



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

VASTAANOTOLLE ILLALLA?

Kyselytutkimus vastaanottoaikojen kehittämiseksi

Juha Kuusjärvi

Oona Muurila

Petra Rasi

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

KUUSJÄRVI, JUHA; MUURILA, OONA & RASI, PETRA:
Vastaanotolle illalla?
Kyselytutkimus vastaanottoaikojen kehittämiseksi

Opinnäytetyö 36 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Huhtikuu 2018

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, mihin aikaan asiakkaat pääsisivät parhaiten lääkärin tai hoitajan kiireettömälle vastaanotolle ja vastaisiko iltavastaanotto asiakkaiden tarpeisiin. Opinnäytetyö tehtiin Ylöjärven terveyskeskukselle. Tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa päätöksenteon tueksi mahdollisen iltavastaanoton aloittamisesta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää. Aineisto kerättiin ylöjärveläisessä ostoskeskuksessa strukturoidulla kyselylomakkeella henkilökohtaisessa kontaktissa. Kyselyyn vastasi sata henkilöä (n=100).

Ihmiset, jotka eivät pääse vastaanotolle virka-aikaan, hakeutuvat monesti päivystykseen. Opinnäytetyön tulosten mukaan kyselyyn vastanneille sopivin vastaanottoaika olisi kello 17–18. Tämän aikavälin valitsi yli puolet vastaajista, ja sitä myöhemmät iltavastaanottoajat saivat seuraavaksi eniten suosiota. Myös aamun vastaanottoaika kello 7–8 olisi sopiva kolmasosalle vastaajista. Joka kahdeksas vastasi, että ei pääsisi vastaanotolle virka-aikaan kahden viikon tarkastelujakson aikana. Suurin osa kyselyyn osallistuneista oli työikäisiä ja lapsiperheitä.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että asiakkaat olisivat kiinnostuneita iltavastaanotoista. Vastaanottoaikojen sopivuutta on tutkittu vähän maailmalla ja Suomessa. Jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyölle on tutkia laajemmin vastaanottoaikojen sopivuutta ja sen yhteyttä päivystyksen kuormitukseen. Iltavastaanottokokeiluja on myös lopetettu, ja lopetussyitä olisi hyvä tutkia. Mikäli Ylöjärvellä päädytään iltavastaanottoiminnan aloittamiseen, jatkotutkimusehdotuksena on iltavastaanottojen suosion ja kannattavuuden tutkiminen. Lisäksi jatkotutkimusehdotuksena olisi tutkia henkilökunnan näkemystä nykyistä vaihtelevammista työajoista.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

KUUSJÄRVI, JUHA; MUURILA, OONA & RASI, PETRA:
Appointment After Office Hours?
Survey to Develop Consulting Hours

Bachelor's thesis 36 pages, appendices 2 pages
April 2018

The aim of this study was to explore at what time people would prefer going to a nurse's or a doctor's appointment and if consulting hours in the evening were preferential. The study was made for the town of Ylöjärvi. The study applied the quantitative method. The data of the study were collected in-person by means of a question survey. The sample of the study consisted of hundred respondents (n=100). The answers for closed questions were illustrated statistically.

The results reveal that over a half of the respondents would prefer going to a nurse's or a doctor's appointment in the evening. The most preferential consulting hours were from five to six p.m. The second most preferential consulting hours were from six to seven p.m. Sixteen per cent of the respondents stated that they were unable to access the health center during the office hours. Furthermore, a third of the respondents stated that earlier morning consulting hours from seven to eight a.m. would be preferential.

The findings indicate that consulting hours during the evening would be preferential and would promote patient satisfaction. Future study could focus on how well the potential evening consulting hours were received in Ylöjärvi.

Key words: consulting hours, patient satisfaction, patient

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TEOREETTINEN VIITEKEHYS..... | 6 |
| 2.1 | Asiakaslähtöisyys terveyspalveluissa | 6 |
| 2.2 | Asiakas terveyspalveluiden käyttäjänä | 9 |
| 2.2.1 | Työikäiset ja ikääntyneet terveyspalveluiden käyttäjinä..... | 9 |
| 2.2.2 | Lapsiperheet terveyspalveluiden käyttäjinä | 11 |
| 2.3 | Vastaanottoaika..... | 12 |
| 3 | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE | 15 |
| 4 | TOTEUTUS | 16 |
| 4.1 | Kvantitatiivinen tutkimus..... | 16 |
| 4.2 | Aineiston keruu..... | 17 |
| 5 | TULOKSET | 19 |
| 6 | POHDINTA..... | 24 |
| 6.1 | Tulosten tarkastelu | 25 |
| 6.2 | Luotettavuus..... | 26 |
| 6.3 | Eettisyys..... | 28 |
| 6.4 | Jatkotutkimusehdotukset..... | 29 |
| | LÄHTEET..... | 31 |
| | LIITTEET | 35 |
| | Liite 1. Saatekirje..... | 35 |
| | Liite 2. Kyselylomake | 36 |

1 JOHDANTO

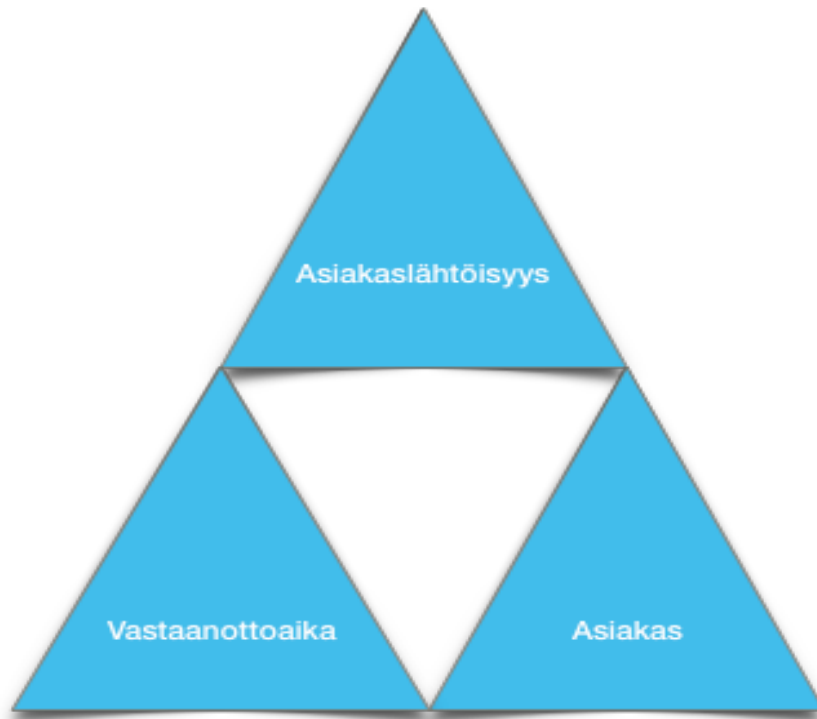
Terveyspoliittinen periaate on tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle henkilölle hänen terveydentilansa edellyttämät riittävät ja laadukkaat terveyspalvelut riippumatta henkilön sosioekonomisesta asemasta tai asuinalueesta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b). Terveydenhuoltolain (2010) tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, kaventaa terveyseroja, toteuttaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta sekä vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Valinnanvapauden lisäämisellä ja palveluiden integraation avulla kehitetään terveyspalveluja entistä asiakaslähtöisemmiksi. Käytännössä valinnanvapautta kehitetään lisäämällä tuottajien välistä kilpailua, moniammatillisen yhteistyön integraatiota sekä hoidon jatkuvuutta. (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016.)

Osana käynnissä olevaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta säädetään valinnanvapauslainsäädäntö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017), jonka myötä julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat asetetaan kilpailuasetelmaan. Markkinoilla kilpailun tavoitteena on, että asiakkaiden toiminta ohjaa palvelujentarjoajien toimintatavat asiakkaita mahdollisimman hyvin tyydyttäväksi, mutta myös taloudellisesti toimiviksi (Linnosmaa 2016). Haasteena on lisäksi vastaanottoaikojen saatavuus. Ihmiset, jotka eivät pääse vastaanotolle virka-aikaan, hakeutuvat monesti päivystykseen, vaikka noin joka kolmas voisi odottaa seuraavaan arkipäivään (Seppänen 2013, 1318). Terveydenhuollon uudistuksessa Ylöjärven terveyskeskuksessa suunnitellaan toiminnan kehittämistä entistä asiakaslähtöisemmäksi. Yhtenä kehityskohteena on mietitty vastaanottoaikojen laajentamista.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä asiakaskysely, jossa selvitettiin, mihin kellonaikoihin Ylöjärven terveyskeskuksen asiakkaat pääsisivät parhaiten sairaanhoitajan tai lääkärin kiireettömälle vastaanotolle. Opinnäytetyömme tehtäviksi muodostui kolme kysymystä: miten avoterveydenhuollon vastaanottoaikoja voisi kehittää entistä asiakaslähtöisemmiksi, mihin aikaan asiakkaat pääsevät parhaiten vastaanotolle ja vastaisiko ilta-vastaanotto asiakkaiden tarpeisiin. Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa tilaajan päätöksenteon tueksi. Päämääränämme oli auttaa kehittämään terveyskeskuspalveluita entistä asiakaslähtöisemmiksi vastaanottoaikojen osalta.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyömme teoreettiseen viitekehykseen kuuluvat asiakaslähtöisyys, asiakas ja vastaanottoaika. Teoreettinen viitekehys on esitetty kuviossa 1.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys.

2.1 Asiakaslähtöisyys terveyspalveluissa

Odotukset terveydenhuollon saatavuudesta ovat kasvamassa yhteiskunnan kehityksen myötä. On kuitenkin huomioitava, että terveyspalvelujen saatavuus ei ole yksiselitteinen käsite. Usein saatavuutta määritellään käytöllä, mutta käytön esteet jäävät helposti huomioimatta. Esteitä voivat olla fyysiset ja taloudelliset asiat tai asenteet, mutta myös palvelujen järjestämistavat. (Manderbacka, Muuri, Keskimäki, Kaikkonen & Elovainio 2012, 4, 9.) Almorsy ja Khalifa (2016) totesivat tutkimuksessaan, että terveyspalveluiden saatavuudella on vahva yhteys asiakastyytyväisyyteen. Kun perusterveydenhuollon infrastruktuuri ja keskeiset palvelut ovat kunnossa, ihmiset alkavat vaatia entistä korkeampaa suorituskykyä sekä ihmisläheisempää ja kokonaisvaltaisempaa lähestymistapaa,

jossa asiakasta kunnioitetaan ja häntä katsotaan kokonaisuutena. Asiakastyytyväisyys on entistä tärkeämpää. (World Health Organization 2007.)

Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla voidaan lisätä hoidon vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. Asiakkaan näkökulmasta ajatellen asiakaslähtöisyydessä on kyse palvelujen vastaamisesta asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin sekä kokemuksista, jotka liittyvät saatuun palveluun. Parhaimmillaan asiakaslähtöisyys edistää myös tehokkuutta ja tuottavuutta. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 8, 11–12.) Terveystieteiden tutkimusten mukaan terveydenhuollon palveluista saadaan aidosti asiakaslähtöisiä, kun asiakkaat pääsevät osallistumaan palvelujärjestelmän ja palveluiden suunnitteluun. Asiakkailta saatavaa tietoa pidetään arvokkaana palvelujärjestelmän kehittämistyössä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2017a.) Manderbacka ym. (2012) arvioivat kunnallisten terveyspalvelujen saatavuutta tyydyttämättömien tarpeiden perusteella. He totesivat tutkimuksessaan taloudellisten tekijöiden vaikuttavan kaikkein vähävaraisimpien käynteihin, mutta yleisesti he arvioivat terveyskeskuspalvelujen heikon saatavuuden olevan merkittävin tekijä. Vastaanottoaikoja he eivät tutkimuksessaan kuitenkaan käsittele. (Manderbacka ym. 2012, 9.)

Ruotsissa valinnanvapauden lisääminen alkoi vuonna 2007, kun Hallandin maakunnan asukkaat saivat valita perusterveydenhuollon palvelupisteensä. Vuodesta 2010 valinnanvapausuudistus koski koko Ruotsia. Terveystieteiden tutkimuskeskus muuttui entistä markkinalähtöisemmäksi, kun markkinat avautuivat yksityisille palveluntuottajille. Tarkoituksena oli lisätä tasa-arvoista palveluiden saatavuutta sekä palveluiden tuottavuutta. (Wahlstedt & Ekman 2016, 2.) Raha seurasi asiakasta, joten terveydenhuollon toimipiste sai rahoitusta sen mukaan, miten hyvin se pystyi houkuttelemaan asiakkaita. Yksityisten terveyskeskusten määrä lisääntyi 45 %:lla, ja ne perustettiin yleensä alueille, joiden asukkailla oli korkeat tulot. (Isaksson, Blomqvist & Winblad 2016, 4, 6–7.)

Toimijoiden välinen kilpailu voi synnyttää uusia innovaatioita. Uudistuksia toteutettaessa olisi olennaista tietää, mitä tarpeita asiakkailla on. Asiakkaan on tärkeä saada tietoa saatavilla olevista palveluista, niiden laadusta ja saatavuudesta, jotta hän voi tehdä valintansa. (Sinervo ym. 2016, 18–19.) Fournier, Heale ja Rietze (2012) kirjoittavat artikkelissaan Kanadan näkökulmasta odotusajoista perusterveydenhuollossa. Asiakaslähtöiseen ajanvaraukseen (advanced access, open access) perustuvassa vastaanotto toiminnassa asi-

akkaat pääsevät nopeasti vastaanotolle varhaisessa sairauden vaiheessa. Asiakkaan pääs-
tessä oikea-aikaisesti hoitoon hoidon taso paranee, komplikaatiot voivat estyä tai hoito
voi olla kokonaan ennaltaehkäisevää. Näin myös päivystyksen kuormitusta voidaan to-
dennäköisesti pienentää. (Fournier ym. 2012, 64, 66.)

Ruotsissa alettiin jo 1980-luvulla kiinnittää huomiota vastaanottotoiminnan epäkohtiin.
Hoitoon pääsy oli hankalaa ja ratkaisuksi päätettiin kokeilla mallia, jossa vastaanotolle
saattoi tulla ilman ajanvarausta. Se osoittautui pian kestävämmäksi malliksi, sillä lääkä-
rit ylityöllistyivät, jonot kasvoivat ja odotusajat saattoivat olla useita tunteja. Mallia ke-
hitettiin ajanvarauksella, jossa vastaanottoajat varattiin heti samalle päivälle. Vastaanotot
sopeutuivat siihen, kuinka monta lääkäriä oli paikalla, suhteuttamalla potilasmäärää lää-
kärimäärään eli aikoja ei varattu enempää kuin sinä päivänä oli mahdollista ottaa vastaan.
Ajatuksena oli, että aika ajanvarauksesta vastaanotolle pääsyyn olisi mahdollisimman ly-
hyt, mikä on perusajatus edelleen tässä mallissa, jossa aika voidaan varata pidemmällekin
kuin samalle päivälle. Tavoitteena on saada kysyntä ja tarjonta kohtaamaan vastaanotto-
kapasiteetin puitteissa. (Strindhall & Henriks 2007, 16–17; Olofsson 2013, 6–7; Pelttari
& Kaila 2014, 16.)

Vuonna 1999 Ruotsissa lanseerattiin Bra mottagning -niminen malli. Lähtökohtana sillä
on Yhdysvalloista lähtöisin oleva advanced access (tai open access) -malli. (Pelttari &
Kaila 2014, 15.) Tällä odotusaika saatiin lyhennettyä 90 päivästä seitsemään päivään kah-
deksassa kuukaudessa eli saavutettiin 93 prosentin parannus. Bra mottagning onkin ny-
kyään suosittu malli. Siinä tavoitteena on saada vastaanottoaika kolmen päivän sisään.
Tavoite koskee sekä päivystystä että kiireetöntä avoterveydenhuoltoa. Erikoissairaanhoi-
toon on tavoitteena päästä kahden viikon sisällä. Bra mottagning -mallin aloittamisen jäl-
keen keskimäärin 80 % mukana olevista toimipisteistä on parantanut vastaanotolle pää-
syä, ja niistä 32 % on saavuttanut sen 8–9 kuukauden kuluessa. (Strindhall & Henriks
2007, 16–17.) Suomeen malli tuli Ruotsista ja se tunnetaan Hyvä vastaanotto -nimellä ja
myös Suomessa tästä ideologiasta on saatu hyviä kokemuksia (Pelttari & Kaila 2014, 15).

Suomessa terveystalouden asiakkaan valinnanvapaudessa tapahtui merkittävä käänne
vuonna 2014, kun terveydenhuoltolaki (2010) mahdollisti kiireetöntä hoitoa antavan ter-
veysaseman valinnan mistä tahansa Suomessa. (Sinervo ym. 2016, 13.) Suomalainen ter-
veyskeskusjärjestelmä ja kuntatasolla tuotettavat palvelut ovat mahdollistaneet tervey-

denhuoltojärjestelmän integraation, joka on pidemmällä kuin muissa maissa. Lisäksi suomalaisen yhteiskunnan erikoisuutena on työterveyshuollon järjestely, johon kuuluu myös sairaanhoito. Maailmalla ei ole samantapaisia työterveysjärjestelmiä kuin suomalainen järjestelmä on. Eroista huolimatta on tärkeää perehtyä muiden maiden kokemuksiin vallinnanvapaudesta toimivien kannusteiden luomiseksi. (Sinervo ym. 2016, 20.) Työntekijöiden hoito ei tapahdu aina työterveydessä, vaikka työssäkäyvä kuuluisikin työterveyshuollon piiriin. Työterveyshuollossa tehdyn tutkimuksen mukaan kolme neljäsosaa pitää työterveyshuoltoa ensisijaisena palvelupisteenä, kun taas 6,5 prosenttia pitää terveyskeskusta ensisijaisena. Vajaa puolet tässä tutkimuksessa mukana olleista käynneistä määritettiin kiireettömiksi. (Virtanen & Mattila 2011, 3583–3588.)

Terveydenhuollossa asiakaslähtöisyys on laaja käsite. Opinnäytetyössämme keskitymme asiakaslähtöisyyteen vastaanottoaikojen näkökulmasta.

2.2 Asiakas terveyspalveluiden käyttäjänä

Potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää terveydenhuollon palveluja (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Näin määritellään laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. Käytämme opinnäytetyössämme kuitenkin potilaan sijasta sanaa asiakas, jota myös Sosiaali- ja terveysministeriö (2017) käyttää terveydenhuollon palveluja käyttävästä henkilöstä.

Asiakkaat ovat monitahoinen joukko. Vuonna 2017 Ylöjärven perusterveydenhuoltoon kirjattiin 25 210 asiakasta ja 205 661 käyntiä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017c). Opinnäytetyössämme keskitymme asiakkaiden osalta heidän mahdollisuuteen päästä kiireettömälle vastaanotolle virka-aikaan.

2.2.1 Työikäiset ja ikääntyneet terveyspalveluiden käyttäjinä

Työvoimaan eli työllisiin ja työttömiin kuuluvien 15–74-vuotiaiden osuus oli 65,3 % vuonna 2016. Suomalaisten 15–64-vuotiaiden työllisyysaste oli 68,7 % samana vuonna. Nuorten eli 15–24-vuotiaiden työllisyysaste oli miehillä 37,9 % ja naisilla 43,2 %. Työllisyysaste 55–64-vuotiailla miehillä oli 59,8 % ja naisilla 63,0 %. Palkansaajista 84 % oli

jatkuvassa työsuhteessa ja 16 % määräaikaisessa työsuhteessa. Määräaikaiset työsuhteet olivat yleisempiä naisilla. Osa-aikatyötä tekevien naisten määrä kasvoi selvästi vuonna 2016, ja oli 16 % kaikista työllisistä. Osa-aikatyö oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Yrittäjien ja yrittäjäperheenjäsenten osuus työllisistä oli 14 %. (Tilastokeskus 2017b.) Kivimäen (2009) mukaan suomalaiset naiset työskentelevät kokopäiväisesti enemmän kuin muut pohjoismaalaiset naiset. Tämä heijastuu mm. heidän mahdollisuuteensa yhteensovittaa työ ja perhe esimerkiksi lapsen lääkärikäynnin yhteydessä. (Kivimäki 2009, 50.)

Mirja Kajantien (2014) mukaan työikäiset kävivät yhtä paljon lääkärin vastaanotoilla kuin ikäihmiset. Erotuksena ryhmillä hän totesi olevan käynnin kohde: työikäiset käyvät pääasiassa työterveydessä, iäkkäät puolestaan terveyskeskuksissa. (Kajantie 2014.) Suuri osa työssäkävivistä kuului työterveyshuollon piiriin, ja heistä kolme neljäsosaa piti työterveyshuoltoa ensisijaisena terveydenhuollon palvelupisteensä. Suomalainen työterveyshuolto on kansainvälisesti ainutlaatuinen eikä samantapaisiakaan palvelujärjestelmiä ole maailmalla. Erikoisuutena on, että työterveyshuoltoon kuuluu myös sairaanhoito. (Virtanen & Mattila 2011, 3583–3588.)

Tilastokeskuksen (2017b) mukaan työttömyysaste oli keskimäärin 8,8 % vuonna 2016. Työikäisistä miehistä 9,0 % ja naisista 8,6 % oli työttöminä. Nuorten 15–24-vuotiaiden ikäryhmästä työttömänä oli 10,2 % ja heidän osuutensa kaikista työttömistä oli 27 %. (Tilastokeskus 2017b.) Tilastokeskuksen hyvinvointikatsauksen mukaan työttömien päivärytmi vastaa pitkälti työelämässä olevien rytmiä, ja myös työttömien vapaa-aika keskittyy ilta-aikaan. Työllisistä 75 % on työssä kello 9–15 kun taas työttömistä kaksi viidestä tekee samaan aikaan kotitöitä. Työttömillä päivät eivät ole yhtä kiireisiä kuin työssäkävillä. (Pääkkönen 2012.) Näin ollen työttömien on helpompi sovittaa vastaanotolla käyntinsä vuorokauden eri aikoihin.

Työvoiman ulkopuolella oli 35 % 15–74-vuotiaista vuonna 2016. Heistä noin 60 % oli vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeellä tai pitkäaikaisesti sairaita. Hieman alle 25 % oli opiskelijoita tai koululaisia. Muita työvoiman ulkopuolella olevia henkilöitä olivat lomautetut, varusmiehet, lapsiaan hoitavat vanhemmat sekä muita omaisia hoitavat henkilöt. (Tilastokeskus 2017c.) Pienituloisimmat, joista suurin osa oli eläkeläisiä (28 %), opiskelijoita (23 %) ja työttömiä (18%), kävivät selvästi vähemmän lääkärissä kuin suurituloisemmat (Kajantie 2014).

Eläkkeelle jäädessä työelämä ei enää määritä ajankäyttöä. Toisaalta näyttää siltä, että erityisesti nuorimmat ja hyvätuloiset eläkeikäiset ovat aikaisempaa aktiivisempia harrastuksissa ja vapaaehtoistyössä. (Ylikäänö 2008, 65, 90–91.) Vuonna 2016 ylöjärveläisistä yli 75-vuotiaista 91,2 % asui kotona (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a). Aktiivisuudesta huolimatta eläkkeellä olevien henkilöiden on keskimäärin helpompaa tulla vastaanotolle virka-aikaan kuin esimerkiksi työssäkävien.

Yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden keskuudessa tehty tutkimus osoitti, että opiskelijat käyttivät viikossa opetuksen seuraamiseen, itseopiskeluun ja työssäkäyntiin yli 40 tuntia. Itseopiskelun osuus oli noin kolmanneksesta puoleen. (Potila, Moisio, Ahti-Miettinen, Pyy-Martikainen & Virtanen 2017, 43–45.) Itseopiskelu mahdollistaa ajankäytön suunnittelua. Osa opiskelijoista pääsee siten vastaanotolle virka-aikaan, mutta laajemmat vastaanottoajat helpottaisivat vastaanotolle pääsyä.

2.2.2 Lapsiperheet terveyspalveluiden käyttäjinä

Yksityislääkärikäyntien määrä on lisääntynyt alle 9-vuotiailla lapsilla. Yli neljännes alle 9-vuotiaista lapsista sai korvauksia yksityislääkärillä käynnistä vuonna 2010, ja heistä yli puolet oli 1–3-vuotiaita lapsia. Käyntien määrään vaikuttivat lisääntynyt lasten vakuuttaminen, sosiaalinen asema, tulotaso, asuinalue sekä koettu terveys. Pitkät jonotusajat terveyskeskuksiin erityisesti Suomen suurimmilla paikkakunnilla sekä kokemus julkisten palvelujen saatavuudesta ja riittämättömyydestä lisäävät yksityisten terveyspalvelujen käyttöä. Myös lasten pitkäaikaissairaudet, kuten allergiat, astma ja diabetes, vaikuttavat yksityisten terveyspalvelujen käyttöön. (Kanste, Halme, Rintanen & Perälä 2013, 210–212.)

Suomalaisessa tutkimuksessa todettiin, että yksityisten lääkäripalvelujen käyttö on yhteydessä terveyskeskuksen lääkärikäynteihin. Mitä useammin käytettiin yksityisiä lääkäripalveluja, sitä useammin käytettiin myös terveyskeskuksen lääkäripalveluja tai päivystystä. (Kanste ym. 2013, 215.) Yksityislääkäripalvelujen käyttöön vaikutti sekä lapsen että vanhempiin ja perheeseen liittyviä tekijöitä. Lapsen liittyviä tekijöitä olivat 1,5–3-vuoden ikä ja kaksi tai useampi lääkärin toteamaa pitkäaikaissairautta. Yksityislääkäripalvelujen käyttö on yleisempää kahden vanhemman perheessä, ja jos lapsi on päivähoitossa. Vanhempiin ja perheisiin liittyviä tekijöitä olivat vanhempien 36–40-vuoden ikä,

korkeakoulutus, huoli liittyen lapseen tai vanhemmuuteen, yhden tai kahden lapsen ydinperhe sekä kaupungissa asuminen. (Kanste ym. 2013, 215, 217.)

Vanhemmuus asettaa työelämässä toimiville haasteita työn ja perhe-elämän yhteen sovittamisessa. Kivimäen (2009) tutkimuksesta ilmenee, että lapsen sairastuminen tai muut työajalle ajoittuvat menot lasten kanssa aiheuttavat lähes poikkeuksetta haasteita työpaikoilla. Perheeseen liittyviä myöhästymisiä tai poissaoloja ei koettu hyväksyttäväksi syiksi olla pois töistä. (Kivimäki 2009, 68–69.)

2.3 Vastaanottoaika

Vastaanotolla tarkoitetaan opinnäytetyössämme kiireetöntä terveyskeskuslääkäri-sairaanhoidajaparin vastaanottoa (Valtioneuvosto n.d.). Kiireetön hoitopääsy lääkärin avosairaanhoidon vastaanotolle vaihtelee maakunnittain. Maaliskuussa 2017 kiireetöntä hoitoa tarvitsevista asiakkaista 40 % pääsi lääkärin vastaanotolle viikon kuluessa ja 58 % hoitajan vastaanotolle kolmen vuorokauden kuluessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b.)

Terveyden tasa-arvo sisältää oikeudenmukaisen pääsyn terveydenhuollon palveluihin, mukaan lukien terveyspalvelujen saatavuuden (Pietilä, Halkoaho, Matveinen, Länsimies-Antikainen, Häggman-Laitila & Kangasniemi 2013, 36). Virka-aikaan vastaanotolle pääsy on kuitenkin osalle ihmisistä haastavaa. Aamu- ja iltavastaanotot ovat erityisesti työssäkäyvien ja pienituloisten, ilman työterveyshuoltoa olevien, suosiossa (Pakkala 2017). Kielitoimisto (2017) määrittelee sanakirjassaan virka-ajan viraston aukioloajaksi. Opinnäytetyössämme virka-ajalla tarkoitetaan aikaväliä kello 8–16 arkipäivisin.

Kunnat ja yhteistoiminta-alueet määräävät terveyskeskusten aukioloajat ja ajoissa on huomattavaa vaihtelua. Päivystystoimintaa on terveyskeskuksissa virka-aikana, useissa kunnissa myös virka-ajan ulkopuolella. Osa terveysasemien päivystyksistä on auki jatkuvasti, osa esimerkiksi kello 22 asti tai kello 18 asti. Noin 60 prosenttia suomalaisista saa kiireellisen hoidon virka-ajan ulkopuolella yhteispäivystyksistä. (Parhiala, Hetemaa, Siervo, Nuorteva, Luoto & Krohn 2016.) Turckan, Toscos ja Doebbeling (2014) tutkivat

asiakaskeskeistä ajanvarausta. Tutkimuksessaan he toteavat, että nopea ajanvaraus, terveystioski-tyyppiset palvelut, virka-ajan jälkeiset vastaanottoajat ja ryhmäpalvelut parantavat perusterveydenhuollon saatavuutta. (Turckan ym. 2014.)

Sinervo ym. (2016) tutkivat terveydenhuollon palvelupisteen valintaa. He pitivät todennäköisenä, että kroonisesti sairas valitsee toimipisteen, joka mahdollistaa monipuoliset, hänen hoitonsa kannalta tarpeelliset palvelut. Satunnaisesti terveyspalveluja käyttävälle asiakkaalle taas sijainti oli tärkeämpi kriteeri palvelupisteen valinnalle. Vastaavasti nykyistä laajemmat vastaanottoajat voisivat toimia valintakriteerinä erityisesti satunnaisesti terveyspalveluja käyttävälle asiakkaalle. (Sinervo ym. 2016, 15.) Isaksson ym. (2016, 2) totesivat tutkimuksessaan, että terveyspalvelujen heikko maantieteellinen saatavuus vähensi terveyspalvelujen käyttöä sekä lisäsi terveyden eriarvoisuutta.

Mehrotra, Keehl-Markowitz ja Ayanian (2008) tutkivat asiakaslähtöisen ajanvarauksen vaikutuksia Yhdysvalloissa. He huomioivat, että hyvin järjestetty ja oikea-aikainen vastaanottotoiminta vähensi myös päivystyksen kuormitusta. (Mehrotra ym. 2008.) Rust, Ye ja Baltrus (2008) tutkivat Yhdysvalloissa käytännön syitä, miksi asiakkaat hakeutuivat päivystykseen, vaikka heidän vaivansa olisi ollut hoidettavissa kiireettömällä vastaanotolla. Asiakkaat kertoivat päivystykseen hakeutumisen syiksi: ei tavoittanut puhelimitse, ei saanut aikaa tarpeeksi nopeasti, joutui odottamaan paikan päällä liian kauan, ei ollut auki asiakkaalle mahdolliseen aikaan sekä kulkuvaikeudet. Tutkijoiden mielipide oli, että oikea-aikainen hoito vähentäisi päivystyskäyntejä ja perusterveydenhuollon vastaanotot nähtiin riittämättömiksi estämään päivystyskäyntejä, jotka olisi voitu hoitaa kiireettömällä vastaanotoilla. Este, että vastaanotto ei ollut auki sopivana ajankohtana, viittaa kiireettömien vastaanottoaikojen sopimattomuuteen. (Rust ym. 2008.)

Rose, Ross ja Horwitz (2011) ovat tehneet kirjallisuuskatsauksen, jossa käsiteltiin pääasiassa yhdysvaltalais tutkimuksia asiakaslähtöisistä, nopeasti toteutettavista vastaanottoajoista, advanced access -mallista. Yhtä siinä käsiteltyä tutkimusta lukuun ottamatta kaikki raportoivat potilastyytyväisyyden parantuneen siirryttäessä asiakaslähtöiseen ajanvaraukseen, jossa vastaanottoaika pyrittiin järjestämään seuraavan vuorokauden aikana. Järjestelyllä pyrittiin vähentämään päivystyksen kuormitusta, sillä pitkien jonotusaikojen todettiin kuormittavan päivystystä. Tutkituista neljä viidesosaa ilmoitti käyttävänsä mieluummin kiireetöntä vastaanottoa kuin päivystystä. (Rose ym. 2011.)

Fournier ym. (2012) tutkivat odotusaikojen lyhentämisestä ja siteeraavat yhdysvaltalaisista perusterveydenhuoltoa pohtivaa Starfieldiä (1994) kertoen, että vahva perusterveydenhuolto parantaa kansalaisten yleistä terveydentilaa. Fournier ym. (2012) totesivat tutkimuksessaan, että Kanadassa oli yksi kalleimmista terveydenhuoltojärjestelmistä ja pisimmät jonot. Yhtenä parannusehdotuksena tilanteelle oli lisätä virka-ajan jälkeisiä vastaanottoaikoja. Samalla todennäköisiä päivystyksen potilaita voitaisiin siirtää kiireettömän vastaanottotoiminnan hoidettavaksi. Asiakaslähtöisen ajanvaraamisen hyödyt näkyivät niin potilaiden kuin palveluntarjoajien tyytyväisyydessä. (Fournier ym. 2012, 64, 66.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä asiakaskysely, jossa selvitettiin, mihin kellon-aikoihin Ylöjärven terveyskeskuksen asiakkaat pääsisivät parhaiten sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Opinnäytetyömme tehtävänä oli vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten avoterveydenhuollon vastaanottoaikoja voisi kehittää entistä asiakaslähtöisemmiksi?
2. Mihin aikaan asiakkaat pääsevät parhaiten vastaanotolle?
3. Vastaisiko iltavastanotto asiakkaiden tarpeisiin?

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa tilaajan päätöksenteon tueksi. Ylöjärven kaupungilla on harkinnassa terveyskeskuksen vastaanottoiminnan laajentaminen iltavastanottoon. Opinnäytetyömme päämääränä oli auttaa Ylöjärven terveyskeskuspalvelujen kehittämisessä, jotta palvelut vastaisivat entistä paremmin asiakkaiden tarpeita vastaanottoaikojen osalta.

4 TOTEUTUS

4.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyössämme käytimme määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Siinä keskeisiä asioita ovat muuttujien mittaaminen, tilastolliset menetelmät sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 41). Muuttujalla viitataan ominaisuuksiin, joita havainnoitavalla on (Vilkkä 2015, 105). Kvantitatiivinen tutkimus käyttää kolmea eri muuttujatyyppeä: riippuvia, riippumattomia ja väliintulevia muuttujia. Riippuvan muuttujan avulla on tarkoitus saada vastaus työssä esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyössämme tämä tarkoitti esimerkiksi terveyskeskuksen asiakkaiden mahdollisuutta päästä vastaanotolle. Riippumattomat muuttujat ovat myös ns. selittäviä muuttujia. Selittävien muuttujien avulla voidaan avata taustakysymyksiä. Opinnäytetyössämme näitä olivat esimerkiksi vastaajan ikä, asuinpaikkakunta ja asema. Väliintuleva muuttuja puolestaan selittää näiden kahden asiayhteyden. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 55.)

Valitsimme kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska se sopi kyselytutkimuksemme luonteeseen tilastollisine menetelmineen. Viitekehyksen luomiseksi teimme kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsaus sisältää sen hetkisen teoreettisen ja tieteellisen tiedon tutkitusta aiheesta eli siitä selviää, mitä aiheesta jo tiedetään ja mitä ei tiedetä (Grove, Gray & Burns 2015, 163). Tämä auttaa ymmärtämään tutkittua aihetta kokonaisvaltaisesti. Kirjallisuuskatsauksessa pyrimme järjestelmällisyyteen ja kuvaamaan prosessin vaiheet niin selkeästi, että lukija voi arvioida toteutuksen luotettavuutta vaihe vaiheelta. (Stolt, Axelin, Suhonen 2016, 23.)

Tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otantaa. Aineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään tutkittua otantaa laajempaan joukkoon tilastollisen päättelyn keinoin. (Heikkilä 2010, 16.) Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoitus ei ole niinkään teorian kehittäminen tai uuden tiedon löytäminen vaan olemassa olevan tiedon vahvistaminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 49).

4.2 Aineiston keruu

Mittarin eli kyselylomakkeen suunnittelu on kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskiössä. Kyselylomaketta suunniteltaessa on tärkeä tietää tutkimuksen tavoite eli mihin kysymyksiin ollaan etsimässä vastauksia. (Vilka 2015, 105.) Aineiston keruussa käytetään tyyppillisesti strukturoitua kyselylomaketta (Heikkilä 2010, 16). Opinnäytetyömme kyselylomakkeen suunnittelussa lähtökohtana oli lyhyt strukturoitu kysely. Kysymysten suunnittelussa perustana olivat olemassa olevat vastaanottoajat ja helpoimmin laajennettavissa olevat vastaanottoajat. Nykyiset vastaanottoajat ovat virka-ajalla. Helpoimmin laajennettavat vastaanottoajat ovat virka-ajan jälkeen kello 20:een asti, kun terveyskeskuksen päivystys on auki. Lisäksi halusimme selvittää ihmisten kiinnostusta virka-aikaa aikaisempiin aamuvastaanottoihin ja siitä syystä lisäsimme kyselyyn kellonajan 7–8.

Opinnäytetyössämme halusimme selvittää, miten hyvin nykyiset vastaanottoajat sopivat asiakkaille. Sitä varten loimme kysymyksen virka-ajan sopivuudesta kiireettömälle lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanottokäynnille. Määrittelimme tämän kysyttäväksi kahden viikon ajanjaksolta, jotta viikkojen välisiä vaihteluita saataisiin näkyviin. Emme kysyneet kuitenkaan sen pidempää ajanjaksoa, jotta kysymyksen hahmottaminen olisi helppoa ja vastaaminen nopeaa.

Opinnäytetyömme kannalta tärkein kysymys oli selvittää, mihin aikaan asiakkaat pääsivät parhaiten vastaanotolle. Kysyimme sopivia vastaanottoaikoja tunnin tarkkuudella, paitsi virka-ajan kello 8–15. Vaihtoehtoina kysymyksessä olivat kello 7–8, virka-aika kello 8–15 sekä kello 15–20 joka tuntiväli erikseen. Erotimme kellonajan 15–16, jotta saimme selville virka-aikaan lukeutuvan viimeisen tunnin kiinnostavuuden. Sopivista vastaanottoajoista oli mahdollista valita yksi tai useampi vaihtoehto.

Taustakysymyksillä haimme tietoa vastaajien asemasta, iästä, asuinkunnasta sekä lapsista. Asemasta kysyimme, onko vastaaja työelämässä, lasten kanssa kotona, opiskelija, eläkkeellä, työtön vai jotain muuta. Kysyimme vastaajilta syntymävuoden ikäjakauman selvittämiseksi. Asuinkunnalle annoimme kolme vastausvaihtoehtoa: Ylöjärvi, naapurikunta ja muu, koska tutkimuksissa on todettu terveyspalvelujen sijainnin olevan yksi kriteereistä palvelupisteen valinnalle (Sinervo ym. 2016, 15). Lapsista kysyimme, onko perheessä 0–18-vuotiaita lapsia ja jos on, minkä ikäisiä. Jaoin lasten iät kolmeen luokkaan, 0–5-, 6–10- ja 11–18 vuotta, jotta analyysissa olisi mahdollista arvioida erikseen

pikkulapsiperheiden toiveita. Taustatietoja kysymällä halusimme myös selvittää otannan ja perusjoukon yhteneväisyyttä luotettavuuden arvioimiseksi.

Perusjoukon koko opinnäytetyössämme ei ole tarkasti määritelty, mutta kokoluokkaan päästään Ylöjärven asukasluvusta, joka oli vuoden 2017 alussa noin 33 000 (Kuntaliitto 2017). Perusjoukon koon ja määrittelyn täsmällisyyden takia kokonaistutkimus ei tässä tapauksessa ollut mahdollista, joten päädyimme otantatutkimukseen. Sopivan otannan muodostamiseksi päädyimme toteuttamaan kyselyn Ylöjärven kauppakeskus Elossa, jossa on suuri asiakasvirta (Finnish Council of Shopping Centers 2017, 142). Otannan menetelmäksi valitsimme yksinkertaisen satunnaisotannan. Näin pyrimme varmistamaan, että jokaisella perusjoukon yksilöllä olisi yhtäläinen mahdollisuus tulla valituksi haastatteluun. (Heikkilä 2014, 15.)

Opinnäytetyömme keskeinen tavoite oli sopivimpien vastaanottoaikojen selvittäminen. Tällainen tieto saadaan kokonaistasoisella tutkinnalla, jossa otoskoon vähimmäismäärä on sata (Heikkilä 2010, 33). Testasimme kyselylomaketta haastattelemalla läheisiä ja tuttaviamme. Saimme heiltä jonkin verran kehitysideoita, joita hyödynsimme kyselylomaketta viimeistellessä.

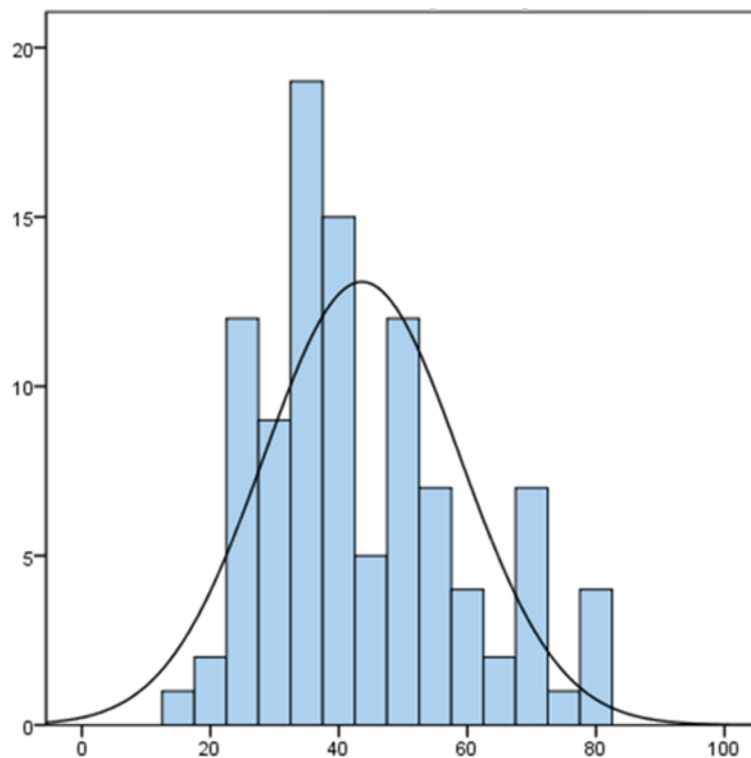
Keräsimme opinnäytetyömme aineiston kauppakeskus Elossa Ylöjärvellä joulukuussa 2017. Ennen kyselyä pyysimme vastaajilta tietoisuuden suostumuksen. Kerroimme jokaiselle vastaajalle lyhyesti keskeiset asiat tietojen keräämisestä ja vastaajan oikeuksista. Tarkemmat tiedot tutkimuksesta, tietojen keräämisestä ja oikeuksista oli luettavissa kyselyn suorituspaikalla saatekirjeestä (liite 1).

Toteutimme kyselyn henkilökohtaisessa kontaktissa haastateltavan kanssa lyhyen strukturoidun sähköisen kyselylomakkeen (liite 2) avulla, jonka täytimme haastateltavan vastausten mukaisesti. Tavoitteenamme oli saada vähintään sata vastausta, jotta tuloksista tulisi mahdollisimman luotettavat ja käyttökelpoiset (Nummenmaa 2006, 25). Tavoittemme täyttyi. Saimme reilu sata vastausta. Jouduimme karsimaan muutaman vastauksen teknisestä virheestä johtuen, ja lopullinen vastausmäärä oli sata ($n=100$).

5 TULOKSET

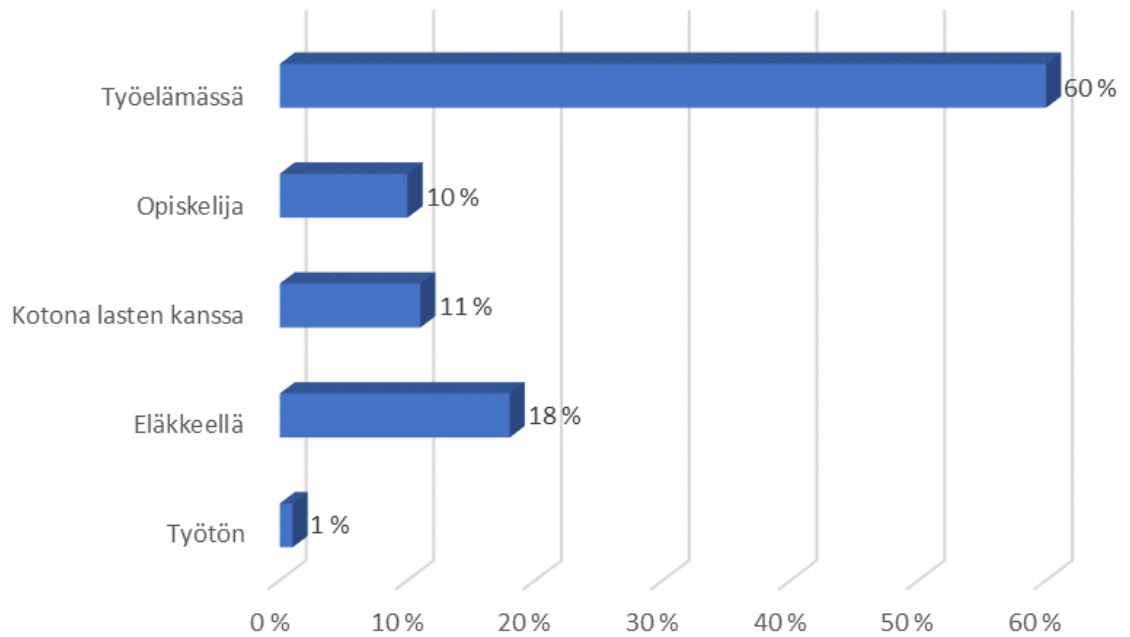
Tulokset perustuvat aineistoon, jonka keräsimme asiakaskyselyllä joulukuussa 2017. Asiakaskyselyn kysymykset ovat nähtävillä liitteessä 2. Kyselyyn vastasi sata henkilöä (n=100).

Tutkimukseen osallistuneista vastaajista (n=100) valtaosa oli työkäisiä. Vanhin vastaajista oli 82-vuotias ja nuorin 15-vuotias. Suurin osa vastaajista oli 25–40-vuotiaita ja keskiarvoksi saimme 43,59 vuotta. Vastaajien ikäjakauma on esitetty kuviossa 2.



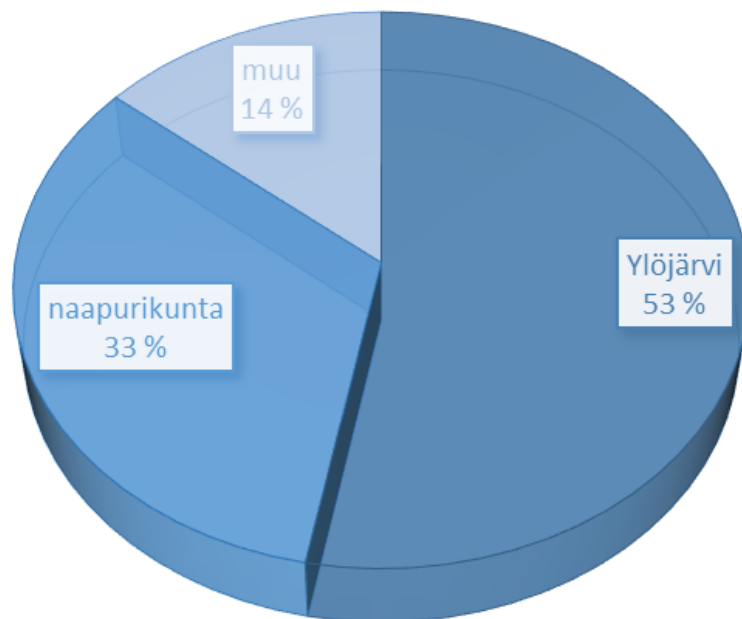
KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma (n=100)

Suurin osa vastaajista (n=100), 60 %, oli työelämässä. Vastaajista 18 % oli eläkkeellä, 10 % opiskelijoita, 11 % kotona lasten kanssa ja 1 % työttömänä. Työvoimaan kuului vastaushetkellä 61 % vastaajista. Työvoiman ulkopuolella oli 39 % vastaajista. Heistä opiskelijat (10 %) ja kotona lasten kanssa olevat vanhemmat (11 %) ovat jossain vaiheessa siirtymässä työvoimaan. Vastaajien asema on esitetty kuviossa 3.



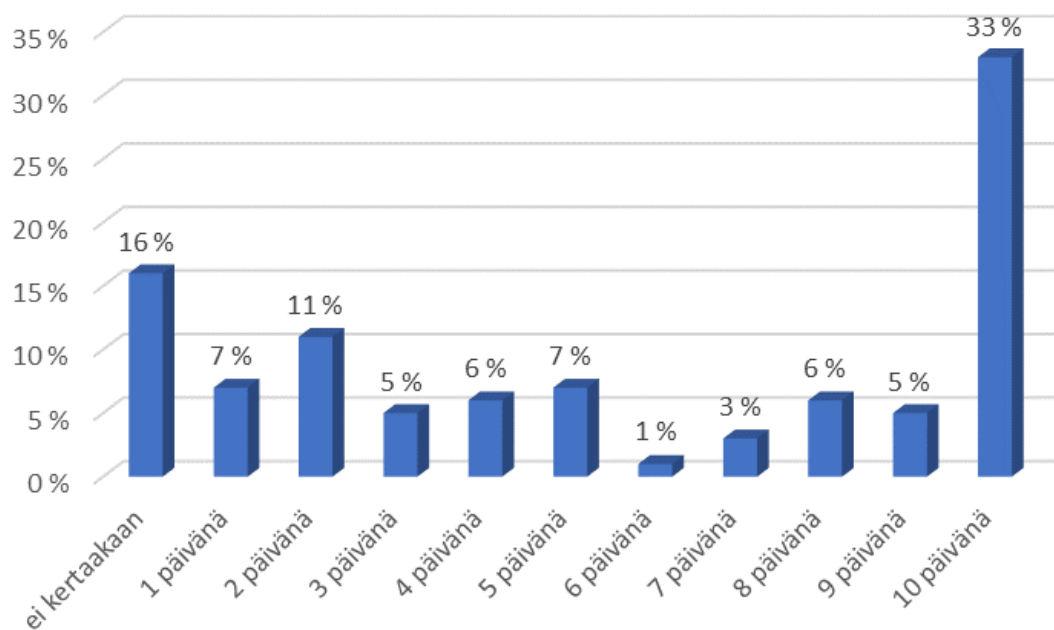
KUVIO 3. Vastaajien asema (n=100)

Kysyimme vastaajien asuinkuntaa Ylöjärven terveyskeskuksen palvelujen saatavuuden ja siten asiakaspotentiaalin näkökulmasta. Vastaajista (n=100) 53 % asui Ylöjärvellä, 33 % naapurikunnissa ja 14 % muualla Suomessa. Muualla asuvien paikkakuntaa ei määritetty kyselytutkimuksessamme tarkemmin. Vastaajien asuinkuntajakauma on esitetty kuviossa 4.



KUVIO 4. Vastaajien asuinkunta (n=100)

Ensimmäinen varsinainen tutkimuskysymyksemme oli, kuinka usein vastaajan olisi mahdollista päästä vastaanotolle virka-aikaan. Aikamääreeksi valitsimme kymmenen arkipäivän (maanantai–perjantai) aikajanan. Vastauksia oli mahdollista antaa vain yksi, ja vastaus annettiin asteikolla 0–10. Tässä nolla tarkoitti, että asiakas ei pääsisi kertaakaan vastaanotolle virka-aikana kymmenen arkipäivän aikana. Kymmenen tarkoitti, että asiakas pääsisi vastaanotolle virka-aikaan joka päivä kymmenen arkipäivän aikana. Virka-aikaan kiirettömälle vastaanotolle pääseminen kahden viikon ajanjaksolla on esitetty kuviossa 5. Vastaajista (n=100) 33 % vastasi pääsevänsä vastaanotolle joka päivä, ja 16 % puolestaan vastasi, ettei pääse yhtenäkin päivänä vastaanotolle virka-aikaan. Loput vastauksista asettuivat näiden välille. Esimerkiksi seitsemän prosenttia vastaajista kertoi pääsevänsä kiirettömälle vastaanotolle viitenä päivänä kahden viikon ajanjaksolla tarkasteltuna.

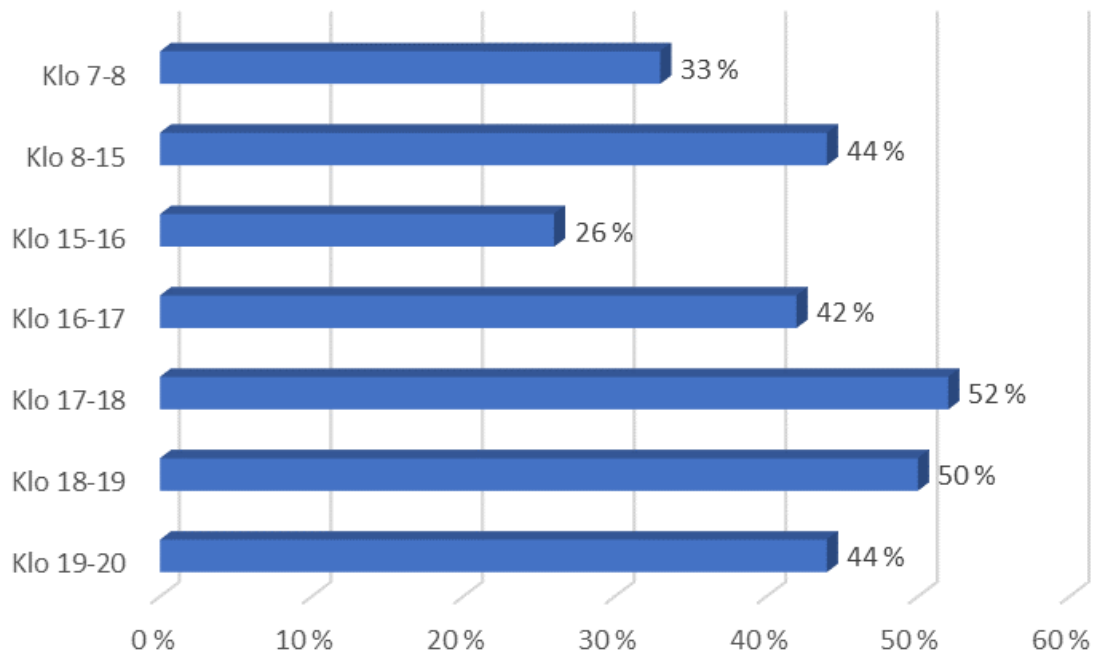


KUVIO 5. Virka-aikaan vastaanotolle pääseminen kahden viikon ajanjaksolla (n=100)

Kysyimme vastaajilta, mitkä olisivat heille sopivimmat vastaanottoajat. Aikavälit olivat tunnin mittaisia, mutta virka-ajaksi määritelty kello 8–15 oli yhtenä aikavälinä. Vastaajan oli mahdollista valita yksi tai useampi vaihtoehto. Tuloksissa laskimme yhteen kunkin ajan saamat vastaukset. Suosituimmaksi kellonajaksi vastaanotolle nousi kello 17–18 välinen aika. Tämän ajan valitsi yli puolet vastaajista (n=100), 52 %. Toiseksi suosituin (50 %) aika vastaanotolle oli kello 18–19 välinen aika.

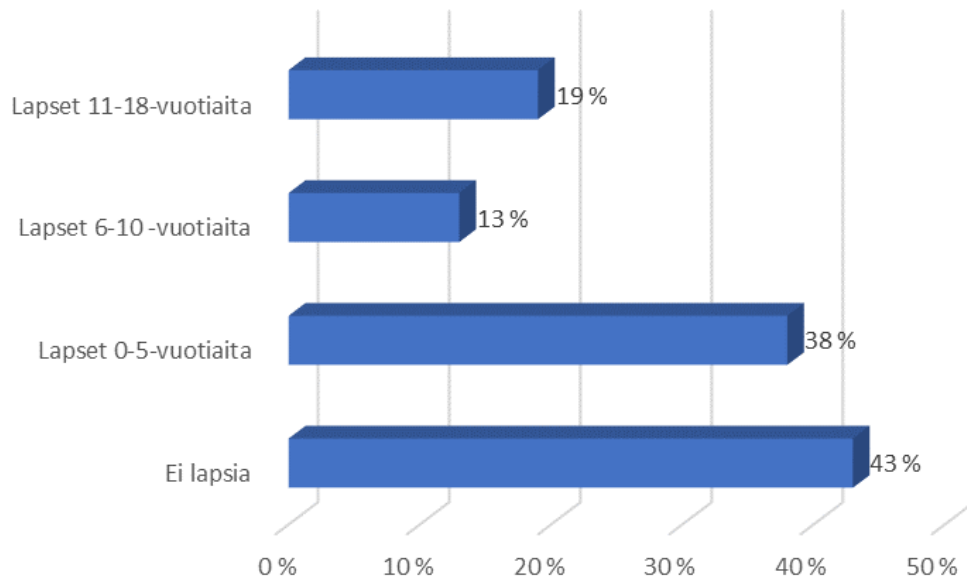
Myöhempää iltavastaanottoa kello 19–20 piti sopivana 44 % vastaajista. Vastaanottoaika kello 16–17 oli sopiva 42 %:lle vastaajista. Varsinaisesta virka-ajasta erottamamme viimeinen tunti, kello 15–16, sai koko kyselyn heikoimman suosion 26 % (n=100). Virka-aikaa piti sopivana 44 % vastaajista. Virka-aika oli kyselyssämme määriteltynä seitsemän tunnin aikajaksoksi eikä siten ole suoraan vertailukelpoinen muihin tunnin aikajaksoilla kysytyihin aikoihin.

Myös aamun vastaanottoaika kello 7–8 välillä sai suosiota. Vastaajista (n=100) 33 % ilmoitti aamun kello 7–8 sopivaksi vastaanottoajaksi. Usea vastaaja perusteli valintaansa paikan päällä sanoen, että ehtisivät aamuvastaanotolle ennen töihin menoa. Vastaajille sopivimmat vastaanottoajat on esitetty kuviossa 6.



KUVIO 6. Vastaajille sopivimmat vastaanottoajat (n=100)

Vastaajista (n=100) 57 % oli lapsiperheitä, kun taas 43 %:lla ei ollut lapsia tai ei ollut alaikäisiä lapsia. Alle kouluikäisiä lapsia oli 38 %:lla vastaajista. Vastaajista 13 %:lla oli 6–13-vuotiaita lapsia, ja 19 %:lla 11–18-vuotiaita lapsia. Vastaajien oli mahdollista valita yksi tai useampi lasten ikäryhmä. Vastaajien perheisiin kuuluvien lasten määrä on esitetty kuviossa 7.



KUVIO 7. Vastaajien perheisiin kuuluvien 0–18-vuotiaiden lasten määrä (n=100)

6 POHDINTA

Vastaanottoaikojen sopivuutta on tutkittu vähän maailmalla ja Suomessa. Media nostaa ajoittain esiin otsikoita perusterveydenhuollon pitkistä jonotusajoista ja asiakkaiden tyytymättömyydestä palvelujen saatavuuteen. Opinnäytetyötämme kirjoittaessa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteen ja palvelujen uudistus eli sote-uudistus on ajankohtainen aihe. Uudistuksen sisällöstä ei ole vielä päätetty, mutta sote-uudistus saattaa tuoda mukanaan entistä laajempaa kilpailutusta perusterveydenhuollon piiriin. Tämä tulisi haastamaan palvelut niiden nykytilassa. Asiakkaat ovat entistä valveutuneempia ja tietoisia itselleen kuuluvista eduista. Vastaanottoaikojen laajentaminen virka-aikojen ulkopuolelle tai ehkä jopa viikonloppuun parantaisi palveluntarjoajan kilpailuetua markkinoilla. Oletettavasti palveluiden saannin helpottuminen ja ajanvarauksen tapahtuminen asiakkaan ehdoilla saisi suosiota kuluttajien taholta. Myös Sinervo ym. (2016, 15) nostivat esiin, että terveyspalveluja valittaessa merkityksellisin tekijä asiakkaan näkökulmasta heti sijainnin jälkeen on sopivan ajan saaminen.

Opinnäytetyömme kannalta merkittävää on se, että sote-uudistuksesta tai valinnanvapauden lisääntymisestä huolimatta suuri osa suomalaisista työskentelee edelleen niin sanottuna virka-aikana. Tämä luo viikoittaisen rytmin yhteiskuntaan. Myös yhteiskunnan rakenteet muuttuvat ja kehittyvät, mutta muutos ei kuitenkaan tapahdu hetkessä. Kehittäminen vaatii tuekseen tutkittua tietoa, jonka pohjalta rakentaa uutta. Opinnäytetyöllämme haluamme auttaa kehittämään jo olemassa olevia palveluita ja jopa luomaan uutta – myös terveyspalvelut vaativat kehittämistä vastatakseen nyky-yhteiskunnan vaatimuksiin.

Asiakkaan näkökulmasta vastaanottoaikojen laajentaminen virka-ajan ulkopuolelle helpottaisi myös työn ja perheen yhteensovittamista sekä näiden asettamia paineita. Tyypillisesti lääkärikäynnit on korvattava työnantajalle ja perheellisten on vaikea sovittaa työn asettamia vaatimuksia perheen tarpeisiin (Kivimäki 2009, 68–69). Tällainen tarve voi esimerkiksi olla lapsen terveyskeskuskäynti. Sopivan ajan saaminen olisi myös mukavuustekijä ja näin vähentäisi ajanvarausta koskevaa stressiä. Tulosten pohjalta mielestämme vastaanottoaikoja saisi kehitettyä entistä asiakaslähtöisemmiksi laajentamalla vastaanottoaikoja vastaamaan erilaisia elämäntilanteita.

Opinnäytetyöprosessimme käynnistyi toukokuussa 2017 aiheen valinnalla. Valitsimme aiheen esitellyistä vaihtoehdoista, koska se oli mielestämme aiheena mielenkiintoinen ja hoitotyötä kehittävä. Vastaanottoaikojen laajentaminen oli mielestämme ajankohtainen aihe ja sidoksissa tulevaisuuden terveydenhuoltoon. Lähdemateriaalin löytäminen oli ajoittain haastavaa, ja tutkittu tieto sivusi aiheitamme monesti liian etäältä. Lopulta onnistuimme löytämään tutkittua tietoa maista, joissa on toteutettu laajennettuja vastaanottoaikoja.

6.1 Tulosten tarkastelu

Jotta tutkimus olisi hyödyllinen, sen tulee itsessään olla käyttökelpoinen ja jotain uutta esiin tuova (Heikkilä 2014, 27–30). Työmme lähtökohta tuli käytännön tarpeista saada uutta tietoa vastaanottoaikojen sopivuudesta. Kyselyymme vastasi sata henkilöä (n=100).

Vastaajista 48 % (n=100) pääsisi kymmenen arkipäivän aikana vastaanotolle virka-aikaan yli viitenä päivänä, ja heistä 33 % pääsisi vastaanotolle jokaisena arkipäivänä. Vastaajista 16 % ei pääsisi kymmenen arkipäivän aikana vastaanotolle virka-aikaan kertaakaan. Mehrotra ym. (2008) totesivat tutkimuksessaan, että hyvin järjestetty ja oikea-aikainen vastaanotto toiminta vähentää myös päivystyksen kuormitusta. Ihmiset, jotka eivät päässeet vastaanotolle virka-aikana, hakeutuivat monesti päivystykseen (Seppänen 2013, 1318). Saman totesivat Rust ym. (2008) tutkimuksessaan. Päivystykseen hakeutuneista noin joka kolmas olisi voinut odottaa seuraavaan arkipäivään (Seppänen 2013, 1318). Fournier ym. (2012) totesivat, että Kanadassa oikea-aikaiseen hoitoon tähtäävässä toiminnassa vastaanottoajoista vain kolmannes oli etukäteen varattuja. Esimerkiksi hoidon tarpeen arvioiva hoitaja voisi ohjata potilaita myös kiireettömän vastaanoton ajoille. (Fournier ym. 2012, 64, 66.) Näin ollen vastaanottoaikojen laajentamisella voitaisiin mahdollisesti vähentää päivystyksen ruuhkautumista potilaille, joille kiireetön ajanvarausvastaanotto olisi riittävä.

Toteuttamamme kyselyn perusteella asiakkaille sopivimmat (50 % tai yli) vastaanottoajat olisivat kello 17–19 välillä ja halukkuutta vastaanottoajoille olisi runsaasti (yli 40 %) myös kello 19–20 ja 16–17. Iltavastanottoaikojen suosio kasvoi selvästi verrattuna virka-ajan viimeiseen tuntiin (kello 15–16). Aamuvastanotollekin oli kysyntää (33 %), mutta selvästi vähemmän kuin iltavastanotolle. Kyselyä tehdessä vastaajat perustelivat

valintaansa paikan päällä sanoen, että ehtisivät vastaanotolle ennen töihin menoa. Esimerkiksi Helsingin Vuosaaressa on saatu samansuuntaista asiakaspalautetta. Laajempien aukioloaikojen pilotointi aloitettiin loppuvuodesta 2016, ja asiakastyytyväisyyskyselyn mukaan erityisen tyytyväisiä olivat työssäkäyvät ja pienituloiset, joilla ei ollut työterveys-huoltoa. Myös terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakasmäärät olivat lisääntyneet pilotoinnin aikana. (Pakkala 2017.)

Vastaajista (n=100) 60 % oli työelämässä ja 57 % oli lapsiperheellisiä. Huomionarvoista on, että pikkulapsiperheellisiä (perheessä ainakin yksi 0–5-vuotias) oli 38 % vastaajista. Suomalaisessa tutkimuksessa todettiin, että korvauksia yksityislääkärikäynneistä saaneista alle 9-vuotiaista lapsista yli puolet oli 1–3-vuotiaita lapsia. Tutkimuksessa todettiin myös, että yksityisten lääkäripalvelujen käyttö on yhteydessä terveystieteiden tutkimuskeskuksen lääkärikäynteihin: mitä useammin käytettiin yksityisiä lääkäripalveluja, sitä useammin käytettiin myös terveystieteiden tutkimuskeskuksen lääkäripalveluja tai päivystystä. (Kanste ym. 2013, 210, 215.) Kivimäki (2009) totesi tutkimuksessaan, että lapsen sairastuminen tai muu työajalle ajoittuva meno lasten kanssa aiheuttaa haasteita työpaikoilla. Perheeseen liittyviä myöhästymisiä tai poissaoloja ei koettu hyväksyttäväksi syiksi olla pois töistä. (Kivimäki 2009, 68–69.)

Olisi ollut mielenkiintoista tarkastella tuloksia vertailemalla niitä eri elämäntilanteissa olevien vastaajien joukkoihin. Otoksemme on kuitenkin liian pieni tehdäksemme tieteellisesti päteviä johtopäätöksiä niin yksityiskohtaisella tasolla.

6.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan, onko mitattu asia juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Mikäli mittarin avulla on onnistuttu mittaamaan alussa määriteltyjä kysymyksiä, voidaan olettaa mittarin olevan validi eli paikkansa pitävä. On myös otettava huomioon, että validiutta tulisi pohtia jo ennen tutkimuksen toteuttamista. Näin varmistetaan tutkimuksen validius. Reliabiliteetti puolestaan viittaa tulosten pysyvyyteen eli toistettavuuteen. Reliabiliteettia voidaan testata toistojen avulla. Mikäli samaa mittaria

käyttäen saadaan toistettuna sama tulos, voidaan olettaa reliabiliteetin olevan korkea. Tutkimustuloksia työstettäessä on oltava erityisen tarkka, jotta työn reliabiliteetti ei kärsi. (Kankkunen & Julkunen-Vehviläinen 2010, 152; Heikkilä 2014, 27–28.)

Hyvän kysymyksen ominaispiirteisiin kuuluu ymmärrettävyys, selkeys ja yksiselitteisyys (Heikkilä 2010, 57). Tämän huomioiden loimme kysymykset hyvissä ajoin ennen kyselyn toteuttamisajankohtaa ja testasimme kyselyämme ystävä- ja tuttavapiirissä. Siitä huolimatta huomasimme, että vastaajat kokivat kysymyksen vastaanotolle pääsemisestä virka-aikaan haastavana. Muutamat ymmärsivät, että kysymys kattoi työterveyshuollon palvelut tai päivystyskäynnit. Selvitimme asiaa vastaajille, kun asia kävi ilmi. On kuitenkin mahdollista, että osa vastaajista vastasi kysymykseen tällä olettamuksella.

Tutkimuksemme luotettavuuden lisäämiseksi toteutimme kyselyn henkilökohtaisessa kontaktissa kauppakeskus Elossa. Kerroimme kyselyymme vastanneille henkilöille kyselyn kestävän noin kaksi minuuttia. Vastaajat olivat tyytyväisiä, välillä yllättyneitäkin, että kysely oli nopea. Luimme vastaajille kysymykset ääneen ja tarvittaessa selvitimme mitä kysymyksillä tarkoitettiin. Kyselyä tehdessä havaintojemme mukaan eläkeikäiset olivat keskimäärin halukkaampia osallistumaan, kun taas nuoremmat ja lapsiperheet kieltäytyivät useammin vastaamasta. Vastaajista 53 % kertoi asuinpaikakseen Ylöjärven ja 33 % naapurikunnan. Näin voimme päätellä, että suurin osa otantajoukostamme olisi Ylöjärven terveyskeskuksen mahdollisia asiakkaita.

Luotettavuuden arvioimiseksi kysyimme vastaajilta taustakysymyksiä. Kyselymme vastaajien ikäjakauma (kuvio 2) vastasi hyvin normaalijakaumaa. Vertasimme taustakysymystemme tuloksia Tilastokeskuksen tilastoihin. Tilastokeskuksen (2017b) kriteerein työvoimaan laskettavia 15–74-vuotiaita vastaajia kyselyssämme oli 97. Vastaajista 61 oli työelämässä, joten laskimme kyselymme työvoimaan kuuluvista (n=97) 37,1 % olleen työvoiman ulkopuolella. Verrattuna vuoden 2016 tilastoihin, joissa työvoiman ulkopuolella laskettiin olevan 35 % työvoimasta, totesimme kyselymme vastaavan tätä suhteellisen hyvin. (Tilastokeskus 2017c.) Vuonna 2016 lapsiperheissä oli 2 139 737 henkilöä, joista alle 18-vuotiaita oli 1 051 285 henkilöä (Tilastokeskus 2017a). Täysi-ikäisiä lapsiperheissä oli siten 1 088 452 henkilöä. Ennakkoväkiluku vuoden 2017 lopussa oli 5 516 224 (Tilastokeskus 2018). Näin ollen lapsiperheissä asuvien täysi-ikäisten määrä oli 19,7 % väestöstä. Kyselymme täysi-ikäisistä vastaajista (n=99) 57,6 % oli lapsiper-

heellisiä, joten suhteellisesti lapsiperheet olivat ylliedustettuina otannassa. Työttömyysaste oli keskimäärin 8,8 %, mihin verrattuna työttömien osuus otannassa (1 %, n=100) oli aliedustettuna (Tilastokeskus 2017b).

Ennen opinnäytetyömme aloittamista järjestettiin työelämäpalaveri, jossa osallisina olivat lisäksi ohjaava opettaja ja työelämän yhteyshenkilöt. Tarkoituksena oli tarkentaa tilaavan tahon toiveita tutkimuksen suhteen ja sopia käytännön järjestelyistä, kuten aikataulusta. Opinnäytetyömme viitekehys rajattiin tilaajaa ja tutkimusta palveleviksi. Pidimme vielä syksyllä toisen palaverin työelämän yhteyshenkilön kanssa ja olemme olleet yhteydessä sähköpostin välityksellä tutkimuksemme edetessä mm. kyselylomakkeen kysymyksistä. Saimme työelämästä muutamia kehitysehdotuksia. Näin olemme pyrkineet varmistamaan, että tutkimuksemme kysymykset vastaisivat mahdollisimman hyvin tilaavan tahon tavoitteita.

Arvioimme, että sata vastaajaa riittää varmistamaan tutkimuksen luotettavuuden ja on näin tarkoituksenmukainen tilaajan toiveita ajatellen. Suuremmalla vastaajamäärällä olisi kuitenkin saatu vielä luotettavampia johtopäätöksiä.

6.3 Eettisyys

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) mukaan Suomessa on vakiintunut tapa käyttää käsitettä tutkimusetiikka. Tätä käytetään laajana yläkäsitteenä ja se pitää sisällään kaikki tutkimukseen ja tieteeseen liittyvät eettiset näkökulmat ja arvioinnit. Tarkempi raja- jaus pitää sisällään eettisesti vastuulliset toimintatavat ja niiden noudattamisen tutkimustoiminnassa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4–5.)

Opinnäytetyömme tutkimusaineisto on sisällöltään valmiiksi anonymia eli vastaajia ei voi jälkikäteen yhdistää kyselyn tuloksiin (Henkilötietolaki 1999). Tutkimuksemme tarkoitus ei vaatinut esittämään taustakysymyksiä vastaajan henkilötiedoista tai muista tähän jäljitettävistä asioista. Vastaajille tiedotettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja anonymista luonteesta sekä saatekirjeessä että kyselylomakkeella (liitteet 1 ja 2.) Kyselytutkimuksen järjestämiseksi haettiin erillislupa Ylöjärven kaupungilta.

Tutkimusetiikalle on Suomessa olemassa lakipohja. Tutkimusten tekoa määrittelevät mm. henkilötietolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Henkilötietolaissa määritellään mm. henkilötietojen käsittelyn koskevat asiat ja niiden käyttötarkoitussidonnaisuus. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista puolestaan määrittelee potilaan itsemääräämisoikeuden ja kertoo, että potilasta koskevalla tutkimuksella tulee olla tutkimusta vastaava suunnitelma ja aikataulu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Henkilötietolaki 1999.) Tutkimuksessamme ei käsitelty vastaajien henkilötietoja paljastavaa materiaalia, koska aineisto oli valmiiksi anonyymia. Keräämäämme materiaalia käytettiin vain tässä tutkimuksessa.

Maailman lääkäriiliiton antamassa Helsingin julistuksessa (1964) määritellään tutkimuksen tekoa koskevat eettiset normit. Julistuksessa määritellään mm. tietoisuuden sisältö. (Declaration of Helsinki 1964.) Kyselylomakkeemme ensimmäinen kohta koski vastaajan tietoista hyväksyntää kyselytutkimuksen ehdoista ja siitä, että tutkimuksessa ei käsitellä henkilötietoja. Lisäksi Suomessa tutkimusetiikkaa määrittelee ja ohjaa myös useampi lautakunta. Näitä ovat mm. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta (ETENE) ja Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 5.)

Tutkimusetiikan näkökulmasta keskeisiä lähtökohtia ovat rehellisyys, huolellisuus sekä tutkimustulosten julkaisussa avoimuus, mutta myös vastuullisuus huomioiden luottamuksellisuus. Tiedonhankinnan, tutkimuksen ja arvioinnin menetelmissä käytössä ovat tieteellisesti hyväksytyt kriteerit. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.) Olemme huomioineet nämä seikat tutkimusta tehdessämme. Esimerkiksi haimme opinnäytetyöllemme tutkimusluvan ja tutkimusaineisto pidettiin koko prosessin ajan anonyyminä. Julkaisemme valmiin opinnäytetyön Theseus-tietokannassa.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Mielestämme vastaanottoaikoja olisi hyvä tutkia laajemmin, sillä niiden kehittämistä hyötyisivät sekä palveluntarjoaja että asiakas. Parantamalla asiakkaan pääsyä vastaanotolle palveluntarjoaja saisi mm. kilpailuetua muihin vastaaviin palveluntarjoajiin verrattuna. Fournier ym. (2012, 66) myös huomauttavat, että asiakastyytyväisyyden parantami-

nen parantaa työntekijöiden työssä viihtymistä ja vähentää työhön liittyvää stressiä. Vastaanottoaikojen laajentamista voisi tutkia myös työntekijöiden kokeman työstressin ja sairauspoissaolojen näkökulmasta. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää työntekijöiden suhtautumista vaihteleviin työaikoihin.

Suomessa on iltavastaanottoja monilla paikkakunnilla, joista voisi tehdä tutkimusta palveluiden kehittämiseksi. Iltavastaanottokokeiluja on myös lopetettu, joten lopetussyitä olisi mielenkiintoista tutkia. Mikäli Ylöjärvellä päädytään iltavastaanottotoiminnan aloittamiseen, jatkotutkimusehdotuksena esitämme iltavastaanottojen suosion ja kannattavuuden tutkimista.

LÄHTEET

Almorsy, L. & Khalifa, M. 2016. Improving Health Care Accessibility: Strategies and Recommendations. *Stud Health Technol Inform* 226, 187–189.

Declaration of Helsinki. 1964. Recommendations guiding doctors in clinical research.

Finnish Council of Shopping Centers 2017. Finnish Shopping Centers 2016. Toimialakatsaus.

Fournier, J., Heale, R. & Rietze, L. 2012. Advanced Access Decreases wait times in Primary Healthcare. *Healthcare Quarterly* 15 (1), 64–66.

Grove, S., Gray, J. & Burns, N. 2015. *Understanding nursing research: building an evidence-based practice*. 6. painos. St. Louis: Elsevier.

Heikkilä, T. 2010. *Tilastollinen tutkimus*. 7.–8. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, T. 2014. *Tilastollinen tutkimus*. 9. painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523

Isaksson, D., Blomqvist, P. & Winblad, U. 2016. Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Services Research* 16 (28), 1–10.

Kajantie, M. 2014. Lääkäripalveluiden käyttö jakaa väestöä. *Hyvinvointikatsaus* 4/2014. Helsinki: Tilastokeskus.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. *Tutkimus hoitotieteessä*. 1.–2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. 2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanste, O., Halme, N., Rintanen, H. & Perälä, M-L. 2013. Vanhemmuuteen liittyvillä huolilla ja terveyskeskuspalvelujen saatavuudella yhteys lasten yksityislääkäripalvelujen käyttöön. *Hoitotiede* 25 (3), 209–221.

Kielitoimiston sanakirja. 2017. Luettu 27.1.2017.

<https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>

Kivimäki, R. 2009. *Vanhemmuus työpaikoilla*. Akateeminen Väitöskirja. Tampereen Yliopisto.

Kuntaliitto. 2017. Kuntajakko 1.1.2017. Excel-tiedosto: Kuntajaot ja asukasluvut 2000–2017. Luettu 10.10.2017.

https://www.kuntaliitto.fi/sites/.../Kuntajaot%20ja%20asukasluvut%202000-2017_5.xls

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

- Linnosmaa, I. 2016. Miten kilpailu vaikuttaa hintoihin ja laatuun sote-palveluissa? OP-TIMI – Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki. Julkaistu 21.6.2016. Päivitetty 9.5.2017. Luettu 20.9.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje/2016/miten-kilpailu-vaikuttaa-hintoihin-ja-laatuun-sote-palveluissa>
- Manderbacka, K., Muuri, A., Keskimäki, I., Kaikkonen, R. & Elovainio, M. 2012. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 49 (1), 4–12.
- Mehrotra, A., Keehl-Markowitz. & Ayanian, J. 2008. Implementation of open access scheduling in primary care: a cautionary tale. *Ann Intern Med* 148 (12), 915–922.
- Nummenmaa, L. 2006. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Olofsson, C. 2013. Mottagningsmodeller i primär vården – reglerat eller fritt patientflöde? *Distiktläkaren* 1/2013, 6–7.
- Pakkala, E. 2017. Pitäkää tämä! Asiakkaat rakastavat Vuosaaren terveyskeskuksen uutta linjaa. *Mediuutiset*. Luettu 21.10.2017.
<https://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/pitakaa-tama-asiakkaat-rakastavat-vuosaaren-terveyskeskuksen-uutta-linjaa-6674480>
- Parhiala K, Hetemaa T, Sinervo T, Nuorteva L, Luoto E & Krohn M. 2016. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt - Kyselytutkimuksen tuloksia 2: Kiireellinen hoito. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Peltari, H. & Kaila, M. 2014. Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:27.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70295/URN_ISBN_978-952-00-3515-0.pdf?sequence=1
- Pietilä, A-M., Halkoaho, A., Matveinen, M., Länsimies-Antikainen, H., Häggman-Laitila, A. & Kangasniemi, M. 2013. Terveiden tasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvo-työskentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämässä. *Tutkiva hoitotyö* 11 (1), 35–43.
- Potila, A-M., Moisio, J., Ahti-Miettinen, O., Pyy-Martikainen, M. & Virtanen, V. 2017. Opiskelijatutkimus 2017. Eurostudent VI -tutkimuksen keskeiset tulokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2017: 37. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Pääkkönen, H. 2012. Työttömien ajankäyttö mukailee työssäkäyvien päivärytmiä. *Teoksessa Hyvinvointikatsaus* 3/2012. Helsinki: Tilastokeskus.
- Rose, K., Ross, J. & Horwitz, L. 2011. Advanced Access Scheduling Outcomes. A Systematic Review. *Arch Intern Med* 171 (13), 1150–1159.
- Rust, G., Ye, J. & Baltrus, P. 2008. Practical Barriers to Timely Primary Care Access Impact on Adult Use of Emergency Department Services. *Arch Intern Med* 168 (15), 1705–1710.

Seppänen A. 2013. Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista. Suomen lääkä-rilehti 2013 (18), 1318–1320.

Sinervo, T., Tynkkynen, L-K., & Vehko, T. (toim.) 2016. Mitä kuuluu perusterveyden-huolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. THL Raportti 16/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Palvelut asiakaslähtöisiksi hanke STM036:00/2017. Luettu 12.10.2017.

<http://stm.fi/hanke?tunnus=STM036:00/2017>

Starfield, B. 1994. Is primary care essential? The Lancet. 8930 (344), 1129–1133.

Stirndhall, M. & Henriks, G. 2007. How improved access to healthcare was successfully spread across Sweden. Q Manage Health Care 16 (1), 16–24.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. painos. Turku: Juvenes Print.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a. Asiakkaat ja osallisuus. Sote-uudistus. Päivi-tetty 2.10.2017. Luettu 21.10.2017.

<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujentuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa. Luettu 21.10.2017.

<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitoonpaasy-perusterveydenhuollossa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017c. Raportit. Päivitetty 7.7.2017. Luettu 11.4.2018.

<https://thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitusavo-hilmo/raportit>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a. TEAviisari. Päivitetty 30.1.2018. Luettu 11.4.2018.

<https://www.teaviisari.fi/teaviisari/fi/tulok-set?view=SOS&y=2017&r=KUNTA980&r=KOKOMAA&chartType=pointer&cmp=r>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b. Terveyspalvelut. Päivitetty 19.5.2017. Luettu 15.1.2018.

<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut>

Tilastokeskus 2017a. Lapsiperheissä 39 prosenttia väestöstä. Päivitetty 24.11.2017. Lu-ettu 31.3.2018.

https://www.stat.fi/til/perh/2016/02/perh_2016_02_2017-11-24_kat_003_fi.html

Tilastokeskus 2017b. Työllisyys ja työttömyys vuonna 2016. Työvoimatutkimus 2016. Päivitetty 12.4.2017. Luettu 5.1.2018.

https://www.stat.fi/til/tyti/2016/13/tyti_2016_13_2017-04-12_kat_002_fi.html

Tilastokeskus 2017c. Työvoiman ulkopuolella olevat. Työvoimatutkimus 2016. Päivitetty 12.4.2017. Luettu 14.1.2018.

https://www.stat.fi/til/tyti/2016/13/tyti_2016_13_2017-04-12_kat_004_fi.html

Tilastokeskus 2018. Käsitteet/ikä. Luettu 19.1.2018.

<http://www.stat.fi/meta/kas/ika.html#tab2>

Turkcan, A., Toscos, T. & Doebbeling, B. 2014. Patient-Centered Appointment Scheduling Using Agent-Based Simulation. AMIA Annual Symposium Proceedings Archive. 2014, 1125–1133.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Julkaistu 14.11.2012. Luettu 22.9.2017.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtioneuvosto n.d. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenneuudistuksen sanasto [html]. Luettu 20.10.2017.

<http://alueuudistus.fi/erikoissairaanhoido-ja-paivystys/sanasto>

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virtanen, P. & Mattila, K. 2011. Työterveyslääkärin potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin. Lääkärilehti 66 (47), 3583–3588.

Virtanen, P., Suonheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

Ylikäänö, M. 2008. Eläkeläisten ajankäyttö ja sen muutokset 1990-luvulla. Teoksessa Tuominen, E. (toim.), Näkökulmia eläkeläisten hyvinvointiin. Helsinki: Eläke-turvakeskus.

Wahlstedt, E. & Ekman, B. 2016. Patient choice, Internet based information sources, and perceptions of health care: Evidence from Sweden using survey data from 2010 and 2013. BMC Health Services Research 16 (325), 1–11.

World Health Organization. 2007. People-Centred Health Care. A Policy Framework. World Health Organization. Luettu 20.10.2017.

http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Kyselytutkimus vastaanottoaikojen sopivuudesta

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyönä Ylöjärven terveyskeskukselle kartoitusta vastaanottoaikojen sopivuudesta kansalaisten arkeen.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Ylöjärven terveyskeskuksesta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutetaan haastattelemalla valmiin kyselylomakkeen avulla. Haastateltavat valitaan sattumanvaraisesti kauppakeskus Elon kävijöistä. Kyselyyn vastataan sähköisellä lomakkeella, jonka tutkimuksen tekijä täyttää vastaajan puolesta. Vastaamiseen kuluu aikaa pari minuuttia. Kyselyssä ei kerätä henkilötietoja. Tautitietoina kerätään yleisiä tietoja, eikä niitä ole mahdollista yhdistää henkilöön jälleenkäin.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa. Teiltä pyydetään suullinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa, ellei työn tilaajan kanssa ole muuta sovittu. Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Liite 2. Kyselylomake

Kysely lääkärin/sairaanhoitajan vastaanottoaikojen sopivuudesta

*Pakollinen

Tämä kysely on Ylöjärven terveyskeskuksen toimintaa kehittävää opinnäytetyötä varten. Vastaaminen on vapaaehtoista ja voit lopettaa vastaamisen myös kesken kyselyn niin halutessasi. Tietoja ei käytetä muuhun kuin tähän tutkimukseen, henkilötietoja kerätään vain yleisellä tasolla eikä niitä voida yhdistää henkilöön jälkepäin. Hyväksytkö tämän? *

Kyllä

Kuinka monena päivänä pääsisit virka-aikana lääkärin/sairaanhoitajan kiireettömälle vastaanotolle kahden viikon aikana? *

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En koskaan Aina

Mitkä ajat olisivat yleensä sopivat käydä lääkärin/sairaanhoitajan vastaanotolla? Valitse sopivat. *

7-8

8-15

15-16

16-17

17-18

18-19

19-20

Oletko? *

työelämässä? opiskelija? lasten kanssa kotona? eläkeläinen? työtön? joku muu?

Valitse parhaiten sopiva

Syntymävuotesi *

Valitse ▼

Asuinkuntasi? *

Ylöjärvi

Ylöjärven naapurikunta

Muu

Kuuluuko perheeseesi lapsia? *

Ei

Kyllä, 0-5-vuotiaita

Kyllä, 6-10-vuotiaita

Kyllä, 11-18-vuotiaita