

Auroran injektiopoliklinikan toimintamallin kehittäminen asiakaslähtöisesti

Tiivistelmä

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------|
| Tekijä(t) Etholén, Ria | Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK | Valmistumisaika 2022 |
| | Sivumäärä 39 + 3 liitettä | |
| Työn nimi Auroran injektio- ja lääketieteellisen yksikön toimintamallin kehittäminen asiakaslähtöisesti | | |
| Tutkinto Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto | | |
| Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelut, psykoosipalvelut. | | |
| Tiivistelmä <p>Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kuvata Auroran injektio- ja lääketieteellisen yksikön toimintamalli. Tavoitteena oli selkeyttää injektio- ja lääketieteellisen yksikön tehtäväävastoja sekä parantaa asiakaskokemusta ja vahvistaa asiakaslähtöisyyttä. Kehittämishanke toteutettiin yhteistyössä Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden psykoosilinjalla toimivien Auroran liikkuvan avohoidon sekä Auroran tehostetun avohoidon ja injektio- ja lääketieteellisen yksikön kanssa.</p> <p>Kehittämishankkeessa oli tavoitteena kehittää toimintamallia asiakaslähtöisemmäksi, joten kehittämishanke toteutettiin palvelumuotoilun menetelmin. Palvelumuotoilussa kehittäminen tapahtuu asiakaskokemuksen näkökulmasta. Kehittämishankkeessa asiakasymmärrystä kerättiin injektio- ja lääketieteellisen yksikön kanssa tehdyn asiakastutkimuksen avulla. Toimintamallia kehitettiin yhdessä Auroran liikkuvan avohoidon sekä Auroran tehostetun avohoidon ja injektio- ja lääketieteellisen yksikön työntekijöiden kanssa pidetyissä työpajoissa. Toimintamallin kuvaamisessa hyödynnettiin service blueprintia, jolloin toimintamallissa näkyy taustaprosessien lisäksi myös asiakkaan kulkema palvelupolku.</p> | | |
| Asiasanat psykiatria, psykoosisairaudet, avohoito, injektio- ja lääketieteellinen hoito, asiakaskokemus, toimintamalli | | |

Abstract

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------|
| Author(s) Etholén, Ria | Type of Publication Thesis, UAS | Published 2022 |
| | Number of Pages 39 + 3 appendices | |
| Title of Publication Customer-oriented development of Aurora Injection Clinic operating model | | |
| Name of Degree Master of Social and Health Care | | |
| Name, title and organization of the client Mental health and substance abuse services, psychosis services of the City of Helsinki | | |
| Abstract <p>This development project describes the operating model of Aurora Injection Clinic. The goal was to clarify the responsibilities of the Injection Clinic, improve the customer experience and develop a more customer-oriented approach. This development project was implemented in collaboration with Aurora Mobile Outpatient Care Unit, and Aurora Intensive Outpatient Care Unit and Injection Clinic, both providing services for patients with psychotic disorders as a part of mental health and substance abuse services of the City of Helsinki.</p> <p>Because the goal of the development project was to make the operating model more customer-oriented, the methodology chosen was service design methods. Development in service design takes place from the perspective of customer experience. Customer understanding was collected using a customer survey conducted at the Injection Clinic. The operating model was developed with Aurora Mobile Outpatient Care Unit, Aurora Intensive Outpatient Care Unit, and in the workshops held with the employees of the Injection Clinic. In order to describe the operating model, we utilized the service blueprint to present the background processes and the service path of the customers.</p> | | |
| Keywords psychiatry, psychotic illnesses, outpatient care, injection medication, customer experience, operating model | | |

Sisällys

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Johdanto..... | 1 |
| 2 | Kehittämishankkeen tausta..... | 3 |
| 2.1 | Kehittämishankkeen lähtökohdat, tavoite ja tarkoitus..... | 3 |
| 2.2 | Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio..... | 3 |
| 3 | Psykoosisairaudet ja mielenterveyspalvelut..... | 5 |
| 3.1 | Psykoosisairaudet..... | 5 |
| 3.2 | Mielenterveyspalvelujen järjestäminen..... | 8 |
| 3.3 | Psykoosipotilaan avohoito..... | 9 |
| 3.4 | Pitkävaikutteinen injektiohoito..... | 10 |
| 4 | Asiakaskokemuksen kehittäminen ja johtaminen..... | 13 |
| 4.1 | Asiakaskokemus..... | 13 |
| 4.2 | Asiakaskokemuksen johtaminen..... | 13 |
| 4.3 | Asiakaskokemuksen kehittäminen..... | 15 |
| 5 | Kehittämismenetelmät..... | 18 |
| 5.1 | Palvelumuotoilu..... | 18 |
| 5.2 | Benchmarking..... | 20 |
| 5.3 | Asiakasymmärrys..... | 21 |
| 5.4 | Asiakastutkimus..... | 21 |
| 5.5 | Aineiston analyysi..... | 24 |
| 5.6 | Service Blueprint..... | 25 |
| 6 | Kehittämishankkeen toteutus..... | 26 |
| 6.1 | Kehittämishankkeen määrittely ja eteneminen..... | 26 |
| 6.2 | Benchmarking psykiatriapalveluiden toimintamalleista..... | 27 |
| 6.3 | Henkilökunnan työpajojen toteutus..... | 27 |
| 6.4 | Asiakastutkimuksen toteutus..... | 28 |
| 7 | Kehittämishankkeen tulokset..... | 30 |
| 7.1 | Asiakastutkimuksen tulokset..... | 30 |
| 7.2 | Injektio- ja sairaalahoitojen toimintamalli – Service Blueprint..... | 32 |
| 8 | Pohdinta..... | 35 |
| 8.1 | Kehittämishankkeen arviointi ja johtopäätökset..... | 35 |
| 8.2 | Eettisyys ja luotettavuus..... | 36 |
| 8.3 | Jatkokehittämisehdotukset..... | 38 |
| | Lähteet..... | 40 |

Liitteet

Liite 1. Asiakkaan palvelupolku

Liite 2. Asiakkaan empatiakartta

Liite 3. Havainnointipohja

1 Johdanto

Mielenterveysongelmat ovat olleet nousussa niin globaalisti kuin kansallisestikin. Viimeisimmän Kelan tilaston mukaan (31.12.2019) Suomessa on työkyvyttömyyseläkkeellä mielenterveyden sairauksista johtuvista syistä yli 81 000 henkilöä (Kela). Vuonna 2020 yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen oli mielenterveyden häiriöt (33 %) (ETK 2020). Keväällä 2020 alkaneen koronapandemian lopullisia vaikutuksia mielenterveyteen ei vielä tiedetä, mutta pandemian aikana tehdyt tutkimukset näyttävät mielenterveysongelmien lisääntyneen erityisesti nuorten ja alempien tuloluokkien keskuudessa. (OECD 2020, 4). Mielenterveysongelmat aiheuttavat niin inhimillistä kärsimystä kuin kansantaloudellisia kustannuksia, OECD raportoi Suomessa mielenterveyden häiriöistä aiheutuneen vuonna 2015 yli 11 miljardin euron kustannukset (OECD 2018, 28). Suomessa skitsofrenian on arvioitu aiheuttavan vuosittain noin 800–900 miljoonan euron kustannukset, kustannukset syntyvät muun muassa tuottavuuden menetyksestä ja hoitokustannuksista. Hoitokustannuksista noin 80 % syntyy sairaalahoidosta ja ympärivuorokautisesta hoidosta, kun taas lääkehoidon kustannukset ovat noin 4–6 %. (Käypä hoito 2020.)

Mielenterveysongelmien lisääntyessä samaan aikaan psykiatrinen hoito on 1990-luvulta asti ollut muutoksessa, jossa sairaalapaikkoja pyritään vähentämään ja avohoitoa lisäämään (Ala-Nikkola 2017, 21). Avohoidossa digitaalisia palveluita on kehitetty ennen vuonna 2020 alkanutta koronapandemiaa, mutta pandemian alkupuolella etävastaanotot lisääntyivät selkeästi joka puolella Suomea, suurin muutos oli Helsingin yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella, jossa muutos oli pandemian ensimmäisten viiden kuukauden aikana 53 % (Laukka ym. 2021, 54.)

Mielenterveys on niin yksilön kuin yhteiskunnan kannalta merkittävä asia. Hyvä mielenterveys edistää yksilön näkökulmasta hyviä ihmissuhteita ja menestymistä opinnoissa sekä työelämässä. Menestys opinnoissa ja työelämässä taas heijastuu kansantalouteen positiivisella tavalla hyvänä työkykynä ja vähentyneinä sairauskuluina. (Vorma ym. 2020, 20.)

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on vuonna 2020 julkaissut kansallisen mielenterveysstrategian ja itsemurhien ehkäisyohjelman vuosille 2020–2030. Strategiassa palvelujen kehittämisen näkökulmasta keskiössä ovat oikea-aikaiset sekä helposti saavutettavat, asiakaslähtöiset palvelut. (Vorma ym. 2020, 36.) Asiakaslähtöisten ja helposti saavutettavien palvelujen kehittämiseen on myös kiinnitetty huomiota Helsingin kaupunkistrategiassa vuosille 2021–2025. Helsinki pyrkii lisäämään ja laajentamaan matalankynnyksen ja varhaisen avun saatavuutta sekä kehittämään ja vahvistamaan vahvaa ja monialaista psykiatriasta apua tarvitsevien hoitomahdollisuuksia. (Helsingin kaupunkistrategia 2021, 16.)

Tässä kehittämishankkeessa tarkoituksena oli kuvata ja kehittää Helsingin kaupungin psykiatriapalveluissa toimivan Auroran injektio- ja lääkehoito-osaston toimintamallia. Injektio- ja lääkehoito-osasto on perustettu tammikuussa 2021, hallinnollisesti toiminta on osa psykiatrisia sairaalapalveluja sijoittuen psykoosilinjan alaisuuteen. Injektio- ja lääkehoito-osasto palvelee Auroran tehostetun avohoidon sekä Auroran liikkuvan avohoidon potilaita, joilla on käytössä pitkävaikutteinen, psykoosisairauden hoitoon tarkoitettu lääkeinjektio. (Merano 2020.) Kehittämishankkeessa oli tavoitteena kehittää ja parantaa palveluprosessia ja asiakaskokemusta. Kehittämishankkeenä syntyi kuvaus Auroran injektio- ja lääkehoito-osaston toimintamallista ja kehittämisehdotuksia hankkeen tilaajalle asiakaskokemuksen parantamisesta.

2 Kehittämishankkeen tausta

2.1 Kehittämishankkeen lähtökohdat, tavoite ja tarkoitus

Ajatus kehittämishankkeelle tuli Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen psykoosipalvelujen ylihoitajalta. Helsingin kaupungin psykiatriapalveluissa on kehitetty psykiatrista avohoitoa ja samalla sairaalapalveluissa on kehitetty sairaalan ja avohoidon välille joustavia välimuotoisia palveluja. Näitä palveluja ovat entuudestaan Auroran tehostettu avohoito ja Auroran liikkuva avohoito. Nyt uusimpana palveluna on tammikuussa 2021 perustettu injektio-poliklinikka.

Tässä kehittämishankkeessa tarkoituksena oli kuvata injektio-poliklinikan toimintamalli. Kehittämishankkeen tavoitteena oli selkeyttää injektio-poliklinikan tehtävävastuita ja parantaa asiakaskokemusta sekä vahvistaa asiakaslähtöisyyttä.

2.2 Kehittämishankkeen kohdeorganisaatio

Auroran injektio-poliklinikka on melko uutta toimintaa ja aloite kehittämishankkeen kohteeksi tuli psykoosipalvelujen ylihoitajalta. Auroran injektio-poliklinikka toimii Helsingin kaupungin terveys- ja päihdepalveluiden, psykiatria- ja päihdepalveluiden psykoosipalveluiden alaisuudessa. Injektio-poliklinikka palvelee Auroran tehostetun avohoidon sekä Auroran liikkuvan avohoidon asiakkaita, joilla on käytössä pitkävaikutteinen, psykoosisairauden hoitoon tarkoitettu olantsapiini-lääkeinjektio (lääkkeestä tarkemmin luvussa 3.5). Tarvittaessa injektio-poliklinikka palvelee myös psykiatrian poliklinikan asiakkaita, jotka odottavat oman poliklinikkansa injektio-ryhmään pääsyä tai ovat muuten olleet estyneitä käymään avohoidon psykiatrian poliklinikalla injektioilla, esimerkiksi loma-ajoista tai myöhästymisistä johtuen. (Merano 2020.)

Auroran Liikkuva avohoito on tehostettua, act-malliin (Assertive Community Treatment) perustuvaa psykiatrista avohoitoa. Act-mallissa työryhmä on moniammatillinen. Työryhmään kuuluu muun muassa lääkärit, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi sekä sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Yksikössä kaikki tiimin jäsenet jalkautuvat asiakkaan kotiin tai muuhun asuinympäristöön, ja hoito toteutetaan potilaan omassa elinympäristössä. Potilaat ohjautuvat yksikköön psykiatrisista sairaaloista, avohoidon poliklinikoilta sekä asumispalveluyksiköistä. Palvelu on tarkoitettu yli 18-vuotiaille helsinkiläisille, joilla on psykoosisairaus, toistuvia sairaalahoidoja sekä todennettu sitoutumattomuus muihin avohoidon palveluihin. (Helsingin kaupunki 2020). Liikkuvalla avohoidolla on hoitovastuu potilaan psykiatrisesta hoidosta, eikä hoidon pituutta ole ennalta määritetty (Merano 2014). Kehittämishankkeen aikana itse työskentelin samaan aikaan Auroran liikkuvassa avohoidossa sairaanhoitajana.

Auroran tehostettu avohoito on avohoidon työryhmä, joka hoitaa erityistä tukea tarvitsevia psykoosipotilaita. Työryhmään kuuluu lähi- ja sairaanhoitajia sekä konsultoitavia erityistyöntekijöitä kuten psykologi ja toimintaterapeutti. Potilaat ohjautuvat sairaaloista ja psykiatrian poliklinikoilta. Tehostetun avohoidon kontakti on määräaikainen. Hoidon aikana hoitovastuu pysyy psykiatrian poliklinikalla tai sairaalaosastolla. Tehostettu avohoito on myös asumis- palveluyksiköiden konsultoitavissa puhelimitse ja he toteuttavat tarpeen mukaan myös konsultaatiokäyntejä. (Helsingin kaupunki 2020).

Injektiopoliklinikka toimii Auroran tehostetun avohoidon yhteydessä arkipäivisin, maanantaisin klo 12–20 ja tiistaista perjantaihin klo 8–16. Joustavilla aukioloajoilla on haluttu helpottaa opiskelevien ja työssäkäyvien injektiohoidon toteutumista. Injektiopoliklinikan hoitajat antavat injektiohoitoa tehostetun avohoidon sekä poliklinikoiden asiakkaille, sekä seuraavat asiakkaiden vointia kolmen tunnin seuranta-ajan. Liikkuvan avohoidon asiakkaiden injektion pistää liikkuvan avohoidon hoitaja, mutta asiakas jää pistoksen jälkeen injektio- poliklinikan hoitajien seurantaan. Liikkuvalla avohoidolla on asiakkaasta hoitovastuu, joten injektion antamisen yhteydessä toteutuu samalla psykiatrisen seurantakontakti. (Merano 2022).

Injektion jälkeinen seuranta tapahtuu injektio- poliklinikan seurantatilassa, jossa asiakkailla on mahdollisuus välipalaan ja kahveihin, ja asiakas voi viettää aikaa oman mielensä mukaisesti esimerkiksi televisiota katsellen tai omalla tietokoneella asioita hoidellen. (Merano 2022). Osana tätä kehittämishanketta oli asiakastutkimuksella tarkoitus selvittää, miten asiakkaat kokevat palvelupolun sekä saada asiakkaiden näkökulmaa, miten palvelun tuottama asiakaskokemusta voisi parantaa, erityisesti seuranta-ajan kohdalta. Kolmen tunnin seuranta-aika on pitkä ja monet asiakkaat kaipaivat enemmän aktiviteetteja ajan kulu- miseksi.

3 Psykoosisairaudet ja mielenterveyspalvelut

3.1 Psykoosisairaudet

Psykoosi

Psykoosi on tila, jossa ihmisen todellisuudentaju on häiriintynyt. Psykoosioireina saattaa ilmetä harha-aistimuksia, harhaluuloja. (Huttunen 2018a.) Harha-aistimukset eli hallusinaatiot tarkoittavat, että henkilö kokee aistimuksia ilman ulkoista ärsykettä, näitä voivat olla esimerkiksi näkö-, kuulo-, tunto-, maku- tai hajuaistimukset (Huttunen 2018b). Harhaluulot ovat uskomuksia, jotka eivät ole reaalisia, usein kyseessä on väärä tulkinta kokemuksesta tai havainnosta. Tyypillisimpiä harhaluuloja ovat vainoamiskokemukset, jolloin henkilö kokee perusteetta jonkin tai jonkun vainoavan häntä sekä suhteuttamisharhat, jolloin henkilö antaa tavallisille asioille henkilökohtaisen merkityksen, esimerkiksi kokien, että laulussa viitataan juuri häneen tai vastaantulijan eleet liittyvät jollain tapaa häneen. (Huttunen 2018 c). Muita tyypillisiä oireita psykoosissa ovat poikkeuksellinen, eriskummallinen ja outo käyttäytyminen sekä puheen hajanaisuus ja epäloogisuus (Huttunen 2018a).

Psykoosioireilua liittyy useisiin psykiatrisiin sairauksiin, kuten skitsofreniaan, harhaluuloisuushäiriöön ja traumaperäisiin häiriöihin sekä vakaviin masennustiloihin. Psykoosioireet ovat mahdollisia myös joissain neurologisissa ja aineenvaihduntasairauksissa. (Huttunen 2018a.)

Skitsofrenia

Skitsofrenia on psykoosisairauksista yleisin (Suvisaari ym. 2021a). Suomessa elinaikanaan noin prosentti väestöstä sairastuu skitsofreniaan. Sairaus alkaa tyypillisesti nuorella aikuisiällä, miehillä noin 20–28-vuoden iässä, naisilla muutamaa vuotta vanhempana. Skitsofrenia voi myös harvinaisemmissa tapauksissa alkaa jo lapsuusiässä tai keski-ien jälkeen. (Rovasalo 2021.) Skitsofrenia on usein elinikäinen sairaus ja täydellinen toipuminen on harvinaista. (Suvisaari ym. 2021a.)

Tyypillisesti skitsofreniaa sairastavalla psykoosioireet ilmenevät jaksoittain, mutta on myös mahdollista, että psykoosioireet kroonistuvat ja esiintyminen on jatkuvaa. (Suvisaari ym. 2021a.) Skitsofrenian oireisto jaetaan tyypillisesti positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin, mielialaoireisiin sekä kognitiivisten toimintojen häiriöihin (Käypä hoito 2020.) Positiivisia oireita ovat psykoottiset oireet (Lu ym. 2019, Käypä hoito 2020) ja negatiivisia oireita ovat muun muassa latistunut tunneilmaisus sekä tahdottomuus (Lu ym. 2019, Suvisaari ym. 2021). Kognitiivisten toimintojen häiriöitä ovat muun muassa heikentynyt työmuisti ja toiminnanohjaus ja mielialaoireista tyypillisiä ovat masennus- ja ahdistuneisuusoireet. (Suvisaari ym. 2021a.)

Oireistoa kuvataan myös primaarioideiden ja "first rank"- oireiden kautta. Primaarioireina pidetään ajattelun pirstaloitumista, johon kuuluu ajatusten sekä puheen hajanaisuus, tunne-elämän latistuminen ja epäasianmukaisuus, tarkkaavaisuuden häiriöt, vetäytyminen sosiaalisista kontakteista sekä ambivalenssina, eli sisäisenä ristiriitana tunne-elämän, ajattelun ja tavoitteiden tasolla. First rank -oireet kuvaavat aistiharhoja ja harhaluuloisuutta. Oireisiin kuuluu kokemus ajatusten kaikumisesta, siirrosta tai riistosta sekä ääniharhat, jotka kommentoivat tai puhuvat potilaasta. (Suvisaari ym. 2021a.)

Skitsofreniadiagnoosin tekee aina psykiatrian erikoislääkäri. Diagnostiset kriteerit ovat selkeät, mutta diagnoosi vaatii erotusdiagnoosiin vuoksi huolellista tutkimusta niin psykiatrisesti kuin somaattisestikin, sillä somaattiset sairaudet, lääkkeet ja päihteet voivat aiheuttaa psykoosioireilua. (Suvisaari ym. 2021a.)

Skitsofrenian hoidossa keskeistä on lääkehoito sekä toipumisorientaation näkökulma (Suvisaari ym. 2021a). Suurin osa potilaista hyötyy lääkityksestä. Lääkityksen avulla voidaan lyhentää psykoosijaksoja, lievittää oireita sekä ennaltaehkäistä uusia sairaalahoitoja. (Huttunen 2017a.) Toipumisorientaatiossa keskeistä on potilaan henkilökohtainen kokemus mielekkästä elämästä, tavoitteena on psyykkisistä rajoitteista huolimatta elää tyydytystä tuovaa sekä toivoa ylläpitävää elämää. Ammatillaisen tehtävänä on tukea tätä prosessia tukemalla ja edistämällä toiveikkuutta sekä elämän merkityksellisyyden ja mielekkyyden kokemusta. (Suvisaari ym. 2021a.)

Skitsofrenian hoito

Skitsofreniaa sairastavan hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti. Hoidon suunnittelussa tulee huomioida potilaan elämäntilanne ja henkilökohtaiset tarpeet. Hoidon luonne määräytyy potilaan yksilöllisestä tilanteesta, sairauden vaikeusasteesta sekä potilaan sopivuudesta erilaisiin hoitomenetelmiin, kuten terapiaihin ja perheinterventioihin. Myös lääkehoito on keskeistä skitsofrenian hoidossa. Ylivoimainen enemmistö potilaista hyötyy säännöllisestä lääkityksestä, vain noin 10–15 % potilaista ei saa vastetta lääkehoidosta. Lääkehoidon on todettu vähentävän merkittävästi sairaalahoitoon joutumista ja psykoosijaksojen uusiutumista. (Rovasalo 2021.)

Terapiamenetelmistä skitsofreniapotilaiden on nähty hyötyvän eniten kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta. Myös psykologisten interventioiden on nähty auttavan erityisesti skitsofrenian negatiivisiin oireisiin. (Käypä hoito 2020.)

Skitsoaffektiivinen häiriö

Skitsoaffektiivinen häiriö on psykoosisairaus, jossa yhdistyy skitsofrenialle ominaiset psykoosioireet sekä vakava mielialahäiriö, kuten masennusjaksot tai jaksot, jolloin mieliala on

poikkeuksellisen kohonnut, eli maniajaksot. Skitsofrenian tapaan sairauden kulku on yksilöllistä. Diagnostisesti skitsoaffektiivisessä häiriössä psykoosioireiden tulee ilmetä vähintään kahden viikon ajan myös ilman vakavia mielialahäiriön oireita. (Huttunen 2018.)

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofreniaa harvinaisempi, noin 0,3 % väestöstä sairastuu häiriöön elinaikanaan. Skitsoaffektiivinen häiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä. (Suvisaari ym. 2021b.) Skitsoaffektiivisessä häiriössä ennuste sosiaalisen toimintakyvyn säilymisen kannalta on skitsofreniaa parempi, mutta mielialahäiriöitä huonompi. (Huttunen 2018.) Skitsoaffektiivisen häiriön hoidossa käytetään usein yhdistelmähoitona psykoosioireisiin psykoosilääkitystä ja mielialaoireisiin mieltä tasaavaa lääkitystä. Jos mielialaoireet painottuvat masennusoireisiin, voidaan mielialaoireisiin käyttää masennuslääkitystä, vaikeimmissa masennusoireissa myös sähköhoitoa voidaan harkita. (Suvisaari ym. 2021b.)

Yksin skitsoaffektiivista häiriötä koskevia hoitotutkimuksia on tehty verrattain vähän, mutta näyttöä on, että skitsofrenian hoidossa toimiviksi todetut hoitosuositukset ja psykososiaaliset hoitomuodot auttavat myös skitsoaffektiivisen häiriön hoidossa. (Suvisaari ym. 2021b.)

Harhaluuloisuushäiriö

Harhaluuloisuushäiriössä keskiössä ovat todellisuuden vastaiset uskomukset, eli harhaluulot. Harhaluuloinen yksilö pitää tiukasti kiinni uskomuksistaan, vaikka hänelle esittäisi uskottavia todisteita uskomuksen kumoamiseksi. Harhaluuloisessa ajattelussa tyypillistä on tehdä hätäisiä johtopäätöksiä, tunneperäisiä tulkintoja sekä selittää kielteisiä tapahtumia ulkopuolisilla tekijöillä. (Suvisaari ym. 2021c) Harhaluuloisuushäiriössä oireet ovat kestäneet vähintään kuukauden. Oireet voivat kestää kuukausia ja kadota itsestään, mutta erityisesti vainoamiseen liittyvät harhaluulot ovat usein pitkäkestoisia. (Huttunen 2018c.)

Harhaluuloisuushäiriössä vainoamiskokemukset ovat yleisiä ja uskomukset saattavat olla psykoottisia, tila kuitenkin poikkeaa paranoidisesta skitsofreniasta. Skitsofreniaan verrattuna harhaluuloisuushäiriössä ei niinkään ilmene skitsofrenian first rank -oireita, hallusinaatioita tai negatiivisia oireita. Harhaluuloisuushäiriöön sairastutaan myös selkeästi vanhemmalla iällä, yleensä keski-ikäen jälkeen. Skitsofreniaan verrattuna häiriö vaatii vähemmän sairaalahoitoja ja sairaalajaksot ovat lyhyempiä. (Marneros ym. 2012.)

Hoitona harhaluuloisuushäiriöön käytetään lääkehoitona psykoosilääkitystä, noin kolmannes potilaista selkeästi hyötyy lääkityksestä, potilas voi myös hyötyä erilaisista terapiamenetelmistä, kuten kognitiivisesta terapiasta. (Suvisaari ym. 2021c.)

3.2 Mielenterveyspalvelujen järjestäminen

Suomessa mielenterveyspalveluita järjestävät kunnat sekä erikoissairaanhoido (STM). Mielenterveyspalveluita järjestetään terveyspalveluissa eri tasoilla (kuvio 1) (THL).

Erityistaso

- Erikoissairaanhoido
 - Päivystys
 - Sairaalahoido
 - Psykoterapiat
- Kuntoutus
 - Kelan tukemat kuntoutustoimet
 - Tuettu työ- ja päivätoiminta
 - Kuntouttavat asumispalveluyksiköt

Perustaso

- Terveyskeskukset
- Opiskelijaterveydenhuolto
- Työterveyshuolto

Kuvio 1. Mielenterveyspalveluiden tasot (mukaillen THL).

Suomessa mielenterveyspalveluita on kritisoitu pirstaleisuudesta, erityisesti perustasolla. Alueellista vaihtelua on nähtävissä niin palveluvalikoimassa, resursseissa kuin osaamisessa ja toimintamalleissakin. (Hetemaa ym. 2021, 5.) Perusterveydenhuollossa mielenterveysosaaminen on osin puutteellista tai mielenterveyskysymysten ei katsota kuuluvan kaikille, joten ne helposti jäävät yksittäisten työntekijöiden harteille (STM 2020c, 31).

Puutteet palveluissa hidastavat hoitoon pääsyä oikea-aikaisesti, jolloin ongelmat pääsevät kasaantumaan. Palveluiden pirstaleisuus ja tasojen väliset raja-aidat heikentävät palvelukokonaisuuksien toimivuutta ja hoidon jatkuvuutta. Palvelukokonaisuudet on usein suunniteltu erityistason näkökulmasta, joka ei välttämättä palvele perustason tarpeita. (Hetemaa ym. 2021, 5.)

Sote-uudistus mielenterveyspalveluissa

Mielenterveyspalvelujen kehittämistä ohjaa keskeisesti kansallinen mielenterveysstrategia. Kansallisessa mielenterveysstrategiassa vuosille 2020–2030 yksi painopisteistä on ihmisten tarpeiden mukaiset laaja-alaiset palvelut, joissa toimijoiden välistä yhteistyötä ja asiakaslähtöisyyttä on määrä parantaa. (STM 2020 b, 5.) Kansallinen mielenterveysstrategia näkyy myös Sote-uudistuksessa. Sote-uudistuksen myötä perustason mielenterveys- ja päihdehuollon tehtävät ovat osa tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluita. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksessa tarkoituksena on uudistaa toimintatapoja ja kehittää palvelukokonaisuuksia asiakaslähtöisesti vastaamaan asiakkaiden tarpeita.

Tavoitteena on, että ihminen hoidetaan kokonaisuutena ja tarvittavan avun saisi yhdellä yhteydenotolla yhdestä paikasta. (Sote-uudistus.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2019 antanut suosituksen yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteista. Suositukset ohjaavat erityistason ja perustason työnjakoa ja vastuualueita. Hoidon porrastuksen yleisperiaatteet korostavat hoidon oikea-aikaisuutta sekä erityistason ja perustason yhteistyötä. Suosituksena on, että erityistaso määrittelee ja sopii perustason kanssa tehtävän yhteistyön, mukaan lukien konsultaatiotuen, vastuun jakautumisen sekä ensisijaiset hoitovastuut toimintayksiköiden työnjaon ja osaamisen mukaisesti. Yhteistyötä tulisi viedä konkreetian tasolle esimerkiksi yhdistämällä tai jakamalla henkilöstöä, tietojärjestelmä tai tiloja. Hoidon suunnittelun tulisi perustua potilaan yksilölliseen tarpeeseen eikä hoidon työnjaon tulisi perustua tarkkoihin rajoihin. (STM 2019.)

STM:n suosituksen mukaan perustason tehtävänä olisi mielenterveyden tukeminen jo perusterveydenhuollossa muun hoidon yhteydessä. Huomiota tulisi kiinnittää myös läheisten ja perheenjäsenten jaksamiseen ja mielenterveyden tukemiseen. Tavallisimpia häiriöitä tulisi tunnistaa jo perustasolla hyödyntäen valtakunnallista Käypä hoito-ohjeistusta sekä erityistason konsultaatiota. Tavallisimpien ja lievempien häiriöiden hoito tulisi kuulua ensisijaisesti perustason tehtäviin.

Erytistason tehtävät tarkentuvat perustason osaamisen mukaisesti. Ensisijaisesti erityistason vastuulla olisi vaikeasti oireilevat potilaat sekä potilaat, joiden työ- tai toimintakyky on heikentynyt, tai jos potilas on itsetuhoinen tai tilanteeseen liittyy psykososiaalisia stressitekijöitä. (STM 2019.)

Erytistason tehtävänä olisi myös tukea perustasoa. Erytistason vastuulle jäisi ainakin tarvittavat diagnostiset arviot ja tarkennukset perustason potilaille sekä konsultaatiot sekä huolehtiminen, että potilas pääsee tarvittaessa nopeasti psykiatriseen hoitoon. Erytistaso huolehtisi myös tiettyjen hoitomuotojen järjestämisestä perustason potilaille, kuten biologiset hoidot ja näyttöön perustuvien psykososiaalisten hoitomuotojen järjestäminen. (STM 2019.)

3.3 Psykoosipotilaan avohoito

Suomessa sairaanhoito, myös mielenterveyspotilaan hoito tapahtuu ensisijaisesti avohoidossa, näin linjaavat mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 1116/1990) sekä terveydenhuoltolaki (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Sairaalahoidoa käytetään sairauden akuuttivaiheessa potilaan hoidon ja turvallisuuden varmistamiseksi. Pitkäaikaiselle sairaalahoidolle saattaa olla tarve vaikeissa tapauksissa, jossa esimerkiksi lääkehoidolla ei saada riittävää vastetta avohoidossa pärjäämiseen. (Linnaranta, 2021.)

Avohoito toteutuu usein erikoissairaanhoidon alaisuudessa toimivalla psykiatrian poliklinikalla tai perusterveydenhuollon mielenterveysyksikössä, joka on perehtynyt erityisesti psykoosipotilaiden hoitoon. (Käypä hoito 2020.) Sote-uudistuksen myötä perustason mielen-terveys- ja päihdepalvelut tulevat olemaan osa sosiaali- ja terveyskeskusten toimintaa. (STM 2020c, 15; sote-uudistus.)

Avohoidon järjestäminen ja palvelun valinta riippuu potilaan tarpeista. Vaikeammin oireilevat saattavat tarvita poliklinikkamuotoista avohoitoa tehostetumpaa avohoitoa. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset moniammatilliset työryhmät, jotka toteuttavat aktiivisesti kotikäyntejä. Kotikäyntejä toteuttavien työryhmien etuna on, että työryhmä saa paremman kuvan potilaan todellisesta toimintakyvystä ja päivittäisistä toiminnoista selviämisestä, sekä paremmat mahdollisuudet tarjota tukea koko perheelle. Kotikäyntien on myös todettu lisäävän vaikeasti hoidettavien psykoosipotilaiden hoitotytyvyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Käypä hoito 2020; Wahlbeck 2018, 13, 22.)

3.4 Pitkävaikutteinen injektio-lääkitys

Skitsofreniassa psykoosivaiheen uusiutumisen riski on korkea. Lääkehoidolla kyetään hallitsemaan psykoosioireita ja ehkäisemään psykoosijaksoja, mutta potilaiden huono lääkehoitoon sitoutuminen on yleistä skitsofreniassa. Pitkävaikutteiset injektiot voivat osin lisätä tai helpottaa lääkehoitoon sitoutumista. (Lu ym. 2019, 1.)

Pitkävaikutteisessa injektio-lääkityksessä on nähty useita etuja. Pitkävaikutteisen injektio-lääkityksen on tutkimuksissa todettu vähentävän uusiutuvia sairaalahoitojaksoja sekä edistävän hoidon onnistumisia ja vähentävän potilaan sairauden aiheuttaman toimintakyvyn laskua (Koponen 2020).

Pitkävaikutteinen injektio-lääkitys vapauttaa lääkeainetta tasaisemmin kuin suun kautta otettava lääke, jolloin annosvaihtelusta aiheutuvat sivuvaikutukset jäävät myös vähäisemmiksi. Injektioiden antovälit vaihtelevat kahdesta viikosta kolmeen kuukauteen, joten myös annostelu-aikataulu on potilaalle helpompi. (Lu ym. 2019, 1; Koponen 2020.)

Pitkävaikutteiset injektio-lääkkeet ovat vakiinnuttaneet asemansa psykoosisairauksien hoidossa. Markkinoilla on saatavilla useita antipsykoottisia pitkävaikutteisia injektio-lääkkeitä. (Partonen ym. 2021).

Olantsapiini

Tässä kehittämishankkeessa keskeinen lääke on olantsapiini. Olantsapiini on yksi uuden polven psykoosilääkkeistä, jota käytetään pääasiallisesti skitsofrenian hoitoon (Huttunen 2017a). Olantsapiinista on markkinoilla suun kautta otettava tablettilääke sekä syvälle

pakaralihakseen pistettävä pitkävaikutteinen injektiolääke (Ascher-Svanum ym. 2014, 1). Vaikka pitkävaikutteisen injektion on todettu lisäävän lääkemyöntyvyyttä sekä vähentävän psykoosivaiheiden uusiutumista ja sairaalahoitoja (Lu ym. 2019, 1) on olantsapiinin kohdalla tutkittu eron tablettilääkityksen ja pitkävaikutteisen injektiolääkityksen välillä olevan varsin pieni, injektiolääkityksen hyväksi (Ascher-Svanum ym. 2014, 1).

Olantsapiinin haittavaikutukset

Olantsapiini kuuluu psykoosilääkkeiden uudempaan polveen, epätyypillisiin psykoosilääkkeisiin, joille ominaista on vaikuttaa salpaamalla dopamiini-2-reseptoria sekä serotoniinin 5-HT_{2A}-reseptoria, tämän ominaisuuden vuoksi uudemmat psykoosilääkkeet aiheuttavat perinteisiä psykoosilääkkeitä vähemmän motorisia haittavaikutuksia, kuten parkinsonismia, ataksiaa, eli liikkeiden koordinaation häiriötä tai tardiivia dyskinesiaa, eli kasvojen alueen pakkoliikkeitä ja lihaskireyttä (Partonen ym. 2021).

Olantsapiinin yleisimpiä haittavaikutuksia ovat painonnousu, suurentuneet kolesteroli-, glukoosi-, ja triglyseridiarvot, suurentunut prolaktiiniarvo ja hypotensio, eli verenpaineen lasku. (Partonen ym. 2021; Euroopan lääkevirasto). Muita usein raportoituja haittoja ovat olleet lisääntynyt ruokahalu, ihottuma, antikolinergiset oireet, kuten ummetus tai suun kuivuminen (Euroopan lääkevirasto).

Injektion jälkeinen oireyhtymä

Ennen markkinoille tulemista, pitkävaikutteisen olantsapiini-injektion kliinisissä tutkimuksissa oli havaittu injektion annon jälkeen yliannostukseen viittaavia oireita ja löydöksiä. Tapauksia oli 2 % injektion saaneista. Suurimmalla osalla oireet vaihtelivat tajunnantason alenemisesta sekavuusoireisiin, myös huimaus, hermoston toimintaan liittyvät liikehäiriöoireet (ekstrapyramidaalioireet) ja verenpaineennousu olivat raportoitavien oireiden joukossa. Suurimmalla osalla (>80 %) oireet kehittyvät tunnin kuluttua injektioista ja erittäin harvinaisissa tapauksissa oireita kehittyi enää kolmen tunnin kuluttua. (Detke ym. 2010; Euroopan lääkevirasto.)

Injektio tulee antaa syvälle pakaralihakseen, ei suoneen tai ihon alle. Liian nopeasti verenkiertoon joutuessaan lääkeaine voi aiheuttaa yliannostusoireita. Yliannostusriskin vuoksi potilaita on injektion jälkeen seurattava terveydenhuollon yksikössä, asianmukaisen pätevyyden omaavien henkilöiden toimesta, kolme tuntia injektion saamisen jälkeen. (Detke ym. 2010; Zypadhera – Lääkärin koulutusmateriaali 2013, 21; Euroopan lääkevirasto.)

Suomessa pitkävaikutteista olantsapiini-injektiota käyttävien injektiohoito on järjestetty psykiatrisessa avohoidossa. Useissa kunnissa on käytössä avohoitotyöryhmän yhteydessä

toimiva injektiopoliklinikka, joka vastaa injektion antamisesta sekä injektion jälkeisestä seurannasta. (esim. Oulun kaupunki; Seinäjoen mielenterveyskeskus.)

4 Asiakaskokemuksen kehittäminen ja johtaminen

4.1 Asiakaskokemus

Kokemuksella tarkoitetaan yksilössä syntyvää henkilökohtaista tapahtumaa, joka syntyy vuorovaikutustilanteissa. Asiakaskokemuksessa kokemus muodostuu vuorovaikutuksessa palvelun kanssa. (Mustonen 2012, 39.) Asiakaskokemukselle ominaista on sen holistinen luonne, kokemus syntyy useissa eri kosketuspisteissä palvelun kanssa ja siihen sisältyy asiakkaan kognitiiviset, affektiiviset, emotionaaliset, sosiaaliset sekä aistilliset elementit. (McColl-Kennedy 2019.)

Myös Tuulaniemi (2016, 74) tuo esiin asiakaskokemuksen kokonaisvaltaisuuden ja kokemuksen syntymisen eri tasot, hän jakaa asiakaskokemuksen kolmeen tasoon, joita ovat toiminnan taso, tunnetaso ja merkitystaso. Toiminnan tasolla kokemuksen syntymisen kannalta merkityksellistä on miten palvelu hyödyttää asiakasta. Edistääkö palvelu asiakkaan tavoitteen saavuttamista tai millä tavalla palvelu helpottaa asiakkaan elämää? Tunteen tasolla kokemus syntyy palvelun synnyttämien tunteiden ja reaktioiden myötä. Merkityksellistä on millä tavalla palvelu vastaa asiakkaan mielikuvia, millaisia tunnereaktioita asiakkaassa herää palvelusta? Merkitystasolla kokemuksen syntymisen kannalta keskeistä on miten palvelu kohtaa asiakkaan henkilökohtaiset merkitykset ja mielikuvat, kuinka palvelu sopii asiakkaan omiin arvoihin ja identiteettiin. (Tuulaniemi 2016, 74.)

Asiakaskokemusta voidaan pitää asiakkaan ja palvelun välisessä vuorovaikutuksessa syntyneiden tunteiden ja tulkintojen summana, jonka asiakas henkilökohtaisesti muodostaa. Koska kyse on yksilön tulkinnoista, kyseessä ei aina ole rationaalinen päätös, vaan kokemus syntyy alitajuisen tulkintojen kautta, tämän vuoksi asiakaskokemukseen voi olla vaikeaa vaikuttaa. (Löytänä & Korteso 2011, 7.)

4.2 Asiakaskokemuksen johtaminen

Asiakaskokemukseen voidaan vaikuttaa johtamisella. Löytänä ja Korteso (2011) jakavat asiakaskokemukset kolmeen eri tasoon riippuen siitä kuinka johdettuja ne ovat. Ensimmäinen taso on satunnaisen kokemuksen taso, jossa asiakkaan kokemus on vaihteleva riippuen ajasta, paikasta tai palvelevasta henkilöstä. Toinen taso on odotettavissa oleva kokemus, jossa palvelu on ennalta suunniteltu ja asiakas osaa odottaa tiettyä kokemusta. Tällöin palvelu sisältää aina samat elementit eikä vaihtelua tapahdu ajan ja paikan mukaan. Kolmas taso on johdettu kokemus. Johdetussa kokemuksessa yhdistyvät odotetun kokemuksen elementtien lisäksi erottuvuus sekä asiakkaan saama arvo.

Asiakaskokemusta johtamalla on mahdollista sitouttaa asiakkaita sekä henkilöstöä organisaatioon sekä sitä kautta parantaa asiakastyytyväisyyttä ja lisätä brändin arvoa (Löytänä & Kortesus 2011). Organisaatio, joka keskittyy asiakaskokemuksen johtamiseen, palkitaan asiakastyytyväisyyden lisäksi kasvaneilla voitoilla sekä paremmalla työntekijäytyytyväisyydellä (Rawson ym. 2013; McColl-Kennedy ym. 2019 mukaan). Asiakaskokemuksen johtaminen edellyttää holistista ajattelua ja lähestymistapaa, joka on ulotettava organisaation jokaiselle osa-alueelle. Asiakaskokemuksen johtamisesta tulisi linjata organisaation strategiassa sekä mahdollistaa strategian mukainen toiminta. Johdon tasolta tulisi laskeutua asiakasrajapintaan, jolloin asiakasymmärryksen kerryttäminen ja sitä kautta asiakaskokemuksen johtaminen mahdollistuu. (Löytänä & Kortesus 2011.) Terveysthuollossa asiakaskokemuksen johtamisen tavoitteina on johdonmukaistaa palvelupolkua sekä parantaa hoidon laatua. Hyvän asiakaskokemuksen tuottaminen edellyttää motivoitumista ja sitoutumista suoraa potilastyötä tekevältä henkilöstöltä. Henkilöstön motivointi ja sitouttaminen toimimaan strategian mukaisesti edellyttää organisaatiossa hierarkian alenemista ja suoraa vuorovaikutusta johdon ja henkilöstön välillä. (Turunen 2020, 23.)

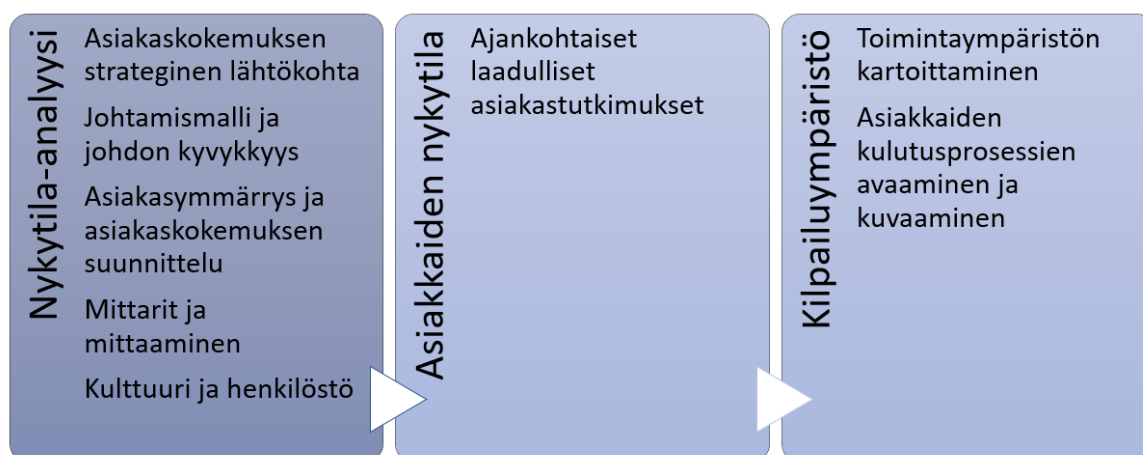
Sote-uudistuksen myötä keskeinen tavoite terveydenhuollon kehittämisessä ovat kustannustehokkaat sekä vaikuttavat palvelut (Valtioneuvosto 2019). Tehokkuuden lisääminen edellyttää, että palvelujohtamisessa huomioidaan sisäisen – ja ulkoisen tehokkuuden välinen suhde. Perinteisessä teollisuudesta tutussa johtamisajattelussa sisäistä tehokkuutta lisäämällä ei muutoksilla ole yhtä suoraa vaikutusta ulkoiseen tehokkuuteen, eli asiakkaan saamaan kokemukseen yrityksestä ja saamastaan tuotteesta kuin palvelualueilla. Palvelualueiden erityispiirteinä on, että asiakas kuluttaa palvelua, eli asiakas on mukana myös palvelun tuotantoprosessissa ja kokee prosessin lopputuloksen lisäksi myös osia itse prosessista. Tällöin sisäisen tehokkuuden lisääminen saattaa heijastua ulkoiseen tehokkuuteen, asiakas saattaa esimerkiksi kokea palvelun laadun heikentyneen henkilöstön supistamisen seurauksena. Palvelujohtamisessa hyvän asiakaskokemuksen säilyttämisessä teollisuudesta tutun sisäisen tehokkuuden lisäämistä kannattaakin kohdentaa taustatoimintoihin, jotka eivät näy suoraan asiakkaalle. (Grönroos 2015, 253.)

Hyvän asiakaskokemuksen syntyminen edellyttää palveluntarjoajalta sen mahdollistamista. Organisaatiossa tulisi kiinnittää huomiota esimerkiksi fyysiseen toimintaympäristöön sekä asiakaskohtaisissa syntyviin vuorovaikutustilanteisiin, jotta ne edistävät hyvän palvelukokemuksen syntymistä. Näihin voi vaikuttaa esimerkiksi huolehtimalla, että järjestelmät ovat toimivia sekä sovittamalla henkilöstön työskentelytyyli vastaamaan asiakkaan kulutus-tyyliin. (Grönroos 2015, 438.)

4.3 Asiakaskokemuksen kehittäminen

Asiakaskokemuksen syntymisen keskiössä on palveluntuottajan sekä asiakkaan välinen vuorovaikutus. Asiakaskokemuksen kehittämisessä tulisi huomioida sekä palveluntuottajan että asiakkaan odotuksia ja tarpeita sekä arvoja ja arvomuodostusta. (Tuulaniemi 2016, 71.) Palvelujen voidaan katsoa tarkoittavan asiakkaan toimintojen sekä prosessien tuke- mista. Asiakkaiden arvontuottamisprosessiksi voidaan kutsua toimintoja, joihin asiakkaat hakevat ratkaisua palveluntuottajalta. Asiakkaat hakevat siis ratkaisuja palvelemaan heidän arvонуontiprosessejaan. (Grönroos 2015, 25–26.) Palveluyritysten olisi siis tärkeää strate- giaa kehittäessään selvittää mitä asiakkaat arjessaan tekevät, millaisia heidän päivittäiset toimintonsa ja arvонуontiprosessinsa ovat (Grönroos 2015, 26).

Asiakaskokemus syntyy eri tasoilla, joten asiakaskokemuksen kehittämisessä tulisi ymmär- tää kehittämisen tarpeen kokonaisvaltaisuus. Yksittäisten kontaktipisteiden kehittäminen saattaa tuoda palvelua asiakaskeskeisemmäksi, mutta pysyvä muutos edellyttää organi- saatiolta kokonaisvaltaisempaa muutosta asiakaskeskeisemmäksi. Erityisesti suurissa or- ganisaatioissa raskaat rakenteet saattavat aiheuttaa tilanteen, jossa asiakas jää yksin suo- raan asiakastyötä tekevien vastuulle. (Korkiakoski & Gerdt, 2016.) Asiakaskokemuksen ja asiakaskeskeisyyden kehittämisen ei tulisi olla yksittäinen projekti asiakasrajapinnassa, vaan koko organisaation kattava tahtotila. Korkiakoski ja Gerdt (2016) ehdottavat, että ke- hittäminen kannattaisi aloittaa analysoimalla lähtötilannetta (kuvio 2).



Kuvio 2. Lähtökohdat asiakaskokemuksen kehittämiseksi (mukaillen Korkiakoski & Gerdt 2016).

Asiakaskokemuksen kehittämisessä on tärkeää ymmärtää asiakasta. Asiakasymmärrystä voi kerätä muun muassa asiakastutkimusten kautta. Asiakastutkimuksissa kannattaa suoda erityistä huomiota kvalitatiivisille, eli laadullisille tutkimuksille, joissa asiakkaan ääni ja

kokemus pääsee paremmin esiin. Kokemus on monin osin tunnetta, joten tilastot ja numerot antavat varsin rajatun kuvan todellisesta asiakaskokemuksesta. (Korkiakoski & Gerdt 2016.) Kvantitatiiviselle, eli määrälliselle tutkimukselle on myös paikkansa asiakastutkimuksissa. Määrällinen asiakastutkimus sopii hyvin suuremman ihmisryhmän kokemuksien kartoittamiseen, mutta syvällistä kuvaa yksittäistapauksista ei määrällisen tutkimuksen kautta saada. (Tuulaniemi 2016, 143.)

Koetun palvelun laadun tutkimus tarjoaa arvokasta tietoa niin asiakaskokemuksen johtamisen kuin kehittämisen näkökulmasta. Koetun palvelun laatua voidaan mitata esimerkiksi SERVQUAL-menetelmällä. SERVQUAL-menetelmä on attribuuttipohjainen mittari, jossa määritellään palvelua kuvaavia ominaisuuksia. Asiakasta pyydetään antamaan arvio määriteltyjen attribuuttien kohdalta. Attribuutteja on yleensä 22, viideltä eri osa-alueelta:

1. Konkreettinen ympäristö (mm. toimitilat, laitteet, asiakaspalvelijoiden ulkoinen olemus)
2. Luotettavuus (mm. virheetön palvelu, sovitusta kiinni pitäminen)
3. Reagointialttius (mm. asiakaspalvelijoiden palvelualttius, pyrkimys vastata asiakkaiden toiveisiin)
4. Vakuuttavuus (mm. asiakaspalvelijoiden käyttäytyminen, ammattitaitoisuus)
5. Empatia (mm. asiakkaiden ongelmien ymmärtäminen, yksilöllinen kohtelu)

(Grönroos 2015, 116.)

Asiakas arvioi kokemustaan ja odotuksiaan palvelusta annettujen attribuuttien pohjalta seitsemän kohdan asteikolla, asteikon ääripäät ovat ”täysin samaa mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Palvelun kokonaislaatua kuvaava tulos voidaan laskea kokemusten ja odotusten välisistä poikkeamista. Mitä enemmän kokemus näyttää jääneen odotuksia heikommaksi, sitä heikompi on palvelun kokonaislaatu. (Grönroos 2015, 116.)

Grönroos (2015, 121–122) on myös koostanut aiemmin tehtyjen tutkimusten sekä teoreettisten pohdintojen pohjalta seitsemän kohdan listan hyväksi koetun palvelun kriteereistä. Grönroosin koostamat kriteerit ovat: Ammattimaisuus ja taidot, asenteet ja käyttäytyminen, lähestyttävyyys ja joustavuus, luotettavuus, palvelun normalisointi sekä maine ja uskottavuus. Kaikki Grönroosin listaamat kriteerit vaikuttavat asiakaskokemuksen syntymiseen sekä laatukokemukseen. Lista huomioi kokemuksen syntyvän usealla eri tasolla, kyse kokonaisuudesta.

Asiakaskokemusta voidaan mitata ja arvioida myös muilla mittareilla. Löytänä ja Kortesus (2011) jakavat mittarit passiivisiin ja aktiivisiin. Passiivisia ovat muun muassa asiakkaiden

spontaanisti antamat palautteet ja reklamaatioiden analysointi. Aktiivisia mittareita taas ovat esimerkiksi aktiiviset palautekyselyt palvelun eri kosketuspisteissä sekä ”Mystery shopping”-tutkimukset. Aktiivisen ja passiivisen välimaastoon jäävät muun muassa asiakastutkimukset sekä asiakaskohtaamisten analysointi ja fokusryhmähaastattelut. (Löytänä & Korteso 2011.)

Asiakasymmärryksen kehittämiseksi asiakastutkimusten tuottama tieto tulee analysoida ja tulkita sopivalla tavalla. Palvelumuotoilussa käytettyjä menetelmiä ovat esimerkiksi samankaltaisuuskaaviot ja asiakasprofiilit. Samankaltaisuuskaavion avulla ryhmittelemällä ja jäsentelemällä tietoa on mahdollista löytää asiakkaan näkökulmasta olennaisia asioita. Asiakasprofiileihin tiivistetään asiakastutkimuksessa ilmenneet asiakkaiden toimintamallit sekä toimintaa ohjaavat motiivit. (Tuulaniemi 2016, 154–155) Kun asiakkaiden toiminta-, käyttäytymis- ja arvonmuodostusmalleja ymmärretään, voidaan näiden pohjalta lähteä rakentamaan asiakasta palvelevia ratkaisuja (Tuulaniemi 2016, 154–155; Grönroos 2015, 99).

5 Kehittämismenetelmät

5.1 Palvelumuotoilu

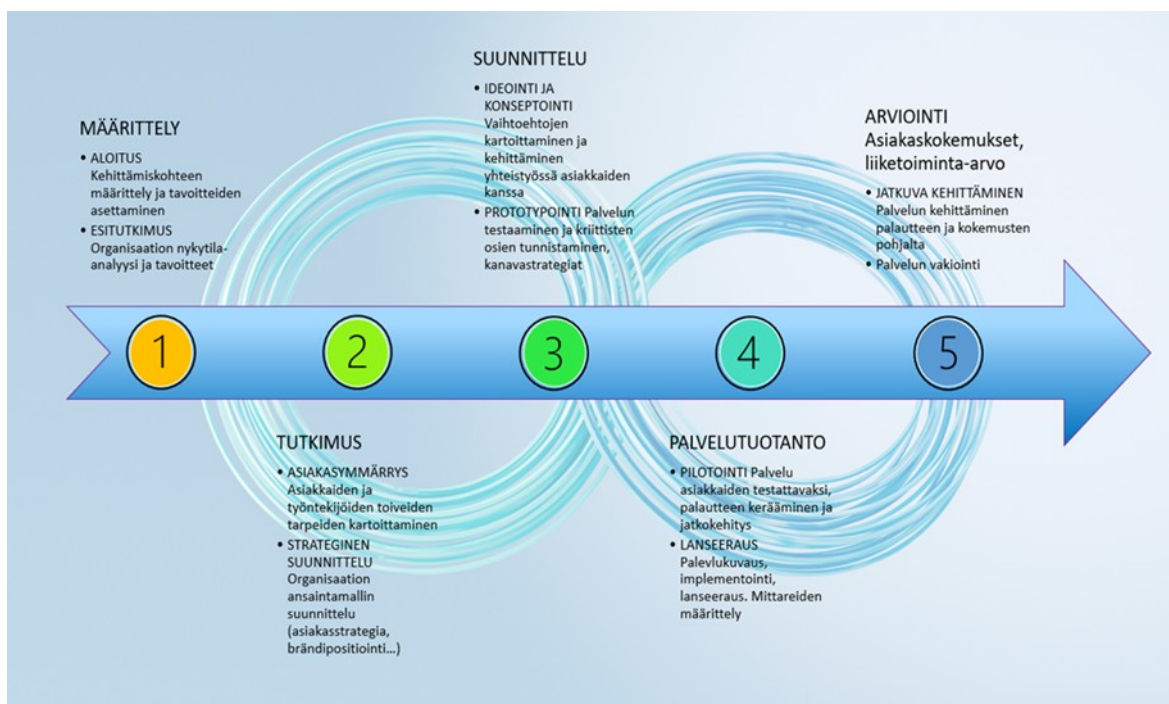
Palvelumuotoilu on palveluiden kehittämistä muotoilun keinoin. Muotoilu liittyy asiakkaan äänen kehittämiseen. Palvelumuotoilussa asiakasosallisuus ja asiakaskeskeisyys ovat kehittämisprosessin ytimessä, ja palvelukokonaisuuden kehittäminen tapahtuu asiakaskokemuksen näkökulmasta. (Miettinen 2014.)

Palvelumuotoilu vaatii laajaa ja syvällistä ymmärrystä niin asiakkaasta kuin myös omasta organisaatiosta sekä vallitsevasta markkinatilanteesta. Keskeistä on kyetä ideoimaan ja muuttamaan ideat joustaviksi ratkaisuksi. (Moritz 2005, 39.) Palvelumuotoilussa tavoitteena on kehittää palvelu asiakaslähtöisesti. Palvelun tulisi tyydyttää asiakkaan tarpeet ja luoda positiivinen asiakaskokemus. Samaan aikaan palvelun tulisi olla liiketoiminnan kannalta kannattavaa ja linjassa organisaation strategian kanssa. (Moritz 2005, 39, Koivisto ym. 2019, 70.)

Palvelumuotoiluprosessi

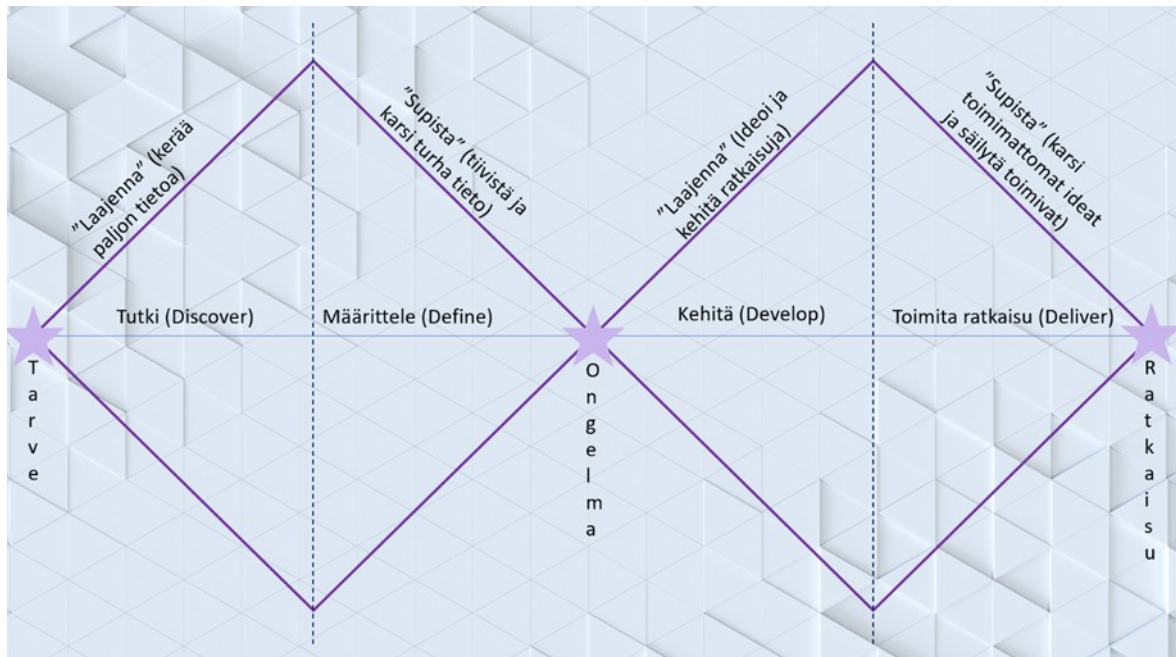
Palvelumuotoiluprosessi noudattaa luovan ongelmanratkaisun periaatteita. Palvelumuotoilussa tavoitteena on luoda jotain uutta ja ainutkertaista, joten prosessille ei ole mahdollista antaa kaikkiin tilanteisiin sopivaa mallia, vaan malleja voidaan joustavasti soveltaa vastaamaan kehitettävä palvelun tarpeita. (Tuulaniemi 2016, 126.) Palvelumuotoiluprosessia voidaan kuvata eri tavoin. Tuulaniemi (2016,130) kuvaa palvelumuotoiluprosessin koostuvan

viidestä vaiheesta (kuvio 3), joita ovat määrittely, tutkimus, suunnittelu, palvelutuotanto ja arviointi.



Kuvio 3. Palvelumuotoiluprosessi (mukaillen Tuulaniemi 2016, 130.)

Design Council (2005) on kehittänyt palvelumuotoiluprosessiin apuvälineeksi tuplatimanttimallin (kuvio 4). Tuplatimanttimalli kuvaa hyvin palvelumuotoiluprosessin iteratiivista, jatkuvan kehittämisen luonnetta. Prosessissa tutkimisvaiheessa kerätään paljon tietoa, jonka jälkeen tietoa analysoidaan ja karsitaan ongelman määrittelyksi. Määrittelyn jälkeen tiedonkeruu laajenee kehittämisvaiheeseen, jossa ideoita kerätään runsaasti, jonka jälkeen karsitaan toimimattomat ideat ja pyritään tuottamaan loppuratkaisu. (Design Council 2005.)



Kuvio 4. Palvelumuotoiluprosessi "tuplatimantti" (mukailtu Ahola 2020 ja Palvelumuotoilu Palo malleista)

5.2 Benchmarking

Benchmarkingilla, eli vertailukehittämisellä tarkoitetaan oman toiminnan kehittämistä käyttämällä systemaattista arviointia, vertailua ja oppimista muiden organisaatioiden käytännöistä. Benchmarkingin tavoitteena on saada kokemukseen perustuvaa tietoa ja näkemystä, jonka pohjalta on mahdollista kehittää omaa toimintaa. Benchmarkingissa vertailun pohjalle tulisi määritellä, erityisesti laatutyössä, kaikkien osallistujien hyväksymät, ennalta määritellyt objektiiviset kriteerit. Tunnusluku-benchmarkingissa vertailun kohteena ovat ennalta valitut eri toimintayksiköiden tunnusluvut. (Seppänen-Jävelä 2005, 14; Innokylä.) Keskeistä on valita vertailtava referenssiyksikkö siten, että vertailu on ylipäättään mahdollista ja kannattavaa (Perälä ym. 2007, 3).

Benchmarkingin avulla on mahdollista löytää ja oppiva vaikuttavia toimintatapoja, joita voidaan soveltaa omaan toimintaan. Benchmarking-prosessi voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen:

1. Kehityskohteen valitseminen, tavoitteiden määrittely, nykytilan määrittely
2. Esikuvan tunnistaminen ja kokemusten vaihtaminen
3. Suorituskykyeron syiden analysointi
4. Uuden tavoitteen asettaminen ja toimeenpanosuunnitelman tekeminen
5. Uuden soveltaminen, arviointi ja kehittäminen. (Innokylä.)

5.3 Asiakasymmärrys

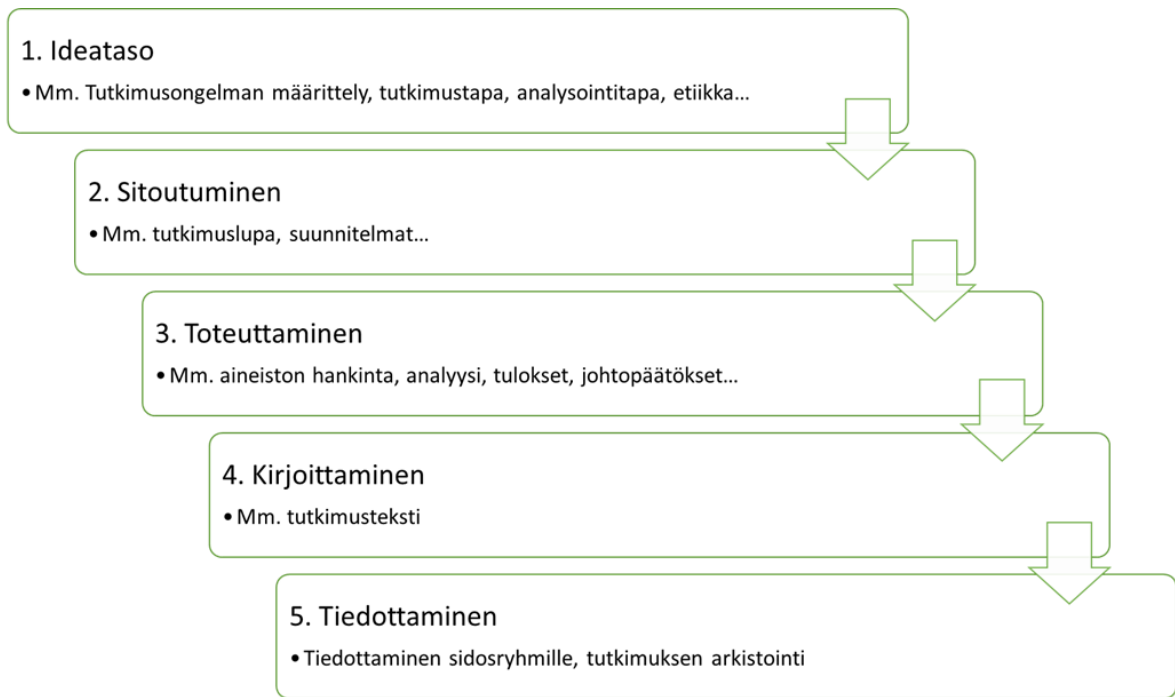
Asiakaskokemuksen kehittäminen edellyttää asiakasymmärrystä (Tuulaniemi 2016, 74). Asiakasymmärrys on asiakkaan todellisuuden sekä arvomuodostusprosessien ymmärtämistä (Tuulaniemi 2016, 69). Asiakasymmärrys voidaan nähdä dynaamisena kyvykkyytenä, jota voidaan kehittää. Asiakasymmärrystä syntyy analysoimalla ja muokkaamalla asiakastietoa kehittämisen näkökulmasta hyödynnettävään muotoon. (Arantola & Simonen 2009, 21.) Asiakastiedon ja asiakastutkimusten kautta kerrytettyä tietoa voidaan hyödyntää esimerkiksi muodostamalla tiedon pohjalta palvelupolkukuvauksia, persoonakortteja. Tietoja voidaan myös prosessoida palvelumallikuvauksissa, kuten Service Blueprintissa. (Palvelumuotoilu Palo.) Asiakastiedon keräämisessä voidaan käyttää määrällisiä ja laadullisia tutkimusmenetelmiä. Asiakasymmärryksen kannalta kuitenkin arvokkainta tietoa saadaan laadullisten tutkimusmenetelmien avulla. (Tuulaniemi 2016, 143.)

Määrällisten tutkimusten etuna asiakastutkimuksissa on numeroiden tarjoama nopea palaute, jolloin esimerkiksi asiakastyytyväisyysmittausten yhtäkkiseen laskuun voidaan reagoida ajoissa. (Arantola & Simonen 2009, 22.) Määrälliset tutkimukset, kuten asiakastyytyväisyysmittaukset tai erilaiset kyselyt ohjaavat hyvin asiakastutkimuksen suunnittelua ja tutkimushypoteesin luomista. (Tuulaniemi 2016, 145.)

Palvelumuotoilussa asiakasymmärrystä kartutetaan ihmisten arvoja, toiveita ja tarpeita tutkien. Tavoitteena on ymmärtää miten ihmiset toimivat ja millaiset asiat ovat heille merkityksellisiä. (Tuulaniemi 2016, 146.) Laadullisista tutkimusmenetelmistä keskeisiä ovat etnografiset tutkimukset, joissa ilmiötä tutkitaan ikään kuin sisäpuolelta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

5.4 Asiakastutkimus

Osana kehittämishanketta tein asiakastutkimuksen, joka oli luonteeltaan laadullinen. Laadullisessa, eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan sosiaalista ja ihmisten välistä merkityks maailmaa. Merkitykset ilmenevät erilaisina suhteina, jotka yhdessä muodostavat merkityskokonaisuuden. Merkityskokonaisuudet taas ilmenevät ihmisestä alkavista ja ihmiseen loppuvista tapahtumista. Tutkimuksen tavoitteena on löytää ihmisen oma kuvaus koetusta todellisuudesta. (Vilka 2021.) Laadullinen tutkimus on luonteeltaan empiiristä. Laadullisessa tutkimuksessa on kyse empiirisen analyysin tavasta argumentoida sekä tarkastella havaintoaineistoa. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Vilka (2021) jakaa laadullisen tutkimuksen prosessin viiteen vaiheeseen (kuvio 5).



Kuvio 5. Laadullisen tutkimuksen prosessi (mukaan Vilka 2021).

Laadullisessa tutkimuksessa kiteytyy aina kysymys, mitä merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan? Tutkijan onkin eriteltävä, etsitäänkö tutkimuksessa tutkittavan käsitystä vai koke-musta asiasta. (Vilka 2021.) Tämän kehittämishankkeen asiakastutkimuksessa tutkimuk-sen kohteena oli kokemus. Tavoitteena oli ymmärtää, miten asiakas kokee palvelun koko-naisuudessaan.

Laadullisessa tutkimuksessa havaintojen teoriapitoisuus on tutkimuksessa huomioitava asia. Sarajärvi ja Tuomi (2017) toteavat, ettei ole olemassa pudasta objektiivista tietoa, tut-kimustulokset eivät ole käytetystä havainnointimenetelmästä tai tutkijasta irrallisia. Tuloksiin voi vaikuttaa muun muassa se millaisia merkityksiä tutkittavalle ilmiölle annetaan ja millaisia välineitä tutkimuksessa on käytetty. (Sarajärvi & Tuomi 2017).

Laadullisessa tutkimuksessa on pidetty olennaisena esitellä tutkimusraportissa lainauksia itse vastauksista. Linausten käyttämisestä on perusteltu muun muassa tutkimuksen uskotta-vuuden lisäämisellä, Sarajärvi ja Tuomi (2017) kuitenkin kyseenalaistavat tämän argumen-tin ja pitävät lainauksia vain esimerkkeinä. Jää tutkijan päätettäväksi käyttääkö tutkimusra-portissaan lainauksia lainkaan. Linausten käytössä tulisi arvioida mitä lisäarvoa lainaukset tuovat tutkimusraporttiin. (Sarajärvi & Tuomi 2017.)

Asiakastutkimuksessa käytin haastatteluissa palvelumuotoilun työkaluja. Asiakkaiden kanssa täytettiin palvelupolkukuvaukset sekä empatiakartat. Palvelupolku on visuaalinen kuvaus, jossa palvelutapahtuma kuvataan koko kulutusprosessin ajalta (Rosenbaum ym. 2016, 2). Palvelupolun avulla voidaan muodostaa palvelusta kokonaiskuva (Tuulaniemi

2016, 78.) Palvelupolussa kuvataan palvelutapahtuman vaiheet ennen palvelutapahtumaa, palvelutapahtuman aikana ja palvelutapahtuman jälkeen. Keskeistä palvelupolussa on ”kohtaamispisteet”, mitä asiakkaan kokevat ja näkevät palvelua kuluttaessaan. Palvelupolkujen heikkoutena on pidetty, että organisaation näkökulmasta luotu palvelupolku olettaa kaikkien asiakkaiden kokevan palvelun samalla tavalla. (Rosenbaum ym. 2016, 2.) Tämän vuoksi valitsin tutkimukseen palvelupolun haastattelun rungoksi. Asiakkaat saivat itse kertoa miten palvelun kokevat.

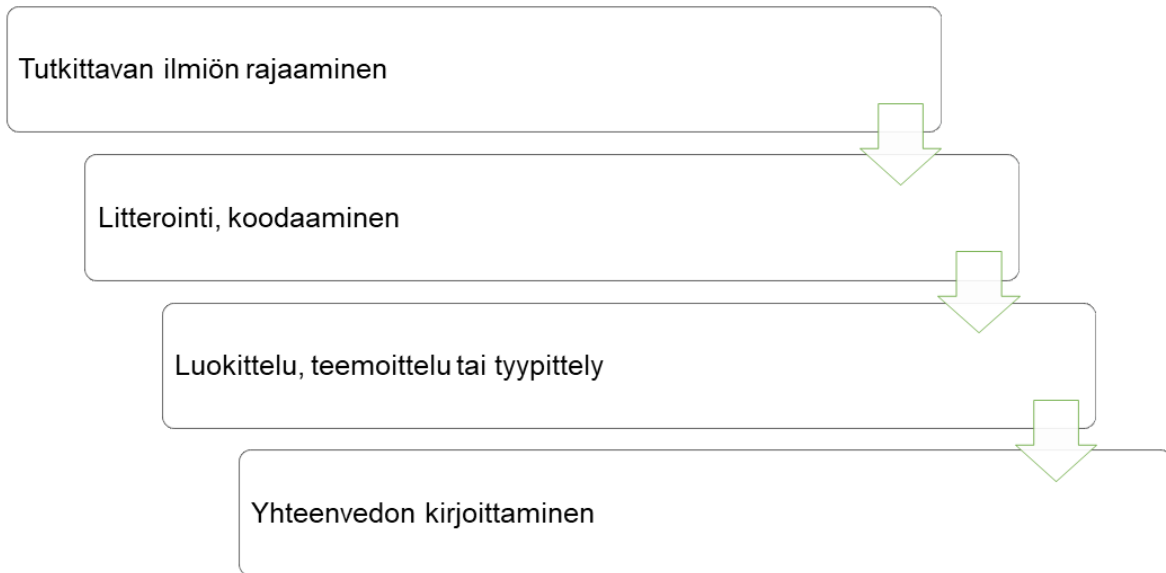
Palvelupolkuja täydentämään voidaan käyttää empatiakarttaa, kun asiakkaan kokemus halutaan selvittää kokonaisvaltaisemmin. Empatiakartta on palvelumuotoilun työväline, jossa visuaaliseen kuvaukseen jäsennetään millaisia tunteita, odotuksia, tarpeita, toiveita tai pelkoja asiakkaalla on palvelun käyttämiseen liittyen. Empatiakarttaa kuvataan tyypillisesti nelikenttänä, jossa on jaoteltu mitä asiakas kuulee, mitä näkee, mitä sanoo ja tekee, mitä ajattelee ja tuntee. (Maijala 2018.)

Haastattelujen tuotoksena saatuja palvelupolkuja tukemaan käytin yhtenä tutkimusmenetelmänä myös havainnointia. Hirsjärvi ja Hurme (2015, 39) nostavat esiin, että tutkimusmenetelmien, kuten haastattelujen ja havainnoinnin yhdistämisellä voidaan vahvistaa tutkimusta, sillä kenttätutkimus, jossa käytetään vain yhtä menetelmää saattaa jäädä heikoksi ja kapeaksi. Havainnointi on tutkimusmenetelmä, jonka avulla pyritään saamaan tietoa yksilön, yhteisön tai organisaation toiminnasta sekä käyttäytymisestä. Havainnointi sopii laadulliseen tutkimukseen erityisesti, kun halutaan ymmärtää vuorovaikutukseen liittyviä seikkoja. Havainnointi voi tapahtua osallistavana tai ei-osallistavana. Osallistavassa havainnoinnissa tutkija on aktiivisessa roolissa, ei-osallistavassa havainnoinnissa tutkija toimii taustalla sivustaseuraajana. Havainnointi voi olla väljää ja strukturoimatonta tai yksityiskohteisesti strukturoitua, variaatioita on useita. Strukturoitu havainnointi edellyttää tutkijalta ennen havainnointia tutkimusongelman jäsentelyä. Tutkijalla on oltava tutkittavasta kohteesta riittävästi tietoa, jonka perusteella voidaan määritellä minne havainnointia tulisi kohdentaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Palvelumuotoilussa havainnointi on keskeinen tutkimusmenetelmä. Havainnoinnin avulla selvitetään millaisia asioita käyttäjät pitävät palvelutuotannon kannalta merkityksellisinä, millaisia hiljaisia tarpeita käyttäjillä on, ja miten palvelu käytännössä toimii. Palvelumuotoilussa käytetään erilaisia havainnointimenetelmiä, kuten varjostus ja toiminnan seuraaminen. Varjostuksessa tutkija kulkee tutkittavan rinnalla läpi palvelun kulutusprosessin. Toiminnan seuraamisessa tutkija seuraa toimintaa taustalta tarkkaillen. (Komulainen 2021.)

5.5 Aineiston analyysi

Tässä kehittämishankkeessa keräsin aineistoa asiakastutkimuksen kautta. Tutkimusmenetelmä oli laadullinen. Laadullisen tutkimuksen aineiston analyysiin on olemassa useita erilaisia analyysikuvauksia ja metodeja. Sarajärvi ja Tuomi (2017) ovat koostaneet yleisen kuvauksen laadullisen analyysin toteuttamisesta (kuvio 6).



Kuvio 6. Laadullisen analyysin prosessi (mukaiillen Sarajärvi & Tuomi 2017).

Asiakastutkimuksessa kertyneen aineistoin analysoin yllä esitetyn prosessin mukaan käyttämällä teemoittelua. Teemoittelussa aineisto pilkotaan ja ryhmitellään eri aihepiirien mukaan, jolloin voidaan vertailla aineistosta nousevien teemojen esiintymistä (Sarajärvi & Tuomi 2017). Teemat jaotellaan tyypillisesti pääteemoihin ja alateemoihin. Teemoja voidaan hakea aineistolähtöisesti etsimällä litteroidusta tekstimassasta vastauksia yhdistäviä tai erottavia tekijöitä, tai teorialähtöisesti tietyn teorian tai viitekehyksen kautta. Teemoittelussa tulisi olla ennakkoluuloton. Usein teemat noudattavat jossain määrin haastattelurunkoa, mutta on myös mahdollista, että aineistosta nousee odottamattomiakin teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aineiston järjestyssä teemojen alle kootaan otteita alkuperäisistä vastauksista, joissa teemasta puhutaan. Tarkoituksena on löytää aineistosta teemoja kuvaavia näkemyksiä. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Sitaatit ja otteet vastauksista ovat usein myös keskeinen osa tutkimusraporttia, ne antavat lukijalle todisteen, että haastatteluja on todella tehty. Sitaattien tarkoitusperää tulee kuitenkin pohtia, niiden ei tulisi toimia vain tekstin venyttäjänä, vaan niiden tarkoitusta ja tarpeellisuutta tulisi pohtia. On myös huomioitava, säilyykö vastaajien anonymiteetti sitaatteja julkaisemalla, joissain tutkimusasetelmissä voi olla perusteltua jättää sitaatit kokonaan julkaisematta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

5.6 Service Blueprint

Service blueprint eli palvelumalli on palvelusuunnittelussa käytetty asiakaslähtöinen menetelmä, jonka avulla on mahdollista parantaa ja kehittää palvelua. Kyseessä on visuaalinen prosessikuvaus, jossa kuvataan koko palveluprosessi toimitusprosesseista taustaprosesseihin ja aina asiakasvuorovaikutukseen asti. (Bitner ym. 2018.) Blueprintin etuna on, että siinä kuvataan palvelun tuottajan prosessien lisäksi myös asiakkaan läpi käymät prosessit. Blueprint osoittaa kuinka prosessit kytkeytyvät toisiinsa, jolloin mallin avulla löydetään palvelun onnistumisen kannalta kriittiset pisteet, kuten totuuden hetket. (Tuulaniemi 2016, 212.) Blueprintista on olemassa erilaisia variaatioita, joissa prosessien jaottelu voi poiketa mallin mukaan. Esimerkiksi Tuulaniemi (2016, 216.) jakaa Blueprintissa mallin neljään eri rataan. Kolme ensimmäistä rataa ovat asiakkaalle näkyviä prosesseja: asiakas, palvelun tuottaja ja järjestelmä. Neljäs rata on asiakkaalle näkymättömiin jäävä palvelutuotanto. Radat esitetään allekkain ja prosessi etenee kronologisessa järjestyksessä asiakkaan palvelupolun mukaan, jolloin palveluntuottajan prosessien kytkeytyminen asiakkaan prosesseihin havainnollistuu hyvin. (Tuulaniemi 2016, 212.)

Blueprintin käytössä on muutamia piirteitä, joihin on hyvä kiinnittää huomiota. Jotta blueprint toimii parhaiten, tulee prosessit kuvata tarkasti, riskinä on kuitenkin yksityiskohtiin hukkuminen, jolloin kokonaisuudesta on vaikea hahmottaa ydinasiat. Mallin kuvaaminen aloitetaan asiakkaan palvelupolusta, jolloin mallista nähdään palvelun kehittämisen mahdollisuudet ennen kehittämistä vaikeuttavia haasteita. (Tuulaniemi 2016, 214.) Service blueprint on monipuolinen ja selkeä kehittämisen työkalu, mutta malliin kohdistuu kuitenkin myös kritiikkiä. Mallin on tarkoitus olla asiakaskeskeinen, mutta käytännössä prosessit ovat työntekijöiden kuvaamia, jolloin aito asiakasnäkökulma voi jäädä osin vaillinaiseksi. (Bitner ym. 2018.)

6 Kehittämishankkeen toteutus

6.1 Kehittämishankkeen määrittely ja eteneminen

Kehittämishankeprosessi alkoi keväällä 2021, kun opinnäytetyönä toimivan kehittämishankkeen aihetta hahmoteltiin toimeksiantajan, Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalvelujen psykoosilinjan ylihoitajan kanssa. Keskustelujen kautta nousi esiin tarve toimintamallin kuvaukselle. Toimintamalliin haluttiin mukaan myös asiakasnäkökulma, jota tässä hankkeessa päädyttiin hakemaan asiakastutkimuksen kautta. Prosessi alkoi kehittämishankesuunnitelman hyväksymisellä ja tutkimusluvan hakemisella toukokuussa 2021 ja lupa myönnettiin kesäkuussa 2021. Alla kuviossa 7 kuvaus prosessin etenemisestä



Kuvio 7. Kehittämishankkeen etenemisprosessi

Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen alkoi aineiston kerääminen. Elokuussa 2021 järjestin työpajan liikkuvan avohoidon edustajille ja syyskuussa 2021 tehostetun avohoidon sekä injektio-poliklinikan edustajille. Syyskuussa 2021 toteutin asiakastutkimuksen injektio-poliklinikalla. Tutkimus sisälsi havainnoinnin sekä asiakashaastattelut, joissa asiakkaan kanssa tehtiin palvelupolkukuvaukset sekä täytettiin empatiakartat. Tietoperustaa hahmottelin koko prosessin ajan, mutta suurin osa raportin kirjoittamisesta tapahtui keväällä ja syksyllä 2022. Aineiston analyysin tein pian tutkimuksen jälkeen, ja toimintamalli syntyi työpajojen ja asiakastutkimusten jälkeen kesällä 2022.

Kehittämishankkeessa oli keskeisesti mukana Auroran sairaalan psykoosipalvelujen ylihoitaja sekä Auroran tehostetun avohoidon sekä liikkuvan avohoidon osastonhoitaja, jotka osaltaan mahdollistivat hankkeen toteutuksen. Työpajoissa tehtiin yhteistyötä Auroran liikkuvan avohoidon sekä Auroran tehostetun avohoidon henkilökunnan kanssa. Kehittämishankkeessa toimin itse tutkijana ja kehittäjän roolissa. Asiakasnäkökulmaa keräsin asiakastutkimuksella, johon osallistui vapaaehtoisia asiakkaita Auroran injektio- ja poliklinikalta.

Kehittämishankeprosessi poikkesi hieman alkuperäisestä suunnitelmasta. Lopullisessa prosessissa yhdistyi laadullisen tutkimuksen prosessi sekä palvelumuotoilun palvelumuotoiluprosessi

6.2 Benchmarking psykiatriapalveluiden toimintamalleista

Kehittämishankkeen alussa käytin benchmarking-menetelmää kartoittamalla muiden Helsingin kaupungin psykiatriapalveluiden toimintamallikuvauksia. Tarkastelin muun muassa Helsingin kaupungin intranetistä löytyviä psykiatrian poliklinikoiden, osastojen sekä välimuotoisten palveluiden toimintamalleja. Yritin toimintamalleja vertailemalla muodostaa kuvaa, millaisiin ratkaisuihin muut ovat palvelumalliaan kuvatessaan päätyneet. Yhtenäistä tapaa kuvata toimintamallia ei löytynyt vaan esitystavat vaihtelivat suuresti visuaalisista prosessikuvauksista pidempiin kirjallisiin tuotoksiin.

6.3 Henkilökunnan työpajojen toteutus

Henkilökunnan työpajat toteutettiin elo- ja syyskuussa 2021. Osallistuin työpajoihin fasilitaattorina. Ensimmäiseen työpajaan osallistui liikkuvasta avohoidosta kaksi hoitajaa. Työpaja pidettiin liikkuvan avohoidon toimistolla ja työpaja kesti puolitoista tuntia. Toinen työpaja pidettiin tehostetun avohoidon toimistolla, ja työpajaan pääsi osallistumaan suunnitelmasta poikkeavasti vain yksi hoitaja tehostetun avohoidon- ja injektio- ja poliklinikan henkilökunnasta. Toinen työpaja kesti tunnin. Henkilökunnan työpajoissa tavoitteena oli koostaa palvelupolut molempien työryhmien näkökulmasta.

Ennen työpajaa osallistujat olivat saaneet tutustuttavaksi esimerkin Service blueprintista, jolloin he olivat voineet etukäteen pohtia, millaisia asioita työpajassa etsitään. Service blueprintissa haasteena on punaisen langan hukkiminen yksityiskohtiin (Tuulaniemi 2016, 130), tämä huomioitiin kehittämisprosessissa ja palvelumallikuvauksen koostamisessa. Työpajoissa kerättiin ensin tuplatimanttimallin mukaisesti paljon yksityiskohtia palvelupolusta sekä prosesseista Service Blueprintin ajatuksella, polkuihin kirjattiin siis ylös myös taustatoiminnot ja muut asiakkaalle näkymättömät toiminnot. Yksityiskohtaisen service Blueprintin koostamisen jälkeen epäolennaisempia yksityiskohtia karsittiin ja olennaisimmat

asiat poimittiin ja nostettiin tulevan injektiopoliklinikan toimintamallin kuvaukseen. Tavoitteena oli, että lopullisesta palvelumallikuvauksesta tulisi mahdollisimman yksinkertainen ja helppolukuinen.

Työpajoissa koostettiin palvelupolut molempien työryhmien näkökulmasta. Työntekijöiden kesken koostetuista palvelupolkuja verrattiin ja etsittiin tarkoituksella eroavaisuuksia. Kehittämishankkeen näkökulmasta oli tarkoituksenmukaista löytää epäselvyyttä aiheuttavia kohtia palveluprosessissa ja näin ollen löytää yhteiset toimintatavat ja selkeyttää työryhmien työnjakoa ja vastuita.

6.4 Asiakastutkimuksen toteutus

Asiakastutkimuksen toteutin syyskuussa 2021. Havainnointi sekä asiakashaastattelut tapahtuivat injektiopoliklinikalla yhden aamupäivän aikana klo 8–12.

Tässä kehittämishankkeessa käytin ei-osallistavaa, systemaattista havainnointia, joten seurasin injektiopoliklinikan tapahtumia sivusta. Havainnoinnin tarkoitus oli tukea asiakkaiden palvelupolkujen ja empatiakarttojen tuottamaa asiakasymmärrystä. Havainnoinnissa keskityin asiakkaiden siirtymiin palvelun aikana sekä heidän kohtaamiin kontaktipisteisiin. Eniten siirtymiä oli asiakkaiden saapuessa injektiopoliklinikalle sekä heidän asettuessaan seurantatilaan injektion pistämisen jälkeen. Suoritin havainnointia injektiopoliklinikan seurantatilassa. Havainnoinnissa runkona toimi tyhjä palvelupolkupohja (liite 3), johon täytin havainnot palvelutapahtumasta. Havainnoinnista oli ilmoitettu injektiopoliklinikalla etukäteen ja asiakkaita informoitiin injektiopoliklinikalla tapahtuvasta havainnoinnista kiinnittämällä seinälle näkyvälle paikalla informaatiokirje tutkimuksesta sekä tutkimuksen tietosuojailmoitus. Injektiopoliklinikalla kävi havainnoinnin aikana seitsemän asiakasta, jokaiselle ilmoitettiin vielä henkilökohtaisesti injektiopoliklinikalla tapahtuvasta havainnoinnista sekä oikeudesta kieltäytyä havainnoinnin kohteena olemisesta. Yksi asiakas kieltäytyi havainnoinnin kohteena olemisesta.

Asiakashaastattelut ajoitin seuranta-ajan rauhallisempaan aikaan, kun asiakkaiden siirtymiä oli vähemmän. Haastatteluihin osallistui ennalta suunniteltua vähemmän asiakkaita ja otanta jäi varsin niukaksi (n = 4). Haastattelut pidin seurantatilasta erillisessä huoneessa, jossa ei ollut muita paikalla kuin tutkija sekä haastateltava. Haastattelut kestivät 10–20 minuuttia. Haastatteluissa asiakas sai luettavakseen sekä allekirjoitettavakseen informaatiokirjeen tutkimuksen taustoista ja tarkoituksesta, suostumuslomakkeen sekä tietosuojailmoituksen. Itse haastattelussa asiakas sai täytettäväkseen tyhjän palvelupolkupohjan (liite 2) sekä empatiakarttapohjan (liite 1). Ennen haastattelua kerroin asiakkaalle yleisellä tasolla mikä palvelupolku on, ja millaisia asioita tarkoitetaan palvelutapahtumalla sekä

kontaktipisteellä. Asiakas sai täyttää polun oman kokemuksensa mukaan. Myös empatiakartan kohdalla kerroin asiakkaalle ensin mikä empatiakartta on ja millaisia asioita kartalla on tarkoitus kuvata. Asiakas sai täyttää empatiakartan oman kokemuksensa mukaan.

Tutkimuksen toteutuspäivä oli suunniteltu niin, että injektioambulanssilla olisi mahdollisimman paljon asiakkaita, mutta suunnitelma ei toteutunut sellaisenaan usean asiakkaan perässä injektioaikansa.

Aineiston analyysi

Aineisto jäi haastattelujen osalta hyvin niukaksi. Käytin analyysimenetelmänä teemoittelua. Litteroin palvelupolku- ja empatiakarttalomakkeet käyttämällä fonttina Arial 11 ja rivivälinä 1,5. Palvelupoluista litteroitua tekstiä tuli $\frac{3}{4}$ osaa sivua ja empatiakartoista $\frac{1}{2}$ sivua. Värikoodasin ja luokittelin tekstistä usein toistuvia sanoja, joiden myötä löytyi yhtenäisiä teemoja. Teemat kokosin ensin alateemoihin ja niistä laajempiin pääteemoihin. Tässä raportissa kuvioissa esitetään vain teemat. Alkuperäisvastaukset, joista teemat on johdettu jätin pois vastaajien yksityisyydensuojan varmistamiseksi.

Aineiston analyysissä vertasin havainnoinnin tuloksia asiakkaiden omiin kuvauksiin palvelupoluista. Tarkoituksena oli ymmärtää, miten palveluprosessi näyttäytyy ulkopuolisen silmin verrattuna, kuinka asiakas palveluprosessin itse kokee ja millaisia vaiheita asiakas itse hahmottaa tai pitää olennaisina. Havainnoinnissa päähuomio kiinnittyi samoihin asioihin, mitä ilmeni asiakkaiden vastauksissa.

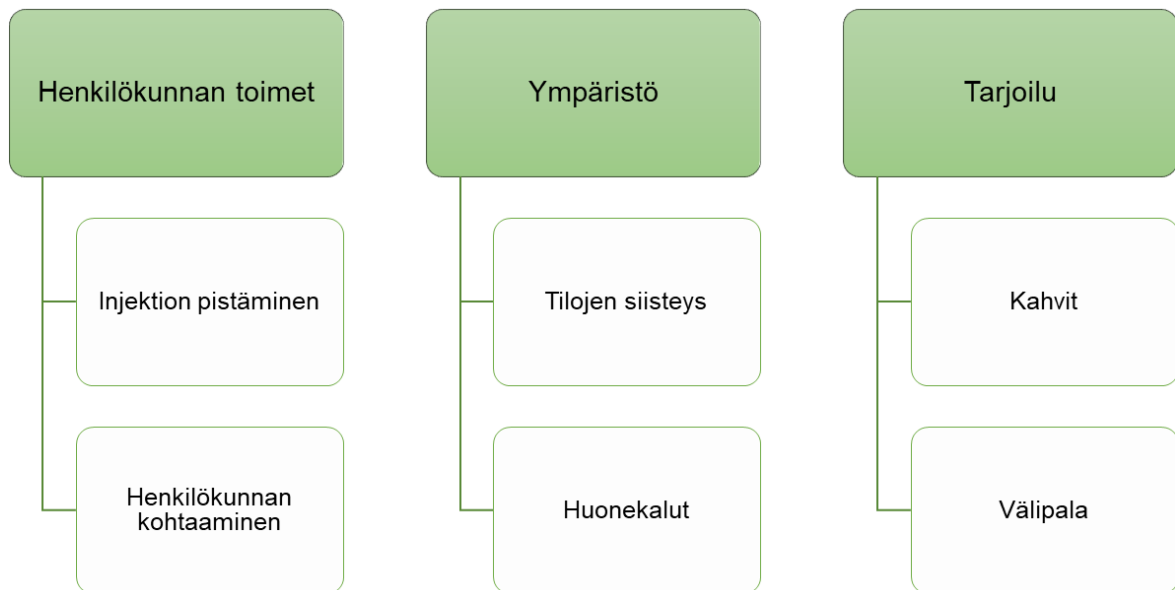
7 Kehittämishankkeen tulokset

7.1 Asiakastutkimuksen tulokset

Kehittämishankkeessa hain asiakasnäkökulmaa asiakastutkimuksen kautta. Tarkoituksena oli tutkia, miten asiakkaat kokevat palvelun. Asiakkaat kokivat haastattelussa tärkeäksi asiakasnäkökulman huomioimisen. Palvelupolkukuvauksen ja empatiakartan ohella moni nosti spontaanisti esiin huomioita ja kehittämisehdotuksia omista näkökulmistaan. Haastattelu-päivä oli suunniteltu niin, että injektiopoliklinikalla olisi mahdollisimman paljon asiakkaita samaan aikaan. Suunnitelma ei kuitenkaan sellaisenaan toteutunut useiden ajanvarausten peruutuksien vuoksi ja otos jäi hyvin niukaksi (n = 4).

Palvelupolut

Palvelupoluissa asiakkaiden vastaukset olivat samansuuntaisia. Palvelupoluissa huomio kiinnittyi kontaktipisteisiin, jotka vastaajat kokivat osin eri tavoin. Osa kuvasi hyvinkin tarkasti erilaisia kontaktipisteitä toiset eivät tunnistaneet tai hahmottaneet kontaktipisteitä juurikaan. Palvelupolku oli vastaajille entuudestaan tuntematon, joten vastaajat kaipasivat ohjausta siihen, mitä palvelupolussa kuvataan. Tutkijan näkökulmasta haastavaksi osoittautui palvelupolun esittely siten, että esittely vaikuttaisi mahdollisimman vähän tutkittavan vastauksiin. Palveluprosessi ja palvelutapahtumat koettiin samalla tavalla, kontaktipisteissä huomio kiinnittyi asiakkailta usein samankaltaisiin asioihin. Palvelupolkujen teemoittelussa löytyi yhteensä kolme pääteemaa (kuvio 8). Eniten huomiota niin palvelutapahtumien, kuin kontaktipisteiden kohdalla sai henkilökunnan toimet, ympäristö sekä tarjoilut. Asiakaskokemuksen kannalta vastauksista saa käsityksen, millaisia asioita asiakkaat pitivät merkittävänä ja millaisiin asioihin heidän huomionsa kiinnittyi palvelun aikana. Havainnoinnissa tehdyt huomiot myötäilivät asiakkaiden vastauksia.

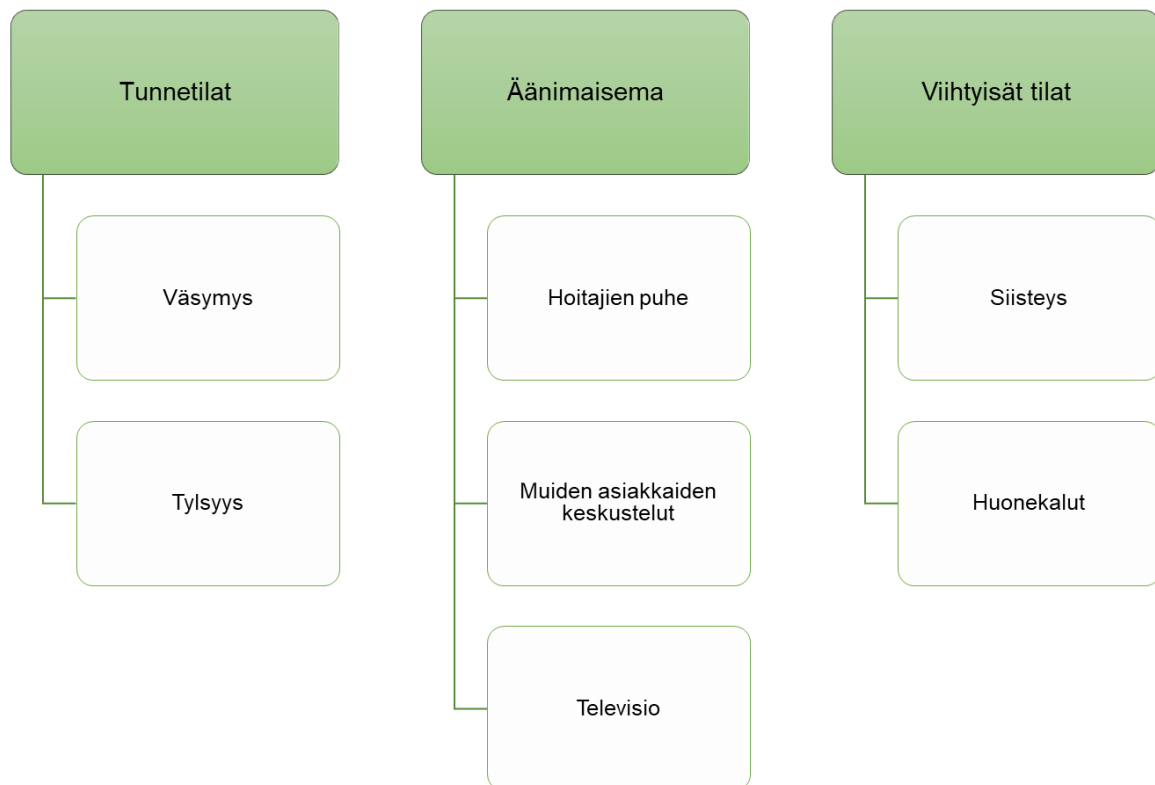


Kuvio 8. Palvelupolun teemat

Empatiakartat

Asiakkaiden vastauksissa empatiakartoissa toistui samoja kokemuksia ja huomioita. Injektion jälkeinen seuranta-aika koettiin pitkänä ja ajan koettiin kuluvan hitaasti. Moni kuvasi tylsyyttä ja toivoi enemmän tekemistä seuranta-ajaksi. Empatiakartassa kartoitettiin melko abstraktisti kuulemista, näkemistä, ajatuksia ja tunteita. Empatiakarttapohjissa (liite 2) oli valmiiksi pieni ohjaus, millaisia asioita eri vastauskohdissa haetaan, vastaukset olivat kuitenkin hyvin konkreettisia. Esimerkiksi kuulemisen kohdalla haettiin myös vastausta kysymykseen kuka vaikuttaa päätöksiisi, mutta vastaajat kokivat kysymyksen konkreettisena ja useampi vastasi tähän hoitajien keskinäisen puheen sekä muiden asiakkaiden keskustelut, vastaukset olivat kuitenkin relevantteja kehittämishankkeen näkökulmasta.

Muitakin yhteisiä huomioita empatiakartoista löytyi, esimerkiksi seurantatila koettiin viihtyisäksi ja erityistä positiivista huomiota sai ilmainen kahvi- ja välipalatarjoilu. Moni liitti nämä huomiot ajatusten tai tuntemisen alle. Alla (kuvio 9) kooste empatiakartan teemoista.



Kuvio 9. Empatiakarttojen teemat

Henkilökunnan työpajojen tulokset

Kehittämishanketta aloittaessa injektiopoliklinikan toimintamallista ei entuudestaan ollut käytävissä prosessikuvausta. Kehittämishanke koettiin työyhteisöissä hyödylliseksi erityisesti työnjaon ja vastuiden selkeyttämisen puolesta. Työpajoissa ilmeni jonkin verran epäselvyyttä työnjaossa sekä prosesseissa. Näitä epäselvyyksiä saatiin selkeytettyä jo työpajatyöskentelyn aikana molemmissa työryhmissä. Palvelupoluissa suuret linjat olivat yhtenäiset, eikä eroavaisuuksia juurikaan löytynyt. Epäselvyydet ja mahdolliset päällekkäisyydet on huomioitu kehittämishankkeen tuotoksessa.

7.2 Injektiopoliklinikan toimintamalli – Service Blueprint

Aineiston pohjalta kokosin Auroran injektiopoliklinikan toimintamallin service blueprintin muotoon (kuvio 10). Henkilökunnan työpajoissa palvelupolussa nähtiin enemmän vaiheita, mutta asiakasnäkökulmasta palvelupolku oli yksinkertaisempi, joten kokosin malliin vain keskeisimmät palvelun vaiheet. Tarkoituksena oli, että toimintamallin kuvaus pysyisi yksinkertaisena ja helppolukuisena, kuitenkin niin, että keskeisimmät palvelun vaiheet ja taustatoiminnot tulevat ilmi.

Palvelupolkuun kuvataan tyypillisesti myös vaiheet ennen palvelua ja palvelun jälkeen. Nämä osiot jätin lopullisesta mallista pois, sillä injektioajanvarauksen prosessi vaihtelee

paljon asiakkaan mukaan. Monen asiakkaan kohdalla seuraavan injektion ajanvaraus tehdään jo injektioikäynnin aikana, eikä kontaktia palveluntuottajaan ole tällä välillä. Olennaisinta toimintamallin kannalta oli itse palvelutapahtuma injektio-poliklinikalla.

Lopulliseen toimintamalliin tuli viisi rataa:

1. Rata: Asiakkaan palvelupolku. Asiakkaan palvelupolku jakautui lopulliseen malliin neljään tapahtumaan: asiakas saapuu injektio-poliklinikalle, saa injektion, odottaa seuranta-ajan ja lähtee kotiin.
2. Rata: Henkilökunta. Kokosin radalle henkilökunnan toiminnan, joka näkyy selkeimmin asiakkaalle ja toiminnan, jossa asiakas on itse mukana. Näitä olivat muun muassa asiakkaan vastaanottaminen, injektion antaminen, voinninseuranta ja ajanvaraus.
3. Rata: Taustatoiminnot. Rataan kuvasin taustatoiminnot, joita henkilökunta tekee, mutta toiminnot eivät näy suoraan asiakkaalle. Näitä olivat muun muassa potilastietojärjestelmästä asiakas- ja lääkitystietojen tarkistaminen, käynnin ja injektion kirjaaminen järjestelmään ja uuden ajanvarauksen tekeminen.
4. Rata: Järjestelmät. Radalle kokosin käytettävät järjestelmät, jota päivittäisessä toiminnassa on käytössä kaksi, Apotti-potilastietojärjestelmä sekä Outlook-kalenteri.
5. Rata: Muuta huomioitavaa. Viimeiseksi radaksi lisäsin ”muuta huomioitavaa asiakkaan näkökulmasta”, johon kokosin asiakastutkimuksessa esiin nousseista kokemuksista huomioita, joiden huomioimisella voitaisi vaikuttaa asiakaskokemukseen.

| Asiakkaan palvelupolku | Saapuu injektiopoliklinikalle | Saa injektion | Odottaa seuranta-ajan | Lähtee kotiin |
|--|---|---|---|---|
| Henkilökunta | Ottaa asiakkaan vastaan ja varmistaa henkilöllisyyden | Tarkistaa lääkkeen käyttökunnon, valmistelee ja antaa injektion Ohjaa asiakkaan seurantatilaan | Seuraa asiakkaan vointia kolme tuntia Tarjoaa välipalaa ja ajanviettomahdollisuuksia | Varmistaa asiakkaan voinnin ja orientaation Antaa seuraavan injektioajan |
| Taustaprosessi (ei näy asiakkaalle) | Potilaan tietojen tarkistus: <ul style="list-style-type: none"> - Oikea potilas - Oikea injektioaika, lääkitystiedot, pistopaikka - Mahdolliset aiemmat reaktiot | Hävittää pistosvälineet asianmukaisesti ja siistii injektiohuoneen seuraavalle | Injektion kirjaaminen järjestelmään Uuden ajan varaaminen Tarvittaessa reseptin tarkistus | Seuranta-ajan kirjaaminen järjestelmään |
| Järjestelmät | Apotti, Outlook-kalenteri | | Apotti, Outlook-kalenteri | Apotti |
| Muuta huomioitavaa asiakkaan näkökulmasta | Asiakkaan ystävällinen vastaanotto | Asiakkaan jännityksen ja psyykkisen tilan huomiointi | Asiakkaan viihtyvyyden huomiointi Tietosuojan huomiointi seurantatilassa | |

Kuvio 10. Auran injektiopoliklinikan toimintamalli

Injektiopoliklinikan toimintamalli luovutettiin toimeksiantajalle ja mallin käyttöönotto jäi toimeksiantajan harkintaan.

8 Pohdinta

8.1 Kehittämishankkeen arviointi ja johtopäätökset

Pitkävaikutteiset injektiot ovat vakiinnuttaneet asemansa psykoosisairauksien hoidossa. Monia pitkävaikutteisia injektio-lääkkeitä voidaan antaa terveysasemilla, mutta pitkävaikutteisen olantsapiini-injektion kohdalla kolmen tunnin seuranta-aika ja riski injektion jälkeisestä oireyhtymästä voi vaikeuttaa injektiohoidon toteuttamista. Erityisesti pitkävaikutteisen olantsapiini-injektion tullessa markkinoille 2009, lääkkeen käyttöä rajoitti lääkeluvan vaatimat erityisjärjestelyt, joihin kuuluu kolmen tunnin seuranta terveydenhuollon yksikössä asianmukaisen pätevyyden omaavan henkilökunnan valvonnassa. (Lindenmayer 2010, 8). Injektio-lääkityksen yleistyessä injektio-poliklinikan perustaminen on looginen ratkaisu. Injektio-poliklinikka-toimintamalli onkin käytössä Suomessa useammassa kunnissa (esim. Oulu; Seinäjoki), Helsingissä Auroran injektio-poliklinikka otettiin käyttöön tammikuussa 2021.

Injektio-poliklinikan perustaminen tuki myös Helsingin kaupunkistrategiaa, jossa tavoitteena on kehittää palveluja siten, että kehittämisessä huomioidaan kaupunkilaisten erilaiset tarpeet ja lähtökohdat (Helsingin kaupunki – kasvun paikka). Asiakasnäkökulman ottaminen mukaan kehittämishankkeeseen oli perusteltua kansallisen trendin vuoksi, jossa asiakas-keskeisyys ja asiakaskokemus on nostettu entistä keskeisemmäksi kehittämisen lähtökohdaksi sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kehittämisessä. (Sote-uudistus). Erityisesti psykoosipalvelujen parissa pidän asiakaskokemuksen kehittämistä tärkeänä. Psykoosisairautta sairastavat kokee usein sairauteensa liittyvää stigmaa, ”häpeäleimaa”. Stigma voidaan kokea esimerkiksi sosiaalisena syrjintänä, stereotypisointina, negatiivisena jaotteluna ”meihin ja heihin”. (Björkman ym. 2008.) Stigma aiheuttaa häpeää ja alemmuudentunnetta. Ympäröivän yhteisön negatiiviset asenteet voivat alkaa vaikuttamaan myös ihmisen identiteettiin, jolloin ihminen alkaa piilottelemaan itseään tai häpeällisenä kokemiaan piirteitään. Tyypillinen paikka, jossa psykoosisairas voi kokea syrjintää, on palveluiden parissa. (Saldivia ym. 2014, 2.) Olisikin tärkeää, että psykoosipotilaan keskeinen hoitopaikka tarjoaisi hyvän asiakaskokemuksen.

Kehittämishanke lähti liikkeelle yhdessä psykoosipalvelujen ylihoitajan kanssa ideoiden. Psykoosipalvelujen tarpeeksi löytyi puuttuva toimintamallikuvaus uudesta Auroran injektio-poliklinikasta. Kehittämishankeprosessiin haluttiin saada myös asiakkaan ääni kuuluviin. Asiakaskokemusta päädyttiin tutkimaan pienen asiakastutkimuksen kautta. Heti alussa oli selvää, että tutkimus tulisi olemaan laadullinen haastattelututkimus, mutta haastattelun muotoa piti pohtia tarkemmin. Jo kehittämishankkeen alussa tiedostettiin riski, että tutkimuksen otos voi jäädä pieneksi, osin haastavan asiakasryhmän vuoksi. Jäi mietittäväksi,

miten pienestä ryhmästä saisi tutkittua mahdollisimman kokonaisvaltaisesti palvelukokemuksen. Menetelmät tarkentuivat pian palvelumuotoilun keinoihin, ja haastatteluihin valikoitui palvelupolku ja empatiakartta. Asiakastutkimuksessa vastaajien määrä jäi hyvin niukaksi, mutta vastuksista löytyi yhtäläisyyksiä, jotka tukivat niin arkikokemusta kuin vastanneiden potilaiden kokemuksia.

Positiivinen yllätys kehittämishankeprosessissa oli asiakkaiden reaktio haastatteluun. Pienestä otoksesta huolimatta, moni sanoitti kokevansa tärkeäksi, että asiakkaan mielipidettä ja kokemusta kysytään. Vastaajat kertoivat haastattelun ohessa spontaanisti omia huomioitaan ja kokemuksiaan psykiatriapalveluista ylipäätään.

Työpajojen merkitys kehittämishankkeessa oli ratkaiseva. Toimintamallin keskeisimmät osat koottiin työpajoissa yhdessä henkilökunnan kanssa. Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluissa ei entuudestaan ole tiettyä mallia, jonka kautta toimintaa kuvataan. Kehittämishankkeen aikana kävin läpi Helsingin kaupungin eri psykiatrian yksiköiden toimintamalleja ja havaitsin, että yksiköiden väliset toimintamallikuvaukset eroavat suuresti toisistaan. Osa yksiköistä käytti kirjallista toimintakertomusta, toiset visuaalisia prosessikuvauksia. Tähän kehittämishankkeeseen valikoitui toimintamallin pohjaksi service blueprint. Service blueprintin koin hyväksi vaihtoehdoksi sen hyvän mukailtavuuden ja asiakaskeskeisyyden vuoksi. Service blueprint oli yksiköiden työntekijöille entuudestaan tuntematon, mutta malli omaksuttiin hyvin ja palvelupolkujen sekä taustaprosessien jäsentely oli sujuvaa.

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä kehittämishankkeessa noudatettiin niin tutkimuseettisen neuvottelukunnan, kuin myös ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia (ARENE 2019) sekä hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkijalta avoimuutta, rehellisyyttä ja huolellisuutta. Tutkimusta on tehtävä suunnitelmallisesti muiden tutkijoiden työtä kunnioittaen. (ARENE 2019, 9.)

Kehittämishanketta varten haettiin tutkimuslupa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalta. Tutkimuslupahakemukseen sisältyi tutkimuksen perustelut eettisyyden arvioimiseen. Hakemukseen liitettiin kaikki tutkimuksessa käytetyt dokumentit sekä haastattelupohjat. Osana kehittämishanketta tehtiin suppea asiakastutkimus. Tutkimus on toimintaa, joka tuottaa uutta tietoa ajattelun, tarkkailun, tutkimisen ja kokeilun kautta. Tutkimuksessa etiikka ohjaa tutkimuksen yleiset eettiset periaatteet. Eettisiä periaatteita ovat muun muassa tutkittavien ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tutkimus ei saa tuottaa tutkimuksen kohteena oleville vahingollisia haittoja, riskejä tai vahinkoja. (ETENE 2019.) Eettiset kysymykset korostuvat entisestään, kun tutkimuksen kohteena on ihminen.

Ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa on olennaista tutkittavan luottamus tutkijaan, tätä luottamusta ylläpitää tutkittavan ihmisarvon ja oikeuksien kunnioittaminen. (Etene 2019.)

Kehittämishankkeessa käytetyt tutkimusmenetelmät olivat luonteeltaan laadullisia. Laadullisessa tutkimuksessa havaintojen teoriapitoisuus on tutkimuksessa huomioitava asia. Sarajärvi ja Tuomi (2017) toteavat, ettei ole olemassa puhdasta objektiivista tietoa, eikä tutkimustulokset ole käytetystä havainnointimenetelmästä tai tutkijasta irrallisia. Tutkimustuloksiin voi vaikuttaa muun muassa se millaisia merkityksiä tutkittavalle ilmiölle annetaan ja millaisia välineitä tutkimuksessa on käytetty. Tutkimuksen aineiston kerääminen ja analysointi on selostettava, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. (Sarajärvi & Tuomi 2017.)

Tässä kehittämishankkeessa asiakastutkimuksessa käytettiin menetelminä havainnointia sekä haastatteluja, joissa asiakkaat täyttivät palvelupolkukuvauksia ja empatiakarttoja. Havainnointi- ja haastattelutilanteita ohjaavia eettisiä periaatteita ovat tutkittavan suostumus osallistua tutkimukseen. Suostumus on myös dokumentoitava. (Etene 2019.) Tutkittavalle tulee myös antaa mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ilman pakon tai painostuksen tunnetta. Tutkittavalle on annettava ymmärrettävää ja luotettavaa tietoa tutkimuksesta ja sen tavoitteista. Tutkittavalla tulee myös olla oikeus peruuttaa tai keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa. Tutkimuksen aikana tutkittavan tulee saada tietää, milloin hän on tutkittavana, erityisesti jos tutkija on eri roolissa, tulee tutkijan tuoda sidonnaisuudet esiin. (Etene 2019.)

Edellä mainittuihin eettisiin periaatteisiin viitaten, tässä asiakastutkimuksessa tutkittavien suostumus pyydettiin kirjallisena ja tutkijan rooli ja sidonnaisuudet tuotiin esiin tutkimuspäivänä suullisesti osallistujille kuin myös kirjallisena ilmoituksena infokirjeessä. Havainnoinnista tehtiin asiakkaille ja henkilökunnalle tiedote, jossa kerrottiin tutkimuksen tausta, havainnoinnin aikataulu, sekä tieto, mitä tietoja kerätään ja miten tietoja käsitellään. Tiedotteessa tuotiin myös esiin oikeudesta kieltäytyä havainnoinnista. Tiedotteen yhteyteen liitettiin myös EU 2016/679 asetuksen mukainen tutkimuksen tietosuojailmoitus. Kirjallisen ilmoituksen lisäksi havainnointipäivänä samat asiat ilmoitettiin suullisesti injektio- ja poliklinikalla oleville asiakkaille.

Haastattelut ja havainnoinnit järjestettiin samana päivänä. Haastattelu koostui palvelupolkukuvauksen ja empatiakartan täyttämistä. Molempien täyttäminen oli vapaaehtoista ja tutkittava sai halutessaan valita täyttävänsä vain toisen. Haastatteluun valittiin paikalla olevista injektio- ja poliklinikan asiakkaista vapaaehtoisia. Haastatteluun osallistuneet saivat ensin luettavakseen tutkimuksen tietosuojailmoituksen sekä informaatiokirjeen tutkimuksen taustasta, tarkoituksesta sekä tietojen käytöstä ja käsittelystä. Informaatiokirjeen lukemisen

jälkeen haastateltaville annettiin tilaisuus esittää lisäkysymyksiä. Haastateltavat allekirjoittivat myös kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Suostumuslomakkeita tehtiin kaksi kappaletta, toinen tutkijalle ja toinen tutkittavalle. Kaikkia tutkimuksen dokumentteja säilytettiin tutkimuksen ajan lukitussa tilassa ja aineiston analyysin jälkeen dokumentit hävitettiin asianmukaiseen tietosuojajätteeseen. Dokumenttien säilytyksessä ja käsittelyssä otettiin huomion tietosuojalainsäädäntö sekä EU-tietosuoja-asetuksen vaikutusarviointi.

Yksityisyydensuoja huomioitiin koko kehittämishankeprosessin ajan. Tutkittavista ei kerätty mitään ylimääräisiä tietoja, mukaan lukien tarkentavia henkilö- tai terveystietoja, joista haastateltavan voisi tunnistaa. Haastateltavien täyttämiin palvelupolkuihin tai empatiakarttoihin ei merkitty asiakkaan tunnistetietoja. Ainoa dokumentti, johon tutkittavan henkilötietoja kirjattiin, oli suostumuslomake, johon kirjattiin haastateltavan nimi. Suostumuslomaketta ei liitetty haastateltavan vastauslomakkeisiin. Tutkimuksessa tehtiin henkilötietojen käsittelystä EU2016/679 mukainen tietosuojailmoitus. Kaikki kehittämishankkeessa tehdyssä tutkimuksesta syntyneet dokumentit, kuten havainnointimuistiinpano, asiakkaiden omat palvelupolut sekä empatiakartat ja suostumuslomakkeet säilytettiin tietoturvallisesti ja hävitettiin tietosuojajätteeseen heti kun aineistoanalyysi ja tutkimustulos oli valmiina. Koko kehittämishankkeen ajan käytiin avointa dialogia hankkeeseen liittyvien työryhmien kanssa kuin myös kehittämishankkeen toimeksiantajan kanssa. Osallisten oli mahdollista kommentoida ja antaa kehittämissuhteita koko kehittämishankeprosessin ajan.

8.3 Jatkokehittämissuhteet

Asiakaskeskeisyys palvelujen kehittämissä on tullut jäädäkseen. Psykiatria- ja päihdepalveluissa, erityisesti psykoosilinjalla asiakkaat ovat usein yhteiskunnan tasolla heikommassa asemassa olevia ja kokevat sairauden aiheuttamaa stigmaa.

Jatkokehittämissuhteena esittäisin asiakaskokemuksen ja asiakaslähtöisyyden lisäämisen psykiatria- ja päihdepalvelujen kehittämissä. Injektiopoliklinikan, kuin muidenkin psykoosipalvelujen asiakkaiden kokemuksia ja asiakastyytyväisyyttä tulisi seurata enemmän, ja asiakkaiden osallisuutta palvelujen kehittämissuhteissa tulisi lisätä.

Helsingin kaupungilla terveys- ja hyvinvointikeskuksissa sekä kaupungin sairaaloissa on käytössä asiakastyytyväisyyssmittareita, jotka antavat nopean palautteen palvelusta, kuten HappyOrNot asiakaspalautemittari. Happy or Not-mittarilla asiakas voi antaa palautteen sopivan hymynaaman valitsemalla heti palvelun jälkeen (HappyOrNot). Näitä muissa Helsingin kaupungin terveyspalveluissa käytössä olevia asiakastyytyväisyyssmittareita voisi laajentaa koskemaan enemmän myös psykiatriapalveluita.

Auroran injektiopoliklinikan toimintamallin näkökulmasta kehittämissuhteena nostaisin esiin asiakastutkimuksessa ilmenneet asiakkaiden toiveet. Injektion seuranta-aika on verrattain pitkä, ja seuranta-aika kuluu asiakkailta pääosin melko passiivisesti. Jatkokehittämis- ja tutkimushaasteena voisi olla, kuinka tuota seuranta-aikaa voisi hyödyntää. Voisiko seuranta-ajalla toteuttaa psykoedukaatioryhmää, tai voisiko asiakkaille järjestää jotain muuta toimintaa seuranta-ajalle. Tässä voisi olla aihe laajemmalle asiakastutkimukselle.

Lähteet

- Ala-Nikkola, T. 2017. Mielenterveyspalveluiden rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2017. Viitattu 2.3.2022. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/216723/Mielente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arantola H. & Simonen K. 2009. Palvelemisesta palveluliiketoimintaan – Asiakasymmärrys palveluliiketoiminnan perustana. Tekes katsaus 256/2009. Helsinki: Tekes
- ARENE 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 6.2.2022. Saatavissa <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Bitner, M., Ostrom, A. & Morgan, F. 2008. Service Blueprinting: A Practical Technique for Service Innovation. California Management Review. Nro 3/2018. Viitattu 15.2.2022. Saatavissa <https://journals-sagepub-com.ezproxy.saimia.fi/doi/pdf/10.2307/41166446>
- Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M. 2008. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2008 22(2). Viitattu 10.4.2022. Saatavissa <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x>
- Detke, H, McDonnel, D., Brunner, E., Zhao, F., Sorsaburu, S., Stefaniak, V. & Corya, A. 2010. Post-injection delirium/sedation syndrome in patients with schizophrenia treated with olanzapine long-acting injection, I: Analysis of Cases. BMC Psychiatry 2010, 10:43 Viitattu 20.12.2021. Saatavissa <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-10-43.pdf>
- ETENE 2019. Ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin ohje. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu. Nro 3/2019. Viitattu 6.2.2022. Saatavissa <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje>
- ETK 2020. Eläketurvakeskus – Suomen työeläkkeensaajat (SVT). Viitattu 6.1.2022. Saatavissa <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/tyoelakkeensaajat/>
- Euroopan lääkevirasto. Zypadhera valmisteyhteenveto. Viitattu 5.4.2022 Saatavissa https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/olazax-disperzi-epar-product-information_fi.pdf

Happy or Not. HappyOrNot Analytics. Viitattu 5.7.2022. Saatavissa <https://www.happy-or-not.com/en/solution/happy-or-not-analytics/>

Helsingin kaupunki. Helsingin kaupunkistrategia: Kasvun paikka 2021–2025. Viitattu 10.4.2022 Saatavissa <https://hallintoprod.blob.core.windows.net/prod/Helsingin%20kaupunkistrategia%20Kasvun%20paikka.pdf>

Hetemaa, T., Kannisto, R., Knape, N., Ridanpää, H., Rintala, E., Rissanen, P., Suomela, T. & Syrjänen, T. 2021. Sosiaali- ja terveystalouden Suomessa 2019 – Asiantuntija-arvio. Päätösten tueksi 1/2021. THL. Viitattu 3.2.2022. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-630-5>

Huttunen, M. 2018 c. Harhaluulo (deluusio). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.2.2022. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00372/harhaluulo-deluusio>

Huttunen, M. 2017a. Skitsofrenia: sairauden hallinta. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 6.2.2022. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00026/skitsofrenia-sairauden-hallinta>

Huttunen, M. 2017b. Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 6.2.2022. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00033>

Huttunen, M. 2018a. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.2.2022. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411/psykoosi-mielisairaus>

Huttunen, M. 2018b. Harha-aistimus (hallusinaatio). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.2.2022. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00372/harhaluulo-deluusio>

Innokylä. Vertailukehittäminen. Viitattu 17.9.2022. Saatavissa <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/vertailukehittaminen>

Journal of eHealth and eWelfare 2021 vol 3 no 1. Viitattu 6.1.2022. Saatavissa <https://journal.fi/finjehew/article/view/98228>

Kela. Kelan työkyvyttömyyseläkkeen saajat sairauden mukaan. Viitattu 6.1.2022. Saatavissa http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet

Koivisto, M., Forsberg, S., Säynäjängangas, J. 2019. Palvelumuotoilun bisneskirja. E-kirja. Alma Talent. Storytel.

Korkiakoski, K. & Gertd, B. 2016. Ylivoimainen asiakaskokemus: työkalupakki. e-kirja. Helsinki: Talentum.

Lapatto- Reiniluoto, O. & Raaska, K. 2013. Lääkkeisiin liittyvät hypertermiset oireyhtymät. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 129(24):2633–40. Viitattu Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo11410>

Laukka, E., Gluschoff, K., Kaihlanen, A-M., Suvisaari, J., Kärkkäinen, J., Vormaa, H. ja Heponiemi, T. 2021. Muutos psykiatristen avohoitokäyntien toteutuksessa ja johtajien kokemukset etäasiointia estävistä ja edistävistä tekijöistä COVID-19-aikakaudella. Finnish

Lindenmayer, J. 2010. Long-acting injectable antipsychotics: focus on olanzapine pamoate. Neuropsychiatric Disease and Treatment 2010:6 261–267. Viitattu 10.4.2022. Saatavissa <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=6427>

Linnaranta, O. 2022. Toimenpidesuositus riittävän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi. THL – Päätösten tueksi 6/2022. Viitattu 6.2.2022. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-826-2>

Lu, L., Ren, D., Mullick, P. ja Lee, H. 2019. Examining patient outcomes of receiving long-acting injectable antipsychotics. Perspectives in Psychiatric Care 2020; 56. Viitattu 1.2.2022. Saatavissa <https://doi.org/10.1111/ppc.12364>

Löytänä J. & Kortesoja K. 2011. Asiakaskokemus- Palvelubisneksestä kokemusbisnekseen. E-kirjat. 1. Painos. 2011 Alma Talent.

Majjala R. 2018. Empatiaa kehittämässä. Palvelupolkuja. Blogi. Viitattu 30.3.2022. Saatavissa <https://www.palvelupolkuja.fi/yleinen-fi/empatiaa-kehittamassa-osa-2-empatia-tutkimuksen-kohteena/>

Majjala R. 2018. Palvelupolkuja. Empatiaa kehittämässä – blogiteksti. Viitattu 18.4.2022. Saatavissa: <https://www.palvelupolkuja.fi/yleinen-fi/empatiaa-kehittamassa-osa-2-empatia-tutkimuksen-kohteena/>

Maneros, A., Pillmann, F. & Wustman, T. 2010. Delusional Disorders – Are They Simply Paranoid Schizophrenia? Schizophrenia Bulletin vol 38 / 3. Viitattu 10.3.2022. Saatavissa <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq125>

McColl-Kennedy, J., Zaki, M., Lemon, K., Urmetzer, F. ja Neely, A. 2019. Gaining Customer Experience Insight That Matter. Journal of Service Research 2019:22 8-26. Viitattu 17.9.2022. Saatavissa <https://journals-sagepub-com.ezproxy.saimia.fi/doi/epub/10.1177/1094670518812182>

Merano, I. 2014. Liikkuvan avohoidon hoitoprosessi. Liikkuvan avohoidon perehdytyskansio.

Merano, I. 2020. Liikkuvan avohoidon hoitajakokous. Kokousmuistio 7.12.2020.

Merano, I. 2022. Taustoittava keskustelu. 22.4.2022.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1990/19901116>

Miettinen, S. 2014. Muotoiluajattelu. E-kirja. 1. Painos. Teknologiainfo Teknova oy

Moritz, S. 2005. Service Design – Practical access to an evolving field. e-kirja. Viitattu 30.3.2022. Saatavissa https://issuu.com/st_moritz/docs/pa2servicedesign/4

Mustonen, J. 2012. Palvelukokemus palvelumuotoiluprosessissa. Lapin yliopisto.

OECD 2018. Health at a Glance: Europe 2018. Viitattu 6.1.2022. Saatavissa https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en

OECD 2020. Health at a Glance: Europe 2020. Viitattu 6.1.2022. Saatavissa https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en

Oulun kaupunki. Verkkosivut. Viitattu 2.4.2022. Saatavissa <https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/mielenterveys>

Palvelumuotoilu Palo. Palvelumuotoilu prosessin vaiheet. Viitattu 15.3.2022. Saatavissa: <https://www.palvelumuotoilupalo.fi/blogi/2018/1/31/palvelumuotoilun-vaiheet>

Partonen, T., Raaska, K., Kampman, O. & Lönnqvist, J. 2021. Epätyypilliset (atyyppiset) psykoosilääkkeet. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, H., Marttunen, M. ja Partonen, T. Psykiatria. Duodecim oppikirjat. Kustannus Oy Duodecim 2022. Saatavissa <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00581/do>

Perälä, M-L, Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakes. Viitattu 15.10.2022. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76021/T19-2007-VERKKO.pdf>

Rovasalo, A. 2021. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.2.2022. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00148>

Saaranen-Kauppinen, A. ja Puusniekka, A. 2006. Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvaliMOTV - Verkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 30.3.2022. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/>

Saldivia, S., Runte-Geidel, A., Grandón, P., Torres-González, F., Xavier, M., Anatoli, C. Ballester, D., Malipillán, R., Galende, E., Vicente, B., Caldas, J., Killaspy, H. & King, M. 2014. The Maristán stigma scale: a standardized international measure of the stigma of

schizophrenia and other psychoses. BMC Psychiatry 2014. 14(182). Viitattu 10.4.2022. Saatavissa <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-14-182.pdf>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. e-kirja. Tammi. Storytel.

Seinäjäki. Mielenterveyskeskus – Avohoidon ryhmätoiminnat. Viitattu 2.4.2022. Saatavissa <https://docplayer.fi/48020808-Seinajoen-mielenterveyskeskus-avohoidon-ryhma-toiminnat-torikeskuksessa.html>

Seppänen-Järvelä, R. 2005. Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Hyvät Käytännöt – Menetelmäkirja. Stakes. Viitattu 17.9.2022. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77163/vertaismenetelmat.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.3.2022. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#K1>

Sote-uudistus. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus. Viitattu 10.4.2022. Saatavissa <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>

STM 2019. Yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteet. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>

STM 2020 b. Kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2020–2030. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

STM 2020 c Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162004/STM_2020_3_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suvisaari, J., Jääskeläinen, E. ja Lönnqvist, J. 2021 c. Harha Viitattu 12.12.2021. Saatavissa <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00072/do>

Suvisaari, J., Jääskeläinen, E. ja Lönnqvist, J. a. 2021. Skitsofrenia. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, H., Marttunen, M. ja Partonen, T. Psykiatria. Duodecim oppikirjat. Kustannus Oy Duodecim 2022. Saatavissa <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00054/do>

Suvisaari, J., Jääskeläinen, E. ja Lönnqvist, J. b. 2021. Skitsoaffektiivinen häiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, H., Marttunen, M. ja Partonen, T. Psykiatria. Duodecim oppikirjat. Kustannus Oy Duodecim 2022. Saatavissa <https://www.oppiportti.fi/op/pkr00071/do>

Suvisaari, J., Jääskeläinen, E. ja Lönnqvist, J. c. 2021. Harhaluuloisuushäiriö. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, H., Marttunen, M. ja Partonen, T. Psykiatria. Duodecim oppikirjat. Kustannus Oy Duodecim 2022. Saatavissa <https://www.oppiporssi.fi/op/opk04497>

Suvisaari, J., Perälä, S.J., Viertiö, S., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., Partti, K., Saarni, S.E., Suokas, J. & Lönnqvist, J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkärelehti. Nro 9/2012. Viitattu 11.3.2022. Saatavissa <https://www.laakari-lehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/psykoosien-esiintyvyys-ja-alueellinen-vaihtelu-suomessa/>

Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>

THL b. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 8.4.2022. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

Tilastokeskus, 2021. Kansantalous. Viitattu 23.4.2021. Saatavissa: https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_kansantalous.html

Tuulaniemi J. 2016. Palvelumuotoilu. 3. painos. Helsinki: Talentum Pro.

Valtioneuvosto. 2019. Hallitusohjelma. 3.6 Oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava Suomi. Viitattu 15.6.2022. Saatavissa <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/oikeudenmukainen-yhdenvertainen-ja-mukaan-ottava-suomi>

Vilkka, H. 2021 Tutki ja kehitä. e-kirja. 5. painos. Jyväskylä. PS-Kustannus. Ellibslibrary.

Vorna, H., Rotko, T., Larivaara, M. ja Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ennaltaehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2020. Viitattu 2.3.2022. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

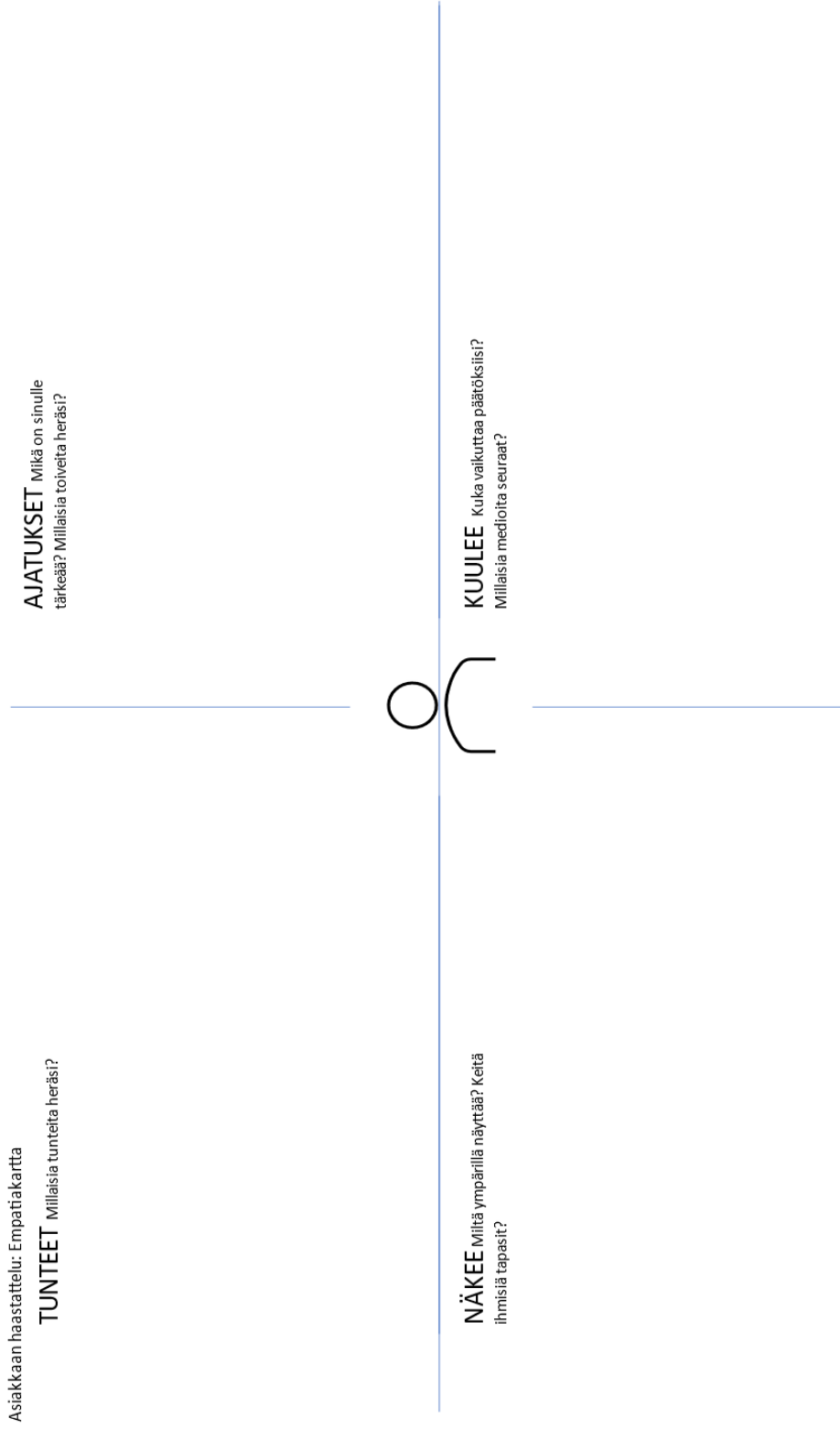
Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen J., Reini, K., Salovuori, S. ja Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. Helsinki 2018. Viitattu 3.1.2022. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Liite 1. Asiakkaan palvelupolku

| Asiakkaan haastattelu: Palvelupolku | Ennen | Aikana | Jälkeen |
|-------------------------------------|-------|--------|---------|
| | | | |

Kontaktipisteet:

Liite 2. Asiakkaan empatiakartta



Liite 3. Havainnointipohja

| Havainnointipohja: Palvelupolku Ennen | Aikana | | Jälkeen |
|--|--------|--|---------|
| <u>Kontaktipisteet:</u> | | | |
| Asiakas | | | |
| Työntekijä | | | |

