

Anu Heikkilä ja Tiina-Mari Lukkarila

**”AMMATTITAITOINEN HENKILÖKUNTA TAKAA
HYVÄN JA ASIALLISEN PALVELUN” – Asiakkaiden
kokemuksia äitiys- ja lastenneuvolapalvelun laadusta**

**Opinnäytetyö
KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2009**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveystalon yksikkö, Kokkola	Aika Marraskuu 2009	Tekijä/tekijät Anu Heikkilä Tiina-Mari Lukkarila
Koulutusohjelma Hoitotyönkoulutusohjelma, Hoitotyön- ja terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto		
Työn nimi "Ammattitaitoinen henkilökunta takaa hyvän ja asiallisen palvelun" - Asiakkaiden kokemuksia äitiys- ja lastenneuvolan laadusta.		
Työn ohjaaja Yliopettaja, TtT Annukka Klemola	Sivumäärä 58 + 5 liitettä	
Työelämäohjaaja Perusturvajohtaja, Vuokko Pöyhtäri		
<p>Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää neuvolapalveluiden laatua Himangalla asiakkaiden arvioimana. Tavoitteenamme oli, että tutkimustulosten avulla kunnan neuvolapalveluita voitaisiin kehittää entistä asiakaslähtöisemmiksi ja laadukkaimmiksi.</p> <p>Tutkimuksessa käytimme kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruu toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli 19 monivalintakysymystä ja yksi avoin kysymys. Tutkimusaineisto muodostui 58 Himangan äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaasta, joista kaksi oli miestä ja 56 naista. Ikäjakama 18 - 43 vuotta. Tutkimuksen vastausprosentti oli 100. Analysoimme tutkimusaineiston käyttämällä tilastolliseen analyysiin tarkoitettua SPSS for Windows -tilasto-ohjelmaa. Avoimen kysymyksen analysoinnissa käytimme sisällön analyysimenetelmää.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että asiakkaat olivat tyytyväisiä äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden laatuun Himangalla. Erittäin hyväksi asiakkaat kokivat henkilökunnan ammattitaidon, ystävällisyyden ja tiedonsaannin raskauden/lapsen hoitoon kuuluvista asioista. Matalimmat arvosanat saivat jatkohoidon järjestäminen, perheen ongelmiin paneutuminen ja vastaanottoajan saaminen toivomuksen mukaisesti. Tutkimustulosten mukaan vastaajan iällä ja koulutuksella oli merkitystä hänen kokemaansa hoidon laatuun. Vaihtelevimmin olivat vastanneet korkeasti koulutetut ja ikäluokka 25-34 -vuotiaat, jotka olivat antaneet myös heikompia arvosanoja. Avoimista vastauksista nousi esiin kehittämisehdotuksia, jotka koskivat asiakkaan kohtaamista, fyysistä ympäristöä ja neuvolan toimintaa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ja suunniteltaessa Himangan äitiys- ja lastenneuvolapalveluita. Vaikka tutkimuksen pienen otannan vuoksi tuloksia ei voida yleistää muiden kuntien neuvoloihin, niin esimerkiksi tutkimuksen kyselylomaketta voidaan käyttää kehitettäessä muiden neuvoloiden asiakaslähtöistä laadunhallintaa.</p>		

Asiasanat

Asiakaslähtöisyys, laatu, laadunhallinta ja neuvolatyö

ABSTRACT

<p>CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES Social- and health care</p>	<p>Date November 2009</p>	<p>Author Anu Heikkilä Tiina-Mari Lukkarila</p>
<p>Degree programme Nursing Degree Programme Nursing and Public Health Nursing Degree Programme</p>		
<p>Name of thesis " Professional Staff Ensure a Judicious and Good Service" - Clients` Experiences of Maternity and Child Care Quality</p>		
<p>Instructor Principal Lecturer, D.Sc. Annukka Klemola</p>	<p>Pages 58+5</p>	
<p>Supervisor Providing basic Leadership, Vuokko Pöyhtäri</p>		
<p>The purpose of our study was to determine the quality of counseling services in Himanka evaluated by clients. Our goal was that the research results would help the counseling services in the municipality to be developed more customer-centered and high-quality.</p> <p>In our study, we used quantitative research methods. Data collection was made by a structured questionnaire, which had 19 multiple-choice questions and one open question. The study consisted of 58 Himanka's maternity and child care clients, two of whom were men and 56 women. Age range was 18 - 43 years. The response rate was 100. We analyzed the research data using statistical analysis of the SPSS for Windows statistical programme. For the analysis at open question we used content analysis method.</p> <p>The results indicated that customers were satisfied with the quality of maternity and child care services in Himanka. As very good the customers experienced professional competence of staff, kindness and access to knowledge of pregnancy / child care matters. Lowest ratings were given to further care organization, addressing the problems of the family and making appointments in accordance with the clients' wishes. The results suggest that the respondent's age and education was relevant to his perceived quality of care. Most variably had responded the well-educated and age group 25-34 years, who had given the weaker grades. From the open responses emerged development proposals, concerning facing the client, the physical environment and child health activities.</p> <p>This study can be used in the development and designing of Himanka's maternity and child care services. Although the study results can not be generalized to other municipalities health clinics because of small sample such as survey questionnaires can be used for other health clinics in developing customer-oriented quality management.</p>		
<p>Key words Customer focus, quality, quality management and counseling work</p>		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Asiakaslähtöisyys terveydenhuollossa	3
2.1.1 Asiakkuuden monet ulottuvuudet	3
2.1.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	6
2.2 Asiakaslähtöinen laadunhallinta	8
2.2.1 Terveyspalvelun laatu	8
2.2.2 Terveydenhuollon laadunhallinta	9
2.2.3 Asiakkaat hoidon laadun arvioijina	10
2.3 Neuvolapalvelut ja niiden kehittäminen	12
2.3.1 Neuvolatyö ja sen keskeiset käsitteet	12
2.3.2 Äitiys- ja lastenneuvola	15
2.3.3 Neuvolatyön laatu ja kehityshaasteet	16
3 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN KESKEISISTÄ KÄSITEISTÄ	19
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
5.1 Tutkimuksen kohderyhmä	22
5.2 Tutkimusmetodin laadinta ja mittarin valinta	22
5.3 Aineiston keruu	24
5.4 Aineiston analysointi menetelmät	24
6 TUTKIMUSTULOKSET	26
6.1 Vastaajien taustatiedot	26
6.2 Yhteenveto monivalintakysymyksistä	27
6.3 Hoidon saatavuus	30
6.4 Hoitoon tulotilanteen sujuvuus	31
6.5 Kohtelun asiakaskeskeisyys ja yksilöllinen kohtelu	33
6.6 Vaikuttaminen omaan hoitoonsa	37
6.7 Jatkohoidon hallinta	38
6.8 Luottamus ja kiireettömyys	39
6.9 Aikaisemmat kokemukset	40
6.10 Asiakkaiden halukkuus kehittää neuvolapalveluja	40
7 POHDINTA	42
7.1 Tulosten tarkastelua	42
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka	47
7.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita	52
7.4 Oppimiskokemukset	53
7.5 Johtopäätökset	54

LÄHTEET

LIITEET

1 JOHDANTO

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää neuvolapalveluiden laatua Himangalla asiakkaiden arvioimana. Tavoitteenamme oli tutkimustulostemme kautta tuoda esiin kehittämisehdotuksia, joiden avulla Himangan kunnan neuvolapalveluita voitaisiin kehittää entistä asiakaslähtöisemmiksi. Tutkimuksemme tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä myös muiden pienten kuntien neuvolapalveluita entistä asiakaslähtöisemmiksi. Työelämäyhteytenä tässä työssä oli Himangan kunnan perusturvajohtaja sekä neuvolan terveydenhoitajat. Aihevalintaan vaikutti aiheen ajankohtaisuus. Terveyspalveluiden laatu on näkyvästi esillä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa, ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa KASTE 2008 - 2011. Kansanterveysohjelma Terveys 2015 painottaa lasten ja perheiden hyvinvoinnin lisäämistä, jossa neuvolatyö on keskeisellä sijalla. Näiden lisäksi lastenneuvolapalveluiden laadun merkitystä korostaa myös Lastenneuvolaopas, joka ohjeistaa neuvolan työntekijöitä neuvolapalvelun laadun turvaamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Rajasimme tutkimusaiheemme äitiys- ja lastenneuvolapalveluihin, koska kaikkien terveyspalveluiden sisällyttäminen olisi tehnyt työstä liian laajan. Lisäksi valitsimme juuri nämä terveyskeskuksen palvelut, koska ne kiinnostivat meitä eniten, ja niiden tutkimisesta on meille hyötyä tulevien ammattiemme kannalta. Laadunhallinta sisältyy sekä sairaanhoitajan että terveydenhoitajan työhön, ja moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa uusien näkökulmien syntyvän hoitajan ja asiakkaan välisessä kohtaamisessa.

Tässä tutkimuksessa palvelun laatua arvioidaan asiakkaiden näkökulmasta, jolloin laatu on asiakkaiden kokemusten ja odotusten vastaavuuden aste. Laatu ilmenee esimerkiksi asiakkaiden tyytyväisyytenä palveluihin. Koska palvelut ovat asiakkaita varten, on asiakkaiden näkökulman korostaminen palvelujen laadun arvioinnissa tärkeää. Asiakkaiden vaatimustason ja tietotaidon lisääntyessä myös asiakasnäkökulma laadunhallinnassa on korostunut. Palvelujen käyttäjinä asiakkaat ovat joidenkin palvelun laadun ulottuvuuksien parhaita arvioijia. Asiakkaat eivät useinkaan julkista terveyspalvelua käyttäessään voi vaikuttaa käyttäytymisellään tai valinnallaan palvelujen kehittymiseen. Tämän vuoksi asiakaspalautejärjestelmät ovat välttämättömiä asiakaslähtöisen palvelun laadun turvaamiseksi. Palvelujen laatua on tärkeää tutkia toistuvasti, sillä asiakkaiden

odotukset palvelun laadusta vaihtelevat ajan, paikan ja asiakkaan taustatekijöiden mukaisesti. (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 8 - 9.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätelee millaista terveyspalveluiden laadun tulee olla. Sen mukaan terveyspalveluja käyttävä kansalainen on oikeutettu saamaan tarvitsemansa hoidon ottaen huomioon palveluita tarjoavan kunnan resurssit niiden järjestäjänä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Tässä työssä tarkastelemme laadun toteutumista kyseisen lain kautta.

Tutkimuksemme sijoittuu Himangan kuntaan, joka on Länsi-Suomen läänin pohjoisin kunta. Kunta on perustettu vuonna 1868. Himanka kuuluu Keski-Pohjanmaan maakuntaan ja Kokkolan seutukuntaan, ja sitä lähimmät kaupungit ovat etelässä Kokkola, idässä Kannus ja pohjoisessa Kalajoki. (Himangan kunta 2008.) Himangan kunnan asukasluku on vuoden 2008 tietojen mukaan 3066. Ikäjakauma on seuraava: 0 - 14-vuotiaita on 17,2 %, 15–64-vuotiaita 61,7 % ja yli 64-vuotiaita 21,1 %. (Tilastokeskus 2008.) Himangalla on itsenäinen terveyskeskus, jonka palveluita ovat esimerkiksi lääkärin vastaanotto, neuvolatoiminta, terveyskeskuksen vuodeosasto, työterveysvastaanotto, laboratorio ja hammashoitola. Lisäksi kunta tarjoaa myös muita terveysalan palveluita. Kunta tekee yhteistyötä terveyspalvelujen suhteen lähikaupunkien kanssa. Vuoden 2010 alusta Himangan kunta yhdistyy Kalajoen kaupungin kanssa. Tutkimusajankohtana tutkijoilla ei ollut tietoa siitä, miten kuntaliitos vaikuttaa Himangan neuvolapalveluiden rakenteeseen.

Työmme rakenne etenee seuraavasti. Teoreettisessa osassa tarkastelemme asiakaslähtöisyyttä terveydenhuollossa, potilaslakia, asiakaslähtöistä laadunhallintaa sekä neuvolapalveluja ja niiden kehittämistä. Teoriaosan lopuksi on yhteenveto tutkimuksen keskeisistä käsitteistä. Tutkimuksen toteuttamista kuvaavassa osassa esitämme tutkimusongelmat, kuvaamme aineiston hankinnan ja analysoinnissa käytetyt menetelmät. Empiirisessä osassa esitämme tutkimustulokset potilaslain määrittämien laadun osa-alueiden mukaisesti. Pohdintaosassa tarkastelemme tutkimuksen luotettavuutta, tuloksia, johtopäätöksiä, hyödynnettävyyttä ja jatkotutkimusaiheita sekä omia oppimiskokemuksia.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Asiakslähtöisyys terveydenhuollossa

2.1.1 Asiakkuuden monet ulottuvuudet

Asiakkuuden käsite on kunnallisessa palvelutuotannossa ongelmallinen, koska siinä on monta ulottuvuutta (Kiikkala, Nouko-Juvonen & Ruotsalainen 2000; Sorsa 2002). Terveydenhuollossa asiakkaalla tarkoitetaan palvelujen tai tuotteiden vastaanottajaa. Hän voi olla luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai kokonainen organisaatio. Palvelujen tuottajan näkökulmasta asiakkaita ovat sekä todelliset eli faktiset että potentiaaliset eli mahdollisesti palveluja vastaanottavat asiakkaat, jotka yhdessä muodostavat palvelujen tuottajan asiakaskunnan. Palvelun tuottajan näkökulmasta asiakkaita ovat palvelun maksajat, kuten kunta, kuntayhtymä tai valtio. (Stakes 2002.) Potilaslaissa asiakkaasta puhuttaessa käytetään sanaa potilas. Hän on terveyden- tai sairaanhoitopalveluja käyttävä tai niiden kohteena oleva henkilö. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Terveydenhuollossa potilas- ja asiakaskäsitettä käytetään samaa tarkoittavina termeinä. Käsite potilas herättää mielikuvan siitä, että kyseinen henkilö on fyysisesti tai psyykkisesti sairas. Tätä termiä käytetään yleensä, kun henkilö on kirjoilla laitoksessa tai sairaalassa. Potilas on yksilö, jolla on laissa määriteltyjä oikeuksia. Asiakas taas on palvelujen todellinen käyttäjä. Hän on aktiivinen, tietävä ja tahtova ja vastuussa itsestään. (Sorsa 2002, 40 - 41.) Tässä tutkimuksessa rajaamme asiakkaan palvelujen käyttäjään. Käytämme työssämme asiakasta ja potilasta samaa tarkoittavina termeinä riippuen asiayhteydestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakslähtöisyys rakentuu ammattikuntien periaatteista, asiakkaiden suorista vaikutus- ja palautemahdollisuuksista, asiakaspalautteen saamasta painoarvosta palvelun johtamisessa ja poliittisten päätösten tekijöiden mahdollisuuksista ja haluista. (Sorsa 2002, 40 - 43, 50.) Asiakslähtöistä toimintaa ohjaavat lait, kansalliset suositukset, paikalliset strategiat sekä organisaatioiden ohjeet ja päätökset. Valtakunnallisen terveydenhuollon laatusuosituksen mukaan laadunhallinnan lähtökohtana on potilaan ja asiakkaan näkökulma. Asiakslähtöisyys terveydenhoitotyön johtavana periaatteena tarkoittaa sitä, että asiakas tai potilas on palvelun keskiössä ja hänen avukseen

tarkoitettujen palvelujen muodostavat yhtenäisen palvelukokonaisuuden eli saumattoman palveluketjun. Tämä merkitsee sitä, että asiantuntijalähtöinen lähestymistapa muuttuu asiakkaan ja potilaan kohtaamiseksi yhdenvertaisina ihmisinä. (Sundman 2000, 204 - 207, 334 - 339 ; Leiwo, Hellin & Hautala 2003, 7 - 8, 49.) Kiiikkalan ym. (2000) mukaan asiakaslähtöisessä toiminnassa päätöksiä tehdään sekä asiakaskyselyjen että väestöä koskevien tietojen, kyselyjen ja suunnitelmien pohjalta.

Asiakaslähtöisen toiminnan tavoitteena on asiakkaan omia voimavaroja ja elämänhallintaa edistävä työote. Potilaita ei pidetä materiaalina tai tapauksina, vaan toiminta etenee potilaan esittämien kysymysten ja tarpeiden mukaisesti, eikä työntekijä tuo omia käsityksiään liikaa esiin. Hoitohenkilökunnan ja potilaan kohtaamisessa on kyse kahden asiantuntijan kohtaamisesta. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitotyön ammattilaisen asiantuntijuus perustuu teoreettiseen tietoon sairauksista. Paras asiantuntijuus syntyy yhdistämällä molemmat asiantuntijuudet neuvottelun kautta. On tärkeää, että työntekijän näkökulma ja kiinnostus eivät ole ainoastaan sairaus- ja ongelmakeskeisiä, vaan potilas huomioidaan kokonaisuutena. Työntekijällä tulee olla herkkyyttä tunnistaa potilaiden ja tilanteiden erilaisuus sekä kyseenalaistaa toimintatapojaan ja tarpeen mukaan muuttaa niitä. On syytä muistaa, että hoitotyössä jokaisella lausutulla puheenvuorolla on jotain merkitystä potilaalle. (Binnie & Titchen 1999, 56 - 58; Outinen, Mäki, Siikander & Liukko 2001, 13 - 14; Holma, Outinen, Idänpää-Heikkilä & Sainio 2001, 45 - 47.)

Asiakaslähtöisyyden ominaispiirteitä ovat vuorovaikutteisuus, tasavertaisuus ja kokonaisvaltaisuus. Vuorovaikutteisuus on ihmisten välinen tulkintaprosessi, jossa viestitään asioita toiselle, vaikutetaan heihin ja saadaan samalla palautetta omasta toiminnasta. Vuorovaikutukselliseen hoitosuhteeseen kuuluvat asiakkaan opettaminen ja kannustaminen. Samalla asiakasta tuetaan ja rohkaistaan arjessa selviytymiseen. Työntekijä ja asiakas nähdään tasavertaisina yhteistyösuhteessa, jolloin asiakkaan toimintatapoja, kulttuuria, uskontoa, itsemääräämisoikeutta ja asiakasta itseään kunnioitetaan. Ennen kuin asiakas on valmis vastaanottamaan uutta tietoa, tulee hänellä olla tunne kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta. Jotta asiakas ei jää hoitoprosessissa passiiviseksi osallistujaksi, tulee hänet ottaa mukaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen, arviointiin ja päätöksentekoon. Asiakkaan tiedonsaanti sisältää tiedon sairaudesta, hoidosta, hoitopaikasta ja jatkohoidosta. Työntekijän on tässä yhteydessä huomioitava

potilaan aikaisemmat tiedot asiasta ja sen luotettavuus. Jotta tasavertaisuus toteutuisi, myös potilas on velvollinen kertomaan hoitonsa kannalta tärkeistä asioista työntekijälle. Asiakkaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen kuuluu asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen puolen huomioiminen. (Holma ym. 2001, 45 - 47; Kiikkala ym. 2000, 45 - 49; Leiwo ym. 2004, 26 - 27; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 22 - 24.)

Asiakaslähtöisyys on arvosidonnaista toimintaa, jolla on Kiikkalan ym. (2000) mukaan neljä ulottuvuutta. Ne ovat toiminnan arvoperusta, näkemykset asiakkaasta, hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta sekä työntekijästä. Asiakaslähtöisyys sisältää asiakkaasta näkemyksen, joka ilmenee yhteiskunnassa eri ulottuvuuksissa ja yhteyksissä. Kaikilla näillä tasoilla asiakkuus ilmenee yhtäaikaisesti. Ensimmäisellä asiakkuuden tasolla asiakas on ainutkertainen yksilö. Hänellä on voimavaroja, mahdollisuuksia ja hän on aktiivinen toimija. Asiakkaan ikä, asumismalli, talous ja elämänmuoto vaikuttavat asiakkuuteen ja siihen miten yksilö on yhteydessä lähiyhteisöönsä. Asiakkuuden toisella tasolla asiakas on yhteisönsä jäsen. Asiakas elää yhteisössään ja edustaa yksilöllisesti ikäryhmäänsä. Kolmannella asiakkuuden tasolla asiakas on alueensa asukas ja kulttuurinsa edustaja. Palvelujen kuluttajana asiakas on sidoksissa niihin mahdollisuuksiin, joita seutukunnalla on mahdollisuus tarjota. Neljännellä tasolla asiakas nähdään yhteiskunnan jäsenenä. Valtakunnalliset yhteiskunta- ja sosiaalipoliittiset linjaukset ovat näin ollen yhteydessä asiakaslähtöisyyteen ja ne ovat perustana tarjottaville palveluille.

Kujala (2003) määrittelee asiakaslähtöisyyden tavoiteulottuvuudeksi, jonka mukaan halutaan muotoutuvan hoitopalveluja tuottavan terveyskeskuksen toiminnan ja tavan tuottaa hoitopalveluja asiakkaan tarpeiden ja odotusten mukaisesti, kuten lain sisältö takaa asiakkaalle. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitopalvelujen tuottamisessa perustana on asiakkaalta saatu tietoa, tarpeet ja odotukset ja velvoitteena yhteisön yksilölle määrittelemät oikeudet. Hänen mukaansa asiakaslähtöisyys ja osallisuus omaan hoitoonsa ovat toisiaan kattavia käsitteitä. Osallisuus on kokemusulottuvuus, joka käsittää asiakkaan mielipiteen kuulemisen ja hänen vaikuttamisensa turvaavan ajatuksen. Se on yksilön asiakaslähtöisyydelle antama sisältö.

Asiakaslähtöisyyden toteutumisen edellytyksiä ovat hoitajien voimaantuminen, toimintaympäristön edellytykset ja organisaatiolta saatu tuki asiakaslähtöisyyden edistämiseksi. Voimaantuminen tarkoittaa ihmisen kykyä tunnistaa omat vahvuutensa,

voimansa ja kykynsä. Jotta hoitaja voi olla asiakaslähtöinen ja edistää asiakkaan voimaantumista, tulee hänen tuntea itsensä ja arvostaa itseään. (Kiikkala ym. 2000, 20 - 38.) Kvistin (2004) mukaan jokaisen työntekijän tulisi määrittää asiakaslähtöisyyden käsite ja sen merkitys omassa työskentelyssään. Tällöin oman toiminnan pohtiminen tuo uusia näkökulmia asiakastyöhön. Lisäksi ammattitaidon ylläpitäminen, kuten koulutukset ja tiedonhankinta, ovat yhteydessä asiakkaan saamaan hyvään hoitoon. Tärkeää on, että työntekijä on kiinnostunut ihmisestä kokonaisuutena ja kokee olevansa asiakasta varten. Asiakaslähtöisyyttä tukeva hoitoympäristö käsittää tilat, välineet, ilmapiirin ja paikan toimintaan liittyvät säännöt (Kiikkala ym. 2000, 47 - 49, 79 - 85). Sorsan (2002) tutkimuksesta ilmenee, että organisaation antama tuki työntekijöiden työn kehittämiseksi on välttämätöntä. Asiakaslähtöisyyden toteuttaminen edellyttää riittäviä henkilökuntaresursseja, monitaitoista henkilökuntaa ja palveluiden nopeaa saatavuutta sekä henkilökunnan henkilökohtaisten voimavarojen huomioimista.

2.1.2 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Perälän (1997) mukaan Suomen lainsäädännössä on kunnille annettu suuret mahdollisuudet vaikuttaa asukkaitensa hyvinvointiin ja terveyteen. Perustuslaissa on ihmisten yhdenvertaisuutta koskevan säännöksen lisäksi kielto syrjinnästä, säännökset lasten yhdenvertaiseen kohteluun ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Perustuslain piiriin tuli myös uusia perusoikeuksia perusoikeusuudistuksen myötä. Lain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet, edistettävä väestön terveyttä sekä tuettava mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Tästä johtuen Suomessa asuvilla on yhtäläinen oikeus tasokkaisiin palveluihin asuinpaikasta, sosiaaliryhmästä ja taloudellisesta tilanteesta riippumatta.

Potilaan oikeusaseman ydin on siinä, että potilas on enemmän kuin asiakas. ”Jokainen terveydenhuollon toimintayksikkö, jokainen terveydenhuollon ammattilainen ja jokainen näiden palveluksessa työskentelevä toteuttaa terveydenhuollon puitteissa välittömästi yksilön perusoikeuksia.” Potilas ei siten ole vain kohde tai asiakas, vaan pikemminkin päämies suhteessa terveydenhuollon eri toimijoihin. (Sundman 2000, 136, 180, 334 - 341.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan vuonna 1993. Lain tarkoituksena oli luoda helpommin hallittava säädösaineisto, jolla voidaan edistää ja parantaa potilaan oikeussuojaa, yhdenvertaista kohtelua sekä parantaa terveydenhuollon ammattihenkilöstön toiminnan valvontaa. Lisäksi tavoitteena oli myös määritellä hyväksyttävän ja ei-hyväksyttävän hoidon ja kohtelun periaatteet. Lain mukaan potilaana pidetään terveyden- ja sairaanhoidon palveluja käyttävää tai niiden kohteena olevaa henkilöä. Potilaan oikeuksia voidaan arvioida yksittäisinä oikeuksina. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Kujalan (2003) mukaan potilaslain merkitys potilaiden hoitoa toteuttaville on se, että laki on ohjeistus siitä millaista hoitoa asiakkaan on oikeus odottaa. Potilaslain määrittelemät hoidon periaatteet ovat hoitoa toteuttavien asiakaslähtöisyyden ulottuvuus. Hänen mukaansa jokainen yksilö antaa asiakaslähtöisyydelle oman sisällön, joka on asiakkaan vastaus, miten hän kokee hoidon laadun suhteessa omiin odotuksiinsa.

Potilaslaissa pykälät 3 - 9 määrittelevät potilaan oikeudet terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen käytössä. Pykälä 3 käsittää oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Sen mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää saada terveydentilansa mukaista terveyden- ja sairaanhoitoa. Tähän vaikuttaa kuitenkin se, millaiset voimavarat terveydenhuollolla on kulloinkin käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoidon järjestämisen ja kohtelun on myös oltava ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittavaa. Myös potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on otettava huomioon potilaan hoidossa ja kohtelussa mahdollisuuksien mukaan. Pykälä 4 käsittää potilaan hoitoon pääsyä. Sen mukaan potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta ja mahdolliset muutokset. Lisäksi pykälässä säädetään tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskevan suunnitelman tekemisestä. Pykälä 5 käsittää potilaan tiedonsaantioikeuden. Potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hoitopäätöksiä tehtäessä. Potilaalla on oikeus tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot. Pykälä 6 käsittää potilaan itsemääräämisoikeuden, jonka mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidostaan, on häntä mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos potilas ei itse kykene päättämään hoidostaan, kuullaan hänen laillista edustajaansa tai

lähiomaista. Pykälä 7 käsittää alaikäisen potilaan aseman. Sen mukaan alaikäisen potilaan mielipide tulee selvittää, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Pykälä 8 käsittää kiireellisen hoidon. Sen mukaan potilaalle on annettava hänen henkeään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikkei potilaan tahdosta saada selvitystä. Hoitotahto on kuitenkin huomioitava. Pykälä 9 käsittää tiedonsaantioikeuden ja toimivallan, joka määrittää tietojen antamisen potilaan omaisille tai lailliselle edustajalle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Työssämme käytetyt palvelun laadun kriteerit pohjautuvat lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Myös käyttämämme kyselylomake oli laadittu näiden kriteerien pohjalta.

2.2 Asiakslähtöinen laadunhallinta

2.2.1 Terveyspalvelun laatu

Terveyspalveluiden laatu koostuu asiakkaiden tyytyväisyydestä palveluihin, henkilöstön ammattitaidosta, kustannusten vähentämisestä ja toiminnan tehokkuudesta. Terveyspalvelujen laatu on asiakkaiden tarpeiden huomioonottamista kustannustehokkaasti. Palvelun tuottajien on noudatettava heille asetettuja ohjeita, rajoituksia ja yhteiskuntapoliittisia tavoitteita. (Antti-Poika 2002, 6 - 12.) Lumijärven ja Jylhäsaaren (2000) mukaan hyvää palvelun laatua ovat muun muassa kilpailukyky, asiakasystävällisyys, vastineen saaminen rahalle, valintojen mahdollisuus sekä laadun ja kustannusten oikea suhde. Terveystieteessä käytettiin aiemmin lähes yksinomaan teknis-tieteellistä laadun määritelmää, jossa korostui palvelujen järjestäjien näkökulma. Nykyään korostetaan enemmän vuorovaikutuksen laatua ja sitä on alettu tarkastella yhä enemmän asiakkaan näkökulmasta. (Holma 2003, 6 - 8.)

Palvelulla tarkoitetaan auttamista, pyyntöjen, käskyjen ja toiveiden toteuttamista, asioiden edistämistä ja ajamista sekä jollekin hyödyksi olemista. Käsitteenä se on johdannainen palvelu-verbistä. Yleensä palvelulla tarkoitetaan jonkin laitoksen tai yhteisön tarjoamien palveluiden kokonaisuutta. (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 10; Koukkunen 1997, 357.) Palvelu on prosessin tulos ja se voidaan määrittää ominaisuuksiensa avulla. Palvelua ei voida varastoida, se on aineeton ja abstrakti hyödyke ja sitä on vaikea kuvata. Tästä

johtuen palvelua saavan asiakkaan voi olla vaikea nähdä palvelua kokonaisuutena ja puolueettomasti arvioida sen merkitystä itselle. Palvelun tuottaminen ja kuluttaminen tapahtuu yleensä samaan aikaan, ja asiakas itse on aina osa tätä palvelutapahtumaa. Tästä johtuen palvelut ovat aina ainutkertaisia, ja niiden sisältö vaihtelee aina tuottajan, asiakkaan ja tilanteen mukaan. Palvelukokonaisuudella tarkoitetaan palvelujen sarjaa. (Antti-Poika 2002, 23 - 26; Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 10 - 12.)

Holman (2003) mukaan laadulla tarkoitetaan ominaisuuksista muodostuvaa kokonaisuutta, johon perustuu prosessin, toiminnon, tuotteen, organisaation, järjestelmän tai henkilön kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja odotukset. Hilander-Sihvonen & Kivinen (1997) puolestaan määrittelee laadun arvoksi, joka toimii mittarina tuotteita tai palveluja ostavalle tai käyttävälle ihmiselle. Substantiivina laatu voidaan ymmärtää ominaisuutena, jolla voi olla negatiivisia tai positiivisia arvoja. Hyvä laatu ja sen tavoitteet ovat sopimuksenvaraisia. Laatu on tuotteen tai palvelun kyky täyttää kuluttajan tarpeet ja toivomukset mahdollisimman edullisesti. Laadun sisältö riippuu määrittelijästä, hänen arvoistaan, tiedoistaan, taidoistaan ja näkökulmistaan. Arvioijasta riippuen näkökulma voi taas olla joko asiakkaan, ulkopuolisen asiantuntijan, koko organisaation tai sen jonkin osan esimerkiksi johdon tai koko yhteiskunnan. (Holma 2003, 8; Outinen ym. 2001, 8 - 10.) Cambell, Roland ja Bletow (2000) määrittelevät laadulle kaksi ulottuvuutta yksittäisen potilaan näkökulmasta. Nämä ulottuvuudet ovat hoidon saatavuus ja vaikuttavuus. Hoidon saatavuutta määrittää se, pääsevätkö potilaat hoitoon sitä tarvitessaan. Vaikuttavuus sisältää kaksi avaintekijää, kliinisen hoidon tehokkuuden ja hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen.

2.2.2 Terveysthuollon laadunhallinta

Organisaation rakenne, resurssit ja ohjeistus muodostavat laatu järjestelmän, joka luo pohjan toimivalle laadunhallinnalle. Sen tavoitteena on väestön ja potilaiden hyvä hoito, potilaiden oikeuksien toteutuminen, potilaan ja hoitavan tiimin vuorovaikutussuhteen parantaminen sekä potilaan arvojen huomioonottaminen päätöksenteossa. Laatu järjestelmän tarkoituksena on huolehtia siitä, että toiminta on tavoitteiden mukaista. Tästä johtuen toiminnan tulee olla jatkuvasti arvioitavissa. Laadunmittaamisella on tarkoitus tutkia potilaiden odotusten ja palvelun toteutumisen välistä suhdetta.

Laadunarvioinnissa verrataan laadunmittauksessa saatuja tuloksia asetettuihin tavoitteisiin tai vaatimuksiin. Palautteen jatkuva ja oikea-aikainen saaminen ja antaminen ehkäisee vakavien ongelmien syntyä ja mahdollistaa uuden oppimisen ja ammatillisen kasvun. Tämä edellyttää kuitenkin toimivaa palautejärjestelmää, jossa asiakkaalla täytyy olla mahdollisuus antaa palautetta toivomallaan tavalla. Palautejärjestelmään tulisi taas henkilökunnan kannalta kuulua säännölliset suunnittelu- ja kehityskeskustelut. (Haverinen, Holma, Lempinen & Outinen 1999, 14 - 18; Sundman 2000, 67 - 74, 216 - 220; Antti-Poika 2002, 6 - 12.) Vertaisarvioinnilla tarkoitetaan samaan ammattiryhmään kuuluvien tai saman ongelman parissa työskentelevien kesken tapahtuvaa työn kehittämistä, jossa vertaisten muodostama ryhmä arvioi kriittisesti ja järjestelmällisesti toistensa toimintaa. Benchmarking tarkoittaa jatkuvaa ja järjestelmällistä toimintaa, jossa verrataan oman toiminnan tehokkuutta, laatua tai työprosesseja muiden kehityksessä edellä olevien organisaatioiden kanssa. Auditointi on järjestelmällistä ja riippumatonta tutkintaa sen selvittämiseksi, ovatko laatutoiminnot ja niihin liittyvät tulokset suunniteltujen järjestelyjen mukaiset, toteutuvatko järjestelyt tehokkaasti ja ovatko ne soveltuvia tavoitteiden saavuttamiseksi. (Holma 2003, 13 - 15.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintajärjestelmää voidaan kutsua laadunhallintajärjestelmäksi, jonka avulla toiminnasta vastuussa oleva ohjaa työyhteisöään kohti asetettuja tavoitteita. Tämä varmistaa asioiden sujumisen ja palveluiden sovitun laadun. (Holma 2003, 8 - 9.)

2.2.3 Asiakkaat hoidon laadun arvioijina

Terveydenhuollon laatua kehitettäessä potilaiden arviot hoidosta ja heidän tyytyväisyytensä hoidon kokonaisuuteen ovat merkittäviä osatekijöitä. Laatua ei ole mahdollista rakentaa ilman potilaiden mielipiteitä. Tästä johtuen erilaiset asiakastytyväisyysmittarit alkavat olla käytettyjä myös terveydenhuollossa. Kuitenkaan asiakastytyväisyys ei voi olla ainoa osatekijä hoidosta päätettäessä, sillä potilaat eivät aina tiedä, mitkä ovat hyvän hoidon tavoitteet. Asiakaspalautejärjestelmällä tarkoitetaan erilaisilta asiakkailta ja asiakasryhmiltä hankittua tai muulla tavalla välittyvää tietoa, mielipiteitä ja kannanottoja siitä, mitä asiakas odottaa, mitä hän tarvitsee, miten hän haluaa itseään kohdeltavan ja miten siinä hänen mielestään on onnistuttu. (Haverinen ym. 1999,

21 - 27; Holma 2003, 8 - 10.) Kvist (2004) mukaan hyvä ja toimiva asiakaspalautejärjestelmä vahvistaa potilaan asemaa terveydenhuollossa, se myös vähentää potilaan ja hoitohenkilökunnan välisiä erimielisyyksiä ja jännitteitä, jolloin potilaan luottamus hoitoon lisääntyy ja tietämättömyys vähenee. Kvistin, Vehviläinen-Julkusen ja Kinnusen (2005) tutkimuksen tulokset vahvistavat, että hyvinvoiva, ammattitaitoinen ja motivoitunut henkilöstö on hoidon laadun tae. Tuloksissa painotetaan sairaaloiden johdon vastuuta huolehtia entistä enemmän henkilöstönsä hyvinvoinnista, ammattitaidosta ja sen ylläpidosta. Hyvä laatu edellyttää henkilöstön kehittämisen ja ammattitaidon ylläpidon tukemisen lisäksi tarvitaan laitteet, tarkoituksenmukaiset tilat ja toimintaa tukevat tietojärjestelmät. Asiakkaat haluavat kokea palveluissaan aitoa kohtaamista. He haluavat olla tekemisissä sellaisten henkilöiden kanssa, jotka tietävät, välittävät ja haluavat auttaa heitä. Tämä henkilökohtainen suhde on keskeinen tekijä ylitettäessä asiakkaiden odotuksia ja se vaikuttaa palvelun laadun arviointiin. (Holma ym. 2001, 39 - 41; Outinen ym. 2001, 12, 17; Sorsa 2002, 43.)

Asiakas muodostaa kokemuksensa palvelun laadusta sekä palvelun lopputuloksen että palveluprosessin avulla. Tämä tapahtuu asiakkaan ja henkilöstön välisissä kontaktitilanteissa. Asiakkaan arvioidessa hoidon laatua, hän ottaa huomioon koko palveluprosessin ja vertaa kokemaansa palvelua suhteessa odotuksiinsa. Laadun mittaamista vaikeuttaa se, että asiakkaan kokemus on hieman erilainen jokaisella asiointikerralla. Jokainen palvelutapahtuma muuttaa asiakkaan mielikuvaa palveluntuottajasta. Asiakkaan odotukset, tarpeet ja kokemukset muodostavat tyytyväisyystason. Odotukset palvelun suhteen voivat lisääntyä ja vähentyä asiakkaiden oppiessa kokemuksistaan. Odotusten alittaminen voi olla merkityksellisempää kuin niiden kohtaaminen tai ylittyminen. Vaikka palvelun laatu olisi objektiivisella tavalla hyväksi koettua, epärealistiset odotukset saattavat laskea koettua palvelun kokonaislaatua. Toisaalta asiakkaat voivat olla tyytyväisiä saamaansa palveluun, vaikka heidän odotuksensa eivät täysin toteutuisikaan. (Ylikoski 2000, 89 - 91, 119 - 123.)

Asiakastyytyväisyyden muodostavat asiakkaan yksilölliset ominaisuudet, hinta-laatu suhde ja tilannetekijät sekä palvelun laatutekijät vuorovaikutustilanteessa, kuten luotettavuus, reagointialttius ja palveluvarmuus. Palveluvarmuus muodostuu työntekijän pätevyydestä, kohteliaisuudesta, uskottavuudesta ja turvallisuudesta. Asiakastyytyväisyys muodostuu

lisäksi palveluympäristöstä ja empatiasta, kuten saavutettavuudesta, viestinnästä ja asiakkaan ymmärtämisestä. (Ylikoski 2000, 119 - 120, 149 - 153.)

Useiden tutkimusten (Abualrub & Alhusban 2009; Braunsberger & Gates 2003; Kujala 2003; Kuurila 2004) mukaan taustatekijät, kuten sukupuoli, ikä, koulutus, sosioekonominen asema, palvelun käytön määrä ja terveydentila, vaikuttavat asiakkaan vaatimustasoon palvelun laadusta. Mitä enemmän asiakkaalla on kokemuksia, sitä enemmän hänellä on myös odotuksia. Tällöin asiakas kykenee tarkemmin hahmottamaan ennakkoon, mitä hän voi odottaa palveluilta. Asiakkaiden odotuksiin ja kokemuksiin vaikuttaa myös se, kuinka tärkeitä palvelut ovat hänelle, ensikontakti organisaatioon ja palveluista hänelle koituvat kustannukset. Jos asiakas on hyvin riippuvainen palveluista ja ensikontakti on ollut positiivinen, hän arvioi palvelun myönteisemmin. Säännöllisesti palveluita käyttävä asiakas arvioi palveluita myönteisemmin kuin terveyspalveluita harvoin käyttävä. Myös asiakkaan ennakkokäsityksellä on merkittävä rooli arvioinnissa, sillä se vaikuttaa ratkaisevasti siihen, millaisin kriteerein hän tarkastelee organisaatiota ja millaisia palveluja hän odottaa ja jopa siihen, valitseeko hän julkiset vai yksityiset palvelut. Tutkimusten mukaan nuoret, miehet, suurempituloiset ja korkeasti koulutetut henkilöt arvioivat palvelun laatua kriittisemmin. Terveystieteiden asiakaskyselyissä korostuu yleensä länsimaalaiselle kulttuurille tyypillinen tyytyväisyyden liioittelu palveluiden suhteen. Tuloksiin vaikuttaa myös se, että asiakkaat eivät välttämättä halua tai osaa arvioida kaikkia palvelun laadun osa-alueita. (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997, 31,34 - 35; Outinen ym. 2001, 48, Ylikoski 2001, 151 - 154, 158 - 159.) Tässä tutkimuksessa neuvolapalvelun laatua arvioidaan asiakasnäkökulmasta ja kysely tehdään suoraan asiakkaille. Tulokset kuvaavat yksittäisten asiakkaiden kokemuksia ja käsityksiä palveluiden laadusta.

2.3 Neuvolapalvelut ja niiden kehittäminen

2.3.1 Neuvolatyo ja sen keskeiset käsitteet

Kansanterveyslain (1972/66 ja 2005/928) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää kansanterveystyo perusterveydenhuoltona. Sillä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä ja terveyshaittojen ennaltaehkäisyä

mukaan lukien yksilön sairaanhoito. Lain mukaan kunnan tehtäviin kuuluu muun muassa huolehtia asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta, raskaana olevien ja lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä neuvolapalvelut. Neuvolatoiminta levisi maanlaajuisesti vuonna 1940, mutta lakitekstiin se sisällytettiin vasta 2006, mikä mahdollistaa neuvolatyön vahvemman valtakunnallisen ohjauksen. Neuvolan toiminta perustuu terveyskeskuksissa väestövastuumalliin, johon kuuluu asiakkaan tai perheen lisäksi myös koko rajatun asuinalueen väestö. Työntekijöiden työnjakomallit vaihtelevat kunnittain. (Armanto & Koistinen 2007, 19 - 24.) Tässä työssä tarkastelemme äitiys- ja lastenneuvolapalveluita.

Suomalaisten lapsiperheiden terveysalan palvelujärjestelmässä neuvolatyö on keskeisellä sijalla. Neuvolapalveluja hyödyntävät lähes kaikki raskaana olevat ja lapsiperheet, sillä koko maan kattava verkosto ja kaikille tasapuolisesti tarjolla olevat palvelut mahdollistavat tämän. Terveysneuvonta, määrääikaistarkastukset, ryhmätoiminta ja rokottaminen ovat neuvolatyön perustoimintaa. Neuvolatyöhön haasteita tuovat erityisesti ennalta ehkäisevä ja voimavaroja tukeva perhetyö. Nykyään neuvolatyössä korostuvat lasten kasvuun ja kehitykseen liittyvät erityistilanteet ja niiden hoidon ohjaus. Neuvolatyön tavoitteena on lisätä yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta ja kaventaa terveyseroja. (Armanto & Koistinen 2007, 19 - 24.)

Neuvolatyön keskeisimpiä käsitteitä ovat perhe, perhekeskeisyys, voimavaralähtöisyys ja terveyden edistäminen. Neuvolatyössä korostetaan perheen merkitystä yksilön terveydelle. Perhe on kokonaisuus, jossa yksittäisen perheenjäsenen terveys ja hyvinvointi vaikuttavat myös muihin perheenjäseniin. Perheissä opituilla elämäntavoilla on laaja vaikutus yksilön ja perheen terveyteen ja terveysvalintoihin. Kun pyritään edistämään perheen terveyttä, tulee muistaa, että perhe itse on ensisijainen sosiaalinen toimija, jolla on viimekädessä vastuu tekemistään valinnoista terveytensä hyväksi. Perhe on oman terveytensä asiantuntija, jolla on kuitenkin oikeus saada tietoa sen terveyteen vaikuttavista tekijöistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003; Kinnunen & Rönkä 2002, 6 - 10.)

Tilastokeskuksen perhemäärityksessä perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen ja avio- ja avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia. Lapsiperheiksi kutsutaan perheitä, joissa kotona asuu vähintään yksi alle

18-vuotias lapsi. Neuvolatyössä on tärkeää hahmottaa jokaisen perheen perherakenne. Perherakenteella käsitetään perheen jäseniä kuten äitiä, isää, lapsia, äidin ja isän omia sisarusia ja isovanhempia. Perheen kokonaistilanteen kartoittamiseksi on tärkeää tietää perheen sosiaaliset verkostot, jotka ovat perheen voimavaroja. Asiakasperheenä äitiys- ja lastenneuvolassa on tavallisesti toinen tai molemmat vanhemmat ja perheen lapsi tai lapset. Tällöin perhekeskeisyydestä muodostuu näkökulma, joka ohjaa toimintaa asiakassuhteessa. Lasta odottavassa perheessä terveydenhoitajan työn ensisijainen kohde, eli asiakas, on odottava äiti. Lapsen syntymän jälkeen ensisijainen asiakas on lapsi. Perheen asiakkuudella tarkoitetaan sitä, että kummankin vanhemman mielipiteet ja näkemykset tulevat huomioiduksi ja kuulluksi. (Armanto & Koistinen 2007, 22; Ivanoff, Kitinoja, Rahko, Risku & Vuori 2001, 17 - 22; Tilastokeskus 2009a.)

Kujala (2003) on määritellyt asiakaslähtöisyyden sisällön neuvolatoiminnassa seuraavasti: ”Tavoitteena on kohdata neuvola-asiakkaat vahvalla ammattitaidolla ja – tiedolla, mutta kohdata heidät tasavertaisessa vuorovaikutuksessa”. Hänen mukaansa ammattihenkilöiden on syytä huomata, ettei neuvolan asiakkaiden kokemuksia hallitse hoidon suoritus- ja tekniikkapainotukset, vaan kohtelu, ymmärtäminen ja huomaavainen vuorovaikutus.

Neuvolan yleisenä toimintaperiaatteena on voimavaralähtöisyys. Tällä tarkoitetaan sitä, että lähtökohdaksi otetaan perheen vahvuudet, niiden tunnistaminen, kehittäminen ja uusien vahvuuksien synnyttäminen. Tarkoituksena on perheen voimavarojen lisääminen ja kuormittavien tekijöiden vähentäminen. Usein perheessä koettu terveys on yhteydessä perheen muihin voimavaroihin. Näitä ovat esimerkiksi vanhempien persoonalliset voimavarat (itsetuntemus, fyysinen vireys ja koulutus) sekä perheen sisäiset (perheenjäsenten väliset suhteet ja toimiva parisuhde) ja ulkoiset voimavarat (perhepoliittiset ratkaisut ja sosiaalinen tuki). Voimavaralähtöisiä työskentelymenetelmiä ovat merkityksellisten tietojen tarjoaminen, vanhempien tukeminen taitojen kartuttamisessa sekä vanhemman itsetunnon ja henkilökohtaisen hallinnan tunteen lujittaminen, perheen auttaminen valinnanmahdollisuuksien tunnistamisessa ja perheen sosiaalisen verkoston vahvistaminen. Neuvolassa edistetään sosiaalisesti, taloudellisesti, kulttuurisesti ja ekologisesti kestävästä kehitystä omassa toiminnassa. Ehkäisevällä ja terveyttä edistävällä toiminnalla mahdollistetaan uusien sukupolvien antoisa ja terve elämä. (Pelkonen & Hakulinen 2002, 202 - 212; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 23.)

2.3.2 Äitiysneuvola ja lastenneuvola

Äitiysneuvola on osa suomalaista äitiyshuoltojärjestelmää. Raskaana oleva nainen ja hänen perheensä tulevat äitiysneuvolan asiakkaaksi yleensä raskausviikoilla 8 - 12 ja asiakkuus päättyy jälkitarkastukseen noin 6 viikkoa lapsen syntymän jälkeen. Äitiysneuvolan tarkoituksena on vastata raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoidollisiin ja tuen tarpeisiin. Raskauden normaalin kulun sekä äidin ja koko perheen hyvinvoinnin turvaaminen ovat äitiysneuvolatyön tavoitteita. Muita tavoitteita ovat terveen lapsen syntymä ja vanhemmuuden vahvistuminen. Äitiysneuvolakäynnit ovat vapaaehtoisia, mutta niihin on liitetty äitiysavustus ja äitiys-, isyys- ja vanhempainlomaa varten tarvittavat todistukset ja lomiin liittyvä sosiaaliset etuudet. Yksityissektorin tarjoamilla palveluilla voidaan korvata neuvolakäynnit. Raskaana olevista naisista 97 - 99% käyttää äitiysneuvolan palveluita. (Armanto & Koistinen 2007, 33 - 35; Hiilesmaa 2007.) Raskauden aikaisten häiriöiden ehkäisy ja varhainen toteaminen sekä sujuva hoitoon ohjaus, tehokas hoito ja kuntoutus, hyvä synnytyksen hoito ja vastasyntyneestä huolehtiminen sekä perheen tukeminen vamman tai sairauden kohdatessa kuuluvat Stakesin (1999) äitiyshuollon suosituksiin. Laajempänä äitiyshuollon tavoitteena ovat vanhempien terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä heidän auttamisensa myönteisessä suhtautumisessa perhe-elämään ja perheen asemaan yhteiskunnassa. Työmuotoja äitiysneuvolassa ovat perhesuunnittelu, terveystarkastukset ja seulonnat, voimavaraistuvat ohjaus-, neuvonta- ja tukitoimet, perhevalmennus, muu ryhmämuotoinen toiminta, kotikäynnit, puhelinneuvonta, konsultaatiot ja moniammatillinen verkostotyö. (Armanto & Koistinen 2007, 33 - 37.)

Perheen siirtyminen äitiysneuvolan asiakkaasta lastenneuvolan asiakkaaksi tapahtuu kun lapsi on kuusi viikkoa vanha. Perusterveydenhuollossa saumaton hoito- ja palveluketju on perheiden ja lasten etu. Lastenneuvolan tavoitteena on lasten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden ja perheiden hyvinvoinnin edistäminen varsinkin erityistukea tarvitsevilla perheillä, jolloin perheiden väliset terveyserot kaventuvat. Tavoitteena on myös, että seuraavan sukupolven terveyden ja vanhemmuuden voimavarat olisivat nykyisiä paremmat. Lastenneuvolatoiminnan ensisijainen päämäärä on lapsen etu. Tämän saavuttamiseksi tarvitaan varhaista puuttumista kaikkiin lapsen hyvinvointia uhkaaviin tekijöihin. Lastenneuvolan tehtäviin kuuluu yksilö- ja perhetasolla vanhemmuuden tukeminen ohjaus-, opetus- ja tukitoimin, rokotusohjelman toteuttaminen ja tarvittaessa

jatkohoitoon ohjaaminen. Terveyskeskuksen tasolla lastenneuvolan tehtäviin kuuluvat perehtyä vastualueeseensa kuuluviin perheisiin ja näiden elinoloihin, neuvolapalveluiden kehittäminen, ammattitaidon ylläpitäminen, terveydellisen tasa-arvon lisääminen, moniammatillinen yhteistyö, hoidon koordinointi ja verkostoituminen. Kunnan ja yhteiskunnan tasolla neuvolapalveluiden tehtäviä on tukea kunnan lapsiperheiden palveluita ja perheitä koskevaa suunnittelua ja päätöksentekoa sekä tarvittaessa vaikuttaa niihin seuraamalla yhteisön ja ympäristön turvallisuutta, lapsi- ja perhemyönteisyyttä sekä eri tekijöiden vaikutusta perheiden terveyteen. Myös lastenneuvolapalveluiden käyttö on vapaaehtoista, mutta käyttöaste on kuitenkin 98%. (Armanto & Koistinen 2007, 113 - 114; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004b.)

2.3.3 Neuvolatyön laatu ja kehityshaasteet

Viime vuosikymmenten aikana neuvoloissa on tehty runsaasti paikallista kehittämistyötä tutkittaessa asiakkaiden odotuksia ja tarpeita. Hyviä uusia hoitokäytäntöjä on pyritty siirtämään neuvolasta toiseen. Toinen neuvolatyön laatua edistävä tekijä on työntekijöiden ammattitaito. Ammattitaitoa pidetään yllä lisä- ja täydennyskoulutusten ja oman työn reflektiivisen kehittämisen avulla. Ammattitaitoon neuvolatyössä kuuluvat esimerkiksi voimavarainen lähestymistapa, perhekeskeisyys, pyrkimys terveyden edistämiseen ja moniammatillinen yhteistyö. Neuvolatyö pohjautuu parhaaseen saatavilla olevaan tutkittuun tietoon, ja kun tämä tieto muuttuu, muuttuvat myös toimintatavat. Vuonna 2002 perustettiin Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus, jonka tarkoituksena on kehittää ja juurruttaa näyttöön perustuvia neuvolatyön toimintakäytäntöjä. Aina tulee kuitenkin muistaa, että asiakkailta on yksilöllisiä tarpeita ja voimavaroja, jotka tulee työssä huomioida. Neuvolan tärkeä tehtävä on varmistaa vanhempien osallistuminen perheelle suunnattujen palvelujen kehittämiseen. (Armanto & Koistinen 2007, 20 - 23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 64 - 66.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on tehnyt oppaan lastenneuvolan työntekijöille vuonna 2004. Opas sisältää suuntaviivat kuntien lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi osana kunnan peruspalveluja. Opas sisältää linjaukset neuvolatoiminnan sisällön ja menetelmien kehittämiseksi sekä neuvolatoiminnan organisoimiseksi ja johtamiseksi. Yksi oppaan tärkeistä sanomista on perhe- ja voimavaralähtöisen työtteen omaksuminen osana

neuvolatyötä. Tällaisella työotteella turvataan perheiden hyvinvointi ja vanhemmuuden tukeminen. Tärkeää on myös vertaistukitoiminta ja parisuhteen huoltaminen. Neuvolatoiminnan tukirangan muodostavat edelleen määräaikaiseuranta sekä erilaiset seulonnat ja niihin liittyvä perheiden neuvonta. Neuvolatoimintaa tulisi kehittää lasten ja perheiden erityistilanteita varten, jotta työntekijät osaisivat puuttua ilmeneviin ongelmiin varhaisessa vaiheessa. Oppaan yksi keskeinen periaate on varhainen puuttuminen. Neuvolatyön muuttuessa yhä vaativammaksi on moniammatillinen yhteistyö edellytys lasten ja perheiden ongelmien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi. Tämän vuoksi kunnan lapsipoliittiseen ohjelmaan ehdotetaan sisällytettäväksi perhepalveluverkoston muodostaminen ja yhteistyö eri tahojen kesken. Lastenneuvoloihin suositellaan kuuluvaksi erityistyöntekijöitä, jotka mahdollistavat neuvoloissa järjestettävät jatkotutkimukset ja varhaiskuntoutuksen. Jotta oppaassa esitetyt tavoitteet voitaisiin toteuttaa, tarvitaan neuvoloihin riittävästi terveydenhoitajia ja lääkäreitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän lastenneuvolaoppaan (2004a) suosituksen mukaan jokaiseen neuvolaan tulisi kehittää monipuolinen laatujärjestelmä laatua seuraamaan. Sen tulisi sisältää vähintään asiakaspalautteen antamisen ja sen hyödyntämisen, toimivien asiakasprosessien kuvaukset, henkilöstön itse-, vertais- ja esimiesarvioinnit sekä muut työyhteisöä ja johtoa koskevat menettelytavat. Laadunhallintajärjestelmästä kerätty tieto tulisi viedä terveystoimen johdolle, ja hänen tulisi välittää se kunnallisille päättäjille vähintään toimintakertomuksessa. Jotta laatujärjestelmästä saatua tietoa voitaisiin pitää luotettavana, järjestelmän pitäisi tarkastella laatua riittävän monesta näkökulmasta ja monelta tasolta. Erityisen tärkeää on, että asiakaspalautejärjestelmä on kehitetty nimenomaan neuvolaa varten. Tällöin saadun tiedon perusteella olisi mahdollista tehdä asiakkaiden kokemuksiin ja odotuksiin perustuvia alueellisia vertailuja ja kehittää toimintaa sovittujen linjausten mukaisesti. Tämän lisäksi on tärkeä asettaa tavoitteita ja seurata niiden toteutumista ja kehittää mekanismit, joilla todettuihin epäkohtiin voidaan puuttua. Hyvien tulosten aikaansaamiseksi tarvitaan riittävien resurssien ja yhteistyön kehittämistä sekä johtamisen tehostamista. Tärkeää on edistää neuvolatoiminnan laadunarviointia, tilastointia ja paikallista kehitystyötä. Myös neuvolatyöntekijöiden täydennyskoulutus on merkittävä tekijä ylläpidettäessä työntekijöiden ammattitaitoa. Oppilaitosten ja järjestöjen yhteistyö neuvoloiden kanssa sekä seudullinen yhteistyö on tärkeä neuvolatyön laatua ylläpitävä tekijä. Kunnilla on päävastuu oppaaseen sisältyvien

ehdotusten toimeenpanosta. Kunnissa ehdotuksia sovelletaan tarpeiden ja paikallisten olosuhteiden mukaisesti. Suositusten yhtenä tarkoituksena on taata koko maahan neuvolatoiminnan yhtenäinen taso ja laatu.

Vaikuttavuuden osoittaminen neuvolatoiminnassa on neuvolatyötä tekevien ja sitä kehittävien yhteinen haaste. Jotta vaikuttavuutta voitaisiin lisätä, se edellyttää näyttöön perustuvien menetelmien ja toimintatapojen käyttämistä, lapsi- ja perhekohtaisten tavoitteiden asettamista sekä neuvolatoiminnalla saavutettujen muutosten osoittamista. Toimivien menettelytapojen käyttöönotto on ehdotonta neuvolatoiminnan laadunarvioimiseksi. Kokonaislaadunhallinnan keinoin voidaan neuvolatoiminnan vaikuttavuutta seurata ja osoittaa neuvolatoiminnassa asetettujen tavoitteiden saavuttaminen. On tärkeää että kunnat asettavat omia kuntakohtaisia neuvolatoiminnan tavoitteita ja kehittävä keinoja niiden arvioimiseksi ja seuraamiseksi. Tällä tavoin voidaan luoda pohja niin vaikuttavuuden kuin laadunkin arvioinnille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004a, 62 - 66.)

3 YHTEENVETO TUTKIMUKSEN KESKEISISTÄ KÄSITTEISTÄ

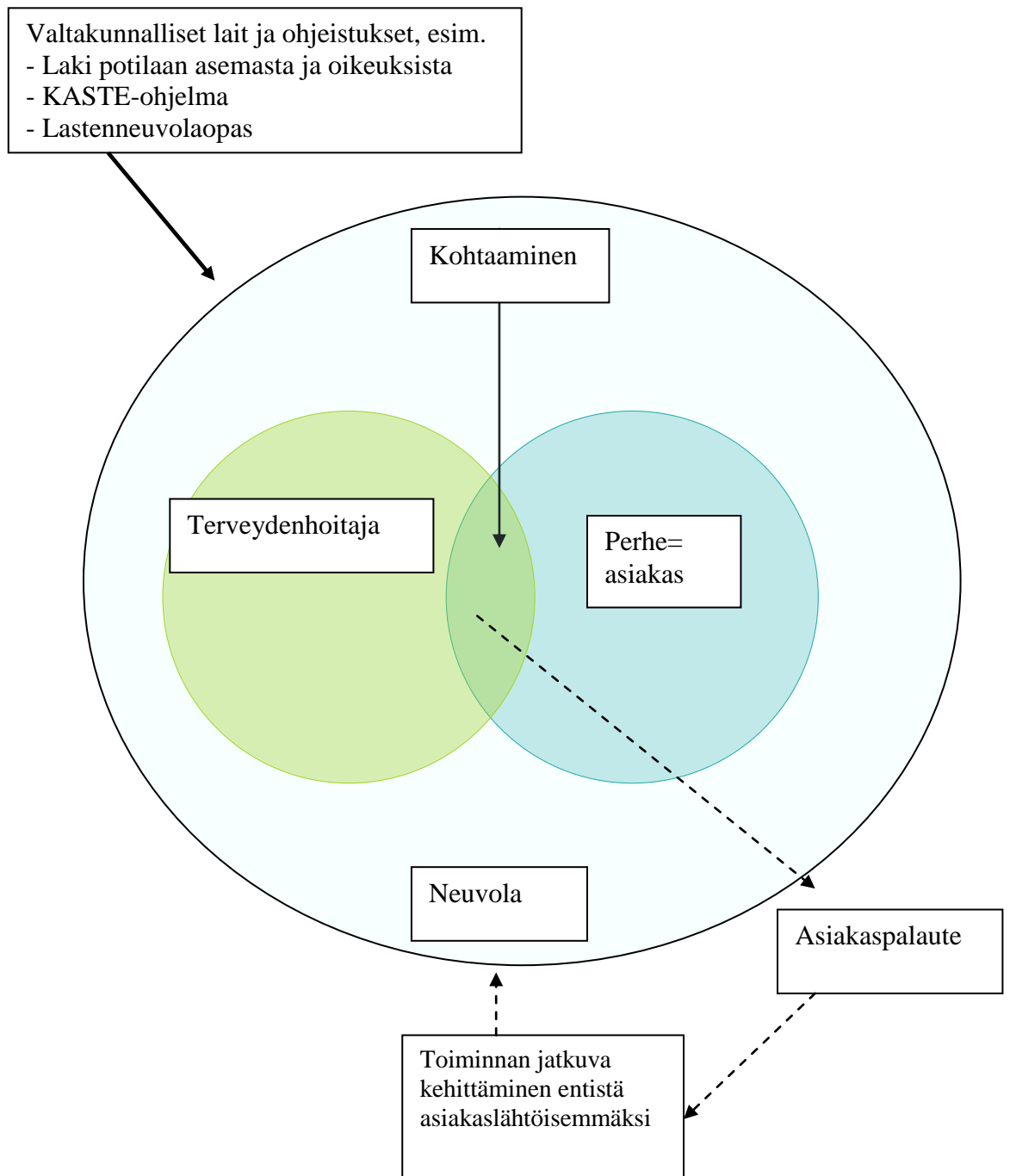
Tutkimuksemme keskeiset käsitteet ovat asiakaslähtöisyys, laadunhallinta ja neuvolatyö. Terveyspalveluiden laatua on tutkittu runsaasti 1990-luvulla. Useimmat tutkimukset on kohdistettu lääkärin vastaanottoon ja osastoilla tehtäviin asiakaskyselyihin. Yleisin aineistonkeruumenetelmä on ollut kysely tai haastattelu. Hyvän terveysterveyspalvelun kriteereistä eniten on tutkittu saavutettavuutta, asiakaskohtelua ja vuorovaikutusta. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että asiakkaat ovat yleisellä tasolla tyytyväisiä terveysterveyspalveluihin (Abualrub & Alhusban 2009; Braunsberger & Gates 2003; Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997; Kujala 2000; Kuurila 2004; Pessa & Piirainen 2002; Rajala 1998.) Varsinkin neuvolapalveluihin on oltu tyytyväisiä. Neuvolassa asiakkaiden tyytyväisyys on korostunut erityisesti vuorovaikutuksen luonteesta ja sisällöstä. Neuvolassa terveydenhoitajalta odotetaan laajaa tietoperustaa, luovaa ongelmanratkaisukykyä, ohjausta ja neuvontaa sekä tasavertaista asiakkaan kohtaamista. Hoitohenkilökunnan kiireisyys on koettu ongelmaksi, sillä perheen ongelmiin paneutuminen vie aikaa. Erityisesti arkaluontoisten asioiden käsittelyyn tarvitaan yksilöllisyyttä, aikaa ja pitkäaikaista luottamussuhdetta. (Abualrub & Alhusban 2009; Braunsberger & Gates 2003; Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997; Kujala 2000; Kuurila 2004; Pessa & Piirainen 2002; Rajala 1998.)

Tässä tutkimuksessa tarkoitamme asiakaslähtöisyydellä, että asiakas tai potilas on palvelun keskiössä ja hänen avukseen tarkoitettut palvelut muodostavat saumattoman palveluketjun. Tällöin asiantuntijalähtöinen lähestymistapa muuttuu asiakkaan kohtaamiseksi hänen omista lähtökohdistaan käsin. Asiakaslähtöisyyden tavoitteena on asiakkaan omia voimavaroja ja elämänhallintaa edistävä työote. Tässä työssä asiakkaalla tarkoitetaan koko perheen asiakkuutta.

Laadunhallinnalla tarkoitamme niitä menetelmiä, joiden avulla terveydenhuollossa pyritään saavuttamaan asetetut tavoitteet palvelun laadun suhteen. Laadunhallinnassa keskeisellä sijalla on asiakkailta saatu palaute.

Neuvolatyöllä puolestaan tarkoitetaan perusterveydenhuollossa ja äitiys- ja lastenneuvoloissa järjestettävää kansanterveystyötä, joka käsittää terveysneuvonnan,

määräaikaistarkastukset, ryhmätoiminnan, rokottamisen ja voimavaroja tukevan perhetyön. Neuvolatyön tavoitteena on lisätä yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta ja kaventaa terveyseroja. Tutkimuksen toteutimme Himangan äitiys- ja lastenneuvolassa.



KUVIO 1. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää neuvolapalveluiden laatua Himangalla asiakkaiden arvioimana. Tavoitteenamme oli tutkimustulostemme kautta tuoda esiin kehittämissuhteita, joiden avulla Himangan kunnan neuvolapalveluita voitaisiin kehittää entistä asiakaslähtöisemmiksi. Olemme rajanneet tutkimuksen koskemaan äitiys- ja lastenneuvolaa.

Tutkimuksella haettiin vastauksia seuraaviin ongelmiin:

1. Millaisena asiakkaat kokevat Himangan neuvolapalvelun laadun?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä asiakkaan kokeman hoidon laatuun?
3. Miten neuvolapalveluiden laatua tulee kehittää Himangalla?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat Himangan kunnan äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaat, jotka olivat tutkimusaikana kirjoilla äitiys- tai lastenneuvolassa. Kirjoilla oli tutkimusaikana 42 äitiysneuvolan ja 118 lastenneuvolan asiakasta, jolloin N=160. Otos koostui niistä asiakkaista, jotka asioivat äitiys- tai lastenneuvolan terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolla tutkimusaikana 2.1-31.3.2009. Tutkimuksesta suljettiin pois neuvolan aamuvastaanotolla käyneet asiakkaat, sillä heistä suurin osa ei kuulu neuvolapalveluiden piiriin.

5.2 Tutkimusmetodin valinta ja mittarin laadinta

Tutkimuksessa käytimme kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, koska tavoitteenamme oli saada mahdollisimman kattava tutkimusjoukko neuvolapalvelun laadun kartoittamiseksi. Suurempi tutkimusjoukko mahdollistaa tulosten paremman yleistettävyyden. Myös yksilöllisten taustamuuttujien merkitys tulee paremmin esille suuremmassa tutkimusjoukossa. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 4).

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää eri asioiden välisiä riippuvuussuhteita, lukumääriin liittyviä kysymyksiä ja tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia. Todellisuutta tarkastellaan tutkittavien ulkopuolelta, jolloin tutkittavien omat merkitykset eivät voi vaikuttaa tulokseen. Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista, että asioiden syitä ei pystytä selvittämään, mutta olemassa oleva tilanne saadaan kartoitettua hyvin. Tutkimustulosten tulkinnassa tulee olla varovainen väärin tulkintojen välttämiseksi, sillä tutkimuskohdetta ei tunneta hyvin. (Heikkilä 2004, 16 - 21.) Kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään kuuluvat strukturoidut kysely- ja haastattelututkimukset. Tutkimusongelmat ja aiheen tarkoituksenmukaisuus yhdessä määräävät käytettävän tutkimusmenetelmän. Joidenkin tutkimusongelmien kannalta on välttämätöntä käyttää kvantitatiivista tutkimusmenetelmää, koska sen avulla asioita

voidaan määrällistää ja selittää tilastollisin keinoin. (Paunonen, Vehviläinen & Julkunen 1997, 222 - 232.)

Kyselylomake laadittiin syksyn 2008 aikana. Laadimme kyselylomakkeemme Eila Kujalan (2003) väitöskirjassaan käyttämien äitiys- ja lastenneuvoloihin suunnattujen kyselylomakkeiden pohjalta. Yhdistimme kyselylomakkeet soveltuvaksi sekä äitiys- että lastenneuvolaan. Eila Kujala oli mukanaamme muokkaamassa kyselylomaketta vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimusongelmia. Kujala esitti myös omia näkemyksiään tutkimuksemme suhteen.

Strukturoidussa kyselylomakkeessa oli 19 valmista vastausvaihtoehtoa sisältävää monivalintakysymystä sekä yksi avoin kysymys. Monivalintakysymyksissä oli viisi vastausvaihtoehtoa, joista oli mahdollista valita vain yksi: erittäin huono, huono, en osaa sanoa, hyvä ja erittäin hyvä. Monivalintakysymysten osa-alueina olivat hoidon saatavuus, hoitoon tulotilanteen sujuvuus, kohtelun asiakaskeisyys, vaikuttaminen omaan hoitoonsa, jatkohoidon hallinta, luottamus, kiireellisyys ja aiemmat kokemukset. Avoimeen kysymykseen vastaajat saivat täydentää edellisiä vastauksia, kertoa neuvolan toiminnan hyviä ja huonoja puolia sekä antaa parannusehdotuksia ja ideoita toiminnan kehittämiseksi. Avoimen kysymyksen tarkoituksena oli antaa asiakkaalle mahdollisuus ilmaista asia rajaamalla vastausmahdollisuuksia mahdollisimman vähän eikä ainoastaan tutkijoiden etukäteen strukturoimalla tavalla. Tällä tavoin vastaajilta saadaan myös spontaaneja mielipiteitä. Kyselylomakkeen taustamuuttujina olivat vastaajan ikä, sukupuoli, siviilisääty ja koulutus. Vastaajan ammattia ei kysytty kyselylomakkeessa, sillä pienellä paikkakunnalla vastaajan henkilöllisyys on mahdollista tunnistaa ammatin perusteella. Usein asiakaspalautteissa taustamuuttujiin on jätetty vastaamatta osioita. Syy tähän on halu pysyä tunnistamattomana, koska pienessä aineistossa henkilöllisyyden paljastuminen on todennäköisempää.

Kyselylomake esiteltiin joulukuussa 2008 kuudella neuvolapalveluita käyttävällä henkilöllä luotettavuuden lisäämiseksi. Esitestauksesta saadun tiedon perusteella muutimme kyselylomakkeen ulkoasua selkeämmäksi ja kysymysten muotoa paremmin ymmärrettäväksi. Lisäksi lisäsimme kyselylomakkeeseen yhden työtilannetta kuvaavan taustamuuttujan lisää. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2000) mukaan esitestauksella pyritään lisäämään mittarin pätevyyttä ja luotettavuutta. Esitestauksessa mittarin

toimivuutta arvioidaan koekäyttämällä sitä tutkimuksen kohdejoukkoon kuuluvilla henkilöillä. Saatujen tulosten perusteella voidaan arvioida tuleeko mittariin tehdä muutoksia sen luottavuuden lisäämiseksi.

5.3 Aineiston keruu

Himangan kunnan perusturvajohtaja myönsi meille tutkimusluvan marraskuussa 2008. Ennen kyselyn aloittamista kävimme henkilökohtaisesti tapaamassa äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajia. Tapaamisessa kävimme läpi tutkimuksen suorittamiseen ja kyselylomakkeiden jakamiseen liittyviä oleellisia asioita, kuten kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuus. Asiakkaila oli mahdollisuus kieltäytyä vastaamasta kyselyyn. Terveydenhoitajat jakoivat kyselylomakkeet saatekirjeineen asiakkaille välittömästi äitiys- ja lastenneuvolakäynnin jälkeen. Tällöin asiakkaila oli mahdollisuus kysyä terveydenhoitajilta mahdollisista epäselvistä kyselylomakkeeseen liittyvistä asioista. Kyselylomakkeiden palauttamista varten oli palautuslaatikko neuvolan tiloissa. Terveydenhoitajat jakoivat kyselylomakkeet kaikille äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaille 2.1-31.3.2009. Kaikki vastaajat palauttivat kyselylomakkeen, jolloin tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 100. Yksi vastauslomake jouduttiin hylkäämään puutteellisen vastaamisen vuoksi, jolloin N=58.

5.4 Aineiston analysointimenetelmät

Analysoimme kyselylomakkeista saamamme tutkimusaineiston käyttämällä tilastolliseen analyysiin tarkoitettua SPSS for Windows -tilasto-ohjelmaa. Ohjelma on tarkoitettu nimenomaan kvantitatiivisen tutkimuksen analysoimiseen (Metsämuuronen 2001, 7 - 8). Huomioimme tutkimusongelmat ja tutkimustulosten käyttötarkoituksen aineistoa analysoitaessa. SPSS-ohjelman avulla muutimme tutkimustulokset havainnollistavampaan muotoon, esimerkiksi erilaisiksi diagrammeiksi ja taulukoiksi. Aluksi kartoitimme tutkimusaineiston frekvenssi- ja prosenttijakaumat muuttujien ja monivalintakysymysten suhteen. Tilastollisesti meitä kiinnostavia poikkeamia tutkimme lisää ristiintaulukoinnin avulla. Meillä oli kyselylomakkeessa myös yksi avoin kysymys. Käytimme tämän aineiston analyysiin sisällön analyysimenetelmää.

Kvantitatiivisissa tutkimuksissa tutkimustulosten analyysimenetelmät ovat yleensä standardisoituja, mikä tarkoittaa, että niitä voidaan soveltaa monentyyppisiin kyselyihin. Tutkimustulokset ilmaistaan tilastomatematisina lukuina, jolloin niitä on helppo tulkita ja lukea. (Paunonen ym. 1997, 224 - 225.) Holopaisen, Tenhusen ja Vuorisen (2004) mukaan ristiintaulukoinnilla voidaan löytää kahden tai useamman muuttujan tilastollinen yhteys. Tarkasteltaessa kahta muuttujaa, muuttujien välinen tilastollinen yhteys tarkoittaa sitä, että toisen muuttujan saamat arvot antavat lisäinformaatiota siitä, mitä arvoja toinen muuttuja todennäköisesti saa. Sukupuoli, ikä, asuinpaikka ja niin edelleen, käytetään yleensä tutkimuksissa selittävinä muuttujina.

Avoimet kysymykset analysoimme induktiivisella aineiston analyysillä. Tämän analyysimenetelmän avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleistetyssä muodossa. Sisällön analyysin avulla aineisto saadaan järjestettyä johtopäätösten tekoa varten. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 16, 94.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaaajien taustatiedot

Tutkimusaineisto muodostui 58 Himangan äitiys- ja lastenneuvolan asiakkaasta, jotka tutkimusaikana käyttivät kyseisiä palveluita. Vastaajista suurin osa oli naisia (97%). Tutkimusjoukon ikäjakauma oli 18 - 43 vuotta, keski-ikä ollen 31 vuotta. Suurin osa tutkittavista eli avio- tai avoliitossa (93%), kolme vastaajista oli naimattomia ja yksi eronnut (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Sukupuolen, iän ja siviilisäädyn jakautuminen aineistossa

Taustatekijät	f	%
Sukupuoli		
Mies	2	3
Nainen	56	97
Yhteensä	58	100
Ikä		
alle 20	2	3
20-24	5	9
25-29	18	31
30-34	17	29
35-39	5	9
yli 40	11	19
Yhteensä	58	100
Siviilisäätty		
avio- tai avoliitossa	54	93
naimaton	3	5
eronnut tai ero vireillä	1	2
Yhteensä	58	100

Tutkimukseen osallistuneista suurimman ryhmän (34%) muodostivat ammatillisen koulutuksen suorittaneet henkilöt. Opistotason koulutuksen oli suorittanut viidennes (21%) vastaajista. Korkeakoulututkinnon suorittaneita oli lähes kolmasosa vastaajista (28%). Alle viidesosa (17%) vastaajista oli vailla ammatillista koulutusta (Taulukko 2).

Työtilannetta kartoittavaan kysymykseen oli vastannut vain 42 vastaajista. Heistä vain kaksi vastaajaa oli työttömänä tällä hetkellä. (Tässä tutkimuksessa rinnastimme äitiyslomalla ja kotiäitinä olemisen työssä käymiseen.) Työelämässä, äitiyslomalla tai kotiäitinä oli suurin osa vastaajista (86%). Lähes kymmenesosa (9%) vastaajista oli opiskelijoita (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Työtilanteen ja koulutuksen jakautuminen aineistossa

Taustatekijät	f	%
Työtilanne		
Työelämässä, äitiyslomalla, kotiäitinä	36	86
Työtön	2	5
Opiskelija	4	9
Yhteensä	42	100
Koulutus		
Kansakoulu, peruskoulu, keskikoulu	10	17
Ammattikoulutus	20	34
Opistotason koulutus	12	21
Korkeakoulu	16	28
Yhteensä	58	100

6.2 Yhteenveto monivalintakysymyksistä

Kyselylomakkeen monivalintakysymyksillä 1 - 19 kartoitimme hoidon laatua. Kysymykset 1 - 3 kartoittavat hoidon saatavuutta, kysymykset 4 - 5 hoitoon tulotilanteen sujuvuutta ja kysymykset 6 - 10 kohtelun asiakaskeskeisyyttä ja yksilöllisyyttä. Kysymykset 11 - 12 ja 16 - 17 kartoittavat vaikuttamista omaan hoitoonsa, kysymykset 13 ja 14 kartoittavat

jatkohoidon hallintaa, kysymys 15 käsittelee hoitosuhteen luottamuksellisuutta, kysymys 18 kuvaa hoitotilanteen kiireettömyyttä ja 19 aikaisempia kokemuksia. Kysymyksestä riippuen vastaajia oli joko 58 tai 57. Monivalintakysymysten arviointiasteikkona käytimme arvosanoja 1 - 5. Arvio yksi tarkoittaa erittäin huonoa, kaksi huonoa, kolme en osaa sanoa, neljä hyvää ja viisi erittäin hyvää (Liite 1).

Tutkimustulokset osoittavat, että asiakkaat olivat tyytyväisiä äitiys- ja lastenneuvolan palveluihin (Taulukko 3). Tätä kuvastaa se, ettei yhdenkään laatumuuttujan keskiarvo alita arvoa 3 ja vain yksi laatumuuttuja sai keskiarvoksi alle 4. Korkeimmat keskiarvot saivat laatumuuttajat ”ystävällisyys”, ”tiedon saanti raskauden/lapsen hoitoon kuuluvista asioista” ja ”ammattitaito”. Matalimmat keskiarvot saivat laatumuuttajat ”jatkohoidon järjestäminen”, ”perheen ongelmiin paneutuminen” sekä ”vastaanottoajan saaminen toivomukseenne mukaisesti” (Taulukko 3). Kaikissa monivalintakysymyksissä korkein vastattu arvosana oli 5. Matalimmat yksittäiset arviot saivat laatumuuttajat ”vastaanottotilanteen häiriöttömyys” ja ”pääsy sisään sovitulla ajalla”. Suurimmat keskihajontaluvut kohdistuivat pääsyyn sisään sovitulla ajalla, vastaanottoajan saamiseen toivomuksen mukaisesti ja vastaanottoajan riittävyteen (Taulukko 3). Vaihtelevimmin olivat vastanneet korkeasti koulutetut, jotka olivat antaneet myös heikompia arvosanoja. Matalimmat keskihajontaluvut saivat laatumuuttajat ”ystävällisyys”, ”aikaisemmat kokemukset” sekä ”ammattitaito”. Näiden kohdalla vastaajat olivat yksimielisimpiä palvelun laadusta. Laatumuuttajat ”ammattitaito” ja ”ystävällisyys” saivat sekä korkeimmat keskiarvot että pienimmät vaihteluvälit (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Hoidon laatua kuvaavien muuttujien keskiarvovastaukset ja keskihajonnat

Muuttuja	Maksimi	Minimi	Keskiarvo- vastaus	Keski- hajonta
1 Vastaanoton ajankohta	2	5	4,19	0,634
2 Ajanvarauksen sujuvuus/helppous	2	5	4,29	0,676
3 Vastaanottoajan saaminen toivomuksen mukaan	2	5	4,12	0,774
4 Asioiden sujuvuus ja ohjaus hoitoon tullessa ja odotustilanteessa	2	5	4,28	0,590
5 Pääsy sisään sovitulla ajalla	1	5	4,19	0,875
6 Vastaanottotilanteen häiriöttömyys	1	5	4,26	0,720
7 Ystävällisyys	4	5	4,56	0,501
8 Ammattitaito	3	5	4,48	0,539
9 Perheen ongelmiin paneutuminen	3	5	4,12	0,709
10 Yksilöllinen kohtelu	2	5	4,46	0,629
11 Tiedonsaanti raskauden/lapsen hoitoon kuuluvista asioista	2	5	4,55	0,601
12 Vaikutusmahdollisuudet omaan/ lapsen hoitoon	3	5	4,26	0,583
13 Hoito-ohjeiden riittävyys/ toteuttamiskelpoisuus	3	5	4,19	0,549
14 Jatkohoidon järjestäminen	2	5	3,98	0,863
15 Asioiden käsittelyn luottamuksellisuus	3	5	4,42	0,596
16 Avun saanti omien odotusten mukaisesti	3	5	4,33	0,636
17 Tuen saaminen terveyden edistämiseksi	3	5	4,25	0,662
18 Vastaanottoajan riittävyys	2	5	4,28	0,763
19 Aikaisemmat kokemukset	3	5	4,32	0,506

6.3 Hoidon saatavuus

Kysymyksillä 1 - 3 kartoitettiin neuvolapalvelujen saatavuutta. Vastaanoton ajankohdan oli kokenut erittäin hyväksi kolmannes (28%) vastaajista ja hyväksi sen oli kokenut suurin osa (67%). Huonoksi vastaanoton ajankohdan oli kokenut kaksi vastaajaa. Yksi ei osannut sanoa mielipidettään.

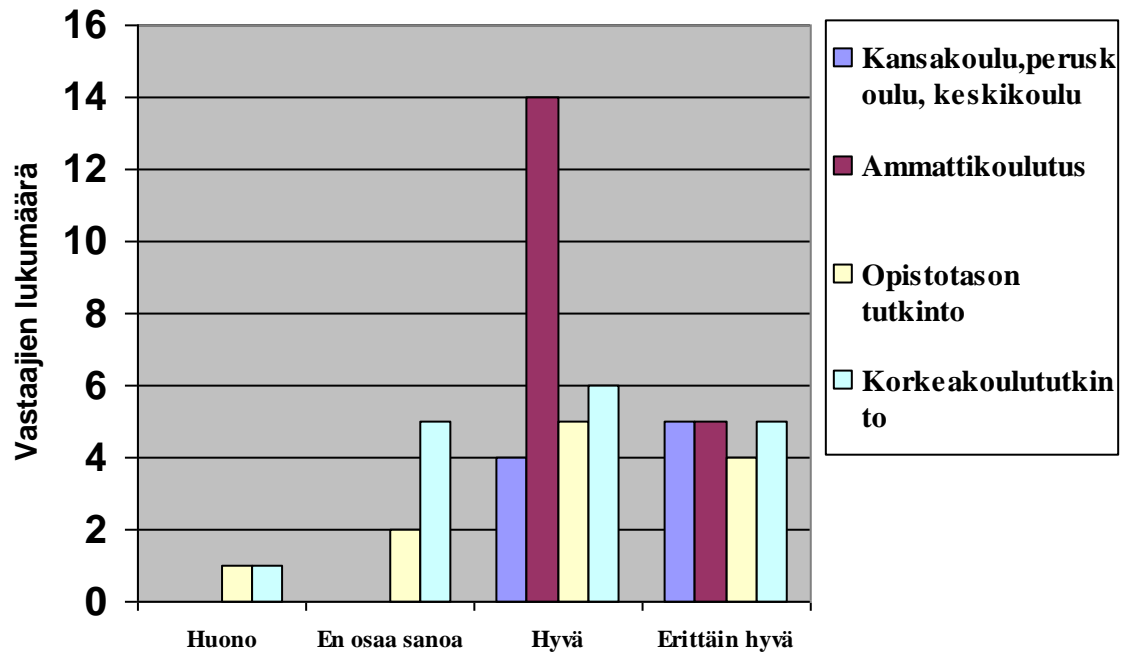
Ajanvarauksen sujuvuuden/helppouden oli kokenut erittäin hyväksi yli kolmasosa (38%) vastaajista ja hyväksi sen oli kokenut yli puolet (58%). Huonoksi sen oli kokenut kaksi vastaajaa, ja yksi ei osannut sanoa mielipidettään.

Vastaanottoajan saamisen toivomuksen mukaisesti oli kokenut erittäin hyväksi kolmasosa (33%) ja hyväksi puolet (51%). Huonoksi vastaanottoajan saamisen toivomuksen mukaisesti oli kokenut kaksi vastaajaa ja seitsemän ei osannut sanoa mielipidettään. Iällä näytti olevan merkitystä siihen, miten vastaajat kokivat vastaanottoajan saamisen toivomusten mukaisesti, sillä ikäluokasta 40 - 45-vuotiaat erittäin tyytyväisiä palveluihin oli 60%. Heikoimpia yksittäisiä arvosanoja antoivat 30 - 34-vuotiaat, mutta heistäkin yli puolet oli kokenut kyseisen laatumuuttujan hyväksi. Myös vastaajien koulutuksella näytti olevan merkitystä kyseisen laatumuuttujan arvioimisessa. Mitä korkeammin koulutettuja vastaajat olivat, sitä kriittisempiä he olivat arvioinneissaan (KUVIO 2). Kansakoulun, peruskoulun ja keskikoulun suorittaneet sekä ammatillisen koulutuksen suorittaneet eivät antaneet yhtään huonoa tai ”en osaa sanoa”-arviota. Heistä 70% antoi hyvä arvosanan, kun vastaava luku korkeakoulututkinnon suorittaneilla oli 31%. Vastaajat ilmaisivat mielipiteitään avoimissa vastauksissaan seuraavasti:

”Neuvola-aikoja on vaikea järjestää omalle työajalle.”

”Ajanvarauksen yhteydessä meille annettiin aika, eikä kukaan kysynyt, että millon passais.”

”Lastenneuvolaan aamuaikoja”



KUVIO 2. Koulutuksen vaikutus vastaanottoajan saamiseen toivomuksen mukaisesti

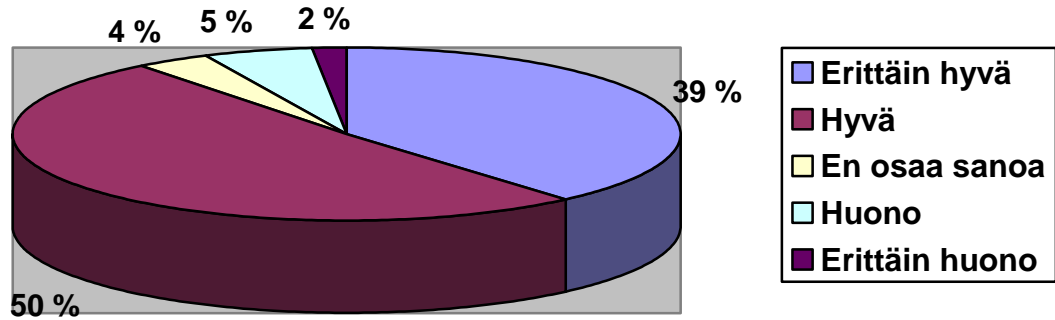
6.4 Hoitoon tulotilanteen sujuvuus

Kysymyksillä 4 - 5 kartoitettiin hoitoon tulotilanteen sujuvuutta. Asioiden sujuvuuden ja ohjauksen hoitoon tullessa ja odotustilanteissa oli kokenut erittäin hyväksi kolmannes (33%) ja hyväksi yli puolet (63%) vastaajista. Huonoksi laatumuuttujan oli kokenut yksi vastaaja ja yksi ei osannut sanoa mielipidettään.

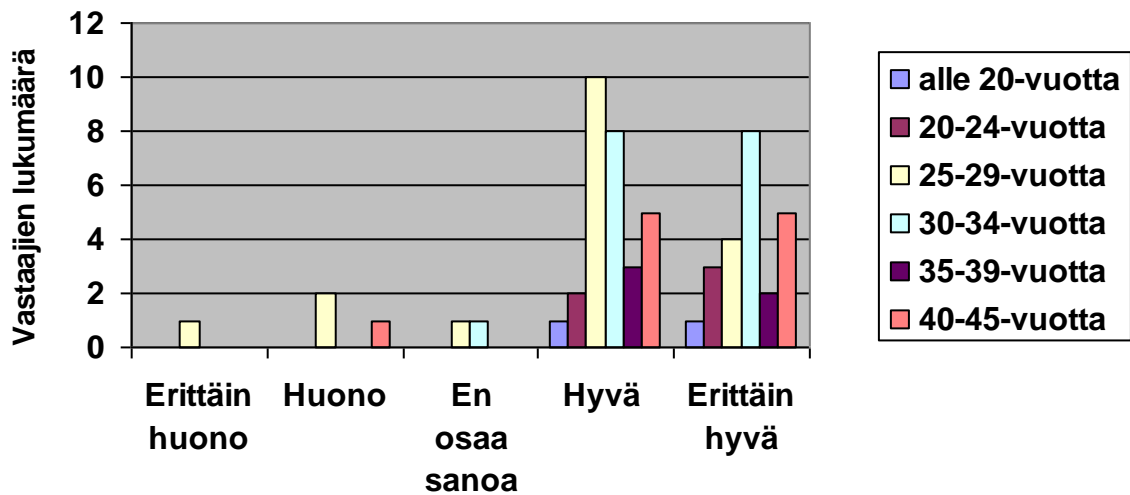
Pääsyn sisään sovitulla ajalla erittäin hyväksi oli kokenut yli kolmannes (39%) ja hyväksi puolet (50%) vastaajista. Huonoksi laatumuuttujan oli kokenut kolme vastaajaa ja yksi erittäin huonoksi. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään (KUVIO 3). Iällä näytti olevan merkitystä siihen, miten vastaajat olivat kokeneet pääsyn sisään sovitulla ajalla (KUVIO 4). Ikäluokassa 25 - 29-vuotiaat oli eniten tyytymättömyyttä kyseistä laatumuuttujaa kohtaan. Heistä erittäin huonon tai huonon arvion antoi viidennes vastaajista. Hyväksi tästä ikäluokasta kyseisen laatumuuttujan arvio yli puolet, ja erittäin hyväksi viidennes. Korkeakoulututkinnon suorittaneet antoivat eniten huonoja arvosanoja. Opistotason tutkinnon suorittaneet olivat tyytyväisimpiä, sillä he antoivat vain ”hyvä” (42%) tai ”erittäin hyvä” (58%) arvioita. Eräät vastaajat perustelivat arviointejaan seuraavasti:

”Kiireen takia vastaanottoajat myöhässä.”

”Olen saanut aina hyvää ja nopeaa palvelua neuvolan puolelta.”



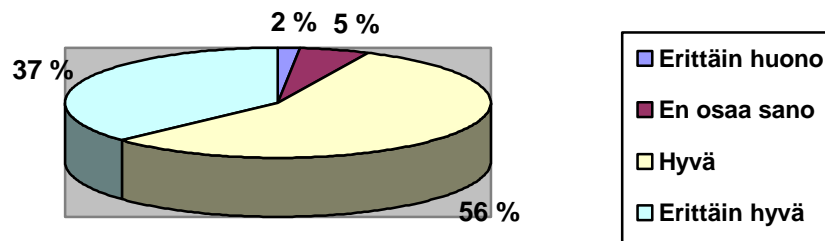
KUVIO 3. Pääsy sisään sovitulla ajalla arvioiden jakautuminen aineistossa



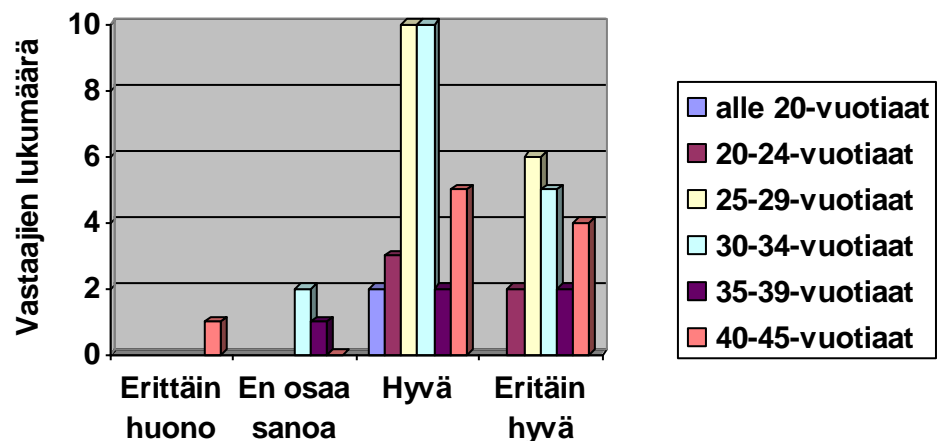
KUVIO 4. Ikäluokkien arviot pääsystä sisään sovitulla ajalla

6.5 Kohtelun asiakaskeskeisyys ja yksilöllinen kohtelu

Kysymyksillä 6 - 10 kartoitettiin kohtelun asiakaskeskeisyyttä ja yksilöllistä kohtelua. Vastaanottotilanteen häiriöttömyyden oli kokenut erittäin hyväksi yli kolmannes (37%) vastaajista ja hyväksi yli puolet (56%). Erittäin huonoksi laatumuuttujan oli kokenut yksi vastaaja ja kolme vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään (KUVIO 5). Iällä ei näyttänyt tulosten perusteella olevan suurta merkitystä vastaajan arvioon vastaanottotilanteen häiriöttömyydestä. Ikäluokassa 40 - 45-vuotiaat yksi vastaaja oli arvioinut kyseisen laatutekijän toteutuneen erittäin huonosti. Ikäluokka 25 - 29-vuotiaat oli arvioinut laatutekijän hyväksi (62%) ja erittäin hyväksi (37%). Muissakin ikäluokissa vastaukset olivat samansuuntaisia (KUVIO 6). Myöskään vastaajan koulutuksella ei näyttänyt olevan suurta merkitystä vastaanottotilanteen häiriöttömyyttä arvioitaessa. Lähes kaikki koulutusryhmät arvioivat laatutekijän hyväksi tai erittäin hyväksi. Kaikki kolme ”en osaa sanoa”-vastausta tulivat korkeakoulutetuilta vastaajilta.



KUVIO 5. Vastaajien arviot vastaanottotilanteen häiriöttömyydestä

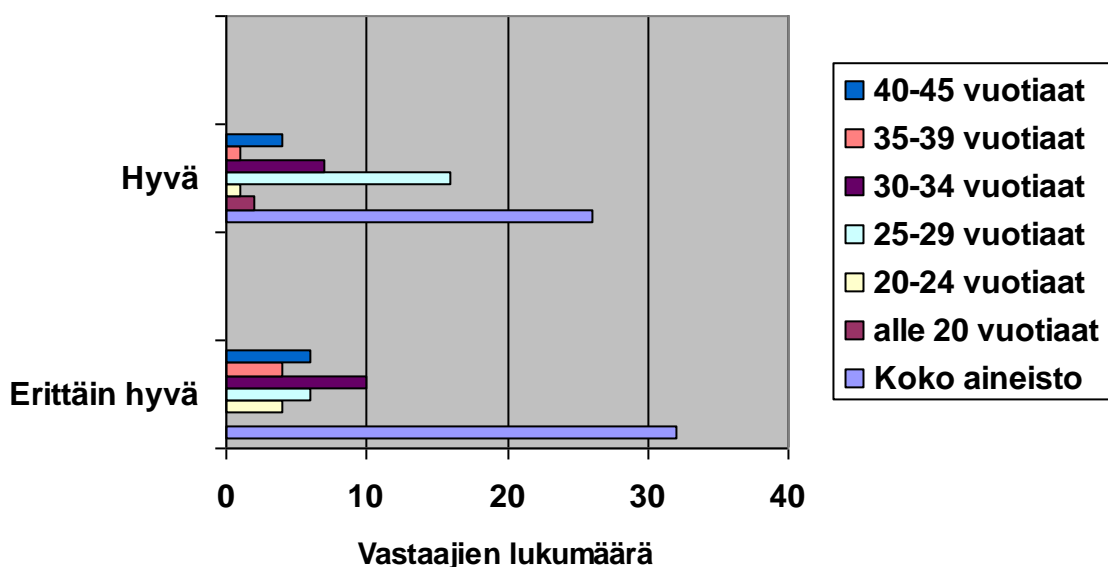


KUVIO 6. Iän vaikutus vastaajien arvioon vastaanottotilanteen häiriöttömyydestä

Kyselyyn vastanneet olivat arvioineet neuvolan työntekijöiden ystävällisyyden korkeimmin arvosanoin (Taulukko 3). Vastaajat kokivat työntekijöiden ystävällisyyden joko hyväksi (44%) tai erittäin hyväksi (56%) (KUVIO 7). Ikäluokat alle 20- ja 25 – 29 -vuotiaat olivat antaneet enemmän ”hyvä” kuin ”erittäin hyvä” -vastauksia. Muissa ikäluokissa hyvien ja erittäin hyvien vastauksien suhde oli käänteinen, kuten ikäluokassa 30 - 34-vuotiaat, jossa ”hyvä” -vastauksia oli 41% ja ”erittäin hyvä” -vastauksia 59%. Kansakoulun, peruskoulun tai keskikoulun suorittaneiden joukossa oli enemmän ”hyvä”- (62%) kuin ”erittäin hyvä” (37%) -vastauksia. Muissa koulutusryhmissä tulos oli käänteinen. Vastaajat perustelivat tyytyväisyyttään ystävälliseen palveluun seuraavasti:

”Sekä äitiysneuvolassa että lastenneuvolassa on ollut mukava asioida. Neuvolatädit ottavat asioista selvää, ovat ystävällisiä, asiantuntevia. Hyvä palvelu!”

”Joskus neuvolan tädit ovat ylityöllistettyjä, nytkin hoiti yksin myös labrapuolen... Mutta silti jaksavat hymyillä! Myös ohimennen asioista kysyttäessä saa ystävällisen hymyn kera vastauksen kysymäänsä asiaan!”

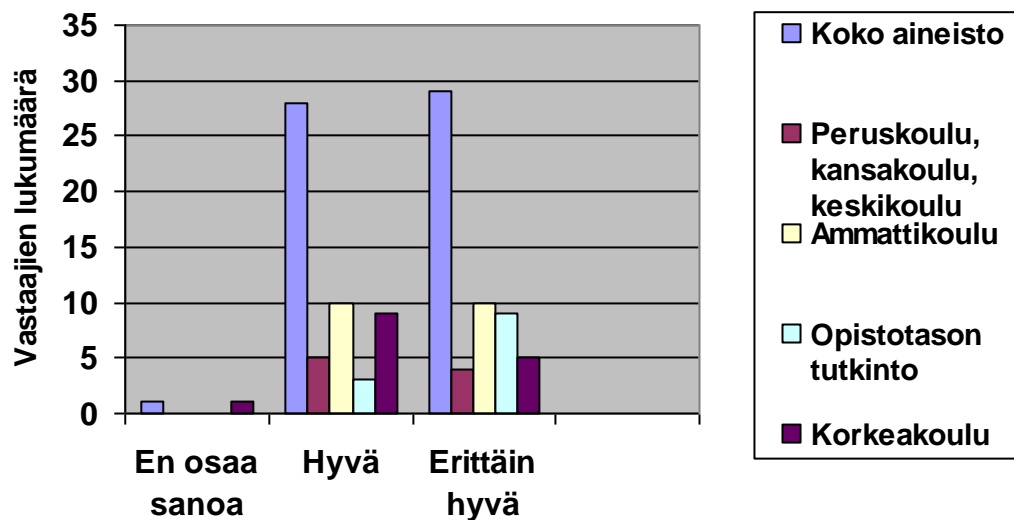


KUVIO 7. Vastaajien arviot ystävällisyydestä ikäluokittain ja koko aineistossa

Laatumuuttujan ”ammattitaito” vastaajat olivat myös arvioineet korkein arvosanoin. Erittäin hyväksi neuvolan henkilökunnan ammattitaidon oli kokenut puolet (50%) vastaajista ja hyväksi lähes puolet (48%). Huonoja tai erittäin huonoja arvioita ei ollut antanut yksikään vastaaja. Yksi vastaaja ei osannut sanoa mielipidettään. Ikäluokassa 25 – 29 -vuotiaat hyväksi ammattitaidon oli kokenut 67% ja erittäin hyväksi 27% vastaajista. Tähän ikäluokkaan kuului myös yksi ”en osaa sanoa” -vastaus. Ikäluokka 35 – 39 -vuotiaat olivat henkilökunnan ammattitaitoon tyytyväisimpiä. Heistä ammattitaidon erittäin hyväksi oli kokenut suurin osa (80%). Tyytyväisimpiä henkilökunnan ammattitaitoon olivat opistotason tutkinnon suorittaneet, heistä 75% koki ammattitaidon erittäin hyväksi. Maltillisimpia arvioinneissaan olivat korkeakoulututkinnon suorittaneet, joista 60% koki ammattitaidon hyväksi ja kolmannes (33%) erittäin hyväksi (KUVIO 8). Henkilökunnan ammattitaitoa kommentoitiin seuraavasti:

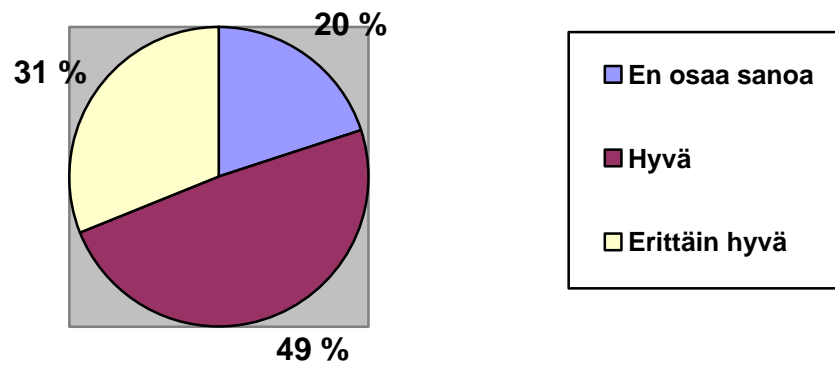
”Ammattitaitoinen väki takaa hyvän ja asiallisen palvelun – työnantajan turvattava työntekijöiden täydennyskoulutus ja työssä jaksaminen.”

”Tällä hetkellä todella ammattitaitoinen henkilökunta. Kiitos heille.”

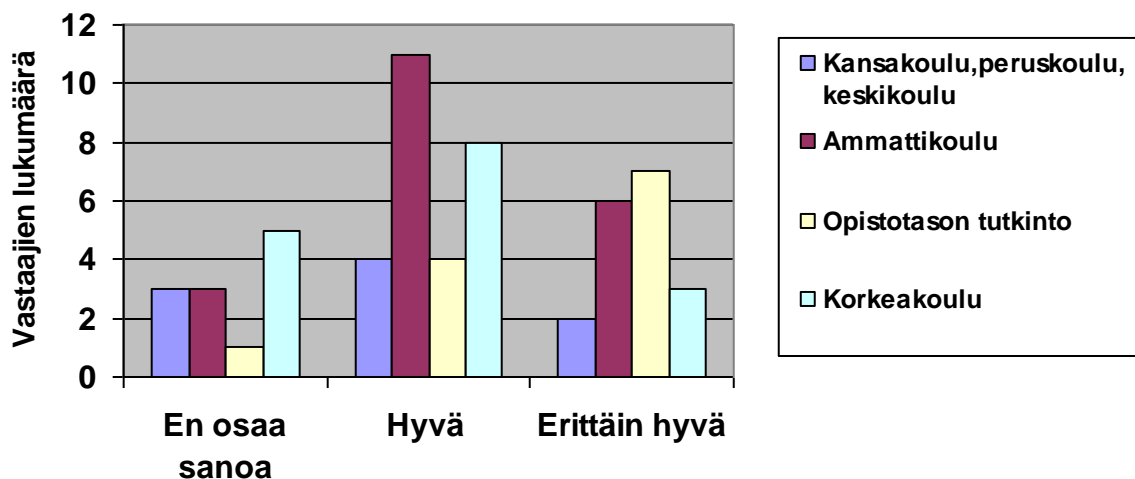


KUVIO 8. Vastaajien koulutuksen yhteys laatumuuttuja ammattitaidon arvioimisessa

Erittäin hyväksi perheen ongelmiin paneutumisen koki kolmannes vastaajista ja hyväksi puolet vastaajista. Yksikään vastaajista ei kokenut kyseistä laatutekijää huonoksi tai erittäin huonoksi. Peräti viidennes vastaajista ei osannut arvioida perheen ongelmiin paneutumista (KUVIO 9). Kaikissa ikäluokissa, lukuun ottamatta ikäluokkaa 20 – 25 -vuotiaat, oli ”en osaa sanoa” -vastauksia. Ikäluokassa 30 – 34 -vuotiaat niitä oli viisi. Myös ”hyvä” ja ”erittäin hyvä” -arviot jakautuivat tasaisesti kaikissa ikäluokissa. Korkeakoulututkinnon suorittaneet antoivat eniten (31%) ”en osaa sanoa” -vastauksia. Opistotason suorittaneet antoivat enemmän ”erittäin hyvä” (58%) kuin ”hyvä” (33%) -arvioiteja. Muiden koulutusryhmien kohdalla ”hyvä” ja ”erittäin hyvä” -arvioiden suhde oli käänteinen (KUVIO 10).



KUVIO 9. Asiakkaiden arviot perheen ongelmiin paneutumisesta



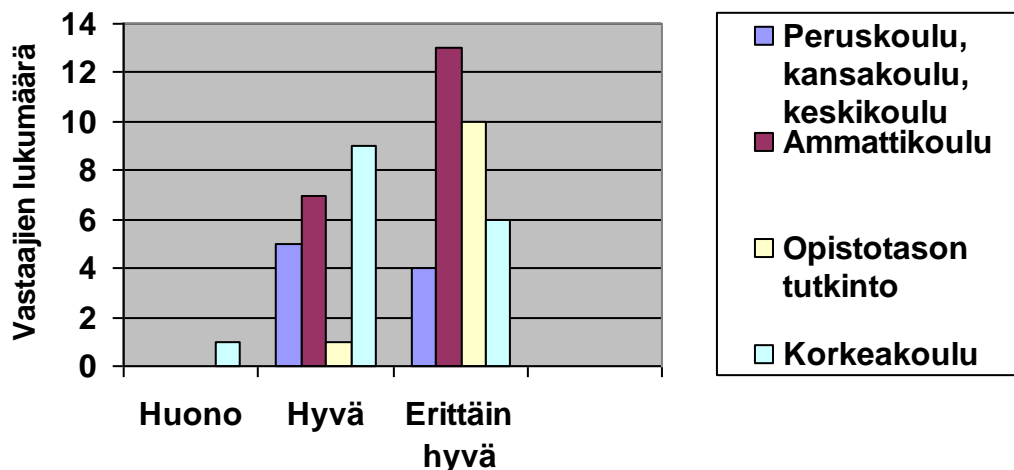
KUVIO 10. Koulutuksen vaikutus asiakkaiden arviointiin perheen ongelmiin paneutumisesta

Yksilöllisen kohtelun oli kokenut erittäin hyväksi yli puolet (52%) vastaajista ja hyväksi lähes puolet (46%). Huonoksi laatumuuttujan koki yksi vastaaja ja yksi ei osannut sanoa mielipidettään. Eräs vastaaja perusteli arvioitaan seuraavasti:

”Mukava ja osaava henkilökunta niin äitiys- kuin lastenneuvolankin puolella”

6.6 Vaikuttaminen omaan hoitoon

Kyselylomakkeen kysymyksillä 11 - 12 ja 16 - 17 kartoitettiin asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoonsa. Tiedonsaannin raskauden/lapsen hoitoon kuuluvista asioista oli kokenut erittäin hyväksi yli puolet (59%) vastaajista ja hyväksi yli kolmannes (39%). Huonoksi sen oli kokenut yksi vastaaja. Vastaajan iällä ei ollut suurta merkitystä kokemukseen kyseisestä laatumuuttujasta. Kaikissa ikäryhmissä erittäin hyväksi laatumuuttujan oli kokenut enemmistö vastaajista. Ikäluokassa 25 – 29 -vuotiaat oli yksi vastaus, jossa tiedonsaanti oli koettu huonoksi. Tulosten perusteella koulutuksella oli yhteys laatumuuttujaan ”tiedonsaanti raskauden/lapsen hoitoon kuuluvista asioista”. Korkeakoulututkinnon suorittaneista erittäin hyväksi laatumuuttujan koki yli kolmannes (37%) ja hyväksi yli puolet (56%). Vastaavasti matalammin kouluttautuneet olivat antaneet enemmän ”erittäin hyvä” kuin ”hyvä” -arvioita (KUVIO 11).



KUVIO 11. Vastaajien koulutuksen yhteys laatumuuttujaan ”tiedonsaanti raskauden/lapsen hoitoon kuuluvista asioista”

Kartoitettaessa vaikutusmahdollisuuksia omaan/lapsen hoitoon, erittäin hyväksi sen oli kokenut kolmannes (33%) vastaajista ja hyväksi yli puolet (60%). Yksikään vastaajista ei kokenut vaikutusmahdollisuuksiaan huonoiksi tai erittäin huonoiksi. Neljä vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään.

Vastaajista lähes puolet (41%) koki avun saamisen omien odotusten mukaisesti erittäin hyväksi ja hyväksi sen koki puolet (52%). Tähänkään kysymykseen ei annettu yhtään ”huono” tai ”erittäin huono” -arviota. Viisi vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään.

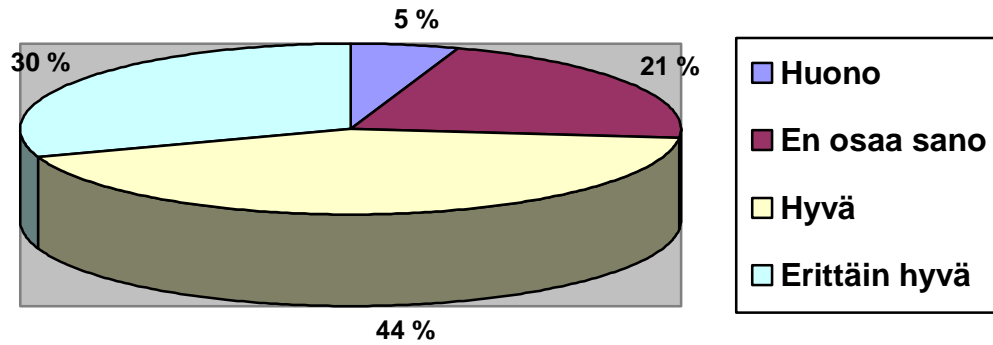
Tuen saamiseen terveyden edistämiseksi erittäin hyväksi koki yli kolmannes (38%) vastaajista ja hyväksi puolet (50%). Yhtään huonoa tai erittäin huonoa arviota ei annettu. Vastaajista 12% ei osannut arvioida tuen saamista terveyden edistämiseksi.

6.7 Jatkohoidon hallinta

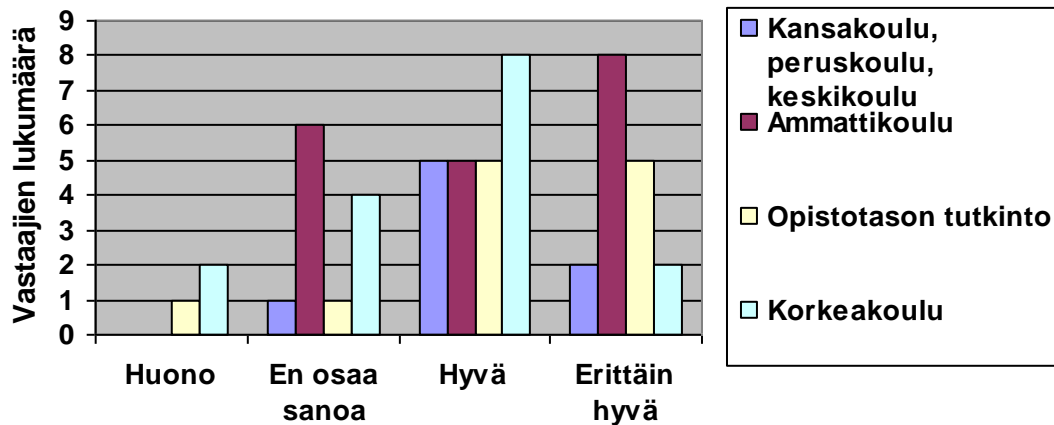
Kysymyksillä 13 - 14 kartoitettiin jatkohoidon hallintaa. Kokonaisuutena jatkohoidon hallintaa kartoittavat kysymykset arvioitiin matalimmin arvosanoin. Laatumuuttujan ”hoito-ohjeiden riittävyys ja toteuttamiskelpoisuus” koki erittäin hyväksi lähes kolmannes (26%) vastaajista ja hyväksi kaksi kolmasosaa (67%). Neljä vastaajaa ei osannut sanoa mielipidettään.

Jatkohoidon järjestämistä kartoittavaan kysymykseen oli vastattu kyselyn alhaisimmin arvosanoin. Kuitenkin erittäin hyväksi laatumuuttujan koki kolmannes vastaajista ja hyväksi lähes puolet. Kolme vastaajista koki jatkohoidon järjestämisen huonoksi, mutta erittäin huonoksi jatkohoidon järjestämistä ei kokenut kukaan. Mielipidettään ei osannut sanoa viidennes vastaajista (KUVIO 12). Ikäluokassa 25 - 29-vuotiaat yksi vastaaja ja ikäluokassa 40 - 45-vuotiaat kaksi vastaajaa koki jatkohoidon järjestämisen huonoksi. ”Hyvä” ja ”erittäin hyvä” sekä ”en osaa sanoa” -vastaukset jakautuivat melko tasaisesti kaikkiin ikäluokkiin, joskin eniten ”en osaa sanoa” -vastauksia (24%) oli ikäluokassa 30 - 35 -vuotiaat. Vastaajan koulutuksella oli yhteys siihen, miten he kokivat jatkohoidon järjestämisen (KUVIO 13). Mitä korkeammin koulutettu vastaaja oli, sitä kriittisemmin hän arvioi kyseistä laatutekijää. Korkeakoulututkinnon suorittaneista kaksi ja opistotason tutkinnon suorittaneista yksi koki jatkohoidon järjestämisen huonoksi.

Korkeakoulututkinnon suorittaneista mielipidettään ei osannut sanoa neljä vastaajaa, hyväksi sen koki puolet (50%) ja erittäin hyväksi 19% vastaajista. Ammatillisen koulutuksen suorittaneista jopa 30% ei osannut sanoa mielipidettään.



KUVIO 12. Vastaajien kokemukset jatkohoidon järjestämisestä



KUVIO 13. Koulutuksen yhteys vastaajien arvioon jatkohoidon järjestämisestä

6.8 Luottamus ja kiireettömyys

Kysymyksellä 15 kartoitettiin asioiden käsittelyn luottamuksellisuutta. Asioiden käsittelyn luottamuksellisuuden koki erittäin hyväksi ja hyväksi lähes puolet (47%) vastaajista.

Kukaan vastaajista ei arvioinut luottamusta huonoksi tai erittäin huonoksi. Kolme vastaajista ei osannut arvioida luottamuksen toteutumista hoitosuhteessa.

Kysymyksellä 18 kartoitettiin vastaanottoajan riittävyyttä. Vastaajista 41% koki vastaanottoajan riittävän erittäin hyvin ja hyvin sen koki riittävän yli puolet (52%) vastaajista. Vastaanottoajan riittämättömäksi koki kolme vastaajaa. He antoivat siitä ”huono” -arvion. Yksi vastaaja ei osannut sanoa mielipidettään.

6.9 Aikaisemmat kokemukset

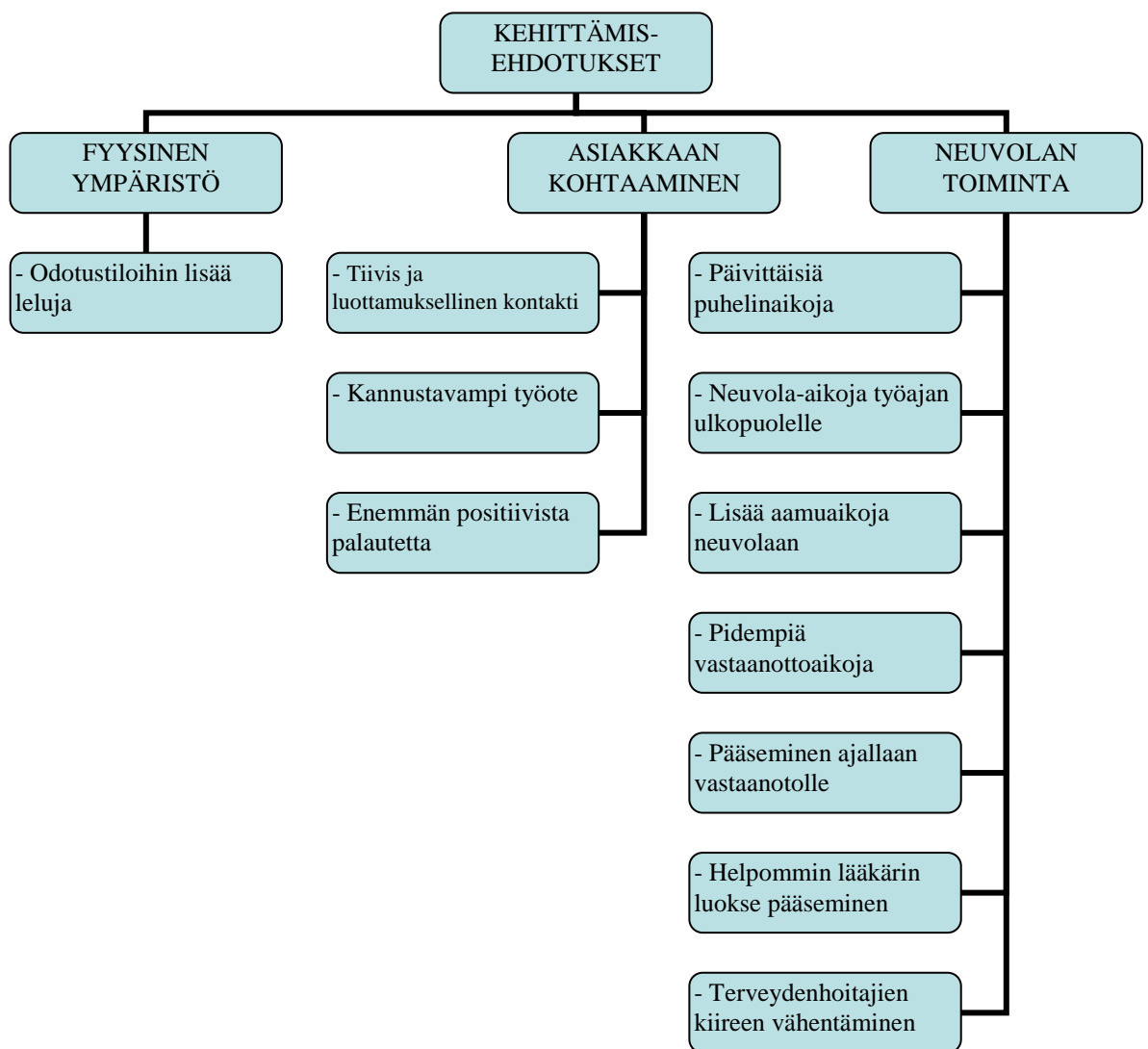
Kysymyksellä 19 kartoitettiin vastaajien aikaisempia kokemuksia neuvolan toiminnasta. Erittäin hyväksi aikaisemmat kokemuksensa arvioi kolmannes (33%) vastaajista ja hyväksi lähes kaksi kolmasosaa (65%). Kenelläkään vastaajista ei ollut huonoja tai erittäin huonoja kokemuksia aikaisemmista neuvolakäynneistään. Yksi vastaaja ei osannut arvioida mielipidettään.

6.10 Asiakkaiden ehdotuksia neuvolapalveluiden kehittämiseksi

Asiakkailta kysyttiin avoimella kysymyksellä heidän ehdotuksiaan ja toiveitaan Himangan neuvolapalveluiden kehittämiseksi. Avoimeen kysymykseen neuvolan asiakkaat saivat myös täydentää, tarkentaa ja perustella edellisiä numeroarviointejaan. Yhteensä kuusitoista vastaajaa (28%) oli vastannut tähän avoimeen kysymykseen ja heiltä tuli yhteensä 22 neuvolatyön kehittämiseen liittyvää ideaa ja toivetta. Luokittelimme aineiston fyysistä ympäristöä, asiakkaan kohtaamista ja neuvolan toimintaa käsitteleviin luokkiin.

Fyysistä ympäristöä koskevia ehdotuksia oli yksi. Siinä toivottiin, että neuvolan odotustiloihin saataisiin lisää leluja lapsille. **Asiakkaan kohtaamista** koskevia ehdotuksia tuli kolme. Niissä toivottiin tiivistä ja luottamuksellista kontaktia lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana, kannustavampaa työtettä ja enemmän positiivista palautetta tukemaan perheiden jaksamista. **Neuvolan toimintaa** koskevia kehittämissuhteita tuli kahdeksantoista. Niissä toivottiin seuraavia asioita: päivittäisiä puhelinaikoja, neuvola-aikoja työajan ulkopuolelle, lisää aamuaikoja neuvolaan, pidempiä vastaanottoaikoja sekä

ajallaan neuvolan vastaanotolle pääsemistä. Toimintaa koskevia kehittämissuhteita annettiin myös huonoa lääkäritilannetta ja terveydenhoitajien kiirettä koskien. Vastaajien mielestä neuvolan lääkärin luokse pääseminen oli vaikeaa ja vastaanottoajat koettiin liian lyhyiksi. Äitiysneuvolan puolella gynekologin puuttuminen koettiin myös ongelmalliseksi. Neuvolan terveydenhoitajat koettiin joskus ylityöllistetyiksi ja kiireisiksi, mutta heidän ystävällisyytensä ja ammattitaitonsa saivat runsaasti kiitosta. Yleisesti neuvolan toiminta koettiin erittäin hyväksi ja toivottiin, että neuvolan toiminta säilyy yhtä hyvänä myös Kalajokeen yhdistymisen jälkeen. Lisäksi muistutettiin, että kunta työnantajana on vastuussa henkilökunnan täydennyskoulutuksesta ja työssäjaksamisesta.



KUVIO 14. Vastaajien antamat kehittämissuhteet luokiteltuna

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää neuvolapalveluiden laatua Himangalla asiakkaiden arvioimana. Tavoitteenamme oli tutkimustulostemme kautta tuoda esiin kehittämisehdotuksia, joiden avulla Himangan kunnan neuvolapalveluita voitaisiin kehittää entistä asiakaslähtöisemmiksi. Tulosten perusteella voitiin todeta, että asiakkaat olivat tyytyväisiä neuvolapalveluiden laatuun Himangalla. Aikaisemmissakin tutkimuksissa (Kujala 2003; Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997) neuvolapalvelut ovat saaneet asiakkailta parhaat arviot laadusta verrattuna muihin perusterveydenhuollon palveluihin. Tämä tutkimus myös vahvisti sen, että vastaajan iällä ja koulutuksella on merkitystä hänen kokemaansa hoidon laatuun. Kehittämisehdotuksista eniten nousivat esille lääkäripula, vastaanottoaikojen paikkansapitävyys sekä huomion kiinnittäminen perheiden jaksamiseen.

Kuten yleensäkin äitiys- ja lastenneuvolaneuvolapalveluja koskevissa tutkimuksissa (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997; Pessa & Piirainen 2002; Rajala 1998; Viljanen 2003) myös tässä tutkimuksessa otanta tuotti sukupuolen suhteen erittäin homogeenisen ryhmän. Tutkimukseen osallistuneista 58 vastaajasta vain kaksi oli miehiä. Tämä osoittaa sen, että äideillä on edelleen korostunut rooli pienten lasten hoidossa ja kasvatuksessa. Toisaalta neuvolakäynneillä on saattanut olla mukana myös isä, mutta äidit ovat täyttäneet kyselylomakkeen. Kinnusen ja Rönkän (2002) mukaan neuvolatyössä on yhä enenevässä määrin alettu korostaa perheen merkitystä yksilön terveydelle ja sen myötä myös isien rooli korostuu sekä äidin tukena äitiysneuvolassa että lapsen toisena kasvattajana lastenneuvolassa. Kuitenkin tämän tutkimuksen mukaan isien rooli on toistaiseksi neuvolassa vielä vähäinen, sillä vain muutama isä asioi tutkimusaikana neuvolassa. Tälle saattoi olla syynä esimerkiksi se, että useimmat isät huolehtivat perheen toimeentulosta käymällä töissä äidin hoitaessa lapsia kotona. Näin ollen isien saattaa olla vaikeampi järjestää lasten neuvolakäynnit omiin aikatauluihinsa sopiviksi. Toisaalta isät ovat yleensä aktiivisemmin mukana äitiysneuvolan puolella. Viljasen (2003) väitöskirjassaan tekemän tutkimuksen mukaan naiset olivat neuvolapalveluihin merkittävästi tyytyväisempiä kuin miehet. Lisäksi naisten sosiaalisen tuen ja vanhemmuuden pohtimisen toiveet olivat lisäksi

suurempia kuin miesten. Tulosten mukaan äidit olivat sitoutuneempia pienen lapsen hoitoon kuin isät.

Tutkimukseen vastaajien ikärakenne (keski-ikä 31 vuotta) oli yhtenevä muiden neuvolapalveluja koskevien tutkimusten kanssa (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997; Pessa & Piirainen 2002; Rajala 1998; Viljamaa 2003). Huomattavaa oli, että vastaajista jopa viidennes kuului ikäluokkaan 40 - 45-vuotiaat. Enemmistö vastaajista oli 25 – 34-vuotiaita ja kolmannes ammattikoulutuksen suorittaneita. Koulutuksen suhteen toiseksi suurimman ryhmän muodostivat korkeakoulututkinnon suorittaneet, joita oli kolmannes vastaajista. Luku on lähellä valtakunnallista keskiarvoa (25%) , joskin hieman korkeampi. (Tilastokeskus 2009b.)

Lähes kaikki vastaajista (93%) olivat avio- tai avoliitossa. Valtakunnallisiin tilastoihin verraten yhden vanhemman perheet olivat aineistossa aliedustettuina, sillä Suomessa yksinhuoltajaperheitä oli vuonna 2008 12% (Tilastokeskus 2009c.) Aineiston työtilannetta tarkasteltaessa voidaan todeta, että suurin osa vastaajista oli työelämässä, äitiyslomalla tai kotiäitinä. Aineistosta ei voida erotella, moniko vastaajista todellisuudessa oli työelämässä ja moniko kotona lasten kanssa, sillä tutkijat eivät halunneet kyselylomaketta muodostettaessa eritellä palkkatyötä lastenhoidosta. Näin tehtiin sen vuoksi, koska vastaajat saavat helposti käsityksen, ettei lastenhoitamista kotona arvosteta, vaikka se todellisuudessa voitaisiin rinnastaa työssäkäymiseen.

Esitietojen ja monivalintakysymysten välisiä riippuvuuksia tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla taustamuuttujittain. Tuloksena oli, että taustamuuttujilla sukupuoli, siviilisäätö ja työtilanne ei näyttänyt olevan merkitystä siihen, miten vastaajat kokivat neuvolapalvelun laadun. Toisaalta esimerkiksi sukupuolen vaikutusta asiakkaan kokeman palvelun laatuun ei voitu verrata, sillä vain kaksi vastaajista oli miehiä. Näin oli myös työtilanteen kohdalla, koska suurin osa vastaajista kuului ryhmään ”työelämässä, äitiyslomalla, kotiäitinä”. Iän ja koulutuksen suhteen voitiin kuitenkin havaita riippuvuuksia laadun kokemisessa. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa on todettu (Ahlgren-Leinvuo 2005; Kujala 2003), myös tässä tutkimuksessa korkeasti koulutetut arvioivat palvelun laatua kriittisemmin kuin matalammin koulutetut vastaajat. Erityisesti tämä oli huomioitavissa seuraavien laatutekijöiden kohdalla: pääsy sisään sovitulla ajalla, tiedonsaanti omaan/lapsen hoitoon kuuluvista asioista, vastaanottoajan riittävyys ja jatkohoidon järjestäminen. Korkeasti

koulutetut olivat antaneet myös eniten ”en osaa sanoa” vastauksia lähes kaikissa monivalintakysymyksissä. Iällä ei ollut yhtä suurta riippuvuutta asiakkaiden kokeman hoidon laatuun, mutta oli havaittavissa, että nuorimmat ja vanhimmat ikäluokat olivat suhteessa tyytyväisempiä kokemaansa hoidon laatuun kuin keskimmäiset ikäluokat 25 - 29- ja 30 - 34-vuotiaat. Tämä tulos eroaa Rajalan (1998) ja Viljamaan (2003) tuloksista, joiden mukaan taustatekijöillä ei ollut merkitystä asiakkaiden arvioidessa hoidon laatua.

Tässä tutkimuksessa asiakkaiden kokema neuvolapalvelujen laatu muodostui seuraavista laadun osa-alueista: hoidon saatavuus, hoitoon tulotilanteen sujuvuus, kohtelun asiakaskeisyys, vaikuttaminen omaan hoitoon, jatkohoidon hallinta, luottamus, kiireettömyys ja aiemmat kokemukset.

Opinnäytetyön tulosten mukaan asiakkaat kokivat äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden saatavuuden hyväksi, kuten myös aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu (Kujala 2003; Pessa & Piirainen 2002; Rajala 1998; Viljamaa 2003). Vastaanotonajankohta koettiin hyväksi, joskin avoimessa kysymyksessä nousi esiin toiveita työajan ulkopuolisista neuvola-ajoista. Aamuaikoja toivottiin myös lisää. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saanut myös Ahlgren-Leinvuo (2005). Aamuaikoja voitaisiin saada lisää mahdollistamalla terveydenhoitajien kokopäiväinen työpanos neuvolassa, sillä tällä hetkellä lastenneuvolan terveydenhoitaja työskentelee välillä aamuisin myös laboratoriossa. Neuvola-aikoja on mahdollista järjestää työajan ulkopuolelle vain, jos terveydenhoitajien työaikaan tehdään muutoksia, sillä tällä hetkellä terveydenhoitajat työskentelevät vain virka-aikana. Ilta-aikojen tarpeellisuutta olisi hyvä kartoittaa tarkemmin asiakkailta ennen toimenpiteisiin ryhtymistä. Vastaanottoajan saamiseen toivomuksen mukaan suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä, mutta muutamat vastaajat olivat kokeneet sen jopa erittäin huonoksi. Lisäksi avoimessa kysymyksessä tuli palautetta siitä, että asiakkaiden toivomuksia ei oltu huomioitu vastaanottoaikoja annettaessa. Myös päivittäistä puhelinaikaa toivottiin. Paljon palautetta annettiin myös huonosta lääkäritilanteesta, joka vastaajien mukaan heijastuu koko neuvolan toimintaan. Huonolla lääkäritilanteella saattaa näin ollen olla myös vaikutusta, miten asiakkaat kokevat saavansa vastaanottoaikoja ja sopivatko ne heidän omiin aikatauluihinsa. Asiakkaiden toiveita voi olla vaikea toteuttaa, sillä kaikkien hoidon osapuolten aikatauluja on mahdotonta sovittaa yhteen etenkin kun lääkäri on saatavilla vain harvoin. Asiakkaiden toiveet päivittäisistä puhelinajoista olisi hyvä huomioida varaamalla työpäivästä aikaa tähän tarkoitukseen, jolloin myös häiriöttömyys

vastaanottotilanteissa vähenisi. Puhelinajasta tulisi tiedottaa asiakkaille riittävästi, jolloin käytäntö saataisiin toiminaan sujuvammin.

Hoitoon tulotilanne oli asiakkaiden mielestä toteutunut hyvin. Sisäänpääsy sovitulla ajalla oli kuitenkin saanut monivalintakysymyksistä eniten eriäviä mielipiteitä ja se oli saanut myös ”erittäin huono” -arvion. Samansuuntaisiin tuloksiin päätyi myös Kujala (2003). Avoimessa kysymyksessä oli tarkennettu, että vastaanottoajat olivat usein myöhässä terveydenhoitajien kiireen vuoksi. Terveydenhoitajien kiirettä voitaisiin vähentämää lisäämällä henkilökuntaa tai organisoimalla työtehtäviä uudella tavalla, esimerkiksi terveydenhoitajan kokopäiväinen työskentely neuvolan puolella. Asioiden sujuvuuteen ja ohjaukseen hoitoon tullessa ja odotustilanteessa oltiin hyvin tyytyväisiä.

Kohtelun asiakaskeskeisyyteen oltiin tulosten mukaan erittäin tyytyväisiä. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (Abou-Dakn, Strecker, Sängler & Wöckel 2008; Ahlgren-Leinvuo 2005; Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997; Korhonen 2002; Kvist 2004; Kujala 2003; Pessa & Piirainen 2002; Viljamaa 2003), myös tässä tutkimuksessa henkilökunnan ammattitaito ja ystävällisyys olivat saaneet erittäin hyvät arviot. Eriäviä mielipiteitä ei tästä asiasta ollut. Vastaajat antoivat kiitosta henkilökunnan ammattitaidolle ja ystävällisyydelle avoimessakin kysymyksessä. Myös äitiys- ja lastenneuvolan lääkäreitä keuhuttiin ammattilaisiksi. Heikompi arviointeja sai kuitenkin vastaanottotilanteen häiriöttömyys, joita arvioitiin myös huonoksi ja erittäin huonoksi. Päivittäisen puhelinajan lisäksi vastaanottotilanteen häiriöttömyyttä voitaisiin vähentää myös käyttämällä enemmän huoneissa olevia ”varattu” -valoja, jolloin ulkopuolisia henkilöitä ei tulisi vastaanottoaikana huoneeseen. Häiriöttömyydestä olisi hyvä keskustella yleensäkin työyhteisössä, jotta saataisiin yhteisen käytännöt vastaanottotilojen häiriöttömyyden turvaamiseksi.

Vaikutusmahdollisuuden omaan hoitoonsa vastaajat olivat kokeneet erittäin hyväksi. Kujalan (2003) mukaan terveystalveluja käyttävä asiakas haluaa olla osallinen omaa hoitoaan kokevissa asioissa ja tilanteissa, ja useimmat tyytymättömyyttä ja pettymystä osoittavat arvosanat kuvaavat palvelujen käyttäjän osallisuuden kokemuksen puutteellisuutta. Tulosten mukaan tuen saaminen terveyden edistämiseksi ja avun saaminen omien odotusten mukaisesti koettiin Himangan neuvolassa erittäin hyväksi. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon KASTE -kehittämisohjelmassa, korostetaan terveyden

ja hyvinvoinnin edistämistä parantamalla palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta sekä kaventamalla alueellisia eroja palveluiden suhteen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008). Avoimessa kysymyksessä tuli ilmi, että vastaajat toivoivat tiivistä ja luottamuksellista suhdetta neuvolan ja perheen välillä etenkin lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana. Tällä tavoin vastaajat kokivat jaksavansa arjessa paremmin. Rajala (1998) sai opinnäytteessään vastaavanlaisia tuloksia, kun joka viides vastaaja koki tarvitsevänsä enemmän tukea vanhempana jaksamiseen. Neuvolan asiakkaat kokivat tutkimuksen mukaan saavansa erittäin hyvin tietoa raskauden- ja lapsen hoitoon kuuluvista asioista. Tässä tutkimuksessa vastaajat arvioivat vaikutusmahdollisuutensa omaan tai lapsen hoitoon erittäin hyväksi eikä kehittämisehdotuksia tähän laatutekijään esitetty. Kujala (2003) oli saanut väitöskirjassaan samankaltaisia tuloksia, mutta vaikutusmahdollisuuksia omaan tai lapsen hoitoon ei arvioitu yhtä korkein arvosanoin.

Jatkohoidon hallinta kokonaisuutena koettiin heikoimmin toteutuneeksi laadun osa-alueeksi. Koska suuri osa asiakkaista ei osannut sanoa mielipidettään siitä, miten he kokivat jatkohoidon järjestämisen, laadun toteutumista on vaikea arvioida ja siihen on suhtauduttava kriittisesti. Kuitenkin iso osa asiakkaista oli tyytyväisiä jatkohoidon järjestämiseen. Jos tuloksia kuitenkin verrataan Kujalan (2003) saamiin tuloksiin, voidaan todeta, että Himangan neuvolassa jatkohoidon hallinta oli toteutunut heikommin kuin Kujalan tutkimuksessa. Kuten jo aikaisemmin pohdimme, asiakkaat eivät ehkä ymmärtäneet kysymystä tai heillä ei ollut kokemusta, miten Himangan neuvolassa järjestetään asiakkaiden jatkohoito. Jatkohoidon järjestäminen voi olla esimerkiksi äidin tai lapsen lähettämistä lääkärille jatkotutkimuksia varten, tai heidän siirtämistään erikoissairaanhoidon (Armanto & Koistinen 2007).

Asioiden käsittelyn luottamuksellisuus ja vastaanottoajan riittävyys koettiin tässä kuten myös aikaisemmissa tutkimuksissa (vrt. Ahlgren-Leinvuo 2005; Pessoa & Piirainen 2002; Rajala 1998), hyvin toteutuneiksi. Muutamat vastaajat toivoivat pidempiä vastaanottoaikoja, vaikka yleensä ottaen vastaanottoajat koettiin riittäviksi. Terveystieteiden tutkimuskeskus voisi tarvittaessa varata pidempiä vastaanottoaikoja perheen tarpeiden mukaan. Toisaalta tämä ei välttämättä ole mahdollista kiireen ja resurssipulan takia. Vastaajat kokivat, että voivat luottamuksellisesti keskustella asioistaan neuvolan henkilökunnan kanssa, joka on erittäin tärkeää laadukkaan asiakassuhteen syntymisessä.

Ilahduttavaa oli se, että lähes kaikilla vastaajilla oli hyviä ja erittäin hyviä kokemuksia aikaisemmista neuvolakäynneistään. Tämä on tärkeä tyytyväisyyteen vaikuttava tekijä, sillä huonoilla kokemuksilla on kauaskantoiset seuraukset ja ne säilyvät asiakkaiden mielessä aina heidän arvioidessaan kyseistä palvelua yhä uudelleen. Yhteenvetona voidaan todeta, että tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa (Ahlgren-Leinvuo 2005; Hilander-Sihvonen & Kivinen 1997; Kujala 2003; Kvist 2004; Pessa & Piirainen; Rajala 1998; Viljamaa 2003.) Lähes kaikki vastaajat kokivat käyntinsä äitiys- ja lastenneuvolassa hyväksi ja pitivät sitä hyödyllisenä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja etiikka

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa reabiliteetin (luotettavuus) ja validiteetin (pätevyys) arviointi on tärkeää. Mittauksen reabiliteetilla tarkoitetaan sen kykyä antaa luotettavia ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittarin ollessa validi, se mittaa sitä mitä sen on tarkoituskin mitata. Mittarin kokonaisluotettavuuden muodostavat reabiliteetti ja validiteetti yhdessä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206 - 210; Hirsjärvi ym. 2000, 213 - 218). Tässä tutkimuksessa mittarilla arvioitiin Himangan neuvolapalveluiden laatua asiakkaiden kokemana.

Mittarin validiteettia tarkasteltaessa tärkeimmäksi muodostuvat lähinnä sisältö- ja käsitevaliditeetti. Sisällön validiteetiksi kutsutaan sitä, kuinka edustava mittari on sisällön suhteen eli toisin sanoen, kuinka laajasti mittari sisältää mitattavaksi tarkoitettuja asioita. Sisältövaliditeetin kannalta on tärkeää, kattaako käytetty mittari tutkimuksen kannalta oleelliset terveyspalvelun laadun ulottuvuudet. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206 - 208; Hirsjärvi ym. 2000, 213 - 218.) Tutkimuksen sisäistä validiteettia lisää se, että kyselylomake laadittiin aikaisemman Eilan Kujalan väitöskirjassa käytettyjen äitiys- ja lastenneuvolaan suunnitelluiden kyselylomakkeiden pohjalta. Eila Kujala oli mukana suunnitteluprosessissa. Lisäksi tutustuimme useisiin terveyspalvelun laatua ja neuvolan asiakastytyväisyyttä mittaaviin kyselylomakkeisiin. Käsitevaliditeetilla tarkoitetaan sitä, miten mittari vastaa sen taustalla olevaa teoreettista rakennetta (Heikkilä 2001, 183 - 187; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206 - 214.) Tässä tutkimuksessa käytetty mittari oli kattava, sillä se vastasi osa-alueiltaan tutkimuksen teoreettista rakennetta ja sisälsi potilaslain mukaiset terveyspalvelun ulottuvuudet.

Ulkoisella validiteetilla käsitetään tulosten yleistettävyyttä. Otoksen edustavuus ja sen koko suhteessa kohdejoukkoon vaikuttavat ulkoiseen validiteettiin. (Heikkilä 2001, 183 - 187; Hirsjärvi ym. 2000, 213 - 218; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 206 - 214.) Tämän tutkimuksen validiteettia nostaa hyvä vastausprosentti ja otoksena 58 tutkittua, kun se suhteutetaan perusjoukkoon (N=160). Kolmessa monivalintakysymyksessä vastaajia oli 57, mutta tällä ei ole merkitystä tulosten yleistettävyyteen. Otannan yhteydessä mahdollisesti syntynyt otantaharha voi vaikuttaa tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin, joko johtamalla parempiin tai huonompiin tuloksiin, kuin perusjoukossa yleensä. Terveystoimittajien jakaessa kyselylomakkeet, saattoi asiakkaiden kohdalla tapahtua valikoitumista. Tutkijat eivät voi tietää, jäikö joillekin asiakkaille kyselylomake jakamatta. Tämä on mahdollista ja se täytyy ottaa huomioon tuloksia yleistettäessä.

Tutkimusaineisto kerättiin tässä tutkimuksessa strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimusmenetelmän valintaa perusteltiin sillä, että näin voitiin saada suurempi otos ja laajempaa tietoa Himangan neuvolan asiakkaiden kokemasta laadusta. Useissa laatututkimuksissa kyselytutkimus onkin havaittu parhaaksi palvelun laatua mittaavaksi menetelmäksi, kun halutaan saada laaja otanta. Kyselytutkimus soveltui myös hyvin neuvolan asiakkaille, sillä he kuuluvat yhteiskunnan keskiryhmään, ovat aktiivisia ja hyvin informoituja. Myös tutkimuksen erittäin korkea vastausprosentti (100%) kertoo siitä, että tutkimuksen tuloksia voidaan pitää pienen kunnan mittakaavassa luotettavina. Lisäksi voidaan olettaa korkean vastausprosentin kertovan siitä, että vastaajat kokivat Himangan neuvolapalveluiden kehittämisen erittäin tärkeänä ja halusivat omalla panoksellaan olla mukana kehittämässä toimintaa entistä asiakaslähtöisemmäksi. Tämän tutkimuksen vastaajista suurin osa oli naisia, perheellisiä, 20 - 40-vuotiaita. Miehet, eronneet ja naimattomat olivat selvästi aliedustettuina. Tämä johtunee siitä, että äitiysneuvolan asiakkaita ovat yleensä nuoret naiset ja lastenneuvolassa asioivat useammin naiset lapsineen kuin miehet lapsineen. Tällainen vastaajien valikoituminen voi heikentää jonkin verran tulosten yleistettävyyttä, joskin myös muissa neuvolatyötä koskevissa tutkimuksissa (Hilander-Sihvonen & Kivinen 1998; Rajala 1998; Viljamaa 2003) on ollut havaittavissa samansuuntaista valikoitumista vastaajien sukupuolen, iän ja siviilisäädyn suhteen.

Käytettäessä aineistonkeruumenetelmänä kyselylomaketta, on toisaalta otettava huomioon, että tutkijat eivät voi varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat suhtautuvat tutkimukseen. Ennalta ei myöskään voi tietää, ymmärsivätkö vastaajat täysin kysymykset ja

vastausvaihtoehdot tutkijoiden tarkoittamalla tavalla, sillä he eivät voineet itse vaikuttaa mittarin lopulliseen muotoon. Tutkijat eivät myöskään voineet tietää, kuinka hyvin vastaajat olivat perillä heiltä kysyttävistä asioista. (Hirsjärvi ym. 2000, 213 - 218.) Esitestaus ja ammattilaisen apu mittarin laadinnassa nostavat kuitenkin mittarin validiteettia. Tässä tutkimuksessa käsitevaliditeetti ei välttämättä ollut kuitenkaan kaikilta osin hyvä, sillä jotkut vastaajat antoivat palautetta siitä, että kyselylomakkeessa olisi pitänyt olla lisäksi vastausvaihtoehto ”keskinkertainen”. Tämän vastausvaihtoehdon puuttumisen vuoksi tutkijat eivät voi tietää, vastasivatko jotkin vastaajat ”keskinkertaisen” ”en osaa sanoa” -kohtaan.

Kysymyksiin perheen ongelmiin paneutumisesta (9) ja jatkohoidon järjestämisestä (14) tuli suhteessa eniten ”en osaa sanoa” -vastauksia. Tämä kertoo mahdollisesti siitä, että vastaajat eivät olleet ymmärtäneet kysymyksiä. Merkittävää oli, että juuri korkeasti koulutetut eivät osanneet ilmaista mielipidettään, sillä voisi olettaa, että korkeamman koulutuksen saaneet kykenevät arvioimaan ja ymmärtämään paremmin myös epäselvät kysymykset. Saattaa olla myös mahdollista, että vastaajilla ei ollut kokemusta jatkohoidon järjestämisestä neuvolassa, ja he valitsivat siksi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”, mikä toi laatutekijälle tutkimuksen alhaisimman keskiarvon. Nämä tekijät heikentävät tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimusotanta kohdennettiin satunnaisesti valituille neuvolan asiakkaille ja se on luotettava, koska terveydenhoitajat itse jakoivat kyselylomakkeet vastaanotollaan käyntijärjestyksessä riippumatta vastaajan iästä, sukupuolesta tai muista tekijöistä. Tällä keinolla pyrittiin saamaan otoksesta mahdollisimman heterogeeninen. Himangan neuvolan asiakkaita voitiin pitää luotettavina, sillä he tunsivat tutkimukseen liittyvän aiheen hyvin ja edustivat tutkittavaa väestöä.

Kyselytutkimuksen luotettavuutta lisää se, että jokaisessa kyselylomakkeessa oli mukana saatekirje, joka sisälsi yksinkertaiset ja selkeät ohjeet kyselylomakkeen täyttämistä. Luotettavuutta lisäsi myös se, että saatekirjeet esitettiin kuudella neuvolapalveluiden käyttäjällä. Kysymyksiä muokattaessa kiinnitettiin huomiota erityisesti niiden ymmärrettävyyteen ja pituuteen. Kysymyksissä kysyttiin kerrallaan vain yhtä asiaa ja pyrittiin välttämään alan ammattikieltä sekä johdattelevia kysymyksiä. Koska vastaajilla oli mahdollisuus valita kerrallaan vain yksi vastausvaihtoehto, oli tuloksia helpompi

tarkastella tilastollisesti. Hirsjärven ym. (2000) mukaan vastaajille tulee antaa vastausvaihtoehto ”ei mielipidettä” tai ”en osaa sanoa”, sillä vastaajaa ei voi pakottaa valitsemaan jotakin annetuista vaihtoehdoista. Lisäksi vastaajien tulee voida vastata kyselyyn kohtuullisessa ajassa. Kyselylomakkeen sisältö eteni loogisesti helposti vastattavista esitiedoista monivalintakysymyksiin, ja avoin kysymys oli viimeisenä. Monivalintakysymykset oli myös järjestelty loogisesti siten, että ne etenivät vastaanottokäynnin rakenteen mukaisella tavalla aina tulotilanteesta jatkohoidon järjestämiseen ja vastaanottoajan riittävyteen saakka. Kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä pyrittiin saamaan tutkittavilta syvällisempää ja yksityiskohtaisempaa tietoa laadun toteutumisesta eli pyrittiin täydentämään mittarin kattavuutta. Kaikki vastaajat eivät olleet halukkaita vastaamaan avoimeen kysymykseen, mutta kuitenkin lähes kolmasosa oli vastannut siihen ja muutamat heistä olivat jatkaneet vastaustaan aina kyselylomakkeen takasivulle saakka. Avoimeen kysymykseen vastaamatta jättäminen saattoi johtua monista eri seikoista, kuten kiireestä, rauhattomasta ympäristöstä tai siitä, ettei asiaa vaivauduttu pohtimaan syvällisemmin. Kysymys saatettiin myös kokea yllättäväksi ja omia ajatuksia ei osattu muotoilla sanoiksi. Pienellä paikkakunnalla saatettiin myös ajatella, että vastaaja voitaisiin tunnistaa yksityiskohtaisempien mielipiteiden tai kommenttien perusteella. Neuvolan tilat kyselyyn vastaamispaikkana saattoivat lisätä vastausten määrää, mutta toisaalta heikentää vastausten laatua, sillä kotona vastaajilla saattaisi olla enemmän aikaa perehtyä kyselyyn ja pohtia kohtaamista syvällisemmin. Käytettäessä kvalitatiivisia analyyseja on aineistolle asetettava samat vaatimukset reabiliteetin ja validiteetin suhteen kuin muissakin tutkimuksissa. Kvalitatiivisissa analyysissa korostuu kuitenkin se, miten tutkija ilmaisee ja esittää aineiston. (Sarajärvi & Tuominen 2000, 95 – 101.) Tässä tutkimuksessa avoimet kysymykset analysoitiin yksitellen lomake kerrallaan ja lisäksi avoimien kysymysten vastauksia esitettiin suorina lainauksina.

Tutkimusta voidaan pitää riittävän luotettavana tutkimustarkoitukseen nähden. Tutkimuksen tulosten luotettavuuteen viittaa myös se, että ne ovat yhdensuuntaisia aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa. Kyselyn tekeminen heti palvelun käytön jälkeen lisää tulosten luotettavuutta, sillä tällöin yleiset asenteet eivät vaikuta vastaajan mielipiteisiin niin paljon, vaan vastaajat arvioivat nimenomaan kyseistä käyntikertaa. Vastaaminen heti terveystalouden käytön jälkeen saattoi kuitenkin lisätä vastaajien taipumusta liioitella tyytyväisyyttään. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että molemmat tutkijat olivat mukana siirrettäessä kyselylomakkeiden tuloksia SPSS for Windows -

ohjelmalle, jolloin virheiden mahdollisuus pienenee. Tutkimustuloksia heikentää osaltaan yli kymmenen vuotta vanhojen tutkimusten ja lähdekirjallisuuden käyttö. Nämä kirjat ja tutkimukset olivat kuitenkin erittäin arvokkaita tutkimuksemme kannalta ja ne sisälsivät asiasta edelleen ajankohtaista tietoa. Vaikka terveystalouden laatua on tutkittu runsaasti myös 2000-luvulla, ei juuri neuvolan asiakkaiden kokemasta laadusta palvelusuhteesta löytynyt paljoa tutkittua tietoa. Sen vuoksi käytimme myös vanhempia lähteitä, jotta pystyimme vertailemaan tutkimustuloksiamme aikaisempien kanssa.

Tutkimuksen tiedonhankintaan ja julkaisemiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä ja yksimielisiä. Perusteltuja eettisiä ratkaisuja tulee tehdä ainakin tutkimusaiheen valinnassa ja tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelussa. Aiheen valinnassa korostuu sen yhteiskunnallinen merkitys. Koska tutkimus kohdistuu ihmisiin, on erityisen tärkeää selvittää, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja millaisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. Kokonaisuudessaan tämä merkitsee sitä, että humanin ja kunnioittavan kohtelun näkökulmat on otettava huomioon kaikissa ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa. Aineiston keräämisessä on otettava huomioon anonymiteetin takaaminen, erilaiset korvauskysymykset, luottamuksellisuus ja asianmukainen aineiston tallentaminen. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa on vältettävä epärehellisyyttä. Tämä tarkoittaa sitä, ettei toisten tekstiä plagioida, toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä, omia töitä ei plagioida, tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi, raportointi ei ole harhaan johtavaa tai puutteellista eikä tutkimustyöhön myönnettyjä rahoituksia käytetä väärin tarkoituksiin. (Hallamaa, Launis, Lötjönen, Sorvali 2006, 12 - 14, 124 - 126; Hirsjärvi ym. 2000, 25 - 28.)

Tutkimusta tehdessämme kiinnitimme huomiota myös eettisiin näkökohtiin. Myös asiakasnäkökulman esiin nostaminen oli tässä tutkimuksessa eettinen valinta, sillä palvelun laatua kehitettäessä asiakkaiden mielipiteet ovat tärkeässä roolissa. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Kaikille vastaajille taattiin anonymiteetti ja vastaukset käsiteltiin ehdottoman luottamuksellisesti. Tästä oli myös maininta kyselylomakkeiden saatekirjeissä. Jokainen vastaaja palautti itse vastauslomakkeensa vastauslaatikkoon, joka oli sinetöity tiedonkeruajan. Näin voitiin varmistua siitä, että kaikki palautetut vastauslomakkeet päätyivät suoraan tutkijoille eivätkä ulkopuoliset päässeet niihin käsiksi. Tutkimustulosten analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisella tavalla.

7.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusten aiheita

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä ja suunniteltaessa Himangan äitiys- ja lastenneuvolapalveluita. Tutkimus on suuntaa antava, eivätkä sen tulokset ole suoraan yleistettävissä muiden neuvoloiden toimintaan, mutta esimerkiksi tutkimuksen kyselylomaketta voidaan käyttää kehitettäessä muiden neuvoloiden asiakaslähtöistä laadunhallintaa. Himangan kunnan mittakaavassa otos on hyvä, ja tutkimuksen tuloksia voidaan pitää luotettavina. Tutkimustulokset osoittivat, että neuvolapalvelut Himangalla koettiin asiakkaiden kannalta laadukkaiksi. Samalla nousivat esiin myös ne laadun osa-alueet, joissa on vielä kehitettävää. Vastausprosentti ja vastaajien antama palaute osoittivat, että neuvolapalvelujen kehittäminen koettiin tärkeäksi ja sen kehitystyöhön oltiin halukkaita osallistumaan. Palkitsevaa oli myös nähdä, että neuvolan toiminnan haluttiin pysyvän ennallaan nyt ja myös Kalajokeen yhdistymisen jälkeen.

Tulosten hyödynnettävyyden kannalta on kiinnitettävä huomiota niihin laatutekijöihin, jotka asiakkaat olivat arvioineet heikoimmin toteutuviksi. Jatkossa neuvolan tulisi panostaa siihen, ettei asiakkaiden tarvitsisi jo palveluun hakeutumisen alkuvaiheessa kokea pettymyksiä tai tuntea, ettei heidän mielipiteitään huomioida, sillä palvelun hyvä saatavuus on kaiken lähtökohta. Toivottavasti asiakkaiden ääni tavoittaa päättäjät ja neuvolan lääkäripalveluihin saadaan lisää resursseja. Tämä olisi yksi hyvä keino lisätä asiakkaiden tyytyväisyyttä neuvolapalveluiden laatuun entisestään.

Kiinnostava jatkotutkimusaihe olisi selvittää sukupuolen vaikutusta asiakkaiden kokeman hoidon laatuun, sillä tässä tutkimuksessa miesten ääntä ei saatu kuuluville. Toinen tutkijoiden mielenkiinnon herättänyt jatkotutkimusaihe olisi jatkaa tätä tutkimusta haastattelemalla muutamia tutkimukseen osallistuneita asiakkaita ja saada heiltä näin yksityiskohtaisempaa tietoa heidän kokemastaan palvelun laadusta. Tutkijat haluaisivat myös selvittää, miksi joihinkin monivalintakysymyksiin oli annettu paljon ”en osaa sanoa” -vastauksia. Mielenkiintoista olisi myös ollut saada vastaajilta enemmän perusteluja siitä, miksi he vastasivat tietyllä tavalla. Varsinkin tyytymättömyyttä kuvaaviin vastauksiin olisi ollut hyvä saada perusteluja.

7.4 Oppimiskokemukset

Tämän tutkimuksen tekeminen herätti monenlaisia tunteita ja ajatuksia ja synnytti uusia tutkimusongelmia. Tämä opinnäytetyö opetti meille paljon tutkimuksen tekemisestä ja näin jälkiviisaana voimme sanoa, että tutkimusta tehdessä tuli eteen asioita, joita olisi voinut tehdä toisin. Toisaalta näihin asioihin emme voineet tutkimuksen tekohetkellä vaikuttaa, sillä meillä ei ollut ennalta kokemusta tutkimuksen tekemisestä. Jos joskus haluamme vielä jatkaa opiskelua ja teemme uutta tutkimusta, meillä on jo paljon työkaluja ja erilaisia näkökulmia työn tekemiseen.

Tutkimuksen tekeminen oli haasteellinen ja pitkä prosessi. Aiheen valitsemisvaiheessa meillä ei ollut juurikaan tietoa siitä, mitä tämä työ tulisi pitämään sisällään, sillä kyseistä aihetta opiskelimme vasta valmistumisen kynnyksellä. Teimme kuitenkin lujasti töitä tutkimuksemme onnistumisen eteen ja vähitellen meille alkoi selkeytyä se, mitä me todella halusimme tutkia. Kävimme läpi suuren määrän aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja paneuduimme laajasti tiedonhankintaan. Kyselylomakkeen laatiminen oli haastavaa, mutta saimme siihen onneksi apua Eila Kujalalta. Erityisen haasteellisena koimme teoriaosion kirjoittamisen, ja sitä onkin muokattu useaan otteeseen.

Koimme haasteellisena erityisesti SPSS for Windows -ohjelmiston käytön. Tätä työtä vaikeutti erityisesti se, että tilastotieteen opinnot järjestettiin vasta kyselylomakkeen laatimisen jälkeen, jolloin emme voineet tietää, mitä vaatimuksia ohjelma kyselylomakkeen rakenteelle asettaa.

Koimme tutkimusaiheen tärkeäksi, koska halusimme omalla panoksellamme parantaa Himangan kunnan terveystalveluiden laatua ja tuoda sitä lähemmäksi asiakkaita ja heidän tarpeitaan. Lisäksi terveystalveluiden laatu on erittäin ajankohtainen aihe mediassa ja todennäköisesti sen merkitys tulee korostumaan tulevaisuudessa yhä entisestään.

Kiitämme työtämme ohjannutta yliopettaja Annukka Klemolaa arvokkaista ohjeista ja neuvoista työmme eri vaiheissa, sekä Eila Kujalaa, joka ystävällisesti neuvoi meitä opinnäytteemme alkuvaiheessa. Lisäksi haluamme kiittää Himangan neuvolan henkilökuntaa hyvästä yhteystyöstä.

7.5 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella esitämme seuraavat johtopäätökset:

1. Asiakkaat kokivat Himangan neuvolapalvelun laadun hyväksi. Erittäin hyväksi asiakkaat kokivat henkilökunnan ammattitaidon, ystävällisyyden sekä tiedonsaannin raskauden/lapsen hoitoon kuuluvista asioista. Asiakkaiden kokeman hoidon laatuun olivat yhteydessä vastaajan ikä ja koulutustaso. Korkeakoulututkinnon suorittaneet ja ikäluokka 25 - 34 -vuotiaat olivat vastanneet vaihtelevimmin ja antaneet heikompia arvosanoja. Erityisesti tämä tuli esiin arvioitaessa kohtelun asiakaskeskeisyyttä sekä vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoonsa.
2. Tutkimustuloksista esiin nousevia keskeisimpiä kehittämishaasteita olivat matalimmat arvosanat saaneet jatkohoidon järjestäminen, perheen ongelmiin paneutuminen ja vastaanottoajan saaminen toivomuksen mukaisesti. Lisäksi avointen kysymysten osalta kehittämisehdotuksiksi nousivat vastaanottoaikojen paikkansa pitävyyden ja vastaanottotilanteen häiriöttömyyden parantaminen, vastaanottotilanteen kiireettömyys, päivittäisten puhelinaikojen järjestäminen, asiakkaan ja terveydenhoitajan kohtaaminen ja lääkäripalvelujen parempi saatavuus.

LÄHTEET

Abou-Dakn, M., Strecker, J., Sängler, S. & Wöckel, A. 2008. A survey among pregnant women about their expectations towards the maternity clinic to inform internal quality improvement procedures. *Arztliches Zentrum für Qualität in der Medizin*. Berlin. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19209571?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum. Luettu: 9.9.2009.

Ahlgren-Leinvuo, H. 2005. ”Terveystenhoitaja saa täyden kymppin” Vantaan kaupungin neuvolapalveluiden asiakastyytyväisyyskyselyn 2004 tulokset. Vantaan kaupungin tilasto ja tutkimus.

Abualrub, R.F. & Alhusban, M.A. 2009. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of nursing management*. 17, 749 - 758.

Antti-Poika, M. 2002. Latujohtaminen työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi.

Binnie, A. & Titchen, A. 1999. *Freedom to Practise. The Development of Patient –centered nursing*. Oxford: Butterwoth-Heinemann.

Braunsberger, K. & Gates, R.H. 2003. Patient/enrollee satisfaction with healthcare and health plan. *Journal of Consumer Marketing*. Vol 19/7.

Campbell, S.M., Rowland, M.O. & Bluetow, S.A. 2000. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 51, 1611 - 1625.

Hallamaa, J., Launis, V., Lötjönen, S. & Sorvali, I. 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu. Helsinki: Hakapaino Oy.

Haverinen, R., Holma, T., Lempinen, K. & Outinen, M. 1999. Seitsemän laatupolkuvaiktoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Hiilesmaa, V. 2007. Äitiysneuvola. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=%C3%84itiysneuvola>. Luettu: 12.11.2008.

Hilander-Sihvonen, A. & Kivinen, T. 1997. Asiakkaat ja terveystalvelujen laatu. Tutkimusjulkaisu. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Himangan kunta. 2008. Himanka – Perustietoa kunnasta. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.himanka.fi/kuntaesittely/index.asp?sivu=perustietoa.html>. Luettu 28.4.2008.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

- Holma, T. 2003. ITE 2-opas uudistuneeseen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Holma, T., Outinen, M., Idänpää-Heikkilä, U. & Saino, S. 2001. Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – Kehitä laatutalo. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Holopainen, M., Tenhunen, L. & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Hamina: Oy Kotkan kirjapaino AB.
- Ivanoff, P., Kitinoja, H., Rahko, R., Risku, A. & Vuori, A. 2001. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Kansanterveyslaki 1972/66. WWW-dokumentti. Saatavilla: www.finlex.fi. Luettu 28.4.2008.
- Kiikkala, I., Nouko-Juvonen, S. & Ruotsalainen, P. 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi.
- Kinnunen, U. & Rönkä, A. 2002. Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Koukkunen, K. 1997. WSOY:n iso tietosanakirja: osat 1-10. Porvoo: WSOY.
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kuurila, E. 2004. Hoidon laatu perusterveydenhuollossa. Kyselytutkimus ihmisläheinen hoito-mittarilla. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – Potilaiden ja hoitohenkilöstön yhteinen asia. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Kvist, T., Julkunen-Vehviläinen, K. & Kinnunen, J. 2005. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 3/2006.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. Saatavilla: www.finlex.fi. Luettu: 28.4.2008.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2005/928. WWW-dokumentti. Saatavilla: www.finlex.fi. Luettu 28.4.2008.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Leiwo, L., Hellin, S. & Hautala, P. 2003. Asiakaslähtöinen hoitotyö Jyväskylässä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 19. Jyväskylän yliopistopaino.
- Lumijärvi, I. & Jylhäsaari, J. 2000. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus.

- Metsämuuronen, J. 2001. Monimuuttujamenetelmien perusteet SPSS-ympäristössä. Viro: International Methelp Ky.
- Outinen, M., Mäki, T., Siikander, S. & Liukko, M. 2001. Laatu kannattaa – Mikä kannattaa laatutyötä? Selvitys laadunhallinnasta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Aiheita – monistesarja 8/2001. Helsinki: Stakes.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka – yhdessä vai erikseen? Juva: WSOY.
- Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. Hoitotiede 14/2002.
- Pesso, K. & Piirainen, A. 2002. Espoon kaupungin lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon palveluiden arviointi asiakkaiden näkökulmasta. Espoon sosiaali- ja terveystoimi ja Laurea-ammattikorkeakoulu. Tutkimusraportti. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.espoo.fi/binary.asp?path=1;28;11866;11869;39339;22478;22491;42982;42983;22641;22648&field=FileAttachment>. Luettu: 15.10.2009.
- Perälä, M-L. 1997. Hoitotyön suunta- strategia laatuun ja tuloksellisuuteen Stakes. Jyväskylä:Gummerus.
- Rajala, M. 1998. Terveystoimijoiden työn palvelun laatu asiakkaiden arvioimana Rovaniemen kaupungin lastenneuvoloissa. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja B. Opinnäytteitä 8/1998.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.
- Sorsa, M. 2002. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro Gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös –Terveys 2015 kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Perhepoliittinen strategia. Linjauksia ja taustoja perhepolitiikan kehittämiseen. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/pepo/perhestrategia.pdf>. Luettu: 26.2.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004a. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004b. Lastenneuvola perheiden tukena. Suuntaviivoja lastenneuvolan järjestämisestä kunnilla. Julkaisuja 2004:13. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/pr1098966089380/passthru.pdf>. Luettu: 10.5.2009.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Äitiys- ja lastenneurolat. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/perhe/prneu/index.htx>. Luettu: 26.5.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>. Luettu: 23.9.2009.

Stakes. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjastasto. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://74.125.77.132/search?q=cache:R8YvUybLPj4J:stystakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DEB0F67C92DA1D38B9/4016/http_wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_aspo.pdf+ASIAKAS+TERVEYDENHUOLLOSSA+&cd=2&hl=fi&ct=clnk&gl=fi. Luettu: 10.5.2009.

Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999. Stakes. Oppaita 34.

Sundman, E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tilastokeskus. 2008. Kunnat. WWW-dokumentti. Saatavilla: www.stat.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/095.html. Luettu: 20.11.2008.

Tilastokeskus. 2009a. Perhe. WWW-dokumentti. Saatavilla: www.stat.fi/meta/kas/perhe.html. Luettu: 9.4.2009.

Tilastokeskus. 2009b. Koulutus. WWW-dokumentti. Saatavilla: http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_koulutus.html. Luettu: 12.8.2009.

Tilastokeskus. 2009c. Perheet. WWW-dokumentti. Saatavilla: <http://www.tilastokeskus.fi/til/perh/index.html>. Luettu: 13.8.2009.

Viljamaa, M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.

Ylikoski, T. 2000. Unohtuiko asiakas? 2.uudisettu painos. Keuruu: Otava.

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hyvä vastaanottaja

Anomme kohteliaimmin tutkimuslupaa opinnäytetyötämme varten.

Opiskelemme terveyden- ja sairaanhoitajaksi kolmatta vuotta Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulussa Kokkolan yksikössä ja meidän on määrä valmistua joulukuussa 2009 ja keväällä 2010. Opinnäytetyömme ohjaa terveystieteiden lisensiaatti Annukka Klemola.

Opinnäytetyötämme aiheena on ”asiakkaiden kokemuksia neuvolapalveluiden laadusta Himangalla”. Työmme tarkoituksena on selvittää Himangan kuntalaisten tyytyväisyyttä neuvolapalveluiden laatuun asiakaslähtöisestä näkökulmasta. Tarkoituksenamme on tehdä kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimus on tarkoitus toteuttaa niin, että kyseistä terveystieteiden palvelua käyttävät asiakkaat vastaavat kyselylomakkeisiin heti palvelun käytön jälkeen. Vastaajat palauttavat kyselylomakkeet suljettuun laatikkoon heti vastaamisen jälkeen.

Tutkimukseen osallistuminen ja kyselylomakkeeseen vastaaminen ovat täysin vapaaehtoisia. Aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään lopuksi asianmukaisin keinoin. Vastaajien henkilöllisyys ei tule ilmenemään missään tutkimuksen vaiheessa.

Pyydämme Teiltä kohteliaimmin tutkimuslupaa ja mahdollisimman pikaista yhteydenottoa.

Himangalla 13.10.2008

Anu Heikkilä

040-5418128
anu.kivela@cou.fi

Tiina-Mari Lukkarila

050-4051664
tiina.lukkarila@cou.fi

Liitteet: Opinnäytetyö suunnitelma
Saatekirje
Kyselylomake



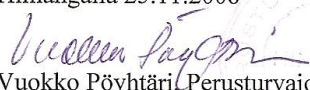
HIMANGAN KUNTA

PÄÄTÖS

Perusturvatoimi
Perusturvajohtaja

25.11.2008

§ 45

Asia tai henkilö, jota päätös koskee	Tutkimuslupapyyntö/Äitiys- ja lastenneuvolatyön kehittäminen/Anu Heikkilä ja Tiina-Mari Lukkarila
Selostus asiasta perusteluineen	Anu Heikkilä ja Tiina-Mari Lukkarila pyytävät tutkimuslupaa opinnäytetyöhönsä liittyvän kyselyn suorittamiseen Himangan äitiys- ja lastenneuvolassa.
Päätös	Myönnetään tutkimuslupa anomuksen mukaisena. Tutkimuksen aikataulusta hakijat sopivat neuvolan terveydenhoitajien kanssa.
Päätöksentekijän allekirjoitus	Himangalla 25.11.2008  Vuokko Pöyhtäri, Perusturvajohtaja
Oikaisuvaatimusohje	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettamisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.
Oikaisuvaatimus viranomainen	Perusturvalautakunta
Päätöksen nähtäväksi asettaminen	2.12.2008
Tiedoksianto asianosaiselle	Tämä päätös on 25.11.2008 annettu tiedoksi/lähetetty Anu Heikkilä, Tiina.-Mari Lukkarila, Hannele Reinikainen, Tuula Marja, arkisto
Tiedoksiantajan allekirjoitus	_____

HYVÄ NEUVOLAN ASIAKAS

Pyydämme sinua ystävällisesti osallistumaan Himangan kunnan neuvolapalveluiden kehittämiseen. Olemme sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun Kokkolan yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää Himangan kuntalaisten tyytyväisyyttä neuvolapalveluiden laatuun asiakaslähtöisestä näkökulmasta.

Oheisen kyselylomakkeen tarkoituksena on kartoittaa teidän mielipiteitänne ja kokemuksianne äsken saamastanne neuvolapalvelun laadusta. Toivomme rehellisiä vastauksia. Tutkimukseen osallistuminen ja kyselylomakkeeseen vastaaminen ovat täysin vapaaehtoisia. Aineisto käsitellään täysin luottamuksellisesti ja lopuksi aiheisto hävitetään asianmukaisin keinoin. Vastaajien henkilöllisyys ei tule ilmenemään missään tutkimuksen vaiheessa. Jos ette voi, halua tai teillä ei ole tällä kertaa aikaa täyttää kyselylomaketta, antakaa se takaisin henkilölle, joka antoi sen teille täytettäväksi. Täytettyänne vastauslomakkeen palauttakaa se itse neuvolan tiloissa olevaan vastauslomakkeiden keräyslaatikkoon.

Kyselylomakkeessa täytetään ensin esitieto-osio ja sen jälkeen vastataan arvosanoin 1-5 yhdeksääntoista lyhyeen kysymykseen. Huomioikaan myös viimeisenä oleva avoin kysymys, jossa voitte täydentää, tarkentaa ja perustella edellä olevia numeroarviointejanne. Tähän kohtaan voitte myös kirjoittaa toiveita ja parannusehdotuksianne Himangan kunnan neuvolatyön kehittämiseksi.

Valmis opinnäytetyö tutkimustuloksineen löytyy valmistuttuaan Kokkolan koulutuskirjastosta ja Himangan terveyskeskuksesta.

Avustasi kiittäen

Anu Heikkilä

Tiina-Mari Lukkarila

Teidän taustatietonne:

Kävimme lastenneuvolassa () äitiysneuvolassa ()

Ikä vuosina : () Sukupuoli: mies () nainen ()

Avio- tai avoliitossa () Naimaton () Eronnut tai ero vireillä () Leski ()

Olimme vastaanotolla vanhemmat yhdessä () Lomakkeen täytti: isä (), äiti ()

Koulutus: kansakoulu, peruskoulu tai keskikoulu () olen eläkkeellä ()

ammattikoulutus () työelämässä ()

opistotason tutkinto () työtön ()

korkeakoulu tutkinto () opiskelija ()

Käynti on **tämän lapsen kanssa/ raskauden aikana** ensimmäinen käynti () jatkokäynti ()

Tapasimme lääkärin () terveydenhoitajan ()

Raskauden kesto raskausviikkoina/lapsen ikä vuosina ()

	Erittäin huono	Huono	En osaa sanoa	Hyvä	Erittäin hyvä
1 Vastaanoton ajankohta	1	2	3	4	5
2 Ajanvarauksen sujuvuus/helppous	1	2	3	4	5
3 Vastaanottoajan saaminen toivomuksenne mukaisesti	1	2	3	4	5
4 Asioiden sujuvuus ja ohjaus hoitoon tullessa ja odotustilanteessa	1	2	3	4	5
5 Pääsy sisään sovitulla ajalla	1	2	3	4	5
6 Vastaanottotilanteen häiriöttömyys	1	2	3	4	5
7 Ystävällisyys	1	2	3	4	5
8 Ammattitaito	1	2	3	4	5
9 Perheen ongelmiin paneutuminen	1	2	3	4	5
10 Yksilöllinen kohtelu	1	2	3	4	5
11 Tiedonsaanti raskauden/lapsen hoitoon kuuluvista asioista	1	2	3	4	5
12 Vaikutusmahdollisuudet omaan/lapsen hoitoon	1	2	3	4	5
13 Hoito-ohjeiden riittävyys ja toteuttamiskelpoisuus	1	2	3	4	5
14 Jatkohoidon järjestäminen	1	2	3	4	5
15 Asioiden käsittelyn luottamuksellisuus	1	2	3	4	5
16 Avun saanti omien odotusten mukaisesti	1	2	3	4	5
17 Tuen saaminen terveyden edistämiseksi	1	2	3	4	5
18 Vastaanottoajan riittävyys	1	2	3	4	5
19 Jos olette käynyt aikaisemmin tässä toimipisteessä, arvioikaan kokemuksianne yleensä	1	2	3	4	5

20. Tähän kohtaan voitte **täydentää, tarkentaa ja perustella** edellä olevia numeroarviointejanne.

Tähän kohtaan voitte myös kirjoittaa **toiveita ja parannusehdotuksianne** Himangan kunnan neuvolatyön kehittämiseksi. Voitte jatkaa myös sivun toiselle puolelle. **KIITOS !**

Kysymys	f	%
1. Vastaanoton ajankohta		
Erittäin hyvä	16	28
Hyvä	39	67
En osaa sanoa	1	2
Huono	2	3
Yhteensä	58	100
2. Ajanvarauksen sujuvuus/helppous		
Erittäin hyvä	22	38
Hyvä	33	58
En osaa sanoa	1	1
Huono	2	3
Yhteensä	58	100
3. Vastanottoajan saaminen toivomukseenne mukaisesti		
Erittäin hyvä	19	33
Hyvä	29	51
En osaa sanoa	7	13
Huono	2	3
Yhteensä	57	100
4. Asioiden sujuvuus ja ohjaus hoitoon tullessa ja odotustilanteessa		
Erittäin hyvä	19	33
Hyvä	37	63
En osaa sanoa	1	2
Huono	1	2
Yhteensä	58	100
5. Pääsy sisään sovitulla ajalla		
Erittäin hyvä	23	39
Hyvä	29	50
En osaa sanoa	2	4
Huono	3	5
Erittäin huono	1	2
Yhteensä	58	100
6. Vastaanottotilanteen häiriöttömyys		
Erittäin hyvä	21	37
Hyvä	33	56
En osaa sanoa	3	5
Erittäin huono	1	2
Yhteensä	58	100

Kysymys	f	%
7. Ystävällisyys		
Erittäin hyvä	32	44
Hyvä	26	56
Yhteensä	58	100
8. Ammattitaito		
Erittäin hyvä	29	50
Hyvä	28	48
En osaa sanoa	1	2
Yhteensä	58	100
9. Perheen ongelmiin paneutuminen		
Erittäin hyvä	18	31
Hyvä	28	49
En osaa sanoa	12	20
Yhteensä	58	100
10. Yksilöllinen kohtelu		
Erittäin hyvä	29	52
Hyvä	27	46
En osaa sanoa	1	1
Huono	1	1
Yhteensä	58	100
11. Tiedonsaanti raskauden/lapsen hoitoon kuuluvista asioista		
Erittäin hyvä	34	59
Hyvä	22	39
Huono	1	2
Yhteensä	57	100
12. Vaikutusmahdollisuudet omaan/lapsen hoitoon		
Erittäin hyvä	19	33
Hyvä	35	60
En osaa sanoa	4	7
Yhteensä	58	100
13. Hoito-ohjeiden riittävyys/toteuttamiskelpoisuus		
Erittäin hyvä	15	26
Hyvä	39	67
En osaa sanoa	4	7
Yhteensä	58	100

Kysymys	f	%
14. Jatkohoidon järjestäminen		
Erittäin hyvä	17	30
Hyvä	26	44
En osaa sanoa	12	20
Huono	3	5
Yhteensä	58	100
15. Asioiden käsittelyn luottamuksellisuus		
Erittäin hyvä	27	47
Hyvä	27	47
En osaa sanoa	3	6
Yhteensä	57	100
16. Avun saanti omien odotusten mukaisesti		
Erittäin hyvä	24	41
Hyvä	29	52
En osaa sanoa	5	7
Yhteensä	58	100
17. Tuen saaminen terveyden edistämiseksi		
Erittäin hyvä	22	38
Hyvä	29	50
En osaa sanoa	7	12
Yhteensä	58	100
18. Vastaanottoajan riittävyys		
Erittäin hyvä	24	41
Hyvä	30	52
En osaa sanoa	1	1
Huono	3	6
Yhteensä	58	100
19. Jos olette käynyt aikaisemmin tässä toimipisteessä, arvioikaa kokemuksianne yleensä		
Erittäin hyvä	19	33
Hyvä	38	65
En osaa sanoa	1	2
Yhteensä	58	100