

TAMPEREEN YLIOPISTO

Johtamiskorkeakoulu

ASIAKAS, IDEA JA ORGANISAATIO

Tapaustutkimus Lempäälän terveyskeskus

Hallintotiede

Pro Gradu- tutkielma

Kevät 2011

Ohjaaja: Risto Harisalo

Kristiina Terävä

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto Johtamiskorkeakoulu

Tekijä: TERÄVÄ, KRISTIINA
Tutkielman nimi: Asiakas, idea ja organisaatio
Pro gradu- tutkielma: 93 sivua, 11 liitesivua
Aika: Toukokuu 2011
Avainsanat: Asiakas, idea, innovaatio, organisaatio.

Tässä tutkielmassa päätehtävänä on selvittää tapaustutkimuksen avulla millä tavoin julkinen terveydenhuolto hyödyntää terveydenhuollon asiakkaiden tuomia innovaatioita palveluiden ja hoitokäytäntöjen parantamiseksi. Kohdeorganisaatioksi valikoitui Lempäälän terveyskeskus.

Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Lomakkeet jaettiin terveyskeskuksessa 85 hoitotyöntekijälle. Kyselyn kohdejoukoksi valittiin hoitotyöntekijät, koska heillä on asiakasrajapinnassa työskennellessään parhaimmat mahdollisuudet saada uusia ideoita asiakkailta. Tutkielman teoreettisessa osassa määritellään kolme käsitettä; asiakas, innovaatio ja organisaatio. Tutkielmassa käsitteellä asiakas tarkoitetaan terveydenhuollon palveluita käyttävää henkilöä. Asiakas sana valittiin, koska haluttiin korostaa palveluiden käyttäjän aktiivista roolia. Tutkielmassa käytetään käsitettä idea. Tässä tutkielmassa sillä tarkoitetaan asiakkaan tuomia innovatiivisia ajatuksia. Käsitteen innovatiivisuus käyttämistä vältettiin, koska haluttiin saada mukaan tutkimukseen myös pienet uudet ajatukset, joita asiakkaat esittävät hoitokäytäntöjen ja palveluiden parantamiseksi.

Teoreettisena pohjana työssä käytetään innovaatioteoriaa soveltaen. Työn lähtökohdista johtuen teoriaa sovelletaan korostaen asiakkaan aktiivisuutta. Tässä työssä tarkoitus on selvittää kuinka terveyskeskuksen organisaatiossa hyödynnetään asiakkaiden innovaatioita, ja miten asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämistä voisi lisätä.

Tutkimus toteutettiin viisiportaisella Likertin- asteikolla. Tutkimustulokset syötettiin SPSS- tilasto-ohjelmaan.

Tavoitteena tutkimuksessa on saada selkeä käsitys tutkittavasta ilmiöstä eli asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämisestä julkisessa terveydenhuollossa. Analyysin lopputuloksena tuotetaan hoitohenkilökunnan mielestä sopivia vaihtoehtoja, joilla lisätä terveydenhuollon asiakkaiden innovatiivisuuden hyödyntämistä.

Tutkimuksen keskeisenä tuloksena voidaan mainita, ettei kohdeorganisaatiossa ole käytössä systemaattista asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämistä. Asiakkaiden innovaatioita ei myöskään tiedusteltu systemaattisesti. Asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämisen edistämiseksi ehdotetuista vaihtoehdoista kannatusta saivat aloitelaatikko ja arviointilomake ja terveyskioski.

Tutkimus osoittaa, että kohdeorganisaation toimintatavoissa ja rakenteessa on olemassa olevia mahdollisuuksia kehittää toimintaa asiakkaan innovaatioita hyödyntäväksi asiakaslähtöiseksi organisaatioksi. Kohdeorganisaatio koettiin ennakkoluulottomaksi ja koulutukseen kannustavaksi. Erityisenä voimavarana tässä kehittämistyössä tulisi huomioida asiakaslähtöisyyttä ja luovuutta toteuttava kehittämishaluinen hoitohenkilökunta.

Sisällys

I	JOHDANTO	5
II	TUTKIMUKSEN PERUSVALINNAT	8
	1. Tutkimuksen päätehtävän asettaminen	8
	2. Tutkimuksen tavoite	9
	3. Tutkimuksen näkökulma.....	11
	4. Katsaus aiempiin tutkimuksiin.....	13
III	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	17
	1. Tutkimuksen pääkäsitteet	17
	2. Asiakas.....	18
	2.1 Asiakaslähtöisyys.....	21
	2.2 Asiakkaan palvelu.....	28
	3. Palveluideat.....	33
	3.1 Innovaatioteoria	34
	3.2 Palveluinnovaatiot	37
	4. Palveluhenkilöstö.....	43
	4.1 Julkisen organisaation henkilöstö muutoksessa.....	45
	4.2 Terveysthuollon organisaation erityispiirteet	46
	5. Ideoista innovaatioiksi.....	47
	6. Asiakasohjautunut terveysthuolto	51
IV	AINEISTON KERUU JA KÄSITTELY	54
	1. Kohdeorganisaation kuvaus.....	54
	2. Aineiston keruu.....	55
	3. Aineiston analysointi	56
	4. Aineiston kuvaus	57
V	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN ANALYYSI	64
	1. Asiakkaiden ideoiden kartoitus	64
	2. Asiakkaiden ideoiden käsittely.....	68
	3. Ideat organisaatiossa.....	71
	4. Asiakkaiden ideoiden hyödyntäminen.....	73
	5. Asiakkaiden ideoiden hyödyntämisen edistäminen.....	76
VI	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	78
VII	LOPUKSI.....	84
VIII	LÄHTEET.....	86
IX	LIITTEET	94
	Liite 1. Saatekirje.....	94
	Liite 2. Kysymyslomake.....	96

TUTKIMUKSEN KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimuksen pääkäsitteet	s.18
Kuvio 2. Tuotantolähtöinen vs. Käyttäjälähtöinen innovatiivisuus	s.38
Kuvio 3. Ikäjakauma	s.57
Kuvio 4. Työsuhteen kesto	s.59
Kuvio 5. Asiakkaalla ei ole halukkuutta yhteiseen kehittämistoimintaan	s.67
Kuvio 6. Henkilöstöä kannustetaan täydennyskoulutukseen	s.70
Kuvio 7. Organisaatiossa palkitaan uusista ideoista	s.71
Kuvio 8. Organisaatiossa ollaan halukkaita toiminnan kehittämiseen	s.73

TUTKIMUKSEN TAULUKOT

Taulukko 1. Taustatiedot	s.62
Taulukko 2. Asiakkaiden ideoiden kartoitus	s.66
Taulukko 3. Asiakkaiden ideoiden käsittelely	s.68
Taulukko 4. Ideat organisaatiossa	s.71
Taulukko 5. Asiakkaiden ideoiden hyödyntäminen	s.74
Taulukko 6. Asiakkaiden ideoiden hyödyntämisen edistäminen	s.76

I JOHDANTO

Julkinen terveydenhuolto on kohdannut viime vuosina entistä aktiivisemmän asiakkaan. Asiakkaat ovat tietoisempia oikeuksistaan. He katsovat oikeudekseen saada osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Myös lainsäädäntö tukee terveydenhuollon asiakkaan aktiivisuutta ja osallistumasta omaan hoitoonsa.

Erilaisia näkemyksiä on esitetty asiakkaan aktiivisemmän roolin puolesta ja vastaan. Puolesta puhujat perustelevat kantaansa sillä, että asiakas itse on oman terveytensä asiantuntija. Asiakkaan aktiivisempaa roolia vastustavat ovat taas sitä mieltä, että maallikko ei kykene tekemään päätöksiä koskien omaa terveydentilaansa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista(785/1992)mukaan hoitotyöntekijän ammattitaitoa on antaa asiakkaalle useita vaihtoehtoja, jotta tällä olisi todellinen mahdollisuus suorittaa valinta. Oli sitten kumpi tahansa näkemys oikeassa niin asiakkaat ovat entistä aktiivisempia hoitonsa suhteen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/ 1992) oikeuttaa terveydenhuollon asiakkaan osallistumaan oman terveytensä edistämiseen sekä sairautensa hoitoon yhteistyössä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.

Innovatiivisuutta on tutkittu runsaasti terveydenhuollossa. Perinteisiä innovatiivisia ratkaisuja liittyen terveydenhuoltoon ovat teknologiset innovaatiot esimerkiksi uudet hoitolaitteet. Viime vuosina on herätty myös huomaamaan terveydenhuollossa toisenlaisia innovatiivisia ratkaisuja. Tässä työssä keskitytään teknologisten ratkaisujen sijaan juuri näihin erilaisiin innovaatioihin, jotka syntyvät yhdessä ihmisten kesken. Ihanteellisin tällainen innovaation syntymistapa on kun palvelun käyttäjä luo innovaation yhdessä palvelun tuottajan kanssa. Julkiset terveydenhuoltopalvelut maksetaan yhteisistä verovaroista, joten keksiminen hovin vuoksi ei ole mahdollista. Terveydenhuollon innovaatioilta vaaditaan vaikuttavuutta eli innovatiivisten keksintöjen on myös hyödynnettävä terveydenhuoltoa. Palveluiden käytettävyyden parhaat asiantuntijat ovat palveluiden käyttäjät. Heillä on palveluiden käyttäjinä näkemys siitä, mitä tarvitaan palveluiden parantamiseksi.

Työstä rajataan pois innovaatiojohtaminen, jota on tutkittu runsaasti. Johtajan merkitystä innovaatiotoiminnalle ei voi vähätellä, mutta tässä työssä tarkastelussa ovat asiakkaan ja hoitotyöntekijän yhteistyöstä syntyneet innovaatiot. Innovaatioiden mahdollistamiseen ja toteuttamiseen tarvitaan johtajan työpanosta, mutta innovaatioprosessi syntyy ja kehittyy asiakkaan ja hoitotyöntekijän yhteistyön tuloksena. Taloudellinen puoli rajataan myös pois työstä. Rahaa

tarvitaan myös innovaatioihin eikä mikään organisaatio kykene toimimaan ilman taloudellisia resursseja. Tässä työssä on tarkoitus kuitenkin keskittyä ihmisten välisten innovaatioiden hyödyntämiseen. Työssä ei käsitellä miten jokin sairaala saadaan toimimaan pienemmillä varoilla tehokkaammin innovaatioiden avulla vaan miten asiakkaan tarpeet saadaan paremmin tyydytettyä kun asiakas on itse palveluidensa käyttäjänä kehittämässä hoitokäytänteitä ja palveluprosesseja.

Oletuksena on, että tästä näkökulmasta innovaatioita ei ole aiemmin tutkittu. Asiakkaan aktiivisuutta terveydenhuollossa on tutkittu. Myös hoitotyöntekijöiden innovaatioita on tutkittu. Tutkimuksia asiakasinnovaatioista hoitotyöntekijän näkökulmasta ei löytynyt Suomesta. Terveydenhuollon järjestelmät ja käsitteet eroavat Pohjoismaiden ulkopuolella niin toisistaan, että on vaikea sanoa onko juuri kyseisestä näkökulmasta tutkittu innovaatioita Pohjoismaiden ulkopuolella.

Lähtökohtaisena oletuksena tässä työssä on se, että terveydenhuollon asiakas palvelun käyttäjänä osaa parhaiten kertoa mikä palveluissa on onnistunutta, ja missä on vielä kehitettävää. Näin ajatellen asiakkaissa on tällöin potentiaaliset voimavarat innovaatioiden tuottamiseen. Terveydenhuollon organisaation ja hoitotyöntekijöiden tehtäväksi jää tämän innovatiivisuuden mahdollistaminen ja hyödyntäminen. Mielenkiinnon kohteena on myös kysymys onko hoitotyöntekijä valmis selvittämään asiakkaan tarpeet ja odotukset. Tarkistetaanko odotuksien toteutuminen tai toteutumatta jääminen. Oletuksena on myös, että julkiseen terveydenhuollon palveluun on sovellettavissa samat pelisäännöt kuin yksityiselläkin. Kyse on palvelun ostotapahtumasta vaikka palvelu maksetaankin verovaroin. Pohjaoletuksena on, että julkisessa terveydenhuollossa toteutetaan asiakaslähtöistä innovaatioajattelua, mutta systemaattisuuden ja laajuuden tasosta ei ole tietoa.

Tässä tutkielmassa selvitetään asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämistä julkisessa terveydenhuollossa. Mielenkiinnon kohteena olevia kysymyksiä ovat miten julkisen terveydenhuollon organisaatio on järjestänyt asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämisen? Esiintyykö asiakkaiden innovaatioita julkisessa terveydenhuollossa? Miten niiden hyödyntämistä voitaisiin parantaa?

Tieteellisenä tavoitteena on tieteellisiin menetelmiin perustuen saada käsitys ja ymmärrys asiakkaiden innovaatioiden toteutumisesta innovatiivisuuden esteiden ja edistäjien avulla.

Tieteellisenä tavoitteena on tuottaa tietoa miten innovaatioajattelun asiakaslähtöinen ajattelu soveltuu käytäntöön.

Käytännöllisenä tavoitteena on saada käsitys kuinka asiakasohjautunut kohdeorganisaatio on. Tarkoituksena on kartoittaa millä tavoin ja kuinka paljon kohdeorganisaatio hyödyntää asiakkaiden innovatiivisuutta. Tämä käytännöllinen tavoite hyödyttää kohdeorganisaation hallintoa kiinnittäen huomiota painopistealueisiin, joihin tulisi kiinnittää huomiota asiakaslähtöistä innovaatiotoimintaa kehitettäessä.

II TUTKIMUKSEN PERUSVALINNAT

1. Tutkimuksen päätehtävän asettaminen

Asiakkaiden muuttunut rooli haastaa myös julkisen terveydenhuollon työntekijät. Tavallisesti potilaista puhuttaessa on omaksuttu käsitys, että kyseessä on passiivinen kohde, jolle tehdään hoitotoimenpiteitä. Asiakas käsitteeseen on liitetty ominaisuuksia aktiivinen, vaikuttamaan pyrkivä, toimiva. Näissä kahdessa käsitteessä ei ole kyse vain erilaisista käsitteistä vaan erilaisesta suhtautumisesta terveydenhuollon palvelujen käyttäjään. Tämä suhtautuminen muokkaa myös käyttäytymistä palvelujen käyttäjää kohtaan. Tässä työssä käytetään käsitettä asiakas, koska tarkoituksena on selvittää asiakkaiden esittämien innovaatioiden hyödyntämistä. Tällöin lähtökohtana on aktiivinen hoitoprosessien kehittämiseen osallistuva asiakas. Tämän päivän terveydenhuollon palvelujen kohteena oleva asiakas ei mukaudu passiiviseen rooliin. Terveydenhuollon asiakas haluaa nimenomaan olla asiakas: saada ja valita palveluita, vaikuttaa palveluihin. Tällainen asiakas haluaa olla vaikuttamassa palveluiden kehittämiseen. Lääkäri on edelleen lääkäri, mutta passiivisesta potilaasta on tullut asiakas. Onko asiakkaiden kehittämishalukkuuteen kiinnitetty huomiota. Miten esimerkiksi julkinen terveydenhuolto hyödyntää palveluiden keskiössä olevan asiakkaan esittämät innovatiiviset ratkaisut palveluprosessien parantamiseksi?

Onko julkisella terveydenhuollolla kaikki tieto ja taito hallussa siten, että sillä on varaa ohittaa asiakkaan innovatiiviset ajatukset. Palveluiden käyttäjänä asiakkaalla on asiakkaan näkökulma palveluprosessien toimivuuteen. Tämä on vain toisen osapuolen näkemys palveluprosessista, mutta terveydenhuollon tavoitteena tulisi olla kokonaisvaltaisen käsityksen saavuttaminen palveluprosesseista. Ellei kyetä ottamaan vastaan ehdotuksia, ja kritiikkiä niin kysymykseksi nousee miten organisaatio voi kehittyä. Voisi kuvitella, että kehittämishaluinen organisaatio vastaanottaisi mielellään innovatiivisia ehdotuksia palveluprosessiensa parantamiseksi. Terveydenhuollon palveluihin tyytymättömän voisi ajatella äänestävän jaloillaan eli vaihtavan palvelujen tuottajaa. Julkisen terveydenhuollon puolella asia ei ole niin yksinkertainen kuin yksityisellä. Kaikilla ei ole taloudellista mahdollisuutta ostaa terveydenhuollon palveluja yksityiseltä. Tässä kohtaa organisaation kannattaisi miettiä onko organisaation maineelle hyväksi, että asiakkaina ovat vain ne, joiden on pakko käyttää julkisia. Toisena vaihtoehtona ovat tyytyväiset palveluiden käyttäjät, jotka saavat vaikuttaa palveluihin.

Useissa terveydenhuollon organisaatioissa tehdään ainakin kerran vuodessa asiakaspalautekyselyjä. Asiakaspalautekyselyn tuloksien hyödyntämistapa vaihtelee organisaatiosta toiseen. Samalla tavoin eroaa asiakaspalautekyselyjen hyödynnettävyys eli kysytäänkö vain tyytyväisyyttä palveluihin monivalintakysymyksin vain mahdollistetaanko myös vapaat innovatiiviset kommentit.

Julkinen terveydenhuolto ei elä tyhjiössä. Samalla tavalla kunnalliseen organisaatioon vaikuttavat yhteiskunnalliset muutokset kuten muihinkin yhteiskunnan aloihin. Kunnalliset palvelut ja rakenteet ovat yhä kiihtyvän muutoksen kohteena. Kuntien ennen omille toiminta- alueille ilmestyy yhä enemmän uusia palveluntuottajia. Samalla kunnan rooli muuttuu täydellisestä autonomisesta palvelun tuottajasta osittaiseksi palvelujen ostajaksi. Esimerkiksi kunta voi ostaa ennen yksinomaan tuottamiaan perusterveydenhuollon palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta. Väestön ikääntymisen myötä palveluntarpeen kasvu synnyttää tarpeen muutokseen. Kunnallinen terveydenhuolto on pakotettu uudistumaan jos mieli säilyä elinkelpoisena (Haveri, Majoinen & Jäntti 2009, 28).

Kunnallisessa toiminnassa ominaispiirteinä ovat tällä hetkellä muutos ja sen moninaisuus. Innovatiivisuuden toteuttaminen kunnissa on mahdollista, mutta tällöin se vaatii järjestelmällisen asennoitumisen asiaan. Yksittäisetkin innovaatiot on osattava nähdä osana isoa kokonaisuutta. Organisaation innovatiivisuuteen vaikuttavat monet organisaation sisäiset tekijät, mutta yhtä suurta roolia innovatiivisuuden synnyssä näyttelevät yhteiskunnalliset muutokset. Tutkimusten mukaan mitä vaativampi ja monimuotoisempi toimintaympäristö sitä todennäköisempää innovatiivisuuden synty on (Sotarauta 2009, 63).

2. Tutkimuksen tavoite

Tämän tutkimuksen tieteellisenä tavoitteena on kartoittaa innovaatioteorian avulla käyttäjälähtöisten innovaatioiden toteutumista julkisessa terveydenhuolto-organisaatiossa. Tavoitteena on tuottaa hallintotieteen näkökulmasta kartoitettavaa ja kuvailevaa uutta tietoa kyseisestä tutkimuskohteesta. Innovatiivisuuden esteiden ja mahdollistajien kautta on tarkoitus selvittää miten asiakkaiden innovaatiot toteutuvat kohdeorganisaatiossa. Tutkimusote tutkimukseen on kvantitatiivinen. Laadullisilla menetelmillä olisi todennäköisesti saavutettavissa informatiivisempaa tietoa siitä minkälaisia innovaatioita julkisen terveydenhuollon asiakkaat tuottavat. Se ei ollut kuitenkaan tämän tutkimuksen tarkoitus. Tarkoituksena oli kartoittaa hyödynnetäänkö julkisen terveydenhuollon asiakkaiden innovaatioita. Tässä tutkimuksessa

sovelletaan induktiivista työtettä, jolloin empiirisen tutkimusaineiston perusteella tehdään havaintoja aineistosta. Tässä tutkimuksessa tieteellisissä tavoitteissa on keskeistä löytää tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämiseen tai hyödyntämättömyyteen. Tapaustutkimus ei sinällään ole yleistettävissä, koska tutkimuksen kohteella voi olla vain sille ominaisia piirteitä. Kysymyslomake on rakennettu huomioiden asiakaslähtöisten innovatiivisuutta edistävien ja estävien tekijöiden vaikutukset. Tieteellisen tavoitteen asettamisen perusteena on käytetty innovaatioteorian perusteita.

Innovaatioteoria ei ole selkeä yksiselitteinen teoria vaan enemmänkin ajattelutapa, prosessi, sosiaalinen tai teknologinen ratkaisu (Rajaniemi 2010, 18).

Tutkimuskysymykset ovat seuraavanlaisia:

1. Miten terveydenhuollossa hyödynnetään asiakkaiden innovaatioita hoitokäytänteiden ja palveluprosessien parantamiseksi?
2. Tuottavatko terveydenhuollon asiakkaat innovaatioita hoitokäytäntöjen ja palveluprosessien parantamiseksi?
3. Onko ehdotetuissa vaihtoehdoissa joitakin tapoja, jotka hoitotyöntekijöiden mielestä voisivat lisätä asiakkaiden innovatiivisuutta?

Käytännöllisenä tavoitteena tutkimuksessa on kartoittaa millä tavoin ja kuinka paljon kohdeorganisaatio hyödyntää asiakkaiden innovatiivisuutta. Tämä käytännöllinen tavoite hyödyttää ensimmäiseksi kohdeorganisaation hallintoa antaen sille tietoa, jonka avulla kehittää toimintaa yhä asiakasohjautuvammaksi terveysorganisaatioksi. Likertin- viisiportaisella asteikolla on mahdollisuus saada vastaus tähän kysymykseen. Tämän tavoitteen saavuttamisen avulla kohdeorganisaation hallinnossa työskentelevät voivat miettiä kuinka paljon halutaan panostaa tulevaisuudessa asiakaslähtöisyyteen innovaatioiden hyödyntämisessä. Ensimmäisen päätavoitteen käytännöllisenä tarkoituksena on tuottaa tietoa miten juuri tällä hetkellä hyödynnetään asiakkaiden innovaatioita eli kyseessä on kohdeorganisaation nykytilanne. Toisen tutkimuskysymyksen avulla pyritään selvittämään miten asiakkaat omatoimisesti tuovat innovaatioita palveluiden parantamisesta esiin, ja miten hoitotyöntekijät pyrkivät edistämään innovatiivisuutta. Samalla selvitetään mitkä tekijät kohdeorganisaatiossa estävät tai edistävät asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämistä. Tämän tutkimuskysymyksen saavuttaminen kertoo kohdeorganisaation hallinnossa

työskenteleville tietoa asiakkaiden halukkuudesta vaikuttaa palveluiden parantamiseen tuomillaan innovaatioilla. Toisekseen hoitotyöntekijöiden tietoisella asiakkaiden innovaatioiden mahdollistamisella saadaan hahmotettua hoitotyöntekijöiden käsitystä siitä, mikä on asiakkaan rooli heidän mielestään. Kolmantena käytännöllisenä tavoitteena on esittää hoitotyöntekijöille konkreettisia vaihtoehtoja, jotka ovat käytössä eri puolella Suomea terveysorganisaatioissa. Annetut vaihtoehdot eivät ole valmiita ratkaisuja vaan keinoja, joilla asiakkaiden innovatiivisuutta on kyetty lisäämään muissa terveysorganisaatioissa. Tutkimuksella saavutetaan kokonaisvaltaista tietoa koko kohdeorganisaation asiakkaiden tuottamista innovaatioista hoitotyöntekijän näkökulmasta. Etenkin kohdeorganisaation hallinnolle se tuottaa tietoa miten nykytilanteessa hyödynnetään asiakkaiden innovatiivisuutta, mikä on hoitotyöntekijöiden käsitys asiakkaasta sekä minkälaisia konkreettisia työvälineitä hoitotyöntekijät ovat ehdottaneet annetuista vaihtoehdoista käyttäjälähtöisen innovatiivisuuden lisäämiseksi. Käytännölliset tavoitteet tässä tutkimuksessa siis tuottavat tietoa kohdeorganisaation hallintoon kehittämistyön tueksi.

3. Tutkimuksen näkökulma

Tutkimusta voisi lähestyä asiakkaan, yhteiskunnan, johdon tai esimerkiksi lainsäätäjän näkökulmasta. Tutkimuksen näkökulmaksi on valittu hoitotyöntekijän näkökulma. Voisi kysyä miksi tutkia hoitotyöntekijöitä asiakkaiden sijaan kun kyse on kuitenkin asiakkaiden innovaatioista. Perusteluna tähän on se, että hoitotyöntekijät sijaitsevat sairaalan organisaatiossa asiakkaan ja hallinnon välissä. Sairaalaorganisaatiossa informaatio kulkee eri välikäsien kautta esimerkiksi asiakas antaa palautetta palveluprosessista hoitotyöntekijälle, joka välittää asian eteenpäin palveluprosessista vastaaville hallintoon. Hoitotyöntekijä on lähin kontakti, jonka kanssa asiakas on tekemisessä. On luonnollista, että uudet ajatukset ja ideat annetaan tällöin hoitotyöntekijälle eikä esimerkiksi hallinnossa työskentelevälle. Vastaavan kyselyn toteuttaminen asiakkaille ei olisi välttämättä tuottanut organisaation sisäistä tietoa miten organisaatiossa hyödynnetään asiakkaiden innovaatioita. Asiakkaille näyttäytyisi tällöin vain innovaation hyödyntämisestä tulos, ei välttämättä koko prosessi. Kyselyn tekeminen hoitotyöntekijöille antaa asiasta siis kokonaisvaltaisemman kuvan.

Valinnan perusteena oli siis asiakasrajapinnassa työskentely, joka tuo ainutlaatuisen kosketuspinnan tutkimuksen kohteeseen. Grönroosin (1987) mukaan palveluyrityksen toiminta muodostuu asiakkaalle näkymättömästä ja näkyvästä osasta. Asiakkaalle näkymätöntä on sisäinen

organisaatiojärjestelmä. Asiakkaalle näkyviä ovat fyysinen ympäristö ja kontaktihenkilöt (Grönroos 1987, 91).

Terveyskeskuksessa nämä kontaktihenkilöt ovat tavallisimmin hoitohenkilökuntaa. Tällöin on kaikkein luonnollisinta antaa palautetta juuri kontaktihenkilölle, jonka kanssa on tekemisissä. Terveyskeskuksessa asiakas saattaa tavata saman sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan useasti joko saman tai eri sairauden hoidon takia. Tällöin muodostuu erilainen suhde kuin jos tapaisi joka kerta eri hoitotyöntekijän. Etenkin kyseisessä kohdeorganisaatiossa, joka toimii väestövastuuperiaatteella. Väestövastuuperiaatteen tarkoituksena sosiaali- ja terveydenhuollossa on ollut palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Palvelujen alueellinen jakaminen pienempiin osiin mahdollistaa moni ammatillisen tiimin yhteistyön ilman ammatillisia rajoja. Toimintatavan tarkoituksena on suunnitella tarpeenmukainen toiminta yhdessä alueelleen asukkaiden kanssa. Tällöin kullakin terveydenhoitaja- lääkäri- ja sairaanhoitajatiimillä on tietyn alueen väestövastuullaan (Elovainio & Kalliomäki- Levanto 1995, 1). Hoitotyöntekijän asema on myös lähempänä asiakasta kuin lääkärin, joka jo asemansa takia on kauempana asiakkaasta kuin hoitaja.

Terveydenhuollon piirissä on tutkittu muuttunutta asiakkuuden roolia, asiakkaan osallistumista hoitoon asiakkaan näkökulmasta, henkilökunnan esiin tuomia innovaatioita omasta näkökulmastaan. Innovaatioita on myös tutkittu henkilöstön hyvinvoinnin ja johtamisen näkökulmasta. Innovaatioiden syntyä estäviä ja edistäviä tekijöitä on myös tutkittu. Terveydenhuollon innovaatioita on tutkittu paljon teknologisten innovaatioiden kautta.

Suomalaisessa innovaatiopolitiikassa on keskitytty tuotteen ja toimivuuden varmistamiseen ja kehittämiseen, jonka seurauksena suomalaiset tuotteet ovat kuuluisia korkeasta laadustaan. Tuotteiden laadun tasalaatuisuuden varmistamisen ja kehittämisen varjoon ovat jääneet asiakkaan tarpeet sekä tuotteen markkinoiminen. Tuotteen brändin merkitys on korostunut entisestään. Suomalaisessa tuotekehittelyssä on teknologia pääroolissa kun monessa muussa maassa asiakas on tuotteen kehittämisen kannalta tärkeämpi. Näkökulman valintaan vaikutti se, että asiakkaiden innovaatioiden esiintymistä terveydenhuollossa hoitotyöntekijän havainnoimana ei ole runsaasti aiemmin tutkittu. Suomessa yrityksen perustaja on uuden tuoteidean keksinyt, joka keskittyy tuotteen kehittämiseen ja asiakas ja markkinointi jää vähemmälle huomiolle (Hautamäki 2008).

4. Katsaus aiempiin tutkimuksiin

Asiakaslähtöisiä innovaatioprosesseja ovat tutkineet esimerkiksi Alam Ian ja Von Hippel Eric, jotka molemmat korostavat palvelun käyttäjän läsnäoloa palveluiden kehittämisessä prosessin joka vaiheessa. Molemmat kirjoittajat ovat sitä mieltä, että asiakkaita tulisi kohdella arvostetummin käyttäjälähtöisten palveluiden kehittämisessä. Asiakkaiden tulisi olla palveluiden kehittäjille arvokas tiedon lähde. Käyttäjien merkitys innovaatiotoiminnassa tulee kummankin kirjoittajan mielestä korostumaan entisestään. Von Hippelin mielestä asiakkaiden tulisi päästä pois käsityksestä, että vain tuottajien vastuulla on kehittää tuotteita tai palveluita. Myös asiakkaalla on vastuu tuotteen tai palvelun kehittämisestä. Innovaatiotoiminta on jo nyt tullut paljon tasapuolisemmaksi. Asiakkaat osallistuvat yhä enemmän tuotteiden ja palveluiden innovaatiotoimintaan. Asiakkaan rooli on muuttunut aktiiviseksi palveluiden ja tuotteiden kehittäjäksi yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Tällainen innovaatiotoiminta luo omat haasteensa perinteiselle tuotteiden ja palveluiden tuottamiselle. Von Hippel painottaa erityisesti sosiaalisen vaikuttavuuden merkitystä innovatiivisuudelle (Alam 2002; Von Hippel, 2005).

Katja Valkama (2009) on tutkinut muuttuneen asiakkuuden haastetta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimus on tehty yksittäisen kansalaisen näkökulmasta. Tutkimuksessa pohditaan terveystalouden käyttäjien moninaisuutta. Tulisiko erilaisista palveluiden käyttäjistä käyttää samaa käsitettä. Terveystalouden asiakkuuksien roolien muuttuminen on muuttanut myös terveydenhuoltoa. Asiakkaat kokevat tärkeäksi kuulluksi tulemisen ja tasa- arvoisen kohtelun. He haluavat olla oman terveytensä asiantuntijoita. Asiakkaat kokevat, että heillä on ajankohtaisin tieto omasta tilanteestaan sekä yhä enenevässä määrin hoidoista, palveluista ja etuuksista. Onnistunut palveluprosessi edellyttää ennen kaikkea ohjeistusten mukaisten palvelukokonaisuuksien ja eriytyneitten palvelun tarpeitten yhteensovittamista. Julkisen terveydenhuollon asiakkaiden tarpeista ja vaatimuksista yksinomaan lähtevä terveyden toteuttaminen ei ole ongelmatonta. Julkinen terveydenhuolto toteuttaa terveystalouksia, joissa vaaditaan asiantuntijan läsnäoloa sekä tahdonvastaista toimintaa. Esimerkiksi mielenterveyteen liittyvät vastoin omaa tahtoa hoitoon joutuminen tai lastensuojelun huostaanotto. Nämä ovat tilanteita, joissa ei asiakkaan mielipidettä voida huomioida vaan asiantuntijat päättävät hänen puolestaan miten toimitaan. Vastuun toiminnasta kantaa asiantuntija ei asiakas. Asiakaslähtöisyys ja aktiiviset asiakkaat ovat läsnä julkisessakin terveydenhuollossa, mutta palvelun käyttäjä on terveydenhuollon puolella riippuvaisempi asiantuntijan kuin muiden palvelusektoreiden asiakkaat. (Valkama 2009, 26- 39).

Eila Kujalan väitöskirja asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli on avannut käsitettä asiakaslähtöisyys terveyskeskuksessa. Väitöskirjassa käsitellään asiakkaan osallistumista hoitoon. Asiakkaan hoidon laatu liitetään väitöskirjassa hoitavan tahon tavoittelemaan asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaan kokemaan osallisuuteen. Väitöskirjan tutkimuskysymyksinä ovat tilastollisen prosessin ohjaukseen tarkoitetun menetelmän soveltuvuus laatujärjestelmän välineeksi, sekä asiakaslähtöisyyden merkitys hoitopalveluiden tuottamiseen ja laatuun. Kujalan mukaan perusterveydenhuollossa kehittämisen kohteena on erityisesti hoidon laadukkuus hoidon tuottajamallien ja taloudellisuuden lisäksi. Tutkimuksessa luodussa laatujärjestelmässä tarkastellaan henkilöstön kanssa vuoden aikana asiakkaiden antamaa informaatiota ja poikkeamia. Tarvittaessa tuloksia verrataan aiempiin tuloksiin. Johto saa myös tarpeellista tietoa henkilöstöstään ja hoidon kehittämiseen (Kujala 2003).

Työterveyslaitoksen käynnistämässä tutkimushankkeessa tutkitaan henkilöstön hyvinvointia osana innovaatiotoimintaa. Palvelukehitys tapahtuu asiakas- ja käyttäjävuorovaikutuksessa, jossa palvelutyöntekijät ovat avainasemassa. Tutkimushankkeella selvitetään, millä tavoin julkisen sektorin työntekijöiden ideat ja ymmärrys asiakkaista voidaan saada osaksi innovaatioiden kehittämistä. Tutkimuksessa kartoitetaan, miten asiakaslähtöisiä, palvelujen laatua ja tehokkuutta parantavia innovaatioita voidaan toteuttaa lisäten samalla työntekijöiden hyvinvointia. Tutkimuksen lähtökohtana on työntekijöiden hyvinvointi ja sen lisääminen (Työterveyslaitos 2011).

Jani Rajaniemi tarkastelee väitöskirjassaan (2010) organisaatorakenteesta johtuvia innovatiivisuuden esteitä. Väitöskirjassa lähdetään käsityksestä, että innovatiivisuus on organisaatiolle mahdollisuus selvitä tulevista ongelmatilanteista. Oletuksena on, etteivät organisaatiot kykene kehittämään toimintaansa ilman innovatiivisuutta. Tutkimuksen mukaan innovatiivisuuden esteet organisaatioissa ovat rakenteellisia. Tulosten mukaan organisaation innovatiivisuuden esteitä ovat hierarkkisuus, koordinointi, kommunikaatio, valta ja aineettoman pääoman muodostamat esteet. Hierarkkisuuden muodostamat esteet syntyvät työnjaosta, työtehtävien sääntelystä sekä työtehtävien perinteistä. Koordinoinnin muodostamat esteet syntyvät muutosvastarinnasta, turvattomuuden tunteesta, itseluottamuksen puutteesta, huonosta epävarmuuden sietokyvystä, kiireestä, huonosta resurssien allokoinnista, työaikojen tiukasta säännöstelystä sekä osaamispotentiaalien koordinoinnin epäonnistumisesta. Kommunikaation muodostamat esteet syntyvät vuorovaikutuksen puutteesta ja prosessien välillä sijaitsevista

tyhjiöistä. Vallan muodostamat esteet syntyvät vallan eri ilmentymistä ja strategisen vallan puutteesta. Aineettoman pääoman muodostamat esteet innovatiivisuudelle syntyvät luottamuksen puutteesta, huonosta ilmapiiristä sekä henkilökohtaisista ominaisuuksista. Ihmisillä on taipumuksena sopeutua rakenteellisiin tekijöihin, koska ne ovat pysyviä ja tutun turvallisia ilman yllätyksiä. Innovatiivisuutta tulee tutkia myös esteiden ja vaikeuksien kautta eikä vain onnistuneiden, näkyvien innovaatio läpimurtojen kautta (Rajaniemi 2010).

Tekes on rahoittanut tutkimushankkeen, joka tutki innovaatioiden juurruttamista terveydenhuoltoon. Tutkimus kohdistui terveydenhuollon teknologiseen kehittämiseen. Loppuraportissa käsiteltiin uudistusten viemisen haasteita terveydenhuoltoon. Kohderyhmänä ovat olleet terveydenhuollon teknologian parissa työskentelevät. Loppuraportissa tekijät tuovat kuitenkin esiin hankkeen laajemman merkityksen innovaatioiden juurruttamisesta yhteiskuntaan. Raportissa on pohdittu runsaasti yksityisten markkinoiden ja julkisten toimijoiden eroavaisuuksia. Terveydenhuolto luo omat haasteensa teknologian kehittämiseen paikallisuutensa, ja erilaisten organisaatioiden välillä. Terveydenhuollossa lainsäädäntö myös luo omat rajoituksensa innovatiiviseen toimintaan. Päätäjillä on ratkaiseva merkitys uusien innovaatioiden käyttöönotossa terveydenhuollossa. Julkisen terveydenhuollon puolella viranomaistahojen tehtäviin kuuluvat toimiminen uudistusten edellytysten luojina. Uudistusten toteutumiseen tarvitaan taloudelliset, institutionaaliset ja poliittiset edellytykset. Uudistusten toteuttamisessa myös seurannalla on suuri merkitys. Loppuraportissa korostetaan hyvän asiakkuuden merkitystä yhteistyön ja vuorovaikutuksen muodossa. Teknologia ei poista kumppanuuden merkitystä eri toimijoiden kesken (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999).

Yhteenvedona näistä aiemmista tutkimuksista voisi todeta, että asiakkaan aktiivisuutta on tutkittu paljonkin terveydenhuollossa. Tutkimuksia terveydenhuollon asiakkaan esittämistä innovaatioista palveluprosessien ja käytäntöjen parantamiseksi hoitotyöntekijän näkemänä ei ole paljoakaan tutkittu. Tutkimuksia ei löytynyt myöskään systemaattisista asiakkaan innovaatioiden hyödyntämisyjärjestelmistä. Samoin on tutkittu erilaisia terveydenhuollon innovaatioitakin. Asiakaslähtöisyyden toteuttaminen ei ole kuitenkaan julkisen terveydenhuollon puolella yhtä yksinkertaista kuin esimerkiksi elintarvikekaupassa. Terveydenhuollossa ei voida toteuttaa yksiselitteisesti periaatetta ”asiakas on aina oikeassa”. Kuitenkin jo lainsäädäntökin oikeuttaa terveydenhuollon asiakkaan osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Terveydenhuollon puolella asiakaslähtöisyys tuleekin nähdä asiakkaan mahdollisuutena osallistua aktiivisesti terveystalouden kehittämiseen. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa palveluiden kehittämistä

asiakkaan tarpeista käsin yhteistyössä terveydenhuollon organisaatiossa työskentelevien kanssa. Kyseessä on siis enemmän kultaisen keskitien valitseminen kuin yksipuolisesti toisen osapuolen näkemyksen mukaan toimiminen. Hoitotyöntekijän näkökulmasta asiaa tutkittuna saadaan esiin organisaation sisäiset mahdollisuudet ja esteet asiakkaan innovaatioiden hyödyntämiselle, jotka eivät asiakkaalle ole näkyviä prosesseja.

Tutkimusaiheen valinnalle löytyy siis kahdenlaisia perusteita. Ensimmäkin on huomioitava aiemman tutkimushistorian puute asiakkaan innovaatioiden toteuttamisesta hoitotyöntekijän näkökulmasta. Toisena perusteena on lainsäätäjän määrittelemä asiakkaan oikeus ja palveluntarjoajan velvollisuus saada asiakas osallistumaan terveyspalveluiden kehittämiseen. Tutkimusaihe on siis ajankohtainen yhteiskunnallisesti niin lainsäätäjän kuin terveyspalveluiden käyttäjän näkökulmasta.

III TEOREETTINEN VIITEKEHYS

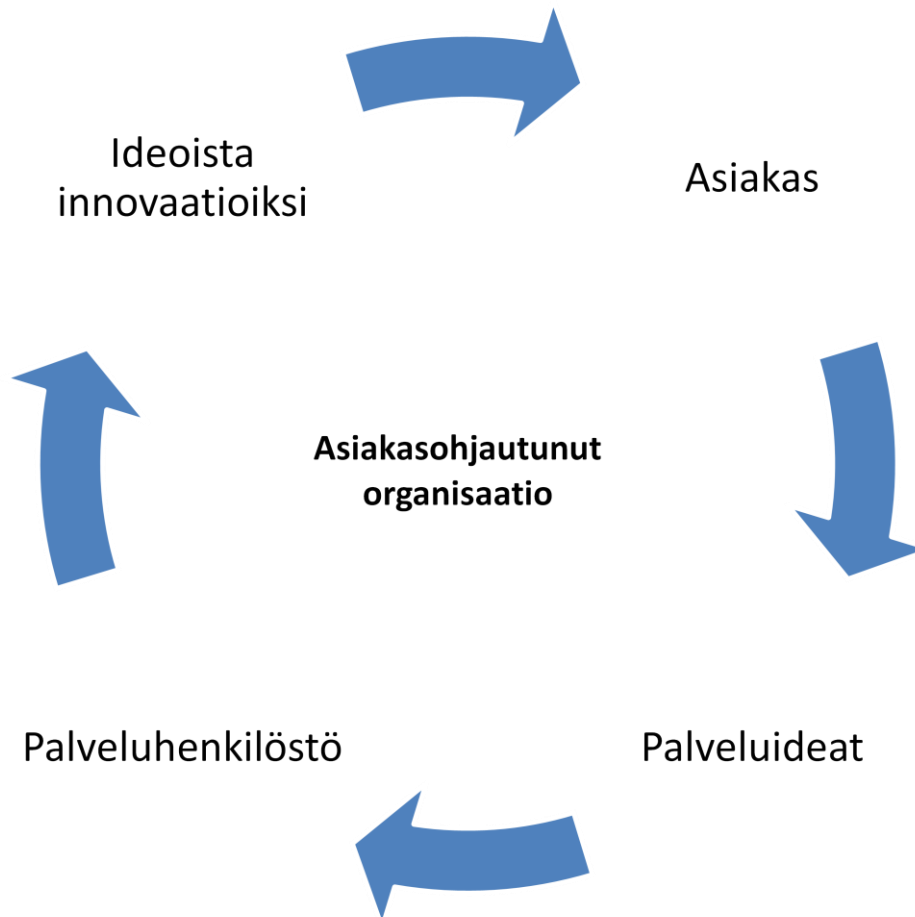
1. Tutkimuksen pääkäsitteet

Käsitteet tutkimukseen valittiin sen mukaan miten kirjallisuudessa ja aiemmissa tutkimuksissa oli esiin nostettu tärkeiksi tekijöiksi innovaatioiden hyödyntämisessä (Alam 2009, Rajaniemi 2010, Tantu 2007, Valkama 2009, Von Hippel 2005). Kysymyslomake on rakennettu näiden käsitteiden pohjalta. Lähtökohtaisena ajatuksena on, ettei julkinen terveydenhuolto voi olla oikeasti asiakaslähtöistä ennen kuin se kykenee ottamaan asiakkaiden tuomat innovaatiot huomioon. Tässä ajattelutavassa niin hoitotyöntekijän, asiakkaan kuin organisaationkin asennoituminen asiakkaan innovatiivisuuden mahdollisuuksiin on keskeinen. Jokainen osatekijä tarvitsee toisensa jos halutaan ottaa terveydenhuollon asiakkaat innovatiiviseen kehittämistyöhön mukaan. Asiakasohjautuvan terveysorganisaation toimintamallin saavuttaminen merkitsee jokaisen osatekijän mukaan ottamista ja tarpeellisuuden ymmärtämistä kokonaisuuden toimivuuden kannalta. Ilman asiakkaan tarpeista lähtevää kartoitusta ei voi olla todellista asiakasohjautuvaa terveysorganisaatiota.

Ilman olemassa olevan toimintatavan kyseenalaistamista ei muutosta tapahdu. Palvelun tarjoajan olettaessa tietävänsä asiat paremmin kuin käyttäjä todennäköisenä seurauksena on asiakkaiden menetys (Harisalo 2009, 307).

Innovaatio ajattelun perusteiden mukaisesti toimijat voivat tunnistaa itsensä osana kokonaisuutta. Innovaatioverkostossa ei ole kyse vain toiminnan kuvauksesta vaan toimijat toiminnallaan luovat uudenlaista toimintaa (Lemola & Honkanen 2004, 25).

Alla olevan kuvio (Kuvio 1) on rakennettu aiempien tutkimusten tuloksien perusteella tekijöistä, joita vaaditaan asiakasohjautuvan terveysorganisaation toimintaan. Asiakasohjautunut organisaatio ei ole valmis vaan se vaatii jokaiselta osalta jatkuvaa toiminnan tarkkailua ja korjausta. Kehä on jatkuvassa liikkeessä parantaen ja kehittäen koko ajan asiakkaan esittämiä innovaatioita. Rikkautena on se, että tuotetaan juuri sellaisia palveluita kuin asiakkaat tarvitsevat asiakkaille parhaiten soveltuvalla tavalla.



Kuvio1. Tutkimuksen pääkäsitteet

2. Asiakas

Terveydenhuollossa on jo kauan kiistelty siitä käytetäänkö terveydenhuollon palveluja käyttävästä henkilöstä nimitystä asiakas vai potilas. Lyhyesti asiakas käsitteen voisi määritellä ihmiseksi jolla on tarpeita, joiden tyydyttämiseksi hän tarvitsee toisia ihmisiä. Potilas nimityksen takana seisovat perustelevat, ettei terveydenhuollon etenkin julkisten palveluiden käyttäjällä ole mahdollisuutta valita palveluita kuten yksityisten palveluiden alueilla. Tosin uudessa terveydenhuoltolaissa tämäkin este poistuu. Uusi terveydenhuoltolaki tulee voimaan 1.5.2011 alkaen. Laissa säädetään terveydenhuollon tehtävistä sekä terveyspalvelujen sisällöistä. Terveydenhuoltolaki lisää mahdollisuuksia valita terveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen. Ensimmäisessä vaiheessa on mahdollisuus valita oman terveyskeskuksen terveysasema ja toisessa vaiheessa vuonna 2014 on mahdollisuus valita koko maan terveyskeskuksista. Uuden lain tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, terveyden ylläpitämistä ja edistää terveyteen liittyvien palveluiden

saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Lailla halutaan myös varmistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeskeisyys (STM 1326/2010; Valkama 2009, 28).

Potilas käsitettä on myös kritisoitu, koska sen on ajateltu kuuluvan vanhaan ylhäältä alaspäin tapaan toimia. Tasa- arvoisempaa käsitteenä terveydenhuollon ammattilaisen ja palvelujen käyttäjän välillä voisi olla asiakas, kuluttaja, kuntalainen. Kuluttajakäsitettä käyttöä voisi miettiä kuluttajien oikeuksien kautta. Kuluttajalla on oikeus vaatia hyvää ja laadukasta palvelua. Samoin kuntalaisella Kuntalain (365 / 1995) mukaan on oikeus vaatia maksamiensa verojen ja veroluonteisten maksujen perusteella laadukkaita ja riittäviä terveydenhuoltopalveluita (Stakes. 1998, 18- 19; Kivinen, Kinnunen, Niiranen ja Hyvärinen 1997, 26).

Asiakas käsitteen vastustajat ovat esittäneet, että potilaalla ei ole ammattitaitoa arvioida oman terveydentilansa hoitoa. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785 /1992) määrittelee, että terveydenhuollon palveluiden käyttäjällä on oikeus tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen. Tämä laki edellyttää siis asiakkaan mukaan ottamisen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen omasta terveydestään (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 1992).

Stakesin hoitotyön projektityöryhmä määrittelee asiakkaan voimavaraksi tietämisen. Tällä tarkoitetaan sitä, että asiakas, jolla on tietoa omasta terveydestään on paremmat mahdollisuudet osallistua omaan hoitoonsa ja sen toteuttamiseen. Hoitotyön projektityöryhmän mukaan tavoitteeksi tulisikin asettaa asiakkaiden tietämys omista oikeuksistaan terveystalveluiden käyttäjinä. Asiakkaiden tulisi myös saada käyttökelpoista tietoa omasta terveydestään, sairauden hoidostaan, jotta he voivat tehdä päätöksiä koskien omaa terveyttään. Projektityöryhmä määrittelee myös tapoja, joilla kyseisiä tavoitteita voitaisiin saavuttaa. Kyseiset tavoitteet edellyttävät hoitotyöntekijöitä mm. tukemaan asiakkaan osallistumista omaan terveyteensä ja sen hoitamiseen liittyvissä asioissa. Näiden tavoitteiden tarkoituksena on aktivoida asiakkaita hakemaan ja työstämään tietoa omasta terveydestään ja sen hoidosta (Stakes 1997, 36- 37).

Asiakas nimitystä kannattavat perustelevat kantaansa sillä, että asiakas sana sisältää henkilön aktiivisuuden. Asiakas on palveluiden kehittämiseen osallistuva, laatua vaativa palveluiden käyttäjä. Tämän käsitteen puolustajien mielestä terveydenhuollon palveluja käyttävää henkilöä tulisi nimittää asiakkaaksi kuten ketä tahansa palveluiden kuluttajaa. Terveydenhuollon asiakkaan vaikutus- ja valinnanmahdollisuudet tulevat entisestään lisääntymään. Asiakkaan aktiivinen rooli muuttaa myös hoitotyöntekijän roolin yhä enemmän tiedon antajaksi. Tulevaisuudessa osa

asiakkaista ottaa vastuuta terveydestään yhä enemmän ja osa tarvitsee lisääntyvässä määrin tukea. Ongelmalliseksi julkisen terveydenhuollon asiakaslähtöisyyden toteuttamisessa tekee sen, ettei asiakkaan omaa aktiivisuutta tai vaativuutta voi pitää lähtökohtana palvelujen saamiselle. Julkisen terveydenhuollon on huomioitava kaikki asiakkaansa, myös ne joilla ei ole edellytyksiä oman etujensa ajamiseen. Haasteellisuutta terveydenhuollon asiakkaiden kanssa yhteistyöhön tuo erilaisten kulttuurien lisääntyminen ihmisten kansallisen liikkuvuuden lisääntyessä entisestään (Stakes 1997, 24; Valkama 2009, 26- 40).

Asiakkuus ei kuitenkaan ole vain oikeuksien vaatimista vaan toiselta puolelta se vaatii myös aktiivista osallistumista. Pohjoismainen hyvinvointimalli on useasta eri syystä vaarassa. Pohjoismaisessa ajattelussa julkinen valta on päättänyt mikä on kansalaiselle hyväksi ja tarpeellista. Mannereurooppalaisessa ajattelutavassa korostetaan taas yksilön vastuuta. Pohjoismainen malli on vaikeuksissa useasta syystä. Jatkuvilla määrärahojen lisäyksillä ei ongelma ole poistettavissa. Hyvinvointiyhteiskunnan säilymisen ja yksilöllisyyden huomioimisen takia joutuu myös Suomen kansalainen ottamaan vastuuta yhteisten arvojen toteuttamiseksi. (Heuru, Mennola & Ryyänen 2001, 57; Valkama 2009, 26- 40). Suomalaiseen kunnalliseen itsehallintoon kuuluu kuitenkin myös periaatteellisena ajatuksena kunnan asukkaiden vastuu oman alueensa asioista. Tätä vastuuta ei voi toiselle siirtää. Yhteisvastuullisuuden häviäminen uhkaa hyvinvointiyhteiskuntaa, joka perustuu kunnalliseen itsehallintoon. Asian voisi tiivistää siten, että kuntalaisilla on toki paljon oikeuksia mutta myös velvollisuuksia. Monelta taholta korostetaan asiakkaan oikeuksia, mutta asiakkaalla on myös vastuunsa (Heuru, Mennola & Ryyänen 2001, 53).

Yhteiskunnan muuttuminen muuttaa samalla myös tehtäviä, työmenetelmiä, tuotteita sekä ennen kaikkea asiakkaan vaatimuksia, odotuksia ja käyttäytymistä. Laatutietoisten ja kriittisten asiakkaiden määrä todennäköisesti kasvaa. Ihmiset ostavat palveluita ja muita tuotteita tyydyttääkseen tarpeitaan. Asiakkaat tietävät mitä tahtovat. Palveluyritykset joutuvat yhä enemmän keskittymään asiakkaiden tarpeiden selvittämiseen. Asiakkaan odotukset on tunnettava, jotta ne voidaan tyydyttää (Kangas 1989, 91).

Suomessa asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden painotus on tullut ajankohtaiseksi osana terveydenhuoltojärjestelmän muutosta. Muutoksen on nähty olevan osana kehitystä kohti hyvinvointipalveluiden markkinoita, ja pois kansalaisen holhoamisesta (Koivusalo, Ollila & Tritter 2008, 215).

Tässä tutkielmassa käytetään käsitettä asiakas potilaan tilalla, koska tarkoituksena on tutkia aktiivista terveydenhuollon palveluiden käyttäjää. Tutkimuksen kohteena ovat perusterveydenhuollon palvelut, jolloin kullakin palvelujen käyttäjällä on mahdollisuus tuoda näkemyksiään esiin. Lähtökohtaisena ajatuksena on, että terveydenhuollon palveluiden käyttäjä haluaa olla aktiivinen. Tutkielmassa käsitetään asiakas palveluiden käyttäjänä ilman korostusta että kyseessä ovat julkiset terveystilat.

Tällainen aktiivinen asiakas soveltuu hyvin innovaatioteorioiden ajatteluun, jossa vaaditaan toiminnan aktiivista kehittämistä niin asiakkailta kuin työntekijöiltäkin. Innovaatioteorioissa työntekijöiden ajattellaan olevan aktiivisia, heillä on halu oppia ja kehittää omaa osaamistaan. Tärkeinä pidettyjä arvoja ovat uudenlainen ajattelu ja toimintatapa. Asiakkaita otetaan mukaan mielellään tuotteiden ja palveluiden kehittämisprosesseihin. Työyhteisöissä ollaan avoimia sekä uudenlaiseen ajatteluun että toiminnan nopeaan muuttamiseen (Seeck 2008, 243- 244).

2.1 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyyden on oltava koko organisaation läpi vaikuttava tekijä. Asiakslähtöisyyden yksi tärkein kriteeri on asiakkaiden tyytyväisyys eli asiakkaiden tarpeiden tyydyttyminen. Peruseriaatteena tulee olla, että asiakas on jokaiseen palvelutapahtuman vaiheeseen tyytyväinen. Asiakslähtöisyydessä toiminnan tulee perustua työntekijän ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Asiakkaan kuulemiselle tulee antaa tilaa. Toiminnan kehittämisessä tulee kiinnittää huomiota asiakslähtöisyyteen turhia rakenteita ja rutiinimaisia toimintamalleja purkamalla (Rope 1988, 21; Valkama 2009, 34).

Terveydenhuollon puolella asiakslähtöisyys tarkoitetaan toiminnan arvoperustaa. Tämän arvoperustan mukaisesti jokainen asiakas kohdataan ainutlaatuisena yksilönä riippumatta hyvinvoinnissa vallitsevasta puutteesta. Asiakslähtöisyyden keskeisenä tekijänä on, ettei organisaation toimintaa järjestetä vain organisaation vaan myös asiakkaan tarpeista lähtien. Asiakslähtöisen toiminnan tulisi lähteä asiakkaan esittämistä tarpeista. Toiminnan suunnittelun tulisi olla molempien osapuolien osalta vastavuoroista (Virtanen, Suonheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011).

Asiakslähtöisyyttä on mahdollisuutta kehittää. Yksi kehittämisen osa-alue on tähdentää

työntekijöille, että nämä edustavat organisaatiotaan. Tehtäväalueella ei ole merkitystä vaan jokainen organisaation työntekijä on myös organisaation toiminnan edustaja. Yrityksen on saatava tietää missä asiakaslähtöisyyden osa-alueissa sen toiminnassa on parannettavaa. Sen tähden toimiva asiakaspalautejärjestelmä on tärkeä. Asiakaslähtöisyyttä kehittävän organisaation kannattaa selvittää löytyykö sen asiakkaista halukkuutta kehittämistyöhön. Parhaat parannusehdotukset löytynevät asiakkailta, joille palveluja tarjotaan. Palveluiden tuottajan on oivallettava myös asiakkaan yksilöllisyyden ja toiminnan joustavuuden merkitys. Kaiken tämän kehittämistyön voi vesittää henkilökunnan sitouttamatta jättäminen. Henkilökunnan sitouttaminen on ensimmäisiä asioita ennen kehittämistyöhön ryhtymistä (Rope 1988, 25- 30).

Tantun(2007) mukaan asiakaslähtöisyyttä lähdetään usein toteuttamaan työyhteisössä työskentelevien tarpeesta. Päätösvallan delegoinnilla ja osaamisen arvostamisella voidaan kuitenkin saada aikaiseksi asiakaslähtöistä toimintaa. Usein asiakas nähdään terveydenhuollosta passiivisena toiminnan kohteena, jolle tehdään toimenpiteitä. Asiakaslähtöisyyden keskeisenä tekijänä tulisi olla palvelujen uudelleen organisoimisen, henkilöstön uudelleen orientoitumisen ja asiakasaktiiviteettien edistämisen. Toiminta on asiakaslähtöistä kun se lähtee asiakkaan esittämistä asioista ja kysymyksistä (Tanttu 2007, 165- 166).

Yksi asiakaslähtöisyyden tärkeimmistä osista terveydenhuollossa on avoimeen ja tasavertaiseen vuorovaikutussuhteeseen perustuva hoitosuhde. Yhteistyösuhteeseen vaikuttavat eniten hoitotyöntekijän käsitys asiakkaasta sekä asiakkaan odotukset yhteistyöstä. Hoitohenkilökunnan odotetaan toimivan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa kunnioittaen tämän oikeutta päättää itse hoidostaan. Asiakkaiden itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan anna hoitotyöntekijälle lupaa olla välittämättä asiakkaan hoidosta. Sairaudesta tms. syystä johtuen kaikki eivät kykene päätöksentekoon tai itsenäiseen sairautensa hoitoon. Tällöin hoitotyöntekijän on kiinnitettävä erityistä huomiota asiakkaan itsenäisyyden vahvistamiseen. Vaikeita tilanteita voi syntyä esimerkiksi mielenterveyspotilaan itsemääräämisoikeutta rajoittavassa palvelutilanteessa. Tilanne herättää kysymyksen tietääkö asiakas itse mitä tarvitsee? (Stakes 1997, 34; Kuntaliitto 1999, 27; Valkama 2009, 26- 40.)

Asiakaslähtöisyyden rinnalla voidaan myös puhua kansalaislähtöisyydestä. Tällöin painotetaan kansalaisen oikeutta saada kunnalta palveluja sekä velvollisuutena osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon (Metteri 2003, 175; Valkama 2009, 26- 40.)

Julkisen sektorin puolella asiakaslähtöisyyden toteuttaminen on haasteellisempaa kuin yksityisellä, sillä samoja palveluita käyttäjillä voi olla ristiriitaisia odotuksia palveluiden suhteen. Palvelulla voi olla vahva yhteiskunnallinen luonne. Palveluun voi olla sidoksissa erilaisia eettisiä, moraalisia, poliittisia ja ammatillisia näkemyksiä mikä on laadukasta palvelua. Julkisen sektorin puolella joudutaan tasapainoilemaan yleisen edun ja asiakkaan edun välillä. Palveluiden kehittämisen tulisi perustua julkiseen keskusteluun. Terveystieteiden palveluiden kohdalla asiakaslähtöisyys ei ole yhtä suoraviivaista kuin tavaratuotannossa. Pelkkä palveluiden käyttäjien antama asiakaspalaute ei riitä antamaan kattavaa kuvaa palveluiden kehittämistarpeesta. Asiakas on usein sairautensa hoidosta tietämätön. Yleisesti ajatellen asiakaslähtöisyys voidaan julkisella puolella nähdä ihmisten ja organisaation herkkyytenä nähdä asiat mahdollisimman realistisesti. Asiakassuhteessa tämä tarkoittaa aitoa ja aktiivista kuuntelua (Jalava & Virtanen 1996, 45; Lumijärvi 1999, 183).

Suurin itsemääräämisoikeuteen vaikuttavaksi tekijäksi tutkimuksen mukaan (Haverinen ym. 1994) koettiin olevan asiakkaan oma asenne (38 %). Asiakkaan tuli olla ”vaativa”, jotta pääsi osallistumaan hoitoonsa. Tämän ”vaativuuden” asiakkaat kokivat vaikeaksi pelätessään leimautuvansa vaikeaksi. Asiakkaan itsemääräämisoikeuteen vaikutti voimakkaasti myös henkilökunnan asennoituminen ja toimintatapa (36 %). Vaikuttamismahdollisuuksia katsottiin vähentävän kiireen, byrokraattisuuden, rutiininomaisuuden ja käytäntöjen jäykkyyden. Tutkimuksen mukaan asiakkaan on vain nöyrästi alistuttava vallitseviin käytänteisiin (Haverinen ym. 1998, 124 – 125). Joissakin kunnissa on järjestetty erilaisia keskustelutilaisuuksia, joissa olisi mahdollisuus vaikuttaa asioihin, mutta niihin osallistuminen on ollut vähäistä. Osallistujat toivat julki pelkonsa valittajaksi leimautumisesta (Niemelä ym. 1994, 40).

Asiakkaita voidaan osallistamisen avulla auttaa tasavertaiseksi palveluiden kehittäjäksi tai kehittämistoiminnan johtaviksi suunnittelijoiksi. Asiakkaiden maailman ymmärtäminen edellyttää erilaisten fokusryhmien ja keskustelutilaisuuksien järjestämistä. Tavoitteena on tällöin asiakkaiden kuuleminen, mutta varsinaiseen kehittämistoimintaan he eivät osallistu. Asiakkaiden osallistumisessa asiakkaiden ja toimijoiden näkemykset ohjaavat kehittämistoimintaa, mutta päävastuu on ammattimaisilla kehittäjillä. Asiakkaat voivat toimia tuotteen tai palvelun koekäyttäjinä. Asiakkaiden ollessa tasavertaisina kehittäjinä on kehittämisprosessin oltava avoin. Tavoitteet ja tulokset tulee määritellä avoimessa vuorovaikutuksessa. Toiminnan tärkein prosessi on osallistuminen. Asiakkaiden ollessa kehittämistoiminnan johtavia suunnittelijoita on kaikki kehittämisen vastuu siirretty heille (Toikko 2006/3).

Asiakkaiden osallistumismahdollisuuksia voidaan lisätä lisäämällä kohtaamispaikkoja, vapaaehtoistoiminnan keskusten sekä erilaisten lähiökeskusten toimintaa kehittämällä yhteistoimintaa lisäävänä tekijänä. Tällaisista paikoista voidaan järjestää yhteyksiä julkisiin palveluihin. Ammatillista toimintaa on myös mahdollista kehittää asiakaslähtöisemmäksi tukemalla eri ryhmien verkostoitumista keskenään jakamalla tietoa ja auttamalla ongelmien jäsentämisessä. Päättäjien tulee ottaa asiakkaat ja kuntalaiset mukaan toiminnan suunnitteluun, jolloin on mahdollisuutena luoda uusia palvelukokonaisuuksia (STM 1994, 48).

Julkisella sektorilla asiakaslähtöisyyden toteuttaminen on haasteellisempaa kuin yksityisellä puolella. Asiakkailta voi olla hyvinkin ristiriitaisia odotuksia palveluiden suhteen. Julkisella sektorilla toteutetaan markkinointinäkökulman sijaan tasa-arvoisuuden periaatetta. Kaikkia tulee kohdella yhtä tasa- arvoisesti. Lain mukaan suomalaisen terveystalouden yhtenä tärkeimpänä periaatteena on pidetty juuri tätä tasa- arvoisuuden toteutumista. Tavoitteena on ollut tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle terveydenhuoltopalvelut taloudellisesta asemasta tai asuinpaikasta riippumatta. Kunta on luonnollinen taho järjestämään asukkailleen toimintamahdollisuuksia. Ylhäältä alaspäin suuntautuva tapa toimia saa kuitenkin kuntalaiset usein vieroksumaan ajatusta kunnallisista vapaaehtoistoiminnan järjestämistä toiminnoista. Suomalainen hallintoperinne on byrokraattinen ja ammattihenkilökunta on toiminut omilla ehdoillaan. Aloitteellisuuden ja osallistumisen periaate vaatii julkisen sektorin asiakkaiden asenteen muuttamisen lisäksi myös työntekijöiden asenteen muutosta. Kunnallishallinnossa on pyritty muuttamaan organisaation palvelukulttuuria ja toteutettu erilaisia lähidemokratia kokeiluja. Palveluiden käyttäjien yksilöllisten tarpeiden korostumisesta kertoo kuluttaja- käsitteen käyttäminen asiakaskäsitteen rinnalla. Palveluiden massatuotanto ei ole julkisella sektorilla riittänyt tyydyttämään asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita (STM 1994, 34, 59; Lumijärvi 1999, 180- 193; Keskimäki, Manderbacka & Teperi 2008, 50- 65).

Hyväksi asiakkuudeksi ei riitä, että terveydenhuollon organisaatio osaa ostaa ja tuottaa oikeanlaisia palveluita. Innovaatioiden kehittäminen vaatii eri toimijatahojen yhteistyötä ja kumppanuutta. Yhdessä vuorovaikutuksessa kyetään ymmärtämään erilaisia tarpeita. Avainsanana on vuorovaikutus. Suuri toimijajoukko luo innovaatioiden kehittämistoiminnalle omat haasteensa. Osapuolina toiminnassa ovat neutraalit katsojat, puitteet luovat politiikka ja lainsäätäjät sekä rahoitusratkaisut. Toiminnan osallisina ovat asiakkaat ja terveydenhuollon ammattilaiset sekä

toisena osapuolena palveluntuottajat, kunnat, vakuutusyhtiöt ja ammattiyhdistykset (Saranummi 1999, 68).

Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton vuosittain teettämästä sosiaalibarometrasta 2011 selviää, että vain kolmasosa kuntien sosiaalitoimista, terveyskeskuksista ja te- toimistoista kykenee parantamaan asiakkaidensa tilannetta. Palveluiden tuottajien tarkoituksena oli arvioida palveluiden vaikutuksia asiakkaiden elämään sekä asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua palveluiden suunnitteluun, päätöksentekoon ja kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on määritelty asiakkaan oikeus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Kuitenkin esimerkiksi terveyskeskuksissa vain 29 % asiakkaista pääsee osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun (STKL, 2011).

Pirkkalan kunta on ollut aloitteellinen ja perustanut asiakasfoorumeita, joissa kuntalaisilla on ollut mahdollisuus tuoda näkemyksiään esiin sekä vaikuttaa palveluiden kehittämiseen. Terveellä järjellä - Parasta perusturvaa - kehittämishankkeessa kuntalaisilla on mahdollisuuksia vaikuttaa kuntansa palveluihin. Tarkoituksena on saada aikaiseksi toisenlainen toimintatapa sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjälähtöiseen kehittämiseen. Asiakasfoorumit koostuivat kuntalaisista, perusturvalautakunnan jäsenistä ja tehtäväalueen palvelujohtajasta. Asiakasfoorumiin osallistuvat kuntalaiset valitaan kahdeksi vuodeksi kerrallaan. Foorumit antavat kuntalaisille tietoa kunnan palveluiden tilanteesta sekä he voivat osallistua palveluiden kehittämiseen. Lautakunnalle foorumit antavat vuorovaikutus kanavan myös kuntalaisiin päin. Foorumit ovat koostuneet elinkaariajattelun mukaisesti juniori-, aikuis- ja seniorikuntalaisista. Kuntalaisten kokemusten mukaan foorumeissa toimitaan demokraattisesti, ja niissä saa äänensä kuuluville. Osallistujien mielestä heillä on myös mahdollisuus vaikuttaa toiminnan sisältöön. Haasteina foorumeissa ovat yli hallintorajojen menevien päätösten eteenpäin vieminen, hyvien käytäntöjen levittäminen sekä asioiden käytäntöön vieminen (Pirkkalan kunta 2009- 2011; Tekes 2010).

Hollannissa on ollut käytössä hieman erilaisin versioin samanlainen asiakasfoorumi kuin Pirkkalassakin. Hollannissa on kokeiltu kolmenlaisia foorumeita; edustava ryhmä keskivertokansalaisia on äänestänyt tietyistä asioista, tietyltä ryhmältä on kysytty osallistumista sekä kolmantena mahdollisuutena järjestäytyneet siviiliryhmä on päässyt osallistumaan päätöksentekoon. Tämän tutkimuksen mukaan tällainen toimintatapa ei luo potilasjärjestöistä tasavertaista toimijaa terveydenhuoltoon. Tutkijoiden mielestä tällä tavoin potilasjärjestöistä toteutettuna toimijoita on liian paljon (Bovenkamp, Trappenburg & Grit 2010, 73- 85).

Palvelun tuottajan tulee tuntea asiakkaansa tärkeimmät odotukset. Palveluntuottajan tulee selvittää miten hän kykenee vastaamaan näihin asiakkaan odotuksiin. Kannattaa myös selvittää miten muut palveluntuottajat selviytyvät vastaavanlaisista haasteista. Palveluntarjoajan tulee pitää mielessä myös jatkuva kehitys, jotta asiakkaita pystytään palvelemaan yhä paremmin tulevaisuudessa. Asiakaslähtöisyys tai asiakaskeskeisyys tarkoittaa organisaatiolle, että sen toiminta tapahtuu asiakkaan tarpeista lähtien. Organisaatio ei voi kuitenkaan unohtaa toiminta-ajatustaan. Toteuttaessaan perustehtävänsä organisaatiolla on selkeät tavoitteet. Perustehtävänsä toteuttamiseen organisaation tulee määrittää asiakasryhmänsä tarpeet ja toiveet, sekä miten ne voidaan parhaiten toteuttaa. Julkisen sektoriin organisaatioiden joutuvat miettimään asiakasryhmänsä tarpeita ja toiveita (Harisalo & Miettinen 2004, 51; Ylikoski 1998, 23- 24).

Organisaatio voi olla aidosti asiakaskeskeinen vain jos se ymmärtää asiakkaidensa tarpeet. Tämä edellyttää vuorovaikutusta asiakkaan kanssa. On osattava selvittää asiakkaan arjen ongelmat, miten asiakas selviytyy arjesta. Palveluvalikoimasta ei välttämättä löydy sopivaa palvelua asiakkaalle vaan se on yhdessä luotava asiakkaan kanssa. Tarve voi olla olemassa vaikka sille ei ole vielä luotu sopivaa tapaa tarpeen tyydyttämiseen. Asiakasta ei tulisi jättää yksin tarpeensa kanssa selviytymään. Asiakkaiden tarpeet tulee ymmärtää organisaation jokaisella tasolla. Koko organisaation on myös otettava vastuu asiakkaiden tarpeista ja reagoida tarpeita koskevaan informaatioon. Tämä ei tarkoita asiakkaan jokaisen päähänpiston mukaan toimimista vaan, että organisaation palvelun tarjonta ja toimintatavat sopeutetaan asiakkaan tarpeisiin. Asiantuntijoiden tulee ottaa asiakas mukaan hoitonsa suunnitteluun, sillä asiakkaan todellinen arki voi olla aivan toisenlainen kuin minkälaiseksi asiantuntijat sen keskinäisissä neuvotteluissaan määrittävät. Organisaation tulee valita juuri ne keinot, joilla se parhaiten hyödyntää ainutkertaista osaamistaan ja resurssejaan (Ylikoski 1998, 27- 29; Metteri 2003, 160).

Asiakaslähtöisyyden yhdeksi kriteeriksi voidaan määritellä myös valinnan mahdollisuus. Julkisten palveluiden tuottamisessa valinnaisuus tuo omat haasteensa. Yksi tärkeimmistä haasteista on se, että luoko valinnan mahdollisuuksien lisääminen epätasa- arvoa? Julkisten palveluiden tarjoamisen yksi keskeisistä periaatteista on kuitenkin tasa-arvoisuus. Kun jokainen kustantaa verovaroidensa julkisia palveluita tulee myös täten jokaisella olla yhtäläiset mahdollisuudet palveluiden käyttämiseen. Hyvä palvelu ja valinnan mahdollistaminen eivät ole toisensa pois sulkevia vaan yhteisiä vaikuttajia. Kunnalla on tiettyjen palveluiden järjestämisvelvollisuus. Mitä palveluita kunta järjestää ja miten riippuu palveluntarpeesta ja järjestämisvelvollisuudesta. Vaihtoehtojen

mahdollistaminen edellyttää kunnallisten palvelujen tuottajien rinnalle yksityisiä palvelun tuottajia. Tällä tavoin kunta järjestää hyvän palvelun mukaisesti valinnan mahdollisuuksia kuntalaisille (Okko ym 2007, 54).

Aina tulee muistaa kuitenkin, että kaikki ihmiset eivät halua osallistua hoitonsa päätöksentekoon. Tehdyn tutkimuksen(Levinson, Kao, Kuby & Thisted 2004) mukaan 96% tutkimukseen osallistuneista arvosti sitä, että heille esiteltiin vaihtoehtoja ja heidän mielipidettään kysyttiin. Monet vastaajista kokivat keskustelun erilaisten vaihtoehtojen eduista ja haitoista sekä oman mielipiteensä ilmaisun mahdollisuuden riittäväksi. Vastaajista 52 % halusi jättää lopullisen päätöksen hoidostaan hoitohenkilökunnalle. Osallistumisen mahdollistamisessa tulee siis huomioida kunkin yksilölliset tarpeet ja osallistumisen tasot (Levinson, Kao, Kuby & Thisted 2004, 531- 535).

Valinnan vapautta pohdittaessa on myös huomioitava, että valitsematta jättäminenkin voi olla valinta. Esimerkkinä tällaisesta valinnasta voisi olla hoidoista kieltäytyminen. Jos tämä jätetään huomiotta voi olla, että hoitoon hakeutumattomien määrä kasvaa. Toisaalla saatetaan tarjota palveluita ihmisille, jotka eivät niitä tarvitsisi, mutta osaavat vaatia. Seurauksena oravanpyörä; kustannusten kasvu ja palveluiden heikkeneminen (Vuori 2008, 198).

Tulevaisuuteen suuntautuva organisaatio huomioi myös asiakkaan mahdolliset tulevat tarpeet. Todellinen asiakaslähtöisyys vaatii koko organisaatiolta sitoutumista asiakkaan tarpeiden tyydyttämiseen. Koko organisaation on sitouduttava asiakastarpeista lähteneisiin päätöksiin (Poikela, 2010, 36).

Asiakaslähtöisyys voi olla myös näennäistä. Tehdyssä tutkimuksessa(Haverinen ym. 1994) pyydettiin 1000 satunnaisesti valitulta yli 15-vuotiaalta kuvaamaan mahdollisuuksiaan itsemääräämisoikeuteen sairaala- tai terveyskeskushoidossa. Kyselyn tulokseksi tuli, että 64 % vastaajista piti itsemääräämisoikeuksiaan tai -mahdollisuuksiaan vähäisinä tai olemattomina. Kyselyyn vastanneista 27 % koki, että heillä oli mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa. Osa vastanneista oli sitä mieltä, että todellisiin hoitoa koskeviin päätöksiin ei voinut vaikuttaa (Haverinen, Simonen & Kiikkala 1998, 124).

Asiakkaan voimavarana voidaan pitää tietämistä omasta terveydestään ja itsestään. Jotta asiakas voisi käyttää tätä voimavaraa hänen tulee saada tietoa omasta terveydestään. Hoitohenkilökunnan

tehtäviin kuuluu kertoa asiakkaalle omista oikeuksistaan terveystalouden käyttäjänä. Asiakkaiden on saatava tietoa myös sairaudestaan ja sen hoitamisesta, jotta he kykenevät tekemään päätöksiä koskien omaa terveydentilaansa. Asiakkaiden omien voimavarojen hyödyntäminen terveytensä hoidossa tulee entisestään lisääntymään. Hoitohenkilökunnan tulee kannustaa ja tarjota tietoa asiakkaalle, jotta tämä kykenee itsenäisesti etsimään tietoa sekä työstämään sitä omakohtaisesti. Asiakaskeskeisyys tulisi ottaa kehittämiskohteeksi koko sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmässä. Asiakaskeskeisyyden kehittämiskohteeksi ottaminen edellyttää ihmisten osallistamisen mahdollistamista rakenteiden uudistamisella ja asenteiden muuttamisella. Tutkimuksista tiedetään, että ihmiset haluavat osallistua palvelujen suunnitteluun, mutta osallistumistapoja ei tunneta tai niitä ei ole luotu. (Stakes 1997, 24, 36; Perälä (STKL), 2011).

2.2 Asiakkaan palvelu

Asiakkaan palvelu voidaan määritellä kanssakäymiseksi asiakkaan kanssa liittyen palveluun tai tuotteeseen. Tähän tilanteeseen pätevät samat vuorovaikutusilmiöt kuten mihin tahansa vuorovaikutustapahtumaan. Asiakaspalvelutapahtumassa voidaan eritellä tuotteet ja palvelut. Palvelu on aineetonta palvelua, jossa asiakas ei saa omakseen sitä vaan kuluttaa sen asiakaspalvelun aikana. Palvelua ei voi varastoida. Palveluntuottaja joutuu kiinnittämään erityistä huomiota palveluresurssien jakautumiseen, jotta asiakaspalvelija on aina tarvittaessa paikalla (Kannisto & Kannisto 2008,6; Grönroos & Järvinen 2001, 43).

Asiakkaan palvelu voidaan myös määritellä toiminnaksi, jonka keskipisteenä on asiakas. Asiakas ei ole vain keskipiste vaan hän osallistuu myös palvelutapahtumaan kulkuun alusta loppuun asti. Palvelutapahtuma on vastavuoroinen tilanne, joka ei toistu koskaan samanlaisena. Palvelutilanne on onnistunut kun asiakas on tyytyväinen. Kuka tahansa voi olla palveluntarjoajana tai asiakkaana (Kangas 1989, 7).

Laamasen (2005) mukaan erikoistumiseen ja osittamiseen perustuva funktionaalinen toiminta kuten terveydenhuollossa on asiakaspalvelun kannalta pulmallinen. Tällaisessa organisaatiossa arvostetaan erikoisosaamista eli jokainen organisaation osan keskittyy omaan osaamisalueeseensa. Rajoja ei ylitellä. Vastuunjako on selkeästi jaoteltu osaamisalueiden mukaan. Kukin vastaa vain omasta erikoisosaamisestaan. Kunkin vastuualueen vastaava on kiinnostunut omien tavoitteidensa toteutumisesta. Tavoitteet ilmaistaan usein taloudellisina tunnuslukuina (Laamanen 2005, 15- 17).

Terveydenhuollon puolella on yleensä kyse aineettoman palvelun kuluttamisesta. Asiakas saa palvelua käydessään verikokeissa, jolloin verikoe ja kaikki siihen liittyvä on aineetonta palvelua, tavara ei tällöin vaihda omistajaa. Esimerkin kaltaisen verikokeen ottaminen vaatii erityistä ammattitaitoa, ja samalla on huomioitava asiakas. Tällaisen palvelutapahtuman kunnialla läpi vieminen vaatii tietoista huomion kiinnittämistä myös itse palvelutapahtumaan.

Laadukkaaksi koetusta palvelusta on muodostettu kuusi kriteeriä, jotka palveluntarjoajan tulisi täyttää: Ensimmäisenä ja tärkeimpänä kriteerinä on syy miksi asiakas on hakeutunut juuri kyseisen palveluntarjoajan luo eli ammattitaito. Tämä on tärkein lopputulokseen vaikuttava tekijä, sillä ilman tarvittavaa ammattitaitoa ei palveluntarjoaja voi tyydyttävästi suorittaa elinkeinoaan. Juuri tämän palveluntarjoajan tiedot ja taidot ovat sellaiset mitä vaaditaan asiakkaan tarpeidensa tyydyttämiseen. Toisena kriteerinä on asenne ja käyttäytyminen asiakasta kohtaan. Asiakkaalle syntyy palvelutilanteessa tunne, että asiakkaan kanssa työskentelevät haluavat ratkaista hänen ongelmansa viivytyksettä. Kolmantena kriteerinä on palveluntarjoajan palveluiden saatavuus ja palveluiden joustavuus juuri kyseisen asiakkaan tarpeiden mukaan. Tähän kriteeriin sisältyvät myös niin yksinkertainen asia kuin palveluntarjoajan paikan sijainti ja aukioloajat. Jos fyysinen sijainti ja aukioloajat eivät ole toimivia eivät asiakkaat hakeudu kyseisen palveluntarjoajan asiakkaaksi. Neljäntenä kriteerinä on asiakkaan luottamus ja usko siihen, että palveluntarjoaja pitää kiinni sovituista asioista, ja toimii asiakkaan etujen mukaisesti. Viidentenä kriteerinä on asiakkaan luottamus siihen, että kun jokin virhe sattuu niin asiakas saa ilman viivytyksiä tiedon asiasta ja korjaaviin toimiin ryhdytään välittömästi. Nämä neljä edellistä ovat prosessiin liittyviä kriteereitä. Millaiseksi asiakas kokee palvelun, niin sen mukaan prosessi etenee joko jouhevasti tai vähemmän jouhevasti. Kuudentena kriteerinä on asiakkaalle jäänyt tunne, että hän sai tarpeensa tyydytettyä toivomallaan tavalla. Asiakkaan ollessa tyytyväinen palveluun saa palveluntarjoaja positiivista mainetta itselleen. Tämä viimeinen kriteeri on imagoon liittyvä kriteeri, jonka onnistuminen kertoo sen suosittaleeko kyseinen asiakas palvelua ystävilleen tai palaako uudelleen asiakkaaksi. Palvelun laadukkuuden kuusi kriteeriä on jaoteltu lopputulokseen vaikuttaviksi, prosessiin ja imagoon liittyviksi tekijöiksi. (Grönroos 2000, 74).

Terveydenhuollon puolella lopputulokseen vaikuttava ammattitaito on erityisen tärkeä tekijä, sillä ilman asiaankuuluvaa koulutusta ei terveydenhuollossa voi toimia. Ilman edellytettävää koulutusta pahimmassa tapauksessa kyseeseen voi tulla asiakkaan vammautuminen tai kuolema. Prosessiin liittyvät tekijät ovat asioita, joita jokaisen organisaation tulisi miettiä oman toimintansa kannalta.

Minkä kuvan haluaa asiakkaille antaa toiminnastaan. Imagoon vaikuttavaa tekijää ei kannata nykypäivänä edes julkisen sektorin väheksyä. Uuden terveydenhuoltolain (1326/ 2010) myötä (Voimaan 1.5.2011) myös julkisen terveydenhuollon asiakkaat voivat äänestää jaloillaan. Asiakkaan ollessa tyytymätön oman terveyskeskuksensa toimintaan on asiakkaalla oikeus vaihtaa palveluntarjoajaksi toinen terveyskeskus. Uusi terveydenhuoltolaki huomioi mm. asiakaskeskeisyyden vahvistamisen, palveluiden laadun ja turvallisuuden, perusterveydenhuollon ja eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittämiseen, hoitotyön vastuualueen tunnustamiseen ja vahvistamiseen, moni ammatillisuuden ja – tieteisyyden edistämiseen, henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja terveystalveluiden vaikuttavuuden kehittämisen (STM 2011).

Laadukas palvelu vaatii paljon asiakaspalvelijalta. Asiakastapahtumaan kuten yleensä ihmisten väliseen kanssakäymisenkin liittyy oletuksia ja odotuksia. Asiakaspalvelutilanteen kulku muodostaa mielikuvan palvelun tuottajasta. Asiakaspalvelutapahtumassa työskentelevän tulee siis pitää mielessä, ettei hän edusta itseään vaan organisaatioonsa. Myös asiakkaan tulee muistaa vastuunsa asiakastapahtumassa. Palveluun tyytymättömän asiakkaan tulisi tuntee velvollisuudekseen valittaa palvelusta, koska ilman palautetta palvelun tuottaja jatkaa huonoa palveluaan. Asiakas ei ole aina oikeassa, mutta palautetta antaessaan asiakas kertoo kokemuksistaan palvelusta. Totuus palvelun onnistumisesta tai epäonnistumisesta tulee asiakkaalta. Tämä on tärkeä tieto, johon palvelun tuottajan tulisi kiinnittää huomiota (Ylikoski 1998, 11). Palvelun tuottajan tulisi ottaa valitukset mahdollisuutena oppia uutta eikä epäonnistumisena. Valituksen oikeanlaisella käsittelyllä mahdollistetaan asiakkaan luottamus palveluiden laatuun ja sen parantamiseen. Asiakasvalitusten käsittely on yksi keskeinen keino vaikuttaa organisaation toimintaan ja asiakkaiden tyytyväisyyteen (Harisalo & Miettinen 2004, 52; Kuusela 2001, 98). Aktiivisuudella ja kritiikillä voidaan parantaa palvelua, jolloin sekä palvelun tuottaja ja asiakas hyötyvät. Kritiikkiä tulisi arvostaa, sillä silloin voidaan olettaa asiakkaan olevan sitoutunut kyseiseen organisaatioon, ja haluavan kehittää sen palveluita (Kannisto & Kannisto 2008, 66,169; Niemelä, Knuutinen, Kainulainen & Malkki 1994, 40).

Poikkeavan kannan valtavirran näkemykseen täydelliseen asiakastyytyväisyyteen pyrkimisestä esittää Kuusela (1998). Hänen mukaansa palvelun laadussa ei tule edes pyrkiä täydelliseen asiakastyytyväisyyteen. Asiakaspalvelussa tulee pyrkiä saavuttamaan taso, jolla asiakas ei ole palveluun pettynyt tai täydellisen tyytyväinen. Asiakas on tällöin saatu sellaiselle alueelle, jolloin on siinä määrin tyytyväinen ettei vaihda palvelun tarjoajaa (Kuusela 1989, 143).

Terveyspalveluiden käyttäjien mielipiteet huomioidaan nykyisin entistä paremmin. Mielipiteet huomioidaan arvioitaessa palvelujen suunnittelua ja laatua. Palveluprosessien näkyväksi tekeminen on lisääntynyt merkittävästi palveluiden laadun parantamisen osana. Hoitotyö on laadultaan hyvää kun laadunhallinta ulottuu organisaation jokaiseen osaan, potilaan vuorovaikutuksesta jokaiseen hoitoprosessin osaseen (Kuntaliitto 1999, 23, 25).

Tuula Mittilä on luonut palveluammattissa toimiville kymmenen ohjetta parempaan palveluun:

1. Kuuntele asiakasta. Tarkoituksena on kuunnella juuri tämän asiakkaan tarpeita. Jokaisen asiakkaan tarpeet ovat ainutlaatuisen tärkeitä.
2. Asetu asiakkaan rooliin. Mieti mitä itse odotat vastaavalta palvelutilanteelta. Millaisen vastaanoton haluaisit palveluntarjoajalta saada.
3. Ymmärrä asiakkaasi arvontuotanto.
4. Varmistu palvelun tehokkuudesta. Älä anna asiakkaan odottaa palvelua. Palvelun tulee odottaa asiakasta, ei päinvastoin.
5. Pidä henkilöstösi koulutus ajan tasalla.
6. Ylläpidä henkilöstösi hyvinvointia työssä. Tyytyväinen henkilökunta siirtää hyvinvointinsa asiakkaiden palveluun.
7. Jokainen asiakas saa samanarvoisen palvelun. Jokaista asiakasta tulee kohdella yhtä kunnioittavasti ja tasavertaisesti.
8. Pidä palveluympäristö viihtyisänä. Viihtyisä ja siisti palveluympäristö saa asiakkaan viihtymään. Viihtyisyys myös luo mielikuvia palvelun tuottajasta.
9. Huolehdi, että palvelunsaanti on asiakkaalle mahdollisimman helppo. Mitä helpompaa palvelun saanti on sitä todennäköisemmin uusintakäynti toteutuu. Asiakkaalle palvelunsaanti on keino saada haluamansa.

10. Asiakkaan kokema hyvä laatu takaa uusinnan. Tyytyväinen asiakas tulee todennäköisesti käyttämään palvelua uudestaan. Mittilä kertoo artikkelissaan, että asiakas kertoo hyvästä palvelusta yhdelle ystävälle ja huonosta palvelusta kymmenelle (Mittilä 2010, 40- 42.)

Vanha suomalainen sanonta ” Hyvä kello kauas kalkkaa, huono vielä kauemmas” pitää siis vielä paikkaansa asiakaspalvelua kehitettäessä. Näitä kymmentä käskyä voitaisiin soveltaa sellaisenaan myös terveydenhuoltoon. Yksi hoitotyöntekijän tärkeimmistä tehtävistä on selvittää asiakkaan tarpeet. Tarpeita voi olla erilaisia, mutta hoitotyöntekijän tulee kyetä kuuntelemaan mikä on asiakkaan kannalta se tärkein tarve. Yhdessä asiakkaan kanssa keskustelemalla voidaan löytää keino ongelman poistamiseksi. Pyrkimällä asettumaan asiakkaan asemaan voi hoitotyöntekijälle avautua uutta ymmärrystä miten ongelmia tulisi lähestyä asiakkaan kannalta. Markkinoinnin kultaisen säännön ”asiakas on kuningas” tulisi päteä myös terveystalouden asiakkaaseen. Terveydenhuollon puolella tämän periaatteen toteuttaminen voi olla haasteellisempaa. Etenkin erikoissairaanhoidon puolella huostaanotoissa tai vastentahtoisessa hoitoon ottamisessa (Terveyskirjasto 2010).

Grönroosin (2000) mukaan palveluiden laatu on sellaista kuin millaisena asiakkaat sen kokevat. Asiakkaiden on tunnettava, että palvelujen tuottaja on kiinnostunut juuri kyseisen asiakkaan ongelmien ratkaisemisesta. Kun palvelun tuottaja kykenee toteuttamaan kaikki edellä mainitut hyvän palvelun vaatimukset niin palvelun tuottaja saa hyvän maineen (Grönroos 1990, 83- 84; Grönroos 2000, 74.) Jokaisen asiakaspalvelussa työskentelevän tulee onnistua joka kerta, sillä eri palvelukerroilla asiakas voi kohdata eri kontaktihenkilön. Tämä vaatii palveluyhteisön 100 % osaamista (Lahtinen & Isoviita 2001, 44).

Asiakkaan ollessa tyytyväinen saamaansa palveluun syntyy asiakasuskollisuutta ja sitoutumista. Mitä tyytyväisempiä asiakkaat ovat sitä todennäköisemmin he suosittelevat palvelua. Erilaiset palautekanavat ja sähköiset asiakaspalautejärjestelmät helpottavat palautteen antamista. Palautteen antamisen helppous antaa asiakkaalle tunteen, että yritys välittää asiakkaan näkemyksistä. Loppujen lopuksi asiakkaan antama palaute on aina positiivisempaa kuin se, ettei saa lainkaan palautetta. Tällöin yrityksellä on ainakin jokin käsitys toiminnastaan (Kuusela 2001, 96, 104).

Normaalissa kuluttajan ostosprosessissa ja asiantuntijapalveluiden hankinnassa on oleellisia eroja. Prosessista voidaan erottaa viisi eri vaihetta: ongelman tunnistus, tiedon etsiminen, vaihtoehtojen punnitseminen, valinnan suorittaminen sekä valitun palvelun käyttö ja arviointi. Tarpeen

tunnistusvaiheessa normaalissa ostotilanteessa ostaja määrittelee ongelmansa, johon hakee apua palveluntarjoajalta. Palvelun tarjoajan neuvoilla on hyvin vähän merkitystä ostotapahtumaan. Terveystenhoitopalvelutilanteessa taas asiakas odottaa saavansa neuvoja terveysongelmansa tunnistamisessa. Tiedon etsinnässä ongelman poistamiseksi tavanomaisessa palvelun ostotilanteessa ostaja ei ole halukas lisäämään omaa osuuttaan tapahtumaan. Ostajalla on mainonnasta ja kokemuksesta kertynyttä tietoa hankittavasta palvelusta. Terveystenhoito tilanteessa asiakkaan tieto on rajallista, asiakas on halukas panostamaan terveytensä edistämiseen. Ystävien ja sukulaisten kokemukset ohjaavat valintaa palveluntarjoajasta. Mainontaa on suhteellisen vähän palveluntarjoajasta. Vaihtoehtojen punninnassa normaalissa palvelutapahtumassa vaihtoehtojen vertailu on helppoa, koska asiakkaalla on haluamansa tuotteen kriteerit tiedossa. Tällöin myös valinta niiden kesken on helppoa. Terveystenhoitopalvelutapahtumassa vaihtoehtoja on vähemmän, ja niiden vertailu keskenään vaikeaa. Valinta vaihtoehtoista on vaikeaa. Palvelun käyttö ja arviointi on normaalissa palvelutapahtumassa epävarmaa, mutta toisaalta lopputuloksella ei ole ratkaisevaa merkitystä. Palvelussa syntyneen virheen korjaaminen on mahdollista. Terveystehoidon palvelutapahtumassa lopputulos on myös epävarma, mutta epäonnistumisen seuraukset voivat olla kohtalokkaita. Virheen korjaaminen ei aina ole mahdollista (Ylikoski 1998, 83).

Terveystehuollon asiakaspalvelun erityispiirre tulee esiin siinä, että terveyspalveluita hakiessaan asiakas ei tule huvin vuoksi ”shoppailemaan” vaan hänellä on tarve, johon yhteistyössä hoitotyöntekijän kanssa tulisi löytää ratkaisu. Mutta kuten missä tahansa palvelutapahtumassa asiakas on viime kädessä se, joka päättää palvelun laadukkuuden.

3. Palveluideat

Palveluideat eivät synny itseksensä vaan ne ovat asiakkaiden todellisista tarpeista syntyneitä vajeita palveluissa. Puhuttaessa palveluideoista puhutaan itse asiassa käyttäjälähtöisistä palvelu innovaatiosta. Palveluideoissa on kyse jo hieman pidemmälle menneestä ajattelusta kuin pelkästään palvelun tai innovaation kehittämisestä tai eteenpäin viemisestä. Palveluideassa on oivallettu, että palvelun parantamiseksi on astuttava oman mukavuusalueen ulkopuolelle(Harmaakorpi 2009)

Palveluideassa osaaminen ei ole pelkästään asiantuntija osaamista vaan kyse on sosiaalisesta sekä sidosryhmäosaamisesta. Erilaisuus on ymmärrettävä rikkautena kehittämistyössä. Yhä enenevässä määrässä palveluita kehitetään yhteistyössä asiakkaan kanssa. Palvelun tuottajan on oltava selvillä

asiakkaan tarpeista ja odotuksista palvelun toteutumisen suhteen. Palveluideoiden synnyssä on ymmärrettävä mikä on asiakkaalle arvokasta, ja sen tähden ne syntyvät usein asiakasrajapinnassa. (Verkostokonsultit 2007; Tekes 2011)

Kriittisenä kommenttina palveluideoiden kehittämiseen on ilmaistu se, että vaikka käyttäjälähtöisiä palveluideoita kerätään, niin niiden hyödyntäminen ei ole itsestään selvää. Palveluideoiden kehittämisessä on myös kritisoitu sitä, että tuottavatko asiakkaiden kehittämisideat todella parempia palveluita? Kritiikkiä on myös kohdistettu siihen, että tämä itsepalvelukulttuuri tarkoittaa kohta sitä, että asiakkaat tuottavat kohta palvelut itse (Hyvönen, Heiskanen, Repo & Saastamoinen 2007, 32).

Terveydenhuollon puolella ei ole ainakaan kokonaan mahdollista asiakkaan alkaa itse tuottamaan palveluita. Terveydenhuollon ammateissa toimiminen vaatii asianmukaisen koulutuksen. Jokainen terveydenhuollon ammatillisen pätevyyden hankkinut on rekisteröity terveydenhuollon toimijoiden rekisteriin. Suomessa terveydenhuollon ammatissa toimiminen on siis luvanvaraista. Kirurgeja tarvitaan edelleen leikkauksiin ja sairaanhoitajia erilaisiin pienempiin toimenpiteisiin. Toki terveydenhuollon puolella asiakkaat voivat jonkin verran osallistua palveluiden tuottamiseen. Esimerkiksi useilla terveyskeskusten odotusauloissa on digitaaliset verenpaine mittarit, joilla asiakkaat voivat mitata verenpainettaan itse. Tällöin hyötynä on mittaustilanteen kiireettömyys sekä asiakkaan mahdollisuus tulla mittaamaan verenpainetta itselleen sopivana terveyskeskuksen aukioloaikana. Haittana toki on mittauksen virheellinen suorittaminen, ja sitä kautta virheelliset tulokset. Toisaalta mittarin käyttöön tulee kuitenkin hoitotyöntekijän opastaa asiakasta ensimmäisellä kerralla. Terveydenhuollon puolella on kuitenkin mahdollista asiakkaan osallistua palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen sekä palveluiden tuottamisessa soveltuvin osin.

3.1 Innovaatioteoria

Teoreettiseksi viitekehikseksi valittiin innovaatioteoria. Innovaatioteoria ei ole yksiselitteinen teoria vaan se sisältää erilaisia näkemyksiä eri painotuksin. Innovaatioteoriaksi niitä voidaan yhteisellä nimellä nimittää, koska kaikki näkemykset sisältävät uuden idean käsitteen. Innovaatioteorian kehittäjänä voidaan pitää taloustieteilijä Joseph A. Schumperia (1883- 1950). Schumperin mukaan muutoksen voimana toimii yrittäjyys. Hänen ajattelunsa mukaisesti kapitalismin yrittäjyys oli voima, jolla voitaisiin edistää yhteiskunnallista kasvua. Yrittäjyys on uusien mahdollisuuksien luovaa keksimistä. Yrittäjällä on etuna oivaltaa asioita, joita muut eivät

huomaa. Kenellä tahansa kuitenkin on mahdollisuus olla yrittäjä, se ei ole vain tiettyjen ihmisten oikeus. Yrittäjyys ei vaadi tiettyä koulutusta, ei tietynlaisia kokemuksia tai erityistä asemaa. Yrittäjyyden tulee perustua vapaaehtoisuuteen eikä sen päämääränä saa olla voiton tavoittelu. Yrittäjyys ei ole rooli vaan henkilön sisäinen ominaisuus. Schumperin mukaan luovuus tai ”luovan tuhon prosessi” ei toteudu ulkoisella ohjeistuksella. Innovaatioprosessi vie oman aikansa. Luovan tuhon prosessi on Schumperin mukaan ainutkertainen jatkuvasti liikkeessä oleva prosessi (Harisalo & Miettinen 1996, 127- 129; Saari 2008, 18- 21; Rajaniemi 2010, 52- 53).

Innovaation ei tarvitse olla ulkopuolisen silmin uusi vaan riittää, että se on toimijoiden silmissä uusi. Jonkin asian määrittelemine uudeksi ei tee siitä automaattisesti hyvää. Uuden ratkaisun kehittäminen ja työstäminen voi olla hyvinkin vaivalloista, jolloin innovaatio koetaan huonoksi käyttöönottoon ja oppimiseen liittyvien riskien ja ongelmien vuoksi. Muutama vuosikymmen taaksepäin innovaatiot koettiin harvinaislaatuiksi, mutta nykypäivänä ne ovat tavallisia ja kaikkialla läsnä olevia ilmiöitä. Innovaatiot ovat tarkoitushakuisia, niitä ei synny sattumalta. (Koivisto, Mikkonen, Vade`n, Valkokari, Ahonen & Vainio 2011, 18- 19).

Innovaatioiden luomisessa ja kehittämisessä tarvitaan luovuutta, mutta sanoja ei tule käyttää synonyymeina. Yhteistä molemmille käsitteille on se, että kaikki ihmiset voivat olla sekä luovia että innovatiivisia. Molempia voidaan tietoisesti kehittää ja lisätä. Molempien prosesseja voidaan tutkia ja säädellä. Innovaation luominen voi edellyttää luovuutta, mutta luovuudella ei välttämättä synny innovatiivisia keksintöjä. Innovaatio on innovaatio kun sillä on todellista merkitystä, vaikuttavuutta. Innovatiivisuus suhteessa luovuuteen voidaan nähdä myös yläkäsitteenä, jolloin sen on tarkoituksena saada aikaiseksi uudistuksia. Tällöin luovuus on sen alakäsite, jonka tarkoituksena on synnyttää ideoita. Loppujen lopuksi innovaatioiden ja luovuuden välinen raja on häilyvä. Kummankin tarkoituksena on tuottaa ratkaisuja erilaisiin ongelmatilanteisiin tavalla jonka alkuperää ei voi jäljittää (Seeck 2008, 247; Harisalo 2009, 289- 290; Kangas & Paasivaara 2010, 53).

Suomalaisessa innovaatioiden kehittämisessä on korostettu teknologiaa. Innovaatiot liitetään usein uusiin radikaaleihin keksintöihin, johonkin ennennäkemättömään ja suureen. Ideaa tarkasteltaessa on hyvin todennäköistä, että siitä löytyy jotakin tuttuakin. Tuttuuden löytäminen ei kuitenkaan ole este uuden idean käyttöönotolle. De Bonon(1978)mukaan mies kirjakaupassa ei hylkää kirjaa sen takia, että hänellä on jo kotona yksi kirja vaan perusteet kirjan hylkäämiselle ovat toiset esimerkiksi kirjan tarina ei miellytä (De Bono 1978, 190).

Innovaation ja keksinnön ero on siinä, että innovaatiossa uutta tietoa sovelletaan ja levitetään käytäntöön. Keksinnössä kyse on uuden tiedon tai asian löytämisestä tai ymmärtämisestä. Innovaatiossa erotuksena keksimiseen korostuu myös sen tarkoituksenomaisuus. Toisin sanoen innovaatioita ei kehitetä innovaation takia vaan, jotta päästäisiin hyödyntämään innovaation etuja. Innovaation voisi määritellä tuotteeseen tai palveluun liittyväksi uudeksi toimintatavaksi, josta on hyötyä joko yhteiskunnallisesti tai kilpailutilanteessa. Innovaatiot käsitetään usein erityislaatuina keksintöinä, joihin eivät kaikki kykene. Tämä on virheellinen käsitys, sillä kaikki ihmiset kykenevät innovaatioihin. Innovaatio voi olla suuri ja radikaali toimintatavan muutos tai pieni vähitellen syntyvä muutos toimintaan. Kaikki innovaatiot eivät synny suuren innovaatiojärjestelmän tuloksena vaan osa syntyy aivan tavallisessa arjessa. Tällöin puhutaan piiloutuneesta innovaatiosta, joka liittyy tiedon uudelleen soveltamiseen eikä varsinaisen uuden luomiseen. Piiloutuneet innovaatiot eivät ehkä nouse julkisen keskustelun piiriin tai niiden ei ajatella olevan varsinaisia innovaatioita. Piiloutuneilla innovaatioilla on kuitenkin merkitystä lisäarvon tuottamisena organisaatioiden kehitykseen ja toimintaan. Innovaatio on kuitenkin aina jotakin uutta, oli se sitten suurta tai pientä uudistusta (Sotarauta 2009, 58; Antola & Pohjola 2006, 20; Seeck 2008, 246).

Innovaatioteorioissa ei haeta yhtä oikeaa vastausta vaan vastauksia haetaan jatkuvasti muuttuvassa tilanteessa. Innovaatio ajattelun mukaan työntekijät ovat kehittämishaluisia yksilöitä. Tärkeänä pidetään uudistumista, toimintatapojen kehittämistä ja uudenlaisen ajattelutavan omaksumista. Asiakkaita, kumppaneita ja kuluttajia otetaan mukaan kehittämistyöhön. Avoimuus uusille ideoille ja niiden toteuttamiselle on ominaista innovaatiotoiminnalle (Seeck 2008, 243- 244).

Yksiselitteistä vastausta siihen millaiset organisaatiot tuottavat innovaatioita ei ole löydetty. Organisaation joustava rakenne edistää yhteistyötä yli ammattirajojen. Innovatiivisuutta edistää myös se, että työntekijöitä kannustetaan autonomisuuteen, innovatiivisuuden tarve tiedostetaan ja siihen myös kannustetaan. Työn tekoon liittyy myös jatkuva uuden oppiminen. Organisaation innovatiivisuutta lisää jos se kykenee korjaamaan, kehittämään ja uudistamaan toimintaansa. Tällaisen toiminnan tulee olla lähtökohtana kaikkeen toimintaan organisaatiossa. Innovatiivisuuden tulee olla koko organisaation toiminnan perusajatus työntekijästä johtajaan. Innovatiivisuus ei synny pakottamalla vaan ajatustapoja itsenäisesti ohjaamalla. Innovatiivisen organisaation tunnusmerkeiksi voisi nimetä toiminnan kehittämiseen kannustamisen, haasteiden voittamisen uskon luomiseen, innovatiivisen toiminnan kehittämisen pitkäjänteisyyden sekä työntekijöiden

keskinäiseen kannustamiseen ja tiedon jakamiseen. Innovaatioita ehkäiseviä tekijöitä ovat byrokraattisuus, muodollisuus ja toiminnan tiukka kontrolli (Seeck 2008, 257- 258; Harisalo 2009, 286- 287).

Terveydenhuollon innovaatioista puhuttaessa puhutaan sosiaalisista innovaatioista. Ensimmäisen kerran sosiaalisen innovaation käsitettä on käyttänyt Benjamin Franklin (1706- 1790). Sosiaalisen innovaation alun oletetaan syntyneen Peter Druckerin ja Michael Youngin tutkimuksissa 1960-luvulla. Innovaatioiden syntyyn vaikuttavista tekijöistä kiisteltiin viisikymmentä vuotta sitten runsaasti. Yksittäisiin tekijöihin perustuvat innovaation synnyn selitykset hylättiin kuitenkin 1980-luvulla. Järjestelmällisemmin käsitettä alettiin kuitenkin käyttää kuitenkin vasta 1990-luvulla. Innovaationäkemykset ovat muuttuneet innovaatiotutkimuksen historian aikana. Tämän jälkeen innovaatioiden syntyä on selitetty useilla vuorovaikutus- ja verkostomalleilla. Käsitteenä sosiaalinen innovaatio on suhteellisen uusi, joten sen tarkka määrittelyminen on vaikeaa (Harisalo & Miettinen 1996, 127- 129; Tekes 2007, 1-2; Saari 2008, 18- 19).

Organisaatiot ovat joutuneet muuttamaan toimintatapaansa jatkuvan muutoksen ja ennakoimattomuuden lisääntyessä koko yhteiskunnassa. Uusiin ongelmiin eivät kelpaa enää ratkaisuksi vanhat ratkaisut. Organisaatioiden muutosten nopeus ja ennakoimattomuus haastavat organisaatioita uudelleenlaiseen toimintatapaan. Tähän ongelmaan innovaatioteoriat tarjosivat ratkaisun. Innovaatioteoriat mahdollistavat myös tiedon hyödyllisyyden mittaamisen ja arvioinnin (Seeck 2008, 290; Harisalo 2009, 285).

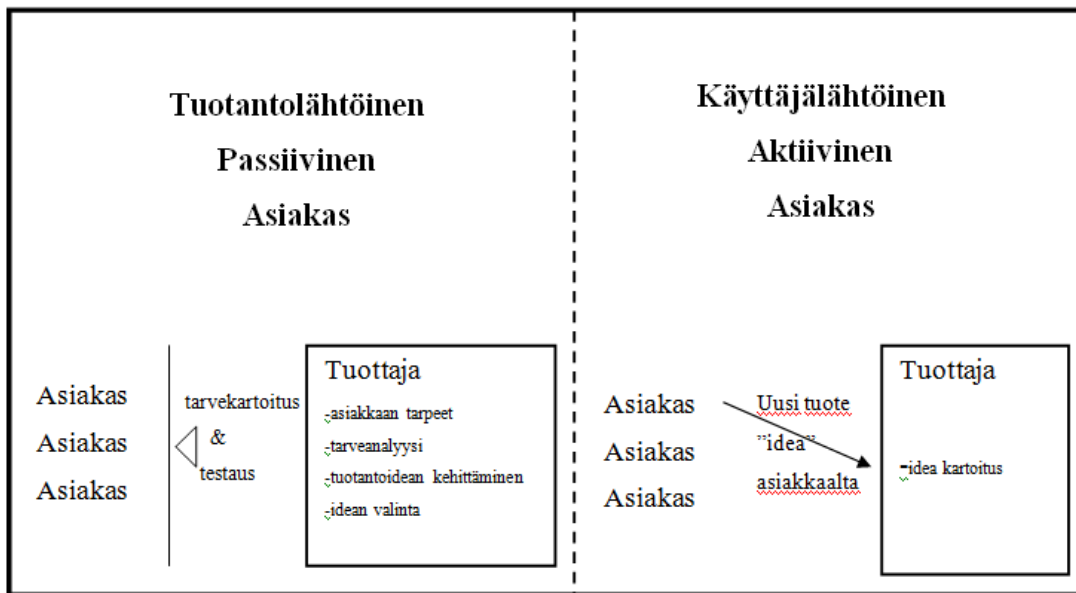
3.2 Palveluinnovaatiot

Puhuttaessa palveluiden parantamisesta innovaatioiden avulla niin tarkoitetaan palveluinnovaatioista. Ne voivat käsittää palveluprosessin tai sen tuotteeseen liittyviä uudistuksia. Palveluiden arvoketjuja, verkostoihin tai organisaatioiden rakenteisiin liittyviä uudistuksia (Saari 2008, 54). Palveluinnovaatiot syntyvät yhdessä asiakkaan kanssa tekemällä. Palveluinnovaatioiden tekeminen on asiakkaiden ja palvelun tuottajien vuoropuhelua keskenään. Palveluinnovaation tunnusmerkki on se, että se on asiakkaan näköinen, ei palvelun tuottajan. Palveluinnovaation luomisessa innovoidaan asiakasarvoa eli tuotetaan palveluita, jotka palvelevat asiakkaita paremmin ja kustannustehokkaammin. Asiakkaita voi myös kutsua tekemään omat palveluinnovaationsa esimerkkinä Adidas, joka kutsui asiakkaansa tekemään oman näköisensä lenkkiosut. Palveluinnovaatioita tuotetaan samalla tavalla kuin muutakin tuotantoa, mutta erotuksena se, että

maksetaan vain siitä mitä tarvitaan. Tärkeänä tekijänä on muistettava yhteistyö eri toimijoiden kesken. On muistettava myös vertaisryhmät ja tiedon jakaminen (Suominen 2011).

käsitettiin tarkoittavan teknologian kehittämistä. Innovaatioiden on nähty yhä enemmän sisältävän myös muuta kuin teknologian kehittämistä. Innovaation nähdään nykyään sisältävän myös palveluiden ja toimintatapojen uudistamista. Yrityksen menestyksen nähdään riippuvan laadukkaiden tuotteiden ohella myös palveluiden laadukkuudesta. Tuotteen laadun rinnalla nähdään yhtä tärkeänä ominaisuutena yrityksen kyky vastata asiakkaiden tarpeiden tyydyttämisen. Suomessa kiinnitetään paljon huomiota myös tuotteen toimivuuteen, mutta markkinat ja asiakkaat jäävät vähemmälle huomiolle. Yrityksen menestykselle on kuitenkin ratkaisevan tärkeää tuntea asiakkaan tarpeet ja markkinat. Tähän vastaukseksi tarjotaan yhteistyötä asiakkaiden kanssa. Asiakaskeskeisyys markkinoilla näkyy brändien ja yksilöllisten tuotteiden lisääntymisenä. Brändit kertovat asiakkaille tuotteista, joiden laatuun voi luottaa (Hautamäki 2008, 43).

Von Hippel esitteli (1978) tuotantolähtöinen vs. käyttäjälähtöinen dikotomian (kuvio 2). Tuotantolähtöinen tapa vastasi tuotantoa, joka kyselee asiakkaan tarpeita, käsittelee tietoa. Tuotantolähtöinen tuotanto testaa ideoita asiakkailta jopa vasten näiden antamaa informaatiota, kuuntelematta asiakkaan mielipidettä. Asiakkaan rooli on vastata silloin kun siltä satutaan kysymään. Käyttäjälähtöinen voidaan määritellä asiakaslähtöiseksi toimintatavaksi. Käyttäjälähtöinen tuotanto puolestaan edellyttää asiakkaalta aktiivista roolia. Tuottajan rooli on odottaa asiakasta, joka määrittelee tuotteen jolle on tarvetta. Von Hippel testasi molempia hypoteeseja, kumpi soveltuisi parhaiten tavaratuotantoon. Tuotantolähtöinen soveltui perinteiseen tavaratuotantoon, jossa tuotettiin rutiininomaisella tavalla tavaraa. Käyttäjälähtöinen tuotanto soveltuvuus perustui tavaratuotantoon, jossa asiakas oli erityisen tietoinen mitä hän tarvitsi (Von Hippel 1978, 39- 49).



Kuvio 2. Tuotannon aktiivisuus vs. asiakkaan aktiivisuus (mukaeltu Eric von Hippel 1978, 40).

Von Hippelin(1978) mukaan käyttäjälähtöisestä innovaatiosta on kyse kun tuotteen tai palvelun kehittäjä uskoo saavansa hyötyä innovaatiosta käyttäessään tuotetta tai palvelua. Tuotokeskeisestä innovaatiosta on taas kyse silloin kun tuotteen tai palvelun kehittäjä uskoo hyötyvänsä tuotteesta tai palvelusta myymällä sitä(Von Hippel 1978, 40; Baldwin& von Hippel 2009, 3).

Von Hippelin (2005) mukaan innovointi on tullut yhä tasa- arvoisemmaksi, sillä palveluiden ja tuotteiden käyttäjiä otetaan yhä enemmän kehittämistyöhön mukaan. Käyttäjälähtöinen (user - centered) innovaatiopolitiikka antaa suuremmat mahdollisuudet innovointiin kuin satoja vuosia vallinnut tuotantokeskeinen(manufactured centered) toiminta. Innovatiiviset käyttäjät voivat kehittää juuri sitä mitä haluavat eikä heidän tarvitse vain luottaa tuotantokeskeiseen tapaan tuottaa tavaroita ja palveluita (Von Hippel 1978,40; 2005, 121).

Alam(2002) taas on sitä mieltä, että edelleen huolimatta 25 vuoden tutkimuksesta tavaroiden ja palveluiden tuottajat eivät ole oppineet hyödyntämään asiakkaita tuotteiden ja palveluiden suunnittelussa. Edelleen ”asiakkaan ääni” puuttuu tuotteista ja palveluista. Tavarointa ja palveluita tuotetaan edelleen vain tuottajan näkökulmasta(Alam 2002, 251).

Käyttäjälähtöisen innovoinnin edut verrattuna tuotelähtöiseen innovointiin voidaan tiivistää seitsemään kohtaan: Innovoinnin hyötyihin, motivaatioon innovoida, toiminnan laatu, tiedon taso, innovaation tyyppi, tuotannon vaihe, leviämistapa. Tuotelähtöisessä innovoinnissa hyöty

innovoinnista on saada tuote myytyä. Se on myös motiivina innovointiin. Toiminnan laatu lähtee organisaatiosta, yrittämisestä sekä ammattimaisesta innovoinnista. Tiedon taso innovoinnissa on ongelman ratkaisuun perustuvaa. Innovaation tyyppi on laadun parantamista ja suunnittelua, muotoilua. Tuotannon vaihe on tuotantokeskeisessä innovoinnissa valmis tuote. Innovoinnin leviämistapa on tuotteen myynti. Käyttäjälähtöisessä innovoinnissa innovaation hyöty on saada tuote tai palvelu käyttöön. Motiivina innovointiin on tarve tuotteelle tai palvelulle. Toiminnan laatuna on innovointi useiden yksilöiden toimesta. Tiedon taso käyttäjälähtöisessä innovoinnissa on tieto olemassa olevasta tarpeesta. Innovaation tyyppinä on toiminnallisuuden mukaan tuominen. Tuote tai palvelu tuodaan kehitteillä tai alkuvaiheessa olevana julkisuuteen, jolloin sen kehittämiseen voivat muutkin käyttäjät osallistua. Käyttäjälähtöinen innovaatio leviää vapaaehtoisten käyttäjien toimesta (Von Hippel & De Jong 2010, 8).

Suomalaisen innovaatiotoiminnan kehittämisen haasteena on saada hyödynnettyä yhteisöjen ja yksilöiden luovuus. Nykyisin vallitsevana olevassa kysyntä- ja käyttäjälähtöisessä innovaatiopolitiikassa korostetaan asiakkaiden tarpeista lähtevien palveluiden kehittämistä ja käyttäjien osallistumista kehittämiseen. Tulevaisuudessa omat haasteensa terveydenhuollolle luovat erilaiset yhteiskunnalliset muutokset kuten globalisoituminen ja väestön ikääntyminen. Avoimet markkinat ja kilpailu luovat yleisiä edellytyksiä innovaatioille. Innovoinnille suotuisilla markkinoilla toimijat ovat vastuullisia, vaativia sekä kokeilunhaluisia. Näihin on esitetty ratkaisuksi hallintorajat ylittävää julkista innovaatiopolitiikkaa. Valtion asema on muuttunut kehittäjätoveriksi uusien innovaatioiden suhteen. Valtion tehtävänä on toimia uusien innovaatioiden suodattimena, kehittämisen ja toiminnan tukijana, yhteistyöprosessien toimeenpanijana sekä eri taloudellisten toimijoiden välisenä keskustelijana (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010; Työ- ja elinkeinoministeriö 2011; Schienstock 2004, 15).

Innovaatioiden syntymisessä tärkeimpinä tekijöinä ovat suhteet asiakkaisiin sekä erilaiset verkostot muihin toimijoihin. Innovaatioista jopa 96 % syntyy tällaisista kontakteista. Haluttaessa lisätä innovaatioiden syntyä on mietittävä millaisissa tilanteissa niitä eniten tavanomaisesti syntyy. Organisaatioiden on jatkuvasti tiedostettava innovatiivisuuden esteet organisaatiossa. Niitä ovat mm. vallan keskittäminen, työnjaolliset tiukat rajat, epäselvät tavoitteet, sisäinen kilpailu ja vuorovaikutussuhteiden ongelmat. Jotkut onnistuneet innovaatiot ovat olleet pienimuotoisia, mutta kauaskantoisia ilman suurta markkinointia esimerkkinä käsien pesun käytännöt terveydenhuollossa. Toiset innovaatiot taas vaativat paljon investointeja ja koulutustumista. Ongelmallista on, että innovatiivisuuden eteenpäin viemisen yksi tehokkaimmista muodoista on yhteistyön tekeminen.

Ongelmalliseksi sen tekee se, että se samalla voi olla myös innovatiivisuuden tappaja. Yhteistyön ja yhdessä tekemisen, jaetun päätöksenteon on todettu nopeuttavan sosiaalista oppimista, motivoivan ihmisiä päätöksien tekemiseen, sekä sitoutuvan ja sopeutuvan paremmin muutoksiin. Riskinä on myös, että yksilöt alkavat toteuttamaan omia yksilöllisiä tarpeitaan ryhmien tarpeiden edelle. Yksi ratkaisu ongelmaan on luoda asiantuntijoille ja tavallisille kansalaisille tapahtumapaikka, jossa käsitellä asioita (Harisalo 2009, 290; Dixon- Woods, Amalbert, Goodman, Bergman & Glasziou 2011, 47- 51).

Kysyntä- ja käyttäjälähtöisyys avartaa innovaatiotoiminnan maailmaa ja hyödyntää monia uusia innovaatioiden lähteitä. Yksityisen sektorin rinnalla myös julkinen sektori voi innovoida, yhteiskunnalliset haasteet voidaan muuttaa kilpailueduiksi ja kansalaiset voivat yksin ja yhteisöinä aiempaa helpommin osallistua innovaatiotoimintaan (Työ- ja Elinkeinoministeriö 2010).

Hyvänä esimerkkinä kysyntä- ja käyttäjälähtöisestä innovaatiosta on terveystioski ajatus. Sitran kuntaohjelman käynnistämä kokeilu alkoi Ylöjärveltä kesällä 2009. Hyvää palautetta saatuaan se on nyt aloittanut toimintansa Lahdessa maaliskuussa 2010. Terveystioski tarjoaa matalan tason terveystioskaita siellä missä ihmisetkin liikkuvat keskustoissa ja kauppakeskuksissa. Toiminta on hoitajien järjestämää esimerkiksi verenpaineen ja verensokerin mittausta yms. Hoitajien kokemuksen mukaan terveystioski toiminta on edistänyt riskiryhmiin kuuluvien hakeutumista hoitoon. Terveystioski toiminnassa noudatetaan ohjeistusta, että palvelu tulee asiakkaan luo. Tässä toiminnassa on lähdetty kehitystyötä tekemään asiakkaan tarpeista käsin. Asiakkaan ei tarvitse lähteä esimerkiksi terveystioskukseen mittauttamaan verenpainetta vaan sen voi suorittaa esimerkiksi ostosten lomassa. Yhdeksi menestystekijäksi onkin arvioitu terveystioskin helppoa saavutettavuutta ilman ajanvarauksia ja jonotuksia (Sitra 2011).

Tekes ja työ- ja elinkeinoministeriö rahoittavat tutkimushanketta, joka etsii käyttäjän innovaatioille. Kansainvälistä tutkijaryhmää johtaa professori Eric von Hippel. Tutkimus on kaksivuotinen. Tarkoituksena on löytää mittareita käyttäjän innovoinnille ja käyttäjän innovoinnin leviämiseksi. Käyttäjän innovaatio syntyy kun käyttäjät muuntavat tuotteita tai palveluita omiin tarpeisiinsa paremmin soveltuviksi. Innovaatiopolitiikan yhtenä tavoitteena on lisätä käyttäjän innovaatioiden syntymistä ja leviämistä. Vaikuttavuusseurannan tueksi tarvitaan uusia mittareita, sillä nykyiset mittarit mittaavat lähinnä tutkimus- ja kehittämistoiminnan menoja. Tutkimushankkeen ensimmäisessä vaiheessa on tarkoituksena selvittää käyttäjän innovoinnin yleisyyttä ja kustannuksia sekä tapoja joilla innovointia voitaisiin edistää (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010).

Käyttäjännovaatioita kohtaan on esitetty myös kritiikkiä. Kaikkea kerättyä tietoa ei välttämättä hyödynnetä tai se ei ole hyödyllistä organisaatiolle. Toinen kritiikin kohde on ollut käyttäjien edustus, joka ei välttämättä ole riittävän edustava otos käyttäjistä. Kritiikin kohteena on ollut myös käyttäjälähtöisten innovaatioiden tuloksena syntyneiden tuotteiden paremmuus verrattuna normaalisti tuotettuihin tuotteisiin. Onko tällä tavoin tuotetut tuotteet huomattavasti parempia? On esitetty myös tulevaisuuden kuvia, jossa käyttäjät joutuvat suunnittelemaan tarvitsemansa tuotteet (Hyvönen, Heiskanen, Repo & Saastamoinen 2007,32).

Innovatiivisuutta edistäviksi tekijöiksi on havaittu terveydenhuollon puolella positiivinen, salliva ilmapiiri ja toimiva vuorovaikutus. Palkitseminen ja kehuminen motivoi työntekijää. Kiitoksenkin koettiin olevan palkitsemista. Oikeanlainen johtaminen oli vahvasti vaikuttamassa organisaation innovatiivisuuteen. Oma vahva ammattitaito ja työkokemus sekä luovuus lisäsivät myös innovatiivisuutta (Kangas & Paasivaara 2010, 55).

Kaikille innovaatiotoiminnan organisointimalleille on ominaista kriittisyys perinteistä korporatiivista innovaatiotoiminnan johtamista kohtaan. Esimerkiksi Von Hippel osoittaa tämän kritiikkinä tuotelähtöistä innovaatiotoimintaa kohtaan. Von Hippelin mielestä kuluttajat kykenevät kehittämään itse yhä enemmän tarpeiden mukaisia tuotteita ja palveluita. Tutkimusten mukaan eurooppalaisten yritysten innovaatiotoiminta on ollut avointa muualle ympäristöön. Käyttäjillä on keskeinen asema tuotekehitystoiminnassa. Innovaatioiden synnyssä ja kehittämisessä keskitytään yritysten, asiakkaiden, toimittajien ja muiden ulkopuolisten toimijoiden keskinäiseen vuorovaikutteiseen oppimiseen. Yritysten ja organisaatioiden päätöksenteko ei rajoitu vain saatavilla olevaan informaatioon vaan kyseessä on enemmänkin (Koivisto 2011, 33, 44).

Innovaatioprosessissa on kyse erilaisista vaiheista, joilla edetään kohti innovaatioita. Prosessin kulku on harvoin lineaarista vaan prosessissa joudutaan usein kulkemaan eri vaiheiden läpi useamman kerran. Innovaatioprosessin osa- alueita on esitetty tavallisimmin seuraavanlaisiksi:

1. Olemassa olevien rakenteiden kyseenalaistaminen. Innovoijan tulee kyetä ottamaan riski torjutuksi tulemisesta.
2. Idea, josta varsinainen innovaatioprosessi alkaa. Uuden idean hahmotus ja ymmärtäminen.

3. Keksintövaihe, jossa valitut ideat kehitetään eteenpäin. Innovaation esittäminen julkisesti. Vaatii idean puolustamista ja perustelua. Tämä on innovaation läpimenvaihe tai murskaantuminen.

4. Innovaatiovaihe, jossa innovoitua asiaa tai palvelua viedään käytäntöön. Kehittäminen jatkuu, jolloin tuotetta tai palvelua kehitetään edelleen. Innovaatiosta voidaan joutua myös luopumaan sen toimimattomuuden vuoksi.

5. Innovaation omaksuminen. Innovaation omaksumiseen kuluu aikaa, jotta koko organisaatio kykenee omaksumaan sen. Innovaatioprosessi on harvoin suoraviivaisesti vaiheesta toiseen eteneviä. Eri vaiheissa tapahtuu vaihtoehtojen punnintaa ja kilpailua (Harisalo ym 2000, 106; Hasu 2002, 10; Seeck 2008, 247).

Innovaatioprosessin yksi olennainen tekijä on epävarmuus siitä mikä on lopputulos. Jos lopputulos olisi selvillä ei kyse olisi innovaatiosta vaan jonkin jo olemassa olevan parannetusta versiosta. Innovaatiot synnyttävät totutuista normeista ja rutiineista poikkeavaa toimintaa jopa olemassa olevia rakenteita murtamalla. Innovaatioiden kehittämiseen liittyy usein oma jännityksensä, sillä innovaatioiden ”hyvyydestä” ei voi sanoa ennen sen kehittämistä ja käyttöönottamista. Epävarmuus innovaation toimivuudesta tai toimimattomuudesta on vain siedettävä. Todellinen innovaation hyöty selviää vasta kun innovaatio on käyttöönotettu (Koivisto ym 2011, 23, 26).

Asiakkaat on otettava kehittämistoimintaan mukaan joka vaiheessa, jotta syntyy asiakasymmärrys. Tämä toimintamalli haastaa perinteisiä ratkaisuja. Asiakkaan kanssa aloitetaan kehittämistyö puhtaalta pöydältä. Tärkeintä on muistaa miten asiakas haluaa ratkaista ongelmansa (Paavola 2011).

4. Palveluhenkilöstö

Muutoksista organisaatioissa on tullut jokapäiväistä. Toimintaa on jatkuvasti muutettava joustavammaksi. Henkilöstön on omaksuttava uutta tietoa yhä nopeammin. Tämä edellyttää, että organisaatioiden on kehitettävä oppimiskulttuurejaan paremmin soveltuvaksi nopeaan muutokseen. Elinikäinen jatkuva oppiminen on tullut jäädäkseen. Oppiminen on aina kontekstisidonnaista, ja sen tähden ymmärrettävä ja kuvattava organisaation jäsenten toimesta. Organisaation oppimisessa on kaksi tärkeää vaihetta: sisäinen vaihe, jossa tehtävät käydään läpi, ja niistä keskustellaan

kaikkien kesken organisaation sisällä. Toinen vaihe on uuden keksimiseen ja innovointiin fokusoituminen(Achtenhagen, Melin & Muller 2003, 72- 73).

Julkisessa organisaatiossakin on tapahtunut muutos asiakkaan osallistumiseen palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Lainsäädännön avulla tuetaan asiakkaan valinnanmahdollisuuksien lisäämistä. Markkinoilla on paljon toimijoita, jotka verkostoituvat keskenään. Enää ei ole selkeästi täysin yksityistä tai julkista vaan palveluita ostetaan toisilta. Kunnallisilla palveluinnovaatioilla on jonkin verran esteitä tiellään. Esimerkiksi perinteet asiakkaiden kanssa työskentelystä puuttuvat, vallalla saattaa olla edelleen byrokraattisia toimintamalleja. Johtamisjärjestelmät voivat olla kunnallisella puolella vielä hierarkkisia. Toisaalta edelleen voi olla vahvasti julkisen sektorin ja yksityisen sektorin vastakkain asettelu. Hankinnoissa ongelmana, ettei tiedetä mitä asiakas haluaa. Kuntasektorilla on toki paljon potentiaaliakin palveluinnovaatioiden kehittämiseen. Kuntasektorin palveluhenkilöstöllä on paljon monipuolista osaamista. Kuntapuolella on paljon verkostoitumista, potentiaalisia toimija kumppaneita. rahoituslähteiden runsaus on myös suuri verrattuna yksityissektoriin. Kuntasektorin toimialan laajuus mahdollistaa aidon asiakaslähtöisen toiminnan. Kuntasektorilla on myös isona toimijana mahdollisuus vaikuttaa lainsäädäntöön. Aidon asiakaslähtöisen palveluinnovaatiokulttuurin syntyminen tarvitaan yhdessä tekemistä, kumppanuutta ja verkostoja (Hakari 2011).

Innovaation syntyminen vaatii monia eri tekijöitä organisaatiolta. Yksi niistä on positiivinen organisaatiokulttuuri. Innovatiivisuutta tukeva organisaatio kannustaa yksilöitä löytämään uusia ja vaihtoehtoisia ratkaisuja. Uudet ajatukset saavat organisaation ja työntekijöiden kannatuksen taakseen. Kokeiluun ja kehittämiseen kannustava ilmapiiri vaatii koko organisaation henkilöstön sitoutumisen innovatiivisuuteen (Antola & Pohjola 2006, 92).

Innovatiivinen työ ja työyhteisö edellyttää palveluhenkilöstöltä luovuutta ja rohkeutta, erilaisuuden sietämistä, kannustamista, moni ammatillista osaamista, verkostoitumista sekä organisaation sisällä että ulkona, työnteon ja tuloksien palkitsemista. Innovatiivisen työyhteisön on siedettävä epäonnistumista ja pyrittävä oppimaan niistä(Stakes 2006).

Organisaatiotutkimuksessa innovatiivisuus voidaan nähdä mahdollisuutena selviytyä organisaatiossa ilmenneistä ongelmista. Organisaatiotutkimuksessa innovaation avulla pyritään selvittämään miten organisaatiot muuttuvat ja uudistavat toimintaansa (Rajaniemi 2010, 47).

Hoitotyön henkilöstö on terveystaloudellisesta näkökulmasta velvollinen kehittämään toimintaansa ja terveydenhuollon palveluita vastaamaan yksilöiden ja ryhmien tarpeita tunnistamalla uusia toiminta- ja tehtäväalueita sekä luomaan uusia toimintatapoja ja -menetelmiä. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta vastuullisuutta ja yhteiskunnallista vaikuttamista. Kouluttautumalla kyetään vastaamaan muuttuviin tarpeisiin. Kouluttautumisen kautta on mahdollista saada lisätietoja ja taitoja asiakkaiden ja omaisen ohjaamiseen ja opettamiseen, ihmiskeskeisiin toimintatapoihin, verkostotyöskentelyyn sekä laadunhallintaan (Stakes 1997, 59).

4.1 Julkisen organisaation henkilöstö muutoksessa

Nopeasti muuttuva yhteiskunta vaatii myös julkisen palveluntuottajan luomaan ja soveltamaan uutta tietoa. Innovaatiokäsitteistöjen avulla julkisen sektorin on mahdollista tunnistaa ongelma- ja kehittämisaalueensa. Julkisen palvelun tuottajan innovaatiotoiminta vaatii yli rajojen ulottuvaa toimintaa koko henkilöstöltä. Tuottajan tulee kyetä tunnistamaan olemassa olevien tarpeiden lisäksi piilossa olevat tarpeet näkyviksi. Julkisen sektorin tulisi kyetä hyödyntämään erilaista henkilöstön osaamista osana innovaatiotoimintaa. Julkisella sektorilla on tähän hyvät mahdollisuudet sen eri toimintaverkkojen vuoksi (Sotarauta 2009, 63, 67).

Innovatiiviselta organisaatiolta edellytetään erilaisia ominaisuuksia kuin innovatiiviselta yksilöltä. Innovatiivisen organisaation määrittäyksetkin muuttuvat ja täsmentyvät koko ajan. Innovatiivinen organisaatio on ennen kaikkea jatkuvasti kehittyvä, toimintaansa korjaava ja uudistava. Innovatiivisessa organisaatiossa johto osaa motivoida ihmisiä tarttumaan haasteisiin vastarinnan sijasta. Innovatiivisessa organisaatiossa elää usko selviytymisen mahdollisuuksiin isoistakin haasteista huolimatta. Tulevaisuuteen ja onnistumiseen uskovat ihmiset uskaltavat myös tekemään perinteisistä ratkaisuista poikkeavia ongelmanratkaisuja. Innovatiivisen organisaation johtajatuksena on innovatiivisuuden ylläpitäminen. Ajatus organisaatiosta kulttuurina korostaa kulttuuria ajattelun ja toiminnan lähtökohdaksi. Innovatiivisen kulttuurijattelun avulla voidaan edistää innovatiivisuutta työyhteisössä sen luonnollisena osana. Kyse ei ole projekteista vaan pitkäkestoisesta toisenlaisesta tavasta ajatella. Innovatiivisessa organisaatiossa saadaan hyvän vuoro vaikutuksen avulla kehitettyä innovaatioita yhteisesti eri näkökulmat huomioiden (Harisalo 2009, 286- 288, 309).

Innovaatiotoiminta on harvoin selkeää ja lineaarisesti etenevää. Organisaation varoissa riskejä syntyy ongelmia uutta aloitettaessa, koska lopputulos ei ole ennustettavissa. Organisaation tulee

olla valmis lakkauttamaan olemassa olevia toimintoja tai palveluja jos uudistuksen toteuttaminen niin edellyttää. Muita esteitä innovaatiotoiminnan onnistumiselle ovat yksipuolisiin tutkimustuloksiin luottaminen, tarvelähtöisyyden kartoittamisen puute, muutoksen ja innovaatiotoiminnan johtamisen puute, innovaatiotoiminnan kannustien puuttuminen, suunnittelussa ja taloudellisessa toimintaa ei ole huomioitu riittävän pitkälle aikavälille. Lisäksi on mainittava yleinen tietämättömyys innovaatioista ja niiden vaatimista prosesseista. Sotaraudan (2009) mielestä on ymmärrettävää, että julkisen sektorin puolella edellä mainitut muodostuvat esteiksi. Julkisen sektorin toiminta on jatkuvasti valvonnan alaisena. Julkisen sektorin toiminnan on siis oltava läpinäkyvämpää kuin yksityisten yritysten, joten julkisen sektorin innovaatioprosessitkin eroavat yksityisten yritysten prosesseista (Sotarauda 2009, 64).

Organisaation rakenteiden tarkoituksena on varmistaa, että toiminta on tehokasta ja työnjako selkeää. Rakenteelliset tekijät vakioivat ja rajoittavat toimintaa ja ehkäisevät innovatiivisuutta organisaatiossa. Organisaation innovatiivisuuden lisäämiseksi on hallinnollisia rajoja kyettävä ylittämään. Työn tehokkuuden vaatimus suuntaa työn tekemistä rutiininomaiseen tuttuun toimintaan. Organisaation muutoksen tulisi ylittää rajat, koska asiakas pysyy samana koko palvelukokonaisuuden ajan. Samanlainen käsitys asiakkaasta tulisi ulottua koko palvelukokonaisuuden läpi. Tuotantolähtöisistä toimintatavoista tulee siirtyä palveluketjujen kehittämiseen. Tämä tarkoittaa uudenlaista yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Tämä tarkoittaa palvelukokonaisuuksien selkiytymistä (Harisalo 2008, 309- 310; Virtanen ym 2011).

Terveydenhuollon organisaatioissa rakenteelliset rajat ovat hyvin selkeitä. Työnjako on määritelty jo koulutusvaiheessa esimerkiksi minkälaisia tehtäviä sairaanhoitaja tai lähihoitaja voi koulutuksensa jälkeen tehdä. Organisaatiokohtaisella koulutuksella voidaan kuitenkin saada yksittäisenkin työntekijän työnkuvaa laajennettua ja muutettua.

4.2 Terveydenhuollon organisaation erityispiirteet

Julkisen terveydenhuollon organisaation erottaa muista organisaatioista se, että terveydenhuollon palveluissa on sitouduttu huolehtimaan asiakkaiden hyvinvoinnista. Resurssit ja velvoitteet tulevat julkiselta vallalta. Julkisen terveydenhuollon tavoitteisiin ei kuulu voiton tuottaminen. Palvelut tuotetaan terveydenhuollon henkilöstön ja asiakkaiden kesken (Haverinen 1998, 85). Julkista terveydenhuoltoa on haukuttu kehittymättömäksi, koska ei ole kiinnitetty tarpeeksi huomiota kilpailukykyyn, vaikuttavuuteen ja palveluiden saatavuuteen. Terveydenhuollon innovatiivisuuden

edistäminen vaatii entistä parempien asiakaspalautteiden hankintaa ja käsittelyä. Tällöin kyetään paremmin seuraamaan asiakkaiden tarpeissa tapahtuneita muutoksia (Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen & Pelkonen 2007, 16; Kangas & Paasivaara 2010, 53).

Terveydenhuollon organisaation erityispiirteisiin kuuluu myös vahva professionaalisuus. Asiantuntijuus voidaan määritellä jonkin asian tai alan erityisosaamiseksi suhteessa muihin. Terveydenhuollon ja lääketieteen asiantuntemus määritetään muodollisin kriteerein. Koulutuksen pituus ja tieteellisyys määrittää terveydenhuollon asiantuntijoiden työnjaon ja arvostuksen. Yksi professionaalisen työn tunnusmerkki on työn tarkka rajaaminen (Launis 1994, 6-8). Terveydenhuollon moni ammatillista pirstoutunutta osaamista on pyritty yhdistämään 1970-luvulta alkaen kokoamalla erilaisia työryhmiä ja tiimejä. Yksin tehtävä itsenäinen työskentelytapa pysyi kuitenkin pitkään vahvana. Myöhemmin 1990-luvulla työskentelytapa muuttui perusterveydenhuollossa kun uudeksi malliksi otettiin alueellinen väestövastuu. Yksi tiimi vastasi tietyn alueen väestön perusterveydenhuollosta. Uutena käsitteenä syntyi moni ammatillinen tiimityö. Painotuksena tällaisessa työskentelyssä on tiimien aikaansaama kokonaisvaltaisempi asiakastyöskentelytapa ja kokonaisvaltaisempi näkemys asiakkaasta (Launis 1994, 258).

Suomessa on rakennettu ns. Innokylä, jonka tarkoituksena on luoda sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla toimiville ihmisille avoin verkosto, jossa voidaan jakaa tietoa hyvistä käytänteistä ja hankkeista. Innokylää (www.innokyla.fi) ovat olleet rakentamassa Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, kuntaliitto, THL, STKL, Tekry, Ray ja Tekes. Innokylän tavoitteena on tukea avoimella yhteiskehittämisen tavalla sosiaali- ja terveystieteiden kehittäjiä innovaatioiden kehittämiseen ja toteuttamiseen. Yleisenä ongelmana on miten saada alan ammattilaisten asiakastyötä rajapinnassa työskentelevien ihmisten innovaatiot esiin. Innokylän tavoitteena on saada ihmiset työpaikoilla ymmärtämään kehittämistyö mahdollisuutena ja osana normaalia työtä. Arjen oivallusten esiin saamiseksi tarvitaan myös kannustusta ja palkitsemista (Lahti 2011, 18)

5. Ideoista innovaatioiksi

Terveydenhuollon innovaatioista puhuttaessa puhutaan sosiaalisista innovaatioista. Tällaiseksi innovaatioiksi voidaan määritellä yksilön, ryhmän tai verkoston toiminnan tuloksena syntynyt idea, joka antaa lisäarvoa yksilölle tai yhteisölle joko terveydessä tai palvelujärjestelmässä. Vaikuttavuuden merkitys on suuri innovaatiotoiminnassa tärkeänä. Ihmisten tiedon määrä on myös lisääntynyt entisestään. Terveydenhuollon puolella innovaatiotoiminta on vielä melko nuorta.

Sosiaalisia innovaatioita on tutkittu melko vähän. Tiukan määrittelyn mukaan terveydenhuollon innovaation tuottama vaikuttavuus pitää kyetä osoittamaan väestön parantuneena terveytenä. Suomessa on melko vakiintuneet tavat kehittää innovaatioita, mutta niitä rakennetaan yhä teollisen yhteiskunnan keinoin. Tällöin yksi organisaatio tutkii, toinen kehittää, kolmas tuottaa ja neljäs tuotteistaa innovaatioita. Avoimet, verkostomaiset innovaatioympäristöt, joissa myös asiakkaat ja käyttäjät ovat aktiivisia, ovat kuitenkin yhä merkittävämpiä. Idean voisi määritellä innovaation aluksi. Innovaation syntyminen ideasta vaatii kehittämistä edelleen. Innovaatiot ja ideat syntyvät usein samalla tavalla sattumista. Sattumille on kuitenkin luotava tarttumapintoja ja mahdollisuuksia. (Harmaakorpi 2009, Hämäläinen & Heiskanen 2004, 10- 11; Taipale & Hämäläinen 2007, 16; Hämäläinen, Jäppinen & Kivisaari 2011, 219- 226).

Terveydenhuollossa innovaatioita on perinteisesti kehitetty sisäisen asiantuntijuuden avulla. Muutosta on kuitenkin havaittavissa, sillä yhä useammin hyödyllisiä ideoita tulee aktiivisilta kansalaisilta, ulkopuolisilta arvioijilta, medialta sekä erilaisista selvityksistä ja raporteista.

Suljetun innovaatiomallin rinnalle on kasvamassa avoin yhteisöllinen innovaatiomalli, jossa innovaatioita kehitetään ja jaetaan yhdessä. Avoimessa innovaatiomallissa osaamista nähdään myös muualla kuin omassa organisaatiossa. Tässä mallissa on ymmärretty, ettei kaikkea tarvitse keksiä itse hyötyäkseen keksinnöistä. Suljetun innovaatiomallin peruseriaate keksit itse, hyödyt itse on hylätty. Sosiaali- ja terveydenhuollon erilaiset portaalit ja palvelut ovat ilmaisia, ja käyttäjät osallistuvat kehittämistyöhön. Terveydenhuollon organisaatioissa kehittämishalukkuudesta ei ole puutetta. Hoitohenkilökunta on tunnetusti kiinnostunut kehittämään ja hyödyntämään uusia ideoita. Ongelmallisia ovat yli ammattikunta- tai organisaatorajojen liikkuvat innovaatiot. Tällaisten innovaatioiden omaksuminen on hidasta. Yhteiskunnallisesti hyödyllisten innovaatioiden tärkeyden vuoksi on kehitetty erilaisia tapoja niiden levittämiseksi. Yksi tällainen tapa on innovaatioiden juurruttaminen, jossa käyttäjäosapuolten ja tuottajaosapuolten välistä vuoropuhelua pyritään edistämään. Vuoropuhelun avulla pyritään saavuttamaan tulos, joka vastaa osapuolten tarpeita. (Hämäläinen ym. 2011, 219, 222).

Terveydenhuollon innovaatiot voidaan ryhmitellä neljään kategoriaan:

1. Systemiset innovaatiot liittyvät palveluiden järjestämiseen. Ne käsittävät lainsäädännön, normit, suositukset, palveluiden ja etuuksien järjestämisen sekä niiden erilaiset järjestämistavat. Ne kohdistuvat koko terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Esimerkiksi uusi terveydenhuoltolain uudistus kuuluu systeemiin innovaatioihin. Systemisten innovaatioiden käytäntöön siirtämiseen

vaikuttavat eduskunta, ministeriö ja kuntapäätäjät. Esimerkkeinä systeemisistä innovaatioista päivähoitolaki, ansiosidonnainen päiväraha, PARAS 2006- hanke hajautuksesta verkostoitumiseen tai jopa suomalainen hyvinvointiyhteiskunta.

2. Palveluprosessien innovaatiot kohdistuvat nimensä mukaisesti palveluprosesseihin ja hoitokäytäntöihin ja hoitoketjuihin. Tällaisilla innovaatioilla voidaan entistä enemmän ottaa asiakasta mukaan omaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmät ovatkin kehittymässä entistä asiakaslähtöisemmiksi. asiakkaan voimavarat, osallistuminen ja toimintakyvyn edellytykset otetaan entistä paremmin huomioon. Tämän innovaation käyttöönotosta päättävät ja toteuttavat palveluorganisaation johto ja ammattilaiset.

Esimerkkeinä palveluprosessi innovaatiosta voisivat olla alueellisen hoito - ohjelman uudistaminen, hoito- ja palveluketjujen kehittäminen, laatusuosituksset, näyttöön perustuva sairauden- ja terveydenhuolto.

3. Palvelu - tai tuoteinnovaatio, joka koskee sosiaali- ja terveystalvueluita, terveyttä edistäviä palveluita ja tuotteita. Esimerkkeinä tästä voisivat olla ikäihmisten palvelukokonaisuus, palvelunohjaus kunnissa. Yksilöiden ja väestön pitkän tähtäimen ja alueelliseen terveyteen liittyvät innovaatiot, joita ovat asumisen, vapaa- ajan, kulttuurin ja liikenteen palveluinnovaatiot. yhteiskunnan eri toimijat vaikuttavat monella tavalla yksilön toimintamahdollisuuksiin. Vaikutuksia ei välttämättä huomata ennen kuin ilmenee ongelmia. Yksilöllisen hyvinvoinnin ja terveyden innovaatiot ovat yksilöiden itsensä hankkimia innovatiivisia palveluita tai tuotteita (Hämäläinen ym. 2011, 219- 226; Stakes 2006).

Palveluinnovaatiot syntyvät tekemällä yhdessä asiakkaan kanssa. Palveluinnovaation tunnusmerkiksi voisi nimetä sen, että se on asiakkaan näköinen - luotu asiakkaan tarpeisiin. Palveluinnovaation synty edellyttää asiakkaalta halukkuutta ilmaista tarpeensa. Suominen on lainannut Joseph B. Pine III lausahdusta, joka kuvaa palveluinnovaation lähtökohtaa ”Asiakkaat eivät halua vaihtoehtoja vaan he haluavat sitä mitä he haluavat”(Suominen 2011).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa sosiaaliset innovaatiot ovat laaja alue. Ne käsittävät kaikki sosiaali- ja terveystalvuelut, etuus- ja tukijärjestelmät sekä palveluiden järjestämisen. Sosiaali- ja terveydenhuollon alue on moni ammatillinen, mikä tekee innovaatioiden kehittämisestä, arvioinnista ja levittämisen haasteelliseksi. Terveystalvuellossa innovaatiot leviävät eri tavalla riippuen niiden tyypistä. Teknologiset innovaatiot leviävät helpommin kuin ammatikunnan rajojen

rikkomista vaativat tai organisaatioiden välisten vastuiden muuttamista edellyttävät innovaatiot. Muutosvastarintaa esiintyy yhtäläillä terveydenhoitoalalla kuin muuallakin. Yhtenä innovatiivisuuden haasteena on voimakas professionaalisuuden vaikutus (Taipale & Hämäläinen 2007, 17; Hämäläinen ym. 2011, 221- 221).

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma on väline, jolla uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Kaste- ohjelman uudistuksen tarkoituksena on kiinnittää huomiota asiakaslähtöiset palveluprosessit, toiminnan hahmottaminen ja johtaminen hallinto- ja ammattirajat ylittävänä asiakasprosesseina.

Ohjelman päätavoitteena on lisätä kuntalaisten osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä ja kaventaa samalla terveyseroja. Tarkoituksena on myös parantaa palveluiden laatua ja vaikuttavuutta sekä kaventaa alueellisia eroja terveyspalveluissa. Uutta Kaste-ohjelmaa (2012 -2015) valmistellaan. Ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet, kehittämisen ja valvonnan painopisteet sekä niiden toteuttamiseen vaadittavat uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. Kaste-ohjelmasta tehdään sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelma, jolla on selkeät tavoitteet ja rajattu määrä strategisesti tärkeitä osaohjelmia. Ohjelma on osin jatkoa aikaisemmalle 2008- 2011 kehittämistyölle. Kaste-ohjelman valmistelu tehdään kansallisesti. Valmistelu perustuu asiantuntijatyöhön, lausuntoihin, kuulemisiin ja aiemman Kaste-ohjelman arvioinnin aineistoon, Sosiaali- ja terveysministeriön strategiaan, hallitusohjelmaan ja kansalaiskyselyn tuloksiin (STM 2011).

Kunnallinen palvelujärjestelmä ei ole kuuluisa nopeista muutoksistaan. Uudistukset tehdään yleensä vasta pakon edessä. Toisaalta niinkin suuri järjestelmä kuin kunnallinen palvelun tuotanto ei voi muuttua jokaisen muotitrendin mukana. Sotaraudan (2010) mielestä julkiselta puolelta puuttuu järjestelmällinen tulevaisuuden suunnittelu. Innovaatiotoiminnan tulisi olla systemaattista. Innovaatioajattelu tulee sisällyttää koko organisaation toimintaan osana muuta strategista suunnitelmaa. Innovaatiotoiminta ei ole jotakin ylimääräistä tai normaaleja rutiineja häiritsevää toimintaa. Julkinen sektori on ollut kovin huolissaan muiden innovaatioiden lisääntymisestä, mutta ei ole kuitenkaan panostanut omaan systemaattiseen innovaatiotoimintaan. Julkisen organisaation innovatiivisuus edellyttää järjestelmällistä ja suunnitelmallista asennetta innovatiivisuuteen. Tämä edellyttää innovaatioiden vaikuttavuuden ja merkitysten arvioinnista laajassa suhteessa kokonaisuuteen. Julkisen sektorin toimintaympäristö on moni merkityksellisempi ja avoimempi tarkkailulle kuin yksityiset organisaatiot. Tämä luo julkiselle sektorille enemmän haasteita.

Julkisen sektorin läpinäkyvyys vaatimus tuo omat elementtinsä innovaatioprosessiin (Haveri, Majoinen & Jäntti 2009, 63; Sotarauta 2009, 56).

Sosiaaliset innovaatiot nähdään positiivisena mahdollisuutena kehittää terveydenhuoltoa. Haasteena koetaan innovaatiotoiminnan toimijoiden ja rakenteiden jatkuvuus ja kehittäminen. Innovaatiotoimintaan kaivataan pysyviä, jatkuvia kehittämistoimia lyhytaikaisten projektien tilalle. Tulevaisuuden ennakointi ja vaihtoehtojen mahdollisuuksia kaivataan. Sosiaaliset innovaatiot nähdään mahdollisuutena eheyttää hajanaista terveydenhuoltoa (Hämäläinen 2008, 115).

6. Asiakasohjautunut terveysterveysorganisaatio

Terveydenhuollon puolella voidaan puhua palveluprosessista tai -ketjusta. Terveydenhuollon organisaatio muodostuu kokonaisuudeksi näistä hoitoketjuista tai - prosesseista. Terveydenhuollon prosesseissa asiakas on prosessin kaikissa vaiheissa mukana. Asiakas on mukana, vaikka ei aina aktiivisena osapuolena. Puhuttaessa prosessista syntyy helposti käsitys, että asiat tapahtuvat katkeamattomana liukuhihnana kuten tehtaassa. Todellisuudessa hoitoprosessissa voidaan joutua palaamaan taaksepäin, toteuttamaan jotakin prosessia useasti ja päällekkäisinä toimintoina. Prosessin tärkein tehtävä on taata, ettei asiakas putoa kesken hoidon pois prosessista vaan aina on joku hoitoalan ihminen yhdessä asiakkaan kanssa määrittelemässä hoidon laatua ja tarvetta juuri sillä hetkellä. Palveluprosessin laatua tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta. Palveluprosessi voidaan lyhyesti määritellä saman asiakkaan tiettyyn hoitokokonaisuuteen liittyvä suunniteltu palvelusarja. Se koostuu palvelutapahtumista eli palveluntuottajan ja vastaanottajan välisistä vuorovaikutustilanteista. Palveluprosesseja ei ole mahdollista yleisesti eritellä, koska ovat organisaatiokohtaisia (Stakes 2006, 8; STM 1998; Kuntaliitto 1999, 28).

Hoito- tai palveluketju voidaan määritellä saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaksi, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittäväksi, suunnitelmallisesti ja yksilöllisesti toteutuvaksi hoitoprosessien kokonaisuudeksi. Terveydenhuollossa käytetään nimitystä hoitoketju yleensä silloin, kun ketjuun sisältyy vain terveydenhuollon hoitotoimia. Nimitystä palveluketju käytetään terveydenhuollossa silloin, kun ketjuun sisältyy myös muiden toimialojen palveluja. (Stakes 2002).

Alueellinen hoitoketju voidaan määritellä yksittäisen asiakkaan sujuvaksi ja aukottomaksi palvelukokonaisuudeksi. Julkisella terveydenhuollolla on pyrkimyksenä saada tätä toimintatapaa

entistä asiakaslähtöisemmäksi. Potilaalle perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityissektorin palveluiden tulee olla kokonaisuus ilman toiminnallisia rajoja. Hoitoketjun tavoitteena on turvata asiakasnäkökulmasta potilaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli toimialarajojen. Hoitoketjun toimivuuden päämääränä on hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen. Hoidon jatkuvuudessa ja sujuvuudessa on ollut viime vuosina nähtävissä ongelmia, koska potilaat joutuvat usein odottamaan tarpeettomasti jatkohoitopaikkaan siirtymistä tai hoito viivästyy syystä tai toisesta. Asiakkaan tulee olla koko ajan selvillä palveluketjun kokonaisuudesta. Palvelu- ja hoitotilanteen tulee olla koko ajan hallinnassa riippumatta siitä, mikä hoitoyksikkö palvelua tarjoaa. Organisaatorajojen tulee olla asiakkaalle näkymättömiä, mutta palveluprosessien näkyviä. Perinteisesti terveydenhuollon palvelujen tuottamisessa ovat korostuneet toimintayksikön optimointi ja yksikkökohtainen tehokkuus, mitkä eivät sinällään tue palveluketjuajattelua (Holmberg- Marttila, 2010; Tantt 2007, 81).

Tantun (2007)mukaan palveluketjuajattelussa riittää vielä kehittämistä julkisessa terveydenhuollossa. Asiakaslähtöisyys löytyy toimintastrategioista, mutta se ei toteudu käytännössä. Palveluketjujen ja asiakaslähtöisyyden kehittäminen vaatii panostusta tiedonkulun hallintaan. Palveluketjuajattelu on toimintamalli, jolla julkisessa terveydenhuollossa on tarkoitus muuttaa nykyistä organisaatiokeskeistä palvelujärjestelmää. Asiakaslähtöisyyden toteutumattomuuden syyt löytyvät palvelujen organisoinnin lisäksi henkilöstön asenteista ja puutteellisesta yhteistyöstä kansalaisten kanssa. Asioita katsotaan asiantuntijoiden eikä asiakkaan palveluketjun näkökulmasta. Palvelualojen yhteisen tunnuslauseen" Palveluketju on juuri niin vahva kuin heikoin lenkkinsä" pitäisi vaikuttaa myös hoitotyössä. Asiakas ei ole tyytyväinen kun muutamat asiat palveluketjussa sujuvat hyvin. Asiakas odottaa kaikkien palveluketjun vaiheiden sujuvan hyvin. Toimivan palveluketjun edellytyksenä on julkisen sektorin, yritysten ja kolmannen sektorin yhteistyö yli organisaatio ja hallinnonrajojen. (Tantt 2007, 65; Lahtinen & Isoviita 2001, 43; Tekes 2010).

Palveluprosessien toivottu toteutuminen varmennetaan erilaisilla asiakasta ja työntekijää koskevilla ohjeistuksilla. Ohjeistuksessa on myös mainittu dokumentit, joihin on kirjattu organisaatiossa sovitut toimintatavat. Palvelusuunnitelmat tai hoitosuunnitelmat ovat asiakirjoja, joiden avulla prosessin kulkua ohjataan ja suunnataan. Suunnitelmista poikkeamiseen tulee laadun valvonnan puuttua (Suomen Kuntaliitto 1999, 47).

Hoitoketjua ei pidä laatia yksin vaan sillä tulee olla ”omistaja”, ja selkeä vastuuhenkilö. Ketjun

omistaja ei saa olla jonkin suppean erikoisalan spesialisti, sillä silloin vaarana on perusterveydenhuollon näkemyksen jääminen vähälle huomiolle. Moni ammatillinen tiimi, johon kuuluu lääkäri sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita voi hyödyntää palveluketjun paikallisia mahdollisuuksia esimerkiksi moniongelmaisen asiakkaan hoidossa (Holmberg- Marttila, 2010).

Asiakasohjautuneessa terveysterveystoiminnassa on ymmärretty asiakkaan merkitys toiminnan kannalta. Von Hippelin(2005) mukaan innovointi on tasa-arvoistunut aikaa myöten. Hänen mukaansa niin tuotteita kuin palveluitakin suunnitellaan yhä enemmän asiakkaiden toimesta. asiakaslähtöisessä innovoinnissa on paljon hyötyjä verrattuna satoja vuosia jatkuneeseen tuottaja keskeiseen innovointiin. Asiakkaat voivat suunnitella tarvitsemiaan tuotteitaan eikä sellaista mitä eivät tarvitse. toisaalta heidän ei tarvitse itse suunnitella kaikkea tarvitsemaansa vaan he voivat jakaa tietoa muille asiakkaille tarpeistaan(Von Hippel 2005)

Terveydenhuollon puolella asiakkaan mahdollisuudessa vaikuttaa omaan hoitoonsa voidaan puhua asiakasohjautuvuudesta. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa terveysterveystoiminnassa kohdalla asiakkaan näkökulmasta mahdollisuutta osallistua aktiivisena toimijana oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Asiakaslähtöisyys merkitsee vaikuttamista, itsemääräämisoikeuden ja yhdenvertaisuuden toteutumista. Palveluntuottajan näkökulmasta asiakaslähtöisyys on asiakkaan näkeminen resurssina ja toimijana palvelun kohteen sijaan. Palvelutapahtumassa asiakaslähtöisyys tapahtuu palveluntuottajan ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa muokaten prosessia asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Vuorovaikutusprosessissa tarvitaan palveluntarjoajan ammattitaitoa, mutta ennen kaikkea prosessin ohjauksessa tarvitaan asiakkaan näkemyksiä ja tuntemusta omista voivavaroistaan(Virtanen ym 2011)

Terveydenhuollon puolella asiakas voi päättää omasta hoidostaan asiantuntijoiden antamien vaihtoehtojen perusteella. Valitsematta jättäminen tai valinnan jättäminen hoitotyöntekijälle on asiakkaan oma valinta. Palveluprosessin tarkoituksena on tarjota asiakkaalle tämän tarpeiden mukaisia vaihtoehtoja.

Asiakkaan osallistuminen palvelutapahtumaan tulisi olla itsestään selvää. Asiakkaalla on tarve, jonka takia hän hakeutuu palveluntarjoajalle. Asiakas kertoo tarpeestaan ja palveluntarjoaja yrittää auttaa ongelman ratkaisussa. Asiakaslähtöisyyttä ei asiakkaan näkökulmasta katsottuna tuoteta vaan rakennetaan jokaisella vastaanotto käynnillä yksilöllisesti(Virtanen ym 2011)

IV AINEISTON KERUU JA KÄSITTELY

1. Kohdeorganisaation kuvaus

Kohdeorganisaationa Lempäälän terveyskeskus, joka toimii väestövastuuperiaatteella. Tämä tarkoittaa että jokaiselle kuntalaiselle on asuinalueensa mukaan määritelty lääkäri, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja ja kotisairaanhoitaja. Lempäälän terveysasema palvelee kunnan eteläosan asukkaita, ja Kuljun terveysasema palvelee Kuljun ja Sääksjärven asukkaita. Asukkaita Lempäälässä oli vuosina 2009 – 2010 20 172.

Väestövastuu periaatteen tarkoituksena sosiaali- ja terveydenhuollossa on ollut palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Palvelujen alueellinen jakaminen pienempiin osiin mahdollistaa moni ammatillisen tiimin yhteistyön ilman ammatillisia rajoja. Toimintatavan tarkoituksena on suunnitella tarpeenmukainen toiminta yhdessä alueelleen asukkaiden kanssa (Elovainio & Kalliomäki- Levanto 1995, 1).

Lempäälän kunnan sosiaali- ja terveystoimen toiminta- ajatukseksi on määritelty ihmisten tukeminen itsenäiseen selviytymiseen ja täysipainoisen elämän edellytyksien luomiseen. Vastuuta otetaan ihmisten fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä sekä aineellisesta ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Lempäälän terveyskeskuksen hallinto muodostuu sosiaali- ja terveysjohtajasta, terveyskeskuksen ylilääkäristä, hoitotyön päälliköstä sekä toimistosihteeristä.

Lempäälän terveyskeskuksen vuodeosaston toiminta on alkanut vuonna 1975. Vuodeosaston toimintaa on vuodesta 2001 alkaen suunnattu kuntouttavaksi. Toimintaa ohjaavia arvoja ovat; ihmisarvo, yksilöllisyys, turvallisuus, ammatillisuus, itsemääräämisoikeus ja tasa- arvoisuus. Vuodeosasto on jaettu kahteen osaan; Lake (järven puoli) ja Village (kylän puoli). Molemmissa yksiköissä hoidetaan 18 potilasta. Lempäälän kunnan asukkaat hoidetaan terveyskeskuksessa ellei asiakkaan hoito vaadi erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa.

Terveyskeskuksen palveluista puhuttaessa kohteena ovat peruspalvelut. Nämä voidaan määritellä monella tavalla. Peruspalvelut voidaan määritellä mm. kulttuurin perusarvojen, kansalaisten perusoikeuksien, ihmisten perustarpeiden kautta. Laissa on säädetty kansalaisille tietyt perusoikeudet. Peruspalvelut ovat palveluita, joita jokaisella kansalaisella on oikeus käyttää. Laissa

säädettyihin oikeuksiin ovat vaikuttaneet ihmisen perustarpeet sekä kulttuurilliset arvot. Oikeus peruspalveluihin on muuttuva käsite. Päätökset siitä mitkä kuuluvat peruspalveluiden piiriin tekevät poliittiset päätöksentekijät (Niemelä ym, 1994, 18).

Kohdejoukoksi tutkimukseen valittiin hoitotyöntekijät, koska heillä on asiakasrajapinnassa työskennellessään parhaat mahdollisuudet saada kontakti asiakkaaseen palvelutapahtuman yhteydessä. Hoitotyön luonteeseen kuuluu, että hoitotyöntekijä joutuu koko ajan miettimään ja tarkastelemaan omaa toimintaansa. Hoitotyössä on useita monitasoisia asioita, joista tulee olla selvillä. Hoitajan työhön kuuluu monitasoisista osaamista. Työtä on kehitettävä kun vanhat keinot eivät enää toimi muuttuvissa tilanteissa. Hoitotyön yhdeksi ongelmaksi on koettu asiakasrajapinnassa työskentelevien hoitotyöntekijöiden innovaatioiden esiin tuominen (Lahti 2011, 18).

2. Aineiston keruu

Kysymyslomakkeet jaettiin Lempäälän terveyskeskuksessa 85 hoitotyöntekijälle. Täytettyjä kysymyslomakkeita palautui 38 kappaletta. Vastausprosentti oli 44 %. Hoitotyöntekijät olivat vastanneet lähes kaikkiin lomakkeen kysymyksiin. Vastaamista helpotettiin ”en osaa sanoa”-vaihtoehdolla. Lomakkeilla oli jonkin verran puuttuvia vastauksia, jotka voivat kertoa siitä, ettei kysymyksiä ollut täysin ymmärretty tai joihinkin kysymyksiin ei haluttu vastata. Vastauksia saapui 38 kappaletta ensimmäiseltä kierrokselta. Toiselta kierrokselta ei palautunut yhtään lomaketta.

Tiedonkeruumenetelmänä oli paperinen strukturoitu kyselylomake. Kyselylomake oli kaikille sama, joka koostui monivalintakysymyksistä. Paperinen lomake valittiin tietoisesti mahdollisimman monen hoitotyöntekijän tavoitettavuuden vuoksi. Työntekijöillä on käytössään henkilökohtainen sähköpostiosoite, mutta työtehtävät eivät edellytä sähköpostin päivittäistä lukemista. Jos materiaali olisi toimitettu sähköisesti, olisi kyselyyn vastaaminen voinut jäädä toteutumatta, koska henkilö ei ollut lukenut sähköpostiaan. Paperisena versiona toimitettu kyselylomake antoi kullekin vastaajalle mahdollisuuden osallistua tai kieltäytyä kyselystä niin halutessaan. Kysely toteutettiin nimettömänä. Vastauspaperit numeroitiin juoksevin numeroin.

Postikyselyn haittana verrattuna haastatteluun on, ettei kysymyksiä anneta vastaajalle henkilökohtaisesti, jolloin vastausprosentti jää alhaisemmaksi. Toisena haittana on se, ettei

postikyselyssä ole mahdollista tehdä tarkentavia kysymyksiä. Etuna lomakekyselyissä verrattuna haastatteluun on se, ettei haastattelijan asenne kysymyksiin näy vastaamistilanteessa. Etuna on myös se, että kysymyksiin vastaamispaikan ja -ajan saa vastaaja lomakekyselyissä itse päättää. Lomakekyselyssä saadaan myös paremmin todellisuutta vastaavia vastauksia kun anonymiteetti säilyy. Etenkin tämä koskee sosiaalisesti hyväksyttäviä arvoja ja normeja koskevia kyselyitä (Heikkilä 2010, 67 -68).

Kohdeorganisaation hoitotyön päällikkö tiedotti tulevasta kyselystä eri osastojen osastonhoitajille osastonhoitajakokouksessa. Hoitotyön päällikkö myös välitti kyselylomakkeet osastonhoitajille, jotka välittivät ne edelleen henkilökunnalleen. Tutkimuksen toteutumisaikataulu oli 15. 3- 23. 3. 2011, jonka jälkeen lomakkeita palautui 38 kappaletta. Toinen kierros toteutettiin heti tämän jälkeen. Toiselta kierrokselta ei palautunut yhtään lomaketta.

Tutkimuksen tekijä nouti täytetyt kyselylomakkeet henkilökohtaisesti kahdella eri käynnillä terveyskeskuksessa. Hoitotyön päällikön sihteeri luovutti täytetyt lomakkeet tutkijalle.

Perusjoukko koostui 85 hoitotyöntekijästä Lempäälän terveyskeskuksesta. Perusjoukon pienestä lukumäärästä johtuen lomake jaettiin kaikille. Heikkilän (2005) mukaan kvantitatiivinen tutkimus kannattaa tehdä tavallisesti kokonaistutkimuksena jos tutkittava perusjoukko on alle sadan (Heikkilä 2005, 33).

3. Aineiston analysointi

Aineiston noudon jälkeen analysointi aloitettiin aineiston viemisellä havaintomatriisi muotoon SPSS for Windows 18- tilasto-ohjelmaan. Aineiston ensimmäinen tarkastelu tehtiin frekvenssien avulla. Näin saatiin hahmotettua miten vastaajat olivat kuhunkin kysymykseen vastanneet. Aineiston käsittely aloitettiin taustamuuttujien kartoituksella. Näin kuva vastaajajoukosta alkoi muodostua. Taustamuuttujista tulosten analysointi eteni edelleen kysymyslomakkeen kategorioiden mukaisesti.

Analysointimenetelminä käytettiin tunnuslukuja keskiarvo, keskihajonta ja prosentit. Likertin -asteikolla ei periaatteessa pitäisi laskea keskiarvoa, koska kyseessä on järjestysasteikon tasoinen muuttuja, mutta käytännössä siitä usein lasketaan keskiarvo koska siten saadaan yleiskuva muuttujista (Heikkilä 2010, 54).

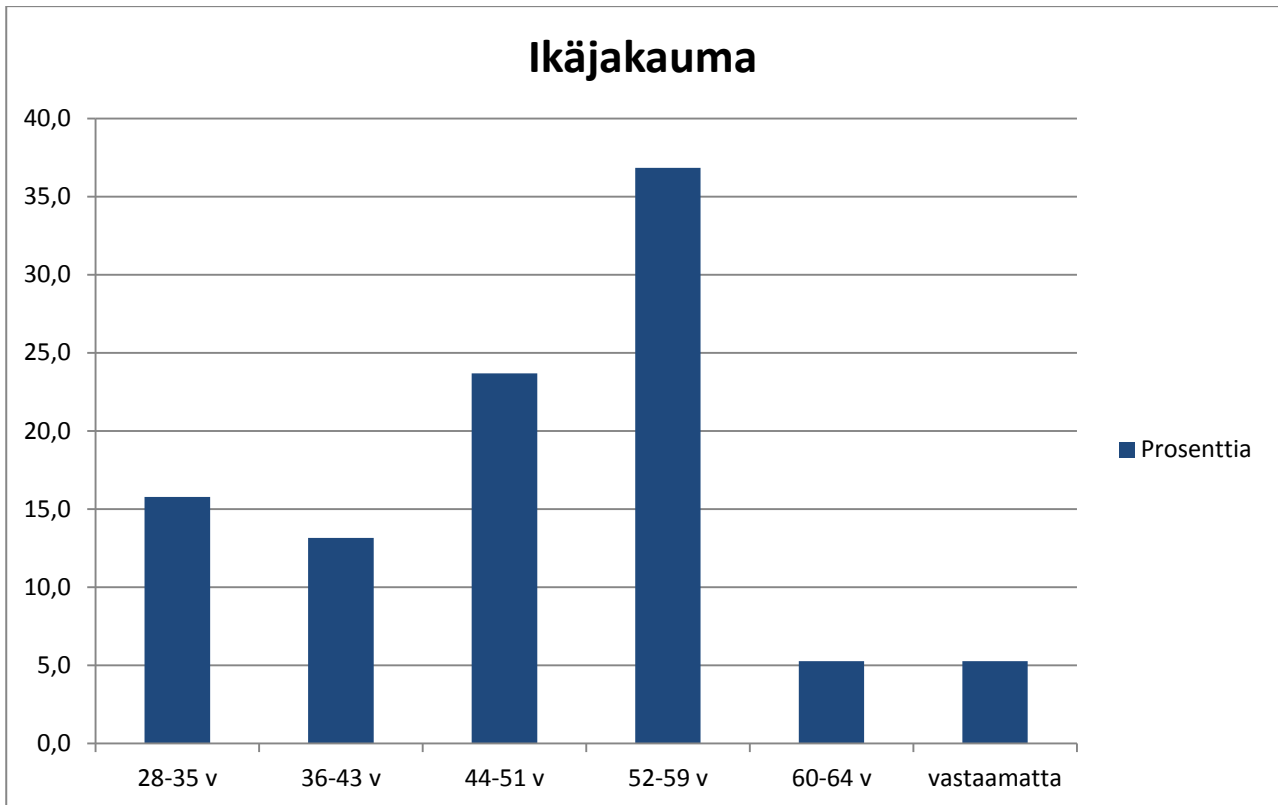
Joitakin muuttujia oli tuloksia analysoitaessa luokiteltava uudelleen, jotta lähellä toisiaan olevat yksittäiset arvot saatiin vertailukelpoiseksi aineistoksi.

4. Aineiston kuvaus

Kyselylomake on jaettu pääkäsitteiden mukaisesti seuraaviin luokkiin: Taustamuuttajat, asiakkaiden ideoiden kartoitus, asiakkaiden ideoiden käsittely kohdeorganisaatiossa, asiakkaiden ideoiden käsittely kohdeorganisaatiossa, organisaation mahdollisuudet innovatiivisuudelle, asiakkaiden innovatiivisuuden hyödyntämisen ja innovaatioiden hyödyntämisen parantamisen.

Kysymyslomake muodostettiin käyttäen Likertin- asteikon kysymysasettelua. Likertin- asteikko soveltuu hyvin asenteiden ja mielipiteiden kartoittamiseen. Kangas (1989) määrittelee asenteen suhtautumistavaksi asennoitua ihmisiin tilanteisiin ja asioihin. Asenteet ovat melko pysyviä opittuja suhtautumistapoja, jotka ovat luokiteltavissa myönteisiksi tai kielteisiksi. Asenteet ohjaavat ajatteluamme, havaintojamme ja käyttäytymistämme. asenteita mitataan tavallisimmin kysely- tai haastattelututkimuksella. asenne- ja mielipidekysymyksiin ei ole olemassa oikeaa tai väärää vastausta (Kangas 1989, 35, 38). Vastaus kategoriat olivat Täysin samaa mieltä 1, Lähes samaa mieltä 2, Ei osaa sanoa 3, Lähes eri mieltä 4 ja Täysin eri mieltä 5. Monivalintakysymykset on muodostettu teorian ja aikaisempien tutkimusten perusteella. Näin ollen tutkimuksessa saavutettuja tuloksia voidaan pitää suhteellisen luotettavina hoitotyöntekijöiden asenteista ja mielipiteistä.

Vastaajien taustatiedoista selviää, että suurin osa vastaajista oli naisia (92,1 %) kuten oli odotettavissakin. Terveystieteiden ala on voimakkaasti naisvaltaista. Vastaajat olivat iältään 28- 64-vuotta (kuvio 3). Vastanneiden keski- ikä 45 vuotta on siis melko korkea verrattuna valtakunnallisesti laskettuun hoitotyöntekijöiden keski-ikään vuonna 2005, joka oli 35–49-vuotta. Keski- ikä on kuitenkin edelleen nousussa terveystieteiden alalla kuten muillakin ammattialoilla (Elovainio & Kivimäki 2005). Vuosittaisen eläkepoistuman on arveltu pysyvän 2010 vuodesta 2020- luvun alkupuolelle noin 4500:ssa. Vuoden 2005 henkilöstöstä 40 % jää eläkkeelle vuoteen 2020 mennessä (STM 2009:18, 22- 23).

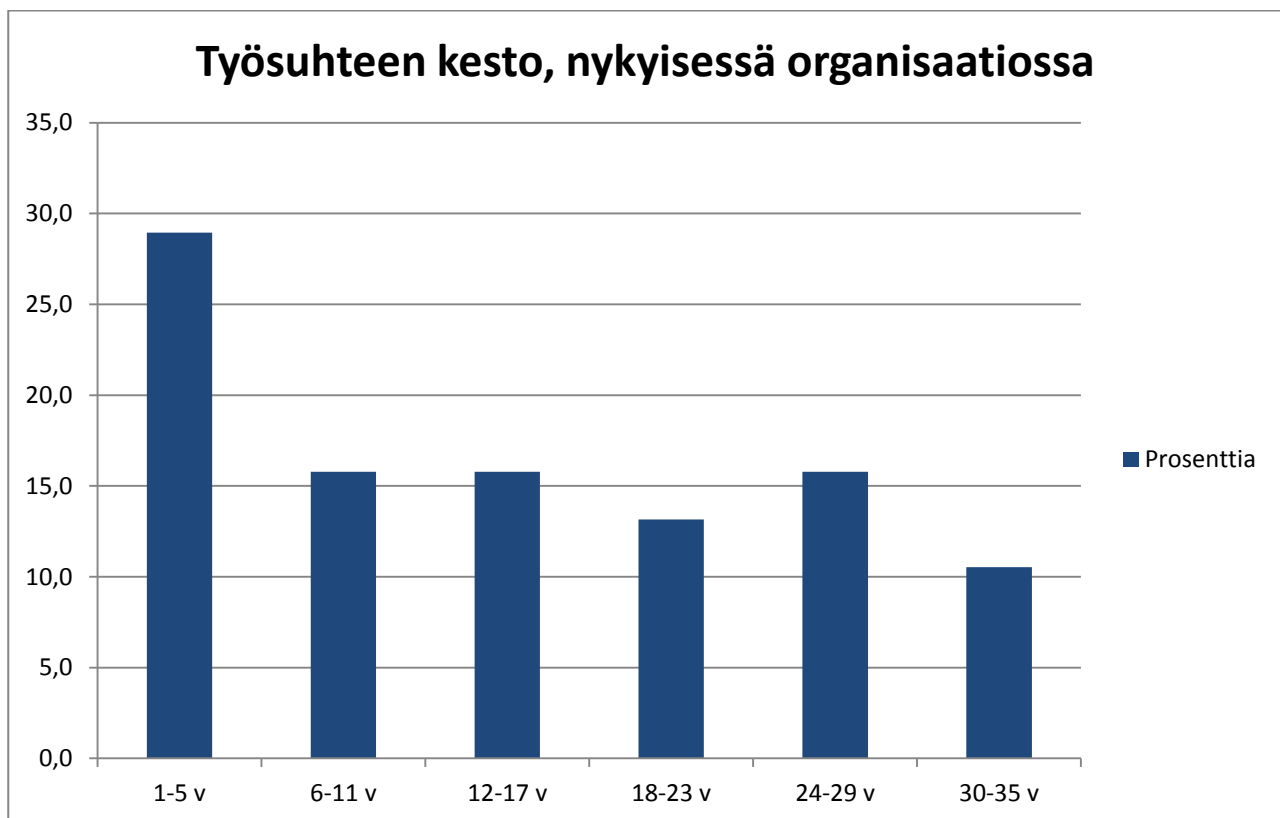


Kuvio 3. Ikäjakauma

Vastaajien koulutus oli jakautunut neljään kategoriaan: peruskoulu, opisto, yliopisto ja muu koulutus. Muu koulutus oli yleisimmin mainittu ammattikorkeakoulutukseksi. Suurin osa oli saanut opistotasaisen koulutuksen 60,5 %. Suurin osa kysymyslomakkeeseen vastanneista (65,8 %) oli saanut opistotasaisen koulutuksen. Peruskoulupohjaisen koulutuksen oli saanut 2 henkilöä, opistotasaisen 23, yliopistotasaisen 1. Muun tasoisen koulutuksen oli saanut 12, joka oli tavallisimmin määritelty ammattikorkeakoulutukseksi. Terveystieteiden ammattihenkilöstön ammattikorkeakoulukoulutus alkoi yleistyä vähitellen Suomessa 1990-luvulla. Lähi-, perus- ja apuhoitajien koulutus on lisääntynyt vuodesta 2000 vuoteen 2007 aikana 66 %. Vastaavana ajanjaksona sairaanhoitajien koulutus on lisääntynyt 46 % (STM 2009: 18,19).

Terveystieteiden henkilöstön koulutusta ja osaamista määritellään Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (L 559/1994) ja asetuksella terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (A 564/1994, STM 2000:15). Terveystieteidenala kuuluu niihin ammatteihin, joissa ei voi toimia ilman muodollista koulutusta. Terveystieteiden muodollisen tutkinnon suorittaneet merkitään terveydenhuollon ammattia harjoittavien rekisteriin.

Vastaajat olivat työskennelleet kyseisessä organisaatiossa keskimäärin 15 vuotta (Kuvio 4). Lyhyin työskentelyaika oli kaksi vuotta ja pisin 35 vuotta. Keskihajonta oli 10,6 vuotta. Nykyisessä ammatissaan vastaajat olivat työskennelleet keskimäärin 17,5 vuotta. Lyhyin ammatissa toimimisen aika oli kaksi vuotta ja pisin 40 vuotta. Keskihajonta oli 11 vuotta. Työsuhteen luonnetta määriteltiin dikotomialla vakituinen määräaikainen. Vastaajista vakituisia olivat 35 ja määräaikaisia 3. Keskiarvoksi muodostui 1,1. Keskihajonta oli 0,27. Prosentteina vastaajista 92,1 % oli vakituisia ja 7,9 % määräaikaisia. Työsuhteen pysyvyyden voidaan tulkita johtuvan siitä, että työntekijät kokevat viihtyvänsä työssään. Toisena vaihtoehtona voisi olla kohdeorganisaation sijainti pienessä kunnassa. Terveystuhoillon työpaikkoja ei tarjolla ole samalla tavalla kuin isommissa kaupungeissa.



Kuvio 4. Työsuhteen kesto

Ammatti nimikkeellä haluttiin hahmottaa jakaumaa eri ammattinimikkeiden kesken. Tavallisin ammattinimike oli muu ammattiryhmä, joita oli vastaajista 47,4 %. Tähän ammattiryhmäjakaumaan kuuluivat fysioterapeutit, hammashoitajat, terveydenhoitajat yms. Toiseksi yleisin oli sairaanhoitajien ammattiryhmä, joita oli vastaajista 42,1 %. Vastaajissa oli sekä perushoitajia ja lähihoitajia kumpiakin 5,3 %. Kokonaisjoukosta 38 vastaajasta yhtä

ammattiryhmää oli siis 42,1 % vastaajista. Hajontaa eri ammattiryhmien kesken lisää se, että kysely tehtiin koko terveystieteiden keskuksessa kaikille hoitotyötä tekeville. Tässä työssä hoitotyö on käsitetty laajemmin kuin vain sairaanhoitajia tai lähihoitajia koskeviksi. Hoitotyötä toteuttavat tämän tutkimuksen mukaan kaikki eri hoitotyön nimikkeillä perusterveydenhuollossa työskentelevät.

Vuoden 2007 työikäisistä sairaanhoitajista 83 % työskenteli sosiaali- ja terveydenhuollon, julkissektorin tai koulutussektorin tehtävissä. Muilla toimialoilla työskenteli 8 %, ulkomailla oli 5 % ja työvoiman ulkopuolella 6 %, työttömänä 2 %. Vastaavat luvut lähihoitajista kertovat, että ulkomailla työskenteli 1 %, kolme neljästä lähihoitajasta työskenteli sosiaali- ja terveydenhuollon, julkishallinnon tai koulutuksen tehtävissä. Muilla toimialoilla työskenteli 14 %. Työvoiman ulkopuolella oli 8 %, joista osa opiskeli. Työttömänä lähihoitajia oli 6 % (STM 2009: 18, 20- 21). Vastaajien vakituisten / määräaikaisten dikotomiasta on pääteltävissä kuten tilastoistakin, että hoitohenkilökunnalle on tulevaisuudessa töitä tarjolla.

Edellä olevista taustatiedoista on pääteltävissä, että kyseisen organisaation henkilökunnan vaihtuvuus on vähäistä. Vastaajien keski-ikä on valtakunnallista tasoa korkeampi. Suurin osa henkilökunnasta on saanut opistotasoinen hoitoalan koulutuksen ja toiminut nykyisessä ammatissaan pitkään.

Asiakaskontaktien luonteella haluttiin selvittää tässä tutkimuksessa miten hoitotyöntekijät määrittävät oman työnkuvansa. Työnkuvan laajuuden, monialaisuuden voidaan ajatella määrittävän myös asennetta asiakasta kohtaan. Mitä moni muotoisemmaksi, laajemmaksi hoitajat määrittelevät asiakaskontaktiansa luonteen sitä laaja- alaisempaa osaamista he toteuttavat työssään. Kysymyslomakkeessa oli tarjolla 4 vaihtoehtoa(hoitavia, ohjaavia, ennaltaehkäiseviä, kuntouttavia), sekä lisäksi vapaa muu vaihtoehto, jonka vastaaja saattoi itse lisätä. Vastanneista 18,4 % oli valinnut vain yhden vaihtoehdon. Vaihtoehtoa 12345 tuli vastauksissa 10,5 %. Kyseinen vaihtoehto sisälsi kaikki edellä mainitut sekä lisäksi vastaajan oman lisäyksen. Esiin tulleita muita luonnehdintoja asiakaskontakteista olivat tutkittavia, tutkimus diagnostiikan tueksi, korjaavia ja terveyttä ylläpitäviä. Valitut vaihtoehdot kertovat hoitajan työn moninaisuudesta sekä vaativuudesta. Työnkuva kertoo hoitajan asenteesta jokaista asiakastaan kohtaan. Aamun ensimmäiselle sopiva tapa ei välttämättä sovi päivän viimeiselle. Kukin asiakas on kohdattava hänen tilanteensa, tarpeidensa ja voimavarojensa edellyttämällä tavalla.

Välitöntä hoitotyötä työpäivän aikana. Tällä kysymyksellä haluttiin tarkentaa miten paljon hoitotyöntekijä on tekemisissä asiakkaiden kanssa päivän aikana eli miten paljon on mahdollisuuksia vuorovaikutukseen innovatiivisista ajatuksista. Hoitotyön kokonaisuuteen kuuluu paljon muutakin kuin vain kontakti asiakkaaseen. Työnkuvaan kuuluvat erilaiset kirjaamiset, suunnittelukokoukset ja neuvottelut sekä hoitoa tukevat toimet esimerkiksi toimenpiteeseen valmistautuminen. Vastauksista voi päätellä, että suurin osa kohdeorganisaation hoitotyöntekijöistä käyttää valta- osan työpäivästään välittömään hoitotyöhön. Vastaajista 81,6 % käytti työpäivästään 5-8 tuntia suoraan asiakkaan kanssa työskentelyyn. Tällöin asiakkaiden kohtaamistilanteita, joissa asiakkaiden innovaatioista on mahdollista saada tietoa, on päivän aikana runsaasti tarjolla.

Käynyt viimeisen vuoden aikana täydennyskoulutuksessa kertoina. Keskiarvo täydennyskoulutuksessa käymiseen viimeisen vuoden aikana oli 1,97 kertaa vuoden aikana. Keskimääräisin käyntimäärä oli siis 2 kertaa. Täydennyskoulutuksessa ei ollut käynyt kertaakaan vuoden aikana 9 henkilöä. 44,8 % vastanneista oli käynyt 1-2 kertaa viimeisen vuoden aikana täydennyskoulutuksessa.

TAUSTATIEDOT	n	%
1. Sukupuoli		
nainen	35	98,1
mies	2	5,3
vastaamatta	1	2,6
yhteensä	38	100
2. ikä		
28-35	6	15,8
36-43	5	13,2
44-51	9	23,7
52-59	14	36,8
60-64	2	5,3
vastaamatta	2	5,3
yhteensä	38	100
3. Koulutus		
peruskoulu	2	5,3
opistotasoinen	23	60,5
yliopistotasoinen	1	2,6
muu	12	31,6
yhteensä	38	100,0

4. Työhistorian pituus, nykyinen organisaatio		
1-5	11	28,9
6-11	6	15,8
12-17	6	15,8
18-23	5	13,2
24-29	6	15,8
30-35	4	10,5
yhteensä	38	100,0
5. Nykyisessä ammatissa, vuosia		
1-5	7	18,4
6-11	6	18,4
12-17	8	21,1
18-23	5	13,2
24-29	4	10,5
30-35	5	13,2
36-41	2	5,3
yhteensä	38	100
6. Työsuhteen luonne		
vakituinen	35	92,1
määräaikainen	3	7,9
Yhteensä	38	100,0
7. Ammattinimike		
Perushoitaja	2	5,3
Lähihoitaja	2	5,3
Sairaanhoitaja	16	42,1
Muu	18	47,4
Yhteensä	38	100
8. Asiakaskontaktin luonne, viisi vaihtoehtoa		
vaihtoehtoista valittu 1	7	18,4
vaihtoehtoista valittu 2	8	21,1
vaihtoehtoista valittu 3	7	18,4
vaihtoehtoista valittu 4	12	31,6
vaihtoehtoista enemmän kuin 4	14	10,5
Yhteensä	38	100
9. Työpäivästä välittömän hoidon osuus		
0-2	2	5,3

3-4	5	13,2
5-6	18	47,4
7-8	13	34,2
Yhteensä	38	100
10. Täydennyskoulutus päivien määrä		
0	9	23,7
1-2	17	44,7
3-4	9	23,7
5	3	7,9
Yhteensä	38	100

Taulukko 1. Taustatiedot

V TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN ANALYYSI

Teoreettisessa viitekehyksessä on jo aiemmin todettu, että asiakasohjautunutta terveysorganisaatiota ei voi olla ellei asiakasta oteta mukaan palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen. Lähtökohtana tälle kehittämiselle tulee olla terveydenhoidon työntekijän kiinnostus selvittää palveluiden käyttäjien tarpeet ja odotukset. Näiden lähtökohtien selvittämättä jättäminen estää asiakasohjautuvan organisaation toteutumisen.

Aito asiakkuus vaatii yksilöllisten vaihtoehtojen mahdollisuutta. Todellinen asiakaslähtöinen toiminta ottaa huomioon organisaation eri asiakkuudet sekä yksittäisen asiakkaan tarpeet. Aito asiakaslähtöisyys näkyy siinä miten yksittäinen asiakas kohdataan (Valkama 2009, 35).

Kysymyslomake on muodostettu käyttäjälähtöisen innovaatio ajattelun periaatteiden sekä aikaisempien tutkimusten mukaisesti, koska tarkoituksena on selvittää miten asiakaslähtöisiä innovaatioita hyödynnetään kohdeorganisaatiossa. Lähtökohtana on käsitys asiakkaasta, jonka perusteella toiminta määritellään. Kysymyslomakkeen johtoajatukseksi on jokaisessa kysymysoiossa asiakaslähtöinen innovatiivinen terveysorganisaatio. Jokainen kysymys sisältää joko asiakaslähtöisyyden tai käyttäjälähtöisen innovaatioajattelun perustan.

1. Asiakkaiden ideoiden kartoitus

Asiakkaiden ideoiden kartoitukseen sisältyy: Käsitys asiakkaasta, käsitys asiakkaasta aktiivisena vaikuttajana, asiakkaan palvelun. Lähtökohtaisena ajatuksena on, että mitä hoitotyöntekijä yksilönä tekee saadakseen asiakkaan innovatiivisuuden esiin. Nämä muodostuvat asenteista asiakkaaseen ja opittuun toimintatapaan. Onko hoitotyöntekijän näkemys asiakkaasta asiakaslähtöinen.

Terveydenhuollon sektorin vahvat ammatilliset perinteet luovat haasteen määrittellä asiakaslähtöisyys uudella tavalla. Asiakkaita on totuttu katsomaan professionaalisten viitekehysten kautta, joka ei ole aina edistänyt kokonaisvaltaista asiakkuuden ymmärtämistä palveluiden kehittämisessä ja tuottamisessa (Virtanen ym 2011.) Toiminnan hoitotyössä tulisi perustua tasavertaiseen ja avoimeen vuorovaikutussuhteeseen. Yhteistyösuhteen onnistumiseen vaikuttavat olennaisesti hoitotyöntekijän näkemys ihmisestä sekä asiakkaan odotuksien toteutuminen. Hoitohenkilöstön odotetaan toimivan yhteistyössä asiakkaan kanssa kunnioittaen tämän oikeutta päättää hoidostaan (L 785/1992). Hoitohenkilökunnan on kannustettava asiakasta ja omaisia

osallistumaan hoitoon voimavarojensa mukaan. Asiakkaan oikeuksien toteutuminen ilmenee tavassa, jolla hoitomenetelmät valitaan (Stakes 1997.)

Organisaatioiden hallinnolliset käytännöt heijastuvat mm. asiakkaiden arvostamiseen, palvelukulttuurin muodostumiseen, asiakkaiden näkemysten huomioimiseen palveluiden suunnittelussa sekä asiakkaiden palvelutarpeiden mukaisiin palvelukokonaisuuksiin. Näkemys asiakkaasta toimijana ohjaavat näiden kokonaisuuksien muodostumista(Virtanen ym 2011).

Tällä kysymysosiossa haluttiin selvittää hoitotyöntekijöiden asennoitumista asiakkaan osallistumiseen kehittämistyössä sekä miten työntekijät pyrkivät ottamaan asiakkaat mukaan innovointiin. Innovaatioajattelun mukaisesti osiossa on kysymyksiä myös innovaatioiden mahdollistajista ja esteistä. Innovaatioiden edistäjistä kysymykset käsittelevät mm. halukkuudesta uuden oppimiseen, tiedon jakamiseen, mahdollisuudesta käyttää luovuutta työssään. Esteistä kysymykset koskevat esimerkiksi riittäviä resursseja ja muutosrohkeutta.

Aineisto on luokiteltu uudelleen siten, että Täysin samaa mieltä ja Lähes samaa mieltä olevat vastaukset on ryhmitelty samaan luokkaan, samoin Lähes eri mieltä ja Täysin eri mieltä olevat vastaukset ovat samassa luokassa. Vastaamatta olevat kysymykset on merkitty 0. Taulukoissa vastausvaihtoehdot ovat käytännön vuoksi lyhennetty seuraavanlaisesti:

TSM= Täysin samaa mieltä= 1

LSM= Lähes samaa mieltä= 2

EOS= ei osaa sanoa= 3

LEM = Lähes eri mieltä= 4

TEM= Täysin eri mieltä=5

0 = jätetty vastaamatta

Kysymys nro	ka	s	TSM & LSM %	LEM &TEM %	EOS %
1.Selvitän odotukset palvelusta	2,5	0,9	60,5	18,4	21,1
2. Selvitän odotusten toteutumisen	2,6	1,0	57,9	26,3	15,8
3. Selvitän käsitykset laadukkaasta palvelusta	2,8	0,9	42,1	28,9	28,9
4. En ole kiinnostunut kehittämään asiakaslähtöisyyttä	4,4	1,1	15,8	84,2	10,5

5. Tiedustelen systemaattisesti uusia ideoita	3,6	1,1	23,7	60,5	15,8
6. Hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa	3,6	0,7	63,1	23,7	10,5 0=1
7. Asiakkailta ei ole halukkuutta yhteiseen kehittämiseen	3,6	0,7	7,9	57,9	34,2
8. Vain hoitotyöntekijät kykenevät parantamaan hoitoprosessia	4,1	0,9	7,9	78,9	13,2
9. Pystyn käyttämään luovuutta työssäni	1,6	0,5	100	-	-
10. Tarjoan tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista	1,7	0,7	88,9	2,6	5,3 0=1
11. Tarjoan tietoa erilaisista palveluntuottajista	2,0	0,9	79	7,9	10,5 0=1

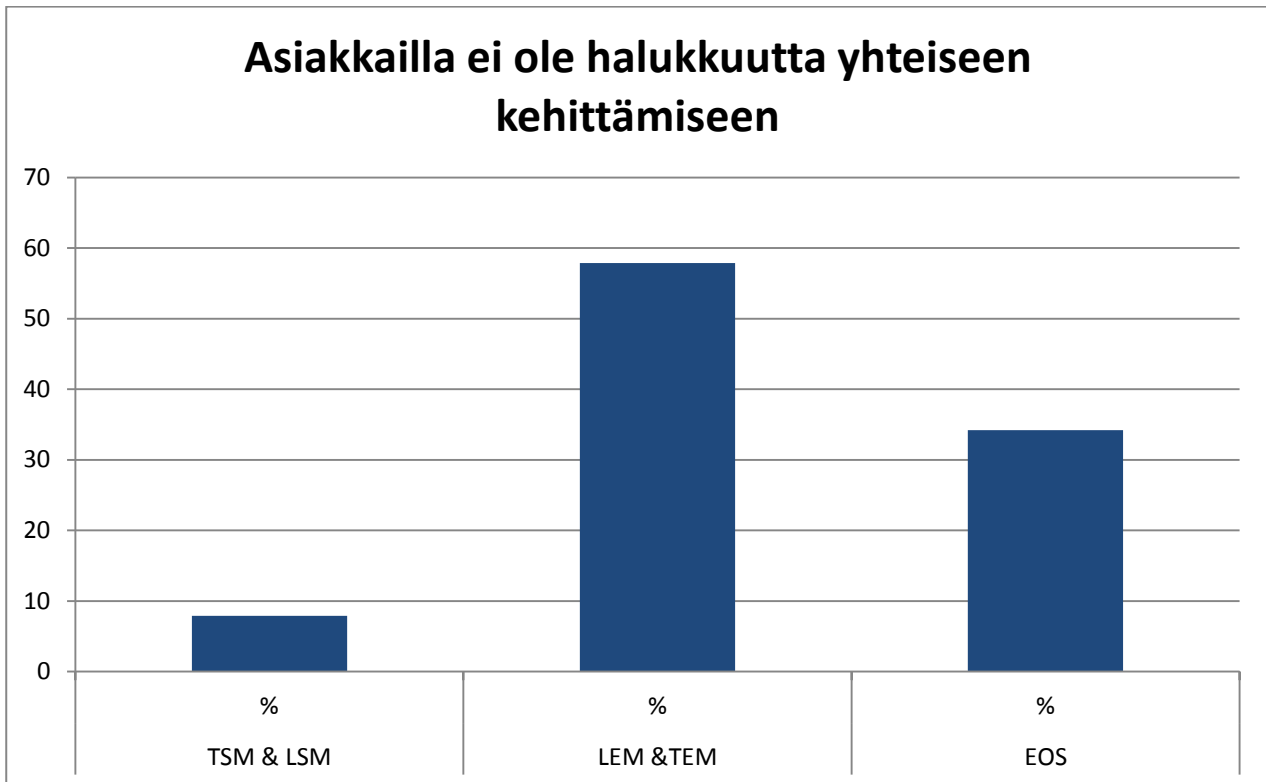
Taulukko 2. Asiakkaiden ideoiden kartoitus

Vastaajista 60,5 % selvitti asiakkaan odotukset palvelusta ennen palvelutapahtumaa. Palvelutapahtuman jälkeen odotuksien toteutumisen selvitti 57,9 % vastaajista. Asiakkaiden käsitykset laadukkaasta palvelusta selvitti 42,1 % vastaajista. Asiakkaiden odotuksien ja niiden toteutumisen selvittäminen osoittaa asiakaslähtöisyyden peruslähtökohtien olevan kunnossa.

Kysymys 4 tehtiin kielteisessä muodossa ”En ole kiinnostunut kehittämään asiakaslähtöisyyttä”. Lähes eri mieltä tai täysin eri mieltä vastaajista oli 84,2 % vastaajista. Suurin osa hoitotyöntekijöistä oli siis kiinnostuneita kehittämään asiakaslähtöisyyttä. Asiakkailta systemaattisesti tiedusteli uusia ideoita 23,7 % vastaajista. Asiakkailta ei tiedustellut systemaattisesti uusia ideoita 60,5 % vastaajista. Hoitosuunnitelman tekivät yhdessä asiakkaan kanssa 63,1 % vastaajista. Terveydenhuollossa ei yleensä tarvitse olla huolissaan uusien ideoiden kokeilemisesta ja kehittämisestä. Terveydenhuollon teknologiset innovaatiot leviävätkin yleensä nopeasti, mutta organisaatio - tai ammattirajat ylittävät innovaatiot leviävät hitaasti (Hämäläinen ym. 2011, 219.)

Väittämä ”Asiakkailta ei ole halukkuutta yhteiseen kehittämistoimintaan” (kuviokuva 2.) tehtiin myös kielteisessä muodossa kanssa samaa mieltä oli vain 7,9 % vastaajista. Lähes eri mieltä tai täysin eri

mieltä väittämästä olivat 57,9 % vastaajista. Tästä voitaneen päätellä, että hoitotyöntekijöiden mielestä myös asiakkailta on halukkuutta yhteiseen kehittämistoimintaan.



Kuvio 5. Asiakkailta ei ole halukkuutta yhteiseen kehittämiseen.

Väittämästä ”vain hoitotyöntekijät kykenevät parantamaan hoitoprosessia” olivat samaa mieltä 7,9 % vastaajista. Lähes eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 78,9 % vastaajista. Näistä vastauksista on pääteltävissä, että hoitotyöntekijöillä on halukkuutta asiakaslähtöisyyden kehittämiseen. Heidän mielestään asiakkailta on halukkuutta ja taitoa kehittää hoitoprosessia yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa.

Vastaajista 100 % oli sitä mieltä, että kykenee käyttämään luovuutta työssään. Harisalonen(2009) mukaan luovuudesta ja innovaatioista puhutaan usein eriasioina vaikka kyse on pohjimmiltaan samasta asiasta. Luovat ihmiset ja organisaatiot ovat usein myös innovatiivisia(Harisalo 2009, 288).Rajaniemen(2011) mukaan yksi innovatiivisuuden esteistä on hierarkisuus, joka voi ilmetä organisaatiossa tiukkana työnjakona ja työtehtävien tiukkana sääntelynä. Hierarkisuudella voidaan määritellä kuka tekee ja miten päätöksiä ja työtehtäviä. Kohdeorganisaatiossa työntekijät kykenivät käyttämään luovuutta työssään, joten oletettavaa on, ettei hierarkisuus ole esteenä innovatiivisuudelle(Rajaniemi 2011, 69).

Vastaajista 88,9 % tarjosi tietoa erilaisista hoitovaihtoehtoista asiakkaille. Erilaisista palveluntuottajista tarjosivat tietoa 79 % vastaajista. Tämä vastaus kertoo siitä, että vastaajat ovat ymmärtäneet käyttäjälähtöisen innovaatioajattelun. Asiakas päättää omasta hoidostaan ja – paikastaan. Hoitotyöntekijän tehtävänä on tarjota erilaisia vaihtoehtoja.

Tästä kysymysosioista voidaan tehdä johtopäätös, että kohdeorganisaation hoitotyöntekijät kartoittavat asiakkaiden tarpeita. He ovat sitä mieltä että asiakkaat ovat kiinnostuneita kehittämään terveyspalveluita. Asiakkailta ei kuitenkaan kysytty systemaattisesti uusia ideoita palveluiden kehittämiseksi. Tästä voitaneen päätellä, ettei organisaatiossa ole ohjeistettu hoitotyöntekijöitä tiedustelemaan innovaatioita asiakkailta.

2. Asiakkaiden ideoiden käsittely

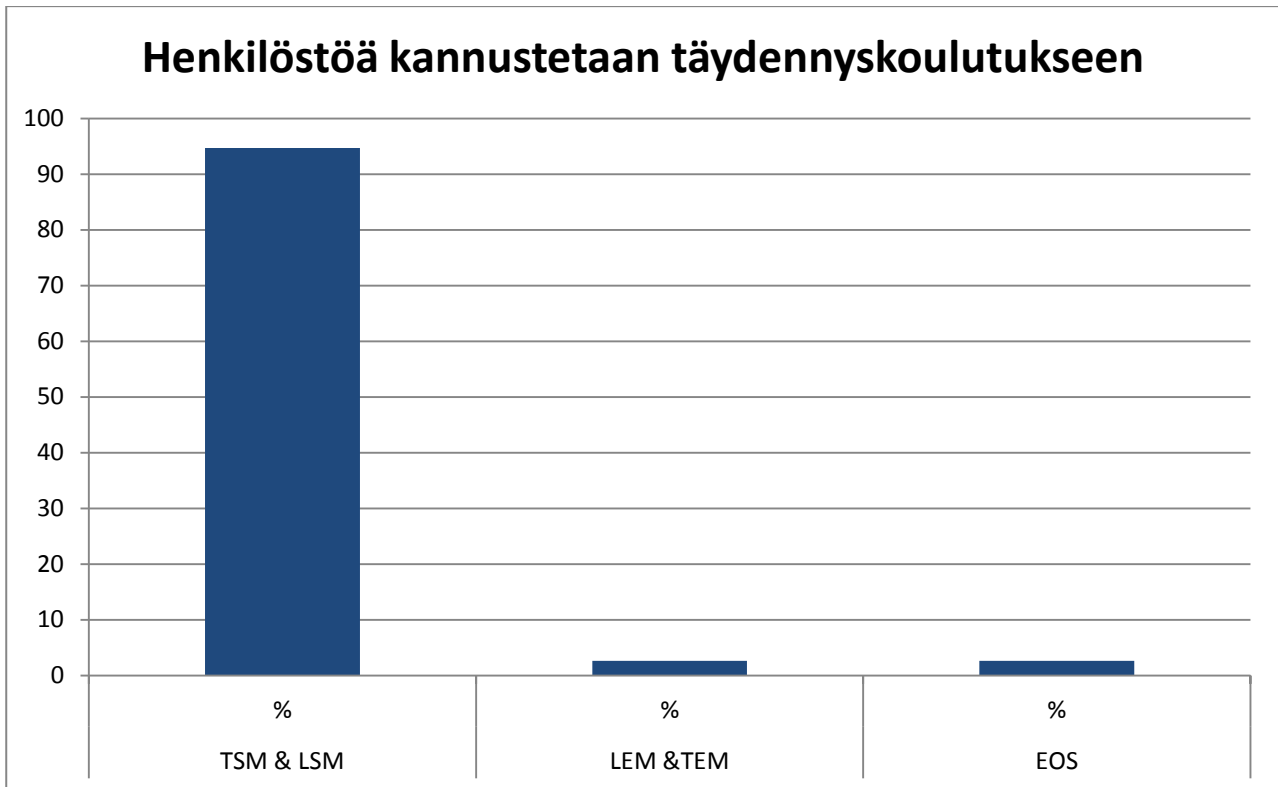
Tällä kysymysosiossa haluttiin selvittää hoitajien mielipiteitä siitä miten heidän organisaationsa käsittelee asiakkaiden innovaatioita. Kysymysosio sisältää asiakkaiden ideoiden käsittelyä koskevia väittämiä. Mitä mieltä hoitotyöntekijä on organisaationsa asiakaslähtöisyydestä sekä asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämisestä. Asiakkaiden innovaatioita edistäviä tekijöitä tiedustellaan kysymyksillä organisaation riittävistä resursseista, täydennyskoulutukseen kannustamisesta sekä ideoiden palkitsemisesta.

Kysymys nro	Ka	s	TSM& LSM %	LEM& TEM %	EOS %
1. Organisaatiossa hyödynnetään asiakkaiden ideoita	2,8	0,8	39,5	23,7	36,8
2. Resurssit rajoittavat ideoiden hyödyntämistä	2,5	1,1	57,9	23,7	15,8 0=1
3. Henkilöstöä kannustetaan täydennyskoulutukseen	1,6	0,7	94,7	2,6	2,6

4. Ideoita palkitaan	1,5	0,7	89,4	-	10,5
5. Organisaation rohkeus	2,6	0,8	44,7	10,5	44,7
6. Uusien ideoiden huomiotta jättäminen	2,5	0,8	52,6	7,9	39,5

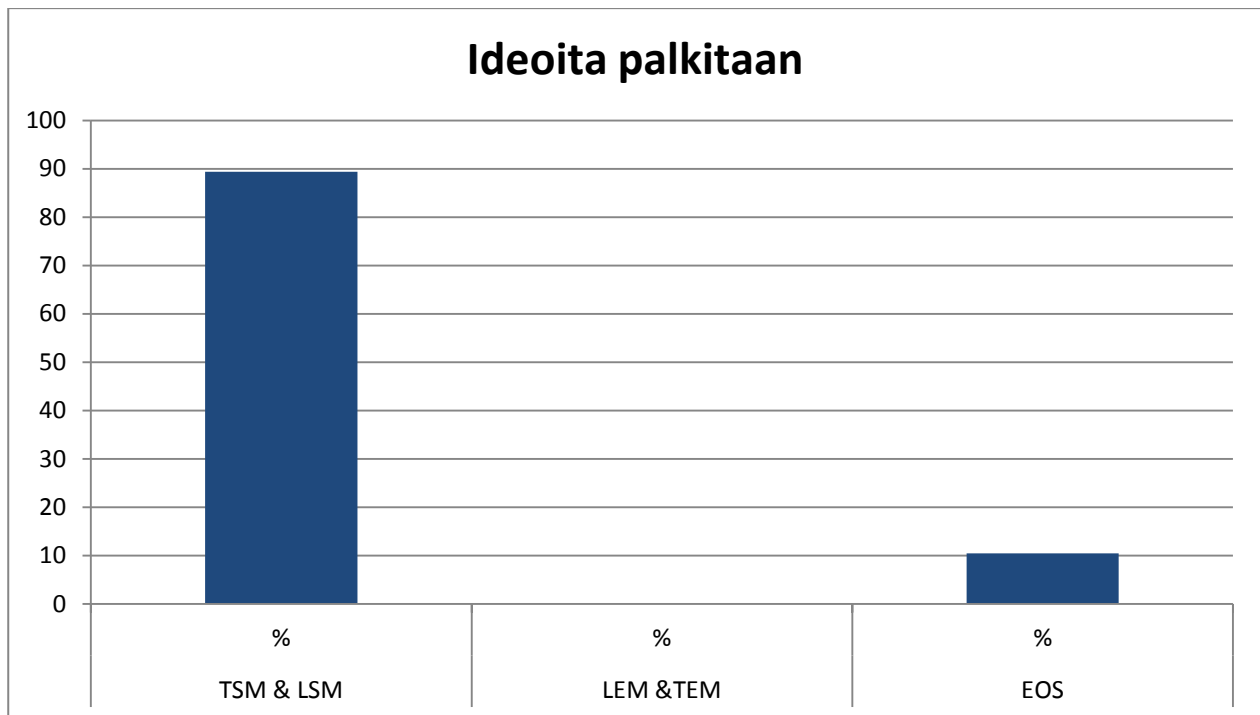
Taulukko 3. Asiakkaiden ideoiden käsittely

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli sitä mieltä, että kohdeorganisaatiossa kannustetaan täydennyskoulutukseen (Kuvio 3.). Kuitenkin aiemmin olleissa taustakysymyksissä kysymyksiin vastanneet ilmoittivat käyneensä viimeisen vuoden aikana täydennyskoulutuksessa 1-2 kertaa 44,7 %, 3-4 kertaa oli käynyt 23,7 %, 5 kertaa oli käynyt 7,9 % ja ei yhtään kertaa täydennyskoulutuksessa viimeisen vuoden aikana 23,7 % vastanneista. Kyseiset ristiriitaiset vastaukset voitaneen tulkita, ettei kohdeorganisaation kannustus täydennyskoulutukseen ole kantanut hedelmää. Toisaalta koulutuksissa on kuitenkin kaiken kaikkiaan käynyt 76,3 % vastanneista. Terveydenhuollon ammattihenkilöstölain mukaan työntekijä on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan sekä perehtymään ammattiansa koskeviin säädöksiin ja määräyksiin. Tämän lain mukaan terveydenhuollon työntekijän tulee osallistua täydennyskoulutukseen määrällisesti ilmoitettuna 3- 10 päivään vuoden aikana. Työnantajan tehtävänä on mahdollistaa täydennyskoulutuksiin osallistuminen (STM 2003). Vastanneista 31,6 % toteutui tämä täydennyskoulutusvelvoite.



Kuvio 6. Henkilöstöä kannustetaan täydennyskoulutukseen.

Stakes (2008) teettämän tutkimusten mukaan terveydenhuollon palkitsemisessa on runsaasti kehitettävää. Palkitsemisjärjestelmät ovat kapeita, mekaanisia ja vanhanaikaisia. Palkitsemisjärjestelmien kehittäminen olisi kuitenkin tärkeää henkilöstön rekrytoinnin ja motivoinnin lisäämiseksi. Julkisessa terveydenhuollossa palkitsemisjärjestelmien kehittäminen on kuitenkin vaikeaa, koska terveydenhuoltoon kuuluu tasapäistämisen kulttuuri. Vaikeuksia syntyy mietittäessä erilaisia palkitsemiskeinoja, jotka olisivat kuitenkin oikeudenmukaisia ja tasavertaisia (Stakes 2008, 110). Kohdeorganisaatiossa lienee organisoitu järjestelmällinen palkitsemisjärjestelmä, koska lähes 90 % vastaajista oli sitä mieltä, että uusista ideoista palkitaan (Kuvio 4.). kohdeorganisaatiossa. Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että asiakkaiden ideoita ei kannata jättää huomioimatta (52,6 %).



Kuvio 7. Organisaatiossa palkitaan uusista ideoista.

3. Ideat organisaatiossa

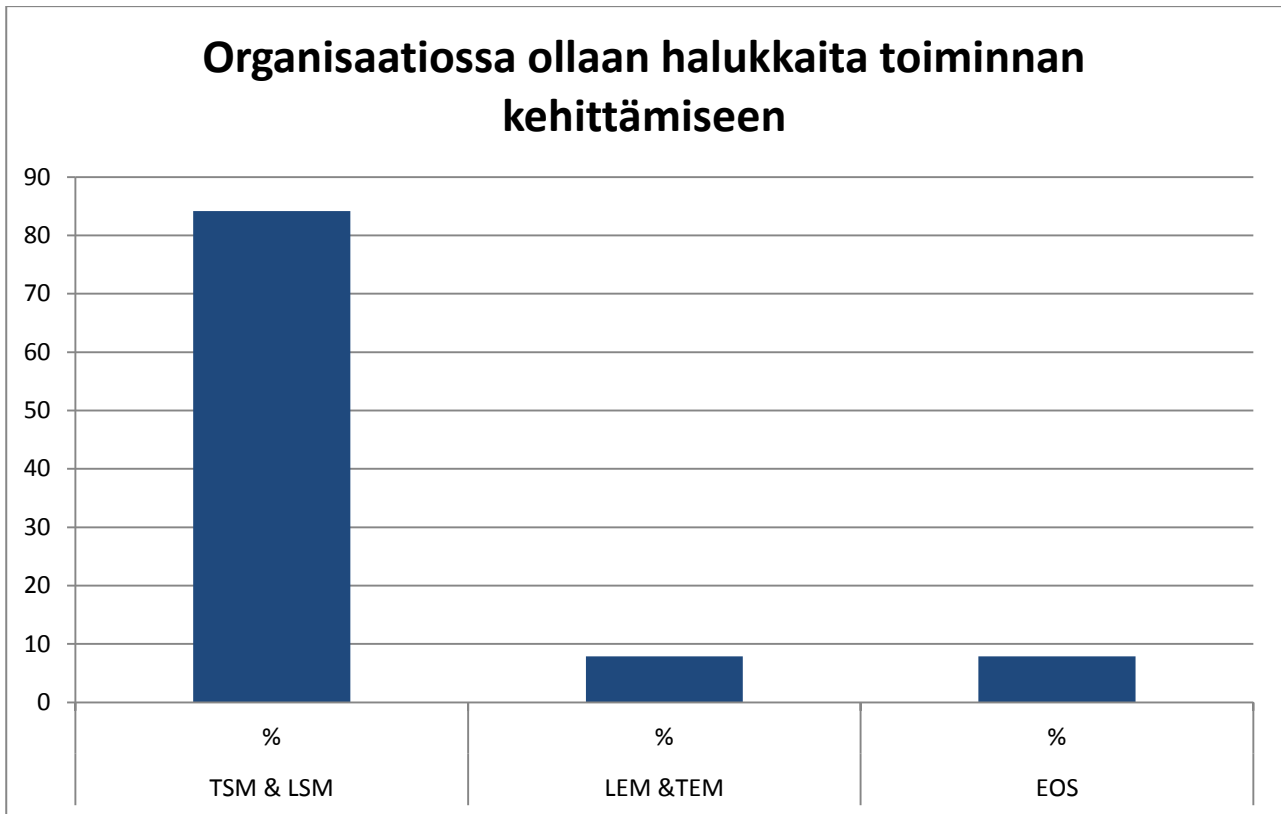
Kysymysosio koostuu hoitotyöntekijän kannanotosta miten kohdeorganisaatiossa toteutetaan asiakkaiden innovatiivisuutta, ja onko organisaatiossa mahdollisuuksia innovatiivisuuden toteuttamiselle. Kysymykset koskevat mm. organisaation kykyä kyseenalaistaa olemassa olevia rakenteita, ilmapiirin ennakkoluulottomuutta sekä organisaation halukkuutta toiminnan kehittämiseen. Tämän kysymysosion avulla haluttiin selvittää kohdeorganisaation luonnetta innovatiivisena organisaationa. Organisaation luonne kertoo suhtautumistavasta uusiin ideoihin ja kehittämiseen, jotka ovat innovatiivisen organisaation tunnuspiirteitä.

Kysymys nro	ka	s	TSM&L SM %	LEM& TEM %	EOS %
1. Ennakkoluuloton ilmapiiri	2,6	1,0	60,5	31,6	7,9
2. Rakenteiden kyseenalaistaminen	2,7	1,1	52,6	36,8	10,5
3. Kyky vastata muuttuviin tarpeisiin	2,3	0,9	76,3	15,8	7,9
4. Lähtökohtana asiakkaan tarpeet	1,8	0,8	89,5	7,9	2,6

5.Asiakkailla mahdollisuus vaikuttaa palveluprosesseihin	2,9	0,9	39,4	23,7	34,2
6.Asiakslähtöisyyttä on asiakkaan oikeus valita palvelun tarjoajansa	2,7	1,0	52,6	23,7	23,7
7.Organisaatiossa ollaan halukkaita toiminnan kehittämiseen	2,0	0,8	84,2	7,9	7,9
8. Hoidon laatua arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa	2,6	0,8	50	26,3	23,7
9.Organisaatiossani on selvitetty asiakkaiden halukkuutta kehittämistoimintaan	3,2	0,8	13,2	26,4	60,5

Taulukko 4. Ideat organisaatiossa

Vastaajien mielestä organisaatiossa on ennakkoluuloton ilmapiiri (60,5 %). Organisaatiossa kyetään kyseenalaistamaan olemassa olevia rakenteita (52,6 %) sekä vastaamaan muuttuviin tarpeisiin (76,3 %). Toiminnan lähtökohdaksi mainitaan asiakkaan tarpeet (89,5 %), ja tätä käsitystä tukee aiemmin kysytyt asiakkaiden odotusten (60,5 %) ja niiden toteutumisen tiedusteleminen (57,9 %). Kohdeorganisaatiossa asiakkailla ei ole suuria mahdollisuuksia vaikuttaa palveluprosesseihin (39,4 %). Vain hieman yli puolet vastaajista on sitä mieltä, että asiakkaan oikeus valita palveluntuottajansa on asiakslähtöisyyttä (52,6 %). Organisaatiossa ollaan vastaajien mukaan halukkaita kehittämistoimintaan (84,2 %). Organisaation positiivinen suhtautuminen kehittämiseen ja kouluttautumiseen on tutkimusten mukaan yksi innovatiivisuuden edellytys (Kuvio 8.). Puolet vastaajista (50 %) oli sitä mieltä, että hoidon laatua arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa. Aiemmassa kysymysosiossa tiedusteltiin hoitotyöntekijöiden mielipidettä asiakkaiden halukkuudesta kehittämistoimintaan. Tuohon kysymykseen vastattiin, että yli puolet vastaajista (57,9 %) olivat sitä mieltä, että asiakkaat ovat halukkaita yhteiseen kehittämistoimintaan. Yli puolet (60,5 %) vastaajista ei kuitenkaan osannut vastata onko organisaatiossa selvitetty asiakkaiden halukkuutta kehittämistoimintaan.



Kuvio 8. Organisaatiossa ollaan halukkaita toiminnan kehittämiseen.

4. Asiakkaiden ideoiden hyödyntäminen

Kysymysosiossa tiedustellaan mitä organisaatiossa on tehty asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämiseksi. Lähtökohtaisena ajatuksena on miten tiedonkulku asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämisestä on järjestetty. Onko eri ammattiryhmien välillä yhteistyötä.

Tässä kysymysosiossa selvitetään siis organisaation rakenteellisten tekijöiden käyttäjälähtöisyyttä innovaatioille. Tarkoituksena on selvittää miten organisaatiossa on selvitetty ja mahdollistettu käyttäjälähtöiset innovaatiot.

Kysymys nro	ka	s	TSM ja LSM %	EOS ja TEM %	EOS %
1. Perustettu työryhmiä	3,6	1,0	13,2	44,7	42,1
2. Työryhmien lähtökohtana asiakkaan	3,0	1,9	13,1	23,7	57,9

kuuleminen					0=2
3. Organisaatio hyödyntää asiakkaiden ideoita palvelujen parantamiseen	2,9	0,8	28,9	15,8	55,3
4. Organisaatiossa käsitellään asiakkaiden ideoita eri ammattiryhmien kesken	3,0	1,0	21	29	47,4 0=1
5. Kehittämistyöryhmän pääprosessi on asiakkaan osallistaminen	2,9	1,0	7,9	18,5	68,4 0=2
6. Työryhmissä päävastuu on varsinaisilla toiminnan kehittäjillä	2,7	1,0	23,7	13	57,9 0=2
7. Asiakkaat ovat työryhmissä tasavertaisina ideoiden kehittäjinä	3,0	1,0	10,5	18,5	65,8 0=2

Taulukko 5. Asiakkaiden ideoiden hyödyntäminen

Tämän kysymysosion enemmistä vastauksista sijoittui kategoriaan Lähes eri mieltä, Täysin eri mieltä tai en osaa sanoa. Työryhmien perustamisesta vastaukset jakaantuivat lähes tai täysin eri mieltä (44,7 %) sekä en osaa sanoa (42,1 %) jakojen mukaan lähes kokonaan. Tästä on pääteltävissä, että joko organisaatiossa ei ole perustettu työryhmiä asiakasinnovaatioiden käsittelyyn tai tieto ei ole läpäissyt koko organisaatiota jolloin kyse on tiedon kulun ongelmista. Kysymykseen onko työryhmien lähtökohtana asiakkaan kuuleminen suurin osa (57,9 %) vastaajista ei osannut ottaa kantaa. Seuraavaksi eniten (23,7 %) vastaajat olivat eri mieltä väitteen kanssa. Kysymys työryhmän päävastuusta sai aikaan jakauman, jossa suurin osa vastaajista (57,9 %) sijoittui ”en osaa vastata kategoriaan.” Kehittämistyöryhmän pääprosessina on asiakkaan osallistaminen (68,4 %) sekä kysymys asiakkaiden tasavertaisuudesta ideoiden kehittäjinä (65,8 %). Vastaukset jakoutuivat suurin osa en osaa sanoa kategoriaan. Yli puolet (55,3 %) vastaajista oli sitä mieltä, että organisaatio ei hyödynnä asiakkaiden ideoita palveluiden parantamiseen. Ymmärrettävistä syistä nämä kysymykset työryhmistä saivat samankaltaisen vastausjakauman. Mikäli organisaatiossa ei ole perustettu työryhmiä niin vastaukset ovat tuolloin odotettavia. Kysymyksiä herää organisaation tiedonkulusta jos työryhmiä on olemassa, mutta hoitohenkilökunta ei ole asiasta tietoinen.

Mielenkiintoinen vastausjakauma syntyi kysymyksestä ”Asiakkaan ideoista keskustellaan eri ammattiryhmien kesken.” Melkein puolet(47,4 %) vastaajista oli vastannut, ettei osaa sanoa käsitelläänkö asiakkaiden ideoita eri ammattiryhmien kesken. Tämän vastauksen voi tulkita joko sitä kautta, ettei organisaatiossa ainakaan systemaattisesti ole sovittu, että asiakkaan ideoista keskusteltaisiin yli ammattirajojen. Toinen vaihtoehto on, että tutkija on asettanut kysymyksen tavalla, joka on aiheuttanut väärinkäsityksiä. Kolmas vaihtoehto on, että tiedonkulku organisaatiossa ei ole läpäissyt koko organisaatiota eli osa hoitotyöntekijöistä keskustelee asiakkaan ideoista yli ammattirajojen ja osa taas ei. Rajaniemen(2011) mukaan innovaatioiden syntymiseen ei riitä yksilöllinen luovuus vaan on osattava tehdä yhteistyötä yli ammattirajojen. Kyseessä on siiloutuminen, joka estää ideoiden ja ajatusten sekoittumisen. Ongelmien monimuotoiset ratkaisutavat vähenevät kun sekoittumista ei tapahdu. Moniammatillinen toiminta ei poista erikoistuneen asiantuntijan ammattitaidon tarvetta. Positiivisena vaikutuksena se voi synnyttää innovatiivisia ratkaisuja, käynnistää rakenteellisia muutoksia sekä aikaansaada uudenlaisen asiantuntijuuden synnyn (Rajaniemi 2011, 108;Stakes 1997, 38).

Aiemmin tehtyjen tutkimusten mukaan terveydenhuollon organisaatiot eivät hyödynnä olemassa olevia tiedon jakamisen välineitään tehokkaasti. Innovaatioprosessin keskeinen tekijä on vuorovaikutteisuus. Innovaatiot eivät tapahdu peräkkäin lineaarisessa järjestyksessä vaan vaativat liikkeiden ja ajatusten korjausta ja tarkistamista useaan kertaan. Kyseessä on enemmänkin terveydenhuollossa vaikuttavien ammattiryhmien kulttuurillisista seikoista ja toimintatavoista kuin teknisistä kysymyksistä. Jonkin yksittäisen erikoistumisalan oma painotus voi aiheuttaa organisaatiotasolle siirtyessä toiminnallisia ongelmia. Erilaisten toimintatapojen laajuus voi organisaatiotasolla aiheuttaa asiakkaalle viivytystä tai sovittujen aikojen perumista. Asiakslähtöisyyden lisäämiseksi vaaditaan tavoitteiden selkiyttämistä ja toimintatapojen päällekkäisyyksien purkamista. Asiakslähtöisyyden merkitykset tulee tarkentaa yli sektorirajojen. Terveydenhuollon toiminta saadaan asiakslähtöisemmäksi kehittämällä toimintaa kokonaisvaltaisesti yli hallinto- ja sektorirajojen. Tällainen toiminnan integrointi vaatii yksityiselle, kolmannelle sektorille sekä julkiselle puolelle yhteisen näkemyksen syntymistä asiakkaiden tarpeista, voimavaroista ja ominaisuuksista asiakslähtöisyyden kehittämisen perustaksi(Hämäläinen 2005, 199;Stakes 2008, 109; Virtanen ym 2011, 10).

Tutkimusten mukaan terveydenhuollossa pyritään asiakslähtöisyyteen, mutta käytännössä tavoite ei toteudu. Suomalaisen terveydenhuollon asiakas ei koe saavansa asiakkuuden edellyttämiä vaihtoehtoja. Tutkimustulosten mukaan asiakkaat haluavat tuoda esiin tarpeitaan ja niiden

merkityksiä. Asiakkaiden mielestä jopa hoidon laatua tärkeämpää on tunne kuulluksi tulemisesta. Standardoitujen palveluiden rinnalla tulee olla palveluita, jotka mahdollistavat muuttuneiden elämäntilanteiden ja erilaistuneiden tarpeiden huomioimisen(Valkama 2009, 35-36).

5. Asiakkaiden ideoiden hyödyntämisen edistäminen

Tässä kysymysosiassa on hoitotyöntekijöille esitetty 7 vaihtoehtoa, joilla asiakkaan innovatiivisuuden hyödyntämistä voisi lisätä. Esitetyt vaihtoehdot on kerätty kirjallisuudesta vaihtoehtoisina tai rinnakkaisina tapoina hyödyntää asiakkaiden innovaatioita ja lisätä asiakaslähtöisyyttä.

Kysymys nro	ka	s	TSM& LSM %	LEM& TEM %	EOS %
1.Asiakasfoorumi	3,0	1,0	34,2	26,3	39,5
2.Aloitelaatikko	1,6	0,7	94,7	2,6	3,6
3.Kuntalaisfoorumi	2,5	0,7	55,3	5,3	39,5
4.Arviointilomakkeet	1,8	0,8	89,5	5,3	5,3
5.Terveyskioski	2,1	1,0	76,3	10,5	13,2
6.Verkoissa keskustelu	3,0	1,1	34,2	34,2	31,6
7.Verkoissa asiakas palautejärjestelmä	2,2	1,2	68,4	18,5	13,2

Taulukko 6. Asiakkaiden ideoiden hyödyntämisen edistäminen

Asiakasfoorumi on jostakin tietyistä asiakasryhmästä koottu vapaaehtoinen asiakasryhmä, joka pohtii juuri tälle ryhmälle soveltuvia palveluja. Kuntalaisfoorumissa osallistujat on laajennettu koskemaan kaikkia kuntalaisia. Ryhmät on koottu esimerkiksi nuoriso-, eläkeläis - tai työikäisistä kuntalaisista. Esimerkkinä Pirkkalan kunnan järjestämät kuntalaisfoorunit(Pirkkalan kunta, Terveellä järjellä - parasta perusturvaa 2009- 2011). Suosituin vaihtoehto oli aloitelaatikko(94,7 %), joka sijoitetaan johonkin julkiseen tilaan esimerkiksi terveyskeskuksen aulaan, johon asiakkaat voivat laittaa ehdotuksiaan toiminnasta. Toiseksi suosituin oli arviointilomakkeet (89,5

%), jotka voidaan jakaa jokaisen vastaanottokäynnin yhteydessä asiakkaalle mahdollisuutena antaa palautetta käynnin odotuksista ja toteutumisista. Verkossa keskustelu ja asiakaspalauttejärjestelmä verkossa tapahtuvat niille suunnitelluilla internet -sivuilla. Keskustelu verkossa antaa asiakkaille yhteisöllisen tavan keskustella terveydenhuollon palveluiden toteuttamisesta sekä innovatiivisista ehdotuksista parantaa palveluita. Keskusteluissa kannattaa osallistujana olla esimerkiksi terveystieteiden sekä hallinnon että tuotannon edustajia mukana. Asiakaspalautteen antaminen antaa mahdollisuuden antaa palautetta verkossa joko nimellä tai nimettömänä. Terveystieteiden käydessä ei välttämättä ehdi täyttämään palautelomaketta, jolloin sen voi myöhemmin täyttää rauhassa kotona koneen ääressä.

Kolmanneksi suosituin vaihtoehto oli terveystietokioski(76,3 %). Asiakkaat voivat matalan tason kioskissa käydä mittauttamassa verenpainettaan tai verensokeriaan. Tarkoituksena on tuoda palvelut asiakkaan luo. Luomalla matalan tason vastaanotto mahdollistetaan myös asiakkaiden vuorovaikutuksellisuuden lisääminen kun käynti ei ole sidottu muodolliseen ympäristöön.

Jokainen näistä vaihtoehtoista vaatii organisaatiolta eriasteista responsiivisuutta ja reflektiivisyyttä. Aloite ei saa jäädä lojumaan laatikkoon vaan vaatii sekä organisaatiolta että hoitotyöntekijältä aktiivisuutta. Annettuun palautteeseen tai aloitteeseen tulee aina vastata. Asiaan tulee myös palata kun asianomaiset tahot ovat palautteen tai ehdotuksen käsitelleet.

VI JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää: Miten terveydenhuollossa hyödynnetään asiakkaiden innovaatioita hoitokäytänteiden ja palveluiden parantamiseksi? Tuottavatko terveydenhuollon asiakkaat innovaatioita hoitokäytäntöjen ja palveluiden parantamiseksi? Kolmantena kiinnostuksen kohteena oli selvittää onko ehdotetuissa vaihtoehdoissa joitakin tapoja, jotka hoitotyöntekijöiden mielestä voisivat lisätä asiakkaiden innovatiivisuutta?

Tutkimuksen kohdeorganisaationa oli Lempäälän terveystakeskus. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat Lempäälän terveystakeskuksen hoitotyöntekijät.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimusote. Tutkimus toteutettiin Likertin viisiportaisella asteikolla. Tutkimuslomakkeen kysymysten teoreettisena pohjana oli asiakaslähtöinen innovaatioajattelu.

Tutkimuslomakkeen analysoinnissa käytettiin tunnuslukuina keskiarvoa, hajontaa sekä prosenttilukuja. Etenkin prosenttiluvuilla oli suuri merkitys tämän tutkimuksen hoitotyöntekijöiden mielipiteiden jakautumisessa.

Vastauksena ensimmäiseen tutkimuskysymykseen tuli, ettei kohdeorganisaatiossa hyödynnetä asiakkaiden innovaatioita ainakaan systemaattisesti hoitoprosessien tai käytäntöjen parantamiseksi. Vastaajista kolmannes oli sitä mieltä, että organisaatiossa hyödynnetään asiakkaiden ideoita, mutta lähes toinen kolmannes ei osannut vastata kyseiseen kysymykseen. Vastausten jakaumasta voitaisiin päätellä, ettei kohdeorganisaatiossa ole ainakaan käytössä mitään virallisesti sovittua asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämistapaa. Hajonnassa voi olla kyse jonkin yksittäisten tiimien tai yksilöiden soveltamista asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämistäjärjestelmästä.

Suurin osa vastaajista koki organisaationsa kannustavan täydennyskoulutukseen. Tosin tässä kysymyksiä herättää miksi sitten vain vajaa kolmannes oli käynyt viimeisen vuoden aikana terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutusvelvoitteiden mukaiset kolme kertaa tai enemmän täydennyskoulutuksessa. Vastaajista suurin osa koki, että organisaatio palkitsee ideoista. Innovaatioajattelun mukaisesti palkitseminen motivoi yksilöä innovoimaan. Suuresta

prosenttiosuudesta voi päätellä, että organisaatiossa on olemassa systemaattinen ideoiden palkitsemisjärjestelmä.

Yli puolet vastaajista olivat sitä mieltä, ettei organisaatiolla ole varaa jättää asiakkaiden ideoita huomioimatta Tämä on tärkeä huomio hoitotyöntekijöiltä. Organisaatiolla on vaarana menettää asiakkaansa jos se kuvittelee tietävänsä asiakkaiden tarpeet paremmin kuin asiakkaat (Harisalo 2009, 307). Vastaajat kokivat organisaationsa ennakkoluulottomaksi, kykenevän kyseenalaistamaan rakenteitaan, omaavan kykyä vastata muuttuviin tarpeisiin, organisaatiossa ollaan halukkaita toiminnan kehittämiseen.

Organisaation uudistumiskyvyn voidaan katsoa koostuvan kuudesta tekijästä: strategisesta kyvykkyydestä, ajan hyödyntämisestä, oppimismyönteisyydestä, vuorovaikutteisuudesta, tiedolla johtamisesta ja johtajuudesta (Kianto 2008). Tämän näkemyksen mukaan kohdeorganisaatiosta löytyy potentiaalisia mahdollisuuksia uusiutua ja kehittää toimintaansa.

Asiakkaiden ideoiden hyödyntämisen estäviksi tekijöiksi voidaan mainita resurssien rajoittavuuden. Innovaatioajattelun mukaisesti liian niukat resurssit estävät innovatiivisuutta. Toisaalta innovatiivisuuden takeena ei ole myöskään riittävä henkilökunnan määrä ja taloudelliset resurssit. Innovatiivisuuden avain ja välttämättömyys on ihmisten välinen vuorovaikutus. Organisaation haasteena on järjestää työntekijöille paikka ja työvälineet innovatiivisuutta luovaan vuorovaikutukseen (Harisalo 2009, 305). Vastaajista valtaosa ei tiennyt onko organisaatiossa selvitetty asiakkaiden halukkuutta kehittämistoimintaan. Tätä taustaa vasten on vaikea vastata kysymykseen onko kohdeorganisaatiossa selvitetty asiakkaiden halukkuutta kehittämistoimintaan. Oletukseksi syntyy, että halukkuutta ei olisi tiedusteltu, koska tuolloin todennäköisesti hoitotyöntekijät olisivat olleet tuota halukkuutta selvittämässä. Toisaalta onhan mahdollista, että asiakkaiden halukkuutta on selvitetty, mutta tiedon kulussa on ollut ongelmia eikä tieto asiasta ole esimerkiksi levinnyt hoitotyöntekijöille hallinnosta.

Seuraavana kiinnostuksen kohteena oli tieto asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämisestä. Kauttaaltaan valtaosa vastauksista sijaitsi ”En osaa vastata” osiossa. Esimerkiksi lähes kolmannes vastaajista ei osannut vastata käsitelläänkö organisaatiossa asiakkaiden ideoita eri ammattiryhmien kesken. Tästä voitaneen tulkita, ettei eri ammattiryhmien välinen yhteistyö ole kovin yleistä kyseisessä organisaatiossa. Toisaalta kunkin vastaajan olettaisi vastaavan omasta puolestaan eli toteuttaako omassa työssään yli ammattirajojen ulottuvaa keskustelua asiakkaiden ideoista.

Todennäköisesti vastaajat ovat vastanneet oletuksen mukaan, ettei organisaatiossa systemaattisesti keskustella asiakkaan ideoista yli ammattiryhmien. Yksi vaihtoehto on, että hoitotyöntekijät keskustelevat asiakkaiden ideoista yli ammattirajojen. Toiminta on kuitenkin muuttunut niin luontevaksi, ettei sitä enää tiedosteta erillisenä toimintana. Tätä vaihtoehtoa tukee väestövastuun periaatteella toimiminen. Tällöin eri ammattiryhmät työskentelevät saman asiakkaan ongelmien parissa. Tosin nämä jäävät vain tutkijan tulkinnoiksi. Vastauksia voitaneen pohtia jälleen myös tiedonkulun kannalta. Oletettavasti käytössä ei ole systemaattista asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämisyjärjestelmää tai se on käytössä vain jossakin osassa organisaatiota. Joka tapauksessa kyseinen systemaattinen innovaatioiden hyödyntämistapa ei ole ulottunut läpi koko organisaation eli se ei ole innovaatioajattelun mukaisesti toteutunut tai tiedonkulussa on ollut ongelmia. Toisaalta tutkijan on myös pohdittava voiko kyseessä olla kysymysten vääränalaisesta asettelusta johtuneet väärinkäsitykset.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli uusien ideoiden esiintyminen eli tuovatko terveydenhuollon asiakkaat esiin ajatuksiaan hoitoprosesseista. Tämän tutkimuksen mukaan julkisen terveyden huollon asiakkaat eivät ainakaan erityisen korostetusti tuoneet esille innovatiivisia ajatuksiaan. Asiakkaiden innovatiivisuutta ei myöskään ollut huomioitu erityisellä tavalla. Asiakkaiden osallistumismahdollisuuksia hoitoprosessien kehittämiseksi ei ollut huomioitu erityisellä tavalla. Kuitenkin hoitotyöntekijöistä yli puolet olivat sitä mieltä, että asiakkailta olisi halukkuutta kehittämistoimintaan. Hoitotyöntekijöistä valtaosa oli sitä mieltä, että myös muut kuin hoitotyöntekijät kykenevät kehittämään hoitoprosessia.

Hoitotyöntekijöistä kaikki kertoivat pystyvänsä käyttämään luovuutta työssään. Kiannon (2008) mukaan organisaation uudistumiskyky perustuu sen yksilöiden luovuuteen. Luovuuden ymmärtäminen vaatii tietoista kehittämistä organisaatiossa (Kianto 2008).

Asiakkaiden odotukset palvelusta selvitti selvästi yli puolet ja odotusten toteutumisen samoin selvästi yli puolet vastaajista. Vastaajista valtaosa oli halukas kehittämään asiakaslähtöisyyttä. Asiakkaan kanssa hoitosuunnitelman teki selkeästi yli puolet vastaajista. Vastaajista lähes kaikki tarjosivat tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista ja palvelun tuottajista. Uudistumiskyky syntyy organisaation kyvyistä jatkuvaan oppimiseen, kehittämiseen ja innovoimiseen (Kianto 2008.)

Saatujen tulosten perusteella voidaan sanoa, että Lempäälän terveyskeskus organisaatiossa ei ole kehitetty systemaattista asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämisyjärjestelmää. Hoitotyöntekijöiden

antamien vastausten perusteella olisi pääteltävissä, että panostamalla innovatiivisuuden kehittämiseen olisi organisaation ja sen toiminnan mahdollista olla käyttäjälähtöistä ja innovatiivista. Hoitotyöntekijöiden asenteista ja organisaation mahdollisuuksien mukaan tällainen olisi mahdollista kehittää. Kohdeorganisaatiossa löytyi paljon innovatiivisuutta tukevia tekijöitä, mutta myös niitä estäviä. Innovatiivisuutta tukevia olivat hoitotyöntekijöiden asiakaslähtöisyys, luovuuden käyttö, halukkuus kehittämiseen ja muutokseen. Organisaation innovaatioita edistäviä tekijöitä olivat ennakkoluulottomuus, muutos- ja kehittämishalukkuus, palkitsemisjärjestelmien olemassaolo ja kannustaminen koulutukseen. Ennen kaikkea tärkeintä on se, että organisaatiossa ollaan valmiita kehittämistoimintaan.

Organisaatiolla on jo valmiiksi sitoutunut henkilökunta, jonka toiminta on asiakaslähtöistä, halukasta kehittämään toimintaansa sekä kykenee käyttämään työssään luovuutta. Organisaatiossa olisi hyvät lähtökohdat lähteä kehittämään asiakaslähtöistä innovatiivista organisaatiota. Innovaatioteorian mukaisesti asiakaslähtöisyys mukana pitäen tulisi organisaation huomioida sekä asiakkaat että työntekijät voimavarana.

Kolmanteen tutkimuskysymykseen saatiin vastaukseksi, että esitetyistä vaihtoehdoista kannatusta saivat eniten aloitelaatikko, arviointilomakkeet kuntalaisille ja terveystietokone. Näistä kannatusta saaneista vaihtoehdoista terveystietokone on Suomessa uusin kokeilu. Terveystietokone ammattilaiset ovat siis hyvin selvillä tämän hetken erilaisista asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksista. Lempäälän kunnan verkkosivuilla on kehitteillä tällä hetkellä asiakaspalautejärjestelmä eli kehitystyötä on jo tehty terveystietokone ammattilaisten suositteluun suuntaan.

Kysymyksiä herättää asiakasfoorumien ja kuntalaisfoorumien suuret ”ei osaa sanoa” - prosenttiluvut. Onko mahdollisesti kyseessä tutkijan huonosti asettama kysymys, joka ei avautunut vastaajille? Tai onko kyse siitä, ettei vastaajilla ole käsitystä mitä asiakas- tai kuntalaisfoorumilla tarkoitetaan. Toisaalta taas kuntalaisfoorumia on kannattanut yli puolet vastaajista. Kyseessä voi olla myös se, että hoitotyöntekijät ovat pohtineet asiaa niin pitkälle, että kuntalaisfoorumi on helpommin toteutettavissa kuin jollekin rajoitetuille asiakasryhmälle toteutettava foorumi. Tähän voi liittyä myös käsitys siitä, että terveyskeskustoiminnassa on kyse kaikkia kuntalaisia koskevista verovarain kustannettavista palveluista. Tällaiseen kaikkia koskeviin palveluiden kehittämistoimintaan tulisi kaikkien kuntalaisten tasaveroisuuden nimissä päästä osallistumaan. Edellä esitetyistä vaihtoehdoista yksikään ei sulje pois asiakaslähtöisen innovatiivisen asiakastyöskentelyn kehittämistä. Ne ovat vain yksi osa tuota kehittämistyötä, jota kohti Suomessa ollaan matkalla.

Tutkimuksen tuloksia ei voida verrata aikaisempiin vastaaviin tutkimuksiin, koska niistä ei löytynyt aivan vastaavaa. Rajaniemen (2010) väitöskirjassa organisaation innovatiivisuutta tarkasteltiin rakenteellisten esteiden kautta (Rajaniemi 2010). Tässä tutkimuksessa katsottiin innovatiivisuutta toimijoiden eli hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Lähtökohtaisena ajatuksena oli terveydenhuollon asiakas innovatiivisuuden tuottajana terveysorganisaatiossa. Tällöin innovatiivisuuteen vaikuttavia tekijöitä on laajennettava rakenteellisten esteiden lisäksi mahdollistajiin sekä liitettävä mukaan asiakas toimijana.

Asiakas innovatiivisuuden eli käyttäjälähtöisyyden näkökulmasta tulokset tukevat teoriaa, että asiakkaiden innovatiivisuuden tukeminen on vielä Suomessa kovin lapsen kengissä. Asia on kyllä tunnistettu ja tunnustettu tärkeäksi jopa valtiovallan tasolla, mutta käytäntöön siirtäminen ei ole vielä laajemmassa merkityksessä toteutunut. Stakes (1997) on määritellyt hoitotyön laatutyön politiikaksi mm. asiakaslähtöisyyden, kaikkien osallistumisen, systemaattisuuden ja jatkuvan toiminnan parantamisen (Stakes 1997, 49). Vastauksista kävi ilmi, ettei asiakkaiden kehittämishalukkuutta ollut tiedusteltu tai tieto siitä ei ainakaan ollut läpäissyt koko organisaatiota. Tulokset tukevat myös oletusta, että innovaatioteoriasta on apua kehitettäessä asiakaslähtöistä innovatiivisuutta. Innovaatioajattelun periaatteita tuloksiin liitettäessä voidaan havaita yhteneväisyyksiä tekijöiden kanssa, jotka estävät ja edistävät innovaatioiden syntymistä. Kohdeorganisaatiosta löytyi sekä estäviä että innovaatioita edistäviä tekijöitä.

Asiakasinnovaatioita estäviä tekijöitä löytyi hoitotyöntekijöiden epäsystemaattisesta tavasta tiedustella asiakkaitten innovaatioita, resurssien rajoittavuudesta, asiakkaiden mahdollisuudesta vaikuttaa palveluprosesseihin sekä asiakkaiden kehittämishalukkuuden selvittäminen. Kaikkein suurimmat esteet löytyivät kuitenkin kohdeorganisaation rakenteellisista tekijöistä. Kohdeorganisaatiossa ei ole organisoitu asiakkaan innovaatioiden hyödyntämistä systemaattisella tavalla. Asiakkailta ei esimerkiksi tiedusteltu ideoita palveluiden parantamiseen. Toisena vaihtoehtona on, että kohdeorganisaatiossa on olemassa systemaattinen asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämistapa, mutta tieto siitä ei ole läpäissyt koko organisaatiota, jolloin ongelmana on tiedonkulku.

Kohdeorganisaatiosta löytyi paljon asiakasohjautuvaan terveysorganisaatioon tähtäävää toimintaa. Innovaatioajattelun mukaan oletetaan työntekijöiden olevan kehittämis- ja uudistushaluisia. Työntekijät oletetaan haluavan kehittää uudenlaista ajattelutapaa toimintansa tueksi (Seeck 2008,

243). Kohdeorganisaation hoitotyöntekijät tiedustelivat asiakkaiden odotuksia ja toteutumisia. He olivat sitä mieltä, että asiakkaat ovat halukkaita kehittämään palveluita eikä asiakaslähtöisyyden kehittäminen kuulu vain heille. Hoitotyöntekijät tarjosivat tietoa myös erilaisista hoitotavoista sekä palveluntuottajista. Hoitotyöntekijät kykenivät myös käyttämään luovuutta työssään.

Organisaation rakenteessa olevia innovaatioita edistäviä tekijöitä ovat koulutukseen kannustaminen, ideoista palkitseminen, ilmapiirin ennakkoluulottomuus, kyky kyseenalaistaa olemassa olevia rakenteita, lähtökohtana asiakkaan tarpeet, organisaation kyky vastata muuttuviin tarpeisiin sekä yleisesti organisaatiossa ollaan halukkaita kehittämistoimintaan.

Tutkijaa mietityttämään jääneitä asioita olivat mm. tutkimusjoukon koko, olisiko saavutettu suurempi vastausprosentti jos tutkija olisi toimittanut kysymyslomakkeet itse henkilökohtaisesti? Valittu toimintatapa tuli kuitenkin ehdotuksena hoitotyön päälliköltä kohdeorganisaatiosta, joten oli varmasti selkeämpi toimintatapa kokonaisuuden kannalta. Vastausprosentti jäi 44 %:iin, joka vastaa normaalia kirjallisen kyselyn vastausprosenttia, joka yleensä jää alle 60 % (Heikkilä 2010, 66).

Toinen tutkimuksen toteuttamisessa mietityttävä kysymys olivat strukturoidut monivalintakysymykset. Todennäköisesti ei- strukturoiduilla kysymyksillä olisi saavutettu enemmän informaatiota kohdeorganisaation asiakkaiden innovaatioiden toteutumisen tai toteutumattomuuden estäjistä ja mahdollistajista. Kyselytutkimuksen haitatkin mietityttivät tutkijaa tuloksia tutkiessa. Tutkijalla ei ole mitään mahdollisuutta selvittää miten huolellisesti kukin vastaaja on lomakkeen lukenut ja täyttänyt. Oletuksena kysymyksiä tehdessä oli, että vastaajat kykenevät vastaamaan kysymyksiin, koska koskevat vastaajan omaa työtä ja organisaatiota. Loppujen lopuksi kyselytutkimuksen tekijän on mahdotonta tietää miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 182).

VII LOPUKSI

Tämän työn tekeminen on innostanut tutkimuksen tekijää kaivautumaan yhä syvemmälle innovaatio ajatteluun. Valitettavasti näin pienimuotoisessa opinnäytetyössä ei kykene menemään laajasti tutkittuun innovaatioajatteluun kuin pintapuolisesti raapaisten. Innovaatioajattelu luo organisaatioille lähes rajattomat mahdollisuudet kehittää toimintaansa yhä asiakaslähtöisemmäksi. Innovaatioteoria antoi kyseiselle tutkimukselle konkreettisia työvälineitä, joilla organisaatio voi hyödyntää asiakkaiden innovaatioita. Julkisen terveydenhuollon organisaatioon on myös sovellettavissa innovaatioteorian mukainen asiakaslähtöinen ajattelu. Asiakkaalla on samanlaisia tarpeita niin julkisen terveydenhuollon kuin yksityisenkin puolella. Käyttäjälähtöistä innovaatioajattelua sovelletaan jo osittain kohdeorganisaatiossa.

Terveydenhuollon asiakkaat ovat yhä tietoisempia omista oikeuksistaan osallistua omaan hoitoonsa. Terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutokset esimerkiksi kunta- ja palvelurakenneuudistus (PARAS- Hanke) tuovat omat paineensa tähän palvelutuotantoon. Terveydenhuollon käyttäjien osalta vanhat osallistamisen muodot eivät enää riitä jos kunnallisen päätöksenteon suhde peruspalveluiden tuotantoon eriytyy (Stakes 2008).

Kohdeorganisaatiolla on mahdollisuuksia kehittää toimintaansa asiakasohjautuvaksi terveysorganisaatioksi. Henkilökunnan asenteet ovat jo asiakaslähtöisiä. He toteuttavat toimintaansa jo valmiiksi asiakaslähtöisesti organisaation tällä hetkellä mahdollistamin keinoin. Yhteistä keskustelua kaipaa kuitenkin se, mitä kyseisessä organisaatiossa käsitetään asiakaslähtöisyydellä. Keskustelua myös tulisi synnyttää innovaatioajattelun asiakaslähtöisyyden hyödyistä organisaatiolle.

Kohdeorganisaatiossa ei ole kehitetty systemaattista asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämistapaa. Tällainen systemaattinen koko organisaation läpäisevä tapa mahdollistaisi asiakkaiden osallistumisen palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen. Asiakkaiden mukaan ottamisella olisi mahdollista lisätä asiakastytyväisyyttä. Palveluita voitaisiin tuottaa asiakkaiden tarpeiden mukaisesti lakisääteisten terveystalveluiden rinnalla.

Organisaation uusien asenteiden ja ajattelumallien yhdessä oppimisen avulla on mahdollista saada työhön uudenlaista sisältöä ja haastetta. Uudenlaisen työskentelytavan oppiminen mahdollistaisi

avoimen työskentelytavan asiakkaan kanssa, jossa asiakas olisi tasapuolisessa vuorovaikutussuhteessa. Organisaation toimintaa suunniteltaessa asiakaslähtöiseksi innovatiiviseksi terveysorganisaatioksi tulee muistaa, että innovatiivisuuden tulee läpäistä koko organisaation rakenteen, toiminnan, henkilöstön toiminnan sekä hallinnolliset toimintatavat. Innovatiivisuuden tulee ohjata organisaation toimintaa kaikilla tasoilla (Harisalo 2009, 310).

Kohdeorganisaatiolla on mahdollisuus järjestää hoitotyöntekijöille ja asiakkaille keskustelu arena, jossa voisi syntyä uusi asiakaslähtöisesti innovatiivisia palveluita tuottava ja kehittävä julkisen terveydenhuollon asiakasohjautunut terveysorganisaatio. Innovaatioissa synnyttämisessä ja kehittämisessä on kyse ideoiden kypsyttämisestä, joten kenenkään ei tarvitse pelätä esittävänsä tyhmää ideaa. Kyse on erilaisten ajattelu- ja näkökantojen ymmärtämisestä ja yhteensovittamisesta.

Jatkotutkimuksen aiheena olisi mielenkiintoista tutkia miten hoitotyöntekijöiden mielipiteet asiakkaiden innovaatioiden hyödyntämisestä eroavat terveyskeskuksen asiakkaiden mielipiteistä. Mielenkiintoista olisi myös tutkia onko lisätyistä innovaatiomahdollisuuksista asiakkaille ollut hyötyä käytännössä esimerkiksi palveluiden ja käytänteiden paranemisena. Jatkotutkimuksen voisi toteuttaa yhteisesti sekä hoitohenkilöstölle että asiakkaille esimerkiksi asiakasfoorumin tai kuntafoorumin tapaisena tapahtumana.

VIII LÄHTEET

Achtenhagen, Leona, Melin, Leif & Mullern, Tomas 2003. Teoksessa Pettingrew, Andrew M, Whittington, Richard, Melin Leo, Sanchez- Runde, Carlos, Van de Bosch, Frans A.J, Ruigrok, Winfried & Numagami, Tsuyoshi (toim.) Innovative forms of organizing. Athenaeum Press, Gateshead. Great Britain.72- 94.

Alam, Ian 2002. An exploratory investigation of user involvement in new service development. Journal of the academy of marketing science. Vol 30, issue 3, 250- 261.

Antola, Tuula & Pohjola, Jukka 2006. Innovatiivisuuden johtaminen. Edita Prima. Helsinki.

Bovenkamp Van de, Hester M, Trappenburg, Margo J & Grit, Kor J. Patient participation in collective healthcare decision making: the Dutch model. Health Expectations. Mar 2010, Vol 13. Issue 1. 73- 85.

De Bono, Edward 1978. Oppurtunities. A handbook of business opportunity search. Cox and Wyman Ltd. Great Britain.

Dixon- Woods, Mary, Amalbert, Rene, Goodman, Steve, Bergman, Bo , Glasziou, Paul. Problems and promises of innovation: Why healthcare needs to rethink its love / hate relations with the new. British Medical Journal. 1 (April 2011), 47-51. Doi 10.1136/bmjqs.2010.046227.

Elovainio, Marko & Kalliomäki- Levanto, Tiina 1995. Selvitys alueellisen väestövastuun tilanteesta Suomessa. Stakes aiheita 9/ 1995. Helsinki.

Eriksson, Kai 2004. Verkostonajatus teknologiapolitiikassa. Teoksessa Lemola, Tarmo & Honkanen, Petri(toim). Innovaatiopolitiikka -kenen hyväksi, keiden ehdoilla?20- 31.

Tammer- Paino. Tampere.

Grönroos, Christian 1987. Miten palveluja markkinoidaan. Weilin + Göös kirjapaino. Espoo.

Gröroos, Christian 2000. Nyt kilpaillaan palveluilla. WSOY. Porvoo.

Hakari, Kari 2011. Kaupunki palveluinnovaatioiden moottorina. Palveluinnovaatiot kasvun lähteenä seminaari 2.5.2011. Tampereen yliopisto, Linna kirjastorakennus.

<http://www.uta.fi/jkk/palveluinnovaatiokeskus/tapahtumat/aikaisemmat.html>

Harisalo, Risto & Miettinen, Ensio 1996. Vastuuyhteiskunnan peruslait. Tutkimusmatka ihmisen yhteiskuntaan. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Harisalo, Risto & Miettinen, Ensio 2004. Luottamus pääoma. Yrittäjyyden kolmas voima. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.

- Harisalo, Risto 2009. Organisaatioteoriat. Juvenes Print. Tampere.
- Harmaakorpi, Vesa 2009. Innovaatioverkostot- älyllisen ristipölytyksen areena. Uusiutuvat palvelut- ideoista innnovaatioiksi- luentokokonaisuus. Järjestäjä Edutech, Tampere 15.1.2009.
- Hautamäki, Antti 2008. Kestävä innovointi. Innovaatiopolitiikka uusien haasteiden edessä. Sitran raportteja 76. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Haveri, Arto, Majoinen, Kaija & Jäntti, Anni (Toim.) 2009. Haastava kuntajohtaminen. Edita Prima. Helsinki.
- Haverinen, Riitta, Simonen, Leila & Kiikka, Irma (toim.) 1998. Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Stakes raportteja 221. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Heikkilä, Tarja 2010. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Heuru, Kauko, Mennola, Erkki & Ryytänen, Aimo 2001. Kunnallinen itsehallinto . Kunnallisoikeuden perusteet. Talentum Media Oy. Jyväskylä.
- Hippel, von Eric & Jong, de Jeroen P. J 2010. Open, Distributed and user- centered: towards a paradigm shift in innovation policy. EIM Research reports. February 2010. 1- 39. The Netherlands.
- Hippel, von Eric 2005. Democratizing innovation. The MIT Press. England
- Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001. Tutki ja kirjoita. Tummavuoren kirjapaino Oy. Helsinki.
- Hyvönen, Kaarina, Heiskanen, Eva, Repo, Petteri & Saastamoinen, Mika 2007. Kuluttajat tuotekehittäjinä: haasteita ja mahdollisuuksia. Teoksessa Lammi, M, Järvinen, R & Leskinen, J (toim)Kuluttajat kehittäjinä.Miten asiakkaat vaikuttavat palvelumarkkinoilla? Kuluttajatutkimuksen vuosikirja 2007. Kuluttajatutkimuskeskus. Helsinki.
- Hämäläinen, Hannu 2005. Innovaatiotoiminnalla ratkaisuja hyvinvointiyhteiskunnan tulevaisuuden haasteisiin. Yhteiskuntapolitiikka 2/2005, 197- 204. Helsinki.
- Hämäläinen, Hannu 2008. Sosiaaliset innovaatiot sosiaali - ja terveydenhuollossa. Teoksessa Saari, Juho (toim.)Sosiaaliset innovaatiot ja hyvinvointivaltion muutos. Gummerus kirjapaino Oy. Vaajakoski.100- 120.
- Hämäläinen, Hannu, Jäppinen Tuula & Kivisaari, Sirkka 2011. Mihin innovaatioita tarvitaan sosiaali- ja terveysalalla? Yhteiskuntapolitiikka 76:2, 219- 226.
- Hämäläinen, Timo J & Heiskala, Risto 2004. Sosiaaliset innovaatiot ja yhteiskunnan uudistumiskyky. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Jalava, Urpo & Virtanen, Petri 1996. Laatu, innovaatio ja projekti. Tammer- Paino Oy. Tampere.
- Kannisto, Päivi & Kannisto, Santeri 2008: Asiakaspalvelu. Tiedettä, taikuutta vai talonpoikaisjärkeä? Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kangas, Pirkko 1989. Palvelun psykologia. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Kangas, Virve & Paasivaara, Leena 2010. Innovatiivisuutta edistävät ja estävät tekijät terveydenhuollon poliittisessa päätöksenteossa. *Premissi* 5/ 2010, 52- 58.

Keskimäki, Ilmo, Manderbacka, Kristiina & Teperi, Juha 2008. Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista 50- 66. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (Toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Gummerus kirjapaino. Jyväskylä.

Kianto, Aino 2008. Organisaation uudistumiskyky ja sen mittaaminen. Uudistuvat palvelut - ideat innovaatioiksi seminaari. Jakso 1. Innovatiivinen uusiutuminen 11.11.2008.

Kinnunen, Juha, Kivinen, Tuula, Lammintakanen, Johanna & Taskinen, Helena 2008. Henkilöstövoimavarojen johtamisen merkitys terveydenhuollon kehittämisessä 97- 115. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (Toim.) tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Gummerus kirjapaino. Jyväskylä.

Kivinen, Tuula, Kinnunen, Juha, Niiranen, Vuokko & Hyvärinen, Satu 1997 (Toim.) Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystalouteen. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 45. Kuopio.

Kivisaari, Sirkku, Kortelainen, Sami & Saranummi, Niilo 1999. Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoille. Tekes. Digitaalisen median raportti 7/ 99. Tammer- Paino Oy. Helsinki.

Koivisto, Tapio 2011. Avoin innovointi, yritys ja luomisverkostot 32- 76. Teoksessa Koivisto, Tapio, Mikkonen, Teemu, Vade'n, Tero, Valkokari, Katri, Ahonen, Mikko & Vainio, Niklas 2011. Rajoja ylittävä innovointi. Tampereen yliopistopaino Oy- Juvenes Print. Tampere.

Kujala, Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystalouteen. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 914. Tampere.

Kuusela, Hannu 1989. Markkinoinnin haaste. WSOY- kirjapainoyksikkö. Porvoo.

Kuusela, Hannu 2001. Virheet palveluorganisaation voimavarana 96- 106. Teoksessa Grönroos, Christian & Järvinen, Raija (Toim.) Palvelut ja asiakassuhteet markkinoinnin polttopisteessä. Tummavuoren kirjapaino Oy. Vantaa.

Laamanen, Kai 2005. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Ideasta käytäntöön. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Lahti, Hilka 2011. Hoitotyön innovaatio syntyy arjen työssä. *Sairaanhoitaja* 10/ 2011, 12- 18.

Lahtinen, Jukka & Isoviita, Antti 2001. Asiakaspalvelun ja markkinoinnin perusteet. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

- Levinson, Wendy, Kao, Audiey, Kuby, Alma & Thisted, Ronald A. 2004. Not all patients want to participate in decision making. Clinical review. December 2004, 531- 535.
- Lumijärvi, Ismo 1999. Laatujohtamisen soveltuvuus julkiselle sektorille. Hallinnon tutkimus Vol 18, nro 3, 180- 193.
- Metteri, Anna 2003. Osallistava toimintatutkimus kansalaiskeskeisen kehittämisen menetelmänä. Luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot 156- 176. Teoksessa Metteri, Anna (Toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen kitkakohdista kehittämisehdotuksiin. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Mittilä, Tuula 2010. Asiakaspalvelu on taitolaji. Mandatum. Rahat ja henki 1, 40- 42.
- Niemelä, Pauli, Knuutinen, Mikko, Kainulainen, Sakari & Malkki, Pertti 1994. Peruspalvelut. Mitä ne ovat ja miten ne tulisi tuottaa? Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 23. Kuopio.
- Okko, Paavo, Björkroth, Tom, Koponen, Aki, Lehtonen, Annina & Pelkonen, Eija 2007. Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.
- Paavola, Heli 2011. Serve edelläkävijäyritysten innovaatiokumppanina. Palveluinnovaatiot kasvun lähteenä seminaari 2.5.2011. Tampereen yliopisto, Linna kirjastorakennus.
<http://www.uta.fi/jkk/palveluinnovaatiokeskus/tapahtumat/aikaisemmat.html>
- Perälä, Marja- Leena (Toim.) 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. STAKES. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Poikela, Ritva: Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoitteellistamassa – kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä. Premissi 6/ 2010, 36.
- Rajaniemi, Jani: Organisaatorakenne ja innovatiivisuus. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 953. Tampere.
- Rope, Timo 1988. Asiakaskeskeinen markkinointi - näkemyksiä ja sovelluksia. Weilin+ Göös. Espoo.
- Saranummi, Niilo 1999. Hyvä asiakkuus hyvinvointiklusterissa 63- 69. Loppuraportissa innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoille. Kivisaari, Sirkku, Kortelainen, Sami & Saranummi, Niilo. Tekes. Digitaalisen median raportti 7/ 99. Tammer - Paino Oy. Helsinki.
- Saari, Juho 2008. Sosiaalisten innovaatioiden aika. Teoksessa Saari, Juho (Toim.) Sosiaaliset innovaatiot ja hyvinvointivaltion muutos. Gummerus kirjapaino Oy. Vaajakoski. 7-43.
- Schienstock, Gerd 2004. Embracing the knowledge economy. MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall Great Britain.
- Seeck, Hannele 2008. Johtamisopit Suomessa. Taylorismista innovaatioteorioihin. Esa Print Oy. Tampere.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009- 2011. Julkaisuja 2009: 18. Yliopistopaino. Helsinki.
- Sotarauta, Markku 2009. Strateginen innovaatiojohtaminen kunnassa. Teoksessa Haveri, Arto, Majoinen, Kaija & Jäntti, Anni (Toim.) Haastava kuntajohtaminen. Edita Prima. Helsinki. 56- 70.
- Stakes 1997. Hoitotyön suunta, strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Suomen Kuntaliitto 1999. Asiakslähtöiset palveluprosessit. Perusta laadulle vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä. Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki.
- Suominen, Jarmo 2011. Palveluinnovaatiot ja innovaatioiden johtaminen. Asiakas kumppaniksi. Palveluinnovaatiot kasvun lähteenä seminaari 2.5.2011. Tampereen yliopisto, Linna kirjastorakennus.
<http://www.uta.fi/jkk/palveluinnovaatiokeskus/tapahtumat/aikaisemmat.html>
- Tanttu, Kaarina 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa - prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Acta Wasaensia No 176.
- Toikko, Timo 2006. Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. Työvoimapoliittinen aikakausikirja 3/ 2006.
- Valkama, Katja 2009. Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallinnon tutkimus Vol. 28, No 2, 26- 40.
- Vallimies- Patomäki, Marjukka 2011. Uusi terveydenhuoltolaki ja hoitotyö. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Virtanen, Petri, Suoheimo, Maria, Lamminmäki, Sara, Ahonen, Päivi & Suokas, Markku 2011. Matkaopas asiakslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki 2011.
- Vuori, Jari 2008. Julkisesti, Yksityisesti vai tilatusti tuotettu terveys- kansalaisen valinnat terveyspalveluissa. Teoksessa Ashorn, Ulla & Lehto, Juhani (Toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä. 194- 214.
- Ylikoski, Tuire 1998. Unohtuiko asiakas? Perustietoa palvelujen markkinoinnista. Otavan kirjapaino. Keuruu.

Sähköiset lähteet:

Baldwin, Carliss & Eric von Hippel 2009. Modeling a Paradigm Shift; From producer innovation to user and open collaborative innovation.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1502864

Harmaakorpi, Vesa 2008. Hyödyntääkö suomalainen innovaatiopolitiikka 4 % vai 96 % innovaatiopotentialista?

http://www.sitra.fi/fi/Ajankohtaista/Puheenvuorot/Puheenvuoro_2008-01-22.htm

Hasu, Mervi 2011. Miten nousemme ohi ja yli etukäteen tiedetyn osaamisemme. Julkaistu 21.9.2011. Työterveyslaitos.

<http://www.slideshare.net/Uusijohtajuus/mervi-hasu-innovaatioenergia-9353826>

Holmberg- Marttila, Doris 2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin palveluketjuopas. Mikä on hoitoketju?

<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10036&contentlan=1>

Innovaatiot Stakesin innovaatiohankkeen johtaja Hämäläinen, Hannu 22.11 2007. Päivitetty 5.2.2008) <http://innovaatio.stakes.fi/FI/esittely/index.htm>, Luettu 20.4.2011.

Johtamisella innovaatioita ja hyvinvointia julkiselle sektorille (Inno-Vointi). Työterveyslaitos. http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/tyoyhteiso_ja_esimiestyo/innovointi_hanke/sivut/default.aspx

Kuntalainen päätöksenteon ja kehittämistyön keskiöön. Tekes. Uutiset 18.05.2011.

<http://www.tekes.fi/fi/community/Uutiset/404/Uutinen/1325?name=Kuntalainen+kehittamistyon+ja+paatoksenteon+keskioon>

Lempäälän kunnan internetsivut, sosiaali- ja terveystoimen johtosäntö. (<http://www.lempaala.fi/@Bin/76229/Sosiaali-%20tarveystoimen%20johtos%C3%A4%C3%A4nt%C3%B6.pdf>).

Lovio, Raimo & Sirkku Kivisaari: Julkisen sektorin innovaatiot ja innovaatiotoiminta. Katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen: VTT, Espoo, 2010.

Pirkkalan kunta. Terveellä järjellä- parasta perusturvaa 2009- 2011.

http://www.pirkkala.fi/@Bin/1994211/205188Asiakasfoorumiesite_2011_koko1348358818.pdf

Pirkkalan kunnan Terveys- ja hyvinvointi/ asiakasfoorumit. http://www.pirkkala.fi/terveys_ja_hyvinvointi/asiakasfoorumit/

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 12.4.2011.

http://www.stkl.fi/tiedote_12.4.2011_asiakaskeskeisyys.html. Luettu 2.5.2011

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen Kaste- hanke. Kehittämishjelmat ja -hankkeet 26.10.2011. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ ja_hankkeet/kaste

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lainsäädäntöhankkeet, terveydenhuoltolaki 1326/ 2010 Finlex. http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki

Sosiaali- ja terveysministeriö 2000:15. Monisteita. Terveydenhuoltohenkilöstön vaatimukset. http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.htm#4_2 Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton teettämä sosiaalibarometri 2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003: 346. Tiedotteet. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutusta koskevat säännökset lakiin. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1239311>

Stakesin innovaatiohankkeen johtaja Hannu Hämäläinen ja Vappu Taipale 22.11 2007. Päivitetty 5.2.2008. <http://innovaatio.stakes.fi/FI/esittely/index.htm>, Luettu 20.4.2011

Stakes 2006. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4017/http_wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_kasi.pdf

SuPer 2/ 2005.Hoitajat kovilla kriisin vuoksi. <http://www.superliitto.fi/%3Fcat%3D86&year%3D2005&skip%3D0&hotid%3D173?cat=94&magid=14>

Tahdonvastainen hoito. Terveyskirjasto 2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00512

Tekes. Ohjelmat 2010.Asiakkaiden mukaan ottamisella parempaa palvelua. <http://www.superliitto.fi/%3Fcat%3D86&year%3D2005&skip%3D0&hotid%3D173?cat=94&magid=14> . Julkaistu 8.3.2010.

Terveydenhuollon henkilöstö ja henkilöstön hyvinvointi. Suomalaisten terveys. 18.7.2005. Elovainio, Marko & Kivimäki, Mika. Luettu 20.6.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00051

Terveyskioski. <http://www.sitra.fi/fi/Ohjelmat/kuntaohjelma/hankkeet/terveyskioski/terveyskioski.htm>
Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 47/ 2010. Innovaatio. Kysyntä- ja käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta. http://www.tem.fi/files/27546/Jasentely_ ja_toimenpideohjelma.pdf

Työ- ja elinkeinoministeriö 2011. Innovaatiotoiminnan arviointi <http://www.tem.fi/index.phtml?s=3161>

Työ- ja elinkeinoministeriö 2010.Miten mitata käyttäjän innovaatioiden syntyä ja leviämistä? Tiedotteet. Julkaistu 26.11.2010. Luettu 17.10. 2011.

http://www.tem.fi/index.phtml?101881_m=101242&s=4265

Työ- ja elinkeinoministeriö 2010. Toimenpideohjelma: piilevät voimavarat innovaatiotoiminnan käyttöön <http://www.valtioneuvosto.fi/ajankohtaista/tiedotteet/tiedote/fi.jsp?oid=288017>

Verkostokonsultit 2007.Palveluidea.

<http://www.verkostokonsultit.fi/dmdocuments/0710Verkostoitumisestapahkinankuossa.pdf>

IX LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja,

Pyydän sinua osallistumaan kyselyyn, joka käsittelee julkisen terveydenhuollon asiakkaiden tuomia kehittämisideoita. Suoritan kyselyä pro gradu- opinnäytetyönäni Tampereen yliopiston hallintotieteiden tiedekunnassa.

Mielenkiintoni kohteina ovat asiakkaiden tuomien ideoiden hyödyntäminen terveydenhuollossa.

Olen kiinnostunut kuulemaan hyödyntääkö Lempäälän kunnan terveydenhuollon organisaatio asiakkailta tulevia uusia ideoita hoitoprosessien parantamiseksi.

Muita kiinnostuksen kohteita ovat uusien ideoiden esiintyminen eli tuovatko terveydenhuollon asiakkaat esiin ajatuksiaan hoitoprosesseista? Olisiko mahdollista lisätä asiakkaiden tuomien ideoiden hyödyntämistä?

Kyselyn suuntaan terveydenhuollon työntekijöille, koska asiakasrajapinnassa työskentelevillä on parhaat mahdollisuudet saada uusia ajatuksia ja ideoita suoraan eri asiakasryhmiltä. Kysely tullaan toteuttamaan maaliskuun 2011 aikana kyselylomakkeella. Tutkimuksen ovat hyväksyneet

Lempäälän terveystieteiden ylilääkäri Jorma Kivekäs ja hoitotyönjohtaja Sari Tommola, ja he suosittelevat siihen vastaamista. Tampereen yliopistosta opinnäytetyöni ohjaamisesta vastaa

professori Risto Harisalo (Risto.Harisalo@uta.fi)

Kyselyn tulokset tulevat Lempäälän terveystieteiden keskuksen käyttöön. Tulokset käsitellään

luottamuksellisesti niin, ettei käsittelyn missään vaiheessa vastaajan henkilöllisyys paljastu. Pyydän

palauttamaan kyselyn viimeistään 23.3.2011 mennessä. Vastaan mielelläni kaikkiin tutkimustani

koskeviin kysymyksiin.

Kiitos etukäteen vastauksistasi.

Kristiina Terävä

Kristiina.Terava@uta.fi

Liite 2. Kysymyslomake

I TAUSTAKYSYMYKSET

1. Olet nainen 1 mies 2 (rengasta oikea vaihtoehto)
2. Olet syntynyt vuonna _____
3. Koulutuksesi on (rengasta ylin mahdollinen):
 1. peruskoulu
 2. opistotasoinen
 3. yliopistotasoinen
 4. muu, mikä _____
4. Olet työskennellyt nykyisessä organisaatiossa _____ vuotta
5. Olet työskennellyt nykyisessä ammatissa _____ vuotta
6. Työsuhteesi luonne
 1. vakituinen
 2. määräaikainen
7. Ammattinimike:
 1. perushoitaja
 2. lähihoitaja
 3. sairaanhoitaja
 4. muu, mikä _____
8. Asiakaskontaktisi ovat luonteeltaan
 1. hoitavia
 2. ohjaavia
 3. kuntouttavia
 4. ennaltaehkäiseviä
 5. muu, mikä _____
9. Kuinka suuri osa työpäivästäsi muodostuu välittömästä hoitotyöstä (asiakkaan kanssa
 - a. työskentely): _____ tuntia

10. Kuinka monta kertaa olet viimeisen vuoden aikana ollut täydennyskoulutuksessa:
_____ kertaa

II ASIAKKAIDEN IDEOIDEN KARTOITUS

Arvioi seuraavia väittämiä organisaatiossasi. Rengasta mielestäsi soveltuvin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En sanoa	osaa Lähes mieltä	eri Täysin eri mieltä
1. Selvitän asiakkaan odotukset palvelusta:	1	2	3	4	5
2. Selvitän asiakkaan odotuksien toteutumisen palveluprosessin jälkeen:	1	2	3	4	5
3. Selvitän vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa hänen käsityksensä laadukkaasta palvelusta:	1	2	3	4	5
4. En ole kiinnostunut kehittämään asiakaslähtöisyyttä:	1	2	3	4	5
5. Tiedustelen asiakkailta systemaattisesti uusia ideoita:	1	2	3	4	5
6. Teen hoitosuunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa:	1	2	3	4	5
7. Mielestäni asiakkailla ei ole halukkuutta yhteiseen kehittämistoimintaan:	1	2	3	4	5
8. Mielestäni vain hoitotyöntekijät kykenevät	1	2	3	4	5

parantamaan palveluprosessia:

9. Pystyn käyttämään luovuuttatyössäni:	1	2	3	4	5
10. Tarjoan asiakkaille tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista:	1	2	3	4	5
11. Tarjoan asiakkaille tietoa erilaisista palvelujentuottajista:	1	2	3	4	5

III ASIAKKaidEN IDEOIDEN KÄSITTELY

Arvioi seuraavia väittämiä organisaatiossasi. Rengasta mielestäsi soveltuvin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Lähes mieltä	eri Täysin mieltä	eri
1. Organisaatiossani hyödynnetään asiakkaiden ideoita:	1	2	3	4	5	
2. Resurssit rajoittavat organisaatiossani asiakkaiden ideoiden hyödyntämistä:	1	2	3	4	5	
3. Organisaatiossani kannustetaan henkilöstöä kouluttautumaan:	1	2	3	4	5	
4. Mielestäni uusista toteutuneista ideoista tulisi palkita.	1	2	3	4	5	
5. Organisaatiossani on riittävästi tarvittavaa rohkeutta asiakkaiden ideoiden toteuttamiseen:	1	2	3	4	5	
5. Organisaatiollani ei ole varaa jättää asiakkaiden uusia ideoita huomioimatta:	1	2	3	4	5	

IV IDEAT ORGANISAATIOSSA

Arvioi seuraavia väittämiä organisaatiossasi. Rengasta mielestäsi soveltuvin vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En sanoa	osaaLähes mieltä	eriTäysin eri mieltä
1. Organisaatiossani on ennakkoluuloton ilmapiiri:	1	2	3	4	5
2. Organisaatiossani kyetäänkyseenalaistamaan olemassa olevia rakenteita:	1	2	3	4	5
3. Organisaatiossani kyetään vastaamaan asiakkaan muuttuviin tarpeisiin:	1	2	3	4	5
4. Organisaatiossani toiminnan lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet	1	2	3	4	5
5. Organisaatiossani on järjestetty asiakkaille mahdollisuuksia vaikuttaa palveluprosesseihin:	1	2	3	4	5
6. Organisaatiossani ymmärretään asiakaslähtöisyydeksi asiakkaan oikeus valita palvelun tarjoaja.	1	2	3	4	5
7. Organisaatiossani ollaan halukkaita toiminnan kehittämiseen:	1	2	3	4	5

8. Organisaatiossani hoidon laatua arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa: 1 2 3 4 5
9. Organisaatiossani on selvitetty asiakkaiden halukkuutta kehittämistoimintaan: 1 2 3 4 5

V ASIAKKAIDEN IDEOIDEN HYÖDYNTÄMINEN

Arvioi seuraavia väittämiä organisaatiossasi. Rengasta mielestäsi soveltuvin vaihtoehto.

- | | Täysin samaa mieltä | Lähes samaa mieltä | En sanoa | Lähes eri mieltä | Täysin eri mieltä |
|--|---------------------|--------------------|----------|------------------|-------------------|
| 1. Organisaatiossani on luotu työryhmiä, joissa pohditaan asiakkaiden esittämiä ideoita: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Työryhmien lähtökohtana on asiakkaan kuuleminen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Organisaationi hyödyntää asiakkaiden esittämiä ideoita palvelujen parantamiseen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Organisaatiossani käsitellään asiakkaiden tuomia kehityskohteita yhdessä eri ammattiryhmien kanssa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Kehittämistyöryhmän pääprosessi on asiakkaiden osallistaminen: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Työryhmissä päävastuu on varsinaisilla toiminnan kehittäjillä: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

7. Asiakkaat ovat työryhmissä
tasavertaisina ideoiden kehittäjiä: 1 2 3 4 5

VI ASIAKKAIDEN IDEOIDEN HYÖDYNTÄMISEN EDISTÄMINEN

Arvioi seuraavien vaihtoehtojen soveltuvuutta organisaatioosi. Mikäli olet sitä mieltä, että kyseinen vaihtoehto soveltuu valitse 'Täysin samaa mieltä' jne. Rengasta jokaiselle väittämälle oma arviiosi soveltuvuudesta.

	Täysin samaa mieltä	Lähes samaa mieltä	En osaa sanoa	Lähes eri mieltä	Täysin eri mieltä
1. Säännöllisesti kokoontuva asiakasfoorumi eri asiakasryhmistä:	1	2	3	4	5
2. Uusien ideoiden aloitelaatikko:	1	2	3	4	5
3. Kuntalaisfoorumi:	1	2	3	4	5
4. Arviointilomakkeet kuntalaisille:	1	2	3	4	5
5. ”Matalan majan”- terveyskioski, jossa voi keskustella terveydenhuollon ammattilaisen kanssa verenpaineen mittauksen yms. lomassa:	1	2	3	4	5
6. Verkon kautta tapahtuvat erilaiset keskustelu- alueet, joissa voi vaihtaa ajatuksia toisten asiakkaiden ja ammattilaisten kanssa:	1	2	3	4	5

7. Verkossa oleva asiakas-
palautejärjestelmä: 1 2 3 4 5

Kiitos vastauksistasi!