

Suvi-Maria Saikkala

**DIGITAALISTEN TERVEYSPALVELUJEN  
NORMALISAATIOPROSESSI  
PIRKANMAAN HYVINVOINTIALUEELLA**  
Teorialähtöinen sisällönanalyysi

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro gradu -tutkielma  
Joulukuu 2025

# TIIVISTELMÄ

Suvi-Maria Saikkala: Digitaalisten terveyspalvelujen normalisaatioprosessi Pirkanmaan hyvinvointialueella -  
teorialähtöinen sisällönanalyysi  
Pro gradu -tutkielma  
Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Kansanterveystieteen maisteriohjelma  
Joulukuu 2025

---

Terveydenhuollon järjestämisen laajamittaista uudistusta on Suomessa suunniteltu jo 2000-luvun alusta, mutta vuonna 2023 sote-uudistus lopulta toteutui. Uudistuksessa ratkaisuja terveydenhuollon kantokyvyn ja resurssien rajallisuuteen etsittiin digitalisaatiosta, ja uusilla hyvinvointialueilla otettiin käyttöön monipuolisia uusia digitaalisia terveyspalveluja. Digitaalisten terveyspalvelujen käyttöönotto vaatii kuitenkin työtä suunnittelun, viestinnän, palautteen keräämisen ja vastaanottamisen sekä jatkuvan kehittämisen parissa. Pirkanmaan hyvinvointialueella tätä työtä tehtiin EU-rahoitetun HOPPU-hankkeen sisällä.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli rakentaa ja jäsentää tietoa digitaalisten terveyspalvelujen käyttöönotosta Pirkanmaan hyvinvointialueen HOPPU-hankkeen kontekstissa. Tutkimuksessa selvitettiin, minkälaista työtä yksilöiden, työyhteisön ja organisaation tasolla tarvitaan laajan toiminnanmuutoksen toteuttamiseksi sekä arvioida, miten hankkeessa tehty työ on edistänyt digitaalisten palvelujen normalisaatiota eli rutinoitumista toimintaan.

Tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin ryhmämuotoista asiantuntijahaastattelua ja analyysimenetelmänä teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Ryhmähaastattelut toteutettiin toukokuussa 2025 Pirkanmaan hyvinvointialueen digitaalisten palvelujen kehittämishankkeen työntekijöiden kanssa. Sisällönanalyysi perustui normalisaatioprosessiteoriaan, joka kuvaa uuden toimintatavan rutinoitumista terveydenhuollon toimintaympäristöön. Normalisaatioprosessiteorian mekanismeja ovat koherenssi, kognitiivinen osallistuminen, kollektiivinen toiminta ja refleksiivinen arviointi. Nämä mekanismit jakautuvat vielä jokainen neljään ydinkomponenttiin.

Sisällönanalyysi osoitti, että Pirkanmaan hyvinvointialueella HOPPU-hankkeessa tehty digitaalisten terveyspalvelujen käyttöönotto ja kehittämistyö noudatti normalisaatioprosessiteorian mekanismeja ja niiden ydinkomponentteja. Tutkimuksen tulokset kuvaavat, miten hanketyöntekijät edistivät mekanismeja ja ydinkomponentteja ja sitä kautta digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessia. Tärkeimpiä normalisaatioprosessia edistäviä toiminnan muotoja olivat vuorovaikutus eri tahojen ja ryhmien välillä, viestintä ja osallistaminen. Tekemällään vuorovaikutustyöllä hanketyöntekijät mursivat digitaalisiin palveluihin kohdistuvaa epäluottamusta ja rakensivat yhteisöjä ja verkostoja, joiden sisällä ihmiset kannustivat toisiaan palvelujen käyttöön.

Tutkimus kuvaa syvällisesti ja käytännönläheisesti digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessia ja hanketyöntekijöiden tekemää prosessia edistävää työtä. Tutkimus kuvaa myös niitä haasteita ja rajoitteita, joita hanketyöntekijät kohtasivat, ja jotka hidastivat tai estivät normalisaatioprosessia. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää digitaalisten palvelujen käyttöönottoa tukevaa työtä suunnitellessa terveydenhuollon yksiköissä. Tutkimus hyödyttää myös jatkotutkimusta tehtäessä normalisaatiota tutkittaessa perusterveydenhuollon kontekstissa. Tutkimuksen rajoitteita ovat tutkimuskysymysten muuttuminen haastattelujen pitämisen jälkeen sekä pieni otoskoko. Tutkimuksessa on noudatettu Pirkanmaan hyvinvointialueen sekä Tampereen yliopiston ohjenuorien mukaisia tietosuojaan, eettisyyteen ja hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyviä toimintatapoja.

Avainsanat: digitalisaatio, terveydenhuolto, normalisaatioprosessiteoria

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

# ABSTRACT

Suvi-Maria Saikkala: The normalisation process of digital health care services in the the Wellbeing Services County of Pirkanmaa – a theory-based content analysis  
Master's thesis  
Tampere University, Faculty of Social Sciences  
Master's degree in public health  
December 2025

---

A large-scale reform of public healthcare has been in the works in Finland since the beginning of the 2000s, but in 2023 the social and health care reform was finally implemented. In the reform, solutions to the limited capacity and resources of healthcare were sought in digitalization, and versatile new digital health services were introduced in new Wellbeing services counties. However, the introduction of digital health services requires work in planning, communication, collecting and receiving feedback, and continuous development. In the Pirkanmaa Wellbeing services county, this work was carried out within the EU-funded HOPPU project.

The aim of this study was to create structured information on the implementation of digital health services in the context of the HOPPU project in the Wellbeing services county of Pirkanmaa. The study examined what kind of work is needed at the individual, community and organizational levels to implement a broad operational change, and to assess how the work done in the project has promoted the normalization of digital services.

The study used a group expert interview as the data collection method and a theory-based content analysis as the analysis method. The group interviews were conducted in May 2025 with employees of the digital services development project in the Wellbeing services county of Pirkanmaa. The content analysis was based on the normalization process theory, which describes the routinization of a new way of working in the healthcare operating environment. The mechanisms of the normalization process theory are coherence, cognitive participation, collective action and reflexive evaluation. Each of these mechanisms is further divided into four core components.

Content analysis showed that the implementation and development of digital health services in the Wellbeing services county of Pirkanmaa in the HOPPU project followed the mechanisms and core components of the normalization process theory. The results of the study describe how project workers promoted the mechanisms and core components of normalization process theory and thereby the normalization process of digital services. The most important forms of activity that promoted the normalization process were interaction between different parties and groups, communication and inclusion. Through their interaction work, project workers broke down distrust of digital services and built communities and networks within which people encouraged each other to use the services.

The study describes in depth and in a practical way the normalization process of digital services and the work done by the project workers to promote the process. The study also describes the challenges and limitations that the project workers faced, which slowed down or prevented parts of the normalization process. The results of the study can be utilized when planning work to support the introduction of digital services in healthcare units. The study will also be useful for further research when studying normalization in the context of primary healthcare. The limitations of the study include the change in research questions after the interviews and the small sample size. The study has followed the data protection, ethics and good scientific practices in accordance with the guidelines of the Wellbeing services county of Pirkanmaa and the University of Tampere.

Keywords: digitalization, healthcare, normalization process theory

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

## TEKOÄLYN KÄYTTÖ OPINNÄYTETYÖSSÄ

Opinnäytteessäni on käytetty tekoälysovelluksia:

- Ei  
 Kyllä

Opinnäytteessä ei ole käytetty tekoälysovelluksia.

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>1</b>
<b>2TUTKIMUKSEN TAUSTA JA KÄSITTEET .....</b>	<b>4</b>
2.1Sote-uudistuksella luotiin hyvinvointialueet.....	4
2.2Digitaaliset terveyspalvelut.....	5
2.3Digitaalisten palvelujen kehittäminen Euroopan unionin hankekokonaisuudessa .....	7
2.4 Suomen kestävä kasvun ohjelma (RRP) ja HOPPU-hanke Pirkanmaalla .....	8
<b>3TEOREETTINEN VIITEKEHYS: NORMALISAATIOPROSESSITEORIA.....</b>	<b>12</b>
3.1 Koherenssi.....	13
3.2 Kognitiivinen osallistuminen .....	14
3.3 Kollektiivinen toiminta .....	14
3.4 Refleksiivinen seuranta .....	15
<b>4. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TOTEUTUS .....</b>	<b>17</b>
4.1 Aineisto .....	17
4.2 Analyysimenetelmät.....	19
<b>5. TUTKIMUKSEN TULOKSET: DIGITAALISTEN PALVELUJEN NORMALISAATIOPROSESSI PIRKANMAAN HYVINVOINTIALUEELLA .....</b>	<b>24</b>
5.1 Koherenssi.....	24
5.2 Kognitiivinen osallistuminen .....	26
5.3 Kollektiivinen toiminta .....	30
5.4 Refleksiivinen seuranta .....	35
5.5 Yhteenveto .....	38
<b>6. POHDINTA.....</b>	<b>40</b>
6.1 Tutkimuksen arviointi .....	41
6.2 Johtopäätökset .....	46
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>50</b>
<b>LIITTEET</b>	

# 1 JOHDANTO

Väestörakenteen muutos, yleistyvät krooniset sairaudet, tarve hillitä kustannusten kasvua ja pula ammattilaisista haastavat terveydenhuoltoa koko Euroopassa (Väisänen & Tynkkynen, 2025). Haasteet ovat Euroopan laajuisesti samankaltaisia, mutta niiden ratkaisemiseen pyrkivien uudistusten sisältö ja laajuus vaihtelevat. Koko järjestelmän kerralla mullistavat uudistukset ovat harvinaisia, mikä tekee suomalaisesta sote-uudistuksesta poikkeuksellisen. (Väisänen & Tynkkynen, 2025). Perustavanlaatuiset muutokset olivat kuitenkin välttämättömiä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän toiminnan turvaamiseksi ja painopisteen siirtämiseksi ennakoivaan toimintaan (Niskasaari ym., 2025).

Sote-uudistusta valmisteltiin useamman kerran, ja se kaatui kerta toisensa jälkeen poliittisiin ja ideologisiin ristiriitoihin (Pohjola, 2017). Lopulta uudistus toteutui vuonna 2023 osana pääministeri Marinin ”Osallistava ja osaava Suomi” -hallitusohjelmaa (Valtioneuvosto, 2019). Kahdenkymmenen vuoden aikana uudistus on saanut uudet kasvot useasti, ja sen varjolla on yritetty tehdä niin kuntauudistusta kuin maakuntauudistustakin (Merikanto, 2021). Uudistuksen sisällöt ovat heijastaneet kunkin hallituksen poliittisia tavoitteita, ja talousnäkökulmat ovat nousseet aina vahvemmin esille (Pohjola, 2017). Talousnäkökulmien myötä uudistuksissa on painotettu kansalaisen valinnanvapautta terveyspalveluissa, millä on tavoiteltu ihmisten jakautumista eri palvelujen ja palveluntarjoajien piiriin. Valintojen tekeminen palveluihin hakeutuessa vaatii kuitenkin kansalaiselta osaamista, jaksamista ja tietoa valintojen tekemiseen. (Pohjola, 2017). Julkisen terveydenhuollon sisällä kansalaisen valinnanvapauteen liittyy olennaisesti digitaalisten palvelut, joihin voi hakeutua lähivastaanoton sijaan. Digitaalisiin palveluihin hakeutuminen ja niiden käyttäminen vaatii kuitenkin digitaaitoja, ja niiden puute voi viivästyttää hoitoon hakeutumista (Kyytsönen ym., 2024).

Digitalisaatio ja kehittyvä teknologia nähdään mahdollisuutena vastata terveydenhuoltoa kuormittavaan kysynnän ja kustannusten kasvuun sekä työvoiman saatavuusvaikeuksiin (Niskasaari ym., 2025). Kaksi kolmasosa suomalaisista uskookin digitalisaation mahdollisuuksiin näiden rakenteellisten ongelmien ratkaisemisessa (Eriksen ym., 2023). Suomessa terveydenhuollon digitalisaatio, eli sähköisten palvelujen eri menetelmin ja välinein tapahtuva käyttöönotto, on ollut käynnissä jo vuodesta 1996, kun julkaistiin ensimmäinen kansallinen strategia tietotekniikan hyödyntämiseen sosiaali- ja

terveydenhuollossa (Saranto ym., 2020). Terveysthuollon digitalisaatio on edennyt viime vuosikymmenten aikana voimakkaasti, ja sen tuomat uudistukset vaikuttavat niin prosesseihin, organisaatioon, palveluihin kuin ihmisiin. Rakenteellisen muutoksen ja kehityksen myötä toimijoiden roolit ja arvoketjut organisaatioissa sekä yhteiskunnan sosiaaliset rakenteet, kuten työskentelytavat ja päätöksentekotavat, muuttuvat. (Saranto ym., 2020).

Suomalaisen terveydenhuollon eri ajanjaksoihin sijoittuvia digitaalisia uudistuksia ovat haastaneet monialaisen yhteistyön saavuttaminen, osallisuus ja toiminnallinen sitoutuminen (Saranto ym., 2020). Sitoutumisen, yhteistyön ja osallisuuden vahvistamista terveydenhuollon uudistuksissa voidaan tarkastella normalisaatioprosessiteorian kautta. Soveltamalla normalisaatioprosessiteoriaa uudistuksessa voidaan edistää yhteisen tavoitteen hahmottamista, osallisuuden ja omistajuuden sekä yhteistoiminnallisuuden syntymistä sekä toiminnan prosessin ja tulosten reaktiivista seuraamista, jossa seuranta johtaa korjaamiseen ja jatkokehittämiseen (Mäki-Opas ym., 2022). Normalisaatioprosessiteoriaa voidaan hyödyntää interventioiden suunnittelu, toteutus- ja arviointivaiheissa (Murray ym., 2010). Normalisaatioprosessiteoria tarkastelee prosesseja ihmisläheisesti, eikä sen mukaan yksilön toimintaa voida selittää pelkästään yksilöllisillä muuttujilla tai yhteisöstä irrallaan, vaan ne voidaan selittää vain näiden vuorovaikutuksella (May & Finch, 2009).

Tässä tutkimuksessa hyödynsin normalisaatioprosessiteoriaa tarkastellessani digitaalisten terveysthuvelujen käyttöönoton ja kehittämisen prosessia Pirkanmaan hyvinvointialueella. Normalisaatioprosessiteoria soveltuu hyvin laadulliseen tutkimukseen, jossa tavoitteena on selittää ja arvioida prosesseja, jotka vaikuttavat interventioiden käyttöönottoon terveydenhuollossa (May ym., 2022). Implementaatiotutkimuksessa eli terveydenhuollon uudistusten käyttöönoton tutkimuksessa on kannatettu laajempaa teorioiden käyttöä, sillä se lisää interventioiden toistettavuutta sekä niiden suunnittelun ja arvioinnin yhteneväisyyttä (Ross ym., 2018).

Vaikka teorioiden käyttö implementaatiotutkimuksissa on perusteltua, kirjallisuudessa kuvaukset käytetyistä teoreettisista kehyksistä ovat usein puutteellisia ja heikosti raportoituja (Ross ym., 2018). Laajassa kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että implementaatiotutkimuksista vähemmistö (22,5 %) raportoi teorian käyttöä jossakin yhteydessä, kuten menetelmien valinnassa, mutta alle 6 % käytti teoriaa varsinaisesti tutkimuksen toteutuksessa (Ross ym., 2018). Tätä tiedon aukkoa täydennän tutkimuksessani, jossa digitaalisten terveysthuvelujen implementaatiota Pirkanmaan hyvinvointialueella

arvioidaan suhteessa normalisaatioprosessiteoriaan, joka on vakiintunut teoreettinen viitekehys implementaatiotutkimuksen kentällä.

Tutkimus sijoittuu sote-uudistuksen kulmakiveen eli digitalisaatioon ja kuvaa sen toteutumista yhdellä hyvinvointialueella. Tutkimus sijoittuu siis yhteiskunnallisesti ja kansanterveydellisesti merkittävään palvelu-uudistukseen, joka on poikkeuksellinen sekä laajuutensa että sisältönsä vuoksi. Aihe on myös ajankohtainen, sillä hyvinvointialueet ovat olleet toiminnassa vain pari vuotta, minkä takia organisaatioiden sisäisiä prosesseja ei ole vielä paljon tutkittu. Tutkimuksen tuoma lisäarvo tulee käytännönläheisen toiminnan kuvaamisesta teorialähtöisesti ja syvällisesti, tavalla, joka ei ilmene virallisessa dokumentaatiossa. Lisäksi tutkimus tuo ilmi tehtyä työtä ja työn tekijöiden toimijuutta digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessissa. Digitaalisen palvelun implementaatiota tavoittelevat organisaatiot voivat hyödyntää tutkimuksen tuloksia suunnitellessaan projektiaan.

Seuraavassa luvussa määrittelen tutkimuksen tärkeimmät käsitteet, joita ovat sote-uudistus, hyvinvointialue, ja digitaalinen terveyspalvelu. Kuvaan myös tutkimuksen taustatekijät eli hankkeen, johon tutkittava toiminta kuuluu, sekä hankkeen rahoituksen ja sen asettamat vaatimukset. Luvussa 3 kuvaan tutkimuksen teoreettisen viitekehysten, joka perustuu normalisaatioprosessiteoriaan. Luvussa 4 kuvaan, miten tutkimus toteutettiin aineistonkeruusta analyysiin asti. Luvussa 5 esittelen tutkimuksen tulokset, eli kerron miten normalisaatioprosessiteorian mukaiset mekanismit ja komponentit näkyivät tutkitussa toiminnassa, ja miten toiminta vaikutti normalisaatioprosessiin. Lopuksi luvussa 6 kerron vielä tulosten perusteella tehdyt johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet, sekä arvioin tutkimusta luotettavuuden, eettisyyden ja hyvän tieteellisen käytännön perusteella.

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA KÄSITTEET

Tässä tutkimuksessa tarkastelen digitaalisten terveyspalvelujen käyttöönottoa ja kehittämistä julkisen terveydenhuollon muuttuneessa toimintaympäristössä. Tutkimusaihe nivoutuu tiiviisti kontekstiinsa, joka asettaa toiminnalle reunaehdot. Seuraavissa alaluvuissa kuvaan Suomen, Euroopan sekä hyvinvointialueiden tasolla tutkittavan toiminnan kontekstin ja toimintaympäristön. Lisäksi määrittelen tutkimusaiheen kannalta tärkeimmät käsitteet.

### 2.1 Sote-uudistuksella luotiin hyvinvointialueet

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus otettiin käyttöön 1.1.2023 siirtäen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuun kunnilta uusille hyvinvointialueille (Sosiaali- ja terveysministeriö STM, 2024a). Sote-uudistus on muuttanut palvelujärjestelmää perusteellisesti vaikuttamalla siihen, miten palveluja ohjataan, järjestetään, rahoitetaan ja tuotetaan. Uudistus onkin yksi merkittävimmistä hallinnonuudistuksista Suomen historiassa. (Tynkkynen ym., 2025). Uudistus sijoittui pääministeri Marinin ”Osallistava ja osaava Suomi” -hallitusohjelmaan, jonka tavoitteina oli rakentaa sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävää yhteiskuntaa (Valtioneuvosto, 2019).

Sote-uudistuksen päätavoitteisiin kuului hyvinvointieron kaventaminen, yhdenvertaisten ja laadukkaiden palvelujen turvaaminen, palveluiden saavutettavuuden parantaminen sekä työvoiman saatavuuden varmistaminen. Lisäksi sen tuli vastata yhteiskunnan muutoksiin, hillitä kustannuksia ja parantaa turvallisuutta. (HE 241/2020 vp). Uudistuksen tuloksena luotiin 21 hyvinvointialuetta, joista jokainen järjestää oman alueensa perus- ja erityistason palvelut sovittaen yhteen eri palvelukokonaisuuksia ja kohdentaen voimavaroja (HE 241/2020 vp). Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä jätettiin uudistuksesta ulkopuolelle erillisratkaisuna poikkeavan toimintaympäristön takia (Valtioneuvosto, 2019).

Hyvinvointialueisiin siirryttäessä haluttiin ratkaista vanhenevan ikärakenteen sekä taloudellisen niukkuuden aiheuttamia ongelmia julkisessa terveydenhuollossa siirtämällä painopistettä perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan (Valtioneuvosto, 2019). Hyvinvointialueet tuottavat julkisen terveydenhuollon, joka jakautuu perus- ja erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon erikoisalojen tutkimus ja hoito, joka tapahtuu

pääosin sairaaloissa ja niiden poliklinikoilla (STM, 2024b). Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyskeskuksissa toteutettavaa väestön terveyden seuranta, terveyden edistämistä ja terveyspalvelujen tarjoamista. Tähän kuuluvat esimerkiksi neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, yleislääkäripalvelut, suun terveydenhuolto, perustason mielenterveys- ja päihdehoito sekä kuntoutus.. (STM, 2024b).

Pirkanmaan hyvinvointialue (Pirha) on asukasmäärältään Suomen suurin hyvinvointialue, johon kuuluu 23 kuntaa ja asukkaita on yhteensä yli puoli miljoonaa (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025b). Hyvinvointialueella työskentelee 20 000 työntekijää. Päätöksenteko tapahtuu aluevaltuustossa, johon jäsenet ja varajäsenet valitaan aluevaaleilla. Pirkanmaan hyvinvointialueen organisaatioon kuuluu neljä kokonaisuutta: sote-palvelut, pelastus- ja ensihoitopalvelut, tukipalvelut ja strateginen ohjaus. (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025b).

Pirkanmaan hyvinvointialueen selvityksessä vuodelta 2024 kuvataan digitaalisia asiointimahdollisuuksia hyvinvointialueella, joita ovat lomakkeet, chat-keskustelut, videovastaanotot, sekä toukokuusta 2024 alkaen asiointi digiklinikalla (Ranta, 2024). HOPPU-hankkeessa käyttöönotetulla digiklinikalla asukas voi hoitaa kiireettömiä terveysasioitaan joka päivä klo 8–22, myös viikonloppuisin (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025a). Digiklinikalle asiakas pääsee sähköisesti tunnistautumalla joko verkossa OmaPirha-palvelussa tai Digiklinikan omassa sovelluksessa (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025a). Digiklinikan ensimmäisen puolen vuoden aikana digiklinikalla oli asioitu jo 100 000 kertaa, ja yleisimpiä yhteydenoton aiheita olivat akuutit sairastumiset kuten flunssa, kuume, kurkkukipu, ripuli tai virtsa- ja silmäoireet (Pirkanmaan hyvinvointialue, ei pvm.).

## **2.2 Digitaaliset terveyspalvelut**

Digitaalisilla terveyspalveluilla tarkoitetaan terveydenhuollon tuotteita ja palveluja, jotka hyödyntävät tieto- ja viestintätekniiikkaa ja joissa asiakkaan ja terveydenhuollon organisaation välillä tapahtuu vuorovaikutusta tai tiedottamista (Saranto ym., 2020). Sosiaali- ja terveyspalveluissa digitaalisilla ratkaisuilla voidaan joko tukea, täydentää tai korvata perinteisiä palveluja ja toimintatapoja tai muodostaa täysin uusia tapoja tarjota palveluja (THL, 2024a).

Suomessa oli tarjolla monenlaisia digitaalisia perusterveydenhuollon palveluja jo ennen hyvinvointialueuudistusta. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen FinSote-tutkimuksessa on vuonna 2020 kysytty kansalaisten digitaalisten palvelujen käytöstä. Vuonna 2020 noin puolet väestöstä oli käyttänyt yleisimpiä sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluja, joita olivat ajanvaraus, tutkimustulosten vastaanottaminen sekä omien potilas- tai asiakastietojen tarkastelu (Kyytsönen ym., 2021). Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa digitaalisesti, esimerkiksi videoyhteyden tai chatin välityksellä, oli asioinut 22 % väestöstä. Harvemmin käytettyjä toimintoja olivat mahdollisuus toimittaa omia tietoja ammattilaiselle (7 %) ja ohjeiden vastaanottaminen ammattilaisilta (12 %). (Kyytsönen ym., 2021).

FinSote-tutkimus tarkasteli myös kansalaisten asiakaskokemuksia digitaalisissa terveystalveissa palvelujen antaman avun sekä niiden käytön esteiden ja opastuksen tarpeen kautta. Vuonna 2020 väestöstä 79 % kertoi kokevansa huolia tai esteitä sähköisten palvelujen käyttöön liittyen ja väestöstä viidennes (19 %) koki opastuksen tarvetta niiden käyttöön (Kyytsönen ym., 2021). Kuitenkin kansalaisista lähes joka toinen (45 %) koki digitaalisten terveystalveiden tuottavan lähinnä hyötyjä (Kyytsönen ym., 2021). Vuonna 2022 FinSote-tutkimuksen aikuisia koskeva kyselytutkimus liitettiin osaksi laajempaa Terve Suomi - tutkimusta, jota ei ole vielä julkaistu (THL, 2024a). Uusia lukuja digitaalisten palvelujen käytöstä tai niiden koetuista hyödyistä ja esteistä kansallisella tasolla ei ole siksi vielä saatavilla. Käytön lukujen voidaan kuitenkin olettaa kasvaneen reilusti johtuen terveydenhuollon kentän kiihtyvistä digitalisaatiosta.

Digitaalisten palvelujen rooli korostui entisestään vuonna 2023, kun sosiaali- ja terveysministeriössä käynnistettiin digitalisaation ja tiedonhallinnan strategiatyöskentely, jonka tavoitteena oli kirkastaa ja selkeyttää strategisia tavoitteita sekä vastata toimijoiden ja asiakkaiden tarpeisiin (STM, 2023). Strategiatyöskentelyä ohjasi ajatus siitä, että digitalisaatio on sosiaali- ja terveydenhuollon uusi pohjakerros, joka mahdollistaa muutosta kohti tehokkuutta ja toimivuutta. Työn tuloksena syntyneessä tiedonhallinnan ja digitalisaation strategiassa yksi neljästä päätavoitteesta oli digitaalisten asiointikanavien ensisijaisuus kaikilla hyvinvointialueilla, jos se sopii palvelun luonteeseen tai jos asiakasryhmä kykenee niiden käyttöön. Strategiaa toteutetaan käytännössä osana hankkeita ja kansallisen palvelureformin myötä, ja toimeenpanoa seurataan vuositasolla hyvinvointialueiden ja hankkeiden raporteja ja selvityksiä hyödyntäen. (STM, 2023).

### 2.3 Digitaalisten palvelujen kehittäminen Euroopan unionin hankekokonaisuudessa

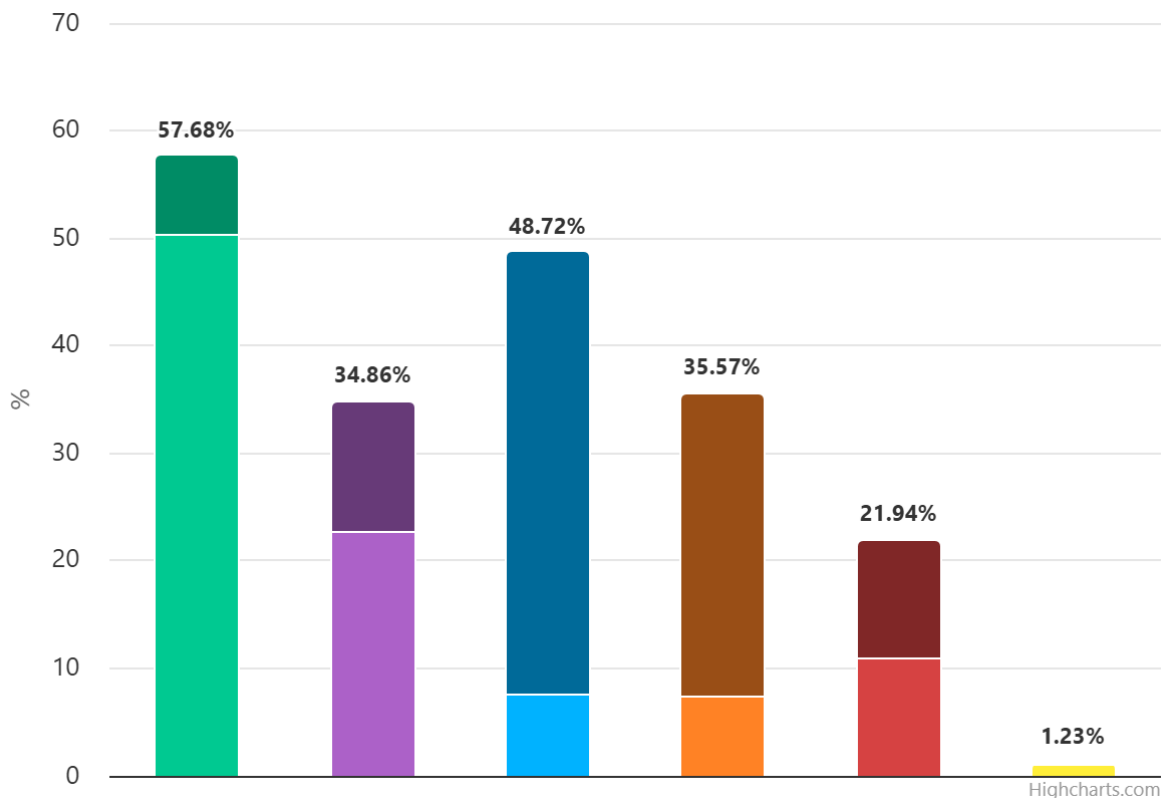
Next Generation EU (Next Gen EU) on Euroopan unionin ohjelmakokonaisuus, jonka tarkoituksena on tukea jäsenmaita koronapandemiasta elpymisessä sekä palautumisessa ja uusien rakenteellisten muutosten luomisessa (Barbier-Gauchard, 2024). Next Gen EU on kertaluontoinen elpymisväline, johon kuuluu seitsemän eri ohjelmaa. Ohjelmista ylivertaisesti laajin on elpymis- ja palautumistukiväline RRF (Recovery and Resilience Facility), joka myöntää jäsenmaille lainoja ja avustuksia (Valtioneuvosto, 2021).

EU rahoittaa omat ohjelmansa obligaatioilla eli lainaamalla rahaa julkisilta markkinoilta (Euroopan komissio, 2022). Obligaatio eli joukkolaina on instituution liikkeelle laittama sijoitusinstrumentti (Cederberg, 2015). Sijoittajat merkitsevät itselleen obligaation vastaavasti kuin ostaisivat osakkeen, ja sijoitettu raha on silloin instituution, tässä tapauksessa EU:n käytössä. Lainaava instituutio maksaa sijoittajalle vuosikorkoa, kunnes sovittu vuosimäärä tulee täyteen ja laina maksetaan takaisin (Cederberg, 2015). RRF-ohjelman tapauksessa kyseessä on eri pituisia, jopa 30-vuotisia lainoja, eli lainoja maksetaan takaisin vuodesta 2028 jopa vuoteen 2058 saakka (Barbier-Gauchard, 2024). Lainaa käyttänyt jäsenvaltio maksaa lainan takaisin EU:lle, kun taas avustuksena saadut rahat maksetaan lainaajille EU:n budjetista (Barbier-Gauchard, 2024).

Jotta jäsenvaltiot voivat hyötyä RRF-välineen rahoituksesta lainan tai avustuksen muodossa, niiden täytyy esittää kansallinen elpymis- ja palautumissuunnitelma (RRP) (Valtioneuvosto, 2021). Suunnitelman on myös täytettävä EU:n asettamat ehdot, joiden mukaan 37 % saadusta rahasta on käytettävä ilmastonmuutoksen hillintään tähtäävään toimintaan ja 20 % digitalisaation edistämiseen (Barbier-Gauchard, 2024). Lisäksi ehtona on lainsäädännön noudattaminen, erityisesti korruption ehkäisemisen osalta, sekä EU:n antamien suositusten noudattaminen (Barbier-Gauchard, 2024).

Jäsenvaltiot hakivat rahoitusta omilla RRP-suunnitelmillaan, joiden perusteella EU myönsi eri verran avustuksia ja lainoja (Valtioneuvosto, 2021). EU myönsi Suomelle RRP-ohjelman puitteissa 1949 miljoonaa euroa avustuksia, mutta ei lainoja (Euroopan komissio, ei pvm.). Suomelle myönnetyt avustukset painottuivat vihreään siirtymään, työllistymiseen ja digitalisaatioon (kuvio 1). Jokainen toimenpide edistää kahta eri pilaria (ensisijaiset ja toissijaiset tehtävät), jonka takia kaaviossa on esitetty kaikkien pilarien kokonaisrahoitusosuus 200 prosenttina. Avustuksista 57,68 % suunnattiin vihreään siirtymään (vihreä pilari) ja 48,72

työllisyyden ja kestäväen kasvun edistämisen (sininen pilari). Digitalisaation osuus oli 34,86 % (violetti pilari). Lisäksi avustuksia myönnettiin sosiaalisen koheesion edistämiseen (35,57 %, oranssi pilari), terveydenhuollon, taloudellisen sekä institutionaalisen kestävyuden kehittämiseen (21,94 %, punainen pilari), sekä seuraavan sukupolven mahdollisuuksien kehittämiseen (1,23 %, keltainen pilari). (Euroopan komissio, ei pvm.).



Kuva 1 Suomen RRP-ohjelman rahankäytön jakauma eri pilarien välillä (Euroopan Komissio, ei pvm.)

## 2.4 Suomen kestäväen kasvun ohjelma (RRP) ja HOPPU-hanke Pirkanmaalla

Suomen kestäväen kasvun ohjelma noudattaa EU:n RRF-rahoitusinstrumentin vaatimuksia ja Suomelle annettuja suosituksia (Euroopan komissio, ei pvm.). EU:n Suomelle antamat suositukset vuodesta 2020 eteenpäin koskevat pandemian torjumista, terveydenhuollon henkilöstöpulaan puuttumista, työllisyyden vahvistamista, investointien keskittämistä vihreään siirtymään, sekä rahanpesun torjuntasäännösten tuloksellisen valvonnan ja noudattamisen varmistamista (Valtioneuvosto, 2021). Suomen RRP-ohjelma jakautuu neljään pilariin, joiden toimilla pyritään vastaamaan EU:n suosituksiin. Pilarit ovat vihreä siirtymä, digitalisaatio ja

datatalous, työllisyysaste ja osaaminen, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden vahvistaminen. (Valtioneuvosto, 2021).

RRP-ohjelman valtionavustuksia haettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäinen haku toteutettiin loppuvuonna 2021, jolloin avustuksia haettiin hyvinvointialueuudistuksen valmistelun yhteydessä koronaepidemian aiheuttaman palveluvelan purkuun sekä edistämään monialaisten kynnyksettömien palvelujen tarjontaa sekä ongelmien varhaista tunnistamista ja ennaltaehkäisyä (Valtioneuvosto, 2021). Seuraavan kerran valtionavustuksia haettiin vuonna 2023, jolloin uusia hyvinvointialueita kannustettiin vaikuttavuusperusteiseen toimintaan sekä palvelumuotoiltujen digitaalisten innovaatioiden käyttöönottoon. Hyvinvointialueiden valtionavustusten hankehakemuksia arvioitiin niitä varten laaditun kriteeristön kautta. Arvioinnin kohteena hakemuksissa oli tavoitteiden selkeys ja realismi, yhteensopivuus pilari 4:n tavoitteiden kanssa, toimeenpano, kustannusarvio, sidosryhmäyhteistyö ja viestintä sekä arviointisuunnitelma. (Valtioneuvosto, 2021).

Suomessa RRP-rahoitusta saivat kaikki 21 hyvinvointialuetta ja Helsingin kaupunki, THL, sekä erilaiset tutkimushankkeet ja erillishankkeet (THL, 2023). Eri hyvinvointialueilla RRP-suunnitelmien tavoitteet ja toimintatavat vaihtelivat hieman, mutta kaikkia yhdisti uusien digitaalisten toimintamallien käyttöönoton hoitotakuun toteutumisen edistämiseksi (THL, 2023). Hyvinvointialueilla hankkeen puitteissa rakennettiin uusia digitaalisia kokonaisuuksia niin kansalaisille kuin ammattilaisille, sekä luotiin uusia toimintamalleja digitaalisia ratkaisuja hyödyntäen (THL, 2025).

RRP-hankkeen valtionavustusta myönnettiin Pirkanmaan hyvinvointialueelle vuonna 2023 20,6 miljoonaa euroa (Pirkanmaan hyvinvointialueen aluehallitus, 2023). Pirkanmaalla RRP-ohjelmaa toteutettiin Hoitoon Pikaisesti Pirkanmaalla Uusilla toimintamalleilla (HOPPU) -hankkeessa. Kehittämistoimenpiteet valittiin siten, että ne olivat linjassa kaikkien hyvinvointialueen ohjaavien asiakirjojen kanssa. Näitä olivat RRP-ohjelman lisäksi muut käynnissä olevat valtionavustushankkeet, Pirkanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2020–2025 sekä Pirkanmaan alueellinen hyvinvointikertomus ja -suunnitelma 2021–2024. (Konttajärvi, 2025). Hanke tuki muissa hankkeissa alkuun laitettua kehittämistyötä, ja se kytkettiin tiiviisti muihin alueella oleviin erillisrahoitteisiin hankkeisiin (Konttajärvi, 2025).

HOPPU-hankkeen ensimmäisessä vaiheessa vuonna 2022 (HOPPU 1) toteutettiin alueellinen digitaalisten palveluiden tilannekartoitus sekä valmisteltiin digitaalisten palveluiden strategia

ja toimeenpanosuunnitelma (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025d). HOPPU 2 -hankkeessa tavoitteina oli purkaa koronapandemiasta aiheutunutta hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa, vahvistaa ennaltaehkäiseviä toimintamalleja sekä lisätä monialaista hyvinvointiyhteistyötä, vahvistaa hoidon ja palvelun vaikuttavuutta ja tietoon perustuvaa päätöksentekoa, sekä parantaa hyvinvointialuetasoisesti digitaalisten palvelujen yhdenmukaisuutta ja saatavuutta (Konttajärvi, 2025). HOPPU 2 -hankkeen toimenpiteet kuuluivat RRP-ohjelman neljänteen pilariin, jonka tavoitteena on vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuutta ja lisätä kustannustehokkuutta, edistää hoitotakuun toteutumista ja purkaa palveluvelkaa (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025c). Pilarit jakautuivat investointeihin, jotka puolestaan jakautuivat työpaketteihin ja toimintamalleihin.

Pirkanmaan hyvinvointialueen hankesuunnitelmassa (2025c) kuvattiin pilari 4:n eri investoinnit ja niissä tehtävät toimenpiteet. Pilari 4 jakautui neljään investointiin, joista ensimmäisessä tavoitteena oli edistää hoitotakuun toteutumista ja purkaa koronavirustilanteen aiheuttaman hoito- kuntoutus- ja palveluvelkaa. Myös toinen investointi pyrki edistämään hoitotakuun toteutumista, mutta keinona oli ennaltaehkäisyn ja ongelmien varhaisen tunnistamisen vahvistaminen. Kolmannen investoinnin tavoitteena oli kasvattaa tietopohjaa ja vaikuttavuusperusteista ohjausta, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta voitaisiin vahvistaa. Neljännen investoinnin tavoitteena oli ottaa käyttöön uudet palvelumuotoillut digitaaliset innovaatiot, jotka edistävät omalta osaltaan hoitotakuun toteutumista. Digitaalisia perusterveydenhuollon palveluja kehitettiin siis investointien 1, 2 ja 4 piirissä. Investoinnit sisälsivät erilaisia työpaketteja ja toimintamalleja, joiden kautta investoinnissa kuvatut tavoitteet oli tarkoitus saavuttaa. (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025c).

Ensimmäisen investoinnin työpaketeista työpaketit 1, 5 ja 6 käsittelivät digitaalisia perusterveydenhuollon palveluja. Työpaketti 1 sisälsi kaikille tarkoitetut matalan kynnyksen digipalvelut. Työpaketin tavoite oli kaikkien kohderyhmien palveluvelan purkaminen ja alueellisen sote-palvelutuotannon luominen palvelupolkuja ja -kokonaisuuksia kehittämällä. Tavoitetta toteutettiin vahvistamalla ja käyttöönottamalla aiempaa laajemmin matalan kynnyksen palveluita sekä liikkuvia ja digitaalisia palveluita. Viides työpaketti käsitteli ikääntyneiden digitaalisia palveluja kuten lääkerobotteja, etävastaanottoja, turvarannekkeita sekä kotihoitoa tukevien uusien teknologioiden kartoitusta. Kuudes työpaketti sisälsi uusien digitaalisten toimintamallien laajentamisen ja yhdenmukaistamisen, jotta kaikilla

pirkanmaalaisilla olisi yhtäläiset mahdollisuudet asioida digitaalisesti. (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025c).

Toisessa investoinnissa oli vain yksi työpaketti, ja se sisälsi elintapaohjauksen palvelutarjottimen rakentamisen sekä elintapaohjauksen yhtenäistämisen hyvinvointialueen eri kunnissa. Tavoitteena oli kaventaa väestön hyvinvointi- ja terveyseroja elintapaohjausta ja saatavilla olevaa tietoa yhtenäistämällä. Työpaketin toimilla puuttua haluttiin puuttua elintapaohjauksen alueellisiin eroihin sekä haluttiin parantaa elintapamuutosta tukevan tiedon ja ohjauksen saatavuutta ja saavutettavuutta sekä asukkaille että eri alojen ammattilaisille. Hyvinvoinnin palvelutarjotin linkitettiin hyvinvointialueen verkkosivuille, ja sen sisältö täydennettiin hankeaikana. (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025c).

Neljännän investoinnin kaikki kuusi työpakettia liittyivät eri tavoin digitaalisiin palveluihin. Työpaketti 1 liittyi asiakaspalautteen keräämiseen, jota tehostettiin digitaalisia väyliä käyttäen. Työpaketti 2 käsitteli digitaalista ajanvarausta ja tavoitteena oli yhtenäistää kaikkien pirkanmaalaisien mahdollisuudet tarkastella sekä varata aikoja digitaalisesti. Työpaketissa 3 luotiin ja vahvistettiin kansalaisten etäpalvelumahdollisuuksia, rakennettiin digitaalinen sotekeskus sekä kehitettiin kotiin vietäviä palveluita. Työpaketti 4 sisälsi investoinnissa 2 tuotetun elintapaohjauksen alustan teknisen kehittämisen. Työpaketissa 5 kehitettiin ammattilaisten digikanavia, mm. aloitettiin potilastietojärjestelmien integraatio. Työpaketissa 6 hankittiin ja valmisteltiin uutta digitaalista innovaatiota työvoimahallintaan. (Pirkanmaan hyvinvointialue, 2025c).

### 3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS: NORMALISAATIOPROSESSITEORIA

Tutkimuksessa tarkastelen uusien digitaalisten palvelujen implementaatiota Pirkanmaan hyvinvointialueella normalisaatioprosessiteorian (engl. *Normalization Process Theory*) kautta. Normalisaatio tarkoittaa prosessia, jossa toimijat omaksuvat jonkin uuden toiminnan ja liittävät sen osaksi rutiinejaan sekä olemassa olevaan tietämykseen ja käytäntöihin (May & Finch, 2009). Normalisaatioprosessiteoria (NPT) kuvaa toimintaa, jonka avulla uudet menetelmät, teknologiat ja monimutkaiset interventiot normalisoituvat osaksi terveydenhuollon arkikäytäntöjä (Linnansaari ym., 2024). Normalisaatio on toteutunut silloin, kun interventio on sulautunut muuhun työhön, eikä sitä enää ajatella erillisenä osana työntekoa (May, 2017).

Interventio tarkoittaa terveystieteissä toimenpidettä, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen (Kansalliskirjasto, 2021). Hyvinvointialueen toimenpiteet uusien digitaalisten perusterveydenhuollon palvelujen käyttöönotossa voidaan siis määritellä interventioksi, sillä niiden tavoitteena on vaikuttaa väestön terveydentilaan ja käyttäytymiseen. Teoreettista viitekehystä kuvatessani käytän sanaa interventio kuvaamaan uusien digitaalisten palvelujen käyttöönoton kokonaisuutta, mikä on myös yhdenmukaista normalisaatioprosessiteorian kirjallisuuden kanssa.

Normalisaatioprosessiteoria soveltuu erityisen hyvin monimutkaisiin interventioihin eli interventioihin, jotka koostuvat useista behavioraalisista, teknologisista ja organisaatioon liittyvistä tekijöistä (Ross ym., 2018). Digitaaliset interventiot ovat hyvä esimerkki monimutkaisesta interventiosta, sillä niiden implementaatioon vaikuttaa vahvasti konteksti, kuten yhteensopivuus olemassa olevien järjestelmien ja työskentelytapojen kanssa, terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välinen vuorovaikutus sekä kustannuskysymykset (Ross ym., 2018). Normalisaatioprosessiteoria tarkastelee monimutkaisten interventioiden mekanismeja dynaamisessa suhteessa toisiinsa ja organisaation kontekstiin, sosiaalisiin normeihin ja ryhmäprosesseihin (Murray ym., 2010).

Normalisaatioprosessiteorian on systemaattisessa katsauksessa todettu vastaavan parhaiten digitaalisen intervention tarkasteluun, kun vaatimuksena on, että teoria keskittyy aktiiviseen implementaatioon, käsittelee sekä yksilöä että organisaatiota, kuvaa esteitä ja mahdollistajia, ja teorian onnistuneesta käytöstä on tarpeeksi näyttöä digitaalisissa terveydenhuollon interventioissa (Ross ym., 2018). Näillä perusteilla valitsin normalisaatioprosessiteorian tähän

tutkielmaan uusien Pirkanmaan Hyvinvointialueen digitaalisten palvelujen implementaation tarkastelun pohjaksi.

NPT mallintaa neljä mekanismia, jotka kuvaavat organisaatiossa tehtävää työtä, jota ilman toiminta ei rutinoitu (Murray ym., 2010). Näitä mekanismeja ovat koherenssi, kognitiivinen osallistuminen, kollektiivinen toiminta sekä refleksiivinen seuranta (Linnansaari ym., 2024). Jokainen mekanismi on vuorostaan jaettu neljään ydinkomponenttiin, jotka kuvaan seuraavissa osioissa.

### 3.1 Koherenssi

Koherenssi kuvaa ajattelutyötä, jota tehdään eri osapuolten välisen yhteisymmärryksen rakentamiseksi intervention hyödyistä sekä merkityksestä (Linnansaari ym., 2024). Koherenssin toteutumista interventiossa voidaan arvioida esimerkiksi kysymällä, vastaako interventio osallistujien tarpeita ja tavoitteita ja kokevatko he sen ymmärrettäväksi ja arvokkaaksi (Murray ym., 2010). Koherenssin ydinkomponentit ovat erottelu (*differentiation*), yhteisöllinen ja yksilöllinen määrittely (*communal & individual specification*), sekä sisäistäminen (*internalization*) (May ym., 2015).

Erottelutyön ansiosta työntekijät ymmärtävät intervention eron suhteessa muihin toimintatapoihin, kun taas määrittelytyön ansiosta he ymmärtävät intervention hyödyt ja lopputulemat sekä sen asettamat vastuut suhteessa itseen ja työyhteisöön. (May ym., 2015). Näiden komponenttien toteutumista interventiossa voidaan arvioida tarkastelemalla, kuinka helppo osallistujien on kuvailla interventiota ja sen ominaisuuksia (määrittely) ja miten he erottavat sen muista toimintatavoista (erottelu) (Murray ym., 2010). Erottelun ja määrittelyn toteutumista digitaalisissa interventioissa voidaan edistää esimerkiksi lähettämällä kaikille interventiota toteuttaville yksiköille kattava tietopaketti ohjelmasta sekä tietoa siitä, miten digitaalinen alusta erottaa intervention muista ratkaisuista (Ross ym., 2018).

Koherenssin viimeinen komponentti, sisäistäminen, puolestaan kuvaa prosessia, jossa työntekijät ymmärtävät intervention arvon, edut ja merkityksen sekä itselle että laajemmin organisaatiossa. (May ym., 2015). Sisäistämisen toteutumista digitaalisessa interventiossa voi edistää järjestämällä keskustelutilaisuuksia yhdessä terveydenhuollon yksikköjen johdon ja ammattilaisten kanssa, joiden interventiota halutaan toteuttavan (Ross ym., 2018). Silloin käytännön työtä tekevät henkilöt saavat tietoa intervention perusteluista, hyödyistä ja

merkityksestä ja voivat sen perusteella valita haluavatko sitoutua mukaan interventioon (Ross ym., 2018).

### **3.2 Kognitiivinen osallistuminen**

Kognitiivinen osallistuminen kuvaa omistajuuden syntymistä ja halua toimia puolestapuhujana sekä investoida omaa aikaansa intervention toteuttamiseen (Linnansaari ym., 2024). Kognitiivinen osallistuminen kuvaa interventioon sitoutuneiden henkilöiden luomia verkostoja, joiden sisällä interventiota hyödynnetään (May ym., 2022). Kognitiivisen osallistumisen toteutumista interventiossa voidaan arvioida kysymällä esimerkiksi, kokevatko avainhenkilöt idean hyväksi ja ovatko he halukkaita tekemään työtä sen eteen (Murray ym., 2020). Kognitiivisen osallistumisen ydinkomponentit ovat käynnistäminen (*initiation*), mukaantulo (*enrolment*), vaikuttamisen mahdollisuudet (*legitimation*) sekä jatkuvuus (*activation*) (May ym., 2015).

Käynnistäminen kuvaa avainhenkilöiden interventioon sitouttamisen eteen tehtyä työtä, esimerkiksi johtajien antamaa panosta työntekijöiden mukaan saamiseksi (May ym., 2015). Mukaantulo puolestaan kuvaa toimintavan vaatimaa uudelleenorganisointia henkilöiden välillä ja yhteisöjen sisällä (May ym., 2015). Näiden komponenttien toteutumista edistää esimerkiksi perehdytykset ja koulutukset, joissa työntekijöille annetaan mahdollisuus pohtia ja päättää miten heidän yksikössään intervention vaatimat työtehtävät toteutetaan ja jaetaan työntekijöiden kesken (Ross ym., 2018).

Vaikuttamisen mahdollisuudet -komponentti kuvaa henkilöiden käsitystä siitä, että heidän kannattaa osallistua toimintatapaan ja he pystyvät antamaan siihen oikeanlaisen panoksen (May ym., 2015). Vaikuttamisen mahdollisuuden kokemusta edistää esimerkiksi työntekijöiden osaamisen ja taitojen huomioiminen perehdyttäessä interventioon (Ross ym., 2018). Jatkuvuus taas kuvaa niitä toimenpiteitä, joita tehdään intervention tuomien uusien toimintatapojen ylläpitämiseksi ja osallistumisen jatkamiseksi. (May ym., 2015).

### **3.3 Kollektiivinen toiminta**

Kollektiivisen toiminnan mekanismi sisältää työnjakoon, vastuuseen ja resursseihin liittyvää toimintaa (Linnansaari ym., 2024). Kollektiivista toimintaa interventiossa voidaan arvioida esimerkiksi kysymällä, miten interventio muuttaa vastuun, vallan ja resurssien jakautumista henkilöiden välillä työyhteisössä (Murray ym., 2010). Kollektiivisen toiminnan ydinkomponentit ovat vuorovaikutus (*interactional workability*), luottamus (*relational integration*), osaajat (*skill set workability*) ja integraatio (*contextual integration*) (May ym., 2015).

Vuorovaikutus kuvaa intervention toteuttamisessa tarvittavaa ihmisten ja asioiden välistä vuorovaikutusta (May ym., 2015). Vuorovaikutusta voidaan arvioida esimerkiksi kysymällä, miten interventio vaikuttaa ammattilaisen ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen (Murray ym., 2010), tai miten se muuttaa työntekijöiden toimintatapoja suhteessa omaan työhön (May ym., 2022). Luottamuksen komponentti rakentuu henkilöiden ja intervention välillä, kun uutta toimintatapaa toteutetaan tilivelvollisesti ja siitä otetaan vastuuta (May ym., 2015). Komponentti kuvaa myös sitä, miten henkilöiden välinen luottamus muuttuu intervention tai sen komponenttien myötä (May ym., 2022).

Osaajat-komponentti pitää sisällään vastuunjaon henkilöiden välillä sekä heidän taitojensa valjastamisen uuden toimintatavan toteuttamiseksi (May ym., 2015). Intervention onnistumiseksi olennaista on pohtia, kuka tekee mitään interventiossa, ja minkä ammattiryhmän osaamista eri tehtäviin tarvitaan. Esimerkiksi digitaalisen terveystalouden esittelemisen voi vaatia IT-alan osaajaa tukemaan käyttöönottoa, mutta terveystalouden ammattilaista kertomaan palvelun sisällöstä. Integraatio viittaa resurssityöhön, esimerkiksi hallinnolliseen työhön, jota vaaditaan tehtävien uudelleenjakoon sekä uusien tehtävien perehdyttämiseen interventiota käytännössä toteuttaville (May ym., 2015). Integraatiota voi arvioida esimerkiksi kysymällä, miten interventio soveltuu mukaan olemassa oleviin käytäntöihin ja toiminnan reunaehtoihin, kuten ajan ja rahoituksen rajallisuuteen (Murray ym., 2010).

### **3.4 Refleksiivinen seuranta**

Refleksiivinen seuranta kuvaa arviointia ja sen perusteella tehtyä kehittämistä (Linnansaari ym., 2024). Refleksiivistä seurantaa interventiossa voi arvioida esimerkiksi kysymällä, miten interventioon osallistuneet ihmiset voivat antaa palautetta ja minkälaista palautetta he itse

vastaanottavat (Murray ym., 2010). Refleksiivisen seurannan ydinkomponentit ovat systemaattinen tiedon keruu (*systematization*), yhteisöllinen ja yksilöllinen arviointi (*communal & individual appraisal*) sekä uudelleenrakentaminen (*reconfiguration*) (May ym., 2015).

Systemaattinen tiedon keruu voi olla virallista, kuten kontrolloidussa kliinisessä tutkimuksessa, tai epävirallista, kuten suullinen kokoelma yksittäisen työntekijäjoukon keräämiä kertomuksia interventioista (May ym., 2015). Olennaista on myös tiedon saavutettavuus, esimerkiksi jos asiakkailta on kerätty palautteita palvelusta, niiden olisi oltava saatavilla palvelua tuottaville työntekijöille (May ym., 2022). Kerätty ja saatu tieto toimii perustana arvioitaessa, onko interventio hyödyllinen pidemmällä ajalla (Murray ym., 2010). Yhteisöllisessä arvioinnissa työyhteisöjen sisällä pohditaan toimintatavan onnistumista ja arvoa joko suunnitellusti esimerkiksi kokouksessa tai spontaanisti työn tekemisen ohella keskustellen (May ym., 2015). Yksilöllisessä arvioinnissa osallistujat pohtivat omaa kokemustaan interventiossa toimijana ja rakentavat henkilökohtaista käsitystään interventiosta (May ym., 2015).

Refleksiivisen seurannan viimeinen komponentti on uudelleenrakentaminen, jossa interventiota muutetaan kokemusten ja arvioinnin perusteella (May ym., 2015). Uudelleenrakentamisen yhteydessä interventiota mukautetaan arvioinnin perusteella toimimaan paremmin käytännön kontekstissa (Murray ym., 2015). Uudelleenrakentamista voi tapahtua joustavasti kaikissa intervention vaiheissa, ja se onkin välttämätöntä intervention jatkumisen takaamiseksi, sillä terveydenhuollossa kilpailevia toimintatapoja on monia ja toimimattomat jäävät herkästi pois käytöstä (Ross ym., 2018).

## 4. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TOTEUTUS

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli rakentaa ja jäsentää tietoa digitaalisten terveystalvelujen implementaatiosta Pirkanmaan hyvinvointialueen HOPPU-hankeen kontekstissa. Tutkimuksessa halusin selvittää, minkälaista työtä yksilöiden, työyhteisön ja organisaation tasolla tarvitaan laajan toiminnanmuutoksen toteuttamiseksi sekä arvioida, miten hankkeessa tehty työ on edistänyt digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessia.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten normalisaatioprosessiteorian mukaiset mekanismit ja komponentit ilmenevät Pirkanmaan hyvinvointialueen digitaalisen kehittämisen hankkeessa tehdyssä työssä?
2. Miten tunnistetut mekanismit ja komponentit vaikuttivat digitaalisten palvelujen normalisaation prosessiin?

### 4.1 Aineisto

Aineistonkeruumenetelmänä käytin ryhmämuotoista asiantuntijahaastattelua. Asiantuntijahaastattelu soveltuu tilanteisiin, joissa halutaan kuvata yhteiskunnallisen prosessin kulkua sekä henkilöiden toimijuutta ja tulkintoja prosessista (Ruusu vuori ym., 2010). Tässä tutkimuksessa kuvaan digitaalisten terveystalvelujen normalisaatioprosessia hanketyöntekijöiden toimijuuden kautta, minkä takia asiantuntijahaastattelu soveltuu tiedon hankinnan metodiksi hyvin. Ryhmähaastattelu on vakiinnuttanut paikkaansa ihmistieteellisessä tutkimuksessa viime vuosikymmeninä. Sen etuja ovat ryhmän keskinäinen tapa luoda yhteisiä merkityksiä käsiteltävästä asiasta vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. (Ruusu vuori ym., 2010). Valitsin ryhmähaastattelun aineistonkeruutavaksi, koska samaa työtä tekevien ryhmä voi tuoda monipuolisesti ja laajasti esiin ilmiöitä ja aiheita sekä myös ilmaista keskenään eriäviä mielipiteitä ja tulkintoja.

Ryhmähaastattelut toteutin Pirkanmaan hyvinvointialueen HOPPU2-hankeen työntekijöiden kanssa, koska heidän työnsä liittyi olennaisesti digitaalisten palvelujen implementaatioon ja normalisaatioprosessin edistämiseen. Hanketyöntekijät olivat digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessissa avainasemassa, koska he toimivat linkkinä palvelun teknisen toteutuksen, kentän ammattilaisten sekä palvelua käyttävien asukkaiden välillä. Hankkeen

aikana heillä oli ollut roolia sekä palvelujen suunnittelussa, käyttöönotossa että käytön jatkuvuuden tukemisessa. Hanketyöntekijöillä oli siis tietoa palvelujen käyttöönotosta ja normalisaatiosta monelta eri organisaation tasolta sekä myös prosessin eri vaiheista.

Ennen haastattelujen toteuttamista hain tutkimuslupaa Pirkanmaan hyvinvointialueelta. Tutkimuksen prosessin ajan noudatin tutkimuslupaani liittyviä eettisiä ja tietosuojaan liittyviä toimenpiteitä (ks. liitteet 1–3). Haastateltavat olivat saaneet etukäteen luettavaksi tutkimuksen tietosuojaselosteen sekä tiedotteen, ja allekirjoittaneet suostumuslomakkeen. Tässä tutkimuksessa henkilötietojen käsittely perustui Tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan a alakohtaan; rekisteröidyn antama yksiselitteinen suostumus. Aineistossa ilmeneviä henkilötietoja ja haastateltavien suostumuslomakkeita säilytettiin tutkimuksen teon ajan ja ne hävitettiin asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Tutkittavat antoivat suostumuksensa henkilötietojensa käsittelyyn, ja heille tiedotettiin myös oikeudesta vetäytyä tutkimuksesta tai peruuttaa suostumuksensa.

Toteutin ryhmähaastattelut tiistaina 22.5.2025 ja torstaina 24.5.2025 haastateltavien työpaikan tiloissa Tampereen yliopistollisella sairaalalla. Tiistain haastatteluun osallistui neljä henkilöä, ja haastattelun kesto oli 1h 20min. Torstain haastatteluun osallistui kolme henkilöä, ja haastattelun kesto oli 58min. Yhteensä haastatteluihin osallistui siis seitsemän henkilöä. Tutkimusjoukko oli pieni, mutta edusti hyvin tutkittavaa ryhmää, sillä hankkeessa työskenteli yhteensä vain reilu 10 henkilöä. Ammattitailtaan haastateltavat olivat terveydenhuollon hoitotyön ammattilaisia, esimerkiksi sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja. Heitä yhdisti useampien vuosien kokemus perusterveydenhuollon kentällä työskentelemisestä ennen kehittämishankkeeseen siirtymistä.

Seurasin tutkimusta tehdessäni Tampereen yliopiston tietosuojaohjeita. Niiden mukaisesti nauhoitin haastattelun puhelimella, johon olin ottanut käyttöön korkeakoulun Intune-mobiililaitehallinnan. Siirsin nauhoituksen puhelimelta salasanalla ja kaksivaiheisella tunnistautumisella suojattuun yliopiston One-Drive pilvipalveluun ja hävitin alkuperäisen tiedoston puhelimelta. Haastattelun nauhoitteen litteroin tekstiksi Microsoft Wordin sanelutoiminnolla ja tarkistin käsin. Litteroitua tekstiaineistoa säilytin tutkimuksen teon ajan yliopiston OneDrive pilvipalvelussa, joka on salasanalla ja kaksivaiheisella tunnistautumisella suojattu. En jakanut aineistoa ulkopuolisille tai käyttänyt sitä ulkopuolisissa palveluissa, joihin tietoa voisi tallentua.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa keskustelu jäsenyy joustavasti ennalta määritettyjen teemojen ympärille (Teras & Toiviainen, 2014). Haastatteluissa noudatin teemahaastattelun periaatteita, eli molemmissa haastatteluissa keskusteltiin samoista teemoista, mutta kysymysten järjestys ja muotoilu saattoi vaihdella (Teras & Toiviainen, 2014). Puolistrukturoidulla haastattelulla kannustin haastateltavia kertomaan itse vapaasti aiheesta tutkimieni teemojen raameissa. Ryhmähaastattelussa haastateltavat toivat esiin joitakin ilmiöitä tai asioita, joita en ollut ottanut huomioon kysymyksissä, mutta jotka selvästi liittyivät aiheeseen. Niistä ilmiöistä pyysin kertomaan lisää, mikä antoi minulle hyvän käsityksen ryhmälle tärkeistä aiheista.

Haastattelussa teemoiksi olin valinnut työntekijöiden toimijuuden ja roolin, kehittämistyön mahdollistajat ja rajoitteet, sekä asukaskokemukset palvelujen käytössä. Tutkimuskysymyksen muotoutuessa ja rajautuessa työn edetessä asukaskokemusten kuvaukset jäivät epärelevantteiksi. Aiheesta käyty keskustelut eivät kuitenkaan olleet turhia, sillä asukaskokemuksista keskustellessaan haastateltavat toivat ilmi laajasti tekemäänsä työtä asukaskokemuksen parantamiseksi sekä kuvailivat vuorovaikutusta asukkaiden kanssa. Nämä aiheet olivat merkityksellisiä myös uusien tutkimuskysymysten kannalta.

## **4.2 Analyysimenetelmät**

Menetelmänä tässä tutkimuksessa käytin sisällönanalyysiä, joka on laadullisen tutkimuskentän käytetyin analyysitapa (Elo ym., 2022). Sisällönanalyysi on tapa prosessoida tietoa systemaattisesti ja spesifin menetelmän mukaisesti, mikä tekee siitä arkista tiedon prosessointia vahvemman keinon analysoida materiaalia ja tehdä johtopäätöksiä (Schreier 2012). Sisällönanalyysi perustuu tiedon kategorisointiin niin, että samaa asiaa käsittelevät kohdat merkataan samalla koodilla (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Koodien avulla aineistosta jäsennetään sitä, mitä tutkijan mielestä aineisto käsittelee, ja niiden avulla aineistosta voidaan myös etsiä ja tarkistaa eri kohtia tekstistä (Eskola & Suoranta, 1998).

Tutkimuksen toteutuksen aloitin litteroimalla haastatteluaineistot nauhoitteista tekstiksi Microsoft Wordin litterointitoiminnolla. Tarkistin alkuperäistä ääninauhaa kuunnellen Wordin litteroiman tekstin, jotta sain tekstin vastaamaan alkuperäistä aineistoa täsmällisesti. Tutkimusluvan tietosuojaohjeiden mukaisesti korvasin aineistossa esiintyvät nimet numeroilla, ja listaa nimiä vastaavista numeroista säilytin erikseen. Nauhoitteita, nimilistoja ja

suostumuslomakkeita säilytin tutkimuksen tekemisen ajan, ja työn valmistuttua poistin ne asianmukaisesti.

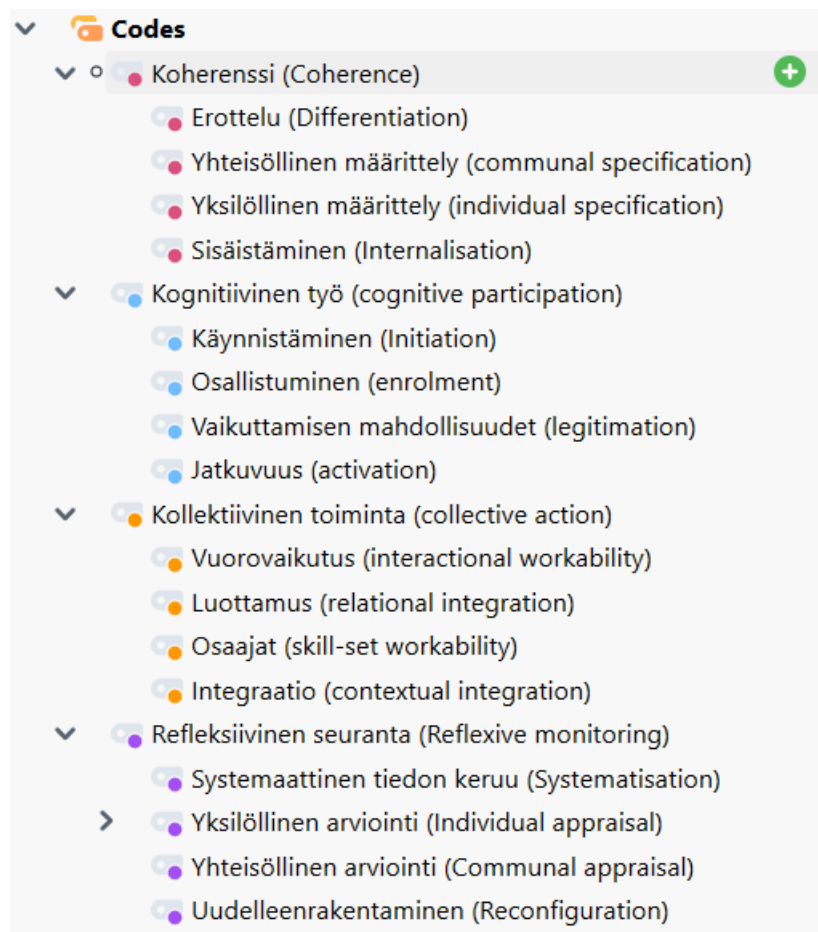
Sisällönanalyysiä voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti, jolloin kaikki tutkimuksessa tehtävät tulkinnat perustuvat vain käsiteltyyn aineistoon, tai teorialähtöisesti, jolloin aineistoa verrataan tai testataan suhteessa aikaisemmassa kirjallisuudessa luotuihin teorioihin (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Tässä tutkimuksessa käytin ensin aineistolähtöistä analyysitapaa jäsentääkseni aineistoa ja hahmottaakseni, mitä tietoa aineistosta voitaisiin saada, ja myöhemmässä vaiheessa teorialähtöistä analyysitapaa. Toteutin molemmat analyysivaiheet MAXQDA-ohjelmistossa, joka on laadullisen aineiston käsittelyyn tarkoitettu ohjelmisto. MAXQDA on helppokäyttöinen ja soveltuu hyvin sisällönanalyysin, sillä se mahdollistaa alkuperäisen aineiston koodaamisen suoraan tekstiin ja sen jälkeen koodattujen pätkien tarkastelun erillisinä kokonaisuuksina.

Aloitin aineistolähtöisen analyysiprosessin tutustumalla hyvin aineistoon ja sen jälkeen aloin luokitella sieltä löytyviä ilmiöitä ja aiheita, yhdistäen samoja ilmiöitä samaan koodiin. Yhdistin ja erottelin koodeja, kunnes kaikki olennaiset kohdat aineistossa olivat koodattuna sopivaan luokkaan. Loin myös alaluokkia, jolloin saman ilmiön sisällä voitiin erotella toisistaan poikkeavia ilmiön muotoja. Aineistolähtöisen analyysin tuloksena sain luotua jaotteluja, joiden avulla aineistoa pystyi kuvailemaan kattavasti. Tulokset jäivät kuitenkin tällä analyysillä kuvailevalle ja käytännölliselle tasolle, jolloin oli kyseenalaista, mitä lisäarvoa tutkimus tuo suhteessa hankkeessa tuotettavaan viralliseen dokumentaatioon. Tämä synnytti tarpeen uudelle näkökulmalle sekä tutkimuskysymyksen ja analyysin syventämiselle. Päätin muuttaa käsiteltävän teorialähtöiseksi vertaamalla aineistoa vakiintuneeseen teoriaan. Tätä kautta syntyivät uudet tutkimuskysymykset, johon vastatakseni analysoin aineiston uudestaan teorialähtöisesti normalisaatioprosessiteoriaan perustuen.

Ennen teorialähtöisen analyysin aloittamista perehdyin teoriaan ja siihen, miten sitä on käytetty sisällönanalyysissä koodaamiseen aikaisemmissa tutkimuksissa. Koska teoria on vakiintunut nopeasti implementaatiotutkimuksen kentällä, oli siihen tarjolla valmis vertaisarvioitu koodausopas (May ym., 2022). Koodausopas on koottu normalisaatioprosessiteorian alkuperäisistä artikkeleista sekä jatkotutkimuksista, joissa sitä on sovellettu terveydenhuollon tutkimuksen käytäntöön. Oppaassa on kuvattu kaikki normalisaatioprosessiteorian mekanismit ja ydinkomponentit ja annettu esimerkkejä siitä, miten ne voivat näkyä erilaisissa aineistoissa

(May ym., 2022). Koodausoppaan käyttö edistää teorian soveltamisen yhdenmukaisuutta eri tutkimusten välillä, sillä jokaiselle koodille on tarkka yhtenevä kuvaus.

Koodausoppaaseen on koottu koodit alkuperäisen normalisaatioprosessiteorian mekanismien ja komponenttien perusteella (osio B), sekä teoriaa ympäröivien kontekstien ja lopputulemien koodit (osio A) (May ym., 2022). Koodausoppaasta otin käyttöön osiossa B kuvatut normalisaatioprosessiteorian mekanismien ja komponenttien mukaiset koodit (May ym., 2022 s. 9–12). Valitsin osion B koodit, koska niiden perusteella pystyin etsimään aineistosta vastauksia tämän työn tutkimuskysymyksiin. Teorialähtöisen analyysin ensimmäinen vaihe oli, että rakensin koodit alaluokkineen MAXQDA-ohjelmistoon ja annoin jokaiselle yläkategorialle eli mekanismille oman värinsä koodausta helpottamaan (kuva 2).



Kuva 2 Normalisaatioprosessiteorian koodausoppaan mukaiset koodit MAXQDA-ohjelmaan rakennettuna

Analyysin pääkoodausvaiheessa kävin aineistoa läpi koodaten kaikki relevantit kokonaisuudet, kunnes molemmat litteraatit oli käyty läpi ja koodattu huolellisesti. Joihinkin kokonaisuuksiin saattoi sopia kaksi eri koodia, jolloin koodasin kohtaan molemmat. Koodasin ilmauksia

verraten pätkää sekä mekanismien kokonaisuuteen, että yksityiskohtaisiin ydinkomponentteihin. Jokin kuvattu toiminta saattoi yleisesti ajatelleen sopia moneen mekanismiin, mutta komponentteja koodatessa sille löytyikin sopiva komponentti vain yhdestä mekanismista. Taulukossa 1 olen kuvannut esimerkkejä koodauksen prosessista.

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Ydin-komponentti</b>	<b>Mekanismi</b>
Me pyrittiin ihan järkyttävästi pohtii, että kun me tehtiin asiakkaille ja ammattilaisille tarkoitettu video avustetusta valtuutuksesta, että miten me viestitään siinä, että ihmiset ymmärtäisi. Tää on vaikea asia, paljon semmoista virkamiestermistöä ja muuta.	Pohdittiin, miten viestitään ymmärrettävällä tavalla vaikeasta asiasta.	Käynnistäminen	Kognitiivinen osallistuminen
Niin kyllähän se on varmaan semmoinen mikä meitä kaikkia ajaa, että me selkeytetään koko ajan sitä viestiä mitä me viedään ulospäin ammattilaisille ja asukkaille kummallekin osapuolelle. Kaikki [meistä] tietää tavallaan, että jos me puhutaan täällä vähän kuplassa tietystä asiasta, niin me ei voida viedä oikeasti sitä viestiä semmoisena sinne ulospäin, vaan sen pitää miettiä niin, että jokainen, mahdollisimman moni ainakin, ymmärtää sitä informaatiota, jota me annetaan.	Viestien selkeyttäminen ja ymmärrettävyys on yhteinen tavoite, jonka eteen hankkeen työntekijät tekevät töitä yhteisesti.	Yhteisöllinen määrittely	Koherenssi
Mutta sitten jos meillä on siellä esimerkiksi selkeä palaute, joka vaikka liittyy digiklinikan käyttöön, niin silloin lähdetään ohjaamaan se palaute sinne eli siirretään. Silloin me ei vastata sille asiakkaalle asiakaspalautteeseen vaan siihen vastaa se digiklinikan asiakaspalautteiden käsittelijä, joka on sitten siellä semmoisessa tehtävässä, että pystyy sitä tietoa hakemaan. Eli ei lähdetä edes	Palaute välitetään sellaiselle henkilölle, joka omassa työssään pystyy ratkaisemaan ongelman.	Osaajat	Kollektiivinen toiminta

ratkaisemaan semmoista mikä kuuluu heidän palveluihin sinne selkeästi.			
Työskentelen ammattilaisen rajapinnassa paljon, niin siinä mä ehkä näen sen, että sieltä tulee tosi hedelmällistä palautetta, koska ne on oman työnsä asiantuntijoita ja jos me siihen lähdetään tuomaan jotain digiä mukaan, niin niin on tosi paljon sanottavaa ja me tehdäänkin sen pohjalta. Sen takia me pidetään niitä työpajoja esimerkiksi.	Ammattilaisilta saadaan hedelmällistä palautetta ja sitä tarvitaan palveluja kehitettäessä.	Vaikuttamisen mahdollisuudet	Kognitiivinen osallistuminen
Mut jos me saadaan vaikka 5 viestiä että OmaPirhassa ei aukee ajanvaraus, niin me voidaan ruveta pohtii sitä, että hei meillä on ehkä siellä nyt joku oikeasti vähän vialla tai liittyykö tää niitten ton alueen potilastietojärjestelmään vaikka tää haaste. Että niin se voi olla alkuun niin, että me kyllä käsitellään se, mut sitten se laajenee tavallaan se käsittelykokonaisuus, että siihen otetaan vähän isommin mukaan porukkaan.	Jos tietty palaute toistuu, sen syytä lähdetään selvittämään. Syyn selvittyä sen ratkaisemiseen tarvitaan monia osapuolia.	Uudelleenrakentaminen	Refleksiivinen arviointi

*Taulukko 1. Esimerkkejä koodauksesta*

Ilman koodia jätin ne kohdat, jotka eivät liittyneet selkeästi mihinkään normalisaatioprosessiteorian mekanismeista tai komponenteista, eli ne eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Koodia vaille jääneet kohdat kävin vielä läpi varmistaakseni, ettei niiden joukosta muodostuisi jotakin aiheelle relevanttia uutta kokonaisuutta, josta pitäisi tehdä teorian ulkopuolinen koodi. Aineistosta ei kuitenkaan löytynyt sellaista kokonaisuutta, vaan kaikki tutkittavaan aiheeseen liittyvät kohdat sisältyivät johonkin teorian mukaiseen koodiin. Saatuaani koodauksen valmiiksi vein koodatun aineiston MAXQDA:sta Exceliin ja loin jokaiselle yläluokalle eli mekanismille oman sivun. Näin koodattua aineistoa oli helppo tarkastella mekanismi kerrallaan ja alkaa tulkitsemaan tuloksia.

## **5. TUTKIMUKSEN TULOKSET: DIGITAALISTEN PALVELUJEN NORMALISAATIOPROSESSI PIRKANMAAN HYVINVOINTIALUEELLA**

Tässä osiossa kuvaan tutkimuksen tulokset, eli miten HOPPU-hankkeen työntekijöiden toiminta Pirkanmaan hyvinvointialueen digitaalisten perusterveydenhuollon palvelujen implementaatiossa vaikutti palvelujen normalisaatioprosessiin. Sisällönanalyysi osoitti, että tutkittu tapaus noudatti normalisaatioprosessiteorian kuvaamia mekanismeja ja aineistosta oli tunnistettavissa myös teorian kuvaamia komponentteja. Tulokset jakautuvat siis teorian mukaisesti mekanismeihin eli neljään kategoriaan, jotka ovat koherenssi, kognitiivinen osallistuminen, kollektiivinen toiminta ja refleksiivinen seuranta. Näitä mekanismeja ja niiden ydinkomponentteja hanketyöntekijät edistivät erilaisilla toimenpiteillä, jotka kuvaan seuraavissa alaluvuissa.

### **5.1 Koherenssi**

Koherenssia eli ymmärrystä digitaalisten palvelujen kokonaisuudesta hanketyöntekijät rakensivat pohtimalla ja suunnittelemalla palvelujen vaatimia toimenpiteitä sekä keskustelemalla yhdessä palvelujen hyödyistä ja mahdollisuuksista. Hanketyöntekijät tekivät paljon työtä tiedon selkeyttämiseksi ja jäsentämiseksi sekä ammattilaisille että palvelua käyttäville asukkaille. Seuraavaksi kuvaan, miten koherenssia rakentamalla hanketyöntekijät edistivät digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessia, ja miten koherenssin ydinkomponentit, erottelu, yksilöllinen ja yhteisöllinen määrittely ja sisäistäminen toteutuivat siinä.

Hanketyöntekijöiden keskuudessa vallitsi yhteinen ymmärrys digitaalisten palvelujen hyödyistä ja käyttöönoton tavoitteista (yhteisöllinen määrittely). Hankkeen sisällä eri työntekijöillä oli vastuullaan eri osa-alueita, esimerkiksi verkkosivut, avustettu valtuutus tai ikäihmisten palvelut. Hanketyöntekijöillä oli selkeä käsitys omasta vastuualueestaan ja siitä, mitkä heidän tehtävänsä olivat sen suhteen (yksilöllinen määrittely). Hanketyöntekijät kuvailivat sujuvasti ja yksityiskohtaisesti eri palvelujen ominaisuuksia ja käyttötarkoituksia sekä tunnistivat muutokset, joita palvelut aiheuttaisivat kentän ammattilaisten työssä (erottelu).

Omaa työtään hanketyöntekijät pitivät arvokkaana, koska kehittämistyön kautta he toivat asukkaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten ääntä kuuluviin digitaalisia ratkaisuja

tuottaville ostopalvelufirmoille (sisäistäminen). Hanketyöntekijät kokivat tärkeänä sen, että heidän kauttaan välittyivät palautteet, toiveet ja kehitysehdotukset niiltä henkilöiltä, jotka digitaalisia ratkaisuja käyttävät työssään tai terveytensä hoidossa (sisäistäminen). Hanketyöntekijöiden vahva koherenssi omassa työssään näkyi perehtyneisyytenä ja motivaationa, mikä ajoi eteenpäin normalisaatioprosessia.

Hanketyöntekijät työskentelivät rakentaakseen ja edistääkseen koherenssia myös kentän ammattilaisten ja hyvinvointialueen asukkaiden keskuudessa muun muassa valmistelemalla materiaaleja, joissa eri palvelujen toimintoja ja käyttöä kuvattiin mahdollisimman selkeästi (erottelu). Näitä materiaaleja olivat esimerkiksi verkkosivuille julkaistut artikkelit ja videot sekä paperiset materiaalit, joita jaettiin tapahtumissa.

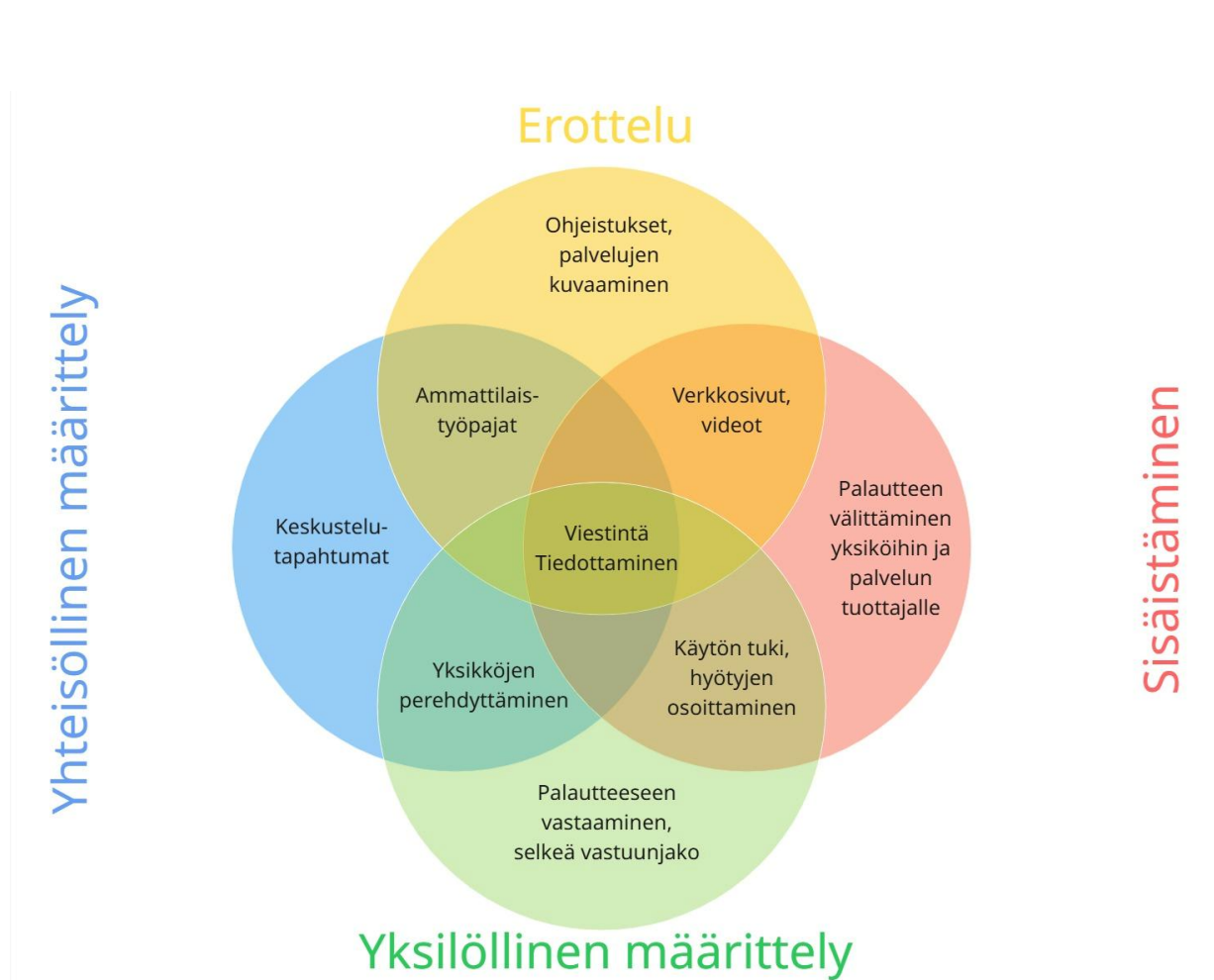
Kentän ammattilaisten koherenssia hanketyöntekijät pyrkivät vahvistamaan perehdytysten, tuen tarjoamisen ja keskustelutilaisuuksien kautta. Perehdytyksissä hanketyöntekijät auttoivat kentän ammattilaisia ymmärtämään, miten heidän työnsä muuttuisi uuden palvelun myötä ja mitä heidän tulisi tehdä sopeutuakseen muutoksiin (yksilöllinen määrittely). Lisäksi kentän ammattilaisille kuvailtiin, mitä hyötyjä palvelu voisi tuoda heidän työhönsä, esimerkiksi ruuhkan vähentyminen puhelinpalveluissa sekä kiirevastaanotoilla digitaalisten hoitokeskustelujen ansiosta (sisäistäminen).

Hanketyöntekijät järjestivät kentän ammattilaisille työpajoja, joissa ammattilaiset pääsivät kysymään tarkentavia kysymyksiä ja antamaan palautetta. Ammattilastyöpajoissa eri yksiköissä työskentelevät ammattilaiset pääsivät myös jakamaan ajatuksia ja toimintatapoja uuteen palveluun liittyen ja oppimaan toisiltaan (yhteisöllinen määrittely). Työpajoissa hanketyöntekijät myös auttoivat kentän ammattilaisia selvittämään ja ratkaisemaan kohtaamiaan pulmatilanteita ja mukauttamaan toimintatapojaan niin, että palvelun käytöstä tuli sujuvampaa (yksilöllinen määrittely). Näillä tavoin hanketyöntekijät tukivat kentän ammattilaisia koherenssin rakentumisessa ja sitä kautta normalisaatioprosessia kentällä.

Hanketyöntekijät tukivat työssään myös asukkaiden koherenssin rakentumista monenlaisen viestinnän avulla. Asukkaiden tukeminen oli olennaista normalisaatioprosessin kannalta, sillä osa palveluista vaativat sekä ammattilaisen, että asukkaan osallistumista (esimerkiksi omahoitosuunnitelman seuraaminen palvelun kautta). Hyvinvointialueen asukkailla oli haasteita hahmottaa eri palvelujen eroja ja yhtäläisyyksiä (erottelu). He saattoivat esimerkiksi sekoittaa keskenään digitaaliset alustat, jotka ovat käytössä hyvinvointialueella (OmaPirha) ja valtakunnallisesti (OmaKanta) tai digitaaliset asiointikanavat perusterveydenhuollossa

(Digiklinikka) ja erityissairaanhoidossa (OmaTays). Hanketyöntekijät tukivat työssään asukkaita palveluiden erojen ymmärtämisessä (erottelu) monipuolisesti viestinnän keinoin sekä erilaisia ohjeistuksia tekemällä. Hanketyöntekijät järjestivät myös asukastapahtumia, joissa he toivat asukkaille tietoa palveluista ja niiden mahdollisuuksista (sisäistäminen).

Hanketyöntekijät rakensivat koherenssia siis hankkeen, kentän ammattilaisten sekä asukkaiden keskuudessa. Monet toimenpiteet tukivat useampaa ydinkomponenttia yhtä aikaa (kuva 3). Koherenssin rakentaminen ja tukeminen edisti palvelujen tunnettavuutta sekä madalsi kynnystä käyttää niitä, ja sitä kautta edisti normalisaatioprosessia.



Kuva 3 Koherenssin ydinkomponentit ja niitä edistävä työ

## 5.2 Kognitiivinen osallistuminen

Kognitiivinen osallistuminen eli halu toimia palvelun puolestapuhujana ja luoda yhteisöjä sen ympärille näkyi hanketyöntekijöiden työssä, kun toimivat monipuolisesti palvelujen

käyttöönottoon ja normalisaatioon liittyen. Kognitiivisen osallistumisen ydinkomponenttiin vaikuttamisen mahdollisuuksiin liittyi kuitenkin rajoitteita. Tässä osiossa kuvaan, miten kognitiivista osallistumista edistämällä hanketyöntekijät veivät eteenpäin digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessia, ja miten kognitiivisen osallistumisen ydinkomponentit, käynnistäminen, mukaantulo, vaikuttamisen mahdollisuudet ja jatkuvuus toteutuivat siinä.

Hanketyöntekijät olivat avainasemassa uusien digitaalisten palvelujen käyttöönoton alkuvaiheessa. Hanketyöntekijät veivät tietoa uusista palveluista kentän ammattilaisille, ja pyrkivät innostamaan ja motivoimaan ihmisiä niiden käyttöön (käynnistäminen). Hanketyöntekijät myös perehdyttivät kentällä toimivia ammattilaisia ja havainnollistivat alustan käyttöä vaihe vaiheelta ”demo”-tilaisuuksissa (käynnistäminen). Eri yksiköissä motivaatio uuden toimintamallin käyttöönottoon saattoi olla eri tasoinen, mutta hanketyöntekijät pyrkivät toiminnallaan tasaamaan eroja yksikköjen ja alueiden välillä. Käyttöönoton tukea järjestämällä pyrittiin saamaan ammattilaiset koko hyvinvointialueella ottamaan käyttöön toimintamallit (mukaantulo).

Hanketyöntekijät pitivät kentän ammattilaisia ajan tasalla palveluita koskevissa muutoksissa ja kehittämisen etenemisessä kerran viikossa järjestämillään ”digiaamukahveilla” (jatkuvuus). Hanketyöntekijät pyrkivät turvaamaan toiminnan jatkuvuuden hankkeen päättymisen jälkeen siirtämällä tietoa yksiköihin. Tavoitteena oli, että palvelujen parissa käytännön työtä tekevät pystyisivät jatkamaan toimintaa sujuvasti silloinkin, kun hankeajan päätyttyä hanketyöntekijöiltä ei enää voisi kysyä apua (jatkuvuus). Hanketyöntekijät perustivat yhteisöjä esimerkiksi Microsoft Teams:iin, jotta ammattilaiset pystyivät kysymään neuvoa toisiltaan mahdollisissa ongelmatilanteissa (jatkuvuus). Näillä keinoilla hanketyöntekijät auttoivat kentän ammattilaisia luomaan verkostoja palvelun ja sen käytön ympärille, mikä edisti kognitiivista osallistumista ja sitä kautta normalisaatioprosessia.

Hanketyöntekijät toimivat monipuolisesti mahdollistaakseen kentän ammattilaisille mahdollisuuden kertoa mielipiteitään ja antaa palautetta sekä vaikuttaa palvelun jatkuvaan kehittämiseen (vaikuttamisen mahdollisuudet). Kentän ammattilaisten osallistaminen päätöksentekoon lisäsi kognitiivista osallistumista ja sitoutumista toimintatapoihin (mukaantulo). Kentän ammattilaisten kognitiivista osallistumista haastoi resurssien, kuten ajan ja jaksamisen vähäisyys. Ammattilaiset saattoivat kokea, että digitaaliset palvelut eivät soveltuneet heidän työhönsä, tai että ne oli tuotu liian nopeasti ja pakotetusti osaksi toimintaa heiltä kysymättä palvelureformin myötä (vaikuttamisen mahdollisuudet). Osa palveluista oli

hyvinvointialueen strategian tai hankesuunnitelman dokumenttien perusteella määritetty otettavaksi käyttöön tietyssä ajassa. Tiukka käyttöönoton aikataulu haastoi hanketyöntekijöiden mahdollisuuksia ottaa kentän ammattilaisia mukaan suunnitteluvaiheeseen (vaikuttamisen mahdollisuudet). Tätä puutetta hanketyöntekijät pyrkivät paikkaamaan ottamalla jatkokehittämisessä kentän ammattilaisia mukaan paljon laajemmin.

Hanketyöntekijöiden keskuudessa vaikuttamisen mahdollisuudet koettiin hyviksi silloin, kun kyse oli viestinnällisestä ongelmasta (kuten ohjeistusten selkeys) tai pienestä teknisestä muutoksesta, jonka he pystyivät itse tekemään omilla oikeuksillaan järjestelmässä. Vaikuttamisen mahdollisuuksia haastoi digitaalisia palveluja tuottavien yritysten kanssa yhteistyön tekeminen sekä rahoituksen ja ajan rajallisuus. Rahoituksen rajallisuus vaikutti suorasti hanketyöntekijöiden mahdollisuuksiin vaikuttaa ja sitä kautta heidän käsitykseensä siitä, kuinka hyvä ja arvokas tuotettu palvelu tai ratkaisu tulisi olemaan kentällä. Esimerkiksi tietyissä laitehankinnoissa tarjolla oli ollut hanketyöntekijöiden mielestä parempi ja käytännöllisempi vaihtoehto, kuin minkä he rahoituksen rajallisuuden takia olivat joutuneet valitsemaan. Hanketyöntekijät tunnistivat riskin, että epäkäytännöllisyytensä vuoksi kyseinen laite jäisi kentällä työskentelevien ammattilaisten kiireisessä työssä sivuun eikä normalisoituisi käyttöön.

Vaikuttamisen mahdollisuuksia haastoi myös hyvinvointialueen ja digitaalisten palvelujen tuottajien monimutkainen suhde. Digitaalisia palveluja tuottavat yritykset eivät olleet suoraan sopimuksessa hyvinvointialueeseen, vaan Inhouse-yhtiön kautta. Inhouse-yhtiö kilpailutti hyvinvointialueen puolesta jokaista palvelua varten teknologian tuottajan, ja teki sopimuksen yrityksen kanssa. Kehittämishankkeen työntekijät eivät voineet olla suoraan yhteydessä laitetta tai palvelua tuottavaan yritykseen, vaan Inhouse-yhtiöön, joka välitti asian eteenpäin teknologiantuottajalle. Tämä hidasti viestinnän kulkua ja sitä kautta ongelmien ratkaisua. Nämä haasteet heikensivät hanketyöntekijöiden vaikuttamisen mahdollisuuksia ja kokemusta kognitiivisen osallistumisen merkityksellisyydestä.

Hanketyöntekijät edistivät työssään asukkaiden kognitiivista osallistumista tutustuttamalla palveluja asukkaille (käynnistäminen) ja tarjoamalla tukea palvelujen käyttöönottoon, esimerkiksi tarvittavien sovellusten lataamiseen (mukaantulo). Asukkaille järjestetyissä tapahtumissa hanketyöntekijät tavoittivat paljon myös sellaisia asukkaita, joilla ei ollut aikaisempaa tietoa digitaalisista palveluista, ja heidän kanssaan keskustelemalla saatiin

monesti herätettyä asukkaan kiinnostus kokeilla palvelua (käynnistäminen, mukaantulo). Hanketyöntekijät kannustivat asukkaita antamaan palveluista palautetta ja korostivat heille, että palautteet luetaan ja niiden pohjalta toimitaan palvelun kehittämiseksi (vaikuttamisen mahdollisuudet). Hanketyöntekijät loivat palautteisiin vastatessaan asukkaille kokemuksen siitä, että annettu palaute on tärkeää ja asukkaan ääni tulee kuulluksi, mikä lisäsi asukkaan halua käyttää palvelua uudestaan (jatkuvuus).

Hanketyöntekijät edistivät kentän ammattilaisten sekä asukkaiden kognitiivista osallistumista monipuolisilla vuorovaikutuksen ja osallistamisen keinoilla. Vuorovaikutuksen mahdollisuuksia pyrittiin kasvattamaan organisaatorakenteen ja ulkoisten tekijöiden asettamista haasteista huolimatta. Monet toimenpiteet tukivat useampaa ydinkomponenttia yhtä aikaa (kuva 3). Kognitiivista osallistumista edistämällä hanketyöntekijät saivat parannettua ihmisten käsitystä omasta itsestä aktiivisena toimijana palvelujen suhteen, mikä edisti digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessia.



Kuva 4 Kognitiivisen osallistumisen ydinkomponentit ja niitä tukevat toiminnot

### 5.3 Kollektiivinen toiminta

Kollektiivinen toiminta eli yhdessä tekeminen näkyi hanketyöntekijöiden työssä mekanismeista voimakkaimmin. Vuorovaikutus ja yhdessä tekeminen kasvatti luottamusta ja oli elintärkeää palvelujen kannalta, mutta toisaalta integraatio toi mukanaan myös haasteita. Tässä osiossa kuvaan, miten kollektiivista toimintaa edistämällä hanketyöntekijät veivät eteenpäin digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessia, ja miten kollektiivisen toiminnan ydinkomponentit, vuorovaikutus, luottamus, osaajat ja integraatio toteutuivat siinä.

Hanketyöntekijät edistivät kentän ammattilaisten kollektiivista toimintaa digitaalisiin palveluihin liittyen erilaisissa vuorovaikutustilanteissa. Hanketyöntekijät tekivät yhteistyötä kentän ammattilaisten kanssa ja auttoivat heitä ratkomaan erilaisia ongelmatilanteita, joita ammattilaiset toivat esiin joko tapahtumissa tai sähköpostitse (vuorovaikutus). Lisäksi hanketyöntekijät perustivat yhteisöjä, joissa ammattilaiset pääsivät kysymään palvelun käytöstä tai kohtaamastaan ongelmasta matalalla kynnyksellä. Kokemus siitä, että aina on joku tai jokin paikka, mistä kysyä apua matalalla kynnyksellä auttoi luottamaan palveluun ja sen käyttöön (luottamus). Hanketyöntekijät kannustivat kentän ammattilaisia kokeilemaan ja käyttämään palvelua (vuorovaikutus), ja sitä kautta kerryttämään onnistumisen kokemuksia palvelun parissa (luottamus). Kentän ammattilaisen vuorovaikutus palvelun kanssa edisti luottamusta palveluun sekä omaan itseensä sen käyttäjänä.

Hanketyöntekijät olivat monipuolisesti yhteydessä myös asukkaisiin (vuorovaikutus). Hanketyöntekijät vastasivat digitaalisia palveluja koskeviin asukaspalautteisiin ja avasivat sitä kautta keskusteluyhteyden asukkaaseen. Asukkaiden palautteet saattoivat olla todella negatiivisia ja ehdottomia, mutta kun heille vastattiin palautteeseen ystävällisesti ja pyydettiin lisätietoja, keskustelun sävy muuttui. Hanketyöntekijät ilmaisivat vuorovaikutuksessaan halunsa auttaa asukasta ja ratkaista mahdolliset ongelmat. Tämän kautta asukkaiden kokemus yleensä muuttui ja he uskalsivat kokeilla palvelun käyttämistä uudelleen (luottamus).

Hanketyöntekijät rakensivat luottamusta myös keskustellessaan asukkaiden kanssa tapahtumissa, joita he järjestivät Pirkanmaan lähes jokaisessa kunnassa. Keskustellessaan palvelun parissa työskentelevän henkilön kanssa asukkaat saivat kasvot palvelulle ja käsityksen siitä, että valtavassa uudessa organisaatiossa on "oikea ihminen", joka ottaa huomioon heidän näkemyksensä palvelun kehittämisessä (luottamus). Tämä loi asukkaalle inhimillisemmän ja

helpommin lähestyttävän kuvan digitaalisista palveluista, sillä alkujaan digitaaliset palvelut olivat herättäneet monissa asukkaissa epäluottamusta. Luottamuksen rakentumista tässä suhteessa edisti myös se, että hanketyöntekijät olivat alun perin ammatiltaan hoitotyötä tehneitä. Se tuli ilmi keskusteluissa asukkaiden kanssa ja loi asukkaalle kokemuksen, että henkilöllä on tarvittavaa käytännön kokemusta ymmärtääkseen hänen kokemustaan asukkaana ja potilaana (luottamus).

Vuorovaikutuksen ja luottamuksen suhde näkyi myös tarkastellessa ihmisen ja digitaalisen ratkaisun vuorovaikutusta. Usein ammatilliset ja asukkaat olivat epäluottavaisia suhteessa digitaalisiin palveluihin, jos eivät olleet kokeilleet niitä. Sen sijaan ne, jotka olivat uskaltaneet kokeilla ja saaneet onnistuneen kokemuksen, osasivat luottaa digitaalisiin palveluihin (vuorovaikutus, luottamus). Toisaalta, jos digitaalista palvelua oli kokeiltu, mutta epäonnistuttu, ei välttämättä haluttu kokeilla uudestaan, koska kokemus oli vahvistanut epäluottamusta. Näitä tilanteita ilmeni palautteissa, jolloin hankkeen työntekijät tarjosivat tukeaan ja apuaan, mikä mahdollisti uuden kokemuksen palvelun käytöstä ja mahdollisuuden rakentaa uutta luottamusta.

Oikeiden tehtävien jakautuminen oikeille henkilöille näkyi digitaalisten palvelujen kehittämisessä haasteena, mutta onnistuessaan tärkeänä vahvuutena (osaajat). Hanketyöntekijät näkivät vahvuutena taustansa terveydenhuollossa, koska se helpotti vuorovaikutusta ja herätti luottamusta ammattilaisten ja asukkaiden keskuudessa. Esimerkiksi perehdytyksissä kentän ammatilliset olivat tuoneet hanketyöntekijöille ilmi olevansa tyytyväisiä siihen, että kouluttaja oli hoitotyön taustansa takia heidän mielestään tarpeeksi samaistuttava.

Hanketyöntekijöillä oli kuitenkin ollut haasteita löytää kentän ammattilaisten parista oikeat osaajat yhteyshenkilöiksi tai tiettyihin tehtäviin (osaajat). Terveydenhuollon yksiköissä kiinnostus ja motivaatio digitaalisiin ratkaisuihin ja sopiva asema, kuten esihenkilöasema, eivät välttämättä kohdanneet (osaajat), ja hanketyöntekijöillä oli välillä haasteita viestiessään yksiköihin. Hanketyöntekijät lähettivät kaikkiin yksiköihin tietoa digitaalisista palveluista, mutta jos jonkin yksikön esihenkilö ei välittänyt tietoa eteenpäin työntekijöilleen, saattoi koko yksikkö jäädä heikommalle osaamiselle ratkaisun suhteen. Toisaalta yksiköstä olisi voinut löytyä jokin työntekijä, jolla olisi ollut sopiva motivaatio ja osaaminen digitaalisten palvelujen käyttöönoton tukemiseen omassa yksikössään, mutta tehtävä ei olisi sopinut hänen työnkuvaansa (osaajat).

Digitaalisten palvelujen yhdenmukainen käyttöönotto koko hyvinvointialueen laajuisesti aiheutti haasteita (integraatio). Tietyissä terveydenhuollon yksiköissä saattoi olla työntekijä, joka oli motivoitunut viemään eteenpäin digipalveluja ja tiedottamaan niistä, mutta häneltä puuttui ajankohtainen tai tarpeeksi yksityiskohtainen tieto palvelusta. Hanketyöntekijöiden lähettämästä yhtenäisistä viestintämateriaalista huolimatta joissain yksiköissä tuotettiin ja suosittiin omia, paikallisesti luotuja materiaaleja. Hanketyöntekijät arvioivat, että tavoitteena olisi ollut pyrkimys tehdä palvelusta helpommin lähestyttävä muokkaamalla viestintää yksikön näköiseksi. Tämä kuitenkin vaikeutti koko hyvinvointialueen laajuista yhdenmukaista tiedottamista, sillä asukkaan lähiasiointipisteeltä saama tieto saattoi poiketa verkkosivuilta löytyvästä tiedosta (integraatio). Tämä aiheutti asukkailla huonoja kokemuksia, kun palvelussa ei esimerkiksi voitu hoitaa hänen asiaansa, vaikka hän olisi niin ymmärtänyt saamansa viestinnän perusteella.

Tehtävien jakamisessa suurin haaste ei ollut kuitenkaan hyvinvointialueen eri yksiköiden sisällä, vaan hyvinvointialueen, Inhouse-yhtiön ja teknologiantuottajan välillä (integraatio). Hyvinvointialueella oli sopimus Inhouse-yhtiön kanssa, joka kilpailutti teknologiantuottajat eri digitaalisten palvelujen tekniselle toteuttamiselle. Inhouse-yhtiö siis teki sopimukset firmojen kanssa, ja tekniseen toteutukseen liittyvä kommunikaatio myös kulki hyvinvointialueelta Inhouse-yhtiön kautta teknologiantuottajalle. Vastuun ja tehtävien jakaminen osapuolten välillä haki vielä paikkaansa, mikä aiheutti haasteita kehittämistyössä (integraatio).

Hanketyöntekijät pystyivät kehittämään palveluja omien käyttövaltuuksiensa raameissa, mutta suuremmat muokkaukset pystyivät tekemään vain teknologiantuottaja. Palautteen kulkeminen teknologiantuottajalle asti Inhouse-yhtiön kautta hidasti ratkaisun prosessia (integraatio). Joskus saattoi tulla ilmi myös ongelmia, joiden ratkaiseminen ei vaikuttanut kuuluvan kenenkään vastuualueeseen. Tämä aiheutti esimerkiksi tilanteen, jossa hanketyöntekijä kysyi neuvoa johonkin asiaan Inhouse-yhtiöltä, joka kysyi sitä teknologiantuottajalta, joka vastasi, että asiaa kannattaa kysyä palvelun omasta tukisähköpostista. Neuvoa kysynyt hanketyöntekijä oli kuitenkin itse se henkilö, joka vastasi kyseiseen sähköpostiin tuleviin viesteihin, eli käytännössä häntä neuvottiin kysymään itseltään.

Hyvinvointialueen sopimus Inhouse-yhtiön kanssa ja Inhouse-yhtiön sopimus teknologiantuottajan kanssa eivät välttämättä tarjonneet vastausta siihen, kenen tehtävä uuden ongelman ratkaiseminen olisi, koska palvelut kehittyivät ja muuttuivat nopeaa tahtia. Uusia

ongelmia ei siis välttämättä oltu osattu etukäteen pohtia sopimusten tekemisen vaiheessa, ja vastuunjako jouduttiin pohtimaan siinä vaiheessa, kun ongelma oli jo ilmennyt (integraatio).

Myös eri ammattiryhmien tapa priorisoida asioita oli erilainen. Hanketyöntekijöiden ja teknologiantuottajan näkemykset jonkin ongelman ratkaisemisen olennaisuudesta ja kiireellisyydestä saattoivat olla erilaiset, mikä hidasti ongelmanratkaisua (integraatio). Teknologian alan ammattilaisten ja terveysalan ammattilaisten välillä oli myös haasteita yhteisen kielen löytämisessä. Hanketyöntekijät toimivat työssään ikään kuin tulkkina pyrkiessään välittämään teknologiantuottajalta tulevaa tietoa niin, että kentän ammattilaiset ymmärtävät kaiken tarvittavan (integraatio). Esimerkiksi teknologiantuottajalta tulevat ohjeet saattoivat olla useita sivuja pitkiä, mutta hanketyöntekijöiden tekemä kooste vain yhden PowerPoint-dian. Kentän ammattilaisille tämä oli olennaista, koska kiireisessä ympäristössä ohjeiden oli oltava nopeasti kerrattavissa.

Hanketyöntekijät toimivat myös palvelun teknisen toteutuksen ja käytännön toteutuksen välisenä linkkinä. He auttoivat esimerkiksi kentän ammattilaisia määrittämään, kenelle ja mihin tilanteisiin digitaalisia palveluja voidaan hyödyntää (integraatio). Esimerkiksi kotihoidossa osalle asiakkaista digitaalinen palvelu voi olla erittäin hedelmällinen, mutta kaikille se ei sovi. Kodin ominaisuudet tai asiakkaan aistien ja motoriikan haasteet voivat tehdä digitaalisesta palvelusta sopimattoman osalle, eikä sitä näille asiakkaille kannata ottaa käyttöön. Hanketyöntekijät kokivat, että teknologiantuottajat tai Inhouse-yhtiö eivät osaisi näissä asioissa tukea kentän ammattilaisia tarpeeksi, koska heiltä puuttui osaaminen hoitotyön erityispiirteistä.

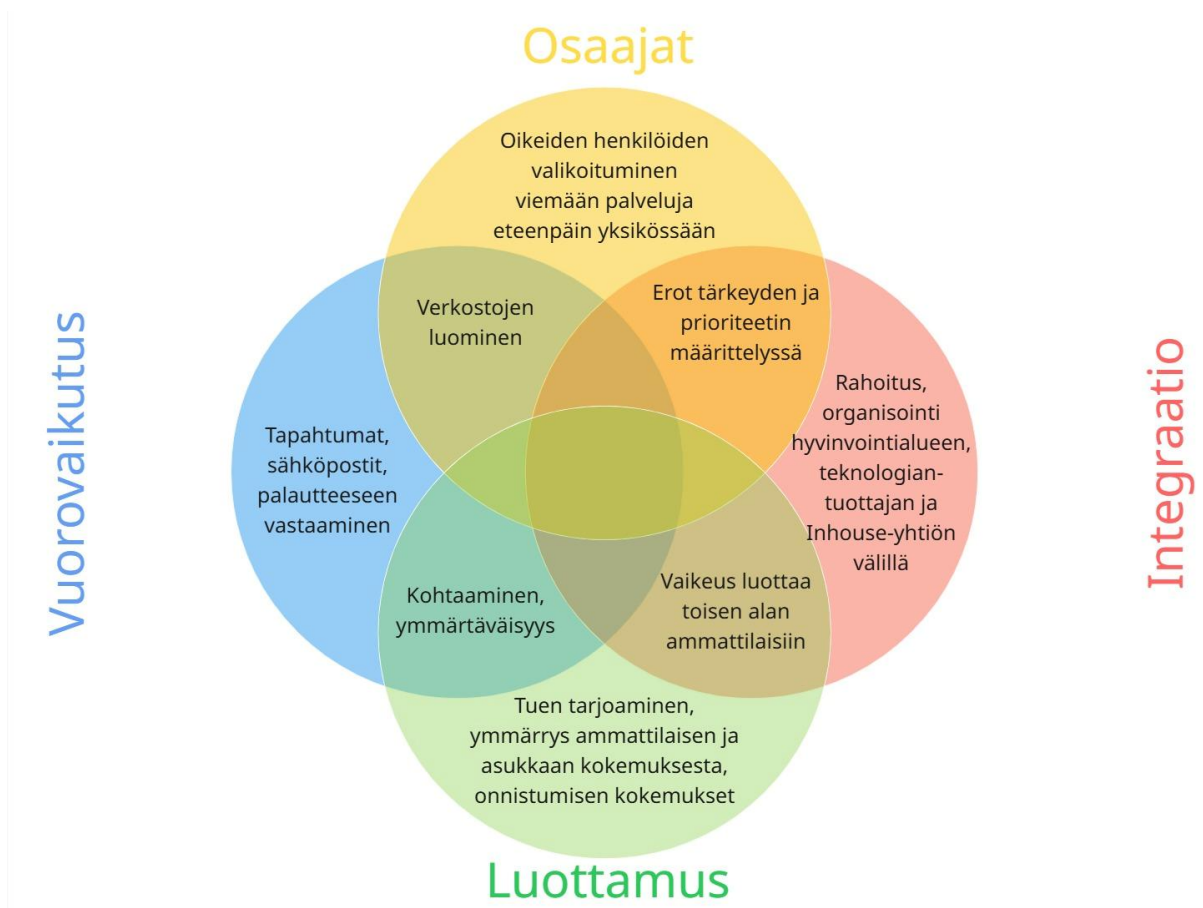
Integraatiota haastoi myös rahoitukseen liittyvät kysymykset. Hankerahoitus vastasi niitä toimenpiteitä, joita rahoitushakemuksessa oli suunniteltu toteutettavan. Hanketyöntekijät joutuivat siis torjumaan hyviäkin kehitysideoita, jos ne olivat liian kalliita. Yksi esimerkki oli terveyskeskushaku, johon liittyen asukkaat lähettivät tasaisin väliajoin toiveita hyvinvointialueelle. Terveyskeskushaku oli Tampereella ollut käytössä ennen hyvinvointialuetta, ja sen kautta asukas oli osoitteensa perusteella voinut tarkistaa, mihin terveyskeskukseen hänen kuului hakeutua. Hanketyöntekijät tunnistivat, että palvelu olisi tarpeellinen, mutta sen tekninen toteutus oli liian kallis, eikä sitä ollut hankerahoituksen puitteissa mahdollista toteuttaa. Lisäksi hanketyöntekijät tunnistivat sen hyödyttävän lähinnä Tampereella asuvia, sillä muissa kunnissa terveyskeskuksia oli vähemmän ja asukkaan oli

helpompi tietää oma terveyskeskuksensa. Siksi rahan käyttäminen terveyskeskushaun toteuttamiseen olisi ollut myös epäreilun suuri investointi suhteessa muihin alueen kuntiin.

Rahoituksen raameissa pysymiseksi hanketyöntekijät joutuivat myös joskus tyytymään edullisempaan vaihtoehtoon, vaikka se ei olisi yhtä hyvä kuin toinen tarjolla oleva vaihtoehto. Esimerkiksi liikkuviin palveluihin oli ollut tulossa hankesuunnitelman mukaisesti uudenlainen mittauslaite, jolla asukkaiden terveydentilaa voitiin tutkia ilman, että asukkaan tarvitsi lähteä terveyskeskukseen. Yhtenä vaihtoehtona oli ollut noin penaalin kokoinen laite, jolla pystyttiin toteuttamaan useampi tutkimus, ja laitteen pystyi helposti yhdistämään langattomasti tietokoneeseen tai tablettiin. Kyseisen laitteen hankinta liikkuviin palveluihin olisi kuitenkin ollut huomattavasti liian kallis, ja hanketyöntekijät joutuivat valitsemaan halvemman vaihtoehdon. Halvemmassa laitekokonaisuudessa oli jokaiseen tutkimukseen eri laite, ja ne täytyi yhdistää langallisesti tietokoneeseen. Tämä vaati siis liikkuvan palvelun ammattilaiselta suuremman materiaalmäärän kuljettamista sekä enemmän osaamista laitteiden yhdistämisessä.

Vastaavia tilanteita, joissa ”*joudutaan ottamaan Lada, vaikka tarjolla on Ferrari*”, ilmeni myös digitaalisia alustoja kilpailutettaessa. Näissä tilanteissa hanketyöntekijät eivät voineet vaikuttaa valintoihin, vaan ne määräytyivät rahoituksen raamien mukaan. Hanketyöntekijät pyrkivät kuitenkin vaikuttamaan siihen mihin heillä oli mahdollisuus, eli perehdyttämään ja kouluttamaan kentän ammattilaisia niin, että laitetta tai alustaa pystyttäisiin hyödyntämään puutteistaan huolimatta niin hyvin kuin mahdollista.

Hanketyöntekijät edistivät siis kentän ammattilaisten ja asukkaiden luottamusta palveluun ja hyvinvointialueeseen vuorovaikutuksen keinoin, edistäen normalisaatioprosessia. Myös oikeiden osaajien saaminen oikeisiin tehtäviin edisti luottamusta, mutta eri alojen välinen luottamus ja yhteistyö aiheutti haasteita. Myös eri yksikköjen välinen integraatio aiheutti viestinnällisiä haasteita. Hanketyöntekijöiden toimiminen teknologian ja terveydenhuollon kentän välillä tietoa tulkiten ja sitä välittäen auttoi kuitenkin purkamaan näitä haasteita. Hanketyöntekijät edistivät siis työllään normalisaatioprosessia mahdollistamalla ja luomalla kollektiivista toimintaa sen ydinkomponentteja edistämällä (kuva 5).



Kuva 5 Kollektiivinen toiminta ja sen ydinkomponentit sekä niitä edistävä toiminta

#### 5.4 Refleksiivinen seuranta

Refleksiivinen seuranta eli palvelujen jatkuva arviointi näkyi hanketyöntekijöiden työssä vahvasti, sillä palautteen käsittely ja hyödyntäminen oli olennainen osa heidän päivittäistä työtään. Hanketyöntekijät toteuttivat seurantaa ja arviointia organisaation eri tasoilla ja monenlaisissa konteksteissa. Tässä osiossa kuvaan, miten refleksiivistä seurantaa edistämällä hanketyöntekijät veivät eteenpäin digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessia, ja miten refleksiivisen seurannan ydinkomponentit systemaattinen tiedonkeruu, yhteinen arviointi, yksilöllinen arviointi ja uudelleenrakentaminen toteutuivat siinä.

Hanketyöntekijät keräsivät palautetta ja kokemuksia palveluista ammattilaisilta ja asukkailta formaaleilla ja informaaleilla tavoilla (systemaattinen tiedonkeruu). Hanketyöntekijät loivat tilaisuuksia, joissa informaalia tiedonkeruuta tapahtui kentän ammattilaisten välillä heidän kertoessaan kokemuksistaan toisilleen, sekä keräsivät palautetta formaalisti erilaisilla lomakkeilla ja viestintäkanavien kautta. Hanketyöntekijät toteuttivat aktiivisesti myös tiedon

jakamista eteenpäin kentälle, jotta asukkailta kerätty palaute olisi saatavilla ammattilaisille (systemaattinen tiedonkeruu). He siirsivät esimerkiksi tiettyjen palvelujen chattiä tekeville ammattilaisille koosteita chatista tulleista palautteista. Joskus oli tilanteita, joissa ammattilaiset eivät olisi halunneet vastaanottaa näitä koosteita, mutta hanketyöntekijät kannustivat perehtymään niihin ja kehittämään toimintaa palautteissa ilmenevien asioiden kohdalla.

Uusien palvelujen käyttöönotossa hanketyöntekijät keräsivät palautetta kentän ammattilaisilta, jotka työskentelivät uuden palvelun kanssa. Hanketyöntekijät keräsivät palautetta työpajoissa, joissa digitaalisista palveluista ja niiden toimivuudesta keskusteltiin yhdessä (yhteisöllinen arviointi). Hanketyöntekijät ottivat ammattilaiset mukaan myös palautekyselyjen muotoiluun ja valmisteluun. Hanketyöntekijät kävivät hankkeen aikana monissa eri yhteisöissä, kuten terveydenhuollon yksiköissä, poliittisissa toimielimissä ja hyvinvointialueen eri kunnissa mahdollistamassa kohtaamisia, joissa ihmiset arvioivat palveluja yhteisesti vuorovaikutuksen kautta (yhteisöllinen arviointi).

Hanketyöntekijät keräsivät palautetta palvelukohtaisesti, alustakohtaisesti sekä kokonaisvaltaiseen asiointikokemukseen liittyen. Hanketyöntekijät keräsivät palautetta palvelukohtaisesti esimerkiksi uusia palveluja pilotoidessa, jolloin käyttäjiä ohjattiin vastaamaan palautekyselyyn (yksilöllinen arviointi). Hanketyöntekijät olivat pohtineet tarkkaan palautekyselyjen muotoilua ja pituutta, jotta ikäihmisten olisi mahdollisimman helppo vastata kyselyyn, ja saataisiin silti mahdollisimman kattavasti tietoa kokemuksesta palvelun käytöstä. Hanketyöntekijät hyödynsivät piloteista kerättyä palautetta päättäessään, laajennetaanko palvelumahdollisuutta myös uusille asukasryhmille (yhteisöllinen arviointi). Esimerkiksi lääkeautomaattien ja videovastaanottojen käyttöä ikäihmisten palveluissa oli pilotoinnin ja hyvän palautteen jälkeen laajennettu käyttöön uusille asiakkaille.

Hanketyöntekijät keräsivät palautetta alustakohtaisesti muun muassa verkkosivuilla, chätissä ammattilaisen tai chättibotin kanssa asioidessa ja digiklinikalla. Näitä alustoja käytettyään asukkaalle aukesi tyytyväisyysmittari, johon hän sai kertoa arvosanan ja halutessaan lisätä sanallisesti palautetta alustasta tai siellä saamastaan palvelusta (yksilöllinen arviointi). Hanketyöntekijät koostivat alustojen käyttömääristä ja tyytyväisyysmittareista joka kuukausi raportteja, jotka he esittelivät digiaamukahveilla kentän ammattilaisille (systemaattinen tiedonkeruu). Asukas pystyi antamaan palautetta alustakohtaisesti myös vikailmoituksella, jos jokin alusta ei toiminut hänen mielestään normaalisti.

Lisäksi hanketyöntekijät vastaanottivat asiakaskokemuksia digitaalisista terveystalvasta kokonaisuuden kannalta tapahtumissa, kuntakierroksella ja sosiaalisen median kanavissa. Tapahtumissa ja kuntakierroksella hanketyöntekijät olivat keskustelleet laajasti asukkaiden kanssa heidän kokemuksistaan, sekä siitä, kenelle tiettyjä palveluja toivottiin ja miten niistä pitäisi viestiä (yksilöllinen ja yhteisöllinen arviointi). Hanketyöntekijät olivat käsitelleet myös sosiaalisen median kanavissa ilmaistuja palautteita. Esimerkiksi asukkaiden Facebookissa ja Instagramissa käymistä julkisista keskusteluista oli poimittu palautteita ja otettu yhteyttä palautteen antajiin ongelmien ratkaisemiseksi. Sosiaalisesta mediasta oli ollut hyötyä esimerkiksi silloin, kun palautelomakkeet olivat kaatuneet. Koska palautelomakkeet eivät toimineet, eivät asukkaat tienneet mitä kautta he voivat jättää palautteen asiasta, ja keskustelivat asiasta keskustelualusta Jodelissa. Joku hanketyöntekijöistä oli huomannut keskustelun ja ryhtynyt korjaamaan vikaa. Lisäksi hän oli kertonut asukkaille, että vikailmoituksille on erillinen lomake, eli jos jatkossa tulisi vastaava tilanne, he osaisivat ilmoittaa asiasta sitä kautta.

Hanketyöntekijät vastasivat kaikkeen saamaansa palautteeseen, ja pyrkivät ratkaisemaan niissä ilmenevät ongelmat. Ongelmat saattoivat liittyä asukkaan vaikeuksiin käyttää palvelua, jolloin hanketyöntekijät selkeyttivät ohjeita sähköpostitse tai tarjosivat käyttötukea. Hanketyöntekijät ohjasivat asukkaita esimerkiksi tulemaan paikalle tapahtumiin kysymään apua, tai ottamaan yhteyttä järjestöihin, jotka tarjosivat yleistä digitukea (kuten ATK-seniorit Mukanetti ry). Jos hanketyöntekijät huomasivat jonkun asukkaan jättämän palautteen kautta, että ohjeet verkkosivuilla olivat epäselvät, he muokkasivat ohjeita selkeyttääkseen niitä (uudelleenrakentaminen). Jos kyseessä oli tekninen ongelma, hanketyöntekijät joko muokkasivat alustaa omilla käyttövaltuuksillaan tai lähettivät pyynnön teknologiantuottajalle asian korjaamiseksi (uudelleenrakentaminen). Kaikkia toiveita ja kehitysehdotuksia ei kuitenkaan heti lähdetty toteuttamaan, vaan hanketyöntekijät pohtivat ensin yhteisesti, olisiko muutos myös muiden palvelun käyttäjien etujen mukaista (yhteisöllinen arviointi). Palvelut siis muovautuivat saadun palautteen perusteella (uudelleenrakentaminen), mikä johti taas palvelun käyttäjillä uudenlaiseen kokemukseen ja uuteen arvioon palvelusta.

Hanketyöntekijät siis keräsivät, käsitelivät, ja välittivät asiakaspalautetta ja muovasivat palveluja sen perusteella. Vastauksen saaminen palautteeseen ja kokemus siitä, että omalla kokemuksella on merkitystä, lisäsi asukkaiden ja ammattilaisten luottamusta palveluun ja kannusti jatkamaan palvelun käyttöä. Hanketyöntekijöiden tekemä työ asukas- ja

ammattilaispalautteen parissa edisti jokaista refleksiivisen seurannan ydinkomponenttia (kuva 6) ja sitä kautta myös normalisaatioprosessia.



Kuva 6 Refleksiivisen seurannan ydinkomponentit ja niitä edistävä toiminta

## 5.5 Yhteenveto

Tässä osiossa olen kuvannut tutkimuksen tulokset, eli miten hanketyöntekijöiden tekemä työ on edistänyt digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessia sen mekanismien ja ydinkomponenttien kautta. Koherenssia eli palvelun ymmärrettävyyden eteen tehtyä työtä hanketyöntekijät edistivät viestinnän keinoin, esimerkiksi mainoksia ja ohjeita julkaisemalla ja viestimällä suoraan asukkaiden ja ammattilaisten kanssa. Kognitiivista osallistumista hanketyöntekijät tukivat osallistamalla ammattilaisia ja asukkaita päätöksentekoon sekä palvelun muovautumiseen. Kognitiivista osallistumista edistettiin yhteisöjä ja verkostoja luomalla, mutta sitä haastoi nopea käyttöönotto sekä rajalliset resurssit ajan ja rahoituksen

suhteen. Kollektiivinen toiminta näkyi yhtenä tärkeimpänä mekanismina digitaalisten palvelujen normalisaatioprosessissa. Yhteistyö eri tahojen välillä mahdollisti osaamisen jakamisen verkostoissa sekä ongelmien ratkaisemisen yhteisesti. Yhteistyö hyvinvointialueen ja digitaalisten palvelujen teknologiasta vastaavien tahojen kanssa aiheutti kuitenkin haasteita, sillä yhteistyön raamit eivät olleet vielä täysin selkeät. Refleksiivistä seuranta puolestaan hanketyöntekijät edistivät keräämällä ja käsittelemällä palautetta sekä hyödyntämällä sitä kehittämisessä.

Näillä tavoin normalisaatioprosessiteorian mekanismit ja ydinkomponentit toteutuivat Pirkanmaan hyvinvointialueella tehdyssä digitaalisten palvelujen käyttöönotossa ja jatkokehittämisessä. Kaikkia komponentteja yhdisti hanketyöntekijöiden tekemä normalisaatiota edistävä työ. Normalisaatiota haastoi organisaatioon liittyvät tekijät, kuten rahoitus, hankkeelle asetetut käyttöönoton aikataulut ja teknologian integraatio. Näihin haasteisiin pyrittiin hankkeessa reagoimaan tai pienentämään niiden vaikutuksia normalisaatioon.

## 6. POHDINTA

Tässä luvussa pohdin tutkimuksen tuloksia suhteessa aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen, sekä arvioin tutkimusta sen luotettavuuden, eettisyyden ja hyvän tieteellisen käytännön kannalta. Lopuksi esitän vielä tuloksista johtopäätökset ja kuvaan, miten tutkimuksessa luotua tietoa voidaan hyödyntää muissa digitaalisia terveyspalveluja koskevissa hankkeissa sekä jatkotutkimuksissa.

Tässä tutkimuksessa kuvasin, miten normalisaatioprosessiteorian mukaiset mekanismit ja ydinkomponentit ilmenivät Pirkanmaan hyvinvointialueen digitaalisten palvelujen käyttöönotossa ja jatkokehittämisessä, sekä miten tunnistetut mekanismit ja komponentit vaikuttivat normalisaatioprosessiin. Tutkimuksen perusteella ei voida määrittellä, onko digitaalisten palvelujen normalisaatio toteutunut, vaan tutkimus kuvaa prosessin kulkua. Tutkimuksen tavoitteena olikin kuvata ja analysoida prosessia, ja tavoite toteutui. Tutkimus ei myöskään anna vastauksia siihen, kuinka voimakas merkitys tietyllä toiminnalla on normalisaatioprosessiin. Tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, miten vuorovaikutukseen perustuvalla toiminnalla muutosta laitetaan alulle ja tuetaan sen toteutumista. Tämä tukee aikaisempien tutkimusten havaintoja siitä, että strategiset laajan mittakaavan tavoitteet toiminnan muutoksessa on tarpeellista jakaa pienempiin toiminnan osiin, joista kokonaisuus rakentuu (Ross ym., 2018).

Tuloksista ilmenee, miten hanketyöntekijät edistivät koherenssia erilaisilla viestintämateriaaleilla kuten ohjeilla, mainoksilla ja tiedotteilla. Viestinnällä tuotiin ilmi palvelujen hyötyjä, kuten mahdollisuutta saada apu pieniin vaivoihin nopeasti ja tarvitsematta lähteä kotoa. Nopeasti ja helposti yhteyden saaminen terveydenhuoltoon on etu, mutta sen mukana tulee myös ylihoitamisen riski. Tietyt väestöryhmät, kuten nuoret naiset, hakeutuvat herkemmin terveyspalveluihin, ja käyttävät myös enemmän digitaalisia palveluja (THL, 2024b). Tämä herättää kysymyksen siitä, hakeutuvatko nuoret naiset liian herkästi palvelujen piiriin, vai hakeutuvatko muut väestöryhmät liian harvoin ja liian korkealla kynnyksellä palvelujen piiriin. Jos jälkimmäinen on totta, olisi tärkeää tavoittaa erityisesti nämä ryhmät digitaalisia terveyspalveluja mainostettaessa ja niiden käyttöön kannustettaessa.

Tuloksista kävi ilmi, että kognitiivisen osallistumisen ja normalisaatioprosessin käynnistymisen haasteena oli ollut palvelujen käyttöönotto nopeatempoisessa ja lyhytaikaisessa hankkeessa täysin uudessa organisaatiossa. Kentän ammattilaiset eivät olleet

ehtineet sisäistää tietoa uusista palveluista etukäteen, ja heillä oli jo paljon sisäistettävää siirryttyään työskentelemään uuteen organisaatioon. Hankkeen alusta asti eri sidosryhmiä tiedotettiin ja ne otettiin mukaan kehittämiseen, mikä auttoi normalisaatioprosessia käynnistymään. Tämä havainto tukee aikaisempien tutkimuksien tuloksia, joiden mukaan sidosryhmien sitouttaminen toimintaan mahdollisimman aikaisin edistää normalisaatioprosessia (Ross ym., 2018).

Tuloksissa tulee ilmi, miten ihmisten epäilevä suhtautuminen digitaalisiin palveluihin haastoi luottamuksen rakentumista ja kollektiivista toimintaa. Monet ammattilaiset ja asukkaat suhtautuivat digitaalisiin palveluihin alkuun varautuneesti tai jopa vahvan kielteisesti. Varautuneisuus ja huoli digitaalisten palvelujen käytöstä on tunnistettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa ja niiden on nähty kumpuvan riittämättömistä digitaidoista, tuen puutteesta ja virheen tekemisen pelosta (Varjakoski ym., 2025 ja Tuomivaara & Alasoini 2020). Aikaisemmissa tutkimuksissa ikäihmisiä haastatellessa on tullut ilmi ikäihmisten kokema häpeän tunne digitaitojen puutteeseen liittyen ja turhautuminen palvelujen käytettävyyteen. Nämä tunteet lisäsivät riskiä, että ikäihminen jättäytyi kokonaan digitaalisten palvelujen ulkopuolelle. (Varjakoski y., 2025). Työikäisillä puolestaan heikko osaaminen työssä tarvittavissa digitaalisissa palveluissa aiheutti ylimääräistä kuormitusta ja tyytymättömyyttä työhön (Tuomivaara & Alasoini 2020). Nämä negatiiviset kokemukset voivat olla osasyinä varautuneisuuteen ja vaikeuksiin luottaa digitaalisiin terveyspalveluihin.

Tuloksista kävi ilmi, että kielteisyys ja varautuneisuus saatiin usein murrettua hanketyöntekijöiden tekemällä vuorovaikutustyöllä. Tämä osoittaa, kuinka tärkeää digituen tarjoaminen on ja tulee jatkossakin olemaan hyvinvointialueilla. Tasavertaiset palvelumahdollisuudet turvatakseen tulisi hyvinvointialueiden ottaa huomioon väestön erilaiset digitaidot ja pyrkiä kehittämään osaamista etenkin niissä ryhmissä, joissa palvelujen käytössä on vielä haasteita. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella tulisi digituen tarjoaminen ja palautteeseen reagoiminen vakiinnuttaa osaksi toimintaa, eivätkä nämä toiminnot saisi päättyä hankekauden päättyessä.

## **6.1 Tutkimuksen arviointi**

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parhaiten arvioida sille ominaisilla arviointikriteereillä, joissa otetaan huomioon laadullisen tutkimuksen erityispiirteet ihmisiä ja

ilmiöitä kuvaavana tieteen muotona (Cope, 2014). Laadullisen tutkimuksen arviointikriteereiksi on esitetty uskottavuus, luotettavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja aitous (Cope, 2014; Elo ym., 2014).

Uskottavuus viittaa totuudenmukaiseen tulkintaan ja esittämiseen (Cope, 2014). Uskottavuutta lisää se, että tutkija kuvailee ja varmistaa tulkintojaan tutkittavilta (Cope, 2014). Ryhmähaastattelujen aikana vahvistin ymmärtämäni asiat haastateltavilta toistamalla heidän sanomaansa ja varmistamalla, että olin ymmärtänyt asiat siten kuin he tarkoittivat. Vahvistettavuus taas kuvaa sitä, miten tutkija kykenee osoittamaan, että data edustaa osallistujien antamia vastauksia eikä tutkijan ennakkokäsityksiä (Cope, 2014). Olen antanut tutkimuksessa esimerkkejä käytännön tilanteista, jotka kuvastavat koodattua mekanismia ja komponenttia, sekä havainnollistanut taulukossa koodaamisen prosessia.

Luotettavaksi tutkimusta kuvataan silloin, kun toisessa vastaavassa tutkimuksessa tai toisena ajankohtana voitaisiin saada samat tulokset (Cope ym., 2014). Tämän tutkimuksen tulokset ovat aikaan sidottuja, sillä digitaalisten palvelujen käyttöönotto on sidonnainen omaan aikaansa hyvinvointialueiden alkuvaiheessa ja hankkeen aikatauluun. Jos siis samaa aihetta tutkittaisiin toisessa ajankohdassa, tilanne voisi olla jo muuttunut tämän tutkimuksen tarkastelemasta ajanjaksosta. Jos kuitenkin haastateltaisiin samaa kohderyhmää, eli palvelujen käyttöönotossa avainasemassa olleita hanketyöntekijöitä, tulokset olisivat melko varmasti toistettavat, koska ryhmähaastatteluissa haastateltavien ja ryhmien välillä ilmeni vahva koherenssi. Luotettavuus on siis sidonnainen asiantuntijahaastattelun erityispiirteisiin, eli haastateltavien joukko on heikosti tai ei lainkaan vaihdettavissa, jos halutaan saavuttaa sama tieto aiheesta (Ruusuvoori ym., 2018). Aineiston analyysin luotettavuutta parantaa se, että aineiston koodaus perustui normalisaatioprosessiteorian vertaisarvioituun koodausohjeeseen. Tämä lisää koodauksen toistettavuutta ja yleistettävyyttä. Toisen tutkijan olisi siis mahdollista saada suunnilleen samat tulokset saman aineiston perusteella, mikäli hän käyttäisi samaa koodausohjetta.

Siirrettävyys kuvaa tutkimuksen relevanssia toisissa konteksteissa tai toisille henkilöille (Cope ym., 2014). Tutkimus on relevantti digitaalisten terveystalvelujen käyttöönotossa muilla hyvinvointialueilla, sillä tutkimuksessa ilmi tulevia seikkoja voi ottaa huomioon ja hyödyntää myös muissa konteksteissa. Siirrettävyys ei kuitenkaan tämän tutkimuksen arvioinnissa ole olennaisin arviointikriteeri, sillä tarkoituksena ei ole tehdä yleistyksiä, vaan tutkimus kuvaa tarkasti tutkitulla hyvinvointialueella tehtyä työtä. Aitous puolestaan kuvaa sitä, kuinka hyvin

tutkija kuvaa tutkittavien tunteita ja kokemuksia aineistolle uskollisella tavalla (Cope ym., 2014). Teorialähtöinen analyysi mahdollisti osallistujien kokemusten kuvaamisen siinä määrin kuin kokemukset vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksessa kuvasin esimerkiksi sitä, miten merkitykselliseksi osallistujat kokivat työnsä, minkälaiset mahdollisuudet heillä oli vaikuttaa sekä heidän motivaatiotaan kognitiiviseen työhön. Olen siis pyrkinyt kuvaamaan osallistujien kokemuksia aidosti ja totuudenmukaisesti.

<b>Luotettavuuden kriteeri</b>	<b>Kriteerin kuvaus</b>	<b>Toteutuminen tutkimuksessa</b>
Uskottavuus	Totuudenmukainen tulkinta ja esittäminen	Haastattelujen aikana vastauksen toistaminen ja varmistaminen, että on ymmärtänyt vastauksen oikein
Luotettavuus	Toisessa vastaavassa tutkimuksessa tai toisena ajankohtana voitaisiin saada samat tulokset	Asiantuntijahaastattelulle tyypillisesti samat tulokset saataisiin vain samaa kohderyhmää haastatteleamalla
Vahvistettavuus	Data edustaa osallistujien vastauksia eikä tutkijan omia ajatuksia aiheesta	Koodauksen prosessia kuvaava taulukko sekä jokaisessa koodissa kuvattuna käytännön tilanteita, jotka havainnollistavat koodia
Siirrettävyys	Tutkimuksen relevanssi toisessa kontekstissa tai toisille henkilöille	Siirrettävä toisille hyvinvointialueille digitaalisten palvelujen käyttöönottoon, etenkin käytännöllisen normalisaatiota edistävän toiminnan kuvauksen ansiosta
Aitous	Tutkija kuvaa tutkittavien tunteita ja kokemuksia aineistolle uskollisella tavalla	Haastateltavien kokemuksia ja tunteita työssään kuvattu aina silloin, kun vastaa tutkimuskysymykseen

*Taulukko 2 Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit (Cope ym., 2014)*

Tutkimusten arvioinnissa olennaista on myös pohtia menetelmien tarkoituksenmukaisuutta ja niiden rajoitteita. Tutkimuksessani aineistonkeruumenetelmä muodostui ryhmähaastattelun ja asiantuntijahaastattelun yhdistelmästä. Valitsin asiantuntijahaastattelun, koska halusin tiedonantajiksi henkilöt, jotka olivat avainasemassa digitaalisten palvelujen käyttöönotossa. Asiantuntijahaastattelulle on tyypillistä, että haastatteluun valitaan henkilöt institutionaalisen aseman perusteella tai siksi, että henkilö on aktiivinen toimija tutkittavassa prosessissa (Ruusuvuori ym., 2018). Tässä tutkimuksessa haastateltavien valinta noudatti tätä tapaa, sillä haastateltavat olivat aktiivisia toimijoita normalisaation prosessissa ja samalla osa organisaatiota, jonka sisällä prosessi oli käynnissä.

Asiantuntijahaastattelu tuo lisäarvoa etenkin silloin, kun haastattelun kautta selvitetään sellaisia asioita, jotka eivät ilmene virallisessa dokumentaatiossa (Ruusuvuori ym., 2018). Tässä tutkimuksessa käsiteltävä digitaalisten palvelujen käyttöönotto on laaja ja yhteiskunnallisesti merkittävä kokonaisuus. Kokonaisuuteen liittyy valtava määrä erilaisia toimijoita, eikä jokaisen tekemää työtä kuvata dokumentaatiossa yksityiskohtaisesti. Toisaalta yksittäiset toimintamallit ovat kuvattuina julkiseen raportointiportaaliin (Innokylään) hankkeen vaatimalla tavalla. Tässä tutkimuksessa hankkeen toimintamallien kokonaisuutta ja käytännönläheistä työtä kuvataan ja analysoidaan normalisaatioprosessiteoriaan verrattuna. Lisäarvoa tuo myös esiin tuleva hanketyöntekijöiden toimijuus, joka syventää tietoa suhteessa viralliseen dokumentaatioon tuomalla esille normalisaation vaatimaa vuorovaikutusta ja siinä esiintyviä tunteita ja asenteita.

Ryhmähaastattelun etuna pidetään ryhmän mahdollisuutta luoda yhteisiä mielipiteitä ja vertailla kokemuksia (Ruusuvuori ym., 2018). Valitsin ryhmämuotoiset haastattelut, koska ryhmän avulla sain suoraan tiedon siitä, mistä asioita haastateltavat olivat samaa mieltä ja mistä taas eri mieltä. Jos haastattelut olisi pidetty yksitellen, olisi jäänyt minun tulkintani varaan verrata eri mielipiteitä toisiinsa ja pohtia mistä erot johtuivat. Ryhmähaastattelussa haastateltavat saivat itse kertoa ja perustella mielipiteitään. Ryhmähaastattelun haasteena voi olla, että jotkut osallistujat eivät uskalla kertoa mielipidettään tai pyrkivät miellyttämään muita ryhmän jäseniä vastauksillaan. Tässä tutkimuksessa en pitänyt tätä merkittävänä riskinä, sillä ollessani harjoittelussa haastateltavien yksikössä olin seurannut, kuinka tiivistä yhteistyötä he tekevät ja kuinka avoimesti he kommunikoivat. Koska olin tätä kautta myös haastattelijana heille tuttu, oli helpompaa luoda rento ja avoin keskusteluilmapiiri ryhmähaastatteluihin.

Oma kokemukseni tutkittavan aiheen parissa loi riskin, että tulkitsisin keräämääni tietoa kokemukseni perusteella aineiston ohella. Kiinnitin tähän aktiivisesti huomiota analyysivaiheessa, ja pyrin tekemään päätelmiä vain aineiston perusteella. Toisaalta harjoittelukokemukseni antoi minulle pohjatietoa tutkittavan aiheen kontekstista ja taustasta, joka helpotti aineistossa kuvatun toiminnan tunnistamista ja ymmärtämistä sekä haastattelujen valmistelua. Asiantuntijahaastatteluun suositellaankin valmistauduttuvan aiheeseen perehtymällä, jotta haastattelurunko voidaan sovittaa haastateltavalle ryhmälle (Ruusu vuori ym., 2018). Täysin irrallisena aikaisemmin tietämästäni en siis voinut aineistoa analysoida, mutta toisaalta aikaisempi tietoni oli hyödyllistä taustatietoa tutkimuksen alkuvaiheessa.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija määrittää sopivan otoskoon tutkimukselleen harkinnanvaraisesti, mutta opinnäytetöissä se on usein muita tutkimuksia pienempi (Tuomi & Sarajärvi, 2018). Tässä tutkimuksessa otoskoko oli seitsemän henkilöä. Koska tutkimuksen kohteena oli tietty työntekijäryhmä, joita oli yhteensä reilu kymmenen, on seitsemän suhteellisen hyvä osuus ryhmästä.

Haastattelun toteutin teemahaastattelun menetelmillä, eli haastatteluissa keskusteltiin samoista teemoista, mutta kysymysten tarkka muotoilu ja järjestys vaihteli keskustelun kulun mukaan (Hirsijärvi & Hurme, 2022). Haastattelussa esittämäni kysymykset loivat keskustelua tavoittelemistani aiheista, mutta esiin tuli myös aiheita, joita en ollut etukäteen suunnitellut. Teemahaastattelun mukaisesti olin kuitenkin varautunutkin siihen, että tutkittavat toisivat esiin itselleen tärkeitä aiheita, joten annoin keskustelun jatkaa luonnollisesti. Haastattelujen välillä oli myös huomattavissa yhdenmukaisuutta siinä, mitkä asioista tulivat ilmi kysymyksiä ”ulkopuolelta”. Tämä kertoo siitä, että haastateltavien ryhmille samat aiheet olivat tärkeitä ja niitä haluttiin tuoda esille haastattelutilanteessa.

Tutkimuskysymys ja analyysimenetelmä muuttuivat tutkimusprosessin aikana haastattelujen pitämisen jälkeen. Haastattelukysymykset oli siis suunniteltu vastaamaan eri kysymyksiin ja menetelmiin, kuin mitä lopulta käytin. Tämä on tutkimukseni merkittävä heikkous. Pohdittavaksi jää, olisiko samoihin tutkimuskysymyksiin saatu erilaisia vastauksia, jos haastattelukysymykset olisi suunniteltu alun perin teorialähtöisesti. Toisaalta uusi tutkimuskysymys muotoutui kerätyn aineiston pohjalta. Teoriapohjaisella analyysillä ja toimintaan keskittyvällä tutkimuskysymyksellä koin saavani aineistosta irti relevantteja ja mielenkiintoisia asioita. Laadullisen tutkimuksen tekemisessä suositellaankin, että aineistoa luetaan joustavalla tavalla, sallien kysymysten uudentyyppisten tarkennuksien, aineiston

rajauksien sekä tutkijan itsensäkin yllättävien tuoreiden tulokulmien esiin tulemisen (Ruusu vuori ym., 2018).

Tutkimusprosessissa noudatin parhaan kykyni mukaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita, eli luotettavuutta, rehellisyyttä, arvostusta ja vastuunkantoa (Keiski ym., 2023). Tutkimuseettisesti luotettavassa tutkimuksessa tutkimuksen laatu varmistetaan suunnittelussa, menetelmissä, analyyseissä ja voimavarojen käytössä (Keiski ym., 2023). Tutkimuseettistä luotettavuutta toteutin noudattamalla tutkimuksen teossa menetelmäkirjallisuuden tarjoamia ohjeita. Käytin menetelmäkirjallisuutta aineistonkeruun ja analyysin metodien valinnassa sekä toteutuksessa. Käytin menetelmäkirjallisuutta myös kirjoittaessani tehdäkseen tekstistä lukijalle mahdollisimman selkeää ja ymmärrettävää. Lähteisiin viittasin APA7-viittauskäytännön mukaisesti ja kirjoittamisen tyyliseikoissa, kuten aikamuodoissa, noudatin Kirjoittajan työkalupakkia (Kosonen ym., 2017).

Tutkimuseettisesti rehellisessä tutkimuksessa jokainen tutkimuksen vaihe suunnittelusta ja toteutuksesta arviointiin asti raportoidaan avoimesti, oikeudenmukaisesti, puolueettomasti ja yksityiskohtia salaamatta (Keiski ym., 2023). Olen työtä tehdessäni kuvannut työskentelyn prosessit ja vaiheet mahdollisimman avoimesti ja selkeästi ja kuvaillut myös, miksi olen päätenyt tiettyihin ratkaisuihin työn edetessä. Tutkimuseettisesti arvostavassa työssä osoitetaan arvostusta muita ihmisiä, tieteellisen yhteisön jäseniä, yhteiskuntaa, ympäristöä ja kulttuuriperintöä kohtaan (Keiski ym., 2023). Arvostava toiminta näkyy työssäni suhteessa käsiteltävään organisaatioon esimerkiksi lupahakemuksien kautta sekä suhteessa tutkittaviin esimerkiksi tarkan tietosuojasta huolehtimisen kautta. Vastuullisessa tutkimuksessa kannetaan vastuu tieteellisestä toiminnasta ja sen jokaisesta vaiheesta aina ideasta hallinnointiin, toteutukseen, julkaisemiseen ja vaikutuksiin asti (Keiski ym., 2023). Vastuullisuus koko työn elinkaaren ajan näkyy tiedon huolellisen säilyttämisen ja asianmukaisen tuhoamisen kautta. Näillä monipuolisilla tavoilla varmistin hyvän tieteellisen käytännön, tutkimuksen eettisyyden sekä tutkittavien tietosuojan toteutumisen tutkimuksessa.

## **6.2 Johtopäätökset**

Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää niissä terveydenhuollon organisaatioissa, joissa halutaan ottaa käyttöön uusia digitaalisia palveluja. Kuvaamani hanketyöntekijöiden tekemä työ antaa hyvän pohjan tuleviin hankkeisiin, joissa palveluja halutaan tuoda lähelle

ihmistä ja saada murrettua digitaalisiin palveluihin kohdistuvaa epäluottamusta. Olennaista onkin ottaa huomioon, kuinka paljon normalisaatiota edistävä työ muodostui vuorovaikutuksesta ihmisten välillä. Vaikka terveydenhuoltoa digitalisoidaan jatkuvasti, ei ihmisten välistä vuorovaikutusta voida korvata. Digitaalisten palvelujen normalisaatio rakentui suurelta osalta ihmisten välisissä keskusteluissa, tapahtumissa ja viestinnässä.

Tutkimuksessa tuotettu tieto auttaa ymmärtämään niitä monimutkaisia käytännön prosesseja, joita organisaation ja työntekijöiden tasolla vaaditaan toiminnan muutosta käyttöönotettaessa. Digitalisaatiosta etsitään ratkaisuja kuormittuneeseen ja resurssipulasta kärsivään terveydenhuoltoon, mutta digitaalisten palvelujen normalisaatio vaatii alkuun erillisen henkilöstöpanoksen normalisaatioprosessia ajamaan. Tulokset osoittavat, että uusiin palveluihin investoiminen myös henkilöstön osalta on järkevää, sillä ilman ihmisiä voi palvelun tekniseen toteutukseen investoitu raha mennä hukkaan, jos palvelu jää käyttämättä. Tutkimuksessa kuvattu vuorovaikutus hanketyöntekijöiden ja kentän ammattilaisten sekä hyvinvointialueen asukkaiden kanssa osoittaa, kuinka tärkeää ihmisten välinen vuorovaikutus on rakennettaessa luottamusta ja uskoa palveluun.

Tutkimus on ajankohtainen, sillä sote-uudistuksen luomat hyvinvointialueet ovat olleet toiminnassa vasta pari vuotta. Tutkimus sijoittuu Suomen suurimmalle hyvinvointialueelle ja toisaalta valtakunnalliseen ja Euroopan unionin tasoiseen palautumissuunnitelmaan, joissa digitalisaatio on erityisasemassa. Vaikka näitä ohjelmia arvioidaan virallisilla tahoilla, on tärkeää myös perehtyä yksityiskohtaiseen toimintaan ja siihen arkiseen työhön, joka on lopulta ratkaisevassa asemassa digitalisaation jatkuvuuden takaamiseksi. Tutkimus on myös kansanterveydellisesti merkityksellinen, sillä hyvinvointialueuudistus koskettaa jokaista suomessa asuvaa ja heidän terveytensä hoitoa. Perusterveydenhuollon tavoitteena on jatkossakin turvata ja edistää jokaisen kansalaisen terveyttä. Uusien palvelujen käyttöönottoja on tärkeä arvioida siltä kannalta, miten tuetaan perusterveydenhuollon työntekijöiden mahdollisuuksia toteuttaa näitä tavoitteita.

Digitaalisista palveluista haetaan ratkaisuja ruuhkautuneeseen perusterveydenhuoltoon ja pitkiin jonoihin. On selvää, että digitaalisissa kanavissa asiointiluvut ovat jo suuria (Pirha, ei pvm.), mutta vielä ei ole selvää, mistä asiointikanavista digitaalisiin palveluihin siirrytään, eli mistä resursseja vapautuu. Jatkossa olisi tarpeellista tutkia digitaalisia asiointiväyliä käyttäviä asukkaita ja perehtyä siihen, mitä kanavaa he ovat ennen käyttäneet tai mitä he käyttäisivät, jos digitaalista kanavaa ei olisi saatavilla. On myös mahdollista, että osa digitaalisissa palveluissa

hoidetuista asioista olisi jäänyt hoitamatta, jos helppoa ja nopeaa kanavaa ei olisi ollut tarjolla. Näissä tilanteissa olisi hyvä arvioida, onko kyseessä merkityksettömän oireen ylihoitaminen ja resurssien tuhlaaminen, vai sairauden ehkäiseminen sairauden aikaisessa vaiheessa. Silloin palvelua voitaisiin tiedon perusteella kehittää sellaiseen suuntaan, jossa resurssit käytetään mahdollisimman hyödyllisellä tavalla ja vältetään ylihoitamista.

Tutkimus osuu implementaatiotutkimuksen tutkimuskentällä tunnistettuun teorialähtöisen tutkimuksen tiedon aukkoon (Ross ym., 2018. Lisäarvoa tuo myös normalisaatioprosessiteorian soveltaminen Suomessa, sillä vaikka Itsenäisyyden Juhlavuoden Lastensäätiö suosittelee sitä käytettävän implementaatiotutkimuksessa, työkalun validointi on Suomessa vielä kesken ja siksi teoriaa on käytetty vain vähän (Kouvonen, 2023). Tutkimus synnyttää aihetta jatkotutkimuksille, joissa teoriaa sovellettaisiin toisilla hyvinvointialueilla. Silloin voitaisiin havaita, minkälaisia yhtäläisyyksiä tai eroavaisuuksia interventioiden implementaatiossa esiintyy eri alueilla. Hyvinvointialueita keskenään vertailevan tutkimuksen puitteissa voitaisiin myös haastatella kentän ammattilaisia, jotta saataisiin käsitys siitä, onko palvelu normalisoitunut heidän työhönsä. Silloin voitaisiin verrata myös toiminnan ja normalisaation suhdetta, eli olisiko normalisaatio esimerkiksi toteutunut paremmin niillä hyvinvointialueilla, joissa tuettiin tiettyä prosessin mekanismia tai komponenttia. Tämä loisi arvokasta tietoa jatkokehittämisen kannalta, sillä hyvinvointialueilla voitaisiin pyrkiä kohdistamaan toimintaa hyödyllisimpiin tai tarpeellisempiin mekanismeihin.

Eri hyvinvointialueiden vertailu keskenään on relevanttia myös, jotta saataisiin tietoa alueiden välisistä eroista. Jos joillakin alueilla digitaalisten palvelujen normalisaatio on toteutunut muita heikommin, tarkoittaa se asukkailla heikompia palvelujen piiriin hakeutumisen mahdollisuuksia. Digitaaliset palvelut ovat palvelumahdollisuuksissa tärkeässä asemassa, ja jos niiden käyttö ei ole normalisoitunutta työntekijöiden käytännöissä, on asukkailla epäyhtenäisemmät mahdollisuudet hakeutua niiden piiriin. Esimerkiksi ikäihminen voi haluta kysyä kotihoitajalta neuvoa digitaalisiin palveluihin hakeutumisesta, mutta jos hoitaja ei osaa auttaa, mahdollisuus jää ikäihmiseltä käyttämättä. Olisi myös hedelmällistä tarkastella, minkälaisia eroja toiminnassa näkyy eri rahoitusmuodoilla toteutetuissa kehittämishankkeissa. Next Gen EU -hankerahoitus asetti tässä tutkimuksessa tiettyjä rajoja sille, mitä kaikkea hankkeessa voitiin tehdä. Toisaalta ilman hankerahoitusta tutkimuksessa kuvattua työtä ei välttämättä olisi tehty ollenkaan, sillä muualla hyvinvointialueorganisaatioissa ei olisi ollut vastaavia henkilöresursseja.

Tutkimus herättää jatkotutkimusaiheen normalisaatioprosessiteorian käytöstä digitaalisten palvelujen käyttöönotossa kontekstien ja lopputulemien kannalta. Tutkimuksessa normalisaatioprosessiteorian koodausohjeesta (May ym., 2022) otettiin käyttöön vain osio B, joka erottelee mekanismit ja niiden komponentit. Koska tässä tutkimuksessa on osoitettu digitaalisten terveystalvelujen käyttöönoton noudattavan normalisaatioprosessiteorian mukaisia mekanismeja, voitaisiin jatkotutkimuksessa hyödyntää myös osiota A, joka tarkastelee intervention normalisaatioprosessiin vaikuttavia konteksteja sekä prosessin lopputulemia. Tässäkin tutkimuksessa tarkasteltiin konteksteja liittyen organisaatorakenteeseen ja sen tuomiin haasteisiin, mutta konteksteihin voisi jatkotutkimuksissa perehtyä paljon laajemmin. Jatkotutkimuksissa voitaisiin selvittää myös lopputulemia, eli sitä, onko normalisaatio toteutunut. Tätä voitaisiin tutkia samassa kontekstissa palvelujen elinkaaren myöhemmässä vaiheessa. Normalisaation toteutumista voisi tutkia haastatteleamalla kentän ammattilaisia heidän näkemyksistään omasta työstään ja digitaalisista työvälineistään.

## LÄHTEET

- Barbier-Gauchard, A. (2024). *Next Generation EU: What does it mean?* [Videotallenne].  
[https://www.youtube.com/watch?v=G6ekAZ\\_mgdE](https://www.youtube.com/watch?v=G6ekAZ_mgdE)
- Cederberg, J. (2015). Sijoittaminen—Opetus.tv. *Opetus.tv - Päivitä tulevaisuutesi!*  
<https://opetus.tv/lukio-ops2016/matematiikka/mab6/sijoittaminen/>
- Cope, D. G. (2014). Methods and Meanings: Credibility and Trustworthiness of Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, 41(1), 89–91.
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A., & Kääriäinen, M. (2022). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede*, 34(4), Article 4.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1).
- Eriksen, J., Bidstrup Hjerimitslev, C., Vehko, T., Harðardóttir, G. A., Koch, S., Faxvaag, A., Kyytsönen, M., Viitanen, J., Lintvedt, O., Pedersen, R., Vimarlund, V., Solbakken Nordheim, E., Reponen, J., & Nøhr, C. (2023, marraskuuta 14). *A Nordic survey to monitor citizens use and experience with eHealth*. Nordic Council of Ministers. <https://www.julkari.fi/handle/10024/148523>
- Eskola, Jari., & Suoranta, Juha. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.
- Euroopan komissio. (ei pvm.). *Recovery and Resilience Scoreboard*. Katsottu 18. syyskuuta 2025, osoitteesta [https://ec.europa.eu/economy\\_finance/recovery-and-resilience-scoreboard/country\\_overview.html?country=Finland](https://ec.europa.eu/economy_finance/recovery-and-resilience-scoreboard/country_overview.html?country=Finland)
- Euroopan komissio. (2022). *EU budget policy brief: The EU as an issuer: the NextGenerationEU transformation*. #3, July 2022. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2761/111076>
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (2022). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö* ([2. painos].). Gaudeamus.
- Kansalliskirjasto. (2021, päivitetty). *Terveiden ja hyvinvoinnin ontologia TERO: interventio (hoitotyö, lääketiede)*. Finto - Suomalainen asiasanasto- ja ontologiapalvelu. <https://finto.fi/tero/fi/page/TNR1678>

- Keiski, R., Hämäläinen, K., Karhunen, M., Löfström, E., Näreaho, S., Varantola, K., Spoof, S.-K., Tarkiainen, T., Kaila, E., & Aittasalo, M. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje\\_2023.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf)
- Konttajärvi, T. (2025, päivitetty). *RRP- Pirkanmaan hyvinvointialue—Suomen kestävän kasvun ohjelma, HOPPU 2*. Innokylä. <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/rrp-pirkanmaan-hyvinvointialue-suomen-kestavan-kasvun-ohjelma-hoppu-2>
- Kosonen, H., Kenttälä, M., Niinivaara, J., Peltomäki, A.-M. (2017). *Kirjoittajan työkalupakki*. Helsingin yliopiston kielikeskus. <https://blogs.helsinki.fi/kirjoittajantyokalupakki/>
- Kouvonen P, Tani S, Kurki M, Hamari L. (2023). *Miten onnistun implementoinnissa? Opas psykososiaalisten menetelmien vaikuttavaan implementointiin*. Toim. Koskenalho N. Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö.
- Kyytsönen, M., Aalto, A.-M., & Vehko, T. (2021). *Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021* (No. 7/2021). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.julkari.fi/handle/10024/142675>
- Kyytsönen, M., Aalto, A.-M., Virtanen, L., Kainiemi, E., & Vehko, T. (2024). *Hoitoon pääsy potilaiden kokemana: Läsnä-, puhelin- ja digivastaanottojen vertailu* (No. 21/2024). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/149075>
- Linnansaari, A., Jones, M., Roponen, J., Koivumäki, T., Lehtinen, T., & Absetz, P. (2024, tammikuuta). *Käyttätymistieteellinen tutkimuskatsaus 1/2024, luku 4. Terveys ja hyvinvointi*. Valtioneuvoston kanslia.
- May, C. (2006). A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care. *BMC Health Services Research*, 6(1), 86. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-86>
- May, C. (2017). *Keynote: Normalisation Process Theory*. Amsterdam Symposium on Innovating Healthcare: An Implementation Science Perspective. <https://www.youtube.com/watch?v=SDyKBolNph4>

- May, C., & Finch, T. (2009). Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology (Oxford)*, 43(3), 535–554.
- May, C. R., Albers, B., Bracher, M., Finch, T. L., Gilbert, A., Girling, M., Greenwood, K., MacFarlane, A., Mair, F. S., May, C. M., Murray, E., Potthoff, S., & Rapley, T. (2022). Translational framework for implementation evaluation and research: A normalisation process theory coding manual for qualitative research and instrument development. *Implementation Science*, 17(1), 19.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-022-01191-x>
- May, C., Rapley, T., Mair, F. S., Treweek, S., Murray, E., Ballini, L., Macfarlane, A., Girling, M., & Finch, T. L. (2015). *NPT Core Constructs*. Normalization Process Theory On-line Users' Manual, Toolkit and NoMAD instrument.  
<http://www.normalizationprocess.org>
- Merikanto, T. (2021). Analyysi: Kun Marinin hallitus ymmärsi riisua sote-uudistuksen luurangoksi, alkoi tapahtua – mutta todellisuus paljastuu vasta käytännössä. *Yle Uutiset*. <https://yle.fi/a/3-11982186>
- Murray, E., Treweek, S., Pope, C., MacFarlane, A., Ballini, L., Dowrick, C., Finch, T., Kennedy, A., Mair, F., O'Donnell, C., Ong, B. N., Rapley, T., Rogers, A., & May, C. (2010). Normalisation process theory: A framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Medicine*, 8(1), 63.  
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-63>
- Mäki-Opas, T., Absetz, P., & Martikainen, J. (2022). Skaalaamisen vaiheittainen suunnittelu ja toteutus. Teoksessa *Terveysten edistäminen* (1. painos.). Kustannus Oy Duodecim.
- Niskasaari, E., Lehto, P., Cansel, A., Tiihonen, T., & Kemppainen, T. (2025). *Suomi ennakoivan sosiaali- ja terveydenhuollon edelläkävijäksi*. Sitra.  
<https://www.sitra.fi/julkaisut/suomi-ennakoivan-sosiaali-ja-terveydenhuollon-edellakavijaksi/>
- Pirkanmaan hyvinvointialue. (2025a). *Tietoa Pirkanmaan hyvinvointialueesta*. pirha.fi.  
<https://pirha.fi/tietoa-meista/tietoa-pirkanmaan-hyvinvointialueesta>

- Pirkanmaan hyvinvointialue. (2025b). *Digiklinikka*. pirha.fi. <https://pirha.fi/asiakkaalle/asioi-digitaalisesti/omapirha/digiklinikka>
- Pirkanmaan hyvinvointialue. (2025c). *Hoitoon pikaisesti Pirkanmaalla uusilla toimintamalleilla (Hoppu) Hankesuunnitelma*.  
[https://innokyla.fi/sites/default/files/2025-02/Hankesuunnitelma%202023-2025%20p%C3%A4ivitetty%20versio%201\\_2025.pdf](https://innokyla.fi/sites/default/files/2025-02/Hankesuunnitelma%202023-2025%20p%C3%A4ivitetty%20versio%201_2025.pdf)
- Pirkanmaan hyvinvointialue, (ei pvm.). *Digiklinikalla jo 100 000 yhteydenottoa*. pirha.fi. Noudettu 3. huhtikuuta 2025, osoitteesta <https://www.pirha.fi/w/digiklinikalla-jo-100-000-yhteydenottoa->
- Pirkanmaan hyvinvointialueen aluehallitus. (2023). *Aluehallituksen kokous 20.3.2023*. Pirkanmaan hyvinvointialue. [https://pirha.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Aluehallitus/Kokous\\_2032023](https://pirha.cloudnc.fi/fi-FI/Toimielimet/Aluehallitus/Kokous_2032023)
- Pohjola, A. (2017). SOTE-UUDISTUS MUUTTUVAN YHTEISKUNTAPOLITIIKAN PURISTUKSESSA. *Janus (Jyväskylä, Finland)*, 25(2), 172-.
- Ranta, A. (2024). *Pirkanmaan hyvinvointialueen selvitys*. Sosiaali- ja terveysministeriö. [https://www.pirha.fi/documents/2739855/4646016/Pirkanmaan\\_hyvinvointialueen\\_selvitys\\_2024.pdf/0afb6a21-ab7b-6f78-2c5a-41434b22165b?t=1727339211796&doAsUserId=7WJXJiOHDfAB8AW7FfzU0w%3D%3D%2Ftoimipisteet%2Ftoimipistehakemisto%2Fhatanpaan-lukion-opiskeluterveydenhuolto-tampere%2Ftoimipisteet%2Ftoimipistehakemisto%2Fsydanpoliklinikka-taysvalkeakoski%2Ftoimipisteet%2Ftoimipistehakemisto%2Fruoveden-sosiaalitoimisto](https://www.pirha.fi/documents/2739855/4646016/Pirkanmaan_hyvinvointialueen_selvitys_2024.pdf/0afb6a21-ab7b-6f78-2c5a-41434b22165b?t=1727339211796&doAsUserId=7WJXJiOHDfAB8AW7FfzU0w%3D%3D%2Ftoimipisteet%2Ftoimipistehakemisto%2Fhatanpaan-lukion-opiskeluterveydenhuolto-tampere%2Ftoimipisteet%2Ftoimipistehakemisto%2Fsydanpoliklinikka-taysvalkeakoski%2Ftoimipisteet%2Ftoimipistehakemisto%2Fruoveden-sosiaalitoimisto)
- Ross, J., Stevenson, F., Dack, C., Pal, K., May, C., Michie, S., Barnard, M., & Murray, E. (2018). Developing an implementation strategy for a digital health intervention: An example in routine healthcare. *BMC Health Services Research*, 18(1), 794. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3615-7>
- Ruusuvuori, Johanna., Nikander, Pirjo., Hyvärinen, M. K., & Ellibs. (2010). *Haastattelun analyysi*. Vastapaino.

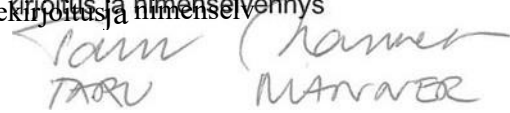
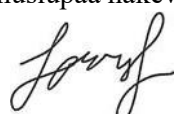
- Saranto, K., Kinnunen, U.-M., Jylhä, V., & Kivekäs, E. (2020). Digitalisaatio ja sähköiset palvelut uudistuvassa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa *Uudistuva sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press.
- Schreier, Margrit. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. (First edition.). SAGE Publications.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2023). *Digitaalisuus sosiaali- ja terveydenhuollon kivijalaksi: Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation ja tiedonhallinnan strategia 2023–2035*. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/165288>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024a). *Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus*. <https://stm.fi/soteuudistus>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2024b). *Terveysspalvelut*. <https://stm.fi/terveyspalvelut>
- Teras, M., & Toiviainen, H. (2014). Kehittävä teema-analyysi kasvatustieteen tutkimusmenetelmänä. *Aikuiskasvatus*, 34, 84–95. <https://doi.org/10.33336/aik.94084>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2023). *Kansallinen Suomen kestävän kasvun ohjelma (RRP) | Innokylä*. <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/kansallinen-suomen-kestavan-kasvun-ohjelma-rrp>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024a). *Digitaaliset palvelut—THL*. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/kehittyva-palvelujarjestelma/digitaaliset-palvelut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2024b). *Palvelut ja sukupuoli*. <https://thl.fi/aiheet/sukupuolten-tasa-arvo/hyvinvointi-ja-terveys/palvelut-ja-sukupuoli>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2025). *Suomen kestävän kasvun ohjelma (RRP) Hankesalkku -raportoinnin kansallinen kooste RRP 4 (No. 03/6/2025)*. [https://innokyla.fi/sites/default/files/2025-08/RRP4\\_Innokyl%C3%A4%202025\\_Q2\\_Kansallinen%20kooste\\_hankesalkku\\_raportointi.pdf](https://innokyla.fi/sites/default/files/2025-08/RRP4_Innokyl%C3%A4%202025_Q2_Kansallinen%20kooste_hankesalkku_raportointi.pdf)
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uudistettu laitos)*. Tammi.

- Tuomivaara, S., & Alasoini, T. (2020) *Digitaaliset kuulut ja digivälineiden erilaiset käyttäjät Suomen työelämässä*. Työterveyslaitos.
- Tynkkynen, L.-K., Paatela, S., Aalto, A.-M., Keskimäki, I., Nykänen, E., Peltola, M., Sinervo, T., & Tammi, T. (2025). *Tilannekuvia hyvinvointialueilta: Muutokset palvelujärjestelmässä sote-uudistuksen alkuvuosina*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. <https://www.julkari.fi/handle/10024/151017>
- HE 241/2020 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi, s.1. [https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE\\_241+2020.pdf](https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_241+2020.pdf)
- Valtioneuvosto. (2019). *Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta*. Valtioneuvoston julkaisuja, 2019:31. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161931>
- Valtioneuvosto. (2021). *Suomen kestävä kasvun ohjelma: Elpymis- ja palautumissuunnitelma*. Valtioneuvoston julkaisuja, 2021:52. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/163176>
- Varjakoski, H., & Tiilikainen, E. (2025). Digitaalisten terveystalveluiden käytön haasteet ja rajoitteet 75 vuotta täyttäneiden kansalaisten kokemana. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 62(1), 153-165. <https://doi.org/10.23990/sa.143514>
- Väisänen, V., & Tynkkynen, L.-K. (2025). Miten terveydenhuoltoa uudistetaan Euroopassa? *Lääkärilehti*, 22(80), 1737–1740. <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/36177>

## LIITTEET

Liite 1. Pirkanmaan hyvinvointialueen myöntämä tutkimuslupa.

### PIRKANMAAN HYVINVOINTIALUE LUPAHAKEMUS yliopistotasoiselle tutkimukselle

Opiskelijan / tutkijan nimi Suvi-Maria Saikkala	Sähköposti: suvi-maria.saikkala@tuni.fi
Yliopisto Tampereen Yliopisto	Tiedekunta / koulutusohjelma Kansanterveystieteen maisteriohjelma
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Digitaaliset perusterveydenhuollon palvelut Pirkanmaalla - asiakaspalautteet ja niiden käyttö	
Opinnäytetyön / tutkimuksen tarkoitus ja kuvaus toteutuksesta Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollon digitaalisten palvelujen tilanne Pirkanmaalla asiakaspalautteiden perusteella asiakaspalautetta käsittelevien työntekijöiden näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan sitä, miten saatua palautetta käytetään palvelujen kehittämiseen.	
Opinnäytetyötä / tutkimusta ohjaavan vastuuhenkilön allekirjoitus ja nimenselvennys  TARU MANNINEN	Sähköposti t-fec-ovv mannen@pirkanmaa.fi
O iskelmä/tutkia vastaa allekirjoituksen hankkimisesta	
Päivämäärä 31.3.2025.	Tutkimuslupaa hakevan henkilön allekirjoitus 
Päätös	
Lupa opinnäytetyölle / tutkimukselle <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Hylätään, perustelut	
Päivämäärä	Päättäjän allekirjoitus ja nimenselvennys

Hakija vastaa opinnäytetyöstä/tutkimuksesta syntyvistä kustannuksista. valmiin opinnäytetyön/tutkimuksen toimittamisesta sovitulle taholle Pirkanmaan hyvinvointialueelle.

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus.

Pirkanmaan hyvinvointialue saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan.

Liite 2. Tutkimuksen tietosuojaseloste.

<b>1a Tutkimuksen nimi</b> Digitaaliset perusterveydenhuollon palvelut Pirkanmaalla - Asiakaspalautteet ja niiden käyttö
<b>1b Lomakkeen täyttö- / päivitys pvm.:</b> Täyttö 31.3.2025, Päivitys 30.5.2025
<b>2a Rekisterinpitäjä / -t</b> (jos rekisterinpitäjien tiedot eivät mahdu, käytä erillistä liitettä) Nimi Suvi-Maria Saikkala
Osoite -
Muut yhteystiedot (esim. puhelin virka-aikana, sähköpostiosoite) -
<b>2b Yhteisrekisterinpitäjien tehtävienjako</b> Yhteisrekisterinpitäjien yhdessä määrittelemä tehtävienjako:
<b>3 Yhteystieto rekisteriä koskevissa asioissa Suomessa</b> Nimi ja yhteystiedot
<b>4 Rekisterinpitäjän tietosuojavastaava</b> Suvi-Maria Saikkala, suvi-maria.saikkala@tuni.fi
<b>5 Tutkimusrekisterin nimi</b>
<b>6a Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus</b> <b>Rekisterin sisältämiä henkilötietoja käsitellään tutkimusaineistona tieteellisessä tutkimuksessa. Henkilötietoja tulee käsitellä vain siinä laajuudessa ja tarkoituksessa kuin on kyseisen tutkimussuunnitelman suorittamiseksi välttämätöntä. Lyhyt kuvaus tutkimuksen tarkoituksesta:</b> Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perusterveydenhuollon digitaalisten palvelujen tilanne Pirkanmaalla asiakaspalautteiden perusteella asiakaspalautetta käsittelevien työntekijöiden näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksessa tarkastellaan sitä, miten saatua palautetta käytetään palvelujen kehittämiseen.

<b>6b Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste</b>
Tässä tutkimuksessa henkilötietojen käsittely perustuu tietosuojasetuksen 6 artiklan seuraaviin kriteereihin (valitse sopivat):
<b>X Artikla 6, 1a: Rekisteröidyn antama yksiselitteinen suostumus</b>
Artikla 6, 1b: Rekisteröidyn kanssa tehdyn sopimuksen täytäntöönpano Artikla 6, 1c: Rekisterinpitäjän lakisääteinen velvoite Artikla 6, 1e: Yleistä etua koskevan tehtävän suorittaminen tai rekisterinpitäjälle kuuluvan julkisen vallan käyttäminen Artikla 6, 1f: Rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeutettujen etujen toteuttaminen

<b>7a Tutkittavien lukumäärä 5–10</b>
<b>7b Tietolähteet ja niistä kerättävät henkilötietoryhmät</b>
Tutkimusaineisto kerätään seuraavista tietolähteistä. Yksilöi, mitä henkilötietoryhmiä kustakin tietolähteestä kerätään. Tietolähteenä toimivat Pirkanmaan hyvinvointialueen asiakaspalautetta käsittelevät työntekijät. Haastateltavia rekrytoidaan digikehittämisen yksiköstä. Haastateltavilta kysytään nimi ja työtehtävä, mutta ei muita tunnistetietoja. Haastateltavia ohjeistetaan kertomaan työstään niin, että palautteen jättäjästä ei tule ilmi henkilötietoja.
<b>8a Tutkimukseen osallistuvat tutkimuskeskukset ja tietojen vastaanottajat</b>
Tietoja käsitellään seuraavissa tutkimuskeskuksissa tai siirretään seuraaville vastaanottajille tai vastaanottajaryhmille: Tietoja käytetään ainoastaan Pro-Gradu tutkielman tekemiseen, ja ne hävitetään työn valmistuttua.
<b>8b Henkilötietojen luovutukset tutkimuksessa</b>
Henkilötietoja luovutetaan seuraavalle vastaanottajalle, jolloin vastaanottajasta tulee luovutettujen henkilötietojen rekisterinpitäjä: Henkilötietoja ei luovuteta ulkopuolisille tahoille.

<b>9 Tutkimustulosten julkaiseminen</b>
---

Julkaisutoiminnan yhteydessä tutkimusaineistoa saatetaan siirtää julkaisijan tietokantaan tutkimustulosten oikeellisuuden varmistamiseksi.

Tutkimustuloksia on tarkoitus julkaista:

<input type="checkbox"/>	kotimaisissa lehdissä
<input type="checkbox"/>	eurooppalaisissa lehdissä
<input type="checkbox"/>	EU /ETA-alueen ulkopuolisissa lehdissä
<input type="checkbox"/>	verkkojulkaisuissa
<input checked="" type="checkbox"/>	opinnäytetöiden, kuten väitöskirjojen, julkaisuissa
<input type="checkbox"/>	muualla, missä
<input type="checkbox"/>	tuloksia ei julkaista

**10 Tietojen ja näytteiden siirto EU:n tai ETA:n ulkopuolelle**

<input checked="" type="checkbox"/>	Tietoja ja näytteitä ei siirretä EU:n tai ETA:n ulkopuolelle
-------------------------------------	--

Mikäli tietoja siirretään EU:n ja ETA-alueen ulkopuolisiin maihin, täydennä tarvittavat tiedot.

Maa ja organisaatio	Mitä tietoja ja missä muodossa	Mitä tarkoitusta varten

Jos tietojen siirron kuvaus ei mahdu lomakkeen sarakkeisiin, käytä erillistä liitettä.

Käytettävät suojatoimet:

<input type="checkbox"/>	Tietoja / näytteitä siirretään kohdemaahan, joka Euroopan komission tietosuojan riittävyttä koskevan päätöksen mukaan varmistaa riittävän tietosuojan tason.
	Maat, joita suojatoimi koskee
<input type="checkbox"/>	Tietoja / näytteitä siirretään kohdemaahan, jolla ei ole Euroopan komission tietosuojan riittävyttä koskevaa päätöstä. Asianmukaiset suojatoimet siirroissa toteutetaan käyttäen tietojensiirtosopimuksessa Euroopan komission hyväksymiä vakiolausekkeita, joihin molemmat osapuolet sitoutuvat

	Maat, joita suojoitoimi koskee
--	--------------------------------

<input type="checkbox"/>	Muu tietosuoja-asetuksen V-luvun mukainen suojoitoimi:
	Maat, joita suojoitoimi koskee:

### 11 Tutkimuksen kesto ja henkilötietojen säilytysaika

Henkilötietojen kokonaissäilytysaika koostuu tutkimuksen kehosta, mahdollisista lakisääteisistä säilytysajoista ja mahdollisesta yleisen edun mukaisesta arkistoinnista.

Tutkimuksen suunniteltu kesto (alkamis- ja päättymispäivä)  
1.4.2025-30.8.2025

Henkilötietojen säilytysaika (vuotta) tutkimuksen päättymisen jälkeen:  
0

### 12 Henkilötietojen suojaustoimenpiteet tutkimuksen aikana

Tutkimuksessa kerätään haastateltavien nimet ja työnimikkeet. Tutkimusta tehdessä henkilötiedot pseudonymisoidaan eli nimet muutetaan numerosarjoiksi. Muita tunnistetietoja ei kysytä, mutta jos niitä tulee ilmi haastattelun aikana, ne poistetaan.

Haastattelu nauhoitetaan puhelimella, jossa on otettu käyttöön korkeakoulun Intune-mobiililaittehallinta. Nauhoitus siirretään puhelimelta salasanalla ja kaksivaiheisella tunnistautumisella suojattuun yliopiston One-Drive pilvipalveluun ja hävitetään alkuperäinen tiedosto puhelimelta. Haastattelun nauhoite litteroidaan tekstiksi Microsoft Wordin sanelu-toiminnolla ja tarkistetaan käsin. Litteroitua tekstiaineistoa säilytetään tutkimuksen teon ajan tutkijan yliopiston OneDrive pilvipalvelussa, joka on salasanalla ja kaksivaiheisella tunnistautumisella suojattu. Aineistoa ei jaeta ulkopuolisille.

### 13 Tutkittavan oikeudet

#### 13a Suostumus tutkimukseen osallistumiseen

Tutkittavalla on oikeus peruuttaa suostumuksensa kliiniseen lääketieteelliseen tutkimukseen osallistumiseen, milloin tahansa tutkimuksen aikana ilman perusteluita. Peruuttamista ennen kerättyjä henkilötietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa, mikäli tämä on välttämätöntä ja lainsäädännön mukaan sallittua.

#### 13b Henkilötietojen käsittelyyn liittyvät oikeudet

<p>Tutkittavalla on tutkimukseen osallistuessa käytössään tietosuojalainsäädännön mukaisia oikeuksia. Näiden oikeuksien laajuuteen vaikuttaa henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste (kts. kohta 6b).</p>	
X	<p><b>Oikeus saada tieto henkilötietojensa käsittelystä</b> Tutkittavalla on oikeus saada tietoa henkilötietojensa käsittelyyn liittyvistä toimenpiteistä.</p>
X	<p><b>Oikeus saada pääsy tietoihin</b> Tutkittavalla on oikeus saada tieto siitä, käsitelläänkö henkilötietoja ja mitä henkilötietoja tutkimuksessa käsitellään. Tutkittava voi myös halutessaan pyytää jäljennöksen käsiteltävistä henkilötiedoista. Jäljennöksen toimittaminen ei saa vaikuttaa haitallisesti muiden oikeuksiin ja vapauksiin.</p>
X	<p><b>Oikeus tietojen oikaisemiseen</b> Jos käsiteltävissä henkilötiedoissa on epätarkkuuksia tai virheitä, tutkittavalla on oikeus pyytää niiden oikaisua tai täydennystä. Mikäli tutkittava kiistää henkilötietojen paikkansapitävyyden, voi hän vaatia tietojen käsittelyä rajoitettavan ajaksi, jonka kuluessa rekisterinpitäjä varmistaa tietojen paikkansapitävyyden.</p>
X	<p><b>Oikeus henkilötietojen poistamiseen</b> Tutkittavalla on oikeus vaatia henkilötietojensa poistamista kyseisestä tutkimuksesta. Tutkimusta suorittavalla taholla on kuitenkin oikeus käsitellä tutkit-tavasta ennen suostumuksen peruuttamista kerättyjä tietoja siinä tutkimuksessa, johon tutkittava on antanut suostumuksensa, mikäli tämä on välttämätöntä.</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Ei oikeutta henkilötietojen poistamiseen</b> Rekisterinpitäjällä on lakiin perustuva velvollisuus säilyttää henkilötietoja osana tutkimusaineistoa tietyn määräajan esimerkiksi lääkkeiden ja lääkintälaitteita koskevan kansallisen tai EU-lainsäädännön nojalla.</p>
X	<p><b>Oikeus käsittelyn rajoittamiseen</b> Tutkittavalla on oikeus henkilötietojen käsittelyn rajoittamiseen, jos kyseessä on jokin seuraavista olosuhteista: tutkittava kiistää henkilötietojen paikkansapitävyyden, jolloin käsittelyä rajoitetaan ajaksi, jonka kuluessa rekisterinpitäjä voi varmistaa niiden paikkansapitävyyden; käsittely on lainvastaista ja tutkittava vastustaa henkilötietojen poistamista ja vaatii sen sijaan niiden käytön rajoittamista tai rekisterinpitäjä ei enää tarvitse kyseisiä henkilötietoja selosteen kohdan 6a mukaiseen tarkoitukseen, mutta tutkittava tarvitsee niitä oikeudellisen vaateen laatimiseksi, esittämiseksi tai puolustamiseksi.</p>
X	<p><b>Vastustamisoikeus</b> Tutkittavalla on oikeus henkilökohtaiseen erityiseen tilanteeseensa liittyvällä perusteella vastustaa henkilötietojen käsittelyä. Tällöin rekisterinpitäjä ei voi käsitellä henkilötietoja, paitsi jos se voi osoittaa, että käsittelyyn on olemassa huomattavan tärkeä ja perusteltu syy, joka syrjäyttää rekisteröidyn edut, oikeudet ja vapaudet tai jos se on tarpeen oikeusvaateen laatimiseksi, esittämiseksi tai puolustamiseksi.</p>
X	<p><b>Oikeus peruuttaa henkilötietojen käsittelyyn annettu suostumus</b> Jos kohdassa 6b on määritelty, että henkilötietojen käsittely tässä tutkimuksessa perustuu suostumukseen, tutkittavalla on oikeus peruuttaa antamansa suostumus henkilötietojen käsittelyyn.</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Tutkittavan oikeuksista poikkeaminen</b> Tutkittavan oikeuksista (oikeudesta päästä tietoihinsa, oikaista tietonsa, oikeus käsittelyn rajoittamiseen ja vastustamisoikeus) on mahdollista poiketa tieteellisen tutkimuksen yhteydessä lain edellytysten täytyessä (tietosuojalaki 31 §) ja mikäli on tapauskohtaisesti arvioitu poikkeuksen tarpeellisuus ja asianmukaisuus. Poikkeusmahdollisuus arvioidaan yksittäistapauksissa kunkin pyynnön yhteydessä.</p>
	<p><b>Jos tutkittava haluaa käyttää henkilötietojen käsittelyyn liittyviä oikeuksiaan, hänen tulee toimittaa kirjallinen pyyntö rekisterinpitäjälle. Pyyntöstä tulee käydä ilmi tutkimuksen nimi ja toimeksiantaja tai tutkimuksesta vastaava henkilö. Kirjallinen pyyntö tulee toimittaa osoitteeseen: suvi-maria.saikkala@tuni.fi</b></p>
	<p><b>Rekisteröidyn pyynnöistä kieltäytyminen</b> Mikäli rekisterinpitäjä kieltäytyy joltain osin yllä mainittujen oikeuksien toteuttamisesta, on rekisteröidyllä oikeus saada kieltäytymisestä todistus, mistä käy ilmi kieltäytymisen perusteet. Rekisteröidyllä on oikeus saattaa kieltäytyminen valvontaviranomaisen käsiteltäväksi.</p>
<p><b>14 Oikeus tehdä valitus valvontaviranomaiselle</b></p>	

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus valvontaviranomaiselle, jos rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä rikotaan soveltuvaa tietosuojasääntelyä. Kansallinen valvontaviranomainen on Suomessa Tietosuojavaltuutetun toimisto, yhteystiedot:

Tietosuojavaltuutetun toimisto  
Käyntiosoite: Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki  
Postiosoite: PL 800, 00531 Helsinki

Puhelin (neuvonta): 029 566 6777  
Puhelin (vaihe): 029 566 6700  
Faksi: 029 566 6735  
Sähköposti (kirjaamo): [tietosuoja@om.fi](mailto:tietosuoja@om.fi)

24.4.2025

TUTKITTAVAN  
SUOSTUMUS

**Digitaaliset perusterveydenhuollon palvelut Pirkanmaalla – asiakaspalautteet ja niiden käyttö**

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tieteelliseen tutkimukseen.

Olen perehtynyt saamaani tutkimustiedotteeseen. Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta, sen riskeistä ja haitoista sekä sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojeni keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Selvityksen tutkimuksesta antoi minulle *Suvi-Maria Saikkala*

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai peruuttaa jo aiemmin antamani suostumus syytä ilmoittamatta, milloin tahansa tutkimuksen aikana. Jos päätän peruuttaa suostumukseni, ilmoitan siitä tutkimushenkilökunnalle.

Tutkimuksesta kieltäytymisestä tai suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seurauksia eikä se vaikuta asemaani. Olen tietoinen siitä, että mikäli peruutan suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietojani voidaan edelleen käsitellä tässä tutkimuksessa, mikäli tutkimuksen toteuttaminen vaatii sitä ja lainsäädäntö sallii sen.

**Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi sekä ymmärrän, että tiedotteessa ilmoitettuja henkilötietojani käsitellään osana tätä tutkimusta.**

*Paikka ja aika*

**Suostun osallistumaan tutkimukseen:**

\_\_\_\_\_ Tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

*Paikka ja aika*

**Suostumuksen vastaanottaja:**

\_\_\_\_\_ Tutkijan allekirjoitus ja nimenselvennys

**Alkuperäinen allekirjoitettu suostumusasiakirja jää tutkijan arkistoon ja tiedote sekä kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.**

#### Liite 4. Haastattelurunko.

Haastattelun alussa kerro osallistujille:

- Kiitokset osallistumisesta
- Teemoista, joita haastattelussa on tarkoitus käsitellä (asukaskokemukset, työntekijän rooli ja toimijuus, palvelun kehittäminen sekä kehittämisen mahdollistajat ja rajoitteet)
- Puolistrukturoitu haastattelu: valmiita kysymyksiä ja esimerkkejä, mutta saa tuoda esille muuta aiheeseen liittyvää aina halutessaan
- Ryhmähaastattelu: kysymykset ovat keskustelua ohjaamassa, mutta aiheista saa keskustella vapaasti ja reagoida toisten sanomisiin, jotta saadaan tietää ryhmän sisällä sekä niistä aiheista, joista kaikki ovat samaa mieltä, että ryhmän sisäisistä eroavaisuuksista
- Kerro nauhoittamisesta ja nauhoituksen säilytyksestä ja käytöstä
- Kysy onko osallistujilla kysyttävää ennen aloittamista

Haastattelun kysymyspatteristo (esimerkit alakohtina):

- Kerro lyhyesti kuka olet ja mistä työsi koostuu?
- Miten digitaalisten palvelujen asiakaspalaute näkyy työtehtävissäsi?
  - Otan palautteen vastaan ja siirrän sen eteenpäin tai
  - Käsitelen palautteen ja vastaan siihen, tai
  - Ratkaisen palautteessa ilmaistun ongelman
  - Muu, mikä?
- Minkälaisia aiheita asiakaspalautteet usein käsittelevät, mainitse muutama yleisin?
  - Tunnistautuminen
  - Riittävät laitteet
  - Digiosaaminen
  - Asianmukainen palveluun hakeutuminen
  - Tietoturvakysymykset
  - Muu, mikä?
- Minkälainen sävy palautteissa on, eli tuleeko palautteista esiin vastaajan tunnetila? Jos kyllä, kerro minkälaisia tunnetiloja ja miten ne käyvät ilmi?
  - Kiitollisuus
  - Vihaisuus
  - Turhautuneisuus
  - Ahdistuneisuus

- Muu, mikä?
- Minkä ajattelet olevan asiakkaiden tavoitteet palautetta lähetettäessä
  - Muutoshalu
  - Mielenpitemen ilmaisu
  - Pahan mielen purkaminen
  - Muu, mikä?
- Mitä teidän mielestänne ovat keskeisimmät palautteesta nousseet kehityskohteet?
- Mitkä asiat toimivat hyvin asiakkaiden mielestä?
- Koetko sinulla olevan mahdollisuus ratkaista palautteissa ilmeneviä kehityskohteita?
- Jos kyllä, minkälaisia käytännön ratkaisut ovat olleet, kerro esimerkkejä?
- Minkälaisia palautteissa ilmenneitä ongelmia ei ole voitu ratkaista?
- Mikä on ollut ratkaisun esteenä?
- Mitkä asiat organisaatiotasolla edistäisivät mahdollisuuksiasi ratkaista palautteissa ilmenneitä ongelmia paremmin?
- Ovatko asiakaspalautteet muuttuneet ajan myötä? Jos kyllä, miten?
- Kuka käsittelee ja ratkaisee palautteet kehityshankkeen päättyessä?
- Minkälaisena näette palvelun tulevaisuuden?
- Mitä muuta haluaisit tuoda esille?