



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Petra Piitulainen

Paljon palveluja tarvitsevien ääni kuuluviin

Asiakaslähtöisen palvelun parantuminen terveysasemalla
terveyshyötymallia hyödyntäen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveydenhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveysalan palveluiden ja liiketoiminnan johtaminen

Opinnäytetyö

5.4.2021

Tekijä Otsikko	Petra Piitulainen Paljon palvelua tarvitsevien ääni kuuluviin – Asiakaslähtöisen palvelun parantuminen terveysasemalla terveyshyötymallia hyödyntäen
Sivumäärä Aika	41 sivua + 4 liitettä 5.4.2021
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveysalan palveluiden ja liiketoiminnan johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen
Ohjaajat	Lehtori Leena Hannula Apulaisylilääkäri Marja Ahava
<p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Espoon Leppävaaran terveysasemalle tietoa, jota voidaan hyödyntää paljon palveluja tarvitsevien asiakaslähtöisen palvelun parantumiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kokemuksia palvelun laadusta sekä vaikuttavuudesta ja heidän kehittämisehdotuksiaan palvelulle.</p> <p>Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista pieni osa väestöstä aiheuttaa suurimman osan kustannuksista. Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2008 Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelman, jonka yksi keskeinen tavoite oli parantaa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon laatua ja hillitä kustannuksia terveyshyötymallin avulla. Espoossa sosiaali- ja terveyspalvelujen tämän hetken tavoitteena on tuottaa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelut kustannusvaikuttavasti sekä asiakaslähtöisesti. Leppävaaran terveysasema aikoo parantaa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelua luomalla uuden toimintamallin. Leppävaaran terveysaseman johtoporras toivoo, että ennen uuden toimintamallin toteuttamista, paljon palveluja tarvitsevilta asiakkailta kysytään heidän omia kokemuksiaan ja näkemyksiään palvelun laadusta sekä vaikuttavuudesta.</p> <p>Työ toteutettiin empiirisenä tutkimuksena, jossa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoituja teemahaastatteluja, jossa haastateltiin kahdeksaa paljon palveluja tarvitsevaa asiakasta. Aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä teemoittelua.</p> <p>Teemoitteluanalyysin perusteella esiin nousi yksi pääteema: kokemukset ja neljä alateemaa: hyvät kokemukset, huonot kokemukset, vaihtelevat kokemukset ja muutostoiveet. Alateemoista nousi esiin kaikkiaan 9 eri aihetta. Aiheiden analysoinnin perusteella keskeisemmäksi tulokseksi nousi potilaiden kokemus oman hoidon koordinoimisen tärkeydestä, joko omalääkäripalvelun tai hoitokoordinaattorin avulla. Tulokset tukevat terveyshyötymallin käyttöönottoa, jossa asiakkaille tulisi tarjota kohdennettua palvelua, esimerkiksi omahoitajan tai omalääkäriin koordinoimaa palvelua.</p> <p>Tuloksia voidaan hyödyntää, kun halutaan luoda terveysaseman paljon palveluja tarvitseville asiakkaille uusi asiakaslähtöinen toimintamalli.</p>	
Avainsanat	paljon palveluja käyttävät, terveysala, asiakaslähtöisyys, pitkäaikaissairaat

Author Title	Petra Piitulainen Frequent Attenders`s Voice Must Be Heard -Improving Patient- centred Care at the Finnish Health Centre by Using the Chronical Care Model
Number of Pages Date	41 pages + 4 appendices 5 april 2021
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master`s Degree Programme in Service and Business Management in Health Care and Social Services
Specialisation option	Social and Health Care Service Management
Instructors	Leena Hannula, Principal Lecturer Marja Ahava, Deputy Chief Physician
<p>The purpose of my study was to describe the experiences and opinions of the frequent attenders on the quality and effectiveness of care and service. The aim was to produce information for the Leppävaara health centre, Espoo, Finland, so that they could improve patient-centred care for frequent attenders.</p> <p>The study was carried out as an empirical study using a qualitative research method. The research data for this study were collected by using semi-structured thematic interviews for eight frequent attenders. The data were analysed by using thematic analysis method.</p> <p>An analysis of the data revealed one main theme and four sub-categories. The main theme was experiences and the following sub-categories were good experiences, bad experiences, variable experiences and desire for changes. A total of nine topics emerged from the categories. The results showed that the most important thing for frequent attenders was to get the treatment coordinated, either with the help of a family doctor or a care coordinator. Almost all the topics that raised from the categories were closely related to the coordination of treatment. The results supported the introduction of the chronical care model, in which frequent attenders should be offered targeted services.</p> <p>The results lead to the conclusions that when developing a new Finnish patient-centred care service – model for frequent attenders at the health centre, priority must be paid to the generation and resourcing of the family doctor service or care coordinator.</p>	
Keywords	frequent attender, primary health care, patient-centred care

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Asiakaslähtöisyys paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelussa	2
2.1	Paljon sosiaali- ja terveysalan palveluja tarvitsevat asiakkaat	2
2.2	Terveyshyötymalli paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelussa	4
2.3	Asiakaslähtöisyys paljon palveluja tarvitsevien palvelussa	6
3	Terveysasema toteutusympäristönä	8
3.1	Kohderymänä paljon palveluja tarvitsevat	9
3.2	Kohderymän hoidon nykytilanne	10
4	Työn tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	11
5	Haastattelututkimuksen toteutus	12
5.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä	12
5.2	Aineistonkeruuna teemahaastattelu	12
5.3	Aineiston analyysi teemoittelun avulla	14
6	Tulokset	16
6.1	Hyvät kokemukset palvelujen käytöstä	18
6.2	Huonot kokemukset palvelujen käytöstä	19
6.3	Vaihtelevat kokemukset palveluista	20
6.4	Haastattelussa esiin tulleet muutostoiveet	21
7	Pohdinta	23
7.1	Tulosten tarkastelu	23
7.1.1	Hyvien kokemusten tarkastelu	23
7.1.2	Huonojen kokemusten tarkastelu	25
7.1.3	Vaihtelevien kokemusten tarkastelu	28
7.1.4	Muutostoiveiden tarkastelu	29
7.1.5	Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista	31
7.2	Eettisyys	31
7.3	Luotettavuus	32
7.4	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	34
	Lähteet	36
	Liitteet	

- Liite 1. Teemahaastattelurunko
- Liite 2. Tiedote haastateltaville
- Liite 3. Suostumus opinnäytetyön tutkimukseen osallistumisesta
- Liite 4. Tutkimusluvan myöntäminen

1 Johdanto

Suomen väestöstä pieni osa, noin 10 prosenttia, aiheuttaa suurimman osan, noin 70–80 prosenttia kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Näiden asiakkaiden määrä, heihin sovellettavat toimintatavat ja heille sopivat hoitoketjut vaikuttavat merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin ja niiden kehitykseen. (Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 2017: 6.) Sosiaali- ja terveystalouden uudistus on välttämätön ja se tulee muuttamaan palveluja perinpohjaisesti. Yksi uudistuksen suurimmista haasteista on paljon erilaisia palveluja tarvitsevat asiakkaat. (Hujala - Lammintakanen 2018: 8,10.) Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman yksi keskeinen tavoite oli terveyshyötymallin kansallinen käyttöönotto, jonka tavoitteena oli parantaa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon laatua ja hillitä kustannuksia. (Muurinen - Mäntyranta 2011: 4.)

Espoo on lähtenyt ratkaisemaan paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluun liittyviä ongelmia aloittamalla projektin, jossa muodostetaan sotet-tasoinen (sosiaali- ja terveystoimi) palvelukonsepti. Palvelukonsepti sisältää toimintamallin, asiakkaan prosessikuvauksen, mittarit, johtamismallin sekä käytännön toimet paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan hoitoon. Asiakkaille palvelukonseptin toteutuminen tulisi näyttäytymään tarpeenmukaisina palveluina, oikea-aikaisesti toteutettuna ja asiakkaan ”pallottelun” vähentämisenä. Leppävaaran terveysasema Espoossa aikoo parantaa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelua luomalla uuden toimintamallin uutta palvelukonseptia hyödyntäen. Leppävaaran terveysaseman johtoporras toivoo, että ennen uuden toimintamallin toteuttamista, paljon palveluja tarvitsevilta asiakkailta kysytään heidän omia kokemuksiaan ja näkemyksiään palvelun laadusta sekä vaikuttavuudesta. Espoon sosiaali- ja terveystalouden tavoitteena on tuottaa palvelut kustannusvaikuttavasti sekä asiakaslähtöisesti (Espoo-tarina 2019).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Leppävaaran terveysasemalle tietoa, jota voidaan hyödyntää paljon palveluja tarvitsevien asiakaslähtöisen palvelun parantamisessa. Tarkoituksena on kuvailla paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kokemuksia palvelun laadusta sekä vaikuttavuudesta ja heidän kehittämissuhteita palvelulle.

2 Asiakslähtöisyys paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelussa

2.1 Paljon sosiaali- ja terveysalan palveluja tarvitsevat asiakkaat

Sosiaalipalveluissa käytetään usein termiä asiakas, ja terveyspalveluissa potilas (Hujala - Lammintakanen 2018: 17). Tämän opinnäytetyön toimintaympäristö on terveysasema, mutta koska erilaisten hankkeiden loppuraporteissa ja tutkimusjulkaisuissa käytetään yleensä termiä asiakas, niin myös tässä opinnäytetyössä käytetään termiä asiakas. Ajatuksena on myös, että potilasta hoidetaan. Asiakkaan ajatellaan puolestaan ottavan itse vastuun hoidostaan, kuten terveyshyötymallissa olisi tarkoitus.

Yli-Katajiston (2019: 61) mukaan paljon palveluja tarvitsevaa asiakasta määritellään eri tavoin, useimmiten perusterveydenhuollon vastaanottokäyntien lukumäärien perusteella. Muita määrittelytapoja ovat hänen mukaansa olleet muun muassa fyysiset oireet, krooniset sairaudet ja sukupuoli. Hujala - Lammintakanen (2018:17) kirjoittavat tutkimuksessaan, että paljon palveluja tarvitsevilla viitataan usein asiakkaisiin, jotka aiheuttavat suurimman osan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. He muistuttavat, että tämä asiakasryhmä ei kuitenkaan ole samanlaisista ihmisistä koostuva massa, vaan heidän tarpeensa eroavat toisistaan. Andersson – Lynöe – Hallgren - Nilsson (2004) toteavat myös tutkimuksissaan, että paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat muodostavat hyvin heterogeenisen ryhmän. He määrittelevät tutkimuksissaan paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan perusterveydenhuollon käytön lukumäärän perusteella, ja toteavat samalla, että suurin osa asiakkaista vaikuttaisi olevan naisia.

Huhtakankaan - Nordströmin – Keinäsen - Kiukaanniemen – Taanilan -Tiiringin (2019: 179) mukaan paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla on monimutkaiset tarpeet, ja näyttäisi siltä, että he käyttävät pääasiassa julkisen terveydenhuollon palveluja. He käyttävät laajasti erilaisia terveydenhuollon palveluja lääkäripalveluiden lisäksi. He toteavat tutkimuksessaan myös, että tällä asiakasryhmällä on usein fyysisten ongelmien lisäksi sekä psykologisia että sosiaalisia ongelmia. Usein myös matala työllisyysaste liitetään tähän asiakasryhmään. Kivelän – Elon - Kääriäisen (2018: 120) mukaan paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista ei ole vielä yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, vaan siitä on erilaisia käsityksiä ja sitä määritellään eri tavoin.

Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa (Strömbom – Magnusson - Karlsson – Fredrikson 2019) käy ilmi, että paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla yleisimmät syyt yleislääkärillä

käyntiin ovat tuki- ja liikuntaelinkipu ja psykososiaalinen ahdistus. Heidän mielestään näin ollen on selvää, että huonona koettu terveys, erityisesti kipu ja ahdistus, vaikuttavat selvästi siihen, että terveydenhuollon resursseja käytetään paljon. Kivelän – Elon -Kääriäisen (2018:123–124) mukaan paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla on usein lääketieteellisesti selittämättömiä oireita, jotka aiheuttavat aina uusia käyntejä terveysasemalla. Usein kun yksi oire on tutkittu, toinen oire ilmaantuu. Heillä on myös vaikeuksia yhdistää emotionaalisia häiriöitä oireisiinsa, vaikka se olisi joskus tarpeen. Ylitalo-Katajisto – Tiirinki – Jokelainen – Suhonen (2019:324–325) toteavat tutkimuksessaan, että paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla on tarve monenlaiselle terveys- ja sosiaalialan palveluille mutta silti heidän hoitonsa painottuu usein perusterveydenhuoltoon.

Tässä opinnäytetyössä paljon palveluja tarvitsevalla asiakkaalla tarkoitetaan ihmistä, joka joutuu käyttämään paljon sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluja joko pitkäaikaissairautensa tai muun sairauden vuoksi, tai siksi, ettei hän ohjaudu oikeaan hoitopaikkaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihminen käy esimerkiksi toistuvasti päivystyksessä, vaikka oikea ongelma on yksinäisyys, mielenterveysongelmat tai joku muu.

Lloyd-Rees (2018) toteaa tutkimuksessaan, että asiakkaita, joilla on paljon päivystyskäyntejä, hoidetaan usein ilman kokonaisvaltaista arviota. Tämä johtaa siihen, että asiakas jatkaa edelleen käyntejä päivystyksessä, vaikka ongelma olisi hoidettavissa muualla kuin päivystyksessä.

Hujalan - Lammintakasen (2018: 12) mukaan paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidossa ongelmana on palveluntuottajien siiloutuminen. Asiakkaan palvelupolku risteilee perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen välillä hallitsemattomasti, joskus jopa sattumanvaraisesti. Tämä rasittaa sekä sosiaali- ja terveyshuollon ammattilaisia, asiakkaita, että johtoa. Koordinoimaton tilanne johtaa siihen, että palvelu ei enää vastaa asiakkaiden tarpeita, jolloin asiakkaat väsyvät, sosiaali- ja terveyshuollon ammattilaiset turhautuvat ja päällekkäisyydet aiheuttavat ylimääräisiä kustannuksia. Heidän tarpeisiin vastaamisensa vaatisi eri palveluntuottajilta tiivistä yhteistyötä.

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksesta (2017: 15) käy ilmi, että yhtenä ongelmana pidetään selkeän asiakassegmentoinnin puutetta. Terveysyhtymällin mukaista kustannustehokasta, suunnitelmallista ja yksilöllistä hoitoa voidaan tarjota paljon palveluja tarvitseville sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaille, mutta ensin heidät on

tunnistettava. Terveyskeskuksissa tulisi olla selkeät ja yhdenmukaiset kriteerit paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamiseen. Muurinen ja Mäntyranta (2011: 5) puolestaan ovat sitä mieltä, että kustannusten kannalta on merkityksellistä, että paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat hoidetaan ennakoiden terveystieteiden avohoidossa. Hoito pitää tapahtua erikoissairaanhoidossa tarvittaessa konsultoiden ennen ongelmien ilmaantumista.

2.2 Terveysyhtymämalli paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelussa

Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta käynnistyi vuonna 2008 Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma, jonka tarkoituksena oli pyrkiä tukemaan ja ohjaamaan perusterveydenhuollon kehittymistä kunnissa. Yksi keskeisimmistä toimenpiteistä oli pitkäaikaissairauksien ehkäisy- ja hoitomallin, terveysyhtymämallin, kansallinen käyttöönotto. Terveysyhtymämallissa parannetaan hoidon saatavuutta ja laatua. Tarkoituksena on myös pystyä hillitsemään kustannusten kasvua. Terveysyhtymämallissa on kuusi komponenttia, jotka ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmien tehokas käyttö, palvelutuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki (kuvio 1).



Kuvio 1. Terveysyhtymämalli (Innokylän Toimitus)

Terveysyhtymämalli on ennemminkin viitekehys ja kehittämisen ajattelumalli, kuin toimintamalli. Mallia voidaan soveltaa, kunhan kaikki kuusi komponenttia huomioidaan. (Muurinen - Mäntyranta 2011: 4–6.) Epping- Jordan - Pruitt - Bengoa - Wagner (2004: 300–

301) ovat tosin tutkimuksessaan todenneet, että näistä vain omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki ja kliiniset tietojärjestelmät ovat erityisen tärkeitä kroonisten tilojen hoidon laadun parantamisessa. Malli ei kuitenkaan tarjoa nopeaa ja helppoa ratkaisua monimutkaiseen ongelmaan (Bodenheimer, Wagner, Grumbach 2002a: 1776).

Terveyshyötymalli on suomalainen vastine Edward H. Wagnerin kehittämälle The chronic care model -mallille. The chronic care model kehitettiin parantamaan pitkäaikaissairaiden hoitoa. Wagnerin mukaan pitkäaikaissairauksien hoito pitäisi olla kokonaisvaltaista ja pääpaino hoidossa on muutettava ennaltaehkäisevään, suunnitelmalliseen ja asiakkaan tarpeista lähtevään hoitoon. Terveyshyötymallissa toiminta on potilaskeskeistä, ennaltaehkäisevää ja vuorovaikutus on potilasta voimaannuttavaa. (Wagner 1998.) The chronic care modelin mukaan järjestelmässä, jossa suunnitellaan hoito akuutin, eikä kroonisen hoidon kannalta, ei opeteta potilaita riittävästi huolehtimaan omasta terveydestään. Potilaita pitäisi tukea omahoidossa opettamalla taitoja ja itseluottamusta omien sairauksien hoidossa. (Bodenheimer, Wagner, Grumbach 2002a: 1775.)

Tänä päivänä The chronic care model on laajalti hyödynnetty malli, mutta se ei ole erillinen, suoraan siirrettävissä oleva malli. Tämän mallin avulla uudelleen suunniteltu hoito johtaa parempaan potilaiden hoitoon ja parempiin terveystuloksiin. (Coleman – Austin - Brach - Wagner 2009: 76, 81.) Terveyshyötymalli on opas pitkäaikaissairauksien hallinnan parantamiseen. Sen on todettu parantavan pitkäaikaissairaiden hoitoa, ja jossain tapauksissa vähentävän myös terveyshuollon kustannuksia. (Bodenheimer, Wagner, Grumbach 2002b:1913.)

Terveyshyötymallissa paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat ovat tärkeä tunnistaa varhain. Tunnistamisen jälkeen asiakkaille tulisi tarjota kohdennettua palvelua, esimerkiksi omahoitajan koordinoimaa palvelua. Tämän jälkeen omahoitaja laatii yhdessä asiakkaan, lääkärin ja muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa hoitosuunnitelman. Hän myös tukee ja seuraa asiakkaan omahoitoa sekä koordinoi palvelujen kokonaisuutta. Yksi terveyshyötymallin tavoitteesta on myös, että asiakkaan hoitoa ohjaa yksi yhtenäinen kirjallinen suunnitelma. (Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksesta (2017:14–25.)

Perusterveydenhuolto on rakennettu vastaamaan vaikuttavasti ja nopeasti kaikkiin akuutisti sairastuneisiin. Keskipiste on ollut päivystyksessä akuutin ongelman ratkaisemisessa, jossa asiakkaalla on ollut passiivinen rooli. Tällä vanhalla tavalla jatkaminen ei kuitenkaan ole enää mahdollista. Terveysshyötymallin mukaisesti organisoimalla uudelleen perusterveydenhuollon toimintaa, pystytään paremmin vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. (Wagner - Austin - Davis - Hind marsh - Schaefer - Bonomi 2001: 64–65.)

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksesta (2017:4) käy ilmi, että 118:sta terveyskeskuksesta vain 20:llä oli vuonna 2016 käytössä terveysshyötymalliin pohjaava, kirjallisesti ohjeistettu paljon palveluja käyttävien asiakassegmentointi. Tämä tarkoittaa sitä, että yli 2,6 miljoonaa suomalaista asui sellaisten terveyskeskusten vastuualueilla, joilla ei ole kirjallista ohjeistusta paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamiseksi.

Hollannissa terveysshyötymalliin pohjautuva hoito on yleistä. Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa analyysi paljasti neljä teemaa, jotka voidaan yhdistää sairauksien hallintaan ja terveysshyötymalliin: 1) terveydenhuoltojärjestelmän muuttaminen, 2) potilaskeskeinen hoito, 3) tietotekniset järjestelmät ja niiden aiheuttamat esteet 4) hankkeiden integroiminen laajempaan järjestelmään. Vastausten perusteella korostui myös asiakaskeskeisen hoidon tärkeys. (Hipple Walters, Adams, Nieboer & Bal 2012: 1–10.)

2.3 Asiakslähtöisyys paljon palveluja tarvitsevien palvelussa

Asiakslähtöisyyden keskeinen ominaisuus on, että palvelut järjestetään asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Tämä edellyttää asiakkaan ja palvelutarjoajan vuoropuhelua siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan tyydyttää parhaalla mahdollisella tavalla. (Virtanen – Suoheimo – Lamminmäki – Ahonen – Suokas 2011: 15–19.) Stenvallin ja Virtasen (2012: 162) mukaan sosiaali- ja terveystaloudessa toimintatapojen kehittämisessä pitää paneutua siihen, miten asiakkaiden kanssa kommunikoidaan ja miten heitä otetaan mukaan palveluiden suunnitteluun. Palveluiden uudistaminen pitäisi tehdä yhdessä asiakkaiden kanssa vuorovaikutuksessa ja kiinnittää enemmän huomiota heidän mielipiteisiinsä.

Sosiaali- ja terveystaloudessa asiakslähtöisyyden kehittämisessä keskeistä on ollut asiakkaan muuttuminen aktiiviseksi ja yhdenvertaiseksi toimijaksi, sen sijaan, että hän

olisi vain palveluiden kohteena. Kehitettäessä palveluita asiakaslähtöisemmiksi, kannattaa asiakkaan oman elämän asiantuntijuutta hyödyntää. Sosiaali- ja terveystaloudissa asiakkaan merkitys on laajasti tunnustettu, mutta asiakaslähtöisyyttä määritellään ja luodaan helposti palveluita tuottavan organisaation tarpeista ja intresseistä käsin. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna, kyse on saatuun palveluun liittyvistä kokemuksista sekä palvelun vastaamisesta asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen. (Virtanen – Suoheimo – Lamminmäki – Ahonen – Suokas 2011: 15–19.)

Leskelä – Komssi – Sandström -Pikkujämsä – Haverinen -Olli - Ylitalo-Katajisto (2013: 3163–3169) ovat tutkineet paljon palveluja tarvitsevia asukkaita Oulussa ja todenneet, että palvelujärjestelmä on hyvin organisaatiolähtöinen, vaikka sosiaali- ja terveydenhuollossa on pyritty pitkään asiakaskeskeisyyden kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistusta tehtäessä tarvitaan asiakasryhmäkohtaista tietoa palvelujen käytöstä koko järjestelmän osalta. Stenvallin ja Virtasen (2012:168) mukaan asiakaslähtöisyys perustuu oletukseen, että asiakkaat saavat osallistua palveluiden kehittämiseen, asiakkaiden tarpeita otetaan paremmin huomioon ja asiakkaiden ääni tulee kuuluviin. Mirzaei - Clive Aspin - Beverley - Yun-Hee – Dugdale – Usherwood – Leeder (2013:2) kertovat tutkimusten osoittaneen, että potilaat suosivat asiakaslähtöistä hoitoa, ja sitä saavat raportoivat paremmista terveystuloksista. Terveystalouden asiakaslähtöisyyden on osoitettu lisäävän potilaiden sitoutumista, tyytyväisyyttä ja ohjeiden noudattamista. Sen on todettu parantavan asiakkaiden elämänlaatua ja vähentävän heidän ahdistustaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan yksi keskeisistä elementeistä on asiakaskeskeisyys. Laadunhallinnan valtakunnallisen suosituksen mukaan asiakaslähtöinen toiminta tuo sosiaali- ja terveystalouden ammattilaisten ja asiakkaiden välille aitoa, tasa-arvoista ja kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle.) Samalla asiakkaalla saattaa olla useita eri palvelutarpeita. Suomalaisessa sosiaali- ja terveystaloudjärjestelmässä on kuitenkin vahvat ammattikunnat ja sektorirajat ovat edelleenkin arkipäivää. Sosiaali- ja terveystaloudjärjestelmän kehittäminen asiakaslähtöiseksi täytyy tehdä niin, että koko palvelujärjestelmää kehitetään kokonaisvaltaisesti ja palvelut integroidaan toisiinsa. Asiakaslähtöisyyden kehittämisellä voidaan lisätä sosiaali- ja terveystaloudien kustannustehokkuutta, asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä sekä hoidon vaikuttavuutta. (Virtanen – Suoheimo – Lamminmäki – Ahonen – Suokas 2011: 8–9.)

Suomessa lainsäädäntö turvaa asiakaslähtöisyyden perustan, mutta laki ei velvoita tai ohjaa julkista sektoria tarjoamaan palveluitaan asiakaslähtöisemmällä tavalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakeja ollaan kuitenkin uudistamassa ja tähän liittyviä ohjelmallisia kehittämistoimenpiteitä on jo toteutettu sosiaali- ja terveysministeriön johdolla ja ohjauksella. (Virtanen – Suoheimo – Lamminmäki – Ahonen – Suokas 2011: 8.) Näistä esimerkkeinä ovat Kaste- ohjelma ja Palvelut asiakaslähtöisiksi -ohjelma. Kaste-ohjelman lähtökohtina olivat osallisuus ja asiakaslähtöisyys, jotka tarkoittavat asiakkaiden kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä, niin palveluissa kuin niiden kehittämisessä. Kaste -ohjelman yksi osaohjelmista oli tehdä asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Palvelut asiakaslähtöisiksi -hanke toimi vuosina 2016–2018. Siinä palvelujen kehittämisen lähtökohtina olivat asiakkaiden kokemukset ja heidän osallistumisensa. Hankkeessa oli kolme kokonaisuutta. Ensimmäinen oli sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessien uudistaminen, johon liittyi muun muassa asiakasosallisuuden toimintamalli, toinen oli asumisperusteinen sosiaaliturva ja kolmas oli perustulokokeilu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Lloyd-Rees (2018) toteaa tutkimuksessaan, että asiakkaat, joilla on paljon päivystyslääkärin käyntejä, voisivat hyötyä siitä, että heidän hoitonsa olisi keskitetty moniammatilliselle tiimille. Tällöin heidän hoitonsa olisi yhtenäisempää, asiakas kokisi olonsa turvallisemmaksi ja samalla se muuttaisi hoidon enemmän asiakaslähtöisemmäksi.

3 Terveysasema toteutusympäristönä

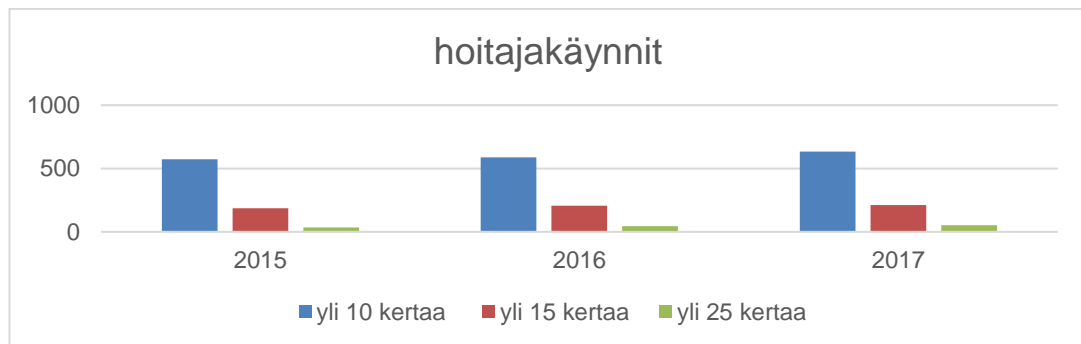
Espoossa on 13 terveysasemaa, joista 11 on Espoon kaupungin ylläpitämää ja kaksi on yksityistä. Tässä opinnäytetyössä toimintaympäristönä on kaupungin ylläpitämä Leppävaaran terveysasema. Leppävaaran terveysasema on pääterveysasema, jonka sivuterveysasemana on Kilon terveysasema. Koko Suur-Leppävaaran alueella on 70700 asukasta. Leppävaaran väestömäärä on tällä hetkellä 37500 asukasta. Luku on kasvanut joka vuosi hieman suuremmaksi, esimerkiksi vuonna 2016 väestömäärä oli 36000. Tästä väestömäärästä terveysaseman palveluita käyttää 56 %. Terveysaseman henkilökuntavakanssit on määriteltä niin, että lääkäreitä on 19, sairaanhoitajia 17, terveydenhoitajia kolme.

Espoon strategiana on Espoo-tarina, mikä on hyväksytty valtuustokaudelle 2017–2021. Espoon kaupungin strategiajohtaja Valveen mukaan on tärkeää, että Espoo-tarinassa

espoolaisten oma ääni tulee kuuluviin. Espoon sosiaali- ja terveystalvveluiden tavoitteena on, että palvelut ovat asiakaslähtöisiä ja kustannusvaikuttavia. Espoon visiona on, että Espoo olisi kaupunki, jossa asukkaat voivat aidosti vaikuttaa asioihin ja osallistua palveluiden kehittämiseen. (Espoo-tarina 2019.)

3.1 Kohderymänä paljon palveluja tarvitsevat

Leppävaaran terveysasemalla on tarkasteltu vuonna 2015–2017 paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita tilastojen kautta. Tilastoista on poimittu ne asiakkaat, jotka ovat käyneet hoitajan vastaanotolla yli 10 tai yli 15 kertaa sekä asiakkaat, jotka ovat käyneet lääkärin vastaanotolla yli 10 tai yli 15 tai yli 25 kertaa (kuvio 2 ja kuvio 3).



Kuvio 2. Paljon palveluja tarvitsevien hoitajakäynnit Leppävaaran terveysasemalla vuonna 2015–2017.

Vuosina 2015–2017 oli hoitajien vastaanotolla käynyt vuosittain yli 10 kertaa yli 600 potilasta, yli 15 kertaa yli 200 potilasta ja yli 25 kertaa noin 50 potilasta.



Kuvio 3. Paljon palveluja tarvitsevien lääkärikäynnit Leppävaaran terveysasemalla vuonna 2015–2017.

Vuosina 2015–2017 oli lääkäreiden vastaanotolla käynyt vuosittain yli 10 kertaa yli 120 potilasta ja yli 15 kertaa 20 potilasta.

Ylitalo-Katajiston (2019: 61) mukaan Suomessa määritellään usein paljon terveystalouksellisesti käyttäväksi potilaaksi henkilö, joka on käynyt lääkärin vastaanotolla vähintään 8 kertaa vuodessa. Tämän määritelmän mukaan Leppävaaran terveysasemalla paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden käynnit vuosina 2015–2017 olivat 6.3 % kaikista käynneistä lääkäreiden vastaanotolla ja 18 % kaikista käynneistä hoitajien vastaanotolla.

Leppävaaran terveysasemalla lääkärille pääsyä on rajoitettu, koska lääkärille pääsy ei ole aina ratkaisu ongelmiin. Usein hoitaja pystyy hoitamaan asiakkaiden ongelmia omalla ammattitaidollaan. Näin ollen asiakkaat käyttävät paljon myös hoitajien palveluja. Tähän opinnäytetyöhön on valittu asiakkaat, joiden kontaktimäärä terveysaseman lääkärille on yli 10 kertaa vuodessa, mutta kuitenkin alle 25 kertaa vuodessa.

3.2 Kohderyhmän hoidon nykytilanne

Espoon terveysasemilla ei ole tällä hetkellä käytössä hoitomallia, jolla saataisiin paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat paremmin hoidettua. Tavoitteena on saada yhteinen malli sille, miten paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat hoidetaan kaikilla terveysasemilla Espoossa. Kaikille terveysasemille toivotaan samaa mittaustapaa sekä mallia, jolla henkilökunta tunnistaisi paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan. Tärkeää on sopia toimintatapa, jota kaikki noudattavat näiden asiakkaiden hoidossa. Tavoitteena on laatia yhteinen tapa kirjata kuulumisesta paljon palveluja tarvitsevien ryhmään ja tehdä jokaiselle ryhmään kuuluvalla oma hoitosuunnitelma.

Espoossa on ollut 1.9.2005–28.2.2010 kroonisesti sairaiden hoitomallin ja omahoitoa tukevien palvelujen kehittämisen omahoitohanke, mikä pohjautui terveyshyötymalliin. Hankkeessa luotiin pitkäaikaissairaiden hoitoon uusi asiakaslähtöinen hoitomalli, yhteiset toimintakäytännöt sekä uusia palveluja, kuten ryhmäneuvontaa, omahoidon verkkosivut, terveysasemien omahoitopisteet ja asiakastietojärjestelmään integroitu sähköinen asiointimahdollisuus. Hankkeen lopputulosta pidettiin oikeansuuntaisena ja sen käyttöönotto aloitettiin terveysasemilla. Uuden hoitomallin kokonaisvaltainen käyttöönotto olisi kuitenkin vaatinut suuren toimintakulttuurin muutoksen, jossa asiakas olisi ollut

aktiivinen hoitotiimin jäsen ja terveysalan ammattilainen vain osa asiakkaan kokonaishoitoa. Näin ei kuitenkaan tapahtunut, jolloin malli ei tullut aktiivisesti käyttöön eikä sitä jatkokehitetty. (Espoon omahoitohankkeen loppuraportti 2010.)

Espoossa on parhaillaan käynnissä projekti, jonka tarkoituksena on luoda Espoolle sotet-tasoinen paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan palvelukonsepti. Projektin keskeiset sisällöt ovat 1) Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan tunnistaminen 2) Haltuunotto ja ensiarvio, jossa mietitään kanavaa, jonne asiakas ohjataan tunnistamisen jälkeen ja joka tekee asiakkaasta ensiarvion 3) Asiakkaan hoitosuunnitelma, jossa tarkoituksena on ottaa asiakas mukaan suunnitelman tekemiseen 4) Omatyöntekijän nimeäminen 5) Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan muut palvelut: miten asiakkaat tunnistetaan ja palvellaan muissa palveluissa. (Tikkanen Jutta 2020.)

Jyvä-hankkeessa Oulussa (Alahuhta – Niemelä 2016) etsittiin myös keinoa vastata sosiaali- ja terveyspalvelujen paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tarpeisiin kustannusvaikuttavalla tavalla. Loppuyhteenvedossa linjattiin keskeisiä kehittämiskohteita, jotka ovat samansuuntaisia Espoon projektin linjausten kanssa. Jyvä- hankkeessa kehittämiskohteita olivat 1) Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan tunnistaminen 2) Palveluohjaus 3) Hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen 4) Ennaltaehkäisevät palvelut 5) Kokonaisuuden huomioiminen.

4 Työn tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa Leppävaaran terveysasemalle tietoa, jota voidaan hyödyntää paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelun parantamiseen.

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kokemuksia hoidon laadusta sekä vaikuttavuudesta ja heidän kehittämis ehdotuksiaan palvelulle.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia kokemuksia paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla on palvelun laadusta ja vaikuttavuudesta?
2. Miten paljon palveluja tarvitseva asiakas kehittäisi palvelua, jotta hän saisi tarvitsemansa avun?

5 Haastattelututkimuksen toteutus

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutettiin empiirisenä tutkimuksena, jossa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus, koska tarkastelun kohteena oli ihminen ja hänen kokemusmaailmansa. Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää ihmisten kokemuksia ja käyttäytymistä heidän omasta näkökulmastaan. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä ei tunneta, vaan tarkoituksena on tuottaa uudenlaista tietoa ja saamaan uudenlaista ymmärrystä. (Kananen 2014: 19, 28; Hirsjärvi – Remes -Saravaara 2009: 161.)

Opinnäytetyön teoriaosuutta varten tietoa etsittiin erilaisista tietokannoista. Kotimaisista hakukoneista käytettiin Arto ja MEDIC tietokantaa. Kansainvälisistä tietokannoista käytettiin Cinahl Complete, PubMed ja Proquest Central tietokantoja. Tietoa etsittiin myös terveysportista ja Theseuksesta. Hakusanoina käytettiin suomenkielisiä sanoista; paljon palvelua käyttävät, terveysala, asiakaslähtöisyys, pitkäaikaissairaat sekä englanninkielisistä sanoista frequent attender, high users, primary health care, patient-centred care, health services misuse. Hakuja rajattiin asettamalla vuosiksi 2009–2021, sekä asettamalla haku koskemaan yli 18-vuotiaita.

5.2 Aineistonkeruuna teemahaastattelu

Hirsjärven ym. (2009: 204) mukaan aineistonkeruu menetelmiä on monia erilaisia. Menetelmän valintaa ohjaa se, että kuka on tutkittavana, mistä aiheesta tietoa kerätään ja minkälaista tietoa etsitään. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastattelu on yksi aineistonkeruun perusmuodoista. Kun halutaan tietää ihmisten mielipiteitä ja näkemyksiä asioista, on luontevaa keskustella asioista heidän kanssaan. Haastattelulajeja on useita erilaisia.

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Puusan (2020a: 112) mukaan teemahaastattelu ja puolistrukturoitu haastattelu eroavat toisistaan, vaikka ne usein sekoitetaan keskenään. Hirsjärven ja Hurmeen (2001: 47) mukaan taas puolistrukturoitua haastattelumenetelmää voidaan kutsua teemahaastatteluksi. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin,

mutta haastattelukysymysten järjestys ja tarkka muoto puuttuu. Teemahaastattelun hyvinä puolina pidetään muun muassa sitä, että haastattelun aikana on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tai pyytää täydennystä vastauksiin. Keskeistä teemahaastattelussa on se, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat tärkeitä ja kiinnostavia. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta haastattelijä voi vaihdella kysymysten järjestystä ja sanamuotoa. Haastateltavat voivat myös vastata omin sanoin, eikä vastauksia ole sidottu tiettyihin vastausvaihtoehtoihin. (Hirsjärvi ym. 2009: 204; Hirsjärvi – Hurme 2001: 11, 47.)

Tämän opinnäytetyön haastateltavat asiakkaat valitsi terveysaseman työelämän ohjaaja tilastojen kautta. Aluksi tilastoista etsittiin ne asiakkaat, joilla oli vuonna 2020 yli 10 lääkärikäyntiä. Tuloksia saatiin 29. Tämän jälkeen etsittiin vielä vuoden 2019 asiakkaat, joilla oli käyntejä lääkärille yli 10, ja näistä tulokseksi saatiin 114. Haastateltavat henkilöt valittiin tietäen, että heillä on kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta. Kun haastateltaviksi valitaan henkilöitä, joilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, kutsutaan sitä harkinnanvaraiseksi, tarkoituksenmukaiseksi näytteeksi (Puusa 2020a: 106).

Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin yksilöhaastattelut, koska tavoitteena oli kannustaa asiakkaita jakamaan omakohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä hoidon ja palvelun laadusta sekä vaikuttavuudesta. Tämä tapahtuu usein paremmin kahdenkeskisissä vuorovaikutuksissa. Yksilöhaastattelu soveltuu tutkimukseen, jossa tutkitaan henkilön omakohtaisia kokemuksia (Vilkkä 2005: 101).

Aluksi tarkoitus oli tehdä haastattelut kasvotusten terveysasemalla, mutta haastattelujen toteutuksen ajankohtana Suomessa vallitsi koronaviruspandemia, jonka takia lähikontakteja ihmisten välillä tuli välttää. Siksi kasvotusten tehtävä haastattelu muutettiin puhe-
linhaastatteluksi. Haastattelupyynnöjä laitettiin 50 kappaletta, joista vastauksia palautui 8. Näin ollen vastausprosentti oli 16. Suostumuksia haastatteluihin tuli siten aika niukasti. Laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan kokoa säätele niinkään määrä, vaan laatu (Vilkkä 2005: 126).

Ennen haastattelun toteuttamista varmistettiin asiakkaiden kiinnostuneisuus osallistua tutkimukseen ja pyydettiin lupa haastatteluaineiston käyttämiseen tutkimuksessa lähettämällä valituille asiakkaille infokirje (liite 2) ja tutkimuslupa pyyntö (liite 3). Tutkimuslupa pyyntöjä ja infokirjeitä haastateltaville lähetettiin yhteensä 50 kappaletta. Tutkimuslupa

pyynnön ja infokirjeen mukana oli vastauskirjekuori, jossa haastateltavat pystyivät palauttamaan suostumusluvan terveysasemalle. Suostumusluvan saamisen jälkeen terveysasemalta oltiin yhteydessä opinnäytetyön tekijään ja annettiin haastateltavien yhteystiedot. Vastauksia saatiin kahdeksan, joista kaikki haastateltiin. Haastattelut kestivät 20 minuutista 45 minuuttiin. Haastattelut toteutettiin puoliavoimilla kysymyksillä, jotka mahdollistivat tarkentavien kysymysten esittämisen haastattelun edetessä (liite 1). Puhelut soitettiin opinnäytetyön tekijän kotona. Puhelut nauhoitettiin laittamalla älypuhelin kaiuttimelle ja nauhoittamalla puhelu ääninauhurille.

Haastattelutilanne oli aina aluksi jännittynyt, mutta puhelun edetessä tunnelma selkeästi rentoutui. Haastateltavien käyttämät täytesanat lauseen alussa toimivat usein merkinä siitä, että koettua asiaa oli syytä tarkentaa lisäkysymyksillä. Esimerkiksi täytesanat ”no tota” tai ”hmm” voivat tarkoittaa sitä, että hyvänä ilmoitettu kokemus ei välttämättä olekaan niin hyvä, mutta sitä ei kehdeta sanoa ääneen. Lopulta asiakkaat puhuivat asioistaan hyvinkin avoimesti. Joskus tunnelma herkistyi ja keskustelu meni aika syvällisiin asioihin.

Haastattelut tehtiin eri ajankohtina. Jokaisen haastattelun jälkeen haastattelu litteroitiin heti, koska se oli vielä tuoreessa muistissa. Tarkoituksena oli tehdä koehaastattelut ennen varsinaisia haastatteluja, mutta koska haastateltavia oli vaikea saada, ei koehaastattelujen tekeminen onnistunut. Ensimmäisen haastattelun litteroinnin yhteydessä huomattiin, että tarvitaan kaksi tarkentavaa lisäkysymystä. Muutos tehtiin ennen seuraavia haastatteluja. Lisätyt kysymykset on esitetty liitteessä 1.

5.3 Aineiston analyysi teemoittelun avulla

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysitavan valintaan ei ole yksiselitteistä ohjetta, vaan analyysitapa riippuu tutkimuksen tavoitteista ja siitä, millaiseksi aineiston kokonaisuus lopulta muodostuu. Tarkoituksena on luoda aineistosta kokonaisuus, jonka avulla voidaan tuottaa perusteltu tulkinta ja tehdä tutkittavasta ilmiöstä johtopäätöksiä. (Puusa 2020b: 145, 148.)

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi aloitettiin haastattelujen jälkeen litteroimalla nauhoitettu haastatteluaineisto. Hirsjärven ja Hurmeen (2001: 139–140) mukaan tutkustehtävä määrittää sen, kuinka tarkkaan litterointiin täytyy ryhtyä. Tässä opinnäytetyössä haastateltavien puhe kirjoitettiin auki sanatarkasti, mukaan lukien täytesanat ja

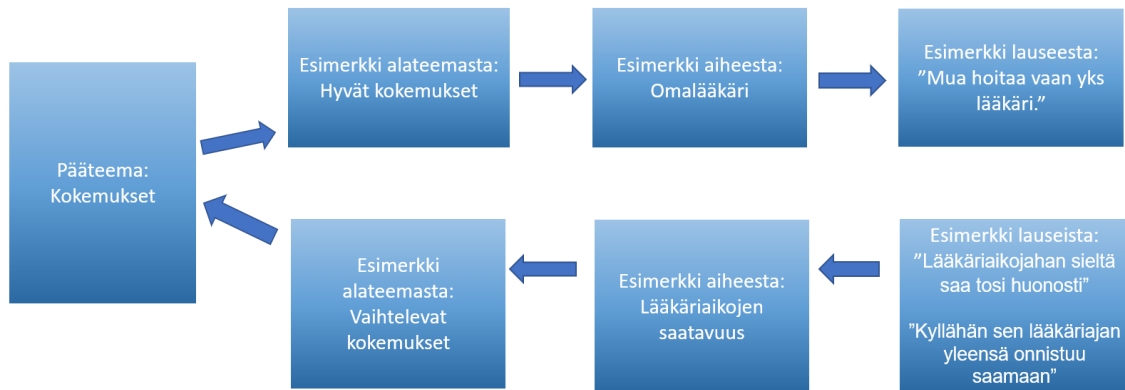
äännähdykset. Haastattelijan omasta puheesta jätettiin pois turhat äännähdykset ja täytesanat. Litterointi haluttiin tehdä sanatarkasti, jotta asiakkaan jokainen kokemus tulee varmasti huomattua. Vaikka litterointi tehtiin tarkasti sisällyttämällä myös erilaiset täytesanat, ei analysoinnin edetessä ollut enää tarve kiinnittää huomiota täytesanoihin. Analyysin alkuvaiheessa kävi ilmi, että näihin oli tartuttu jo haastatteluvaiheessa ja haastattelija oli jo esittänyt tarvittavat lisäkysymykset. Jokainen haastattelu litteroitiin erikseen, ja niille annettiin koodit H1-H8. H1 oli ensimmäinen haastattelu ja H8 oli kahdeksas haastattelu. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 20 sivua, Ariel, fontti 11, riviväli 1.0.

Kaikkien haastattelujen litteroinnin jälkeen aloitettiin aineiston analysointi käyttäen aineistolähtöistä teemoittelua. Teemahaastatteluaineiston analysoinnissa teemoittelu on luonteva tapa edetä, koska teemahaastatteluaineistosta pystyy yleensä helposti poimimaan erilaisia teemoja (Eskola -Suoranta 2000: 174). Teemoittelua voidaan tehdä monella eri tavalla, ne voivat rakentua etukäteen suunniteltujen teemojen mukaisesti tai uusia teemakokonaisuuksia voi löytyä aineistosta. Teemoittelun avulla aineistosta tarkastellaan sellaisia esiin nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle haastateltavalle. Tämän jälkeen samaa tarkoittavat ja samankaltaiset ilmaukset yhdistetään samaan teemaan ja ne nimetään. Seuraavaksi samankaltaisia alateemoja yhdistetään ja muodostetaan yläteema. (Puusa 2020b: 152–153.)

Koska tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymyksenä oli selvittää paljon palveluja tarvitsevien potilaiden kokemuksia hoidon laadusta ja vaikuttavuudesta sekä muutostarpeista, oli etukäteen oletettavissa, että tutkimusaineistosta nousisi teemoina hyvät ja huonot kokemukset sekä muutokset. Siitä huolimatta aineistoon suhtauduttiin ennakkoluulottomasti ja avoimena uusille, aineistosta mahdollisesti nouseville teemoille.

Teemoittelussa käytettiin apuna koodausta. Koodaaminen tarkoittaa yhtenäisiä merkityksiä sisältävien lauseiden tai samaa tarkoittavien sanojen tunnistamista ja merkitsemistä koodein (Puusa 2020b: 152). Koodaaminen tehtiin niin, että aluksi litteroitu teksti luettiin useaan kertaan läpi ja etsittiin, mitkä teemat nousevat tekstistä. Tämän jälkeen tekstistä nousseet eri teemat merkittiin tekstitulosteisiin erivärisillä kynillä. Nämä teemat muodostuivat neljäksi alateemaksi. Kolme näistä oli ennalta odotettavia, mutta yksi alateema syntyi aineiston pohjalta. Kustakin alateemasta etsittiin erikseen yhteneväisyyksiä ja merkittiin ne tekstiin käyttäen alleviivausta ja ympyröintiä. Näin saatiin kunkin alatee-

man sisältämät aiheet esiin. Kaikkiaan aineistosta nousi 9 eri aihetta. Kuviossa 4 on havainnollistettu esimerkinomaisesti alateemojen syntymistä joko ennalta odotetun pääteeman pohjalta tai aineiston perusteella.



Kuvio 4. Esimerkki alateemojen synnystä

Kahdeksannen haastattelun jälkeen ei haastatteluista noussut enää mitään olennaista uutta tietoa, joten opinnäytetyössä saavutettiin saturaatiopiste. Haastatteluja tehdään, kunnes saavutetaan piste, niin sanottu saturaatiopiste, jolloin haastateltavat eivät anna enää uutta tietoa (Hirsjärvi – Hurme 2001: 60). Vilka (2005: 127) puhuu samasta asiasta nimellä kylläntymispiste, jolloin aineisto alkaa toistaa itseään, eikä tuota enää uutta tietoa tutkimusongelman ratkaisemiseksi.

6 Tulokset

Aineiston analyysin jälkeen tulokset tulee tulkita, eli tässä kohtaa tuloksista olisi pyrittävä tekemään synteesejä. Synteessissä kootaan yhteen pääasiat, jotka auttavat vastaamaan tutkimuskysymyksiin. (Puusa 2020b: 154–155.)

Haastateltavista asiakkaista naisia oli seitsemän ja miehiä yksi. Ikä vaihteli 49 ja 90 välillä, keski-ikä ollessa 68 vuotta. Kaikki haastateltavat olivat monisairaita. Jokaisella oli vähintään yksi pitkäaikaissairaus, kuten diabetes, astma tai verenpainetauti. Pitkittynyttä kipua oli viidellä haastateltavalla. Erikoissairaanhoidon palveluita oli käyttänyt kaikki haastateltavat ja yksityistä lääkäriasemaa oli joutunut käyttämään kuusi haastateltavaa.

Sosiaalihuollonpalveluja käytti yksi. Pääsääntöisesti haastateltavat käyttivät lääkärin palveluja, hyvin vähän hoitajan palveluja. Siksi tässä opinnäytetyössä ei erikseen kuvata hoitajien palveluiden hyviä ja huonoja kokemuksia, vaikka alun perin näin oli suunniteltu.

Vastauksista nousi esiin selkeästi yksi pääteema, haastateltavien kokemukset. Alateemoiksi muodostuivat asiakkaiden hyvät kokemukset, huonot kokemukset, vaihtelevat kokemukset ja muutostoiveet. Näistä vaihtelevat kokemukset -alateema syntyi aineiston pohjalta, kun taas kolme muuta alateemaa olivat ennakoita odotettavia. Jokaisen alateeman alle koottiin ne aiheet, joita esiintyi aineistossa kyseiseen alateemaan liittyen. Hyvien kokemusten alle tuli omalääkäri ja hoitosuunnitelma. Huonojen kokemusten alle tuli lääkäreiden vaihtuvuus ja hoidon jatkuvuuden puute. Vaihtelevien kokemusten alle tuli lääkäriaikojen saatavuus, lääkäriaikojen pituus ja kohtaaminen lääkäreiden kanssa. Muutostoiveiden alle tuli omalääkäri/hoitokoordinaattori, erikoislääkäri ja aulan uudistaminen. Jokaiseen alateemaan on liitetty suoria lainauksia asiakkailta eli sitaatteja, jotta alateeman sisältö tarkentuisi ja jäsenyisi paremmin (taulukko 1). Haastattelussa esiintyi myös keskustelun aiheita, mitkä eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin, joten nämä jätettiin tulosten tarkastelusta pois. Näitä aiheita olivat muun muassa mökkipaikkakunnan lääkärit ja muissa paikkakunnissa tapahtunut hoito.

Taulukko 1. Teemoittelun tulokset

Pääteema: Kokemukset		
Alateema	Aihe	Pelkistetyt ilmaukset
Hyvät kokemukset	Omalääkäri	"Tää omalääkäri helpottaa tätä hoitoa, et se on niinkun tosi loistavaa"
	Hoitosuunnitelma	"Siin hoitosuunnitelmasta näkee itekin, että mihin tässä ollaan menossa"
Huonot kokemukset	Lääkäreiden vaihtuvuus	"Ei siitä hoidosta sitten oo kukaan vastuussa, kun aina on eri lääkäri"
	Hoidon jatkuvuuden puute	"En tiä pitkittääkö ne tahallaan tätä, kun mitään ei tapahdu tän hoidon suhteen"

Vaihtelevat kokemukset	Lääkäriaikojen saatavuus	””Kyllä niitä aikoja ihan hyvin sieltä saa” ”Jatkuvasti pitää soitella, eikä siltikään saa (lääkäriaikoja)”
	Lääkäriaikojen pituus	” Kyllä ne on ollu ihan sopivia” ”Hirveen kiireisiä...tosi lyhyet ne ajat”
	Kohtaaminen lääkärin kanssa	”On ne (lääkärit) kyllä mukavia ja hyviä” ”Riippuu lääkäristä, on joskus niin ylemmyyden tuntoisia”
Muutostoi- veet	Omalää- käri/hoitokoor- dinaattori	”Se omalääkäri olis loistava tälläisille potilaille, jolla on paljon vaivoja” ”Kyllä tässä pitäis olla joku, joka ottais kopin tästä hom- masta”
	Erikoislääkäri	”Kyllä se joku erikoislääkäri olis tarpeen, kun näitä vaivoja on niin moneen lähtöön”
	Aulan uudistus	”Et olla siellä nyt samassa flunssa potilaiden kanssa...sii- hen täytyis saada joku oma aulatila”

6.1 Hyvät kokemukset palvelujen käytöstä

Kahdella haastateltavalla oli omalääkäri, jonka he kokivat erittäin hyväksi ja toimivaksi ratkaisuksi. Haastateltavat kokivat, ettei asioiden kertomista tarvinnut aina aloittaa alusta. Omalääkäri tiesi ja tunsu heidät entuudestaan, ja osasi ennakoida hoitoa. Asiakkaat myös kokivat olonsa turvalliseksi, kun oli joku, joka välitti ja jolla oli asiakkaan kokonaihoito hallussa. Molemmilla haastateltavilla, jolla oli omalääkäri, varattiin lääkärin-aika säännöllisin väliajoin esimerkiksi kolmen kuukauden välein. Omalääkäriin pystyi myös ottamaan yhteyttä puhelimitse jättämällä hänelle soittopyynnön. Häneen luotettiin ja koettiin, että hän kannusti asiakasta omahoitoon. Hoito koettiin erittäin sujuvaksi omalääkärin ansiosta.

”Siel on niinkun sovittu, että yks lääkäri hoitaa näitä. Ja me on sovittu, et mulle varataan aika uusi aika edellisen jälkeen. Kun mulla on hirveesti kaikkee, niin tavallaan se, että siihen perehtyminen vie kauheasti aikaa, niin tää nopeuttaa kyllä ihan varmasti.”

”Meil on se omalääkäri, ja se on kyllä ihan huippua. Et voi laittaa viestiä, jos tarvii jotain, eikä tarvii mennä päivystykseen. Mul on kauheen turvallinen olo, kun ei tarvii aina avata kaikkia asioita uudelle lääkärille.”

Kolmella haastateltavalla oli hoitosuunnitelma, jonka he kokivat selkeyttävän hoitoa. Hoitosuunnitelmassa näkyi sairaudet, miten niitä hoidetaan ja mikä suunnitelma sairauksien hoidossa on. Näin myös asiakkaat olivat paremmin tietoisia omasta hoidostaan, ja heidän oli helpompi sitoutua omahoitoon. Hoitosuunnitelma koettiin loistavaksi myös hoidon jatkuvuuden kannalta. Haastateltavat kokivat myös, että tästä oli hyötyä, jos joutui menemään esimerkiksi päivystykseen toiselle lääkärille. Koettiin, että ”ulkopuolisen” lääkärin oli helpompi hoitaa potilasta, kun hoitosuunnitelma oli tehtynä.

”Kaikki näkyy siin hoitosuunnitelmassa. Se toimii tosi hyvin, jos joutuukin menemään eri lääkärille.”

”Siin on niinkun se, että mitä on ja mihin mennään. Tää on niinkun hyödyksi myös itselle, että tietää mikä täs on suunnitelmana.”

6.2 Huonot kokemukset palvelujen käytöstä

Viisi haastateltavaa koki huonoksi asiaksi lääkäreiden vaihtuvuuden. Tämän koettiin johtavan siihen, ettei kukaan ota kokonaisvastuuta asiakkaan hoidosta. Asiakkailla oli tunne, että hoito ei etene mihinkään, jokainen lääkäri ikään kuin aloittaa hoidon alusta. Uusi lääkäri joutuu aina perehtymään asiakkaan asioihin, eikä näin aina tapahdu. Se koettiin turhauttavana, kun samanlaisia hoitoa tarjottiin uudelleen ja uudelleen. Esimerkiksi polvikivussa eri lääkärit määräävät kipulääkkeitä, mutta kukaan ei ottanut asiakseen perehtyä kivun alkuperään tai siihen, miten asia vietäisiin eteenpäin, esimerkiksi laitetaisiin lähetettä ortopedille. Hoidon koettiin myös pitkittyvän, kun asioita hoitaa aina eri lääkäri.

”Se mikä on hankala asia on se, että lääkärit vaihtuu yhtä mittaa. ...Ja he (lääkärit) ei viitsineet sitä sairaushistoriaa kattookaan, et ne otti mut aina niinkun uutena potilaana...ne vaan katto aina sen hetkisen tilan. Olis joku joka hoitaa näit asioita, kun nyt yksi sanoo toista ja toinen toista.”

”Jokaikinen kerta on eri lääkäri. Mä oon käynyt varmaan 10 kertaa vuoden aikana, ni aina on ollut eri lääkäri ja eri hoitaja. Mikään ei niinkun etene mihinkään suuntaan.”

Neljä haastateltavaa koki huonoksi sen, ettei hoidolla ole jatkuvuutta. Kun hoidolla ei ole jatkuvuutta, sairauksien hoito pitkittyy ja joskus pitkittynyt hoito jopa aiheuttaa jo uuden sairauden. Koettiin myös, että hoitoa jatketaan liian pitkään perusterveydenhuollossa,

eikä laiteta lähetettä erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon pääseminen koettiin hankalana, ja jos lähetteen saikin erikoissairaanhoidon, ei kaikki oikeat hoitopaperit välttämättä siirtyneet oikeaan paikkaan. Koettiin myös, että jos erikoissairaanhoidon ei saanut hoidettua asiaa, vaan hoito siirrettiin takaisin terveysasemalle, ei siitä hoidosta enää välttämättä kukaan ottanut koppia. Asiakkaat kokivat jäävänsä heitteille.

”Kukaan ei soita eikä laula mistään päin. Mitään tietoja ei tule mihinkään, että mä todella olen heitteillä. Kukaan ei ota koppia, nää on niin kun ihan levällään tää hoito. Mitään ei viedä eteenpäin. Ihmisiä pitäis lähettää tutkimuksiin, eikä vaan ottaa vastaan ja pyörittää niit siellä (terveysasemalla).”

”Kun mitään ei hoidettu ajoissa, niin nyt on liian myöhäistä, kun nää polvet on jo niin tulehtuneet. Mulle tehtiin 11 vuotta sitten polveen tähystysleikkaus ja silloin kirurgi sanoi, että 3 vuotta ja sitten täytyy vaihtaa polvet uusiks, ja siitä lähtien mä oon kerjännyt lähetettä leikkaukseen, mutta ei millään. ... kaikki pitkitty, kun ei ollut oikeat asiat, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan, ja pitkitty niin paljon, että sairaus, jota ei hoidettu, se aiheutti jo uuden sairauden.”

6.3 Vaihtelevat kokemukset palveluista

Samasta asiasta saattoi olla vaihtelevia kokemuksia. Kuten taulukosta 1 käy ilmi, esimerkiksi puolet haastateltavista kokivat saavansa ajan Leppävaaran terveysaseman lääkärille hyvin, kun taas puolet haastateltavista kokivat, että lääkäriajoja saa huonosti. He, jotka kokivat, että lääkäriajan saa helposti, olivat tyytyväisiä siihen, että lääkäri aika järjestettiin heille, kun he sitä tarvitsivat. Osa haastateltavista koki, että he ovat tyytymättömiä lääkäriajojen saatavuuteen joko siksi, että ajoja ei ole antaa tai siksi, että jonotusaika oli pitkä. Aika koettiin pitkäksi, jos lääkäriajaa piti odottaa kuukausi tai yli. Kaksi haastateltavaa kertoi siksi käyttävänsä päivystystä, koska eivät voineet vaivojensa takia odottaa lääkäriajaa kovin pitkään. Puolet haastateltavista sanoi joutuvansa käyttämään yksityistä lääkäriasemaa, koska jonot lääkärin vastaanotolle ovat niin pitkät.

”Kyllähän sen lääkäriajan yleensä onnistuu saamaan. Se toimii sillä lailla, että sinne soitetaan ja he sitten järjestää sen lääkärin. Kyllä jos lääkäriä tarvii, nii se järjestetään.”

”Lääkäriajojahan sieltä saa tosi huonosti. On vaan sanottu, että soittakaa parin viikon kuluttua uudelleen ja sitten kun oon ajan saanut, ni se on kestänyt suurin piirtein kuukauden. En mä niitä oo voinut kuukautta odottaa, vaan mä oon sitten käynyt siellä päivystyksessä.”

Seitsemän haastateltavaa koki, että lääkäriajojen pituus on sopiva, ja yksi haastateltava koki lääkäriajan liian lyhyeksi. Pääsääntöisesti koettiin, että lääkärin vastaanottoajan pituus on tarpeeksi pitkä, jotta siinä ajassa ehtii saada asiat hoidetuksi. Tyytyväisiä oltiin

myös siihen, ettei lääkäri lopeta vastaanottoa, kun aika loppuu, vaan hoitaa käsitellyn asian loppuun

”Kyllä niillä ajoilla on pärjännyt. Leppävaarassa se lääkäri ei katkaise sitä vastaanottoa, vaikka aika loppuu, vaan se hoidetaan loppuun.”

”Ei kovin hyvin saa niitä asioita hoidettu. Pitäis olla enemmän aikaa.”

Viisi haastateltavaa koki kohtaamisen lääkärin kanssa hyvänä, ja kolmen haastateltavan mukaan riippui lääkäristä, kuinka hyvin tuli kohdatuksi. Koettiin, että lääkärit ovat erilaisia, toiset empaattisempia kuin toiset, ja varsinkin naislääkärit koettiin empaattisemmiksi kuin mieslääkärit. Asiakkaat pohtivat myös, että on paljon henkilökemiasta kiinni, miten hyvin lääkärin kanssa tulee toimeen. Jokainen haastateltava oli sitä mieltä, että tärkeä osa hoitoa on se, että voi kokea luottavansa lääkäriin. Hyvän kohtaamisen lääkärin kanssa kokivat pääsääntöisesti ne asiakkaat, joille lääkäri oli jo entuudestaan jollain tapaa tuttu.

”Kyllä mut otetaan aina tosissaan ja tehdään kaikki tutkimukset. Ja siis varsinkin lääkäreiden kanssa, jotka on tuttuja lääkäreitä.”

”Lääkäreitä on erilaisia, että on semmosia, joiden luokse en mene, kun ne vähän huonosti ymmärtää ihmistä. Onhan se niin, että kun kaksi ihmistä kohtaa, niin kyllä se riippuu siitä henkilökemiasta.”

6.4 Haastattelussa esiin tulleet muutostoiveet

Kaikki haastateltavat pitivät ensisijaisena muutostoiveena hoidon parempaan koordinoimista, joko omalääkärin tai hoitokoordinaattorin kautta. He kokivat, että hoitokokemus muuttuisi myönteisemmäksi, jos heidän hoitonsa oli kokonaisvaltaisesti jonkun hoidossa. Kaksi haastateltavaa oli ollut asiakkaana terveysasemalla aikana, jolloin omalääkäri - malli oli ollut käytössä ja he kokivat, että hoito oli silloin parempaa. Omalääkärin tai hoitokoordinaattorin ajateltiin tuovan järjestelmällisyyttä hoitoon. Haastateltavat olivat väsyneitä siihen, että joutuvat juoksemaan paikasta toiseen, kun he eivät tienneet miten saisivat avun ongelmiinsa. Tämä aiheutti ahdistusta ja stressiä. Toiveena oli myös, että omalääkäri olisi kokeneempi lääkäri.

”Olis todella hyötyä, että joku ottais asiakseen hoitaa näitä. Joskus aikoinaan on puhuttu omahoitajasta, mutta ei sitä kyllä ole kuulunut...et nää asiat menis eteenpäin, eikä junnais paikallaan...jos olis ollut se omalääkäri, se olis heti muistanut ja tajunnut et mistä on kysymys ja se että mihin tässä ollaan menossa.”

”Puutteelta tuntuva asia on se, että lääkäriin ei saa suoraan yhteyttä. Sitten kun pyytää, niin joku lääkäri sitten soittaa sitten, kun se muistaa, Kyllä mä tykkäisin, että olis ihan hyvä, jos olis se omalääkäri... ja sitten olis vielä sellanen kokeneempi lääkäri..Se on se puute meillä (Leppävaaran terveysasemalla).”

Kolme haastateltavaa toivoi terveysasemalle erikoislääkäreitä. Heidän kokemuksensa mukaan erikoissairaanhoidon oli hankala päästä, joten heidän mielestään oma erikoislääkäri terveysasemalla voisi ratkaista tämän. Joko yleislääketieteen erikoislääkäri, joka saa asioita vietyä eteenpäin tai sitten esimerkiksi ortopedi, joka voisi pitää vastaanottoa terveysasemalla kerta viikkoon. Asiakkailta oli tietoa, että yleislääketieteen erikoislääkäreitä terveysasemalla kyllä oli, mutta heidän vastaanotolleen pääseminen tuntui mahdottomalta jonon ollessa kohtuuttoman pitkä tai sitten kyseiselle lääkärille ei saanut aikoja ollenkaan. Tämä koettiin myös epäoikeuden mukaisena, kun asiakkaat ovat eriarvoisessa asemassa joidenkin saadessa aikoja yleislääketieteen erikoislääkärille ja toisten saadessa aikoja kandeille.

”Et siellä pitäis olla enemmän, ainakin pari erikoislääkäreitä, just nää tämmöset yleislääketieteen erikoislääkärit, vaikka nythän heillä on kai joku mentori, mutta eihän se on sitä, jos erikoislääkäri olis siinä...Et jokaisella olis mahdollisuus päästä, ihmiset on ihan eriarvoisessa asemassa, kun hoito noin kamalasti vaihtelee.”

”Olis niinkun myöskin erikoislääkäreitä tai joskus olis joku erikoislääkärikin saatavilla. Et hänellä olis vastaanotto, edes joskus, ettei aina olis riippuvainen siitä erikoissairaanhoidon pääsystä...et se vaati tän erikoislääkärin lähetteen, että sinne pääsee (leikkaukseen).”

Kolme haastateltavaa toi myös esille sen, että terveyskeskuksen odotusaula pitäisi uusia. Huolen aiheena pidettiin sitä, että flunssapotilaat ja muiden sairauksien vuoksi terveysasemalla tulleet asiakkaat istuivat samassa odotusaulassa. Asiakkaat toivat esille toiveen, että odotusauloja olisi useampi, varsinkin flunssapotilaille oma odotusaula. Lääkärille joutui joskus odottamaan useammankin tunnin päivystykseen tai joskus ei-päivystysaikakin saattoi venyä. Huolena pidettiin sitä, että flunssapotilaat tartuttavat muista potilaita samassa tilassa. Toivottiin myös, että aulan yleisilmettä uusittaisiin.

”Voisko siellä olla useampi odotustila, missä olis yhdessä flunssapotilaat. Kauheen kipeenä odottaa et pääsee lääkärille. Siellä pitää istua aivastelevien lasten ja aikuisten seassa, vaikei ookaan flunssaa, et sieltä ainakin kerran mä oon saanut flunssan.”

”Voishan sen aulan uusia kyllä. Nythän se on semmonen vanha eikä mitenkään kutsuva.”

Kukaan ei osannut kuvailla täydellistä terveyskeskuspalvelu kokemusta. Asiakkaat kokivat täydellisen terveyspalvelukokemuksen riippuvan täysin siitä minkä vaivan takia terveysasemalla joutuu asioimaan ja minkälaisen lääkärin kanssa joutuu asioimaan.

”Se riippuu siitä mikä on asia, eihän se mikään juhlavastaanotto ole.”

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön haastattelun vastaajista suurin osa oli naisia. Vastaajajoukosta enemmistöllä oli pitkittynyttä kipua ja he olivat kaikki monisairaita. Anderssonin ym. (2004: 91–94) tutkimuksessa todettiin, että paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista suurin osa vaikuttaisi olevan naisia. Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa (Strömbom ym. 2019) puolestaan kävi ilmi, että paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yleisimmät syyt yleislääkärillä käyntiin olivat juuri tuki- ja liikuntaelinkipu. Hujalan ja Lammintakanen (2018: 18) mukaan yksi ryhmä paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista on monisairaat, jolla on enemmän kuin yksi krooninen sairaus. Jokaisella tämän opinnäytetyön haastateltavista oli ainakin yksi pitkäaikaissairaus ja ainakin yksi krooninen kiputila.

Tämän opinnäytetyön vastauksista voitaisiin päätellä, että monisairaat, jolla on monita-
hoiset tarpeet, ovat yksi keskeinen ryhmä paljon palveluja tarvitsevista. Jokainen haastateltava käytti myös useampaa palvelun tarjoajaa. Tämä käy ilmi myös Virtasen ym. (2011) tutkimuksessa, jossa todetaan, että paljon palveluja tarvitsevilla saattaa olla useita eri palvelutarpeita. Ongelmana onkin suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän vahvat ammattikunnat ja sektorirajat, jossa jokainen palvelun tarjoaja toimii omissa silloissaan. Tämä aiheuttaa hoidon jatkuvuuden puutetta, mikä käy ilmi myös tässä opinnäytetyössä. Siitä kerrotaan lisää myöhemmässä vaiheessa.

7.1.1 Hyvien kokemusten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan asiakkailla, joilla oli oma lääkäri, olivat paremmat kokemuksesta palvelun laadusta ja vaikuttavuudesta. He kokivat tullessa paremmin kuulluksi ja heillä oli tunne, että he olivat tärkeä osa omaa hoitoa, jolloin he myös sitoutuivat paremmin omahoitoon. Asiakkaat kokivat omalääkäri kannustavan, tukevan ja neuvovan heitä omahoidossa. Asiakaslähtöisessä palvelussa keskeistä on, että palvelut

järjestetään asiakkaiden tarpeista lähtien. Näin voidaan siis olettaa, että kun potilas kokee tullessa kuuluksi ja hänet otetaan osaksi omaa hoitoa, myös asiakaslähtöinen palvelu paranee. Virtasen ym. (2011: 33) mukaan sosiaali- ja terveystalouden asiakaslähtöisyyden kehittämisessä keskeistä onkin ollut asiakkaan muuttuminen aktiiviseksi ja yhdenvertaiseksi toimijaksi, sen sijaan, että hän olisi vain palveluiden kohteena.

Asiakkaat myös kokivat, että heillä on omalääkärin kautta mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon. Heidän oma-asiantuntijuutensa otettiin hoidossa huomioon ja sitä hyödynnettiin hoidon suunnittelussa. Omalääkärin kanssa keskusteltiin oman hoidon etenemisestä. Stenvallin ja Virtasen (2012: 162) mukaan sosiaali- ja terveystalouden toimintatapojen kehittämisessä pitäisikin paneutua juuri siihen, miten asiakkaiden kanssa kommunikoidaan ja miten heitä otetaan mukaan palvelujen suunnitteluun. Palvelujen uudistaminen pitäisi tehdä yhdessä asiakkaiden kanssa vuorovaikutuksessa ja kiinnittää enemmän huomiota heidän mielipiteisiinsä. Virtanen ym. (2011: 36) on myös sitä mieltä, että asiakaslähtöisyys perustuu oletukseen, että asiakkaat saavat osallistua palvelujen kehittämiseen, asiakkaiden tarpeita otetaan paremmin huomioon ja asiakkaiden ääni tulee kuuluviin. Palveluja kehitettäessä asiakaslähtöisemmiksi, kannattaa asiakkaan oman elämän asiantuntijuutta hyödyntää.

Espoon oman strategian mukaan olisi tärkeää, että asiakkaiden ääni tulee kuuluviin (Espoo-tarina 2019). Opinnäytetyön tulosten mukaan tätä samaa toivoivat myös asiakkaat itse. He kokivat palvelun paremmaksi silloin, kun he olivat itse vaikuttamassa hoidon kulkuun.

Tuloksista ilmeni, että hoitosuunnitelma koettiin hyvänä asiana, koska se selkeytti hoitoa. Asiakkaat olivat paremmin tietoisia omasta hoidostaan, ja heidän oli helpompaa sitoutua omahoitoon, kun hoidoilla oli selkeä suunnitelma. Samaan tulokseen ovat tulleet myös Alahuhta ja Niemelä (2017), jotka ovat tehneet tutkimuksen, jonka tavoitteena oli kehittää paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palveluja. Alahuhtan ja Niemelän tutkimuksen mukaan potilaan kanssa yhdessä tehty hoito- ja palvelusuunnitelma sitouttaa asiakasta omahoitoon, ja omahoitoon sitoutumisen tukemista pidettiin tärkeänä osana paljon palveluja tarvitsevien hoidossa. Stenvallin ja Virtasen (2017: 163) mukaan asiakkaan turvallisuuden tunteelle on tärkeää, että asiakas tietää, miten hänen hoitoprosessinsa etenee.

Asiakkaat kokivat hoitosuunnitelmasta olevan hyötyä silloinkin, kun he joutuivat käyttämään jotain muuta lääkäriä kuin omalääkäriään, esimerkiksi päivystyslääkäriä. Toinen lääkäri pystyi hoitosuunnitelmasta katsomaan asiakkaan hoidolle tehdyt suunnitelmat, ja näin keskittymään vain siihen asiaan, minkä vuoksi asiakas oli tullut. Asiakkaat olivat näin myös tyytyväisempiä päivystyslääkäriin hoitoon, kun odotuksena ei ollut kokonaisvaltainen hoito, vaan apua tultiin hakemaan vain tiettyyn vaivaan. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksista (2017: 24–27) käy ilmi, että turhaa ja päällekkäistä palvelujen käyttöä voitaisiin estää hoitosuunnitelman tekemisellä, ja näin voitaisiin myös hillitä kustannuksia. Hoitosuunnitelma tuli ottaa osaksi paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoitoa.

Terveyshyötymallissa yksi kuudesta komponentista on omahoidon tuki. Siinä keskeisintä on varmistaa omahoidon tuki, sillä tämän avulla asiakas pystyy selviytymään sairautensa kanssa ja sitoutuu omaan hoitoon (Muurinen - Mäntyranta 2011: 4; Alahuhta – Niemelä 13–14). Terveyshyötymallissa toiminta on potilaskeskeistä, ennaltaehkäisevää ja vuorovaikutus on potilasta voimaannuttavaa. Hoidon pitäisi olla kokonaisvaltaista ja asiakkaan tarpeista lähtevää. Potilaita pitäisi tukea omahoidossa opettamalla taitoja ja itseluottamusta omien sairauksien hoidossa. (Bodenheimer, Wagner, Grumbach 2002a: 1775; Wagnerin 1998.) Mikäli paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden asiakaslähtöistä palvelua halutaan uudistaa hyödyntäen terveyshyötymallia, on tämän opinnäytetyön tulosten mukaan tärkeää tukea asiakasta omahoitoon ja se on mahdollista omalääkäriin ja hoitosuunnitelman laatimisen kautta. Tulosten perusteella voitaisiin myös päätellä, että hoitokokemus parantuu, kun potilaan hoito on kokonaisvaltaista ja asiakkaiden tarpeista lähtöisin.

7.1.2 Huonojen kokemusten tarkastelu

Tuloksista ilmenee, että huonoksi koettu palvelu johtui pääasiallisesti siitä, että hoidolla ei ollut jatkuvuutta. Asiakkaat kokivat turhautumista ja uupumusta, kun hoito ei edennyt, ja he joutuivat usein käymään lääkäriin samasta asiasta. Asiakkaiden käyntimäärät terveysasemalla kasvoivat, kun vaiva ei tullut hoidetuksi kahdella eikä kolmannelakaan lääkärikäynnillä. Tämä johtui toisaalta siitä, että hoitoa jatkettiin liian pitkään perusterveydenhuollossa, eikä lähetetty erikoissairaanhoidon saanut ja toisaalta taas siitä, että yhteistyö eri palveluntarjoajien kanssa ei ollut sujuvaa.

Siihen, että hoitoa jatkettiin liian pitkään perusterveydenhuollossa, liittyi oleellisesti lääkäreiden vaihtuvuus. Vastausten perusteella lääkäreiden vaihtuvuus olikin toinen tärkeä asia, miksi palvelu koettiin huonoksi. Henkilöstön vaihtuvuus vaikeuttaa merkittävästi hoidon onnistumista (Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 2017: 23). Vastausten mukaan asiakkailla oli kokemus, että kukaan ei välttämättä ottanut enää kappia hoidosta, jos esimerkiksi erikoissairaanhoidosta lähete palautui takaisin terveysasemalle. Lääkäri oli saattanut jo vaihtua tai terveysasemalla hoitava lääkäri oli mahdollisesti jo siirtynyt muihin töihin. Lääkärin vaihtuessa asiakasta hoidettiin ikään kuin uutena potilaana, eikä sairaushistoriaa aina ehditty katsoa. Asiat eivät edenneet mihinkään ja näin ollen hoidolla ei ollut jatkuvuutta. Asiakkaat kokivat jääneensä heitteille ja yksin omien sairauksiensa kanssa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksesta (2017: 30) käy ilmi, että samaan tulokseen on tultu myös muualla. On koettu, että asiakkaiden pitää kertoa oma sairaushistoriansa uudelleen ja uudelleen henkilöstön vaihtumisen vuoksi. Asiakkaat kokivat turhauttavana, kun asioita piti jatkuvasti aloittaa alusta ja kerrata kerta toisensa jälkeen.

Vastauksista ilmeni asiakkaiden kokemus siitä, että hoitoa jatketaan liian pitkään perusterveydenhuollossa, eikä lähetettä erikoissairaanhoidon haluta laittaa. Tästä voisi ajatella, että lääkäri katsoo asiaa terveydenhuollon järjestelmän näkökulmasta ja pystyy arvioimaan oman asiantuntijuutensa perusteella, meneekö lähete läpi erikoissairaanhoidossa vai ei. Asiakkaalle tilanne kuitenkin näyttäytyy niin, että hoitoa pitkitetään perusterveydenhuollossa haluamatta laittaa lähetettä erikoissairaanhoidon. Tilanne vaatisi parempaa kommunikointia lääkärin ja asiakkaan välille. Vastauksista ilmeni kuitenkin selkeästi yhteistyön toimimattomuus eri palvelutarjoajien välillä. Haastateltavat kokivat, että kun yhteistyö eri palvelutarjoajien välillä ei toiminut, sairauksien hoito pitkittyi ja aiheutti joskus jopa uuden sairauden. Esimerkiksi yhden haastattelun mukaan polvien tekoniivel leikkaukseen pääsy viivästyi jopa vuosia, minkä vuoksi leikkaus ei enää ollut mahdollinen polvien ollessa jo liian tulehtuneet, jonka seurauksena asiakas joutuu nyt käyttämään rollaattoria liikkuaan.

Asiakkaat kokivat, että yhteistyö eri palvelutarjoajien kanssa ei ollut sujuvaa, mikä vaikeutti hoidon jatkuvuutta. Hujala ja Lammintakanen (2018:12) ovatkin tutkimuksessaan todenneet, että paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan palvelupolku risteilee eri palvelutuottajien, kuten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, välillä hallitsemattomasti. Tällainen tilanne rasittaa sekä asiakasta, että hoitohenkilökuntaa ja aiheuttaa

myös ylimääräisiä kustannuksia. Jokainen palveluntarjoaja toimii omissa siiloissaan. Jokaista ”siiloa” myös johdetaan omina kokonaisuuksinaan, ja kaikissa on omat suunnitelmat ja tavoitteet. Leskelä ym. (2013: 3163–3169) toteaa myös, että siilomainen järjestelmä ei sovi paljon palveluja tarvitseville, koska kellekään ei ole vastuuta ja kokonaiskuvaa hoidosta, kun asiakkaiden tiedot ovat niin laajalle hajaantuneet.

Asiakkaat käyttivät myös yksityistä lääkäriasemaa, mikä koettiin olevan täysin erillinen palveluntuottaja eikä yhteistyötä terveysaseman kanssa tehty juurikaan. Palveluiden koordinointi ja yhteistyö eri palveluntuottajien kesken, myös yksityisten ja kolmannen sektorin kanssa, kaipaa kehittämistä (Alahuhta – Niemelä 2017).

Monisairaille potilaille on julkaistu 16.3.2021 Käypä hoito -suositus. Hoitosuosituksessa esitettyä hoitotapaa suositellaan monisairaalle, jolla on 1) vaikeuksia selvittää hoitojensa kanssa tai arjessaan, 2) hoito on hajautunut usealla eri taholle tai on tarvetta lisäpalveluille, 3) samanaikainen mielenterveyshäiriö ja somaattinen sairaus, 4) haurausraihnausoireyhtymä tai kaatumisia, 5) usein suunnittelemattomia vastaanottoja tai päivystyksen käyttöä, 6) potilaalla on monilääkitys. Näistä vähintään kohdat 1, 2, 5 ja 6 täytyvät tämän opinnäytetyön kohdetyhmän kohdalla, ja siksi tässä kohtaa on tutkittu kyseistä hoitosuositusta tarkemmin. Keskeinen sanoma hoitosuosituksessa on se, että monisairaalan hoitoon hoidossa keskeisintä on hoidon jatkuvuus. Oleellisempaa on potilaan kokonaishoito, kuin se, että yksittäisiin sairauksiin keskityttäisiin. (Monisairas potilas: Käypä hoito -suositus, 2021.)

Kuten edellä mainituista tutkimuksista käy ilmi, paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan hoidon tulisi siis olla kokonaisvaltaista ja hoidolla pitäisi olla jatkuvuutta. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella juuri nämä asiat, hoidon jatkuvuuden puute ja kokonaisvaltaisen hoidon puute, olivat ne asiat, mitkä toivat myös haastateltaville tunteen, että palvelukokemus on huono. Tähän ei kuitenkaan päästä, jos paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla hoitavat lääkärit vaihtuvat koko ajan, eikä lähetteitä erikoissairaanhoidon laiteta tai yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa ei toimi.

Virtasen ym. (2011: 8–9) mukaan sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän kehittäminen asiakaslähtöiseksi täytyy tehdä niin, että koko palvelujärjestelmää kehitetään kokonaisvaltaisesti ja palvelut integroidaan toisiinsa. Asiakaslähtöisyyden kehittämisellä voidaan lisätä sosiaali- ja terveystalvveluiden kustannustehokkuutta, asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä sekä hoidon vaikuttavuutta.

7.1.3 Vaihtelevien kokemusten tarkastelu

Lääkäriajan saatavuudessa koettiin erilaisia kokemuksia. Osa koki, että lääkäriajan saa hyvin. Varsinkin ne haastateltavat, joilla oli jo omalääkäri, olivat tyytyväisiä lääkäriajan saatavuuteen. Heille lääkäriaika varattiin säännöllisin väliajoin. Asiakas, jolla on tiedossa seuraava lääkärin vastaanottoaika, käyttää todennäköisesti vähemmän päivystyspalveluja (Alahuhta – Niemelä 2017:13). Tämän opinnäytetyön vastausten perusteella asiakkaiden päivystyskäynnit vähenivät, kun he saivat vastaanottoajan lääkärille sujuvasti ja ilman pitkää odotusaikaa. Tyytymättömmimpiä olivat asiakkaat, jotka kokivat, että lääkäriajan saaminen on hankalaa tai odotusaika lääkärille venyi yli kuukauden.

Tulosten mukaan lääkäriajan pituuteen oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Erityisen tyytyväisiä oltiin siihen, että lääkäri ei lopeta vastaanottoa, vaikka aika loppuu, vaan käsiteltävä asia hoidetaan loppuun. Vastauksista myös ilmeni, että kun asiakkaalla on omalääkäri, jolla on asiakkaan kokonaishoito hallussa, ei lääkärin vastaanottoajan pituuden aina tarvitse olla pitkä. Joskus riittää pelkkä soitto. Kun asiakas kokee, että hänen asiansa ovat jonkun hallinnassa, riittää usein pelkkä puhelinkontakti auttamaan asiakasta (Alahuhta – Niemelä 2017:13).

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksien (2017:23) mukaan asiakkaat pitivät pääsääntöisesti vastaanottoaikoja liian lyhyenä, jolloin koettiin, että asiakkaiden tarpeiden tunnistaminen ei ole mahdollista. Tämän opinnäytetyön vastausten perusteella näin koki kuitenkin vain yksi haastateltava.

Kolmantena vaihtelevana kokemuksena pidettiin kohtaamista lääkäreiden kanssa. Toiset kokivat kohtaamisen lääkärin kanssa hyväksi. He kokivat, että heitä kuunnellaan ja heidän ongelmansa otetaan vakavissaan. Toisilla haastateltavilla oli päinvastaisia kokemuksia. Pääsääntöisesti kuitenkin ajateltiin, että kohtaaminen on kiinni henkilökemiasta. Tärkeämpänä koettiin se, että lääkäriin pystyi luottamaan. Paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla lääkärikäyntejä on paljon, ja silloin on tärkeää, että tulee kohdatuksi asiallisesti ja asiakkaalle tulee tunne aidosta välittämisestä. Paljon palveluja tarvitseville lääkärissä käynti on iso osa arkea ja se vie paljon voimavaroja. Tilannetta helpottaisi, jos vastassa on tuttu lääkäri ja asiat sujuisivat helposti. (Hujala – Lammintakanen 2018: 54–56.)

Vastausten perusteella voidaan todeta, että asiakkaiden kokemus lääkäriajan saatavuudesta ja pituudesta sekä kohtaamisesta lääkärin kanssa, parantuisi jos paljon palveluja asiakkaalla olisi omalääkäri. Omalääkärin hoidossa asiakkaat kokivat, että hoito sujui paremmin, ja sillä oli jatkuvuutta. Tämä myös parantaisi asiakaslähtöisen palvelun laatua ja vaikuttavuutta.

7.1.4 Muutostoiveiden tarkastelu

Asiakkaat toivovat ensisijaisena muutoksena sitä, että hoito olisi paremmin koordinoitua. Tähän vaihtoehdoksi mietittiin omalääkäriä tai hoitajaa, joka koordinoisi hoitoa. Kuten aikaisemmin on jo tullut ilmi, paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat ovat usein monisairaita, niin kuin myös tämän opinnäytetyön kohderyhmä. Heidän sairautensa sekä hoitonsa ovat usein monimuotoisia ja monitahoisia, jolloin olisi tärkeää, että heidän hoitonsa olisi keskitettyä ja kokonaisvaltaista. Jos ei ole ketään, joka pitää paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan hoidon kokonaisuuden hallinnassa, koetaan hoidon usein olevan levälään. Oulussa tehdyssä tutkimuksen loppupäätelmässä todettiin myös, että paljon palveluja tarvitsevien palvelukokonaisuus pitäisi olla koordinoitua ja sille pitäisi määritellä yksi vastuutaho (Leskelä ym. 2013: 3163–3169). Samaa on todettu Saksassa tehdyssä tutkimuksessa, jossa todettiin, että hoidon parempi koordinointi voisi olla ensisijainen menetelmä terveyspalvelujen käytön hallitsemiseksi (Luppa – Giersdorf – Riedel-Heller – Pruts – Rommel 2020).

Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää, että paljon palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on nimetty omalääkäri ja/tai omahoitaja. Omalääkäri tai omahoitaja, joka koordinoi hoitoa on vähentänyt lääkärissä käyntejä sekä suunnittelemattomia ja päällekkäistä palveluiden käyttöä. Omalääkäri- tai omahoitajavastaanottomallin puuttuminen on koettu negatiivisena. Aikaisemmin on ollut käytössä omalääkärijärjestelmä, mikä on koettu hyvänä. Omalääkärijärjestelmästä on kuitenkin luovuttu Suomessa monissa kunnissa 1990-luvulla palveluiden saatavuus ongelmien vuoksi. (Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 2017: 28, 30.)

Essoosakin on myös aiemmin ollut käytössä omalääkärijärjestelmä, mihin vastausten perusteella monet asiakkaat olivat tyytyväisiä. Vaikka omalääkärijärjestelmää ei enää olisi mahdollista terveysasemalle saada, voisi vastausten perusteella kuitenkin päätellä, että on tärkeää saada paljon palveluja tarvitseville asiakkaille joko omalääkäri tai omahoitaja, joka koordinoisi hoitoa. Asiakkaat kokivat myös epäoikeudenmukaisuutta siitä,

että toisilla oli omalääkäri ja toisilla ei. Tästä voitaisiin päätellä, että terveysasemalla pitäisi olla yksi yhtenäinen käytäntö paljon palveluja tarvitsevalle. Se onkin ollut Espoossa yksi tavoitteista uutta palvelukonseptia luotaessa.

Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoito, jossa hoitoa koordinoi omalääkäri tai omahoitaja, on myös terveyshyötymallin mukaista. Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmassa esitettiin asiakasvastaava-malli, jossa lääkäri tai sairaanhoitaja vastaavat asiakkaan hoidosta ja koordinoivat sitä asiakasvastaavina (Muurinen - Mäntyranta 2011: 4–6). Lloyd-Rees (2018: 22) näkee myös tutkimuksessaan potentiaalisena ratkaisu vaihtoehtona asiakasvastaava-mallin, jonka avulla olisi mahdollista parantaa paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hyvinvointia ja lisää kustannustehokkuutta terveydenhuollossa sekä vähentää päivystyskäyntejä. Alahuhta ja Niemelä (2017: 13) ovat niin ikään päätyneet ehdottamaan ratkaisuksi palvelukoordinaattoria, jolla olisi asiakkaan kokonaistilanne hallussa.

Vastausten mukaan toisena muutostoiveena oli erikoislääkärin saaminen terveysasemalle. Nyt, kun paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla ei ole omalääkäriä, he käyvät vaihtelevasti eri lääkäreillä, välillä kokeneemmalla ja välillä vasta valmistuneella lääkärillä. Tästä seuraa se, että palvelut koetaan epäoikeudenmukaisina ja asiakkaat kokevat olevansa eriarvoisessa asemassa. Tästä voidaan olettaa, että muutostoive erikoislääkärin saamisesta terveysasemalle tulisi tyydytetyksi, jos kaikilla paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla olisi mahdollisuus käyttää yhtä ja samaa lääkäriä, joka huolehtisi heistä kokonaisvaltaisesti.

Erikoislääkäriä toivottiin myös siksi, koska koettiin, että erikoissairaanhoidon pääseminen oli hankalaa. Yhdessä haastattelussa erikoissairaanhoidon pääseminen oli pitkittynyt, koska väärät paperit oli lähetetty väärään paikkaa, ja lähete erikoissairaanhoidosta palautui takaisin terveysasemalle. Paljon palveluja tarvitsevien hoidossa tiedon pitää kulkea vastuutahon ja eri palvelutarjoajien välillä (Leskelä ym. 2013). Tämän mukaan voitaisiin päätellä, että yhteistyön parantaminen eri palveluntarjoajien välillä toisi ratkaisun tähän. Alahuhdan ja Niemelän (2017: 12) mukaan moniammatillinen yhteistyö on tärkeää, koska paljon palveluja tarvitsevilla ovat monimutkaiset tarpeet.

Vastausten perusteella kolmantena muutostoiveena oli terveyskeskuksen odotusaulan uudistus. Pääasiallisena syynä muutostoiveelle oli se, että flunssapotilaat tartuttavat

muita potilaita, kun kaikki odottavat lääkärille tai hoitajalle pääsyä samassa tilassa. Toivottiin myös aulan yleisilmeen muutosta. Pienillä yksityiskohdilla on merkitystä palveluja tuottavan organisaation ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen kannalta. Odotustilat vaikuttavat ratkaisevasti siihen, miten tervetulleeksi asiakas kokee itsensä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen odotustiloja onkin alettu muuttamaan asiakasystävällisemmiksi ja viihtyisiksi, jotta asiakkaat voisivat kokea olonsa turvalliseksi. (Stenvall – Virtanen 2012: 165.)

7.1.5 Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista

Asiakashaastattelujen tulosten analysoinnin perusteella keskeisemmäksi tulokseksi nousi asiakkaiden kokemus oman hoidon koordinoimisen tarpeesta, joko omalääkäripalvelun tai hoitokoordinaattorin kautta. Lähes kaikki aineistosta esiin nousseet aiheet liittyvät kiinteästi hoidon koordinoimiseen. Hoitosuunnitelma siten, että hoidon keskittämisen yhteydessä asiakkaalle tehdään usein hoitosuunnitelma, jotta tiedetään, miten hoidossa edetään. Hoidon jatkuvuuden puute ja lääkäreiden vaihtuvuus taas siten, että huono kokemus näistä saattaisi parantua omalääkäripalvelun tai hoitokoordinaattorin kautta. Kuten aiemmin on esitetty, lääkäriaikojen saatavuus ja pituus sekä kohtaaminen saattaisi parantua, kun asiakkaalla on yksi ja sama lääkäri hoitamassa asioita. Myös toive erikoislääkäristä voisi toteutua niiltä osin, että yhteistyö erikoislääkäripalvelun välillä toimisi paremmin, kun joku koordinoisi hoitoa.

Hoidon keskittäminen yhdelle ihmiselle tai hoitotiimille tukee myös sosiaali- ja terveysministeriön Toimiva terveyskeskus hankkeen ajatusta siitä, että terveysasemilla otetaan käyttöön terveyshyötymalli. Hankkeessa yhtenä vaihtoehtona tuotiin esille asiakasvas- taava -malli. Tämän haastattelututkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että asiakkaiden kokemukset toimivista terveyspalveluista vastaavat asiantuntijoiden oletuksia toimivasta terveyspalvelujärjestelmästä.

7.2 Eettisyys

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, hyvää tieteellistä käytäntöä sekä rehellisyyttä. Kun tutkimus on tehty hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla, voi se olla eettisesti hyväksyttävää sekä luotettavaa ja sen tulokset uskottavia (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). Ihmisiin liittyvissä tutkimuksissa joudutaan miettimään eettisiä kysymyksiä joka vaiheessa. Tärkeimpiä eettisiä

periaatteita ovat luottamuksellisuus, seuraukset, yksityisyys ja informoitiin perustuva suostumus (Hirsjärvi - Hurme (2000: 19–20).

Tässä opinnäytetyössä eettisyyttä on mietitty jo opinnäytetyön aihetta valitessa sekä työelämän kumppanin, että opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Terveystieteiden tutkimuksen ensisijainen tarkoitus on potilaiden hyvä, joten aihetta valitessa täytyy olla tarkkana, että tutkimuskysymyksen asettelu on eettisesti sopiva. Opinnäytetyöllä ei saa loukata eikä väheksyä ketään, ei ihmisiä eikä ihmisryhmiä. Opinnäytetyön tekijän pitää miettiä pystyykö hän sitoutumaan siihen oman arvopohjansa pohjalta. (Heikkilä - Jokinen - Nurmela 2008: 43–44.) Opinnäytetyön aihe on valittu niin, että sitä on mahdollista tutkia ja kehittää valituilla menetelmillä niin, ettei se loukkaa ketään.

Aluksi Espoon kaupungilta haettiin tutkimuslupa asiallisin menetelmin ja se myönnettiin 10.12.2020 (liite 4). Tämän jälkeen asiakkaita informoitiin siitä, mistä opinnäytetyössä on kysymys. Heiltä pyydettiin suostumusta tutkimukseen osallistumisesta ja kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkimusaineisto kerättiin ihmisiltä haastatteleamalla. Haastateltavia ihmisiä kohdeltiin kunnioittavasti ja oikeudenmukaisesti. Opinnäytetyön tekijän pitää muistaa salassapitovelvollisuus sekä haastattelua tehtäessä, että koko opinnäytetyön tekemisen ajan. Haastateltavien henkilötietoja ei saa paljastaa missään vaiheessa. (Heikkilä ym. 2008: 44–45.) Tämän opinnäytetyön analysointi vaiheessa varmistettiin, ettei haastateltavien oikeita nimiä käytetä. Analysointi pitää tehdä huolellisesti ja tarkasti, sekä samaan aikaan suojella haastateltavia. Opinnäytetyössä analyysiprosessi pitää kuvata lukijalle, miten se on edennyt ja miten tulokset on saatu. Tulokset ovat tarkoitettu hyödynnettäviksi, ja siksi asianmukainen, rehellinen, perusteltu ja huolellisesti tehty raportointi on erittäin tärkeää. (Heikkilä ym. 2008: 45,122.)

7.3 Luotettavuus

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta on mietitty koko prosessin ajan. Opinnäytetyön prosessi on pyritty kuvaamaan mahdollisemman tarkasti. Kaikki valinnat on kerrottu vaihe vaiheelta ja pyritty perustelemaan hyvin. Opinnäytetyössä on kerrottu, mitä on tehty, miksi on tehty ja miten ne tehty. Tutkimustuloksia on verrattu jo olemassa olevaan tutkituun tietoon. Varsinkin laadullisessa tutkimuksessa, jossa ei ole standardoituja menetelmiä tutkimuksen tekemiseen, voi tutkimukseen liittyä epäluotettavuutta. Tutkijan täytyy kuvailla tutkimuksessaan käytetyt metodit ja selittää miksi kyseisiin metodeihin on päädytty. Tutkijan tulkintoja voidaan pitää vakuuttavana silloin, kun niihin on päästy systemaattisella ja luotettavalla analyysillä. (Puusa 2020b: 146.)

Opinnäytetyön tekijän täytyy pohtia tiedon luotettavuutta sekä tieteellisiä menetelmiä ja niiden oikeaa käyttöä. Tietoa pitää käsitellä oikeilla menetelmillä, jotta saadaan luotettava lopputulos. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus liittyy prosessin eri vaiheisiin, eikä luotettavuuden parantaminen jälkikäteen enää onnistu. Opinnäytetyön raportointi täytyy tehdä tarkasti, jotta opinnäytetyötä voidaan pitää luotettavana. Raportointi täytyy tehdä niin, että ulkopuolinen lukija pystyy jäljittämään, miten opinnäytetyö on tehty, ja päättämään valintojen oikeellisuuden sekä todistelun aukottomuuden. Johtopäätösten ja tulosten aukottomuus todistusketjussa on yksi luotettavuudenarvioinnin edellytys. Opiskelijan on pystyttävä todistamaan dokumentoimalla, että miten hän on päätenyt kuvaamaan haastateltavien maailmaa, juuri niin kuin hän on sen tehnyt. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 189; Kananen 2012: 164–165, 172–173).

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin haastattelun avulla. Laadukas haastatteluaineisto lisää haastattelun luotettavuutta. Hyvän haastattelurungon laatimisella pohjustetaan tutkimuksen laadukkuus alusta alkaen. Laadukkuutta tuo myös se, että ennen haastattelua ja sen aikana varmistetaan teknisen laitteiston kunto. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 184.) Tässä opinnäytetyössä tämä varmistettiin niin, että haastattelun aikana pidetään kahta eri nauhoitusvälinettä mukana ja varmistettiin, että vara-akku on myös mukana. Haastattelun jälkeen litterointi tehtiin mahdollisemman nopeasti. Haastattelun laatua parantaa se, että litterointi tehdään niin pian kuin mahdollista haastattelun jälkeen (Hirsjärvi - Hurme 2000: 185).

Luotettavuutta voidaan pohtia myös haastattelutilanteen näkökulmasta. Riskinä saattaa olla, että haastateltava antaa vain sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia, eikä uskalla sanoa omaa mielipidettään (Puusa 2020a, 108). Haastattelutilanteesta täytyisi saada niin rento, että haastateltava pystyy luottamaan haastattelijaan ja vastata kysymyksiin näin totuudenmukaisesti. Toinen näkökulma luotettavuuteen liittyy haastatteluaineiston tulkintaa. Haastatteluiden avulla saadusta aineistosta tutkija tekee omat tulkintansa, hän siis tulkitsee toisten tekemiä tulkintoja. Parhaimmillaan näin päästään sisälle tutkittavien ajatuksiin ja kokemuksiin, mutta tulkinta on kuitenkin tutkijan omaa puhetta. Tässä riskinä on se, että tutkijan tulkinta on subjektiivinen. (Puusa 2020a: 104.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty minimoimaan näitä riskejä tekemällä haastattelutilanteesta mahdollisemman rento ja vapaamuotoinen. Aineistoa on pyritty lukemaan mahdollisimman objektiivisesti. Erilaisia merkityksiä voidaan löytää samasta aineistosta. Tämä ei kuitenkaan ole tulkinnan mielivaltaisuutta, vaan erilaiset intressit ja oletukset saavat tutkijat eri tavoin

suhtautumaan tutkimaansa asiaan. Näin voi syntyä erilaisia tulkintoja. (Aaltola – Valli 2007: 55–57.)

7.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Tämän opinnäytteen tutkimuskysymyksiä olivat, minkälaisia kokemuksia paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla on palvelun laadusta ja vaikuttavuudesta sekä miten paljon palveluja tarvitseva asiakas kehittäisi palvelua, jotta hän saisi tarvitsemansa avun. Näihin kysymyksiin saatiin vastaus ja samalla saavutettiin opinnäytetyölle asetettu tavoite. Tavoitteena oli tuottaa Leppävaaran terveysasemalle tietoa, jota voidaan hyödyntää paljon palveluja tarvitsevien asiakaslähtöisen palvelun parantamiseen.

Johtopäätöksenä opinnäytteen haastattelututkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden asiakaslähtöisen palvelun parantamisessa, tulee ensisijaisesti kiinnittää huomiota asiakkaiden hoidon koordinoimisen tuottamiseen ja resurssointiin. Vastauksista ilmeni, että asiakkaat asioivat usein terveysasemalla, koska eivät saa asioitaan kerralla hoidetuksi, ja tähän ratkaisuna voisi olla omalääkäri tai hoitokoordinaattori. Hoidon koordinoiminen omalääkärin tai hoitokoordinaattorin kautta olisi myös terveyshyötymallin mukaista. Terveyshyötymallin käyttöönotolla voitaisiin resursseja käyttää entistä tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin, jolloin hoidon laatu parantuisi sekä kustannusten nousua pystyttäisiin hillitä (Alahuhta – Niemelä 2017, 7). Jos tarkistellaan asiaa tarkemmin vielä kustannuksien näkökulmasta, huomataan, että terveyshyötymallin käyttöönotto on sekä asiakasystävällistä että kustannustehokasta. Kauhanen - Kotiranta - Kulvik - Lassila - Maijanen - Tähtinen- Valkonen (2016: 8) toteavat, että nimenomaan asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisen on arveltu tukevan sote-uudistuksen taloudellisia päämääriä.

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomuksien (2017: 6) mukaan paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden määrä, heihin sovellettavat toimintatavat ja heille sopivat hoitoketjut vaikuttavat merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin ja niiden kehitykseen. Näin ollen tämä asiakasryhmä on tärkeä saada hallintaa ja hyvin hoidetuksi. Leppävaaran terveysasema on lähtenyt ratkaisemaan asiaa aikomalla luoda uuden toimintamallin, jonka avulla on tarkoitus saada sekä asiakaslähtöistä, että kustannusvaikuttavaa palvelua tälle asiakasryhmälle, joka aiheuttaa suurimman osan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Uutta toimintamallia luotaessa on myös tärkeää kuulla asiakkaiden omia kokemuksia ja mielipiteitä. Tämän opinnäytteen tuloksia voidaan hyödyntää uutta toimintamallia luotaessa.

Leppävaaran terveysasemalla on ollut vuosina 2005–2010 terveyshyötymalliin pohjautuva omahoitohanke, jossa luotiin uusi asiakaslähtöinen malli kroonisesti sairaille. Malli ei kuitenkaan tullut aktiivisesti käyttöön eikä sitä jatkokehitetty. Tämän opinnäytetyön vastausten perusteella hankkeessa oltiin kuitenkin oikealla tiellä. Nyt, kun Leppävaaran terveysaseman tarkoituksena on luoda uusi toimintamalli paljon palveluja tarvitseville heidän palvelunsa parantamiseksi, olisi tämän opinnäytetyön tulosten perusteella suositeltavaa jatkaa jo hyväksi havaittuja käytäntöjä, joita omahoito hankkeessa kehitettiin.

Vaikka tämän opinnäytetyön tulosten mukaan olisi paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan hoito suositeltavaa muuttaa niin, että se olisi hyvin koordinoitua ja kokonaisvaltaista, on kuitenkin Alahuhdan ja Niemelän (2017, 7) mukaan organisaatiokulttuurin muutos hidasta. Jatkotutkimus aiheena opinnäytetyön tekijä ehdottaakin tutkimusta siitä, miten asiakkaan hoito olisi parasta järjestää niin, että se oli hyvin koordinoitua. Omalääkäripalvelussa täytyy huomioida esimerkiksi henkilökemiat, olisiko omalääkäriä mahdollisuus vaihtaa, jos henkilökemiat eivät toimi. Pitäisi myös pohtia jaksako tai pystyykö lääkäri sitoutua monisairaana paljon palveluja tarvitsevan hoitoon, vai olisiko parempi miettiä hoitotiimiä, jolla olisi vastuu asiakkaan hoidosta.

Tämän opinnäytetyön perusteella konkreettisia muutosehdotuksia ovat omalääkäriin tai omahoitajan järjestäminen paljon palveluja tarvitseville asiakkaille sekä hoitosuunnitelman laatiminen. Tämä asiakasryhmä tarvitsee yhden yhtenäisen hoitosuunnitelman, jonka alle tulee kaikki asiakkaan hoitoon liittyvät asiat, niin yksityisen, erikoissairaanhoidon kuin kunnankin. Asiakas on tärkeä ottaa mukaan hoitosuunnitelman tekoon, sillä se motivoi asiakasta omahoitoon. Lopuksi voidaan vielä todeta, että tämän opinnäytetyön tulosten perusteella asiakaslähtöistä palvelua voidaan parantaa terveyshyötymallia viitekehystenä käyttäen sekä asiakkaiden mielipiteitä kuunnellen.

Lähteet

Aaltola Juhani – Valli Raine 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtioihin ja analyysimenetelmiin. WS Bookwell oy, Juva.

Alahuhta Maija – Niemelä Eija 2017. Paljon sosiaali- ja terveystalvija käyttävien asiakkaiden palveluiden toteutuminen – työntekijöiden ja johtavien viranhaltijoiden haastattelututkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2017:54:6–17.

Andersson Sven-Olof – Lynöe Niels – Hallgren Carl-Gunnar – Nilsson Mats 2004. Is frequent attendance a persistent characteristic of a patient? Repeat studies of attendance pattern at the family practitioner. Scand J Prim Health Care 22(2): 91–94. Is_frequent_attendance_a_persistent_characteristic.pdf

Bodenheimer Thomas - Wagner Edward H. - Grumbach Kevin 2002a. Improving primary care for patients with chronic illness. Jama 2002-Vol 288, No 14 1775–1779.

Bodenheimer Thomas - Wagner Edward H. - Grumbach, Kevin 2002b. Improving primary care for patients with chronic illness, The Chronic Care Model, Part 2, Journal of American Medical Association (288).1909–1914.

Coleman Katie - Brien T. Austin - Brach Cindy - Wagner Edward H. 2009. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. HEALTH AFFAIRS ~ Volume 28, Number 1. Luettu 5.2.2020. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium (nih.gov)

Epping-Jordan J. E. - Pruitt S. D.- Bengoa, R.- Wagner E. H.2004. Improving the quality of health care for chronic conditions. Quality Safe Health Care 2004; 13: 299–305. Luettu 11.12.2020 v013p00299.pdf (nih.gov)

Eskola Jari – Suoranta Juha 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere

Espoon omahoitohankkeen loppuraportti 2010. Luettu 10.9.2020. file:///C:/Users/pkiti/Downloads/Loppuraportti_v10_Espoon_Omahoitohanke_2005-2010%20(2).pdf

Espoo-tarina 2019. Luettu 10.9.2020. https://www.espoo.fi/fi-FI/Espoon_kaupunki/Paatosenteko/Espootarina

Heikkilä Asta – Jokinen Pirkko – Nurmela Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Sanoma Pro oy, Helsinki.

Hirsjärvi Sirkka - Remes Pirkko – Saravaara Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.

Hirsjärvi Sirkka – Hurme Helena 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Hipple Walters Bethanyt – Adams Samantha A - Nieboer Anna P – Bal Roland 2012. Disease management projects and the Chronic Care Model in action: baseline qualitative research. BMC Health Services Research 2012, 12:114, 1–8. Luettu 29.11.2020. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/114>

Huhtakangas Moona – Nordstrom Tanja – Keinanen-Kiukaanniemi Sirkka – Taanila Anja – Tiirinki Hanna 2019. Characteristics of middle-aged frequent attenders and their use of healthcare professionals`services within public primary, occupational and private healthcare: a population-based cohort study in Northern Finland. International journal of caring sciences, volume 12, issue 1, pages 176-187. Characteristics of Middle-Aged Frequent Attenders and their Use of Helthcare Professionals' Services within Public Primary, Occupational and Private Healthcare: A Population-Based Cohort Study in Northern Finland - ProQuest Central - ProQuest (metropolia.fi)

Hujala Anneli - Lammintakanen Johanna 2018. Paljon palvelua tarvitsevat ihmiset keskiöön. KAKS-kunnallisan kehittämissäätö. Kunnallisan kehittämissäätöön Julkaisu 12.

Kananen Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisusarja, Jyväskylä.

Kauhanen Antti - Kotiranta Annu - Kulvik Martti - Lassila Jukka - Maijanen Sirpa - Tähtinen Marja - Valkonen Tarmo 2016. Sote- enemmän, paremmin ja halvemmalla? Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 15/2016.

Kivelä Kirsi – Elo Satu – Kääriäinen Maria 2018. Frequent attenders in primary health care. A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 86, 2018; 115–124. Luettu 1.11.2020. Frequent attenders in primary health care: A concept analysis - ScienceDirect (metropolia.fi)

Leskelä Riikka-Leena – Komssi Vesa – Sandström Saana – Pikkujämsä Sirkku – Have-rinen Anna - Olli Sirkka-Liisa Ylitalo-Katajisto Kirsti 2013. Paljon sosiaali- ja terveystal-veluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 48/2013, 3163–3169.

Lloyd-Rees Johanna 2018. Supporting frequent attenders to reduce their visits to an emergency department. *Emergency Nurse*. doi: 10.7748/en.2018.e1853. Luettu 12.3.2021 file:///C:/Users/pkiti/Downloads/Supporting_frequent_attenders_.pdf

Luppa Melanie - Giersdorf Jan - Riedel-Heller Steffi – Prütz Franziska - Rommel, Alexander. Frequent attenders in the German healthcare system: determinants of high utilization of primary care services. Results from the cross-sectional German health interview and examination survey for adults (DEGS). *BMC Family Practice*; London Vol. 21, (2020): 1–10. DOI:10.1186/s12875-020-1082-9. Luettu 25.3.2021. Frequent attenders in the German healthcare system: determinants of high utilization of primary care services. Results from the cross-sectional German health interview and examination survey for adults (DEGS) - ProQuest Central - ProQuest (metropolia.fi)

Masoud Mirzaei - Clive Aspin - Beverley Essue - Yun-Hee Jeon - Paul Dugdale4 - Tim Usherwood - Stephen Leeder 2013. A patient-centred approach to health service deli-very: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Services Research* 2013, 13:251, 1–8. Luettu 26.11.2020. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/251> Musacchio, N., Lovagnini Scher, A., Giancaterini, A., Pess

Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. Luettu 23.3.2021. Monisairas potilas (kaypahoito.fi)

Muurinen Seija - Mäntyranta Taina 2011. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Toimiva terveyskeskus, pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://valtioneuvosto.fi/documents/1271139/1427058/Asiakasvastaava-toiminta+pitkäaikaissairauksien+terveyshyötymallissa/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2/Asiakasvastaava-toiminta+pitkäaikaissairauksien+terveyshyötymallissa.pdf>

Niemelä Eija – Alahuhta Maija 2016. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen kehittämisessä ollaan Jyväskylällä. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut issn 1798–2022. Luettu 2.3.2021 Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen kehittämisessä ollaan Jyväskylällä (oamk.fi)

Puusa, Anu 2020a. Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Teoksessa Puusa, Anu – Juuti, Pauli (toim.): Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus Oy. 9. 103–117.

Puusa, Anu 2020b. Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa Puusa, Anu – Juuti, Pauli (toim.): Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Helsinki: Gaudeamus Oy. 145–156.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle: valtakunnallinen suositus 1999. Luettu 14.9.2020. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76248/laadunhallinta2000.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon KANSALLINEN KEHITTÄMISOHJELMA KASTE 2012–2015 Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:8. Luettu 14.9.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74927/Rap%20ja%20mui_2016_8_PDF_.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018. Palvelut asiakaslähtöisiksi. Luettu14.9.2020.
<https://stm.fi/hankkeet/asiakaslaittoisuus>

Stenvall Jari – Virtanen Petri 2012. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tietosanoma Oy, Helsinki

Strömbom Ylva - Magnusson Peter - Karlsson Jan - Fredrikson Mats 2019. Health-related quality of life among frequent attenders in Swedish primary care: a cross-sectional observational study. Luettu11.3.2021 Health-related quality of life among frequent attenders in Swedish primary care: a cross-sectional observational study (nih.gov)

Tikkanen Jutta 2020. Projektipäällikkö. Asiakaskokemus kärkihanke, Espoon kaupunki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. luettu 16.11.2020 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 2017. Paljon palvelua tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017. Helsinki. Luettu 23.11.2019.
<https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljon-palveluja-tarvitsevat.pdf>

Vilka Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Tammi, Helsinki

Virtanen Petri – Suoheimo Maria – Lämminmäki Sara – Ahonen Päivi – Suokas Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen 2011. Tekesin katsaus 281/2011

Wagner Edward H. 1998. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice. 1998; 1:2–4. Luettu 21.1.2020
https://pdfs.semanticscholar.org/98cb/7f7a8138ecd63255e42ccb109c3877aba7ed.pdf?_ga=2.20238392.1654710943.1582191137-921379190.1582191137

Wagner, Edward H. - Austin, Brian T.- Davis, Connie - Hindmarsh, Mike - Schaefer, Judith - Bonomi, Amy.2001. Improving Chronic illness Care:Translating Evidence Into

Action. Health Affairs 20 (6). 64–78. Luettu 12.12.2020. Improving_chronic_illness_care.pdf

Ylitalo-Katajisto Kirsti 2019. Paljon palvelua tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. Oulun yliopisto, lääketieteellinen koulukunta, Oulu.

Ylitalo-Katajisto Kirsti - Tiirinki Hanna -Jokelainen Jari - Suhonen, Marjo 2019. Individualised integration of social and health services for frequent attenders. Journal of Integrated Care; Brighton Vol. 27, Iss. 4, (2019): 316–327. DOI:10.1108/JICA-03-2019-0011. Luettu 12.3.2021. Individualised integration of social and health services for frequent attenders - ProQuest (metropolia.fi)

Teemahaastattelurunko

A Taustatiedot:

1. sukupuoli
2. ikä
3. minkälaisia pitkäaikaissairauksia teillä on?
4. mitä sosiaali- ja terveystalvcluita käytätte?

B Haastateltavan kokemukset:

1. millaisena koette palvelut tällä hetkellä?
 - lääkäreiden/hoitajien vastaanottoaikojen saatavuus
 - lääkäreiden/hoitajien vastaanottoaikojen pituus
 - lääkärin/hoitajan kohtaaminen
2. Mitä hyviä puolia koette terveyskeskuksen palveluissa?
3. Mitä huonoja puolia koette terveyskeskuksen palveluissa?
4. Millaista palvelua/hoittoa koette tarvitsevanne, jotta saisitte avun ongelmiinne?
5. Minkälainen olisi täydellinen terveyskeskuspalvelu kokemus?

Ensimmäisen haastattelun jälkeen haastattelurunkoon lisättiin vielä seuraavat kysymykset:

- Minkälaisia sairauksia teillä on?
- Minkälaiden asioiden vuoksi asioitte terveysasemalla?

Tiedote haastateltaville

Hyvä asiakas

pyydämme Teitä osallistumaan Leppävaaran terveysasemalla suoritettavaan opinnäytetyöhön, jossa haastatellaan asiakkaita, joilla on kontakteja Leppävaaran terveysasemalle yli 10 kertaa vuodessa. Olisimme kiinnostunut kuulemaan Teidän ajatuksianne ja kokemuksianne Leppävaaran terveysaseman toiminnasta ja miten sitä voitaisiin kehittää. Tavoitteena on tuottaa Leppävaaran terveysasemalle tietoa, jota voidaan hyödyntää paljon palveluja tarvitsevien hoidon parantamisessa. Suostumalla haastatteluun autatte kehittämään näitä palveluita. Opinnäytetyön suorittaa Metropolian ammattikorkeakoulun opiskelija, joka opiskelee sosiaali- ja terveysalan palvelujen ja liiketoiminnan johtamisen tutkinto-ohjelmassa (terveydenhoitaja YAMK) ja opinnäytetyön otsikko on ”Paljon palvelua tarvitsevien ääni kuuluviin -hoidon parantuminen terveyshyötymallia hyödyntäen”.

Haastattelut toteutetaan helmikuussa 2021 ja haastattelun teemoina ovat asiakaslähtöisyys ja Leppävaaran terveysaseman palvelu. Haastattelut tapahtuvat puhelimitse ja aikaa tulisi varata 30 min-1 h. Haastattelut nauhoitetaan, jonka jälkeen niistä koostetaan yhteenveto. Haastatteluun osallistujien tietoja suojataan koko opinnäytetyön tekemisen ajan, eikä haastateltavien nimiä tai tunnistetietoja tule esille missään vaiheessa. Haastattelunauhoitteet hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Osallistuminen on vapaaehtoista, eikä tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta saamaanne sosiaalihuollon tai terveydenhuollon palveluun.

Mikäli olette kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen, palauttakaa oheinen suostumuslomake mukana tullessa kirjekuudessa Leppävaaran terveysasemalle. Suostumuslomakkeet annetaan opinnäytetyön tekijälle, joka ottaa teihin yhteyttä haastatteluajan varaamiseksi. Haastattelu voidaan suorittaa myös silloin tai sopia toinen ajankohta. Jos Teillä herää sitä ennen kysymyksiä tutkimukseen liittyen, voitte olla opinnäytetyön tekijään yhteydessä joko sähköpostitse (pkitinpr@gmail.com) tai puhelimitse (040-5435897). Opinnäytetyötä ohjaa lehtori Leena Hannula, leena.hannula@metropolia.fi

Ystävällisin terveisin
Leppävaaran terveysasema

Suostumus opinnäytetyön tutkimukseen osallistumisesta

Suostun osallistumaan tämän opinnäytetyön haastatteluihin ja annan luvan käyttää haastattelumateriaalia tässä opinnäytetyössä.

Olen tietoinen, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa.

Aika

Paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen esikunta myöntää meille saapuneen tutkimuslupahakemuksen ja alla olevien ehtojen mukaisesti.

Hakija / yhteyshenkilö: Petra Piitulainen

Tutkimuksen aihe / nimi: Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden ääni kuuluviin

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja tai suorittajat eivät käytä saamiaan tietoja asiakkaan tai potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava tietosuoja-asetus ja tietosuojalaissa sekä muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Tutkimusluvan myöntäminen ei velvoita tutkimuksen kohteita osallistumaan tutkimukseen. Tutkijan on neuvoteltava aina erikseen tutkimuskohteena olevien organisaatioiden kanssa tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen teko ei saa häiritä tutkimuskohteen toimintaa.

Edellytämme, että tutkija / yhteyshenkilö lähettää sosiaali- ja terveystoimen esikunnan sähköpostiosoitteeseen **sotet_tutkimusluvut@espoo.fi** lopullisen tutkimusraportin.

Espoossa 10.12.2020

Tuula Heinänen

kehittämispäällikkö

Sosiaali- ja terveystoimi

Espoon kaupunki

Espoon kaupunki, 02070 Espoon kaupunki, www.espoo.fi / Esbo stad, 02070 Esbo stad, www.esbo.fi

