

■ OPINNÄYTETYÖ- YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

VETOVOIMAINEN TERVEYSASEMA

TEKIJÄ: **Virpi Koponen** TKJY14S

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen	
Työn tekijä(t) Virpi Koponen	
Työn nimi Vetovoimainen terveysasema	
Päiväys 06.08.2016	Sivumäärä/Liitteet 71/3
Ohjaaja(t) Sinikka Tuomikorpi, yliopettaja	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Suomen perusterveydenhuolto on suurten muutosten edessä. Kunnat ovat ristipaineessa, koska yhä laadukkaampia sosiaali- ja terveyspalveluja vaaditaan järjestettäväksi yhä niukkenevilla resursseilla. Suomi on lähtenyt kehittämään sote-palveluja kansainvälisen trendin mukaisesti lisäämällä valinnanvapautta sosiaali- ja terveyspalveluihin. EU-direktiivin velvoittama terveyspalvelujen yhdenvertainen ja tasapuolinen saatavuus ei Suomessa toteudu riittävästi. Valinnanvapauden toivotaan tuovan kilpailua ja markkinahenkisyyttä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kilpailun uskotaan parantavan palveluiden laatua ja helpottavan hoitoon pääsyä sekä poistavan alueellista epätasa-arvoa. Lisäksi muutoksilla haetaan säästöjä.</p> <p>Vuonna 2014 Terveystieteidenhuoltolaki mahdollisti asiakkaille terveysaseman valinnan koskien koko maata. Tällä hetkellä kiireelliseen hoitoon pääsee missä tahansa julkisella terveysasemalla kotimaassa. Suunnitelmallisen hoitopaikan voi valita tekemällä hoitosuunnitelma yhdessä lääkärin kanssa. Terveysaseman voi valita Suomessa vuodeksi kerrallaan tekemällä ilmoituksen sekä entiselle että uudelle terveysasemalle. Tilapäisesti voi saada hoitosuunnitelman mukaisia terveyspalveluja toisessa terveyskeskuksessa tai sairaalassa, kunhan ilmoittaa hoidon tarpeesta ajoissa. Lääkärin läheteellä voi valita erikoissairaanhoidon. Yksityisiä terveyspalveluja voi käyttää ja hakea Kela-korvausta niihin. Ulkomaille voi myös hakeutua hoitoon tietyin ehdoin. Lähivuosina valinnanvapauskäytäntöihin on tulossa uusia muutoksia, joita on tässä työssä myös sivuttu.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä on tarkasteltu sitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas valitsee hoitavan terveysaseman. Toimivan ja laadukkaan terveysaseman toimintamallia on selvitetty teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin nojaten. Tutkittavaa ilmiötä on tarkasteltu asiakkaan näkökulmasta. Asiakkailta kysyttiin mielipidettä terveysaseman valintaan vaikuttavista tekijöistä, vaihdon syistä ja tyytyväisyydestä terveysaseman palveluihin. Tutkimuksen mukaan lääkäriaikojen saatavuus, hyvä hoidon laatu, hoitaja-aikojen saatavuus ja terveysaseman sijainti olivat yleisimmät vaihdon syyt. Toimivan ja laadukkaan terveysaseman tunnusmerkkejä olivat potilaan mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun, ohjauksen saanti hoidon toteutukseen, laaja palveluvalikoima, ystävällinen kohtelu ja hyvä vuorovaikutus.</p> <p>Kansallisesti ja kansainvälisesti tarkasteltuna perusterveydenhuoltoa kuormittavat eniten pitkäaikaissairaudet. Edward Wagnerin kumppaneineen kehittämä Chronic Care Model (CCM) eli Terveystieteidenhuoltomalli on tutkimusten mukaan osoittautunut hyväksi ja kustannusvaikuttavaksi toimintamalliksi perusterveydenhuoltoon. Mallissa on kuusi pääteemaa: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksentuki, tietojärjestelmät, johdon sitoutuminen ja yhteisön osallisuus. Tulokset ovat paremmat, kun kaikkiin osa-alueisiin pyritään vaikuttamaan. CCM on viitekehys, jota jokainen organisaatio voi muokata omista lähtökohdistaan käsin. Keskeinen työkalu Terveystieteidenhuoltomallissa on hoitosuunnitelma, joka tehdään yhdessä potilaan kanssa. Työmuotona moniammatillinen tiimityö on CCM:n mukaan tehokas ja varsinkin useita palveluja tarvitsevien asiakkaiden tarpeita palveleva. Hyvänä on koettu myös erityispalveluita vaativien potilaiden hoidon koordinaattori eli case manager.</p>	
Avainsanat Valinnanvapaus, perusterveydenhuolto, terveyskeskus, asiakaslähtöisyys, toimintamalli	

Field of Study Social Services, Health and Sports		
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals		
Author(s) Virpi Koponen		
Title of Thesis Attractive health center		
Date	06.08.2016	Pages/Appendices 71/3
Supervisor(s) Sinikka Tuomikorpi, Principal Lecturer		
Client Organisation /Partners		
<p>Abstract</p> <p>Basic health care is changing in Finland. Municipalities are in pressure, because more and higher social- and health services is required to be arranged with shrinking resources. Finland has begun to develop social- and health care services in accordance with the international trend by increasing the discretion of social- and health services. Equal and equitable access to health services required by the EU-directive does not occur sufficiently informed in Finland. Freedom of choice is hoped to bring the market competition and spirituality in social -and healthservices. Competition is expected to improve the quality of services and facilitate access to treatment and to remove regional inequalities. In addition changes hoped for savings.</p> <p>In the year 2014 Health Care Act allows the choice of health care for customers regarding the entire country. Currently urgent treatment is accessible in any public health center in Finland. Systematic care facilities can be selected by making a treatment plan with the doctor. By making a notification to the former and to the new health center man can choose the helth center for one year at a time. Temporarily You are able to get health services in accordance with the management plan also from the second health center or hospital as long as indicate the need for treatment in time. With a doctor ´s referral you can choose the place of specialized care. You can use private health care also and seek compensation from KELA. Under certain conditions you can also travel abroad for the treatment. In the coming years there is coming new changes to freedom choice practice, which is also touched upon in this work.</p> <p>In this work it has been examined which factors affect how the client selects the attending health center. The functioning and high-quality health care center operating model is explained in the theory and previous studies leaning. The phenomenon is examined from the perspective of the customer. The customers were asked for an opinion on the discretion factors, the reasons of exchange and the satisfaction of the health services. The results showed that the availability of a doctor ever, a good quality of care, availability of nurse-ages and the health center location were the most common causes of exchange. The opportunity to participate in planning own care, access control implementation of care, a wide range of services, friendly treatment and good interaction were the hallmarks of functional and high-quality health care center.</p> <p>Chronic diseases burden the most basic health care nationally and internationally. The Chronic Care Model (CCM), which was developed by Edward Wagner and his partners, have reportedly proved to be good and the most cost-operating model for the primary health care. There are six main themes in the model: support for self-care, range of services, decision support systems, information systems, management ´s commitment and community involvement. The results are better when all aspects of the objective are taken into account. CCM is a frame of reference, which each organization can edit by hand on their own terms. The essential tool for the Health Benefit Model is the management plan, which is done with the patient. According CCM, the multidisciplinary teamwork is effective and especially suitable method of work for the customers who need a lot of services. It is also perceived as a good thing, that patients who require special services, can have a coordinator of care or a case manager.</p>		
Keywords Freedom of choice, discretion, primary health care, health center, customer orientation, business model		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	6
2 TERVEYSKESKUS-TOIMINTA SUOMESSA.....	8
2.1 Terveyskeskuksen historiallinen kehitys.....	8
2.2 Terveydenhuoltoa ohjaava säännöstö ja terveydenhuollon organisointi.....	11
2.3 Asiakkaana terveydenhuollossa.....	16
2.4 Terveysaseman valinta	22
2.5 Terveyspalveluiden järjestäminen tulevaisuudessa.....	26
3 LAADUKKAAN TERVEYSASEMAN TUNNUSMERKIT	30
3.1 Terveysyhtymämalli- Chronic Care Model, CCM.....	31
3.2 Kansainvälisiä toimintamalleja valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	35
4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA	40
4.1 Kotimaisia tutkimuksia.....	40
4.2 Kansainvälisiä tutkimuksia.....	45
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	48
6 TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS.....	49
7 TULOKSET.....	52
7.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot.....	52
7.2 Omahoidon tuki.....	52
7.3 Palveluvalikoima.....	52
7.4 Päätöksentuki.....	53
7.5 Tietojärjestelmät.....	53
7.6 Johdon sitoutuminen.....	54
7.7 Yhteisön osallisuus.....	54
7.8 Asiakastyytyväisyys.....	55
7.9 Vapaat kommentit.....	58
8 POHDINTA	59
8.1 Johtopäätökset.....	59
8.2 Arvio prosessista ja yhteenveto tuloksista.....	63
8.3 Reliabiliteetti ja validiteetti.....	65
8.4 Eettisyys.....	66

8.5 Jatkotutkimusaiheita.....	67
LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	68
LIITE 1. KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE	72
LIITE 2. KYSELYLOMAKE.....	73
LIITE 3. TUTKIMUSLUPA.....	79

1 JOHDANTO

Suomen perusterveydenhuoltoa ohjaavat lait, terveystaloudellinen politiikka, kansainväliset ja kansalliset normit ja sopimukset, hinta- ja veropolitiikka sekä markkinaohjaus. Kuntalaki (410/2015) ja kansanterveyslaki (66/1972) velvoittavat kuntia järjestämään ja ylläpitämään terveydenhuollon peruspalvelut yhä kiristyvässä taloustilanteessa. Kuntien tilanne on ristiriitainen, koska resurssit vaadittaviin palveluihin ovat rajalliset. Vuonna 2014 Terveydenhuoltolaki (1326/2010) mahdollisti asiakkaalle terveysaseman valinnan kotikuntansa ulkopuolelta koskien koko maata. Aiheuttaako tilanne mahdollisesti kilpailua terveysasemien välillä parantaen niiden palveluja sekä laatua ja tuoko se helpotusta ja säästöä kunnille, vai huononeeko laatu hinnan kustannuksella. Mitä mieltä asiasta ovat asiakkaat, jotka palveluja käyttävät ja miten säilyttää terveysasema vetovoimaisena ja haluttuna hoitopaikkana ja miten turvata sen säilyminen, kun sote-alueita uudelleen muokataan. Mitä asioita asiakas painottaa, kun hän valitsee hoitavan terveysaseman ja millainen on hyvä ja toimiva terveysasema.

Kansanterveyspolitiikan valtakunnalliset painopistealueet ohjaavat terveyden edistämistä ja ennalta ehkäisevää työtä Suomessa. Perusterveydenhuolto on avainasemassa terveyden edistämisessä. Terveyden edistäminen on yleensä kustannustehokas keino lisätä hyvinvointia ja taloudellista kasvua. Perusterveydenhuolto on koko järjestelmän kivijalka ja olennaista on, että palvelut tuotetaan sosiaalisesti ja alueellisesti oikeudenmukaisesti. Terveysasemien vähentäminen ja välimatkojen pidentyminen eivät tue näitä tavoitteita, vaan järkevämpää on kehittää terveysasemien palvelua kunnissa ja lisätä säästöä erikoissairaanhoidon kustannuksissa, koska ne lohkaisevat valtaosan budjetista. On toki hyvä, että erikoissairaanhoido kehittyy, mutta on suuri ongelma, jos perusterveydenhuolto rapautuu ja terveyskeskukset kärsivät rekrytointivaikeuksista, raskaista muutoksista, kilpailuttamisesta ja yhä lisääntyvästä työmäärästä (Sihto, Palosuo, Topo, Vuorenkoski ja Leppo 2013, 95). Erikoissairaanhoidon, sosiaalialan, kolmannen sektorin ja perusterveydenhuollon joustava yhteistyö vähentää päällekkäistä toimintaa ja tuo järkevyyttä palveluihin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas valitsee hoitavan terveysaseman ja määrittää toimivan terveysaseman palvelumalli. Työssä on painotettu terveydenhuollon näkökulmaa perusterveydenhuollossa. Sosiaaliala sivuaa terveysalaa hyvin läheltä ja niillä on rinnakkaista toimintaa, mutta tässä työssä ei tarkastella sosiaalialaa tarkemmin. Käsitteitä terveyskeskus ja terveysasema käytetään tässä työssä synonyymeinä. Palvelujen käyttäjää on kutsuttu joko sanalla asiakas tai potilas. Erikoissairaanhoidon sivuttu lyhyesti ja yksityisiä terveydenhuoltopalveluja on tarkasteltu lähinnä verraten niitä julkisiin palveluihin. Tässä tehtävässä on keskitytty siihen mitä vaatimuksia kuntalaki (410/2015), terveydenhuoltolaki (1326/2010), laki hoitotakuusta (785/1992/4) ja potilaslaki (785/1992) asettavat terveysaseman toiminnalle.

Aluksi on perehdytty Suomen perusterveydenhuollon historiaan ja siihen mitä se on tänään. Asiakkuutta terveydenhuollossa on tarkasteltu teoriaan ja tutkimuksiin pohjaten. Vetovoimaisen terveysaseman tunnusmerkkejä on selvitetty Terveysyötymallin (CCM) avulla. Terveydenhuollon valinnanvapauden kansainvälisiä malleja on tarkasteltu keskittyen Ruotsin ja Englannin malleihin. Aikaisempia kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta on tässä työssä tarkasteltu asiakaslähtöisyyden, valinnanvapauden ja terveysaseman toiminnan näkökulmasta. Kyselytutkimuksella on selvitetty sitä, mitä terveysasemaa vaihtaneet henkilöt ovat pitäneet tärkeänä, kun he ovat päätyneet vaihtamaan palveluntuottajaa ja lisäksi asiakastyytyväisyyskyselyllä on selvitetty terveysasemaa vaihtaneiden asiakkaiden tyytyväisyyttä terveysasemansa toimintaan.

2 TERVEYSKESKUS-TOIMINTA SUOMESSA

2.1 Terveyskeskuksen historiallinen kehitys

Kansanterveyden haasteilla on pitkä historia. Moderni kansanterveystiede on alkanut syntyään 1800-luvulla aluksi yrityksillä torjua infektioitauteja ja toisaalta sosiaalilääketieteen kehittymisenä. Useissa maissa oivallettiin 1800-luvulla, että väestön terveyteen voidaan vaikuttaa julkisen vallan keinoilla. Vesijohto- ja viemäriverkostojen rakentamisesta edettiin rokotuksiin ja ammatilliseen synnytysapuun. 1860-luvulla Suomeen tuli kansanterveysliike nopeasti ja voimalla. Tavoitteena oli runsas ja hyvinvoiva suomalainen väestö. Terveydenhoidosta tuli valtion ja kuntien yhteinen ydintehtävä. 1880-luvun terveydenhoitosääntö, kuntien terveydenhoitolautakunnat ja väestölle suunnattu Terveydenhoitolehti olivat aikoinaan jopa kansaivälisestikin merkittäviä sosiaalisia uudistuksia. Vahva vaikuttaja oli myös Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1880-luvulta alkaen. (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas ja Pekkanen 2013, 61,67-69; Ståhl ja Rimpelä 2010, 12,24.)

Tuon ajan piirilääkäri oli jo selkeästi kansanterveysviranomainen, jolta vaadittiin kattavaa selontekoa väestön määrästä, koulutustasosta, ihmisten siveellisyydestä, sairauslukuista, maantieteellisistä ja sosiaalisista oloista, elinkeinoista, lasten ja köyhien huolenpidosta sekä lisäksi alueella vallitsevista taikauskoisista käsityksistä ja poppamiesten käytöstä. Alettiin myös kiinnittää huomiota siihen, miksi tietyt paikkakunnat tai ammatit olivat vaarallisempia terveydelle kuin toiset ja seurakuntiin perustettiin papin johtamia, maallikoista kokoonpantuja terveyskomiteoita. Vasta kunnallisen itsehallinnon tulo 1860-1870-luvulla mahdollisti paikallisen kansanterveystyön organisoimisen. Vuonna 1879 hyväksyttiin terveydenhoitoasetus, joka oli sisällöllisesti varsin moderni ja sen pääpaino oli yleisessä hygieniassa. Tuolloin kuntiin perustettiin myös terveyslautakunnat, jotka huolehtivat yleisestä terveydenhoidosta, ympäristöhygieniasta, äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta ja kouluterveydenhuollosta. Kunnanlääkärin työ oli tuolloin valtaosin yksityistä ammatinharjoittamista. (Kauhanen ym. 2013, 61,67-69; Ståhl ja Rimpelä 2010, 24.)

1900-luvulla alettiin keskittyä enemmän kroonisten sairauksien tutkimukseen ja ehkäisyyn. 1800- ja 1900 lukujen vaihteessa tuberkuloosi oli maassamme johtava kuolinsyy. Tuberkuloosin vastustamistyö oli urauurtavaa toimintaa ja se on ollut alkuna perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisevän työn kehittymiselle. Valistukseen ja terveysneuvontaan alettiin kiinnittää enemmän huomiota ja ehkäisevää, eli huoltotyötä alettiin painottaa. Calmette-rokotuksen ja pienoisröntgenin keksiminen olivat mullistavia edistysaskelia taudin voittamiseksi. Alettiin järjestää joukkorokotuksia ja röntgenkuvauksia. Preventiotoimet, yleisten olojen kohentuminen sekä ravitsemuksen ja terveydentilan parantuminen edesauttoivat taudin häviämistä. (Kauhanen ym. 2013, 61, 71-73,76-77; Ståhl ja Rimpelä 2010, 24.)

Vapaaehtoisjärjestöillä oli myös merkittävä osuus tuberkuloosin ehkäisyssä. Nimenomaan Suomelle oli ominaista terveydenhuollon ammattiryhmien ja kansalaistoiminnan yhdistyminen kansanterveyttä edistäviksi järjestöiksi. Ilman tuberkuloosin vastustamistyötä, Mannerheimin Lastensuojeluliittoa, Väestöliittoa ja monia muita yhdistyksiä kansanterveyden kehitys ei olisi ollut yhtä myönteistä. (Kauhanen ym. 2013, 61, 71-73,76-77; Ståhl ja Rimpelä 2010, 24.)

Alueellisesti kattavan sairaalaverkon luominen oli 1900-luvun yksi merkittävimmistä terveystaloudellisista hankkeista. Maahamme rakennettiin 19 000 yleissairaalaapaikkaa ja 11 000 muuta sairaalaapaikkaa (Sihto ym. 2013, 87). Myöhemmin sairaansijoja on vähennetty, koska huomio on painottunut enemmän avohoidon suuntaan. Neuvolatoiminta käynnistyi Mannerheimin Lastensuojeluliiton toimesta 1920-luvulla. 1900-luvulla on käynnistynyt muun muassa myös hammaslääkäreiden, farmaseuttien, fysioterapeuttien ja terveydenhoitajien koulutus. Osaamista varmistettiin uusien ammattiryhmien avulla. Kätilöt, terveyssisar, terveystarkastajat, kunnallislääkärit ja lääninlääkärit olivat mittavassa roolissa. 1940-luvulla laajennettiin terveystarkastaja- ja kätilötoiminta kaikkiin kuntiin valtion, kuntien ja Väestöliiton yhteistyönä. Suomalaisen terveyden edistämisen peruskivi on ollut neuvolatoiminta. Neuvolatoiminnan järjestämisestä säädettiin lailla vuonna 1944. Lailla määrättiin terveystarkastajien ja kätilöiden määrästä suhteutettuna väestöön. 1950-luvulla terveystalouden painopiste siirtyi erikoissairaanhoidon, eikä ehkäisevää työtä sovellettu samoin muihin asiakasryhmiin kuten oli tehty äitiys- ja lastenneuvolatyössä. (Kauhanen ym. 2013, 61,71-73,76-77; Ståhl ja Rimpelä 2010, 24,47.)

Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki (66/1972) ja samanaikainen valtion voimavarojen loivat Suomeen terveyskeskuksen tuottamaan perusterveydenhuollon palvelut. Perinteinen kunnanlääkäri-instituutio joutui väistymään terveyskeskuksen tieltä. Syntyessään terveyskeskustoiminta oli ainutlaatuinen ilmiö verrattuna muihin maihin. Vaikka termi terveyskeskus (health centre) oli käytössä useissa maissa, niin missään muualla ei tuolloin ollut Suomen kaltaista, koko maan kattavaa yhtä laajaa palveluvalikoimaa. 1970-luvulla Suomi oli terveydenedistämistyössä ja -politiikassa kansainvälisesti johtavia maita. Suomen ehkäisevä terveydenhuolto kohosi kansainvälisen kansanterveysliikkeen kärkeen ja Maailman Terveysjärjestö mainosti Suomen hyviä tuloksia tarttuvien tautien voittamisessa ja äitiys- ja lastenneuvolatyössä. Suomalaisesta neuvolasta, terveyssisaresta ja kätilöstä tuli kansainvälisiä vientituotteita. Suomalainen terveydenhuolto oli tosin osittain myös tuontitavaraa. Terveydenhuollon ammattilaiset hakivat osaamista jo 1800-luvulla Euroopasta ja 1930-luvulta alkaen Yhdysvalloista. 1960-luvulla tietoa haettiin erityisesti Englannista ja uudesta Pohjoismaisesta Terveydenhuoltokorkeakoulusta. (Ståhl ja Rimpelä 2010, 3, 25; Sihto ym. 2013, 251- 253; Kauhanen ym. 2013, 78.)

Terveyskeskusten mittava rakentamisurakka valmistui 1970-80 luvuilla ja tuolloin palvelut koottiin saman katon alle. Samalla hallinnon ja tilojen lisäksi luotiin yhteinen johtamisen järjestelmä, rahoitus ja yhteisöllisiä osallistumisen muotoja, esimerkiksi koulutustilaisuuksia. Terveyskeskuksia perustettiin 1970-luvulla noin 210, jolloin maassa oli noin 470 kuntaa. Terveyskeskuksella piti olla vähintään 10 000 asukkaan väestöpohja. Pienempien kuntien piti muodostaa hallinnollisesti yhteinen terveyskeskus. 1970-luvun alussa alkoi parikymmentä vuotta kestänyt jakso, jolloin terveydenhuollon kehittäminen painottui perusterveydenhuoltoon. 1990-luvulla vaikuttivat uudet arvoperustat myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Normeja purettiin ja virastoja lakkautettiin. Valtion osallisuutta haluttiin minimoida ja tuloksellisuutta haettiin kilpailuvaltion tavoittelulla. Vaikka muualla maailmassa oltiin tuolloin havaittu, että terveydenhuolto ei toimi markkinaehtoisesti, niin siihen suuntaan pyrittiin lisäämällä käyttömaksuja ja yksityisiä palveluita. (Sihto ym. 2013, 93, 251-253; Kauhanen ym. 2013, 78.)

Historiallisesti tarkasteltuna perusterveydenhuollon hallinto on ollut värikäs.

Kansanterveystoimikunta kiteytti vuonna 1969 pitkään valmistellun uudistuksen kansanterveyslaiksi. Vielä 1960-luvulla kunnat mieluummin ylittivät kuin alittivat tehtävänsä ehkäisevässä terveydenhuollossa. 1970-luvulla valtion pakkotoimilla muodostettiin kuntayhtymäterveyskeskuksia ja vuonna 1993 niitä purettiin valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmän muutosten jälkeen. Terveyskeskusten määrä nousi tuolloin 270:een. 2000-luvulla alettiin uudelleen tavoitella terveyskeskusverkoston tiivistämistä. Säädettiin laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta, joka edellytti 20 000 asukkaan väestöpohjaa perusterveydenhuollon järjestämiseksi ja myöhemmin myös perustason sosiaalipalvelujen järjestämiseksi laadittiin samanlainen velvoite. (Sihto ym. 2013, 253; Kauhanen ym. 2013, 237-238; Ståhl ja Rimpelä 2010, 23-24.)

Kunta - ja palvelurakenneuudistuksen ensimmäinen vaihe oli Paras-lain (169/2007) aika vuosina 2007-2012. Tuolloin monet kunnat muodostivat uusia yhteistoiminta-alueita tai laajempia peruspalveluista vastaavia sote-alueita. Tuolloin syntyi myös kuntaliitoksia. Suomalaisen terveydenhuollon ja myös kuntarakenteen perusteellinen uudelleen organisoituminen jäi kuitenkin vielä keskeneräiseksi. Poliittista yksimielisyyttä ei tuntunut löytyvän siitä, miten asian kanssa pitäisi edetä. Hallituksen tavoitteena oli saada kuntarakenteen uudistuksen avulla maahan vahvojen peruskuntien verkko, joka ottaisi vastuun sosiaali- ja terveyspalveluista ja mahdollisesti myös osasta erikoissairaanhoidon ilman kuntayhtymäratkaisuja. Vastassa oli ongelmia. Kunnat eivät halunneet yhdistyä pakolla ja uudistuksen uskottiin vaativan erikoissairaanhoidon rakenteen uudistumista. Ongelmia toi myös vaikeus löytää yksimielisyyttä siihen, mikä olisi sopivan suuri väestöpohja. (Sihto ym. 2013, 253; Kauhanen ym. 2013, 237-238.)

Vuonna 2012 maassamme oli 154 perusterveydenhuollon järjestämisestä vastaavaa yksikköä, joista 91 oli yhden kunnan ylläpitämiä ja loput olivat yhteistoiminta-alueita. Yhteistoiminta-alueista noin puolet on isäntäkuntamallin mukaan organisoituneita ja loput 57 on kuntayhtymiä. Joillakin kunnilla on ollut vaikeuksia ylläpitää omaa palvelutuotantoaan, kuten toimivaa terveyskeskusta, joten 2000-luvulla kunnista alkoi tulla yksityisten palvelujen ostajia ja palvelujen ulkoistaminen tuli mukaan suomalaiseen terveydenhuoltoon. (Sihto ym. 2013, 253; Kauhanen ym. 2013, 237-238.)

1990-luvun alussa Suomen kansantalous ajautui syvään lamaan, joka koetteli ihmisten sopeutumiskykyä. Lama lisäsi sosiaalisia ongelmia, kuten köyhyyttä ja työttömyyttä ja niihin kytkeytyviä terveydellisiä ongelmia. Valtio ja kunnat toteuttivat palveluihin kohdistuvia säästöjä myös ehkäiseviin palveluihin. Arvellaan, että nämä säästöt osaltaan myötävaikuttivat ongelmien kasvuun ja vaikeutumiseen ja tästä on aiheutunut lisää palvelujen tarvetta ja kustannuksia. Suomi liittyi Euroopan unioniin vuonna 1995 ja markka vaihtui euroksi vuonna 2002. Suomi nousi lamasta melko nopeasti verrattuna muihin maihin, mutta nyt olemme jälleen taloustaantumassa, jonka kestoja ja syvyyttä on vaikea ennakoida. Edellisen taantumien virheitä ei tule toistaa. Globalisoituminen on lisääntynyt ja vaikuttaa myös kansanterveyteen. Ilmastonmuutos, ympäristöterveys, krooniset sairaudet, mielenterveysongelmat, pandemiat ja uudet tartuntataudit ovat uudella vuosituhanella väestöjen yhteisiä uhkia. Nykyisellä vuosituhanella kansalaisten terveystaloutta on pyritty kehittämään entistä monipuolisempaan suuntaan. (Kauhanen ym. 2013, 61,75; Ståhl ja Rimpelä 2010, 51-52.)

2.2 Terveydenhuoltoa ohjaava säännöstö ja terveydenhuollon organisointi

Eduskunta on säätänyt useita lakeja, jotka ohjaavat terveydenhuoltoa, muun muassa tupakkalaki (15/2016), elintarvikelaki (23/2006), terveydensuojelulaki (763/1994), tartuntatautilaki (583/1986), työterveyshuoltolaki (1383/2001), alkoholilaki (1143/1994), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja lääkelaki (395/1987). Valtioneuvosto osallistuu myös terveydenhuollon linjauksiin hallitusohjelmien ja erillisten politiikkaohjelmien avulla. Valtion rooli on enimmäkseen suurten linjausten hakemista ja puiteohjausta. Kunnilla on iso rooli kansainvälisestäkin tarkasteltuna. Vielä 1980-luvulla terveydenhuolto Suomessa oli tiukasti keskusjohtoista, mutta kuntien toimintavapaus ja vastuu peruspalvelujen suunnittelusta ja järjestämisestä on lisääntynyt merkittävästi 1990-luvun alkupuolella. (Kauhanen ym. 2013, 236.)

Esimerkkinä valtioneuvoston informaatio-ohjauksesta on Kansallinen terveyshanke, joka toimeenpantiin vuonna 2001 selvittämään osin puutteelliseksi havaittua ja suurten haasteiden edessä olevaa terveydenhuoltojärjestelmää. Keskeisiä haasteita olivat palvelujen saatavuus, väestöryhmien väliset terveyserot, uhkaava työvoimapula, palvelujärjestelmän hajanaisuus, ohjausvaikeudet sekä terveydenhuoltomenojen lisääntyvä kasvu. Tavoitteiksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevä hoidon saatavuus, hoidon hyvä laatu ja määrällinen riittävyys maan eri osissa riippumatta maksukyvyistä. Valtioneuvoston periaatepäätös nosti keskiöön riittävästi resursoidun ja hyvin toimivan perusterveydenhuollon koko terveydenhuoltojärjestelmän perustaksi. Perusterveydenhuollon keskeisimmäksi tehtäväksi asetettiin ennaltaehkäisevä työ. Merkittäväksi toimijaksi nimettiin kunnalliset lähipalvelut ja yhteistyö kunnissa. (Sihto ym. 2013, 361-362.)

Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä on useita toimijoita ja rahoittajia. Palvelujen rahoitus on monikanavainen ja kolme suurta kokonaisuutta ovat yleinen kaikkia koskeva julkinen, pääosin verovaroin tuotettu perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Potilasmaksut ja muut omakustannukset kattavat osan kuluista. Kansaneläkelaitos, eli Kela osallistuu lääkehuollon, sairausajan sosiaaliturvan ja osin kuntoutuksen kulujen korvaamiseen. Lisäksi on työntekijöitä ja yrittäjiä koskeva työnantajien ja Kelan kustantama työterveyshuolto, jonka kuluihin työntekijät osittain osallistuvat. Käytettävissä on myös yksityiset terveysterveystoimet, jotka pääosin maksavat käyttäjät itse, mutta kuluja korvataan myös julkisista varoista. Kela ja muut vakuutusjärjestelmät maksavat esimerkiksi tapaturmista aiheutuvia kuluja. Terveysterveystoimet yhdessä sosiaalipalveluiden kanssa ovat peruspalveluita kansalaisille. Valtion tasolla näitä ohjaa sosiaali- ja terveysterveystoimi, jonka alaisena toimii lupa- ja valvontavirasto Valvira. Valvira valvoo muun muassa terveysterveystoimien laatua ja hoitotakuun mukaista jonotustilannetta sairaaloissa ja terveysterveystoimissa. Vuonna 2010 perustetut seitsemän aluehallintovirastoa, eli AVI-keskusta toteuttavat alueellista peruspalvelujen valvontaa. (Kauhanen ym. 2013, 234-235.)

Eduskunta myöntää vuosittain kunnille valtionosuudet peruspalveluiden rahoittamiseen. Valtiolta saatu rahoitusosuus on osittain mukautettu kuntien sairastavuusindeksiin. Kunnat joutuvat itse budjetoimaan rahat peruspalveluihin, mutta kuntia sitovat monet lakisääteiset tehtävät, jotka on järjestettävä. Valtion rahoitus kattaa vain osan terveydenhuoltokuluista. Suuremmasta osasta kunnat joutuvat vastaamaan itse omien verotulojensa avulla. Kuntien taloudelliset resurssit, väestön sairastavuus ja mahdollisuudet järjestää palveluja poikkeavat paljon toisistaan. Erot ovat kasvaneet 2000-luvulla entisestään ja ne osaltaan myös lisäävät kansalaisten terveyseroja. Osittain tästä syystä maan hallitus alkoi etsiä uusia ratkaisuja kuntien väliselle yhteistyölle. (Kauhanen ym. 2013, 236-237.)

Terveydenhuoltolaki (1383/2001) on keskeinen Suomen terveydenhuollon puitelaki ja se sanelee monet terveydenhuollon tavoitteet. Terveydenhuollon tulee lain mukaan ylläpitää ja edistää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välillä vallitsevia terveyseroja, huolehtia palvelujen tasavertaisesta saatavuudesta, laadusta ja potilasturvallisuudesta, vahvistaa asiakaskeskeisyyttä sekä edistää yhteistyötä kunnan muiden eri toimialojen sekä ulkopuolisten toimijoiden kanssa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Sen lisäksi terveydenhuoltolain tavoitteena on lisätä ihmisten valinnan mahdollisuuksia sekä hoitopaikan että heitä hoitavan henkilöstön suhteen. Potilaan omaa roolia hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa korostetaan erityisesti. Terveydenhuoltolailla tavoitellaan saumattomia hoitoketjuja, jotka alkavat perusterveydenhuollosta ja päätyvät vaativan erityistason hoitoon. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön lujittaminen on myös lain merkittävä tavoite. (Kauhanen ym. 2013, 241-242.)

Maaliskuussa vuonna 2005 silloiseen kansanterveyslakiin tuli lisäys. Tuolloin voimaan tuli laki hoitotakuusta (785/1992/4). Hoitotakuu edellyttää, että ihmiset pääsevät viivytyksettä hoidon tarpeen arviointiin ja sovitussa määräajassa myös ei-kiireelliseen hoitoon. Laki koskee sekä perusterveydenhuoltoa, että erikoissairaanhoidoa. Lain mukaan terveyskeskukseen tulee saada yhteys arkipäivisin virka-aikana. Tavoitteena on arvioida hoidon tarve heti, mutta viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun henkilö on ottanut yhteyttä terveyskeskukseen. Kiireelliseen hoitoon on päästävä välittömästi. Erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut. Tarpeelliseksi arvioitu hoito pitää järjestää kohtuullisessa ajassa, viimeistään kolmen kuukauden kuluessa. Tämä koskee myös hammashoitoa. Poikkeustapauksissa enimmäisaika voidaan ylittää kolmella kuukaudella. Jos terveyskeskus tai sairaala ei voi itse tuottaa hoitoa enimmäisaikojen puitteissa, täytyy palvelut hankkia toisilta palvelun tuottajilta. Hoitotakuukäytännössä on myös ohjeellinen priorisointijärjestelmä, jossa osa ei-kiireellisistä hoidoista on pisteytetty lääketieteellisin perustein. Velvoite ei ole kuitenkaan juridisesti sitova, vaan ohjeellinen. (Kauhanen ym. 2013, 244.)

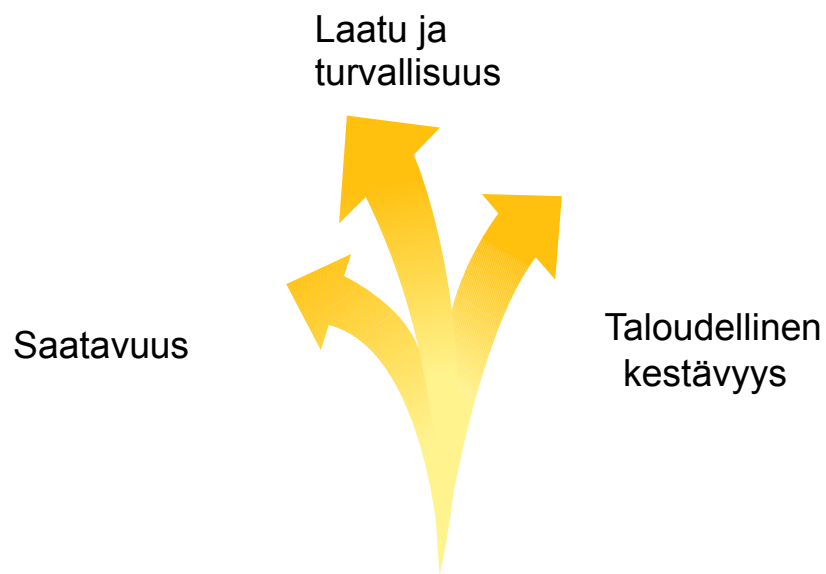
Kuntalain (365/1995), 1.5.2015 alkaen (410/2015), tarkoituksena on taata kuntalaisille mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua kunnan toimintaan. Kunta edistää asukkaiden hyvinvointia ja alueen elinvoimaa sekä järjestää asukkailleen heidän tarvitsemansa palvelut taloudellisesti, sosiaalisesti ja ympäristöllisesti kestäväällä tavalla. Potilaslaki (785/1992), eli laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee nimensä mukaisesti potilaan aseman ja oikeudet terveyden- ja sairaanhoidossa. Terveyden- ja sairaanhoito pitää sisällään potilaan terveydentilan määrittämisen, parantamisen tai terveyden ylläpitämisen terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimesta tai terveydenhuollon toimintayksikössä. Potilaslain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa sekä hyvää kohtelua osakseen. Potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä on kunnioitettava. Hoidon laatuun liittyvä hyvä kohtelu tarkoittaa muun muassa terveydenhuollon henkilöiden kielenkäyttöä ja käyttäytymistä hoitotilanteessa. (Kuntalaki; Potilaslaki.)

EU:n palveludirektiivin mukaan maiden terveydenhuollon järjestelmät perustuvat samoille arvoille ja periaatteille, joita ovat universaalisuus, eli palvelut kaikille tarpeen mukaan, yhdenvertaisuus ja oikeudenmukaisuus palveluiden saatavuudessa (equity) ja solidaarisuus (kustannusten oikeudenmukainen jako). Suomessa on 2000-luvulla edelleen ongelmana väestöryhmittäiset terveyserot eikä yhdenvertaisuus toteudu palvelujen saatavuudessa. Muita terveydenhuollossa tavoiteltavia yleisiä periaatteita ovat palvelujen hyvä saatavuus (access), niiden hyvä laatu ja turvallisuus (quality and safety) sekä taloudellinen kestävyys (financial sustainability) (kuviot 1 ja 2). (Sihto ym. 2013, 95,97-98.)

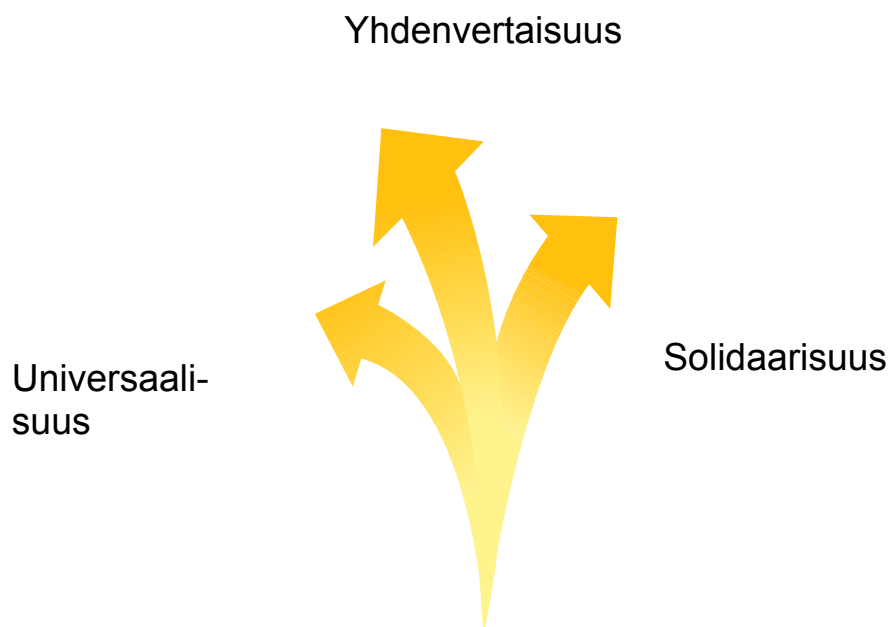
Suomalainen terveydenhuolto on toteutettu hoidon porrastuksen periaatteella. Tavalliset terveysongelmat pitäisi hoitaa mahdollisimman lähellä potilasta, osa itsehoitona kotona. Oletetaan, että terveysasemalla pystytään hoitamaan valtaosa sinne hakeutuvista potilaista ja vain noin viisi prosenttia potilaista vaatii erikoissairaanhoidon lähettämistä. Erikoissairaanhoidon ”sisällä” on oma porrastus sairaaloiden ja yliopistollisten sairaaloiden välillä. Terveysasema on keskeinen ja parhaiten väestölle näkyvä perusterveydenhuollon avohoidon palvelu. Terveysasemien varustus, aukioloajat ja palveluvalikoiman laajuus vaihtelevat, mutta pääsääntöisesti jokaisessa kunnassa on yksi tavallisimmat avosairaanhoidon palvelut tuottava terveysasema. Suurissa ja keskikokoisissa kunnissa terveysasemia on useampia. Neuvolapalveluihin keskittyviä avohoidon palvelupisteitä on terveysasemien rinnalla. (Sihto ym. 2013, 251.)

Perusterveydenhuollon palveluihin kuuluvat terveyden edistäminen ja ennalta ehkäisevät palvelut, esimerkiksi neuvolatoiminnat, kouluterveydenhuolto, seulontatutkimukset, laaja-alainen väestön terveydentilan kartoittaminen ja rokotosohjelmien toteuttaminen. Lisäksi on vastaanotto -ja päivystyspalvelut, yleislääkäreiden ja vastaanottotyöhön perehtyneiden sairaanhoitajien työ, puhelinneuvonta ja kiireelliset päivystyspalvelut valikoiduilla terveysasemilla tai ensiapupoliklinikoilla. Suun terveydenhuolto on järjestetty keskittyen lasten ja nuorten ennalta ehkäisevään työhön ja korjaavaan hammashoittoon kaikenikäisille. (Sihto ym. 2013, 251-252.)

Kotihoito ja kotisairaanhoido tuotetaan lyhyt- ja pitkäaikaisena palveluna. Terveysasemalla on kuntoutuksen toimia ja apuvälinepalvelut sekä sairaalahoido terveyskeskuksen vuodeosastolla, josta noin puolet on pitkäaikaista sairaanhoidoa ja puolet lyhytaikaista tai suunniteltua vuoroheitoa. Työterveyshuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut on järjestetty ja joillakin terveysasemilla on lisäksi perusterveydenhuoltoon sijoittuvat erityispaalvelut, kuten esimerkiksi ravitsemusterapeutti, puheterapeutti, jalkojen hoitaja, radiologian erityispaalveluita ja muistipoliklinikka. (Sihto ym. 2013, 251-252.)



KUVIO 1. Terveysthuollon palvelujärjestelmän yleisiä periaatteita (Sihto ym. 2013, 99, mukaillen)



KUVIO 2. Terveysthuollon keskeiset arvot ja periaatteet (Sihto ym. 2013, 96, mukaillen)

2.3 Asiakkaana terveydenhuollossa

Asiakkuus voidaan määritellä ihmisen ja alan asiantuntijoiden välillä tapahtuvaksi prosessiksi, jossa käytetään avointa ja molemminpuolista vuorovaikutusta ja yhdistetään resursseja. Koivuniemi ja Simonen (2011, 135) jaottelevat terveydenhuollon asiakkaat viiteen eri asiakkuussalkkuun, joita ovat pärjääjät, yhteistyöasiakkaat, tukiasiakkaat, johdetut asiakkuudet ja terveydenhuollon oppimisasiakkaat. Asiakkuuden elinkaaren vaiheet ovat seuranta -ja ennaltaehkäisy, tuki tutkimuksiin hakeutumiselle ja diagnoosi, hoitovaihe sekä kuntoutus kohti pärjäämistä. Virtasen, Suoheimon, Lamminmäen, Ahosen ja Suokkaan 2011, mukaan asiakaslähtöisyys voidaan sosiaali- ja terveysalalla nähdä toiminnan arvoperustaksi, jonka mukaan jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta. Terveydenhuollossa hoidon tarpeessa oleva ihminen on lähtökohta, kun uusia toimintamalleja pohditaan (kuvio 4). (Koivuniemi ja Simonen 2011, 22-24,80,135; Virtanen ym. 2011, 19.)

Asiakkaat ovat tietoisempia ja he ottavat itse selvää asioista. Turvallisinta se olisi tehdä yhdessä alan asiantuntijoiden kanssa. Tieto-taitoa jakamalla edistetään voimaantumista parhaiten. Palvelun rajaaminen sairaalan seinien sisäpuolelle ei enää riitä, vaan ihmisten arjessa selviytymisen turvaaminen edellyttää verkostomaisia työmuotoja. Vajavuuskeskeinen ajattelutapa on ollut vallitseva terveydenhuollossa. Haittoja ja rajoituksia on korostettu vahvuuksien sijaan. Asiakkaan kuuntelu on tutkimusten mukaan välttämätöntä terveydenhuollon prosesseissa. Palveluyrityksissä on tyypillistä, että asiakas nostetaan palveluilla tuotetun arvon keskipisteeseen olennaiseksi osaksi vuorovaikutusta. Vajavuuskeskeisessä ajattelussa ei synny toivottavaa ja tavoitteellista vuorovaikutusta, jossa asiakas on läsnä omana itsenään tavallisena ja ongelmaisena ihmisenä. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 51-52.)

Asiakkaan rooleja tarkastellaan Koivuniemen ja Simosen (2011, 52) kirjassa palvelujen käyttäjinä ja kuluttajina, joilla on mahdollisuus tehdä selkeitä valintoja eri vaihtoehtojen välillä. Jos palvelut eivät miellytä, niin asiakas voi vetäytyä tai käyttää muita palveluja (exit). Hän voi myös protestoida, valittaa tai osallistua kokemustensa pohjalta palvelujen kehittämiseen (voice) tai hän voi osoittaa uskollisuutta organisaatiolle ja vaieta tai tulkita todetut puutteet organisaatiolle myönteisellä tavalla (loyalty). Asiakaspalautteiden tulkinta on terveydenhuollossa hyvin haasteellista. Kuluttajajohtoinen malli edellyttää, että asiakkaalle tarjotaan mahdollisuus valintoihin ja samalla tuetaan asiakkaan kykyä käyttää palveluita. Tärkeää on myös, että terveydenhuollon työntekijät tukevat asiakkaan autonomiaa. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 52-53.)

Koivuniemen ja Simosen (2011, 22) mukaan suurin haaste asiakaslähtöiselle toiminnalle terveydenhuollossa ovat tuotantolähtöiset, siilomaiset ja päällekkäiset prosessit, jotka aiheuttavat tiedon katoamista ja ammattitaidon tehotonta hyödyntämistä. Terveydenhuollon asiakkaan tarpeen tulisi ohjata prosessien rakentamista. Usein on tarpeellista järkevöittää prosesseja ja kohdentaa niitä uudella tavalla. Olemassaolevien toimintamallien päälle rakentaminen ei riitä, koska silloin saatetaan vain nopeuttaa esimerkiksi toimenpiteiden läpimenoaikoja, tuottamatta lisäarvoa asiakkaalle. Paradigman muutos on välttämätöntä, koska pelkästään tuotantolähtöisyyttä korostamalla ongelmat säilyvät, eikä ihmisten arjessa selviytyminen edisty. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 22-24,80,135; Virtanen ym. 2011, 19.)

Tarkoitus on, että ihmisen arjessa pärjääminen ja terveyden edistäminen yhdistetään terveydenhuollon prosessiin kokonaisvaltaisesti samalla minimoiden molemmille osapuolille kohdistuvia suhdokustannuksia. Suhdekustannuksilla tarkoitetaan piilokustannuksia, jotka usein koskettavat prosessin molempia osapuolia, esimerkiksi asiakkaan jonottaminen terveyskeskuksessa. Johtamisessa tulee keskittyä asiakkuuksien johtamiseen ja toimintamallien keskittämiseen. Tuloksena asiakkaat saavat laadukkaampaa ja henkilökohtaisempaa palvelua samoilla resursseilla. Terveydenhuollossa tuotettavan arvon ja arvolupauksen määrittäminen on tärkeää palvelun ja olemassaolon perustaksi. Terveydenhuollon asiakkaalle tuotettava arvo on terveys, joka mahdollistaa selviytymisen omassa arjessa. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 22-24,80,135; Virtanen ym. 2011, 19.)

Koivuniemen ja Simosen ajatuksia hyvin lähellä on japanilaisesta Toyotan autotehtaasta lähtenyt käsite LEAN joka, sisältää ydinasiat asiakaslähtöiseen ja resurssitehokkaaseen toimintaan. LEAN koostuu neljästä periaatteesta joita ovat tiimityö, viestintä, resurssien tehokas hyödyntäminen ja hukkan poistaminen ja jatkuvat parannukset. Organisaation arvo täytyy LEAN:n mukaan määrittää lopullisen asiakkaan näkökulmasta käsin, asiakkaan prosessin kaikki vaiheet tulee tunnistaa ja poistaa arvoa tuottamattomat jaksot, esimerkiksi pitkät jonotusajat, arvoa tuottavien vaiheiden sujuvuutta täytyy tehostaa ja kehittää asiakkaan palautteen mukaan toimintaa yhä laadukkaammaksi. Koskaan ei tulla valmiiksi. (Modig ja Åhlström 2003, 79-80.)

Asiakaslähtöisen ajatusmallin lisäksi Koivuniemi ja Simonen 2011, painottavat asiakkaan osallistamista yhteiseen arvontuotantoon. Ensin täytyy kuitenkin juurruttaa asiakkuus ajattelutapana organisaatioon. Sujuva yhteistyö on mahdollista, kun esiintyy molemminpuolista oppimista. Mitä enemmän asiakas oppii, niin sitä enemmän hän pystyy ottamaan vastuuta ja osallistumaan omaan hoitoonsa. Asiakkuussuunnitelma toimii hyödyllisenä koordinaation apuvälineenä ja siihen voidaan ottaa hyödyllisiä vinkkejä liike-elämästä. Koivuniemi ja Simonen pohjaavat terveydenhuollon palvelumallinsa Clayton Christensenin ym. (2009) hyödyntämälle Charles Stabellin ja Öystein Fjelstadin (1998) esittämälle liiketoimintamallille. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 25-26.)

Koivuniemen ja Simosen (2011, 13-14) kirjassa, Kimmo Simonen kuvaa omakohtaisia kokemuksiaan terveydenhuollon asiakkaana. Simonen sairasti lyhyen aikaa vaikeaa sairautta, joka johti kuolemaan vuonna 2010. Hän kirjoittaa tajunneensa hyvin varhain olleensa asiakkaana organisaatiokulttuurissa, jossa hänellä oli vain tarkoin rajattu objektin rooli. Tehtävät oli jaettu Tayloristisen perinteen mukaan omiin lokeroihinsa ja johtamisjärjestelmä muistutti ikaikaista sotaväen hierarkiaa. Osaaminen henkilöityi ihmisiin eikä prosesseihin ja olemassaolevat prosessit olivat tuotantolähtöisiä eivätkä asiakaslähtöisiä.

Simonen pohti oliko hän olemassa organisaatiota varten, vai organisaatio häntä varten. Aiemmin hän ei ollut kohdannut organisaatiota, jossa asiakas joutuu odottamaan monta tuntia sitä hetkeä, jolloin organisaation edustaja ehtii hänet tavata. *”Kokemuksen mukaan aikaa voi kulua kaikkea 15 minuutin ja 2 tunnin väliltä. Henkilökohtaisesti olen kokenut nälässä ja tietämättömänä pitämisen raskaimpana,*” toteaa Simonen. Hyvänä kokemuksena hän muistaa yksittäisiin empaattisiin osajiin henkilöityneet tapaukset, joissa joku hoitava henkilö on ylittänyt systeemin asettamat rajat ja jollain tavalla parantanut Simosen kokemusta. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 13-14.)

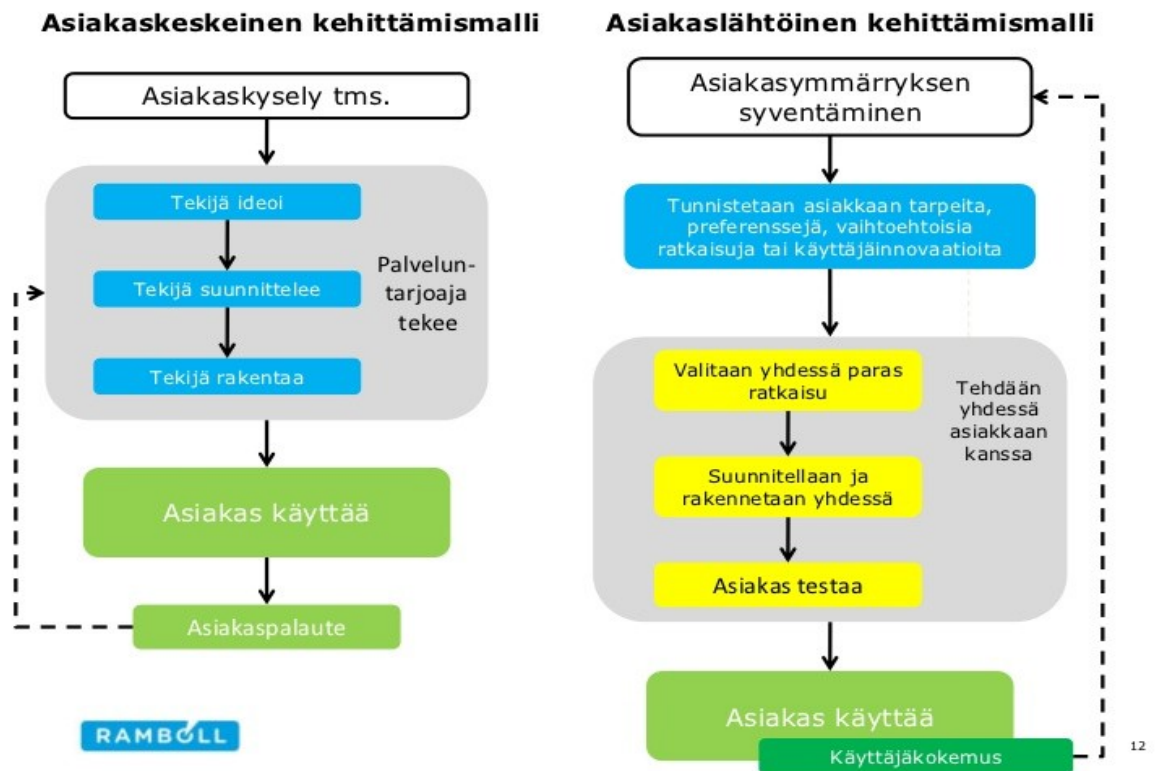
Hyvänä kokemuksena on pidetty sitä, että lääkäri tai hoitaja on kohdannut asiakkaan ihmisenä ymmärtäen tämän tilanteen. Samalla viestintä on ollut toimivaa. Asiakkaalle on selvitetty prosessin edellinen ja seuraava vaihe, ei vain senhetkistä tilannetta. Simonen tuo esille myös tapauksen, jossa hän oli omatoimisesti löytänyt lupaavan syöpätutkimuksen. Tutkimukseen mukaanpääsy edellytti tiettyä verikoetta, mutta hoitava taho ei luvannut sitä ottaa. Kun asiakas oli itse selvittänyt kokeen ottajan, niin asia kariutui siihen, että lääkärin tekemä lähete ei kelvannut laboratoriossa, koska sille ei ollut koodia tietokoneella. Lähetettä ei voitu tehdä. Useiden puhelinsoittojen jälkeen, yrityksen ja erehdyksen kautta osastolla muokattiin tyhjistä lomakkeesta pyyntö, jolla verikoe viimein otettiin. Esimerkki kertoo siitä, että ongelmaa ”pallotellaan” paikasta toiseen, eikä kukaan ota vastuuta; syöpäpotilaan todellisuutta 2010-luvulla. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 43,46.)

Tiedotuksen puutteesta kertoo esimerkki siitä, kun Simonen hakeutui akuutin ongelman takia hoitoon. Ohjeena oli mennä suoraan päivystykseen, mutta koska kello ei vielä ollut 16, niin asiakas käännytettiin omalle terveysasemalle. Omalla terveysasemalla noin tunnin kuluttua lääkäri ihmettelee, miksi asiakas ei ole hakeutunut erikoissairaanhoidon päivystykseen, jonne hänellä olisi ollut oikeus mennä suoraan. Tästä asiasta asiakas itse ei ollut ollenkaan tietoinen. Asiakas saa kuitenkin lähetteen ja menee päivystykseen sen kanssa. Alkaa seitsemän tuntia kestävä kontaktirumba, johon osallistuu kymmenen eri hoitajaa. Asiakkaan pyytäessä printtiä lääkärin lausunnosta, selviää että lääkärin täytyy ensin lausua se ja muiden kirjoittaa puhtaaksi, eli ei onnistu. Kymmeneltä illalla kaikki on viimein selvää ja tilanne rauhoittuu. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 49-50.) Voidaanko puhua laadukkaasta terveydenhuollosta?

Lääkäri kiertoa vuodeosastolla Simonen kuvaa hieman huvittuneena. *”Sisään astuu vaihtelevan halonefektin ympäröimä osaaja, jota joukko kuuliaisista kandeja tutkailee tarkkaavaisesti. Seuraa näytelmä, jossa potilaat esittävät vuorotellen etäistä sivuroolia. Lääkäriin asema hierarkiassa näyttää korreloivan negatiivisesti potilaan puheroolin kattavuuden kanssa.”* Paradoksi on, että potilas ei ole resurssi, vaan lääkäriresurssin sitoja. Tässä on merkittävä ero yritysmaailmaan, jossa asiakassuhteita pidetään yrityksen tärkeimpänä resurssina. Ongelmallisena nähdään myös erilaisten tapausten sotkeminen samalle osastolle. Päivystyksestä huono esimerkki on se, että jokainen menee saman prosessin läpi riippumatta siitä onko ongelmana päänsärky vai pitkäaikaissairauteen liittyvä vaiva. Oleellista on, että terveydenhuollon prosesseja ja arjessa pärjäämistä viedään kohti tavoitetta tuhlaamatta turhaan kenenkään voimavaroja, aikaa, osaamista ja rahaa. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 14-16.)

Kujalan 2003, mukaan hoitotilanteet eivät saa olla kaavamaisesti kaikille samaan tapaan toteutettuja, jolloin asiakas tuntee olevansa kohde ja ulkopuolinen omassa tilanteessaan. Ihmiselle täytyy antaa aikaa, riittävää kommunikaatiota, häntä täytyy kuunnella aktiivisesti ja yksilöllisyys huomioiden, lisäksi intimiteetti on turvattava. Asiakkaan oma tavoite ja odotukset on tiedettävä, hän on paras asiantuntija omassa vaivassaan. Asiakas on otettava tasavertaisena mukaan hoitotapahtumaan, johon hoitohenkilökunta tuo ammatillisen tietonsa ja potilas oman subjektiivisen tietonsa. Asiakkaan kuuluu olla tietoinen hoidon vaihtoehtoista ja vaikutuksista ja hän tekee itse valinnat tietonsa perusteella. Kujala lisää, että on hyvä varautua myös mahdollisiin ongelmiin. Kaikki asiakkaat eivät välttämättä hyväksy käytäntöä helposti, vaan he saattavat kyseenalaistaa ja arvostella sitä. (Kujala 2003, 162.)

Aloite sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen voi tulla asiakkaalta suoraan. Asiakaslähtöisen toimintamallin hyöty on siinä, että sosiaali- ja terveyssektorille ei luoda sellaisia palvelumalleja, joissa kyllä tarve on perusteltu, mutta tapa miten asia tehdään, ei toimi asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna. Virtanen ym. (2011, 36) korostaa, että asiakaskeskeinen ja asiakaslähtöinen toimintamalli eroavat toisistaan. Pelkästään käyttäjiltä kysyminen ei riitä asiakaslähtöisten palvelukokonaisuuksien kehittämiseen. Kuvio 3 selventää asiakaskeskeisen ja asiakaslähtöisen mallin eroja. Molemmissa malleissa kyllä kuullaan asiakasta ja asiakkaan tarve ohjaa palveluiden kehittämistä, mutta asiakaskeskeisessä mallissa asiakas ei pysty vaikuttamaan lopullisen toteuttamisen tai toimittamisen tapoihin. Aloite ei myöskään tule asiakkaalta, vaan asiakas enneminkin kommentoi jo olemassa olevia palveluita mielipidemittausten kautta. Malli estää asiakkaan innovaatiot palveluiden kehittämisen vaiheessa. Asiakaslähtöisessä mallissa asiakas on parhaassa tapauksessa mukana suunnitteluprosessissa heti alusta asti ja on mukana myös testaamassa sitä, mikä on käytännöllisin toteuttamistapa. Asiakas voi myös luoda vaihtoehtoisia toimintatapoja heti suunnittelun alkuvaiheessa. (Virtanen ym. 2011, 36-37.)



KUVIO 3. Asiakaskeskeisen ja asiakaslähtöisen toiminnan ero (Virtanen ym. 2011, 37, mukailten)

Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa tarkoittaa itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoisuutta ja yhdenvertaisuutta. Asiakas on palvelutapahtumassa yksilö, jonka itsemääräämisoikeutta täytyy kunnioittaa läpi koko palvelu- tai hoitotapahtuman. Ihmisarvoisuuden tärkeys korostuu heikommassa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla, kuten päihteiden käyttäjät, mielenterveyspotilaat tai vanhukset. Ei-asiakaslähtöisenä nähdään sellainen toiminta, jossa asiakkaan omatoimisuudelle ei anneta roolia. Parhaimmillaan asiakkaat kokevat asiakaslähtöisen toiminnan silloin, kun he itse saavat osallistua hoidon toteuttamiseen tasavertaisena kumppanina esimerkiksi itsehoidon tai muun aktivoivan hoidon kautta. Rajatonta valinnanvapautta ei kaivata, vaan sitä että asiakkaan mielipidettä kysytään ja sitä pyritään huomioimaan, vaikka joudutaan toimimaan organisaation asettamissa puitteissa. Erikoissairaanhoidossa tämä tarkoittaa sitä, että asiakas luovuttaa oman itsemääräämisoikeutensa hoidosta vastaavalle erikoisasiantuntijalle omaksi parhaakseen. (Virtanen ym. 2011, 20.)

Asiakkaiden mielestä asiakaslähtöisyydessä ei aina ole kysymys suurista asioista, vaan inhimillisyydestä, luottamuksesta ja jatkuvuudesta. Inhimillisuus ilmenee asiakkaan arvostamisena, huomioimisena, työntekijän asenteena tai palvelun sävynä. Palvelun inhimillisuus merkitsee asiakkaalle hänen kohtaamistaan ihmisenä, ei huumeidenkäyttäjänä tai syöpäpotilaana. Tärkeänä koetaan se, että työntekijä on aidosti kiinnostunut asiakkaan huolesta. Välttäminen ja tieto siitä, että asiakkaan asiaa edistetään, on jopa tärkeämpää kuin palvelun saaminen yhdestä ja samasta paikasta. Luottamus palveluntarjoajaan ja tuen kestävyys korostuu erityisesti sosiaalihuollon asiakkailta. Luottamuksen syntymistä edistää palvelusuhteen jatkuuus, mutta kun palvelua koetaan on jo syntynyt luottamus, niin se siirtyy työntekijältä toiselle. Asiakkaat eivät välttämättä vaadi samanlaista inhimillisyyttä kaikilta hoitoprosessiin osallistujilta, kunhan asiakkaan huomioiminen ja inhimillisuus tulevat edes jossain kohtaa huomioituksi. (Virtanen ym. 2011, 21.)

Avoimuus, saavutettavuus ja joustavuus kuuluvat asiakkaiden mielestä asiakaslähtöiseen toimintaan sosiaali- ja terveyspalveluissa. Oikeus saada itseään koskevaa tietoa liitetään itsemääräämisoikeuteen. Asiakaslähtöisen toiminnan vastakohtana koetaan sellainen käytäntö, missä asiakas ei saa itseään koskevaa tietoa. Palvelutapahtuman avoimuus tarkoittaa hyvää tiedonkulkua eri osapuolten välillä ja sitä pidetään tärkeänä asiakaslähtöisyyden mittarina. Asiakaslähtöisten palveluiden täytyy olla asiakkaalle helppoja lähestyä ja saavuttaa. Tämä tarkoittaa palveluiden sijaintia, työntekijöitä sekä heidän asenteitaan. Jos palveluiden saatavuudelle on asetettu ehtoja, niin se koetaan ei-asiakaslähtöiseksi. Palveluiden toivotaan joustavan asiakkaan kulloisenkin vastaanottokyvyn mukaan. Palveluiden joustavuus ja pienikin sovittaminen asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan lisäävät asiakkaan tyytyväisyyttä, motivaatiota ja sitoutuneisuutta osallistua omalta osaltaan hoitoprosessiin ja sen onnistumiseen. (Virtanen ym. 2011, 21.)

Asiakaslähtöisyys on asiakkaan mielestä paljon muutakin, kuin palveluprosessin organisoiminen. Asiakaslähtöisyys muodostuu asioista, jotka liittyvät asiakkaan kohtaamiseen ja vuorovaikutuksen laatuun ja määrään, palveluntarjoajan asenteisiin sekä mielikuviin ja odotuksiin, mitä asiakkaalla on palvelusta. Virtanen ym. korostavat, että kun palveluntarjoajan näkökulmasta asiakaslähtöisyydessä on kysymys palveluiden kehittämisestä, organisoimisesta, tarjoamiseen ja johtamiseen liittyvistä prosesseista, niin asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna kyse on vahvasti palvelusta asiakaslähtöisenä kokemuksena, jota muokkaa asiakkaalle varattu rooli ja asiakkaan mielikuva ja odotusarvo palvelusta. (Virtanen ym. 2011, 21.)



KUVIO 4. Asiakaslähtöisyys (Virtanen ym. 2011, 19, mukaillen)

2.4 Terveysaseman valinta

Valinnanvapaus alkoi kehittymään Suomessa vuonna 2004, jolloin asiakas saattoi hyödyntää palveluseteliä joitakin sosiaalipalveluita valitessaan. Palvelusetelin hyödyntäminen laajeni vuonna 2009 koskemaan myös terveyspalveluita. Nykyisen lainsäädännön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus on lakiin perustuvaa. Perustuslain (731/1999) perusoikeussäätöihin on liitetty periaate, johon sisältyy oikeus osallistua samaansa hoitoa ja huoltoa koskevaan päätöksentekoon ja tehdä sitä koskevia valintoja. Itsemääräämisoikeudesta on säädetty myös sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) ja potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992). Lain mukaan asiakkaalla on oikeus saada tietoja hoidon ja huollon vaihtoehtoisista toteuttamistavoista sekä osallistua hoidon ja huollon suunnitteluun ja toteuttamiseen. Lähtökohtaisesti yksilön valintoja täytyy kunnioittaa, vaikka ne olisivat hänen hyvinvointinsa ja terveytensä kannalta haitallisia. (Junnila, Sinervo, Aalto, Jonsson, Hietapakka, Keskimäki, Pekurinen, Seppälä, Tynkkynen ja Whellams 2016, 6; Whellams 2016, 3.)

Terveyspalveluille on yleensä ollut tarvetta ja kysyntää aina enemmän kuin niitä on tarjolla. Monissa palvelujärjestelmissä lähtökohtaisesti käyttäjä voi valita palvelun tuottajan. Muualla perusterveydenhuollossa on ollut yleistä, että palveluiden tuottaja on valittu kiinteäksi määräajaksi, esimerkiksi vuodeksi kerrallaan. Suomen tilanne on ollut erilainen, koska palveluiden järjestämisestä on vastannut viime kädessä peruskunta joko yksin tai yhteistoimintaorganisaationa. Tällainen järjestelmä on rajoittanut ihmisten valinnanvapautta viime vuosiin saakka. Kuitenkin valinnanvapautta pidetään tärkeänä potilaan oikeutena terveydenhuollossa terveysasioiden henkilökohtaisen luonteen vuoksi. On tärkeää, että palvelun käyttäjä luottaa palvelun tuottajaan. (Sihto ym. 2013, 248.)

Suomessa ja muissa pohjoismaissa oikeutus palveluiden käyttöön on aiemmin syntynyt asumisen pohjalta. Valinnanvapaus ei ole ollut ajankohtainen järjestelmässä, jossa palveluiden järjestämisvastuu on ollut paikallisella tai alueellisella terveyspalveluiden hallinnolla. Tilanne on muuttunut terveydenhuoltolain myötä. Uusi terveydenhuoltolaki lisäsi asteittain oikeuksia valita hoitava terveysasema, terveyskeskus tai hoitava sairaala. Käytäntö sopii hyvin EU:n yleisten tavaroiden ja palveluiden vapaan liikkumisoikeuden periaatteen kanssa. Ruotsissa terveyspalveluiden käyttö on jo useana vuonna rakentunut "vårdval-periaatteen" varaan. (Sihto ym. 2013, 248.)

Vuonna 2011 tuli voimaan terveydenhuoltolaki (1326/2010), johon on sisällytetty linjaukset oikeudesta valita hoitopaikka. Alkuvaiheessa hoitopaikan pystyi valitsemaan perusterveydenhuollossa oman kunnan tai sen yhteistoiminta-alueen terveysasemien väliltä. Erikoissairaanhoidossa valinnan mahdollisuus oli sen kunnan erityisvastuualueen hoitolaitosten välillä. Vuonna 2014 valintaoikeus laajeni siten, että hoitopaikan voi valita kuntarajoista riippumatta vuodeksi kerrallaan. Erikoissairaanhoidon osalta valinta tulisi tehdä hoitavan lääkärin kanssa yhteistuumin. Samanaikaisesti valinnanvapauden laajenemisen kanssa on tullut voimaan EU:n potilasdirektiivi (2011/24/EU), joka mahdollistaa hoidon valinnan myös EU-maiden alueelta (kuvio 5). Rajat ylittävässä terveydenhuollossa hoito järjestetään kyseisen maan lainsäädännön mukaan. Pääsääntöisesti potilas maksaa itse hoidon kustannukset. Kela korvaa sellaisesta hoidosta aiheutuvia kustannuksia, joka kuuluu Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja on kotimaassa korvattavaa hoitoa (Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013). (Sihto ym. 2013, 248-249; Junnila ym. 2016, 7-8.)

Valinnanvapaus laajenee jatkossa koskemaan myös sairaalahoitoa. Oletus on, että valinnanvapaus ei johda suuriin muutoksiin perusterveydenhuollon lähipalveluissa eikä erikoishoidon kiireellisissä, ensiapuluonteisissa tehtävissä, mutta erikoissairaanhoidon kiireettömän hoidon tarjonnassa ja käytössä ennustetaan syntyvän uudenlaisia markkinoita. Tällä hetkellä kaksi kolmesta suomalaisesta tietää oikeudestaan valita terveysasema kaikkialla Suomessa ja joka toinen tietää oikeudestaan valita sairaala, terveydenhuollon ammattilainen ja hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan. (Sihto ym. 2013, 248-249; Junnila ym. 2016, 7-8.)

Terveysaseman vaihto edellyttää, että asiakas tekee kirjallisen ilmoituksen sekä nykyiselle että tulevalle terveysasemalle. Myös sähköpostitse tehty ilmoitus on pätevä. Terveysaseman vaihtoon tarvittavia lomakkeita saa terveysasemilta ja kunnan verkkosivuilta. Vastuu hoidosta siirtyy uudelle terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua siitä, kun ilmoitus on vastaanotettu. Lain mukaan terveysaseman voi vaihtaa kerran vuodessa ja valinta koskee kaikkia terveysaseman palveluita. Terveysaseman valinta voi kohdistua siis vain yhteen terveysasemaan. Jotkut terveysasemat tekevät poikkeuksia ja tarjoavat laajempaa valinnanvapautta, kuin mitä laissa on säädetty. (Junnila ym. 2016, 8.)

Kouluterveydenhuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa ja pitkäaikaista laitoshoidtoa ei ole mahdollista valita. Jotta valinnanvapaus voi toteutua, täytyy asiakkaalla olla riittävästi tietoa oikeudestaan tehdä valintoja, halua käyttää valinnan mahdollisuutta, todellista valinnanvaraa, ymmärrettävää vertailun mahdollistavaa tietoa ja mahdollisuus saada tukea päätöksentekoon. Valinnanvapaus on kansalaisen oikeus, ei velvollisuus. Se tarjoaa mahdollisuuden toteuttaa itsemääräämisoikeutta vaikuttamalla ja ottamalla vastuuta omasta terveydestä. Hoitoon sitoutuminen edistää paranemista ja säästää kustannuksia. (Junnila ym. 2016, 8.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) pääjohtaja Juhani Eskolan mukaan valinnanvapaus ei ole Suomessa lähtenyt suurella ryntäyksellä etenemään. Valinnanvapaudella saavutettavien hyötyjen saaminen ei ole taattu. Vain noin 2,6 % kansalaisista oli käyttänyt oikeuttaan valinnanvapauteen syksyllä 2014 tehdyn Alueellisen terveys- ja hyvinvointikyselyn (ATH) mukaan. Samaan aikaan tehdyn asiakaskyselyn mukaan vaihtajia oli 8 % suurten kaupunkien terveyskeskusten vastaanotolla viikon aikana käyneistä. Kun THL selvitti kyselyllä väestön mielipiteitä sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta, niin valinnanvapaus oli tärkeysjärjestyksessä kuudentena. Vahvoja peruspalveluita sekä palveluiden sujuvuutta ja yhdenvertaisuutta pidettiin tärkeimpinä kuin valinnanvapautta. Järjestelmän täytyy ensin toimia kunnolla, ennen kuin valinnanvapaudella on suurta merkitystä. Kansallisessa terveyspolitiikassa ja palvelujen tuottamisessa vaaditaan suuria muutoksia. (Eskola 17.3.2016, Junnila ym. 2016, 1.)

Nykylainsäädännön mukaan Suomessa ei ole kunnollisia edellytyksiä valinnanvapauden tehokkaalle toteutumiselle. Kaikilla alueilla ei ole vaihtoehtoja, joista voisi valita, alueelliset erot kunnallisten palveluiden saatavuudessa ja palveluvalikoimissa ovat suuret. Etäisyydet ovat joillakin alueilla pitkät. Sairausvakuutus korvaa matkat vain lähimpään hoitopaikkaan. Peruspalvelut halutaan yleensä läheltä kotia. Joitakin terveysasemia kehitetään eriyttämällä erilaisten potilaiden hoitoa, joten valinnanvapaus vaikeutuu tällaisen asiakasryhmän kohdalla. Palvelusetelin käyttö on kuntakohtaista ja perusteet setelin saannille vaihtelevat. (Junnila ym. 2016, 2.)

Korkeat omavastuuosuudet eivät lisää tasa-arvoa. Työterveyshuolto lisää eriarvoisuutta, koska osa väestöstä pääsee sitä kautta hoitoon jonottamatta, ilman asiakasmaksuja. Terveyskeskuksen asiakkaista valtaosa on pitkäaikaissairaita ja useita palveluja tarvitsevia kansalaisia. Kunnilla ja palvelun tuottajilla ei ole riittävästi kannustimia ohjata ja tukea asiakkaiden valinnanvapautta. Henkilöstön tietämys on puutteellista, mikä saattaa lisätä päällekkäistä toimintaa ja jopa estää valinnanvapauden toteutumisen varsinkin erikoissairaanhoidossa. Selkeät työnjaot ja toimintamallit valinnanvapaudesta tiedottamisesta puuttuvat monesta paikasta kokonaan. (Junnila ym. 2016, 2.)

THL:n tutkimusten mukaan terveysaseman vaihtaminen on koettu hankalaksi toteuttaa monien ilmoitusten ja sääntöjen vuoksi. Väestöllä ei ole riittävästi tietoa palveluntuottajista, palvelutarjonnasta, hoidon saatavuudesta eikä hoidon laadusta. Alitarjontatilanteessa on vaikea parantaa hoidon saatavuutta ja laatua sekä lisätä kustannussäästöä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta nykyisen valvonnan periaatteen mukaan vastuu palvelujen laadusta ja turvallisuudesta kuuluu ensisijaisesti niiden tuottajalle. Luottamus on vahva omavalvontaan ja varhaiseen puuttumiseen ongelmatilanteissa. (Junnila ym. 2016, 3,7.)

Tiirinki 2014, toteaa, että palvelujärjestelmän näkökulmasta valinnanvapaus terveydenhuollossa ohjaa julkisen terveydenhuollon palveluja laadukkaampaan suuntaan ja vahvistaa tuottajien suorituskykyä. Tiirinkin mukaan valinnanvapaus on toteutunut nuorilla ikääntyneitä enemmän. Asiakkaan mahdollisuutta osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon on lisättävä ja tietoa itsehoidon toteutuksesta on annettava asiakkaalle. (Tiirinki 2014, 39.)

SINULLA ON OIKEUS



KUVIO 5. Potilaan valinnanvapaus Suomessa (mukaillen STM)

2.5 Terveyspalveluiden järjestäminen tulevaisuudessa

Vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) yhdistyivät entinen kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989.). Uuden lain mukaan terveyspalveluja täytyy tarkastella mahdollisimman pitkälti kokonaisuutena. Käyttöön on tullut uusia sanoja, kuten hoitoketjut ja palveluprosessit. Merkittävää on myös terveyden edistämisen korostaminen eikä pelkästään sairauksien ja ongelmien hoito. Terveyspalveluiden nykyisessä toteutumisessa on toivomisen varaa. Kustannukset, saatavuus, palvelujen sisältö ja myös lopputulos eivät ole kaikilta osin tavoitteiden suuntaisia. Terveyspalveluihin on saatu lisää vaikuttavuutta toimintoja tehostamalla, uusilla hoitomuodoilla ja teknologian kehityksellä, mutta hyöty ei ole saavuttanut kaikkia ryhmiä tasapuolisesti. Nykyisellään terveydenhuolto näyttää ylläpitävän ja jopa lisäävän terveyseroja väestössä. (Kauhanen ym. 2013, 78-79; Sihto ym. 2013, 265.)

7.11.2015 on hallitus linjannut, että osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta säädetään valinnanvapauslainsäädäntö, jonka perusteella asiakas voi valita itse julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottamien palvelujen välillä. Perustason palveluissa valinnanvapaus on pääsääntö ja soveltuvin osin myös erityistason sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tavoitteena uudistuksella on perustason palveluiden vahvistamisen ja hoitoon pääsyn nopeuttamisen lisäksi monipuolistaa palveluja, edistää yritystoimintaa, vahvistaa asiakkaan asemaa ja itsemääräämisoikeutta, lisätä hoitoon sitoutumista sekä parantaa palveluiden laatua ja kustannustehokkuutta. (Junnila ym. 2016, 1.)

Valinnanvapauden laajentamisessa on tärkeää asettaa järkevät tavoitteet. Halutaanko lisätä järjestelmän toimivuutta ja vaikuttavuutta asiakkaan tarpeen mukaan, vai halutaanko monipuolistaa palveluntuottajia. Valinnanvapauden piiriin tulevien palvelukokonaisuuksien sisällöt täytyy miettiä siten, että ne palvelevat asiakasta. Palveluntuottajien välistä kilpailua ohjaavista periaatteista täytyy sopia ja siitä miten palvelun järjestäjät voivat ohjata alueellista palveluverkkoa. Kaikille tuottajille tulee asettaa yhtäläiset vaatimukset ja sallia yhtenäiset toimintaedellytykset. Valvonnan täytyy ulottua samalla tavalla yksityisten kuin julkisten toimijoiden piiriin. (Junnila ym. 2016,4-5,9.)

Valinnanvapaus ei saa olla esteenä palveluiden kehittämiseksi ja uusille innovaatioille. Erilaisten asiakasryhmien tarpeet on huomioitava. Muiden maiden käytännöistä voi ottaa mallia soveltuvin osin, suora kopioiminen ei ole järkevää. Valinnanvapauden toteuttaminen eri sektoreille tulee toteuttaa asteittain. Toteutumista täytyy seurata, ohjata, puuttua epäkohtiin ja tehdä tarvittavat korjaukset. Tarvitaan uusia toimintamalleja, joilla tuetaan asiakkaan mahdollisuutta tehdä valintoja. Päätösten tueksi voidaan ottaa puhelinneuvonta ja sähköiset työvälineet. (Junnila ym. 2016,4-5,9.)

Runsaasti palveluja tarvitsevien asiakkaiden valinnanvapauden vahvistamiseksi on ehdotettu kahta erilaista mallia. Toisessa asiakas voi valita hoitotiimin tai hoitokokonaisuuksia, joissa on yhdistetty moniammatillinen asiantuntemus asiakkaan ongelmia ratkaisemaan. Tuolloin asiakkaalla on mahdollisuus saada tarvitsemansa palvelut helposti samasta paikasta. Toisen vaihtoehdon mukaan asiakas valitsee hoidon ohjaamisesta vastaavan ammattilaisen, joka toimii hoidon koordinoijana. Kulloinkin tarvittavat palvelut valitaan yksilöllisesti järjestäjän tukemasta palveluntuottajaverkostosta. Paljon pohdintaa aiheuttaa se, miten valinnan kohteena olevat palvelukokonaisuudet tulevaisuudessa määritellään. (Junnila ym. 2016, 10,13-15.)

Pienien palvelukokonaisuuksien etuna on se, että niissä on helpompi soveltaa palveluseleitä ja henkilökohtaisia budjetteja. Ne soveltuvat paremmin myös harvaan asutulle alueelle. Laajojen palvelukokonaisuuksien etuna on se, että runsaasti palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelut on mahdollista organisoida sujuvaksi palveluprosessiksi. Laajat palvelukokonaisuudet voivat hankaloittaa pienien yrittäjien pärjäämistä markkinoilla. Kovin rajatut palvelukokonaisuudet voivat pirstaloita palveluja ja hankaloittaa integraatiota. Tuottajien väliseksi kilpailuvalteiksi voisi muodostua asiakkaiden kokema laatu, hoidon tulokset sekä potilas- ja asiakasturvallisuus. (Junnila ym. 2016, 10,13-15.)

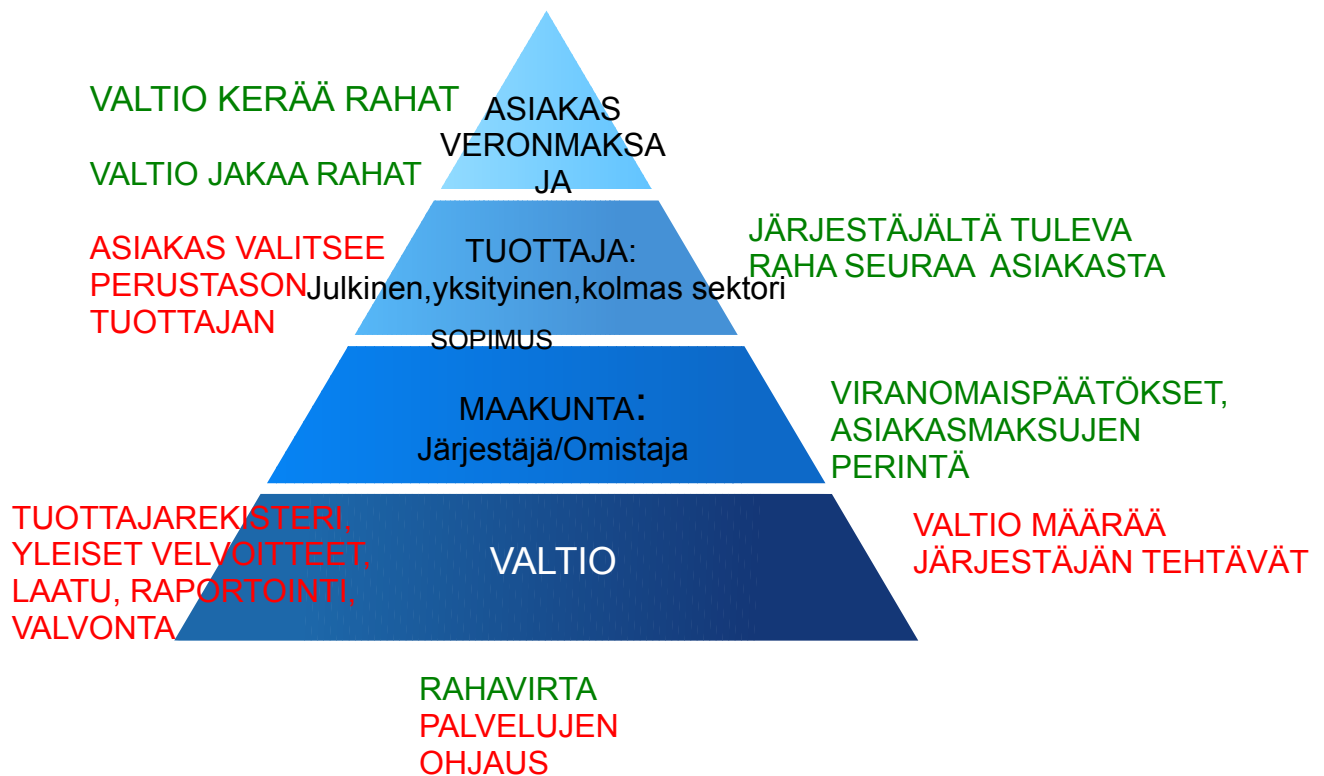
Kun asiakkaalla on joustava mahdollisuus valita tuottaja ja raha seuraa asiakasta, niin syntyy kannuste- ja palautemekanismi, joka parantaa palvelujen laatua. Korvausperusteena voisi olla esimerkiksi väestöpohjaan tai hoitoyksikköön listautuneiden potilaiden lukumäärään perustuva kapitaatioperiaate. Koska potilaiden vaatima hoidon tarve on yksilöllinen, niin voidaan oikeudenmukaisuutta parantaa huomioimalla esimerkiksi väestön ikärakenne ja sosioekonomiset tekijät. Korvausperusteiden toimivuus on tärkeää, jotta palveluiden tuottajalle olisi palkitsevaa, että asiakkaat valitsevat juuri sen yksikön ja tuntevat itsensä tervetulleiksi riippumatta siitä, minkä yksikön valitsevat. (Junnila ym. 2016, 10,13-15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on julkaissut loppuraportin asiakkaan valinnanvapautta ja monikanavarahoitusta koskien 31.5.16. Tehdyn selvityksen mukaan asiakkaan valinnanvapaus tulisi olemaan kaksivaiheinen. Valinnanvapaus kohdistuu aluksi sote-keskukseen (sosiaali- ja terveyskeskus) vähintään puoleksi vuodeksi ja sote-keskuksen ulkopuolella oleviin valinnanvapauden piiriin kuuluviin palveluihin tarpeen mukaan lähetteen, palveluohjauksen tai viranomaiselta saadun etuuspäätöksen perusteella. Tällaisia palveluja ovat kotipalvelu, kotisairaanhoido, asumispalvelut, laitospalvelut, liikkumista tukevat palvelut ja kuntoutus ja terapiapalvelut sekä koulu- opiskeluterveydenhuolto, suun terveydenhuolto ja muut erityispalvelut kuten esimerkiksi ravitsemus-, puhe- tai jalkaterapia. (Brommels, Aronkylö, Kananoja, Lillrank ja Reijula 2016, 17.)

Ensisijaiseksi asiointipaikaksi nimetään väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus täydennettynä äitiys- ja lastenneuvolapalveluilla asiakkaan läheltä. Valitsemansa sosiaali- ja terveyskeskuksen asiakkaaksi henkilö listautuu itse. Sote-keskus on joko yksityinen, julkinen tai kolmannen sektorin ylläpitämä. Palvelu on kuitenkin aina julkista, julkisesti rahoitettua, määriteltyä ja julkisen toimijan eli maakunnan järjestämistä vastuun alaista. Sosiaali- ja terveyskeskuksen palveluihin tulisi kuulumaan sosiaalihuoltolain mukainen sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, perhetyö, kasvatus- ja perheneuvola, päihdetyö, mielenterveystyö, yleislääkärin vastaanotto (mukaan lukien diagnostiset tutkimukset), terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto, lasten- ja äitiysneuvola sekä muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy. (Brommels ym. 2016, 17.)

Ratkaisuansa työryhmä perustelee sillä, että malli mahdollistaa sosiaali- ja terveydenhuollon integraation, edistää kokonaisvaltaista kansanterveyttä ja hyvinvointia ja muistuttaa paljon jo olemassaolevaa perustason palveluorganisaatiota, mikä helpottaa paljon muutoksen toteuttamista. Maakunta maksaa kapitaatioperusteisen korvauksen sote-keskukselle sinne listautuneiden asiakkaiden palveluiden järjestämisestä. Korvausmalli on tarvevakioitu kapitaatio, johon voidaan liittää laatu- ja vaikuttavuustavoitteiden toteutumiseen linkitettyä lisärahoitusta ja terveys- ja hyvinvointipoliittisten tavoitteiden priorisoinnista johdettua toimintokohtaista lisärahoitusta. (Brommels ym. 2016, 17,19-20,22.)

Maakunta perii palvelumaksut, mutta ne tuloutetaan palveluntuottajalle. Valtakunnallisesti hyväksytyille erityispalveluiden tuottajille maakunta maksaa korvauksen kulloisenkin korvausmallin mukaan. Sote-keskukset voivat verkostoitua ja käyttää alihankkijoita järjestäessään säädettyjä palveluja asiakkaille. Asiakkaalle maksu on samasta palvelusta aina sama tuottajasta riippumatta. Tulevaisuudessa on vielä paljon tehtävää valinnanvapauden toteuttamisessa. Erityiskysymyksiä nousee muunmuassa työterveyshuollon osalta sekä rajat ylittävässä terveydenhuollossa ja joissakin sosiaalihuollon ongelmissa. Monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen vaatii tulevaisuudessa myös erilaisten vaihtoehtojen pohtimista. Valtion ohjaus toteutetaan Sosiaali- ja terveysministeriön (STM), Valviran, THL:n ja Kelan toimesta (kuvio 6). (Brommels ym. 2016, 17,19-20,22.)



KUVIO 6. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen ohjaus (Brommels ym. 2016, 16, mukailten)

3 LAADUKKAAN TERVEYSASEMAN TUNNUSMERKIT

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE on asettanut tavoitteekseen kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja ja järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakasta kuunnellen. Tarkoitus on siirtää voimavaroja ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. Yksi KASTE-ohjelman osaohjelmista on palvelurakenteen ja peruspalvelujen uudistaminen. Uudistamisen tarkoituksena on parantaa palveluiden saatavuutta, saavutettavuutta ja vaikuttavuutta. Kehittämistyön kohteena ovat asiakaslähtöiset palvelut ja toimintamallit, joita kehitetään julkisten, kolmannen ja yksityisen sektorin resursoinnin, hankinnan ja tuottamisen tapoja uudistamalla. (KASTE 2012:20, 52.)

Asiakkaan omaehtoisia palveluja on tarkoitus kehittää hyödyntämällä teknologisia ratkaisuja, turvaamalla palvelujen saatavuus ja saavutettavuus myös harvaan asutuilla ja pitkien etäisyyksien alueilla. Uudistusten tueksi kehitetään sähköisen hyvinvointikertomuksen ratkaisua, liikkuvia sosiaali- ja terveystalvotuksia ja jopa valtakunnan rajat ylittäviä ratkaisuja hoitoon pääsyyssä. Alueellista innovaatioympäristöä kehitetään osaksi kansallista innovaatioympäristöä, jossa lähtökohtana on asiakas- ja tarvelähtöisyys, kuntalaisten omatoimisuuden vahvistaminen, valinnanvapaus sekä palveluiden monikanavaisuus ja monituottajuus. (KASTE 2012:20, 52.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL:n käynnistämä VALINT-hanke (2014-2016) tutkii perusterveydenhuollon asiakaslähtöisiä toimintamalleja valinnanvapauden ja integraation näkökulmasta. VALINT-hankkeen tavoitteena on yhdessä perusterveydenhuollon toimijoiden kanssa tuottaa toimintamalli, joka yhdistää valinnanvapauden, asiakaslähtöisyyden, asiakkaiden palvelutarpeiden huomioimisen sekä asiakkaiden tarpeisiin perustuvan palveluiden integraation. Hankkeen keskiössä ovat asiakkaat, jotka sairastavat useita pitkäaikaisairauksia ja joiden hoito käyttää merkittävän osan terveydenhuollon voimavaroista. (Valint-hanke 2014-2016.)

Hanke koostuu neljästä osahankkeesta, joissa yhdessä käsitellään kansainvälisiä kokemuksia, toisessa asiakasnäkökulmaa, kolmannessa palvelun tilaajien ja tuottavien organisaatioiden näkökulmaa ja neljännessä henkilöstön näkökulmaa terveyshyötymallin ja valinnanvapauden yhteensovittamisesta ja asiakaslähtöisistä toimintamalleista. Hankkeen toteutuksesta vastaavat THL:n ja Tampereen yliopiston tutkijat. Tietoa on kerätty haastattelemalla, tilastoihin perehtymällä sekä tutkimalla kansainvälisiä esimerkkejä perusterveydenhuollon toimintamalleista. Hankkeessa on mukana kunnallisia ja yksityisiä perusterveydenhuollon palveluntuottajia. (Valint-hanke 2014-2016.)

Peter H Jones 2013, tuo julki ajatuksiaan jatkuvasti kehittyvän, monimutkaistuvan ja kallistuvan terveydenhuollon päätöksentekoon ja suunnitteluun. Jonesin kirjassa peräänkuulutetaan sitä, että potilaalla täytyy olla mahdollisuus päästä sairauskertomuksensa sisältöihin. Teknologiaa tulisi hyödyntää entistä enemmän tehokkaamman tiedon siirron turvaamiseksi. Täytyy kokeilla rohkeasti uusia toimintamalleja, joihin potilas on kytketty mukaan. Hoito ei ole enää episodimainen, vaan jatkuva prosessi. Painopiste on siirtymässä sairauksien hoitamisesta terveyden säilyttämiseen, hyvinvointiin ja toimintakyvyn maksimointiin. Jones etsii innovaatioita, joissa hoitoa ollaan siirtämässä pois laitoksista osaksi yhteisöä ja koteja. Terveydenhuolto kuluttaa 17% bruttokansantuotteesta Yhdysvalloissa, eikä tuloksetkaan yllä tähtiin. On pyrittävä luomaan vaikuttavaa hoitoa ja kustannuskäyrä on saatava taittumaan. (Jones 2013, 13-14.)

3.1 Terveysyötyymalli- Chronic Care Model, CCM

Edward Wagner alkoi kehittämään Chronic Care Model (CCM)-mallia jo vuonna 1998 tavoitteenaan parantaa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoa. Wagner määrittelee kroonisen eli pitkäaikaisen sairauden tilaksi, joka vaatii henkilöltä jatkuvaa vuorovaikutusta terveydenhuollon toimijoiden kanssa. CCM-mallia on muokattu vuonna 2009. MacColl Center for Health Care Innovation noudattaa yhä vuonna 2011 päättyneen ICIC-ohjelman aikana syntyneitä ideoita. Tavoitteena oli terveydenhuollon käytäntöjen muokkaaminen potilaslähtöisemmiksi. Pitkäaikaissairauksien esiintyvyys on yhä kasvussa. Wagnerin mukaan vuonna 2005 lähes puolella amerikkalaisesta väestöstä oli krooninen sairaus (yli 133 miljoonaa). Määrän ennustetaan kasvavan vuoteen 2030 mennessä yli yhden prosentin vuosivauhtia, ollen tuolloin jo 171 miljoonaa. (Wagner EH. 2006-2016.)

Useiden kroonisten sairauksien hallinta edellyttää muutosta terveydenhuollossa. Lähes puolella pitkäaikaissairaista on useita ongelmia, siksi heidän hoitonsa vaatii huolellisesti suunniteltuja ja integroituja järjestelmiä. Mielenkiinto on kohdistunut puutteiden korjaamiseen nykyisten pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, sydänsairauksien, masennuksen ja astman hoidossa. Kehittämistä on yhteneväisten hoitosuosituksen noudattamisessa, hoidon koordinoinnissa ja suunnittelussa, parhaiden tulosten aktiivisessa seurannassa ja potilaiden omahoidon ohjauksessa. Terveydenhuollossa ollaan yleensä reagoitu vasta silloin, kun ihminen on jo sairastunut. Terveydenhuollossa tarvitaan ennakkointia ja kykyä pitää väestö mahdollisimman terveenä. Mallin neljä perustasoa terveydenhuoltojärjestelmässä ovat yhteisö, organisaatio, toimintatavat ja potilas. Perusterveydenhuolto on etulinjassa kroonisten sairauksien kohtaamisessa. Yhdysvalloissa on käytössä MacColl Center for Health Care Innovation´in rakentama online-resurssi, jolla mahdollistetaan tehokkaiden ”työkalujen” ja lähestymistapojen käyttö ja saatavuus. Erityisen tehokkaaksi on havaittu tiimipohjainen perusterveydenhuolto. (Wagner EH. 2006-2016.)

Glasgow, Orleans ja Wagner 2001, painottavat sitä, että CCM voi toimia myös hyvänä sairauksien ennaltaehkäisyn mallina. Vaikka ennaltaehkäisevän hoidon ja nykyisten pitkäaikaissairauksien hallinnan välillä on eroja, niin niillä on myös paljon yhtäläisyyksiä. Terveydenhuoltojärjestelmässä on päällekkäistä toimintaa ennaltaehkäisevässä -ja pitkäaikaissairaanhoidossa. Kliinisten kokemusten ja empiiristen tutkimusten mukaan CCM on osoittautunut olevan yhtä hyvä muiden tutkittujen ennaltaehkäisevien toimien kanssa, kuten USA:ssa on syövän seulonnan ja tupakoinnin lopettamisen kohdalla tutkitusti todettu. Glasgow ´in ym. mukaan CCM soveltuu hyvin toimintamalliksi silloin, kun pyritään parantamaan kliinisiä, ehkäiseviä interventioita. CCM on toimiva myös silloin, kun etsitään ja analysoidaan ennaltaehkäisyn epäonnistumisen syitä ja tarvitaan tehokkaita, järjestelmään perustuvia ratkaisuja. CCM:n rooli on ollut luovaan työhön innostaminen ja auttaminen terveydenhuoltojärjestelmässä ilmenneissä pulmissa, jotka liittyvät parhaiten käytäntöjen ja yleisten käytäntöjen väliseen kuiluun kroonisten sairauksien parissa. Useissa terveydenhuoltojärjestelmissä on otettu CCM käyttöön pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämiseksi. (Glasgow ym. 2001, 602-603.)

Suomalainen Terveyshyötymalli (kuvio 7) perustuu Chronic care modeliin (CCM), jonka kehittäjä on amerikkalainen Edward H. Wagner kumppaneineen. Chronic Care Model suomennettiin vuonna 2009 Terveyshyötymalliksi Sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa työryhmässä. Suomessa Terveyshyötymallin kehittämisen taustalla olivat samat ongelmat, kuin USA:ssa missä CCM:n kehittäminen sai alkunsa siitä havainnosta, että perusterveydenhuolto ei pysty enää vastaamaan kroonisten sairauksien lisääntymisen tuomiin haasteisiin. Monilla pitkäaikaissairailta on lisäksi useampia ongelmia, mikä tuo lisähaastetta terveydenhuoltojärjestelmälle. Tutkijat huomasivat, että kiireiset ammattilaiset eivät ehtineet ottaa käyttöön hoitosuosituksia, hoidon koordinointi ei toiminut, laadun varmistuksen perustana oleva hoidon seuranta ei toteutunut ja potilaat eivät saaneet riittävästi tukea omahoitoonsa. Toiminta oli sairaus- ja lääkärikeskeistä, reaktiivista ja vuorovaikutuksessa korostui diagnostisen informaation antaminen. (Oksman, Sisso ja Kuronen 2012-2014, 19.)

Terveyshyötymallin mukainen kehittämistyö alkoi 2010-2012 Potku-hankkeella. Työryhmän työstämästä mallista syntyi looginen pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehys ja se vastaa hyvin perusterveydenhuollon haasteisiin. Jokaisen organisaation on sovellettava viitekehystä käytäntöön, testattava, arvioitava ja tehtävä tarvittavat korjaukset omista lähtökohdistaan käsin. Kyseessä on kulttuurin ja systeemitason muutos suunnitelmallisempaan ja potilaslähtöisempään toimintatapaan. Muutos vaatii pitäjännteisyyttä ja laajoja toimintatavan muutoksia. Konkreettisina toimina toteutettiin hankkeen aikana muun muassa pysyviä kehittämistyöryhmiä, jalkautettiin terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemistä ja systematisoitiin toimintoja sekä vakiinnutettiin mittaaminen. (Oksman ym. 2012-2014, 4,12,19,29.)

Uskotaan, että pitkällä aikavälillä saadaan hyötyä väestön terveydentilaan ja potilaiden hoitotuloksiin. Hankkeen aikana tuotettiin ohje: *Pitkäaikaissairaalan suunnitelmallinen hoito terveyskeskuksen vastaanotolla*, löytyy linkistä:

https://www.innokylä.fi/documents/79781/0/sydän_esite_kastelogolla_fin.pdf/e2315f36-59ad-4e6f-bd7e-06fc7fe7ja_hoitosuunnitelmalomake, mikä löytyy linkistä:

www.potkuhanke.fi/images/stories/hallinto/omahoitolomake_N.pdf (Oksman ym. 2012-2014, 4,12,19,29.)

Terveyshyötymallin kehittäjät päätyivät samaan malliin kuin CCM:n luojat, eli kuuteen elementtiin, joista keskeisiä ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksentuki ja kliiniset tietojärjestelmät, lisäksi on huomioitava palvelun tuottajan johdon sitoutuminen ja muiden yhteisöjen linjaukset ja voimavarat. Kun kehittämisinterventioiden vaikuttavuutta hoitoprosesseihin ja -tuloksiin tutkittiin, huomattiin, että vaikuttavuus on parempi, mitä useampaan CCM:n komponenttiin interventio yhtäaikaaisesti kohdistui. Terveyshyötymalli ei ole perinteinen hoitomalli, vaan viitekehys ja kehittämisen ajattelumalli, joka tarjoaa puitteet hoidon hallitulle järjestämiselle ja vaikuttavuuden parantamiselle. Se tuo laajemman ja näyttöön perustuvan näkökulman perusterveydenhuollon kehittämiseen. (Oksman ym. 2012-2014, 4,12,19,29.)

Terveyshyötymallin mukaan kehitetyllä terveysasemalla toiminta on potilas- ja tiimikeskeistä, proaktiivista ja vuorovaikutus on potilasta voimaannuttavaa. Potilaalle pystytään tarjoamaan monimuotoisia omahoidon tukikeinoja ja hoitotiimillä on käytössään ajantasaiset tiedot potilaasta, tuki päätöksenteolle ja voimavarat korkealaatuisen hoidon toteuttamiseksi. Voimaantuvan potilaan ja valmistautuneen, proaktiivisen hoitotiimin välinen yhteistyö tuottaa potilaalle merkittävää terveyshyötyä. Jotta tämä on mahdollista, niin kehittämistä tarvitaan kaikilla Terveyshyötymallin kuudella osa-alueella. (Oksman ym. 2012-2014, 4,12,19,29.) Osa-alueet ovat:

Omahoidon tuki: Keskeistä on potilaan oman osuuden korostaminen. Potilaslähtöinen toiminta toteutetaan kyselemällä, kuuntelemalla ja neuvottelemalla potilaan kanssa, jolloin saadaan selville potilaan toiveet ja arkielämä. Ammattihenkilö toimii valmentajana ja soveltaa tietämystään yhdessä potilaan kanssa, jotta saadaan elintavat ja lääkehoito potilaalle sopivaksi. Ammattihenkilö on vastuussa siitä, että hänellä on näyttöön perustuvat hoitomenetelmät, hän tukee potilaan hoitopäätöstä, vaikka se ei aina ole asiantuntijalähtöisestä näkökulmasta paras mahdollinen. Kun potilas itse määrittelee omat tavoitteensa, niin hän samalla ottaa ammattilaisen tukemana vastuuta hoidon toteutuksesta. Omahoito lähtee potilaan motivaatiosta ja saa voimaa, kun hänen autonomiaansa kunnioitetaan. Lisäksi potilas tarvitsee apua ja tukea taitojensa vahvistamiseen ja voimaantumiseen ja hoidon toteutukseen. Keskeinen työväline omahoidon tukemisessa on potilaslähtöinen terveys- ja hoitosuunnitelma. (Komulainen, 2012, 3; Innokylä.fi.)

Palveluvalikoima: Erityisesti pitkäaikaissairauksien kohdalla tarvitaan moniammatillista osaamista ja nykyistä laajempaa palveluvalikoimaa. On keskeistä tunnistaa hoidon tarve, tavoite ja keinot, määrittellä hoitoon osallistuvien vastuut ja varmistaa, että heillä on hoidossa vaadittava informaatio, lisäksi on varmistettava potilaan seuranta. Tavanomaisten vastaanottokäyntien lisäksi voidaan toteuttaa ryhmävastaanottoja sekä kontakteja puhelimitse ja internetin välityksellä. Tekstiviestiä ja internettiä voidaan hyödyntää kutsu- ja muistutusjärjestelmien kehittämisessä. Tärkeä sovellus on asiakasvastaava (case manager), joka koordinoi eniten hoitoa tarvitsevien palvelut ja konsultoi muita osajia. (Innokylä.fi.)

Päätöksen tuki: Hoitopäätösten perustana tulee olla paras saatavilla oleva tieteellinen näyttö; näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja niiden turvattu saatavuus kliiniseen työhön. Suomessa kansallisia hoitosuosituksia (Käypä hoito-suositukset) on julkaistu vuodesta 1997 lähtien. Pyritään siihen, että tieteellinen näyttö tulee automaattisesti osaksi päätöksentekoa. Potilastietojärjestelmiin integroitu sähköinen päätöksenteon tuki mahdollistaa automaattiset muistutukset ja varoitukset. Myös potilaiden saatavilla täytyy olla tieteelliseen näyttöön perustuvia ohjeita tiiviissä ja ymmärrettävässä muodossa potilaan näkökulmasta tarkasteltuna. Koulutus- ja kehittämistoiminnan tulisi myös perustua menetelmiin, joiden vaikuttavuudesta on tieteellistä näyttöä. (Innokylä.fi.)

Tietojärjestelmät: Tiedon tehokäytöllä tunnistetaan ja poimitaan hoitoon yksittäisiä potilaita tai potilasryhmiä. Tietojärjestelmillä on mahdollista järjestää yksittäisten potilaiden ja potilasryhmien sairaustiedot siten, että mahdolliset terveysriskit, hoidon tulokset ja tavoitteet pystytään raportoimaan ja mittaamaan luotettavasti. Järjestelmän tulee tunnistaa terveysriskien ja -haittojen kasautumat. Keskeistä on tunnistaa terveyskeskusten avainasiakkaat ja erityistä huomiota vaativat asiakkaat. Tiedon tehokäyttö edellyttää tiedon kirjaamista sähköisiin potilastietojärjestelmiin strategisesti ja strukturoidusti. Potiasiakirjoihin pitää merkitä potilaan hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta riittävän laajasti. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja ne pitää toteuttaa yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä käyttäen. (Innokylä.fi.)

Johdon sitoutuminen: Organisaation johdon tulee olla sitoutunut toiminnan kehittämiseen ja henkilöstön tukemiseen. Keskeistä on yhteisten arvojen, visioiden, tavoitteiden ja strategioiden määrittäminen organisaatiossa. (Innokylä.fi.)

Yhteisön osallisuus: Terveystyömallin mukaan terveydenhuolto tekee yhteistyötä kunnan muiden toimialojen, kuten sosiaali-, sivistys- ja liikuntatoimen kanssa. Kolmannen sektorin toimijoiden, järjestöjen ja yhteisöjen sekä seurakuntien kanssa toimitaan yhteistyössä potilaan ja asiakkaan parhaaksi. Myös potilasjärjestöillä on mittava rooli asiakkaan tukemisessa. (Innokylä.fi.)

Keskeinen työväline Terveysyhyötymallissa on potilaslähtöinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Potkuhankkeen loppuraportissa 2014, todetaan, että kun hoito lähtee potilaan tarpeista ja on suunnitelmallista, niin potilaat ovat tyytyväisempiä pitkäaikaissairauksien hoidon laatuun ja järjestämiseen ja käyntimäärät terveysasemilla vähenevät. (Oksman ym. 2012-2014, 4,12,19,29.)



KUVIO 7. Terveysyhyötymalli (THL 2012,2, MacColl Institute, mukaillen)

3.2 Kansainvälisiä toimintamalleja valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa vallitsevat trendit: väestön ikääntyminen, hyvinvointi- ja terveyspalveluiden kasvava kysyntä ja julkisen palvelutuotannon heikko tuottavuus ovat globaaleja ilmiöitä. Kansainvälisesti tarkasteltuna Suomi tulee jälkijunassa sosiaali- ja terveyspalveluiden valinnanvapaussäädösten kanssa. EU on suosittelut valinnanvapauden edistämistä ja monissa läntisissä maissa valinnanvapaus on jo olennainen osa perusterveydenhuoltoa. Hollannissa, Ruotsissa, Englannissa ja Tanskassa on toteutettu markkinalähtöisiä uudistuksia julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa lisäämällä valinnanvapautta ja tuottajien välistä kilpailua. Tavoitteena on ollut lisätä laatua, tehokkuutta, tasa-arvoa, asiakaslähtöisyyttä, osallisuutta sekä autonomiaa. (Ahonen, Vuorio ja Tähtinen 2015, 5; Whellams 2016, 7.)

Ruotsissa valinnanvapautta terveydenhuollossa alettiin kehittää vuonna 2009. Ruotsissa kokemukset ovat pääsääntöisesti myönteisiä. Vaikka arvostelevaakin keskustelua on käyty, niin tutkitusti palvelujen saatavuus on parantunut ja tarjonta on monipuolistunut. Ruotsin mallissa on myös heikkouksia, mutta järjestelmää seurataan ja kehitetään jatkuvasti. Selvitys- ja tutkimustietoa Ruotsin mallista antaa terveydenhuoltoa tutkiva viranomainen, Vårdanalys ja terveydenhuollon tilastoja tuottava Socialstyrelsen sekä kilpailuviranomainen, Konkurrensverket. (Ahonen 2015, ym. 5,9.)

Ruotsin malli on osoittautunut kustannustehokkaaksi, vaikka Ruotsin uudistusten tavoitteena ei ollut varsinaisesti säästöjen tavoittelu, vaan jonojen purkaminen. Kustannukset ovat kasvaneet kohtuullisesti. Ruotsissa valinnanvapauden ja kilpailumekanismien vaikutukset ovat aluksi näkyneet palveluiden saatavuuden ja asiakaslähtöisyyden paranemisena. Kestävyyssvajevaikutukset näkyvät vasta pidemmällä aikavälillä. (Ahonen 2015, ym. 5,9.)

Kansainvälisten kokemusten perusteella voidaan todeta, että ei ole olemassa ”viisasten kiveä”, jolla muutokset sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä voidaan tehdä kivuttomasti. Kaikissa malleissa on myös heikkouksia ja muutosvastarintaa on odotettavissa. Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomi on erottunut sillä, että keskittämällä on ajateltu saatavan kustannussäästöjä kun muualla on kilpailumekanismi ja valinnanvapaus mielletty enemmän muutosten moottoriksi. Ruotsin mallia ei sellaisenaan voi kopioida Suomeen, mutta oppia kannattaa ottaa. Järjestelmä on Ruotsissakin melko nuori. Valinnanvapausjärjestelmän soveltaminen perusterveydenhuollossa tuli pakolliseksi maakäräjille vuonna 2010. Järjestelmä on monitahoinen, koska valinnanvapauslainsäädännön piiriin kuuluu myös muita alue- ja paikallistason järjestämisvastuuseen kuuluvia palveluja ja eri maakäräjillä voi olla erilaisia ratkaisuja, vaikka julkisen päätöksenteon ja rahoituksen rooli on pidetty suurena. Ruotsin kilpailuviranomainen, Konkurrensverket, valvoo että toiminta on lainmukaista. Kaikkia tuottajia kohdellaan tasapuolisesti ja ilman syrjintää ja menettelytavat ovat avoimuus- ja suhteellisuusperiaatteiden mukaisia. (Ahonen ym. 2015, 11-12,15-16.)

Pyrkimyksenä ei ole luopua hyvinvointivaltion periaatteista, vaan päivittää niitä enemmän palveluiden käyttäjiä palveleviksi ja taloutta tukeviksi. On haluttu parantaa kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoon pääsyyn, hoidon laatuun ja muihin hoitoon liittyviin asioihin. Pääsääntöisesti valinnanvapaus koskee kiireetöntä hoitoa, mutta myös osittain erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalveluita samoin kuin nyt kaavaillaan Suomenkin mallissa tapahtuvaksi. On haluttu myös haastaa julkisen tuottajan toimintatavat avaamalla julkiset palvelumarkkinat. On huomattu, että kun julkinen ohjaus ja säätely on kunnossa, niin kilpailu toimii sote-palveluissa samoin, kuin muissakin palveluissa. Tehokkaimmat palveluntarjoajat voittavat ja muut saavat kannustimia kehittää toimintaansa ja julkisille varoille saadaan enemmän vastinetta. Ruotsissa on määrätty erityisviranomainen valvomaan markkinoita, jotta mahdolliset kilpailuneutraaliteettiongelmat vältettäisiin. (Ahonen ym. 2015, 16-18.)

Ruotsin hallinto on kolmitasoinen: keskushallinto, maakäräjät (20 maakäräjäaluetta) ja kunnat (290). Yhtenäistä terveydenhuollon mallia ei ole, vaan terveydenhuolto on hajautettua ja maakäräjät vastaavat pääasiassa sen järjestämisestä ja rahoittamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveyspolitiikan yleisistä linjoista ja terveydenhuollon piirissä toimii myös useita valtion virastoja. Terveydenhuoltolain mukaan potilaiden hoito priorisoidaan sen mukaan, miten suuri on palvelujen tarve. Maakäräjät järjestävät muun muassa lasten ja äitien neuvolapalvelut, ennaltaehkäisevän terveydenhuollon, laboratoriopalvelut, terveysneuvonnan, lääkärivastaanoton, sairaalapalvelut ja suun terveydenhuollon ja vastaavat lääkekorvauksista. (Ahonen ym. 2015, 20.)

Kunnat vastaavat lasten ja nuorten palveluista, kouluterveydenhuollosta, vanhus- ja vammaispalveluista sekä päihdeongelmaisten palveluista. Erikoissairaanhoidon on keskitetty alueellisiin sairaaloihin. Ruotsissa ei ole erillistä työterveyshuoltoa, vaan työssä käyvät kuuluvat saman järjestelmän piiriin, kuin muu väestö. Maakäräjät ja kunnat saavat päättää miten ne järjestävät terveydenhuoltopalvelut. Kaikki järjestäjän hyväksymät tuottajat voivat tuottaa palveluja ja asiakas valitsee niistä itselleen sopivan. Terveydenhuolto on pääosin julkisrahoitteista ja siinä on tasausjärjestelmä ja tarvittaessa valtio myöntää avustuksia. (Ahonen ym. 2015, 20.)

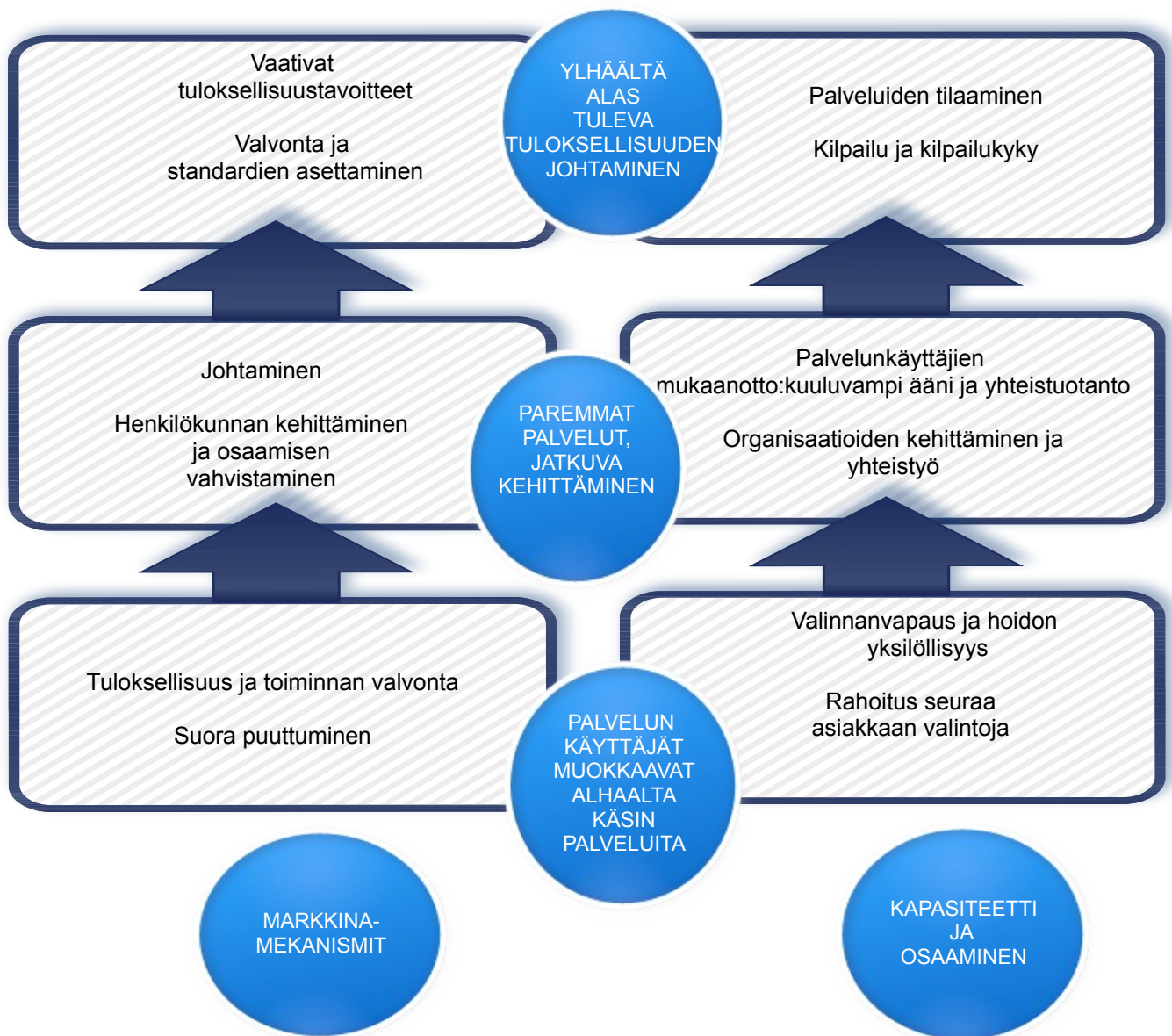
Ruotsissa ei ole toteutunut pelätty uhkakuva, että syntyy hoidon epätasaista jakautumista alueittain ja potilasryhmittäin. Paljon palveluja tarvitsevien potilasryhmien syrjintää ei ole havaittu ja kaikkien potilasryhmien palvelujen käyttö on lisääntynyt. Potilaiden mielipide hoidon laadusta on joko pysynyt ennallaan tai parantunut. Terveyskeskusten tärkeimpiä kilpailuvaltteja ovat maine, lääkäreiden määrä ja potilaiden kohtelu. Kilpailu on parantanut hoidon laatua ja järjestelmä on kannustanut toimijoita ketjumaiseen toimintaan sosiaali- ja tereyspalveluissa, mikä on uusi ilmiö Ruotsissa. Haasteina on nähty harvaanasuttujen alueiden palvelutarve, johon ratkaisuna on esitetty reuna-alueiden poikkeavia korvausmenettelyjä tai palvelujen järjestämistä maakäräjien omana tuotantona. (Ahonen ym. 2015, 27, 33, 47, 49.)

Englannissa valinnanvapaus ilmenee lainsäädännössä ja organisaatioiden toiminnassa asiakkaiden tarpeista käsin. Valinnanvapausoikeudet on kirjattu osaksi julkisen terveydenhuoltojärjestelmän perustuslakijulistusta (NHS Constitution). Valinnanvapauden kehittäminen on ollut jo kahdenkymmenen vuoden ajan Englannissa hallituksen listalla. Aluksi Englannissakin pyrittiin tehostamaan hoitoyksiköiden kapasiteettia ja lyhentämään hoitojonoja kiireettömässä hoidossa. Valinnanvapautta on lisätty vaiheittain ja tavoitteeksi on nostettu laatu, tehokkuus, tasa-arvoisuus, asiakaslähtöisyys ja tuottajien reagoinnin lisääntyminen (kuvio 8). Valinnanvapaus on osa julkisen sektorin kehittämiskokonaisuutta ja oikeudet on pyritty turvaamaan väestölle tasapuolisesti. (Whellams 2016, 4,20.)

Julkisessa terveydenhuollossa on yhtenäiset käytännöt valinnanvapaudessa. Asiakas voi lähetteen saatuaan valita palveluntuottajan julkisen sektorin ulkopuolelta. Palveluntuottajan on täytettävä toimijoilta vaaditut rekisteröinti-, hinta- ja laatukriteerit. Kriteerien toteutumista valvotaan jatkuvasti. Koska hinta on kaikille palveluntuottajille sama, niin kilpailu kohdistuu laatutekijöihin. Toistaiseksi asiakkaat ovat suosineet valinnassaan julkisia lähituottajia ja muutokset palveluntuottajien rakenteissa ovat olleet maltillisia. Sosiaalihuollon palvelut ovat tarveharkintaisia ja ne saattavat olla asiakkaalle varallisuuden mukaan maksullisia. Asiakas voi myös itse ostaa palveluita. Alueellista vaihtelua on pyritty ohjeistamaan asiasta säädetyllä Hoivalailla 2014 ja valintaoikeuksia täsmentävällä ohjeistuksella. (Whellams 2016, 4,20.)

Englannissa valinnanvapauden laajeneminen ei ole myöskään johtanut pelättyjen uhkakuvien syntymiseen. Asiakkaat arvostavat valinnanvapautta ja se on vakiintunut osaksi järjestelmää. Julkisen palveluntuottajien kannalta positiivista on ollut se, että nykyisin he toimivat avoimemmassa palvelujärjestelmässä ja ovat tietoisempia kustannuksista, tehokkaasta toiminnasta, toiminnan tuloksista ja asiakaslähtöisyydestä. Englannissa eivät rikkaat, nuoret, koulutetut ja kaupungeissa asuvat ole hyötäneet valinnanvapaudesta tutkimusten mukaan enemmän kuin muut. Erityisesti vanhemmat vastaajat, valtaväestöstä poikkeavan etnisen taustan omaavat ja kouluttamattomat ovat arvostaneet valinnanvapautta eniten. (Whellams 2016, 4,20.)

Suomen malliin verrattuna Ruotsin mallissa on laajempi valinnanvapaus, eikä ole ”portinvartija”-käytäntöä. Englannin mallissa on ”portinvartija”-rooli, kuten Suomen mallissa, mutta palveluntuottajien vapaa valinta on käytössä. Suomen malliin kaavaillaan rajattua mahdollisuutta valita palveluntuottajia ja kevyt budjettikontrolli, kun taas Englannin mallissa on tiukka budjettikontrolli. Muun muassa Suomessa, Ruotsissa ja Englannissa terveydenhuoltojärjestelmää ohjaa julkinen palveluntuotanto ja julkinen vakuutusjärjestelmä. Esimerkiksi Hollannissa ja Saksassa terveydenhuoltojärjestelmän palveluntuotanto perustuu markkinamekanismiin. (Whellams 2016, 6.)



KUVIO 8. Julkisen sektorin uudistamiskokonaisuus ja valinnanvapaus Englannissa (Cabinet Office, 2006, Whellams 2016,12, mukailen)

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

4.1 Kotimaisia tutkimuksia

THL toteutti terveysasemaa vaihtaneille VALINT-hankkeen yhteydessä Vaihtajakyselyn vuonna 2015, (n=443), naisia 56 %. Kyselyllä selvitettiin terveyskeskusta vaihtaneiden näkemyksiä vaihtamisen syistä neljässä suuressa kaupungissa. Terveysasemaa vaihtaneita oli keskimäärin 8 %, kun tieto kerättiin viikon aikana terveysasemalla asioineilta, kyselyyn vastanneilta. Väestöön suhteutettuna 2-4 %. Enemmistö (70 %) vaihtaneista oli pitkäaikaissairaita, keski-ikä oli 65 vuotta. Valinnanvapautta pidettiin yleisesti tärkeänä asiana. Asiakkailta kysyttiin, mikä oli henkilökohtaisesti tärkeä peruste valita toinen terveysasema. Terveysaseman sijainti oli vastaajien mielestä tärkein peruste (84%). Hyvät kulkuyhteydet, hoidon laatu ja hoitoon pääsy olivat lähes yhtä tärkeitä valinnan syitä. Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että terveysaseman yleinen maine, tai tietty lääkäri tai hoitaja oli tärkein syy. Aikaisempaan terveysasemaansa tyytymättömiä oli alle puolet vaihtajista. (Vehko, Aalto ja Sinervo 2016, 1-4.)

Erityisen merkittäviä syitä eivät olleet hyvät parkkipaikat, esteetön liikkuminen ja tuttavien tyytyväisyys terveysasemaan. Aktiivisesti terveysasemaa vaihtaneita on vielä vähän. Keskimäärin vaihto on ollut vastaajien mielestä sujuvaa. Ongelmana on koettu se, että kotia lähellä ei ole ollut sopivaa vaihtoehtoa valittavana ja todellista vertailun mahdollisuutta ei ole ollut, koska tietoa hoidon laadusta, palveluvalikoimasta ja saatavuudesta ei ole ollut saatavilla. Ainoastaan hoitojonoista on hieman ollut vertailutietoa käytettävissä. Tietolähteenä media on ollut tavallisin informaatiokanava. Muihin terveysasemaa käyttäviin verrattuna vaihtajat ovat keskimäärin olleet kriittisempiä terveysaseman palveluita arvioidessaan. Terveysaseman vaihtoon oltiin yleensä tyytyväisiä, mutta osa vastaajista kyseenalaisti vaihtamisen hyödyn, koska lääkärille pääsyyn on kuitenkin pitkät jonot. (Vehko, Aalto ja Sinervo 2016, 1-4.)

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän Potku-hankkeen (2012-2014) aikana toteutettiin Pacikysely, jolla pyrittiin selvittämään pitkäaikaissairaiden kokemuksia vastaanottotilanteissa. Kysely toteutettiin vuosina 2011, 2012, 2013 ja 2014. Ensimmäinen kysely toteutettiin silloin, kun potilaalle ei vielä oltu tehty hoitosuunnitelmaa. Seuraavana vuonna kysely tehtiin potilaille, joille oli jo tehty hoitosuunnitelma. Vuosina 2013 ja 2014 tehtiin vertaileva kysely ryhmälle, jolle oli tehty hoitosuunnitelma ja ryhmälle, jolla ei ollut hoitosuunnitelmaa. Yhteensä vastauksia palautettiin 3938. Kysely toteutettiin vuosina 2013 ja 2014 viikon ajan lääkärin, hoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotolla pitkäaikaissairaille potilaille, joiden hoito vaati toistuvia käyntejä terveyskeskuksessa. Potilaan kokemuksia kysyttiin viiden kategorian kautta: potilaan aktivointi, palvelujen tuottaminen, tavoitteiden asettelu, ongelman ratkaisu/ohjaus ja seuranta/koordinaatio. Tulosten osalta havaittiin, että siinä ryhmässä, missä oli hoitosuunnitelma, niin kehitystä oli tapahtunut kaikilla osa-alueilla, kesiarvo oli noussut 2,9:stä 3,6:n, tulokset kertovat potilaan kokemuksen kehittymisestä positiivisempaan suuntaan. Verrokkiryhmässä kehitystä ei ollut tapahtunut. (Oksman ym. 2012-2014, 30.)

Tiirinki Hanna (2014, 7) on väitöskirjassaan analysoinut terveyskeskukseen liittyviä kulttuurisia merkityksiä perusterveydenhuoltoasiakkaan näkökulmasta. Perusterveydenhuollon yksi kansallinen päätavoite on asiakkuuden kehittäminen. Tutkimus on jaettu teoreettiseen ja empiiriseen osaan. Kulttuurisia merkityksiä asiakkaan näkökulmasta on kerätty dokumenttiaineistosta (N = 605), virtuaaliantropologisesta aineistosta (N = 338) (internetin keskustelupalstat) ja kyselylomakkeilla laadullisesti (N = 200) ja määrällisesti (N = 3237).

Terveyskeskukseen liittyvistä näkyvistä ja piilotetuista kulttuurisista merkityksistä asiakkaan näkökulmasta johdettiin neljä kulttuurimallia: 1. vaivojen sulatusuimalli, jossa korostuivat asiakkaan ja organisaation väliset merkitykset. 2. matalan kynnyksen malli, jossa keskiöön nousi palvelu. 3. arvauskeskusmalli, joka liittyi uskomuksiin ja 4. tulevaisuuden odotusmalli, jossa merkitykset liittyivät tulevaisuuden odotuksiin. Terveyskeskus haluttiin nähdä tulevaisuudessa generatiivisena ja toimivana lähiasemana, jonka toimintakulttuurin arvopohjana olisi holistisuus. Tutkimuksen tuloksista on hyötyä terveyspalveluiden ja asiakkaiden rajapinnan ilmiöiden ymmärtämisessä. Tiiringin mukaan asiakas on yhä palvelujen tuottamisen kohde, joten asiakkaan roolia täytyy yhä enemmän kehittää aktiiviseksi ja osallistuvaksi. Asiakkaat kokevat terveyskeskuksen tärkeäksi ja sen toivotaan jatkossakin olevan joustavasti lähellä asiakasta. (Tiirinki 2014, 7.)

Riepulan 2014, pro gradu-tutkielmassa määritellään, mitä tarkoitetaan terveyspalveluiden laadulla asiakkaan näkökulmasta. Laadun mittarina on tarkasteltu asiakastytyväisyyttä. Tutkielmassa on selvitetty sitä, mistä asiakastytyväisyys muodostuu ja mikä merkitys on henkilöstöllä asiakastytyväisyyden muodostumisessa palvelutapahtumassa. Tutkimus toteutettiin Vaasan kaupungin sosiaali- ja terveysviraston terveysasemilla ja hammashoitoloissa haastatteleamalla henkilökuntaa ja esimiehiä ja hyödyntämällä Happy Or Not-asiakastytyväisyysmittarilla saatuja tuloksia. Riepulan mukaan terveyspalveluiden laatu on ammattitaitoisesti tehtyjä hoitotoimenpiteitä oikealle asiakkaalle oikeaan aikaan ja lääketieteellisesti oikein asiakkaan terveydentila, eettisyys, kustannustehokkuus ja vaikuttavuus huomioiden. (Riepula 2014, 6.)

Asiakaslaatu muodostuu asiakkaan hyvästä kohtelusta, asiakaslähtöisyydestä, hyvin tehdystä hoitotoimenpiteestä sekä siitä että palveluja on saatavilla. Asiakkaan arvio palvelun laadusta syntyy odotusten ja kokemusten vertailusta. Riepulan tutkimuksessa merkittävimmiä asiakastytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä ilmenivät asiakkaan kohtelu ja hoitoon, varsinkin lääkäriin pääsy. Asiakkaiden henkilökohtaisilla ominaisuuksilla oli vaikutusta asiakastytyväisyyteen. Riepula korostaa asiakastytyväisyyden mittaamisen tarpeellisuutta, mutta peräänkuuluttaa vaikuttavuuden mittaamista, jotta julkisen sektorin palvelujen suureen kysyntään voidaan vaikuttaa. (Riepula 2014, 6.)

Pikkujämsä, Ylitalo-Katajisto, Paasovaara, Koski ja Salo 2014, tarkastelivat lääkärin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapautta ja rahoitusta Oulun kaupungissa vuosina 2012-2013. Raportissa tarkastellaan asiakasmääriä, palveluiden käyttöä, eri palveluiden tuottajien sopimusohjauksellisia ja vastaanottopalveluiden tuottamisesta maksettavien korvausten perusteita ja niitä korreloivia tekijöitä. Työterveyshuoltoa ja opiskelijoiden terveyshuoltoa tarkastellaan osana vastaanottopalveluiden valinnanvapautta. Raportin päähuomio kiinnittyy valinnanvapauden toteuttamiseen ja rahoituksen järjestämiseen liittyviin kehittämistarpeisiin. ”Raha seuraa asiakasta”-mallin soveltuvuutta vastaanottopalveluihin pohditaan monituottajuuden näkökulmasta. Kansallisia ratkaisuja toivotaan erityisesti osapuolten asemaan ja vastuuseen, hankintamenettelyyn ja kustannusten korvaamiseen liittyviin asioihin. (Pikkujämsä ym. 2014, 2,36-37,42.)

Suurehkon kaupungin erityispiirteinä oli laaja järjestämisalue, jossa on monta julkista terveysasemaa ja useita yksityisiä palveluntuottajia sekä lisäksi yliopiston sijaitseminen paikkakunnalla. Raportin mukaan Oulussa noin 10 % ihmisistä halusi vaihtaa terveysasemaa useimmiten lähimmälle terveysasemalle. Terveysaseman sijainti oli tärkein valinnan peruste. Ongelmana nähtiin se, miten kyetään resursoimaan vastaanottopalvelut ja terveysasemat oikeudenmukaisesti. Miten kunnat pystyvät ennakoimaan terveyspalveluiden kysynnän ja kohdentamaan palvelut oikein esimerkiksi paljon palveluita käyttäville ja iäkkäille kuntalaisille. (Pikkujämsä ym. 2014, 2,36-37,42.)

Valinnanvapaus ei toteutunut kaikkien väestöryhmien kohdalla tasavertaisesti ja osalla oli jopa päällekkäisiä valinnan mahdollisuuksia. Hyvä palvelu ja hoitosuhteen jatkuvuus olivat raportin mukaan lisääntyvänä perusteena terveysaseman valinnalle. Valinnan perustaksi ei tosin ollut vielä muuta kuin jono- ja saatavuusvertailuja. Laadun, vaikuttavuuden ja asiakastyytyväisyyden mittaamiseksi on hyvä raportin mukaan kehittää valtakunnallisia ja helposti saatavia ja raportoitavia mittareita. Raportin mukaan ”Raha seuraa asiakasta”-malli soveltuu vastaanottopalveluihin, sillä edellytyksellä, että eri osapuolten vastuut selkiytetään, määritellään palveluntuottajan kriteerit, laatutekijät, palveluvalikoima, mittarit, hankintatapa ja varmistetaan seuranta ja arviointi. (Pikkujämsä ym. 2014, 2,36-37,42.)

Kanerviston 2014, pro gradu tutkielmassa tarkasteltiin sitä, miten potilaan valinnanvapaus on toteutunut silloin, kun potilas on tarvinnut erikoissairaanhoidon palveluita. Lisäksi on kerätty tietoa siitä, miten potilaan hoitoa voidaan kehittää asiakaslähtöisemmäksi. Tutkielmassa on tarkasteltu myös sitä, mikä säätelee potilaan valinnanvapautta ja miten se ilmenee tekonivelsairaala Coxan kontekstissa. Tutkimusjoukon koko oli 204 tekonivelleikattua potilasta, vastausprosentti oli 74 %. Kysely toteutettiin pääosin strukturoiduilla kysymyksillä. Potilaat pitivät tärkeänä sitä, että voivat hakeutua hoitoon silloin, kun itse haluavat. Nopea leikkaukseen pääsy, maine ja oma valinta olivat Kanerviston tutkimuksen mukaan tärkeimmät valintaan vaikuttavat tekijät. (Kanervisto 2014, 2.)

Hoitopaikan valinnassa asiakkaat pitivät tärkeimpänä sitä, että henkilökunta on ammattitaitoista, leikkaukseen pääsy on nopeaa ja laatu on kohdallaan. Iällä, sukupuolella tai koulutuksella ei ollut tutkimuksen mukaan yhteyttä valintaan. Kanerviston tutkimuksen mukaan ilmeni, että potilaat toivoivat saavansa oikeaa ja asiallista tietoa eri hoitopaikkojen mahdollisuuksista sekä jatkoseurantaa tekonivelleikkauksen jälkeen. (Kanervisto 2014, 2.)

Lappalainen, Lappeteläinen, Wiili-Peltola ja Kansola 2011, ovat tuottaneet arviointimallin, jota voivat hyödyntää hyvinvointipalveluja järjestävä taho ja päätöksentekijätaho meneillään olevassa palvelurakenteen muutoksessa. Multipron vertailevaa, moniäänistä ja kehittävä arviointityötä voidaan käyttää oppimiseen, ohjaukseen, vertailuun ja arviointiin monipuolisesti. Tarkoituksena on herättää ajatuksia hyvinvointipalvelujen arvioinnin monimuotoisuudesta ja hyödyistä tilaaja-tuottajamalleja kehitettäessä. Monituottajamalleihin siirtyminen asettaa painetta arviointien tekemiseen, vuorovaikutteiseen kilpailuttamiseen sekä ohjaukseen ja kehittämiseen, jossa selkeä toimintamalli puoltaa paikkaansa. (Lappalainen ym. 2011, 3,35-36,57-58,67.)

Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) asiantuntijat kehittivät palveluntuottajia vertailevan ja kehittävä arviointikonseptin. Arviointikonseptia työstäessään tutkijat tekivät terveysasemien palvelutuotannon vertailua yksityisten ja julkisten välillä. Vertausta tehtiin työparityöskentely vs. perinteinen malli ja keskitetty ajanvaraus vs. suorat numerot hoitajille. Arviointikohteina olivat terveysasematoiminta Tampereella ja vanhusten tehostettu palveluasuminen Porissa. Tutkimus toteutettiin Balanced Scorecardin mukaan prosessi-, henkilöstö-, asiakas -ja talous-näkökulmasta. (Lappalainen ym. 2011, 3,35-36,57-58,67.)

Mukana tutkimuksessa olivat yksityinen lääkäriasema ja julkinen taho. Haasteena tutkimuksessa nähtiin se, miten saada julkiselle terveysasemalle asiakas- ja henkilöstölähtöinen kehitysaktiivisuus sekä entistä tavoite- ja tulosorientoituneempi johtamiskulttuuri. On tärkeä määrittää keskeiset tavoitteet ja tulosindikaattorit palvelujärjestelmän eri tasoille kuntastrategiasta aina yksittäiseen työntekijään. Palvelun laatu ja taloudellinen suoriutuminen käsitetään monitahoisesti asiakaslähtöisestä hoito- ja hoivatyöstä, työyhteisön uudistumiskyvystä ja hyvinvoinnista, henkilöstön ammattitaidosta sekä tuottavasta kokonaispalvelusta muodostuvaksi. (Lappalainen ym. 2011, 3,35-36,57-58,67.)

Kasevan 2011, laatimassa kirjallisuuskatsauksessa esitellään sosiaali- ja terveydenhuollon alalla Euroopassa 2000-luvulla tehtyjä asiakkaan osallisuuteen liittyviä tutkimuksia ja tuloksia asiakasosallisuuden toteutumisesta ja ehdoista. Vastauksia haettiin siihen, millaista tietoa on olemassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta, millä tavoin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemaa voidaan vahvistaa ja millä tavoin asiakas voi toimia sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäjänä. Tutkimustulokset vahvistivat voimaantumisen ja itsemääräämisen olevan merkittäviä tekijöitä asiakkaan aseman muutoksessa. (Kaseva 2011, 2,44.)

Asiakkaat voivat kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kokemusasiantuntijoina sekä muodostamalla kesinäisiä käyttäjätiimejä ja järjestäytymällä. Asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksissa havaittiin puutteita. Tärkeää on, että asiakkaan osallisuutta lisäämällä voidaan mahdollistaa itsenäisen elämän jatkuminen mahdollisimman pitkään ja saada tarvittaessa toimivaa tukea palvelujärjestelmästä. (Kaseva 2011, 2,44.)

Eila Kujala 2003, on kuvannut väitöskirjassaan asiakaslähtöisen laadunhallinnan mallin erityisesti pienehkölle terveysasemalle. Tutkimuksessa on selvitetty tilastolliseen prosessin ohjaukseen soveltuvaa menetelmää laatu-järjestelmän välineeksi. Lisäksi on selvitetty mikä merkitys asiakaslähtöisyydellä on hoitopalvelujen laatuun ja tuottamiseen. Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa on tutkimuksen keskeinen näkökulma asiakaslähtöisyyden selvittämisessä perusterveydenhuollossa. Kujalan mukaan hoidon korkea laadullinen taso voidaan kiteyttää hoitavan tahon tavoittelemaan asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaan kokemaan osallisuuteen. Keskeisenä menetelmänä toimii systemaattisesti kerättävä ja analysoitava asiakaspalautte. (Kujala 2003, 5.)

Asiakkaiden kokemuksia selvitettiin laajasti terveysaseman eri yksiköissä. Kyselyssä selvitettiin muunmuassa vastaanoton aukiolo-aikoja, ajanvarauksen sujuvuutta, vastaanottoaikojen saamista, asioiden sujuvuutta ja ohjausta, odotusaikoja, vastaanottotilanteen häiriöttömyyttä, henkilöstön ystävällisyyttä, ammattitaitoa ja ongelmiin paneutumista, yksilöllisyyttä kohtelussa, tiedonsaantia, vaikutusmahdollisuutta omaan hoitoon, avun ja tuen saantia, hoito-ohjeiden riittävyttä, jatkohoidon järjestämistä, luottamuksellisuutta, vastaanottoajan riittävyttä ja aikaisempia kokemuksia kyseisestä toimipisteestä terveysasemalla. Lääkärin vastaanotolla asiakkaat olivat kokeneet puutteellisenä tuen saannin omaan terveyden edistämiseen sekä ajan riittävyyden lääkärin vastaanotolla. Vastaanottoaikojen saatavuuteen, ajanvarauksen sujuvuuteen ja terveysaseman aukiolo-aikoihin toivottiin myös parannusta. Henkilöstön ystävällisyys ja luottamuksellisuus oli koettu hyväksi. (Kujala 2003, 122-124, 152-153.)

Yli 65-vuotiaiden vastaajien ryhmässä asiakaslähtöisyys, eli kohtelu palveluprosessissa, vaikuttaminen omaan hoitoon sekä vastaanottopalvelujen saatavuus nousivat merkittävimmiksi laatutekijöiksi. Kaikkien ajanvarausvastaanotolla vastaajien kohdalla yksilöllisyys ja avun saanti omien odotusten mukaan koettiin tärkeimpinä laatua lisäävinä seikkoina. Asiakkaiden kokema tarve osallistua omaan hoitoon vahvistaa Kujalan 2003, mukaan sen että asiakaslähtöinen toiminta ja hoito ovat kiistatta laadun perusta. Vastaanotto-toimissa koettiin tarpeelliseksi jatkaa käytäntöä, missä asiakkaat saivat itse valita hoitavan lääkärinsä. Mitään perustetta väestövastuumallille ei ilmennyt. Asiakaspalautte tuki myös yhteisen akuuttivastaanoton ja päiväaikaisen päivystysperiaatteen toimivuutta. (Kujala 2003, 122-124, 152-153.)

Leskinen ja Vuori 2016, ovat selvittäneet asiakkaiden ja ammattilaisten näkemyksiä asiakaslähtöisyydestä hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena 27 tieteellisestä ja vertaisarvioidusta artikkelista. Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että asiakaslähtöisyyttä tukevat asiakkaan ja ammattilaisen yhteinen, jaettu päätöksenteko hoitotyössä, asiakkaan emotionaalinen tukeminen ja kunnioittaminen ihmisenä, vuorovaikutukseen ja tiedonantoon panostaminen sekä asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen. Asiakaslähtöisyyttä estävänä nähtiin ongelmat edellä mainituissa asioissa, organisaatiolähtöiset hoitotyön mallit sekä hoitoympäristön rutiininomaisuus. (Leskinen ja Vuori 2016, 2.)

4.2 Kansainvälisiä tutkimuksia

Pitkät odotusajat ensihoitoyksiköihin ovat yhä kasvava tyytymättämyyden aihe niin Kanadassa kuin muuallakin maailmassa. Gouldin, Westin ja Mancuson 2009, tutkimuksen mukaan yksi syy ylikuormittumiseen erikoistason ensihoidossa on se, että varsinkin iäkkäämmät asiakkaat hakeutuvat sinne, vaikka sopivampi hoitomuoto saattaa löytyä kunnallisen ensihoidon piiristä. Toisaalta on havaittu, että toistuva terveyspalvelujen käyttö voi johtua siitä, että ihmisillä ei ole tarpeeksi tietoa terveydenhuoltosysteemistä. Kun taas joidenkin Amerikkalaisten ja Kanadalaisten tutkimusten mukaan ikäihmiset eivät ”tuhlaa” ensihoidon palveluja ja he käyttävät niitä ollessaan todella akuutisti sairaita, lisäksi heidän vaivansa ovat komplisoituneita vaatien paljon voimavaroja. Vanhemmilla palvelunkäyttäjillä havaittiin usein komplisoituneiden liitännäissairauksien lisäksi runsasta lääkkeiden käyttöä, mielentilan muutoksia ja kommunikointivaikeuksia. (Gould ym. 2009, 1-2.)

Gould O, West S ja Mancuso M 2009, selvittivät tutkimuksessaan, miten vaihtoehtoiset ensihoidon toimintamallit koettiin aikuisten keskuudessa Itä-Kanadassa. Tekijät arvioivat eri ikäryhmien eroja palveluiden käytössä, tyytyväisyydessä ja käsityksissä kolmesta eri akuuttihoito vaihtoehdosta, joita olivat työajan jälkeiset klinikat (after-hours clinics, AHCs) etähoito (telecare) ja sairaaloiden ensiapupoliklinikat (emergency departments, Eds.) Tulokset kerättiin surveytutkimuksella, N= 26, n=165. Tulosten mukaan nuoremmat aikuiset käyttivät AHC:tä ja etähoitoa paljon useammin, kuin vastaajat muissa ikäryhmissä. Keski-ikäisten ja vanhempien ikäryhmissä ei esiintynyt eroa ensiapupoliklinikoiden käytössä eikä ikäryhmissä ilmennyt eroa tyytyväisyyden suhteen. (Gould ym. 2009, 1-3,7.)

Kaikissa ikäryhmissä oli yhteneväiset näkemykset siitä, milloin oli tarkoituksenmukaista käyttää AHC:tä tai etähoitoa. Yleensä vastaajat kokivat, että AHC ja etähoito olivat vähemmän sopivia vakavampien terveysongelmien ollessa kyseessä ja silloin kun tarvittiin lääketieteellisiä tutkimuksia. Tutkijat huomasivat myös, että yleensä oli vaikea saada tietoa siitä, mitä palveluja AHC tarjoaa. Tärkeimmiksi tiedotuskanaviksi tutkimuksessa todettiin informaatio sivustot (yellow pages), internet, apteekit ja sairaalat. Potilaat pyrkivät valitsemaan hoitonsa siitä yksiköstä, minkä tarjoamaan hoitoon he ovat olleet tyytyväisimpiä. Kanadassa ihmiset valitsivat mieluiten family-practice care:n sitten walk-in clinics:n ja kolmanneksi emergency department:n. (Gould ym. 2009, 1-3,7.)

Ahmed M, Shehadeh A ja Collins M 2013, ovat todentaneet, että asiakkaiden tyytyväisyys hoitotyöhön on tärkeä laatua määrittävä tekijä terveydenhuollossa. Asiakkaat kohtaavat hoitajan terveydenhuollossa useammin, kuin muun ammattiryhmän jäsenen. Ahmedin ym. 2013, tutkimuksen tarkoituksena oli määrittää asiakkaiden tyytyväisyys yhteisön terveydenhuollon hoitotyön laatuun ja selittää tekijät, mitkä vaikuttivat heidän tyytyväisyytensä tasoon. Asiaa kartoitettiin kyselylomakkeella (Satisfaction Scale for Community Nursing SSCN, n=304.) (Ahmed ym. 2013, 1-2.)

Tutkimus toteutettiin Jordaniassa egyptiläisen, amerikkalaisen ja jordanialaisen tutkijan yhteistyönä. Tutkimukseen osallistujat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä hoitotyön laatuun. Hoidon koordinointiin ja vuorovaikutuksellisiin seikkoihin oltiin vähemmän tyytyväisiä kuin teknisiin aspekteihin. Naiset, nuoremmat henkilöt ja vähemmän koulutetut olivat tyytyväisempiä kuin muut vastaajaryhmät. Mittaamalla terveydenhoitopalveluiden asiakastyytyväisyyttä, saadaan tärkeitä tietoja, joita voidaan käyttää parantamaan hoitotyön laatua. Näin ollen saadaan asiakastyytyväisyyden tasoa korkeammalle, mikä puolestaan auttaa asiakkaita sitoutumaan hoitoon, valitsemaan terveydenhoitopalvelut jatkossakin ja suosittelemaan niitä muille. (Ahmed ym. 2013, 1-2.)

Laamanen, Övretveit, Sundell, Simonsen-Rehn, Suominen ja Brommels 2006, selvittivät asiakkaan käsityksiä julkisen terveydenhuollon ensihoitopalvelusta ja riippumattoman, voittoa tuottamattoman tahon (yksityinen) järjestämästä ensihoitopalvelusta. Tutkimus toteutettiin Suomessa. Tarkoituksena oli vertailla ensihoidon suorituskykyä, vastaanottoa ja luottamusta riippumattomalla, voittoa tuottamattomalla terveysasemalla ja kahdella kunnallisella terveysasemalla. Yhden viikon aikana terveysasemalla kaikille lääkärin tai hoitajan luona kävijöille annettiin survey-kyselylomake, vuonna 2000, n=511, vastausprosentti 51% ja vuonna 2002, n=275, vastausprosentti 47%. Riippumaton terveysasema erosi molemmasta julkisesta terveysasemasta saavutettavuudessa, palvelun johdonmukaisuudessa ja tuloksessa. (Laamanen ym. 2006, 1.)

Asiakkaat luottivat julkisiin palveluntuottajiin tämän tutkimuksen mukaan vähemmän, kuin yksityiseen palveluntuottajaan. Luottamus oli parempaa, jos asiakas samalla arvioi kokemuksen hyväksi. Tässä tutkimuksessa naiset arvioivat luottamuksen julkisessa ensihoitopalvelussa huonommaksi kuin miehet. Yksilöllisyyden huomioimisessa ei ilmennyt eroja julkisen tai yksityisen välillä, mutta yleensä asiakkaat kokivat yksityisen palvelun paljon positiivisemmin kuin julkisen palvelun ensihoidon osalta. Oma-lääkäri-järjestelmä lisäsi luottamusta julkisen palveluntuottajan kohdalla. (Laamanen ym. 2006, 1.)

Aryani, Lee, Chua, Kok, Efendie ja Paraidathathu 2016, tutkivat Malesiassa CCM:n vaikutuksia perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Chronic Care Model'in vaikutusta osallistujien terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Pitkäaikaissairaudet, kuten verenpainetauti, diabetes ja hyperlipidemia ovat kansanterveyden huolenaiheita, mutta niiden vaikutuksista potilaan kokemaan elämänlaatuun tiedetään vain vähän. Osallistujat saivat joko tavanomaisen hoidon tai CCM-tiimin, jossa oli mukana farmaseutit, sairaanhoitajat, ravitsemusterapeutit ja yleislääkärit. Osallistujat interventioryhmässä saivat lääkeneuvonnan ja ravitsemusterapiaa. Elämänlaatu mitattiin EQ-5D-terveyteen liittyvällä elämänlaatu-kyselyllä, jossa on viisi ulottuvuutta. Tavanomaisen hoidon saanutta ryhmää ja interventioryhmää verrattiin tutkimuksen alussa ja kuuden kuukauden kuluttua. (Aryani ym. 2016, 11.)

Tuloksena EQ-5D-mittarin indeksiluvut paranivat merkittävästi intervention ryhmässä, mutta ei tavanomaisen hoidon ryhmässä. Interventioryhmään osallistujat raportoivat elämänlaadun kohentuneen toisin kuin tavanomaisen hoidon ryhmän osallistujat, jotka raportoivat erityisesti kipua, epämukavuutta, ahdistusta ja masennusta. CCM kohensi merkittävästi elämänlaatua ja tutkijat rohkaisivat sen ottamista käyttöön laajemmin. Malli tukee käyttäytymisen muutoksia ja parantaa potilaiden elämänlaatua. Moniammatillisen hoitoryhmän hyöty pitkäaikaissairautta sairastaville potilaille on tutkimuksen mukaan kiistaton. CCM:ää suositellaan laadukkaana ja tehokkaana tulevaisuuden terveydenhuoltojärjestelmän käyttöön varsinkin perusterveydenhuollossa. (Aryani ym. 2016, 11.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveysaseman valintaan vaikuttavia tekijöitä asiakkaan näkökulmasta ja määrittää toimivan ja laadukkaan terveysaseman toimintamalli teoriaan ja aikaisempiin tutkimuksiin pohjaten. Tavoitteena on tulosten perusteella saada terveysaseman toiminnan kehittämiseen lisää osaamista.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas valitsee hoitavan terveysaseman?
2. Mitkä asiat tekevät terveysasemasta laadukkaan ja toimivan?

6 TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS

Tutkimusprosessi alkoi opinnäytetyön aiheen valinnalla. Hoitotyön laatu ja asiakaslähtöisyys ovat tärkeitä asioita, jotka haluttiin sisällyttää työhön. Kolmas tärkeä tarkastelun kohde on toimivan perusterveydenhuollon kehittäminen. Kun terveysaseman valinnanvapaus on lisäksi viime aikoina ollut erityisesti ”tapetilla”, niin aihe syntyi näistä elementeistä melko lyhyen pohdinnan jälkeen. Aiheen tarpeellisuutta ja ajankohtaisuutta tukivat myös työyhteisöstä esiintulleet toiveet ja ehdotukset.

Aiheen valinnan jälkeen alkoi aiempiin tutkimuksiin ja toereettiseen tietoon tutustuminen ja tarvittavien käsitteiden ja viitekehysten valinta. Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin elokuussa 2015. Aineiston keruu ja käsittely jatkuivat koko prosessin ajan. Tietoa hankittiin kirjastoista, google scholarista, erilaisista tietokannoista kuten CINAHL Complete, Medic ja Melinda, yliopistojen kirjastoista, internetistä, mediasta ja asiantuntijoilta. Tiedon haussa pyrittiin valitsemaan sellaisia tutkimuksia ja materiaalia, jotka oli toteutettu terveysasemalla tai sitä läheisesti muistuttavalla paikalla (kansainväliset tutkimukset). Mukaan valittiin lisäksi sellaisia tutkimuksia ja aineistoa, jotka käsitelivät asiakkaan tyytyväisyyttä, osallisuutta ja/tai valintaa terveydenhuollossa, terveystalveluiden laatua sekä terveydenhuollon toimintaa. Yli viisi vuotta vanha aineisto karsittiin muutamaa poikkeusta lukuunottamatta pois. Työssä on pyritty huomioimaan lähdekriittisyyttä myös arvioimalla kirjoittajan tunnettuus ja arvovalta ja lähteen uskottavuus Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2004, 102-103) suositusten mukaisesti.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena, johon sisällytettiin kvalitatiivisia eli laadullisia, avoimia kysymyksiä. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että aiemmista tutkimuksista ja teoriasta tehdään johtopäätöksiä. Yleispäteviä syyn ja seurauksen lakeja korostetaan. Tieto on peräisin suorasta aistihavainnosta ja siihen perustuvasta loogisesta päättelystä. Aineiston keruussa on tärkeää, että havainnot soveltuvat määrälliseen ja numeeriseen mittaamiseen, muuttujat muokataan taulukkomuotoon ja aineisto tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmiä tehdään havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi ym. 2004, 130-131.)

Tutkimusmetodiksi valikoitui kvantitatiivinen survey-tutkimus aluksi suunnitellun kvalitatiivisen tutkimuksen sijaan. Kvantitatiivinen lähestymistapa puolsi paikkaansa, koska kyselylomakkeen kysymysten laadinnassa oli mahdollista hyödyntää THL:n tekemän Vaihtaja-kyselyn muuttujia ja mahdollistaa siten tulosten vertailu. Survey-tutkimus tarkoittaa Hirsjärven ym. (2004, 125) mukaan sitä, että tietoa kerätään standardoidussa muodossa joukolta ihmisiä. Tyypillisesti tietystä ihmisjoukosta poimitaan otos, kerätään aineisto jokaiselta yksilöltä strukturoidussa muodossa, yleensä kyselylomaketta tai strukturoitua haastattelua käyttäen ja kerätyn aineiston avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään ilmiöitä.

Tässä työssä käytettiin systemaattista satunnaisotantaa, jossa otantakehikko oli noin 200 Juvalla terveysaseman vaihtanutta ihmistä. Satunnaisotannalla valittiin joka kolmas, jolloin otoskoko oli 53. Alkulan, Pöntisen ja Ylöstalon (2002, 112-113) mukaan otoksesta ei tule koskaan täydellistä, vaan syntyy katoa. Satunnaisesti jakautunut ja vähäinen kato ei ole ongelma, mutta kadon analyysi täytyy huomioida ja arvioida sen merkitys tuloksiin.

Teoreettisen viitekehyksen valmistuttua laadittiin kyselylomake (liite 2) ja esitettiin se. Kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin jo olemassa olevia mittareita, joita Metsämuurosen (2003, 36) mukaan on järkevä käyttää, mikäli niitä on saatavilla. Tässä työssä hyödynnettiin THL:n Vaihtaja-kyselyn mittaristoa mukaellen sitä omaan käyttöön sopivaksi ja googlettamalla etsittiin tietoa asiakastytyväisyysmittareista. Mittari muokattiin teemoittamalla se Terveysshyötymallin (CCM) kuuden pääteeman mukaan. Mittari oli pääosin neliportainen Likertin asteikollinen mittari. Tässä työssä käytettyä mittaria arvioivat työntekijät kahdelta terveysasemalta ja lisäksi opinnäytetyön ohjaaja. Arvion jälkeen mittaria tiivistettiin ja selkiytettiin kysymyksiä. Kyselylomakkeen ulkoasusta pyrittiin tekemään selkeä. Taustatiedot tiivistettiin ja lisättiin kysymysten loppuun. Kysymykset pyrittiin tekemään spesifisiksi ja mahdollisimman lyhyiksi, jotta tulkinta olisi selkeämpää. (Hirsjärvi ym. 2004, 192.)

Tässä tutkimuksessa kohdejoukoksi valittiin juuri Juvalla terveyspalvelunsa vaihtaneet asiakkaat siksi, koska haluttiin nimenomaan saada terveysaseman vetovoimatekijöitä selville. Strukturoitu kyselylomake lähetettiin satunnaisesti valitulle joukolle, (N=53) postitse saatekirjeen kanssa (liite 1). Mukaan liitettiin postimaksun sisältänyt palautuskuori ja ohjeet vastauksen palauttamiseen. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa. Vastaaajia pyrittiin motivoimaan lisäämällä saatekirjeeseen perustelut vastausten tärkeydestä, anonymiteettiä korostettiin ja informoitiin mistä valmiin työn voi halutessaan saada luettavaksi. Vastaukset pyydettiin lähettämään tai tuomaan Juvan terveysasemalle. Kyselylomake toteutettiin postikyselynä siksi, että tutkimukseen osallistujien sähköpostiosoitteita ei ollut tiedossa. Yhteystiedot oli koottu erilliseen kansioon terveysasemalla, mistä ne saatiin käyttöön toimistotyöntekijän avustuksella.

Määräaikaan mennessä vastauksia tuli 31 kappaletta. Määrä on melko pieni, mutta koska vastausprosentti oli kuitenkin kohtalaisen hyvä (58,5%), niin se hyväksyttiin. Tulokset analysoitiin SSPS-ohjelmalla ja ne esitetään tekstissä, taulukoissa ja graafisissa kuvioissa prosentteina ja frekvensseinä. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä ja lisättiin tekstiin suorina lainauksina. Metsämuurosen (2006, 462) mukaan SSPS (Statistical Package for Social Sciences)-ohjelmisto on suunniteltu erityisesti kvantitatiivisen aineiston analysointiin. Tilastollinen analyysi suoritettiin syöttämällä aineisto ohjelmaan tietokoneella. Tulokset kirjoitettiin auki ja raportti muokattiin lopulliseen muotoonsa.

Kysely päätettiin toteuttaa Juvan terveysasemalla, jossa on terveysaseman valintaan jo panostettu markkinoimalla palveluita aktiivisesti ja terveysaseman vaihtaneita asiakkaita on jo melko paljon. Ilmapiiri tutkimuksen tekemiseen oli erittäin myönteinen ja lupa saatiin ongelmitta (liite 3). Juvan kunta sijaitsee Etelä-Savossa ja kunnassa on noin 5000 asukasta. Juvalla on tiedostettu kilpailun koveneminen terveydenhuoltopalveluissa. Jotta palvelutaso voidaan säilyttää jatkossakin, on tärkeää että asiakkaita riittää; tarvittaessa naapurikunnista. Juvan Terveyskeskuksen johtavan lääkärin, Eeva Björkstedin 2013, mukaan Juvalla tavoitellaan viiden prosentin lisäystä avohoitopalvelujen käyttäjämääriin ja kolmen prosentin lisäystä hammashoidon puolella. Asiakasmäärissä tämä tarkoittaa kymmeniä tai enimmillään satoja kävijöitä. (Björkstedit 2013, verkkojulkaisu.)

Juvan terveysasemalla on vastaanottopalvelut, käsittäen viisi lääkäri-hoitaja työparia, kiireellisen hoidon vaativa päivystysvastaanotto, laboratorio- röntgen- ja fysioterapian palvelut, hammashoito, neuvolapalvelut, puheterapia ja työterveyshuollon toimipiste. Mielen terveystyökaluissa on saatavilla psykiatrisia hoito- ja kuntoutuspalveluja, ryhmätoimintaa sekä ehkäisevää mielen terveystyökalu- ja kriisityötä, lisäksi psykologin ja psykoterapeutin palveluita on saatavilla. Terveysasemalla on vuodeosasto, sekä hoivaosasto ja tarvittavat tukipalvelut muun muassa välinehuolto, keskusvarasto, toimistotyöntekijät ja laitoshuolto. (Tervetuloa asioimaan Juvan terveyskeskukseen – esite, 2-11.)

7 TULOKSET

7.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot

Tutkimuskysely lähetettiin Juvan terveysaseman hoitopaikakseen valinneille (N=53, n=31) ihmiselle. Vastausprosentti oli 58,5%. Naisia vastaajista oli 51,6%. Alle 30-vuotiaita oli 6,5%, 30-50-vuotiaita oli 29,0% ja yli 50-vuotiaita oli 64,5% (taulukko 1). Koulutus jaettiin kolmeen pääkohtaan: peruskoulu, ammattikoulu ja korkeakoulu. Valtaosalla vastaajista oli ammattikoulutausta.

TAULUKKO 1. Osallistujien taustatiedot (n=31)

Taustamuuttuja		n	%
Sukupuoli (n=31)	Nainen	16	51,6
	Mies	15	48,4
Ikä	Alle 30 vuotta	2	6,5
	30-50 vuotta	9	29
	Yli 50 vuotta	20	64,5
Koulutus	Peruskoulu	4	13,3
	Ammattikoulu	18	60
	Korkeakoulu	8	26,7

7.2 Omahoidon tuki

Mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoon pidettiin tärkeänä tai erittäin tärkeänä (100%). Kaikki vastaajat, yhtä lukuunottamatta, kokivat myös saaneensa riittävästi tukea ja ohjausta oman hoidon toteuttamiseen. Vastaajilla oli mahdollisuus kommentoida vapaasti oman hoidon tuen saantiin ja oman hoidon toteutuksen ohjaukseen liittyvän kysymyksen yhteydessä. Eräs vastaaja oli toivonut, että rutiinitarkastukseen lähetettäisiin kutsu 1-2 vuoden välein, tarkastuksella hän oli tarkoittanut erityisesti verikokeita ja sydänfimiä.

7.3 Palveluvalikoima

Yleisesti henkilökunnan ammattitaitoa, palveluvalikoiman laajuutta ja hoidon jatkoseurantaa on pidetty tärkeinä tekijöinä terveysaseman valinnassa. Sensijaan asiakkaat eivät ole kokeneet henkilökunnan vastuun selkeää jaottelua erityisen tärkeänä terveysaseman valintaan vaikuttavana tekijänä (taulukko 2). Eräässä vastauksessa on korostettu sitä, että roolituksilla ja vastuilla ei ole väliä asiakkaalle, lopputulos on tärkeä. Hän vielä täsmentää, että *”ei eri henkilöä korvakipuun ja eri kurkkukipuun.”* Puhelinkontaktit/tekstiviestit on koettu yhtä lukuunottamatta myönteisenä asiana, mutta ryhmävastaanotot eivät saaneet suurta kannatusta.

Myönteisenä ne koki 14 vastaajaa ja kietoisena 9 vastaajaa. Tähän kysymykseen oli kahdeksan jättänyt vastaamatta. Puhelinkontakteja/tekstiviestejä ja ryhmävastaanottoja koskevien kysymysten yhteydessä oli jätetty tilaa myös vapaalle kommentille. Useassa vastauslomakkeessa mainittiin, että kysymystä ei oltu ymmärretty tai ei ollut kokemusta ryhmävastaanoista.

TAULUKKO 2. Palveluvalikoima

	Erittäin tärkeä	Tärkeä	Melko tärkeä	Ei lainkaan tärkeä
Henkilökunnan ammattitaito	n=19 61,3%	n=12 38,7%		
Moniammatillinen osaaminen	n=15 48,4%	n=14 45,2%	n=2 6,5%	
Palveluvalikoiman laajuus	n=21 67,7%	n=9 29,0%	n=1 3,2%	
Henkilökunnan vastuun selkeä jaottelu	n=11 36,7%	n=12 40,0%	n=5 16,7	n=2 6,7
Toimiva tiedotus	n=17 54,8%	n=9 29,0%	n=5 16,1%	
Hoidon jatkoseuranta	n=23 74,2%	n=4 12,9%	n=4 12,9%	

7.4 Päätöksentuki

Päätöksentukeen liittyviä asioita oli tiedusteltu kysymyksellä kuinka tärkeä rooli on tieteellisesti tutkituilla hoitosuosituksilla, kun asiakas valitsee terveysaseman. Kysymykseen olivat vastanneet kaikki osallistujat. Erittäin tärkeänä tai tärkeänä asiaa piti yhteensä 74,2% vastaajista. Kahden vastaajan (6,5%) mielestä asia ei ollut lainkaan tärkeä ja kuusi (19,4%) piti sitä melko tärkeänä. Mukaan saatavia kirjallisia hoito-ohjeita piti erittäin tärkeänä ja tärkeänä 71% vastaajista, melko tärkeänä 25,8% ja yhden vastaajan (3,2%) mielestä asia ei ollut lainkaan tärkeä.

7.5 Tietojärjestelmät

Terveysaseman sähköisten tietojärjestelmien hyödyntämisestä esimerkiksi kontrolliaikojen muistuttamiseen, piti tärkeänä tai erittäin tärkeänä 90,3% tutkimukseen osalistujista. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että asia ei ole lainkaan tärkeä ja kahden vastaajan mielestä se oli melko tärkeä.

7.6 Johdon sitoutuminen

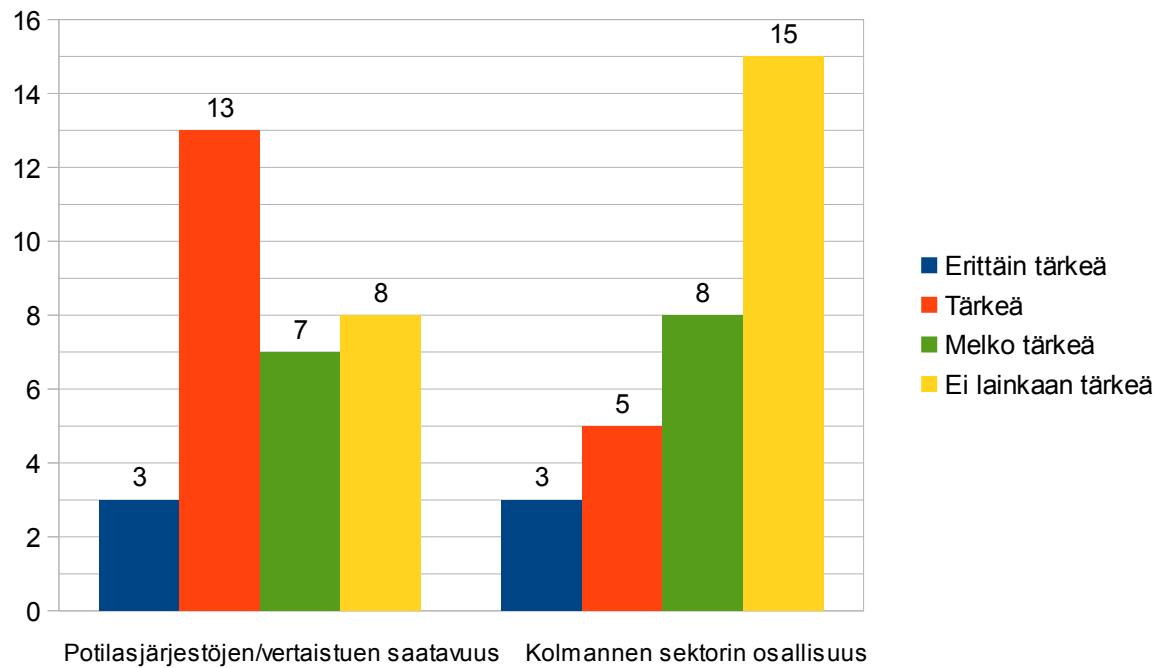
Johdon sitoutumisen tärkeyttä asiakkaan terveysaseman valinnan kannalta kysyttiin kahdella kysymyksellä. Palveluntuottajan toiminta-ajatuksen, arvojen ja toimintatavan näkyväksi tekeminen oli lähes puolen (41,9%) mielestä erittäin tärkeää, kun taas kolmen vastaajan (9,7%) mielestä asia ei ollut lainkaan tärkeää. Eräässä vastauksessa oli kommentoitu, että *”taitaa olla `pakkopullaa` noiden keksiminen kaikille organisaatioille.”* Johdon tuen näkyvyyttä asiakkaalle ei yleensä pidetty kovin tärkeänä (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Johdon sitoutuminen

Johdon sitoutuminen	Erittäin tärkeä	Tärkeä	Melko tärkeä	Ei lainkaan tärkeä
Palveluntuottajan toiminta-ajatus, arvot ja toimintatapa näkyvää asiakkaalle	n=13 41,9%	n=11 35,5%	n=4 12,9%	n=3 9,7%
Henkilöstön johdon tuki näkyvää asiakkaalle	n=9 29%	n=13 41,9%	n=6 19,4%	n=3 9,7%

7.7 Yhteisön osallisuus

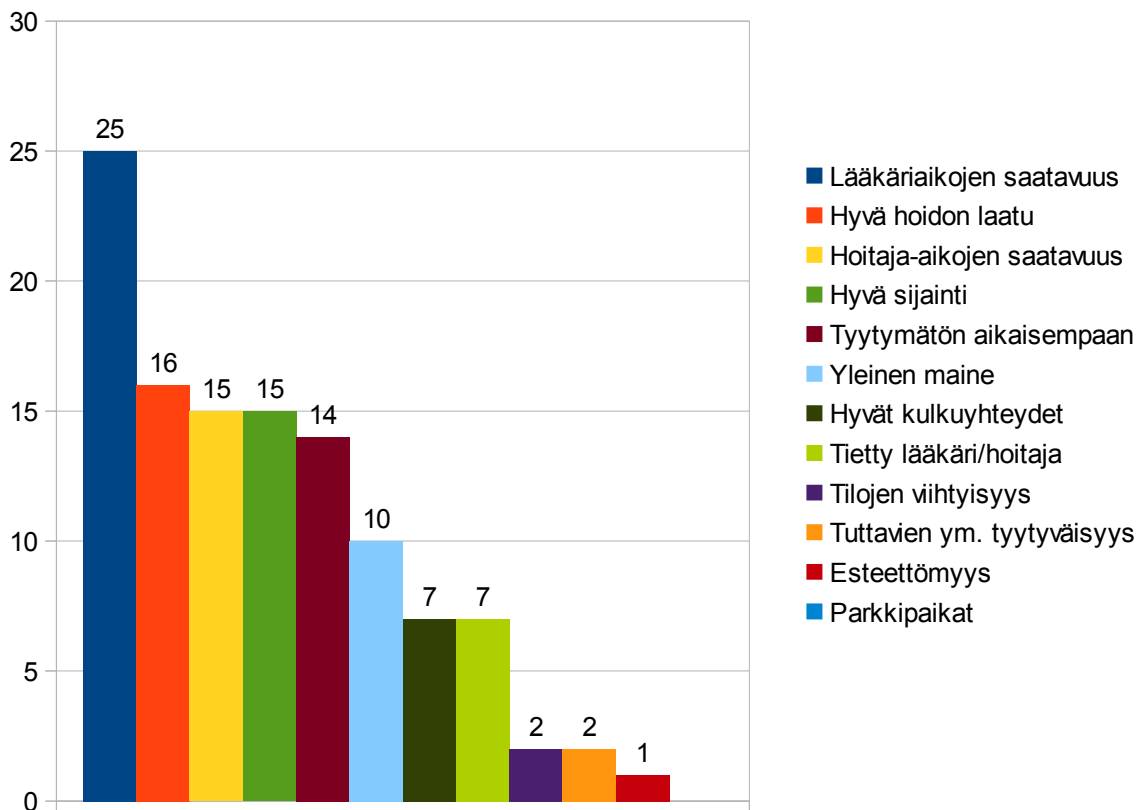
Potilasjärjestöjen tai vertaistuen osallisuuden tärkeyttä ei pidetty erityisen merkittävänä tekijänä terveysaseman valinnassa. Lähes puolet vastaajista (48,4%) oli sitä mieltä, että kolmannen sektorin (esim. seurakunta, sosiaali-, sivistys- ja liikuntatoimi) osallisuus ei ole lainkaan tärkeää terveysaseman valinnan kannalta (kuvio 9).



KUVIO 9. Yhteisön osallisuuden rooli terveysaseman valinnassa

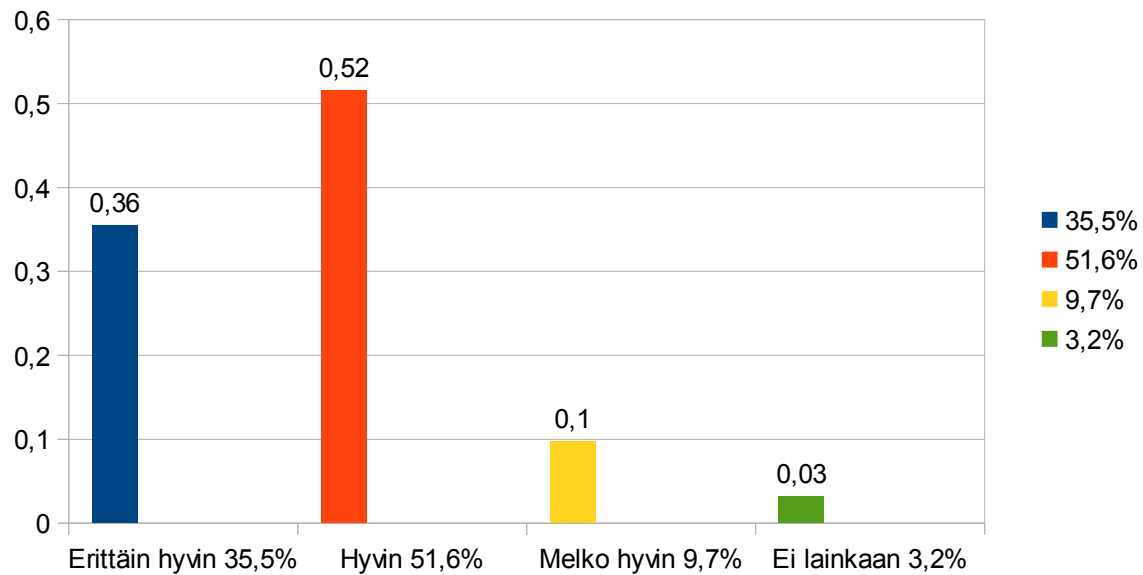
7.8 Asiakastyytyväisyys

Terveysaseman valintaan vaikuttavia syitä selvitettäessä ilmeni, että lääkäriaikojen saatavuus oli tärkein syy terveysaseman vaihtoon (80,6%). Hoidon hyvä laatu, hoitaja-aikojen saatavuus, hyvä sijainti ja tyytymättömyys aikaisempaan hoitopaikkaan olivat lähes yhtä tärkeitä syitä, noin puolet vastaajista olivat maininneet ne syyksi vaihtaa terveysasemaa. Yleinen maine oli mainittu noin kolmasosalla ja tietty lääkäri/hoitaja ja hyvät kulkuyhteydet olivat noin neljäsosalla mainittu tärkeiksi syiksi. Esteettömyys, tilojen viihtyisyys ja tuttavien suositukset oli mainittu vain 1-2 vastauksessa tärkeiksi syiksi. Parkkipaikkojen toimivuutta ei ollut maininnut kukaan vastaajista (kuvio 10).



KUVIO 10. Terveysaseman valintaan vaikuttavat tekijät frekvensseinä

Juvan Terveysaseman palvelujen laatuun vastaajat olivat olleet tyytyväisiä. Erittäin hyvän arvosanan antoi 58,1% (n=18) ja hyvän arvosanan antoi 41,9% (n=13). Viestintää piti erittäin selkeänä 45,2% (n=14) ja selkeänä sitä piti 41,9% (n=13), melko selkeää se oli neljän vastaajan mielestä (12,9%). Tiedotuksen toimivuutta kysyttiin sillä, kuinka hyvin asiakas pidettiin ajan tasalla asiansa etenemisessä (kuvio 11).



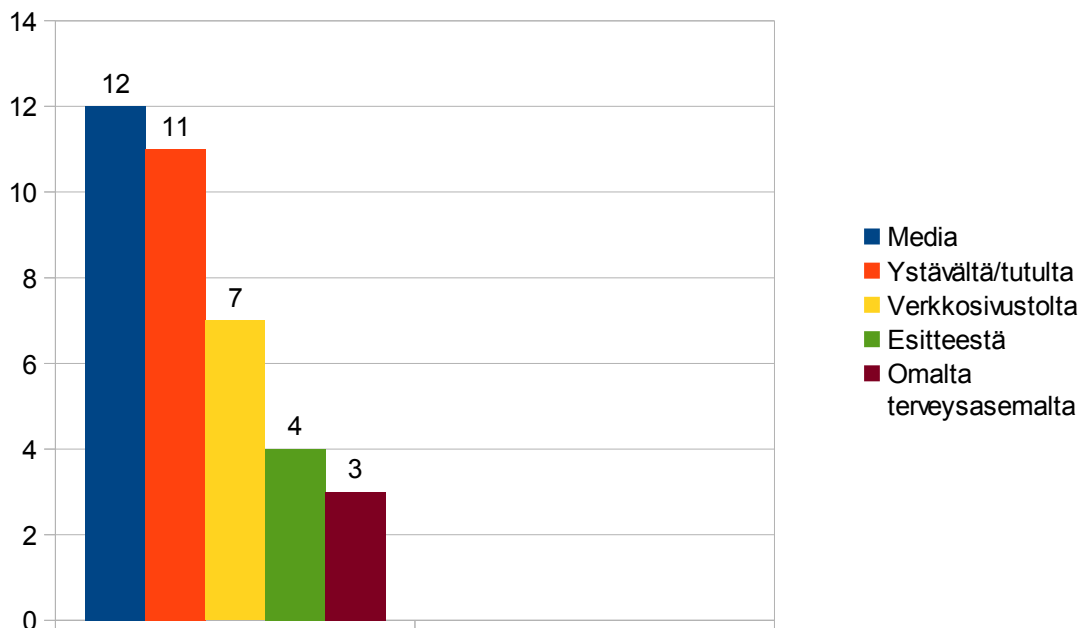
KUVIO 11. Asiakkaan kokemukset ajan tasalla pitämisestä oman asian etenemisessä %:na

Oman hoidon suunnitteluun oli päässyt osallistumaan erittäin hyvin 33,3% (n=10) ja hyvin 56,7% (n=17) vastaajaa. Kohtalaisesti oli päässyt osallistumaan 10% (n=3), vastauksia puuttui yksi. Kun kysyttiin onko suoriutuminen parempaa, samantasoista vai huonompaa kuin ennen vai eikö ollut aikaisempaa kokemusta terveysasemasta, niin 54,8% (n=17) oli sitä mieltä, että suoriutuminen oli parempaa, 29% (n=9) oli sitä mieltä että suoriutuminen oli samantasoista ja 16,1%:lla (n=5) ei ollut aikaisempaa kokemusta mihin verrata. Huonompaa suoriutumisen ei ollut kenenkään vastaajan mielestä.

Jonotusaikaa tavanomaisen puhelun yhteydessä kysyttiin minuutteina. Vastauksia tähän kysymykseen tuli 26. Pisin jonotusaika oli 25 minuuttia ja lyhin oli yhden minuutin. Keskimäärin jonotusaika oli noin neljä minuuttia. 20 vastaajaa oli odottanut 5 minuuttia tai alle ja 10 minuuttia tai alle oli odottanut kuusi vastaajaa. Yhdessä vastauksessa oli kommentoitu että *"liian pitkään,"* mutta vastaavasti kerran oli kommentoitu, että *"ei juuri mitään."*

Tulevaisuudessa Juvan terveysaseman valitsisi erittäin todennäköisesti 58,1% (n=18) vastaajaa, todennäköisesti terveysaseman valitsisi 35,5% (n=11) vastaajaa ja melko todennäköisesti 6,5% (n=2) valitsisi Juvan terveysaseman tulevaisuudessa edelleen hoitopaikakseen. Nykyisen asiakassuhteen pituutta kysyttiin myös. Lyhin asiakassuhde oli kestänyt kolme kuukautta ja pisin noin kolme vuotta. Keskimääräinen asiakkuusaika oli 24 kuukautta.

Tietoa terveysaseman vaihtamisesta vastaajat olivat saaneet mediasta, ystävältä tai tutulta, verkkosivustolta, esitteestä ja omalta terveysasemalta (kuvio 12).



KUVIO 12. Asiakkaan tiedonsaannin lähteet terveysaseman vaihtamisesta frekvensseinä

7.9 Vapaat kommentit

Viimeisenä kysymyksenä tiedusteltiin mitä muuta asiakas haluaa tuoda tietoomme. Vastaajat olivat kommentoineet kysymyksiä ja tuoneet julki ajatuksiaan. Eräessä vastauksessa omahoitaja ja -lääkäri -järjestelmä oli koettu hyväksi. *”Omahoitaja-lääkärisuhde on erittäin hyvä hoitosuhde, hoitaja ja lääkäri tuntee potilaan, samoin toisinpäin.”*

Yhden vastaajan mielestä monet lomakkeen kysymyksistä olivat sellaisia, joita ei tule mieleen edes pohtia terveysaseman vaihdon yhteydessä ja toinen oli sitä mieltä, että monivalintavaihtoehtoja oli liikaa, *”olisi voinut olla tärkeä - ei tärkeä.”*

Yleensä vastaajat olivat tyytyväisiä ja kiitollisia saamaansa palveluun. *”Jatkakaa samaan malliin, ei valittamista.”* *”Kiitos hyvästä palvelusta, myös hammashuollossa, erittäin hyvä palvelu!”* *”Toimii hyvin. Ilmapiiri mukava, ystävälliset ihmiset/henkilökunta.”* *”Kiitos Juvan Terveyskeskus hyvästä hoidosta ja siitä että otatte muualtakin asiakkaat kuin Juvalta!! Aina pääsee hoitoon, kun tarvitsee.”*

Palvelumaksujen nousu huolestutti, *”toivottavasti hinnat ei nouse yksityisen terveydenhuollon tasolle, nyt hyvä.”*

8 POHDINTA

8.1 Johtopäätökset

Taustamuuttajat. Vastaajien sukupuolijakauma oli tasainen, naisia (n=16) ja miehiä (n=15). Ikäjakauma 27-77 vuotta oli myös tasaisesti jakautunut sukupuolten välillä samoin kuin koulutausta. Enemmistöllä oli ammattikoulutausta molemmilla sukupuolilla, mutta peruskoulu,-opisto- sekä korkeakoulu-taustaisia oli myös molemmissa ryhmissä. Yleisesti tarkasteltuna ei selkeää eroa ilmennyt iällä, sukupuolella tai koulutuksella siihen, miten tyytyväisiä oltiin palveluihin tai siihen, mistä syystä terveysasemaa oli vaihdettu. Naiset olivat yleensä valinneet useamman syyn. Molemmissa ryhmissä lääkäriaikojen saatavuus, hoidon hyvä laatu, hoitaja-aikojen saatavuus ja sijainti olivat yleisimmät vaihdon syyt. Naiset olivat maininneet tyytymättömyyden aikaisempaan yhdeksän kertaa ja miehet viisi kertaa. Tietty lääkäri tai hoitaja oli valittu molemmissa ryhmissä kerran, tilojen viihtyisyys oli naisten ryhmässä mainittu yhden kerran.

Kun kysyttiin, mistä vastaaja oli saanut tietoa terveysaseman vaihtamisesta, niin miesten osalta media nousi selvästi tärkeimmäksi vaihtoehdoksi, mutta naiset olivat saaneet useimmiten tietoa ystävältä tai tutulta. Kun vertailtiin sukupuolen osuutta eniten hajontaa aiheuttaneen kysymyksen (kolmannen sektorin rooli terveysaseman valinnassa) kohdalla, niin miehistä kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että kolmannen sektorin rooli ei ole lainkaan tärkeä, eikä kukaan pitänyt sitä erittäin tärkeänä. Naisten kohdalla kolmannen sektorin roolia oli pidetty pääsääntöisesti melko tärkeänä tai tärkeänä, jopa erittäin tärkeänä. Iällä tai koulutustaustalla ei ollut yhteyttä siihen, miten tärkeään rooliin kolmannen sektorin osuus arvioitiin.

Oma hoito. Osallistumisen mahdollisuus omaan hoitoon koettiin tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Tutkimuksen mukaan asiakkaat ovat saaneet osallistua hoitonsa suunnitteluun ja he ovat kokeneet saaneensa tukea ja ohjausta oman hoidon toteutukseen. Osallisuus on tutkimuksen mukaan huomiotu. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös pidetty osallisuutta omaan hoitoon hyvin merkittävänä tekijänä.

Palveluvalikoima. Henkilökunnan ammattitaitoa pidettiin palveluvalikoiman laajuuden kanssa tärkeinä tekijöinä. Taustalla saattaa olla toive siitä, että palvelut saataisiin "yhdeksi luukulta". Eräissä vastauksissa kommentoitiin, että ei eri hoitajaa eri vaivoihin. Monialaista osaamista vaaditaan hoitohenkilöstöltä, mutta on mahdottomuus että kaikki osaa kaikkea. Toisaalta on hyvä asia, että peruspalvelut on lähellä, mutta toisaalta taas toivotaan, että terveysasemalla on mahdollisimman paljon palveluvalikoimaa ja moniosaamista. Pohdintaa herättää se, onko aivan pienillä terveysasemilla mahdollisuutta kilpailla laajan valikoiman omaavan terveysaseman kanssa. Erityisosaamista ja vastuualueita tullaan jatkossakin tarvitsemaan, mutta joustoa, päällekkäistä toimintaa ja asiakkaan "pallottelua" tulee välttää.

Kysymystä ryhmävastaanotoista eivät kaikki vastaajat ymmärtäneet. Kysymys olisi pitänyt "aukaista" paremmin. Ryhmävastaanotolla tarkoitettiin esimerkiksi pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisy- ja ohjausryhmiä. Hyvä asia oli, että puhelinkontaktit ja tekstiviestit koettiin myönteisinä. Puhelimen käyttö ja erilaiset mobiilisovellukset sekä tekniikka yleensä tulevat lisääntymään myös terveystalveissa ja hoitotyössä.

Päätöksentuki. Päätöksentuen osalta havaittiin, että enemmistö piti tieteellisesti tutkittuja hoitosuosituksia tärkeinä ja samoin sitä, että hoito-ohjeet saa mukaansa myös kirjallisena. Kirjallisten hoito-ohjeiden tarpeellisuus korostuu iäkkäämpien ihmisten keskuudessa. Nuoremmat asiakkaat käyttävät yleensä enemmän internetiä ja hakevat oma-aloitteisesti tietoa. Kirjalliset ja suulliset hoito-ohjeet ovat tärkeitä toki kaikille asiakasryhmille. Kirjallisten hoito-ohjeiden säännöllinen päivitys on tärkeää.

Sähköiset tietojärjestelmät. Terveystalven sähköiset tietojärjestelmät koettiin yleisesti tärkeiksi tekijöiksi terveystalven valinnassa. Eräissä vastauksissa toivottiin, että muistutus vuosikontrollista tulisi automaattisesti. Automaattinen muistutusjärjestelmä helpottaisi myös henkilökunnan työtä. Tietotekniikan hyödyntäminen tulee lisääntymään sekä henkilöstön että asiakkaiden suorittamana.

Johdon sitoutuminen. Kun ihminen on sairas ja tarvitsee akuuttia hoitoa, niin hän ei todennäköisesti silloin kiinnitä huomiota palveluntuottajan toiminta-ajatukseseen, arvoihin ja toimintatapaan, vaan siihen miten nopeasti saa avun vaivaansa. Tämä seikka selittää sen, että osa vastaajista koki nämä asiat turhiksi. Mutta kaiken toiminnan taustalla ne arvot kuitenkin vaikuttavat. Juvalla edellämainitut seikat on tehty asiakkaalle näkyviksi. Muun muassa painetussa oppaassa asiakas toivotetaan tervetulleeksi asioimaan Juvan terveystalven, missä häntä palvelee ammattitaitoinen henkilökunta. Hoito on potilaslähtöistä ja potilaan ongelmiin paneudutaan kokonaisvaltaisesti. Vahvuuksina ovat aito osaaminen, hyvä paikallistuntemus ja savolainen elämäntapa. Vastaajat eivät pitäneet henkilöstön johdon tuen näkyvyyttä asiakkaille erityisen tärkeänä terveystalven valinnan kannalta. Johdon tuki on henkilöstölle kuitenkin korvaamaton voimavara ja ellei se toimi, niin vaikutukset tulevat varmasti näkymään ennenpitkää myös asiakkaille esimerkiksi henkilöstön motivaation puutteena, sairauslomina ja toiminnan tehottomuutena.

Yhteisön osallisuus. Eniten hajontaa oli yhteisön osallisuutta koskevissa kysymyksissä. Ihmiset eivät vielä miellä kolmatta sektoria sosiaali- ja terveystalven tuottajana. Ilmeisesti vastaajilla ei ole kokemusta kolmannen sektorin osallisuudesta terveydenhuollossa. Potilasjärjestöt ja vertaistuki sen sijaan koettiin selvästi tärkeämmiksi tekijöiksi. Yhteisöllisten toimijoiden osallisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee lisääntymään jo Terveydenhuoltolain ja kansallisten suositusten myötä. Uusia innovaatioita kaivataan, jotta osataan hyödyntää yhteisöllisten toimijoiden palvelut järkevästi. Tarvitaan ennakkoluulotonta asennetta ja rohkeutta kokeilla erilaisia asioita.

Esimerkiksi nuorison ja ikäihmisten yhteisasumisesta Helsingissä on hyviä kokemuksia. Nuoret korvaavat osan vuokrasta auttamalla ikääntyneitä ja pitämällä heille seuraa. Sukupolvien yhteenkuuluvuus on osa kuntien hyvinvointisuunnitelmaa. Potkuhankkeen 2012-2014, tekemän henkilöstökyselyn mukaan 36%:a vastaajista (n=104), oli tehnyt yhteistyötä kolmannen sektorin, yksityisen sektorin tai muiden kuntien kanssa.

Asiakastyytyväisyyskysely antoi informaatiota siitä, miksi asiakkaat olivat vaihtaneet terveysasemaa. Tärkeimmäksi vetovoimatekijäksi ilmeni lääkäriaikojen saatavuus, mikä oli THL:n Vaihtaja-kyselyn (2015) mukaan kolmanneksi tärkein syy. THL:n kyselyn mukaan terveysaseman hyvä sijainti oli tärkein syy, mikä selittynee sillä, että tutkimus on tehty suurissa kaupungeissa, joissa on useita terveysasemia ja on kätevää valita lähin mahdollinen. Hyvä sijainti oli tässä tutkimuksessa neljänneksi tärkein syy. Pääsääntöisesti samansuuntaiset asiat koetaan tärkeinä terveysaseman valintaa tehtäessä. Hyvä hoidon laatu on tässä tutkimuksessa toiseksi tärkein syy, THL:n tutkimuksessa se on neljäntenä. Terveysaseman yleinen maine on molemmissa tutkimuksissa lähes yhtä tärkeäksi koettu. Parkkipaikat on valittu vaihdon syyksi THL:n tutkimuksessa useammin, kuin tässä työssä. Mahdollisesti isoissa kaupungeissa on ongelmallisempaa löytää parkkipaikkoja. Sen sijaan esteettömyyttä ja tilojen viihtyisyyttä ei pidetty kummassakaan tutkimuksessa tärkeinä vaihdon syinä.

Palvelujen laatuun ja viestinnän selkeyteen oltiin tyytyväisiä. Mahdollisesti hyvä tulos selittyy sillä, että Juvalla on asiaan tietoisesti panostettu, koska kilpailu terveydenhuollossa on tiedostettu. Terveysasema tunnetaan myös kehitysmuutosten ja aktiivisesta otteesta markkinoinnissa. Juva on ollut terveysaseman vaihtoasiassa hieman aikaansa edellä. Lähes kaikki kokivat, että heidät oli pidetty hyvin ajan tasalla oman asian etenemisessä, mutta LEAN-ideologian mukaan yksikin kielteinen tulos täytyy huomioida ja panostaa siihen. Tässä tutkimuksessa oli yhdessä vastauksessa ilmaistu, että ajan tasalla pitämistä oman asian etenemisessä ei ollut lainkaan. Jatkossa tiedotuksen toimivuuteen voisi kiinnittää vielä enemmän huomiota.

Asiakkaat kokivat lähes poikkeuksetta saaneensa osallistua omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun ja he arvioivat terveysaseman suoriutumisen samantasoiseksi tai paremmaksi kuin ennen. Puhelimessa jonotusajat olivat keskimäärin varsin kohtuullisia. Juvan Terveysaseman valitsisi tulevaisuudessa uudelleen valtaosa vastaajista. Kyselyyn vastaajat olivat keskimäärin olleet asiakkaina Juvalla melko lyhyen aikaa, mutta valinnanvapaus on vielä uusi asia, joten pidemmät hoitosuhteet eivät olisi mahdollisiakaan.

Media oli selvästi yleisin taho, mistä vastaajat olivat saaneet tietoa terveysaseman vaihtamisesta. Samoin oli THL:n Vaihtaja-kyselyssä. Ystävältä tai tutulta tietoa oli saatu seuraavaksi eniten. Harvemmin tietoa oli saatu omalta terveysasemalta, mikä tukee sitä käsitystä, että henkilöstö ei ehdi tai osaa informoida asiakkaita tarpeeksi. On tärkeää, että organisaatiossa sovitaan pelisäännöt siitä, kuka informoi ja on tärkeää huolehtia siitä, että henkilöstön tietämys on ajan tasalla.

Whellamsin 2016, mukaan Englannissa (NHS England & Monitor 2015), tutkimuksen mukaan 47% potilaista tiesi oikeudestaan valita sairaala ennen kuin lääkäri informoi heitä. Tietoisuuden kasvattaminen on yksi keskeisimmistä valinnanvapauteen liittyvistä terveystieteellisistä tavoitteista myös Englannissa.

Verkkosivustolla tarjottavaa vertailukelpoista tietoa eri tuottajista on perustettu laajasti eri valtioissa. Esimerkiksi englantilainen verkkosivusto NHS Choices mahdollistaa terveydenhuollon asiakkaille sairaaloiden vertailun virallisesti kerätyn laatu-tiedon perusteella. Samalla asiakkaat voivat julkaista omaa kokemuseräistä tietoaan toisten hyödynnettäväksi. Suomessa Palveluvaaka.fi-sivustolla potilaat voivat etsiä, vertailla ja arvioida itse sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottajia. Suomessa sivustoja ei ole vielä kehitetty yhtä pitkälle kuin Englannissa. (Pitkänen ja Pekola 2016,19.)

Syksyllä 2015 avautunut Palveluvaaka-verkkopalvelu auttaa sopivan sosiaali- ja terveyspalvelun etsimisessä ja valinnassa. Tarkoituksena on tarjota ajantasaista käytettävissä olevaa tietoa hoitopaikan vertailun tueksi. Sivustolta löytyy noin 7400 sosiaali- ja terveyspalveluita tarjoavan palvelupisteen tietoja. Verkkopalvelun sisältö täydentyy koko ajan. Sivustolle on koottu tietoa julkisista ja yksityisistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja palvelupisteistä. Sopiva palvelu on helppo löytää etusivun hakutoiminnon avulla. Sivustolta löytyy myös arviointilomake, joka tarjoaa mahdollisuuden antaa palautetta saamastaan palvelusta tai palvelupisteestä. Palveluvaaka.fi tukee myös asiakkaan valinnanvapautta. Tietoa valinnanvapaudesta löytyy hoitopaikanvalinta.fi-sivustolta. (Palveluvaaka.fi)

Vapaa kommentti. Suurin osa vastaajista oli jättänyt vapaan kommentin- kohdan tyhjäksi. Yleensä kommentteissa oli kiitetty palvelun laadusta. Erityisen kiitollisia oltiin siitä, että kunta on ottanut hoitoon asiakkaita muualtakin kuin Juvalta. Palvelumaksujen mahdollinen kallistuminen aiheutti huolta, mutta kohtuulliset korvaukset hyväksyttiin. Kysymysten laadintaa oli myös hieman kritisoitu, mikä toi arvokasta tietoa allekirjoittaneelle. Kyselylomakkeen laadinnassa huomioitavia seikkoja on syytä painottaa. Yleensä pidetään hyvänä sitä, että tutkimusmetodeja yhdistetään, joten olisi ollut järkevää lisätä useampi laadullinen kysymys mittaristoon. On tärkeää että, kysymykset ovat lyhyitä ja selkeitä ja kuhunkin kysymykseen liitetään vain yksi muuttuja.

Juvalle terveydenhuoltopalvelunsa vaihtaneet vastaajat olivat tulosten mukaan tyytyväisiä. Kritiikkiä ja kehittämisehdotuksia ei juurikaan tullut esille. THL:n Vaihtaja-kyselyn (2015) mukaan terveysasemaa vaihtaneet ovat kriitiskempiä, kuin muut palvelun käyttäjät, mutta samaa havaintoa ei tullut esille tässä tutkimuksessa. Mahtaako kysymys olla siitä, että monet terveyspalveluita käyttävät asiakkaat ovat yleensä tottuneet siihen, että terveyspalveluita on vaikea saada ja kohtelukin on saattanut joskus olla vähemmän kehuttavaa. Ihmiset eivät uskalla tai kehtaa vielä vaatia ja arvostella voimakkaasti.

Tämän tutkimuksen tuloksissa samoin kuin aikaisemmissakin tutkimuksissa huomio kiinnittyi siihen, että tilojen viihtyisyydellä ja esteettömyydellä ei ollut mainittavaa merkitystä terveysaseman valinnassa. Ihmiset ”taistelevat” vielä peruspalveluista ja ovat tyytyväisiä kunhan vaan saavat ajan lääkärille, ei sillä niin väliä minkälainen ympäristö on. On todennäköistä, että tila- ja viihtyisyystekijät nousevat vielä suurempaan rooliin tulevaisuudessa ja ovat yksi kilpailuvaltti. LEAN-ideologian mukaan potilaan odotusajalle eli arvoa tuottamattomalle ajalle tulisi kehittää arvoa tuottavaa toimintaa. Lisäämällä arvoa asiakkaille edistetään heidän tyytyväisyyttään ja varmistetaan se, että he jatkossakin valitsevat terveysaseman, johon ovat tyytyväisiä. Arvoa tuottava toiminta odotusajalla voisi esimerkiksi olla viihtyisä tila, jossa olisi mahdollisuus saada välipalaa, lukea, käyttää internettiä, katsella elokuvia ja kuunnella musiikkia. Lisäksi olisi hyvä tehdä odotusaikojen pituus ja meneillään oleva hoitoprosessin vaihe asiakkaalle näkyväksi.

8.2 Arvio prosessista ja yhteenveto tuloksista

Prosessina opinnäytetyön tekeminen sujui suunnitelman ja aikataulun mukaan. Monen ihmisen ystävällinen apu mahdollisti työn tekemisen ja tulosten analyysin. Kannustava tuki ja konkreettinen apu tutkimusympäristön taholta oli korvaamatonta tutkimusaineiston keruussa, kyselylomakkeiden tulostuksessa ja postituksessa sekä säilytyksessä. Aluksi huolestutti se, löytyykö aiheesta riittävästi materiaalia, koska asia on kohtalaisen uusi ilmiö Suomessa. Huoli osoittautui turhaksi ja ongelmaksi syntyi rajaamisen vaikeus. Tutkimuksia valinnanvapaudesta terveydenhuollossa on tehty kotimaassa ja ulkomailla eri näkökulmista tarkasteltuna jo melko paljon. Asiakaslähtöisyydestä ja terveysaseman vetovoimatekijöistä tutkimuksia on paljon ja terveyshyötymallistakin kohtalaisesti.

Aihe oli hyvin mielenkiintoinen ja ajankohtainen. Prosessin aikana tietoa tuli koko ajan lisää ja valinnanvapaudesta keskusteltiin paljon julkisuudessa. Asia on erittäin tärkeä ja sillä tulee olemaan merkittäviä vaikutuksia tulevaisuudessa. Kansainvälisesti tarkasteltuna perusterveydenhuollon ongelmat ovat samankaltaisia. Toimivaan perusterveydenhuollon malliin liitetään asiakaslähtöisyys, asiakasosallisuus, integraatio sosiaali- ja terveyspalveluissa, yhteistyö kolmannen sektorin kanssa, monipuoliset, turvalliset, tasa-arvoiset ja lähellä sijaitsevat palvelut, jotka on tuotettu kustannustehokkaasti teknologiaa hyödyntäen. Valinnanvapaus tuo järjestelmään kaivattua kilpailua ja ylläpitää laadun hyvää kehitystä.

Terveysaseman vetovoimatekijöiksi ilmenivät tässä tutkimuksessa lääkäriaikojen saatavuus, hyvä hoidon laatu, hoitaja-aikojen saatavuus ja hyvä sijainti. Laadukkaan ja toimivan terveysaseman tunnusmerkkejä olivat asiakkaan mahdollisuus osallistua oman hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, riittävä tuen ja ohjauksen saanti, ammattitaitoinen henkilökunta, palveluvalikoiman laajuus ja toimiva tiedotus. Palveluvalikoimasta hoidon jatkoseuranta oli arvioitu tärkeimmäksi. Myös Pikkujämsän ym. 2014, ja Kanerviston 2014, tekemissä tutkimuksissa korostui hoidon jatkuvuuden ja hoidon jatkoseurannan merkitys hoitopaikan valinnassa. Hyvää omahoitaja-lääkärisuhdetta pidettiin tärkeänä, koska silloin molemmat tuntevat toisensa ja dialogi sujuu helpommin.

Vaikka on hyvä asia, että ei tiedustella liikaa taustatietoja, niin tässä tutkimuksessa olisi saattanut olla hyödyllistä kysyä tutkittavalta oliko hänellä mahdollisesti jokin pitkäaikaissairaus.

Terveyshyötymalli on kehitetty nimenomaan terveystalvueluuta paljon käyttävien, pitkäaikaissairaiden palveluiden kehittämiseksi. Tutkimuksesta olisi saattanut saada arvokasta tietoa terveysaseman valintaan vaikuttavista tekijöistä pitkäaikaissairaana näkökulmasta tarkasteltuna. Olisi ollut myös mielenkiintoista selvittää, oliko asiakkaalle tehty kirjallinen hoitosuunnitelma yhdessä hänen kanssaan.

Kirjallinen hoitosuunnitelma on olennainen työkalu Terveyshyötymallissa. Case manager eli hoidon koordinaattori on myös pitkäaikaissairaille tarpeellinen työntekijä ja moniammatillinen tiimityö on CCM:n mukaan työmuotona suositeltava. THL:n Vaihtaja-kyselyn ja tämän työn tutkimusympäristöt olivat erilaisia ja otoskoko poikkesi huomattavasti, mutta yhtäläisyyttä voi havaita tuloksissa. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää terveysaseman toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä, sekä sitä voidaan käyttää kirjallisena informaationa henkilöstölle ja opiskelijoille valinnanvapauskäytäntöihin liittyvissä asioissa.

Teoriatietoon ja aikaisempiin tutkimuksiin verraten tulokset ovat hyvin samansuuntaisia. Asiakkaan tarpeista lähtevä hoidon suunnittelu ja toteutus korostuu selkeästi lähteissä. Lisäksi ennaltaehkäisevä ja terveyttä edistävä työ nousee monessa lähteessä merkittävään rooliin. Tosin Lillrank (2016, 112) toteaa, että ennaltaehkäisy on kannattavaa vain, jos sen vaikutuksia, tuottoja ja voittoja pystytään laskemaan ja todentamaan hyöty. Asiakkaat haluavat monipuoliset terveydenhuoltopalvelut läheltä. Ystävällinen ja hyvä palvelu on asiakkaille mieleenjäävä seikka.

Lappalainen ym. 2011, ovat tehneet tärkeän havainnon siinä, että työyhteisön hyvinvointi, uudistumiskyky ja henkilökunnan ammattitaito ovat myös asiakkaan hyödyksi koituvia seikkoja. Kujalan 2003, mukaan ihmiset arvostavat sitä, että heidät kohdataan ihmisinä, eikä diagnooseina. Asiakkaan mielestä on arvokasta, että hoitohenkilöstö kuuntelee aidosti heidän asiaansa ja heidät huomioidaan kokonaisvaltaisesti ja mahdollistetaan osallistuminen oman hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Valinnan vapautta pidetään tärkeänä, mutta vielä tärkeämpänä on pidetty peruspalvelujen sujuvuutta ja yhdenvertaisia palveluita alueellisen hyvinvointitutkimuksen mukaan.

Björkstedin 2014, mukaan Juvalle terveystalvelunsa vaihtaneet asiakkaat tulevat pääosin naapurikunnista, mutta myös eri puolilta Suomea on tullut asiakkaita. Palaute on ollut pääosin positiivista ja terveysaseman vaihtajia on tullut tasaiseen tahtiin koko ajan lisää. Liian suuri vaihtajien määrä nopeaan tahtiin voi aiheuttaa resurssiongelmia. Tästä syystä markkinointia on jouduttu madaltamaan ja nyt luotetaan "puskaradion" voimaan. (Björkstedit 2014, verkkojulkaisu.)

8.3 Reliabiliteetti ja validiteetti

Metsämuurosen (2006,115) mukaan tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen. Luotettavuutta kuvataan termeillä reliabiliteetti ja validiteetti. Hirsjärvi ym. (2004, 216) täsmentävät, että tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Reliabelius on siis kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabelius voidaan todeta esimerkiksi siten, että kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai samaa henkilöä useammalla kerralla tutkittaessa päädytään samanlaiseen tulokseen. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa voidaan mittareiden luotettavuutta arvioida tilastollisilla menetelmillä. Validius eli pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on ollut tarkoitus mitata. Tutkimusmenetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, mitä tutkija olettaa, koska vastaajat saattavat ymmärtää kysymykset aivan toisella tavalla, kuin tutkija. Mittarista voi aiheutua tuloksiin virheitä. Validiutta voidaan tarkastella ennuste-, tutkimusasetelma- ja rakennenäkökulmista. Tutkimuksen validiutta voidaan tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita eri menetelmiä, jolloin käytetään termiä triangulaatio tai monimetodinen lähestymistapa.

Metsämuuronen (2006, 115-116) jakaa validiteetin sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Ulkoinen validiteetti on mittauksen yleistettävyyttä ja sisäinen validiteetti on sisällön-, rakenne- ja kriteerivaliditeettia. Sisällön validiteettia voidaan arvioida siten, että tarkastellaan onko tutkimuksessa käytetyt käsitteet teorian mukaisia ja kattavatko ne ilmiön riittävän laajasti. Ilmiötä ei tarvitsekaan tutkia kokonaisuudessaan, mutta tutkimuksessa täytyy mainita, jos jokin ilmiöön liittyvä käsite on jätetty tietoisesti pois. Rakennevaliditeettia voidaan arvioida matemaattisilla menetelmillä ja kriteerivaliditeettia voidaan arvioida laskemalla validiteettikerroin. (Metsämuuronen 2006, 115-116,118,121; Hirsjärvi ym. 2004, 216-218.)

Tässä työssä mittarin validiteettia pyrittiin varmistamaan sillä, että aikaisempiin mittareihin tutustuttiin huolella ja hyödynnettiin jo aiemmin käytettyjä ja testattuja mittareita. Reliabiliteettia varmentaa työssä se, että mittarin toistettavuus on terveysaseman vaihdon osalta mahdollista toteuttaa toisessa, samankaltaisessa ympäristössä. Luotettavuutta lisää myös se, että aikaisemmissa tutkimuksissa oli saatu hyvin samansuuntaisia tuloksia, joita teoretietokin tuki. Mittarin ymmärrettävyyttä testattiin terveysaseman henkilökunnalla ja työn ohjaajalla, mutta olisi ollut tarpeellista testata se myös asiakkailta. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään tutkittavan ilmiön laajalla teoreettisella tarkastelulla ja rajaamalla tietoisesti työn ulkopuolelle ilmiötä lähellä olevia käsitteitä.

8.4 Eettisyys

Viisi tieteen etiikan peruskysymystä ovat: millaista on hyvä tutkimus, onko tiedon jano hyväksyttävää ja onko se hyväksyttävää kaikissa asioissa, mitä tutkitaan eli miten tutkimusaiheet valitaan, millaisia tutkimustuloksia tutkija saa tavoitella, koskevatko ne vahingollisia seikkoja ja millaisia keinoja tutkija saa käyttää. Tutkimuksen täytyy täyttää Mertonin vuonna 1957 määrittelemät tieteen eetoksen neljä perusnormia ollakseen hyvä tutkimus. Ne ovat universalismi eli tietoväitteet perustellaan epäpersoonallisilla kriteereillä, tieteellisen tiedon julkisuus ja yhteisömuotoisuus tiedeyhteisössä, puolueettomuus eli ei henkilökohtaisen voiton intressiä ja järjestemällinen kritiikki. Lisäksi tutkijan tulee käyttää tieteellistä menetelmää ja argumentoida tieteellisen päättelyn sääntöjen mukaan. Tuomi ja Sarajärven 2009, mukaan tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus on merkittävä hyvän tutkimuksen kriteeri. Tutkimusraportissa tämä konkretisoituu argumentaatiossa, kuten siinä miten ja millaisia lähteitä käyttää. (Tuomi ja Sarajärvi 2009 127-128.)

Muodollisiin vaatimuksiin kuuluu myös avoimuus ja rehellisyys raporttia kirjoitettaessa. Tutkijan on ajateltava yleisöä, jolle tuloksia välitetään ja tutkimuksen kohteena olleita henkilöitä. Saatekirjeessä mainittuja lupauksia anonymiteetistä ja luottamuksellisuudesta on syytä noudattaa tarkasti. Raportista ei saa aiheutua haittaa kenellekään. Tiedevilpin eri muodot täytyy tunnustaa, jotta osaa välttää ne työssään. Plagiointi on yksi vilpin muoto, jolla tarkoitetaan tieteellistä tai taiteellista varkautta. Plagiointi ilmenee yleensä puutteellisena tai epämääräisenä lähdeviitteiden merkitsemisenä ja on tuomittavaa. Vilppi voi ilmetä myös tulosten sepittämisenä, manipulointina tai tarkoitushakuisena valintana raportointivaiheessa. (Alkula, Pöntinen ja Ylöstalo 2002, 295-296;- Hirsjärvi ym. 2004, 110-111.)

Tässä tutkimuksessa huomioitiin eettiset periaatteet. Tutkimuksen tarkoitus perusteltiin osallistujille ja osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Kenenkään henkilötiedot eivät paljastuneet ulkopuolisille, eikä ne esiinny raportissa. Raportti on kirjoitettu muodollisia ohjeita ja hyviä käytäntöjä noudattaen. Teorian kirjoittamisessa on pyritty käyttämään useita lähteitä, jotta tarkastelu toteutuisi monipuolisesti. Aiheen valinta oli perusteltu ajankohtaisuuden vuoksi. Aiheen tutkimista oli myös toivottu ja se koettiin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Tutkimukselle oli asianmukaiset luvat (liite 3). Tutkimuksen otoskoko oli pieni, joten sitä ei voi yleistää muihin organisaatioihin, vaikka tulokset olivat yhdenmukaisia aikaisempien tutkimuksien kanssa.

8.5 Jatkotutkimusaiheita

Mielenkiintoista olisi tutkia jatkossa sitä, onko valinnanvapaus lisännyt kilpailua, markkinointia ja laatua sosiaali- ja terveyspalveluissa. Toinen muutoksen tuoma asia on sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio; miten se lähtee käyntiin ja minkälaisia järjestelyjä se tulee vaatimaan organisaatioilta ja tuoko se hyötyä ja säästöä. Lillrank, Reijonsaari, Heikkilä ja Silander (2016, 13,15,23) painottavat, että syyt Suomen terveyspalvelujen uudistamiselle ovat kestävyysvaje, sosioekonomiset terveyserot ja julkisten palveluiden huono saavutettavuus. Terveyspalvelujen merkittävin rakenneongelma on vaikuttavuus, eli mitä terveyshyötyjä on saatu resursseilla aikaan. Vaikuttavuutta kehittäviä ratkaisuja voisi jatkossa tutkia ja pohtia mikä oikeasti lisää vaikuttavuutta, eli terveyttä, sillä resurssien lisääminen ei sitä välttämättä tee. Kilpailun myötä syntyy yleensä uusia innovaatioita. Mielenkiintoista olisi jatkossa kartoittaa mitä innovaatioita on syntynyt sosiaali- ja terveysalalle ja minkälaisia ratkaisuja palveluntuottajat ovat keksineet turvatakseen paikkansa markkinoilla. Vaikuttavuuden mittaamisen keinoja voisi kartoittaa eri näkökulmista tarkasteltuna.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

AHMED, Manal ja SHEHADEH, Anas ja COLLINS, Mary 2013. Quality of Nursing Care in Community Health Centers: Client ´s Satisfaction. [Viitattu 2016-05-24.] Saatavissa:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2012169010&lang=fi&site=ehost-live>

AHONEN, Ari ja VUORIO, Liisa ja TÄHTINEN, Tuuli 2015. Potilaan valinnan vapaus, Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus. Markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulma. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015. [Viitattu 2016-06-02.] Saatavissa: www.kkv.fi/julkaisut

ALKULA, Tapani ja PÖNTINEN, Seppo ja YLÖSTALO, Pekka 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WS Bookwell Oy.

ARYANI, Faridah Md Yusof ja LEE, Wen Huey Shaun ja CHUA, Siang Siew ja KOK, Ching Li ja EFENDIE, Benny ja PARADATHATHU, Thomas 2016. Chronic care model in primary care: can it improve health-related quality of life? Tutkimus. Dove Press journal. [Viitattu 2016-06-15.] Saatavissa: <https://dx.doi.org/10.2147/IPRP.S92448>

BJÖRKSTEDT, Eeva 2013. Terveyskeskukset kilpailevat asiakkaita-”Houkuttelin äitinikin käyttämään naapurikunnan palveluita.”Yle.fi. Mikkeli 4.11.2013. Verkkojulkaisu. [Viitattu 2016-06-07.] Saatavissa: yle.fi/uutiset/terveyskeskukset_kilpailevat_asiakkaita_

BJÖRKSTEDT, Eeva 2014. Toistasataa henkilöä on vaihtanut kotikuntansa terveyspalvelut Juvalle. Yle.fi. Mikkeli 31.7.2014. Verkkojulkaisu. [Viitattu 2016-06-08.] Saatavissa: yle.fi/uutiset/toistasataa_henkilöä_on_vaihtanut_kotikuntansa_terveyspalvelut_juvalle/7386065

BROMMELS, Mats ja ARONKYTÖ, Timo ja KANANOJA, Aulikki ja LILLRANK, Paul ja REIJULA, Kari 2016. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. [Viitattu 2016-06-01.] Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75091/Valinnanvapaus_ja_monikanavarahoituksen_yksinkerta

ESKOLA, Juhani 17.3.2016. Valinnanvapaus tulee olemmeko valmiit? THL-Blogi. [Viitattu 2016-05-20.] Saatavissa: https://blogi.thl.fi/kirjoittajasivut?p_p_id=33&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&_33_struts_ac

GLASGOW, Russell E. ja ORLEANS, C. Tracy ja WAGNER, Edward H. 2001. Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? USA. The Milbank Quarterly, Vol.79, No.4. Verkkojulkaisu. [Viitattu 2016-06-15.] Saatavissa: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751207/pdf/milq_222.pdf

GOULD, Odette N ja WEST, Sara ja MANCUSO, Michelina 2009. The perceived functions of alternative primary care options among adults in eastern Canada. [Viitattu 2016-05-24.] Saatavissa: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010485395&lang=fi&site=ehost-live>

HIRSJÄRVI, Sirkka ja REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino OY.

INNOKYLÄ. Terveysyötyymalli-Chronic care model (CCM). Sivuston ylläpitäjä Mari Sisso. Luotu 19.3.2014. Muokattu 9.4.2014. [Viitattu 2016-02-05.]
Saataavissa: <https://www.innokyla.fi/web/malli795854>

JONES, Peter H 2013. Design for care. USA. Printed and bound in the United States of America.

JUNNILA, Maijaliisa ja SINERVO, Timo ja AALTO, Anna-Mari ja JONSSON, Pia Maria ja HIETAPAKKA, Laura ja KESKIMÄKI, Ilmo ja PEKURINEN, Markku ja SEPPÄLÄ, Timo T. Ja TYNKKYNNEN, Liina-Kaisa ja WHELLAMS, Anne 2016. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa- kriittiset askeleet toteuttamisessa. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2016-05-17.]
Saataavissa: <http://urn.fi/>

KANERVISTO, Merja 2014. Potilaan valinnanvapaus. Case Tekonivelsairaala Coxa. Johtamiskorkeakoulu pro gradu. Tampereen yliopisto. [Viitattu 2016-06-01.] Saataavissa: tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96038/GRADU-1409567322.pdf?sequence=1

KASEVA, Kaisa 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16 [Viitattu 2016-05-19.] Saataavissa: www.stm.fi

KASTE-OHJELMA 2012-2015. Sosiaali- ja tereydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Stm. Julkaisuja 2012:20. [Viitattu 2016-02-05.]
Saataavissa: <https://www.julari.fi/bitstream/handle/10024/112147/URN%3aNBN%afi-fe201504224670.pdf?sequence=1>

KAUHANEN, Jussi ja ERKKILÄ, Arja ja KORHONEN, Maarit ja MYLLYKANGAS, Markku ja PEKKANEN, Juha 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

KOIVUNIEMI, Kauko ja SIMONEN, Kimmo 2011. Kohti asiakkuutta, ihmistä arvostava terveydenhuolto. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

KOMULAINEN, Jorma 2012. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötyymalli (CCM).THL. [Viitattu 2016-02-05.] Saataavissa: www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2012/tk-johdon-neuvottelupaivat/Documents/2012-02-10-17-Sessio3.pdf

KUNTALAKI. [Viitattu 2016-02-05.] Saataavissa www.finlex.fi/fi/lak/ajantasa/1995/19950365

KUJALA, Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallintamalli, tilastolliseen prosessinohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. [Viitattu 2016-05-17.] Saataavissa: <http://acta.uta.fi>

LAAMANEN, Ritva ja OVRETVEIT, John ja SUNDELL, Jari ja SIMONSEN-REHN, Nina ja SUOMINEN, Sakari ja BROMMELS, Mats 2006. Client perceptions of the performance of public and independent not-for-profit primary healthcare. [Viitattu 2016-05-25.] Saataavissa:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2009736049&lang=fi&site=ehost-live>

LAPPALAINEN, Inka ja LAPPETELÄINEN, Ilmari ja WIILI-PELTOLA, Erja ja KANSOLA, Minna 2011. Vertaileva arviointikonsepti julkisen ja yksityisen hyvinvointipalvelun arviointiin. VTT tiedotteita-research notes 2578. Helsinki. [Viitattu 2016-05-25.] Saatavissa: www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2011/T2578.pdf

LILLRANK, Paul ja REIJONSAARI, Karita ja HEIKKILÄ, Petri ja SILANDER, Katariina 2016. Seitsemän syytä sairauteen. Miksi terveydenhuolto ei toimi. (E-KIRJA).[Viitattu 2016-06-19.] Saatavissa: www.eva.fi/wp-content/uploads/2016/02/EVA_pamfletti_2016_1_kansilla.pdf

LESKINEN, Virve ja VUORI, Hilja 2016. Asiakslähtöisyys hoitotyössä-asiakkaiden ja ammattilaisten näkemyksiä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-05-19.] Saatavissa: www.theseus.fi

METSÄMUURONEN, Jari 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino OY.

MODIG, Niklas ja ÅHLSTRÖM, Pär 2013. Tätä on Lean, ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Halmstadt:Bulls Graphics AB.

OKSMAN, Erja ja SISSO, Mari ja KURONEN, Risto 2012-2014. Potilas kuljettajan paikalle. Potku 2. Väli-Suomen Kaste-hanke. [Viitattu 2016-02-05.] Saatavissa: www.potkuhanke.fi/fi/terveyshyotymalli

PALVELUVAAKA.FI. Verkkosivusto. Palveluvaaka. THL. [Viitattu 2016-07-03.] Saatavissa: <https://www.palveluvaaka.fi/tietoa>

PIKKUJÄMSÄ, Sirkku ja YLITALO-KATAJISTO, Kirsti ja PAASOVAARA, Kirsi ja KOSKI, Keijo ja SALO, Sinikka 2014. Lääkärin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapaus ja rahoitus. Havainnot Oulun kaupungissa vuosina 2012-2013. Sosiaali- ja terveysministeriö.Raportteja ja muistioita 2014:20. Helsinki. [Viitattu 2016-06-01.] Saatavissa: http://urn.fi/URN:i:SBN:978_952_00_3494_8

PITKÄNEN, Visa ja PEKOLA, Piia 2016. Asiakkaiden näkemykset valinnanvapaudesta. Tulokset fysioterapiaa saaville vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaille tehdystä kyselystä. Kelan tutkimus. Työpapereita 95/2016. [Viitattu 2016-07-03.] Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/162168/Tyopapereita95.pdf?sequence=1>

POTILASLAKI. [Viitattu 2016-02-05.] Saatavissa: www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

RIEPULA, Henna 2014. Terveyspalveluiden laadun kehittäminen asiakastyytyväisyysmittauksen keinoin. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen pro gradu.Vaasan yliopisto. [Viitattu 2016-06-01.] Saatavissa: www.tritonia.fi/fi/e-

[opinnäytteet/tiivistelma/5677/Terveyspalveluiden+laadun+kehittäminen+asiakastytyväisyyssmittauksen+keinoin](#)

SIHTO, Marita ja PALOSUO, Hannele ja TOPO, Päivi ja VUORENKOSKI, Lauri ja LEPPÖ, Kimmo 2013. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy.

STÅHL, Timo ja RIMPELÄ, Arja (toim.) 2010. Terveystiedon edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. THL. Helsinki: Yliopistopaino. [Viitattu 2016-07-03.] Saatavissa:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1>

TERVETULOJA asioimaan Juvan terveyskeskukseen. Esite. JS/Suomi.Concept:JS Media Tools A/S. www.jssuomi.fi

TERVEYDENHUOLTOLAKI 1326/2010.[Viitattu 2016-06-2.]
Saatavissa:www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066

TIIRINKI, Hanna 2014. Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla-Terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. [Viitattu 2016-05-25.]
Saatavissa: <http://urn.fi/urn:isbn:9789526204215>

TUOMI, Jouni ja SARAJARVI, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

VALINT-hanke 2014-2016. Perusterveydenhuollon asiakaslähtöiset toimintamallit. THL. [Viitattu 2016-02-05.] Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiatuntijatyo/hankeet-ja-ohjelmat/hankeet/35449>

VEHKO, Tuulikki ja AALTO, Anna-Mari ja SINERVO, Timo 2016. Terveysaseman vaihtajat usein pitkäaikaissairaita ja kriittisiä palvelun käyttäjiä. THL, tutkimuksesta tiiviisti 6/2016. Helsinki. [Viitattu 2016-06-02.] Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-655-1>

VIRTANEN, Petri ja SUOHEIMO, Maria ja LAMMINMÄKI, Sara ja AHONEN, Päivi ja SUOKAS, Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.[Viitattu 2016-05-19.] Saatavissa: <https://www.tekes.fi/gobalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

WAGNER, Edward. 2006-2016. Improving Chronic Illness Care. The Chronic Care Model. Verkkojulkaisu. [Viitattu 2016-06-16.] Saatavissa: www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Models&=2

WHELLAMS, Anne 2016. Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. THL:n työpaperi 2/2016. [Viitattu 2016-06-14.] Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129795/URN_ISBN_978-952-302-605-6.pdf?sequence=1

LIITE 1. KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE



SAATEKIRJE

JUVA 29.2.2016

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelen Kuopiossa Savonia ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen-tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Opinnäytetyönäni selvitän terveysaseman valintaan vaikuttavia tekijöitä ja vetovoimaisen terveysaseman toimintamallia. Tutkimuksen avulla voidaan parantaa terveyspalvelujen laatua terveysasemalla ja kehittää toimintaa tarpeiden mukaan.

Opinnäytetyö toteutetaan kyselytutkimuksena, johon kutsun teidät osallistumaan. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Kysely on lähetetty terveysaseman vaihtajista satunnaisesti valitulle joukolle ja sen voi täyttää perheenne aikuinen jäsen. Tutkimuksen toteuttajalla on vaitiolovelvollisuus antamianne vastauksista.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa Juvan Terveysaseman johtavalta lääkäriltä ja terveyspalvelupäälliköltä. Antamianne vastaukset käsitellään nimettöminä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksissa. Kyselyyn vastaamiseen on aikaa kaksi viikkoa.

Ohessa lähetän vastauskuoren, jonka postimaksu on maksettu. Jos osallistutte kyselyyn, pyydän teitä palauttamaan kyselylomakkeen täytettynä vastauskuoressa joko postitse tai Juvan Terveysaseman neuvontaan 01.04.2016 mennessä.

Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Sinikka Tuomikorpi Savonia ammattikorkeakoulusta, Sinikka.Tuomikorpi@savonia.fi. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Internetissä osoitteessa www.theseus.fi. Ystävällisin terveisin,

sh AMK Virpi Koponen

puh.0504318877

Johtava lääkäri Eeva Björkstедt

puh. 0407423981

LIITE 2. KYSELYLOMAKE

rastittakaa/tummentakaa haluamanne vaihtoehto

TERVEYSASEMAN**VAIHTO**

1. OMAHOIDON TUKI

1.1 Millainen rooli mielestänne on mahdollisuudella vaikuttaa omaan hoitoon?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

1.2 Oletteko saanut mielestänne riittävästi tukea ja ohjausta oman hoidon toteuttamiseen?

- Kyllä
- Ei

Mitä toivotte:

2. PALVELUVALIKOIMA

2.1 Kuinka tärkeä rooli on henkilökunnan ammattitaidolla, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

2.2 Kuinka tärkeä rooli on moniammatillisella osaamisella, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

2.3 Kuinka tärkeä rooli on palveluvalikoiman laajuudella, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

2.4 Kuinka tärkeä rooli on sillä, että henkilökunnan vastuut on selkeästi jaoteltu, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

2.5 Kuinka tärkeä rooli on sillä, että tiedotus on toimivaa, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

2.6 Kuinka tärkeä rooli on sillä, että hoidon jatkoseuranta on järjestetty, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

2.7 Koetteko puhelinkontaktit/tekstiviestit myönteisenä?

- Kyllä
- Ei

Mitä ehdotatte: _____

2.8 Koetteko ryhmävastaanotot myönteisenä?

- Kyllä
- Ei

Mitä ehdotatte: _____ -

3. PÄÄTÖKSENTUKI

3.1 Kuinka tärkeä rooli on tieteellisesti tutkituilla hoitosuosituksilla, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

3.2 Kuinka tärkeää, on että saatte kirjalliset hoito-ohjeet mukaanne?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

4. TIETOJÄRJESTELMÄT

4.1 Kuinka tärkeä rooli on sillä, että terveysaseman sähköiset tietojärjestelmät pystyvät seuraamaan ja muistuttamaan esim. kontrolliajoista ?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

5. JOHDON SITOUTUMINEN

5.1 Kuinka tärkeä rooli on mielestänne sillä, että palveluntuottajan toiminta-ajatus, arvot ja toimintatapa on tehty näkyväksi, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

5.2 Kuinka tärkeä rooli on sillä, että henkilöstön johdon tuki on selkeästi nähtävissä, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

6. YHTEISÖN OSALLISUUS

6.1 Millainen rooli potilasjärjestöillä/vertaistuen saatavuudella on mielestänne terveysaseman valinnassa?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

6.2 Miten tärkeäksi koette kolmannen sektorin (esim. seurakunta, sosiaali-,sivistys- ja liikuntatoimi) osallisuuden hoitoonne, kun valitsette terveysaseman?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Melko tärkeä
- Ei lainkaan tärkeä

7. ASIAKASTYYTYVÄISYYS

7.1 Mikä/mitkä oli syynä terveysaseman valintaan?

- Lääkäriaikojen saatavuus
- Hoitaja-aikojen saatavuus
- Hyvä hoidon laatu
- Hyvä sijainti
- Hyvät kulkuyhteydet
- Tietty lääkäri/hoitaja
- Yleinen maine
- Parkkipaikat
- Tyytymätön aikaisempaan
- Esteettömyys
- Tilojen viihtyisyys
- Tuttavien ym. tyytyväisyys

7.2 Anna yleisarvosana osaamisemme ja palveluidemme laadulle

- Erittäin hyvä
- Hyvä
- Kohtalainen
- Heikko

7.3 Oliko viestintämme selkeää?

- Erittäin selkeää
- Selkeää
- Melko selkeää
- Ei lainkaan selkeää

7.4 Kuinka hyvin pidimme teidät ajan tasalla asianne etenemisestä?

- Erittäin hyvin
- Hyvin
- Melko hyvin
- Ei lainkaan

7.5 Antakaa arvosana sille, miten pääsitte osallistumaan oman hoitonne suunnitteluun?

- Erittäin hyvä
- Hyvä
- Kohtalainen
- Heikko

7.6 Onko suoriutumismme parempaa kuin ennen, huonompaa kuin ennen, samantasoista kuin ennen?

- Parempaa
- Huonompaa
- Samantasoista
- En ole aikaisemmin ollut tekemisissä terveysasemanne kanssa

7.7 Kuinka kauan jouduitte jonottamaan tavanomaisen puhelun yhteydessä?

minuuttia

7.8 Kuinka todennäköisesti valitsette terveysasemamme myös tulevaisuudessa?

- Erittäin todennäköisesti
- Todennäköisesti
- Melko todennäköisesti
- En lainkaan todennäköisesti

7.9 Kuinka kauan olette olleet asiakkaanamme?

vuotta

kuukautta

7.10 Kuinka saitte tietoa terveysaseman vaihtamisesta?

- Verkkosivustoltamme
- Mediasta
- Omalta terveysasemalta
- Esitteestä
- Ystävältä/tutulta

7.11 Mitä muuta haluaisitte tuoda tietoomme?

8. Taustatiedot

Vastaajan sukupuoli:

Vastaajan ikä:

Nainen

Mies

vuotta

Vastaajan koulutus: Peruskoulu, Ammattikoulu, Opisto, Korkeakoulu, Muu_____

Kiitos vastauksista!

LIITE 3. TUTKIMUSLUPA

JUVAN KUNTA

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Terveyspalvelupäällikkö

27.10.2015

25 §

Vireillepanija

Asia

TUTKIMUSLUPA OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Päätös ja perustelut

Myönnän tutkimusluvan Virpi Kuposelle opinnäytetyön tekemistä varten Juvan terveystieteiden keskuksessa. Tutkimus liittyy sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkintoon yleisessä ammattikorkeakoulussa.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mitkä seikat vaikuttavat asiakkaan päätökseen vaihtaa hoitava terveysasema. Tutkimus toteutetaan teemahaastattelulla, jossa viimekätisen suostumuksen tutkittavaksi ryhtymisestä antaa asiakas itse. Tutkimus tulee toteuttaa hyvää tutkimuseettikkää noudattaen.

Opinnäytetyöstä toivotaan saatavan palaute, jonka perusteella on mahdollista kehittää terveysaseman palveluita paremmin terveysaseman vaihtajia palveleviksi.

Päiväys ja allekirjoitus Juvalla 27.10.2015



Hilpi Purhonen
Terveyspalvelupäällikkö

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

**Oikaisu-
vaatimus-
viran-
omainen
ja -aika** Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.
Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite

**Juvan kunta
Perusturvalautakunta
PL 28
51900 JUVA**

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista.

**Oikaisu-
vaatimuk-
sen sisältö** Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava.

Päätös Päätös on pidetty yleisesti nähtävillä Juvan terveystieteiden keskuksessa 2.11.2015.