alakategorioita.

”Palautejärjestelmään jää sit vaan se palaute ja vastaus sinne vapaasti niinku sinne luettavaksi.” (2)

Yläkategoria ”Palaute poistetaan sähköpostista” ei sisältänyt alakategorioita.

”Se roikkuu mun sähköpostissa hetken aikaa, kunnes mä sen silloin tällöin siivoan sähköpostia niin sitte menee.” (6)

Yläkategoria ”Palautteita ei kirjata eikä toteutettuja parannuksia arvioida” ei sisältänyt alakategorioita.

”Niitä (palautteet) ei kyllä arvioida se on vähän meillä kyllä se, että se puuttuu tavallaan.” (7)

Yläkategoria ”Kokouksessa käsitellyt palautteet kirjataan” ei sisältänyt alakategorioita.

”Ainut, jos se on sellainen asia, että se menee kokoukseen niin sitten kokousmuistioon (kirjataan) muttei kyllä muuten.” (5)

Yläkategoria ”Palautteita peilataan työyhteisön määrittelemiin yhteisiin arvoihin” ei sisältänyt alakategorioita.

”Palaute tavallaan elää niinku niissä arvoissa mitä me on asetettu.” (3)

Tämänhetkisten asiakas/potilaspalautejärjestelmien toimivuuden arviointi

Haastateltavia pyydettiin arvioimaan kuinka toimivia nykyiset organisaatiossa käytössä olevat asiakas/potilaspalautejärjestelmät olivat. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti. Analyysissa muodostui 14 yläkategoriaa, jotka esitetään taulukossa 5.

Taulukko 5. Haastateltujen arviot asiakas/potilas-palautejärjestelmien toimivuudesta.

Yläkategoriat	Alakategoriat
Vaasa.fi-palautejärjestelmä on toimiva (f=5)	-
Vaasa.fi-palautejärjestelmän terveyspalveluiden palautejärjestelmää tulee parantaa (f=4)	Vaasa.fi-palautejärjestelmä terveyspalvelujen palautejärjestelmä ei ole toimiva. (f=2) Vaasa.fi-palautejärjestelmän kautta saatujen terveyspalveluiden yhteenvedojen saannin mahdollisuutta ei tunneta. (f=2)
Asiakkaat eivät tiedä Vaasa.fi palautteenanto-järjestelmästä (f=2)	-
Asiakkaat eivät käytä Vaasa.fi palautteenanto-järjestelmää (f=2)	-
Terveyspalveluissa ei pystytä antamaan niin kohdennettua asiakaspalautetta kuin kunnallistekniikkaan Vaasa.fi-palautejärjestelmän kautta (f=5)	-
Roidu-palautejärjestelmä ei ehkä aina ole luotettava (f=3)	-
Roidu-palautejärjestelmä antaa pinnallista tietoa (f=1)	-
Roidu-palautejärjestelmä on toimiva (f=2)	-
Roidu-palautejärjestelmä tuo esille terveyspalveluiden käyttäjien tyytyväisyyden saatuihin palveluihin (F=1)	-
Roidusta saatu palauteraportti kuvaa tarkasti asiakkaiden tyytyväisyyden astetta, jota voi verrata henkilöstön määrään (f=4)	Roidun palauteraportti antaa tietoa tunti-, viikonpäivä- ja kuukausitasolla. (f=2) Roidu-raportin tuloksia voi suhteuttaa henkilökunnan määrään. (f=2)
Valtakunnalliset tyytyväisyyskyselyt toimivia (f=2)	-
Valtakunnalliset tyytyväisyyskyselyt ovat toimimattomia matalan vastausprosentin vuoksi (f=4)	-
Laboratorion Haipro ei ole toimiva (f=4)	-
Asiakkailta saadut spontaanit palautteet toimivia (F=1)	-

Yläkategoria ”Vaasa.fi-palautejärjestelmä on toimiva” ei sisältänyt alakategorioita.

”Tää kaupungin yleinen palautejärjestelmä (vaasa.fi) niin mä oletan, että se on asiakkaitten kanalta kohtuullisen toimiva.” (2)

Yläkategoria ”Vaasa.fi-palautejärjestelmän terveystalveluiden palautejärjestelmää tulee parantaa” sisälsi kaksi alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: Vaasa.fi palautejärjestelmä terveystalvelujen palautejärjestelmä ei ole toimiva ja Vaasa.fi-palautejärjestelmän kautta saatujen terveystalveluiden yhteenvedojen saannin mahdollisuutta ei tunneta.

”Kyllähän meidän pitäis palautetta saada, mut ei se voi olla näin jotenkin näin työläs (palautejärjestelmä Vaasa.fi). Pitkä ja monta asiaa ja miettii niinku, miten siihen (Vaasa.fi) vastais, miten se on niinku.” (5) (Alakategoria: Vaasa.fi-palautejärjestelmä terveystalvelujen palautejärjestelmä ei ole toimiva)

”Jos tästä palautejärjestelmästä (Vaasa.fi) saa jotain yhteenvedoja niin niin tota mä en ainakaan tiedä.” (2) (Alakategoria: Vaasa.fi-palautejärjestelmän kautta saatujen terveystalveluiden yhteenvedojen saannin mahdollisuutta ei tunneta)

Yläkategoria ”Asiakkaat eivät tiedä Vaasa.fi palautteenanto-järjestelmästä” ei sisältänyt alakategorioita.

”Mä luulen, että ne (asiakkaat) ei edes tiedä... (Vaasa.fi) on olemassa.” (4)

Yläkategoria ”Asiakkaat eivät käytä Vaasa.fi-palautteenantojärjestelmää” ei sisältänyt alakategorioita.

”Mä en oikeestaan voi sanoa, meille ei oo tullu yhtäkään sen (Vaasa.fi) palautejärjestelmän kautta” (6)

Yläkategoria ”Terveyspalveluissa ei pystytä antamaan niin kohdennettua asiakaspalautetta kuin kunnallistekniikkaan Vaasa.fi-palautejärjestelmän kautta” ei sisältänyt alakategorioita.

”Se (Vaasa.fi) on niin konkreettinen tuota niin öö johonki tiettyyn katuun liittyvä, se on varmasti ihan hyvä, että on olemas sellainen, ku siinähan on kartta ja kaikki se voi niinku klikata siitä, että mistä on kysymys, meidän työ on niin erilaista. Tää on sitä ihmisten kohtaamista ihmisten auttamista ja ja että se on niin moninaista tämä työ.” (5)

Yläkategoria ”Roidu-palautejärjestelmä ei ehkä aina ole luotettava” ei sisältänyt alakategorioita.

”On hankala se, että siihen samaan automattiin (Roidu) tulee hammas... niin se vähän sekottaa sitä (palautteita). Kyllä siinä (Roidu) pystyy valita, mutta ku ne vaan painaa, kun ne lähtee ulos sitten ne ei huomaa.” (3)

Yläkategoria ”Roidu-palautejärjestelmä antaa pinnallista” tietoa ei sisältänyt alakategorioita.

”Se on aika pinnallien se Roidu.” (3)

”Yläkategoria Roidu-palautejärjestelmä on toimiva” ei sisältänyt alakategorioita.

”Se on vaan hymynaama automaatti ja näin ja jos semmonen halutaan pitää ja se on aika yleinen trendi, että monessa palvelujentarjoajien paikassa niitähan löytyy ... niin se on ihan ok.” (2)

Yläkategoria ”Roidu-palautejärjestelmä tuo esille terveystalvöiden käyttäjien tyytyväisyyden saatuihin palveluihin” ei sisältänyt alakategorioita.

”Sehän on se Roidun ajatus ja idea, että että siinä nimenomaan saadaan niinku näkyviin se, että että ihmiset onkin oikeestaan tyytyväisiä.” (5)

Yläkategoria ”Roidusta saatu palauteraportti kuvaa tarkasti asiakkaiden tyytyväisyyden astetta, jota voi verrata henkilöstön määrään” sisälsi kaksi alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: ”Roidun palauteraportti antaa tietoa tunti-, viikopäivä- ja kuukausitasolla”. ja ”Roidu-raportin tuloksia voi suhteuttaa henkilökunnan määrään.”

”Kun on kattonu niitä pylväitä (Roidu) ja kellonaikoja ja näin kuinka se on men-ny, niin kyllä sen pystyy hyväksymään, että joo tossa me pystytään toimimaan hyvin ja tuo kellon aikana siinä me ei millään riitä työntekijät.” (5) (Alakategoria: Roidun palauteraportti antaa tietoa tunti-, viikopäivä- ja kuukausitasolla)

”Kaikki paikalla ja ei tartte odottaa, niin silloin on porukka tyytyväisempiä, että sen pystyy ihan lukemaankin siitä. (Roidu-raportti).” (6) (Alakategoria: Roidu-raportin tuloksia voi suhteuttaa henkilökunnan määrään)

Yläkategoria ”Valtakunnalliset tyytyväisyyskyselyt toimivia” ei sisältänyt alakategorioita.

”THL:n tyytyväisyyskyselyt, niin ne on siinä mielessä hyviä, asiantuntijat suunnittelee ne kysymykset. ja kun ne pääsääntöisesti menee sähköisesti.” (2)

Yläkategoria ”Valtakunnalliset tyytyväisyyskyselyt ovat toimimattomia matalan vastausprosentin vuoksi” ei sisältänyt alakategorioita.

”Ennen joku 300-400 niin oliko niitä nyt vaan joku 80...niin vastannu, että ihmiset ei niinku vastaa niihin.” (1)

Yläkategoria ”Laboratorion Haipro ei ole toimiva” ei sisältänyt alakategorioita.

”Siinä (labra Haipro) on paljon sellasta ihmeellistä, mutta mehän ollaan keskusteltu siitä niiden kanssa (labra) ja ja nehän meinas, että ei se nyt edes oikeesti oo Haipro, mutta miks se tuolla järjestelmässä on, niin se on tuon kautta ne (labra) halus kartottaa kuinka paljon (palautetta).” (3)

Yläkategoria ”Asiakkailta saadut spontaanit palautteet toimivia” ei sisältänyt alakategorioita.

”Ne, ihan henkilökohtaiset palautteet, on ihan asiaa, siinä on aina siinä ei oo jontekin kohdattu asiakas ja henkilökunta.” (1)

4.3.2 Asiakas/potilaspalauteprosessin kehittäminen palautejärjestelmän avulla

Asiakaslähtöinen asiakas/potilaspalautejärjestelmä

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan asiakaslähtöistä asiakas/potilaspalautejärjestelmää. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti. Analyysissa muodostui kolme yläkategoriaa, jotka esitetään taulukossa 6.

Taulukko 6. Haastateltujen kuvaukset asiakaslähtöisestä asiakas/potilaspalautejärjestelmästä.

Yläkategoriat	Alakategoriat
Palautteenannon vaivattomuus asiakkaalle (f=10)	Helppo käyttää. (f=4) Helposti löydettävä. (f=4) Yksinkertainen. (f=2)
Asiakkaalla on mahdollisuus valita palautteenantokanava (f=14)	Sähköinen palaute vastaanottokäynnin jälkeen. (f=7) Sähköinen palaute vastaanottokäynnin yhteydessä. (f=3) Paperinen palautekysely(f=3) Suullinen palaute vastaanotolla. (f=1)
Palautejärjestelmässä olevat kysymykset auttavat kehittämään toimintaa (f=2)	-

Yläkategoria ”Palautteenannon vaivattomuus asiakkaalle” sisälsi kolme alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: Helppo käyttää, Helposti löydettävissä ja Yksinkertainen.

”Se pitää olla sellanen minkä on niinku hel- helppo.” (5) (Alakategoria: Helppo käyttää)

”Asiakaslähtöinen ... se pitäis olla joku helposti saatavissa sillä hetkellä, kun sä haluat sen antaa (palauteta).” (6) (Alakategoria: Helposti löydettävissä)

”Lyhyt ja ytimekäs, että siinä sais sanottua sen asemansa asiansa. (1) (Alakategoria: Yksinkertainen)

Yläkategoria ”Asiakkaalla on mahdollisuus valita palautteenantokanava” sisälsi neljä alakategoriaa, jotka olivat Sähköinen palaute vastaanottokäynnin jälkeen, Sähköinen palaute vastaanottokäynnin yhteydessä, Paperinen palautekysely ja Suullinen palaute vastaanotolla.

”... mikä tulee niinku sun puhelimeen niinku viesti, kun sä oot käynyt (vastaanotolla) ja siinä sä voit vastata kotona pari tuntia sen jälkeen, kun sä oot käynyt.” (4) (Alakategoria: Sähköinen palaute vastaanottokäynnin jälkeen)

”Meillä pitäis olla... nuo läppärit tuola odotustilas, että ne niinku ihan siinä samalla sais käydä sen palautteen kirjaamas.” (5) (Alakategoria: Sähköinen palaute vastaanottokäynnin yhteydessä)

”Mä toivoisin kyllä, että meillä olisi semmoinen järjestelmä, että sais ihmiset vastata ja tota niin täyttää ja jättää sinne palautelaatikkoon, niin perinteinen paperiversio.” (7) (Alakategoria: Paperinen palautekysely)

*”Sitten on se se suora palaute face to face aina kaikkein paras ja helpoin ja ajan-
kotoisin ja ajan tasalla tulisi, reaaliajassa.”* (1) (Alakategoria: Suullinen palaute vastaanotolla)

Yläkategoria ”Palautejärjestelmässä olevat kysymykset auttavat kehittämään toimintaa” ei sisältänyt alakategorioita.

”Lopussa (palautekyselyn) on aina ollut, että mitä sä haluat sanoa niille tai onko hyvä tai sä voit laittaa niinku mitä voi kehittää tai jotain...” (4)

Asiakas/potilaspalautejärjestelmän kehittäminen organisaatiossa

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan miten asiakas/potilaspalautejärjestelmää tulisi kehittää organisaatiossa. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti. Analyysissa muodostui kymmenen yläkategoriaa, jotka esitetään taulukossa 7.

Taulukko 7. Haastateltujen kuvaukset asiakas/potilaspalautejärjestelmän kehittämistarpeista.

Yläkategoriat	Alakategoriat
Käytössä olevat palautejärjestelmät toimivia (f=2)	-
Roidu-palautejärjestelmään teemakysymyksen käyttöönotto (f=1)	-
Roidu-palautelaitteiden määrän lisääminen vastaanotoilla. (f=2)	-
Palautejärjestelmän kehittäminen siten, että se antaa palautteista strukturoitua tietoa (f=4)	-
Automaattinen palautekyselyn lähetyksi asiakkaalle (f=2)	-
Asiakastyytyväisyys-kysely kaikille tietyn ajanjaksona (f=1)	-
Useita erilaisia palautejärjestelmiä (f=1)	-
Nuorten huomioiminen palautteenantojärjestelmissä (f=2)	-
Modernit palautteenantojärjestelmät (f=3)	Matkapuhelimen kautta kyselyt. (f=1) Chat-kyselyt. (f=1) QR-koodi kyselyt. (f=1)
Asiakkaan/potilaan tekemän Haipro-ilmoituksen käyttöönotto (f=1)	

Yläkategoria ”Käytössä olevat palautejärjestelmät toimivia” ei sisältänyt alakategorioita.

”Nää nykyiset toimii kuitenkin siis sillalailla, kun ne toimii, niin ihan hyvin.” (7)

Yläkategoria ”Roidu-palautejärjestelmään teemakysymyksen käyttöönotto” ei sisältänyt alakategorioita.

”Roidussa mahdollisuus, että vois olla sellainen teemakysymys, niin se olis ehkä semmonen, että me voitais hyödyntää tätä järjestelmää enemmän, jos suunnittelais mut senhän pitäis olla sen tyyppinen yleisluontoinen teemakysymys.” (2)

Yläkategoria ”Roidu-palautelaitteiden määrän lisääminen vastaanotoilla” ei sisältänyt alakategorioita.

”Se on se tää Roidu, että se on tietokoneen päässä siellä asemalla esimerkiksi tai neuvolassa, että miten paljon se kiinnostaa ihmisiä vastaamaan mitä, että tota niin siinä tietysti voisi olla joku toinenkin paikka, vaikka tai näitä tietokoneita pitäisi olla enemmän tai jotain että se on vaan se yksi paikka.” (7)

Yläkategoria ”Palautejärjestelmän kehittäminen siten, että se antaa palautteista strukturoitua tietoa” ei sisältänyt alakategorioita.

”Siihen (Vaasa.fi) pitäisi saada enemmän semmosta struktuuria et sais vähän samanlaista raportointia kuin Haiprosta eli paljonko palautteita on tullu, paljonko on mihinkäkin toimipisteeseen tullu.” (2)

Yläkategoria ”Automaattinen palautekyselyn lähetys asiakkaille” ei sisältänyt alakategorioita.

”Että saadaan siihen (viestiin) laitettua jotenki kytkettyä siihen, että kun on ilmoittautunut niin sitten se (kysely) tulee parin tunnin päästä.” (4)

Yläkategoria ”Asiakastyytyväisyyskysely kaikille tietyinä ajanjaksona” ei sisältänyt alakategorioita.

”Miksi ei voisi jotakin semmostakin niinku kehitellä ja voisko ottaa joku semmonen tempaus, että yks kuukausi lähetetään kaikille sähköpostitse ”Hei käytit meidän palveluita, olitko tyytyväinen?” (6)

Yläkategoria ”Useita erilaisia palautejärjestelmiä” ei sisältänyt alakategorioita.

”Ehkä niistä pitäis olla enemmän niitä vaihtoehtoja, ennenhän on ollut niitä palautelaatikkoja, kun ei ollut muuta, piti niitä käyttää, mutta niitä ei nyt sitten oon enään... sellainenkin tietysti vois olla yhtenä.” (1)

Yläkategoria ”Nuorten huomioiminen palautteenantojärjestelmissä” ei sisältänyt alakategorioita.

”Eihän ne nuoret pysähdy tuohon laitteelle (Roidu) se on se tietty ryhmä ja lapset ja vanhukset tai keski-ikäiset, nuoret on kokonaan pois siitä.” (3)

Yläkategoria ”Modernit palautteenantojärjestelmät” sisälsi kolme alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: Matkapuhelimen kautta kyselyt, Chat-kyselyt ja QR-koodi kyselyt.

”Justiin niinku nykypäiväisemmiksi tää on varmaan yks, että nuorethan haluaa kännykällä jotenki vastaila ja ja se pitää olla niinku helppoo ja se pitää olla siinä sun kännykässä.” (3) (Alakategoria: Matkapuhelimen kautta kyselyt)

”Siinä se pitäis tulla se Chat, että voit vastaila nämä kysymykset.” (4) (Alakategoria: Chat-kyselyt)

”Tietysti vois olla... mikä niitten nimi on tiäkkö, mitä ne voi skannata, että jos olis ovella... QR-koodi sen vois skannata ja sitten tulis jotain kysymyksiä.” (4) (Alakategoria: QR-koodi kyselyt)

Yläkategoria ”Asiakkaan/potilaan tekemän Haipro-ilmoituksen käyttöönotto” ei sisältänyt alakategorioita.

”Mun mielestä kans yks asia mikä olis ihan hyvä et potilaskin voi tehdä Haiproja joko siellä sairaalassa tai kotoa päin ja se on olemassa, se on käytössä jo et se on vaan otettavissa.” (6)

Asiakas/potilaspalauteprosessin kehittäminen organisaatiossa

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan miten asiakas/potilaspalauteprosessia tulisi kehittää organisaatiossa. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti. Analyysissä muodostui viisi yläkategoriaa, jotka esitetään taulukossa 8.

Taulukko 8. Haastateltujen kuvaukset asiakas/potilaspalauteprosessin kehittämistarpeista.

Yläkategoriat	Alakategoriat
Yhtenäisen palauteprosessin kehittäminen (f=5)	-
Palautteiden käsitteleminen tiiminä (f=3)	-
Palautteisiin vastaaminen tietyssä ajassa (f=2)	-
Palautteen kerääminen systemaattisesti (f=1)	-
Palautteiden arviointi (f=1)	-

Yläkategoria ”Yhtenäisen palauteprosessin kehittäminen” ei sisältänyt alakategorioita.

”Ehkä sitä niinku vois miettiä, että niinku onko joku sellainen yhteinen niinku tapa tehdä se asia ja mitkä elementit siinä prosessissa pitäis olla. (2)”

Yläkategoria ”Palautteiden käsitteleminen tiiminä” ei sisältänyt alakategorioita.

”Jos mä nyt saan sen palautteen niinku mulle ja mä sitä käsittelen, niin ehkä siinä vois olla niinku useampikin, että sitä tulisi niinku pohorittua oikein kunnolla.” (1)

Yläkategoria ”Palautteisiin vastaaminen tietyssä ajassa” ei sisältänyt alakategorioita.

”Joku takaraja pitäs kyllä siinä olla mun mielestä, että että ei sais liian kauaa odottaa sitä, mun mielestä se olis, myöskin asiakaspalvelua se, että sä vastaat tarpeeksi nopeasti.” (7)

Yläkategoria ”Palautteen kerääminen systemaattisesti” ei sisältänyt alakategorioita.

”Sitä pitäis kerätä systemaattisesti sitä palautetta.” (1)

Yläkategoria ”Palautteiden arviointi” ei sisältänyt alakategorioita.

”Arviointia ei ainakaan oo sitä arviointia sitten pitäisi kehittää palata siihen joskus siihen saatuun palautteeseen.” (1)

Asiakas/potilaspalautejärjestelmästä saatujen palautteiden vastineiden näkyväksi teko terveyspalveluiden vastaanottopalveluiden käyttäjille

Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan, miten asiakas/potilaspalautejärjestelmästä saatuihin palautteisiin annetut organisaation vastineet saataisiin näkyvämmäksi terveyspalveluiden vastaanottopalveluiden käyttäjille. Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisesti. Analyysissa muodostui viisi yläkategoriaa, jotka esitetään taulukossa 9.

Taulukko 9. Haastateltujen näkemykset asiakas/potilaspalautejärjestelmästä saatujen palautteiden ja niihin annettujen vastineiden näkyväksi tekemisestä asiakkaille.

Yläkategoriat	Alakategoriat
Tiedotus asiakkaille/potilaille terveysasemalla (f=9)	Vastineet näkyviksi terveysasemalla. (f=2) Vastaanotoille hankitaan tv-ruutu, minkä kautta asiakkaat saavat tietoa palveluista ja palautteista. (f=4) Roidun hymynaamat laitetaan esille vastaanottoti-

	loihin asiakkaiden nähtäväksi. (f=3)
Palautteiden näkyväksi teko toisinaan rajoitettua (f=8)	Vaitioloovelvollisuus rajoittaa palautteiden näkyväksi tekemistä. (f=2) Palautteet ovat henkilökohtaisia. (f=5) Vastineella ei yleistä informaatioarvoa. (f=1)
Vaasa.fi- palautejärjestelmässä julkiseksi merkityt vastineet ovat nähtävissä terveystalouden käyttäjille (f=5)	-
Palauteraportti-sivusto Vaasan kaupungin Internet-sivuille (f=4)	-
Yhteistyön lisääminen viestintäyksikön kanssa palautesivujen ylläpitämisessä sosiaalisessa mediassa (f=3)	-

Yläkategoria ”Tiedotus asiakkaille/potilaille terveysasemalla” sisälsi kolme alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: Vastineet näkyviksi, Vastaanotolle hankitaan TV-ruutu, minkä kautta asiakkaat saavat tietoa palveluista ja palautteista ja Roidun hymynaamat laitetaan esille vastaanottotiloihin asiakkaiden nähtäväksi.

”Tietysti sellaisista konkreettisista hyvistä käytännöistä pitäshän ne niistä tiedottaa ja ne vois olla esillä ja sitte toki kansa, että huomaaki no, että ne johtaa joku ne palautteet.” (1) (Alakategoria: Vastineet näkyviksi)

”Tv-ruutu, niin se pyörii, niin voisi olla, jotta näitä ruutuja sinne pyörimän odotellaan kovasti niitä, olis monta käyttöä ja tää vois olla yhtenä sielä. Muutenkin vois tiedottaa, että meillä toimitaan näin ja olemme nyt korjanneet tämän toiminnan näin.” (1) (Alakategoria: Vastaanotolle hankitaan TV-ruutu, minkä kautta asiakkaat saavat tietoa palveluista ja palautteista)

”Ehkä just, kun se on se Roidu ja se on siellä terveysasemalla, voisko se ihan olla siinä ihan seinällä jotenki, että viime kuukauden hymynaamat.” (3) (Alakategoria: Roidun hymynaamat laitetaan esille vastaanottotiloihin asiakkaiden nähtäväksi)

Yläkategoria ”Palautteiden näkyväksi teko toisinaan rajoitettua” sisälsi kolme alakategoriaa, jotka olivat seuraavat: Vaitiolo velvollisuus rajoittaa palautteiden näkyväksi tekemistä, Palautteet ovat henkilökohtaisia ja Vastineella ei yleistä informaatioarvoa.

”Tämä meidän vaitiolo velvollisuuskkin kyllä vaikeuttaa myös tämän näkyväksi tekemiseen.” (6) (Alakategoria: Vaitiolo velvollisuus rajoittaa palautteiden näkyväksi tekemistä)

”Se on monta kertaa niin henkilökohtaista ja se on just johonku ihmiseen niinku kohdistuva tämä niin se on vaikea laittaa näkyväksi.” (5) (Alakategoria: Palautteet ovat henkilökohtaisia)

”Ajattelisin, että aika niinku ei läheskään kaikilla vastineilla ei oo yleisinformaatioarvoa.” (2) (Alakategoria: Vastineella ei yleistä informaatioarvoa)

Yläkategoria ”Vaasa.fi-palauttejärjestelmässä julkiseksi merkityt vastineet ovat nähtävissä terveyspalveluiden käyttäjille” ei sisältänyt alakategorioita.

”Ne palautteet, jotka on julkisia niin niitähän kaikki voi käydä ihan katsomassa sieltä (vaasa.fi), että mut mut kenellä siihen nyt riittää intressiä sitte käydä katto-massa.” (2)

Yläkategoria ”Palauteraportti-sivusto Vaasan kaupungin Internet-sivuilla” ei sisältänyt alakategorioita.

”Meillä on nää missä on terveyspalvelut ja terveysasemat, niin sieläkin vois olla joku kuukausi raportti tieksä, se vois pyöriä netissä, jos jotakuta kiinnostaa ne varaan menis joka kuukausi katsomaan.” (3)

Yläkategoria ”Yhteistyön lisääminen viestintäyksikön kanssa palautesivujen ylläpitämisessä sosiaalisessa mediassa” ei sisältänyt alakategorioita.

”Meidän pitäis panostaa enemmän siihen, että on se tiedottaja, että laitaksä nuosinne Facebookiin ja se olis jaettu.” (3)

4.4 Asiakas/potilaspalautejärjestelmäprosessin mallinnus

Asiakas/potilaspalautejärjestelmäprosessin mallinnuksen opinnäytetyöntekijä toteutti ensisijaisesti yhteistyössä Vaasan kaupungin Terveyspalveluiden Vastaanottopalveluiden kehittämissuunnittelijan ja ylihoitajan kanssa, mutta myös osaksi laajemman työryhmän kanssa. Työryhmätyöskentely toteutettiin työskentelynä ylilääkärin, hallintoylihoitajan, ylihoitajan ja kehittämissuunnittelijan kanssa. Seuraavaksi kuvataan asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnuksen toteutumisen eteneminen.

Työryhmätyöskentely

Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tulosten valmistuttua opinnäytetyöntekijä sopi tapaamisen hallintoylihoitajan kanssa. Tapaamiseen kutsuttiin hallintoylihoitajan pyynnöstä ylilääkäri, ylihoitaja ja kehittämissuunnittelija. Tapaamista varten opinnäytetyöntekijä teki tutkimuksen tuloksista PowerPoint-esityksen. Tulosten pohjalta opinnäytetyöntekijä laati ideapaperin kehittämiskohteista sekä alustavan asiakas/potilaspalauteprosessikaavion. Tutkimustulokset, ideapaperi ja alustava palauteprosessikaavio lähetettiin etukäteen sähköpostitse tapaamiseen osallistuville henkilöille.

Tapaaminen toteutui hallintoylihoitajan, ylilääkärin, ylihoitajan ja kehittämissuunnittelijan kanssa lokakuussa 2019. Opinnäytetyöntekijä esitteli PowerPoint-esityksen avulla tutkimuksen tulokset sekä ideapaperin, joka sisälsi tutkimuksen tulosten pohjalta esiin tulleita kehittämissuunnitelmia palautejärjestelmiin ja palautteidenkäsittelyyn. Lisäksi esitettiin alustava palauteprosessikaavio.

Tutkimustulosten esittämisen jälkeen keskusteltiin muun muassa sitä, että Roidu-palautejärjestelmän käyttö tulisi jäämään tauolle säästösyistä tammikuusta 2020 alkaen. Ideapaperin sisältö herätti keskustelua, mutta siinä ehdotettuja kehittämis-

ehdotuksia ei kuitenkaan voitu sellaisenaan toteuttaa. Keskustelussa ilmeni, että organisaatio halusi kerättävän palautetta kohdennetuilta ryhmiltä kuten henkilöiltä, jotka ovat osallistuneet tupakanvieroitusryhmään tai synnytysvalmennusryhmään, ei kaikilta terveystalveluiden käyttäjiltä. Kohdennettujen asiakasryhmien palautteiden keruuta varten organisaation yksikkö, jonka asiakkaista kulloinkin on kyse, tulee aina laatimaan kohdennetun kyselylomakkeen tiedonkeruuta varten yhdessä kehittämissuunnittelijan kanssa. Tapaamisen päätteeksi sovittiin, että opinnäytetyöntekijä laatii asiakas/potilaspalauteprosessikaavion kohdennetulta ryhmältä saatujen palautteiden käsittelystä. Asiakas/potilaspalauteprosessikaaviossa tulisi ilmetä ainakin seuraavia asioita: ketkä käsittelevät palautteita, miten tulokset käsitellään, kuinka tuloksia voidaan hyödyntää toiminnassa ja minne tulokset tallennetaan sekä miten arviointi tapahtuu.

Tapaamisessa sovittiin, että opinnäytetyöntekijä tekee asiakas/potilaspalauteprosessikaavion yhdessä kehittämissuunnittelijan ja ylihoitajan kanssa. Heidän kanssaan sovittiin tapaamisaika lokakuulle. Sovittiin myös, että asiakas/potilaspalauteprosessikaavion työstämisen etenemisestä raportoitaisiin hallintoylihoitajalle.

Työskentely työryhmätapaamisen jälkeen

Ennen tapaamista kehittämissuunnittelijan kanssa opinnäytetyöntekijä laati alustavan luonnoksen asiakas/potilaspalauteprosessikaaviosta (Liite 6), kaavioon liittyvistä selventävistä ohjeista (Liite 7) ja lomakkeen ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” (Liite 8). Asiakas/potilaspalauteprosessikaavio laadittiin ympyrän muotoon, samoin kuin SHQS-laaturjestelmässä kuvataan laadunparannusta jatkuvana CQI-kehänä (Hiltunen 2018, 17). Täten asiakas/potilaspalauteprosessikaavio saatiin kytkettyä teknisesti jo suunnitteluvaiheessa osaksi SHQS-laaturjestelmän mukaista laadunparannusta.

Lomakkeen ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” avulla palautetiimi esittää palautteiden pohjalta kehittämisehdotuksensa johdolle ja hakee johdon hyväksynnän

ja tuen kehittämistoimen toteutuksen aloittamiselle. Lomakkeen avulla ehdotus kehittämistoimesta tulee dokumentoitua ja on jäljennettävissä kuten SHQS-arviointikriteeristöä asiasta ilmaistaan (Hiltunen 2018). Alustava asiakas/potilaspalauteprosessikaavio selventävine ohjeineen ja lomake ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” lähetettiin hallintoylihoitajalle.

Työskentely kehittämissuunnittelijan kanssa

Tapaaminen kehittämissuunnittelijan kanssa toteutui lokakuussa 2019. Opinnäytetyöntekijä esitteli alustavan asiakas/potilaspalauteprosessikaavion ja siihen liittyvän ohjeistuksen ja lomakkeen ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle.” Kehittämissuunnittelija arvioi asiakas/potilaspalauteprosessikaavion toimivaksi. Alustavaa asiakas/potilaspalauteprosessikaaviota yksinkertaistettiin siten, että yhdistettiin kaaviossa eri laatikoissa olevia asioita yhteen laatikkoon, näin saatiin kaavioon tiiviyyttä ja keveyttä. Ehdotus kehittämistoimesta johdolle -lomakkeeseen lisättiin vielä kohta, jossa ilmoitetaan asiakaskyselyyn vastanneiden määrä prosentteina.

Tapaamisessa kehittämissuunnittelijan kanssa mietittiin, mihin asiakas/potilaspalauteprosessikaavio tallennetaan. Kehittämissuunnittelija tiesi, että laatutyöhön on tulossa oma tiedostokansio, ”Laadunhallinta,” johon myös asiakas/potilaspalauteprosessikaavio voitaneen tallettaa. Mietittiin kenelle kohdennettuun kyselyyn osallistuneiden palautteet tulevat ja ketkä osallistuvat palautteiden käsittelyyn. Yksimielisesti päädyttiin siihen, että palautteet tulevat organisaatiossa sille osastonhoitajalle, jonka yksikköä asiakaspalautekysely koskee. Palautteiden käsittelyyn osallistuu palautetiimi, johon kuuluvat osastonhoitaja ja yksikön henkilökuntaa sekä kehittämissuunnittelija. Sovittiin, että opinnäytetyöntekijä tekee asiakas/potilaspalauteprosessikaavion sovitut korjaukset ja lähettää sen kehittämissuunnittelijalle, ylihoitajalle ja hallintoylihoitajalle sekä ylilääkärille kommentoitavaksi.

Työskentely kehittämissuunnittelijan tapaamisen jälkeen

Opinnäytetyöntekijä teki asiakas/potilaspalauteprosessikaavioon ja lomakkeeseen ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” sovitut korjaukset ja selkeytti asiakas/potilaspalauteprosessikaavioon liittyvää ohjeistusta. Opinnäytetyöntekijä laati lisäksi uuden lomakkeen ”Kehittämistoimen toteutumisen raportti” (Liite 9), jota käytetään, kun toteutuneesta kehittämistoimesta raportoidaan johdolle. Korjattu asiakas/potilaspalauteprosessikaavio ja ohjeistukseen liittyvät lomakkeet lähetettiin sähköpostitse kehittämissuunnittelijalle.

Kehittämissuunnittelija antoi sähköpostitse lokakuussa 2019 asiakas/potilaspalauteprosessikaaviosta palautetta, että kaaviota tulee yksinkertaistaa. Hän lähetti korjausehdotuksen ja tämän perusteella opinnäytetyöntekijä yksinkertaisti asiakas/potilaspalauteprosessikaaviota. Asiakas/potilaspalauteprosessikaavioon liittyvät ohjeistukset olivat kehittämissuunnittelijan mukaan hyviä. Saatteeksi opinnäytetyöntekijä oli kirjannut tarkentavia kysymyksiä, joihin kehittämissuunnittelija antoi tarkentavat vastaukset, kuten esimerkiksi missä kehittämistoimen toteutus ja siitä informointi tulee olemaan näkyvillä asiakkaille. Opinnäytetyöntekijä sopi tapaamisen kehittämissuunnittelijan ja ylihoitajan kanssa marraskuulle.

Työskentely opinnäytetyötä ohjaavan opettajan tapaamisen jälkeen

Tapaaminen opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa toteutui marraskuulla. Opinnäytetyöntekijä teki ohjauksessa saatujen ehdotusten mukaan asiakas/potilaspalauteprosessikaavioon sisältöön tarkentavia muutoksia. Asiakas/potilaspalauteprosessiin liittyvää ohjeistusta opinnäytetyöntekijä muotoili helppolukuisemmaksi sekä korjasi lomakkeiden ulkoasua.

Työskentely ylihoitajan ja kehittämissuunnittelijan kanssa

Tapaaminen ylihoitajan ja kehittämissuunnittelijan kanssa toteutui marraskuussa 2019. Tätä ennen opinnäytetyöntekijä lähetti etukäteen sähköpostitse ylihoitajalle

ja kehittämissuunnittelijalle asiakas/potilaspalauteprosessikaavion ja siihen liittyvät ohjeistuksen ja lomakkeet. Tapaamisessa opinnäytetyöntekijä esitteli kaavion avulla, miten palautteen käsittely etenee asiakas/potilaspalauteprosessissa. Pohdittiin yhdessä asiakas/potilaspalauteprosessikaavion nimeä, joka oli tähän saakka ollut yleisprosessikaavio. Päätettiin, että nimi muutetaan asiakas/potilaspalauteprosessikaavioksi, koska nimi yleispalauteprosessikaavio voidaan tulkita väärin. Asiakas/potilaspalauteprosessikaavioon ehdotettiin, että prosessin aloituslaatikko olisi erivärinen kuin muut laatikot, jotta katsojan on helpompi hahmottaa kaavion aloituspiste. Lisäksi kaavioon tulisi lisätä yksi nuoli. ”Palautetiimi, joka käsittelee palautteita” nimenä hyväksyttiin, mutta sitä toivottiin selvennettävän enemmän ja sovittiin, että lomakkeessa ”Asiakas/potilaspalauteprosessikaavio-ohjeet” (Liite 7) selvennetään palautetiimin kokoonpano.

Tapaamisessa ylihoitajan ja kehittämissuunnittelijan kanssa keskusteltiin, että lomakkeeseen ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” (Liite 8) lisättäisiin, kuinka moni suomen-, ruotsin- tai englanninkielinen on vastannut asiakaspalautekyselyyn. Keskusteltiin, että lomakkeessa ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” tulee olla asiakaskyselyä kuvaava nimi ja lomakkeessa ”Kehittämistoimen toteutumisen raportti” (Liite 9) tulee olla toteutuneen kehittämistoimen nimi, koska nimen avulla lukija saa heti käsityksen, mitä asia koskee. Lomakkeen nimeäminen helpottaa myös asiakaspalautekyselyn ja kehittämistoimen toteutumisen tallentamista sekä lomakkeiden hakemista Laadunhallinta-sivustolta. Keskusteltiin, siitä, että kevennetään lomakkeiden ulkoasua siten, että vastaukselle jätetään tilaa vain yksi vastausrivi. Lomake ”Asiakas/potilaspalauteprosessikaavio ohjeet” (Liite 7) koettiin helppolukuisemmaksi, kun sen ulkoasua oli kevennetty.

Tapaamisessa ylihoitajan ja kehittämissuunnittelijan kanssa keskusteltiin Asiakas/potilaspalauteprosessin implementointisuunnitelmasta. Sovittiin, että opinnäytetyöntekijä esittelee ensin lopullisen Asiakas/potilaspalauteprosessikaavion ja siihen liittyvät ohjeet ja lomakkeet ylilääkärille, hallintoylihoitajalle, ylihoitajalle

ja kehittämissuunnittelijalle, jotka hyväksyvät lopullisen mallinnuksen. Tämän jälkeen opinnäytetyöntekijä esittelee mallinnuksen osastonhoitajakokouksessa osastonhoitajille. Osastonhoitajat esittelevät Asiakas/potilaspalauteprosessikaavion osastokokouksissa henkilökunnalle. Sovittiin, että opinnäytetyöntekijä tekee implementointisuunnitelman ja esittelee sen työryhmälle. Implementointisuunnitelmassa tuli esittää, ketkä ovat avainhenkilöt juurruttamisessa.

Työskentely ylihoitajan ja kehittämissuunnittelijan tapaamisen jälkeen

Opinnäytetyöntekijä teki ylihoitajan ja kehittämissuunnittelijan tapaamisen jälkeen korjausehdotukset Asiakas/potilasprosessikaavioon ja siihen liittyviin lomakkeisiin. Asiakas/potilaspalauteprosessikaavioon ja siihen liittyvien lomakkeiden ulkoasuun opinnäytetyöntekijä teki muutokset Vaasan kaupungin viestinnän kirjallisten dokumenttien ohjeiden mukaan. Lisäksi opinnäytetyöntekijä ehdotti, että Asiakas/potilaspalauteprosessikaavion väritys muutetaan Vaasan kaupungin väreihin. Opinnäytetyöntekijä lähetti lomakkeet työryhmälle ja ehdotti tapaamista, jossa opinnäytetyöntekijä esittelisi lopullisen version asiakas/potilaspalauteprosessikaaviosta liitteineen.

Opinnäytetyöntekijä teki ehdotuksen Asiakas/potilaspalauteprosessin implementointisuunnitelmasta (Liite 10) Vaasan kaupungin Terveyspalveluille.

Työryhmätyöskentely

Tapaaminen ylilääkärin, hallintoylihoitajan, ylihoitajan ja kehittämissuunnittelijan kanssa toteutui marraskuussa 2019. Opinnäytetyöntekijä alusti Asiakas/potilaspalauteprosessikaavion esittelyn PowerPoint-esityksen avulla. Alustus sisälsi perusteluina tiedot asioista, jotka opinnäytetyöntekijä oli ottanut huomioon Asiakas/potilaspalauteprosessikaavion suunnittelussa.

Työryhmätapaamisessa pohdittiin, miten positiivinen palaute välitetään henkilökunnalle ja todettiin, että siitä tulisi olla oma erillinen prosessikaavionsa. Keskusteltiin myös siitä, että suullisen palautteen käsittelylle tulisi olla oma toimintatapa.

Tapaamisessa hyväksyttiin lopulliseksi mallinnukseksi edellä mainituin muutoksin Asiakas/potilaspalauteprosessikaavio ja siihen liittyvät ohjeet ja lomakkeet sellaisina versioina kuin ne opinnäytetyöntekijä esitteli ylläkäärille, hallintoylihoitajalle, ylihoitajalle ja kehittämissuunnittelijalle marraskuussa 2019.

Työryhmätapaamisessa asiakas/potilaspalauteprosessikaaviota pidettiin kokonaisuutena käyttökelpoisena työvälineenä ja erityisesti lomakkeita ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” ja ”Kehittämistoimen toteutumisen raportti” pidettiin toimivina. Työryhmä totesi, että asiakas/potilaspalauteprosessikaaviota voidaan hyödyntää myös muilla Vaasan kaupungin palvelualueilla kuten sosiaalipalveluissa.

Työryhmätapaamisessa opinnäytetyöntekijä esitteli asiakas/potilaspalauteprosessin implementointisuunnitelman (Liite 10). Implementointisuunnitelma hyväksyttiin sellaisenaan. Sovittiin, että opinnäytetyöntekijä esittelee Asiakas/potilaspalauteprosessikaavion Vaasan Terveyspalveluiden osastonhoitajille osastonhoitajien kokouksessa marraskuussa 2019. Tämän jälkeen Asiakas/potilaspalauteprosessin implementointi jää työyhteisössä kehittämissuunnittelijan ja ylihoitajan tehtäväksi.

5 POHDINTA

5.1 Kehittämistyön prosessin ja tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyönä tehdyn kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa mallinnus Vaasan Terveyspalveluiden asiakas/potilaspalautejärjestelmän hyödyntämisen prosessista. Kehittämistyön tarkoitus toteutui ja on tuotettu mallinnus (Liitteet 6, 7, 8 ja 9), jonka kohdeorganisaatio on hyväksynyt.

Seuraavassa tarkastellaan kehittämistyön tavoitteiden toteutumista tavoite kerrallaan.

1. Tuottaa arvioitavissa oleva mallinnus asiakas/potilaspalautejärjestelmäprosessista vastaanottopalveluiden palautejärjestelmästä ja arvioida sitä.

Tavoite toteutui. Opinnäytetyöntekijän oman arvion mukaan tuotettu asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnus on arvioitavissa ja käytön myötä sitä tulee arvioida ja kehittää jatkuvasti toimivammaksi.

Asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnuksessa on otettu huomioon seuraavat asiat: asiakaslähtöisyys organisaation arvona, SHQS-laaturjärjestelmän laatukriteeristön kriteeri koskien asiakas/potilaspalautteita, tämän opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden tulokset asiakas/potilaspalauteprosessin kehittämistarpeista organisaatiossa sekä kirjallisuuskatsauksen perusteella myös johdon ja henkilöstön sitouttaminen asiakaslähtöisyyden parantamisessa. Voidaan arvioida, että mallinnuksen tuottamisella oli osoitetut perusteet.

Asiakas/potilaspalauteprosessikaavio laadittiin mukailemaan CQI-kehän (Continuous Quality Improvement muotoa): suunnittele, toteuta, tarkista ja toimi. Se kuvaa SHQS-laaturjärjestelmän periaatetta jatkuvasta laadun parantamisesta (Hiltunen 2018, 17; Deming 2000, 88.) Asiakas/potilaspalauteprosessikaaviossa toteutuu SHQS-laaturkriteeristön kriteeri, jonka mukaan asiakas/potilaspalautteiden

avulla arvioidaan asiakkaan/potilaan osallisuutta, varmistetaan että asiakaspalautetta hankitaan, palautteita käsitellään ja niitä hyödynnetään (Labquality 2014).

Opinnäytetyöntekijän oman arvion mukaan asiakas/potilasprosessikaavio on selkeä ja yksinkertainen. Asiakas/potilaspalauteprosessikaavioon liittyvät ohjeet ovat yksityiskohtaiset ja auttavat palautetiimiä etenemään loogisesti palautteiden käsittelystä kehittämistoimen toteutukseen. Toisaalta voi miettiä aiheuttaako ohjeiden yksityiskohtaisuus sen, että jaksako palautetiimi aina kiireisessä arjessa edetä kohtakohdalta ohjeiden mukaan. Tuotetut lomakkeet ovat käyttökelpoiset työkalut palautteiden käsittelyssä, suunnittelussa, dokumentoinnissa, arvioinnissa ja raportoinnissa johdolle sekä kehittämistoimen jäljennettävyydessä. Näitä lomakkeita käytettäessä toteutetaan SHQS-laatuajattelua, koska SHQS-laaturjestelmän arviointikriteeristön (Labquality 2014) mukaan kehitystoimen tulee olla dokumentoitu ja sen myötä jäljitettävissä ja osoitettavissa. Kohdeorganisaatiolta saadun palautteen mukaan tuotettu mallinnus oli hyvä.

2. Sujuvoittaa asiakas/potilaspalautejärjestelmän prosessia.

Asiakas/potilaspalautteiden käsittelylle ei kehittämistyön kohdeorganisaatiossa ollut aikaisemmin yhtenäistä prosessia, vaikka organisaatiolle on tullut ja tulee asiakaspalautetta muiden palautejärjestelmien kautta kuin kohdennettujen asiakaskyselyjen muodossa. Nyt kun prosessi on mallinnettu ja kuvattu, sen voidaan olettaa sujuvoittavan prosessia, joskaan sitä ei voida opinnäytetyön valmistumisen hetkellä arvioida.

Asiakas/potilaspalauteprosessissa palautteiden käsittelijät kuuluvat palautetiimiin, joka koostuu kehittämissuunnittelijasta sekä kulloisessakin tapauksessa kyseisen yksikön osastonhoitajasta ja henkilökunnasta. Kehittämistoimen toteuttamiseen pyydetään johdon tuki, jolloin sekä henkilöstö että johto on sitoutettu kehittämistoimeen. Voidaan olettaa, että tämä sujuvoittaa prosessia.

Asiakaslähtöisyyttä ja asiakaspalautteiden pohjalta toteutuneiden kehittämistoimien näkyväksi tuomista asiakkaille voidaan mallinnuksen olettaa sujuvoittavan siten, että mallinnuksen ohjeiden mukaan kehittämistoimien toteutuksesta tiedotetaan asiakkaille ilmoitustaululla, terveysasemien odotustiloissa ja Terveyspalveluiden Internet-sivuilla.

3. Parantaa asiakas/potilaslähtöisyyttä vastaanottopalveluiden asiakas/potilaspalautejärjestelmän avulla.

Tämän opinnäytetyön valmistuminen ajoittui siten, että asiakaskyselyjä millekään kohdennetulle asiakasryhmälle ei ollut siihen mennessä toteutettu, joten asiakas/potilaspalauteprosessikaavion pilotointia ei voitu tehdä opinnäytetyön valmistuessa. On vaikea arvioida, paransiko tuotettu mallinnus asiakaslähtöisyyttä. Kohdeorganisaatiolle tuotettiin sen toiveiden mukainen mallinnus kohdennetulta asiakasryhmältä hankittujen palautteiden käsittelyyn. Organisaation arvioitavaksi jää, parantaako mallinnetun prosessin käyttö asiakaslähtöisyyttä ja kuinka hyvin prosessimallinnus otetaan vastaan ja millaiseksi palautetiimit kokevat sen käytön.

Kehittämistyön prosessin arviointia

Opinnäytetyön perustaksi laadittiin kirjallisuuskatsaus, jota opinnäytetyöntekijä työsti kevään ja kesän 2018 aikana ja täydensi sitä syksyllä 2019. Kirjallisuuskatsaukseen opinnäytetyöntekijä määritteli keskeiset käsitteet asiantuntijoiden kirjoittaman kirjallisuuden perusteella. Aiheeseen liittyviä niin kotimaisia kuin kansainvälisiäkin tutkimuksia, jotka liittyivät asiakaslähtöisyyden kehittämiseen, laatuun ja asiakaspalautteisiin terveydenhuollossa, oli saatavilla vähemmän kuin käytettäessä asiakaslähtöisyys-termin sijaan hakutermiä potilaskeskeisyys. Tämä vaikutti siihen, että tähän opinnäytetyöhön sopivien aikaisempien tutkimusten osuus jäi määrällisesti niukaksi. Opinnäytetyöntekijän oman arvion mukaan kirjallisuuskatsaus oli kuitenkin edellä mainitut seikat huomioon ottaen melko kattava, aiheeseen liittyen hankittiin tietoa useasta näkökulmasta. Opinnäytetyön aloittaminen laatimalla kirjallisuuskatsaus avasi asiakaslähtöisyyteen liittyvää monimuotoi-

suutta ja syvensi omaa tietoutta aihealueesta, kuitenkin sen haittaamatta tutkimuksellisen osuuden laadullisen aineiston analysointia. Kirjallisuuskatsauksen täydentäminen opinnäytetyön loppuvaiheessa täydensi jo hankittua tietoa, mutta asetti myös opinnäytetyöntekijän tilanteeseen, jossa tietoa oli rajattava.

Kolmikantakeskustelu opinnäytetyöntekijän, kohdeorganisaation edustajan ja ohjaavan opettajan kanssa toteutui toukokuussa 2018. Kolmikantakeskustelussa sovittiin opinnäytetyön tutkimuksellisesta osuudesta, kehittämistyönä toteutettavasta asiakas/potilaspalautejärjestelmän mallinnuksesta sekä sen implementointisuunnitelmasta osaksi SHQS-laaturyötä. Työ rajattiin koskemaan Terveyspalveluita ja palautejärjestelmät, rajattiin koskemaan Roidua, THL-kyselyä, Haiproa, Internet-sivuja osoitteessa feedback/vaasa.fi ja spontaania palautetta, jotka olivat mukana opinnäytetyössä. Työlle laadittiin aikataulu. Opinnäytetyöntekijän arvion mukaan kolmikantakeskustelussa sovitut asiat opinnäytetyön osalta toteutuivat. Opinnäytetyö valmistui lähes aikataulun mukaisesti. Kolmikantakeskustelun merkitys osana opinnäytetyönprosessia oli tärkeä.

Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli kuvata järjestelmän käyttäjien näkemyksiä asiakas/potilaspalautejärjestelmästä asiakas/potilaslähtöisyyttä parannettaessa. Tutkimuksellisen osuuden luotettavuuskysymyksiä tarkastellaan luvussa 5.3.2. Tuloksista keskeisesti nousivat esiin yhteisen palauteprosessin kehittäminen, palautteiden käsittely tiimissä, palautteisiin vastaaminen tietyssä ajassa, palautteiden systemaattinen kerääminen sekä niiden arviointi. Nämä tiedot olivat hyvin hyödynnettävissä asiakas/potilaspalauteprosessikaavion toteutuksessa.

Kehittämistyönä toteutettu Asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnuksen työstämiseen perustettiin työryhmä, johon kuuluivat opinnäytetyöntekijän lisäksi Vaasan Terveyspalveluiden Vastaanottopalveluiden ylilääkäri, hallintoylihoitaja, ylihoitaja ja kehittämissuunnittelija. Työryhmän perustaminen oli opinnäytetyöntekijän oman arvion mukaan perusteltua, näin asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnuksessa huomioitiin kohdeorganisaation vaatimukset mallinnuksen sisällöstä.

Asiakaslähtöisyyden ollessa kyseessä työryhmään olisi voinut kuulua myös henkilö- ja asiakasedustaja. Heidän edustuksensa työryhmässä olisi saattanut tuoda arvokkaan ja laajemman näkökulman asiakas/potilaspalauteprosessimallinnukseen. Toisaalta työryhmän ollessa kooltaan pieni asioista päättäminen oli nopeampaa ja kustannustehokkaampaa.

Työryhmätapaamiset sovittiin siten, että opinnäytetyöntekijä oli työryhmän jäseniin sähköpostitse yhteydessä ja tapaamiset sovittiin ajankohtaan, mikä sopi kaikille osapuolille. Työryhmätapaamiset toteutuivat kahdesti loka-marraskuun 2019 aikana. Kehittämissuunnittelijan ja ylihoitajan opinnäytetyöntekijä tapasi työryhmätapaamisten lisäksi kahdesti sekä oli yhteydessä kehittämissuunnittelijan kanssa sähköpostitse. Työryhmätapaamiset olivat kestoaltaan 1- 1,5 tuntia. Opinnäytetyöntekijän oman arvion mukaan kaikki tapaamiset järjestyivät sujuvasti, huomioon ottaen arjen työn asettamat kiireet.

Opinnäytetyöntekijä teki valmiiksi alustavan mallinnuksen, joka suunniteltiin huomioimalla työryhmätapaamisessa hallintoylihoitajan asettamat kriteerit, jotka asiakas/potilaspalauteprosessikaaviossa tulee toteutua. Mallinnusta työstettiin yhteistyössä kehittämissuunnittelijan ja ylihoitajan kanssa. Alustavasta mallinnuksesta oli luontevaa lähteä kehittämään lopullista versiota. Kehittämissuunnittelija ja ylihoitaja toivat asiakas/potilaspalauteprosessikaavioon kokemuksellista näkemystä. Kehittämistyön toteutuksessa asiakas/potilaspalauteprosessikaavion mallinnuksen työstäminen yhteistyössä kehittämissuunnittelijan ja ylihoitajan kanssa oli sujuvaa ja joustavaa.

Ensimmäisessä työryhmätapaamisessa kohdeorganisaation edustajien kanssa sovittiin kehittämistyönä tehtävästä asiakas/potilaspalauteprosessinmallinnuksesta, jonka avulla käsiteltäisiin kohdennetulta asiakasryhmältä hankitut palautteet. Opinnäytetyöntekijä teki alkuperäismallinnuksen pohjalle kuusi kertaa muutoksia ja kuudennen mallinnusversion kohdeorganisaatio hyväksyi lopulliseksi versioksi toisessa työryhmätapaamisessa. Mallinnuksen implementointisuunnitelma hyväksyttiin toisessa työryhmätapaamisessa suoraan. Opinnäytetyöntekijä kävi esittele-

mässä osastonhoitajakokouksessa osastonhoitajille asiakas/potilasprosessikaavion ja implementointisuunnitelman. Opinnäytetyöntekijän arvion mukaan mallinnuksen ja implementointisuunnitelman esittäminen osastonhoitajille oli luonteva tapa aloittaa ja luovuttaa mallinnuksen käyttöönotto jatkossa osaksi asiakaslähtöisyyden huomioimista arjen työssä.

5.2 Kehittämistyön eettiset kysymykset

Seuraavaksi tarkastellaan kehittämistyön liittyviä yleisiä eettisiä kysymyksiä ja tutkimuseettisiä kysymyksiä.

5.2.1 Kehittämistyön yleiset eettiset kysymykset

Kehittämistyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamien ohjeiden mukaan (TENK 2013, 6-7). Tekijä on toiminut rehellisesti ja raportoinut perusteellisesti kehittämistyön toteutuksen kulusta. Lähteet on merkitty tekstiin ja lähdeluetteloon Vaasan ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaisesti.

Tutkimuslupa haetaan organisaation ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Tutkitavan organisaation nimen käytön ja organisaation osastojen nimien käyttö tutkimusraportissa on kysyttävä tutkimuslupaa haettaessa. Hoitohenkilöstön ollessa tutkimuksen kohteena eettisen toimikunnan lausuntoa ei yleensä tarvita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 222.) Tämän kehittämistyön suunnitelman valmistuttua tutkija haki kohdeorganisaation johtajaylihoitajalta kehittämistyön tekemisen lupaa. Luvan kehittämistyön tekemiseen myönsi Vaasan terveystalouden tulosaluejohtajalääkäri. Samalla lupa kattoi kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden sekä organisaation nimen käytön tutkimusraportissa. Eettisen toimikunnan lausunnon pyytämistä ei tarvittu, koska asiakkaiden palautteita ei käytetty kehittämistyön lähdemateriaalina.

Seuraavassa tarkastellaan erikseen muita eettisiä kysymyksiä, jotka liittyvät erityisesti tutkimuksellisen osuuden toteuttamiseen.

5.2.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuksessa tulee kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-219). Kaikki tässä kehittämistyössä tehdyt haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen, haastateltavien itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Haastatteluun osallistumisesta oli mahdollista kieltäytyä kehittämistyön missä vaiheessa tahansa.

Haastattelututkimuksissa tietoisien suostumusten varmistamiseksi tutkittavan on ennen haastattelua saatava tietoa haastattelun luonteesta. Tutkijan on kerrottava osallistujalle haastattelumateriaalin säilyttämisestä tutkimuksen ajan ja haastattelumateriaalin tuhoamisesta tutkimuksen valmistumisen jälkeen sekä luottamuksellisuudesta ja vapaaehtoisuudesta. Tutkimukseen kutsuttavan päättäessä osallistua, hän allekirjoittaa suostumuslomakkeen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Tässä kehittämistyössä tutkimukseen kutsutuille lähetettiin kutsu tutkimukseen/tutkittavan tiedote etukäteen (Liite 3). Tutkimukseen suostuneet allekirjoittivat suostumuslomakkeen ennen haastattelutilanteen alkamista (Liite 4).

Tutkija toimitti kaikille tutkimukseen suostuneille etukäteen haastatteluteemat (Liite 5) ja sopi haastatteluajankohdat erikseen jokaisen kanssa. Tutkijan arvion mukaan haastatteluun osallistuminen ei aiheuttanut tutkittaville haittaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218).

Oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että tutkittaviksi valikoituvat ovat tasa-arvoisia. Tutkijan on otettava tutkimukseen mukaan kaikki siihen soveltuvat, ei toivottuja tutkittavia ei saa jättää otoksesta pois. Erityisesti tämä tulee ottaa huomioon otoksen ollessa toisen määräämä. Oikeudenmukaisuuteen kuuluu tutkittavien kulttuuristen uskomusten, tapojen ja elämäntapojen kunnioittaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Tämän tutkimuksen otos oli ennalta määrätty, koska tutkittaviksi olivat ennakolta valikoituneet terveyspalveluiden asiakaspalautteita käsittelevät henkilöt. Kaikki soveltuvat palautteidenkäsittelijät kutsutiin haastatteluun ja heitä kohdeltiin tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti.

Anonymiteetti on tärkeä asia tutkimuksessa. Se tarkoittaa, että saatuja tietoja ei anneta ulkopuolisille missään vaiheessa. Saatu aineisto säilytetään lukitussa paikassa. Mikäli aineisto on tietokoneella, sen tulee olla salasanan takana. Tutkittavien anonymiteetti turvataan ilmoittamalla taustatiedot keskiarvoina tutkimustuloksia auki kirjoitettaessa. Tuloksia auki kirjoitettaessa luotettavuutta lisäävät tutkittavien alkuperäisilmaisut. Murteelliset ilmaisut on kirjoitettava yleiskielellä, jotta anonymiteetti säilyy. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.) Tässä kehittämistyössä anonymiteetti ei täysin toteutunut, koska tutkija tiesi ketkä osallistuivat haastatteluun, mutta haastatteluihin osallistujien nimet jäivät luottamuksellisesti vain tutkijan tietoon. Miten monta vuotta haastatteluihin osallistuneet olivat käsitelleet palautteita ja haastattelujen kesto ilmoitettiin raportissa keskiarvoina. Tutkija säilytti haastattelujen materiaalin omalla tietokoneellaan, johon muilla ei ollut pääsyä. Aukikirjoitettujen haastattelujen paperiversiot tutkija säilytti lukollisessa kaapissa ja hävitti ne polttamalla kehittämistyön valmistuttua. Tutkittavien ryhmä oli pieni ja tulosten raportoinnissa haastateltavien alkuperäisilmaisuista poistettiin tuloksiin vaikuttamattomia sanoja, joista haastateltava olisi voinut olla tunnistettavissa.

5.3 Kehittämistyön luotettavuus

Seuraavaksi tarkastellaan kehittämistyöhön liittyviä yleisiä luotettavuuskysymyksiä, tutkimuksellisen osuuden luotettavuutta ja kehittämistyön prosessin luotettavuutta.

5.3.1 Kehittämistyön yleiset luotettavuuskysymykset

Kankkosen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 91-94) mukaan teoreettisen viitekehysten laatiminen on tutkimuksen kriittinen vaihe. Kvalitatiivisen tutkimuksen kirjallisuuskatsaus voi olla määrällisesti pienempi, tavoitteena on muodostaa kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Tutkijan käyttäessä alkuperäisiä, tuoreita, alle kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia ja suhtautumalla kriittisesti tutkimuksen sisältöön ja siihen osallistuneen tutkimusjoukon määrään edesauttaa se tutkijan arviointia

käytettävän lähdemateriaalin luotettavuudesta. Kansainvälisten tutkimuksien käyttö laajentaa aihealueen näkökulmaa, mutta tiedon sovellettavuus suomalaiseen kontekstiin täytyy arvioida. Tämän kehittämistyön teoreettisessa viitekehyksessä on käytetty luotettavia tieteellisiä kotimaisia ja kansainvälisiä kirjallisuuslähteitä sekä muita asiantuntijoiden kirjoittamia luotettavia lähteitä. Aiheeseen liittyviä aikaisempia tutkimuksia on haettu eri tietokannoista kuten Medic, PubMed ja Cinahl sekä hakukoneesta Google Scholar, vapaasanahakuina ja manuaalisesti aikaisempien julkaisujen lähdeluetteloista. Hakusanoina käytettiin termejä ”asiakas/customer”, ”potilas/patient” ja ”asiakaslähtöisyys/ customer orientation” yhdistämällä niitä seuraaviin termeihin: ”laatu /quality”, ”terveydenhuolto/ healthcare”, ”palaute/feedback”, ”asiakaspalaute”, ”tyytyväisyys/satisfaction”. Lähteissä on pyritty käyttämään alkuperäistä tutkimusaineistoa, joka on kirjoitettu kymmenen vuoden sisällä. Tosin osa alkuperäistutkimuksista on iältään vanhempia. Käytetyistä tutkimuksista osassa on ollut pieni osallistujajoukko, mutta tutkimus on otettu mukaan tämän opinnäytetyön teoreettisen viitekehykseen kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä. Kansainvälisten tutkimuksien määrä olisi voinut olla suurempi.

5.3.2 Tutkimuksellisen osuuden luotettavuus

Kankkosen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 197-198) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tekijä saattaa tulla sokeaksi omalle tutkimustyölleen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu uskottavuus (engl. credibility). Sen arviointi edellyttää, että tutkimuksen tulokset ovat selkeästi aukikirjoitettu lukijalle ja hän saa käsityksen siitä, miten analyysi on tehty sekä mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja haasteet. Uskottavuutta lisää se, että tutkija raportoi analyysin mahdollisimman tarkasti ja käyttää taulukoita ja liitteitä tutkimuksen alkutilanteesta lähtien. Uskottavuutta lisää myös alkuperäisten haastatteluilmaisujen esittäminen sitaatteina tutkimustuloksia raportoitaessa. Tässä työssä tekijä on kuvannut, miten haastateltavat valikoituivat ja miten heidät kutsuttiin osallistumaan haastattelututkimukseen. Raportissa on kuvattu tarkasti aineiston analysointi ja tutkimustulokset. Aineiston analysoinnissa opinnäytetyöntekijä pyrki jättämään omat ennakko-oletukset aiheesta

taka-alalle, jotta ne eivät vaikuttaisi analyysiin. Tulosten raportoinnissa on käytetty haastateltavien alkuperäisiä ilmaisuja tulosten lomassa sitaatein lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Taulukoissa on tuotu esille, kuinka monta kertaa pelkistetty ilmaisu on esiintynyt tutkimusaineistossa, jotta lukija voi arvioida kuinka vahvasta ilmaisusta on kyse.

Tutkimuksellisen osuuden heikkoutena voidaan pitää sitä, että teemahaastattelun teemoja oli paljon. Teemoja yhdistämällä tai käyttämällä teemoja haastatteluissa tarkentavina kysymyksinä olisi teemoja saatu vähennettyä. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 205) mukaan esihaastattelu lisää luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelun teemojen esitestaamisen puuttuminen voidaan nähdä heikkoutena, sillä sen avulla olisi voitu saada selville teemat, jotka tuottivat haastattelutilanteissa haasteita. Kuitenkin haastattelutilanteissa opinnäytetyöntekijä selvensi haastateltaville teeman sisältöä, mikäli siihen ilmeni tarvetta. Haastattelujen teemat lähetettiin etukäteen haastateltaville, jolloin heidän oli mahdollista tutustua teemoihin etukäteen. Toisaalta sopivien esitestaajien löytäminen olisi ollut haastavaa, koska tutkittavien joukko jäi muutenkin pieneksi, seitsemän Vaasan Terveyspalveluiden palautteidenkäsittelijää. Vahvuutena voidaan kuitenkin nähdä se, että teemoilla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin ja kaikilla haastatteluihin osallistuneilla oli kokemusta palautteidenkäsittelystä ja täten he toivat esille arvokasta tietoa palautteidenkäsittelystä oman työkokemuksen kautta.

Luotettavuutta saattaa heikentää opinnäytetyöntekijän kokemattomuus haastattelutilanteissa, mikä näkyi teemahaastattelun suunnittelussa ja haastattelutilanteissa. Toisaalta haastattelutilanteissa opinnäytetyöntekijä kunnioitti sitä, että palautteidenkäsittelijöillä oli annettavana arvokasta tietoa työkokemuksensa kautta palautteidenkäsittelystä ja tämän vuoksi heille annettiin tilaa kertoa tutkittavasta aiheesta.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa siirrettävyydellä (engl. transferability) viitataan siihen, miten hyvin tulokset ovat siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön. Tämä edellyttää tarkkaa kuvausta tutkimusympäristöstä, osallistujien valinnasta sekä

aineiston keruusta ja analysoinnista. (Kankkonen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Mikäli tämä kehittämistyön tutkimuksellinen osuus toteutettaisiin toisessa kontekstissa, kuten toisessa terveyspalveluita tuottavassa yksikössä (terveyskeskus), saattaisi samankaltaisia tuloksia esiintyä kuin tässä kehittämistyössä. Tutkimukseen osallistujien määrä oli kuitenkin pieni, joten tuloksia ei voida yleistää mihinkään perusjoukkoon. Tosin laadullisessa tutkimuksessa ei pyritäkään yleistämään perusjoukkoon vaan saamaan syvempää uutta tietoa asiantuntijoilta.

5.3.3 Kehittämistyön prosessin luotettavuus

Kehittämistyönä tehty asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnuksen toteutus on kuvattu tarkasti raportissa. Kaikki opinnäytetyöntekijän tekemää materiaalia koskevat valinnat ja päätökset asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnuksen osalta, on raportoitu suunnitteluvaiheesta alkaen. Asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnusta on ohjannut myös ohjaava opettaja.

Asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnuksen luotettavuutta lisää se, että opinnäytetyöntekijä on työstänyt sitä yhteistyössä Vaasan kaupungin Terveyspalveluiden Vastaanottopalveluiden työryhmässä ja tämän lisäksi erikseen kehittämissuunnittelijan ja ylihoitajan kanssa. Lisäksi asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnus on lähetetty sen työstämisen eri vaiheissa nähtäväksi Vaasan kaupungin Terveyspalveluiden hallintoylihoitajalle ja Vaasan kaupungin Terveyspalveluiden Vastaanottopalveluiden ylilääkärille. Näin asiakas/potilaspalautejärjestelmän työstämisessä on otettu huomioon tilaajaorganisaation näkemykset ja toiveet.

5.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tuloksissa nousi esiin, että Vaasan Terveyspalveluissa on käytössä useita palautejärjestelmiä, joihin asiakkailta on mahdollisuus jättää palautetta. Palautejärjestelmien lisäksi palautetta annetaan suullisesti. Haastateltujen palautteidenkäsittelijöiden mukaan suurin osa annetusta palautteista liittyi asiakkaan ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen. Palaut-

teita käsiteltiin henkilöstön kanssa ja niille laadittiin vastineet. Käytössä olevia palautejärjestelmiä pidettiin toimivina, joskin niiden kehittämistä toivottiin.

Haastatellut palautteenkäsittelijät toivoivat asiakas/potilaspalauteprosessia kehitettävän siten, että asiakkaan on vaivatonta jättää palautetta haluamansa palautekanavan kautta. Tulosten mukaan palautejärjestelmien toivottiin olevan nykyaikaisia. Asiakas/potilaspalauteprosessin kehittämisessä toivottiin yhtenäistä palautteenkäsittelyprosessia ja palautteenkäsittelyä tiiminä. Viimeksi mainittuihin toiveisiin on nyt erityisesti tässä kehittämistyössä voitu vastata, koska on kuvattu kohdennetun asiakasryhmän palautteenkäsittelyyn yhtenäinen prosessi, johon sisältyy palautteenkäsittely tiiminä.

Kehittämistyönä tuotettiin Vaasan Terveyspalveluiden käyttöön kohdennetulta asiakas/potilasryhmältä hankitun palautteen asiakas/potilaspalauteprosessin mallinnus ja mallinnuksen implementointisuunnitelma. Toteutuneessa mallinnuksessa huomioitiin organisaation toiveet sekä tämän kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tuloksia sekä SHQS-laaturjärjestelmän periaate jatkuvasta laadunparantamisesta. Tuotetun mallinnuksen implementointisuunnitelman toteuttaminen jää kohdeorganisaation vastuulle sen jälkeen, kun opinnäytetyöntekijä on implementointisuunnitelman mukaisesti esittänyt sen Vaasan Terveyspalveluiden osastonhoitajille.

Jatkotutkimusehdotuksina esitetään seuraavia aiheita:

- Asiakaskysely kohdennetulle asiakasryhmälle ja kyselystä saatujen tulosten käsittely asiakas/potilaspalauteprosessimallinnuksen mukaisesti ja mallinnuksen arviointi käsittelyprosessin tutkimisen avulla.
- Asiakas/potilaspalauteprosessimallinnuksen implementoinnin onnistumisen arviointi organisaatiossa ja asiakaslähtöisyyden lisääntymisen arviointi mallinnuksen käyttöönoton myötä.

- Kartoitus organisaation saaman suullisen / spontaanin palauteen määrästä, sen kirjaamisprosessin sekä käsittelyprosessin mallinnukset.
- Vaasan terveystalouden käyttäjien kokemukset asiakaslähtöisyydestä palveluissa.

LÄHTEET

A 12.11.1999/1030. Asetus viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja hyvästä tiedonhallintatavasta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 11.11.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19991030>

Anttila, P. 2014. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Metodix- metoditietämystä kaikille. Viitattu 1.8.2018 <https://metodix.fi/2014/05/17/anttila-pirkko-tutkimisen-taito-ja-tiedon-hankinta/#2.3.2> Hermeneuttinen tieteenperinne.

Bergström, S. & Leppänen, A. 2015. Yrityksen asiakasmarkkinointi.16. uudistettu painos. Edita Publishing Oy. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Blom, M., Hovi, M-L., Kovanen, N. & Isojärvi, J. 2007. Hoitotyön menetelmien vaikuttavuuden ja tehon tutkiminen. *Impakti* 6, 4.

Brown, T.J., Mowen, J.C., Donovan, D. T., Licata, J. W. 2002. The Customer Orientation of Service Workers: Personality Trait Effects on Selfand Supervisor Performance Ratings. *Journal of Marketing Research* XXXIX, 2, 110-119.

Bruno, A., Dell'Aversana, G., & Zunino, A. 2017. Customer Orientation and Leadership in the Health Service Sector: The Role of Workplace Social Support. *Front Psychol* 8, 1920.

Deming, W. 2000. *Out of the Crisis*. Originally published: Cambridge, Mass: MIT, Center for Advanced Educational Services 1986.

Elo, S.& Kyngäs, H. 2007. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 1, 107–115.

Giles, S.J., Reynolds, C., Heyhoe, J.& Armitage, G. 2017. Developing a patient-led electronic feedback system for quality and safety within Renal PatientView. *Journal of Renal Care* 43, 1, 37-49.

Grönroos, C. 2009. *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. 5.painos. Vantaa. Hansaprint.

Haverila, M., Uusi-Rauva, E., Kouri, I. & Miettinen, A. 2009. *Teollisuustalous*. 6.painos. Hämeen Kirjapaino Oy. Tampere. Infacs Oy.

Hiltunen, N. 2018. Laadunhallintajärjestelmän rakentaminen SHQS-laatuohjelman mukaisesti. Menetelmäkoulutus (MEKO). Labquality. 24.4.2018 Vaasa.

HE 16/2018 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Viitattu

27.1.2019.

https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_16+2018.aspx

Hursti, A. 2009. Asiakaspalautteen hyödyntäminen vanhusten pitkäaikaishoidossa- Ryhmähaastattelu johtajille. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Kaarakainen, M. & Syrjänen, A. 2012. Asiakasymmärryksestäkö avain palveluennakointiin? Markkinalähtöisen asiakasymmärryksen käsitteen jäljillä - kirjallisuuskatsaus kansainväliseen terveystalouden tutkimukseen. Hallinnon Tutkimus 31, 2, 117-130.

Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3.uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Keronen, M. 2013. Asiakslähtöisyys- olennainen tekijä sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti TESSO 1, 5, 22-25.

Kotisaari, M-L & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1.painos. Porvoo. Bookwell Oy.

Koivunen, K. 2017. Asiakas- tai ihmislähtöisyys -tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 6. Viitattu 27.1.2019. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8>.

THL, 2019. Laatu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>

Kulmala, S., Roos, M., & Suominen, T. 2019. Palvelujen asiakslähtöisyyden turvaaminen hoitotyön johtajien ydintehtävänä. Hoitotiede 31, 2, 99 -110.

Kuntaliitto, 2019. Terveydenhuollon laatuopas. 2. uudistettu painos. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Kuntaliitto, 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Toimittanut Koivuranta-Vaara P. 1.painos. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Labquality, 2017. SHQS, tie jatkuvaan parantamiseen. Viitattu 24.3.2018 <https://www.labquality.fi/auditointi-ja-sertifiointi/shqs-laatuohjelma-tie-jatkuvaan-parantamiseen/>

L17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 7.8.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20oikeuksista#L1P1>

- L 30.12.2010/1326. Terveystietopalvelulaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 13.5.2018.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>
- L 9.2.2007/159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Säädos säädösrankki Finlexin sivuilla. Viitattu 10.11.2018.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159#L5a>
- Larjovuori, R-L., Nuutinen, S., Heikkilä-Tammi, K., & Manka, M-L. 2012. Asiakkaat kuntapalveluiden kehittäjiksi -opas tehokkaan osallistumisen työkaluihin. Tampereen yliopiston johtamiskorkeakoulu. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos 2012. Viitattu 28.10.2019.
<https://docplayer.fi/storage/24/3574806/1572287924/ahzc4KuaW1k-wLDsYIkkUg/3574806.pdf>
- Lindfors, S., Joronen, K., Roine-Mentula, K., Koponen, R. & Rantala, A. 2017. Asiakasjäsenten kokemuksia erikoissairaanhoidon neuvoa-antavasta potilasryhmästä. Tutkiva Hoitotyö 15, 2, 14-21.
- Lundgrén-Laine, H., Eloranta, S., Danielsson-Ojala, R. & Kontio, E. 2015. Potilaspalautetta QR-koodilla -Käyttöönottopilotti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 7, 2-3, 135-148.
- Manninen, S. 2018. Vaasan kaupungin Terveyspalveluiden Laatukäsikirja. Viitattu 31.3.2018. <https://kiva.vaasa.vsa.vaasa.fi/toimialat/terveys/terveyspalvelut/>
- Ovaskainen, P., Suvivuo, P., Virjonen, K. & Leino, I., 2016. Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla lisää kustannustehokkuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 58, 77-79.
- Pölkki, T. 2016. Asiakaslähtöisyys keskiössä sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisessa. Tutkiva Hoitotyö 14, 4.
- Repo, T. 2008. Asiakaspalautte ja sen hyödyntäminen perusterveydenhuollossa lähijohtajien arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteen ja -talouden laitos. Kuopion Yliopisto.
- Peränen, N. & Sainio, S. 2018. Asiakaspalautteen kansallisen keruun yhtenäistäminen – sisällölliset ehdotukset. Projektin loppuyhteenveto. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 26.10.2019.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138460/20181022_asiakaspalauttetiedonkeruu_yhteenveto_FINAL_korj20190130.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Seppänen, A. 2014. Spontaani palaute valuu herkästi hukkaan. Suomen Lääkärilehti, 25-32, 69, 1854.

Sheard, L., Marsh, C., O'Hara, J., Armitage, G., Wright, J. & Lawton, R. 2017. The Patient Feedback Response Framework – Understanding why UK hospital staff find it difficult to make improvements based on patient feedback: A qualitative study. *Social Science & Medicine* Apr, 178, 19–27.

Simonen, O. 2012. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen Yliopisto

Stakes & Tekniikan Sanastokeskus (TKS), 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Sosiaali- terveydenhuollon laatusanasto. Rauma. Kirjapaino Oy West Point.

Solita, 2013. Spontaanin palautteen konsepti. Viitattu 29.9.2018.
https://thl.fi/attachments/SADeSote/Liite%201%20THL_spontaanipalaute_konseptidokumentti_20131112.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018. Palvelut asiakaslähtöisiksi. Viitattu 24.3.2018
<http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisu 2017:9. Viitattu 27.1.2019
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf

TENK, 2013, Tutkimus eettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki 2013. Viitattu 24.3.2018
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vaasan kaupungin Intranet Kiva 2019. Kaupunkilaiset antoivat meille palautetta 33096 kertaa vuonna 2018- johtoryhmä seuraa palautteiden kehittymistä. Tiedote Kivassa 28.5.2019. Viitattu 14.9.2019.
<https://kiva.vsa.vaasa.fi/tiedotteetuusi/List/Viestit/Post.aspx?ID=1501>

Valtioneuvosto 2019. Usein kysyttyä valinnanvapaudesta. Viitattu 27.1.2019.
<https://alueuudistus.fi/usein-kysyttya-valinnanvapaus>

Valtioneuvoston kanslia 28.4.2017. Ratkaisujen Suomi: puolivälitarkistus. Hallituksen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2019. Viitattu 24.3.2018
http://vnk.fi/documents/10616/4610410.Hallituksen_julkaisusarja_5/2017./Toimintasuunnitelma+H_5_2017+280417.pdf

Vehko, T., Aalto, A-M., Sainio, S. & Sinervo, T., 2016. Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. *Suomen Lääkärilehti* 38, 71, 2348-2356.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P., & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

Weissman, J.S., Millenson, M.I., Sterling Haring, R. 2017. Patient-Centered Care: Turning the Rhetoric into Reality. *The American Journal of Managed Care* 1, 23, 31-32.

LIITE 1

Asiakaslähtöisyyden kehittäminen asiakaspalautteiden avulla

Tekijä(t)	Tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Giles ym. 2017	Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa yhteistyössä munuaispotilaiden ja heidän läheistensä, hoitohenkilökunnan ja tutkijoiden kanssa potilasjohdoinen elektroninen potilaspalautejärjestelmä, jossa huomioidaan laatu- ja turvallisuustekijät.	Tutkimus toteutettiin Pohjois-Englannissa, neljässä eri munuais-tautiyksikössä. Ensimmäisen vaiheen ryhmähaastatteluun osallistui 57 henkilöä, joista muodostettiin yhdeksän eri ryhmää. Potilasryhmiä oli 4, terveydenhuollon ammattilaisia oli 3 ryhmää ja 2 ryhmässä oli sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten edustus. Toisen vaiheen haastatteluihin osallistui: 34 henkilöä, jotka olivat potilaita, heidän sukulaisiaan/hooltajiaan ja terveydenhuollon henkilökuntaa munuaisosastoilta. Muodostettiin asiantuntija-ryhmiä (n=14), joka koostuivat potilaista, hoitohenkilökunnasta, tutkijoista ja riskienhallinnasta vastaavasta henkilöstä. Aineiston analysoitiin sisälönanalyysillä.	Ensimmäisessä vaiheessa tutkimusryhmät asettivat neljä vaatimusta elektroniselle palautejärjestelmälle, jotka prototyypin tuli sisältää. Vaatimukset olivat seuraavat: palautteen antajan anonymiteetin takaaminen, henkilökunta pystyi antamaan palautteen potilaille, käytettäisiin raportointi-sanan sijaan palautesanaa ja palautetta oli mahdollista antaa sekä positiivisista että negatiivisista asioista. Toisessa vaiheessa asiantuntijaryhmä kävi läpi tutkimusryhmien asettamat vaatimukset elektroniselle potilaspalautejärjestelmälle. Asiantuntijaryhmä päätti, että palautejärjestelmän prototyypin tuli sisältää seuraavat 7 asiaa: 1. Palautejärjestelmän nimen, joka oli 'Sharing thoughts about my care: the renal patient confidential quality and safety feedback system', joka tarkoittaa suomeksi seuraavaa: "Ajatusten jakaminen hoidostani: munuaispotilaan luottamuksellinen laatu- ja turvallisuuspalautejärjestelmä." 2. Palautejärjestelmässä tuli olla erilliset palautteenantokohdat laatuun ja turvallisuuteen liittyvistä huolista ja positiiviselle palautteelle saadusta hoidosta. 3. Palautejärjestelmään oli mahdollista jättää palautetta anonymisti, mutta mikäli hoitohenkilökunnalla heräisi annetusta palautteesta hoitoa vaativa huoli, niin anonymiteetti voitaisiin purkaa. 4. Palautejärjestelmä toimi siten, että palaute tuli ensin osaston tietohallinnosta vastaavalle henkilölle, joka välitti palautteen osaston henkilökunnalle. Jokaiselle munuaisosastolle nimettiin henkilöt, jotka käsitelivät palautteita. 5. Palautejärjestelmään luotiin palautteen kiittäjäjärjestelmä. Palautteenantaja pystyi tarkistamaan palautejärjestelmästä, että annettu palaute on vastaanotettu. Asiantuntijaryhmän potilasedustajat olisivat halunneet, että palautejärjestelmä antaisi jokaisesta palautteesta henkilökohtaisen viestin palautteen käsittelystä, mutta hoitohenkilökunnan edustajien mielestä ajanpuutteen vuoksi henkilökohtainen vastine tulisi tapauksissa, jos palautteesta olisi herännyt huoli hoidontarpeesta. 6. Palautejärjestelmään pystyi antamaan palautetta kirjoitettuna. Asiantuntijaryhmän mielestä avoimen palautteen käsittelyn tulosten ilmoittamien vaati lisätutkimusta. 7. Palautejärjestelmä sisälsi huolien vakavuus-

			<p>den vertailumittarin, josta ilmeni, miten palauteidenantajien kuvaama kokemus huolesta eroaa henkilökunnan kuvaamasta huolen kokemuksesta. Elektronisen palautejärjestelmän etuja olivat vaihtoehtoinen palautemuoto kasvotusten annettavalle palautteelle, potilaiden ei tarvinnut häiritä kiireistä henkilökuntaa ja palautejärjestelmä oli helppokäyttöinen. Elektronisen palautejärjestelmän käyttäminen nähtiin haastavana potilaille, joilla oli riittämätön kielitaito, vanhuksille, ja henkilöille, joilla oli puutteelliset tietokoneen käyttötaidot tai oppimisvaikeuksista kärsiville. Palautejärjestelmän ohjelman visuaalisuuteen ja ohjelman toimintopainikkeisiin kaivattiin muutosta. Palautejärjestelmän palautteenanto anonyymisti vaati selkeät yksityiskohtaiset ohjeet etusivulle. Asiantuntijaryhmän mukaan uusi elektroninen palautejärjestelmä auttaa parantamaan potilaan ja henkilökunnan välisiä suhteita. Tulosten mukaan munuaispotilaille kehitetyn elektronisen palautejärjestelmän prototyyppiä olisi mahdollista käyttää toisessa kontekstissa.</p>
Hursti 2009	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaishoidossa toimivien johtajien kokemuksia asiakaspalautteen hyödyntämisestä.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin eräissä suomalaisissa kunnissa vanhusten pitkäaikaishoidossa työskentelevien johtajien keskuudessa. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin ryhmähaastattelua, joihin osallistui yhteensä 12 eri tason johtajaa. Aineisto analysoitiin käyttäen sisälönanalyysia.</p>	<p>Vanhusten pitkäaikaishoidossa ensisijaisena pidettiin sitä, että palautetta kerättiin järjestelmällisesti. Palautetta saatiin palautekyselylomakkeilla, haastattelusta ja spontaanista palautteesta sekä virallisena palautteena. Palauteiden kirjaamista pidettiin tärkeänä ja palautteiden avulla laadittiin toimenpiteitä kehittämiskohteille ja toimenpiteitä käsiteltiin organisaation eri tasoilla, mikä edisti palautteisiin reagoimista ja kehittämistoimien arviointia. Palauteiden hyödyntämistä edisti yhteistyö kunnan eri toimijoiden välillä, jolloin saatuja palautteita huomioitiin toiminnan linjauksia suunniteltaessa. Hoitajien ja johtajien oli osittain vaikea hyödyntää palautetta, jos organisaatiossa ei ollut kattavaa asiakaspalautejärjestelmää. Palauteiden hyödyntämisen estävinä tekijöinä nähtiin se, että palautteen kerääminen oli uusi käytäntö, huoli siitä, että kehittämistä tapahtui usealla saralla samanaikaisesti ja eri toimijoiden väliset yhteistyöhaasteet. Tulosten mukaan henkilökunnan resurssivaive, kirjaamisen heikkolaatuisuus, reagoimattomuus palautteisiin tai se, että ei haluttu vastata niihin ja henkilökunnan ja omaisten väliset näkemuserot, mutta myös henkilöstön ja johdon erilainen asenne vanhuuteen saattoivat olla tekijöitä, jotka estivät palautteiden hyödyntämistä. Tulosten mukaan pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten asiakaspalautekäytäntöjä voidaan parantaa kehittämällä omahoitajatoimintaa siten, että omahoitaja toimii vanhukselta saa-</p>

			<p>dun palautteen viestijänä (erityisesti dementoituneiden vanhusten), kehittämällä yhteistyötä eri toimijoiden ja omaisten kesken, asennemuutoksella palautteiden keräämistä kohtaan sekä muuttamalla asenteita vanhusta kohtaan. Asiakaspalautteiden hyödyntämisen kehittämisessä johtamisen rooli nähtiin keskeisenä sekä vaikuttaminen asenteisiin koulutuksen myötä ja asiakaspalautteiden sisällyttäminen osaksi hoitotyönarviointia jo koulutusvaiheessa.</p>
<p>Kulmala ym. 2018</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyön johtajien ydintehtäviä palvelujen asiakaslähtöisyyden turvaamisessa.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin yhdessä suomalaisessa sairaanhoitopiirissä strategisen ja keskitason johtajille (N=43), joista viisi osallistui tutkimukseen. Aineisto kerättiin haastatteleamalla johtajia. Aineiston analysointi induktiivisella sisälönanalyysillä.</p>	<p>Hoitotyön johtajat nimesivät ydintehtäviksi palvelujen asiakaslähtöisyyden huomioimisen siten, että asiakaspalautetta kerätään aktiivisesti, asiakaspalautteita käsitellään, palveluja kehitetään asiakaslähtöisemmiksi ja organisaatiossa juurrutetaan asiakaslähtöisiä palveluita. Palautetta kerättiin asiakastytyväisyyskyselyiden ja kohdennetulle asiakasryhmälle toteutettavien kyselyiden avulla, kutsuttiin asiakkaat laajempiin asiakaskyselyihin, kerättiin jatkuvaa asiakaspalautetta hoitotapahtumien jälkeen palautelaatikoihin tai Internetin kautta toteutettavien kyselyin sekä henkilökohtaisen suoran palautteenannon mahdollistamisella monien eri palautteenantokanavien kuten puhelimen, sosiaalisen median tai asiakasraadinkin kautta. Asiakaspalautteita käsiteltiin siten, että niistä laadittiin yhteenvetoja potilasturvallisuusryhmään ja johtoryhmälle ja yhteenvetoja käsiteltiin johtoryhmissä, lähiesimiesten kesken, osastokokouksissa henkilöstön kesken sekä asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa. Suoraan asiakaspalautteeseen vastattiin kirjallisesti ja julkiseen palautteeseen julkisesti. Palveluja kehitettiin asiakaslähtöisemmäksi siten, että epäkohdat pyrittiin ratkaisemaan ja ongelmat korjattiin joko hoitotyön johtajien valtuuksin tai yksikkötasolla. Asiakkaan näkemykset pyrittiin saamaan esiin toiminnan kehittämistilanteissa ja asiakaspalautteista nousevia ideoita hyödynnettiin palveluiden kehittämisessä organisaation eri tasoilla. Eri asiakasryhmiä huomioitiin kohdistamalla henkilöstöresurssia siten, että ajallisesti suosittuja vastaanottoaikoja lisättiin ja segmentoiduille asiakasryhmille tarjottiin kohdennettuja erilaisia palveluita. Asiakkaiden osallistuminen näkyi heidän osallistumisenaan oman hoidon suunnitteluun, kokemusasiantuntijoiden käyttämisenä, sekä asiakasraadilta saatujen ja sinne vietyjen kehittämisideoiden huomioimisena ja toteuttamisena. Asiakaslähtöisiä palveluita juurrutettiin asettamalla asiakaslähtöisyys organisaation arvoksi, jonka avulla muodostettiin yhtenäinen käsitys asiakaslähtöisyydestä, mikä näkyi</p>

			sekä strategioissa että tuotetuissa palveluissa. Yksiköissä asiakaslähtöisiä toimintatapoja käsiteltiin kehityskeskusteluissa, työpajoissa ja huomioitiin asiakaslähtöisyysteema henkilöstön koulutussuunnitelmassa.
Lindfors ym. 2017	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata erikoissairaanhoidon neuvoo-antavan potilasryhmän toimintaa.	Tutkimus toteutettiin kahden suomalaisen sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon neuvoo-antavan potilasryhmän jäsenille (N=20), joista 10 osallistui tutkimukseen. Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluina. Aineiston analysointi induktiivisella sisällysanalyysillä.	Neuvoo-antavan potilasryhmän jäsenet kuvasivat potilasryhmän toimintaa seuraavasti: Ryhmän toiminnalle oli hyvät lähtökohdat. Tämä tarkoitti sitä, että ryhmä toimi tavoitteellisesti ja jäsenet arvostivat ryhmän asiakasjäsenyyttä. Ryhmässä oli jäsenten näkemysten kirjo, jolla kuvattiin ryhmän hyvää keskinäistä vuorovaikutusta ja ryhmän jäsenten erilaisia persoonallisuuspilteitä. Ryhmän monitahoinen työskentely tarkoitti sitä, että ryhmässä tehtiin kehittämistyötä potilaiden parhaaksi ja oltiin tyytyväisiä kokousten teemoihin, mutta ei pidetty siitä, jos kokouksissa käsiteltiin jäsenten henkilökohtaisia asioita. Osittain jäsenet kokivat ristiriitaisia tunteita kokiesaan ryhmän jäsenyyden velvollisuutena. Ryhmän toiminnassa oli muutoksen läsnäolo, joka tarkoitti sitä, että ryhmän jäsenet toivoivat toimintansa olevan vaikuttavaa ja kokouksissa mukana olleilla sairaalan johdolla ja henkilökunnalla oli keskeinen asema siinä, että ryhmän mielipiteet tulivat esille sairaalassa. Ryhmä toivoi kokousaikojen pidentämistä ja ryhmän toiminnan tehostamista ja sitä, että ryhmän toimintaa jatketaan tulevaisuudessakin.
Lundgrén-Laine ym. 2015	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata uuden potilaspalautemenetelmän, QR-koodin käyttöönottopilotointia ja verrata sitä jo käytössä oleviin menetelmiin.	Tutkimus toteutettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Turun yliopistollisen sairaalan neljässä eri yksikössä. Tutkimusmenetelmänä oli tapaustutkimus, jossa kuvattiin potilaspalautteiden keräämisen nykykäytäntö ja mitkä olivat uuden palautejärjestelmän vahvuudet ja heikkoudet ja mitä uudelta palautejärjestelmästä odotettiin ja miten kerättyä palautetta hyödynnettiin toi-	Sen hetkinen potilaspalauteprosessi ei toiminut toivotulla tavalla yksiköissä. Palautelomakkeita ei annettu, eikä mainostettu potilaille. Palautelomakkeiden sijainti oli yleisissä tiloissa ja palautelaatikko sijaitsi yleensä osastolta poistumisoven läheisyydessä, jolloin se saattoi jäädä huomaamatta potilaita/omaisilta. Palautteenantopisteeltä saattoi puuttua kynät. Palautteen keräämiseen vaikuttivat henkilökunnan asenteet ja mielipiteet ja pelko toimintaan liittyvästä arvioimisesta. Palautteen keräämisestä ei ollut sovittuja käytäntöjä. Toiminnanjohtamisen näkökulmasta osastonhoitajat eivät olleet tyytyväisiä palautteiden vähäiseen määrään, mutta kuitenkin niiden analysointiin meni heidän mielestään liikaa työaikaa. QR-koodin käyttöönottopilotoinnin aikana palautteiden määrä lisääntyi, vaikka QR-koodi oli pilotoinnin alussa vieras palautteenantokanava sekä henkilökunnalle että potilaille ja heidän omaisilleen. Potilaat pitivät hyvänä palautteenantokanavana QR-koodia, erityisesti nuoret kokivat käytön helpoksi ja ajattomaksi. Henkilökunta ei ohjannut palautteenantoon aktiivisesti ja

		<p>minnanjohtamisessa. Tutkimusmenetelmänä oli puolistrukturoitu haastattelu osastojen henkilökunnalle (n=28) ja potilaille sekä heidän läheisilleen (n=28), jota täydennettiin tutkijoiden havainnoinnilla erillisten vierailujen yhteydessä osastoilla ja poliklinikoilla.</p>	<p>osittain valikoivat kenelle antoivat tiedon uudesta QR-koodi-palautteenmahdollisuudesta. Hoitohenkilökunta toivoi, että QR-koodin avulla annettavasta palautteesta kerrottaisiin lomakkeissa, esitteissä ja seinillä olevin julistein. Uuden OR-koodin avulla annetun palautteenkäsittelyprosessin etenemisen henkilökunta tiesi. Hoitohenkilökunta toivoi, että palautteesta ilmenisi palautteenannon syy, jolloin toimintaa voitaisiin kehittää palautteiden pohjalta. Hoitohenkilökunta näki ongelmaksi sen, ettei potilailta pyydetty palautetta riittävän aktiivisesti. Toiminnanjohto oli tyytyväinen QR-koodilla saadusta palautteesta sen reaaliaikaisuuden, laadukkaan raportoinnin ja paremmin kehittämiskohteiden esilletulon vuoksi verrattuna kirjalliseen palautteeseen. QR-koodin käyttö oli kustannustehokasta verrattuna olemassa oleviin palautejärjestelmiin. Lisäksi QR-koodi mahdollisti kysymysten nopean muokkaamisen yksikön kehittämisen näkökulmasta. QR-koodin käytön kehitettävänä asioina palautteeseen haluttiin aika ja paikka (mitä yksikköä palaute koski). Henkilöstön kouluttaminen ja ohjaaminen sekä kuvalliset käyttöönottohjeet QR-koodista olivat yksi kehitettävä asia. Oman haasteen aiheuttivat verkko ja siitä aiheutuvat yhteysongelmat.</p>
Repo 2008	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lähijohtajien käsityksiä ja kokemuksia asiakaspalautteesta ja sen hyödyntämisestä perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Tutkimus toteutettiin viidessä eri perusterveydenhuollon organisaatiossa. Tutkimusmenetelmänä oli teema-haastattelu 10 lähijohtajalle. Aineiston analysointi induktiivisella sisälönanalyysillä.</p>	<p>Asiakaskäsitettä lähijohtajat kuvasivat monimuotoisesti, monitasoisesti sekä laaja-alaisesti. Asiakkuudesta ei ollut yhtenäistä käsitystä. Asiakkaan aseman muutokseen olivat vaikuttaneet valtakunnalliset ja paikalliset tekijät. Aseman muutos oli vaikuttanut palautekulttuuriin, palautetta annettiin rohkeammin ja palautteet olivat vaativampia. Palautemenetelminä olivat jatkuva palaute, asiakastyytyväisyyskyselyt, kohdennetut kyselyt ja vuorovaikutuksessa saadut palautteet. Kirjallinen palaute kirjattiin useammin kuin suullinen palaute. Lähijohtajat kokivat olevansa keskeisessä asemassa asiakaspalautteiden hyödyntämisessä. Lähijohtajat suhtautuivat annettuun palautteeseen myönteisesti. Palauteen läpikäymistä pidettiin tärkeänä, ja sitä läpikäytiin henkilö-, henkilöstö- ja organisaation ylemmällä tasolla. Asiakaspalautteiden avulla ohjattiin ja kehitettiin toimintaa sekä tunnistettiin henkilökunnan kehittämis- ja koulutustarpeita Lähijohtajan, henkilöstön ja johdon myönteinen asenne palautteeseen edisti sen hyödyntämistä. Lähijohtajat nimesivät palautteiden hyödyntämistä edistävänä tekijöinä yhtenäisen palautejärjestelmän, palautteiden käsittelyn työyhteisössä ketään syyllistämättä,</p>

			henkilöstön myönteisen asenteen työtä kohtaan sekä sitoutumisen asetettuihin tavoitteisiin. Palautteiden hyödyntämisen estävinä tekijöinä organisaation tasolla olivat talouden aiheuttamat rajoitukset ja muista töistä aiheutunut kiire, henkilöstötasolla oli työn kuormittavuustekijät, kyynisyys sekä muutosvastarinta ja asiakastasolla toimintakyvystä aiheutuvan heikkouden vuoksi palautetta ei pystytty antamaan tai asiakkaiden toiveet eivät olleet realistisia.
Sheard ym. 2017	Tutkimuksen tavoitteena oli ymmärtää, miksi englantilainen sairaalalahenkilökunta koki vaikeaksi tehdä parannuksia, jotka perustuivat potilaspalautteisiin.	Tutkimus toteutettiin Pohjois-Englannissa. Siihen osallistui 17 hoito-osastoa julkisesta terveydenhuollosta. Tutkimusote oli laadullinen ja tutkimusmenetelmänä abduktio.	Tämä tutkimus liittyi laajempaan tutkimukseen, jossa osaston henkilökuntaa rohkaistiin tekemään toimintasuunnitelmia, jotka perustuivat potilaspalautteisiin. Tutkimuksessa arvioitiin, miten hoito-osastot olivat pystyneet toteuttamaan potilaspalautteiden pohjalta tehtyjä toimintasuunnitelmia ja mitkä tekijät vaikuttivat siihen, miksi henkilökunnan oli vaikea vastata potilaspalautteisiin. Tutkijat käyttivät teoreettisena viitekehystenä normatiivista laillisuutta (NL), rakenteellista laillisuutta (SL) ja organisaation muutosvalmiutta (OR), joiden avulla saatiin tietoa, miksi henkilökunnan oli vaikea toteuttaa parannuksia potilaspalautteiden pohjalta. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että suuri osa hoito-osastoista omasi normatiivisen laillisuuden (NL) tai kehittivät sitä ja halusivat kerätä palautetta potilailtaan ja tehdä muutoksia niiden pohjalta. Hoito-osastoilla, joissa rakenteellinen laillisuus (SL) oli korkea, henkilökunta pystyi tekemään muutoksia omilla osastoillaan. Hoito-osastoilla, joissa rakenteellinen laillisuus (SL) oli matala, liittyi se riittämättömään itsenäisyyteen ja henkilöstön vaihtuvuuteen. Henkilöstön vaihtuvuutta hoito-osastoilla tutkijat pitivät odotettua suurempana. Hoito-osastoilla, joissa rakenteellinen laillisuus (SL) oli estynyt osastojen välisen yhteistyön vuoksi, tarkoitti sitä, että hoito-osastot noudattivat aktiivisesti toimintasuunnitelmiaan, mutta suunnitelman toteuttaminen estyi organisaation muutosvalmiuden vuoksi. Organisaation muutosvalmius (OR) ja ylemmän johdon tuki osoitautuivat useimmissa hoito-osastojen suunnitelluissa muutoksissa heikoksi. Ainoastaan yksi osasto onnistui saamaan potilaspalautteiden pohjalta tehdyn muutosehdotuksen läpi ylemmän johdon tuella. Tutkimustulokset osoittivat, jos normatiivinen laillisuus (NL) oli riittävä, mutta rakenteellinen laillisuus (SL) matala, henkilökunta oli kiinnostunut potilaiden palautteista ja osastolla oli valmiudet muutosten toteuttamiseen, mutta osaston riittämätön autonomia ja erityisesti henkilöstön vaihtuvuus osastolla estivät toi-

			mintasuunnitelmien toteuttamisen. Tutkijat pitivät tätä merkittävänä vastauksena kysymykseen, miksi osaston henkilökunta oli kykenemätön vastaamaan potilaiden palautteisiin
--	--	--	--

LIITE 2

Käytössä olleet potilas/asiakaspalautejärjestelmät kehittämistyötä aloitettaessa

	SISÄLTÖ	MITTARI	KÄSITTELIJÄ
Roidu	Asia- kas/potilaspalautemaattijärjestelmä: -Neliportainen tyytyväisyys- tyytymättömyys-hymiövalikko, josta voi valita palautteen äskettäin saadusta hoidos- ta/palvelusta vastaanottokäynnin yhteydessä -Mahdollista antaa kirjallista palautetta au- tomaatin asettamiin lisäkysymyksiin.	Positiivis- ten/negatiivis- ten palauttei- den määrä ja sisältö.	Ylilääkäri Johtava ylihoitaja Ylihoitaja Yksikön osastonhoitaja
THL:n kysely	Asiakastyytyväisyyskysely 2018: -hoidon oikea-aikaisuus -yksityisyyden kunnioittaminen -kokemus hoidon hyödyllisyydestä	Hoidon laatu asiakkaan näkökulmas- ta: tyytyväi- nen/tyytymät- ön	Ylilääkäri Ylihoitaja Kehittämissuunnittelija
HaiPro	Ulkopuolisen laboratorion palautteet asi- akkaana olevalle organisaatiolle: -Puuttuva lähete -Asiakkaan tutkimukseen valmistautuminen puutteellinen.	Negatiivisten palautteiden määrä.	Ylilääkäri Johtava ylihoitaja Ylihoitaja Yksikön osastonhoitaja.
Internetsivut osoitteessa www.vaasa.fi	Asiakas/potilaspalautteiden aiheet: -asiakasmaksut, -asiakaspalvelu -hoitoon liittyvä palaute -tiedotus ja verkkosivut. Palautteen luonne: -kiitokset -kommentit -kysymykset -moitteet -toimenpide-ehdotukset	Positiivis- ten/negatiivis- ten palauttei- den määrä ja sisältö.	Ylilääkäri Johtava ylihoitaja Ylihoitaja Yksikön osastonhoitaja
Spontaani pa- laute	Asiakkaan/potilaan antama suullinen palaute hoito/palvelutapahtuman yhteydessä. Ei do- kumentointia.	Positiivi- sen/negatiivis- en palautteen määrä ja si- sältö	Hoitohenkilökunta Yksikön osastonhoitaja Ylihoitaja Ylilääkäri

LIITE 3

KUTSU TUTKIMUKSEEN/TUTKITTAVAN TIEDOTE

Vaasa 17.11.2018

Hyvä asiakas/potilaspalautteiden käsittelijä!

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen -koulutusohjelmassa. Opintoihin liittyvän opinnäytetyöni aihe on asiakas/potilaspalauteprosessin kehittäminen asiakaslähtöisyyden parantamisessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa mallinnus Vaasan terveystieteiden asiakas/potilaspalautejärjestelmän hyödyntämisen prosessista. Sen osana tehdään haastattelututkimus, jonka tarkoituksena on kuvata järjestelmän käyttäjien näkemyksiä asiakas/potilaspalautejärjestelmästä asiakaslähtöisyyttä parannettaessa. Tutkimuslupa on saatu Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta. Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Hanna-Leena Melender (puh. xxx xxx xxxx). Kutsun sinut osallistumaan tähän tutkimukseen, joka toteutetaan teema-haastatteluna.

Teema-haastattelut tehdään Vaasan terveystieteiden työntekijöille, jotka käsittelevät asiakaspalautteita. Haastattelut nauhoitetaan, mikäli haastateltavat antavat siihen luvan. Haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti, siten että se säilytetään salassa, eivätkä yksittäisten haastateltavien vastaukset ole tunnistettavissa opinnäytetyöraportista.

Mikäli olet halukas osallistumaan haastatteluun, täytä ystävällisesti oheinen suostumuslomake teema-haastatteluun ja palauta se minulle (terveydenhoitaja Heli Peltomäki, xxxxxxxxxxxxxxxx) 31.1.2019 mennessä. Sen perusteella olen yhteydessä haastateltaviin sopivan haastatteluajan sopimiseksi. Haastatteluun kuuluu aikaa arviolta yksi (1) tunti. Osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivon sinun olevan halukas osallistumaan, sillä näkemyksesi ovat arvokkaita ja niiden avulla voidaan kehittää asiakas/potilaspalauteprosessia asiakaslähtöisemmäksi. Opinnäytetyöraportti tullaan julkaisemaan Theseus-tietokannassa osoitteessa www.theseus.fi.

Vastaan mielelläni mahdollisiin lisäkysymyksiisi.

Heli Peltomäki

p. xxx xxx xxxx

LIITE 4

TIETOINEN SUOSTUMUS TEEMAHAASTATTELUN

Olen saanut kutsun Heli Peltomäen Asiakas/potilaspalauteprosessin kehittäminen parantamaan asiakaslähtöisyyttä -opinnäytetyön teema haastatteluun.

Olen saanut riittävästi informaatiota seuraavista asioista ja ymmärrän, että suostuessani haastatteluun hyväksyn ne:

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavalla on oikeus milloin vain keskeyttää osallistuminen tutkimukseen tai kieltäytyä vastaamasta hänelle esitettyyn kysymykseen.

Haastattelut kestävät noin yhden (1) tunnin. Haastattelu nauhoitetaan ääninauhalle, jonka jälkeen haastattelu kirjoitetaan tekstitiedostoksi.

Haastattelun luottamuksellisuus turvataan niin, että henkilötietoja sisältävää aineistoa ei luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille tutkimuksen missään vaiheessa. Haastatteluihin osallistujat jäävät luottamuksellisesti vain tutkijan tietoon.

Haastattelu kirjataan tekstitiedostoksi. Ääninauha tuhoetaan sen jälkeen, kun haastattelu on kirjoitettu tekstitiedostoksi. Tekstitiedosto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Haastattelussa esille tulleet asiat raportoidaan tutkimusraportissa tavalla, jossa tutkittavia ei voida tunnistaa.

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Paikka ja päiväys _____

Allekirjoitus _____

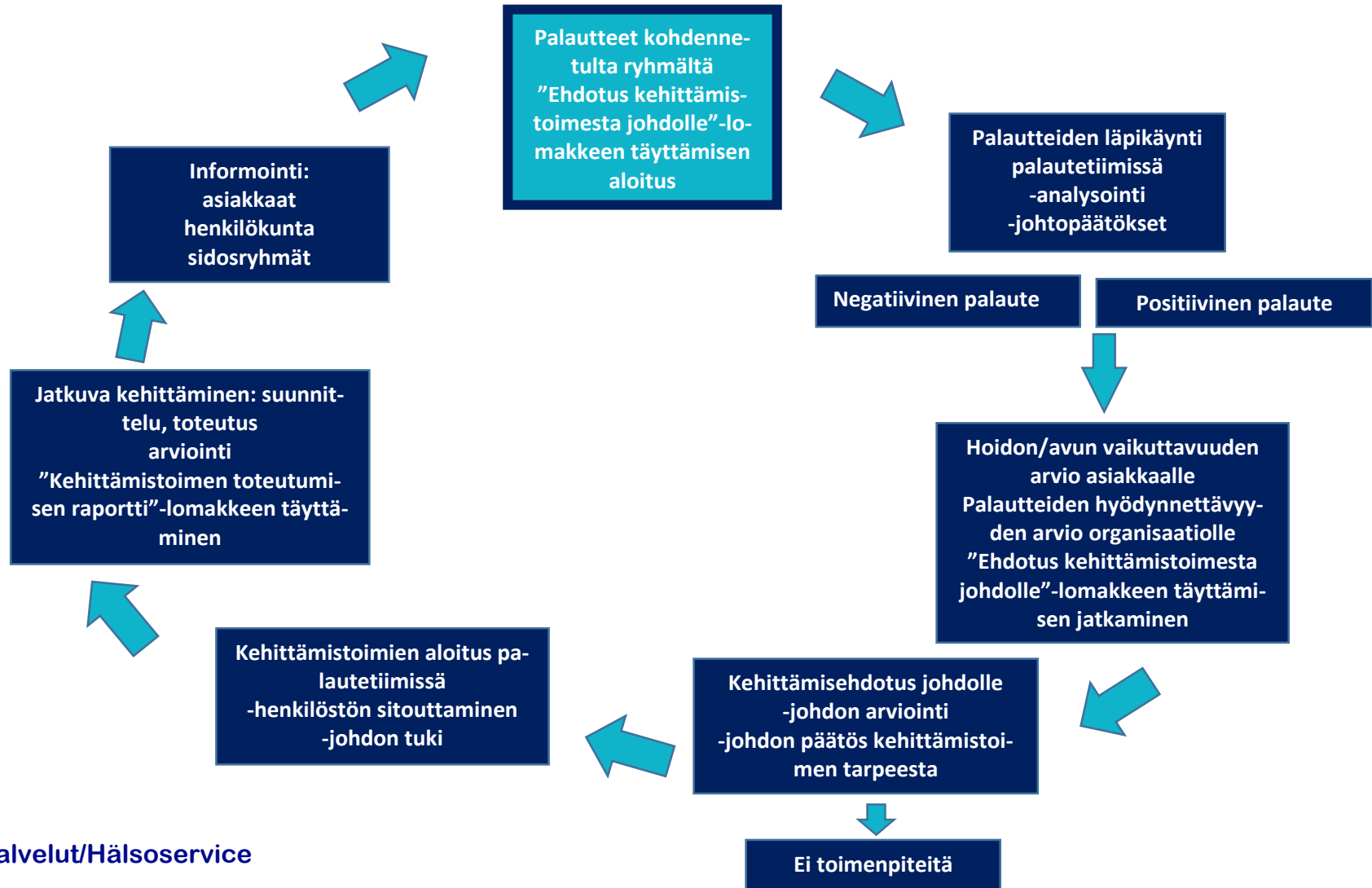
Nimen selvennys _____

LIITE 5

TEEMAHAASTATELUN TEEMAT

1. Kuvaile millaisia asiakas/potilaspalautejärjestelmiä organisaatiossasi on käytössä.
2. Kuvaile mistä asioista organisaatiosi asiakkaat/potilaat antavat palautetta asiakas/potilaspalautejärjestelmiin.
3. Kuvaile kuinka käsittelet asiakas/potilaspalautteet organisaatiossasi.
4. Kuvaile mitä asiakas/potilaspalautteelle tapahtuu käsittelyn jälkeen.
5. Arvioi kuinka toimivia nykyiset organisaatiosi asiakas/potilaspalautejärjestelmät ovat.
6. Kuvaile millainen sinun mielestäsi on asiakaslähtöinen asiakas/potilaspalautejärjestelmä.
7. Kuvaile miten asiakas/potilaspalautejärjestelmää sinun mielestäsi tulisi kehittää organisaatiossasi.
8. Kuvaile miten asiakas/potilaspalauteprosessia sinun mielestäsi tulisi kehittää organisaatiossasi.
9. Kuvaile miten asiakas/potilaspalautejärjestelmästä saatuihin palautteisiin annetut organisaation vastineet saataisiin näkyvämmäksi terveystalouden vastaanottopalveluiden käyttäjille.

LIITE 6
Asiakas/potilaspalauteprosessin eteneminen



LIITE 7



Asiakas/potilaspalauteprosessi (ohjeet)

Asiakas/potilaspalauteprosessi on tarkoitettu organisaation kohdennetuilta asiakas/potilasryhmiltä kerättyjen palautteiden käsittelyyn. Vaasan kaupungin sisäinen tiedotuskanava Intranet on nimeltään Kiva, ja se sisältää ”Laadunhallinta”- sivuston ja sinne tallennetaan tiedot asiakas/potilaspalautteen etenemisestä toteutetun asiakaskyselyn nimen mukaan. Kehittämistoimen etenemisestä tiedotetaan alusta alkaen henkilökuntaa. Palautetiimillä tarkoitetaan asiakaskyselyn toteuttaneen yksikön osastonhoitajaa, siihen valittuja henkilökunnan edustajia ja kehittämissuunnittelijaa. Palautetiimin osastonhoitaja aloittaa ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” -lomakkeen (Liite 8) taustatietojen kirjaamisen ja lomakkeen täyttämistä jatketaan yhdessä palautetiimin kanssa. Palautetiimissä täytetään toteutuneesta kehittämistoimesta ”Kehittämistoimen toteutumisen raportti” (Liite 9), joka esitellään johdolle. Seuraavassa on esitetty asiakas/potilaspalauteprosessin (Liite 6) eteneminen.

Palautteet kohdennetulta ryhmältä

- Palautteet tulevat osastonhoitajalle, jonka yksikössä asiakaskysely on toteutettu
- Osastonhoitaja aloittaa taustatietojen täyttämisen lomakkeeseen ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” (Liite 8)
- Lasketaan kyselyyn osallistuneiden määrä ja vastausprosentti
- Todetaan, toteutettiin kysely suomen-, ruotsin- ja englanninkielisenä
- Mikäli vastausprosentti on matala, arvioidaan siihen liittyviä syitä
- Arvioidaan, onko henkilökuntaa informoitu riittävästi kyselyn toteuttamisesta ja onko kyselyyn osallistuvaa kohderyhmää informoitu/motivoitu riittävästi
- Arvioidaan, toteutettiin kysely sopivana ajankohtana
- Arvioidaan, oliko palautteenantokanava oikea kohderyhmälle
- Arvioidaan, oliko kyselyyn osallistuminen helppoa

Arvioidaan palautteiden sisältöä

- Vastattiinko kaikkiin kysymyksiin
- Mitä tietoa vastaukset sisälsivät
- Millaista tietoa tuli vapaasti annettavasta palautteesta

Arvioi mitä olisi voinut tehdä toisin

- Miten asiakkaan täyttämään kyselylomaketta voidaan kehittää
- Olivatko kysymykset oikeat, olivatko kysymykset helppoja/vaikeita vastata
- Saatiinko kysymyksillä sitä tietoa, mitä haettiin



Palautteiden läpikäynti palautetiimissä

- Palautetiimiin kuuluvat osastonhoitaja ja henkilökuntaa ko. yksiköstä sekä kehittämissuunnittelija
- Kyselyn vastaukset analysoidaan ja tehdään johtopäätökset kehittämisasioista
- Arvioidaan, millaista palautetta tuli, oliko positiivista palautetta
- Arvioidaan, mikä koettiin toimivaksi
- Todetaan, oliko negatiivista palautetta ja muutosehdotuksia
- Suunnitellaan, miten toimintaa parannetaan palautteiden pohjalta
- Suunnitellaan, miten jo toimivia asioita vahvistetaan

Hoidon/avun vaikuttavuus asiakkaalle

- Arvioidaan hoidon/avun vaikuttavuus kyselyyn vastanneiden näkökulmasta

Palautteiden hyödynnettävyys organisaatiolle

- Saatiinko vastauksista organisaatiolle merkityksellistä tietoa siitä, miten vastauksia voidaan hyödyntää jatkossa toiminnan kehittämisessä.
- Tuleeko jotain toimintaa muuttaa heti, tarjotaanko jotain liikaa, voidaanko toimintatapaa yksinkertaistaa
- ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” -lomakkeen (Liite 8) täyttämisen jatkaminen, joka esitellään ylihoitajalle, hallintoylihoitajalle ja ylilääkärille
- Lomakkeeseen yhteenveto: mikä kysely, mikä kohdennettu ryhmä, mikä ajanjakso, miten kerätty, palautteen määrä, vastausprosentti
- Millaista palautetta, keskeiset asiat, keskeiset kehittämisasiat, ehdotukset miten ne toteutetaan, aikataulu, arvio siitä ovatko kehittämisasiat toteutettavissa ja miten
- Voidaanko palautetta hyödyntää toiminnassa, entä hyödynnettävyys muussa toiminnassa
- Henkilön/henkilöiden nimeäminen, jotka vastaavat kehittämistoimista
- Mitä hyvää kehittäminen tuo asiakkaalle/ asiakkaan terveyteen

Kehittämisehdotus johdolle

- Ylihoitajalle, hallintoylihoitajalle ja ylilääkärille: heidän arvionsa kehittämisehdotuksesta
- Hyväksyntä kehittämistoimen toteuttamiselle, aikataululle ja tuki vastuuhenkilölle ja palautetiimille kehittämistyön läpiviennissä
- Resurssin antaminen kehittämistyöhön
- Arviointi kehittämistoimen hylkäämisestä
- Tiedottaminen henkilöstölle
- Dokumentointi ”Laadunhallinta” -sivulle



Kehittämistoimen aloittaminen palautetiimissä hyväksytyin kehittämisehdotuksen mukaisesti

- **Palautetiimissä suunnitellaan** kehittämistoimelle aikataulu, jota arvioidaan
- **Toteutetaan** kehittämisehdotus
- **Arvioidaan** toteutusta
- Tiedotetaan henkilöstöä meneillään olevasta kehittämistoimesta, motivoidaan osallistumaan ja osallistetaan käytännössä kehittämistoimen toteutukseen ja kuunnellaan henkilöstöä ja heidän mielipiteitään

Jatkuva kehittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi

- Kehittämistoimen toteutus arvioidaan
- Arvioidaan kehittämistoimen vaikuttavuus
- Miten hyödynnetään saatua tietoa ja parannetaan ja kehitetään toimintaa jatkuvasti
- Tehdään uusi kysely kohdennetulle ryhmälle
- Kehittämistoimen toteutuksesta laaditaan ”Kehittämistoimen toteutumisen raportti” (Liite 9)
- Kehittämistoimi dokumentoidaan ja kehittämistoimen toteutus tallennetaan kokonaisuudessaan Kivaan ”Laadunhallinta”-sivulle

Informointi asiakkaille, henkilökunnalle ja sidosryhmille

- Toteutetusta kehittämistoimesta tiedotetaan kyseisen yksikön vastaanoton odotustiloissa, ilmoitustaululla ja Terveyspalveluiden Internet sivuilla
- Kehittämistoimen dokumentointi Kivaan ”Laadunhallinta”-sivulle, missä se on nähtävissä henkilökunnalle.

LIITE 8
 V ^ ^ S ^ .
 V ^ S ^ .

(Asiakaskyselyn nimi tähän) Ehdotus kehittämistoimesta johdolle

Taustatiedot (täydennä puuttuvat tiedot)

Asiakaskysely on tehty _____ kohderyhmälle.

Toteuttamisyksikö/vastuuhenkilö _____

Asiakaskysely toteutettiin _____ välisenä aikana.

Kysely toteutettiin (rastita oikea vaihtoehto)

paperisella kyselylomakkeella _____

webropol-kyselynä _____

muuna _____, minkälaisena _____

Paperiseen kyselyyn/sähköiseen kyselyyn vastasi _____ henkilöä, kysely annettiin _____ henkilölle. Vastaajista suomenkielisiä _____, ruotsinkielisiä _____, englanninkielisiä _____ (numeroin)

Vastausprosentti: _____.

Asiakaskyselyn palautteiden sisältö

Palautteiden keskeinen sisältö käsitteli seuraavia asioita:

Kehittämisehdotukset ovat seuraavat:

Arvio kehittämisehdotuksen toteuttamiskelpoisuudesta (Rastita sopiva vaihtoehto)

on toteutettavissa _____ osittain toteutettavissa _____

Kehittämisehdotus:

Tavoite:

Aikataulu kehittämisen toteutukselle:

Kehittämistoimen toteuttamisen vastuuhenkilönä on _____

työryhmineen.

Arvio kehittämistoimen hyödynnettävyydestä toiminnassa ja muissa yksiköissä organisaatiossa:

Arvio siitä, miten kehittämistoimi hyödyttää asiakkaan hyvinvointia/ terveyttä:

LIITE 9
 V A A S A .
 V A S A .

(Kirjoita kehittämistoimen nimi) Kehittämistoimen toteutumisen raportti

Kehittämistoimi toteutettiin _____ yksikössä.

Aikaväli, jolla kehittämistoimi toteutettiin

Arvio kehittämistoimen suunnittelusta:

Onnistumiset:

Kehitettävät asiat:

Arvio kehittämistoimen toteutuksesta:

Onnistumiset:

Kehitettävät asiat:

Toteutetun kehittämistoimen vaikuttavuuden ja hyödynnettävyyden arviointi:

Asiakkaalle:

Organisaatiolle:

Hyödynnettävyys muissa yksiköissä:

Suunnitelma kehittämistoimen tuloksen ylläpitämisestä ja jatkuvasta kehittämisestä yksikössä:

Kehittämistoimen toteutus on tuotu esille asiakkaille seuraavasti:

Vastaanotolla: _____

Terveyspalveluiden Internet-sivuilla: _____

Muulla, miten: _____

Kehittämistoimi talletetaan Vaasan kaupungin Intranet, Kivaan, Laadunhallinta- kansioon.

LIITE 10

V A A S A .

V A S A .

Asiakas/potilaspalauteprosessin implementointisuunnitelma

Tässä suunnitelmassa esitetään miten ”Asiakas/potilaspalauteprosessi” (Liite 6), ”Asiakas/potilaspalauteprosessi ohjeet” (Liite 7), ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” (Liite 8) ja ”Kehittämistoimen toteutumisen raportti” (Liite 9) implementoidaan eli otetaan käyttöön Vaasan Terveyspalveluissa. Vastaanottopalveluiden ylilääkäri, hallintoylihoitaja, ylihoitaja ja kehittämissuunnittelija ovat hyväksyneet suunnitelman 15.11.2019.

Opinnäytetyöntekijä esittelee ”Asiakas/potilaspalauteprosessikaavion” mukaan lukien ohjeet ja lomakkeet osastonhoitajille osastonhoitajien kokouksessa 21.11.2019.

Osastonhoitajat esittelevät henkilökunnalleen ”Asiakas/potilaspalauteprosessikaavion” mukaan lukien ohjeet ja lomakkeet henkilökunnan omista osastokokouksissa

Osastonhoitajat kokoavat palautetiimin yksiköissään.

Kehittämissuunnittelija tallentaa dokumentit ”Asiakas/potilaspalauteprosessikaavio” (Liite 6), ”Asiakas/potilaspalauteprosessi ohjeet” (Liite 7), ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” (Liite 8) ja ”Kehittämistoimen toteutumisen raportti” (Liite 9) Vaasan kaupungin Intranet Kivaan Laadunhallinta-sivustolle, missä ne ovat kaikkien nähtävissä.

Asiakas/potilaspalauteprosessia käytetään aina, kun organisaatiossa kerätään palautetta kohdennetulta asiakasryhmältä.

Asiakas/potilaspalauteprosessikaaviota arvioidaan ja kehitetään, jos jokin prosessiin suunniteltu asia ei ole sujuva.

Prosessikaavio on rakennettu noudattamaan SHQS-laaturjestelmää ”suunnittele, toteuta, tarkista ja toimi.” Kerättyä palautetta arvioidaan ja hyödynnetään toiminnassa. Kehittämistoimi on jäljennettävissä, kun käytetään ”Ehdotus kehittämistoimesta johdolle” ja ”Kehittämistoimen toteutumisen raportti”-lomakkeita. Ne talletetaan Laadunhallinta-kansioon ja ne ovat siellä nähtävissä. Kehittämistoimia arvioidaan. Itse prosessikaavio on arvioitavissa ja kehitettävissä, jos jokin prosessiin suunniteltu asia ei ole sujuva.

Kehittämissuunnittelija ja ylihoitaja palaavat osastonhoitajakokouksessa asiakas/potilaspalauteprosessiin aina, kun palautetta kerätään kohdennetulta ryhmältä tai ainakin noin kerran vuodessa.