

**VAASAN YLIOPISTO**  
**FILOSOFINEN TIEDEKUNTA**

Susanna Heinonen

**PALVELUMUOTOILU KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ**  
**TERVEYDENHUOLLOSSA**

Passiivisesta potilaasta aktiiviseksi kuluttajaksi

Sosiaali- ja terveys-  
hallintotieteen  
pro gradu -tutkielma

**VAASA 2016**

## SISÄLLYSLUETTELO

	<b>sivu</b>
<b>KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO</b>	3
<b>TIIVISTELMÄ</b>	5
<b>1. JOHDANTO</b>	7
1.1. Tutkimuksen taustaa	8
1.2. Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja rakentuminen	12
1.3. Tutkimuskohteen kuvaus	15
<b>2. TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄN RAKENNE</b>	
2.1. Terveyspalvelut osana ihmisten hyvinvointia ja tarpeita	16
2.1.1. Ihmisten tarpeet määrittävät palveluiden tarpeen	18
2.1.2. Asiantuntijapalvelut terveyspalveluina	21
2.2. Terveyspalveluiden keskiössä potilaskuluttaja	22
2.2.1. Passiivinen vai aktiivinen potilaskuluttaja	24
<b>3. PALVELUMUOTOILU OSANA TERVEYDENHUOLLON PALVELUIDEN KEHITTÄMISTÄ</b>	
3.1 Terveyspalveluiden kehittäminen	26
3.1.1. Palvelumuotoilu palveluiden kehittämisessä	29
3.1.2. Potilaskuluttajien osallisuus ja osallistuminen kehittämistyössä	36
3.2. Palvelumuotoilun keskeiset osat terveydenhuoltopalveluissa	40
3.2.1. Palvelutuokiot ja palvelupolku	42
3.2.2. Kontaktipisteet ja palvelukokemuksen syntyminen	45
3.2.3. Potilaskuluttaja	46
3.3. Palvelumuotoilun vaikuttavuus ja näkyminen palveluiden arvoon	47
3.3.1. Palvelumuotoilu osaksi organisaation liiketoimintaa	48

<b>4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b>	
4.1. Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu	52
<b>5. TUTKIMUSTULOKSET</b>	56
5.1. Asiantuntijoiden arviot palvelumuotoilun mahdollisuudesta	56
5.1.1. Palvelunkäyttäjien parempi huomioiminen	57
5.1.2. Tyytyväisempiä palvelunkäyttäjiä	59
5.1.3. Resurssien oikea kohdentaminen	60
5.2. Asiantuntijoiden arviot palvelumuotoilun haasteista	61
5.2.1. Vie enemmän lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan aikaa	62
5.2.2. Vaikutus hoidon kulkuun ja tulokseen	62
5.3. Vastausten yhteenveto	64
<b>6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	66
6.1. Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys	67
6.2. Tutkimustulosten pohdintaa ja jatkotutkimusehdotus	68
<b>LÄHTEET</b>	71
<b>LIITTEET</b>	
LIITE 1. Tutkimuslupa-anomus ja tutkimuslupa	78
LIITE 2. Saatekirje kyselylomakkeeseen ja kyselylomake	80

**KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO**

Kuvio 1. Mukaillen Allardtin hyvinvoinnin osa-alueet ja käsite erottelu	19
Kuvio 2. Tarvehierarkian tasot Maslowin mukaan	20
Kuvio 3. Palvelumuotoilun prosessi Moritzin mukaan	31
Kuvio 4. Palvelumuotoilun prosessi Tuulaniemen mukaan	32
Kuvio 5. Palvelumuotoilun keskeiset ajattelu- ja toimintamallit Stickdornin ja Schneiderin mukaan	33
Kuvio 6. Arnsteinin tikapuumalli	39
Kuvio 7. Asiantuntijoiden laatima onkologisen potilaan sädehoidon hoitoprosessikaavio	43
Taulukko 1. Suomen lakisääteiset terveystalvet	17
Taulukko 2. Osallistumisen matriisi Trittteriä mukaillen	25
Taulukko 3. Palveluiden ja tuotteiden erittely Moritzin mukaan	30



---

**VAASAN YLIOPISTO****Filosofinen tiedekunta****Tekijä:**

Susanna Heinonen

**Pro gradu -tutkielma:**

Palvelumuotoilu kehittämisen välineenä terveydenhuollossa: Passiivisesta potilaasta aktiiviseksi kuluttajaksi

**Tutkinto:**

Hallintotieteiden maisteri

**Oppiaine:**

Sosiaali- ja terveyshallintotiede

**Työn ohjaaja:**

Pirkko Vartiainen

**Valmistumisvuosi:**

2016

**Sivumäärä: 84**

---

**TIIVISTELMÄ:**

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvailla palvelumuotoilun mahdollisuutta ja haasteita terveydenhuollon uutena kehittämismenetelmänä. Tarkastelunäkökulma on terveyspalveluista asiantuntijalähtöiset palvelut ja hoito, sekä niitä käyttävien asiakkaiden ja potilaiden osallistumisen vaikutus palvelun ja hoidon suunnitteluun. Tutkimus etsii vastausta kysymykseen: Miten palvelumuotoilun avulla voidaan kehittää terveydenhuollon asiantuntijalähtöisiä palveluita ja miten siihen siirrytään?

Palvelumuotoilussa tavoitteena on ottaa asiakas, potilas ja lähiomaiset mukaan palvelun ja hoidon yhteissuunnitteluun ja sen toteutukseen. Asiakkaista ja potilaista tulee kuluttajia, joiden yksilölliset tarpeet ja toiveet tulee asiantuntijoiden tunnistaa ja ottaa aidosti huomioon palvelua ja hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa. Palvelumuotoilussa huomioidaan myös käyttäjien lisäksi sairauden vaade sekä hoidon tarve. Palvelumuotoilun tavoite on tuottaa lisää kokemuksellista arvoa palvelulle ja tätä kautta lisätä potilaiden ja asiakkaiden tyytyväisyyttä. Myös organisaation liiketoiminnalliset tavoitteet huomioidaan tämän yhteissuunnittelun avulla.

Tällä tutkimuksella on kartoitettu palvelumuotoilun periaatteiden ja menetelmien hyödyntämistä asiantuntijalähtöisessä terveydenhuollossa. Vastauksia on haettu kirjallisuudesta ja informoidulla kyselytutkimuksella, joka osoitettiin erikoissairaanhoidon asiantuntijoille. Tutkimuksen kohdeyksikkö on Vaasan keskussairaalan Onkologian klinikka ja siinä työskentelevät asiantuntijat. Tässä kyseisessä yksikössä asiakkaiden ja potilaiden hoito ja palvelu on erittäin monimuotoista. On huomioitava paljon erilaisia yksilöllisiä tarpeita ja toiveita.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentuu terveydenhuollon asiakkuuden ja palvelumuotoilun käsitteiden ympärille. Palvelumuotoilu kehittämisen välineenä soveltuu kehittämisen spiraalimalliin, jossa lähtökohtana on alussa yhdessä muodostettu alkumielikuva eli visio. Alkumielikuva saadaan tunnistamalla asiakkaan ja potilaan tarpeet, tai oikeastaan tarpeen vajeet. Suunnittelu etenee täsmentyvien visioiden, kuten mielikuvan, kokemusten ja erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen vertailujen ja arviointien avulla. Palveluiden suunnittelun rungon muodostaa ”hyväksytyjen ratkaisujen putki”, jossa käyttäjätietoa peilataan jatkuvasti seuranta ja arviointitietoon.

Kyselylomakkeilla saatujen vastauksien avulla, kuvailen tutkimuskohteen olemassa olevaa tilannetta ja asiantuntijoiden mielipiteitä sekä näihin vaikuttavia muuttujia. Asiantuntijoiden mielipiteiden avulla saatiin myös tietoa, miten asiakkaiden ja potilaiden mukaan ottaminen ja osallistuminen hoidon ja palveluiden suunnittelussa ja toteuttamisessa, tuo palvelulle arvoa. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että terveyspalveluiden kehittäminen yhdessä asiakkaan, potilaan ja omaisten kanssa tukee teoriasta saatua tietoa.

---

**AVAINSANAT:** palvelu, asiakas, potilas, kuluttaja, arvo ja osallistuminen



## 1. JOHDANTO

Julkiset terveystalot ja organisaatiot tuottavat vielä hyvin vähän itse innovaatioita ja innovointitutkimuksen näkökulma on siellä hyvin uutta, kuten myös palvelujärjestelmän tutkiminen. Vielä uudempaa on käyttäjälähtöinen asiakasta ja potilasta osallistavan palvelunäkökulman ottaminen mukaan hoidon ja siihen liittyvien palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen. Asiakas- ja potilaslähtöisyyttä pidetään tärkeänä ja sitä korostetaan, mutta tieteellinen tutkimus aiheesta on vielä hyvin vähäistä.

Palvelumuotoilu on terveydenhuollossa vielä melko uusi asia. Palvelumuotoilu kohdistetaan yleensä tiloihin ja esineisiin, mutta nyt sen on katsottu ulottuvan myös koko palveluketjuun. Palvelumuotoilun avulla asiakkaalle luodaan tarpeiden ja toiveiden mukainen palvelukokemus, mutta huomioidaan myös palvelun tuottajan näkökulma. (Miettinen 2011: 31.) Terveystaloiden palveluissa palveluketju on potilaan hoitoprosessi, johon sisältyy useita erilaisia palvelukokemuksia, joista muodostuu hoitokokonaisuus. Se rakentuu ihmisten välisistä kohtaamisista, hoitotapahtumista, elämyksistä ja erilaisista verkostoista. Terveystaloiden palveluissa potilas on asiakkaana ja hoidettavana on koko ihminen, erilaisine tarpeineen. Palvelumuotoilu on uusi toimintatapa, jolla voidaan etsiä järkevää ja taloudellista tapaa tuottaa palvelut asiakaslähtöisesti käyttäjiltä kerätyn tiedon avulla. Palvelumuotoilulla tuotetaan lisää arvoa itse toiminnan ydinpalvelulle sekä lisäpalveluille, joilla tyydytetään ihmisten perustarpeita. Yritykselle ja palvelun tuottajalle kyse on uusien kilpailuetujen löytymisestä. Se lähtee tarkastelemaan toimintaa ja ongelmaa yleensä palveluketjun osien, kanavien ja vuorovaikutustilanteiden kautta. Palvelumuotoilussa käyttäjiltä saadun tiedon avulla luodaan asiakkaalle mahdollisimman yksilöllinen palvelu. Ihmisiä tarkkaillaan ja havainnoidaan. On ymmärrettävää mitä he puhuvat, tekevät ja mistä he unelmoivat. Tämän kerätyn tiedon avulla tuodaan lisää arvoa tulevaisuuden palveluun niin asiakkaalle kuin palvelun tuottajalle, muuttamalla toimintaa haluttuun suuntaan.

Sopiiko palvelumuotoilu terveydenhuoltoalalle, jonka palvelut ovat yleensä julkisen sektorin tuottamia tai ainakin järjestämiä? Miten se sitten sopii erikoissairaanhoidon, joka on erittäin asiantuntijalähtöistä terveydenhuollon palvelua? Näihin kysymyksiin ei



ole vielä olemassa valmiita vastauksia. Terveydenhuoltoalalla palvelun kuluttajalla ei yleensä ole vahvaa roolia suhteessa tuottajaan. Markkinoilla ostaja voi valita ja ohjata valinnoillaan tarjolla olevia tuotteita ja palveluita, mutta näin ei ole yleensä julkisten terveydenhuoltopalveluiden kanssa. Suurin ero on tarjoajan auktoriteetissa ja sen suhteessa kuluttajiin. Asiakas maksaa tuotteista ja palveluista yritysmaailmassa suoraan tuottajalle, mutta julkisella puolella kunnat maksavat palvelut enimmäkseen. Voimmeko siirtyä uuteen ajattelutapaan pois järjestelmäkeskeisyydestä kohti kuluttajakeskeisyyttä? Tällöin meidän on nähtävä potilaat asiakkaina ja kuluttajina, joiden tahto, mielipide ja tyytyväisyys palveluun ja hoitoon asetetaan etusijalle. Kuluttajissa on aktiivisia ja passiivisia asiakkaita sekä lisäksi on myös ns. hiljaisia asiakkaita, jotka eivät voi itse jostain syystä hyödyntää asiakkuuttaan. Heillä täytyisi olla puolestapuhuja, joka on herättänyt monenlaista keskustelua esim. riippuvuussuhteesta, eriarvoisuudesta, institutionalismista, nöyryytyksestä, jne. (Charlton 2000: 3.) Vaatiiko asiakkuus ja osallistuminen omaan hoitoon tai palveluun täyttä toimintakykyä vai pystyykö joku toinen yksilö toimimaan aidosti jonkun toisen puolesta? Mm. näihin kysymyksiin etsin kirjallisuudesta ja asiantuntijoilta vastauksia, sekä kuvailen voiko meillä olla mahdollisuus tällaiseen uuteen ajattelutapaan.

### 1.1. Tutkimuksen taustaa

Tässä tutkielmassa termeillä ”asiakas”, ”potilas” ja ”kuluttaja” on hyvin keskeinen asema, ja niillä viitataan palveluiden käyttäjiin ja hoidon saajiin. Termien käyttöön vaikuttaa asiayhteys. Asiakkaalla viitataan henkilöön, jolla on jonkin asteinen suhde organisaatioon tai ammatinharjoittajaan. Potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka on sairas ja on hoidettavana terveydenhuollon organisaatiossa. Kuluttaja on henkilö, joka käyttää organisaation tarjoamia hyödykkeitä ja palveluita omien tarpeiden tyydyttämiseksi. Näitä edellä mainittuja termejä tarkastellaan palveluiden ja hoidon näkökulmasta. Nämä edellä mainitut palvelun käyttäjät hakevat itselleen palveluista tai hoidosta jotakin hyötyä eli arvoa. Arvo on kuitenkin suhteellista ja on sidoksissa aikaisempiin kokemuksiin. Asialla on tietty arvo vain, jos joku kokee sen tietyn arvoiseksi (Tuulaniemi 2013: 31.)

Terveydenhuollon palveluiden vaatimukset monipuolistuvat ja palveluiden tarpeiden määrä lisääntyy. Voimavarat ovat kuitenkin lopussa. Ihmiset ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä terveystalouteen, mutta nyt pohdimme, miten saada nämä vähäiset varat riittämään ja vastaamaan todellista tarvetta. Aiheeseen syventyessäni törmäsin palvelumuotoilun käsitteeseen. Halusin kartoittaa palvelumuotoilun mahdollisuutta terveydenhuollossa, ja selvittää voiko muotoilua todella yhdistää terveydenhuoltoon ja sen palveluiden kehittämiseen? Aiheen ja kohteen valintaa vaikutti suuresti oma taustani ja työni asiantuntija yhteisössä erikoissairaanhoidossa. Palvelumuotoilun ydintä on sen asiakkaalle tuottama arvo ja sen muodostuminen. Tässä tutkielmassa kuvailen palvelumuotoilua ja sen soveltuvuutta terveydenhuoltoalalle, erityisesti erikoissairaanhoitoon asiantuntijapalveluiden kehittämisen välineeksi. Lisäksi kuvailen voiko tämän palvelunkäyttäjää osallistavan menetelmän avulla saada lisää asiakasymmärrystä ja tyytyväisyyttä palveluiden käyttäjille. Suuri kiinnostus tähän aiheeseen piilee myös sen uutuudessa ja ajankohtaisuudessa. Voisiko palvelumuotoilu olla uusi ja hieman erilainen ratkaisu terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä.

Lähtökohta palvelumuotoilussa on kehittää ja muuttaa tulevaisuudenpalveluita haluttuun suuntaan käyttäjiltä kerätyn tiedon avulla. Tämä toteutetaan yhdessä palveluiden käyttäjien kanssa. Ensin on kuitenkin selvitettävä, mitä palveluita tuottava taho ajattelee tällaisesta uudeltaisesta kehittämismenetelmästä. Tähän olen hakenut vastausta informoidun kyselyn kautta, jonka toteutin tapaustutkimuksena yhteen erikoissairaanhoidon asiantuntijapalvelua tarjoavaan yksikköön. Lisäksi olen kuunnellut tutkimuskohteessa olevien työntekijöiden kertomuksia ja keskustellut heidän kanssaan tutkimus aiheesta mm. erilaisissa kehittämistilaisuuksissa sekä sisäisen auditoinnin yhteydessä. Tämän auditoinnin toteutin työni puolesta syksyllä 2015 ja se kohdistui samaan yksikköön, johon tutkimuksenikin kohdistui. Tätä voi verrata tutkimusmenetelmänä ryhmähaastatteluun. Aiheena auditoinnissa oli yksikön toiminnan mittaaminen ja sen kehittäminen mittareiden avulla.

Julkinen terveystalouden käyttäjä on yleensä palvelun ja hoidon tarjoajan passiivinen kohde. On luotu suoraviivaisia palvelu- ja hoitoprosesseja, joissa asiakas nähdään yleistettynä standarditapauksena. Palveluntuottaja tarjoaa ydinpalvelun asiakkaan sairauden

tai ongelman määrittelyn myötä, jossa ei ole paljon poikkeaman varaa (Keronen 2013). Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimii terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto, joka seuraa ja arvioi palveluvalikoimaa. Se antaa suosituksia, mitä toimenpiteitä ja tutkimus- sekä hoitomenetelmiä voidaan käyttää (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Potilaan ja asiakkaan käsittelyyn standardisoituna tapauksena, olen todennut myös oman työni kautta erikoissairaanhoidossa. Hoitolinjauksissa potilasta ei huomioida kokonaisuutena inhimillisine tarpeineen. Potilaiden hoito etenee yleensä tiettyjen asiantuntijoiden laatimien toiminta mallinnusten ja ohjeistusten mukaan. Nämä hoitoprosessilinjaukset on muodostettu tietyn sairauden ja sen hoitomenetelmien ympärille asiantuntijalähtöisesti. Potilaalla on hyvin vähän aitoa vaikutusmahdollisuutta hoitoprosessin aikana omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun.

Jonkin asteinen asiakaslähtöisyys kuitenkin kuuluu luontaisesti terveydenhuollon palveluiden eettisiin periaatteisiin, samoin kuin ihmiskeskeisyys. Näitä ovat esim. potilaan ja asiakkaan kuuleminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Kuitenkaan kaikilla asiakkailla ja potilailla ei ole valmiuksia ja kykyä ajaa omaa etua, joten heidän äänensä jää usein kuulumatta. Tällöin on tärkeää, että joku ajaa heidän etujaan. (Kettunen & Möttönen 2011: 60.)

Terveyspolitiikan nykyinen kansallinen linja on, että ihmiset ottaisivat enemmän vastuuta omasta terveydentilastaan. Uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on vahvistaa asiakaskeskeisyyttä. Asiakaskeskeisyys ja asiakaslähtöisyys termejä käytetään paljon, mutta käytännössä muutos tapahtuu hyvin hitaasti. Ihmiset ovat yleensä ottaen hyvin tietoisia mahdollisuuksista, velvoitteista ja lainsäädännöstä. He osaavat vaatia nyt entistä enemmän. Miksi he eivät voisi osallistua myös palveluiden ja hoidon suunnitteluun, joka toteutetaan heitä varten. Palvelumuotoilussa näihin vaatimuksiin etsitään ratkaisua ja ehdotusmalleja itse palvelun käyttäjiltä. Palvelun lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet ja asiakaslähtöisyys. Tällainen käyttäjälähtöisyys on kuitenkin hieman eri asia, kuin asiakaslähtöisyys. Käyttäjälähtöisten palveluiden kehittämiseen tarvitaan kuitenkin asiakkaiden ymmärtämistä. Jos ymmärrämme hyvin mistä palvelussa on kyse, on sitä helpompi kehittää ja uudistaa. (Miettinen 2011: 20–22.)

Suomessa palvelunkäyttäjät ovat osallistuneet vielä hyvin vähän palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen. Tritter, Koivusalo, Ollila & Dorfman (2009: 95–117.) kuvailevat teoksessaan *Globalisation, Markets and Healthcare Policy*, kuinka Englannissa julkisten palveluiden käyttäjien toiveet ja kokemukset ovat korvaamassa managerialismin ja hallinnon asiantuntijuuden palveluiden uudistajana. Palveluja pyritään kehittämään yhdessä käyttäjien kanssa, eikä heidän puolestaan. Käyttäjien ymmärtäminen on palvelumuotoilun kivijalka.

Asiakkaalla ja potilaalla ei vielä ole varsinaista vaikutusmahdollisuutta terveystalouden ja hoidon suunnitteluun. Vaikutusmahdollisuudet rajoittuvat lähinnä palautteen antoon (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999: 108). Asiakkaat ovat yleensä ottaen tyytyväisiä saamaansa palveluun ja hoitoon terveystalouksissa, mutta jo pienet teot ja eleet saavat suuren roolin ja antavat heille tunteen, että heitä kuunnellaan ja heitä välitetään (Kähönen 2013). Asiakas- ja potilaskuluttajien joukko ei ole myöskään yhtenäinen joukko. Heillä on erilaisia ja jopa ristiriitaisia tarpeita, tavoitteita ja prioriteetteja. Kaikki eivät myöskään halua tai kykene ottamaan potilaskuluttajan aktiivista roolia. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999: 185–186.) Tässä tuleekin tämän tutkimuksen paradoksi. Palvelumuotoiluun osallistuminen ja sen onnistumiseen vaikuttavat paljon asiakkaan kyky ajaa omaa asiaa. Pystytäänkö palvelumuotoilulla takaamaan myös passiivisten käyttäjien osallistuminen, vai voiko palvelumuotoilua hyödyntää lainkaan passiivisille käyttäjille.

Useimmilla aloilla liiketoiminnan kehittäminen on lähes mahdotonta pelkän palvelun tai tuotteen pohjalta. Palveluliiketoiminnan muotoilussa arvon luominen ja vuorovaikutus ovat keskeisempiä asioita. Muotoilija ja käyttäjä vaihtavat tietoa toimintaympäristöstä ja historiasta. Kun muotoilija on saanut tietoa käyttäjien tarpeista ja odotuksista voidaan palvelun käytettävyys varmistaa. (Miettinen 2011: 23.) Palvelulle arvoa luodessa, on tärkeää antaa palvelun käyttäjälle mahdollisuus osallistua palvelun kehittämiseen. (Prahl & Ramaswamy 2004: 5–14.)

## 1.2. Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja rakentuminen

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella palvelumuotoilun mahdollisuutta uutena terveydenhuollon kehittämismenetelmänä ja tunnistaa sen ongelmakohtia. Tässä menetelmässä asiakas otetaan mukaan palvelun suunnitteluun muotoilun menetelmien avulla, niin että toiminta synnyttää jonkin asteista hyötyä. Tämä hyöty voi olla liiketoiminnallista lisäarvoa organisaatiolle tai lisäarvoa asiakkaiden kokemalle palveluille. Tarkastelunäkökulma on terveystalouden asiantuntijapalveluja käyttävät asiakkaat eli potilaat, ja heidän mahdollisuutensa osallistua oman hoitolinjan mukaiseen hoidon ja palvelun suunnitteluun. Tässä osallistavassa palvelumuotoilussa potilaasta tulee kuluttaja ja asiakas, jonka todelliset tarpeet, toiveet ja tavoitteet tulee asiantuntijoiden tunnistaa sekä ottaa aidosti huomioon palvelua tai hoitoa suunnitellessa. Suurin ero vallalla olevaan terveystalouden kehittämiseen on käyttäjakeskeisyyden korostaminen.

Palvelumuotoilun avulla suunnitellaan ja tuotetaan uusia ratkaisuja erityisesti palveluiden ongelmakohtiin yhdessä käyttäjien kanssa. Tässä hyödynnetään asiakkaiden ja potilaiden tarpeiden tyydyttämisen kautta saatuja kokemuksia ja käyttäjätietoa. Palvelun käyttäjät osallistuvat arvioinnin ja muovaavien menetelmien kautta varsinaisen palvelun suunnitteluun. Tämän muotoilun avulla voidaan saavuttaa myös parempaa asiakas- ja potilastyytyväisyyttä. Laajempi pyrkimys on saavuttaa ihmisille parempaa hyvinvointia ja arvoa palveluille.

Palvelumuotoilussa huomioidaan käyttäjän tarpeiden lisäksi hoidon tarve ja vaade sekä organisaation tavoitteet. Potilaan ja asiakkaan näkökulmasta tavoitteena on tarpeellinen, hyödyllinen, käyttökelpoinen sekä toivottava hoito ja palvelu. Palvelun tuottajaorganisaation näkökulmasta on keskeistä saada selvästi esille toivottava, tarittava ja tehokas toiminta. Palveluntuottaja saa menetelmän avulla käyttäjiltä tietoa, tuotetaanko oikeaa ja tarkoituksenmukaista hoitoa ja palvelua.

Tutkimuksen pääkysymys on:

*Voidaanko palvelumuotoilun avulla kehittää asiantuntijalähtöisiä palveluita?*

Pääkysymystä tarkentavia kysymyksiä ovat:

*Miten siirrytään asiantuntijälähtöisestä palveluiden suunnittelusta kuluttajälähtöiseen palvelumuotoiluun?*

*Voidaanko palvelumuotoilun avulla lisätä asiakkaan osallisuutta ja palveluiden arvoa?*

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakentuu terveydenhuollon asiakkuuden ja palvelumuotoilun käsitteiden ympärille. Palvelumuotoilu kehittämisen välineenä soveltuu kehittämisen spiraalimalliin, jossa lähtökohtana on alussa yhdessä muodostettu alkumielikuva eli visio. Alkumielikuva saadaan tunnistamalla asiakkaan tarpeet tai oikeastaan tarpeen vaje. Suunnittelu etenee täsmentyvien visioiden, kuten mielikuvan, kokemuksen ja erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen vertailujen ja arviointien avulla. Palveluiden suunnittelun rungon muodostaa ”hyväksytyjen ratkaisujen putki”, jossa käyttäjätietoa peilataan jatkuvasti seuranta ja arviointitietoon. (Moritz 2005: 49.)

Tutkimusote on tässä tutkimuksessa osittain myös narratiivinen ja hyvin väljä. Lähtökohtana tutkimuksessa ovat ihmisten kertomukset, jotka toimivat informaation välittäjinä. Yksilöt rakentavat ymmärrystä ja tietoja omien kokemuksiansa kautta. Tieto on kuitenkin vahvasti sidoksissa tiettyyn aikaan, paikkaan ja sosiaaliseen kontekstiin. Narratiivisuus korostuu erityisesti kokemuksellisen tiedon välittämisessä ja se antaa mahdollisuuden aidon tiedon välittämiseen ja osallistumisen tunteeseen. (Heikkinen 2001: 116–132.)

Henkilökohtaisena tavoitteena minulla on saada tästä tutkimuksesta ideoita ja ehdotuksia, joita voin hyödyntää organisaatiossamme ja omassa työssäni. Uskon, että esiin tulevat asiat voidaan siirtää käytäntöön ja kokeilla todellisessa käytännön toiminnassa. Tämän näen hyvin todennäköisenä, koska teoriassa voin jopa itse toteuttaa näitä esille tulevia asioita oman työnkuvani kautta potilaiden hoidonsuunnittelussa. Lisäksi tutkielman tulokset antavat lisäarvoa ja uudenlaista näkökulmaa aiheeseen, johon on vaikea saada tietoa ja näkemystä työelämälähtöisestä täydennyskoulutuksesta ja projektityökentelystä.

Tutkimustyössä etenen tarkastelemalla ensin teoreettisesti ihmisten tarpeita, mitä ne ovat ja miten ne muodostuvat, sekä näistä koostuvaa hyvinvointia ja niiden asemaa ter-

veyspalvelujärjestelmässä. Tämän koen tärkeäksi, koska palvelumuotoilu kohdistuu juuri näiden tarpeiden ja niiden vajeiden huomioimiseen. Tämän jälkeen esittelen asiakkaan roolia ja osallisuutta, josta muodostuu tutkielman ensimmäinen teoreettinen osa. Seuraavaksi kuvailen palvelumuotoilua terveyspalveluiden kehittämisen välineenä. Luvussa kolme kuvailen palvelumuotoilun prosessia ja sen osa-alueita, josta muodostuu tutkielman toinen teoreettinen osa. Neljännessä luvussa esittelen tutkimusmenetelmät ja asiantuntijoilta saadut tutkimustulokset. Tutkimustulokset olen jakanut kahteen eri kategoriaan, palvelumuotoilun puolesta ja vastaan. Lopuksi pohdin tutkimuksen tekoa, sen luotettavuutta ja mahdollisia jatkotutkimusehdotuksia.

## 1.2. Tutkimuskohteen kuvaus

Tämän tutkielman aiheena on terveyspalveluiden kehittäminen asiakaskeskeisemmäksi. Varsinaisena tutkimus kohteena on terveyspalveluista erikoissairaanhoidon palvelu, joka on asiantuntijapalvelua. Tutkimus kohdistuu Vaasan sairaanhoitopiirin organisaatioon ja siellä syöpätautien klinikkaan, jossa mukana ovat avohuollon osastot: onkologian poliklinikka ja sädehoito-osasto. Aihe tuli esiin Vaasan keskussairaalan Onkologian klinikan ja Vaasan yliopiston yhteishankkeesta ”*Onkokompleksi – Tulevaisuuden visioita kompleksisuusajatteluun perustuen*”. Tämä hanke perustui kompleksisuusajatteluun, joka pyrki kokonaisvaltaisten toimintamallien ja mahdollisuuksien analysoinnin avulla löytämään uusia toiminnan malleja Onkologian klinikalle. Tutkielman kannalta keskeisintä tässä oli, onkologisen potilaan hoidon monimuotoisuus. Hoidosta kompleksisen tekee se, että potilaat tulevat laajalta alueelta ja heidän hoito on yleensä hyvin monimuotoista. Klinikan suhde ympärillä oleviin yliopistosairaaloihin, muihin keskussairaaloihin ja terveyskeskuksiin on monitasoinen ja monisyinen. Itse potilashoidossa monimuotoisuutta lisää hoitoon vaikuttavat monet eri tekijät. Tällaisia tekijöitä ovat henkilökunta, potilas itse, omaiset, organisaatio, ympäristö ja näiden väliset vuorovaikutussuhteet. Näistä syistä johtuen valitsin juuri tämän Onkologian klinikan tutkimuskohteekseni. Uskon palvelumuotoilun näkökulman antavan klinikalle jotain uutta toiminnan kehittämiseen, ja antavan sille uuden ratkaisumallin ydintoiminnan toteuttamisen rinnalle.

Samalla palvelumuotoilun avulla saadaan klinikalle kilpailuetua ja tyytyväisempiä asiakkaita ja potilaita.



## 2. TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄN RAKENNE

### 2.1. Terveyspalvelut osana ihmisten hyvinvointia ja tarpeita

Suomi on hyvinvointivaltio, jossa julkisella vallalla on velvoite ja keskeinen asema terveyspalveluiden rahoittajana ja tuottajana sekä usein myös palveluiden järjestäjänä. Terveyspalveluiden tuottamisen tavoitteena on ihmisten hyvinvointi. Julkisen vallan avulla jaetaan yhteisiä varoja ja resursseja sekä kohdennetaan nämä yhteiskunnallisten arvojen ja poliittisten kriteereiden mukaisesti. Hyvinvointi käsitteenä viittaa yleiseen hyvään elämänlaatuun ja terveydentilaan. Hyvinvointi on yleisesti sitä, että miellyttävät kokemukset voittavat epämiellyttävät. Hyvinvoinnin käsitteelle ei löydy yhtä yleistä teoreettista määritelmää, vaan määritelmiä on useita. Hyvinvointi voi olla kuitenkin mitattavissa oleva tila, yhteiskunnan tai yksittäisen ihmisen arvostus tai tunnetila.

Hyvinvointipalveluita ja erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluita tarkkaillaan yleisesti eri sektoreiden kautta. On julkinen, yksityinen ja kolmas sektori. Nämä sektorit ovat lähtökohdiltaan hyvin erilaisia, mutta niillä on yksi yhteinen tavoite. Tämä tavoite on kansalaisten ja palveluiden käyttäjien hyvinvoinnin lisääminen. (Virtanen & Stenvall 2012: 28–30.)

Suomen julkiset lakisääteiset hyvinvointipalvelut ovat pääasiassa sosiaali- ja terveyspalveluita. Terveyspalvelut ovat eriteltynä taulukossa 1. seuraavalla sivulla. Muita hyvinvointipalveluita ovat esimerkiksi liikunta- ja nuorisotoimen palvelut sekä erilaiset kulttuuritoimintaan liittyvät palvelut. Sosiaali- ja terveyspalvelut pyritään järjestämään yleislakien avulla. Tällainen esimerkkilaki on uusi Terveystieteidenhuoltolaki (1326/2010), jossa säädetään terveydenhuollon toteuttamisen, vastuun ja toiminnan sisältö. Sosiaalihuoltolaissa (710/1982, 17§) on mainittu kunnan järjestettävät sosiaalipalvelut. Terveyspalveluiden järjestäminen lähtee Suomen Perustuslaista (731/1999, 19§). Tällaisia muita yleislakeja ovat esimerkiksi Kansanterveyslaki (66/1972) ja Erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989).

Taulukko 1. Suomen lakisääteiset terveystalvelut (STM 2005:7).

SUOMEN LAKISÄÄTEISET TERVEYSTALVELUT	
Terveysneuvonta	Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto
Sairaanhoido ja kuntoutus	Seulonnat ja joukkotarkastukset
Erikoissairaanhoido	Ympäristöterveydenhuolto
Mielenterveyspalvelut	Hammashuolto
Työterveyshuolto	Sairaankuljetus

Henkilöille, jotka eivät yleislakien avulla saa tarvittavia palveluita, on säädetty erityislakeja ja useita säädöksiä ja asetuksia yleislaeissa. Lisäksi Kuntalain (365/1995, 1§) mukaan kunnan tulee pyrkiä edistämään kuntalaisten hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan. Terveet ja hyvinvoivat kuntalaiset ovat kunnalle erittäin tärkeä lähtökohta. Hyvinvoivat kuntalaiset ovat kunnan voimavara ja resurssit, joilla on suuri vaikutus kunnan talouteen.

Hyvinvointipalvelut, johon terveystalvelut kuuluvat, perustuvat ihmisten tarpeisiin ja kansalaisen sosiaaliin oikeuksiin. Tällaisia muita oikeuksia ovat esimerkiksi sosiaalipalvelut, maksuton perusopetus, subjektiivinen oikeus lastenhoitoon sekä välttämätön toimeentulo ja huolenpito. Perustuslaissa säädetään oikeudet näihin edellä mainittuihin palveluihin ja etuuksiin. Julkisten hyvinvointipalveluiden järjestämisvastuu on pääsääntöisesti kunnilla ja näin kunnat ovat keskeisessä asemassa vaikuttamassa kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen. Kunnilla on lakisääteinen vastuu huolehtia kuntalaisten terveystalveluiden järjestämisestä koko ihmisen elämänkaaren ajan. Terveystalveluiden järjestämisen resurssit ovat kuitenkin rajalliset ja näin ollen on erittäin tärkeää, että saadaan nämä rajalliset resurssit kohdennettua siten, että saadaan aikaan mahdollisimman paljon hyvinvointia ja terveyttä kuntalaisille. (Saari 2011: 29–34.)

Yhteiskuntakeskeiseksi ja filosofiseksi käsitteeksi hyvinvoinnin nosti utilitarismi, jonka mukaan teon moraalinen hyvyys määräytyy sen tuottaman hyödyn perusteella. Utilita-

rismissa hyvinvoinnin näkemys on monistinen. Tässä tunnistetaan vain yksi perusarvo ja tämä on tuntevien olentojen hyvä. Tässä näkemyksessä ihmisten ja kansalaisten terveys on eri toimintojen lopputulos ja arvo. Lopputuloksiin johtavilla teoilla ja motiiveilla ei sinänsä ole arvoa. Terveydellinen tila eli loppuarvo määräytyy yksittäisten ihmisten yhteenlaskettuna lopputuloksena. (Saari 2011: 80–82.) Loppuarvo eli terveys vaatii kuitenkin terveystalvveluita. Terveystalvveluita ovat kaikki terveyden edistämisen keinot, joihin yksilöillä ja yhteisöillä on oltava mahdollisuus vaikuttaa ja näin terveyttä pystytään paremmin hallitsemaan. (WHO 1986.)

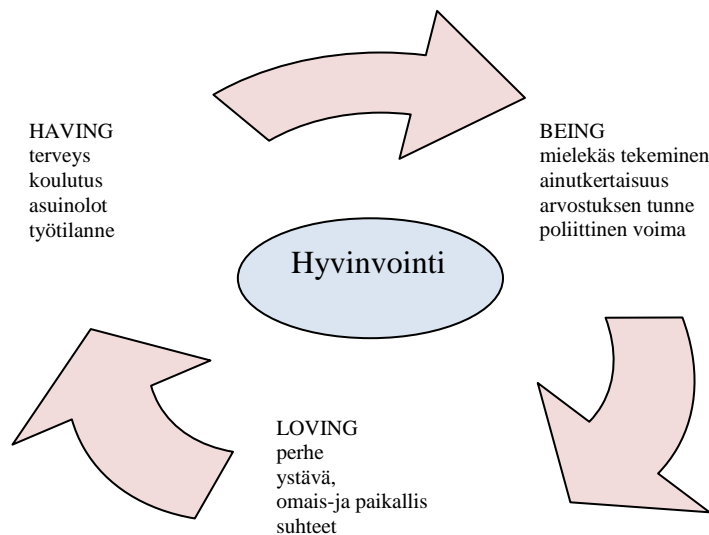
Ihmisten hyvinvointi ja terveys ovat tärkeät ja edistettävät arvot. Ne ovat jokapäiväisen elämän voimavarat. Ne ovat järkiarvoja, eivätkä ole suoranaisesti moraalisia arvoja. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on kuitenkin moraalisesti merkittävää, koska sillä on huomattava poliittinen paino päätöksenteossa. Hyvinvoinnin ja terveyden käsite ovat toimintaa ohjaavia käsitteitä. Ne ovat poliittisesti relevantteja. Tehdään tekoja, jotka edistävät hyvinvointia, ja tekojen ajatus sisältää useita moraalisia näkemyksiä. Näin tekomme edistävät mahdollisimman monen ihmisen hyvinvointia. (Saari 2011: 79–80.)

### 2.1.1. Ihmisten tarpeet määrittävät palveluiden tarpeen

Vastatakseni opinnäytetyöni kysymyksiin, on ensin tarkasteltava mitkä tekijät vaikuttavat ihmisten terveystalvveluiden tarpeeseen ja palvelukokemukseen. Terveystalvveluden ja hyvinvoinnin tavoittelua voidaan tarkastella monelta näkökulmalta. Tämän tutkielman näkökulma ovat asiakkaat ja heidän osallistumismahdollisuus, joten on luontevinta lähteä tarkastelemaan sitä, kuinka hyvät mahdollisuudet asiakkailla on osallistua oman hoidon ja palvelun suunnitteluun asiantuntijapalveluissa. Terveystalvveluiden tarpeen taustalla on yleensä ihmisen tarve tai jonkun tarpeen osa-alueen puuttuminen. Terveystalvveluon palveluiden ja erityisesti asiantuntijapalveluiden tarjonta ja palvelun saaminen, tulee perustua tarpeen arviointiin, jonka toteuttaa asiantuntija.

Tieteellisistä tutkijoista keskeisin hyvinvoinnin tutkija Suomessa on yhteiskuntatieteilijä, sosiologi ja akateemikko Erik Anders Allardt, joka luokitteli hyvinvoinnin kolmen ulottuvuuden kautta teoksessaan *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Allardt (1976: 32–33, 36.)

määrittelee ihmisten hyvinvoinnin yksilöllisten tarpeiden kautta. Tarpeiden määrä osoittaa hyvinvoinnin tilan, siinä määrin missä tarpeet on tyydytetty. Allardt jakaa ihmisten perustarpeet hyvinvoinnin osa-alueisiin, joista kukin osa-alue jakautuu osatekijöihin (ks. kuvio 1). Nämä hyvinvoinnin osa-alueiden käsitteet ovat: elintaso (*having*), yhteyssuhteet (*loving*) sekä itsensä toteuttaminen (*being*). Kuviossa 1 on eritelty yksilökeskeisesti hyvinvoinnin osa-alueet ja niiden tekijöitä. Jos joku osa-alueen tekijä puuttuu tai siinä esiintyy vajetta, yksilön hyvinvointi on uhattuna. Yksilön hyvinvointia voidaan arvioida näiden osatekijöiden kautta sekä objektiivisesti että subjektiivisesti. Esimerkiksi elintaso muodostuu tuloista, asumisolosta, työllisyydestä, koulutuksesta ja terveydestä. Näitä osatekijöitä voidaan mitata ja tulkita. Tyydytetty tarve toimii resurssina muille tarpeille tai sitten kääntyy kylläntymisen kautta epäedulliseksi resurssiksi.



Kuvio 1. Mukailten Allardt'n hyvinvoinnin osa-alueet ja käsite erottelu (1976: 32–50.)

Yhteyssuhteet ja yhteisyyden kokeminen vaikuttavat elämänlaatuun. Yhteisyys on yksilön yhteyttä perheeseen, ystäviin ja alueeseen. Yhteyssuhteet toimivat lähinnä vaikuttamina tai ärsykeinä muiden tarpeiden saavuttamiselle. Allardt'n (1976: 9–17, 52–53, 64.) mukaan resurssien väliset vaikutussuhteet voivat olla muuttuvia. Jotkut tekijät ovat edellytyksiä ja jotkut resurssit välttämättömiä muiden tarpeiden saavuttamiselle. Itsensä

toteuttamisen tarve voi olla irrallinen, eikä sillä ole alarajaa tai ylärajaa. Hyvinvoinnin tarve määräytyy ihmisten tarpeista. Tarpeiden on täytyttävä siinä määrin, että elämä on mielekästä ja mahdollista toteuttaa. Allardtin kaltaista lähestymistapaa on määritellyt ja kuvaillut myös George Henrik Von Wright. Wright (1972: 108–109) toteaa yhteiskunnan hyvinvoinnin tilan vaikuttavan suuresti palveluiden järjestämiseen ja päätöksentekoon. Hän määrittelee ihmisten hyvinvoinnin myös tarpeiden kautta, mutta sellaisten tarpeiden, joita ilman ihmisen on paha olla tai tarpeiden puute aiheuttaa haittaa ihmiselle ja yhteiskunnalle.

Maslow (1987: 7, 15–23) on selittänyt ihmisen motivaatiota tarpeiden tyydyttämiseen erilaisten yksilöllisten tarpeiden tyydyttämisen kautta. Maslowin tarvehierarkian pääpiirteet on esitetty kuviossa 2 alemmista tarpeista lähtien. Tämän mukaan inhimillisten tarpeiden tärkeysjärjestys ihmiselle on seuraava: fysiologiset tarpeet, turvallisuuden tarpeet, yhteenkuuluvuuden ja rakkauden tarpeet, arvonannon tarpeet ja itsensä toteuttamisen tarpeet. Jos ihmisellä on jokin alemman tason tarve tyydyttämättä, hän motivoituu täyttämään nämä tarpeet ensin. Kun ihminen saa tyydytettyä yhden tason tarpeet, siirtyy hän tavoittelemaan seuraavan tason tarpeita.

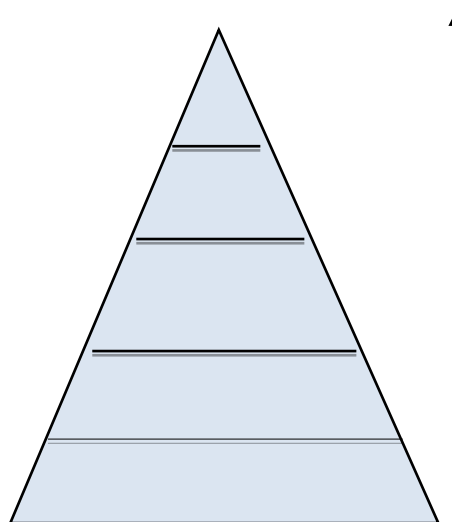
*Itsensä toteuttamisen tarpeet*  
 ”henkiset tarpeet”

*Arvonannon tarpeet*  
 ”sosiaalinen hyväksyntä”

*Yhteenkuuluvuuden ja rakkauden tarve*  
 ”tuntea olevansa rakastettu”

*Turvallisuuden tarpeet*  
 ”asunto, ym.”

*Fysiologiset tarpeet*  
 ”nälkä, jano, fyysiset tarpeet”



Kuvio 2. Tarvehierarkian tasot Maslowin mukaan (1943: 15–23.).

Allardt (1976: 52–53) pitää Maslowin teoriassa tärkeimpänä tarpeiden jakamisen alempiin ja ylempiin tarpeisiin, eli puutostarpeisiin ja kehitystarpeisiin. Hänen mukaansa alemmilla tarpeilla on yläraja, eikä ylemmillä tarpeilla ole rajaa. Rajat portaiden välillä eivät välttämättä ole selkeitä ja yksiselitteisiä. Tarpeiden tyydyttäminen ei aina etene järjestyksessä alemmasta tasosta seuraavalle tasolle.

Asiakkaan tarpeet ja kokemukset muodostavat mielikuvan palvelun laadusta. Tarpeet perustuvat johonkin ongelmaan, johon haetaan ratkaisua. He kokevat palvelun vuorovaikutusprosessin kautta. Jokainen palvelukokemus on ainutkertainen, vaikka kyseessä olisikin sama palvelu, koska palveluprosessiin osallistuu useita eri ihmisiä. (Grönroos 2009: 83–84.)

### 2.1.2. Asiantuntijapalvelut terveystalvluina

Perusturvalla taataan ihmisten hyvinvointi ja jokaiselle tietty elintaso. Kun yksilön elämässä alkaa esiintyä puutteita ja aukkoja, esim. sairastuessa hän tarvitsee hoitoa ja paikkausta tähän hyvinvoinnin vajeeseen. Tähän vastataan sosiaali- tai terveystalvluilla, joihin yksilöllä on oikeus, edellyttäen että tämä hyvinvoinnin vaje täyttää tiettyt asiantuntijoiden laatimat kriteerit. Tässä asiantuntijoilla on oikeus ja velvollisuus omaan harkintaan. Asiantuntijapalvelut terveystalvluina poikkeavat juuri tästä syystä muista julkisista palveluista. Asiantuntijuus perustuu syvään ammatillisuuteen, joka saavutetaan työkokemuksen ja opiskelun kautta. (Davies 2003: 194–195.)

Julkiset terveystalvlu ovat lakisääteisiä ja niihin liittyy yleensä asiantuntijoiden tiivis läsnäolo. He määrittelevät, mitä palvelua ja hoitoa potilas tai asiakas tarvitsee. Asiantuntijoiden kautta terveystalvluista on muodostettu palvelulinjoja ja hoitoprosesseja. Erikoissairaanhoidossa asiantuntijat toimivat prosessiin sitoutuneina. He toimivat keskenään tiiviissä vuorovaikutuksessa ja muutosagentteina. Uusia ajatuksia ja ideoita vaihdetaan omaan prosessiin sitoutuneiden asiantuntijoiden kesken, ja tämä onkin ollut luonnollinen osa organisaation kehittämistoimintaa. Erikoissairaanhoidossa pääpaino on sisäisen asiantuntemuksen vahvistuksessa ja sen hyödyntämisessä käytäntöön. Innovaatiot tapahtuvat sisäisten voimavarojen kautta. Ulkopuolista asiantuntija apua käytetään

lähinnä konsultaation tavoin vahvistamaan objektiivista näkemystä ja riippumattomuutta. Asiantuntijapalveluiden kehittämisen painopiste on sisäisten palveluiden kehittämisessä. Tätä on perusteltu mm. oman organisaation oppimisen näkökulmasta. (Saranummi, Kivisaari, Väyrynen & Hyppö 2005: 32–33.)

## 2.2. Terveyspalveluiden keskiössä potilaskuluttaja

Palveluista on yleensä tehty erilaisia määritelmiä. Määrittelyissä päätavoitteena on kuitenkin saada aikaan ymmärrys, mitkä ominaisuudet erottavat palvelut tavaroista. Grönroosin (2000: 78–79) mukaan palvelun käsitteissä ei ole täysin pitävää määritelmää vielä löydetty. Yksilö on palvelun kohteena yhteiskunnassa ja varsinkin silloin, kun on kyse sosiaali- ja terveyspalveluista. Kyse on ihmisten välisistä suhteista, yksilön ominaispiirteistä ja toimintakäytännöistä. Terveyspalveluita käyttävästä potilaasta on tulossa asiakas eli potilaskuluttaja. Asiakkuuden myötä potilaan rooli hoidettavana muuttuu. Mielenkiintoista on, miten se muuttuu ja osataanko tähän muutokseen vastata asiantuntijapalveluja tarjoavissa organisaatioissa. (Huges, Clarke, Lewis & Mooney 1998: 1–2.)

Palvelut ovat prosessin omaisia ja koostuvat erilaisista toimista ja toimien sarjoista. Lopputuloksena niillä pyritään löytämään ratkaisu asiakkaan ongelmaan ja tarpeeseen. Löydetty ratkaisu on palvelun lopputulos. Tähän palveluprosessiin liittyy myös aika. Palvelun tuottaminen ja kuluttaminen tapahtuvat samanaikaisesti tietyssä ajassa, jossa myös lopputulos syntyy. (Grönroos 2009: 81–86; Saffer 2007: 176.)

Terveysthuolto-organisaatiossa palvelun ydin on potilaille ja asiakkaille annettava hoito, joka on näkyvää palvelua eli *ydinpalvelua*. Tämä on kuitenkin vain osa kokonaispalvelusta, johon liittyy *piilopalveluita*, kuten esimerkiksi laskutus, dokumentointi, potilaan huomioiminen, koulutus, asiakaspalautteiden käsittelyt, neuvonta, ohjaus ja nopeasti toimintaan tarttuminen. Näiden edellä mainittujen asioiden hoitaminen asiakaslähteisesti, tuo asiakkaalle palveluun lisää arvoa. (Grönroos 2009: 25–26.)

Kansanterveydellisesti ja poliittisesti on tärkeää lisätä kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Tavoitteena on myös luoda tyytyväisyyttä terveystalouden saatavuuteen ja toimivuuteen. (Ekroos 2004: 161–163.) Terveystalouden yleisenä tavoitteena ovat asiakaslähtöiset ja laadukkaat palvelut. Näiden palveluiden tulee lähteä aina asiakkaiden tarpeesta. (Ekroos 2004: 156; STM 2014: 8.) Näiden palveluiden konkreettista sisältöä on kuitenkin vaikea osoittaa. Organisaatiossa voi olla asiakaslähtöisiä toimintatapoja, mutta niitä ei toteuteta asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisen toiminnan esteenä voi olla esim. lainsäädäntö ja sen tulkinta tai viranhaltijan harkinta ja tähän liittyvä päätäntävalta. (Valkama 2012: 73.)

Asiakkaan oikeudet korostuvat ihmisten perusoikeuksissa. Terveystalouden uuden potilaslain (1326/2010) avulla edistetään potilaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun. Siinä nostetaan esille asiakas käsite ja asiakaslähtöisyyden korostaminen sosiaali- ja terveystalouden keskiössä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) täydentää perusoikeuksia. Tämän lain taustalla on asiakkaiden palvelun laadun parantaminen, huomioon ottamalla asiakkaan mielipide, toivomukset, etu ja yksilölliset tarpeet Asiakaslähtöinen palvelu terveystaloudessa edellyttää myös asiakkaan ja potilaiden aitoa arvostamista ja kuuntelemista. Palveluun on otettava asiakkaan ja potilaan lisäksi myös heidän omaiset. Yhdessä tekeminen ja sitoutuminen ovat erittäin tärkeä näkökulma asiakaslähtöisyydelle. (Montgomery & Little 2011: 393–394.)

Asiakaslähtöisissä palveluissa tavoite on antaa asiakkaille ja potilaille enemmän sananvaltaa ja vaikutusmahdollisuutta tarjottavien palvelujen käytössä. Lisäksi tulee luoda dynaamisia ja joustavia terveystalouden palveluorganisaatioita. Julkiset palvelut ovat nykyisin hyvin pitkälle markkinoille suuntautuneita, kuten yksityiset palvelut. (Tritter ym. 2009: 132–134.)

YK:n Lapsen oikeuksien yleissopimuksen osan yksi 12. artiklan mukaan, myös lapsella on oikeus osallisuuteen. Heidän tulee saada vaikuttaa itseään koskeviin asioihin kehitystään vastaavasti. Lapsella on oikeus ilmaista mielipiteensä ja näkemyksensä asioissa. Suomen perustuslaissa (731/1999) ja lastensuojelulaissa (417/2007) painotetaan, että heille on annettava mahdollisuus tähän. Osallisuus antaa lapselle mahdollisuuden harjoi-



tella kansalaistaitoja sekä tuo näkyväksi lapsen tilanteen. Lapset ovat asiantuntijoita heidän elämässään ja arkeen liittyvissä asioissaan. Aikuisten tehtävä on antaa palautetta mukanaolosta ja vahvistaa lasten kokemuksia. (THL 2014: Lastensuojelun käsikirja)

### 2.2.2. Passiivinen vai aktiivinen potilaskuluttaja

Siirtymää passiivisesta hoitoa vastaanottavasta potilaasta aktiiviseen asiakkaaseen eli potilaskuluttajaan on selvennettävä. Käsitteet sisältävät paljon yhtäläisyyksiä, mutta myös eroja. Suomalaisen käsityksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas liittyy läheisesti johonkin kuntaan, jolla on vastuu palveluiden tarjoamisesta. (Niiranen 2002:65.) Asiakkaat eivät osta tuotteita tai palvelua suoraan, vaan niiden tuomaa hyötyä. Asiakas-termillä viitataan yleensä palvelun vastaanottajaan, jolla on tarve palveluun. Asiakas myös hyötyy ja maksaa saamastaan palvelusta. Asiakkailta on myös yksilöllisiä toiveita ja odotuksia palvelun suhteen ja palvelun tulisi vastata näitä toiveita ja odotuksia. Näin asiakkaastakin tulee osa palveluprosessia ja lopputuotosta. (Grönroos 2009: 26–27.)

Asiakkaan ja potilaan asemaa voidaan vahvistaa osallistumisella ja luomalla osallisuutta. Asiakas tai potilas on aktiivinen kuluttajan roolissa, kun hän toimii tasavertaisessa vuorovaikutuksessa palvelun tuottajan kanssa. Häntä tarkkaillaan kokonaisvaltaisesti, kuunnellaan aidosti ja käydään jatkuvasti arviointi ja palautekeskusteluja. Näin yksilö voi aidosti vaikuttaa palvelun suuntaan ja sen toteutumiseen. (Grönroos 2009: 27.)

Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (ks. taulukko 2) olen havainnollistanut suoran ja epäsuoran osallistumisen vaikutuksen ja vallan vaikutuksen päätöksentekoon. Yleensä terveydenhuollossa asiakkaan osallistumisen muoto on välillistä eli epäsuoraa vaikuttamista, joko yksilö tai yhteisötasolla (Tritter 2009: 13). Tällöin asiantuntijat keräävät tietoja asiakkailta eli palveluiden käyttäjiltä, He tekevät myös varsinaiset palvelua ja hoitoa koskevat päätökset. Osallistumisella on tällöin hyvin vähän vaikutusta ja valtaa itse päätöksentekoon. Suorassa yksilöllisessä tai yhteisöllisessä vaikuttamisessa potilaskuluttaja ottaa itse osaa varsinaiseen päätöksentekoon, joko yksilönä tai yhteisönä. Tällöin osallistumisella on vaikutusta ja valtaa myös päätöksentekoon. Yksilöllisessä suorassa

vaikuttamisessa potilas on mukana omaa hoitoa tai palvelua koskevassa päätöksenteossa, esim. päättämässä mitä hoitoa ja palveluita hänelle annetaan, ja miten resursseja käytetään vai annetaanko hoitoa laisinkaan. Yhteisöllistä suoraa osallistumista taas voisi olla esim. vertaistukiryhmän osallistuminen uuden syöpäklinikan suunnitteluun. Epäsuoraa vaikuttamista terveydenhuollossa on paljon ja tämä esiintyy lähinnä asiakaspalautteiden muodossa. Potilaiden ja asiakkaiden näkemyksiä kartoitetaan, mutta varsinaiset päätökset annettavasta hoidosta ja palvelusta tekevät terveydenhuollon hoitohenkilökunta ja hallinto. (Koivusalo, Ollila & Alanko 2009: 212–213.)

Taulukko 2. Osallistumisen matriisi Triteriä mukaillen.

OSALLISTUMISEN MATRIISI	Suora osallisuus	Epäsuora osallisuus
Yksilöllinen osallisuus	Suuri vaikutus ja valta päätöksentekoon	Vähän vaikutusta ja valtaa päätöksentekoon
Yhteisöllinen osallisuus	Vähän vaikutusta ja valtaa päätöksentekoon	Ei vaikutusta, eikä valtaa päätöksentekoon

### **3. PALVELUMUOTOILU OSANA TERVEYDENHUOLLON PALVELUIDEN KEHITTÄMISTÄ**

#### 3.1. Terveyspalveluiden kehittäminen

Fyysisten tuotteiden kehittäminen eroaa paljon palveluiden kehittämisestä, vaikka yhteisiä piirteitäkin esiintyy. Palveluiden kehittämiselle harvoin tehdään suoranaisia suunnitelmia ja tavoitteita. Siihen ei yleensä palkata erillisiä asiantuntijoita, vaan kehittäminen tapahtuu palvelun tuottajan työn ohessa. Palveluiden tuottajien innovatiivisuus ja kyvykyys ovat kuitenkin tärkeissä rooleissa palveluiden kehittämisessä. Fyysisten tuotteiden kehittämissä lopputulos on ”kosketeltavissa” oleva tuote, kun palveluiden kehittämisen tulos on abstrakti, jota on vaikea testata ennen käyttöönottoa. Palveluiden kehittäminen kuitenkin tapahtuu asiakasta varten, joten suunnitteluun ja kehittämiseen on otettava mukaan itse palvelun käyttäjä. Jos asiakas jää ulkopuolelle, lopputulos on hyvin vaatimaton eikä se tuo palvelulle lisää arvoa (Kinnunen 2003: 29–31.)

Kinnusen (2003: 41–43, 59–64) mukaan palvelun kehittämisen luonne riippuu siitä, onko kohteena täysin uusi palvelu vai vanhan palvelun uudistaminen. Jos kyse on vanhan palvelun kehittämisestä, on palvelu ensin analysoitava. Asiakkaan tarpeet ja toiveet tulisi olla analyysin pohjana, koska sen tulee olla asiakkaalle hyödyksi eli tuottaa arvoa. Menetelmäksi Kinnunen esittää vapaamuotoisia haastatteluja, koska näissä saadaan esille haastateltavan oma ajattelu. Asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden selvittäminen ei aina ole helppoa, koska asiakkaat eivät aina itsekkään niitä tiedosta. Asiakas ei esim. hahmota asiantuntijuutta vaativaa tilannetta eikä ymmärrä uusinta tekniikkaa ja näiden seurauksena syntyvää uutta tarvetta tai ongelmaa. Uuden palvelun luominen aloitetaan suoraan ideoimalla. Ideoinnissa on tuotava mahdollisimman paljon esille erilaisia toimintamalleja, joista sitten arvioidaan ja valitaan parhaimmat. Jatkokäsittelyyn valittavien ideoiden on tuotettava asiakkaalle hyötyä ja arvoa. Lisäksi ne on pystyttävä tuottamaan palveluntarjoajan resursseilla.

Terveystuotepalvelut elävät jatkuvassa epävarmuuden ja muutoksen olosuhteissa. Niiden selviytymisen edellytyksenä on uuden luominen samalla vanhat hyväksi koetut

käytännöt säilyttäen. Terveysthuoltoalalla uudistuskohteita on runsaasti ja on keskityttävä olennaiseen. Terveysthuoltoalasta esim. tämän tutkimuksen kohteena olevassa erikoissairaanhoidossa tärkeimpiä uudistuskohteita ovat asiakaslähtöisten toimintatapojen omaksuminen ja palveluiden vaikuttavuuden lisääminen. Asiantuntijoiden ja hoitotyöntekijöiden kykyä oppia pois vanhoista huonoista käytännöistä ja prosessinomaisesta toiminnasta tulee kehittää. Käytännön arkityöhön on otettava enemmän mukaan tieteellistä tutkimusta ja sen kautta saatuja tuloksia. On otettava käytäntöön toimintatapoja, joilla on tieteellisesti todistettua vaikuttavuutta. Tämä toteutuu kahdella tavalla: heidän kauttaan, jotka tuottavat tietoa ja heidän kauttaan, jotka käyttävät tuotettua tietoa käytännön työssään. (Brice & Booth 2004: 138.)

Miettisen (1999: 84) mukaan keskeisintä terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä on kehittää asiantuntijoiden ja hoitohenkilöstön yhteiskunnallisia taitoja. Näitä taitoja ovat esim. kyky ymmärtää yhteiskunnan ja yhteisöjen elämää, sekä näiden tekijöiden vaikutusta hoitotyöhön ja sen uudistamistarpeeseen. Lisäksi hän mainitsee, että tarvittaisiin enemmän tulevaisuuden tarpeiden kartoittamista ja vaikuttavuuden arviointia saavutettuihin tuloksiin nähden.

Christensen (2009: 73–75.) tuo teoksessaan esille innovatiivisuuden esteitä terveydenhuoltoalalla, ja näistä suurimpana esteenä kehittymiselle hän pitää organisaatioiden roolia. Hänen mielestä esim. sairaalat ovat tieteen keskittymiä. Ne toimivat kliinisinä laboratorioina ja ovat ottaneet roolin lääketieteen ja siihen liittyvän teknologian kehittäjänä sekä kliinisenä harjoituspaikkana terveydenhuoltoalan opiskelijoille. Sairaalan roolia on muutettava enemmän kokonaisvaltaisemmaksi ja asiakaslähtöisemmäksi, ottamalla käyttöön yritysmailman ajattelutapa, mutta unohtamatta kuitenkin laadun näkökulmaa.

Terveydenhuoltoalalla on totuttu hitaisiin ja vaativiin uudistusprosesseihin ja innokkaat uudistajat koetaan hyvin helposti organisaation uhaksi ja toiminnan romuttajiksi. Sairaaloihin ja terveysthuoltokeskuksiin kuuluu innovatiivisuutta estäviä piirteitä, kuten päätösvallan keskittäminen, tehtäväkohtaiset työnjaot, korkea hierarkia ja muodolliset työtavat. Lisäksi luovuuden estona ovat myös julkisen organisaation byrokraattisen toiminnan piir-

teet, kuten toiminnan varmuus, ennustettavuus, oikeudellinen perusta, julkisuus sekä virkamiesten oikeudellinen asema. (Simoila ym. 1999: 85.)

Luova innovatiivinen organisaatio on rakenteeltaan joustava, orgaani ja hajautettu. Se sisältää vähän byrokratiaa ja hierarkiaa, mutta paljon demokratiaa. Luova organisaatio on tehokas muutoksissa ja muissa epätavallisissa tilanteissa. Luovan organisaation palvelut muuttuvat joustavasti asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Niiden toiminta muuttuu havaintojen ja käyttäjätietojen kautta oppimisella sekä uuden teknologian käyttöönotolla (Carnall 2007: 84–92.)

Terveysthuollon palveluiden kehittämisessä on siirrytty prosessijohtamisesta ”Lean”-kulttuuriin. Lean ajattelutapa on lähtöisin japanilaisilta autoteollisuudesta 1950-luvulta, ja siinä keskitytään resurssien tehokkaaseen käyttöön, joka sopii hyvin tämän hetken niukkoihin resursseihin. Lean on luova ajattelutapa, jonka avulla prosesseista saadaan tehokkaita karsimalla pois hukkaa. Hukkaa on se, mikä ei tuota prosessin lopputuotokselle arvoa. Käsitteen on tuonut meille tunnetuksi Womack ja Jones (1996) teoksessaan ”Lean thinking”. Teos käsittelee lean ajattelutavan periaatteita sekä organisaation alueita, joissa yleensä ilmenee hukkaa.

Terveysthuollon palvelussa lopputuotos on asiakkaan tai potilaan tuntema arvo. Lean ajattelu keskittyy jatkuvaan prosessien parantamiseen ongelmaratkaisun kautta. Arvoa tuottamattomia prosessin osia karsitaan ja lisätään arvoa tuottavaa osuutta. (Womack & Jones 1996: 16.) Lean ajattelutapa kannustaa myös kyseenalaistamaan asioita ja miettimään, voisiko asiat tehdä toisella tapaa paremmin.

Lean ajattelun soveltuvuutta terveysthuollon palveluiden kehittämiseen voidaan miettiä sen viiden perusperiaatteen kautta. Ensimmäinen on määriteltävä arvo. Arvon voi määrittellä palvelun käyttäjä eli asiakas tai potilas. Hän arvioi palvelun tai hoidon suhteessa tarpeisiinsa. Toisena periaatteena on arvovirran tunnistaminen. Arvovirtaa ovat kaikki toimet, jotka tarvitaan palvelun tai tuotteen aikaansaamiseksi. Tätä arvovirtaa analysoidaan tunnistetaan toiminnasta arvoa tuottamaton osa ja arvoa tuottava osa, eli paljastetaan hukkaa. Kolmantena periaatteena on tehdä arvovirtauksesta joustavaa, eli on varmistetta-

va tuotannon ja toiminnan esteetön eteneminen. Neljänneksi tuotteet ja palvelut on tuotettava vetovoimaisesti, eli tuotetta tai palvelua valmistetaan ja tarjotaan vasta sitten, kun potilas tai asiakas sitä tarvitsee ja pyytää. Tuotosta ei siis työnnetä eteenpäin, vaan se siirtyy prosessissa eteenpäin tarve edellä imuvoimaisesti. Viides periaate leanissa on täydellisyyden tavoittelu. Tavoitteena tässä on saada organisaatioon jatkuva positiivisen kehittämisen kulttuuri. (Womack & Jones 1996: 19–26.)

Lean näkökulma keskittyy nyt vielä enemmän palveluiden ja hoidon taustalla oleviin prosesseihin ja näiden parantamiseen työntekijöiden ja asiantuntijoiden kautta. Ihan uusinta terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä on palvelumuotoilun näkökulman yhdistäminen leanin näkökulmaan. Tässä tavoitteena on yhteiskehittäminen, jossa huomioidaan taustaprosessien kehittämisessä myös käyttäjien tarpeet. (Lean- ja potilasturvallisuusseminaari 4/2016, Vaasa.)

### 3.1.1. Palvelumuotoilu palveluiden kehittämisessä

Palvelumuotoilu tunnetaan paremmin nimellä ”*Service Design*”. Tämä on käsitteenä laaja ja nuori. Tästä johtuen käsitteelle on vaikea löytää yhtä yksiselitteistä määritelmää. Palvelumuotoilun juuret ovat Euroopasta ja sen osaamisalan lanseerasi vuonna 1991 professori Michael Erlhoff (Köln International School of Design, KISD). Kansainvälisesti palvelumuotoilun on tuonut tunnetuksi saman laitoksen professori Birgit Mager vuonna 1995 (Tuulaniemi 2013: 62).

Yrityksille menestyvä tuote on sen olemassaolon edellytys. Tuote on sitä mitä yritys myy ja sitä mitä asiakas ostaa. Jos tuote tuo asiakkaalle hyötyä, lisää se myös tuotteen arvoa. Tuote voi olla tavara tai tuotteistettu palvelu. (Grönroos 2003: 27.) Palvelumuotoilussa tuotteet ja palvelut on eriteltävä. Palveluita ei voi omistaa, ei varastoida eikä niitä voi kosketella käsin. Ne ovat monimutkaisia kokemuksia ja niiden laatua on vaikea mitata. (Moritz 2005: 29–31.) Seuraavassa taulukossa (ks. taulukko 3) on eritelty tuotteet ja palvelut sekä niissä ilmenevät huomattavimmat erot.

Taulukko 3. Palveluiden ja tuotteiden erittely Moritzin mukaan (Moritz 2005: 30).

Tuote	Palvelu
Valmistettu tuote tai tavara	Suoritettu toiminta
Aineellinen	Aineeton
Käsin kosketeltavissa	Ei kosketeltavissa, abstrakti asia
Varastoitavissa oleva	Ei varastoitavissa
Ilman asiakasta olemassa oleva	Asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa oleva
Tuotannon jälkeen kulutetaan	Tuottaminen = Kuluttaminen
Virheitä tai puutteita valmistuksessa	Erehdyksiä tai väärinkäsityksiä käyttäytymisessä

Palvelulle on vaikea antaa yksiselitteistä määritelmää. Kaikissa palvelua koskevissa määritelmissä korostuu kuitenkin se, että se ratkaisee asiakkaan jonkin ongelman tai vastaa johonkin tarpeeseen. Se on prosessi ja sen voi kokea, mutta sitä ei voi omistaa eikä varastoida. Palveluissa korostuu myös ihmisten välinen vuorovaikutus. (Tuulaniemi 2013: 59.)

Palvelumuotoilu huomioi asiakkaat käyttäjän näkökulmasta. Se varmistaa, että tarttumaja rajapinnat ovat asiakkaankin kannalta hyödyllisiä, käyttökelpoisia ja houkuttelevia. Palveluiden on oltava selkeitä myös palveluntuottajan näkökulmasta. Palvelumuotoilun avulla voidaan havainnollistaa, suunnitella ja ratkaista ongelmia, jotka eivät edes suoranaisesti ole havaittavissa. Magerin (2004: 19) mukaan tällaisia huomaamattomia palvelun laadun epäkohtia ovat esim. kaavamainen työkeä palvelun tuottajan toiminta ja kuluttajien jonottaminen. Nykyään ihmiset eivät tällaista hyväksy, ja palvelumuotoilu voi olla ratkaisu tähän ongelmaan. Hänen mukaan palvelumuotoilun avulla tarkkaillaan ja tulkitaan asiakkaan ja tuottajan vaatimuksia, sekä toiminta- ja käyttäytymismalleja ja lopuksi nämä muutetaan tulevaisuuden palveluksi. Palvelumuotoilu käsittää niin olemassa olevien palveluiden kehittämisen kuin uusien palvelutoimintojen suunnittelun.

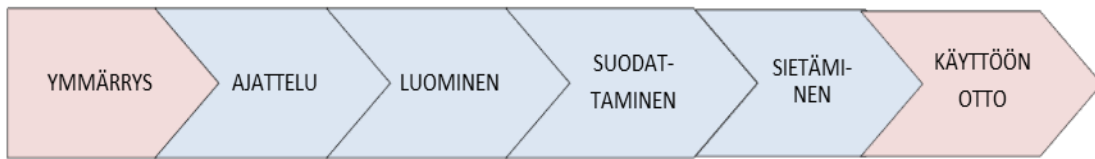
Tärkeän ja erittäin käytetyn määritelmän palvelumuotoilusta on luonut Stefan Moritz (2005: 22). Hän kuvailee sitä seuraavanlaisesti:

*”Service Design helps to innovate (create new) or improve (existing) services to make them more useful, usable, desirable for clients and effective for organisations.”*

Moritz (2005) on kirjoittanut Magerin innoittamana ohjekirjan ”*Service Desing*”, palvelumuotoilun ymmärryksen ja toteuttamisen helpottamiseksi. Teoksessaan hän selvittää palvelumuotoilun taustaa, taloudellista näkökulmaa, eroa tuotteisiin sekä antaa käytännön esimerkkejä toteutukseen. Moritz kirjoittaa teoksessaan palveluiden vallankumouksesta, siitä kuinka paljon palvelut ovat muuttuneet ja yhteiskunta on muuttunut viimeisten 25 vuoden aikana. Palvelua on kaikkialla ja siihen on osoitettu noin 70 % maailman taloudesta. Ihmisten palveluiden tarve ja muoto ovat muuttuneet talouden, teknologian, tuotteiden markkinoiden ja ihmisten yksilöllisten tarpeiden mukaan. Hän korostaa palveluiden monimuotoisuutta ja kokemuksellisuutta. Palveluita tapahtuu koko ajan ihmisten ympärillä erilaisilla kosketuspinoilla, mutta ihmiset käsittelevät näitä kosketuspintoja hyvin eri tasoilla. (Moritz 2005: 21–29.)

Moritzin mallissa itse palvelumuotoilun prosessin (ks. kuvio 3) laittavat liikkeelle yrityksen tai organisaation johtajat. Ensimmäisessä vaiheessa on tarkoitus ymmärtää asiakkaan tarpeita ja toiminnan tavoitteita. Tämän kautta luodaan pohja prosessille ja pohditaan toiminnan tavoitteita, aikataulua ja prosessin laajuutta. Ajattelu-vaiheessa ideoidaan monipuolisesti. Luomis- ja suodattamisvaiheessa tuotteet ja palvelut on osattava eritellä ja näiden epätasapaino on huomioitava (ks. taulukko 3). Tämän jälkeen kehityskelpoiset ideat ja ratkaisut seulotaan ja viedään eteenpäin. Selitä vaiheessa todetaan mitä on tuotettu visualisoiden ideat ja ratkaisut esimerkiksi mallien, karttojen, prototyypin tai animaation avulla. Viimeinen vaihe on käyttöönotto eli esim. liiketoimintasuunnitelman tai ohjeiden ja suunnitelmien testaaminen käytännössä. (Moritz 2005: 154–156.)





Kuvio 3. Palvelumuotoilun prosessi Moritzin mukaan (Moritz 2005: 157).

Juha Tuulaniemi (2011: 24) kuvailee palvelumuotoilua näin:

*”Palvelumuotoilu on systemaattinen tapa lähestyä palvelun kehittämistä ja innovointia yhtä aikaa sekä analyyttisesti että intuitiivisesti.”*

Palvelumuotoilun näkökulma on hyvin kokonaisvaltainen. Se tarkastelee koko palvelusysteemiä kokonaisuutena niin sen käyttäjien välisiä suhteita kuin vuorovaikutusta. Palvelumuotoilu voi yhdistää käyttäjien tarpeet ja odotukset, sekä palveluntuottajan tavoitteet. Se yhdistää nämä toimivaksi palvelukokonaisuudeksi käytännön toiminnan kautta. (Tuulaniemi 2011: 24–25.)

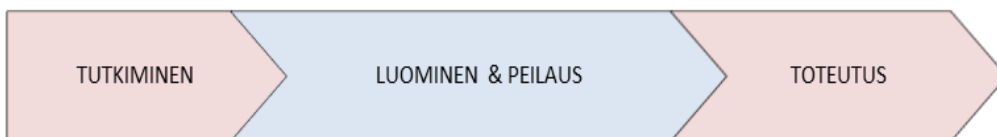
Tuulaniemen (2011: 126–127.) esittämän määritelmän mukaan palvelumuotoilun prosessi etenee viiden eri vaiheen mukaan (ks. kuvio 4). Nämä ovat määrittely, tutkimus, suunnittelu, tuotanto ja arviointi. Hän kuvaa palvelumuotoiluprosessin noudattavan luovan ongelmaratkaisun periaatteita, joka koostuu sarjasta loogisesti eteneviä ja toistuvia toimintoja. Palvelun kehittäminen on kuitenkin aina ainutkertaista, joten kyseessä on prosessin perusrunko, jota voi soveltaa eri tilanteissa ja eri palveluiden kehittämisessä.



Kuvio 4. Palvelumuotoilun prosessi Tuulaniemen mukaan (2011: 127).

Palvelumuotoiluprosessin ensimmäinen vaihe aloitetaan tavoitteiden määrittelyllä. Siinä pyritään ymmärtämään ratkaistava ongelma, asiakkaiden tavoitteet ja palvelun tuottajan lähtökohta. Tämän jälkeen aloitetaan itse ongelman tutkiminen, joka toteutetaan erilaisin haastatteluin, keskusteluin ja asiakastutkimuksin. Näillä tavoitteena on saada luotua kokonaisvaltainen näkemys kehittämiskohteesta, toimintaympäristöstä, resursseista ja käyttäjätarpeista. Tässä vaiheessa tarkennetaan myös palvelun tuottajan strategiset tavoitteet. Suunnitteluvaihe sisältää ideoinnin, konseptoinnin ja prototypioinnin. Tässä vaiheessa määritellään myös palvelun tuottamisen arvioinnin mittarit. Palvelun tuotantovaiheessa konsepti viedään markkinoille tai käytännön toimintaan. Tällöin asiakkaat saavat kokeilla sitä ja ehdottaa mahdollisia kehitystoimia. Lisäksi tässä vaiheessa suunnitellaan myös itse palvelun tuottaminen. Viimeisessä vaiheessa tehdään arviointi, mitataan palvelun toteutuminen markkinoilla ja käytännössä, sekä tarvittaessa hienosäädetään palvelua saatujen kokemusten perusteella. (Tuulaniemi 2011: 127–128.)

Palvelumuotoilu on yleisesti ottaen hyvin ihmisläheistä, jonka tavoitteena on ymmärtää ihmisten käyttäytymistä ja siihen vaikuttavia asioita. Palvelumuotoilu on toimintatapa, jossa sen kehittämiseen otetaan mukaan sekä kuluttajat että muut palveluun osallistujat. (Schneider & Stickdorn 2010: 38–39.) Schneiderin ja Stickdornin prosessimallissa on nähtävissä paljon yhtäläisyyksiä edellä esiteltyihin, vaikkakin enemmän yksinkertaistusti. Ajatuksena prosessissa on mallin sekä sen työkalujen käyttäminen sovelletusti, eikä prosessin kolme vaihetta ole toisiansa sitovia. Seuraavassa kuviossa (ks. kuvio 5) on kuvattu Stickdornin ja Schneiderin kolmijakautunut prosessimalli: ”*Tutki, luo ja peilaa sekä toteuta malli*”



Kuvio 5. Palvelumuotoilun keskeiset ajattelu- ja toimintamallit Stickdornin ja Schneiderin mukaan. (2010: 149).

Palvelumuotoilua voidaan käyttää terveydenhuoltoalalla kehittämisessä, mutta sen taustalle ei ole olemassa yhtä sopivaa teoriaa tai mallia. Moritzin esittämä palvelumuotoilun malli on yleinen, mutta on kuitenkin suunnattu ehkä enemmän muotoilun ammattilaisille. Mallin tulisi olla enemmän yksityiskohtainen ja asiantuntijuuteen perustuva. Asiantuntijoilla on paljon tietoa, mutta he eivät ole muotoilun ammattilaisia. Palvelumuotoilua ei toteuteta yksittäisenä tapauksena, vaan tiedot kerätään vähitellen ja silloin kun ne ilmaantuvat. Palvelumuotoilun taustateoriana terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä, voisi ehkä enemmin olla jokin keskeinen innovaatioteoria. Tällainen muotoilun kehittämisprosessia ohjaava teoria voisi olla esim. Kumarin (2009) innovaatioprosessin malli. Sen tausta periaatteet ovat seuraavat:

1. Innovaatiot tulee rakentaa kuluttajien kokemusten ympärille
2. Innovaatiot on ymmärrettävä systeeminä, ei vain pelkkänä tuotteena
3. Organisaation kulttuurin on oltava innovatiivinen
4. Muotoilun prosessi ja menetelmät on omaksuttava ja niitä on noudatettava

Näistä tärkein on kuluttajien käyttäjäkokemuksen ymmärtäminen. Käyttäjäkokemuksella tarkoitetaan palvelun ja tuotteen välistä vuorovaikutusta. Siihen sisältyy fyysinen vuorovaikutus, ajatukset, tunteet, palveluille annetut merkitykset, sosiaaliset tilanteet ja arvojen ja normien merkitys kuluttajalle. (Kumar 2009: 91–100.) Käyttäjäkokemuksen huomioinen tarkoittaa myös sitä, että kuluttaja osallistuu kehittämistyöhön. Hän tuo omat ajatukset ja kokemukset esille, joita muotoillaan sopiviksi yhdessä asiantuntijan kanssa. (Miettinen 2009: 106–121.) Kun käyttäjäkokemus on tuotu palvelumuotoiluun ja kaikkiin sen vaiheisiin, voidaan alkaa puhua yhteiskehittämisestä. Yhteiskehittelyn avulla käyttäjistä voi tulla kanssatuottajia tai seurauksena voi olla jopa yhdessä tuotettuja palveluita. (Mager 2009: 28–42.) Kumarin mallissa yhdistetään innovaatiotoiminta ja muotoilu sekä painotetaan yhteistyötä ja asiantuntijuuden merkitystä. Mallin vaiheet etenevät ideaalivaiheesta palveluiden toteuttamiseen. Malli sopii hyvin terveydenhuoltoalan palveluiden pitkäjänteiseen kehittämistyöhön.

Palvelumuotoilu on saanut pysyvän aseman Iso-Britannian terveydenhuollossa ja erityisesti julkisten palveluiden suunnittelussa. Tätä toimintamallia on jonkin verran tutkittu

ja kokeiltu myös meillä Suomessa. Sitä on sovellettu esim. PALMU – Palvelumuotoilua ikääntyville hankkeessa. Helsingissä sijaitsevassa PALMU -yrityksessä työskentelee palvelumuotoilijoita, arkkitehtejä, suunnittelijoita ja analyytikkoja, joiden asiakkaita ovat esim. terveys- ja hyvinvointipalveluja tuottava konserni Mehiläinen, joka käyttää palvelumuotoilua asiakasymmärryksen ja uusien palveluiden kehittämisessä. Myös apteekit ja lääkevalmistajat käyttävät palvelumuotoilua välillisten palvelujen kehittämisessä. Tässä palveluprosessissa painopiste on siirtynyt asiakkaiden kanssa yhdessä tehtyyn palvelusuunnitelmaan, joka perustuu yhteiseen kokemukseen ja palveluiden tarpeisiin. (PALMU.)

Myös Vaasassa toimii muotoilukeskus MUOVA, joka on tutkimus- ja kehityskeskus, joka tarjoaa palveluitaan yrityksille ja julkisille organisaatioille. MUOVA on Vaasan ammattikorkeakoulun, Vaasan yliopiston ja Aalto-yliopiston yhteinen kehittämis- ja tutkimusalusta. MUOVA:ssa hallitaan markkinalähtöinen muotoilu ja tarjotaan keinoja pienten ja suurten haasteiden ratkaisemiseen muotoilun avulla. Palveluiden kehittämisessä korostuu vahva asiakasnäkökulma. Palveluita on kehitettävä niin, että ne vastaavat asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin. Yritysten kilpailukykyä parannetaan palveluiden muotoilun avulla. (MUOVA.)

Kuinka palvelumuotoilu sitten käytännössä toimii? Taiteen tohtori Satu Miettinen (2009) esittelee teoksessaan ”*Designing Services with innovative Methods*” uuden tavan kehittää palveluita palvelumuotoilun avulla. Myös toisessa samankaltaisessa kirjassaan ”*Palvelumuotoilu*” Miettinen (2011: 20–29.) esittelee palvelumuotoilun prosessia ja sen mahdollisuutta Suomessa. Palvelumuotoilussa mallinnetaan havainnointiin, haastatteluihin ja muihin käyttäjäkeskeisiin tutkimusmenetelmiin pohjautuen tyypillisimpiä palvelun asiakkaita sekä heidän toimintopolkujaan. Avainasia on palvelunkäyttäjän ja palvelukokemuksen tunteminen. Laajasti tarkasteltuna potilaskuluttajan kulkema polku käsittää asiakkaan kaikki kosketuspisteet palveluun, myös yksittäisen palvelun tai kokemuksen palvelukokonaisuuden ulkopuolella. Tutkimus tuottaa tyypillisesti suuren määrän löydöksiä, joiden havainnollinen kommunikointi ja priorisointi ovat tärkeää jatkon kannalta. Kaikkea ei voi tehdä kerralla, vaan on olennaista tunnistaa suurimmat ongelmat tai haasteet. Suunnittelun kohteena ovat asiakaspolut. Nämä polut muodostuvat

kontaktipisteistä, joiden välityksellä palvelun kanssa ollaan eri tavoin vuorovaikutuksessa. Kontaktipisteiden välillä tapahtuva toiminta ja itse kontaktipisteet muodostavat asiakkaan kokeman toimintopolun. Tällaisia tyypillisiä kontaktipisteitä ovat palvelun käyttäjän kohtaamiset laitteiden, ohjelmistojen tai ihmisten kanssa. Keskeistä muotoilussa on palvelun kokonaisvaltainen suunnittelu ja palvelun abstraktien osien konkretisointi, jolloin käyttäjäkokemuksesta tulee yhtenäinen, johdonmukainen ja sujuva. Palvelu muotoillaan asiakkaille, mutta onnistuneen lopputuloksen kannalta on tärkeää huomioida ja hyödyntää myös palvelun tuottajan näkökulma mahdollisimman laajasti. Tehokas tapa osallistuttaa palvelua tarjoava organisaatio suunnittelutyöhön on järjestää työpajoja, joihin organisaatio osallistuu kaikilta palveluun liittyviltä osiltaan: johto, tuotekehitys, markkinointi, huoltopalvelut, jne.

### 3.1.2. Potilaskuluttajien osallisuus ja osallistuminen kehittämistyössä

Osallisuus ja osallistuminen ovat käsitteitä, joita käytetään usein synonyymeina, vaikka Valtioneuvoston selonteon (2002) mukaan osallisuus on paljon laajempi käsite kuin osallistuminen. Osallisuus on yhteiskuntaan kuulumista ja osallistuminen laajasti osallistumista omaan elämään (ICF 2004). Tässä tutkimuksessa nämä kummatkin käsitteet liittyvät asiakaslähtöisyyteen. Terveyspalveluissa tavoitteena osallistumisella ja osallisuudella on aito kumppanuus, joka johtaa parempiin lopputuloksiin ja vallan jakautumiseen tasan palvelun ja hoidon vastaanottajan ja tuottajan kesken. Terveystuotepalveluissa osallistuminen on yleensä epäsuoraa osallistumista. Se on lähinnä asiakkaan ja potilaan mukanaoloa, vaikka vain läsnäolona. Tässä ajatellaan, että palvelun käyttäjällä on mahdollisuus vaikuttaa toimintaan. Osallistumista on myös asiantuntijoiden tiedonkeruu palveluiden käyttäjiltä. Heidän tavoitteena on kehittää ja tuottaa käyttäjien palveluita. Vaikka tietoja ja näkemyksiä kartoitetaan asiakaskyselyin, varsinaisiin päätöksiin palveluiden käyttäjällä ei ole vaikutusta. Asiantuntijat voivat jättää osan tiedoista ja näkemyksistä huomioimatta, jos katsovat tämän tarpeelliseksi. Heillä on päätös ja valta toimitaanko kerättyjen tietojen mukaisesti vai ei. Suorassa osallistumisessa palvelun käyttäjä saa ottaa osaa varsinaiseen päätöksentekoon, kuten esim. hoitotoimenpiteen valintaa tai hoidoista kieltäytymiseen. Ratkaisevana osallistumisen tekijänä on valta

osallistua päätöksiin ja tämän kautta vaikuttaa siihen, miten voimavaroja käytetään ja mitä palveluita tarjotaan. (Koivusalo ym. 2009: 212–213.)

Laajassa tulkinnessa osallisuus ja osallistuminen tarkoittavat vuorovaikutusprosessia, jossa ollaan mukana koko hoidon tai palvelun ajan kaikkien muiden prosessiin osallistujien kanssa (Julkunen & Heikkilä 2007: 89). Tritter ja kumppanit (2009: 9–11, 211.) ovat nostaneet palvelunkäyttäjien osallisuuden ja osallistumisen ihmisten hyvinvointia koskevaan keskusteluun. Hyvinvointi lisääntyy, jos palvelun käyttäjällä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaa hoitoa tai palvelua koskevaan päätöksentekoon. Tämä näkökulma kuitenkin eroaa palveluiden kehittämisestä ja arvioinnista kerättyjen käyttäjätietojen perusteella.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa asiakkaalla tai potilaalla tulee aina olla osallisuus oman palvelun tai hoidon suunnitteluun. (Niiranen 2002: 67.) Tämä osallistumisen mahdollisuus säädetään jo Perustuslaissa (596/2007: 14) ja tätä on edistettävä julkisen vallan palveluissa. Kuntalain (519/2007: 27) mukaan kunnanvaltuuston on huolehdittava, että kunnan asukkailla ja palveluiden käyttäjillä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa kunnan alaisiin toimiin. Julkisesti tulee tarjota erilaisia osallistumisen muotoja ja kanavia sekä riittävästi tietoa erilaisista osallistumisen tavoista. Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaan asema ja oikeudet määritellään laissa (785/1992). Asiakkaille ja potilaille on annettava ymmärrettävästi selvitys oikeuksista ja velvollisuuksista sekä saada kirjallinen sopimus palvelusta ja hoidosta. Potilailla ja asiakkailla on oikeus päästä hoitoon ja saada laadukasta hoitoa ja yksilöllistä kohtelua. Laissa painotetaan yksilöiden itsemääräämisoikeutta ja oikeutta osallistua oman palvelun ja hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon.

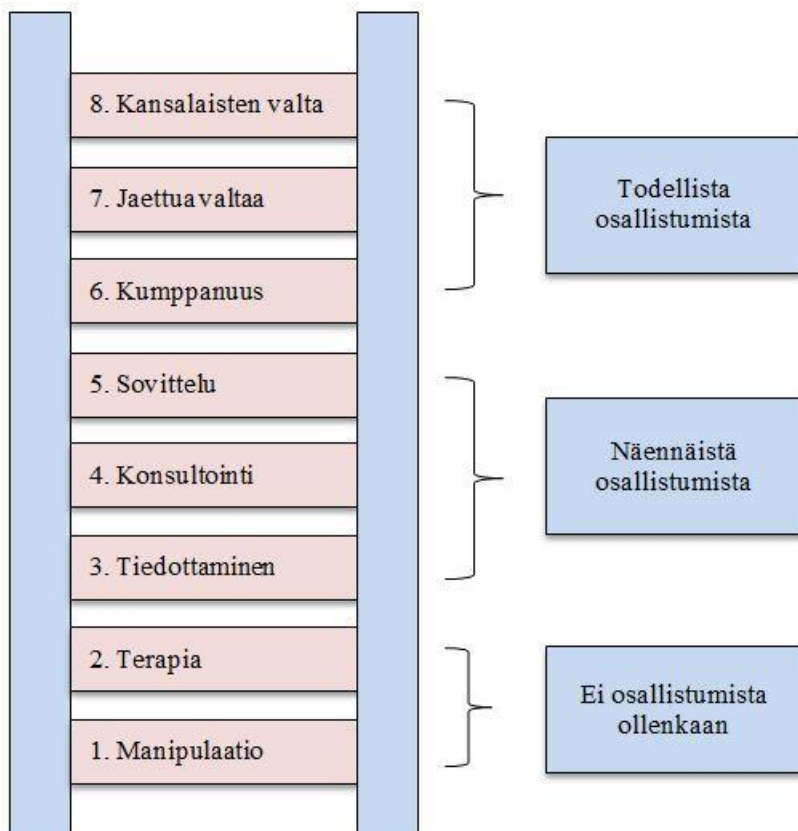
Monet terveyspalveluja tuottavat organisaatiot ovat huomanneet, että käyttäjien mukaan ottaminen on hyödyllistä palveluiden suunnittelussa ja kehittämisessä. Näin resurssit on saatu ohjattua oikeisiin ja tarvittaviin tarpeisiin. Arnstein (1969: 216) vertaa osallistumista pinaatin syömiseen: *”kukaan ei vastusta sitä periaatteessa, koska se on hyväksi”*.

Potilaiden ja asiakkaiden osallistumisen oletetaan yleensä olevan hyvä asia, mutta monet terveydenhuollon ammattilaiset ovat kuitenkin hieman eri mieltä siitä, minkälaista osallisuutta ollaan valmiita ottamaan vastaan. Osallistumisen hyväksymisessä esiintyy ammatillisia roolieroja ja näkökulmia. Näissä ammattilaiset pitävät osallistumista kyllä arvokkaana, mutta kokevat, että heillä on oikeus rajoittaa ja määritellä käyttäjien osallisuutta, perustuen lähinnä vastuuseen palvelun saajasta ja hänen terveydentilasta. (Daykin ym. 2004: 277.)

Potilaiden ja asiakkaiden osallisuuden kautta toiminnan sisältö voi kuitenkin muuttua uuteen ja odottamattomaan suuntaan. Tähän liittyy läheisesti epävarmuuden sieto tulevasta. Osallistumisen merkityksestä ja hyödystä terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä, ei ole vielä vakuuttavaa näyttöä. Kirjallisuudessa käsitellään kyllä paljon osallisuutta ja osallistumista tuotoksena, mutta ei sen vaikutuksista palveluiden tuotantoon ja vaikuttavuuteen.

Britanniassa on kokeiltu edistää ja uudistaa ihmisten osallisuutta ja demokratiaa esim. sähköisellä äänestysjärjestelmällä. Vuonna 2004 Britannian hallitus aloitti rohkean ja uudenlaisen kokeilun, jolla pyrittiin selvittämään voiko tavallisten kansalaisten mielipiteiden ja arvioiden perusteella suunnitella uutta järjestelmää. *The British Columbian Citizens` Assembly* valitsi satunnaisesti 160 kansalaista testaamaan ja kehittämään sähköistä vaalijärjestelmää. Tämän testin tulos osoitti kuitenkin, että sähköinen järjestelmä ei lisännyt osallistumisen aktiivisuutta. Tätä samaa on kokeiltu myös Kanadassa ja Alankomaissa ja myös Eurooppa on kiinnostunut tästä. Järjestelmä laajentaa osallistumisen mahdollisuutta, mutta vaikutukset uudistukseen saakka puuttuvat. Teoksessa ”*Designing Deliberative Democracy*” Warren ja Pearse (2008) tutkivat edellä mainittua uudistamisen ja osallistumisen keinoa demokratian teoriaan ja käytäntöön verraten. Kriittikiä teoksessa sai paljon sähköisen vaikuttamisen ja osallistumisen turvallisuus, luotettavuus ja läpinäkyvyys. Osallistumisen aktiivisuuteen vaikuttaa suuresti ihmisten taustatekijät kuten esim. sosiaalinen asema, koulutus ja poliittinen kanta. Sähköisessä vaikuttamisessa yleensä taustatekijät ja perustelut jäävät liian vähälle huomiolle, ja vain järjestelmän kautta saatu lopputulos on merkittävä. (Warren & Pearse 2008: 15–17.)

Potilaiden ja asiakkaiden osallisuutta ja osallistumismahdollisuuksia halutaan lisätä. Omatoimisuus ja vapaaehtoisuus ovat kuitenkin vielä tällaiseen todellisen yhteisen toiminnan edellytys. Palveluiden käyttäjille on kokeiltu ja tarjottu erilaisia osallistumisen keinoja, kuten esim. kansalaisraateja. Arnstein (1969) on jaotellut osallistumismahdollisuudet tikapuumalliksi (ks. kuvio 7), ja kritisoi paljon näennäisosallistumista. Näennäisosallistumisena voidaan pitää esim. asiakaskyselyjä ja gallupeja. Suoranaiseen hoidon suunnitteluun ja palvelusuunnitteluun sekä päätöksentekoon on vielä vaikea potilaan ja asiakkaan osallistua.



Kuvio 6. Arnsteinin tikapuumalli (Tritter & McCallumb 2006: 164).

Arnsteinin tikapuumallilla on kuvattu yleensä potilaan osallistumista päätöksentekoon, mutta sitä voidaan kyllä soveltaa myös terveydenhuollon palveluihin liittyviin hoitopäätöksiin. Osallistumismahdollisuutta tässä kuvaavat vallan eri tasot ja siinä oletetaan, että



vaikutusmahdollisuuksien lisääntyessä lisääntyy myös yksilön osallisuus samassa suhteessa, joka tuo yksilölle hyvinvoinnin tunnetta. Kahdella alimmalla portaalla (Manipulation & Therapy) on potilaan ja asiakkaan osallistumismahdollisuus suljettu kokonaan pois. Kolmella ylimmällä portaalla (Partnership, Delegated Power & Citizen Control) potilas ja asiakas voi tehdä tietoon perustuvia itsenäisiä päätöksiä. Ylimmän ja alimman tason välisissä portaissa (Informing, Consultation & Placation) potilaalla ja asiakkaalla on mahdollisuus jaettuun päätöksentekoon, jossa ammattilaisen rooli on aktiivinen ja ammattilainen toimii suunnannäyttäjänä. (Thompson 2007: 1297–1310.) Arnsteinin mallia on myös paljon kritisoitu, koska se keskittyy vallan yksiulotteiseen tarkasteluun. Mallissa palvelunkäyttäjien vallan lisääntyessä se vähentää valtaa palveluntarjoajalta. Jokainen askelma tikapuissa kuvaa valtaa suhteessa päätöksentekoon. Esim. Tritterin & McCallumbin (2006) mielestä mallilla mitataan vain sitä, kuinka paljon asiakas voi osallistua päätöksen tekemiseen. Se ei huomioi erilaisia osallistumisen muotoja, joita yksilölliset ja erilaiset palvelun käyttäjät voivat tarvita. Jos kansalaiskontrolli on osallisuuden ylin muoto, suuri vaara on, että palvelut toteutuvat enemmistön tarpeiden mukaan ja vähemmistön tarpeita ei huomioida. (Tritter & McCallumb 2006: 156–168.)

Terveydenhuollossa hoito ja palvelupäätökset perustuvat sopimuksellisuuteen ja varsinaisen päätöksen teko jää viranhaltijoille (Tritter 2009: 212). Tällaisessa sopimukseen perustuvassa hoidossa ja palvelussa ollaan vielä kaukana yhdessä tuottamisesta, koska asiakkaalla ja potilaalla ei ole oikeus määrittellä sopimus ehtoja. Ne perustuvat ja määräytyvät lainsäädännön ja tiettyjen hoitolinjauksien mukaan.

### 3.2. Palvelumuotoilun keskeiset osat terveydenhuoltopalveluissa

Terveydenhuoltopalveluissa korostuu asiantuntijuus, jonka keskiössä on ihminen potilaana tai asiakkaana. Hän on paras oman asiansa, elämänsä ja toimintansa tuntija. Asiakkaat ja muut prosessiin kuuluvat ihmiset ovat mukana palvelun ominaisuuksiin ja tuloksiin kohdistuvissa vaatimuksissa. Näin he voivat olla mukana myös palvelun kehittämisessä ja tuottamisessa. Yksi palvelumuotoilun tärkeimmistä tavoitteista on antaa käyttökelpoisia välineitä ja menetelmiä yhteiskehittämiselle, niin käyttäjälle kuin tuottajalle. Yhteiskehittämisen avulla saavutetaan palvelulle arvoa, joka lisää tiedon kulkua ja

edistää suunnittelua. Etuna on myös osapuolten sitoutuminen toiminnan kehittämiseen ja tuottamiseen. Lisäksi yhteiskehittämisellä saadaan mahdollisimman laaja näkökanta päätöksiin tarvittavasta tiedosta. Tämä ei tarkoita sitä, että palvelun käyttäjät olisivat mukana itse päätöksenteossa, mutta heidät on huomioitu laajasti. Palvelumuotoilijat ja suunnittelijat valitsevat organisaation ja palvelun tavoitteisiin parhaimmaksi sopivat osat. (Tuulaniemi 2011: 116–117.)

Terveydenhuollon asiantuntijapalvelussa on ongelmallista asiakkaiden tarpeiden määrittäminen. Asiakkaan lähtötarpeena on yleensä saada apua terveyttä uhkaavaan tekijään tai hoito sairauden vaateeseen. Palveluorganisaatiolla on tarkoituksena tarjota ainakin näihin kohdistettu ydinpalvelu ja muut palvelut ovat arvoa tuottavia oheispalveluita. Asiakas ei myöskään aina välttämättä kykene tai halua analysoida omia tarpeitaan. Asiantuntijatkaan eivät kykene arvioimaan asiakkaan tarpeita ja tarjoamaan ratkaisumalleja, jos he eivät perehdy asiakkaan tarpeeseen tai ongelmaan kunnollisen esitutkimuksen kautta. Palvelumuotoilussa yhteistyö asiakkaan ja palvelun tarjoajan sekä tuottajan kanssa korostuu. Palvelun tuottajan on hankittava perusteellista tietoa myös itse palveluprosessista ja siitä, miten se voi tuoda arvoa niin asiakkaalle kuin itselleen. (Grönroos 2009: 506–508.)

Pelkkä ydintuote kuitenkin lisää enää harvoin yrityksen kilpailuetua. Hyvä palvelu on tekijä, josta asiakas on valmis maksamaan ja keino, jolla voidaan erottautua kilpailijoista (Tuulaniemi 2011: 55). Palvelu tuotetaan ja tehdään yleensä asiakasta varten ja tämän vuoksi on erittäin tärkeää huomioida palvelun suunnittelussa myös asiakasnäkökulma. Terveydenhuoltopalvelua on vaikea kehittää tai sen tulokset jäävät hyvin vajavaiseksi, jos asiakas jää kehitystyössä ulkopuoliseksi. Palvelumuotoilun avulla voidaan yhdistää asiakkaan odotukset ja tarpeet sekä organisaation toiminnan tavoitteet. Näin saadaan laadukkaita ja toimivia palveluita konkreettisen toiminnan kautta. (Tuulaniemi 2011: 24–25.) Edellä mainittujen hyötyjen lisäksi Miettinen (2009: 41–42.) lisää palvelumuotoilun avulla saavutetuksi hyödyksi myös nopeamman kehittämisen ja kommunikoinnin paranemisen palvelun tuottajan ja käyttäjän välillä.

Terveydenhuoltopalvelua tarjoavasta organisaatiosta tulee palveluyritys, jos se antaa asiakkailleen ydinpalvelun lisäksi arvoa tukevia asioita, kuten esim. fyysisiä tuotteita, teknologiaa, ihmisiä, ystäviä ja tietoa. Kun näitä arvoa tuottavia asioita käytetään vuorovaikutuksessa asiakkaan resurssien kanssa, saadaan palveluprosessi toimimaan paremmin. Asiakas ja palveluntuottaja kytkeytyvät toisiinsa prosessin kautta ja toimivat vuorovaikutuksessa keskenään. Näiden väillä tarvitaan myös tietojen vaihtoa ja yhteistyötä, joka voisi toteutua esim. yhteisen palveluprosessin suunnittelun kautta, johon niin asiakkaan kuin asiantuntijan tiedoilla ja kokemuksilla on vaikutusta. Grönroosin (2009: 503–505.) mukaan on vielä hyvin tavallista, että palveluprosessiin kuuluvat ihmiset eivät tapaa toisiaan missään prosessin vaiheessa tai he eivät tee yhteistyötä koko prosessin aikana. Palvelumuotoilua voidaan terveydenhuollossa käyttää myös muutoksissa ja niiden haasteiden tunnistamisessa. Sitä voidaan hyödyntää ns. muutosagenttina toiminnan uudistamisessa ja innovoinnissa. Palvelumuotoilu voi tällöin toimia työkaluna organisaation strategisella sekä operatiivisella tasolla. (Tuulaniemi 2011: 253–259.)

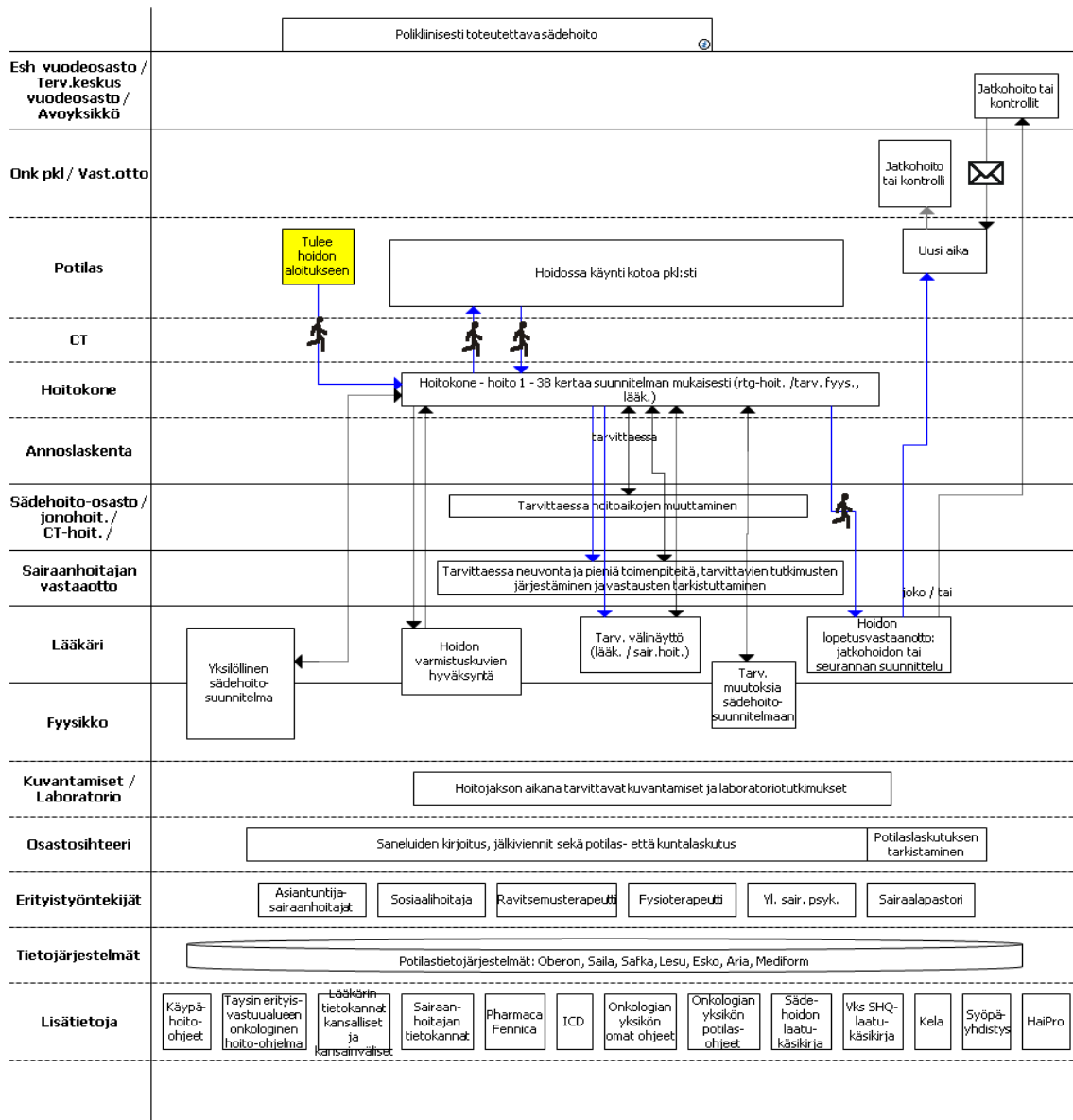
Palvelumuotoilu on ihmiskeskeistä palveluiden ja prosessien kehittämistä. Sen tavoitteena on ymmärtää ihmisen käyttäytymistä ja vaikuttaa heidän käyttäytymiseen tulevaisuudessa. Se on kokonaisvaltaista ja tarkastelee organisaation ja palveluiden käyttäjien välisiä suhteita ja vuorovaikutusta. (Miettinen 2009: 37–38.) Terveyspalveluiden innovoinnissa on erityisen tärkeää, että organisaation johto näkee uuden kehittämisen ja yksilöiden luovuuden osana työyhteisön tehtävää. Innovointi perustuu yksilölliseen kykyyn tulkita toimintaympäristön muutoksia ja tarpeita oikein. Johtamisen tehtävä on tällöin yhtenäisesti kannustaa ja edistää muutosta. Aina on myös arvioitava käytössä olevat taloudelliset ja henkilöstön voimavarat. Lisäksi näiden voimavarojen on oltava helposti saatavilla. Yleensä ongelmia aiheutuu, jos johdossa kannatetaan kehittämistä ja uusia ideoita, mutta samalla luodaan esteitä sen toteuttamiselle. (Simoila ym.1999: 84–88.)

### 3.2.1. Palvelutuokiot ja palvelupolku

Palvelumuotoilussa on tapana kuvata asiakkaan kokema palvelupolku. Se on asiakkaiden kokema toimintojen ja tapahtumien sarja. Se muodostuu palvelutuokioista, jotka taas muodostuvat kontaktipisteistä. Siinä pyritään hahmottamaan yleiset palvelupolut

toiminnan suunnittelun pohjaksi. Sen avulla kontaktipisteitä voidaan muuttaa, parantaa tai luoda ihan uusia. Palvelupolun avulla palveluja muotoillaan ja kehitetään haluttuun suuntaan yhdessä asiakkaan kanssa. (Saffer 2007: 190–193.)

Palvelutuokiot koostuvat keskeisistä palvelun vaiheista ja kohtaamisista. Näissä tuokioissa tapahtuu palvelun tuotanto sekä asiakkaan ja palvelun tarjoajan vuorovaikutus. Palvelumuotoilussa keskitytään yleensä juuri tähän asiakkaalle eniten näkyvään osaan. Asiakas tai potilas kokee palvelun ja hoidon polkuna, jonka läpi hänen on kuljettava. Alla olevassa potilaan kulkemassa polkukuvauksessa eli hoitoprosessikaaviossa (ks. kuvio 7) on kuvattu sädehoitopotilaan hoidon keskeiset vaiheet. Polun varrella on tuokioita, joissa kohtaaminen tapahtuu. Nämä kohtaamiset tapahtuvat eri tiloissa ja eri aikoina. Kohtaamisissa on useita tapahtumia ja useita henkilöitä. Ne muodostuvat erilaisista kontakteista ja vuorovaikutustilanteista. Tämä polku on rakennettu palvelun tarjoajan ja asiantuntijoiden mukaan potilaalle, sairauden vaade huomioiden. Myös asiakkaan ja potilaan omat valinnat vaikuttavat polulla kulkemiseen, sekä sen tuottamaan palvelun ja hoidon arvon tunteeseen. Polusta muodostuu juuri näiden eri palvelutuokioiden kautta prosessi, palvelumalli ja palvelualue. Tämä prosessikaavio voi toimia muotoilussakin palveluiden kehittämisen pohjana. Samanlaisia prosessikaavioita on erikoissairaanhoidossa laadittu paljon, lähes kaikista suurimmista potilasryhmistä asiantuntijuuteen pohjautuen.



Kuvio 7. Asiantuntijoiden laatima onkologisen potilaan sädehoidon hoitoprosessikaavio

Aalto yliopiston teollinen muotoilija Mikko Koivisto määrittelee palvelupolun ajassa eteneväksi prosessiksi. Palvelut ovat toimintojen ketjuja, joista muodostuu prosessi. Prosessi muodostuu monista peräkkäisistä palvelutuokioista, jotka tuottavat palvelun loppukäyttäjälle arvoa. Nämä toisiaan seuraavat tuokit muodostavat palvelupolun, josta rakentuu asiakkaille arvoa tuottava palvelu ja palelukokemus. (Miettinen 2011: 49–50.)

Palveluketju on hyvin lähellä käsitettä palvelupolku, mutta käsitteiden välillä on ideologinen ero. Palveluketjussa sen osat ovat hyvin sidottuna toisiinsa ja pysyvät paikallaan. Toiminta on organisaatiolähtöistä ja asiakkaat nähdään samanlaisena samoine tarpeineen. Palveluketjussa asiakkaille tarjotaan tiettyjä palveluita tietyissä paikoissa. Palvelupolulla huomioidaan asiakkaan yksilölliset tarpeet, valinnat ja käyttäytyminen. Nämä ohjaavat palvelun käyttöä tuotantoprosessin rinnalla. Palvelupolku on konkreettinen palveluprosessi. Se kävellään läpi omalla yksilöllisellä tavalla, koska asioita voidaan tehdä monella eri tapaa. Palveluntuottajan on tietenkin mahdollistettava monella eri tavalla toimiminen. Palvelupolkua voidaan muuttaa ja sitä voidaan pidentää alusta tai lopusta. Siihen voidaan myös lisätä tai siitä voidaan poistaa palvelutuokioita. Aina palvelun tuottaja ei voi vastata yksin asiakkaiden tarpeisiin, ja palvelupolun avulla voidaan kartoittaa muiden palveluntarjoajien sijoittuminen palvelupolun varrelle. Samalla voidaan tarkastella tarvitaanko kokonaan uusia palveluntuottajatahoja, jotta saavutettaisiin asiakkaalle hänen toivoma ja tarvitsema mahdollisimman arvokas ja ehjä palvelukokemus. Tämä toimii myös erinomaisesti luodessa aivan uutta toimintaa ja palvelua, sillä näiden polkujen ja tuokioiden kautta saadaan hahmotettua konkreettisesti palvelun ympäristö, tuotantotapa, rakenne ja sen päävaiheet. (Miettinen 2011: 50–51.)

Palvelupolku on palvelukokonaisuuden todenmukainen kuvaus. Palvelu on prosessi ja sen kuluttaminen tarkoittaa tietyille aika-akselille sijoittuvaa kokemusta tietyssä ympäristössä. Palvelupolku kuvauksella voidaan kuvata periaatteet, miten asiakas kulkee ja kokee palvelun aika-akselin mukaisesti. Polku on jaettu käytännön toiminnan mukaan eripituisiin osiin, joita ovat polulla vastaantulevat tuokiot kontaktipisteineen. Jokainen tuokio koostuu useista erilaisista kontaktipisteistä. (Tuulaniemi 2013: 78–79.)

### 3.2.2. Kontaktipisteet ja palvelukokemuksen syntyminen

Asiakkaalle halutaan tuottaa tavoitteen mukainen ja arvoa tuottava palvelukokemus. Tämä kokemus rakentuu palvelun kontaktipisteistä, palvelutuokioista ja palvelupolusta. (Saffer 2007: 176.) Useimmiten palveluiden käyttämiseen ja tuottamiseen liittyy ihmisiä, esineitä, kanavia ja erilaisia toimintatapoja. Ihmisten kohtaamisessa tapahtuu vuorovaikutusta ja ihmisillä onkin suuri rooli palvelun tuotannossa ja palvelun kokemuk-

sessä. Palvelutuokiot sisältävät erilaisia kontakteja. Näiden joka puolella olevien kontaktien kautta asiakas näkee, kokee ja aistii palvelun. Tällaisia kontakteja voivat olla esim. tapa puhutella ihmisiä, ulkoinen olemus, asiakkaan huomioiminen tai pukeutuminen. Kanavat ovat toimintaympäristöjä, tiloja ja paikkoja, joissa palvelun tuotanto tulee näkyville. Kanavat voivat olla fyysisiä, digitaalisia tai aineettomia. Tällaisia fyysisiä kanavia ovat esim. odotushuone ja hoituhuone, digitaalisia kanavia tv ja internet sekä aineettomia kanavia valaistus, tuoksu ja äänet. (Miettinen 2011: 51–53.)

Kenenkään palvelukokemuksia ei voi tarkasti määrittää etukäteen, sillä kokemukseen sisältyy henkilökohtaisia yksilöllisiä merkityksiä, arvoja ja odotuksia. Jokainen palvelu koostuu prosessin eri kontaktipisteistä ja näiden mukana tuomista kohtaamisista eli edellä mainituista palvelutuokioista. Palvelutuokioissa tapahtuu myös palvelun tarjoajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Nämä kohtaamiset muodostavat palvelukokemuksen. Jos palvelukokemuksesta halutaan saada syvempi kuva ja halutaan saada tietoa todellisista asiakkaiden toiveista ja tarpeista, on heitä haastateltava ja samalla suoritettava palvelun arviointia. Itse palvelukokemuksesta yli puolet rakentuu asiakkaan ja potilaan tunteista. Heille syntyy välittömästi henkilökohtainen tunne, merkitys ja kokemus koetusta palvelusta. (Mager 2004: 36.)

Palvelun ja palvelukokemuksen pitää näkyä, koska sen keskeinen toiminto ei näy. Palvelu on ajatus tai ehdotus, jota tarjotaan asiakkaille. Huomio kiinnittyy palveluun yleensä, vasta siinä vaiheessa, kun odotettu palvelu tai toiminta ei toteudu halutulla tavalla. Palvelumuotoilussa pyritään suunnittelemaan uusia ja innovatiivisia asiakkaille hyödyllisiä asioita ja ehdotuksia. Siinä luodaan kuva ja ajatus palvelusta, joka tulee todeksi palvelun kokemuksen kautta vasta tulevaisuudessa. Jos palveluntarjoaja haluaa kilpailuetua palvelumuotoilulla, täytyy hänen saada palveluajatus näkyviksi ja halutuiksi. Palvelut ovat erittäin hyvä mahdollisuus erottua kilpailijoista. Palveluajatus saadaan näkyväksi palvelutodisteella, joka on fyysinen todiste aineettomalle palvelulle. (Tuulaniemi 2013: 90–91.) Terveystieteiden alalla palvelutodiste voi olla esim. palvelumaisen kuvauksen, palveluketjun esite tai internet-sivut. Aineeton palveluajatus kannattaa koota aineelliseksi uskottavaksi hyödykkeeksi. Palvelumuotoilussa keskeistä onkin muodon antaminen palvelulle. Siinä palvelukokemus tehdään näkyväksi prototyypin ja

visualisoinnin avulla. Palvelukokemus esitetään konkreettisilla malleilla ja laadukkaalla tavalla, joka antaa luotettavan ja arvokkaan tunteen palvelulle. (Tuulaniemi 2013: 94.)

### 3.2.3. Potilaskuluttaja

Palvelun keskiössä on yleensä kuluttava asiakas, joka on ihminen yksilöllisine tarpeineen, tavoitteineen ja arvoineen. Terveystieteissä tämä asiakas voi olla myös potilas. Potilaan asema ja hoitotyö ovat muuttuneet viime vuosien aikana suuresti. 1930-luvulla hoitotyö oli vielä erittäin sairauslähtöistä. Asiantuntijat määrittivät potilaan tarpeet, tavoitteet ja valitsivat palvelun ja hoidon, jota potilas tarvitsi. Potilaiden osallistuminen hoitoon oli hyvin passiivista ja he tottelivat ennalta asetettuja odotuksia ja periaatteita. Potilaat kokivat usein, ettei heitä kohdeltu oikein ja hoidossa ei otettu huomioon heidän yksilöllisyyttään. Myöhemmin hoitotyötä on tarkasteltu enemmän ihmisläheisesti ja on syntynyt nykyaikainen hoitokäytäntö, jossa asiakkaat ja potilaat tulevat kuulluiksi ja voivat osallistua omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Heidän yksilöllisyys huomioidaan ja sitä arvostetaan. Aikaisemmasta passiivisesta potilaasta on tullut hoitoon osallistuva, aktiivinen toimija. (Kotisaari & Kukkola 2012: 51–52.)

Keräämällä asiakas- ja potilaspalautteita organisaatioissa on saatu tietoa siitä, ovatko potilaat tyytyväisiä saamaansa palveluun ja hoitoon, sekä minkä arvoisena palvelua tai hoitoa on pidetty. Asiantuntijat haluavat tietää, ovatko he kehittyneet toiminnoissaan tai missä olisi vielä kehitettävää. Usein nämä palautteet kuitenkin jäävät yksisuuntaisiksi palautteiksi ja niistä saatu tieto jää analysoimatta ja hyödyntämättä. (Kotisaari & Kukkola 2012: 33–34, 65, 69–70.)

Kun asiakkaiden odotukset ja tarpeet on ymmärretty, voidaan palveluja kehittää vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden ja organisaation tarpeet huomioiden. Palvelu pilkotaan pienempiin osiin ja optimoidaan yksityiskohtia. Näitä yksityiskohtia ovat palveluiden kontaktipisteet. Jokainen palvelutuokio koostuu useista kontaktipisteistä. Näiden avulla asiakkaat ovat kontaktissa palveluun kaikilla aisteillaan. Kokemuksen synnyttäviä aisteja ovat kuulo-, näkö-, haju-, maku-, tunto-, jne. aistit. Kontaktipisteitä ovat esineet, ympäristö, ihmiset ja itse toiminta. Esineet toimivat yleensä informaation välinee-



nä ja niitä käytetään aineettoman palvelun konkretisointiin. Näitä ovat esim. opastekyltit ja ohjekirjeet. Ympäristö on paikka, missä palvelu tarjotaan ja kulutetaan. Se voi olla fyysinen tila esim. osasto tai virtuaalinen tila kuten puhelin tai nettipalvelu. (Tuulaniemi 2013: 79.)

Näiden edellä mainittujen kontaktipisteiden kohtaamisien kautta asiakkaat kuluttavat palveluja. Kontaktipisteisiin kuuluvat ihmiset, jotka tuottavat palvelun tai kuluttavat sitä. Terveystieteiden tutkimuksessa asiakkaista ja hoidettavista potilaista tulee palveluiden kokemisen ja käyttämisen myötä myös kuluttajia. Palveluntarjoaja kuuntelee kuluttajia ja pyrkii ohjaamaan heitä määrättyille alueille toimintaympäristön ja toimintatapojen avulla. Palveluntarjoaja pyrkii näin ohjaamaan ja ennakoimaan kuluttajaa, suunnittelemalla hänen polkuaan ja kohtaamisiansa etukäteen. (Tuulaniemi 2013: 81.)

### 3.3. Palvelumuotoilun vaikuttavuus ja näkyminen palveluiden arvoon

Palveluissa on aina kaksi osapuolta. Niissä on palvelun tuottava taho ja kuluttava taho. Yrity maailmassa tuottajana toimii yritys tai yritykset ja vastaanottajana asiakas tai asiakkaat. Terveystieteiden tutkimuksessa tuotannon hoitaa jokin organisaatio asiantuntijuuksineen ja vastaanottajana on joko asiakas tai potilas. Tuottaja tarvitsee aina toimintaansa resursseja, kuten erilaisia materiaaleja ja tarvikkeita, henkilökuntaa, asiantuntijuutta, tuotantoympäristön ja teknologian. Asiakas tai potilas voi olla osallisena tuotannossa, mutta yleensä hän lähinnä kokee sen lopputuotoksen. Palveluissa se on palvelun hyöty, arvostus ja sen herättämät tunteet. Palvelumuotoilussa mallinnetaan ja visualisoidaan koko toiminta, eli kaikki palveluun liittyvät asiat kuten organisaatio, toimijat, ympäristö ja kaikki erilaiset kontaktipisteet. Mallinnuksien avulla havaitaan arvoa tuottavat ja tuottamattomat elementit. (Tuulaniemi 2013: 99.)

Palvelumuotoilussa keskitytään palvelukokemukseen ja sen aikana syntyvään arvon tunteeseen. Kuluttajan arvon tunne on prosessin lopputulos, joka muodostuu palveluprosessin aikana. Kokemus ja havainnot ovat tässä olennaisimmat asiat. Palvelun arvoa ei ole

olemassa ennen sen käyttöä. Kuluttaja muodostaa palvelun arvon henkilökohtaisesti jokaisella palvelukerralla erikseen. (Moritz 2005: 57.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa perustuva palveluiden muotoilu ei tarkoita sitä, että potilaille ja asiakkaille annetaan enemmän ”valtaa” toiminnan suunnittelussa. Potilaat ja asiakkaat sekä asiantuntijat otetaan osaksi toimintaa ja suunnitteluratkaisuja. Palvelumuotoilu on palvelun käyttäjien ja asiantuntijoiden yhteissuunnittelua palveluiden kehittämisessä. Käyttäjien tehtävä on tuoda kokemukset muotoilijan käyttöön. Muotoilija sitten yhdessä tekee tulevaisuuteen suuntautuvia ratkaisuja asiantuntijoiden kanssa. Muotoilijalla keskiössä ovat palvelukokemuksesta syntyneet tunteet, asiat, tapahtumat ja ihmiset, jotka ovat muodostaneet sen hetken kokemuksen. Tärkein tavoite terveydenhuollon palvelumuotoilussa on saada palvelua tai hoitoa tarjoavat asiantuntijat näkemään palvelu tai hoito asiakkaan silmin. (Kumar 2009: 91–100.)

### 3.3.1. Palvelumuotoilu osaksi liiketoimintaa

Hyvin suunnitellut palvelut ovat kannattavaa liiketoimintaa. Poikkeukselliset hyvät kokemukset hoidossa ja palvelussa tuovat lisää arvoa käyttäjille, ja tätä kautta myös organisaatiolle. Käyttäjät ovat tyytyväisiä ja eivät vie turhaa asiantuntijoiden aikaa ja he haluavat lisää näitä erityisiä kokemuksia myös muille. He haluavat ”maksaa” näistä kokemuksista ja osallistua näiden kokemusten syntyyn. Palvelumuotoilun ymmärrys ja sen käyttäminen toiminnassa tuo organisaatiolle todellista liiketoiminnallista arvoa keskittymällä oikeanlaisien palveluiden tuottamiseen. Vaikuttavaa on se, että palveluita saadaan uudistettua nopeammin, kuin perinteisellä suunnittelulla ja kokeilulla. Tiedon siirto ja vaihtuminen tapahtuvat hyvin nopeasti ja tuloksia syntyy helposti. Palvelumuotoilun avulla saadaan nopeasti selville käyttäjien mielipiteet ja kokemukset. Käyttäjät ovat tyytyväisiä, jos osataan vastata heidän tarpeisiin ja toiveisiin. (Moritz 2005: 59.)

Palvelumuotoilun tavoitteena on tarjota organisaatiolle liiketoiminnallista voittoa. Sen tavoitteena on tuottaa palveluita, joita asiakkaat toivovat, sekä täyttää organisaation liiketoiminnalliset tai muut tavoitteet. Siinä pyritään yhdistämään asiakas- ja liiketoiminnallinen näkökulma. Tuulaniemen (2013: 101) mukaan palvelumuotoilun liiketoimin-

nallinen tavoite on ”*kaksoisvoitto*” ei vain pelkkä voitto. Asiakkaat ovat iloisia ja tuottaja on tyytyväinen. Palvelun tuottamisen edellytys on kuitenkin, että se on taloudellisesti kannattavaa. Palveluiden on oltava tuloksellisia, tehokkaita ja niiden on erotuttava muista samankaltaisista palveluista. Asiakkaat taas haluavat, että palvelu on heille hyödyllistä, käytettävää, johdonmukaista ja haluttavaa. Yrityksillä ja organisaatioilla on hyvä mahdollisuus kehittää, rakentaa ja vahvistaa omaa brändiään asiakkaiden ja palveluiden kohtaamisen kautta. Brändiarvo muodostuu vuorovaikutussuhteen avulla kaksisuuntaisesti. Palveluissa se on tehokkaampaa kuin yksisuuntainen mainos. (Tuulaniemi 2013: 99–102.)

Palvelumuotoilu on prosessi ja noudattaa luovan ongelmaratkaisun periaatteita. Prosesissa ilmenee sarjoina loogisesti toistuvia ja eteneviä toimintoja. Toistuvat toiminnot on kuvattu tapahtumaketjuksi. Tämä on toiminnan muotoilun ja suunnittelun pohja. Sitä ei aina tarvitse tehdä uudelleen ja valmiit prosessikaaviot vapauttavat näin voimavaroja ja aikaa luovaan toimintaan ja uuden keksimiseen. Palveluiden kehittäminen on aina uuden luomista ja ainutkertaista, joka on osa jatkuvaa liiketoimintaa. (Tuulaniemi 2013: 126.)

Liiketoiminnassa kehittäminen tapahtuu toiminnan visualisoimalla eli saamalla näkymätön toiminta näkyväksi. Visualisoinnilla on vahvempi paino, kun pelkillä sanoilla tai kirjoitetulla sanalla. Se on niin kommunikoinnin kuin suunnittelun väline ja konkretisoi asian paremmin. Visualisoinnin voi toteuttaa monella tavalla, mutta tärkeintä siinä on saada rakennettua eri osista yhtenäinen toiminnallinen kokonaisuus ja prototyyppi. Tällaisia visualisoinnin tapoja ovat esim. piirtäminen ja näyttelemine. Lisäksi voi käyttää jotain teknistä visualisointi alustaa toiminnan osien erottamiseen ja kokonaisuuden havainnollistamiseen. (Osterwalder & Pigneur 2010: 147–159.)

Palvelumuotoilu on sinänsä helppoa ja halpaa, kun sen sisällyttää alusta alkaen organisaatioon, ja sitä pidetään osana asioiden organisointia. Se on yhteistyötä eri asiantuntijoiden, käyttäjien ja kuluttajien kanssa. Sen juuret ovat muotoilussa, mutta siinä voidaan yhdistää paljon eri alojen asiantuntemusta. Yritysmaailmassa palvelumuotoilu on jokapäiväistä liiketoimintaa ja se on sisällytetty organisaation toimintatapaan. Tämä toteutuu

kuuntelemalla kuluttajia ja käyttäjiä. Yritykset haluavat tietää, mitä käyttäjät vaativat tuotteelta ja palvelulta ja miten sen on toimittava. He haluavat tavata kuluttajia ja nähdä miten tuota tuotetta tai palvelua käytetään. Näin voidaan yhdessä suunnitella tarkoitukseen sopivia tuotteita ja tuottaa ne mahdollisimman vähällä rahalla, ilman mitään turhaa osaa tai palvelua. (Porter 1985: 247.)

Palvelumuotoilun tarve on tunnistettu niin tuotteiden kehittämisessä kuin palveluiden kehittämisessä. Sen tarve on kasvussa ihmisten vaatimusten kasvun myötä. Kuitenkin monet organisaatiot erityisesti julkisella alalla kokevat sen vaativan enemmän rahaa, jota ei nyt ole käytettävissä. Tämä johtuu ehkä suurimmaksi osaksi siitä, että ”*Service Designia*” ei vielä tunneta ja ymmärretä. (Moritz 2005: 167.)

## 4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1. Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu

Tutkimuksen teoria pohjautuu tieteellisiin artikkeleihin ja kirjallisuuteen. Käytössä on ollut sekä suomalaisia että kansainvälisiä lähteitä. Lähteinä olen pyrkinyt käyttämään mahdollisimman uutta kirjallisuutta ja alkuperäislähteitä. Tutkielman vanhimpia lähteitä on käytetty aluksi syventämällä aihepiiriä aikaisempiin teorioihin ja malleihin, joilla on taustalla vaikutusta ja syitä itse tutkielman aiheeseen, eli ihmisten tarpeista lähtevän palvelun ja hoidon kehittämiseen.

Tutkimuskohteena on terveystalouksien erikoissairaanhoidon palvelu, joka on asiantuntijapalvelua. Tutkimuksessa kuvaillaan asiakaslähtöistä palvelun ja hoidon kehittämisen mahdollisuutta palvelumuotoilun avulla asiantuntijapainotteisella terveydenhuollon alalla. Tutkimus on perustutkimus, koska se kohdistuu monista erikoissairaanhoidon asiantuntijayksiköistä yhteen asiantuntija yksikköön. Yksikössä potilailla ja asiakkaila on monimuotoiselle hoidolle ja palvelulle yhteinen taustavaikuttaja eli jonkin lajin syöpäsairaus. Tutkittavassa yksikössä asiantuntijoina ovat henkilökunta niin lääkärit, fyysikot, esimiehet, hoitajat kuin sihteerit. He toimivat osana asiakkaan ja potilaan palvelun- ja hoidon suunnittelua ja osana sen toteutusta tietyn ennalta määritellyn hoitolinjan ja hoitoprosessin mukaan. Asiantuntijoita informaatio on kerätty kyselylomakkeella, joka ei ole tässä tutkimuksessa itseisarvoinen prosessi, vaan saa merkityksensä kuvailtaessa tutkimuskohdetta ja teoriaa. Kyselylomakkeilla saadut vastaukset ovat tavoitteellista ja tarkoituksenmukaista tiedonhankintaa, joissa hyödynnetään asiantuntijoiden käsityksiä ja kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. (Haasio & Savolainen 2014: 28.)

Tämän tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen, mutta yksinkertainen määrällinen analysointi tukee kyselyiden vastauksista saadun tiedon tulkintaa. Määrää ei ole ilman laatua, ja käytän tässä tutkimuksessa määrää lähinnä laadullisten tulosten konkretisoijana ja asiayhteyksien korostajana. Nämä kaksi tutkimusotetta täydentävät tässä tutkimuksessa hyvin toisiaan. Tutkimuksen aineisto kokonaisuudessaan on analysoitu laadullisin

menetelmin, koska laadullisella analysoinnilla on tarkoitus kuvata ja laajentaa ymmärrystä tutkimuskohteesta. (Hirsjärvi 2000: 135.)

Tutkimuskohteena ovat terveydenhuollon asiantuntijapalvelut erikoissairaanhoidossa sekä palvelumuotoilun mahdollisuus asiantuntijälähtöisen hoidon ja palveluiden kehittämiseen kuluttajakeskeisesti. Tutkimusluvan opinnäytetyöhön hain Vaasan sairaanhoidon hallinnosta ja lupa työn tekemiseen myönnettiin (ks. liite 1). Hallinnolla oli valmis lupa-anomuslomake opinnäytetyötä varten, jonka täytin ja palautin tutkimussuunnitelman kanssa.

Tutkimuksen empiirisessä osassa kuvailen tutkimuskohteen käsitteitä ja arvoja palveluiden ja hoidon kehittämisessä yhdessä potilaan ja asiakkaan kanssa. Tutkimusmenetelmänä käytän luottamuksellista informoivaa kyselyä, jossa on monivalintakysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä. Monivalintakysymykset ovat suljettuja kysymyksiä ja niissä on valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja ympäröi omaa mielipidettään ja arviota lähimmän vaihtoehdon. Tavoitteena on pitää aihealue tietyissä rajoissa, estää virheet ja yksinkertaistaa vastausten käsittely. Vastaajien on helpompi vastata monivalintakysymyksiin, koska vastaaminen ei esty esim. kielivaikeuden vuoksi (Heikkilä 2010: 51). Monivalintakysymykset ovat mahdollisimman helppoja vastata. Niissä on vain kaksi tai kolme vaihtoehtoa, jotka ovat toisensa poissulkevia. Myös vastaamisen kieliongelman este oli minimoitu, antamalla mahdollisuus vastata ruotsiksi avoimiin kysymyksiin ja tarvittaessa sai täyttää ruotsinkielisen kyselylomakkeen. Kaikki vastasivat kuitenkin suomenkielisiin lomakkeisiin, mutta muutamaaan avoimeen kysymykseen oli vastattu ruotsiksi. Ruotsinkieliset vastaukset käänsin suomeksi analysoidessa vastauksia.

Kyselylomake on laadullisen- ja määrällisen tutkimuksen yhdistetty kysely, jolla saa parhaimman tuloksen tutkittavaan ilmiöön, koska kyseessä on perustutkimus. Informoivuuksena kysely on henkilökohtaisen haastattelun ja kirjekyselyn välimuoto. (Heikkilä 2010: 18.) Informaation kerääminen asiantuntijoilta arkielämästä sekä perustutkimuksen tekeminen aiheesta on erittäin tärkeää, koska asiakasnäkökulma palveluiden kehittämisessä on vielä erikoissairaanhoidossa melko tuntematon. Kyselylomakkeeseen vastaaminen vaatii tietoa aiheesta ja käsitteistä sekä sen tavoitteesta (Heikkilä 2010: 47). Tutkimus-

ongelmista olen poiminut keskeiset aiheet ja alueet, jotka ohjaavat kyselylomakkeen kulkua. Kyselylomakkeeseen on liitetty saatekirje (ks. liite 2), jossa kerrotaan tutkimuksen tavoitteista ja taustasta. Lomakkeen lopussa on ilmoitettu viimeinen palautuspäivä ja palautusosoite. Kyselylomaketta testasin muutamalla henkilöllä omalla työpaikallani, joka toteuttaa myös erikoissairaanhoidon asiantuntijapainotteista avopalvelua ja hoitoa, eikä siinä heidän mielestään esiintynyt ongelmia. Näin varmistin kysymysten ymmärrettävyyden ja yksiselitteisyyden. Tämä lisää tutkielman validiutta eli pätevyyttä. Mukana on myös muutama kontrollikysymys vahvistamassa tutkimuksen luotettavuutta. Näiden avulla varmistan vastausten johdonmukaisuuden.

Kyselylomakkeilla saatujen vastausten avulla kuvailen tutkimuskohteen olemassa olevaa tilannetta ja asiantuntijoiden mielipiteitä sekä näihin vaikuttavia muuttujia. Prosenttiosuuksilla kuvailen eri kokemusten ja näkemysten osuutta kaikista saaduista vastauksista. Avoimien kysymysten vastaukset analysoin sisällönanalyysin avulla. Tutkimuksen avulla ei voida tehdä yleistystä, eikä sitä voi tarkastella tilastollisesti, koska otanta ei ole riittävän suuri. Tämä tutkimus ei myöskään anna selitystä asiantuntijoiden mielipiteiden syille. Jokainen yksilö kokee ja tulkitsee tietoa ja tilanteita omalla tavallaan (Haasio & Savolainen 2014: 16). Tutkimuksessa muutan asiantuntijoilta kerätyn informaation yleiseksi tiedoksi, tulkitseen tietoa ja annan sille merkityksen tutkimuskohteen mukaan. Tämän pystyn toteuttamaan, koska itse toimin asiantuntijana erikoissairaanhoidossa. Vastauksista saadun tiedon tulkitseminen vaatii käsitteiden ja toiminnan tuntemista. Tieto asiantuntijoilta on kerätty yleisen mielenkiinnon ja ammatissa kehittymisen vuoksi, joten kyseessä on tekstiin perustuen orientoitavasta tiedon hankinnasta, jolloin tausta syitä ei tarvitse selvittää. (Haasio & Savolainen 2014: 30.) Laadullinen sisällönanalyysi auttaa ymmärtämään asiantuntijoilta saatuja vastauksia. Taustasyiden ja tekijöiden kuvailemisen kautta saadaan heräteltyä ajatuksia, mitä asioita on erityisesti huomioitava asiakaslähtöisten asiantuntijapalveluiden toteuttamisessa ja kehittämisessä.

Saatujen vastausten avulla hahmotan palvelumuotoilun mahdollisuutta terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä, erityisesti erikoissairaanhoidossa, joka on asiantuntijakeskeistä toimintaa. Kysymyslomakkeiden vastausten avulla haluan tuoda esille asiantuntijoiden mielipiteitä, siitä voiko hoitoa ja palvelua suunnitella ja toteuttaa yhdessä

asiakkaan, potilaan tai hänen omaistensa kanssa. Tutkimustuloksissa kuvailen näitä asiantuntijoiden ajatuksia palvelumuotoilun mahdollisuudesta. Onko se asiantuntijoiden mielestä mahdollista, vai toimiiko se enemmänkin esteenä palveluiden ja hoidon yhteiskehittämiselle.

Kyselylomakkeen kysymykset on laadittu asiantuntijatyön käytännön tasolle, jolloin erityistä tietoa palvelumuotoilusta henkilökunnalla ei tarvitse olla. Tarkoituksena tässä tutkimuksessa on saada karkea otos, joten pienempikin aineisto riittää (Heikkilä 2010: 42). Kyselylomakkeita toimitin tutkittavaan yksikköön 30 kappaletta, jossa on mukana onkologian poliklinikka ja sädehoito-osasto. Tutkimus on kokonaistutkimus, koska vastaus mahdollisuus annettiin kaikille yksikössä työskenteleville asiantuntijoille. Emt. asiantuntijoita yksikössä ovat sen henkilökunta niin lääkärit, fyysikot, esimiehet, hoitajat kuin sihteerit, joille kyselylomakkeet jaettiin. Tutkimuksen toteuttajana vein lomakkeet tutkimuskohteeseen ja esittelin aiheen vastaajille heidän yksikön kahdessa erillisessä aamukokouksessa. Kerroin lyhyesti mistä palvelumuotoilussa on kyse, ja mitä tutkimuksella on tarkoitus selvittää. Samalla tarkensin kyselylomaketta ja kerroin, kuinka tärkeää on minulle ja myös heille saada mahdollisimman paljon vastauksia. Internetin kautta tehtävä kysely olisi ehkä ollut nopeampi ja helpompi tapa suorittaa tiedon kerääminen, mutta halusin osoittaa henkilökohtaisella käynnillä tutkittavalle yksikölle, että kyselyyn vastaaminen on minulle erittäin tärkeää, ja että myös he ”yksikkönä” voivat tästä vielä hyötyä käytännön työssään. Kyselylomakkeen testaajat omalla työpaikallani saivat heti paljon uusia ajatuksia ja alkoivat miettiä toiminnalleen uusia vaihtoehtoja, kuten myös minä.

Kysely suoritettiin syksyn 2015 aikana. Kyselylomakkeita palautui 23 kappaletta ja kaikki palautusajan sisällä. Vastausprosentti oli noin 77 % ja riittää hyvin tähän tutkimukseen. Tutkittavien taustatiedot haluan tuoda esille, koska näillä on merkitystä tulosten analysoinnissa. On huomioitava minkälaisia eroja vastaajien ajatuksiin tuovat esim. ikä, sukupuoli, asiantuntijataso ja työkokemus.



## 5. TUTKIMUSTULOKSET

Tavoitteena tällä kyselytutkimuksella on kartoittaa asiantuntijoiden mielipiteiden kautta palvelumuotoilun mahdollisuutta tai sen haasteita terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä. Muotoilun ja palveluiden kehittämisen näkökulma kysymyksissä ja vastauksissa on yhteiskehittäminen, yhdessä asiakkaan, potilaan ja heidän läheistensä kanssa. Kysymyksillä hain vastausta siihen, kuinka asiantuntijat näkevät asiakkaiden ja potilaiden osallistumisen vaikuttavan hoidon ja palveluiden kulkuun sekä sen lopputulokseen.

Vastaajien ikä oli hyvin tasaisesti jakautunutta. Vastaajista 40-vuotiaita tai alle oli 10 kappaletta, ja 41-vuotiaita tai sitä vanhempia oli 13 kappaletta. Työkokemusta lähes kaikilla oli useampi vuosi. 14 vastaajista on työskennellyt yli 10 vuotta kyseisessä yksikössä, ja yksikään vastaaja ei ollut työskennellyt yksikössä alle yhtä vuotta. Suurin osa vastaajista oli naisia ja hoitajia, joita yksikössä työskentelee myös eniten. Iällä ja työkokemuksen pituudella ei ollut vaikutusta vastausten määrään, mutta vastauksiin kyllä. Asiantuntijataso ja sukupuoli vaikuttivat vastauksien määrään ja vastauksiin. Nuoremmat ja erityisesti hoitajanaiset vastasivat avoimiin vastauksiin paljon ja syvällisesti. Heillä oli selkeä kuvata toiminnasta ja tavoitteista. Nuoret hoitajamiehet ja lääkärit kirjoittivat vastauksiin hyvin lyhyesti, ja ympäröivät useammin ”*en osaa sanoa*” kohdan. Vanhemmat hoitajanaiset, kauemmin työskennelleet ja yksi lääkäri vastasivat selkeästi ja hyvin lyhyesti kysymyksiin. Tämä osoittaa, että heillä on erittäin selkeä ja tiedostettu toiminta ja tavoitteet, johon pyrkivät. Seuraavissa kappaleissa kuvailen ja analysoin tarkemmin kyselylomakkeilla saatuja tuloksia, ja kuvailen näitä suhteessa palvelumuotoilun mahdollisuuteen erikoissairaanhoidossa, joko sen puolesta tai sitä vastaan.

### 5.1. Asiantuntijoiden arviot palvelumuotoilun mahdollisuudesta

Kuten aikaisemmin tekstissä mainittiin (ks. s. 22) asiantuntijapalveluiden kehittämisen painopiste on sisäisten palveluiden ja oman yksikön toiminnan kehittämisessä. Tätä on perusteltu mm. oman oppimisen näkökulmasta. Asiantuntijuus perustuu ammatillisuuteen, joka saavutetaan kokemuksen ja oppimisen kautta. Tällä perusteella oman alan ja

oman yksikön toimintaa voidaan parhaiten kehittää. Kuitenkin palvelun käyttäjä ja hoidon saaja yksilönä, asiakkaana tai potilaana on kohde, johon halutaan jollain tavoin kehittämällä vaikuttaa. Palveluiden kehittämisessä onkin tärkeää huomioida, millaisena kohteena asiantuntija kokee ja näkee potilaan tai asiakkaan. Yhteiskunta muuttuu ja myös potilaan ja asiakkaan rooli muuttuu. Heistä on tulossa tietoisia kuluttajia eli potilaskuluttajia.

Kyselylomakkeiden vastauksista selvisi, että lähes yksimielisesti vastaajat pitivät yksikössään palvelun käyttäjiä ja kuluttajia potilaina, jotka saavat hoitoa. Vain yksi vastaaja oli eri mieltä, ja hänen mielestä palvelun kuluttaja on asiakas, ja hän saa yksikössä palvelua. Vastauksista selvisi, että asiantuntijat hoidon toteuttajina voivat kyllä vaikuttaa potilaan sekä läheisten palvelukokemukseen ennen hoitoa, hoidon aikana ja sen jälkeen erilaisissa kontaktipisteissä. Näitä vaikuttavia kontaktipisteitä ovat vastaajien mielestä esim. ihmisten persoonat, vuorovaikutustaidot ja -tilanteet, tarjotut elämykset, tarpeellisen tiedon- ja ohjauksen antaminen sekä henkinen tuki.

#### 5.1.1. Palvelunkäyttäjien huomioiminen

Vastaajista 65 % oli sitä mieltä, että potilailla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa paljon. Loput 35 % olivat sitä mieltä, että hoidettavilla on vain vähän vaikutusmahdollisuutta. Samansuuntaiset vastaukset tulivat siitä, haluaako potilas osallistua omaan hoitoonsa vai ei. 70 % vastasi, että potilas haluaa osallistua hoitoonsa. 17 % vastasi, että ei halua osallistua, ja 13 % ei osannut antaa vastausta. Kaikkien vastaajien mielestä potilaille ja omaisille on annettu mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon, ainakin jollakin tavalla. Omaisten halusta vaikuttaa läheistensä hoidon kulkuun, ei oikein osattu sanoa. 57 % vastasi, että ei osaa sanoa haluavatko omaiset osallistua. 35 % vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että omaiset haluavat osallistua jollakin tavoin, mutta tähän osallistumiseen vaikuttaa paljon hoidettavan sairauden tila ja annetut tiedot. Vain 8 % oli sitä mieltä, että omaiset eivät halua osallistua tai vaikuttaa läheistensä hoidon kulkuun millään tavalla.

Vastauksista selvisi, että asiantuntijoiden mielestä potilaan ja omaisten valinnanvapaus ja vaikuttamismahdollisuus ovat tärkeitä hoidonsuunnittelussa ja sen kulussa. 78 % oli sitä mieltä, että se on paljon tärkeämpää kuin asiantuntijan valinnanvapaus. Tärkeimpänä asiana pidettiin potilaan hoitotahtoa ja itsemääräämisoikeutta, koska kyseessä on erittäin raskas sairauden muoto ja sen hoitomenetelmät. Valinnanvapauden ja osallistumisen uskotaan lisäävän potilaiden ja omaisten hoitoon sitoutumista. Sen uskotaan myöskin auttavan potilaita ja omaisia kestäämään paremmin rankoista hoidoista syntyviä haittavaikutuksia. Alla muutamia keskeisiä poimintoja vastauksista:

*”Potilas on oman itsensä paras asiantuntija, ja tuota asiantuntijuutta tulee kunnioittaa”*

*”Potilaat eivät tunne kaikkia hoitomuotoja niin hyvin, että voisivat aidosti valita”*

*”Asiantuntijat tietävät kuitenkin parhaiten, mitä hoitomuotoja kannattaa valita, jotta hoidosta hyötyisi hoidollisesti eniten”*

*”Asiantuntija voi vain suositella, ja potilas itse tekee lopullisen päätöksen”*

Vain yksi vastaaja oli eri mieltä muiden vastaajien kanssa. Hänen mielestään vain asiantuntija tietää minkälaisilla valinnoilla ja hoidoilla saavutetaan paras mahdollinen tulos hoidossa, ajatellen potilaan kuntoa ja parantumista. Hän vastasi lyhyesti näin:

*”Maallikko ei voi tietää mikä on parasta hänen hoidossa”*

Tiedon antaminen ja sen jakaminen potilaille ja omaisille koettiin haasteelliseksi. 65 % vastaajista oli sitä mieltä, että tietoa jaetaan tarpeeksi, mutta sitä saa hyvin erilaisista paikoista. Tiedon kyllä saa usein samasta organisaatiosta, jossa potilas on hoidettavana, mutta ei omasta hoitoyksiköstä. Asiantuntijoiden on kuitenkin hyvin vaikea tietää, minkälaista tietoa potilas ja omaiset kykenevät vastaanottamaan. Myös lääkärit ja hoitajat ovat erilaisia ja jakavat tietoa eri tavoin. Tässä potilaat voivat saada hyvin eriarvoista kohtelua. Myös kiireellä on suuri merkitys tiedon jakamisessa. Alla erään vastaajan kommentti:

*”Kaikkia ei tarvitse potilaille ja omaisille ihan tarkasti kertoa. Potilaalle voi tulla liikaa huolia, pelkoa ja stressiä. Asiantuntijan on osattava erottaa tiedosta se, minkä potilas kulloinkin tarvitsee”*

Palvelun antamisesta ja saamisesta vastaajat olivat myös hyvin samoilla linjoilla. 74 % oli sitä mieltä, että ydinpalvelun eli hoidon saa lähes aina omasta hoitoyksiköstä. Ydinpalvelun etenemistä ohjaavat yleensä asiantuntijat. 91 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoidettavalla ei ole paljon valtaa itse hoidon etenemisessä, mutta lisäpalveluiden saantiin hoidettavalla on saman verran vaikutusmahdollisuutta, kuin asiantuntijalla. Lisäpalveluita ovat palvelut, joita potilas voi saada oman ydinpalvelun eli sairauden hoidon lisäksi. Usein myös asiantuntijat ohjaavat potilaat näiden lisäpalvelujen pariin. Kuitenkin osan näistä lisäpalveluista täytyy potilaan tai omaisten itse hakea hoitavan yksikön ulkopuolelta. Potilaan tarpeet ratkaisevat lisäpalvelun tarpeen, ja rajat näiden lisäpalvelujen ja hoidon välillä ovat yleensä hyvin epäselviä. Lisäpalveluiden saamisessa on suuri vaikutus potilaan ja omaisten kyvyllä ja halulla hakea näitä palveluita. Vastaajat ilmoittivat tällaisia lisäpalveluja olevan esim. ravitsemusterapeutti, psykoterapeutti, sosiaalihoitaja, toimintaterapeutti, sairaalapappi, syöpäyhdistykset, peruukkipalvelu, proteesit, hoitajavastaanotot, jne. 91 % vastaajista uskoo asiantuntijoiden ohjaavan ydinpalvelun saamista eli hoitoa ja sen etenemistä, mutta loput 9 % eivät osanneet sanoa ohjaako ydinpalvelua asiantuntijat vai potilas. Lisäpalveluiden saamista ja sen etenemistä ohjaavat tasapuolisesti sekä asiantuntijat että hoidettavat läheisineen.

### 5.1.2. Tyytyväisempiä palvelunkäyttäjiä

Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että potilaan ja hänen läheisten mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin lisää asiakastyytyväisyyttä. 83 % vastaajista kertoi valinnanvapauden lisäävän potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon. 17 % ei oikein suoraan osannut vastata, tuottaako valinnanvapaus lisää arvoa hoidolle ja palvelulle. 83 % vastasi, että potilaan tahto näkyy hoidon suunnittelussa ja hoidon etenemisessä, mutta vain vähän. Vastauksista selvisi, että jos hoidettava on selvästi ilmaissut mielipiteensä ja tahtonsa, niin silloin se myös näkyy hoidossa ja sen tuloksissa. 17 % oli kuitenkin sitä mieltä, että se ei näy missään.

Asiantuntijat käyvät potilaiden ja heidän läheisten kanssa yhdessä läpi hoitovaihtoehdot. Potilaan kunto, lääketieteellinen hyöty ja sen vaikuttavuus huomioidaan. Vaihtoehtojen jälkeen lopullinen päätös jätetään potilaalle, jos hän kykenee päätöksen tekemään. Potilaan ja omaisten toiveet ja tahto kirjataan hoitosuunnitelmaan ja näitä kunnioitetaan. Jos potilaan tahtoa on kunnioitettu ja toiveita on kuunneltu, ovat he tyytyväisiä hoidon tulokseen, vaikka se ei olisikaan toivottu. Vaikka potilaan tahto ja toiveet eivät vastaisi asiantuntijoiden ajatuksia, on niitä kuitenkin kunnioitettava. Näin saavutetaan parempi tyytyväisyys hoitoon ja palveluihin. Alla muutaman vastaajan kommentti:

*”Potilaan tahto ja mielipide näkyy hoitotyytyväisyytenä”*

*”Kunnioitetaan potilaan tahtoa ja mielipidettä, vaikka se ei miellyttäisikään asiantuntijaa. Näin potilaat ovat tyytyväisempiä hoitoonsa”.*

*”Vaativa potilas ja omaiset voivat saada parempaa infoa ja palvelua, mutta hoitotuloksiin se ei vaikuta”.*

65 % vastaajista kertoi hoidettavien ja heidän läheisien olevan aktiivisia osallistumaan omaan hoitoonsa. Sukupuolella ei ole paljon vaikutusta, mutta iällä kyllä. Aktiivisimpia osallistujia ovat 26–40-vuotiaat. Kielellä ja muulla vuorovaikutuksella koettiin olevan vain vähän vaikutusta osallistumiseen. Toki osallistuminen on syvällisempää, jos vuorovaikutus toimii hoidettavan ja asiantuntijan välillä. Alla muutama poiminta vastauksista.

*”Jos ei ymmärrä kieltä, ohjeita ja neuvoja, ei voi osallistua, koska ei tiedä mitä pitäisi tehdä”*

*”Jos vuorovaikutus ei toimi, ei toimi osallistuminenkaan”*

*”Keskustelut ovat syvällisempi ja laajempia, jos on yhteinen kieli ja sitten asioita voidaan miettiä oikeasti yhdessä”*

Jos hoidettava ei kykene itse osallistumaan hoitoonsa, saa hän apua asiantuntijoilta, läheisiltä tai tukihenkilöiltä. Tukea saa myös asiaan liittyviltä yhdistyksiltä ja järjestöiltä.

Jos hoidettava saa apua ja vastauksen tarpeisiinsa, on hän tyytyväinen. Tämä lisää myös turvallisuuden tunnetta ja vähentää yksinäisyyden tunnetta.

### 5.1.3. Resurssien oikea kohdentaminen

Suljetut kysymykset johdattelevat vastaajan vastaamaan avoimiin kysymyksiin ajatusten yhteenvedon saamiseksi. Avoimissa kysymyksissä tavoitteena oli saada asiantuntijoilta mielipide ja kommentteja siitä, vaikuttaako potilaiden ja omaisten osallistuminen heidän mielestään hoidon ja palvelun lopputulokseen. Viekö se enemmän aikaa ja resursseja, vai säästää niitä, ja miten se vaikuttaa hoidon kulkuun ja sen lopputulokseen. Tähän oli vastattu lähes jokaisessa kysymyslomakkeessa, ja vastauksissa oli joko puolesta tai vastaan kommentteja. Selkeitä osallistumisen puolestapuhujia oli yli puolet. Heidän mielestä potilaan ja heidän läheisten osallistuminen ja mukaan ottaminen hoitoon ja sen suunnitteluun vie kyllä aluksi enemmän aikaa, mutta hoidon aikana se säästää aikaa. Ja mikä tärkeintä lopputulos on melkein aina tyytyväisempi potilas ja omaiset. Potilaat ja omaiset voivat tuoda esille myös asioita, joita asiantuntijat eivät välttämättä huomaa. Omaiset toimivat hyvänä psyykkisenä tukena ja myötäeläjinä. He esim. kuljettavat potilasta ja valvovat häntä hoitojen aikana ja niiden jälkeen. Omaiset voivat toimia myös hoidon toteuttajina, kun heidät on hyvin informoitu ja opetettu. He voivat esim. antaa potilaalle kotona injektio hoitoja ja kipulääkkeitä. Näin säästetään hoidon aikana resursseja ja asiantuntijoiden määrää. Alla muutama poiminta vastauksista:

*”Hyvä informaation kulku potilaan ja omaisten sekä tukipalveluiden kesken säästää aikaa ja resursseja esim. hoitojen sivuvaikutusten kiinnisaanti nopeutuu”*

*”Hoidon suunnittelussa vie enemmän aikaa, mutta toteutuksen aikana, voi säästää aikaa ja resursseja”*

## 5.2. Asiantuntijoiden vastaukset palvelumuotoilun haasteista

Vaikka suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että potilaiden ja läheisten osallistuminen hoidon ja palvelun suunnitteluun ja kulkuun on hyvä asia, sai se osakseen myös kritiikkiä. Joskus se ei vain sovi tilanteeseen, se ei ole mahdollista tai edes suotavaa. Tällöin

palvelu tai hoito sekä sen kohde, ovat vain vaikeasti määriteltävissä ja hajanainen joukko, ilman yhteistä tavoitetta. Osallistuminen saattaa tällöin jopa estää tai ainakin rajoittaa asiantuntijoiden luovaa ajattelua. Tällaisissa tilanteissa asiantuntijoiden mielestä käyttäjät ovat kohteita tai yleisöä, jolle esitellään asia. Käyttäjät toimivat näin tiedon vastaanottajina ja arvioijina, joille annetaan kyllä näennäinen osallistumismahdollisuus. He joko hyväksyvät asian tai hylkäävät sen. Osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että potilas ei voi tietää mikä on taudin hoidon kannalta paras mahdollinen hoitovaihtoehto tai ratkaisu, eikä voi ymmärtää mikä on asiantuntijalle tärkeää asiaa. Tällaisissa tilanteissa käyttäjien ja asiantuntijoiden välillä vallitsee jännitettä, joka voi estää hoidon ja palvelun toteutusta siinä hetkessä ja sen haitata sen tulevaisuuden suunnittelua.

#### 5.2.1. Vie enemmän lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan aikaa

Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että potilaiden ja läheisten osallistuminen vie hoitoprosessin alussa enemmän asiantuntijoiden aikaa, ja on melko haastavaa toteuttaa tasepuolisesti kaikille. Aikaa kuluu enemmän lähinnä hoitokeskusteluissa. Osallistumiseen vaikuttaa paljon potilaan ja läheisten halu ja kyky osallistua. Myös asiantuntijan vuorovaikutustaidoilla ja kyvyllä käsitellä ja esitellä tietoa, on suuri merkitys. Toisilta asiat vain tulevat luonnostaan ja toiset joutuvat tekemään tiedon hankinnan ja ymmärtämisen eteen paljon töitä. Alla muutama poiminta vastauksista:

*”Potilaan ja omaisten tahto voi muuttua lääkärin keskustelun jälkeen”, ja potilas valitsee ennemmin sen minkä lääkäri kokee oikeaksi”*

*”Potilas voi kieltäytyä siitä mitä lääkäri on hänelle määrännyt ja hän voi myös kieltäytyä jatkamasta hoitoja”*

#### 5.2.2. Vaikutus hoidon kulkuun ja tulokseen

43 % vastaajista oli sitä mieltä, että osallistuminen näkyy hoidon kulussa ja vaikuttaa siihen ainakin jollakin tavalla. 57 % oli kuitenkin sitä mieltä, että sillä ei ole vaikutusta tulevaisuuden hoidon ja palvelun suunnittelussa. Jos osallistuminen näkyy edes vähän, se voi ilmetä esim. hoitotahtona tai vaadittuina ylimääräisinä tutkimuksina. Jos se näkyy

paljon, se ilmenee esim. hoitajaksojen ajankohdan valitsemisella tai aikoja muuttelemalla niin, että ne sopivat potilaan elämäntilanteeseen muuten. Eräs vastaajista vastasi näin:

*”Hoidon aloituksessa, hoitotauoissa ja hoidon pituudessa, hoidettavan toiveet huomioidaan yhteistyössä eri asiantuntijoiden kanssa”. Potilaan kunto huomioidaan, ja se onko hoidoista enää lääketieteellisesti hyötyä sekä uskonto huomioidaan. Lopullinen päätös jätetään potilaalle. Esim. Ct- tutkimuksen otto paikan ja verikoepaikan, voi hoidettava valita. Lisäksi voi vielä toivoa tiettyä lääkäriä”.*

Omaisten ahdistus ja pelko voivat myös viedä tilaa hoidettavalta. Hoidettava voi olla tyytyväinen tilanteeseensa, ei halua eikä vaadi mitään ylimääräistä palvelua tai huomiota, mutta omaiset haluavat ja vaativat. He eivät myöskään viitsi tai uskalla kääntyä läheisiään vastaan, ja tällöin asiantuntijoilta kuluu hoidettavan aikaa läheisille. Eräs vastaajista kommentoi asiaa näin:

*”Omaisten omin päin tutkiminen ja muiden sairaaloiden hoitomuotojen selvittely vie paljon aikaa asiantuntijoilta, niin hoidettavassa kuin tietoa antavassa yksikössä”.*

Asiantuntija organisaatiossa, kuten sairaalassa on totuttu hierarkkiseen toimintatapaan, jossa ylemmät toimijat määrittelevät ongelmat ja tavoitteet alimmille toimijoille. Erikoissairaanhoidossa tämä tarkoittaa usein sitä, että lääkärit määrittelevät ongelmat ja ratkaisut potilaille. Tämä johtuu varmasti siitä, että lääkärinkoulutus keskittyy paljon diagnosointiin, lääkkeiden määräämiseen ja lääkärin yksilöllisten tietojen ja taitojen korostamiseen. Koulutuksessa ei korosteta vuorovaikutustaitoja, monialaista ymmärtämistä, ryhmätyötaitoja eikä palveluallttiutta. Nämä edellä mainitut asiat taas ovat palvelumuotoilussa keskeisiä asioita. Tämä voi myös selittää sitä, miksi terveydenhuollon asiantuntijoiden on vaikea muuttaa kulttuuria, ja käyttää potilaasta nimitystä asiakas, ja hoidosta nimitystä palvelu. Palvelumuotoilu näyttää vaativan asiantuntijalähtöisessä terveydenhuollossa kulttuurin muutoksen, jotta se saataisiin osaksi normaalia jokapäiväistä toimintaa.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että osallistuminen vaikuttaa tulevaisuuden hoitoon ja palveluun. Suorien palautteiden avulla voidaan muuttaa jotakin vanhaa tapaa tai tehdä se toisella tavoin. Vastaajista kuitenkin 43 % arvioi, että osallistuminen ei vaikuta tule-



vaisuuden palveluiden kehittämiseen. Asiakaspalautteita kyllä kerätään ja käsitellään, mutta niillä ei ole vaikutusta suurempaan hoitolinjaan. Alla muutama poiminta vastauksista:

*”Palautteiden avulla voidaan parannella potilasinformaatiota ja ohjeita”*

*”Osallistumisen kautta saadun palautteen avulla voidaan kehittää erityisesti hoitotyötä”*

*”Mielipide ja arvio huomioidaan, mutta vaikutus itse palveluiden suunnitteluun on vähäinen”*

*”Asiakasraadın kautta saatuja tietoja on otettu käytäntöön eli niiden kautta saadulla informaatiolla on muokattu jo olemassa olevaa toimintaa”*

*”Potilaiden mielipiteiden avulla muokataan palvelua ja hoitoa potilaskeskeisemmäksi eli käytetään saatua informaatiota hoidon kehittämisessä ja suunnittelussa”*

*”Jos on annettu selkeät vaihtoehdot hoitomuodoista, osataan paremmin ennakoida jatkossa, mitä hoitomuotoa suositaan ja siihen voidaan varautua paremmin ja osoittaa enemmän resursseja siihen myös”*

*”Potilaita hoidetaan yksilöllisesti ja ”yhteisen” yleisen hoidon ja palvelun suunnittelu ei voi lähteä potilaasta ja omaisesta”*

### 5.3. Vastausten yhteenveto

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että terveystalveluiden kehittäminen yhdessä asiakkaan, potilaan ja omaisten kanssa tukee teoriasta saatua tietoa. Teoria ja käytännöstä kerätty tieto tukevat toisiaan. Osallistuminen tuo arvoa hoidon ja palvelun kuluttajalle. Palvelun tuottajalle arvoa ei välttämättä synny heti ja koetaan, että osallistuminen vie asiantuntijoiden aikaa, ja voi johtaa väärinkin tai tarpeettomiin hoitoihin ja palveluihin. Potilaiden osallistumisen uskotaan myös vievän jonkin verran päätöksentöön valtaa asiantuntijoilta. Näin ei voida savuttaa tavoiteltua täydellisyyttä hoidossa ja palvelussa. Asiantuntijoilla on vahva tietämys ja tämän tietämyksen tulee ohjata potilaita tekemään oikeanlaisia valintoja. Lopuksi kysyin asiantuntijoilta heidän mielipidettään siitä, kuinka he itse asiantuntijoina voivat tukea potilaiden, asiakkaiden ja läheisten osallistumista. 83 % vastaajista oli antanut tähän vastauksen, ja lähes kaikissa vastauk-

sissa todettiin vuorovaikutuksella ja informaatiolla olevan suurin merkitys osallistumisen mahdollisuudessa. Alla muutama poiminta vastauksista:

*”Olemalla: avoin, positiivinen, informoiva, ystävällinen, välittävä olemalla aidosti läsnä”*

*”Kannustamalla ja rohkaisemalla osallistumiseen ja kertomalla, että se tuo potilaalle valinnanvapautta ja tyytyväisyyttä hoitoon ja lopputulokseen”*

*”Kohtaamalla potilaan ja omaiset aidosti ja kuuntelemalla heitä ja heidän toiveita sekä viemällä heidän toiveitaan, epäilyjään ja pelkojaan eteenpäin.*

*”Keskustelemalla ja olemalla kontaktissa potilaan ja hoidettavien kanssa myös vastaanottoajan ulkopuolella”*

*”Huomioimalla potilaan omat voimavarat ja omaisten kyvyn osallistua, haastattelemalla heitä”*

*”Antamalla vaihtoehtoja osallistumiselle ja aktiivisuudelle, eli miten voi osallistua”*

*”Kertomalla uusista tutkimuksista ja hoitovaihtoehdoista”*

*”Ottamalla kantaa potilaan ja omaisten mielteisiin ja kysymyksiin”*

*”Otetaan läheiset mukaan hoitotilanteisiin ja keskustelutilanteisiin sekä huomioidaan myös heidät. Tämä toki potilaan luvalla”*

*”Informoimalla yhteistyökumppaneista, joilta saa lisää tietoa tai apua esim. syöpäyhdistys”*

Potilaiden ja asiakkaiden mukaan ottaminen palveluiden ja hoidon suunnitteluun on kuitenkin hyvä asia. Tämä vaatii vain organisaatiossa vielä laajempaa toimintakulttuurin muutosta. Asiantuntijoiden on opittava ajattelemaan annettavaa hoitoa enemmän palveluna, ja potilas on nähtävä asiakkaana eli potilaskuluttajana yksilöllisine tarpeineen. Ympärillä oleva kulttuuri muuttuu, kuten myös asiakkaat ja potilaat, vaikka perustarpeet pysyvätkin lähes samankaltaisina. Kuluttajilla on yksilölliset tarpeet ja toiveet ja he haluavat, että palveluilla vastataan näihin tarpeisiin. Nämä tarpeet ja toiveet vaikuttavat hänen kokemaan hoitoon ja palveluun. Hoidosta ja palvelusta syntyy kulutuksen kautta kokonaisvaltainen palvelukokemus. Tätä kokemusta voidaan hyödyntää hoidossa ja palvelussa niin, että toiminnassa voidaan saavuttaa vielä enemmän arvoa tuottavia kokemuksia.

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 6.1. Tutkimuksen luotettavuus ja pätevyys

Tämä laadullinen tutkimus etsii vastausta siihen, miten palvelumuotoilun avulla voidaan kehittää terveydenhuollon asiantuntijalähtöisiä palveluita enemmän kuluttajalähtöisiksi yhdessä käyttäjien kanssa. Teoriaosuudessa on kuvailtu tähän liittyviä käsitteitä ja sitä, miten tämä voi niiden mukaan toteutua. Teoriaa tukevia vastauksia saatiin kyselylomakkeiden avulla asiantuntijoilta sekä konkreettisia osallistumisen keinoja ja sen vaikutusta palveluiden kokemukseen. Asiantuntijoiden mielipiteiden avulla saatiin myös tietoa, miten asiakkaiden ja potilaiden mukaan ottaminen ja osallistuminen hoidon ja palveluiden suunnittelussa ja toteuttamisessa, tuo palvelulle arvoa. Tutkimuksen pätevyys eli validiteetti on toteutunut, koska mittari mittasi sitä, mitä sen pitikin mitata.

Tässä tutkimuksessa ei tavoitella yleistämistä tilastollisessa merkityksessä. Tutkimuksen luotettavuus eli reliabiliteetti perustuu aineiston kokoamisen ja tulosten saavutusten näkökulmaan. Tutkittavasta ilmiöstä on saatu tutkimuksessa merkittävä, ja sitä voidaan soveltaa myös toisenlaisessa samankaltaisessa yhteydessä. Tutkimuksen teoreettisia käsitteitä ja tuloksia voidaan soveltaa myös muissa terveydenhuollon asiantuntija palveluita tuottavissa yksiköissä. Yleistyksiä voidaan tehdä aineiston avulla tehdyistä tulkinnoista, ei suoraan itse aineistosta. Yleistettävyyden kriteeri on näin tarkoituksenmukaisuus ja siirrettävyys.

Kyselyiden purkamisen ja analysoinnin yhteydessä tunsin vahvasti olevani mukana asiantuntijoiden vastauksissa. Tämä on voinut osittain vaikuttaa vastausten analysoinnissa, mutta uskon tämän vaikuttaneen positiivisesti, koska vastausten analysointi on ollut syvällisempää. Huomasin, että peilasin vastauksissa esiintyviä asioita asioihin, joihin itse olen törmännyt asiantuntijana. Näin vastausten käsitteleminen neutraalisti oli välillä vaikeaa. Uskonkin, että kyselyiden analysointi olisi ollut hieman erilaista sellaiselle, jolla ei ole terveydenhuollon kokemusta.

## 6.2. Tutkimustulosten pohdintaa ja jatkotutkimusehdotus

Asiakaskeskeisten ja oikeiden palveluiden tuottaminen yhdessä kuluttajan kanssa on tämän tutkielman tavoiteulottuvuus. Kirjallisuuden mukaan tämä voidaan saavuttaa asiakkaiden ja potilaan osallisuuden kautta, jossa tärkeimpänä pidetään heidän kokemusulottuvuutta. Asiantuntijoilta saadun tiedon avulla voidaan todeta, että hoidettava ja hänen läheiset on otettava mukaan hoidon ja palvelun suunnitteluun, jotta saadaan tuotettua arvokkaampaa ja tehokkaampaa hoitoa ja palvelua. Asiantuntija kyselyiden vastauksien johtopäätöksenä voidaan pitää sitä, että yleensä ihminen haluaa osallistua omaan hoitoonsa ja haluaa, että hänen yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioidaan. Hoitotilanteet eivät saisi toteutua tietyn saman kaavan mukaisesti, mikä kuitenkin on hyvin tavallista vielä asiantuntijapainotteisella terveydenhuoltoalalla. Tällöin ihminen on toiminnan kohde ja ulkopuolinen omassa asiassaan. Asiantuntijoiden on tiedettävä mitä potilas odottaa hoidolta ja palvelulta, sekä mitä hän tarvitsee. Asiantuntijoiden on osattava johtaa ydinpalvelua, mutta annettava potilaan ja asiakkaan vaikuttaa palvelun ja hoidon kulkuun niin, että se tuottaa lopputuloksena arvokkaamman palvelu- tai hoitokokemuksen. Ihminen itse on paras asiantuntija omissa tarpeissaan ja hän tuo palvelu- ja hoitotilanteisiin oman subjektiivisen tietonsa, ja asiantuntija oman erityisen ammatillisen tietonsa. Lisäpalveluiden tarvetta asiantuntija ei aina pysty arvioimaan ja tässä potilaskuluttaja ja omaiset ratkaisevat, kuinka paljon lisäpalveluita tarjotaan ja annetaan. Asiakkaan ja potilaan on saatava kaikki tarpeellinen tieto omasta asiastaan, jonka asiantuntijat heille antavat. Hänelle on annettava kaikki olemassa olevat vaihtoehdot hoidoista ja palveluista, sekä näiden haittavaikutuksista ja tuloksista. Hänen on myös annettava tehdä lopullinen päätös vaihtoehdoista, jolloin hän kokee hoidon ja palvelun arvokkaammaksi. Palvelun ja hoidon kuluttajat ovat tyytyväisempiä, vaikka hoidolla ja palvelulla ei saavutettaisikaan toivottua tulosta.

Tulevaisuuden terveydenhuollon palveluita voidaan kehittää palvelumuotoilun menetelmiä käyttäen yhdessä potilaan ja asiakkaan kanssa. Palvelumuotoilussa halutaan miettiä, mikä voisi mennä oikein, eikä mikä meni väärin. Näin voidaan saada aikaan liiketoiminnallista hyötyä ja tyytyväisempiä asiakkaita. Siinä korostuu palvelutapahtuman kokeminen yksilöllisestä näkökulmasta, jota ohjaa asiantuntemus. Palvelumuotoilu voi

olla näin kehittämisen väline terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Sillä voidaan vastata tulevaisuuden palveluiden haasteisiin, mutta se vaatii taustalle prosessien mallintamisia ja ongelmakohtien tunnistamista sairauden vaade huomioiden, joka on asiantuntijoiden tehtävä. Palvelupolun, tuokioiden ja kontaktipisteiden kautta palvelun ja hoidon kuluttajalle saadaan aikaan kokonaisvaltainen palvelu- tai hoitokokemus, johon hän on tyytyväinen, jos on saanut itse olla mukana sen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Palvelumuotoilu antaa hyvän välineen palveluiden yhteiskehittämiseen asiakkaan ja potilaan kanssa. Tärkeää on kuitenkin antaa mukana oleville ihmisille keinoja itsensä ilmaisemiseen ja kommunikointiin sekä yhteistyöhön. Tietoa jaetaan mukana olevien ihmisten kesken puolin ja toisin. Tavoitteena on ymmärtää loppukäyttäjän eli asiakkaan ja potilaan tarpeet. Tämä käyttäjien ymmärtäminen toimii suunnittelun lähtökohtana. Palvelukokemus on ymmärrettävä kokonaisuutena ja sen avulla voidaan rakentaa parempia vuorovaikutussuhteita palvelun käyttäjien kanssa. Kun loppukäyttäjä on mukana toiminnan suunnittelussa, tuo se sitä haettua ja koettua arvoa palvelulle ja hoidolle, mitä kehittämisellä halutaan hakea. Yhteiskehittämisen suurena etuna on sen osapuolten vahva ja aito sitoutuminen toiminnan kehittämiseen ja täydellisyyden tavoitteluun.

Erikoissairaanhoidossa ydinpalvelua on vaikea kehittää ilman asiantuntijoita, mutta palvelu- ja hoitokokemusta elämyksenä voidaan kehittää yhdessä asiakkaan ja potilaan kanssa. Tätä voitaisiin kokeilla projektiluontoisesti oppimisprosessina tai pilottihankkeena, johon ammattitaitoinen muotoilija otetaan mukaan. Projektin toteuttaminen tapahtuisi normaalin toiminnan ohella tiiviissä yhteistyössä asiantuntijoiden, asiakkaiden ja potilaiden kanssa. Muotoilija toimisi pilottihankkeen vetäjänä. Tässä toimintaan perustuvassa tutkimuksessa vuorovaikutuksellinen oppiminen toimisi luovan ajattelun ja ideoinnin perustana. Toteutettaisiin pilotti hoitoprosessin palveluiden normaalin toiminnan kuvauksen mukaisesti. Hoitoprosessia muotoiltaisiin tietoisesti havainnoimalla, kuuntelemalla, keskustelemalla ja kokeilemalla. Tässä ei turvauduttaisi oletuksiin tai mielikuviin, vaan kuluttajien todellisiin tulkintoihin. Ensin olisi kuitenkin rakennettava seuranta- ja arviointimalli sekä mittarit, joilla toiminnan muutoksia voitaisiin mitata eri ihmisten palvelukokemuksien välillä. Toki tämä vaatisi myös nollamittauksen pilotoin-

nin alussa. Mittausten kautta saataisiin reaaliaikainen tilanne palveluiden toimivuudesta ja niiden arvon tuotosta, ja toimintaa voitaisiin kehittää jatkuvasti koko pilotin ajan. Pilottijakson jälkeen voisi sitten tarkastella kasvattiko palveluiden muotoilu palvelun ja hoidon arvoa. Voitaisiin myös tarkastella kasvattiko se arvoa enemmän palvelun kuluttajalle tai tuottajalle. Asiantuntijapainotteisia toimintamalleja voidaan kehittää palvelumuotoilun avulla, jos sen avulla saadaan tuotua esille palvelun ja hoidon kriittiset muutostekijät. Palvelumuotoilijan tehtävä on saada nämä muutostekijät esille ja näkyväksi.

Palvelumuotoilun prosessimallia on tutkittu vielä vähän ja sen teoria on hyvin sekavaa. Sitä on kuitenkin kokeiltu ja opeteltu vuodesta 1994. Hoitoprosessin pilottihankkeessa eteneminen tapahtuisi Birgit Magerin (2004: 3–4) prosessimallin mukaan. Se koostuu neljästä eri vaiheesta, jotka ovat:

1. Tutkimusvaihe
2. Luomisvaihe
3. Arviointivaihe
4. Toteutusvaihe

Tutkimusvaihe aloitettaisiin asiakkaan ja potilaan arjen ja käyttäytymisen havainnoimisesta. Tätä voitaisiin toteuttaa haastattelemalla asiakkaita ja potilaita tai tekemällä asiakassafari. Asiakassafarissa valitaan tietty käyttäjäjoukko, jotka testaavat palvelua ja hoitoa. He kirjaavat ylös ennalta pyydettyjä asioita palvelun ja hoidon kontaktipisteistä. Näitä pisteitä voivat olla tilat, ihmiset, esineet, prosessin osat tai koko prosessi. Käyttäjät kirjaavat ylös mitä tapahtui esim. itse hoitotilanteessa, ja mitä sen taustalla ja minkälaisia tunteita nämä hänessä herättivät. Asiakassafarilla kerätään tietoa palvelun ja hoidon ominaisuuksista, joita sitten hyödynnetään palvelun ja hoidon kehittämässä. Muotoilija voi myös kerätä tietoa haastattelemalla työntekijöitä ja kysymällä heiltä, miten ja missä he asiakkaita ja potilaita kohtaavat, ja miten he hahmottavat palvelu- tai hoitokokonaisuuden. Luomisvaiheessa hyödynnetään näitä hankittuja asiakas ja potilaskokemuksia. Siinä tehdään mallinnuksia palvelu- ja hoitoprosesseista muotoilun menetelmillä ja taidoilla. Palveluja ja hoitoa ei uudisteta ensimmäisen ideoinnin eli luomisvaiheen jälkeen, vaan siinä vasta ideoidaan vaihtoehtoisia toimintamalleja, joita voidaan testata

esim. prototyypein. Testauksen jälkeen ne arvioidaan ennen varsinaista käyttöön ottoa. Arvioinnin jälkeisessä toteutusvaiheessa toimintaa voidaan muuttaa tai palata entiseen sen arvon tuottamisen mukaan.

**LÄHDELUETTELO**

Allardt, Erik (1976). Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.

Arnstein, Sherry (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35.

Booth, Andrew & Anne Brice (2004). Evidence based practice for information professionals: A Handbook: London: Facet publishing.

Carnall, Colin (2007). *Managing Change in Organizations: Fifth edition*: Edinburgh Gate: FT-Prentice Hall, Financial Times.

Charlton, James (2000). *Nothing about us without us: disability oppression and empowerment*. Kalifornia: California University Press.

Christensen, Clayton M, Jerome Grossman & Jason Hwang (2009). *The Innovator`s Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. New York: McGraw-Hill.

Crawford, Michael, Deborah Rutter, Catherine Manley, Tim Weaver, Kamaldeep Bhui, Naomi Fulop & Peter Tyrer (2002). Systematic Review of Involving Patients in the Planning and Development of Health Care. *British Medical Journal* 325: 1263–1267.

Davies, Catherine (2003). Worker, professions and identity: In: *Managing Care in Context*: 194–195. Eds. J Henderson & D. Atkinson. London: Routledge, The open University.

Daykin, Norma, M. Sanidas, J. Tritter, J. Rimmer & S. Evans (2004). Developing User Involvement in a UK Cancer Network. *Professionals`and Users` Perspectives*. *Critical Public Health* 14:3, 277–294.



- De Chernatony, Leslie & Malcolm McDonald (2003). *Creating powerful brands: In: Consumer, Service and Industrial Markets. Third Edition.* Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann.
- Deacon, Bob, Michelle Hulse & Paul Stubbs (1997). *Global Social Policy: International organizations and the future of welfare.* London: SAGE Publications Ltd.
- Ekroos, Vesa (2004). *Terveysthuollon palvelutuotanto: Yksityisesti vai julkisesti? Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.*
- Grönroos, Christian (2009). *Palvelujen johtaminen ja markkinointi.* Helsinki: WSOY-pro.
- Haasio, Ari & Reijo Savolainen (2014). *Tiedonhankintatutkimuksen perusteet.* Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu Oy.
- Haasio, Ari (2004). *Tiedonhankintatutkimuksen perusteet.* Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu Oy.
- Heikkinen, H (2001). *Narratiivinen tutkimus – Todellisuus kertomuksena: Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin.* Toim. Aaltola, J & Valli, R. Teoksessa *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II.* Jyväskylä: PS- Kustannus.
- Hirsjärvi, Sirkka & Helena Hurme (2000). *Teemahaastattelun teoria ja käytäntö: tutkimushaastattelu.* Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2008). *Tutki ja kirjoita.* Helsinki: Tammi.
- Hollins, Gillian & Hollins Bill (1991). *Total Design: Managing the design process in the service sector.* London: Pitman Publishing.

Huges, Gordon, John Clarke, Gail Lewis & Gerry Mooney (1998). *Imaging Welfare Futures: Reinventing The Public*. London: Routledge.

Keronen, Merja (2013). Asiakslähtöisyys - olennainen tekijä sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti Tesso. Julkaistu 31.1.2013. Saatavissa osoitteesta: <http://tesso.fi/artikkeli/asiakslahtoisyys-olennainen-tekija-sosiaali-ja-terveyspoliittinen-aikakauslehti-tesso>.

Kettunen, Pekka & Sakari Möttönen (2011). *Kansalaisyhteiskunta 1: Asiakkuuden rajat ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Saatavissa 10.1.2011 osoitteesta: <http://files.kotisivukone.com/kyts.kotisivukone.com/>.

Kinnunen, R (2003). *Palvelujen suunnittelu*. Vantaa: Werner Söderström Oy.

Koivusalo, Meri, Eeva Ollila & Anna Alanko (2009). *Markkinat ja muutos terveydenhuollossa: Kansalaisesta kuluttajaksi*. Helsinki: Gaudeamus.

Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. (2012). *Potilaan oikeudet hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell.

Kumar, Vijay (2009). A Process for practicing design innovation: *Journal of Business Strategy*. 30 (2/3).

Kähönen, Essi (2013). *Palvelumuotoilua asiakkaan ehdoilla*. Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti Tesso. Julkaistu 8.5.2013. Saatavissa osoitteesta: [http://www.tesso.fi/artikkeli/palvelumuotoilua\\_asiakkaan\\_ehdoilla](http://www.tesso.fi/artikkeli/palvelumuotoilua_asiakkaan_ehdoilla).

Lumijärvi, I. & Jylhäsaari J. (2009). *Laatujohtaminen ja julkinen sektori: Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena*. Helsinki: Gaudeamus.

Mager, Birgit (2004). *Service Design: A Review*. Cologne.

- Mager, Birgit (2008). Service Design definition in the Design Dictionary: Eds. Miettinen Satu & Mikko Koivisto (2009). In: Designing Services with innovative Methods.
- Maslow, Abraham H. (1943). A Theory of Human Motivation. Toronto: New York University Press.
- Maslow, Abraham H. (1987). Motivation and Personality: Third Edition. New York: Harper Collins Publishers.
- Miettinen, Merja (1999). Hoitotyön kehittäminen ja sen johtaminen: Teoksessa hoitotyötä johtamaan. Toim. Simoila, Riitta, Riitta Kangas & Jouko Ranta. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Miettinen, Satu & Mikko Koivisto (2009). Designing Services with innovative Methods. Keuruu: Otava.
- Miettinen, Satu (2011). Palvelumuotoilu: Uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Tampere: Teknologia Teknova Oy.
- Montgomery, Kathleen & Miles Little (2011). Enriching Patient Centered Care in Serious Illness: A Focus on Patients` experience of Agency. The Milbank Quarterly 89.
- MUOVA palvelumuotoiluyritys. Vaasa. Saatavissa 1.1.2015 osoitteesta: <http://www.muova.fi/fi/muotoilu/palvelumuotoilu/>.
- Niiniluoto, Ilkka (1997). Johdatus tieteenfilosofiaan: Käsitteen- ja teorianmuodostus. Helsinki: Otava.

- Niiranen, Vuokko (2002). Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityösäkin, 65–67: Teoksessa marginaalit ja sosiaalityö. Toim. Roivanen, Irene, Kirsi Juhila & Hannele Forsberg. Jyväskylä: SoPhi.
- Osterwalder, Alexander & Pigneur Yves (2010). Business Model Generation: A Handbook for Visionaries, Game Changers and Challengers. New Jersey: John Wiley & Sonc, Inc. Hoboken.
- Øvretveit, John (1992). Health Service Quality: An introduction to quality methods for health services. London: Blackwell Science Ltd.
- PALMU: Palvelumuotoiluyritys. Helsinki. Saatavissa 26.4.2014: <http://www.palmu.fi/>
- Porter, Michael E (1985). Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance. London: Collier Macmillan Publishers.
- Prahalad, C.K. & Venkat Ramaswamy (1994). The Future of Competition: Co Creating Unique Value with Customers. Boston: Harvard Buisness Scool Press.
- Prahalad, C.K. & Venkat Ramaswamy (2004). The next practice in value creation: Co-Creation experiences: Volume 18. Number 3. Journal of interactive marketing.
- Saari, Juho (2011). Suomalaisen yhteiskunnan perusta: Teoksessa: Hyvinvointi, 29–82. Toim. Saari, Juho, Eerik Lagersptz, Jussi Simpura, Hannu Uusitalo, Sakari Kainulainen, Robert Hagfors, Jouko Kajanoja, Heikki Ervasti, Jukka Hoffren, Hanna Räättö, Anu Raijas, Susanna Uusitalo, Anne Birgitta Pessi, Marjaana Seppänen & Markku Oksanen. Helsinki: Gaudeamus.
- Saffer, D (2007). Designing for interaction: Creating Smart Applications and Clever Devices. Berkley: New Riders.

- Saranummi, Niilo, Sirkku Kivisaari, Eija Väyrynen & Hannele Hyppö (2005). Terveysterveysten uudistaminen: Systemiset innovaatiot ja asiantuntijapalvelut muutoksen ajureina. Helsinki: TEKES, teknologiakatsaus 180/2005.
- Schneider, J. & Stickdorn, M. (2010). *This is Services Design Thinking*. Amsterdam: BIS Publishers.
- STM (2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätöiset palvelut. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä, 2005:7.
- Thompson AGH (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64.
- Teperi, Juha, Michael E. Porter, Lauri Vuorenkoski & Jennifer F. Baron (2009). *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Helsinki: Edita Prima Ltd. Sitra Reports, no 82.
- THL (2008). *Hyvinvoiva ja terve kunta: Tukiaineistoa kuntajohdolle*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Tuulaniemi, Juha (2011). *Palvelumuotoilu*. 1 painos. Helsinki: Talentum.
- Tuulaniemi, Juha (2013). *Palvelumuotoilu*. 2, tarkistettu painos. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Tritter, Jonathan, Meri Koivusalo, Eeva Ollila and Paul Dorfman (2009). *Globalisation, Markets and Healthcare Policy: Redrawing the Patient as Consumer*. New York: Routledge.
- Tritter, Jonathan & A. McCallumb (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76.

- Warren, Mark & Hilary Pearse (2008). *Designing Deliberative Democracy: The British Columbia Citizens' Assembly*. Theories of institutional design. Cambridge: University press.
- WHO (1986). World Health Organization. Kanada: Ottawa Charter for Health Promotion.
- Womack, J.P & D.T. Jones (1996). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*. New York: Simon & Shuster.
- Wright, George Henrik Von (1972). *The varieties of Goodness*. Fourth impression. London. Routledge & Kenagan Paul, The humanities Press.
- Valkama, Katja (2012). Asiakkuuden dilemma: Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. *Acta Wasaensia no 267. Sosiaali- ja terveystieteiden tiede 7.*
- Vartiainen, Pirkko & Maritta Vuorenmaa (2011). Kohti sosiaalisesti kestävästä hyvinvointia: Näkökulmia Pohjanmaalta. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 295. Sosiaali- ja terveystieteiden tiede 6.
- Virtanen, Petri & Stenvall Jari (2012). *Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen*. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Moritz, Stefan (2005). *Service Design: Practical access to an evolving field*. London: Köln International School of Design.

## LIITE 1



## Opinnäytetyön lupa-anomus 1(3)

24 / 11 2014

Hakemuksen täyttöpäivä

## Opiskelija

Susanna Marjaana Heinonen  
Nimi

Stråkäntie 171 65410 VAASA, puh: 050-5919918, s-posti: susanna.heinonen@vshp.fi  
Osoite, puhelinnumero ja sähköpostiosoite

## Opiskeluala

Lääketiede  Hoitotiede  Hallintotiede  Muu, mikä \_\_\_\_\_

Yliopiston nimi: VAASAN YLIOPISTO

**Opinnäytetyö:** Pro gradu -tutkielma – Sosiaali- ja terveyshallintotiede

**Opinnäytetyön nimi:** PALVELUMUOTOILU KEHITTÄMISEN VÄLINEENÄ TERVEYDENHUOLLOSSA  
"Passiivisesta aktiiviseksi potilaskuluttajaksi"

**Opinnäytetyön lyhyt kuvaus** (tarkoitus, kohderyhmä, tutkimusmenetelmät, aikataulu)

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvailla palvelumuotoilun mahdollisuutta terveydenhuollon uutena kehittämismenetelmänä ja tunnistaa sen ongelmakohtia. Tarkastelunäkökulma on terveyspalveluista asi-  
antuntijapalveluja käyttävät asiakkaat eli potilaat, ja heidän mahdollisuudet osallistua oman hoitolinjan  
mukaiseen hoidon ja palvelun suunnitteluun. Osallistavassa palvelumuotoilussa potilaasta tulee kuluttaja  
ja asiakas, jonka todelliset tarpeet, toiveet ja tavoitteet tulee tunnistaa ja ottaa aidosti huomioon palvelua  
ja hoitoa suunniteltaessa. Palvelumuotoilussa huomioidaan käyttäjän lisäksi hoidon tarve ja vaade, sekä  
organisaation tavoitteet. Ensin on kuitenkin kartoitettava onko tällä menetelmällä mahdollisuutta eri-  
koissairaanhoidossa asiantuntijoiden mielestä, koska erikoissairaanhoito on asiantuntijapalvelua. Tut-  
kimusaihetta puoltaa myös Vaasan keskussairaalan ulkoisten arviointien tulokset, joissa on annettu pa-  
lautetta hoitoprosessien asiakaslähtöisyyden esille tuomiseen.

Tutkielman kohteena on terveyspalveluista erikoissairaanhoidon palvelu, joka on asiantuntijapalvelua.  
Aihe tuli esiin Terveystieteen päivillä Vaasassa, syksyllä 2014. Onkologian klinikan Ylilääkäri Antti Jeku-  
nen esitteli täällä Vaasan keskussairaalan Onkologian klinikan ja Vaasan yliopiston yhteishankkeen "On-  
kokompleksi – Tulevaisuuden visioita kompleksisuusajatteluun perustuen". Tämä hanke perustui komp-  
leksisuusajatteluun, joka pyrki kokonaisvaltaisten toimintamallien ja mahdollisuuksien analysoinnin  
avulla löytämään uusia toiminnan malleja Onkologian klinikalle. Tutkielman kannalta keskeisintä tässä  
on, onkologisen potilaan hoidon monimuotoisuus. Tutkielman avulla pyrin selvittämään antaako tämä  
monimuotoisuus mahdollisuuden palvelumuotoilulle, vai toimiiko se enemmänkin esteenä sille?

Tutkimusmenetelmänä käytän teemahaastattelua, koska siinä voin olla aidossa vuorovaikutuksessa asian-  
tuntijoiden kanssa. Tämä erityisen tärkeää tässä, koska aihepiiri on vielä terveydenhuoltoalalla melko  
tuntematon. Haastateltavina olisivat onkologian klinikan henkilökunta (n.15 kpl.).  
Haastattelut on tavoitteena suorittaa tammikuussa 2015, ja tutkielma valmistua alkukeväästä.

Vasa centralsjukhus  
Vaasan keskussairaala

Sandviksgatan 2-4, 65130 Vasa  
Hietalahdenkatu 2-4, 65130 Vaasa

www.vasacentralsjukhus.fi  
www.vaasankeskussairaala.fi

tfn / puh  
06-323 1111

Banker / Pankit  
Aktia 497010-2800898

Nordea 205218-7669  
Sampo 800014-1722963

<b>Opinnäytetyön ohjaaja/ohjaajat oppilaitoksessa</b>	
Pirkko Vartiainen Nimi	
Puh: 029 449 8349 , <a href="mailto:pirkko.vartiainen@uva.fi">pirkko.vartiainen@uva.fi</a> Puhelinnumero/sähköpostiosoite	
<b>Hyväksyntä/ yhteistyö- tahot</b>	<input type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani <input type="checkbox"/> En hyväksy
	Päivämäärä Ylilääkärin/Ylihoitajan allekirjoitus
	<input type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani <input type="checkbox"/> En hyväksy
	Päivämäärä Ylilääkärin/Ylihoitajan allekirjoitus
<b>Päätös</b>	<input type="checkbox"/> Hyväksyn osaltani <input type="checkbox"/> En hyväksy
	Päivämäärä Ylilääkärin/Ylihoitajan allekirjoitus
<b>JOHTAJAYLILÄÄKÄRIN PÄÄTÖS (x) § 104</b> <b>HALLINTOYLIIHOITAJAN PÄÄTÖS ( )</b> <input checked="" type="checkbox"/> Hyväksyn tutkimushankkeen toteutettavaksi <input type="checkbox"/> En hyväksy Päivämäärä 8.12.2014 Allekirjoitus <u>PUVO RAUHALA</u>	
<b>Muuta</b>	Tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja on käsiteltävä anonymisti ja eettisesti hyvän tutkimustavan mukaisesti. <b>Sovelletut lait:</b> Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) Henkilötietolaki (523/1999) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Potilasvahinkolaki (585/1986) Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus klinisistä lääketutkimuksista (841/2010) <b>Tutkimushakemuksen liitteet:</b> Tutkimussuunnitelma: liite 1



## LIITE 2

## SAATEKIRJE

**Hyvä terveydenhuollon asiantuntija,**

Opiskelen Vaasan yliopistossa Hallintotieteiden Maisteritutkintoa, pääaineena Sosiaali- ja terveyshallinto. Olen tekemässä tutkintooni liittyvää pro gradu- tutkimusta aiheesta ”*Palvelumuotoilu kehittämisen välineenä terveydenhuollossa*”.

Tutkimus on palvelujärjestelmään kohdistuva perustutkimus, jonka tavoitteena on kuvailla palvelumuotoilun mahdollisuutta terveydenhuollon uutena kehittämismenetelmänä ja tunnistaa sen ongelmakohtia. Tarkastelunäkökulma on terveyspalveluista asiantuntijapalveluja käyttävät asiakkaat/potilaat, ja heidän mahdollisuudet osallistua oman hoitolinjan mukaiseen hoidon /palvelun suunnitteluun. Osallistavassa palvelumuotoilussa potilaasta tulee kuluttaja ja asiakas, jonka todelliset tarpeet, toiveet ja tavoitteet tulee tunnistaa ja ottaa aidosti huomioon palvelua/hoidoa suunnitellessa. Palvelumuotoilussa huomioidaan käyttäjän lisäksi hoidon tarve ja vaade, sekä organisaation tavoitteet.

**Ensin on kuitenkin kartoitettava onko tällä menetelmällä mahdollisuutta erikoissairaanhoidossa asiantuntijoiden mielestä ja tässä tarvitsen nyt teidän kallisarvoista apua!**

Tutkielman kohteena on monimuotoinen erikoissairaanhoidon palvelu. Aihe tuli esiin Terveystieteiden päivillä Vaasassa, syksyllä 2014. Onkologian klinikan Ylilääkäri Antti Jekunen esitteli Vaasan keskussairaalan Onkologian klinikan ja Vaasan yliopiston yhteishankkeen: ”*Onkokompleksi – Tulevaisuuden visioita kompleksisuusajatteluun perustuen*”. Tämä hanke perustuu kompleksisuusajatteluun, joka pyrkii kokonaisvaltaisten toimintamallien ja mahdollisuuksien analysoinnin avulla löytämään uusia toiminnan malleja. Keskeisintä tässä on, onkologisen potilaan hoidon monimuotoisuus. Tutkielman avulla pyrin selvittämään antaako tämä monimuotoisuus mahdollisuuden palvelumuotoilulle, vai toimiiko se enemmänkin esteenä sille?

Tutkimusmenetelmänä käytän informoitua kyselylomaketta, koska tällä tavoin voin tuoda asiantuntijoiden mielipiteitä ja arvioita esiin aiheesta. Tämä on erityisen tärkeää, koska aihepiiri on asiantuntijapainotteisella terveydenhuoltoalalla vielä melko tuntematon.

Toivon, että käytät muutaman minuutin ja täytät liitteenä olevan lomakkeen. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä ja vastauksia ei pystytä yhdistämään vastaajiin.

Vastaus aikaa on kaksi viikkoa ja **viimeinen palautuspäivä on torstai 1.10.2015.**

Vastaukset voitte palauttaa Vaasan keskussairaalan sisäisellä kirjekuorella osoitteella:

**T1/Kir.Pkl./ Susanna Heinonen**

Ja jos on epäselvää/kysyttävää lomakkeista tai tutkimuksesta voitte ottaa minuun yhteyttä joko sähköpostitse tai puhelimella. Yhteystiedot alla.

Kiitos,

Susanna Heinonen

[susanna.heinonen@vshp.fi](mailto:susanna.heinonen@vshp.fi)

Puh:5525 (VKS sisäinen numero arkisin klo.8-16) tai 050-5919918 (oma puhelin)

## Kysymyslomake

**Ympyröi alla olevista kysymyksistä lähinnä omaa arviotasi oleva vaihtoehto. Avoimiin kysymyksiin voi vapaasti vastata kirjoittamalla.**

Ikä: 18 - 40 vuotta  
41 vuodesta ylöspäin

Asiantuntijataso: Hoitaja  
Lääkäri  
Muu, mikä \_\_\_\_\_

Työkokemus: 0 – 11 kuukautta  
1 – 9 vuotta  
10 vuotta tai enemmän

Sukupuoli: Mies  
Nainen

1. Näetkö yksikössä hoidettavan ihmisen potilaana vai asiakkaana?

Potilaana  
Asiakkaana

2. Annatko ihmiselle yksikössä hoitoa vai palvelua?

Hoitoa  
Palvelua

3. Onko potilaalla/asiakkaalla yksikössä vaikutusmahdollisuus omaan hoitoon/palveluun?

Kyllä  
Vain vähän  
Ei

4. Haluaako potilas osallistua oman hoitonsa/palvelunsa suunnitteluun?

Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

5. Onko potilaan/asiakkaan läheisillä vaikutusmahdollisuus hoitoon/palveluun?

Kyllä  
Vain vähän  
Ei

6. Haluavatko potilaan läheiset osallistua hoidon/palvelun suunnitteluun?

Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

7. Hoidetaanko kaikkia potilaita/asiakkaita yksikössä samalla tavalla tietyn hoitolinjan (hoitoprosessin) mukaan, johon sairauden muoto vaikuttaa?

Kyllä  
Ei

Jos vastasit ei, mikä vaikuttaa siihen, että potilas/asiakas saa hoitolinjasta poikkeavaa hoitoa/palvelua?

---



---

8. Voivatko hoidettavat itse tai heidän läheiset aidosti valita toimenpiteitä tai hoitomuotoja?

Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

9. Onko hoidettavan vapaus valintaan tärkeää?

Kyllä  
Vain vähän  
Ei

Miksi hoidettavan valinnanvapaus on tai ei ole tärkeää?

---



---

10. Kumpi on tärkeämpää potilaan/asiakkaan/läheisen vapaus valita vai antaa asiantuntijan valita sopiva hoitomuoto?

Potilaan/asiakkaan/läheisen vapaus valita  
Asiantuntijan valinta

11. Saako potilas/asiakas/omainen tarpeeksi tietoa valittavissa olevista hoito/palvelumuodoista?      Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

Jos vastasit ei, miksi potilas/asiakas/omainen ei saa tarpeeksi tietoa?

---



---

12. Saako hoidettava kaiken hoidon/palvelun samasta paikasta?      Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

13. Saako hoidettavana oleva ”ydinhoidon/palvelun” lisäksi muuta palvelua?

Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

Jos vastasit kyllä, niin mitä palvelua hoidettavana oleva saa ns. ”lisäpalveluna”?

---



---

14. Tuottaako valinnanvapaus potilas/asiakastyytyväisyyttä?      Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

15. Perustuuko hoidettavana olevan ”ydinhoidon/palvelun” saaminen ja eteneminen enemmän hoidettavana olevan vai asiantuntijan näkemykseen?

Hoidettavana olevan näkemykseen  
Asiantuntijan näkemykseen

16. Perustuuko hoidettavana olevan ”lisäpalveluiden” saaminen ja eteneminen enemmän hoidettavana olevan vai asiantuntijan näkemykseen?

Hoidettavana olevan näkemykseen  
Asiantuntijan näkemykseen

17. Näkyykö hoidon/palvelun suunnittelussa ja sen etenemisessä hoidettavana olevan oma tahto ja mielipide?

Kyllä  
Vain vähän  
Ei

Jos vastasit kyllä tai vain vähän, miten se näkyy?

---



---

18. Onko hoidettava tai hänen läheiset yleensä aktiivisia toimijoita hoidon aikana?      Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

19. Onko hoidettavan iällä merkitystä hoitoon/palveluun osallistumisen aktiivisuudessa?      Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

Jos vastasit kyllä, minkä ikäiset ovat aktiivisimpia osallistumaan?

- 0 - 25 -vuotiaat
- 26 - 40 -vuotiaat
- 41 - 65 -vuotiaat
- 66 -vuotta ja tästä vanhemmat

20. Onko hoidettavan sukupuolella merkitystä osallistumisen aktiivisuudessa? Kyllä  
Ei  
En osaa sanoa

Jos vastasit kyllä, kummat osallistuvat aktiivisemmin? Naiset  
Miehet

21. Onko hoidettavan kielellä tai muulla vuorovaikutus keinolla merkitystä osallistumisen aktiivisuudessa?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

Jos vastasit kyllä, miten sillä on vaikutus osallistumisen aktiivisuuteen?

---



---

22. Jos hoidettava ei itse jostain syystä kykene osallistumaan omaan hoitoon/palveluun, saako hän tietoa, neuvoja ja apua joltain, ja keneltä hän niitä saa?

---



---

23. Minkälaisia konkreettisia keinoja hoidettavalla tai hänen läheisellään on osallistua oman hoidon/palvelun suunnitteluun ja toteutukseen?

---



---

24. Minkälaisia vaikutuksia potilaiden/asiakkaiden/läheisten osallistumisella hoitoon/palveluun on? Esim. viekö se enemmän aikaa ja resursseja asiantuntijoilta vai voisiko sillä esim. säästää jossain? Tähän toivon esimerkkejä käytännöstä.

---



---

25. Minkälaisia vaikutuksia potilaan/läheisten omalla aktiivisuudella ja osallistumisella voidaan saada hoidettavan hoitoon/palveluun? Muuttaako osallistuminen lopputulosta, ja miten se muuttaa sitä?

---



---

26. Onko potilaan/asiakkaan/läheisten osallistumisella vaikutusta tulevaisuuden hoidon/palvelun kehittämiseen?

- Kyllä
- Vain vähän
- Ei

Jos vastasit kyllä tai vain vähän, miten heidän osallistuminen huomioidaan tulevaisuuden hoidon/palvelun suunnittelussa ja kehittämisessä?

---



---

27. Miten sinä voit vaikuttaa potilaan/asiakkaan/läheisten osallistumiseen?

---



---