



Turun yliopisto  
University of Turku

# **ASIAKASKEKKEISEN HOITOPROSESSIN KEHITTÄMINEN PROSESSI- JA VERKOSTOJOHTAMISEN NÄKÖKULMASTA**

**Case: yksityinen terveystalan organisaatio**

Liiketaloustiede, johtamisen ja  
organisoinnin pro gradu -tutkielma

Laatija:  
TtM Laura Niiniviita

Ohjaaja:  
KTT Terhi Tevameri

9.11.2017  
Tampere

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

The originality of this thesis has been checked in accordance with the University of Turku quality assurance system using the Turnitin OriginalityCheck service.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
1.1	Tutkimuksen taustana arvoon perustuva terveydenhuolto ja kotihoidon rooli .....	6
1.2	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	9
1.3	Tutkimuksen rajaukset ja rakenne .....	10
2	KOHDEORGANISAATION ESITTELY .....	12
2.1	Kohdeorganisaatio ja sen toimintaympäristö .....	12
2.2	Yksityisen palveluntuottajan toimintaympäristö sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	13
2.3	Kohdeorganisaation ja kunnan yhteisyrityksen malli sekä kohdeorganisaation markkinaosuus sosiaali- ja terveystaloudessa .....	14
3	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	17
3.1	Tutkimuksen tieteenfilosofiset taustaolettamukset .....	17
3.2	Tutkimuksen metodologia .....	18
3.2.1	Laadullinen tapaustutkimus .....	19
3.2.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu .....	20
3.3	Teorialähtöinen sisällönanalyysi ja deduktiivinen päättely .....	25
4	ASIAKASKESKEISYYS ILMIONÄ JA ARVONA .....	29
4.1	Asiakaskeskeisyyden sisältö ja tavoite sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	29
4.2	Asiakaskeskeisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa lakien valossa .....	33
4.2.1	Terveydenhuoltolaki ja kotihoito sekä valinnanvapauslainsäädäntö .....	33
4.2.2	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudista .....	34
5	ASIAKKAAN HOITOPROSESSIT JA ASIAKASKESKEISYYS .....	36
5.1	Prosessimainen organisaatorakenne .....	36
5.2	Asiakaskeskeisyyttä tukeva hoitoprosessi .....	40
5.2.1	Asiakaskeskeisen hoitoprosessin roolit ja vastuut .....	43
5.2.2	Asiakkaan hoitoprosessin ajallinen ja taloudellinen tarkastelu .....	47
5.3	Asiakaskeskeisyyttä korostava työskentelykulttuuri osana asiakkaan hoitoprosessia .....	49
5.3.1	Asiakaskeskeisyyden toteutuminen hoitotyössä .....	50
5.3.2	Asiakaskeskeinen työskentelykulttuuri .....	56
5.4	Asiakaskeskeisyyttä tukeva lähijohtaminen ja ammatillisuus organisaatiossa .....	63
5.4.1	Asiakaskeskeisyyttä tukeva lähijohtaminen .....	64
5.4.2	Ammatillisen roolin korostuminen organisaatiossa .....	67
6	VERKOSTOMAINEN TOIMINTATAPA JA ASIAKASKESKEISYYS .....	71
6.1	Asiakaskeskeinen verkostotyöskentely .....	71

6.1.1	Roolit ja vastuut asiakkaan verkostoissa.....	72
6.1.2	Tiedonkulku asiakkaan verkostoissa.....	77
6.2	Verkostojohtaminen asiakaskeskeisyyden tukena.....	85
6.2.1	Verkostojohtaminen.....	85
6.2.2	Asiakaskeskeinen päätöksenteko ja verkoston asiakkaalle tuottamat hyödyt .....	91
6.3	Yhteisyritys asiakaskeskeisyyden lähtökohtana.....	93
6.3.1	Asiakaskeskeisyyttä tukeva yhteisyrityksen toimintamalli.....	93
6.3.2	Yhteisyrityksen asiakaskeskeisyyttä korostava tulevaisuus .....	94
7	DISKUSSIO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	99
7.1	Yhteenvedo.....	99
7.2	Johtopäätökset .....	100
7.3	Käytännön toimenpide-ehdotukset organisaation johdolle .....	110
7.4	Tutkielman luotettavuus ja uskottavuus .....	115
7.5	Mahdollisia jatkotutkimusaiheita .....	119
	LÄHTEET.....	121
	LIITTEET	
	LIITE 1 Esitutkimuksen kyselylomake .....	134
	LIITE 2 Saatekirje tutkimukseen osallistuville .....	135
	LIITE 3 Muistutuskirje tutkimukseen osallistuville.....	137
	LIITE 4 Teemahaastattelukysymykset.....	139
	KUVIOT	
	Kuvio 1 Teorialähtöisen sisällönanalyysin vaiheet .....	26
	Kuvio 2 Asiakkaan hoitoprosessissa asiakaskeskeisyyden kulku nuolen suuntaisesti vertikaalisesti aseteltujen hoitoyksiköiden läpi .....	40
	Kuvio 3 Kotihoidon asiakkaan hoitoprosessin kuvaus.....	41
	Kuvio 4 Asiakkaan tavat luoda asiakashyötyä .....	97
	TAULUKOT	
	Taulukko 1 Esitutkimukseen vastanneet tutkimukseen valitut henkilöt .....	141
	Taulukko 2 Toteutetut teemahaastattelut ja niiden ajallinen kesto .....	141
	Taulukko 3 Esimerkki teorialähtöisestä sisällönanalyysistä ja kategorioiden muodostamisesta .....	142

# 1 JOHDANTO

Suomalaisessa yhteiskunnassa meneillään oleva ikääntyneiden palvelurakenteen uudistus korostaa ikäihmisten hoidon muokkaamista laitoshoitopainotteisuudesta kohti avopainotteista hoitoa. Uudistuspaineet kohdistuvat sekä kotihoitoon että käytössä oleviin kotihoidon toimintamalleihin. On nähtävissä, että julkisten palveluiden kehittämistä on jo pitkään viitoittanut organisaatiokeskeisyys ja kustannuslähtöinen ajattelu. Nykyään uusien palvelurakenteiden lähtökohtana on asiakas ja palvelurakenteiden uudelleen organisoinnilla pyritään asiakaskeskeiseen toimintatapaan. Tarkasteltaessa kotihoidon palvelurakenteiden muutoksia on tunnistettavissa, että asiakaskeskeiseen päätöksentekoon ja palveluntarjontaan on vielä matkaa. (Hennala 2014, 76, 78.) Myös Surakka kollegoineen (2014, 221) nostaa esille ikääntyneen henkilön roolin oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Vanhustyön nähdään sisältävän runsaasti eettisiä kysymyksiä ja arvonäkökulmia. Tästä syystä ikääntyneiden hoidon tulee olla vuorovaikutteellista ja asiakaskeskeistä, aitoa kohtaamista. Ikääntynyttä koskevassa päätöksenteossa tulee huomioida hänen omaisensa. (Surakka ym. 2014, 221–222, 226–227.)

Tulevalla sosiaali- ja terveystalouden uudistuksella on määrä uudistaa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotanto, hallinto, suunnittelu, rahoitus ja valvonta (Hallituksen esitys HE 324/2014, 1). Uudistus kokoaa nykyään lähes 200 eri kunnalliselle organisaatiolle kuuluvien palveluiden järjestämistä vastaavien viidelle sosiaali- ja terveysalueelle, joiden tuottamisvastuusta vastaa 18 maakuntaa (Hallituksen esitys HE 2.3.2017; 7, 24). Maakuntien toiminta käynnistyy 1.1.2020 (Valtioneuvosto 2017b). Sosiaali- ja terveystalouden uudistus edellyttää, että jokainen Suomen kunta kuuluu johonkin sote-yhteistyöalueeseen. Maakunnat ovat vastuussa sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä. Palvelut voidaan tuottaa yksityisen-, julkisen tai kolmannen sektorin toimijan toteuttamana. (Hallituksen esitys HE 2.3.2017; 7, 24.)

Keskeisenä kehittämiskohteena tulevaisuudessa nähdään kotihoidon palvelujen kattavuuden lisääminen sekä palveluiden sisällön ja laadun parantaminen. Tulevaisuudessa kotihoidon asiakaskunnan monimuotoisuuden lisääntyminen edellyttää entistä monipuolisempaa palveluntarjontaa. Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa on tärkeää pyrkiä turvaamaan korkeatasoinen kotihoito. (Heinola 2007, 10.) Kotihoidon palvelutoiminta on olemassa asiakkaita varten. Asiakas on kotihoidon palvelutoiminnan ja arvioinnin keskeisin tekijä. (Heinola 2007, 30.) Asiakaskeskeisyyden korostuminen yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä ikääntyneiden palveluissa osoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon kulttuurin muutosta. Asiakas nähdään aktiivisena toimijana, osallistuvana päättäjänä ja hoitonsa sekä palvelunsa arvioijana. Tässä tutkielmassa asiakaskeskeisyyden tunnistaminen ja kehittäminen ovat keskiössä. Tutkielman tekijä itse

työskentelee kohdeorganisaation ulkopuolella kotihoidon piirissä. Asiakaskeskeisyyden toteutuminen ja asiakkaan osallisuus hoitoprosessissa on tutkielman tekijälle itselleen merkityksellinen aihe ja henkilökohtaisesti kiinnostava. Asiakaskeskeisyyden monet kasvot ja ilmentyvät loivat kiinnostuksen aihepiiriin. Tutkielman tekijä näkee asiakaskeskeisyyden korostamisen olevan keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuutta ja siten asiakaskeskeisyyden kehittämisen oleellisena osana tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Tässä tutkielmassa asiakkaan hoitoprosessia kuvataan kotihoidon asiakkaan palvelupolkuna kotihoidon, päivystyksen, terveyskeskuksen vuodeosaston/sairaalan, kuntoutuksen ja kotihoidon välillä. Tutkielman tekijä on kiinnostunut asiakaskeskeisyyden toteutumisesta palveluprosessin eri vaiheissa. Tutkielmassa pyritään selvittämään asiakaskeskeisyyden tunnistamista, toteutumista ja sen mahdollista lisäämistä prosessi- ja verkostojohdamisen keinoin.

## **1.1 Tutkimuksen taustana arvoon perustuva terveydenhuolto ja kotihoidon rooli**

Valtaosa Suomen sosiaali- ja terveydenhuollosta perustuu julkisesti tuotettuihin, verorahoilla maksettuihin palveluihin. Vielä toistaiseksi kunnat vastaavat sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä. Kuntien tavat järjestää palvelut kuntalaisille vaihtelee. Kunnat ja kuntayhtymät voivat järjestää palvelut itse tai ostaa palveluja yksityisiltä ja kolmannen sektorin toimijoilta joko kokonaan tai osittain ulkoistettuna palveluna. (Teperi ym. 2009, 20–22.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon kehityksen muutosten katsotaan lähtevän terveyshyödyn tavoittelusta. Terveysyhyty-näkökulman keskiössä on terveydenhuollon asiakas, jonka ympärille hoito- ja palvelukokonaisuus rakentuu. Kaikilla asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuuteen osallistuvilla toimijoilla on yhteinen tavoite, tehokas ja oikea-aikainen terveyden tuottaminen asiakkaalle. (Teperi ym. 2009, 15–18.) Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden rakennemuutosten katsotaan lisäksi juontuvan teknologisten innovaatioiden lisääntymisestä ja laajentuneesta käyttöönnotosta (Tevameri & Kallio 2009, 16). Sosiaali- ja terveydenhuollon kehityksen on aiemmin katsottu olevan liian hajanaista, sairauskeskeistä ja rahoituspohjaltaan vaikeaselkoista. (Teperi ym. 2009, 18–19.) Nykyistä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää ei ole organisoitu tuottamaan tehokkaasti asiakkaalle arvoa. Terveiden arvon sijaan keskitytään hoitoon. Nykyiset organisaatiot ja palvelukokonaisuudet nojaavat vahvasti kustannuksiin ja pyrkivät tehostamaan toimintojaan säästönäkökulmasta. Arvoa tuottavien sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden menestys rakentuu ajatukselle, jossa parhaiten arvoa tuottavat toimijat menestyvät. Terveiden tehokkaan tuottamisen nähdään hillitsevän

kustannuksia, koska asiakas saa oikean hoidon, oikeaan aikaan ja yhtenä palvelukokonaisuutena. (Teperi ym. 2009, 23–25.)

Porter ja Teisberg (2006) ovat luoneet hahmotelman arvoon perustuvasta terveydenhuollosta (*engl. Value-Based Health Care*). Arvoon perustuva terveydenhuolto pyrkii tehokkaasti kohti järjestelmää, jossa terveydenhuollon asiakkaalle tuotetaan arvoa. Terveydenhuollossa arvon käsite suhteutetaan potilaalle tuotettavan lisähyödyn ja omien voimavarojen välisestä suhteesta. Porter ja Teisberg (2006, 3–5; 6–8) korostavat, että kaikkien terveydenhuollon toimijoiden tulisi pyrkiä kohti yhteistä tavoitetta, arvon tuottamista asiakkaalle. Arvon saavuttamiseksi asiakkaalle sosiaali- ja terveydenhuollon kilpailulogiikan tulee lähtökohtaisesti muuttua siten, että asiakas nostetaan toimintojen ytimeen kustannusten ja niiden vähenemisen sijaan (Porter & Teisberg 2006, 97–98). Porterin ja Teisbergin mukaan vain asiakasnäkökulma edellä voidaan saavuttaa hyvä tuottavuuden ja toimintojen laadun taso. Arvoa tuottavassa kilpailussa asiakkaan lisäksi terveydenhuollon työntekijät ja toimintojen järjestäjät ja suunnittelijat voittavat, kyseessä on win-win-tilanne, jossa kaikki voittavat järkevästi organisoidulla palvelun tarjonnalla. (Porter & Teisberg 2006, 97–98.) Tässä tutkielmassa asiakaskeskeisyyden arvon lisääminen on keskeistä. Arvoon perustuva terveydenhuolto ja asiakaskeskeisyys ovat sisällöllisesti hyvin lähellä toisiaan.

Suomea koskettavat lähitulevaisuudessa väistämättä väestön ikääntyminen ja työikäisen väestön vähentyminen. Omat haasteensa kokonaisuuteen tuovat haasteelliset talousnäkymät niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla. On selvää, että palvelujärjestelmiä tulee uudistaa, jotta hyvinvointivaltio kykenee täyttämään sille asetetut vaatimukset myös tulevaisuudessa. (Sydänmaanlakka 2015, 142–143.) Sosiaali- ja terveydenhuoltoon suoraan sidoksissa oleva huoltosuhde muuttuu tulevina vuosina dramaattisesti. Viimeiset 40 vuotta, vuodesta 1970 vuoteen 2010 huoltosuhde on ollut 50 prosentin luokkaa. On nähtävissä, että tulevina vuosina huoltosuhde saattaa nousta jopa 70 prosenttiin, joka tarkoittaa sitä, että ikäihmisten väestö vaatii sosiaali- ja terveystalvueluita enemmän ja eläkemenot tulevat kasvamaan. (Aaltonen & Vauramo 2016, 15–17.) Kristofin ja kumppaneiden (2017, 20) tuoreen katsauksen mukaan huoltosuhde tuplaantuu vuoden 2000 ja 2030 välisenä aikana. Huolestuttavimmat ennusteet todentavat huoltosuhteen olevan reilusti yli 70 prosenttia vuonna 2050. On selvää, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus pohjaa tulee pohtia kriittisesti uudelleen sen turvaamiseksi tuleville vuosille. (Aaltonen & Vauramo 2016, 15–17.) Myös ihmisten eliniän ennuste kasvaa vuosi vuodelta (Gregory ym. 2016, 1). Kotiin hoidettavien ikäihmisten hoitoisuus tulee olemaan entistä suurempi tulevaisuudessa. (Bruce ym. 2002, 1367; Rowe ym. 2016, 1634; Kristof ym. 2017, 20.) Tulevaisuuden suuntaukset tulevat väistämättä näkymään ikääntyneiden kotihoidossa lisääntyvänä asiakasmääränä ja entistä enemmän hoitoa tarvitsevinä asiakkaina.

Sosiaali- ja terveystalouden tuotantoprosessien ja tuotantotoimintojen tulee perustua tieteelliseen näyttöön (Nelson & Sen 2014, 387). Myös Porter ja Teisberg (2006) peräänkuuluttavat tieteellisen näytön tärkeyttä palveluiden organisoimisessa toimijoiden suhteen. On selvää, ettei sosiaali- ja terveystalouden uudelleen organisoimiseksi kohti asiakaskeskeisempää palvelukokonaisuutta ole nopea tai selkeä prosessi. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen kompleksisuus ja asiakkaiden yksilölliset tarpeet lisäävät haasteita organisoida asiakaskeskeinen toimintokokonaisuus. (Porter & Teisberg 2006, 101–105.) Ikääntyvän väestön kasvu, vanhustaloudellain voimaantulo ja hallituksen rakennepoliittiset suunnitelmat ja uudistukset kannustavat kuntia ja muita palveluntuottajia uudistamaan ja tehostamaan vanhuksille tuotettavien palveluiden tarjontaa (Finne-Soveri ym. 2014, 3467). Hoben kollegoineen (2017, 1) korostaa tuoreessa tutkimuksessa ikäihmisten palveluiden suunnittelussa perusteellista, strategista ja taloudellista päätöksentekoprosessia ja tarveharkinnan näkökulmaa palveluja suunniteltaessa. Palvelujärjestelmän tulee tarjota ikääntyneille räätälöityjä palveluja sekä taata henkilöstön osaamisen kehittäminen muuttuvalla sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla (Hupli ym. 2015, 265). Tässä tutkielmassa asiakkaan hoitoprosessia pyritään kehittämään entistä asiakaskeskeisemmäksi, jolloin palvelukokonaisuuksien suunnittelussa pyritään vahvasti korostamaan asiakkaan näkökulmaa.

Ikäihmisille suunnatut palvelut tarjotaan kotiin tuotettavina palveluina, palveluasuntoina, tehostetun palveluasumisen yksiköinä ja terveyskeskuksissa järjestettävänä hoitona (Teperi ym. 2009, 17). Voidaan todeta, että palvelukokonaisuuksien irrallisuus ja hajanaisuus estävät asiakkaalle tuotettavan arvon syntymisen. Kotihoidon palvelustrategian taustalla on Suomen demografinen väestön ikääntyminen, palvelutarpeen kasvu, taloudellisuuden tavoittelu sekä ikääntyneen oma toive olla kotona. (Andersson ym. 2004, 481.) Yleisesti vanhustenhuollon ideologia korostaa ikääntyneen mahdollisuutta asua kotonaan mahdollisimman pitkään. (Andersson ym. 2004, 481; Hupli ym. 2015, 265; Stolt ym. 2015, 71; Keogh ym. 2017, 97.) Arjen tukemiseen keskittyvien innovaatioiden määrän on ennustettu lisääntyvän sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla (Tervaskanto- Mäentausta 2016, 1798).

Useisiin sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla tehtyihin tutkimuksiin viitaten kotiin tuotavat, toimivat ja oikea-aikaiset sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut edesauttavat ikäihmisen terveydellisen tilan säilymistä, lisäävät kokonaisvaltaista hyvinvointia sekä ovat kustannus- ja ajanäkökulmasta tehokkaita (Bernabei ym. 1998, 1348; Hughes ym. 2007, 81–82; Suhonen ym. 2012, 34–35; Lehtiranta ym. 2014, 114–115; Hupli ym. 2015, 265; Kurikkala ym. 2015, 4–5; Vaapio ym. 2015, 2; Gregory ym. 2016, 1; Killet ym. 2016, 161–163). Euroopasta on saatu tutkimusnäyttöä siitä, että kotihoidon piirissä olevilla ikäihmisillä oli verrokkiryhmäänsä verraten vähemmän sairaalassaolojaksoja (Andersson ym. 2004, 482). Kotihoidon katsotaan suuntautuvan yhä edelleen iäkkäämmille henkilöille ja muuttuvan sairaanhoidolliseen suuntaan (Andersson ym.



2004, 482; Keogh ym. 2017, 97). Kotihoidossa olevilla muistisairailta asiakkailta on todettu olevan kognitiivisesti paremmat valmiudet selvittää päivittäisistä toiminnoistaan ympärivuorokautiseen hoivaan verratuilla muistisairailta ihmisillä (Hupli ym. 2015, 265). Kotihoidon piirissä olevat ikääntyneet kokevat elämänlaatunsa ja toimintakykynsä paremmaksi kun ympärivuorokautisessa hoidossa olevat ikääntyneet (Heikkinen 2013, 412; Stolt ym. 2015, 73). Kotihoitoon panostaminen nähdään olevan tulevaisuuden keskiössä.

Arvoon perustuva terveydenhuolto perustuu samoihin asiiasältöihin kun asiakaskeskeisyys sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalle. Kumpikin korostavat asiakkaan roolia aktiivisena toimijana ja päätöksentekoon osallistujana. Asiakaskeskeisyyden korostuminen tulevassa palvelujärjestelmän uusiutumisessa asettaa tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille uudenlaisia haasteita kohdata ikääntyvät ihmiset, heidän palvelutarpeensa ja hoitokokonaisuutensa. Tässä tutkielmassa asiakaskeskeisyyden rooli korostuu oleellisena osana asiakkaan hoito- ja palveluprosessia.

## 1.2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkielman tarkoituksena on tuottaa tieteellisin keinoin tietoa siitä, miten asiakkaan hoitoprosessia pystytään kehittämään prosessi- ja verkostojohtamisen keinoin asiakaskeskeisemmäksi. Hoitoprosessilla tarkoitetaan tässä tutkielmassa kohdeorganisaation kotihoidon piirissä olevan ikäihmisen palvelupolkua: Kotihoito-päivystys-terveyskeskus/sairaalan vuodeosasto-kuntoutus-kotihoito.

Tutkielman konkreettisena tavoitteena on esittää kehitysehdotuksia, joiden avulla asiakkaan hoitoprosessia pystytään kehittämään edelleen asiakaskeskeisemmäksi. Tavoitteen mukaisesti pyritään selvittämään millä johtamisen keinoilla kohdeorganisaation asiakaskokemus saadaan vietyä kohdistetusti asiakaskeskeisyyden arvoytimeen. Kehitysehdotusten tavoitteena on lisäksi taata hoidon korkea laatu jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa sekä tuoda kustannussäästöjä ja tehostaa toimintaa ajallisesta näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset:

Päätutkimuskysymys:

1. Miten asiakaskeskeisyys näkyy osana asiakkaan hoitoprosessia johtajien ja esimiesten näkökulmasta?

Alatutkimuskysymykset:

2. Miten asiakaskeskeisyys ilmenee arvona asiakkaan hoitoprosessin vaiheissa?
3. Miten asiakaskeskeisyyden arvo ilmenee osana asiakkaan hoitoprosessin verkostoja?

Tutkijan tulee pohtia tutkimuskysymysten asettelun yhteydessä tutkimuksen mahdollista yhteiskunnallista, taloudellista, teknistä tai sosiaalista painoarvoa (Uusitalo 2001, 54). Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on pohtinut tutkimuskysymysten merkitsevyyttä yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdentuvan tutkimuksen voidaan nähdä tuovan yhteiskunnallista arvoa. Tutkielman tarkoituksen mukaisesti asiakkaan hoitoprosessin kehittäminen edelleen asiakaskeskeisemmäksi voidaan nähdä merkityksellisenä ja ajankohtaisena tutkimuskohteena vedoten laajoihin sosiaali- ja terveydenhuollon tuleviin muutoksiin, joiden tavoitteena on yleisesti vahvistaa asiakaskeskeisyyttä osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa.

### 1.3 Tutkimuksen rajaukset ja rakenne

Tutkielman aiheen tarkennukset ja rajaukset ovat merkityksellisiä juuri oikean tiedon löytymisen näkökulmasta. Tutkijan tulee pohtia mitä tutkimusilmiöstä halutaan tietää ja millaisella tiedolla mahdolliset ennako-olettamukset on osoitettavissa todeksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 81-82.) Tätä tutkielmaa tehdessä on pyritty vastaamaan työelämästä nousevaan haasteeseen ja aitoon asiakastarpeeseen. Tämä tutkielma rajattiin koskemaan kahta kohdeorganisaation yksikköä ja niissä työskenteleviä lähiesimiehiä ja muuta johtoa. Tutkielman ulkopuolelle rajattiin kotihoidon asiakkaat sekä heidän omaistensa näkökulma. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden ja heidän omaistensa osallistaminen tutkimukseen on lupaprosessina niin suuri, ettei siihen lähdetty pro gradu –tutkielman laajuudessa tutkimuksessa. Tutkielman alussa tehdyt rajaukset on säilytettävä koko tutkimusprosessin ajan (Koskinen ym. 2005, 154, 159–160). Tutkielmassa haluttiin keskittyä kotihoidon lähiesimiesten ja johdon näkökulman esille tuomiseen. Kotihoidon lähiesimiesten ja johdon näkökulman esille tuominen nähtiin keskeisimmäksi tiedonlähteeksi esittää kehitysehdotuksia asiakkaan hoitoprosessin viemisestä edelleen asiakaskeskeisemmäksi kokonaisuudeksi.

Tässä tutkielmassa esiteltävien keskeisten käsitteiden määrittelyllä pyritään selventämään tutkimuksen sisällön aihepiiriä ja keskeisten käsitteiden sidonnaisuutta tutkimuskontekstiin. Keskeiset käsitteet tässä tutkielmassa ovat asiakaskeskeisyys, prosessijohtaminen, verkostojohdaminen, yksityinen terveystalouden organisaatio, sosiaali- ja

terveysalan muutos, kehittäminen ja hoitoprosessi. Tutkielma rakentuu seitsemästä pääluvusta, joiden alla on pienempiä alalukuja. Toisessa pääluvussa esitellään tarkemmin toimeksiantotutkielman kohdeorganisaatio, tarkastellaan kohdeorganisaation osuutta markkinoilla sekä esitellään kohdeorganisaation ja kunnan muodostaman yhteisyrityksen toimintamallia. Lisäksi pääluvussa käsitellään myös sosiaali- ja terveyshuollon organisointia yksityisen palveluntuottajan näkökulmasta. Kolmannessa pääluvussa kuvataan tutkielman toteutus, teoreettinen viitekehys sekä perustellaan tutkielman metodologisia valintoja. Neljännessä pääluvussa kuvaillaan kohdeorganisaation keskeistä arvoa, asiakaskeskeisyyttä sekä sen ilmenemistä ja toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Viidennessä ja kuudennessa pääluvussa esitellään tutkielman tuloksia rinnakkain aiempaan tutkimuskirjallisuuteen nojaten. Alasuutarin (2011, 277–278) mukaan tutkimuksen empiirisen ja teoreettisen osien erottaminen toisistaan on haastavaa. Juurikin empirian ja teorian vuoropuhelu on laadullisen tutkielman rikkaus. (ibid. Alasuutari 1999, 277; Alasuutari 2011, 277–278.) Kirjallisessa raportissa ei ole erillisiä teoria- tai empiricalukuja vaan aineiston analysointi on yhdistettynä teoreettiseen kirjallisuuteen. Viides pääluku kuvaa asiakkaan hoitoprosessin asiakaskeskeisyyttä sekä kuvailee organisaation prosessimaista rakennetta. Kuudes pääluku kuvaa kohdeorganisaation verkostomaista toimintatapaa ja asiakaskeskeisyyden todentumista osana verkostomaista työskentelyä.

Seitsemännessä pääluvussa tutkimustuloksista esitetään koottu yhteenveto, johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet. Lisäksi tutkielman tekijä on pyrkinyt esittämään konkreettisia käytännön toimenpide-ehtotuksia organisaation johdolle miten asiakkaan hoitoprosessia voitaisiin kehittää edelleen asiakaskeskeisemmäksi. Viimeisessä pääluvussa arvioidaan myös tutkielman toteutusta sekä tutkielman luotettavuutta ja eettisyyttä.

## **2 KOHDEORGANISAATION ESITTELY**

Kohdeorganisaatio on yksi Suomen suurimmista suomalaisessa omistuksessa olevista yksityisistä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden tuottajista. Kohdeorganisaatio tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita yksityishenkilöille, yrityksille sekä julkisyhteisöille. Julkisyhteisöillä tarkoitetaan kuntia ja sairaanhoitopiirejä. Kohdeorganisaatio on perustettu 2000-luvun alkupuolella. 2000-luvun puolen välin jälkeen kohdeorganisaatio on laajentanut toimintaansa erikoissairaanhoidon ja sosiaali- ja terveydenhuollon ulkoistuspalveluihin. (Kohdeorganisaation internetsivut 2017.) Toimeksiantosopimuksen mukaisesti kohdeorganisaatio on anonymisoitu tutkielmassa.

### **2.1 Kohdeorganisaatio ja sen toimintaympäristö**

Toimintojen laajetessa kohdeorganisaatio on perustanut lisää erillisiä toimintoyksiköitä Suomeen. 2000-luvun loppupuolella kohdeorganisaation toiminnot laajenivat erikoissairaanhoidon ja sosiaali- ja terveydenhoitopalvelujen lisäksi myös työterveyshuoltoon ja hoivapalveluihin. Kohdeorganisaation kasvu jatkuu edelleen sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen ulkoistamissopimusten myötä. Kohdeorganisaatio on perustanut kuntien tai kuntayhtymien kanssa yhteisyrityksiä, joissa julkinen ja yksityinen toimija vastaavat alueensa asukkaille tuotettavista sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluista. Ulkoistamissopimusten myötä kohdeorganisaation liikevaihto on kasvanut merkittävästi. (Kohdeorganisaation internetsivut 2017.)

Kohdeorganisaation tarjoamat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut jakautuvat karkeasti kahteen liiketoimintasegmenttiin. Segmentit jakautuvat lääkärikeskuksiin ja erikoissairaanhoidon sekä perusterveyden- ja sosiaalihuollon palveluihin. Lääkärikeskusten ja erikoissairaanhoidon liiketoimintasegmentti tuottaa lääkärikeskuksissa ja sairaalayksiköissä yleis- ja erikoislääkäripalveluja, työterveyshuoltopalveluja, suunterveydenhuollon palveluita sekä kirurgisia palveluita. Asiakkaisiin kuuluvat yksityishenkilöt, elinkeinonharjoittajat, yritykset, kaupungit ja kunnat sekä liikelaitokset. Myös muut julkisyhteisöt ja yhdistykset sekä säätiöt ovat L & E-segmentin asiakkaita. Kohdeorganisaation toinen liiketoimintasegmentti on perusterveyden- ja sosiaalihuollon segmentti. Kyseinen segmentti tuottaa perusterveyden- ja sosiaalihuollon palveluja ja hoivapalveluja. Palvelut voidaan toteuttaa kokonaisulkoistuksina, terveysasemaulkoistuksina, erillisinä hoivapalveluyksiköinä tai työvoimapalveluina. Asiakkaina ovat kunnat, kaupungit, yksityishenkilöt ja julkisyhteisöt. (Kohdeorganisaation internetsivut 2017.)

Tutkielma on toimeksiantotutkielma yksityiseltä terveystalouden tuottajalta. Ajatus tutkielmasta alkoi keväällä 2016 tutkielman tekijän ottaessa yhteyttä

kohdeorganisaatioon. Yhdessä kohdeorganisaation yhteyshenkilön kanssa päädyttiin tutkimaan kotiin tuotettavien ikäihmisten palveluiden hoitoprosessin asiakaskeskeisyyttä. Asiakaskeskeisyys on yksi kohdeorganisaation arvoista, jota pyritään korostamaan osana yksilöllistä asiakaskokemusta.

## **2.2 Yksityisen palveluntuottajan toimintaympäristö sosiaali- ja terveydenhuollossa**

Yksityisen vanhuspalvelutuotannon suhteellinen osuus kunnallisissa vanhuspalveluissa vahvistui selkeästi vuodesta 2000 vuoteen 2011. 1990-luvulta lähtien yksityisen palveluntuottajan merkitys on noussut keskeiseksi osaksi julkisia terveys- ja hyvinvointipalveluja. (Valkama ym. 2013, 360.) Yleisesti hyvinvointivaltion edellyttämä palvelurakenne on Suomessa muotoutunut kahden viime vuosikymmenen aikana merkittävästi. Kaksi merkittävintä palvelurakenteen muutokseen vaikuttanutta tekijää ovat 1990-luvun lama-aika sekä yleinen ideologinen muutos sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteesta. Palvelurakenteeseen ovat vaikuttaneet myös muuttunut ja erilaistunut palveluntarve sekä laadun ja kannattavuuden tarkentunut seuranta. On perusteltua puhua sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin kokonaisvaltaisesta muutoksesta, koska sosiaaliset, poliittiset, alueelliset ja väestörakennemuutosten vaikutukset ovat merkittävät. (Österberg-Högstedt 2009, 12.)

1990-luvun jälkeinen lama lisäsi työmarkkinoiden epävarmuutta ja kuntien sekä yksityisten henkilöiden taloudellisia haasteita. Sosiaali- ja terveydenhuollon yrittäjyys oli vähäistä ja toiminnan tulevaisuus koettiin epävarmana. Vielä muutamia vuosia sitten voitiin todeta yksityisen palvelutuotannon olevan marginaalista. (Österberg-Högstedt 2009, 12.) Yksityisten terveyspalvelujen tuottajien rooli osana sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoa on muuttunut viime vuosikymmenenä merkittävästi. (Nelson & Sen 2014, 387). Yksityisten palveluntuottajien tulo markkinoille ja palveluntuottajien määrän nousu on lisännyt yksityisen palveluntuotantoa merkittävästi. 2000-luvulla yksityinen palvelutuotanto vakiinnutti asemansa osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Yksityisen palveluntuottajan saapuminen näennäismarkkinoille osaksi julkista palveluntuotantoa on muuttanut kuntien asemaa palvelun tuottajista palveluiden järjestelijäksi, ostajaksi ja tilaajaksi. Myös asiakkaan rooli palvelujen käyttäjästä on muuttunut kuluttajaksi. (Österberg-Högstedt 2009, 13.)

Yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien yhdistämisessä on omia haasteitaan, jotka liittyvät muun muassa kilpailutuslogiikkaan, kontrolliin, sopimusjuridiseen osaamiseen ja luottamuksen syntymiseen eri toimijoiden välillä. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuva yrittäjyys ja yksityisten toimijoiden osallistuminen palveluntarjontaan herätti alkuun ennakkoluuloja siitä voiko esimerkiksi

hoivaa tuottaa yksityisenä palveluna. Asenteet ovat muuttuneet vuosien saatossa ja nykyään on hyvin tavanomaista, että yksittäinen sosiaali- ja terveysalan ammattilainen työskentelee yksityisen palveluntuottajan palveluksessa, työllistää itsensä toiminimi-yrittäjän tai perustaa oman yrityksen. Kansalaistasolla lisääntynyt ymmärrys sosiaali- ja terveydenhuollon suurentuneista tulevaisuuden haasteista puoltaa yksityisen palveluntuottajan tärkeyttä yksittäisille kuluttajille. Sosiaali- ja terveydenhuoltosektoria koskettava kysynnän ja tarjonnan ristiriidan ymmärrys vaatii sekä yksityisen, julkisen että kolmannen sektorin toimintojen ja voimavarojen tehokasta yhdistämistä tulevaisuuden haasteisiin vastaamiseksi. Palveluntuotannon keskiössä on asiakas sekä kustannus- että laatuvaatimukset. (Österberg-Högstedt 2009, 13–15.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö nähdään keskeisenä osana ikääntyneen elämää (Järnström 2011, 239). Vuonna 2015 Suomessa oli säännöllisen kotihoidon asiakkaita 73 278. Asiakkaista 66 prosenttia oli naisia. Säännöllistä kotihoitoa saa 12 prosenttia yli 75-vuotiaista kansalaisista. Viimeisimpinä vuosina on nähtävissä, että yli 60 kotihoidon käyntiä vuodessa tarvitsevien asiakkaiden määrä on lisääntynyt. (Väyrynen & Kuronen 2016, 1–2.) Samaan aikaan kun vanhusväestö lisääntyy niin vanhusväestö myös segmentoituu, jolloin tarve yksilöllisimpiin palvelutarpeisiin kasvaa (Järnström 2011, 239). Yleisesti ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluista on viimeisten vuosien aikana tullut yksi yksityisten sosiaali- ja terveystarpeita tuottavien toimijoiden halutuimmista palvelukokonaisuuksista. Lisääntyvä vanhusväestö luo painetta kunnille tarjota hoito- ja hoivapalveluita, jonka vuoksi yksityiselle toimijalle on tullut jalansijaa markkinoille. Kuten todettu 1990-luvulta lähtien merkittävästi kasvanut yksityisen sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita tuottavien toimijoiden määrä on ollut välttämätön ja tärkeä lisä kunnalliselle palveluntuotannolle. Yksityisten toimijoiden osuus ikääntyneiden hoito- ja hoivapalveluissa nähdään kasvavan tulevaisuudessa.

### **2.3 Kohdeorganisaation ja kunnan yhteisyrityksen malli sekä kohdeorganisaation markkinaosuus sosiaali- ja terveystarpeissa**

Suomessa kuntien tehtäviin kuuluu vastuu julkisten palveluiden järjestämisestä. Perinteisesti kunnan omat palveluorganisaatiot ovat huolehtineet palvelujen järjestämisestä. Kuluvana vuosikymmenenä on yleistynyt malli, jossa kunta hankkii julkiset palvelut niitä tuottavilta yksityisiltä yrityksiltä tai järjestöiltä. Syynä palveluntuotannon ulkoistamiseen ovat monet yhteiskunnalliset ja moniulotteiset haasteet, muun muassa väestön ikääntyminen, ammattitaitoisten työntekijöiden rekrytointi ja kustannusten hallitsemattomuus. Yhteiskunnan ja kansalaisten näkökulmasta parhaat palveluntuottajaratkaisut löytyvät eri tahojen yhteistyön kautta.

(Työ- ja elinkeinoministeriö 2010, 72.) Kohdeorganisaatio on toteuttanut kuntien ja kaupunkien kanssa sosiaali- ja terveystalouden osa- ja kokonaisulkoistuksia. Ulkoistukset on mahdollista siirtää kokonaan kohdeorganisaatiolle suorana palvelutuotantona tai mahdollisesti perustaa yhteisyritys. Yhteisyrittäjä tarkoittaa kunnan ja kohdeorganisaation yhdessä perustamaa ja hallinnoimaa yritystä. Osulkoistuksista tyypillisimpiä ovat terveysasema- ja sairaalaulkoistukset. Terveysasema- ja sairaalaulkoistuksille on kehitetty oma toimintamalli, jota sovelletaan usean eri kunnan alueella. Kohdeorganisaatiossa on havaittu, että kumppanuussuhteet ovat luoneet kustannussäästöjä, turvanneet työpaikkoja sekä lisänneet asiakastyytyväisyyttä. (Kohdeorganisaation internetsivut 2017.)

Hallituksen esityksen (HE 97/2016) mukaan kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikainen rajoittaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on perusteltua. Laki on hyväksytty kesäkuussa 2016 ja se rajoittaa kuntia ja kuntayhtymiä tekemään merkittäviä investointeja sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla. Lisäksi tilapäislaki velvoittaa kuntaa ja kuntayhtymää pidättäytymään yksityisen palveluntuottajan kanssa tehdyistä sopimuksista ja pitkäaikaisista kiinteistöjen käyttöoikeussopimuksista. Tilapäislain tarkoituksena on turvata hallituksen päättämän sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä syntyvien uusien sote-yhteistyöalueiden toimintamahdollisuudet järjestää yhdenvertaiset palvelut alueellaan mahdollisimman kustannustehokkaasti. Tilapäislaki on voimassa 31.12.2018 asti. (Laki kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 97/2016.) Tämä tilapäislaki koskettaa myös kohdeorganisaatiota tulevaisuudessa uusia toimintakokonaisuuksia suunniteltaessa.

Organisaation on tärkeä käsitteellistää markkinat, jossa se toimii. Markkinaosuuden laskeminen on mahdollista vasta kun organisaatiolle on selkeää millä markkinoilla se kilpailee ja pyrkii saavuttamaan tavoitteensa. Kohdemarkkinoiden määrittelyssä on oleellista tunnistaa ovatko organisaation markkinat keskittyneet tai pirstaloituneet. Markkinoinnin oleellisuutta kuvaavat onnistuneet asiakassegmentoinnit, oikea-aikainen kohdennus- ja paikannus sekä saatavuuden takaaminen. (Karlöf & Lövingsson 2004, 130–134.) Kannattavuuden mittaus on useiden vuosikymmenien ajan nojannut suoraan voittoon, mutta nykyään seurataan enemmän kassavirtaan, joka kuvaa realistisemmin ja reaaliaikaisemmin rahan kulkua organisaatiossa. Kannattavuuden voidaan katsoa tarkoittavan myös asiakkaan näkökulmasta saatavaa hyötyä aiheutuneisiin kustannuksiin verrattuna. (Karlöf & Lövingsson 2004, 81–83.) Kohdeorganisaation osuus Suomen markkinoilla on merkittävä sekä sen monipuoliset palvelukokonaisuudet tarpeellisia.

Vielä toistaiseksi Suomessa kunnilla on velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveystaloudet alueellaan. Aiemmin perinteisessä mallissa julkinen tuottaja toimi palvelun tuottajana ja toteuttajana. Mallin mukaan tilaaja eli rahoittaja sekä tuottaja ovat olleet samoja, jolloin suoraa kilpailuasetelmaa ei ole syntynyt. Yksityisen

palveluntuottajan ja kolmannen sektorin mukaantulo palveluntuotantoon muokkaa julkisen toimijan roolia merkittävästi. Syntyy osittais- tai näennäismarkkina-tyyppisiä tilanteita. Hyvinvointipalveluiden markkinat eroavat muista markkinasektoreista huomattavasti. Markkinoille tuloa ja markkinoilta poistumista säännöstelevät useat rakenteelliset ja lakiperäiset syyt. (Folder 1995, 201–204.) Ulkoistamisen ja kilpailuttamisen nähdään synnyttävän näennäismarkkinoita sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta-alueelle. Näennäismarkkinateorian mukaan julkinen talous tehostuu kun julkisiin palveluihin luodaan mahdollisimman paljon aitoa markkinatilannetta muistuttava toimintaympäristö. (Valkama ym. 2013, 345.) Kunnilla ja kuntayhtymillä on laaja harkintavalta miten ja missä muodossa ne järjestävät sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut alueellaan (Hallituksen esitys HE 97/2016vp, 4). Kunnan sosiaali- ja terveystalouden ulkoistamispäätöksiin vaikuttavat useimmiten tarve turvata palveluiden ja ammattihenkilöstön saatavuus sekä turvata lähipalveluiden ja työpaikkojen säilyvyys kunnassa. Lisäksi kustannusten hallinta sekä kunnan omien toimintojen säästötavoitteet edesauttavat päätöstä ulkoistaa sosiaali- ja terveystaloudet. Ulkoistamispäätös voi syntyä myös strategisen päätöksenteon tuloksena, jossa kunnalla on tarve lisätä oman henkilöstönsä osaamispääomaa. Vuonna 2015 Suomen Kuntaliiton teettämän kyselyn mukaan 37 prosenttia vastaajista (N=26) oli ulkoistanut tai päättänyt ulkoistaa sosiaali- ja terveystalouksia. Vastaavasti 45 prosenttia vastaajista (N=45) ei ollut ulkoistanut eikä ollut aikeissa ulkoistaa sosiaali- ja terveystalouksiaan. Kyselyyn vastasi 71 kuntaa Manner-Suomen alueella. Yleisesti kunnat, jotka olivat ulkoistaneet palveluitaan olivat tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä ulkoistukseen liittyvien tavoitteiden toteutumiseen kokonaisuudessaan. Tulevaisuutta ajatellen kyselyyn vastanneista kunnista (N=65) 32 prosenttia koki ulkoistamisen kuuluvan kunnan pidemmän aikavälin suunnitelmiin. Ulkoistettavaksi suunniteltavia palveluja olivat muun muassa ikäihmisten hoitoon liittyvät kotihoito ja tehostettu palveluasuminen sekä työterveyshuolto ja palvelutarpeen kasvuosuuden ostaminen yksityiseltä palveluntuottajalta. Neljä kuntaa ilmoitti suunnittelevansa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaisulkoistamista (N=154). (Suomen Kuntaliitto 2015, 4–15.) Viime vuosina ostopalveluna hankitun yksityisen vanhustalouden tuotannon suhteellinen merkitys on lisääntynyt selkeästi kunnallistaloudessa (Valkama ym. 2013, 345). On nähtävillä, että Suomen kunnat suhtautuvat ulkoistamiseen pääosin positiivisesti. Lisäksi monella kunnalla on pitkän tähtäimen suunnitelmissa ulkoistaa palveluntuotantoaan. Kohdeorganisaation ja kuntien yhteisyritys-tyyppisille ratkaisuille sekä osa-ulkoistuksille nähdään olevan tulevaisuudessa kysyntää.



### 3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkielman teoreettisen viitekehysten tarkoituksena on ohjata tutkijan näkökulmaa tarkastella tutkimusanalyysin pohjalta nousseita havaintoja (Alasuutari 2001, 35–38; Alasuutari 2011, 79–81, 83). Alasuutarin (2011, 84–85) mukaan tutkimuksessa teoreettista viitekehystä määritettäessä huomioidaan laadullisen tutkimuksen luonne sekä aineistojen moniulotteisuus, kompleksisuus ja tulkinnallisuus. Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on pohtinut tarkkaan tutkielman asetelmaan soveltuvaa viitekehystä. Tässä tutkielmassa tutkimusaiheen mukaisesti teoreettisiksi viitekehyksiksi muodostuivat prosessijohtaminen ja verkostajohtaminen.

#### 3.1 Tutkimuksen tieteenfilosofiset taustaolettamukset

Tutkimuksen tieteenfilosofiset taustaolettamukset ovat merkityksellisiä jokaisessa tutkielmassa. Tutkijan tulee tunnistaa ja tietää tieteenfilosofisten taustaolettamusten merkitys osana tutkimusprosessia. (Ahonen & Kallio 2002, 40.) Tieteenfilosofia tutkii tiedon ja todellisuuden luonteen keskinäistä suhdetta, tutkimusmenetelmiä sekä käytännön ja toiminnan välistä suhdetta. Oppia todellisuuden luonteesta kutsutaan ontologiaksi. (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 11; Hatch & Cunliffe 2013, 11). Epistemologia tutkii tietoa ja tiedon muodostumista. Ontologian ja epistemologian suhde kuvaa muuttuvia käsityksiä tiedon ja todellisuuden luonteesta. (Hatch & Cunliffe 2013, 11.) Tieteenaloilla ja koulukunnilla on omia tieteenalasuuntauksia, joita kutsutaan tutkimusparadigmoiksi. (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 131–132). Tieteenalojen ja tutkimusmetodologisten suuntauksien välillä on havaittavissa näkökulmaeroja (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 11). Yleisesti voidaan todeta tieteellisen tutkimuksenteon tähtäävän perusteltuihin, selvitettyihin tutkimustuloksiin, jotka esitetään julkisesti tieteellisen tiedon edellyttämällä tavalla. Paradigmalla tarkoitetaan tiedeyhteisön jakamaa käsitystä siitä, mitä ovat tieteellisen tiedon kriteerit ja millaista tieteellisen tiedon tulisi olla. Paradigmat asettavat normeja millaista tietoa tulee tieteellisesti tuottaa. (Ronkainen ym. 2011, 26–27.) Johtamisen ja organisoinnin tieteenalan pääsuuntauksukset ovat tulkittavissa kolmen paradigman kautta (Ahonen & Kallio 2002, 40). Nämä kolme paradigmaa ovat positivistinen paradigma, tulkinnallinen paradigma ja kriittinen paradigma. (Ahonen & Kallio 2002, 40; Butler-Kisber 2010, 3–4).

Positivismin tuloa johtamisen ja organisoinnin tieteenalalle ei ole selkeä ilmentää. 1900-luvulla toteutetut Taylorin tieteellisen liikkeenjohdon sovellutusten voidaan katsoa edustavan positivistista tieteenfilosofiaa. Positivistinen tieteenfilosofian luonnetta voidaan pitää luonnontieteenomaisena. (Ahonen & Kallio 2002, 40–44.) Positivistiselle

tieteenfilosofialle on ominaista mitattavat aistihavainnot, jotka perustuvat empiriaan (Ahonen & Kallio 2002, 40–44; Töttö 2004, 17–20; Kakkuri-Knuuttila & Heinlahti 2006, 13). Positivismi korostaa analyyttilisyyttä, tutkijan neutraalisuutta ja objektiivisuutta sekä operationalisoitavuutta. (Ahonen & Kallio 2002, 40–44; Töttö 2004, 17–20.)

Tulkinnallinen paradigma alkoi syrjäyttää varsin positivistista tutkimuskenttää 1970- ja 1980-lukujen vaihteissa. Tulkinnallinen paradigma kiinnittää hermeneuttista tieteenfilosofiaa edustavana paradigmana huomiota ilmiöiden ymmärtämiseen ja merkitysten etsimiseen. Hermeneuttinen tutkimus on siten ristiriidassa luonnontieteenomaiselle positivismille, että sen mukaan totuuksia ja tulkintoja tutkimusilmiöstä voi olla enemmänkin kuin yksi. (Ahonen & Kallio 2002, 46–48.)

Kriittinen paradigma edustaa kriittistä keskustelua ja kriittistä arviota tieteenfilosofiana. Kriittinen paradigma johtamisen ja organisoinnin tieteenalalla on vielä nuori ja kypsymätön. Kriittisen paradigman mukaan kieli, oikeinkirjoitus ja esiintymistaito ovat osa yhteiskunnallisen hallinnan strategiaa. (Ahonen & Kallio 2002, 48–52; Wooffit 2005, 137–138).

Erilaiset paradigmakäsitykset eroavat toisistaan siten, miten ne ottavat kantaan tieteen ontologiaan, epistemologiaan ja metodologisiin valintoihin. Paradigmat osoittavat viitettä siitä, millaista tieteellistä tutkimustietoa tutkijoiden tulisi tuottaa yhteiskunnalliseen sovellutukseen. (Ronkainen ym. 2011, 27.) Tulkinnallisen paradigman soveltuvuus liiketaloustieteelliseen tutkimukseen on yleisesti ottaen soveltuvin (Varto 1992, 86–87; Bryman & Bell 2015, 4–7). Myös tässä tutkielmassa tulkinnallisen paradigman filosofian katsotaan olevan läsnä. Tutkielman tekijä noudattaa fenomenologis-hermeneuttista menetelmää lähestyessään tutkimusilmiötä (Varto 1992, 86–87; Tuomi & Sarajärvi 2004, 33–36). On selvää, että puhtaita, täysin edellytyksettömiä faktoja ei ole olemassa vaan aiemmat tiedot, kokemukset ja uskomukset muokkaavat ajatusmaailmaa (Alasuutari 2001, 32–33). Tutkielman tekijä pyrkii tarkastelemaan tutkimusilmiötä aidosti vailla omia ennakkoluulojaan tai teoreettisia kytkentöjä. (Varto 1992, 86–87.) Haastateltavien kokemusten ja näkemysten katsotaan tässä tutkielmassa olevan ydintietoa etsittäessä vastauksia tutkimuskysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2004, 33–34).

### **3.2 Tutkimuksen metodologia**

Laadullisessa tutkimuksessa lähdetään liikkeelle todellisen elämän kuvaamisesta ja ymmärtämisestä. Kuvailu ja ymmärtäminen antavat olettaa, että kyseessä on moninainen ja moniulotteinen ilmiö, jota pyritään tarkastelemaan kokonaisuutena. Kokonaisuuden huomioinnin oleellisin tarkoitus on, ettei yksittäisistä havainnoista johdeta johtopäätöksiä vaan havaintoja tulkitaan kokonaisuutena. (Hirsjärvi ym. 2009, 161; Tuomi & Sarajärvi 2009, 72–74; Alasuutari 2011, 31–33; Ronkainen ym. 2011, 91.) Laadullisen

tutkimusotteen yleisimmät aineiston keruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisin dokumentein koottu tutkimusaineisto. Edellä mainittuja aineiston keruumenetelmiä on mahdollista käyttää rinnakkain tai tosiaan täydentävinä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 73–75.) Pääsääntöisesti tiedonkeruun kohteena on ihminen tai ihmiset (Hirsjärvi ym. 2009, 164). Laadullisen tutkimuksen useiden suuntaussovellutusten yhteneväisyys on korostaa ilmiöiden merkityksellistä luonnetta sekä kuvata, tulkita ja selittää toimintaa (Hirsjärvi ym. 2009, 163). Laadullisella tutkimuksella on useita suuntauksia ja moninaiseksi levittyneitä tutkimustraditioita.

### **3.2.1 Laadullinen tapaustutkimus**

Laadullisen tutkimuksen tunnetuimpia suuntauksia ovat muun muassa tapaus- eli casetutkimus, etnografinen tutkimus, fenomenologinen tutkimus ja narratiivinen tutkimus (Ronkainen ym. 2011, 91–99). Tässä tutkielmassa on käytetty laadullisen tutkimuksen sovellutuksista tapaus- eli case-tutkimusta, joka on yksi käytetyimmistä liiketaloustieteellisen tutkimuksen laadullisista sovellutuksista (ks. esim. Koskinen ym. 2005, 154). Tapaustutkimuksella tarkoitetaan tutkimusasetelmaa, jossa on tietyllä tarkoituksella valittu yksi tai muutama tapaus, joita tutkitaan. Tapaus on usein yritys tai yrityksen osa, tytäryhtiö, tulosityksikkö tai toimipiste. Tapauksen ei välttämättä tarvitse olla konkreettinen yksikkö vaan se voi olla myös toimintoprosessi, tapahtumaketju tai muu toiminnallinen kokonaisuus. (Ojala & Hilmola 2003, 19–20; Yin 2003, 4; Koskinen ym. 2005, 154; Gerring 2009, 37.) Tapauksen määrittely osana tutkimusta on ensiarvoisen tärkeää luotettavan tutkimusasetelman aikaan saamiseksi. Tapauksen määrittelyn lisäksi tärkeää on myös sen rajaus. (Koskinen ym. 2005, 154, 159–160.) Tapauksen määrittelyssä tulee todentaa mitä ilmiötä tapaus edustaa ja mihin kontekstiin se liittyy (Klotz & Prakash 2009, 144; Ronkainen ym. 2011, 68). Tapaukselle on merkityksellistä, että se edustaa määritellyn ilmiön lisäksi myös osaa suuremmasta kokonaisuudesta. (Ronkainen ym. 2011, 68.) Tapaustutkimusta ei luonnehdita puhtaana tutkimusmenetelmänä vaan lähinnä tutkimusotteena, jonka tarkoituksena on kerätä tietoa nimetyistä tapauksesta ja tavoitteena analysoimalla tietoa saavuttaa tutkimukselle asetettu päämäärä (Koskinen ym. 2005, 154; Ronkainen ym. 2011 68–69).

Tapaustutkimuksen edut tutkimusotteena ovat toimintatavan mahdollistama spesifisyys sekä todennus tutkimusilmiön moninaisuudesta. Harvoin liiketaloustieteessä voidaan puhua täysin puhtaasta, puhdasoppisesta teoretisoinnista huomioimatta muun muassa yrityksen toimintakontekstia tai vastaajaa persoonana. (Koskinen ym. 2005, 156; Gerring 2009, 15–16.) Toiseksi tapaustutkimus tutkimusotteena mahdollistaa ymmärryksen yritysten kokonaisvaltaisuudesta huomioiden tutkimusilmiön luonnollisen toimintakontekstin. Tapaustutkimus tutkimusotteena ottaa voimakkaasti kantaa

huomioiden yritysten luonnollisen toimintaympäristön. Tutkimusilmiöitä ei tutkita irrallisina vaan kokonaisuutena osana yrityksen toimintokokonaisuutta. (Koskinen ym. 2005, 156–157.) Tapaustutkimus mahdollistaa sekä laadullisen että määrällisen tutkimusasetelman (Ronkainen 2011, 69; Yin 2014, 40–41). Tapaustutkimuksen käyttö vaatii tutkijalta tutkimusmetodologian ja tapaustutkimuksen moninaisten sovellusmahdollisuuksien tuntemusta. Useimmissa liiketaloustieteellisissä tutkimuksissa on tunnistettavissa tapaustutkimuksen sovellutuksia, vaikka niitä ei suoraan luokiteltaisi tapaustutkimuksiksi. Tapaustutkimuksen metodologian vahva tuntemus auttaa tutkijaa mahdollistamaan tapaustutkimuksen sovellusmahdollisuuksien rikkauten. (Koskinen ym. 2005, 156–157.)

### **3.2.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineistonkeruu**

Jokaisessa tutkimuksessa joudutaan valitsemaan tutkimuksen kohderyhmä. Kohderyhmän valinta mahdollisesti hyvinkin runsaasta vastaajamateriaalista ei ole yksiselitteistä. Kohderyhmän valitseminen on yksi tutkimuksen onnistumisen kannalta keskeisistä tehtävistä. (Uusitalo 2001, 70–72.) Tähän tutkielmaan valittiin tietoisesti kaksi kohdeorganisaation yksikköä, jotka tuottavat ikäihmisille suunnattuja palveluja kotiin. Kumpikin valikoiduista yksiköistä ovat kohdeorganisaation ja kunnan yhteisyrityksiä. Asiakkaan hoitoprosessin vaiheista haluttiin saada mahdollisimman tarkka ja kokonaisvaltainen käsitys. Koskinen kumppaneineen (2005, 272–275) korostaa otannan valinnassa pyrkimystä mahdollisimman kokonaisvaltaiseen tutkimusilmiön kuvaamiseen. Tarkan ja kokonaisvaltaisen käsityksen saamisen pohjalta on mahdollista esittää kehitysehdotuksia edelleen asiakaskeskeisempään toimintamalliin asiakkaan hoitoprosessin tueksi. Tutkielmaan osallistuvat henkilöt valittiin kahdesta yksiköstä mahdollisimman kattavan hoitoprosessin kuvauksen takaamiseksi.

Yleisesti tutkimuksen kohderyhmän kokoon vaikuttavat käytettävissä olevat tutkimusresurssit muun muassa raha ja tutkijan aika. Tutkimusresurssit vaikuttavat aineiston koon lisäksi myös valittavaan analyysimenetelmään. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 87–88.) Laadullisen tutkimuksen luonteesta johtuen tutkittavien kohderyhmät ovat huomattavasti pienempiä kuin määrällisissä tutkimuksissa. Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaa sekä saavuttamaan syvällisemmän ymmärryksen kokonaisuudesta kun mitä määrällinen tutkimus kykenee antamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 87–88; Ronkainen ym. 2011, 117–118.) Tässä tutkielmassa pyritään tutkimusilmiön mahdollisimman tarkkaan kuvaukseen ja syvälliseen ymmärrykseen.

Laadullisen tutkimuksen kohderyhmä voidaan muodostaa erilaisin menetelmin. Laadullisessa tutkimuksessa oleellista on löytää oikeat osallistujat tutkimukseen. Kun pyritään löytämään mahdollisimman oikeat vastaajat ennalta asetettuihin

tutkimuskysymyksiin vastaajien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoituksenmukaista. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 87–88; Hirsjärvi ym. 2009, 164.) Tapaustutkimuksen aineiston riittävydessä merkityksellistä on vastaajien tuoma yleiskuva tutkimusilmioistä. Tapaustutkimuksen yhteydessä laatu on määrää merkityksellisempi, joten tutkijan tulee ajatella asiaa tutkimuskysymyksen laajuuden vaatimuksesta. (Ronkainen ym. 2011, 118.)

Kokonaisotannassa valitaan kaikki tutkimuksen kohteeksi valikoituneiden kohteiden henkilöt (Uusitalo 2001, 72). Tässä tutkielmassa noudatettiin kahden yksikön lähijohdon ja johdon kokonaisotantaa. Tutkimukseen osallistettiin kuusi lähiesimiestason toimijaa, kaksi keskijohdon toimijaa ja kolme ylimmän johdon toimijaa (N=11). Kaksi vastaajaa eivät osallistuneet tutkimukseen, joten toteutunut vastaajamäärä oli yhdeksän (N=9). Tutkimusta tehdessä on luonnollista, että vastaajakatoa esiintyy. Kato on yleensä jollakin tavalla systemaattista, jolloin vaarana on tutkimustulosten vääristyminen. (Uusitalo 2001, 72–73.) Tässä tutkielmassa kadon rakenteesta on olemassa riittävästi tietoa, jolloin tutkimustulosten analysointivaiheessa osataan huomioida vastaajakadon mahdollinen tulosten vääristymä. Valitut toimijat valittiin tietoisesti yhdessä kohdeorganisaation edustajan kanssa. Tarkoituksena oli saada kattava yleiskuva asiakkaan hoitoprosessiin vaikuttavista tekijöistä. Alustavan raportointitavan tarkoituksena oli erotella lähiesimiestaso, keskijohto ja ylin johto. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan yhteisesti kaikkien vastaajien näkökulmasta tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden anonymiteetin takaamiseksi.

Kuten kaikissa tutkimusmenetelmissä myös tapaustutkimuksessa aineistonkeruumenetelmäksi valitaan mahdollisimman tarkoituksenperäinen menetelmä. Tyypillisimminkin käytetyt aineistonkeruumenetelmät ovat erilaiset haastattelut ja kirjalliset dokumentit. Aineistonkeruumenetelmää valitessa on tärkeä muistaa, ettei tapaustutkimuksen lähtökohtana ole perehtyminen aineistonkeruumenetelmiin vaan tavoitteena on rakentaa mahdollisimman tarkoituksenmukainen asetelma saavuttaa relevantti informaatio tutkimusilmioistä. (Koskinen ym. 2005, 157–158.) Tapaustutkimukseen perehtyneen Yinin (2014) mukaan tapaustutkimuksen aineistotyyppiä on eroteltavissa kuusi erilaista. Nämä kuusi tyyppiä ovat dokumentoidut lähteet muun muassa muistiot, päiväkirjat, sähköpostit tai kirjeet, arkistoidut lähteet muun muassa yritysten ja organisaatioiden arkistoidut asiakirjat ja dokumentit liittyen esimerkiksi budjettiin tai henkilöstöön, erilaiset haastattelut muun muassa strukturoidut ja avoimet haastattelut, suorat havainnointiaineistot muun muassa ajankäyttö, työkuultuuri ja joustavuus, osallistuva havainnointi sekä fyysiset esineet, joita liittyvät muun muassa yrityksen kulttuurilliseen olemukseen ja teknisiin sovelluksiin (Yin 2014, 107–118).

Tässä tutkielmassa aineiston keruumenetelmäksi valittiin kysely- ja haastattelumetodin yhdistelmä eli triangulaatio. Tutkimusmetodien yhdistäminen lisää tutkimuksen luotettavuutta ja aineiston analyysin syvyyttä (Belk 2006, 198–202). Yin

(2014) esittelee neljä erilaista triangulaatiotapaa; aineiston triangulaatio, tutkijoiden triangulaatio, teorioiden triangulaatio ja metodologinen triangulaatio (Yin 2014, 120). Kyselyn määritelmän mukaan kyselyssä vastaajat täyttävät heille esitetyn kyselylomakkeen. Haastattelu puolestaan on henkilökohtainen, vuorovaikutteiseen kanssakäymiseen perustuva tapaaminen. Merkityksellisin ero on, että kyselyssä vastaaja täyttää lomakkeen itse ja haastattelussa haastattelijä mahdollisesti dokumentoi kirjallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 73–75.) Teoreettisen viitekehyksen muodotuttua tutkielman tekijä tarkensi edelleen tutkimusilmiötään esitutkimuksen kautta. Tutkimusilmiön muotoutumisen jälkeen tutkielman tekijä kävi harkittua pohdintaa ja tutustui huolellisesti tutkimuksen metodikirjallisuuteen. Tässä tutkielmassa metodiksi valikoitui teemahaastattelu, joka analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Tutkielman tekijä kehitti avoimen kyselyn ja saatekirjeen, jotka lähetettiin vastaajille sähköpostitse marraskuussa 2016 (Liite 1 ja Liite 2).

Tässä tutkielmassa tiedonkeruumenetelmäksi valittiin esitutkimuksen jälkeen teemahaastattelu, koska sen katsottiin istuvan tutkimuskontekstiin parhaiten. Tässä tutkielmassa vastaaja haluttiin nähdä subjektina ja vastaajalla annettiin mahdollisuus ilmaista oma näkemyksensä esteettä, jonka vuoksi haastattelutyypiksi valittiin yksilöhaastattelu. Osa tutkittavien teemojen aihepiireistä oli sensitiivisiä, jonka vuoksi vastaajalla oli mahdollisuus syventyä asiaan tai ohittaa sen lyhyemmillä vastauksilla. Lisäksi kyseessä oli tutkielman tekijälle tuntematon aihepiiri, jonka vuoksi teemahaastattelu, joka luotiin esitutkimuksen pohjalta soveltui hyvin menetelmäksi. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34–35.)

### **3.2.2.1 Esitutkimus**

Esitutkimus on perusteltua toteuttaa mikäli kyseessä on tutkimusresurssillisesti mittava tutkimus, tutkimusilmiöstä ei ole saatavilla aikaisempaa tietoa tai tutkimusilmiö on tutkijalle vieras. Esitutkimuksen avulla on mahdollista saada ennakkoon tietoa tutkittavasta ilmiöstä sekä arvioida tutkimuksen haasteita ja mahdollisuuksia. Esitutkimuksen avulla tutkija pystyy hahmottamaan tulevan tutkimuksensa kulkua ja määrittelemään metodologisia valintoja ennen varsinaista aineistonkeruuta. Mikäli tutkimukselle haetaan rahoitusta tai sillä on jokin erityinen tavoite esitutkimus helpottaa tutkimusilmiön kohdentamista. (Grönfors 2011, 25.)

Esitutkimuksen laajuus riippuu toteutettavan tutkimuksen luonteesta ja laajuudesta. Esitutkimusta tehdessä tutkijan tulee muistaa, että kyseessä on usein hyvin pinnallinen raapaisu tutkimusilmiöstä. Esitutkimuksen perusteella tutkimusilmiön liiallinen rajaaminen ei ole perusteltua. (Grönfors 2011, 25.) Myös esihaastattelun toteuttaminen on mahdollista. Esihaastattelu mahdollistaa tutkijalle mahdollisuuden testata

tutkimusilmiön haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä sekä arvioida haastattelujen ajallista kestoja. Varsinkin teemahaastattelua tehdessä suositellaan esihaastatteluja. Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä suoritti esihaastattelun sijaan esitutkimuksen kirjallisessa muodossa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 72–73.)

Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä toteutti sähköisen esitutkimuksen tutkimukseen osallistuneille. Esitutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa tutkimukseen osallistuvien vastaajien käsitystä asiakaskeskeisyyden käsitteestä. Lisäksi tutkielman tekijä halusi testata prosessi- ja verkostojohtamisen teorioiden soveltuvuutta tutkimusilmiöön. Esitutkimuksena toimineesta kyselystä lähetettiin yksi muistutusviesti vastaajille (Liite 3). Esitutkimuksen vastausprosentti oli 70. Laadullisten tutkimusmenetelmien hyödyntäminen oli merkityksellistä esitutkimuksen teossa. Esitutkimuksena toimineen avoimen kyselyn perusteella saatiin arvokasta tietoa tutkimukseen osallistuneiden toimenkuvasta, työympäristöstä, asiakkaan hoitoprosessista ja siihen kuuluvista verkostoista sekä kohdeorganisaatiosta. Esitutkimuksen kautta saadun tiedon perusteella tehtiin teemahaastattelukaavake. Teemahaastattelukaavakkeeseen valittujen teemojen valinta olisi ollut haastavaa ilman tehtyä esitutkimusta. Esitutkimuksen kautta saatua kirjallista aineistoa käytetään varsinaisen tutkimusanalyysin tukena osana analyysiä. Liitteenä olevassa Taulukossa 1 on esitelty esitutkimukseen vastanneiden kohdeorganisaation edustajien vastaustavat.

### ***3.2.2.2. Teemahaastattelu***

Yleisesti haastattelu on yksi käytetyimpiä tiedonkeruutapoja. Haastattelun monipuolisuudesta johtuen se takaa menetelmänä monenlaisten tutkimuskontekstien tutkimisen. Suora kielellinen vuorovaikutus tutkittavan kanssa mahdollistaa aidon, reaaliaikaisen vuorovaikutuksen. (Silverman 2004, 126; Hirsjärvi & Hurme 2011, 34–35; Yin 2014, 110–111.) Haastattelijalla on mahdollisuus tarkentaa haastateltavan vastauksia ja pyytää perusteluja motiiveille. (Hirsjärvi ym. 2009, 204–206; Ronkainen ym. 2011, 116.) Teemahaastattelua luonnehditaan puolistrukturoiduksi haastatteluksi, joka on lähellä syvähaastattelua. Teemahaastattelun avulla pystytään tutkimaan erilaisia ilmiöitä ja etsimään vastauksia määritettyihin ongelmiin. Teemahaastattelun ehdoton mahdollisuus on sen avoimuus. Teemahaastattelussa haastattelu rakentuu ennalta määriteltujen teemojen ympärille, joita edelleen syvennetään tarkentavilla kysymyksillä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 76–77; Hirsjärvi & Hurme 2011, 34–35.) Teemahaastattelussa aihepiirit ovat selvillä, mutta kysymysten tarkka esittämismuoto ja esittämisjärjestys ei ole ennalta määritetty (Hirsjärvi ym. 2009, 208). Metodologisesta näkökulmasta teemahaastattelu korostaa vastaajan tulkintoja teemoista, ilmentää merkityksiä teemoihin liittyen sekä todentaa vuorovaikutuksessa syntyviä merkityksiä. Oleellista on löytää

merkitykselliset vastaukset teemoihin liittyen. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 76–77.) Teemahaastattelu eroaa arkikielen keskustelusta siten, että tutkijalla on tietty tiedonintressi ja päämäärä, jota hän tavoittelee haastattelun kautta. Haastattelija johtaa keskustelua, vie sitä kohti valittuja teemoja sekä kannustaa vastaajaa vastaamaan esitettyihin kysymyksiin. Lisäksi haastattelijalla on vastuu haastattelun etenemisestä ja aikataulussa pysymisestä. (Ruusuvuori & Tiittula 2009, 23–26.)

Esitutkimustulosten ja teorian tiedon perusteella tutkija laati teemahaastattelukaavakkeen (Liite 4). Haastattelut kerättiin 14.12.2016–3.2.2017 välisenä aikana. Tässä tutkielmassa teemahaastattelurunko rakentui neljän pääteeman ympärille. Pääteemat olivat prosessijohtaminen, verkostajohtaminen, asiakaskeskeisyys ja organisaatiokulttuuri. Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina haastateltavien työyksiköissä ja haastattelu kuului osaksi vastaajien työaikaa. Haastattelut kestivät 52 minuutista lähes kahteen tuntiin. Liitteenä olevassa Taulukossa 2 on esitelty tarkemmat tiedot tutkimukseen osallistuneista henkilöistä sekä haastattelujen ajalliset kestot. Haastateltavien anonymiteetin takaamiseksi heidän nimiään tai asemaansa organisaatiossa ei mainita.

### 3.2.2.3 *Havainnointi*

Havainnointi on yksi laadullisen tutkimusotteen yleisimmistä tiedonkeruumuodoista. Havainnointi sopii tutkimusilmiön laajempaan ymmärtämiseen silloin kun tutkittavasta ilmiöstä tiedetään hyvin vähän tai ei juuri mitään. Havainnoinnin tarkoituksena on monipuolistaa kerättyä tutkimusaineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 83; Yin 2014, 113–117.) Havainnoinnin vahvuutena on asioiden todentaminen niiden oikeissa asiayhteyksissä ja luonnollisessa toimintaympäristössä (Hirsjärvi ym. 2009, 212–213; Ronkainen 2011, 115). Onnistunut havainnointi paljastaa herkemmin sensitiivisiä asioita tai ristiriitoja, joita ei haastattelussa mainita. Havainnoinnin ja haastattelun yhdistelmä on yleisesti hyvin hedelmällinen tapa tuottaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 83.)

Havainnointi jaetaan neljään eri tyyppiin; piilohavainnointiin, havainnointiin ilman osallistumista, osallistuvaan ja osallistavaan havainnointiin. Piilohavainnointi on harvemmin käytetty havainnoinnin muoto. Piilohavainnoinnissa tutkija osallistuu havainnoinnin kohteiden elämään heidän tietämättään. Piilohavainnoinnin avulla saavutetaan hyvin autenttista tietoa, jota muuten ei olisi saatavilla. Tosin menetelmään liittyy suuria eettisiä ristiriitoja, muun muassa tutkittavien osallistuminen tutkimukseen heidän tietämättään ja ilman vaadittavia lupadokumentteja. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 84–85.) Havainnointi ilman osallistumista on käytännössä hyvin samantyyppistä kuin piilohavainnointi. Merkityksellisin ero on se, että tutkittavat tiedostavat tutkijan läsnäolon havainnoijana ja heiltä on saatu tutkimukseen osallistumiseen tarvittavat asiakirjat.



Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija toimii aktiivisessa vuorovaikutuksessa tutkimukseen osallistuvien kanssa. Havainnointi perustuu vuorovaikutustilanteisiin ja verbaaliseen kanssakäymiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 84–85; Yin 2014, 114–116.) Tutkijan osallistumisen aktiivisuuden asteesta on monta mielipidettä. Yleisesti tutkimusasetelma määrittää minkä verran tutkija osallistuu tutkimuksen kulkuun tutkimusta ohjaavasti. Osallistumisen ääripäät ovat täydellinen osallistuminen ja osallistumattomuus. Osallistavan havainnointi perustuu toimintatutkimukselliseen muutokseen tähtäävään ajatteluun. Osallistuvan havainnoinnin idea on lähtöisin ehdollistumisesta, jossa tutkijan läsnä ollessa tutkittavat toimivat oletetulla tavalla, mutta lopettavat toiminnan tutkijan poistuttua. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 84–85.)

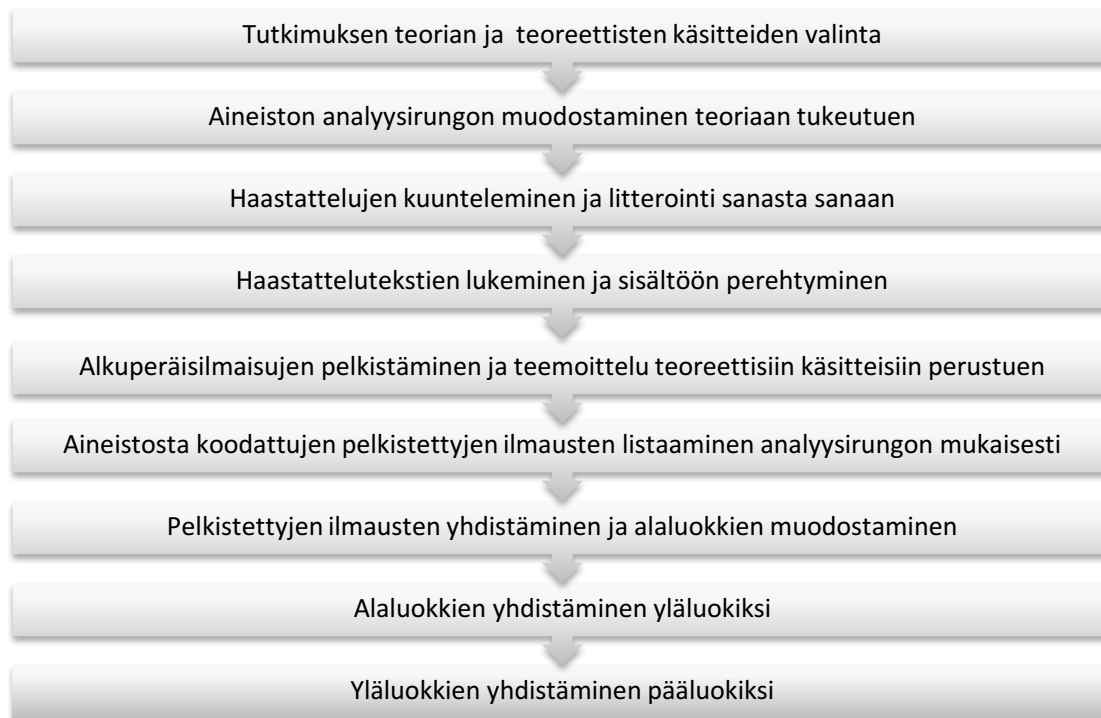
Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä sovelsi havainnointia ilman osallistumista. Tarkoituksena oli vastaajien ilmeiden, eleiden ja muiden fyysisten reaktioiden perusteella täydentää kokonaisuutta. Tutkielman tekijä on luonut strukturoidun havaintokaavakkeen havainnoinnin systemaattisuuden varmistamiseksi. Havainnoista pidettiin kenttäpäiväkirjaa, johon tehtiin merkintöjä havainnointitilanteen aikana tai välittömästi sen jälkeen. Tutkijan on myös tärkeää erottaa todelliset, suorat havainnot omista tulkinnoistaan (Ronkainen ym. 2011, 115).

### **3.3 Teorialähtöinen sisällönanalyysi ja deduktiivinen päättely**

Teorialähtöinen sisällönanalyysi eli deduktiivinen sisällönanalyysi etenee ennalta määritellyn analyysirungon ehdoilla. Aineiston analyysi perustuu aikaisempaan teoreettiseen viitekehykseen. Abstrahointivaiheessa empiirisestä aineistosta esille nousseet havainnot yhdistetään teoriaan tai teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 116.) Tässä tutkielmassa on neljä pääteemaa, jotka yhdistyivät kahden teoreettisen viitekehyksen alle, jotka ovat prosessijohtaminen ja verkostajohtaminen.

Yleisesti sisällönanalyysia voidaan kuvata neljäosaisena prosessina. Ensimmäisessä vaiheessa tutkija palaa tutkimuskysymyksiinsä ja hahmottaa itselleen mitkä havainnot ja merkitykset ovat tutkimuksen kannalta oleellisia. Toisessa vaiheessa tutkija käy useaan kertaan läpi tutkimusaineistoaan ja merkitsee aineistoon tutkimuksen kannalta oleelliset havainnot. Tässä vaiheessa esimerkiksi haastatteluaineistot litteroidaan tekstimuotoon. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 94–95.) Kolmannessa sisällönanalyysin vaiheessa tutkija luokittelee aineiston suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Teemoittelu puolestaan vaatii tutkijan syvällisempää ymmärrystä tutkimusaiheestaan. Teemoittelussa havainnot painottuvat tietyn teeman alle. Neljännessä vaiheessa saaduista kokonaisuuksista kirjoitetaan auki tutkimustulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 94–95.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on valinnut teemoittelun toimintatavakseen luokitella aineistoa. Valitut

teemat, prosessi- ja verkostajohtaminen ohjaavat aineiston analyysia. Kuviossa 1. Teorialähtöisen sisällönanalyysin vaiheet on eritelty tarkemmin.



Kuvio 1. Teorialähtöisen sisällönanalyysin vaiheet (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2004, 111, 116–117; Ritchie & Lewis 2007, 264–266).

Kuten Kuvioista 1. on nähtävissä tutkimuksen teorioiden valinnan ja keskeisten käsitteiden määrittelyn jälkeen tutkija määrittelee tutkimukselleen analyysirungon. Analyysirungon muodostamisen jälkeen tutkija perehtyy tutkimusaineistoonsa huolellisesti. Kerättyjen tutkimushaastattelujen kuunteleminen ja tekstiksi kirjoitus on työläs ja tärkeä vaihe, mutta hyvin oleellinen tutkimuksen luotettavuuden takaamiseksi. Litteroijan tulee muistaa määrittellä tutkimusaineistolle sopiva litteroinnin tarkkuus, litteroinnin tulkinnallisuus sekä mahdollisten kuvien ja tekstien käyttö osana litteroinnin logiikkaa. Määritellyt tarkkuudet tulee säilyttää koko tutkimusprosessin ajan. (Ruusuvuori ym. 2010, 424.) Litteroinnin tarkkuudelle tai litterointilogiikalle ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita vaan tutkija muodostaa itse oman toimintatapansa aineistonsa kohdalla (Hirsjärvi & Hurme 2011, 139). Tekstimuotoon tehtävillä oleellisilla havainnoilla tulee olla tutkijan oma koodikieli, jolloin hän kykenee tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa yhdistämään oleellisen havainnon alkuperäiseen ilmaisuun. Koodikielen käyttömuoto on tutkijan itsensä valittavissa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 94–95.) Ruusuvuori ja Tiittula (2009) ovat listanneet teokseensa yleisimmin käytössä olevia litterointimerkkejä. Litterointimerkeissä on huomioitu haastattelijan ja haastateltavan roolit, puheentauot, äänenpainojen vaihtelut, puhetahdin muutokset sekä erilaisten äänteiden merkitykset. (Ruusuvuori & Tiittula 2009, 303.) Tässä tutkielmassa tutkielman

tekijä litteroi kaikki yhdeksän tutkimushaastattelua sanasta sanaan. Lisäksi tutkielman tekijä on muodostanut itselleen omat litterointimerkit, joiden avulla erotellaan muun muassa äänteitä ja äänenpainon muutoksia haastateltavien puheesta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 140.) Havainnointilomake ja litterointimerkit tukevat toisiaan analyysin edetessä.

Kirjoitettujen haastattelujen lukeminen ja sisältöön perehtyminen auttavat tutkijaa yhdistämään oleelliset havainnot tutkimuksen analyysirunkoon ja selkeyttää myös mitkä havainnot rajautuvat tutkimuksen ulkopuolelle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113). Oleellisten havaintojen tekemisessä tulee olla äärimmäisen huolellinen, koska sen jälkeen kaikki muu aineisto jää pois kyseisestä tutkimuksesta. On myös mahdollista, että analyysirungon ulkopuolelle rajautuvista havainnoista tehdään uusia luokkia induktiivisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 16). Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on muodostanut uusia luokkia analyysirungon ulkopuolelle jääneistä tutkimushavainnoista. Analyysirungon mukaiset oleelliset havainnot kerätään yhteen, josta muodostuu ikään kuin uusi tutkimusaineisto, joka sisältää vain tutkimuksen kannalta oleellista tietoa. Auki kirjoitetussa tekstissä tulee huomioida hiljaiset hetket, toistot, äänenpainon vaihtelut sekä muut haastattelunauhalla välittyvät vastaajan reaktiot. Alkuperäisilmaukset pelkistetään siten, että haetaan auki kirjoitetusta aineistosta tutkimustehtävään vastaavia ilmaisuja. Pelkistämisen lisäksi aineistosta nostetut pelkistetyt ilmaukset koodataan. Koodauksen tarkoituksena on, että tutkija voi halutessaan palata tutkimusaineistonsa alkuperäisilmaukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112–113; Hirsjärvi & Hurme 2011, 149–150.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä kehitti oman koodauslogiikkansa, joka mahdollistaa jokaisen pelkitetyn ilmauksen alkuperäisilmauksen löytämisen jälkikäteen.

Aineiston teemoitteluvaiheessa koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi yhdistäen niitä teoreettisiin käsitteisiin (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112–113; Hirsjärvi & Hurme 2011, 149–150). Teoreettiset käsitteet muodostavat teemoja (Ritchie & Lewis 2007, 264–266). Yhteen ryhmitellyt pelkistetyt ilmaukset muodostavat alaluokan, joka nimetään koko luokkaa kuvaavalla käsitteellä. Teemoitteluvaiheessa syntyy pohja tutkimusilmioille ja alustavia kuvauksia tutkimusilmioista. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112–113; Hirsjärvi & Hurme 2011, 149–150.) Tässä tutkielmassa on toteutettu teemahaastattelu, joten pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alustavasti tutkimukseen valikoitujen kahden pääteeman alle ja siitä edelleen pienempiin kokonaisuuksiin.

Teorialähtöinen sisällönanalyysi prosessina perustuu tutkijan tekemään tulkintaan tutkimuksen teoriasta. Teoriaa ja tutkimuksen pohjalta syntyneitä johtopäätöksiä verrataan koko tutkimusprosessin ajan alkuperäisaineistoon syvällisempää käsitystä muodostettaessa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 116.) Tässä tutkielmassa muodostettujen teemojen ja käsitteiden mukainen luokitteluesimerkki on esitelty liitteenä olevassa Taulukossa 3. Usein sisällönanalyysin tuottamat luokat tai kategoriat kvantifioidaan laskemalla miten usein sama asia tai toteamus esiintyy haastateltavien vastauksissa

(Tuomi & Sarajärvi 2002, 117). Tässä tutkielmassa aineistoa ei kvantifioitu, koska kvantifioinnin ei katsottu tuovan analyysiin tai tutkimustuloksiin lisäarvoa.

Laadullisesta analyysistä puhuttaessa on huomioitava myös päättelymenetelmät, joita ovat induktiivinen ja deduktiivinen päättely sekä abduktiivinen päättely. Nämä päättelymenetelmät kuvaavat tutkimuksen analyysissä käytetyn päättelyn logiikkaa. Tässä tutkielmassa sovellettiin deduktiivisen päättelyn logiikkaa. Deduktiivisessä eli teorialähtöisessä analyysissä nojataan tiettyyn teoriaan tai malliin, jonka viitekehyksellä tutkimusaineistoa analysoidaan. Tutkimusanalyysia ohjaa jo aiemmin tutkittu teoria tai malli. Deduktiivisessä päättelyssä teorian luomisen sijaan tarkoituksena on teorian testaaminen analyysin tuloksena. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 99.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä pyrki deduktiivisen päättelyn avulla muodostamaan kokoavia johtopäätöksiä sisällysanalyysin tuottaman tiedon perusteella.

Induktiivisen, deduktiivisen ja abduktiivisen päättelylogiikan eroavaisuudet selittyvät niiden suhteilla teoriaan ja aiempaan tietoon tutkimusilmiöstä. Teorialähtöisessä analyysissä aiempi tutkimus ja teoriat määrittävät tutkittavan ilmiön käsitteellisen määrittämisen. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 100.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä analysoi tutkimusaineistonsa deduktiivisen sisällönanalyysin keinoin ja noudatti deduktiivista päättelylogiikkaa. Deduktiivisen sisällönanalyysin ja päättelylogiikan katsottiin soveltuvan tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden sekä tutkimuskysymysten kannalta tutkimukseen parhaiten.

## 4 ASIAKASKESKEISYYS ILMIÖNÄ JA ARVONA

Asiakaskeskisyyden lähtökohtana on asiakkaan kunnioitus. Asiakaskeskisyys tarkoittaa asiakkaan toiveiden huomiointia, toiveiden noudattamista ja asiakkaan ehdoilla toimimista. Asiakaskeskisyys on luottamuksellisuutta, vuorovaikutteisuutta sekä asiakkaalta tulevan palautteen kuuntelemista sekä palautteeseen reagointia. (Law ym. 1995, 251–252; Rebeiro 2000, 13; Lehtinen 2002, 8–9; Andersson 2004, 487; Pölkki 2016, 3.) On todettu, että asiakaskeskisyyden toteutuminen lisää arvon tuntoa asiakkaalle ja tukee hänen kokemustaan arvokkaana yksilönä (Corring & Cook 1999, 80).

### 4.1 Asiakaskeskisyyden sisältö ja tavoite sosiaali- ja terveydenhuollossa

Asiakaskeskisyydellä tarkoitetaan valtakunnallisten sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmien ja alueellisten palvelukokonaisuuksien suunnittelua siten, että toimintojen tavoite määräytyy asiakkaasta käsin. Asiakaskeskisyys perustuu muun muassa lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveystaloudesta. (Ovaskainen ym. 2016, 77.) Ikäihmisten hoito on yksi hallituksen merkittävimmistä kärkihankkeista uudistettaessa sosiaali- ja terveydenhuoltoa kokonaisuudessaan. Suuren muutoksen tausta-ajatuksena on pyrkiä luomaan sosiaali- ja terveystaloudesta asiakkaille sujuva toimintojen kokonaisuus. (Pölkki 2016, 3.)

Sosiaalihuoltolakiuudistuksen loppuraportissa (2013) asiakaslähtöisyys on määritelty seuraavasti:

*”Asiakaslähtöisyydessä on kyse sosiaalihuollon toiminnan arvoperustasta, jonka mukaan jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta. Asiakaslähtöisyyden keskeinen ominaisuus on, ettei palveluja järjestetä pelkästään organisaation, vaan juuri asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakas osallistuu itse alusta asti palvelutoiminnan suunnitteluun yhdessä palvelun tarjoajien kanssa. Asiakaslähtöisen palvelutoiminnan tulisikin alkaa asiakkaan esittämistä asioista ja kysymyksistä sekä olla vastavuoroista. Tämä edellyttää asiakkaalta ja palvelutarjoajalta vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan voimassa olevien palvelumahdollisuuksien kannalta tyydyttää parhaalla mahdollisella tavalla.”* (Keronen 2013, 4.)

Suomen Kuntaliitto (2011) puolestaan määrittelee potilas- ja asiakaskeskisyyden Terveydenhuollon laatuoppaassa seuraavasti:

*”Terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen keskeinen toimintaperiaate: asiakas/potilas voi toiminnallaan, valinnoillaan ja päätöksillään vaikuttaa omaan terveyteensä tai*

*sosiaaliseen pärjäämiseensä. Hänellä on mahdollisuus vaikuttaa saamiinsa palveluihin ja tehdä valintoja. Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja merkityksestä tulee huomioon otetuksi. Hänen asiantuntijuuttaan oman terveyden- ja elämäntilanteensa tuntijana kunnioitetaan. Hoitosuhde perustuu vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan ja potilaan sekä hänen omaistensa ja läheistensä kanssa. Asiakaskeskeisyys on ammatillista potilaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaamista hoidossa.” (Suomen Kuntaliitto 2011, 7.)*

Asiakkaan hoitoprosessin hoitoyksiköistä on tunnistettavissa myös kumppanuusmallin piirteitä. Kumppanuusmallissa vertikaalinen integraatio kahden tai useamman yrityksen välillä muodostuu siten, että organisaatiot ovat edelleen itsenäisiä yksiköitä, mutta niiden keskinäinen suhde tiivistyy ja toiminnot integroituvat entistä syvemmälle. (Saarnilehto ym. 2013, 23–24.) Kumppanuusroolin toteuttaminen lisää asiakkaan voimaantumista ja elämänhallintaa (Law ym. 1995, 252; Keronen 2013, 1). Kumppanuusroolissa, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnot mukautuvat asiakaslähtöiseksi toimintokokonaisuudeksi nähdään lisäävän asiakkaan sitoutumista hoitoon (Wilkins ym. 2001, 71; Townsend & Wilcock 2004, 76).

Kotihoidon asiakkaan näkökulmasta asiakaskeskeisyys tarkoittaa hänen itsemääräämisoikeuden kunnioittamistaan sekä vaikuttamismahdollisuuksiaan tarvitsemaansa hoitoon (Andersson 2004, 487). Asiakasta ei nähdä julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden passiivisena käyttäjänä vaan aktiivisesti hoitoonsa osallistuvana kuluttajana. Itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus ovat osa asiakaskeskeistä sosiaali- ja terveystalveluiden toimintaa. Asiakaskeskeinen toiminta perustuu asiakkaan osallistamiseen, yhteistyön toteuttamiseen ja asiakkaan mielipiteiden ja toiveiden kuunteluun. (Law ym. 1995, 252; Wilkins ym. 2001, 71; Keronen 2013, 1.) Asiakaskeskeisessä palvelukokonaisuudessa korostuvat erilaiset ja monimuotoiset palvelukokonaisuudet, jotka rakentuvat asiakkaan omista lähtökohdista (Corring & Cook 1999, 71; Pölkki 2013, 3). Henkilöstön on tärkeä ymmärtää asiakaskeskeisyyden sisältö ja ilmentyvät hoitoprosessissa (Townsend ym. 1990, 70–71).

Yleisesti valinnanvapaudella tarkoitetaan asiakkaan osallistumista, osallisuutta ja aitoa mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa sekä yleisesti koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiin. (Keronen 2013, 2). Viime vuosikymmenien lisääntynyt tietoisuus asiakaskeskeisyyden hyödyistä on muokannut palvelujärjestelmiä asiakasta paremmin palveleviksi (Restall ym. 2003, 104). Asiakaskeskeisyyden toteutuminen on nähty olevan kiinteästi yhteydessä organisaation johtamiskulttuuriin sekä henkilöstön asenteisiin (Restall ym. 2003, 105; Keronen 2013, 2; Pölkki 2016, 3). Asiakaskeskeisen strategian (*engl. Client-centred Strategy CFS*) läpivienti organisaatiossa vaatii johdon sitoutumista sekä henkilöstön aitoa kiinnostusta asiakaskeskeistä palvelutoimintaa kohtaan. Asiakaskeskeinen strategia koostuu viidestä eri osa-alueesta, joita ovat työntekijän persoonallisuus, asiakaskeskeinen prosessi, asiakaskeskeinen

toimintaympäristö, yhteisöllinen työkuultuuri ja jaetut arvot organisaatiossa. (Restall ym. 2013, 106.) Asiakaskeskeisyyden ollessa toimintojen suunnittelun ja organisoimien ydin se näkyy johtamisessa, strategioissa, seurannassa ja arvioinnissa sekä toimintakulttuurissa ja kohtaamisissa (Ovaskainen ym. 2016, 77). Yleisesti asiakaskeskeisyyden voidaan nähdä toteutuvan kuntatasolla hyvin ja henkilöstön asenteiden nähdään olevan myönteisiä. Kunnissa, joissa asiakaskeskeisyyteen suhtaudutaan myönteisesti myös palvelujärjestelmien kehitys kohti asiakaskeskeisempää toimintamallia on nähty toteutuneen. (Keronen 2013, 2.)

Asiakkaat ovat monen organisaation ja toimijan olemassaolon ydin. Asiakkailla kuvataan organisaation tuottamien palveluiden tai tuotteiden säännöllisiä ostajia tai kuluttajia. Asiakkaan rooli organisaation ydintoiminnassa on tuotteiden tai palveluiden vastaanottaminen, kuluttaminen ja arviointi. (Karlöf & Lövingsson 2004, 30–31; Saarnilehto ym. 2013, 22–23.) Asiakkaan merkitys osana organisaatioiden ja muiden toimijoiden toimintaa on lisääntynyt viime vuosikymmeninä merkittävästi (Law ym. 1995, 252; Wilkins ym. 2001, 71–72). Liiketoimintamaailmassa on sisäistetty asiakkaiden keskeinen merkitys kaiken toiminnan ytimessä (Karlöf & Lövingsson 2004, 30–31; Saarnilehto ym. 2013, 22–23). On todettu, että yritykset, jotka huomioivat asiakkaan tuotteita ja palveluita suunniteltaessa menestyvät liiketoiminnassaan paremmin. Asiakaskeskeinen palvelutuotanto on yrityksille menestymisen edellytys. Nykyään asiakaskeskeisyyttä painotetaan myös julkisessa palvelutuotannossa. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010, 30.)

Asiakkaan määrittely ei ole yksinkertaista. Asiakas-käsitteen abstraktisuuden vuoksi asiakkaan käsitettä tulee jokaisen organisaation ja toimijan kohdalla tarkastella yksilöllisesti. (Karlöf & Lövingsson 2004, 30–31.) Asiakaskeskeisyyden ja asiakaslähtöisyyden termien käyttö nähdään tieteellisessä kirjallisuudessa lähinnä makuasiana ja niitä käytetään toistensa synonyymeina. Tarkennettuna asiakaskeskeisyydellä kuitenkin tarkoitetaan asiakkaan roolin korostuneisuutta osana palvelujärjestelmää. Oleellista on asiakkaan kykyjen, voimavarojen ja resurssien huomiointi osana itsensä hoitamista. Asiakaslähtöisyydessä puolestaan palvelukokemuksen nähdään lähtevän liikkeelle asiakkaan tarpeesta, johon vastataan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän mukaisesti. Asiakaslähtöisyydessä korostuu ajatus siitä, että mikäli asiakas ei hakeudu palvelujen piiriin palveluille ei katsota olevan kysyntää. (Keronen 2013, 2.)

Asiakasanalyysin perusteella organisaatio tai muu toimija saa käsityksen asiakassuhteistaan. Asiakassuhteiden hallinta ja koordinointi on organisaation tai muun toimijan pitkän tähtäimen olemassaolon ja toiminnan säilyvyyden ydin. (Tseng ym. 2003, 267–268; Karlöf & Lövingsson 2004, 29–30.) Organisaatio saa tietoa toimintansa laadusta, kohdentamisesta ja yleisestä onnistumisesta muun muassa asiakastytyväisyyttä kuvaavilla mittareilla. Asiakastytyväisyyttä mitattaessa tulee käyttää oikein

kohdennettuna, toimialaan soveltuvia mittareita, jotta saadaan mahdollisimman oikeat tiedot. (Karlöf & Lövingsson 2004, 29–30.) Asiakaskeskeisyyttä ja asiakastyytyväisyyttä tarkastellessa tulee huomioida, että vaikka asiakaskeskeisyyden arvodyn on sosiaali- ja terveydenhuollossa kaikkialla sama asiakkaiden tilanteet vaihtelevat huomattavasti. Pitkäaikaissairaat, kuten muisti- ja mielenterveysasiakkaat eivät välttämättä kykene olemaan itse aktiivisesti mukana hoitonsa tai selviytymistavoitteidensa määrittelyssä sairauden estäessä täysivaltaisen toiminnan. Tällöin asiakaskeskeisyydessä korostuvat asiakkaan lähiomaisten näkemys parhaasta mahdollisesta hoidosta. Lähiomaisten lisäksi myös asiakasta hoitavien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee ammatillisen velvoitteensa nojalla osallistua parhaan mahdollisen hoidon suunnitteluun. (Keronen 2013, 3.)

Arvolla kuvataan merkityksellisyyden lisäämistä kaikessa organisoidussa toiminnassa. Arvon käsitteen tarkka kuvaus perustuu sen käyttötarkoitukseen. Arvon käsitettä voidaan katsoa useasta eri näkökulmasta ja saada keskenään hyvinkin erilaisia tulkintoja. Arvon määrittelyssä kyseessä on hyödyn ja hinnan välinen suhde. Voidaan arvioida millä hinnalla saavutetaan tietty hyöty. Yleisesti arvon käsite voidaan organisaatiotutkimuksen näkökulmasta jakaa kolmeen osaan: asiakkaiden näkökulmaan, työntekijöiden näkökulmaan sekä omistajien näkökulmaan. (Karlöf & Lövingsson 2004, 16–17.) Asiakaskeskeisessä toimintakokonaisuudessa asiakas kohdataan arvokkaana yksilönä huomioiden hänen yksilölliset uskomuksensa, arvonsa, asenteensa ja terveydentilansa. Asiakaskeskeisen toimintakokonaisuuden on nähty tuovan asiakkaalle lisäarvoa onnistumisen, ilon, menestyksen, rakkauden ja voimaantumisen kokemusten kautta. (Corring & Cook 1999, 80.)

Arvon tuottaminen asiakkaalle tapahtuu vaiheittain. Prosesseissa syntyvä arvo muodostuu monesta osatekijästä ennen kun asiakas lopullisesti saavuttaa palvelun. Prosessi, jossa arvon nähdään muodostuvan asiakkaalle erilaisten vaiheiden kautta voidaan nimittää arvojärjestelmäksi. Arvojärjestelmästä on tunnistettavissa jalostettavia ja välitettäviä toimintoja. Arvojärjestelmän toimivuuden ja saatavuuden asiakkaalle määrittää yrityksen toimiva johto. Tässä tutkielmassa asiakkaan hoitoprosessin erillisten hoitoyksiköiden katsotaan olevan yksittäisiä toimijoita osana asiakkaan arvoketjua. (Saarnilehto ym. 2013, 20–21.) Porterin (2010) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa arvon käsite ei ole yksiselitteinen. Arvon merkitystä on mahdollista katsoa niin organisaation kun asiakkaankin näkökulmasta, jolloin arvon tuottamisessa on eroa. Porter korostaa, että arvon tuottamisen lähtökohtana sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee aina olla asiakas, jonka ympärille arvoa tuottavat kokonaisuudet rakennetaan selkeästi, tehokkaasti ja saavutettavasti. (Porter 2010, 2477–2478.)



## 4.2 Asiakaskeskeisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa lakien valossa

Yleisesti päätöksenteon tuominen lähemmäs asiakasta ja vaikuttavaa paikallistasoa on ollut tavoitteena useita vuosia. Paikallinen päätöksenteko lähellä asiakasta lisää demokratian toteutumista ja luo vaikuttamismahdollisuuksia. Asiakasta ei enää katsota passiivisena palvelun vastaanottajana vaan aktiivisena kuluttajana, jolla on vaikutusmahdollisuuksia. Suomen Kuntaliiton teoksessa Sote ja Suomi 2040 esitetään valistuneita arvauksia sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekopolitiikasta. Arvioiden mukaan päätöksenteko tulee lähemmäs asiakasta ja asiakas osallistetaan aktiivisesti itseään koskevaan päätöksentekoon. (Aaltonen & Vauramo 2016, 12–13.) Asiakaskeskeisyyden näkökulmasta monet sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevat lait ja asetukset nähdään potilaan mahdollisuutena vaikuttaa omaan hoitoon ja palveluprosessiin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakaskeskeisyyden korostaminen ja asiakkaan oikeuksien esilletuominen näkyy kansallisella ja kansainvälisellä tasolla lakien valossa. Lait asettavat sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnoille velvoittavat reunaehdot. Tulevan sosiaali- ja terveystuudistuksen tavoitteena on edelleen korostaa asiakaskeskeisyyttä ja asiakkaan asemaa palvelukokonaisuuksissa.

### 4.2.1 *Terveydenhuoltolaki ja kotihoito sekä valinnanvapauslainsäädäntö*

Sosiaali- ja terveyspalveluiden muutosten keskiössä on potilaan aseman vahvistaminen. Potilaan aseman ja siten asiakaskeskeisen hoidon varmistaminen tapahtuu keskittymällä kokonaisuuksiin ja niiden hallintaan, teknologian entistä tehokkaampaan hyödyntämiseen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituspohjan uudelleen rakentumiseen. Tärkeänä nähdään myös sairauksien hoidon lisäksi niiden ennaltaehkäisy. Varhaisen puuttumisen näkökulmasta asiakasta tulisi hoitaa ja ohjata kohti terveellisempiä valintoja jo ennen varsinaista sairauden puhkeamista. (Teperi ym. 2009, 18–19.)

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 9 §:ssä määritettyjä kotipalveluja ja terveydenhuoltolain (1326/2010) 25 §:ssä 1 momentin perusteella järjestettyä kotisairaanhoidtoa. Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, toimintakyvyn ylläpitoon, hoitoon ja huolenpitoon sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien toimintojen ja tehtävien suorittamista muiden kuin asiakkaan itsensä toimesta tai avustamista niissä. Kotipalveluun kuuluu myös muun muassa ateria-, siivous- ja vaatehuoltopalveluja. Kotisairaanhoidto on palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaisesti toteutettavaa terveyden- ja sairaudenhoitoa asiakkaan kotona. Kunnalla on mahdollisuus yhdistää sosiaalihuoltolain alainen kotihoito ja terveydenhuoltolain alainen kotisairaanhoidto yhdeksi kokonaisuudeksi, kotihoidoksi. (Väyrynen & Kuronen 2016, 2.)

Kotihoidon sisällöistä on säädetty tarkemmin sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa ja sosiaalihuoltoasetuksessa. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 18).

Asiakkaan valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus ovat yksilön arkielämän kannalta keskeisiä arvoja, joille löytyy jalansijaa myös sosiaali- ja terveystaloudessa (Pirhonen & Pulkki, 2016, 251). Asiakaskeskeisyyden arvon nimissä asiakkaalla tulee olla mahdollisuus valita sosiaali- ja terveystaloudensa tuottaja itse. Vuoden 2014 alusta potilaalla on ollut mahdollisuus häntä hoitava valita terveystaloudensa ja erikoissairaanhoidon yksikkö (Sosiaali- ja terveystaloudsministeriö 2016). Potilaan valinnanvapaus tarkoittaa asiakkaan oikeutta valita hoitopaikka ja häntä hoitava terveydenhuollon ammattilainen (Teperi ym. 2009, 74–77; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a). Valinnanvapauslainsäädäntö toteutuu tällä hetkellä vain rajoitetusti ja lain käyttöönnotossa ja käytännön soveltamisessa on todettu olevan haasteita (Junnila ym. 2016, 2–4). Terveydenhuoltolain mukaan potilaan valinnanvapaus koskee tällä hetkellä vain valinnanvapautta julkisen palvelujärjestäjän suhteen. Potilaalla on oikeus valita kotikuntansa terveystaloudsien ja kotikuntansa erityisvastuualueen kunnallisten hoitopaikkojen välillä palveluntuottaja. Erikoissairaanhoidon yksikön valinta tehdään yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. (Teperi ym. 2009, 74–77; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Hoitopaikan valinnanvapaus koskettaa koko Suomea. Euroopan unionin potilasdirektiivin mukaan potilas voi valita hoitonsa myös Euroopan unionin jäsenmaiden alueelta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.)

Valinnanvapauslainsäädännön perimmäinen tarkoitus on vahvistaa perustason sosiaali- ja terveystaloudsita sekä taata asiakkaalle entistä nopeampi hoitoon pääsy. Valinnanvapauden soveltaminen on vielä laajalti kesken. Valinnanvapauslainsäädännön laajempi soveltaminen vaatii sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuurin ja sosiaali- ja terveystaloudsitiikan syvällistä muutosta. (Junnila ym. 2016, 1.) Valinnanvapauslainsäädännön valmistelu on vielä kesken. Hallituksen toukokuussa 2017 antama valinnanvapauslakiehdotus ei edennyt eduskunnassa. Virkamiestyöryhmä on valmistellut uuden hallituksen lakiesitys valinnanvapauslaista lokakuun lopulla 2017. Lakiluonnukseen on tehty perustuslakivaliokunnan edellyttämät muutokset sekä hallituksen reformiministerityöryhmän täsmennykset ja linjaukset (Valtioneuvosto 2017c.) Lausuntokierroksen jälkeen hallituksen lakiesitys annetaan eduskunnan käsittelyyn vuoden 2018 maaliskuussa. (Valtioneuvosto 2017a.)

#### ***4.2.2 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudsista***

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudsista tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä,

toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Oleellista on parantaa ikääntyneiden mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja heidän tarvitsemiensa palveluiden kehittämiseen asuinkunnassaan. Laissa säädetään kunnan velvollisuudesta huolehtia ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamisesta kunnassa. Palveluiden turvaamisella tarkoitetaan ikääntyneen palveluntarpeen selvittämistä, palveluntarpeeseen vastaamista sekä tarjottavien palveluiden laadun varmistamista. Lakia sovelletaan useissa muissa sosiaali- ja terveydenhuoltosektoria koskeavissa laeissa ja se koskettaa niin yksityistä kun julkistakin toimijaa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980).

Laissa on erikseen määritelty kunnan yleisiksi velvollisuuksiksi tulkittava yhteistyön edellytys. Määritelmän mukaan kunnan eri toimialojen on yhteistyössä huolehdittava ikääntyneiden hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen toteutumisesta. Yhteistyön vaatimus tarkoittaa kunnassa toimivien julkisten, yksityisten ja yleishyödyllisten tahojen yhteistyötä ikääntyneiden aseman ja elinolojen parantamiseksi. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980).

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakien tarkoituksena on määrittellä asiakkaan oikeudet. Lakien on tarkoitus turvata asiakkaan asema sekä taata asiakkaalle oikeuksia ja mahdollisuuksia hoitonsa suhteen. (Alkio 2011, 57–58.) Sosiaali- ja terveydenhuoltoa määrittävät lait mahdollistavat asiakkaalle vaikutusmahdollisuuksien lisäksi myös oikeuden saada laadukkaita sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja. Yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollon lakien lähtökohtana on osoittaa tasavertaiset peruspalvelut asiakkaille riippumatta asuinpaikasta tai sosiaalisesta asemasta. Tavoitteena on luoda kaikille kansalaisille mahdollisuudet yhdenvertaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 15–17.) Tässä tutkielmassa asiakaskeskeisyyden näkökulmasta useat sosiaali- ja terveydenhuoltoa määrittävät lait kohdentuvat asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeuteen ja aktiiviseen osallistumiseen omaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Kuten Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista edellyttää asiakkaille tulee tarjota tietynlaajuisia palveluja ja osallistaa asiakas osaksi palveluprosessia. Asiakkaan osallistaminen ja huomiointi lisäävät asiakaskeskeisyyden toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

## **5 ASIAKKAAN HOITOPROSESSIT JA ASIAKASKESEISYYS**

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa prosessirakennetta ja prosessijohtajuutta on tunnistettavissa ilman, että organisaatiot suoraan mieltävät itseään prosessiorganisaatioiksi tai prosessijohtajuutta soveltaviksi yksiköiksi (Tevameri & Kallio 2009, 16). Organisaation menestymisen kannalta on oleellista tunnistaa prosessit, jotka mahdollistavat menestymisen. Ydinprosessin käsitteellä viitataan organisaation menestymisen mahdollistavaan prosessiin. Tukiprosessien tehtävänä on mahdollistaa ydinprosessien toteutuminen. Prosessin tuotoksena on asiakkaan tarpeiden tyydyttäminen. (Heinola & Paasivaara 2007, 52; Tevameri 2010, 223.)

### **5.1 Prosessimainen organisaatorakenne**

Prosessi on toimintaketjun osa, joka kuvaa rajatulla alueella tehtäviä toimintokokonaisuuksia. Toimintokokonaisuudet muodostavat yleensä tapahtumasarjan. Tapahtumasarjaan sisältyvät prosessit jaetaan osaprosesseiksi, joista jokainen sisältää omat panos- ja tuotososuudet. (Karlöf & Lövingsson 2004, 214–215; Parviainen ym. 2005, 190; Tevameri 2010, 223.) Laajasti ymmärrettynä prosessi kuvaa miten asioita tehdään (Miettinen 1999, 37). Organisaation prosessit voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan; ohjausprosessit sekä pää- ja tukiprosesseihin. Ohjausprosesseilla tarkoitetaan organisaation hallintoa ja johtamista kuvaavia suuntaviivojen ja kehityksen prosesseja. Tyypillisimpiä ohjausprosesseja ovat muun muassa strategia- ja budjetointiprosessit. (Karlöf & Lövingsson 2004, 214–215.) Pääprosesseilla kuvataan liiketoiminnan kannalta oleellisia prosesseja. Pääprosessit sisältävät organisaation liiketoiminnan ja ydintoiminnan prosessien kokonaisuuden. Tukiprosessien tehtävänä on mahdollistaa pääprosessien toteutuminen mahdollisimman tehokkaasti. (Karlöf & Lövingsson 2004, 214–215; Parviainen ym. 2005, 188.) Tyypillisimpiä tukiprosesseja ovat muun muassa tietotekniset tuet, henkilöstöhallinto ja muut hallinnolliset prosessit (Karlöf & Lövingsson 2004, 214–215). Prosesseille on tyypillistä yksilöllisten toimintojen peräkkäisyys, jotka kuvaavat tapahtuvaa muutosta ja kehitystä osana kokonaisuutta. Analyttisesti prosessit ovat nähtävissä kausaalisuhteiden tulkitsijoina sekä loogisena selityksenä tapahtumasarjalle. Prosesseihin liittyy ajallinen ulottuvuus, jonka vuoksi on nähtävissä useiden organisaatioiden toiminnan rakentuminen työtehtävien ajallisten vaatimusten ympärille. (Miettinen 1999, 38.)

1990-luvulla käytetyimmät organisaatioiden uudistamisen sovellukset olivat liiketoimintaprosessien radikaali uudelleensuunnittelu (*engl. Business Process Re-engineering, BPR*) ja laatujohtaminen (*engl. Total Quality Management, TQM*) (Lee &

Dale 1998, 214–215; Miettinen 1999, 39–40; Chen & Popovich 2003, 672–673). Prosessinäkökulman korostamisen nousu tapahtui 1990-luvun alkupuolella. Prosessijohtamisen syntyyn ja kehitykseen ovat vaikuttaneet LEAN johtamisfilosofia, toimintojohtaminen (*engl. Activity Based Management, ABM*) sekä aikaan perustuva johtaminen (*engl. Time Based Management, TBM*). Prosessijohtamisen kautta organisaatiot alettiin yleisesti ymmärtää dynaamisina, prosessinomaisesti toimivina kokonaisuuksina staattisten hierarkioiden sijaan. (Miettinen 1999, 39–40.)

Organisaation prosessirakenne tarkastelee yrityksen toimintaprosesseja asiakkaalle luotavan arvon näkökulmasta (Parviainen ym. 2005, 187; Peltonen 2007, 37). Prosessirakenne ilmentää horisontaalista toimintaketjua, jossa toiminnot rakentuvat prosesseja tuottavien ja toteuttavien projektitiimien ympärille. Prosessit jakautuvat sisäisiin ja ulkoisiin prosesseihin. Sisäisenä prosessina voidaan nähdä muun muassa yrityksen hallinto ja ulkoiseksi prosessiksi muun muassa logistiikka. Prosessirakenteessa funktionaalinen, hierarkkinen työnjako on murennettu ja jokaisella prosessilla on siitä vastaava johtaja. Prosessin johtaja koordinoi ja ohjaa prosessiin kuuluvia henkilöitä. Prosessien johtajille on merkittävä rooli prosessien toimivuuden, sujuvuuden ja jatkuvuuden takaajina. (Peltonen 2007, 37.)

Prosessimaisia organisaatiota voidaan luonnehtia organisaationa, jossa liiketoimintakokonaisuudet rakentuvat ydin- ja tukiprosessien mukaisesti. Ydin- ja tukiprosessien on tarkoitus palvella asiakasta mahdollisimman asiakaskeskeisesti yksilöllisyyttä kunnioittaen, jolloin asiakkaalle voidaan tuottaa lisäarvoa. Tukiprosessit ovat prosesseina asiakasrajapinnassa tapahtuvia valintoja ja toimintamalleja, jotka palvelevat ydinprosessien toteutumista. Prosessimaisen organisaation ytimessä ovat prosessien välillä tapahtuva vuorovaikutus ja kommunikointi sekä organisaation ulkopuolelta tulevan palautteen analysoiminen ja siihen reagointi. Kommunikointi ja palautteenantojärjestelmä luovat tehokkaan, joustavan ja muuntautuvan prosessikokonaisuuden. (Tevameri & Kallio 2009, 19.)

Prosessimaisen organisaation keskeinen ajatus on asiakaskeskeisyys, joka toimii lähtökohdana prosessien kehittämiseksi (Lee & Dale 1998, 216; Heinola & Paasivaara 2007, 52; Tevameri & Kallio 2009, 19). Prosessimaisen organisaation asiakaskeskeisyyttä tukee sen rakenne, jossa asiakkaalle tuotettavat ydinprosessit muodostavat prosessien ketjun, jonka tarkoituksena on vastata asiakkaan tarpeisiin mahdollisimman tehokkaasti. Tukiprosessien tehtävänä on mahdollistaa ydinprosessien toteutuminen. (Heinola & Paasivaara 2007, 52; Tevameri & Kallio 2009, 19.) Tarkasteltaessa kotihoidon asiakkaan hoitoprosessia havaitaan selkeitä prosessimaisen organisaation ominaisuuksia. Kotihoidon asiakkaan hoitopolun on määritelty tässä tutkielmassa olevan seuraavanlainen: Asiakas on kotihoidon asiakas, joka joutuu päivystykseen jostain sosiaalisesta tai terveydellisestä syystä. Päivystyksessä hänet tutkitaan ja ohjataan edelleen terveyskeskuksen vuodeosastolle tai sairaalaan, jossa hänet

hoidetaan yksilöllisesti. Hoidon tavoitteiden saavuttamisen jälkeen asiakas siirtyy kuntoutusyksikköön, josta edelleen kotiin kotihoidon asiakkaaksi. Kaikkia edellä mainittuja asiakkaan läpikäymiä prosesseja pyritään tässä tutkielmassa tarkastelemaan asiakaskeskeisyyden arvon näkökulmasta.

Prosessimaiset organisaatiot ovat usein rakenteeltaan käytännössä hybridiorganisaatioita ja matriisiorganisaatioita, jotka eivät välttämättä kokonaisuutena toimi prosessiorganisaation toimintalogiikan mukaisesti. On todettu, että prosessiorganisaatioille on tyypillistä prosessien rakentuminen horisontaalisten tiimien ketjuista. Prosessimaisissa organisaatioissa ydinprosessien rakentuminen horisontaaliseksi toimintokokonaisuudeksi tuottaa asiakkaalle lisäarvoa ja mahdollistaa asiakaskeskeisen toimintatavan asiakkaan prosessien eri vaiheissa. (Tevameri & Kallio 2009, 19–20.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa työskennellään korkeaa erityisosaamista vaativissa tehtävissä, joiden päämäärä on yleensä selkeä (Tevameri & Kallio 2009, 20). Tässä tutkielmassa kyseessä olevien ikäihmisten hoitoprosessin päämääränä kutsuttava prosessin tuotos voisi olla esimerkiksi toimintakyvyn palautuminen, kivun lievittyminen, kotona selviytymisen mahdollistaminen tai terveysuhan hoito.

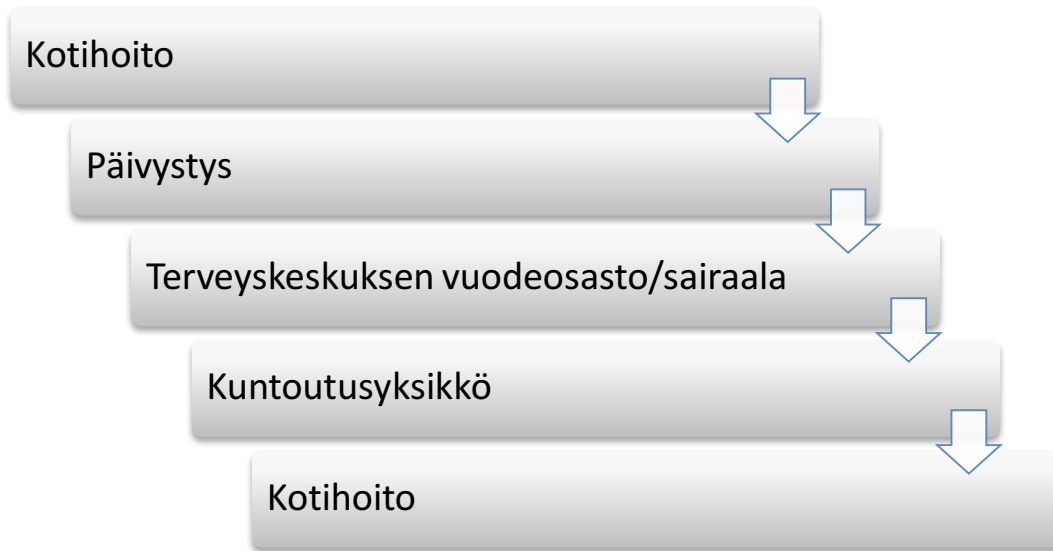
Tevameri ja Kallio (2009) ovat esitelleet kattavasti prosessimaisen organisaation heikkouksia ja vahvuuksia. Prosessimaisen organisaation vahvuuksina mainitaan asiakaskeskeisyyden korostaminen prosessin kaikissa vaiheissa. Prosessimaisen organisaation mukautumiskyky ja joustavuus tukevat asiakaskeskeisten toimintamallien toteutumista kokonaisuutena. Prosessimaisen organisaation joustava rakenne kykenee mukautumaan nopeaan asiakastarpeeseen asiakkaan näkökulma ja tarve etusijalla. Prosessiorganisaatioissa tiimityöskentely sekä valta- ja vastuurajat ovat selkeät, joka mahdollistaa selkeän työnkuvan ja lisää prosessissa toimivien henkilöiden työmotivaatiota. (Tevameri & Kallio 2009, 20.) Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollossa päätöksenteon hierarkkisuus (*engl. Analytic Hierarchy Process AHP*) vaikuttaa tehtävien päätösten rakenteeseen. Asiakaskeskeisyydessä korostetaan asiakkaan osallistumista päätöksentekoon ja hänen rooliaan omaa itseään koskevien päätösten parhaaseen mahdolliseen valintaan. Lääketieteellinen diagnosointi ja päätöksenteko kuuluu asiakasta hoitavalle lääkärille, mutta asiakaskeskeisyyden nimissä on asiakkaan ja lääkärin tehtävä päätökset yhteistyössä. Asiakkaan hoidon toteuttamisessa on huomioitava mahdolliset vaihtoehdot asiakkaan näkökulma etusijalla (Liberatore & Nydick 2007, 194–195.)

Prosessimaisen organisaation rakenteen heikkouksina mainitaan prosessien mahdollinen keskeneräinen toteutuminen. Keskeneräisellä toteutumisella tarkoitetaan prosessimaisen toimintatavan keskeytymistä, jolloin asiakkaan prosesseja ei viedä loppuun asti. (Tevameri & Kallio 2009, 20.) Prosessimaisuus organisaatorakenteena vaatii johtamiselta korkeita valmiuksia ja johdon kyvykkyyttä moniulotteiseen ja laaja-alaiseen johtamiseen. Kokonaisuuden hallinta on keskeinen tekijä prosessien tehokkaassa läpiviennissä. (Lee & Dale 1998, 216.) Organisaatorakenteen mukautuessa

prosessimaiseksi on tärkeää viedä toimintatavan muutosta systemaattisesti eteenpäin organisaatiossa ja varmistua prosesseissa toimivien henkilöiden tietoisuudesta mihin ollaan pyrkimässä. Varsinkin sosiaali- ja terveydenhuolto omaa pitkät juuret byrokraattiseen ja professionaalisuutta korostavaan organisaatiokulttuuriin on todennäköistä, että prosessimaisen organisaatorakenteen istuttaminen toimintakulttuuriin muodostaa haasteita, pelkoa ja epävarmuutta. (Tevameri & Kallio 2009, 20.)

Prosessimaisen organisaation mahdollisista heikkouksista huolimatta rakenne tukee vahvasti prosessien asiakaskeskeisyyttä. Prosessimaisen organisaation toiminnoissa asiakkaan tarpeet nostetaan keskiöön ja näin parannetaan prosessien toiminnallista tehokkuutta. (Tevameri & Kallio 2009, 20.) Prosessijohtamisen näkökulma on ehdoton ajateltaessa asiakkaalle tuotettavien palveluiden kokonaisuutta. Prosessimainen ajattelu estää osa-optimointia korostaen kokonaisarvoa, jonka tuotettu prosessi tuo asiakkaalle. (Grönfors 2010, 57.) Tässä tutkielmassa pyritään kehittämään kotihoidon asiakkaan hoitoprosessia kohti asiakaskeskeisempää toimintapaa. Prosessimaisen organisaation katsotaan rakenteena tukevan yksityisten terveystalveluiden tuottajien kotihoidon toimintaprosessia. Asiakaskeskeisyys on kohdeorganisaation arvoydin, jonka lähtökohdasta asiakkaiden hoitoprosessit rakentuvat. Prosessimaisen organisaatorakenteen omaksuminen on mahdollisesti yksityisen terveystalveluja tuottavan organisaation näkökulmasta helpompi toteuttaa kuin julkisen palveluntuottajan. Suurena vahvuutena kohdeorganisaation näkökulmasta nähdään sosiaali- ja terveystalveluiden kokonaistuotanto kuntien alueella, jolloin talouden hallinta on helpompaa. Sosiaali- ja terveystalveluiden kokonaisulkoistus kohdeorganisaation kuntien alueella on toteutettu perustamalla kunnan tai kuntien sekä yksityisen terveystalvelujen tuottajan yhteisomisteinen yhteisyritys. (Kohdeorganisaation internetsivut 2017.)

Organisaation johtamisprosesseja voidaan tarkastella myös horisontaalisen ja vertikaalisen jaottelun näkökulmasta. Tyypillisimpiä organisaation vertikaalisia johtamisprosesseja ovat liiketoiminnan suunnittelu sekä organisaation budjetointiprosessit. Yleisesti vertikaaliset prosessit liittyvät organisaation resurssien allokointiin. Tyypillisimmät horisontaaliset prosessit ovat puolestaan asiakkaan palvelutarpeesta lähtevät prosessit. Palveluprosessien katsotaan rakentuvan asiakkaan lähtökohdasta ja hänen tarpeidensa mukaisesti. Horisontaalisten prosessien roolin katsotaan tulevaisuudessa lisääntyvän merkittävästi asiakaskeskeisten palvelukokemusten luomiseksi. (ks. esim. Tevameri 2010, 223.) Tässä tutkielmassa asiakkaan hoitoprosessin prosessi on jaettavissa horisontaalisiin ja vertikaalisiin prosesseihin siten, että asiakkaan hoitoprosessi kulkee horisontaalisesti läpi vertikaalisesti aseteltujen hoitoprosessiin osallistuvien yksiköiden läpi. Kuviosa 2 nuoli osoittaa asiakkaan hoitoprosessin kulkua läpi eri hoitoprosessiin osallistuvien yksiköiden.



Kuvio 2. Asiakkaan hoitoprosessissa asiakaskeskeisyyden kulku nuolen suuntaisesti vertikaalisesti aseteltujen hoitoyksiköiden läpi.

Kuviossa 2 nähdään, että asiakkaan hoitoprosessi kulkee vertikaalisesti läpi hoitoon osallistuvien yksiköiden läpi. On nähtävissä, etteivät kaikki yksiköt välttämättä eri tavoitteista johtuen pyri vastaamaan kaikkiin asiakkaan tarpeisiin. Jokaisella hoitoyksiköllä on oma tehtävänsä asiakkaan hoitoprosessin tavoitteen saavuttamisessa. On nähtävä, että asiakas ei halua osaoptimoituja tuloksia vaan kokonaisarvoa, joka tässä tutkielmassa on nähtävissä muun muassa toimintakyvyn palautumisena. Asiakkaan hoitoprosessissa on mahdollista saavuttaa tavoitteen kun prosessijohtamisen keinoin jokainen yksikkö pyrkii yhteisen tavoitteen saavuttamiseen katsoen asiakkaan hoitoprosessia kokonaisuutena huomioiden myös oman työyksikkönsä ulkopuoliset toiminnot. (Grönfors 2010, 57–58.)

## 5.2 Asiakaskeskeisyyttä tukeva hoitoprosessi

Asiakkaan hoitoprosessissa pyritään korostamaan asiakaskeskeisyyttä. Kuviossa 3 on esitelty kotihoidon asiakkaan hoitoprosessin kuvaus vaiheittain. On todettu, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksien ongelmat liittyvät usein tilanteisiin, joissa asiakkaan toimintakykyyn liittyy muutosta. Toimintakyvyn muutoksella voidaan tarkoittaa esimerkiksi kotihoidon asiakkaan yleistilan laskua, jonka seurauksena hän siirtyy kotihoidon piiristä muun toimijan asiakkaaksi. (Kettunen 2016, 19.) Kuvitteellista hoitoprosessia on käytetty esimerkkinä haastatteluissa käsitteellistämään asiakkaan hoitoprosessin eri vaiheita.





Kuvio 3. Kotihoidon asiakkaan hoitoprosessin kuvaus.

Organisaatorakenteella on keskeinen merkitys toimialallaan. Jokaisella organisaatorakenteella on vahvuutensa ja heikkoutensa. Organisaation koko on keskeinen rakenteeseen vaikuttava tekijä. Prosessirakenteen etuna voidaan pitää prosessimaisuuden luomaa kokonaisuutta, jolloin yksittäiset toiminnot on erotettavissa kokonaisuudesta. Jokaisen osallisen työtehtävä on konkreettinen ja todennettavissa. Prosessirakenteen heikkoutena voidaan nähdä asiakkaiden ydinprosessien tunnistaminen, joka tyypillisesti vaatii pitkälinjaista työtä kehittämisen ja arvioinnin saralta. Toinen heikkoutena nähtävä piirre on organisaatorakenteen kankeus, jonka vuoksi muutosten implementointi saattaa olla haastavaa. (Peltonen 2007, 39–41.)

Asiakaskeskeisessä hoitoprosessissa kotihoidon näkökulmasta oleellista on ikääntyneen selviytymisen tukeminen kotona. Kotihoidon lainmukainen tarkoitus on vahvistaa, ylläpitää ja tukea asiakkaan toimintakykyä hänen voimavaransa huomioiden. (Hautsalo 2016, 4–5.) Kotihoidon asiakkaan prosesseja nähdään yksiköiden eri toimintojen tasolla (Heinola & Paasivaara 2007, 52).

Kotihoidon yksi lainmukainen tehtävä on asiakkaan voimavarojen tukeminen ja ylläpitäminen. Asiakkaan hoitoprosessin yhtenä osana on kuntoutusosasto. Kuntoutuksen tavoitteena on kuntouttaa asiakasta tämän henkilökohtaiset voimavarat huomioiden ja tavoitteena on useimmilla kotiutuminen. Kotikuntoutuksen tavoitteena on edelleen kotona asuvan asiakkaan selviytymisen tukeminen. Kuntoutumisessa oleellista on henkinen tuki ja kannustus sekä motivointi kuntoutusohjelmaan tehtyjen harjoitusten suorittamiseen. (Helin 2016, 4.) Suomalaisista yli 75-vuotiaista asuu kotonaan yli 90 prosenttia. Kuntoutuksen tavoitteena on yleisesti voimavarojen vahvistaminen ja kotona

asumisen tukeminen. Kuntoutuksen avulla ikääntyneet voimat elää mahdollisimman pitkään kotonaan turvallista ja hyvää elämää. (Kuitunen 2016, 4.)

Tarkasteltaessa kotihoidon toimintakontekstia todetaan asiakkaan hoitoprosessin olevan yksilöllinen ja rakentuvan erilaisten prosessien ympärille. Prosessien kulussa on havaittavissa viitteitä myös matriisiorganisaatiosta, koska asiakkaan hoitoprosessit eivät ole täysin itsenäisiä toimintokokonaisuuksia. Asiakkaan hoitoprosessien vaiheiden pituus ja hoidon sisältö vaihtelee, jonka vuoksi itsenäisten toimintokokonaisuuksien hahmotus ei ole tarkoituksenmukaista (vrt. Kuvio 3).

Organisaation prosessimaisen toimintatavan lähtökohtana on prosessien nimeäminen ja prosessien määrittely. Organisaatiossa on tärkeää tunnistaa prosessit ja kuvata niiden sisällöt selkeästi. (ks. esim. Tevameri 2010, 224.) Prosessimaisen toiminnan lähtökohtana on luoda asiakkaiden ja muiden sidosryhmien tarpeista lähtöisin olevat tehokkaat toimintaprosessit, jotka vähentävät ajallista ja taloudellista hukkaa (Heinola & Paasivaara 2007, 52). Tässä tutkielmassa asiakkaan hoitoprosessin ydin- ja tukiprosessit tunnistettiin ja kuvattiin tunnistettavaksi osittain.

*Kaikki meidän asiakkaiden ydin- ja tukiprosessit on saman työnantajan alla. Mä näen sen asiakkaan prosessin tunnistamisen ja hallinnan etuna kun on sama työnantaja. H9*

*Se, että nähdään se asiakkaan hoidon kokonaisuus juurinkin yli näiden pääprosessirajojen on merkityksellistä, että se kokonaisuus toimii. Juurikin se yhteistyö ja suunnittelu näiden ydin- ja tukiprosessien välillä on keskeistä. H8*

Kokonaisuutena asiakkaan hoitoprosessia voidaan luonnehtia vertikaalisesti orientoituneeksi kokonaisuudeksi, jossa jokainen hoitoketjun toimija vaikuttaa lyhyen aikaa asiakkaan hoitokokonaisuuteen ja vastaa omasta suorituksestaan mahdollisimman hyvin. Kotihoidossa asiakkaan hoitoprosessien kirjallinen kuvaaminen on edellytyksenä toiminnan kehittämiseksi ja arvioinnille. On tunnistettavissa, että kotihoidon asiakkaan prosessit ovat toisiaan seuraavien tai toisiinsa sidoksissa olevien tapahtumien ketju. Asiakkaan hoitoprosessin sujuvuuden edellytyksenä on, että prosessikäsitteistä vallitsee yhteisymmärrys erillisten hoitoyksiköiden välillä. Lisäksi edellytyksenä on, että asiakkaan hoitoprosessiin kuuluvat toimijat ymmärtävät oman työnsä merkityksen asiakkaan hoidon kokonaisuuteen linkittyvänä osana. Yhteistyön merkitys on ehdoton asiakkaan hoitoprosessin sujuvuudessa. (Heinola & Paasivaara 2007, 52.)

### 5.2.1 *Asiakaskeskeisen hoitoprosessin roolit ja vastuut*

Kotihoidon prosessien lähtökohtana on asiakas ja hänen tarpeensa (Heinola & Paasivaara 2007, 52). Prosessijohtamisessa keskeistä on prosessin kokonaisvaltaisuuden käsittäminen. Autonomisen työyksikön prosessien toteutumisessa kokonaisvaltaisuutta tukee selkeä prosessin tunnistaminen ja työntekijöiden sitoutuminen prosessin toteutumiseen. (Murto 1992, 31; Walshe & Rundall 2001, 429–430.) Prosessi on aina itsessään kokonaisuus tai kokonaisuuden osa. Prosessien ketju on käytännössä loputon ja äärimmäisen looginen kokonaisuus. (Gustafsson & Marniemi 2012, 42.) Haastateltavien mukaan asiakkaan hoitoprosessin tunnistaminen vaihtelee. Osa haastateltavista kokee tunnistavansa asiakkaan hoitoprosessit hyvin, osa puolestaan heikommin. Haastateltavista osa kokee vahvasti mahdollisuuden vaikuttaa asiakkaan hoitoprosessiin kun taas osan mukaan asiakkaan hoitoprosessiin ei pysty vaikuttamaan.

*Mulla on sellanen hyvä tuntemus tästä kotihoidon kokonaisuudesta. Mun mielestä mä hahmotan sen asiakkaan hoitoprosessin tosi hyvin. Jos tulee uusi asiakas niin mulle on tosi selkeää mitä siihen asiakkaan prosessiin tulee osaksi. Mulla on pitkä työkokemus ja johtamiskoulutus taustalla niin sen takia mä näen mielestäni tän kokonaisuuden tosi hyvin. H 4*

*Ei sitä asiakkaan hoitoprosessia tunnisteta eikä kehitetä asiakaskeskeisesti. H2*

Prosessijohtamisen ydinperiaatteisiin kuuluu ajatus jokaisen prosessiin kuuluvan osallistamisesta osaksi suoritusta. Työyksikön menestyminen edellyttää kaikkien prosessin jäsenien näkemysten, kokemusten ja tietojen yhdistämistä sekä hyödyntämistä. (Murto 1992, 31.) Tässä tutkielmassa asiakkaan hoitoprosessi on tunnistettu kokonaisuudeksi, josta vastuu on jokaisella toimijalla.

*Tässä on ollut pakko katsoa tätä hommaa kokonaisuutena, kaikkia näitä yksiköitä yhdessä. Mä olen puhunut kaikissa näissä yksiköissä henkilöstölle ja nostanut esille sitä, että pitää pystyä näkemään sen asiakkaan prosessi myös sen oman työyksikön ulkopuolella. H9*

*Siihen asiakkaan hoitoprosessiin pystyy vaikuttamaan jokainen yksikkö. Sitä olen yrittänyt tässä sanoa, että jokaisen yksikön toiminta vaikuttaa siihen asiakkaan hoitoprosessin kokonaisuuteen ja siihen lopputulokseen. H9*

Prosessikeskeiset organisaatiot pyrkivät keskittymään asiakkaaseen ja lisäämään eri prosessiosasten keskinäistä koordinaatiota ja yhteistyötä ja siten välttämään osaoptimointia. (Chen & Popovich 2003, 672–673; Karlöf & Lövingsson 2004, 212–213.) Haastateltavien mukaan asiakkaan hoitoprosessi rakentuu yksiköllisesti asiakkaan

tarpeiden ympärille ja hoitoprosessiin osallistuvien toimijoiden kanssa tehdään yhteistyötä.

*Se prosessi rakentuu sen asiakkaan ehdoilla. Me pyritään tekemään asioita asiakkaiden eteen aina paremmin ja paremmin. Miten sen nyt sanois, asiakkaan ehdoilla mennään, me kaikki toimijat yhdessä. H1*

*Se, että nää meidän asiakkaat on entistä heikkokuntoisempia vaatii kaikilta meidän toimijoilta hyvää yhteistyötä ja kohdennetumpaa prosessin seuranta. H4*

Prosessikeskeinen organisaatorakenne on nähty ratkaisuksi funktionaalisille tai hierarkkisille, huonosta koordinoinnista ja tiedonkulusta kärsiville organisaatioille (Miettinen 1999, 38). Prosessikeskeinen organisaatio on yleensä fyysiseltä olemukseltaan tulkittavissa matriisiorganisaatioksi. Prosessikeskeisessä organisaatiossa osa prosesseista on tunnistettu, osaa välttämättä ei. Tärkeää on myös ymmärtää, että prosesseja on jokaisessa organisaatiossa riippumatta siitä tunnistetaanko ne vai ei. (Karlöf & Lövingsson 2004, 212–213.) Haastateltavat korostivat vahvasti hoitajan ja asiakkaan välistä suhdetta sekä hoitajan vastuuta tunnistaa asiakkaan hoitoprosessi ja siihen kuuluvat toimijat.

*Keskeistä siinä asiakkaan prosessissa on se hoitajan ja asiakkaan välinen suhde. Ja on sillä hoitajan ammattitaidollakin tosi iso merkitys siihen asiakkaan prosessiin ja millaisena se hoitaja sen kokonaisuuden näkee ja tunnistaaako se ylipäätään sitä kokonaisuutta. H3*

Prosessikeskeinen ajattelu, joka lisää prosessiosasten keskinäistä koordinaatiota ja yhteistyötä on monen organisaation menetyksen avain ja differentoitumisen lähtökohta. Prosessiorganisaatiossa on myös riskejä. Tyypillisimmät riskit ovat vastuunjaon epäselvyys, tulostuun kantajan roolin tunnistamattomuus, kustannusten hallinnan epäselvä koordinointi sekä monimutkainen organisaatiokokonaisuus. (Karlöf & Lövingsson 2004, 212–213.) Asiakkaan prosessiin osallistuvien toimijoiden välinen saumaton yhteistyö on toimivan asiakkuusprosessin lähtökohta (Kvist ym. 1995, 16). Haastateltavat tunnistivat asiakkaan hoitoprosessiin liittyvää vastuunjaon epäselvyyttä muun muassa asiakkaan kotiutumisprosessissa. Lisäksi yleisesti yhteistyössä koettiin olevan puutteita eri toimijoiden välillä.

*Kotiutusprosessi on sellanen ikuisuuskyseminen, jossa riittää haastetta. Pitäis ottaa hyvissä ajoin yhteyttä kotihoitoon, että se asiakas on kotiutumassa. Se asiakkaan hoidontarve on saattanut muuttua tosi paljon ja se puhelu tulee silleen, että asiakas kotiutuu nyt, me laitetaan se kohta taksiin. Siinä onkin sitten meille*

*mietittävää, että miten me järjestetään ne muut työt, että päästään sinne asiakkaalle vastaan ja jos hän tarviikin entistä enemmän apua. H4*

*Ei ne siellä tiedä mitä me tehdään ja millaista meidän työ on. Kotihoitoa ja kotihoidon vastuullisuutta tässä asiakkaan hoitoprosessissa aliarvioidaan tosi paljon. H2*

Asiakkaan palveluverkon koordinointi asiakaskeskeisyyden arvo edellä ei aina ole yksinkertainen. Varsinkin johtamiselle ja palvelujen suunnittelulle se on suuri haaste. Asiakkaan palveluprosessi saattaa muodostua eri palveluntarjoajien palveluista peräkkäisinä ajanjaksoina. Tällöin palveluverkon luominen saumattomaksi jatkumoksi on vaikeaa. Yleisesti Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on rakennettu funktionaaliseksi, itsenäisesti toimiviksi kokonaisuuksiksi, jossa asiakkaan hoitoprosessin saumaton sujuminen osana funktionaalisia prosesseja on vaikeaa. Sosiaali- ja terveystalouden funktionaalisen palvelujaottelun ongelmana on sisäänpäin lämpeneminen ja osaoptimointi sekä funktioiden välinen tiedonkulku. Voidaan todeta, että jokainen funktionaalinen osa huolehtii oman osansa prosessista ja kokonaisuuden hallinta asiakkaan näkökulmasta jää puutteelliseksi. (Ovaskainen 2016, 77.) Tässä tutkielmassa kohdeorganisaatio muodostuu kunnan ja yksityisen yrityksen omistamasta yhteisyrityksestä. Osaoptimoinnin ja funktionaalisen jaottelun tulisi vähentyä, koska jokaisella asiakkaan hoitoprosessiin osallistuvalla toimijalla on sama työnantaja. Haastateltavien mukaan yhteisyrityksen toimintamalli on toimiva, mutta yksiköiden keskinäinen koordinaatio on samasta työnantajasta huolimatta puutteellista.

*Siinähan se suurin vitsi onkin, että me ollaan kaikki samaa organisaatiota, mutta silti se keskinäinen yhteistyö on tosi heikkoa. H4*

*Asiakkaan hoitoprosesseissa tapahtuu virheitä johtuen ammattitaidon puutteesta ja yhteistyön vähäisyydestä näiden eri yksiköiden kesken. On ollut muutamia kertoja sellasta ihan törkeätäkin asiakkaan pompottelua ja vastuunsiirtoa. H5*

Organisaatioiden kehityksessä on tunnistettavissa perinteisen funktionaalisen rakenteen kehittymistä kohti matriisirakennetta. Organisaatorakenteen kehityksessä kohti matriisirakennetta organisaation integraatio ja koordinaatio syvenee. Kotihoidon asiakasta tarkasteltaessa voidaan todeta, että asiakkaalle nimetty omahoitaja toimii asiakkaan hoidon virallisena koordinaattorina asiakkaan hoitoprosessin eri vaiheissa. Asiakkaalle nimitystä omahoitajasta käytetään teoriassa nimitystä vastuuhoidtamalli (*engl. Primary Nursing Model*) (Tevameri 2010, 230). Tässä tutkielmassa tunnistettiin omahoitajamallin osuutta asiakkaan hoitoprosessissa siten, että omahoitaja oli vastuussa asiakkaan hoitoprosessien tilanteesta sekä toimi yhteyshenkilönä omaisiin ja muihin

asiakkaan sidosryhmiin. Toisaalta tunnistettiin myös tiimivastaavan sairaanhoitajan keskeinen rooli oman asiakkaansa hoitoprosessissa.

*Sillä asiakkaalle nimetyllä omahoitajalla tulisi aina olla ajantasaisin tieto siitä asiakkaan voinnista. Hänen tulee olla yhteydessä omaisiin ja muihin hoitoyksiköihin asiakkaan voinnin tiimoilta. H7*

*Sitä asiakkaan hoitoprosessia ja sen kulkua johtaa tiimivastaavat sairaanhoitajat. H1*

Kumppanuus (engl. *Partnership*) käsitteenä kuvastaa eri yksiköiden välistä liiketoimintasuhdetta. Kumppanuus perustuu molemminpuoleiseen luottamukseen, avoimuuteen sekä riskien ja hyötyjen jakamiseen. Partnership-suhdetta on luonnehdittu myös kumppanuudeksi, jossa liiketoimintasuhteeseen kuuluvien yksiköiden olisi mahdoton toimia yksin. Kilpailuedun, tavoitteiden tai pyrkimysten täytyminen ei onnistu yksin toimimalla vaan prosessin osaksi tarvitaan myös muita yksiköitä. Partnership ei vaadi yhteisomistajuutta vaan yhteistä tavoitetta. Vertikaalinen integraatio on merkittävää. (Finne & Kokkonen 2005, 141.) Asiakkaan hoitoprosessissa on tunnistettavissa hoitoon osallistuvien yksiköiden välistä riippuvuutta toisistaan. Partnership-käsitteen mukaisesti asiakkaan hoitoprosessiin osallistuvat yksiköt eivät voi saavuttaa asiakkaalle asetettuja tavoitteita yksin vaan yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Haastateltavien mukaan yksiköiden yhteinen tavoite asiakkaan hoitoprosessin onnistumisesta on sisäistetty.

*Nää meidän yksiköt työskentelee täällä yhdessä sen asiakkaan hoidon onnistumisen eteen. Kaikilla näillä yksiköillä on se oma ydintehtävänsä siinä asiakkaan prosessissa. Ei saataisi ikinä unohtaa sitä, että jokaisen yksikön onnistuminen on osa sen asiakkaan hoitoprosessin kokonaisuuden onnistumista. H9*

Toimitusketjun hallinnalla tarkoitetaan liiketoimintaprosessin integroimista alusta loppuun. Toimitusketjun katsotaan alkavan asiakkaan asiakkuuden alkamisesta ja päättyvän siihen kun asiakkuuden kautta haettua hyötyä tai palvelua ei enää tarvita. Toimitusketjuajattelussa korostuu prosessimainen ajattelu, jossa toimintakokonaisuutta katsotaan kokonaisuutena asiakkaan näkökulmasta (Finne & Kokkonen 2005, 141–142.) Haastateltavat tunnistavat jokaiselle asiakkaalle ja asiakkaan hoitoprosessille määritetyt tavoitteet, joiden saavuttaminen ei ole lineaarinen prosessi vaan kompleksinen kokonaisuus, jossa saumattoman yhteistyön toimivuus on onnistumisen edellytys.

*Asiakkaan hoitoprosessi on sellanen muuttuva asia, jossa sen tiimivastaavan sairaanhoitajan tulee olla koko ajan ajantasalla mikä on sen asiakkaan tilanne. Sen asiakkaan tilanne määrää sen prosessin kulun ja etenemistahdin. H2*

Haastateltavien mukaan asiakkaan hoitoprosessin kokonaistavoitteen hahmottamisessa on kehittymisen varaa. Huolimatta siitä, että asiakkaiden tavoitteet hoidon suhteen osataan nimetä asiakasta ei katsota kokonaisvaltaisesti vaan yksikkökohtaisten tavoitteiden kautta. On nähtävissä, että jokainen asiakkaan hoitoprosessiin osallistuva yksikkö keskittyy omaan osuuteensa asiakkaan hoitoprosessissa, jolloin asiakaskeskeisyyden näkökulmasta asiakaskeskeisen hoitoprosessin onnistumisessa ilmenee puutteita.

### **5.2.2 Asiakkaan hoitoprosessin ajallinen ja taloudellinen tarkastelu**

Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden keskeisimmät tulevaisuuden haasteet ovat kustannusten seuranta ja kontrollointi sekä palvelujärjestelmän tehokkuus ja tuottavuus. Terveystuollon hierarkkisyyden ja byrokraattisuuden nähdään heikkenevän ja uusien organisaatorakenteiden keskeisimpinä toimintatapoina ovat joustavuus ja keskinäinen koordinaatio palveluntuottajien kesken. (Tevameri & Kallio 2009, 16.) Uusien organisaatio- ja työjärjestelyjen on nähty tukevan asiakaskeskeistä hoitoprosessia tehostaen prosessia asiakkaan näkökulmasta.

*Kaikki nää meidän resurssit näiden yksiköiden kesken on laskettu hyvin tarkkaan ja siitä mahdollisesta ylimääräresurssista on sijoitettu sinne missä on tarvittu. Eli olemassa olevasta resurssista on muodostettu ikään kuin uusi resurssi, joka auttaa siinä kokonaistavoitteen saavuttamisessa. H9*

*Tää resurssien uudelleen allokointi lähti ihan näiden työntekijöiden aloitteesta ja toiveesta. Yhdessä me mietittiin sitä kokonaisuutta ja sit tuli sellanen ehdotus, että päätettiin vähentää niitä hoitopaikkoja, ei tarvinnut lisätä henkilökuntaa ja toisaalta saatiin se vapautuva resurssi uudelleen käyttöön sinne mihin se tarvittiin. H9*

Tarkasteltaessa kunnan ja yksityisen yrityksen muodostamaa yhteisomisteista yhteisyritystä talousprosessien eroavaisuuksia verrattaessa tavalliseen julkiseen toimijaan on nähtävissä kolme. Ensinnäkin julkisen ja yksityisen toimijan tavoitteet erovat toisistaan. Toiseksi toimintokokonaisuudet julkisen ja yksityisen organisaation toiminnoissa erovat toisistaan ja kolmanneksi julkisen ja yksityisen toimintaympäristöissä on havaittavissa eroavaisuuksia. (Valkama ym. 2008a, 85.)

Yhteisyrityksen tulee pyrkiä tasapainottamaan toimintojensa reaali- ja rahaprosessit sekä vastaamaan tavoitteisiin tehokkailla toiminnoilla. Tutkielman kohdeorganisaation hallintomalli on varsin mielenkiintoinen johtuen julkisen ja yksityisen intressien yhdistämisestä. Kohdeorganisaation yritysjärjestelyissä on tunnistettavissa kokonaisvaltaisuutta, innovatiivisuutta ja tehokkuutta toteuttaa yksittäisten kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon toimintoja.

*Kustannusten ja niiden mahdollisen osa-optimoinnin ongelma, jossa asiakkaan hoitoprosessin kulut lokeroidaan eri yksiköihin on kunnallisen palveluntuottajan ongelma. H8*

Liikkeenluovutussäännökset suojelevat työntekijöitä ja heidän oikeuksiaan tilanteissa, joissa liikkeenluovutus tapahtuu. Liikkeenluovutuksen yhteydessä tapahtuvien henkilöstöjärjestelyjen kautta haetaan usein uusia ratkaisuja vastata organisaation odotuksiin ja järjestellä toimintoja tehokkaammin. Vaikka liikkeenluovutusdirektiivin mukaan luovuttajan oikeudet ja velvollisuudet suhteessa työntekijöihin säilyvät ennallaan uudelle omistajille toimintojen uudelleenorganisointi on silti mahdollista ja usein myös uusien toimintokokonaisuuksien muodostumisen edellytys. (Valkama ym. 2008a, 77–79.) Tutkielman kohdeorganisaatiossa tunnistetut joustavuus ja keskinäinen koordinaatio on nähtävissä organisaation uudelleenjärjestelyissä toimivana kokonaisuutena. Lisäksi saman työnantajan alla työskentely mahdollistaa resurssien siirrettävyyden joustavasti. Myös organisaation sisäisen tiedonkulun tärkeys on nähtävissä uusien organisaationjärjestelyjen toimeenpanossa.

*Kunnan palvelutuotanto ja yksityisen liiketoiminnan rakentuminen on valintojen summa. Vastuukysymykset ja toiminnan organisointi ovat keskeisiä johtamisen työkaluja. H8*

*Alkuun sieltä tuli kyllä suurinta vastustusta tälle ajatukselle. Mä jalkauduin itse sinne puhumaan ja sit ne asiat ymmärrettiin ihan eri lailla. Silloin mä koin miten tärkeätä on jalkautua sinne kentälle ja puhua ihan suoraan ilman mitään välikäsiä. Sillon mä myös kannustin näitä yksiköitä tekemään yhteistyötä keskenään ja puhumaan omasta työstään toisilleen, jotta saatais se yhteistyö toimivaksi. H9*

Tulevassa sosiaali- ja terveystalouden uudistuksessa tavoitteena on vastata asiakkaan tarpeisiin entistä kustannustehokkaammin. Asiakaskeskeisyyden valossa resurssien oikea kohdentaminen tuo säästöä muun muassa ajallisia ja taloudellisia resursseja oikein kohdentamalla. On todettu, että asiakasresponsiivisuus edellyttää paikallisten resurssien aiempaa tehokkaampaa tunnistamista toimintojen suunnittelussa. (Kork 2016, 94–95.)



Tutkimustuloksiin perustuen on todettavissa, että kilpailutus ja toimintokokonaisuuksien uudelleenjärjestelyt alentavat palveluiden kustannuksia (Valkama ym. 2008b, 92). Tutkielman kohdeorganisaation keskeisenä arvona on asiakaskeskeisyys, jota korostetaan asiakkaan hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Lisäksi asiakaskeskeisyyden korostuessa hoitoprosessit pyritään näkemään kokonaisuuksina, jotka kulkevat läpi koko organisaation, jossa jokaisella toimijalla ja hoitoprosessien osalla on keskeinen merkitys tavoitteen saavuttamisessa.

*Asiakaskeskeisyyden valossa nähdään, että asiakkaan hoitoprosessi kulkee läpi koko organisaation ja sitä prosessia tulee pystyä ohjaamaan ja hallitsemaan sen asiakkaan hoitoprosessin kokonaisymmärrys edellä. H8*

Prosessit pyritään järjestämään tiiviiksi tapahtumien ketjuksi, jonka avulla organisaatio luo asiakkaalle arvoa. Arvon luontia ja sen keinoja tulee organisaatiossa johtaa systemaattisesti. (Laamanen & Tinnilä 2009, 10.) Kohdeorganisaatiossa ajallisesti ja taloudellisesti tehokas toimintokokonaisuus liittyy tiivistä asiakaskeskeisyyteen. Haastateltavien mukaan on selvää, että asiakaskeskeinen hoitoprosessi on samaan aikaan myös ajallisesti ja taloudellisesti tehokas. Ajallisella ja taloudellisella prosessilla pyritään luomaan lisäarvoa (*engl. Value Added*). Tällöin ei nähdä ristiriitaa organisaation tavoitteiden ja asiakkaan hoitoprosessien tavoitteiden kesken.

*On selvää, että asiakaskeskeinen hoitoprosessi ja taloudellisesti ja ajallisesti tehokas hoitoprosessi kulkevat käsi-kädessä. Asiakaskeskeinen hoitoprosessi on sekä ajallisesti että taloudellisesti tehokas. H8*

*Siinä prosessissa tulee näkyä asiakastyytyväisyys ja se näkyy kun prosessi on hyvin johdettu eli ajallisesti ja taloudellisesti tehokas. H8*

Lisäksi haastateltavien mukaan asiakastyytyväisyyden nähdään korreloivan yhdenmukaisesti hoidon tehokkuuteen ajallisesti. Ajallisesti tehokas prosessi on myös taloudellisesti tehokas. Kohdeorganisaatiossa korostetaan asiakastyytyväisyyden merkitystä prosesseja suunniteltaessa ja arvioitaessa.

### **5.3 Asiakaskeskeisyyttä korostava työskentelykulttuuri osana asiakkaan hoitoprosessia**

Asiakaskeskeisyyden toteutuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on toimintakulttuuri, joka ilmentyy asiakkaiden kohtaamisessa sekä heidän osallistamisessaan itseään koskevaan hoitoon ja päätöksentekoon. Henkilöstöltä edellytetään uudenlaista tapaa

ajatella, tarkastella työtään ja kehittää ammatillisuuttaan. Henkilöstön merkittävin kehittämiskohta on dialogimaisen keskustelun käyminen asiakkaan kanssa, jossa tarveharkintainen perusta lähtee hänestä itsestään. (Pölkki 2016, 3.) Asiakaskeskeisyyden toteutuminen henkilöstön tavassa työskennellä nähdään keskeisenä asiakkaan hoitoprosessin asiakaskeskeisyyteen vaikuttavana tekijänä.

### 5.3.1 *Asiakaskeskeisyyden toteutuminen hoitotyössä*

Ikääntyneiden itsenäistä elämää on tärkeä tukea ensisijaisesti heidän kotiympäristössään. On ennustettavissa Suomen demografiseen ikärakenteeseen nojaten, että kotihoidon asiakkaiden määrä tulee kasvamaan lähivuosina. Kotonaan asuvat ikäihmiset ovat ennusteiden mukaan entistä hoitoisempia ja elävät pidempään. Kotihoidon palvelut on ensiarvoisen tärkeää saada organisoitua saumattomaksi asiakaskeskeiseksi kokonaisuudeksi. (Hautsalo ym. 2016, 4.) Haastateltavien mukaan säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrä on lisääntynyt ja myös asiakkaiden hoitoisuus on noussut viime vuosien aikana. Lisääntyneet asiakasmäärät ovat vaikuttaneet keskeisesti hoitohenkilökunnan työpäivien organisointiin sekä aikatauluttamiseen.

*Siinä asiakkaan hoitoprosessissa on oleellista, että kaikki tietää ja tunnistaa sen prosessin. Nyt kun tää suuntaus on se, että kaikki on viimeiseen asti kotona niin siellä kotona on tosi huonokuntoisiakin ja kun noita ympärivuorokautisen hoivan paikkoja vähennetään koko ajan niin sinne pääsee enää tosi tiukoilla kriteereillä.*

*H1*

*Asiakkaiden lisääntynyt määrä näkyy siinä, että ne työlistat tehdään sillai, että ne työt ehditään tekemään. Iltavuorossa on se ongelma, että unilääkkeitä menee väärään aikaan, siis liian aikaisin ja aamuvuorossa se, että kun on aamupuurot syöty niin ateriapalvelu on jo ovella tulossa lounaan kanssa. H3*

Terveyspalveluiden laatuun ja saatavuuteen liittyvät reformitrendit peräänkuuluttavat asiakaskeskeisiä palveluja. Yleisesti perusterveydenhuollossa on nähty ongelmana pitkät odotusajat sekä maantieteelliset etäisyydet. (Kork 2016, 94–95.) Kohdeorganisaation kotihoitoyksiköiden hoitotiimit on jaettu alueittain, jossa tietty tiimivastaava sairaanhoitaja vastaa alueensa asiakkaista yhdessä kotihoidon tiiminsä kanssa. Haastateltavat tunnistavat pitkien etäisyyksien vaikuttavan päivittäisen hoitotyön organisointiin sekä tuovan ajallisia haasteita. Toisaalta myös uudistuneen yritysjärjestelyn myötä koetaan muun muassa, että lääkärin vastaanotolle pääsee entistä nopeammin.

*Tiimit on jaettu alueittain. H7*

*Ennenhän täällä oli lääkäripalvelut todella huonot, että lääkäriin ei tahtonut saada minkäänlaista aikaa. Nyt lääkäriin pääsee sillai ihan hyvin. H1*

Kohdeorganisaation kotihoidossa on kehitteillä intensiivisen kotihoidon malli, jonka tavoitteena on taata pitkän maantieteellisen etäisyyden päässä olevan asiakkaan asuminen edelleen kotona. Asiakkaalle on tarkoitus tarjota asuntoa lähempää palveluita, jolloin kotona asuminen mahdollistuu lisääntyneestä avuntarpeesta huolimatta. Intensiivisen kotihoidon katsotaan edustavan asiakaskeskeisyyden ydintä korostaen kotona asumisen mahdollisuutta.

*Intensiivisen kotihoidon tavoitteena on juurikin vastata siihen miten me pystytään takaamaan näiden enemmän hoitoa ja apua tarvitsevien ihmisten kotona asuminen. Sekin on tietysti, että ei tonne ihan sivukylille kyllä mielellään laiteta niitä maksimiapuja, koska matkaa voi olla yli 30km suuntaan. Sellainen yhteistyö on menossa, että ne enemmän apuja tarvitsevat muuttaisivat tähän lähemmäs palveluja, jolloin se kotona asuminen pystytään vielä mahdollistamaan. H7*

*Sellainen asiakas, jonka vointi huononee ja tarvitsee enemmän apuja kun pystytään sujuvasti järjestämään tarjotaan hänelle ensisijaisesti asuntoa tästä läheltä. H7*

Hoitosuhdetta voidaan luonnehtia kumppanuutena, joka perustuu vastavuoroiseen kunnioitukseen ja luottamukseen. (Pölkki 2016, 3.) Tässä tutkielmassa turvallista hoitoympäristöä pyritään takaamaan tiimijaolla, jolloin asiakkaalla käy tutut hoitajat. Vastuuhoitajien työvuorot on suunniteltu siten, että aina jompikumpi kahdesta vastuuhoidajasta olisi arkiaamussa, jolloin asiakkaalle pystytään tarjoamaan omahoitaja. Omahoitajuuden huomiointi työvuorosuunnittelussa ja resurssoinnissa tukee vastuuhoidajamallin toteutumista ja asiakaskeskeisyyttä asiakkaan hoitoprosessissa. Haastateltavien mukaan asiakkaille on myös pyritty antamaan aikaa. Etenkin sellaiset asiakkaat, joiden tiedetään olevan yksinäisiä ja joilla sosiaalisia kontakteja on vähemmän on pyritty huomioimaan.

*Me pyritään siihen, että ne tiimit ja työlistat on sellaiset, että asiakkaalla kävisi aina tuttu hoitaja, jotta hän tuntee olonsa turvalliseksi ja on helpompi jutella. H2*

*Mä oon aina sitä sanonu, että varsinkin näiden ihmisten kohdalla kenen luona käydään harvoin ja vain me niin antakaa sille ihmiselle aikaa, puhukaa hänen kanssa. Monen kanssa se suhde on hoitaja-asiakas-suhde kun tehdään niitä varsinaisia töitä, mutta sitten kun ne työt on tehty niin hoitajasta tulee sille asiakkaalle vieras, jonka kanssa voi juoda vaikka kahvit. H4*

Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista edellyttää, että iäkkäälle henkilölle laaditaan sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukainen suunnitelma, hoito- ja palvelusuunnitelma. Palvelusuunnitelma on laadittava ilman aiheetonta viivytystä pian sen jälkeen kun ikääntyneen palveluntarve on selvitetty. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013.) Haastatetavat kuvasivat asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien olevan onnistuneen ja asiakaskeskeisen hoidon kulmakivi. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta selviää mitä palveluita asiakas tarvitsee sekä keskeiset hänen hoitoonsa liittyvät tekijät.

*Hoito- ja palvelusuunnitelma on käytössä kaikissa näissä meidän yksiköissä. H1  
Siinä hoito- ja palvelusuunnitelmassa on ne lääkejutut ja mitä se asiakas kykynee vielä itse tekemään. Pääsääntöisesti se hoito- ja palvelusuunnitelman lähtee siitä mitä se asiakas meiltä tarvii. H3*

Kotihoidon asiakkaille tehtävä yksilöllinen palvelu ja hoitosuunnitelma perustuu Lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Lain edellytyksenä on, että sovellettaessa sosiaalihuoltoa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Tilapäistä neuvontaa tai ohjausta suoritettaessa suunnitelma ei ole pakollinen. (Väyrynen & Kuronen 2016, 2.)

Palvelusuunnitelman tulee lain mukaan sisältää ikääntyneen henkilön toimintakykyä koskeva kartoitus sekä millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaisuus tarvitaan tukemaan ikääntyneen hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Laki edellyttää, että palvelusuunnitelman teossa huomioidaan ensisijaisesti ikääntyneen henkilön näkemykset sekä tarvittaessa omaisen tai edunvalvojan näkemykset. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013.) Hoito- ja palvelusuunnitelmissa on todettu olevan puutteita huomioitaessa asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeutta lisäämällä ja asiakkaan osallistamista enemmän omaan hoitoonsa on mahdollista sitouttaa ja motivoida asiakas kotona selviytymiseen. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b.) Hoito- ja palvelusuunnitelman perustana on asiakkaan itsensä määrittelemät tavoitteet selviytymisensä suhteen. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattujen tavoitteiden mukaisesti selvitetään minkälaista tukea sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnot voivat asiakkaalle tarjota selviytymisen tueksi. (Keronen 2013, 2.) Haastateltavat kuvasivat hoito- ja palvelusuunnitelman rakentuvan asiakkaan omien tarpeiden mukaisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä huomioitiin kuitenkin myös omaisten mielipide ja toiveet asiakkaan hoitoon liittyvissä asioissa.

*Kun tehdään sitä palveluntarpeen kartoitusta niin meidän mielipiteen lisäksi sen omaisen mielipide on tärkeä. On välillä sellaisiakin tilanteita, joissa meidän mielipide eroaa omaisen mielipiteestä. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden näkyminen on tosi erilaista riippuen siitä asiakkaan terveydentilasta. H1*  
*Asiakas tietysti on se ensisijainen päättäjä, mutta välillä vaikka muistisairaudesta johtuen se asiakas ei pysty päättämään omaa parastaan. Silloin meille ne omaiset on tosi tärkeitä ja meidän pitää huomioida ne omaisten toiveet ja mielipiteet, koska he kuitenkin tuntee sen oman perheenjäsenensä parhaiten. H2*

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista edellyttää, että hoito- ja palvelusuunnitelma tulee tarkistaa ilman aiheetonta viivytystä aina kun ikääntyneen henkilön toimintakyvyssä tapahtuu palveluntarpeeseen vaikuttavia olennaisia muutoksia. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2013.) Haastateltavien mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisessä on puutteita. Päivitysten puutteellisuus ja viiveet johtuvat pääsääntöisesti kiireestä ja vastuiden epäselvyydestä kenelle asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman päivitys kuuluu.

*Hoito- ja palvelusuunnitelmat on kaikilla meidän asiakkailla ja ne päivitetään puolen vuoden välein. Jos ei oo muutoksia niin ne on nopeesti tehty, mutta jos se asiakkaan tilanne muuttuu niin sitten siinä menee enemmän aikaa. Tietysti jos se asiakkaan tilanne muuttuu näiden puolen vuoden päivitysten välein niin se pyritään päivittämään mahdollisimman nopeasti ajantasalle. Me kehitetään vahvasti sitä asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa. H7*

*Ne hoito- ja palvelusuunnitelmat ja niiden päivitys on asiakkaiden omahoitajien ja tiimivastaavien sairaanhoitajien vastuulla. Puolen vuoden välein ne pitäis päivittää ja katsoa läpi, mutta se ei kyllä toteudu. Siihen vaan ei ole aikaa, että niitä käydään läpi niin usein. H6*

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa pidetään laadukkaan ja tarkoituksenmukaisen hoidon perustana. Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii myös kotihoidon työntekijöiden ohjenuorana miten hoitaa ja tukea asiakasta päivittäisissä toiminnoissa. Yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma lisää asiakaskeskeistä palvelukokemusta. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 82–83.) Huolimatta ajoittaisista sosiaali- ja tervydenhuollon resurssien kireydestä hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulisi panostaa alusta asti huolellisella palvelutarpeen kartoituksella. Huolellisesti tehdyn hoito- ja palvelusuunnitelman nähdään olevan investointi, joka maksaa itsensä tulevaisuudessa monin kerroin takaisin. (Keronen 2013, 3.) Huolimatta hoito- ja palvelusuunnitelmien

päivittämättömyydestä haastateltavat ovat vahvasti yhtä mieltä siitä, että ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakkaan onnistuneen hoitoprosessin lähtökohta.

*Ollaan pyritty siihen, että siellä asiakkaan kotona olisi ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa olisi viimeiset epikriisit ja sitä kautta siitä asiakkaasta saisi reaaliaikaisen tiedon. On niitäkin, että hoitaja ei tunne asiakasta juurikaan niin sieltä voi tarkistaa. H6*

*Se hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen on tosi oleellinen juttu. Jos on hyvin tehty hoito- ja palvelusuunnitelma niin tiedonkulku asiakkaasta toimii, jos taas se ei oo ajantasalla eikä päivitetty niin mikään ei toimi. H2*

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista edellyttää, että ikääntyneille asiakkaille on nimettynä vastuutyöntekijä, jonka tehtävänä on seurata yhdessä ikääntyneen tai hänen omaisensa tai edunvalvojansa kanssa palvelusuunnitelman toteutumista sekä arvioida ikääntyneen palveluntarpeiden muutoksia. Vastuutyöntekijän tulee auttaa ja neuvoa ikääntynyttä ja hänen omaisiaan tai edunvalvojaa palvelujen ja etuuksien saantiin liittyvissä asioissa. Lisäksi vastuutyöntekijä on tarvittaessa yhteydessä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjiin ja muihin vastaaviin tahoihin ikääntyneen hoitokokonaisuuden tarkoituksen mukaisessa toteutumisessa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2013.) Kohdeorganisaatiossa on käytössä vastuu- ja omahoitaja-malli. Vastuuhoitaja ja omahoitaja eroavat toisistaan vain nimityksen tasolla, koska työnkuva on sisällöllisesti samanlainen. Vastuutyöntekijöiden nimeäminen nähdään yleisesti hyvänä asiakkaana asiakaskeskeisyyden toteutumisen näkökulmasta, mutta toimintamalliin koetaan vielä tarvittavan lisää perehdytystä ja vastuiden selkeyttämistä.

*Se omahoitajuusmalli, että jokaisella asiakkaalla on kaksi omahoitajaa, jotka ovat perehtyneitä sen asiakkaan asioihin on toteutunut joidenkin asiakkaiden kohdalla tosi hyvin, mutta sillä hoitajan persoonalla, ammattitaidolla ja työmotivaatiolla on suuri merkitys sen omahoitajuuden toteutumiseen. H5*

*Siihen omahoitajuusmalliin tarvitaan vielä lisää perehdytystä. Osa tietää mitä se tarkoittaa, mutta kaikki ei, valitettavasti. Mä tein sellasen omahoitajaoppaan, joka annettiin jokaiselle työntekijälle. Siihen voi sitten aina palata mitä se tarkoittikaan. Se tulostettiin vielä pieneksi, että se mahtuu hoitolaukkuun. H6*

Kotihoidon asiakkaille laadittava hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa ja hoidon toteutumisessa palvelusuunnitelman mukaan on tutkimuksiin perusten vaihdantaa. Asiakkaan tulisi saada osallistua hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan, koska on todettu osallisuuden lisäävän avun tarpeen ja elämäntilanteen arvioinnin realistisuutta

vähentäen hoidon tehtäväkeskeisyyttä. Näin kyetään luomaan asiakaskeskeisempi, yksilöllinen hoitosuhde asiakkaaseen. (Hautsalo ym. 2016 8–9.) Haastateltavat tunnistavat asiakkaan hoitoprosessissa asiakaskeskeisyyden vahvan toteutumisen. Osa haastateltavista kuitenkin toi ilmi tehtäväkeskeisyyden, joka määrittää asiakkaan hoitoprosessin kulkua asiakaskeskeisyyden sijaan.

*Kyllä se asiakkaan ääni kuuluu vahvasti siinä hoito- ja palvelusuunnitelman teossa. Samoin me pyritään niitä omaisia osallistamaan. Kun ne omaiset pääsee heti siinä alussa mukaan niin ne on tiiviimmin mukana siinä asiakkaan hoidossa. H2*

*Omaisten kanssa me pyritään pitämään paljon yhteyttä ja ottaa heitä hoitoon mukaan. Omaisten kanssa soitellaan ja sit meillä on Whatsappit käytössä ja sitäkin kautta omaiset viestittää. Se yhteydenpito on sellasta vastavuoroista. Ne viestit on siitä käteviä kun aina kaikilla on kiire eikä pysty vastaamaan niin viestin lähetys on helpompaa. H1*

Vanhuspalveluissa on todettu, että vain joka kolmannen kotihoidon asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu asiakkaan kuntoutumista edistävät tavoitteet. Hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuudessa on todettu olevan viiveitä ja päivittämättömiä hoito- ja palvelusuunnitelmia on. Yleisesti on todettu, että ajantasainen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma sisältäen asiakkaan kuntoutumiseen kirjatut tavoitteet toteutuvat. Ilman erikseen kirjattuja kuntoutuksen tavoitteita kuntouttaminen jää vaille huomiota. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017b.)

*Kuntoutussuunnitelmat on tehty meidän asiakkaille. Ne kuntoutumisasiat on sellaisia pieniä asioita, että esimerkiksi se asiakas pukee paidan itse päälle. Sellanen ihan järjestetty jumppa missä otetaan aikaa on myös monen tavoitteissa... sillä kuntoututtamisella me pystytään takaamaan se asiakkaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään. H7*

*Sit jos on nopeita sairauksia tai muuten tapahtuu jotain, että työtahtia tulee kiristää niin valitettavasti se on sitten se kuntoutus- ja viriketoiminta, josta ei aika joudutaan ottamaan. Pyritään sitten korjaamaan ne kun on taas täysi resurssi. H7*

Haastateltavat tuovat ilmi, että asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin kirjatut kuntoutumisen tavoitteet eivät ole yhtenäisiä. Heidän mukaansa osaan asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin on kirjattu kuntoutumista edistävät tavoitteet ja tavoitteiden saavuttamista myös seurataan ja tavoitteihin pyritään aktiivisesti. Osan haastateltavien mukaan kuntouttavaa toimintaa ei ole eikä siihen ole päivittäisessä työssä aikaa.

### 5.3.2 Asiakaskeskeinen työkuultuuri

Kohdeorganisaatiossa kotihoidon asiakkaat on jaettu tiimeihin. Tiimiä voidaan luonnehtia itseohjautuvaksi työryhmäksi, joka pyrkii yhteistyössä kohti yhteisesti nimitettyä tavoitetta. Yhteinen tavoite voidaan määrittellä laajemmaksi tai suppeammaksi toimintakokonaisuudeksi, josta tiimi on yhteismitallisesti vastuussa. Pysyviä tiimejä ilmentää tiimit, jotka ovat organisatorisesti rakentuneet yhteisen työkokonaisuuden hoitamiseksi. Tiimiin kuuluvat henkilöt jakavat samat arvot, jotka ohjaavat työssä suoriutumista. Yhteisten arvojen jakaminen ei tarkoita työnsuorittamista samalla tavalla vaan persoonalliset tavat tehdä työtä kohti yhteistä päämäärää lisäävät erilaisuutta. Erilaisuuden mukanaan tuomat yksilösuoritukset palvelevat kokonaistavoitteen saavuttamista. (Romppainen 2007, 31–32.) Tässä tutkielmassa haastateltavien mukaan tiimijaon katsottiin vakiinnuttaneen työntekoa ja lisänneen työviihtyvyyttä sekä tukeneen asiakaskeskeisyyden toteutumista. Haastateltavien mukaan tiimityötä tukevat säännölliset palaverit ja kehitystä tiimityön dynamiikassa on tapahtunut.

*Me pidetään kerran viikossa sellasia tiimipalavereja ja ne kyllä parantaa tiimityöskentelyä. H1*

*Tiimityöskentelyssä meillä oli aluksi haasteita, mutta nyt tiimityöskentelyä on tuettu tosi paljon ja se näkyy hyvin toimivina tiimeinä. Säännölliset palaverit tukevat tiimityöskentelyä ja auttavat työssä jaksamisessa. H9*

Tiimi voidaan nähdä myös itseohjautuvina työntekijöinä, jolloin esimiehen johtamista työnsuunnitteluun, organisointiin tai aikatauluttamiseen ei tarvita. Tiimin katsotaan ratkaisevan itsenäisesti työntekoon liittyvät ongelmat ja tekevän itsenäisiä päätöksiä. Itsehjautuvien tiimien työilmapiiri nähdään parempana kun vahvasti koordinoitujen tiimien. (Romppainen 2007, 32.) Haastateltavien mukaan tiimien autonomisuus on korkea. Tiimivastaavalla sairaanhoitajalla on mahdollisuus vaikuttaa tiiminsä päivittäiseen työhön sekä siihen miten tiimi toimii kokonaisuudessaan. Osalla tiimivastaavista sairaanhoitajista tiimivastaavan rooli tiimin lähiesimiehenä ja toimintokokonaisuudesta vastaavana työntekijänä ei ole täysin selkeä.

*Kyllä paljon asiat ratkeavat itselläänkin, mutta kyllä siihen työn konkreettiseen organisointiin joutuu aika paljonkin puuttumaan. H7*

*Siitä joutuu muistuttamaan, että se osaamispotentiaali on siellä tiimissä. Jokainen tiimi on sen tiimivastaavan sairaanhoitajan näköinen. Siitä pitää muistuttaa ja rohkaista kun kaikki tiimivastaavat eivät tunnista omissa roolissaan sitä tiimivastaavan kokonaisvastuuta siitä tiimistä, niin asiakkaista kun työntekijöistäkin. H9*



Tiimityössä yksi oppimisen tehokkaimmista malleista on toimintaoppiminen. Toimintaoppiminen (*engl. Action Learning*) on autonominen ja sosiaalinen prosessi, jossa oppija kontrolloi itse omaa oppimistaan ja oppiminen tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Oppimisen sosiaalisuuden tuoma lisäarvo tarkoittaa työyhteisössä jaettavaa tietoa vastoinkäymisistä ja haasteista. Oleellista on avoin ja luottamuksellinen oppimiskulttuuri, jossa työntekijät uskaltavat tuoda esille syvimät tuntosensa auttaen ja tukien toinen toisiaan. Kyse ei ole vain tekemällä oppimisesta vaan tekemisestä seuraavasta reflektioinnista, jossa kokemuksia jaetaan työntekijöiden kesken. Oppimista ei tapahdu johdolta valmiiksi annettuna vaan työntekijät luovat oppimisperustan itse, jolloin muodostuu oppiva yhteisö (*engl. Learning Community*). Tiimissä oleva oppimispotentiaali tulee pystyä hyödyntämään ja jakamaan ammattitaitoa muiden kesken. (Järvinen ym. 2000, 103; 105.) Parhaiten osaamisen jakamiseen päästään kun osaamisen konsepti läpäisee koko organisaation ja jokaisella työntekijällä on vastuunsa osaamisen kehittämistä kokonaisuudessaan (Gustafsson & Marniemi 2012, 106.) Haastateltavat ovat tunnistaneeet oppimisen ja tiedon jakamisen tärkeyden päivittäisessä työssä. Yksittäisissä työntekijöissä oleva osaamispotentiaali on pyritty jakamaan organisaatiolle ja hyväksi koettuja käytänteitä on pyritty juurruttamaan myös muihin prosesseihin. Haastateltavat korostavat jatkuvan oppimisen ja tiedonjakamisen tukevan asiakaskeskeisen hoitotyön prosessia.

*Me ollaan pyritty jakamaan sitä osaamista ja tietoa toisillemme. Sellaisia toimintatapoja, jotka on osoittautuneet hyväksi on jaettu myös muille hoitajille.  
H7*

*Meillä on monella sellaisia erikoisosaamisen alueita. Joko me hoidetaan ne asiat myös muiden tiimien kohdalla tai sitten jaetaan sitä osaamista muillekin. H6*

Henkilöstön pysyvyys ja tuuttuus on todettu olevan asiakkaan näkökulmasta keskeinen asiakaskeskeisen hoitoprosessin osatekijä (Hautsalo 2016, 5; Suhonen ym. 2015, 267). Henkilöstön vaihtuvuus ja epäsäännölliset käyntiajat on todettu asiakkaiden näkökulmasta asiakaskeskeisyyttä alentaviksi tekijöiksi. (Hautsalo ym. 2016 8–9.) Asiakasta hoitavan henkilöstön vaihtuvuuteen on kiinnitetty huomiota erityisillä sijaisjärjestelyillä ja kohdennetuilla työvuorosunnitteluilla. Haastateltavat korostavat, ettei työvuorolistojen tekeminen ole työntekijäkeskeistä vaan työvuorosunnittelussa pyritään työntekijän lisäksi huomioimaan asiakkaiden tarpeita. Lisäksi haastateltavat tuovat ilmi avointa keskustelukulttuuria asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa hoitoprosessiin liittyvissä asioissa. Kotihoidon ja asiakkaiden sekä heidän sidosryhmiensä yhteiset keskustelutilaisuudet tukevat vahvasti asiakaskeskeistä

hoitoprosessia kun asiakas ja omaiset ymmärtävät kotihoidon toiminta- ja työkuultuuria paremmin.

*Me ollaan alettu pitämään sellaisia asiakasraateja aina puolen vuoden välein. Niissä asiakkaat ja omaiset kutsutaan koolle ja keskustellaan tästä kotihoidon toiminnasta ja otetaan vastaan palautetta ja kehittämisideoita. Me ollaan opittu ja kehitytty paljon näiden asiakasraatien kautta. Hyväksi koettuja toimintamalleja on sitten kokeiltu aina eri asiakkaiden kohdalla. Jos löydetään jokin hyvä toimintamalli niin se otetaan käyttöön myös muiden asiakkaiden kohdalla. H7*

*Me ollaan saatu hyvin keskusteltua näiden asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa. Ollaan avoimesti kerrottu millaista tää meidän työ on. Esimerkiksi ne käyntiajat on sellaisia, että jos on sovittu aamukäynti klo 09 ja tullaankin vasta lähempänä kymmentä niin ei asiakas ja omaiset välttämättä ymmärrä, että siellä edeltävissä asiakaspaikoissa on ollut jotain epätavallista minkä vuoksi se hoitaja on myöhässä. Se auttaa paljon sitä yhteistyötä kun avoimesti keskustellaan. H7*

Henkilöstön kiire kotikäynnillä estää asiakkaita kertomasta omasta voinnistaan tai toiveistaan. Kotihoidon asiakkaat korostavat keskustelun tärkeyttä hoitajan kanssa. Lisäksi asiakkaat ovat tutkimusten mukaan raportoineet epäkohteliaasta ja epäammattimaisesta käytöksestä. (Hautsalo ym. 2016 8–9.) Haastateltavat tunnistavat asiakkaan hoitoprosessiin liittyvää epäasianmukaista käytöstä. Heidän mukaansa hoitajan ammattitaidolla ja asenteella on keskeinen merkitys siihen miten asiakas kokee saamansa hoidon. Haastateltavat raportoivat, että henkilöstön ammatillisuudessa ja työmotivaatiossa esiintyvät eroavaisuudet vaikuttavat keskeisesti asiakaskeskeisyyden toteutumiseen.

*On meillä sellaisiakin asiakkaita, jotka eivät ymmärrä omaa tilannettaan johtuen vaikka muistisairaudesta tai muuten on vaikeuksia kommunikoida. Silloin ammattitaitoinen hoitaja pyrkii tulkitsemaan asiakkaan parasta ja elein ja ilmein lukemaan häntä, jos hän ei ihan suoraan osaa sanoa tai ei halua puhua. H1*

*Nää ikäihmiset on sellaisia, että niin metsä vastaa kun sinne huutaa niin onhan sillä hoitajan käyttäytymiselläkin tosi iso merkitys. Tiedän, että osa on siä kotikäynnillä sillain, että menee kengät jalassa toisen kotiin, takki päällä, haistaan hielle ja olemus huokuu huonoa asennetta. Ei välttämättä puhuta mitään. H6*

Henkilöstön palveluasenteen, avoimen vuorovaikutuksen ja korkean ammatillisen osaamisen on nähty olevan asiakkaan näkökulmasta asiakaskeskeisen hoitoprosessin ominaisuuksia. Tiedonkulun sujuvuus on kuvattu merkitykselliseksi asiakkaan

asiakaskeskeisyyttä tukevaksi ominaisuudeksi. Asiakkaiden on todettu odottavan henkilöstöltä ohjaamista, tiedottamista ja oma-aloitteisuutta yhteydenpitoon asiakkaan läheisten ja omaisten kohtaamisessa. (Suhonen ym. 2015, 267.) Haastateltavat tunnistavat selkeästi roolit, jotka ovat vastuuhoidajalla ja tiimivastaavalla sairaanhoitajalla asiakkaaseen liittyvässä tiedonkulussa. Omaisten kanssa ollaan paljon tekemisissä ja omaisille pyritään antamaan vastuuhoidajan tai tiimivastaavan sairaanhoitajan kautta ajantasainen ja oikea-aikainen tieto asiakkaan tilanteesta.

*Nimetyt omahoitajat ja tiimivastaava sairaanhoitaja on vastuussa tiedonkulusta asiakkaan ja hänen omaistensa välillä. H4*

*Vastuuhoidajalla on velvollisuus huolehtia asiakkaan hoitoprosessin kokonaisvaltaisesta koordinoinnista yhteistyössä tiimivastaavan sairaanhoitajan kanssa. H7*

Henkilöstön näkökulmasta asiakaskeskeisessä viestinnässä korostuu ammattilaisten tiivis yhteistyö. Asiakaskeskeisessä palvelukokonaisuudessa henkilöstö hoitaa asiakasta yhteisten toimintaperiaatteiden ja koordinaation mukaisesti (Suhonen ym. 2015, 267). Haastateltavien mukaan tiedonkulku tiimien sisällä on hyvää ja raportointi selkeää. Puolestaan muiden asiakkaan hoitoprosessiin kuuluvien yksiköiden välisessä tiedonkulussa lähes jokainen haastateltava tunnisti keskimääräisiä tai suuria ongelmia.

*Kotihoidon hoitaja, tiimivastaava sairaanhoitaja, lääkäri, asiakas ja omainen on sellanen viisikko, jonka tarvii tehdä yhteistyötä niin asiakkaan hoitoprosessi toteutuu asiakaskeskeisesti. H2*

*Tässä yksiköiden välisessä viestinnässä on aikalailla niitä sudenkuoppia. Mulla on siis hirveesti kokemusta siitä, että tieto ei vaan kulje. Meillä on kaikki tiedot siitä asiakkaasta selkeästi näkyvissä ja sitten päivystyksestä soitteaan, että mitä ihmettä tää asiakas täällä tekee eikä saada tietoja auki. Siinä on todella sellaisia tiedonaukkoja miten niitä tietoja näkee. Ja siis tää tiedonkulun ongelma on ollut olemassa yhtä kauan kun mäkin olen täällä ollut. Ja meillähän on sama potilastietojärjestelmä, mutta silti niitä tietoja ei osata katsoa. Kyse ei ole mistään isosta ongelmasta. Siis aivan turhaa lisätyötä siitä, että saat koko ajan puhelimesta raportoida samoja asioita, jotka on nähtävissä koneelta. H1*

Potilastietojärjestelmiin ja niiden sovellusosaamattomuuteen liittyviä ongelmia haastateltavat raportoivat olevan paljon. Asiakkaan hoitoprosessiin kuuluvat yksiköt käyttävät samaa potilastietojärjestelmää, mutta tieto ei tahdo kulkea. Keskeisimpänä ongelmana haastateltavat kuvasivat sosiaali- ja terveystietojärjestelmien välisen rajan. Kun asiakas on kotihoidon asiakas hänen katsotaan kuuluvan sosiaalipalveluiden piiriin. Kun

asiakas siirtyy terveydenhuollon asiakkaaksi hänen asiakastietojensa katseluun tarvitaan erillinen lupa, jolloin myös asiakkaan sosiaalipuolella tehdyt merkinnät näkyvät terveystietojen henkilöstölle. Tässä tietosuojassa haastateltavat kokivat olevan raskaita asiakaskeskeisyyttä rajoittavia tekijöitä.

*Siis siinä tiedonkulussa meidän ammattilaisten kesken on todella paljon ongelmia. Ihan sellaista pienistä asioista suuriinkin kokonaisuuksiin. Mulle on soitettu todella monta kertaa päivityksestä, että miksi ei ole kontrolloitu painoa tai verenpainetta ja onhan sitä kontrolloitu, mutta he ei osaa katsoa sitä välilehteä sieltä potilaskertomuksesta. H2*

*Siis tätä tiedonkulkua näiden yksiköiden välillä on jauhettu vuosikaudet. Me ollaan istuttu siellä ja pidetty palaveria, mutta ei se oo mihinkään johtanut. Kyllä sen vuodeosaston kanssa on ehdottomasti suurimmat ongelmat. Mä yritän täältä kotihoidosta käsin seurata niitä vuodeosaston tekstejä ja arvailla kirjausten perusteella, koska se asiakas olis kotiutumassa, että osaan sitten ennakoida. Mä en yksinkertaisesti voi luottaa, että se tieto mulle muuten tulisi kun edes silloinkaan kun se asiakas on kotitunut. Joskus sen kotiutumisen kuulee omaiselta. H3*

Henkilöstön työtyytyväisyyden on todettu olevan suoraan yhteydessä hoidon laatuun ja asiakastyytyväisyyteen (Mäntynen ym. 2015, 20). Haastateltavat tunnistivat työtyytyväisyyden olevan yhteydessä hyvään työsuoritukseen ja työssäjaksamiseen. Haastateltavat raportoivat useista organisaatiossa tapahtuneista muutoksista, jotka ovat laskeneet työmotivaatiota ja aiheuttaneet korkeaa työstressiä. Keskeisenä ongelmana haastateltavat näkivät toimivan lähijohtamisen puuttumisen ja organisatoristen muutosten toteuttamisen ilman toimivaa johtamista.

*Siis meiltä on puuttunut lähiesimies koko ajan. Ei tarvii enempää työtyytyväisyydestä sanoa, jos ei ole edes lähiesimiestä. Asiakastyöhön olen yrittänyt panostaa viimeisillä voimillani, mutta kyllä se on ollut myös yleisesti elämänlaadusta pois, että on joutunut kiristämään itsensä ihan loppuun. H3*

*Me ollaan puhuttu tästä porukassa, että ei tää voi olla näin. Näin iso yksikkö eikä esimiestä. Kaikissa muissa yksiköissä on, mutta ei meillä. Ja siis on meillä esimies, mutta hän ei ole lähiesimies ja hänelläkin on kolmen ihmisen hommat hoidettavana, niin vaikka hän olisi miten hyvä niin ei se aika vaan riitä. H6*

Organisaatiokulttuuria uudistettaessa tulisi lähteä liikkeelle tilanteesta, jossa tunnustetaan hyvät ja huonot käytänteet tämän hetkisestä tilanteesta (Gustafsson & Marniemi 2012, 69). Työntekijöiden työtyytyväisyyden katsotaan rakentuvan työssä

menestymisen tunteesta, työssä saatavasta tunnustuksesta, vastuullisesta asemasta ja myönteisestä työympäristöstä. Itse työn tulee olla mielekäs, ymmärrettävä ja hallittu kokonaisuus. (Pyöriä 2012, 83–83.) Haastateltavat tunnistavat työssä kannustamisen, osallistamisen ja tasa-arvoisuuden olevan keskeisiä työssä jaksamisen tekijöitä. Kuitenkin on nähtävissä, että työssä ja työmäärissä esiintyy epätasa-arvoisuutta ja vastuunjaollisia ongelmia. Lisäksi esimiehen puuttuminen sekä epäjohtonmukainen prosessien johtaminen on aiheuttanut osalle haastateltavista vaikeaa henkiseen hyvinvointiin vaikuttavaa stressiä.

*Mä näen hirveesti unta töistä ja herään yöllä miettien mitä mun kalenterissa lukee siis oikeestaan ihan joka yö. Joskus musta tuntuu töihin tullessa, että mä oon jo kertaalleen tehnyt näät työt. Kyllä siinä rasittuu tosi paljon ja voimat loppuu. H4  
Siis se epäjohtonmukainen johtaminen tässä on ollut kaikkein kuluttavinta, kaikki on puoli tiessä kun ei ole oikeat ihmiset oikeilla paikoilla. H3*

Organisaatiota uudistava johtaminen mahdollistuu usein nopeissa ja radikaaleissa organisaatorakenneuudistuksissa, muun muassa fuusioissa tai muissa yhdyntymisissä. Oleellista on johtaa muutosprosessi systemaattisesti alusta loppuun. (Gustafsson & Marniemi 2012, 69.) Selkeät työnkuvat ja vastuualueet edistävät asiakaskeskeisen hoitoprosessin toteutumista (Suhonen ym. 2015, 267). Lähes kaikki haastateltavista raportoivat työnkuvien ja vastuiden epäselvyyksistä organisaatiossaan. Työkuvien ja vastuualueiden epäselvyydet ovat vaikuttaneet selkeästi asiakaskeskeisyyden toteutumattomuuteen ja henkilöstösuhteisiin. Myös ammattiryhmien keskinäisessä arvostamisessa ja yhteistyössä tunnistettiin ongelmia. Kuitenkin myös todettiin, että työnkuvia on kirjoitettu auki sekä käyty yhdessä läpi tilanteiden selkeyttämiseksi.

*Mun tiimiläiset ei arvostaneet mun työtä. Ne ajatteli, että mä vaan istun koneella tekemättä mitään ja vaan hengailen. Se oli tosi väsyttävää ja rasittavaa eikä luotettu yhtään siihen, että mä teen kanssa töitä sen asiakkaan eteen vaikka en siellä kentällä olekaan. Siis onhan ne työnkuvat paperilla, sairaanhoitaja, lähihoitaja ja kotiutushoitaja, mutta ei niitä oo koskaan käyty yhdessä läpi. H3  
Mä laitoin ne tehtävänkuvat jokaisen huoneen seinälle, että sijaisetkin näkee. Sit mä kokosin yhden tiimin siihen pöydän ympärille ja me keskusteltiin mitkä täällä on kenenkin tehtävät. Eihän ne olleet edes nähneet sitä tehtävänkuvien määrittelyä. Ne oli ihan hämillään. H9*

Organisatorisia prosesseja tunnistetaan kolme; työprosessit, käyttäytymisprosessit ja muutosprosessit. Työprosesseilla kuvataan organisaatiossa tapahtuvia operatiivisia palveluprosesseja. Käyttäytymisprosessi ymmärretään prosessiin osallistuvien

käyttäytymismallina ja tapana vuorovaikuttaa yksilöinä ja ryhmässä, esimerkiksi päätöksenteko ja organisaation oppimistilanteet. Muutosprosessit esiintyvät ajallisesti peräkkäin muuttaen organisaation järjestelmää ja luonnetta muun muassa luominen tai kasvu. (Miettinen 1999, 45.) Haastateltavat tunnistivat kaikkia organisatorisia prosesseja työyksiköissään. Keskeisimmät prosessit olivat työ- ja muutosprosessit, joiden kautta kuvattiin organisaatioissa tapahtuvia asiakkaiden palveluprosesseja, niihin vaikuttamista sekä muutosprosesseja, joita organisaatioissa on parhaillaan käynnissä. Haastateltavat kokevat, että pystyvät vaikuttamaan työhönsä, mutta rikkonainen organisaatorakenne sekä muutosvastarinnan kokeminen tuntuivat haastavilta.

*Se, että sitä esimiestä ei ole vaikuttaa tosi paljon siihen miten nää ihmiset täällä voi. On ihan selvää, että jos asiat on ihan retuperällä ja eletään kun pellossa niin ei se työkuulttuuri kovin terve voi olla. H2*

*Ei tätä asiakastyötä pysty tasaisesti toteuttamaan kun tää rakenne on rikki. Tää on niin ristiriitainen asia ettei. Ylityöt mä oon lopettanu oman terveyteni takia, sellasen vuoden mä tein sellasta puolitoista vuoroa joka päivä. H4*

Työnohjauksen tavoitteena on työntekijän ammatillisten ja persoonallisten valmiuksien lisääminen. Työnohjauksen onnistuminen vaatii työntekijän motivoitumisen ja sitoutumisen kehittämisprosessiin. Yhdessä muodostettavat ideariihet, ajattelu- ja toimintatapojen muutokset mahdollistavat uusien ideoiden ja kehityksen syntymisen. Työnohjauksen kautta on mahdollista parantaa työtyytyväisyyttä, tiimityön dynamiikkaa ja päivittäisen työn operatiivista suorittamista. (Ollila 2006, 106–109.) Organisaatiossa toteutetun työnohjauksen katsottiin lisäävän työtyytyväisyyttä sekä parantavan tiimien toimintaa päivittäisessä hoitotyössä. Työnohjausta oli toteutettu ensimmäisen kerran kolmena kertana. Haastateltavien mukaan asiaa pohditaan jatketaanko työnohjauksen käytänteitä. Valtaosa haastateltavista kannatti työnohjauksen jatkuvuutta ja koki sen edesauttavan tiimien työssäsuorittamista asiakaskeskeisyyden arvo edellä.

*Työnohjausta on ollut kolme kertaa. Toisaalta se kolme kertaa meni vähän sellaseen yleiseen purkautumiseen, mutta mun mielestä se oli ihan hyvä. Se, että jatkuuko se työnohjaus riippuu siitä millaista palautetta siitä tulee. Meidän tiimi ainakin haluaa sitä jatkossa, mutta oon mä negatiivistakin palautetta kuullut. Toisaalta tässä on viime vuosina koettu niin paljon, että ei ne kolme kertaa riitä mihinkään. H4*

*Kuulin, että kyllä siellä työnohjauksessa vähän tunteitakin nousi. Työnohjauksesta oli myös apua ja sit tuli ulkopuolelta viestiä, että nyt siellä tiimeissä menee paremmin. H9*

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen Vanhuspalvelujen tuottajakohtaisen seurantatutkimuksen mukaan viime vuosina kotihoidosta on vähennetty henkilöstöä vaikka asiakasmäärät ovat kasvaneet. Tutkimuksessa seurantaviikolla kotihoidossa oli päivittäin keskimäärin 3000 asiakasta enemmän kuin kaksi vuotta sitten. Lisääntyneestä asiakasmäärästä huolimatta henkilöstöä oli vähennetty 400. Samaan aikaan ympärivuorokautista hoitoa on karsittu 2800 asiakaspaikkaa, joka on lisännyt kotihoidon asiakaspainetta tuoden kotiin hoidettaviksi entistä heikkokuntoisempia asiakkaita. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen mukaan tulevaisuudessa sairaalahoidosta pyritään kotiuttamaan kotihoidon asiakkaat entistä nopeammin ja kuntoutuksen painopiste siirtyy kotihoitoon. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017a.) Kohdeorganisaatiossa haastateltavat olivat kokeneet henkilöstövähennyksiä huolimatta lisääntyneestä asiakasmäärästä. Huomattavaa on kuitenkin myös se, että resurssien uudelleen allokointi ei tarkoita resurssien vähentämistä vaan mahdollisesti niiden uudelleen kohdentamista toiseen yksikköön. Lisäksi haastateltavat toivat vahvasti esille sen, että kotona olevat asiakkaat ovat entistä hoitoisempia ja vaativat enemmän palveluja. Myös kuntoutuksessa oli tunnistettu prosessien oikaisua, jolloin asiakas oli kotiutettu ilman kuntoutusjaksoa, vaikka haastateltavan mukaan kuntoutusjakso olisi tukenut asiakkaan kotona selviytymistä paremmin.

*Henkilöstöä on vähennetty perustelematta sitä. H2*

*Resursseja ei ole vähennetty vaan niitä on suunnattu uudelleen. H9*

Tulevaisuuden suuntauksena on entistä kotihoitopainotteisempi iäkkäiden hoito. Ikääntyneitä pyritään hoitamaan mahdollisimman pitkään kotonaan kotihoidon ja muiden kotona selviytymistä tukevien muun muassa teknologisten innovaatioiden turvin. Lisääntynyt iäkkäiden hoito kotiolosuhteissa vaatii kotihoitoa tarjoavilta yksiköiltä organisointikykyä, resursseja, joustavuutta sekä innovatiivisuutta vastata lisääntyvään palveluntarpeeseen. Asiakaskeskeisyyttä tukevan työkuiltuurin katsotaan olevan erittäin merkityksellinen osa asiakaskeskeisestä hoitoprosessista, jossa hoitohenkilöstö on suoraan yhteydessä asiakkaaseen ja pyrkii luomaan asiakkaalle asiakaskeskeisen hoitokokonaisuuden.

#### **5.4 Asiakaskeskeisyyttä tukeva lähijohtaminen ja ammatillisuus organisaatiossa**

Työyhteisöjen johtamiseen tulee kiinnittää systemaattista huomiota. On todettu, että onnistunut työyhteisön johtaminen, työhyvinvointiin panostaminen ja työssäjaksamisen tukeminen ovat yhteydessä hyvien tulosten saavuttamiseen ja tuottavuuden edistämiseen.

(Gustafsson & Marniemi 2012, 71.) Toimiva ja tuloksellinen henkilöstöjohtaminen vaikuttaa positiivisesti organisaation tuloksen lisäksi myös työntekijöiden viihtyvyyteen ja sitoutumiseen. (Pyöriä 2012, 134–135.) Viitalan (2013, 302) mukaan organisaatio kykenee tuottamaan arvoa asiakkailleen vain motivoituneen, sitoutuneen ja osaavan henkilöstön kautta. On selvää, että hyvinvoivat työntekijät kykynevät parempiin työsuorituksiin ja siten huomioimaan asiakkaan entistä keskeisemmin työnsä lähtökohtana. (Viitala 2013, 302.)

#### 5.4.1 Asiakaskeskeisyyttä tukeva lähijohtaminen

Asiakaskeskeinen johtaminen on lähellä prosessijohtamista (*engl. Customer Relationship Management CRM*) sen asiakasnäkökulman korostamisen vuoksi. Asiakas on organisaation keskeinen prosessi, jonka ympärille tukiprosessit rakentuvat. (Chen & Popovich 2003, 672–673.) Yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen tulee perustua näyttöön ja hyviin, tutkittuihin käytänteisiin. Näyttöön perustuvan johtamisen katsotaan auttavan kustannusten optimoinnissa ja sosiaali- ja terveydenhuollon tarkoituksen saavuttamisessa. (Walshe & Rundall 2001, 430–431.) Kohderganisaatiossa prosessien tunnistetaan rakentuvan asiakkaasta ja hänen palvelutarpeestaan. Asiakkaiden prosesseissa sovellettavien toimintojen katsotaan olevan asiakaskeskeisiä ja toimivia. Prosessien johtamisessa haastateltavat kuitenkin tuovat vahvasti esille rikkonaisen organisaatorakenteen aiheuttaneen prosessien toimimattomuutta ja epäjohtonmukaisuutta kokonaisuuksien hoitamisessa.

*Hyvä yhdentyminen pilattiin heti alkuunsa palkkaamalla epäpäteviä esimiehiä, kokemattomia sairaanhoitajia on nostettu palvelupäälliköksi. Ei sillä esimiehellä riitä aikaa hoitaa kaikkia tehtäviään. Esimies hoitaa vaan ne akuuteimmat, toimii tulipalojen sammuttajana. H2*

*Kovasti me sitä lähiesimiestä ollaan kaivattu jo vuoden päivät. Välillä tuntuu, että me nyt mennään täällä ja tehdään eikä meistä kukaan välitä yhtään mitään. Sitä on jatkunut jo ennen tätä nykyisen esimiehen tuloa jo kolme vuotta eikä tämä nykyinenkään ole meidän suora esimies. H3*

Henkilöstöjohtamisen tulee tukea organisaation ydinosaaamista. Kestävä henkilöstöjohtaminen rakentuu työnantajan ja työntekijän väliselle luottamukselle, kunnioitukselle ja vastavuoroisuudelle, jota rakennetaan organisaatiossa jatkuvasti. (Pyöriä 2012, 134–135.) Haastateltavat tuovat esille, että nykyinen tilanne on parantunut vuoden takaisesta, jolloin rikkonainen organisaatorakenne esti asiakkaiden prosessien toimivuutta. Haastateltavat kuitenkin edelleen kipeästi kaipaavat lähiesimiestä



organisaatioonsa, joka vastaa tuloksellisesta ja tehokkaasta lähijohtamisesta organisaatiossa.

*Esimies ei tiedä näitä juttuja, ei hänellä oo tästä kentästä kokemusta. H4*  
*Alkuun tää kuohu ihan tosi paljon kun mä tulin tänne. Siis aivan hirveetä menoa, huudettiin ja oltiin kun pellossa. Nykyään tilanne on rauhoittunut ja menossa parempaan suuntaan. H9*

Onnistunut työyhteisöjen johtaminen vaatii työyhteisösaamista ja työntekijöiden sitoutumista. Oleellista on myös tuoda työyhteisön johtamisen tavoitteet ja keinot konkreettiselle tasolle toteutukseen asti. (Gustafsson & Marniemi 2012, 69.) Johtamistyön eettisiä ongelmia ilmenee muun muassa esimiehen koordinoimassa alaisten välisissä ristiriitatilanteissa sekä liiallisten lupauksen antamisena asiakassuhteissa. (Pyöriä 2012, 137). Haastateltavat nostavat esille lähiesimiehen puutteesta johtuvaa epäjohtamismukaisuutta, joka on aiheuttanut ristiriitatilanteita muun muassa resurssien jaossa ja työntekijöiden epätasa-arvoisessa kohtelussa.

*Sellasta epätasa-arvoisuuden kokemusta kyllä on. On ne muutamat, joita kehutaan ja joille se lisäresurssi kohdennetaan, mutta ne on vaan ne muutamat. H4*

*Välillä näissä verkostoissa tapahtuu niitä virheitä sen takia kun mennään lupaamaan ylemmältä taholta, että hoidetaan joku asia tai tehdään näin, mutta sitten ei tunneta sitä tilannetta eikä taustoja ja se ei vaan onnistu niin sit on kuitenkin tietämättä menty lupaamaan. H6*

Johdon näkökulmasta asiakaskeskeisyys hoitoprosessissa tarkoittaa johdon sitoutumista asiakaskeskeiseen toimintaan suunnaten organisaation strategiset tavoitteet asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Johdon tulee myös huolehtia henkilöstön riittävydestä sekä ammatillisesta osaamisesta ja sen päivittämisestä. (Turunen 2015, 257.) Kohdeorganisaatiossa asiakaskeskeisyyden arvo on tunnistettu asiakkaan hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Asiakkaiden prosessit rakentuvat asiakkaan lähtökohdasta, jolloin organisaatio kohdentaa resurssit siten, että asiakaskeskeisyys asiakkaiden hoitoprosesseissa toteutuu. Johdon sitoutuminen ja asetetut strategiset tavoitteet mahdollistavat asiakaskeskeisen palveluprosessin. Haastateltavat ovat yhtä meiltä oikeasta resurssien kohdennuksesta asiakaskeskeisyyden toteutumisen eteen.

*Asiakaskeskeisyys on alusta asti mukana siinä asiakkaan hoitoprosessin suunnittelussa ja kaikissa vaiheissa. Asiakaskeskeisyys on se, joka määrittää millaiseksi asiakkaan prosessi muodostuu. H8*

*Oleellista on se, että jokainen yksikkö osana sitä asiakkaan hoitoprosessia ymmärtää sen, että jokaisella on siihen mahdollisuus vaikuttaa ja yhteistyötä tässä tehdään. H9*

Osa haastateltavista tuo esille resurssien riittämättömyyttä päivittäisessä työssä. Haastateltavat kokevat, että tiimit ovat asiakasmääriltään liian suuria asiakaskeskeisen hoitotyön toteuttamiseksi. Haastateltavat raportoivat tiimien jatkuvan asiakasmäärän lisääntymisen aiheuttavan painetta tiimivastaaville sairaanhoitajille työpäivien suunnittelussa, koska lisääntyvästä asiakasmäärästä huolimatta lisäresursseja ei ole saatavilla.

*Asiakkaita on yksinkertaisesti liikaa suhteessa työntekijämäärään. H1*

*Nää tiimit ei oo jaettu yhtään tasapainoisesti sitä työmäärää ajatellen. H3*

Organisaation eettiset hyveet (*engl. Corporate Ethical Virtues, CEV*) viittavat organisaatiossa moraalisesti oikeellisiin tavoitteisiin. Organisaatiossa tulee olla selkeät, konkreettiset ja ymmärrettävät toimintamallit, joiden pohjalta jokainen työntekijä tunnistaa oman roolinsa ja tehtävänsä organisaatiossa. (Pyöriä 2012, 146.) Kohdeorganisaatiossa tunnistetaan muutosten aiheuttamat kehityskohteet ja mahdollisuudet. On selvää, että suurten muutosten jälkeen toimintamallit etsivät uomiaan. Muutosten kautta nähdään myös paljon kehittämispotentiaalia ja usko tuleviin, entistä asiakaskeskeisiin palvelurakenteisiin on korkea.

*Siinä asiakkaan prosessin tunnistamisessa ja toimimisessa osana sitä prosessia on menty eteenpäin, mutta kyllä vielä tarvitaan ohjeistusta ja kehitystä siinä miten me sitä prosessia hallitaan. H9*

*Tässä on eletty suuria muutoksia ja kaikkien toimijoiden roolia ei ole vielä tunnistettu. Kovasti me ollaan tehty töitä, mutta vielä on tekemistäkin. H9*

Esimiehen esimerkki viittaa esimiehen esimerkilliseen käytökseen työssään, jossa nostetaan tarkasteluun esimiesten toiminta ja käytös työyhteisössä. Esimiehen esimerkkiin luetaan myös keskusteltavuuden kulttuuri organisaatiossa. Konkreettisesti tarkoitetaan miten työntekijöiden ja johdon keskustelumahdollisuus on järjestetty ja onko työntekijöillä mahdollisuus vaikuttaa työhönsä. On todettu, että hyvä vertikaalinen keskustelukulttuuri organisaatiossa tukee työntekijöitä työssään, lisää sitoutumista sekä auttaa työntekijöitä oppimaan virheistään. (Pyöriä 2012, 147.) Keskusteluyhteyden mahdollisuus on sosiaali- ja terveydenhuollon toimintasektorissa hyvin merkittävä, koska työntekijät kohtaavat työssään eettisiä ongelmia ja ristiriitaisia tilanteita. Haastateltavat puoltavat hyvää keskustelukulttuuria esimiesten kanssa. Lisäksi he kokevat, että heillä on

mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja esittää kehittämisideoita. Valtaosan mielipiteet heijastavat muutosten jälkeistä väsymystä, jolloin halutaan keskittyä itse operatiivisen työn suorittamiseen ja jättää toistaiseksi kehittäminen taka-alalle.

*Tää on tosi vahvasti kotrolloitu organisaatio. Kyl mä luulen, että ne ideat aika nopeesti torpataan. Jos ei miellytä niin ei miellytä. H2*

*Tän organisaatiomuutoksen kautta on tullut tosi paljon hyvää. Sillon aiemmin sen byrokratian vuoksi kaikki kehitysprosessit vei todella paljon aikaa ja tuntui, ettei mikään oikein etene. H7*

Kotihoidossa esimiehen resursseja vie sijaisten hankinta. Sijaisia on paikoin vaikea saada. Yleensä saadut sijaiset ovat koulutettuja työhönsä (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2016b). Sijaistilanteen haastateltavat kuvaavat olevan vaihteleva. Toisaalta sijaisia on hyvin saatavilla, toisaalta ei. Sijaisten tarpeeseen ja työntekijäpulaan on vastattu ennakoivasti järjestelemällä työvuorosunnittelua, jolloin yksittäinen sairausloma on hoidettavissa sujuvasti. Sairauslomia työyhteisöissä koetaan olevan paljon.

*Sijaistilanne meillä on erittäin huono. H6*

*Noille sairaslomille tarvis tehdä jotain. Se on ihan nähtävissä, että ne sairaslomapäivät ajoittuu niiden vapaapäivien yhteyteen. Kynnys jäädä pois töistä on täällä tosi matala ja sijaisia on sit monenlaisia. H2*

Yleisesti henkilöstöjohtamisen katsotaan olevan arvon tuoja organisaatiolle. Organisaation arvoa voidaan katsoa työntekijöiden kyvykkyyden ja tehtävien työsuoritteiden onnistumisen kautta. Toimivan henkilöstöjohtamisen avulla organisaatio kykenee tuottamaan arvoa asiakkailleen ja siten menestymään markkinoilla. Myös henkilöstötoimintojen tulee tuottaa arvoa organisaatiolle. Henkilöstöjohtaminen ei saa jäädä vain arvojen määrittelyyn vaan arvojen määrittelyn jälkeen tulee pohtia miten arvot muutetaan konkreettisiksi toiminnoiksi organisaatiossa. Toimiva henkilöstöjohtaminen on tae organisaation työntekijöiden hyvinvoinnista. (Viitala 2013, 302.)

#### **5.4.2 Ammatillisen roolin korostuminen organisaatiossa**

Tulevaisuudessa organisatorisen oppimisen haasteet eivät liity työhön osallistumiseen tai osallistamiseen vaan työyhteisön kehittämiseen ja työprosesseihin vaikuttamiseen. Työssä toteutettava asiakas- ja toimintaympäristö ovat arvokkain strategisen tiedon lähde, jonka tuottaman informaation perusteella pyritään takaamaan organisaation menestys.

Oleellista on oppia hyödyntämään organisaation hiljaisen tiedon lähteitä sekä tarkkailla ulkoisen toimintaympäristön valta- ja vaikutussuhteisiin liittyvää hiljaista tietoa. (Järvinen ym. 2000, 133.)

Organisaation oppimisprosesseissa on todettu, että kun työntekijät ovat toimineet yhdessä pitkään tietyt toiminta- ja työskentelymallit alkavat vakiintua osaksi toimintaa. Opittuja toiminta- ja työskentelymalleja voidaan nimetä oppimisrakenteiksi, jotka ovat jaettavissa sisältö- ja organisaatorakenteiksi sekä oppimisilmapiiriksi. Sisältörakenteella viitataan oppimiseen, joka on integroitavissa suoraan työprosessiin. Organisaatorakenteella viitataan tehtävien ja vastuiden jakoon työyhteisössä, jossa työntekijöiden erilaiset roolit korostuvat. Oppimisilmapiiri viittaa organisaatiossa vallitseviin arvoihin ja normeihin, jotka ohjaavat työntekijöiden oppimista ja yhteistyötä. (Järvinen ym. 2000, 163.) Oppimisprosesseissa työssä toteutettavan oppimisprojektin organisoii tietty joukko työntekijöitä, jotka osallistuvat työssä ilmenneen ongelman ratkaisuun. Oppimisen tavoitteena on oppia virheestä ja parantaa työtä samanaikaisesti. On todettu, että tutkimalla työssä ilmennyttä ongelmaa on mahdollista oppia uusia toimintatapoja. Työyhteisön oppiminen lisää työntekijöiden yhteenkuuluvuuden tunnetta ja sitoutumista työn tekoon. (Järvinen ym. 2000, 166–167.) Haastateltavat tunnistavat organisatorisia oppimisprosesseja ja oppimiseen kannustetaan. Kuten aiemmin tiimityössä yhteisöllisyyden ja ammatillisen osaamisen jakaminen koetaan arvoa tuovana menetelmänä. Tiimeissä on tunnistettu erityisiä vahvuuksia työntekijöiden ammattitaidoissa, joita on pyritty itsejärjestämällä koulutuksilla ja kehittämistapahtumilla jakamaan myös muille. Yhteistyöosaamista jaetaan myös suuremmin vanhuspalveluiden piirissä. On tunnistettavissa, että osa tiimeistä tekee tiiviisti yhteistyötä ja jakaa osaamista keskenään, osa puolestaan ei tee yhteistyötä. Lisäksi haastateltavat mainitsevat henkilöstön ammatillisten eroavaisuuksien aiheuttavan jännitteitä ja olevan osasyyn yhteistyön puutteeseen.

*Jos jotain yhteistyötä on niin se on vastuunsiirtoa. H3*

*Me ollaan järjestetty koulutuksia ihan itsemme pitäminä. Sellaset kouluttaa, joilla on sitä osaamista. Meillä on täällä tosi monenlaista osaamista näillä työntekijöillä. H7*

On todettu, että osaaminen verkostoissa ei siirry ellei sitä tueta systemaattisesti tai toteuteta konkreettisia järjestelyjä. On mainittu, että työparityöskentely ja työnkierto mahdollistavat osaamisen siirron sekä lisäävät ymmärrystä verkoston eri osapuolten työstä ja ydinosamisesta. (Simons & Salkari 2006, 15.) Kohdeorganisaatiossa on tunnistettavissa osoitettua työhön kiinnittynyttä suorittamista. Tällä hetkellä työnkiertoa ei ole eikä ammatillisuus ja osaamisen siirtämistä tiimistä toiseen juurikaan pääse tapahtumaan. Haastateltavat suhtautuvat positiivisesti mahdolliseen työnkiertoon ja

näkevät työnkierron mahdollisuutena lisätä ammattitaitoa sekä nähdä asiakkaan hoitoprosessin kokonaisuutta kokonaisvaltaisemmin myös muiden siihen osallistuvien yksiköiden näkökulmasta.

*Kyllä sitä työnkiertoa pitäis ehdottomasti olla, koska ammattitaidossa on niin suurta eroa. H2*

*Mä niin nauttisin kun me saatais täällä näitä ihmisiä työnkiertoon. Se olis hyvä kun ne ihmiset näkis vähän tätä kokonaistoimintaa niiden muidenkin yksiköiden taholta. H4*

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakonteksti elää murrosvaihettaan ja tulevien muutosten ennakointi ja niihin varautuminen on organisaation menestymisen ehdoton edellytys. Morgan (2006) esittelee käsitykset organisaation yksi- ja kaksikehäisestä oppimisesta. Yksikehäisellä oppimisella tarkoitetaan tilannetta, jossa organisaatiossa todettu virhe tai puute pyritään korjaamaan johdon ohjeistusten mukaan ja työntekijöiden toteutuksen kautta. Yksikehäinen oppiminen kuvastaa pinnallista korjaamisoppimista, jossa pyritään ratkaisemaan jo olemassa olevat, ilmenneet ongelmat. Kaksikehäinen oppiminen eroaa yksikehäisestä oppimisesta syvällisyydellään ja aiempien toimintamallien kyseenalaistamisella. Kaksikehäisessä oppimisessa työntekijät kyseenalaistavat johdolta tulevia toimintaohjeita sekä organisaatiossa vallitsevien toimintakulttuurien soveltuvuutta tarkoituksenaan luoda ja saavuttaa entistä parempia toimintamalleja. Lisäksi kaksikehäisessä oppimisessä ei tyydytä vain virheen korjaamiseen vaan analysoidaan myös miksi virhe on syntynyt ja miten vastaavilta virheiltä voidaan tulevaisuudessa välttyä. (Morgan 2006, 84–87.) Haastateltavat raportoivat, että organisaatiossa ilmenneisiin virheisiin puututaan viivytyksettä ja asiat pyritään ratkaisemaan nopeasti. Kohdeorganisaatiossa todettuihin virheisiin puututaan välittömästi. Lisäksi virheiden käsittelyssä on tunnistettavissa Morganin (2006) kuvaavaa kaksikehäistä oppimista, jossa sattuneen vahingon syynäämisen sijaan pyritään estämään vastaanlaiset virheet jatkossa ja jakamaan tietoa miten vastaavassa tilanteessa voidaan jatkossa toimia paremmin.

*Virheisiin puututaan heti kun ne huomataan. H9*

*Virheistä pyritään oppimaan syyllistämättä ketään. Asiat nostetaan esille, jotta tulevaisuudessa vastaavalta voitaisiin välttyä. H8*

On todettu, että eniten lisäkoulutusta kotihoidon työssä tarvitaan saattohoidon, toimintakyvyn arvioinnin ja teknologian sovellusten saralla (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b). Haastateltavien mukaan täydennys- ja lisäkoulutuksiin hakeutuminen ja niiden tarjoaminen on ristiriitaista. Osan mielestä täydennys- ja

lisäkoulutuksiin pääsee ja niihin kannustetaan, osan mielestiä näin ei ole. Haastateltavat myös nostavat esille tärkeän seikan, että täydennys- ja lisäkoulutuksiin hakeutuminen on työntekijän itsensä vastuulla. Organisaation tehtävä on puolestaan tukea ja kannustaa täydennys- ja lisäkoulutuksissa. Eräs haastateltava nosti esille tärkeän seikan, ettei täydennys- ja lisäkoulutusten tarvitse aina olla niin erikoisia, myös omassa organisaatiossa olevaa osaamispotentiaalia on tärkeä hyödyntää.

*Sitä ammatillista kouluttautumista pitäis tukea ehdottomasti enemmän. Ei täällä tueta mitenkään kouluttautumista. Mä maksoin itte joka pennin kun mä kävin sen erikoistumisen. Palkattomana mä sain ne päivät, en mitään muuta. H2*

*Kyllä meillä organisaatio kannustaa täydennys- ja lisäkoulutuksiin. Meillä on budjetoituna koulutusrahaa ja paljon me ollaan pyritty hyödyntämään näitä meidän omia resursseja jakamalla tietoa. H7*

Omaisten osallistaminen asiakkaan hoitoon on toivottavaa. Yhä useammalla kotihoidon asiakkaalla on asiakkaan hoitoon osallistuva omainen. Kotihoitoyksiköiden tulee antaa omaiselle tilaa osallistua hoitoon ja antaa tietoa palveluista ja hoidosta ajantaisesti. Myös asiakkaan hoitoon osallistuvilta omaisilta tulisi pyytää palautetta nykyistä useammin. Omaisten hoitoon osallistumisen tukemiseen tarvitaan yhtenäistä ohjeistusta ja avointa sekä vuorovaikutteista tiedonkulkua hoitoon osallistuvien tahojen välillä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b.) Haastateltavien mukaan asiakkaiden omaiset osallistuvat pääsääntöisesti asiakkaan hoitoon ja toimivat keskeisenä sidosryhmänä. Omaisten ja asiakkaiden muiden sidosryhmien mukaanottoon suhtaudutaan positiivisesti ja kannustavasti.

*Paljon on asiakkaita, joiden omaiset on mukana asiakkaan hoidossa ja kiinnostuneita, mutta sitten on niitä joilla ei ole omaisia tai sitten ne käy vaan jouluisin eikä muuten oo yhteydessä. H1*

*Omaisten kanssa ollaan paljon yhteydessä ja ilmoitellaan puolin ja toisin varsinkin, jos sen asiakkaan voinnissa on jotain muutosta. H5*

Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden omaisten huomiointi asiakkaan hoitoprosessin kokonaisuudessa on ensiarvoisen tärkeää. On todettu, että tiivis yhteistyö kotihoidon ja asiakkaan omaisten välillä tukee asiakkaan kotona selviytymistä. Omaisten on tärkeä saada kokemus siitä, että heidät huomioidaan ja otetaan osaksi oman läheisensä hoitoprosessia. (Heinola 2007, 69.)

## **6 VERKOSTOMAINEN TOIMINTATAPA JA ASIAKASKESKEISYYS**

Verkostoa voidaan luonnehtia toiminnan organisointimuotona, joka linkittää useita eri toimijoita toisiinsa verkostomaisesti. Verkostojohdamisen lisääntynyt ymmärrys ja kiinnostus perustuvat käsitykseen ihmisestä osana moniulotteista verkostoa. Verkostojohdamista tunnustetaan organisaation sisällä ja organisaatioiden välillä. Organisaatioiden hierarkkisten ja fyysisten rajojen ylittäminen nähdään keinona kehittyä, uudistua ja parantaa tiedonkulkua. Verkostojen ylläpitämiseksi tarvitaan sitoutumista ja luottamusta. Vahvojen verkostojen olemassaolo perustuu jaettuun ymmärrykseen toimijoiden olemassa olost. (Virtanen & Stenvall 2011, 199–201; Saarnilehto ym. 2013, 19–22.)

### **6.1 Asiakaskeskeinen verkostotyöskentely**

Verkostossa tapahtuva vuorovaikutus on verkoston olemassaolon ydin. Kommunikaatio verkostossa voi olla tiedonvälittämistä tai tiedonvaihtoa. Vastavuoroista tiedonvaihtoa kuvataan resiprookkiseksi tiedonkuluksi. Verkostojen olemassaolo perustuu yleensä tarpeeseen ja siten tavoitteeseen. Verkostojen tärkeysaste ja verkostotoimijoiden osallisuuden määrä vaihtelee. (Virtanen & Stenvall 2011, 202–203.) Verkostojohdamisessa merkityksellistä on kokonaisuuden hallinta. Epämuodolliset organisaatiot ja moniulotteiset hybridirakenteet vaativat johtajaltaan hyviä vuorovaikutustaitoja sekä työkaluja kokonaisuuden hahmottamiseen. Verkostot muodostavat usein kompleksisen ja moniulotteisen kokonaisuuden, jonka hahmottaminen ulkoapäin on haastavaa. (Virtanen & Stenvall 2011, 204; Saarnilehto ym. 2013, 25–28.)

Verkostomaisuus on vallannut sosiaali- ja terveydenhuoltosektoria viime vuosina suuresti. Teknologiset murrokset ja digitaalisuus ovat mahdollistaneet verkostojen uudenlaisen muodostumisen ja keskinäisen kytkeytymisen. Sosiaali- ja terveydenhuollon verkostomaisessa toiminnassa on tärkeää muistaa verkostojen virallisuus sekä vastuu verkoston ylläpitäjästä. Verkostot mahdollistavat tiiviin, intensiivisen ja reaaliaikaisen tiedonkulun verkostoon kuuluvien kesken. (Boonekamp 1994, 11–12.) Tässä tutkielmassa sosiaali- ja terveydenhuollon verkostojen tarkastelu rajataan koskemaan kohdeorganisaation sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä, asiakkaita ja heidän sidosryhmiään.

Verkstorakenne on prosessirakennetta hajautetumpi. Verkstorakenteessa osa organisaation toiminnoista on siirretty organisaation muodollisten rajojen ulkopuolelle. Tyypillisimpiä ulkoistettuja toimintoja ovat tietojärjestelmäpalvelut sekä taloushallinto.

Ulkoistettujen toimintojen vuoksi verkostorakenteelliselle organisaatiolle erilaiset verkostot, liittoumat ja kumppanuudet ovat merkityksellisiä. Verkostorakenne on lisääntynyt teknologian kehityksen ja digitalisaation myötä, jolloin ei enää vaadita fyysistä läsnäoloa. Verkostorakennetta hallitsee ja koordinoi organisaation keskusyksikkö, johon on sijoitettu strategisesti tärkeät toiminnot. (Peltonen 2007, 38.)

Verkostorakenteen ehdottomana vahvuutena on mahdollistaa pienemmille yrityksille suuryritysten kaltainen toimintokokonaisuus. Verkosto toimii matalan hierarkian periaatteella, jonka vuoksi myös byrokraattisuus ja kankeus jäävät vähemmälle. Verkoston toiminnan jatkuvuuden edellytyksenä on jatkuva sopeutuminen ja oppiminen. Verkoston toimijoiden tulee tuntea toisensa, toistensa intressit verkostossa ja heidän välillään tulee vallita keskinäinen luottamus ja kunnioitus. (Mitronen 2002, 55.) Verkostorakenne on äärimmäisen joustava ja mukautumiskykyinen organisaatorakenne. Verkostorakenteen heikkouksina voidaan mainita verkostomaisten suhteiden ylläpidolliset haasteet ja kokonaisuudenhallinnan hajanaisuus. (Peltonen 2007, 41–42.) Mikäli verkoston toimijoiden suhde toisiinsa ei täytä luottamuksen ja kunnioituksen vaadetta eikä yhteistä tavoitetta tunnisteta verkostomaisen toiminnan hyödyt jäävät saavuttamatta. Verkostomaisen toiminnan hyötyjen saavuttamattomuuteen liittyvät usein epäselvät roolit verkostossa, huono ihmisten johtaminen ja verkoston tavoitteen ymmärtämisen ristiriita. (Mitronen 2002, 56.) Yleisesti organisaatioiden rakennetyyppien tarkastelu ja pohdinta mahdollistaa kriittisen arvioinnin rakenteen sopivuudelle organisaatioon. (Peltonen 2007, 41–42.)

Asiakkaan nouseminen organisaation strategisen ajattelun ja suunnittelun tekijäksi on lisääntynyt merkittävästi viime vuosikymmeninä lähes jokaisella toimialalla. Keskusteluun ovat kiinteästi nousseet teemat asiakashyödyn tuottamisesta, ainutlaatuisesta asiakaskokemuksesta ja asiakkaan sitouttamisesta kohdeorganisaatioon. Asiakashyötystrategian tulee olla niin hyvä, että asiakas vapaaehtoisesti sitoutuu organisaatioon ja sen verkostoihin aina uudelleen. Tämä on mahdollista arvolutupauksen täyttymisen jälkeen. (Lipasti 2007, 244–245.)

### **6.1.1 Roolit ja vastuut asiakkaan verkostoissa**

Verkosto organisaatiomuotona korostaa vahvasti yksilön henkilökohtaisia ominaisuuksia ja kompetenssia työskennellä osana verkostoa. Laadukkaan verkoston edellytyksenä on vahvojen ja itsenäiseen työhön kykenevien sekä vastuullisten työntekijöiden yhteistoiminta. Verkostojen toimintakulttuuri omaksutaan parhaiten toimimalla osana verkostoja. Verkostokulttuurin katsotaan edustavan monipuolista sivistystä, jossa kulttuurin tuntemus, systeemiajattelu, erinomaiset kommunikointi- ja viestintätaidot sekä tulevaisuusajatteluun perustuva jatkuva oppiminen takaavat yksilölle menestymisen



mahdollisuudet osana verkostoa. (Mäkelä & Stenlund 1995, 24–27.) Verkostoja on luonnehdittu myös yhteiseksi tahtotilaksi ja kumppanuussuhteeksi, jossa luottamuksen perustalle rakentuu yhteinen toimintamalli (Gustafsson & Marniemi 2012, 50). Kohdeorganisaatiossa haastateltavat tunnistavat selkeästi verkostomaisen työskentelyn. Verkostot nähdään kumppanuussuhteena, jossa vallitsee yhteinen tavoite eri toimijoiden kesken. Haastateltavat korostavat verkoston vetovastuun näkökulman olevan tiimivastaavalla sairaanhoitajalla. Lisäksi merkittävät roolit asiakkaiden verkostoissa tunnistettiin myös hoitavalla lääkärillä sekä asiakkaan omaisilla.

*Tiimivastaava sairaanhoitaja on sen asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon vastuunkantaja, joka huolehtii sen verkoston rakentamisesta siinä hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen yhteydessä ja ylläpitää sitä. H4*

*Varmaan ne oikeesti keskeisimmät roolit on lääkärillä ja kotiutushoitajalla sekä tietty omaisilla. H3*

Verkoston sopeutumista lisääviä tekijöitä ovat yhteiset liiketoiminnalliset arvot sekä toimintaperiaatteet organisatoristen ongelmien ratkaisussa. Verkosto toimii vahvasti ihmisten osaamisen pohjalta sekä perustuu tiiviiseen kanssakäymiseen, jolloin yhteisen kielen löytyminen on toiminnan tuloksellisuuden edellytys. (Mitronen 2002, 101.) Verkoston toimijoille syntyy erilaisia rooleja. Oleellista on tunnistaa vahvuudet verkostossa. Yleisesti muuttuvat ja moniulotteiset verkostot vaativat kokonaisvastuullisen verkoston osasen, joka koordinoi verkoston kokonaistoimintaa. (Juholin 2009, 132.) Kohdeorganisaatiossa verkostojen muuttuminen ja eläminen reaaliajassa asiakkaan tarpeiden mukaisesti on tunnistettu hyvin. Lisäksi korostuu, ettei verkosto ole olemassa itsellään eikä toimi ilman aktiivista yhteydenpitoa verkoston osasten kesken. Edelleen haastateltavat peräänkuuluttavat verkoston kokonaisvastuuta, jolle tulee olla nimettynä selkeästi jokin taho. Tässä yhteydessä verkostojen vastuutoimijana toimii asiakkaan tiimivastaava sairaanhoitaja.

*Ei se verkosto toimi sillai kun pitäisi niin itsestään. Sen tiimivastaavan sairaanhoitajan tulee toimia ylläpitäjänä. H5*

*Ne verkostot on tosi muuttuvia. Varsinkin, jos sille asiakkaalle tulee jotain tai joutuu sairaalaan niin tiimivastaavan sairaanhoitajan tulee viestiä se tieto esimerkiksi sinne ruokapalveluun, että ruoanjakelu keskeytetään. H3*

Verkostomaisessa toimintatavassa verkoston jäsenet ovat fyysisesti erillään toisistaan. Tiedon sosiaalisaatiota varten on järjestettävä tarkoituksenmukainen ja toimiva toimintaympäristö ja olosuhteet, jossa voidaan työskennellä yhdessä. Tiedon sosiaalisaatio vaatii tiedon ulkoistamista, joka edellyttää vuoropuhelua ja sisäisten ajatusmallien

ymmärtämistä. Yhteisten ajatusmallien ja vuoropuhelun kautta on mahdollista muodostaa yhteisiä käsitteitä, joiden merkitys kaikille verkostoissa toimiville on sama. (Simons & Salkari 2006, 13.) Haastateltavat kokivat verkostomaisen työskentelyn pääosin mielekkääksi ja verkostojen toimivuuden hyväksi. Verkostojen toimivuuden edellytyksenä korostettiin, että jokaisen verkoston jäsenen tulee hoitaa roolinsa verkostossa ja sitoutua verkostossa toimimiseen. Asiakkaiden verkostojen nähdään tuovan asiakkaalle hyötyä osana hoitoprosessia.

*Ne verkostot on jokaisen asiakkaan kohdalla erilaiset ja toimivatkin vähän eri tavoilla. Kuitenkin mä näen sen siten, että niistä verkostoista saadaan hyötyä siinä asiakkaan hoidossa. H1*

*Siinä verkostossa huomaa sen tosi äkkiä, jos joku ei hoida hommiaan... se verkoston toimivuus vaatii sen, että jokainen ymmärtää miksi se verkosto on olemassa. H5*

Verkosto-ohjausjärjestelmänä perustuu verkostosuhteiden pysyvyyteen, toiminnan hyvään maineeseen ja avoimeen kulttuuriin, jossa pyritään edistämään yhteisiä tavoitteita ja verkostotoiminnan tavoitteiden saavuttamista. (Mitronen 2002, 54). Verkostomainen toiminta voi myös kuvata toimijoiden välistä palvelu- tai sopimusohjausprosessia (Gustafsson & Marniemi 2012, 50). Kohdeorganisaation pienten toimijoiden edut tunnistettiin verkostomaisessa toimintatavassa. Lisäksi verkostot koettiin pysyvinä ja hallittuina kokonaisuuksina.

*Verkostot on aika pysyviä. Tietty ne muuttuu asiakkaan tarpeiden mukaan. Meillä pienenä yksikkönä on se etu, että me tunnetaan toisemme ja pystytään siten hallitsemaan tätä kokonaisuutta. H3*

*Meillä on osittain keskitettyjä palveluja niin tietysti kun ne samalta toimittajalta tulee niin se toimii. H4*

Verkostoissa osaamisen jakaminen ja -siirto jakautuvat epätasaisesti. On todettu, että verkoston syntymisvaiheessa vain osalla verkoston osasista on riittävä osaaminen ja ymmärrys verkoston toiminnan edellytyksistä. Oleellista on osaamisen siirtyminen verkoston sisällä, jolloin verkoston toiminnassa syntyvä oppiminen takaa toimivan ja vuorovaikutteisen verkoston. Oleellista on verkoston tavoitteiden selkeyttäminen ja käytettävien termien jaettu ymmärrys. (Simons & Salkari 2006, 15.) Haastateltavissa oli tunnistettavissa selkeää vetovastuun tunnistamista verkostossa sekä tilanne, jossa vetovastuuta verkostossa ei tunnistettu. Osalle haastateltavista vastuullisen roolin ottaminen verkostossa saattoi aiheuttaa pelkoa ja jännitystä, jonka vuoksi vastuunpakoilua esiintyi.

*Ei se verkostossa toimiminen ole kaikille selvää eikä sitä omaa rooliaan ja vastuutaan siinä osata ajatella. H9*

Verkostotyöskentelyn on todettu lisäävän henkilöstön sitoutumista ja vastuullisuutta organisaatiota kohtaan (Agranoff & McGuire 2001, 295–296). Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että verkostojen vetovastuu ja avainhenkilönä toiminen on rankkaa ja vaatii paljon panostusta sekä laajaa tietopohjaa useiden asiakkaiden asioista. Toisaalta myös peräänkuulutettiin vastuullisen roolin tärkeyttä sekä oman roolin ja ammatillisuuden kokemusta tärkeäksi osana asiakkaan hoitoprosessin verkostoja.

*Kyllä se, että sä oot vastuussa siitä asiakkaan verkostosta on välillä tosi rankkaa kun tuntuu, että kaikesta pitää kaikki tietää, mutta samaan aikaan sitä kokee itsensä tosi tärkeäksi. H4*

Verkostotyöskentelyssä vastuunjakaminen on tärkeää. Jokaisella verkoston jäsenellä on osaltaan kokonaisvastuu verkostotyöskentelyn toimivuudesta. Verkostotyöskentely vaatii kokonaisvaltaista kehittymistä ja oppimista, sekä yksilö- että verkostotasolla. Verkostossa jokainen yksilö on vastuussa henkilökohtaisesta oppimisestaan. (Mäkelä & Stenlund 1995, 265–266.) Verkostojen kokonaisvastuunotossa on tunnistettavissa selkeää roolien tunnistamista ja rohkeaa roolin ottoa, mutta samaan aikaan myös rooleissa ilmeneviä ristiriitoja on. Kohdeorganisaatiossa koetaan, että verkostotyöskentelyssä ollaan menty paljon eteenpäin ja kehitystä on tapahtunut. Osa haastateltavista kuitenkin kaipasi esimiehen suurempaa roolia asiakkaan verkostojen rakentamiseen ja verkostojen toimivuuden takaamiseen.

*Se vastuu on niillä tiimivastaavilla sairaanhoitajilla. Esimieskin saisi ottaa jotain vastuuta näiden verkostojen toimivuudesta ja rakentamisesta. H2*

*Siinä verkostomaisessa työskentelyssä on vielä oppimista, mutta ollaan siinä paljon kehityttykin. H9*

Verkoston tuottama arvo asiakkaalle syntyy asiakkaan hoitoprosessin liittyvien yksiköiden yhteistyöstä. Asiakkaalle on mahdollista tuottaa arvoa kun verkoston eri toimijat ymmärtävät asiakkaan hoitoprosessin päämäärän yhteisesti. Asiakkaan hoitoprosessin tuotoksena voidaan luonnehtia toimintakyvyn palautumista. Toimintakyvyn palautuminen mahdollistuu tehokkaimmin kun jokainen verkoston toimija ymmärtää oman vastuunsa hoitoprosessissa sekä pyrkii yhteistyössä muiden yksiköiden kanssa tavoitteen saavuttamiseen. Arvoa tuottava arvoajuri (*engl. Value Driver*) voi olla mikä tahansa vaihdannan kohde, joka tuottaa asiakkaalle arvoa. Oleellista

on tunnistaa asiakkaalle arvoa tuovan toimintaprosessin osaset ja pyrkiä yhteistyöllä kohti arvonluontia asiakkaalle. (Tikkanen ym. 2007, 44.) Kohdeorganisaatiossa asiakkaan hoitoprosessiin kuuluva toimijoiden verkostomainen työskentely nähdään mahdollisuutena luoda asiakkaalle lisäarvoa verkostojen kautta. Jotta asiakkaalle saadaan tuotettua lisäarvoa verkostojen kautta verkostoon sitoutumisen tulee olla korkea ja yhteisen tavoitteen tunnistamisen selkeää.

*Asiakas on sen meidän kaiken toiminnan keskiössä. Kaikki lähtee liikkeelle siitä asiakkaasta, myös sen verkoston rakentaminen. H7*

*Asiakkaan tulee saada siitä hänen ympärillään toimivasta verkostosta lisäarvoa siten, että hänen hoitonsa kokonaisuus toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä vaatii jokaisen verkoston toimijan ehdotonta sitoutumista siihen asiakkaan prosessiin. H8*

Omahoitajuusmallin on todettu lisäävän asiakaskeskeisyyttä. Kotona hoidettavat ikäihmiset kokevat omahoitajan huolehtivan ikääntyneen kokonaisvaltaisesta hoidosta sekä yhteistyöstä muiden hänen hoitoonsa osallistuvien tahojen kanssa. (Hautsalo ym. 2016, 10.) Omahoitajan rooli asiakkaan verkostoissa koettiin keskeiseksi haastateltavien mukaan. Omahoitajalla on ajantasaiset tiedot asiakkaasta ja hänen kauttaan verkostojen koordiointi helpottuu. Myös asiakkaiden omaisilta ja muilta sidosryhmiltä on tullut positiivista palautetta omahoitajuus-mallin toteuttamisesta.

*Omahoitajuus on lisännyt asiakaskeskeisyyden toteutumista tosi paljon. On se nimetty hoitaja, joka on kokonaisvastuussa asiakkaasta ja tietoinen hänen asioistaan ja terveydentilastaan. H5*

*Tähän vastuuhoidotajuusmalliin asiakkaat ja heidän omaiset ovat olleet tosi tyytyväisiä. H7*

Omahoitajuus lisää tutkimusten mukaan asiakaskeskeisyyttä luoden luottamusuhteen asiakkaan ja hoitajan välille. Lisäksi ikääntyneet kokevat, että tuttu hoitaja kykenee paremmin arvioimaan terveydentilan muutoksia. Myös omaiset suhtautuvat omahoitajuus-malliin positiivisesti. (Hautsalo ym. 2016, 10.) Omahoitajan keskeinen merkitys asiakkaan verkostossa on kiistaton. Asiakkaat itse kokevat, että tuttu hoitaja kykenee arvioimaan heidän terveydentilaansa paremmin ja hoitamaan heidän asioitaan. Omahoitajuus-mallin kautta syntyvä luottamussuhde asiakkaaseen lisää asiakaskeskeisyyden toteutumista hoitoprosessissa.

*Omahoitajan/vastuuhoitajan on tarkoitus suorittaa ne asiakkaan arkikäynnit. Se, että näkee usein sitä omaansa takaa sen, että pysyy paremmin kartalla häntä koskevista asioista ja kykenee seuraamaan sitä toimintakäynnin muutosta. H5*

Asiakkaan hoitoon liittyvään viestintään verkostoissa liittyy väistämättä rooleja ja vastuita. Henkilöstön on oleellista tunnistaa roolinsa sekä vastuunsa ja yhteinen tavoite, jonka vuoksi verkosto on asiakkaan ympärille rakennettu. Torkkola (2002) kuvaa terveysviestinnän keskeiset tavoitteet seuraavasti; asiakasta koskeva terveysviestinnän perusta on asiakkaan perustoimintojen tukeminen. Lisäksi terveysviestinnän keskeinen tehtävä on asiakkasta koskevien tietojen välittäminen niitä tarvitseville tahoille. Viestinnän keskeisinä tehtävinä nähdään myös henkilökunnan sitoutuminen asiakkaan verkostoon sekä tukea asiakkaan verkoston mukautumista toivottuun suuntaan. Asiakkaan tietoja välittävän sosiaali- ja terveydenhuollon viestijän tulee tarkoin huomioida ulkoisen ja sisäisen viestinnän eroavaisuudet vaitiolovelvollisuuden velvoitteen nimissä. (Torkkola 2002, 123–124.)

### **6.1.2 Tiedonkulku asiakkaan verkostoissa**

Asiakaskeskeinen viestintä perustuu luottamukseen ja vuorovaikutukseen. Viestinnässä on tärkeä muistaa, että viestinnän osapuolina toimivat henkilöt saattavat muuttua ja muuttaa tapaansa viestiä. Yksikään asiakassuhde ei ole stabiili vaan muutoksia ja asiakassuhteen laatua tulee arvioida jatkuvasti viestinnän osana. (Cockman ym. 1999, 42–43.) Haastateltavat kokevat asiakkaiden verkostoihin liittyvän tiedokulun kehittyneen viimeisten vuosien aikana, mutta edelleen tiedonkulkuun liittyviä ongelmia ilmenee osana asiakkaan verkostoja. Tiedonkulun ongelmien vuoksi nähdään, että verkostoista saatava asiakashyöty ei aina toteudu.

*Paljon sen verkoston hyödyistä jää toteutumatta kun se tieto ei yksinkertaisesti vaan kulje näiden meidän yksiköiden välillä. Sitä tiedonkulun ongelmaa on ollu niin kauan kun mäkin olen täällä ollut. H1*

*Vaikka siinä tiedonkulussa on edelleen paljon niitä sudenkuoppia niin on tää tiedonkulku mennyt meillä paljon eteenpäin. H2*

Tarkasteltaessa asiakkaan verkostoa tunnistetaan useita eri verkoston osia. On olemassa tieteellistä tutkimusnäyttöä siitä miten kommunikaatio hoitohenkilökunnan ja asiakkaan ja tämän omaisten kanssa lisää hoitomyönteisyyttä ja siten asiakkaan yksilöllistä kokemuksen tunnetta. Avoin tiedonkulku asiakkaan verkostoissa mahdollistaa onnistuneen hoitoprosessin toteutumisen ja potilasturvallisuuden

toteutumisen hoidon kaikissa vaiheissa. (Woodward ym. 2002, 3–7.) Toimivan ja avoimen kommunikaation on todettu myös olevan yhteydessä turvallisen lääkehoidon toteutumiseen (Parand ym. 2016, 1–3). Haastateltavat korostavat muuttuneiden verkostojen lisääntyneen viime vuosina. Asiakkaiden verkostojen muodot ovat laajentuneet teknologisten innovaatioiden ja sovellusten ansiosta. Lisäksi verkostojen toimivuus on parantunut kun verkoston osaset tuntevat toisensa.

*Näiden asiakkaiden omaisten kanssa ollaan paljon tekemisissä ja se on lisääntynyt. Monella asiakkaalla on tosi aktiiviset ja kiinnostuneet omaiset. Omaisten kanssa viestitetään, soitellaan ja käytetään Whatsappia. H1  
On se asiakkaan hoitosuhde selkeästi läheisempi kun me tunnetaan ne omaiset ja ne tuntee meidät. H3*

Asiakkaan hoitoprosessissa asiakaskeskeinen viestintä ja tiedonkulku eivät ole yksiselitteisiä. Asiakkaan hoitoprosessin tavoitteena on olla sujuva palvelujen tapahtumasarja, jossa tiedonkulku on ammatillista, oikea-aikaista ja luotettavaa. On todettu, että palveluverkostossa tiedonkulku ja viestintä eri yksiköiden välillä on puutteellista. On selvää, että tiedon siirtyessä viiveellä tai virheellisesti asiakkaalle koituu tiedonkulullisista ongelmista viivettä ja ylimääräistä räsitusta. Myös virheiden ja epäjohtomukaisten päätösten mahdollisuus on olemassa. (Ovaskainen 2016, 78.) Toimiva viestintä ja tiedonkulku sitouttaa verkoston toimijoita osaksi asiakkaan prosessia (Juholin 2009, 45). Haastateltavat todentavat hoitoyksiköiden välisen tiedonkulun ongelman olevan olemassa. Tiedonkulun ongelmia asiakkaan verkostoissa aiheuttavat muun muassa osaamattomuus hyödyntää potilastietojärjestelmiä ja niiden sovelluksia. On selvää, että osaamattomuus hyödyntää olemassa olevaa tietoa estää asiakaskeskeistä hoitoprosessia. Lisäksi haastateltavat kuvasivat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan välisen tietojenluovutusasian haastavaksi ja asiakaskeskeistä hoitoa estäväksi. Sorvari (2004) on tutkinut asiakkaiden ja potilaiden tietosuojakysymyksiä. Hänen mukaansa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojen siirtyminen sähköiseen muotoon on lisännyt merkittävästi tietoteknisiä osaamisvaatimuksia ja potilastietojen käsittelyn kehittämistä (*engl. Health Informatics*). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalla on henkilörekisteriasetuksen 18 §:n perusteella oikeus vaikuttaa arkaluonteisten tietojen käsittelytapoihin. (Sorvari 2004, 36.) Haastateltavat esittivät ehdotuksen, että lupa katsoa asiakkaan tietoja sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa olisi voimassa toistaiseksi.

*Näiden hoitoyksiköiden välinen tiedonkulku on tosi huonoa. Yksi keskeinen ongelma on osaamattomuus käyttää potilastietojärjestelmiä. Tiedot on selkeästi siellä, mutta ei niitä osata katsoa ja sit taas soitetaan monta kertaa ihan turhia puheluita kiukustuneena. H2*

*Se tietosuoja on aikamoinen rajoite tässä. Päivystys ei siis näe niitä kotihoidon tietoja, ellei ole suostumusta tietojen katseluun. Sit kun sitä ei ole niin tietoja ei näy ja ollaan vihaisia, että miksi ei ole verempainetta kontrolloitu, vaikka ne arvot kyllä sieltä koneelta näkyisi. Tietosuoja tuo tosi paljon lisää työtä ihmisille ja aiheuttaa pinnan kiristymistä. H4*

Verkostomaisen toiminnan kannalta yhtenä keskeisenä ohjausmekanismina on prosessien tunnistaminen ja hallinta. Prosessimaisen ajattelun kautta verkoston eri toimijoiden erilaiset intressit on mahdollista yhdistää yhteisiksi intresseiksi ja nivota toiminta ehjäksi, tavoitetta palvelevaksi kokonaisuudeksi. Prosessimaisen ajattelun avulla on mahdollisuus hallita samaan aikaan sekä erilaisuutta että yhdenmukaisuutta verkostoissa. (Mitronen 2002, 54.) Tarkasteltaessa asiakkaan hoitoprosessia on todettu, että asiakkaan hoitoprosessin tunnistaminen on asiakaskeskeisen hoidon oletus. Myös verkostoissa asiakkaan hoitoprosessin tunnistaminen ja hoitoprosessiin liittyvien verkostojen hahmottaminen kokonaisuutena on tärkeää. Haastateltavat tuovat ilmi, että asiakkaan hoitoprosessiin liittyvien toimijoiden ja hoitoyksiköiden yhteistyön puute aiheuttaa verkostojen toimimattomuutta. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että asiakkaan hoitoprosessiin kuuluvien sidosryhmien tulisi ajatella asiakas prosessin loppukäyttäjänä organisaation sijaan.

*Vaikka me ollaan saman työnantajan alla niin ei meillä mitää keskinäistä yhteistyötä ole eikä kaikki edes tiedä mikä rooli milläkin yksiköllä siinä asiakkaan prosessissa on. H6*

*Asiakaskeskeisyyden näkyminen asiakkaan sidosryhmissä on siten erilaista, että siellä on sellaisia sidosryhmiä, jotka näkevät loppukäyttäjänä tämän organisaation sen asiakkaan sijaan. H8*

Ilman prosesseja verkostoa on lähes mahdoton johtaa vaikka verkostoituminen voikin tapahtua (Mitronen 2002, 54). Verkostojen ehdoton rikkaus on nopean tiedon kulun mahdollistaminen fyysisestä etäisyydestä huolimatta sekä joustavuus erilaisissa tilanteissa (Agranoff & McGuire 2001, 295–296). Haastateltavat tunnistavat asiakkaiden verkostossa olevan kehittämisvaraa kokonaisuutena, vaikka verkostomaisessa työskentelytavassa ollaankin päästy alkuun. Edelleen verkostomaisen toiminnan tavoitteen määrittely asiakkaan näkökulma ja ääni edellä kaipaa selvennystä ja toimintaohjeita.

*Asiakkaan prosessit saatetaan tunnistaa nimeämisen tasolla, mutta keskinäisessä yhteistyössä ja tavoitteen tunnistamisessa on kyllä parantamisen varaa. H9*

*Selkeästi meillä näkyy vielä se, että tekemisen varaa on ja se, että ymmärretäänkö se, että kaikkien tavoite voi toteutua siinä samassa verkostossa. Vähän on sellasta pallottelun varaa vielä siinä yhteistyön hyötyjen tunnistamisessa. H8*

Yleisimmät tiedolliset katkokset ilmenevät tilanteissa, joissa asiakas siirtyy hoitoyksiköstä toiseen. Vastuuhenkilöt, jotka vastaavat asiakkaan hoidon kokonaisuudesta voivat vaihtua, joka heikentää asiakkaan kokemusta hoidon laadusta ja asiakaskeskeisyydestä. Myös nopeat kotiutukset koetaan ongelmallisina. (Kettunen 2016, 19.) Haastateltavat nimesivät asiakkaiden kotiutusprosessin ongelmalliseksi organisaatiossa. Nähtävissä oli, että kotiutusprosessissa ei ilmennyt asiakaskeskeisyyttä, jossa hyödynnettäisiin asiakkaan verkostoja ja jaettaisiin tietoa myös muille toimijoille. Haastateltavista valtaosa kykeni luettelemaan useita tapauksia, joissa asiakkaan kotiutusprosessi oli tapahtunut käytännössä vain kotiuttavan yksikön päätöksen varassa ja asiakas kotiutettiin haastateltavien mukaan liian nopeasti. Nopeisiin kotiutuksiin liittyi ongelmia muun muassa resurssoinnissa ottaa asiakas vastaan ja organisoida hänen hoitonsa mahdolliset muutokset lyhyellä varoitusajalla.

*Sellaiset kotiutukset, jotka tapahtuvat vain kotiuttavan yksikön päätöksestä ovat todella haastavia. H5*

*Nyt esimerkiksi perjantaina oli sellanen, että kun meidän työaika loppuu klo 14:30 niin vartin yli kaks soitettiin, että nyt tämä kotiutuu ja käynnit lisätään neljään käyntiin päivässä ja uutena vielä aloitettu ateriainsuliini ja paljon muitakin muutoksia tehty jakson aikana. Siis on sovittu, että klo 12 jälkeen ei enää kotiuteta ainakaan jos ei ole aiemmin ilmoitettu. H6*

Käsiteltäessä asiakkaan verkostoja on todettavissa, että verkostoissa jokaisella organisaation osalla on oma ydinosaamisensa. Tämän ydinosaamisen tunnistaminen muille verkoston osasille mahdollistaa yhteistyön ja yhdessä oppimisen ja osaamispotentiaalin hyödyntämisen. (Simons & Salkari 2006, 15.) Haastateltavat tunnistavat asiakkaiden verkostoissa piilevän osaamispotentiaalin. Osaamispotentiaalia kyettäisiin hyödyntämään enemmän kun yhteistyötä tiivistettäisiin eri yksiköiden välillä. Myös haastateltavien mainitsemasta ammattiryhmien välisestä nakittelusta voitaisiin päästä eroon kun tiivistettäisiin yhteistyötä, jolloin eri toimijoille todentuisi mitä kukin taho osana asiakkaan hoitoprosessin verkostoja tekee.

*Mä oon työskennellyt täällä muuallakin, joten mä tunnen niitä ihmisiä ja tiedän mitä siellä tehdään. Ei täällä muuten ole minkäänlaista yhteistyötä näiden yksiköiden välillä. Lisäksi on sellasta ammattiryhmien ja työyksiköiden välistä nakittelua, joka on äärettömän kuluttavaa. H5*



Verkoston muodostumiseen vaikuttaa erilaisten toimijoiden maine ja kokemukset yhteistyöstä. Onnistunut verkostotoiminta lisää myönteisten kokemusten kautta verkoston integraatiota ja toimijoiden sitoutuneisuutta. Luottamuksellisen suhteen luomisessa on ehdottoman tärkeää pystyä luottamaan toiseen osapuoleen. On todettu, että luottamus syntyy helpommin ihmisten välisessä suhteessa kun muodollisissa suhteissa. Luottamuksellisuus verkostoissa toimii eri vaihdantojen keskinäisenä perustuna. Toisin sanoen luottamus on verkostomaisen työskentelyn ohjausmekanismi, jonka avulla opportunisti eli oman edun tavoittelu vähenee. (Mitronen 2002, 59.) Haastateltavat toivat esille luottamuksen puutetta verkostoissa. Varsinkin mainituissa asiakkaiden kotiutustilanteissa ilmenevät tiedonkulun katkokset ja itsenäiset päätökset ovat luoneet epäluottamuksen kulttuuria yksiköiden välille. Luottamuksen puute ilmenee joko tiedon saamattomuutena ja tiedon saamisena liian myöhään.

*Mä en yksinkertaisesti voi luottaa siihen, että se tieto tulee. Niin on käynyt todella monet kerrat, että sitä tietoa ei joko ole saatu tai se on tullut liian myöhään. H4*

Verkoston keskeisimpiä ongelmia ovat kyvyttömyys nähdä muutostarpeita omalle toiminnalle ja kulttuurilleen. On luonnollista, että pitkään noudatetut ja hyväksi koetut toimintamallit ajatellaan kestävän aikaa ja kehitystä vaikka harvoin näin on. Lisäksi selvän rooli- ja työnjaon puuttuminen verkostossa, hajanainen tai puutteellinen johtaminen sekä yleiset tiedonkululliset ongelmat vähentävät verkoston keskinäistä luotettavuutta ja siten heikentävät verkostomaisen toimintatavan tuloksellisuutta. (Mitronen 2002, 102.) Verkostojohdamiseen tarvitaan haastateltavien mukaan lisää perehdytystä ja systemaattista johtamista. Haastateltavista valtaosa totesi lähiesimiehen pitkäaikaisen puuttumisen aiheuttaneen toimettomuutta myös asiakkaiden verkostoissa muun muassa siten, että verkostojen rooleja ja vastuita ei tunnistettu eikä verkostojen rakentamisessa tai ylläpitämisessä saatu esimieheltä kaivattua tukea.

*Verkoston roolit on osalle epäselviä ja sit on tunnistettavissa sellasta vastuunpakoilua, että joko jätetään hoitamatta tai siirretään jollekin muulle. H2  
Esimiehellä ei ole minkäälaisista roolia näiden verkostojen rakentumisessa tai ylläpitämisessä. Se on todella kuluttavaa. H3*

Tiedonkulullisia ongelmia on todettu esiintyvän päällekkäisten ja osin monimutkaisten asiakastietojärjestelmien vuoksi. Asiakastietojärjestelmiä saattaa olla useita päällekkäisiä, jotka eivät ”keskustele” keskenään. (Suhonen ym. 2015, 270.) Tässä tutkielmassa haastateltavat kuvasivat asiakastietojärjestelmien ongelmia osaamattomuutena soveltaa

potilastietojärjestelmiä sekä pilottikokeilussa olleen Nurse Buddy-mobiilisovelluksen yhteensopimattomuutta Mediatri-potilastietojärjestelmän kanssa.

*Meillä on sama potilastietojärjestelmä näissä yksiköissä, mutta silti se tieto ei siellä kulje. Kuulostaa uskomattomalta, mutta näin se on ollut vuosia. H5*

*Se tietojärjestelmien puutteellinen osaaminen aiheuttaa todella paljon ristiriitoja työntekijöiden väliin. Oon kuullut, että ihan riitojakin on syntynyt. H4*

Kehittynyt tieto- ja viestintäteknologia mahdollistaa asiakaskeskeisen toimintamallin toteuttamisen. Sähköiset informaatiokanavat, palautejärjestelmät ja vuoropuhelufoorumit mahdollistavat asiakkaiden tarpeiden esille tulon ja palautteen annon. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010, 73.) Teknologiset innovaatiot ovat mahdollistaneet myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon kokeiluun saapuneita erilaisia teknologisia sovelluksia. Teknologisten sovellusten (*engl. Telemedicine Technology*) lisääntyminen ihmisten arjessa on edesauttanut uusien sovellusten hyväksyntää osaksi työtä. Teknologiset innovaatiot nähdään työn tehokkuuden ja suoritteiden helpotuksena. (Chau & Hu 2002, 297–298.) Teknologian entistä tehokkaampi hyödyntäminen olisi sosiaali- ja terveydenhuoltosektorilla merkittävää (Riikonen & Palomäki 2014, 143; Topo 2015, 232–233; Kleinberger ym. 2017, 103). Teknologisten laitteiden hyödyntämisen ansiosta asiakastyölle jää enemmän aikaa ja säästää yleisesti myös muita resursseja kun työntekijällä on mahdollisuus päästä asiakkaan tietoihin kotona ja tehdä asiakkaan vointia koskevat kirjaukset jo asiakkaan kotona. Myös asiakkaan mahdollisuus osallistua itseään koskevaan kirjaamiseen parantuu. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017a.) Tulevaisuudessa Hallituksen kärkihankkeen ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa” tavoitteena on tarjota kotiin ympärivuorokautista palvelua. Tulevaisuuden tavoitteen saavuttamisessa teknologiset innovaatiot asiakkaan kotona asumisen tukena nousevat entistä enemmän keskiöön. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017a.)

Kohdeorganisaatiossa kahdessa tiimissä oli pilotoitokokeilussa Nurse Buddy-ohjelmisto, jonka tarkoituksena oli tuoda potilastietojärjestelmä lähemmäs asiakasta ja helpottaa hoitajien keskinäistä työnjakoa. Nurse Buddy on mobiilisovellus, joka toimii älypuhelimessa. Nurse Buddyn ajatuksena oli, että esimerkiksi asiakkaan voinnin kirjaaminen tapahtuisi hänen kotonaan, jolloin hoitajalla olisi enemmän aikaa asiakkaalle. Nurse Buddy-ohjelmisto ja potilastietojärjestelmä Mediatri ovat yhteensopivia tulevaisuudessa. Nurse Buddyn kokemukset haastateltavien keskuudessa olivat pääsääntöisesti erittäin myönteisiä. Myös tiimit, joissa mobiilisovellusta ei vielä ollut suhtautuivat myönteisesti sen käyttöönottoon.

*Toi mobiilisovellus mahdollistaa lisääntyneen asiakasajan, esimerkiksi kirjaukset tehdään asiakkaan kotona. Jos on vaikka haavanhoitoa niin sen sovelluksen kautta pystyy liittämään kuvan siitä haavasta. Mä pystyn täällä toimistolla kattoo kuvan siitä haavasta.. ..Myös asiakkaat on ottaneet tän sovelluksen tosi hyvin vastaan. Me keskustellaan ja kirjataan yhdessä niin he tietää mitä me tehdään ja miksi tehdään. H1*

*Sitä mobiilisovellusta ei ole meidän tiimissä, mutta kovasti me toivotaan, että saadaan se kaikille meidän tiimeille. Se parantaa ehdottomasti sitä tiedonkulkua ja asiakkaan kokemusta hoidosta sekä potilasturvallisuutta, koska nyt meidän hoitajilla on asiakkaasta tiedossa vaan nimi ja osoite, ei tiedetä perussairauksia, ei nähdä aiempia kirjauksia eikä tiedetä edes sosiaaliturvatunnusta. H5*

Digitaalisen viestinnän merkitys tiedon välittämisessä kasvaa ja tulee kasvamaan tulevaisuudessa merkittävästi myös sosiaali- ja terveysalalla. Uusia, tehokkaita ja tarpeita palvelevia teknologisia interventioita tulee kehittää jatkuvasti. (Chau & Hu 2002, 297; Ovaskainen 2016, 78; Punna & Raitio 2016, 224.) On selvää, että tulevina vuosina kaikki mikä on mahdollista digitalisoitua digitalisoituu. Digitalisaation mukanaan tuomat mahdollisuudet ovat käytännössä ajattelun rajallisuuden ulkopuolella. Digitalisaation kautta tiedonkulku, koulutus, yhteistyö ja verkostoituminen muuttavat muotoaan huomattavasti. (Kataja & Pölkki 2016, 3.) On todettu, että älypuhelin, tabletti tai kannettava tietokone on käytössä jo yhdeksässä kymmenestä julkisesta kotihoitoyksiköstä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017a).

*Mun käsittääkseni alkuvuodesta päätetään tän pilottikokeilun jälkeen otetaanko tää käyttöön kaikissa tiimeissä vaiko ei. Mä toivon, että otetaan. H1*

*Tää NurseBuddy-ohjelmisto kävi läpi sellasen loppupilottikeskustelun ja nyt sitä tullaan esittämään, että tää jäisi, mutta se menee hallitukseen ja sit katotaan miten tehdään. Mä tarviin hallituksen siunauksen tälle ehdotukselle. H9*

Sosiaaliseen ja inhimilliseen pääomaan luettavat luottamus ja vastavuoroisuus mahdollistuvat fyysisestä etäisyydestä huolimatta. Luottamus on keskeinen elementti asiakkaan verkostojen suhteessa, jolloin kyseessä on asiakkaan luottamus yhteiskunnallisiin instituutioihin. Luottamus, verkostot ja vastavuoroisuus ovat käytännössä todennettavia asioita, joiden kautta asiakkaan osallisuus omassa hoidossaan on mahdollista. (Metteri 2003, 157.) Verkostotyöskentelyn omaksuminen saattaa aiheuttaa osassa henkilöstöä vastustusta ja epävarmuutta. Yleisimmin epävarmuuden tunteet liittyvät oman teknologisen osaamisen tasoon ja laitteiden hallintaan. (Tennenhouse ym. 1997, 80.) Teknologiset sovellukset ovat tulleet osaksi kotisairaanhoidoa jo useassa eri kunnassa ja kaupungissa. Myös kohdeorganisaatioissa

uudenlaiset teknologiset innovaatiot tulevat ajankohtaisiksi. Pääosin suhtautuminen uudistuksiin on ollut hyvää ja positiivista.

*Onhan tää mobiililaitesovellus varmasti vanhemmille varmasti alkuun vaikea juttu. Ja jos ajatellaan olevan vaikea juttu, niin eihän nää ihmiset vielä edes tiedä mistä on kyse. On tullu ihan yllätyksenä miten nää iäkkäämmätkin hoitajat on oppinu sen ja palaute on ollu ”onpa tää hieno juttu”. H9*

Tiedon suojaaminen verkostossa tarkoittaa oikean tiedon välittämistä oikealle henkilölle, oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan (Tennenhouse ym. 1997, 82). Varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollon sensitiivisellä toimialalla on kiinnitettävä erityistä huomiota tiedon turvallisuuteen liittyviin kysymyksiin. Haastateltavien mukaan verkostoissa liikkuva tieto on pääsääntöisesti luotettavaa ja oikea-aikaista. Lisäksi korostettiin tiedon olevan tiedonantajan näköistä, jossa korostuu näkökulma tiedonantajan ammatillisuudesta ja persoonasta.

*Se tieto mikä siellä verkostoissa kulkee on sen tiedonantajan näköistä. H9*  
*Tärkeää on, että osa tiedonkulusta on standardoitu muun muassa palveluntarpeen arviointi, josta se asiakkuus lähtee liikkeelle. H8*

Teknologiaa sovelletaan edelleen vähän asiakkaan kotona selviytymisen tukena. Teknologiset sovellukset, joita on otettu käyttöön painottavat turvallisuuden lisääntymistä kuten turvarannekkeet ja kulunseurannat. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2017b.) Teknologiset sovellukset tulevat osaksi kotisairaanhoidon ja niiden tarkoituksena on helpottaa työtä ja lisätä ihmisten turvallisuutta kotona sekä siten mahdollistaa kotona olo mahdollisimman pitkään.

*Tosi monella meidän asiakkaista on se turvaranneke. Päivä- ja ilta-aikaan kotihoito vastaa niihin kutsuihin ja yöllä meillä on siihen erillinen ostopalvelu, joka hoitaa ne turvaranneke päivystykset. H5*

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen tulevaisuus nähdään vahvasti teknologistuvana ja uusien teknologisten innovaatioiden läpimurtokenttänä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on tunnistettu paljon toimintoja, jotka on tai on tulevaisuudessa mahdollista muuttaa digitaaliseksi. Teknologiset innovaatiot nähdään tarpeellisina lisääntyvän vanhusväestön myötä. Lisäksi tulevaisuudessa teknologisten innovaatioiden on mahdollista helpottaa henkilökunnan työtä ja mahdollisesti jopa korvata toimintoja (Länsisalmi ym. 2006, 66–69; Punna & Raitio 2016, 224-225.)

## 6.2 Verkostojohtaminen asiakaskeskeisyyden tukena

Teknologinen murros ja digitalisaatio ovat tarjonneet verkostoitumisen mahdollisuutta myös sosiaali- ja terveysalalle. Viime vuosikymmeninä tapahtuneet muutokset ovat mahdollistaneet verkostomaisen työskentelyn osaksi laajempia organisaatiokokonaisuuksia. Organisaatiossa toteutettavassa verkostotyöskentelyssä tulee olla selkeät säännöt. (Knight & Harland 2005, 281, 286-287.)

### 6.2.1 Verkostojohtaminen

Valtaosa verkostoista vaatii johtajuutta. Verkostojohtajille on tunnistettavissa kuusi erilaista roolia. Innovatiivinen verkostojohtaja pyrkii aktiivisesti kehittämään verkostoa. Koodinoiva johtaja pyrkii pitämään verkoston hallinnassa ja hallitsemaan kokonaisuutta. Yhteisistä säännöistä kiinnipitävä verkostojohtaja pyrkii ohjaamaan verkostoa kohti tavoitettaan. Neuvonantaja -verkostojohtaja pyrkii toimimaan tiedonantajana ja häntä on helppo lähestyä. Tiedonvälittäjä -verkostojohtaja keskittyy verkostossa oleellisen tiedon jakamiseen ja faktaperusteiseen informaatioon. Verkostoja luova -verkostojohtaja pyrkii kehittämään verkostoa aktiivisena toimijana. Jokainen verkosto on verkoston jäsenten näköinen ja jokaiseen verkostoon soveltuu erilainen johtaja. Harva verkostojohtaja on vain yhtä tyyppiä eritellyistä verkostojohtajista vaan valtaosassa yhdistyy piirteitä useammista tyypeistä. (Knight & Harland 2005, 281, 286-287.) Verkoston johtajalla on kiistatta keskeinen merkitys verkoston toimivuuden ja tavoitteen saavuttamisen mahdollistajana. Tässä tutkielmassa haastateltavat kokivat tiimivastaavalla sairaanhoitajalla olevan keskeinen rooli verkoston johtajana. Esimiesten roolia verkostoissa ei juuri tunnistettu.

*Tiimivastaavat sairaanhoitajat johtavat verkostoja ja kantavat kokonaisvastuuta verkoston toimivuudesta osana asiakkaan hoitoprosessia. H1*  
*Esimiehellä pitäisi olla se kehittämismvastuu siitä verkostosta ja työskentelymuodoista siellä verkostossa. Vaikka me tiimivastaavat hallitaankin sitä niin ei riitä aika enää kehittämiseksi. Ja sitten kun on niitä toimimattomia verkostoja niin ne on vaan toimimattomia. H2*

Verkostoissa organisaatiot ja organisaatioiden erilliset yksiköt toimivat fyysisesti ja organisatorisesti erillään. Myös verkostoon osallistuvien tarpeet ja tavoitteet vaihtelevat. (Simons & Salkari 2006, 14; Laamanen & Tinnilä 2009, 33.) On luonnollista, että avoimuuden lisäksi haasteet tiedon ja osaamisen keskinäiselle liikkuvuudelle ovat mahdollisia. Verkostomainen työskentelytapa, jossa toimijat ovat fyysisesti erillään

toisistaan korostuu kommunikointimuotojen ja kommunikoitvälineiden merkitys ja hyödyntäminen osana tehtävää työtä. Verkoston toimivuuteen tulee kiinnittää huomiota ja valita juuri kyseiselle verkostolle parhaat mahdolliset toimintatavat ja kommunikointikanavat tavoitteen saavuttamisen takaamiseksi. (Simons & Salkari 2006, 14.) Haastateltavat kokevat verkostojen olevan asiakkaan tarpeiden mukaiset. Verkostoissa on tunnistettu monenlaisia tapoja toimia ja toteuttaa yhteydenpitoa asiakkaan hoitoprosessin sidosryhmien kanssa. Verkostoissa tunnistetaan kuitenkin myös vastuiden epäselvyyksiä, joista johtuen asioita saattaa jäädä hoitamatta.

*Verkostat on sen asiakkaan näköiset. Meillä niitä verkostoja ylläpidetään monella eri tavalla. Osan kanssa keskustellaan kasvotusten, osan kanssa soitetaan tai tekstataan ja sit jollain verkoston osalla esimerkiksi omaisilla on Whatsapp. H1  
Ei siitä verkoston toiminnasta ole olemassa mitään selkeitä sääntöjä mikä on kenenkin vastuu tai kenenkin hoidettava. Siitä johtuen usein on epäselvyyksiä kun joku luuli jonkun hoitaneen eikä hoitanutkaan. H4*

Verkostotyöskentely vaatii hallinnollisen muodon pysyäkseen hallinnassa. Oleellista on myös tieto siitä, kuka verkostoa johtaa. Verkostotyöskentelyssä tulee tarkoin huomioida verkostossa tapahtuva verkoston jäsenten vaihtuminen. Uuden jäsenen mukaanotto kesken työskentelyn tai jäsenen vaihtuminen hetkellisesti mahdollistaa verkostotyöskentelyn heikkenemisen. Verkostotyöskentelyä johtavan henkilön tulee olla tarkoin ja reaaliajassa selvillä verkostojen tilanteista. (Mäkelä & Stenlund 1995, 41-43.) Kuten haastateltavat ovat aiemmin todenneet asiakkaiden hoitoprosessien verkostojen vastuu on tiimivastaavalla sairaanhoitajalla. Verkostotyöskentelyn katsotaan vaativan hallinnollisen muodon ja toimintaohjeita siitä miten verkostoissa toimitaan. Vastuiden epäselvyydet ja verkostoon sitoutumattomuus nähdään puutteellisena verkostojen johtamisena. Vahvuutena verkostojen johtamisessa ja hallinnassa nähdään pienen toimijan edut, jolloin verkoston jäsenet tuntevat toisensa.

*Siinä verkostossa on sen kyllä huomannut, että jos et itse ole koko ajan aktiivinen niin se verkosto ei toimi. H1  
Ei ne verkostat yleisesti toimi ollenkaan. Aina saa varmistaa ja varmistaa. Ei ihmiset niihin sitoudu eivätkä ole kiinnostuneita muuta kun siitä omasta työstään. H3*

Verkosta voidaan luonnehtia omana taloudellisena ja sosiaalisena toimintaa ohjaavana ohjausjärjestelmänä. Verkostoissa on piirteitä hierarkkioista sekä markkinoista. Verkostojärjestelmässä oleellisinta on yhteistoiminnan ja kilpailun yhteensovittaminen. Ihanteellisimmillaan verkosto on strategioiden toimintakokonaisuus,

jossa jokaisella verkoston jäsenellä on yhteinen tavoite. Strateginen verkosto on useiden eri organisaatioiden tiivistä yhteistoimintaa saman nimen alla kilpailuedun saavuttamisen nimellä. (Mitronen 2002, 51.) Kohdeorganisaatiota voidaan tarkastella strategisena verkostona johtuen sen rakenteesta. Kohdeorganisaation nimen alla toimivat erilliset yksiköt toimivat tiiviissä yhteistyössä toistensa kanssa pyrkien saavuttamaan kilpailuetua ja tehokasta toimintaa asiakkaiden hoitoprosessien osana. Lisäksi yhteisyrityksen malli tukee verkostotoimintaa ja mahdollistaa kumppanuuksien syntyä. Mitrosen (2002) mukaan strategisia verkostoja luonnehditaan verkostoiksi, joissa sopimusten, yhteisten päämäärien ja tavoitteiden sekä keskinäisen sopeutumisen, luottamuksen ja oppimisen ja yhteisten tuloksenjakamismekanismien kautta pyritään saavuttamaan toimivaa ja tarkoituksenmukaista yhteistoimintaa (Mitronen 2002, 51). Haastateltavien mukaan verkostojen syntymiselle oli viitekehys olemassa, jonka viitoittamana verkostojen toimijoita lähdettiin kasaamaan. Verkostoissa tunnistettiin paikka asiantuntijuudelle. Haastateltavat korostivat verkostotoiminnan hyödyllisyyttä ja edelleen sitä, että verkostoja tulisi kyetä hyödyntämään vielä entistä tehokkaammin. Verkstorakenteissa koetaan edelleen olevan hyödyntämätöntä osaamispotentiaalia.

*Verkostojen syntymiselle on ollut viitekehys, jonka pohjalta asiakaskeskeisiä verkostoja on lähdetty luomaan. Verkostot on rakennettu itse tähän kokonaisuuteen sopiviksi ja asiantuntijuudelle on ollut verkostossa paikkansa. H8 Verkostoissa ja siinä tavoitteen tunnistamisessa on täällä meilläkin paljon tekemistä. Se vaan tarvii muistaa, ettei kaikkea tarvitse tehdä yksin vaan voidaan hyödyntää toinen toisiamme ja myös ottaa koko konsernin kapasiteetti käyttöön.*  
H9

Hajautetulla päätöksenteolla edellytetään vahvaa keskinäistä koordinoitua verkoston eri osasten kesken. Verkostossa saattavat ylittyä organisaation välisten yksiköiden rajat sekä mahdolliset toimintavaltuudet mahdollisiin päätöksiin. Verkoston toimintavarmuuteen ja sitoutumiseen liittyy oletus siitä, että päätökset tehdään riittävin tiedollisin edellytyksin. (Simons & Salkari 2006, 15.) Kohdeorganisaatiossa on tunnistettavissa asiakkaan hoitoprosesseihin liittyviä, ajoittain haastaviakin päätöksentekoprosesseja, jotka pyritään hoitamaan korkealla ammattillisuuden ja erikoistumisen osaamisella. Lisäksi asiakkaiden hoitoprosessien asiakaskeskeisyyttä katsotaan tukevan tiimien erikoistuminen ja uudenlaiset tavat tehdä työtä.

*Näitä asiakkaita katsotaan asiakaskeskeisesti ja kokonaisuutena... esimerkkinä meidän päihde- ja mielenterveystiimi on hyvin erilainen kun nämä muut tiimit. Verkostoituminen ja asiakkaan hoito siinä on ihan erilaista. Se on meidän*

*erikoisuus ja rikkaus, johon me ollaan erikoistuttu. Paljon ollaan kehitytty uuteen toimintamalliin jos verrataan vanhaa mielenterveystoimistoa. H9*

Verkostoja voidaan luonnehtia myös väljinä yhteenliittyminä (*engl. Loose Coupling*), joiden välillä ei välttämättä tarvita muodollisia sopimuksia. Sopimusten ja oikeudellisten muodollisuuksien puutoksista huolimatta organisaatiot ovat keskinäisessä vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Väljät yhteenliittymät lisäävät organisaatioiden keksinäistä oppimista ja innovointia sekä mahdollistavat uusien toimintamallien herkemmän syntyminen. (Mitronen 2002, 52). Haastateltavat tunnistavat asiakkaan hoitoprosessien verkostoissa väljiksi yhteenliittymiksi kutsuttavia, ei aktiivisia verkostoja, joiden kuitenkin katsotaan olevan tärkeitä ja keskeisessä roolissa asiakkaiden hoitoprosesseissa.

*Sellaisia ei aktiivisia, mutta kuitenkin olemassa tosi tärkeitä verkostoja ovat esimerkiksi laboratorio, posti ja nämä sosiaalipuolen lupa-asiat. H2*  
*Kolmannen sektorin kanssa tehdään yhteistyötä ja sitä voisi entuudestaan lisätä. H4*

Erilaisissa verkostoissa on tärkeä tunnistaa ne alueet ja ohjausmekanismit, joiden kautta toimintaa pyritään tietoisesti ohjaamaan. Verkostojohtamisessa käytettäviä kykyjä (*engl. Capabilities*) ovat kyky visioida ja tunnistaa tärkeitä verkostoja ja tunnistaa niiden tuomia mahdollisuuksia (*engl. Network Visioning Capabilities*). Lisäksi kyky hyödyntää verkoston eri toimijoiden voimavaroja ja toimintoja ovat oleellinen osa verkoston koordinoitua (*engl. Net Management Capability*). Verkostoissa jokainen verkoston osa koordinoi ja kontrolloi tiettyjä toimintoja ja voimavaroja suoraan, mutta verkoston keskinäisen riippuvuuden vuoksi verkoston toimijoilla on epäsuora kontrolli toisen osapuolen toimintoihin ja voimavaroihin. Oleellista on ymmärtää verkoston toimintoja kokonaisuutena ja niiden keskinäisiä riippuvuussuhteita. (Mitronen 2002, 52–53). Kuten haastateltavat ovat aiemmin tuoneet ilmi asiakkaan hoitoprosessin tiedonkulussa on ongelmia muun muassa tiedon saamattomuudessa tai tiedon saamisessa liian myöhään. Verkostojen toimivuudessa ollaan kuitenkin kehitytty viime aikoina. Edelleen haastateltavien mukaan tulee painottaa asiakkaan hoitoprosessien verkostojen yhteisen tavoitteen puolesta ja pyrkiä lisäämään yhteistyötä yksiköiden kesken.

*Näiden yksiköiden keskinäisessä tiedonkulussa on ongelmia, mutta kehitytty ollaan tosi paljon. Edelleen tulee selvittää sitä yhteistä tavoitetta ja sitä, että tässä toimitaan yhteistyössä sen asiakkaan eteen eikä vaan yksi yksikkö kerrallaan ajatellen omaa rooliaan. H9*



Verkoston johtamisesta on tunnistettavissa organisaation kompetenssin ja arvoketjun johtaminen sekä asiakkaalle tuotettavan lisäarvon tuottaminen. Lisäarvoa luodaan myös verkostossa, jolloin lisäarvon saajia ovat asiakkaan lisäksi verkoston toimijat. (Mitronen 2002, 53; Laamanen & Tinnilä 2009, 32.) Haastateltavien mukaan asiakkaalle tuodaan lisäarvoa ottamalla hänet kiinteästi mukaan hoitoprosessiin ja sen verkostoihin. Haastateltavat korostavat asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja tahdon kuulumista verkostoissa.

*Asiakaskeskeisessä verkostossa asiakas on itse osa sitä verkostoaan, jolloin hän kokee saavansa verkostosta lisäarvoa, jota ei saavuteta ilman sitä verkostoa. H8*

Verkostolla on ohjausjärjestelmänä ominaispiirteitä, jotka ovat tunnistettavissa jokaisessa tavoitteellisessa verkostossa. Verkosto perustuu vastavuoroiseen yhteistoimintaan, jossa kaikkia verkoston toimijoita sitoo keksinäinen riippuvuus. Verkostoissa tapahtuvat vaihdantasuhteet tapahtuvat verkoston osasten keskinäisessä yhteisymmärryksessä verkoston tavoitteen saavuttamisen nimissä. (Mitronen 2002, 54). Haastateltavien mukaan verkoston yhteisen tavoitteen nimeämisessä on vielä kehittymisen varaa. Valtaosa haastateltavista ei tunnista asiakaskeskeisen hoitoprosessin tavoitteiden toteutumista verkostoissa, varsinkaan kun asiakas siirtyy hoitoyksiköstä toiseen hoitoyksikköön.

*Ei sitä verkoston yhteistä tavoitetta nähdä. Jokainen katsoo vaan sitä omaa asiaansa siinä ja kun se asiakas menee toiseen yksikköön niin ei sitten enää ajatella sen koskettavan itseä mitenkään. H4*

*Siinä verkostotoiminnan tavoitteellisuudessa on vielä tehtävää. H9*

Verkostojohtamisesta on tunnistettu kolme vuorovaikutuksen ydinkysymystä: 1. Organisaation johdon tulee ymmärtää minkälaisissa verkostoissa organisaatio on mukana sekä mitä verkostoihin kuulumisen organisaatiolle todella merkitsee. 2. Organisaation johdon tulee tunnistaa verkoston tarjoamat mahdollisuudet, mahdolliset uhat ja rajoitteet sekä toimia niiden asettamilla ehdoilla. 3. Organisaation johdon tulee tietää miten vuorovaikutusta verkostossa johdetaan. On todettu, että verkostomaisen toiminnan vuorovaikutuksen johtaminen edellyttää organisaation johdolta kykyä hajauttaa käytettävissä olevat resurssit verkoston johtamiseen sekä kykyä kehittää uusia toimintamalleja ja etsiä optimaalisia ratkaisuja verkostoissa ilmeneviin haasteisiin. Huomattavaa on, että verkoston johtaminen on tunnistettavissa strategiseksi tiedon ja osaamisen johtamiseksi, ei niinkään operatiiviseksi johtamiseksi. (Mitronen 2002, 61.) Haastateltavien mukaan verkostomaisen toiminnan hyötyjen tehokkaammassa käytössä on kehittämisen varaa. Verkostomaisessa työskentelyssä tulee miettiä asiakkaan

hoitoprosessia kokonaisuutena ja siten unohtaa kokonaisuuden tarkastelua koskettavien rajoitteiden läsnäolo.

*On uskallettava heittää uusia ideoita ja oltava uskallusta yrittää tehdä ja toteuttaa ja heittää niitä ideoita ilmoille uudella tavalla. On liikaa ajateltu mitkä asiat kuuluu kunnalle tai palveluntuottajalle. Se yhteistyön mahdollisuus on varmaan tässä kaikessa jäänyt, mikä voisi mahdollistaa edelleen ihmisille työtä tai elämänsisältöä ja tunnistettaisiin piilossa olevaa potentiaalia. H9*

Vaihdannat verkostossa tapahtuvat verkoston toimijoiden keskinäisessä yhteisymmärryksessä ja yhteistavoitteen ehdoilla perustuen vastavuoroiseen neuvottelukulttuuriin. Vaihdantojen kautta verkoston keskinäinen riippuvuus ja integraatio syvenee. Verkoston joustavuus ja sopeutuminen ilmenevät yhteisenä kielenä, löyhinä sopimuksina, nimettyinä ja nimeämättöminä sääntöinä sekä liiketoimintaprosessien standardointina. (Mitronen 2002, 100.) Verkostomaisen toiminnan vaihdanta on tunnistettu kohdeorganisaatiossa. Yksiköt tekevät tiivistä yhteistyötä, jonka seurauksena asiakkaan hoitoprosessin asiakaskeskeinen toteutuminen on mahdollista.

*Toimivissa verkostoissa, joissa yhteistyö on vastavuoroista ja verkoston olemassa olon tavoite on tunnistettu voidaan nähdä yhteistyön olevan asiakkaalle lisäarvoa tuottavaa. H8*

*Se miten näissä verkostoissa tehdään ja toimitaan niin tulisi jättää tilaa myös uudelle ja sallia erilaisia tapoja toimia. H9*

Verkostojen lisääntyminen viime vuosina aiheuttaa entistä kasvavamman tarpeen toimivalle verkostojohtamiselle ja ohjaamiselle. Verkostojen keskeisenä hyötynä on joukkoon kuulumisen tunne, mutta vastapainona vastuullisuus toimijana osana verkostoa. Tärkeää on kyetä hyödyntämään verkostosta saatavilla oleva vertaistuki. Verkostot tukevat organisaatorajoja ylittäviä toimintoja ja mahdollistavat siten uusien ideoiden ja integraatioiden synnyn. Oleellista on verkoston jäsenten keskinäinen luottamus ja sitoutuminen, jolloin mahdollistetaan hyvien käytäntöjen jakaminen ja erilaisten toimintavaihtoehtojen vertaileminen. (Gustafsson & Marniemi 2012, 48.) Verkostojen on todettu olevan keskeisiä asiakkaan hoitoprosessin asiakaskeskeisessä toteutumisessa. Asiakkaalle verkoston kautta syntyvä lisäarvo on organisaation tavoite sekä kilpailuetu. Verkostomaisen toimintakulttuurin toimivuutta tulee tukea ja mahdollistaa verkostojen asiakaskeskeinen toimivuus.

### 6.2.2 *Asiakaskeskeinen päätöksenteko ja verkoston asiakkaalle tuottamat hyödyt*

Porterin ja Teisbergin (2006) mukaan asiakkaan näkökulmaa häntä koskevassa päätöksenteossa tulee korostaa. Asiakas on oman terveydentilansa paras arvioitsija. Asiakkaalla on suurin vaikutusvalta terveytensä ja sairautensa hoidossa. Asiakas on terveydenhuoltojärjestelmän pääkäyttäjä, jonka roolia tai tietämystä terveydenhuollossa tulee kunnioittaa. Asiakkaan tulee saada entistä vahvemmin osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja hänellä on oikeus saada tietoa itseään koskevasta päätöksenteosta. Asiakkaan tehokas osallistaminen ja mukaanotto osaksi hoitoprosessia tukee sitoutumista ja hoidon onnistumista. (Porter & Teisberg 2006, 83–85.) Haastateltavat korostivat vahvasti asiakkaan äänen kuulumista ja asiakkaan osallistamista hoitoprosessiinsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Kohdeorganisaatiossa on vahvasti ymmärretty ja korostettu asiakaskeskeisyyttä asiakasta koskevassa päätöksenteossa.

*Asiakas huomioidaan häntä koskevassa päätöksenteossa, niissä ihan pienissäkin.*

*H7*

*Asiakas osallistetaan hänen voimavarojensa mukaisesti itseään koskevaan päätöksentekoon. H8*

Asiakaskeskeisen viestinnän tärkeänä osa tekijä asiakkaan onnistuneessa hoitoprosessissa on hoitohenkilökunnan ja asiakkaan omaisten välinen toimiva yhteistyö. Usein on tilanteita, joissa vastuu ikääntyneen kotona pärjäämisestä jakaantuu kotihoidon ja asiakkaan omaisten kesken, jolloin yhteistyön tekeminen on välttämätöntä. (Hautsalo ym. 2016, 10.) Hämäläinen (2016, 59–60) korostaa kotihoidon ja ikääntyneen omaisten välisen yhteistyön tärkeyttä toisiaan tukevana kokonaisuutena. Haastateltavien mukaan asiakkaan hoitoprosessia koskevaan päätöksentekoon osallistetaan asiakkaan lisäksi myös omaiset ja muut sidosryhmät. Asiakasta koskettava päätöksenteko on moniulotteinen prosessi, jossa huomioidaan useita näkökulmia ja päätökset tehdään yhteisymmärryksessä.

*Asiakkaiden omaisiin ollaan tiiviisti yhteydessä ja pyritään ylläpitämään vastavuoroisia suhteita. Paljon me myös keskustellaan siitä mitä mieltä on asiakas itse, entä omaiset ja sitten se omahoitaja. H6*

Johdon näkökulmasta asiakaskeskeinen hoitoprosessi on optimaalisin tilanteessa, jossa palvelujärjestelmä on riittävän selkeä sekä hoidon ja palvelujen koordinoituvastuu on nimettynä yhdelle asiakkaan hoidosta vastaavalle henkilölle. (Suhonen ym. 2015, 268.) Asiakkaalle tuotettava lisäarvo verkostomaisesta toiminnasta syntyy yhteistoiminnasta ja yhteisestä tavoitteesta verkoston eri osasten kanssa (Laamanen &

Tinnilä 2009, 32). Kohdeorganisaatiossa asiakkaan hoitoprosessien asiakaskeskeistä toteutumista tuetaan suuntaamalla resursseja strategisesti oikein. Asiakkaan hoitoprosessissa organisaatio tukee asiakkaan tarpeita tukien olemassa olevia voimavaroja.

*Kun me tehdään sitä asiakkaan hoitokokonaisuutta niin se tulee kasata siten, että asiakas hyötyy siitä eniten. H6*

*Asiakaskeskeisyys organisaatiotasolla tarkoittaa sitä, että resurssit suunnataan sinne, mistä asiakas saa eniten hyötyä. Asiakkaan hoidon prosessi on koordinoitu kokonaisuus. H8*

Verkostoissa tapahtuva päätöksenteko on hajautettua. Hajautetulla päätöksenteolla tarkoitetaan yhden tehdyn päätöksen takana on useita eri toimijoita, jotka ovat osana verkostoa. Päätöksiä tulee perustua yhteisymmärrykseen ja riittävän monen verkoston osan mielipiteeseen ennen sen toimeenpanoa. (Simons & Salkari 2006, 14–15.) Asiakkaan hoitoprosessia koskettava päätöksenteko on asiakkaan ja asiakkaan verkostojen yhteisen näkemyksen summa. Päätöksiä tehdyssä huomioidaan organisaation resurssointi ja palvelurakenteet muokataan asiakkaan tarpeisiin soveltuviksi.

*Kun asiakkaan hoitoprosesseja suunnitellaan ja rakennetaan siinä hoito- ja palvelusuunnitelman tekovaiheessa niin siinä huomioidaan se, että asiakkaalle pystytään tarjoamaan ne tarvittavat palvelut. H7*

Verkostosta saatava lisäarvo näkyy hyödynjakona verkostossa. Verkoston voidaan nähdä perustuvan erilaisiin transaktioihin verkostolle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Yhteistyön tiivistäminen verkostoissa on liiketoiminnallisesti järkevää ja tehokasta, jonka kautta myös asiakkaalle tuotettava lisäarvo todentuu. (Simons & Salkari 2006, 13.) Asiakkaalle arvoa tuottavassa verkostossa (*engl. Value Network*) jokainen yksikkö keskittyy ydinosaamiseensa unohtamatta yhteistä tavoitetta (Laamanen & Tinnilä 2009, 33). Kohdeorganisaatiossa on tunnistettu, että asiakaskeskeinen hoitoprosessi on sekä asiakkaan että organisaation etu. Asiakas haluaa tehokkaat palvelut ja organisaatio, joka tuottaa tehokkaat palvelut vastaa asiakkaan tarpeisiin.

*Asiakaskeskeinen hoitoprosessi on oikein suunniteltuna tehokas sekä asiakkaalle että organisaatiolle. H8*

Kohdeorganisaation asiakkaiden hoitoprosessien tarkastelu ja arviointi on kokonaisuudessa viety pitkälle. Yleisesti haastateltavat korostavat asiakaskeskeisyyden korostumista asiakkaan hoitoprosessissa. Samaan aikaan asiakaskeskeinen hoitoprosessi

on organisaatiolle edullinen vaihtoehto. Organisaatio pyrkii tuottamaan asiakkaalle lisäarvoa ja siten pitämään asiakastytytyväisyyden korkealla.

### **6.3 Yhteisyritys asiakaskeisyyden lähtökohtana**

Asiakaskeisyydellä on todettu olevan suora yhteys organisaation menestykseen (Tikkanen & Vassinen 2010, 44–45). Organisaatioiden muuttuvat toimintaympäristöt ja kehitys aiheuttavat epävarmuutta ja vaatimuksen jatkuvasta kehittymisestä kasvavassa kilpailussa (Gowler ym. 1993, 21-24; Megone & Robinson 2002, 12–17; 144–145). Organisaation on mahdollista luoda asiakkaalleen arvoa pysyvillä ja toimivilla asiakassuhteilla sekä asiakaskeisesti organisoiduilla palveluprosesseilla. Organisaation on tärkeää kyetä tarjoamaan asiakkaan tarvitsemat palvelut, jotka on resursoitu riittävästi ja palveluprosesseja on mahdollista muokata asiakkaan tarpeita vastaaviksi. (Tikkanen & Vassinen 2010, 44–45.)

#### **6.3.1 Asiakaskeisyyttä tukeva yhteisyrityksen toimintamalli**

Organisaatiokulttuuri kuvastaa organisaation arvopohjaa. Organisaatiokulttuuri hioutuu yhteisten arvojen kautta luoden yhteisiä käyttäytymismalleja. Voidaan todeta, että organisaation arvot näkyvät sen toiminnoissa joka päivä. Toivottavaa on, että henkilöstön toiminnot heijastavat organisaation missiota. Organisaation mission todentuminen henkilöstön päivittäisen työskentelyn kautta merkitsee heidän sisäistäneen arvot ja sitoutuneen niihin. (Kotler ym. 2011, 86.) Haastateltavien mukaan asiakaskeisyyden arvon sisältö on ymmärretty kohdeorganisaation toiminnoissa ja asiakaskeisyyden arvon sisällöt näkyvät organisaation operatiivisissa toiminnoissa päivittäin. Lisäksi asiakaskeisyyden korostaminen operatiivisessa työssä kuvastavat henkilöstön sitoutuneisuutta ja organisaation missiota.

*Se asiakaskeisyys on meidän organisaation keskeinen arvo ja se näkyy kyllä siinä asiakkaan hoidossa. H3*

On todettu, että asiakaskeisyyden tulee olla organisaation johdolle itseisarvo. Organisaatioissa on laajalti tunnistettu ilmiö, jossa asiakkaiden vaatimukset kasvavat samalla kun liiketoiminnan kustannuksia tulisi pienentää. Yhtälö ei ole mahdoton. Ratkaisuksi on tarjottu uudenlaisia organisaatorakenteita, joissa korostuvat prosessimaiset rakenteet ja sovelletaan prosessijohtamista. (Kvist ym. 1995, 13.) Kohdeorganisaatioissa asiakkaiden tarpeet, toiveet ja vaatimukset on sisäistetty. Asiakas

nähdään kumppanina hoitoprosessin suunnittelussa. Korkean asiakaskastyytyväisyyden katsotaan korreloivan organisaation menetyksen suhteen. Organisaation tuoma lisäarvo asiakkaalle tuo symbolista ja emotionaalista lisäarvoa.

*Asiakkaalle jo hoidon saaminen ja välittäminen merkitsee symbolista ja emotionaalista arvoa, jota me pystymme hänelle tuottamaan. H8*

*Varmasti on myös sellaisia prosesseja, joita ei tunnisteta. Pääosin prosessit kuitenkin tunnistetaan ja ne on järjestetty liiketoiminnallisesti toimiviksi palveluprosesseiksi. H8*

Kohdeorganisaation yhteisyrityksen toimintamallissa on tunnistettavissa prosessimaisen organisaatorakenteen elementtejä sekä prosessijohtajuuden piirteitä. Laamasen ja Tinnilän (2009) mukaan prosessiorganisaation ja prosessijohtamisen taustajajatuksena on strateginen suuntaus siitä miten organisaatio kykenee luomaan asiakkaalle lisäarvoa osana palvelukokemusta. Prosessijohtamisen ydin on ajatus, että organisaatio luo asiakkaalle riittävästi arvoa suhteessa käytettyihin kustannuksiin syntyä mahdollisuus taloudelliseen menestykseen. Asiakkaan arvonluonnissa osana hoitoprosessia on tunnistettavissa asiakastyytyväisyyden korkea taso, asiakkaan motivoituminen ja sitoutuminen organisaatioon sekä asiakkaan ja tämän sidosryhmien halukkuus osallistua organisaation palveluprosessien kehittämiseen. (Laamanen & Tinnilä 2009, 10–11.)

### **6.3.2 Yhteisyrityksen asiakaskeskeisyyttä korostava tulevaisuus**

Organisaatio, joka menestyy tulevaisuuden markkinoilla kykenee vastaamaan asiakkaan tarpeisiin ja kykenee luomaan asiakkaalle lisäarvoa nykyisiin ja tuleviin tarpeisiin tarjoamalla kokonaisvaltaisia ratkaisuja ja palveluita asiakkaan tarpeisiin (Lindblom 2006, 25). Organisaation on keskeistä kyetä tarjoamaan organisaatorajat ylittäviä palvelukokonaisuuksia (Laamanen & Tinnilä 2009, 33). Haastateltavien mukaan asiakkaiden hoitoprosesseissa asiakkaiden tarpeet, toiveet ja vaatimukset otetaan huomioon ja niitä kunnioitetaan. Kohdeorganisaatiossa on toteutettu innovatiivisuutta palvelurprosessien muotoilussa, jolloin jokainen hoitoprosessi on asiakkaan näköinen.

*Asiakaskeskeisyys korostaa palveluiden yksilöllisyyttä. Jokainen asiakas on yksilö, jonka voimavarojen mukaisesti palvelut järjestetään. H8*

*Meillä on yhdistettynä se yksityisen palveluntuottajan innovatiivisuus ja kunnallisen palveluntuottajan toimintavarmuus. H9*

On todettu, että palvelun laadun kannalta keskeistä on, että palvelun kehittämistä ohjaavat asiakkaiden ja muiden palvelunkäyttäjien palautteet ja palvelun tarpeet. Asiakkaiden sitoutumista palveluntuotannon kehittämiseen voidaan lisätä antamalla heille vastuuta ja osallistaa heitä palvelujen kehittämiseen. Omaishoitaja- ja potilasjärjestötyyppiset asiakasyhteisöt ovat arvokkaita tietolähteitä palvelujen kehittämisessä. Julkisten palveluiden tuottaminen, järjestäminen ja saavutettavuus edellyttävät erilaisten asiakasryhmien ja muiden heidän hoitoonsa osallistuvien tahojen tiivistä yhteistyötä ja piilevien osaamisten hyödyntämistä. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010, 75.) Haastateltavien mukaan asiakkaiden hoitoon osallistuvia sidosryhmiä kuunnellaan, osallistetaan hoitoprosessien kehittämiseen sekä pyritään vastavuoroiseen kommunikaatioon palautteen saamiseksi. Asiakkaiden hoitoprosessien sisältöjä ja toimivuutta tarkastellaan sekä asiakkaiden että heidän sidosryhmiensä kanssa suoraan sekä tarkastellaan ja arvioidaan organisaation johdon tasolla.

*Meillä on paljon erilaisia kokouksia ja palaveria, joissa tarkastellaan näiden palvelukokonaisuuksien yhteensopivuutta. H9*  
*Asiakkailta ja heidän omaisiltaan saatua palautetta on hyödynnetty palveluprosessien kehittämisessä. H7*

Tässä tutkielmassa on tunnistettavissa kaksi strategisen tason uusiutumista, joissa haasteena ovat uuden ja vanhan toimintamallin rinnakkaiselo. Haastateltavat toivat esille kotihoidon ja kotisairaanhoidon integroitumisen sekä kahden erillisten kotihoidon yksiköiden yhdistämisen yhdeksi suuremmaksi yksiköksi. Lisäksi kohdeorganisaation ja kunnan yhteisyritysten voidaan sanoa olevan tuoreita, joten tunnistettavissa on edelleen ”vanhan mallin” mukaisia toimintatapoja, jotka eivät ole vielä täysin korvautuneet uusilla toimintamalleilla. Lipastin (2007) mukaan strategisen uusiutumisen nähdään perustuvan ymmärryksen lisääntymiseen, suuremman kasvun tavoitteluun tai olevan uuden kehitysinvestoinnin tulos. Yleisesti tärkeää on pyrkiä näkemään uudet näkökulmat ja haasteet, joiden perusteellisella analysoinnilla saadaan tietoa siitä mihin suuntaan organisaatio on pyrkimässä. (Lipasti 2007, 36–39.) Kohdeorganisaatiossa on tunnistettavissa haastateltavien vastausten perusteella, että strategisen tason uudistumiset on käyty läpi. Kotihoidon ja kotisairaanhoidon integroituminen kotihoidoksi, että kahden maantieteellisen alueen kotihoitojen yhdentymisen ovat sujuneet osan haastateltavien mukaan hyvin, tosin osan mielestä integroituminen on edelleen kesken. Suurena muutoksena myös kunnan ja yksityisen yrityksen uusi organisaatiomalli, kunnan ja yksityisen yhteisyritys on organisaatiomallina tuonut mukanaan muutoksia hallinnollisista ratkaisuista aina operatiivisiin toimintoihin. Kohdeorganisaatiossa elettyjen muutosten katsotaan menneen hyvin ja tuoreiden toimintojen lähteneen hyvin liikkeelle. Yleisesti haastateltavat toteavat asiakkaiden olevan tyytyväisiä uuteen

palveluntuottajaan. Se mitä vuonna 2020 voimaantuleva sosiaali- ja terveystalouden uudistus tuo mukanaan on haastateltavien mukaan organisaation konsernitason asia.

*Me ollaan tosi vahvasti suurennuslasin alla ja meiltä vaaditaan aika paljon. Onhan nää kuntalaiset ihan tyytyväisiä, koska monessa muussa kunnassa nää asiat ei toimi yhtä hyvin. Tässä on tärkeä pitää se vuoropuhelu meidän ja kuntalaisten välillä. Me ollaan täällä niitä kuntalaisia varten. H9*

*Sotea on pohdittu varmasti todella paljon konsernin tasolla. Me edetään täällä omien tavoitteiden mukaisesti. Se on osa sitä asiakaskeskeytyä, että me toimitaan tasollamme siitä huolimatta mitä isolla perspektiivillä on tulossa. H9*

Michael Porter esitti vuonna 1980 tänäkin päivänä merkityksensä säilyttäneen strategiamallinsa, jossa kuvataan yrityksen markkina-asemoitumista kolmen strategisen suuntautumisvaihtoehdon välillä. Kolmessa päästrategiasuuntauksessa yritys valitsee erikoistumisstrategian, jossa se pyrkii differoimalla eli erikoistumalla tarjoamaan kilpailijoistaan poikkeavia tuotteita tai palveluja. Kustannusjohtajuuden strategiassa yritys puolestaan kilpailee hinnalla pyrkien tehokkuuteen, edulliseen hintaan ja tuotantokustannusten alentamiseen. Kolmas erikoistumisstrategia on fokusointistrategia, jossa erityis keskittyy tiettyyn markkinoiden osa-alueeseen. Valitussa markkinoiden osa-alueessa yritys pyrkii markkinajohtajaksi. Porter painottaa vahvasti yrityksen pakkoa valita jokin kolmesta strategisesta suuntautumisvaihtoehdosta. Ilman selkeää valintaa yritys ei voi tuottaa kilpailuetua ja menestyä. (Lipasti 2007, 246–248; Porter 1985, 25–27.) Tässä tutkielmassa kohdeorganisaation katsotaan edustavan strategiamallia kolme. Kyseessä on siis kunnan alueen sosiaali- ja terveystalouden kokonaistuotanto, jossa on keskittyy tiettyyn markkina-alueeseen. Kohdeorganisaation katsotaan edustavan Porterin kolmatta erikoistumisstrategiaa, jossa organisaatio keskittyy tiettyyn markkina-alueeseen pyrkien markkinajohtajaksi valitsemallaan alalla. Lisäksi ajateltaessa yhteisyrityksen tulevaisuutta on tunnistettavissa erikoistumisstrategian piirteitä, jolloin kohdeorganisaatio pyrkii tarjoamaan asiakkailleen muista toimijoista poikkeavia palvelukokonaisuuksia. Haastateltavat korostivat asiakaskunnan muuttumista tulevaisuudessa, jolloin on huomioitava muuttuvan asiakaskunnan vaatimukset, tarpeet ja kokemukset.

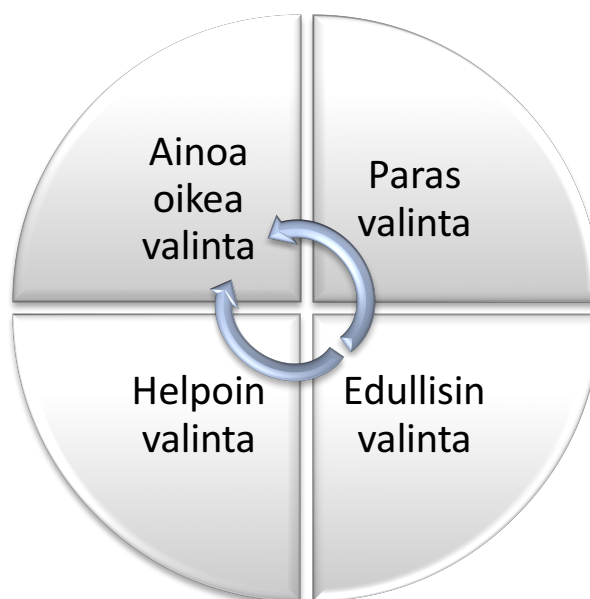
*Kotihoidon ja asumispalveluiden välille tulevan palvelunmuotoilun suunnittelu on keskiössä ajatellen tulevaisuutta. Tulevaisuudessa tulee huomioida tulevan väestön eletty elämä, kokemukset ja erilaistuvat vaatimukset palveluntarjonnalle. H8*

Lipasti (2007) on esittänyt oman näkemyksensä asiakashyötystrategiasta, joka pohjautuu alkuperäiseen Porterin strategiamalliin (Kuvio 4.). Mallissa tehokkaammat



prosessit kuvaavat organisaation kykyä hyödyntää tehokkaimmat ja tarkoituksenmukaisimmat prosessit osana palvelukokonaisuutta. Tehokkaat prosessit kyvykkyys mahdollistaa päämäärän saavuttaa markkinaosuutta ja tehostaa kilpailua markkinoilla. Toisena kyvykkyutenä kuvataan paras laatu. Parhaan laadun tavoitteena on olla paras jossakin asiakkaalle merkityksellisessä ominaisuudessa. Kolmas kyvykkyys tähtää asiakkaan prosessien tuntemisen kautta parhaaseen palveluun. Paras palvelu vie yrityksen lähelle asiakkaan päivittäistä arkea ja elämää, jossa on mahdollista taata asiakkaalle räätälöity palvelukokemus. (Lipasti 2007, 246–249; Porter 1985, 25–27.)

Edellä mainittujen kolmen kyvykkyuden kautta muodostuu neljä erilaista asiakashyötystrategiaa. Ensimmäinen strategia on edullisin valinta, jossa kustannusjohtajuuden hyödyntäminen on sovellettu pitkälle. Toisena hyötystrategiana kuvataan paras valinta, jossa tuotejohtajuus on yrityksen kilpailukyvyn avain. Kolmantena asiakashyötystrategiana muodostuu helpoin valinta, jossa valinnan painoarvo on ratkaisu- ja kilpailukykyyn panostamisessa. Neljäs asiakashyötystrategia on ainoa oikea valinta, jossa yrityksen toimintamalli perustuu kaikkien edellä mainittujen kyvykkyyksien yhtäaikaiseen hyödyntämiseen. (Lipasti 2007, 246–249; Porter 1985, 25–27.)



Kuvio 4. Asiakkaan tavat luoda asiakashyötyä (mukaiillen Lipasti 2007, 246).

Ainoan oikean valinnan tarkoituksena on luoda asiakkaalle arvolupaus, helpottaa asiakkaan elämää, tarjoaa parasta laatua juuri hänelle yksilönä tärkeissä asioissa tehden koko prosessin kustannustehokkaasti (vrt. Kuvio 4.). Ainoan oikean valinnan tarjoaminen on asiakkaalle rationaalinen ja emotionaalinen prosessi. (Lipasti 2007, 246–249; Porter

1985, 25–27.) Kohdeorganisaatiossa on haastateltavien mukaan varauduttu tulevaisuuden muutoksiin asiakkaiden taholla. Haastateltavat korostavat kohdeorganisaation menestymisen tärkeänä tekijänä kykyä vastata tulevaisuuden asiakkaiden tarpeisiin oikeanlaisilla, asiakaskeskeisillä hoitoprosesseilla ja palvelukokonaisuuksilla.

*Ne ihmiset, jotka tulevat olemaan tulevaisuudessa meidän asiakkaita eroavat tämän hetkisestä asiakassegmentistä eletyn elämän ja tottumustensa kautta merkittävästi. Sieltä tulee tulevaisuudessa sellaisia tekijöitä ja sellainen porukka, jolle ei voi tarjota samaa palvelua mitä tämän päivän ikääntyneet saavat. H8*

Innovaatiotoiminta luo tulevaisuuden tämän päivän organisaatioille niiden muuttuvassa toimintaympäristössä. (Hamel 2009, 69). Sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin on todettu elävän murrosvaihettaan, jolloin kilpailussa selviytyminen vaatii yhä innovatiivisempaa palveluntarjonnan tuottamista asiakkaille. Asiakaskuntien muutokset sukupolvien vaihdon myötä lisäävät erilaistunutta palvelunvaadintaa asiakkaiden taholta, jolloin parhaiten asiakkaiden tarpeet tyydyttävä organisaatio menestyy kasvavassa kilpailussa.

*Se palvelunmuotoilu tulee miettiä uudelleen kun se asiakaskunta muuttuu. Tulevaisuuden keskustelu tulee rakentumaan siihen millaisen palvelutarpeen tuoteistus on kenelläkin toimijalla. H8*

*Lisäksi julkisen palveluntuotannon uskottavuus tulevaisuudelle vaatii eritasoista ja monipuolista palveluntarjontaa. H8*

Asiakaskeskeinen terveydenhuolto tulee olemaan tulevaisuudessa merkittävää. Sosiaali- ja terveydenhuollon muutokset nostavat asiakkaan keskiöön ja korostavat asiakkaan asemaa palvelun kohteesta palvelun valitsijaksi. (Alkio 2011, 27–30.) Tulevaisuudessa valinnanvapauslainsäädännön eteneminen tulee tukemaan asiakkaan asemaa palvelujen valitsijana.

## 7 DISKUSSIO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkielman tutkimuskysymyksien kautta oli tarkoitus selvittää miten asiakkaan hoitoprosessia pystytään kehittämään prosessi- ja verkostojohtamisen keinoin entistä asiakaskeskeisemmäksi. Tavoitteena oli esittää toimintaehdotuksia, joiden pohjalta asiakaskeskeiseen hoitoprosessiin voidaan tuoda entistä vahvemmin asiakkaan ääni. Asiakaskeskeinen hoitoprosessi on tunnistettu vertikaalisesti orientoituneeksi prosessiketjuksi, jossa jokaisen toimijan katsotaan vaikuttavan lyhyen aikaa asiakkaan hoitokokonaisuuteen pyrkien vastaamaan omasta suorituksestaan mahdollisimman hyvin (Heinola & Paasivaara 2007, 52).

### 7.1 Yhteenveto

Tämän tutkielman tarkoituksena oli tuottaa tieteellisin keinoin tietoa siitä, miten asiakkaan hoitoprosessia pystytään kehittämään prosessi- ja verkostojohtamisen keinoin asiakaskeskeisemmäksi. Hoitoprosessilla tarkoitettiin tässä tutkielmassa kohdeorganisaation kotihoidon piirissä olevan ikäihmisen palvelupolkua: Kotihoito-päivystys-terveyskeskus/sairaalan vuodeosasto-kuntoutus-kotihoito.

Tutkielman päätutkimuskysymyksenä oli: *Miten asiakaskeskeisyys näkyy osana asiakkaan hoitoprosessia johtajien ja esimiesten näkökulmasta?* Päätutkimuskysymykseen pyrittiin vastaamaan kahden alatutkimuskysymyksen kautta: *Miten asiakaskeskeisyys ilmenee arvona asiakkaan hoitoprosessin vaiheissa?* ja *Miten asiakaskeskeisyyden arvo ilmenee osana asiakkaan hoitoprosessin verkostoja?* Tutkimuskysymyksiin vastataan alaluvussa 7.2 Johtopäätökset.

Tutkielman kohdeorganisaationa oli yksi Suomen suurimmista suomalaisessa omistuksessa olevista yksityisistä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden tuottajista. Kohdeorganisaatio tarjoaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita yksityishenkilöille, yrityksille sekä julkisyhteisöille. Tutkielmaan valittiin tietoisesti kaksi kohdeorganisaation yksikköä, jotka tuottavat ikäihmisille suunnattuja palveluja kotiin. Kumpikin valikoiduista yksiköistä ovat kohdeorganisaation ja kunnan yhteisyrityksiä. Kahden kohdeorganisaation yksikön valinnan avulla tutkimusiömiöstä haluttiin saada mahdollisimman kattava kuvaus.

Tutkielma oli luonteeltaan laadullinen tapaustutkimus, jossa tutkimusaineisto kerättiin laadullisen esitutkimuslomakkeen ja teemahaastattelukaavakkeen avulla. Esitutkimuksen ja teemahaastattelun lisäksi sovellettiin havainnointia. Tämän tutkielman tavoitteena oli esittää kehitysehdotuksia, joiden avulla asiakkaan hoitoprosessia pystytään kehittämään edelleen asiakaskeskeisemmäksi. Kehitysehdotusten kautta pyritään saavuttamaan asiakkaalle lisäarvoa. Tavoitteena oli myös selvittää millä johtamisen keinoilla

kohdeorganisaation asiakaskokemus saadaan vietyä kohdistetusti asiakaskeskeisyyden arvoyttimeen. Kehitysehdotusten tavoitteena oli lisäksi taata hoidon korkea laatu jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa sekä tuoda kustannussäästöjä ja tehostaa toimintaa ajallisesta näkökulmasta.

Tutkielmassa analyysimenetelmänä käytettiin teorialähtöistä sisällönanalyysia. Tutkielman tekijä laati laadullisen esitutkimuslomakkeen, joka lähetettiin kaikille tutkimukseen osallistuville joulukuussa 2016. Esitutkimuksen pohjalta laadittiin teemahaastattelukaavake neljän pääteeman alle. Varsinaiset tutkimushaastattelut kerättiin joulukuun ja helmikuun välisenä aikana. Tutkimuksen teoreettisina viitekehyksinä toimivat prosessi- ja verkostojohtamisen teorit ja käsitteet. Analyysin pohjalta syntynyt informaatio vastaa päätutkimuskysymykseen kahden alatutkimuskysymyksen kautta.

## 7.2 Johtopäätökset

Tämä tutkielma osoittaa, että jokaisen prosessiin osallistuvan tulee tunnistaa oma roolinsa asiakkaan prosessissa kokonaisuutena ja katsoa asiakkaan prosessia myös omaa rooliaan ja vastuutaan kokonaisvaltaisemmin. Tämän tutkielman mukaan prosessien tunnistamisessa ja prosessimaisen toiminnan kokonaisvaltaisessa käsittämässä on kehittymisen varaa. Osa haastateltavista tunnistaa vastuunsa ja roolinsa prosessissa kokonaisvaltaisena toimijana, osa ei tätä rooliaan ja vaikutusmahdollisuuksiaan tunnista. On todettu, että prosessimaisessa toimintatavassa juurikin kokonaisvaltaisuuden käsittäminen on oleellista toimintakokonaisuuden onnistumiseksi. (Murto 1992, 31; Walshe & Rundall 2001, 429–430.)

Tutkielman mukaan prosessien tunnistaminen ja roolit sekä vastuut asiakkaan hoitoprosessissa ovat prosessimaisen toimintatavan edellytys. Karlöf ja Lövingsson (2004, 212–213) korostavat prosessimaisen toiminnan tyypillisimmiksi riskeiksi luettavan juurikin roolien epäselvyyden ja vastuunkannon hajanaisuuden. Kvist kumppaneineen (1995, 16) korostaa asiakaskeskeisyyden olevan mahdollista prosessiin osallistuvien toimijoiden saumattoman yhteistyön tuloksena (Kvist ym. 1995, 16). Kuten haastateltavat tässä tutkielmassa kuvasivat asiakkaan hoitoprosessia myös Ovaskainen (2016, 77) tuo esille sosiaali- ja terveydenhuollon funktionaalisen organisoinnin, jossa jokainen palveluprosessiin osallistuva toimija huolehtii vain omasta osuudestaan prosessissa. On todettu, että funktionaalisessa toimintojen organisoinnissa tiedonkulku on huonoa ja kokonaisuuden hallinta puutteellista. Tämän tutkielman mukaan asiakkaan hoitoprosessissa esiintyy osa-optimointia ja funktionaalista jaottelua. Tässä tutkielmassa kohteena ollut kohdeorganisaatio on kunnan ja yksityisen yrityksen yhteisyritys, jossa osa-optimoinnin merkitys tulisi olla hyvin vähäinen ja asiakkaan hoitoprosessin tavoite yhteinen. Haastateltavat peräänkuuluttivat useasti asiakkaan hoitoprosessin

kotiutusvaiheeseen liittyvistä ongelmista. Kotiutusprosessissa ilmeni muun muassa suunnittelemattomuutta, tiedonkulun ongelmia ja yhteistyön puutetta asiakkaan hoitoprosessiin osallistuvien yksiköiden kesken. Yleisesti haastateltavat raportoivat asiakkaan hoitoprosessiin osallistuvien tahojen yhteistyön ja keskeisen koordinaation olevan heikkoa.

Kohdeorganisaatiossa sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden haasteisiin on pyritty ennakoivasti vastaamaan uusilla organisaatio- ja työjärjestelyillä, joiden kautta asiakaskeskeistä hoitoprosessia pyritään edelleen sujuvoittamaan. Kohdeorganisaatiossa kuvattiin ratkaisuja, joissa tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltaisen hoitoprosessin toteutuminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden keskeisimmät tulevaisuuden haasteet ovat kustannusten kontrollointi ja seuranta sekä palvelujärjestelmän tehokkuus ja tuottavuus (ks. esim. Tevameri & Kallio 2009, 16). Valkama kumppaneineen (2002, 85) toteaa julkisen ja yksityisen toimijan tavoitteiden, toimintokokonaisuuksien ja toimintaympäristöjen eroavan toisistaan. Myös tämän tutkielman mukaan yhteisyrityksen tulee pyrkiä tasapainottamaan toimintojensa reaali- ja rahaprosessit sekä pyrkiä vastaamaan asiakastarpeisiin tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti. Kohdeorganisaation yritysyrityksessä on tunnistettavissa julkisen ja yksityisen toimijan intressien yhdistämistä korostaen toimintojen kokonaisvaltaisuutta, innovatiivisuutta ja tehokkuutta purkamalla byrokratiaa ja madaltamalla hierarkkioita. Kohdeorganisaation organisaatiojärjestelyissä korostuvat juostavuus eri yksiköiden kesken sekä keskinäinen koordinaatio organisaatioprosesseissa. On todettu, että kilpailutus ja toimintokokonaisuuksien uudelleenjärjestelyt alentavat palveluiden kustannuksia (Valkama ym. 2008b, 92).

Arvon luonti asiakkaalle nähdään kohdeorganisaation keskeisenä toimintoja ohjaavana tekijänä, jota organisaatiossa korostetaan systemaattisesti kaikissa toimintokokonaisuuksien suunnittelussa. Kohdeorganisaatiossa korostetaan asiakastyytyväisyyden merkitystä sekä organisaation ja asiakkaiden sekä heidän sidosryhmiensä välistä vuoropuhelua toimintojen kehittämiseksi. Tutkimusten mukaan tämän hetkisten terveydenhuollon reformitrendien keskiössä ovat asiakaskeskeiset palvelukokonaisuudet (Kork 2016, 94–95). Sama ilmiö on tunnistettu myös kohdeorganisaation palvelukokonaisuuksien suunnittelussa. Kohdeorganisaatiossa asiakaskeskeiseen palveluntarjontaan on pyritty vastaamaan organisoimalla kotihoidon asiakkaat tiimeihin, joita johtavat tiimivastaavat sairaanhoitajat. Tiimijaon on katsottu parantavan asiakaskeskeisyyttä ja lisäävän päivittäisen työn sujumista. Myös Pölkki (2016, 3) korostaa asiakaskeskeisyyden toteuttamisen olevan aito terveydenhuollon toimintakulttuuri, joka ilmentyy asiakkaiden kohtaamisissa. Tiimijaon ansiosta asiakkaalle pystytään tarjoamaan tuttujen hoitajien käyntejä, joka luo turvallisuuden tunnetta ikääntyneille. Asiakkaille on hoitotoimien lisäksi pyritty antamaan aikaa ja käymään dialogisia keskusteluja asiakkaiden ehdoilla. Kohdeorganisaatiossa tunnistettu

asiakaskeskeisyyttä korostava työkuultuuri on hyvin merkityksellinen. Tiimijako on myös lisännyt työviihtyvyyttä sekä tukenut asiakaskeskeisyyttä. Kuten Romppainen (2007, 32) myös haastateltavat näkevät itseohjautuvien tiimien työtyytyväisyyden korkeana. Haastateltavat kokevat tiimiensä pääsääntöisesti olevan autonomisia ja itseohjautuvia. Tukea tiimityöskentelyyn kuitenkin tarvitaan. Tiimityöskentelyn tuen tarpeena nousi esille, etteivät kaikki tiimivastaavat sairaanhoitajat tunnista rooliaan tiimistä vastaavana henkilönä. Esille nousi myös ajatus siitä, että tiimit ovat tiimivastaavan sairaanhoitajan näköisiä ja toimintakulttuureissa on eroavaisuuksia. Järvinen kollegoineen (2005, 103, 105) korostaa tiimissä olevan oppimispotentiaalin tunnistamisen ja jakamisen tärkeyttä. Myös tämä tutkielma korostaa oppimisen keskeisen merkityksen sekä tiedonjakamisen tärkeyden osana oppimisprosessia. Aikaisempi tutkimuskirjallisuus todentaa, että asiakkaan hoitoprosessin asiakaskeskeisyyttä tukee asiakkaalle nimetty omahoitaja tai omahoitajat. Asiakkaalle nimetty omahoitaja toimii koordinaattorina asiakkaan hoitoprosessin eri vaiheissa. (Tevameri 2010, 230.) Tässä tutkielmassa kotihoidon asiakkaille oli nimettynä yksi tai kaksi omahoitajaa. Itse asiakkailta ja muilta asiakkaan hoitoprosessiin osallistuvilta tahoilta oli tullut myönteistä palautetta omahoitajuudesta. Kuten tutkimuksissa yleisesti myös tässä tutkielmassa omahoitajuuden katsottiin lisäävän asiakkaan hoitoprosessin asiakaskeskeisyyttä sekä sujuvoittavan asiakkaan hoitoprosessin vaiheita.

Asiakaskeskeisyyden nimissä Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta edellyttää, että ikääntyneellä henkilöllä tulee olla sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukainen hoito- ja palvelusuunnitelma (Terveystalouden ja hyvinvoinninlaitos 2013). Kohdeorganisaatiossa jokaisella kotihoidon asiakkaalla on tämän lain edellyttämä hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon on tutkielman mukaan perehdytty huolella, jolloin asiakkaan hoidon ja palveluiden kartoitus lähtee asiakkaasta itsestään. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessä on tunnistettavissa asiakaskeskeisyyden arvo hyvin merkittävänä toimintaa ohjaavana tekijänä. Asiakas osallistuu ja hänet osallistetaan omien voimavarojensa mukaisesti hoito- ja palvelusuunnitelmansa tekemiseen. Lisäksi asiakkaan omaiset, läheiset ja muut sidosryhmät huomioidaan osana prosessia. Kuten tässä tutkielmassa myös Valtiontalouden tarkastusvirasto edellyttää asiakkaan itsemääräämisoikeuden nimissä asiakkaan mielipiteen korkeinta painoarvoa. Asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat tulee päivittää palveluntarpeen muuttuessa tai muuten tarkistaa puolen vuoden välein (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 82–83). Haastateltavien mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat onnistuneen hoitoprosessin lähtökohta ja hoidon kulmakivi. Kuten Keronen (2013, 3) myös haastateltavat näkevät hoito- ja palvelusuunnitelman huolellisen teon olevan investointi tulevaisuuteen, joka maksaa itsensä monin kerroin takaisin asiakkaan hoitoprosessin eri vaiheissa. Tutkielman mukaan asiakkaiden hoitosuunnitelmien päivittämisessä on havaittu viiveitä ja

vastuunjaon epäselvyyttä. Tuoreen Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen selvityksen (2017b) mukaan vain osalla kotihoidon asiakkaista on erikseen nimetyt kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutussuunnitelmat. Sama havainto nousi esille tässä tutkielmassa kun haastateltavien puheista ilmeni, että vain osalla kotihoidon asiakkaista on nimetyt ja määritetyt kuntoutuksen tavoitteet ja kuntoutussuunnitelmat.

Yleisesti kohdeorganisaatiossa korostettiin jatkuvan oppimisen ja tiedonjakamisen roolin tärkeyttä asiakaskeskeisessä työssä. Osana tiimityötä tunnistettu työskentelykulttuuri vaihteli tiimien kesken selkeästi. On tulkittavissa rikkaudeksi, että työtä tehdään erilaisuus ja yksilöllisyys huomioiden. Tunnistettavissa oli kuitenkin myös epäammattimaiseen käytökseen liittyviä toimintatapoja. Myös Hautsalo kumppaneineen (2016, 8–9) on tunnistanut epäkohteliaan ja epäammattimaisen käytöksen olevan yhteydessä kotihoidon asiakkaiden kommunikaatioon liittyen omaan terveydentilaan tai yleiseen vointiin. Kuten tutkielma todensi henkilöstön ammattitaidossa ja asenteissa työtä kohtaan on merkittäviä eroavaisuuksia. Suhonen kollegoineen puolestaan (2015, 267) toteaa, että kotihoidon asiakkaat odottavat henkilöstöltä ohjausta, neuvontaa, hyvää palveluasennetta ja aitoa kiinnostusta asiakasta koskettavaa tietoa kohtaan. Tässä tutkielmassa on todettu, että mikäli henkilöstö ei ole aidosti kiinnostunut asiakkaasta tai häneen liittyvistä asioista asiakaskeskeisyys kärsii. Suhonen kollegoineen (2015, 267) korostaa edelleen, että asiakaskeskeisessä palvelukokonaisuudessa henkilöstö sitoutuu hoitamaan asiakasta yhteisten toimintaperiaatteiden ja koordinaation mukaisesti. On siis todettavissa, että jokaisella työntekijällä on henkilökohtainen vastuu omasta ammattitaidostaan ja omasta tekemisestään työssään.

Yleisesti on nähtävissä miten työskentelykulttuuriin organisaatiossa liittyy kiinteästi työntekijöiden työtyytyväisyys ja työviihtyvyys. Pyöriä (2012, 83) näkee työtyytyväisyyden rakentuvan työssä menestymisen tunteesta, vastuullisesta asemasta ja myönteisestä työympäristöstä. Tämän tutkielman mukaan työmäärissä ja työyhteisössä toteutuvassa tasa-arvoisuudessa on nähtävissä vaihtelevuutta. Keskeinen kehityskohde oli työnkuvien ja vastuualueiden epäselvyys, josta haastateltavat raportoivat yksimielisesti. Suhonen kollegoineen (2015, 267) tukee ajatusta, että selkeät työnkuvat ja vastuualueet edistävät asiakaskeskeistä hoitotyötä. Tähän viitaten haastateltavat raportoivat havainneensa muun muassa ammattiryhmien välistä nokittelua sekä heikentyneitä henkilöstösuhteita työnkuvien ja vastuualueiden epäselvyyksiin liittyen, joka nähtiin asiakaskeskeisyyttä estävänä tekijänä. Kuitenkin mainittiin myös siitä, että työnkuvia ja vastuualueita on käyty organisaatiossa läpi. Kohdeorganisaation henkilöstöä on tuettu työnohjauksella. Ollila (2006, 106–109) korostaa työnohjauksen parantavan tutkitusti työtyytyväisyyttä, tiimityön dynamiikkaa ja päivittäisen työn operatiivista suorittamista. Myös haastateltavat olivat tunnistaneet työnohjauksen positiivisen vaikutuksen omissa tiimeissään sekä yleisellä tasolla tiimien kesken. Yleisesti

työnohjauksen kautta tiimeissä saatiin nostettua esille asioita, joihin muuten olisi ollut vaikea kohdentua.

Tutkimusten mukaan asiakaskeskeisyyttä tukeva lähijohtaminen ja ammatillisuuden korkea taso organisaatiossa korostavat asiakaskeskeisen hoitoprosessin toimivuutta. Asiakaskeskeisen johtamisen katsotaan olevan lähellä prosessijohtamista (Chen & Popovich 2003, 672–673). Myös tämä tutkielma korostaa toimivan lähijohtamisen olevan prosessien johtamista asiakastasolla. Walsche ja Rundall (2001, 430–431) puolestaan korostavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen ja johtamisen perustumista näyttöön. Näyttöön perustuvasta johtamisesta ei ollut kohdeorganisaatiossa perusteita. Kohdeorganisaatiossa oli tutkielman teon aikaan poikkeuksellinen tilanne, koska haastateltavilla ei ollut sillä hetkellä lähiesimiestä. Luonnollisesti haastateltavat raportoivat rikkonaisen organisaatorakenteen keskeisistä vaikutuksista asiakaskeskeiseen hoitoprosessiin. Toimintokokonaisuuksissa esiintyi epäjohtomukaisuutta sekä prosessien toimimattomuutta ja yleistä tyytymättömyyttä. Myös Pyöriä (2012, 134–135) korostaa toimivan ja tuloksellisen henkilöstöjohtamisen vaikuttavan positiivisesti organisaation tuloksellisuuteen ja henkilöstön sitoutumiseen. Tutkielmassa kuvattiin, että tilanne on parantunut viime aikoina, mutta edelleen on havaittavissa rikkonaisesta organisaatorakenteesta aiheutuneita ongelmia, muun muassa henkilöstön väsymistä ja uupumusta sekä ristiriitatilanteita ja epäjohtomukaisuutta päivittäisessä työssä. Osa kokee työmääränsä kohtuuttomana suhteessa kohdennettuun resurssiin sekä epäjohtomukaisen johtajuuden hyvin kuluttavana, jonka on tunnistettu vaikuttavan myös asiakkaiden hoitoprosessien toimimattomuuteen. Tutkielmassa raportoitiin, että organisaatiossa on viime vuosien aikana toteutettu useita muutoksia sekä yritetty toteuttaa muutoksia. Osassa muutoksista on onnistuttu ja lopputulokset ovat olleet alkutilannetta paremmat. Esille nousee kuitenkin vahvasti myös kokemusta siitä, että muutosprosessit ovat jääneet kesken eikä niitä ole jalkautettu kunnolla. Viitala (2013, 302) toteaa toimivan henkilöstöjohtamisen olevan keskeinen tekijä organisaation menestykselle ja maineelle. Hänen mukaansa organisaatio kykenee tuottamaan asiakkailleen lisäarvoa työntekijöidensä ja toimivien palveluprosessien kautta. Hän korostaa, että on keskeistä huomioida, etteivät henkilöstöjohtamisen keinot jää vain strategiselle tasolle vaan ne jalkautetaan operatiiviseen toimintaan yhteistyössä henkilöstön kanssa. (Viitala 2013, 302.) Tällä hetkellä organisaatiossa on uusi lähiesimies, joten organisaation johdon tasolta rikkonaiseen organisaatorakenteeseen on reagoitu ja tilanne on oletettavasti parantunut empiirisen aineiston keräysaikaan verrattuna.

Tutkielman toisen tutkimuskysymyksen oli tarkoitus kuvata verkostomaisen toimintatavan merkitystä asiakaskeskeisen hoitoprosessin mahdollistajana. Verkostomaisen toimintamuodon mukanaan tuomat mahdollisuudet, monipuolisuudet ja tehokkaat tiedonkulun prosessit on tunnistettu kohdeorganisaatiossa. Verkostomaisuus



mahdollistuu teknologisesti kehittyvässä toimintaympäristössä, jossa ei enää vaadita fyysistä läsnäoloa tiedonkulun takeena (Peltonen 2007, 38). Kohdeorganisaatiossa tunnistettiin työssä verkostomaisen työskentelyn ja asiakkaiden verkostoihin liittyvät sidosryhmät. Gustafsson ja Marniemi (2012, 50) luonnehtivat verkostoja kumppaanuuksiksi yhteisen tavoitteen ympärillä, jossa jokaisella on rooli ja vastuu. Tutkielmassa todettiin verkoston vetovastuun olevan tiimivastaavalla sairaanhoitajalla. Tiimivastaavan sairaanhoitajan lisäksi merkitykselliset roolit koettiin olevan hoitavalla lääkäriellä, kotiutushoitajalla ja asiakkaan omaisilla. Osa tunnisti rohkeaa roolinottoa verkostossa, osa raportoi vastuunpakoilua verkostoissa. Haastattelujen perusteella oli myös tunnistettavissa, ettei verkostojen roolit ja vastuut olleet kaikille selkeitä. Mitronen (2002, 101) ja Juholin (2009, 132) korostavat verkostossa roolien ja vastuiden tunnistamisen lisäksi kokonaisuuden hahmotusta ja hallintaa sekä yhteisen kielen löytymistä ja sitoutumista verkoston toimijoiden kesken. Tutkielmassa verkostomainen työskentely koettiin pääosin mielekkääksi ja verkostojen toimivuus hyväksi. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että verkostojen toimintaedellytyksenä oli jokaisen verkostossa toimivan sitoutuminen verkostoon ja sen tavoitteen saavuttamiseen. Voitiin todeta, että asiakkaiden verkostot tuovat asiakkaalle hyötyä osana hoitoprosessia. On todettu, että verkostosuhteiden pysyvyys, toiminnan hyvä maine ja avoin kulttuuri liittyvät verkostomaiseen toimintaan, jossa verkostomaisen toiminnan hyödyt ja tavoitteet saavutetaan (Mitronen 2002, 54). Kohdeorganisaation pienuus ja verkoston osasina toimivien tahojen tuttuus koettiin merkittävänä hyötynä verkoston toimivuuden takaamisessa. Yhteisesti korostettiin, että asiakkaalle on mahdollista tuottaa lisäarvoa tilanteessa, jossa verkoston sitoutumisen taso on korkea ja yhteisen tavoitteen tunnistaminen kaikille verkoston osasille selkeää. Haastateltavat raportoivat yleisesti verkostomaisen toimintakulttuurin kehittyneen viime vuosina. Tosin heidän mukaansa verkostomaiseen toimintatyöskentelyyn ei ole saatu perehdytystä eikä ohjeita. Osa haastateltavista kaipaisi esimiehen merkittävämpää roolia verkostojen rakentamisessa sekä verkostojen toimivuuden takaamisessa.

Verkoston asiakaskeskeisyyttä lisäävänä ominaisuutena nähtiin yhteisesti omahoitajuus-mallin soveltaminen kotihoidossa. Asiakkaalle nimetty tai nimetyt omahoitajat omasivat ajankohtaiset tiedot asiakkaasta sekä toimivat keskeisenä linkkinä asiakkaiden hoitoprosessin vaiheissa. Se, että omahoitajilla oli ajantasainen tieto katsottiin helpottavan asiakkaan hoidon koordinoitua eri yksiköiden välillä. Lisäksi mainittiin yhteisesti, että omahoitajuudesta on saatu hyvää palautetta sekä asiakkailta itseltään että heidän sidosryhmiltään. Hautsalo kumppaneineen (2016, 10) raportoi omahoitajuuden olevan yhteydessä syvempään luottamukseen hoitosuhteessa sekä hoitajan lisääntyneeseen kompetenssiin arvioida asiakkaan terveydentilaa. Sama toteamus nousi tämän tutkielman perusteella myös kohdeorganisaatiossa. Omahoitajien ja asiakkaiden toimivan yhteistyön ansiosta luottamussuhde asiakkaan ja hoitajan välillä

lisäsi luottamusta myös kohdeorganisaatioon palveluntarjoajana. Omahoitajat myös kykenivät perustellummin arvioimaan asiakkaidensa terveydentilaa ja lisäksi asiakkaan raportoivat voinnistaan herkemmin omahoitajalle kun vähemmän tutulle hoitajalle. Surakka kollegoineen (2014, 227) painottaa omahoitajan roolia hoitotyön asiantuntijana, jossa korostuu asiakasta koskevan tiedon johtaminen. Torkkola (2002, 123–124) puolestaan kuvaa asiakkaan terveyteen kohdistuvan viestinnän olevan yleisesti asiakkaan terveyteen liittyvien asioiden välittämistä niitä tarvitseville tahoille. Kohdeorganisaatiossa terveysviestinnän sisällön nähtiin olevan selkeää, monipuolista sekä tiedonvälityksessä asiakkaan verkostoissa noudatettiin vaitiolovelvollisuutta kun tilanne sitä edellytti.

Kuten todettu asiakaskeskeinen viestintä perustuu luottamukseen ja vuorovaikutukseen asiakkaan hoitoprosessiin kuuluvien toimijoiden kesken. Huomattavaa on, että verkostot muokkaavat muotoaan eikä yksikään verkosto ole stabiili vaan toimintoja tulee arvioida jatkuvasti osana asiakkaan laadukasta ja tuloksellista hoitoa (Cockman ym. 1999, 42–43.) Yleisesti kohdeorganisaation tiedonkulussa kuitenkin edelleen raportoidaan olevan puutteita. Merkittävimmät ongelmat olivat haastateltavien mukaan asiakkaan hoitoprosessissa, jossa tieto ei kulje hoitoprosessiin osallistuvien yksiköiden välillä. Tiedon puutteen on raportoitu aiheuttaneen hoidon viivästyistä ja nopeutettuja kotiutuksia sekä jännitteitä yksiköiden välille. Haastateltavat myös näkivät, että yksiköiden välinen keskinäisen koordinaation puute esti asiakaskeskeisyyden toteutumista. Syy asiakaskeskeisyyden toteutumattomuuteen nähdään asiakkaan hoitoprosessin yhteisen tavoitteen tunnistamattomuudessa. Osa toi ilmi, ettei juurikaan tiedä mitä verkostomainen työskentely tarkoittaa eikä siihen ole saatu ohjeita. Kuten aiemmin todettu myös Kettunen (2016, 19) on todennut, että yleisimmät tietokatkokset ilmenevät tilanteissa, joissa asiakas siirtyy hoitoyksiköstä toiseen. Keskeisin syy on todennäköisimmin se, etteivät hoitoprosessiin osallistuvat henkilöt tiedä kenen vastuulla tiedon eteenpäin vieminen on. Lisäksi nopeat ja osin suunnittelemattomat kotiutukset on koettu ongelmallisina (Kettunen 2016, 19.) Lähes kaikki tunnistivat kotiutusprosessiin liittyvän vaikeitakin ongelmia. He myös nimesivät muutamia hoitoyksiköitä, joiden kanssa ongelmia esiintyy jatkuvasti. Haastateltavien mukaan asioita on yritetty selvittää ja niiden ratkaisemiseksi on pidetty palavereja, mutta tulokset ovat jääneet heikoiksi. Nopeiden ja osin suunnittelemattomien kotiutusten on todettu jopa olevan asiakkaalle haitallisia. Muutamat kertoivat, ettei yksiköissä tiedetä toisten tekemästä työstä juuri mitään. Heidän mukaansa hoitoyksiköiden välillä on tunnistettavissa kunnioittamattomuutta ja toisten työn vähättelyä. Yleisesti epäluottamuksen kulttuuri on vallalla kun toimintamalleissa on epäselvyyttä. Myös käytettävissä oleviin potilastietojärjestelmiin kuvattiin liittyvän sovellusosaamattomuutta. Lisäksi jo prosessien tunnistamisen yhteydessä esille tullut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen välinen tietosuoja koettiin haastavaksi ja

asiakaskeskeisyyttä estäväksi tekijäksi. Lupakäytäntö on ollut aina olemassa, mutta edelleenkin sen tarpeellisuudesta ja vaatimuksesta ei ole selkeää kokonaiskuvaa. Luvan puuttumisesta johtuen tärkeitä asiakastietoja jää näkemättä kotihoidon asiakkaan joutuessa esimerkiksi päivystykseen. Tutkielman mukaan asiakkaan hoitoprosessiin osallistuvien yksiköiden tietämättömyyden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen lupaprosessiin nähtiin raskaana asiakaskeskeisyyttä rajoittavana tekijänä. Tutkielmassa peräänkuulutettiin vahvasti hoitoyksiköiden yhteistyön tiivistämistä ja tiedonkulun systematisointia.

Verkostojen johtaminen vaatii tietoa ja verkoston osasista sekä kokonaisvaltaista kuvaa verkoston tavoitteista. On todettu, että toimimattomissa verkostoissa saatetaan sokaistua omalle toiminnalle, jolloin ei kyetä korjaamaan virheitä tai uudistumaan (Mitronen 2002, 102). Kuten Mitronen myös tässä tutkielmassa koettin tarvittavan lisää perehdytystä verkostomaiseen toimintatapaan, rooliin verkoston johtajana ja verkostomaisen työskentelyn systemaattista johtamista. Verkostojen toimimattomuuden taustalle nousi keskeisesti puute lähiesimiehestä, jonka roolissa ei aineiston keruuhetkellä toiminut kukaan. Haastateltavat painottivat tuen puutetta verkostotyöskentelyä estävänä tekijänä.

Kehittyvässä ja teknologistuvassa maailmassa tiedonkulun mahdollisuudet muuttuvat ja kumuloituvat vuosi vuodelta. Pääosin nämä teknologiset innovaatiot nähdään lisäävän työn tehokkuutta sekä helpottavan työsuoritteita. (Chau & Hu 2002, 297–298.) Teknologisten innovaatioiden voidaan nähdä myös lisäävän asiakaskeskeisyyttä. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2017a) korostaa potilasturvallisuuden lisääntymistä sekä asiakkaalla oloajan pidentymistä teknologisten sovellusten kautta. Aineiston keruun aikana kohdeorganisaatiossa oli kahdessa tiimissä pilottikokeilussa Nurse Buddy-ohjelmisto, jonka tarkoituksena oli tuoda potilastietojärjestelmä lähemmäs asiakasta ja helpottaa hoitajien keskinäistä työnjakoa. Nurse Buddy on mobiilisovellus, joka toimii älypuhelimessa. Tulevaisuudessa Nurse Buddyn on tarkoitus keskustella Mediatripotilastietojärjestelmän kanssa. Mobiilisovellus oli yleisesti otettu hyvin vastaan. Pilottitiimeissä sovellukseen oltiin tyytyväisiä ja se oli herättänyt myös muissa tiimeissä kiinnostusta. Punna ja Raitio (2016, 224) korostavat, että digitalisoituvana aikakautena uusien sovellusten ja teknologisten interventtioiden kehittyminen on todella nopeaa ja moneen arkipäivän sosiaali- ja terveydenhuollon haasteeseen haetaan ratkaisua teknologiasta. Heidän ajatustaan tukevat Kataja ja Pölkki (2016, 3), jotka edelleen korostavat kaiken digitalisoituvan tulevaisuudessa mikä on mahdollista. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2017a) ilmoittaa, että jo yhdeksässä kymmenestä julkisesta kotihoidosta on käytössä älypuhelin, kannettava tietokone tai tabletti, joka helpottaa kotona suoritettavaa asiakastyötä. Kohdeorganisaatiossa hallitus päättää mobiilisovelluksen käyttöönotosta pilottikokeilun jälkeen.

Tutkielmassa on tunnistettu monenlaisia tapoja toimia verkostoissa sekä soveltaa eri tilanteisiin soveltuvia yhteydenpidon välineitä, muun muassa puhelin, tekstiviesti, sähköposti tai sovellusviesti. Osa raportoi Whatsappin parhaimmaksi välineeksi pitää yhteyttä omaisiin. Huolimatta useista yhteydenpitokanavista koettiin, että osassa verkostoissa oli kehittämisen varaa. Verkostojen toimivuudesta on todettu, että jokaiselle organisaatiolle tulee valita kyseiseen toimintaympäristöön parhaiten soveltuvimmat verkoston toiminta- ja kommunikointitavat tavoitteen saavuttamiseksi (Simons & Salkari 2006, 14). Verkostotyöskentelyssä painottuu verkoston hallinnollisen muodon hahmotus, jotta verkosto pysyy kasassa. Oleellisin tieto hallinnollisesta muodosta on se kuka verkostoa johtaa ja pääpiirteet siitä mitä tahoja verkostoon kuuluu. (Mäkelä & Stenlund 1995, 41–43.) Kuten aiemmin todettu tutkielman mukaan tiimivastaavan sairaanhoitajan katsotaan johtavan asiakkaiden hoitoprosessien verkostoja. Lähes yhtenevästi todettiin, että verkostotyöskentelyn haasteet ja toimintakokonaisuuksien toimimattomuus johtuvat puutteellisesta verkostojen johtamisesta. Useampi haastateltava painotti, ettei verkoston johtamisen lisäksi ole enää resursseja kehittää verkostoja. Tähän kaivattiin esimiehen jakamaa vastuuta. Mitronen (2002, 51) luonnehtii ihanteellista verkostoa startegiseksi verkostoksi, joka on useiden eri verkoston osasten tiivistä yhteistoimintaa yhteisen päämäärän eteen. Kohdeorganisaatiota voidaan tarkastella startegisena verkostona johtuen sen rakenteesta. On huomattava, että kun kyseessä on kunnan ja yksityisen yhteisyritys niin jokainen asiakkaan hoitoprosessiin kuuluva toimija ja hoitoyksikkö on saman organisaation omistuksessa ja hallinnon alla. Ihannetilanteessa kohdeorganisaation kaikki toimijat tekevät syvälle integroitunutta yhteistyötä yhteisen tavoitteen eteen huolimatta organisaatorajoista ja pyrkien saavuttamaan yhteistä kilpailuetua. Mukailien Mitrosta (2002, 51) voidaan todeta yhteisyrityksen mallin tukevan strategisia verkostoja, joissa sopimusten, yhteisten päämäärien ja tavoitteiden sekä keskinäisen sopeutumisen ja luottamuksen kautta pyritään saavuttamaan tarkoituksen ja tavoitteen mukaista yhteistoimintaa yhteisten tuloksenjakamismekanismien kautta. Yhteisyrityksen toimintamallissa verkostojen hyödyntämiselle nähdään edelleen kehittämismahdollisuuksia vaikka verkostomaisessa toiminnassa onkin kehitytty. Eräs haastateltavista korosti vahvasti verkostoissa piilevän hyödyntämättömän osaamispotentialin tehokasta ja tuloksellista käyttöönottoa.

Yhteisyrityksen toimintamallissa hajautettu päätöksenteko edellyttää vahvaa keskinäistä koordinaatiota eri verkoston osasten kesken. Myös Simons ja Salkari (2006, 15) painottavat hajautetun päätöksenteon ylittävän yksiköiden välisiä rajoja sekä mahdollistavan toimintavaltuuksia huomioiden asiakkaan hoitoprosessin yhtenäinen tavoite. Yhteisyrityksessä päätöksenteon hajauttaminen mahdollistuu matalien hierarkioiden ja yksiköiden johdon keskinäisten koordinaatioiden myötä. Eräs haastateltavista painotti, että vanhuspalveluissa tehdään tiivistä yhteistyötä, kiinnittämättä erikseen huomiota siihen minkä yksikön alla kukakin työskentelee.

Yleisesti kohdeorganisaatiossa asiakkaan hoitoprosesseihin liittyvä, ajoittain haastavakin päätöksenteko hoidetaan korkealla ammatillisuuden kynnyksellä ja vahvalla erikoisosaamisella. Hajautetulla päätöksenteolla mahdollistetaan myös kotihoidon tiimien erilaisuus ja erikoistuminen erilaisiin asiakasryhmiin. Yleisesti on todettu, että differoitetut palveluntarjonta tukee asiakaskeskeisyyden toteutumista asiakkaan hoitoprosessissa. Verkostomaisessa päätöksenteossa on tunnistettavissa organisaation kompetenssin ja arvoketjun johtaminen sekä asiakkaalle tuotettavan lisäarvon tuottaminen (Mitronen 2002, 553; Laamanen & Tinnilä 2009, 32). Myös tämän tutkielman mukaan verkostomaisessa päätöksenteossa asiakkaalle luodaan lisäarvoa siten, että hänet ja hänen sidosryhmänsä otetaan kiinteästi mukaan hoitoprosessiin ja sen verkostoihin. Oleellista on asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja tahdon kuuleminen.

Kuten Mitronen myös tässä tutkielmassa koettiin verkostomaisen työskentelytavan yhdeksi keskeisimmäksi hyödyksi oppimisen verkostoissa ja organisaatiossa (Mitronen 2002, 52–53). Tutkielmassa nousi vahvasti ilmi tarve oppia verkostotyöskentelyä ja oppia kohdentamaan asiakaskeskeisen hoitoprosessin tavoite omaa työyksikköä ylemmälle tasolle ja siten opittava tarkastelemaan asiakkaan hoitoprosessia suurempana kokonaisuutena. Verkostomaisen työskentelyn syvin ydin on kyky tarkastella asiakkaan hoitoprosessia kokonaisuutena ja pyrkiä unohtamaan ajattelua rajoittavat rajoitteet, muun muassa vastuiden ja yksikkörajojen olemassaolo. Kohdeorganisaatiossa on tunnistettu, että asiakaskeskeinen hoitoprosessi on sekä asiakkaan että organisaation etu. On todettu, että asiakas haluaa tehokkaat palvelut ja organisaatio, joka tuottaa tehokkaat palvelut vastaa asiakkaan tarpeisiin, syntyy win–win-tilanne.

Tarkasteltaessa yhteisyrityksen toimintamallia suhteessa asiakaskeskeisyyden arvoon on todettavissa, että asiakaskeskeisyyden arvo on ymmärretty kohdeorganisaation toiminnoissa ja asiakaskeskeisyyden arvon sisällöt näkyvät organisaation operatiivisissa toiminnoissa ja palveluprosessien rakenteessa. On myös nähtävissä, että asiakaskeskeisyyden arvon korostuminen operatiivisessa työssä kuvastaa henkilöstön sitoutuneisuutta ja organisaation missiota. Kvist ja muut (1995, 13) toteavat, että ilmiö, jossa asiakkaiden vaatimusten kasvaessa organisaatioiden tulee kyetä pienentämään liiketoimintansa kustannuksia ei ole mahdoton. Heidän mukaansa ratkaisu on prosessijohtaminen ja palveluprosessien jakaminen prosesseiksi. Kohdeorganisaatiossa prosessien tunnistaminen osana asiakkaan hoitoprosessia on nähtävissä. Kohdeorganisaatiossa painotetaan asiakastyytyväisyyden korkeaa tasoa osana onnistunutta liiketoimintaa. Tikkanen ja Vassinen (2010, 44–45) ovat puolestaan todenneet, että organisaation on mahdollista luoda asiakkailleen lisäarvoa pysyvillä ja toimivilla palveluprosesseilla sekä asiakassuhteilla. Myös kohdeorganisaatiossa tämä arvonluonti on tunnistettu ja osin toteutettu. Asiakas nähdään kumppanina hoitoprosessin suunnittelussa. Laananen ja Tinnilä (2009, 10–11) edelleen korostavat, että

prosessiorganisaation ja prosessijohtamisen taustalla on strateginen suuntaus siitä, miten asiakkaalle tuotetaan lisäarvoa osana palvelukokonaisuutta. Kohdeorganisaatiossa asiakkaalle luotava arvo on toimintoja viitoittava tekijä.

Tutkielmassa on aiemmin nostettu esille Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin elävän murrosvaihetta ja olevan kovien muutospainoiden edessä. Kohdeorganisaation tulevaisuutta on pohdittu miten asiakkaan hoitoprosessin asiakaskeskeisyys kyetään turvaamaan tulevaisuuden muutosten keskellä. Lindblom (2006, 25) toteaa, että tulevaisuuden markkinoilla menestyvät ne organisaatiot, jotka kykenevät tarjoamaan vastauksia asiakkaiden monipuolistuvaan ja vaativampaan palveluntarpeeseen sekä tuottamaan kokonaisvaltaisia ratkaisuja asiakkaiden tarpeisiin. Laamanen ja Tinnilä (2009, 39) täydentävät vielä, että ainoa pysyvä kilpailuetu on organisaation kyky oppia ja kehittyä nopeammin kuin muut kilpailijat. Kuten aiemmin todettu kohdeorganisaation asiakkaan hoitoprosessissa huomioidaan asiakkaan tarpeet, toiveet ja vaatimukset, joita kunnioitetaan hoitoprosessia suunniteltaessa. Kohdeorganisaatiossa on toteutettu innovatiivisuutta palveluntarpeiden muotoilussa ja sitä on tarkoitus lisätä edelleen tulevaisuudessa. Työ- ja elinkeinoministeriö (2010, 75) muistuttaa, että palvelun kehittämistä ohjaavat asiakkaiden tarpeet ja palvelunkäyttäjien palautteet sekä muuttuvat asiakastarpeet. Kohdeorganisaatio käy tiivistä vuoropuhelua palvelunkäyttäjien kanssa ja palautteet huomioidaan ja niitä edelleen käsitellään pohdittaessa tulevia palvelukokonaisuuksia. Myös organisaation johto on tiiviisti mukana asiakkaiden palvelukokonaisuuksien muodostamisessa taaten riittävän resurssoinnin. Se mikä on kohdeorganisaation rooli tulevaisuudessa on valistuneesti arvattavissa Porterin (1985, 25–27) kilpailukykystrategian mukaisesti. Kohdeorganisaation katsotaan edustavan keskittymistä tiettyyn markkina-alueeseen, jossa pyritään markkinajohtajaksi halliten ympäröivää toimintakokonaisuutta. Yhteisyrityksen tulevaisuuden suunnitelmassa on pyrkä tarjoamaan asiakkailleen muista toimijoista poikkeavia palvelukokonaisuuksia ja siten korostaa asiakaskeskeisyyttä osana hoitoprosessia. Tutkielmassa nostettiin esille asiakaskunnan muutokset tulevaisuudessa, jolloin tulee asiakaskeskeisyyttä kunnioittaen huomioida asiakaskunnan vaatimukset, tarpeet ja kokemukset. Kohdeorganisaation pyrkii tulevaisuudessa vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin oikeanlaisilla, asiakaskeskeisillä hoitoprosesseilla ja yksilöllisillä palvelukokonaisuuksilla.

### **7.3 Käytännön toimenpide-ehdotukset organisaation johdolle**

Tämän toimeksiantona tehdyn liiketaloudellisen pro gradu –tutkielman pyrkimyksenä on hyödyntää tutkielman tuottamia tuloksia käytännön työssä ja siten tuottaa hyötyä kohdeorganisaatiolle. Tutkielman tekijä on pyrkinyt tutkielman keskeisten tulosten perusteella muodostamaan konkreettisia käytännön toimenpide-ehdotuksia organisaation

johdolle. Tämän tutkielman mukaan asiakkaan hoitoprosessi ei ole kaikille prosessissa toimiville selkeä. Useissa tutkimuksissa on todettu, että kotihoidon asiakkaan prosessin kehittämisen ja arvioinnin edellytyksenä on prosessien kirjallinen kuvaaminen ja prosessien eri vaiheiden nimeäminen. (ks. esim. Heinola & Paasivaara 2007, 52.)

Tässä tutkielmassa on todettu, ettei kotihoidon asiakkaiden hoitoprosesseja ole kuvattu kirjallisesti asiakkaan hoitoprosessin osana toimivalle henkilöstölle. Asiakkaan hoitoprosessien yhteyteen liittyi tunnistamattomuutta sekä epäselvyyksiä vaikuttaa prosessin toimintaan ja toimia osallisena prosessissa. Myös roolit ja vastuut asiakkaan hoitoprosesseissa olivat epäselviä sekä tiedonkulussa ilmeni ongelmia. Aiempiin tutkimustuloksiin nojaten sekä tutkielman tulosten perusteella kohdeorganisaatiossa tulisi pohtia asiakkaan hoitoprosessin kirjoittamista auki, jolloin henkilöstön olisi helpompi tunnistaa ja mieltää roolinsa sekä vastuunsa asiakkaan prosessissa. Lisäksi asiakkaan hoitoprosessien aukikirjoittamisen nähdään lisäävän kokonaisvaltaisen käsityksen syntymistä asiakkaan hoitoprosessissa. Myös henkilöstön keskuudessa esiintyvä roolien ja työnkuvien väliset ristiriidat selkeytyvät asiakkaan hoitoprosessin aukikirjoittamisessa.

Tutkielmassa kuvattiin asiakaskeskeisyyden arvoa monipuolisesti ja laajasti. Asiakaskeskeisyys oli selkeästi tunnistettu hyvin ja haastateltavat tiesivät miten asiakaskeskeisyyttä hoitoprosessissa oli mahdollista lisätä. On todettu, että asiakaskeskeisyys (*engl. Custom Centered Business*) liiketoiminnan päämääränä tulee kasvattamaan merkitystään tulevaisuudessa. Asiakaskeskeisyyden arvon määrittely on tärkeää, jotta jokainen organisaation työntekijä todellisuudessa käsittää mistä on kyse. (ks. esim. Viitala & Jylhä 2014, 74–75.) Asiakaskeskeisyyden sisältöä ja merkityksiä osana asiakkaan hoitoprosessin kokonaisuutta olisi mahdollista edelleen selvittää laajemmin henkilöstölle. Asiakaskeskeisen työkuultuurin sisäistäminen sitouttaa henkilöstöä organisaation perustehtävään.

Yleisesti organisaation proaktiivisuudella tarkoitetaan sitä, että organisaatiossa tutkitaan asiakkaiden toimintaympäristöä perusteellisesti, jotta asiakasta voitaisiin palvella parhaalla mahdollisella tavalla. Asiakkaiden tarve ja halua vaikuttaa palveluihin on ehdoton toimintavaltti keskenään asiakkaista kilpaileville organisaatioille. Oleellista on ottaa asiakkaat ja heidän sidosryhmänsä mukaan palveluprosessien suunnitteluun ja arviointiin. (ks. esim. Viitala & Jylhä 2014, 76–77; Räsänen 2014, 51; Surakka ym. 2014, 226.) Kohdeorganisaation kahdessa yksikössä vain toisessa oli käytössä systemaattinen asiakkaiden, heidän omaistensa ja henkilöstön välinen tilaisuus, jossa oli mahdollista antaa palautetta asiakkaan hoitoprosessista sekä esittää kehitysehdotuksia palvelukokonaisuuksiin. Nämä tilaisuudet oli yleisesti nähty sekä henkilöstön että asiakkaiden ja heidän sidosryhmiensä puolesta tarpeellisina ja hyödyllisinä. Kohdeorganisaatiossa tulisi pohtia vastaavanlaisten tilaisuuksien järjestämistä myös niissä yksiköissä, jossa toiminta ei vielä ole käytössä. Lisäksi havaintoihin liian vähäisestä resurssoinnista tulee kiinnittää huomiota työn toteuttamisen näkökulmasta.

On todettu, että keskeisimmät organisaation arvoa tuottavat resurssit ovat inhimilliset voimavarat ja osaamisen hyödyntäminen. Osaamisen ja inhimillisten voimavarojen sovellutuksia tulee kehittää strategisesti ja systemaattisesti. Inhimillisten voimavarojen ja osaamisen hyödyntäminen yhteistyössä mahdollistavat innovoinnin ja siten kehittymisen entistä paremmaksi organisaatioksi. (Laamanen & Tinnilä 2009, 30; Hupli ym. 2015, 265.) Yleisesti työyhteisön kehittäminen ja työsuoritusten parantaminen on noussut erittäin merkitykselliseksi organisaatioiden kehittämiskohteeksi (Koski ym. 2014, 85). Kohdeorganisaatioiden yksiköissä on muutosten toimeenpanojen ja rikkonaisen organisaatorakenne -tilanteen rauhoittumisen jälkeen mahdollista alkaa systemaattisesti kehittämään oppimista, ammatillista kasvua ja osaamisen jakamista työyksiköissä. Myös lisä- ja täydennyskoulutuksista tulisi tehdä selkeä suunnitelma ja kannustaa henkilöstöä edelleen vahvemmin panostamaan ammattitaitonsa ylläpitoon ja lisäämiseen.

Monin paikoin tutkielmassa todentui rikkonainen organisaatorakenne ja sen aiheuttamat syvät haavat, joiden käsittelyyn ei ole panostettu vielä tarpeeksi. Oleellista olisi käsitellä poikkeustilanteesta johtuvat tuntemukset ja antaa henkilöstölle mahdollisuus kertoa tuntemuksistaan. Avoimuuden kautta luottamuksen uudelleen rakentaminen on jälleen mahdollista ja organisaatiokulttuurin eheyttäminen mahdollista. Kohdeorganisaatiossa henkilöstöjohtamisen käytäntöihin tulee hakea systemaattisuutta, vankkaa osaamista ja lisätä vastavuoroisuutta sekä luoda enemmän tilaa niin sanotulle vapaalle keskustelulle. Henkilöstön on katsottu ilmentävän organisaatiokulttuuria ja olemassa olevan organisaatiokulttuurin nähdään vaikuttavan henkilöstöön (Komu ym. 2015, 76). Henkilöstöjohtamiseen viitaten myös palautteen anto- ja saantikulttuurissa on kehittymisen varaa siten, että pyritään luomaan avoimempi kulttuuri, jossa vastavuoroisuus on osa jokaista työpäivää. Myös sairauspoissaolojen raportoitiin rasittavan päivittäisestä työstä suoriutumista. Työntekijöiden jaksamiseen työssä sekä sairauspoissaolojen ehkäisyyn tulee kiinnittää organisaation johdon toimesta huomiota yhdessä työterveyshuollon kanssa. Juurikin hoitohenkilöstön on raportoitu olevan yksi suurimmista sairastavista ammattiryhmistä, jotka myös työskentelevät sairaina (Kinnunen ym. 2013, 59).

Tutkielmassa viitattiin useaan kertaan asiakkaan hoitoprosesseihin osallistuvien yksiköiden välisen tiedonkulun ja yhteistyön olevan huonoa. Kuten todettu asiakkaan hoitoprosessin aukikirjoittaminen lisää prosessin tunnistettavuutta ja henkilöstön tietoisuutta vastuistaan ja rooleistaan asiakkaan hoitoprosessissa. Ehdoton vahvuus kohdeorganisaation rakenteessa on yhteisyritys, jossa sama hallitus johtaa ja koordinoi kaikkia asiakkaan hoitoprosessiin kuuluvia yksiköitä. Tämän yhteisjohtajuuden ansiosta on mahdollista luoda yhteisiä toimintamalleja, joiden kautta yksiköiden välinen yhteistyö ja tiedonkulku paranee. Tiedonkululliset ongelmat ja mahdolliset asiakkaan hoidon väärinarvioinnit lisäävät turhia siirtoja hoitoyksiköiden välillä (Kvist ym. 1995, 40; Lehto ym. 2015, 22). Haastateltavien mukaan tarve keskinäisen koordinaation lisäämiselle ja



yhteistyön syventämiselle on merkittävä. Merkittävä huomio yhteistyön ja keskinäisen koordinaation lisäämisessä oli Kvistin (1995, 48) kumppaneineen esittämä teoria kehittämisryhmän perustamisesta. Yleisesti yksiköiden välisen tiedonkulun ja sisäisen integraation syventäminen on mahdollista luomalla erillinen kehittämisryhmä, jonka tarkoituksena on lisätä integraatiota yksiköiden välillä ja tavoitteena parantaa tiedonkulkua. (Kvist ym. 1995, 48–49.) Yhteistyön kehittämisryhmän kautta on mahdollista lisätä eri yksiköiden välistä tietoisuutta toistensa työstä ja lisätä motivaatiota toimia asiakaskeskeisen hoitoprosessin kokonaistavoitteen näkökulmasta. Kehittämisryhmän toimintaan olisi myös mahdollista linkittää tiimityön dynamiikan tukemista sekä verkostotyöskentelyn toimintamallien läpikäyntiä, joihin kumpaankin kaivattiin tukea ja apua. Kehittämisryhmään olisi tärkeä osallistaa jokaisesta asiakkaan hoitoprosessiin osallistuvasta yksiköstä henkilöstöä. Yhteistyöhön tulee olla aito halukkuus. Karhapään ja kollegoiden (2015, 162) mukaan juurikin työntekijöiden väliset vuorovaikutusketjut mahdollistavat prosessimaisen toimintakokonaisuuden onnistumisen (Karhapää ym. 2015, 165).

Kuten kaikessa työssä, varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollossa laadunarviointi, seuranta ja toimintamallien jatkuva parantaminen on ehdoton edellytys. Kotihoidon laadun arviointia tulee määritellä konkreettisin kriteerein ja huomioida samalla kenen näkökulmasta kotihoidon laatua tarkastellaan. Kotihoidon laatua on mahdollista arvioida asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tasolta aina kotihoidon yhteiskunnalliseen tasoon asti. (ks. esim. Heinola 2007, 13; Hupli ym. 2015, 265.) Tässä tutkielmassa asiakaskeskeisyyden arvo rakentuu useista hoitoprosessin eri vaiheiden sujuvasta, tuloksellisesta ja onnistuneesta yhteensovittamisesta. Tutkielmassa tuotiin useasti esille työntekijöiden ammatillisuuden suuri hajonta. Heinolan (2007) esittämä ehdotus kotihoidon laadun arviointi asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tasolla kuvastaa tilannetta, jossa arvioidaan asiakkaan tarpeiden ja odotusten sekä työntekijän voimavarojen kohtaamista. Työntekijän voimavaroilla tarkoitetaan muun muassa ammatillisia tietoja ja taitoja sekä ammatillista toimintatapaa toteuttaa hoitotyötä. (Heinola 2007, 13, 15.) Kohdeorganisaatiossa tulisi pohtia henkilöstön ammattitaitoa sekä asiakkaan ja työntekijän näkökulmasta. Asiakaskeskeisyyden arvoa korostaen on oletettavaa, että henkilöstön ammattitaito ja työmotivaatio ovat korkeita. Henkilöstön tulee kyetä vastaamaan asiakkaan tarpeisiin ja vastata odotuksiin, jotka asiakas on asettanut hyvälle hoidolle ja hyvälle palvelunlaadulle.

Huomattavaa on miten sosiaali- ja terveystieteiden asiakirjojen muun muassa Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuosituksen, Terveys 2015-kansanterveysohjelman, Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman 2008–2011 mukaan laadukas kotihoito täyttää seuraavat kriteerit ja palvelutoiminta on suunniteltu asiakaskeskeiseksi, perustuu kattavaan ja perusteltuun palveluntarpeen arviointiin, on tavoitteellista, säännöllisesti

arvioitua ja tarkastettua hoitotoimintaa, jota toteutetaan yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Lisäksi palvelutoiminta perustuu kuntoutumista edistävään toimintaan ja asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen, jota toteutetaan yhdessä asiakkaan, hänen läheistensä ja eri palveluntuottajien ohjaamana toimintana. Lisäksi kotihoidossa tulee hyödyntää olemassa olevaa tutkimustietoa ja noudattaa hyviä käytänteitä. (Heinola 2007, 14–15.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunarvioinnissa tulee arvioida myös asiakkaiden kokemusta elämänlaadustaan (Stolt ym. 2015, 62). Kohdeorganisaatiossa tutkitun ja tieteellisen tiedon hyödyntäminen ei ollut merkittävää, myöskään systemaattista laadunarviointia ei harjoitettu. Myöskään asiakkaiden kokemusta oman elämänlaadun arvioinnista ei raportoitu. Kohdeorganisaatiossa olisi mahdollista kehittää käytäntöjä, miten henkilöstö saisi tuoretta, luotettavaa tietoa työnsä kehittämisen tueksi. Henkilöstön osaamisen lisäksi tulee kiinnittää huomiota yleiseen käyttäytymiseen työssä ja työpaikalla. Henkilöstö kuvastaa organisaatiota, jolloin on oletettavaa, että henkilöstö käyttäytyy organisaation arvoihin sitoutuen. Yleisesti laadunarviointi sekä seuranta ovat tulevaisuuden kotihoidon keskiössä.

Tässä tutkielmassa on viitattu Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin sekä väestön iän demografiseen kehitykseen. Huomattavaa on Heinolan (2007, 10) mukaan kotihoidon palvelujen kattavuuden lisääminen sekä palvelujen sisältöjen ja laadun kehittäminen ovat keskeisiä tulevaisuuden kotihoitoon liittyviä kehityskohteita. Kotihoitoa tarjoavien yksiköiden tulee varhaisessa vaiheessa tunnistaa asiakaskunnan monimuotoisuuden lisääntyminen sekä siten pyrkiä tehokkaasti vastaavaan lisääntyvään, monimuotoisempaan palveluntarjontaan. (Heinola 2007, 10; Hupli ym. 2015, 265.) Tehdyn tutkielman perusteella todettiin, että kolmannen sektorin ja vapaaehtoistoiminnan hyödyntäminen osana ikääntyneiden arkea oli vähäistä. Järjestämis- ja kustannusvastuut nousivat keskiöön puhuttaessa kolmannen sektorin toimintojen hyödyntämisessä. On todettu, että yhteisöllisestä toiminnasta olisi ikääntyneille sosiaalista hyötyä. (Särkelä-Kukko & Rönkä 2014, 193–194.) Kolmannen sektorin toimintojen ja yhteisöllisten vertaistoimintojen järjestämisen katsotaan tukevan ikääntyneen elämänlaatua ja nostavan asiakastyytyväisyyttä. Haastateltavat nostivat esille kotihoidon tulevaisuuden näkökulmassa tulevien kotiin hoidettavien ikäihmisten erilaisen palvelutarpeen. Eri aikakautta eläneiden sukupolvien elettyä elämää heijastavat erilaiset kulttuuritottumukset kun iäkkäämpiä kotihoidon asiakkaita. Kohdeorganisaatiossa tulee pohtia monipuolisia, yksilökeskeisiä hoitoprosesseja, joissa korostuvat asiakkaan yksilöllisyys. Yksilöllisyyden korostamisella tarkoitetaan asiakkaan kokonaisvaltaista huomiointia ja asiakkaalle räätälöityjen palvelukokonaisuuksien tarjoamista.

## 7.4 Tutkielman luotettavuus ja uskottavuus

Liiketaloustieteissä hermeneuttinen paradigma nojautuu edelleen ydinolemukseltaan tutkimuskohteen käsitteelliseen jäsentämiseen, josta johtuen laadullisen aineistonkeruu ja analyysi kietoutuvat edelleen vahvasti toisiinsa. Rinnakkaisista tutkimusprosessin vaiheista johtuen laadullista tutkimusta ei voida arvioida vain reliabiliteetin ja validiteetin kautta. Luotettavuuden arvioinnin kriteereiksi on esitetty seuraavaa: aineiston riittävyys, aineiston merkittävyys, aineiston kattavuus sekä aineiston arvioitavuus ja toistettavuus. (Ahonen & Kallio 2002, 46–47.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan monella eri tavalla. Tutkijan tulee itse päättää mitkä luotettavuuden kriteerit olisivat sopivimmat tehdyille tutkimukselle ja sovelletulle tutkimuskontekstille. Yleinen tapa arvioida tutkimuksen luotettavuutta on reliabiliteetti (Ronkainen ym. 2003, 130–131; Koskinen ym. 2005, 254–255). Reliabiliteetilla tarkoitetaan konsistenssin astetta millaisin perustein tietyt havainnot on luokiteltu tiettyyn luokkaan. Korkean reliabiliteetin saavuttavat tutkimukset luonnehditaan kongruenssin eli yhdenmukaisuuden vaatimuksen täyttämiksi, jolloin eri indikaattorien voidaan sanoa mitanneen samaa asiaa. Indikaattorien mittaamiseen liittyy myös vaatimus instrumenttien tarkkuudesta, jolloin toistuva ilmiö tulkitaan samalla tavoin eri esiintymiskerroilla. Eri esiintymiskertoja tarkasteltaessa tulee kiinnittää huomiota myös ilmiön jatkuvuuteen, joka ilmaisee ilmiön käsittelyn samankaltaisuuden ajankohdasta riippumatta. Instrumentin tulee olla objektiivinen, joten myös muiden tutkijoiden tulee kyetä tulkitsemaan tutkijan tekemät havainnot samalla tavalla. (Koskinen ym. 2005, 254–255.) Tapaustutkimuksen yhteydessä reliabiliteetti on ymmärrettävissä myös vaatimuksena analyysin toistettavuudesta (Uusitalo 1999, 84). Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä perehtyi jo tutkimuksen alkuvaiheessa kattavasti tutkimuksen luotettavuutta käsittelevään kirjallisuuteen. Tutkielman tekijä piti luotettavuuden vaatimuksen mielessään koko tutkimusprosessin ajan. Ronkaisen ja kumppaneiden (2003, 130) mukaan reliabiliteettia voidaan käyttää kuvaamaan ymmärrystapaa, jossa koko tutkimus ajatellaan ilmiötä mittavana. Tässä tutkielmassa reliabiliteettia sovellettiin tarkastelemaan tutkimuksen yhdenmukaisuutta.

Koskisen ym. (2005) mukaan yleistettävyyteen liittyvää pohdintaa laadullisessa tutkimuskontekstissa tulee miettiä. Oleellisin kysymys on mikä on yleistettävyyden taso. Lähtökohtaisesti laadullinen tutkimus ei pyri tilastolliseen yleistettävyyteen kuten määrällinen tutkimus pyrkii. Laadullisen tutkimuksen suurin kritiikin aihe onkin yleensä yleistettävyyteen liittyvät tulkinnat. On selvää, ettei pienestä havaintomäärästä voi tehdä suuria yleistettävyyksiä. Lisäksi tieteen maailmassa yleisempää tietoa pidetään arvokkaampana kun syvällisempää tietoa yksittäisistä tapauksista. (Koskinen ym. 2005, 263.) Mikäli laadullisen tutkimuksen tuottamia tuloksia haluaa yleistää voidaan yleistää teoriaan perusjoukon sijaan. Teoria määrää tiedon yleistettävyyden mahdollisuuden

vahvemmin kun tapausten määrä. Toinen keino yleistää laadullisen tutkimuksen tuottamaa tietoa on vertailu. Vertailun avulla voidaan yksittäisiä tapauksia verrata keskenään ja peilata tuloksia aiemmin muodostuneille väitteille. Kolmas selkeästi vähemmän käytetty laadullisten tutkimustulosten yleistämisessä sovellettu menettely on tutkimusjoukosta tehtävän erillisen rajauksen yleistäminen muuhun tutkimusjoukkoon. Tällöin huomataan tietyn ominaisjoukon suhteellisuus verrattaessa koko tutkimusjoukkoon. (Koskinen ym. 2005, 268–271.) Tässä tutkielmassa saatuja tutkimustuloksia on mahdollista verrata sekä yleistää vastaavanlaisiin kotihoitoa tarjoaviin yksiköihin kun tutkitut kohdeorganisaation yksiköt.

Ronkainen ym. (2003) on todennut, että tutkimuksen arvioinnissa validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen tuloksen ilmaisemaa kohdetta, johon sen on tarkoituskin viitata (Ronkainen ym. 2003, 130). Sisäisellä validiteetilla kuvataan tutkimuksen tulkintojen sisäistä loogisuutta ja ristiriidatonta etenemistä. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä onko saadut tutkimustulokset yleistettävissä muihinkin vastaaviin ilmiöihin kun tutkittuun ilmiöön. Käytännössä validi tieto tutkimusprosessissa tarkoittaa, että tutkija on osoittanut tutkimushavaintonsa aitoihin havaintoihin ja objektiiviseen analyysiin. Validiteettia tarkasteltaessa tulee varsinkin sisäisen validiteetin kohdalla muistaa, ettei loogisuuden vaatimus ole ehdoton. Laadullisen tutkimuksen tutkimuskonteksti elää ja muuttuu tilanteiden mukaan, jolloin ajoittainen epäloogisuus voi kuulua tutkimusprosessiin vääristämättä tutkimustuloksia tai tutkimuksen kulkua. (Koskinen ym. 2005, 253–255.) Tärkeää on kuitenkin muistaa, että sisäisen ja ulkoisen validiteetin ollessa mahdollisimman hyvät tutkimuksen kokonaisluotettavuus on korkea (Uusitalo 1999, 86). Tässä tutkielmassa sisäisen validiteetin katsotaan olevan korkea perustuen tutkielman tekijän systemaattiseen etenemiseen tutkimusanalyysissa. Lisäksi ulkoista validiteettia tukee tutkimushaastatteluihin pohjautuvat tutkimustulokset, jotka on analysoitu objektiivisesti.

Tutkimusmenetelmien triangulaatiossa eli metoditriangulaatiossa tulee arvioida menetelmien yhteensopivuutta ja menetelmien avulla saatuja tutkimustuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2004, 140–142). Tässä tutkielmassa pääasiallisena aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelut, jotka luotiin esitutkimuksen antaman informaation pohjalta. Myös esitutkimuksen tuottamaa kirjallista informaatiota on hyödynnetty tässä tutkielmassa ja tutkimustulosten analysoinnissa. Tutkielmassa toteutetun tutkimusmenetelmien triangulaation katsotaan merkittävästi lisäävän tutkimuksen arvoa ja kokonaisluotettavuutta. Ilman esitutkimusta teemahaastattelujen aihepiirejä ei olisi välttämättä saatu kohdennettua riittävän tarkoin.

Tutkimushaastattelujen yhteydessä oli sovittu toteutettavan ulkopuolista havainnointia. Havainnointia varten on laadittava havainnointilomake, johon havainnot merkitään varsinaisen tutkimushaastattelun aikana (Ronkainen ym. 2003, 115.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä oli ennakkoon tehnyt havainnointilomakkeen, jota

käytettiin jokaisessa tutkimushaastattelussa. Havainnoinnin tuottamaa informaatiota käytettiin varsinaisen tutkimusanalyysin tukena. Havainnointi ei tuonut esille merkittäviä löydöksiä, joista oltaisiin raportoitu erikseen. Jokaisen tutkimuksen aikana tehdyn havainnoin katsottiin tukevan haastateltavan tuomaa informaatiota saman suuntaisesti, jolloin ristiriitoja ei syntynyt. Havainnoinnin tuottamattoman informaation katsottiin tukevan haastatteluprosessin ja analyysin luotettavuutta.

Ronkaisen ym. (2003) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä on useita riippuen tutkijan edustamasta koulukunnasta tai metodologisista perinteistä. Tutkimusta on mahdollista arvioida myös kokonaisarvioinnin pohjalta, jossa tutkimusta katsotaan kokonaisuutena pureutumatta yksityiskohtiin. (Ronkainen ym. 2003, 136–137.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on pyrkinyt luomaan tutkimuksesta mahdollisimman informatiivisen ja ymmärrettävän kokonaisuuden. Lisäksi tutkimusraportista on pyritty kirjoittamaan mahdollisimman selkeä ja looginen kokonaisuus.

Tutkija tutkijana ei ole sama kuin tutkija persoonana tutkimuksensa ulkopuolella. Henkilökohtaista persoonaa ohjaavat yksilön omat arvot ja valinnat. (Alasuutari 1999, 79; Ronkainen ym. 2011, 72–73.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on pohtinut tarkoin omaa rooliaan ja henkilökohtaisten intressien vaikutusmahdollisuutta tutkimukseen. Tutkielman tekijä on tietoisesti koko tutkimusprosessin ajan erottanut ammatillisen tutkijan roolin ja henkilökohtaisen, persoonallisen roolinsa toisistaan. Tutkielman tekijä pyrkii omien havaintojen ja analyysien tulosten kriittiseen arviointiin ja tarkasteluun koko tutkimusprosessin ajan (Alasuutari 2001, 32–33).

Aineiston laatuun on pyritty panostamaan jo ennen aineiston varsinaista aineiston keruuvaihetta. Tutkielman tekijän toteuttama esitutkimus lisäsi aiheen tunnettuutta ja ohjasi tutkimusilmiön näkökulmasta kohdennetun teemahaastattelurungon tekemiseen. Tutkielman tekijä harjoitteli ennen varsinaisia tutkimushaastatteluja teemahaastattelurungon kysymyksiä ja etsi teemojen keskinäisiä linkityksiä toisiinsa. Haastattelut tulee dokumentoida (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184). Tutkielman tekijä oli lainannut yliopistolta sanelimen, jonka avulla haastattelut nauhoitettiin. Sanelimen lisäksi haastattelut nauhoitettiin myös puhelimella. Tutkielman tekijä piti haastattelupäiväkirjaa ja teki muistiinpanoja haastattelujen aikana. Tutkielman tekijällä ei ole aiempaa kokemusta tutkimushaastattelujen tekemisestä, joka alentaa tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta tutkielman tekijä oli ennen haastattelujen suorittamista perehtynyt kattavasti haastattelujen tekoa käsittelevään tutkimuskirjallisuuteen.

Tutkimuksen arviointi ja tutkimusprosessin analysointi on tärkeä osa tutkimusprosessia. Tutkijan omat kokemukset ja oppimisen lisääntyminen aihealueesta on merkityksellistä tuoda esille. Lisäksi tutkimuksen tuoma lisäarvo muillekin kun työn tekijälle on merkittävää. (Viskari 2003, 38–39.) Tutkijan on tärkeä tunnistaa omat sitoumuksensa tutkimusprosessissa ja tulkita oppimaansa koko prosessin ajan (Tuomi & Sarajärvi 2004, 135). Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on tiedostanut alusta alkaen

omat sitoumuksensa tutkimukseen. Tutkielman aihepiiri oli tutkielman tekijälle tärkeä ja mielenkiintoinen sekä kohdeorganisaatiossa oli tunnistettu tarve kehittää asiakaskeskeistä hoitoprosessia. Tutkielman alussa tutkielman tekijä vietti runsaasti aikaa kypsyttellen aihetta ja tutustuen aihepiirin kirjallisuuteen ennen varsinaisen tutkimusasetelman muotoutumista. Ennen tutkielman tekoa asiakaskeskeinen hoitoprosessi oli tutkielman tekijälle kapeampi käsite eikä tutkielman tekijä kokenut tunnistavansa asiakaskeskeisyyden piirteitä kovin tarkkaan. Tutkimuksen teon jälkeen tutkielman tekijä kykenee tarkastelemaan ja arvioimaan hoitoprosesseja asiakaskeskeisyyden näkökulmasta.

Tuomi & Sarajärvi (2009, 125) korostavat tutkimuksen ja tieteen etiikan suhde on kaksisuuntainen. Tutkimusprosessissa tehtävät valinnat vaikuttavat eettisiin näkökulmiin ja toisaalta eettiset näkökulmat ohjaavat tutkimusentekoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125.) Tutkimusaiheen valinta on tutkijan eettisen vastuullisuuden alla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Tässä tutkielmassa tutkittaessa asiakaskeskeisyyttä käsitettä asiakaskeskeisyys on tarkasteltu teorian valossa hahmottaen termin sisältöä. Lisäksi asiakaskeskeisyyden käsitteeseen on haettu lisäulottuvuutta haastattelemalla tutkimukseen osallistuneilta asiakaskeskeisyyden sisältöä. Tähän tutkielmaan ei osallistettu kotihoidon asiakkaita. Täten tutkimus ei tuo esille mitä asiakaskeskeisyys käsitteenä kotihoidon asiakkaille merkitsee. Terveystieteiden kontekstissa ajateltaessa potilaan itsemääräämisoikeuden laajuutta tehty tutkielma ei anna yleistettävyyden arvoa ulkopuolelta määritetyille asiakaskeskeisyyden sisällölle.

Karjalainen kumppaneineen (2002, 58) korostaa, että tieteen etiikan normit, vaatimukset ja hyveet ohjaavat tutkijan tutkimustyötä koko tutkimusprosessin ajan. Tutkija on moraalinen toimija osana tiedeyhteisöään, jolloin hänen on tunnustettava tiedeyhteisönsä arvot ja sitouduttava niihin. (Agazzi & Minazzi, 2008, 116–117; Karjalainen ym. 2002, 58.) Valtaosa tutkijaan kohdistuvista eettisten periaatteiden vaatimuksista liittyy tutkimusprosessin eri vaiheisiin. Tutkijan tulee pohtia jokaisessa tutkimuksensa vaiheessa eettisiä valintoja ja punnita vaihtoehtoja. (Karjalainen ym. 2002, 58.) Tutkijalta edellytetään tietyntasoisia ammattitaitoa tutkimusta tehdessään. Tutkijan tulee varmistua ammattitaitonsa riittävydestä lähtiessään tekemään tutkimusta. Tutkijan erityistehtäviin kuuluu ensisijaisesti tieteellisin tutkimuskeinoin luotettavan informaation tuottaminen. Informaation tuottaminen käsittää koko tutkimusprosessin aina metodologisista valinnoista tutkimustulosten julkaisuun. Luotettavan informaation tuottamiseksi tutkijan tulee noudattaa tieteen eettisiä periaatteita ilmiöiden tulkinnassa, kuvailemisessa ja selittämisessä. Tutkijan tulee pystyä tarkastelemaan tuottamaansa tutkimustietoa kriittisesti ja arvioimaan tutkimuksessaan käytettyjä metodeja. Tutkijoiden tulee kunnioittaa toisiaan ja toistensa tutkimustyötä. (Karjalainen ym. 2002, 59–68.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on pyrkinyt parhaan osaamisensa

mukaan huomioimaan tieteen etiikan, normit, vaatimukset ja hyveet osana tutkimusprosessiaan.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antaman asetuksen mukaan jokaisen tutkimustoimintaa harjoittavan tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Ohjeistus on monitieteinen ja sen tarkoituksena on ohjeistaa toimialasta riippumatta tutkimustoimintaa kohti eettisesti kestävää tutkimuspohjaa. (Karjalainen ym. 2002, 384.) Yleisesti hyvä tieteellinen käytäntö koskettaa tutkijoita ja muita tieteentekoon osallistuvia asiantuntijoita. Hyvä tieteellinen käytäntö olettaa, että tutkija noudattaa tiedeyhteisön yleisesti hyväksymiä toimintatapoja, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tehdessään tutkimustyötä sekä huolehtii tulosten asianmukaisesta säilytyksestä, analysoinnista ja arvioinnista. Lisäksi tutkijan tulee soveltaa eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttäviä metodologisia valintoja sekä noudattaa tieteen tekemiseen liittyvää avoimuutta. Tutkijan tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden tutkimustyöt, saavutukset ja ansiot huomioiden ne asianmukaisella tavalla. Lisäksi tutkijalta edelleen oletetaan tutkimuksen suunnittelun, toteutuksen, raportoinnin ja julkaisun täyttävän tieteelliselle tiedolle esitetyt kriteerit. Yleisesti tutkimusryhmässä käytävä yhteistyö ja sidosryhmätyöskentely tulee olla asianmukaista, rehellistä ja sopimuksiin perustuvaa. (Karjalainen ym. 2002, 385–387.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on pyrkinyt parhaan osaamisensa mukaan noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE laatii sosiaali- ja terveydenhuoltosektoria koskeville tutkimusilmiöille yksityiskohtaisemmat ohjeet ja normistot. (Karjalainen ym. 2002, 384.) Kuten todettu tieteellinen tutkimus ei voi koskaan saavuttaa täydellistä varmuutta, mutta mitä useimpia yhdistäviä tekijöitä havainnoille on löydettävissä sitä suuremmalla todennäköisyydellä ratkaisu on oikea. (Alasuutari 2011, 48.) Tässä tutkielmassa tutkielman tekijä on pohtinut luotettavuuden ja eettisyyden näkökulmia monipuolisesti ja hartaasti koko tutkimusprosessin ajan tukeutuen kattavasti aihepiirin lähdekirjallisuuteen sekä pro gradu –tutkielman ohjaajaan.

## 7.5 Mahdollisia jatkotutkimusaiheita

Tutkimusprosessi ei pääty saatuihin tutkimustuloksiin vaan tutkimustulokset synnyttävät usein uusia tutkimusaiheita ja näkökulmia tutkittuun ilmiöön. Saadut tutkimustulokset ovat yleensä vain osatotuus tutkittavasta ilmiöstä. Onkin todettu, että yhden tutkimuksen loppu on toisen tutkimuksen alku. Tutkijan tulee kuitenkin saattaa tutkimuksensa loppuun ja tehdä päätös, milloin tutkimus on vastannut sille asetettuun tehtävään ja päätettävä tutkimus. (Alasuutari 2011, 277.)

Asiakkaan hoitoprosessin kehittäminen prosessi- ja verkostojohdamisen keinoin on aiheena moniulotteinen ja rajoittui tässä tutkielmassa johdon ja lähiesimies-tason

henkilöiden näkökulmaan. Asiakkaan hoitoprosessin kehittämistä edelleen asiakaskeskeisemmäksi olisi mielekästä tutkia myös työntekijöiden näkökulmasta. On oletettavaa, että työntekijöillä on kehitysehdotuksia miten konkreettista työnsuorittamista saadaan kehitettyä asiakaskeskeisemmäksi. Toinen merkityksellinen jatkotutkimusnäkökulma aiheeseen olisi tutkia asiakaskeskeisen hoitoprosessin kehittämistä asiakkaiden näkökulmasta. Asiakkailla, joiden ympärillä hoitoprosessin kokonaisuus tapahtuu on varmasti arvokasta näkemystä, miten hoitoprosessista saadaan entistä asiakaskeskeisempi. Kolmantena jatkotutkimusnäkökulmana voisivat olla asiakkaiden omaiset ja muut läheiset. Omaisten ja muiden läheisten tiedetään seuraavan asiakkaan hoitoprosessia läheltä sekä kauempaa. Heidän kokemuksensa ja näkemyksensä asiakkaan hoitoprosessin asiakaskeskeisyyden kehittämisessä toisivat todennäköisimmin merkittävää näkemystä organisaation hoitoprosessien ulkopuolisesta tulkinnasta.

Tässä tutkielmassa pystyttiin monipuolisesti vastaamaan kahden alatutkimuskysymysten kautta päätutkimuskysymykseen. Tuotettua tietoa on mahdollista hyödyntää tulevaisuudessa kohdeorganisaatiossa. Tutkielman tavoitteena oli selvittää millä johtamisen keinoilla kohdeorganisaation asiakaskokemus saadaan vietyä kohdistetusti asiakaskeskeisyyden arvoytimeen. Kehitysehdotusten pyrkimyksenä on lisäksi taata hoidon korkea laatu jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa sekä tuoda kustannussäästöjä ja tehostaa toimintaa ajallisesta näkökulmasta.

Tämän tutkielman kautta tuotettua tietoa on mahdollista hyödyntää kohdeorganisaation strategian osamäärytyksissä, henkilöstösuunnittelussa, tiedonkulun organisoinnissa sekä asiakaskeskeisten palvelukokonaisuuksien muotoilussa. Lisäksi tutkielman osana haastateltavat johtajat ja esimiehet saavat konkreettisia esimerkkejä työnsä tehostamiseen. Tuotettua tietoa on mahdollista hyödyntää yksityisten terveydenhuollon toimijoiden toimintojen kehittämisessä osana julkisen sektorin terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Lisäksi terveydenhuollon johtajien ja esimiesten toimialamäärytyksiin liittyvät vastuut ja velvollisuudet osana asiakkaan hoitoprosessia selkeytyvät.



## LÄHTEET

- Aaltonen, M. – Vauramo, E. (2016) *SOTE ja Suomi 2014. Kohti taloudellisesti, sosiaalisesti ja moraalisesti kestävää Suomea*. Suomen Kuntaliitto. Suomen Kuntaliiton verkkojulkaisu, Helsinki.
- Agazzi, E. – Minazzi, F. (2008) *Science and Ethics. The Axiological Contexts of Science*. P.I.E Peter Lang S.A. Belgium.
- Agranoff, R. – McGuire, M. (2001) Big Questions in Public Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11 (2001), 295–326.
- Ahonen, A. – Kallio, T. J. (2002) *Käsite- ja tekstitutkimuksen metodologia – perusteita, näkökulmia ja haasteita johtamis- ja organisaatiotutkimuksen kannalta*. Kirjapaino Grafia Oy, Turku.
- Alkio, M. (2011) *Terveysten kustannuksella. Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uudistettava?* Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Andersson, S. – Haverinen, R. – Malin, M. (2004) Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka*, 69 (2004), 481–494.
- Alasuutari, P. (2011) *Laadullinen tutkimus 2.0*. Vastapaino, Tampere.
- Alasuutari, P. (2001) *Johdatus yhteiskuntatutkimukseen*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Alasuutari, P. (1999) *Laadullinen tutkimus*. Kolmas uudistettu painos. Vastapaino, Tampere.
- Belk, R. W. (2006) *Handbook of Qualitative Research Methods in Marketing*. MPG Books Ltd, Cornwall. United Kingdom.
- Bernabei, R., Landi, F. – Gambassi, G. – Sgadari, A. – Zuccala, G. – Mor, V. – Rubenstein, L. Z. – Carbonin, P-U. (1998) Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *BMJ*, 316 (1998), 1348–1351.
- Boonekamp, L. C. M. (1994) Marketing for Health-care Organizations: An Introduction to Network Management. *Journal of Management in Health, Care* 5 (1994), 11–24.
- Bruce, M. L. – McAvay, G. J. – Raue, P. J. – Brown, E. L. – Meyers, B. S. – Keohane, D. J. – Jagoda, D. R. – Weber, C. (2002) Major Depression in Elderly Health Care Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (2002), 1367–1374.
- Bryman, A. – Bell, E. (2015) *Business Research Methods*. Fourth Edition. Oxford University Press, United Kingdom.
- Butler-Kisber, L. (2010) *Qualitative Inquiry – Thematic, Narrative and Arts-Informed Perspectives*. SAGA Publications Inc, Wiltshire. United States of America.

- Chau, P. Y. K. – Hu, P. J-H. (2002) Investigating healthcare professionals' decisions to accept telemedicine technology: an empirical test of competing theories. *Information & Management*, 39 (2002), 297–311.
- Chen, I. J. – Popovich K. (2003) Understanding customer relationship management (CRM). People, process, technology. *Business Process Management Journal*, 9 (2003), 672–688.
- Cockman, P. – Evans, B. – Reynolds, P. (1999) *Consulting for Real People. A client-Centred Approach for Change Agents and Leaders*. Second Edition. McGraw-Hill Publishing Company, Glasgow. Great Britain.
- Corring, D. – Cook, J. (1999) Client-centred care means that I am a valued human being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66 (1999), 71–82.
- Finne, S. – Kokkonen, T. (2005) *Asiakaslähtöinen kaupan arvoketju. Kilpailukykyä ECR-yhteistyöllä*. WSOY Pro, Juva.
- Finne-Soveri, H. – Mäkelä, M. – Noro, A. – Nurme, P. – Partanen, S. (2014) Vanhustenhoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suomen Lääkärilehti* 50-52 (2014), 3467–3473.
- Folder, J., Knapp, M. – Wistow, G. (1995) Competition in the Mixed Economy of Care. *Journal of Social Policy*, 25 (1995), 201–221.
- Gerring, J. (2009) *Case Study Research – Principles and Practices*. Cambridge University Press, United States of America.
- Gowler, D. – Legge, K. – Clegg, C. (1993) *Case Studies in Organizational Behaviour and Human Resource Management*. Paul Chapman Publishing Ltd, Hong Kong.
- Gregory, A. – Mackintosh, S. – Kumar, S. – Grech, C. (2016) Experiences of health care for older people who need support to live at home: A systematic review of the qualitative literature. *Geriatric Nursing* 38 (2016), 1–10.
- Grönfors, M. (2011) *Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät*. SoFia - Sosiologi-Filosofiapu-Vilkka, Hämeenlinna.
- Grönfors, C. (2010) *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. WS Bookwell Oy, Juva.
- Gustafsson, S. – Marniemi, J. (2012) *Julkisen johtamisen työkirja. Kuinka kasvaa menestyväksi organisaatioksi*. Tietosanoma. AS Pakett, Tallinna.
- Hallituksen esitys HE (2017) 2.3.2017. *Sote- ja muukuntauudistus*. <http://valtioneuvosto.fi/documents/1477425/3223876/sote-ja-maakuntauudistus-he-yleisesittelydiat-2.3.2017.pdf/9674304b-ccf3-4c5b-a050-e7a467860e64> [viitattu 2.10.2017].
- Hallituksen esitys HE (2016) 97/2016vp. *Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Suomen Hallitus, Helsinki.

- Hallituksen esitys HE (2014) 324/2014vp. *Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä eräiksi siihen liittyviksi laeiksi*. Suomen Hallitus, Helsinki.
- Hamel, G. (2009) *Johtamisen tulevaisuus*. Talentum. Kariston Kirjapaino Oy, Helsinki.
- Hatch, M. J. – Cunliffe, A. L. (2013) *Organization Theory: Modern, Symbolic and Postmodern Perspectives*. Third Edition. Oxford University Press, United Kingdom.
- Haustsalo, K. – Rantanen, A. – Kaunonen, M. – Åstedt-Kurki, P. (2016) Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva Hoitotyö*, 14 (2016), 4–12.
- Heikkinen, E. (2013) Päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi. *Gerontologia* 4 (2013), 406–413.
- Heinola, R. – Paasivaara, L. (2007) *Kotihoidon prosessit*, s. 52-60. Teoksessa *Asiakaskaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Toimittanut Reija Heinola. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Helin, S. (2016) Kotikuntoutus – kolmas pyörä. *Vanhustyö*, 4 (2016), 4.
- Hennala, L. (2014) Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja – ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa. *Gerontologia* 2 (2014), 67–82.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. (2011) *Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Gaudeamus Helsinki University Press, Tallinna.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. (2009) *Tutki ja kirjoita*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Hoben, M – Norton, P. G. – Ginsburg, R. L. – Anderson, R. A. – Cummings, G. G. – Lanham, H. J. – Squires, J. E. – Taylor, D. – Wagg, A. S. – Estabrooks C. A. ( 2017) Improving Nursing Home Care through Feedback On Performance Data (INFORM): Protocol for a cluster-randomized trial. *BioMed Central* 18:9 (2017) 1–14.
- Hughes, C. M. – Lapane, K. – Watson, M. C. – Davis, H. T. O. (2007) Does Organizational Culture Influence Prescribing in Care Homes for Older People? *Drugs Aging*, 24 (2007), 81–93.
- Hupli, M. – Koskenniemi, J. – Katajisto, J. – Stolt, M. – Suhonen, R. – Leino-Kilpi, H. (2015) Kotihoidon ja hiljattain ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyneiden suomalaisten muistipotilaiden terveys- ja elämäntilanne. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 52 (2015), 258–267.
- Hämäläinen, H. (2016) ”Jos pystyy niin annetaan”. Suurten ikäluokkien iäkkäille vanhemmilleen ja aikuisille lapsilleen antama apu teemahaastattelujen valossa. *Gerontologia* 2 (2016), 50–62.
- Juholin, E. (2009) *Communicare! Viestintä strategiasta käytäntöön*. WS Bookwell Oy, Porvoo.

- Junnila, M. – Sinervo, T. – Aalto, A-M. – Jonsson, P. – Keskimäki, I. – Pekurinen, M. – Seppälä, T. T. – Tynkkynen, L-K. – Whellams, A. (2016) *Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – kriittiset askeleet toteuttamisessa*. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130272/URN\\_ISBN\\_978-952-302-637-7.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130272/URN_ISBN_978-952-302-637-7.pdf?sequence=1)[viitattu 4.10.2017].
- Järnström, S. (2011) Asiakaslähtöisyys geriatrisen osaston lääkärinterillä. *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus* 3 (2011), 238–250.
- Järvinen, A. – Koivisto, T. – Poikela, E. (2000) *Oppiminen työssä ja työyhteisössä*. Aikuiskasvatus. WS Bookwell Oy, Juva.
- Kakkuri-Knuuttila, M-L. – Heinlahti, K. (2006) *Mitä on tutkimus? Tieteenfilosofia ja argumentaatio*. Tammer-Paino, Tampere.
- Karhapää, M. – Laulainen, S. – Kivinen, T. (2015) Työyhteisötaidot sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Hallinnon Tutkimus* 2 (2015), 162–172.
- Karjalainen, S. – Launis, V. – Pelkonen, R. – Pietarinen, J. (2002) *Tutkijan eettiset valinnat*. Tammer-paino, Tampere.
- Karlöf, B. – Lövingsson, F. H. (2004) *Johtamisen näkökulmat; peruskäsitteitä ja malleja*. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Kataja, M. P. – Pölkki, T. (2016) Hyödynnä tiedeviestinnän murros. *Tutkiva Hoitotyö*, 14 (2016), 3.
- Keogh, J. W. L. – Henwood, T. – Gardiner, P. – Tuckett, A. – Hodgkinson, B. – Rouse, K. (2017) Examining evidence based resistance plus balance training in community-dwelling older adults with complex health care needs: Trial protocol for the Muscling Up Against Disability project. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 68 (2017), 97–105.
- Keronen, M. (2013) Asiakaslähtöisyys – olennainen tekijä sosiaalihuollossa. *Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti TESSO* 1 (2013), 1–4.
- Kettunen, H. (2016) Oikea asiakas, oikeassa paikassa, oikeiden palveluiden turvin. *Vanhustyö* 1 (2016), 18–20.
- Killett, A. – Burns, D. – Kelly, F. – Brookers, D. – Bowes, A. – La Fontaines, J. – Latham, I. – Wilson, M. – O'Neill, M. (2016) Digging deep: How Organizational Culture Affects Care Home Residents' Experiences? *Ageing & Society*, 36 (2016), 160–188.
- Kinnunen, U. – Perko, K. – Virtanen, M. (2013) Esimiehen johtamistyylin yhteys työntekijän kokemaan työuupumukseen ja sairaana työskentelyyn. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 50 (2013), 59–70.
- Kleinberger, T. – Becker, M. – Ras, E. – Holzinger, A. – Muller, P. (2017) Ambient Intelligence in Assisted Living: Enable Elderly People to Handle Future Interfaces. *Ambient Intelligence in Assisted Living* 2 (2017), 103–112.

- Klotz, A. – Prakash, D. (2009) *Qualitative Methods in International Relations. A Pluralist Guide*. Palgrave Macmillan, England.
- Knight, L. – Harland, C. (2005) Managing Supply Networks: Organizational Roles in Network Management. *European Management Journal*, 23 (2005), 281–292.
- Kohdeorganisaation internesisivut 2017. [viitattu 17.1.2017].
- Komu, H. – Rissanen, S. – Lammintakanen, J. (2015) Näkyvä organisaatiokulttuuri kunnallisessa ja yksityisessä hoivakodissa työntekijöiden ilmaisevana. *Gerontologia 2* (2015), 75–87.
- Kork, A-A. (2016) Portinvartija vai sisäänheittäjä? Terveydenhuollon kustannushallinnan ja asiakasresponsiivisuuden dilemma. Realistinen synteesi terveystieteistä Englannissa, Yhdysvalloissa ja Suomessa. *Hallinnon Tutkimus*, 35 (2016), 94–116.
- Koski, P. – Järvensivu, A. – Nikkanen, R. (2014) Organisatoriset käytännöt, yrityksen suorituskyky ja työhyvinvointi – löytyykö yhteyksiä? *Hallinnon Tutkimus 2* (2014), 85–101.
- Koskinen, I. – Alasuutari, P. – Peltonen, T. (2005) *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Kotler, P. – Kartajaya, H. – Setiawan, I. (2011) *Markkinointi 3.0. Tuotteista asiakkaisiin ja ihmiskeskeisyyteen*. Talentum. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Kristof, L. – Fortinsky, R. H. – Kellet, K. – Porter, M. Robison, J. (2017) Experiences of Informal Caregivers of Older Adults Transitioned From Nursing Homes to the Community Through the Money Follows the Person Demonstration. *Journal of Aging & Social Policy* 29 (2017), 20–34.
- Kuitunen, S. (2016) Ihmislähtöinen kuntoutus on kaiken ydin. *Vanhustyö*, 1 (2016), 5.
- Kurikkala, P. – Kääriäinen, M. – Kyngäs, H. – Elo, S. (2015) Hoitoon sitoutumisen edistämiseksi toteutetut interventiot ja niiden vaikutukset ikääntyneillä – integroitu katsaus. *Hoitotiede*, 27 (2015), 3–17.
- Kvist, H–H. – Arhoma, S. – Järvelin, K. – Räikkönen, J. (1995) *Asiakasprosessit. Miten parannat tulosta prosesseja kehittämällä?* SEDECON Oy Service Development Consultants. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Laamanen, K. – Tinnilä, M. (2009) *Prosessijohtamisen käsitteet – Terms and Concepts in Business Process Management*. 4. Uudistettu painos. Teknologiateollisuuden julkaisuja 2/2009. Redfina Oy, Espoo.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista* (2012) 2012/980.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> [viitattu 18.4.2017].

- Laki kuntien ja kuntayhtymien eräiden oikeustoimien väliaikaisesta rajoittamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa* (2016) 97/2016. <http://www.finlex.fi/sv/esitykset/he/2016/20160097#idp3085776> [viitattu 17.1.2017].
- Law, M. – Baptiste, S. – Mills, J. (1995) Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 62 (1995), 250–257.
- Lee, R. G. – Dale, B. G. (1998) Business Process Management: a review and evaluation. *Business Process Management Journal*, 4 (1998), 214–225.
- Lehtinen, J. R. (2002) *Asiakkuuslähtöinen johtaminen*. Yritysjulkaisut. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Lehtiranta, S., – Leino-Kilpi, H. – Koskeniemi, J. – Jartti, L. – Hupli, M. – Stolt, M. – Suhonen, R. (2014) Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede*, 26 (2014), 113–124.
- Lehto, V. – Seinelä, L. – Aaltonen, M. (2015) Tehostetun palveluasumisen asukkaiden siirrot –taustatekijät ja siirtojen syyt. *Gerontologia* 1 (2015), 12–24.
- Liberatore, M. J. – Nydick, R. L. (2007) The analytic hierarchy process in medical and health care decision making: A literature review. *European Journal of Operational Research*, 189 (2008), 194–207.
- Lindblom, A. (2006) *Arvoa tuottava kauppiasyrittäjyys ketjutoiminnassa*. Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja. HSE Print, Helsinki.
- Lipasti, I. (2007) *Johda yli rajojen verkostotaloudessa*. WSOY Pro, Helsinki.
- Länsisalmi, H. – Kivimäki, M. – Aalto, P. – Ruoranen, R. (2006) Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research. *Nursing Science Quarterly* 19 (2006), 66–72.
- Megone, C. – Robinson, S. J. (2002) *Case Histories in Business Ethics*. Gutenberg Press Ltd, Malta.
- Metteri, A. (2003) *Osallistava toimintatutkimus kansalaiskeskeisen kehittämisen menetelmänä. Luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot*, s. 156-175. Teoksessa *Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdista kehittämisehdotuksiin*. Toimittanut Anna Metteri. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Kirjapaino Edita Prima Oy, Helsinki.
- Miettinen, A. (1999) Organisaatioiden muutos- ja kehitysprosessit – luonne ja dynamiikka. *Aikuiskasvatus*, 1 (1999), 37–47.
- Mitronen, L. (2002) *Hybridiorganisaation johtaminen. Tapaustutkimus kaupan verkostoorganisaatiosta*. University of Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.

- Morgan, G. (2006) *Images of Organization*. Updated Edition of the International Bestseller. Sage Publications Inc, United States of America.
- Murto, K. (1992) *Prosessin johtaminen. Kohti prosessikeskeistä työyhteisön kehittämistä*. Jyväskylän Koulutuskeskus Oy. Saarijärven Offset Oy, Saarijärvi.
- Mäkelä, P. – Stenlund, H. (1995) *Projektijohtaminen. Toiminnanohjaus verkostotaloudessa*. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Mäntynen, R. – Vehviläinen-Julkunen, K. – Miettinen, M. – Kvist, T. (2015) Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede*, 27 (2015), 18–30.
- Nelson, M. L. – Sen, R. (2014) Business rules management in healthcare: A lifecycle approach. *Decision Support Systems*, 57 (2014), 387–394.
- Ojala, L. – Hilmola, O-P. (2003) *Case Study Research in Logistics*. Turku School of Economics and Business Administration. Kirjapaino Grafia Oy, Turku.
- Ollila, S. (2006) *Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveystalouden julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa – Johtamisosaamisen uudet ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana*. University of Vaasa Publication Unit, Vaasa.
- Ovaskainen, P. – Suvivuo, P. – Virjonen, K. – Leino, I. (2016) Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla lisää kustannustehokkuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 1 (2016), 77–79.
- Parand, A. – Garfield, S. – Vincent, C. – Franklin, B. D. (2016) Carer's Medication Administration Errors on the Domiciliary Setting: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 11 (2016), 1–18.
- Parviainen, P. – Lillrank, P. – Ilvonen, K. (2005) *Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta*. Talentum. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Peltonen, T. (2007) *Johtaminen ja organisointi – teemoja, näkökulmia ja haasteita*. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Pirhonen, J. – Pulkki, J. (2016) Sosiaali- ja terveydenhuollon perusarvojen jäljillä – avuntarpeen ja riippuvuuden tunnustaminen vanhuspalveluissa. *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus* 3 (2014), 251–264.
- Porter, M. E. (2010) What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 23 (2010), 2477–2481.
- Porter, M. E. – Teisberg, E. O. (2006) *Redefining Health Care*. Harvard Business School Press, Massachusetts. United States of America.
- Porter, M. E. (1985) *Competitive Advantage – Creating and Sustaining Superior Performance With a new Introduction*. A Division of Simons & Schuster Inc, New York. United States of America.

- Punna, M. – Raitio, K. (2016) Mobiilimenetelmät ja pelillisuus työmenetelminä sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 8 (2016), 224–230.
- Pyöriä, P. (2012) *Työhyvinvointi ja organisaation menestys*. Gaudeamus University Press, Helsinki.
- Pölkki, T. (2016) Asiakaslähtöisyys keskiössä sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisessa. *Tutkiva Hoitotyö*, 14 (2016), 3.
- Rebeiro, K. L. (2000) Client perspectives on occupational therapy practice: Are we truly client-centred? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67 (2000), 7–14.
- Restall, G. – Ripat, J. – Stern, M. (2003) A framework of strategies for client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 70 (2003), 103–112.
- Riikonen, M. – Palomäki, S-L (2014) Seurantateknologia muistisairaana ihmisen näkökulmasta – autonomiaa vai tunkeilevuutta? *Gerontologia* 3 (2014), 143–155.
- Ritchie, J. – Lewis, J. (2007) *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. SAGE Publications, Singapore.
- Romppainen, A. (2007) *Verkosto-organisaation moniammatillisen tiimityön kehittäminen Etelä-Karjalan työvoiman palvelukeskuksessa*. Licensiaatin tutkimus. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta, Tampere.
- Ronkainen, S. – Pehkonen, L. – Yläne-Lindblom, S. – Paavilainen, E. (2011) *Tutkimuksen voimasanat*. WSOYpro Oy, Porvoo.
- Rowe, J. W. – Fulmer, T. – Fried, L. (2016) Preparing for Better Health and health Care for an Aging Population. *Vital Directions From The International Academy Of Medicine* 316 (2016), 1643–1644.
- Ruusuvuori, J. – Nikander, P. – Hyvärinen, M. (2010) *Haastattelun analyysi*. Vastapaino, Tallinna.
- Ruusuvuori, J. – Tiittula, L. (2009) *Haastattelu – tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Räsänen, R. (2014) Uhka vai mahdollisuus? Hyvällä omaisyhteistyöllä laatua vanhusten pitkäaikaishoidossa. *Gerontologia* 1 (2014), 47–52.
- Saarnilehto, A. – Vesalainen, J. – Annola, V. (2013) *Monimuotoinen verkosto – johtamista ja juridiikkaa*. Lakimiesliiton kustannus. Helsingin Kauppakamari Oy. Meedia Zone OÜ, Viro.
- Silverman, D. (2004) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. Second Edition. SAGE Publications. Great Britain.



- Simons, M. – Salkari, I. (2006) *Uuden liiketoiminnan verkosto. Oppimisprosessin ohjaus toistuvassa projektiluonteisessa liiketoiminnassa*. Työministeriön Työelämän kehittämisohjelma Tykes, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016) *Asiakkaan ja potilaan oikeudet; hoitoon pääsy: Hoitopaikan valinta*. <http://stm.fi/hoitopaikan-valinta> [viitattu 17.1.2017].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2005) *Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätöiset palvelut*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005:7. Yliopistopaino, Helsinki.
- Sorvari, H. (2004) *Oikeudellisia näkökohtia potilastiedoista ja potilaan suostumuksesta tietokoneistuvassa terveydenhuollossa*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Raportteja 285/2004. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Suhonen, R. – Stolt, M. – Gustafsson, M-L. – Katajisto, J. – Puro, M. (2012) Ikääntyneiden ihmisten hoitotyössä työskentelevien hoitajien työtyytyväisyys. *Hoitotiede*, 24 (2012), 27–37.
- Suhonen, R. – Röberg, S. – Hupli, M. – Koskenniemi, J. – Stolt, M. – Leino-Kilpi, H. (2015) Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. *Hoitotiede*, 27 (2015), 259–273.
- Suomen Kuntaliitto. (2015) Sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoistamista koskeva kysely. [http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/06/08062015laakaripalvelujenulkoistaminen/sote\\_kysely\\_2015\\_ulkoistukset.pdf](http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2015/06/08062015laakaripalvelujenulkoistaminen/sote_kysely_2015_ulkoistukset.pdf) [viitattu 17.1.2017].
- Suomen Kuntaliitto (2011) *Terveydenhuollon laatuopas*. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf> [viitattu 10.3.2017].
- Stolt, M. – Koskenniemi, J. – Katajisto, J. – Hupli, M. – Jartti, L. – Suhonen, R. – Leino-Kilpi, H. (2015) Muistihäiriöitä sairastavien iäkkäiden henkilöiden elämänlaatu kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 52 (2015), 62–77.
- Surakka, T. – Suonsivu, K. – Åstedt-Kurki, P. (2014) Vanhustyön lähijohtajien näkemyksiä hyvästä vanhuksen kanssa tehtävästä työstä. *Gerontologia* 28 (2014), 221–230.
- Sydänmaanlakka, P. (2015) *Älykäs julkinen johtaminen*. Talentum Pro. Talentum Media Oy, Helsinki.
- Särkelä-Kukko, M – Rönkä, K. (2014) Yhteisöllisestä vertaistoiminnasta iloa ikääntyneen arkena. *Gerontologia* 3 (2014), 192–195.
- Tennenhouse, D. L. – Smith, J. M. – Sincoskie, W. D. – Wetherall, D. J. – Minden, G. J. (1997) A Survey of Active Network Research. *IEEE Communication Magazine*, 1 (1997), 80–86.
- Teperi, J. – Porter, M. E. – Vuorenkoski, L. – Baron, J. F. (2009) *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*. Sitra Reports 82, Helsinki.

- Tervaskanto-Mäentausta, T. (2016) *Arjen innovaatioista vanhuspalveluiden kehittämiseen*. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisu (12/2016), 1798–2022.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2017a) *Kotihoidon asiakasmäärä kasvanut, mutta henkilöstön määrä vähentynyt*. [https://www.thl.fi/fi/-/kotihoidon-asiakasmaara-kasvanut-mutta-henkiloston-maara-vahentynyt?redirect=https%3A%2F%2Fwww.thl.fi%2Ffi%2Fetusivu%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_INSTANCE\\_tcsSJTqcG10N%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-2-1-3%26p\\_p\\_col\\_pos%3D1%26p\\_p\\_col\\_count%3D2](https://www.thl.fi/fi/-/kotihoidon-asiakasmaara-kasvanut-mutta-henkiloston-maara-vahentynyt?redirect=https%3A%2F%2Fwww.thl.fi%2Ffi%2Fetusivu%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_tcsSJTqcG10N%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2-1-3%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2) [viitattu 11.4.2017].
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2017b) *Toimintamallit vanhuspalveluissa*. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila/toimintamallit-vanhuspalveluissa> [viitattu 11.4.2017].
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2016a) *Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano: Potilaan valinnanvapaus*. <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/lainsaadanto/terveydenhuoltolaki-ja-sen-toimeenpano/potilaan-valinnanvapaus> [viitattu 17.1.2017].
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2016b) *Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat, henkilöstö ja johtaminen 2016. Vanhuspalvelujen seuranta – tutkimuksen toimintayksikkökyselyn tuloksia*. Saatavilla: <https://www.slideshare.net/THLfi/kotihoidon-ja-ymprivuorokautisen-hoidon-asiakkaat-henkilst-ja-johtaminen-2016> [viitattu 17.1.2017].
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (2013) *Vanhuspalvelulaki- pykälistä toiminnaksi. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista* 980/2012. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN\\_ISBN\\_978-952-245-966-4.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN_ISBN_978-952-245-966-4.pdf?sequence=1) [viitattu 17.4.2017].
- Tevameri, T. (2010) Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatioissa. *Hallinnon Tutkimus*, 29 (2010), 221–238.
- Tevameri, T. – Kallio, T. J. (2009) Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. *Hallinnon Tutkimus*, 1 (2009), 25–32.
- Tikkanen, H – Vassinen, A. (2010) *StratMark: Strateginen markkinointiosaaminen*. Talentum. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Tikkanen, H. – Aspara, J. – Parviainen, P. (2007) *Strategisen markkinoinnin perusteet*. Talentum. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Torkkola, S. (2002) *Terveysviestintä*. Hygienia. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Topo, P. (2015) Tukeeko fyysinen ympäristö ja teknologia muistisairasta ihmistä? *Gerontologia* 4 (2015), 221–235.

- Townsend, E. – Wilcock, A. A. (2004) Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71 (2004), 75–87.
- Townsend, E. – Brintnell, S. – Staisey, N. (1990) Developing Guidelines for Client-Centred Occupational Therapy Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57 (1990), 69–76.
- Tseng, M. M. – Piller, F. (2003) *The Customer Centric Enterprise. Advances in Mass Customization and Personalization*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, New York.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. (2009) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. (2004) *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Turunen H. (2015) Potilas- ja asiakaskeskeisyys tutkimuksen lähtökohtana. *Hoitotiede*, 27 (2015), 257–258.
- Työ- ja elinkeinoministeriö. (2010) *Kysyntä- ja käyttäjälähtöinen innovaatiopolitiikka. Jäsentely (osa I) ja toimenpideohjelma (osa II)*. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja – Innovaatio 47/2010. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Töttö, P. (2004) *Syvällistä ja pinnallista – teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa*. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Uusitalo, H. (2001) *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. WS Bookwell Oy, Juva.
- Vaapio, S. – Salminen, M. – Vesala, H. – Kemppainen, T. – Salonoja, M. – Aarnio, P. – Kivelä, S-L (2015) Kodin vaaratekijöiden arviointi osana iäkkäiden kaatumisten ehkäisyä. *Gerontologia* 1 (2015), 2–11.
- Valkama, P. – Kallio, O. – Tukiainen, J. (2013) Ulkoistaminen ja kilpailuttaminen vanhuspalveluiden näennäismarkkinoilla. *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus* 4 (2013), 345–365.
- Valkama, P. – Kallio, O. – Haatainen, J. – Laurila, H. – Siitoinen, P. (2008a) *Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset, I-osa*. Kunta ja kilpailuetu. Kunnallisan kehittämissäätiö Kaks. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Valkama, P. – Kallio, O. – Kankaanpää, J. (2008b) *Kuntapalveluiden kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset, II-osa*. Kunta ja kilpailuetu. Kunnallisan kehittämissäätiö Kaks. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Valtioneuvosto. (2017a) *Sote- ja maakuntauudistus. Valinnanvapaus*. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus> [viitattu 17.4.2017].

- Valtioneuvosto. (2017b) Maakunta- ja sote-uudistuksen yleisesittely. <http://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely> [viitattu 6.11.2017].
- Valtioneuvosto. (2017c) Lakiluonnos asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa 19.10.2017. <http://alueuudistus.fi/valinnanvapauslaki-luonnos-10-2017> [viitattu 6.11.2017].
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. (2010) *Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito*. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuuskertomukset 214/2010. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Varto, J. (1992) *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Viitala, R. – Jylhä, E. (2014) *Liiketoimintaosaaminen. Menestyvän yritystoiminnan perusta*. Edita Business. Bookwell Oy, Porvoo.
- Viitala, R. (2013) *Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä*. Edita Business. Bookwell Oy, Porvoo.
- Virtanen, P. – Stenvall, J. (2011) *Julkinen johtaminen*. Tallinna Raamatutrukikoda. Tallinna, Viro.
- Viskari, S. (2003) *Tieteellisen kirjoittamisen perusteet. Opas kirjoittamiseen ja seminaarityöskentelyyn*. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
- Väyrynen, R. – Kuronen, R. (2016) *Tilastokatsaus 8/2016. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015*. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. [www.thl.fi/tilastot/kotihoito](http://www.thl.fi/tilastot/kotihoito) [viitattu 17.1.2017].
- Walshe, K. – Rundall, T. G. (2001) Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *The Milbank Quarterly*, 79 (2001), 429–457.
- Wilkins, S. – Pollock, N. – Rochon, S. – Law, M. (2001) Implementing client-centred practice: Why is it so difficult to do? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68 (2001), 70–79.
- Woodward, C. – Abelson, J. – Brown, J. – Hutchison, B. (2002) *Measuring Consistency of Personnel in Home Care: Current Challenges and Findings*. A Shortened Version of the Report Presented at the From Knowledge To Wisdom Conference Sheraton Centre Hotel in Toronto, Canada.
- Wooffit, R. (2005) *Conversation Analysis and Discourse Analysis. A Comparative and Critical Introduction*. SAGE Publications Ltd, Cornwall. United States of America.
- Yin, R. K. (2014) *Case Study Research – Design and Methods*. SAGE Publications Inc, United States of America.
- Yin, R. K. (2003) *Applications of Case Study Research*. Second Edition. SAGE Publications Inc, United States of America.

Österberg-Högstedt, J. (2009) *Yrittäjänä ammatissaan sosiaali- ja terveysalalla – yrittäjyyden muotoutuminen kuntatoimijoiden ja yrittäjien näkökulmasta*. Turku School of Economics. Uniprint, Turku.

## LIITTEET

### LIITE 1 ESITUTKIMUKSEN KYSELYLOMAKE

**Arvoisa XXX Oy:n kotihoidon johtaja/esimies,**

ystävällisimmin pyydän Teitä vastaamaan alla oleviin kysymyksiin. Alustavan kyselyn tarkoituksena on saada yleiskuva kotihoidon tilanteesta sekä kartoittaa kotihoidon toimintaympäristöä tutkimuksen aihepiirin suhteen ja toimia tulevan teemahaastattelurungon pohjana. **Vastauksenne voitte välittää tutkijalle osoitteeseen [laura.XXXXXX@utu.fi](mailto:laura.XXXXXX@utu.fi), 25.11.2016 mennessä.** Mikäli Teillä on kysyttävää yksittäisiin kysymyksiin liittyen ottakaa rohkeasti yhteyttä sähköpostitse. **Lämmin kiitos vastauksistanne.**

Alustavat tutkimuksen aihepiiriä kartoittavat kysymykset:

1. Millaisena näette XXX Oy:n kotihoidon tämän hetkisen tilan?
2. Mitä asiakaskeskeisyys mielestänne tarkoittaa ja miten se näkyy työyksikössänne?
3. Miten kuvailisitte työyksikössänne tapahtuvia prosesseja ja miten kehittäisitte niiden johtamista?
4. Millaisia verkostoja kotihoidon asiakkaan palvelupolkuun (kotihoito-päivystys-terveyskeskus/sairaala-kuntoutus-kotihoito) mielestänne kuuluu?
5. Millaisena koette verkostojohtamisen ja verkostojen merkityksen omassa työssänne?

## LIITE 2 SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE

**Arvoisa XXX Oy:n kotihoidon johtaja/esimies,**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tieteellisin keinoin tietoa siitä, miten asiakkaan hoitoprosessia pystytään kehittämään prosessi- ja verkostajohtamisen keinoin asiakaskeskeisemmäksi kotihoidon johtajien ja esimiesten näkökulmasta. Hoitoprosessilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa XXX Oy:n kotihoidon piirissä olevan ikäihmisen palvelupolkua: Kotihoito-päivystys-terveyskeskus/sairaalan vuodeosastokuntoutus-kotihoito.

Tutkimus on osa kauppatieteidenmaisteriopiskelijan pro gradu -tutkielmaa. Kerään tietoa alustavan kyselyn ja siitä seuraavan teemahaastattelun avulla. Alustavan kyselyn tarkoituksena on saada yleiskuva kotihoidon tilanteesta sekä kartoittaa kotihoidon toimintaympäristöä tutkimuksen aihepiirin suhteen ja toimia tulevan teemahaastattelurungon pohjana. Lisäksi huolellisen alustuksen kautta tutkijan on helpompi suorittaa analyysia tutkimusaineistosta.

Tutkimus on osallistujien näkökulmasta kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa vastataan sähköpostitse muutama kysymyksiin (ovat sähköpostin liitteenä) ja jälkimmäisessä osiossa suoritetaan teemahaastattelu, johon varataan aikaa noin tunti. Haastattelut on tarkoitus suorittaa joulukuussa 2016. Haastattelut järjestetään osallistuvien työyksiköissä ennakkoon sovittuina ajankohtina. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelut järjestetään tutkittavien työaikana.

Tutkimuksen tavoitteena on esittää toimintaehdotuksia, joiden avulla asiakkaan hoitoprosessia pystytään kehittämään edelleen asiakaskeskeisemmäksi. Kehitetyn toimintamallin kautta pyritään saavuttamaan asiakkaalle lisäarvoa. Tavoitteena on selvittää millä johtamisen keinoilla XXX Oy:n asiakaskokemus saadaan vietyä kohdistetusti asiakaskeskeisyyden arvoytimeen. Uuden toimintamallin tavoitteena on lisäksi taata hoidon korkea laatu jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa sekä tuoda kustannussäästöjä ja tehostaa toimintaa ajallisesta näkökulmasta.

Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Saadut vastaukset analysoidaan ryhmänä laadullisin tutkimusmenetelmin, joten yksittäisen vastaajan tunnistaminen tutkimustuloksista ei ole mahdollista. Kerätty tutkimusaineisto on vain tutkijan hallussa, eivätkä muut henkilöt pääse käsiksi tutkimusaineistoon. Tutkimuksen päätyttyä aineisto hävitetään asianmukaisesti. Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimukseen tai sen toteutukseen liittyen otattehan yhteyttä tutkijaan sähköpostitse.

Pro gradu -tutkielmaani ohjaa Turun yliopiston kauppa- ja liiketoimintatieteiden tutkimuskeskuksen tutkijatohtori Terhi Tevameri (terhi.XXXXX@utu.fi, 050 XXXX 720). Tutkimuksen yhteyshenkilönä XXX Oy:n puolelta toimii XXX (sähköposti/puhelinnumero).

Ystävällisimmin pyydän Teitä vastaamaan sähköpostin liitteenä olevaan kyselyyn **25.11.2016 mennessä ja välittämään vastauksenne tutkijan sähköpostiin (laura.XXXXXX@utu.fi)**. Kyselyyn vastaaminen vie korkeintaan 30 minuuttia.  
**Kiitos vastauksistanne.**

Ystävällisin terveisin

Laura Niiniviita  
TtM, KTM-opiskelija  
Turun kauppakorkeakoulu  
Porin yksikkö  
050 XXXX XXX  
laura.XXXXXX@utu.fi



**LIITE 3 MUISTUTUSKIRJE  
OSALLISTUVILLE****TUTKIMUKSEEN**

**Arvoisa XXX Oy:n kotihoidon johtaja/esimies,**

**Tämä on muistutusviesti edellisviikolla lähetystä esitutkimuksesta KTM-opiskelijan pro gradu -tutkimukseen. Vastausaikaa on jatkettu pe 2.12.2016 asti. Toivottavasti ehditte työkiireiltänne huolimatta vastaamaan.**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tieteellisin keinoin tietoa siitä, miten asiakkaan hoitoprosessia pystytään kehittämään prosessi- ja verkostojohtamisen keinoin asiakaskeskeisemmäksi kotihoidon johtajien ja esimiesten näkökulmasta. Hoitoprosessilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa XXX Oy:n kotihoidon piirissä olevan ikäihmisen palvelupolkua: Kotihoito-päivystys-terveyskeskus/sairaalan vuodeosasto-kuntoutus-kotihoito.

Tutkimus on osa kauppatieteidenmaisteriopiskelijan pro gradu -tutkielmaa. Kerään tietoa alustavan kyselyn ja siitä seuraavan teemahaastattelun avulla. Alustavan kyselyn tarkoituksena on saada yleiskuva kotihoidon tilanteesta sekä kartoittaa kotihoidon toimintaympäristöä tutkimuksen aihepiirin suhteen ja toimia tulevan teemahaastattelurungon pohjana. Lisäksi huolellisen alustuksen kautta tutkijan on helpompi suorittaa analyysia tutkimusaineistosta.

Tutkimus on osallistujien näkökulmasta kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa vastataan sähköpostitse muutamiin kysymyksiin (ovat sähköpostin liitteenä) ja jälkimmäisessä osiossa suoritetaan teemahaastattelu, johon varataan aikaa noin tunti. Haastattelut on tarkoitus suorittaa joulukuussa 2016. Haastattelut järjestetään osallistuvien työyksiköissä ennakkoon sovittuina ajankohtina. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelut järjestetään tutkittavien työaikana.

Tutkimuksen tavoitteena on esittää toimintaehdotuksia, joiden avulla asiakkaan hoitoprosessia pystytään kehittämään edelleen asiakaskeskeisemmäksi. Kehitetyn toimintamallin kautta pyritään saavuttamaan asiakkaalle lisäarvoa. Tavoitteena on selvittää millä johtamisen keinoilla XXX Oy:n asiakaskokemus saadaan vietyä kohdistetusti asiakaskeskeisyyden arvoytimeen. Uuden toimintamallin tavoitteena on lisäksi taata hoidon korkea laatu jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa sekä tuoda kustannussäästöjä ja tehostaa toimintaa ajallisesta näkökulmasta.

Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Saadut vastaukset analysoidaan ryhmänä laadullisin tutkimusmenetelmin, joten yksittäisen vastaajan tunnistaminen tutkimustuloksista ei ole mahdollista. Kerätty tutkimusaineisto on vain tutkijan hallussa, eivätkä muut henkilöt pääse käsiksi tutkimusaineistoon. Tutkimuksen päätyttyä aineisto hävitetään asianmukaisesti. Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimukseen tai sen toteutukseen liittyen otattehan yhteyttä tutkijaan sähköpostitse.

Pro gradu -tutkielmaani ohjaa Turun yliopiston kauppakorkeakoulun tutkijatohtori Terhi Tevameri (terhi.XXXXXX@utu.fi, 050 XXXX 720). Tutkimuksen yhteyshenkilönä XXX Oy:n puolelta toimii XXX (sähköposti/puhelinnumero).

Ystävällisimmin pyydän Teitä vastaamaan sähköpostin liitteenä olevaan kyselyyn **2.12.2016 mennessä ja välittämään vastauksenne tutkijan sähköpostiin (laura.XXXXXX@utu.fi)**. Kyselyyn vastaaminen vie korkeintaan 30 minuuttia. **Kiitos vastauksistanne.**

Ystävällisin terveisin

Laura Niiniviita  
TtM, KTM-opiskelija  
Turun kauppakorkeakoulu  
Porin yksikkö  
050 XXXX XXX  
laura.XXXXXX@utu.fi

## LIITE 4 TEEMAHAASTATTELUKYSYMYKSET

Teemahaastattelukysymykset:

### Prosessijohtaminen

1. Mitä organisaatiossanne tarkoitetaan prosesseilla?
  - a. Annatteko esimerkkejä organisaatiossanne tapahtuvista pää- ja tukiprosesseista?
2. Miten prosessit tunnistetaan ja miten niitä pyritään kehittämään?
3. Miten prosesseja johdetaan?
  - a. Onko asiakaskeskeisyydellä ja henkilöstön näkökulmalla merkitystä prosessinjohtamisessa?
  - b. Kotihoidon asiakkaan hoitopolkuun fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn pettäessä muodostuu selkeästi hoitopolku (kh-päivystys-sairaala-kuntoutus-kh), miten koette pystyvänne vaikuttamaan hoitopolun prosessiin?
4. Onko organisaatiossanne tunnistettavissa ajallista tai taloudellista tehostamista prosessijohtamisen keinoin?
5. Miten kuvailisitte tiedonkulkua asiakkaan hoitoprosesseissa?

### Verkostojohtaminen

1. Miten kuvailisitte verkostojohtamista organisaatiossanne?
2. Miten organisaatiossanne verkostot muodostuvat ja miten koette niiden hallinnan?
3. Kotihoidon verkostossa keskiössä on asiakas. Millaisena koette verkostoissa kulkevan tiedon luotettavuuden ja oikeellisuuden?
4. Luottamuksen ja sitoutumisen sanotaan olevan verkostojen muodostumisessa ja ylläpitämisessä tärkeitä elementtejä. Millaisena näette oman roolinne osana verkostoa?
  - a. Millainen on työntekijän rooli verkostossa?
  - b. Entä esimiehen/johtajan rooli?
5. Verkostoiden toimintatapojen ja tavoitteiden tulisi olla yhteneviä ja samaan tavoitteeseen tähtäviä. Tunnistatteko verkostojen tiedonkulullisia haasteita ja miten arvioisitte organisaatiossanne tapahtuvaa verkostotyöskentelyä?

### Asiakaskeskeisyys

1. Mitä ajattelette asiakaskeskeisyyden käsitteestä ja miten koette sen ilmenevän osana organisaationne toimintoja?
2. Asiakaskeskeisyydessä korostuu asiakkaan ”äänen kuuluminen”. Asiakaskeskeisessä toimintakulttuurissa luodaan yksilöllisiä palvelu- ja hoitosuunnitelmia. Kuvailisitteko yksilöllisen palvelu- ja hoitosuunnitelman muodostumista?
3. Asiakkaalle on mahdollista tuottaa taloudellista, emotionaalista, toiminnallista ja symbolista arvoa. Kuvailisitteko omin sanoin miten asiakkaalle tuotettava lisäarvo todentuu?
4. Asiakkaan palvelukokemukseen vaikuttavat monet tekijät ja sidosryhmät. Millaisena näette palvelukokonaisuuden?
5. X ja Y-kunnilla ja case-yrityksellä on yhteisyritys, joka tuottaa kotihoidon asiakkaille sosiaali- ja terveystalv palveluja. Millaisena näette työnantajanne roolin osana asiakaskeskeistä palvelujärjestelmää?
  - a. Mikäli työskentelitte kunnalla ennen yhteisyrityksen muodostumista koetteko työnne tai oman ammattiroolinne muuttuneen?
  - b. Miten työntekijät voivat vaikuttaa yhteisyrityksen tapaan organisoida päivittäistä asiakastyötä?

### Organisaatiokulttuuri

1. Miten viihdytte työssänne ja millaisena koette päivittäisen työn sujuvuuden?
  - a. Miten tiimityöskentelyä tuetaan?
  - b. Millaista työnohjausta saatte?
2. Millaiset vaikutusmahdollisuudet Teillä on omaan työhönne tai päätöksiin organisaatiossanne, jotka koskevat Teidän työtänne?
  - a. Miten kuvailisitte mahdollisuuttanne osallistua organisaation päätöksentekoon?
3. Miten saatte palautetta työsuorituksistanne ja miten kokonaistyön sujuvuutta arvioidaan?
  - a. Miten lisä- ja täydennyskoulutus on järjestetty organisaatiossanne?
  - b. Mitataanko työhyvinvointianne organisaatiossa jollakin tavalla?
4. Miten organisaatiossanne on valmistauduttu kansakunnan demografisiin muutoksiin mm. huoltosuhteen muutokseen? Miten organisaationne pyrkii vastaamaan lisääntyviin palvelutarpeisiin?
5. Millaisena näette oman tulevaisuutenne työntekijänä ja organisaationne tulevaisuuden viiden vuoden kuluttua?

**TAULUKKO 1.** Esitutkimukseen vastanneet tutkimukseen valitut henkilöt.

Tutkimukseen valittu	Vastaaminen esitutkimukseen	Vastauksen muoto	Valikoituminen tutkimukseen
H 1	Kyllä	Kirje	Kyllä
H 2	Kyllä	Kirje	Kyllä
H 3	Kyllä	Kirje	Kyllä
H 4	Kyllä	Kirje	Kyllä
H 5	Kyllä	Kirje	Kyllä
H 6	Kyllä	Kirje	Kyllä
H 7	Kyllä	Sähköposti	Kyllä
H 8	Ei	-	Kyllä
H 9	Kyllä	Sähköposti	Kyllä
H 10	Ei	-	Ei
H 11	Ei	-	Ei

**TAULUKKO 2.** Toteutetut teemahaastattelut ja niiden ajallinen kesto.

Haastateltava	Haastattelun ajankohta	Haastattelun ajallinen kesto	Haastattelun tyyppi	Havainnointi toteutettu
H 1	14.12.2016	57 min	Teemahaastattelu	Kyllä
H 2	14.12.2016	59 min	Teemahaastattelu	Kyllä
H 3	14.12.2016	52 min	Teemahaastattelu	Kyllä
H 4	14.12.2016	1 h 02 min	Teemahaastattelu	Kyllä
H 5	14.12.2016	1 h 26 min	Teemahaastattelu	Kyllä
H 6	11.1.2017	1 h 12 min	Teemahaastattelu	Kyllä
H 7	21.12.2017	1 h 39 min	Teemahaastattelu	Kyllä
H 8	12.1.2017	1 h 20 min	Teemahaastattelu	Kyllä
H 9	3.2.2017	1 h 52 min	Teemahaastattelu	Kyllä

**TAULUKKO 3.** Esimerkki teorialähtöisestä sisällönanalyysistä ja kategorioiden muodostamisesta.

Alkuperäis-ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Prosessi on tekemistä asiakkaan ehdoilla. Me pyritään tekemään asioita asiakkaiden eteen aina paremmin ja paremmin. Miten sen nyt sanois, asiakkaan ehdoilla mennään.	Prosessi syntyy asiakkaan kautta → prosessin rakentuminen	Asiakaskeskeisen hoitoprosessin rakentuminen	Asiakaskeskeisyyden toteutuminen hoitotyössä	Asiakaskeskeisyyttä korostava työskentelykulttuuri