

DISSERTATIONS IN  
**SOCIAL SCIENCES  
AND BUSINESS  
STUDIES**

**MAIJATERTTU TIAINEN**

*Uudelleen organisoitujen  
palvelujen laatu asiakkaan  
arvioimana*

*Seurantatutkimus terveydenhuollon hajautettujen  
päivystyspalvelujen keskittämisestä*

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND  
*Dissertations in Social Sciences and Business Studies*



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND

*Uudelleen organisoitujen  
palvelujen laatu asiakkaan  
arvioimana*



**MAIJATERTTU TIAINEN**

*Uudelleen organisoitujen  
palvelujen laatu asiakkaan  
arvioimana*

*Seurantatutkimus terveydenhuollon  
hajautettujen päivystyspalvelujen  
keskittämisestä*

Publications of the University of Eastern Finland  
Dissertations in Social Sciences and Business Studies  
No 113

Itä-Suomen yliopisto  
Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta

Itä-Savon Sairaanhoidopiirin ky

Kuopio  
2015

Suomen Yliopistopaino – Juvenesprint Oy  
Tampere, 2015  
Sarjan vastaava toimittaja Professori Kimmo Katajala  
Toimittaja FM Eija Fabritius  
Myynti: Itä-Suomen yliopiston kirjasto

ISSN: 1798-5749  
ISBN: 978-952-61-1982-3 (nid.)  
ISSNL: 1798-5749  
ISSN (PDF): 1798-5757  
ISBN (PDF): 978-952-61-1983-0

Author: Tiainen, Maijaterstu

Head Title: The Quality of Reorganized Services from Customer Perspective. Follow-up Study of Centralizing the Decentralized Healthcare Emergency Services, 218 p.

University of Eastern Finland

Faculty of Social Sciences and Business Studies, 2015

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 113

ISSN: 1798-5749

ISBN: 978-952-61-1982-3 (nid.)

ISSNL: 1798-5749

ISSN (PDF): 1798-5757

ISBN (PDF): 978-952-61-1983-0

Dissertation

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to produce new information about the experience of the service quality from the customer's perspective and the factors affecting it when reorganizing healthcare. Another aim was to represent the conceptualization of the quality of service from history to modern day. The research was conducted by monitoring the experiences of quality of the customers about the centralization of decentralized out-of-hours care in Itä-Savo region in five different points of time between 2004 and 2009. One material was collected for comparison from common emergency unit of Kuopio University Hospital in 2011. Quantitative material (N= 849) was analyzed with statistical method and the qualitative one with content analysis.

The quality was estimated good in every dataset, the average grade being between 8.04 – 8.71 in 4 to 10 scale. The best grade was from the first centralized out-of-hours care data, despite the mistrust of the customers. As centralization became established practice, the grade declined significantly.

The quality of customer service, professional treatment and guidance, waiting time and prejudices about practice of care unit explain most of the variation of the experienced quality. The elder, retired clients with low level of education and weaker health graded the quality of guidance and interaction weaker and considered continuation of treatment more important than other customers.

Careful planning of service chain and distinct division of labour between different operatives when reorganizing the services are as important for the operatives themselves as they are for the clients using the services. The public needs to be informed repeatedly about renewed contact details and procedures.

Keywords: quality, customer, healthcare, out-of-hour, emergency, centralization.

Tekijä: Tiainen, Maijaterthu

Uudelleen organisoitujen palvelujen laatu asiakkaan arvioimana. Seurantatutkimus terveydenhuollon hajautettujen päivystyspalvelujen keskittämisestä. 218 s.

Itä-Suomen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, 2015

Publications of the University of Eastern Finland,

Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 113

ISSN: 1798-5749

ISBN: 978-952-61-1982-3 (nid.)

ISSNL: 1798-5749

ISSN (PDF): 1798-5757

ISBN (PDF): 978-952-61-1983-0

Väitöskirja

## **ABSTRAKTI**

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa asiakasnäkökulmasta uutta tietoa palvelun laadun kokemuksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä päivystyspalvelujen uudelleen organisoimisen yhteydessä. Tavoitteena oli myös kuvata palvelun laadun käsitteellistämistä historiasta nykyisyyteen.

Tutkimuksessa seurattiin Itä-Savon alueen asiakkaiden kokemuksia päivystyspalvelujen laadusta viitenä eri ajankohtana vuosina 2004–2009. Seuranta-aikana hajautetut, virka-ajan ulkopuoliset päivystyspalvelut (lähtötilanne 2004) uudelleen organisoitiin keskitetyiksi (seuranta-aineistot 2004, 2006 ja 2009). Lisäksi kerättiin yksi vertailuaineisto Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) yhteispäivystyksestä vuonna 2011. Määrälliset aineistot (N= 849) analysoitiin tilastollisin menetelmin ja laadulliset sisällön analyysilla.

Päivystyspalvelujen laatu arvioitiin hyväksi kaikkina arvioinnin ajankohtina; palvelukokemuksen kouluarvosanan keskiarvo vaihteli 8,04–8,71 välillä ollen paras ensimmäisessä keskitetyn päivystyksen aineistossa asiakkaiden pelokkaista ennako-odotuksista huolimatta. Keskitetyn päivystyksen vakiinnutua käytännöksi palvelun laatu arvioitiin lähtötasoa heikommaksi.

Asiakaspalvelun laatu, ammattitaitoinen hoito ja ohjaus sekä odotusaika ja ennakkokäsitys palveluyksikön toiminnasta selittivät vahvasti laatukokemuksen vaihtelua. Iäkkäät, eläkkeellä olevat ja he, joilla on alhainen koulutustaso ja heikko terveydentila arvioivat ohjauksen ja vuorovaikutuksen laadun heikommaksi sekä hoidon jatkuvuuden muita tärkeämmäksi.

Palveluja uudelleen organisoitaessa tulee palveluketjut suunnitella huolellisesti ja sopia selkeästä työnjaosta eri toimijoiden välillä. Yhteystiedoista ja uudistetuista toimintatavoista väestö tarvitsee toistuvaa informointia.

Asiasanat: laatu, asiakas, terveyspalvelut, päivystys, keskittäminen.

# Esipuhe

”Mitä on hyvä laatu? Palvelun hyvä laatu lähtee asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja odotusten huomioon ottamisesta. Mielestäni hyvä laatu on yhtä kuin asiakkaan paras. Hyvään laatuun kuuluu palveluhenkisyys, esimerkiksi tervetulleeksi kokeminen vastaanottotilanteessa, asiakkaan ei tarvitse odottaa turhaan, asiakkaalle annetaan tietoja ja ohjausta pyytämättä sekä selkeä jatkohoidosta sopiminen. Asiakkaan hyvän hoidon kannalta on tärkeää kiirettömän ilmapiirin luominen, samoin kuin vaivattomasti sujuva yhteistyö eri yksiköiden välillä.” Tämä sitaatti on omasta, 4.4.1994 päivätystä tekstistäni. Katkelma löytyi palvelun laatuun liittyvästä oppimistehtävästäni.

Edellä oleva sitaatti johdattaa monella tavalla käsillä olevaan tutkimukseen. Ensinnäkin, minulle tärkeimpänä asiana siitä nousee esille asiakasnäkökulma laatuun. Toiseksi siihen on kiteytetty useita, yhä täysin relevantteja hyvän palvelun ominaisuuksia. Kolmanneksi se kertoo, että palvelun laatu on ollut kiinnostukseni kohteena ja sydämeni asiana jo vuosikymmenten ajan. Tuon sitaatin aikaan työskentelin sairaanhoitajana kirurgisella osastolla. Käytännön näkökulmaani on laajentanut työskentely useissa erilaisissa tehtävissä terveydenhuollossa. Yliopisto-opiskelu, ensin perusopinnoissa ja nyt jatko-opinnoissa, on täydentänyt teoreettisella ymmärryksellä käytännön näkökulmaani laadusta. Täydentäessään näkökulmaani se on samalla hämärtänyt sitä: laatu on osoittautunut moniulotteiseksi ilmiöksi, jolla ei ole yksiselitteistä määritelmää.

Väitöstutkimuksessa mukana olleet organisaatiot ovat tukeneet taloudellisesti tutkimustani esimerkiksi osallistumalla kyselystä aiheutuneisiin kustannuksiin, mistä kiitos Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle, Kuopion yliopistolliselle sairaalalle sekä nyt jo toimintansa lopettaneille Savonlinnan kansanterveystyön, Kaakkois-Savon terveydenhuollon sekä Juvan, Puumalan ja Sulkavan terveyskeskus kuntayhtymille. Taloudellisesta tuesta kiitän myös Suomen Kulttuurirahaston Etelä-Savon maakuntarahastoa.

Tutkimuksen toteutumisesta kiitän siihen osallistuneiden organisaatioiden johtoa ja yksiköiden henkilökuntaa, joka jakoi kyselylomakkeet asiakkaille kiitettävän sitoutuneesti. Sydämellisin kiitos kuuluu niille asiakkaille, jotka osallistuivat tutkimukseen vastaamalla kyselyyn. Osallistumalla he ovat mahdollistaneet tämän työn toteutumisen.

Tutkimuksen asiantuntevasta ja määrätietoisesta ohjauksesta sekä työn eteenpäin patistelusta esitän lämpimät kiitokseni ohjaajilleni, professori, HTT Jari Vuorelle ja yliopistotutkija, FT Helena Taskiselle. Myös professori Juha Kinnunen ansaitsee kiitokset ohjauksesta tutkimusprosessin alkutaipaleella. Koko sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksen ja käyttämäni kirjastojen henkilökunnalle ja jatko-opiskelijakollegoille kuuluu kiitos hyvästä yhteistyöstä. Tilastollisten menetelmien ohjauksesta kiitän professori Pertti Töttöä ja erubiostatistikko Tuomas Selanderia. Lisäksi kiitän kaikkia tilastoinnin ja tieto-



jenkäsittelyn ammattilaisia, jotka hakivat tarvitsemiani yksikkökohtaisia tietoja eri tietojärjestelmistä. TtM Mariikka Myllyniemeä kiitän opintojen aikana syntyneestä ystävyydestä, tuesta ja arvokkaista kommentteista työn loppuvaiheessa. FM Elisa Yalcin on ratkonut kanssani erilaisia englannin kielen pulmia ja ansaitsee siitä suuret kiitokset.

Työni esitarkastajia professori, TkT Jaakko Kujalaa ja dosentti, tutkimusprofessori, THT Marja-Leena Perälää kiitän asiantuntevasta ja rakentavasta palautteesta ja korjausehdotuksista, jotka auttoivat merkittävästi työni viimeistelyssä. Kiitän professori Jaakko Kujalaa myös toimimisesta vastaväittäjänäni.

Useat eri henkilöt työssä ja siviilielämässä ovat kulkeneet näinä vuosina rinnallani. Työyhteisöni on ehtinyt vaihtua ja muuttaa muotoaan useaan otteeseen. Kaikille entisille ja nykyisille esimiehilleni ja työkavereilleni olen saoinokuvaamattoman kiitollinen saamastani tuesta ja joustavuudesta esimerkiksi tutkimusvapaiden sovittelussa. Työn ohessa väitöskirjan tekeminen ei olisi onnistunut ilman työyhteisön tukea. Myös ystävät ja lähisuku ansaitsevat lämpimät kiitokseni. Erityisen suurella lämmöllä muistan kaikkia illanistujaisia ja kulttuurielämyksiä, jotka ovat saaneet minut kömpimään ulos tutkijankammioistani ja tuulettamaan ajatuksiani teidän kaikkien minulle tärkeiden ihmisten rakastettavassa ja voimaannuttavassa seurassa. En edes yritä osoittaa henkilökohtaisia kiitoksia kaikille, jotka sen todella ansaitsisivat. Jokainen prosessia läheltä seurannut tuntee kiitollisuuteni sydämessään.

Kaikkien yhä olemassa olevien lisäksi haluan muistaa ja kiittää edesmenneitä vanhempiani Aino ja Uuno Tiilikaista. Heidän selviytymisensä kunnialla sotavuosista on ollut itselleni eräänlainen velvoite saattaa tämä pitkittynyt prosessi loppuun. Oman esimerkkini toivon puolestaan kannustavan seuraavia sukupolvia elinikäiseen oppimiseen ja unelmien toteuttamiseen ajasta ja iästä riippumatta. Samoin toivon sen tekevän kaikille jatko-opintojen pitkitymisen kanssa tuskailleville; vaikka välillä on epätoivon hetkiä, sinnikkyys palkitaan. Miten huojentunut onkaan olo, kun voin sanoa: nyt se on valmis!

Väitöskirjatyö on ollut kiinteä osa minun ja perheeni elämää yli vuosikymmenen ajan. Välillä on ollut aikoja, jolloin työ ei edennyt ja tuntui, että se ei valmistu koskaan. Niissäkin tilanteissa perheeni on jaksanut valaa uskoa ja kannustaa tekemään keskeneräinen työ valmiiksi. Perhe on olemassaolollaan luonut pysyvyyttä ja turvallisuutta sekä tuonut iloa ja elämän tähtihetkiä arkeeni. Rakkaimmat kiitokset kuuluvatkin kaikkein läheisimmilleni, puolisolteni Hannulle ja pojilleni Ilarille, Paavolle ja Laurille, sekä väitöskirjaprosessin aikana perheeseen tulleille tyttärille Leenalle, Tealle ja Lillille sekä ulkoilustani huolehtineelle Luki-koiralle. Perhe on kaikkeni. Omistan tämän kirjan perheilleni, sille, johon synnyin ja sille, jossa elän.

Savonlinnassa 20.9.2015

*Maijaterthu Tiainen*

# Sisällys

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>13</b>
1.1 Terveyspalvelujen laadun asiakaslähtöisen tutkimuksen tarve.....	13
1.2 Tutkimuksen tavoitteet, tutkimustehtävät ja tutkimusasetelma.....	16
1.3 Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat .....	18
1.4 Tutkimusraportin rakenne .....	21
<b>2 ASIAKAS TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÄJÄNÄ JA ARVIOIJANA</b> .....	<b>23</b>
2.1 Kansalainen terveyspalvelujen asiakkaana.....	23
2.2 Asiakas terveyspalvelujen laadun arvioijana.....	26
2.3 Asiakasarvioinnin rajoitukset.....	29
<b>3 ASIAKKAAN ARVIOIMA LAATU TERVEYSPALVELUISSA</b> <b>31</b>	
3.1 Näkökulmaperusteinen laatu .....	31
3.2 Asiakas arvioi laatua – historiasta nykypäivään.....	33
3.2.1 Laadun merkitys asiakkaalle vaihdantatalouden ajasta tuotteiden teollisen valmistuksen aikaan.....	33
3.2.2 Tuotelaadusta huomio asiakkaan odotusten täyttämiseen .....	35
3.2.3 Aineettoman palvelun laatu asiakkaan arvioinnin kohteena .....	42
3.3 Terveyspalvelujen laatu ja sen tutkimus .....	50
3.3.1 Historiakatsaus.....	50
3.3.2 Terveyspalvelujen laadun ulottuvuuksia .....	55
3.3.3 Katsaus palvelujen ja terveyspalvelujen laadun aikaisempaan tutkimukseen.....	58
3.4 Päivystyspalvelujen erityispiirteet ja laatu.....	63
3.4.1 Päivystyspalvelujen erityispiirteet .....	63
3.4.2 Päivystyspalvelujen laatu asiakkaiden arvioimana .....	70
3.5 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista .....	73
3.5.1 Laadun käsitteellistämisen historia.....	73
3.5.2 Palvelun laadun ulottuvuudet .....	75
<b>4 TUTKIMUSAINEISTOT JA MENETELMÄT</b> .....	<b>79</b>
4.1 Tutkimusorganisaatioiden kuvaus.....	79
4.2 Tutkimuksen menetelmälliset ratkaisut .....	80
4.3 Tutkimuksen aineistot, niiden kokoaminen ja kuvaus.....	82
4.3.1 Laadun historian ja aikaisempien tutkimusten tiedonhaut .....	82
4.3.2 Empiirisen aineiston hankinta.....	84
4.3.3 Kato .....	86
4.4 Aineistojen analysointi .....	87
4.4.1 Aineistojen tallennus ja muuttujamuunnokset .....	87
4.4.2 Kvantitatiivisten aineistojen analysointi.....	88
4.4.3 Kvalitatiivisten aineistojen analysointi.....	92

<b>5 PÄIVYSTYSPALVELUJEN LAADUN ARVIOINNIN</b>	
<b>TULOKSET .....</b>	<b>94</b>
5.1 Aineistojen taustamuuttujien kuvaus .....	94
5.2 Asiakkaiden arvioinnit päivystyspalvelujen laadusta .....	96
5.2.1 Laatu lähtötilanteessa hajautetussa päivystyksessä.....	96
5.2.2 Päivystys keskittyi, laadun koettiin parantuneen .....	98
5.2.3 Keskitetty päivystys vakiintui käytännöksi, laatu heikkeni.....	102
5.2.4 Yksi ajanhetki – vertailussa keskitetyn ja hajautetun päivystyksen laatu .....	105
5.2.5 Pitkään toiminnassa olleet keskitetyt päivystykset vertailussa	106
5.3 Odotukset ja kokemukset päivystyksen keskittämisestä.....	109
5.3.1 Päivystysmuutokseen liittyi vahva tunnelataus .....	109
5.3.2 Muutos ei mullistanutkaan maailmaa.....	116
5.3.3 Mikä oli vikana, kun laatu heikkeni? .....	120
5.3.4 Asiakkaiden arviot muutoksen vaikutuksista laatuun.....	124
5.4 Yhteenveto empiirisistä tuloksista.....	127
5.4.1 Palvelukokemus ja laadun ulottuvuudet arvioinnin kohteena..	127
5.4.2 Palvelukokemusta selittävät tekijät.....	129
5.4.3 Kokemukset osoittautuivat aluksi odotuksia paremmiksi.....	131
<b>6 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT .....</b>	<b>133</b>
6.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	133
6.2 Tutkijan rooli ja tutkimuksen eettisyys.....	137
6.3 Keskeiset tutkimustulokset ja päätelmät .....	138
6.4 Tutkimustulosten merkitys terveyshallintotieteelle .....	148
6.5 Suositukset ja jatkotutkimusaiheet.....	150
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>152</b>
<b>LIITTEET.....</b>	<b>174</b>

## TAULUKOT

Taulukko 1: Laadun kehityskulku vaihdantataloudesta 2000-luvulle.....	40
Taulukko 2: Laatumääritelmiä 1930–1950-luvuilta .....	41
Taulukko 3: Palvelun laadun määritelmiä .....	48
Taulukko 4: Laatuun liittyviä suomalaistutkimuksia .....	49
Taulukko 5: Suomalainen laatuutkimus laadun ja laadun arvioinnin näkökulmista .....	51
Taulukko 6: Eri tutkijoiden määrittelemiä palvelun ja terveyspalvelun laadun ulottuvuuksia asiakasnäkökulmasta.....	61
Taulukko 7: Laatumääritelmien kehittyminen ajan kuluessa .....	76
Taulukko 8: Palvelun laadun ulottuvuudet ja niihin liittyvät sisällölliset ominaisuudet asiakasnäkökulmasta .....	77
Taulukko 9: Aineistot, onko kyseessä hajautettu vai keskitetty päivystys, milloin ja mistä kerätty sekä aineistojen suuruudet ja vastausprosentit.....	86
Taulukko 10: Faktoreiden muuttujakohtaiset lataukset, faktoreiden = summamuuttujien nimet sekä muuttujien välinen reliabiliteetti (Cronbachin alpha) .....	91
Taulukko 11: Taustamuuttujien jakaumat eri aineistoissa .....	95
Taulukko 12: Palvelun laadun kokemus hajautetussa päivystyksessä syyskuussa 2004 .....	97
Taulukko 13: Palvelun laadun kokemus keskitetyssä päivystyksessä.....	99
Taulukko 14: Palvelun laadun kokemus keskitetyssä ja hajautetussa päivystyksessä maaliskuussa 2009 .....	105
Taulukko 15: Palvelun laadun ulottuvuudet palvelukokemuksen selittäjinä keskitetyssä ja hajautetussa päivystyksessä maaliskuussa 2009 .....	106
Taulukko 16: Palvelun laadun kokemus pitkään toiminnassa olleissa keskitetyissä päivystyksissä, Itä-Savossa vuonna 2009 ja KYSissä vuonna 2011 .....	107
Taulukko 17: Palvelun laadun ulottuvuudet palvelukokemuksen selittäjinä aineistoissa 4 ja 6 .....	109
Taulukko 18: Palvelun laadun ulottuvuudet palvelukokemuksen selittäjinä eri aineistoissa .....	130

## KUVIOT

Kuvio 1: Tutkimusasetelma .....	17
Kuvio 2: Koettu kokonaislaatu .....	45
Kuvio 3: Asiakkaiden kokemaan ja arvioimaan terveyspalvelujen laatuun vaikuttavat tekijät.....	58
Kuvio 4: Palvelukokemusta selittävät palvelun laadun ulottuvuudet ja tausta- ja saatavuustekijät.....	104
Kuvio 5: Suhtautuminen tunteella päivystyksen keskittämiseen.....	110
Kuvio 6: Huoli palvelujen saavutettavuuden heikkenemisestä.....	111
Kuvio 7: Palvelujen uudelleen organisoinnin vaikutukset palvelujen saatavuuteen .....	112
Kuvio 8: Kohteluun ja vuorovaikutukseen liittyvät osa-alueet .....	113

Kuvio 9: Henkilökunnan ammattitaito ja resurssit.....	114
Kuvio 10: Uuden päivystyksen fyysistä ympäristöä koskevat arviot.....	114
Kuvio 11: Päivystysten yhdistämisellä aikaan saatavia synergiaetuja.....	115
Kuvio 12: Päivystysmuutoksen vaikutukset vaihtoehtoisten palvelujen käyttöön.....	115
Kuvio 13: Palvelun hyvä toimivuus ja saatavuus.....	117
Kuvio 14: Asiakaspalvelu ja henkilökunnan ammattitaito ja yhteistyö .....	118
Kuvio 15: Synergiaetu ja vaikutukset kustannuksiin .....	119
Kuvio 16: Palvelujen saavutettavuuden ongelmat .....	121
Kuvio 17: Palvelujen saatavuuden ongelmat.....	122
Kuvio 18: Henkilökuntaresurssit, ammattitaito ja yhteistyö.....	123
Kuvio 19: Kehittämistarpeet hoidon jatkuvuudessa ja fyysisessä hoitoympäristössä.....	124
Kuvio 20: Muutoksen seurannaisvaikutukset palveluihin .....	126
Kuvio 21: Palvelukokemuksen keskiarvo eri aineistoissa.....	128

## KESKEISET LYHENTEET

ACS = American College of Surgeons

CCS = Civil Communication Section

CPS = Columbia Broadcasting System

CWQC = Company Wide Quality Control, organisaation laajuinen laadunvalvonta

Finohta = Finnish Office for Health Technology Assessment

IHL = Ihmisläheisen hoidon mittari

ISO = International Organization for Standardization, sertifioitu laatu järjestelmä

ISSHP = Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

JCAHO = the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

JUSE = Japanese Union of Scientists and Engineers

KMO = Kaiser-Meyer-Olkin – indeksi

KYS = Kuopion yliopistollinen sairaala

NOVA = Nopean vasteen yksikkö

PDCA = Demingin johtamispyörä: Plan - Do – Check – Action

QC = Quality Control, laadunvalvonta

Qualipacs = Quality Patient Care Scale

SQC = Tilastollinen laadunvalvonta

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö

TENK = Tutkimuseettinen neuvottelukunta

THL = Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

TQC = Total Quality Control, kokonaislaadunvalvonta

TQM = Total Quality Management, kokonaisvaltainen laatujohtaminen

WHO = Maailman Terveysjärjestö

# 1 Johdanto

## 1.1 TERVEYSPALVELUJEN LAADUN ASIAKSLÄHTÖISEN TUTKIMUKSEN TARVE

Asiakkaiden ja potilaiden kokemusten tutkiminen on tärkeä osa terveyspalvelujen arviointia (Garratt, Solheim & Danielsen 2008, 8). Palvelun laadun arvioinnissa asiakasnäkökulma on välttämätön. Asiakkaille suunnattujen laatumittausten tuottamalla tiedolla voimme tunnistaa laadun kehittämistarpeita. (Bos, Sturms, Schrijvers & Stel 2012, 284.) Asiakkaan arvon ymmärtäminen on avain siihen tietoon, mihin laadun parantamisessa pitäisi keskittyä, miten parannusta olisi saatava aikaan, tai onko sitä saavutettu. Tämä edellyttää sen ymmärtämistä, että terveyspalvelun käyttäjä ei ole enää passiivisesti hoitoa vastaanottava potilas, vaan asiakas tai kuluttaja, joka osallistuu aktiivisesti informaation tuottamiseen ja palvelujen parantamiseen (Siriwardena & Gillam 2014, 11) sekä yhteiseen arvon tuottoon palveluntarjoajan kanssa (Nordgren 2008; Hardyman, Daunt & Kitchener 2015). Tämän tutkimuksen kohteena ovat asiakkaiden kokemukset terveyspalvelujen laadusta perusterveydenhuollon päivystyksen muuttuvassa toimintaympäristössä. Päivystyspalvelujen uudelleen organisoimisen vaikutus asiakkaan kokemaan palvelun laatuun ei ole tähän saakka ollut maassamme juurikaan tieteellisen tutkimuksen kohteena. Tutkimus tuottaa lisäymmärrystä myös siihen, miten kansalaiset ja palveluntarjoajat voivat tulevaisuudessa tuottaa yhdessä entistä laadukkaampia terveyspalveluja.

Raportti sosiaali- ja terveydenhuollon päivystyksestä 2011 toteaa, että päivystyksen toiminta vaikuttaa koko hoitoketjuun, hoidon tuloksiin ja kustannuksiin. Viime vuosina virka-ajan ulkopuolisessa terveydenhuollon toiminnassa on todettu monia puutteita ja ongelmia esimerkiksi hoidon laadun, potilasturvallisuuden, talouden, palvelujen saatavuuden, väestön yhdenvertaisuuden sekä henkilöstön resursoinnin ja osaamisen suhteen. Ongelmia on pyritty ratkaisemaan lisäämällä kuntien yhteistyötä ja muuttamalla rakenteita niin, että päivystys terveysasemilta on siirretty erikoissairaanhoidon päivystysten yhteyteen ns. yhteispäivystyksiin. (Reissell, Kokko, Milen, Pekurinen, Pitkänen, Blomgren & Erhola 2012, 12.)

Terveyspalvelujen laatua on tutkittu runsaasti sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Tutkimus on alkuvaiheessa ollut ensisijaisesti potilastyytyväisyyden tutkimusta (mm. Risser 1975, Ware, Davies-Avery & Stewart 1977, Hall & Dornan 1988a; 1988b; 1990; Sitzia & Wood 1997). Terveyspalvelujen laatututkimuksen uranuurtajana voidaan pitää Avedis Donabediania, joka jo vuonna 1966 tunnisti kolme aluetta, joita tulisi arvioida terveydenhuollossa ja nimesi nämä alueet rakenteeksi, prosessiksi ja

tulokseksi (Donabedian 1969). Terveydenhuollon laatututkimus on edennyt laadun ulottuvuuksien määrittämisen ohella kohti näkökulmaperusteista laatututkimusta, jossa potilaan, asiakkaan tai väestön näkökulma on yksi näkökulma muiden, kuten asiantuntijoiden, työntekijöiden tai johtotehtävissä toimivien joukossa (mm. Leino-Kilpi 1990; Perälä 1995; Larrabee & Bolden 2001; Töyry 2001; Hiidenhovi 2001a; Harteloh 2003; Kujala 2003) sekä laadun informaatio-ohjauksen (Mäki 2004) ja tuotannollisen tehokkuuden (Laine 2005) rinnalla. Palvelujen uudelleen organisoinnin yhteydessä on laatua tutkittu ennen-jälkeen asetelmalla Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelujärjestelmien yhdistyessä (mm. Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997; Kivinen, Sinkkonen, Laitinen & Kinnunen 1998).

Viimeisen vuosikymmenen aikana terveydenhuollon laatututkimus on maassamme kohdistunut yksilöidymmin joko tietyn potilasryhmän, kuten sisätautipotilaan (Ruotsalainen 2006) ja lapsivuodeosastopotilaan (Kalam-Salminen 2005) hoidon laatuun tai erilaisten toimintamallien laatuvaikutuksiin, kuten lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina (Peltonen 2009), yleislääkärin vastaanottotapah-tuman laatu (Kuusela 2014), kotihoidon integrointi ja laatu (Tepponen 2009; Paljärvi 2012) ja laadun vertailu yksityisissä, julkisissa ja ulkoistetuissa palveluissa (Savolainen 2011). Pro gradu-tutkielmissä ovat asiakkaat arvioineet hoidon laatua terveyskeskuksen päivystysvastaanotolla (Eeva 1991,) yhteispäivystyksessä (Pellikka 2002; Kaartinen 2003) ja ensiapupoliklinikalla (Järnstedt 1992; Keppola 1996; Taipale & Routasalo 1996; Korhonen 2002; Saarinen 2007).

Asiakkailla on kasvava huoli siitä, että he saavat laadukkaita ja turvallisia palveluita akuuteissa tilanteissa kellonajasta riippumatta (Grol, Giesen & van Uden 2006). Myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, Potilaslaki (1992) määrittää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, ja hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3 §). Tutkimukseni ajankohtaisuuteen vaikuttaa Potilaslain, Terveydenhuoltolain (2010/1326) ja Päivystysasetuksen (2014) velvoitteet sekä valtakunnalliset suositukset terveys- ja päivystyspalvelujen laadun kehittämisestä (esim. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle, 1999; Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010; Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä, 2014). Päivystystoiminta tutkimuskohteena on perusteltu, koska päivystyksellä on ratkaiseva vaikutus asiakkaan koko hoitoketjuun, hoidolla aikaan saataviin tuloksiin ja niiden kustannuksiin (Reissell ym. 2012, 13). Terveydenhuoltolaki (2010/1326) edellyttää, että terveydenhuollon toiminta on laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lain tarkoituksena on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saavutettavuutta ja saatavuutta, laatua ja



potilasturvallisuutta sekä vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakas-keskeisyyttä. Asetetut vaatimukset ja asiakkaan lisääntynyt valinnan mahdollisuus toimivat terveyskeskusten ja -asemien kehittämistyön suuntaajina. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/ 1326.)

Palvelujen uudelleen järjestelyjä tehdään valtakunnallisella ja alueellisella tasolla poliittisin tai taloudellisin perustein. Alueellisesti ja paikallisesti terveyspalveluja tuotetaan asiakkaita ja väestön tarpeita varten, lähtökohtaisesti mahdollisimman laadukkaasti, vaikuttavasti, taloudellisesti ja tehokkaasti. Palvelujen käyttäjä voi harvoin itse vaikuttaa palvelujen uudelleen organisointiin. Asiakkaan äänen kuuleminen uudistuksia tehtäessä auttaa kehittämään palvelujen laatua asiakaslähtöisesti tutkittuun näyttöön perustuen. Asiakkaan kokemusten palvelujen laadusta pitäisi olla jokaisessa terveydenhuollon organisaatiossa johtamisen, osaamisen ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen kulmakivi.

Tutkimukseni tavoitteena on kuvata asiakkaiden kokemuksia päivystyspalvelujen laadusta ajanjaksona, jolloin perusterveydenhuollon virkaajan ulkopuolinen päivystys keskitetään keskussairaalan päivystyspoliklinikan yhteyteen. Tutkimus on seurantatutkimus, jossa kerätään tietoa asiakkailta ennen päivystyksen keskittämistä, pian keskittämisen tapahduttua ja kahdesti toiminnan vakiinnuttua käytäntöön. Lisäksi yksi aineisto on kerätty toisesta organisaatiosta. Menetelmänä tutkimuksessani on vertaileva metodi. Vertailua tehdään ennen-jälkeen-asetelmalla ajallisesti sekä vertaamalla kahta pitkään toiminnassa ollutta keskitettyä päivystystä keskenään.

Lähestyn tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä yhteiskuntatieteellisen ja siinä erityisesti terveyshallintotieteen tutkimusperinteen mukaisesti. Terveys- ja terveyshallintotieteen tutkimuksen kohdealueita ovat asiakkaat ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä, jonka arviointikriteereitä ovat muun muassa laatu ja toimivuus (Sinkkonen & Kinnunen 1999, 317). Asiakkaan kokema palvelun laatu tutkimuskohteena liittyy kansalaisten tarpeisiin ja odotuksiin sekä terveyspalvelujen resursseihin (Vuori 2005, 26). Tutkimuksen avulla voidaan kehittää ja parantaa kansalaisten osallisuutta palvelun laadun määrittäjänä. Tutkimukseni ajankohtaisuus ja tieteellinen merkitys perustuvat käynnissä olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen ja moniin palvelujen uudelleen organisointiin liittyviin hankkeisiin. Näin kattavaa seurantatutkimusta päivystyspalvelujen uudelleen organisoinnista asiakkaiden näkökulmasta ei ole maassamme aikaisemmin tehty. Tieteellistä merkitystä lisää laatu-käsitteen historiallisen kehityskulun kuvaus. Käsitteeni palvelun laadusta perustuu intersubjektiviivisen laadun paradigmaan, jossa sosiaaliseen konstruktionismiin mukaisesti ihmisen käsitys maailmasta ja palvelun laadusta rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden kanssa (ks. Parrila 2002, 44).

Tutkimuksen empiirisessä osassa tutkin asiakkaiden kokemuksia palvelun laadusta hajautetussa ja keskitetyssä päivystyksessä sekä laatu-koke-



muksia selittäviä tekijöitä. Analysoin yhteensä kuutta eri aineistoa keskiarvovertailulla ja monimuuttujamenetelmillä. Lisäksi analysoin laadullisella sisällön analyysillä asiakkaiden odotuksia ja kokemuksia keskitetyistä päivystyspalveluista.

## **1.2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TUTKIMUSASETELMA**

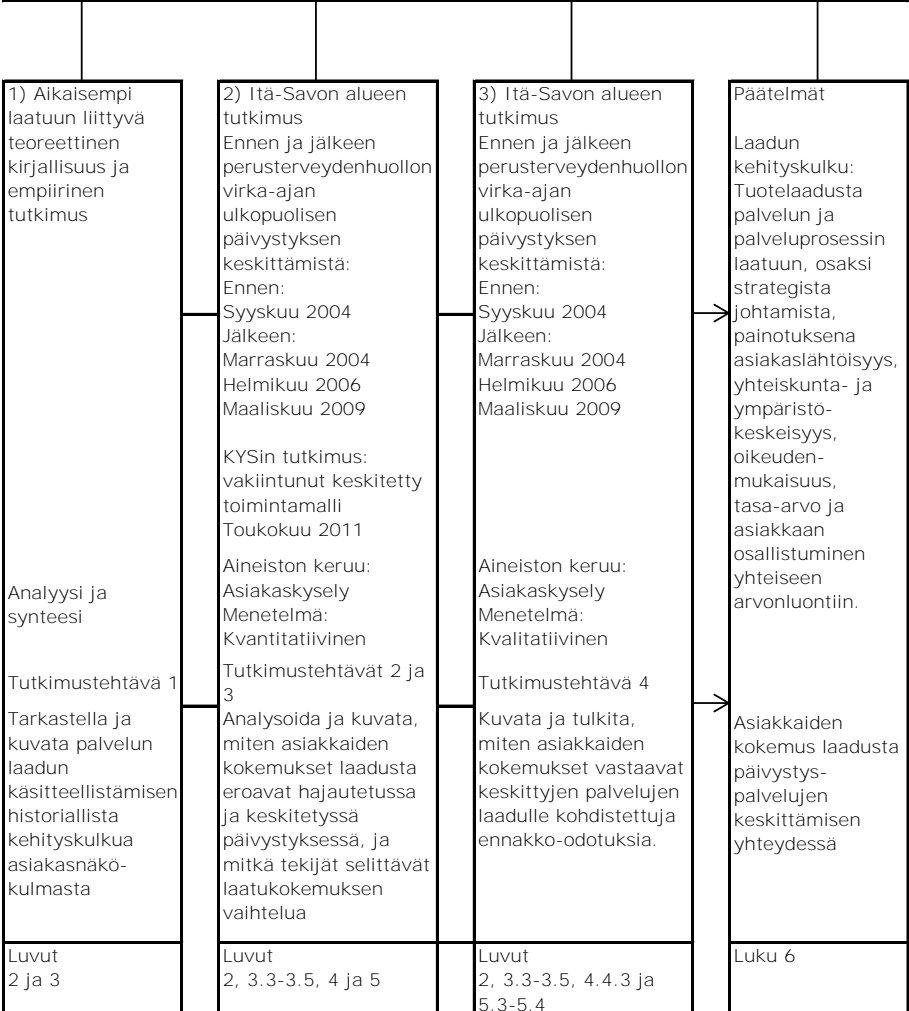
Tutkimukseni tarkastelee asiakkaiden kokemaa laatua organisoitaessa perusterveydenhuollon virka-ajan ulkopuolisia päivystyspalveluja uudelleen. Lähtötilanteessa ilta- ja viikonloppupäivystys toteutettiin kuntakeskuksissa, joista se siirrettiin keskussairaalaan, päivystyspoliklinikan yhteyteen. Tutkimuksella halutaan saada tietoa päivystyksen palvelun laadusta ja hyödyntää sitä analysoitaessa palvelukokemusta selittäviä tekijöitä eri ajanhetkinä ja erilaisissa päivystyksen toimintaympäristöissä.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa asiakasnäkökulmasta uutta tietoa palvelun laadun kokemuksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä palvelujen uudelleen organisoimisen yhteydessä, kun hajautetut päivystyspalvelut keskitetään. Teoreettisessa osiossa tavoitteena on kuvata palvelun laadun käsitteellistämistä historiasta nykyisyyteen; miten palvelun laatua on asiakasnäkökulmasta käsitteellistetty ajan kuluessa.

Tutkimus tuottaa uutta tietoa terveyshallintotieteelle lainsäädännöllisten muutosten vaikutuksista palveluja käyttäville asiakkaille. Se lisää ymmärrystä palvelun laadun käsitteestä ja siitä, miten kansalaiset ja palveluntarjoajat voivat tulevaisuudessa yhdessä tuottaa entistä laadukkaampia palveluita. Tutkimuksella saadaan tietoa asiakkaiden odotuksista ja kokemuksista, millaisia vaikutuksia palvelujen uudelleen organisoinnilla on palvelun laatuun. Se tarjoaa soveltamiskelpoista tietoa sosiaali- ja terveydenhuoltoon, jossa erilaiset rakennemuutokset ovat juuri tällä hetkellä erityisen ajankohtaisia. Tutkimuksessa saatua tietoa voidaan hyödyntää organisaatioiden johtamisessa ja henkilöstön koulutuksessa kehitettäessä terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyttä ja laatua. Tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen soveltuvuudesta saatua tietoa voidaan käyttää hyödyksi lomakkeen edelleen kehittämisessä ja käyttämisessä jatkuvaan ja vertailukelpoiseen avovastaanotto- ja päivystystoiminnan palvelun laadun arviointiin.

Olen rajannut tutkimukseni kohteeksi asiakkaan kokemuksensa perusteella arvioiman palvelun laadun. Asiakkaat arvioivat palvelukokemuksen lisäksi asiakaspalvelun, ammattitaitoisen hoidon, ohjauksen ja tiedonsaannin, välittävän vuorovaikutuksen, henkilökunnan yhteistyön ja puhelinpalvelun laatua sekä hoidon jatkuvuuden tärkeyttä.

Tutkimuksen tavoitteena:  
 - kuvata asiakaspalvelun laadun käsitteellistämistä historiasta nykyisyyteen.  
 - tuottaa asiakasnäkökulmasta uutta tietoa palvelun laadun kokemuksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä hajautetussa ja keskitetyssä päivystyksessä.



Kuvio 1: Tutkimusasetelma.

Tutkimustehtävänä on analysoida, kuvata ja tulkita:

- 1) palvelun laadun käsitteellistämisen historiallista kehityskulkua
- 2) asiakkaiden kokemuksia laadusta hajautetuissa ja keskitetyissä päivystyspalveluissa
- 3) palvelun laadun kokemusta selittäviä tekijöitä
- 4) asiakkaiden kokemusten ja odotusten vastaavuutta keskitetyissä päivystyspalveluissa.

Kuvio 1 havainnollistaa tutkimusasetelmaa. Kuvio tiivistää tutkimuksen tavoitteet, tutkimustehtävät sekä teoreettiset ja empiiriset menetelmät, joilla tavoitteisiin pyritään vastaamaan.

### **1.3 TUTKIMUKSEN TIETEENFILOSOFISET LÄHTÖKOHDAT**

Tutkimukseni kohteena on asiakkaan kokema palvelun laatu. Laatua on tutkittu usealla eri tieteenalalla, niin kuin esimerkiksi taulukko 4, laatuun liittyviä suomalaistutkimuksia sivulla 49 osoittaa. Tarkastelen ilmiötä yhteiskuntatieteisiin kuuluvan terveyshallintotieteen tutkimusperinteen mukaisesti. Yhteiskuntatieteet tutkivat todellisen arkielämän asioita (Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 43). Terveyshallintotieteen tutkimuksen kohdealueita ovat asiakkaat ja terveydenhuollon palvelujärjestelmät, joiden arviointikriteereitä ovat muun muassa laatu ja toimivuus (Sinkkonen & Kinnunen 1999, 317). Tutkimuksen keskiössä on yksityinen intressi; tutkimus rajautuu asiakkaan näkökulmaan ja tutkimuksessa asiakasta lähestytään palvelujen käyttäjänä. Asiakkaan kokema palvelun laatu tutkimuskohteena liittyy kansalaisten tarpeisiin ja odotuksiin sekä terveyspalvelujen resursseihin. Aihe on terveyshallintotieteen paradigmatyypillisesti sidoksissa myös poliittishallinnolliseen perustaan, kansallisiin terveysjärjestelmiin ja julkiseen intressiin. Terveyspalvelujen laatu edustaa siten terveyshallintotieteen tutkimusorientaation ydintä. (Vuori 2005, 26.)

Mikään tieteenala ei ole irrallaan muista tieteen aloista, vaan yhteistyö ja keskustelu muiden tieteen alojen ja asiantuntijoiden kanssa on hyödyllistä ja johtaa parempaan ja hedelmällisempään lopputulokseen kuin pelkäämään oman tieteenalan hallintaa (Metsämuuronen 2001, 9; Metsämuuronen 2006, 27). Tutkimuksen kohteena oleva palvelujen laatu on ilmiönä laaja, monitahoinen ja monitieteinen, mikä edellyttää tieteiden välistä tutkimusotetta ja eri tieteenalojen tietoperustan huomioon ottamista (ks. Mikkeli & Pakkasvirta 2007, 29). Tärkeimpiä emo- ja tukitieteitä laadulle ovat tilastotiede, kauppätieteisiin kuuluva markkinointi, tuotantotaloustiede, valmistus- ja luotettavuustekniikka, strategiatieteet ja mikrotaloustieteet sekä psykologia ja sosiologia (Lillrank 1998, 9). Garvin (1984, 25) tunnistaa laatumäärityksensä taustalta filosofisia, taloustieteellisiä sekä markkinoin-

tiin ja johtamiseen liittyviä teoreettisia lähtökohtia. Taulukkoon 4 kokoa-  
mani kotimaiset laatututkimukset edustavat terveyshallintotieteen lisäksi  
terveystalous-, hoito-, lääke-, kasvatusta-, kansanterveys-, hallinto-, valtio-,  
talous-, tuotantotalous- ja teknisiä tieteitä.

Tiedon terveyshallintotieteessä tulee nojautua johtamisen sekä hallinto-  
että organisaatiotieteen perustaan, mutta se ei voi ohittaa myöskään hoito-,  
lääke- ja muita terveystieteellisiä kysymyksiä. Terveyshallintotieteen para-  
digma rakentaa tietoa siten, että johtamisteoriaa analysoidaan kriittisesti  
terveydellisesti tärkeiden kysymysten ehdoilla. Tällöin otetaan huomioon  
terveydenhuollon organisaatioiden moninaiset organisaatio- ja työyhteisö-  
kulttuurit sekä hoidonporrastuksen mukaisesti eri portaiden ja eri erikois-  
alojen perustehtävät. (ks. Vuori 2005, 30.)

Tässä tutkimuksessa palvelun laatua tutkitaan päivystyksen toimin-  
tarympäristössä. Päivystyksen erityispiirre asiakkaan näkökulmasta on  
äkillisen sairastumisen tai tapaturman aiheuttama pikainen hoidon tar-  
ve. Päivystystilanteessa asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomioon ot-  
taminen, asiakaspalvelu, henkilökunnan ammattitaito sekä asiakkaan ja  
henkilöstön välinen vuorovaikutus vaikuttavat merkittävästi asiakkaiden  
kokemuksiin saamastaan palvelusta. Asiakkaan käsitys terveystalouden  
laadusta ei ole irrallinen ilmiö, vaan se on aina yhteydessä hänen aikai-  
sempiin kokemuksiinsa ja arvomaailmaansa, ja se rakentuu sosiaalisessa  
vuorovaikutuksessa muiden kanssa.

Tutkimus on valintojen ja päätösten tekoa. Kaikkein syvimmat ja pe-  
riaatteellisimmat valinnat ja päätökset tehdään tieteenfilosofisella tasolla.  
Ontologiset, epistemologiset ja metodologiset ratkaisut vaikuttavat käytän-  
nön toimintaamme, joko tietoisesti tai tiedostamatta. Ontologia, eli käsitys  
siitä, mitä todellisuus oikeastaan on, on näistä määräävin. Epistemologia  
eli tieto-oppi käsittelee tietämisen alkuperää ja luonnetta sekä tiedon muo-  
dostamista. (Venkula 1993, 3; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 123; 130.)  
Metodologia tarkoittaa sääntöjä siitä, miten jotain välineitä, metodeja käy-  
tetään päämäärän saavuttamiseksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 12).

**Ontologiset käsitykset** määrittävät, minkälaiseksi tutkimuskohde sy-  
vimmillään käsitetään, esimerkiksi millaiseksi palvelujen laatu ymmär-  
retään tai millaiseksi ymmärretään ihminen terveystalouden käyttävänä  
asiakkaana. Tämän tutkimuksen taustalla on yhtäältä positivistinen, ob-  
jekttiivisesti ymmärrettävissä oleva todellisuus ja toisaalta aikaan, toimin-  
tarympäristöön tai hoidon tarpeeseen sidoksissa oleva relativistinen, konst-  
ruoitava todellisuus. (ks. Burrell & Morgan 1985, 3; Guba & Lincoln 2000,  
165–166; Metsämuuronen 2006, 208–209).

Tutkimuksessani tiedonantajana on ihminen, terveystalouden käyttävä  
asiakas. Ihmiskäsitys kuvaa näkemyksiä ihmisen ja ympäristön välisestä  
suhteesta (Heikkinen, Huttunen Niglas & Tynjälä 2005, 341). Oma käsitykse-  
ni ihmisestä nojaa konstruktivistiseen ihmiskäsitykseen, jonka painopiste  
on sosiaalisissa rakenteissa; ihminen nähdään sosiaalisena olentona, jonka

käyttäytymiseen kulttuuri ja yhteiskunta vaikuttavat. Konstruktivistinen ihmiskäsitys liitetään usein oppimiseen. Sen mukaan ihminen tulkitsee havaintojaan ja uutta tietoa aikaisempien tietojensa, käsitystensä ja kokemustensa pohjalta ja siten jatkuvasti rakentaa kuvaansa maailmasta. Ihmisten keskinäinen vuorovaikutus ja tilannesidonnaisuus korostuvat konstruktivistisessä näkemyksessä. Tällä tavoin ihminen prosessinomaisesti rakentaa maailmankuvaansa ja esimerkiksi muodostaa käsityksen kokemastaan palvelutapahtumasta. (Herrala, Kahrola, & Sandström 2008, 14–15.) Pystyäkseen arvioimaan kokemaansa palvelun laatua asiakkaalla täytyy olla palvelukokemus.

**Epistemologia** käsittelee tiedon luonnetta ja alkuperää. Gibson Burrell ja Gareth Morgan (1985, 3) ovat analysoineet yhteiskuntatieteiden taustaolettamuksia objektiivisen ja subjektiivisen ulottuvuuden mukaan. Objektiivinen näkemys olettaa, että tiedostavalla subjektilla ei ole merkitystä todellisuuden ja sitä koskevan tiedon muodostumisessa. Puolestaan subjektiivisen näkemyksen mukaan todellisuuden ja sitä koskevan tiedon perusta on tiedostavassa subjektissa itsessään eikä todellisuudessa sellaisenaan. (ks. myös Järvinen & Järvinen 2004, 192; Raunio 1999, 77; 81.)

Tiedeyhteisön jakamasta käsityksestä, millaista tieteellisen tiedon pitäisi olla, ja mitkä ovat tieteelliseksi kutsutun tiedon keskeiset kriteerit, käytetään käsitettä paradigma. Paradigma sisältää kannanoton esimerkiksi siitä, minkälaisia ilmiöitä voidaan tutkia, millaiset kysymykset ovat tutkimuksellisesti tärkeitä ja millaiset tutkimustavat hyväksytyjä. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 26.) Paradigmassa kiteytyvät tiedeyhteisössä omaksutut periaatteet, uskomukset ja arvostukset (Niiniluoto 2002, 247) eli tieteellisen tutkimuksen metodologiset perustat ja tutkimuskäytännöt (Raunio 1999, 40).

Näkemykseni laadun paradigmasta ei ole puhtaasti joko objektiivinen tai subjektiivinen, vaan näkemykseni noudattaa Parrilan (2002) näkemystä intersubjektiivisesta laadun paradigmasta. Myöskään Parrila ei näe laadun subjektiivista ja objektiivista ulottuvuutta toisiaan poissulkevinä, vaan laadun eri ulottuvuuksina, jotka molemmat voivat olla merkityksellisiä laadun jäsentämisessä. Intersubjektiivinen laadun paradigma -käsitteen taustalla on näkemys, että laatu ei voi koskaan olla täysin subjektiivista, vaan laadulla on sekä subjektiivinen että tiettyyn aikaan, paikkaan ja kulttuuriin kytkeytyvä intersubjektiivinen merkitysrakenteensa. Nämä rakenteet ovat aina riippuvaisia toisistaan, ja ne ovat toimijoille osittain tiedostettuja ja osittain tiedostamattomia. Henkilön käsitys tietyn ilmiön laadusta on aina sidoksissa siihen sosiaaliseen arvomaailmaan, yhteisiin merkityksiin ja rakenteisiin, joita sosiaalinen todellisuus pitää sisällään. Intersubjektiivisen laadun paradigma perustuu sosiaaliseen konstruktionismiin, jossa ihmisen käsitys maailmasta rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden kanssa. (Parrila 2002, 44; ks. myös Kvist 2004, 69.)

Epistemologinen näkemykseni yhdistää siis positivistisia ja konstruktionistisia piirteitä. Positivistinen tausta ja objektiivisesti todettavat tosi-

asiat näkyvät tutkimukseni teoriataustassa, käsitteiden määrittelyssä ja operationalisoinnissa sekä tutkimusaineistojen keruussa ja tilastollisessa analysoinnissa (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 140). Kieli mahdollistaa kommunikaation ja vuorovaikutuksen yksilöjen ja yhteisöjen välillä (Häkli 2004, 32). Palvelutilanne on aina vuorovaikutuksellinen, ja asiakkaan kokemus palvelun laadusta rakentuu, konstruoituu yksilön ainutkertaisesta kokemuksesta jokaiselle yksilölle erilaisena. Myös laadun ja laatu käsitteen historiallinen katsaus edustaa tiedon konstruoitumista.

Tutkimustietoa ei hankita puhtaan tietämisen ilosta, vaan sen avulla pyritään pääsemään tiettyihin päämääriin. Nämä päämäärät eli tiedonintressit muovaavat tapaamme nähdä todellisuus (Ronkainen ym. 2011, 23), ja niitä voidaan pitää eräänlaisena tiedon arvon perustana (Niiniluoto 2002, 71). Habermas (1976, 130) jakaa tiedonintressit tekniseen, praktiseen ja emansipatoriseen. Tekninen tiedonintressi ja siihen liittyvä kontrollin mahdollistava ennustaminen kuuluu empiiris-analyttisille luonnontieteille ja systemaattisille yhteiskuntatieteille. Humanistisia tieteitä ohjaa praktinen tiedonintressi ja kriittisiä yhteiskuntatieteitä hallitsee emansipatorinen tiedonintressi. (Habermas 1976, 130–133; ks. myös Raunio 1999, 363; Niiniluoto 2002, 71–73, Ronkainen ym. 2011, 23–24.)

Tätä tutkimusta ohjaavat tekninen ja praktinen tiedonintressi. Tekninen tiedonintressi motivoi ja ohjaa tutkimusta, jonka tavoitteena on tiedon hankkiminen objektiivisesta ja objektivoitavasta maailmasta, jossa todellisuus koostuu tapahtumista ja näiden välisistä kausaalisisista lainomaisuuksista. Praktisen tiedonintressin merkitys liittyy kielivälitteisen vuorovaikutuksen, kommunikatiivisen toiminnan ylläpitämiseen. Tärkeää siinä on yhteisten merkitysten, intersubjektiivisen ymmärryksen ja konsensuksen aikaansaaminen. (Raunio 1999, 362–363.) Tekninen tiedonintressi liittyy positivistiseen tutkimusotteeseen, jossa on tavoitteena selittää palvelun laadun kokemukseen vaikuttavia tekijöitä. Praktinen tiedonintressi liittyy laadun käsitteellistämisen historian ymmärtämiseen sekä asiakkaiden päivystyspalvelujen uudelleen organisointiin liittyvien ennakkokäsitysten ja kokemusten ymmärtämiseen. (ks. Guba & Lincoln 2000, 165–166; Metsämuuronen 2006, 208–209.)

## 1.4 TUTKIMUSRAPORTIN RAKENNE

Johdannon jälkeisessä luvussa tarkastelen kansalaista terveystalouden asiakkaana, käyttäjänä ja arvioijana, sekä asiakasarviointiin liittyviä rajoituksia. Kolmannen luvun 3.1–3.3-alaluvut keskittyvät ensimmäiseen tutkimustehtävään eli käsittelen siinä laadun näkökulmia ja laadun historiaa sekä laatu-käsitteen ajallista kehittymistä asiakasnäkökulmasta edeten tuotelaadusta palvelujen laatuun ja laatuun terveystalouden toimintaympäristössä. Kyseessä ei ole käsiteanalyysi laadusta, vaan kattava historiallinen katsaus laatuajattelun kehittymisestä ajan kuluessa. Määrittelen käsitteet

tutkimusasetelman, empiirisen tutkimuksen ja tulosten ymmärtämisen edellyttämässä laajuudessa.

Teoreettista perustaa empiirisille tutkimuskysymyksille avaan luvussa 3.4. Tutkin asiakkaiden kokemuksia päivystyspalvelujen laadusta, tarkemmin hajautetussa ja keskitetyssä perusterveydenhuollon päivystyksessä. Hajautettuja palveluja tarjotaan asiakkaille kuntakeskuksissa, kun taas keskitetty päivystys toimii kaupungissa keskussairaalan yhteydessä, mikä tarkoittaa asiakkaille muun muassa pidentyviä matkoja päivystykseen. Kuvaan tässä luvussa päivystystoiminnan erityispiirteitä ja aikaisempaa päivystyspalvelujen laatututkimusta. Luvussa 3.5 teen kokoavan yhteenvedon palvelun laadun ajallisesta kehittymisestä ja käsitteen ominaispiirteistä esiyymmärryksen, historiakatsauksen ja aikaisempien teorioiden valossa.

Tutkimusraportin neljännessä luvussa kuvaan tutkimusaineistot ja menetelmät. 4.1-luvussa esittelen tutkimusorganisaatiot, 4.2-luvussa perustelen tutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja, 4.3-luvussa kuvaan tutkimusaineistojen kokoamisen ja 4.4-luvussa aineistojen analysoinnin. Viidennessä luvussa esittelen tutkimustulokset; asiakkaiden kokemukset palvelun laadusta hajautetussa ja keskitetyssä päivystyksessä. Luvussa kuvaan myös, minkälaisia vaikutuksia laatuun palvelujen keskittämislä asiakkaat etukäteen arvioivat olevan, ja miten kokemukset jälkepäin vastasivat odotuksia. Viimeisessä, kuudennessa luvussa tarkastelen tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä sekä sen merkitystä terveyshallintotieteelle. Lopuksi esitän keskeiset tulokset, päätelmät, suositukset ja jatkotutkimusaiheet.

# 2 Asiakas terveyspalvelujen käyttäjänä ja arvioijana

## 2.1 KANSALAINEN TERVEYSPALVELUJEN ASIAKKAANA

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731, 19 §) määrittelee kansalaisen valtion jäseneksi, kuntalaki (17.3.1995/365, 4 §) ja kotikuntalaki (11.3.1994/201, 2 §) määrittelevät hänet kunnan jäseneksi. Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, 19 §) niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3 §).

Kansalaisen roolia voidaan pitää eräänlaisena pohjaroolina niin, että kaikilla kansalaisilla olisi oltava yhdenvertainen oikeus saada terveydenhuollon peruspalveluja (Lahtiranta 2008, 146; 148). Kansalaisuuden käsite liittyy terveydenhuollossa läheisesti potilaan (patient, inmate), asiakkaan (customer, client), kuluttajan (consumer) (Hasenfeld, Rafferty & Zald 1987, 402; Jäntti 2008, 47), potilaskuluttajan (patientconsumer) (Tourila 2000), kokemusasiantuntijan ja palvelujen käyttäjän (McLaughlin 2009) käsitteisiin. Konsumerismia tutkinut Toiviainen (2007, 6; 17) käyttää käsitettä kuluttajapotilaat, jolla hän tarkoittaa aktiivisia kuluttajia ja potilaita, jotka tekevät kliinistä hoitoaan koskevia valintoja ennen lääkärin tekemää diagnoosia ja osallistuvat aktiivisesti hoitopäätöksentekoon. Konsumerismi korostaa potilaan asemaa ja valinnanvapautta. Niiranen (2000, 14–15) erottaa kolme, osallistumiseen perustuvaa näkökulmaa kansalaiseen palvelujen käyttäjänä: kansalainen palvelujen kohteena eli kohdeasiakkaana, kansalainen aktiivisena asiakkaana, kuluttajana ja terveyspalvelujen käyttäjänä sekä kansalainen kuntalaisena ja yhteisönsä jäsenenä.

Veroja maksavana julkisen toiminnan rahoittajana kansalaisen tulee saada rahoilleen vastiketta. Julkisten palvelujen käyttäjänä hän on asiakas tai kuluttaja, joka valitsee eri vaihtoehtoista sen, mikä parhaiten vastaa hänen tarpeitaan. Asiakkuus samalla edellyttää, että henkilö on kykenevä tekemään valinnan. Asiakkaana ja kuluttajana kansalainen on tietoinen oikeuksistaan ja osaa vaatia korvauksia, jos palvelu ei vastaa hänen odotuksiaan. Kansalaisella voi olla myös aktiivisen osallistujan rooli, jossa



hän haluaa vaikuttaa palvelusitoumusten tekoon, äänestää ja vastaanottaa informaatiota. (Lähdesmäki 2003, 63.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 2 §) käytetään käsitettä potilas, jolla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Terveydenhuollon laatuopas (2011, 6) yhdistää lain määritelmään myös asiakkaan. Asiakas-käsitteeseen liitetään potilas – käsitettä aktiivisempi, itseohjautuvampi ja modernimpi roolikäsité (Kinnunen 1995, 37; Niiranen 2000, 16). Potilas-käsitteellä on institutionaalinen asema kuvaamaan sairasta ihmistä suhteessa terveydenhuollon ammatinharjoittajaan (Toiviainen 2007, 16). Käsitteen taakkana ovat uskomukset potilaasta passiivisena, hoidon kohteena olevana ihmisenä, jolla itsellään ei ole kykyä tai edellytyksiä arvioida terveydellistä tilaansa (Kinnunen 1995, 37; Niiranen 2000, 15–16), eikä mahdollisuutta vaikuttaa omaa hoitoaan koskeviin valintoihin (Jäntti 2008, 44). Mahdollisuuteen vaikuttaa omaan hoitoonsa antaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 6 §) säädöstaustan määrittelemällä potilaan itsemääräämisoikeudesta. Naukkarinen (2008) on tutkinut potilaan itsemääräämisoikeutta terveydenhuollossa, ja hänen mukaansa itsemääräämisoikeus merkitsee potilaan oikeutta itseään koskevaan päätöksentekoon, tietoiseen suostumukseen, hoidosta kieltäytymiseen ja myös oikeutta olla tekemättä päätöksiä. Itsemääräämisoikeus edellyttää kykyä itsenäiseen harkintaan. Jotta potilas kykenee harkitsemaan, tekemään päätöksiä ja toimimaan, hän tarvitsee ymmärrettävää ja selkeää tietoa hoitoaan koskevista asioista. (Naukkarinen 2008, 42.)

Itsemääräämisoikeus sai vahvistusta, kun vuoden 2014 alussa tuli voimaan Terveydenhuoltolaki, jonka 48 pykälän mukaan kuntalaisella on mahdollisuus valita hoitopaikkansa koko maan alueelta kuitenkin siten, että valinnanvapaus on rajattu julkiseen terveydenhuoltoon. Hoitopaikan lisäksi potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. (Terveydenhuoltolaki, 30.12.2010/1326, 48 § - 50 §.) Valinnanvapaus ilmentää palvelun käyttäjän aktiivista roolia terveydenhuollossa. Lisääntyneen valinnanvapauden ansiosta hän voi paremmin ottaa vastuuta omasta terveydestään ja osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Tourila 2015, 43.)

Ulkoisten olosuhteiden muutokset, kuten sairaalaympäristöön joutuminen, hätä- ja akuuttitilanteet tai palvelupisteiden vähentäminen palveluja keskittämällä voivat rajoittaa potilaan valinnan mahdollisuutta. Samoin henkilöön itseensä liittyvät ominaisuudet, kuten ikä ja fyysiset voimat voivat rajoittaa valintaa. (ks. Toiviainen 2007, 73.) Valinnanvapaus ei kuitenkaan ole tasa-arvoinen oikeus. Palvelujen käyttäjillä on paremmat mahdollisuudet valita hoitopaikkansa Etelä- ja Keski-Suomessa, missä terveydenhuollon toimipaikkoja on enemmän, kuin harvaan asutussa

Pohjois-Suomessa. Siellä välimatkat toimipisteiden välillä saattavat olla niin pitkät, että hoitopaikan vaihtamiseen ei ole todellista mahdollisuutta. (Tourila 2015, 29; 43.)

Palveluorganisaatiossa asiakkaita ovat he, jotka käyttävät organisaation palveluita. Asiakas voi olla yksityinen henkilö, ryhmä tai esimerkiksi toinen organisaatio. Asiakas voi tulla palveluorganisaation ulkopuolelta tai olla organisaation sisäinen asiakas. (Grönroos 1987, 43–44.) Asiakas-käsitteellä julkishallinnossa on kaksi taustaideologiaa: 1) asiakkuus markkinamaisena käsitteenä liittyy New Public Management- suuntaukseen ja julkishallinnon yrityksistä ottamaan malliin ja 2) suoraan osallistumiseen ja demokratiaan liittyvä näkemys kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien kasvattamisesta suhteessa julkishallinnon tuotoksiin (Kettunen & Möttönen 2011, 57–58).

Bitner kumppaneineen (1997) on nimennyt kolme eri tasoa, joilla asiakas voi osallistua palvelun toimitukseen: alhainen osallistumisen taso vaatii vain asiakkaan läsnäolon palvelutuotannossa, jolloin palvelu tuotetaan riippumatta yksittäisestä asiakkaasta (esim. lentomat kustus). Kohtalaisella osallistumisen tasolla asiakkaan osallistuminen palvelun tuotantoon on välttämätöntä (esim. informaation anto), mutta palveluyritys huolehtii palvelun tuottamisesta (esim. hiusten leikkuu). Korkealla osallistumisen tasolla tulos luodaan yhteistyössä asiakkaan ja palveluntarjoajan kanssa (esim. osallistuminen painonhallintaryhmään). (Bitner, Faranda, Hubbert & Zeithaml 1997, 194.) Vargo ja Lusch (2004a) käyttävät käsitettä arvon yhdessä luonti (co-creation of value) kuvaamaan asiakkaan osallistumista palvelulla saavutettavan arvon muodostamiseen yhdessä palvelutuottajan kanssa.

Asiakasrooli on keskeinen palvelujen arvioinnin väline (Kettunen & Möttönen 2011, 66); asiakas esiintyy kaikissa laadun määritelmässä (Lillrank 1998, 42). Laadunhallinnassa asiakas-käsitettä käytetään usein laajassa merkityksessä, jolloin siihen sisältyvät palvelun käyttäjän ohella omaiset ja muut hyödyn saajat, kunta-asiakkaat ja palvelun muuta rahoittajat (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa 1996, 12).

Asiakkuus ilmiönä sosiaali- ja terveydenhuollossa on hyvin monimerkityksinen ja vaikeasti hahmotettava, sitä voidaan pitää hybridisenä, alati vaihtuvana (Kettunen & Möttönen 2011, 79). Valkama (2012) esittää kritiikkiä asiakas-käsitteen käyttöön terveydenhuollossa: käsitettä käytetään ”kuvaamaan lähes kaikkia palveluissa asioivia kansalaisia riippumatta siitä, onko asiakas pelkästään toiminnan kohde, aktiivinen yhteistoimija, tahdonvastaisten toimien kohde vai kuluttaja. Palveluissa ei tehdä eroa erilaisten asiakkuuksien välillä.” Hänen tutkimuksensa mukaan kuitenkin kansalaisen mielikuva asiakkuudesta vaikuttaisi osittain muistuttavan markkinalähtöisten palvelujen asiakkuutta heijastuen myös ajatteluun ja käytökseen; mahdollisuuksien mukaan tehdä valintaa ja haluan vaikuttaa palveluihinsa. (Valkama 2012, 77–79.)

## 2.2 ASIAKAS TERVEYSPALVELUJEN LAADUN ARVIOIJANA

Terveyspalvelujen, kuten muidenkin palvelujen laadun arvioinnissa on tärkeää erottaa kenen näkökulmasta se tehdään, ja kuka toimii arvioijana. Tässä tutkimuksessa palvelun laadun arvioijana on asiakas. Saadut tiedot koskevat asiakkaiden palvelujen käytöstä saamia kokemuksia, jolloin ne heijastavat myös asiakkaiden palvelujen laatuun kohdistamia odotuksia, vaatimustasoa ja asiakkaan itse tulkitsemia tarpeita (ks. Sinkkonen, Sohlberg, Kinnunen, Laitinen & Rissanen 1993, 6-7.) Arvioinnin tarkoituksena on selvittää, kuinka palvelu toimii, ja kuinka voimme tehdä palvelun paremmaksi (Robson 2001, 27).

Asiakasnäkökulma laatuun on tärkeä kahdestakin näkökulmasta: palvelun käyttäjien käsitykset laadusta ovat luonnostaan merkityksellisiä ja niiden pitäisi olla ensisijaisena huomion kohteena terveydenhuollossa. Lisäksi niillä on välinearvo, koska niillä on merkittävä tulosohjausvaikutus moniin sidosryhmiin; palveluntarjoajan valintaan, asiakkaan sitoutumiseen lääkäriin ja hoitoon, potilasvalitukseen, hoitovirhevaatimusten tasoon ja vakavuuteen sekä ehkä tärkeimpänä todellisiin terveys- ja toimintakykytuloksiin. (Sofaer & Firminger 2005, 516–517.)

Palvelun laadussa on ensisijaisesti kysymys palvelun sopivuudesta asiakkaan tarpeisiin. Laatu ilmenee asiakkaiden kokemusten kautta, joten on luonnollista, että laadun arvioijina ovat asiakkaat. (Lumijärvi 1994, 65.) Asiakasarvioinnissa on mahdollista arvioida mennyttä (käytettyjä palveluita), nykytilannetta (tuoreita palvelujen käyttökokemuksia) tai tulevaa (tarvittavien palvelujen ominaisuuksia). Arviointi on kuvailevaa ja asioiden tilaa mittaavaa enemmän kuin selittävää ja luonteeltaan poikkileikkauksenomaista eli se rajoittuu tietyn ajankohdan asiakkaisiin ja tietyn ajankohdan arviointiin. Asiakasarviointi korostaa asiakkaiden autenttisten arvioiden tärkeyttä eli arvioinnin tavoitteena on koota asiakkaiden omia käsityksiä toiminnan ja palvelujen onnistumisesta. (Vuorela 1989, 7-8; 11.) Asiakasnäkökulmaisessa arvioinnissa lähtökohtana voivat olla asiakkaiden tunnistamat tarpeet, odotukset, vaatimustaso, toiveet ja näkemykset (Sinkkonen ym. 1993, 6-7).

Euroopassa vuosina 1995-2005 terveydenhuollon palveluihin ja järjestelmiin kohdistuvista tutkimuksesta 60 %:ssa (N=32 126) oli avainsanana potilas ja 15 %:ssa (n=4819) potilastyytyväisyys. Kohdistettaessa analyysi tarkemmin terveyspalvelujen ja terveydenhuollon tutkimuksen 225 julkaisuun, käsiteltiin näistä 57 %:ssa tehokkuuden ongelmia ja laadun parantamista. (Delnoij & Groenewegen, 2007, 11-12.) Nämä luvut kuvaavat hyvin asiakkaisiin, potilaisiin, terveydenhuollon laatuun ja potilastyytyväisyyteen liittyvän tutkimuksen runsautta. Kotimaisia terveydenhuollon laatuun ja potilastyytyväisyyteen liittyviä tutkimuksia vuosilta 1970-2015 olen koonnut liitetaulukoon 1 ja kansainvälisiä tutkimuksia vuosilta 1975-

2014 liitetaulukkoon 2. Potilastyytyväisyystutkimus on edeltänyt hoidon ja palvelun laadun tutkimusta. Tutkimuksissa on käytetty yleisesti potilas- ja potilastyytyväisyyskäsitteitä, mitkä hyväksyn tutkimusten ajankohtaan ja niiden toteutuksen toimintaympäristöön liittyvinä annettuina ominaisuuksina.

Palvelun laadun ja tyytyväisyyden suhteesta on erilaisia näkemyksiä. Donabedian (1969, 1833) nimeää tyytyväisyyden, asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin ohella, hoidon lopputulokseksi. Tyytyväisyyttä on käytetty laadun kanssa vaihtoehtoisena käsitteenä ja sitä on kuvattu laadun ominaispiirteenä ja indikaattorina (Ruotsalainen 2006, 18). Asiakkaiden tyytyväisyys on olennainen osa laadukasta hoitoa (Moores & Thompson 1986; Johansson, Oleni & Fridlund 2002), keskeinen palvelujen laadun ja vaikuttavuuden mittari (Salmela 1996), mutta kuitenkin laatu terveydenhuollon kontekstissa on enemmän kuin kuluttajien tyytyväisyys (mm. Redfern & Norman 1990; Lumijärvi 1994; Avis, Bond & Athur 1995; Kujala 2003; Kvist 2004).

Asiakkaiden havainnot hoidon laadusta eivät ole automaattisesti yhteeneviä potilastyytyväisyyden kanssa, vaikka nämä kaksi käsitettä liittyvät toisiinsa (Attree 2001a, 457). Asiakaskyselyssä on perusteltua välttää yleisluontoisia tyytyväisyyskysymyksiä, jotta asenteet eivät sekoitu kokemusten arviointiin. Yleisen tyytyväisyyden sijaan on tarpeen tarkastella asiakkaan hoitoprosessia ja lopputulosta sekä asian hoidossa ilmenneitä konkreettisia asiointiongelmia. (Vuorela 1988, 78; Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards & Chandola 2002, 338.)

Sofaer ja Firminger (2005) esittävät käsitteellisen mallin asiakkaiden käsityksistä terveystalvelujen laadusta. Mallissa asiakkaan käsitykset laadusta vastaavat heidän kokemuksiaan joko yhdeltä tai usealta hoitajaksoilta. Nämä käsitykset ovat seurausta asiakkaan odotusten ja kokemusten välisestä vuorovaikutuksesta. Asiakkaan odotuksiin ja edelleen hänen käsityksiinsä kokemuksista vaikuttavat useat tekijät, kuten palvelutarjoajan maine, valintamahdollisuuksien laajuus, asiakkaan terveyteen liittyvien tarpeiden luonne, määrä ja vakavuus, asiakkaan aiemmat kokemukset, sosiaaliset ja kulttuuriset normit, asiakkaan persoonalliset ominaisuudet ja sosiodemograafiset tekijät sekä se, missä määrin asiakas on tietoinen, mitä hän odottaa. Odotuksia verrataan myös asiakkaan erityisiin kokemuksiin hakea ja käyttää palveluita. Asiakkaan käsitys laadusta perustuu hänen määrittelemilleen laadun kriteereille, jotka puolestaan perustuvat asiakkaan käsityksiin hänen kokemuksistaan. (Sofaer & Firminger 2005, 520; 552–553.)

Asiakkaiden odotukset, jotka koskevat heidän hoitoaan ja halukkuuttaan saada tietoa, ovat kestäviä ja tehokkaita ennusmerkkejä asiakkaiden tyytyväisyyteen. Tyytyväisyyden lisääminen perustuu asiakkaan odotusten hallintaan, esimerkiksi tarjoamalla heille tietoa prosesseista ja toimintatavoista. (Boudreaux, Cruz & Baumann, 2006, 800.) Odotusten epäsuhta

voisi selittää monia aikaisemmin raportoituja eroja tyytyväisyydessä ryhmien ja palvelujen välillä. Kun odotukset täyttyivät, eivät esimerkiksi iän, sukupuolen tai etnisen taustan mukaiset erot tyytyväisyydessä olleet merkitseviä. (McKinley, Stevenson, Adams & Manku-Scott 2002, 336–337.)

Tarvitessaan päivystyksellistä hoitoa asiakkaat saattavat tuntea tilansa vakavaksi ja tuntea itsensä pelokkaaksi ja toisista riippuvaisiksi. Tällöin asiakkaat odottavat hoidon olevan ammattitaitoista, toiminnan ja tiedonkuun sujuvaa ja odotusajan olevan kohtuullinen. He arvostavat henkilökunnan empatiaa ja kunnioitusta ja odottavat, että henkilökunta kohtelee heitä ystävällisesti ja yrittää ymmärtää heidän ongelmiaan varaamalla aikaa heidän kuunteluun ja informoimiseen. Myös henkilökunnan keskinäisellä vuorovaikutuksella on merkitystä sille, miten päteväksi asiakas kokee hoidon. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 40; Kiura & Mäkelä 2012, 7-10.)

Asiakkaiden sosiodemograafisilla tekijöillä, kuten iällä, sukupuolella, sosioekonomisella asemalla, koulutustaustalla ja terveydentilalla, on useissa tutkimuksissa todettu olevan vaikutusta hoidon ja palvelun laadun tai potilastyytyväisyyden kokemukseen (mm. Ware ym. 1977; Vuorela 1988; Hall & Dornan 1990; Sitzia & Wood 1997; Rahmqvist 2001; Johansson ym. 2002; De Brún, Howell, Bedford, Corcoran & Kelly 2002; Kvist 2004; Sofaer & Firminger 2005; Rahmqvist & Bara 2010; Savolainen 2011.) Yhdenmukaisimmat havainnot liittyvät ikään ja koettuun hyvään terveydentilaan, jotka ovat usein yhteydessä korkeaan tyytyväisyyteen (mm. Hall & Dornan 1990; Sitzia & Wood 1997; Sofaer & Firminger 2005; Rahmqvist & Bara 2010). Näyttää on myös siitä, että asiakkaaseen liittyvillä ominaisuuksilla, kuten sukupuoli, siviilisääty, sairauden kroonisuus tai päivystyskäyntien toistuvuus, ei ole lainkaan tai on vain vähän vaikutusta potilastyytyväisyyteen (Kiura & Mäkelä 2012, 11).

Viime vuosina, tämän tutkimusprosessin kuluessa asiakkaan kokemukseen perustuva laadun arviointi on joutunut antamaan tilaa julkishallinnon ja markkinointitieteen palvelulähtöiselle ajattelulle (service-dominant logic), jolle on ominaista asiakkaan osallistuminen ja kansalaisen osallisuus (participation; engagement; involvement) palvelujen, myös terveyspalvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja analysointiin. 2000-luvun markkinoinnin tutkimusta hallitsee näkemys arvon luomisen prosessista, jossa asiakas on keskeisessä roolissa: asiakas luo arvon palvelulle yhdessä palvelutuottajan kanssa (value co-creation). Asiakas tyypillisenä edunsaajana määrittelee ja arvioi arvon. (Vargo & Lusch 2004a; Vargo & Lusch 2008, 3-4; Hardyman ym. 2015, 91.) Suuntautumalla asiakaskeskeiseen hoitoon, kehittämällä asiakkaaseen liittyviä tulostavoitteita ja ottamalla entistä tiiviimmin haltuun palvelukokemuksella luotu arvo voidaan kehittää entistä asiakaskeskeisempiä toimenpiteitä ja palveluita (Hardyman ym. 2015, 94). Palaan arvon yhdessä luomisen prosessiin luvussa 3.2.3. Tutkimukseni perustuu kuitenkin aikaisempaan tutkimustietoon ja siinä kiinnostuksen kohteena on asiakkaan kokemus palvelun laadusta.

## 2.3 ASIAKASARVIOINNIN RAJOITUKSET

Asiakasarviointiin liittyviä rajoituksia on esitetty lähes niin kauan kuin asiakasarviointia on tehty. Esimerkiksi Lumijärvi (1994) kysyy, missä määrin asiakkaat ovat kykeneviä arvioimaan saamansa palvelua, esimerkiksi hoitotapahtumaan liittyvää hyvää tai huonoa laatua tai miten hyvin asiakkaiden tulisi olla informoituja palvelusta, jotta he pystyisivät todellisuudessa arvioimaan sen laadullista toimivuutta. Palvelun sosiaalinen ja professionaalinen luonne, asiakkaiden vähäinen informointi sekä vaikeudet erottaa eri laatutekijöiden vaikutus voivat vaikuttaa heikentävästi asiakasarvioinnin validiteettiin. (Lumijärvi 1994, 74–75.) Sinkkonen työryhmineen puolestaan kysyy, missä määrin tutkimusta on mahdollista ylipäättään tehdä aidosti asiakkaan näkökulmasta. Useimmiten asiakasarvioinneissa sovellettavien kysely- ja haastattelututkimusten mittarit ovat asiantuntijoiden kehittämiä (Sinkkonen ym. 1993, 6-7) sen sijaan, että korostettaisiin kokemuksellista näkökulmaa hoidosta (Sitzia & Wood 1997, 1841).

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat kyseenalaistaneet asiakkaan kykyä arvioida palvelun laatua. Perusteluna on käytetty asiakkaiden fyysistä ja psyykkistä tilaa hoidon aikana ja lääketieteellisen asiantuntemuksen puutetta (Outinen, Holma & Lempinen 1994, 35–36.) Myös hoitotapahtumien nopeaa kulkua, asiakkaan kykenemättömyyttä muistaa hoitotapahtumia, sekä haluttomuutta paljastaa todellisia mielipiteitä hoidosta tulevien hoitosuhteiden vaarantumisen pelossa on käytetty perusteluina, miksi asiakkaiden näkökulmia hoidosta ei ole otettu huomioon (Vuori 1993, 59). Taustalla on voinut olla myös pelko asiakkaiden kritiikistä ja haluttomuus muuttaa totuttuja toimintakäytäntöjä (Outinen ym. 1994, 36).

Asiakasnäkökulmainen tutkimus kuitenkin osoittaa, että palvelun käyttäjällä on hyvä kuva siitä, mitä hän haluaa, ja että hän pystyy arvioimaan myös palvelujen laatua (Outinen ym. 1994, 36; Pellikka, Lukkarinen & Isola 2003, 177). Tourila (2000) käyttää tutkimuksessaan asiakkaasta käsitettä potilaskuluttaja ja terveystalot hän on nimennyt terveystaloina. Tulosten mukaan lääketieteellisen asiantuntemuksen puute ei ole este palvelujen laadun arvioinnille. Itsenäisinä toimijoina asiakkaat pyrkivät ymmärtämään saamaansa asiakaspalvelua, kuten mitä muuta itseään koskevaa tapahtumaa tahansa. Tiedollisten resurssien vajaanaisuutta he kompensoivat arvioimalla tutkimusten ja hoidon onnistumista subjektiivisilla, fyysisillä ja psyykkisillä tuntemuksillaan, aistimalla asiakaspalveluilmapiiriä sekä sen perusteella, miten hyvin heidän odotuksensa täyttyvät. Kun tutkimukset ja hoito johtavat toivottuihin tuloksiin, vastaavat kokemukset silloin odotuksia. Odotusten täytyessä laatu koetaan hyväksi. (Tourila 2000, 141–143; Tourila 2006, 69–70.)

Asiakasarvioinnin rajoituksia ja heikkouksia on tutkimuksessani pyritty eliminoimaan muun muassa siten, että käytettävällä kyselylomakkeella ei mitata pelkästään yleistä tyytyväisyyttä tai asennoitumista, vaan asiak-

kaan palvelun käytöstä saamia todellisia kokemuksia. Lisäksi asiakasarvioinnilla saatuja tuloksia tulkitaan relevanttien teorioiden ja aikaisempien empiiristen tutkimustulosten avulla. (ks. Sinkkonen ym. 1993, 8-9.)

Asiakas-käsitteen moniselitteisyyden ja sen käyttöön liittyvän ristiriitaisuuden tunnistaen ja hyväksyen käytän tutkimuksessani terveyspalvelujen käyttäjästä käsitettä asiakas, jolla tarkoitan terveysongelmansa vuoksi itse hoitoa saavaa tai hoidon kohteena olevaa henkilöä tai lapsiasiakkaan kohdalla hänen vanhempaansa tai saattajaansa. Valintani kohdistuminen asiakasnäkökulmaan perustuu vankkaan asiakkaan arvostukseen; pidän asiakasta jokaisen terveyspalveluissa työskentelevän työnantajana. Asiakkaiden kokemusten tutkiminen terveyspalvelujen muuttuvassa toimintaympäristössä on nyt, suurten Sote-uudistusten edellä, aiheena erityisen ajankohtainen.



# 3 Asiakkaan arvioima laatu terveystalvveluissa

## 3.1 NÄKÖKULMAPERUSTEINEN LAATU

Laatu on ollut tutkimuksen kohteena monella eri tieteenalalla kuten filofofiaassa, talous-, tilasto-, hoito- ja hallintotieteissä sekä markkinoinnin ja johtamisen teorioissa. Eri tieteenaloilla laatua on lähestytty ja määritelty eri näkökulmista. Yksi paljon siteerattu laadun pioneeri on David Garvin (1984, 25–28; 1988, 40–41), joka on määrittänyt viisi päälähestymistapaa laatuun. Transkendenttinen lähestymistapa viittaa laadun kokonaisvaltaisuuteen ja ylivertaisuuteen. Transkendenttinen laatu on ajaton, pysyvä, ja se voidaan tunnistaa vain kokemuksen kautta. Tuotepohjainen lähestymistapa korostaa laatua mitattavana ominaisuutena. Käyttäjöpohjaisessa lähestymistavassa laatu viittaa käyttäjän mieltymyksiin ja tuotteeseen tai palveluun kohdistuvien odotusten täyttymiseen. Valmistuspohjaisessa lähestymistavassa huomio keskittyy prosessiin, jossa tuote tai palvelu syntyy. Viidennessä, arvopohjaisessa lähestymistavassa viitataan tuotteen tai palvelun kustannuksiin ja hintaan, vastineeseen asiakkaan rahoille. (ks. myös Lillrank 1988, 33; Lumijärvi 1996, 8.)

Kokonaisvaltainen laatujohtaminen (TQM) nostaa esille kuusi näkökulmaa laatuun, joista yhdenmukaisia Garvinin luokittelun kanssa ovat valmistuskeskeinen laatu, tuotekeskeinen laatu ja arvokeskeinen laatu. Garvinin käyttäjöpohjainen lähestymistapa on tässä nimetty asiakaskeiseksi laaduksi, mikä tarkoittaa tuotteen tai palvelun kykyä tyydyttää asiakkaan tarpeet. Uusiksi näkökulmiksi on määritelty kilpailukeskeinen laatu ja yhteiskuntakeskeinen laatu, joista ensimmäisen mukaan laadun tulee olla vähintään yhtä hyvää kuin kilpailijoilla ja jälkimmäinen kuvastaa yrityksen toiminnan kokonaisvaikutusta ympäröivään yhteiskuntaan ja luontoon. (Lillrank 1990, 41; Huuskonen, Ijäs & Lehtoranta 1997, 28; Silen 1998, 14; Koivula 2002, 35–36.)

Hannu Vuori (1970, 16–18) nimeää väitöskirjassaan terveydenhuollon laadun komponenteiksi riittävyyden, tehokkuuden ja teknis-tieteellisen tason. Riittävyys kuvaa sitä, missä määrin terveydenhuoltojärjestelmä täyttää sille asetetut terveyden edistämisen ja säilyttämisen, sairauksien ehkäisyn ja parantamisen sekä kuntouttamisen vaatimukset. Tehokkuus mittaa käytettyjen voimavarojen suhdetta saavutettuihin tuloksiin. Teknis-tieteellinen taso tarkoittaa käytettävissä olevien lääketieteellisen ja teknisen tiedon soveltamisastetta terveystalvvelusten tuotannossa. Vuoren mu-



kaan teknis-tieteellisestä laadusta kiinnostuneita ovat terveyspalvelusten tuottajat, riittävydestä poliitikot ja kuluttajat ja tehokkuudesta ”hallintomiehet ja hallintotehtävissä toimivat lääkärit”.

John Øvretveit (1992, 3-4; 1998, 240) on jakanut palvelun laadun näkökulmat asiakas-, asiantuntija- ja johtamisnäkökulmiin. Määritelmässä asiakkaan laatu merkitsee koettua laatua, tulosta, jota asiakkaat odottavat palvelulta. Ammatillinen laatu mittaa, vastaako ammattilaisten arvioima palvelu asiakkaiden tarpeita, ja onko henkilöstö oikein valinnut ja suorittanut toimenpiteitä, joiden uskotaan olevan välttämättömiä vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. Johtamisen tai laajemmin palvelujärjestelmän laatu kuvaa tehokkainta ja tuottavinta asiakkaiden tarpeisiin vastaavaa resurssien käyttöä, niiden rajojen ja määräyksien puitteissa, joita viranomaistahot ja ostajat asettavat.

Øvretveitin (1992; 1998) näkemystä soveltaa myös Stakes määritelmässään ”laatukriteereitä, suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille”. Laatu on asiakkaan elämys laadusta. Se on myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten määrittelemää ammatillista ja tieteellistä laatua. Kustannukset suhteessa saavutettuun laatuun kuvaavat taloudellisuutta ja johtamisen laatua. Näitä kolmea laadun eri näkökulmaa voidaan nimetä asiakkaan laaduksi (koetuksi laaduksi), ammatilliseksi laaduksi ja johtamisen (palvelujärjestelmän) laaduksi. Asiakkaan laatu kuvaa, tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä tämä haluaa ja kokee tarvitsevansa. Ammatillinen laatu kertoo, täyttääkö palvelu potilaan tarpeet asiantuntijan näkökulman mukaan. Johtamisen laatu kertoo, toteutetaanko palvelu taloudellisesti, ilman hukkakäyttöä ja virheitä, kohtuullisin kustannuksin, lakeja ja määräyksiä noudattaen. (Idänpään-Heikkilä; Outinen; Nordblad; Päivärinta & Mäkelä 2000, 11–12.)

Tiinä Mäki (2004, 160–163) tarkastelee julkisen terveydenhuollon laatua neljän laatu näkökulman avulla. Asiakaskeskeinen laatu näkemys kuvastaa yksilön hyvää, suunnittelukeskeinen laatu näkemys korostaa oikeiden asioiden tekemistä ja tuotantokeskeinen laatu näkemys asioiden tekemistä oikein. Neljäntenä yhteiskunta- ja systeemikeskeinen laatu näkemys korostaa kokonaisuuden tarkastelua, yhteistä hyvää. Laatu näkökulmien ja niiden sisältämien tekijöiden lisäksi laatuun vaikuttavat johtaminen ja työyhteisön laatu. Näkökulmat eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan ne painottuvat eri tavoin eri tilanteissa, mikä korostaa laadun kontekstisidonnaisuutta.

Terveyspalvelujen, kuten muidenkin palvelujen laadun arvioinnissa, on tärkeää erottaa, kenen näkökulmasta arviointi tehdään ja kuka toimii arvioijana. Arviointia voidaan tehdä asiakkaan, ulkopuolisen asiantuntijan, koko organisaation tai sen jonkin osan, johdon tai yleensä koko hallinnon sekä yhteiskunnan näkökulmista. Arvioinnin suorittajana voi olla asiakas, erilaiset asiantuntijat ja muut asianosaiset. (Sinkkonen ym. 1993, 6.)

Moira Attreen (1993, 1996) laajaan laatu käsitteen analyysiin perustuvassa hoidon laadun käsitteellisessä mallissa (a model of quality care) hoi-

don laatua arvioidaan neljästä näkökulmasta, jotka ovat potilas- / asiakas-näkökulma, professionaalinen näkökulma (jossa hän erottaa lääketieteen ja hoitotieteen näkökulmat toisistaan), johtamisen näkökulma (palvelun tarjoaja / tuottaja ja ostaja) sekä julkinen / yhteiskunnallinen näkökulma. Kulloinkin vallalla oleva näkökulma on muuttunut ajan myötä; professionaalinen näkökulma oli esillä 1970–1980 luvuilla, ja sen vanavedessä palveluntarjoajan näkökulma. 1980-luvun lopulla ostajan näkökulma vahvistui, kunnes 1990-luvulla johtamisnäkökulma alkoi korostaa asiakkaiden odotuksia ja tyytyväisyyttä. (Attree 1996, 13–20.)

Jo varhaisten laadun kehittäjien Feigenbaumin (1956, 93–94), Kanon (1986, 7-8) sekä Juranin (2000, 2.1) mukaan asiakkaan ja kuluttajan tarpeet sekä pysyminen tyytyväisenä tuotteeseen määrittävät laadun. Myös Deming (2002, 5) nimeää asiakkaan tärkeimmäksi tuotannon osaksi: laadun pitäisi pyrkiä vastaamaan asiakkaan tarpeisiin tällä hetkellä ja tulevaisuudessa.

Eri näkökulmaperustaisissa laatumääritelmissä on paljon yhteistä muutoinkin, mutta asiakas, käyttäjä tai kuluttaja on yhtenä keskeisenä näkökulmana kaikissa edellä olevissa sekä laadun määritelmissä että laatua arvioivien tahojen määritelmissä. Keskityn seuraavissa luvuissa tarkastelemaan laadun historiaa ensisijaisesti asiakkaan näkökulmasta. Aloitin laatutarkastelun yleisellä tasolla ja etenen siinä terveystalouden ja edelleen päivystyspalvelujen laatuun.

## **3.2 ASIAKAS ARVIOI LAATUA – HISTORIASTA NYKYPÄIVÄÄN**

### **3.2.1 Laadun merkitys asiakkaalle vaihdantatalouden ajasta tuotteiden teollisen valmistuksen aikaan**

Liiketoiminnassa laadulla on ollut merkityksensä jo vaihdantatalouden aikana (Lecklin 2006, 15). Niin kauan kuin ihminen on käynyt kauppaa, on tavaroiden ja palvelujen vaihdantaa säädellyt joukko perustekijöitä, kuten tuotantokustannukset, hinta, laatu, toimitusaika ja toimitusehdot (Lillrank 2001, 22). Vaihdantatalouden aikana ostaja ja myyjä olivat välittömästi tekemisissä toistensa kanssa, he tutustuivat kaupan kohteeseen ja arvioivat tuotteen laadun vaihdantahetkellä. Tuotteen laatuominaisuuksien perusteella määräytyi hinta oravannahkoina tai muina käypinä maksuvälineinä. (Lecklin 2006, 15.)

Talouselämän kehittyessä käsityöläisammattikunnille kehittyi keskeinen rooli laadun takaajina. Mestari-kisälli-järjestelmän tavoitteena oli toisaalta kouluttaa nuoret miehet ammattitaitoisiksi osaajiksi ja toisaalta edistää ja valvoa tuotteiden laatua. Oppipojan eteneminen kisälliksi ja mestariksi edellytti määrättyä työkokemusta mestarin johdolla sekä työnäytteiden antamista, joiden arvostelussa laatu-näkökohdilla oli tärkeä merkitys.

(Lecklin 2006, 15–16.) 1200-luvun lopulla käsityöläisten muodostamat kiljat alkoivat kehittää ja valvoa tuotteiden ja palvelujen laatua esimerkiksi tarkastamalla tavaroita säännöllisesti ja merkitsemällä korkealuokkaiset tavarat erikoismerkein. (Fisher & Nair 2009, 2.) Tällöin laatu ei ollut vielä eriytynyt omaksi erikoistumisen kohteeksi, vaan oli yksi tekijä käsityöläisen, metsästäjän tai viljelijän toimintatavassa; laadun aikaansaaminen oli olennainen ja erottamaton osa tuotanto-organisaation yleistä erinomaisuutta (Lillrank 2001, 22–23).

Käsityöstä siirryttiin 1800-luvun alkupuoliskolla teollisen vallankumouksen myötä tuotteiden teolliseen sarjatuotantoon, jolloin käsityöläisistä tuli teollisuustyöläisiä (Fisher & Nair 2009, 2). Teollisten tuotteiden suunnittelu ja valmistus eriytyivät toisistaan. Pieniin vaiheisiin pilkotun työn ongelmaksi muodostui kokonaisnäemyksen puute, ja virheiden syntyminen oli tavallista. Virheiden vähentämiseksi perustettiin laaduntarkastajien ammattiryhmä. Tarkastajien tehtävänä oli tarkastaa eri työvaiheissa ja osastoilla, että raaka-aineet, puolivalmisteet ja lopputuotteet vastasivat niille asetettuja vaatimuksia, raportoida poikkeamista sekä ehdottaa parannuskeinoja (Lecklin 2006, 16) ja siten varmistaa, että asiakkaille toimitetut tuotteet olivat laadultaan kohtuullisia (Fisher & Nair 2009, 3).

Tultaessa 1840-luvulle ehdoton mittatarkkuus joutui väistymään toleranssijattelun tieltä; osien ei tarvinnut olla ehdottoman täsmällisiä, riitti kunhan ne olivat riittävän oikein. Teollisuusprosessin tuotteelle määriteltiin tietty ihanne- ja tavoitearvo ja tästä arvosta sallittu poikkeama. Syntyi toleranssijattelu, ns. go – no-go testaus, jossa hyväksyttävän tuloksen tuli olla ylä- ja alavaihteluvälin sisällä. (Lillrank 2001, 23; Lecklin 2006, 17.) Modernin teollisen tuotantotavan lähtökohtana laatu merkitsi ”virheetöntä” tai ”toleransseissa pysyvää”. Vapaassa markkinataloudessa markkinat toimivat tehokkaasti välittäen informaatiota eri tuottajien laatutasosta ja asiakkailta on mahdollisuus tehdä valintoja. Näin laatu pääsee kehittymään pidemmälle kuin monopolistisissa tilanteissa ja komentotalouksissa, joissa laatutieto ei välity ja laadun puutteista ei koidu seuraamuksia. (Lillrank 2001, 22; 25.)

Amerikkalaisessa tehdasteollisuudessa kehittyivät kokonaisvaltaisen laatutyöskentelyn juuret, kuten myös suuruuden ekonomia, työtehtävien ositus, liukuhinnan käyttö, tehokkuusmittaukset, kustannuslaskenta ja muut menetelmät, jotka tunnetaan Frederick W. Taylorin (1856–1915) 1910-luvulla luomana tieteellisen liikkeenjohdon järjestelmänä ja myös fordismen ja taylorismin nimillä. Tässä vaiheessa laadun merkitys liittyi samankokoisiin ja -muotoisiin tuotteisiin, jotka voitiin koota osista ilman erityistä sovittelua tai viilausta. (Lillrank 2001, 22; 26.)

Volyymien kasvaessa hylättyjen kappaleiden määrä kasvoi samassa suhteessa. 1900-luvun alkupuolella kvanttimekaniikka, suhteellisuusteoria ja tilastotiede toivat tieteellisyyden arkielämän rinnalle (Lillrank 2001, 25–26.) ja laaduntarkkailussa alettiin systemaattisesti käyttää hyödyksi ti-

lastollisia menetelmiä. Siirryttiin laadunohjauksen aikakauteen (Lecklin 2006, 16). George Stanley Radfordin (1881–1956) vuonna 1922 ilmestyneessä *The Control of Quality Manufacturing* – teoksessa on jo aihioita systemaattisesta laadunvalvonnasta. Tieteellisen laadunhallinnan ensijulkaisuna voitaneen pitää fyysikko, tilastotieteilijä Walter Shewhartin (1891 – 1967) *Economic Control of Quality of Manufactured Product* – kirjaa, joka julkaistiin vuonna 1931. (Turtiainen 2000, 17)

Teollisen laadun lähtökohtana on ollut, että asiakas tietää ja osaa ilmaista tarpeensa, samoin kuin tyytymättömyytensä, josta useimmiten seuraa jonkinlaisia taloudellisia sanktioita (Lillrank 2001, 35). Tilastollinen laadunvalvonta (SQC) on välttämätön, mutta ei riittävä keino ylläpitämään korkealaatuisten tuotteiden ja palvelujen tarjontaa asiakkaille. Tuekseen se tarvitsee laajaa laadunhallinnan kulttuuria ja lähestymistapaa ja ylimmän johdon sitoutumista asiaan (Fisher & Nair 2009, 8).

### **3.2.2 Tuotelaadusta huomio asiakkaan odotusten täyttämiseen**

#### **Japanin nousu laatumaaksi**

1900-luvun alkuvuosikymmeninä laadun kehittäminen keskittyi suuriin tehtaisiin Yhdysvaltoihin. Edelläkävijöitä olivat esimerkiksi Western Electric sekä Bellin puhelintehdas, joiden palveluksessa Walter Shewhartin ohella olivat myös George D. Edwards, W. Edwards Deming ja Joseph Juran, joita kaikkia voidaan kutsua modernin laatuajattelun edelläkävijöiksi. (Turtiainen 2000, 17; Lecklin 2006, 16; Fisher & Nair 2009, 3.)

Shewhartin tunnetuin mentoroitava, oppilas, kollega ja ystävä oli W. Edwards Deming (1900–1993) (Blankenship & Petersen 1999, 456). Koska laadun kehittämisen tilastolliset menetelmät eivät ole vain neutraalia, johtamisesta ja organisaatiosta irrallista matematiikkaa, Deming jatkoi Shewhartin työtä tehden laadusta johtamisopin (Lillrank 2001, 27). Laadun johtamisen keskeisenä periaatteena on toiminnan jatkuva, systemaattinen kehittäminen. Laadun ylläpitämisen ja kehittämisen kulkukaavio on alun perin Shewhartin (1939, 45) kehittämä, myöhemmin Demingin johtamisymyränä tunnettu Plan - Do - Check - Action = PDCA -laatusykli: tee suunnitelma, toteuta se, tarkista tulokset ja, jos ne eivät tyydytä, korjaa tulosten ja suunnitelman välinen ero. Toinen laadun johtamisen periaate, työntekijöiden osallistuminen laatutyöhön, toteutuu jatkuvan kehittämisen avulla, kun työntekijät osallistuvat entistä parempien standardien ja toimintatapojen kehittämiseen ja sitoutuvat niiden noudattamiseen omassa työssään. (Deming 2002, 87-90; Lillrank 1990, 109; 118; Lillrank 1998, 137–139.) Tälle laadun ja tuottavuuden kehitysaskelle on toisen maailmansodan jälkeisellä kulutustavaroiden kysynnän kasvulla sekä Japanin tarpeella parantaa tuotteittensa laatua ja kilpailukykyä ollut suuri merkitys (Lecklin 2006, 17).

Teollisuuden nousukausi Japanissa oli ennustettavissa jo ennen tois-

ta maailmansotaa. Tuolloin japanilaisia vierailijoita kävi ottamassa oppia tšekkiläisen kenkätehtailijan Tomas Batan johtamisjärjestelmästä Zlinissä ja Batan avainhenkilöt matkustivat Japaniin vuonna 1937. Tomas Bataa (1876–1932) ja hänen johtamisjärjestelmänsä ei tunneta erityisen hyvin, vaikka niiden menestys ja perinnön arvo ovat laadun kehitykselle kiistatonta. Laatujohdantamisen menetelmät olivat käytössä hänen yrityksessään jo ennen ensimmäistä maailmansotaa ja edelleen sen jälkeen. Bata korosti asiakkaan ja laadun merkitystä; ”asiakkaamme on isäntämme” ja ”vain paras on meille kyllin hyvää” – periaatteillaan. (Fisher & Nair 2009, 3; 20.)

Toisen maailmansodan jälkeen maan uudelleenrakennuksen aikana Japanissa alettiin kouluttaa esimiehiä teolliseen johtamiseen. Homer Sarasohnin rooli koulutuksen organisoinnissa oli merkittävä. Ensimmäisessä johtamisseminaarissa (The First Civil Communications Section (CCS) Management Seminar) laatu ja laadunvalvonta olivat kurssin suurin yksittäinen aihealue. 1950-luvulla ensin Edwards Deming ja sitten Joseph Juran (1904–2008) vierailivat Japanissa luennoimassa ylimmän ja keskitason johtajille sekä insinööreille laadun valvonnasta ja auttamassa laadun kehittämisen strategiatyössä (Fisher & Nair 2009, 6-7), jossa Deming erityisesti kiinnitti huomiota laatuun visiona (Silen 1998, 38). Japanissa perustettiin Demingin kunniaksi jo vuonna 1951 vuosittain jaettava, hänen nimeään kantava palkinto laadun osalta tulokselliseen toimintaan yltäneelle henkilölle tai yritykselle (mm Lillrank 1990, 35; Watson & Korukonda 1995, 100; Martínez-Lorente, Dewhurst & Dale, 1998, 382; Silen 1998, 38; Silen 2001, 9; Dedhia 2001, 657; Ehigie & McAndrew 2005, 927; Fisher & Nair 2009, 8).

Demingin keskittyessä laadunvalvonnassa vaikeisiin tilastollisiin malleihin Juran painotti laatujohdantamista yrityksen kaikissa toiminnoissa. Tilastollisesta laadunvalvonnasta tuli yksi laatujohdantamisen työkalu. (Silen 1998, 38.) Juran toi laadun määritelmään uuden näkökulman: laatu on kyky täyttää asiakkaan tarpeet ja odotukset (Silen 1998, 38; Juran 2000, 2.1). Laadusta oli tullut tärkeä, strateginen osa liiketoimintaa (Dedhia 2001, 657).

Japanissa laadun aikaansaamisen periaatteet on koottu yleiskäsitteen TQC, Total Quality Control, kokonaislaadunvalvonta, alle (Lillrank 1990, 33). TQC-käsitettä käytti ensimmäisen kerran amerikkalainen Armand Feigenbaum (1922–2014) vuonna 1951 ilmestyneessä kirjassaan Total Quality Control (Lillrank 1990, 34; Martínez-Lorente ym. 1998, 381; Silen 1998, 38; Ehigie & McAndrew 2005, 926). Feigenbaum (1956, 94) esitti, että tämä uudenlainen tapa valvoa laatua voi ratkaista kuluttajien kasvavien laatuvaatimusten ja alati nousevien laatuvaatimusten dilemman. Aidon tehokkuuden saavuttamiseksi valvonnan täytyy alkaa tuotteen suunnittelusta ja jatkua keskeytyksettä koko teollisen syklin ajan siihen saakka, kunnes tuote on tyytyväisenä pysyvän asiakkaan käsissä. Hän näki laadunvalvonnan uutena ja tärkeänä liiketoiminnan johtamisfunktiona. Feigenbaum muovasi yhdessä aikalaistensa Sarasohnin, Demingin ja Juranin kanssa ajattelutapaa, ulottuvuuksia, käytäntöjä ja menetelmiä kokonaisvaltaiselle

laatujohtamiselle (TQM), mutta kukaan heistä ei vielä käyttänyt tätä käsitettä (ks. Martínez-Lorente ym. 1998, 378).

Japanilaiset yritykset kehittivät oman lähestymistavan TQC:iin muokaten sen sopivaksi omaan kulttuuriinsa ja toimintaympäristöönsä. Kaoru Ishikawa (1915–1989) oli keskeinen henkilö tässä kehittämistyössä. Feigenbaumin keskittäessä laadunvalvonnan asiantuntijoille (QC specialists) Ishikawan määrittelemässä ”organisaation laajuudessa laadunvalvonnassa” ”Company Wide Quality Control” (CWQC) laadunvalvonta oli kaikkien yhteinen asia. CWQC käsitti tuotteiden ja palvelujen kehittämisen, suunnittelun, valmistuksen, markkinoinnin ja huollon mukaan lukien parhaan mahdollisen kustannustehokkuuden ja hyödyn niin, että asiakkaat halusivat ostaa sen tyytyväisinä. (Martínez-Lorente ym. 1998, 381–382; Ehigie & McAndrew 2005, 926.)

Japanilaisen totaalisen laadunvalvonnan termiksi vakiintui lopulta CWQC:tä lyhyempi TQC, jonka kehittämistä organisoivat ja tuki Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE). (Lillrank 1990, 34–35.) Japanilaisten keskuudesta nousseista laatuasiantuntijoista tunnetuimpia ovat Kaoru Ishikawa ohella muun muassa Genichi Taguchi (1924–2012) ja Noriaki Kano (1940–), jotka ovat kehittäneet ansiokkaasti Japanin elinkeinoelämän laatujohtamista (Silen 1998, 39; Silen 2001, 9).

Taguchi edusti valmistuskeskeistä laatuajattelua, jonka mukaan laadukas tuote oli viimeistä piirtoa myöten tehty annettujen standardien mukaan ilman valmistusvirheitä. Ishikawa puolestaan edustaa asiakaskeskeistä laadun määritelmää: liiketoiminnan perimmäinen tarkoitus on tehdä asiakas tyytyväiseksi. (Lillrank 1990, 42; 45.) Noriaki Kano jatkaa asiakastyytyväisyyden linjalla. Kanon malli havainnollistaa asiakastyytyväisyyden ja tuotteen suorituskyvyn välistä suhdetta. Hän on kuvannut tuotteen laatuominaisuuksien dynamiikkaa ”Kanon käyrällä”. Kano jakaa laatuominaisuudet kolmeen eri luokkaan, pakolliset (must-be attributes), yksiulotteiset, lineaariset (one-dimensional attributes) sekä houkuttelevat (attractive attributes), joista jokainen vaikuttaa asiakastyytyväisyyden eri tavalla. Pakollisia laatuominaisuuksia asiakas pitää itsestään selvänä niiden täytyessä. Lineaariset ominaisuudet johtavat asiakastyytyväisyyteen, kun ne täyttyvät ja tyytymättömyyteen, kun ne eivät täyty. Houkuttelevien ominaisuuksien puute ei aiheuta tyytymättömyyttä, koska asiakas voi olla tietämätön tuotteen tällaisista ominaisuuksista. Toteutuessaan attraktiivinen laatu yllättää asiakkaan positiivisesti. Ominaista Kanon ajattelulle on, että asiakkaan tarpeet ja siten tuotteen ominaisuudet ovat dynaamisia; ajan kuluessa laatuominaisuus voi siirtyä toiseen luokkaan. Erityisesti houkuttelevat ominaisuudet voivat muuttua yksiulotteisiksi ja edelleen pakollisiksi ominaisuuksiksi. (Shen, Tan & Xie 2000, 92; ks. myös Lillrank 1998, 49–50.)

Kano lukeutuu uudempaan japanilaiseen laatusukupolveen. Hänen edeltäjänsä yhdessä amerikkalaisten asiantuntijoiden kanssa onnistuivat kohottamaan merkittävästi tuottavuutta ja laatua (vrt. Lecklin 2006, 17).



Japanilainen "talousihme", hämmästyttävä taloudellinen kasvu ja suorituskyky, perustuvat merkittävilta osin japanilaiseen teollisuuden johtamisen tapaan. Amerikan ja monien muiden läntisten kansakuntien olisi tarvetta oppia näistä johtamistavoista; tehokkaasta päätöksenteosta, työntekijöiden työsuhteturvasta ja pitkäkestoisesta työurasta samalla työnantajalla sekä nuorten ammattijohtajien kehittämiskäytännöistä, arvioi Japanissa vuosia opiskellut amerikkalaisprofessori Peter Drucker 1970-luvun alussa. (Drucker 1971, 110; 113.)

### Laadun valvonnasta laadun johtamiseen

Japanista alkanut ja Kaakkois-Aasian maihin (Malesia, Singapore, Hong Kong, Indonesia ja Thaimaa) levinnyt laatuliike saavutti pysäyttämättömän vauhtinsa ja ylitti myöhemmin tsunamin lailla USA:n (Gould 1999, 506; 511). Yhdysvalloissa 1950-luvulla teollisuudessa huomion keskipisteenä olivat volyymitavoitteet (Lillrank 1998, 11) ja USA oli ainoa kannattava tuottaja maailmassa (Gould 1999, 511). Maan tuotantokapasiteetti oli vaurioitumaton, teknologian taso ylivoimainen ja design muodostumassa maailmankulttuuriksi; kun tavara vietiin käsistä, ei ollut syytä paneutua laatuongelmiin tai niiden ratkaisemiseen (Lillrank 1998, 11). Ylivalta oli niin täydellinen, että USA tuli ylimieliseksi, työmoraaliltaan huolimattomaksi ja tuotannon laatu vaarantui (Gould 1999, 511).

Deming (2002, 1) sanoo *Out of The Crisis* -kirjansa alussa, että laatu ja tuotanto ovat amerikkalaisen kansanperinteen mukaan yhteen sovittamattomia, molempia ei voi saada. Deming koki, että amerikkalaiset eivät olleet laadusta kiinnostuneita japanilaisten tavoin (Ehigie & McAndrew 2005, 927). Muutos alkoi tapahtua 1970-luvulla japanilaisten tuotteiden levitessä Amerikan markkinoille (Martínez-Lorente ym. 1998, 380). Ilmiöksi laatu tuli Yhdysvalloissa vasta 1980-luvulla. Demingin esiintyminen yhdysvaltalaisen CBS (Columbia Broadcasting System) -televisioyhtiön 24.6.1980 esittämässä dokumentissa oli käännekohta; "If Japan Can... Why Can't We" herätti kiinnostuksen laatujohtamisen menetelmiin. Menetelmiin, jotka olivat saaneet alkunsa Yhdysvalloissa, mutta joita japanilaiset olivat käyttäneet ja kehittäneet jo yli 25 vuoden ajan. (Grant, Shani & Krishnan 1994, 26; ks. myös Dedhia 2001, 568.)

Laatuajattelun leviäminen Japanista Pohjois-Amerikan mantereelle herätti kysymyksen "Is control quality?" (ks. Wright 1997, 313). Käsitteen "kontrolli" on joskus ymmärretty tarkoittavan työvoiman toiminnan valvontaa, vaikka laatujohtamisen ammattilaiset käyttävät käsitettä prosessin hallinnassa sen laajimmassa merkityksessä (Godfrey, Dale, Marchington & Wilkinson 1997, 559). "Total quality control" muuntui Amerikassa muotoon "total quality management" (TQM) perustuen siihen, että laadussa ei ollut kyse vain kontrollista tai valvomisesta, vaan sitä oli johdettava (Martínez-Lorente ym. 1998, 380).

Demingin laatujohtamisen lähestymistapa on vaikuttanut lähtemättömästi julkisiin ja yksityisiin organisaatioihin Japanissa, Yhdysvalloissa ja

kaikkialla maailmassa. Vaikka Deming ei koskaan käyttänyt "total quality management"-käsitettä, hänen työnsä muodostaa perustan laatujohtamisen kehitykselle. Esimerkiksi Shewhart, Juran, Ishikawa (Vinzant & Vinzant 1999, 516; 521; Petersen 1999, 468) ja Armand Feigenbaum (Leitner 1999, 490) ovat muovanneet TQM tärkeällä tavalla. Edellisten ohella Philip B. Crosby Quality Collegen perustajana on yksi merkkihenkilö TQM:n kehittämisessä (Petersen 1999, 469).

Total Quality Management - näihin kolmeen termiin sisältyy laatujohtamisen tiivistetty sanoma. Quality viittaa johtamisfilosofian keskiöön eli laatuun, mutta samalla asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaiden ensisijaisuuteen laadun määrittäjinä ja palvelun onnistumisen parametrien määrittäjinä. Total Quality viittaa laadun kokonaisvaltaisuuteen, jatkuvaan pyrkimykseen kehittää laatua sen kaikissa ilmenemismuodoissaan ja vielä siten, että kaikki organisaation jäsenet osallistuvat laadunkehittämiseen. Management korostaa laadun kytkemistä strategiseen suunnitteluun ja johdon sitoutumisen keskeisyyttä sen lisäksi, että kyseessä on johtamismalli. (Lillrank 1998, 12; Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 27; Vinzant & Vinzant 1999, 521.)

Monissa maissa, teollisuudessa ja yrityksissä TQM on kehittynyt usean erillisen portaan tai vaiheen kautta, mikä on vaikuttanut myös kokonaislaatu-käsitteen (total quality) kehittymiseen. Godfrey (2000) on kuvannut tätä kehittymistä vuodesta 1892 alkaen. Kehitys alkoi, kuten edellä on kuvattu, tuotelaadusta. Tilastollisten menetelmien käyttöönotto laadunohjauksessa vuonna 1924 aloitti tuoteprosessin laadunvalvonnan aikakauden. 1960-luvulla näiden rinnalle nousi palvelun laatu ja 1980-luvulla palveluprosessin laatu. 1990-luvulla monet yritykset alkoivat integroida laatujohtamista osaksi liiketoiminnan suunnittelua. Seuraavat vaiheet ovat strateginen laadun suunnittelu ja integroitu strateginen laadun suunnittelu, jossa asiakkaat ja toimittajat osallistuvat yrityksen strategisen suunnitteluun. (Godfrey 2000, 14.14–14.17.) Julkisella sektorilla ovat näiden käsitysten lisäksi nousseet esille yhteiskuntakeskeinen, oikeudenmukaisuutta ja tas-arvoa painottava laatu ja yksityisissä yrityksissä kestävä kehitystä ja ympäristökeskeisyyttä painottava laatu (Lillrank 1990, 47–48; Mäki 2004, 88).

Markkinointitieteen palvelulähtöisessä ajattelussa (service-dominant logic) (mm. Vargo & Lusch 2004a; 2004b) on siirrytty palvelukokemuksen laadun mittaamisesta asiakkaan ja palvelutuottajan yhteiseen laadun määrittelyyn. Asiakas luo arvon palvelulle yhdessä palvelutuottajan kanssa (value co-creation). Arvon luomisen prosessissa asiakas osallistuu vuorovaikutteisiin palvelun tuotantoprosesseihin resurssina, kuluttajana ja arvon tuottajana. (Vargo & Lusch 2004a; Vargo & Lusch 2008, 3-4; Grönroos 2009, 82; Hardyman ym. 2015, 91.)

Yhteenvetona laadun historiasta kuvaan taulukossa 1 laadun kehityskulkua vaihdantatalouden ajasta 2000-luvulle.



Taulukko 1: Laadun kehityskulku vaihdantataloudesta 2000-luvulle

TUOTELAATU		TUOTEPROSESSIN LAADUNVALVONTA	PALVELUN, PALVELUPROSESSIN LAATU	LAADUN JOHTAMINEN; KOKONAISLAATU	LAATU STRATEGIANA
<p>Vaihdantatalous: Myyjän ja ostajan välitön kontakti kaupantekohetkellä → laadun arviointi → hinnan määräytyminen Käsitöläisammattit, oppipoika – kisälli – mestarijärjestelmä → työkokemus, työnäytteet → työn jälki, laatunäkökohdat arvostelukriteereinä (myös metsästys, maanviljely) 1200-luvun lopulla käsityöläiskillat: korkealuokkaisten tavaroiden merkitseminen erikoismerkein</p>	<p>Teollinen vallankumous: Tuotteen suunnittelu ja valmistus eriytyivät, kokonaisnäkemysksen puute → virheet → laadun tarkastajien ammattikunta 1840 – luvulla toleranssijättelut: tietyt ihanne-/ tavoitearvot ja niistä sallittu poikkeama (go – no go –testaus) 1910 Taylorismi, tieteellinen liikkeenjohto: standardointi</p>	<p>Systemaattinen laadunvalvonta, laadunohjaus: Tilastollisten menetelmien hyödyntäminen SPC H.Sarasonn E.Deming J.Juran A.Feigenbaum K.Ishikawa G.Taguchi N.Kano A. Donabedian</p>	<p>Japanin nousu laatu työn huipulle Laatuajattelu - Johdon sitoutuminen - Kaikkien yhteinen asia - Valmistuskeskeinen laatu - Asiakaskeskeinen laatu Laadun valvonta Laatupiirit Laadun kehittäminen SOC TOC CWQC Laatujohtaminen</p>	<p>USA:n revanssi: TOC --- &gt; TOM Laadussa ei ole kyse pelkästään kontrollista ja valvonnasta, siinä on kyse myös johtamisesta. - Asiakaslähtöisyys - Prosessijättelu - Laadun kytkeminen strategiaan suunnitteluun - Jatkuva kehittäminen Laadun standardointijärjestelmät - ISO - Euroopan ja Suomen laatuvalvonta - King's Fund kriteeristö - Lean -ajattelu, prosessien ja palvelujen kehittäminen tuottamalla lisääntynyttä asiakkaalle</p>	<p>Laadunhallinta osana integroitua strategista suunnittelua - Yhteiskuntakeskeinen laatu - Oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa painottava laatu - Kestävää kehitystä ja ympäristökeskeisyyttä painottava laatu</p>
<p>&lt; = 1700 Vaihdantatalouden aika</p>	<p>1800-1900-luvun alku F.W.Taylor</p>	<p>1920–1930 T. Bata G. S. Radford W. Shewhart</p>	<p>1937-1960-1980 H.Sarasonn E.Deming J.Juran A.Feigenbaum K.Ishikawa G.Taguchi N.Kano A. Donabedian</p>	<p>1980-1990 P. B. Crosby Garvin; Grönroos Parasuraman Zeithaml Berry; Lilrank Øvretveit Attree Ohno</p>	<p>1990 - 2000 - &gt; Godfrey Maki</p>

Tuotelaadun historiankulkuun liittyviä laatumääritelmiä olen koonnut taulukkoon 2. Laatu-käsitteen määrittelyssä Shewhart erotti jo asian tai tuotteen laadun objektiivisen, ihmisestä riippumaton todellisuuden ja subjektiivisen todellisuuden. Demingin määritelmässä on puolestaan nimetty asiakas ja hänen tarpeensa laadun mittariksi. Juranin mukaan asiakaspalveluvalmiudet ovat yksi laadun osatekijä. Total Quality Management, TQM määritteli asiakaskeskeisen laadun yhdeksi laatu näkökulmaksi ja korosti asiakaslähtöisyyttä siinä, että asiakas viime kädessä määrittelee laadun.

*Taulukko 2: Laatumääritelmiä 1930–1950-luvuilta*

Henkilö, ajankohta	Laatumääritelmä
Shewhart, 1931	Asian tai tuotteen laadun <ul style="list-style-type: none"> <li>- objektiivinen, ihmisestä riippumaton todellisuus</li> <li>- subjektiivinen todellisuus</li> </ul> → havaittu lopputulos asian fyysisten ja objektiivisten ominaisuuksien hyödystä tai arvosta: 1) käyttöarvo, 2) hinta, 3) arvostus ja 4) vaihtoarvo
Deming, 1940	Asiakkaan nykyisten ja tulevien tarpeiden täyttämistä laadun avulla
Juran, 1940-luku	Fitness for use. Soveltuvuus käyttötarkoitukseen, vaatimuksenmukaisuus, virheettömyys, saatavuus, asiakaspalveluvalmiudet. Laadun näkökulmat: suunnittelu, ohjaus, parantaminen
TQM, 1950-luku	Asiakas määrittelee laadun, laatu on asiakkaan odotusten täyttäminen

Edellä kuvattu laatu liittyy vahvasti tavaratuotantojärjestelmään, jossa laadun määritelmät korostavat laadun virheettömyyttä, mitattavuutta ja yhdenmukaisuutta vaatimuksiin nähden (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 50). Ajan kuluessa laatu-käsite laajeni siten, että laatu sisältyi myös johtamiseen, strategiseen suunnitteluun ja organisaation kehittämiseen. Teollisuuslähtöisyydestä oli etäännytty ja laatutoiminnan ensisijaiseksi perustaksi, sisäisten toimintojen rinnalle ja huomion keskiöön oli tullut asiakaskeskeisyys ja asiakkaan tarpeet. (Lillrank 2001, 28–30; Lecklin 2006, 17.)

Samalla kun laatujohtamista on otettu käyttöön palvelujen johtamisessa ja tuotannossa, on jouduttu pohtimaan palvelun ja tavaran eroja prosessin tuotoksina. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 50.) Philip Crosby (1986, 18) ei näe eroa valmistavan teollisuuden ja palvelualan laadussa. Hän toteaa, että laadusta puhuttaessa on aina kysymys ihmisistä; ihmiset pyörittävät yrityksiä kaikilla elinkeinoelämän alueilla. Jokainen yksilö suorittaa yksilöllistä palvelua. Yrityksen johto on nimennyt, kuvaillut ja antanut yksilölle kyseisen palvelutehtävän. Jos tehtävä suunnitellaan ja suoritetaan oikein, pitäisi yrityksen toiminnan olla menestyksekkästä. Laatuun liittyvät toimenpiteet ovat sovellettavissa kaikkialle riippumatta siitä, mikä yrityksen toimiala on. Myös Lillrank (1990, 56) tunnistaa tuote- ja palvelulaadussa yhteisiä tekijöitä, esimerkiksi laadukasta lopputuotetta ei voi saavuttaa ilman hyvää tuotantoprosessia ja molemmissa laatu on moniulotteinen käsite, jonka

viime kädessä määrittelee asiakas. Palvelujen laatuun liittyy kuitenkin erityispiirteitä, jotka kaipaavat tarkentamista, minkä vuoksi kuvaan seuraavassa luvussa laatua palvelutuotannossa.

### **3.2.3 Aineettoman palvelun laatu asiakkaan arvioinnin kohteena**

Arkikielessä palvelu tai palveleminen tarkoittaa toimintaa jonkun hyväksi, tukemiseksi tai auttamiseksi. Palveluilla voidaan tarkoittaa tiettyä yhteiskunnan toimintojen lohkoa, kuten kansantaloudessa elinkeinojen joukkoa, tiettyjä palveluja tuottavia organisaatioita, yksittäisiä toimenpiteitä tai toimintaa ohjaavaa periaatetta. (Kiviniemi 1985, 6.)

Palvelu käsitteen merkitys vaihtelee henkilökohtaisesta palvelusta palveluun tuotteena (Lillrank 1990, 56). Palvelu tarkoittaa asiakkaiden toimintojen ja prosessien tukemista, jolloin kaikenlaiset ratkaisut, jotka koostuvat tavaroista, palveluista tai niiden yhdistelmästä, ovat yrityksen asiakkaille palveluja (Grönroos 2009, 25). Palvelu on ainakin jossain määrin aineeton teko tai tekojen sarja, jossa asiakkaan ongelma ratkaistaan yleensä siten, että asiakas, palveluhenkilökunta ja palveluntarjoajan järjestelmät fyysisine resursseineen ovat vuorovaikutuksessa keskenään (Grönroos 1998, 49; 52). Normann (1984, 17–18) on Grönroosia ehdottomampi palvelun aineettomuudesta. Hän määrittelee palvelun aineettomaksi, jolloin sitä ei voi varastoida, eikä esitellä helposti ja vaikka sen voi myydä, omistusoikeus ei välttämättä siirry. Palvelun tuottamista ja kuluttamista ei voi selvästi erottaa toisistaan, joten palvelun ominaisuudet syntyvät samanaikaisesti tapahtuvien tuotanto- ja kulutusprosessien aikana. Useimmat palvelut koostuvat tapahtumista ja vuorovaikutustilanteista. (ks. myös Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985, 42; Lillrank 1990, 56; Grönroos 2009, 99.) Myös Lumijärven (1994, 36–37) mukaan palvelu sisältää sekä immateriaalisia että konkreettisia suoritteita. Konkreettiset suoritteet ovat tuotteenomaisia ja niiden arvioinnissa korostuvat tekniset ominaisuudet, joita pystytään ennakoimaan jo ennen palvelutapahtumaa. Immateriaalisiin palveluihin kuuluvat kommunikatiiviset ja sosiaaliset ominaisuudet, jotka vaikuttavat tunteen kautta kokemukseen.

Vargo ja Lusch (2004b) ovat esittäneet, että erot tavaroiden ja palvelujen välillä ovat ”myyntejä”, ja että erojen etsimisen sijaan tutkijoiden ja toimijoiden tulisi keskittyä tavaroiden ja palvelujen yhteneväisyyksiin. Edellä mainitut tutkijat nimeävät palvelulähtöisessä ajattelussa (service-dominant logic) palvelun vaihdannan keskeiseksi perustaksi. Palvelu on yksilön aineettomien voimavarojen, kyvykkyyksien (tietojen ja taitojen) soveltamista tekojen ja prosessien avulla toisen hyödyksi. Palvelulähtöinen ajattelu on luonnostaan asiakasorientoitunut, ja asiakas osallistuu aina arvon luontiin. Hyödynsaaja määrittelee arvon aina yksilöllisesti ja kokemuksellisesti. (Vargo & Lusch 2004a; 2004b; 2008.) Grönroosin (2009, 82) palvelupohjaisen liiketoimintalogiikan mukaan palvelut ovat prosesseja, joissa asiakkaiden toimintoihin ja prosesseihin syntyy arvoa, kun joukko yrityksen resursseja

on vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Palvelulogiikan lähtökohtana on edistää prosesseja, jotka tukevat asiakkaiden arvon luomista heidän päivittäisissä toiminnoissaan. Koska asiakas osallistuu näihin vuorovaikutteisiin prosesseihin resurssina ja kuluttajana tai käyttäjänä, yritykset ja asiakkaat tuottavat palveluprosesseja ja luovat arvoa yhdessä. Kuluttaja osallistuessaan palveluprosessiin kokee sen osaksi palvelun kulutusta. Asiakkaan saama lopputulos syntyy palveluprosessin tuloksena, minkä vuoksi palveluprosessin kulutus on ratkaisevan tärkeä osa palvelukokemusta.

Palvelut ovat monimutkaisia sosiaalisia järjestelmiä, joita voidaan tarkastella eri näkökulmista ja eri tasoilla, ja jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Palveluja ja palvelun laatua voidaan tarkastella ylhäältä alaspäin katsottuna yhteiskunnan, yhteisön, organisaation tai palveluyksikön sekä asiakkaan ja työntekijän välisenä vuorovaikutuksena. (Virta 1986, 18.) Asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen vuorovaikutus on luonteenomaista kaikille palveluille (Grönroos 2009, 49).

Palvelun laatu -käsitteellä voidaan Virran (1986, 18–19) mukaan viitata palvelutoiminnan tuloksellisuuteen, hyväksyttävyyteen, humanisuuteen, palvelujen saatavuuteen, kattavuuteen, joustavuuteen ja tehokkuuteen. Nämä kaikki ovat palvelutoiminnan kannalta hyviä, arvokkaita ja tavoiteltavia ominaisuuksia, joiden toteutuessa palvelua voidaan pitää laadukkaana. Asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tasolla on laadukokemuksen kannalta ratkaisevaa, miten hyvin työntekijän resurssit, tiedot, taidot, jaksaminen ja toimintatapa sekä asiakkaan tarpeet ja odotukset vastaavat toisiaan. Lillrank (1990, 56) määrittelee palvelun laadun koskemaan kolmea sektoria: 1) palveluelinkeinoja, esimerkiksi matka- ja yöpymispalveluja, rahalaitoksia, 2) tavaroita tuottavien yritysten palvelutoimintoja, esimerkiksi opastusta ja neuvontaa, jälkihuoltoa ja 3) julkisia palveluja, kuten sosiaali- ja terveydenhuoltoa, poliisitointia tai julkista liikennettä.

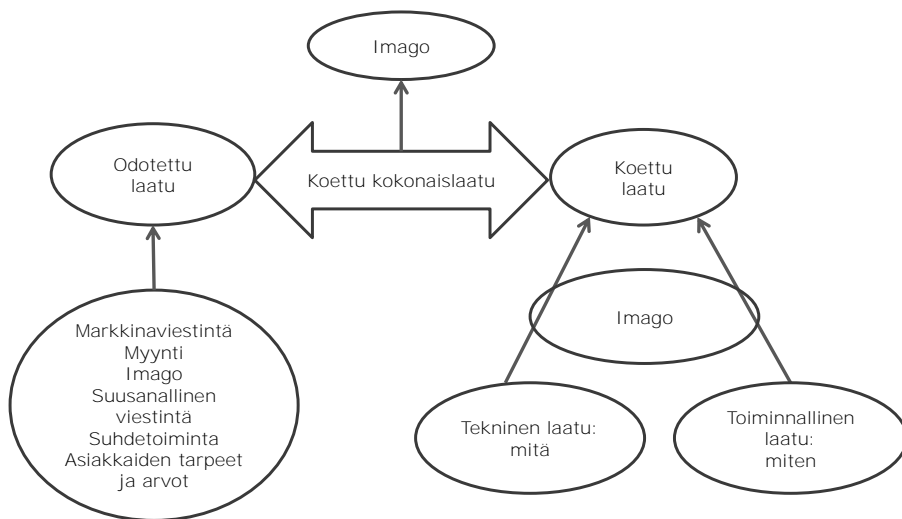
Asiakkaan kokemana palvelun laatu syntyy totuuden hetkellä, tilanteessa, jossa palvelun toimittaja ja asiakas tapaavat toisensa kasvokkain (Normann 1984, 18; 143; Lillrank 1990, 56). Lillrank jakaa palvelun laadun palveluprosessiin ja lopputuotteeseen, suoraan asiakaspalveluun, eli totuuden hetkeen ja pitää tärkeänä näiden erottamista toisistaan. Suora asiakaspalvelu tarkoittaa vuorovaikutusta, joka syntyy asiakkaan ja palveluhenkilöstön kohdatessa. Prosessi on sen taustalla vaikuttava systeemi, monien osavaiheiden ja -toimintojen kokonaisuus. Molempia näistä tarvitaan; ilman hyvää tuotantoprosessia ei saada aikaan laadukasta lopputuotetta, jonka laadun asiakas viime kädessä määrittelee. (Lillrank 1990, 56; 59.) Totuuden hetken käsite merkitsee sananmukaisesti sitä, että juuri sillä kohtaamisen hetkellä palvelun tarjoajalla on mahdollisuus osoittaa asiakkaalle palvelujensa laatu. Jos sillä hetkellä laadussa on ollut ongelmia, on liian myöhäistä ryhtyä korjaustoimiin. Sitä varten on luotava uusi totuuden hetki. (Grönroos 1998, 68; Grönroos 2007, 81.)

Vuorovaikutussuhteen laadun nostaa myös Lehtinen (1983, 101) yhdeksi kolmesta palvelun laadun ulottuvuudesta. Sen lisäksi hän nimeää teknisen eli fyysisten resurssien laadun sekä institutionaalisen eli historiallisen laadun palvelun laadun ulottuvuuksiksi. Institutionaalinen laatu tarkoittaa sitä käsitystä, joka asiakkaalla on palveluja tuottavasta yrityksestä, mistä Grönroos (mm. 1987, 81) käyttää käsitettä *imago*. Lehtisen ”horisontaalisen lähestymistavan” mallia on tuoreessa palvelun laatututkimuksessa testattu ja todettu sen yleisen mukavuuden ja kustannusten kanssa yhdessä kuvaavan luotettavasti asiakkaiden kokonaisvaltaista tyytyväisyyttä palvelua kohtaan (Pantouvakis & Bourata 2014).

Grönroos (1987, 2009) jakaa asiakkaan kokeman palvelun kokonaislaadun palvelutuotteen tekniseen laatuun (lopputulos, mitä asiakas saa), palveluprosessin toiminnalliseen laatuun (miten prosessi koetaan) sekä organisaatiokuvaan (*imago*). Erityisesti palvelun toiminnallinen laatu on abstraktia ja sitä voi asiakkaan olla vaikea arvioida yksiselitteisesti. Tekninen laatu on mahdollista kokea toiminnallista laatua objektiivisemmin. Kokonaislaatua arvioitaessa tekninen ja toiminnallinen ulottuvuus koetaan kokonaisuutena, kokonaislaatukuvana, jossa toiminnallisesta laadusta saadut subjektiiviset kokemukset ovat usein vallitsevia. Organisaatiokuva, johon vaikuttavat suunniteltu ja suunnittelematon (markkinointi)viestintä sekä kuulopuheviestintä asiakkaalta toiselle, vaikuttaa siihen, millaisia odotuksia asiakkaalle syntyy, ja miten toiminnallinen ja tekninen laatu koetaan. Organisaatiokuvan voidaan sanoa toimivan eräänlaisena suodattimena asiakkaan kokemuksille. Sen ollessa myönteinen, asiakas osoittaa ymmärrystä tilapäisiä puutteita kohtaan ja vastaavasti pienet ja merkityksettömät puutteellisuudet koetaan tavallista kielteisempinä organisaatiokuvan ollessa jo ennalta kielteinen. Lisäksi on huomioon otettava, että koettua kokonaislaatua eivät määritä ainoastaan organisaatiokuvan läpi suodattuvat teknisen ja toiminnallisen laadun ulottuvuudet, vaan odotetun ja koetun laadun välinen yhteys. (Grönroos 1987, 11; 32–33; 81; Grönroos 1998; 68; Grönroos 2009, 101–102; 105.) Kuviossa 2 esitetään, miten laatukokemukset liittyvät erilaisiin markkinointitoimiin ja johtavat koettuun palvelun laatuun. (Grönroos 2009, 105.)

Lumijärven (1996, 9) määritelmä palvelun laadusta kokemuksellisena, subjektiivisena ja kognitiivis-emotionaalisena reaktiona, jossa voi olla mukana myös objektiivisesti mitattavia teknisiä piirteitä, on *imagon* merkitystä lukuun ottamatta hyvin yhdenmukainen Grönroosin määritelmän kanssa. Kemppainen (1994, 20) puolestaan kyseenalaistaa Grönroosin palvelun laadun jakamisen tekniseen ja toiminnalliseen laatuun pitäen sitä liian keinotekoisena ja epätarkkana. Hän ehdottaa palvelun laadun tarkastelua jäsentyneemmillä ja käyttökelpoisemmilla käsitteillä palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden, palveluympäristön ja vuorovaikutuksen laadun mukaisesti.

Grönroos onkin myöhemmin määrittänyt laadukkaaksi koetulle palvelulle kuusi (6) kriteeriä, jotka ovat: 1) ammattitaito (tiedot, taidot, opera-



Kuvio 2: Koettu kokonaislaatu (Grönroos 2009, 105.)

tiiviset järjestelmät, fyysiset resurssit, joita tarvitaan asiakkaan ongelman ammattitaitoiseen ratkaisuun), 2) asenne ja käyttäytyminen (huomion saaminen, ystävällisyys, spontaanius), 3) lähestyttävyyys ja joustavuus (palvelun sijainti, aukiolo, helppo saatavuus), 4) luotettavuus ja uskottavuus (luottamus palvelun tarjoajaan sopimusten, lupauksen kiinnipitämisestä, luottamus asiakkaan etujen mukaiseen toimintaan), 5) normalisointi (ongelmatilanteen nopea hallinta) ja 6) maine (luottamus palvelun tarjoajan suorituskriteereihin, arvoihin, toimintaan). (Grönroos 1998, 74.)

Kytö, Tourila ja Väliniemi (2008, 4-5) ovat ryhmitelleet Grönroosin (1987) esittämän luokittelun seuraavasti:

1. Teknisen laadun kriteerinä on ensisijaisesti ammattitaito, joka oleellisesti vaikuttaa palvelun lopputulokseen. Myös materiaaliset tekijät, kuten palveluissa käytetyt materiaalit, lääkkeet, hoito- ja työvälineet, voidaan lukea osaksi teknistä laatua.
2. Toiminnalliseen palveluprosessin laatuun liittyvät palvelutuottajan asenne ja käyttäytyminen ja halu ratkaista asiakkaan ongelmat ystävällisesti ja kohteliaasti. Myös fyysiseen ympäristöön ja palvelujen saatavuuteen liittyvät tekijät lähestyttävyyys ja joustavuus ovat osa palveluprosessin laatua. Samoin luotettavuus, uskottavuus ja turvallisuus, siten että toiminnalla on hyväksyttävä arvoperusta, ja että asiakkaan luottamusta ei petetä, ovat osa toiminnallista laatua. Lisäksi siihen kuuluvat toiminnan nopea normalisointi poikkeustilanteessa ja kuluttajansuoja vahinko- tai menetystilanteessa.
3. Yleiskriteeriksi nimetään yrityksen tai organisaation maine, joka liittyy imagoon ja koostuu edellä mainituista kriteereistä ja asiakkaan mielikuvasta.

Asiakkaan arvostuksilla, ennakko-odotuksilla, toiveilla, tarpeilla ja mielialalla on vaikutusta odotuksiin ja siihen, miten hän kokee palvelun laadun (Grönroos 1987, 37). Amerikkalaistutkijat Parasuraman, Zeithaml ja Berry (mm. 1985; 1988; 1991) ovat tunnustettuja laatututkijoita. Myös heidän laatumäärittämisensä mukaan koettu palvelun laatu syntyy asiakkaan ver-ratessa odotuksiaan toteutuneeseen palvelusuoritukseen. Tutkimuksiinsa perustuen he ovat kehittäneet palvelujen laadun käsitteellisen mallin, jossa he erottavat 10 palvelun laadun ulottuvuutta: 1) luotettavuus, 2) palveluhalukkuus, 3) ammattitaito, 4) palvelun saanti, 5) kohteliaisuus 6) viestintä, 7) uskottavuus, 8) turvallisuus, 9) asiakkaan ymmärtäminen / tunteminen ja 10) aineelliset puitteet. (Parasuraman ym. 1985, 47; 1988, 17.) Nämä ulottuvuudet kuvauksineen toimivat palvelun laadun perusrakenteena, ja näistä ulottuvuuksista on johdettu SERVQUAL-mittari. Mittarin kehitysprosessissa ulottuvuuksia yhdistettiin ja päädyttiin viiteen ulottuvuuteen: 1) aineelliset puitteet (fyysiset toimitilat, laitteet, henkilöstön esiintyminen/olemus) 2) luotettavuus (kyky suorittaa luvattu palvelu luotettavasti ja varmasti), 3) palveluhalukkuus (halu auttaa asiakasta ja palvella nopeasti), 4) vakuuttavuus (työntekijöiden osaaminen ja kohteliaisuus sekä heidän kykynsä innostaa luottamaan) ja 5) empaattisuus (asiakkaiden yksilöllinen huolehtiminen ja huomiointi). Nämä ulottuvuudet osoittavat, miten asiakkaat jär-jestelevät tietoa palvelun laadusta omassa mielessään. (Parasuraman ym. 1988, 23; Wilson; Zeithaml; Bitner & Gremler 2008, 84.)

SERVQUAL-mallin pohjalta sama tutkijaryhmä on kehittänyt palvelujen laadun kuilumallin, jota voidaan käyttää laatuongelmien syiden analysointiin sekä palvelun laadun parantamiskeinojen löytämiseen. Jos asiakkaan kokema kokonaislaatu ei vastaa hänen odotuksiaan, syntyy tilanteessa koetun palvelun laadun kuilu (asiakaskuilu), jonka mittaamiseen voidaan käyttää SERVQUAL-asteikkoa. Tämä kuilu on sidoksissa palveluprosessin aiempiin, palvelutuottajan kuiluihin; 1) yrityksessä ei tiedetä, mitä asiakas odottaa (johdon näkemyksen kuilu), 2) oikeat palvelusuunnitelmat ja standardit puuttuvat (laatuvaatimusten kuilu), 3) palvelun toimituksen kuilu ja 4) palvelusuoritukset eivät vastaa annettuihin lupauksiin (markkinointiviestinnän kuilu). (Zeithaml; Berry & Parasuraman 1988, 45–46; Wilson ym. 2008, 105–113; Grönroos 2009, 143–149.) Tämä käsitteellinen kuilumalli antaa selkeän viestin johtajille: jotta asiakaskuilu voidaan sulkea, on pysyttävä sulkemaan ja pitämään kiinni palveluntarjoajan kuilut yhdestä neljään (1-4). Niin kauan kuin palveluntarjoajalla on yksi tai useampi kuilu olemassa, asiakkaat mieltävät palvelussa laatu puutteita. Palvelun laadun kuilumalli tarjoaa puitteet palveluorganisaatioille, niiden pyrkiessä parantamaan laadukasta palvelua ja palvelujen markkinointia. (Wilson ym. 2008, 113.)

Varhaiset suomalaiset palvelun laadun tutkijat Markku Kiviniemi (1985) ja Terho Vuorela (1988) nostavat esille organisaation palvelukykyisyyden laadun edellytyksenä. Palveluorganisaation palvelukykyisyys muodostuu



keinoista toimia asiakkaan hyväksi ja vähentää asiakkaiden vaivannäköä, kuormitusta ja kustannuksia. Palvelukykyisyyden arvioinnissa on kyse tietyn organisaatioyksikön tuottamien palvelujen määrästä ja laadusta suhteessa asiakkaiden tarpeisiin, odotuksiin ja kysyntään. (Kiviniemi 1985, 16; Vuorela 1988, 6-7.)

Palvelukyky on yläkäsite, joka sisältää palvelun laadun, mutta se ei kuvaa suoraan palvelujen tasoa laatu-ulottuvuudella. Se kuvaa organisaation kykyä tai kapasiteettia tuottaa hyvälaatuisia ja määrältään riittäviä palveluja. (Sinkkonen ym. 1993, 10.) Palvelukykyisyyden ulottuvuudeksi Vuorela (1988, 29–30) nimeää palvelujen riittävyyden ja oikean kohdentumisen, ratkaisujen tai toimenpiteiden oikeellisuuden sekä palvelujen laadun. Palvelujen laadun suhteen asiakkaita voidaan pitää asiantuntijoina. Asiakkaiden omat näkemykset esimerkiksi asiointiajan kohtuullisuudesta ovat keskeisiä, koska ne ilmaisevat tarpeiden ja odotusten suhdetta saatuun palveluun. Laadun osatekijöiksi Vuorela nimeää: 1) palvelujen vastaavuus asiakkaiden hoidettaviin asioihin ja odotuksiin (asioinnin tulos), 2) palvelun tuottajien pätevyys ja ammattitaito, 3) asiakkaan kohtelu (ystävällisyys, halu auttaa), 4) palvelujen käytön helppous (saavutettavuus, riittävä informaatio, erilaisen kuormituksen vähäisyys), 5) toiminnan byrokraattisten piirteiden vähäisyys (joustavuus, asiakkaan erityispiirteiden huomioonottaminen, hallinnollisen valvonnan vähäisyys) ja 6) mahdollisuus vaikuttaa tarvitsemansa palvelun muotoutumiseen. Osatekijät ovat jossain määrin limittäisiä ja toisiinsa kietoutuneita. Määritelmänsä Vuorela perustaa liiketaloustieteen palveluorganisaatio- ja hallinnon kansalaisläheisyyttä tarkasteleviin tutkimuksiin. (Vuorela 1988, 33–34.)

Palvelun laadun tutkimus on karkealla tasolla jakautunut kahteen eri koulukuntaan, eli pohjoismaiseen ja amerikkalaiseen koulukuntaan. Christian Grönroos (mm. 1987, 1998, 2007, 2009) voidaan pitää Pohjoismaisen koulukunnan ”perustajajäsenenä” ja kansainvälisesti sitteeratuimpana edustajana. Amerikkalainen koulukunta on rakentunut puolestaan Parasuramanin, Zeithamlin ja Berryn (mm. 1985, 1988, 1991) tutkimuksillaan tuottaman tiedon ympärille. Amerikkalainen palvelun laatumalli on moniulotteinen ja se osoittaa, miten asiakkaat järjestelivät tietoa palvelun laadusta omassa mielessään. Pohjoismaisen koulukunnan mukaan palvelun laatu määritellään kolmiulotteisena; tekninen ja toiminnallinen laatu sekä yrityksen imago. Näitä ulottuvuuksia tarkentamaan on Grönroos (1998) määrittänyt laadukkaaksi koetun palvelun kriteerit, joista useat ovat yhteneviä amerikkalaisen koulukunnan ulottuvuuksien kanssa. Taulukossa 3 kuvataan pohjoismaisen ja amerikkalaisen koulukunnan mukaisia palvelun laadun määritelmiä.

Kuluttajan aktiivinen osallistuminen palvelun tuotantoprosessiin ja arvon luontiin yhdessä palvelutuottajan kanssa on saanut paljon huomiota markkinointitieteessä (mm. Firat, Dholakia & Venkatesh 1995; Bendapudi & Leone 2003; Vargo & Lusch 2004a; 2004b; 2008; Grönroos 2009; Terblanche



2014; Voorberg, Bekkers & Tummers 2015) ja viime aikoina myös terveydenhuollon tutkimuksessa (mm. Leone, Walker, Curry & Agee 2012; Hardyman ym. 2015). Se on samalla tullut asiakkaan kokemuksen tutkimuksen rinnalle arvioitaessa palvelun laatua. Tässä väitöskirjassa tutkimuksen kohteena on asiakkaan kokemus palvelun laadusta. Kokemus palvelun laadusta syntyy asiakkaan verrattessa odotuksiaan toteutuneeseen palvelutapahtumaan. Asiakkaan odottaman ja kokeman palvelun laadun vertailu tapahtuu arvioimalla palvelun laadun ulottuvuuksia.

*Taulukko 3: Palvelun laadun määritelmiä*

<b>Henkilö/t, ajankohta</b>	<b>Laatumääritelmä</b>
Grönroos, 1987, 1998, 2007	<p>Koettu kokonaislaatu, laadun näkökulmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) tekninen laatu (lopputulokset)</li> <li>2) toiminnallinen laatu (prosessi)</li> <li>3) organisaatio-kuva (imago)</li> </ol> <p>Laadukkaaksi koetun palvelun kriteerit:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ammattitaito</li> <li>2) asenne ja käyttäytyminen</li> <li>3) lähestyttävyyden ja joustavuuden</li> <li>4) luotettavuus ja uskottavuus</li> <li>5) normalisointi</li> <li>6) maine</li> </ol>
Vuorela, 1988	<p>Laadun osatekijät:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) palvelujen vastaavuus asiakkaiden hoidettaviin asioihin ja odotuksiin</li> <li>2) palvelun tuottajien pätevyys ja ammattitaito</li> <li>3) asiakkaan kohtelu</li> <li>4) palvelujen käytön helppous</li> <li>5) toiminnan byrokraattisten piirteiden vähäisyys</li> <li>6) mahdollisuus vaikuttaa tarvitsemansa palvelun muotoutumiseen</li> </ol>
Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985, 1988; 1991	<p>Palvelun laadun ulottuvuudet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) henkilökunnan ammattitaito</li> <li>2) viestintä / kommunikaatio</li> <li>3) kohteliaisuus</li> <li>4) responsiivisuus / palveluhalukkuus</li> <li>5) palvelun saavutettavuus</li> <li>6) palvelun luotettavuus</li> <li>7) uskottavuus</li> <li>8) turvallisuus</li> <li>9) asiakastuntemus</li> <li>10) fyysiset / aineelliset tekijät</li> </ol>

Edellä kuvatuissa malleissa on vahva liiketalous- ja markkinointitieteellinen näkökulma, mutta malleja on käytetty viitekehystenä eri tieteenalojen tutkimuksissa. Laadun tutkimusperinne sekä kansainvälisesti että kansallisesti on runsas. Olen koonnut suomalaisia laatututkimuksia taulukkoon 4 ja ryhmitellyt ne tutkimusajankohdan ja tieteenalan mukaisesti.

Taulukosta on helposti havaittavissa, miten vähäistä laatututkimus on ollut 1970–80-luvuilla ja, miten tutkimus on lisääntynyt 1990-luvulla saatuttaen huippunsa 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Tuolloin laatututkimus on ollut runsainta terveyshallinto-, hoito-, kasvatusta- ja teknisten tieteiden aloilla ja 2010-luvulle tultaessa lääketieteessä.

*Taulukko 4: Laatuun liittyviä suomalaistutkimuksia*

<b>Tieteenala</b>	<b>1970–1980 luku</b>	<b>1990-luku</b>	<b>2000-luku</b>	<b>2010-luku</b>
Terveys- hallinto-/ terveystaloustiede		Sinkkonen ym. 1993 Kempainen Ari, 1994 Kivinen Tuula & Hilander – Sihvonen, Anne, 1997.	Kvist Tarja, 2004 Mäki Tiina, 2004 Hirvonen Kaisa, 2005 Laine Juha, 2005 Tepponen Merja, 2009	Savolainen Tarja 2011. Paljärvi Soili, 2012
Hoitotiede		Leino-Kilpi Helena, 1990 Perälä Marja-Leena, 1995	Töyry Eeva, 2001 Hiidenhovi Hannele, 2001 Hyrkäs Kristiina, 2002 Leinonen Tuija, 2002 Liikanen Eeva, 2003 Kujala Eila, 2003 Voutilainen Päivi, 2004 Kalam-Salminen Ly, 2005 Ruotsalainen Taru, 2006 Tervo-Heikkinen Tarja, 2008 Pelander Tiina, 2008 Peltonen Eija, 2009	Istomina Natalja, 2011 Siekkinen Mervi, 2014
Kansanterveys- tiede	Rinnevuori Esko & Salmela Reijo, 1986.	Virtanen Vuokko, 1991		
Hallintotiede		Lumijärvi Ismo, 1996	Turtiainen Juhani, 2000 Merilä Asko, 2008	
Lääketiede / muut kliiniset tieteet		Kekki Pertti, 1994	Helminen Sari Elita, 2000 Vaahtoranta Aila, 2006	Oja Paula, 2010 Matti Kristiina 2010 Salokekkilä Pirkko, 2011 Hirvonen-Kari Mirja, 2013. Kuusela Maisa, 2014 Lehto Liisa, 2014 Honkasalo Mikko 2015
Valtiotiede	Vuori Hannu, 1970 Lillrank Paul, 1988	Silen Timo, 1995		
Kasvatustiede		Vaso Juha, 1998	Tauriainen Leena, 2000 Mäki Maire, 2000 Parrila Sanna, 2002 Hulkari Kirsti, 2006 Oulasvirta Leena, 2007	Korppoo Majajaleena, 2010 Alila Kirsi, 2013
Taloustiede		Savolainen Taina, 1997.	Turjanmaa Pirkko, 2005 Jakosuo Katri, 2005 Arhio Kaija, 2007	
Tekniikka / tuotanto- taloustiede		Kankkunen Kari, 1993 Kekäle Tauno, 1998	Tervonen Antero, 2001 Kujala Jaakko, 2002 Jokinen Tauno, 2004 Sivusuo Henry, 2006 Multimäki Matti, 2009	Saarenpää Ensio, 2010 Tuomi Ville, 2012

Halusin tarkastella suomalaista laatututkimusta myös näkökulmaperusteisesti (taulukko 5) ja sovellean siinä jaotteluun Attreen (1996, 16) lähestymistapaa: asiakasnäkökulma, professionaalinen näkökulma, johtamisnäkökulma sekä julkinen/yhteiskunnallinen näkökulma. Lisäksi Sirkka Sinkkosen kumppaneineen (1993, 5-6) esittämän laadun arvioinnin lähestymistapojen ja arvioijien eriyttämisen mukaisesti lisäksi jaotteluun empiirisen tiedonkeruutahon jaotellen sen seuraavasti: asiakas, asiantuntija (työntekijä/henkilöstö), johto (esimiestaso, hallinnollinen johto), dokumentit (asiakirjat, tilastot, tutkimustieto) sekä viimeisenä kategoriana monitahoinen tiedonkeruu, joka sisältää useamman edellä mainitun tiedonkeruutahon erilaisilla variaatioilla. Johtamis- ja asiakasnäkökulmat ovat olleet selvästi suosituimmat tutkimusnäkökulmat laatuun, ja puhtaasti professionaalinen näkökulma vähiten käytetty.

Osa näistä tutkimuksista kohdistuu terveystalvelujen laatuun ja niihin palaan tarkemmin luvussa 3.3.3.

### 3.3 TERVEYSTALVELUJEN LAATU JA SEN TUTKIMUS

#### 3.3.1 Historiakatsaus

Historian kirjoista on osoitettavissa, että esivalta on ollut huolissaan sairaiden hoidon laadusta jo Hammurabin (n. 2000 eaa.) aikana. Kuolemaan johtaneesta hoitovirheestä tai potilaan näön menetyksestä lääkäri menetti omat sormensa. Hippokrateen valan eettiset periaatteet juontavat juurensa 400-luvulle ennen ajanlaskun alkua. Keskiajalla Euroopan alueella määrättiin asetuksella, ketkä saivat ja ketkä eivät saaneet harjoittaa kirurgiaa, hoitaa synnytyksiä ja määrätä lääkkeitä. Amerikassa lääkäreiden lisensointi ammatinharjoittamiseen alkoi vuonna 1760 ja ensimmäinen "the College of Physicians" lääkäreiden kouluttamiseksi perustettiin vuonna 1787. (Berwick & Bisognano 2000, 32.5.)

1800-luvun loppupuolella astuttiin hoitotyön laadun kehittämisessä ensi askeleet, kun Florence Nightingale (1820 – 1910) tunnisti laadun käsitteen hoitotyössä (Hogston 1995, 116; Thorsteinsson 2002, 32). Meyer ja Bishop (2007) nimittävät Florence Nightingalen "naiseksi, joka löysi laadun" vastapainona Edwards Demingin "laadun apostoli" ja "mies, joka löysi laadun" nimityksille. Ollessaan sairaanhoitajana Krimin sodassa (1853–1856) Nightingale havaitsi puutteita esimerkiksi tavarantoimitusketjuissa, ruuanvalmistus- ja toimitusprosesseissa, hygieniaolosuhteissa sekä merkittäviä laatupeäkohtia sotilaslääkätieteen järjestelmässä. Hän kunnioitti tiedon merkitystä ja käytti tilastollista ja empiiristä tietoa apunaan laadun parantamistyössään. (Meyer & Bishop 2007, 240–246.) Kirjassaan *Notes on Nursing* (1859, suomennettu vuonna 1938 nimellä *Sairaanhoidosta*) Nightingale tuo esille paljon sairaanhoidon laatuun liittyviä asioita. Hän piirtää kuvaa vastuuntuntoisesta, luotettavasta, ystävällisestä, tarkasta,

Taulukko 5: Suomalainen laatututkimus laadun ja laadun arvioinnin näkökulmista

Näkökulma → Arvioija / tiedonkeruu- taho ↓	Asiakasnäkökulma	Professionaalinen näkökulma / kliininen näkökulma	Johtamisnäkökulma (palvelun tarjoaja / tuottaja / ostaja)	Julkinen / yhteiskunnallinen näkökulma
Asiakas	Rinnevuori, Esko & Salmela, Reijo, 1986. Sinkkonen ym. 1993 Kekki Pertti, 1994 Kivinen & Hilander- Sihvonen 1997 Kujala Eila 2003 Ruotsalainen Taru, 2006 Pelander Tiina, 2008 Mattila Kristiina, 2010 Salokekkilä Pirkko, 2011 Siekkinen Mervi, 2014		Oja Paula, 2010	
Asiakas ja asiantuntija / henkilöstö	Virtanen Vuokko, 1991 Perälä Marja-Leena, 1995 Helminen Sari Elita, 2000 Töyry Eeva, 2001 Hiidenhovi Hannele, 2001 Leinonen Tuija, 2002 Istomina Natalja, 2011.	Tervo-Heikkinen Tarja, 2008  Tauriainen Leena, 2005  Honkasalo Mikko 2015  Hyrkäs Kristiina 2002 Jakosuo Katri, 2005	Parrila Sanna, 2002 Savolainen Tarja, 2011	Vaahtoranta Aila, 2006.
Asiantuntija		Mäki Maire, 2000 Liikanen Eeva, 2003.	Vuori Hannu, 1970 Korppoo Majaleena, 2010 Hirvonen-Kari Mirja, 2013. Lehto Liisa, 2014	
Johto			Tervonen Antero, 2001 Merilä Asko, 2008	
Dokumentti- aineisto	Kempainen Ari, 1994		Turtiainen Juhani, 2000 Hirvonen Kaisa, 2005 Laine Juha, 2005	Saarenpää Ensio, 2010 Aliila Kirsi, 2013
Monitahoinen	Leino-Kilpi Helena, 1990 Kalam-Salminen Ly, 2005 Kvist Tarja, 2004 Voutilainen Päivi, 2004	Kuusela Maisa, 2014  Hulkari Kirsti, 2006	Lillrank Paul, 1988 Silen Timo, 1995 Savolainen Taina, 1997 Turjanmaa Pirkko, 2005 Arhio Kaija, 2007 Oulasvirta Leena, 2007 Tepponen Merja, 2009 Peltonen Eija, 2009 Tuomi Ville, 2012	Mäki Tiina, 2004 Paljärvi Soili, 2012

ymmärtäväisestä ja huolehtivasta sairaanhoitajasta, joka tekee työtään kutsumuksesta (Nightingale 1964) ja jolla on kolmitahoinen kiinnostus työtään kohtaan: hän on älyllisesti kiinnostunut potilaastaan, sydämestään kiinnostunut sairaasta, ja teknisesti kiinnostunut sairaan hoidosta ja parantumisesta (Sorvettula 1998, 56). Nämä kaikki ominaisuudet ovat vahvasti sidoksissa hoidon laatuun.

Nykyaikainen terveydenhuollon laatuajattelu alkoi Yhdysvalloissa 1800–1900 lukujen vaihteessa. Merkittävänä edistysaskeleena akateemiselle lääketieteelle voidaan pitää vuonna 1910 julkaistua Flexnerin raporttia. Raportissa oli dokumentoitu lääketieteellisen koulutuksen puutteita ja esitetty uudet, tieteelliseen näkemykseen lääkärintoimen harjoittamisesta perustuvat standardit lääkäreiden koulutukselle. Raportin vaatimusten seurauksena puolet lääketieteellistä koulutusta antaneista opinahjoista suljettiin ja sen jälkeen koulutuksessa noudatettiin tiukkaa hyväksymismenettelyä. (Berwick & Bisognano 2000, 32.5.)

1900-luvun ensimmäisellä puoliskolla Yhdysvalloissa luotiin ja kehitettiin akkreditointikäytäntöjä terveydenhuollon laadun takaamiseksi. American College of Surgeons (ACS) vuonna 1916 sitoutui tutkimaan hoidon laatua ja kehitetään henkilökuntaa, tietojen kirjaamista ja rekisterinpitoa, diagnosointia ja hoitopalveluja koskevia standardeja amerikkalaisiin sairaaloihin. Kehitystyö eteni sairaaloiden sisäisestä tarkastuksesta koko kansakunnan tasoiseen terveydenhuollon organisaatioiden akkreditointikäytäntöön. 1950-luvulla ACS:n työn ansiosta perustettiin the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Aluksi akkreditointi koski vain sairaaloita, mutta laajentui koskemaan myöhemmin kaikkia terveydenhuollon organisaatioita. Vuonna 1987 komissio nimettiin uudelleen the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). Akkreditointikomission tarkoitus on myös luoda standardeja hyvälle hoidolle ja tutkimustyön avulla edistää ja kehittää hoitoa ja turvallisuutta terveydenhuollossa. Hoidon laatu on kehittynyt rinnan akkreditointi- ja muiden tarkastuskäytäntöjen kanssa. (Berwick & Bisognano 2000, 32.5–32.6.)

Akkreditoinnissa on tunnistettavissa neljä vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa keskiössä oli yleisesti hyväksytyjen hoitokäytäntöjen noudattaminen. Toisessa vaiheessa havaittuja epäkohtia yritettiin korjata laatupiirien avulla. Seuraavassa vaiheessa kliinisen toiminnan arvioinnin lisäksi alettiin arvioida koko organisaatiota ja sen johtamisjärjestelmää. Neljännessä vaiheessa, 1980-luvulta alkaen tutkimuksen kohteena ovat olleet hoitotulokset, kuten sairaalakuolleisuus, leikkauskomplikaatiot ja sairaalainfektiot. (Brommels 1997, 12.)

Laadun standardointijärjestelmät olivat aluksi teolliseen tavaratuotantoon liittyviä laadunvarmistusjärjestelmiä, mutta niiden sovellusalue on ajan kuluessa laajentunut palvelujärjestelmiin, mukaan lukien terveyspalvelut. Kansainvälisesti tunnetuin laatustandardijärjestelmä lie-nee Kansainvälisen Standardoimisliiton (International Organization for

Standardization) ylläpitämä ISO- standardisarja. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 92.) Muita laatujärjestelmiä ovat esimerkiksi Euroopan ja Suomen laatupalkinto, sekä King's Fund -palvelujärjestelmän auditointimenetelmän kriteeristöt. Hyvälle laatujärjestelmälle on ominaista, että prosessit on dokumentoitu sekä asiakkaiden tarpeiden tyydyttämisen kannalta vähimmäisvaatimukset on määritelty. Laatujärjestelmiin liittyy organisaation oman laadunhallinnan ja laatujärjestelmän itsearviointi ja ulkopuolisen tahon tekemä arviointi, josta usein käytetään käsitettä auditointi. Ulkopuolinen taho voi olla joko asiakas/ostaja (ns. toisen osapuolen arviointi) tai riippumaton ulkopuolinen arvioija tai toimielin (ns. kolmannen osapuolen arviointi). (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle, 1999, 29–30.)

Erilaiset laadunvarmistus- ja standardointijärjestelmät ovat systemaattiseen laadun kehittämiseen tarkoitettuja työkaluja ja niiden käyttööntöön liittyy vahvasti edellä, luvussa 3.2.2 kuvatun kokonaisvaltaisen laatujohtamisen (TQM) kehittyminen. Laatujohtamisen piirteistä laatujärjestelmissä korostuvat asiakaskeskeisyys ja laadun jatkuva parantaminen. Laatujärjestelmän tarkoituksena on pitää yllä ja varmistaa asiakkaalle organisaation laatu. Asiakkaan oman äänen kuuleminen on yksi osa kokonaisvaltaista laatujohtamista ja -järjestelmää.

Uusimpana keinona terveydenhuoltoon on teollisuudesta tullut Lean-ajattelu, josta sanotaan, että se on enemmän kuin uusi vivahde laadun parantamisessa tai uusi tapa lisätä vähitellen tehokkuutta, se on kokonaisvaltainen filosofia. Lean-ajattelun juuret ulottuvat Henry Fordin ja Edward Demingin aikaan, mutta oikeutetusti sitä kuitenkin pidetään japanilaisena, Toyota-autotehtaassa kehitettynä saavutuksena, jonka pääkehittäjiksi nimetään historiankirjoissa Kiichiro Toyoda (1894 – 1952) ja Taiichi Ohno (1912–1990). Lean-ajattelun tarkoituksena on luoda palvelulla lisäarvoa asiakkaalle. Parantamalla virtaustehokkuutta ja pienentämällä vaihtelua palveluprosessissa voidaan vähentää ”hukkaa”, kuten esimerkiksi turhaa odotusaikaa. (Dart 2011, 279; Modig & Åhlström 2013, 70–72.) Lean keskittyy läpimenoaikojen lyhentämiseen, tarpeettomien työvaiheiden vähentämiseen, työmenetelmien standardointiin, jatkuvaan kehitystyöhön ja kaikkien työntekijöiden osallistumiseen (Finohta 2011, 2). Terveydenhuollon organisaatiot laajasti ympäri maailman ovat etenkin 2000-luvulla omaksuneet Lean-ajattelun käyttöön, tavoitteena erityisesti palvelujen ja prosessien kehittäminen ja standardointi (Halkoaho, Itkonen, Vanninen, Luoto & Reijula 2014, 279–280).

Lean-malli on saanut osakseen myös kritiikkiä ja sitä pidetään soveltumattomana julkiselle sektorille (mm. Radnor & Osborne 2013; Osborne, Radnor, Vidal & Kinder 2014). Terveyspalveluissa standardoidun hoitomallin nähdään olevan ristiriidassa yksilöllisen, asiakaskeskeisen hoidon kanssa. Asiakkaan tyytyväisyyttä ja hoitotulosten laatua voidaan parantaa asiakkaan ottamisella mukaan palvelun suunnitteluun ja toteutukseen.

(Leone ym. 2012.) Markkinointitieteessä tästä käytetään käsitettä "value co-creation", jolla tarkoitetaan sitä, että asiakas luo arvon palvelulle yhdessä palvelutuottajan kanssa (Vargo & Lusch 2004a; Vargo & Lusch 2008, 3).

Kuten teollisuudessa myös terveystoiminnassa ja päiväystoiminnassa laatu edellyttää selkeää johtamisjärjestelmää ja johtajuutta. En kuitenkaan avaa väitöskirjassani enempää laatujohtamisen tai erilaisten organisaatiotasojen laadunvarmistusjärjestelmien käsitteistöä tai sisältöä. Laatujohtamista ja perinteisiä laadunvarmistusmenetelmiä, kuten ISO-järjestelmää, ovat omassa väitöskirjoissaan eri tieteenaloilla käsitelleet esimerkiksi Timo Silen (1995), Juha Vaso (1998), Tauno Kekäle (1998), Maire Mäki (2000), Antero Tervonen (2001), Jaakko Kujala (2002), Pirkko Turjanmaa (2005), Juha Laine (2005), Maritta Siloaho (2006), Kaija Arhio (2007), Asko Merilä (2008), Matti Multimäki (2009), Ensio Saarenpää (2010) sekä Ville Tuomi (2012).

Laadunvarmistusmenetelmien ohella on maassamme terveystoiminnassa laatu kehitetty erilaisten valtakunnallisten projektien ja suositusten avulla. Vuonna 1976 käynnistyi Suomen itsenäisyyden juhlarahaston (Sitra) tutkimus- ja hoito-ohjelmien kehittämisprojekti, jossa kuitenkin laatu enemmän painopisteenä oli taloudellisuus ja tehokkuus. Hyvä lääkärin työ-hankkeen (1993) ja sitä seuranneen, edellistä yksilöidymmän Käypä hoito-suositushankkeen (1994 alkaen) tavoitteena on ollut laatia lääkärin työn laadun mittaamiseen käytännöllisiä ja tieteellisesti perusteltuja kriteereitä. Hoitotyön puolella Maailman Terveysjärjestön (WHO) vanavedessä Suomen Sairaanhoidon tutkimuslaitos toteutti hoitotyön kehittämisohjelman vuosina 1978-1983 tavoitteena kehittää hoitotyötä potilaan parhaaksi. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) toimeksiantona julkaistut Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa (1996) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle (1999) -suositukset korostivat muun muassa laadunhallinnan asiakaslähtöisyyttä sekä järjestelmällistä, prosessienhallintaan perustuvaa laatutyötä. Potilasvahinkolaki (25.7.1986/585), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) sekä Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) ovat lainsäädännön puolella olleet merkittävimmät laatutyön edistäjät. Kehittämisohjelmien, suositusten ja lainsäädännön seurauksena laatutyö ja laatuopetus ovat saaneet vahvan jalansijan suomalaisessa terveydenhuollossa. (Vuori 2013, 88–92; ks. myös Terveydenhuollon laatuopas 2011, 7.)

Tutkimuksessani en perehdy laajemmin hoidon laadun kehittämistä ohjanneisiin suosituksiin, enkä myöskään hoitokäytäntöjen, kliinisen hoidon tai kliinisten tutkimusmenetelmien laadun kehittämistarpeisiin tai kehittämiseen. Niihin liittyviä tutkimuksia on 2000-luvulla tehty Suomessa muutamia. Juho Nummenmaan (2007) tutkimus käsittelee näyttöön perustuvia hoitosuosituksia yleislääkärin työssä. Kliiniseen hoidon laatuun liittyviä tutkimuksia ovat lääketieteenalalla tehneet esimerkiksi Sari Helminen (2000) hammashuollon, Kristiina Mattila (2010) päiväkirurgian sekä Esa

Liukkonen (2010), Mirja Hirvonen-Kari (2013) ja Mervi Siekkinen (2014) kuvantamisen toimintaympäristössä. Mikko Honkasalo (2015) on tutkinut diabeteksen hoidon laatua ja kustannuksia. Hanna-Maarit Riski (2004) on tutkinut EKG-käyrän teknisen laadun arviointia, Eeva Liikanen (2003) ja Liisa Lehto (2014) vierianalytiikan laatua ja sen kehittämistä ja Paula Oja (2010) arvioi tutkimuksessaan yhteistyötahoille tehtävien asiakaskyselyjen ja spontaanien asiakaspalautteiden merkitystä yliopistosairaalan laboratoriossa.

### **3.3.2 Terveyspalvelujen laadun ulottuvuuksia**

Yksi terveyspalvelujen laadun kehittämisen edelläkävijä on professori Avedis Donabedian (Berwick & Bisognano 2000, 32.6). Jo vuonna 1966 hän tunnisti kolme aluetta, rakenteen, prosessin ja tuloksen, joita tulisi arvioida terveydenhuollossa. Rakenne kuvaa hoidon toimintaympäristöä. Prosessilla viitataan siihen, mitä todellisuudessa tehdään hoitoa annettaessa ja vastaanotettaessa. Tuloksella tarkoitetaan hoidon vaikutuksia potilaan ja väestön terveydentilaan. Donabedianin kehittämää viitekehystä käytetään laajasti koko terveydenhuollon laadunvarmistuksessa. Sen taustalta on tunnistettavissa systeemiajattelun keskeiset käsitteet, panokset, prosessi ja tuotokset, sekä kybernetiikkaan liittyvä palautteen käsite. Donabedian määrittelee hoidon korkeatasoiseksi silloin, kun se vastaa etukäteen asetettuja kriteerejä. Hoito on laadukasta, kun siitä koituvat hyödyt ja harmit ovat tasapainossa, tarpeetonta hoitoa vältetään ja hoidossa kyetään tyydyttämään tietty tarve. (Donabedian 1969, 1833; Pelkonen 1993, 75; 62.)

Moira Attree (1993, 1996) on kehittänyt laajaan laatu käsitteen analyysiin perustuvan hoidon laadun käsitteellisen mallin (a model of quality care). Mallissa on lähtökohtana Donabedianin rakenne-, prosessi- ja tuloskriteerit, jotka ovat havaittavissa ja mitattavissa olevia laatu käsitteen piirteitä. Attreen mallissa hoidon laatua arvioidaan neljästä näkökulmasta: potilaan / asiakkaan, lääketieteen tai hoitotieteen ammattilaisen, johtamisen sekä yhteiskunnan näkökulmasta. (Attree 1996, 24.)

Hannu Vuoren (1970) mukaan terveydenhuollon laadun komponentteja ovat riittävyys, tehokkuus ja teknis-tieteellinen taso. Näihin vaikuttavat hänen mukaansa potilaan psyko-sosiaalinen tausta sekä sairaus ja muut biologiset tekijät, hoitavan lääkärin hoitotottumukset, sairaalan hoitostandardit, potilaan asenteet hoitoon ja sairaalaan, potilaan yhteydet sairaalan ulkopuolelle ja potilaan kotiolosuhteet. (Vuori 1970, 52; 102.)

Terveydenhuollon laatuopas (2011, 9-15) nimeää laadulle neljä ulottuvuutta: 1) palvelun laatu, jolla tarkoitetaan asiakaskeskeisyyttä ja palvelun oikea-aikaisuutta, 2) kliininen laatu, jolla tarkoitetaan osaamista ja potilasturvallisuutta, 3) prosessien laatu, mikä merkitsee prosessien sujuvuutta sekä 4) vaikuttavuus eli terveyshyötyjen seurata. Näitä kaikkia ulottuvuuksia tarkastellaan laatuoppaassa asiakkaan / potilaan, henkilökunnan ja johdon näkökulmasta. Näistä ulottuvuuksista tutkimuksessani on pääpaino



palvelun laadulla, johon sisältyy myös hoitoprosessin sujuvuus eli asianmukainen hoito ilman tarpeetonta viivettä. Ymmärrän terveydenhuollon palvelutehtävänä, ja sen laadun palvelun laatu.

Hannele Hiidenhovi (2001a; 2001b) on tutkinut, mitä palvelu sairaalassa on potilaiden kokemana. Tulosten mukaan palvelu on monisisältöinen, dynaaminen, tilanne- ja aikasidonnainen käsite, joka koetaan subjektiivisesti yksilöllisenä ja toiminnallisena tapahtumaprosessina. Palvelu muodostuu joko yhdestä hetkestä tai monivaiheisesti, eri henkilöstöryhmien vuorovaikutteisista toiminnoista. Vuorovaikutteisuus tekee siitä sosiaalisen käsitteen. Palveluun liittyy tunnelatauksia, jotka koskevat palvelun sisältöä ja paikkaa sekä yksilöön liittyviä tapahtumia menneisyydessä, nykyisyydessä ja tulevaisuudessa. Palvelukokemuksen merkityssisällöistä tarkentui yhdeksän palvelun ulottuvuutta, joista viisi liittyi henkilöstön toimintaan, kolme potilaan osallisuuteen ja yksi ulottuvuus liittyi hoitoympäristöön. (Hiidenhovi, Ålsted-Kurki & Paunonen-Ilmonen 2001b, 14–18.) (Taulukko 6.)

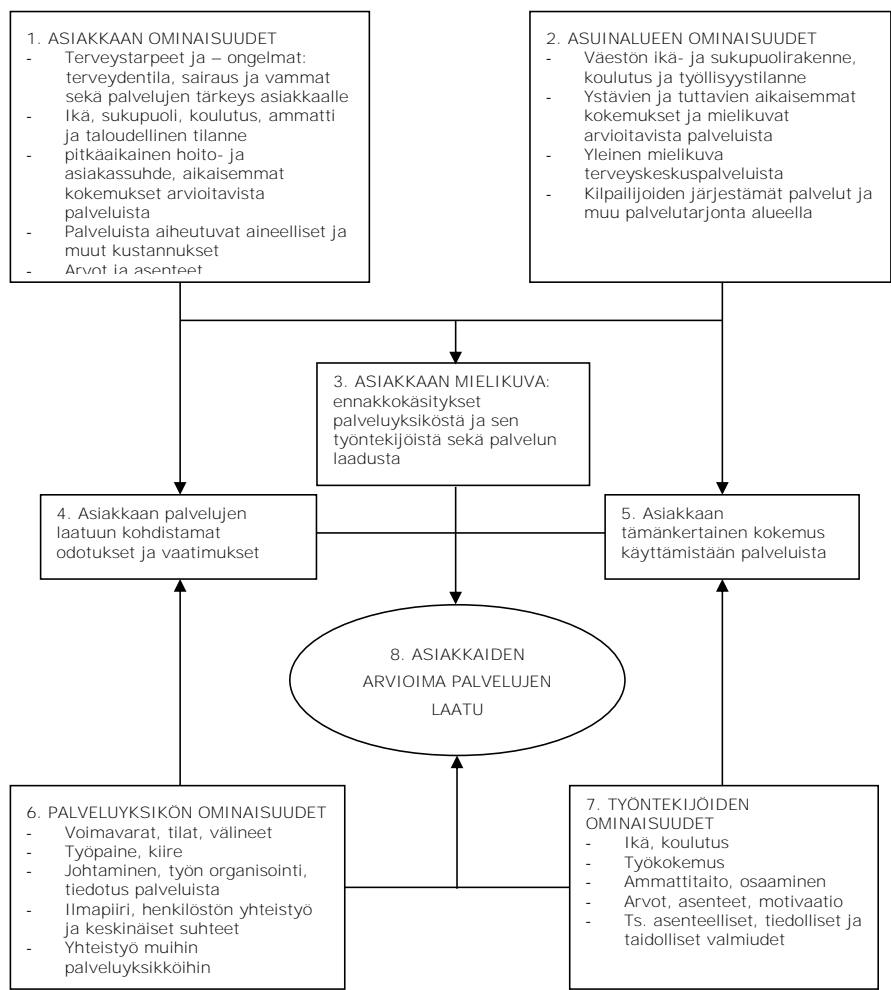
Tiina Mäki (2004) tarkastelee laatua neljän laatu- ja palvelunäkökulman avulla, asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- sekä yhteiskunta- ja systeemikeskeinen laatu- ja palvelunäkökulma (kuvattu tarkemmin luvussa 3.1). Koska oma kiinnostukseni kohdistuu asiakkaan kokemaan palvelun laatuun, kuvaan Mäen asiakas- ja palvelunäkökulmaa hieman tarkemmin. Tähän näkökulmaan liittyy viisi kokonaisuutta: asiakkaan itsemääräämisoikeus, hoitoympäristön rakenne, asiakkaan kohtelu, asiakaspalaute sekä palvelujen saatavuus. Asiakkaan tiedonsaanti sekä osallistumis- ja valinnanmahdollisuudet sisältyvät itsemääräämisoikeuden kokonaisuuteen. Kohteluun kuuluvat arvostaminen, ystävällisyys, kuuntelu ja keskustelu. Asiakaspalaute pitää sisällään sen hankinnan ja vaikuttavuuden, eli toimintoja kehitetään kerätyn palautteen mukaisesti. Hoitoympäristö tarkoittaa asianmukaisia ja yksityisyyden turvaavia tiloja. Palvelujen saatavuutta on mahdollista tarkastella joko yksittäisen asiakkaan tai yhteiskunnan tasolla. (Mäki 2004, 202–206.)

Asiakasnäkökulmasta katsottuna palvelun laatu määritellään usein asiakkaan kokemaksi laaduksi, johon vaikuttaa ratkaisevasti hänen odotuksensa. Tällä tavoin ymmärrettynä laatu on asiakkaan odotusten ja kokemusten vastaavuuden aste. Palvelujen laadun tulkitaan muodostuvan siinä prosessissa, jossa asiakas vertaa ennako-odotuksiaan ja palvelujen käytöstä saamiaan kokemuksia. Arviointiperusteena käytetään tällöin kysyntä-, ei tarvekriteeriä. Tarvekriteeriä käytetään yleensä asiantuntijalähtöisessä palvelujen laadun määrittelyssä ja arvioinnissa. (mm. Parasuraman ym., 1985; 1988; Grönroos 1987; 1998; 2007; 2009; Sinkkonen ym. 1993, 9-11; Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997, 15; Kivinen ym. 1998, 19; McKinley & Roberts 2001, 27; McKinley ym. 2002, 333–338.)

Julkisia ja yksityisiä terveystalouksia tutkinut Vuori (1998) määrittelee laadun muodostuvan asiakkaan selektiivisistä havainnoista niin, että näitä havaintoja ohjaa hänen tarjolla olevista palveluista omaksumansa ennako-

koasenteet ja länsimaisen kulttuurin perusarvot. Asennoituminen julkisen ja yksityisen sektorin palveluihin syntyy sosiaalikonstruktivistisena tapahtumana, kun ihminen liittyy teoillaan ja puheillaan kiinteästi kulttuurinsa jäseneksi. Näin palveluodotukset siirtyvät sukupolvelta toiselle. Se, minkälaisia merkityksiä asiakkaat julkisille ja yksityisille organisaatioille antavat, vaikuttaa oleellisesti siihen, minkälainen palvelukuva näistä organisaatioista heille muodostuu. Voimakkaat ennakkoluulot välittyvät helposti itse palvelutapahtumaan. Uskottavan palvelukuvan rakentaminen on usein julkiselle organisaatiolle vaikeampaa ja vaativampaa kuin yksityiselle asiakkaan kielteisesti väriytyneiden mielikuvien vuoksi. Tätä ilmiötä Vuori nimittää palveluluoton puutteeksi (credibility cap). (Vuori 1998, 214–215.)

Kuvioon 3 on koottu yksi tulkintakehikko siitä, kuinka asiakkaiden kokemus terveystalvelujen laadusta muotoutuu, ja millaiset asiakkaan ja palveluyksikön ominaisuudet vaikuttavat keskeisesti tähän muotoutumiseen. Kuviossa 3 kuvattu teoreettinen jäsennys pohjautuu kahteen Kuopion yliopiston pitkäkestoiseen ja laajamittaiseen terveystalvelujen laadun tutkimus- ja kehittämishankkeeseen (Sinkkonen ym. 1993; Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997; Kivinen ym. 1998). Toinen hankkeista oli Sisäasianministeriön ”Julkiset terveystalvelut vapaakuntakokeilussa” ja toinen ”Kuopio-projekti” tutki sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisprosessin toteutumista ja vaikutuksia Kuopiossa. Kuvion viitekehys pohjautuu markkinatutkimuksen perinteeseen, taustalla vaikuttaneita aikaisempia laadun tutkijoita ovat muun muassa Grönroos, Parasuraman kumppaneineen ja Vuorela. Oman tutkimukseni empiirinen osa perustuu pitkälti tähän koetun palvelun laadun teoreettiseen malliin.



Kuvio 3: Asiakkaiden kokemaan ja arvioimaan terveyspalvelujen laatuun vaikuttavat tekijät (Sinkkonen ym. 1993, 11; Kivinen ym. 1998, 20).

### 3.3.3 Katsaus palvelujen ja terveyspalvelujen laadun aikaisempaan tutkimukseen

Tarkastelen tässä luvussa ensisijaisesti terveyspalvelun laatuun liittyviä tutkimuksia ja kokoan yhteen eri tutkijoiden tekemiä palvelun laadun asiakaslähtöisiä määritelmiä, yhteenvedonomaaisesti myös jo luvussa 3.2.3 esillä olleita. Tarkemman kuvauksen tutkimuksista olen koonnut liitetäulukoihin 1 ja 2.

Varhaisimmat tutkimukset 1970–1980-luvuilla ovat kohdistuneet potilastyytyväisyyteen ja kiinnostus siihen on jatkunut vielä uuden vuosituhatosen puolellakin (Risser 1975; Ware ym. 1977; Hall & Dornan 1988a;

1988b; 1990; Sitzia & Wood 1997; Jenkinson ym. 2002; Johansson ym. 2002). Näissä tutkimuksissa on määritelty potilastyytyväisyyden ulottuvuuksia. Johansonin kollegoineen (2002) tekemä kirjallisuuskatsaus kokoaa yhteen myös edellä mainittuja aikaisempia tutkimuksia ja esittelee luokituksen, jonka mukaan potilastyytyväisyyteen vaikuttaa kahdeksan (8) tekijää, jotka kuuluvat kolmeen (3) pääluokkaan: 1) potilaan taustatekijät: potilaan sosiodemograafinen tausta ja odotukset, 2) hoitajien toiminta: lääketieteellinen ja tekninen kompetenssi, vuorovaikutus ja tiedonanto, hoitajan ja potilaan väliset suhteet, mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, 3) organisaatiotekijät: fyysinen ympäristö ja organisatoriset tekijät.

Laatumääritelmät ja laadun käsitteelliset mallit ovat olleet tutkimuskohteena 2000-luvulla (Attree 2001a; 2001b; Harteloh 2003; Naidu 2009; Pantouvakis & Bouranta 2014). Potilastyytyväisyys ja palvelun laatu on todettu moniulotteisiksi konstruktioiksi. Pantouvakis ja Bouranta (2014) rakentavat täydennetyin kolmiulotteisen palvelun laadun mallin, johon kuuluvat vuorovaikutus, fyysinen ja yrityksen laatu sekä näihin ulottuvuuksiin lisätty palvelun saavutettavuus ja kustannukset, jotka ennustavat asiakkaan yleistä tyytyväisyyttä.

Tutkimusten kohteena ovat olleet myös potilaiden prioriteetit perusterveydenhuollossa (Wensing, Jung, Mainz, Olesen & Grol 1998), hoidon jatkuvuus (Bower, Roland, Campbell & Mead 2003; Adler, Vasiliadis & Bickell 2010) ja kulttuuristen ja demograafisten tekijöiden yhteys terveydenhuoltoon kohdistuviin odotuksiin (Jung, Baerveldt, Olesen, Grol & Wensing 2003).

Kotimainen tutkimus keskittyi 1990-luvulta alkaen hoidon laadun arviointiin tarkoitettujen mittareiden kehittämiseen, esimerkkeinä Hyvä hoito -mittari (Leino-Kilpi 1990), yhdysvaltalaisen Qualipacs-mittarin soveltaminen Suomen oloihin (Perälä 1995), Ihmisläheisen hoidon mittari (Töyry 2001), Palvelumittari sairaalan poliklinikalle (Hiidenhovi 2001a) sekä Asiakaslähtöisen laadunhallinnan malli (Kujala 2003). Näistä edellä mainituista esimerkiksi Potilaan hoidon laadun arviointiin kehitetyssä Qualipacs (Quality Patient Care Scale) -mittarissa on 68 osiota, jotka on jaettu kuuteen (6) osa-alueeseen: psykososiaalinen yksilön ja ryhmän hoito, fyysinen hoito, psykososiaalinen ja fyysinen hoito sekä potilaan hoitoa koskeva kommunikaatio ja ammatillisuus (Perälä 1995). Hyvä hoito -mittari puolestaan sisältää seitsemän (7) kategoriaa: hoitohenkilökunnan ominaisuudet, hoitotoiminnot, hoidon edellytykset, hoitoympäristö, hoitoprosessin eteneminen, potilaan selviytymisstrategiat sekä potilaan taustatiedot (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, 11; Leino-Kilpi, Valta, Helenius, Vuorenheimo & Välimäki 1994, 99; 170).

Eri asiakasryhmien hoidon laatuun liittyviä tutkimuksia on tehty muutamia, esimerkiksi perioperatiivisesta hoidon (Leinonen 2002), lapsivuodeosastopotilaiden (Kalam-Salminen 2005) ja sisätautipotilaiden

(Ruotsalainen 2006) näkökulmasta. Palvelujen uudelleen järjestelyihin liittyvät tutkimukset ovat lisääntyneet viime vuosikymmenen loppupuolella ja niitä on tehty kotihoidon (Tepponen 2009; Paljärvi 2012) ja vastaanottojen lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityön näkökulmasta (Peltonen 2009) sekä vertaillen yksityistä, julkista ja ulkoistettua organisaatiota (Savolainen 2011). Laadun informaatio-ohjausta (Mäki 2004), laatua ja tuotannollista tehokkuutta (Laine 2005) sekä hoitotyön vaikuttavuutta (Tervo-Heikkinen 2008) on tutkittu Kuopion yliopiston eri tieteenaloilla. Tarja Kvist (2004) on samassa yliopistossa tutkinut hoidon laatua asettaen kysymyksen, onko se potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Tulokset osoittavat, että potilaiden ja henkilöstön arvioinneissa oli eroja. Potilaat arvostivat henkilöstön ammattitaitoa, miellyttävää kohtelua ja avun saantia tarpeisiinsa, mutta olivat tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa osallistua omaan hoitoonsa, tiedon saantiin, kiireeseen ja riittämättömään henkilökuntamäärään. Henkilöstö arvioi kaikki hoidon laadun osatekijät tärkeämmiksi kuin ne toteutuivat (ks. myös Kvist, Kinnunen & Vehviläinen-Julkunen 2006). Ruotsalaisen (2006) tutkimuksessa henkilökunnan ominaisuudet, hoidon edellytykset ja hoitoympäristö saivat asiakkailta erittäin hyvät arvioinnit laadusta, mutta hoidon eteneminen, hoitoon liittyvät toiminnot ja yhteistyö omaisten kanssa arvioitiin toteutuneen edellisiä heikommin.

Kuluttajatutkimuskeskuksen tutkimuksessa (Kytö ym. 2008) selvitettiin terveyskeskusasiakkaiden kokemuksia palvelun laadun vaihtelusta. Erot terveyskeskusten välillä olivat suuria palvelun saatavuuteen liittyvissä muuttujissa, kuten yhteyden saaminen puhelimitse, vastaanottoajan saaminen sekä odotusajat. Eroja oli myös lääkärin ammattitaitoa kuvaavissa laatumuuttujissa. Asiakkaiden taustatekijät eivät juuri selittäneet palveluarvosanojen vaihtelua, vain matkan pituudella terveyskeskukseen oli pieni vaikutus laatuarvioon; mitä pidempi matka, sitä alhaisempi arvio. Parhaiten yleisarvosanan vaihtelua selittivät odotusaika sekä muuttajat, jotka kuvasivat henkilökunnan ammattitaitoa ja terveyskeskuksen sijaintia.

Tuoreessa tutkimuksessa erikoissairaanhoidon laadun erinomaisuudesta (Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen, Miettinen & Kvist 2015) hoidon arvioi erinomaiseksi 77 % potilaista. Parhaimmin toteutuneiksi osa-alueiksi vastaajat arvioivat henkilöstön ammatillisuuden ja henkilöstön yhteistyön. Heikoimmat arvioinnit annettiin kipujen ja pelkojen lievittämisestä ja henkilöstöresursseista. Hoidon laadun arvioinneissa miehet, korkeakoulututkinnon suorittaneet ja päivystyksenä sairaalaan tulleet olivat kriittisimpiä. Iän kasvaessa hoidon laadun arviointi oli korkeampi. Hyvä yleisarvosana lääkäreiden ja hoitajien toteuttamasta hoidosta enteili hoidon laadun erinomaisuuden arvioinnin mahdollisuuden kasvamista.

Taulukkoon 6 olen koonnut yhteen teorioista ja tutkimuksista esille nousseita palvelun ja terveystalouden laadun asiakaslähtöisiä määritelmiä nimeämällä määritelmän laatu-ulottuvuudet seuraavasti: 1) henkilökun-

**Taulukko 6: Eri tutkijoiden määrittelemiä palvelun ja terveyspalvelun laadun olottuvuuksia asiakasnäkökulmasta**

Palvelun laadun olottuvuudet asiakasnäkökulmasta →	Henkilökunnan ammattitaito, ominaisuudet ja toiminta	Asiakkaan ominaisuudet, hoitoon osallistumisen mahdollisuus	Palveluyksikön toiminnalliset ominaisuudet, ja palveluprosessin sujuvuus, palvelun vaikuttavuus	Palveluyksikön sijainti ja fyysiset ominaisuudet
Tutkija ↓				
Parasuraman, Zeithaml, Berry 1985, 1988  Palvelun laadun olottuvuudet	-henkilökunnan ammattitaito -viestintä / kommunikaatio kohteliaisuus - responsiivisuus / palveluhalukkuus	-	-palvelun luotettavuus -uskottavuus -turvallisuus -asiakas-tuntemus	-palvelun saavutettavuus -fyysiset / aineelliset tekijät
Kiviniemi 1985; Vuorela 1988  Palvelukyky  Palvelun laatu	-palvelun tuottajien pätevyys ja ammattitaito -asiakkaan kohtelu (ystävällisyys, halu auttaa)	-mahdollisuus vaikuttaa tarvitsemansa palvelun muotoutumiseen -palvelujen vastaavuus asiakkaiden asioihin ja odotuksiin (asioinnin tulos)	-palvelujen käytön helppous (riittävä informaatio, erilaisen kuormituksen vähäisyys) -toiminnan byrokraattisten piirteiden vähäisyys	- palvelun saavutettavuus
Leino-Kilpi 1990; Leinonen 2002; Kalam-Salminen 2005; Ruotsalainen 2006 Hyvä hoito – mittari	-hoitohenkilökunnan ominaisuudet -hoitotoiminnot -hoidon edellytykset	-potilaan selviytymisstrategiat	-hoitoprosessin eteneminen	-hoitoympäristö
Sinkkonen; Sohlberg; Kinnunen; Laitinen & Rissanen. 1992. Hilander & Kivinen 1995; Kivinen, Sinkkonen, Laitinen & Kinnunen 1998; Peltonen 2009  Terveyspalvelujen laadun olottuvuudet	-työntekijöiden ominaisuudet, asenteelliset, tiedolliset ja taidolliset valmiudet -henkilöstön yhteistyö ja keskinäiset suhteet -asiakkaiden kohtelu, vuorovaikutus ja kommunikaatio	-sosiodemograafiset tekijät -terveystarpeet ja –ongelmat -pitkäaikainen asiakassuhde, aik. kokemukset; -mielikuva, odotukset, käyntikerran kokemus palvelusta -mahdollisuus vaikuttaa tarvitsemansa palvelun muotoutumiseen -palveluista aiheutuvat kustannukset -arvot ja asenteet	-terveyspalvelujen saatavuus -palveluyksikön ja palvelujen uskottavuus, luotettavuus ja toimintavarmuus -johtaminen, työn organisointi, -tiedotus palveluista -ilmapiiri, työpaine, kiire - asiakastuntemus -terveyspalvelujen vaikuttavuus	-terveyspalvelujen saavutettavuus -kokonaispalveluntarjonta asuinalueella -voimavarat -fyysinen ympäristö, tilat, välineet
Perälä 1995.  Potilaan hoidon laadun mittari Qualipacs	-ammattillisuus -kommunikaatio -yksilön psykososiaalinen hoito -ryhmän psykososiaalinen hoito -fyysinen hoito -psykososiaalinen ja fyysinen hoito	-	-	-

Taulukko 6 jatkuu

Taulukko 6 jatkoa				
Palvelun laadun ulottuvuudet asiakasnäkökulmasta →	Henkilökunnan ammattitaito, ominaisuudet ja toiminta	Asiakkaan ominaisuudet, hoitoon osallistumisen mahdollisuus	Palveluyksikön toiminnalliset ominaisuudet, ja palveluprosessin sujuvuus, palvelun vaikuttavuus	Palveluyksikön sijainti ja fyysiset ominaisuudet
Tutkija ↓				
Grönroos 1998, 2007  Laadukkaaksi koetun palvelun seitsemän (7) kriteeriä	-ammattimaisuus ja taidot -asenteet ja käyttäytyminen	-	-joustavuus -luotettavuus -palvelujen normalisointi -maine ja uskottavuus	-saavutettavuus -palveluympäristö
Töyry 2001; Kvist 2004; Tervo-Heikkinen 2008  Ihmisläheisen hoidon (ILH) – mittari (Taustalla Attree ja Donabedian)	-yhteistyösuhteet, yksityisyys, yhteisöllisyys ja arvostus -potilaan tunne-elämän huomioon ottaminen -potilaan fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen	-tiedon saaminen, hoitoon osallistumisen mahdollistaminen	-hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon toteuttamiselle	-
Hiidenhovi 2001.  Palvelumittari sairaalan poliklinikalle	-henkilöstön vakuuttavuus taitavuudesta -aktiivinen huomaavaisuus -tiedon välittäminen -hyvien tapojen mukainen kohtelu -joustava avullaisuus	potilaan oma osallisuus: -yksilöllisyys -asema sairaalatilanteessa -potilaan kokemus hallinnan tunne	-	-hoitoympäristön mukavuus
Kujala 2003  Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli terveyskeskukseen	-palvelun asiakaslähtöisyys	-vaikuttaminen hoitoonsa	-palvelun saatavuus -hoitoon tulo-tilanteen sujuvuus -jatkohoidon hallinta	-
Mäki 2004 Asiakas-keskeinen laatu- ja kokemys	-kohtelu	-itseään määräämis-oikeus -asiakaspalaute	-palvelun saatavuus	-hoitoympäristön rakenne
Sofaer & Firminger 2005  Käsitteellinen malli potilaan laatu- ja kehityksen kehittymisestä	-potilas-keskeinen hoito -sosiaaliset ja emotionaaliset vuorovaikutustaidot, tiedonanto -kohteliaisuus -tekninen osaaminen	-mukanaolo hoidossa ja päätöksenteossa	-saatavuus, hoitoon pääsy -hoidon ja organisaation tehokkuus	-rakenteet ja laitteet

nan ammattitaito, ominaisuudet ja toiminta, 2) asiakkaan ominaisuudet, hoitoon osallistumisen mahdollisuus, 3) palveluyksikön toiminnalliset ominaisuudet, palveluprosessin sujuvuus ja palvelun vaikuttavuus sekä 4) palveluyksikön sijainti ja fyysiset ominaisuudet.

Tutkimuksessani asiakkaiden kokemuksia laadusta mitataan päivystyspalveluissa. Seuraavassa luvussa tarkastelen ensin päivystyspalveluihin liittyviä erityispiirteitä ja sen jälkeen päivystyksessä tehtyjä tutkimuksia.

### **3.4 PÄIVYSTYSPALVELUJEN ERITYISPIIRTEET JA LAATU**

#### **3.4.1 Päivystyspalvelujen erityispiirteet**

Päivystys käsitteenä ja päivystystä säätelevät lait, asetukset ja suositukset

Päivystyspalvelut ovat keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmäkokonaisuutta. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisussa Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011 (Reissell ym. 2012, 5; 25.) päivystys määritellään seuraavasti:

"Päivystys on käsite, joka viittaa joko päivystyshoidon tarpeeseen tai palvelua (päivystyshoitoa) tuottavaan paikkaan. Jälkimmäisessä tapauksessa päivystys voi sisältää useita erillisiäkin toimintoja, jotka sairaalan sisäisessä organisaatiossa kuuluvat päivystykseen hallinnollisesti."

Päivystyshoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa, joka on yleensä alle 24 tunnin kuluessa annettavaa hoitoa. Luonteenomaista päivystyshoidolle on se, että sitä ei voi siirtää ajallisesti eteenpäin ilman oireiden tai vamman pahentumista. Päivystyspalveluita on oltava tarjolla kaikkina vuorokauden aikoina. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 20; Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 22.)

Päivystyshoito on kiireellistä hoitoa, jota Terveydenhuoltolaki vuodelta 2010 säätelee. Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Päivystystä toteuttavassa yksikössä on oltava riittävät voimavarat ja osaaminen, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Päivystyspisteistä ja niiden työnjaosta on sovittava terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa ja erikoissairaanhoidon osalta erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet sekä väestön palvelutarve. Kiireellinen sairaanhoito, mukaan lukien kii-



reellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito, päihdehoito ja psykososiaalinen tuki, on annettava potilaalle hänen asuinpaikastaan riippumatta. (Terveydenhuoltolaki, 30.12.2010/1326, 50 §.) Tästä aiheutuu haasteita organisaatioiden tietojärjestelmille, jotta tarvittavat esitiedot olisivat käytettävissä hoitoa antavassa yksikössä (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 24).

Vuonna 2010 Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi yhtenäiset päivystyshoidon perusteet, jossa päivystyshoidon tavoitteeksi on määritelty päivystyshoidon tarpeen tunnistaminen. Lisäksi tavoitteena on päivystyspotilaiden yhdenvertainen hoitoon pääsy ja hoito, päivystyshoidon korkealaatuisuus, oikea-aikaisuus ja vaikuttavuus sekä riittävän asiantuntemuksen ja riittävien voimavarojen tarkoituksenmukainen kohdentaminen päivystystoimintaan. Päivystystoiminnassa perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, ensihoitopalvelujen ja sosiaalitoimen yhteistyö tulee kehittää saumattomaksi. Asiakkaat toivovat hoidon päivystyksessä olevan ammattitaitoista ja toiminnan ja tiedonkulun sujuvaa (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 20; 40).

Edellä mainitussa julkaisussa on kuvattu päivystyspalveluille yhtenäiset hoidon tarpeen arvioinnin, korkeatasoisen osaamisen ja potilasturvallisen toiminnan järjestämisen laatuavoitteet. Raportissa on määritelty päivystyshoitoon liittyvät käsitteet, ja se sisältää muun muassa päivystyksen järjestämisessä, osaamisessa ja koulutuksessa, kustannusten hallinnassa ja seurannassa sekä päivystyksen tietojärjestelmien kehittämisessä huomioon otettavat tavoitteet ja asiat. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) työryhmä selvitti yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja sairaanhoitopiirien kanssa sosiaali- ja terveystuollon päivystyspalvelujen kokonaiskuvaa vuonna 2011. Tähän raporttiin on koottu erityisvastuualueittain katsaus päivystyksen tilasta maassamme. Johtopäätöksenä todetaan, että päivystysjärjestelyjen koordinointi on alueellisesti hajanaisesta. Perusterveydenhuollon päivystysaikainen yhteistyö toisten yksiköiden kanssa on eri puolilla maata muotoutunut eri tavoin ja myös perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipäivystyksen yhteistoiminta on monella alueella vielä puutteellista ja kaipaa kehittämistä. Haasteena ovat myös asiakkaat, jotka tarvitsevat ns. subakuuttia hoitoa 1-3 vuorokauden sisällä oireiden alkamisesta. Tämä asiakasryhmä kuormittaa lisääntyvästi päivystyksiä paikallisten ja alueellisten hoitoprosessien selkiintymättömyyden vuoksi. (Reissell ym. 2012, 19; 129.)

Jatkumona Terveydenhuoltolaille ja edellisille raportille Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Päivystysasetuksen eli asetuksen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (Päivystysasetus 23.9.2014). Asetuksessa säädetään terveydenhuoltolain (1326/2010) 50 §:n nojalla päivystyksen järjestämisen edellytyksistä niillä

erikoisaloilla, joissa potilaiden yhdenvertaisuus, potilasturvallisuus ja päivystyspalvelujen laatu vaativat erityisiä järjestelyjä. Päivystysyksikön käytettävissä tulee olla riittävät laboratorio- ja kuvantamispalvelut. Asetuksen mukaan perusterveydenhuollon ympärivuorokautinen päivystys on pääsääntöisesti järjestettävä yhteispäivystyksenä erikoissairaanhoidon kanssa. (Päivystysasetus 23.9.2014, 1-2§; Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 17.) Käsitettä yhteispäivystys käytetään kuvaamaan ”joko useamman kunnan yhteistä perusterveydenhuollon päivystyspoli-klinikkaa tai saman katon alla olevaa perusterveydenhuollon ja erikoissai-raanhoidon päivystystä riippumatta siitä, ovatko hallinto ja resurssit yhtei-set tai erilliset” (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 66).

Keskeisin tavoite päivystysasetuksella on parantaa päivystyshoidon laatua ja potilasturvallisuutta varmistamalla riittävät resurssit ja asian-tuntemus. Päivystysasetus luo yhtenäiset kriteerit kiireelliselle hoidolle, määrittää tarkat laatuvaatimukset päivystystoiminnalle ja päivystyksessä työskenteleville ammattihenkilöille. Asetuksen toimeenpano edellyttää päivystyshoidon keskittämistä sairaaloihin, joissa päivystystoiminta täyt-tää asetuksen asettamat ehdot tai lisäinvestointeja niissä sairaaloissa, joi-den toiminta ei nykyisellään täytä asetuksen asettamia vaatimuksia. (STM Tiedote 153/2013.) Ympäri vuorokauden päivystyksen lähipalveluita tuotta-vien toimipisteiden tulee sijaita enintään noin tunnin ja harvaan asutuilla alueilla noin kahden tunnin matkan päässä potilaan kotoa (Yhtenäiset päi-vystyshoidon perusteet 2010, 13)

Säädöstausta edellyttää, että päivystysyksikössä on kaikkina vuorokau-den aikoina oltava riittävä osaaminen kiireellisen hoidon tarpeen arvioin-tiin, ohjaukseen ja neuvontaan. Finohta (2011, 1) määrittelee kiireellisyyden arvioinnin eli triagen potilaiden luokitteluksi sen mukaan, miten nopeasti heidän terveydentilansa perusteella on päästävä hoitoon. Hoidon tarve on kyettävä arvioimaan yksilöllisesti ottaen huomioon vamman vaikeu-tumisen tai sairauden pahenemisen riski. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin tekee aina laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Hoitoon ohjaus voidaan toteuttaa myös puhelinpalveluna. (Päivystysasetus 23.9.2014, 8 §; Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 17.)

Päivystystoiminnalle on ominaista asiakasmäärien ja tilanteiden yllä-tyksellisyys ja nopeatempoisen vaihtelu. Päivystyksessä voidaan hoitaa samanaikaisesti vakavasti sairastuneita ja onnettomuuksissa loukkaantu-neita potilaita sekä suuria määriä lieväoireisempia asiakkaita. Kaikki päi-vystykseen hoitoon hakeutuneet henkilöt eivät ole välittömän hoidon tar-peessa. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 23.)

Päivystykselle on tyypillistä, että hoitosuhteet ovat usein lyhyitä ja ai-nutkertaisia (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 24). Äkilliseen sairastumiseen liittyy aina huolta ja pelkoa, asiakas voi tuntea itsensä haavoittuvaksi ja stressaantuneeksi ja kokea riippuvuut-

ta muista ihmisistä. Kun asiakkaalla on päivystyshoidon tarve, hän itse saattaa kokea tilansa vakavaksi tai hengenvaaralliseksi, ja hän kokee tarvitsevänsä välitöntä lääketieteellistä hoitoa. Asiakas voi arvioida hoidon tarpeensa kiireellisemmäksi, mitä se todellisuudessa on. Samanaikaisesti asiakas ei välttämättä ymmärrä päivystyksessä käytössä olevaa kiireellisyiden arviointijärjestelmää ja hoidon toteutuksen järjestystä. Tästä voi seurata asiakkaalle tunne, että päivystyksen asiakasvirta etenee epäoikeudenmukaisesti, mikä lisää kielteistä kokemusta odotusajasta. (Kiura & Mäkelä 2012, 10.)

Asiakkaiden vaatimustaso on noussut ja myös häiriökäyttäytyminen on lisääntynyt. Päivystystilanteissa päihtymys on hyvin tavallinen ilmiö. Nämä kuormittavat päivystystoimintaa, aiheuttavat henkilöstön ja osin asiakkaiden turvallisuuteen liittyviä riskejä ja lisäävät haasteita henkilökunnan osaamiselle. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 57; Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 24)

Päivystystoiminnan onnistumiseen vaikuttaa, miten työnjako ja yhteistyö terveysasemien, eri yhteistyöviranomaisten, ensihoitopalvelun ja puhelinneuvonnan kanssa toimii sekä miten asiakkaiden jatkohoitajärjestelyt toteutuvat (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 24). Työnjaon perusteena tulee olla asiakkaiden lääketieteelliset tarpeet ja mahdollisimman suoraviivaiset hoitopolut (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 68).

## Päivystyspalvelujen työnjako, integraatio ja keskittäminen

Suomessa päivystystoiminta on jaettu perinteisesti Kansanterveystyölain (28.1.1972/ 66) ja Erikoissairaanhoitolain (1.12.1989/1062) nojalla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystykseen. Erikoissairaanhoidon päivystystoiminnasta ovat vastanneet sairaanhoitopiirit. Perusterveydenhuollon päivystystoiminta on järjestetty kuntien terveyskeskuksissa joko yhden kunnan toimintana tai useamman kunnan yhteistyönä. (Päivystystyöryhmän loppuraportti hallitukselle 2011, 8.)

Perusterveydenhuollon päivystystoiminta on jaettu virka-aikaiseen ja virka-ajan ulkopuoliseen terveyskeskuspäivystykseen. Malli on kansainvälisesti tarkasteltuna omalaatuinen, sillä Suomen ulkopuolella ei yleensä erillistä terveyskeskuspäivystystä ole, vaan varsinainen päivystys tapahtuu sairaaloissa keskitetysti. Terveyskeskuslääkärin ajanvarausvastaanotolle pääsyn vaikeuksien vuoksi asiakkaat voivat pyrkiä päivystykseen myös kiireetöntä hoitoa vaativissa terveysongelmissaan. (Kantonen 2014, 8.)

Työnjako päivystystoiminnassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä vaihtelee alueittain. Palvelun saumattomuutta ja joustavuutta on pyritty lisäämään niin, että terveyskeskukset ovat siirtäneet päivystyksen erikoissairaanhoidon yhteyteen. Tällainen ns. yhteispäivys-

tys integroi yhteen yleislääketieteen ja muiden erikoisalojen lääkäreiden palveluja. (Reissell ym. 2012, 13; 19.)

Palvelujen integrointi on ollut terveydenhuollon agendalla jo 1970-luvulta alkaen (Lyngsø, Godtfredsen, Høst & Frølich 2014, 1). Lääkäripalvelujen paikallinen tai alueellinen integraatio näyttää olevan lupaavin malli virka-ajan ulkopuolisen hoidon järjestämiseksi. Suurimpia syitä organisoida virka-ajan ulkopuoliset palvelut uudelleen ovat lääkäreiden ei-kiireellisten vaivojen ja kompleksisten terveysongelmien lisääntymisen myötä kasvanut työtaakka sekä lääkäreiden puute. Virka-ajan ulkopuolisten palvelujen organisointiin on eri maissa käytössä erilaisia malleja: 1) perhelääkärit vastaavat joko yksin tai pienessä ryhmässä omien potilaidensa hoidon tarpeesta, 2) palvelujen ulkoistaminen kaupallisille yhtiöille, 3) sairaaloiden päivystysyksiköt hoitavat kaikki terveysongelmat, 4) puhelinneuvonta ja hoidon tarpeen arviointi -keskukset, 5) virka-ajan ulkopuoliset yleislääkärikeskukset ja 6) alueelliset yleislääkäriosuuskunnat, joissa on tarjolla puhelinneuvontaa, lääkärivastaanottoa, ja joka tarjoaa myös kotikäyntejä. Englannissa, Tanskassa ja Alankomaissa virka-ajan ulkopuolinen toiminta on organisoitu osuuskuntamallin mukaan. (Grol ym. 2006.) Suomen malli liittää yhteen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksen, jolloin edellä mainituista se vastaa eniten kohtaa kolme, jossa päivystykset hoidetaan alueellisesti keskitetysti sairaaloiden päivystyspoliikkikoilla.

Duodecimin konsensuslausuman (2003, 348) mukaan terveystaloudellisuudessa keskittämällä tarkoitetaan sitä, että toimintakäytäntöjen muutoksilla, keskinäisillä sopimuksilla, ohjeilla tai määräyksillä kootaan tietyt diagnostiset palvelut, hoidot tai kuntoutus entistä harvempiin yksikköihin tai harvempien työntekijöiden tehtäväksi. Keskittäminen ei tarkoita pelkästään asiakkaiden siirtämistä hoidettavaksi toiseen paikkaan, vaan myös hoidon antajia, välineitä ja tietoja voidaan keskittää. Keskittämällä on mahdollista saada aikaan taloudellisia ja laadullisia mittakaavaetuja. Sen avulla yksiköiden kiinteitä kustannuksia voidaan jakaa mahdollisimman monen tuotetun terveystalouden osalle ja siten pienentää yksikkökustannuksia. Pyrkimyksenä on osaamisen tehokas hyödyntäminen, mikä edistää toiminnan yhdenmukaistamista ja parantaa laatua. Sama vaikutus voi olla myös monipuolisemmilla oheispalveluilla. Keskittämispäätöksiin ovat vaikuttaneet lääketieteen ja tekniikan kehitys, yhteiskunnan muutos sekä arvostusten ja vaatimustason muutokset. Myös tutkimus- ja kehittämistoiminta, hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen sekä koulutuksen järjestäminen ovat olleet keskittämisen taustalla. Terveystalouden palvelujen johtamisjärjestelmien ja osaamisen kehittyminen puolestaan lisäävät edellytyksiä yksikkökokojen kasvattamiseen.

Minna Kaarakainen (2008) on tutkinut hajauttamista valtion ja kuntien välisissä suhteissa perusterveydenhuollon kontekstissa. Kunnat ovat vastanneet perusterveydenhuollon palveluista lähes aina, mutta vuonna 1993

valtion ohjauksen muuttumisen myötä myös päätösvalta ja hallinto hajautettiin kuntiin. Kuitenkin on osoitettavissa, että kunnille tuottaa vaikeuksia selvittää palveluiden järjestämistä vastuusta. Kallion (2010, 59) mukaan kansallinen normatiivinen sääntely yhdistää kuntia, mutta niitä erottaa toisistaan erilaiset talous- ja väestötilanteet, palvelujen tuottamistavat ja niiden saatavuus sekä poliittiset voimasuhteet.

Terveystieteiden lain (30.12.2010/1326, 2 §) tarkoituksena on tukea väestön tarvitsemien palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Laissa määritetään (10 §) kunta tai kuntayhtymä velvolliseksi järjestämään palvelut lähellä asukkaita, paitsi jos alueellinen keskittäminen on perusteltua palvelujen laadun turvaamiseksi.

Terveystieteiden laissa on ollut kantavana ajatuksena tasa-arvoiset ja tasalaatuiset palvelut kaikille kansalaisille koko maassa. Kuitenkin alueelliset erot ovat selkeitä ja alueellisia kasvukeskuksia kehittävä aluepolitiikka kasvattaa eroja entisestään heikentämällä pienten ja syrjäisten kuntien asemaa. Alueellisten erojen tasaamisen tarve jakoi Kaarakaisen (2008) tutkimuksessa kunnallisten päättäjien mielipiteitä. Osa vastaajista koki, että eroja ei saisi olla ollenkaan ja osa, ettei hyvinvoinnin eroihin ole tarvetta puuttua. Syrjäisillä seuduilla asuminen koettiin omaksi valinnaksi, mistä seurauksena ovat heikommat palvelut kuin taajamissa. Palveluja keskittävää suuntausta kuvastaa näkemys, että alueellisia eroja ei tarvitse tasata. (Kaarakainen 2008, 113; 137-138; 162.) Kallion (2010) hyvinvointipalvelujärjestelmän muutokseen liittyvässä tutkimuksessa kansalaiset eivät ole lämmenneet palvelujen tehostamis- ja karsintapyrkimyksille, vaan tukevat laajaa julkista järjestelmää päättäjien vastuullisuus-, välttämättömyys- ja kilpailukykypuheista huolimatta (Kallio 2010, 97).

Päivystystoiminnassa on maassamme tapahtunut 2000-luvulla suuria muutoksia, kun päivystyspalveluja on keskitetty suurempiin yksiköihin ja alueellisia yhteispäivystysmalleja on kehitetty. Eri puolilla maata on tehty lukuisia päivystykseen liittyviä rakennus- ja kehittämishankkeita. (Päivystystyöryhmän loppuraportti hallitukselle 2011, 8.) Päivystyspalvelujen kehittämisessä tulee olla tavoitteena, että väestön tasa-arvoisuus virka-ajan ulkopuolisten palvelujen saatavuudessa ei vaarannu. Järjestelmän on myös pystyttävä vastaamaan lisääntyneeseen palvelutarpeeseen kustannusvaikuttavimmilla tavoilla. (Reissell ym. 2012, 5.) Päivystysasetuksen (2014) tiukentaessa laatuvaatimuksia seurauksena on vääjäämättä pienten päivystysyksiköiden määrän väheneminen ja palvelujen keskittyminen entistä suurempiin yksiköihin, mistä puolestaan seuraa esimerkiksi välimatkojen piteneminen osalle palvelujen käyttäjistä.

Jarmo Kanttonen (2014) on väitöskirjatyössään kuvannut kattavasti päivystysjärjestelyjä sekä kansainvälisesti että Suomessa. Tutkimuksessa on selvitetty, minkälaisia vaikutuksia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysten käyntimääriin ja eri terveydenhuollon ammattiryhmien työnjakoon on terveystieteiden päivystyksen ABCDE

-kiireellisyysluokituksella (triage), sitä tukemaan tehdyillä kehittämistoimenpiteillä ja lähipäivystyspalvelujen lopettamisella. Tutkimuksen mukaan kiireellisyysluokittelua voidaan pitää yhtenä käyttökelpoisena menetelmänä arvioitaessa asiakkaan tarvitsemaa päivystyksellistä lääkärin hoitoa. Sen avulla voitiin vähentää päivystyksen käyntejä 8–9 % ja pienentää yli 2 tuntia terveyskeskuspäivystyksessä odottaneiden potilaiden määrää. Kiireellisyysluokituksen käyttöönotto kasvatti sairaanhoitajien työmäärää, kun taas lääkäreiden työ väheni. Terveyspalvelujen työnjaon kehittämistarvetta osoittaa se, että merkittävä osa keskitetyn terveyskeskuspäivystyksen asiakkaista voitaisiin hoitaa oireiden ja terveydentilan perusteella muualla kuin päivystyksessä.

Tämän tutkimuksen lähtötilanteessa Itä-Savon alueen perusterveydenhuollon päivystys (lukuun ottamatta yöpäivystystä) toteutettiin kuntien terveyskeskuksissa tai -asemilla. Kutsun sitä hajautetuksi päivystykseksi. Lokakuussa 2004 virka-ajan ulkopuolinen, ilta- ja viikonloppupäivystys siirrettiin keskussairaalan päivystyspoliklinikan yhteyteen. Käytän siitä ja KYSin yhteispäivystyksestä nimitystä keskitetty päivystys. Yöpäivystys oli siirretty Itä-Savossa keskussairaalaan jo vuonna 1992.

## Terveyspalvelujen uudelleen organisointi asiakkaiden näkökulmasta

Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yhdistyessä asiakkaiden arvioinnit äitiys- ja lastenneuvoloiden ja lääkärin vastaanottojen laadun muutoksista olivat vähäiset ennen-jälkeen-asetelmalla tehdyssä tutkimuksessa. Terveyspalveluista tiedottamisessa, ajanvarauksen toimivuudessa, lääkärin vastaanottojen jonotus- ja odotusajoissa ja palveluyksikön psykososiaalisessa ilmapiirissä oli asiakasarviointien mukaan tapahtunut lievää heikkenemistä laadussa. Lääkäreiden vastaanottojen kiireettömämpi ja perusteellisempi asioihin paneutuminen sekä vuorovaikutus ja asiakkaiden kohtelu arvioitiin yhdistymisen jälkeisessä aineistossa hienoisesti parantuneen aikaisempaan nähden. (Kivinen ym. 1998, 102.)

Kuopion kotihoidon 15 vuotta kestäneessä seurantalutkimuksessa (Paljärvi 2012, 87) muutokset laadussa olivat vähäiset. Annetun ajan riittävyyden, hoidon saatavuuden ja asiakkaan ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen asiakkaat kokivat parantuneen, mutta asiointiavussa sekä asiakkaan kanssa seurustelussa ja keskustelussa palvelujen laadun koettiin heikentyneen.

Hakulinen, Lammintakanen ja Rissanen (2012, 30) ovat terveydenhuollon muutostutkimukseen 2000-luvulla liittyvässä kirjallisuuskatsauksessaan tehneet havainnon, että palvelujärjestelmän tasolla tapahtuvan muutoksen tutkimus ja asiakasnäkökulma muutostutkimuksessa ovat olleet vähäistä, vaikka aiheet ovat olleet viime vuosina kansallisesti keskustelun keskiössä. Samoin Johanna Kallio (2010) toteaa väitöskirjatyössään, että kansalaisten asennoitumisesta kunnallisen palvelujärjestelmän nykyi-



seen muutoskehitykseen on vain vähän tutkittua tietoa etenkin ajallisen vertailun näkökulmasta. Myös organisaatioiden yhdistymistä tutkinut Taskinen (2005, 44) on todennut, että asiakasnäkökulmaa yhdistymiseen ja yhdistymisen vaikutuksia palvelujen ja hoidon laatuun ei ole tutkittu lähes ollenkaan. Sairaalaa muutosten ristipaineessa tutkinut Wiili-Peltola (2005) toteaa, että sairaaloiden lääkäri- ja hoitajaprofessiot tuntevat, että joutessaan ottamaan huomioon taloudellisia tekijöitä ja toteuttamaan potilaisiin liittyvää priorisointia, he ovat menettäneet asemaansa ja autonomiaansa yksittäisten potilaiden puolustajina.

Junnilan (2008) tutkimuksessa ”Toimiiko terveydenhuoltoalue?” oli pienessä roolissa asukkaiden tyytyväisyys terveydenhuoltopalveluja kohtaan ennen ja jälkeen terveydenhuoltoalueen muodostamista. Asukkaiden antama kouluarvosana oli kolme (3) vuotta muutoksen jälkeen tilastollisesti erittäin merkitsevästi heikompi verrattuna arvosanaan ennen muutosta. Tuolloin myös avovastauksissa kommentoitiin kriittisesti palvelujen laatua, erityisesti huonoa tai välinpitämätöntä kohtelua, ”keikkalääkäreiden” toimintaa ja lääkäreiden osaamista. Lääkäripalvelujen keskittämisen haittoiksi nimettiin hankala saavutettavuus, pitkät välimatkat ja autottomuus. (Junnila 2008, 174-175.)

Kuten edellä luvuissa 3.2.3 ja 3.3.3 olen kuvannut, palvelun laatu tutkimus on ollut sekä kansallisesti että kansainvälisesti runsasta ja monipuolista. Päivystyspalvelujen laadun tutkimus on maassamme ollut niukkaa ja asiakkaan näkökulmasta palvelujen keskittämiseen liittyvä tutkimus samoin. Usealle vuodelle ulottuva tutkimukseni asiakkaiden laatuksista päivystyspalveluja keskitettäessä on tutkimusasetelmaltaan sellainen, jota ei maassamme ole aikaisemmin tehty. Päivystyspalvelujen laadusta on tehty kansallisia suosituksia ja siitä on olemassa kansainvälisestä tutkimusta erilaisilla asetelmilla. Kuvaan seuraavassa luvussa suositusten sisältöä ja tutkimusten tuloksia.

### **3.4.2 Päivystyspalvelujen laatu asiakkaiden arvioimana**

Päivystystoiminnan laatua voidaan tarkastella asiakkaan kokeman palvelun laadun ja väestön tyytyväisyyden lisäksi esimerkiksi hoidon oikean kohdentamisen, hoidon tuottaman terveyshyödyn, potilasturvallisuuden, päivystysprosessin ja kustannusten näkökulmasta (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 35). Laatu saa erilaisia ominaisuuksia sen mukaan, kuka laatua arvioi. Laatu tulisikin mitata moniulotteisesti asiakkaan tai potilaan, hänen läheisensä, terveydenhuollon ammattilaisen, muiden hoitoon osallistuvien sekä esimiesten ja johtajien arvioimana. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 10.) Päivystystoiminnan laadun kehittämisessä johtamisen merkitys korostuu. Päivystyspalveluita keskitettäessä on tärkeää selkiyttää ja vastuuttaa päivystystoiminnan johtajuutta sekä alueellisesti että organisaation sisällä. Laadun perustana on selkeä johtamisjärjestelmä ja johtajuus. (Yhtenäiset päivystyshoidon pe-

rusteet 2010, 36.) Tässä tutkimuksessa keskityn päivystyspalvelujen laadun asiakasnäkökulmaan.

Keskitetyn palvelutuotannon etuja ja haittoja voidaan tarkastella laadun kolmen osatekijän avulla eli ammatillisen osaamisen, toiminnan ja potilaan kokeman laadun avulla. Ammatillisen laadun näkökulmasta keskitetyissä palveluissa on helpompi ylläpitää ammattitaitoa ja hyödyntää eri asiantuntijoiden tukea. Palveluiden sijoittaminen samaan rakennukseen helpottaa myös tiimityötä ja konsultaatioita. Toiminnan laadun kannalta keskitetyn palvelutuotannon teoreettisena etuna on toimintaprosessien helpompi hallintaa, ja toimintakäytäntöjä on vaivattomampaa yhtenäistää. Myös palveluyksiköjä, kuten laboratorio ja kuvantaminen, voidaan hyödyntää. Potilaan kokeman laadun osalta keskitetyssä palveluissa on mahdollista tarjota helpommin asiakkaan tarpeita vastaava asiantuntemus, mutta haittoina ovat pitkät välimatkat ja lisääntyvä ajantarve. Iso organisaatio voi olla asiakkaalle palveluympäristönä vieras, jopa pelottava. Organisaation koon kasvaessa myös persoonattoman palvelun vaara lisääntyy. (Duodecim 2003, 351–352.)

Finohtan (Finnish Office for Health Technology Assessment) arviointiselosteessa ”päivystysvastaanotot potilaiden näkökulmasta” (Kiura & Mäkelä 2012, 4; 11) on nimetty seitsemän (7) päivystyspotilaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä selittävää tekijää: odotusajat, viestintä, potilaiden käsitykset henkilökunnan käytännön taidoista, taudin vaikutukset, kiireellisyysluokitus, fyysinen ympäristö sekä omaisten tai läheisten läsnäolo. Tekijät, joilla ei ollut merkitystä kokemuksiin, liittyivät potilaan taustaan, kuten sukupuoli, siviilisääty, sairauden kroonisuus tai aikaisemmat käynnit päivystyksessä. Ulkoisilla tekijöillä, esimerkiksi käynnin sijoittuminen eri viikonpäiville tai eri vuorokaudenaikoihin, ei todettu yhteyttä potilastyytyväisyyteen. Myöskään päivystyspisteeseen liittyvillä tekijöillä kuten päivystykseen saapumisen kulkuväline, tilanne sisäänkirjautuessa tai päivystyspisteen päivittäinen tai vuotuinen potilasvolyyymi, ei ollut tutkimuskatsauksessa yhteyttä potilastyytyväisyyteen.

Tutkimustulosten mukaan henkilöstön ja asiakkaan välinen vuorovaikutus, viestintä ja tiedonanto vaikuttivat merkittävästi asiakkaiden kokemuksiin päivystyksessä. Myös henkilökunnan ihmissuhdetaidot, käytös, tyyneys, tuki, huolehtiva asenne, myötätunto, empatia ja potilaslähtöinen toiminta olivat keskeisiä palvelun laatuun vaikuttavia tekijöitä. (Mm. Watson, Marshall & Fosbinder 1999; Nairn, Whottom, Marshal, Roberts & Swann 2004; Taylor & Bengner 2004; Welch 2010; Granado de la Orden; García; Rodríguez Gijón, Rodríguez Rieiro; Sanchidrian de Blas & Rodríguez Pérez 2011; Kiura & Mäkelä 2012.) Tasapuolisuutta, huolellisuutta ja tarkkuutta, ystävällisyyttä ja kiinnostusta sekä luotettavuutta ja rehellisyyttä pidettiin tärkeimpinä hoitohenkilökunnan ominaisuuksina päivystysosastolla (Renholm & Suominen 2000, 117). Hoitajan tehtävänä oli potilaan hädän ja henkilökohtaisten tarpeiden sekä omaisten huomiointi, odotusajan arvi-



ointi ja potilaan informointi siitä (Lewis & Woodside 1992). Palvelun laatua voidaan kehittää muun muassa antamalla potilaille esitteitä ja tarjoamalla tietoa visuaalisen median keinoin siitä, miten päivystysyksikkö toimii, kehittämällä päivystyksen prosesseja suorituskyvyn parantamisen menetelmillä ja parantamalla ihmissuhdetaitoja (Boudreaux, D'Autremont, Wood & Jones 2004a, 23; Taylor & Bengner 2004, 530).

Ammatillinen osaaminen (Watson ym. 1999; Granado de la Orden ym. 2011; Kiura & Mäkelä 2012), lääkärin hoito ja hoitotyö (Boudreaux ym. 2004a), hoidon tarpeen arviointi (Lewis & Woodside, 1992), tekninen kompetenssi, kivun hoito (Welch 2010), lääkitys- ja hoitotaidot, valppaus seurata potilaiden kuntoa ja pyrkimys ymmärtää potilaiden ongelmia olivat myös päivystyspotilaiden tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Potilaiden tyytyväisyys ei edellytä kivun täydellistä poistamista, vaan että kipu on hallittavalla tasolla. Kivunlievitystä ei tarjottu kaikille kipua kokeneille. (Nairn ym. 2004, 161–162.)

Hoitoympäristö, yksityisyys, turvallisuus, siisteys, käytettävissä oleva teknologia, (Welch 2010; Kiura & Mäkelä 2012) sekä tilojen ja hoitovälineiden suunnittelu (Watson ym. 1999) korreloivat potilastyytyväisyyden kanssa. Potilasmäärien kasvu, potilaiden hoitoon tulon syyn lisääntyvä kompleksisuus, intensiivinen hoito päivystysalueella, henkilöstön, tilan ja vuodepaikkojen puute, viiveet tukipalveluissa sekä kieleen ja kulttuuriin liittyvät esteet vaikuttivat potilaiden kokemuksiin päivystyspoliklinikalla (Nairn ym. 2004, 162–163). Potilaat valittivat melusaasteesta (Welch 2010, 69), kovista ja epämukavista sängyistä sekä erityisesti vanhemmat potilaat kylmyydestä ja nälästä (Gordon, Sheppard & Anaf 2010, 86). Vastajat ilmaisivat saattajien huomioimista, potilaan voinnin seuranta ja avunsaantia hoitajalta kohtaan lievää tyytymättömyyttä. Potilaiden kehittämisehdotukset parantaa hoitotyötä ensiavussa liittyivät henkilökunnan määrän lisäämiseen kiireisinä aikoina, asenteen parantamiseen, parempaan seurantaan hoidon aikana ja parempaan tiedonkulkuun. (Lewis & Woodside 1992.)

Yksi keskeinen tekijä, joka vaikuttaa asiakkaiden kokemuksiin päivystyspoliklinikalla, on odotusaika, sekä koettuna että todellisena, kuten myös sekä psyykkisenä että fyysisenä kokemuksena. Useiden tutkimusten mukaan pitkä odotusaika ja tietämättömyys odotuksen kestosta ja syystä heikensivät palvelun laadun kokemusta ja tyytyväisyyttä hoitoon. (Mm. Mallet & Woolwich 1990; Lewis & Woodside 1992; Watson ym. 1999; Aragon & Gesell 2003; Pellikka ym. 2003; Taylor & Bengner 2004; Nairn ym. 2004; Boudreaux ym. 2006; Welch 2010; Kiura & Mäkelä 2012.) Kuopion yliopistollisen sairaalan yhteispäivystyksessä tehdyssä toimintatutkimuksessa (Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi, Kaukonen & Kumpusalo 2003) 72 % odotusaikaa kommentoineista (n=193) piti odotusaikaa liian pitkänä.

Odotusaika on usein riippuvainen hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista. Asiakkaat itse voivat arvioida oman terveysongelmansa kiireellisemmäksi kuin se ammattihenkilön arvioimana on. Näin ollen he voivat

kokea päivystyksen potilasvirran etenemisessä epäoikeudenmukaisuutta. Asiakas kokee odotusajan hyväksyttävänä, jos lääkäri arvioi hänen tilansa 30 minuutin kuluessa saapumisesta. Odotustiloissa olevien TV:n, lehtien, tietokoneyhteyksien ja näyttöruututiedotteiden avulla voidaan koettua odotusaikaa lyhentää. (Kiura & Mäkelä 2012.)

Finohthan (2011, 1-2) arviointiselosteessa todetaan, että yksinkertaisimmille tai lievimmille tapauksille suunniteltu ohituskaista (fast track) lyhentää asiakkaiden odotusaikaa vastaanotolle sekä päivystyksessä kulutettua kokonaisaikaa. Sama vaikutus on, kun päivystyksessä on käytössä tietyille potilasryhmille suunniteltuja hoitopolkuja tai eri ammattiryhmien edustajista koostuvan hoitotiimin tekemä tiimitriage. Tiimitriagella voidaan myös vähentää sellaisten asiakkaiden määrää, jotka lähtevät pois päivystyksestä ennen tilan arviointia ja hoidon saamista. Tieteellistä näyttöä on myös sille, että valikoitujen laboratorionäytteiden ottaminen ja tutkiminen vastaanotolla (ns. vierianalytiikka) lyhentää asiakkaiden päivystyksessä viettämää aikaa. Samoin käy, jos sairaanhoitaja lääkärin sijaan kirjoittaa lähetteen tiettyihin radiologisiin tutkimuksiin.

Asiakkaan ja potilaan kokemasta palvelun laadusta ja potilastyytyväisyydestä päivystysyksikössä olen koonnut tutkimustietoa liitetaulukoon 3.

## **3.5 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA**

### **3.5.1 Laadun käsitteellistämisen historia**

Tuotteen ja palvelun laatu ovat olleet merkityksellisiä jo vaihdantatalouden aikana, mutta laadun suunnitelmallinen kehittäminen alkoi 1800-luvun lopulla ja voimistui erityisesti teollisen vallankumouksen myötä 1900-luvun alkupuoliskolla. Siinä vaiheessa huomion keskipisteenä oli tuotteisiin liittyvä laatu. Tuotelaadun kehittämisestä edettiin ajan kuluessa tuoteprosessin laatuun ja laadunvalvontaan, ja kehittämisen systemaattisuus kasvoi samalla. Laatu-käsitteen määrittely oli vielä kovin yleisluontoista, mutta kuitenkin jo asiakkaan näkemyksen huomioon ottavaa; ”asiakkaan nykyisten ja tulevien tarpeiden täyttämistä laadun avulla” (Deming) tai ”laatu on soveltuvuutta käyttötarkoitukseen” (Juran).

Laatujohtamisen kehittyminen 1940-luvulta alkaen toi laadun määrittelyyn yhtä aikaa kokonaisvaltaisuutta ja hienojakoisuutta, laatua alettiin määrittellä eri näkökulmista, kun samalla painotettiin laadun olevan kaikkien yhteinen asia, johon johdon on oltava sitoutunut täydellisesti, ja jossa keskeisessä roolissa on asiakkaan näkökulma. Eri tutkijoiden mukaisesti laatu sai erilaisia näkökulmia, mutta tässä vaiheessa näkökulmat olivat vielä vahvasti teolliseen tuotteen valmistusprosessiin painottuneita, kuten valmistus-, tuote-, arvo-, kilpailu-, asiakas- ja yhteiskuntakeskeinen laatu-näkökulmat (TQM, Lillrank).

Näkökulmaperusteinen laatuajattelu laajeni myös laatua arvioivan tahon näkökulmiksi, joiksi useimpien tutkijoiden toimesta määriteltiin asiakas-, professionaalinen-, johtamis- ja julkinen / yhteiskunnallinen näkökulma (mm. Øvretveit). Näihin samoihin aikoihin myös palvelun ja palveluprosessin laatu nousi aikaisempaa voimakkaammin laatumäärittelyissä esille. Terveyspalveluissa laadun kehittämisen perusstrukturi jo 1960-luvulta lähtien on ollut laadun rakenne-, prosessi- ja tuloskriteerit (Donabedian 1966), joiden pohjalle esimerkiksi Suomessa kehitetty Ihmisläheisen hoidon mittari perustuu (mm. Töyry 2001).

Ajan kuluessa laatu-määritelmässä alettiin nimetä sisältöä laadun näkökulmiin käyttäen niistä nimitystä laadun ulottuvuudet tai osatekijät. Kun laadun ulottuvuuksia määriteltiin tuotelähtöisesti, korostuivat virheetömyys, kestävyys, käytettävyys -tyyppiset laatua kuvaavat ominaisuudet (mm. Juran ja Garvin). Palvelun laadun ominaisuuksissa puolestaan nousivat esille vuorovaikutukseen, ammattitaitoon, palvelualltiuteen sekä palvelujen saavutettavuuteen liittyvät ominaisuudet (mm. Parasuraman ym.). Ulottuvuuksien määrä vaihteli eri määritelmässä. Pienimmillään se oli kaksi: tekninen ja toiminnallinen laatu (Grönroos), kun taas esimerkiksi Parasuraman kollegoineen määritteli laadulle kymmenen osatekijää. Laadun ulottuvuuksien määräästä Vuorela (1988, 32) toteaa:

”Mitä vähemmän laatutekijöitä on, sitä abstraktimmaksi ne muuttuvat ja samalla vaikeammiksi arvioida. Jos taas osatekijöitä on paljon, on vaikeaa arvioida niiden suhdetta kokonaislaatuun ja osatekijöiden päällekkäisyys lisääntyy”.

Tultaessa 2000-luvulle laadusta tuli osa strategista suunnittelua. Yhteiskunnallinen arvomurros on tuonut laatuajatteluun myös ympäristövaikutusten, kestäväen kehityksen, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon painotukset. Terveysdenhuollossa lainsäädännöllä pyritään turvaamaan tasa-arvoiset ja tasalaatuiset palvelut kaikille kansalaisille koko maassa ja toteuttaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta (Terveysdenhuoltolaki 30.12.2010/ 1326; Päivystysasetus 2014).

Organisaatioiden laadun kehittäminen on jatkuvaa. Työkaluina jatkuvassa laadunparantamisessa käytetään erilaisia laatuajatteluja, kuten ISO-standardi, King'a Fund-kriteeristöjä tai Lean-ajattelua, jossa hallitsemalla prosessin vaihtelua pyritään purkamaan järjestelmän pullonkauloja, vähentämään jonoja ja lyhentämään odotusaikoja. Leaniä kohtaan on myös näyttöä sen soveltumattomuudesta julkiselle sektorille. Kritiikki kohdistuu standardoitujen prosessien kehittämiseen vahvasti sisäisten asiakkaiden ja sisäisen tehokkuuden näkökulmasta sen sijaan, että huomion keskipisteessä olisi ulkoinen tehokkuus ja ulkoinen loppukäyttäjä tarpeineen (Radnor & Osborne 2013, 274-278).

Markkinointitieteen palvelulähtöinen ajattelu (mm. Vargo & Lusch 2004a; 2004b) sitoo asiakkaan vahvasti osalliseksi vuorovaikutteisiin palvelun tuotantoprosesseihin resurssina, kuluttajana ja arvon tuottajana yhdessä palveluntarjoajan kanssa. Asiakkaan saama arvo nähdään syntyvän palveluprosessin tuloksena. Näin ollen prosessilla on ratkaiseva merkitys palvelukokemukseen. Prosessista hyödynsaaja määrittelee arvon aina yksilöllisesti ja kokemuksellisesti. Onnistuakseen Lean-mallin soveltaminen edellyttää ammattilaisilta ymmärrystä, että heidän ammatillista tietämystään voidaan hyödyntää täysipainoisesti ainoastaan siten, että tämä tieto jaetaan loppukäyttäjien kanssa ja yhteistyössä heidän kanssaan luodaan lisäarvoa heidän elämäänsä (Radnor & Osborne 2013, 282).

Merkille pantavaa laadun määritelmässä on asiakaslähtöisyys. Asiakas on ollut määritelmien keskiössä niiden alusta alkaen. Asiakasnäkökulma tulee esille yhtäläillä markkinalähtöisissä kuin johtamisenkin laatuteorioissa. Tämä vahvistaa oman näkökulmani valintaa: terveystaloutta tuotetaan asiakkaiden tarpeita varten, jolloin heidän kokemuksensa tutkiminen on välttämätöntä, jotta ymmärrämme, vastaavatko palvelut lainkaan niihin kohdistuneita odotuksia. Olen koonnut taulukkoon 7 katsauksen laatu-määritelmien kehittymisestä 1900-luvun alusta 2000-luvulle. Taulukko on jatkoa edellä, taulukossa 1 kuvaamalla laadun kehityskululle vaihdantataloudesta 2000-luvulle. Taulukoihin on koottu vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni.

### **3.5.2 Palvelun laadun ulottuvuudet**

Aiheeseen liittyvän esiyymmärrykseni, historiakatsauksen ja aikaisempien teorioiden ja tutkimusten pohjalta olen nimennyt asiakkaan kokemuksen perustella arvioiman palvelun laadun ulottuvuuksiksi: 1) henkilökunnan ammattitaito, ominaisuudet ja toiminta palvelutilanteessa, 2) asiakkaan odotukset, ominaisuudet, hoitoon osallistumisen mahdollisuudet, 3) palveluyksikön maine, toiminnalliset ominaisuudet, palveluprosessin sujuvuus, palvelun vaikuttavuus sekä 4) palveluyksikön sijainti ja fyysiset ominaisuudet. Näiden ulottuvuuksien sisällölliset ominaisuudet olen koonnut taulukkoon 8. Taulukko on samalla koonti tutkimuksen teoreettisesta koetun palvelun laadun viitekehuksesta.

**Taulukko 7: Laatumäärittelmien kehittyminen ajan kuluessa**

Laadun yleisluonteinen määrittely	Näkökulma-perustainen laadun määrittely	Laadun arvioinnin näkökulmiin perustuva määrittely	Laadun ulottuvuuksiin perustuva laadun määrittely
asian tai tuotteen - laadun objektiivinen, ihmisestä riippumaton todellisuus - laadun subjektiivinen todellisuus → havaittu lopputulos laadun objektiivisesta todellisuudesta (Shewhart)	- laadun suunnittelu - ohjaus - parantaminen (Juran) - valmistus- - tuote- - arvo- - kilpailu- - asiakas- - yhteiskuntakeskeinen laatu (TOM, Liljrank)	- potilas / asiakasnäkökulma - professionaalinen näkökulma (erikseen lääketieteen ja hoitotieteen näkökulmat) - johtamisen näkökulma (palvelun tarjoaja / tuottaja ja ostaja) - julkinen / yhteiskunnallinen näkökulma (Attree 1993) - hoidon voimavarat - prosessit - hoidon tulokset (Atree 2001)	- rakenne, - prosessi, - tulos (Donabedian) - tekninen (ammattimaisuus ja taidot), - toiminnallinen laatu (asenteet ja käyttäytyminen; saavutettavuus ja joustavuus; luotettavuus; palvelun normallisointi; palveluympäristö) - organisaatiokuva (imago) (maine ja uskottavuus) (Grönroos) - vaatimustenmukaisuus: virheettömyys, saatavuus; asiakaspalveluvalmiudet (Juran) - henkilökkunnan ammattitaito; viestintä / kommunikaatio, kohtelaisuus; responsiivisuus / palveluhaluus; palvelun saavutettavuus; palvelun luotettavuus; uskottavuus; turvallisuus; asiakastuntemus; fyysiset / aineelliset tekijät (Parasuraman, Zeithami, Berry) - suorituskyky; ominaisuudet: luotettavuus; vaatimustenmukaisuus; kestävyys; käytettävyy; esteettisyys; koettu laatu (Garvin) - korkealuokkaisuus; erinomaisuus; johdonmukaisuus; toiminnan tarkoituksenmukaisuus; rahan vastine; toiminnan muutos; moraalinen palomäärä (Ursin) Donabedian (1986), Grönroos (1982), Juran (1989), Parasuraman, Zeithami, Berry (1985, 1988), Garvin (1987, 1988), Ursin (2007)
- soveltuvuus käyttötarkoitukseen (Juran)	- transcendenttinen - tuotelähtöinen - käyttäjälähtöinen - tuotantolähtöinen - arvokeskeinen laatu (Garvin) - asiakas- - suunnittelu- - yhteiskunta- ja systeemi- - tuotantokeskeinen laatu (Mäki)	- asiakkaan laatu (koettu laatu) - ammatillinen laatu - johtamisen / palvelujärjestelmän laatu (Øvretveit) - asiakas - asiantuntija (työntekijä/henkilöstö) - johto (esimiestaso -hallinnollinen johto) - dokumentit (asiakirjat, tilastot, tutkimustieto) (Sinkkonen ym.)	
Shewhart (1931) Deming (1940)	TOM 1950- >, Juran (1989), Garvin (1987) Liljrank (1990), Mäki (2004)	Attree (1993; 2001), Øvretveit (1992, 1998) Sinkkonen, Sohlerberg, Kinnunen, Laitinen & Rissanen (1992)	

**Taulukko 8: Palvelun laadun ulottuvuudet ja niihin liittyvät sisällölliset ominaisuudet asiakasnäkökulmasta**

Henkilökunnan ammattitaito, ominaisuudet ja toiminta palvelutilanteessa	Asiakkaan odotukset, ominaisuudet, hoitoon osallistumisen mahdollisuus, kokemus	Palveluyksikön maine, toiminnalliset ominaisuudet, palveluprosessin sujuvuus, palvelun vaikuttavuus	Palveluyksikön sijainti ja fyysiset ominaisuudet
<ul style="list-style-type: none"> <li>- arvot</li> <li>- asenteelliset, tiedolliset ja taidolliset valmiudet</li> <li>- ammatillisuus ja pätevyys</li> <li>- koulutus ja työkokemus</li> <li>- kohtelu, arvostaminen, ystävällisyys</li> <li>- yhteistyö-osaaminen / -suhteet, henkilökunnan keskinäinen yhteistyö</li> <li>- viestintä, kommunikaatio, keskustelu, kuuntelu</li> <li>- tiedon välittäminen</li> <li>- palveluhalukkuus, palvelun asiakaslähtöisyys: <ul style="list-style-type: none"> <li>- kiinnostus asiakkaan asioita kohtaan, aktiivinen huomaavaisuus, asiakkaan odotuksiin ja tuntemuksiin vastaaminen, avuliaisuus</li> <li>- fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen</li> <li>- psyko-sosiaalinen hoito</li> <li>- tunne-elämän huomioinnottaminen</li> </ul> </li> <li>- motivaatio</li> <li>- ikä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- terveystarpeet ja ongelmat, laatu, määrä ja vakavuus, palvelujen tärkeys</li> <li>- pitkäaikainen asiakassuhde, aikaisemmat kokemukset: mielikuva, ennakkokäsitykset, odotukset sekä käyntikerran kokemus palvelusta</li> <li>- persoonalliset ominaisuudet</li> <li>- arvot ja asenteet</li> <li>- sosiodemograafiset tekijät, sosiaaliset ja kulttuuriset normit</li> <li>- asiakkaan/potilaan asema, oma osallisuus, selviytymisstrategiat, hallinnan tunne</li> <li>- valinnanvapaus, vaikuttaminen hoitoonsa / palvelun muotoutumiseen</li> <li>- itsemääräämisoikeus</li> <li>- asiakaspalautteen hankinta ja sen vaikuttavuus</li> <li>- palveluista aiheutuvat kustannukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- imago, palvelun tarjoajan maine, yleinen mielikuva ja läheisten mielikuvat ja kokemukset</li> <li>- palveluvalikoiman laajuus</li> <li>- palvelun saatavuus ja joustavuus</li> <li>- palvelun luotettavuus, uskottavuus, turvallisuus, toimintavarmuus; nopea odottamattoman tilanteen normalisointi</li> <li>- johtaminen, työn organisointi, tiedotus palveluista</li> <li>- hoitoprosessin sujuva eteneminen</li> <li>- tulotilanteen sujuvuus</li> <li>- odotusaika</li> <li>- jatkohoidon hallinta</li> <li>- asiakastuntemus</li> <li>- ilmapiiri, työpaine, kiire</li> <li>- palvelun vaikuttavuus, terveyshyöty, arvo; lisäarvo asiakkaalle</li> <li>- tuote, hinta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- palvelun tarpeet</li> <li>- palvelun saavutettavuus</li> <li>- voimavarat</li> <li>- aineelliset tekijät</li> <li>- palveluyksikön hoito- / fyysinen ympäristö, asianmukaiset tilat, yksityisyys, välineet, ajantasaiset tietotekniset välineet</li> <li>- yhteistyö muihin palveluyksiköihin</li> <li>- asuinalueen ominaisuudet: <ul style="list-style-type: none"> <li>- väestön ika- ja sukupuolirakenne</li> <li>- koulutus ja työllisyystilanne</li> </ul> </li> <li>- kokonaispalvelun tarjonta alueella</li> </ul>

Tämän mallin sisältö pohjautuu vuosikymmeniä kestäneeseen laadun kansalliseen ja kansainväliseen tutkimukseen ja kehittämistyöhön. Se viitekehys (kuvio 3), jolla olen tehnyt empiirisen aineiston keruun, ei noudata tarkasti tätä mallia, koska se on tehty pääosin vuosituhannen vaihteeseen mennessä kertyneen tiedon perusteella. Uudempi tutkimustieto nostaa aikaisempaa vahvemmin esille asiakkaan valinnanvapauden, itsemääräämisoikeuden, oman osallistumisen ja vaikuttamisen hoitoonsa sekä henkilökunnan asiakaslähtöisen toiminnan palvelutilanteessa. Myös palveluprosessin sujuvuus, ajan ja inhimillisen aikakäsityksen merkitys sekä palvelun vaikuttavuus ja palvelusta saatava lisäarvo ja terveyshyöty ovat korostuneet uudemmista tutkimuksista. Kyselylomakkeeni puutteena on todettava lisäksi, että siitä puuttuu muun muassa palvelujen saavutettavuuteen, palveluyksikön sijaintiin ja fyysisiin ominaisuuksiin kohdistuvat sekä hoidon vaikuttavuutta mittaavat strukturoidut muuttujat.

# 4 Tutkimusaineistot ja menetelmät

## 4.1 TUTKIMUSORGANISAATIOIDEN KUVAUS

Itä-Savon sairaanhoitopiirin (ISSHP) maantieteellisellä alueella vuoden 2004 lokakuuhun asti perusterveydenhuollon virka-ajan ulkopuolella, arkin kello 16 ja 22 ja viikonloppuisin kello 8 ja 22 välisenä aikana päivystäviä yksiköitä oli Savonlinnan pääterveysasemalla, Kerimäen terveyskeskuksessa ja sulkavalaisten osalta Juvan terveysasemalla. Ympäristökuntien Savonrannan ja Enonkosken asukkaat käyttivät Kerimäen palveluita ja Punkaharjun ja Rantasalmen asukkaat Savonlinnan pääterveysaseman palveluita. Alueen yöaikainen päivystys oli siirtynyt jo vuonna 1992 Savonlinnan keskussairaalan päivystyspoliklinikalle. Lokakuussa 2004 edellä mainittu virka-ajan ulkopuolinen päivystys keskitettiin Savonlinnan keskussairaalan päivystyspoliklinikan yhteyteen, niin sanottuun yhteispäivystykseen. Savonlinnan ja ympäristökuntien terveysasemilla ei tämän jälkeen ole ollut ilta- eikä viikonloppupäivystystä.

Yhteispäivystyksen käynnistymistä valmistellessa tutustuttiin muun muassa Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) yhteispäivystyksen, yhdistettyyn erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystyksen toimintamalliin, joka oli aloittanut toimintansa maaliskuussa 2002. KYSissä saatuja kokemuksia käytettiin Itä-Savossa hyödyksi tulevan toiminnan suunnittelussa. Itä-Savossa haluttiin esimerkiksi välttää asiakkaiden pitkiä odotusaikoja vastaanotolle ja tämän vuoksi siellä otettiin käyttöön niin sanottu ohjeellinen ajanvaraus. Tiedotettaessa väestöä päivystyksen uudelleen järjestelyistä ohjeistettiin soittamaan puhelinneuvontaan ennen päivystykseen tuloa. Puhelinneuvonnassa kokenut sairaanhoitaja arvioi asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden ja, joko antoi ohjeellisen ajan päivystävälle lääkärille tai sairaanhoitajalle tai ohjasi asiakkaan kotikunnan vastaanotolle virka-aikana. KYSin yhteispäivystyksessä ei ollut käytössä tutkimusajankohtana puhelinneuvontaa eikä ohjeellista ajanvarausta.

Vuositasolla tutkimusorganisaatioiden asiakasmäärät poikkeavat merkittävästi toisistaan: Itä-Savon yhteispäivystyksessä käy noin 21 000 asiakasta, joista perusterveydenhuollon asiakkaita on noin 62 %, kun kävijöitä KYSin päivystyksessä on noin 68 000, joista hiukan yli puolet on perusterveydenhuollon asiakkaita.



## 4.2 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET RATKAISUT

Erilaiset ontologiset, epistemologiset ja ihmiskäsitykseen liittyvät valinnat johtavat erilaiseen metodologiaratkaisuun (Burrell & Morgan 1985, 2). Metodologia tarkoittaa sääntöjä siitä, miten jotain välineitä, metodeja käytetään päämäärän saavuttamiseksi, esimerkiksi miten ajattelen saavani luotettavaa tietoa asiakkaan palvelun laatukokemuksesta, tai miten ja millaisia käsitteitä käytän todellisuuden hahmottamiseksi, jotta saan tulokseksi tieteellistä tietoa (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 12). Edellisten lisäksi tutkimukseen liittyy oleellisesti teoreettinen ymmärtäminen, mitkä teoriat liittyvät tutkimuksen aiheeseen, mikä suhde tutkimuksella on teoriaan ja mitkä ovat tutkimuksen avainkäsitteitä. Teoria ohjaa uuden tiedon etsinnässä ja samalla jäsentää ja systematisoi kerättyä aineistoa. Vankka perusta tutkimukselle edellyttää, että valinnat näillä eri tasoilla ovat yhteensopivia. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 124; 144.)

Dikotominen, objektiivisen ja subjektiivisen tieteen traditio kahtiajako ei tee oikeutta tutkimusperinteiden monimuotoisuudelle (Heikkinen ym. 2005, 341). Kaikessa tieteellisessä tutkimuksessa on paljon yhdistäviä periaatteita, kuten pyrkimys loogiseen todisteluun ja objektiivisuuteen siinä mielessä, että tutkijat nojaavat todistelussaan havaintoaineistoihin, eivätkä subjektiivisiin mieltymyksiinsä tai omiin arvolähtökohtiinsa. Kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusotetta voidaan pitää jatkumona mieluummin kuin toisensa poissulkevinä menetelminä. (Alasuutari 1999, 32.) Yhdistämällä objektiivinen ja subjektiivinen tieteen traditio on mahdollista tuottaa sosiaalisesta todellisuudesta merkittävää tietoa uudella tavalla (ks. Raunio 1999, 107).

Tutkimusotteeni nojaa vahvasti laaja-alaiseen empiiriseen materiaaliin, jossa tiedonmuodostuksen lähteenä on järjen lisäksi kokemus tai aistihavainto (Neilimo & Näsi 1980, 34). Käytän tutkimuksessani ensisijaisesti kvantitatiivisia tiedonhankinta- ja analysointimenetelmiä. Tutkimukseni on perinteinen kyselytutkimus. Tutkimuksessani pyrin analysoimaan, kuvailemaan ja selittämään (tekninen tiedon intressi) asiakkaiden kokemuksia terveyspalvelujen laadusta. Lähestyn tutkimusilmiötäni, asiakkaan kokemaa palvelun laatua, ulkokohtaisesti tarkkailevana ja säännönmukaisuuksia etsivänä tutkijana.

Tutkimuksen tavoitteena on myös tulkita ja ymmärtää (praktinen tiedonintressi) hermeneuttisesta näkökulmasta toisaalta laatukäsitteen historiallista kehityskulkua ja toisaalta asiakkaiden ennako-odotuksia ja kokemuksia palvelujen uudelleen järjestelyn vaikutuksista palvelujen laatuun. Tätä tavoitetta lähestyn kvalitatiivisella tutkimusotteella. Laadun historia-katsaus perustuu aikaisempien teorioiden, kirjallisuuden ja tutkimusten analysoimiseen. Empiria osuudessa pyrin ymmärtämään ja tulkitsemaan sosiaalista maailmaa palvelutilanteessa läsnä olevan asiakkaan näkökulmasta, jolloin tavoitteena on kokemuksellisen todellisuuden ymmärtämi-

nen ulkoisen todellisuuden selittämisen sijasta (ks. Raunio 1999, 235). Tämä näkemys perustuu ymmärrykseen palvelun laatu –käsitteestä (tarkemmin luvussa 3). Palvelu on intersubjektiivinen tapahtuma, josta asiakas, ollessaan siinä läsnä, konstruoi tietoa ja kokemusta käyttäen sitä hyväkseen vastatessaan kyselyyni (ks. Parrila 2002, 44). Hypoteettisesti arvioin, että palvelun laadun kokemus on riippuvainen ajasta ja paikasta, joten tältä osin ideografisuus, aikaan ja paikkaan sidottu ymmärrys, kuvaa tutkimusotettani.

Aika ja paikka, eli aineistojen keruun ajankohta ja päivystyspalvelun sijainti hajautettuna kuntakeskuksissa tai keskitettynä keskussairaalassa, ovat empiirisen tutkimuksen ytimessä. Tutkimuksessani vertailen asiakkaiden kokemuksia laadusta eri ajanhetkenä ja erilaisissa päivystysmuodoissa. Tutkimusmenetelmänä vertaileva metodi etsii aikaan ja paikkaan kohdistuvia eroja ja yhtäläisyyksiä; samankaltaisuutta ja erilaisuutta olettaen, että tapaukset ovat rinnastettavissa keskenään (Salminen 2000, 28; Komu, Vuori & Rissanen 2011, 237). Tilanne, jossa tutkitaan toimintatapoja tai halutaan hahmottaa muutosta, edellyttää vertailua ja vertailun mahdollistavaa aineistoa. Vertailututkimuksen asetelman on perusteltua muistuttaa koeasetelmaa. (Ronkainen ym. 2011, 65.) Tutkimuksessani päivystyksen keskittäminen voidaan ajatella interventioiksi, jolla voi olla tai ei ole vaikutusta asiakkaiden kokemuksiin palvelun laadusta.

Vertailuasetelmassa kiinnostuksen kohteina voivat olla kahtena tai useampana ajanjaksona kerätty aineisto, erilaiset tilanteet, erilaiset ryhmät tai toimintatapojen välinen vertailu (Ronkainen ym. 2011, 65). Vertaileva tutkimukseni noudattelee seurantatutkimusasetelmaa, jossa aineiston keruu on toteutettu Itä-Savosta vuosien 2004 ja 2009 välisenä aikana sekä KYSissä vuonna 2011. Seurantatutkimuksella on tarkoitus selvittää, minkälaisiksi asiakkaat arvioivat terveyspalvelujen laadun hajautetussa päivystyksessä ennen päivystyksen keskittämistä, keskittämisen tapahduttua sekä sen vakiinnuttua käytäntöön. KYSin aineistolla halutaan saada tietoa pitkään toiminnassa olleen keskitetyn päivystyksen palvelun laadusta ja hyödynittää sitä analysoitaessa palvelukokemusta selittäviä tekijöitä eri aikoina ja erilaisissa päivystyksen toimintaympäristöissä.

Vertailututkimus liitetään yleisesti positivistiseen tutkimustraditioon. (Salminen 2000, 22; 28.) Tässä tutkimuksessa pääasiallinen menetelmällinen perusta on kvantitatiivisessa tutkimusmetodologiassa, jota täydentää kvalitatiivinen metodi.

Menetelmällisten ratkaisujen ohella tutkimuksia voidaan tyypitellä myös tutkimusstrategiaperusteisesti (Hirsjärvi ym. 2009, 132). Suomen virallinen tiedepoliittinen jaotelmä perustuu OECD:n käsikirjan määrittämään tutkimus- ja kehittämistoiminnasta. Perustutkimuksen tarkoituksena on tuottaa omaperäistä, uutta tieteellistä tietoa tutkimuskohteesta ilman ensisijaista pyrkimystä käytännöllisiin tavoitteisiin tai sovelluksiin. Soveltavalla tutkimuksella puolestaan tarkoitetaan perustutkimuksen tuloksille rakentuvaa, tiettyyn käytännön tavoitteeseen tai sovellukseen täh-

tävää tiedon tuottamista. Soveltavan tutkimuksen kysymykset perustuvat yhteiskunnassa tärkeäksi koettuihin asioihin, ja se soveltaa perustutkimuksen tuottamaa teoreettista ja kuvailevaa tietoa käytännöllisten ongelmien ratkaisemiseen. Kehittämistyö on toimintaa, jonka päämääränä on tutkimustulosten avulla saavuttaa uusia tai parannettuja tuotteita, palveluita ja tuotantovälineitä tai –menetelmiä. (Raunio 1999, 353; Niiniluoto 2002, 13; Raatikainen 2006, 99; Hirsjärvi ym. 2009, 133.) Vaikka kriitikot kyseenalaistavat tätä jakoa (Miettinen & Tuunainen 2010), katson tutkimukseni perustutkimuksena palvelevan sitä keskustelua, miten kansalaiset ja palvelutarjoajat voivat tulevaisuudessa yhdessä tuottaa entistä laadukkaampia terveyspalveluja. Soveltavaa tutkimusta edustaa mahdollisuus hyödyntää asiakaslaadusta saatua tietoa terveyspalvelujen organisoinnissa, johtamisessa ja kehittämisessä asiakaslähtöisesti (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 133).

## **4.3 TUTKIMUKSEN AINEISTOT, NIIDEN KOKOAMINEN JA KUVAUS**

### **4.3.1 Laadun historian ja aikaisempien tutkimusten tiedonhaut**

Koska väitöskirjan teko on ollut pitkällinen prosessi, olen tehnyt tiedonhakuja yliopiston kirjaston informaation avustuksella prosessin eri vaiheissa, viimeisimmän huhtikuussa 2015, saadakseni historiakatsauksen lisäksi mukaan mahdollisimman ajantasaista tietoa. Ensimmäisissä tiedonhauissa ei ollut aikarajausta, myöhemmin aikarajauksia on käytetty huomioon ottaen, että tiedonhaku jatkuu ilman katkoja ja toisaalta, että välttyttäisiin samojen viitteiden toistumiselta peräkkäisissä hauissa.

Eteneminen tiedonhaussa tapahtui yleisestä yksityiskohtaisempaan, eli alkuvaiheessa haut kohdistuivat laatuun yleensä edeten siitä terveyspalvelujen ja päivystyspalvelujen laatuun. Haut on suoritettu Web of Science-, PubMed-, Scopus, Medic- ja Melinda – tietokannoista. Hakusanoina käytettiin erilaisina yhdistelminä:

- quality (NOT "quality of life) / "quality of health care"/ "quality of health services"
- AND patient\* OR client\* OR consumer\* OR customer\* AND experience\* OR perception\* OR satisfaction
- AND emergenc\* OR accident\* OR acute OR "after-hours care" OR "out of hours" / hospitals OR "primary health care" OR "primary care" OR "health care" OR "health services" OR "general practice" OR "general practitioners" OR "family practice" OR "community health centers"
- AND central\* OR decentral\* OR local\* OR integrated.

Yhteensä laskettuna haut tuottivat tuhansia viitteitä. Kieli (englanti ja suomi), maanosa (Eurooppa ja Pohjois-Amerikka) sekä review-rajauksella määrää karsiutui 1500 viitteen tasolle. Joitakin tutkimuksia maanosarajauksen ulkopuolelta on otettu mukaan tarkempaan kuvaukseen. Sähköisten tiedonhakujen lisäksi hyödynsin Stakesin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laatua käsittelevää kotimaista kirjallisuutta – julkaisua (Savolainen, Anderssin & Harju 2004), jossa oli yli 300 viitettä. Myöhemmässä vaiheessa merkittävä tiedonlähde oli artikkelien lähdeluettelot, joita tutkimalla lähteiden määrä kasvoi lumipalloilmiön lailla.

Ensivaiheessa tein rajaukset otsikoiden, sitten abstraktien ja lopulta koko tekstin perusteella. Jäljelle jäänyt lähdeaineisto on tavattoman runsas. Lähteet ovat painettuja julkaisuja, elektronisesti luettavia kirjoja, alkuperäistutkimuksista julkaistuja tieteellisiä lehtiartikkeleita ja kirjallisuuskatsauksia. Laadun historiaan liittyvää lähdeaineistoa valitessa noudatin lähdekritiikkiä, käytin harkintaa ja valitsin mukaan ne lähteet, joista sain muodostettua kronologisen kuvan laadun ja laatuksien kehittymisestä ajan kuluessa. Tutkimusartikkeleita valitessani vaatimuksena oli asiakasnäkökulma laatuun tai potilastyytyväisyyteen. Kliiniset, johonkin tiettyyn erikoisalaan, sairauteen, vaivaan tai oireeseen liittyvät laatu tutkimukset jätin rajauksen ulkopuolelle. Myös tutkimuksiin, joissa oli pienet otokset suhtauduin kriittisesti. Myönteisesti suhtauduin meta-analyysihin ja systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin.

Hajautettujen tai keskitettyjen terveyspalvelujen aikaisempi laatu tutkimus osoittautui niukaksi ja päivystyspalvelujen kohdalla olemattomaksi. Integroiduista palveluista oli käytettävissä kansainvälistä tutkimusta, joka suurelta osin kohdistui integraatioon käsitteenä, integraation tapoihin ja sosiaali- ja terveyspalvelujen integrointiin, ja vähäisessä määrin myös päivystyksen toimintaympäristöön. Haasteena tässä tiedonhaussa oli selvästi se, että Suomen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysmalli poikkeaa huomattavasti muiden maiden päivystysjärjestelyistä (ks. myös Kantonen 2014).

Yhteenvedoni aikaisemmasta tutkimuksesta ei ole tyhjentävä, mutta tutkimukseni kannalta kattava. Taulukossa 4 on koottu 67 suomalaista laatu tutkimusta ja niistä on 57 jaoteltu näkökulmaperusteisesti taulukossa 5. Liitetäulukoon 1 olen koonnut 31 kotimaista terveyspalvelujen laatu tutkimusta vuosilta 1970–2015 ja liitetäulukoon 2 yhteensä 21 kansainvälistä tai kansainvälisissä tieteellisissä lehdissä julkaistua kotimaista tutkimusta vuosilta 1975–2014. Yhteensä 25 päivystyspalvelujen asiakaslähtöistä laatu tutkimusta vuosilta 1990–2012 olen kuvannut liitetäulukossa 3. Kahta lukuun ottamatta nämä on tehty Suomen rajojen ulkopuolella.

### 4.3.2 Empiirisen aineiston hankinta

Tutkimus on tyypillinen kysely- eli survey-tutkimus. Kyselylomake on laadittu ja esitettävä vuonna 2004 Suomen Akatemian Terveydenhuollon (TERTTU) tutkimusohjelmaan kuuluneessa Henkilöstövoimavarojen johtamisen innovaatiot (HumanRe, Kivinen 2008) tutkimusprojektissa Kuopion yliopiston terveyshallinnon ja – talouden laitoksella. Sen teoreettinen jäsenitys pohjautuu kahteen Kuopion yliopiston pitkäkestoiseen terveyspalvelujen laadun tutkimus- ja kehittämishankkeeseen. Lomake on laadittu Jyväskylän seudun terveystieteiden keskuksen, Ylivieskan terveydenhuollon kuntayhtymän ja Saarijärvi-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymän toimeksiantona vastaanotto toiminnan asiakaskyselyyn. Eija Peltonen (2009) on väitöskirjatyössään käyttänyt osittain samaa mittaria tutkiessaan lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityötä vastaanottojen toimintamalleina. Lomake on nimeltään Kysely terveyspalveluiden laadusta (liitteet 1-3). Asiakkaita pyydettiin vastaamaan jokaiseen kysymykseen heidän viimeisimmän päivystyskäyntinsä kokemusten perusteella.

Kyselylomakkeen teoreettinen perusta on johdettu kahdesta tutkimusperinteestä: julkisten palvelujen tutkimuksesta ja palvelujen laatuun kohdistuneesta liiketaloustieteellisestä markkinatutkimuksesta. Aikaisempien empiiristen tutkimusten tulokset täydentävät teoriaperustaa. Lomakkeen kysymykset pohjautuvat aikaisemman teoria- ja tutkimustiedon lisäksi asiantuntija-arvioiteihin. (ks. Sinkkonen ym. 1993, 5-6.) Olen tutkijana osallistunut kysymysten muotoiluun ja lomakkeen viimeistelyyn. Kyselylomakkeen käyttöoikeus on ostettu vuonna 2004 Itä-Savon sairaanhoitopiirille. Saman lomakkeen käyttöön Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) keuhkolla 2011 on saatu suullinen lupa Itä-Suomen yliopiston yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunnan dekaanilta sekä sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksen johtajalta.

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 35 kysymystä ja se oli 8 sivun pituinen. Lomakkeen kysymykset oli ryhmitelty seuraavasti: vastaajien taustatiedot, terveyspalvelujen käyttö, ennakkokäsitys palveluyksiköstä, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, palvelujen toimivuus ja luotettavuus, lääkärin ja hoitajan tehtävien siirto ja työnjako, vuorovaikutus ja asiakkaiden kohtelu, asiakkaan kokemus palvelutapahtumasta, halukkuus käyttää tulevaisuudessa ko. palveluyksikköä ja luottamus palveluyksikköön. Lomakkeen lopussa oli avoimia kysymyksiä, joilla asiakkailta kerättiin palautetta ja kehittämisehdotuksia palvelujen toiminnasta. En tutkimuksessani analysoin enkä raportoi lääkärin ja hoitajan tehtävien siirtoon ja työnjakoon liittyvää kysymystä 24, jossa oli 12 väittämää.

Kyselylomakkeessa on käytetty Likert-tyyppistä asteikkoa sekä semanttinen differentiaali -adjektiivipareja, joissa pienin arvo (1) edusti positiivisinta arviota. Kyselylomakkeen lopussa vastaajat arvioivat kokemustaan palvelutapahtumasta kysymyksellä: ”Millaisen kouluarvosanan (4-10) antaisitte tämänkertaisesta palvelukokemuksesta?”. Tätä muuttujaa olen käyt-

tänyt selitettävänä muuttujana kuvaamaan vastaajan kokemusta palvelun kokonaislaadusta kyseisellä päivystysvastaanottokäynnillä. Strukturoidun kyselylomakkeen lopussa olleiden avointen kysymysten osalta käytän sisällön analyysia laadullisena tutkimusmenetelmänä. Avoimilla kysymyksillä on laadun arviointia pyritty laajentamaan siten, että se kuvaisi suuremmin sekä asiakkaiden hyväksi kokemaa palvelun laatua että asiakkaiden kokemia puutteita ja kehittämistarpeita sekä parannusehdotuksia niihin (ks. Lumijärvi 1994, 21).

Tutkimusaineistojen keruu toteutettiin jokaisessa aineistonkeruussa satunnaisesti valitulla täydellä viikolla, joilla ei ollut esimerkiksi arki-  
pyhiä tai muuta yksiköiden kannalta normaalista poikkeavaa toimintaa. Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoituivat kaikki kyseisinä ajanjaksoina terveysasemilla tai keskitetyssä päivystyksessä käyneet perusterveydenhuollon päivystysasiakkaat. Taulukossa 9 on kuvattu aineistojen keruuseen liittyvät tiedot. Ensimmäisessä ja viidennessä aineistonkeruussa kyselylomakkeet jaettiin kyseisellä viikolla kaikille terveysasemien vastaanotolla käyneille asiakkaille, siis myös ajanvarausvastaanotolla käyneille, mutta väitöskirjassani käsittelen vain päivystysasiakkaiden aineistoja. Ensimmäisen aineistonkeruun aikaan päivystys toimi terveysasemilla joka päivä klo 8-22 ja viidennessä aineistossa virka-aikana. Näiden aineistojen kohdalla vastaajien osuus on laskettu kaikkien kyselylomakkeen saaneiden kokonaismäärästä, koska päivystysvastaanotolla käyneiden ja lomakkeen saaneiden määrä ei ole tiedossa. Taulukon 9 oikean puoleisin sarake osoittaa, montako palautuneista lomakkeista on päivystysasiakkailta ja siten mukana tutkimuksessa. Virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen keskittäminen Itä-Savossa tapahtui ensimmäisen ja toisen aineiston keruun välissä 4.10.2004. Tätä keskittämistä tulkitseen interventiona, jonka vaikutuksia asiakkaiden kokemuksiin palvelun laadusta tutkimuksessani analysoin. KYSin päivystyksessä kyselylomakkeet jaettiin kaikille, siis myös erikoissairaanhoidon päivystyksessä kävijöille.

*Taulukko 9: Aineistot, onko kyseessä hajautettu vai keskitetty päivystys, milloin ja mistä kerätty sekä aineistojen suuruudet ja vastausprosentit*

Aineisto	Päivystyksen luonne	Ajankohta	Missä aineisto kerätty	Yhteensä jaetut lomakkeet	Yhteensä palautetut	Vastausprosentti	Tutkimuksessa mukana N
Aineisto 1	Hajautettu klo 8-22 (ma-su)	Syyskuu 2004	Itä-Savo	700	349	50	142
Aineisto 2	Keskitetty klo 16-22 (ma-pe) klo 8-22 (la-su)	Marraskuu 2004	Itä-Savo	500	178	36	178
Aineisto 3	Keskitetty klo 16-22 (ma-pe) klo 8-22 (la-su)	Helmikuu 2006	Itä-Savo	500	181	36	181
Aineisto 4	Keskitetty klo 16-22 (ma-pe) klo 8-22 (la-su)	Maaliskuu 2009	Itä-Savo	300	117	39	117
Aineisto 5	Hajautettu klo 8-16 (ma-pe)	Maaliskuu 2009	Itä-Savo	567	224	40	75
Aineisto 6	Keskitetty klo 00-24; 24 / 7 (ma-su)	Toukokuu 2011	KYS	700	156	22	156

Henkilökunta huolehti tutkimuksesta informoimisesta ja kyselylomakkeiden jakamisesta asiakkaille. Kävin jokaisessa yksikössä ennen aineistonkeruuta perehdyttämässä henkilökunnan tutkimukseen ja lomakkeiden jakoon etukäteen. Lomakkeen antamisen edellytys oli, että asiakas oli halukas osallistumaan tutkimukseen ja ymmärsi tutkimukseen liittyvän informoinnin. Alle 15-vuotiaiden lasten osalta vastaajana toimi saattaja. Myös vaikeasta muistisairaudesta kärsivän kohdalla lomake oli mahdollista antaa saattajan täytettäväksi. Henkilölle, joka päivystykseen tullessa oli tajuton tai sedatoitu, ei kyselylomaketta annettu. Kyselyyn vastattiin nimettömänä vastaanottokäynnin jälkeen. Kyselylomakkeet palautettiin tutkijalle valmiiksi maksetussa palautuskuoressa postitse kahden viikon kuluessa vastaanotolla käynnistä. Uusintakyselyä ei ollut mahdollista tehdä, koska kyselylomakkeisiin ei liitetty asiakkaiden tunnistetietoja.

#### 4.3.3 Kato

Vastausprosentit vaihtelivat 22–50 välillä ollen matalin KYSin aineistossa. Itä-Savon keskitetyn päivystyksen kaikissa aineistoissa vastausprosentit olivat samaa suuruusluokkaa 36–39 %. Verrattuna organisaatioista saamiini todellisiin käyntitilastoihin naispuolisten vastaajien osuus oli jokaisessa aineistossa suurempi kuin naisasiakkaiden osuus. Vastaajista naisia oli aineistosta riippuen 67–73 %, kun todellisuudessa naisasiakkaiden osuus oli suuruusluokkaa 50–57 %.

Aineistossani joidenkin muuttujien kohdalla puuttuvien tietojen määrä on runsas. Arvion mukaan puuttuvat tiedot johtuvat siitä, että vastaaja on jättänyt vastaamatta osaan kysymyksistä. Ideaalitilanteessa kato on satunnaista (Nummenmaa 2010, 159). Puuttuvien tietojen satunnaisuutta versus systemaattisuutta tarkastelin MCAR-analyysillä jatkuvien muuttu-



jien (kuten summamuuttujien) osalta erilaisilla parivertailuyhdistelmillä. Näissä p-arvot vaihtelivat .057-.915, mikä osoittaa, että nollahypoteesi H<sub>0</sub>: puuttuvat havainnot ovat satunnaisesti jakautuneita kaikkien havaintojen kesken, on tosi. Tämä mahdollistaa analyyseissa listwise- tai pairwise -metodin käytön. (Räikkönen, Westerholm & Tolvanen 2013, 6- 8.)

## 4.4 AINEISTOJEN ANALYSOINTI

### 4.4.1 Aineistojen tallennus ja muuttujamuunnokset

Tarkistin ja numeroin juoksevilla numeroinnilla kyselylomakkeet sitä mukaa, kun ne palautuivat postitse vastaajilta. Tallensin tutkijana itse kaikki tutkimusaineistot SPSS ohjelmaan lukuun ottamatta Kuopion yliopistolisessa sairaalassa (KYS) toukokuussa 2011 kerättyä aineistoa. Tämän aineiston vastaukset palautuivat KYSille ja ne tallennettiin siellä antamieni ohjeiden mukaisesti. Luotettavuuden ja yhdenmukaisuuden turvaamiseksi vähänkin epäselvät kohdat käytiin tallentajan kanssa yksitellen läpi ja tutkijana tein ratkaisun vastauksen tallentamisesta tai hylkäämisestä. Kyselylomakkeen lopussa olevien avointen kysymysten vastaukset tallennettiin Word-tekstinkäsittelyohjelmaan.

Väitöskirjassa tehtävää tulosten analysointia varten yhdistin kaikki aineistot yhteen SPSS -tiedostoon erottelemalla aineistot toisistaan "aineisto"-muuttujalla. Ennen aineiston analyysin aloittamista käänsin väittämien kielteisten Likert-asteikollisten muuttujien (Liite 3, väittämät 14a, 14b, 27b, 27d, 27h, 28b, 28e ja 28g) asteikot yhdensuuntaisiksi muiden muuttujien kanssa. Lisäksi lomakkeessa kysytyn vastaajan syntymävuoden muutin muuttujamuunnoksella iäksi tutkimushetkellä. Myöhempiä analyyseja varten tein iästä myös ikäluokkamuuttujan (15–49, 50–64, 65–74 ja yli 74 -vuotiaat), dummy-muuttujaksi muunnettuna vertailun kohteena on nuorin ikäluokka. Taustatiedoista luokittelin asuinkuntamuuttujan seuraavasti: Savonlinna, Savonlinnan ympäryskunta, ulkokuntalainen (sekä Savonlinnan että Kuopion), Kuopio ja Kuopion ympäryskunta. Lisäksi luokittelin terveydentilamuuttujan (1-10) luokkiin heikko (1-3), kohtalainen (4-7) ja hyvä (8-10), jossa kaksiluokkaisena dummy-muuttujana vertailun kohteena on heikko terveydentila. Odotusaika vastaanotolle muuttujat luokittelin 1=ilman odotusta, 2=15 – <60 minuutin odotusaika, 3=1-3 tuntia ja 4=yli 3 tuntia. Dummy-muuttujissa vertailun kohde on pääsy ilman odotusta vastaanotolle. Joutuiko asiakas selvittämään käynnin syitä monelle henkilölle ennen vastaanotolle pääsyä (kysymys 26) tein luokkamuuttujan, 1=yhdelle, 2=kahdelle ja 3=kolmelle tai useammalle henkilölle. Kaksiluokkaisena dummy-muuttujana vertailun kohteena on vain yhdelle -vaihtoehto.

Kyselylomakkeen Likert-asteikko on 1=täysin samaa mieltä, 2=jokseenkin samaa mieltä, 3=jokseenkin eri mieltä, 4=täysin eri mieltä ja 5=en osaa



sanoa. Ennen siirtymistä monimuuttujamenetelmiin rekoodasin Likert-asteikolliset muuttujat uudelleen siten, että pienin luku kuvaa negatiivista ja suurin luku positiivista vastausta, ja samalla siirsin en osaa sanoa (5) keskelle asteikkoa, eli 4=1, 3=2, 5=3, 2=4, 1=5. Samalla käänsin semanttinen differentiaali-adjektiiviparien asteikot siten, että pienin luku kuvaa negatiivista ja suurin luku positiivista vastausta. Näin suuremmat keskiarvot osoittavat parempaa arviota laadusta.

Lineaarista regressioanalyysia varten koodasin taustamuuttujia kaksiluokkaisiksi dummy-muuttujiksi siten, että koodasin nollaksi siviilissäätymuuttujassa yksinelävät (naimaton, eronnut tai leski), ammatillinen koulutus – muuttujassa ei ammattikoulutusta, elämäntilannemuuttujassa eläkeläiset ja ikäluokkamuuttujassa nuorimman ikäluokan (15–49-vuotiaat). Muut vaihtoehdot saivat arvon yksi. Käsitys lääkärille pääsystä – muuttujan en osaa sanoa vastaukset rekoodasin puuttuviksi tiedoiksi ja tein dummy-muuttujan, jossa pääsy helpottunut tai pääsy vaikeutunut vaihtoehtoja verrataan pääsy säilynyt ennallaan (0) vaihtoehtoon.

#### **4.4.2 Kvantitatiivisten aineistojen analysointi**

Kunkin osa-aineiston keruun jälkeen analysoin aineistoista suorat jakaumat ja avointen kysymysten vastaukset karkealla tasolla ja saatoin ne suullisesti tiedoksi kyseessä olevan yksikön edustajille toiminnan arviointia ja kehittämistä varten. Jo tässä vaiheessa tarkistin ja korjasin tallennuksessa tulleet virheet.

Muuttujien normaalijakautuneisuutta analysoin Kolmogorov-Smirnovin testillä ja p-arvolla .000 normaalijakaumaoletus ei toteutunut valtaosassa muuttujia, ei aineistoittain eikä aineistokokonaisuudessa.

Sekä laadun kokemusta kuvaavien muuttujien että aineistojen suuren määrän vuoksi yksittäisten muuttujien analysoinnin ja raportoinnin sijaan päädyin analysoimaan aineistojani faktorianalyysimenetelmällä tavoitteena löytää palvelun laadun ulottuvuuksia kuvaavia yhteenkuuluvia muuttujia, jotta saisin tiivistettyä aineistoa pienempään määrään muuttujia. Faktorianalyysi edellyttää normaalijakautuneita muuttujia, mutta tässä kohtaa tukeudun Taanilaan (2012, 4), jonka mukaan riittävän suurilla otoksilla normaalijakaumaoletusta ei tarvitse erikseen testata, koska keskeisen raja-arvolauseen (central limit theorem) mukaan suurissa otoksissa otoskeskiarvot noudattavat normaalijakaumaa. Normaalijakaumaoletuksen kannalta otosta voidaan pitää riittävän suurena, jos otoskoko on vähintään 30.

Faktorianalyysissa tarkoituksena on saada yhteenkuuluville muuttujille yhdessä faktorissa korkea lataus. Mitä suurempi faktorin ja yksittäisen muuttujan välisen latauksen itseisarvo on, sitä enemmän faktori selittää kyseisen muuttujan vaihtelua. Itseisarvoltaan pienemmät kuin 0.30 lataukset jätettiin analyysin ulkopuolelle. (Karhunen, Rasi & Kanninen 2010b, 47–51; Nummenmaa 2010, 403; Gustafsson 2013, 16.)

Suoritin faktoroinnit principal components -menetelmällä sekä aineistoittain että aineistokokonaisuudelle. Puuttuvien tietojen osalta käytin Exclude cases pairwise-menetelmää. Rotaatiomenetelmänä käytin Varimax-suorakulmaista rotaatiomenetelmää, jolloin rotatoidut faktorit ovat keskenään korreloimattomia. Koko aineistokombinaatiolla testasin myös Oblimin-vinorotaatiota, jolloin faktorit korreloivat keskenään. Molempien rotaatioiden tulokset olivat hyvin yhtenevät faktoreille latautuneiden muuttujien, Kaiser-Meyer-Olkin-arvon, faktoreiden määrän ja selitysosuuden osalta. Korrelaatiomatriisin mukaan keskinäiset korrelaatiot tukivat analyysin jatkamista. Bartlett's Test-testin p-arvo .000 osoittaa, että korrelaatiomatriisi ei ole yksikkömatriisi, mikä myös tukee faktoroinnin järkevyyttä. (Gustafsson 2013, 16). Kommunaliteettiarvot vaihtelivat .516–.908, mikä kuvastaa muuttujien sopivan hyvin analyysissä syntyneeseen faktoriratkaisuun.

Faktorianalyysissa Kaiser-Meyer-Olkin (=KMO) -indeksin arvo on korkea .925 (pitäisi olla ehdottomasti yli 0.5), joten sen perusteella voidaan todeta muuttujajoukon olevan riittävän homogeeninen järkevän faktoroinnin kannalta (Gustafsson 2013, 15). Faktoreiden ominaisarvojen, Eigenvalues avulla voidaan päätellä faktoreiden määrää. Ominaisarvot kuvaavat, kuinka hyvin faktorit pystyvät selittämään analysoitavien muuttujien vaihtelua. Jatkoanalyysiin otetaan (oletusarvoisesti) mukaan ne faktorit, joiden ominaisarvo on suurempi kuin yksi (1) (Gustafsson 2013, 16–17), tässä tapauksessa pienin arvo oli 1,206. Tämän faktorianalyysin tuloksena saatiin 31 muuttujan sisältämä tieto tiivistettyä seitsemään (7) faktoriin, jotka selittävät 67,8 % analysoitavien muuttujien yhteisvaihtelusta. Muuttujan ja faktorin välinen korrelaatio, faktorilataus vaihteli seitsemän faktorin ratkaisussa .513 – .946 välillä.

Faktorianalyysiin liittyvänä jatkotarkasteluna käytin reliabiliteettianalyysia, jossa lasketaan kuhunkin faktoriin kuuluvien muuttujien välinen reliabiliteetti, eli tarkastellaan, mittaavatko faktorille latautuneet muuttujat samaa asiaa. Reliabiliteettikertoimenä käytin Cronbachin alfaa. (Karhunen ym. 2010b, 57). Cronbachin alfa -kertoimet vaihtelivat .716 - .922 välillä. Faktoreiden mukaan rakennettuja summamuuttujia voidaan pitää luotettavina, kun reliabiliteettikertoimen arvo on suurempi kuin .7 (Karhunen ym. 2010b, 59).

Analyysissa muodostuneista faktoreista tein kuusi (6) laadun ulottuvuutta kuvaavaa summamuuttujaa sekä hoidon jatkuvuuden tärkeyttä kuvaavan summamuuttujan. Summamuuttujalla tarkoitetaan muuttujaa, joka on muodostettu kahdesta tai useammasta yksittäisestä muuttujasta laskemalla niiden arvot yhteen (Karjaluoto 2007, 8). Summamuuttujia käytetään tilanteissa, joissa muuttujat mittaavat samaa ominaisuutta tarkoituksena tiivistää yhteen muuttujaan useamman muuttujan sisältämä tieto, ja joissa yksittäisten muuttujien tarkasteleminen ei ole mielekäästä niiden suuren määrän vuoksi. Rakensin summamuuttujat laskemalla muuttujien

havaintoarvoista keskiarvot, koska tällöin muodostettujen muuttujien mita-asteikko säilyy samana kuin alkuperäisten, ja koska keskiarvo lasketaan kaikista niistä muuttujista, joihin tutkittava on vastannut. (Nummenmaa 2010, 161–162.) Summamuuttujat nimesin seuraavasti: asiakaspalvelun laatu, ammattitaitoinen hoito, ohjaus ja tiedonsaanti, välittävä vuorovaikutus, henkilökunnan yhteistyö, puhelinpalvelu ja hoidon jatkuvuus.

Taulukossa 10 esitän faktoreiden muuttujakohtaiset lataukset, faktoreiden perusteella muodostettujen summamuuttujien nimet sekä muuttujien välisen reliabiliteetin.

Tilastollisen menetelmän oletusten täyttymisen mukaisesti summamuuttujien ja taustamuuttujaryhmien välistä keskiarvovertailua tein riippumattomien ryhmien t-testillä, One-Way-ANOVA –ja UNIVARIATE -testeillä sekä parametrittomilla Mann-Whitney U ja Kruskal-Wallis -testeillä (Nummenmaa 2010; Karhunen, Rasi, Lepola, Muhli & Kannianen 2010a). Tulosten kuvaamiseen käytän taulukoita ja graafisia kuvioita. Lukijajäystävällisyyttä olen pyrkinyt lisäämään sillä, että raportoin keskiarvo- ja keskihajontatietoja myös parametrittomilla testeillä tehdyistä analyyseistä, joihin kuitenkin aina tilastollista merkitsevyyttä kuvaava p-arvo viittaa.

Täydentääkseni keskiarvovertailua analysoin erinomaiseksi palvelun laadun arvioineiden osuuden kaikista vastaajista ja tätä varten määrittelin erinomaisuuden rajaksi palvelukokemusmuuttujassa kahdeksan (8) ja summamuuttujissa neljä (4) (ks. Kvist, Mäntynen, Turunen, Partanen, Miettinen, Wolf & Vehviläinen-Julkunen 2013, 159; Mäntynen ym. 2015, 22). Tämän mukaisesti luokittelin arvot kahteen luokkaan (palvelukokemus ei-erinomainen=0: ka. < 8 ja erinomainen=1: ka. ≥ 8 ja summamuuttujat ei-erinomainen=0: ka. < 4 ja erinomainen=1: ka. ≥ 4). Jos yli 80 % vastaajista oli arvioinut laatumuuttujan erinomaiseksi, tulkitsen raportoinnissa laatutason kyseisen muuttujan osalta olleen erinomainen.

Keskiarvovertailun jälkeen analysoin laatua selittäviä tekijöitä. Tähän käytin menetelmänä lineaarista regressioanalyysia, jolla pyrin selvittämään selitettävän vastemuuttujan (y) vaihtelua yhden tai useamman selittävän muuttujan (x) avulla. Regressioanalyysillä analysoin taustamuuttujien ja palvelun saatavuuteen liittyvien muuttujien selitysvoimaa palvelukokemukseen ja palvelun laadun ulottuvuuksia kuvaaviin summamuuttujiin. Regressioanalyysillä analysoin myös palvelun laadun ulottuvuuksien selitysvoimaa palvelukokemuksen vaihteluun.

Taulukko 10: Faktoreiden muuttujakohtaiset lataukset, faktoreiden = summamuuttujien nimet sekä muuttujien välinen reliabiliteetti (Cronbachin alpha)

Kullekin faktorille latautuneet muuttujat, niiden numero ja nimi kyselylomakkeessa, faktorin saama nimi sekä reliabiliteettikerroin		Faktoreiden muuttujakohtaiset lataukset
<b>Faktori 1: Asiakaspalvelun laatu, Cronbachin alpha .914; n=781</b>		
29e	Palvelu oli joustavaa	.797
29b	Palvelu oli kiireetöntä	.755
29d	Palvelu oli nopeaa	.741
29c	Palvelu oli huolehtivaa	.706
29g	Palvelu oli yksilöllistä	.705
29a	Palvelu oli ystävällistä	.621
29f	Palvelu oli perusteellista	.613
29h	Palvelu oli asiallista	.604
<b>Faktori 2: Ammattitaitoinen hoito, Cronbachin alpha .922; n=770</b>		
25c	Tutkimukset ja hoitotoimenpiteet tehtiin ammattitaitoisesti	.820
25b	Henkilökunta oli ammattitaitoista	.813
25d	Tutkimukset ja hoitotoimenpiteet tehtiin huolellisesti	.783
25a	Päivystyksen toiminta oli luotettavaa	.721
25e	Asiakkaan asiaan paneuduttiin huolellisesti	.692
<b>Faktori 3: Ohjaus ja tiedonsaanti, Cronbachin alpha .835; n=737</b>		
27c	Terveystilaa koskevat tiedot kerrottiin selkeästi	.681
27a	Asiakas sai vastaukset kysymyksiin	.673
27i	Asiakas tietää keneen ottaa yhteyttä	.658
27e	Annetut neuvot helposti ymmärrettäviä	.606
27g	Lääkehoidon ohjaus asiantuntevaa	.596
25f	Jatkohoidosta sopiminen oli selkeää	.513
<b>Faktori 4: Välittävä vuorovaikutus, Cronbachin alpha .759; n=746</b>		
27d	Henkilökunta huomioi aikaisempia tietoja/kokemuksia sairaudesta	.736
27h	Tutkimuksista ja toimenpiteistä kerrottiin riittävästi	.709
27b	Asiakas sai toimintaohjeita riittävästi	.679
28e	Asiakasta kuunneltiin riittävästi	.645
28b	Hoitajat ja lääkärit työskentelivät yhdenmukaisesti hoidon toteuttamisessa	.600
<b>Faktori 5: Henkilökunnan yhteistyö, Cronbachin alpha .716; n=794</b>		
28c	Henkilökunta kunnioitti toistensa asiantuntemusta	.785
28d	Henkilökunta kohteli kaikkia tasa-arvoisesti	.710
28a	Lääkärien ja hoitajien välinen yhteistyö sujui hyvin	.671
<b>Faktori 6: Puhelinpalvelu, Cronbachin alpha .857; n=678</b>		
14c	Soittaessa asiakas sai riittävästi ohjeita	.912
14d	Soittaessa asiakas sai asiantuntevaa palvelua	.905
<b>Faktori 7: Hoidon jatkuvuus, Cronbachin alpha .898, n=786</b>		
20b	Miten tärkeänä asiakas pitää pääsyä samalle hoitajalle	.946
20a	Miten tärkeänä asiakas pitää pääsyä samalle lääkärille	.940

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Tulokset olen analysoinut ja raportoinut aineistoittain. Aineistojen keskinäistä suhdetta olen tutkinut tutkimusasetelman ja – tehtävien mukaisesti siten, että olen tarkastellut rinnakkain Itä-Savon lähtötilanteen, hajautetun päivystyksen aineistoa yksi (1) ja keskitetyn päivystyksen aineistoja kaksi, kolme ja neljä (2-4). Tämän lisäksi olen tarkastellut Itä-Savon aineistojen neljä (4=keskitetty päivystys) ja viisi (5=hajautettu päivystys) keskinäisiä eroja. Kolmantena tarkasteluparina ovat aineistot neljä (4) ja kuusi (6) eli jo pitkään toiminnassa olleet keskitetyt päivystykset, Itä-Savossa vajaa viisi vuotta ja KYSissä jo lähes kymmenen vuotta. Aineistojen vertailevan yhteenvedon olen koonnut lukuun 5.4.

Tilastanalyseissa käytin IBM SPSS Statistics-ohjelman 19.0 ja 21.0-versiota. Tilastollisen merkitsevyyden (p-arvon) tulkitseen seuraavasti:  $.05 < p < .10$  tulos on suuntaa antava,  $.01 < p < .05$  (\*) tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä,  $.001 < p < .01$  (\*\*) tulos on tilastollisesti merkitsevä ja  $p < .001$  (\*\*\*) tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä.

#### 4.4.3 Kvalitatiivisten aineistojen analysointi

Kyselylomakkeen lopussa olleet avoimet vastaukset analysoin laadullisesti eli en pelkästään sisällön erittelyllä kvantifioinut runsasta vastausjoukkoa. Jokaisen poikkileikkausaineiston kohdalla kaikki avointen kysymysten vastaukset kirjoitin sanasta sanaan ja nimesin tiedonantajan, jotta voin tarvittaessa palata alkuperäisaineistoon. Tietojen tallennusvaihe antoi jo ensi tuntuman vastausten luonteeseen, kattavuuteen ja monipuolisuuteen. Kirjoitin järjestelmällisesti kaikki vastaukset puhtaaksi joidenkin teemojen kylläntymisestä huolimatta. Eri aineistoista koottu laadullinen aineisto muodosti kirjoitettua tekstiä yhteensä 36 sivua.

Aineiston analysoinnissa määrittelin ensin analyysiyksikön. Analyysiyksikkö on sana, sanayhdistelmä tai lausuma. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tulostaessa jätin paperin oikeaan reunaan kuuden sentin marginaalin tarvittavien merkintöjen kirjaamista varten. Aluksi luin aineistoa läpi useaan otteeseen haluten tutustua tekstiin ja päästä alustavasti sinuiksi aineiston kanssa. Samalla mietin tekstin merkityksiä tutkimustehtävänä näkökulmasta ja myös, minkälaisia mahdollisia koodauksia aineistosta voi nostaa esille. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 153; 157.) Kun aineisto tuntui riittävän tutulta, aloin tehdä erivärisillä yliviivaustusseilla pelkistettyjen ilmausten merkintöjä alkuperäisteksteihin. Tässäkin vaiheessa luin aineistoa läpi useaan kertaan ja kirjasin lyhyitä huomiontimerkintöjä itselleni muistutukseksi oikean laidan marginaaliin. Huomionarvoista on, että monet vastaukset olivat hyvin lyhyitä, jolloin usein pelkistetty ilmaus oli yhdenmukainen alkuperäisen ilmauksen kanssa.

Pelkistämisessä aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan mahdollisimman tarkkaan samoilla sanoilla kuin teksti on alkuperäisaineistossa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Merkittyäni tutkimustehtävän kannalta oleellisen ai-

neiston erivärisillä yliviivaustusseilla, listasin pelkistetyt ilmaisut eri paperille käyttämieni värien mukaisiin ryhmiin. Ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja / tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alaluokaksi. Alaluokkia yhdistelemällä muodostuvat yläluokat, jotka nimetään luokan sisältöä vastaavalla käsitteellä. Luokitteluyksikkönä voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Ennen analysoinnin aloittamista tein päätöksen, että analysoin vain selvästi teksteissä ilmaistut viestit (manifest content), enkä lähde analysoimaan piiloviestejä (latent content) ja tekemään niistä tulkintaa. (Vrt. Kyngäs & Vanhanen, 1999, 5.) Aloitin analysoinnin induktiivisella sisällönanalyysillä, mutta pian huomasin, että vastukset on koottavissa ja ryhmiteltävissä palvelun laadun ulottuvuuksien mukaisesti, deduktiivisesti. Aineiston pelkistäminen ja ryhmittely tapahtuivat tutkimustehtävän näkökulmasta. Tällä sisällönanalyysimenetelmällä oli tutkittava ilmiö mahdollista tiivistää ja kuvata yleisessä muodossa. Käytän tulosten raportoinnissa kuvioita ja vastaajien suoria lainauksia tukemassa tekemääni analyysia.

# 5 Päivystyspalvelujen laadun arvioinnin tulokset

## 5.1 AINEISTOJEN TAUSTAMUUTTUJIEN KUVAUS

Esitän kaikkien aineistojen taustamuuttujat tiivistetysti taulukossa 11. Sanallisesti kuvaan taustamuuttujia kokonaisuutena, en aineistoittain. Kaikkien aineistojen vastaajamäärä oli yhteensä 849.

Naisvastaajien osuus oli kaikissa aineistoissa suurempi kuin miesvastaajien, vaihdellen 64–73 % välillä. Verrattuna käytettävissä olleisiin todellisiin käyntitilastoihin miesvastaajien osuus oli hieman pienempi kuin miesasiakkaiden osuus. Vastaajien keski-ikä oli matalin (45 vuotta) Itä-Savossa kerätyissä keskitetyn päivystyksen aineistoissa 2 ja 3 ja korkein (60 vuotta) Itä-Savon hajautetusta päiväpäivystyksestä kerätyssä aineistossa (5).

Avio- tai avoliitossa oli 62 – 78 % vastaajista. Yli puolella kaikista vastaajista (55- 63 %) oli koulu- tai opistotasoinen tutkinto. Palkkatyössä, yrittäjänä tai maanviljelijänä oli vastaajista 33–53 % ja eläkeläisiä oli 23–53 %. Eläkeläisten osuus oli kaikissa aineistoissa suurempi kuin yli 65 -vuotiaiden. Kun tarkastelin asiaa lähemmin, aineistokokonaisuudessa 15–49 -vuotiaiden ikäluokassa (n=424) oli vastaajista eläkeläisiä 2 %:a ja 50–64 -vuotiaista 35 %:a (n=187). Yli 65 -vuotiaista mukana työelämässä oli 2 %:a vastaajista (n=123).

Itä-Savon vertailuaineistoissa 1-4 vastaajista 20–30 %:lla (n=108–165) oli pitkäaikaissairaus. Aineistoissa 5 ja 6 pitkäaikaissairaiden osuus oli suurempi ollen 49 % (n=61) ja 41 % (n=133), ja näissä aineistoissa myös koettu terveydentila oli heikoimmillaan, keskiarvojen ollessa 6,5 ja 6,6 (arviointiasteikolla 1-10). Itä-Savon keskitetyssä päivystyksessä käyneiden (aineistot 2-4) keskiarvoarviot koetusta terveydentilasta vaihtelivat 7,2 ja 7,5 välillä. Pitkäaikaissairauksista useimmiten esiintyviä olivat sydän- ja verisuonisairaudet, astma tai muu keuhkosairaus ja diabetes. Aineistokokonaisuudessa noin joka viidennellä (18 %, n=215) oli useita pitkäaikaissairauksia. Terveyspalveluja viimeisen vuoden aikana oli käyttänyt useammin kuin kerran noin neljä viidestä vastaajasta (78–88 %).

Lapsiasiakkaiden määrä vaihteli aineistoittain (n=9–53) ollen pienimmillään Itä-Savon hajautetun päiväpäivystyksen aineistossa 5 ja suurimmillaan aineistoissa 3 ja 2. Lasten keski-ikä vaihteli 5,7 ja 7,7 ikävuoden välillä ja alle kouluikäisten prosenttiosuudet 44 ja 70 välillä.

Taulukko 11: Taustamuuttujien jakaumat eri aineistoissa

Taustatiedot	Aineisto 1 n=142		Aineisto 2 n=178		Aineisto 3 n=181		Aineisto 4 n=117		Aineisto 5 n=75		Aineisto 6 n=156		Yhteensä N=849	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
<b>Vastaajan sukupuoli</b>														
Mies	41	29	49	28	65	37	39	33	21	29	42	28	257	31
Nainen	100	71	127	72	113	64	79	67	51	71	111	73	581	69
<b>Ikäluokka</b>														
15-49 vuotta	72	53	111	65	99	57	58	51	22	31	62	41	424	52
50-64 vuotta	30	22	28	16	50	29	23	20	21	30	36	24	188	23
65-74 vuotta	15	11	21	12	18	10	22	20	14	19	33	22	123	15
yli 75 vuotta	18	13	12	7	6	4	10	9	15	21	19	13	80	10
<b>Siviilisäätö</b>														
Naimaton	22	16	20	11	25	14	15	13	3	4	24	15	109	13
Avio-/avoliitossa	94	67	134	75	141	78	82	69	56	78	97	62	604	71
Eronnut	11	8	9	5	6	3	15	13	5	7	15	10	61	7
Leski	14	10	15	8	9	5	7	6	8	11	20	13	73	9
<b>Ammatillinen koulutus</b>														
Korkeakoulututk.	11	8	31	18	26	15	13	11	4	6	22	14	107	13
Opistotas. tutkinto	36	27	50	29	56	31	39	33	19	27	51	33	251	30
Koulutas. tutkinto	45	33	45	26	43	24	35	30	24	34	34	22	226	27
Ammattikurssi- tasoinen koul.	24	18	18	10	29	16	17	15	11	16	21	14	120	14
Ei amm. koulutusta	20	15	30	17	25	14	13	11	13	18	26	17	127	15
<b>Elämäntilanne</b>														
Koul./opiskelija	15	11	12	7	17	9	10	9	1	1	11	7	66	8
Kotiäiti/ -isä	6	4	16	9	17	9	7	6	5	7	13	8	64	8
Työssä	45	32	83	47	73	40	45	38	19	26	50	32	315	37
Yrittäjä/maanvilj.	10	7	10	6	16	9	5	4	5	7	4	3	50	6
Työtön	10	7	15	8	10	6	9	8	2	1	2	1	47	6
Eläkeläinen	54	38	41	23	43	24	40	34	39	53	72	46	289	34
Muu	1	1	1	1	5	3	2	2	3	4	4	3	16	2
<b>Pitkäaikaissairaus</b>														
Ei	92	70	131	79	129	80	82	76	31	51	79	59	544	72
Kyllä	40	30	34	21	32	20	26	24	30	49	54	41	216	28
<b>Terveyspalvelujen käyttö viimeisen vuoden aikana</b>														
Kerran	27	19	25	14	40	22	14	12	13	18	22	14	141	17
2-4 kertaa	65	47	82	47	96	53	69	59	42	58	79	51	433	52
5 kertaa/enemmän	47	34	67	39	44	24	34	29	17	24	53	34	262	31



Taustamuuttujista sukupuoli, koulutustausta, pitkäaikaissairaus ja terveyspalvelujen käytön useus eivät missään aineistossa selittäneet palvelukokemuksen laatua ja ikäkin vain kuudennessa, KYSin aineistossa ( $\beta=.183^*$ ,  $R_a^2=.027^*$ ), jossa keskiarvovertailussa vanhin ikäluokka arvioi laadun parhaimmaksi ja nuorin heikoimmaksi. Terveyspalvelujen käytön määrällä ei myöskään ollut vaikutusta laadun ulottuvuuksien arviointiin missään aineistossa, eli usein ja vähän palveluja käyttävien välillä ei ollut havaittavissa tilastollisesti merkitseviä eroja laadun arvioinneissa. Myös sukupuolen kyky selittää laatua jäi niukaksi: naissukupuoli selitti kolmannessa aineistossa ammattitaitoisen hoidon ( $\beta=.161^*$ ,  $R_a^2=.020^*$ ) ja neljännessä aineistossa asiakaspalvelun laadun ( $\beta=.232^*$ ,  $R_a^2=.046^*$ ) parempaa arviointia. Voutilaisen kumppaneineen (2014) tekemässä tutkimuksessa sukupuolella ei ollut yhteyttä laadun arviointeihin, kun taas De Brunin kollegoineen (2002) tekemässä poliklinikapotilaiden tutkimuksessa miehet arvioivat laadun naisia paremmaksi. Tarkastelen aineistoittain taustamuuttujaryhmien välisiä keskiarvoeroja ja laatukokemuksen selitysosuuksia.

## **5.2 ASIAKKAIDEN ARVIOINNIIT PÄIVYSTYSPALVELUJEN LAADUSTA**

### **5.2.1 Laatu lähtötilanteessa hajautetussa päivystyksessä**

Tarkastelen tässä luvussa asiakkaiden kokemuksia syyskuussa 2004 palvelun laadusta hajautetussa päivystyksessä terveysasemilla (lähtötilanne, aineisto 1).

Kouluarvosanalla mitattuna palvelukokemuksen keskiarvo oli 8,56. Erinomaiseksi laadun arvioi 85 % vastaajista. Palvelun laadun ulottuvuuksia kuvaavilla summamuuttujilla mitattuna parhaimmaksi laatu arvioitiin ohjauksen ja tiedonsaannin (ka. 4,28), asiakaspalvelun (ka. 4,27) ammattitaitoisen hoidon (ka. 4,26) ja puhelinpalvelun (ka. 4,21) osa-alueilla, joissa laadun arvioi erinomaiseksi kolme vastaajaa neljästä. Välittävän vuorovaiikutuksen laatu arvioitiin heikoimmaksi (ka. 4,01). (Taulukko 12.) Kaikkien näiden arvosanojen perusteella voi todeta, että asiakkaat arvioivat palvelun laadun hyväksi, mutta erinomaisen laadun raja (80 %) rikkoutui vain palvelukokemuksen osalta.

Taulukko 12: Palvelun laadun kokemus hajautetussa päivystyksessä syyskuussa 2004.

Muuttuja	Aineisto 1			
	n	Ka	Kh	Laadun erinomaiseksi arvioineiden %-osuus
Palvelukokemuksen arvosana	135	8,56	1,23	85,2
Asiakaspalvelu	141	4,27	0,84	72,3
Ammattitaitoinen hoito	138	4,26	0,85	75,4
Ohjaus ja tiedonsaanti	139	4,28	0,84	74,8
Välittävä vuorovaikutus	131	4,01	1,00	62,6
Henkilökunnan yhteistyö	137	4,09	0,83	63,5
Puhelinpalvelu	125	4,21	1,13	75,2

(Palvelukokemuksen arvosana asteikolla 4-10, summamuuttujien arvot välillä 1-5, pienin arvo=negatiivisin, suurin arvo=positiivisin arvio laadusta tai tärkeydestä)

Kuvaan seuraavassa, miten laadun arvioinnit vaihtelivat eri vastaa-jaryhmien välillä, ja mitkä tekijät selittivät laatuarvioiden vaihtelua. Liitetaulukoon 4 (aineistot 1-6) olen koonnut tilastollisesti merkitseviä ryhmien välisiä keskiarvoeroja taustamuuttujista ja palvelun saatavuustekijöistä.

Taustamuuttujista asuinkunta vaikutti laadun arviointiin niin, että Savonlinnan ympäryskunnissa arvioitiin Savonlinnaa paremmaksi asiakaspalvelun ( $p=.000$ ), ammattitaitoisen hoidon ( $p=.000$ ), ohjauksen ja tiedonsaannin ( $p=.009$ ), välittävän vuorovaikutuksen ( $p=.016$ ), henkilökunnan yhteistyön ( $p=.012$ ) sekä puhelinpalvelun ( $p=.046$ ) laatu. Siviilisääty vaikutti välittävän vuorovaikutuksen arviointiin siten, että yksinelävät kokivat vuorovaikutuksen laadun heikompana (ka. 3,71) kuin avo- tai avioliitossa olevat (ka. 4,16) ( $p=.010$ ). Henkilökunnan yhteistyön arvioivat heikoimmaksi ne vastaajat, jotka kokivat terveydentilansa heikoksi ( $p=.007$ ).

Tutun työntekijän luona asioineet (ka. 8,82) arvioivat palvelukokemuksen paremmaksi kuin he, joille työntekijä ei ollut tuttu (ka. 8,01) ( $p=.004$ ). Samoin he arvioivat asiakaspalvelun laadun ( $p=.000$ ), ammattitaitoisen hoidon ( $p=.046$ ), ohjauksen ja tiedonsaannin ( $p=.000$ ), välittävän vuorovaikutuksen ( $p=.016$ ) ja henkilökunnan yhteistyön ( $p=.008$ ) paremmaksi kuin he, joille työntekijä ei ollut ennestään tuttu. Asiointi tutun työntekijän luona selitti tilastollisesti merkitsevästi palvelukokemuksen ( $\beta=.313^{***}$ ,  $R_a^2=.091^{***}$ ), asiakaspalvelun laadun ( $\beta=.267^{**}$ ,  $R_a^2=.065^{**}$ ), ammattitaitoisen hoidon ( $\beta=.231^{**}$ ,  $R_a^2=.046^{**}$ ) sekä henkilökunnan yhteistyön ( $\beta=.231^{**}$ ,  $R_a^2=.046^{**}$ ) laadun arvioinnin vaihtelusta.

Hoidon jatkuvuuden arvioi kaksi kolmasosaa vastaajista (66,4 %) erittäin tärkeäksi. Tärkeyden arviointiin vaikuttivat vastaajan terveydentila, pitkäaikaissairaus ja kokemus muutoksesta lääkärille pääsystä viimeisen vuoden aikana. Hoidon jatkuvuuden tärkeys korostui henkilöillä, jotka kokivat oman terveydentilansa heikoksi ( $p=.038$ ), joilla oli pitkäaikaissairaus ( $p=.027$ ) ja he, jotka kokivat, että lääkärille pääsy oli vaikeutunut ( $p=.000$ ). Lääkärille pääsyn vaikeutumisen kokemus selitti 13 % ( $\beta=.397^{***}$ ,  $R_a^2=.131^{***}$ ) hoidon jatkuvuuden tärkeyden vaihtelusta.

Kokemus lääkärille pääsyn vaikeutumisesta heikensi myös palvelukokemuksen arvosanaa ( $p=.008$ ) ja kokemusta vuorovaikutuksen laadusta ( $p=.000$ ). Ennakkokäsitys päivystyksen toiminnasta vaikutti tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p=.000$ ) palvelukokemuksen ja asiakaspalvelun laadun, ammattitaitoisen hoidon, ohjauksen ja tiedonsaannin, välittävän vuorovaikutuksen, henkilökunnan yhteistyön ja puhelinpalvelun laatuun. Parhaimmat arviot laadusta oli heillä, joilla oli myönteinen ennakkokäsitys päivystyksen toiminnasta. Kokemus lääkärille pääsystä selitti noin 8 % ( $R_a^2=.082^{**}$ ) ja ennakkokäsitys noin 14 % ( $R_a^2=.146^{***}$ ) palvelukokemuksen laadun vaihtelusta.

Myönteinen ennakkokäsitys selitti vahvasti myös asiakaspalvelun ( $\beta=.482^{***}$ ,  $R_a^2=.189^{***}$ ), ammattitaitoisen hoidon ( $\beta=.384^{***}$ ,  $R_a^2=.199^{***}$ ), ohjauksen ja tiedonsaannin ( $\beta=.428^{***}$ ,  $R_a^2=.166^{***}$ ), välittävän vuorovaikutuksen ( $\beta=.398^{***}$ ,  $R_a^2=.153^{***}$ ), henkilökunnan yhteistyön ( $\beta=.438^{***}$ ,  $R_a^2=.146^{***}$ ) ja puhelinpalvelun ( $\beta=.335^{***}$ ,  $R_a^2=.290^{***}$ ) laatuarvion vaihtelua. Organisaatiokuvan eli imagon on Grönroos (1987; 2009) nimennyt yhdeksi asiakkaan kokeman palvelun kokonaislaadun osatekijäksi, minkä edellä kuvattu tulos selvästi vahvistaa.

Palvelun kokonaislaatua selittivät palveluprosessin toiminnalliseen laatuun (Grönroos 1987, 2009) liittyvät tekijät: onnistunut asiakaspalvelu ( $\beta=.295^{**}$ ), ohjaus ja tiedonsaanti ( $\beta=.359^{***}$ ) sekä välittävä vuorovaikutus ( $\beta=.182^*$ ). Mallia täydensi hoidon jatkuvuuden kokeminen enemmän yhden tekeväksi kuin tärkeäksi ( $\beta= -.136^*$ ). Muuttujat selittivät yhdessä yli 50 % koetusta palvelun laadun vaihtelusta ( $R_a^2=.514$ ,  $p=.000$ ). Laadun ulottuvuuksia yksitellen tarkasteltuna parhaiten onnistunutta palvelukokemusta selittivät ohjaus ja tiedonsaanti ( $\beta=.666^{***}$ ,  $R_a^2=.438^{***}$ ) sekä asiakaspalvelu ( $\beta=.599^{***}$ ,  $R_a^2=.354^{***}$ ).

### 5.2.2 Päivystys keskittyi, laadun koettiin parantuneen

Asiakkaat olivat avoimissa vastauksissaan tuoneet esille huolta laadun heikkenemisestä päivystyksen keskittämisen myötä (ks. luku 5.3.1). Kuitenkin ensimmäisessä keskitetyn päivystyksen aineistossa marraskuussa 2004 yli 80 % asiakkaista arvioi laadun erinomaiseksi usean muutujan osalta, kun hajautetussa päivystyksessä tämän tason saavutti vain palvelukokemuksen laatu. Keskiarvolla mitattuna asiakkaat antoivat lähitötäsoa paremman arvosanan palvelukokemuksesta (ka. 8,71) ja kaikista

laadun ulottuvuuksista. Myös arviointien keskihajonta oli lähtötasoa pienempi. Parhaimmaksi laatu arvioitiin ammattitaitoisen hoidon (ka. 4,55), puhelinpalvelun (ka. 4,55), asiakaspalvelun (ka. 4,38) sekä ohjauksen ja tiedonsaannin (ka. 4,28) ulottuvuuksilla. Henkilökunnan yhteistyö arvioitiin heikoimmaksi (ka. 4,11). (Taulukko 13.) Ero hajautetun ja keskitetyn päivystyksen aineistojen välillä oli tilastollisesti merkitsevä ammattitaitoisen hoidon ( $p=.002$ ) ja puhelinpalvelun ( $p=.011$ ) osalta. Hoidon jatkuvuus koettiin tärkeämmäksi hajautetussa päivystyksessä ( $p=.000$ ).

*Taulukko 13: Palvelun laadun kokemus keskitetyssä päivystyksessä marraskuussa 2004 (aineisto 2) ja helmikuussa 2006 (aineisto 3)*

Muuttuja	Aineisto 2				Erin- om. arv. %	Aineisto 3			Erin- om. arv. %
	n	Ka	Kh			n	Ka	Kh	
<b>Palvelukokemuksen arvosana</b>	174	8,71	1,08	88,5	178	8,52	1,18	83,1	
<b>Asiakaspalvelu</b>	172	4,38	0,69	80,2	180	4,28	0,77	71,7	
<b>Ammattitaitoinen hoito</b>	176	4,55	0,59	88,6	180	4,4	0,68	81,7	
<b>Ohjaus ja tiedonsaanti</b>	176	4,35	0,59	80,1	180	4,35	0,72	83,3	
<b>Välittävä vuorovaikutus</b>	170	4,14	0,89	69,4	175	4,19	0,88	71,4	
<b>Henkilökunnan yhteistyö</b>	170	4,11	0,78	63,5	176	4,17	0,74	64,8	
<b>Puhelinpalvelu</b>	161	4,55	0,85	88,8	169	4,34	1,04	81,7	
<b>Hoidon jatkuvuuden tärkeys</b>	175	3,29	1,28	52	178	3,35	1,28	55,1	

(Palvelukokemuksen arvosana asteikolla 4-10, summamuuttujien arvot välillä 1-5, pienin arvo=negatiivisin, suurin arvo=positiivisin arvio laadusta tai tärkeydestä)

Liitetaulukossa 4 (aineisto 2) kuvaan ryhmien välisiä, tilastollisesti merkitseviä keskiarvoeroja numeraalisesti, seuraavassa kuvaan niitä ja laatu-arvioita selittäviä tekijöitä sanallisesti.

Tässä aineistossa taustatekijöistä ikä vaikutti arviointeihin toisin kuin hajautetun päivystyksen aineistossa. Asiakaspalvelun laadun arvioivat parhaimmaksi 65–74 -vuotiaat (ka. 4,84) ja heikoimmaksi vanhin ikäluokka (ka. 4,06) ( $p=.023$ ). Ammattitaitoisen hoidon sekä ohjauksen ja tiedonsaannin osalta tulos oli hyvin yhtenevä edellisen kanssa. Sitä vastoin välittävän vuorovaikutuksen arvioi nuorin ikäluokka parhaimmaksi (ka. 4,37) ja yli 75-vuotiaat heikoimmaksi (ka. 3,34;  $p=.018$ ). Myös koulutustaustalla ( $p=.004$ ), elämäntilanteella ( $p=.003$ ) ja terveydentilalla ( $p=.007$ ) oli yhteys vuorovaikutuksen laadun arviointiin. Heikoimmaksi vuorovaikutuksen laadun arvioivat he, joilla ei ollut ammatillista koulutusta (ka. 3,61), jotka kokivat terveydentilansa heikoksi (ka. 3,20) sekä eläkkeellä olevat (ka. 3,51).

Odotusaika oli odotetusti merkittävässä roolissa arvioitaessa palvelukoke-

musta ja se selitti noin 13 % ( $R_a^2=.132^{***}$ ) kokemuksen vaihtelusta. He, joiden vastaanotto oli toteutunut ohjeellisen ajanvarauksen aikoihin, arvioivat palvelukokemuksen parhaimmaksi (ka. 9,05) ja yli tunnin odottaneet heikoimmaksi (ka. 8,05) ( $p=.000$ ). Odotusaika vaikutti myös asiakaspalvelun laadun ( $p=.000$ ), ammattitaitoisen hoidon ( $p=.009$ ) sekä ohjauksen ja tiedonsaannin ( $p=.005$ ) arviointeihin.

Lääkärille pääsyn helpottuneena kokeneet arvioivat palvelukokemuksen selvästi paremmaksi (ka. 9,05) kuin he, joiden mielestä pääsy oli vaikeutunut (ka. 8,12) ( $p=.003$ ). Arvio palvelun laadusta oli parempi myös heillä, joiden ennakkokäsitys palveluntarjoajasta oli myönteinen (ka. 9,02) verrattuna vastaajiin, jolla oli kielteinen ennakkokäsitys (ka. 7,73) ( $p=.001$ ) tai joilla ei ollut ennakkokäsitystä lainkaan (ka.8,55) ( $p=.000$ ). Arvio lääkärille pääsystä ja ennakkokäsitys olivat yhteydessä asiakaspalvelun laadun, ammattitaitoisen hoidon sekä ohjauksen ja tiedonsaannin arviointeihin. Kokemus lääkärille pääsystä selitti noin 8 % ( $R_a^2=.078^{**}$ ) ja ennakkokäsitys noin 10 % ( $R_a^2=.101^{***}$ ) palvelukokemuksen laadun vaihtelusta. Yhdistettynä odotusaika edellisiin selitysosuus nousi merkittävästi; odotusaika alle 15 minuuttia ( $\beta=.319^{***}$ ), myönteinen ennakkokäsitys ( $\beta=.239^{**}$ ) ja kokemus lääkärille pääsyn vaikeutumisesta ( $\beta=-.196^*$ ) yhdessä selittivät palvelukokemuksen vaihtelusta 22 % ( $R_a^2=.219^{***}$ ).

Siihen, miten tärkeäksi hoidon jatkuvuus koettiin, vaikutti koulutustasusta ( $p=.007$ ), terveydentila ( $p=.001$ ) ja asiointi tutun työntekijän luona ( $p=.021$ ). Hoidon jatkuvuuden kokivat tärkeimmäksi vähiten kouluttautuneet (ka. 3,75–3,76), he, joilla oli heikko terveydentila (ka. 3,75) sekä he, jotka asioivat tutun työntekijän luona (ka. 3,75).

Ensimmäisessä keskitetyn päivystyksen aineistossa hyvää palvelukokemusta ennustivat asiakaspalvelun laatu ( $\beta=.528^{***}$ ), ammattitaitoinen hoito ( $\beta=.294^{***}$ ) sekä hoidon jatkuvuuden kokeminen enemmän yhdentekeväksi kuin tärkeäksi ( $\beta=-.112^*$ ). Malli selitti jopa 53 % palvelukokemuksen vaihtelusta ( $R_a^2=.533^{***}$ ). Parhaiten yksittäisistä laadun ulottuvuuksista hyvää palvelukokemusta ennustivat asiakaspalvelu ( $\beta=.679^{***}$ ,  $R_a^2=.456^{***}$ ) ja ammattitaitoinen hoito ( $\beta=.559^{***}$ ,  $R_a^2=.306^{***}$ ).

Helmikuussa 2006, kun keskitetty päivystys oli toiminut noin puolitoista vuotta, palvelun arvioi erinomaiseksi 83 % vastaajista ja palvelukokemuksen keskiarvo oli 8,52. (Taulukko 13 edellä.) Laadun ulottuvuuksista parhaimmaksi laatu arvioitiin ammattitaitoisen hoidon (ka. 4,40), ohjauksen ja tiedonsaannin (ka. 4,35) ja puhelinpalvelun (ka. 4,34) osa-alueilla. Henkilökunnan yhteistyö (ka. 4,17) ja välittävä vuorovaikutus (ka. 4,19) arvioitiin laadultaan heikoimmiksi. Ensimmäiseen keskitetyn päivystyksen aineistoon nähden arvio asiakaspalvelusta oli pudonnut erinomaisen laatutason (80 %) alapuolelle.

Hoidon jatkuvuuden tärkeys sai keskiarvon 3,35, mihin liittyi ainoa tilastollisesti merkitsevä ero aikaisempiin aineistoihin nähden. Ero ( $p=.001$ ) koh-

distui hajautetun päivystyksen aineistoon, jossa jatkuvuus koettiin tärkeimmäksi. Tämä tulos kuvastaa sitä, että keskitetyssä päivystyksessä asiakkaat pitivät tärkeämpänä saada päivystyspalvelua sitä tarvitessa kuin hoidon jatkuvuutta.

Taustamuuttujia tarkasteltaessa (liitetaulukko 4, aineisto 3) naispuoliset vastaajat arvioivat ohjauksen ja tiedonsaannin ( $p=.024$ ), välittävän vuorovaikutuksen ( $p=.039$ ) ja puhelinpalvelun ( $p=.006$ ) paremmaksi kuin miehet. Eläkkeellä olevat arvioivat vuorovaikutuksen laadun heikoimmaksi (ka. 3,67,  $p=.013$ ) ja pitivät hoidon jatkuvuutta tärkeimpänä (ka. 3,96,  $p=.001$ ). Myös ikäluokalla ( $p=.003$ ), terveydentilalla ( $p=.014$ ) ja kokemuksella lääkärille pääsystä ( $p=.032$ ) oli merkitystä hoidon jatkuvuuden kokemukseen. Vanhin ikäluokka (ka. 4,75), heikoksi terveytensä kokevat (ka. 4,07) ja he, jotka kokivat lääkärille pääsyn vaikeutuneen (ka. 3,93), arvioivat jatkuvuuden tärkeimmäksi.

Odotusajalla oli yhteys palvelukokemuksen ( $p=.000$ ) ja asiakaspalvelun laadun ( $p=.000$ ) arviointeihin. Ilman mainittavaa odotusta vastaanotolle päässeet arvioivat palvelukokemuksen (ka. 8,73) ja asiakaspalvelun (ka. 4,43) parhaimmaksi ja yli tunnin odottaneet heikoimmaksi (ka. 7,42 ja 3,15). Kokemus lääkärille pääsystä vaikutti palvelukokemuksen ( $p=.016$ ), asiakaspalvelun laadun ( $p=.005$ ), ammattitaitoisen hoidon ( $p=.002$ ) ja puhelinpalvelun ( $p=.033$ ) arviointeihin. Parhaimmat arvioinnit antoivat ne vastaajat, jotka kokivat lääkärille pääsyn helpottuneen viimeisen vuoden aikana ja heikoimmat ne, joiden mielestä pääsy oli vaikeutunut. Asiakaspalvelun laadun kokemukseen vaikutti ennakkokäsitys päivystyksen toiminnasta ( $p=.002$ ). He, joilla ennakkokäsitys oli myönteinen, arvioivat laadun parhaimmaksi (ka. 4,41) ja heikoimmaksi sen arvioivat he, joiden ennakkokäsitys oli kielteinen (ka. 3,58). Ennakkokäsitys selitti 9,5 % ( $R_a^2=.095^{***}$ ) ja kokemus lääkärille pääsystä noin 14 % ( $R_a^2=.142^{***}$ ) asiakaspalvelun laatuarvioiden vaihtelusta.

Hyvää palvelukokemusta ennustivat asiakaspalvelun laatu ( $\beta=.508^{***}$ ), ammattitaitoinen hoito ( $\beta=.209^{**}$ ) sekä välittävä vuorovaikutus ( $\beta=.200^{**}$ ). Malli selitti lähes 62 % palvelukokemuksen vaihtelusta ( $R_a^2=.617$ ,  $p=.000$ ). Yksittäisistä summamuuttujista onnistunutta palvelukokemusta parhaiten ennustivat asiakaspalvelu ( $\beta=.749^{***}$ ,  $R_a^2=.558^{***}$ ) ja ammattitaitoinen hoito ( $\beta=.658^{***}$ ,  $R_a^2=.428^{***}$ ). Kun ammattitaitoiseen hoitoon ( $\beta=.608^{***}$ ) lisättiin vielä lyhyt odotusaika ( $\beta=.205^{**}$ ), käynnin syyn selvittäminen vain yhdelle ennen vastaanotolle pääsyä ( $\beta=.148^*$ ) ja vastaajan kohtalainen terveydentila ( $\beta=-.163^*$ ), mallin selitysosuus nousi 50 %:iin ( $R_a^2=.503^{***}$ ).

Luvussa 5.3.2 kuvaan kyselyjen avoimella kysymyksellä ”Mitä hyvää yhteispäivystyksen toiminnassa on?” saatuja asiakkaiden myönteisiä kokemuksia keskitetyistä palveluista. Nämä sanalliset kuvaukset täydentävät edellä raportoituja laatuarvioiteja.

### 5.2.3 Keskitetty päivystys vakiintui käytännöksi, laatu heikkeni

Maaliskuussa 2009, kun virka-ajan ulkopuolinen keskitetty päivystys oli ollut toiminnassa noin neljä ja puoli (4,5) vuotta, olivat sekä palvelukokemuksen arvosana (ka. 8,12) että kaikkien laadun ulottuvuuksia kuvaavien summamuuttujienkin arvosanat heikkommat kuin yhdessäkään aikaisemmassa aineistossa. Parhaimmat arviot saivat ammattitaitoinen hoito (ka. 4,19) ja puhelinpalvelun laatu (ka. 4,20), joka samalla oli ainoa muuttuja, jonka laatutaso yli erinomaisuuden (80 %) rajan). Heikoimmat arviot kohdistuivat vuorovaikutuksen (ka. 4,00), henkilökunnan yhteistyön (ka. 4,00), asiakaspalvelun (ka. 4,04) sekä ohjauksen ja tiedonsaannin (ka. 4,05) laatuun. (Taulukko 14 luvussa 5.2.4.) Erot palvelukokemuksen ja asiakaspalvelun osalta olivat kaikkiin aikaisempiin aineistoihin nähden tilastollisesti merkitsevät. Ammattitaitoinen hoito ( $p=.006$ ) ja puhelinpalvelu ( $p=.003$ ) erosivat ensimmäiseen keskitetyn päivystyksen aineistoon nähden ja ohjaus ja tiedonsaanti lähtötilanteeseen ( $p=.032$ ) ja helmikuun 2006 aineistoon ( $p=.015$ ) nähden tilastollisesti merkitsevästi.

Hoidon jatkuvuuden tärkeys sai keskiarvon 3,62, mikä oli keskitetyn päivystyksen aineistojen korkein, mutta ero muihin ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Taustamuuttujista vain elämäntilannemuuttujan ryhmissä oli tilastollisesti merkitsevää eroa; eläkeläiset pitivät jatkuvuutta muita ryhmiä tärkeämpänä (ka. 4,05,  $p=.005$ ). Tätä tulosta arvioitaessa on työssä käyvän väestöosan terveyden- ja sairaanhoidossa syytä muistaa työterveyshuolto ja sen tarjoama jatkuvuus hoitosuhteessa.

Taustamuuttujista avo- tai avioliitossa olevat arvioivat vuorovaikutuksen ( $p=.009$ ) ja henkilökunnan yhteistyön ( $p=.010$ ) laadun paremmaksi kuin yksinelävät. Palkkatyössä olevat kokivat henkilökunnan yhteistyön parempana kuin eläkeläiset ja työelämän ulkopuolella olevat ( $p=.030$ ). Parhaimmaksi ohjauksen ( $p=.033$ ), vuorovaikutuksen ( $p=.002$ ), henkilökunnan yhteistyön ( $p=.013$ ) ja puhelinpalvelun ( $p=.047$ ) arvioivat terveydentilansa hyväksi kokeneet. (Liitetaulukko 4, aineisto 4.)

Ohjeellisen ajanvarauksen aikoihin vastaanotolle päässeet arvioivat palvelukokemuksen ( $p=.001$ ) ja asiakaspalvelun laadun ( $p=.000$ ) parhaimmaksi. Vastaajat, joiden tarvitsi selittää käyntinsä syytä vain yhdelle työntekijälle, antoivat parhaimmat arvioinnit palvelukokemuksesta ( $p=.004$ ), ohjauksesta ja tiedonsaannista ( $p=.040$ ) sekä välittävästä vuorovaikutuksesta ( $p=.041$ ).

Kokemus lääkärielle pääsystä vaikutti palvelukokemuksen ( $p=.001$ ), asiakaspalvelun laadun ( $p=.001$ ), ohjauksen ja tiedonsaannin ( $p=.007$ ) sekä vuorovaikutuksen ( $p=.016$ ) laadun arviointiin. Heikoimmat arvioinnit kaikkiin edellä mainittuihin muuttujiin antoivat he, jotka kokivat pääsyn vaikeutuneen viimeisen vuoden aikana. Kokemus muutoksesta lääkärielle pääsystä selitti 20 % palvelukokemuksen ( $R_a^2=.200^{***}$ ), noin 16 % asiakaspalvelun laadun ( $R_a^2=.157^{***}$ ), 10 % ohjauksen ja tiedonsaannin ( $R_a^2=.104^{**}$ ) ja 8 % vuorovaikutuksen laadun ( $R_a^2=.083^*$ ) vaihtelusta.

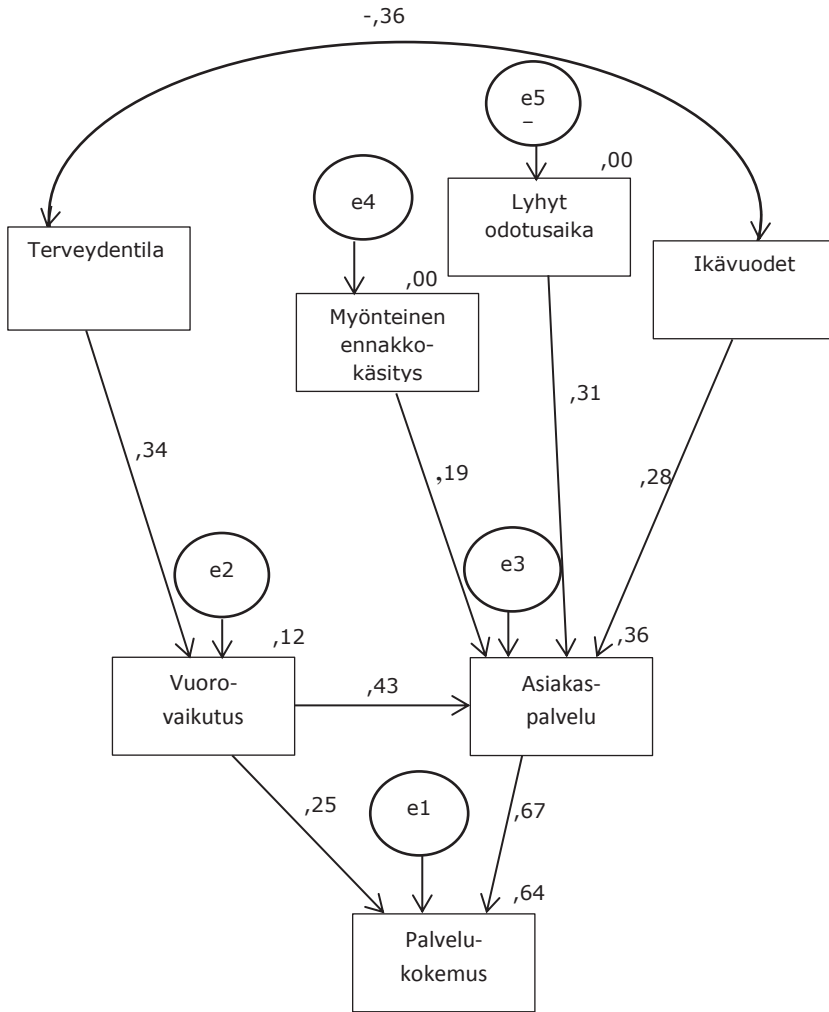


Henkilöt, joilla oli myönteinen ennakkokäsitys päivystyksestä, arvioivat palvelukokemuksen ( $p=.000$ ), asiakaspalvelun laadun ( $p=.003$ ), ammattitaitoisen hoidon ( $p=.002$ ) sekä ohjauksen ja tiedonsaannin ( $p=.041$ ) paremmaksi kuin he, joilla oli kielteinen ennakkokäsitys. Kokemus lääkärille pääsyn vaikeutumisesta ( $\beta=-.175^*$ ), kielteinen ennakkokäsitys ( $\beta=-.171^*$ ) ja asiakaspalvelun laatu ( $\beta=.658^{***}$ ) selittivät yhdessä 64 % palvelukokemuksen vaihtelusta ( $R_a^2=.635^{***}$ ).

Tässä, asiakkailta heikoimmat arviot saaneessa aineistossa, tarkastelin vielä AMOS-ohjelman polkuanalyysillä palvelukokemusta selittäviä tekijöitä. Tausta- ja saatavuustekijöistä ikä, lyhyt odotusaika ja myönteinen ennakkokäsitys selittivät asiakaspalvelun ja terveydentila vuorovaikutuksen kokemusta. Malli selitti 64 % palvelukokemuksen laadun vaihtelusta (kuvio 4). AMOS-tilasto-ohjelma raportoi useita erilaisia tunnuslukuja, joiden avulla mallin sopivuutta aineistoon voidaan arvioida. Yleisin niistä on  $\chi^2$  -yhteensopivusindeksi. Tässä mallissa  $\chi^2 = 9,241$ , vapausasteet = 13,  $p=.754$ . Mallin hyväksyttävyyden raja-arvona voidaan pitää  $p$ -arvoa  $> .05$ . Mallin yhteensopivuutta aineistoon tarkastelen vielä NFI= ,957, IFI=1,018 ja CFI= 1,000 -indekseillä, joiden arvot  $>.90$  osoittavat hyväksyttävää yhteensopivuutta sekä RMSEA = ,000 -arvolla, minkä katsotaan olevan hyvä, kun se on  $< .05$ . (Bentler 1990, 243–245; Metsämuuronen 2009, 707.)

Selityksiä asiakkaiden kokemuksiin laadun heikkenemisestä aikaisempaan nähden haen avoimen kysymyksen ”Mitä kehitettävää yhteispäivystyksen toiminnassa mielestänne on?” vastauksista, joita kuvaan luvussa 5.3.3.





Kuvio 4: Palvelukokemusta selittävät palvelun laadun ulottuvuudet ja tausta- ja saatavuustekijät.

## 5.2.4 Yksi ajanhetki – vertailussa keskitetyn ja hajautetun päivystyksen laatu

Maaliskuussa 2009 tein samanaikaisesti kyselyn kaikille keskitetyssä päivystyksessä asioineille (aineisto 4) ja terveysasemilla hajautetussa päivystyksessä asioineille (aineisto 5) päivystysasiakkaille. Tuolloin virkaajan ulkopuolinen keskitetty päivystys oli ollut toiminnassa reilun neljä vuotta ja toimintamalli vakiintunut käytännöksi.

Yli 90 % hajautetun päivystyksen asiakkaista arvioi palvelukokemuksen ja ohjauksen ja tiedonsaannin laadun erinomaiseksi. Muutoinkin puhelinpalvelua lukuun ottamatta kaikki laatumuuttajat saivat hajautetun päivystyksen aineistossa paremmat arvioinnit kuin samaan aikaan keskitetyssä päivystyksessä kerätystä aineistosta. Ero keskiarvojen välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä palvelukokemuksen ( $p=.000$ ), asiakaspalvelun ( $p=.000$ ), ohjauksen ja tiedonsaannin ( $p=.000$ ) sekä melkein merkitsevä ammattitaitoisen hoidon ( $p=.026$ ) laadun arvioinneissa. Hajautetussa päivystyksessä (ka. 4,22) hoidon jatkuvuus arvioitiin tärkeämmäksi kuin keskitetyssä päivystyksessä (ka. 3,62,  $p=.001$ ). (Taulukko 14.)

*Taulukko 14: Palvelun laadun kokemus keskitetyssä (aineisto 4) ja hajautetussa päivystyksessä (aineisto 5) maaliskuussa 2009.*

Muuttuja	Aineisto 4				Aineisto 5			
	n	Ka	Kh	Erin-om. arv. %	n	Ka	Kh	Erin-om. arv. %
<b>Palvelukokemuksen arvosana</b>	117	8,12	1,28	74,4	70	8,80	0,91	91,4
<b>Asiakaspalvelu</b>	119	4,04	0,82	60,5	71	4,49	0,60	84,5
<b>Ammattitaitoinen hoito</b>	119	4,19	0,87	69,7	73	4,50	0,72	86,3
<b>Ohjaus ja tiedonsaanti</b>	119	4,05	0,86	61,3	72	4,57	0,67	90,3
<b>Välittävä vuorovaikutus</b>	118	4,00	0,89	57,6	70	4,15	0,95	74,3
<b>Henkilökunnan yhteistyö</b>	117	4,00	0,77	61,5	69	4,23	0,69	66,7
<b>Puhelinpalvelu</b>	110	4,20	1,03	81,8	69	4,11	1,17	76,8
<b>Hoidon jatkuvuuden tärkeys</b>	117	3,62	1,26	61,5	73	4,22	0,94	82,2

(Palvelukokemuksen arvosana asteikolla 4-10, summamuuttujien arvot välillä 1-5, pienin arvo=negatiivisin, suurin arvo=positiivisin arvio laadusta tai tärkeydestä)

Taustamuuttujista elämäntilanteeltaan palkkatyössä tai yrittäjänä olleet arvioivat palvelukokemuksen parhaimmaksi (ka. 9,11) ja eläkkeellä olleet heikoimmaksi (ka. 8,41) ( $p=.043$ ). Vuorovaikutuksen kokivat nuorimmat ikäluokat parhaimmaksi (ka. 4,41–4,55) ja vanhin ikäluokka heikoimmaksi (ka. 3,53) ( $p=.006$ ).

Asiakkaat, joilla oli myönteinen ennakkokäsitys, antoivat parhaat arvi-

ot asiakaspalvelusta ( $p=.004$ ), ammattitaitoisesta hoidosta ( $p=.025$ ), henkilökunnan yhteistyöstä ( $p=.015$ ) ja puhelinpalvelusta ( $p=.001$ ). (Liitetaulukko 4, aineisto 5.) Myönteinen ennakkokäsitys selitti 21 % asiakaspalvelun ( $\beta=.472^{***}$ ,  $R_a^2=.211^{***}$ ), 4 % ammattitaitoisen hoidon ( $\beta=.234^*$ ,  $R_a^2=.041^*$ ) ja 12 % puhelinpalvelun ( $\beta=.367^{**}$ ,  $R_a^2=.122^{**}$ ) laadun vaihtelusta.

Asiakaspalvelun, ohjauksen ja tiedonsaannin sekä puhelinpalvelun muodostama malli selitti 50 % palvelukokemuksen vaihtelusta hajautetussa päivystyksessä. Keskitetyssä päivystyksessä palvelukokemuksen kokonaislaatua ennustivat kokemus asiakaspalvelun, ohjauksen ja tiedonsaannin sekä vuorovaikutuksen laadusta. Näiden selitysosuus oli 65 %. (Taulukko 15.)

*Taulukko 15: Palvelun laadun ulottuvuudet palvelukokemuksen selittäjinä keskitetyssä (aineisto 4) ja hajautetussa (aineisto 5) päivystyksessä maaliskuussa 2009 (regressioanalyysi,  $01 < p < .05$  (\*) tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä,  $.001 < p < .01$  (\*\*\*) tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä.)*

Muuttuja	Aineisto 4	Aineisto 5
<b>Asiakaspalvelu</b>	$\beta=.524^{***}$	$\beta=.360^{**}$
<b>Ohjaus ja tiedonsaanti</b>	$\beta=.219^*$	$\beta=.343^{**}$
<b>Välittävä vuorovaikutus</b>	$\beta=.199^*$	-
<b>Puhelinpalvelu</b>	-	$\beta=.262^{**}$
<b>Mallin selitysaste</b>	$R_a^2=.649^{***}$	$R_a^2=.501^{***}$

Hajautetussa päivystyksessä hoidon jatkuvuuden tärkeimmäksi arvioivat eläkkeellä olleet (ka. 4,47), pitkäaikaissairaat (ka. 4,52) sekä he, jotka kokiivat lääkärille pääsyn viimeisen vuoden aikana helpottuneen (ka. 4,88). (Liitetaulukko 4, aineisto 5.)

### 5.2.5 Pitkään toiminnassa olleet keskitetyt päivystykset vertailussa

Itä-Savon yhteispäivystyksen suunnittelussa vuonna 2004 käytettiin kokemuksia KYSin yhteispäivystyksestä hyödyksi, muun muassa pitkien odotusaikojen välttämiseksi otettiin Itä-Savossa käyttöön niin sanottu ohjeellinen ajanvaraus, mihin liittyen väestöä ja asiakkaita informoitiin soittamaan päivystyksen puhelinneuvontaan ennen vastaanotolle lähtemistä. Tässä luvussa kuvaan KYSin yhteispäivystyksessä toukokuussa 2011 kerätyn aineiston tuloksia ja teen samalla vertailua niistä Itä-Savon viimeisimpään keskitetyn päivystyksen aineistoon. Tavoitteena tällä vertailulla on kuvata kahta pitkään toiminnassa ollutta keskitettyä päivystystä rinnakkain.

KYSin aineistossa palvelukokemus sai keskiarvon 8,04, mikä oli kaikkien aineistojen heikoin, mutta noudatteli samaa tasoa Itä-Savon viimeisimmän keskitetyn päivystyksen aineiston (ka. 8,12) kanssa. Parhaimmat tulokset arvioituista laadun osatekijöistä saivat ammattitaitoinen hoito (ka. 4,34) ja henkilökunnan yhteistyö (ka. 4,23). Molemmat arvioitiin KYSissä Itä-Savon paremmiksi ja jälkimmäisessä näistä ero Itä-Savon viimeiseen aineistoon oli tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,005$ ). Puhelinpalvelu sai KYSin arvoissa heikon arvosanan (ka. 3,43) ja se koettiin Itä-Savossa selkeästi KYSia paremmaksi ( $p=0,000$ ). KYSin heikko arviota voi selittää sillä, että siellä ei tuolloin vielä ollut erikseen resurssoitua puhelinneuvontaa, ja suuri osa asiakkaista tuli päivystykseen etukäteen soittamatta. KYSin aineistossa ei yksikään laatumuuttuja tavoittanut erinomaisen laadun tasoa, eli kaikissa muuttujissa laadun erinomaiseksi arvioineiden osuus jäi alle 80 %:n tason. (Taulukko 16.)

*Taulukko 16: Palvelun laadun kokemus pitkään toiminnassa olleissa keskitetyissä päivystyksissä, Itä-Savossa vuonna 2009 (aineisto 4) ja KYSissä vuonna 2011 (aineisto 6)*

Muuttuja	Aineisto 4 Itä-Savo			Erin- om. arv. %	Aineisto 6 KYS			Erin- om. arv. %
	n	Ka	Kh		n	Ka	Kh	
<b>Palvelukokemuksen arvosana</b>	117	8,12	1,28	74,4	155	8,04	1,50	72,3
<b>Asiakaspalvelu</b>	119	4,04	0,82	60,5	155	4,00	1,02	63,9
<b>Ammattitaitoinen hoito</b>	119	4,19	0,87	69,7	153	4,34	0,86	77,8
<b>Ohjaus ja tiedonsaanti</b>	119	4,05	0,86	61,3	154	4,16	0,90	70,1
<b>Välittävä vuorovaikutus</b>	118	4,00	0,89	57,6	154	4,06	0,95	68,8
<b>Henkilökunnan yhteistyö</b>	117	4,00	0,77	61,5	152	4,23	0,83	70,4
<b>Puhelinpalvelu</b>	110	4,20	1,03	81,8	97	3,43	0,90	38,1
<b>Hoidon jatkuvuuden tärkeys</b>	117	3,62	1,26	61,5	155	3,36	1,44	58,1

Pitkäaikaissairaiden osuus oli KYSin aineistossa suuri, 41 % ( $n=133$ ), ja myös asiakkaan koettu terveydentila oli arvioitu heikoiksi, keskiarvon ollessa 6,6. Näihin molempiin asioihin voi vaikuttaa se, että KYSin osatutkimuksessa kysely jaettiin myös erikoissairaanhoidon päivystysasiakkaille, kun Itä-Savon aineistoissa tutkittiin vain perusterveydenhuollon päivystysasiakkaiden kokemuksia.

KYSin aineistossa taustatekijöistä vain ikäryhmien välillä löytyi eroja palvelukokemuksen ja hoidon laadun osa-alueiden arvioinneissa. (Liitetaulukko 4, aineisto 6). Vanhin ikäryhmä arvioi parhaaksi palvelukokemuksen ( $p=0,032$ ), asiakaspalvelun ( $p=0,044$ ), ammattitaitoisen hoidon

( $p=.033$ ) sekä ohjauksen ja tiedonsaannin ( $p=.017$ ) laadun. Tämä tulos on päinvastainen verrattuna Itä-Savon toiseen aineistoon, joissa vanhin ikäryhmä arvioi laadun heikoimmaksi samoilla laadun ulottuvuuksilla. Vanhin ikäryhmä arvioi myös vuorovaikutuksen laadun heikoimmaksi toisessa ja viidennessä aineistossa.

Hoidon jatkuvuuden tärkeydessä eroja tuli esille ikäluokan ( $p=.001$ ), elämäntilanteen ( $p=.000$ ), koulutuksen ( $p=.001$ ), pitkäaikaissairauden ( $p=.000$ ) ja terveydentilan ( $p=.016$ ) mukaisissa taustamuuttujaryhmissä. Tärkeimmäksi hoidon jatkuvuuden kokivat vanhin ikäluokka (ka. 4,00), eläkkeellä olevat (ka. 4,07), koulutustaustaltaan ammattikurssitasoiset (ka. 4,35), pitkäaikaissairaajat (ka. 3,78) ja henkilöt, jotka kokivat terveydentilansa heikoksi (ka. 3,77). Päivystykseen tulotapa vaikutti arviointeihin siten, että he, jotka tulivat lähetteellä tai ambulanssin tuomana, arvioivat hoidon jatkuvuuden tärkeimmäksi (ka. 3,59) ( $p=.013$ ).

Hoidon jatkuvuuden tärkeyttä selittivät pitkäaikaissairaus ( $\beta=333^*$ ) ja yli 75 vuoden ikä ( $\beta=251^*$ ). Henkilöt, joilla oli opistotasoinen koulutus ( $\beta=-.342^{**}$ ), eivät arvostaneet tärkeyttä siinä määrin kuin ilman ammattikoulutusta olevat. Mallin selitysosuus oli 28 %. Hoidon jatkuvuus ei selittänyt palvelukokemuksen laadun vaihtelua KYSin aineistossa.

Odotusajoissa oli Itä-Savon ja KYSin välillä oli merkittävä ero ( $p=.000$ ). KYSin aineistossa 40 % asiakkaista odotti yli tunnin, joka kymmenes jopa yli kolme tuntia. Itä-Savon vertailuaineistossa yli tunnin odotti 7 % vastaajista, ja kenenkään ei tarvinnut odottaa yli kolmea tuntia. Odotetusti pitkään odottamaan joutuneet antoivat heikoimmat arvioinnit palvelukokemuksen ( $p=.000$ ), asiakaspalvelun ( $p=.000$ ), ohjauksen ja tiedonsaannin ( $p=.006$ ) sekä henkilökunnan yhteistyön ( $p=.001$ ) laadusta.

Myös kokemus lääkärille pääsystä vaikutti vastaajien arviointeihin palvelukokemuksesta ( $p=.000$ ), asiakaspalvelusta ( $p=.000$ ), ammattitaitoisesta hoidosta ( $p=.000$ ), ohjauksesta ja tiedonsaannista ( $p=.000$ ), vuorovaikutuksesta ( $p=.002$ ) ja henkilökunnan yhteistyötä ( $p=.000$ ). Heikoimmat arviot antoivat he, jotka kokivat lääkärille pääsyn vaikeutuneen viimeisen vuoden aikana ja parhaimmat puolestaan he, jotka kokivat pääsyn parantuneen. Myös ennakkokäsitys palvelun toimivuudesta noudatti samaa linjaa; he, joilla ennakkokäsitys oli myönteinen, arvioivat laadun selkeästi paremmaksi kuin he, joiden ennakkokäsitys oli kielteinen. (Liitetäulukko 4, aineisto 6)

Tarkasteltaessa yhden yksittäisen laadun osatekijän selitysvoimaa palvelukokemukseen nousi KYSin aineiston asiakaspalvelun laatu selkeästi korkeimmalle selittäen 75 % palvelukokemuksen vaihtelusta ( $\beta=866^{***}$ ,  $R_a^2=.747^{***}$ ). Samoin ohjaus ja tiedonsaanti ( $\beta=702^{***}$ ,  $R_a^2=.490^{***}$ ) ja henkilökunnan yhteistyö ( $\beta=637^{***}$ ,  $R_a^2=.401^{***}$ ) selittivät poikkeuksellisen voimakkaasti palvelukokemuksen vaihtelua.

Sekä KYSin että Itä-Savon aineistoissa yhdistävinä myönteistä palvelukokemusta selittävinä tekijöinä olivat asiakaspalvelun laatu ja välittävä

vuorovaikutus. Näiden lisäksi Itä-Savossa kokonaisvaltaisimpaan selitysmalliin nousi ohjaus ja tiedonsaanti ja KYSissä ammattitaitoinen hoito. KYSissä asiakaspalvelun, ammattitaitoisen hoidon ja välittävän vuorovaikutuksen mallin selitysosuus on 78 %:ia. (Taulukko 17)

*Taulukko 17: Palvelun laadun ulottuvuudet palvelukokemuksen selittäjinä pitkään toiminnassa olleissa keskitetyissä päivystyksissä, aineistot 4 ja 6. (Regressioanalyysi,  $01 < p < .05$  (\*) tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä,  $.001 < p < .01$  (\*\*) tulos on tilastollisesti merkitsevä ja  $p < .001$ (\*\*\*) tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä.)*

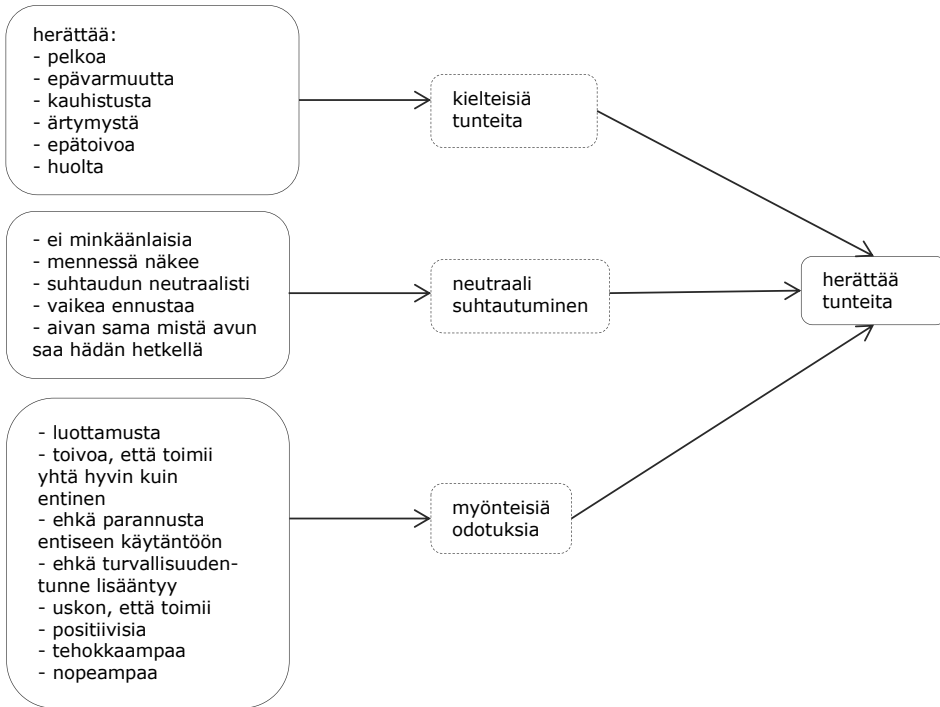
Muuttuja	Aineisto 4 Itä-Savo	Aineisto 6 KYS
Asiakaspalvelun laatu	$\beta = .524^{***}$	$\beta = .662^{***}$
Ammattitaitoinen hoito	-	$\beta = .193^*$
Ohjaus ja tiedonsaanti	$\beta = .219^*$	-
Välittävä vuorovaikutus	$\beta = .199^*$	$\beta = .131^*$
Mallin selitysaste	$R_a^2 = .649^{***}$	$R_a^2 = .780^{***}$

Palvelukokemuksen arvosanaa heikensivät KYSin aineistossa kokemus vaikeutuneesta lääkärille pääsystä ( $\beta = -.340^{***}$ ) ja kielteinen ennakkokäsitys palvelun tarjoajasta ( $\beta = -.253^{**}$ ). Mallin selitysaste oli 21 %:ia ( $R_a^2 = .212^{***}$ ).

## 5.3 ODOTUKSET JA KOKEMUKSET PÄIVYSTYKSEN KESKITÄMISESTÄ

### 5.3.1 Päivystysmuutokseen liittyi vahva tunnelataus

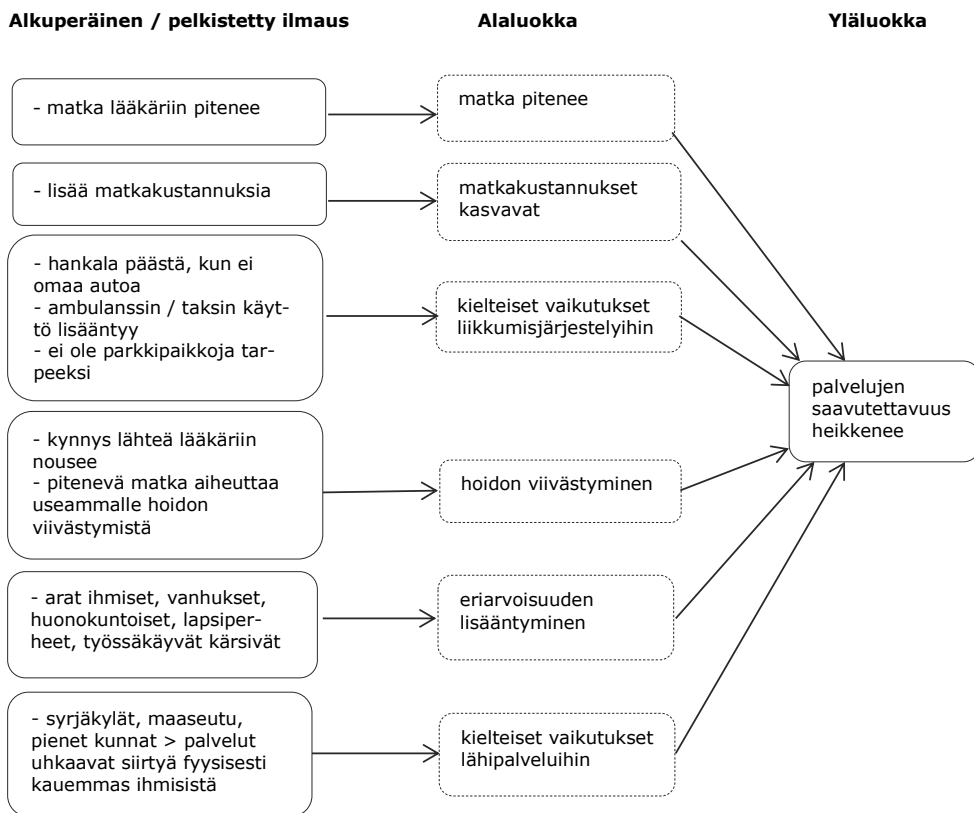
Tutkimuskokonaisuuden ensimmäinen aineisto kerättiin Itä-Savossa terveysasemien päivystysasiakkailta muutamia viikkoja ennen palvelujen uudelleen organisointia. Päätöksestä keskittää päivystys, keskittämisen käytännön toteutuksesta ja uudenaikaisista toimintatavoista oli informoitu väestöä tiedotteilla, lehti-ilmoituksilla ja artikkeleilla. Selvitin kyselyssäni avoimella kysymyksellä asiakkaiden odotuksia päivystyspalvelujen uudelleen järjestelyistä. Vastauksissa päällimmäisenä nousi esille asiakkaiden reagoiminen muutokseen tunteella. Kielteisiä tunteita oli kuvattu hyvin monin eri sanoin, ”pelottaa”, ”kauhistuttaa”, ”huolestuttaa”, mutta vastauksista oli löydettävissä myös neutraalia ”mennessä näkee” ja varovaisen positiivistakin ”ehkä parannusta entiseen” suhtautumista. Kuviolla 5 havainnollistan vastaajien tunnereaktioita.

**Alkuperäinen / pelkistetty ilmaus****Alaluokka****Yläluokka**

*Kuvio 5: Suhtautuminen tunteella päivystyksen keskittämiseen.*

Tunnereaktion ohella vastauksissa arvioitiin muutoksen vaikuttavan palveluihin monin eri tavoin. Tarkastelen seuraavassa asiakkaiden vastauksia palvelujen saatavuustekijöiden ja muiden laadun ulottuvuuksien mukaisesti. Vastausten raportoinnissa käytän käsitteitä palvelun saavutettavuus ja saatavuus. Palvelujen saavutettavuudella tarkoitetaan esimerkiksi etäisyyttä, ja miten helppoa tai vaikeaa palvelun piiriin pääseminen on (Kytö ym. 2008, 6). Palvelun saatavuudella puolestaan tarkoitetaan palvelujen riittävyttä, kontaktin saamista, ajanvarauksen onnistumista, puhelimeen vastaamista ja odotusaikoja eli toimintoja, joissa aikaulottuvuudella on keskeinen merkitys. (Sinkkonen 1992, 21–22; Lillrank & Venesmaa 2010, 69.)

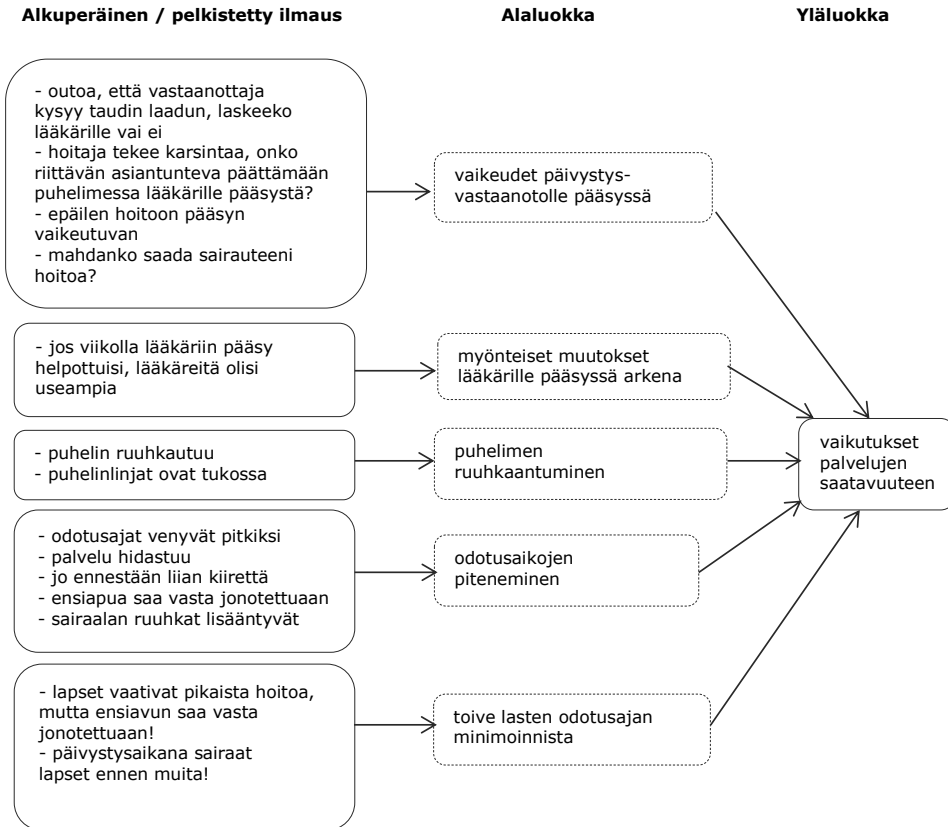
Vastauksissa nousi esille huoli palvelujen saavutettavuuden heikkenemisestä (kuviokuva 6). Huolen aiheita olivat esimerkiksi matkan piteneminen, matkakustannusten kasvaminen, hankaluudet hoitoon pääsyssä ja syrjäkylien palvelujen heikkeneminen. Vastaajat kokivat, että kynnys lähteä lääkäriin nousee, hoitoonpääsy viivästyy ja väestönsien välinen eriarvoisuus kasvaa. Ambulanssin ja taksin käytön uskottiin lisääntyvän palvelujen keskittämisen myötä.



Kuvio 6: Huoli palvelujen saavutettavuuden heikkenemisestä.

Palvelujen saatavuuden vastaajat arvelivat heikkenevän monin tavoin. Etukäteisyhteydenotto puhelimitse herätti epäilyjä, pääseekö ”portinvartijan” ohi lainkaan lääkäriin. Myös odotusaikojen pitkittymistä ja sairaalan ruuhkien lisääntymistä pelättiin. Epäilyjen lisäksi vastauksista nousi esille odotus lääkäriin pääsyn helpottumisesta arkena uusien päivystysjärjestelyjen myötä. Kuviossa 7 olen kuvannut vastaajien arvioita palvelujen saatavuudesta päivystyksen keskittämisen jälkeen.





Kuvio 7: Palvelujen uudelleen organisoinnin vaikutukset palvelujen saatavuuteen.

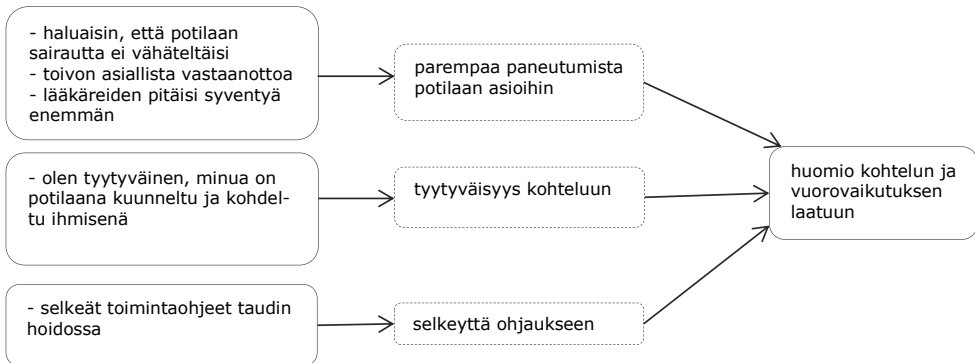
Hoidon jatkuvuuden pelättiin vastauksissa kärsivän päivystyksen uudelleen järjestelyjen vuoksi. Oma lääkäri –järjestelmän pelättiin romuttuvan tai oma lääkäriä toivottiin, myös tuttujen lääkärin toivottiin päivystävän jatkossakin.

”Oma lääkäri –systemi hajoaa täysin.”

”Haluaisin oman lääkärin ja hoitajan.”

”Toivottavasti tutut lääkärit päivystää.”

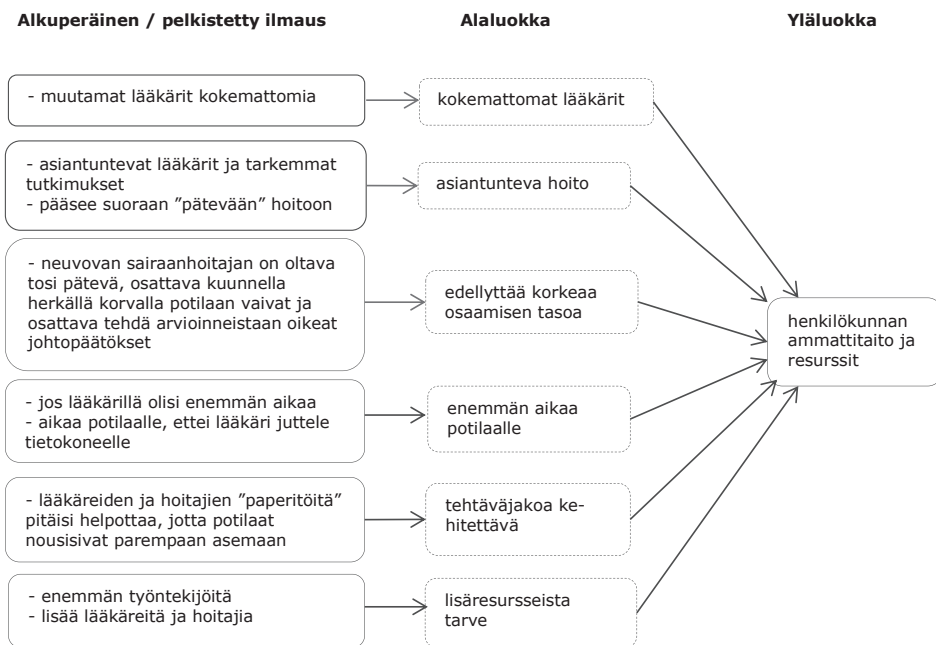
”Eri lääkärit, jokaiselle täytyy kertoa samat asiat uudelleen ja uudelleen.”



Kuvio 8: Kohteluun ja vuorovaikutukseen liittyvät osa-alueet

Kohteluun ja vuorovaikutukseen liittyivät toiveet vähättelyn välttämisestä ja paneutumisesta potilaan asiaan syvällisesti ja asiallisesti. Myös toimintaohjeiden selkeyden vaade nousi vastauksissa esille. Toiveiden ja vaatimusten lisäksi potilaan kuuntelu ja kohtelu saivat kiitosta vastauksissa. Kuvio 8 kuvaa vastauksista poimittuja kohteluun ja vuorovaikutukseen liittyviä osa-alueita.

Henkilökunnan ammattitaitoon ja resursseihin kohdistui monenlaisia kannanottoja. Vastajat toisaalta kantoivat huolta kokemattomista lääkäreistä, mutta toisaalta kokivat, että muutoksen myötä pääsee suoraan asiantuntevaan hoitoon ja tarkempiin tutkimuksiin. Puhelinneuvonnan sairaanhoitajalta edellytettiin korkeaa osaamisen tasoa ja lääkäreiden ja hoitajien tehtäväjakoä toivottiin kehitettävän niin, että potilaan asema parani. Henkilökuntaresurssit koettiin niukoiksi, ja sekä lääkäreitä että hoitajia kaivattiin lisää. Kuvio 9 selventää henkilökunnan ammattitaitoon ja resursseihin liittyviä vastauksia.



Kuvio 9: Henkilökunnan ammattitaito ja resurssit

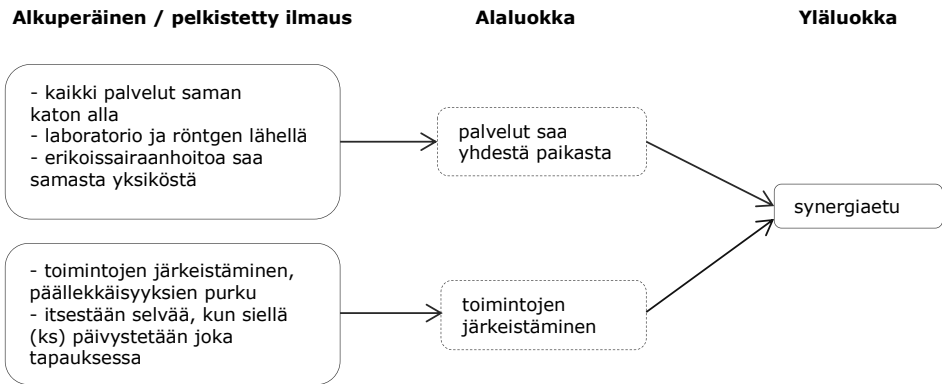
Uuden päivystyksen fyysisten tilojen opasteisiin, riittävyyteen ja yksityisydensuojaan oli vastauksissa otettu kantaa. Odotustiloihin toivottiin ajanvietettä, esimerkiksi lehtiä eri-ikäisille. Kuvio 10 kuvaa vastaajien ajatuksia uuden päivystyspisteen fyysisestä ympäristöstä.



Kuvio 10: Uuden päivystyksen fyysistä ympäristöä koskevat arviot

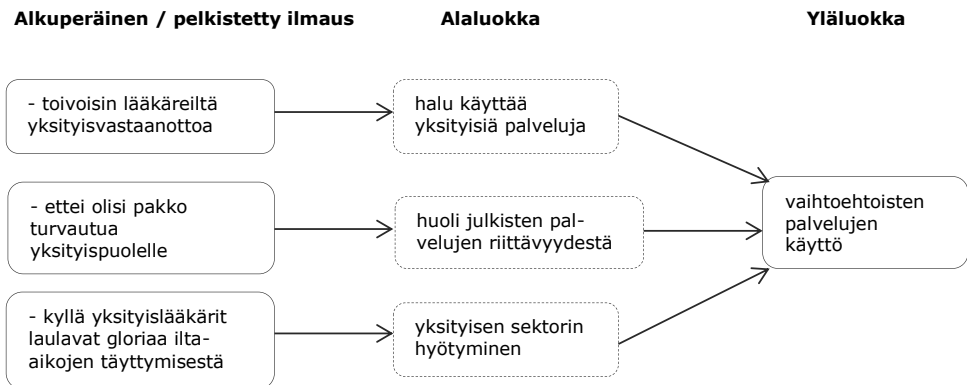
Fyysiseen ympäristöön liittyivät myös havainnot siitä, että uuden päivystyksen sijainti keskussairaalassa tarjosi päivystyksen käyttöön laborato-

rio- ja kuvantamispalvelut sekä erikoissairaanhoidon asiantuntemuksen. Yhdistäminen nähtiin järkevänä päällekkäisyyksien purkamisena, kun keskussairaalassa joka tapauksessa toimii päivystys. Kuvio 11 kuvaa päivystysten yhdistämisen mukanaan tuovia synergiaetuja.



Kuvio 11: Päivystysten yhdistämisellä aikaan saatavia synergiaetuja

Vastauksissa oli kommentteja yksityisten palvelujen puolesta ja niitä vastaan; toisaalta toivottiin, että lääkäreillä olisi myös yksityisvastaanotto, ja toisaalta pelättiin, että niihin joudutaan turvautumaan, ja että yksityisvastaanotot hyötyvät tilanteesta. Kuvio 12 kuvaa vaihtoehtoihin palveluihin liittyviä kannanottoja.



Kuvio 12: Päivystysmuutoksen vaikutukset vaihtoehtoisten palvelujen käyttöön.

Muutoksen vaikutuksia kustannuksiin ennakoitiin vastauksissa sekä yksilö- että organisaatiotasolla. Yksilötasolla arvioitiin kustannusten kasvavan

esimerkiksi matkan ja päivystyskäyntiin kuluvan ajan pitenemisen vuoksi. Myös sitä kommentoitiin, että aikaisemmin päivystyskäynti sisältyi terveyskeskuksen vuosimaksuun, mutta uudessa mallissa lisäksi tulisi poliklinikkamaksu.

*”kalliiksi tulee lähteä kaupunkiin asti”*

*”lisää reilusti kuluja (matka, aika)”*

*”vuosimaksu terveyskeskukseen, erikseen poliklinikkamaksu”*

Terveysasemilla olevien laitteiden ja välineiden arveltiin jäävän vähäiselle käytölle ja tarvittavien uusien hankintojen lisäävän yhteisiä kustannuksia.

*”tarvitaan uusia hankintoja”*

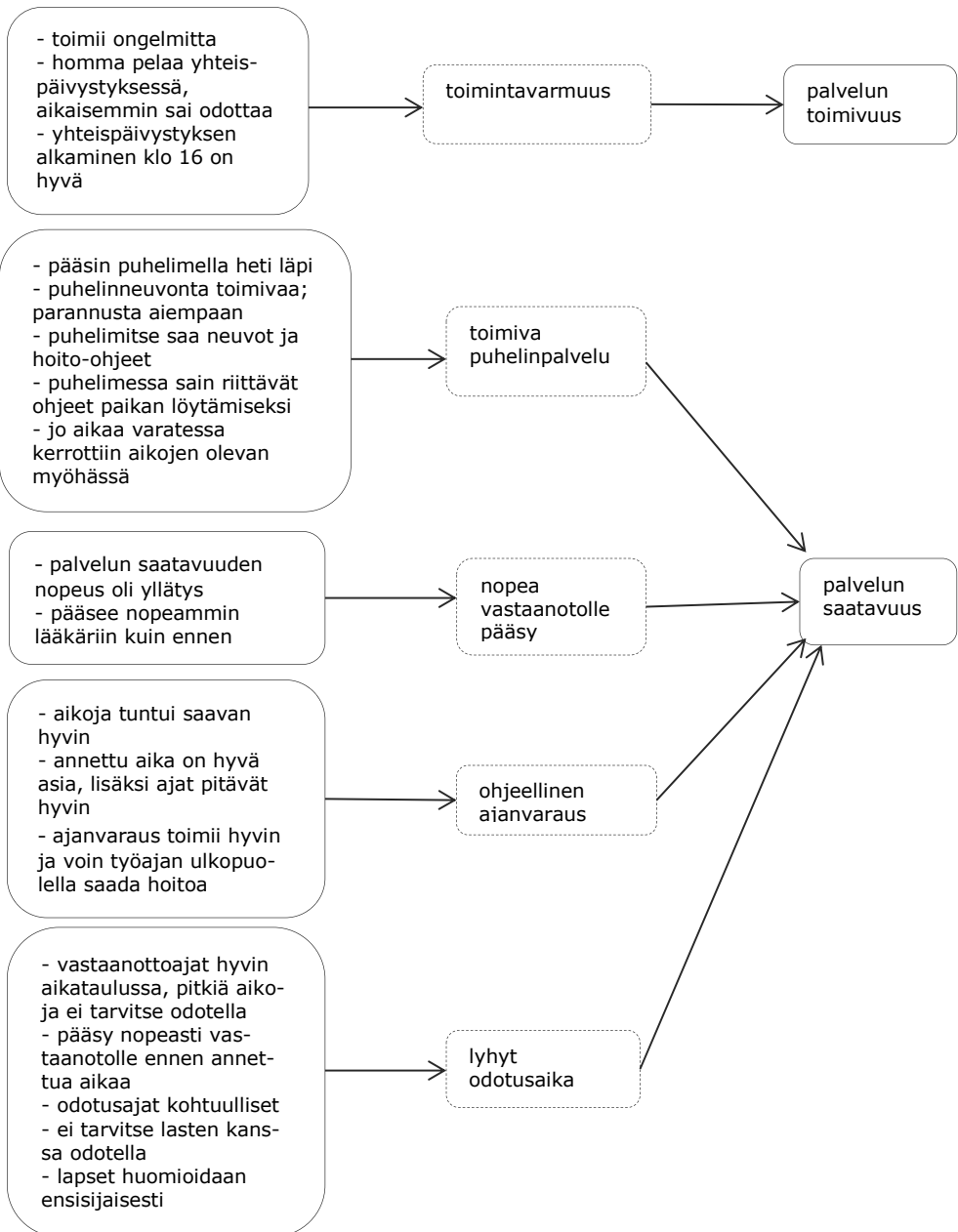
*”laitteiden ja välineiden käyttö vähenee terveyskeskuksessa”*

Yhteenvedona voi todeta, että vastauksissa arvioitiin muutoksen vaikutuksia vahvasti tunteella ja erityisesti kielteisillä tunteilla. Vastajat tunsivat muun muassa pelkoa, kauhistusta, ärtymystä, epävarmuutta, epätoivoa ja huolta. Myönteisistä näkemyksistä nousi esille luottamus, toivo ja usko siitä, että päivystys toimii ainakin yhtä hyvin kuin entinen. Tunnereaktioiden ohella keskittämisen arvioitiin vaikuttavan palvelujen saavutettavuuden ja saatavuuden laatuun. Vastauksissa kannettiin huolta myös henkilökunnan ammattitaidosta, asiakkaan asioihin paneutumisesta, fyysisestä ympäristöstä ja kustannuksista. Yhden oven periaate koettiin hyvänä uudistuksessa; saman katon alla olisi tarjolla laboratorio-, röntgen- ja erikoissairaanhoidon palvelut niitä tarvitseville.

### **5.3.2 Muutos ei mullistanutkaan maailmaa**

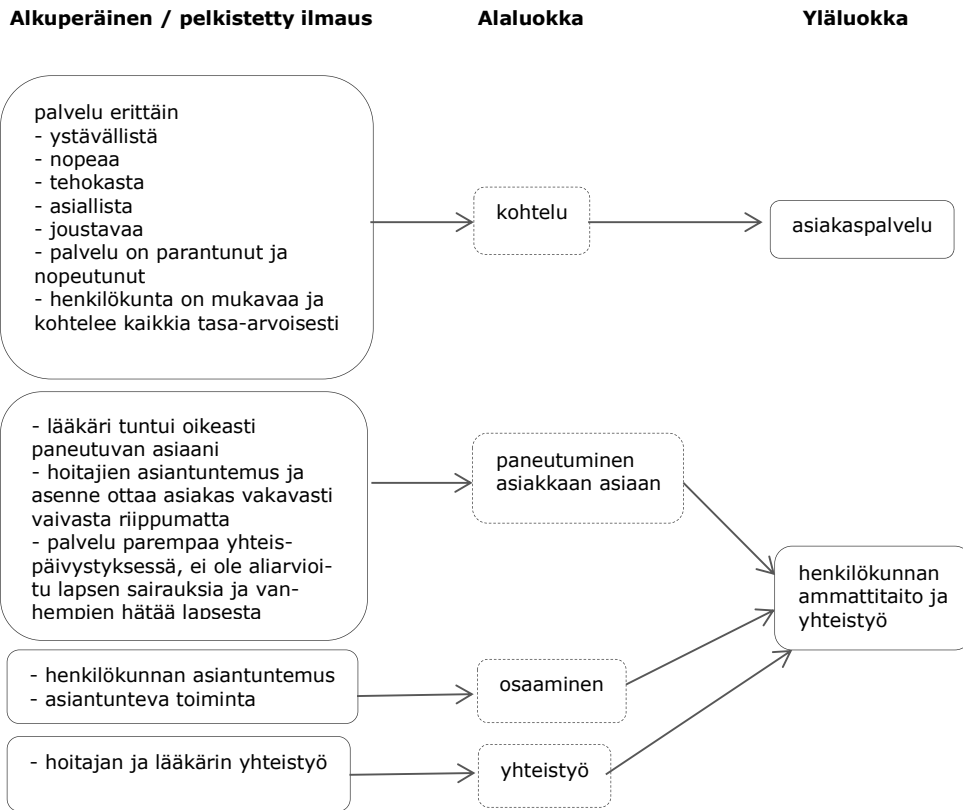
Muutoksen tapahduttua pahimmat skenaariot eivät sellaisinaan toteutuneet, vaan vastajat näkivät paljon myönteistä keskitetyssä päivystyksessä. Virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen keskittämisen jälkeen selvitin kyselyissä avoimella kysymyksellä, ”mitä hyvää ja mitä kehitettävää yhteispäivystyksen toiminnassa on?”. Koska palvelu koettiin erityisen hyvänä keskittämisen tapahduttua, kuvaan tässä asiakkaiden hyväksi havaitsemia asioita marraskuun 2004 ja helmikuun 2006 aineistoista, jotka olivat hyvin yhdenmukaisia.

Yhteispäivystystä pidettiin toimintavarmana, puhelinpalvelua ja -neuvontaa parannuksena entiseen ja ohjeellinen ajanvaraus koettiin hyvänä. Etukäteispelko pitkistä odotusajoista oli osoittautunut turhaksi, vastaanotolle pääsi ilman pitkää odottelua ja myös lapset huomioon otettiin ensisijaisesti. Kuviossa 13 kuvaan vastaajien käsityksiä palvelun toimivuuteen ja saatavuuteen liittyvistä asioista.

**Alkuperäinen / pelkistetty ilmaus****Alaluokka****Yläluokka**

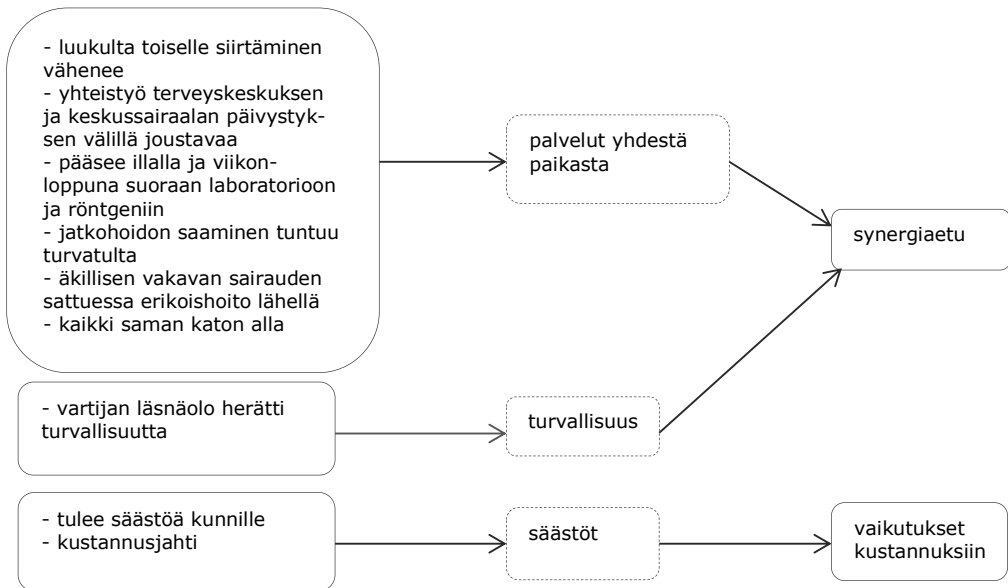
Kuvio 13: Palvelun hyvä toimivuus ja saatavuus

Asiakaspalvelun koettiin olevan ystävällistä, nopeaa, joustavaa ja tehokasta. Henkilökunnan ammattitaito, paneutuminen asiakkaan asiaan ja keskinäinen yhteistyö arvioitiin hyväksi. Näitä kokemuksia kuvaan kuviossa 14.



Kuvio 14: Asiakaspalvelu ja henkilökunnan ammattitaito ja yhteistyö

Myös palvelujen saaminen yhdestä paikasta, viikonloppunakin käytettävissä olevat laboratorio- ja röntgenpalvelut sekä turvatut jatkohoitomahdollisuudet koettiin hyvinä. Myös keskussairaalan vartijan koettiin lisäävän turvallisuutta yhteispäivystyksessä. Päivystyksen keskittämällä nähtiin myös saatavan säästöjä kunnille. (Kuvio 15.)

**Alkuperäinen / pelkistetty ilmaus****Alaluokka****Yläluokka**

Kuvio 15: Synergiaetu ja vaikutukset kustannuksiin

Hyvin onnistuneiden asioiden lisäksi vastaajat löysivät myös kehitettävää heti päivystyksen keskittämisen jälkeen. Matka päivystykseen koettiin pitkänä ja opasteita paikan löytämiseksi toivottiin selkeämmiksi. Henkilökunnan lisäämistä esitettiin ja vakituksia lääkäreitä pitkäaikaissairaita varten. Päivystyksen fyysisessä ympäristössä oli vastaajien mukaan paljon kehittämistarpeita: odotustila koettiin liian pieneksi ja levottoman tuntuiseksi, viihtyisyyttä, esimerkiksi uudempaa lukemista ja välipalatarjoilua, toivottiin, kuten myös vauvojen hoitopöytä odotustilaan.

”Matka liian pitkä” ”Pitkä matka saattaa muodostaa ongelmia joillekin”

”Jouduin kysymään sijaintia sairaalalla, parempi viitoitus”

”Sisääntulo-opasteet selvemmiksi”

”Useampi lääkäri, niin aikataulu voisi pitää”

”Vakilääkäri helpottaisi pitkäaikaissairaita, flunssaisille riittäisi keikka lääkärikin”

”Hoitajia enemmän. Jouduimme odottamaan hoitajaa jonkin aikaa”

”Odotustila liian pieni. Liian vähän istuimia, huono ilma”

”Odotustilassa tv kovalla, potilaita + saattajia runsaasti – levottoman tuntuista”

”Uudempaa lukemista odotustilaan”

”Vauvojen hoitopöytä odotustilaan”

”Iltapalaa ja kahvia tarjolle vaikka maksaisikin”.



Muutoksesta tiedottamisesta oli marraskuussa 2004 kyselylomakkeen lopussa avoin kysymys: ”Miten päivystyksen keskittämisestä tiedottaminen on mielestänne onnistunut?” Suuri osa vastaajista koki tiedottamisen onnistuneen hyvin ja olleen riittävää.

”Hyvin. Lehdissä ollut riittävästi juttuja ja ilmoituksia.”

”Ilmoitettu lehdissä selkeästi ja terveyskeskuksen ulko-ovessa olevat tiedot.”

”Asiasta ja käytännöistä oli alussa riittävästi opastusta.”

”Puhelimessa kerrotaan aina ajo-ohjeet uuteen päivystyspaikkaan.”

”Puhelinnumerot kun on ottanut lehdestä muistiin, niin hyvin pärjää”

”Suhteellisen hyvin. Ajoittain voisi paikallislehdessä vielä muistuttaa pikku infolla”

Vastauksiin asiakkaat olivat kirjanneet myös päinvastaisia kokemuksia. Tiedottamisen koettiin olleen puutteellista. Ongelmana koettiin esimerkiksi puhelinnumeroiden muuttuminen keskittämisen yhteydessä ja toivottiin, että puhelinnumeroita tiedotettaisiin toistuvasti.

”Puhelinnumerot eivät löytäneet meidän talouteen, uusi luettelo varmaan auttaa.”

”Puutteellisesti; puhelinnumero ainakin meillä joka kerta ollut etsittävä kiertoteitse.”

”Hieman useammin voisi lehdessä olla numero ja päivystysajat. Kaikki eivät yhdestä lehdestä sitä huomaa”

”Melko huonosti, itse en tiennyt koko hommasta ennen tätä käyntiä.”

”Olisi pitänyt ilmoittaa joka talouteen erikseen.”

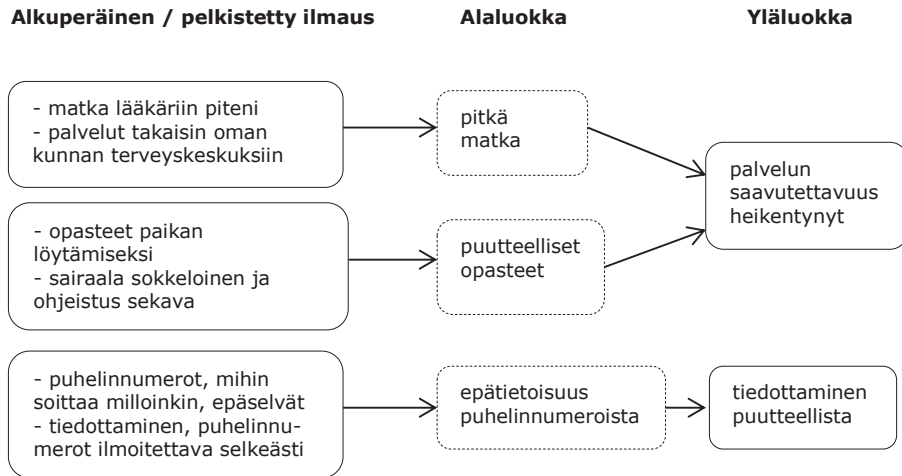
Kokonaisvaikutelmaksi kuitenkin jäi, että tiedottaminen oli tavoittanut suuren joukon väestöstä. Vastauksissa todettiin, että lehtiartikkeleista ja ilmoituksista oli saanut hyvän kuvan päivystysmuutoksesta.

### **5.3.3 Mikä oli vikana, kun laatu heikkeni?**

Kuten edellä luvussa 5.2.3 kuvasin, asiakkaiden kokema laatu heikkeni keskitetyn päivystyksen vakiinnuttua käytäntöön. Kokemus ei ollut yksimielinen. Myös maaliskuun 2009 aineistossa olivat vastaajat nimenneet hyviä asioita yhteispäivystyksestä, mitkä olivat sisällöllisesti hyvin samankaltaisia kuin edellisessä luvussa kuvaamani. Saadakseni selityksiä, miksi laadun koettiin heikentyneen ajan kuluessa, tarkastelen tässä luvussa avoimella kysymyksellä: ”Mitä kehitettävää yhteispäivystyksen toiminnassa on?” saatuja vastauksia.

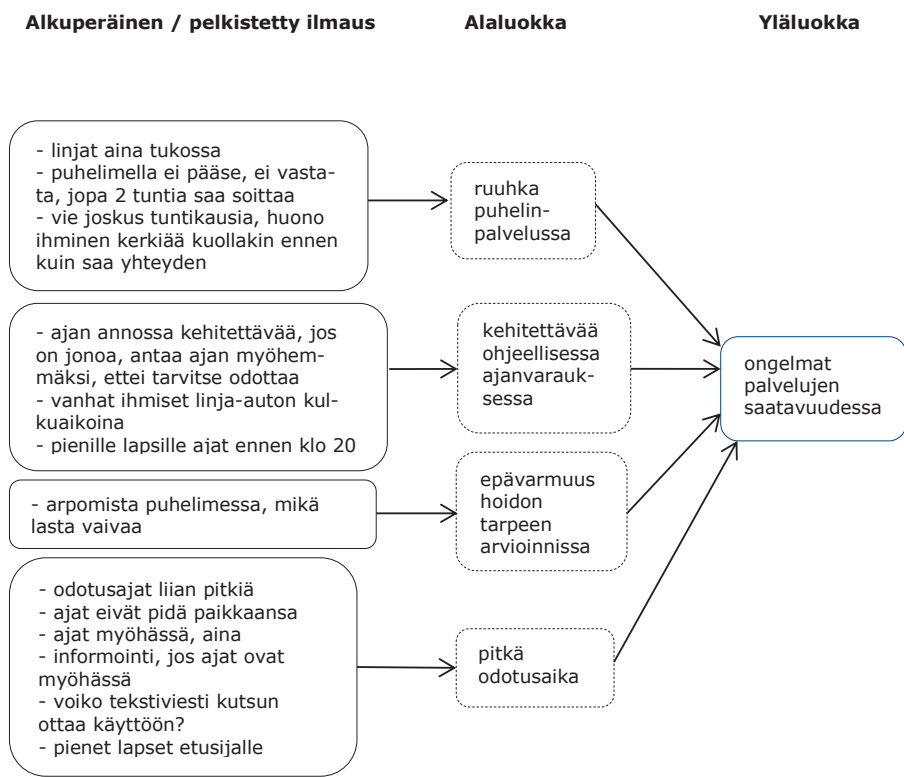
Päivystyspalvelun piiriin pääseminen vaikutti olevan vastaajille suurin ongelma. Palvelujen saavutettavuuden ongelmia kuvaan kuviossa 16. Asiakkaat kokivat pidentyneen matkan ja rajallisten kulkuyhteyksien vai-

keuttavan palvelun saantia. Myös sairaalan sokkeloisuudesta ja opasteiden niukkuudesta annettiin palautetta. Puhelinnumeroiden epäselvyys tuli vastauksissa yhä esille, kuten oli tullut jo marraskuun 2004 aineistossa. Asiakkaan kokemus: ”puhelinnumerot, mihin soittaa milloinkin, epäselvät” osoittaa, että eri toimijoiden välinen työnjako ei ole selkiintynyt (ainakaan) palvelun käyttäjille. Tämä on tärkeä viesti otettavaksi huomioon palveluketjujen suunnittelussa ja niistä tiedottamisessa.



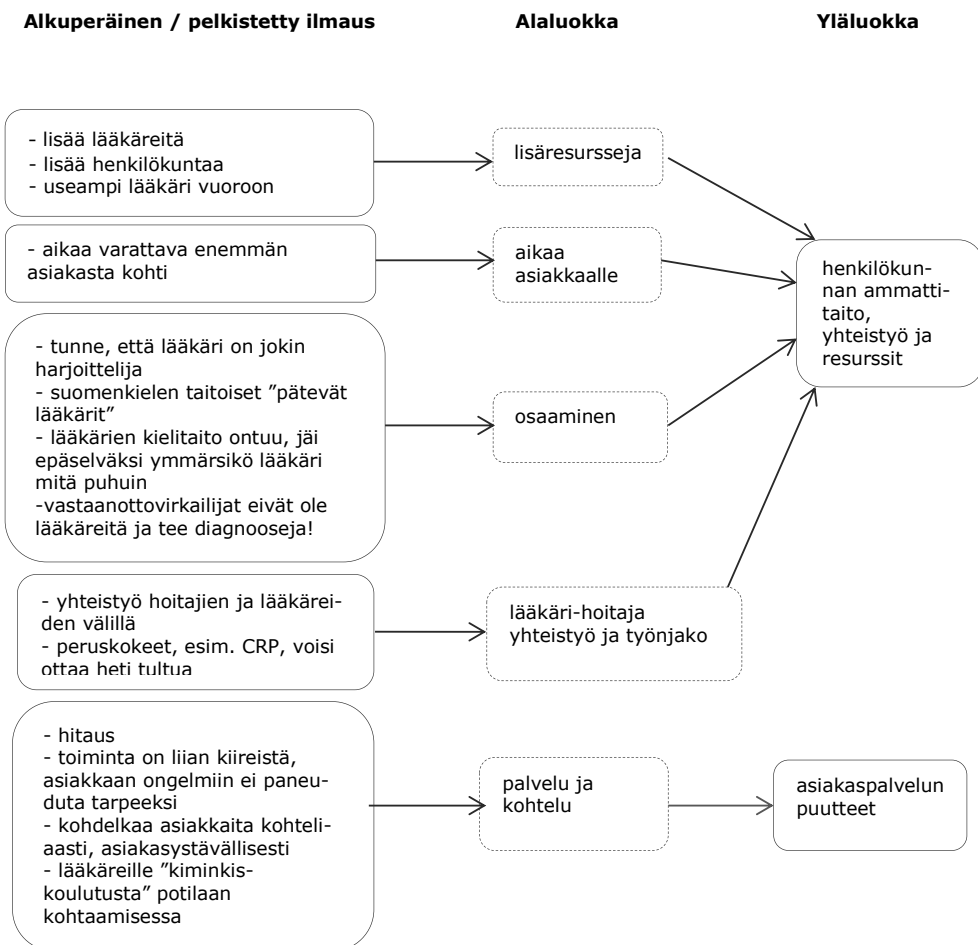
Kuvio 16: Palvelujen saavutettavuuden ongelmat

Puhelinpalvelun toimimattomuutta kritisoitiin useissa vastauksissa. Puhelinlinjat olivat ruuhkaiset ja puhelimeen vastaaminen oli kestänyt kauan, ja kun puhelimeen vihdoinkin vastattiin, olivat päivystysajat jo menneet. Ohjeellista ajanvarausta toivottiin tarkemmaksi ja pitkiä odotusaikoja lyhyemmiksi. Myös odotusajan kestosta toivottiin informoitavan odottelijoita. (Kuvio 17)



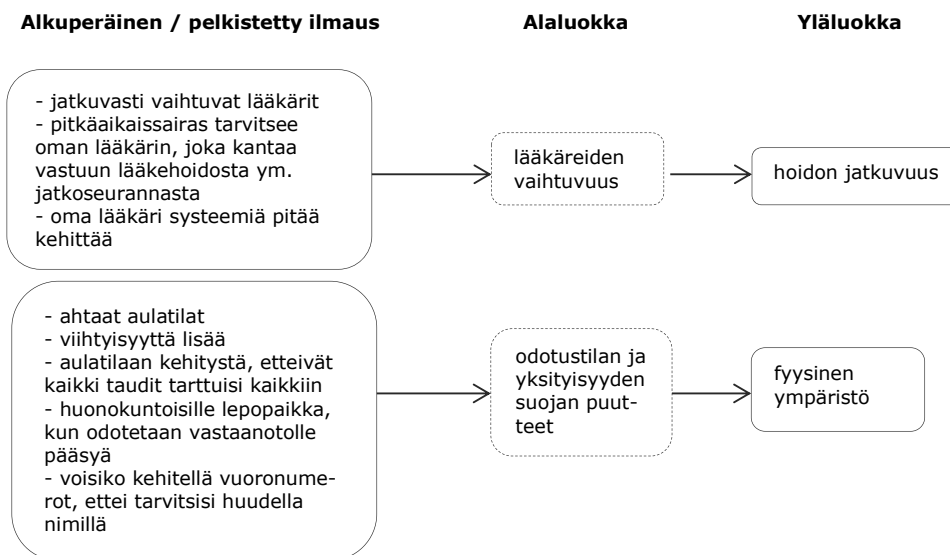
Kuvio 17: Palvelujen saatavuuden ongelmat

Päivystykseen kaivattiin lisäresursseja, erityisesti useampia lääkäreitä. Asiakkaat olivat tehneet havaintoja, että poliisien ja ambulanssien tuomana tulee uusia asiakkaita, jotka kasvattavat jonoa ja odotusaikoja. Vastauksissa annettiin palautetta henkilökunnan ammattitaidosta ja työnjaosta. Kehittämiskohteeksi määriteltiin myös asiakaspalvelu; toivottiin lisää ystävällisyyttä, kiireettömyyttä sekä asiakkaan kokonaisvaltaista huomiointia. Kuvaan kuviossa 18 henkilökuntaan liittyviä asioita.



Kuvio 18: Henkilökuntaresurssit, ammattitaito ja yhteistyö

Hoidon jatkuvuuden koettiin kärsivät usein vaihtuvien lääkärin vuoksi ja oma lääkäri – mallia toivottiin kehitettävän. Fyysisessä ympäristössä oli vastaajien mukaan paljon kehittämistarpeita: odotustila koettiin liian pieneksi, kannettiin huolta tautien leviämisestä, toivottiin lepopaikkaa huonokuntoisille ja myös yksityisyydensuoja koettiin puutteelliseksi. Kuviossa 19 kuvaan vastaajien käsityksiä hoidon jatkuvuudesta ja fyysisestä ympäristöstä.



Kuvio 19: Kehittämistarpeet hoidon jatkuvuudessa ja fyysisessä hoitoympäristössä.

### 5.3.4 Asiakkaiden arviot muutoksen vaikutuksista laatuun

Koska ennen päivystyksen keskittämistä olin selvittänyt asiakkaiden ennako-odotuksia, miten päivystysmuutos vaikuttaa palveluihin (luku 5.3.1), halusin selvittää myös heidän kokemuksiaan muutoksen vaikutuksista. Maaliskuussa 2009, kun päivystyksen keskittämisestä oli kulunut lähes neljä ja puoli (4,5) vuotta, ja toiminta oli vakiintunut käytäntöön, kysyin avoimella kysymyksellä, oliko muutoksella ollut vaikutusta palvelujen laatuun. Vastauksissa oli hyvin paljon yhtäläisyyksiä luvuissa 5.3.2 ja 5.3.3 esittämiäni tulosten kanssa eli mitä hyvää ja mitä kehitettävää yhteispäivystyksen toiminnassa on. Kokoan niitä vielä lyhyesti yhteen, mutta ensisijaisesti keskityn tässä luvussa asiakkaiden kokemuksiin muutoksen seurannaisvaikutuksiin, joita he olivat ajan mittaan havainneet.

Asiakkaiden mukaan palvelun saavutettavuuden koettiin heikentyneen pitkän matkan ja heikkojen liikenneyhteyksien vuoksi. Palvelun saatavuuteen muutoksella koettiin olleen sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Puhelinpalvelu-uudistus koettiin hyvänä, mutta siinä koettiin myös olevan heikkouksia ja aikojen varaaminen puhelimitse koettiin vaikeana. Myös usean käytössä olevan puhelinnumeron viidakkoa pidettiin ongelmallisena. Vastaanotolle pääsy jakoi myös mielipiteitä, osa vastaajista koki pääsyn vaikeutuneen, osa helpottuneen. Pääsyn helpottumista kuvaavat esimerkiksi maininnat:

”virka-ajan ulkopuolella helpompi päästä lääkäriin”  
”pääsee illallakin tarvittaessa”  
”päivystyksen saatavuus parantunut”.

Vaikeutumista puolestaan kuvaavat:

”yhteispäivystykseen pääsy vaikeaa”  
”nykyisin saa huonommin ajan päivystykseen”  
”kysellään paljon ennen kuin pääsee vastaanotolle”.

Viimeinen esimerkki osoittaa, että asiakkaat eivät tiedosta hoidon tarpeen arvioinnin toimintamallia päivystyksessä. Palveluista tiedottamisessa on tärkeää kuvata hoidon etenemisprosessia, jotta asiakkaat ymmärtäisivät, miksi puhelimesta tai suoraan päivystykseen tullessa asiakkaan vointia ja oireita selvitetään monipuolisesti. Oireiden kysely ei ole uteliaisuutta, eikä keino käännättää asiakas pois päivystyksestä, vaan hoidon ja kiireellisyyden tarpeen arviointia, jonka tavoitteena ohjata asiakas vaivansa mukaiseen hoitoon.

Palvelun saatavuutta kuvaavat ”kokemukseni oli tehokas ja nopea” ja ”päivystys toimi hyvin ilman minkäänlaista jonotusta” – palautteet olivat vähemmistönä, useammin asiakkaat olivat kritisoineet pitkiä odotusaikoja ja kiirettä. Henkilökunnan ammattitaitoa sekä kiitettiin että todettiin sen vaihtelevan runsaasti. Lääkäreiden kielitaidossa arvioitiin olevan puutteita, kuten myös ostopalvelulääkäreiden sitoutumisessa. Kaiken kaikkiaan lääkäriresurssit koettiin päivystyksessä niukoiksi. Synergiaetu, joka päivystyspalvelujen keskittämisellä saavutettiin, sai osakseen kiitosta. Muutoin arvionnit päivystyksen toiminnasta olivat sekä kielteisistä, neutraaleja että myönteisiä:

”virka-ajan ulkopuolinen päivystys ala-arvoisesti hoidettu”  
”ei mitään kielteistä”; ”laatu pysynyt ennallaan”  
”päivystys toimii hyvin.”

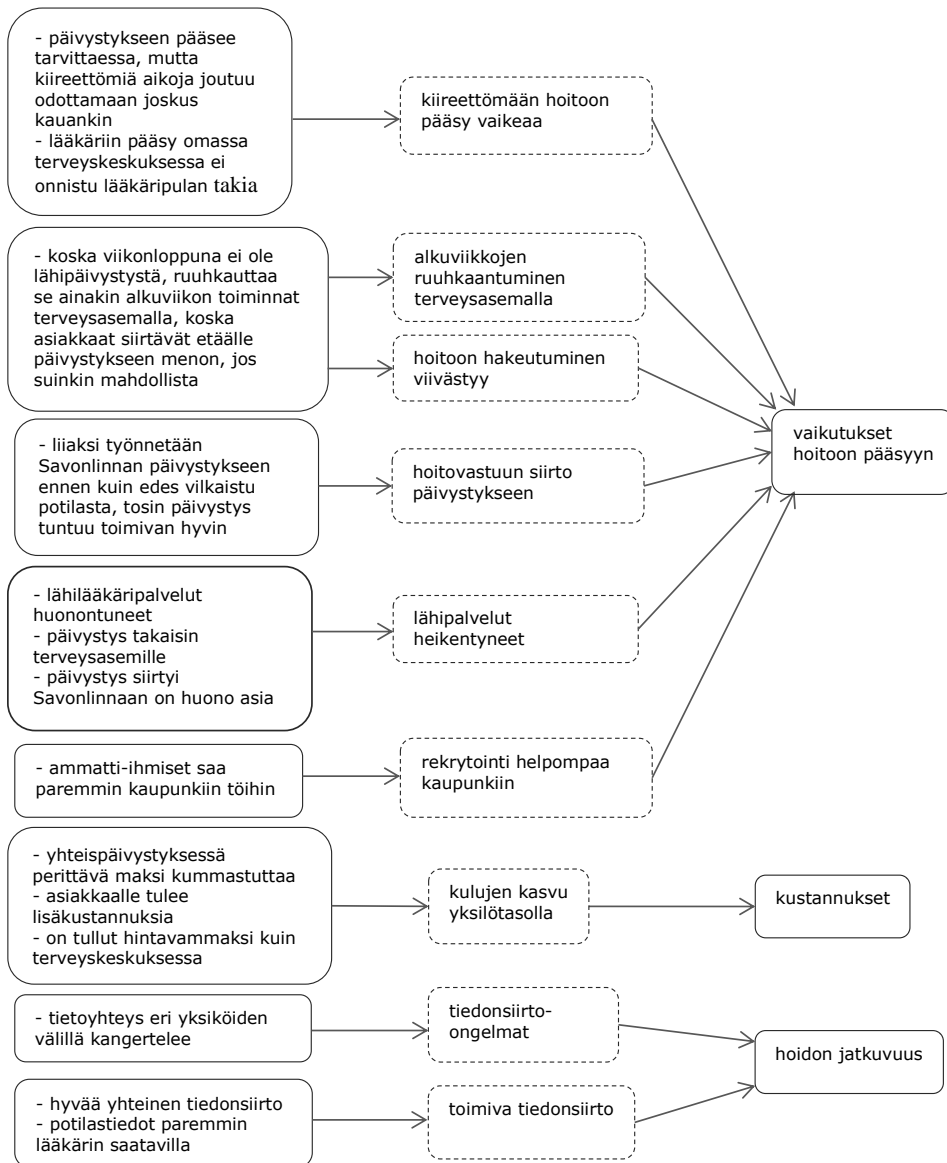
Merkittävimpinä seurannaisvaikutuksina (kuvio 20) asiakkaat nostivat esille lähipalvelujen heikentymisen ja vaikeudet kiireettömään hoitoon pääsyssä. Myös terveysasemien toimintaa kritisoitiin: ”liiaksi työnnetään Savonlinnaan päivystykseen ennen kuin on edes vilkaistu potilasta”.

Vastauksissa todettiin myös asiakkaiden siirtävän tai välttävän etäälle päivystykseen menoa ja ruuhkauttavan sitten alkuviikon terveysasemilla. Kantosen (2014, 72) tutkimuksen mukaan matkan päivystykseen kasvaessa alle 20 kilometriä, ei sillä ollut merkittävää vaikutusta lääkäriäkäynteihin. Raknes kumppaneineen (2013) osoitti tutkimuksessaan, että etäisyyden kasvaessa yli 50 kilometriin väheni päivystyskäyntien määrä jopa 22 %. Puhelinkonsultaatioiden määrä etäisyyden kasvaessa lisääntyi hieman.

**Alkuperäinen/pelkistetty ilmaus**

**Alaluokka**

**Yläluokka**



*Kuvio 20: Muutoksen seurannaisvaikutukset palveluihin*

Etäisyyden kasvu erittäin pitkäksi voi vaarantaa potilaiden turvallisuutta, jos osa potilaista jää ilman hoitoa. (Raknes, Holm Hansen & Hunskaar 2013, 222–226.) Huoli päivystykseen lähtemiskynnyksen nousemisesta matkan pitenemisen vuoksi ja siten hoidon alun mahdollisesta viivästy- misestä tulivat esille jo asiakkaiden ennakkokäsityksissä syyskuussa 2004. Tulosten mukaan tämä seurannaisvaikutus on mahdollinen. Riskiä lisää vähäiset liikenneyhteydet, kun esimerkiksi linja-autovuorot maaseudulta tai kunnista kaupunkiin kulkevat yleensä arkisin ja vain päiväaikaan.

Kustannusten nousua yksilötasolla kritisoitiin vastauksissa. Myös tie- donsiiirtoon oli otettu kantaa, toisaalta kommentoitiin tiedonsiirtoyhteyksi- en kangertelevan eri yksiköiden välillä ja toisaalta koettiin yhteinen tiedon- siirto hyvänä ja sen mahdollistavan potilastietojen paremman saatavuuden lääkärin käyttöön. Hyvänä nähtiin se, että henkilökuntaa on helpompi rek- yroida kaupunkiin kuin maaseutukuntiin.

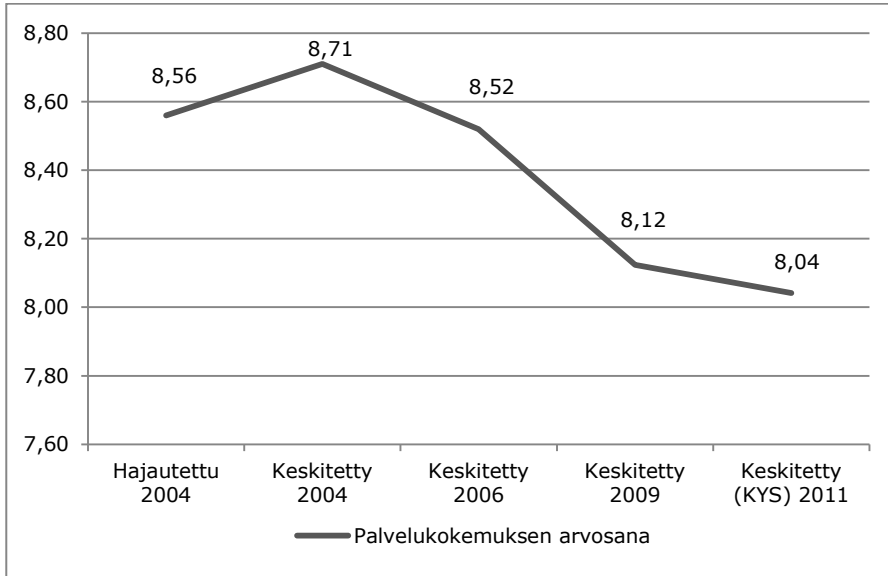
## **5.4 YHTEENVETO EMPIIRISISTÄ TULOKSISTA**

### **5.4.1 Palvelukokemus ja laadun ulottuvuudet arvioinnin kohteena**

Tutkimuksessa seurasin, tapahtuuko laadun arvioinneissa muutoksia päi- vystyspalvelujen uudelleen organisoinnin yhteydessä. Aineistoista viisi on kerätty Itä-Savon päivystyspisteissä vuosina 2004–2009 ja kuudes KYSin yhteispäivystyksessä vuonna 2011. Tarkastelen tässä yhteenvedossa aluksi syyskuun 2004 hajautetun päivystyksen ja sen jälkeisiä keskitettyjen päi- vystysten aineistoja, myös KYSin aineistoa. Ensimmäinen aineisto edustaa lähtötasoa, johon vertaan myöhempiä aineistoja. Viidennen, hajautetussa päiväpäivystyksessä kerätyn aineiston tuloksia suhteessa muihin tarkaste- len lyhyesti luvun lopussa.

Kaikissa aineistoissa laatu arvioitiin hyväksi; palvelukokemuksen kouluarvosanan keskiarvo oli yli kahdeksan (8) ja laadun ulottuvuuksien keskiarvo oli neljä (4) tai enemmän asteikolla 1-5 mitattuna. Lähtötasoon (aineisto 1) nähden laatu parantui ensimmäisessä keskitetyn päivystyksen (aineisto 2) mittauksessa, palvelukokemuksen keskiarvon ollessa tuolloin kaikkien näiden aineistojen paras (8,71). Itä-Savon osalta heikoin keskiar- vo (8,12) oli neljännessä (4) aineistossa, eli kun päivystyksen keskittämi- sestä oli kulunut reilut neljä vuotta. KYSin aineistossa keskiarvo oli 8,04. Palvelukokemuksen arvosanojen ero eri aineistoissa oli tilastollisesti mer- kitsevä ( $p=.001$ ) (kuvio 21).





Kuvio 21: Palvelukokemuksen keskiarvo eri aineistoissa (asteikko 4-10)

Tulokset ovat yhdenmukaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Töyryn (2001) tutkimuksessa keskiarvo ihmisläheisen hoidon laadusta erikoissairaanhoidossa oli 8,8, Kvistillä (2004) keskiarvot vaihtelivat 8,63-8,95 välillä ja Pellikka kumppaneineen (2003) sai kokonaisarviona hoidosta keskiarvon 8.

Palvelukokemuksen lisäksi tutkimuksessa on seurattu asiakkaiden arvioita asiakaspalvelun, ammattitaitoisen hoidon, ohjauksen ja tiedon saannin, välittävän vuorovaikutuksen, henkilökunnan yhteistyön ja puhelinpalvelun osalta. Näiden lisäksi on mitattu, miten tärkeänä asiakkaat kokevat hoidon jatkuvuuden.

Arviot laadun ulottuvuuksista seurantajakson aikana olivat yhdenmukaiset palvelukokemuksen arviointien kanssa: ensimmäisissä keskitetyn päivystyksen aineistoissa (aineistot 2 ja 3) laatu arvioitiin hajautetun päivystyksen lähtötasoa (aineisto 1) paremmaksi, mutta keskitetyn päivystyksen vakiintumisvuosien aikana tapahtui selvää heikkenemistä laadussa. Tilastollisesti merkitsevä ero eri aineistojen välillä oli asiakaspalvelun ( $p=.000$ ), ammattitaitoisen hoidon ( $p=.006$ ), ohjauksen ja tiedon saannin ( $p=.017$ ) ja puhelinpalvelun ( $p=.000$ ) osalta. KYSin ja kaikkien Itä-Savon aineistojen välillä ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=.000$ ). Heikoimmat laatuarviot olivat aineistossa neljä (4), eli Itä-Savon viimeisimmässä keskitetyn päivystyksen aineistossa lukuun ottamatta asiakas- ja puhelinpalvelua, jotka oli arvioitu heikoimmaksi KYSin vastaajien keskuudessa. KYSissä ei vielä tuolloin ollut erikseen resurssoitua puhelinneuvon-

taa, ja suuri osa asiakkaista tuli päivystykseen ottamatta etukäteen yhteyttä sinne.

Hajautetun päiväpäivystyksen aineistossa (aineisto 5) laatuarviot olivat palvelukokemuksen, asiakaspalvelun laadun, ohjauksen ja tiedonsaannin sekä henkilökunnan yhteistyön osalta parhaimmat verratessa kaikkia aineistoja keskenään. Myös hoidon jatkuvuus koettiin tässä aineistossa tärkeimmäksi. Tässä aineistossa vastaajien keski-ikä oli korkein (60 vuotta), pitkäaikaissairautta sairastavien osuus oli suurin (49 %) ja koettu terveydentila heikoin (6,5). Vastaajat olivat kovin yksimielisiä, erot eri taustamuuttujien välillä olivat pieniä. Eläkkeellä olevien arvio palvelukokemuksesta oli heikoin ja vanhimmat ikäluokat arvioivat vuorovaikutuksen heikoimmaksi.

#### **5.4.2 Palvelukokemusta selittävät tekijät**

Terveyspalvelujen käytön määrä ei vaikuttanut missään aineistossa laatuarviointeihin. Tulos on yhtenevä Raperin (1996) havaintoon, että aikaisemmillä käynneillä ei ollut merkitsevää yhteyttä potilastyytyväisyyteen, mutta poikkeaa Granadon kumppaneineen (2011) saamasta tuloksesta, jonka mukaan asiakkaat, jotka olivat päivystyksessä ensimmäistä kertaa, antoivat huonompia arviointeja kuin useammin palveluja käyttäneet.

Taustatekijöistä löytyi Itä-Savon aineistoissa yhteys ohjauksen ja tiedonsaannin, välittävän vuorovaikutuksen ja henkilökunnan yhteistyön arviointeihin. Heikoimpia arviointeja antoivat terveydentilansa heikoksi kokeneet, siviilisäädyltään naimattomat, eronneet tai lesket, eläkkeellä olleet, ilman ammattikoulutusta olleet sekä iältään vanhimmat vastaajat. KYSin aineistossa vanhin ikäryhmä arvioi palvelukokemuksen sekä useat laadun ulottuvuudet parhaimmiksi. Sukupuolten välillä oli yksittäisissä aineistoissa eroja siten, että naisten arviot olivat miesten arviointeja parempia ohjauksen, vuorovaikutuksen ja puhelinpalvelun muuttujissa. Tutun työntekijän luona asioineet ja Savonlinnan ympäryskunnissa asuvat antoivat ensimmäisessä aineistossa parhaat arviot useista laadun ulottuvuuksista.

Palvelun saatavuustekijöistä odotusaika ja kokemus muutoksesta lääkäriin pääsyssä viimeisen vuoden aikana olivat yhdenmukaisimmat ja vahvimmat laatukokemuksen selittäjät useimmissa aineistoissa. Lisäksi asiakkaan ennakkokäsitys palveluista ennusti kaikissa aineistoissa palvelukokemuksen laatua.

Kokemus lääkärille pääsyn vaikeutumisesta ja kielteinen ennakkokäsitys ennustivat heikompa laatuarviota. Odotusaika oli kaikissa keskitetyn päivystyksen aineistoissa tilastollisesti merkitsevä selittäjä palvelukokemuksen vaihtelussa. Itä-Savon keskitetyssä päivystyksessä oli käytössä niin sanottu ohjeellinen ajanvaraus. He, jotka pääsivät päivystystavastanotolle lyhyellä odotuksella, arvioivat palvelun laadun paremmaksi kuin pidempään odottaneet. (Liitetaulukko 5.) Jos asiakas joutui selvittämään käyntinsä syytä useammalle kuin yhdelle henkilölle, myös sillä oli laatua heikentävä vaikutus.

Laadun ulottuvuuksien selitysvoimaa palvelukokemuksen arviointiin analysoin jättäen hoidon jatkuvuutta kuvaavan summamuuttujan pois, koska siinä ei arvioitu hoidon jatkuvuuden laatua vaan sen tärkeyttä. Kokemus henkilökunnan yhteistyöstä sekä puhelinpalvelusta eivät olleet ennustetekijöinä yhdessäkään aineistossa. Asiakaspalvelun laatu oli ennustetekijänä kaikissa aineistoissa ja lisäksi ammattitaitoinen hoito, ohjaus ja tiedonsaanti sekä välittävä vuorovaikutus vaihtelevalla kokoonpanolla eri aineistoissa. (Taulukko 18).

*Taulukko 18: Palvelun laadun ulottuvuudet palvelukokemuksen selittäjinä eri aineistoissa (regressioanalyysi,  $01 < p < .05$  (\*) tulos on tilastollisesti melkein merkitsevä,  $.001 < p < .01$  (\*\*) tulos on tilastollisesti merkitsevä ja  $p < .001$  (\*\*\*) tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä.)*

Summamuuttuja	1. Hajautettu 2004	2. Keskitetty 2004	3. Keskitetty 2006	4. Keskitetty 2009	6. Keskitetty (KYS) 2011
<b>Asiakaspalvelun laatu</b>	$\beta=.226^*$	$\beta=.538^{***}$	$\beta=.575^{***}$	$\beta=.518^{***}$	$\beta=.662^{***}$
<b>Ammattitaitoinen hoito</b>	-	$\beta=.302^{***}$	-	-	$\beta=.193^*$
<b>Ohjaus ja tiedonsaanti</b>	$\beta=.444^{***}$	-	$\beta=.183^{**}$	$\beta=.243^{**}$	-
<b>Välittävä vuorovaikutus</b>	$\beta=.154^*$	-	$\beta=.174^{**}$	$\beta=.184^{**}$	$\beta=.131^*$
<b>Mallin selitysaste</b>	$R_a^2=.508^{***}$	$R_a^2=.530^{***}$	$R_a^2=.638^{***}$	$R_a^2=.659^{***}$	$R_a^2=.780^{***}$

Hoidon jatkuvuus koettiin tärkeimmäksi lähtötilanteessa hajautetussa päivystyksessä ja vähiten tärkeäksi ensimmäisessä keskitetyn päivystyksen aineistossa, jossa se myös ennakoii palvelukokemuksen heikompa arviota selitysosuuden ollessa alle 3 %:n tasoa. Muissa aineistoissa jatkuvuus ei selittänyt palvelukokemusta. Tulos noudattaa Adlerin työryhmineen saamaa tulosta: jatkuvuudella oli vaihteleva vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen; osassa tutkimuksia yhteys oli merkitsevä, osassa yhteys oli heikko ja joissakin yhteyttä hoidon jatkuvuuden ja potilastyytyväisyyden välillä ei ollut osoitettavissa lainkaan. (Adler ym. 2010, 175–177.) Tulosteni mukaan hoidon jatkuvuuden tärkeäksi kokemista selittivät kokemus lääkärille pääsyn vaikeutumisesta viimeisen vuoden aikana, pitkäaikaissairaus, heikko terveydentila, korkea ikä, eläkkeellä olo ja matala koulutustausta. Myös Jungin työryhmineen (2003) tekemässä tutkimuksessa todettiin vanhimpien vastaajien pitäneen hoidon jatkuvuutta tärkeimpänä.

Asiakaspalvelun laadun teorioita pohdittaessa hoidon jatkuvuus ei tutkimukseni mukaan näytä päivystystilanteessa olevan oleellinen tekijä kokonaislaadun arvioinnissa. Nopea avunsaanti, asiallinen ja ystävällinen asia-

kaspalvelu sekä asiakkaan tarpeet huomioon ottava ohjaus ja vuorovaikutus päivystyksellisen ongelman ratkaisemiseksi nousivat tärkeimmiksi kokonaislaadun kokemuksen kannalta.

### **5.4.3 Kokemukset osoittautuivat aluksi odotuksia paremmiksi**

Ennen päivystyksen keskittämistä asiakkaiden suhtautuminen muutokseen oli väritynyt vahvasti negatiivisilla tunteilla, esille nousi huoli, pelko, ärtymys, epätoivo, jopa kauhistus tulevaa kohtaan. Osa vastaajista kuitenkin suhtautui asiaan neutraalisti ja osa näki tulevassa toimintamallissa myös mahdollisuuksia paremmasta ja koki luottamusta, uskoa ja toivoa tehokkaammasta ja nopeammasta palvelusta.

Palvelujen saavutettavuuden ja saatavuuden arveltiin heikkenevän ja hoidon jatkuvuuden kärsivän muutoksen myötä. Asiakkaiden kohteluun, henkilökunnan ammattitaitoon ja resursseihin, uuden päivystyksen fyysisiin tiloihin sekä yksityislääkäripalveluihin esitettiin kannanottoja. Myönteisimpänä muutoksessa koettiin synergiaetu, minkä päivystyksen keskittäminen erikoissairaanhoidon päivystyksen yhteyteen toisi; kaikki palvelut olisivat saman katon alla.

Kun päivystyksen keskittäminen oli toteutunut, kokemukset osoittautuivat myönteisemmiksi kuin etukäteen oli pelätty. Aluksi. Palvelukokemuksen, asiakaspalvelun, ammattitaitoisen hoidon, ohjauksen ja tiedonsaannin sekä puhelinpalvelun arvosanat olivat parhaimmat ensimmäisessä keskitetyn päivystyksen aineistossa (aineisto 2). Palvelun laadun ulottuvuuksien arvioinnissa tapahtui selvä heikkeneminen kolmannessa keskitetyn päivystyksen aineistossa (aineisto 4).

Muutoksen tapahduttua päivystyspalvelut koettiin ammattitaitoisina, toimintavarmoina, puhelinpalvelu ja ohjeellinen ajanvaraus hyvänä ja toimivana, vastaanotolle pääsy koettiin nopeana ja odotusajat, joiden oli etukäteen pelätty viruvan pitkiksi, koettiin lyhyinä. Myös asiakkaan kohtelu ja henkilökunnan ammattitaito koettiin hyvänä ja palvelu ystävällisenä, joustavana ja tasa-arvoisena. Synergiaetu oli osoittautunut etukäteistoiveiden mukaisesti toimivaksi ja muutoksen nähtiin myös tuovan säästöjä kunnille.

Kehitettävänä asioina vastaajat näkivät tiedottamisen uudistuksesta ja käytössä olevista puhelinnumeroista. Pidentynyt matka päivystykseen koettiin ongelmallisena. Yhteispäivystyksen fyysiset tilat opasteineen koettiin puutteellisiksi ja sähköistä tiedonsiirtoa arvosteltiin kömpelöksi. Kustannusten kasvua yksilötasolla kritisoitiin. Myös puhelinpalvelun hitaus, odotusajan pituus ja siitä informoimisen tarve, asiakaspalvelun puutteet, hoidon jatkuvuuden turvaaminen sekä lisäresurssien tarve oli nostettu esille kehittämiskohteina.

Keskitetyn päivystysmallin vakiinnuttua käytäntöön vastaajat nostivat esille samoja myönteisiä vaikutuksia ja kehitettäviä asioita kuin pian muutoksen tapahduttua, mutta alkuvaiheen hyvin onnistuneiden asioiden ylivoimaisuus oli vaihtunut vuosien myötä enemmän kehittämistarpeiden yksilöimiseksi. Päivystykseen pääsyn koettiin vaikeutuneen, odotusaikojen ja kiireen lisää-

tyneen, henkilökunnan, etenkin lääkäreiden osaamisen tasoa pidettiin vaihtelevana ja kielitaitoa puutteellisena. Lähipalvelujen niukkuus ja kiireettömään hoitoon pääsyn vaikeus tulivat muutoksen seurannaisvaikutuksina esille vastauksissa.

Myönteisenä vastaajat näkivät puhelinpalvelun ja ohjeellisen ajanvarauksen, jonottamatta saatavan nopean palvelun sekä ammattitaitoisen henkilökunnan. Päivystyspalvelujen keskittyminen saman katon alle ja oheispalvelujen, kuten laboratorio- ja röntgenpalvelujen saatavuus koettiin hyvänä.

# 6 *Pohdinta ja päätelmät*

## 6.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimusprosessin esitetään usein etenevän niin, että tutkija perehtyy aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen, määrittelee sen pohjalta tutkimustehtäviä, tutkimuksen näkökulmaa ja rajausta, ja vasta sitten etenee konkreettisesti aineiston keruuseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 109). Tutkimuksen etenemisjärjestys voi olla myös idealähtöinen, tutkijalle herää ajatus tutkimusaukosta. Joissakin tilanteissa ilmiö voi kiinnostaa tutkijaa poikkeuksellisen paljon ja mahdollisuus tutkia sitä muodostuu ainutkertaiseksi. (ks. Metsämuuronen 2009, 40.) Minulle kävi keväällä 2004 juuri näin. Sain mahdollisuuden tehdä tutkimusta itselleni tärkeästä aiheesta, asiakkaan arvioimasta palvelun laadusta, ennen-jälkeen-asetelmalla.

Tutustuin perusteellisesti aihetta koskevaan tutkimuskirjallisuuteen, mutta lopullinen tutkimusasetelma ja tutkimustehtävät tarkentuivat nykymuotoonsa vasta yli kuuden vuoden työskentelyn jälkeen, kun olin saanut koottua koko tutkimusaineiston. Kun tutkimustieto on kerätty ilman perusteellista aihepiiriin perehtymistä, ollaan täysin kerätyn aineiston varassa (Metsämuuronen 2009, 40). Lisäksi tässä haasteeksi muodostui se, että näin pitkällä aikajänteellä myös palvelun laadun tutkimustieto ehtii muuttua ajassa. Viittaan tähän asiaan luvussa 3.5.2, kun totean, että mittarissa, jolla olen tehnyt empiirisen aineiston keruun, on puutteita uusimman tutkimustiedon valossa. Esimerkiksi asiakkaan itsemääräämisoikeus, hoitoon osallistuminen, yhteinen arvontuotto ja palvelun vaikuttavuus ovat korostuneet viimeisimmissä laatututkimuksissa. Lisäksi on todettava, että muun muassa palveluyksikön sijaintiin ja fyysisiin ominaisuuksiin liittyvät muuttujat puuttuivat kyselylomakkeistani.

Kiinnostuksen kohteeni on laatu ilmiönä. Halusin tutkimustehtävätasolla selvittää, miten laatu-ajattelu on kehittynyt historiasta tähän päivään, tuotelaadusta palvelun ja terveystalouden laatuun. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaut on tehty informaation asiantuntemusta apuna käyttäen, ja monitieteisyys näkyy lähdeaineistossa vahvasti. Aineistoon tutustuminen osoitti nopeasti, ettei käsitteelle ole olemassa yksiselitteistä määritelmää.

Historiakatsauksessa pelkkä menneisyyden ilmiöiden kuvaaminen ei ole riittävää, vaan on arvioitava tapahtumien yhteyksiä toisiinsa oman tutkimuskohteen näkökulmasta. Tutkijan tulee rakentaa eri lähteistä saamastaan tiedosta tapahtumasarjoja, jotka liittyvät laajemmiksi kehityslinjoiksi ja yhdistyvät aikakautensa yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Menetelmän luotettavuuden perustana on lähdekritiikki eli lähteiden arviointi niiden laadun ja todistusvoiman perusteella. (Vehviläinen-Julkunen & Varjoranta

1993, 75.) Tiedonhaun tuottama runsas viiteaineisto edellytti lähdekritiikkiä ja aineiston rajaamista. Historiakatsauksen luotettavuuden lisäämiseksi lähdekirjallisuus on pitkältä aikaväliltä; vanhimmat käytetyt lähteet ovat vuosilta 1931, 1939 ja 1956. Historiallisen kehityskulun tarkastelu antoi syvemmän ymmärryksen laadun monitieteisistä ilmiöistä kuin esimerkiksi jossakin yksittäisessä asiakaspalvelun laadun teoriassa pitäytyminen.

Tutkimuksessani yhdistin kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusmetodin. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus voidaan jakaa mittauksen ja aineiston keruun luotettavuudeksi sekä tulosten luotettavuudeksi. Luotettavuuden arviointiin liittyvät käsitteet validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 206–207; Hirsjärvi ym. 2009, 231; Metsämuuronen 2009, 74–75.)

Palvelun laadun mittaamiseen käytin valmista mittaria. Se perustui Kuopion yliopiston laajamittaiseen terveystalouden laadun tutkimus- ja kehittämishankkeeseen, jossa asiantuntijat kehittivät mittarin ja luonnollisesti arvioivat mittariston sisällön teorialähtöisyyden eli sisältövaliditeetin. Kuten tiedämme, sitä silti heikentää se, että mittari ei kata kaikkia palvelun laadun osa-alueita. Käsitevaliditeetti puolestaan ilmaisee yksittäistä käsitettä, sen operationalisointia ja mittarin kykyä mitata kyseistä käsitettä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 208; Metsämuuronen 2009, 74–75.) Käsitevaliditeettia osoittavat faktorianalyysin tulokset, joissa muuttujan ja faktorin väliset korrelaatiot olivat korkeat, vaihdellen .513 – .946 välillä (ks. Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 208).

Mittarin reliabiliteettia, mittauksen toistettavuutta voidaan arvioida kolmella eri menetelmällä: toistomittauksilla, rinnakkaismittauksilla tai mittarin sisäisen konsistenssin, yhtenäisyyden avulla (Metsämuuronen 2009, 75). Tutkimuksessani saman mittarin käyttöä peräkkäisissä aineistonkeruissa voidaan pitää toistomittauksina. Faktorianalyysillä analysoin ennen aineistokokonaisuuden analysointia jokaisen aineiston erikseen ja sitten vertasin saatuja tuloksia keskenään. Muuttujien latautuminen faktoreille oli hyvin yhdenmukaista eri aineistoissa ja aineistokokonaisuudessa. Mittarin sisäistä konsistenssia arvioin Cronbachin alpha -reliabiliteettikertoimen avulla. Reliabiliteettianalyysissä lasketaan kuhunkin faktoriin kuuluvien muuttujien välinen reliabiliteetti, eli tarkastellaan, mittaavatko faktorille latautuneet muuttujat samaa asiaa. Tutkimuksessani Cronbachin alpha -kertoimet vaihtelivat .716–.922 välillä. Tulosta voidaan pitää luotettavana, kun reliabiliteettikertoimen arvo on suurempi kuin .7. (Karhunen ym. 2010b, 59.)

Sisäinen ja ulkoinen validiteetti kuvaavat tutkimustulosten luotettavuutta. Ulkoiseen validiteettiin liittyy otoksen edustavuus perusjoukosta ja tutkimustulosten yleistettävyys. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen

1998, 210.) Kaikkien tutkimusaineistojen keruu toteutettiin samalla mitarilla ja tutkittavat valikoituivat mukaan aina samalla periaatteella. Aineistojen keruu toteutettiin satunnaisesti valituilla täysillä viikoilla. Päivystyspalveluita käyttävillä asiakkailla oli yhtäläinen todennäköisyys tulla valituksi otokseen. Tutkimus kohdistettiin kyseisinä ajanjaksoina kaikille terveysasemilla tai keskitetyssä päivystyksessä käyneille asiakkaille, Itä-Savossa perusterveydenhuollon päivystysasiakkaille ja KYSillä kaikille päivystysasiakkaille. Tutkimuksen luotettavuutta on tarpeen arvioida kriittisesti ensimmäisen ja viidennen aineiston kohdalla, joissa kyselylomakkeet jaettiin kaikille terveysasemalla käyneille, siis myös ajanvarausasiakkaille. Päivystysasiakkaiden edustavuutta päivystysvastaanotolla käyneiden perusjoukosta ei voida varmuudella osoittaa, eikä tälle osuudelle voida laskea vastausprosenttia. Näiden aineistojen osalta vastausprosentit on laskettu kaikkien kyselylomakkeen saaneiden kokonaismäärästä.

Eri aineistojen vastausprosentit vaihtelivat 22 ja 50 %:n välillä. Pienimmillään se oli KYSin aineistossa, jossa se oli 22 % eli 78 % otokseen valikoituneista jätti vastaamatta kyselyyn. Tässä aineistossa otoksen edustavuuden perusjoukosta voi syystä asettaa kyseenalaiseksi. On mahdollista, että tulosten kannalta merkittävät tiedonantajat puuttuvat aineistosta. Muiden aineistojen vastausprosentit noudattavat nykyisiä kyselytutkimusten tyypillisiä vastausprosentteja ja tuloksia voidaan yleistää tutkimusorganisaatioiden perusjoukkoihin. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 211; Vehkalahti 2008, 44.)

Analyysimenetelmien valintaa ohjasivat tutkimuksen teoreettinen tausta ja tutkimustehtävät. Aineistojen välistä keskiarvovertailua tein tilastollisten menetelmien oletusten täyttymisen mukaisesti joko parametrisilla tai parametrittomilla testeillä. Laatu selittäviä tekijöitä analysoin lineaarisella regressioanalyysillä ja käyttäen myös polkuanalyysiä.

Tutkimustehtävien mukaisesti kiinnostuksen kohteena oli seurata vajaan viiden vuoden ajan asiakkaiden kokemaa laatua hajautetussa ja keskitetyssä päivystyksessä. Tulosten sisäisen validiteetin kannalta tärkeintä on turvata, että sekoittavat tekijät eivät vaikuta tutkimustuloksiin (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 211). Tutkimukseni sisäistä validiteettia arvioitaessa on otettava huomioon, että päivystyksen keskittäminen laatuerojen selittäjänä sai ajan kuluessa oheensa sekoittavia tekijöitä. Itä-Savossa yhdistettiin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen toiminnot samaan organisaatioon vuoden 2007 alusta, mikä voi osaltaan vaikuttaa vuoden 2009 aineistolla saatuihin tuloksiin.

Jälkeenpäin arvioiden pitkään toiminnassa olleiden keskitettyjen päivystyspisteiden laadun vertailun luotettavuutta olisi voitu parantaa, jos Itä-Savossa olisi tehty aineistonkeruu yhtäaikaaisesti KYSin aineistonkeruun kanssa vuonna 2011. Sitä ei kuitenkaan tehty. Perusteluna oli se, että tuolloin Itä-Savossa elettiin uuden toiminnan muutoksen aikaa, kun myös virka-aikainen perusterveydenhuollon päivystys keskitettiin keskussairaalan



päivystyspoliklinikalle. Itä-Savon aikaisempiin aineistoihin nähden vuoden 2004 interventio oli siinä vaiheessa jo saanut ympärilleen liikaa sekoittavia tekijöitä, jotta virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen keskittämisen vaikutuksia laatuun olisi voinut luotettavasti tutkia. Mitä pidempi aika muutoksesta on, sitä vaikeampi on arvioida, mikä on muutoksen aikaan saama vaikutus, ja mikä on muutoksen jälkeisten muiden tapahtumien vaikutus (ks. Junnila 2008, 233).

Luotettavuutta on syytä arvioida myös päivystysten toimintaympäristöjen näkökulmasta. Itä-Savon ja KYSin päivystykset ovat kävijämääriltään erilaisia. Lisäksi KYSin aineistossa vastaajina olivat Itä-Savon aineistosta poiketen myös erikoissairaanhoidon päivystyksen asiakkaat. Ajasta ja toimintaympäristöstä riippumatta oli osoitettavissa yksi kaikkia aineistoja yhdistävä palvelukokemusta selittävä laadun ulottuvuus. Se oli asiakaspalvelu. Tämä osoittaa ystävällisen ja huolehtivan kohtaamisen olevan merkityksellistä kaikissa palvelutilanteissa. Aikaisemmat tutkimustulokset tukevat tätä ja muitakin saatuja tuloksia, mikä osoittaa tulosten luotettavuutta.

Nykyään useissa tutkimuksissa validiteettia tarkennetaan usein käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä. Käytin tutkimuksessani kvantitatiivisen menetelmän lisäksi kvalitatiivista aineistonkeruuta ja -analysointimenetelmää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden yhtenä kriteerinä mainitaan se, että aineisto tulee koota siellä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy (Nieminen 1998, 216). Tutkimuksessani tämä luotettavuuden kriteeri toteutui, koska vastaajat olivat päivystyspalvelujen asiakkaita, joilla oli henkilökohtainen kokemus tutkittavasta ilmiöstä, palvelun laadusta.

Arvioitaessa kvalitatiivisen tutkimuksen validiteettia tarkastellaan kuvauksen ja siihen liittyvien selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. Luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta vaihe vaiheelta. (Hirsjärvi ym. 2009, 232; Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 140.) Kvalitatiivista menetelmää edustivat avoimet kysymykset kyselylomakkeen lopussa. Näillä kysymyksillä saamani aineisto oli runsas. Vastausten pituus vaihteli, osa oli hyvin lyhyitä, osa pidempiä ja yksittäisissä vastauksissa kerronta oli seikkaperäistä.

Avoimien kysymysten vastaukset analysoin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Luotettavuuden lisäämiseksi olen kuvannut tarkasti aineiston analysoinnin eri vaiheet (luku 4.3.3). Suuri osa vastauksista oli yksittäisiä sanoja tai lyhyitä lauseita, joten pelkistetty ilmaus on usein samalla vastaajan alkuperäinen ilmaus. Näistä olen koonnut alaluokat, ja alaluokat olen yhdistänyt yläluokiksi palvelun laadun ulottuvuuksien mukaisesti. Tulosten raportoinnissa havainnollistin tekemäni luokittelut kuvioilla. Luotettavuuden lisäämiseksi olen käyttänyt myös tekstissä vastaajien suoria lainauksia osoittamaan yhteyttä tulosten ja aineiston välillä. Näin lukija voi arvioida tekemiäni tulkintoja aineistosta. (Hirsjärvi ym. 2009, 233–234.)

Käyttämällä toista tutkijaa analysoimaan aineistoa olisi luotettavuutta voitu parantaa, mutta se ei taloudellisten resurssien puitteissa ollut mahdollista. (ks. Kyngäs ym. 2011, 140.)

## 6.2 TUTKIJAN ROOLI JA TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Aiheena laadun tutkimus ja kehittäminen on ollut minulle persoonani, koulutustaustani ja työkokemukseni perusteella luonteva valinta, kuten myös tutkimuksen asiakasnäkökulma. Koen laatututkimuksen itsessään jo eettisenä valintana; terveystalouden tutkimusalan tutkijana ja työntekijänä olen vastuussa yhdessä kaikkien kollegoideni kanssa siitä, että asiakkaille tarjottavat palvelut ovat korkealaatuisia, turvallisia, vaikuttavia ja taloudellisesti tuotettuja. Jotta voimme kehittää laatua käytännössä näyttöön perustuvas- ti, tarvitsemme siihen tieteellisesti tutkittua tietoa.

Vuonna 2004 aloittaessani tutkimukseni työskentelin Itä-Savon yhteisöpäivystyshankkeessa aluekoordinaattorina. Työssäni näin tilaisuuden tutkimukselle ennen-jälkeen-asetelmalla. Työni tuossa tehtävässä kesti kahden ensimmäisen aineiston keruun ajan. Tutkimuskohteen tuttuudella voi olla näkemystä kaventava tai vinouttava tai objektiivisuutta heikentävä vaikutus. Siirtymiseni toisiin tehtäviin pian toisen aineistonkeruun jälkeen ja tutkimusprosessin pitkä kesto ovat etäännyttäneet minua tutkimuskohteesta ja siten varmistaneet osaltaan objektiivisuuden säilymistä tutkimuksen analysoinnissa ja raportoinnissa.

Itsenäisenä väitöskirjan tekijänä on tutkijan rooli sisältänyt kaiken tutkimukseen liittyvän suunnittelun, päätösten teon ja toteutuksen eli tutkimuksen ilmiön rajaamisen, lähdeaineistojen hankinnan, tutkimusaineistojen hankinnan, tallennuksen, analysoinnin ja raportoinnin.

Eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tieteellinen tutkimus ja tulosten uskottavuus edellyttävät, että tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tarkastelen seuraavaksi tutkimukseni eettisyyttä Tutkimuseettinen neuvottelukunnan kriteeristön perusteella. (TENK 2012, 6.)

Olen noudattanut tutkimusprosessissa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksessani olen käyttänyt eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Olen aktiivisesti hakenut ohjausta asiantuntijoilta varmistaakseni käyttämäni menetelmien oikeellisuuden ja luotettavuuden. Tutkimuksen tulosten raportoinnissa noudatan avoimuuden ja vastuullisuuden periaatteita. Muiden tutkijoiden töihin ja julkaisuihin viitataan asianmukaisella tavalla.

Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa, raportoinnissa ja tutkimusaineistojen tallennuksessa ja säilytyksessä olen noudattanut huolellisuutta ja luottamuksellisuutta. Tutkimuksen mittari on tehty Kuopion yliopiston

terveyshallinnon ja -talouden laitoksella. Itä-Savon sairaanhoitopiiri osti mittarin rajattoman käyttöoikeuden vuonna 2004. Saman mittarin käyttöoikeuteen Kuopion yliopistollisessa sairaalassa tehtävään tutkimukseen antoivat suullisen luvan Itä-Suomen yliopiston yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunnan dekaani ja sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksen johtaja keväällä 2011.

Tutkimusorganisaatioilta olen hakenut ja saanut asianmukaiset tutkimusluvut ja eettisten toimikuntien lausunnot. Asiakaskyselyssä keskeisiä eettisiä vaatimuksia ovat tutkittavien tietoinen suostumus ja vastaamisen vapaaehtoisuus. Tulosten raportoinnissa tutkijan eettinen velvollisuus on huolehtia siitä, että vastaajaa ei voida tunnistaa. Kyselylomakkeen antamisen yhteydessä asiakasta informoitiin suullisesti tutkimuksesta ja lisäksi kyselyn liitteenä oli selvitys tutkimuksen taustasta ja tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkimuksen tärkeydestä päivystyspalvelujen laadun kehittämiseksi (liitteet 1 ja 2).

Tutkimusta taloudellisesti tukeneet tahot olen esitellyt esipuheessa. Olen pyrkinyt raportoinnissa siihen, että tutkimuksen tuloksia voidaan tiedeyhteisön lisäksi hyödyntää käytännössä, ei yksinomaan sosiaali- ja terveyspalveluissa, vaan laajemminkin palvelutehtävissä.

### **6.3 KESKEISET TUTKIMUSTULOKSET JA PÄÄTELMÄT**

Esitän seuraavassa keskeiset tutkimustulokset ja niistä johdetut päätelmät tutkimustehtävien mukaisesti.

#### **Ensimmäinen tutkimustehtäväni oli analysoida ja kuvata palvelun laadun käsitteellistämisen historiallista kehityskulkua.**

Laadulla on ollut merkityksensä kaupankäynnissä niin kauan kuin tuotteita on vaihdettu henkilöiden välillä ja sairaiden hoidossa todistettavasti jo Hammurabin ajoista alkaen, lähes 2000 vuotta ennen ajanlaskun alkua. Tuotelaadun kehityskulku on ollut sidoksissa teolliseen vallankumoukseen, tilastollisten menetelmien käyttöönottoon ja tuoteprosessin laadunvalvontaan. Terveyspalvelujen laadun systemaattinen kehittäminen on edennyt erilaisten akkreditointimenetelmien ja hyväksytyjen hoitokäytäntöjen avulla. Sekä tuotelaadun että terveyspalvelujen laadun kehityskulkuun liittyi alkuvaiheessa virheiden ja epäkohtien korjaaminen. Laatujohtamisen kehittymisen myötä huomio kiinnittyi laadun kokonaisvaltaisuuteen sekä palvelun ja palveluprosessin laatuun ja laatupoikkeamien ennaltaehkäisyyn. Terveyspalveluissa tutkimuksen ja kehittämisen kohteeksi tulivat hoitotulokset ja hoidon vaikuttavuus.

Laatujohtamisessa laatu nähdään visiona ja osana strategista suunnittelua. 2000-luvun suuntauksena on ollut yhteiskuntakeskeisyyttä, oikeuden-

mukaisuutta ja tasa-arvoa sekä kestävästä kehitystä ja ympäristökeskeisyyttä painottava laatu. Markkinointitieteessä palvelulähtöinen ajattelu korostaa asiakkaan ja palvelutuottajan yhteistä arvon luomista. Asiakkaan saama lopputulos syntyy palveluprosessin tuloksena, minkä vuoksi palveluprosessin kulutus on ratkaisevan tärkeä osa palvelukokemusta. Asiakas määrittelee palvelulla saamansa arvon aina yksilöllisesti ja kokemuksellisesti. (mm. Vargo & Lusch 2004a; 2004b; 2008; Grönroos 2009.) Palveluprosessin sujuvuuteen pyrkii vaikuttamaan teollisuudesta terveydenhuoltoonkin tullut Lean-malli hyödyntämällä palvelun laadun kehittämisessä tuotelaadun parantamisen menetelmiä. Siinä keskitytään vähentämään palveluprosessin vaihtelua, poistamaan turhia viiveitä ja aikaan saamaan palvelulla lisäarvoa asiakkaalle (mm. Modig & Åhlström 2013).

Asiakas on ollut vahvasti laatumääritelmien ja laadun kehittämisen keskiössä koko systemaattisen laadun kehittämisen aikakauden ajan. Yhtä yhtenäistä määritelmää laadulle ei ole olemassa, vaan laadun määritelmiä on lähes niin paljon kuin on laadun määrittelijöitä. Ensimmäiset laatumääritelmät olivat yleisluontoisia lausumia, kuten ”soveltuvuus käyttötarkoitukseen” (Juran). Ajan kuluessa laatumääritelmiä on täydennetty näkökulmilla ja ulottuvuuksilla. Näkökulmat ovat lisääntyneet ja ulottuvuudet ovat saaneet uutta sisältöä laatututkimuksen avulla.

Asiakkaan merkitys on määritelmiä yhdistävä tekijä. Asiakkaan omat odotukset, ominaisuudet ja osallistumismahdollisuudet vaikuttavat laadun kokemukseen. Tarkasteltaessa palvelun laadun määritelmiä, voidaan havaita muitakin yhdistäviä tekijöitä. Henkilökunnan ammattitaito, toiminta asiakaspalvelutilanteessa ja vuorovaikutustaidot ovat oleellisia tekijöitä asiakkaan kokemukselle laadusta. Tärkeitä ovat niin ikään palveluyksikköön ja palvelujen saatavuuteen liittyvät tekijät, kuten ennakkokäsitys ja palveluprosessin sujuvuus sekä palvelun saavutettavuustekijät, kuten palveluyksikön sijainti ja fyysiset ominaisuudet.

### **Päätelmä 1. Palvelukokemuksen laadun mittaamisesta asiakkaan ja palvelutuottajan yhteisiin laatumääritelmiin**

Laatu-käsitteelle ei ole olemassa yhtä universaalialla määritelmää, mutta eri laadun määritelmiä yhdistää niiden ankkuroituminen asiakkaaseen. Laadun historia etenee virheiden ja epäkohtien korjaamisesta kokonaisvaltaiseen palvelun ja palveluprosessin laatuun ja laatu-poikkeamien ennaltaehkäisyyn. Asiakkaan laatu-kokemuksen mittaamisesta ollaan siirtymässä yhä enemmän asiakkaan ja palvelutuottajan yhteiseen laadun ja arvon luomisen määrittelyyn. Arvonluomisen prosessissa asiakkaan osallistuminen on keskeistä ja asiakas tyypillisenä hyödynsaajana määrittelee ja arvioi palvelulla saavuttamansa arvon aina yksilöllisesti ja kokemuksellisesti.

## **Toisena tutkimustehtävänä oli analysoida ja kuvata asiakkaiden kokemuksia laadusta hajautetuissa ja keskitetyissä päivystyspalveluissa**

Päivystyshoidolle on määritelty tavoitteeksi päivystyshoidon tarpeen tunnistaminen, päivystyspotilaiden yhdenvertainen hoitoon pääsy ja hoito, päivystyshoidon korkealaatuisuus, oikea-aikaisuus ja vaikuttavuus sekä riittävän asiantuntemuksen ja riittävien voimavarojen tarkoituksenmukainen kohdentaminen päivystystoimintaan. Monien asiakasryhmien hoidossa tarvitaan riittävä lukumäärä tapauksia, jotta päivystyshenkilökunnan osaamista voidaan ylläpitää. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 20; 42.)

Kaikissa aineistoissa asiakkaat arvioivat palvelun laadun hyväksi, mutta eri aineistojen välillä oli vaihtelua. Tutkimukseni ensimmäinen aineisto kuvaa laatua lähtötilanteessa, hajautetuissa päivystyspalveluissa. Odotuksiin päivystyksen keskittämisestä liittyi huolta laadun heikkenemisestä, mutta asiakkaat arvioivat palvelun laadun parhaimmaksi pian päivystyksen keskittämisen jälkeen. Arvio koski palvelukokemuksen sekä asiakaspalvelun, ammattitaitoisen hoidon, ohjauksen ja tiedonsaannin sekä puhelinpalvelun laatu-olottuvuuksia. Tämä tulos herättää pohdintaa, johtuivatko erityisen hyvät laatuarviot siitä, että odotukset keskitettyjä palveluja kohtaan olivat kielteisiä, ja todellisuus osoittautuikin odotettua paremmaksi?

Laatutaso säilyi lähes samalla tasolla vielä seuraavassa mittauksessa, noin 1,5 vuotta keskittämisen jälkeen, mutta laski jopa lähtötasoa heikommaksi vajaan viiden vuoden kuluttua keskittämisestä. Itä-Savon viimeisimmän keskitetyn päivystyksen asiakkaiden arviot olivat hyvin yhdenmukaiset KYSin tulosten kanssa. Myös Junnilan (2008) tutkimuksessa asukkaiden antama kouluarvosana terveydenhuoltopalveluja kohtaan oli tilastollisesti erittäin merkittävästi heikompi kolme (3) vuotta muutoksen jälkeen kerätyssä aineistossa verrattuna arvosanaan ennen muutosta. Ennen-jälkeen-asetelmalla on Tanskassa tehty tutkimus virka-ajan ulkopuolisen päivystyksen uudistuksesta (Christensen & Olesen 1998), jossa havaittiin tuloksistani poiketen, että asiakkaiden tyytyväisyys palveluun laski pian uudistuksen jälkeen alkaakseen taas kasvaa, kun asiakkaat tottuivat palveluun. Nousu ei vielä viiden vuoden seurannassa yltänyt lähtötasolle.

## **Päätelmä 2. Toiminnan keskittäminen paransi koettua palvelun laatua**

Palveluja keskittämällä voidaan parantaa laatua. Keskittäminen kokoaa yhteen suuremman joukon ammattitaitoista henkilökuntaa ja takaa riittävän asiakasvolyymin, jotta osaamisen tasoa voidaan pitää yllä. Samalla tavoin saavutettiin skaalaetuja teollisessa tuotannossa yli 100 vuotta sitten. Hyvä laatutaso ei kuitenkaan säily itsestään, vaan se vaatii ponnisteluja uuden toiminnan vakiinnuttamiseksi käytäntöön, ja tuon käytännön edelleen kehittämiseksi. Apuna tässä voidaan käyttää laatujohtamisen jatkuvan ke-

hittämisen periaatetta; prosessit eivät tule koskaan valmiiksi, vaan niiden jatkuvaan kehittämiseen on sitouduttava tavoitteellisesti organisaation kaikilla tasoilla asiakasta unohtamatta.

### **Kolmantena tutkimustehtävänä oli analysoida ja kuvata palvelun laadun kokemusta selittäviä tekijöitä.**

Asiakkaat toivovat saavansa päivityksessä ammattitaitoista hoitoa, sujuvaa toimintaa ja tiedonkulkua. Heille on tärkeää tuntee voivansa luottaa palveluun ja tuntee olevansa osaavissa käsissä. Myös kohtaamiseen ja kohteluun liittyvät seikat vaikuttavat onnistuneeseen päivityskokemukseen. (Yhtenäiset päivityshoidon perusteet 2010, 40-41.)

Vastaajien taustatiedoista löytyi niukasti ryhmien välisiä eroja ja laatu-kokemusta selittäviä tekijöitä. Itä-Savon aineistossa oli osoitettavissa, että terveydentilansa heikoksi kokevat, yksin elävät, eläkkeellä olevat, ilman ammattikoulutusta olevat sekä iältään vanhimmat vastaajat antoivat heikoimpia laatu-arviointoja ohjauksen ja tiedonsaannin, välittävän vuorovaikutuksen ja henkilökunnan yhteistyön laadusta. Nämä vastaajaryhmät kokivat myös hoidon jatkuvuuden tärkeimmäksi, myös KYSin aineistossa. Hoidon jatkuvuuteen otettiin kantaa myös avoimessa vastauksessa, jossa todettiin pitkäaikaissairaana tarvitsevan oma-lääkärin, joka kantaa vastuun lääkehoidosta ja voinnin seurannasta.

KYSin aineistossa vanhin ikäryhmä arvioi palvelukokemuksen sekä useat laadun ulottuvuudet parhaimmiksi. Tämä tulos vahvistaa Mäntyksen työryhmineen (2015) tekemää tutkimusta, jossa iäkkäät arvioivat hoidon laadun paremmaksi. Myös Voutilainen kumppaneineen on todennut, että potilaan tyytyväisyys kasvaa iän mukana, mutta toteaa myös vastaajakadon osuuden kasvavan, mikä voi vääristää yleistä käsitystä (Voutilainen; Kvist; Sherwood & Vehviläinen-Julkunen, 2014). Edellisistä poiketen Raperin (1996) mukaan iällä, sukupuolella, etnisellä taustalla, kroonisilla sairauksilla tai aikaisemmillä käynneillä ei ollut merkitsevää yhteyttä potilastytyväisyyteen.

### **Päätelmä 3: Sosio-demograafisista tekijöistä löytyi vain vähän laatu-kokemusta selittäviä tekijöitä**

Iäkäs, kouluttamaton, terveydentilansa heikoksi kokeva väestön osa arvioi ohjauksen ja vuorovaikutuksen laadun heikoimmaksi ja koki hoidon jatkuvuuden muita tärkeämmäksi. Palvelun tarjoajien on hyvä tiedostaa nämä erityistarpeet. Jokaisessa kohtaamisessa henkilökunnan tulee kiinnittää erityistä huomiota yksilölliseen ohjaukseen ja välittävään vuorovaikutukseen näiden asiakasryhmien kanssa.

Palvelujen saatavuustekijöistä odotusaika vastaanotolle oli keskitetyn päivityksen aineistoissa tilastollisesti erittäin merkitsevä palvelukokemusta selittävä tekijä. Henkilöt, joiden odotusaika oli lyhyt, arvioivat palvelun pa-

remmaksi kuin pitkään odottaneet. Tuloksistani poiketen Bosin työryhmi-  
neen (2012) päivystyksessä tekemässä tutkimuksessa odotusaika ei noussut  
20 tärkeimmän laadun osatekijän joukkoon. Tulosteni kaltaisia tutkimus-  
tuloksia, joissa odotusaikoihin liittyvät näkökohdat on tunnistettu tär-  
keimmiksi laatuun ja tyytyväisyyteen liittyviksi palvelutekijöiksi, löytyy  
lukuisia (mm. Wesling ym. 1998; De Brun ym. 2002; Aragon & Gesell 2003;  
Taylor & Bengner 2004; Muntlin, Gunningberg & Carlsson 2006; Boudreaux  
ym. 2006; Granada ym. 2011; Welch 2010). Mielenkiintoista asiassa on se,  
että odotusajat ja tietämättömyys odotuksen kestosta yhä nousevat tutki-  
muksessani esille, vaikka tiedossa on ollut jo vuosikymmeniä, että odotta-  
minen tietämättömänä sen syystä ja kestosta heikentää palvelun laadun ja  
potilastyytyväisyyden kokemusta. Jo 1990-luvun alusta löytyy tutkimus-  
tulos (Mallet & Woolwich 1990), jossa todetaan, että nopea tulotilanteen  
hoidon arviointi lisäsi tyytyväisyyttä, ja toinen (Lewis & Woodside 1992),  
jossa todettiin, että eniten tyytymättömyyttä ilmeni tiedon puutteesta, kau-  
anko odottaminen kestää. Keston arviointi ja sen tiedottamisen tärkeys on  
tullut esille myös muissa tutkimuksissa (mm. Gordon ym. 2010; Ramqvist  
& Bara 2010) kuten myös odottamisen syystä informoiminen (mm. Watson  
ym. 1999; Pellikka ym. 2003; Boudreaux ym. 2006).

Palvelutapahtumaan tai toimintaan liittyvä odotusaika on koettu kiel-  
teisenä, (Hiidenhovi ym. 2001b) ja sekä psyykkisenä että fyysisenä koke-  
muksena (Nairn ym. 2004). Odottamista voidaan helpottaa tarjoamalla  
asiakkaille tietoa päivystyksen prosesseista ja toimintatavoista; henkilö-  
kunnan rooleista, triagesta, viivästymisen syistä. Tiedonantamisessa voi-  
daan käyttää videotallennetta ja paperisia esitteitä sekä odotusajasta ja sen  
syystä henkilökohtaista informointia. Kattavalla videotallenteella asiak-  
kaiden odotustiloissa voi olla myös koulutuksellinen merkitys päivystyk-  
sen toiminnasta sen lisäksi, että se vähentää ahdistusta, lyhentää koettua  
odotusaikaa verrattuna todelliseen ja parantaa asiakkaiden tyytyväisyyttä  
päivystyksessä oleskelua kohtaan (Corbett, White & Wittlake 2000; Taylor &  
Benger 2004; Boudreaux & O'Hea 2004b; Boudreaux ym. 2006).

Finohtan (2011, 1-2) arviointiselosteessa esitetään tieteellisen näytön pe-  
rusteella keinoiksi lyhentää asiakkaiden odotusaikaa vastaanotolle ja päi-  
vystyksessä kulutettua kokonaisaikaa esimerkiksi lievimmille tapauksille  
suunnitellulla ohituskaistalla (fast track) ja eri ammattiryhmistä koostuvan  
hoitotiimin tekemällä tiimitriagella. Myös Kantosen (2014) mukaan kiireel-  
lisyysluokittelulla voidaan lyhentää odotusaikaa päivystystapahtumalle.  
Ns. vierianalytiikalla eli valikoitujen laboratorionäytteiden ottamisella ja  
tutkimisella vastaanotolla voidaan lyhentää asiakkaiden päivystyksessä  
viettämää aikaa ja samoin, jos sairaanhoitaja lääkärin sijaan kirjoittaa lä-  
hetteen tiettyihin radiologisiin tutkimuksiin (Finohtan 2011, 2). Itä-Savon  
keskitetyssä päivystyksessä käytössä olleesta ohjeellisesta ajanvarauksesta  
antoivat asiakkaat hyvää palautetta ja kokivat, että se auttoi pitämään odo-  
tusajat hallinnassa.



Kokemus siitä, miten lääkärille pääsy oli muuttunut viimeisen vuoden aikana sekä ennakkokäsitys päivystyksen toiminnasta selittivät vahvasti palvelukokemuksen vaihtelua eri aineistoissa. Organisaatiokuva eli imago on yksi Grönroosin (mm. 1987; 2009) määrittelemistä asiakkaan kokeman palvelun kokonaislaadun osatekijöistä teknisen laadun (mitä asiakas saa) ja palveluprosessin toiminnallisen laadun (miten prosessi koetaan) ohella. Laadukkaaksi koetun palvelun imagoon liittyvän kriteerin mukaan asiakkaat uskovat, että palvelun tarjoajan toimiin voi luottaa, että asiakas voi hyväksyä palvelun tarjoajan suorituskriteerit ja arvot, ja että asiakas saa rahalleen vastineen. Teoreettisesti imagon ja ennakkokäsityksen merkitys palvelun laadun kokemukselle on tiedostettu jo kauan, ja tämä tutkimus vahvistaa teorian pitävän paikkaansa.

Laadun ulottuvuudet selittivät tutkimukseni eri aineistoissa palvelukokemuksen vaihtelua eri tavoin. Ainoastaan kokemus asiakaspalvelun laadusta oli selittäjänä kaikissa aineistoissa. Asiakaspalvelu on ollut keskeinen laatutekijä myös useissa aikaisemmissa tutkimuksissa. Granado de la Ordenin kumppaneineen (2011) tekemässä tutkimuksessa asiallinen ja yksilöllinen palvelu selittivät 63 % tyytyväisyyden vaihtelusta päivystyksessä. Risser (1975) määritteli ihmissuhdetaidot ja persoonalliset ominaisuudet, kuten ystävällisyyden, luottamuksellisuuden, ulkoisen vaikutelman tärkeiksi potilastyytyväisyyden tekijöiksi. Päivystystoiminnassa on tärkeää henkilökunnan positiivinen asenne, jota voi ilmaista hymyilemällä, katsomalla silmiin sekä olemalla ystävällinen, empaattinen ja kohtelias potilaalle, unohtamatta huomioida myös omainen tai saattaja (mm. Welch 2010; Lewis & Woodside 1992). Miellyttävä, hyvä, kunnioittava, kärsivällinen kohtelu nousevat esille myös Larrabeen ja Bolden tutkimuksesta (2001). Asennetta ja käyttäytymistä korostaa myös Grönroos (2009), jonka laadukkaaksi koetussa palvelussa asiakkaat tuntevat, että työntekijät kiinnittävät huomiota heihin ja haluavat ratkaista heidän ongelmansa ystävällisesti ja spontaanisti. Leon (2003) on tutkimuksessaan havainnut, että potilaalle osoitettu vähäinen henkilökohtainen huomio, epäkunnioittava asenne, epäystävällisten ja syyttävien sanojen käyttö saivat osakseen eniten valituksia haastatelluilta. Boudreaux työryhmineen (2006) etsiessään näyttöä päivystysyksikön potilastyytyväisyyden parantamiseksi havaitsi, että henkilökunnan vuorovaikutus- ja asiakaspalvelutaitojen kehittäminen kouluksella paransi useiden indikaattoreiden osalta potilastyytyväisyyttä.

Päivystystoiminnalle on tyypillistä tilanteiden yllätyksellisyys ja asiakkaiden päivystyksellisten hoidon tarpeiden laaja kirjo, mikä asettaa vaatimuksia henkilökunnan työkokemukselle ja osaamiselle (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 23). Ammattitaitoisen hoidon selitysvoima palvelun laadun kokemukseen oli keskitettyjen päivystysten aineistoissa korkeampi kuin hajautetuissa päivystyksissä. Tulos on yhdenmukainen Duodecimin julkilausuman (2013) kanssa, jonka mukaan keskitetyissä palveluissa on helpompi ylläpitää ammattitaitoa ja hyödyntää



eri asiantuntijoiden tukea. Lääketieteellisen, teknisen ja ammatillisen pätevyyden, ammattitaidon merkitys potilastyytyväisyyteen ja palvelun laatuun on ilmennyt tutkimuksissa kautta aikain (mm. Risser 1975; Ware ym. 1977; Hall & Dornan 1988a; 1988b; Sitzia & Wood 1997; Wensing ym. 1998; Larrabee & Bolden 2001; Hiidenhovi ym. 2001b; Johansson ym. 2002; Kvist 2004; Grönroos 2009; Peltonen 2009; Welch 2010). Muun muassa vastaajat KYSissä arvioivat henkilöstön ammatillisuuden parhaimmin toteutuneeksi laadun osa-alueeksi (Mäntynen ym. 2015). Ammattitaitoiseen hoitoon yhdistetään tutkimuksissa teknis-ammattillinen käyttäytyminen, osaaminen, asiantuntemus sairaanhoidon toteuttamisessa, fyysinen huolenpito potilaasta (Risser 1975; Larrabee & Bolden 2001), hoito- ja lääkitystaito sekä valppaus seurata potilaan kuntoa ja pyrkimys ymmärtää hänen ongelmiaan (Lewis & Woodside 1992; Nairn ym. 2004).

Tulosten mukaan palvelukokemuksen vaihtelua selitti ohjauksen ja tiedonsaannin laatu, mikä vahvistaa aikaisempia tutkimustuloksia. Potilaan ohjaamisen ja opettamisen, johon kuuluvat esimerkiksi informaation vaihto potilaan ja henkilökunnan välillä, kysymyksiin vastaaminen, selittäminen ja havainnollistaminen, on Risser jo 70-luvulla yksilöinyt potilastyytyväisyyden ulottuvuudeksi (Risser 1975) ja useat tutkijat hänen jälkeensä (mm. Lewis & Woodside 1992; Raper 1996; Watson ym. 1999; Taylor & Benger 2004; Welch 2010), joista osa on liittännyt sen myös osaksi palvelun laatua (Larrabee & Bolden 2001; Nairn ym. 2004).

Välittävä vuorovaikutus osoittautui laadukasta palvelukokemusta selittäväksi tekijäksi. Vastavuoroinen luottamussuhde, aito sanaton ja sanallinen viestintä potilaan ja ammattilaisen välillä, kiinnostus potilaasta sekä herkkyyks on havaittu monessa tutkimuksessa tärkeäksi osaksi laadukasta hoitoa (mm. Risser 1975; Attree 2001a, 2001b; Johansson ym. 2002; Pantouvakis & Bouranta 2014). Mikäli asiakkaat pitävät vuorovaikutuksen laatua hyvänä, on heidän selviytymisensä ja voimaantumisensa vastaanottotapahtuman jälkeen parempaa (Kuusela 2014). Myös huumorin käyttö voi olla yksi osa onnistunutta vuorovaikutusta (Watson ym. 1999). Tutkimuksessani asiakkaat antoivat palautetta lääkäreiden heikosta suomen kielen taidosta. Tulos on yhtenevä Poolen työryhmineen tekemän havainnon kanssa, jossa kielimuurin, kielitaidon puutteen, murteella tai poikkeavalla aksentilla puhumisen vuoksi potilaat eivät ymmärtäneet diagnoosia tai neuvoja ja heistä tuntui, että lääkäri ei ymmärtänyt heitä (Poole, Gamper, Porter, Egbunike & Edwards 2011). Samassa tutkimuksessa vastaajat kokivat turhautumista, kun joutuivat selvittämään käyntinsä syytä usealle työntekijälle. Sama tulos oli tutkimuksessani, jossa vastaajat, joiden tarvitsi selittää käyntinsä syytä vain yhdelle työntekijälle, antoivat parhaimmat arvioinnit palvelukokemuksesta, ohjauksesta ja tiedonsaannista sekä välittävästä vuorovaikutuksesta.

Henkilökunnan yhteistyön laatua voi lyhyellä päivystyskäynnillä olla vaikea arvioida, mutta jos käynnin syytä joutuu selittämään usealle, odo-

tusaika viruu pitkäksi tai hoito vaatii erilaisia toimenpiteitä, ehtii asiakas seurata henkilökunnan toimintaa ja tehdä siitä tarkempia havaintoja. Tutkimuksessani erinomaiseksi henkilökunnan yhteistyön laadun arvioi 62-70 % vastaajista, kun Mäntysen kumppaneineen (2015) tekemässä tutkimuksessa tulos oli parempi, prosenttiosuuden ollessa 83 %.

Puhelinpalvelu sai vastaajilta sekä kiitosta että kritiikkiä. Kritiikki kohdistui puhelinneuvonnan hoitajan portinvartijaroolia kohtaan. Vastaajat kyseenalaistivat hoitajan kompetenssia tehdä asiakkaan hoidon tarpeesta oikeat arviot ja johtopäätökset. Samankaltainen tulos oli Alankomaissa tehdyssä tutkimuksessa, jossa alkuun potilaat olivat huolissaan kyvystään selvittää oireensa puhelimessa tai ymmärtää ja seurata saamiaan ohjeita. Kuitenkin, kun hoitotavoista ja -prosessista oli informoitu potilaita, ja kun he olivat perehtyneet pidempään triagehoitajan toimintaan, myönteiset kokemukset olivat lisääntyneet ja johtaneet lisääntyneeseen arvostukseen triagehoitajan työtä kohtaan. (Smits, Huibers, Bos & Giesen. 2012, 209–210.) Van Uden yhteistyökumppaneidensa kanssa oli havainnut, että tyytyväisyys puhelinneuvontaan kasvoi iän mukana (van Uden, Ament, Hobma, Zwietering & Crebolder 2005). Edellisestä poiketen minun tutkimuksessani ei iällä ollut tilastollisesti merkitsevää vaikutusta puhelinpalvelun arviointeihin, mutta kahdessa aineistossa naispuoliset vastaajat arvioivat puhelinpalvelun miehiä paremmaksi.

Edellä kuvaamani tulokset osoittavat, että ihmisten välinen kanssakäyminen, vuorovaikutus, ohjaaminen ja tiedonsaanti henkilökohtaisena kontaktina tai puhelimen välityksellä ovat terveyspalvelujen herkintä ydintä. Oleellista ymmärrettävien sanojen ja kielen lisäksi on sanaton viestintä, aito ja tasavertainen kohtaaminen. Tämä tukee näkemystäni palvelun laadun paradigman intersubjektiivisesta luonteesta; palvelu on vuorovaikutustilanne, jossa osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja lopputulos konstruoituu yhteistyössä prosessinomaisesti. Huomion arvoista on, että laatu ei konstruoidu yksinomaan asiakkaan ja työntekijän välisissä tilanteissa, vaan se liittyy myös henkilökunnan keskinäiseen toimintaan ja vuorovaikutukseen, jota asiakas käynnillään havainnoi ja tulkitsee.

#### **Päätelmä 4: Odotusaika, ystävällinen kohtelu ja osallistaminen koetun palvelun laadun ytimessä**

Lyhyt odotusaika keskitetyssä päivystyksessä ja myönteinen kokemus asiakaspalvelusta riippumatta päivystyksen toimintaympäristöstä selittivät asiakkaiden hyvää arviota palvelukokemuksen laadusta. Onnistunut palvelukokemus syntyy hyvien käytösten mukaisesta, asiallisesta, kohteliaasta ja ystävällisestä asiakaspalvelusta sekä vuorovaikutuksesta, jossa asiakas kokee osallisuutta ja tuntee, että häneen ja hänen asiaansa suhtaudutaan vakavasti.

## **Neljäntenä tutkimustehtävänä oli analysoida, kuvata ja tulkita asiakkaiden kokemusten ja odotusten vastaavuutta keskitetyissä päivystyspalveluissa.**

Asiakkaiden suhtautuminen etukäteen päivystyksen keskittämiseen oli varsin tunnepitoinen ja negatiivinen. Palvelujen piiriin pääsemisen arveltiin heikkenevän, odotusaikojen viruvan pitkiksi ja hoidon jatkuvuuden kärsivän muutoksen myötä. Huolta kannettiin asiakkaiden kohtelusta, henkilökunnan ammattitaidosta ja resursseista. Myönteisimpänä keskitämisessä koettiin synergiaetu, minkä erikoissairaanhoidon päivystyksen läheisyys tarjoaisi; kaikki palvelut olisivat saman katon alla.

Muutoksen tapahduttua ennako-odotuksista poiketen keskitetyt päivystyspalvelut koettiin toimintavarmoina, puhelinpalvelu ja ohjeellinen ajanvaraus hyvänä, vastaanotolle pääsy nopeana ja odotusajat koettiin lyhyinä. Myös asiakkaan kohtelu ja henkilökunnan ammattitaito koettiin hyvänä ja palvelu ystävällisenä, tasa-arvoisena ja joustavana. Synergiaetu oli osoittautunut etukäteistoiveiden mukaisesti toimivaksi ja muutoksen nähtiin myös tuovan säästöjä kunnille. Vastaajat pitivät tiedottamista puutteellisenä ja esittivät kehitettävänä asiana kattavampaa tiedottamista uudistuksesta ja esimerkiksi eri kellonaikoina käytössä olevista puhelinnumeroista.

Päivystystoiminnan onnistumiseen on suuri merkitys sillä, miten työnjako ja yhteistyö terveysasemien, eri yhteistyöviranomaisten, ensihoitopalvelun ja puhelinneuvonnan kanssa toimii (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 24). Eri toimijoiden välisen työnjaon perusteena tulee olla asiakkaiden lääketieteelliset tarpeet ja mahdollisimman suoraviivaiset hoitopolut. Työnjakoa mietittäessä tavallisten lievien sairauksien ja vammojen hoito tulee mahdollisuuksien mukaan toteuttaa virka-aikana terveysasemien päiväpäivystyksessä. Erityistä huomiota tulee kiinnittää vanhusten hoidon saatavuuteen ja saavutettavuuteen lähellä heidän asuinpaikkaansa. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010, 48; 68).

Pidentynyt matka päivystykseen koettiin ongelmallisena. Asiakkaiden todettiin välttävän etäälle päivystykseen menoa. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että matkan päivystykseen kasvaessa alle 20 kilometriä, ei sillä ollut merkittävää vaikutusta lääkärisäkäynteihin (Kantosen 2014, 72). Etäisyyden kasvaessa yli 50 kilometriin päivystyskäyntien määrä väheni viidenneksellä, ja etäisyyden kasvu erittäin pitkäksi voi vaarantaa potilaiden turvallisuutta, jos osa potilaista jää ilman hoitoa (Raknes ym. 2013, 222-226). Pitkä matka palvelun piiriin vähensi yleistä tyytyväisyyttä (Van Uden ym. 2005), ja lähellä kotia olevia, paikallisia virka-ajan ulkopuolisia lääkärin vastaanottoja toivottiin (Poole ym. 2011), kuten myös minun tutkimuksessani. Huoli siitä, että päivystykseen lähtöä ja siten hoidon aloitusta viivästytetään pitkän matkan vuoksi tuli esille jo ennen päivystyksen keskittämistä kerätyssä aineistossa. Tulosten mukaan tämä seurannaisvaikutus on mahdollinen. Riskiä lisää oman kulkuvälineen puute ja vähäiset jul-

kiset liikenneyhteydet, kun esimerkiksi linja-autovuorot maaseudulta tai kunnista kaupunkiin kulkevat yleensä arkisin ja vain päiväaikaan. Omalla autolla liikkuvat toivoivat paikoitustilaa lähelle sisäänkäyntiä, jotta saattaja voisi tuoda vaivattomammin huonokuntoisen potilaan päivystysvastaanotolle. Helpon auton paikoituksen totesi Welch (2010) lisäävän potilastytyväisyyttä ja myös Poole työryhmineen (2011) toivoi paikoitustilaa sisäänkäynnin läheisyyteen.

Päivystyksen opasteet ja yksityisyyden suoja koettiin puutteellisiksi ja fyysiset tilat rauhattomiksi, ahtaiksi ja epäkäytännöllisiksi. Hiidenhovi kollegoineen (2001b, 15) osoittaa tutkimuksessaan, että hoitoympäristön mukavuus, viihtyisyys, rauhallisuus, paikan löytämistä helpottavat opasteet ovat osa palvelua. Tilan ja vuodepaikkojen puute (Nairn ym. 2004), kovat ja epämukavat sängyt, yksityisyyden puute (Gordon ym. 2010), melusaaste (Welch 2010) sekä huomion kiinnittäminen fyysisen ympäristön, tilojen ja hoitovälineiden suunnitteluun (Watson ym. 1999) ovat nousseet esille aikaisemmissakin tutkimuksissa. Tutkimuksessani tuli esille, että vartijan läsnäolo herätti turvallisuutta asiakkaisissa. Turvallisuutta korostettiin myös muissa tutkimuksissa (mm. Pantouvakis & Bouranta 2014; Bos ym. 2012; Welch 2010; Leppänen, Vehviläinen-Julkunen & Töyry 1997; Raper 1975), mutta mainintoja vartijan merkityksestä laadulle en muista tutkimuksista havainnut.

Mitä kauemmin keskittämisestä oli kulunut, sitä kriittisempää palautetta vastaajat antoivat eri toimintayksiköiden työnjaon ja puhelinnumeroiden epäselvyydestä, puhelinpalvelun hitaudesta, odotusajan pituudesta, asiakaspalvelun puutteista ja niukoista henkilökuntaresursseista. Myös kustannusten kasvua yksilötasolla kritisoitiin.

### **Päätelmä 5: Ennakko-odotukset palvelujen keskittämisestä olivat kielteiset, ensikokemus yllätti myönteisyydellään, mutta ajan kuluessa laatutason arvioitiin heikentyneen**

Asiakkaiden ennakko-odotukset päivystyksen keskittämisestä olivat vahvasti kielteisiä. Keskittämisen nähtiin vaikeuttavan asiakkaiden pääsyä päivystykseen ja heikentävän palvelujen laatua. Heti keskittämisen jälkeen kokemukset kuitenkin olivat myönteisiä ja laatu kaikilla mitatuilla muutujilla arvioitiin lähtötasoa paremmaksi. Keskitetyn päivystyksen vakiinnuttua käytäntöön laadun koettiin heikentyneen ja joidenkin kielteisten ennakko-odotusten toteutuneen. Eniten asiakkaat kritisoivat palvelujen heikkoa saatavuutta: epäselvyyttä palvelupisteiden työnjaossa, useita puhelinnumeroita ja puhelinneuvonnan ruuhkia. Kokemukset puutteellisesta tiedottamisesta puhuvat sen puolesta, että väestöä tulee informoida palvelujen uudelleen organisoinnista, eri toimipisteiden työnjaosta ja toimintamalleista, kuten hoidon tarpeen arvioinnista, sekä ajan tasalla olevista yhteystiedoista säännöllisin väliajoin eri tiedotuskanavia käyttäen.

## **Kokoava päätelmä 6: Seurantatutkimus ennen-jälkeen-asetelmalla toi uutta tietoa palvelun laadun tutkimukseen**

Tämä pitkäkestoinen seurantatutkimus osoitti, että päivystyksen toimintaympäristö, hajautettu tai keskitetty päivystys, ei aina selitä asiakkaiden kokemaa palvelun laatua. Vaikka palveluja keskittämällä on mahdollista parantaa esimerkiksi kliinisen hoidon tasoa, nousevat asiakkaille etäisyys palveluista, ruuhkat ja odotusaika hyvää kliinistä ja turvallista hoitoa tärkeämmiksi laadun kriteereiksi.

Palveluja tuotetaan asiakkaita varten – ja toivottavasti yhdessä heidän kanssaan. Tämän vuoksi asiakkaiden ennakkonäkemyksiin perustuvat laatukokemukset tulisi ennakoida palveluja uudelleen organisoitaessa mahdollisimman hyvin. Siten voidaan välttyä pahimpien skenaarioiden toteutumiselta. Tutkimukseni kaltaisilla pitkäkestoisilla tutkimuksilla voidaan tuottaa sekä tieteelle että käytännölle uutta, hyödyllistä tietoa laatu- ja palvelukokemuksista palvelujen uudelleen organisointitilanteissa. Palveluja käyttäville asiakkaille suunnattuna tutkimus tukee kansalaisten osallisuutta ja osallistumista yhteiseen arvontuottamiseen palvelujen tarjoajan kanssa.

## **6.4 TUTKIMUSTULOSTEN MERKITYS TERVEYSHALLINTOTIETEELLE**

Aikaisemmin maassamme ei ole tutkittu palvelujen uudelleen organisoimisen vaikutuksia asiakkaiden kokemaan päivystyspalvelun laatuun. Palvelujen uudelleen organisoiminen on ajankohtaista valtakunnallisesti ja alueellisesti Päivystysasetuksen ja Sote-uudistuksen vaatimusten vuoksi. Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa terveyshallintotieteelle asiakkaiden kokemasta palvelun laadusta ja säädöstaustaisten muutosten vaikutuksista palvelujen käyttäjille.

Tutkimuksessa koottiin yhteen laadun kehityskulkua varhaisesta vaihdantatalouden ajasta nykypäivään. Näin syvennettiin ymmärrystä sekä teoreettisesti että empiirisesti asiakkaiden roolista palvelun laadun arvioijana. Tutkimus palvelee sitä keskustelua, miten kansalaiset ja palvelutarjoajat voivat tulevaisuudessa yhdessä tuottaa entistä laadukkaampia terveyspalveluja. Tutkimuksella saatiin tietoa palvelujen uudelleen organisoimista ja asiakaslaadusta terveyshallintotieteen tutkimuskohteeseen eli sosiaali- ja terveyspalveluihin. Tietoa voidaan hyödyntää terveyspalvelujen organisoimisessa, johtamisessa ja kehittämisessä asiakaslähtöisesti.

Asiakkaiden arviot laadusta ja laatuun vaikuttavista tekijöistä vahvistavat aikaisempaa teoriaa ja tutkimustuloksia monelta osin, mutta todensivat myös sellaisia asioita, joista terveyspalvelujen aikaisemmista tutkimuksista ei löytynyt mainintoja, kuten ennakkokäsityksen merkityksestä palvelukokemukselle. Ennakkokäsityksen merkitys laatukokemukseen tulee koettuna palvelun laadun teorioissa yksiselitteisesti esille (mm. Grönroos 1987;

2009). Tutkimukseni osoitti sen paikkansapitävyyden. Tämä tutkimustulos osoittaa, miten tärkeää myönteisen julkisuuskuvan kehittäminen esimerkiksi asiallisella ja aktiivisella tiedottamisella on.

Henkilökunnan ammattitaitoon liittyvillä tekijöillä, kuten tekninen osaaminen, asiakaspalvelu ja viestinnälliset taidot, oli erityisen tärkeä merkitys sille, minkälaiseksi asiakkaan palvelukokemus päivystyskäynnistä muodostui. Asiakas tarkasteli laatua hyvin käytännönläheisesti. Asiakkaan huomio kiinnittyi henkilökunnan tapaan kohdata asiakas ammatillisesti, tasa-arvoisesti ja ystävällisesti; ”ottaa vakavasti”, kuten yksi asiakas avoimessa vastauksessa asian ilmaisi.

Palvelujen keskittämisestä tutkimus antoi lohdullisen tuloksen: keskitäminen, asiakkaiden peloista huolimatta, voi parantaa palvelun laatua. Laadun ylläpitäminen erinomaisella tasolla ei kuitenkaan asiakkaiden arvioiden mukaan onnistunut keskitetyn päivystyspalvelun vakiinnuttua käytäntöön. Merkittävimmät syyt kokemukseen laadun heikkenemisestä olivat vaikeudet palvelujen piiriin pääsemisessä: pidentynyt matka, epä tietoisuus puhelinnumeroissa, ruuhka puhelinpalvelussa sekä vastaanotolle pääsyn odottelu. Näissä syissä keskeistä on aikaulottuvuus. Jokaiselle, myös asiakkaalle, aika on arvokasta, ja jos asiakas joutuu käyttämään sitä odotteluun, aiheuttaa se turhautumista ja tyytymättömyyttä. Tähän ongelmaan toivoisi löytyvän ratkaisun esimerkiksi hoidon tarpeen arviointia ja henkilökunnan työnjakoa kehittämällä sekä Lean-ajattelun ”hukkajahdilla”, jota useissa terveydenhuollon organisaatioissa käytetään kehittämisen työkaluna. Lean-ajattelussa on keskiössä asiakkaan palvelulla saama lisäarvo, esimerkiksi oikea-aikainen hoito ja terveyshyöty. Tähän pyritään lyhentämällä läpimenoaikoja ja odottelua, vähentämällä tarpeettomia työvaiheita ja osallistamalla kaikkia työntekijöitä jatkuvaan kehitystyöhön. Yhteisen arvontuoton ideologia ottaa asiakkaan vahvasti mukaan palvelun suunnitteluun ja toteutukseen. Tämä on tärkeää muistaa myös Lean-kehittämisessä, jotta asiakkaasta ei tule pitkälle standardoidun prosessin läpi nopeasti kulkeva tuote, vaan hänet otetaan aktiivisena toimijana mukaan kehittämiseen.

Palveluja uudelleen organisoidessa on erityisen tärkeää palveluketjun huolellinen suunnittelu ja selkeä työnjako eri toimijoiden välillä. Työnjaon ja toimintamallien kuvaaminen ja perustelu asiakkaille sekä ajan tasalla olevien yhteystietojen informointi on tarpeellista toistaa säännöllisin väliajoin eri tiedotusvälineissä.

Tutkimus tuotti asiakasnäkökulmasta soveltamiskelpoista tietoa sosiaali- ja terveydenhuoltoon, jossa palvelujen integrointi ja uudelleen organisointi ovat kovin yleisiä tällä hetkellä. Tutkimustietoa voidaan hyödyntää valtakunnallisessa Sote-suunnittelussa, palvelujen alueellisessa uudelleen organisoinnissa, organisaatioiden johtamisessa ja henkilökunnan koulutuksessa kehitettäessä palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja laatua.

Tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta voidaan lisäämällä siihen asi-

akkaan osallistumista, fyysistä hoitoympäristöä ja palvelun vaikuttavuutta kuvaavat muuttujat käyttää jatkuvaan ja vertailukelpoiseen palvelun laadun arviointiin avovastaanotto- ja päivystystoiminnassa.

## 6.5 SUOSITUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavanlaisia suosituksia terveydenhuollon päivystyspalvelujen kehittämistyöhön:

1. Palveluja uudelleen organisoitaessa tulee muutoksista kertoa ja perustella niitä väestölle eri tiedotusvälineitä hyödyntäen. Myös selkeä työnjako eri toimijoiden välillä ja saumattomat palveluketjut on syytä määritellä ja informoida palveluja käyttäville asiakkaille. Esimerkiksi ajantasaisia yhteystietoja on tarpeellista tiedottaa säännöllisin väliajoin.
2. Päivystysasiakkaiden monimuotoisuuden ja päivystystyön vaativuuden vuoksi jokaisessa päivystysyksikössä on syytä kiinnittää huomiota asiakaspalveluvalmiuksien, henkilökunnan ammattitaidon ja moniammatillisen yhteistyön systemaattiseen kehittämiseen ja varata sille riittävät resurssit.
3. Hoidon jatkuvuuden turvaamisessa tulee erityisesti ottaa huomioon asiakasryhmä, jolla on alhainen koulutustaso, korkea ikä, pitkäaikais sairaus ja heikko terveydentila.
4. Palvelujen saavutettavuus ja saatavuus tulee turvata riippumatta väestön asuinalueesta, iästä tai maksukyvyistä.

Tutkimusprosessin aikana esille nousseita jatkotutkimuskohteita ja -tarpeita:

1. Vertaileva tutkimus sellaisessa päivystysyksikössä, jossa toimintaa on kehitetty esim. Lean-ajattelun mukaisesti. Olisi tärkeää saada vertailutietoa, miten asiakkaat kokevat laadun yksikössä, jossa on tehty systemaattista kehittämistyötä hoitopolun sujuvuuden ja laadun kehittämiseksi.
2. Palvelujen uudelleen organisointiin liittyy aina kysymys hoidon jatkuvuudesta. Tutkimuksella olisi tarpeen selvittää, miten asiakkaat kokevat palvelujen uudelleen organisoinnin vaikuttaneen hoidon jatkuvuuteen.
3. Hoidon tarpeen arviointia ja hoidon ohjausta toteutetaan yhä enemmän puhelimitse. Asiakkaiden kokemuksia puhelinneuvonnasta olisi syytä tutkia, varsinkin niiden asiakkaiden osalta, jotka jäävät kotiin ohjeiden varassa ilman vastaanotolla käyntiä.
4. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja valinnanvapauden toteutu-



misen tutkimus haja-asutusalueilla ja kaupunkikeskuksissa olisi perusteltua siitä näkökulmasta, toteutuuko palvelujen saannissa yhdenvertaisuuden periaate asuinpaikasta riippumatta.

5. Palvelun järjestäjän näkökulmasta olisi hyödyllistä selvittää, miten päivystyspalvelujen keskittäminen vaikuttaa käyntien määrään ja kustannuksiin sekä eri väestöryhmien palvelujen käyttöön.
6. Laadua tulisi mitata myös terveydenhuollon ammattilaisten sekä esimiesten ja johtajien arvioimana.
7. Seurantatutkimus molemmissa tutkimuksessa mukana olleissa organisaatioissa, tavoitteena selvittää, mitä toimenpiteitä laadun kehittämiseksi on tehty ja mihin suuntaan laatu on kehittynyt.

Asiakaan kokemus on yksi kapea, mutta samalla hyvin tärkeä näkökulma laatuun. Jokainen palvelutapahtumaan ja palvelun tuottamiseen osallistuva taho arvioi laatua omasta näkökulmastaan. Laadun mittaamisessa eri näkökulmat täydentävät toisiaan ja vain moniulotteisella mittaamisella voidaan saada käsitys palvelun laadun kokonaisuudesta. Tutkimus vahvistaa tai kyseenalaistaa aikaisempaa teoriaa ja auttaa ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä eri aikoina ja eri näkökulmista. Tutkitun tiedon avulla voidaan kehittää palveluja entistä laadukkaammiksi, toimivammiksi ja kustannustehokkaammiksi myös siten, että tulevaisuudessa kansalaisten osallisuus ja osallistuminen palvelun yhteiseen arvontuottamiseen palvelutarjoajan kanssa paranevat nykyisestään.



# Lähteet

## KIRJALLISUUS

- Adler, Rhodes; Vasiliadis, Athanasia & Bickell, Nina (2010): The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family Practice*, 27 (2), 171-178.
- Alasuutari, Pertti (1999): Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Alila, Kirsi (2013): Varhaiskasvatuksen laadun ohjaus ja ohjauksen laatu. Laatupeuhetkinen varhaiskasvatuksen valtionhallinnon ohjausasiakirjoissa 1972–2012. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto, Suomen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.
- Aragon, Stephen J. & Gesell, Sabina B. (2003): A Patient Satisfaction Theory and Its Robustness Across Gender in Emergency Departments: A Multigroup Structural Equation Modeling Investigation. *American Journal of Medical Quality*, 18 (6), 229-241.
- Arhio, Kaija (2007): Luova laatu ja arvoinnovaatiot oppivan verkoston tuottamina. Tapaustutkimus rakennuspuutuoteteollisuuden verkostosta. Jyväskylä Studies in Business and Economics 59. Väitöskirja. Jyväskylä University Printing House. Jyväskylä.
- Attree, Moira (1993): An analysis of the concept "quality" as it relates to contemporary nursing care. *International Journal of Nursing Studies*, 30 (4), 355-369.
- Attree, Moira (1996): Towards a conceptual model of "Quality Care". *International Journal of Nursing Studies*, 33 (1), 13-28.
- Attree, Moira (2001a): Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4), 456-466.
- Attree, Moira (2001b): A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. *Journal of Nursing Management* 9, 67-78.
- Avis, Mark; Bond, Meg & Athur, Antony (1995): Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 316-322.
- Bendapudi, Neeli & Leone, Robert P. (2003): Psychological Implications of Customer Participation in Co-Production. *Journal of Marketing*, 67 (1), 14-28.
- Bentler, Peter. M. (1990): Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*, 107 (2), 238-246.
- Berwick, Donald M. & Bisognano, Maureen (2000): Health Care Services. Teoksessa. Juran, Joseph M. & Godfrey, A. Blanton (toim.) *Juran's Quality Handbook*. 5. uudistettu painos. McGraw-Hill, Singapore, 32.1-32.20.

- Bitner, Mary Jo; Faranda, William T.; Hubbert, Amy R. & Zeithaml, Valarie A. (1997): Customer contributions and roles in service delivery. *International Journal of Service Industry Management* 8 (3), 193–205.
- Blankenship, Beth & Petersen, Peter B. (1999): W. Edwards Deming's mentor and others who made a significant impact on his views during the 1920s and 1930s. *Journal of Management History*, 5 (8), 454–467.
- Bos, Nanne; Sturms Leontien M; Schrijvers Augustinus JP & van Stel, Henk F. (2012): The Consumer Quality index (CQ-index) in an accident and emergency department: development and first evaluation. *BMC Health Services Research* 28 (12), 284.
- Boudreaux, Edwin D.; D'Autremont, Sarah; Wood, Karen & Jones, Glenn N. (2004a): Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months. *Academic Emergency Medicine*, 11 (1), 51-58.
- Boudreaux, Edwin D. & O'Hea, Erin L. (2004b): Patient Satisfaction in the Emergency Department: A Review of The Literature and Implications for Practice. *The Journal of Emergency Medicine*, 26 (1), 13–26.
- Boudreaux, Edwin D.; Cruz, Brian L. & Baumann, Brigitte M. (2006): The use of performance improvement methods to enhance emergency department patient satisfaction in the United States: a critical review of the literature and suggestions for future research. *Academic Emergency Medicine*, 13 (7), 795–802.
- Bower, Peter; Roland, Martin; Campbell, John & Mead, Nicola (2003): Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *British Medical Journal* (326) 7383, 258–260.
- Brommels, Mats (1997): Talo elää tavallaan, vieraat käyvät ajallaan – Erikoissairaanhoidon laadunhallinta kansainvälisesti. Teoksessa Mikkola Taru & Outinen Maarit (toim.) Kohti ensi vuosituhatta. Näkymiä erikoissairaanhoidon laadunhallintaan. Stakes raportteja 205. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi. 11–15.
- Burrell, Gibson & Morgan, Gareth (1985): Sociological Paradigms and Organisational Analysis. *Elements of the Sociology of Corporate life*. Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn, Great Britain.
- Byrne, Geraldine; Richardson, Marion; Brunson, Julie & Patel, Asmita (2000): Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A & E. *Journal of Clinical Nursing*, 9 (1), 83-92.
- Christensen, Morten Bondo & Olesen, Frede (1998): Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *BMJ, British medical journal*, 316(16), 1502–1505.
- Corbett, Stephen W.; White, Philip D. & Wittlake, William A. (2000): Benefits of an Informational Videotape for Emergency Department Patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 18 (1), 67-71.
- Crosby, Philip B. (1986): *Laatu on ilmaista*. Laatusuunnitelma Oy, Helsinki.
- Dart, Richard C. (2011): Can Lean Thinking Transform American Health Care? *Annals of Emergency Medicine*, 57 (3), 279-281.

- De Brún, C.; Howell, F.; Bedford, D.; Corcoran, R. & Kelly, A. (2002): Outpatient experiences in acute hospitals. *Irish Journal of Medical Science*, 171 (2), 89-93.
- Dedhia, Navin Shamji (2001): Global perspectives on quality. *Total Quality Management*, 12 (6), 657-668.
- Delnoij, Diana M.J. & Groenewegen, Peter P. (2007): Health services and systems research in Europe: overview of the literature 1995–2005. *European Journal of Public Health*, 17 (Suppl. 1), 10–13.
- Deming, Edwards W. (2002): *Out of The Crisis*. The MIT Press. Cambridge, Massachusetts.
- Donabedian, Avedis. (1969): PART II- Some issues in evaluation the quality of nursing care. *American Journal of Public Health*, 59 (10), 1833-1836.
- Drucker, Peter F. (1971): What we can learn from Japanese management. *Harvard Business Review*. (Mars –April), 110-122.
- Duodecim (2003): Konsensuslausuma: Tuoko keskittäminen laatua erikoissairaanhoidon? Suomalainen Lääkäriseura Duodecim Suomen Akatemia. *Duodecim*, 119, 347–357.
- Eeva, Arja (1991): Hyvä hoito terveyskeskuksen päivystysvastaanotolla asiakkaiden kuvaamana Tutkielma. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuslaitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Ehigie, Benjamin Osayawe & McAndrew, Elizabeth B. (2005): Innovation, diffusion and adoption of total quality management (TQM). *Management Decision*, 43 (6), 925–940.
- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. Saatavissa: [https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku/?search\[type\]=pika&search\[pika\]=erikoissairaanhoidolaki&h=Hae+%E2%80%BA](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku/?search[type]=pika&search[pika]=erikoissairaanhoidolaki&h=Hae+%E2%80%BA). (30.9.2011).
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino, Tampere.
- Feigenbaum, Armand V. (1956): Total quality control. *Harvard Business Review*, 34 (6), 93–101.
- Finoha (2011): Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit sairaalan päivystyspoliklinikalla. Arviointiseloste 1/2011. Saatavissa: [http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS\\_2011\\_1\\_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf](http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf). (27.4.2015).
- Firat, A. Fuat, Dholakia, Nikhilesh & Venkatesh, Alladi (1995): Marketing in a Postmodern World. *European Journal of Marketing*, 29 (I), 40-56
- Fisher, N. I & Nair, V. N. (2009): Quality management and quality practice: Perspectives on their history and their future. *Applied Stochastic Models in Business and Industry*, 25, 1–28. Saatavissa: <http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/61868/1/756ftp.pdf>. (5.7.2011).

- Garratt, Andrew M; Solheim, Erling & Danielsen, Kirsten (2008): A review of national and crossnational programs and surveys of work relating to the measurement of patient experiences with health care. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, Oslo. Saatavissa: <http://www.oecd.org/health/healthsystems/39493930.pdf>. (1.3.2015).
- Garvin, David (1984): What does product quality really mean? Sloan Management Re-view, Fall, 25–43.
- Garvin, David A. (1987): Competing on the eight dimensions of quality. Harvard Business Review, 65 (6), 101–109.
- Garvin, David A. (1988): Managing Quality. The Strategic and Competitive Edge. The Free Press. A Division of Macmillan, Inc. New York
- Godfrey, Graham; Dale, Barrie; Marchington, Mick & Wilkinson, Adrian (1997): Control: a contested concept in TQM research. International Journal of Operations & Pro-duction Management, 17 (6), 558-573.
- Godfrey, A. Blanton (2000): Total Quality Management. Teoksessa: Juran, Joseph M. & Godfrey, A. Blanton (toim.) Juran's Quality Handbook. 5. uudistettu painos. McGraw-Hill, Singapore, 14.1-14.35.
- Gordon, Jane; Sheppard, Lorraine A. & Anaf, Sophie (2010): The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. International Emergency Nursing, 18, 80– 88.
- Gould, Jay W. (1999): Ethics: A Pencil Case. Journal of Management History, 5 (8), 506-515.
- Granado de la Orden, Susana; García, Ana C.; Rodríguez Gijón, Lorena F.; Rodríguez Rieiro, Cristina; Sanchidrian de Blas, Concepción & Rodríguez Pérez, Paz (2011): Development and validation of a questionnaire to assess satisfaction with hospital emergency care. Emergency Medicine Journal, 28 (9), 770-774.
- Grant, Robert M.; Shani, Rami & Krishnan, R. (1994): TQM's Challenge to Management Theory and Practice. Sloan Management Review, 35 (2), 25-35.
- Grol, Richard; Giesen, Paul & van Uden, Caro (2006): After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New models. Health Affairs, 25 (6), 1733–1737.
- Grönroos, Christian (1987): Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa. Valtionhallinnon kehittämiskeskus, Suomen Kaupunkiliitto, Suomen Kunnallislitto. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Grönroos, Christian (1998): Nyt kilpaillaan palveluilla. WSOY. Porvoo
- Grönroos, Christian (2007): Service Management and Marketing. Customer Management in Service Competition. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex, England.
- Grönroos, Christian (2009): Palveluiden johtaminen ja markkinointi. WS Bookwell Oy. Juva.
- Guba, Egon G. & Lincoln, Yvonna S. (2000): Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Teoksessa Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (toim.) The SAGE Handbook of Qualitative Research. (2th ed.) Thousand Oaks: Sage, 163-188.

- Gustafsson, Christina (2013): Tilastollinen tietojenkäsittely STAT2100 IBM SPSS Statistics 20 for Windows, Osa 3. Saatavissa: <http://lipas.uwasa.fi/~chg/SPSS%20versio%2020%20osa%202.pdf>. (31.1.2014).
- Habermas, Jürgen (1996): Tieto ja intressi. Teoksessa Tuomela, Raimo & Patoluoto, Ilkka (toim.) Yhteiskuntatieteiden filosofiset perusteet osa I. Karisto Osakeyhtiön kir-japaino, Hämeenlinna. 118–141.
- Hakulinen, Hanna, Lammintakanen, Johanna & Rissanen, Sari (2012): Terveydenhuollon muutostutkimus 2000-2010 –kirjallisuuskatsaus. Hallinnon Tutkimus, 31 (1), 19-35.
- Halkoaho, Arja; Itkonen, Emmi; Vanninen, Esko; Luoto, Kirsi & Reijula, Jori (2014): Terveydenhuollon tutkimuksen tulevaisuus – voiko Lean kehittää tutkimushallintoa? Hallinnon Tutkimus, 33 (3), 279–287.
- Hall, Judith A. & Dornan, Michael C. (1988a): A Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27 (6), 637-644.
- Hall, Judith A. & Dornan, Michael C. (1988b): What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science & Medicine*, 27 (9), 935-939.
- Hall, Judith A. & Dornan, Michael C. (1990): Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30, (7), 811-818.
- Hardyman, Wendy; Daunt, Kate L. & Kitchener, Martin (2015): Value Co-Creation through Patient Engagement in Health Care: A micro-level approach and research agenda. *Public Management Review*, 17 (1), 90-107.
- Harteloh, P. P. M. (2003): The Meaning of Quality in Health Care: A Conceptual Analysis. *Health Care Analysis*, 11 (3), 259–267.
- Hasenfeld, Yeheskel; Rafferty, Jane A. & Zald, Mayer N. (1987): The Welfare State, Citizenship, and Bureaucratic Encounters. *Annual review of sociology*, 13, 387-415.
- Heikkinen, Hannu L. T.; Huttunen, Rauno; Niglas, Katrin & Tynjälä, Päivi (2005): Kartta kasvatustieteen maastosta. *Kasvatus, Suomen kasvatustieteellisen seuran tie-teellinen aikakauskirja*. 36 (5), 340-372.
- Helminen, Sari Elita (2000): Quality of care provided for young adults and adolescents in the Finnish public oral health service. Academic dissertation. Institute of Dentistry, Department of Oral Public Health, University of Helsinki, Helsingin yliopiston verkkojulkaisut, Helsinki.
- Herrala, Helinä; Kahrola, Tytti & Sandström, Marita (2008): Psykofyysinen ihminen. WSOY Oppimateriaalit Oy, Helsinki.
- Hiidenhovi, Hannele (2001a): Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Väi-töskirja. Acta Universitatis Tamperensis 833. Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.
- Hiidenhovi, Hannele, Åstedt-Kurki, Päivi & Paunonen-Ilmonen Marita (2001b). Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede*, 13 (1), 11–20.

- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2009): Tutki ja kirjoita. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Hirvonen, Kaisa (2005): Laadun tarkkailusta laatujohtamiseen. Teoreettinen synteesi laatujohtamisen käsitteestä. Pro gradu –tutkielma. Terveyshallinnon ja –talouden laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Hirvonen-Kari, Mirja (2013): Clinical audit and quality assurance in the imaging process  
Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos, Helsingin yliopisto. Helsinki University Print, Helsinki.
- Hogston, Richard (1995): Quality nursing care: qualitative enquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 116-124.
- Honkasalo, Mikko (2015): Quality and costs of diabetes care comparison of two models in primary health care. Academic dissertation. University of Helsinki, Unigrafia, Helsinki.
- Hulkari, Kirsti (2006): Työssäoppimisen laadun käsite, itsearviointi ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1163. Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.
- Huuskonen, Juha; Ijäs, Niko & Lehtoranta, Olavi (1997): Julkisten palvelujen laadunarviointi. Arviointikehikko ja näkökulmia. Tilastokeskus ja Kuntaliitto, Tuottavuudella tulevaisuuteen, Kansallinen tuottavuusohjelma 1996–1999. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Hyrkäs, Kristiina (2002): Clinical supervision and quality care: examining the effects of team supervision in multi-professional teams. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto, Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print, Tampere.
- Häkli, Jouni (2004): Meta hodos: johdatus ihmismaantieteeseen. Vastapaino, Tampere.
- Idänpään-Heikkilä, Ulla; Outinen, Maarit; Nordblad, Anne; Päivärinta, Eeva & Mäkelä, Marjukka (2000): Laatuksiteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita-monistesarja 20/2000, Stakes. Stakesin monistamo, Helsinki.
- Istomina, Natalja (2011): Quality of Abdominal Surgical Nursing Care. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto, *Annales Universitatis Turkuensis* D 987, Painosalama Oy, Turku.
- Jakosuo, Katri (2005): Asiakas- ja henkilöstötyytyväisyyden väliset yhteydet: tapaus-tutkimus Suomen Postista. Akateeminen väitöskirja, Taloustieteen laitos, Helsingin yliopisto. Yliopistopaino, Helsinki.
- Jenkinson C.; Coulter A.; Bruster S.; Richards N. & Chandola T. (2002): Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and Safety in Health Care*, 11 (4), 335-339.
- Johansson, Peter; Oleni, Magnus & Fridlund, Bengt (2002): Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 337–344.
- Jokinen, Tauno (2004): Managing quality inside a high-technology project organization. Department of Industrial Engineering and Management, University of Oulu. Väitöskirja.

- Jung, Hans Peter; Baerveldt, Cor; Olesen, Frede; Grol, Richard & Wensing, Michel (2003): Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expectations*, 6 (2), 160-181.
- Junnila, Majjaliisa (2008): Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. Väitöskirja. Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Tutkimuksia 175. Gummerus Kirjapaino oy, Vaajakoski.
- Juran, Joseph. M. (2000): How to Think About Quality. Teoksessa. Juran, Joseph M. & Godfrey, A. Blanton (toim.) *Juran's Quality Handbook*. 5. uudistettu painos. McGraw-Hill, Singapore, 2.1–2.18.
- Jäntti, Sari (2008): Kansalainen terveyspalveluja valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 154. Kopijyvä. Kuopio.
- Järnstedt, Pia (1992): Hyvä hoito ja tiedon saaminen ensiapupoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro Gradu – tutkielma, Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos
- Järvinen, Pentti & Järvinen, Annikki (2004): Tutkimustyön metodeista. *Opinpaja Oy*, Tampere.
- Kaarakainen, Minna (2008): Hajauttaminen valtion ja kuntien välisissä suhteissa 1945-2015. Valtiollisesta järjestelmästä kohti kuntaverkostojen perusterveydenhuoltoa. Väitöskirja. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 153. Kopijyvä, Kuopio.
- Kaartinen, Maarit (2003): Hyvä hoito yhteispäivystyksessä potilaiden arvioimana. Pro Gradu-tutkielma. Oulun Yliopisto. LTK, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu.
- Kalam-Salminen, Ly (2005): Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa: näkökulmia asiakaskeuseen laatuun ja sen kehittämiseen. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C. no. 238 *Scripta lingua Fennica edita*, Turku.
- Kallio, Johanna (2010): Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996-2006. Kelan Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108 / 2010. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku.
- Kankkunen, Kari (1993): Broadening the Concept of Quality – A Systems Model of quality and stakeholders Satisfaction. Väitöskirja. Tampereen teknillinen korkeakoulu. Julkaisuja 124. Tampere.
- Kano, Noriaki (1986): Laatu turvaa tuloksen, TQC, yrityksen uusi toimintatapa. Helsinki, Suomen laatu yhdistys.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>. (30.9.2011).
- Kantonen, Jarmo (2014): Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö. Suomen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.



- Karhunen, Ville; Rasi, Ilkka; Lepola, Esa; Muhli, Arto & Kannianen, Aila (2010a): IBM SPSS Statistics Perusteet. Oulun yliopisto. Tietohallinto. Oulun yliopistopaino. Oulu.
- Karhunen, Ville; Rasi, Ilkka & Kannianen, Aila (2010b): IBM SPSS Statistics Menetelmiä. Oulun yliopisto. Tietohallinto. Oulun yliopistopaino. Oulu.
- Karjaluoto, Heikki (2007): SPSS opas markkinatutkijoille. Working paper N:o 344. Saatavissa: <https://www.jyu.fi/jsbe/tutkimus/julkaisut/workingpaper/wp344>. (1.3.2014).
- Kekki, Pertti (1994): Väestön arviot ja kokemukset terveyskeskuspalveluista: tutkimus neljästä erityyppisestä terveyskeskuksesta. Julkaisusarja, Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, no. 13. Yliopistopaino, Pikapaino, Helsinki.
- Kekäle, Tauno (1998): The effects of organizational culture on successes and failures in implementation of some total quality management approaches. Towards a theory of selecting a culturally matching quality approaches. Väitöskirja. Acta Wasaensia 65, Tuotantotalous.
- Kempainen, Ari (1994): Asiakslähtöinen sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun arviointi - Analyysi sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasnäkökulmaa selvittäneistä tutkimuksista: Pro gradu -tutkielma, Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Keppola, Outi-Kaisa (1996): Hoidon laatu ensiapupoliklinikalla: potilaiden käsityksiä: Pro Gradu-tutkielma Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.
- Kettunen, Pekka & Möttönen, Sakari (2011): Asiakkuuden rajat ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kansalaisyhteiskunta, 1, 57–68. Saatavissa: [http://kans.jyu.fi/lehti/2011-1/nakemyksia\\_kettunenmottonen/view](http://kans.jyu.fi/lehti/2011-1/nakemyksia_kettunenmottonen/view). (12.10.2013).
- Kinnunen, Juha. 1995. Ovatko terveyspalvelujen käyttäjät potilaita, asiakkaita vai kulluttajia? Hyvinvointikatsaus, 4, 33–37.
- Kiura, Eva & Mäkelä, Marjukka (2012): Päivystysvastaanotot potilaiden näkökulmasta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Arviointiseloste 1/2012. Saatavissa: [http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/As\\_2012\\_1\\_paivystysvastaanotot.pdf](http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/As_2012_1_paivystysvastaanotot.pdf). (28.4.2015).
- Kivinen, Tuula & Hilander-Sihvonen, Anne (1997): Asiakkaat ja terveyspalvelujen laatu. tutkimus kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen palvelujen laadusta äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä lääkärien vastaanottojen asiakkaiden arvioimana. Acta nro 82. Suomen Kuntaliitto. Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Kivinen, Tuula; Sinkkonen, Sirkka; Laitinen, Anna & Kinnunen, Juha (1998): Lääkärinvastaanotto- ja neuvolatoiminnan laatu 1994 ja 1997 Kuopiossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 51. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Kivinen, Tuula (2008): Tiedon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Väitöskirja. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 158. Kopijyvä, Kuopio.
- Kiviniemi, Markku (1985): Julkisen hallinnon ja toiminnan palvelukykyisyys. Valtiovaivastalouden järjestelyosasto. Valtion painatuskeskus, Helsinki.



- Koivula, Sampo (2002): Jumalainen laatu - Laatu organisaatiokulttuurisena sopu-  
sointuna. Oulun yliopisto. Oulun yliopiston opetus- ja tutkimuspalveluiden  
julkaisuja. Sarja A nro 22. Oulun yliopistopaino, Oulu.
- Komu, Hannele; Vuori, Jari & Rissanen, Sari (2011): Julkisten ja yksityisten hoitokotien  
Vertailu – Tutkimus vanhustenhuollon tehostettujen palveluasumisyksiköiden  
toiminnan eroista ja yhtäläisyyksistä. Kunnallistieteellinen aikakauskirja, 39  
(3), 233-249.
- Korhonen, Eija (2002): Potilaiden kokemukset ensiapupoliklinikan palvelusta. Pro  
gradu – tutkielma, Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Korppoo Maijaleena (2010): Laatumuutoksen sitoutumisen edellytykset ammat-  
tikorkeakoulussa. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia 229. Väitöskirja.  
Käyttätymistieteiden laitos. Helsingin yliopisto. Yliopistopaino. Helsinki.
- Kotikuntalaki 11.3.1994/201. Saatavissa: [https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku/?  
search\[type\]=pika&search\[pika\]=kotikuntalaki&h=Hae+%E2%80%BA.  
\(30.9.2011\).](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/haku/?search[type]=pika&search[pika]=kotikuntalaki&h=Hae+%E2%80%BA.(30.9.2011).)
- Kujala, Eila (2003): Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli: tilastolliseen proses-  
sin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Acta  
Universitatis Tamperensis no. 914. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes  
Print, Tampere.
- Kujala, Jaakko (2002): Total Quality Management as Cultural Phenomena – A  
Conceptual Model and Empirical Illustration. Väitöskirja. Helsinki University  
of Technology  
Industrial Management and Work and Organizational Psychology. Report No  
25. Espoo.
- Kuntalaki 17.3.1995/365. Saatavissa: [https://www.finlex.fi/fi/laki/ajanta-  
sa/1995/19950365? search\[type\]=pika&search\[pika\]=kuntalaki. \(30.9.2011\).](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365?search[type]=pika&search[pika]=kuntalaki.(30.9.2011).)
- Kuusela, Maisa (2014): Yleislääkärin vastaanottotapahtuma – näkökulmia laa-  
tuun. Turun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Yleislääketiede ja  
Kansanterveystiede. Turun yliopiston julkaisuja, Scripta Lingua Fennica  
Edita, sarja C. Painosalama Oy, Turku.
- Kvist, Tarja (2004): Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja  
(Terveyshallintotiede, hoitotiede). Kuopion yliopiston julkaisuja. E. 111  
Yhteiskuntatieteet. Kopijyvä, Kuopio.
- Kvist, Tarja; Mäntynen, Raija; Turunen, Hannele; Partanen, Pirjo; Miettinen, Merja;  
Wolf, Gail A. & Vehviläinen-Julkunen, Katri (2013): How magnetic are Finnish  
hospitals measured by transformational leadership and empirical quality out-  
comes? *Journal of Nursing Management*, 21, 152–164.
- Kvist, Tarja; Kinnunen, Juha & Vehviläinen-Julkunen, Katri (2006): Hoidon laatu ja  
siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede*, 18(3), 107-119 .
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa (1999): Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1), 3–12.
- Kyngäs, Helvi; Elo, Satu; Pölkki, Tarja; Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi (2011):  
Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa, *Hoitotiede*,  
23 (2), 138-148.

- Kytö, Hannu; Tourila, Helena & Väliniemi, Jenni (2008): Terveyskeskuspalvelujen laatu ja saavutettavuus. Kuluttajatutkimuskeskus, Julkaisuja 8/2008. Kuluttajatutkimuskeskus, Helsinki.
- Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa (1996): Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan kehittämis- ja tutkimuskeskus. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä (2014): Sunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Juvenes Print, Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Lahtiranta, Janne (2008): Emerging Roles in eHealth. Teoksessa: Promoting Health in Urban Living Proceedings of the Second International Conference on Well-being in the Information Society (WIS 2008), 141–152. Saatavissa: <http://tucs.fi>. (20.9.2013).
- Laine, Juha (2005): Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Väitöskirja (Terveystaloustiede). Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Tutkimuksia 151. Helsingin yliopisto. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. (8.3.2012).
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. (8.3.2012).
- Larrabee, June H. & Bolden, Lois V. (2001): Defining patient-perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 16, 34–60.
- Lecklin, Olli (2006): Laatu yrityksen menestystekijänä. Karisto Oy. Hämeenlinna.
- Lehtinen, Jarmo R. (1983): Asiakasohjautuva palvelujärjestelmä - käsitteistö ja empiirisiä sovellutuksia. *Acta Universitatis Tampensis. Ser A; vol. 160*, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Lehto, Liisa (2014): Interactive Two-Step Training and Management Strategy for Improvement of the Quality of Point-of-Care Testing by Nurses. Implementation of the Strategy in Blood Glucose Measurement. Väitöskirja. Kliininen Laboratoriotiede, Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun yliopisto, Juvenes Print, Tampere.
- Leino-Kilpi, Helena (1990): Good Nursing Care. On what basis? Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkulensis, Sarja D Medica – Odontologica* 49. Kirjapaino Pika Oy, Turku.
- Leino-Kilpi, Helena & Vuorenhimo, Jaana (1992): Potilas hoidon laadun arvioijana. Raportteja. Sosiaali- ja terveyshallitus no. 68. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Leino-Kilpi, Helena; Walta, Leena; Helenius, Hans; Vuorenhimo, Jaana & Välimäki, Maritta (1994): Hoidon laadun mittaaminen: potilaslähtöisen HYVÄ HOITOMittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Raportteja no. 151. Stakes, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.

- Leinonen, Tuija (2002): The quality of perioperative care: developing a patient-oriented measurement tool. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D 481. Medica-Odontologica. Turku
- Leitner, Peter M. (1999): Japan's post-war economic success: Deming, quality, and contextual realities. *Journal of Management History*, 5 (8), 489–505.
- Leon, Moises (2003): Perceptions of health care quality in Central America. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (81), 67-71.
- Leone, Robert P., Walker, Charles A., Curry, Linda & Agee, Elizabeth J. (2012): Application of a Marketing Concept to Patient-Centred Care: Co-Producing Health with Heart Failure Patients. *Online Journal of Issues in Nursing* 17 (2). Saatavissa: <http://gm6.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-17-2012/No2-May-2012/Articles-Previous-Topics/Marketing-Concept-to-Patient-centered-Care.html>. (17.10.2015).
- Leppänen, Tuula; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Töyry, Eeva (1997): Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisistä sisällöistä. *Hoitotiede*, 9 (4), 178-185.
- Lewis, Kathryn E. & Woodside, Reida E. (1992): Patient satisfaction with care in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (8), 959-964.
- Liikanen, Eeva (2003): Voiko vierianalytiikka olla laadukasta? Tutkimus sydän- ja verisuonitautien vierianalytiikasta. Väitöskirja. Hoitotieteen ja kliinisen kemian laitos. Kuopion yliopisto. Kopijyvä. Kuopio.
- Lillrank, Paul M. (1988): Organization for Continuous Improvement – Quality Control Circle Activities in Japanese Industry. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto, Helsinki.
- Lillrank, Paul (1990): Laatumaa. Johdatus Japanin talouselämään laatujohtamisen näkökulmasta. Paul Lillrank ja Oy Gaudeamus Ab. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Lillrank, Paul (1998): Laatuajattelu–laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava. Kirjapaino. Keuruu.
- Lillrank, Paul (2001): Laadun kehitys ja laatuyhteiskunta. Teoksessa: Lagus, Antti J.; Lillrank, Paul & Helin, Kari: Johdettu muutos – toiminnan kehittäminen erinomaisissa suomalaisissa organisaatioissa. Salpausselän Kirjapaino Oy. Hollola. 22–35.
- Lillrank, Paul & Venesmaa, Julia (2010): Terveystieteiden alueellinen palvelujärjestelmä. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Liukkonen, Esa (2010): Radiologisten kuvien katselussa käytettävien näyttöjen laatu: näyttöjen laitekatteisuus, suorituskyky ja laadunvalvonta sekä kuvankatseluolosuhteet radiologisissa yksiköissä ja terveyskeskuksissa. Väitöskirja, Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun yliopisto, Oulu. Juvenes Print, Tampere.
- Lumijärvi, Ismo (1994): Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No 186, Hallintotiede 17. Vaasa.

- Lumijärvi, Ismo (1996): Mikä on laatua sairaanhoitopalveluissa? Vertailututkimus sairaalan henkilöstöryhmien ja potilaiden priorisoimista hoidon laatutekijöistä – esimerkkinä Pietarsaaren sairaala. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 207. Hallintotiede 21. Vaasa.
- Lumijärvi, Ismo & Jylhäsaari, Jussi (1999): Laatujohtaminen ja julkinen sektori: laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Lyngsø, Anne Marie; Godtfredsen, Nina Skavlan; Høst, Dorte & Frølich, Anne (2014): Instruments to assess integrated care: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 14 (25 Sep). Saatavissa: <http://www.ijic.org/>. (25.2.2015).
- Lähdesmäki, Kirsi (2003): New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulostavasta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Väitöskirja. *Acta Wasaensia* 113. Hallintotiede 7. Universitas Wa-saensis, Vaasa.
- Mallet, Jane & Woolwich, Chenne (1990): Triage in accident and emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1443-1451.
- Martínez-Lorente, Angel R.; Dewhurst, Frank & Dale, Barrie G. (1998): Total quality management: origins and evolution of the term. *The TQM Magazine*, 10 (5), 378–386.
- Mattila, Kristiina (2010): Day surgery in Finland : randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto, Yliopistopaino, Helsinki.
- McKinley, RK & Roberts C. (2001): Patient satisfaction with out of hours primary medical care. *Quality in Health Care*, 10, 23–28.
- McKinley, R.K; Stevenson, K.; Adams, S. & Manku-Scott, T.K. (2002): Meeting Patient Expectations of Care: the Major Determinant of Satisfaction With Out-of-hours Primary Medical Care. *Family Practice*, 19 (4), 333-338.
- McLaughlin, Hugh (2009): What's in a Name: 'Client', 'Patient', 'Customer', 'Consumer', 'Expert by Experience', 'Service User'—What's Next? *British Journal of Social Work* 39, 1101–1117.
- Merilä, Asko (2008): Muutoskyky ja laatu perustaisen kunnan tuloksellisuus - Tapaus Utajärvi. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 40. Väitöskirja. Lapin yliopisto.
- Metsämuuronen, Jari (2001): Metodologian perusteet ihmistieteissä. *Metodologia – sarja 1. International Methelp Ky. Viro.*
- Metsämuuronen, Jari (2006): Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä.
- Metsämuuronen, Jari (2009): Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Meyer, Brad C & Bishop, Debra S. (2007): Florence Nightingale: nineteenth century apostle of quality. *Journal of Management History*, 13 (3), 240-254.

- Miettinen, Reijo & Tuunainen, Juha (2010): Perus- ja soveltava tutkimus tiedepoliittikan luokittelukategorioina ja retorisina resursseina. *Tiedepoliittikka*, (3), 7-17. Saatavissa: <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/TP%203%2010%20Miettinen%20Tuunainen.pdf>. (21.4.2015).
- Miettola, Juhani; Halinen, Matti; Lipponen, Pertti; Hietakorpi, Seppo; Kaukonen, Mirja & Kumpusalo, Esko (2003): Kuopion yhteispäivystystutkimus. Asiakastytyväisyys. *Suomen Lääkärilehti*, 58 (3), 305–308.
- Mikkeli, Heikki & Pakkasvirta, Jussi (2007): Tieteiden välissä? Johdatus monitieteisyyteen, tieteidenvälisyyteen ja poikkitieteellisyyteen. WSOY, Porvoo.
- Modig, Niklas & Åhlström, Pär (2013): Tätä on Lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Bulls Graphics Ab, Halmstad.
- Moores B & Thompson A. (1986): What 1357 hospital inpatients think about aspects of their stay in British acute hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 87–102.
- Multimäki, Matti (2009): Standardin ISO 9001 eräs tulkinta "miten osuudesta": miksi standardi ISO 9001 ei anna odotettua tulosta? Väitöskirja. TKK Dissertations 175, Elektroniikan, tietoliikenteen ja automaation tiedekunta. Sähkötekniikan laitos. Teknillinen korkeakoulu. Espoo. Multiprint Oy.
- Muntlin, Åsa; Gunningberg, Lena & Carlsson, Marianne (2006): Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045–1056.
- Mäki, Maire (2000). Laadun ilmapiiritekijät ammattikorkeakoulussa. Väitöskirja. Kasvatustiede. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 743. Tampereen yliopistopaino Oy. Juvenes Print, Tampere.
- Mäki, Tiina (2004): Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 109. Kuopion yliopisto.
- Mäntynen, Raija; Vehviläinen-Julkunen, Katri; Miettinen Merja & Kvist, Tarja (2015): Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede*, 27 (1), 18–30.
- Naidu, Aditi (2009): Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22 (4), 366-381.
- Nairn, Stuart; Whotton, Elaine; Marshal Christine; Roberts, Mark & Swann, Garry (2004): The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing*, 12 (3), 159–165.
- Naukkarinen, Eeva-Liisa (2008): Potilaan itsemääräämisoikeus ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 157. Kopijyvä, Kuopio.

- Neilimo, Kari & Näsi, Juha (1980): *Nomoteettinen tutkimusote ja suomalainen yrityksen taloustiede – tutkimus positivismiin soveltamisesta*. Tampere, Tampereen yliopisto, Yrityksen taloustieteen ja yksityisoikeuden laitoksen julkaisuja, sarja A2: Tutkielmia ja raportteja 12. Tampereen yliopiston keskusmonistamo, Tampere.
- Nieminen, Heli (1998): *Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus*. Teoksessa: Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki. 215-221.
- Nightingale, Florence (1964): *Sairaanhoidosta*. Werner Söderström Oy, Porvoo.
- Niiniluoto, Ilkka (2002): *Johdatus tieteenfilosofiaan, käsitteen- ja teorianmuodostus*. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Niiranen, Vuokko (2000): *Vastaako terveydenhuolto väestön ja potilaiden odotuksiin? – Terveyspalvelujärjestelmän kansalaisresponsiivisuuden tarkastelua*. Teoksessa: Häkkinen, U. & Ollila, E. (toim.) *Suomen terveydenhuollon tila ja maailman terveysraportti 2000 –seminaariraportti*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus. Aiheita 25. Helsinki. 13–18.
- Nordgren, Lars (2008): *The performativity of the service management discourse “Value creating customers” in health care*. *Journal of Health, Organization and Management*, 22 (5), 510-528.
- Normann, Richard (1984): *Palveluyrityksen johtaminen*. Amer-yhtymä Oy, Weilin+Göös kirjapaino, Espoo.
- Nummenmaa, Juho (2007): *Näyttöön perustuvat hoitosuosituksot ja yleislääkärin työ*. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.
- Nummenmaa, Lauri (2010): *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Kustannus-osalayhtiö Tammi. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna.
- Oja, Paula (2010): *Significance of Customer Feedback. An Analysis of Customer Feedback Data in a University Hospital Laboratory*. Väitöskirja (Terveyshallintotiede). Acta Universitatis Ouluensis. D Medica 1065. Juvenes Print, Tampere.
- Osborne, Stephen P.; Radnor, Zoe; Vidal, Isabel & Kinder, Tony (2014): *A Sustainable Business Model for Public Service Organizations?* *Public Management Review*, 16 (2), 165–172.
- Oulasvirta, Leena (2007): *Palvelun laadun arviointi moniportaaisessa julkisessa organisaatiossa*. Acta Universitatis Tamperensis 1239. Kasvatustieteiden laitos. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.
- Outinen, Maarit; Holma, Tupu & Lempinen, Kristiina (1994): *Laatu ja asiakas. Laatuysköntely sosiaali- ja terveysalalla*. WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Paljärvi, Soili (2012): *Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seuranta tutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta*. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, No 39. Kopijyvä Oy, Joensuu.
- Pantouvakis, Angelos & Bouranta, Nancy (2014): *“Quality and price – impact on patient satisfaction”*. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27 (8), 684 – 696.

- Parasuraman A, Zeithaml Valerie A., Berry, Leonard L. (1985): A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49 (Fall), 41-50.
- Parasuraman A, Zeithaml Valerie A. & Berry, Leonard L. (1988): SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- Parasuraman, A., Berry, Leonard L. & Zeithaml, Valerie A. (1991): Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review*, 32, 39–48.
- Parrila, Sanna (2002): Perhepäivähoito osana suomalaista päivähoitojärjestelmää. Näkökulmia perhepäivähoidon laatuun ja sen kehittämiseen. Kasvatustieteiden tiedekunta. Oulun yliopisto Oulu university press. Oulu.
- Pelander, Tiina (2008): The quality of paediatric nursing care: children's perspective. Väitöskirja. *Annales Universitatis Turkuensis D 829*. Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto, Painosalama Oy, Turku.
- Pelkonen, Marjaana (1993): Laadunvarmistuksen keskeiset käsitteet. Teoksessa: Pelkonen, Marjaana & Perälä, Marja-Leena (toim.) *Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet*. Tammer-Paino Oy. Tampere. 61- 83.
- Peltonen, Eija (2009): Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 168. Hoitotieteen laitos. Kopijyvä. Kuopio.
- Pellikka, Heli (2002): Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, Oulu.
- Pellikka, Heli; Lukkarinen, Hannele & Isola, Arja (2003): Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. *Hoitotiede*, 15 (4), 166–177.
- Perälä, Marja-Leena (1995): Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (Qualpac) validaatio. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Tutkimuksia, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus no. 56. Kirjapaino Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Petersen, Peter B. (1999): Total quality management and the Deming approach to quality management. *Journal of Management History*, 5 (8), 468-488.
- Poole, Ria; Gamper, Arla; Porter, Alison; Egbunike, Jennifer & Edwards, Adrian (2011): Exploring patients' self-reported experiences of out-of-hours primary care and their suggestions for improvement: a qualitative study. *Family Practice*, 28 (2), 210–219.
- Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Saatavissa: [https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585?search\[type\]=pika&search\[pika\]=potilasvahinkolaki](https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585?search[type]=pika&search[pika]=potilasvahinkolaki). (8.3.2012).
- Päivystysasetus (2014): Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä, 23.9.2014. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9817041&name=DLFE-31557.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9817041&name=DLFE-31557.pdf). (30.9.2014).



- Päivystystöryhmän loppuraportti hallitukselle (2011): Suomen Lääkäriliitto. Työryhmä: Tamminen, Antti; Niemelä, Raija; Lappalainen, Olli; Palmu, Ulla; Silfvast, Tom; Kattelus, Mervi; Vänskä, Jukka; Rantala, Maarit & Pärnänen, Heikki. Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5073/paivystysraportti2012.pdf>. (29.4.2015).
- Raatikainen, Panu (2006): Voiko ihmistiede olla arvovapaata? Teoksessa Hallamaa, Jaana; Launis, Veikko; Lötjönen, Sanna & Sorvali, Irma (toim.) Etiikkaa ihmistieteille. Suomalaisen Kirjallisuuden seura. Hakapaino Oy, Helsinki. 93-107.
- Radnor, Zoe & Osborne, Stephen (2013): Lean: A Failed Theory for Public Services? *Public Management Review*, 15 (2), 265–287.
- Rahmqvist, Mikael (2001): Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (5), 385-390.
- Rahmqvist, Mikael & Bara Ana-Claudia (2010): Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22 (2), 86–92.
- Raknes, Guttorm; Holm Hansen, Elisabeth & Hunskaar, Steinar (2013): Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. *BMC Health Services Research* 13 (1), 222.
- Raper, James Luther (1996): A cognitive approach to patient satisfaction with emergency department nursing care. *Journal of nursing care quality*. 10 (4), 48–58.
- Raunio, Kyösti (1999): Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Redfern, Sally & Norman, Ian J. (1990): Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1260-1271.
- Reissell, Eeva; Kokko, Simo; Milen, Anneli; Pekurinen, Markku; Pitkänen, Niina; Blomgren, Sanna & Erhola, Marina (2012): Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa 2011. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 30/2012. Juvenes Print, Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
- Renholm, Marja & Suominen, Tarja (2000): Potilaiden kohtelu päivystysosastolla. *Hoitotiede*, 12 (3), 111–120.
- Renholm, Marja, Leino-Kilpi, Helena & Suominen, Tarja (2002): Critical pathways. A systematic review. *The Journal of nursing administration*, 32 (4), 196–202.
- Rinnevuori, Esko & Salmela, Reijo (1986): Kiuruveden väestön näkemykset terveyskeskuksen palveluista ja niiden kehittämistarpeista. Tilastot ja selvitykset 1/1986, kansanterveystieteen laitos, Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Riski, Hanna-Maarit, (2004): EKG-rekisteröinti: EKG-käyrän teknisen laadun arviointi. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 215. Turun yliopisto. Turku
- Risser, Nancy L. (1975): Development of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Nurses and Nursing Care in Primary Care Settings. *Nursing Research*, 24 (1), 45–51.



- Robson, Colin (2001): Käytännön arvioinnin perusteet: opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Ronkainen, Suvi; Pehkonen, Leila; Lindblom-Ylänne, Sari & Paavilainen, Eija (2011): Tutkimuksen voimasanat. WSOYPro.
- Ruotsalainen, Taru (2006): Sisätautipotilaan hoidon laatu: potilas laadun arvioijana. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopiston julkaisu. Annales Universitatis Turkuensis C 246. Yliopistopaino, Helsinki.
- Räikkönen, Eija; Westerholm, Jari & Tolvanen, Asko (2013): Puuttuvan tiedon käsittely analyyseissä. Saatavissa: <https://www.jyu.fi/ytk/laitokset/ihme/metodifestivaali-2013/ohjelma/keskiviikko22.5/Jakoon%20Puuttuvan%20tiedon%20kasittely%20an%20alyyseissa%2022.5.2013.pdf>. (22.12.2013).
- Saarenpää, Ensio (2010): Rakentamisen hyvä laatu. Rakentamisen hyvän laadun toteutuminen Suomen rakentamismääräyksissä. Acta Universitatis Ouluensis C Technica 367. Teknillinen tiedekunta, Tuotantotalouden osasto, Oulun yliopisto, Oulu.
- Saarinen, Sakari (2007): Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma, hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto, Tampere. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02020.pdf>. (24.5.2011).
- Salokekkilä, Pirkko (2011): Encounters in the Health Care – The Voice of the Patient. Kohtaamisia terveydenhuollossa – potilaan ääni. Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences Numero 88. Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto, Kopijyvä, Kuopio.
- Salmela, Tuula (1996): Tyytyväisyys-käsitteen ongelmallisuus julkisen sektorin asiantaliansalyyseissä. Hallinnon tutkimus, 15 (1), 32–41.
- Salminen, Ari (2000): Hallintovertailu ja vertailumallien käyttökelpoisuus. Teoksessa Salminen, Ari (toim.) Hallintovertailun metodologia, Vaasan yliopiston julkaisu. Tutkimuksia 234. Hallintotiede 26, 11–35. Vaasan yliopisto, Publications Unit, Vaasa.
- Savolainen, Mervi, Anderssin, Sirpa & Harju, Aune (2004): Terveystenhuollon ja sosiaalihuollon laatua käsittelevää kirjallisuutta. Stakesin asiakirjat. Stakes. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76719/laatukirjokoonnos2004.pdf?sequence=1>. (24.5.2009).
- Savolainen, Taina (1997): Development of quality-oriented management ideology – a longitudinal case study on permeation of quality ideology in two Finnish familyowned manufacturing companies. Jyväskylä, University of Jyväskylä, Jyväskylä studies in computer science, economics and statistics 37. Doctoral Dissertation.
- Savolainen, Tarja (2011): Yksityinen, julkinen ja ulkoistettu organisaatio vertailussa. Monimuuttujamenetelmällinen tapaustutkimus Lahden seudun terveysasemista vuosina 2006–2008. Väitöskirja. Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 22. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta Juventus Print – Tampereen yliopistopaino, Tampere.
- Shewhart Walter A. (1931): Economic Control of Quality of Manufactured Product. D. Van Nostrand Company. Lancaster Press. Lancaster.

- Shewhart, Walter A. (1939): *From the Viewpoint of Quality Control*. The Graduate School. The Department of Agriculture. Lancaster Press. Lancaster.
- Shen, X.X.; Tan, K.C. & Xie, M. (2000): An integrated approach to innovative product development using Kano's model and QFD. *European Journal of Innovation Management*. 3 (2), 91-99.
- Siekkinen, Mervi (2014): *Quality of radiotherapy care by development of e-feedback knowledge*. Hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto, Painosalama Oy, Turku.
- Silén, Timo (1995): *Organisaatiokulttuuri ja johtaminen: kahden yrityksen kulttuurimuutosprosessin ja TQM-järjestelmän soveltamisen tarkastelu*. Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Yliopistopaino, Helsinki.
- Silén, Timo (1998): *Laatujohdaminen. Menetelmiä kilpailukyvyyn vahvistamiseksi*. WSOY, Helsinki.
- Silén, Timo (2001): *Elintarvikeklusterin laatuselvitys*. Maa- ja metsätalousministeriö MMM:n julkaisuja 1/2001. Print Link Oy, Helsinki.
- Siloaho, Maritta (2006): *Utilization of quality management systems in Finnish medical laboratories*. Väitöskirja. University Publications D. Medical Sciences 387. University of Kuopio, Kopijyvä, Kuopio.
- Sinkkonen, Sirkka; Sohlberg, Tuovi; Kinnunen, Juha; Laitinen, Anna & Rissanen, Pekka (1993): *Palvelujen laatu käyttäjädemokratia vapaakunnan terveydenhuollossa asiakkaiden arvioimana*. Itsehallintoprojektin julkaisuja 3/1992. Sisäasiainministeriö. Painatuskeskus Oy. Helsinki.
- Sinkkonen, Sirkka & Kinnunen, Juha (1999): *Terveystieteiden eriytymisprosessi, terve-yshallintotieteen identiteetti ja suhde lähitieteisiin*. *Hoitotiede*, 11 (6), 311-324
- Siriwardena, A Niroshan & Gillam Steve (2014): *Patient perspectives on quality*. *Quality in Primary Care*, 22 (1), 11-15.
- Sitzia, John & Wood, Neil (1997): *Patient satisfaction: A review of issues and concepts*. *Social Science & Medicine*, 45 (12), 1829-1843.
- Sivusuo, Henry (2006): *Laatuajattelun toteutuminen Suomen ilmavoimissa*. Väitöskirja. Acta Wasalensia No 152. Vaasan yliopisto, Publications Unit, Vaasa.
- Smits, Marleen; Huibers, Linda; Oude Bos, Anita & Giesen, Paul (2012): *Patient satisfaction with out-of-hours GP cooperatives: A longitudinal study*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30 (4), 206-213.
- Sofaer, Shoshanna & Firminger, Kirsten (2005): *Patient Perceptions of the Quality of Health Services*. *Annual Reviews Public Health*, 26, 513-559.
- Sorvettula, Maija (1998): *Johdatus suomalaiseen hoitotyön historiaan*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle (1999): *Valtakunnallinen suositus*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

- STM Tiedote 153/2013. Päivystysasetuksella varmistetaan riittävä asiantuntemus kiireellisessä hoidossa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1862521>. (2.9.2013).
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. (30.9.2011).
- Taanila, Aki (2012): Tilastollinen päättely. Saatavissa: <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/p/paattely.pdf>. (4.1.2014).
- Taipale, Taina & Routasalo, Pirkko (1996): Hoito ensiapupoliklinikalla. Potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Hoitotyön julkaisusarja A:15, Turun yliopiston keskus sairaala, Turku.
- Taskinen Helena (2005): Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 126. Kopijyvä. Kuopio.
- Tauriainen, Leena (2000): Kohti yhteistä laatua: henkilökunnan, vanhempien ja lasten laatuksikäytökset päiväkodin integroidussa erityisryhmässä. Väitöskirja. Studies in Education, Psychology and Social Research. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä and ER-paino Ky, Lievestuore.
- Taylor, C. & Benger, J. R. (2004): Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency Medicine Journal*, 21, 528-532.
- TENK (2012): Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). (7.5.2015).
- Tepponen, Merja (2009): Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. Kopijyvä, Kuopio.
- Terblanche, Nic S. (2014): Some theoretical perspectives of co-creation and co-production of value by customers. *Acta Commercii* 14(2). Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.4102/ac.v14i2.237>. (17.10.2015).
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (2011). Päivi Koivuranta-Vaara (Toim). Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Saatavissa: [http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fshop.kunnat.net%2Fdownload.php%3Ffilename%3Dduplids%2Fterveydenhuollon\\_laatuopas.pdf&ei=b2lGVbXAJsu6sQGo94GACA&usq=AFQjCNFPg7bZ3f78vPEcdGIciBsQMs1fsQ](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fshop.kunnat.net%2Fdownload.php%3Ffilename%3Dduplids%2Fterveydenhuollon_laatuopas.pdf&ei=b2lGVbXAJsu6sQGo94GACA&usq=AFQjCNFPg7bZ3f78vPEcdGIciBsQMs1fsQ). (23.2.2012).
- Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 30.12.2010/1326. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. (30.9.2011).
- Tervo-Heikkinen, Tarja (2008): Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 162. Kopijyvä, Kuopio.
- Tervonen, Antero (2001): Laadun kehittäminen suomalaisissa yrityksissä. Väitöskirja. Lappeenranta teknillinen korkeakoulu. Digipaino, Lappeenranta.
- Thorsteinsson, Laura (2002): The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 32-40.

- Toiviainen, Hanna (2007): Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Tutkimuksia 160. STAKES. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Tourila, Helena (2000): Potilaskuluttaja terveystarkkainoilla. Yksityisten terveydenhuolto- ja palvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Acta Universitatis Tamperensis 764. Sosiaalipolitiikan laitos. Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.
- Tourila, Helena (2006): Onnistunut lääkärisäkäynti. Potilaskuluttajan opas. Edita. Helsinki.
- Tuorila, Helena (2015): Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 1: sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2015. Saatavissa: <http://www.kkv.fi/globalassets/kkv-suomi/julkaisut/selvitykset/2015/kkv-selvityksia-3-2015-potilaan-valinnanvapaus-julkisessa-terveydenhuollossa-osa-1.pdf>. (27.9.2015).
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009): Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Tuomi, Ville (2012): Quality management in public sector: what kind of quality management there is and how it is implemented: some cases from universities academic libraries and health care services between the years 2000-2010. Acta Wasaensia 266. Teknillinen tiedekunta, Tuotantotalouden yksikkö, Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Turjanmaa, Pirkko (2005): Laadun oppiminen pienissä yrityksissä. Mallin konstruointi ja kehittäminen. Jyväskylä Studies in Business and Economics 41. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Turtiainen, Juhani (2000): Työhallinto ja laatu. Acta Universitatis Tamperensis 737. Hallintotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampere.
- Töyry, Eeva (2001): Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa: mittarin kehittäminen ja käyttö. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 86. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Ursin, Jani (2007): Yliopistot laadun arvioijina. Akateemisia käsityksiä laadusta ja laadunvarmistuksesta. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopistopaino, Jyväskylä.
- Vahtoranta, Aila (2006): Mielikuvia yliopistollisesta keskussairaalaista. Perceptions of University Central Hospital. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Yliopistopaino, Helsinki.
- Valkama, Katja (2012): Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Acta Wasaensia no 267.
- Van Uden, CJ; Ament AJ; Hobma SO; Zwietering PJ & Crebolder HF. (2005): Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. BMC Health Services Research, 5 (1), 6.
- Vargo, Stephen L. & Lusch, Robert F. (2004a): Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. Journal of Marketing 68 (1), 1-17.

- Vargo, Stephen L. & Lusch, Robert F. (2004b): The Four Service Marketing Myths. Remnants of a Goods-Based, Manufacturing Model. *Journal of Service Research* 6 (4), 324–335.
- Vargo, Stephen L. & Lusch, Robert F. (2008): Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36 (1), 1-10.
- Vaso, Juha (1998): Ammatillisen aikuiskoulutuksen laatu – Konstruktiivinen tutkimus laadun arviointivälineen kehittämiseksi. Väitöskirja, Kasvatustieteiden tiedekunta, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Vehkalahti, Kimmo (2008): Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri & Varjoranta, Pirjo (1993): Historian tutkimuksen prosessista hoitotieteessä. *Hoitotiede* 5 (2), 72–77.
- Vehviläinen-Julkunen, Katri & Paunonen, Marita (1998): Kvantitatiivisen tutkimuksen lutettavuus. Teoksessa: Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri: *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki. 206–214.
- Venkula, Jaana (1993): Tiedon suhde toimintaan. Yliopistopaino, Helsinki.
- Vinzant, Janet C. & Vinzant, Douglas H. (1999): Strategic management spin-offs of the Deming approach. *Journal of Management History*, 5 (8), 516-531.
- Virta, Pekka (1986): Osaako asiakas käyttää palveluja. Teoksessa Kohti parempaa palvelua. Näkökulmia ja virikkeitä laadun kehittämiseen. Suomen mielenterveysseura. Helsinki.
- Virtanen, Vuokko (1991): Lääkärin ja potilaan hoitosuhde. Tutkimus perusterveydenhuollon lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 218. Oulun yliopisto, Oulu.
- Voorberg, W. H.; Bekkers V. J. J. M. & Tummers, L. G. (2015): A Systematic Review of Co-Creation and Co-Production. Embarking on the social innovation journey. *Public Management Review*, 17 (9), 1333–1357.
- Voutilainen, Ari; Kvist, Tarja; Sherwood, Paula R. & Vehviläinen-Julkunen Katri (2014): A New Look at Patient Satisfaction. Learning From Self-Organized Maps. *Nursing Research*, 63 (5), 333-345.
- Voutilainen, Päivi (2004): Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksia no. 142, Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Vuorela, Terho (1988): Asiakaspalaute palvelujen laadun arvioinnissa. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Vuorela, Terho (1989): Miten asiakkaat arvioivat palveluja? Arviointitiedon hankinnan kysymyksiä. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Vuori, Hannu (1970): Terveysthuollon ja sairaanhoidon laadun mittaaminen. Käsiteanalyttinen ja metodinen tutkimus. Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta. Helsingin yliopisto. Sairaalaaliiton tutkimusosaston julkaisuja, Sarja F:1. Helsinki.
- Vuori, Hannu (1993): Terveysthuollon laadunvarmistus. Vammalan kirjapaino Oy.
- Vuori, Hannu (2013): Terveysthuollon laatutyön kehitys Suomessa. *Läketieteellinen aikakauslehti*, 50, 87–95.

- Vuori, Jari (1998): Terveyspalvelujen laatu ja palveluluottoidea. *Hallinnon Tutkimus*, 17(3), 211–219.
- Vuori, Jari (2005): Terveysjohtaminen ja – hallinto tieteenalana. Teoksessa: Vuori Jari (toim.) *Terveys ja johtaminen. Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä*. WSOY, Porvoo, 10–33.
- Ware, John E; Davies-Avery, Allyson & Stewart, Anita (1977). The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction: a Review of the Literature. Saatavissa: <http://www.rand.org/pubs/papers/2008/P6036.pdf>. (14.6.2011).
- Watson, John. & Korukonda, Abba Rao (1995): The TQM jungle: a dialectical analysis. *The International Journal of Quality & Reliability Management*, 12 (9), 100–110.
- Watson, Wayne T.; Marshall, Elaine S. & Fosbinder, Donna (1999): Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 25 (2), 15-20.
- Welch, Shari Jule (2010): Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department: A Qualitative Review. *American Journal of Medical Quality*, 25 (1), 64-72.
- Wensing, Michel; Jung, Hans Peter; Mainz, Jan; Olesen, Frede & Grol, Richard (1998): A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Social Science & Medicine*. 47(10),1573-88.
- Wiili-Peltola Erja (2005): Sairaala muutosten ristipaineessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteet. HAUS Kehittämiskeskus Oy, Savion Kirjapaino Oy.
- Wilson, Alan; Zeithaml, Valerie A.; Bitner, Mary Jo & Gremler, Dwayne D. (2008): *Services Marketing. Integrating Customer Focus Across the Firm*. New York. McGraw-Hill Education, New York.
- Wright, Alex (1997): Public service quality: Lessons not learned. *Total Quality Management*, 8 (5), 313–320.
- Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet (2010): Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf). (31.3.2010).
- Zeithaml, Valerie A.; Berry, Leonard L. & Parasuraman, A. (1988): Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, 52 (April), 35-48.
- Øvretveit, John (1992): *Health service quality*. Blackwell Scientific Press, Oxford.
- Øvretveit, John (1998): *Evaluating Health Interventions*. Open University Press. Buckingham.

# *Liitteet*

**LIITE 1. ITÄ-SAVON AINEISTOJEN SAATEKIRJEMALLI**  
**LIITE 2. KYSIN AINEISTON SAATEKIRJE**  
**LIITE 3. KYSELY TERVEYSPALVELUIDEN LAADUSTA –**  
**KYSELYLOMAKE ASIAKKAILLE**

## LIITE 1. ITÄ-SAVON AINEISTOJEN SAATEKIRJEMALLI

### ARVOISA ASIAKAS

Asiakkaan tyytyväisyys saamaansa palveluun ja sen laatuun on keskeinen tavoite terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiakkaiden käsityksistä käyttämiensä terveyspalveluiden laadusta saadaan parhaiten tietoa kysymällä asiaa suoraan asiakkailta itseltään. Teillä terveyspalvelun käyttäjänä, asiakkaana, on nyt mahdollisuus vaikuttaa palvelutoiminnan kehittämiseen.

Tässä kyselytutkimuksessa selvitetään asiakkaiden kokemuksia terveyspalveluiden laadusta. Kyselylomakkeessa kysytään Teidän näkemyksiänne saamanne palvelun laadusta tämänkertaisen terveysasemalla tai terveyskeskuksessa käynnin perusteella. Tutkimusaineisto kootaan syyskuussa 2004 Savonlinnan, Rantasalmen, Punkaharjun, Kerimäen, Enonkosken, Savonrannan ja Sulkavan terveysasemalla tai terveyskeskuksessa käyneiltä ajanvaraus- ja päivystysasiakkailta. Tutkimus mittaa terveyspalvelujen laadun lähtötasoa pitkäkestoisessa tutkimushankkeessa, jossa arvioidaan 4.10.2004 tapahtuvan päivystyksen keskittämisen vaikutuksia terveyspalvelujen saatavuuteen ja laatuun. Tämä tutkimuskokonaisuus toteutetaan yhteistyössä alueen terveydenhuollon organisaatioiden sekä Kuopion yliopiston Terveystieteiden ja –talouden laitoksen kanssa. Tutkimuksen ohjaajana toimii professori Juha Kinnunen.

Jokaisen oheisen kyselylomakkeen saaneen kokemukset ja mielipiteet terveyspalvelujen laadusta ovat tärkeitä. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Antamanne tiedot jäävät sellaisenaan vain tutkijan käyttöön, eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Kyselylomakkeen voitte täyttää vastaanottokäynnin jälkeen joko terveyskeskuksessa ja palauttaa sen suljetussa kirjekuoressa palautuslaatikkoon tai kotona ja jättää sen maksetussa palautuskuoressa postin kuljetettavaksi 4.10.2004 mennessä.

Kyselylomakkeeseen vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia. Toivottavasti jaksatte nähdä vastaamisen vaivan, sillä vastauksenne antaa terveydenhuollon organisaatioille erittäin arvokasta tietoa niiden toiminnasta ja mahdollistaa toiminnan kehittämisen asiakkaiden tarpeita ja toiveita vastaavaksi.

Yhteistyöstä kiittäen

Savonlinnassa 6.9.2004

Maijaterttu Tiainen, Puh. (015) 581 3312 (työ)  
Terveystieteiden jatko-opiskelija / Kuopion Yliopisto

Ohjaaja: Juha Kinnunen, Professori, Terveystieteiden ja –talouden laitos, Kuopion yliopisto



## LIITE 2. KYSIN AINEISTON SAATEKIRJE

TIEDOTE TUTKITTAVALLE

26.4.2011

### Tutkimus: **Palvelun laatu asiakkaan kokemana,** Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystyksessä tehtävä osatutkimus

Pyydämme Teitä osallistumaan tieteelliseen tutkimukseen ja tutustumaan tähän tiedotteeseen, jossa kerrotaan Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) yhteispäivystyksessä tehtävästä tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistuminen on mahdollista jokaiselle viikolla 20 KYSin yhteispäivystyksessä käyvälle asiakkaalle, joiden arvioitu kokonaismäärä on 700 – 1000. Tutkimus on osa Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin päivystyspalvelujen laadun kehittämistä ja se tehdään yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksen kanssa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

#### Tutkimuksen tarkoitus

Asiakkaan tyytyväisyys saamaansa palveluun ja sen laatuun on keskeinen tavoite terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiakkaiden käsityksistä käyttämiensä terveyspalveluiden laadusta saadaan parhaiten tietoa kysymällä asiaa suoraan asiakkailta itseltään. Tämä tutkimus on selvitys KYSin päivystyspalvelujen laadusta asiakkaan kokemana. Saatavan tiedon avulla kehitetään päivystyspalvelutoimintaa.

#### Tutkimuksen kulku

Tämän tiedotteen mukana olevalla ”Kysely terveyspalveluiden laadusta” -lomakkeella selvitetään Teidän näkemyksiänne saamanne palvelun laadusta tämänkertaisen päivystyskäynnin perusteella. Lomakkeen kysymykset on ryhmitelty seuraavasti: taustatiedot, palvelujen saatavuus ja saavutettavuus, palvelun toimivuus ja luotettavuus sekä vuorovaikutus ja asiakkaiden kohtelu. Lisäksi lomakkeen lopussa on aiheeseen liittyviä avoimia kysymyksiä. Tutkimus on osa laajempaa tutkimuskokonaisuutta, jossa on mukana myös Itä-Savon sairaanhoitopiirin vastaanotto- ja päivystystoiminta.

Kyselylomakkeen voitte täyttää vastaanottokäynnin jälkeen kotona ja jättää sen maksetussa palautuskuoressa postin kuljetettavaksi kahden viikon kuluessa vastaanotolla käynnistä. Jos päivystysvastaanotolla käynti on johtanut vuodeosastohoitoon, voitte antaa täytetyn lomakkeen palautuskuoressa osaston henkilökunnalle.

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

#### Tutkimukseen liittyvät hyödyt, riskit ja epämuokavuudet

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole Teille välitöntä hyötyä. Tutkimuksella saatavan tiedon avulla voidaan kehittää päivystystoimintaa asiakaslähtöisesti.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa 15–30 minuuttia. Tutkimukseen osallistumiseen ei liity riskejä; kyselyyn vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta Teidän saamaanne hoitoon ja kohteluun millään tavalla. **Vapaaehtoisuus.** Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

### Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Kyselyyn vastataan nimettömänä. Tutkimuksessa ei vastaajan henkilötiedot tule esille, eikä tutkimukseen osallistumisesta tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimusaineistoa ei anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Tulokset analysoidaan ja raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäisen henkilön vastaukset eivät ole tunnistettavissa. Aineistoa säilytetään tutkimuksen valmistumiseen saakka lukitussa paikassa ja hävitetään sen jälkeen.

### Tutkimuksen rahoitus

Etelä-Savon Kulttuurirahasto on rahoittanut tutkimusta apurahalla. KYS osallistuu kyselyn kopiointi- ja postituskustannuksiin. Tutkija ei ole työ- eikä virkasuhteessa KYSiin.

### Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimustuloksista ei anneta tutkittaville henkilökohtaista palautetta. Tulokset raportoidaan tutkijan väitöskirjatyössä.

**Lisätiedot:** Pyydämme Teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä Maijaterttu Tiaiselle tai Heikki Paakkoselle.

### Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkija Maijaterttu Tiainen, TtM, terveyshallintotieteen jatko-opiskelija  
Puh. 044 594 0270, sähköposti: mttiaine@student.uef.fi

Tutkimuksesta vastaava henkilö KYSissä  
Heikki Paakkonen, TtT, ylihoitaja  
Puh. 044 711 3043, sähköposti: heikki.paakkonen@kuh.fi

Tutkija  
Kaisa Haatainen, FT, dosentti, palvelualueylihoitaja  
Puh. 044 717 2954, sähköposti: kaisa.haatainen@kuh.fi

### Tutkimuksen ohjaajat Itä-Suomen yliopiston sosiaali- ja terveysjohtamisen laitoksella

Jari Vuori  
HTT, professori  
jari.vuori@uef.fi

Helena Taskinen  
FT, yliopistotutkija  
helena.taskinen@uef.fi

**LIITE 3. KYSELY TERVEYSPALVELUIDEN LAADUSTA -KYSELYLOMAKE  
ASIAKKAILLE**

**KYSELY  
TERVEYSPALVELUIDEN  
LAADUSTA**



**KUOPION YLIOPISTO**

**Terveyshallinnon**



**ja -talouden laitos**

10.11.2004 ©

## Vastausohjeet

Pyydämme Teitä vastaamaan jokaiseen kysymykseen omien kokemusten ja tietämyksenne mukaisesti. Vastatkaa kysymyksiin **viimeisimmän päivystyskäyntinne** kokemuksien perusteella. Ympyröikää omaa mielipidettänne **parhaiten** kuvaavan vaihtoehdon numero (vain yksi) ja tarvittaessa kirjoittakaa kysytty tieto sitä varten varattuun tilaan.

### Esimerkiksi

Kysymys 8. Onko Teillä tai saatettavana olleella lapsellanne jokin pitkäaikainen sairaus, vamma tai muu ongelma, jonka vuoksi käytätte terveystalveluja säännöllisesti?

1  
2

Ei  
Kyllä, millainen? Diabetes

Kysymyksissä 25 ja 29 pyydetään teitä arvioimaan tämänkertaista kokemustanne **laatusanapareilla** asteikolla yhdestä viiteen (1-5). Numerot 1 ja 5 merkitsevät, että ominaisuutta on hyvin paljon ja numerot 2 ja 4, että sitä on jonkin verran. Numero 3 merkitsee, että valintaa on vaikea tehdä.

Esimerkiksi kysymyksessä 29, jos palvelu ei mielestänne ollut yksilöllistä vaan se oli jonkin verran rutiininomaista, ympyröikää silloin näin

Yksilöllistä 1 2 3 4 5 Rutiininomaista

Pyydämme Teitä vielä huomioimaan sen, että **alle 15-vuotiaan lapsen saattajana ollut vanhempi täyttää kyselylomakkeen**. Lomakkeen alussa on kaksi kysymystä (3b ja 4 b), jotka koskevat asiakkaana olleen lapsen taustatietoja. Muihin lomakkeen kysymyksiin vanhempi vastaa kunkin kysymyksen ohjeen mukaisesti.

## Taustatiedot

Terveyskeskus/-asema/yhteispäivystys, jossa kävitte \_\_\_\_\_

1. Viikonpäivä, jolloin kävitte päivystyksessä \_\_\_\_\_

2. Tämänhetkinen asuinkuntanne \_\_\_\_\_

3. Sukupuolenne                      1 Mies            2 Nainen

3b. Lapsen sukupuoli              1 Poika           2 Tyttö

4. Syntymävuotenne                19\_\_\_\_

4b. Lapsen syntymävuosi         \_\_\_\_\_

5. Siviilisäätyenne                1 Naimaton  
2 Avio- tai avoliitossa  
3 Eronnut tai asumuserossa  
4 Leski

6. Ammatillinen koulutuksenne    1 Korkeakoulututkinto  
2 Opistotasoinen tutkinto  
3 Koulutasoinen tutkinto  
4 Ammattikurssi tai -kurseja  
5 Ei ammattikoulutusta

7. Mikä seuraavista parhaiten kuvaa nykyistä elämäntilannettanne?

- 1 Koululainen tai opiskelija
- 2 Kotiäiti/ -isä
- 3 Työssä palkansaajana
- 4 Yrittäjä tai maanviljelijä
- 5 Työtön tai pakkolomalla
- 6 Eläkeläinen
- 7 Muu, mikä? \_\_\_\_\_

8. Onko Teillä tai saatettavananne olleella lapsella jokin pitkäaikainen sairaus, vamma tai muu ongelma, jonka vuoksi käytätte terveystalveta sa säännöllisesti?

- 1 Ei
  - 2 Kyllä, millainen? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

9. Mikä oli tämänkertaisen vastaanottokäyntinne syy?

- 1 Äkillinen sairastuminen millainen? \_\_\_\_\_
  - 2 Äkillisen sairauden jälkitarkastus
  - 3 Tapaturma, millainen? \_\_\_\_\_
  - 4 Tapaturman jälkitarkastus
  - 5 Ei-kiireellinen vaiva/terveysongelma
  - 6 Pitkittynyt flunssa tai hengitystieinfektio
  - 7 Jokin muu syy, mikä? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

10. Kuinka usein olette käyttäneet **terveydenhuollon palveluja** viimeisen vuoden aikana?

- 1 Kerran
- 2 2-4 kertaa
- 3 5 kertaa tai enemmän

11. Kuinka usein olette käyttäneet **yhteispäivystyksen** palveluita sen aloittamisen 4.10.04 jälkeen?

- 1 Tämä käynti oli ensimmäinen
- 2 2-4 kertaa
- 3 5 kertaa tai enemmän

12. Arvioikaa nykyistä terveydentilaanne alla olevalla asteikolla. Ympyröikää asteikosta se numero, joka kuvaa parhaiten fyysistä terveydentilaanne tällä hetkellä.

Huonoin mahdollinen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Paras mahdollinen

### Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

13. Kuinka tulitte päivystysvastaanotolle?

- 1 Sain ajan puhelimessa, soittaessani omaan terveyskeskukseen.
- 2 Sain ajan puhelimessa, soittaessani päivystyksen puhelinneuvontaan, puh. 581 3333.
- 3 Tulin varaamatta aikaa.
- 4 Jotenkin muuten, miten? \_\_\_\_\_

14. Arvioikaa seuraavia **puhelinneuvontaa** koskevia väittämiä. Ympyröikää jokaisesta väittämästä kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Puhelin oli aina varattu	1	2	3	4	5
Ajankohta, jolloin päivystysvastaanotolle voi soittaa, oli minulle hankala	1	2	3	4	5
Soittaessani sain riittävästi ohjeita siitä, miten pitää toimia päivystysvastaanotolle tullessa	1	2	3	4	5
Soittaessani päivystykseen sain asiantuntevaa palvelua	1	2	3	4	5
Soittaessani päivystykseen hoitajalla oli minulle tarpeeksi aikaa.	1	2	3	4	5

15. Saitteko ajan vastaanotolle haluamananne kellonaikana?

- 1 Kyllä
- 2 En, olisin halunnut \_\_\_\_\_

16. Pääsittekö vastaanotolle?

- 1 Sovittuna aikana
- 2 alle 15 min myöhässä
- 3 15-30 min myöhässä
- 4 yli 30-60 min myöhässä
- 5 Yli tunnin myöhässä. Kuinka paljon? \_\_\_\_\_

17. Mikäli tulitte ilman ajanvarausta, kuinka kauan jouduitte odottamaan vastaanotolle pääsyä?  
Odotin noin \_\_\_\_\_ minuuttia/tuntia.

18. Kenen vastaanotolla asioitte tällä kertaa?

- 1 Lääkärin vastaanotolla
- 2 Sairaanhoitajan vastaanotolla
- 3 Lääkärin ja hoitajan vastaanotolla
- 4 Jonkun muun, kenen? \_\_\_\_\_

19. Seuraavat kysymykset liittyvät **hoitosuhteen jatkuvuuteen**. Ympyröikää molemmista kysymyksistä kokemuksenne mukainen vastausvaihtoehto.

	Kyllä	En	En tiedä
Asioitteko tällä kerralla aikaisemmilta käynneiltä tutun lääkärin kanssa?	1	2	3
Asioitteko tällä kerralla aikaisemmilta käynneiltä tutun hoitajan kanssa?	1	2	3

20. Kuinka tärkeänä pidätte sitä, että pääsette **päivystyskäynnillä** entuudestaan tutun työntekijän vastaanotolle?

	Erittäin tärkeänä	Melko tärkeänä	Melko yhden- tekevänä	Täysin yhden- tekevänä	En osaa sanoa
Lääkärin vastaanotolle	1	2	3	4	5
Hoitajan vastaanotolle	1	2	3	4	5

21. Miten **päivystävälle lääkärille** pääsy on mielestänne muuttunut **viimeisen vuoden** aikana?

- 1 Vastaanotolle pääsy on helpottunut
- 2 Vastaanotolle pääsy on vaikeutunut
- 3 Vastaanotolle pääsy on säilynyt ennallaan
- 4 En osaa sanoa

Kommentteja: \_\_\_\_\_

### Palvelun toimivuus ja luotettavuus

22. Millainen ennakkokäsitys Teillä oli päivystyksen toiminnasta?

- 1 Myönteinen
- 2 Kielteinen
- 3 Ei ennakkokäsitystä

Seuraavissa kysymyksissä (23 ja 24) pyydetään Teitä arvioimaan **lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjakoon** liittyviä asioita (**yleisellä tasolla, ei pelkästään päivystystilanteessa**). Voitte vastata niihin omien mielipiteidenne tai kokemustenne perusteella.

23. Onko lääkäriillä mielestänne joitakin sellaisia tehtäviä, joita voidaan siirtää hoitajan tehtäväksi?

- 1 Ei
- 2 Kyllä. Mainitkaa esimerkkejä \_\_\_\_\_
- 3 En osaa sanoa

24. Arvioi seuraavia väittämiä mielipiteenne tai kokemusten perusteella.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Minua hoitaneiden henkilöiden tiedot ja taidot olivat ajan tasalla	1	2	3	4	5
Monissa terveysongelmissa hoitajalta saatava apu on riittävä	1	2	3	4	5
Haluun lääkärin vastaanotolle, vaikka ajan saaminen olisi vaikeaa	1	2	3	4	5
Haluun hoitajan vastaanotolle, jos ajan saaminen on helppoa	1	2	3	4	5
Neuvonta ja ohjaus erilaisissa terveysongelmissa ovat tehtäviä, joita voidaan siirtää lääkäriltä hoitajalle	1	2	3	4	5
Luotan, että hoitaja ohjaa minut tarvittaessa lääkärille	1	2	3	4	5
Haluun hoitaa terveyteeni liittyvät asiat vain lääkärin kanssa	1	2	3	4	5
Vakavan tai äkillisen sairauden yhteydessä haluan aina lääkärin vastaanotolle	1	2	3	4	5
Hoitajat pystyvät tekemään osan lääkäreiden töistä	1	2	3	4	5
Ei-vakavan sairauden yhteydessä olen tyytyväinen pääsyyn hoitajan vastaanotolle	1	2	3	4	5
Hoitaja pystyy toteuttamaan pitkäaikaissairauden seurantakäynnin	1	2	3	4	5
Lääkärillä on tavallista enemmän aikaa syventyä ongelmaani, jos osa hänen tehtävistään on siirretty hoitajille	1	2	3	4	5

25. Ympyröikää jokaiselta riviltä **yksi numero**, joka kuvaa vastausvaihtoehdoista parhaiten Teidän **tämänkertaista** kokemustanne. Numerot 1 ja 5 merkitsevät, että ominaisuutta on hyvin paljon ja numerot 2 tai 4, että sitä on jonkin verran. Numero 3 merkitsee, että valintaa on vaikea tehdä.

Yhteispäivystyksen toiminta oli

Luotettavaa    1    2    3    4    5    Epäluotettavaa

Henkilökunta oli

Ammattitaitoista    1    2    3    4    5    Ammattitaidotonta

Tutkimukset ja hoitotoimenpiteet tehtiin

Ammattitaitoisesti    1    2    3    4    5    Ammattitaidottomasti

Huolellisesti    1    2    3    4    5    Välinpitämättömästi

Asiaanne/ongelmaanne paneuduttiin

Huolellisesti    1    2    3    4    5    Välinpitämättömästi

Jatkohoidosta sopiminen oli

Selkeää    1    2    3    4    5    Epäselvää



## Vuorovaikutus ja asiakkaiden kohtelu

26. Jouduitteko tällä kertaa selvittämään käyntinne syyhyn liittyviä asioita monelle henkilölle?

- 1 Vain yhdelle
- 2 Kyllä. Kuinka monelle? \_\_\_\_\_ henkilölle

Kommentteja: \_\_\_\_\_

27. Arvioi seuraavien väittämien avulla tiedonsaantia tämän käynnin yhteydessä.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Sain vastaukset kysymyksiini	1	2	3	4	5
En saanut toimintaohjeita riittävästi	1	2	3	4	5
Terveystilaani koskevat tiedot kerrottiin minulle selkeästi	1	2	3	4	5
Henkilökunta ei huomionut aikaisempia tietojani/kokemuksiani sairaudestani	1	2	3	4	5
Saamani neuvot olivat helposti ymmärrettäviä	1	2	3	4	5
Sain ohjeita/tietoa myös kirjallisesti	1	2	3	4	5
Lääkehoitooni liittyvä ohjeistus oli asiantuntevaa	1	2	3	4	5
Minulle tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä ei kerrottu riittävästi	1	2	3	4	5
Tiedän keneen otan yhteyttä jatkohoitoa koskevista asioista	1	2	3	4	5

28. Arvioi tämänkertaisen kokemuksenne perusteella seuraavia väittämiä.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Lääkärin ja hoitajien välinen yhteistyö sujui hyvin	1	2	3	4	5
Hoitajat ja lääkärit eivät työskennelleet yhdenmukaisesti hoitoni toteuttamisessa	1	2	3	4	5
Henkilökunta kunnioitti toistensa asiantuntemusta	1	2	3	4	5
Henkilökunta kohteli kaikkia asiakkaita tasa-arvoisesti	1	2	3	4	5
Minua ei kuunneltu riittävästi	1	2	3	4	5
Minun toiveeni otettiin hoidossani huomioon	1	2	3	4	5
Jouduin ottamaan useita kertoja yhteyttä päivystykseen, ennen kuin sain apua ongelmaani	1	2	3	4	5

29. Arvioikaa saamaanne asiakaspalvelua tällä käynnillä. Ympyröikää jokaiselta riviltä parhaiten kokemustanne kuvaava vaihtoehto. Palvelu oli

Ystävällistä	1	2	3	4	5	Epäystävällistä
Kiireetöntä	1	2	3	4	5	Kiireistä
Huolehtivaa	1	2	3	4	5	Välipitämätöntä
Nopeaa	1	2	3	4	5	Hidasta
Joustavaa	1	2	3	4	5	Joustamatonta
Perusteellista	1	2	3	4	5	Pinnallista
Yksilöllistä	1	2	3	4	5	Rutiinomaista
Asiallista	1	2	3	4	5	Asiatonta

30. Millaisen **kouluarvosanan** (4-10) antaisitte tämänkertaisesta palvelukokemuksesta?

Arvosana \_\_\_\_\_

31. Haluatteko käyttää tulevaisuudessakin tätä palveluyksikköä?

1 Kyllä

2 En, koska \_\_\_\_\_

32. Tämänkertaisen käyntini perusteella luottamukseni yhteispäivystyksen toimintaan

1 Lisääntyi

2 Vähentyi

3 Pysyi ennallaan

#### **Avoimet kysymykset eri aineistoissa:**

Kaikki aineistot: Mitä hyvää / kehitettävää päivystyksen toiminnassa mielestänne on?

Aineisto 1, syyskuu 2004:

Virka-ajan ulkopuolinen terveyskeskuspäivystys keskitetään 4.10.2004 alkaen tapahtuvaksi keskussairaalan tiloissa. Minkälaisia odotuksia muutos Teissä herättää?

Aineisto 2, marraskuu 2004:

Miten terveyskeskuspäivystyksen keskittämisestä (=yhteispäivystyksestä) tiedottaminen on mielestänne onnistunut?

Kaikki aineistot: Miten mielestänne päivystyksen puhelinneuvontaa voitaisiin kehittää?

Aineistot 4 ja 5, maaliskuu 2009:

Itä-Savon alueella on tapahtunut muutoksia terveystalujen järjestämisessä viime vuosien aikana: lokakuussa 2004 keskitettiin virka-ajan ulkopuolinen päivystys Savonlinnan keskussairaalaan ja 1.1.2007 aloitti Sosteri toimintansa, jolloin alueen kaikkien sairaan- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen siirtyi Itä-Savon sairaanhoitopiirin vastuulle. Onko näillä muutoksilla mielestänne ollut vaikutusta terveystalujen saatavuuteen, toimivuuteen tai laatuun?

Kaikki aineistot: Onko vielä jotakin, mitä haluaisitte sanoa aiheesta?

*Kiitos vastauksestanne!*

# *Liitetaulukot*

## **Liitetaulukko 1.**

**TERVEYDENHUOLLON SUOMALAISIA LAATUTUTKIMUKSIA V. 1970-2015**

## **Liitetaulukko 2.**

**TERVEYDENHUOLLON KANSAINVÄLISIÄ LAATUTUTKIMUKSIA V. 1975-2014**

## **Liitetaulukko 3.**

**PÄIVYSTYSPALVELUIHIN LIITTYVIÄ LAATUTUTKIMUKSIA V. 1990-2012**

## **Liitetaulukko 4.**

**PALVELUKOKEMUKSEN JA LAADUN ULOTTUVUUKSIEN KESKIARVOT  
TAUSTAMUUTTUJIEEN RYHMISSÄ AINEISTOITTAIN**

## **Liitetaulukko 5.**

**PALVELUKOKEMUSTA SELITTÄVÄT PALVELUN SAATAVUUSTEKIJÄT JA  
ENNAKKOKÄSITYS PÄIVYSTYKSEN TOIMINNASTA AINEISTOITTAIN**

# LITTELAULUKKO 1. TERVEYDENHUOLLON SUOMALAISIA LAATUTUTKIMUKSIA V. 1970-2015

Tekijä, julkaisuvuosi, maa, tutkimuksen nimi, tiedekunta, yliopisto	Tavoite, asetelma	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Vuori, Hannu. 1970. Suomi. Terveystieteiden ja sairaanhoidon laadun mittaaminen. Käsitteanalyttinen ja metodinen tutkimus. Väitöskirja.</p> <p>Väitösteollinen tiedekunta. Helsingin yliopisto.</p>	<p>Selvittää toiminta-analyttisen laadunmittauksen soveltamista suomalaisissa sairaaloissa. Kehittää toiminta-analyttinen laadun mittari ja selvittää sen metodiset ominaisuudet. Selvittää mitä tekijöitä, jotka vaikuttavat sairaanhoidon laatuun.</p>	<p>Metodinen tutkimus Tampereen keskussairaala, kirurgian, sisätautiin ja naislääkintöön erikoisalat, joilla kaikilla 1-2 "Työppisairautta". Tutkimustappaus = se hoito, jota potilas on sairaalassa ollessaan saanut. (n=297)</p> <p>Mittausinstrumentin (=hyvän hoidon (kliiniset) kriteerit) kehitti erikoislääkäreistä koostunut asiantuntijapaneeli.</p> <p>sairauskertomusten arvioinnin suoritti arvioimetheet kuitakin erikoisalalta (2 lääkäriä, 2 sairaanhoitajaa ja 1 maallikko)</p>	<p>Tutkimuksessa selvitetiin mittarien, yksittäisten kriteerien ja arviointien reliabiliteettiä, joista mittareiden ja arviointien oli korkeampi kuin kaikkien yksittäisten kriteerien.</p> <p>Tulokset osoittavat, että sairauskertomuksen laatu on hyvän hoidon oleellinen osa. Sen pitäisi olla dokumentti, jonka perusteella voidaan rakentua potilaan saama hoito.</p> <p>Hoidon osatekijöistä diagnoosi ja anamneesi ennustivat parhaiten kokonaisuuden objektiivista arviota. Potilaan taustatekijöiden vaikutus oli vähäinen, seivn yhteys hoidon laatuun oli lallä: umplilissakkeen tulehdus- ja astmapotilaita hoidettiin sitä paremmin, mitä vanhempia he olivat ja sydänlääkärin hoitoa sitä paremmin mitä nuorempia he olivat. Optimaliaa liittyy toiminnan sekä taloudelliseen että ns. loogiseen tehokkuuteen. Myös kustannukset ovat osa laatua: tarpeettomat tutkimukset lisäävät kustannuksia, pidentävät hoitoaikaa ja alentavat toiminnan tehokkuutta.</p> <p>Tutkimus osoitti, että hoidontarakaustuksen validiteetti hoidon laadun mittarina on kohtalainen.</p>
<p>Rinnevuori, Esko &amp; Saimela, Reijo. 1986. Suomi. Kirjuruveden väestön näkemykset terveyskeskuksen palveluista ja niiden kehittämistarpeista.</p> <p>Selvitys Kansanterveysliede Kuopion yliopisto</p>	<p>Selvittää väestön näkemykset nykyisten terveyspalvelujen laadullisista näkökohdista ja niiden kehittämisen painopistealueista ja kireellisyydestä.</p>	<p>Positiivisyys n=790</p>	<p>71 % vastaajista oli joko erittäin tai melko tyytyväinen terveyskeskuksen palveluun. Harvoin käyneet olivat usein käyneitä tyytyväisempiä palveluun. Sukupuoli, koulutusaso tai etäisyys palvelusta ei vaikuttanut arviointiin. Palvelu koettiin kokonaisuuena ystävälliseksi ja asiantuntevaksi ja lääkehoidon ohjeita pidettiin riittävän selkeinä. Terveyskeskuksessa asoidessaan 79 % vastaajista piti hyvin tai melko tärkeänä pääsyä samalle lääkäriille ja naiset vielä tärkeämpänä kuin miehet.</p> <p>Palvitysvastaanoille soitettaessa yli puolet vastaajista oli joutunut yrittämään useita kertoja, paikan päällä 23 % vastaajista koki joutuneensa odottamaan kohtuuttoman kauan ja 16 % koki, että heidän vaijoajan oli vähätelty palvitykseen mentäessä.</p> <p>Tyytymättömyyttä aiheutti se, että neuvonnassa ei voinut esittää asiansa sivullisten kuulematta. lääkäriä ei ollut riittävästi aikaa potilaille ja lääkäriä ei saanut riittävästi tietoa sairaudesta.</p>
<p>Leino-Kilpi, Helena. 1990. Suomi. Good Nursing Care On what basis? Väitöskirja Hoitotiede Turun yliopisto</p>	<p>Tavoitteena kehittää hyvää hoitamista kuvaava teoreettinen käsittejärjestelmä. Potilaan rooli nähdään laadun kehittäjänä. HYVA HOITO - mittarin kehittäminen ja testaaminen perustuu ammattehenkilöiden, hoitoyöntekijöiden ja potilaiden määrättyille hyvästä hoidosta HYVA HOITO – mittari on kriteeriperustainen arviointimittari Kvalitatiivinen tutkimus</p>	<p>Vapaamuotoiset kirjalliset hyvän hoidon kuvaukset ja videoiden hoitoprosodin kirjalliset arvioinnit n = 223 sairaanhoidon opettajat n=290 käytännön työssä olevat hoitajat</p> <p>Hoitolaian opiskelijöiden toiminnan arviointi havainnoimalla n=12 sairaanhoidon opettajat n=77 käytännön ohjaajat n=81 opiskelijat</p>	<p>Tulosten perusteella muodostettiin kuva hyvän hoidon elementteistä sekä hyvästä hoidosta toteutuvista potilas- hoitaja suhteista: toimija, toimijan ominaisuus, tehtävä-orientoitunut ja henkilöorientoitunut toiminta (aktiiviteetti), toimintatapa, edellytys ja hoidon tavoite. Hoitajan toiminta hyvässä hoitamisessa: varjelijäminen, huolehtiminen, neuvoyden antaminen, mukaan ottaminen, yhteinen ymmärrys tehtävästä, asiantajajuus, potilas itsellisenä resurssina. Potilaan rooli muuttuu vastaavasti passivisesta hoidon vastaanottajasta hoitoon osallistujaksi ja itsenäiseksi toimijaksi.</p>

Litetaulukko 1 jatkuu

## Liitetaulukko 1, jatkoa

<p>Virtanen, Vuokko. 1991. Suomi. Lääkäriin ja potilaan hoitosuhde. Tutkimus perusterveydenhuollon lääkäriin ja potilaan vuoroaikautuksesta. Väitöskirja. Kansanterveyslaitos. Oulun yliopisto.</p>	<p>Selvittää, mikä on lääkärin ja potilaan hoitosuhde perusterveydenhuollossa ja mitkä tekijät vaikuttavat siihen.</p>	<p>Kyseilytutkimus. n = 1794 potilasta n = 45 lääkärää</p>	<p>Lääkäriin ja potilaan hoitosuhde muodostuu lääkärin paneutumisesta potilaan asiaan, lääkärin kompetenssista, yhteisymmärryksestä lääkärin ja potilaan välillä, yhteisestä tyytyväisyydestä vastaanottoon, palvelujen joustavuudesta ja lääketieteellisen tiedon saamisesta. Vastaanoton onnistumiseen vaikutti hoidon jatkuvuus, pääsy potilaan haluamalle lääkärille, tietojen saaminen sairaudesta ja lääkärin ammattilinen pätevyys. Päivystysvastaanotolla arvoistettiin joustavuutta ja palveluallituttua. Vanhemmat ikäluokat ja ne, joilla oli enemmän koulutusta, olivat tyytyväisempiä kuin nuoremmat ja vähemmän koulutautuneet. Lääkäriin ja potilaan näkemykset eivät olleet yhteneväisiä.</p>
<p>Sinkkonen, Sirkka; Sohlberg, Tuovi; Kinnunen, Juhana; Laitinen, Anna &amp; Rissanen, Pekka. 1993. Suomi. Palvelujen laatu ja käyttäjämokratia vapaakunnan terveydenhuollossa asiakkaiden arvioimana. Sisäasiainministeriön tutkimus</p>	<p>Selvittää vapaakuntakokeilun vaikutuksia terveyskeskuksen palvelukykyyn, palvelujen laatuun ja asiakasdemokratiaan. Terveyskeskuspalvelujen käyttäjillä kaksi roolia: kansalaisen ja asiakkaan.</p>	<p>Neljän eri kunnan terveyskeskuksen erilaisten palveluyksiköiden (lääkäriin vastaanotto-, lastenneuvola ja perhesuunnittelu- ja äitiysneuvola) asiakkaat (n = 430)</p>	<p>Vastaanotto toimintaan suhtauduttiin kriittisemmin (erittäin tyytyväisten osuus oli 13–33%) kuin neuvolapalveluihin (erittäin tyytyväisten osuus 46–68%). Tyytyväisyys palveluihin oli yhteydessä käynnin tiheyteen: useammin palveluita käytäneet olivat harvoin käyttäneitä tyytyväisempiä. Puhelinten toistuvaa varattuna olo esti kontaktin saantia: puhelin oli lääkärinvastaanotolle varattuna jatkuvasti aina tai usein 46–73 %-n mielestä. Asiakkaiden kohtelun laatu arvioitiin parhaimmaksi ystävällisyyden, asiallisuuden ja asiakkaasta huolehtimisen ulottuvuuksilla ja heikommaksi kiireellisyyden ulottuvuudella. Henkilökunnan arvioi 86 % vastaajista ammattitaitoiseksi. Terveyskeskuksen asiakaspalvelut arvioi 71–86 % vastaajista viihtyisiksi ja tarkoituksenmukaisiksi.</p>
<p>Kempainen Ari. 1994. Suomi. Asiakslähtöinen sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun arviointi Analyysi sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasnäkökulmaa selvittäneistä tutkimuksista Pro gradu –tutkielma Terveystieteiden ja –lääketieteen tutkimuskeskuksesta</p>	<p>Meta-analyysi. Selvittää ja analysoida 1972 jälkeen tehtyjä suomalaisia asiakslähtöisiä sosiaali- ja terveyspalvelujen tutkimuksia. Muokata, tiivistää ja tulkitta sosiaali- ja terveyspalvelujen laatuasiakasnäkökulmasta. Arvioida käytettyjen lähestymistapojen ja menetelmien soveltuvuutta asiakslähtöiseen palvelun laadun arviointiin.</p>	<p>Kirjallisuushakujen perusteella 778 tutkimusta, joista arvottiin yksityiskohtaisesti analysoitavaksi 77 tutkimusta</p>	<p>Asiakslähtöiset sosiaali- ja terveyspalvelujen tutkimukset ovat lisääntyneet 1980 –luvulla. Eniten tutkitut palvelutyypit terveydenhuollossa ovat olleet perusterveydenhuollon lääkäriin vastaanotto ja neuvolapalvelut. Lapset ovat olleet tutkimuksiin vastaajina harvoin. Keskeisimpiä tutkimuksia jäsentäneitä teoreettisia viitekehityksiä ovat olleet palvelu- ja tarveteoriat. Kvantitatiivista lähestymistapaa on käytetty enemmän kuin kvalitatiivista. Vastaajat ovat olleet melko tyytyväisiä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Keskeisimmät ongelmat ovat liittyneet palvelujen saatavuuteen ja tiedonsaantiin. Arvioinnin systemaattisuutta, tulosten vertailukelpoisuutta ja tutkimusten jatkuvuutta tulisi kehittää. Mittareita olisi standardoitava ja palvelujen laadun ominaisuuksista uskottavuutta, jatkuvuutta ja palveluympäristöön liittyviä tekijöitä tulisi selvittää enemmän.</p>
<p>Kekki Pertti. 1994. Suomi. Väestön arviot ja kokemukset terveyskeskuspalveluista. Tutkimus neljästä erityyppisestä terveyskeskuksesta. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, Helsingin yliopisto</p>	<p>Kerätä tietoa väestön avosairaanhoidon lääkäripalveluiden käytöstä ja terveyspalveluiden käyttöön liittyvistä kokemuksista neljän keskenään erityyppisen ja eri puolilla maata sijaitsevan terveyskeskuksen väestöiltä</p>	<p>Puhelinhaastatteluna toteutettu survey-tutkimus 1987 Kotkan, Kemian, Laukaan ja Vantaan terveyskeskusten alueiden satunnaisotokset käsittivät yhteensä 1753 15 vuotta täyttäneitä henkilöä.</p>	<p>Lääkärisäkäyntejä avoterveydenhuollossa tehtiin keskimäärin 3,9 vastaannutta kohti edelliseen vuoteen aikana, jona aikana 53 % vastaanneista oli käynyt terveyskeskuslääkäriin vastaanotolla. Samana päivänä oli vastaanotolle päässyt 34 % ja viikon sisällä ajanvauksesta yhteensä 80 % vastaajista. Vastaanotolle pääsyssä oli vaihtelua terveyskeskuksittain. Terveyskeskuspalvelut yleisesti ottaen koettiin hyväksi tai erittäin hyväksi. Tulosten mukaan puhelimitse pääsy terveyskeskukseen ei sujunut kovinkaan hyvin. Kaikista vastaajista yli</p>

<p><b>Liitetaulukko 1 jatkoa</b></p>	<p>Tutkimus on osa ns. terveyskeskusten tehokkuustutkimusta. Vertailututkimus: palveluiden käytön ja väestön palveluista esittämien arvioiden vertailu</p>	<p>Vastausprosentti 73 % (N=1269)</p>	<p>puolet (60 %) joutuivat yrittämään useita päästökseen puhelimitse ajanvaraukseen. Lääkärin tavoittamista puhelimitse ongelmatapauksessa piti tärkeänä 89 % vastanneista, mutta tällaista mahdollisuutta ei ollut ilmoituksensa mukaan 59 % vastaajista. Matkat kotoa terveyskeskukseen olivat lyhyitä, ¼ vastaajista ilmoitti matkaa olevan korkeintaan viisi kilometriä. Hankalimpina matkan kokivat vantaalaiset vastaajat.</p>
<p>Perälä, Marja-Leena. 1995. Pottiaan hoidon laadun arviointi: Suomeksi laatuun (Qualipacs) validointi</p> <p>Väitöskirja</p> <p>Hoitotiede</p> <p>Kuopion yliopisto</p>	<p>Testata Yhdysvalloissa kehitetty pottiaan hoidon laadun mittarin, Quality Patient Care Scalen, soveltuvuutta Suomeen. Mittari on lähempänä kriiteeri-kulun normittamista. Mittarissa on 68 osiota 6 osa-alueelta: psykososiaalinen yksilön ja ryhmän hoito, fyysinen hoito, psykososiaalinen ja fyysinen hoito, pottiaan hoitoa koskeva kommunikatio ja ammatillisuus Tarkastella, miten mittari vastaa suomaalaisia hoitotyötä ja kuinka luotettava mittarin antamat tulokset ovat</p>	<p>Kysely n=39 hoitotyön asiantuntijat Kysely n=609 väestö Havainnointi n=313 hoitotilanteet</p>	<p>Tutkimuksessa testattu pottiaan hoidon laadun mittari on sisällytetään melko valdii ja soveltuu käytettäväksi Suomessa. Hoitotyön asiantuntijoiden ja väestön käsitysten mukaan se sisältää osiota, joita pidetään tärkeinä ja joita kuvaavat myös pottiaan hoidon laatu. Joidenkin osa-alueiden kätiteellinen rakenne kalpaa osioiden uudelleen ryhmittämistä. Mittari oli tutkimuksessa kohtalaisen reliabeeli, silti hyvän reliabiliteetin saavuttaminen vaatii luolellista perehtymistä havainnointiin ja mittarin käytön harjoittelu. Mittarissa arvioiden pottiaan tarpeisiin vastaamista hoitotilanteissa, joten se antaa vain yhden näkökulman pottiaan hoidon laadun arviointiin.</p>
<p>Kivinen, Tuula &amp; Hillander-Sihvonen, Anne. 1997. Asiakkaat ja terveyspalvelujen laatu. Tutkimus Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen palvelujen laadusta aitiys- ja lastenneurologien sekä lääkärin vastaantotojen asiakkaiden arvioimana. Terveyshallintotiede. Kuopion yliopisto</p>	<p>Saavuttaa terveyspalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, vuorovaikutusta ja asiakkaiden kohtelua, asiakasuhteen jatkuvuutta, palvelujen luotettavuutta ja uskotta palveluyksikön fyysistä ympäristöä sekä terveyspalvelujen vaikuttavuutta</p>	<p>Asiakaskysely (n=545)</p>	<p>Pitkäaikais sairaus oli 22 %:lla vastaajista. Yleisimmin se oli sydän- ja verisuonisairaus tai tuki- ja liikuntaelinsairaus. Fyysisen terveydentilan keskiarvo (asteikolla 1-10) oli 7,5. Asiakkaat olivat yleisesti tyytyväisiä palveluihin. Tyytymättömiä he olivat ajanvarauksen toimivuuteen ja palvelusta tiedottamiseen. Vuorovaikutus ja asiakkaiden kohtelu arvioitiin vastaajissa erittäin hyväksi ja vanhemmat vastaajat vielä paremmaksi kuin nuoremmat. Ornalaikaria pidettiin tärkeänä. Asiakkaat luottivat palveluyksikön toimintaan ja kysyistä palveluyksikköä haluttiin käyttää jatkossakin. Henkilökunta koettiin ammattaitoisena. Fyysiset tilat arvioitiin kokonaisuutena hyväiksi, viihtyisyyden lisäämiseksi esitettiin vastuksissa parannusehdotuksia.</p>
<p>Toyrä, Eeva. 2001. Suomi: Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa: mittarin kehittäminen ja käyttö.</p> <p>Väitöskirja</p> <p>Kuopion yliopisto</p> <p>Hoitotieteen laitos</p>	<p>Keittää ihmisläheisen hoidon mittari ja käyttää sitä erikoissairaanhoidon laadun arviointiin.</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus ja kvallitatiivinen tutkimus</p>	<p>Osatutkimuksia viiden vuoden ajalta (1991-1997) N = 3936 potilasta N = 143 hoitoon osallistuvaa henkilökuuntaan kuuluva ja luottamushenkilöä</p>	<p>kehitetty IAH – mittari sisälsi viisi ihmisläheistä hoitoa kuvaavaa avainaluetta: 1) pottiaan yksityisyyden, yhteisöllisyyden ja arvostuksen säilyminen, 2) pottiaan hoitoon osallistumisen mahdollistaminen, 3) potilaan tunne-elämän huomioon ottaminen, 4) potilaan terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, 5) hoidon edellytyksistä huolehtiminen. Mittari todettiin luotettavaksi. Vuoden 1997 osatutkimuksessa potilasvastaajat (N=862) kokivat, että heidät oli hyväksytty hoidossa omalla itsenään, he olivat tervetulleita sairaalaan, heidän kipunsa hoidettiin, he saivat tarvittaessa apua ruokailussa, hygieniassa ja unihäiriöiden hoidossa. He kokivat olonsa turvallisiksi ja että heitä kohdeltiin ystävällisesti, kärsivällisesti ja asiallisesti. Henkilökuntaa oli tiedollisesti ja taidollisesti ammattitaitoisia.</p>

<p><b>Liitetaulukko 1 jatkoa</b></p> <p>Hilidenhovi Hannele, 2001, Suomi  Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla</p> <p>Väitöskirja  Hoitotieteen laitos  Tampereen yliopisto</p>	<p>Kehittää potilaslähtöinen mittari, jonka avulla voidaan arvioida ja parantaa palvelua poliklinikalla.</p> <p>Mittarin kehittäminen alkoi haastattelulla 40 potilasta, joita pyydettiin kuvailemaan, mitä palvelu on sairaalassa ja kertomaan omia kokemuksiaan ja tunteuksiaan senkertaisella osastolla olon tai poliklinikka käynnin aikana. VALMIITA HAASTATTELUTEEMOJA EI KAYTETTY.</p> <p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus &gt; haastatteluaiheistojen analyysi fenomenologinen analyysi: kyselytutkimusten ja mittausten analyysi monimuuttujameneleimillä</p>	<p>Tampereen yliopistollisen sairaalan sekä Mäntän, Valkeakosken ja Vammalan alueosastojen somaattisilla osastoilla ja poliklinikoilla haastattelut, kyselyt sekä mittaukset; N=10603</p>	<p>Potilaat kokivat saaneensa apua tarvitessaan ja hoitonsa perustuneen heidän tarpeisiinsa. Koulutusosanalla mitattuna keskiarvo ihmisläheisen hoidon laadusta oli koko sairaalassa 8,8.</p> <p>Noin 10% potilasta koki puutteena niukan tiedon saamisen hoidosta, tutkimuksista ja sairauden aiheuttamista rajoituksista samoin kuin henkilökunnan vahaisuuden ja ilmapiirin kiireisyyden. Myös sairaalan fyysisestä ympäristöstä potilaat antoivat kehittämisehdotuksia. Yli 65 -vuotiaat olivat nuorempia ikäryhmiä tyytyväisempiä hoitoonsa.</p> <p>Haastattelutulosten mukaan palvelun sisältö rakentui 32 sisältö-alueesta, jotka tarkentuivat yhteiseksi palvelun ulottuvuuksiksi. Ulottuvuuksista viisi liittyi henkilöstön toimintaan (vakuuttavuus taitavuudesta, aktiivinen huomaavaisuus, tiedon välittäminen, hyvien tapojen mukainen kohtelu, joustava avulaisuus), kolme koski potilaan omaa osallisuutta (yksilöllisyys, asema sairaalatilanteessa, potilaan kokema hallinnan tunne) ja yksi liittyi hoitoympäristön mukavuuteen. Palveluna koettiin yhdessä hetkessä tai tilanteessa tapahtuva henkilöstön teko tai monivaiheinen vuorovaikutteinen toiminta. Haastattelutulosten pohjalta kehitettiin kyselylomake, josta edelleen palvelumittari. Tutkimuksen edetessä henkilöunta omaksui valvontakortin käytön palvelun parantamisen välineeksi. Kyselyjen tulosten saattamiseksi henkilökkunnan tietoon luotiin kolmivaiheinen palautejärjestelmä.</p> <p>Tulosten perusteella palvelun vahvuuksia olivat ammattitaito, kohtelu, palveluhenkisyys, potilaan asioiden salassapito ja potilaan kokema hyöty käynnistä poliklinikalla. Huonoimpia arvosanoja saivat tieto käynnin kestosta, ajan pitävyyttä ja tiedonsaanttiin liittyvät asiat.</p>
<p>Leinonen Tuija, 2002, Suomi.  The quality of peroperative care : developing a patient-oriented measurement tool.</p> <p>Väitöskirja  Hoitotieteen laitos  Turun yliopisto</p>	<p>Kuvailla leikkausosaston hoidon laatua potilaiden ja leikkausosastojen sairaanhoitajien arvioimana sekä kehittää potilaille kyselylomake hoitonsa arviointiin.</p> <p>Taustalla HYVÄ HOITO –mittari.</p> <p>Potilaiden ja hoitajien arvioinnit kohdistuivat fyysiseen hoitoon (esim. kipuun ja lämpötilan ylläpitämiseen), tiedon saantiin, omatoimisuuden tukemiseen, rohkaisemiseen, kunnioittavaan kohteluun, huolenpitoon, henkilökunnan ominaisuuksiin, hoidon etenemiseen ja edellytyksiin, asianajajuuteen,</p>	<p>Tutkimus oli kaksivaiheinen kyselytutkimus.  V. 1993 N=246 leikkauspotilasta vastasi kyselyyn ens. kerran sairaalassa ollessaan ja toisen kerran kotonaan, jolloin N=158.</p> <p>V. 1998 kyselyyn osallistui N= 874 potilasta viideltä eri leikkausosastolta ja N= 143 leikkausosastolla työskentelevää sairaanhoitajaa.</p>	<p>Leikkauspotilaat pystyivät erittäin hyvin arvioimaan hoitoaan leikkausosastolla ja antamaan hyödyllisiä kehittämisehdotuksia. Sekä potilaat että sairaanhoitajat arvioivat hoidon leikkausosastolla hyväksi, joskin hoitajat olivat potilaita kriittisempiä. Hoitohenkilökunnan ominaisuudet ja fyysisen hoidon leikkausosastolla arvioivat molemmat ryhmät erinomaisiksi. Kivunhoito oli pääosin onnistunutta. Potilasta 98 % oli tyytyväisiä anestesiaansa ja 99 % leikkauksensa onnistumiseen. Molemmat vastaajaryhmät havaitsivat ongelmia potilaiden tiedonsaannissa. Erityisesti ongelma korostui päiväystyöpotilaille. Potilaat näyttivät tarvitsevat enemmän tietoa kaikilta ammattiryhmillä, mutta erityisesti kirurgeilta. Esim. noin kolmannes potilasta tiesi vain hyvin vähän tai ei mitään helle tehdystä leikkauksesta ja anestesiasta. Hoitajien kritiikki kohdistui kiireiseen ilmapiiriin, potilaille annettun ajan niukkuuteen ja potilaiden pitkiin odotusaikoihin. Potilasta 10 %, mutta hoitajista yli puolet esitti, että potilaat joutuvat odottamaan vuodeosastolla tai ensilavassa liian pitkään leikkausosastolle pääsyä. Potilasta 4 % oli kokenut leikkausosaston rauhattomaksi ja kiireiseksi, kun taas hoitajista lähes puolet oli tätä mieltä. Hoitajien vastausten</p>

<p><b>Liitetaulukko 1 jatkoa</b></p>	<p>sekä leikkauseston fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. Kvantitatiivinen tutkimus</p>		<p>perusteella voidaan todeta, että leikkausestot tarvitsivat enemmän resursseja. Kummankin vastaajaryhmän mielestä potilaita kohdellaan kunnioittavasti ja huomaavaisesti, eikä hoito ollut liukuhihnayötä tai persoonatonta. Tutkimuksessa kehitettiin potilaille systemaattiseen käyttöön tarkoitettu palautelomake.</p>
<p>Kujala Ella, 2003. Suomi: Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli Tilastolliseen prosessiin ohjaukseen perustuva sovellys terveyskeskukseen.</p>	<p>Kuvata laadunhallinnan malli, joka perustuu asiakaspalautteesta saatavaan tietoon, turvaa asiakkaan osallistumismahdollisuuden hoitoonsa ja johtaa jatkuvaan laadunparantamiseen.</p>	<p>Toimintatutkimuksen piirteitä, tutkija itse osallistui organisaation laadunhallintamallin kehittämiseen. Kyselytutkimus, jossa vuoden mittainen tarkasteluajako, otos muodostui osittaisen otannan ensistä (N=1661) Asiakaspalautte = Kyselylomake, jossa 19 laatumuuttujaa, joista summautettiin viisi summauttujaa: - palvelun saatavuus, -hoitoon tulotilanteen sujuvuus, - palveluun asiakaslähtöisyys, - vaikuttaminen hoitoonsa ja - jatkohoidon hallinta</p>	<p>Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Keskeisenä asiakkaan / potilaan osallisuus omaan hoitoonsa. Terveyskeskuksen palveluihin oliin erittäin tyytyväisiä. Saatavuus lääkäriin vastanotoile on toteutunut hyvin ja samoin sairaalaan pääsyyn oliin tyytyväisiä. Sukupuolien välillä ei havaittu suuria eroja laatumuuttujille annetuissa arvosanoissa. Asiakaspalauttejärjestelmän tuottaman informaation välittön käsittely -työtapa antaa tietoa hoitotapahtumien sisällöstä asiakkaiden kannalta, mutta myös työ- ja hoitoympäristöstä, rakenne- ja välineketojista, hoitoa tukevien toimintaprosessien toimivuudesta, työyksikköjen henkilöstösuhteista, henkilöstön osaamisesta ja jaksamisesta.</p>
<p>Vaitoskirja Hoitoiteen laitos Tampereen yliopisto</p>	<p>Taustalla Lumijärvi &amp; Jyhtasaaren (1999) mukailtu laajuusmitta, jossa taustalla Juran: "asiakaslähteisellä laadulla tarkoitetaan sitä, miten hyvin palvelu tyydyttää käyttäjän vaateet ja tarpeet" ja vaikka tutkija ei sitä tuukaan julki, voi mallista löytää yhtymäkohtia Donabedianin rakenne-, prosessi- ja tulostaatua.</p>	<p>Kolmen varnahainkodin ja yhden terveyskeskuksisairaalan hoitohenkilökunta: elälygymnastienelämäaineisto N=129 kertomusta kyselyaineisto N=159 dokumenttialaineisto N=24 laadunhallinnan informaatio-ohjaukseen kuuluva aineisto Aineiston analysointi 1) asiakkaan, 2) suunnittelun, 3) tuotannon, 4) yhteiskunnan ja systeemin, 5) johtamisen ja työyhteisön näkökulmasta</p>	<p>Laatu on monilulotteinen ja kontekstisidomainen ilmiö. Hoitoyöntekijöiden merkityksenannot kuvastivat asiakas- ja suunnittelukeskeistä laatumekanismia ja liittyivät selkeästi yksilön hyvaän. Laatusuostusten laatuikästys oli suunnittelu- ja tuotantokeskeinen. Hoitoyöntekijöiden laatuikästykset eivät olleet varsinaisesti ristiriidassa laatusuostusten kanssa, mutta ne olivat painopisteiltään ja tarkasteleatasoltaan erilaisia. Tarkasteleataso vaikutti laadulle annettuihin merkityksiin ja kontekstilla oli vaikutusta laatuikästykseen.</p>
<p>Mäki Tiina, 2004. Suomi Laadun informaatio-ohjauksen haasteet Hoitohenkilökunnan ja laatusuostusten laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus</p>	<p>Selvitettiin hoitohenkilökunnan laadulle antamien merkitysten suhdetta laatusuostusten merkitystenantoihin Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusote</p>	<p>Näkökulmaperustainen (Garvin) laatuikästys: asiakas-, suunnittelu-, tuotanto- ja systeemikeskeinen laatumekanismi</p>	<p>Liitetaulukko 1 jatkuu</p>
<p>Vaitoskirja Terveystalinnon ja -talouden laitos Kuoopion yliopisto</p>			



<p><b>Liitetaulukko 1 jatkoa</b></p> <p>Voutilainen Päivi, 2004, Suomi. Hoidon laatu – potilaiden ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa Väitöskirja Hoitotiede Lääketieteellinen tiedekunta Oulun yliopisto</p>	<p>Tuottaa tietoa hoitotyön laadusta ikaantyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa laadun rakenteellisten edellytysten, ammatillisten toiminnan ja hoitotyön tulosten näkökulmasta.</p>	<p>Senior Monitor – laadunarviointimittarilla kerätyt potilasasiakirja-aineistot (n=553 + 332) Asiantuntijapaneelilaineisto (n=20) Omaisille suunnattu kysely (n=474)</p>	<p>Asiakirja-aineistoista keskeiseksi kehittämiskohteiksi nousivat asiakkaiden tarpeiden tarkka määrittäminen, konkreettisten tavoitteiden asettaminen ja tavoitteiden saavuttamisen systemaattinen arviointi. Omaisat arvioivat hoitotyön laadun hyviksi. Omaisten ika, koulutustausta ja osastolla käyntien useus vaikuttivat laatuarvioiteihin; iäkkäimmät, matalan koulutustaustan omaavat ja harvojen osastolla käyneet omaiset arvioivat laadun parhaimmaksi. Omaisat olivat halunneet osallistua asiakkaiden hoitoon nykyistä enemmän.</p>
<p>Kvist Tarja, 2004, Suomi. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja Terveystieteiden ja –talouden ja hoitotieteen laitos Kuopion yliopisto</p>	<p>Kuvata hoidon laadun toteutumista sekä hoidon laadun edistäviä ja estäviä tekijöitä potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja hoitajien arvioimana ja luoda alustava malli hoidon laadusta. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus.</p> <p>Tutkimuksen ontologiset lähtökohdat ovat becoming realismissa ja epistemologiset lähtökohdat empirismissä ja konstruktivisessa paradigmissa. Menetelmällinen perusta on kvantitatiivisessa tutkimusmetodologiassa, tutkimus on perinteinen survey -tutkimus</p>	<p>Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Varkauden ja Iisalmen alue-sairaaloitten polikliinikkapotilaat N=908 vuodeosastopotilaat N=631 Henkilöstöaineistot: vuodeosastojen ja polikliinikoiden hoitohenkilökunta N=850, johtajat N=115, lääkärit N=128 Kyselytutkimus Taufalla ihmisläheinen hoito – mittari , jossa osa-alueina: 1) yhteistyösuhteet, yksityisyys ja arvostus, 2) tiedon saaminen, osallistuminen hoitoon, 3) tunne-elämän huomioinnon, 4) fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, 5) hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon toteuttamiselle.</p>	<p>Yleisesti arvioituna hoidon laatu koettiin hyväksi sekä potilaiden että henkilöstön arvioimana. Potilaiden ja eri henkilöstöryhmien välillä oli kuitenkin eroja hoidon laadun osa-alueiden ja osatekijöiden toteutumisessa. Potilaat arvostivat henkilöstön ammattitaitoa, miellyttävää kohtelua ja avun saantia tarpeiltaan, mutta olivat tyytymättömiä mahdollisuuksiinsa osallistua omaan hoitoonsa, tiedon saantiin, kiireeseen ja riittämättömään henkilökuntamäärään. Henkilöstö arvioi kaikki hoidon laadun osatekijät tärkeämmiksi kuin ne toteutuivat. Tutkimuksen tuloksiin ja aikaisempaan tietoon perustuen luotiin alustava malli hoidon laadusta vuodeosastoilla.</p>
<p>Kalam-Salmi Ly . 2005. Hoidon laatu lapsivuodeosastoilla Suomessa ja Virossa. Näkökulmia asiakaskehoon laatuun ja sen kehittämiseen. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos Turun yliopisto</p>	<p>Arvioida lapsivuodeosastojen asiakaskehoon laatuun aitiin, isien ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta, etsiä laatuun yhteydessä olevia tekijöitä ja tuottaa laadun kehittämisehdotuksia. Taufalla Grönroosin koetun palvelun laadun malli: tekninen, toiminnallinen laatu ja imago. Tutkimus oli luonteeltaan kuvaileva ja vertaileva survey-tutkimus</p>	<p>Tutkimuksen aineisto koottiin aidoilta (Suomessa N=291, Virossa N=198), isiltä (Suomessa N=258, Virossa N=122) hoitohenkilökunnalta (Suomessa N=102, Virossa N=34) ja lääkäreiltä (Suomessa N=6 ja Virossa N=7). Strukturoitu aineisto analysoitiin tilastollisesti ja avokysymysten tuottama aineisto sisällönanalyysillä.</p>	<p>Hoidon laatu vaihteli. Lautekijöistä suurin osa oli vanhemmille tärkeitä niin aitiin, isien kuin hoitohenkilökunnan arvioineissa. Aitiin asettamat laatuodotukset olivat isien odotuksia suuremmat niin Suomessa kuin Virossa. Suomessa hoitohenkilökunta tunsi melko hyvin vaativimpien vanhempien laatuodotukset. Virossa hoitohenkilökunta ei tuntenut vanhempien laatuodotuksia yhtä hyvin ja näkemyserot olivat suuremmat. Suomalaisvanhempien arvioissa hoidon laatu toteutui aina paremmin kuin virolaisvanhempien arvioissa. Avokysymysten perusteella keskeiseksi laadun toteutumattomuuden syyksi nousi hoitoympäristö. Niin Suomessa kuin Virossa osastojen tilat eivät vastanneet kaikkien vanhempien odotuksia. Isien läsnäolon rajoittaminen vaikutti hoidon toteutumista niin aitiin, isien kuin henkilökunnan mielestä. Puutteita kuvattiin myös hoidon edellytyksissä. Puutteisiin liittyviä kehittämisehdotuksia tuli paljon.</p>

Liitetaulukko 1 jatkuu

## Litetaulukko 1 jatkoa

<p>Laine, Juha. 2005. Suomi. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Talous- ja sosiaaliset tutkimus vanhusten hoitotuloksista.</p> <p>Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta Terveystieteiden Kuopion yliopisto</p>	<p>Tarkastele laadun ja tuotannollisen tehokkuuden välisiä yhteyksiä, mm. arvioida, miten tuotannollinen tehokkuus ja hoidon laatu ovat yhteydessä toisiinsa ja kuinka merkittävä vaihtosuhte niiden välillä on.</p> <p>Avedis Donabedianin rakenne-, prosessi- ja tulosaatimallit ja Øvrevelthin arvioijan näkökulma &gt;&gt; prosessi- ja tulosaatun ammatillaisen ja <b>tuottajan</b> näkökulmasta</p>	<p>RAI - tietojärjestelmän tuottama tieto ja osastojen toimintatiedot. 4 osajulkaisua, joista I N= 114 osastoa II N= 122 osastoa III N= 113 osastoa ja IV N= 1787 asiakasta ja N=68 osastoa.</p>	<p>Tuotannollisen tehokkuuden ja laadun välillä osoitettiin olevan vaihtosuhte. Tuotannolliseen tehokkuuteen olivat yhteydessä sellaiset laatumuuttujat, jotka kuvaavat passiivivaa ja ei-kuntouttavaa hoitotyötä tai tällaisen hoitotyön ja – käytännön tuloksia. Hoidon huono laatu on yhteydessä sekä korkeisiin kustannuksiin että tekniseen tehokkuuteen. Pienet muutokset hoidon laadussa eivät vaikuttaneet vaikuta merkittävästi tuotannolliseen tehokkuuteen, eivätkä pienet muutokset tuotannollisessa tehokkuudessa vaikuta merkittävästi laatuun.</p>
<p>Ruotsalainen, Taru. 2006. Suomi. Sisätautihoitoalan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana</p> <p>Väitöskirja Hoitotiede Turun yliopisto</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus Arvioida sisätautihoitotilaiden erityisesti sydäninfarktipotilaiden hoidon laatua ja kuvata heidän osallistumisestaan hoitonsa laadun arviointiin. Muokata saadun tiedon avulla Suomessa aiemmin kehitetty ja testattu HYVÄ HOITO-mittari sydäninfarktipotilaiden hoidon laadun arviointiin soveltuvaksi.</p> <p>Laatukategoriat: – henkikokeman ominaisuudet – hoitoon liittyvät toiminnot – hoidon edellytykset – hoidon eteneminen – hoitoympäristö – yhteistyö omaisten kanssa</p> <p>Tutkimuksessa ei-tieteentiliosofista/metodologista katsausta. Pohdinnassa toteamus: "Tutkimusmenetelmien valinta on perustunut työn tarkoitukseseen."</p>	<p>HYVÄ HOITO/SIST ja HYVÄ HOITO/Sis2 –strukturoitu kyselylomake sekä haastattelun puolistrukturoidulla menetelmällä</p> <p>Ensimmäisen vaiheen tutkimusjoukko vuonna 1997 sisätautiin vuodeosaston potilaat (N=100)</p> <p>Toisen vaiheen tutkimusjoukko vuonna 2003 sisätautiin vuodeosastolla olevat ensimmäisen sydäninfarktin sairastaneet potilaat (N=97), joista vielä 50 potilasta haastateltiin neljän kuukauden kuluessa tutkimuksesta.</p> <p>Kyselytutkimuksen kvantitatiivinen analysointi sekä haastatteluaineiston analysointi käytäen semanttisia suhteita ja sisällön analyysia.</p>	<p>Tulokset osoittivat potilaiden kokeman hoidon laadun vaihtelevan laatu-kategorioiden. Kategorioista henkikokeman ominaisuudet, hoidon edellytykset ja hoitoympäristö toteutuivat erittäin hyvin. Sitä vastoin hoidon eteneminen, hoitoon liittyvät toiminnot ja yhteistyö omaisten kanssa toteutuivat joko osin hyvin.</p> <p>Alka kotona ennen sairaalahoitoa muodostui kriittiseksi, koska osa potilasta ei hakeutunut heti hoitoon vaan hoiti ja tarkkaili itse itseään tai kysyi neuvoa muilta ihmisiltä. Lääketehteen hoidon kannalta nopea hoitoon hakeutuminen olisi kuitenkin tärkeää. Sairaalahoidon jälkeen alkua kotona potilaat taas luonnollisesti epävarmuudella arjen jatkumisesta ja jatkohoidon laadusta. He kokivat epätoisuutta terveydentilastaan ja omaista hoitonsa kohtaan. Tutkimuksessa ilmeni tarve kehittää erilaisia toimintatapoja sydäninfarktipotilaiden tukemiseksi, kun he ovat paasneet kotiin sairaalahoidon jälkeen esim. toimiva ja pysyvä yhteys terveydenhuoltohenkilökuntaan tukisi potilaiden itsehoitoa.</p> <p>Potilaiden päätöksentekoon osallistuminen ja oma hoito vaihtelivat hoidon eri vaiheissa. Osallistuminen ilmeni ilmeittä, tiedusteluna, informaation jakamisena sekä olemalla kertomatta asioita. Oma hoito sisälsi mm. lääkähoidon toteuttamista, tiedon haankintaa ja voimien tarkkailua. Sekä päätöksentekoon osallistumista että oma hoitoa edistivät ja estivät hoidon etenemisen eri vaiheissa saatu informaatio, potilaan elämän hallinta ja kommunikointi terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Potilaan osallistuminen hoidon laadun arviointiin jakautui kolmeen ryhmään: osallistumattomat, epävarmat ja osallistuneet.</p>
<p>Vaahtoranta, Aila. 2006. Suomi. Melikkuvia yliopistollisesta keskussairaalaasta. Väitöskirja. Yleisäkäetieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsingin yliopisto.</p>	<p>Analysoitua Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan liittyviä yleisiä ja palvelun laatuun liittyviä melikkuvia</p>	<p>Kyselytutkimus väestölle (n = 630) ja laakareille (n = 203)</p>	<p>Yleisiä melikkuvia Hyksistä kuvaavasti henkilökunta, hoitopaikka ja ilmapilvi. Väestöstä 77 %:lla oli myöntäen melikkuvia Hyksistä hoitopaikkana ja 78 %:lla sen henkilökunnasta. Kuuulminen nuorempana, ikäluokkaan selitti parhaiten myönteisiä melikkuvia. Väestöstä 32 % piti ilmapilviä Hyksissä myönteisenä.</p> <p>Litetaulukko 1 jatkuu</p>

<p><b>Liitetaulukko 1 jatkoa</b></p> <p>Pelander Tiina. 2008. Suomi. The quality of paediatric nursing care: children's perspective. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto-</p>	<p>Kuvailia lasten odotuksia ja arviointia lasten hoitotyön laadusta. Kehittää mittari kouluikäisille sairaalassa oleville lapsille laadun arviointiin.</p> <p>Mittarin pääaateluoikat ovat: hoitajan ominaisuudet, hoitotyön toiminnot ja hoitotyön ympäristö, sekä mittarin lopussa lauseen täydennystehtävänä kuvailla kivointia ja ikävintä kokemusta sairaalahoitoidon aikana.</p>	<p>1) Haastattelututkimus: alle kouluikäiset (4-6v) (n=20) ja kouluikäiset (7-11v) (n=20) lapset kuvailivat odotuksiaan lasten hoitotyön laadusta. 2) ens. vaiheen tulosten, alk. kirjallisuuden ja "HYVÄ HOITO" -mittarin pohjalta kehitettiin "Lasten Hoitoin Laatu Sairaalassa" (LHLS) mittari: asiantuntijapaneeli (n=7), kouluikäiset sairaalassa olevat lapset (n=41 ja n=16), lastenosaston hoitajat (n=19). 3) mittarin testaus: kouluikäiset lapset sairaalassa (n=388) ja hoitajat (n=198) arvioivat mittarin sisällön validiteettia.</p>	<p>Asenemuuttajat korkeatasoinen osaaminen ja yliopistollinen sairaala selittivät sekä hoitopaikkaan että ilmapiiriin liittyvää mielikuvaa. Palvelun laatuun liittyvää mielikuvaa kuvaivat potilaan huomioiminen, organisaation toiminta ja palvelun luotettavuus. Puolet väestöstä (50%) piti potilaan huomioimista, 63 % organisaation toimintaa ja 70 % luotettavuutta myöntäisensä.</p> <p>Lapset arvioivat kiitettäväksi fyysisen hoitoympäristön, hoitajien ihminenilmyyden ja luotettavuuden sekä vuorovaikutustoiminnot ja huolenpidon. Kaikkein alhaisimman arvostanan saivat hoitajien viihtymistoinninnot.</p> <p>Lasten saamaa tiedon määrään olivat yhteydessä lapsen ikä ja sairaalantulotapa.</p> <p>Lasten sairaalahoitoidon aikana kivoimmit kokemukset liittyivät ihmisiin ja heidän ominaisuuksiinsa, toimintoihin, ympäristöön sekä lopputuloksiin. Ikävimmät kokemukset liittyivät potilaana oloon, tuntemuksiin sairauden oireista sekä erossaoloon, hoitotyön fyysisiin toimintoihin sekä ympäristöön.</p> <p>Lasten ovat kykeneviä arvioimaan omaa hoitoaan ja sen laatua. Lasten näkökulma tulisi nähdä osana koko laadun kehittämisprosessia. "Lasten Hoitoin Laatu Sairaalassa" (LHLS) mittarilla voidaan saada tietoa lasten arvioinnista lasten hoitotyön laadusta, mutta mittarin kalpaa testaamista vielä tulevaisuudessa.</p>
<p>Tervo-Heikkiinen Tarja. 2008. Suomi. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa Väitöskirja. Hoitotieteen laitos Kuopion yliopisto</p>	<p>Kuvata sairaanhoitajien toimintaympäristöä ja hoitotyön henkilötoimitusta sekä näiden vaikutusta hoitotyön tuloksiin. Avedis Donabedianin rakenne-, prosessi- ja lopputulosmalli. Ihmisläheisen hoidon mittari, jossa osa-alueina: 1) Yhteistyösuhteet, yksityisyys ja arvostus, 2) Tiedon saaminen, osallistuminen hoitoon, 3) Tunne-elämän huomioiminen, 4) Fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, 5) Hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon toteuttamiselle. "Tutkimus perustuu menetelmällisesti kvantitatiiviseen tutkimusmetodologiaan "</p>	<p>Kyselytutkimus 1) sairaanhoitajien työolobarometri -mittarilla n=1192 Suomen sairaanhoitajailton jäsenitä 2) Ihmisläheinen hoito -mittarilla N=1730 potilasta neljässä yosairaalassa: rekisteritunnusluvut N=24 sekä kysely viiden yosairaalalan sairaanhoitajille N=542 ja osastonhoitajille N=41</p>	<p>Potilastyytyyväisyys oli korkea. 69 % vastaajista oli täysin tyytyväisiä hoitoonsa. Ika korreloi positilivisesti kaikkiin tyytyväisyyttä kuvaaviin summamuuttujiin: vanhemmat vastaajat olivat tyytyväisimpiä. Potilaat, joiden sairaalassaolo kesti kauemmin kuin 2 viikkoa olivat tyytyväisimpiä sairauteen ja hoitoon liittyvään tiedonsaantiin. Eroja löytyi sekä osastojen että sairaaloiden välillä. Suurimmat erot olivat potilaiden tyytyväisyydessä sosiaaliseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä arvonsaantiin sairaalahoitoidon aikana.</p> <p>Hoitotyön henkilötoimitus oli alhainen kansainvälisesti verrattuna. Henkilöstötoimituksen ja hoitotyön tulosten välillä ei ole suoraa yhteyttä. Sitä vastoin toimintaympäristön muita muuttujia, kuten henkisen kuormittavuus, hoitajan arvioima hoitotyön laatu, henkilöökunnan riittävyys ja ammatin arvostus, voitiin yhdistää tuloksiin. Hoitotyön toimintaympäristön ja vaikuttavuuden välillä muodostettiin teoreettinen malli, josta johdettiin tuloksia (esim. hyvän hoidon laadun tavoitteina ovat potilastyytyyväisyys, hoitopölkkeamat, hoidon laatu potilaan / hoitajan arvioimana ja muut hoitotyön tulokset) sekä mitattavia tunnuskujia.</p>

Liitetaulukko 1 jatkuu

Liitealuku 1 jatkoa	Kuvata perusterveydenhuollon toiminnan järjestelyjä asiakkaiden, hoitajien, lääkäreiden ja hallinnon edustajien arvioimina. Kvaliteeva ja ryhmäeroja selvittävä vertaileva tutkimus	Kymmenen terveyskeskuksen vastaanottoilla yhtenä päivänä käyneet asiakkaat (N = 789), näiden terveyskeskusten hallinnon edustajat (yliäkärit, johtavat/vastaavat lääkärin, johtavat hoitajat, yllähoitajat, osastonhoitajat ja vastaavat hoitajat (N = 31) sekä vastaanottotoiminnassa työskentelevät lääkärin ja hoitajat (N = 189)	Asiakkaiden mukaan terveyskeskusten vastaanottotoiminta oli luotettava: henkilökohtainen hoito, ammattitaito, tutkimukset sekä hoitotoimet tehtiin huolellisesti ja hoidettavien asiain paneuduttiin. Asiakkaiden mukaan lääkäreiden ja hoitajien antama neuvoa oli ammattitaitoista, yksilöllistä ja riittävää. Asiakkaat olivat tyytyväisiä vastaanottoaikojen saatavuuteen ja odotusaikaan sekä jatkohoidosta sopimiseen. Terveyskeskusten toiminta voitaisiin asiakkaiden mukaan kehittää lisäämällä henkilökuntaa ja parantamalla ajanvarauksen toimivautta. Vastaanottotoiminnan edelleen kehittämiseksi hallinnon edustajat, lääkärin ja hoitajat näkivät tärkeimmäksi vastaanottotoiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamisen. Lääkäreiden ja hoitajien työajan edelleen kehittämiseksi tulisi keskittyä työajan selkiöityttämiseen.
Väitöskirja Hoitoteheneen laitos	Asiakkaiden kyselyssä käytetty jollain osin HumanRe - hankkeessa laadittua ja estesiastuttua "Kysely terveyspalveluiden laadusta" -mittaria.	Strukturit Kyselylomake > asiakkaalle, hallinnon edustajille ja lääkäreille ja hoitajille oli kullekin ryhmälle omat lomakkeensa	
Tepponen Merja. 2009. Suomi. Kotihoidon integrointi ja laatu	Kartoittaa, arvioida, selittää ja tulkitella kotihoidon integroinnin laajuutta ja toteuttamistapoja suomalaisissa kunnissa sekä integroinnin vaikutuksia kotihoidon sisältöön ja laatuun keskeisten toimijoiden eli vanhusasiakkaiden ja heidän omaistensa sekä kotihoidon työntekijöiden ja johdon näkökulmasta. Rakentaa ikäihmisten hyvän kotihoidon ideaalimalli. Kotihoidon laadun jäsentämisessä sovellettu Avedis Donabedian (1989) rakenne-, prosessi- ja lopputulostenmallia.	Meneilmallinen triangulaatio 1) Dokumentaatioaineistot: lait, poliittika-asiakirjat ja aikaisemmat tutkimukset. 2) 43 itäsuomalaisen kunnan kotihoidon johtajilta (N = 56) haastattelulla kootut ja sanojen kuitien internetisivulta kootut aineistot ja 3) kahden vertailukaupungin kotihoidon asiakkailla (N = 130) haastattelulla sekä omaisilla (N = 126) ja työntekijöiltä (N = 127) kyselyillä kootut aineistot	Kahden kaupungin vertailu osoitti rakenteiden integroinnin yhteydet kotihoidon sisältöön ja laatuun. Asiakkaat, omaiset ja työntekijät arvioivat kotihoidon laadun jollakin luottavuuskilillä vastakkaisesti, siten että asiakkaat arvioivat palvelut riittävämmiksi integroidussa, mutta omaiset integroimattomassa kotihoidossa. Asiakkaiden mielestä integroidussa kotihoidossa kyyky neuvoo ja ohjata asiakkailla oli parempaa kuin integroimattomassa, mutta työntekijöiden kokemus oli päinvastainen. Tutkimuksen sekä aikaisempien tutkimusten tulosten sekä teoreettisten lähtökohtien pohjalta kehitettiin hyvan kotihoidon malli.
Savolaainen Tarja. 2011. Suomi. Yksityinen, julkinen ja ulkoistettu organisaatio vertailussa. Monimuuttujamenetelmällinen tapaus tutkimus Lahden seudun terveysasemista vuosina 2006-2008.	Vertailla instituutionaalisen teorian mukaisesti erilaisia terveydenhuollon palvelutuottajien organisaatiomuutoksia. Tapausotettuun vertailu- tutkimus Tausialia Grönroosin palvelu määrätelmä: asiakas koee palveluprosessin osaksi palvelun kulutusta. Kulutusprosessi johtaa asiakkaan saamaan lopputulokseen.	Monimuuttujamenetelmällinen tutkimus Kyselytutkimus 2006-2008 Lahdessa ja Hollolassa N = 1048 asiakasta N = 205 henkilökohtaan kuuluvaa (eri lomake asiakkaalle ja henkilökunnalle)	Asiakkaiden kokemukset palveluiden laadusta eivät muuttuneet olennaisesti kolmen vuoden aikana. Asiakkaiden myönteisiin kokemuksiin palveluiden laadusta vaikuttivat korkea koulutus, kyselyhetken hyvä terveydentila, julkisella sektorilla saman lääkärin / sairaanhoitajan vastaanottole päätty sekä vaihtelevasti myös ikäryhmä. Terveysasemat erosivat eniten puhelinpalvelun, ilmoittautumisen sekä toimintarympäristön osalta. Sekä asiakkaiden että henkilöstön preferenssissa oli terveysasemakohdittaisista erjia, mutta ne pysyivät molemmilla ryhmillä tutkimusjakson aikana terveysasemittain samansuuntaisina.
Väitöskirja Vnheiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta Itä-Suomen Yliopisto			Liitealuku 1 jatkuu

## Liitetaulukko 1 jatkoa

<p>Istomina, Natalja. 2011. Suomi. Quality of abdominal surgical nursing care.</p> <p>Väitöskirja Hoito-olot Turun yliopisto</p>	<p>Arvioida abdominaalkirurgisten potilaiden hoitotyön laatua Liettuassa</p> <p>Arvioida sairaanhoitajien omaa hoitotyön osaamista ja voimaantumista</p>	<p>Kyselytutkimus - 1) Hyvän hoidon arviointimittari potilaille ja sairaanhoitajille (GNCS-P, GNCS-N). - 2) Sairaanhoitajan pätevyysmittari (NCS) ja - 3) Sairaanhoitajien valtaistumista arvioiva mittari (NES)</p> <p>Abdominaalileikatut kirurgiset potilaat (n=1208) ja heitä hoitaneet sairaanhoitajat (n=218).</p>	<p>Sekä potilaiden että sairaanhoitajien arvioit abdominaalkirurgisten potilaiden hoitotyön laadusta olivat positiivisia, joskin sairaanhoitajat olivat arvioinneissaan potilaita hieman kriittisempiä. Korkeimmat arvioinnit saivat henkilönumeron ominaisuudet ja hoitoympäristöä. Potilaat antoivat heikoimmat arvioinnit hoitotyön prosessin laadusta ja yhteistyöstä läheisten kanssa. Sukupuolien välillä ei havaittu eroja. Potilaat, joilla on korkeakoulu- tai keskiasteen tutkinto arvioivat laadun paremmaksi, samoin kuin ikääntyneet potilaat ja elektriiviset potilaat. Potilaiden ja sairaanhoitajien arviot hoitotyön laadusta korreloivat merkittävästi potilaiden ja sairaanhoitajien tyytyväisyyden ja sairaanhoitajien työn itsenäisyyden kanssa.</p>
<p>Salokkela, Pirkko. 2011. Suomi. Encounters in the health care: the voice of the patient.</p> <p>Väitöskirja Lääketiede, terveys- ja elämäntieteiden tiedekunta Itä-Suomen yliopisto.</p>	<p>Selvittää, mitkä tekijät ennustavat käsitystä lääkärissä käynnin laadusta potilaan subjektiivisen kokemuksen perusteella -&gt;selvittää ja ymmärtää potilaan 1) kokemuksista hoidosta ja sairauden hallinnasta 2) kokemuksista lääkärin käyttäytymisestä 3) käsitys saamaastaan hyödyistä 4) käsitys tarpeettomasta lääkärissä käynnistä</p>	<p>Haastattelu, n=33 osteoartriittia sairastavaa henkilöä, joilla oli pitkäaikaisia kokemuksia kroonisesta kivusta ja terveydenhuoltojärjestelmästä palvelujen käyttäjän näkökulmasta</p>	<p>Osaava lääkäri antaa kasvat järjestelmälle ja vaikuttaa potilaan käsitykseen koko terveydenhuoltojärjestelmästä tehden siitä luottavamman ja hyväksyttävämmän. Omistuneeseen kohtaan kuuviivat mm. käsitteet hoidon jatkuvuus, lääkärin ammattitaito, lääkärin huolenpito, tiedon antaminen potilaalle, potilaan vakavasti ottaminen, luottamus ja kunnioitus lääkärinä kohtaan sekä koettu hyöty yhdessä hoitoon liittyvän tyytyväisyyden kanssa. Epäomistuneeseen kohtaan kuuluu lääkärin käsitteitä olivat pettymyksen tunne, vihaisuus ja katkeruus liittyneenä välinpitämättömyyden kokemiseen. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt potilaina olivat loppuolosuhteita. He halusivat hyötyä käynnistään, kun he vihdoin olivat päättäneet mennä lääkärin. Toisaalta pettymys hoidonantajaan heijastui negatiivisena suhtautumisena koko terveydenhuoltojärjestelmään. Jos potilas ei kokenut, että käynnistä oli hänelle jotain hyötyä.</p>
<p>Paljärvi, Solli. 2012. Suomi. Muuttuva kotihoito 15 vuoden seuranta tutkimus Kuopion kotihoidon organisoimista, sisällöstä ja laadusta</p> <p>Väitöskirja Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta Itä-Suomen yliopisto</p>	<p>Analysoida kotihoidon käsitettä ja sisältöä ja kuvata ja tulkita kotihoidon ja sen toimintaympäristön muutoksia 15 v. aikana 1994-2009</p> <p>Arvioida kotihoidon laadun muutoksia 15 vuoden aikana vanhussasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana ja selittää tulkitsevasti integroinnin yhteyksiä näihin muutoksiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen aineisto koottiin valtionohjauksiasiakirjoista tutkimuskunnan asiakirjoista ja tilastoista kotihoidon asiakkailta (n = 66-84) haastattelulla sekä omaisilta (n = 73-78) ja työntekijöiltä (n = 68-136) kyselyillä viitena eri ajanjaksona vuosina 1994-2009.</p>	<p>Kotihoidon laatu kolmen vastaajaryhmän arvioimana oli seuranta-ajan aikana muuttunut vain vähän. Asiakkaiden mukaan se oli parantunut asiakkaalle annettun ajan riittävydessä ja hoidon saatavuudessa sekä neuvonnassa, ohjauksessa ja tiedotuksessa. Taustatekijöistä vain itse arvioitu terveys oli tilastollisesti merkittävästi yhteydessä yleiseen asiakastytyväisyyteen sekä laatuun kuvaavien kolmen summamuuttujan vaihteluihin. Terveystensa vähintään keskinäiseksi kokeneet olivat tyytyväisempiä kotihoitoon yleensä sekä arvioivat kotihoitoon tarvettavuuden paremmaksi, asiakkaalle annettun ajan riittävämmäksi ja ohjauksen, neuvonnan ja tiedotuksen paremmaksi kuin tyytyväisensä huonoksi kokivat.</p>
<p>Kuusela, Maisa. 2014. Suomi. Yleislääkärin vastaanottotapahtuma - näkökulmia laatuun.</p> <p>Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto.</p>	<p>Tutkia yleislääkärin vastaanottotapahtuman laadun eri ulottuvuuksia, erityisesti lääkärin ja potilaan arvioita vastaanottotapahtuman laadusta ja verrata näitä arvioita keskenään.</p>	<p>Materiaali-, tutkija- ja menetelmätriangulaatio Kyselytutkimus (n=2191 vastaanottotapahtumasta n=2167 lääkarivastaajaa ja n= 1777 potilasvastaajaa)</p>	<p>Laatu koostuu tieteellisteknisestä/ammattillisesta osaamisesta, vuorovaikutustaidoista ja taidollisesta laadusta. Kaikki osatekijät olivat varsin hyviä, ja potilaat arvioivat laadun kaikki osatekijät paremmiksi kuin lääkärit. Potilaiden selviytyminen ja voimaantuminen vastaanottotapahtuman jälkeen oli parempaa, mikäli he pitivät vuorovaikutuksen laatuun hyvänä ja lääkäriä omalaakarina. Kyselylomaketurkimus antoi laadusta positiivisemmän kuvan kuin</p>

Litetaulukko 1 jatkoa			
<p>Slekkinen, Mervi. 2014. Suomi. Quality of Radiotherapy Care by Development of e-Feedback Knowledge (Sadenoidon laadun kehittäminen e-tietopalautteen avulla)</p> <p>Väitöskirja.</p> <p>Hoitotieteen laitos, lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto.</p>	<p>Analysoida potilaslahtiotesi sadenoidon laatua ja siinä olevia puutteita.</p> <p>Seivittää potilaiden tiedollisia e-odotuksia sadenoidosta.</p> <p>Kehittää ja arvioida e-Tietopalautteen vaikuttavuutta rintasyöpäpotilaiden näkökulmasta.</p> <p>Kehittää sadenoidon laatua tukemalla potilaan voimavaroistumista e-potilasohjauksen avulla.</p>	<p>Sadehoitopotilaat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) HYVA HOITO potilasversio – mittari (n=134)</li> <li>2) avoin kyselylomake, tiedolliset e-odotukset sadenoidosta ennen ens. sadenhoitoa, sadenhoitojakson puolivälissä ja lopussa (n=100)</li> <li>3) e-Tietopalaute –intervention kehittäminen</li> <li>4) satunnaiskontrolloitu koeryhmä (n=65) arvioi e-Tietopalauteen ja kontrolliryhmä (n=63) sai tavanomaisen ohjauksen</li> </ol> <p>Potilasaineisto: Kyselytutkimus vuodeosastolla ja poliklinikoilla hoideutuvia alkupuolitalta N=2718 Ihmisläheisen hoidon mittari (RILH) (muokattu) Mittarista muodostettu 6 keskiarvosummamuuttuja: henkiloiston ammattisuus, hoitoon osallistuminen ja tiedon saanti, fyysisin tarpeisiin vastaaminen, henkiloitoresturssointi, kipujen ja peikkojen lievittäminen, henkiloiston yhteistyö.</p>	<p>tutkijoiden potilassasiakirjojen ja videointien avulla tekemät arvioit: Potilassasiakirjat oli laadittu puutteellisesti ja potilassasiakirjajärjestelmät vaikuttivat potilassasiakirjojen laatuun. Tutkijoiden arvioimana lääkäreiden vuorovaihtustaidot olivat keskimäärin tyydyttävät. Lääkärin virkaehtosopimus ei näyttänyt vaikuttavan potilaan kokemaan laatuun, mutta väestövastuuääkkarit kokivat sekä oman työnsä ammatillisen laadun että vuorovaihtustaitonsa paremmaksi kuin muut lääkärit.</p> <p>Sadehoitopotilaat kokivat hoidon laadun hyväksi. Puutteita koettiin potilasohjauksessa. Sadehoitopotilaiden tiedolliset odotukset Internetissä koskivat bio-fysiologista ja toiminnallista tietoa. Tutkimuksessa kehitettiin ja arvioitiin e-Tietopalaute. Kun rintasyöpäpotilaat käyttivät sitä, heidän tietonsa sadenoidon sivuvaikutuksista ja niiden hoidosta lisääntyi merkittävästi. Myös elämäntaatu parani ja ahdistus väheni sadenhoitojakson alusta kolme kuukautta sadenoidon päättymisen jälkeen. Lisämällä potilaan ymmärrystä omasta tiedon tasostaan voidaan potilaan voimavaroistumista tukea. Tulokset tukevat voimavaroistavan potilasohjauksen teoriaa.</p> <p>Potilasta 77 % arvioi hoidon erinomaiseksi. Parhaimmin toteutuneiksi osa-alueiksi vastasivat arvioivat henkiloiston ammatillisuuden (90 % <math>\geq 4</math>) ja henkiloiston yhteistyön (83 % <math>\geq 4</math>). Heikoimmat arvioinnit annettiin <b>kipujen ja peikkojen lievittämisestä (64 % <math>\geq 4</math>) ja henkiloitoresturssista (69 % <math>\geq 4</math>).</b></p> <p>Taustamuuttujista iällä, sukupuoliella, koulutustasustalla, sairaalaan tulotavalla, lääkäreille ja hoitajille annettulla arvosanomilla oli tilastollisesti merkisevä yhteys hoidon laatuun. Hoidon laadun arvioimisessa menetettiin korkeakoulututkimon suorittaneet ja päivätyöksensä sairaalaan tulleet olivat kriittisimpiä. Iän kasvaessa hoidon laadun arviointi oli korkeampi. Hyvä yleisrosana lääkäreiden ja hoitajien toteuttamasta hoidosta entelli hoidon laadun erinomaisuuden arvioinnin mahdollisuuden kasvamista.</p>
<p>Mantynen, Vehnäläinen-Julkunen, Meitinen &amp; Kvist 2015. Suomi. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta?</p> <p>Tieteellinen artikkeli.</p>	<p>Kuvalta potilaiden arvioimaa hoidon laadun ja hoitohenkilökunnan arvioimaa työtyytyväisyyden ja hoitotyön johtamisen erinomaisuutta ja taustamuuttujien yhteyttä niihin. Hoidon laadun osalta tutkimusongelmana oli: Miten erinomaiseksi potilaat arvioivat saamansa hoidon <b>laadun? (erinomainen ka. <math>\geq 4</math>)</b></p>		
	<p>Tutkia palkkausjärjestelmän yhteyttä laatuun</p> <p>Loytää sopivia välineitä yleislaakarin vastaanottotapahtuman laadun arviointiin.</p>	<p>Potilassasiakirja-analyysi (n = 175) ja Vastaanottotapahtumien videointi (n = 20).</p> <p>Analyysissä käytiin kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia menetelmiä.</p>	

## LIITETAULUKKO 2. TERVEYDENHUOLLON KANSAINVÄLISIÄ LAATUTUTKIMUKSIA V. 1975-2014

Tekijä, julkaisuvuosi, maa, julkaisu	Tavoite	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Risser, 1975, USA. Development of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Nurses and Nursing Care in Primary Care Settings	Kehittää mittari mittaamaan potilastyytyväisyyttä hoitotyössä käyttäen haastattelua-, kyselytutkimusmenetelmää sekä kirjallisuuskatsauksen avulla.	Kirjallisuuskatsaus v. 1957 - 1974 Kaksi tutkimusta sisätautilääkärin ja yleislääkärin potilaille n= 78 ja n=60 käyttäen 5-portaista Likert -asteikkoa	Potilastyytyväisyyden ulottuvuudet: Teknis-ammattilinen käyttäytyminen (hoitajan osaaminen, fyysinen huolenpito potilaasta, asiantuntemus sairaanhoidon toteuttamisessa), persoonalliset ominaisuudet ja ihmissuhdetiedot (ulkoinen vaikutelma, ystävällisyys, luottamuksellisuus), luottamussuhde (sanaton ja sanallinen vuorovaikutus, kiinnostus potilaasta, herkyys potilaille ja heidän tunteilleen, kuuntelutaito), ohjaaminen ja opettaminen (informaation valinto potilaan ja hoitajan välillä, vastaaminen kysymyksiin, selittäminen ja havainnollistaminen).
Ware, Davies-Avery & Stewart, 1977, USA The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction: a Review of the Literature.	1) Määritellä potilastyytyväisyyden käsite ja tunnistaa sen keskeisimmät ulottuvuudet 2) Arvioida potilastyytyväisyyden mittaamisen tilaa, erityisesti sen validiteettia ja reliabiliteettia 3) Arvioida potilastyytyväisyyskäsitteen käytettävyyttä riippumattomana ja riippuvana muuttujana terveyden- ja sairaanhoidon tutkimuksessa	Kirjallisuuskatsaus v. 1953-1976 111 teoreettista ja empiiristä tutkimusta	Käsitteistö: 1) tyytyväisyys on moniulotteinen käsite ja ulottuvuudet ovat jossain määrin yhteenkuluvia, 2) tutkimukset, joissa mitattiin tiettyjä potilastyytyväisyyden ulottuvuuksia, tuottivat empiiristä näyttöä potilastyytyväisyyden ulottuvuuksien validiteetin tueksi, 3) tutkimusnäyttö osoittaa, että palveluntuottajan ja sairaanhoidon palvelujen ominaispiirteet vaikuttavat potilastyytyväisyyden arvioihin ja 4) potilastyytyväisyys - käsite on yhteydessä terveys- ja sairauskäyttäytymiseen. Potilastyytyväisyyden ulottuvuudet: hoitotaito, hoidon tekninen laatu, saatavuus / mukavuus, taloudelliset tekijät, fyysinen ympäristö, käytettävyyden jatkuvuus ja tehokkuus / hoidon tulokset. 11 / 81 empiirisessä tutkimuksessa oli arvioitu tutkimuksen reliabiliteettia. Validiteetin arviointi liittyi terveyden ja sairaanhoidon palveluiden arviointiin sekä terveys- ja sairaus-käyttäytymisen ennusteeseen. Potilastyytyväisyys toimi riippuvana muuttujana. Sosiodemografisten muuttujien vaikutusta oli raportoitu 14 / 81 tutkimuksessa ja muuttujista iällä, koulutustasolla, perheen koolla oli vaikutusta tyytyväisyyteen.
Hall & Dornan, 1988a, USA. A Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels.	Kuvata potilastyytyväisyys-tutkimusala, erilaisten menetelmien luonnetta ja käyttötohteyttä: analysoida tyytyväisyyden tasoja; tutkia potilaiden tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä.	Meta-analyysi n=221 artikkelia, v. 1966-1986 Sisällyttämisen kriteerit: -kvantitatiivisesti mitattu tyytyväisyys lääkäri-palveluihin, -vähintään yhden muun muuttujan ja tyytyväisyyden välinen yhteys raportoitu, -tutkimus julkaistu englanninkielisessä julkaisussa, kirjassa tai hallinnon dokumentissa, -otoskoko vähintään 10 tai enemmän.	Analysoidusta tutkimuksista 84 % oli tehty USA:ssa (n=211), niissä tyytyväisyyttä oli mitattu 27 % poliklinikalla, 9 % sairaalaoastolla, 28 % vastaajien kotona sekä mm. postitse 16 % ja puhelimitse 10 % (n=213). Tyytyväisyyttä oli mitattu 78 % (n=196) välittömästi, 7 % viikon sisällä, 1-2 viikon aikana 6 % ja yli 2 viikon jälkeen 9 % tapahtumasta. 14 % (n=221) tutkimuksista oli kokeellisia. Tyytyväisyyden näkökulmat: tyytyväisyys palveluiden a) saatavuuteen, b) kustannuksiin, c) laatuun, d) yhteydenhoitoon, e) osaamiseen, f) tiedonsaantiin, g) toiminnan järjestelyihin, h) fyysisiin olosuhteisiin, i) psykososiaalisten ongelmien huomioon ottamiseen, j) hoidon jatkuvuuteen ja k) hoidon lopputulokseen. 25% (n=221) tutkimuksista oli 1, 46 %:ssa 2-4 ja 29 %:ssa oli yli 5 tyytyväisyyden näkökulmaa. Vastaajien tyytyväisyyteen vaikuttii lääkäriin työkokemus: vastaajat olivat tyytyväisempiä, jos lääkäriin työkokemus oli vähäinen. Palveluja käyttävät potilaat olivat tyytyväisempiä kuin väestö. Kysyttäessä tyytyväisyyttä tiedystä palvelutapahtumasta olivat vastaajat tyytyväisempiä kuin kysyttäessä tyytyväisyyttä yleisellä tasolla. Korkeampaa tyytyväisyyttä tuotti mittari, jota ei oltu käytetty aikaisemmin.
Hall & Dornan, 1988b, USA. What patients like about their medical care and how often they are	Tutkia potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa ja mitä tyytyväisyyden osa-alueita on tutkimuksissa selvitetty.	Meta-analyysi n=221 artikkelia v. 1966-1986 Sisällyttämisen kriteerit: -kvantitatiivisesti mitattu	Analyysissä tyytyväisyyttä tarkasteltiin seuraavien ulottuvuuksien mukaisesti: tyytyväisyys palveluiden a) saatavuuteen, b) kustannuksiin, c) laatuun, d) yhteydenhoitoon, e) tiedonsaantiin, f) toiminnan järjestelyihin, g) toiminnan järjestelyihin, h) fyysisiin olosuhteisiin, i) psykososiaalisten ongelmien huomioon ottamiseen, j) hoidon jatkuvuuteen ja k) hoidon lopputulokseen. Em. osa-alueista



<p>Liitetäulukko 2 jatkoa</p> <p>asked: A meta-analysis of the satisfaction literature.</p>		<p>tyytyväisyys lääkäri-palveluihin, -vähintään yhden muun muuttujan ja tyytyväisyyden välinen yhteys raportoitu, - tutkimus julkaisti englanninkielisessä julkaisussa, kirjassa tai hallinnon dokumentissa, -otoskoko vähintään 10 tai enemmän.</p>	<p>tyytyväisyys oli arvioitu korkealle c, d, e, k ja h - ja matalalle a, f, b, g, i, j – ulottuvuuksilla. Nämä osa-alueiden arvioinnit perustuvat 107/1221 tutkimuksesta 143/221 tutkimuksesta (65 %) oli tarkasteltu tyytyväisyyttä henkilökohtaan ihmisiällyksen näkökulmasta, 111/221 (50 %) tiedonsaannin, 100/221 (45 %) laadun ja 95/221 (43 %) henkilökohtaan osaamisen näkökulmista. Vain 7/221 tutkimuksesta (3 %) oli tarkasteltu tyytyväisyyttä psykososiaalisten ongelmien huomioon ottamisen, 10 / 221 (4 %) hoidon jatkuvuuden sekä 13 / 221 (6 %) hoidon lopputuloksen näkökulmasta.</p>
<p>Hall &amp; Dorman, 1990. USA. Patient socio-demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis.</p>	<p>Potilaiden sosiodemografisten tekijöiden (ikä, ehtinen taudista, sukupuoli, sosioekonominen status, siviilisääty, perheen koko) yhteys tyytyväisyyteensä sairaanhoidosta</p>	<p>Meta-analyysi, 221 tutkimusta tai artikkelia</p>	<p>Iäkkäät ja vähemmän koulutetut olivat merkittävästi tyytyväisempiä. Avioliitossa olevat sekä he, jollia oli korkeampi koulutustausta, olivat vähän tyytyväisempiä. Eriisiä tautisia, sukupuolella, tulolla ja perheen koolla ei ollut yhteyttä tyytyväisyyteen. Ika erotui tauditekiäjästä tyytyväisyyttä selittäväksi tekijänä.</p>
<p>Sitza &amp; Wood, 1997. UK. Patient satisfaction: A review of issues and concepts</p>	<p>Tutkia potilastytytyväisyyden mittaamista ja kastiheen määrittelyä</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus yli sata julkaisua v. 1964-1997</p>	<p>Potilastytytyväisyyden ulottuvuuksia tarkastellaan kirjallisuuden pohjalta edeten ajassa. Esille nousevat: riittävät fasiliteetit, organisaation tehokkuus, ammatilliset pätevyysvaatimukset ja henkilöstön pätevyys, hoidon vaikuttavuus, kustannukset, mukavuus, palveluntarjoajan henkilökohtaiset ominaisuudet, ihmissuhdetaidot, koettu hoidon laatu, tekninen hoidon laatu, saatavuus ja saavutettavuus, taloustekijät, tehokkuus/hoidon tulokset, hoidon jatkuvuus, fyysinen ympäristö, potilasonjous ja potilaiden informoiminen. Heikkoutena katsauksessa todetaan, että teoreettisten mallien kehittämistyö on keskeyttänyt tyytyväisyyttutkimusten tuloksiin, eikä kyseenalaistamaan kastiheen "tytytyväisyys" ja sen "mittaminen" teoreettista perustaa. Myös kriiteeristöjen perustuminen johdon ja ammatillisten näkemysiin sen sijaan, että korostettaisiin kokemuskellista näkökulmaa hoidosta, saa osakseen kehittämisaatetta.</p>
<p>Wensing, Jung, Mainz, Olesen &amp; Grof, 1998. Alankomaat. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain.</p>	<p>Tehda ensimmäinen systemaattinen kirjallisuuskatsaus potilaiden prioriteeteista perusterveydenhuolossa. Tutkimuskysymykset: 1) Mitkä hoitoon liittyvät tekijät on sisällytetty ja mita tutkimusmenetelmä on käytetty tutkittaessa potilaiden prioriteetteja perusterveydenhuolossa tai terveydenhuolossa yleensä? 2) Mitä tekijöitä hoidossa potillaat näkevät tärkeinä laadun kannalta perusterveydenhuolossa?</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus n=57 Sisällyttämisen kriiteeri: (a) tutkimus keskittyi perusterveydenhuoltoon tai terveydenhuoltoon yleensä (b) potilaita kysyttiin painopisteitä terveydenhuollon osalta ja (c) määrälliset tulokset raportoitiiin ilman laadullisia kuvia, paitsi avoimia kysymysten vastauksia</p>	<p>Hoidon osatekijät: saatavuus ja saavutettavuus (odotusaika, joustavuus, puhelinkonsultit, fyysinen ja taloudellinen saavutettavuus), organisaatio ja yhteistyö (tilat, jatkuvuus, yhteistyö, tehokkuus, saatavilla erityispalveluita), lääketieteellinen hoito (tehokkuus, potilas määrä, kompetenssi) lääkäri-potilassuhde (inhimillisyys, tutustuminen potilaan tarpeisiin, potilaiden osallistuminen päätöksenteoon, aika potilashuoltoon, potilaiden yksittäisyys) Informaatio ja tuki (informaatio, omatoimisuuteen kannustaminen, ohjaus, omaisten tukeminen), johtopäätöksenä todettiin, että tieto potilaiden prioriteeteista terveydenhuolossa on tärkeää, mutta tutkimusmenetelmä tulee kehittää, jotta nämä prioriteetit voitaisiin yksilöidä.</p>

Liitetäulukko 2 jatkuu



<p>Liitetaulukko 2 Jatkoa</p> <p>Larrabee &amp; Bolden. 2001. USA. Defining patient-perceived quality of nursing care.</p>	<p>1) Tunnistaa hoitotyön laadun ulottuvuudet sairaalaan potilaan näkökulmasta</p> <p>Verrata näitä ulottuvuuksia: 2) muilla laadullisilla tutkimuksilla saatuihin laadun määrittelyihin potilaan näkökulmasta 3) valittuihin hoitotyön potilastyytyväisyys-mittareihin</p>	<p>Laadullinen tutkimus</p> <p>Harkittu otos</p> <p>199 aikuista sairaalapotilasta haastattelu, "kuvaus hyvästä hoitotyöstä"</p> <p>Kirjallisuuskatsaus v. 1957–2001</p> <p>19 laadullista tutkimusta 40 potilas-tyytyväisyysmittaria</p>	<p>Sisällön analyysissa nousi esille viisi teemaa: 1) potilaan tarpeisiin vastaaminen (huolen pitäminen, voinin tarkistaminen, pyyntöihin vastaaminen, kivun lievittäminen, tarkan tiedon antaminen, miellyttävän ympäristön tarjoaminen) 2) miellyttävä kohtelu (hyvä, kunnioittava, karsivallinen kohtelu ja positiivinen asenne) 3) potilaasta huolehtiminen (potilasta varten oleminen, välittämisen ja huolenpidon osoittaminen) 4) pätevä hoitaminen (asiantunteva osaaminen, tavoitteena erinomainen laatu) 5) nopea avun antaminen.</p> <p>Kirjallisuuskatsuksen tutkimuksissa korostuivat em. lisäksi hoidon jatkuvuus, potilaan valinnanvapaus, sairaalan imago, sosiokulttuurinen ilmapilvi ja ympäristö</p>
<p>Attree. 2001. UK</p> <p>A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care.</p>	<p>Tutkia potilaiden ja omaisten sekä ammattihenkilöiden ja hoitajien käsityksiä ja kriteereitä kasitteen "hoidon laatu" arvioinnissa.</p>	<p>Kvalitatiivinen, grounded teoria –menetelmä. Puolistrukturoitu haastattelu. Harkittu otos. n=34 potilasta n=7 omaista n=36 sairaanhoitajaa, lääkäriä ja hoitajaa</p>	<p>Tuloksena oli kolme laadukkaan hoidon kriteeriluokkaa, jotka olivat identifioitavissa kaikissa vastaajaryhmissä: hoidon voimavarat, prosessit ja tulokset. Resurssikriteeri piti sisällään henkiloistovoimavarat sekä ympäristön / fyysiset ja taloudelliset voimavarat. Prosessikriteereitä olivat hoitotoiminnot, käytännöt ja standardit sekä ihmishuone-prosessit. Alto, vastavuoroinen suhde ammattilaisen ja potilaan välillä nähtiin tärkeäksi osaksi laadukasta hoitoa potilaiden, sairaanhoitajien ja hoitajien vastauksissa. lääkäreiden vastauksissa mainintoja oli vähemmän. Lopputulos kriteerit olivat joko potilaskeskisiä: hyvinvoinnin ja onnen tunne, tiedonsaanti ja tyytyväisyys tai terveyteen liittyviä: edistyminen terveysongelmissa ja tavoitteissa, kotiutuminen.</p>
<p>Johansson, Oleni, &amp; Fridlund. 2002. Ruotsi. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study.</p>	<p>Kuvata, millainen vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen on:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• potilaiden sosiaalisilla taustamuuttujilla</li> <li>• potilaiden subjektiivisilla arvioilla terveydenhuollosta</li> <li>• hoitajien hoidolla</li> <li>• terveydenhuollon järjestämisellä</li> </ul>	<p>Kirjallisuuskatsaus. v. 1987–1999</p> <p>n= 30 potilastyytyväisyyttä käsittelevää artikkelia, Iso-Britanniasta, Ruotsista ja USA:sta</p>	<p>Potilastyytyväisyyteen vaikuttaa 8 tekijää, jotka kuuluvat 3 pääluokkaan: 1) potilaan taustatekijät: potilaan sosiodemografinen tausta ja odotukset, 2) hoitajien toiminta: lääketieteellinen ja tekninen kompetenssi, vuorovaikutus ja tiedonanto, hoitajan ja potilaan väliset suhteet, mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, 3) organisaatitekijät: fyysinen ympäristö ja organisatoriset tekijät</p>
<p>Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards &amp; Chandola. 2002. Skotlantti. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care.</p>	<p>Selvittää, mitkä tekijät terveydenhuollossa vaikuttavat potilastyytyväisyyteen ja halukkuuteen suosittelua sairaanhoitopaiveleluja muille</p> <p>Tutkia missä määrin tyytyväisyys on merkitsevä indikaattori potilaan terveydenhuollon palvelujen kokemuksen arviointiin.</p>	<p>Kyselytutkimus n= 2249 satunnaisotos</p>	<p>Lähes 90 % vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Ikä ja oma arvio terveydentilasta olivat heikoisti yhteydessä tyytyväisyyteen. Tärkeimpiä potilaiden tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä olivat fyysinen mukavuus, henkinen tuki ja potilaan mieltymysten kunnioittaminen.</p> <p>Tutkimuksen tulosten todettiin antavan rajoittuneen ja optimistisen kuvan potilastyytyväisyydestä. Yksityiskohtaisimmat kysymykset tietyistä potilaan kokemuksista tuottaisivat todennäköisemmin enemmän hyötyä toiminnan seurannasta ja siitä, miten terveydenhuolto voitaisiin kehittää.</p>
<p>De Bruin, Howell, Bedford, Corcoran &amp; Kelly. 2002. Irlanti. Outpatient experiences in acute hospitals.</p>	<p>Arvioida poliklinikkapotilaiden näkemyksiä palvelun laadusta</p>	<p>Kyselytutkimus n=2300</p> <p>5-portainen Likert -asteikko</p>	<p>Tyytyväisyyden aste oli korkea (94 %). Logistisen regressiomallin mukaan, ikä (vanhempi), sukupuoli (mies), kiputaso (ei kipua), hoitoon liittyvä päätöksenteko (halu osallistua enemmän) ja tyytyväisyys odotusaikaan lisäsivät merkittävästi todennäköisyyttä yleiseen tyytyväisyyteen. Potilaat esittivät kehittämissarpeita odotusaikoihin, kivun huomioiduun ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon osallistumiseen.</p>
<p>Renholm, Leino-Kilpi &amp; Suominen. 2002. Suomi.</p>	<p>Selvittää, miten standardoidut hoitopolut (critical pathways) vaikuttavat potilaan hoitoon.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus v. 1982-2000</p>	<p>Standardoituun hoitopolkujen käyttö vähentää hoitokuluja ja lyhentää potilaan sairaalassaoloaika. Niillä on myös myönteinen vaikutus hoidon tuloksiin, kuten parantuneeseen hoitoon laatuun ja</p>

Litteitaulukko 2 jatkoa  Critical pathways. A systematic review.	osoittaa, mille diagnoosistidomaisille potilasryhmille tutkimusta hoitopoliista on tehty sekä etsiä menetelmiä, joita on käytetty hoitopolkuihin liittyvissä tutkimuksissa	n=53	potilaiden tyytyväisyyteen, hoidon ja tiedonkulun parempaan jatkuvuuteen ja potilasohjaukseen. Hoitopolkuja on kehitetty mm. versonkirurgisille, ortopedisille, neurologisille ja syöpäpotilaille. Usein hoitopolut oli kehitetty ammattihenkilöiden toimesta, harvemmin esim. haastateltavilla potillaista.
Leon, 2003. Costa Rica. Perceptions of health care quality in Central America.	Tutkia käytätäjien käsityksiä terveydenhuollon palveluiden laadusta valikoitulla maaseudun ja kaupunkien alueilla kolmessa Yhd.-Amerikan maassa.	Focusryhmahaastattelu n=351 (7-12 / ryhmä) Teemoina: saatavissa olevat terveyspalvelut, palveluiden käytönmahdollisuudet, tyytyväisyys hoidon eri osa-alueisiin, ehittämissuhteudet.	Osaalisuudet arvioivat yksittäisen hoidon parhaimmaksi, mutta illan kalliiksi. Suurimmat huolen aiheet olivat nopea hoitoon pääsy luotattavalle lääkärille, tehokas ja halpa lääkitys ja huomion kiinnittäminen laatuun julkisissa sairaaloissa. Maaseudun köyhä väestö toi julk. tarpeen peruspalveluista, eikä kiinnittänyt juurikaan huomiota laatuun. Potilaalle osoitettu vähäinen henkilökohtainen huomio, epäkunnioittava asenne, epäyhtäläisten ja syyttävien sanojen käyttö saivat osakseen eniten valituksia haastateltuilta.
Bower, Roland, Campbell & Mead. 2003. UK. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey	Tutkia potilaiden näkemyksiä hoidon saatavuudesta ja hoidon jatkuvuudesta perusterveydenhuollossa	Kyselytutkimus n=21 905 perusterveydenhuollon lääkärin vastaanoton potilaille	Potilaiden hoitotyytyväisyyden standardit täyttyivät, kun he tapasivat tietyn, nimetyn lääkärin ajanvarauksesta seuraavana päivänä ja kun vastaanottole päätyn odotusaika jäi 6-10 minuuttiin. Hoidon jatkuvuutta arvioitessa saman lääkärin tapaaminen "enemmän aikaa" lisäsi tyytyväisyyttä.
Jung, Baerveldt, Olesen, Groj & Wensing -2003. Alankomaat. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis.	Tunnistaa kulttuuristen ja demografisten tekijöiden sekä terveydenhuollon kognitiivien odotusten välinen yhteys.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus v. 1974 -2000 n=145 Sisällyttämisen kriteerit: a) keskitettyminen ensisijaisesti terveydenhuoltoon b) tutkimuksen kohteena potilaan mieltymykset terveydenhuoltoon kohtaan c) potilaan ominaispiirteet raportoitu kvantitatiivisesti ennustekijoina terveydenhuollon mieltymyksiin d) potilaan ominaisuuksien ja erityismieltymysten välisen suhteen tutkimus.	145 tutkimuksessa oli yhteensä 2276 potilasryhmien välisiä vertailua. Kaikista vertailuista 607 (27 %) oli merkisevä yhteys potilaan ominaisuuksien ja mieltymysten välillä. Ika ja taloudellinen asema liittyvät merkisevästi potilaan mieltymyksiin. Nuoremmat asiakkaat pitivät tärkeänä nopeaa pääsya erikoislääkärin hoitoon, vanhemmat vastaajat hoidon jatkuvuutta ja sitä, että lääkäri tekee asiakkaan terveyttä koskevia päätöksiä. Koulutus, terveydentila, perheillanne, sukupuoli ja terveyspalvelujen käyttö liittyvät merkisevästi potilaan mieltymyksiin alle 25 % vertailuista. Uskonto ja etninen tausta selittivät merkittävimmin mieltymyksiä, kuitenkin näitä ominaisuuksia oli tutkittu varsin vähän. Potilaat, joilla oli huonompi terveydentila, pitivät tärkeinä sairauten liittyviä teemoja, kuten lääkkeenäryksiä, tiedonsaamista, henkilökohtaista huomiota sekä arvosivat lyhyempiä odotusaikoja enemmän kuin potilaat, joilla oli parempi terveys. He puolestaan arvosivat sairauksien ehkäisyä, kuren rokotuksia ja säännöllisiä terveysstarkastuksia enemmän verrattuna potillaisiin, joilla oli huonompi terveydentila.
Harteloh, 2003. Alankomaat. The Meaning of Quality In Health Care: A Conceptual Analysis.	Ymmärtää ja selittää erilaisia terveydenhuollon laadun määrittämiä ja tehdä kassiteanalyysi.	Kassiteanalyysi Analysoitu materiaali on koottu Alankomaissa ilmestyneistä vaikutusvaltaisista julkaisuista	Potilaiden mieltymysten parempi ymmärtäminen voi johtaa entistä potillaaseen keskittyvämpään lähestymistapaan ja siten suurempaan potilaiden tyytyväisyyteen, parempaan hoito-ohjeiden noudattamiseen ja vähäiseen palvelujen käyttöön. Laatu ei ole olelemassa sellaisenaan, se konstruoituu ihmisten välisessä kanssakäymisessä. Laatu kassiteella voidaan nähdä olevan sekä kuvaava, deskriptiivinen että määräävä / suositteleva preskriptiivinen merkitys. Deskriptiivisena määrääne laatu kuva hoidon ominaisuuksia, antaa merkityksen termille tai ilmiölle ja preskriptiivisena se on

Liferaulukko 2 Jatkoa	Naidu. 2009. Intia. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality.	v. 1970-2000 n=30 (lähdeluettelon mukaan)	etukäteen asetettu hoidon mittari tai arviointikategoria. Preskriptiivinen määritelmä on sosiaalinen sopimus, joka perustuu viestinnän tai puheen sääntöihin ja tarjota yhdenmukaisen tavan toimia määrättyssä kontekstissa. Kummankinlaisia määritelmiä voidaan tunnistaa keskustelussa hoidon laadusta.
Naidu. 2009. Intia. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality.	Rakentaa kattava käsitteellinen malli potilaiden tyytyväisyyspohjaisten terveydenhuollon laatuun vaikuttavien muuttujien ymmärtämiseksi ja mittaamiseksi.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus n=24	Potilastytyväisyys on moniulotteinen terveydenhuollon konstruktiio, johon vaikuttavat monet muuttajat (kuten hoitoon pääsy, hoidon laatu, kustannukset, lääkärin rooli ja käyttäytyminen sekä aineelliset tekijät). Potilaan terveyspalvelujen laatuksitukset edeltävät potilas-tyytyväisyyttä, joka puolestaan vaikuttaa positiivisesti potilaan käyttäytymiseen, kuten uskollisuuteen, palvelujen suosittelamiseen sukulaisille ja ystäville. Potilaiden tyytyväisyyttä ja terveydenhuollon palvelujen laatua, vaikka niitä on vaikea mitata, voidaan operatiivisoida käyttäen monitieteistä lähestymistapaa, jossa yhdistyvät potilaan osuus ja asiantuntija-arvio.
Adler, Vasiliadis & Bickell. 2010. USA. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review.	Arvioida hoidon jatkuvuuden, joille on ominaista jatkuva, suora ja face-to-face kontakti alkuisen potilaan ja lääkärin välillä, sekä potilastytyväisyyden suhdetta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus v. 1981-2007 263 artikkelia, joista tutkimukseen sisällyttämisen kriteerit täytti 12 artikkelia	12 tutkimuksessa oli mukana yhteensä 56 186 tutkittavaa (n. 100 - 22 000 osallistujaa/tutkimus). Tutkittavien keski-ikä vaihteli 39–65 vuoden välillä, vastaajista 61 % oli naisia. Jatkuvuudella oli vaihteleva vaikutus potilaiden tyytyväisyyteen; osassa tutkimuksia yhteys oli merkitsevä, osassa yhteys oli heikko ja joissakin yhteyttä hoidon jatkuvuuden ja potilastytyväisyyden välillä ei ollut osoitettavissa lainkaan. Johtopäätöksenä todetaan pitkätaikaturkimuksen tarve, miten terveydenhuoltojärjestelmän muutokset vaikuttavat hoidon jatkuvuuteen ja potilaan tyytyväisyyteen.
Voutilainen; Kvist; Sherwood & Vehviläinen-Julkunen. 2014. Suomi. A New Look at Patient Satisfaction. Learning From Self-Organized Maps.	Esitellä itsejärjestäytyvä piirrekartta (SOM) ja havainnollistaa sen käyttöä potilastytyväisyystietojen louhinnassa sekä tulkia vastaajakadon vaikutuksia tutkimuksen tuloksiin.	Kyselytutkimus The Revised Humane Caring Scale (RHCS) 2008 (n=7139) 2010 (n=7188) satunnaistettu otos, avo- ja osastolla olleet potilaat yhdessä yliopisto- ja kolmessa keskussairaalaassa (yhteensä n= 14327)	SOM osoittautui hyödylliseksi analysoitaessa suurta tutkimustietojoukkoa. SOM -analyysin ja logistisen regressio kombinaatiolla saatiin tuloksena tyytyväisyyden tason, tyytyväisyyden eri osa-alueiden ja kadon välinen yhteys. Potilaan tyytyväisyys kasvaa iän mukana, mutta myös vastaajakadon osuus kasvaa, mikä voi vääristää yleistä käsitystä. Päivystyksenä sairaalaan tulo ja yksin asuminen olivat yhteydessä vähäiseen tyytyväisyyteen. Tutkimukset sairaalaan tulon syynä sekä korkeakoulu- ja ammattikorkeakoulututkinto ennustivat kuulamista keski-ikäisten tyytyväisten ryhmään verrattuna erittäin tyytyväisten ryhmään. Sukupuolella ja ammatilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä arviointeihin.
Pantouvakis & Bouranta. 2014. Kreikka. Quality and price – impact on patient satisfaction	Tehdä synteesi nykyisistä laadunmittaus malleista, amerikkalaisesta ja pohjoismaisesta, ja soveltaa niitä terveydenhuollon tutkimukseen. lähtökohtana: laatu ennustaa potilastytyväisyyttä.	Kyselytutkimus n=1298 satunnaistettu otos 5 julkisissa ja 4 yliopistosairaalaassa olleesta potilaasta. Multinominiaalinen logistinen malli	Potilastytyväisyys ja palvelun laatu ovat moniulotteisia konstruktiioita. Kolmiulotteinen palvelun laadun malli (Lehtinen ja Lehtinen 1982): vuorovaikutus (tiedonanto, perusteellinen hoito, kohteliasuus ja huomiointi, ymmärrys, henkilöstön saatavuus ja halu auttaa), fyysinen (yhteyden saliteys, laitteiden laatu, henkilöstön osaaminen ja laatu, turvakapalvelujen laatu, määrä ja valikoima, lisäpalvelut potilaille ja heidän vierailleen, ruokailuun ja rauhan tunne) ja yrityksen laatu (laaketeieteellisten laitteiden laatu ja riittävyys, hallintopalvelut, nopeat vastaukset pyyntöihin, kyky noudattaa luvattuja aikatauluja, odotusaika) sekä näihin ulottuuvuksiin lisätty mukavuus (sairaalan sijainti paattien varrella, saavutettavuus julkisilla liikennevälineillä, sairaalan sijainti suhteessa omaan kotiin) ja kustannukset (maksujen suoraveloitus, kokonaiskustannukset) ennustavat asiakkaan yleistä tyytyväisyyttä.

### LIIETTELAUUKKO 3. PÄIVYSTYSPALVELUIHIN LIITTYVIÄ LAATUTUTKIMUKSIA V. 1990-2012

Tekijä(t), julkaisuvuosi, maa, julkaisu	Tavoite	Aineisto ja menetelmät	Keskeiset tulokset
Mellier & Woolwich. 1990. UK. Triage in accident and emergency departments.	Tutkia huolellisen tuloarvioinnin (triage) vaikutusta potilaiden odotusaikoihin ensiapuyksikössä	Potilaiden potilastiedot viikon ajalta 3/1988 n=902 Hoitajat kokosivat tiedot käyttäen strukturoitua tiedonkeruulomaketta, samaanlaisten tiedonkeruu oli toteutettu 2/1986, jolloin n=822	Vuonna 1988 odotusajalta laakkarille oli pidempi kuin vuonna 1986, mutta aika ammattilaisen arvioinnin ja kokonaisaika ensilavussa olivat lyhyemmät vuonna 1988, mikä selittää potilaiden huolellinen tuloilanteen arviointi: yli 90 % potilasta oli arvioitu 10 min sisällä ensiapun tuloista. Tuloarvioinnissa käytettiin viisiportaisia luokittelua ja kirjeellistä hoitoa vaativat potilaat pääsivät nopeemmin laakkarinvastaanotolle. Nopea hoidon arviointi ilmeni lisääntyneenä tyytyväisyytenä.
Lewis & Woodside. 1992. Kanada. Patient satisfaction with care in the emergency department.	Tutkia potilaiden tyytyväisyyden tasoa ensiapuosastolla	Kyselytutkimus n=152	Potilasta 87,4 – 97,1 % oli tyytyväisiä tai hyvin tyytyväisiä hoitoonsa. Myös hoitoympäristöön oltiin tyytyväisiä. Eniten tyytymättömyyttä ilmeni tiedon saannista, kauan odotusajalta kestää. Vastaajat ilmaisivat lievästä tyytymättömyyttä myös saatettujen huomiointista, potilaan voimien seurantaan ja helpoaa avunsaantia hoitajalta ja yksityisyyden puutetta kohtaan. Potilaiden kehittämisehdotukset parantaa hoitotyötä ensilavussa liittyivät henkilökunnan määrän lisäämistä kirjaisina aikana, asenteen parantamiseen, parempaan seurantaan hoidon aikana ja parempaan tiedonkuluuun. Teknisen kompetenssin ja hoidon tarpeen arvioinnin ohella tarkkainta hoitajan toiminnassa oli positiivinen asenne, jota hoitaja ilmaisi parhaiten hymyilyllä, katsoamalla silmiin sekä olemalla ystävällinen ja kohtelias. Hoitajan tehtävänä oli potilaan hädän ja henkilökohtaisten tarpeiden sekä omaisten huomiointi, odotusajan arviointi ja potilaan informointi siitä.
Raper. 1996. USA. A cognitive approach to patient satisfaction with emergency department nursing care.	Tutkia, kuinka 1)potilaiden yksilölliset erot (mm. Ika, sukupuoli, sivilisaatio, aik. ensiapu käytinten määrä) ja 2) psyykkinen turvallisuus, tiedon antaminen ja tekninen osaaminen vaikuttavat potilastytyväisyyteen ensiapuosaston hoitotyöhön ja 3) miten potilastytyväisyys vaikutti potilaiden halukkuuteen palata kyseiseen ensiapuun	Harkittu otos. n=200 Haastattelututkimus, joko puhelin – tai henkilökohtainen haastattelu 48 h kuluessa pälystyskäynnin jälkeen CECSS, The Consumer Emergency Care satisfaction Scale –mittarilla	Potilaiden tyytyväisyys ensiapuyksikön hoitotyöhön oli merkittävästi yhteydessä potilaan itsensä kokemaan parantamiseen ja sairaalaan pääsymy. Potilaan yksilöllisillä piirteillä, kuten iällä, sukupuoliella, etnisellä taustalla, kroonisilla sairauksilla tai aikaisemmillä käynnillä ei ollut merkittävää yhteyttä potilastytyväisyyteen. Psyykkinen turvallisuus ja tiedon antaminen edistivät merkittävästi potilaiden tyytyväisyyttä ensilavun hoitoon. Tyytyväisyys hoitoon lisäsi merkittävästi potilaiden halukkuutta palata uudelleen kyseiseen ensiapuyksikköön.
Christensen & Olesen. 1998. Tanska. Out of hours service in Denmark. Evaluation five years after reform	Arvioida 1992 virka-ajan ulkopuolisiin palveluihin liittyvän uudistuksen tuoksia Tanskassa. Vertailu tietojia ennen ja jälkeen uudistuksen.	Tiedot kerättiin julkaisuista, kansallisista ja kansainvälisistä artikkeleista ja raporteista ja mm. Tanskan kansallisen terveydenhuollon tilastoista	Virka-ajan ulkopuolisten palveluiden uudistuksen päätulos oli, että potilaat ottavat aina ensin yhteyttä puhelimitse yleislaakariin, joka tekemässä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella ohjaa potilaan vastaanotolle, järjestää potilaalle kotikeynnin tai antaa hoito-ohjeet puhelimesta. Kotikäyntien määrä putosi 46 %:sta 18 %:iin, puhelimeuvonnan osuus kasvoi 24 %:sta 48 %:iin ja lääkärillä käytinten osuus keski lähes ennallaan (24 > 33 %). Monissa lääneissä on käytössä yhtenevä tietojärjestelmä. Asiakkaiden tyytyväisyys palveluun laski pian uudistuksen jälkeen, mutta alkoi taas kasvaa, kun asiakkaat tottuivat palveluun. Syyksi alkuvaiheen laskuun arvioitiin niukka tiedottaminen uudistuksen taustoista. Yleinen potilastytyväisyys v. 1991 ennen uudistusta oli 68 %:n tasoa, v. 1992 pian uudistuksen jälkeen 51% ja 56 %:n tasolla v. 1995. Kun palvelu vastasi asiakkaan odotuksia, yleinen tyytyväisyys nousi 72 %:iin. Tyytyväisyys vakiutusta lääkärinä 1

<p>Liitetaulukko 3 jatkoa Watson, Marshall &amp; Fosbinder. 1999. USA. Elderly patients' perceptions of care in the emergency department. Byrne, Richardson, Brunson &amp; Patel. 2000. UK. Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A &amp; E.</p>	<p>Kuvata iäkkäiden potilaiden käsitäyksiä hoidosta ensiapupoliklinikalla. Verrata potilaiden tyytyväisyyttä ensiapusairaanhoidtajien (Emergency Nurse Practitioners, ENPs) ja perinteiseen lääkäri - sairaanhoidtaja yhdessä työskentelyyn malliin</p>	<p>Kvalitatiivinen, haastattelututkimus n=12 (6 miestä ja 6 naista) iältään 66 – 86 v. Aineiston analyysi sisällön analyysimenetelmällä</p>	<p>kohtaani oli 71 %, mutta ostopäiväliääkäreitä kohtaan heikompi, 62 % a. Analyysissa nousi esille seuraavat teemat: potilaan tiedon tarve tilastaan ja koko hoitoprosessista; odotusaika, sen pituudesta ja syystä informointi; ammatillinen pätevyys ja huolenpito, hyvä kohtelu sekä huumorin käyttö; fyysisen ympäristön, tilojen ja hoitovälineiden suunnittelu ja henkilökohtainen suvaitsevaisuus, joka limeni ymmärryksenä ja kärsivällisyytenä, jos odotukset ensiapupoliklinikkaa tai henkilöstöä kohtaan eivät täytyneet. Kussakin yksikössä potilaat olivat hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Huomattavan tyytyväisiä potilaat olivat ENPs antamaan terveys- ja ensiapuneuvontaan, ENPs perinteistä ensiapuyksikköä todennäköisemmin kertoi, kehen potilaan tuli ottaa yhteyttä, jos he tarvitsevat lisää apua ja neuvoja hoidon päättymisen jälkeen. Potilaskeskeinen, holllistinen lähestymistapa, puhuminen potilaille ja tietojen antaminen (myös kirjallisena) olivat erityisesti ENPs:n vahvuuksia.</p>
<p>Renholm &amp; Suominen. 2000. Suomi. Potilaiden kohtelu päivystysosastolla.</p>	<p>Kuvata 1) potilaiden kokemuksia saamastaan kohtelusta päivystysosastolla, 2) miten potilaiden kohtelussa on kunnioitettu ihmisarvoa, 3) missä määrin potilaat ovat kokeneet hoitajien kommunikoinnin, käyttäytymisen ja toiminnan kunnioittavana ja 4) missä määrin potilaat ovat mielestään saaneet tietoa.</p>	<p>Kyselytutkimus n=101 Hyvä Hoito –mittari, jossa osa-alueina: hoitavan henkilön ominaisuuksia, tehtävää- ja ihmiskeskeisiä hoitotoimintoja, hoidon edellytyksiä ja hoitoprosessin etenemistä. 5-portainen Likert –asteikko.</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja kohteluun, hoito oli ihmisarvoa kunnioittavaa. Potilaat olivat paaosin tyytyväisiä hoitajien toimintaan, tyytymättömiä he olivat tiedonsaanttiin. Vain 14 % vastaajista oli mielestään saanut riittävästi kirjallista materiaalia. Nuoret ja naimattomat potilaat olivat tyytymättömiä saamaansa tietoon. Lähes viidennes vastaajista oli pitänyt odotusaikaa liian pitkänä. Korkeampi koulutustausta lisäsi kriittisyyttä. Neurologiset potilaat olivat tyytymättömiä asioidensa hoitamiseen ja sosiaalisten toimintojen toteutumiseen, kuten omaisten osallistumiseen hoitoon.</p>
<p>McKinley &amp; Roberts, 2001. Patient satisfaction with out of hours primary medical care.</p>	<p>Kuvata virka-ajan ulkopuolisen potilaan ja sijaislääkärin / vakinaisen lääkärimin suhdetta potilaan tyytyväisyyteen neljällä kaupunkeilla alueella Englannissa. Kuvata palvelun ja potilaiden ominaisuuksia Ja potilaiden terveyden-tilaa.</p>	<p>Haastattelututkimus n=1466 vastaanotolla käynyttä potilasta, haastattelu toteutettiin 5 päivän sisällä käynnistä. Haastattelun sisältöalueet: Potilaan ominaisuudet (ikä, suku-puoli, auton käyttömahdollisuus, etnisyyys), palvelun ominaisuudet (palvelu, lääkärityppi, viive, puhelu-tyyppi), annettu hoito (resepti) ja hoidon tulos (koettu parantunut terveydentila)</p>	<p>”Yleinen tyytyväisyys” oli yhteydessä ikään, lääkärityyppiin (ulkoistettu / vakinainen), auton käyttömahdollisuuteen ja terveysryhtyyn. Yhteys tyytyväisyyden osa-alueiden ja potilaan ominaisuuksien (ikä, sukupuoli, etnisyyys, ja auton käyttömahdollisuus) sekä palvelun ominaisuuksien (lääkärityppi ja viive tarpeen ja vastaanoton välillä), annettiin reseptiä sekä terveysryhty oli vaihteleva. Potilaat, jotka todennäköisesti ilmaisivat alhaisista tyytyväisyyttä, olivat nuorempia, heillä ei ollut autoa käytettävissä, he odottivat, mutta eivät saaneet lääkärimin kotikäyntiä, he saivat vähäisempää terveysryhtyä, asioivat ulkoistetuissa palveluissa ja kokivat viivettä hoidon tarpeen ja hoidon välillä. Sukupuolen ja etnisyyden sekä tyytyväisyyden välillä ei ole yhdenmukaista näyttöä. Potilaiden tyytyväisyyttä on riippuvainen monista tekijöistä. Epäsuhta potilaan odotusten ja palvelun välillä vähentää tyytyväisyyttä.</p>
<p>McKinley, Stevenson, Adams, &amp; Manku-Scott. 2002. UK.</p>	<p>Selvittää potilaiden hoitoon kohdistuvien odotusten vaikutusta tyytyväisyyteen virka-ajan ulkopuolisessa</p>	<p>Kvantitatiivinen, strukturoitu kyselytutkimus The Patient Satisfaction with Out of hours Care questionnaire (PSOC) –</p>	<p>Potilaista 81,7 % sai toivomaansa hoitoa (odotukset hoitoa kohtaan toteutuivat). He olivat merkittävästi tyytyväisempiä hoitoonsa kuin ne potilaat, joiden odotukset eivät täytyneet. Hoitopaikalla oli myös vähäistä tyytyväisyyteen. Kun odotukset täyttyivät, eivät esim. iän, sukupuolen tai etnisen taustan mukaiset</p>

<p>Litetaulukko 3 jatkoa</p> <p>Meeting Patient Expectations of Care: the Major Determinant of Satisfaction With Out-of-hours Primary Medical Care?</p>	<p>hoidossa</p>	<p>mittarilla n=2263</p>	<p>erot tyytyväisyydessä olleet merkittävät. Tulosten perusteella todetaan, että idealisoidujen odotusten epäsuhta voisi selittää monia aikaisemmin raportoituja eroja tyytyväisyydessä ryhmien ja palveluiden välillä.</p>
<p>Pellikka, Lukkariinen &amp; Isoja. 2003. Suomi. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä.</p>	<p>Selvittää, miten potilaat arvioivat hoitoon liittyvien toimintojen ja hoitoprosessin etenemisen yhteispäivystyksessä - onko potilaiden taustatekijöillä yhteyttä arviointihin - millaiseksi potilaat arvioivat hoitoa kokonaisuutena yhteispäivystyksessä</p>	<p>Kyselytutkimus n=82</p> <p>Hyvä hoito-mittarin (Leino-Kilpi) kolme osa-kokonaisuutta (setsemästä) Modifioitu ensiapupoliklinikan potilaille</p>	<p>Vastaajien keski-ikä oli 37 vuotta (vaihteluväli: 16-73 vuotta). Hoitoon liittyvien toimintojen toteutumisen: 79 % vastaajista oli saanut riittävästi ohjausta ja 81 % koki, että tutkimukset ja hoitotoimenpiteet oli tehty ammattitaitoisesti. Potilaat kaipaivat hoitajilta enemmän huomiota ja tietoa hoidon etenemisestä. Osa potilaita koki, että he eivät saaneet hoitajilta riittävästi tukea osallisitua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja omatoimisuuteen. Tyytyväisiä potilaat olivat siihen, että heitä oli kunnioitettu omana itsenäisenä ja kohdeltu tasavertaisesti. Tyytymättömiä potilaat olivat rohkaisun ja kannustukseen. Hoitoprosessin etenemiseen liittyvä odotusaike: 38 % vastaajista oli mielestään joutunut odottamaan liian kauan tutkimuksiin pääsyä tai hoidon aloittamista. Tyytyväisimpiä he olivat kotiutukseen tai jatkohoitoon siirtymiseen. Kokonaisarvio hoidosta sai keskiarvon 8 (asteikolla 4-10). Paramansuodotukset liittyivät hoidon resurssihin ja tiedon saantiin.</p>
<p>Aragon &amp; Gessell 2003. USA. A Patient Satisfaction Theory and Its Robustness Across Gender in Emergency Departments: A Multigroup Structural Equation Modeling Investigation.</p>	<p>Testata The Primary Provider -Theory of Patient Satisfaction kestävyttä mies- ja naisuskupuolella ensiapuyksikössä.</p>	<p>Kyselytutkimus. The Press Ganey Emergency Room Survey. 5-portainen asteikko Poikkeusolosuhtetutkimus Satunnaisotos sekä päiväystyöaikaista että päiväystyöaikaista n=1000, 500 mies- ja 500 naispuolista ensiapuyksikön asiakasta. Analyysissä käytettiin AMOS rakennemuunnointilintamista</p>	<p>Teorian keskeiset muuttujat olivat: tyytyväisyys 1) lääkäripalveluun, 2) odotusaikaan ja 3) hoitajan antamaan palveluun, joiden funktiona muodostuu yleinen tyytyväisyys. Kliininen tyydy, potilaan odotukset ja intervention vaikutukset ovat mukana laajassa regressiomallissa. Potilaan tyytyväisyydellä lääkäripalveluun ja odotusaikaan oli suurin yhteisvaikutus kokonaisyytyväisyyteen. Lääkäripalvelu, odotusaike ja tyytyväisyys hoitajan antamaan palveluun selittivät 48 %, 41 % ja 11 % yleisestä tyytyväisyydestä ja 92 % naisten ja 93 % miesten tyytyväisyydestä.</p>
<p>Boudreaux &amp; O'Hea 2004. USA. Patient Satisfaction in the Emergency Department: A Review of The Literature and Implications for Practice.</p>	<p>Tutkia empiriista kirjallisuutta potilas-tyytyväisyysdeistä päiväystyöyksikössä ja sen vaikutuksia kliinisiin käytäntöihin: kasteilla kirjallisuuden rajoituksia ja heikkouksia ja tarjota suuntaa tulevalle tutkimukselle. Tutkimuskysymykset olivat: 1) mitkä ovat potilastyytyväisyyden vahvimpia ennustekijöitä ja 2) mitä voidaan tehdä potilastyytyväisyyden kehittämiseksi</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus n=50 v. 1986-2002 Sisällyttämisen kriteerit: - tutkia tyytyväisyyttä vahintaan yhdeksi päiväystyöshoidon osa-alueesta - tutkimus tehtiin USA:ssa - riittävästi tietoa tutkimusmenetelmistä, suunnittelusta ja tilastollisista analyyseistä - kvantitatiivinen tutkimus</p>	<p>Monimuuttujamenetelmin perustuen vahvin ennustaja globaalisti tyytyväisyyteen on keskinäinen vuorovaikutus potilaan ja palvelua tarjoavan lääkäriin ja hoitajan välillä, sen jälkeen tulivat koettu tekniset taidot ja koettu odotusaike. Koettu odotusaike liittyy tiiviimmin tyytyväisyyteen kuin todellinen odotusaike. Potilastytyväisyyttä voidaan kehittää mm. antamalla hoitajille esteittä tai tarjoamalla tietoa visuaalisen median keinoin siitä, miten päiväystyöyksikkö toimii, kehittämällä päiväystyöksen prosesseja suorituskyvyn parantamisen menetelmillä ja parantamalla ihmismunde-taitoja. Interventioita, joilla pyritään vähentämään todellista odotusaikeaa.</p> <p>ei ole riittävästi tutkittu, mutta tulokset viittaavat siihen, että suurempi vaikutus on niillä interventioilla, jotka kohdistuvat koettuun odotusaikaan. Tutkimusalan edistämiseksi on tarve käyttää 1) suurempia, edustavampia näytteitä: 2) luotettavia ja päteviä arviointivälineitä, 3) teoriperusteista hypoteesin testausta ja 4) satunnaistettua, kontrolloitua koeselelmää.</p>
<p>Litetaulukko 3 jatkuu</p>	<p>Litetaulukko 3 jatkuu</p>	<p>Litetaulukko 3 jatkuu</p>	<p>Litetaulukko 3 jatkuu</p>

<p>Liite 1: taulukko 3 jatkoa</p> <p>Boudreaux, D/Autremont, Wood &amp; Jones, 2004. USA. Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months.</p>	<p>Mitkä tekijät ennustavat päivystyspotilaiden tyytyväisyyttä. Prospektiivinen, pitkäaikainen tutkimus</p>	<p>Puhelinhaastattelututkimus n=1330: aineistonkeru 4 x 17 kk aikana: arvioinnin kohteena: taustatekijät, päiväystyöskäynnin ominaisuudet, koettu odotusaika, subjektiivisesti koettu laatu hoidon eri indikaattoreitten osalta ja yleinen tyytyväisyys</p>	<p>Kuusi indikaattoria, kuten ikä, koettu odotusaika ennen vuodepaikan saantia, koettu odotusaika ennen lääkärin arviointia, lääkärin hoito, kotiutusohjeet ja tyytyväisyys odotusaikaan, liittyvät tilastollisesti tyytyväisyyteen vain yhdellä neljästä (25 %) arvioijasta. Hoitotyö oli vahvin tyytyväisyyden ennustekijä kaikissa neljässä aineistossa. Hoitotyön laadun merkitys oli suurempi kuin minkään odotusajan indeksin, mikä poikkeaa monista muista tutkimuksista, joissa odotusaika on merkittävin tyytyväisyyteen vaikuttava tekijä.</p>
<p>Nairn, Whotton, Marshal, Roberts, &amp; Swann, 2004. Iso-Britannia. The patient experience in emergency departments: a review of the literature.</p>	<p>Selvitää kirjallisuuskatsauksella potilaiden kokemuksia päivystyspoliklinikoilla eri kulttuurisissa konteksteissa</p>	<p>37 artikkelia, joista 20/USA, 5/Ruotsi, 4/Iso-Britannia, 4/Australialla, 2/Kanada, 1/Hong Kong ja 1/Israel</p>	<p>Tutkimuksista nousi esille kuusi teemaa, jotka vaikuttivat potilaiden kokemuksiin päivystyspoliklinikalla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• odotusaika sekä psykkinen että fyysinen kokemusena, pitkä odotusaika alensi tyytyväisyyttä</li> <li>• viestintä ja tiedottaminen: potilaat arvostavat hyvää viestintää ja tiedottamista sekä huolehtivaa asennetta, myötätuntoa, valppautta seurata potilaiden kuntoa, pyrkimystä ymmärtää potilaiden ongelmia sekä lääktys- ja hoitotaitoja</li> <li>• hoidon kulttuuriset näkökohdat, vanhemmat ihmiset olivat kokeneet ajoittain holhoavaa ja ikärasistista asennetta. Afrikan amerikkalaiset ja ei englantia puhuvat kokivat vähäisempää tyytyväisyyttä kuin englantia puhuvat valkoiset</li> <li>• kipu: potilaiden tyytyväisyys ei edellytä kivun taylorista poistamista, vaan että kipu on hallittavalla tasolla. Kivunlievitystä ei tarjottu kaikille kipua kokeneille</li> <li>• ympäristö: potilasmäärien kasvu, potilaiden hoitoon tulon syyn lisääntyvä kompleksisuus, intensiivinen hoito päivystysalueella, henkilöstön, tilan ja vuodepaikkojen puute, viiveet tukipalveluissa, kieleen ja kulttuuriin liittyvät esteet.</li> </ul>
<p>Taylor &amp; Berger, 2004. Englanti. Patient satisfaction in emergency medicine.</p>	<p>Tunnistaa julkaisua näyttöä potilaiden tyytyväisyydestä päivystyshoitoon.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus 1/1990 – 1 / 2002</p> <p>583 artikkelia, joissa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) identifioitiin ja arvioitiin tekijöitä, jotka vaikuttivat yleiseen tyytyväisyyteen</li> <li>2) toteutettiin interventio potilastytyväisyyden parantamiseksi päivystysalueella</li> </ol>	<p>Yleisimmän arvioidut tekijät olivat: koettu ja todellinen odotusaika, tiedonantaminen hoidosta ja hoitoprosessista, henkilökunnan asenteet, hoitoympäristö. Ikä ja rotu vaikuttivat tyytyväisyyteen joissakin, ei kaikissa tutkimuksissa. Triage - luokituksella oli vahva korrelaatio tyytyväisyyteen, mutta se vaikutti myös odotusaikaan. Ihmissuhdetaidot ja koettu henkilökunnan asenne: tietojen antaminen ja selittäminen sekä odotusaikoihin liittyvät näkökohdat oli identifioitu tärkeimmiksi palvelutekijöiksi, joilla oli vaikutus tyytyväisyyteen. Tyytyväisyyttä oli parannettu kehittämällä kirjallista - ja videomateriaalia informointiin, järjestämällä koulutusta henkilökunnalle asiakaspalvelusta ja laakareille vuorovaikutustyöparioja. Hoitaja triagen ja hoitajavastaanotto-toiminnan kehittämistä oli pieni vaikutus potilastytyväisyyteen. Johtopäätöksenä potilastytyväisyyden parantamiseksi esitetään</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ihmishuuhde-, asenne- ja viestintätaitojen parantaminen</li> <li>2) antamalla potilaille enemmän tietoja</li> <li>3) lyhentämällä koettua odotusaikaa</li> </ol>
<p>van Uden; Ament; Hobma; Zwietering &amp; Crebolder, 2005. Alankomaat. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands</p>	<p>Selvitää potilaiden tyytyväisyyttä virka-ajan ulkopuoliseen hoitojärjestelmään (yleislääkäri (GP) - osuuskunta) Määritellä, miten tyytyväisyys on yhteydessä eri tekijöihin</p>	<p>Kyselytutkimus n=1160 kolmelle eri potilasyryhmälle, 1) puhelinneuvontaa saaneet, 2) yleislääkärin vastaanotolla käyneet ja 3) kotikäynnin saaneet potilaat viidellä osuuskunta-alueella, joista yksi toimi päivystys sairaalassa, muut</p>	<p>Naisvastaajien osuus oli miesvastaajia suurempi ollen 54,4 %. Tyytyväisyys puhelinneuvontaan kasvoi iän mukana. Potilaat, jotka vain saivat neuvoja puhelimesta, ovat tyytymättömpämpiä kuin ne, jotka pääsivät lääkärin vastaanotolle tai saivat kotikäynnin, 67 % puhelinneuvonnon potilaita, noin 80 % potilaita, jotka pääsivät lääkärille tai jotka saivat kotikäynnin, olivat tyytyväisiä. Yleiseen tyytyväisyyteen yhteydessä olevia tekijöitä olivat lääkärin avustajan asenne puhelimesta, mielipide lääkärin antamasta hoidosta ja odotusaika.</p>



Littetaulukko 3 jatkoa	potilaan käyttäessä palvelua.	toimivat päivityssairaanlahsyydessä n=100 puhelinhaastattelu, niille jotka eivät olleet vastanneet kyselyyn	pitkä odotusaika ja tyytymättömyys pitkään matkaan vähensivät yleistä tyytyväisyyttä.
Boudreaux, Cruz & Baumann, 2006. USA. The use of performance improvement methods to enhance emergency department patient satisfaction in the United States: a critical review of the literature and suggestions for future research	Etsiä näytöitä toiminnan kehittämiseksi päivityssairauksissa. Tutkimuskysymykset: 1) voidaanko toiminnan kehittämismenetelmillä parantaa potilastytyväisyyttä päivityssairauksissa? 2) millä tietyillä muutoksilla prosesseissa tai interventioilla on suurimmat vaikutukset?	Kirjallisuuskatsaus v. 1986–2004 n=19 Sisällyttämisen kriteerit: 1) olennainen menetelmä, 2) arviointiväline/eti, 3) interventio laatu, 4) tiedonkeruumenetely ja 5) tiedon analysointi strategia.	Tyytyväisyyden lisääminen perustuu potilaan odotusten hallintaan: tarjonnalla potilaille tietoa päivityksen prosesseista ja toiminnoista. Perusteluna tälle on, että potilaiden odotukset, jotka koskevat heidän hoitoaan ja halukkuuttaan saada tietoa, ovat kestävä ja tehokkaita ennustarkkeja potilaiden tyytyväisyyteen. Tiedonantamisessa käytettiin videollainetta ja paperisia esitteitä sekä odotusajasta ja sen syistä henkilökohtaisia informointia, jolla kaikilla oli tyytyväisyyttä lisäävä vaikutus. Myös koettu odotusaika lyheni todellisesti. Toisena vaikuttavana keinona oli henkilökunnan vuorovaikutus- ja asiakaspalvelutaitojen kehittäminen koulutuksella, mikä paransi useiden indikaattoreiden osalta potilastytyväisyyttä. Potilaiden sijoittelu alue- tai vuodeperustisuuden sijaan lääkäri- tai hoitajatiimille jo heidän saapuessaan päivityssalulle, paransi se tyytyväisyyttä odotusajakojen ja tarjotun hoidon osalta, sekä tehosi henkilökohtaan resurssien käyttöä ja lisäksi työntekijätytyväisyyttä.
Muntin, Gunnberg & Carlsson, 2006. Ruotsi. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement.	Tunnistaa potilaan käsitykset hoidon laadusta ja eri laadun ulottuvuuksien tärkeydestä päivityssairauksissa ja laadun parantamista vaativat alueet. Prospektiivinen, kuvaileva tutkimus.	Kyselytutkimus Kyselylomake: Quality from the Patient's perspective (QPP), jossa hoidon laadun ulottuvuuksina: • lääketieteelliset osaamisen • fysiset-tekniiset olosuhteet • yksilöllinen lähestymistapa • sosio-kulttuurinen ilmapiiri  n=200 (99 naista ja 101 miestä) vastaajien keski-ikä 51 v.	Potilaat arvioivat hoidon laadun melko hyväksi, mutta tutkimus osoitti myös alueita, joilla tarvitaan kehittämistoimenpiteitä, kuten esim. hoitoympäristö, odotusaika, kivunlievitys, sairaanhoitajien kinnostus potilaan elämäntilanteeseen ja potilaiden tiedonsaanti itsehoidosta ja lääkehoidosta.
Rahmqvist & Bara, 2010. Ruotsi. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction	Tutkia vastaajien ominaisuuksien ja koetun terveystilanteen laadun välistä suhdetta yleisen potilastytyväisyyteen avohoidon potillailla.	Kyselytutkimus n=5565	Nuoremmat päivityspotilaat olivat vähiten tyytyväisiä (54 %) ja vanhemmat potilaat, joilla oli erinomainen terveystilanteella, olivat tyytyväisimpien ryhmässä (90 %). Potilaat, joilla on parempi koettu terveystilanteella ja ne, joilla on vähemmän koulutusta, olivat tyytyväisempiä kuin ne, joilla on enemmän koulutusta tai huonompi terveystilanteella. Voimakkain positiivinen yhteys oli yleisen tyytyväisyyden kahdella ulottuvuudella: potilaat saivat odottamansa lääketieteellistä apua ja lääkärit hoiti heidät hyvin. Vastanotoille jonottaminen saamatta tietoa korreloi negatiivisesti potilaiden tyytyväisyyden kanssa ja osallistuminen lääketieteellisen päätöksentekoon korreloi positiivisesti.
Gordon, Sheppard & Anaf, 2010. Australialla. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research	Tutkia systemaattisesti laadullisia tutkimuksia potilaan kokemuksista päivityssairauksissa (ED). Kuvata, mitkä tekijät vaikuttavat potilaiden kokemuksiin.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus v. 1990–2006 n=10 Sisällyttämisen kriteerit: - laadullinen tutkimus - aikuisen potilaan kokemus päivityssairauksissa - englannin kielinen artikkeli (Full text)	Päivityssairaanlaatuun liittyvät tunteet: potilaat tuntevat haavoittuvuutta, ahdistusta, stressiä ja pelokkuutta. Tilaan liittyy usein kipua, hengen uhka, itsenäisyyden ja riippumattomuuden menetyks. Henkilöstön ja potilaan välinen vuorovaikutus: viestinnällä ja tiedonantolla on suuri merkitys potilaiden kokemuksiin päivityssairauksissa. Lääketieteelliset tekniikat hoitoon osallistuvan suuri määrä ovat päivityssairauksissa vallitsevia, samoin kivun hoidon viive, yksin jättäminen, huolehtivan käytäytymisen nukkuminen ja vähäinen potilaan enontionaalisiin ja psykososiaalisiin tarpeisiin vastaaminen. Odotattaminen: ei yksinomaan odotusajan pituus, vaan myös tiedottaminen, miksi ja kuinka kauan pitää odottaa, ympäristö ja viihtyisyys, perheen, ystävien tai hoitajien läsnäolo, olivat tärkeitä tekijöitä, jotka vaikuttivat, miten potilaat kokivat odottamisen.



<p>Liitetaulukko 3 jatkoa</p>	<p>Welch, 2010. USA. Twenty Years of Patient Satisfaction Research Applied to the Emergency Department: A Qualitative Review.</p>	<p>Tehdä yhteenvetoa olemassa olevasta terveydenhuollon potilastyytyväisyyskirjallisuudesta ja käsitellä sen luotettavuutta potilastyytyväisyystoiminnan ympäristössä</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus v. 1987 -2009 n=89 (lähdeluettelon mukaan)</p>	<p>Hoivoympäristö päivityksessä sai osakseen kritiikkiä, mm. kovat ja epämuakavat sängyt/paarit, yksityisyyden puute, ympäristön, saniteettitilojen siisteyden, ja erityisesti vanhemmat potilaat kokivat kylmyyttä ja nälkää, toivoen, että olisivat saaneet peittoja, ruokaa ja juomista odotusaikanaan.</p> <p>Useista tutkimuksista nousi esille teemoja, jotka liittyvät korkeaan potilaiden tyytyväisyyteen, kuten empatia/asenne, hyväksyttävä odotusaika (erityisesti koettu aika vs. todellinen odotusaika), tekninen kompetenssi (seka tekniset taidot että käytettävissä oleva teknologia) kivun hoito ja tiedon antaminen. Myös yksityisyys, turvallisuus ja siisteys korreloivat joissakin tutkimuksissa potilastyytyväisyyden kanssa.</p> <p>Potilaat vaativat usein melusaasteesta, mihin kehittämishetdetuksena oli äänieristetyt huoneet äännekkaille potilaille. Valituksia tuli myös virnneagnnooseista. Paikoituksen helpuus, taloudellisten asioiden yksinkertaisuus ja ravinto nousivat esille trivialeina muuttujina potilastyytyväisyystutkimuksissa.</p> <p>Potilastyytyväisyyden kehittämiseksi on yhdysvalloissa nimetty 6 teemaa: turvallisuus, tutkittua terveyshyötyä tuottava tehokkuus, potilaslähtöisyys, oikea-aikaisuus, tulausta välttävä tehokkuus ja oikeudenmukaisuus. Potilastyytyväisyydellä on merkitystä potilaiden hoitoon sitoutumiseen, henkilökohtaan työttyytyväisyyteen sekä riskien hallintaan ja talouden kehitykseen.</p> <p>Kaksi dimensioita erotti faktorianalyysissa: 1) asiallinen palvelu (sisäsi muuttajat: hoitohenkilökunnan käytös ja ammatillinen osaaminen, tyyneys ja tuki, lääkärihenkilökunnan käytös, vastaanottohenkilökunnan käytös ja lääkärihenkilökunnan ammatillinen osaaminen) ja 2) yksilöllinen palvelu (sisäsi muuttajat: päivitysosanon mukavuus, organisointi ja koordinointi, lääkärihenkilökunnan antama informaatio, viipyminen päivitysryssä, muun henkilökohtaan antama informaatio). Nämä selittivät 63 % vaihtelusta. Molemmat faktorit korreloivat positiivisesti globaalien arviointikohteiden: "tyytyväisyys saadusta huomiosta tultaessa päivitysryssä" ja "haluatko suositella tätä päivitysryssä" kanssa. Potilaat arvioivat päivitysryssänsä parani jonkin verran tai 10). Potilasta 55,1 % katsoi, että heidän terveysongelmansa parani jonkin verran tai kokonaan päivitysryssänsä myötä. Potilaat, jotka olivat päivitysryssä ensimmäistä kertaa, antoivat huonompia arvioineja kuin ne, jotka olivat käyttäneet ko. yksikön palveluja aikaisemmin. 52,5 % vastanneista arvioi päivitysryssänsä kuluneen ajan asianmukaiseksi, kuitenkin monet haastatelluista ehdotti odotusaikojen lyhentämistä.</p> <p>Erotteluanalyysi osoitti, että 66,7 % potilasta luokiteltiin oikein. Sisäisiä johdonmukaisuutta mitattiin Cronbachin alphailla, jonka arvot olivat suuremmat kuin 0,80 molemmilla ulottuvuuksilla.</p>
	<p>Kehittää ja validoida kyselylomake määrittämään tyytyväisyyttä sairaalan päivitysosanon</p>	<p>Kyselylomake puhelin haastattelua varten suunniteltiin espanjalaisasiantuntijapaneelissa. Poikkileikkaustutkimus kyselylomakkeen validoimiseksi. n = 651 päivitysryksen potilasta</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus Sekundääritutkimus Aineisto kerätty kyselylomakkeen lopussa oleilla avoimilla kysymyksillä (the Out-ofhours Patient Questionnaire) n=341 (39,9% kaikista vastanneista, n=855) Teema-analyysi</p>	<p>Keskeisiä kehitettävii teemoja käyttäjien näkökulmasta olivat virka-aajan ulkopuolisten palveluiden rakenne: palvelujen saavutettavuus: mm. odotusaika, valkeudet hoitoon päässä), hoitoprosessi (triagen tehottomuus; koettu palvelun laatu palvelun käyttäjän ja ammatinharjoittajan välisessä viestinnässä ja puutteet vanhempien ja lasten huomioinnissa) sekä tulokset (tyytyväisyys hoitoon ja käyttäjien kyky selviytyä oireidensa ja kuntonsa kanssa). Odotusaikojä pidenttiin liian pitkänä, henkilökohtaan määrä koettiin liian pienenä, etäisyyskäsi palvelun piiriin pidettiin liian pitkänä (ka. n. 33 km ja syrjäisemmilla seuduilla noin 48 km). Vastaajat ilmaisivat turhautumista, kun joutuivat toistamaan samoja asioita usealle virkailijalle ja lisäksi he kokivat, että heidän oireitaan ei ollut otettu vakavasti.</p>
	<p>Tutkia palvelun käyttäjien kokemuksia virka-aajan ulkopuolisista palveluista ja tunnistaa palveluihin ja ammatillisiin kohdistuvia parannusehdotuksia</p>	<p>Tutkia palvelun käyttäjien kokemuksia virka-aajan ulkopuolisista palveluista ja tunnistaa palveluihin ja ammatillisiin kohdistuvia parannusehdotuksia</p>	<p>Poole: Gamber. Porter: Egbunike &amp; Edwards. 2011. UK. Exploring patients' self-reported experiences of out-of-hours primary care and their suggestions for improvement: a qualitative study</p>	<p>Keskeisiä kehitettävii teemoja käyttäjien näkökulmasta olivat virka-aajan ulkopuolisten palveluiden rakenne: palvelujen saavutettavuus: mm. odotusaika, valkeudet hoitoon päässä), hoitoprosessi (triagen tehottomuus; koettu palvelun laatu palvelun käyttäjän ja ammatinharjoittajan välisessä viestinnässä ja puutteet vanhempien ja lasten huomioinnissa) sekä tulokset (tyytyväisyys hoitoon ja käyttäjien kyky selviytyä oireidensa ja kuntonsa kanssa). Odotusaikojä pidenttiin liian pitkänä, henkilökohtaan määrä koettiin liian pienenä, etäisyyskäsi palvelun piiriin pidettiin liian pitkänä (ka. n. 33 km ja syrjäisemmilla seuduilla noin 48 km). Vastaajat ilmaisivat turhautumista, kun joutuivat toistamaan samoja asioita usealle virkailijalle ja lisäksi he kokivat, että heidän oireitaan ei ollut otettu vakavasti.</p>

<p>Litferatuitukko 3 jatkoa</p>			<p>Epätarkkojen ohjeiden antaminen, tyytymättömyys hoidon laatuun, epätietoisuus mien toimia oireiden pahentuneessa käynnin jälkeen nousivat tuloksissa myös esille kehittämistä vaativina asioina.</p> <p>Kehittämishetdo tuksena oli mm. informoinnin lisääminen esim. odotusaiojista: lähelle koita olevia, paikallisia lääkäriin vastaanottoja toivottiin sekä paikkoituslata lähelle sisäänkäyntiä ja apteekein aukiojota lähellä hoitopaikkaa. Kommunikatio- ja englannin kielen taitojen kehittämistä ehdotettiin. Aikaisemman hoitohistorian ja lääkitystietojen hankkiminen omalta lääkäriasemalta pidettiin tärkeänä. Toivottiin, lisaä henkilöknunta ja sitä, että lääkäriillä olisi enemmän aikaa potilaalle.</p>
<p>Smits, Hulbers: Bos &amp; Giesen, 2012. Aankomaat: Patient satisfaction with out-of-hours GP cooperatives: A longitudinal study</p>	<p>Tutkia muutoksia potilaiden tyytyväisyydessä virka-ajan ulkopuolisissa päiivystyksessä yleislääkäriarostuskuunnissa (ei ennen – jälkeen aseteilma)</p>	<p>Kyselytutkimus Vertailututkimus 2003 - 2004 (T1, n=2634) ja 2007-2008 (T2, n=2462) kahdeksassa yleislääkäriarostuskuunnissa puhelinneuvonta, vastaanotto- ja kotikäyntipotilaille Tutkimuksessa oli todelliseen kävijämäärään nähden enemmän lääkkeitä vastajia (30 % / 19 %).</p>	<p>Kontakti palveluntarjoajaan oli täyttänyt potilaiden odotukset. T1: 86,1% ja T2: 88,4%. Yleinen tyytyväisyys puhelintrageen, yleislääkäriin ja organisaatioon oli parantunut tutkimusvuosien välillä. Tragehoitaja ja yleislääkäri saivat parhaimman arvostan potilaiden oltamien vakavasti" ja heikkomman "ohjauksen vaikuttavuus"-osa-aiuissa. Tyytyväisyys organisaatioon oli parhain puhelinpalveluun pääsemisessä ja heikotimmat osuuskunnista tiedottamisen ja odotustilassa vietebyn ajan kohdalla. Tyytyväisyys oli laskenut tutkimusvuosien välillä puhelinpalveluun pääsemisen ja odotusajan osalta, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkisevä. Kaikista potilasta 11,6 % osoitti tyytymättömyyttä tragehoitajaa, 8,2 % lääkäriä ja 14,6 % organisaatiota kohtaan. Potilaat, jotka olivat saaneet vain puhelinneuvontaa olivat useimmin tyytymättömiä tragehoitajaan ja organisaatioon. Yli 65 -vuotiaat olivat vähiten tyytymättömiä tragehoitajaan, lääkäriin ja organisaatioon, alle 5-vuotiaiden lasten vanhemmat tragehoitajaan ja miespotilaat lääkäriin. Potilaat olivat huolissaan tragehoitajan roolista, omasta kyvystään kuulla oireita puhelimessa ja ohjeiden ymmärtämisestä. Tutkimuksessa nousi esille kliinisen osaamisen, ohjauksen ja hoidon vaikuttavuuden kehittämistarpeita.</p>
<p>Bos, Sturms, Schrijvers &amp; van Stiel, 2012. Aankomaat: The Consumer Quality Index (CO-Index) in an accident and emergency department: first evaluation</p>	<p>Kehittää ja evaluoia päiivystykseen soveltuva laatumittari The Consumer Quality Index for the accident and emergency department (COI A&amp;E).</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus 1993-2010 n=53 Focusryhmähaastattelu n=17 Kyselylomakkeen kehittämiseksi, esitestaus 10 potilaalla Lomakkeessa oli kokemus, tärkeys ja kehittämisoisiot Kyselytutkimus n=304</p>	<p>Päiivystyspalvelujen osatekijät: potilashistoria, palvelun saavutettavuus, terveystenhoidon ammattilaisten empaattisuus ja asenne, autonomia, yhteistyö, odotusaika, osaaminen, trage, hoito, kommunikaatio, tiedonanto, kivunhoito, kotitulosjärjestelyt, uudelleen paluu, yksityisyys, ympäristö, mallinmäärittäminen luokitus, turvallisuus, diagnostiset kokeet, nopeus, virvokkeet ja lisukkeet.</p> <p>Faktorianalyysillä oli löydettävissä viisi kokonaisuutta: terveystenhoidon ammattilaisten asenne, tiedottaminen ja selittäminen, päiivystystilojen ympäristö, päiivystyksestä lähtö ja yleinen informointi ja hoidon nopeus. Parhaat kokemuksisteet saivat ammattilaisten vakava suhtautuminen potilaaseen, jondomukaisuus tietojen ammossa sekä sairaalan löytäminen. Kolme tärkeintä osa-aiuetta olivat: luottamus terveystenhoidon ammattilaisten kompetenssiin, hygieenisuus päiivystyksessä ja potilaiden terveystenhoiduon kohdistuvat odotukset. Odotusaika ei esiintynyt 20 tärkeintään osa-alueen listalla. Eniten parantamisen tarvetta oli lääkehoidon sivuvaikutusten ohjauksessa, oireiden seurannan ohjauksessa päiivystyskäynnin jälkeen sekä mahdollisuudessa pysäköidä lähelle päiivystystä.</p>

LIITETAULUKKO 4. PALVELUKOKEMUKSEN JA LAADUN ULOTTUVUUKSIEN KESKIARVOT TAUSTAMUUTTUJEN RYHMISSÄ AINEISTOITTAIN

	Palvelukokemuksen arvosana			Asiakaspalvelun laatu			Ammatti-taitoinen hoito			Ohjaus ja tiedonsaanti			Välittävä vuorovaikutus			Henkilökunnan yhteistyö			Puhelinpalvelu			Hoidon jatkuvuuden tärkeys		
	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh
Kaikki vastaajat	135	8,56	1,23	141	4,27	0,84	138	4,26	0,85	139	4,28	0,84	131	4,01	1,00	137	4,09	0,83	125	4,21	1,13	140	3,87	1,12
<b>Asuinunta</b>																								
Savonlinna	54	8,28	1,37	56	3,92	0,96	56	3,99	1,03	56	3,99	1,03	54	3,84	0,96	55	3,87	0,90	55	3,97	1,22	56	3,91	1,04
Siin ympäristökunta	74	8,73	1,06	78	4,51	0,65	76	4,50	0,54	76	4,50	0,54	71	4,19	0,93	76	4,25	0,74	76	4,39	0,98	77	3,82	1,21
p-arvo			.056			.000			.000			.009			.016			.012			.046			.978
<b>Siviilisaäty</b>																								
leski	44	8,49	1,23	47	4,24	0,80	46	4,18	0,85	45	4,15	0,83	43	3,71	1,05	45	3,95	0,87	44	4,01	1,23	46	3,98	1,16
avo- tai avioliitossa	90	8,58	1,24	93	4,27	0,87	91	4,29	0,85	93	4,34	0,84	88	4,16	0,94	91	4,16	0,81	80	4,31	1,06	93	3,81	1,10
p-arvo			.562			.441			.430			.070			.010			.151			.196			.245
<b>Pitkäaikaisairaus</b>																								
Ei	90	8,64	0,92	91	4,24	0,77	89	4,32	0,69	91	4,32	0,73	88	4,18	0,85	90	4,21	0,73	86	4,25	1,09	92	3,69	1,16
Kyllä	38	8,43	1,55	40	4,24	1,03	39	4,07	1,10	40	4,21	1,04	38	3,75	1,20	39	3,85	1,02	32	4,13	1,18	39	4,15	1,00
p-arvo			.953			.394			.711			.627			.067			.067			.524			.027
<b>Terveystila</b>																								
Heikko	9	8,89	0,93	9	4,67	0,34	9	4,35	0,67	9	4,45	0,59	9	4,26	0,69	9	3,22	1,17	9	4,06	1,51	9	4,50	0,50
Kohtalainen	59	8,31	1,51	59	4,07	0,93	59	4,12	0,95	59	4,07	0,96	59	3,85	1,01	59	3,97	0,82	59	4,12	1,15	59	3,99	1,03
Hyvä	47	8,62	0,93	47	4,28	0,78	47	4,38	0,71	47	4,43	0,68	47	4,28	0,80	47	4,26	0,67	47	4,29	1,03	47	3,61	1,22
p-arvo			.409			.292			.365			.406			.055			.007			.663			.038
<b>Asiointi tutun työntekijän luona</b>																								
Ei	44	8,01	1,63	46	3,94	0,89	44	3,98	1,04	45	3,93	0,93	44	3,80	0,93	45	3,82	0,89	41	3,99	1,34	45	3,83	1,21
Kyllä	91	8,82	0,87	95	4,42	0,78	94	4,39	0,70	94	4,45	0,73	87	4,12	1,02	92	4,23	0,77	84	4,32	0,99	95	3,89	1,08
p-arvo			.004			.000			.046			.000			.016			.008			.287			.969
<b>Lääkärille pääsy</b>																								
Helpottunut	12	8,88	0,74	12	4,56	0,62	12	4,33	0,42	12	4,50	0,51	12	4,16	0,79	12	4,03	0,56	12	3,92	1,40	12	3,83	0,72
Vaikeutunut	37	7,82	1,55	37	3,95	1,03	37	4,10	0,92	37	4,00	1,02	37	3,46	1,02	37	3,90	0,86	37	3,96	1,21	37	4,51	0,65
Säilynyt ennallaan	53	8,81	1,04	53	4,26	0,79	53	4,36	0,85	53	4,39	0,71	53	4,39	0,74	53	4,15	0,86	53	4,40	0,99	53	3,58	1,22
p-arvo			.008			.124			.270			.253			.000			.321			.124			.000
<b>Ennakkokäsitys</b>																								
Myrönteinen	81	8,79	1,08	81	4,44	0,69	81	4,52	0,58	81	4,50	0,63	81	4,32	0,82	81	4,23	0,76	81	4,54	0,81	81	3,87	1,07
Kielteinen	14	7,50	1,75	14	3,79	0,97	14	3,38	1,14	14	3,74	1,19	14	3,48	0,91	14	3,67	1,03	14	2,86	1,18	14	4,04	1,23
Ei ennakkokäsitystä	20	7,91	1,06	20	3,55	0,94	20	3,73	0,88	20	3,59	0,83	20	3,39	0,86	20	3,46	0,61	20	3,68	1,35	20	3,78	1,23
p-arvo			.000			.000			.000			.000			.000			.000			.000			.935

Liitetaulukko 4 jatkuu

Aineisto 2, keskitetty päivätyö, marraskuu 2004	Palvelu- kokemuksen arvosana		Asiakas- palvelun laatu		Ammatti- taitoinen hoito		Ohjaus ja tiedonsaanti		Välittävä vuorovaikutus		Henkilökunnan yhteistyö		Puhelinpalvelu		Hoidon jatkuvuuden tärkeys	
	n	Ka Kh	n	Ka Kh	n	Ka Kh	n	Ka Kh	n	Ka Kh	n	Ka Kh	n	Ka Kh	n	Ka Kh
Kaikki vastaajat	174	8,71 1,08	172	4,38 0,69	176	4,55 0,59	176	4,35 0,59	170	4,14 0,89	170	4,11 0,78	161	4,55 0,85	175	3,29 1,28
<b>Ikäluokka</b>																
15-49 vuotta	95	8,66 1,05	95	4,30 0,67	95	4,56 0,52	95	4,31 0,58	95	4,37 0,66	95	4,14 0,78	95	4,57 0,76	95	3,14 1,30
50-64 vuotta	24	8,57 1,21	24	4,39 0,71	24	4,61 0,46	24	4,31 0,67	24	3,83 0,87	24	4,13 0,85	24	4,35 0,91	24	3,48 1,26
65-74 vuotta	15	9,25 0,73	15	4,84 0,30	15	4,91 0,15	15	4,71 0,49	15	3,69 1,33	15	4,13 0,80	15	4,27 1,53	15	3,97 0,92
yli 75 vuotta	10	8,73 0,87	10	4,06 1,01	10	4,30 0,86	10	4,08 0,47	10	3,34 1,11	10	3,87 0,57	10	4,90 0,21	10	3,65 1,27
p-arvo		.196		.000		.001		.013		.000		.451		.191		.088
<b>Sukupuoli</b>																
Mies	48	8,57 1,19	48	4,28 0,79	49	4,48 0,72	49	4,34 0,55	49	4,04 0,97	49	4,12 0,77	41	4,32 1,04	48	3,39 1,14
Nainen	124	8,76 1,04	122	4,41 0,64	125	4,58 0,54	125	4,35 0,60	119	4,17 0,86	119	4,10 0,79	118	4,62 0,77	125	3,25 1,34
p-arvo		.445		.393		.561		.698		.537		.933		.021		.606
<b>Koulutus</b>																
Korkeakoulututkinto	27	8,56 0,89	27	4,39 0,55	27	4,55 0,43	27	4,35 0,51	27	4,37 0,62	27	4,22 0,77	27	4,39 1,16	27	2,87 1,42
Opistoasoinen tutkinto	43	8,83 1,04	43	4,32 0,72	43	4,55 0,68	43	4,27 0,67	43	4,38 0,60	43	4,14 0,80	43	4,56 0,70	43	3,05 1,30
Koulutasoinen tutkinto	37	8,87 1,15	37	4,43 0,71	37	4,64 0,45	37	4,46 0,55	37	4,18 0,83	37	4,17 0,69	37	4,68 0,77	37	3,42 1,17
Ammatikursstasoinen	14	8,46 1,34	14	4,37 0,68	14	4,63 0,44	14	4,16 0,61	14	3,69 1,18	14	3,81 0,89	14	4,68 0,61	14	3,75 1,07
Ei ammatikoulutusta	25	8,57 0,96	25	4,29 0,79	25	4,47 0,80	25	4,34 0,55	25	3,61 1,10	25	4,03 0,83	25	4,34 1,05	25	3,76 1,12
p-arvo		.288		.941		.430		.589		.004		.670		.448		.007
<b>Elämäntilanne</b>																
Yrittäjänä	81	8,62 1,13	81	4,33 0,66	81	4,56 0,52	81	4,31 0,65	81	4,23 0,72	81	4,12 0,82	81	4,57 0,75	81	3,14 1,31
Yhteisöön ulkopuolella	36	8,78 0,91	36	4,39 0,60	36	4,61 0,47	36	4,35 0,46	36	4,44 0,61	36	4,24 0,69	36	4,46 0,90	36	3,29 1,24
eläkeläinen	31	8,90 1,03	31	4,45 0,86	31	4,57 0,83	31	4,43 0,54	31	3,51 1,20	31	3,95 0,79	31	4,53 1,11	31	3,81 1,10
p-arvo		.337		.015		.129		.433		.003		.598		.505		.059
<b>Terveydentila</b>																
Heikko	9	7,94 1,55	9	4,13 0,85	10	4,50 0,36	10	4,18 0,50	10	3,20 0,98	10	3,87 0,57	9	4,67 0,66	10	3,75 0,98
Kohdallinen	70	8,71 1,06	69	4,39 0,78	71	4,54 0,67	71	4,38 0,61	68	4,22 0,83	69	4,15 0,80	65	4,52 0,92	71	3,68 1,14
Hyvä	93	8,78 1,03	92	4,39 0,59	92	4,58 0,55	92	4,36 0,58	90	4,24 0,78	89	4,12 0,79	85	4,55 0,83	92	2,92 1,30
p-arvo		.219		.326		.353		.376		.007		.416		.891		.001
<b>Asiointi tutun työntekijän luona</b>																
Ei	137	8,74 1,04	135	4,40 0,66	136	4,56 0,60	136	4,35 0,59	132	4,12 0,90	132	4,09 0,80	125	4,50 0,92	135	3,16 1,34
Kyllä	37	8,61 1,23	37	4,30 0,79	40	4,51 0,56	40	4,37 0,59	38	4,22 0,87	38	4,20 0,71	36	4,71 0,53	40	3,74 0,95
p-arvo		.824		.583		.296		.852		.535		.542		.486		.021

Aineisto 2, keskitetty päivystys, marraskuu 2004 (jatkuu)	Palvelu- kokemuksen arvosana			Asiakas- palvelun laatu			Ammatti- taitoinen hoito			Ohjaus ja tiedonsaanti			Välittävä vuorovaikutus			Henkiökunnan yhteistyö			Puhelinpalvelu			Hoidon jatkuvuuden tärkeys		
	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh
<b>Odotusaika</b>	89	9,05	0,88	89	4,60	0,49	89	4,67	0,45	89	4,46	0,52	89	4,24	0,83	89	4,19	0,75	89	4,48	0,99	89	3,33	1,21
alle 15 min	39	8,32	1,08	39	4,01	0,87	39	4,49	0,52	39	4,19	0,62	39	3,89	1,00	39	3,97	0,87	39	4,64	0,55	39	3,23	1,36
15-60 min	20	8,05	1,18	20	4,06	0,64	20	4,31	1,03	20	4,11	0,68	20	4,12	0,77	20	4,02	0,76	20	4,60	0,84	20	3,43	1,40
yli tunnin																								
p-arvo			.000			.000			.009			.005			.360			.137			.911			.610
<b>Lääkärille pääsy</b>	38	9,05	0,85	38	4,67	0,45	38	4,73	0,39	38	4,42	0,63	38	3,89	1,15	38	4,20	0,78	38	4,74	0,79	38	3,30	1,26
Heipottunut	19	8,18	1,02	19	3,86	0,86	19	4,09	0,85	19	4,15	0,62	19	3,73	0,69	19	4,00	0,83	19	4,24	0,99	19	3,68	1,16
Vaikeutunut	48	8,57	1,26	48	4,30	0,69	48	4,61	0,56	48	4,32	0,61	48	4,21	0,86	48	4,07	0,79	48	4,54	0,78	48	3,39	1,23
Säilynyt ennallaan																								
p-arvo			.004			.000			.000			.040			.021			.117			.003			.307
<b>Ennakkokäsitys</b>	73	9,02	1,02	73	4,56	0,56	73	4,74	0,35	73	4,46	0,58	73	4,07	1,03	73	4,29	0,74	73	4,65	0,75	73	3,29	1,30
Myönteinen	11	7,73	1,27	11	3,89	0,94	11	4,30	0,52	11	4,17	0,56	11	4,28	0,67	11	3,91	0,68	11	4,77	0,34	11	3,55	1,15
Kielteinen	64	8,55	0,92	64	4,24	0,72	64	4,43	0,74	64	4,24	0,58	64	4,17	0,71	64	3,94	0,82	64	4,37	1,02	64	3,30	1,27
Ei ennakkokäsitystä																								
p-arvo			.000			.002			.003			.015			.571			.008			.082			.811

Aineisto 3, keskitetty päiväysts, helmikuu 2006	Palvelu- kokemuksen arvosana		Asiakas- palvelun laatu		Ammatti- taitojen hoito		Ohjaus ja tiedonsaanti		Välttävä vuorovaikutus		Henkilökunnan yhteistyö		Puhelinpalvelu		Hoidon jatkuvuuden tähtäys	
	n	Ka Ks	n	Ka Ks	n	Ka Ks	n	Ka Ks	n	Ka Ks	n	Ka Ks	n	Ka Ks	n	Ka Ks
<b>Ikäluokka</b>																
15-49 vuotta	91	8,51 0,98	91	4,20 0,74	91	4,40 0,61	91	4,32 0,65	91	4,34 0,61	91	4,12 0,70	91	4,26 1,10	91	3,14 1,26
50-64 vuotta	44	8,45 1,41	44	4,21 0,94	44	4,30 0,87	44	4,34 0,74	44	4,20 1,01	44	4,13 0,78	44	4,30 1,10	44	3,38 1,36
65-74 vuotta	15	8,63 1,70	15	4,50 0,77	15	4,55 0,54	15	4,64 0,50	15	3,52 1,38	15	4,16 0,79	15	4,77 0,56	15	3,93 1,02
yli 75 vuotta	4	8,75 0,96	4	4,34 0,72	4	4,54 0,63	4	4,39 0,76	4	3,75 1,26	4	4,42 0,42	4	4,13 1,44	4	4,75 0,50
p-arvo		.745		.120		.417		.327		.123		.480		.585		.003
<b>Sukupuoli</b>																
Mies	63	8,42 1,32	64	4,20 0,77	64	4,36 0,69	65	4,20 0,81	63	4,03 0,97	64	4,06 0,81	59	4,14 1,04	64	3,38 1,29
Nainen	112	8,61 1,08	113	4,35 0,76	113	4,45 0,67	112	4,44 0,65	109	4,30 0,82	109	4,24 0,69	107	4,46 1,03	111	3,35 1,29
p-arvo		.512		.111		.200		.024		.039		.176		.006		.939
<b>Elämäntilanne</b>																
palkkayössä tai yrittäjänä	83	8,57 1,02	83	4,28 0,80	83	4,40 0,63	83	4,37 0,64	83	4,35 0,69	83	4,23 0,73	83	4,39 0,99	83	3,08 1,28
työelämän ulkopuolella	44	8,55 1,10	44	4,19 0,66	44	4,41 0,66	44	4,31 0,65	44	4,35 0,59	44	4,06 0,72	44	4,09 1,26	44	3,40 1,26
eläkeläinen	34	8,30 1,59	34	4,28 0,94	34	4,39 0,83	34	4,36 0,73	34	3,67 1,29	34	4,09 0,73	34	4,49 0,87	34	3,96 1,10
p-arvo		.828		.099		.747		.687		.013		.506		.443		.001
<b>Terveystilaa</b>																
Heikko	7	8,71 0,49	7	4,33 0,60	7	4,36 0,44	7	4,20 0,52	7	4,05 0,97	7	3,86 0,72	6	4,83 0,41	7	4,07 0,45
Kohtalainen	59	8,17 1,41	59	4,15 0,90	60	4,32 0,78	59	4,24 0,84	57	4,02 1,01	57	4,07 0,78	57	4,19 1,18	60	3,65 1,22
Hyvä	110	8,69 1,02	110	4,34 0,71	110	4,45 0,62	110	4,41 0,65	109	4,28 0,80	109	4,22 0,71	104	4,38 0,98	108	3,11 1,30
p-arvo		.073		.679		.578		.202		.342		.251		.367		.014
<b>Odotusaika</b>																
alle 15 min	106	8,73 1,11	106	4,43 0,66	106	4,44 0,66	106	4,36 0,66	106	4,26 0,82	106	4,17 0,71	106	4,33 1,07	106	3,38 1,29
15-60 min	45	8,19 1,15	45	4,04 0,82	45	4,34 0,73	45	4,34 0,68	45	4,18 0,89	45	4,11 0,75	45	4,34 1,09	45	3,24 1,24
yli tunnin	9	7,42 1,35	9	3,15 1,01	9	4,17 0,71	9	4,29 0,54	9	3,61 1,26	9	4,11 0,80	9	4,11 0,74	9	3,67 1,41
p-arvo		.000		.000		.104		.631		.107		.781		.207		.665
<b>Lääkärille pääsy</b>																
Helppotunut	43	8,69 1,08	43	4,44 0,60	43	4,57 0,55	43	4,48 0,50	43	4,32 0,93	43	4,34 0,58	43	4,38 1,13	43	3,45 1,23
Vaikeutunut	22	7,92 1,63	22	3,55 1,12	22	3,91 1,05	22	4,01 0,92	22	3,81 1,09	22	4,05 0,84	22	3,84 1,27	22	3,93 1,25
Säilynyt ennallaan	54	8,62 0,92	54	4,32 0,67	54	4,44 0,55	54	4,40 0,61	54	4,23 0,83	54	4,31 0,70	54	4,56 0,84	54	3,25 1,27
p-arvo		.016		.005		.002		.120		.158		.375		.033		.032
<b>Ennakkokäsitys</b>																
Myönteinen	82	8,58 1,19	82	4,41 0,65	82	4,48 0,57	82	4,46 0,56	82	4,16 0,93	82	4,29 0,66	82	4,43 1,02	82	3,52 1,30
Kielteinen	17	7,76 1,60	17	3,58 1,12	17	4,08 1,01	17	4,04 1,01	17	3,92 1,25	17	3,92 0,79	17	4,18 1,17	17	3,65 1,16
Ei ennakkokäsitystä	62	8,60 0,97	62	4,23 0,77	62	4,38 0,68	62	4,30 0,64	62	4,34 0,61	62	4,04 0,77	62	4,23 1,07	62	3,04 1,24
p-arvo		.059		.002		.087		.098		.716		.072		.203		.062

	Palvelu- kokemuksen arvosana			Asiakas- palvelun laatu			Ammatti- taitoinen hoito			Ohjaus ja tiedonsaanti			Välittävä vuorovaikutus			Henkilökunnan yhteistyö			Puhelinpalvelu			Hoidon jatkuvuuden tärkeys		
	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh
Kaikki vastaajat	117	8,12	1,28	119	4,04	0,82	119	4,19	0,87	119	4,05	0,86	118	4,00	0,89	117	4,00	0,77	110	4,20	1,03	117	3,62	1,26
<b>Siviilisääty</b>																								
ieski	36	7,99	1,30	37	3,84	0,96	37	4,14	0,91	37	4,00	0,83	36	3,63	1,06	35	3,69	0,81	34	4,37	0,92	37	3,66	1,15
avo- tai avioliitossa	81	8,18	1,27	82	4,13	0,74	82	4,21	0,86	82	4,07	0,87	82	4,17	0,76	82	4,14	0,71	76	4,13	1,08	80	3,61	1,31
p-arvo			.398			.162			.651			.524			.009			.010			.254			.983
<b>Elämäntilanne</b>																								
palkkatyössä tai yrittäjänä	45	7,97	1,33	45	3,93	0,75	45	4,10	0,95	45	3,92	0,91	45	4,19	0,77	45	4,21	0,72	45	4,20	1,13	45	3,52	1,33
työelämän ulkopuolella	27	8,17	1,25	27	3,99	0,84	27	4,17	0,72	27	4,07	0,76	27	4,06	0,89	27	3,81	0,74	27	4,04	1,02	27	3,15	1,22
eläkeläinen	33	8,10	1,24	33	4,12	0,76	33	4,22	0,86	33	4,08	0,78	33	3,81	0,87	33	3,81	0,79	33	4,23	0,97	33	4,05	1,11
p-arvo			.772			.185			.551			.646			.112			.030			.577			.005
<b>Terveystila</b>																								
Heikko	5	8,20	1,92	6	3,56	1,79	6	3,65	1,42	6	3,95	1,27	6	3,29	1,15	6	3,53	1,01	5	4,10	1,52	6	3,58	1,36
Kohtalainen	49	7,80	1,49	50	3,94	0,82	50	4,07	0,83	50	3,78	0,95	49	3,75	0,94	49	3,83	0,70	47	4,03	0,99	49	3,90	1,12
Hyvä	62	8,35	0,95	62	4,15	0,66	62	4,32	0,83	62	4,26	0,67	62	4,27	0,75	61	4,19	0,76	58	4,34	1,02	61	3,39	1,33
p-arvo			.162			.477			.132			.033			.002			.013			.047			.121
<b>Odotusaika</b>																								
alle 15 min	52	8,52	1,09	52	4,33	0,67	52	4,28	0,89	52	4,22	0,64	52	4,21	0,69	52	4,04	0,75	52	4,33	0,98	52	3,50	1,32
15-60 min	45	7,68	1,24	45	3,75	0,70	45	4,01	0,82	45	3,74	0,98	45	3,90	0,90	45	3,94	0,80	45	4,02	1,09	45	3,73	1,16
ylli tunnin	7	7,11	1,63	7	3,16	0,85	7	4,19	0,97	7	4,15	0,70	7	3,67	1,32	7	3,86	0,79	7	3,93	1,27	7	3,43	1,74
p-arvo			.001			.000			.250			.074			.275			.416			.114			.756
<b>Käynnin syyn selvittäminen</b>																								
Yhdelle	83	8,35	1,14	85	4,12	0,81	85	4,28	0,83	85	4,14	0,84	84	4,13	0,79	84	4,03	0,76	79	4,11	1,10	83	3,61	1,31
Useammalle kuin yhdelle	34	7,58	1,44	34	3,85	0,81	34	3,96	0,94	34	3,81	0,88	34	3,69	1,07	33	3,93	0,81	31	4,42	0,82	34	3,66	1,14
p-arvo			.004			.062			.090			.040			.041			.625			.264			.871
<b>Lääkärille pääsy</b>																								
Helppotunut	14	8,59	1,07	14	4,47	0,58	14	3,92	1,07	14	4,13	0,98	14	4,33	0,51	14	4,32	0,67	14	4,25	1,25	14	3,04	1,34
Vaikeutunut	26	7,27	1,54	26	3,64	0,76	26	4,07	0,89	26	3,71	0,98	26	3,79	0,86	26	3,91	0,71	26	4,10	0,97	26	4,02	1,12
Säilynyt ennallaan	33	8,34	0,86	33	4,04	0,62	33	4,40	0,61	33	4,25	0,67	33	4,31	0,74	33	4,10	0,70	33	3,98	1,17	33	3,53	1,33
p-arvo			.001			.001			.099			.007			.016			.105			.592			.060
<b>Ennakkokäsitys</b>																								
Myönteinen	53	8,35	1,10	53	4,20	0,70	53	4,33	0,80	53	4,11	0,87	53	4,14	0,78	53	4,12	0,75	53	4,14	1,13	53	3,61	1,30
Kielteinen	14	7,00	1,40	14	3,48	0,66	14	3,52	0,93	14	3,48	1,06	14	3,73	0,79	14	3,79	0,74	14	3,82	1,10	14	3,54	1,43
Elennakkokäsitystä	37	8,14	1,18	37	3,97	0,75	37	4,19	0,79	37	4,09	0,59	37	4,08	0,82	37	3,90	0,74	37	4,41	0,76	37	3,58	1,22
p-arvo			.000			.003			.002			.041			.214			.168			.138			.985

Aineisto 5, hajautettu päivätyös, maaliskuuta 2009	Palvelu- kokemuksen arvosana			Asiakas- palvelun laatu			Ammatti- taitojen hoito			Ohjeus ja tiedonsaanti			Välittävä vuorovaikutus			Henkilökunnan yhteistyö			Puhelinpalvelu			Hoidon jatkuvuuden tärkeys		
	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh
Kaikki vastaajat	70	8,80	0,91	71	4,49	0,60	73	4,50	0,72	72	4,57	0,67	70	4,15	0,95	69	4,23	0,69	69	4,11	1,17	73	4,22	0,94
<b>Ikäluokka</b>																								
15-49 vuotta	22	8,75	0,80	22	4,42	0,70	22	4,52	0,58	22	4,52	0,66	22	4,41	0,80	22	4,33	0,71	22	3,82	1,40	22	3,91	1,17
50-64 vuotta	19	8,92	0,96	19	4,56	0,58	19	4,57	0,64	19	4,68	0,35	19	4,55	0,47	19	4,26	0,68	19	4,11	1,28	19	4,03	0,99
65-74 vuotta	14	8,75	0,64	14	4,61	0,40	14	4,58	0,88	14	4,80	0,28	14	4,15	0,73	14	4,38	0,65	14	4,18	0,75	14	4,71	0,43
ylli 75 vuotta	7	8,36	1,44	7	3,98	0,68	7	4,30	0,99	7	4,23	1,26	7	3,53	1,05	7	3,95	0,62	7	4,07	1,17	7	4,36	0,75
p-arvo			.459			.554			.519			.269			.006			.305			.527			.108
<b>Eiämännätilanne</b>																								
paikkatyössä tai yrittäjänä	24	9,11	0,77	24	4,63	0,50	24	4,67	0,36	24	4,71	0,49	24	4,23	0,98	24	4,21	0,68	24	4,06	1,30	24	3,79	1,16
työelämän ulkopuolella	10	9,03	0,67	10	4,59	0,41	10	4,82	0,24	10	4,69	0,30	10	4,57	0,35	10	4,63	0,71	10	4,50	1,11	10	4,25	0,59
eläkeläinen	29	8,41	0,96	29	4,28	0,72	29	4,31	0,94	29	4,49	0,77	29	4,16	0,85	29	4,20	0,64	29	3,84	1,13	29	4,47	0,81
p-arvo			.043			.317			.173			.353			.262			.067			.214			.021
<b>Pitkäaikaisraus</b>																								
ei	29	8,91	0,73	29	4,56	0,53	31	4,61	0,55	31	4,58	0,60	30	4,21	0,91	29	4,26	0,67	30	4,10	1,36	31	3,87	1,04
kyllä	30	8,69	1,09	30	4,38	0,71	30	4,29	0,88	30	4,49	0,82	29	4,15	1,02	28	4,18	0,69	28	3,91	1,07	30	4,52	0,69
p-arvo			.623			.357			.183			.959			.933			.620			.205			.007
<b>Asiointi tutun työntekijän luona</b>																								
Ei	24	9,03	0,73	24	4,54	0,45	25	4,79	0,27	24	4,60	0,74	23	4,28	0,75	24	4,25	0,72	24	4,17	1,31	25	4,26	0,91
Kyllä	46	8,68	0,98	47	4,47	0,66	48	4,35	0,83	48	4,55	0,64	47	4,08	1,03	45	4,21	0,68	45	4,08	1,10	48	4,20	0,96
p-arvo			.220			.912			.011			.276			.826			.822			.402			.831
<b>Odotusaika</b>																								
alle 15 min	52	8,86	0,90	52	4,44	0,66	52	4,47	0,76	52	4,58	0,67	52	4,29	0,78	52	4,30	0,65	52	4,09	1,24	52	4,17	1,00
15-60 min	10	8,43	0,90	10	4,59	0,33	10	4,85	0,21	10	4,70	0,22	10	4,01	1,19	10	4,10	0,82	10	3,75	0,98	10	4,20	0,89
ylli tunnin	1	8,00	.	1	4,38	.	1	4,17	.	1	5,00	.	1	4,67	.	1	4,33	.	1	4,00	.	1	4,00	.
p-arvo			.163			.458			.018			.957			.786			.564			.329			.485
<b>Lääkärille pääsy</b>																								
Heipottunut	4	9,25	0,50	4	4,56	0,72	4	4,83	0,14	4	4,78	0,25	4	4,18	0,88	4	4,58	0,32	4	4,50	1,00	4	4,88	0,25
Vaikeutunut	27	8,52	0,97	27	4,25	0,74	27	4,33	0,97	27	4,48	0,78	27	4,16	0,78	27	4,22	0,68	27	3,87	1,17	27	4,33	0,89
Säilynyt ennallaan	22	9,08	0,77	22	4,72	0,37	22	4,71	0,33	22	4,62	0,55	22	4,22	1,08	22	4,35	0,66	22	4,23	1,33	22	3,91	1,01
p-arvo			.052			.043			.244			.216			.422			.529			.103			.006
<b>Ennakkokäsitys</b>																								
Myönteinen	49	8,91	0,79	49	4,62	0,44	49	4,64	0,62	49	4,69	0,40	49	4,28	0,87	49	4,39	0,66	49	4,28	1,04	49	4,17	0,99
Kieltäinen	5	8,00	0,71	5	3,81	1,09	5	4,10	0,92	5	4,31	0,92	5	4,03	0,90	5	3,73	0,37	5	2,50	1,22	5	4,00	0,94
Ei ennakkokäsitystä	9	8,47	1,31	9	3,96	0,67	9	4,13	0,88	9	4,26	1,16	9	4,21	0,74	9	3,89	0,65	9	3,56	1,31	9	4,28	0,97
p-arvo			.070			.004			.025			.570			.710			.015			.001			.794



	Palvelu- kokemuksen arvosana			Asiakas- palvelun laatu			Ammatti- taitoinen hoito			Ohjaus ja tiedonsaanti			Väitettävä vuorovaikutus			Henkilökunnan yhteistyö			Puhelinpalvelu			Hoidon jatkuvuuden tärkeys		
	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh
Kaikki vastaajat	155	8,04	1,50	155	4,00	1,02	153	4,34	0,86	154	4,16	0,90	154	4,06	0,95	152	4,23	0,83	97	3,43	0,90	155	3,36	1,44
<b>Ikäluokka</b>																								
15-49 vuotta	48	7,54	1,57	48	3,73	1,05	48	4,20	0,79	48	3,94	0,87	48	4,08	0,82	48	4,17	0,88	48	3,28	0,88	48	2,78	1,34
50-64 vuotta	18	8,28	1,03	18	4,02	0,82	18	4,56	0,54	18	4,15	0,62	18	3,98	0,88	18	4,41	0,58	18	3,17	0,97	18	3,39	1,58
65-74 vuotta	16	8,16	1,36	16	4,11	0,79	16	4,36	0,77	16	4,21	0,90	16	3,99	0,97	16	4,02	0,78	16	3,69	0,73	16	3,84	1,18
Yli 75 vuotta	7	8,57	0,53	7	4,45	0,47	7	4,59	0,39	7	4,39	0,61	7	4,02	0,86	7	4,62	0,76	7	3,57	0,79	7	4,00	1,73
p-arvo			.032			.044			.033			.017			.642			.324			.236			.001
<b>Koulutus</b>																								
Korkeakoulututkinto	17	7,79	1,49	17	3,80	1,04	17	4,25	0,67	17	4,04	0,98	17	4,12	0,96	17	4,16	0,97	17	3,03	0,67	17	2,38	1,36
Opistotasoinen tutkinto	26	7,96	1,38	26	3,82	0,91	26	4,34	0,63	26	4,03	0,71	26	4,19	0,76	26	4,36	0,69	26	3,29	0,78	26	2,96	1,35
Koulutasoinen tutkinto	22	7,98	1,24	22	4,07	0,79	22	4,44	0,62	22	4,29	0,64	22	4,06	0,67	22	4,23	0,70	22	3,43	0,93	22	3,27	1,51
Ammattikurssitasoinen	13	7,81	1,89	13	3,80	1,31	13	4,05	1,15	13	3,82	1,14	13	3,82	1,13	13	4,05	0,97	13	3,62	1,08	13	4,35	0,85
Ei ammattikoulutusta	13	7,77	1,24	13	4,04	0,73	13	4,48	0,60	13	4,14	0,67	13	3,85	0,83	13	4,31	0,81	13	3,58	0,93	13	3,38	1,61
p-arvo			.938			.473			.594			.568			.938			.647			.107			.001
<b>Elämäntilanne</b>																								
palkkatyössä tai yrittäjänä	38	7,57	1,56	38	3,75	1,02	38	4,27	0,74	38	4,07	0,83	38	4,13	0,77	38	4,24	0,89	38	3,25	0,82	38	2,66	1,41
työelämän ulkopuolella	19	7,84	1,37	19	3,80	0,88	19	4,13	0,74	19	3,80	0,84	19	4,04	0,81	19	4,23	0,70	19	3,34	0,75	19	2,66	1,21
eläkeläinen	34	8,26	1,16	34	4,14	0,85	34	4,50	0,68	34	4,24	0,75	34	3,95	0,94	34	4,25	0,77	34	3,50	0,99	34	4,07	1,23
p-arvo			.161			.129			.130			.175			.865			.946			.265			.000
<b>Pitkäaikaisraus</b>																								
ei	79	8,10	1,44	79	4,07	0,93	78	4,47	0,63	78	4,28	0,80	78	4,18	0,79	78	4,25	0,80	53	3,41	0,83	79	2,88	1,43
Kyllä	54	8,01	1,65	53	4,02	1,07	53	4,31	0,96	53	4,08	0,94	53	4,03	0,99	53	4,23	0,93	32	3,52	0,98	54	3,78	1,30
p-arvo			.938			.830			.885			.206			.607			.818			.386			.000
<b>Terveydentila</b>																								
Heikko	14	7,61	1,80	15	3,41	1,53	15	3,72	1,38	15	3,71	1,29	15	4,13	0,83	13	3,95	0,94	8	3,25	0,89	15	3,77	1,51
Kohtalainen	71	7,95	1,61	71	4,08	0,98	71	4,39	0,87	71	4,16	0,92	71	3,96	1,08	71	4,16	0,89	42	3,37	1,04	71	3,67	1,30
Hyvä	64	8,20	1,34	63	4,00	0,91	61	4,43	0,64	62	4,24	0,76	62	4,14	0,81	62	4,33	0,75	45	3,51	0,79	63	2,98	1,48
p-arvo			.509			.354			.209			.518			.843			.276			.663			.016

Aineisto 6, keskitetty päävastus, KYS toukokuu 2011 (jatkuu)	Palvelu- kokemuksen arvosana			Asiakas- palvelun laatu			Ammatti- taitoinen hoito			Ohjaus ja tiedonsaanti			Välttävä vuorovaikutus			Henkilökunnan yhteistyö			Puhelinpalvelu			Hoidon jatkuvuuden tärkeys			
	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	Ka	Kh	
Asiointi tutun työntekijän luona																									
Ei	146	8,03	1,53	146	3,97	1,04	145	4,33	0,87	146	4,15	0,91	146	4,04	0,96	144	4,20	0,84	89	3,35	0,89	146	3,31	1,45	
Kyllä	9	8,22	0,97	9	4,38	0,37	8	4,50	0,76	8	4,46	0,45	8	4,44	0,33	8	4,75	0,30	8	4,25	0,65	9	4,17	0,87	
p-arvo		.956			.449			.776			.491			.444			.091			.004			.113		
<b>Päivystykseen tulotapa</b>																									
Soitin etukäteen tai kävin paikan päällä	9	7,28	1,56	9	3,33	0,93	9	4,06	0,82	9	3,53	1,26	9	3,50	1,07	9	3,67	0,69	9	3,83	1,22	9	3,06	1,55	
Tulin ilman ennakkoyhteenvottoa	31	7,73	1,64	31	3,84	1,01	31	4,26	0,81	31	3,97	0,90	31	4,14	0,71	31	4,12	0,92	31	3,06	0,81	31	2,56	1,38	
Jotekin muuten, esim. lähetteellä, ambulanssilla	51	8,09	1,19	51	4,05	0,86	51	4,42	0,65	51	4,24	0,59	51	4,08	0,85	51	4,41	0,69	51	3,46	0,79	51	3,59	1,39	
p-arvo		.219			.017			.217			.063			.111			.051			.003			.013		
<b>Odotusaika</b>																									
alle 15 min	12	8,58	0,67	12	4,53	0,47	12	4,51	0,55	12	4,27	0,63	12	4,28	0,79	12	4,64	0,44	12	3,50	0,80	12	2,92	1,62	
15-60 min	37	8,51	0,91	37	4,23	0,66	37	4,43	0,66	37	4,27	0,68	37	4,18	0,75	37	4,46	0,64	37	3,49	0,80	37	3,41	1,47	
yli tunnin	41	7,16	1,55	41	3,45	1,04	41	4,20	0,80	41	3,86	0,92	41	3,85	0,92	41	3,93	0,91	41	3,20	0,95	41	3,04	1,43	
p-arvo		.000			.000			.081			.006			.164			.001			.204			.189		
<b>Lääkärille pääsy</b>																									
Helpoittunut	13	8,85	1,07	13	4,54	0,48	13	4,65	0,55	13	4,25	0,85	13	4,23	0,82	13	4,54	0,73	13	3,38	1,04	13	3,27	1,39	
Vaikeutunut	19	7,05	1,58	19	3,22	1,05	19	3,91	0,86	19	3,72	0,90	19	3,49	0,97	19	3,77	0,96	19	3,11	1,11	19	3,53	1,71	
Säilynyt ennallaan	26	7,65	1,45	26	3,82	0,94	26	4,35	0,76	26	4,16	0,77	26	4,24	0,88	26	4,47	0,66	26	3,60	0,69	26	3,44	1,24	
p-arvo		.000			.000			.000			.000			.002			.000			.472			.599		
<b>Ennakkokäsitys</b>																									
Myönteinen	41	8,46	0,97	41	4,33	0,58	41	4,64	0,48	41	4,39	0,61	41	4,31	0,68	41	4,56	0,62	41	3,52	0,72	41	3,23	1,50	
Kielteinen	33	7,35	1,65	33	3,47	1,14	33	4,07	0,84	33	3,66	0,97	33	3,86	0,88	33	3,99	0,91	33	3,11	1,08	33	2,71	1,47	
Ei ennakkokäsitystä	17	7,53	1,29	17	3,71	0,79	17	4,06	0,71	17	4,16	0,50	17	3,75	0,97	17	3,94	0,72	17	3,47	0,65	17	4,00	0,98	
p-arvo		.000			.000			.000			.000			.017			.000			.017			.019		

## LIITETAULUKKO 5. PALVELUKOKEMUSTA SELITTÄVÄT PALVELUN SAATAVUUSTEKIJÄT JA ENNAKKOKÄSITYS PÄIVYSTYKSEN TOIMINNASTA AINEISTOITTAIN

	Aineisto 1 syyskuu 2004, hajautettu päivystys	Aineisto 2 marraskuu 2004, keskitetty päivystys	Aineisto 3, helmikuu 2006, keskitetty päivystys	Aineisto 4, maaliskuu 2009, keskitetty päivystys	Aineisto 5, maaliskuu 2009, hajautettu päivystys	Aineisto 6, toukokuu 2011, KYSin keskitetty päivystys
<b>Palvelukokemuksen arvosana</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Odotusaika vastaanotolle</b> Odotusaika pidempi kuin 15 min (ref.) Odotusaika alle 15 min		$\beta = .370^{***}$ $R^2 = .132^{***}$	$\beta = .290^{***}$ $R^2 = .079^{***}$	$\beta = .331^{***}$ $R^2 = .102^{***}$		$\beta = .166^*$ $R^2 = .021^*$
<b>Selitysosuus</b>						
<b>Kokemus muutoksesta lääkäriin pääyssä viimeisen vuoden aikana</b> Säilynyt ennallaan (ref.) Helpottunut Vaikeutunut	$\beta = .058$ $\beta = -.289^{**}$ $R^2 = .082^{**}$	$\beta = .193^*$ $\beta = -.179$ $R^2 = .078^{**}$	$\beta = .061$ $\beta = -.240^*$ $R^2 = .058^{**}$	$\beta = .077$ $\beta = -.437^{***}$ $R^2 = .200^{***}$	$\beta = .106$ $\beta = -.278^*$ $R^2 = .076^*$	$\beta = .146$ $\beta = -.354^{***}$ $R^2 = .146^{***}$
<b>Selitysosuus</b>						
<b>Ennakkokäsitys päivystyksen toiminnasta</b> Ei ennakkokäsitystä (ref.) Myönteinen Kielteinen ennakkokäsitys	$\beta = .328^{**}$ $\beta = -.105$ $R^2 = .146^{***}$	$\beta = .256^{**}$ $\beta = -.154^*$ $R^2 = .101^{**}$	$\beta = .012$ $\beta = -.209^{**}$ $R^2 = .035^*$	$\beta = .109$ $\beta = -.326^{**}$ $R^2 = .132^{***}$		$\beta = .316^{**}$ $\beta = -.121$ $R^2 = .154^{***}$
<b>Selitysosuus</b>						

p-arvon tulkinta mallin sopivuudesta aineistoon: \* .01 < p < .05 tulos on tilastollisesti merkitsevä, \*\* .001 < p < .01 tulos on tilastollisesti merkitsevä ja \*\*\* p < .001 tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä.

**MAIJATERTTU TIAINEN**  
*Uudelleen organisoitujen  
palvelujen laatu asiakkaan  
arvioimana*

Muuttuuko terveydenhuollon palvelujen laatu keskitettäessä hajautettuja palveluja? Tätä kysyttiin itäsavolaisilta terveydenhuollon päivystysasiakkailta vuosina 2004–2009. Tutkimuksessa ilmeni, että terveydenhuollon päivystyspotilaat arvioivat kokonaislaadun tutkimusajanjaksolla hyväksi, vaikka eroja eri aikoina tehdyissä kyselyissä ilmenikin. Maijaterttu Tiaisen tutkimus antaa tietoa, miten asiakkaat kokevat muutosten vaikuttavan palvelujen laatuun ja siitä, miten asiakkaat ja palvelun tarjoajat voivat tulevaisuudessa tuottaa yhdessä entistä laadukkaampia terveysterveyspalveluja.



UNIVERSITY OF  
EASTERN FINLAND

PUBLICATIONS OF THE UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND  
*Dissertations in Social Sciences and Business Studies*

ISBN 978-952-61-1982-3

ISSN 1798-5749