



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hyvinkään terveyskeskuspäivystyksen asiakastyytyväisyys

Nieminen, Tiina

2014 Hyvinkää



Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Hyvinkään terveyskeskuspäivystyksen asiakastyytyväisyys

Tiina Nieminen
Hoitotyön ko.
Opinnäytetyö
Hyväksymiskuukausi, 2014

Tiina Nieminen

Hyvinkään terveyskeskuspäivystyksen asiakastyytyväisyys

Vuosi 2015 Sivumäärä 45

Opinnäytetyön tarkoitus oli mitata hyvinkääläisten terveyskeskuspäivystysasiakkaiden tyytyväisyyttä saamiinsa palveluihin sekä odotusaikojen pituutta. Tässä opinnäytetyössä palvelun laatua mittaavia tekijöitä olivat henkilökunnan ammattitaito ja käytös sekä tiedonanto- ja ohjauskäytäntö. Lisäksi palvelun laatuun vaikutti se, saiko asiakas avun vaivaansa, jonka takia tuli vastaanotolle. Tarve tutkimuksen toteuttamiseen lähti Hyvinkään terveyskeskuksen yhteispäivystystoimikunnalta. Perusturvan 2012 tavoitteissa on vuositavoitteena päivystyksen toiminnan parantaminen. Yhtenä toimenpiteenä on asiakastyytyväisyyskyselyn toteuttaminen. Tarvetta odotusaikojen mittaamiseen lisäsi kuntalaisaloite, joka koski odotusaikojen lyhentämistä. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Hyvinkään terveyskeskuksen yhteispäivystystoimikunta.

Kyselyn aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka oli aiemmin laadittu HUS:n alueen terveyskeskusten asiakastyytyväisyyden mittaamiseen. Lomaketta muokattiin tämän tutkimuksen tarpeita vastaavaksi. Aineisto kerättiin marraskuussa 2012. Lomakkeessa oli taustatieto-osa ja tyytyväisyysmittariosa. Lomake sisälsi sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeita jaettiin 150 kpl. Vastaajia oli 68 kpl. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin Excel2010-ohjelmalla ja avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Tutkimuksen tavoite mitata odotusaikoja ja asiakastyytyväisyyttä yleensä, täyttyi ja tuloksena olivat toimeksiantajan tilaamat tutkimustulokset. Kyselyn mukaan sairaanhoitajan, lääkärin ja vastaanottohenkilökunnan käytökseen ja ammattitaitoon oltiin tyytyväisiä. Odotusaikoja mitattaessa ajat vaihtelivat 5 minuutista 8 tuntiin. Tulokseksi saatiin, että keskimääräinen odotusaika oli 1 tunti 52 minuuttia. Kehittämisehdotukset koskivat odotusaikojen lyhentämistä ja tiedonantoa odotuksen syistä. Myös odotustilojen viihtyisyyteen haluttiin kiinnitettävän huomiota. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää vertailuaineistona, kun halutaan nähdä, onko toimintaa saatu parannettua tavoitteiden mukaisesti.

Tutkimuksen mukaan maanantai ja tiistai olivat ruuhkaisimpia päiviä yhteispäivystyksessä. Jatkokehitysehdotuksena tämän tutkimuksen perusteella on nähtävissä resurssien lisääminen terveyskeskuspalveluihin virka-ajalle. Tutkimuksen ja tausta-aineiston mukaan suuri osa yhteispäivystystä käyttävistä asiakkaista on niitä, joille ei ole tarjota vastaanottoaikaa terveyskeskuksesta virka-ajalla.

Tiina Nieminen

Satisfaction of Hyvinkää Health Casualty Reception

Year	2015	Pages	45
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to perform a customer satisfaction survey for Hyvinkää's health casualty reception. The measured factors in this study were satisfaction of the quality of the services and waiting time. In this thesis the factors relating to the quality of the service were professional skills and behaviour (of nurses and doctors) and satisfaction for notification and instruction. In addition one other factor of quality was whether the patient got help for the reason she came to the reception. The need for this thesis came from Hyvinkää Health Organisation casualty working group. A basic annual ambition has been to improve the performance of casualty. One area of improvement has been to organize a customer satisfaction investigation. The need to measure waiting times was based on a written initiative by citizens of Hyvinkää. The initiative was about getting shorter waiting times. The employer of this thesis was Hyvinkää Health Organisations casualty working group.

The material for the study was collected by questionnaire that had been earlier composed for the Health organization HUS. The questionnaire was edited to fit into this research and it was collected in November 2012. The questionnaire was composed of background information and satisfaction parts and it included both multiple choice questions and one open question. The questionnaire was delivered in 150 parts and the respondents were 68 persons in total. Quantitative matter was analysed by the Excel- 2010 program and qualitative matter was analysed by a table of contents.

The objective of the study was to measure waiting times and to gather related satisfaction connected to it. The employer obtained his results in time. After the results the clients were satisfied with both nurses and doctors behaviour and their professional standards. Also reception staff's behaviour was found to be good after considering the results. Waiting times varied from 5 minutes to 8 hours and the average waiting time was 1hour 52 minutes. Improvement suggestions were concerned with shorter waiting times and about informing the reasons for having to wait. Clients also wanted that the waiting room itself could be more comfortable. The results of this research can be considered when thinking about the potential future actions to be taken.

Keywords, Health casualty reception, duty, customer satisfaction, quality

Sisällys

1	Johdanto	6
	1.1 Opinnäytetyön tavoitteet	7
	1.2 Oman oppimisen tavoitteet	7
2	Terveyskeskuspäivystyksen erityispiirteitä	8
	2.1 Hyvinkään terveyskeskuspäivystys	8
3	Hoidon laatu	10
	3.1 Asiakaskeskeisyys.....	11
	3.2 Henkilöstön ammattitaito	11
	3.3 Potilasturvallisuus.....	12
	3.4 Henkilöstön rakenne.....	14
	3.5 Oikea-aikaisuus	15
	3.6 Hoitoympäristö	16
4	Asiakastyytyväisyys	17
	4.1 Asiakastyytyväisyyden tutkiminen.....	17
	4.2 Asiakastyytyväisyystutkimus julkisissa palveluissa	18
	4.3 Kysely tutkimusmenetelmänä.....	20
5	Tutkimuksen toteutus	21
	5.1 Aineiston keruu	23
6	Tulokset.....	24
	6.1 Tutkimusjoukon kuvaus	25
	6.2 Hoitokäyntien jakauma eri viikonpäivinä	26
	6.3 Hoitokäynnin kesto ja odotusajat	27
	6.4 Tiedon saanti hoidoista ja tutkimuksista.....	28
	6.5 Hoidon laatu ja henkilökunnan ammattitaito	29
	6.6 Asiakkaiden näkemykset kehittämiskohteista.....	30
7	Johtopäätökset	31
8	Pohdinta	32
9	Arviointi.....	35
	Lähteet	37
	Kuviot	40
	Liitteet.....	41

1 Johdanto

Suomalaisen terveydenhuollon malli perustuu verorahoitteisuuteen, kunnan järjestämisvastuuseen ja lailla säädettyihin potilaan oikeuksiin. Päivystysvalmiuden ylläpito perustuu perustuslakiin kirjattuun oikeuteen elämään ja riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen. Hoidon järjestämisvastuun ja saatavuuden lisäksi laissa veloitetaan kunnat tuottamaan laadukasta, turvallista ja asianmukaista terveydenhuollon palvelua. (Koponen & Sillanpää 2005, 18 - 21.) Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on terveydenhuoltolain 3 §:n (30.12.2010/1326.) mukaan oikeus hyvään terveyden ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun.

Opinnäytetyössäni mittaam Hyvinkään terveyskeskuspäivystys asiakkaiden tyytyväisyyttä palvelun laatuun. Asiakastyytyväisyys on moniulotteinen käsite ja kattaa useita osa-alueita. Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan tyytyväisyyttä tärkeimpien osa-alueiden perusteella. Tutkimuksen teorioosuudessa käsittelen hoidon laatua eri näkökulmista ja määrittelen asiakastyytyväisyyttä parantavia ja heikentäviä tekijöitä palveluissa. Reflektoin yhteispäivystyksen vastuullista toteutumista ja potilaan oikeuksien toteutumista joidenkin tutkimusten valossa.

Tutkimuksessa haluan selvittää asiakkaan kokemuksia terveyskeskuspäivystyksen palvelunlaadusta ja saatavuudesta sekä odotusajoista. Lisäksi mittaam asiakastyytyväisyyttä asiointina henkilökunnan ja lääkärin vastaanotolla sekä potilasohjauksesta. Asiakastyytyväisyyden mittaamena käytän kyselylomaketta, joka on aikaisemmin laadittu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hoidossa olleille potilaille. Alkuperäistä lomaketta on muokattu tämän tutkimuksen tarpeita vastaavaksi. Tutkimuskysymykset ovat:

- Ovatko asiakkaat tyytyväisiä päivystystoiminnan palveluihin?
- Mihin palvelun osa-alueeseen ollaan tyytyväisiä?
- Missä palvelujen osa-alueissa on parannettavaa?
- Mikä on keskimääräinen odotusaika ja onko se valtakunnallisen suosituksen puitteissa?
- Miksi yhteispäivystys on ruuhkautunut?

Tutkimuksen toivon hyödyttävän terveyskeskushenkilökuntaa palvelunlaadun kehittämiseksi. Laadun kehittämistä on tullut 2000-luvun aikana osa terveystaloutta järjestelmällistä toimintaa (Kotisaari & Kukkola 2012, 64). Asiakastyytyväisyyksmittauksilla tuotetaan tärkeää tietoa palvelun laadusta. Tulosten avulla voidaan analysoida, missä on onnistuttu ja miten palvelua voidaan kehittää. Säännöllisin väliajoin toteutetut asiakastyytyväisyyksmittaukset näyttävät, mikä vaikutus parantavilla toimenpiteillä on ollut asiakkaiden tyytyväisyyteen. (Ylikoski 2001, 150-156.)

Opinnäytetyön tarve lähti Hyvinkään terveyskeskuksen yhteispäivystystoimikunnalta. Terveyskeskuksen ylihoitajan Eeva Kauppinen mukaan perusturvan 2012 tavoitteissa on vuositavoitteena päivystyksen toiminnan parantaminen. Yhtenä toimenpiteenä on asiakastytyväisyyskyselyn toteuttaminen. (E. Kauppinen 2012.) Tutkimuksen taustalla on lisäksi Hyvinkään kaupunginvaltuustolle kesäkuussa 2011 luovutettu kuntalaisaloite, joka koski Hyvinkään terveyskeskuspäivystyksen kehittämistarvetta. Aloitteen oli allekirjoittanut 2584 henkilöä. Marraskuussa 2011 päädyttiin asettamaan toimikunta laatimaan ehdotuksia lääkäripäivystyksen toimivuuden parantamiseksi. (Yhteispäivystystoimikunnan raportti 2012.) Palvelujen tilanteen kartoittamiseksi yhteispäivystystoimikunta tilasi asiakastytyväisyyskyselyn Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä.

1.1 Opinnäytetyön tavoitteet

Tavoitteenani tässä opinnäytetyössä oli mitata Hyvinkään terveyskeskuksen yhteispäivystyksen asiakkaiden tyytyväisyyttä. Tyytyväisyyttä mittaaviksi osa-alueiksi määrittelin tässä tutkimuksessa henkilökunnan ammattitaidon ja asiakaspalvelun laadun. Lisäksi tavoitteena oli mitata odotusaikoja eri vuorokauden aikoina, viikon ajan.

Tavoitteena oli tuottaa palvelun laadun mittaamiseen käytettävää aineistoa Hyvinkään terveyskeskuksen yhteispäivystystoimikunnalle. Aineiston avulla voidaan analysoida, missä on onnistuttu ja mitä on tehtävissä palvelun laadun parantamiseksi. Tärkeä tutkimuskysymys koski odotusaikoja. Halusin tutkia, vaikuttaako odotusajan pituuteen hoitoon hakeutumisen ajankohta ja onko yhteispäivystyksen ruuhkautuminen ennustettavissa vuorokauden ajan tai viikonpäivän mukaan. Tietoa siitä, ylittyykö valtakunnallinen suositus odotusajan pituudesta tietyinä ajankohtana, voidaan hyödyntää henkilökunnan rekryointitarvetta määriteltäessä.

1.2 Oman oppimisen tavoitteet

Tieteellisen tekstin haku ja sen hyödyntäminen kirjoitustyössä on opinnäytetyön tekemiseen liittyvä yleinen tavoite. Oman oppimisen tavoitteiksi otin tieteellisen tekstin kirjoittamisen oppimisen sekä tieteellisen tiedon hakuun perehtymisen. Opinnäytetyön tutkimuksen tekemiseen kuului Excel2010 -ohjelman käyttö, joten oman oppimisen kannalta myös taulukko-ohjelman käytön opettelusta muodostui hyödyllinen tavoite.

Opinnäytetyön viitekehyksessä tarkastelen asiakastytyväisyyttä erityisesti asiakkaan näkökulmasta. Tarkastelen myös palvelun laatua ja palvelun laatuun vaikuttavia tekijöitä. Sairaanhoidajana tieto palvelun laadusta ja laatuun vaikuttavista osa-alueista on hyödyllistä. Haluan tulevassa ammatissani tuottaa palvelua, joka on laadultaan hyvää ja asiakaslähtöistä. Tutkimusaiheen kannalta itseäni kiinnostava asia oli terveydenhuoltoa koskevat lait. Tavoit-

teenani oli perehtyä lakeihin mahdollisimman kattavasti, tutkimusaiheen asettamissa rajoissa. Erityisen mielenkiintoiseksi koen potilaan oikeudet ja niitä koskevat pykälät. Tavoitteenani oli oppia hyödyntämään potilaan oikeuksia koskevaa kirjallisuutta potilasohjauksessa.

2 Terveyskeskuspäivystyksen erityispiirteitä

Terveyskeskuspäivystys on julkinen terveydenhuollon palvelu, jossa hoidetaan välitöntä lääkärin hoitoa tarvitsevia asiakkaita (HUS 2013.) Laissa säädetään perusterveydenhuollon järjestämisvastuuta koskevat asiat sekä kansanterveystyötä valvovien organisaatioiden tehtäväalueet (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1327). Kansanterveyslain 2 §:n (22.12.2009/1537.) mukaan kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä omalla toimialueellaan. Kunta vastaa omasta perusterveydenhuollostaan lain säätämällä tavalla.

Kunnan vastuulle on valtioneuvoston asetuksella säädetty, että potilaan on saatava virka-aikana välitön yhteys omaan terveyskeskukseensa ja virka-ajan ulkopuolelle tulee järjestää päivystys. (VNA 1019/2004.) Päivystyksessä hoidetaan välitöntä lääkärin hoitoa tarvitsevat potilaat, joiden hoitoa ei voida siirtää myöhemmäksi (Päivystys ja ensihoito 2013). Terveydenhuoltolain 50 §:n (30.12.2010/1327.) mukaan kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa. Yhteispäivystyksessä potilaat hoidetaan kiireellisyysjärjestyksessä triage-mallin mukaisesti (Yhteispäivystystoimikunnan raportti 2012). Valtakunnallinen suositus terveyskeskuspäivystyksen odotusaikojen pituudeksi on alle neljä tuntia.

Yleisimpiä päivystyshoitoon hakeutumisen syitä ovat äkillinen sairaus (39 %), pitkäaikaissairauden paheneminen (23 %), tapaturmat (18 %), pitkäaikaissairauden jatkuminen (9 %) ja muut syyt (11 %). Miettola kollegoineen tutki yhteispäivystykseen hakeutumisen syitä Kuopion yhteispäivystyksessä. Tutkimuksen mukaan lääkäreiden arvion mukaan 14 % käynneistä on turhia. Turhien käyntien yleisin syy oli pitkäaikaissairaus ilman erillistä pahenemista. Turhat käynnit kuormittavat yhteispäivystystä. Mikäli perustason palveluiden kysyntä on suurempaa kuin tarjonta, hakeudutaan päivystysvastaanotolle hanakammin. (Miettola, Halinen, Lipponen, Hietakorpi, Kaukonen & Kumpusalo 2003, 539- 541.)

2.1 Hyvinkään terveyskeskuspäivystys

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on 24 kunnan kuntayhtymä. HUS on jaettu viiteen sairaanhoitoalueeseen. Jokaisella sairaanhoitoalueella on oma lautakuntansa, jonka tehtävä on toteuttaa strategiaa ja hallita taloutta. Hyvinkään sairaanhoitoalueen jäsenkunnat ovat Hyvinkään lisäksi Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula. (HUS 2013.) Hyvinkääläisten

terveyskeskuspäivystys toimii Hyvinkään sairaalassa 24 t/vrk. Päivystys tuottaa ympärivuorokautisesti palvelua hyvinkääläisille terveyskeskuspäivystysasiakkaille. Yöaikaan päivystys on tarkoitettu koko sairaanhoitoalueen jäsenkunnille. Päivystyksessä hoidetaan kiireellistä lääkärin hoitoa vaativia potilaita, joiden sairauden hoitoa ei voi siirtää myöhemmäksi. (HUS 2013.)

Päivystyksessä potilaat luokitellaan triage-mallia käyttäen kiireellisyysluokkiin A, B, C, D ja E. Hyvinkään päivystyksiin on tehty hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi -taskuopas. Oppaan on tehnyt päivystysanke työryhmä vuonna 2008. Oppaassa hoidon kiireellisyys on luokiteltu seuraavasti: A-luokkaan kuuluvat potilaat, joilla on välittömästi henkeä uhkaava vamma, oire tai häiriö vitaalielintoiminnoissa. Hoito on aloitettava heti. Hoitolinjana on erikoissairaanhoito tai sairaalapäivystys. B-luokkaan kuuluvan potilaan on saatava hoito 10 min kuluessa saapumisesta. B-luokan potilaalla on jokin akuutti, yleistilaa uhkaava vamma, oire tai häiriö vitaalielintoiminnoissa. Hoitolinja on erikoissairaanhoito, sairaalapäivystys tai terveyskeskuspäivystys. C-luokkaan kuuluvalla potilaalla on vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviota päivystysaikana. Vaivan hankaluuden tai kivun vuoksi lääkärin arvio on saatava tunnissa. D-luokkaan kuuluvat potilaat, joilla on vamma tai oire, joka vaatii lääkärin päivystyksellistä arviota päivystysaikana. Vaiva ei todennäköisesti pahene, vaikka potilas odottaa lääkärin arviota 2 tuntia. Hoitolinja on terveyskeskuspäivystys. E-luokka sisältää potilaat, jotka eivät kuulu päivystysvastaanotolle vaan terveyskeskusvastaanotolle. Lasten hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin on esitetty oma ABCDE-luokitus ja ohje lasten kuumeen ja kivun lääkehoitoon. (Lindfors-Niilola, Riihelä & Kaskinen 2013, 35.)

E-luokkaan kuuluvien potilaiden osuus Hyvinkään yhteispäivystyksessä on Cressidan teettämän tilaston mukaan noussut viime vuosina. Tämä johtuu terveyskeskuksen resurssipulasta, jonka takia omalääkärin vastaanotolle ei saada aikaa järjestettyä ja potilaat päätyvät hakemaan apua yhteispäivystyksestä. (Yhteispäivystystoimikunnan raportti 2012.) Väestövastuuta noudattavissa terveyskeskuksissa jokaiselle lääkärille on nimetty oma 1800-2000 asukasta kattava väestö, jonka omalääkärinä hän toimii (Kotisaari & Kukkola 2012, 22). Hyvinkään terveyskeskuksessa jokaista lääkärinä kohden on 2220 henkilön väestö (Yhteispäivystystoimikunnan raportti 2012). Tämä selittää terveyskeskuksen resurssipulan ja kasvavat jonot yhteispäivystyksessä. Ellei päiväaikaan palvelujen saatavuus ole hyvä, kuormittaa se yhteispäivystystä (Koponen & Sillanpää 2005, 10). Hyvinkääläisten vuonna 2011 allekirjoittamassa kuntalaisaloitteessa vaadittiin toimenpiteitä yhteispäivystyksen parantamiseksi. Vuonna 2011 teetetyn tutkimuksen mukaan yhteispäivystyksen keskimääräinen odotusaika lääkärin vastaanotolle on koko vuonna ollut 2-3 tuntia. Vuodesta 2008 lähtien päivystyksessä on toiminut kolme lääkärinä maanantaisin. Tällä on pyritty lyhentämään ruuhkaisimman ajan odotusaikoja. Kävijämäärät päivystyksessä ovat nousseet vuodesta 2008, vaikka lääkärutilanne on pysynyt samana. (Yhteispäivystystoimikunnan raportti 2012.)

Hyvinkääläisten yhteispäivystys siirrettiin Hyvinkään sairaalan yhteyteen 1.1.2007. Vastaanototoimintaa on kehitetty erilaisissa hankkeissa 2000-luvun aikana. Toimintojen kehittämisen tavoitteena on ollut siirtää tehtäviä lääkäreiltä sairaanhoitajille niin paljon kuin mahdollista. Tehtävien jako on vaatinut henkilöstön koulutusta lisääntyviin tehtäviin. (Yhteispäivystystoimikunnan raportti 2012.) Hyvinkään terveyskeskuspäivystyksessä hoitohenkilökunta on kokonaisuudessaan HUS:n henkilökuntaa ja lääkärit on hankittu Mediverkko Oy:ltä (Yhteispäivystystoimikunnan raportti 2012). Hankkiessaan palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta on kunnan huolehdittava siitä, että potilaan oikeudet toteutuvat samalla tavoin kuin kunnan itse järjestäessä palvelut (Kotisaari & Kukkola 2012, 8-12). Terveystoimilain 4 §:n (30.12.2010/1327.) mukaan terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

3 Hoidon laatu

Terveystoimilain 8 §:n (30.12.2010/1326.) mukaan terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja se tulee toteuttaa asianmukaisesti. Toiminnan tulee perustua näyttöön ja noudattaa hyviä hoitoperiaatteita. Laadukkaana hoidon keskeinen toimintaperiaate on asiakaskeskeisyys. (Laadunhallintaa 2000-luvulle 1999.) Asiakas on tyytyväinen saamaansa hoitoon, jos hän hoitokäynnin päätteeksi voi todeta, että häntä kohdeltiin hyvin ja hänen saamansa hoito ja palvelu oli asiantuntevaa ja pätevää. Palvelun laatua mittaa myös se, onko potilas saanut avun vaivaansa ja miten hänelle on kerrottu saamastaan hoidosta. (Kotisaari & Kukkola 2012, 51.) Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on terveydenhuoltolain 3 §:n (30.12.2010/1326.) mukaan oikeus hyvään terveyden ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun.

Osaavaa ja ammattitaitoista henkilöstöä on valtakunnallisten sosiaali- ja terveydenhuolto suosituksen mukaan oltava riittävästi ja henkilöstöllä on oltava asianmukainen koulutus. Henkilöstöllä on oltava organisaation tarjoama mahdollisuus ammattitaitoa ylläpitävään ja täydentävään koulutukseen. Organisaatiolla on vastuu henkilöstön kouluttamisesta laadunhallintaa koskevilla asioilla. (Laadunhallintaa 2000-luvulle 1999.)

Terveystoimilain laatuopas on kehitetty tukemaan laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta kuntien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä. Oppaassa keskeisiksi laadun ulottuvuuksiksi on valittu asiakaskeskeisyys, oikea-aikaisuus, osaaminen, turvallisuus, vaikuttavuus sekä sujuvuus. (Terveystoimilain laatuopas 2011, 7- 9.) Sujuvuutta voidaan arvioida odotusajan, käynnin pituuden, hoitoon pääsyn ja palvelun näkökulmasta (Miles, Power & Mercey 2003, 64- 72). Kotisaaren & Kukkolan (2012, 51) mukaan hyvä hoito ja kohtelu koostuvat hoidon laadusta, potilasturvallisuudesta, yhdenvertaisuudesta ja syrjimättömyydestä sekä

henkilökunnan pätevydestä ja ammattitaidosta. Laadun edellytyksiin kuuluvat myös henkilöstön tyytyväisyys ja voimavarojen tukeminen (Laadunhallintaa 2000-luvulle 1999).

3.1 Asiakaskeskeisyys

Asiakaskeskeisessä hoitotyössä asiakas ja hänen läheisensä ovat keskeisiä. Hoitotyötä tehdään potilaan arvoja kunnioittaen ja asiakas nähdään arvokkaana, yksilöllisenä ja oman elämänsä asiantuntijana. (Koponen & Sillanpää 2005, 10-15.) Terveystieteiden laatuoppaassa määritellään lisäksi, että asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan potilaan huomioon ottamista valintoja tehtäessä. Potilas voi toiminnallaan, valinnoillaan ja päätöksillään vaikuttaa omaan terveyteensä. Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja merkityksestä tulee huomioida ja sitä tulee kunnioittaa. (Terveystieteiden laatuopas 2011, 9-10.)

Asiakkaan näkökulmasta asiakaskeskeisyys tarkoittaa oikeutta saada yksilöllistä ja ammattitaitoista hoitoa. Riittävän tiedon avulla potilas voi vaikuttaa omaan hoitoonsa ja sitä koskeviin päätöksiin. Tieto tulee saada häntä hoitavalta henkilökunnalta ja tiedon tulee olla ymmärrettävää. Tiedon avulla potilaan valmiudet hoitaa itseään paranevat ja tavoitteena on, että hän selviytyy jatkossa ilman apua tai mahdollisimman vähin avuin. (Terveystieteiden laatuopas 2011, 9- 10.) Hoitohenkilökunnan näkökulmasta tarkasteltuna voimavaralähtöinen työskentely on asiakaskeskeisyyttä parhaimmillaan. Perusta on korostaa asiakkaan vahvuuksia ja voimavaroja enemmän kuin rajoituksia. Yksilön omat kokemukset ovat keskiössä ja hoidon ohjauksessa tämä näyttäytyy yksilöllisenä keskusteluna, jossa asiakas on päätöksentekijä häntä koskevissa asioissa. Hoitohenkilökunnan tehtävä on saada asiakas hahmottamaan sairauden hoitoon liittyvät tarpeet ja mahdollisesti elintapoihin liittyvät muutoshasteet. (Voimavaralähtöiset menetelmät 2014.)

3.2 Henkilöstön ammattitaito

Henkilöstön ammattitaito ja pätevyys ovat tärkeä laadun osa-alue. Henkilöstön tulee olla ammattitaitoista ja osaavaa. Henkilöstön pätevyys on merkittävä potilasturvallisuuden tausta. Osaaminen on luokiteltu yhdeksi laadunhallintaan sidoksissa olevaksi alueeksi. Potilaan kannalta on tärkeää että terveydenhuollon toimintayksikössä on riittävästi osaavaa ja ammattitaitoista henkilöstöä. Potilaan tulee voida luottaa siihen, että häntä hoidetaan ajantasaisen tutkimustiedon mukaisesti. Henkilöstön tulee olla asianmukaisesti koulutettua. Jokaisella työntekijällä on velvollisuus kehittää ja ylläpitää ammattitaitoaan. (Terveystieteiden laatuopas 2011, 11-12.) Organisaation vastuulla on tarjota mahdollisuus ammattitaitoa ylläpitävään koulutukseen (Laadunhallintaa 2000-luvulle 1999).

Halonen, Mäntyselkä, Vehviläinen, Takala, Kumpusalo (2004) ovat tutkineet suomalaisväestön merkittävänä pitämiä tekijöitä, jotka vaikuttavat lääkärin valintaan. Tutkimuksen mukaan suomalaiset pitivät tärkeimpänä valintaan vaikuttavana tekijänä lääkärin ammattitaitoa. Seuraavaksi tärkeimpiä tekijöitä oli tutkimusten perusteellisuus ja jatkotutkimusten ja hoidon nopeus. Ammattitaidolla tarkoitetaan vastuullista, riippumatonta, totuuteen, tieteellisyyteen ja oikeudenmukaisuuteen perustuvaa näkemystä hoitosuhteessa. Lääkärien tekemien hoitoratkaisujen odotetaan perustuvan lääkärin ja potilaan yhteisymmärrykseen. (Kääpä, Louhimo & Patja 2014, 21- 28.)

Koposen ja Sillanpään mukaan hoitajalta edellytetään kykyä arvioida potilaan tila ja tehdä päätökset hoitoratkaisuista potilaan terveyttä edistäen. (Koponen & Sillanpää 2005, 12.) Lankisen mukaan päivystyshoitotyössä hoitajan osaaminen koostuu päätöksenteko-osaamisesta, kliinisestä osaamisesta, vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamisesta, ohjausosaamisesta ja eettisestä osaamisesta. Tutkimuksen mukaan hoitajien osaamistaso päivystyshoitotyössä oli tavoitteen alapuolella. Eniten puutteita oli päätöksenteko-osaamisessa ja kliinisessä osaamisessa. Lankisen mukaan sairaanhoitajan koulutuksen opetus sisältöä tulisi arvioida uudelleen osaamisalueiden puutteiden näkökulmasta. (Lankinen 2013, 16- 18.)

Osaamista kehitettäessä tulisi panostaa erityisesti henkilökunnan perehdyttämiseen. Perehdyttämällä tarkoitetaan toimenpiteitä, joiden avulla työntekijä pääsee sisälle koko organisaatioon ja omaan työhönsä. Työntekijä perehdytetään työyhteisöön; esitellään työtoverit, tilat, suunnitelmat ja asiakkaat. Työnopastuksessa työntekijälle selviävät oma työ ja siihen liittyvät odotukset. Perehdytyksen tulisi ulottua koko organisaatioon niin, että työntekijällä on käsitys myös organisaation visiosta ja strategiasta. Perehdytys on onnistunut, kun lopputuotteena on taitava työ ja laadukas palvelu. (Hildén 2002.)

3.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaation toimintaperiaatteita, joilla varmistetaan palvelujen, sairauksien ehkäisyn, diagnostiikan, hoidon, kuntoutuksen ja lääkityksen turvallisuus. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7- 9). Hoitovirheistä tai potilasturvallisuuspoikkeamista puhutaan eri käsitteillä; virhe, erehdys ja poikkeama tarkoittavat käytännön ammattisanastossa samaa merkityseroista huolimatta. Tutkittu tieto osoittaa, että viimeisten kymmenen vuoden aikana joka kymmenes asiakas terveydenhuollossa kokee hoitonsa aikana jonkinlaisen haittatapahtuman. Noin prosentilla haittatapahtuma johtaa kuolemaan tai vammautumiseen. (Helovuuo, Kinnunen, Peltomaa, Pennanen 2011, 5-10.) Viimeisten vuosien aikana kiinnostus potilasturvallisuutta kohtaan on noussut ja potilasturvallisuus nähdään yhä enemmän osana hoidon laatua (Kuisma 2010, 19- 29).

Kuisma (2010, 19- 29) on pro gradussaan tutkinut potilasvahinkojen esiintymistä vaaratapahtumailmoituksia analysoimalla. Tutkimuksen mukaan suurin haittatapahtuman syntyyn myötävaikuttanut tekijä on potilaan sairauden vakavuus ja potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet. Toiseksi suurimmaksi myötävaikuttaneeksi tekijäksi on raportoitu henkilökunnan määrä ja laatu, työn kuormittavuus, vuorojärjestelyt, aikapaine sekä fyysinen työympäristö tiloineen. (Kuisma 2010, 19- 29.) Koivunen (2007) on tutkinut hoitovirheiden esiintymistä haastatteleamalla hoitohenkilökuntaa. Haastatteluaineiston mukaan suurin haittatapahtumaan myötävaikuttanut tekijä on kiire ja liian vähäinen henkilökuntamäärä. Koivusen tutkimuksessa ilmenee, että hoitovirheet jätetään usein ilmoittamatta ja syynä ilmoittamatta jättämiseen on henkilökunnan turhautuminen, koska raportoinnista huolimatta organisaation työtapoja ei paranneta. Dunnin (2003, 43- 66) tutkimuksen mukaan niin lääkärit kuin hoitajatkin jättävät ilmoittamatta haittatapahtumista, koska ilmoittaminen koetaan turhauttavaksi, hankalaksi ja aikaa vieväksi. Henkilöstön kiire, niukat henkilöstömäärät ja työntekijöiden nopea vaihtuminen vaikeuttavat turvallisen hoidon toteutumista. Virheistä kertyy tietoa potilaiden ja läheisten palautteesta, muistutuksista, kanteluista, potilasvahinkoilmoituksista ja potilasasiamiehen kautta. Henkilöstöllä on vastuu ilmoittaa haitoista raportointimenettelyllä ja henkilöstölle tarkoitettuun tietojärjestelmään. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7- 9.) Kuisman (2010) aineistoanalyysiin ja Koivusen (2007) haastatteluihin perustuvien tutkimusten ristiriita on selitettävissä sillä, että haittatapahtumista ei raportoida asianmukaisesti. Hoitajat voivat kokea, että on helpompi raportoida virheistä, jotka ovat lähtöisin potilaan sairauden vakavuudesta tai potilaan henkilökohtaisista ominaisuuksista. Resurssien puutteesta johtuvat haitat jäävät raportoimatta jo kiireen itsensäkin takia.

Hoitovirheestä johtuvia kuolemia on merkittävästi enemmän kuin kuolemaan johtavia onnettomuuksia. Tutkimusten mukaan jopa puolet haittatapahtumista voitaisiin estää. Potilasturvallisuuden edistäminen vähentäisi haittoja ja näin inhimillistä kärsimystä ja kustannuksia. (Potilasturvallisuusopas 2011, 7- 9.) Henkilöstöltä edellytetään potilasturvallisuusosaamista. Kommunikaatio ja yhteistyötaidot ovat osa potilasturvallisuutta koskevaa ammattitaitoa. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että potilaalle annetaan ymmärrettävällä tavalla tietoa hänen sairaudestaan, sen hoidosta ja etenkin lääkehoidosta. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014, 8.) Tiedon saannissa potilaalla on oma vastuunsa tiedon vastaanottajana. Asioiden ymmärtäminen vaatii potilaalta oppimista. Kääriäisen mukaan yksisuuntaista tiedon siirtämistä ei voida pitää ensisijaisena ohjaustyylinä silloin, kun potilas on terveydentilansa puolesta kykenevä osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tiedon saannin tulisi perustua asiakkaan aikaisempaan tietoon, motivaatioon, kokonaiskuvien muodostumiseen ja asioiden harjoitteluun sekä arviointiin. (Kääriäinen 2011, 41-43)

Potilasturvallisuutta potilaan näkökulmasta on tutkittu paljon. Tutkimuksista ilmenee, ettei potilaille aina selitetä hoidon tai toimenpiteiden riskejä tarpeeksi hyvin eikä potilaita oteta mukaan oman hoitonsa päätöksentekoon. Potilaiden mukaan turvallisuutta vaarantaa myös se, ettei lääkäriillä ole tarpeeksi aikaa keskustella asioista. Lisäksi vaarantavina tekijöinä nähtiin kommunikaatio-ongelmat, lääkärin epäkunnioittava käytös ja tunteettomuus sekä ongelmat hoitoon pääsystä, hoidon jatkuvuudessa ja puutteet lääkehoidon ohjauksessa. Potilaista suurin osaa kokee olevansa osittain itse vastuussa hoidon turvallisuudesta. Suurin osa on myös halukkaita osallistumaan potilasturvallisuuden kehittämiseen, mutta kokee tarvitsevansa siitä lisää tietoa. (Sahlström, Partanen & Turunen 2012, 4- 11.)

Kuisman vaaratapahtumien analyysin perusteella tärkein ehkäisevä toimenpide on informointi. Informoinnilla potilasturvallisuuden kehittämässä tarkoitetaan yleistä informatiivista keskustelua yksikössä, dialogia esimiehen ja virheen tehneen henkilön kesken, potilaan informointia sekä omaisten informointia. (Kuisma 2010.) Jotta virheistä voidaan oppia, edellyttää se henkilökunnan keskeistä keskustelua osastokokouksissa tai muissa yhteyksissä. Palautteen ja keskustelun avulla henkilökunta voi oppia ja yksikköön voi syntyä virheitä ennaltaehkäisevä ilmapiiri. Potilaalle ilmoitetaan selkeästi, että on tapahtunut virhe. Potilaalle kuvataan, millainen virhe tapahtui ja miten virheiden uusiutumista yksikössä yritetään estää. Organisaatiossa tulisi olla järjestelmä, joka aktivoi virheistä oppimiseen. (Palonen & Mustajoki 2005, 390-392.)

Lain mukaan jokaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tulee olla ajantasainen potilasturvallisuussuunnitelma. (30.12.2010/1326). Potilasturvallisuussuunnitelman tarkoitus on vähentää haittoja ja hoitovirheitä. Potilasturvallisuussuunnitelmassa on sovittava menettelytavat, miten potilaalle ja omaisille annetaan tieto tapahtuneesta hoitovirheestä tai haitasta. Suunnitelman sisällön tulisi lisäksi kattaa seuraavat asiat: potilasturvallisuuden johtaminen ja vastuhenkilöt, henkilöstöjohtaminen ja avoin turvallisuuskulttuuri, henkilöstön osallistuminen, henkilöstön perehdyttäminen ja koulutus, potilaan ja läheisten osallistuminen, laadunhallinta-asiakirjat, turvallisuusriskien hallinta, dokumentointi ja tiedonkulku, raportointi ja ilmoitusjärjestelmät sekä korjaavat toimenpiteet ja alueellinen yhteistyö. (Potilasturvallisuusopas 2011, 10- 13.)

3.4 Henkilöstön rakenne

Laadukkaassa palvelussa tulee olla oikein mitoitettu henkilöstö. Terveyskeskuspäivystyksessä henkilöstö koostuu sairaanhoitajista, lääkäreistä sekä vastaanotossa työskentelevästä henkilökunnasta. Päivystyshoitotyö on luonteeltaan haastavaa ja vastuullista. Se edellyttää hoitajalta empaattisuutta, nopeita päätöksentekotaitoja ja laajoja osaamisvaatimuksia. Vaativuus, vuo-

rotyöluonne ja usein koulutuksen riittämättömyys vähentävät henkilöstön saatavuutta. Tällöin tarvitaan ulkoistamista ja vuokratyövoimaa. (Koponen & Sillanpää 2005, 20.)

Terveydenhuoltolain 4 §:n (30.12.2010/1327) mukaan terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Yhteispäivystyksessä tulee huomioida monialainen asiakaskunta ja sen edellyttämät vaatimukset henkilöstörakenteelle. Tarkoituksenmukaisella henkilöstörakenteella pystytään turvaamaan potilasturvallisuus, henkilöstön työturvallisuus ja hoidon laatu. (Sillanpää & Vesivalo 2014, 2- 3.) Pitkällä tähtäimellä ei ole kestäväää säästää koulutetusta työvoimasta, sillä sen vaikutukset näkyvät nopeasti potilasturvallisuudessa sekä henkilökunnan hyvinvoinnissa. Myöhemmin vaikutukset ilmaantuvat lisääntyneinä terveydenhuollon kustannuksina. Amerikan sairaanhoitajaliitto (ANA) on ajanut aktiivisesti turvallisen sairaanhoitajamitoituksen saamista lainsäädäntöön. Liitto muistuttaa muun muassa, että vähennykset sairaanhoitaja-potilas-suhdeluvussa lisäävät lääkitysvirheitä, infektioita, makuuhaavoja, keuhkokuumeita, sydänpysähdyksiä ja äkkikuolemia. Riittävä sairaanhoitajamäärä vähentää komplikaatioita ja tuo säästöjä. (Kestävä ja turvallinen henkilöstörakenne 2014.)

Hyvinkään yhteispäivystyksessä päivystää arkisin ja viikonloppuisin klo 8-20 pääasiallisesti kaksi lääkäriä. Maanantaille on hankittu vuonna 2008 kolmas lääkäri. Yöaikoina päivystää yksi lääkäri. Lääkärimäärä on pysynyt vuodesta 2008 samana, vaikka kävijämäärät ovat kasvaneet. Kävijämäärä on kasvanut vuodesta 2008 vuoteen 2011 noin 2 000 kävijällä. Hyvinkään yhteispäivystyksessä on pyritty siirtämään tehtäviä lääkäriltä sairaanhoitajille mahdollisimman paljon. Vuonna 2011 yhteispäivystyksessä lääkärin vastaanotolla kävi 25 353 asiakasta. Sairaanhoitajan vastaanotolla kävijöitä oli 6 482. Sairaanhoitajat hoitavat noin joka viidennen yleislääketieteen päivystyspotilaan, ja heitä koulutetaan aktiivisesti lisääntyneisiin tehtäviin. (Yhteispäivystystoimikunnan raportti 2012.)

3.5 Oikea-aikaisuus

Oikea-aikaisuudella tarkoitetaan asiakkaan terveydentilan mukaan ajoitettua hoitoa. Terveyskeskuspäivystyksessä hoidetaan välitöntä hoitoa tarvitsevia asiakkaita. (Syväoja & Äijälä 2009, 93- 99.) Hoidon tarpeen arviointi on portti hoitoon. Lain mukaan potilaalla on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Vuonna 2005 voimaantullut hoitotakuu takaa potilaan oikeuden hoidontarpeen arviointiin. Lain mukaan hoidon tarpeen arvioi terveydenhuollon ammattihenkilö. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.)

Oikea-aikaisuutta arvioidessaan hoitaja voi käyttää apunaan kiireellisen hoidon arviointiin triagea ja kiireettömän arvioimiseen sosiaali- ja terveysministeriön suosituksia ja käypähoitosisuoksia. (Syväoja & Äijälä 2009, 93- 99.)

Terveydenhuoltolaissa todetaan, että kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin tulee tapahtua 3 arkipäivän sisällä yhteydenotosta. Hoidontarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi katsottu hoito tulee järjestää 3 kk:n kuluessa hoidon tarpeen toteamisesta. Hoitoon pääsyä voidaan lykätä kolmella kuukaudella, mikäli se ei vaaranna potilasturvallisuutta. Yhteys terveyskeskukseen tulee saada välittömästi ja kiireelliseen hoitoon tulee päästä välittömästi.

(30.12.2010/1327.) Nykyisillä terveydenhuollon resursseilla kaikkia hoitoa tarvitsevia on mahdotonta hoitaa heti. Jos terveyskeskuksen tai sairaalan resurssit eivät riitä hoidon järjestämiseen enimmäisajassa, on hoito hankittava muilta palveluntuottajilta, esimerkiksi yksityiseltä sektorilta. (Kotisaari & Kukkola 2012, 8- 10).

Hoitajalta edellytetään kykyä arvioida potilaan tila ja tehdä hoitoratkaisut potilaan terveyttä edistäen. Luottamusta ja turvallisuutta herättää kun potilasta informoidaan potilaan ymmärtämällä tavalla. Myös omaisten tiedonsaanti on tärkeää. Linkin ja Paavilaisen (2010, 312- 313) mukaan läheisten hoitoon osallistumista koskevassa tutkimuksessa kehittämiskohteeksi nousi riittävän tiedon antaminen läheisille päivystyspoliklinikalla odottamisen syistä ja siitä, miten läheiset voisivat parhaiten auttaa potilasta. Potilas odottaa, että hänelle kerrotaan sairauden hoidontarpeen arvioidusta kiireellisyydestä, hoidon toteuttamisen ajankohdasta ja arvioinnin perusteluista. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 10- 12). Potilas odottaa tulewansa autetuksi ajallaan (Koponen & Sillanpää 2005, 24).

3.6 Hoitoympäristö

Hoitoympäristö on osa palvelua. Odotustilan viihtyisyys vaikuttaa potilaan hyvään oloon ja auttaa kestämaan usein välttämätöntä odotusaikaa. Hyvällä hoitoympäristöllä voidaan lisätä uskoa omaan parantumiseen ja vaikuttaa potilaan mielialaan tilanteessa, jossa sairastuminen aiheuttaa huolta ja pelkoa. (Koponen & Sillanpää 2005, 25- 26.)

Kivelän (2012, 12- 14) mukaan myös hoitoympäristön suunnittelussa lähtökohtana on asiakaskeskeisyys. Asiakkaat pitävät tärkeänä hoitoympäristössään perhekeskeisyyttä, yksityisyyttä, turvallisuutta, viihtyisyyttä ja esteettisyyttä. Koposen ja Sillanpään (2005, 25- 26) mukaan myös esteetön kulku ja riittävä valaistus ovat tärkeitä.

Esteettisyyden luomisessa taide on laajalti omaksuttu. Taide tuo lohtua, se antaa esteettisen kokemuksen rikastuttamalla aisteja ja avartamalla tietoisuutta. Taide-elämys parhaimmillaan antaa mahdollisuuden yhteisiin kokemuksiin ja yhteenkuuluvuuden tunteeseen. (Falck 2012.)

4 Asiakastyytyväisyys

Asiakastyytyväisyys käsitteenä kuvaa asiakkaan odotusten täyttymistä. (Haverinen, Holma, Lempinen, Outinen 1999, 9). Asiakastyytyväisyys on subjektiivinen kokemus. Sen mittaaminen on moniulotteista ja koostuu useista osa-alueista. Asiakastyytyväisyyden osa-alueina pidetään henkilöstön ammatillis-teknillistä osaamista, ympäristöä, palvelun sujuvuutta, inhimillistä kanssakäymistä ja vuorovaikutusta asiakkaan kanssa sekä tiedonsaantia. (Härkönen 2005, 14.) Asiakas on tyytyväinen saamaansa hoitoon, jos hän hoitokäynnin päätteeksi voi todeta että häntä kohdeltiin hyvin ja hänen saamansa hoito ja palvelu oli asiantuntevaa ja pätevää. (Kotisaari & Kukkola 2012, 51).

Asiakastyytyväisyysmittausten tavoite terveydenhuollossa on palvelujen koetun laadun seuranta, palvelujen kehittämiskohteiden havaitseminen, oman toiminnan saaman arvioinnin vertaaminen muihin vastaaviin laitoksiin ja laatutyöskentelyyn oleellisesti liittyvän henkilökunnan motivointi parempaan palveluun. Viimeksi mainittua tavoitetta on pidettävä erityisen tärkeänä, sillä henkilöstön saaman palautteen, arvostuksen ja tunnustuksen puutteellisuus on tämänhetkisten laatujärjestelmien suurimpia heikkouksia Suomessa. Siten asiakas- ja potilastyytyväisyysmittausten palautteen työstäminen myös tähän tarkoitukseen on ensiarvoisen tärkeää. (Räsänen 1996, 3148.)

Asiakkaan oikeus valita hoitopaikkansa julkisessa terveydenhuollossa laajenee koko maan kattavaksi vuonna 2014. Tämä edellyttää avointa, tasapuolista ja luotettavaa tiedonantoa palveluiden sisällöstä ja laadusta. Uudistuksen ansiosta terveydenhuollossa asiakas tullaan näkemään kuluttajana, jolla on vapaus valita hänelle parhaiten sopiva palveluntarjoaja. Asiakas on potilas vasta hoitosuhteen syntyessä (Jonsson, Virtanen 2014, 2070- 2073.)

Tavallinen tapa mitata asiakastyytyväisyyttä on tehdä asiakastyytyväisyystutkimus. Aineistoa voi kerätä monella tapaa. Perusmenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, dokumentit ja kysely. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 186- 187.) Tässä tutkimuksessa käytin aineistonkeruumenetelmänä kyselyä.

4.1 Asiakastyytyväisyyden tutkiminen

Asiakastyytyväisyys käsitteenä kuvaa asiakkaan odotusten täyttymistä. (Haverinen ym. 1999, 9). Asiakastyytyväisyys on subjektiivinen kokemus. Sen mittaaminen on moniulotteista ja koostuu useista osa-alueista. Asiakastyytyväisyyden osa-alueina pidetään henkilöstön ammatillis-teknillistä osaamista, ympäristöä, palvelun sujuvuutta, inhimillistä kanssakäymistä ja vuorovaikutusta asiakkaan kanssa sekä tiedonsaantia. (Härkönen 2005, 14.)

Asiakastyytyväisyyssmittauksilla tuotetaan tärkeää tietoa palvelun laadusta. Laatu on tärkeä asiakastyytyväisyyteen vaikuttava tekijä. Asiakastyytyväisyyssmittauksilla on lisäksi neljä muuta tavoitetta. Tutkimusten avulla pyritään selvittämään, mitkä tekijät tuottavat asiakastyytyväisyyttä. Tämänhetkinen asiakastyytyväisyyden taso selkeyttää organisaation tilaa ja kehitystarpeita. Mittauksilla halutaan lisäksi tuottaa toimenpide-ehdotuksia palvelun laadun parantamiseksi ja seurata kehittyvää asiakastyytyväisyyttä. Asiakastyytyväisyyttä tutkittaessa tarvitaan erilaisia asiakastyytyväisyystutkimuksia ja suoraa palautetta. Suoraa palautetta voi kerätä heti palvelukontaktin jälkeen pyytämällä asiakasta antamaan palautetta omin sanoin. (Ylikoski 1999, 155- 165.)

Asiakastyytyväisyyttä tutkittaessa on tärkeä selvittää asiakastyytyväisyyttä tuottavat tekijät. Näitä kutsutaan kriittisiksi tekijöiksi. Ne ovat palvelun ominaisuuksia, jotka ovat ehdottoman tärkeitä asiakkaille. Palvelun epäonnistuminen kriittisissä tekijöissä johtaa asiakkaan tyytymättömyyteen. (Ylikoski 1999, 151.)

Tavallinen tapa mitata asiakastyytyväisyyttä on tehdä asiakastyytyväisyystutkimus. Aineistoa voi kerätä monella tapaa. Perusmenetelmiä on haastattelu, havainnointi, dokumentit ja kysely. (Hirsjärvi ym. 2008, 186- 187.) Tässä tutkimuksessa käytin aineistonkeruumenetelmänä kyselyä.

4.2 Asiakastyytyväisyystutkimus julkisissa palveluissa

Suomen julkishallinnossa on viime vuosikymmeninä alettu arvioida ja kehittää julkisia palveluja. Eri tahoilla tapahtuvan julkisten palvelujen arviointitoiminnan suunnittelun ja päätöksenteon pohjaksi tarvitaan yhteistä näkemystä arvioinnin kokonaisuuden järjestämisestä. Lisäksi tarvitaan toiminnalliset suunnitelmat tavoitteisiin pääsemiseksi. Suomen Kuntaliiton, Sisäasiainministeriön ja valtiovarainministeriön keskusteluavauksessa keskitytään näihin aiheisiin tekemällä yleislinjauksia ja suosituksia julkisten palvelujen arvioinnin päämääristä, tavoitteista, näkökulmista sekä arviointityön yleisistä periaatteista. Keskustelualoitteessa painotetaan kokonaisuuden hahmottamisen tärkeyttä sekä arviointia toiminnan kehittämisessä. Keskusteluavauksella halutaan etsiä yhteisiä tavoitteita ja päämääriä arvioinnin järjestämiseksi ja keskustella siitä, kuinka arvioinnin avulla voidaan kehittää omaa toimintaa osana julkisten palvelujen kokonaisuutta. (Tuottavuudella tulevaisuuteen 2001.)

Peruskysymys julkisten palveluiden arvioinnissa on, kuinka hyvin julkisessa palvelutehtävässä on onnistuttu tai edistytty suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin ja määriteltyihin tavoitteisiin. Julkisen palvelutoiminnan yhteinen arvopohja ja arvioinnin perusta perustuu kansalaisten perusoikeuksiin, yhdenvertaisuuteen, tasa-arvoon ja demokraattisuuteen. Julkisten

palvelujen arviointi edellyttää yhteistyötä. Tämä taas antaa aihetta arvioinnin yhteisten pelisääntöjen ja periaatteiden luomiselle. Arvioinnin ensisijainen tehtävä on toiminnan kehittäminen oman toiminnan tuntemisen lähtökohdista. Arvioinnin tulee kohdistua strategisesti tärkeisiin asioihin ja toimintoihin. Kokonaisvaltainen toiminnan arviointi on tärkeä osa kaikkien julkisten palvelujen järjestäjien sekä niitä ohjaavien tahojen talouden ja toiminnan suunnittelua. Arvioinnin on oltava monipuolista. Julkisten palvelujen arvioinnin osa-alueet ovat toiminnan tehokkuus sekä toiminnan suunta ja vaikuttavuus asiakkaan, yhteiskunnan ja koko palvelujärjestelmän näkökulmasta. (Tuottavuudella tulevaisuuteen 2001.)

Ulkoinen arviointi ja itsearviointi ovat julkisen arvioinnin keinoja. Itsearviointiin tulee sisältää organisaation toiminnan arviointia. Itsearviointiin liittyy ulkopuolisten sidosryhmien arviointia esimerkiksi asiakkailta kerätyn palautteen muodossa. Ulkoisessa arvioinnissa painottuu tutkimuksellinen ote. Ulkoista arviointia tulee tehdä säännöllisesti. Ulkoisella arvioinnilla tarkoitetaan palveluntuottajien, laitosten ja virastojen kokonaisarviointeja. Arviointiprosessilla tuetaan arviointitietoa, jota analysoidaan, yhdistellään ja jalostetaan sekä otetaan käyttöön toiminnan kehittämiseksi. Sisäinen ja ulkoinen arviointi yhdessä tukevat tulosohtojausta. (Tuottavuudella tulevaisuuteen 2001.)

Arvioinnin osa-alueita ovat johtaminen ja henkilöstö, palvelurakenteet ja prosessit, laatu ja asiakastyytyväisyys sekä sisäinen taloudellisuus ja tuottavuus ja tehokkuus. Julkisen palvelutuotannon perusluonteesta johtuen on huomioitava, ettei palvelujen arviointia ja kehittämistä voida tehdä pelkästään asiakastyytyväisyyden tai -tyytymättömyyden perusteella. Julkisten palvelujen laadussa on huomioitava lisäksi kansalaisten tasavertaisuus ja palvelujen saatavuus. Poliittisten päätöksentekijöiden näkökulmasta tärkeää on arvioida kansalaisten ja yritysten tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä verovaroin tuotettuihin yhteiskunnan palveluihin. Palvelun tuottajan ja tilaajan kannalta tärkeitä asioita ovat asiakkaiden kokema palvelujen laatu sekä laatu ja asiakastyytyväisyys suhteessa muihin palvelujen tuottajiin. Palveluja käyttävä asiakas arvioi laatua palvelutilanteessa kokemansa perusteella ja vertaamalla palvelusta saamaansa laatua omiin odotuksiinsa ja tarpeisiinsa. Palvelun loppukäyttäjän pääkiinnostuksen kohde on tietyllä hetkellä koettu ja tiettyyn tarpeeseen saatu palvelu. Palvelujen laatua arvioidaan esimerkiksi välittömästi palvelun jälkeen kerätyllä palautteella ja asiakastyytyväisyysmittauksilla. Taulukossa 1 on havainnollistettu arvioinnin eri osapuolten näkökulmat arvioinnin sisällöstä. (Tuottavuudella tulevaisuuteen 2001.)

ARVIOINNIN KOHDE /OSAPUOLI	Poliittinen päätöksentekijä	Palvelujen tuottaja	Palvelujen loppukäyttäjä ja rahoittaja
-------------------------------	-----------------------------	---------------------	--

PALVELUJEN VAIKUTTAUVUUS	→ (yhteis-)kunnallinen vaikuttavuus (kansanterveys, työllisyys, sivistys, markkinoiden toimivuus jne.) → lainsäädännön toteutuminen strategioiden toteutuminen	→ lainsäädännön mukaisten palvelujen tuottaminen → toiminnan tulokset → palvelujen oikea kohdentuminen ja ajoittuminen	→ palvelujen vaikutus omaan hyvinvointiin ja toimintaan → kansalaisten oikeusturva → lainsäädännön suomat toimintapuitteet
PALVELUJEN TALOUDEL- LISUUS JA TUOTANTO- TEHOKKUUS	→ verovaroin tuotettujen palvelujen taloudellisuus ja tuotantotehokkuus → eri tavoilla tuotettujen palvelujen taloudellisuuden vertailu	→ kustannustehokkuus → resurssien oikea kohdentuminen palveluja tuottavissa yksiköissä → resurssien riittävyys suhteessa asetettuihin tavoitteisiin	→ vastinetta maksetuille veroille
PALVELUJEN LAATU JA ASIAKAS- TYTYVÄISYYS	→ palvelujen kokonaislaatu → kansalaisten ja yritysten tyytyväisyys saamiinsa yhteiskunnan tuottamiin palveluihin	→ asiakkaiden kokemaa palvelun laatua → palvelujen laatu suhteessa muihin palvelun tuottajiin (julkisiin ja yksityisiin)	→ koettu palvelun laatu → palvelun tuottajan kyky vastata ja ennakoida palvelun käyttäjän ja rahoittajan tarpeisiin
PALVELURAKENTEET JA PROSESSIT	→ (yhteis-)kunnan palvelurakenteiden ja -prosessien toimivuus → (yhteis-)kunnan infrastruktuurin toimivuus	→ palvelujen organisointi ja tuottamistavat → palveluprosessit ja -ketjut	→ palvelujen toimivuus palvelutilanteessa
JOHTAMINEN JA HENKILÖSTÖ	→ strategiat → (strateginen) johtaminen → palvelualojen ja ammattiryhmien osaaminen ja työkyky	→ johtaminen (strateginen ja päivitaisjohtaminen) → henkilöstön * osaaminen, ammattitaito ja sen kehittäminen * työssä jaksaminen	→ henkilökunnan * ammattitaito * työssä jaksaminen

Taulukko 1: Arvioinnin osapuolet ja esimerkkejä arvioinnin kohteista (Tuottavuudella tulevaisuuteen 2001).

4.3 Kysely tutkimusmenetelmänä

Kysely on tutkimusmenetelmä, jossa aineisto kerätään kohdehenkilöiden joukosta valitulta otokselta. Kyselytutkimuksen etuna on, että aineisto voidaan kerätä monelta koehenkilöltä ja kysyttäviä asioita voi olla laajasti. Aineisto käsitellään yleensä kvantitatiivisesti. Tiedon käsittelyyn on kehitetty analysointiohjelmia. Kyselymenetelmän tehokkuus säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. (Hirsijärvi ym. 2008, 186- 197.)

Kyselyä tutkimusmenetelmänä käytettäessä päätetään halutaanko tutkia yksittäistä palvelutapahtumaa vai tyytyväisyyttä palveluun kokonaisuudessaan. Kyselylomakkeen kysymykset laaditaan tavoitteeseen sopiviksi. Yksittäistä palvelutapahtumaa tutkittaessa voidaan käyttää vanhoja, olemassa olevia mittareita, jotta tuloksia voidaan verrata keskenään. Tämä mahdollistaa kehittymisen seurannan pidemmällä aikavälillä. (Ylikoski 1999, 160- 165.)

Kyselyssä voi olla erilaisia kysymystyyppejä. Kysymystyyppi valitaan sen mukaan, mitä tietoa halutaan kerätä. Avomissa kysymyksissä esitetään kysymys ja jätetään tila vastausta varten. Monivalintakysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee parhaiten hänelle sopivan vaihtoehdon. Likertin asteikolla tarkoitetaan kysymystyyppiä, jossa kysymyksenä on esitetty väittämä. Vastausvaihtoehdot muodostavat moniportaisen skaalan. Vastaaja valitsee vaihtoehdon sen mukaan, miten voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä. Tutkimuksessa on usein syytä käyttää useita kysymystyyppejä samanaikaisesti. (Hirsijärvi ym. 2008, 186- 197.)

Kyselylomaketta laadittaessa tulee kiinnittää huomiota sen ulkoasuun. Lomakkeen tulee näyttää helposti täytettävältä. Lomakkeeseen tulee liittää lähetekirjelmä, jossa ilmenee kyselyn tarkoitus, tärkeys sekä merkitys vastaajalle. (Hirsijärvi ym. 2008, 186- 197.) Kun mittari on valmis, aloitetaan aineiston keruu. Aineiston keruun voi suorittaa postitse, internetissä tai kyselylomakkeen avulla. Aineiston keruun jälkeen se analysoidaan. Tutkimuksen tuloksena saadaan selville asiakastyytyväisyyden taso. (Ylikoski 1999, 165.)

Opinnäytetyössäni käytin kyselylomaketta, jossa oli viisiportainen Likert-asteikko. Kysymykset oli muotoiltu väittämän muotoon, ja vastausvaihtoehdot koostuivat tyytyväisyyttä kuvaavista vaihtoehdoista. Asiakkaan vastaukset koostuivat mielipiteistä, joissa väittämän kanssa oltiin joko täysin samaa, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Väittämät oli muotoiltu positiivisiksi väittämiksi, jolloin vaihtoehto ”täysin samaa mieltä”, kuvasi suurinta mahdollista tyytyväisyyttä. Lomakkeessa otsikon alla oli lyhyt saate tutkimukseen. Siinä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksen toteuttaja.

5 Tutkimuksen toteutus

Arja-Helena Merosen ehdotus Laurean opiskelijoille opinnäytetyön aiheeksi koski Hyvinkään terveyskeskuspäivystyksen asiakastyytyväisyyden tutkimista. Tutkimuksen tavoite oli kerätä ja

analysoida asiakaspalautetta päivystyksen toimivuudesta sekä mitata odotusaikoja. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Hyvinkään terveyskeskuspäivystyksen asiakkaat. Hyvinkääläisten terveyskeskuspäivystys toimii Hyvinkään sairaalassa 24 t/vrk. Päivystyksessä hoidetaan välitöntä lääkärin hoitoa vaativia potilaita, joiden sairauden hoitoa ei voi siirtää myöhemmäksi. Ilmoitautuminen päivystykseen tapahtuu paikan päällä. (HUS 2013.) Tutkimuskysymykset olivat:

Ovatko asiakkaat tyytyväisiä päivystystoiminnan palveluihin?

Mihin palvelun osa-alueeseen ollaan tyytyväisiä?

Missä on parannettavaa?

Mikä on keskimääräinen odotusaika ja onko se valtakunnallisen suosituksen raameissa?

Miksi yhteispäivystys on ruuhkautunut?

Lokakuussa 2012 alkoi suunnittelu yhteistyössä Hyvinkään terveyskeskuksen johtavan ylihoitajan Eeva Kauppisen, opiskelijavastaava Taina Tauruksen sekä opinnäytetyönohjaajan Tero Uusitalon kanssa. Ensimmäinen tapaaminen tutkimuksen tilaajan kanssa Hyvinkään pääterveysasemalla oli 2.10.2012 klo 13. Tapaamisessa oli läsnä minun lisäksi ylihoitaja Eeva Kauppinen ja opiskelijavastaava Taina Taurus. Palaverissa keskustelimme kyselyn tavoitteista, aikataulusta ja asiakastyytyväisyyttä mittaavista tekijöistä. Sovimme, että tulokset ovat valmiina joulukuussa 2012 ja kysely toteutetaan, kun siihen sopiva kyselylomake on valmiina. Taina Taurus toimitti minulle valmiin HUS:n poliklinikan asiakkaille tarkoitetun lomakkeen, jota voisin mahdollisesti hyödyntää. Kyselyssä keskeistä oli kartoittaa asiakkaiden tyytyväisyyttä palvelun laadusta sekä mitata odotusaikoja. Taina Taurus nimettiin yhteyshenkilöksi käytännön asioiden järjestämisessä.

5.10.2012 alkoi kyselylomakkeen muokkaaminen. Taina Taurus välitti minulle HUS:n asiakkaille tehdyn lomakkeen. Aloitin lomakkeen muokkaamisen ja se oli valmiina 10.10.2012. Seuraavaksi sovimme tapaamisen terveyskeskuksen johtajan Harri Elorannan ja Eeva Kauppisen kanssa. Palaverissa 26.10.2012 kävimme läpi kyselylomaketta ja teimme siihen tarvittavia muutoksia. Kyselyn tavoitteeksi tuli lisäksi mitata odotusaikoja eri vuorokauden aikoina ja viikon ajan. Kysely jaettiin kaikille hyvinkääläisille asiakkaille päivystyksen vastaanotossa. Lomakkeita jaettiin 150 kappaletta, koska tämä määrä kattoi päivystyksen asiakkaat viikon ajalta. Tämän tarkoituksena oli saada odotusaikoja koskevia tuloksia jokaiselta viikon päivältä, jolloin pystyimme vertailemaan tuloksia päivien mukaan. Palaverissa sovimme tutkimusluvan hakemisesta. Hain tutkimusluvan, jonka myönsi Harri Eloranta.

Lupa-asian varmistuttua sovimme Taina Tauruksen kanssa aineiston keräämiseen liittyvistä käytännön asioista. 7.11 toimitimme kyselylomakkeet päivystykseen. Tiedotimme vastaanottohenkilökunnalle aineiston keruusta. Jokaiselle hyvinkääläiselle päivystysasiakkaalle jaettiin lomake vastaanottoon ilmoittautumisen yhteydessä. Odotusaulaan sijoitimme keräyslaati-

kon, johon täytetyt lomakkeet laitettaisiin. Vastaanottohenkilökunta sai yhteystietoni, jotta minulle ilmoitetaan, kun lomakkeet on jaettu. 20.11.2012 sain tiedon päivystyksestä, että kaikki lomakkeet on jaettu. Seuraavaksi alkoi tulosten analysointi, johon sain ohjausta Tero Uusitalolta. Tulokset analysoitiin Excel 2010 -ohjelmalla. 4.12.2012 tein Excel-taulukot ja analysoinnin Tero Uusitalon ohjauksessa. 13.12.2012 mennessä kirjoitin tulokset auki. Lähetin tulokset vielä Uusitalolle kommentoitavaksi ja muokkasin ne valmiiksi raportiksi kommenttien pohjalta. 18.12.2012 raportti oli valmis luovutettavaksi tilaajalle.

Teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen alkoi myöhemmin. Helmikuussa 2013 aloin hahmottelemaan viitekehystä tutkimuksen ympärille. Tutustuin kirjallisuuteen selailemalla aikaisempia opinnäytetyötä Theseus-tietokannasta sekä lääketieteen aikakauslehdistä löytämistäni asiakastyytyväisyyttä käsittelevistä tutkimuksista. Tähän tutkimukseen sopivia aineistoja löytyi helposti, ja suurin haaste oli valita lukuisien käyttökelpoisten aineistojen joukosta eniten tutkimusta vastaavat aineistot. Kirjallisuuteen perehtyminen jatkui samalla kun kirjoitustyö eteni alkuvuoden 2013 aikana. Opinnäytetyöohjaajaltani sain kommentteja työn etenemiseksi ja aiheen rajaamiseksi aina kun työn eteneminen tuntui mahdottomalta ja rajaaminen lähti rönsyilemään. Lopulliseen muotoonsa hioin opinnäytetyön keväällä 2015.

5.1 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka laadittiin HUS:n tekemän asiakastyytyväisyyskyselylomakkeen pohjalta. Alkuperäinen lomake muokattiin vastaamaan päivystysasiakkaiden tyytyväisyyden selvitystä.

20.10. 2012 pidettiin palaveri, johon osallistui Eeva Kauppinen ja Harri Eloranta. Lokakuun palaverissa kävimme läpi kyselyyn liittyviä asioita. Palaverissa sain edelleen ohjeita lomakkeen muokkaamista varten ja sovimme kyselyn toteuttamisen käytännön asioista. Kyselyn tavoitteena on kerätä hyvinkääläisten palautetta terveyskeskuspalveluista. Kysely jaetaan vastaanotossa hyvinkääläisille terveyskeskusasiakkaille. Kyselyssä selvitetään asiakkaan kokemuksia palveluista lääkärikäynnin jälkeen koko Terveyskeskus-asiointi prosessista. Asiakkaalta haluttiin tietää, kauanko palvelun saaminen kesti, saiko asiakas avun vaivaansa, jonka takia oli tullut päivystykseen, ja saiko hän riittävän selkeät jatkohoito-ohjeet henkilökunnalta. Lomakkeessa halutaan kartoittaa asiakkaan kokemuksia lääkärin ja hoitajien antamasta hoidosta, ohjauksesta sekä asiakaspalvelusta.

Tässä tutkimuksessa käytin puolistrukturoitua kyselylomaketta (liite 1.) valmiine vastausvaihtoehtoineen. Se sisältää kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja, jotta tuloksia on helppo käsitellä ja analysoida tietotekniikkaa hyväksikäyttäen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 190). Kyselylomakkeessa on kaksi pääkysymystä, jotka koskevat tiedon saantia ja hoitoa. Valmiit vasta-

usvaihtoehdot laadin kuusiportaiseksi Likert-asteikoksi, jossa hymynaama kuvaa suurinta tyytyväisyyttä ja suupielet alaspäin vähintä tyytyväisyyttä. Kuudes vaihtoehto on valittavissa väittämään, joka ei koske asiakasta. Lomakkeessa on lisäksi vapaamuotoinen kenttä otsikolla kehittämisehdotuksia. Lomakkeen on tarkoitus olla helppo, yksinkertainen ja kohtuullisessa ajassa täytettävissä, jotta mahdollisimman moni pystyisi vastaamaan siihen. Lokakuussa toimitin lomakkeet päivystykseen ja kyselyjen kerääminen alkoi. Kaksi viikkoa myöhemmin lomakkeet olivat valmiina käsittelyä varten.

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 150 ja niitä palautui 68. Vastausprosentiksi muodostui 45 %. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin Excel 2010- ohjelmalla ja avoimet kysymykset sisällytettiin analyysin avulla. Vastausten tallentaminen Excel taulukko-ohjelmaan alkoi 4.12.2012 yhteistyössä opinnäytetyönohjaajan kanssa. Sain ohjeet tilastointia varten ja myöhemmin kävimme läpi taulukoiden tekemistä ja tulosten analysointia. Laadin tulokset taulukoiksi, jotka olivat valmiina 10.12.2012 terveyskeskuksen tarpeita vastaavina. Lisäsin vielä kirjallisen selostuksen tuloksista ja ohjaajan hyväksyttyä tuotoksen, luovutin tulokset tutkimuksen tilaajalle 18.12.2012. Tulokset olivat valmiina sovitun aikataulun mukaisesti.

6 Tulokset

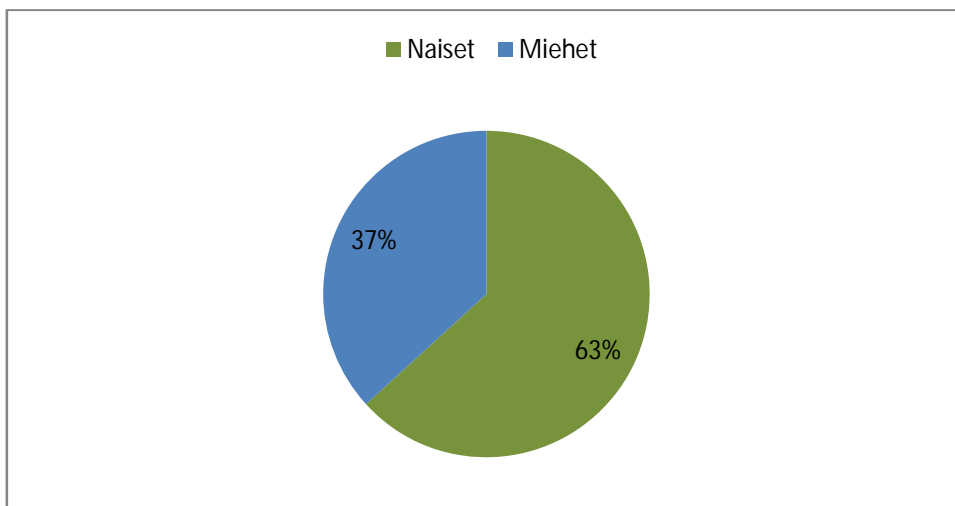
Tutkimustulokset koostuvat 68 vastaajan asiakastyytyväisyysmittauksesta. Asiakastyytyväisyyttä mittaavia muuttujia oli henkilökunnan käytös ja ammattitaito sekä tyytyväisyys tiedonsaantiin ja ohjaukseen päivystyksessä. Tyytymättömyys odotusajan pituuteen oli verrattavissa odotettuun aikaan.

Taustatieto-osassa tutkittavalta haluttiin tietää sukupuoli ja syntymävuosi. Tutkimusjoukosta 63 % oli miehiä ja 37 % naisia. Vastaajien keski-ikä laskettiin syntymävuoden perusteella ja saatiin tulokseksi 24 vuotta. Vastauksia tarkasteltiin ikäryhmittäin. Vertasin myös keskimääräistä odotusaikaa alle 5-vuotiaiden lasten keskimääräiseen odotusaikaan. Alle 5-vuotiaiden lasten odotusajan keski-arvo oli 50 minuuttia koko tutkimusjoukon odotusaika oli 1 tunti 52 minuuttia.

Tutkimuksen tulokset koostuvat odotusajoista, hoitokäynnin pituuksista sekä tyytyväisyydestä palveluiden laatuun. Keskimääräisen odotusajan mittaaminen oli tutkimuksen keskeinen tavoite. Odotusaikojä mittaasin eri viikonpäivinä sekä eri vuorokauden aikoina. Lisäksi vastaukset jaettiin ikäryhmittäin ja selvitettiin odotusaikojä ikäryhmittäin. Palveluiden laadun mittaamisessa haluttiin selvittää tyytyväisyyttä vastaanottohenkilökunnan, sairaanhoitajan sekä lääkärin käytökseen ja ammattitaitoon.

6.1 Tutkimusjoukon kuvaus

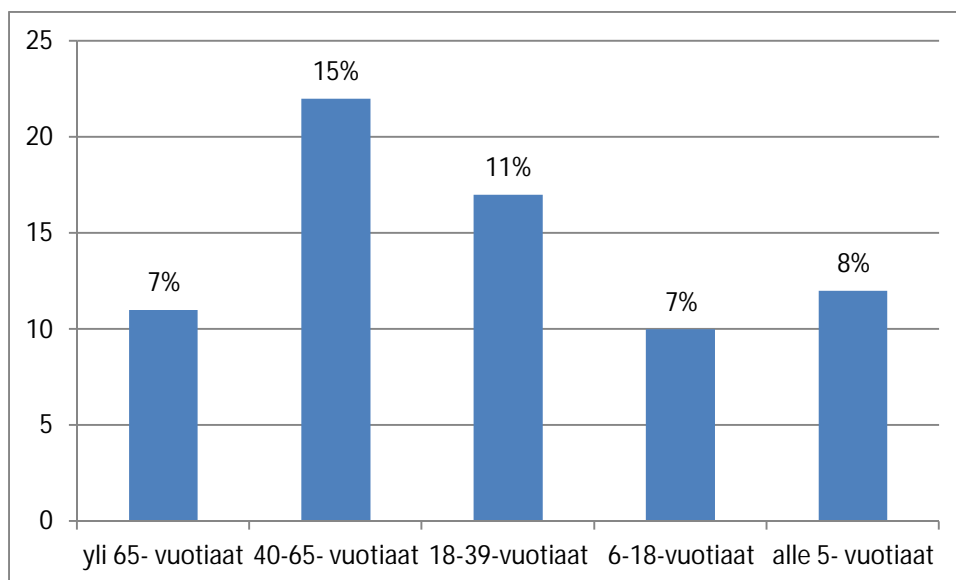
Tutkimusjoukko koostui päivystysasiakkaista, jotka hakeutuivat vastaanotolle 1.11-14.11.2012 välisenä aikana. Vastaajia pyydettiin ilmoittamaan sukupuolensa. Kuviosta 1 havaitaan että vastanneista 43 (63 %) oli naisia ja 25 (37 %) miehiä.



Kuvio 1: Vastaajien sukupuolijakauma

68:sta tutkimukseen osallistuneesta 66 henkilöä oli ilmoittanut ikänsä. Kuviosta 2 havaitaan että vastaajista 7 % oli yli 65-vuotiaita. 40-64-vuotiaita oli 15 %. 18-39-vuotiaita oli 11 %, 6-18-vuotiaita 7 % ja alle 5-vuotiaita 8 % kaikista vastanneista.

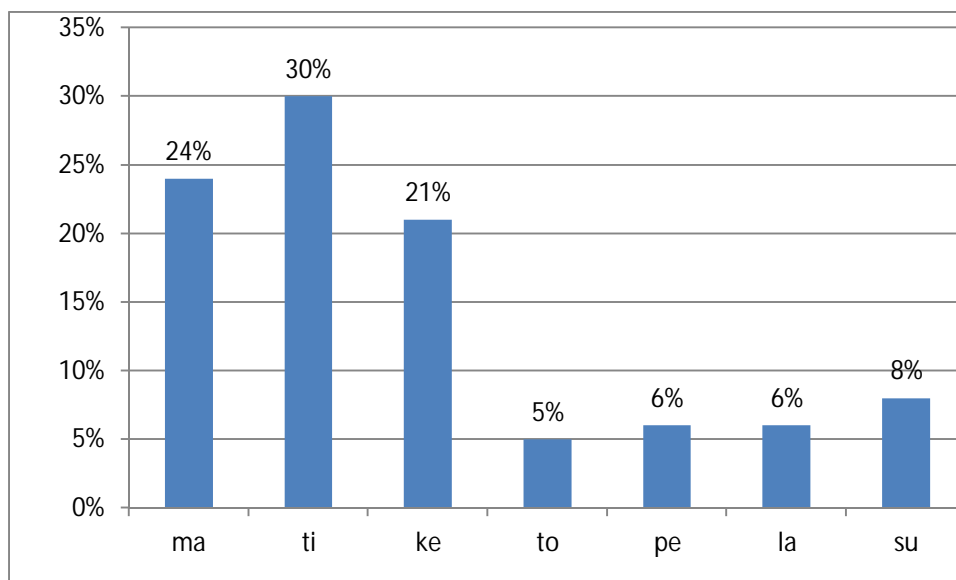
Vastaajien keski-ikä oli 24 vuotta. Iältään nuorin tutkimukseen osallistuja oli alle 5-vuotias ja vanhin 77-vuotias. Vastaajista 48 (71 %) oli itse potilaana ja 20 (29 %) oli potilaan huoltaja tai muu edustaja.



Kuvio 2: Vastaajien jakauma ikäryhmittäin.

6.2 Hoitokäyntien jakauma eri viikonpäivinä

Taustatiedoissa haluttiin tietää kyselyä koskeva hoitokäyntipäivä. Kuviossa 3 on esitetty vastanneiden jakauma eri viikonpäivinä. Suurin osa vastanneista oli käynyt päivystyksessä tiistaina 30 %. Maanantaina käyneitä oli toiseksi eniten 24 % ja keskiviikkona 21 %. Torstaina käyneitä oli 5 %, kun taas perjantaista sunnuntaihin luvut vaihtelivat 6-8 % kävijämäärillä. Ennakkoodotuksista huolimatta tiistaina käyneitä oli tässä tutkimuksessa eniten. Syynä ilmiöön on todennäköisesti se, että maanantaille on virka-ajaksi terveyskeskukseen palkattu yksi lääkäri lisää vuonna 2011. Ruuhkaisin päivä ajoittuu tiistaihin, koska virka-aikana terveyskeskukseen ei resurssien lisäyksestä huolimatta saa aikaa varattua. Asiakkaat yrittävät saada vielä tiistaina ajan virka-aikana, mutta epäonnistuttuaan hakeutuvat päivystykseen. Koko alkuviikkoa maanantaista keskiviikkoon voidaan pitää ruuhka-aikana päivystyksessä tämän tutkimuksen tulosten perusteella.

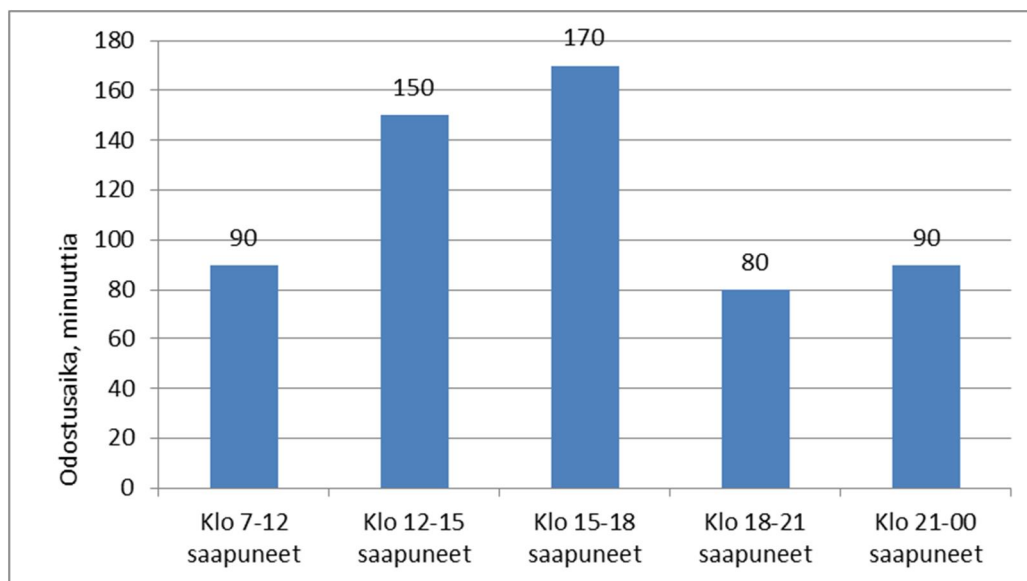


Kuvio 3: Vastanneiden jakauma eri viikonpäivinä

6.3 Hoitokäynnin kesto ja odotusajat

Keskimääräinen odotusaika oli 1 tunti 52 minuuttia. Vastaajista 53 oli vastannut kysymykseen odotusajan pituudesta (Kuvio 4). Odotusajat vaihtelivat 5 minuutista kahdeksaan tuntiin. Keskimääräinen hoitokäynninpituus oli 12 minuuttia. Vastaajista 57 oli vastannut kysymykseen kokonaishoitoajasta josta hoitokäynnin pituus laskettiin. Alle 5-vuotiaiden lasten keskimääräinen odotusaika oli 50 minuuttia.

Klo 7-12 saapuneiden keskimääräinen odotusaika oli 1 tunti 30 minuuttia. Klo 12-15 saapuneiden keskimääräinen odotusaika oli 2 tuntia 20 minuuttia. Klo 15-18 oli ruuhkaisin aika vastaanotolla, jolloin odotusajan keskiarvo oli 2 tuntia 50 minuuttia. Klo 18-21 saapuneet odottivat hoitoon pääsyä keskimäärin 1 tunnin 20 minuuttia. Klo 21-00 saapuneiden odotusaika oli 1 tunti 30 minuuttia. Pisimmät odotusajat sijoittuvat iltapäivään klo 15-18 väliseen aikaan. Muuna aikana odotusajat ovat keskiarvoiltaan samoissa lukemissa. Vaikka keskiarvo pysyi tasaisena vuorokauden eri aikoina, niin vaihtelut aikojen välillä olivat suuria. Odotusajoissa oli yksittäisiä vaihteluja 5 minuutin ja kahdeksan tunnin välillä.



Kuvio 4: Odotusajat saapumisaikojen mukaan

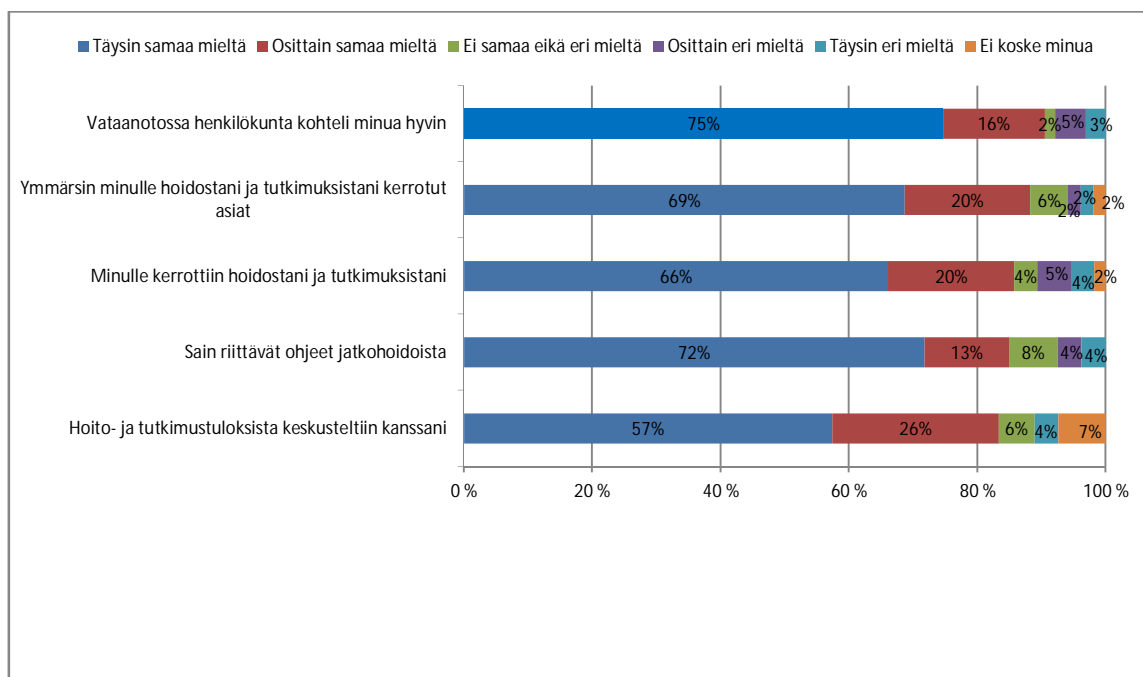
6.4 Tiedon saanti hoidoista ja tutkimuksista

Tutkimuksessa haluttiin selvittää asiakkaiden kokemuksia tiedon saannista hoidosta ja tutkimustuloksista (Kuvio 5). Ensimmäinen väittämä oli "Minulle kerrottiin hoito- ja tutkimustuloksistani". Tämän väittämän kanssa 66 % oli täysin samaa mieltä, 20 % osittain samaa mieltä. Vastaajista 4 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastanneista 9 % koki, ettei hoidoista ja tutkimuksista kerrottu tarpeeksi. 5 % oli osittain eri mieltä ja 4 % vastanneista oli täysin eri mieltä väittämän kanssa. Tähän kysymykseen vastasi 86 % koko kyselyyn vastanneista.

Toinen väittämä oli "Hoito- ja tutkimustuloksista keskusteltiin kanssani". Tämän väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 57 % vastanneista. Osittain samaa mieltä oli 26 % vastanneista. Väittämän kanssa täysin eri mieltä oli 4 %, ja 6 % vastanneista koki, ettei tämä väittämä koskenut heitä. Tähän kysymykseen vastasi 83 % koko kyselyyn vastanneista.

Väittämä 3 oli "Ymmärsin minulle hoidostani ja tutkimuksistani kerrotut asiat". 69 % vastanneista koki ymmärtäneensä hoidoista ja tutkimuksista kerrotut asiat ja he olivat väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Osittain samaa mieltä oli 20 %. Väittämä ei koskenut 2 % vastanneista. 6 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 4 % vastanneista. Tähän väittämään vastasi 88 % kaikista vastanneista.

Väittämä 4 oli "Sain riittävät ohjeet jatkohoidosta". 72 % koki saaneensa riittävät ohjeet jatkohoidoista. 13 % oli väittämän kanssa osittain samaa mieltä. 8 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä oli 8 % vastaajista. Tähän väittämään vastasi 85 % koko kyselyyn vastanneista.



Kuvio 5: Tiedon saanti hoidosta ja tutkimuksista

6.5 Hoidon laatu ja henkilökunnan ammattitaito

Väittämässä 5-10 mitattiin vastaanottohenkilökunnan, sairaanhoitajan ja lääkärin käytöstä sekä ammattitaitoa. Väittämässä 10 haluttiin tietää, saiko asiakas apua vaivaan, jonka takia tuli päivystyspoliklinikalle.

Väittämä 5 oli "Vastaanotossa henkilökunta kohteli minua hyvin". 5 % vastanneista oli samaa mieltä. 16 % oli osittain samaa mieltä ja yhteensä 8 % oli joko osittain eri mieltä tai täysin eri mieltä. 2 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Tähän väittämään vastasi 90 % koko kyselyyn vastanneista.

Sairaanhoitajan käytöstä mitattiin väittämässä 6. Väittämä oli "Sairaanhoitajan käytös oli mielestäni hyvää". Vastaajista 92 % oli tyytyväisiä sairaanhoitajan käytökseen. Tyytyväisistä vastaajista 74 % oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja 18 % osittain samaa mieltä. Tyytymättömiä sairaanhoitajan käytökseen oli 5 % vastanneista. Heistä osittain eri mieltä oli 2 % ja täysin eri mieltä 3 %. 2 % ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa. Väittämä ei koskenut 2 % vastanneista. Tähän väittämään vastasi 92 % koko kyselyyn vastanneista.

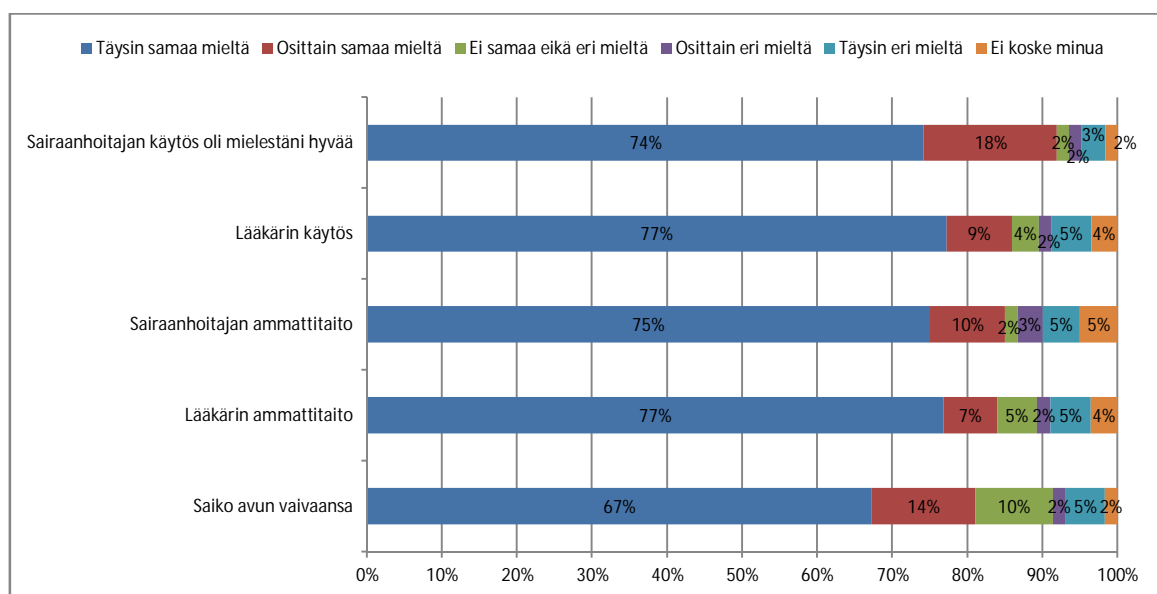
Väittämä 7 oli "Sairaanhoitajan ammattitaito oli mielestäni hyvää." Kysyttäessä sairaanhoitajan hoidon ammattitaidosta 75 % vastanneista oli täysin samaa mieltä. 10 % oli osittain samaa mieltä ja 2 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Osittain eri mieltä oli 3 % ja täysin eri mieltä oli 5

% vastanneista. Kysymys ei koskenut 5 % vastanneista. Tähän väittämään vastasi 85 % koko kyselyyn vastanneista.

Väittämä 8 oli "Lääkäriin käytös oli mielestäni hyvää". Tämän väittämän kanssa 77 % oli täysin samaa mieltä ja 9 % oli osittain samaa mieltä. 4 % ei ollut väittämän kanssa samaa eikä eri mieltä. 2 % oli osittain eri mieltä ja 5 % täysin eri mieltä. Väittämä ei koskenut 4 % vastanneista. Tähän kysymykseen vastasi 86 % kyselyyn osallistuneista.

Väittämä 9 oli "Lääkäriin hoito vastaanotolla oli ammattitaitoista". 77 % vastanneista oli täysin samaa mieltä ja 7 % osittain samaa mieltä. 5 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Vastanneista 2 % oli osittain eri mieltä ja 5 % täysin eri mieltä. Kysymys ei koskenut 4 %:a vastanneista. Tähän väittämään vastasi 84 % koko kyselyyn osallistuneista.

Väittämä 10 oli: " Sain apua vaivaani, jonka takia tulin vastaanotolle". 67 % oli tämän väittämän kanssa täysin samaa mieltä. 14 % oli osittain samaa mieltä. 10 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. 2 % oli osittain eri mieltä ja 5 % oli täysin eri mieltä. Tähän väittämään vastasi 81 % koko kyselyyn vastanneista.



Kuvio 6: Sairaanhoitajan ja lääkäriin käytös sekä avun saanti vaivaansa.

6.6 Asiakkaiden näkemykset kehittämiskohteista

Avoimella kysymyksellä lomakkeen lopussa kysyttiin kehittämisehdotuksia. Tähän oli vastannut (n=70) 31 asiakasta. Palaute oli pääosin hyvää. Nopeasti hoitoon päässeet olivat tyytyväisiä ja vertasivat hoitoon pääsyä aikaisempiin kokemuksiin, jolloin odotusaika oli ollut pidempi. Kyselystä esiin nousseet tärkeimmät kehityskohteet olivat jonotusaikojen lyhentäminen ja

lääkäreiden lisääminen päivystykseen. Myös odotustilojen viihtyvyyteen tulisi kiinnittää huomiota. Odotustilan tärkeimmäksi kehityskohteeksi nousi istuinten mukavuus.

Sairaanhoitajan tehtävien lisäämisellä katsottiin asiakkaiden näkökulmasta olevan positiivinen vaikutus odotusaikojen lyhentämiseen. Sairaanhoitajalle lisättäviin tehtäviin ehdotettiin kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten määräämistä selvissä tapauksissa sekä korvien tutkimista lapsen korvatulehduksessa. Negatiivista palautetta nousi myös siitä, ettei lääkäriin päässyt, vaikka odotustilassa ei ollut jonoa. Tällöin toivottiin henkilökunnan ilmoittavan, miksi odotusaika on pitkä, vaikka jonoa ei ole. Puhelinilmoittautumista päivystykseen ehdotettiin kahdessa palautteessa. Yksi asiakkaista oli odottanut 8 tuntia ja hän palautti kyselylomakkeen revitetyinä.

7 Johtopäätökset

Kysely jaettiin kaikille hyvinkääläisille terveyskeskuspäivystys asiakkaille. Lomakkeita jaettiin 150, joista 68 vastattiin. Lomakkeessa kysyttiin hoidon päättymisaikaa ja kokonaishoitoaikaa. Tämä on saattanut vaikuttaa vastausprosenttiin negatiivisesti, koska vastaaminen on koettu työlääksi hoidon päättymisen jälkeen. Näin ollen suurin osa kyselylomakkeista on jäänyt palauttamatta.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että kyselylomakkeita on jaettu jokaisena vuorokauden aikana ja jokaisena viikon päivänä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittavan anonymiteetti säilyi koko tutkimusprosessin ajan. Potilaille, jotka siirtyivät suoraan päivystyksestä jatkohoitopaikkaan, olisi voinut antaa valmiiksi leimatun vastauskuoren mukaan. Tällöin vastaajia olisi kertynyt enemmän.

Asiakastytyväisyyskyselyn perusteella hyvinkääläiset olivat pääosin tyytyväisiä terveyskeskuspäivystystoimintaan. Lisäksi asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja arvioivat henkilöstön käytöksen ja ammattitaidon hyväksi. Tiedonsaanti hoidosta ja tutkimuksista arvioitiin riittäväksi ja vastaajat kokivat, että keskustelu hoidoista ja tutkimuksesta oli myös riittävää. Suurin osa vastanneista poistui vastaanotosta tyytyväisenä saatuaan avun vaivaansa, jonka takia oli tullut päivystykseen. Avoimesta kysymyksestä ilmeni, että suurinta tyytymättömyyttä aiheutti odotusaikojen pituus, kun odotusajan keskiarvo tutkimustulosten mukaan oli 1 tunti 50 minuuttia. Keski-arvon perusteella odotusaika on kohtuullinen. Ongelmia näyttäisi aiheuttavan se, että tiettyyn aikaan alkuviikosta odotusaika pitenee jopa valtakunnallista neljän tunnin suositusta pidemmäksi. Virka-ajaksi maanantaille on terveyskeskukseen palkattu yksi lääkäri lisää. Tämä vähentää ruuhkaa päivystyksessä maanantaisin, kun päivystykseen kuulumattomat asiakkaat saavat pääasiallisesti ajan varattua terveyskeskukseen. Silti terveyskeskuksen virka-aikana tarjottava lääkäripäivystys vaatii edelleen resurssien lisäystä. Tämä

ilmenee yhteispäivystyksessä, jossa odotusajat alkuviikon päivinä ovat pisimmät ja etenkin klo 15- 18 välinen aika on ruuhkautunut. Tässä kyselyssä pisimpään odottanut asiakas oli odottanut maanantai-iltana 8 tuntia ja palautti kyselylomakkeen revittynä.

8 Pohdinta

Tutkimus tuloksia analysoidessani pohdin yhteispäivystyksen ruuhkahuipun ajoittumista alkuviikkoon. Pohdin myös, onko tähän varauduttu päivystyksessä vai toimitaanko toistuvasti ruuhkautuvina alkuviikon päivinä samoilla resursseilla kuin hiljaisempina loppuviikon päivinä. Pelkästään tutkimukseni perusteella tosin en voi yleistää sitä, että tiistai olisi ruuhkaisin päivä, koska tutkimuksessa tietoja ei kerätty useampana kuin yhtenä tiistaina. Alkuviikon päivinä maanantaina ja tiistaina kävijöitä oli päivän aikana 24-30 %, kun taas torstaista eteenpäin kävijöitä oli 5-8 % kaikista kävijöistä viikon aikana. Yhdessä teorian tiedon ja tämän tutkimuksen valossa on ennustettavissa, että alkuviikko on ruuhkaisin. Maanantaina kävijöitä oli 24 % koko viikon kävijöistä ja tiistaina 30 %. Yhteispäivystystoimikunnan raportissa ilmenee, että maanantaisin virka-aikaan terveyskeskuksessa työskentelee yksi lääkäri enemmän kuin muina päivinä. Tämä näkyy tutkimuksessa siten, että maanantaisin hoitoon hakeutuvat saavat avun terveyskeskuksesta eivätkä he joudu hakeutumaan yhteispäivystykseen. Tiistaisin kävijämäärä yhteispäivystyksessä kasvaa, koska palvelua käyttävät myös asiakkaat, jotka kuuluisi hoitaa virka-aikaan terveyskeskuksessa, mutta joille ei ole aikaa tarjota. Loppuviikosta kävijämäärä yhteispäivystyksessä vähenee ja tämä taas selittyisi sillä, että viikonlopun aikana virka-aikaa odottaneet terveyskeskushoidon tarpeessa olevat asiakkaat ovat saaneet avun vaivaansa joko terveyskeskuksesta tai yhteispäivystyksestä maanantain ja tiistain aikana.

Hyvinkäällä yhtä terveyskeskuslääkärinä kohden on 2200:n potilaan väestö. Väestövastuuta noudattavissa kunnissa potilaita on 1800-2000 asiakasta lääkäriä kohden. Yhteispäivystystoimikunnan raportin mukaan tämä tarkoittaa sitä, että kaikille terveyskeskukseen virka-aikana hoitoon hakeutuville ei ole tarjota aikaa terveyskeskuslääkärille. Yhteispäivystys ruuhkautuu, kun päivystykseen hakeutuu potilaita, jotka kuuluisi hoitaa virka-aikana terveyskeskuksissa. (Yhteispäivystystoimikunta 2012.) Tämän perusteella pääteltävissä on, että ruuhkan ajoittuminen alkuviikolle perustuu siihen, että ryhmä viikonlopun aikana sairastuneita potilaita odottaa maanantaihin, kunnes asiakkaat ottavat yhteyttä terveyskeskukseen. Koska aikaa ei ole virka-ajalla tarjota, hakeutuvat he yhteispäivystykseen ja ruuhkauttavat palvelua. Ratkaisuna tämän tutkimuksen ja teorian tiedon perusteella näkisin resurssien lisäämisen alkuviikoksi terveyskeskuksen tarjoamiin vastaanottoaikoihin. Vaikka tässä tutkimuksessa ongelma näkyi yhteispäivystyksessä, ongelman lähtökohta terveyskeskuksen virka-aikana toteutettavassa lääkärivastaanotossa. Edullisempaa on puuttua ongelman lähtökohtaan kuin siitä aiheutuvaan tekijään.

Kangaspunta, Koskela, Soini & Ryyänen (2011) ovat tutkineet asiakastytyväisyyttä potilaan saaman hyödyn näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan tyytymättömyyttä hoitoon vahvasti mm. odotusajan pituus. Tutkimuksessani mittasin odotusaikoja eri viikonpäivinä arvioidakseni ruuhkaisinta aikaa ja etsiäkseni selitystä yhteispäivystyksen ruuhkautumiseen, pidentyneisiin odotusaikoihin ja kuntalaisaloitteesta kertovaan asiakastytymättömyyteen. Hyvä jatkotutkimuksen aihe olisi mitata odotusajojen yhteyttä asiakastytyväisyyteen. Ovatko pitkään odottaneet asiakkaat muita tyytymättömiä palvelun laatuun yleensä? Hyvinkään terveyskeskuspäivystyksen asiakastytymättömyydestä kertoo kuntalaisaloite, joka koskee yhteispäivystyksen odotusajojen lyhentämistä. Opinnäytetyön tarve lähti kuntalaisaloitteesta, jonka mukaan odotusajat ovat liian pitkiä. Tämän tutkimuksen perusteella odotusaika vastaa valtakunnallista suositusta, sen keskiarvon ollessa 1 t 50 min. Kuitenkin tulosten mukaan ruuhka-aikana odotusaika voi venyä jopa kahdeksaan tuntiin. Valtakunnallisessa suosituksessa odotusajan pituudesta ei määritellä erikseen odotusajan maksimipituutta. Keski-arvona alle neljä tuntia ei ole asianmukainen odotusajan mittari, koska luonnollisesti yöajan ja varhaisen aamun lyhyet odotusajat lyhentävät keski-arvoa. Siitä huolimatta ruuhkaisempina aikoina odotusaika voi olla kohtuuton. Ihmiset hakeutuvat yhteispäivystykseen kiireellisissä tapauksissa, mutta ensihoitoon hengenvaaran uhatessa. Ensihoitoon hakeutuminen ei katso kellonaikaa, mutta yhteispäivystykseen hakeutuvat asiakkaat saattavat odottaa aamuun tai seuraavaan päivään tai hakeutuvat yhteispäivystykseen vasta työvuoronsa päätyttyä. Tämä ruuhkauttaa päivystyksen tiettyinä aikoina. Iltapäivän tunteina klo 15-18 odotusajat ovat keskiarvoa huomattavasti pidemmät. Valtakunnallisen suosituksen lähtökohtana tulisi olla paitsi keski-arvo myös maksimi odotusaika ja suositus resurssien lisäämisestä ruuhka-aikoihin.

Tämän tutkimuksen hyöty terveyskeskuspäivystyksen asiakkaille on nähtävissä mitatuissa odotusajojen pituuksissa. Mielestäni tutkimuksen tulokset sopisivat hyvin laitettavaksi yhteispäivystyksen asiakkaiden nähtäville. Halutessaan asiakas näkisi hoitoon tullessaan, kuinka pitkä odotusaika on odotettavissa. Maanantaina yhteispäivystykseen hakeutuva asiakas ymmärtäisi jo hoitoon hakeutuessaan, että on kyseessä ruuhka aika ja odotettavissa on pidentynyt odotusaika. Asiakastytyväisyyttä voisi parantaa se, että asiakkaalle on ennestään tiedossa arvioitu odotusajan pituus. Jos asiakas hoitoon tullessaan tietää ajankohdasta riippumattoman odotusajan keski-arvon ja odottaa pääsevänsä hoitoon sen mukaisesti, seuraa automaattisesti pettymys, jos odotus ei täyty. Tämä tuottaa ennakoitua huonosta hoidon laadusta ja potilaan odotuksiin on entistä vaikeampi vastata hoidon muissa vaiheissa. Sen sijaan jos asiakas tietää sille ajankohdalle arvioidun keski-arvon, vaikka se olisi kokonaiskeskiarvoa suurempi, asiakas tietää, mitä odottaa eikä pety automaattisesti odotusaikana. Hoidon onnistumisella on parempi mahdollisuus kun hoidon aloittaa tyytyväinen asiakas.

Odotustilojen viihtyisyys nousi tutkimuksessani yllättävän tärkeäksi kehityskohdaksi. Odotusajojen pituus ja tiedottaminen odotusajoista osoittautui tärkeimmäksi kehityskohdaksi.

Kuitenkin tyytyväisyyttä rakenteisiin oli enemmän kuin tyytymättömyyttä. Mielestäni maininta odotustilojen viihtyisyydestä kertoo tyytyväisyydestä yhteispalvelun rakenteisiin, saatavuuteen ja laatuun. Ympäristön viihtyvyys on yksi tekijä laadussa, mutta se on lähinnä pintarakennetta, joka on korjattavissa suhteellisen pienillä resursseilla. Hyvinkään yhteispäivystyksen odotustiloissa istuinten mukavuus nousi tärkeimmäksi kehityskohdaksi. Pitkässä odotusajassa istumismukavuus on merkittävää ja seikan korjaaminen vaikuttaisi odotustilan viihtyisyyteen ja tällä tavalla lisäisi odotusajan mukavuutta. Toisaalta yhteispäivystyksessä on kyse verorahoilla kustannettavasta suomalaisten perusoikeuksiin kuuluvasta palvelusta, joka on asiakkaalle maksuton. Saamme olla tyytyväisiä tämänlaiseen etuoikeuteen, josta vain pieni prosenttiosuus maapallon väestöstä saa nauttia. Istumismukavuus on mielestäni liioittelua ja ymmärtäisin sen jos kyse olisi palvelusta, josta asiakas joutuu maksamaan. Yksityisellä sektorilla istuinmukavuus on varmasti ajateltu ja laatua istuimen mukavuudessa toivovan kannattaakin kilpailuttaa yksityisen sektorin palvelut.

Falck on tutkinut ympäristöviihtyvyyttä ja taiteen merkitystä odotustilojen viihtyisyydessä. Taiteella on terapeuttinen vaikutus ja parhaillaan se luo yhteisöllisyyden kokemusta. Teos välittää tunnetta sen katsojalle. (Falck 2012.) Näkisinkin yhteispäivystyksen odotustilan hyvänä ympäristönä taiteen tai kulttuurin esittämiseen. Esimerkiksi koulun tai taideharrastelijoiden töitä voisi laittaa esille odotustilan seinille. Tässä on nähtävissä molemminpuolinen hyöty perusterveydenhuollon luonteeseen sopivalla budjetilla: yhteispäivystyksen odotustilan viihtyvyyden lisääminen ja teosten esille saaminen.

Opinnäytetyöni teoreettisessa viitekehyksessä tarkastelin potilasturvallisuutta. Tarkastelussa ilmeni ristiriita hoitovirheiden syitä käsittelevissä tutkimuksissa. Koivunen (2007) on tutkinut hoitovirheiden esiintymistä haastatteleamalla hoitohenkilökuntaa. Haastatteluaineiston mukaan suurin haittatapahtumaan myötävaikuttanut tekijä on kiire ja liian vähäinen henkilökuntamäärä. Kuisma (2010, 19- 29) on pro gradussaan tutkinut potilasvahinkojen esiintymistä vaaratapahtumailmoituksia analysoimalla. Kuisman tutkimuksen mukaan suurin haittatapahtuman syntyyn myötävaikuttanut tekijä on potilaan sairauden vakavuus ja potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet. Kuisman aineistoanalyysiin ja Koivusen haastatteluihin perustuvien tutkimusten ristiriita on selitettävissä sillä, että haittatapahtumista ei raportoida asianmukaisesti. Hoitajat voivat kokea, että on helpompi raportoida virheistä, jotka ovat lähtöisin potilaan sairauden vakavuudesta tai potilaan henkilökohtaisista ominaisuuksista. Resurssien puutteesta johtuvat haitat jäävät raportoimatta jo resurssien puutteen itsensäkin takia. Kuitenkin haastatteluissa kiireen osuus on suurin syy haittatapahtumiin. Mielenkiintoista on verrata hoitohenkilökunnan käsityksiä virheiden syistä asiakkaiden näkemyksiin. Asiakkaan näkökulmasta tehdyistä tutkimuksista ilmenee, ettei potilaille aina selitetä hoidon tai toimenpiteiden riskiä tarpeeksi hyvin, eikä potilaita oteta mukaan oman hoidon päätöksentekoon. Potilaiden mukaan turvallisuutta vaarantaa myös se, ettei lääkärillä ole tarpeeksi aikaa keskustella asioista.

Lisäksi vaarantavina tekijöinä nähtiin kommunikaatio-ongelmat, lääkärin epäkunnioittava käytös ja tunteettomuus sekä ongelmat hoitoon pääsyssä, hoidon jatkuvuudessa ja puutteet lääkehoidon ohjauksessa. Potilaista suurin osaa kokee olevansa osittain itse vastuussa hoidon turvallisuudesta. (Sahlström, Partanen & Turunen 2012, 4- 11.)

9 Arviointi

Opinnäytetyöni alkoi marraskuussa 2012. Tulosten toivottiin olevan valmiina saman vuoden loppuun mennessä. Marraskuussa ja joulukuussa 2012 keskityin tutkimusmateriaalin keräämiseen. Tulosten analysoinnissa minua auttoi opinnäytetyöohjaajani, jonka kanssa aloitimme työn Excel2010-ohjelman käytön perusteiden oppimisella. Tulosten valmistuttua annetussa aikataulussa tutkimuksen tilaaja Hyvinkään yhteispäivystystoimikunta oli tyytyväinen tuloksiin ja aloitin kirjoitustyön alkuvuodesta 2013.

Haastavin vaihe opinnäytetyön tekemisessä oli teoreettisen viitekehysten kirjoittaminen. Prosessin aikana opettelini tieteellisen tekstin kirjoittamisen periaatteita. Oppiminen oli koko tutkimuksen ajan kestävä prosessi, ja työn edetessä kirjoittaminen helpottui ja nopeutui. Koen oppineeni kirjoittamisen periaatteet ja kirjoitusohjeiden noudattaminen luonnistuu minulta tämän työn myötä.

Alkuperäiseksi tavoitteeksi opinnäytetyössäni otin tieteellisen tekstin kirjoittamisen lisäksi tieteellisen aineiston hakuun perehtymisen. Kirjastoista löysin opinnäytetyöhön sopivaa aineistoa käyttäen hakupäätteitä ja etsien aineistoa hoitotieteellisistä julkaisuista. Internetissä opin hyödyntämään yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen aineistohakuportaaleja. Aineistoa löytyi hyvin, ja haastavin tehtävä aineiston kokoamisessakin olikin valita parhaiten opinnäytetyöhöni sopivat lähteet.

Halusin opinnäytetyön tekemisestä hyötyä tulevaisuuden työhöni. Halusin perehtyä potilaan oikeuksiin ja hyvän hoidon laadun määritelmään. Perehdyin potilaan oikeuksia koskeviin lakeihin ja käytin lähteenä niitä lakeja, jotka sopivat tähän työhön. Opinnäytetyön kirjoittamisen myötä olen tietoisempi potilasta koskevista pykälistä. Tietoa voin hyödyntää hoitotyössä, potilasohjauksessa.

Kirjoitin opinnäytetyön teoriaosuutta muiden opintojen ja työn ohella vähitellen. Pitkän kirjoitustauon jälkeen työn alkuun pääseminen vaati aina uudelleen orientoitumista ja hidasti kirjoitusta. Positiivista pitkässä kirjoitusajassa oli kuitenkin se, että työn sisältö ja oikeinkirjoitus sekä tutkiva kirjoitustyyli kehittyi koko opintojeni ajan ja sain reflektoida oppimaani opinnäytetyön kirjoitusosuudessa.

Lokakuussa 2014 kävin opinnäytetyön teknisten asetusten osalta lehtori Leena Suonperä-Särkijärven ohjauksessa. Samalla kävimme läpi opinnäytetyöni sisällöllisiä, kieliopillisia ja tieteelliseen kirjoittamiseen liittyviä hyvän opinnäytetyön edellytyksiä. Tapaamisen jälkeen motivaationi kirjoittamiseen kasvoi edelleen. Aloitin lehtorilta saamieni ohjeiden mukaan perusteellisen puhtaaksikirjoittamisen ja lisäsin sisältöä edellytysten mukaan. Pohdinnan kirjoittaminen osoittautui koko opinnäytetyöprosessin mielenkiintoisimmaksi kohdaksi. Sain analysoida tutkimustuloksia ja teoriaa vapaasti kirjoittaen. Jälkeenpäin poistin osuuden pohdinnasta, jossa analysoin teoriaosuudessa esille tulleita asioita kansallisen ja ajankohtaisen terveystieteellisen keskustelun ja potilasturvallisuuden näkökulmasta tarkastellen potilaan roolia kuluttajana sekä oman hoidon asiantuntijana. Katsoimme opinnäytetyö ohjaajan kanssa, ettei sisältö ollut kytköksissä tutkimusaiheeseen. Teoriaosuudessa ja pohdinnassa yksi haaste oli valita opinnäytetyöhön parhaiten sopivat lähteet ja eliminoida tekstistä itseä kiinnostavat, mutta aiheesta liian kaukana olevat aineistot ja näkökulmat. Ajoittain aiheeseen liittyvä kirjallisuus tuntui olevan kaukana omista mielenkiinnonkohteista, ja tällöin kirjoittaminen tuntui haasteelta.

Koko opinnäytetyö prosessin ajan olen ollut erittäin tyytyväinen saamaani ohjaukseen. Ohjaus on ollut rakentavaa ja palautteen avulla olen saanut työstettyä opinnäytetyötä eteenpäin. Yhteistyö eri toimijoiden, ohjaajan ja toimeksiantajan kanssa on sujunut koko prosessin ajan kiitettävästi. Kaikkien yhteinen tavoite on ollut tutkimustulosten saaminen ja työn valmistuminen. Toimeksiantaja oli valmis auttamaan paitsi tutkimustulosten saamisessa myös kirjoittamistyössä tarjoamalla viitekehukseen hyödyllisiä lähteitä.

Kirjoitusprosessi aikana työskentely tuntui ajoittain hankalalta ja mahdottomalta saattaa eteenpäin. Tällöin pyysin opinnäytetyöohjaajan arviota siihenastisesta tuotoksesta ja sainkin vastaukseksi ohjaavia kommentteja, jotka auttoivat edistymisessä. Lokakuussa 2014 alkoi tuotoksen hiominen julkaistavaan muotoon. Tässä vaiheessa hankalinta oli alkuun pääseminen. Lokakuussa osallistuin Leena Suoniemi-Särkijärven ohjaamaan atk-pajaan ja sen ansiosta motivoitin työn valmiiksi saattamiseen. Keväällä 2015 tuotoksen valmistuttuaolin tyytyväinen lopputulokseen, oppimisprosessiin sekä yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa.

Lähteet

Painetut lähteet

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Dunn, D. 2003. Home study program. Incidents reports- Their purpose and scope. *AORN Journal* 78(1), 46- 66.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

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

Helovuo, A & Kinnunen, M & Peltomaa, K & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P., 2008. Tutki ja kirjoita. 13- 14 osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Härkönen, E. 2005. Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon polikliinisessä hoitotyössä erikoissairaanhoidossa. Pro Gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Kangaspunta, V., Koskela, T., Soini, E. & Ryyänen, O-P. 2011. Potilaan arvioon terveyskeskuskäynnin hyödyt vaikuttavat tekijät. *Lääkärilehti* 69 (22), 1654- 1659.

Koivunen, E. 2006. Hoitohenkilökunnan kuvaus hoitovirheiden ilmoittamisesta. Pro Gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Lääketieteellinen tiedekunta.

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. 1.painos. Jyväskylä: Gummerus

Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: Fioca.

Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. *Tutkiva hoitotyö* 9(4), 41- 43.

Miles, K., Power, R. & Mercey, D. 2003. Comparing Doctor- and Nurse-led Care in a Sexual Health Clinic. Patient Satisfaction Questionnaire. *Journal of Advanced Nursing* 42 (1), 64-72.

Sahlström, M., Partanen, P., Turunen, H., 2012. Potilaiden näkemyksiä potilasturvallisuudesta ja osallistumisesta sen edistämiseen. *Tutkiva hoitotyö* 10(4), 4- 11.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle: valtakunnallinen suositus. 1999. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus & kuntaliitto. Jyväskylä: Gummerus

Ylikoski, T. 1999. Unohtuiko asiakas? 2.painos. Helsinki: KY-palvelu.

Sähköiset lähteet

- Falck, H. 2012. Kuvataiteesta hoidon voimapotentiali? Orton Invalidisäätiön tiedotuslehti 1 (1). Viitattu 1.10.2013. http://www.invalidisaatio.fi/julkaisut/fi_FI/lehti
- Halonen, P. Mäntyselkä, P. Vehviläinen, A. Takala, J. Kumpusalo, E. 2004. Lääkärin ammattitaito on tärkein tekijä kun asiakas valitsee lääkärin. Terveystieteiden aikakauskirja Duodecim. 130 (43), 4013- 4018. Viitattu 10.10.2014. <http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029057>
- Jonsson, P. & Virtanen, M. 2014. Valinnanvapaus potilaan näkökulmasta. Lääkärilehti 68 (34), 2070- 2073. Viitattu 12.11.2014. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000039754>
- Kestävä ja turvallinen henkilöstörakenne. 2014. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 26.11.2014. <https://sairanhoidajat.fi/arkisto/painopistealueet/kestava-ja-turvallinen-henkilostorakenne/>
- Kivelä, K. 2012. Hoitoympäristöjen suunnittelu- potilaan näkökulma. Kandidaattitutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 11.11.2014 http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/Kivela_kandi.pdf
- Kuisma, P. 2010. Terveystieteiden vaaratapahtumista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 11.11.2014. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf?sequence=1>
- Kääpä, P., Louhimo, J. & Patja, K. 2014. Muuttuva ja muuttumaton professionalismismi: Lääkärin ammatillisuuden uuden haasteet. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 130 (1), 21- 28. Viitattu 24.11.2014. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11426.pdf>
- Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Kuntaliitto. Viitattu 24.11.2014. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-30728.pdf
- Lindfors-Niilola a., Riihelä, K., Kaskinen, R. 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage-ohjeistukset. Aluehallintovirasto. <http://www.avi.fi/documents/10191/149165/Ensihoidon+palvelutasop%C3%A4%C3%A4t%C3%B6kset+ja+triage-ohjeistukset,%20Etel%C3%A4-Suomen+alueen+sairanhoidopiirit/7629218f-9f59-4ed4-9331-5d762d9309be>
- Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S., Kaukonen, M. & Kumpusalo, E. 2003. Kuopion yhteispäivystystutkimus; Onko yhteispäivystyksessä turhia käyntejä? Suomen lääkäri-lehti 58 (5), 539- 541. Viitattu 24.11.2014. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2003/SLL52003-539.pdf>
- Palautetta HUS:lle. 2012. HUS. http://www.hus.fi/potilaalle/palaute_hoidosta/Sivut/default.aspx
- Potilasturvallisuusopas. 2011 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085259>
- Päivystys ja ensihoito. 2012. HUS. <http://www.hus.fi/sairanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/paivystys-ja-ensihoito/Sivut/default.aspx>
- Räsänen, K. 1996. Miten terveydenhuollon asiakastytyväisyyksmittausten tuloksia tulisi esittää ja tulkita? Suomen lääkäri-lehti. 51(30), 3148. <http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000006777>

Sairaanhoitoalueet. 2013. HUS. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/Sivut/default.aspx>

Sillanpää, K. & Vesivalo, R. 2014. Päivystysasetuksen muuttaminen osana rakennepoliittista ohjelmaa. Tehyn lausunto. Viitattu 26.11.2014.
<http://www.tehy.fi/@Bin/27888002/Tehyn+n%C3%A4kemykset+p%C3%A4ivystysasetuksesta+STMn+kuulemistilaisuuteen+26062014.pdf>

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

Terveystieteiden laatuopas. 2011. Suomen Kuntaliitto. Viitattu 22.11.2013.
http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597
<http://www.hoidonvaikuttavuus.fi/files/Tlaatuopas.pdf>

Tuottavuudella tulevaisuuteen. 2001. Suomen kuntaliitto.
http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/8638_fi.pdf

Voimavaralähtöiset menetelmät. 2014. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.11.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/voimavaralähtöiset_menetelmat

Julkaisemattomat lähteet

Kauppinen, E. 2012. Hyvinkään terveyskeskuksen ylihoitaja. Henkilökohtainen sähköpostiviesti. 13.11.2012. Vastaanottaja Tiina Nieminen

Yhteispäivystystoimikunnan raportti 2012. Hyvinkään kaupunki.

Kuviot

Kuvio 1: Vastaajien sukupuolijakauma	25
Kuvio 2: Vastaajien jakauma ikäryhmittäin.	26
Kuvio 3: Vastanneiden jakauma eri viikonpäivinä.....	27
Kuvio 4: Odotusajat saapumisaikojen mukaan.....	28
Kuvio 5: Tiedon saanti hoidosta ja tutkimuksista	29
Kuvio 6: Sairaanhoidajan ja lääkärin käytös sekä avun saanti vaivaansa.....	30

Liitteet

Liite 1. Asiakastyytyväisyyskysely.....	42
Liite 2. Tutkimuslupa.....	43

Liite 1. Asiakastyytyväisyyskysely

Pyydämme teitä hoitokäynnin jälkeen ystävällisesti vastaamaan hyvinkääläisiä terveyskeskuspäivystysasiakkaita koskevaan asiakastyytyväisyyskyselyymme

Taustatiedot

Vastaaja: potilas, potilaan läheinen (esim. puoliso, vanhemmat, lapset), muu potilaan edustaja

Potilaan sukupuoli: nainen, mies

Potilaan syntymävuosi: _____

Kyselyä koskevan hoidon hoitokäyntipäivä: _____ (pp.kk.vvvv)

Hoitokäynnin kesto: Saapuminen vastaanotolle klo: _____ Hoidon päättymisaika klo: _____

Odotusaika: ___ h ___ min

Käynnin kokonaiskesto: ___ h ___ min

(Laittakaa rasti mielipidettänne kuvaavaan ruutuun)

Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei samaa, eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Ei koske minua
					

Tiedon saanti

1. Minulle kerrottiin hoidostani ja tutkimuksistani
2. Hoito- ja tutkimustuloksistani keskusteltiin kanssani
3. Ymmärsin minulle hoidostani ja tutkimuksista kerrotut asiat
4. Sain riittävät ohjeet jatkohoidosta

Hoito

5. Vastaanotossa henkilökunta kohteli minua hyvin
6. Sairaanhoitajan käytös oli mielestäni hyvää
7. Sairaanhoitajan hoito oli ammattitaitosta
8. Lääkärin vastaanotolla käytös oli hyvää
9. Lääkärin vastaanotolla hoito oli ammattitaitoista
10. Sain apua vaivaani, jonka vuoksi tulin päivystyspoliklinikalle

Kehittämisehdotuksia

Vastauksellanne autatte kehittämään terveyskeskuspalveluja. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti Laurea ammattikorkeakoulussa. Yksittäisiä mielipiteitä ei julkaista. Lisätietoja tutkimuksesta: tina.nieminen@laurea.fi (sairaanhoitajaopiskelija AMK, Laurea Hyvinkää)

Liite 2. Tutkimuslupa

HYVINKÄÄN KAUPUNKI
Perusturva

Terveystenhuollon johtajan päätös § 40 31.10.2012

Päivystyksen asiakastyytyväisyyskysely

(Valmistelija: Ahjoharju Aini, hallintosihteeri, 019 459 3784)

Terveystenhuollon vuoden 2012 sitoviin tavoitteisiin sisältyy päivystyksen toiminnan parantamiseen liittyvä asiakastyytyväisyyskysely. Kyselyllä pyritään saamaan vastauksia terveystenhuollon päivystyksen laadusta ja kehittämään palvelua.

Laurean sairaanhoidon opiskelija Tiina Nieminen pyytää lupaa asiakastyytyväisyyskyselyn tekemiseen opinnäytetyönään.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan.

Valmis raportti tulee toimittaa Hyvinkään kaupungin terveystenhuollon johtajalle.

Harri Eloranta
terveystenhuollon johtaja

Liitteet

Tutkimussuunnitelma

Tiedoksi

Tiina Nieminen
Perusturvalautakunta