



HANNELE HIIDENHOVI

# Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston  
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteen laitoksen  
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,  
syyskuun 7. päivänä 2001 kello 12.

English abstract

*Tampereen yliopisto  
Tampere 2001*

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA  
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos  
Tampereen yliopistollinen sairaala

**Ohjaajat**

Dosentti Kaija Nojonen  
Tampereen yliopisto  
Professori Marita Paunonen-Ilmonen  
Tampereen yliopisto

**Esitarkastajat**

Professori Juhani Nikkilä  
Oulun yliopisto  
Dosentti Tarja Suominen  
Turun yliopisto

Myynti



Tampereen yliopiston  
julkaisujen myynti  
PL 617  
33101 Tampere

Puh. (03) 215 6055  
Fax (03) 215 7685  
taju@uta.fi  
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu  
Juha Siro

Painettu väitöskirja  
Acta Universitatis Tamperensis 833  
ISBN 951-44-5164-3  
ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja  
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 125  
ISBN 951-44-5165-1  
ISSN 1455-1616

Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print  
Tampere 2001

Mikä on laatua? Mitä laatu on?“

Ennen kuin voimme syventyä aiheeseemme laadun suunnittelusta meidän tulee ensin sopia mitä tarkoitetaan sanalla “laatu”. Olisi hyvin houkuttelevaa sitoutua johonkin lyhyeen kuvailevaan määritelmään ja siirtyä sen jälkeen seuraavaan aiheeseen. Voisimme valita minkä tahansa useista lyhyistä määritelmistä, mutta *lyhyt määritelmä on ansa*. Sellaista lyhyttä määritelmää, joka sisältäisi yksimielisyyden laadun käsitteestä, ei ole olemassa. Todellinen yhteisymmärrys on kuitenkin elintärkeää; emme voi suunnitella laatua ellemmme ensin pääse sopimukseen siitä mitä laatu on. Mutta me voimme välttää tämän ansan. Käytämme riittävästi aikaa määritelläksemme laadun tavalla, joka antaa meille mahdollisuuden sopia siitä mikä tulee olemaan suunnittelumme kohde.” (Juran 1988, 4)

# TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen lähtökohtana on asiakasnäkökulma sairaalan toiminnan kehittämisessä. Tutkimuksen taustalla oli Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 1989 tehty henkilöstökysely, jonka mukaan vain puolet henkilökunnasta piti palvelun tasoa hyvänä. Suomessa tehdään noin 6 miljoonaa poliklinikkakäyntiä vuosittain. Palvelun parantamisesta poliklinikoilla ovat kiinnostuneita paitsi asiakkaat, myös palvelun kustantajat. Laatuajattelun yleisesti hyväksytyt teesi on, että toiminnan arviointi on edellytys parantamistoimenpiteille.

Tutkimuksessa kehitetään potilaslähtöinen mittari, jonka avulla voidaan arvioida ja parantaa poliklinikan palvelua. Tutkimus koostuu neljästä osatutkimuksesta. Ensimmäisessä osatutkimuksessa kuvataan palvelun sisältö yliopistollisessa sairaalassa aikuisen potilaan kokemana. Toisessa osatutkimuksessa sovelletaan laadunhallinnan tilastollisia menetelmiä poliklinikan palvelun arviointiin. Kolmannessa osatutkimuksessa testataan kehitetyn kyselylomakkeen luotettavuutta. Neljännessä osatutkimuksessa testataan palvelumittarin käyttökelpoisuus mittaamalla yliopistollisen sairaalan poliklinikoiden palvelua.

Aineisto kerättiin haastatteluin, kyselyin ja mittauksin. Tutkimukseen osallistui yhteensä 10603 henkilöä. Haastatteluaineisto analysoitiin fenomenologisen analyysin avulla. Kyselyt analysoitiin pareto-analyysin, laatikkojana-kuvion, valvontakortin ja logistisen regressioanalyysin avulla, mittaustulokset valvontakortin, logistisen regressioanalyysin ja palautejärjestelmän avulla.

Haastattelututkimuksen tuloksena tunnistettiin palvelun sisältö, joka rakentui 32 sisältöalueesta. Nämä tarkentuivat yhdeksäksi palvelun ulottuvuudeksi. Ulottuvuuksista viisi liittyi henkilöstön toimintaan, kolme koski potilaan osallisuutta ja yksi liittyi hoitoympäristöön. Palveluna koettiin yhdessä hetkessä tai tilanteessa tapahtuva henkilöstön teko tai monivaiheinen vuorovaikutteinen toiminta. Näiden ulottuvuudet olivat vakuuttavuus taitavuudesta, aktiivinen huomaavaisuus, tiedon välittäminen, hyvien tapojen mukainen kohtelu ja joustava avuliaisuus. Potilaan osallisuuteen palvelussa olivat osatekijöinä yksilöllisyys, asema sairaalatilanteissa ja potilaan kokemus hallinnan tunne. Palveluun liitettiin myös hoitoympäristön mukavuus. Odottaminen poliklinikalle ja poliklinikalla sekä riittävä tiedon saaminen liittyivät haastatteluissa tunnekokemuksiin, henkilökunnan toimintaan sekä potilaan hallintakeinoihin. Toiset potilaat tunnistettiin auttajina, tukijoina ja myötäeläjinä, tiedonantajina tai seuralaisina.

Haastattelutulosten pohjalta laadittiin kyselylomake, jota testattiin ensin pilottikyselyssä. Tulosten perusteella tarkennetulla kyselylomakkeella tehtiin kolme kyselyä kolmella yliopistollisen sairaalan ja kahdella aluesairaalan poliklinikalla vuosina 1995 ja 1996. Näiden kyselyjen tulosten perusteella laadittiin 12 kysymyksen mittari. Tätä palvelumittaria on käytetty testauksen jälkeen yliopistollisen sairaalan poliklinikoilla vuosina 1997, 1998 ja 1999 yhteensä kuusi kertaa.

Poliklinikoiden henkilökunta omaksui tutkimuksen edetessä valvontakortin (O/R-kortti) käytön palvelun parantamisen välineenä. O/R-kortin avulla opittiin laadunparantamisessa tärkeänä pidetyn systemaattisen palautteen kerääminen ja

hyödyntäminen. Parantamistoiminnan edellytykseksi luotiin myös kolmivaiheinen palautejärjestelmä, jolla kyselyjen tulokset saatettiin henkilökunnan tietoon.

Palvelumittari mittaa potilaiden huonoina kokemia mutta merkityksellisinä pitämiä asioita. Mittari osoittautui käyttökelpoiseksi välineeksi systemaattisen potilaspalautteen saamiseen. Sen avulla löydettiin suuren organisaation palvelun pitkän ajan trendit.

Tulosten perusteella palvelun vahvuuksia poliklinikoilla olivat ammattitaito, kohtelu, palveluhenkisyys, potilaan asioiden salassapito ja potilaan kokemaa hyötyä käynnistä poliklinikalla. Huonoimpia arvosanoja saivat tieto käynnin kestosta, ajan pitävyys ja tiedonsaantiin liittyvät asiat. Riski huonon poliklinikkakäynnin arvioon pieneni, jos potilaan mielestä poliklinikkakäynnistä oli hyötyä, kohtelu koettiin hyvänä ja vastaanottoajat pitivät paikkansa.

Tutkimuksessa seurattiin ison organisaation poliklinikoiden potilaspalautteita kolmen vuoden aikana. Seuranta-aikana muun muassa tiedon saanti poliklinikkakäynnin kestosta näytti parantuneen parantamistoimenpiteiden seurauksena. Samalla ilmeni, että mittarin herkkyys riittää tulosalueiden poliklinikoiden välisten erojen tunnistamiseen.

Kyseessä on tutkimus, jonka keskeisenä aiheena oli palvelun mittaaminen poliklinikalla lähtien potilaan kokemuksista palvelusta. Palvelun sisältö poliklinikalla on verrattavissa siihen, mitä palvelusta yleisestikin on selvitetty ja sillä on runsaasti yhtymäkohtia hoitamisen sisältöön. Palvelu on läsnä kaikessa asiakkaan ja sairaalan henkilöstön välisessä vuorovaikutuksessa, ei ainoastaan hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla ja toimenpiteissä vaan muissakin kohtaamisissa. Palvelumittarin kehittämisprosessia ei aikaisemmin ole kuvattu suomalaisessa terveydenhuollossa.

Poliklinikan palvelun parantamistyössä voitaisiin tuloksia hyödyntää ensisijaisesti määrittämällä poliklinikan palveluprosessit, kehittämällä palvelua poliklinikoilla, parantamalla palauteprosessia, tekemällä potilaille annettava perehdytystieto yleistajuisemmaksi ja korostamalla edelleen potilasnäkökulmaa.

Jatkotutkimusehdotuksia ovat palvelukäsitteen määrittely myös henkilöstön ja johdon näkökulmasta, palvelun mittaaminen pienessä sairaalassa, asiakkuusprosessin mittaukset ja tutkimustulosten hyödyntämisen kartoittaminen.

## SUMMARY

Client perspective on developing hospital operations served as the starting point for the study. A staff survey conducted at the Tampere University Hospital in 1989, showing that only half of the staff perceived the quality of services as good, provided the background for the study. In Finland, approximately 6 million visits to outpatient departments are made yearly. Improvement of service quality in outpatient departments is of interest not only to patients but also to those who pay for the services. The fact that the assessment of action is the precondition for quality improvement is the basic tenet underlying the whole notion of quality.

In the course of the study, a patient-oriented instrument was developed to assess and improve service quality in outpatient departments. The study consists of four sub-studies. The first sub-study depicted the content of service at the University Hospital as experienced by adult patients. The second sub-study applied statistical methods of quality management to the assessment of outpatient services. The third sub-study tested the reliability of the instrument developed. The fourth sub-study tested the viability of the instrument by measuring service quality in outpatient departments of the University Hospital.

Data were collected by means of interviews, surveys and measurements. In all 10,603 persons participated in the study. The interview data were analysed using phenomenological analysis. The surveys were analysed using pareto analysis, box-and whiskers plot, control chart and logistic regression, and the measurements using control chart, logistic regression analysis and feedback system.

As a result of the interview study, the content of service was identified as consisting of 32 content areas. These were then defined more closely as nine service dimensions. Five of the dimensions were related to the staff's actions, three to patient involvement and one to care environment. Service was perceived as an act or multiphase interactive action carried out by staff in one moment or situation. The dimensions of these actions were assurance of competence, active attention, information-giving, flexible helpfulness and polite manners by staff. The components of patient involvement were individuality, position in hospital situations and sense of control perceived by patient. The comfort of the care environment was also a service feature. In the interviews, waiting for admission to the department and in the department and sufficient information were associated with emotional experiences, the staff's actions and the patient's means of control. Other patients were identified as helpers, supporters, source of information or companions.

A new version of the questionnaire was formulated based on the interview results and tested in a pilot survey. A questionnaire adjusted based on the results was used in three surveys in three outpatient departments of the University Hospital and in two departments of a regional hospital in 1995 and 1996. A 12-item questionnaire was devised as a result of the findings of these surveys. Following pilot testing, this version of the instrument has been used in the outpatient departments of the University Hospital in 1997, 1998 and 1999 altogether six times.

The clinic staff adopted the control chart (O/R -chart) as a tool for quality improvement measures. The control chart assisted in collecting and using

systematic feedback perceived as important in quality improvement. A three-stage feedback system was devised to serve as the basis for improvement measures in informing the staff of the survey results.

The service quality instrument measures issues that were considered important but had received low ratings. The instrument proved to be a useful tool for assembling systematic feedback from patients. It helped detect long-term trends in the services provided by a large organisation.

The results indicate that professional skill, the staff's treatment of patients, service-mindedness, confidentiality and benefit from the visit as experienced by patients are strong points in outpatient departments' action. Information on length of visit, admission at appointed time and issues related to information-giving received the lowest ratings. The risk of a poor rating was decreased if patients perceived the visit to be useful, if they felt that they were treated adequately and were admitted at the appointed time.

In the study, follow-up of patient feedback collected in a large hospital's outpatient departments was conducted for a period of three years. During the follow-up period, access to information about the length of the visit seemed to improve due to the improvement measures. It was also evident that the instrument is sensitive enough to detect differences between the outpatient departments of different profit areas.

The study was concerned with measuring service quality in hospital outpatient departments as experienced by patients. The content of outpatient services was comparable to earlier accounts of service quality and it has many points in common with the content of caring. Service is involved in every aspect of the client-hospital staff interaction and not just in nurses' and physicians' surgeries or during nursing procedures but in all client and staff interfaces. The development process of a service quality instrument has not been reported earlier in Finnish health care.

The results of this study could be used for developing service quality in outpatient departments primarily by identifying the service process in the department in question, developing the services delivered, improving the feedback system and popularising patient information and by placing further emphasis on patient perspective.

Suggestions for further research include identification of the concept of service also from a staff and management perspective, measurement of service in a small hospital and of the client process and exploration of the extent to which the results have been deployed.

# ALKUPERÄISJULKAISUT

- I Hiidenhovi H, Åstedt-Kurki P ja Paunonen-Ilmonen M (2001): Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 13:11-20.
- II Hiidenhovi H, Laippala P, Sillanaukee P, Tunturi T ja Nojonen K (1999): Laadun parantamisen tilastollisten menetelmien käyttömahdollisuudet sairaalassa. *Duodecim* 115:45-51.
- III Hiidenhovi H, Laippala P and Nojonen K (2001): Development of a patient-orientated instrument to measure service quality in outpatient departments. *Journal of Advanced Nursing* 34:696-705.
- IV Hiidenhovi H, Nojonen K and Laippala P: Basic measurement of outpatients' view of service quality in a Finnish university hospital. Submitted.

Julkaisut on painettu copyright-oikeuksien omistajien luvalla.



# SISÄLLYSLUETTELO

## TIIVISTELMÄ

## SUMMARY

## ALKUPERÄISJULKAISUT

<b>1</b>	<b>TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITE</b>	12
<b>2</b>	<b>KIRJALLISUUSKATSAUS</b>	15
	<b>2.1 Palvelu</b>	15
	2.1.1 Palvelukäsitteen ja palvelun historiaa	15
	2.1.2 Palvelun sisältö	17
	2.1.3 Poliklinikka palveluja tuottavana yksikkönä	19
	<b>2.2 Laadunhallinta ja jatkuva laadun parantaminen sairaalassa</b>	20
	2.2.1 Laadunhallinnan keskeiset periaatteet	22
	2.2.2 Työvälineitä laadun parantamiseen	23
	<b>2.3 Palaute kehittämisen lähtökohtana</b>	24
	2.3.1 Asiakasnäkökulma kehittämisessä	25
	2.3.2 Potilas asiakkaana	27
	2.3.3 Potilas asiakaspalautteen antajana	27
	2.3.4 Tyytyväisyys, tyytymättömyys ja palvelun laatu	30
	<b>2.4 Kyselylomake mittarina</b>	36
	2.4.1 Luotettava mittari palautevälineenä	36
	2.4.2 Palautteen kerääminen poliklinikalla	39
	<b>2.5 Yhteenveto kirjallisuudesta</b>	42
<b>3</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT</b>	46
<b>4</b>	<b>AINEISTO JA MENETELMÄT</b>	47
	<b>4.1 Palvelumittari</b>	47
	4.1.1 Kyselylomakkeen kehittäminen ja testaaminen	49
	4.1.2 Palvelumittarin käyttö poliklinikoilla	49
	<b>4.2 Aineiston keruu</b>	50
	4.2.1 Haastatteluihin osallistujat	50
	4.2.2 Asiantuntijakyselyihin osallistujat	50

4.2.3	Potilaskyselyihin osallistujat	51
4.2.4	Haastattelut	53
4.2.5	Kyselylomakkeen testaukset	53
4.2.6	Palvelumittarin käyttö poliklinikoilla	56
<b>4.3</b>	<b>Aineiston analysointi</b>	<b>56</b>
4.3.1	Haastattelujen analyysi	56
4.3.2	Kyselyjen analyysi	58
4.3.3	Mittausten analyysi	59
<b>4.4</b>	<b>Eettiset näkökohdat</b>	<b>60</b>
<b>5</b>	<b>TULOKSET</b>	<b>61</b>
<b>5.1</b>	<b>Palvelun sisältö sairaalassa</b>	<b>61</b>
5.1.1	Henkilöstön toiminta	61
5.1.2	Potilaan osallisuus palvelussa	62
5.1.3	Hoitoympäristön mukavuus	65
<b>5.2</b>	<b>Valvontakortti (O/R-kortti) ja palautejärjestelmä</b>	<b>65</b>
<b>5.3</b>	<b>Palvelumittarin luotettavuus</b>	<b>66</b>
5.3.1	Sisällön validiteetti - yksimielisyysprosentti	66
5.3.2	Rakennevaliditeetti - logistinen regressioanalyysi	67
5.3.3	Reliabiliteetti - sisäinen johdonmukaisuus ja pysyvyys	67
<b>5.4</b>	<b>Palvelumittarin käyttökelpoisuus</b>	<b>69</b>
5.4.1	Palvelun paraneminen poliklinikoilla	69
5.4.2	Poliklinikkakäynnin huonoa kokonaisarvosanaa selittävät tekijät	71
<b>5.5</b>	<b>Yhteenveto tuloksista</b>	<b>73</b>
<b>6</b>	<b>POHDINTA</b>	<b>74</b>
<b>6.1</b>	<b>Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu</b>	<b>74</b>
<b>6.2</b>	<b>Tulosten tarkastelu</b>	<b>77</b>
<b>6.3</b>	<b>Tulosten merkitys käytäntöön ja kehittämissuhteet</b>	<b>83</b>
<b>6.4</b>	<b>Jatkotutkimusehdotukset</b>	<b>86</b>
<b>KIRJALLISUUS</b>		<b>88</b>
<b>KIITOKSET</b>		<b>104</b>

## **TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT TAULUKOT**

- TAULUKKO 1. Palvelumittarin kehittämisen vaiheet, tavoitteet ja tulokset
- TAULUKKO 2. Kyselylomakkeen testauksiin osallistuneiden taustatiedot
- TAULUKKO 3. Palvelumittarin kyselyihin osallistuneiden taustatiedot
- TAULUKKO 4. Aineiston keruu, analyysi, luotettavuuden arviointi ja raportointi
- TAULUKKO 5. Summamuuttujien Cronbachin  $\alpha$ -arvot
- TAULUKKO 6. Poliklinikkakäynnistä annettua huonoa kokonaisarvosanaa selittävät tekijät

## **TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT KUVIOT**

- KUVIO 1. Palvelun sisältö potilaiden kokemana sairaalassa
- KUVIO 2. Palvelumittarilla saadut tulokset vuosina 1997, 1998 ja 1999

## **LIITTEET**

- LIITE 1. Tutkimuksia, joissa asiakkaat ovat arvioineet poliklinikan toimintaa
- LIITE 2. Neurologian poliklinikan toiminnan prosessi
- LIITE 3. Henkilökunnan taustatiedot
- LIITE 4. Testauksissa käytetty lomake
- LIITE 5. Palvelumittari
- LIITE 6. Esimerkkejä analyysin vaiheista
- LIITE 7. Valvontakortti (O/R-kortti)
- LIITE 8. Kysymysten valinta palvelumittariin testausten tulosten perusteella

# 1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITE

Tutkimuksen lähtökohtana on asiakasnäkökulma sairaalan toiminnan kehittämisessä. Tämä haaste on esitetty 1990-luvulla useissa valtakunnallisissa laatustrategioissa ja laatusuosituksissa (mm. Stakes 1995, Perälä 1997, Suomen Kuntaliitto 1998, Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 1999). Niissä painotetaan kansalaisten oikeutta laadukkaisiin julkisiin palveluihin ja julkisen sektorin velvollisuutta pyrkiä tähän tavoitteeseen. Julkisten palvelujen laatustrategiassa korostetaan erityisesti asiakaslähtöisyyttä, asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa palvelujen kehittämiseen, henkilöstön laatuosaamista sekä johdon ja henkilöstön sitoutumista laadun parantamiseen (Suomen Kuntaliitto 1998).

Erityisesti Japanista eri puolille maailmaa levinnyt laadunhallinta ja jatkuva laadun parantaminen sisältävät monenlaisia periaatteita. Laatu on koko tuotantoketjun ominaisuus, asenne, ajattelu- ja toimintatapa, ja sen aikaansaaminen on jokaisen yrityksessä työskentelevän henkilön vastuulla. Laatua arvioidaan asiakkaan näkökulmasta, sellaisena kuin asiakas sen kokee ja arvioi. Kokonaisvaltaisessa laatujohtamisessa (Total Quality Management, TQM) painotetaan asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaita laadun määrittäjinä ja onnistumisen parametrien asettajina. Asiakaslähtöisellä laadulla tarkoitetaan laatujohtamismallissa ensisijaisesti laadun subjektiivista puolta. Asiakaskyselyt ovat subjektiivisen laadun mittaamista. (Juran 1988, Deming 1993, Juran 1995.)

Laatu liitetään kiinteästi yritysten taloudelliseen kilpailukykyyn (Parasuraman et al. 1985, Mäkelin ja Vepsäläinen 1995, Storbacka ja Lehtinen 1997). Alkuperäiset laatumääritykset liittyivät tavaratuotantojärjestelmiin. Tavaratuotannon sektoriin luetaan maanviljelys, kaivostoiminta, tehdastuotanto ja rakennusala. Palvelusektoriin kuuluu kaikki muu: pankit, viestintä, kuluttajapalvelut ja valtion palvelut, mukaan luettuna puolustus- ja oikeuslaitoksen toiminta. Palvelusektorilla saadaan aikaan asiantuntemuksella tuotteita, joiden yhteinen nimi on palvelu (service), tavaratuotannossa tuote on kappale (goods). Palvelun

tuottamista pidetään tavaran valmistamista moniulotteisempina prosessina (Service industry 2000).

Sana palvelu voidaan ymmärtää työprosessin tai tuotantoprosessin osana, ihmisten ja palveluja tuottavan organisaation välisessä vuorovaikutuksessa käyttäytymisellä tai organisaation menettelyllä aikaansaatusena kokemuksena. Palvelun laadulla tarkoitetaan useiden ominaisuuksien kokonaisuutta, jotka liittyvät asiakassuhteeseen ja palveluympäristöön. (Berry et al. 1990, Bitner 1990, Czepiel 1990, Zeithaml et al. 1990, Bitner and Lojo 1993.) Palvelua ei ole terveydenhuollossa arvostettu eikä sitä ole kovin paljon tutkittu. On esitetty, että laadulla on terveydenhuollossa kaksi dimensiota, tekninen laatu ja palvelu. (Kenagy et al. 1999.)

Sairaalat haluavat olla korkeatasoisia terveystalosten tuottajia (Chassin et al. 1998). Vaikka arviointia pidetään yhä tärkeämpänä sairaalassa, ovat mittavälineet, jotka voisivat olla työkaluina parantamistoimenpiteissä, paljolti vasta kehittyneillä (VanderVeen 1992, Albright et al. 1993, Plsek 1997). Erilaiset potilastyytyväisyyskyselyt ovat viime vuosina yleistyneet myös terveydenhuollossa. Tyytyväisyys -käsitteen sisältöä on kuitenkin 1990-luvulla alettu kritisoida yhä laajemmin (Lewis 1994, Williams 1994, Avis et al. 1995, Salmela 1996, Avis et al. 1997, Sitzia and Wood 1997). Yhtenä ongelmana pidetään sitä, että tyytyväisyyskyselyt antavat liian myönteisen kuvan sairaalan toiminnasta, ja näin kehittämistarpeet saadaan varsin heikosti esiin. Toimintaa kehitettäessä, pitäisi kiinnittää huomio niihin asioihin, jotka ovat huonosti ja pyrkiä kääntämään ne parantamissuunnitelmiksi (Fitzpatrick 1991a, Cleary et al. 1992, VanderVeen and Ritz 1996, Kenagy et al. 1999).

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa kartoitettiin v. 1989 henkilöstön (n = 1066) käsityksiä sairaalasta. Hoidon hyvään tasoon uskottiin (69 % vastaajista), mutta palvelun tasoa piti hyvänä vain puolet (51 %) vastaajista. (Kuupakko 1989.) Sairaalaan perustettiin henkilöstökyselyn jälkeen työryhmä koordinoimaan raportoinnin ja mittareiden kehittämistyötä. Tavoitteena oli kehittää sairaalan päivittäistä toimintaa kuvaavia mittareita, jotka tukisivat toiminta-, tulos- ja talousseurantaa sekä päätöksentekoa. Potilaspalvelussa tavoitteena oli kehittää

luotettava palautteen keruumenetelmä, joka mahdollistaisi palvelun arvioinnin erilaisilla poliklinikoilla. Tavoitteena oli tuottaa väline käytännön kehittämistyöhön.

Sairaaloiden poliklinikoilla, usein erikoisalakohtaisesti, ja yliopistosairaaloissa jopa tautiryhmäkohtaisesti, hoidetaan sovittujen porrastus- ja hoitoonohjausperiaatteiden mukaan potilaita, joiden tutkimus ja hoito ei edellytä osastohoitoa. Nykyaikaisten poliklinikoiden tilat ja henkilöstöresurssit on suunniteltu ja niiden toiminta organisoitu niin, että potilaskäyntiin liittyvät toimenpiteet ja dokumentointi olisi mahdollista tehdä tehokkaasti. Hoitoparin tai hoitoryhmän tavoitteena on nopea ja oikeaan osunut diagnoosi ja sen mukainen hoito. Neuvonta ja ohjaus ovat osa tätä toimintaa. (Gylling ja Laitinen 1998.) Palveluprosessi koostuu palvelutapahtumista. Poliklinikan näkökulmasta palveluprosessi alkaa kun asiakas tulee sen palveluiden piiriin ja päättyy kun hän jättää ne. Asiakkaan näkökulmasta prosessi alkaa kun hän tuntee tarvetta turvautua ulkopuoliseen apuun. Prosessi päättyy kun asiakas on saanut ratkaisun ongelmiinsa. (Nylander ja Nenonen 2000.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kehittää mittari, jolla mitataan palvelua poliklinikalla. Lähtökohtana ovat potilaiden kokemukset sairaalasta, ja palvelun sisältö määritetään niiden avulla. Aikaisemmissa tutkimuksissa, joissa on kerätty tietoa potilaiden kokemuksista sairaalassa, on kartoitettu pääasiassa tyytyväisyyden tai hyvän hoidon kokemuksia ja yleensä vuodeosastoilta. Raportoitu tutkimustieto potilaiden kokemuksista sairaalan poliklinikoilta Suomessa on ollut niukkaa. On väitetty, että monien palvelualojen yritysten laadunhallintaan liittyviä tekniikoita voitaisiin siirtää ja että niistä voitaisiin ottaa oppia terveydenhuollossa (Garside 1998, Kenagy et al.1999). Tässä tutkimuksessa hyödynnetään laadunhallinnassa käytettyjä työvälineitä palvelun arvioinnissa poliklinikoilla. Monet tutkimukset eivät mainitse mittavälineen luotettavuuden arviointia lainkaan. Palautetta on kerätty kertaluonteisesti ja epäsäännöllisesti, systemaattinen tiedon keruu on ollut poikkeus. (Fitzpatrick 1991b, Thomas and Bond 1996, Sitzia and Wood 1999.) Tässä tutkimuksessa testataan kehitetyn palvelumittarin luotettavuutta uusintamittauksien avulla. Systemaattista tietoa palvelun toteutumisesta poliklinikoilla kerätään kehitetyllä mittarilla kuusi kertaa kolmen vuoden aikana.

## 2 KIRJALLISUUSKATSAUS

### 2.1 Palvelu

#### 2.1.1 Palvelukäsitteen ja palvelun historiaa

Palvelu -sanaa ei löydy etymologisista sanakirjoista (Häkkinen 1990, Meri 1991) tai synonyymisanakirjasta (Jäppinen 1989), ainoastaan viitteet sanoihin palvella ja palvelus, joiden on arveltu olevan lähtöisin germaanisista kielistä. Palvella -verbi on ollut käytössä vanhassa kirjakielessä Suomessa jo 1500-luvulta lähtien tarkoittaen jonkun auttamista, pyyntöjen, käskyjen ja toiveiden toteuttamista, asioiden edistämistä ja ajamista sekä olemista jollekin hyödyksi. Palvelu -sanan nykymerkityksiä ovat palveleminen, jonkin laitoksen tarjoamat palvelemisen muodot kokonaisuutena, (julkisessa) virassa, toimessa tai tehtävässä olevan henkilön työn kuvaaminen jotakin palvelevana toimintana sekä palvonta. (Vornanen 1982, Häkkinen 1990, Haarala 1992, Nurmi ym. 1992.)

Palvelun historiaa voi seurata kolmea polkua pitkin. Palvelun ja auttamisen historia liittyvät toisiinsa jo ennen kuin ihminen osasi kirjoittaa. Auttamisen periaatteet heijastivat kulloistakin ihmiskäsitystä ja käsitystä siitä, mikä oli syynä syrjäytymiseen enemmistön valtavirrasta - köyhyyteen, sairauteen ja rikollisuuteen. Humanitääristä apua, avun antamista ja palvelun karitatiivista luonnetta pidettiin hyveinä 1600-luvun loppupuolella, mutta teollisen vallankumouksen seurauksena (1760 - 1840) suurkaupunkeihin keskittyneen vaikeuksiin joutuneen väestön auttaminen edellytti jo professionaalisuutta, jonka yksi osa oli ns. kutsumuksellisuus. (Mehr 1998.) Kristillisessä ajattelussa palvelu on Uuden testamentin rakkauden käskyyn perustuvaa lähimmäisenrakkautta, pyyteetöntä palvelutoimintaa kaikkien hädässä olevien auttamiseksi. Sairaiden hoidon ja sairaalatoiminnan kehittäjien ja uudistajien (J. Ciudad, T. Fliedner, F. Nightingale) näkemykset hoitamisesta perustuivat ihmisen syvään kunnioittamiseen ja

lähimmäisenrakkauteen. Kutsumus edellytti nöyryyttä, luontaisia taipumuksia, ja halua työhön ja siinä korostui palvelemisesta saatava tyydytys. (Kansanaho ja Hissa 1979, Hissa 1994.) Nykyaikaisen sosiaalityön (social service) ja humanitaarisen auttamisen (human service) historia, jossa uskonnollisilla liikkeillä on ollut oma osuutensa, on dokumentoitu teollisen vallankumouksen ajoista lähtien Euroopassa (Ellor et al. 1999).

Toinen palvelun historiallinen juuri on orjuudessa. Muinaisessa Kreikassa ja muissa varhaisissa kulttuureissa kotipalveluun (domestic service) kuuluivat siivous, ruoanlaitto, lapsista huolehtiminen ja puutarhanhoito sekä ns. henkilökohtainen palvelu. Samantyyppisiä tehtäviä on myös nykyajan julkisissa laitoksissa ja liike-elämässä. Keskiajan Euroopassa palvelijat muodostivat suuren osan tarvittavasta työvoimasta. Palvelijan ammatin huippu oli viktoriaanisessa Englannissa. 1800-luvun loppupuolella palkattujen palvelijoiden määrä lisääntyi dramaattisesti useimmissa Euroopan maissa. Kehitys oli samantyyppistä Yhdysvalloissa vielä 1900-luvun alussa. Syynä oli keski- ja yläluokan kotitalouksien määrän lisääntyminen sekä tarjolla olevien työttömien ja ammattitaidottomien maahanmuuttajien suuri määrä. 1920-luvun jälkeen sosiaaliluokkien samanarvoistuminen, naisten lisääntyneet työmahdollisuudet kaupan ja teollisuuden piirissä, ja erityisesti toisen maailmansodan jälkeen pesula-, päivähoito ym. palvelujen saatavuuden lisääntyminen johtivat siihen, että kotipalvelijoiden tai kotiapulaisten määrä laski voimakkaasti. 1920-luvulta lähtien Yhdysvaltojen palvelusektori alkoi kasvaa yhtä dramaattisesti kun julkiset organisaatiot, osavaltiot, läänit tai muut alueelliset hallinnolliset yksiköt ja kunnat ryhtyivät huolehtimaan niistä tehtävistä, joista aikaisemmin vastasi yksityissektori tai joista ei huolehdittu lainkaan. Vuoteen 1950 mennessä Yhdysvalloissa palveluammateissa toimivien ihmisten määrä ylitti teollisuudessa työskentelevien määrän, ja suunta on sen jälkeen ollut sama. (Domestic service 2001.)

Kolmanneksi palvelua (services) on määritelty myös toimintoina, jotka on luotu tehostamaan henkilöstön tai kaluston suorituksia. Määritelmä on peräisin sodankäynnin sanastosta ja viittaa niihin moninasiin tukipalveluihin joita sotajoukot ja puolustusvoimat tarvitsevat sekä sodassa että rauhan aikana. Eri



maiden sotavoimien huoltotoiminnan kaltaisella tuki- ja palvelutoiminnalla, riippumatta siitä oliko se logistista tai ei-logistista, on myöskin vuosisataiset perinteet. Useimmat teolliset tuotantolaitokset tai julkinen sektori, joiden toimintalan historia on paljon lyhyempi kuin sotilaallisilla organisaatioilla, tarvitsevat sotajoukkojen tapaan tehokkaita tuki- ja palveluprosesseja ydinprosessin tehokkuuden varmistamiseksi. (Logistics 2001.)

Vuosien kuluessa palvelukäsitteeseen ovat välillisesti vaikuttaneet työoloihin ja työntekijöiden asemaan liittyvät muutokset. Palvelijan alhaiseen asemaan ja yhteiskunnallisesti matalaan arvostukseen liittyneet ajatukset ovat työolojen kehittymisen ja erikoistumisen myötä muuttuneet. (Hollander 1986.) Nykykulttuurissa palvelu on urbaani käsite, johon liitetään kaupunkimainen käyttäytyminen ja ammatillinen suhtautuminen asiakkaaseen. Palvelu ei sisällä siihen osallistuvien ihmisarvon mittaamista vaan kykyä olla ystävällinen ja kohtelias ihmisille, joiden kanssa ei palvelutilanteen ulkopuolella olla tekemisissä ja joita ei ehkä tavata uudelleen. (Lillrank 1990.)

### 2.1.2 Palvelun sisältö

Palvelukäsitteistöä on sovellettu julkisen hallinnon tarkasteluun 1980-luvun loppupuolelta lähtien. Palvelua pidetään julkisten organisaatioiden yleisenä tavoitteena, ja palveluajatuksen kytkemistä toiminnallisiksi ohjeiksi tärkeänä (Nikkilä 1992). Nykymerkityksessään palvelukäsitteistö tuotiin terveydenhuoltoon Suomessa liiketaloustieteestä 1980-luvulla (Penttilä ja Sipilä 1987, Kinnunen 1988). Palvelukäsitteistön liittämällä terveydenhuollon kontekstiin on nähty olevan useita etuja. Ensinnäkin asiakas, potilas, kuntalainen tarpeineen, odotuksineen ja kokemuksineen on toiminnan kehittämisessä mukana (Hallums 1994, Sinkkonen ja Kinnunen 1994, Collinson and Cowley 1998). Toiseksi palvelun arvioimiseksi on kehitetty menetelmiä, joita voidaan soveltaa terveydenhuoltoon (esim. Parasuraman et al. 1988, Babakus and Mangold 1992). Lisäksi taloudellisuus-, tehokkuus- ja laatuajattelua on kytketty entistä enemmän

terveydenhuollon toimintoihin (Hiironniemi 1992, Lumijärvi 1994).

Palvelun käsitteen määrittelemisen yksiselitteisesti eri tieteenalojen näkökulmasta on vaikeaa, koska palvelusektoriin sisältyy erilaisia yrityksiä, joilla on omat erityispiirteensä. Määrittelyä hankaloittavat myös erilaiset lähtökohdat, joista eri tieteenalat palvelua tarkastelevat. Merkitys vaihtelee riippuen siitä tarkastellaanko palvelua organisaation vai yksilön kannalta. Palvelulla voidaan viitata joko organisaation päätoimintaan ja sen tuotoksiin, asiointiprosessin ominaisuuksiin, henkilökohtaiseen palveluun tai asiakkaan saamaan hyötyyn. Asiakkaista puhutaan käyttäjinä, hyödynsääjinä tai asioitsijoina. (Bitner 1990, Grönroos 1991, 1995, 1996, Lillrank 1999.)

Markkinoinnin kirjallisuudessa on pyritty selittämään palvelun monimutkaista luonnetta tarkastelemalla palvelun ominaisuuksia. Ominaisuuksina mainitaan aineettomuus, heterogeenisuus, toiminnallisuus, vuorovaikutteisuus, samanaikaisuus ja asiakkaan osallistuminen palvelutapahtumaan. Palvelu on aineeton, koska sitä useinkaan ei voi nähdä, tuntea, kuulla, tai haistaa ennen kuin se hankitaan. Palvelut ovat häviäviä, koska niitä ei voi varastoida tai siirtää paikasta toiseen, vaan asiakas saa hetkellisen, paikkaan ja aikaan sidotun käyttöoikeuden yrityksen henkilökunnan ammattitaitoon. Palveluja ei voi erottaa niitä tuottavasta prosessista. Heterogeenisenä palvelu vaihtelee eri organisaatioissa ja eri asiakkaiden välillä myös ajankohdasta toiseen, joten yhden henkilön saama palvelu ei ole koskaan samanlaista kuin seuraavan asiakkaan palvelu. Vaihtelevuus palveluihin tulee siitä, että niissä on huomattava inhimillinen komponentti. Ihmisten lisäksi myös heidän suorituksensa vaihtelevat eri aikoina. Vaihtelevuutta voidaan vähentää laadun kontrollin keinoilla, joihin kuuluvat henkilöstön tarkka valinta ja koulutus ja sen salliminen, että asiakkaat voivat viestittää tyytymättömyydestään niin, että huono palvelu voidaan havaita ja korjata. Toiminnallisuuteen liittyvät vuorovaikutteisuus ja samanaikaisuus. Palvelu on sarja prosesseja, toimintaa tai tekoja, joilla pyritään tuottamaan asiakkaalle hyötyä tekemällä jotakin tämän puolesta tai hyväksi, tukemalla tai auttamalla "tässä ja nyt" -vuorovaikutustilanteessa. Palvelutapahtumassa myös käyttäjä osallistuu palvelun tuottamiseen ja vaikuttaa osaltaan palvelutilanteen onnistumiseen. Asiakkaan

näkökulmasta palvelut ovat kokemuksia, ja yrityksen näkökulmasta lähinnä suorituksia. Kaikki erityisasiantuntijat eivät halua pitää työtään palveluna, vaikka puhuvatkin palvelun positiivisen merkityksen puolesta. (Berry et al. 1990, Bitner 1990, Czepiel 1990, Lillrank 1990, Zeithaml et al. 1990, Grönroos 1991, Bitran and Lojo 1993.) Odotusaika, vuorovaikutus henkilöstön kanssa ja ympäristötekijät ovat keskeisiä osatekijöitä asiakkaan palvelukokemuksissa (Bitran and Lojo 1993, Taylor 1994, Baker and Cameron 1996). Erilaisilla palvelualoilla tärkeimmiksi palvelun laadun piirteiksi on tunnustettu fyysinen ympäristö, viestintä, henkilöstön pätevyys, saavutettavuus, kohteliaisuus sekä asiakkaan ymmärtäminen ja tuntemus (Parasuraman et al. 1985).

### 2.1.3 Poliklinikka palveluja tuottavana yksikkönä

Poliklinikkaa voidaan tarkastella palvelun tuotantojärjestelmänä, jossa on potilaalle näkyviä ja näkymättömiä osia. Yksi palvelun näkymätön tukiosa on johtaminen, jonka avulla ylläpidetään menettelytapoja ja normeja, joista muodostuu palvelukulttuuri ja johon voidaan liittää myös työskentelyilmapiiri. Osastot tai palveluyksiköt, joita tarvitaan tukipalvelujen tuottamiseen, edustavat fyysisistä tukiosaa. Järjestelmäosiin luetaan rakennukset, laitteet ja työvälineet. Nämä tukitoiminnot eivät näy suoraan potilaille vaan heijastuvat kontaktihenkilön toiminnasta vaikuttaen potilaiden palvelukokemuksiin. Potilaille näkyvä palvelun osa muodostuu poliklinikan fyysisistä resursseista, kontaktiresursseista ja niihin liittyvistä järjestelmistä. Fyysisiä resursseja ovat poliklinikan sijainti, sisustus, sekä siellä olevat koneet ja laitteet. Kontaktiresursseja ovat paitsi henkilöt ja toiset potilaat, joiden kanssa potilas on vuorovaikutuksessa, myös fyysiset laitteet kuten pysäköintiautomaatit. Imago on mielikuvaa, jota poliklinikka pyrkii joko tietoisesti luomaan tai joka ajan kuluessa muodostuu ulkopuolisille. Palvelutilanteessa potilas kokee sen miten palveluprosessi toimii. Palvelutilanteen onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttavat potilas, henkilökunta, toiset potilaat, ympäristö ja organisaatioon liittyvät tekijät. (soveltaen Bitner 1990, Grönroos 1991, Bitran and

Lojo 1993, Taylor 1994, Baker and Cameron 1996.)

Poliklinikkakäynti, johon keskeisenä kuuluu lääkärin tapaaminen, voi muodostua useista vaiheista. Vastaanotolle tultaessa käytetään ajanvarausaikoja, ja yhteydenotto tapahtuu yleensä kirjeitse. Kun vastaanottoaika on varattu, potilas voi käydä ensin tutkimuksissa joko laboratoriossa tai röntgenissä. Potilaan tullessa poliklinikalle hän ilmoittautuu, henkilötiedot tarkistetaan ja hänet ohjataan odottamaan. Lääkärin vastaanoton jälkeen hoitaja voi vielä selvittää ja antaa ohjeita, ja tarvittaessa potilaalle varataan uudet vastaanotto- ja tutkimusajat. (Gylling ja Laitinen 1998, Nylander ja Nenonen 2000.)

## **2.2 Laadunhallinta ja jatkuva laadun parantaminen sairaalassa**

Laadunhallinta perustuu tarpeeseen yhdenmukaistaa tuotanto ja mahdollisuuteen saada tietoa tuotannon vaihtelusta (Quality Control). Laadun historia palautuu 1920-luvulle, teollisuuden historiaan, ns. toisen teollisen vallankumouksen alkuun. Moderni laatutekniikka alkoi, kun Walter A. Shewhart esitteli ensimmäisen ohjauskortin vuonna 1924. Shewhart piti valmistusprosessissa tapahtuvaa vaihtelua tilastollisena ilmiönä. Hän liitti laadun ja systeemiteorian toisiinsa vuonna 1939. Systeemiteorian mukaan systeemi on osien ja niiden keskinäisvaikutuksen summa. Työ ja tulos muodostuu kytketyistä prosesseista. Uusi tapa käsitteellistaa tuotannon vaihtelua (laatuajattelu) vaikutti johtamisperiaatteisiin tavaratuotannossa. Oli kyettävä analysoimaan tuotantoprosesseja ja kehittämään oikeita "säätöjä", parannustoimenpiteitä. W. Edwards Deming (1900 - 1983) oli paitsi W.A. Shewartin työn jatkaja Bellin laboratoriossa, myös kokonaisvaltaisen laatujohtamisen (Total Quality Management, TQM) isä. (Ernst 1994, Juran 1995.)

Kokonaisvaltaisen laatujohtamisen ydinajatus on rakentaa laatu prosessin sisään. Prosessi tulee tehdä näkyväksi ja huolehtia siitä, että vaihtelu on hallinnassa

kussakin työvaiheessa. Kun prosessi on hallinnassa, vältetään lopputuotteen tarkastuksilta, purkamiselta, uudelleen tekemiseltä ja valituksilta, ja säästetään kustannuksissa. (Kirk 1992, Soin 1992.) Yhdysvalloissa terveydenhuolto joutui monien teollisuudenalojen tavoin turvautumaan laatuajatteluun ja laatujohtamiseen kustannusten räjähdysmäisen kasvun vuoksi 1980-luvun alusta lähtien (Ernst 1994). 1980-luvulla WHO:n Health for All-strategian “quality assurance” oli laadunvarmistusta edellyttävä menettely, joka alkoi kiinnostaa terveydenhuollon toimijoita muuallakin maailmassa (Kekki ym. 1993). Laadun parantamisen periaatteet edellyttävät palvelukohtaamisen ymmärtämistä asiakkaan näkökulmasta (Moore and Kelly 1996).

Teollisuudessa kehitettyjä menetelmiä on suositeltu myös terveydenhuollon käyttöön (Laffel and Blumenthal 1989, Mayer 1992, Plsek 1993, Harvey 1996, Plsek 1997). Palvelualalla asenne laatuun ei ole ollut yhtä systemaattinen kuin teollisuustuotannossa (Juran 1995). Palveluprosessissa on tunnistettavissa sen tyypilliset vähimmäiselementit: prosessin asiakas, asiakasvaatimukset, prosessin omistaja ja prosessin rakenne, jota tuotteen vaatimustaso edellyttää. Malcolm Baldrige -laatupalkintoon perustuva arviointimenetelmä on yksi tapa määrittää organisaation vahvuuksia ja heikkouksia. Benchmarking on parhaan vertailutason etsimistä ympäristöstä ja vertautumista siihen (Ellis 2000). Se on sukua laatupalkintoon perustuvalla arvioinnilla siinä mielessä, että laatupalkintomenettely edellyttää toiminnan suhteuttamista muihin. Terveydenhuollon henkilöstöllä ei kuitenkaan ole riittävää koulutusta ja kokemusta jatkuvan laadun parantamisen teoriasta ja käytännöistä (Harvey 1996, Moss et al. 2000).

### 2.2.1 Laadunhallinnan keskeiset periaatteet

Laadunhallinnan keskeisiä periaatteita ovat asiakaskeskeisyys, prosessikeskeisyys, systemaattisuus ja jatkuva parantaminen. Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että toiminta on suunniteltu asiakkaiden tarpeista lähtien. Prosessiajattelussa toiminta mielletään yksiköiden ja ammattiryhmien rajat ylittävinä, toisiaan seuraavina toimintojen ketjuina. Prosessien toimivuuteen ja lopputulokseen vaikuttavat kaikki toimintoketjujen osat sekä toiminnan sujuvuus. Jatkuva laadun parantaminen (Continuous Quality Improvement, CQI) on systemaattista toimintaa ja arviointia, jolla pyritään toiminnan tehostamiseen ja vaihtelun vähentämiseen tilastollisia menetelmiä käyttäen. (Juran 1988, Deming 1993.)

Vaihtelu on prosesseihin liittyvä piirre, joka voi olla satunnaista tai merkki siitä, että prosessi ei ole hallinnassa. Vaihtelu voi johtua prosessin ominaisuuksista (yleinen syy) tai sen syy voi olla ulkopuolinen (erityinen syy). Yleisestä syystä johtuvan vaihtelun vähentämiseksi muutetaan prosessin ominaisuuksia, ja niiden korjaaminen edellyttää johdon toimenpiteitä. Erityisyyt ovat korjattavissa työntekijätasolla. Prosessin sanotaan olevan hallinnassa, kun vaihtelu on sovittujen rajojen sisällä. Keskeisiä ovat systemaattisten, pitkällä aikavälillä tehtyjen havaintojen tilastolliset analyysit, joilla pyritään selvittämään vaihtelun syy ja määrittämään parantamiskohteet. (Kume 1991, Soin 1992.)

Tilastollisia menetelmiä voi käyttää laadun parantamiseen menestyksekkäästi ainoastaan sellaisessa organisaatiokulttuurissa, jossa aktiivisesti etsitään parantamisen tilaisuuksia, mietitään parantamiskohteita ja jossa ongelmat tuodaan esiin ratkaistaviksi. Kehittämishankkeita toteuttavien työntekijöiden on myös saatava riittävästi koulutusta menetelmien tuntemuksessa, jotta se voi osallistua työn parantamiseen. (Gershon 1991.)

## 2.2.2 Työvälineitä laadun parantamiseen

Jatkuvassa laadun parantamisessa käytetyt työvälineet ovat peräisin tilastotieteestä ja tieteellisistä tutkimuksista. Näitä menetelmiä on ryhdytty käyttämään myös terveydenhuollossa ongelmien tunnistamiseen ja analysoimiseen.

SPC -menetelmiin (statistical process control, tilastollinen prosessin ohjaus) kuuluvat tarkastelua havainnollistavat välineet kuten Pareto-analyysi, histogrammit ja erilaiset valvontakortit (Salomäki 1999). SPC -menetelmiä käyttämällä on saatu hyviä tuloksia mm. laboratorioissa tutkittaessa niiden analyysitarkkuutta suhteessa vaadittuihin kontrollirajoihin ja tunnistettaessa keskeisiä ongelmia laboratoriopalveluiden nopeudessa (Jenny 1994, Rollo and Fauser 1993). Laatumenetelmät ovat auttaneet paneutumaan oleellisiin, parantamista edellyttäviin toimintoihin ja helpottaneet tavoitteiden saavuttamista (Albright et al. 1993). Menetelmiä on sovellettu muun muassa sairaalan laadunkehittämissuunnitelman eri vaiheissa (VanderVeen 1992) ja ensiapupoliklinikan toiminnan kehittämisessä (Mayer 1992) selvittäessä johtuuko vaihtelu henkilökunnan suorituskäytössä yleisistä vai erityisistä syistä (Dey et al. 1994). Suomessa näitä menetelmiä on käytetty esimerkiksi tutkittaessa endoskopian toistettavuutta (Karhuketo et al. 1997) ja validoitaessa sädehoitosuunnitelmia kokeellisen asetelman perusteella (Holli et al. 1999).

Pareto-analyysi on pylväsdiagrammin erikoismuoto, jossa aineisto järjestetään prioriteettikriteerin mukaiseen järjestykseen. Se auttaa löytämään ja valitsemaan merkityksellisimmät parantamiskohteet, jotka useimmiten liittyvät muutamaankin tekijään. (Soin 1992, Oakland 1999.)

Laatikko- ja -kuvion (Box-and Whiskers-plot) avulla kuvataan prosessin sijaintia ja vaihtelua. Kuvio voi perustua keskiarvoon ja keskihajontaan tai mediaaniin ja kvartiileihin, joiden avulla voidaan tarkastella tekijöiden keskinäisiä suhteita, se tuo esiin hajonnan ja sen avulla löydetään tekijät, jotka vaativat jatkoanalyysiä. (Helenius 1992, Laippala ym. 1997.)

Valvontakortit kuvaavat prosessissa esiintyvää vaihtelua ja auttavat selvittämään johtuuko vaihtelu yleisestä vai erityisestä syystä. O/R-kortti on

valvontakortti, joka perustuu aritmeettiseen keskiarvoon (O) ja vaihteluväliin (Range). Vaihteluväli on suurimman ja pienimmän havainnon välinen erotus. Valvontarajoilla, jotka perustuvat 95 ja 99,8 % luottamusväleihin kuvataan prosessin ominaisuuksia. Prosessi on hallinnassa, jos valvontarajoja ei ylitetä. (Soin 1992, Oakland 1999.)

## **2.3 Palaute kehittämisen lähtökohtana**

Komplekseissa järjestelmissä sovellettavan kontrolliteorian mukaan palaute on monitorin (ihminen, elektroninen tai mekaaninen) kontrolloijalle lähettämä tieto siitä mitä prosessissa tietyssä ajankohtana tapahtuu verrattuna siihen, mitä pitäisi tapahtua. Kontrolloija voi toimia mahdollisen eron tai virheen tapauksessa vain viiveellä. Jotta kontrollijärjestelmä olisi prosessin toimivuuden kannalta hyödyllinen, viiveen tulee olla sopivissa rajoissa ja “näytteenoton välien tarkoituksenmukaiset”. Tieto, joka erosta tai virheestä toimitetaan kontrolloijalle, on ns. feedback, takaisinsyöttö tai ns. palaute. (Cybernetics 2000.)

Demingin ja Juranin teorioiden yksi avainalue on se, että palvelun tai tavarantuottajan on saatava palautetta kuluttajilta tunnistaa ongelmat ja ohjata parantamistoimia (Berwick 1989, Wakefield et al. 1994). Terveystieteiden lisääntyvät kustannukset ovat aiheuttaneet sen, että terveydenhuollon organisaatioiden tarkasteluun ja johtamiseen on enenevässä määrin sovellettu liiketalouden periaatteita. Laadun parantamisen tultua hyväksytyksi laajasti myös terveydenhuollon organisaatioissa ovat kuluttajien, asiakkaiden ja potilaiden palautteet tulleet tärkeiksi. Näin myös siitä syystä, että asiakkaat ja heidän omaisensa ovat yhä valveutuneempia, mutta myös siksi, että sääntelevät tahot, ennen muuta rahoittajat ovat asiasta kiinnostuneita taloudellisuusnäkökulman vuoksi. (Andrzejewski and Laga 1997.)

Palaute voi olla sairaalan johdon tai työntekijöiden aloitteesta koottua tai potilaiden omaan aloitteeseen perustuvaa. Se voi olla negatiivisen kokemuksen johdosta laadittu valitus tai kantelu hallintoviranomaiselle tai potilasta hoitaneen



henkilön esimiehelle. Potilas voi ottaa yhteyttä potilasasiamieheen, jättää kirjeen palautelaatikkoon tai kirjoittaa lehden yleisönosastoon. (Kärkkäinen 1994, Lewis 1994, Partinen 1999.) Systemaattisesti ja aktiivisesti tapahtuvan potilaspalautteen kerääminen kertoo kiinnostuksesta prosessien parantamiseen palautteen perusteella ja siitä, että potilaaseen suhtaudutaan yhä enenevässä määrin myös asiakkaana. Asiakkaitten kokemuksia kartoittamalla voidaan arvioida tuotetun palvelun laatua.

### 2.3.1 Asiakasnäkökulma kehittämisessä

Asiakaskeskeisyys terveydenhuollossa on potilaita, asiakkaita, heidän omaisiaan ja läheisiään korostava näkökulma. Asiakaskeskeisissä yksiköissä työn organisoinnin tavoite palvelee asiakasta, laatua arvioidaan asiakkaan silmin ja asiakkaan arvoja ja näkemyksiä pidetään tärkeinä (Kerfoor and LeClair 1991, Wallace et al. 1999). Asiakas- tai potilaskeskeisyydessä on pyrkimyksenä pitää asiakas yksilöllisenä ja oman elämäntilanteensa asiantuntijana. Hyvän vuorovaikutussuhteen edellytyksenä pidetään asiakkaan kunnioittamista, joka merkitsee vastavuoroista ja luottamuksellista yhteistyökumppanuutta. (Åstedt-Kurki 1992, Larrabee 1995, Kananoja 1997)

Asiakaskeskeisyys voi näyttäytyä erilaisena käytetystä toimintamallista riippuen. Toimintamallit voivat olla työntekijälähtöisiä, yhteistyötä korostavia tai asiakas- ja potilaslähtöisiä. Työntekijälähtöisissä toimintamalleissa asiakas on toiminnan ja vallankäytön kohde, jota lähestytään asiantuntijalähtöisesti, tutkittuihin tosiasioihin ja tunnettuihin menetelmiin perustuen. Yhteistyötä korostavissa malleissa lähtökohtana on asiakkaan ja potilaan asia. Yhdenvertaiset, toisiaan arvostavat ihmiset pyrkivät toiminnallaan yhdessä asetettuun päämäärään. Asiakas on vastuullinen yhteistyökumppani, jonka käyttöön asiantuntija tarjoaa asiantuntemustaan. Asiakas- ja potilaslähtöisissä malleissa asiakas on keskeinen henkilö, joka käyttää kuluttajan valtaa. Asiantuntija on palvelujen myyjä, jolta asiakkaat hankkivat itselleen tarpeellisenä pitämiään tuotteita. (Kiikkala 1999.)

Markkinoinnin kirjallisuudessa esitettiin 1980-luvulla näkemyksiä asiakassuuntautuneista ja asiakasohjautuvista organisaatioista. Tällä on yleensä tarkoitettu sitä, että organisaation toiminnassa on otettu asiakkaan tarpeet mahdollisimman pitkälti huomioon. 1990-luvun lopulla puhuttiin asiakkuudesta. Asiakkuus muodostuu vuorovaikutteisista toiminnoista koostuvana prosessina, jonka avulla teot, tieto ja tunne siirtyvät osaksi sitä prosessia, jonka avulla asiakas toteuttaa omia tavoitteitaan. Tekojen avulla asiakkaalle mahdollistetaan asioita tai tämä vapautetaan tekemällä toimintoja tämän puolesta. Tiedon avulla asiakas voi käyttää monimutkaisiakin mahdollisuuksia. Tunteen merkitystä pidetään asiakkuudessa luottamuksen synnyttämisenä. Asiakkuusajattelussa toimitaan asiakkuuden ehdoilla pyrkien molemminpuolisesti sovittamaan prosesseja niin hyvin toisiinsa, että arvoa syntyy molemmille osapuolille. (Storbacka ja Lehtinen 1997).

Potilaspalautetta voidaan hyödyntää strategiseen suunnitteluun, sen avulla voidaan asettaa standardeja, luoda normeja, sääntöjä ja määräyksiä, jotka perustuvat asiakkaiden arvostukseen (Cleary et al. 1993, Cleary and Edgman-Levitan 1997, Levine et al. 1997). Potilaiden näkökulman tulisi kuulua jo laadun määrittelyyn (Hart 1996), käsitteellistämiseen, arviointiin, mittaamiseen ja parantamiseen (Cleary and Edgman-Levitan 1997, Sixma et al. 1998) ja sitä pidetään samanarvoisena ammattihenkilöiden näkökulman kanssa laadun tuottamisessa (Larrabee 1996). Terveystieteissä asiakaskeskeisyys on jäänyt keskustelun tasolle eikä se ole ohjannut toimintaa riittävästi. Näin voidaan päätellä siitä, että valtakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon suositukset edelleen kannustavat asiakaslähtöiseen toimintaan ja tutkimukseen (Perälä 1997, Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 1999). Potilaiden kanssa säännöllisesti kommunikoivat klinikot eivät aina pidä tarpeellisena palautteen hankkimisen esimerkiksi lomakkeilla, koska jokainen vuorovaikutustilanne jo sisältää palautteen mukana oleville osapuolille (Cleary et al. 1992).

### 2.3.2 Potilas asiakkaana

Potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka sairautensa, vammansa tai oireidensa vuoksi hakeutuu lääkäriin tai sairaalaan tutkittavaksi ja hoidettavaksi (Sadeniemi 1980). Potilaan ja häntä hoitavien henkilöiden välisistä suhteista on tehty lääketieteen, hoitotieteen, psykologian ja sosiologian tutkimuksia. Luonteenomaista suhteessa on ollut potilaan avuttomuus, passiivisuus, kunnioitus auktoriteetteja kohtaan ja yleensä myöntäväisyys tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin. (esim. Avis et al. 1995, 1997.)

Asiakas, kuluttaja tai palvelun käyttäjä on markkinatutkimusten mukaan muun muassa aktiivinen, subjektiivisesti rationaalinen, halukas vastaanottamaan palveluja, tietoinen toiveistaan, suvereeni tekemään ratkaisuja omasta puolestaan, valikoiva ja tyydyttävien ratkaisujen etsijä. (Vuorela 1989).

Yleisen tietämyksen ja sivistystason lisääntyessä ihmiskäsitys ja sen mukana perinteinen asetelma ovat muuttuneet. Tästä konkreettisena seurauksena 1990-luvulla olivat Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) sekä terveydenhuollossa laajasti sovelletut laadun parantamisen periaatteet. Edellinen turvasi potilaalle oikeuksia ja valtaa, joita on verrattu asiakkaiden vastaaviin ja jälkimmäinen on vaikuttanut samalla tavalla asettaessaan normeja ja standardeja terveydenhuollon henkilöstön toiminnalle. Sairaanhoidon laitosten potilaina on yhä enemmän asiakkaiksi itseään tunnistavia henkilöitä, jotka ovat aktiivisia, joilla on paljon tietoja sairaudestaan ja jotka haluavat etuja ja palveluita. Terveydenhuollon organisaatiot ovat alkaneet säädellä toimintaansa näiden tunnusmerkkien mukaan. (Meisenheimer 1991, Bitran ja Lojo 1993, Larrabee 1995, Lupton 1997.)

### 2.3.3 Potilas asiakaspalautteen antajana

Palautteen antajan arviointiin vaikuttavina tekijöinä pidetään muun muassa asiakkaan käyttämiä vertailustandardeja, odotuksia sekä sosiodemografisia ja psykososiaalisia tekijöitä. Samalla henkilöllä saattaa olla erilaisia

vertailustandardeja (ihanne, markkina- tai toimiala, asiakassuhde, tapahtuma) eri tilanteissa tai ne saattavat muuttua kokemuksen myötä (Parasuraman et al. 1991a, Strandvik 1993).

Ennustavat odotukset kuvataan realistisina tai ennakoivina uskomuksina tapahtuman suhteen. Ne perustuvat henkilökohtaisiin tai muiden kokemuksiin tai muihin tietolähteisiin. Halut ja toiveet viittaavat ideaalisiin odotuksiin. Normatiiviset odotukset liittyvät subjektiivisiin arviointeihin siitä mitä yksilön pitäisi saada, mitä hän ansaitsee tai minkä arvoinen hän on sekä sosiaalisesti hyväksytyyn arviointiin. Määrittelemättömät odotukset liittyvät pelkoon, ahdistukseen ja sosiaalisiin normeihin. Joillakin ihmisillä ei ole odotuksia tai heidän on vaikea ilmaista niitä tai konkretisoida tunteitaan. (Thompson and Suñol 1995.) Markkinoinnin kirjallisuudessa on esitetty kaksi odotuksen tasoa. Toivottu taso vastaa normatiivisia ja ideaalisia odotuksia, hyväksyttävissä oleva taso ennustavia odotuksia. Toivottu palvelu vastaa asiakkaan näkemystä erinomaisesta palvelusta, kun taas hyväksyttävissä oleva palvelu muodostaa alarajan. Näyttäisi siltä, että asiakkaan käsitys hyväksyttävästä palvelusta vaihtelee tilanteen mukaan enemmän kuin käsitys erinomaisesta toivotusta palvelusta, joka saattaa muuttua oppimisen tai kokemuksen myötä mutta ei ole tilanteesta riippuvainen. (Parasuraman et al. 1991a, Strandvik 1993.)

Terveystieteiden viitekehyksessä potilailla ei ole välttämättä selviä odotuksia hoidosta tai he voivat olla haluttomia ilmaisemaan niitä tarkkaan, koska ovat epävarmoja siitä mitä tapahtuu tulevaisuudessa, he eivät aina halua mitä tarvitsevat ja se mitä he tarvitsevat riippuu usein asiantuntijoiden tiedoista ja taidoista (Avis et al. 1997, Sitzia and Wood 1997). Potilaat voivat olla tyytyväisiä, vaikka heidän odotuksensa eivät toteutuisi. Sosiodemografisten tekijöiden on useissa tutkimuksissa havaittu vaikuttavan arviointiin. Näyttää siltä, että vanhemmat ihmiset ovat tyytyväisempiä tai arvioivat useimpia hoidon аспекteja nuorempia positiivisemmin (esim. Fitzpatrick 1991b, Leino-Kilpi ym. 1994, Peiponen ym. 1996, Sitzia and Wood 1997). Tämän on arveltu johtuvan siitä, että vanhemmilla ihmisillä on matalammat odotukset ja he tyytyvät sen vuoksi vähempään. On esitetty myös, että klinikot ovat huomaavaisempia iäkkäämpiä potilaita kohtaan tai

aliarvioivat nuorempien potilaiden tarpeet (Cleary et al. 1992). Naiset ovat tyytymättömämpiä kuin miehet (esim. Carey and Seibert 1993, Arnetz and Arnetz 1996). Vähemmän koulutettujen tyytyväisyys on suurempaa kuin pidemmän koulutuksen saaneilla (esim. Lewis 1994, Sitzia and Wood 1997, Sixma et al. 1998). Jatkuvaan hoitoon ja samaan palvelun tuottajaan liittyy suurempi tyytyväisyys (esim. Sixma et al. 1998). Erittäin sairaat ihmiset ovat tyytymättömämpiä tai antavat huonompia arviointeja hoidostaan kuin terveemmät (esim. Raatikainen 1991, Cleary et al. 1992). Tämän on arveltu johtuvan siitä, että sairailta on enemmän kipuja ja tarpeita ja että heillä siksi on taipumus arvioida asioita negatiivisemmin (esim. Carr-Hill 1992, Cleary et al. 1992). Demografiset tekijät, terveydentila ja halu saada enemmän informaatiota ennustivat vain heikosti potilaan yleistä arviointia hoidon laadusta, vaikka mm. ikä ja halu saada enemmän tietoa olivat tilastollisesti merkitseviä (Cleary et al. 1992).

Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat myös arviointeihin. Monet potilaat ovat haluttomia sanomaan mitään negatiivista, koska he luottavat henkilökuntaan ja uskovat heidän tekevän parhaansa (Fitzpatrick 1991a, Avis et al. 1997, Fung and Cohen 1998) tai ovat riippuvaisia henkilökunnasta tai järjestelmästä (Carr-Hill 1992, Owens and Batchelor 1996, Fottler et al. 1997). Potilaat voivat raportoida suurempaa tyytyväisyyttä kuin todella tuntevat, koska uskovat että positiiviset kommentit ovat hyväksyttävämpiä (Carr-Hill 1992) tai haluavat miellyttää henkilökuntaa vastaamalla positiivisesti (Lewis 1994, Sitzia and Wood 1997), koska ovat tuhlanneet heidän aikaansa (Avis et al. 1997). Potilaat voivat olla myös helpottuneita ja kiitollisia, kun kaikki on sujunut hyvin tai negatiiviset odotukset eivät ole toteutuneet (Avis et al. 1997, Fung and Cohen 1998). Omaa hoitoa ja oman lääkärin antamaa hoitoa arvioidaan positiivisemmin kuin hoitoa yleensä tai hoitoa sukulaisten arvioimana (Hall and Dornan 1988, Fitzpatrick 1991b, Thomas and Bond 1996).

### 2.3.4 Tyytyväisyys, tyytymättömyys ja palvelun laatu

#### Tyytyväisyys

Potilaan tyytyväisyyttä on käytetty Yhdysvalloissa hoidon arvioinnissa jo 1950-luvulla ja Englannissa 1960-luvulta lähtien (Staniszewska and Ahmed 1999). Meta-analyysissä vuosilta 1966 - 1986 löydettiin 12 tyytyväisyysluokkaa kaikista tutkimuksista (n = 221), vaikka enemmässä kuin puolessa käytettiin harvempaa kuin neljää ulottuvuutta (Hall and Dornan 1988). Tutkimustulos ei kerro siitä kuinka tärkeitä nämä asiat olivat potilaille, ainoastaan kuinka usein ne ovat sisältyneet tutkimuksiin.

Nykyään tyytyväisyyttä käytetään arviointikäsitteenä yli tuhannessa terveydenhuollon julkaisussa vuosittain (Sitzia and Wood 1997). Jatkuvasti lisääntyvä mielenkiinto potilaiden tyytyväisyyteen johtuu siitä, että tyytyväisyyttä pidetään hoidon laadun indikaattorina (esim. Avis et al. 1995; Mahon 1996, Idvall et al. 1997, Fung and Cohen 1998, Sixma et al. 1998) ja tulostittarina (esim. Fitzpatrick 1991a, Bond and Thomas 1992, Carr-Hill 1992, Lin 1996, French 1997). Tyytyväisyystietoa on käytetty myös jatkuvan laadun parantamisen vaikutusten arvioinnissa (Arnetz and Arnetz 1996, Piccirillo 1996, VanderVeen and Ritz 1996). Mielenkiinto tyytyväisyystutkimuksiin johtunee myös konsumerismin kasvusta terveydenhuollossa ja sairaaloiden halusta osoittaa asiakaslähtöistä kulttuuria (Meisenheimer 1991, Avis et al. 1995, Lupton 1997, Sitzia and Wood 1997). Tyytyväisyyttä pidetään kansanomaisena terminä, josta potilailla ja työntekijöillä on subjektiivinen ja suhteellisen yhtenevä näkemys (Lewis 1994). Toisaalta on esitetty, että tyytyväisyys on vain yksi tekijä käytännön tulosten arvioinnissa (Sigurdardottir 1996) eikä itsessään takaa laadukasta tulosta (Hart 1996).

Tyytyväisyys -käsitteen sisällöstä ja sen ongelmallisuudesta julkisen sektorin kyselyissä on käyty kriittistä keskustelua 1990-luvulla. Yhtenä syynä ongelmiin pidetään täsmällisen käsitteellisen perustan puutetta (Bond and Thomas 1992, Avis et al. 1995, Salmela 1996, Thomas and Bond 1996, Sitzia and Wood 1997) ja sitä

että tutkimuksissa tyytyväisyyttä käytetään ikään kuin se olisi yhteneväinen käsite (Carr-Hill 1992, Lewis 1994, Thompson and Suñol 1995). Tutkijat “pakottavat” ihmisiä käyttämään käsitettä tai se otetaan annettuna, ikään kuin tyytyväisyys olisi vain odottamassa mittausta (Williams 1994). Tutkimuksista ei aina selviä käytetäänkö tyytyväisyyttä tunteena, kognitiona vai asenteena (Kortelahti 1993, Avis et al. 1995). On esitetty epäilyjä myös käsitteen kyvystä saada esiin potilaan tunteet, arvot ja kokemukset. Kun laadullisissa tutkimuksissa on potilailta kysytty arviointia, he eivät käytä sanoja tyytyväinen tai tyytymätön vaan kuvailevat tunnetiloja (Avis et al. 1997, Coyle 1999). Potilaiden tyytyväisyystulosten hyödyntämistä vaikeuttaa vertailun tekeminen, koska eri tutkimuksissa on mitattu eri asioita (Hall and Dornan 1988). On vähän todisteita siitä, että tyytyväisyys on relevantti käsite, kun potilas arvioi hoitoaan (Williams 1994). Tyytyväisyys voi näin olla liian yksinkertainen käsite potilaiden kokemusten arviointiin poliklinikkahoidosta (Avis et al. 1997).

Tyytyväisyyskyselyjen on kuitenkin esitetty olevan tärkein tapa potilaan osallisuuden, tarpeiden ja näkemysten esille saamiseen (Avis et al. 1995, VanderVeen and Ritz 1996). Hoidon ja palvelun hyvyyttä ja laatua on usein tutkittu tyytyväisyyskyselyillä (esim. Thomas et al. 1995, Arnetz and Arnetz 1996, Larson et al. 1996, Meredith and Wood 1996, VanderVeen and Ritz 1996, Hill 1997, Sitzia and Wood 1999). Tyytyväisyyttä mitataan näissä yksittäisten ominaisuuksien tai yleisen tyytyväisyyden tasolla. Yleistä tyytyväisyyttä käytetään usein luotettavuuskriteerinä, jota vastaan muita kysymyksiä validoidaan. Suurin osa tutkimuksista mittaa potilaiden tyytyväisyyttä mittarilla, joka on kehitetty kyseistä tutkimusta varten (Fitzpatrick 1991b) tai kyselylomakkeiden luotettavuutta ei ole välttämättä testattu riittävästi (Thomas and Bond 1996). Vain vajaa puolet lähes kahdesta sadasta tyytyväisyysartikkelista raportoi jotakin validiteetista tai reliabiliteetista (Sitzia 1999). Tyytyväisyystutkimusten vertailua vaikeuttaa se, että mittarit vaihtelevat, ja että kato on suuri ja voi vääristää tuloksia. Tyytyväisyyden mittaaminen perustuu kahteen todistamattomaan oletukseen: tyytyväisyys johtuu aikaisempien odotusten täyttämisestä ja tyytyväisyyden tasoa voidaan mitata kysymällä potilailta arviota etukäteen määritellyistä hoidon osa-alueista (Avis et al.

1995). Tyytyväisyystutkimuksia on tehty kahdella tavalla: toisaalta siten, että tyytyväisyyttä on käytetty selitettävänä mittarina arvioimaan palvelujen laatua. Tällöin tyytyväisyyttä on pidetty hoidon sisäisten rakenteiden, prosessin ja tulosten lopputulosmittarina. Tyytyväisyys on toisaalta myös ollut selittävä muuttuja, jolloin se on ennustanut asiakkaiden käytöstä (esim. Nash et al. 1994, Larson et al. 1996). Potilaiden tyytyväisyystutkimuksissa kyselylomakkeen käyttöön liittyviä ongelmia on yritetty ratkaista käyttämällä erilaisia analyysimenetelmiä kuten triangulaatiota (Hyrkäs and Paunonen 2000). Tyytyväisyyden mittaamista laadun arvioinnin välineenä perustellaan usein sillä, että laatukokemukset heijastuvat tyytyväisyyteen. Tyytyväisyyden ja odotusten välinen suhde on ristiriitainen. Joissakin tutkimuksissa mitataan odotuksia ja tyytyväisyyttä samaan aikaan, mikä vaikeuttaa arviointia, osassa odotuksia tarkastellaan erillisenä käsitteenä (Staniszewska and Ahmed 1998). On esitetty, ettei odotusten ja tyytyväisyyden välillä ole selvää yhteyttä (Williams 1994, Avis et al. 1997, Haas 1999), toisissa tutkimuksissa taas löydetään yhteys odotusten ja tyytyväisyyden välillä (Staniszewska and Ahmed 1998) ja esitetään että asiakkaan tyytyväisyys tai arviointi laadusta perustuvat asiakkaan odotuksille. Toisaalta täyttymättömät odotukset eivät johda vähempään tyytyväisyyteen (Haas 1999). On esitetty, että asiakas tekee arvioinnin sen perusteella kuinka hyvin hän pystyy kontrolloimaan palvelutilannetta (Hui and Bateson 1991). Eräs osoitus arviointikäsitteen ongelmallisuudesta on, että ainakin 80 % vastaajista ilmaisee tyytyväisyyttä mihin tahansa annettuun kysymykseen. Tämä aiheuttaa vaihtelun puutetta tuloksissa (Fitzpatrick 1991a).

Useimpien tutkimusten perustana ovat tyytyväisyysmallit (Carr-Hill 1992, Lewis 1994, Williams 1994, Sitzia and Wood 1997). Tyytyväisyyttä tarkastellaan odotusten ja kokemusten välisenä erona (discrepancy model). Tyytyväisyyttä tai positiivista asennetta hoitoon pidetään tuloksena siitä, että asiakkaan tai potilaan odotukset ovat toteutuneet (expectation-fulfilment model). Potilaan tyytyväisyyttä on tarkasteltu myös positiivisena tai tunteenomaisena arviointina terveydenhuollon erilaisista ulottuvuuksista (value-expectancy model). Tyytyväisyysmalleille on yhteistä vertailuprosessiin viittaaminen ja tyytyväisyyden ja tyytymättömyyden tarkasteleminen samana prosessina. On myös esitetty, että tyytyväisyyttä ja



tyytymättömyyttä pitäisi tarkastella erillisinä käsitteinä eikä saman käsitteen ääripäinä (Haas 1999).

## Tyytymättömyys

Tyytymättömyyttä on pääasiassa selvitetty tutkimuksissa, joissa on mitattu tyytyväisyyttä tai tutkittu valituksia. Viime aikoina on esitetty, että tyytyväisyyden sijaan tutkimuksissa pitäisi kiinnittää huomiota potilaan tyytymättömyyteen (esim. Annandale and Hunt 1998, Coyle 1999, Rogers et al. 2000). Toimintaa parannettaessa pitäisi kiinnittää huomio asioihin, jotka ovat huonosti eikä niihin, jotka jo sujuvat (Carr-Hill 1992, Cleary et al. 1992, Kenagy et al. 1999), ja pyrkiä kääntämään negatiiviset kommentit parantamissuunnitelmiksi (VanderVeen and Ritz 1996).

Tyytymättömyydellä on havaittu olevan pitkäaikainen vaikutus potilaan ja henkilökunnan väliseen suhteeseen ja potilaan käyttäytymiseen. Tyytymättömyyden ymmärtämiseksi ja hallitsemiseksi Moore (1992) luokitteli tyytymättömien asiakkaiden käyttäytymisen neljään luokkaan: passiiviset, suuttuneet, aktiiviset ja äänekkäät. Passiivisilla henkilöillä oli negatiivisia asenteita valittamista kohtaan eivätkä he jakaneet tyytymättömyyttä muiden kanssa. Suuttuneiden tunne oli niin suuri, että he varautuivat kolmannen osapuolen välitykseen, koska palvelun tuottajat eivät ole myötätuntoisia heidän asialleen. Myös aktiiviset asiakkaat etsivät oikaisua kolmannen osapuolen kautta ja valittivat muodollisiin organisaatioihin. Äänekkäät valittivat suoraan tuottajalle, koska uskoivat että tuottajat haluavat vastata valituksiin. Asiakkaille annetut loogiset selitykset toiminnan epäkohdista voivat vähentää tyytymättömyyttä (Bitner 1990).

Tyytyväisyystutkimukset tavoittavat huonosti negatiiviset hoidon kokemukset. Tyytyväisyystutkimuksissa tyytymättömyys otetaan annettuna tai oletetaan että tyytyväisyys ja tyytymättömyys ovat saman käsitteen vastakkaisia puolia. (Williams 1994, Avis et al. 1995, 1997, Hill 1997, Coyle 1999.) Kulttuuriset ja psykososiaaliset esteet kuten potilaan pelko tai kiitollisuus estävät tyytymättömyyden ilmaisemisen. Monet potilaat ovat kuitenkin halukkaita

ilmaisemaan tyytymättömyytensä jopa potilastilanteissa. Erilaisia asiakasryhmiä, tyytymättömien asiakkaiden ominaispiirteitä ja erilaisten suhtautumistapojen syitä on myös eritelty. Annandale ja Hunt (1998) tutkivat 15-, 35-, ja 55-vuotiaiden (n = 307) erimielisyyksiä lääkärin kanssa. 44 % tutkituista sanoi mielipiteensä, 40 % asettui vastustamaan lääkärin mielipidettä, 22 % ei tehnyt mitään, 20 % keskeytti hoidon tai lääkityksen ja 12 % palasi saman lääkärin hoitoon mutta 9 % vaihtoi lääkäriä. Erimielisyyden luonteen ja toiminnan välillä löydettiin yhteyttä. Potilaat eivät tehneet mitään, jos ristiriita kohdistui lääkärin vuorovaikutustyyliin tai jos potilas tunsu että häntä ei otettu vakavasti. Potilaat sanoivat mielipiteensä tai asettuivat vastustamaan lääkärin mielipidettä, jos diagnoosi oli ongelma tai jos erimielisyys koski hoitoa. Sukupuolella tai iällä ei ollut yhteyttä tuloksiin. Tyytymättömyys kohdistuu usein puutteisiin kommunikoinnissa, erityisesti huonojen uutisten tai ennusteen kertomistapaan ja paikkaan, odottamiseen tai pääsyyn sairaalaan tai odottamiseen sairaalassa, riittämättömään informaatioon, persoonattomaan hoitoon ja sairaalaympäristöön (esim. Haas 1999, Rogers et al. 2000). Coyle (1999) etsi laadullisessa tutkimuksessa merkitystä tyytymättömyyden käsitteelle. Henkilökohtainen minuus (personal identity) oli avainkäsite, joka auttoi ymmärtämään tyytymättömyyden merkitystä käyttäjän näkökulmasta. Epäinhimillinen toiminta, asioiden mahdottomaksi tekeminen tai arvostuksen puute uhkaavat potilaan henkilökohtaista minuutta.

## Palvelun laatu

Palvelun laadusta on tullut tärkeä tutkimuksen kohde. Consumer satisfaction/dissatisfaction -tutkimustraditio on kehittynyt rinnakkain palvelun laadun tutkimuksen kanssa. Käsitteelliset yhtäläisyydet ja päällekkäisyydet on tunnistettu vasta viime vuosina. Tutkimuksissa käytetään erilaisia määritelmiä näistä käsitteistä tai määritelmät menevät ristiin. Usein asiakastyytyväisyys ja palvelun laatu ymmärretään samana asiana. (Strandvik 1993.)

Laatua on määritelty monin tavoin eri näkökulmista. Toiset tutkijat määrittelevät laadun sen mukaan, miten hyvin se täyttää aiotun tarkoituksen tai

käyttäjien odotukset, toiset yhdistävät laadun virheettömyyteen, jota voidaan mitata. On esitetty, että laadun määrittely ja mittaaminen on vielä tuottajajohtoista ja että potilaiden näkökulma pitäisi sisällyttää paremmin mittaamisen prosessiin (Hart 1996). Oulasvirta (1992) kuvaa palvelun laadun osatekijöitä julkisella sektorilla Garwinin ajatteluun perustuen. Ylivertaisuuden (transcendence) ilmiönä laatu edustaa ajattomuutta ja kestävyyttä eikä ole pelkistettävissä osatekijöihin. Tuotepohjainen (product-based) laatu on objektiivinen ja tarkasti mitattavissa. Käyttäjöpohjaisen (user-based) näkökulman mukaan tuotteet, jotka tyydyttävät parhaiten asiakkaiden toiveita tai vastaavat odotuksia ovat laadukkaita. Valmistuspohjainen (manufacturing-based) näkökulma kiinnittää huomion prosessiin ja pohjautuu tuottajaorganisaation näkökulmaan. Arvopohjaisessa (value-based) laadussa huomio kiinnitetään kustannuksiin ja hintoihin, korostaen laadun markkinasidonnaisuutta. Näihin ajatuksiin perustuu myös Lillrankin (1990) määrittely lisättyä kilpailu- ja ympäristökeskeisellä laadulla. Kilpailukeskeisen näkökulman mukaan asiakas muodostaa käsityksensä vertailemalla tuotetta kilpailijoihin. Ympäristökeskeisessä näkökulmassa laatu määritellään sen mukaan mikä on kokonaisvaikutus yhteiskuntaan ja luontoon.

Palvelun laatu asiakkaan kokemana laatuna perustuu moneen komponenttiin. Laatu ymmärretään tällöin asiakkaiden subjektiivisena näkemyksenä; laatua on se miksi asiakas sen kokee riippumatta siitä, mitä se objektiivisesti mitaten olisi. Palvelun laatumalleissa oletetaan, että asiakas muodostaa käsityksensä vertailemalla saamaansa palvelusuoritusta johonkin, ja yleensä puhutaan odotuksista, määrittelemättä kuitenkaan tarkemmin mitä näillä tarkoitetaan. Grönroosin (1991) käsite “asiakkaan kokema palvelun laatu“ (perceived service quality) perustuu diskonfirmaatiomalliin, odotusten ja kokemusten vertailuun aikaan ja paikkaan sidotusti.

## 2.4 Kyselylomake mittarina

Mittarilla tarkoitetaan tiivistä, sanallista tai numeroarvollaista kuvausta joistakin havainnoista tai kohteiden ominaisuuksista (Olve ym. 1999). Kyselylomakkeen käyttö tieteellisenä tutkimusvälineenä on hyväksytty psykologiassa jo varhain. Yhdysvaltalainen lapsi- ja kasvatuspsykologi G. Stanley Hall (1844 - 1924) oivalsi saksalaisen Hermann von Helmholtzin kanssa työskennellessään kysymyslomakkeiden arvon psykologisen tutkimuksen välineinä. Hall ja hänen työtoverinsa laativat n. 190 kyselylomaketta. Psykometrian keskeisiä kehittäjiä on amerikkalainen Louis Leon Thurstone (1887 - 1955), joka kehitti tilastollisia tekniikoita psykologisissa testeissä saavutettujen suoritusten faktorianalyysille ja erilaisia asteikkoja kyselylomakkeille. (Hall 2000, Thurstone 2001)

### 2.4.1 Luotettava mittari palautevälineenä

Luotettava mittari on sekä reliaabeli että validi. Mittarin luotettavuutta voidaan testata erilaisin psykometrisin mittauksin suurten aineistojen otoksissa. Reliabiliteetti merkitsee mittarin luotettavuutta ja kykyä tuottaa ei sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetti ilmaisee mittarin kyvyn mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Ferketich 1990, Waltz et al. 1991.)

Kyselylomakkeita käytetään sekä käytännöllisistä että teoreettisista syistä. Kyselylomakkeen käyttö on helppoa, suhteellisen taloudellista ja se mahdollistaa tilastollisesti luotettavan mittauksen. Toisaalta lomake poissulkee haastattelijan persoonallisuuteen ja haastatteluympäristöön liittyvät tekijät. (Fitzpatrick 1991a, Carey and Seibert 1993, Fottler et al. 1997). Postikyselyn heikkoutena on vaikeus saada luotettavan korkea vastausprosentti (Cleary et al. 1992, Wilde et al. 1994, Arnetz and Arnetz 1996). Tähän vaikuttavat monet kontrolloimattomat tekijät kuten potilaiden mielenkiinnon puute täyttää tai palauttaa kyselylomake (Fottler et al. 1997). Matala vastausprosentti vähentää tiedon käyttökelpoisuutta ja edustavuutta. Joissakin tutkimuksissa jo 50 % vastausprosenttia pidetään luotettavana (Carey and

Seibert 1993). Luotettavan kyselylomakkeen kehittäminen, kysymysten validointi ja tietojen analyysi vie aikaa ja on kallista (Fottler et al. 1997). “Kotitekoisilla” kyselylomakkeilla saadaan noin 10 % korkeampia tyytyväisyysarvoja kuin tilastollisilla menetelmillä standardisoiduilla mittareilla (Hall and Dornan 1988). Kyselylomakkeiden validiteetti ja reliabiliteetti ovat erityisen tärkeitä asioita, kun tuloksia käytetään laadun parantamisen interventioiden arvioimiseen (Carey and Seibert 1993).

Tutkimuksissa käytetyin on viisiluokkainen Likert-asteikko, jossa luokka 5 edustaa suurinta mahdollista myönteistä arviota. Tutkimuksessa voidaan kysyä suoraan arvion määrää tai epäsuorasti missä määrin jokin ominaisuus vastaa odotuksia tai vastaaja on samaa mieltä jonkun väittämän kanssa. Toinen yleisesti käytetty on 4-portainen asteikko. 1 - 10 asteikkoa on käytetty yleisarviointiin, jolloin 1 on kuvannut negatiivisinta ja 10 positiivisinta vaihtoehtoa. Samassa tutkimuksessa voidaan käyttää samanaikaisesti kahta (esim. Sitzia ja Wood 1997) tai kolmeakin asteikkoa (Arnetz and Arnetz 1996).

Kokonaisvaltaisen laatujohtamisen yksi periaate on, että laatu johon pyritään tulisi määritellä ja mitata. Hyvän hoidon kriteerejä on määritelty, ja osatekijät liittyvät hoitavan henkilön ominaisuuksiin, hoitoon liittyviin toimintoihin, hoidon edellytyksiin, hoitoympäristöön, hoitoprosessin etenemiseen ja potilaan omiin hallintakeinoihin. (Häggman-Laitila 1990, Leino-Kilpi 1990, Leino-Kilpi ym. 1994). Suomessa on kehitetty mm. Hyvä Hoito -mittari (Leino-Kilpi 1990, Leino-Kilpi ja Vuorenheimo 1992, Leino-Kilpi ym. 1994), Ihmisläheinen Hoito -mittari (Sohlberg ym. 1994, Leppänen ym. 1997, Töyry et al. 1998, Töyry ym. 1999, Töyry ym. 2000) ja mittari diabeetikkonuorten hoitoon sitoutumisen arvioimiseksi (Kyngäs 1995, 1999). Ulkomailla kehitettyjä ja laajasti käytettyjä mittareita, joita on testattu Suomen oloihin ovat mm. Monitor (Voutilainen 1992), Senior Monitor (Voutilainen ja Liukkonen 1995) ja Qualpacs (Perälä 1995). Suomen sairaaloissa on soveltaen käytetty myös Quality of Hospital care Patients viewpoint -mittaria (HQPV) (Peiponen ym. 1996, Hyrkäs et al. 2000).

Yhdysvalloissa kehitetty SERVQUAL, jota on edelleen kehitetty ja parannettu useiden julkaisujen avulla (Parasuraman et al. 1985, 1988, 1991a, 1991b, 1993, Zeithaml et al. 1990) mittaa palvelun laatua asiakkaan näkökulmasta. SERVQUAL on 7-portainen Likert-tyyppinen mittari, joka mittaa odotukset asiakkaan käsityksenä erinomaisesta palvelusta ja kokemukset pitkäaikaisina kokemuksina palveluyrityksestä tavoitteena laadun tason kuvaaminen tietyllä hetkellä. Mittaria käytetään kaksi kertaa, ensin mittaamaan odotuksia ja sen jälkeen kokemuksia. SERVQUAL-mittaria on soveltaen testattu myös sairaaloissa. Tutkijoiden mukaan mittari osoittautui reliabiliteetin ja validiteetin testauksissa luotettavaksi ja se soveltui sairaalahallinnon käyttöön mitattaessa palvelun toiminnallista laatua (Babakus and Mangold 1992). Vandamme ja Leunis (1993) käyttivät SERVQUAL-mittaria pohjana ja täsmensivät sairaanhoidon palvelun laadun 28 tekijään. Heidän mukaansa tätä mittaria ei voi sellaisenaan käyttää sairaalapalvelun arviointiin. Scardina (1994) käytti SERVQUAL-mittaria kardiologisessa leikkauksessa olleiden potilaiden (10 henkilöä) tyytyväisyyden mittaamiseen. Erittäin pienen vastaajamäärän vuoksi tutkijan esittämällä reliabiliteetin ja validiteetin testauksilla ei ole merkitystä.

SERVQUAL-mittarin kasvavasta ja laajalle levinneestä käytöstä huolimatta Buttle (1996) esittää laajassa kirjallisuuskatsauksessa teoreettista ja operationaalista kritiikkiä. SERVQUAL perustuu odotus-vahvistamatta jättämisen (diskonfirmaatio) malliin, vaikka palvelun laatu on parhaiten käsitteellistettävissä asenteena. Kritiikin mukaan mittari ei kytkeydy taloustieteen, tilastotieteen tai psykologian teoriaan. Se ei ota huomioon laadun parantamisen aiheuttamia kustannuksia. Siinä käytetään ordinaaliasteikkoa, mutta analyysit toteutetaan intervallitason tilastollisilla menetelmillä (faktorianalyysi). Mallin kehittämisessä ei ole nojaututtu kokemuksen psykologiaa koskevaan kirjallisuuteen. Buttlen mukaan on hyvin vähän todisteita sen puolesta, että asiakkaat arvioivat palvelun laatua odotusten ja kokemusten välisellä kuilulla (gap). Termi odotus on monimerkityksinen, ja koska asiakkaat käyttävät muitakin standardeja kuin odotukset arvioidessaan palvelun laatua, SERVQUALin ei katsota kykenevän mittaamaan absoluuttisia palvelun laatuodotuksia. Neljällä tai viidellä kysymyksellä ei pystytä kattamaan vaihtelua

palvelun jokaisen laatu-ulottuvuuden sisällä. Asiakkaiden arvioinnit palvelun laadusta saattavat vaihdella hetkestä toiseen (Buttle 1996) tai selittävät huonosti asiakkaiden tyytyväisyyttä (Cronin and Taylor 1992) .

#### 2.4.2 Palautteen kerääminen poliklinikalla

Potilaiden näkemyksiä poliklinikkatoiminnasta on julkaistu suhteellisen vähän (Lorentzon et al. 1996). Mielipidelaatikko on yksinkertainen, nopea ja halpa tapa saada potilaspalautetta. Potilaat tai saattajat voivat oma-aloitteisesti jättää nimettöminä tai nimimerkeillä varustettuna kirjoittamansa kirjeet. Niitä kirjoitetaan usein tunnekuohun vallassa ja ne saattavat sisältää kirosanoja, suoranaista raivoa tai ylistystä. Ne kuvaavat kuitenkin poliklinikan tilanteita potilaiden kokemana ja niiden välityksellä saatua tietoa voi hyödyntää kehittämishankkeissa. (Kärkkäinen 1994.)

Havainnointia palautteen saamiseksi on käytetty muun muassa ensiapupoliklinikalla. Havainnoinnin avulla saa tietoa verbaalisesta ja nonverbaalisesta toiminnasta. Vastaanotto toiminnan arvioinnissa se ei välttämättä ole tarkoituksenmukainen menetelmä. Vaikka katsekontakti antaa tärkeän näkymän käyttäytymiseen, tapahtumiin ja olosuhteisiin potilaiden näkökulmasta, ulkopuolista havainnointia voi yleensä käyttää vain odotushuoneessa ja osin tutkimushuoneessa, jolloin havainnoitsija näkee tilanteet vain rajoitetusti. (Akerstrom 1997.) Henkilökunnan ja potilaitten havainnointia on käytetty haastattelun tukena lomakkeen kehittämisvaiheessa (Meredith and Wood 1996).

Haastattelua palautetiedon hankinnan muotona on käytetty poliklinikalla mm. selvittämään mikä ilahduttaa tai tuottaa pettymyksiä potilaille (Levine et al. 1997), potilaiden arviointia ensimmäisestä käynnistään poliklinikalla (Avis et al. 1997) ja kehitettäessä tyytyväisyyslomaketta kommunikointiin kirurgisessa hoidossa (Meredith and Wood 1996). Haastattelua käytettiin näissä tutkimuksissa kyselyn ohella. Avis et al. (1997) selvittivät semistrukturoidun haastattelun avulla potilaiden välittömiä odotuksia ja kokemuksia käynnistä ennen vastaanottoa ja sen jälkeen.

Toisessa vaiheessa he haastattelivat osan potilaista seuraavalla käynnillä ja osan 4 ja 6 kuukauden kuluttua ensimmäisestä käynnistä yleensä potilaan kotona. He tutkivat näin muodostuuko potilaan tyytyväisyys aikaisempien odotusten ja hoitokokemusten vertailusta. Meredith ja Wood (1996) käyttivät haastattelua ja havainnointia kyselylomakkeen kehittämissä vaiheissa. He haastattelivat 30 potilasta kahden sairaalan kuudella osastolla.

Kyselyä käytetään useimmiten palautetiedon hankinnan muotona poliklinikalla (Liite 1). Tutkimuksissa on kerätty tietoja tutkimusta varten tehdyllä mittarilla tai käytetty valmiita mittareita. Sigurdardottir (1996) tutki tyytyväisyyttä saatuun päiväkirurgiseen hoitoon kahdessa sairaalassa käyttäen Patient Satisfaction Instrument (PSI) -mittaria. Mittari sisältää 25 kysymystä, joissa on viisiportainen Likert-tyyppinen asteikko. Mittarissa on kolme sisältöaluetta: teknisammattillinen (7 kysymystä), kasvatuksellinen (7 kysymystä) ja luottamuksellisen suhteen alue (11 kysymystä). Rubin ym. (1993) tutkivat potilaiden arviointeja lääketieteellisestä hoidosta viidessä erilaisessa yksikössä ja Piccirillo (1996) vertasi potilaiden tyytyväisyyttä käyntiinsä ennen laadunparantamistoimenpiteitä ja niiden jälkeen. Molemmat käyttivät Patient Visit Rating Questionnaire -mittaria (VRQ). VRQ -mittarissa toimintaa tarkastellaan tyytyväisyyden näkökulmasta viisiportaisella arviointiasteikolla. Lomakkeessa on 9 kysymystä: käynti kokonaisuutena, tekniset taidot, persoonalliset tavat, odotusaika tapaamiseen, sopiva aika, pääsy puhelimitse, odotusajan pituus, vietetty aika ja selvitykset tutkimuksista. Perusteluna valmiin mittarin käyttöön on esitetty, että aikaisemmin käytetty mittaväline mahdollistaa vertailun aikaisempiin tutkimustuloksiin ja että olemassa olevat mittarit ovat validimpia, koska niitä on testattu useissa tutkimusasetelmissä. Validin mittavälineen löytäminen saattaa tuottaa vaikeuksia.

Poliklinikan toimintaa koskevissa arvioinneissa testataan vasta kehitetyn mittarin luotettavuutta (Carey and Seibert 1993, Arnetz and Arnetz 1996, Sitzia and Wood 1999). Mittari on yleensä itsekehitetty lomake, jolla mitataan tyytyväisyyttä (Meredith and Wood 1996, Avis et al. 1997, Hill 1997, Levine et al. 1997, Sitzia and Wood 1999), laatua sekä poliklinikalla että osastolla (Carey and Seibert 1993, Arnetz and Arnetz 1996) tai potilaiden ja henkilökunnan näkemyksiä potilaiden



tarpeista poliklinikalla (Hostutler et al. 1999).

Kysymykset on kehitetty tutkijatiimissä focus group -menetelmällä (Arnetz and Arnetz 1996), aikaisempiin tutkimuksiin (Carey and Seibert 1993, Hostutler et al. 1999), potilaiden ja henkilökunnan havainnointiin (Meredith and Wood 1996), kirjallisuuteen (Meredith and Wood 1996, Hill 1997, Hostutler et al. 1999, Sitzia and Wood 1999), kirjallisiin valituksiin (Hostutler et al. 1999, Sitzia and Wood 1999) tai potilaiden haastatteluihin (Sitzia and Wood 1999) sekä potilaiden ja henkilökunnan kyselyihin (Meredith and Wood 1996) perustuen. Monissa tutkimuksissa on käytetty useampaa menetelmää.

Aineiston keruutapana on potilaille jaettu itsetäytettävä lomake, joka annetaan käynnin yhteydessä (Rubin et al. 1993, Arnetz and Arnetz 1996) tai postitetaan kotiin käynnin jälkeen (Carey and Seibert 1993, Hostutler et al. 1999), tai sitten samassa tutkimuksessa käytetään molempia tapoja, osa annetaan kotona täytettäväksi ja osa lähetetään postitse kotiin (Meredith and Wood 1996, Piccirillo 1996, Sitzia and Wood 1999).

Lomake palautetaan käynnin jälkeen ennen kotiinlähtöä (Rubin et al. 1993), postitse (Carey and Seibert 1993, Meredith and Wood 1996, Avis et al. 1997, Hostutler et al. 1999, Sitzia and Wood 1999) tai samassa tutkimuksessa osa palautetaan ennen kotiinlähtöä ja osa postitse (Arnetz and Arnetz 1996, Piccirillo 1996). Vastausprosentti vaihtelee 21 - 89 välillä, eikä sitä ole kaikissa tutkimuksissa ilmoitettu.

Arviointiasteikkona käytetään yleisimmin 5-portaista Likert-tyyppistä asteikkoa (Rubin et al. 1993, Piccirillo 1996, Sigurdardottir 1996, Avis et al. 1997, Hill 1997) tai 4-portaista asteikkoa (Hostutler et al. 1999). Samassa tutkimuksessa on käytetty kolmenlaista asteikkoa, 5-portaista, 4-portaista ja asteikkoa 1 - 10 (Arnetz and Arnetz 1996), tai sekä useampiportaista asteikkoa että janaa (Sitzia and Wood 1999).

Kysymysten määrä vaihtelee aikaisemmin testatuissa lomakkeissa 9 kysymyksen (VRQ) ja 25 kysymyksen (PSI) välillä. Itsekehityyissä lomakkeissa kysymysten määrä on suurempi vaihdellen 32 - 90 välillä.

Lomakkeiden luotettavuutta on arvioitu tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Rakennevaliditeettia (construct validity) on tutkittu (Carey and Seibert 1993, Arnetz and Arnetz 1996, Sitzia and Wood 1999) käyttämällä faktorianalyysia ja inter-index korrelaatiota (Carey and Seibert 1993, Arnetz and Arnetz 1996). Ennustevaliditeettia (predictive) on tutkittu multiple regressio -analyysin avulla (Carey and Seibert 1993), käsitevaliditeettia kirjallisuuteen vedoten (Hostutler et al. 1999, Sitzia and Wood 1999) ja face-validiteettia esitestausten avulla (Hostutler et al. 1999). Reliabiliteettia on testattu tutkimalla sisäistä kiinteyttä (internal consistency) Cronbachin alphan avulla (Carey and Seibert 1993, Arnetz and Arnetz 1996, Hill 1997, Sitzia and Wood 1999) tai pysyvyyttä (stability) käyttämällä test-retest menetelmää (Hill 1997). Monissa tutkimuksissa ei mainita luotettavuuden arvioinnista mitään (Meredith and Wood 1996, Levine 1997) tai vedotaan aikaisempiin tutkimuksiin (Piccirillo 1996, Sigurdardottir 1996).

## **2.5 Yhteenveto kirjallisuudesta**

Palvelun parantaminen on tärkeä tekijä asiakastyytyväisyyden saavuttamisessa. Asiakkaiden tyytyväisyys on eräiden näkemysten mukaan laadun äärimmäinen kriteeri. Terveysthuollossakin laadun parantamiseen on viimeisten 20 vuoden aikana kiinnitetty lisääntyvässä määrin huomiota. Palvelu on terveysthuollossa ollut viime vuosiin asti huonosti määritelty tai kokonaan määrittelemätön käsite. Vertailukohtana voi pitää ominaisuuksia, joita palvelusta on markkinoinnin kirjallisuudessa esitetty: aineettomuus, heterogeenisuus, toiminnallisuus, vuorovaikutteisuus, samanaikaisuus ja asiakkaan osallistuminen palvelutapahtumaan.

Laadunhallinta palvelussa on erityiskysymys. Alkujaan laadunhallinnalla pyrittiin poistamaan kappaletuotannossa esiintyvää vaihtelua, minkä havaittiin aiheuttavan runsaasti resurssien menetystä. Käänteentekevä oivallus oli rakentaa laatu valmistusprosessiin, jolloin päästiin eroon lopputuotteitten tarkastuksista ja

kelpaamattomien tuotteiden hylkäämisestä. Erityiskysymykseksi laadunhallinta palvelussa muodostuu sen vuoksi, että palvelu kulutetaan samalla kun sitä tuotetaan. Vaihtelun vähentämistä voidaan tavoitella vaikuttamalla palvelun tuottajan käyttäytymiseen.

Palvelujen tuottamista selvimmin yhdenmukaistava imperatiivi on asiakkaan tarve, joka onkin yksi laadunhallinnan keskeisiä periaatteita. Potilaiden tarpeita palvelun laadun näkökulmasta on tutkittu vähän. Palvelun laadun parantamisen edellytys on luotettavan ja kehittämisen kannalta relevantin palautteen saaminen asiakkaan tarpeista.

Tietoa potilaiden kokemuksista sairaalassa on kerätty monilla menetelmillä ja eri käsitteitä käyttäen. Palvelun laadun ja asiakastyytyväisyyden käsitteitä ei ole tutkimuksissa johdonmukaisesti erotettu toisistaan, ne voivat olla kokonaan eri käsitteitä tai käsitteellisiä lähisukulaisia. Parasuraman työtovereineen (1985) on kuvannut tyytyväisyyden enemmänkin tilanne- tai kohtaamisspesifisenä ja laadun kokonaisvaltaisempana, pidemmän ajan kuluessa kehittyneenä, mutta hän ei esitä empiiristä todistetta tämän tueksi.

Tieteellistä keskustelua käydään edelleen odotusten sisällöstä ja merkityksestä, kokemus -käsitteen määrittelystä sekä palvelun laadun päällekkäisyydestä asiakastyytyväisyyden kanssa. Asiakastyytyväisyystutkimuksissa odotukset on määritelty niinä odotuksina, jotka liittyvät nimenomaan kyseessä olevaan tapahtumaan, jolloin ne on ajallisesti ja tilannekohtaisesti rajattu. Samalla tavoin on määritelty asiakkaan kokemuksia palvelun laadusta (Grönroos 1991). Tutkimuksissa palvelun laatu ja asiakastyytyväisyys ymmärretään usein samana asiana. Terveystieteiden kontekstissa potilaalla ei ehkä ole olemassa odotuksia tai potilaat eivät muotoile niitä selvästi, jotta ne voisivat olla standardina palvelukokemuksen arvioinnille (Avis et al. 1997). On myös esitetty, että asiakkaan odotukset voivat muotoutua samanaikaisesti palvelun kuluttamisen kanssa tai palvelukokemuksen jälkeen pikemminkin kuin ennen. Asiakkaat oppivat kokemuksistaan, joten odotukset voivat lisääntyä tai vähentyä. Pettymys odotuksissa voi olla merkityksellisempää kuin odotusten kohtaaminen tai niiden ylittäminen. Odotusperusteisen mallin

hylkäämistä on myös ehdotettu, koska vaihteluun palvelun laadun mittauksissa ovat vaikuttamassa vain kokemukset. (Cronin and Taylor 1992.)

Lisääntyvässä määrin on kehitetty kyselylomakkeita, joissa kartoitetaan tapahtumia kliinisen kohtaamisen aikana tyytyväisyyden tai erinomaisuuden arvioinnin sijaan. Siitä, ovatko prosessi- vai tulostmittaukset parempia hoidon laadun ilmaiseisessa, on edelleen olemassa ristiriitaisia näkemyksiä (Cleary and Edgman-Levitan 1997). Vandamme ja Leunis (1993) esittävät, että laadusta saa tarkemman kuvan, kun asiakkailta kysytään suoraan laatukokemuksesta sen sijaan että tiedusteltaisiin tyytyväisyyttä. Yksittäiset laatumuuttajat korreloivat paremmin käsitykseen laadusta kuin tyytyväisyyttä mittaavaan muuttujaan. Tyytyväisyydessä voi olla kysymys enemmän henkilökohtaisesta tuntemuksista kuin laadun arvioinnista. Käytetyt tyytyväisyysmallit eivät selitä kuinka asiakkaan käsitys palvelun laadusta syntyy ja muuttuu ja mihin se johtaa.

Monet laadun tai tyytyväisyyden arviointitutkimukset ovat pohjautuneet implisiittisiin oletuksiin siitä, kuinka ihmiset määrittelevät käsitteet ja mitä informaatiota he arvostavat. Käyttäjän näkökulman sisältävissä mittauksissakin tuo näkökulma on jäänyt kapeaksi. Laajakaan tutkimus potilaiden tyytyväisyyden arvioinnista ei ole tuottanut täsmällistä informaatiota, joka auttaisi määrittelemään laadun terveydenhuollossa. Tyytyväisyys merkitsee vain että odotukset on kohdattu. (Cleary and Edgman-Levitan 1997.) Tyytyväisyystutkimusten sivutuotteena kiinnitettiin 1990-luvulla huomiota tyytymättömyyteen, joka osoittautui merkitykselliseksi asiakaskäyttäytymistä lataavaksi tekijäksi. Tyytymättömyys ja tyytyväisyys eivät kuitenkaan ole saman käsitteen vastakkaisia puolia vaan tyytymättömyyden voi ottaa huomioon erityisenä laadun parantamisen lähtökohtana.

Yksityiskohtaisen, kymmeniä muuttujia sisältävän mittarin erottelukyky on kyseenalainen, eivätkä suuret informaatiomäärät ole tutkijankaan kannalta selkeästi tulkittavissa (Vandamme and Leunis 1993). Yleensä onkin eritelty vain 10 - 30 keskeistä laadun osa-aluetta. Esimerkiksi Parasuraman et al. (1988) valitsivat laajan testauksen jälkeen SERVQUAL -mittariinsa 22 muuttujaa. Vandammen ja Leunisin (1993) laatumittarissa on 28 muuttujaa.

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa sitouduttiin 1990-luvun alussa tietoisella päätöksellä jatkuvan laadun parantamisen periaatteisiin, joihin kuuluvat lähtökohdan dokumentoiminen, parantamistoimenpiteiden suunnittelu, käynnistäminen ja mittaaminen. Palvelun mittaamiseksi ei siis ollut suoraan sovellettavaa välinettä, ja tämän tutkimuksen tarkoituksena oli luoda käyttökelpoinen, luotettava työkalu palautteen saamiseksi potilailta palvelun parantamista varten.

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää potilaslähtöinen mittari, jonka avulla voidaan arvioida ja parantaa poliklinikan palvelua. Tutkimuksen tehtävänä on (roomalaisilla numeroilla viitataan alkuperäisjulkaisuihin):

1. kuvata palvelun sisältö yliopistollisessa sairaalassa potilaiden kokemana (I),
2. soveltaa laadunhallinnan tilastollisia menetelmiä poliklinikan palvelun arviointiin (II),
3. testata kehitetyn palvelumittarin luotettavuus (III),
4. testata palvelumittarin käyttökelpoisuus mittaamalla yliopistollisen sairaalan poliklinikoiden palvelua (IV).

## **4 AINEISTO JA MENETELMÄT**

Tutkimus suoritettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) sairaaloiden somaattisilla poliklinikoilla. PSHP: ssä toimii Tampereen yliopistollisen sairaalan (TAYS) lisäksi Mäntän, Valkeakosken ja Vammalan aluesairaalat. PSHP: n kuntayhtymään kuuluu 35 jäsenkuntaa, joiden väkiluku oli vuoden 1999 lopussa yhteensä 448 371 asukasta. TAYS: n somaattisten poliklinikoiden ajanvarauskäynneistä oli v. 1999 ensikäyntejä 41 610 ja uusintakäyntejä 110 162. TAYS: ssä työskenteli v. 1999 3760 henkilöä konservatiivisella, operatiivisella, psykiatrisella, sairaanhoidon palvelujen ja tukipalvelujen tulosalueella sekä laboratoriokeskuksessa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2000a, 2000b.)

Laadun parantamisen keskeisiä ajatuksia on, että laatu korjataan parantamalla prosesseja. Poliklinikoiden ydinprosessi on melko vakiintunut suomalaisissa sairaaloissa. Tässä työssä havainnollistetaan poliklinikan prosessia käyttämällä esimerkkinä neurologian poliklinikan toiminnan prosessia (Liite 2).

### **4.1 Palvelumittari**

Palvelumittari on kyselylomake, jonka avulla potilas arvioi palvelun toteutumista poliklinikalla. Palvelumittari kehitettiin haastattelujen ja kyselyjen tulosten avulla. Palvelumittaria käytettiin kolmen vuoden aikana keväisin ja syksyisin yliopistollisen sairaalan poliklinikoilla. Taulukossa 1 esitetään palvelumittarin kehittämisen vaiheet, tavoitteet ja kehittämisen tulos eri vaiheiden jälkeen.

**TAULUKKO 1.** Palvelumittarin kehittämisen vaiheet, tavoitteet ja tulokset

Kehittämisvaihe	Vuosi	Poli- klinikat (n)	Tavoite	Kehittämisvai- heen tulos	
<b>Ensimmäisen lomakkeen kehittäminen</b>					
- Potilaiden haastattelut (n = 40)	1991, 1992	2 pkl, 2 osasto	Palvelun sisällön selvittäminen	Palvelun sisältö lomakkeeseen	
- Asiantuntijapienryhmä (n = 3)	1994- 1996		Kysymysten muotoileminen	47 kysymyksen lomake	
<b>Ensimmäisen lomakkeen testaaminen, toisen lomakkeen kehittäminen</b>					
- Testaus potilaille (n = 314)	1994	15	Kysymysten selkeyden ja ymmärrettävyyden varmistaminen, arviointiasteikon valinta ja mittausajankohdasta päättäminen	43 kysymyksen lomake	
<b>Toisen lomakkeen testaaminen, kolmannen lomakkeen kehittäminen</b>					
- Kysely henkilökunnalle (n = 111)	1994	4	Keskeisten asioiden varmistaminen lomakkeeseen		
- Kysely potilaille (n = 1416)	1995	5	Validiteetin ja reliabiliteetin arvioiminen, kysymysten tärkeyden selvittäminen sekä kysymysten karsiminen		
- Kysely potilaille (n = 369)	1996	5			
- Kysely potilaille (n = 124)	1996	5			12 kysymyksen lomake
<b>Palvelumittari</b>					
- Testaus potilaille (n = 547)	1996	5	Mittausajankohdan pituudesta päättäminen		
- Kysely potilaille (n = 961)	1997	17	Palvelumittarin käyttökelpoisuuden testaaminen ja poliklinikoiden palvelun mittaaminen		
- Kysely potilaille (n = 1267)	1997	19			
- Kysely potilaille (n = 928)	1998	13			
- Kysely potilaille (n = 1504)	1998	19			
- Kysely potilaille (n = 1480)	1999	18			
- Kysely potilaille (n = 1539)	1999	19			Käyttökelpoinen palvelumittari



#### 4.1.1 Kyselylomakkeen kehittäminen ja testaaminen

Kyselylomakkeen sisältö perustuu potilaiden (n = 40) haastatteluun Tampereen yliopistollisen sairaalan kahdella poliklinikalla ja kahdella vuodeosastolla (14.11. - 29.11.1991 ja 14. - 16.5.1992). Tarkoituksena oli kuvata mitä palvelu on sairaalassa aikuisen potilaan kokemana. Haastattelututkimuksen tuloksena saadut palvelun osatekijät muunnettiin yksittäisiksi kysymyksiksi ja testattavaksi kyselylomakkeeksi. Kyselylomakkeen kysymysten muotoilemisessa vuosina 1994 - 1996 käytettiin apuna asiantuntijoiden pienryhmää.

Ensimmäistä kyselylomaketta (47 kysymystä) testattiin yhden päivän aikana (22.6.1994) yliopistollisen sairaalan 15 poliklinikalla. Testauksen tarkoituksena oli varmistaa kysymysten selkeys ja ymmärrettävyys, valita arviointiasteikko sekä päättää kyselyn ajankohta.

Poliklinikoiden (neljä) henkilökuntaa (n = 111) pyydettiin arvioimaan oman poliklinikan palvelua laajalla kyselylomakkeella, jossa osa kysymyksistä oli samoja potilaskyselyn kanssa (v. 1994). Tavoitteena oli varmistaa, että potilaiden kyselylomakkeen kysymykset ovat tärkeitä osa-alueita poliklinikan toiminnassa.

Toista kyselylomaketta (43 kysymystä) testattiin kolmesti kolmella yliopistollisen sairaalan ja kahdella aluesairaalan poliklinikalla. Ensimmäinen kysely oli neljän viikon pituinen (23.1. - 17.2.1995). Toinen kysely kesti yhden viikon (18.3. - 22.3.1996). Kolmannessa kyselyssä samana ajankohtana (18.3. - 22.3.1996) kysyttiin eri potilaiden mielipidettä kyselylomakkeessa esitettyjen asioiden tärkeydestä. Testausten tulosten perusteella karsittiin kysymyksiä ja muodostettiin kolmas kyselylomake, jota kutsutaan palvelumittariksi.

#### 4.1.2 Palvelumittarin käyttö poliklinikoilla

Palvelumittaria (12 kysymystä) testattiin kuuden viikon aikana (21.10. - 29.11.1996) samoilla viidellä poliklinikalla missä aikaisemmatkin lomakkeet testattiin. Palvelumittarilla mitattiin yliopistollisen sairaalan operatiivisen ja

konservatiivisen tulosalueen poliklinikoiden palvelua kolmen viikon aikana kolmena vuonna sekä keväisin että syksyisin (3.3. - 21.3.1997, 24.11. - 12.12.1997, 20.4. - 8.5.1998, 23.11. - 11.12.1998, 19.4. - 7.5.1999 ja 15.11. - 3.12.1999.).

## **4.2 Aineiston keruu**

### 4.2.1 Haastatteluihin osallistujat

Palvelumittarin kehittämisen eri vaiheissa kerättiin tietoja sekä haastattelun että kyselyjen avulla. Mittarin sisältöä varten haastateltiin 22 naista ja 18 miestä. Osallistujat valittiin tiettyinä ajankohtana yliopistollisen sairaalan syöpätautien sekä korva-nenä- ja kurkkutautien klinikoista kahdelta osastolta ja kahdelta poliklinikalta. Valintakriteerinä olivat haastateltavien yli 15 vuoden ikä, ajan varaaminen etukäteen poliklinikalta tai se, että henkilö oli ollut samalla vuodeosastolla vähintään kaksi vuorokautta. Haastateltavien ikä vaihteli 19 ja 81 vuoden välillä. Kaikilla oli aikaisempia kokemuksia sairaaloista.

### 4.2.2 Asiantuntijakyselyihin osallistujat

Kyselylomakkeen kysymysten muotoiluun ja valintaan osallistui tutkijan lisäksi kolme henkilöä, joiden valinnan kriteerinä oli asiantuntemus laadunhallinnasta. Asiantuntijat edustivat eri tieteenaloja (hoitotiede, lääketiede, tilastotiede).

Henkilökuntakyselyihin vastasivat neljällä poliklinikalla työskentelevät eri ammattiryhmien jäsenet. Liitteenä 3 on taulukko henkilökunnan taustatiedoista.

### 4.2.3 Potilaskyselyihin osallistujat

Potilaita pyydettiin viidellä testauspoliklinikalla osallistumaan tutkimukseen (ks. s. 48). Ensimmäisen kyselylomakkeen (47 kysymystä) esitestaukseen ja toisen kyselylomakkeen (43 kysymystä) kolmeen testaukseen osallistui yhteensä 2223 henkilöä (Taulukko 2).

**TAULUKKO 2.** Kyselylomakkeen testauksiin osallistuneiden taustatiedot

Taustatiedot	Esitestaus v. 1994 %	1. testaus v. 1995 %	2. testaus v. 1996 %	3. testaus v. 1996 %	Vastaajien lukumäärä (n = 2223)
<b>Ikä</b>					
< 35 vuotta	34.4	21.7	19.8	32.2	530
35-50 vuotta	29.3	27.8	31.7	31.5	644
51-65 vuotta	18.2	30.6	28.2	25.0	627
>65 vuotta	15.6	19.0	18.2	8.9	397
tieto puuttuu	2.5	0.9	2.1	2.4	25
<b>Sukupuoli</b>					
mies	32.2	36.0	35.5	33.1	785
nainen	65.6	62.0	61.8	64.5	1395
tieto puuttuu	2.2	2.0	2.7	2.4	43
<b>Käyntikerrat poliklinikalla</b>					
ensikäynti	22.9	11.5	8.9	12.1	283
uusintakäynti	75.8	87.9	90.0	86.3	1928
tieto puuttuu	1.3	0.6	1.1	1.6	12

Nuoremmat ikäryhmät vastasivat lähes yhtä paljon, alle 35-vuotiaita oli 20 - 32 %, 35 - 50-vuotiaita 28 - 32 % ja 51 - 65-vuotiaita 25 - 31 % vastaajista. Vähiten vastasivat yli 65-vuotiaat, vain 9 - 19 %. Miehiä vastaajista oli 33 - 36 % ja naisia 62 - 65 %. Ensi kertaa kävi poliklinikalla 9 - 12 %, uusintakäynnillä kyselyajankohtina oli 86 - 88 %. Esitestaukseen osallistuneissa oli enemmän alle 35-vuotiaita ja ensikertalaisia, vähemmän 51 - 65-vuotiaita ja uusintakäynnillä olleita kuin varsinaiseen testaukseen osallistuneissa.

Palvelumittarin (12 kysymystä) esitestaukseen ja kuuteen kyselyyn osallistui 8226 henkilöä (Taulukko 3).

**TAULUKKO 3.** Palvelumittarin kyselyihin osallistuneiden taustatiedot

Taustatiedot	Tes- taus v.1996 %	Kevät 1997 %	Syksy 1997 %	Kevät 1998 %	Syksy 1998 %	Kevät 1999 %	Syksy 1999 %	Vas- taajia (n = 8226)
<b>Ikä</b>								
< 35 vuotta	18.5	30.3	36.6	41.3	35.4	37.1	36.9	2886
35-50 vuotta	28.9	30.1	27.4	23.5	26.1	26.0	24.7	2170
51-65 vuotta	31.6	22.6	21.9	20.3	21.9	20.4	22.2	1830
>65 vuotta	16.5	12.2	10.4	10.2	12.5	12.3	11.8	986
tieto puuttuu	4.5	4.8	3.7	4.7	4.1	4.2	4.4	354
<b>Sukupuoli</b>								
mies	41.0	32.2	37.1	36.8	36.9	35.9	38.3	3020
nainen	53.6	62.7	59.8	59.9	61.2	61.2	58.2	4932
tieto puuttuu	5.4	5.1	3.1	3.3	1.9	2.9	3.5	274
<b>Käyntikerrat poliklinikalla</b>								
ensikäynti	30.3	27.2	23.5	21.7	26.8	26.6	27.0	2139
uusintakäynti	64.9	70.3	73.4	74.2	71.2	69.5	70.1	5829
tieto puuttuu	4.8	2.5	3.1	4.1	2.0	3.9	2.9	258

Eniten oli alle 35-vuotiaita vastaajia (30 - 41 %), 35 - 50-vuotiaita oli 24 - 30 %, 51 - 65-vuotiaita 20 - 23 %. Yli 65-vuotiaita osallistui vain vähän (10 - 13 %). Vastaajista miehiä oli kolmannes (32 - 38 %) ja naisia yli puolet (58 - 63 %). Vastaajista vajaa kolmannes (22 - 27 %) kävi ensi kertaa poliklinikalla, uusintakävijöitä oli 70 - 74 %. Esitestaukseen osallistui miehiä, ensikertalaisia ja yli 51-vuotiaita enemmän, ja alle 35-vuotiaiden osuus oli pienempi kuin mittarin kyselyissä.

Yli 65-vuotiaita osallistui kyselyyn 7 - 12 % vähemmän kuin mitä on tämän ikäryhmän osuus poliklinikoilla kävijöistä sekä operatiivisilla että konservatiivisilla poliklinikoilla. Operatiivisilla poliklinikoilla 35 - 50-vuotiaita vastaajia oli 7 - 8 % enemmän suhteessa kävijälukuihin.

#### 4.2.4 Haastattelut

Tietojen keruumenetelmäksi valittiin avoin haastattelu, koska tavoitteena oli saada tietoa potilaille merkityksellisistä kokemuksista. Haastatteluihin osallistui henkilöitä, joilla oli ikänsä, sukupuolensa, käyntikertojensa ja sairautensa vuoksi erilaisia kokemuksia sairaalasta. Haastatteluista kieltäytyi vain muutama henkilö. Osastolla perusteluna kieltäytymiselle oli huonokuntoisuus ja poliklinikalla käynti kesken työpäivän tai lastenhoito-ongelmat. Valmiita haastatteluteemoja ei käytetty. Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan mitä palvelu on sairaalassa ja kertomaan omia kokemuksiaan palvelusta senkertaisen osastohoidon tai poliklinikalla käynnin aikana. Haastattelut olivat keskustelunomaisia, jolloin potilaat saivat kertoa palveluun liittyvistä kokemuksistaan. Kysymykset muotoutuivat ja tarkentuivat sen mukaan, mitä haastateltavat kertoivat. Haastattelupaikkana oli sairaalassa rauhallinen huone. Lyhin haastattelu kesti 15 minuuttia ja pisin kaksi tuntia. Haastattelut nauhoitettiin. Tutkija haastatteli itse kaikki henkilöt ja kirjoitti haastattelut sanasta sanaan tekstinkäsittelyohjelmalla. Kirjoitettuja A 4-liuskoja kertyi 267 (1 riviväli).

#### 4.2.5 Kyselylomakkeen testaukset

Ensimmäisessä kyselylomakkeessa (v. 1994) oli 47 kysymystä viideltä aihealueelta. Arviointiasteikko oli neliportainen (kysymykset 9 - 23) ja viisiportainen (kysymykset 24 - 46). Lisäksi oli avoin kysymys poliklinikkakäynnin hyvistä ja huonoista puolista. Lomakkeita jaettiin 483 kappaletta. Kyselylomakkeen palautti poliklinikalle, sairaalan neuvontaan tai lähetti postitse yhden viikon kuluessa 314 henkilöä (vastausprosentti 65 %). Testauksen tulosten perusteella kysymysten sanamuotoa ja sisältöä parannettiin. Neli- ja viisi-portainen asteikko muutettiin kuusiportaiseksi. Palautustapoja päätettiin yksinkertaistaa. Kyselyn päivittäiseksi ajankohdaksi valittiin klo 8 - 13, koska silloin ilmeni eniten ongelmia poliklinikoiden toiminnassa.

Henkilökuntakysely tehtiin lomakkeen validoimiseksi. Poliklinikoiden henkilökunta arvioi palvelun osa-alueiden tärkeyttä oman poliklinikan toiminnassa. Kyselylomakkeessa oli 88 kysymystä, joista 11 oli taustamuuttujia. Kysymysten aihepiirit koskivat tiedon saamista (14 kysymystä), käyntiin liittyvää odotusaikaa ja muuta ajankäyttöä (3 kysymystä), vuorovaikutusta (18 kysymystä), käynnin merkitystä (2 kysymystä), hoitoympäristöä (4 kysymystä), arviota palvelun nykytilanteesta (4 kysymystä), henkilökunnan toimintatapaa (12 kysymystä) ja hyvän palvelun edistämistä (20 kysymystä). Henkilökuntakysely antoi tukea potilaskyselylomakkeen keskeisten osa-alueiden löytämiselle.

Toinen kyselylomake potilaille muodostui 43 kysymyksestä, joista 9 oli taustamuuttujia (Liite 4). Kysymysten aihepiirit koskivat tiedon saamista (13 kysymystä), käyntiin liittyvää odotusaikaa ja muuta ajankäyttöä (neljä kysymystä), vuorovaikutusta (10 kysymystä), käynnin merkitystä (neljä kysymystä), fyysistä hoitoympäristöä (yksi kysymys) ja henkilökunnan toimintatapaa (yksi kysymys). Viimeisenä oli avoin kysymys käynnin hyvistä ja huonoista puolista.

Potilaan taustatiedot olivat valmiit vaihtoehdot sisältäviä kysymyksiä. Muissa kysymyksissä (32) pyydettiin vastaajaa valitsemaan sopivin seuraavista vaihtoehtoista: "erittäin hyvin", "hyvin", "en osaa sanoa", "huonosti", "ei lainkaan", "asialla ei merkitystä/en tarvinnut tällä käynnillä". Tavoitteena oli saada täsmällistä tietoa vastaajien kokemista asioista. Vaihtoehdot "huonosti" ja "asialla ei merkitystä/en tarvinnut tällä käynnillä" annettiin valittavaksi, jotta ei pakotettaisi vastaamaan kysymyksiin, joista vastaajilla ei ole tietoa tai selvää mielipidettä. Vastaajilta pyydettiin lisäksi kokonaisarvio käynnistä asteikolla 1 - 10. Henkilökunnan toimintatapaa koskeva väittämä, jossa asteikon ääripäinä olivat 12 vastakkaista adjektiivia, oli viisiportainen. Adjektiiviparit oli valittu potilaiden haastattelututkimuksen kuvauksista. Kysymyksissä pyydettiin arviointia potilaiden henkilökohtaisesta näkökulmasta sanamuodoilla, jotka olivat potilaiden aikaisemmassa haastattelututkimuksessa käyttämiä sanoja. Lomakkeen loppuun lisättiin avoin kysymys varmistamaan, että saataisiin mukaan ne seikat, jotka eivät ehkä sisältyneet kysymyksiin.

Ensimmäisen kyselyn jälkeen (1995) lomakkeeseen tehtiin joitakin muutoksia. Mittarin arviointiasteikon sanajärjestys tuotti epäselvyyksiä ja asteikko käännettiin palautteiden perusteella siten, että vaihtoehto "erittäin hyvin" tarkoitti numerollisestikin suurinta vaihtoehtoa. Taustamuuttujia täsmennettiin ja kysymykset ryhmiteltiin aihe alueittain. Muutettua lomaketta käytettiin v. 1996. Potilaiden tärkeinä pitämien asioiden lomake (v. 1996) sisälsi muuten samat kysymykset kuin kahdessa edellä mainitussa kyselyssä, mutta henkilökunnan toimintatapaa ja yleisarviota käynnistä ei kysytty.

Testausten ajankohdat valittiin niin, että kyselyt tehtiin samanaikaisesti kaikilla poliklinikoilla silloin kun ei ollut henkilökunnan lomaa, toiminnallisia sulkuja tai arkipyhiä. Käytännön ohjeet kyselyn toteutuksesta poliklinikalla annettiin kirjallisesti ja käytiin läpi etukäteen henkilöstökokouksissa. Henkilökunta jakoi potilaille lomakkeen poliklinikalla ilmoittautumisen yhteydessä maanantaista perjantaihin klo 8 - 13 välillä (10 potilaalle klo 8 - 10 ja 15 potilaalle klo 10 - 13). Osallistujat arvottiin ajan etukäteen varanneista yli 15-vuotiaista henkilöistä. Jos poliklinikalle tulijoita oli vähemmän kuin 25, lomake jaettiin kaikille. Jos joku henkilö kieltäytyi vastaamasta, lomake annettiin seuraavalle tulijalle. Lomakkeita jaettiin (v. 1995) 2265 kappaletta. Kyselylomakkeen palautti viikon kuluessa postitse 1422 henkilöä (63 %). Postimaksu oli etukäteen maksettu. Seuraavana vuonna (v. 1996) lomakkeita annettiin 575 kappaletta. Kyselylomakkeen palautti postitse 369 henkilöä (64 %). "Tärkeyskyselystä" (v. 1996), jossa lomaketta jaettiin kunnes viisi potilasta oli päivittäin palauttanut lomakkeen poliklinikalle ennen kotiin lähtöään, vastausprosenttia ei voitu laskea.

Testaukset osoittivat, että kyselylomake (43 kysymystä) oli liian pitkä jatkuvaan seurantaan käytettäväksi. Tämän voi päätellä potilaiden esittämistä kommentteista ja siitä että he eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Kolmannen lomakkeen kehittämisen tavoitteena oli karsia kysymyksiä ja muodostaa keskeisistä asioista yksisivuinen mittari. Lomaketta lyhennettäessä mietittiin mittarin käyttöä parantamisvälineenä. Mittari muodostettiin kysymyksistä, joihin oli testausvuosina annettu huonoimpia arvosanoja ja joita yli 90 % potilaista piti tärkeänä.

#### 4.2.6 Palvelumittarin käyttö poliklinikoilla

Palvelumittarissa on 12 kysymystä (Liite 5). Arviointiasteikoksi täsmentyi testausten jälkeen koulusta tuttu numeroarvostelu 4 - 10, jossa 10 merkitsi erinomaista ja 4 ala-arvoista. Tietoa koskevissa kysymyksissä oli lisäksi vaihtoehto "en tarvinnut tietoa tällä käynnillä". Avokysymyksillä kysyttiin mahdollisia myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia käynnistä.

Poliklinikoilla (v. 1997, 1998, 1999) arvottiin etukäteen joka arkipäivä 5 - 10 ajanvarauksen kautta tulevaa potilasta, jotka saivat kyselylomakkeen ilmoittautumisen yhteydessä. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Jos joku henkilö kieltäytyi vastaamasta, lomake annettiin seuraavalle tulijalle. Potilaat palauttivat lomakkeen poliklinikalle ennen kotiinlähtöään.

### 4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa ja kyselylomakkeen luotettavuuden arvioinnissa käytettiin useita menetelmiä (Taulukko 4).

#### 4.3.1 Haastattelujen analyysi

Haastatteluaineisto analysoitiin Colaizzin (1978) kehittämällä tutkimusmenetelmällä, joka perustuu fenomenologiseen tutkimusperinteeseen (Omery 1983, Knaack 1984, Oiler Boyd 1993). Tavoitteena oli saada kokemuksellista tietoa palvelusta ja ymmärtää sen sisältö sellaisena kuin se ilmeni potilaiden kuvausten perusteella (Åstedt-Kurki 1994, Koch 1995, Rose et al. 1995, Hall 1996). Menetelmä on kehitetty psykologiaan, mutta sitä on sovellettu hoitotieteellisissä tutkimuksissa muun muassa käsitteen selkeyttämiseen (ks. Haase 1987, Forrest 1989). Colaizzin menetelmää on käytetty hoitotieteessä myös hoitokokemuksista koostuvien aineistojen analysoinnissa (esim. Turunen ym. 1994,



Beckerman et al. 1995, Bondas-Salonen 1998, Macduff 1998).

Haastattelujen analyysi eteni viiden eri vaiheen kautta, jotka olivat limittäisiä. Kokonaisnäkömyksen saamiseksi nauhat kuunneltiin ensin ja haastateltujen kertomukset luettiin useita kertoja. Seuraavaksi erotettiin jokaisen haastatellun kokemuksista merkityksiä sisältävät ilmaisut, jotka olivat eri pituisia. Kolmannessa vaiheessa muotoiltiin haastateltujen omasanaiset ilmaisut aiempaa yleisemmälle käsitteelliselle tasolle. Seuraavaksi analysoitiin jokainen haastattelu ensin omana kokonaisuutenaan ja muodostettiin merkityksistä yksilökohtainen sisältö, jota tarkasteltiin suhteessa haastatellun koko kertomukseen. Muotoillut merkitykset koottiin ja tiivistettiin lopuksi yleisiksi merkityssisällöiksi, jotka järjestettiin sisältöalueisiin ja ulottuvuuksiin. Analyysissä palattiin välillä edellisiin vaiheisiin ja tarkasteltiin merkityksiä suhteessa niihin. Yleiset merkityssisällöt perustuivat tutkimukseen osallistuvien kuvauksiin ja tutkijan niistä tekemiin päätelmiin. Liitteessä 6 on esitetty esimerkkejä analyysin vaiheista.

#### **TAULUKKO 4.** Aineiston keruu, analyysi, luotettavuuden arviointi ja raportointi

Aineiston keruu	Aineiston analyysi	Luotettavuuden arviointi	Raportointi tutkimuksessa
Haastattelut	Fenomenologinen analyysi (Colaizzi)	Tiedon keruun ja analysoinnin luotettavuus	Alkuperäisjulkaisu I
Kyselyt	Pareto-analyysi, laatikko-janakuvio, valvontakortti (O/R-kortti), logistinen regressioanalyysi	Yksimielisyysprosentti, sisällön validiteetti, rakennevaliditeetti, reliabiliteetti: pysyvyys ja sisäinen johdonmukaisuus	Alkuperäisjulkaisut II ja III
Mittaukset	Valvontakortti (O/R-kortti), logistinen regressioanalyysi, palautejärjestelmä		Alkuperäisjulkaisu IV

### 4.3.2 Kyselyjen analyysi

Kyselylomakkeiden muuttujista pääosa oli luokittelu- tai järjestysasteikollisia, mikä vaikutti tilastomenetelmien valintaan. Frekvenssien ja prosenttilukujen avulla selvitettiin ensin mahdolliset koodausvirheet ja tutkittiin muuttujien jakaumia. Keskiarvojen, mediaanien ja kvartiilien avulla tarkasteltiin muuttujien keskinäisiä suhteita ja jakaumien sijaintia. Jakaumien hajontoja arvioitiin vaihteluvälin pituuden ja keskihajontojen avulla.

Kyselyjen tietojen analyyseissä sovellettiin pareto-analyysiä, laatikkojanakuviota ja valvontakorttia. Pareto-analyysin avulla järjestettiin potilaiden antamat huonot arvosanat lukumäärän mukaiseen järjestykseen pylväsdiagrammeihin (Kume 1991, Soin 1992). Tämä auttoi löytämään useista tekijöistä merkityksellisemmät. Laatikko-janakuvion avulla selvitettiin palvelun päivittäistä vaihtelua poliklinikoilla kyselyajankohtana. Valvontakortin (O/R-kortti) avulla tarkasteltiin päivittäin annettujen kokonaisarvosanojen avulla palveluprosessin sijaintia ja vaihtelua, mikä auttoi selvittämään johtuiko vaihtelu yleisistä vai erityisistä syistä. (Kume 1991, Soin 1992).

Kyselylomakkeessa (43 kysymystä) oli monia samankaltaisia kysymyksiä. Logistisen regressioanalyysin avulla pyrittiin saamaan selville ne tekijät, jotka ennustaisivat miksi palvelu koettiin huonona ja siten karsimaan lopullisen kyselylomakkeen kysymysten lukumäärää. Kyselylomakkeen tiivistämiseksi muodostettiin seitsemän summamuuttujaa (opastus, sairaudenhoito, jatkohoito, odotusaika, yksilöllisyys, tulos, toimintatapa), jotka sisälsivät vähintään kolme yksittäistä kysymystä. Mallin laadintaan otettiin mukaan summamuuttujat ja taustamuuttujista sukupuoli, pitkäaikainen sairaus, poliklinikka ja käyntikerrat. Alakvartiilin (luokan palvelu koettiin huonona), muodostivat kyselylomakkeessa annetut arvosanat "huonosti", "ei lainkaan", muita arvosanoja tarkasteltiin luokkana "hyvä". Mallitus aloitettiin ns. täydestä mallista, jossa tekijöitä poistettiin yksitellen siihen asti, että malli olennaisesti huononi. Sen jälkeen malliin jääneet summamuuttujat purettiin yksittäisiksi kysymyksiksi ja analyysi toistettiin näiden avulla. Mallin tulokset tulkittiin käyttäen hyväksi ristitulosuhdetta (odds ratio, OR)

ja sen 95 prosentin luottamusväliä. (Hennekens and Buring 1987, Matthews and Farewell 1996, Polit 1996, Ratcliffe 1998.)

Kyselylomakkeen luotettavuutta arvioitiin sisällön validiteetin, rakennevaliditeetin ja reliabiliteetin kautta. Sisällön validiteettia varmennettiin käyttämällä asiantuntijapienryhmää ja henkilökuntakyselyä. Sisällön validiteettia analysoitiin henkilökunnan ja potilaiden antamien arvosanojen yksimielisyysprosentin avulla (Lynn 1986, Imle and Atwood 1988). Logistisen regressioanalyysin avulla arvioitiin rakennevaliditeettia. Mittarin reliabiliteettia tarkasteltiin arvioimalla mittarin sisäistä johdonmukaisuutta (internal consistency) ja pysyvyyttä (stability) uusintamittauksissa kahtena eri vuonna (Ferketich 1990, Waltz et al. 1991). Cronbachin  $\alpha$ -arvoa käytettiin mittarin summamuuttujien ja yksittäisten kysymysten tarkasteluun. Kyseinen arvo laskettiin, jos summamuuttujassa oli vähintään kolme kysymystä.

#### 4.3.3 Mittausten analyysi

Palvelumittarin (12 kysymystä) käyttökyselyjen aineistosta pyrittiin logistisen regressioanalyysin avulla selvittämään tekijät, jotka selittävät poliklinikkakäynnin “onnistumista” kokonaisuudessaan selittävät tekijät (Hennekens and Buring 1987, Matthews and Farewell 1996, Polit 1996, Ratcliffe 1998).

Palvelumittarin kysymystä “miten tämä poliklinikkakäynti mielestänne onnistui kokonaisuudessaan” analysoitiin logistisen regressioanalyysin avulla. Arvosanoista 4 - 8 muodostettiin alakvartiili (25 % vastauksista), jota tarkasteltiin mallissa selitettävänä tekijänä. Muuttujiksi selittämään huonoa kokonaisarviota otettiin loput 11 kysymystä ja 4 taustamuuttujakysymystä. Malli tehtiin eteenpäin askeltaen lisäten voimakkain selittävä tekijä kerrallaan, kunnes malli ei enää olennaisesti parantunut. Mallit tehtiin kuudesta eri mittauskerrasta erikseen ryhmitellen myös konservatiivisen ja operatiivisen tulosalueen poliklinikat erikseen. Poliklinikoita analysoitiin myös käyntimäärien perusteella (isot, pienet, keskikokoiset) ja potilaalle poliklinikalla etukäteen varatun ajan pituuden perusteella. Kaikissa kuudessa kyselyssä mukana olleita poliklinikoita tarkasteltiin

mallin avulla myös yhtenä ryhmänä ja jokaista yksittäistä poliklinikkaa erikseen. Puuttuvia vastauksia oli eniten tietoa koskevissa kysymyksissä, joissa oli "en tarvinnut tietoa tällä käynnillä" -vaihtoehto. Näitä kysymyksiä käsiteltiin sellaisenaan, ja lisäksi puuttuvat tiedot korvattiin kyseisen muuttujan keskiarvoilla. Puuttuvan tiedon korvaaminen keskiarvoilla muutti tilastollisissa analyyseissä keskiarvoja vähän. Molemmat tavat johtivat analogisiin ratkaisuihin, joten tulokset perustuvat keskiarvoilla korvattuun tapaan.

Tilastollisissa analyyseissä käytettiin ohjelmistoa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Win Software, Versio 9.0.

#### **4.4 Eettiset näkökohdat**

Lupa tutkimuksen toteuttamiseen hankittiin yliopistollisen sairaalan eettiseltä toimikunnalta. Haastatteluissa keskusteltiin kunkin henkilön henkilökohtaisista kokemuksista sairaalassaolon tai poliklinikalla käynnin aikana. Haastatelluilta pyydettiin suullisesti lupa haastattelun nauhoitukseen ja samalla selvitettiin tutkimuksen tarkoitusta ja nimettömyyden säilymistä tietoja käsiteltäessä. Tutkija kirjoitti haastattelut itse eikä nauhoja ole kuunnellut kukaan muu. Haastattelutilanteissa ei tullut esiin pelkoa, että mielipiteet vaikuttaisivat haastateltujen jatkohoitoon. Tutkija kävi samalla osastolla useina päivinä ja oli koko päivän poliklinikalla, jolloin haastatelluilla oli mahdollisuus keskustella uudelleen, jos jokin asia jäi askarruttamaan heidän mieltään, tai täydentää mieleen tulleilla asioilla aikaisempaa kuvaustaan. Myöhemmin tehdyissä kyselyissä kuvattiin kyselylomakkeen saatekirjeissä osallistujille tutkimuksen tarkoitusta ja vakuutettiin nimettömyyden säilymistä sekä käsittelyn luottamuksellisuutta.

## **5 TULOKSET**

### **5.1 Palvelun sisältö sairaalassa**

Potilaiden kokema palvelu rakentui 32 sisältöalueesta, jotka tarkentuivat yhdeksäksi palvelun ulottuvuudeksi. Ulottuvuuksista viisi liittyi henkilöstön toimintaan, kolme koski potilaan osallisuutta ja yksi ulottuvuus liittyi hoitoympäristöön. (Kuvio 1).

#### **5.1.1 Henkilöstön toiminta**

Palvelu muodostui yhdestä hetkestä, yhdestä tilanteesta tai monivaiheisista, eri henkilöstöryhmien vuorovaikutteisista toiminnoista. Henkilöstön toimintaan liittyvät palvelun osatekijät olivat vakuuttavuus taitavuudesta, aktiivinen huomaavaisuus, tiedon välittäminen, hyvien tapojen mukainen kohtelu ja joustava avuliaisuus.

Henkilökunnan pätevyys, asiantuntemus, asema ja valta vakuuttivat taitavuudesta. Tietojen ja taitojen hallintaan luotettiin, mikä antoi potilaalle turvallisen olon. Henkilökuntaa kuvattiin auktoriteettina, vallankäyttäjänä tai tehtävien ja velvollisuuksien hoitajana. Henkilökunta päätti ja teki asioita potilaan puolesta tai vahvisti ja mahdollisti niitä.

Aktiivisena huomaavaisuutena koettiin ymmärtämyksen osoittaminen lohduttamalla, rohkaisemalla ja jakamalla pelottava tilanne potilaan kanssa sekä huomion jakaminen eri tavoin.

Tiedon välittämistä pidettiin keskeisenä osatekijänä palvelussa. Riittävä, oikea-aikainen suullinen ja kirjallinen tieto vähensi jännitystä ja sen koettiin tukevan selviytymistä tulevista tapahtumista. Tietoa taudista, tutkimusten tuloksista, lääkkeiden ja hoitojen vaikutuksesta sekä mahdollisista sivuvaikutuksista, eri hoitovaihtoehdoista tai sairauden ennusteesta toivottiin tarjottavan kysymättä kuten

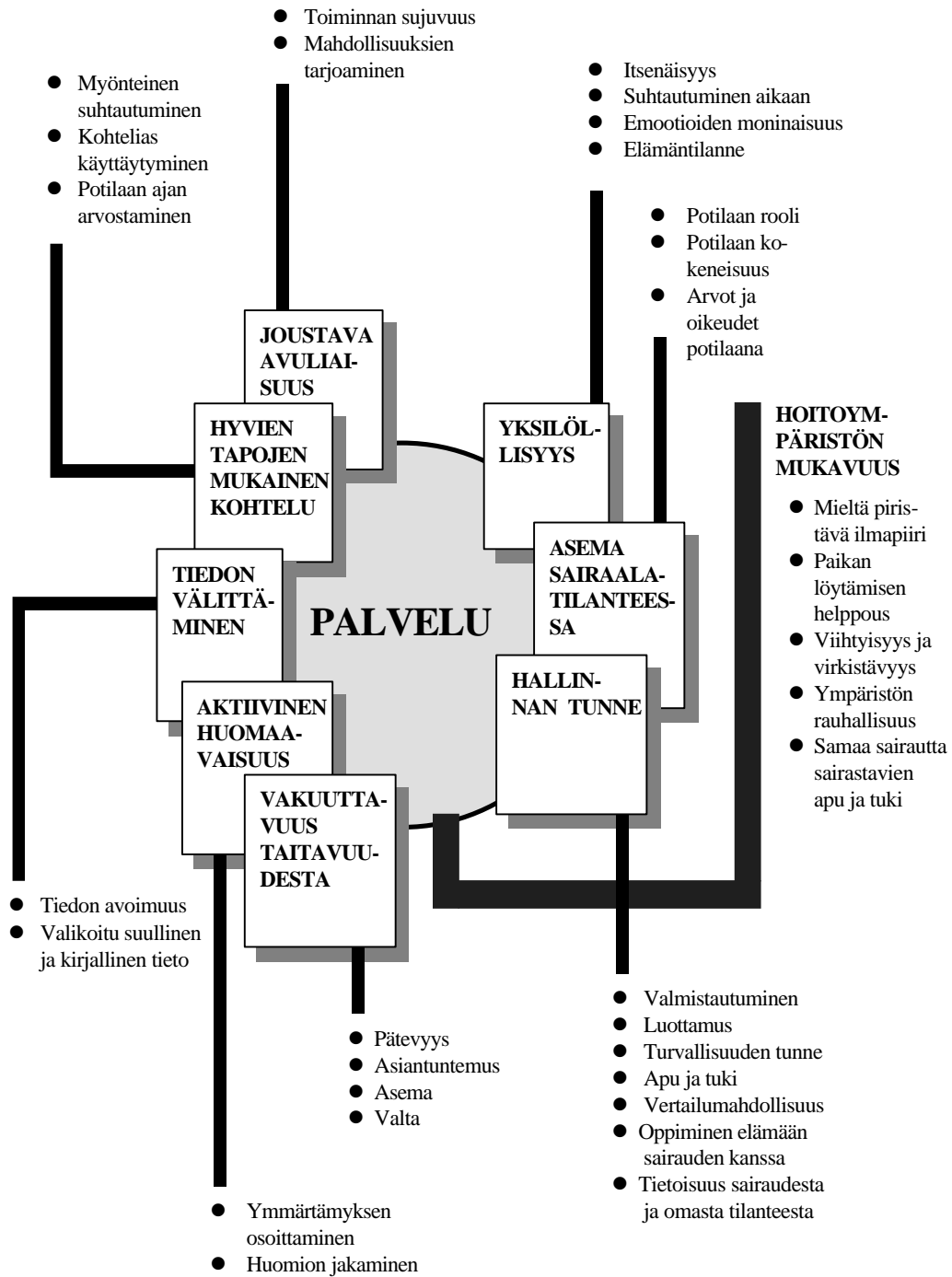
myös tietoa odotusajan syystä ja arvioidusta kestosta. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että heidän kysymyksiinsä vastattiin rehellisesti, asiat selvitettiin “selvällä suomen kielellä” ja että he saivat kysyä mieltä askarruttavista asioista. Informaatiota saatiin muodossa, jota haastateltavat eivät ymmärtäneet. Haastateltavat kaipasivat yksilöllisesti valikoituja, käyttökelpoisia kirjallisia ohjeita. Ensikertalaiset ja toiselta paikkakunnalta tulleet toivoivat tietoa liikenneyhteyksistä ja paikoitusmahdollisuuksista.

Hyvien tapojen mukaiseen kohteluun sisällytettiin myönteinen suhtautuminen potilaaseen, henkilökunnan kohtelias käyttäytyminen ja potilaan ajan arvostaminen. Haastateltujen mielestä kohtelu vaikutti koko käynnin ilmapiiriin. Kiireisissä tilanteissa potilaalle saattoi tulla tunne henkilökunnan rutiinimaisesta käyttäytymisestä tai “olosta liukuhihnalla”, jota siirrettiin äkkiä paikasta toiseen. Negatiivisena koettiin pinnallinen ja vähättelevä suhtautuminen potilaan esittämiin asioihin. Kohteliaaseen käyttäytymiseen kuului potilaan kunnioittaminen ja huomaavaisuuden osoittaminen. Haastateltavat tunsivat että heidän aikaansa arvostettiin, kun vastaanottoaika piti paikkaansa, he pääsivät vuorojärjestyksessä tutkimuksiin tai kun vastaanottoaika varattiin yksilöllisesti ja riittävästi.

Joustava avuliaisuus koostui toiminnan sujuvuudesta ja erilaisten mahdollisuuksien tarjoamisesta. Näihin liitettiin nopea hoitoon ja tutkimuksiin pääsy, hoitosuhteen jatkuvuus samojen lääkäreiden ja hoitajien kanssa, potilaiden keskinäisten kontaktien mahdollistaminen sekä ajankuluttamis- ja virkistysmahdollisuuksien tarjoaminen.

### 5.1.2 Potilaan osallisuus palvelussa

Haastatellut henkilöt eivät pitäneet itseään passiivisina potilaina, vaan kokivat, että palvelu riippuu myös heistä. Yksilöllisyys, asema sairaalatilanteissa ja hallinnan tunne kuvasivat vaihteluita potilaan osallisuudessa.



KUVIO 1. Palvelun sisältö potilaiden kokemana sairaalassa

Yksilöllinen elämäntilanne, erilaiset henkiset ja fyysiset voimavarat tai terveydentila vaikuttivat osallistumiseen. Haastateltavat kuvasivat monia tunteita kuten pelkoa ja vieraiden ihmisten tai outojen tilanteiden aiheuttamaa jännitystä ja epävarmuutta sekä odottamiseen liittyviä kielteisiä tunteita, jotka heijastuivat palvelutilanteissa. Potilaan kokema itsenäisyys vaihteli sairaudesta tai sairaalasta riippuen. Oli mahdollista turvautua täysin asiantuntijoiden apuun ja olla riippuvaisia toisten teoista ja halusta auttaa. Myös ajan kokeminen niukkana, riittävänä tai kiireisyyden tunteena vaihteli yksilöllisesti.

Potilaan arvojen ja oikeuksien toteutuminen, kokeneisuus ja potilaan rooli liittyivät asemaan sairaalatilanteissa. Tasavertaisuus potilaana, samanarvoisuus ihmisenä, oikeudenmukaisuus ja oikeus saada tietoja koettiin palveluun kuuluvina oikeuksina ja arvoina. Ensikertalaiset ja sairaalapalveluiden kokeneet käyttäjät kokivat asiat eri tavoin. Potilaat kuvasivat rooliaan mm. odottajana, maallikkona, pyytäjänä, henkilökunnan ymmärtäjänä, monella lailla sopeutujana ja tietojen antajana.

Potilaan osallisuuteen palvelussa sisältyi vaiheittainen, jokaisen yksilön eri tavalla kokema hallinnan tunne, varmuus selviämisestä tilanteissa. Lähtökohdan hallinnan tunteelle antoi potilaan valmistautuminen tilanteeseen ja tapahtumiin sekä henkisesti että tarvittavin välinein. Luottamus toisten ammattitaitoon, hoidon ja tutkimusten tuloksiin sekä tiedon, ilmapiirin ja sairaalan luotettavan maineen tuoma turvallisuuden tunne vahvistivat hallinnan tunnetta. Toisten, samanlaisessa tilanteessa olevien potilaiden apu ja tuki auttoi varmistamaan asioita ja aktivoi toimimaan, ja yhteishengen kokeminen vahvisti joskus heikkojakin voimavaroja. Omien ja toisten kokemusten, tunteiden tai hoitotulosten kehittymisen vertailu antoi mahdollisuuden vakuuttua oman kokemuksen arvosta, mikä sääтели mielialoja. Oppiminen elämään sairauden kanssa ja tietous sairauteen liittyvästä tilanteesta auttoi selviämään sairauden tuomien muutosten kanssa sekä säilyttämään realismin, mikä vaikutti tunteiden hallintaan ja käyttäytymiseen.



### 5.1.3 Hoitoympäristön mukavuus

Potilaat kuvasivat ympäristön mukavuuden osaksi palvelua. He kokivat poliklinikalle tai osastolle tullessaan ystävällisen ja tuttavallisen ilmapiirin piristävän ja viestittävän voimakkaastikin tulevasta palvelusta. Ympäristön rauhallisuus, odotustilojen kauneus ja siisteys, viihtyisyys ja virkistävyys olivat merkityksellisiä asioita potilaille. Opasteet sairaalan ulkoalueella ja sisätiloissa, niiden sijainti ja yhtäpitävyys kirjallisten tai suullisten ohjeiden kanssa antoivat ensivaikutelman koko sairaalasta helpottaen tai vaikeuttaen poliklinikan tai tutkimuspaikan löytämistä.

## 5.2 Valvontakortti (O/R-kortti) ja palautejärjestelmä

Palautejärjestelmän luominen palvelua arvioivan prosessin yhteyteen tuntui tarpeelliselta. Henkilöstö tarvitsee oleellisen tiedon ongelmista, jotta se voisi olla parantamistoiminnassa mukana (VanderVeen and Ritz 1996). Palautejärjestelmä mahdollisti palvelumittarin tulosten hyödyntämisen parantamistoimenpiteissä. Palvelumittarikyselyjen tulosten palautejärjestelmästä tehtiin kolmivaiheinen. Ensinnäkin poliklinikoille kehitettiin päivittäisen tiedon analysointia varten valvontakortti (O/R-kortti), joka perustui aritmeettiseen keskiarvoon (O) ja vaihteluväliin (Range). Liitteenä 7 on valvontakortti. Osastonhoitaja merkitsi valvontakorttiin jokaisen vastaajan antamat arvosanat, laski kuhunkin kysymykseen annettujen arvosanojen keskiarvot sekä suurimman ja pienimmän arvosanan erotuksen (vaihteluvälin). Näin kunkin poliklinikan omat palvelukyselyn tulokset olivat henkilöstön käytettävissä samana päivänä valvontakortin avulla. O/R-kortin avulla voitiin poliklinikoilla tarkkailla päivittäin annettujen arvosanojen avulla prosessin sijaintia ja vaihtelua. Jos vaihtelu oli suurta, voitiin heti etsiä syyt ja puuttua niihin. O/R-kortti toimi poliklinikoilla välittömän palautteen periaatteella kehittämisen suuntaajana. Kolmessa vuodessa on harjaannuttu valvontakortin

käytössä ja tulkinnassa sekä opittu asettamaan hyväksyttävän vaihtelun rajat.

Toiseksi palvelukyselyn keskitetysti lasketut kaikkia poliklinikoita koskevat tulokset saatettiin sekä johdon että henkilöstön tietoon tehdyn analyysin jälkeen. Keskitetysti tehdyt analyysit mahdollistivat poliklinikan vertailun omaan edelliseen mittaukseen ja kokonaisaineistoon sekä poliklinikoiden välisen vertailun. Saman aineiston pohjalta oli mahdollista seurata keskitetysti kaikkien poliklinikoiden palvelun laatua.

Kolmanneksi, palvelumittarin tuloksista järjestettiin koulutustilaisuuksia kerran vuodessa poliklinikoiden ja yksikön vastuuhenkilöille. Tilaisuuksissa parhaat poliklinikat kultakin kyselykerralta kertoivat kokemuksia mittarin käytöstä ja tulosten hyödyntämisestä. Koulutustilaisuudet mahdollistivat vertailun oman sairaalan parhaisiin poliklinikoihin, mikä voisi olla alkua benchmarkingille.

## **5.3 Palvelumittarin luotettavuus**

Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli kehittää palvelumittari, joka on luotettava. Luotettavuutta arvioitiin tarkastelemalla mittarin sisällön validiteettia, rakennevaliditeettia ja sisäistä johdonmukaisuutta sekä pysyvyyttä.

### **5.3.1 Sisällön validiteetti - yksimielisyysprosentti**

Potilaiden kyselylomakkeeseen oli tehty muutoksia esitestauksen tulosten perusteella, jonka vuoksi se poikkesi henkilökunnan lomakkeesta. Henkilökunnan ja potilaiden käsityksiä voitiin verrata 25 kysymyksen osalta. Vertailun mahdollistamista kysymyksistä kaikki potilaiden mielestä tärkeät (12 kysymystä) olivat myös henkilökunnan tärkeinä pitämiä asioita ja ne jätettiin lomakkeeseen. Suurimmat painotuserot olivat kolmen kysymyksen kohdalla (tieto käynnin kestosta, tieto miksi odotettava ja tieto kuinka kauan odotettava), joiden tärkeyden

potilaat arvioivat alle 70 % ja henkilökunta yli 90 % yksimielisyydellä. Näitä kysymyksiä ei poistettu lomakkeesta, koska potilaiden antamat arvosanat (kyselyt v. 1995 ja 1996) olivat huonoja. Useimmissa kysymyksissä asiantuntijoiden ja potilaiden käsitysten yksimielisyysprosentit olivat lähellä toisiaan, mikä osoitti kysymysten kohdistuvan keskeiseen sisältöön.

### 5.3.2 Rakennevaliditeetti - logistinen regressioanalyysi

Logistisen regressiomallin mukaan huonon palvelun kokemista ennustivat voimakkaimmin odotusaikaan, sairaudenhoitoon, yksilöllisyyteen, toimintatapaan ja tulokseen liittyneet summamuuttujat ja niistä muodostuneet kysymykset (OR ja luottamusvälit esitetty alkuperäisjulkaisussa III). Samanlainen rakenne toistui kahdessa eri vuosina tehdyssä mittauksessa, joten mittaria voidaan pitää validina. Mikään taustamuuttujista ei tullut selittäväksi tekijäksi, joten mittari oli validi erilaisille potilasryhmille. Toisaalta myös sisäinen johdonmukaisuus ja pysyvyys ovat tärkeitä mittarin rakennevaliditeetin edellytyksiä.

### 5.3.3 Reliabiliteetti - sisäinen johdonmukaisuus ja pysyvyys

Summamuuttujien Cronbachin  $\alpha$ -arvot vaihtelivat ensimmäisessä kyselyssä 0.67 - 0.93 ja toisessa kyselyssä 0.71 - 0.94 (Taulukko 5). Cronbachin  $\alpha$ -arvojen perusteella mittarin sisäinen johdonmukaisuus oli tyydyttävä (ks. Ferketich 1990). Yksittäisten muuttujien vaikutus summamuuttujaan oli suhteellisen stabiili, ja yksittäisen osion poistaminen aiheutti vain vähän  $\alpha$ -arvon vaihtelua. Uusintamittauksessa  $\alpha$ -arvojen vaihtelu oli pientä.

**TAULUKKO 5.** Summamuuttujien Cronbachin a-arvot

Summamuuttuja	Cronbachin a-arvot v. 1995 (n =1416)	Cronbachin a-arvot v. 1996 (n = 369)
Opastus (4 kysymystä)	0.67	0.73
Sairaudenhoito (4 kysymystä)	0.76	0.78
Jatkohoito (4 kysymystä)	0.73	0.78
Odotusaika (3 kysymystä)	0.71	0.80
Yksilöllisyys (8 kysymystä)	0.69	0.71
Tulos (4 kysymystä)	0.82	0.84
Toimintatapa (12 adjektiiviparia)	0.93	0.94

Kyselylomake (43 kysymystä) oli testausten perusteella raskas ja liian pitkä jatkuvaan seurantaan käytettäväksi. Tämä voitiin päätellä joidenkin kysymysten kohdalla potilaiden kommentteista ja siitä, että joissakin palautetuissa lomakkeissa vastaaminen oli jätetty kesken. Tavoitteena oli muodostaa lyhyt, luotettava, keskeisiä asioita potilaiden näkökulmasta mittaava palvelumittari apuvälineeksi poliklinikan toiminnan seurantaan ja kehittämiseen. Kysymyksiä karsittaessa mietittiin saatuja tilastollisia kriteereitä ja mittarin käyttöä toiminnan kehittämisessä sekä näiden seikkojen yhteen sovittamista. Testausten tulosten perusteella oli mahdollista muuttaa mittaria niin, että mittariin sisällytettiin sekä potilaiden huonoksi kokemat että tärkeäksi arvottamat asiat. Valintaperusteena käytettiin kahtena vuonna (1995, 1996) eniten huonoa palvelua osoittaneet ja (v. 1996) tärkeinä (yli 90 % yksimielisyys) pidetyt kysymykset. Lopullisessa palvelumittarissa ei ole kysymyksiä opastus - ja jatkohoito-summamuuttujien osalta. (Liite 8)

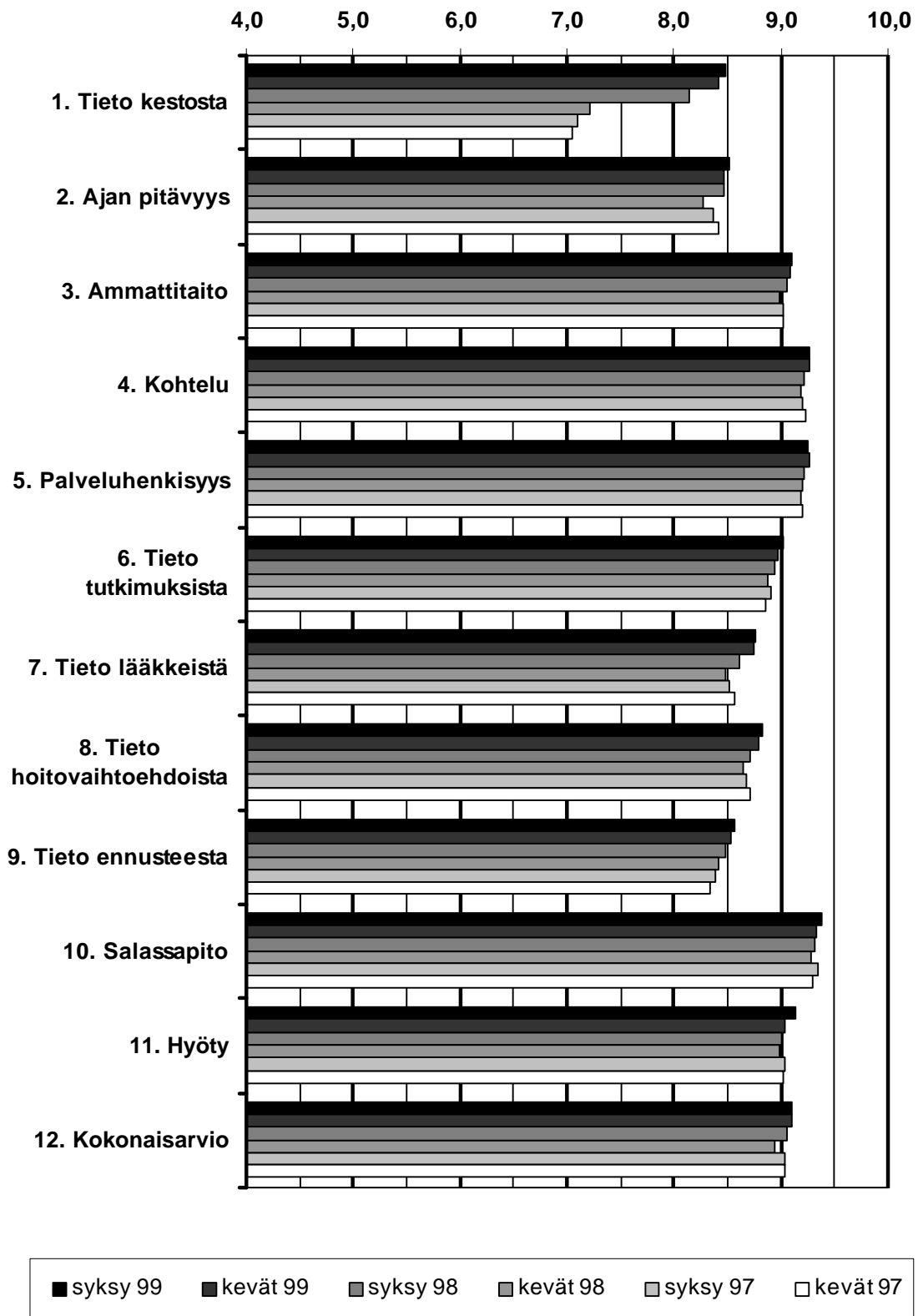
## 5.4 Palvelumittarin käyttökelpoisuus

Mittari on käyttökelpoinen, jos sitä voidaan pitää luotettavana, jos se on käyttäjäystävällinen ja jos sen tuloksia voidaan käyttää apuna parantamistoimissa. Aikaisemmin kuvatut testaukset osoittivat palvelumittarin luotettavaksi. Kolmen vuoden aikana tehdyissä mittauksissa 12 kysymyksen palvelumittari osoittautui käyttäjäystävälliseksi. Potilaat vastasivat kattavammin 12 kysymyksen mittariin kuin testausvaiheen pidempiin lomakkeisiin. Mittarin tuloksia on hyödynnetty poliklinikkakohtaisesti ja koko sairaalan tasolla potilaiden kutsukirjeiden sisällön parantamisessa.

### 5.4.1 Palvelun paraneminen poliklinikoilla

Potilaiden arvosanat palvelusta olivat pääosin (62 - 79 %) kiitettäviä (9 tai 10). Annettujen arvosanojen keskiarvo vaihteli eri kysymyksissä kuudella eri mittauskerralla vähän (0.05 - 0.40). Eniten vaihtelua (1.27 - 1.55) oli käynnin kestoa koskevassa kysymyksessä. Standardideviaation vaihtelu oli pientä (0.07 - 0.35). Lääkkeistä, ennusteesta ja hoitovaihtoehtoista annettua tietoa koskeviin kysymyksiin jätettiin eniten vastaamatta joko käyttäen vaihtoehtoa "en tarvinnut tietoa" tai puuttuvina vastauksina.

Kuuden tarkasteluajankohdan tuloksissa kolmen vuoden aikana oli mukana 105 poliklinikan tulokset. Eri kyselyajankohtina mukana olleiden poliklinikoiden määrä vaihteli 13 - 19 välillä. Kun kaikkia poliklinikoita tarkastellaan yhdessä, parantui jokaiseen kysymykseen annetun arvosanan keskiarvo verrattaessa tuloksia vuosina 1997 ja 1999 (Kuvio 2). Tulosten perusteella toiminnan vahvuuksia poliklinikoilla olivat ammattitaito, kohtelu, palveluhenkisyys, potilaan asioiden salassapito ja potilaan kokema hyöty käynnistä poliklinikalla. Huonoimpia arvosanoja saivat tieto käynnin kestosta, ajan pitävyys ja tiedonsaantiin liittyvät asiat.



Kuvio 2. Palvelumittarilla saadut tulokset vuosina 1997, 1998 ja 1999

Operatiivisen tulosalueen poliklinikoilla ajan pitävyyden, ammattitaidon, kohtelun ja kokonaisarvion keskiarvot laskivat hieman vuodesta 1997 vuoteen 1999. Konservatiiviset poliklinikat saivat operatiivisia korkeammat arvosanat kaikissa kuudessa kyselyssä kysymyksissä, jotka koskivat ammattitaitoa, kohtelua, palveluhenkisyttä, tietoa tutkimuksista ja lääkkeistä sekä kokonaisarviota. Kysymyksen "tieto ennusteesta" keskiarvo oli korkeampi operatiivisilla poliklinikoilla kuin konservatiivisilla. Keskiarvon vaihtelu eri kysymyksissä oli suurempaa konservatiivisilla poliklinikoilla. Kuuden eri mittauksen trendi oli samansuuntainen. (ks. tarkemmin osajulkaisu IV)

#### 5.4.2 Poliklinikkakäynnin huonoa kokonaisarvosanaa selittävät tekijät

Yksi kysymyksistä koski poliklinikkakäynnin onnistumista kokonaisuutena. Riski huonon poliklinikkakäynnin arvioon pieneni poliklinikoilla, jos potilaan mielestä poliklinikkakäynnistä oli hyötyä, kohtelu koettiin hyvänä ja vastaanottoajat pitivät paikkansa. Matalat arvosanat palveluhenkisyttä sekä tietoa tutkimuksista ja hoitovaihtoehdoista annettua tietoa koskevissa kysymyksissä selittivät myös huonoa kokonaisarvosanaa. Ristitulosuhte (OR) oli melko samansuuruinen eri kysymyksissä, poikkeuksena oli käynnin hyötyä koskevan kysymyksen OR, joka vaihteli eniten. (OR-arvot ja luottamusvälit esitetty osajulkaisussa IV).

Eroja ilmeni neljässä kysymyksessä kahden tulosalueen poliklinikoilla (Taulukko 6). Konservatiivisen tulosalueen poliklinikoilla huono etukäteistieto käynnin kestosta ja ennusteesta, koetut puutteet ammattitaidossa ja salassapidon huono toteutuminen liittyivät huonoon kokonaisarvioon. Näistä vain ammattitaito ja salassapito selittivät yhdessä kyselyssä huonoa kokonaisarviota operatiivisen tulosalueen poliklinikoilla. Kysymyksillä, jotka koskivat tietoa käynnin kestosta ja ennusteesta ei ollut operatiivisen tulosalueen poliklinikoilla yhteyttä huonoon kokonaisarvioon. Operatiivisen tulosalueen poliklinikoilla käynnin hyöty oli jokaisessa kyselyssä voimakkaampi "huonon palvelun" selittäjä kuin konservatiivisilla poliklinikoilla.

Potilaille varatun vastaanottoajan pituus tai poliklinikoiden tarkastelu käyntimäärien perusteella ei tuonut eroja tuloksiin. Taustatekijöistä ei löydetty yhteyttä huonoon kokonaisarvosanaan.

Vuosien 1995 (n = 1416) ja 1996 (n = 369) potilaskyselyihin jätti palauttamatta 36 - 37 %. Kun mittaria käytettiin poliklinikoilla (vuosina 1997, 1998, 1999), vastaajien taustatietoja voitiin verrata kaikkien poliklinikoilla kävijöiden vastaaviin tietoihin. Vastausprosenttia ei voitu laskea lomakkeen palautusmenettelytavan vuoksi.

**TAULUKKO 6.** Poliklinikkakäynnistä annettua huonoa kokonaisarvosanaa selittävät tekijät ● kuvaa ristitulosuhdetta ja sen 95 prosentin luottamusväliä, K = keväällä tehty kysely, S = syksyllä tehty kysely

Tekijä	Operatiivinen tulosalue						Konservatiivinen tulosalue					
	97	97	98	98	99	99	97	97	98	98	99	99
	K	S	K	S	K	S	K	S	K	S	K	S
Tieto kestosta										●		●
Ajan pitävyys	●	●	●		●	●	●		●	●	●	●
Ammattitaito				●			●	●		●		
Kohtelu	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
Palveluhenkisyys	●	●		●		●					●	●
Tieto tutkimuksista	●			●		●			●			●
Tieto lääkkeistä	●						●					
Tieto hoitovaihtoehdoista		●			●				●		●	
Tieto ennusteesta								●			●	●
Salassapito					●		●				●	
Hyöty	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●



## 5.5 Yhteenveto tuloksista

Työn keskeinen tulos oli mittarin kehittäminen poliklinikoiden palvelun parantamisvälineeksi. Lähtökohtana kehittämiselle oli potilaslähtöinen näkökulma. Palvelumittarin 12 kysymystä ovat lähtöisin palvelun sisällöstä sairaalassa. Palvelun sisältö sairaalassa oli tulosta 40 potilaan haastattelusta ja haastattelujen analyysistä. Analyysissa tunnistettiin 32 sisältöaluetta ja ne voitiin ryhmitellä palvelun yhdeksäksi ulottuvuudeksi, jotka liittyivät henkilöstön toimintaan, potilaan osallisuuteen ja hoitoympäristöön.

Haastatteluissa odottaminen poliklinikalle ja poliklinikalla sekä riittävä tiedon saaminen liittyivät tunnekokemuksiin, henkilökunnan toimintaan sekä potilaan hallintakeinoihin, mikä kuvastaa niiden merkitystä palvelun osatekijöinä. Toiset potilaat tunnistettiin auttajina, tukijoina ja myötäeläjinä, tiedon antajina tai seuralaisina. Henkilökunnan vuorovaikutuksellista taidoista korostuivat kohtelu, palveluhenkisyys ja salassapito. Potilaat liittyivät palvelun sisältöön myös hoitoympäristön mukavuuden ja viihtyisyyden.

Poliklinikoiden henkilökunta harjaantui tutkimuksen edistyessä O/R-kortin käytössä palvelun parantamisen välineenä. O/R-kortin myötä opittiin laadunparantamisessa tärkeänä pidetystä systemaattisen palautteen keräämisestä ja hyödyntämisestä.

Tutkimuksen tuloksena kehitettiin palvelumittari, joka mittaa potilaiden huonoina kokemia mutta merkityksellisinä kokemia asioita. Se osoittautui luotettavaksi ja käyttökelpoiseksi välineeksi systemaattisen potilaspalautteen saamiseen. Mittarin avulla löydettiin suuren organisaation palvelun pitkän ajan trendit.

Kolmen vuoden seuranta-aikana muun muassa tiedon saanti poliklinikkakäynnin kestosta on selvästi parantunut parantamistoimenpiteiden seurauksena. Samalla ilmeni, että mittarin herkkyys riittää tulosalueiden poliklinikoiden välisten erojen tunnistamiseen. Vastaanottoaikojen paikkansa pitämisen lisäksi palvelun parantamisessa oli merkitystä kohtelulla ja potilaan kokemalla hyödyllä.

## 6. POHDINTA

### 6.1 Luotettavuuden tarkastelu

Tulosten luotettavuuden kannalta ensisijaista on tutkimuksessa käytettyjen menetelmien luotettavuus. Haastatteluaineiston keräämisessä ja analysoinnissa noudatettiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä (Sandelowski 1986, Appleton 1995, Hallett 1995, Koch 1995, 1996, Rose et al. 1995, Koch and Harrington 1998). Lähtökohtana olivat potilaiden subjektiiviset kokemukset palvelusta ja mahdollisuus kertoa niistä omin sanoin. Analysoinnissa pyrittiin ymmärtämään jokaisen haastateltavan ainutkertainen kokemus palvelusta ja kokemuksen yksilöllinen erilaisuus. Toisaalta tutkija ei koskaan saa täyttä kuvaa toisen ihmisen eletystä kokemuksesta (Hall 1996, Paley 1997). Henkilöitä haastateltiin vain kerran, mitä voidaan kritisoida. Tiedon kerääminen sairaalassaolon aikana mahdollisti tuoreiden kokemusten ja rikkaiden yksityiskohtien saamisen, mikä mahdollisti muistettujen asioiden merkityksen säilymisen. Luotettavuuteen pyrittiin myös sillä, että sama henkilö haastatteli ja analysoi aineiston sekä käytti systematiikkaa (Colaizzi 1978), joka eteni selkeiden vaiheiden kautta (Haase 1987). Menetelmän luotettavuutta on toisaalta arvosteltu tiedon tiivistämisestä, joka perustuu tutkijan päätelmiin analyysin eri vaiheissa (Koch 1996, Paley 1997). Haastattelutulosten yhteys alkuperäiseen aineistoon voidaan arvioida analyysivaiheen kuvauksesta (Liite 6).

Palvelumittarin validiteettia varmistettiin esitutkimusten avulla. Sisältövaliditeetin arvioinnissa käytettiin asiantuntijoina myös henkilökuntaa, jonka osuus liittyi lomakkeen kehittämisen alkuvaiheessa kysymysten laadinnan tekniikkaan ja lomakkeen sisällön varmistamiseen (Imle and Atwood 1988). Rakennevaliditeetin arvioinnissa käytettiin tilastollisia menetelmiä. Mittarin validiteetin ja reliabiliteetin arvioinnissa on useimmiten tyydytty kertaluonteiseen

testaukseen (Sitzia 1999). Tässä tutkimuksessa lomaketta testattiin uusintamittauksessa, minkä johdosta palvelumittari täyttää kriittisessä arvioinnissa esitetyt ehdot. Vastaajat olivat taustatiedoiltaan samanlaisia testausten eri vaiheissa, ja sairaalat ja poliklinikat samoja missä mittaria käytetään, joten se toimii tällä perusteella luotettavasti uusissakin tilanteissa (Imle and Atwood 1988, Hinds et al. 1990). Mittarin pysyvyys ja osien sisäinen konsistenssi oli melko hyvä ja muuttujat toimivat Cronbachin  $\alpha$ -arvojen perusteella. Logistisessa regressioanalyysissä 95 prosentin luottamusvälin käyttäminen merkitsee, että oli kuitenkin olemassa 1/20 mahdollisuus että ryhmittely tapahtui sattumalta.

Kyselylomakkeella on rajoituksensa. Yksi kyselylomakemenetelmän heikkouksista on se, että valmiiksi annetut kysymykset ja vastausvaihtoehdot eivät kykene kattamaan ihmisten kokemusten monimuotoisuutta. On olemassa potilaita, joiden kokemusta poliklinikkakäynnistä ei voi tiivistää valmiisiin vastausvaihtoehtoihin. Lisäksi kyselyissä joudutaan käyttämään käsitteitä ja ilmauksia, jotka ovat yleisiä, mutta joiden merkitys saattaa vaihdella vastaajasta toiseen. Kyselylomake on kuitenkin osoittautunut ainoaksi mahdolliseksi ja käyttökelpoiseksi tiedonkeruumenetelmäksi tutkimuksissa, jotka edellyttävät tiedonhankintaa suurelta kohderyhmältä. Lisäksi kyselylomakkeet ovat taloudellisia ja niiden avulla voi tavoittaa suuren joukon ihmisiä. (Fitzpatrick 1991a, Fottler et al. 1997.)

Vastaajien ikäjakauma poikkesi kaikista poliklinikoilla kävijöiden ikäjakautumasta hyvin vähän. Vanhempien ihmisten on todettu joissakin tutkimuksissa olevan vähemmän kriittisiä kuin muut ikäryhmät ja nuoria tyytyväisempiä (Fitzpatrick 1991b, Sitzia and Wood 1997). Jos vastaamatta jättivät tässä tutkimuksessa henkilöt, jotka ovat vähemmän kriittisiä, vastanneiden mahdollinen valikoituminen vain parantaa tulosten käyttökelpoisuutta.

Päivittäinen 5 - 10 potilaan otos saattaa vaikuttaa palvelumittarin edustavuuden ja tulosten yleistettävyyden kannalta vähäiseltä. Kun tietoja kerätään systemaattisesti samasta prosessista, vaihtelua seurataan keskiarvoja käyttäen ja tulokset ovat heti käytössä, on mahdollista käyttää pieniä päivittäisiä havaintomääriä (McKenzie 1993).

Palvelumittarissa on 12 kysymystä, jotka koskevat kokonaisvaltaisesti poliklinikkaa, eikä potilailta pyydetty arvosanaa erikseen lääkärin ja hoitajien osuudesta. Testaukset osoittivat, ettei ole tarpeen pyrkiä arvioimaan kaikkea palvelusta, koska joudutaan informaatiomäärään, joka ei ole enää sovitettavissa kohtuullisella tavalla jatkuvaluonteiseen arviointiin. Kysymykset mahtuvat yhdelle sivulle ja vastaaminen ei vie paljon aikaa. Arviointiasteikko täsmentyi useiden kokeilujen jälkeen kouluarvostelusta tuttuun numeroarvosanaan 4 - 10. Tällaisen asteikon etuna on, että se kuvastaa jo sellaisenaan jossain määrin yhtäläiseksi koettua arvosanaa, jolloin arviointi antaa tietyn mahdollisuuden johtopäätöksille. Kehitettyä palvelumittaria on mahdollista edelleen parantaa. Testaukset osoittivat, että kysymysten sanamuotoa voisi vielä hioa eikä kaikkiin väittämiin luontevasti sovi vastaukseksi käytetty arviointiasteikon sanamuoto. Lopulliseen palvelumittariin olisi hyvä lisätä tiedot, kuka mittarin on kehittänyt ja milloin se on kehitetty. Luottamuksellisuutta lisäisi myös maininta siitä, että palvelumittariin vastaaminen on potilaille vapaaehtoista eikä se vastaavatko potilaat tai eivät, vaikuta heidän saamaansa hoitoon, mutta systemaattisen palautteen avulla seurataan palvelua poliklinikoilla ja pyritään sen jatkuvaan kehittämiseen.

Tutkimuksessa käytettiin sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia menetelmiä tiedonkeruussa ja aineiston analyyseissä. Koska sairaalassa ei ollut systeemiä, jolla mitata potilaan palvelua, tutkimus aloitettiin kvalitatiivisella menetelmällä ja siirryttiin myöhemmin kvantitatiivisiin menetelmiin. Avoimia kysymyksiä käytettiin kyselylomakkeen kehittämisen alkuvaiheissa (Fottler et al. 1997). Viime vuosina on kuvattu laadullisten ja määrällisten menetelmien yhdistämisen etuja (Begley 1996, Shih 1998); esimerkiksi haastattelua on käytetty kvantitatiivisen mittarin kehittämisessä (Coyle and Williams 2000).

Mittarin tulosten arvioinnissa keskeistä on tietää mitä mittarilla on tarkoitus ja mahdollista tarkastella. Poliklinikan koko palvelun arvioimisen sijasta tutkimuksessa kiinnitettiin päähuomio palvelun huonoon toteutumiseen lähtökohtana mahdollisille parantamistoimenpiteille. Mittarin kehittämisprosessin ajan täsmennettiin sitä mitkä olivat potilaiden kokemia huonoja asioita, ja tärkeimmät tekijät selvitettiin vielä kysymällä niiden koettu tärkeys. Tilastollisia

analyysijä käytettiin liittämään huonoon palveluun liittyviä tekijöitä yhteen suuremmiksi kokonaisuuksiksi ja karsimaan vähemmän oleellisia. Esiin saatujen asioiden laajuus riippuu siitä, miten syvällisesti potilaat pohtivat kokemuksiinsa palvelusta. Tutkimuksen tarkoitukseen sisältyy implisiittisesti näkemys siitä, että potilaat määrittävät palvelun laadun. Valittua tarkastelutapaa voi arvostella siitä, että se antaa liian suuren merkityksen potilaiden subjektiivisille kokemuksille.

## 6. 2 Tulosten tarkastelu

Yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset heijastuvat nopeasti myös terveydenhuoltoon. Tutkimusaineisto kerättiin ja analysoitiin lähes vuosikymmenen pituisena ajanjaksona, jolloin 1990-luvun alun talouskriisi toi terveydenhuoltoon monia muutoksia ja siten vaikutti mahdollisesti tämän tutkimuksen tuloksiinkin. Taloudellisen laman seurauksena valtionosuuksien voimakas supistuminen vaikutti sairaaloiden käytössä oleviin resursseihin, ja henkilökunnan työmäärä kasvoi. Suoritteiden ja tutkimusten määrät kasvoivat. (Ailasmaa ja Ohtonen 1997, Lehto ja Blomster 2000.) Henkilökunnan työmäärää kasvatti myös 1990-luvulla säädetty laki potilaan asemasta ja oikeuksista, jossa tiedonsaantioikeudet nostavat potilaan asiakasta vahvempaan asemaan (Saarenpää 2000). Sairaalat ovat muutospaineiden alla pyrkineet uudistamaan toimintakäytäntöjään tehokkaammiksi ja tuottavammiksi. Sairaaloita tarkastellaan enenevästi organisaatioina, joiden toimintaan voidaan soveltaa markkinaperusteisia, tehokkuuteen ja tuloksiin tähtääviä toimintamalleja (Lehti ym. 1995, Mäkelä ym. 1996, Pahkala ym. 2001). Myös byrokratia, hierarkia ja professionalismi muovaavat sairaaloiden toimintamalleja (Wiili-Peltola 2000). Haastatteluaineisto kerättiin 1990-luvun alkupuolella ja kyselyaineistot vuosikymmenen puolenvälin jälkeen. Näyttää siltä, että edellä kuvatut muutokset eivät heijastuneet tuloksia huonontavasti. Toisaalta 1990-luvulla sairaalassa tehty laadunparannustyö ja sen todennäköinen edullinen vaikutus saattoi kompensoida 1990-luvun mahdollisesti mukanaan tuomaa kielteistä vaikutusta. Suomalaisten mielipiteet polikliinisten erikoistutkimusten laadusta

vuosina 1992 ja 1996 erosivat erittäin vähän myös valtakunnallisesti (Sihvo 1997).

Tutkimuksen keskeisiä tuloksia ovat palvelun sisällön määrittely potilaiden näkökulmasta, valvontakortin hyödyntämistaito poliklinikoilla, palvelumittarin luotettavuus sekä palvelumittarilla saatu tieto palvelun parantamiseksi suuressa organisaatiossa.

Palvelu käsite tutkimuksen lähtökohtana sairaalassa ei merkitse sen nostamista hoitoa olennaisemmaksi tekijäksi, vaan se on tärkeä näkökulma kaikkien sairaalassa työskentelevien työhön. Jokainen vuorovaikutus eri henkilöstöryhmien kanssa käynnin eri vaiheissa on osa potilaan kokonaispalvelua. Vaikka henkilökunnan ammattitaito ja potilaan kohtelu eivät riipu vain varsinaisten potilaan kanssa työskentelevien henkilöiden ominaisuuksista vaan koko organisaation työnjaosta ja toimintatavoista, potilaalle ne kuitenkin ilmenevät kohdattujen henkilöiden toiminnassa. Palvelu nojaa poliklinikalla kunkin yksikön omaan tehtävään ja henkilökunnan ammattitaitoon. Potilaan ongelmat eivät kuitenkaan aina ole ratkaistavissa yhden yksikön voimin, jolloin palvelussa korostuu eri ammattiryhmien ja yksiköiden välinen yhteistyö.

Palvelu on käsite, joka tavaratuotannon ja kaupan sekä markkinoinnin piirissä on nähty tapana tai keinona toimittaa tuote asiakkaalle (Grönroos 1991). Terveystieteiden tutkimuksessa palvelun sisältöä on määritelty ja tutkittu vähän (ks. Penttilä ja Sipilä 1987, Vandamme and Leunis 1993, Kenagy et al. 1999). Tässä työssä palvelu oli sairaalassa monisisältöinen, tilanne- ja aikasidonnainen, sosiaalinen käsite, jossa korostui ihmisten välinen vuorovaikutus. Palveluun liittyi tunnelatauksia, jotka koskivat palvelun sisältöä ja yksilöön liittyviä tapahtumia menneisyydessä, nykyisyydessä ja tulevaisuudessa. Potilaan subjektiivisena kokemuksena palvelu oli yksilöllinen ja toiminnallinen kahden osapuolen välinen prosessi, mutta siihen sisältyi myös ympäristö ja sen tapahtumat. Palveluna koettiin toiminta, joka auttoi, tuki ja mahdollisti potilaan tunnetta tilanteen hallinnasta. Palvelu ei ollut vain toisen henkilön tekemistä, vaan potilaat liittyivät siihen oman osallisuutensa, sen miten myös he vaikuttivat osallistumisellaan tai olemisellaan palveluun. Määritelmä sisältää palvelun aikaisemman yleismäärittelyn piirteet. Palvelu on siis sairaalan palveluja tuottavasta toiminnasta erottamaton, välttämätön edellytys, mutta sen

osuus kokonaisuudessa on tunnistettavissa. Tässä työssä on tutkittu lisäksi voiko siihen liittyvää kokemusta arvioida tai mitata.

Valvontakortin (O/R-kortti) käyttö tietojen analysoinnissa poliklinikoilla oli oleellinen osa palvelumittarin kehittämisprosessia. O/R-kortin käyttö on ollut yleistä prosessiteollisuudessa vaihtelun vähentämisen ja prosessin parantamisen välineenä (Gershon 1991). Valvontakortti on hyödyllinen, kun pyritään tunnistamaan ja eliminoimaan erityisyyt prosessin suorituksissa ilmenevälle vaihtelulle. Tässä tutkimuksessa ei pyritty poliklinikkakohtaisten prosessien tarkasteluun, mutta O/R-kortin käytön myötä yksittäisille poliklinikoille avautui tähän mahdollisuus. Kun henkilöstö on perehtynyt prosesseihin ja saa niitä koskevaa koulutusta, se luo perustan sitoutumiselle ja tavoitteiden toteuttamiselle (Pahkala ym. 2001). Palauteprosessien tunnistaminen tai niiden rakentaminen tai kuvaaminen ovat suuressa palveluorganisaatiossa kehittämistoimien ja oikein suunnattujen parantamishankkeiden edellytys. Henkilöstö tarvitsee oleellisen tiedon ongelmista, jotta se voi olla parantamistoiminnassa mukana. (VanderVeen and Ritz 1996). Tässä työssä palautejärjestelmän luominen tapahtui työn edistyessä ja sen hyvyttä ei ole vielä mitattu.

Palvelumittari osoittautui luotettavaksi välineeksi, joka mahdollistaa systemaattisen ja aktiivisen potilaspalautteen saamisen poliklinikan palvelusta. Kokemuksia terveydenhuollon laadusta on arvioitu SERVQUAL-menetelmällä (Babakus and Mangold 1992, Vandamme and Leunis 1993, Vartiainen 1997), mutta testatuista palvelun arviointiin kehitetyistä mittareista ei Suomessa ole julkaisuja.

Palvelua arvioitiin tässä tutkimuksessa asiointiprosessin yhteydessä ja kytkettiin konkreettiseen palvelutapahtumaan, mitä on aikaisemmin pidetty hyvänä (Vandamme and Leunis 1993). On esitetty että yhden asioinnin sijasta on tärkeää tarkastella koko asiakkuusprosessia (Storbacka ja Lehtinen 1997). Toinen tapa olisi ollut kysyä kokemuksia koko ajanjaksosta, joka kului nykyisen asian tai ongelman hoitamiseen.

Palvelumittarilla saatuja tuloksia on tässä työssä analysoitu suuren organisaation näkökulmasta ja sillä on pystytty löytämään potilaspalvelun pitkän ajan trendit. Tietojen kerääminen palvelusta pitkällä aikavälillä tukee

muodostunutta kokonaisuutta. Seitsemän vuoden aikana (1991 - 1992, 1995 - 1999) saatiin haastattelujen ja kyselyjen avulla 10489 henkilön palveluarvioinnit. Potilaiden antamat arvosanat palvelusta olivat pääosin hyviä ja tulokset paranivat vuosi vuodelta. Samanlaisia korkeita (70 - 80 %) tyytyväisyyttä kuvaavia tunnuslukuja on saatu muissakin terveydenhuollon toimintaa arvioivissa tutkimuksissa (Fitzpatrick 1991a). Syiksi korkeisiin prosenttilukuihin on esitetty potilaiden riippuvuutta terveydenhuollon henkilöstöstä (Carr-Hill 1992, Owens and Batchelor 1996, Fottler et al. 1997) ja sairaalakäyntiin ladattujen pelkojen hälvenemistä (Avis et al. 1997, Fung and Cohen 1998).

Palvelumittarilla tunnistettuja parantamisalueita poliklinikoilla olivat huonot kokemukset odotusajoista ja tiedon saamisesta. Etukäteistieto käynnin kestosta, jonka keskiarvo v. 1997 oli 6.89 (operatiiviset poliklinikat) ja 7.25 (konservatiiviset poliklinikat) parani v. 1999 ollen 8.44 (operatiiviset poliklinikat) ja 8.52 (konservatiiviset poliklinikat). Ajan pitävyys parani konservatiivisilla poliklinikoilla samana ajankohtana 8.32 - 8.68. Vastaavia tuloksia kirjallisuudessa ei ole esitetty, mutta odotusajan merkittävyys palvelussa on paljon tutkittu alue. Lääkärin vastaanottotilanteessa käyttämä aika on osoittautunut tärkeäksi tyytyväisyyden selittäjäksi. Potilaat, jotka arvioivat vastaanoton keston riittäväksi, arvioivat myös lääkärin toiminnan hyväksi ja saamansa ohjeet riittäviksi (Kekki 1997). Pitkä odotusaika on tunnistettu keskeiseksi tyytymättömyyden aiheuttajaksi lukuisissa tutkimuksissa, usein yhdistyneenä puutteelliseen selitykseen odotusajan syystä (Hart 1995). Odottamisesta joudutaan maksamaan niin sanottu psykologinen hinta, asiakkaan käyttäytymiseen tulevaisuudessa vaikuttava tyytymättömyys (Carmon et al. 1995, Taylor 1995). 35 % ilmoitti kirjallisen materiaalin tärkeimmäksi sosiaaliseksi tuekseen, joka voisi tehdä odottamisen vähemmän vaikeaksi (Jonsdottir and Baldursdottir 1998). Tutkimus ruotsalaisella ensiapupoliklinikalla osoitti, että potilaiden odotusaikaan liittyvää suuttumusta lisäsi vuorovaikutustapa tai huono kommunikointi potilaiden ja henkilökunnan välillä, epämiellyttävä fyysinen ympäristö, potilaiden eristetty asema "ylhäisessä yksinäisyydessään", se, että potilaiden ja henkilökunnan odotukset erosivat prioriteeteista ja että jonotusjärjestys oli potilaille epäselvä. Potilaat reagoivat



erittäin kielteisesti havaitessaan, että heitä ei kunnioitettu tai että heidän arvokkuuttaan loukattiin (Akerstrom 1997). Myös ympäristötekijöiden kuten valaistuksen, musiikin, odotustilojen värien ja henkilöstön näkyvillä olon on havaittu vaikuttavan asiakkaiden kokemuksiin odotusajoista (Baker and Cameron 1996). Odotusajan ja laadun parantumisen yhteys on problemaattinen (ks. Hart 1995), mutta siihen liittyviä seikkoja voi pitää tilanteen hallintaan palautuvina osatekijöinä (Maister 1986, Rondeau 1998). Jo selkeä ilmoitus odotusajan enimmäispituudesta on hyväksyttävämpää kuin odottaminen ilman tietoa odottamisen kestosta (Lorentzon et al. 1996).

Tiedon saantia koskevat asiat olivat suurin parantamishaaste poliklinikoilla. Potilaiden antamat arvosanat tiedon antamisesta paranivat kaikki hieman vuodesta 1997 vuoteen 1999 verrattuna. Tiedon saamisesta on tullut yhä tärkeämpi selviytymisen väline. Potilaiden tiedon tarvetta ja saamista on tutkittu runsaastikin. Potilaat ovat tiedonhaluisia ja haluavat käyttää tiedonsaantioikeuttaan (Jarrett and Payne 1995). Tietojen saaminen koetaan tärkeänä jo ennen hoidon alkamista (Laitinen ja Åstedt-Kurki 1996). Tietoa halutaan erityisesti sairaudesta, hoidoista ja hoitovaihtoehtoista, tutkimustuloksista, diagnoosista ja ennusteesta (Galloway et al. 1997, Kutner et al. 1999, Mills and Sullivan 1999, Rees and Bath 2000). Tieto vapauttaa potilaan sairauteen liittyvästä epävarmuudesta ja vähentää hänen ahdistustaan (Heikkilä 1998), auttaa häntä hallitsemaan käyttäytymistään (Dennis 1990) ja osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa (Hinds et al. 1995), sopeutumaan sairauden aiheuttamaan elämäntilanteeseen ja selviytymään sairauden kanssa (Suominen 1994, Hinds et al. 1995). Omatoimisuuden merkitys tiedonhankinnassa ilmenee siten, että aktiiviset henkilöt saavat riittävästi tietoja, kun taas passiiviset henkilöt kokevat jäävänsä vaille riittäviä tietoja (Häggman-Laitila 1994). Potilaat saavat sairauttaan, sen ennustetta ja hoitoa koskevia tietoja ennen kaikkea lääkäriltä, mutta myös hoitajilta. Potilas-lääkärisuhteen ongelmat voivat olla potilaan riittämättömän tiedonsaannin taustalla (Schwenk and Romano 1992). Tieto sairaudesta ja sen hoitamisesta muodostivat tärkeimmät tiedon alueet, joita ei oltu kohdattu. Potilaiden näkemykset hoidon laadusta ovat yhteydessä kykyyn siirtää avaininformaatio potilaille (Larson et al. 1996). Informaatiotarpeet

eivät ole staattisia, vaan muuttuvat ajan myötä diagnoosin ja hoitoon liittyvien tapahtumien perusteella (Luker et al. 1996, Rees and Bath 2000). Nuoret potilaat haluavat enemmän informaatiota kuin vanhemmat potilaat. Tämän on arveltu johtuvan siitä, että nuorempien potilaiden odotukset ovat suuremmat ja että he ovat aktiivisempia osallistumaan päätöksentekoon hoidostaan kuin vanhemmat ihmiset, jotka usein ottavat passiivisen roolin (Galloway et al. 1997). Tarpeiden yksityiskohtainen tunnistaminen on perustana myös sille miten, milloin ja kuinka paljon potilasasiakkaiden tiedontarpeeseen vastataan.

Luokittelu "huono" tässä tutkimuksessa perustuu siihen, että arvosanat 4 - 8 olivat poliklinikkakäynnin onnistumisessa huonoa palvelua selittävänä tekijänä. Tällä tarkastelutavalla haluttiin varmistaa, että palvelumittari on nimenomaan palvelun parantamisen väline eikä pelkästään potilaitten huomattavaan tyytyväisyyteen viittaavien tulosten tuottaja. Tällä luokittelulla voidaan myös paljastaa kehittämistarpeet, jotka jäävät huomaamatta pelkästään keskiarvoja tarkastellessa (Sloan 1994).

Potilaiden vuosi vuodelta parantuneet arvosanat voivat heijastaa sairaalassa 1990-luvulla tehdyn laatutyön tuloksia. Voidaan myös olettaa, että yksittäiset parantamistoimenpiteet ja palautejärjestelmä osaltaan selittävät havaittavia parantuneita tuloksia. Potilaskutsukirje on uusittu vastaamaan entistä paremmin potilaskyselyissä havaittuja tarpeita. Uudistuksen jälkeen palvelumittarin tulokset ovat vastaavissa osioissa parantuneet selvästi. Toisaalta suurikin parantaminen yhdellä palvelun alueella, uusittu kutsukirje ei heijastunut potilaiden kokonaisarviointeihin. Poliklinikat saivat näin arvokasta kokemusta, ja on mahdollista, että jo pelkästään osallistuminen tutkimukseen ja palaute vaikutti tulosten paranemiseen vuosina 1997 - 1999. Vuosituhannen vaihteessa sairaalassa oli ollut yli 160 laatuprojektia eri erikoisaloilla, ja niihin on osallistunut noin 900 työntekijää. Kokonaisvaltaiseen laadunhallintaan ja jatkuvaan laadun parantamiseen on sisältynyt useita johdon, esimiesten ja koko organisaation tasolla toteutettuja laatukoulutuksia. Kehittämiprojekteja on tuettu ohjauksella, ja parhaat projektit on palkittu vuosittain. Kaikki klinikat ovat suorittaneet Suomen laatupalkintokriteeristön mukaisen itsearviointin. Kuntayhtymän toiminta- ja

taloussuunnitelma on rakennettu Balanced Score Card -mallin mukaisesti. Asiakasnäkökulman numeerisessa tarkastelussa arvioidaan poliklinikan laatumittarilla saatua kokonaisarvosanaa käynnistä, josta luotiin palveluindeksi. Vuosittain sairaanhoitopiirissä ollaan kiinnostuneita mittarin ilmaiseman indeksin ajallisista muutoksista. Vuodelle 1999 tavoitteeksi asetettiin, että potilaiden kokonaisarvosana poliklinikoiden palvelusta ei ole alle 9.0. Tämä toteutui sekä operatiivisten (9.0) että konservatiivisten (9.2) tulosalueiden poliklinikoilla.

Mittarin avulla saadaan tietoa huonoina koetuista, mutta merkityksellisistä palvelun tekijöistä suuressa organisaatiossa. Tieto antaa organisaation johdolle kuvan poliklinikoiden palvelusta ja mahdollistaa palvelun jatkuvan parantamisen poliklinikoilla. Se toimii yhdessä palautejärjestelmän kanssa apuna kehitettäessä henkilöstön laatutietoutta.

### **6.3 Tulosten merkitys käytäntöön ja kehittämisehdotukset**

Valvontakortti (O/R-kortti) auttaa hahmottamaan työn prosessina. Tämän yhteen sovittaminen positiivisella tavalla hoitamisen yksilöllisyyttä edellyttävään lähtökohtaan on johdolle tärkeä haaste. Palvelumittarin käytöllä osoitetaan myös asiakkaalle, että palvelun tuottaja arvostaa hänen mielipidettään ja kokemuksiaan.

Palvelumittarin kehittäminen on esimerkki haasteesta, jota luotettavan mittariksi kutsuttavan välineen kehittäminen merkitsee. Toisiaan muistuttavia kyselylomakkeita on julkaistu erilaisiin tarpeisiin, mutta kansainvälisesti hyväksytyjen kriteereiden mukaisia mittareita on terveydenhuollossa käytössä vielä vähän (Sitzia 1999). Tässä työssä luotu mittari soveltuu joko intentionaalisten interventioiden tai suunnittelemattomien muutosten dokumentoimiseen palvelussa joko systemisesti suuren organisaation tai yksittäisen poliklinikan tasolla.

Tässä työssä huomio on kohdistettu potilaiden konkreettisiin kokemuksiin palvelun osatekijöistä.

Tulokset olivat sekä ylimmän johdon että keskijohdon käytössä, jotka vaikuttivat ohjauksellaan palvelun paranemiseen. Tutkimuksesta saadun tiedon perusteella palvelua on parannettu, ja tulokset sen paranemisesta ovat näkyvillä.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavia kehittämissuhteita.

- Poliklinikan palveluprosessin määrittäminen

Hyvä käytäntö olisi, jos poliklinikoiden palvelutuotannon prosessit kuvattaisiin, asiakasvaatimukset ja prosessin läpimenoajat selvitettäisiin ja prosessin omistajasta sovittaisiin. Palveluun liittyviä prosesseja lienee mahdollista yksinkertaistaa ja yhteistyötä eri yksiköiden välillä kehittää. Palvelumittarin rinnalla olisi edullista käyttää muita Balanced Score Card (BSC) -mallin mukaisia mittareita.

- Palvelun kehittäminen poliklinikalla

Palvelun tuottajan tehtävä on ottaa huomioon palvelujen käyttäjien tarpeet ja mielipiteet palvelun parantamiseksi. Jos lähtökohdaksi otetaan potilaan antamat huonot arvioinnit, kehitettäväksi alueiksi tulevat erityisesti tiedon saantiin liittyvät asiat ja vastaanotolle pääsy ilmoitettuna ajankohtana. Poliklinikkakäynnin onnistumiskokemusta voidaan tämän tutkimusten tulosten perusteella lisätä kiinnittämällä huomiota lisäksi potilaan kohteluun ja potilaan kokemaan käynnin hyödyllisyyteen. Palvelumittarilla saadut poliklinikkakohtaiset tulokset voivat olla lähtökohtina parantamisalueita ja toimintaa analysoitaessa.

- Palauteprosessin parantaminen

Palvelumittarilla saatujen tulosten ja niiden pohjalta tehtävien parantamistoimien hyödyntäminen yksittäistä poliklinikkaa laajemmin edellyttäisi systemaattista mahdollisuutta tulosten vertailuun poliklinikoiden kesken. Saattaisi olla hyödyllistä kehittää palautejärjestelmä potilaille osoittamaan, että erityisesti negatiiviset kommentit ovat tervetulleita ja esitellä parannuksia, joita sairaalassa on tehty niiden perusteella. Palautteen esittämisen valmius voisi näin parantua ja parantamiskohteet täsmentyä.

- Potilaille annettava tieto yleistajuisemmaksi

Laadullisten ja määrällisten tulosten perusteella pitäisi kiinnittää huomiota yleistajuisen tiedon lisäämiseen. Ihmiset luottavat yhä informaatiota koskevissa neuvoissa ystäviin ja sukulaisiin luultavasti siksi, että informaatio, jota he näin saavat on yksinkertaista ja tarkoituksenmukaista ja informaation lähde voi olla harkittu yksilöllisesti (Luker et al. 1996). Potilastovereiden ja potilaiden oman osuuden hyödyntämistä asiallisen tiedon kanavana voisi lisätä.

- Potilasnäkökulman korostaminen

Potilasvälitteisen tiedon nostaminen uudelle tasolle edellyttää potilaiden tiedollisten ja taidollisten valmiuksien kehittämistä. Tämän tutkimuksen tulos tukee potilaiden aktiivista roolia palvelussa. Tutkimuksen tulos puoltaa näkemystä, jonka mukaan parantamistoiminnassa olisi järkevämpää karsia tyytymättömyyden syitä kuin lisätä potilaiden tyytyväisyyttä.

## 6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavia jatkotutkimusaiheita.

- Palvelukäsitteen tarkentaminen

Jatkotutkimuksen voisi tehdä kartoittamalla henkilökunnan ja johdon käsityksiä palvelukäsitteen sisällöstä. Sen jälkeen voisi verrata potilaiden ja henkilökunnan näkemyksiä ja yhdistää sekä potilaiden että ammattihenkilöiden näkökulmat palvelun sisällöstä. Palaute henkilöstölle oman näkemyksen ja potilasnäkökulman samankaltaisuuksista ja mahdollisista eroista voisi vaikuttaa asennoitumiseen omaan työhön sekä nostaa esille keskustelun aiheita ja koulutustarpeita. Tutkimuksissa on todettu, että potilaat pitivät esimerkiksi ensiapupoliklinikalla hoitajia tärkeämpänä vastaanoton lämpöä, ilmoittautumisen helppoutta ja paikkansapitävyyttä, nopeaa vastausta tarpeisiin ja helposti lähestyttäviä hoitajia (Hostutler et al. 1999). Hoitajiin verrattuna potilaat pitivät tärkeimpinä elementteinä hoidossa muun muassa fyysistä ympäristöä, käyttäytymistä ja hoitajien ammatillisuutta (Lynn and McMillen 1999). Potilaiden näkemykset kokonaishoidosta pohjautuvat usein yhteen tai kahteen asiaan heidän sairaalassaolonsa aikana (VanderVeen and Ritz 1996)

- Palvelun mittaaminen isossa ja pienessä sairaalassa

Suurissa organisaatioissa asioiminen voidaan kokea pelottavana, pienissä sairaaloissa arvostetaan kodinomaisuutta. Eri erikoisaloilla palvelukulttuuri poikennee toisistaan. Täsmällisempi kartoitus palvelun sisällön perusteella voisi osaltaan ohjata terveydenhuollon palveluiden ja palveluympäristöjen tulevaisuuden suunnittelua.

- Asiakkuusprosessin mittaaminen

Kirjallisuudessa on esitetty, että palvelun kokemista tulisi tarkastella koko asiakkuusprosessin osalta (Storbacka ja Lehtinen 1997). Ihmiset, joilla on krooninen sairaus kuvaavat kokemuksiaan koko hoitopisodista, eivät pelkää yksittäisestä käynnistä. Potilasasiakasryhmien erottaminen kyselyissä (pitkäaikaissairaat versus akuutisti sairastuneet) voisi tuottaa uutta tietoa potilasasiakkaiden palveluun ja koko hoitoprosessin mittaamiseen.

- Tutkimustulosten hyödyntämisen kartoittaminen

Poliklinikoilla ja terveydenhuollossa yleensä on tehty 1990-luvulla tuhansia asiakastutkimuksia. Tulevaisuuden suunnittelun kannalta olisi tarkoituksenmukaista selvittää millaisissa olosuhteissa kerätyillä ja millaisilla menetelmillä saaduilla asiakaspalautteilla on kyetty parantamaan prosesseja konkreettisesti.

# KIRJALLISUUS

Ailasmaa R ja Ohtonen J (1997): Sosiaali- ja terveystalvelujen henkilöstö. Kirjassa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus, STAKES, raportteja 214, ss. 188-197. Toim. H Uusitalo ja M Staff, Helsinki.

Akerstrom M (1997): Waiting - a source of hostile interaction in an emergency clinic. *Qualitative Health Research* 7:504-519.

Albright JM, Panzer RJ, Black ER, Mays RA and Lush-Ehmann CM (1993): Reporting tools for clinical quality improvement. *Clinical Performance and Quality Health Care* 1:227-232.

Andrzejewski N and Laguna RT (1997): Use of a customer satisfaction survey by health care regulators: a tool for total quality management. *Public Health Reports* 112:206-211.

Annandale E and Hunt K (1998): Accounts of disagreements with doctors. *Social Science and Medicine* 46:119-129.

Appleton JV (1995): Analysing qualitative interview data: addressing issues of validity and reliability. *Journal of Advanced Nursing* 22:993-997.

Arnetz JE and Arnetz BB (1996): The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 8:555-566.

Avis M, Bond M and Arthur A (1995): Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 22:316-322.

Avis M, Bond M and Arthur A (1997): Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science and Medicine* 44:85-92.

Babakus E and Mangold WG (1992): Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research* 26:767-786.

Baker J and Cameron M (1996): The effects of the service environment on affect and consumer perception of waiting time: an integrative review and research propositions. *Journal of the Academy of Marketing Science* 24:338-349.

Beckerman A, Grossman D and Marquez L (1995): Cardiac catheterization: the patients' perspective. *Heart & Lung: Journal of Critical Care* 24:213-219.

Begley CM (1996): Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 24:122-128.

Berry LL, Zeithaml VA and Parasuraman A (1990): Five imperatives for improving service quality. *Sloan Management Review (Summer)*:29-38.



- Berwick DM (1989): Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine* 320:53-56.
- Bitner MJ (1990): Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing* 54:69-82.
- Bitran G and Lojo M (1993): A framework for analyzing the quality of the customer interface. *European Management Journal* 11:385-396.
- Bond S and Thomas LH (1992): Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 17:52-63.
- Bondas-Salonen T (1998): New mothers' experiences of postpartum care - a phenomenological follow-up study. *Journal of Clinical Nursing* 7:165-174.
- Buttle F (1996): SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing* 30:8-32.
- Carey RG and Seibert JH (1993): A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Medical Care* 31:834-845.
- Carmon Z, Shanthikumar JG and Carmon TF (1995): A psychological perspective on service segmentation models: the significance of accounting for consumers' perceptions of waiting and service. *Management Science* 41:1806-1815.
- Carr-Hill RA (1992): The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14:236-249.
- Chassin MR, Galvin RW and the National Roundtable on Health Care Quality (1998): The urgent need to improve health care quality. *JAMA* 280:1000-1008.
- Cleary PD, Edgman-Levitan S, McMullen W and Delbanco TL (1992): The relationship between reported problems and patient summary evaluations of hospital care. *Quality Review Bulletin* 18:53-59.
- Cleary PD, Edgman-Levitan S, Walker JD, Gerteis M and Delbanco TL (1993): Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals. *Quality Management in Health Care* 2:31-38.
- Cleary PD and Edgman-Levitan S (1997): Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA* 278:1608-1612.
- Colaizzi P (1978): Psychological research as the phenomenologist views it. In: *Existential-phenomenological alternatives for psychology*, pp. 48-71. Eds. R Valle and M King, Oxford University Press, New York.
- Collinson J and Cowley S (1998): An exploratory study of demand for the health visiting service within a marketing framework. *Journal of Advanced Nursing* 28:499-507.

- Coyle J (1999): Exploring the meaning of 'dissatisfaction' with health care: the importance of 'personal identity threat'. *Sociology of Health and Illness* 21:95-124.
- Coyle J and Williams B (2000): An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *Journal of Advanced Nursing* 31:1235-1243.
- Cronin JJ and Taylor SA (1992): Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing* 56:55-68.
- Cybernetics (2000): Encyclopaedia Britannica. Britannicacom (<http://www.britannica.com/bcom/eb/article/1/0,5716,28821+1/+28365,00.html?query=c> 30.12.2000).
- Czepiel JA (1990): Service encounters and service relationships: implications for research. *Journal of Business Research* 20:13-21.
- Deming WE (1993): *The new economics for industry, government, education*. Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.
- Dennis KE (1990): Patients' control and the information imperative: clarification and confirmation. *Nursing Research* 39:162-166.
- Dey ML, Sluyter GV, Keating JE (1994): Statistical process control and direct care staff performance. *Journal of Mental Health Administration* 21:201-209.
- Domestic service (2001): Encyclopaedia Britannica. Britannica.com (<http://www.britannica.com/bcom/eb/article/5/0,5716,31365+1/+30861,00.html?query=dom> 20.1.2001).
- Ellis J (2000): Sharing the evidence: clinical practice benchmarking to improve continuously the quality of care. *Journal of Advanced Nursing* 32:215-225.
- Ellor JW, Netting FE and Thibault JM (1999): *Understanding religious and spiritual aspects of human service practice*. University of South Carolina Press, South Carolina.
- Ernst DF (1994): Total quality management in the hospital setting. *Journal of Nursing Care Quality* 8:1-8.
- Ferketich S (1990): Focus on psychometrics. Internal consistency estimates of reliability. *Research in Nursing & Health* 13:437-440.
- Fitzpatrick R (1991a): Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. *BMJ* 302:887-889.
- Fitzpatrick R (1991b): Surveys of patient satisfaction: II - Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* 302:1129-1132.
- Forrest D (1989): The experience of caring. *Journal of Advanced Nursing* 14:815-823.

- Fottler MD, Ford RC and Bach SA (1997): Measuring patient satisfaction in healthcare organizations: qualitative and quantitative approaches. *Best Practices and Benchmarking in Healthcare* 2:227-239.
- French B (1997): British studies which measure patient outcome, 1990-1994. *Journal of Advanced Nursing* 26:320-328.
- Fung D and Cohen MM (1998): Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anaesthesia and Analgesia* 87:1089-1098.
- Galloway S, Graydon J, Harrison D, Evans-Boyden B, Palmer-Wickham S, Burlein-Hall S, Rich-van der Bij L, West P and Blair A (1997): Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: development and initial testing of a tool. *Journal of Advanced Nursing* 25:1175-1183.
- Garside P (1998): Organisational context for quality: lessons from the fields of organisational development and change management. *Quality in Health Care* 7:S8-S15.
- Gershon M (1991): Statistical process control for the pharmaceutical industry. *Journal of Parenteral Science and Technology* 45:41-50.
- Grönroos C (1991): *Nyt kilpaillaan palveluilla*. Gummerus, 2. painos. Jyväskylä.
- Grönroos C (1995): Relationship marketing: the strategy continuum. *Journal of the Academy of Marketing Science* 23:252-254.
- Grönroos C (1996): Relationsperspektivet i tjänstemarknadsföring och service management: ett nygammalt paradim. *Ekonomiska Samfundets Tidskrift* 49:55-61.
- Gylling H ja Laitinen LA (1998): Sisätautien poliklinikan uudelleenjärjestelyt Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa. *Suomen Lääkärilehti* 53:3129-3131.
- Haarala R (päätoim.) (1992): *Suomen kielen perussanakirja*. 1-3. osa. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus, Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Haas M (1999): The relationship between expectations and satisfaction: a qualitative study of patients' experiences of surgery for gynaecological cancer. *Health Expectations* 2:51-60.
- Haase JE (1987): Components of courage in chronically ill adolescents: a phenomenological study. *Advances in Nursing Science* 9:64-80.
- Hall EOC (1996): Husserlian phenomenology and nursing in a unitary-transformative paradigm. *Vård i Norden* 16:4-8.
- Hall JA and Dornan MC (1988): What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine* 27:935-939.

- Hall GS (2000): Encyclopaedia Britannica. Britannica.com.(<http://www.britannica.com/bcom/eb/article/9/0.5716,39709+1+38911,00.html?query=qu> 31.12.2000)
- Hallett C (1995): Understanding the phenomenological approach to research. *Nurse Researcher* 3:55-65.
- Hallums A (1994): Internal marketing within a health care organization: developing an implementation plan. *Journal of Nursing Management* 2:135-142.
- Hart M (1995): Improving out-patient clinic waiting times: methodological and substantive issues. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 8:14-22.
- Hart M (1996): Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *Journal of Advanced Nursing* 24:1234-1240.
- Harvey G (1996): Quality in health care: traditions, influences and future directions. *International Journal for Quality in Health Care* 8:341-350.
- Heikkilä J (1998): Patient fears and the assessment of fears related to coronary arteriography. *Acta Universitatis Tamperensis* 618, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Helenius H (1992): Tilastollisten menetelmien perustiedot. 3. painos, Statcon, Tampere.
- Hennekens CH and Buring JE (1987): *Epidemiology in medicine*. Little, Brown and Company Boston, Toronto.
- Hiironniemi S (1992): Tuloksellisuuden arviointi. Käsikirja kunnallisille työpaikoille. Suomen Kaupunkiliitto, Gummerus, Jyväskylä.
- Hill J (1997): Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *Journal of Advanced Nursing* 25:347-354.
- Hinds PS, Scandrett-Hibden S and McAuley LS (1990): Further assessment of a method to estimate reliability and validity of qualitative research findings. *Journal of Advanced Nursing* 15:430-435.
- Hinds C, Streater A and Mood D (1995): Functions and preferred methods of receiving information related to radiotherapy: perceptions of patients with cancer. *Cancer Nursing* 18:374-383.
- Hissa PI (1994): *Diakonian tiennäyttäjiä. Kirkon diakonia- ja yhteiskuntatyön keskus ja Diakonia ry*, Helsinki.
- Hollander SC (1986): A historical perspective on the service encounter. In: *The service encounter. Managing employee/customer interaction in service business*, pp. 49-63. Eds. JA Czepiel, MR Solomon and CF Suprenant, Lexington Books DC Heath and Company/Lexington, Massachusetts/Toronto.

Holli K, Laippala P, Ojala A and Pitkänen M (1999): Quality control in health care: an experiment in radiotherapy planning for breast cancer patients after mastectomy. *International Journal of Radiat Oncology, Biology, Physics* 44:827-833.

Hostutler JJ, Taft SH and Snyder C (1999): Patient needs in the emergency department. *Journal of Nursing Administration* 29:43-50.

Hui MK and Bateson JEG (1991): Perceived control and the effects of crowding and consumer choice on the service experience. *Journal of Consumer Research* 18:174-184.

Hyrkäs K and Paunonen M (2000): Patient satisfaction and research-related problems (part 2). Is triangulation the answer? *Journal of Nursing Management* 8:237-245.

Hyrkäs K, Paunonen M and Laippala P (2000): Patient satisfaction and research-related problems (part 1). Problems while using a questionnaire and the possibility to solve them by using different methods of analysis. *Journal of Nursing Management* 8:227-236.

Häggman-Laitila A (1990): Hyvän hoidon arviointiperusteet. *Hoitotiede* 2:248-254.

Häggman-Laitila A (1994): Terveysthuollossa asiointien mielikuvia ja kokemuksia potilaana olemisesta. *Hoitotiede* 6:83-92.

Häkkinen K (toim.) (1990): Nykysuomen sanakirja. Etymologinen sanakirja. WSOY, Helsinki.

Idvall E, Rooke L and Hamrin E (1997): Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 25:6-17.

Imle MA and Atwood JR (1988): Retaining qualitative validity while gaining quantitative reliability and validity: development of the transition to parenthood concerns scale. *Advances in Nursing Science* 11:61-75.

Jarrett N and Payne S (1995): A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of Advanced Nursing* 22:72-78.

Jenny RW (1994): Process capability and stability of analytical systems assessed from proficiency testing data. *Clinical Chemistry* 40:723-728.

Jonsdottir H and Baldursdottir L (1998): The experience of people awaiting coronary artery bypass graft surgery: the Icelandic experience. *Journal of Advanced Nursing* 27:68-74.

Juran JM (1988): *Juran on planning for quality*. The Free Press, New York.

Juran JM (1995): Laadun tuleva vuosisata. *Yritystalous* 3:11-21.

Jäppinen H (toim.) (1989): *Synonyymisanakirja*. WSOY, Helsinki.

Kananoja A (1997): Julkisten palvelujen ydintehtävät asiakaspalautteen viitekehystenä. Kirjassa Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta? ss. 109-123. Toim. T Salmela, Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.

Kansanaho E ja Hissa PI (1979): Palveleva kirkko. Diakonia oppikirja, 3. uudistettu painos, Sisälähetysseuran kirjapaino, Raamattutalo, Pieksämäki.

Karhuketo TS, Laippala PJ, Puhakka HJ and Sipilä MM (1997): Endoscopy and otomicroscopy in the estimation of middle ear structures. *Acta Oto-Laryngologica* (Stockh) 117:585-589.

Kekki P, Sihvonen M ja Käyhkö K (1993): Laadunvarmistuksen historiaa. *Suomen Lääkärilehti* 48:946-947.

Kekki P (1997): Vastaanottokäynnin kesto ja potilastyytyväisyys. *Suomen Lääkärilehti* 52:1711-1715.

Kenagy JW, Berwick DM and Shore MF (1999): Service quality in health care. *JAMA* 281:661-665.

Kerfoor K and LeClair C (1991): Building a patient-focused unit: the nurse managers' challenge. *Nursing Economics* 9:441-443.

Kiikkala I (1999): Asiakaskeskeisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? *Sairaanhoitaja* 72:6-10.

Kinnunen J (1988): Terveysthuollon organisaatioiden kulttuuri ja johtaminen. *Hallinnon tutkimus* 7:170-182.

Kirk R (1992): The big picture. Total quality management and continuous quality improvement. *The Journal of Nursing Administration* 22:24-31.

Knaack P (1984): Phenomenological research. *Western Journal of Nursing Research* 6:107-114.

Koch T (1995): Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. *Journal of Advanced Nursing* 21:827-836.

Koch T (1996): Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: philosophy, rigour and representation. *Journal of Advanced Nursing* 24:174-184.

Koch T and Harrington A (1998): Reconceptualizing rigour: the case for reflexivity. *Journal of Advanced Nursing* 28:882-890.

Kortelahti H (1993): Critical review of consumer satisfaction research. *Proceedings of the university of Vaasa. Discussion papers* 156. Vaasa.

Kume H (1991): Laadun parantamisen tilastolliset menetelmät. Metalliteollisuuden Keskusliitto. Suomen Laatuyhdistys r.y. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Kutner JS, Steiner JF, Corbett KK, Jahnigen DW and Barton PL (1999): Information needs in terminal illness. *Social Science and Medicine* 48:1341-1352.

Kuupakko L (toim.) (1989): Henkilökuntakyselyn tuloksia. Kuriiri, Tayksin henkilöstötiedote 8:1-5.

Kyngäs H (1995): Diabeetikonuorten hoitoon sitoutuminen: teoreettisen mallin rakentaminen ja testaaminen. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 352. Oulun yliopisto.

Kyngäs H (1999): Mittarin kehittäminen diabeetikonuorten hoitoon sitoutumisen arvioimiseksi. *Hoitotiede* 11:151-162.

Kärkkäinen O (1994): Potilaiden kokemuksia hoidosta gynekologisella poliklinikalla. *Hoitotiede* 6:116-121.

Laffel G and Blumenthal D (1989): The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA* 262:2869-2873.

Laippala P, Paavilainen E ja Koponen H (1997): Kuvailevaa tilastotiedettä - summamuuttujien rakentamisen tarkastelua. Kirjassa *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, ss. 76-90. M Paunonen ja K Vehviläinen-Julkunen, WSOY, Helsinki.

Laitinen H ja Åstedt-Kurki P (1996): Tehohoitovaihetta edeltävä tiedonsaanti sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemana. *Hoitotiede* 8:167-174.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992): Suomen säädöskokoelma. N:o 785. Helsinki.

Larrabee JH (1995): The changing role of the consumer in health care. *Journal of Nursing Care Quality* 9:8-15.

Larrabee JH (1996): Emerging model of Quality. *Image - the Journal of Nursing Scholarship* 28:353-358

Larson CO, Nelson EC, Gustafson D and Batalden PB (1996): The relationship between meeting patients' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. *International Journal for Quality in Health Care* 8:447-456.

Lehti K, Paunonen M, Harisalo R, Laakso H, Uusitalo A ja Nieminen H (1995): Henkilöstön suhtautuminen sairaalan markkinaperusteiseen kehittämiseen. *Suomen Lääkärilehti* 50:2951-2956.

Lehto J ja Blomster P (2000): Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveystalouden järjestelmässä. Kirjassa *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000*, STAKES, raportteja 250, ss. 161-184. Toim. H Uusitalo, A Parpo ja A Hakkarainen, Gummerus, Jyväskylä.

Leino-Kilpi H (1990): Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163, Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Leino-Kilpi H ja Vuorenheimo J (1992): Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 68, Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Leino-Kilpi H, Walta L, Helenius H, Vuorenheimo J ja Välimäki M (1994): Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittari kehittely ja mittarilla saadut tulokset. STAKES. Raportteja 151, Gummerus, Jyväskylä.

Leppänen T, Töyry E ja Vehviläinen-Julkunen K (1997): Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon keskeisestä sisällöstä. *Hoitotiede* 9:178-185.

Levine AS, Plume SK and Nelson EC (1997): Transforming patient feedback into strategic action plans. *Quality Management in Health Care* 5:28-40.

Lewis JR (1994): Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Science and Medicine* 39:655-670.

Lillrank P (1990): Laatumaa. Johdatus Japanin talouselämään laatujohtamisen näkökulmasta. Gummerus, Jyväskylä.

Lillrank P (1999): Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava, Helsinki.

Lin C-C (1996): Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: dilemmas for nursing evaluation researchers. *Journal of Professional Nursing* 12:207-216.

Logistics (2001): Encyclopaedia Britannica. Britannica.com. (<http://www.britannica.com/bcom/eb/article/8/0.5716,118858+5+110195,00.html?gyery=...4.2.2001>)

Lorentzon M, Salisbury C, Bruster S and Weston D (1996): Listening to patients in the national health service: a selective review of literature on patients' views about outpatient services in British hospitals. *Journal of Nursing Management* 4:163-169.

Luker KA, Beaver K, Leinster SJ and Owens RG (1996): Information needs and sources of information for women with breast cancer: a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing* 23:487-495.

Lumijärvi I (1994): Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 186. *Hallintotiede* 17. Vaasa.

Lupton D (1997): Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science and Medicine* 45:373-381.

Lynn MR (1986): Determination and quantification of content validity. *Nursing Research* 35:382-385.

Lynn MR and McMillen BJ (1999): Do nurses know what patients think is important in nursing care? *Journal of Nursing Care Quality* 13:65-74.



- Macduff CN (1998): Stroke patients' perceptions of hospital nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 7:442-450.
- Mahon PY (1996): An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 24:1241-1248.
- Maister DA (1986): The psychology of waiting lines. In: *The service encounter, managing employee/customer interaction in service business*, pp. 113-123. Eds. JA Czepiel, MR Solomon and CF Suprenant, Lexington Books, Lexington MA.
- Matthews DE and Farewell VT (1996): *Using and understanding medical statistics*. 3rd rev. edn. Karger, Basel.
- Mayer TA (1992): Industrial models of continuous quality improvement. Implications for emergency medicine. *Quality in Emergency Medicine* 10:523-547.
- McKenzie L (1993): Process management: two control charts. *Health Care Supervisor* 12:70-81.
- Mehr JJ (1998): *Human services. Concepts and intervention strategies*. 7th edn. Allyn and Bacon, Boston.
- Meisenheimer C (1991): The consumer: silent or intimate player in the quality revolution. *Holistic Nursing Practice* 5:39-50.
- Meredith P and Wood C (1996): Aspects of patient satisfaction with communication in surgical care: confirming qualitative feedback through quantitative methods. *International Journal for Quality in Health Care* 8:253-264.
- Meri V (1991): *Sanojen synty. Suomen kielen etymologinen sanakirja*. Gummerus, Jyväskylä.
- Mills ME and Sullivan K (1999): The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 8:631-642.
- Moore ST (1992): Maximizing satisfaction and managing dissatisfaction in mental health and human services: a model for administrative practice. *Health Marketing Quarterly* 9:29-36.
- Moore ST and Kelly MJ (1996): Quality now: moving human services organizations toward a consumer orientation to service quality. *Social Work* 41:33-40.
- Moss F, Palmberg M, Plsek P and Schellekens W (2000): Quality improvement around the world: how much we can learn from each other. *Quality in Health Care* 9:63-66.
- Mäkelä T, Tunturi T, Laaksonen E, Mattila E, Nojonen K ja Meklin P (1996): Johto ja henkilöstö tulosjohdetussa työyhteisössä. *Suomen Lääkärilehti* 51:1076-1081.

- Mäkelin M ja Vepsäläinen APJ (1995): Kilpailu kyvykkyydellä. Teknologia-, tuotanto- ja markkinointistrategiat. HVM Research Oy, Hakapaino Oy, Helsinki.
- Nash MG, Blackwood D, Boone EB, Klar R, Lewis E, MacInnis K, McKay J, Okress J, Richer S and Tannas C (1994): Managing expectations between patient and nurse. *Journal of Nursing Administration* 24:49-55.
- Nikkilä J (1992): Hallintotyön ympäristö. Kohti tuloksellista ja palvelevaa hallintoa. Valtion hallinnon kehittämiskeskus. VAPK-kustannus, Helsinki.
- Nurmi T, Rekiaro I ja Rekiaro P (1992). Suomen kielen sanakirja. Gummerus, Jyväskylä.
- Nylander O ja Nenonen M (2000): Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Kirjassa Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000, STAKES, raportteja 250, ss. 185-193. Toim. H Uusitalo ja A Parpo ja A Hakkarainen, Gummerus, Jyväskylä.
- Oakland JS (1999): Statistical process control, 4th edn. Butterworth Heinemann, Oxford.
- Oiler Boyd C (1993): Toward a nursing practice research method. *Advances in Nursing Science* 16:9-25.
- Olve N-G, Roy J ja Wetter M (1999): Balanced scorecard, yrityksen strateginen ohjausmenetelmä. 2. painos, WSOY, Helsinki.
- Omery A (1983): Phenomenology: a method for nursing research. *Advances in Nursing Science* 5:49-63.
- Oulasvirta L (1992): Palvelun laadusta julkisella sektorilla. *Hallinnon tutkimus* 12:86-93.
- Owens DJ and Batchelor C (1996): Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine* 42:1483-1991.
- Pahkala K, Pahkala S, Puolijoki H ja Laippala P (2001): Tulosjohtamisen toteutumista ennustavat tekijät. Esimerkkiaineistona Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin lääkärit. *Suomen Lääkärilehti* 56:317-322.
- Paley J (1997): Husserl, phenomenology and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 26:187-193.
- Parasuraman A, Zeithaml VA and Berry LL (1985): A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 49:41-50.
- Parasuraman A, Zeithaml VA and Berry LL (1988): SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 64:12-40.
- Parasuraman A, Berry LL and Zeithaml VA (1991a): Understanding customer expectations of service. *Sloan Management Review (Spring)*:39-48.

- Parasuraman A, Berry LL and Zeithaml VA (1991b): Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing* 67:420-450.
- Parasuraman A, Berry LL and Zeithaml VA (1993): More on improving service quality measurement. *Journal of Retailing* 69:140-147.
- Partinen M (1999): Potilastyytyväisyys ja palvelujen laatu - mitä ja miten se mitataan? Kirjassa *Lääkäri ja laatu*, ss. 76-86. Suomen Lääkäriliitto, Forssan Kirjapaino, Forssa.
- Peiponen A, Brommels M ja Kupiainen O (1996): Vakioitu potilastyytyväisyyden mittari. *Suomen Lääkärilehti* 51:2042-2048.
- Penttilä U-R ja Sipilä J (1987): Potilaskeskeinen palveluorganisaatio. Sairaalaliitto, julkaisu 117, Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Perälä M-L (1995): Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (QUALPACS) validaatio. STAKES, tutkimuksia 56, Gummerus, Jyväskylä.
- Perälä M-L (toim.) (1997): Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. STAKES. Hoitotyön projektiryhmä. Gummerus, Jyväskylä.
- Piccirillo JF (1996): The use of patient satisfaction data to assess the impact of continuous quality improvement efforts. *Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery* 12:1045-1048.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2000a. Toimintakertomus 1999, Tampere.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2000b. Toimintakertomus, tilasto-osa 1999, Tampere.
- Plsek PE (1993): Tutorial: quality improvement project models. *Quality Management in Health Care* 1:69-81.
- Plsek PE (1997): Systematic design of healthcare processes. *Quality in Health Care* 6:40-48.
- Polit DE (1996): Data analysis & statistics for nursing research. Appleton & Lange, Stamford.
- Raatikainen R (1991): Dissatisfaction and insecurity of patients in domiciliary care. *Journal of Advanced Nursing* 16:154-164.
- Ratcliffe P (1998): Using the 'new' statistics in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 27:132-139.
- Rees CE and Bath PA (2000): The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. *Journal of Advanced Nursing* 31:833-841.

- Rogers A, Karlsen S and Addington-Hall J (2000): 'All the services were excellent. It is when the human element comes in that things go wrong': dissatisfaction with hospital care in the last year of life. *Journal of Advanced Nursing* 31:768-774.
- Rollo JL, Fauser BA (1993): Computers in total quality management. Statistical process control to expedite stats. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 117:900-905.
- Rondeau KV (1998). Managing the clinic wait: an important quality of care challenge. *Journal of Nursing Care Quality* 13:11-20.
- Rose P, Beeby J and Parker D (1995): Academic rigour in the lived experience of researchers using phenomenological methods in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 21:1123-1129.
- Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA and Ware JE (1993): Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. Results from the medical outcomes study. *JAMA* 270:835-840.
- Saarenpää A (2000): Potilaan oikeudet. Vastuu potilaasta ja potilasvahingosta. *Lakimiesliiton koulutustilaisuus* 26.9.2000, Helsinki.
- Sadeniemi M (päätoim.) (1980): *Nykysuomen sanakirja. Lyhentymätön kansanpainos. Osat III-IV.* WSOY, Helsinki.
- Salmela T (1996): Tyytyväisyys-käsitteen ongelmallisuus julkisen sektorin asiakaskyselyissä. *Hallinnon tutkimus* 16:32-41.
- Salomäki R (1999): Hyödynnä SPC. Suorituskykyiset prosessit. *Metalliteollisuuden keskusliitto.* Gummerus, Jyväskylä.
- Sandelowski M (1986): The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science* 8:27-37.
- Scardina SA (1994): SERVQUAL: a tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Care Quality* 8:38-46.
- Schwenk TL and Romano SE (1992): Managing the difficult physician-patient relationship. *American Family Physician* 46:1503-1509.
- Service industry. (2000). *Encyclopaedia Britannica.* Britannica.com (<http://www.britannica.com/bcom/eb/article/2/0,5716,68612+1+66885,00.html?query=se> 31.12.2000).
- Shih F-J (1998): Triangulation in nursing research: issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of Advanced Nursing* 28:631-641.
- Sigurdardottir AK (1996): Satisfaction among ambulatory surgery patients in two hospitals in Iceland. *Journal of Nursing Management* 4:69-74.

Sihvo T (1997): Suomalaisten käsityksiä sosiaali- ja terveystalouksista. Kirjassa: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus, STAKES, raportteja 214, ss. 72-79. Toim. H Uusitalo ja M. Staff, Helsinki.

Sinkkonen S ja Kinnunen J (1994): Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisu E, Yhteiskuntatieteet 22, Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.

Sitzia J and Wood N (1997): Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 45:1829-1843.

Sitzia J (1999): How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care* 11:319-328.

Sitzia J and Wood N (1999): Development and evaluation of a questionnaire to assess patient satisfaction with chemotherapy nursing care. *European Journal of Oncology Nursing* 3:126-140.

Sixma HJ, Kerssens JJ, van Campen C and Peters L (1998): Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1:82-95.

Sloan MD (1994): How to lower health care costs by improving health care quality. Results-based continuous quality improvement. ASQC Quality Press, Milwaukee, Wisconsin.

Sohlberg T, Töyry E ja Rissanen V (1994): Hoidon ihmisläheisyys KYS:ssä. Kuinka potilaat sen kokevat? *Suomen Lääkärilehti* 49:54-59.

Soin SS (1992): Total quality control essentials - key elements, methodologies, and managing for success. McGraw-Hill, Inc, New York.

Sosiaali- ja terveysministeriö, STAKES, Suomen Kuntaliitto (1999): Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Gummerus, Jyväskylä.

Stakes (1995): Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Stakes, Helsinki.

Staniszewska S and Ahmed L (1998): Patient expectations and satisfaction with health care. *Nursing Standard* 12:34-38.

Staniszewska S and Ahmed L (1999): The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *Journal of Advanced Nursing* 29:364-372.

Storbacka K ja Lehtinen JR (1997). Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla. 2. painos. WSOY, Helsinki.

Strandvik T (1993): Toleranssivähykkeet palvelujen laadun arvioinnissa. Tuottavuus ja innovaatiot julkisella sektorilla, tutkijaseminaari 22.11.1993. VATT, Helsinki.

- Suomen Kuntaliitto (1998): Julkisten palvelujen laatustrategia. Edita, Helsinki.
- Suominen T (1994): The nursing care of breast cancer patients: perceived information, support and participation. Academic Dissertation. Ser D. Medica Odontologica 144. Kirjapaino Pika Oy, Turku.
- Taylor S (1994): Waiting for service: the relationship between delays and evaluations of service. *Journal of Marketing* 58:56-69.
- Taylor S (1995): The effects of filled waiting time and service provider control over the delay on evaluations of service. *Journal of the Academy of Marketing Science* 23:38-48.
- Thomas LH, MacMillan J, McColl E, Priest J, Hale C and Bond S (1995): Obtaining patients' views of nursing care to inform the development of a patient satisfaction scale. *International Journal for Quality in Health Care* 7:153-163.
- Thomas LH and Bond S (1996): Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990-1994. *Journal of Advanced Nursing* 23:747-756.
- Thompson AGH and Suñol R (1995): Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care* 7:127-141.
- Thurstone LL (2001): Encyclopaedia Britannica. Britannica.com.(<http://www.britannica.com/bcom/eb/article/8/0.5716,74238+1+72350,00.html> 1.1.2001)
- Turunen H, Perälä M-L ja Meriläinen P (1994): Colaizzin fenomenologisen menetelmän sovellutus, esimerkkinä hyvän hoidon kuvaaminen. *Hoitotiede* 6:8-15.
- Töyry E, Herve R, Mutka R, Savolainen P and Seppänen M (1998): Ethics in health care management. Developing an instrument to assess humane caring. *Nursing Ethics* 3:228-235.
- Töyry E, Sonninen A-L ja Meriläinen P (1999): Ihmisläheinen hoito -mittarin kielteisesti ja myönteisesti ilmaistujen väittämien yhteys niihin vastaamiseen ja mittarin luotettavuuteen. *Hoitotiede* 11:163-182.
- Töyry E, Vehviläinen-Julkunen K, Roine E, Naumanen-Tuomela P ja Rissanen V (2000): Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa - kyselytutkimus osastopotilaille. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37:223-231.
- Vandamme R and Leunis J (1993): Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management* 4:30-49.
- VanderVeen L (1992): A practical application for hospitals. *Journal of Health Care Quality* 20:20-25, 28.
- VanderVeen L and Ritz M (1996): Customer satisfaction: a practical approach for hospitals. *Journal of Health Care Quality* 18:10-15.

Vartiainen P (1997): Kokemuksia terveydenhuollon laadun arvioinnista SERVQUAL-menetelmällä. Suomen Lääkärilehti 52:1989-1995.

Vornanen T (toim.) (1982) Nykysuomen oikeinkirjoitussanakirja. Otava, Helsinki.

Voutilainen P (1992): Monitor-hoitotyön laadun arviointimittarin soveltuvuus hoitotyön laadun arviointiin Suomessa. Hoitotiede 4:147-154.

Voutilainen P ja Liukkonen A (1995): Senior Monitor -laadun arviointimittarin sisällön validiteetin määrittäminen. Hoitotiede 7:51-56.

Vuorela T (1989): Miten asiakkaat arvioivat palveluja. Arviointitiedon hankinnan kysymyksiä. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Wakefield DS, Cyphert ST, Murray JF, Uden-Holman T, Hendryx MS, Wakefield BJ and Helms CM (1994): Understanding patient-centered care in the context of total quality management and continuous quality improvement. Joint Commission Journal on Quality Improvement 20:152-161.

Wallace T, Robertson E, Millar C and Frisch SR (1999): Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience. Journal of Advanced Nursing 29:1144-1153.

Waltz C, Strickland O and Lenz E (1991): Measurement in nursing research. 2nd edn. FA Davis, Philadelphia.

Wiili-Peltola E (2000): Sairaala sosiaalisena organisaationa: uusia kuvia vanhoissa raameissa? Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 37:122-133.

Wilde B, Larsson G, Larsson M and Starrin B (1994): Quality of care: development of a patient-centered questionnaire based on a grounded theory model. Scandinavian Journal of Caring Sciences 8:39-48.

Williams B (1994): Patient satisfaction: a valid concept? Social Science and Medicine 38:509-516.

Zeithaml VA, Parasuraman A and Berry LL (1990): Delivering quality service. Balancing customer perceptions and expectations. The Free Press, New York.

Åstedt-Kurki P (1992): Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 349, Tampereen yliopisto, Tampere.

Åstedt-Kurki P (1994): Fenomenologisen lähestymistavan käyttö terveyden ja hoitotyön kokemuksia koskevassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 6:2-7.

# KIITOKSET

Esitän sydämelliset kiitokseni ohjaajalleni professori Marita Paunonen-Ilmoselle. Arvostan hänen tutkimustyön olennaisuuksiin keskittyvää ohjaustaan. Työni toista ohjaajaa, dosentti Kaija Nojosta kiitän vuosia kestäneestä yhteistyöstä. Hän on auttanut minua etenemään tutkimukseni eri vaiheissa rakentavalla mielenlaadullaan ja väsymättömällä kiinnostuksellaan.

Professori Pekka Laippalan paneutuminen työni yksityiskohtiin tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa on mahdollistanut työni valmistumisen. Kehittymiseeni ja kasvamiseeni tutkijana ovat vaikuttaneet useat palaverit professori Pekka Laippalan ja dosentti Kaija Nojosen kanssa.

Lämpimät kiitokseni osoitan väitöskirjatyöni esitarkastajille, professori Juhani Nikkilälle ja dosentti Tarja Suomiselle heidän arvokkaista näkemyksistään ja parannusehdotuksistaan, jotka selkeyttivät monia yksityiskohtia.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja Hanna Virjo ollessaan Tampereen yliopistollisen sairaalan johtavana ylihoitajana rohkaisi tutkimuksen aloittamiseen ja järjesti siihen konkreettisia mahdollisuuksia.

Yhteistyö on ollut opettavaista yhteisten artikkelien työstämisessä professori Päivi Åstedt-Kurjen, dosentti Turkka Tunturin ja LT Päivi Sillanaukeen kanssa, joilta olen saanut rakentavaa kritiikkiä, josta esitän kiitokseni.

Tutkimussihteerit Sini Ruokoranta kiitän lämpimästi hyvästä yhteistyöstä aineistoni tilastollisessa käsittelyssä. Esitän kiitokseni tilastotieteellisestä avusta myös FM Tiina Luukkalalle, Harri Vainionpäälle ja atk-kirjoittaja Irene Kinokselle. FM Paula Niemistä kiitän yhteenveto-osan kielenhuollosta sekä englanninkielisten osajulkaisujen kääntämisestä. Tampereen yliopistollisen sairaalan lääketieteellisen kirjaston henkilökuntaa kiitän hyvästä ja nopeasta palvelusta.

Yh Lea Kaukosta kiitän mittarin kehittämistyöhön innostamisesta. THM Hannele Laitinen on toiminut sijaiseni ja mahdollistanut keskittymiseni tutkimustyöhön kokopäiväisesti. Toimistosihteerit Kaarina Heikkilä, Riitta Luoto,



Helene Osmio ja Anneli Rajala auttoivat monissa käytännön asioissa. Heille kiitokseni.

Kiitokseni myös tutkimukseeni osallistuneiden poliklinikoiden osastonhoitajille ja osastonsihteereille, jotka ovat osaltaan mahdollistaneet tutkimusaineistoni saamisen. Erityisen kiitokseni esitän osastonhoitaja Eila Mäntysalolle, Kirsti Nikulalle, Anneli Nurmelle, Maija-Riitta Pitkäselle ja Tuula Roihankorvelle.

Olen saanut nauttia vuosien ajan ystäväni THM Marjo-Riitta Himasen, THM Leena Kuusiston ja THM Leena Packalénin inspiroivasta kannustuksesta ja kiinnostuksesta työtäni kohtaan. Heidän kanssaan käydyt sekä tieteelliset että elämän peruskysymyksiin liittyvät keskustelut ovat auttaneet minua jaksamaan erilaisten paineiden keskellä ja olleet aina ilon ja virkistyksen lähde.

Kiitollisuudella muistelen edesmennyttä isääni ja häneltä aikanaan saamaani läheisyyttä, joka on antanut voimaa kaikkina näinä vuosina kun häntä ei ole enää ollut. Äitini Ulla Hiidenhovi on omalla esimerkillään osoittanut, että jatkuva työnteko pitää henkisesti virkeänä ja että kovienkaan vastoinkäymisten ei saa antaa lannistaa. Sisareni Irmeli Rasi, Tuija Salakari, Aulikki Hiidenhovi ja Maiju Hiidenhovi itsekkin terveydenhuollossa työskentelevinä tai terveystalvelujen käyttäjinä ovat kommentoineet kyselylomakkeita, jakaneet paineita ja iloinneet kanssani.

Oman erityisen kiitokseni ansaitsee ystäväni, dosentti Gábor Molnár rohkaisusta ja hyödyllisistä neuvoista.

Kiitokseni taloudellisesta tuesta, jota olen saanut Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tutkimusrahosta, Suomen Kulttuurirahaston Pirkanmaan rahastosta, Emil Aaltosen säätiöltä ja Tampereen kaupungin tiederahastosta.

Lopuksi kiitän kaikkia tutkimukseeni osallistuneita ja kyselyihin vastanneita henkilöitä. Heidän avullaan tutkimus toteutui.

Tampereella heinäkuussa 2001

Hannele Hiidenhovi

LIITE 1. Tutkimuksia, joissa asiakkaat ovat arvioineet poliklinikan toimintaa

Tekijät	Tutkimuk- sen tavoite	Aineiston keruun menetelmä	Aineiston keruutapa	Aineisto	Aineiston koko (vastaus- prosentti)	Kysymysalueet	Luotettavuus- den arviointi	Tulokset
Carey and Sei- bert (1993)	Kehittää luotettavat kyselylomakkeet mittaamaan laatua vuodeosastoilla ja poliklinikoilla	a. Inpatient Quality of Care Monitor -lomake b.c. Outpatient Quality of Care Monitor -lomake, itsekehitetyt lomakkeet	Lomake postitettiin kotiin a. 1-4 vk kuluttua b.c. 1 vk kuluttua hoidosta, palautus postitse	a. osastolla olevat potilaat b. ensiapupoliklinikapotilaat c. kirurgiset poliklinikapotilaat, yli 300 sairaalaa	a. 17162 (44 %) b. 17271 (33 %) c. 15926 (54 %)	a. 44 kysymystä 8 osaluueelta b.c. 32 kysymystä 7 osaluueelta: lääkärin hoito, hoitajien hoito, lääketieteelliset tulokset, ympäristöön liittyvät tekijät, facility characteristics, odotusaika, testing palvelut, ilmoittautumisprosessi	Rakennevaliditeetti (faktorianalyysi) Predictive validiteetti (multiple regressioanalyysi) Reliabiliteetti: sisäinen konsistenssi Cronbachin alpha	Tutkimus on suunniteltu testaamaan mittareiden luotettavuutta. Molempien lomakkeiden validiteetti ja reliabiliteetti hyvä
Rubin et al. (1993)	Potilaiden arviointien vertailu lääketieteellisestä hoidosta viidessä erilaisessa ympäristössä	Patient Visit Rating Questionnaire (VRQ), viisiporainen asteikko	Lomake jaettiin käynnin jälkeen, palautus ennen lähtöä	Yksittäinen erikoisala (SOLO), usean erik. alan muodostama ryhmä (MSG), terveydenhuollon yksiköt (HMOs), maksupalvelusta- tai ennakkomaksettu lääkärin vastaanotto	17671	9 kysymystä tyytyväisyyden näkökulmasta: käynti kokonaisuutena, tekniset taidot, persoonalliset tavat, odotusaika tapautumiseen, sopiva aika, pääsy puhelimitse, odotusajan pituus, vietetty aika, selvitykset, mitä tehty		Arvioinnit erinomaisia: käynti kokonaisuutena 55 %, tekniset taidot ja persoonalliset tavat 64-73 %, selitykset hoidosta ja sovittu aika 56-53 %, vietetty aika 46-48 %, odottaminen 32 %, lyhyt lomake käyttökelpoinen eri yksiköiden vertailussa

Liite1,  
jatkoa...

Tekijät	Tutkimuk- sen tavoite	Aineiston keruun menetelmä	Aineiston keruutapa	Aineisto	Aineiston koko (vastaus- prosentti)	Kysymysalueet	Luotettavuus- den arviointi	Tulokset
Kärkkäinen (1994)	Hoitotyön kehittäminen poliklinikalla	Mielipidelaatik- koon jätetyt kirjeet	Omaehtoi- sesti jätetyt kirjeet	Potilaat ja saattajat	252		Ei mainintaa	Kritiikkiä kaikista mie- lipiteistä oli 52 %, hen- kilökunnan toiminnasta 76 %. Odottaminen yleisin syy kritiikkiin
Arnetz and Ar- netz (1996)	Potilaiden tyytyväisyy- den mit- taamisen kehittäminen parantamaan koko sairaalan laatua	Quality Work Competence (QWC) tutkijatii- min kehittämä 4-portainen, 5- portainen ja 1-10 asteikko	Potilaat saivat lomakkeen saapuessaan, palautus osastolla ole- vaan laatik- koon tai pa- lautus postitse	23 osastoa	1834 (50 %)	90 kysymystä 11 osa- alueelta: odotusaika, turvallisuus, pääsy, kohteliaisuus ja hoito, integriteetti, informaatio, lääketieteellinen hoito, fyysinen ympäristö, rutiinit, pääsy ja työympäristö, lisäksi yleinen näkemys hoi- don laadusta.	Validiteetti: faktorianalyysi, inter-index korrelaatio Reliabilitetti: sisäinen kon- sistenssi test-retest	Kyselylomake on validi ja reliabeli. Sairautta koskeva informaatio oli tärkeä laadun osoittaja
Meredith and Wood (1996)	Mitata tyyty- väisyyttä kommuni- kointiin kirurgisessa hoidossa	Itsekehitetty lomake perustuen henkilökunnan ja potilaiden havainnointiin, kyselyihin sekä kirjallisuuteen	Osa lomak- keista (689) annettiin ko- tona täytettä- väksi, osa (100) lähetet- tiin kotiin, palautus pos- titse	Kirurgiset potilaat	699 (89 %)	74 kysymystä: kokemus poliklinikakäynnistä, pääsy, sairaalassaolo, leikkaus, kotiinlähtö ja toipuminen, poliklinik- kakäynti	Ei mainintaa	36 % oli odottanut enemmän kuin 30 min., 44 % oli informoitu vii- veestä huonosti, 39 % oli enemmän negatiivisia kuin positiivisia kommentteja



Liite 1,  
jatkoa...

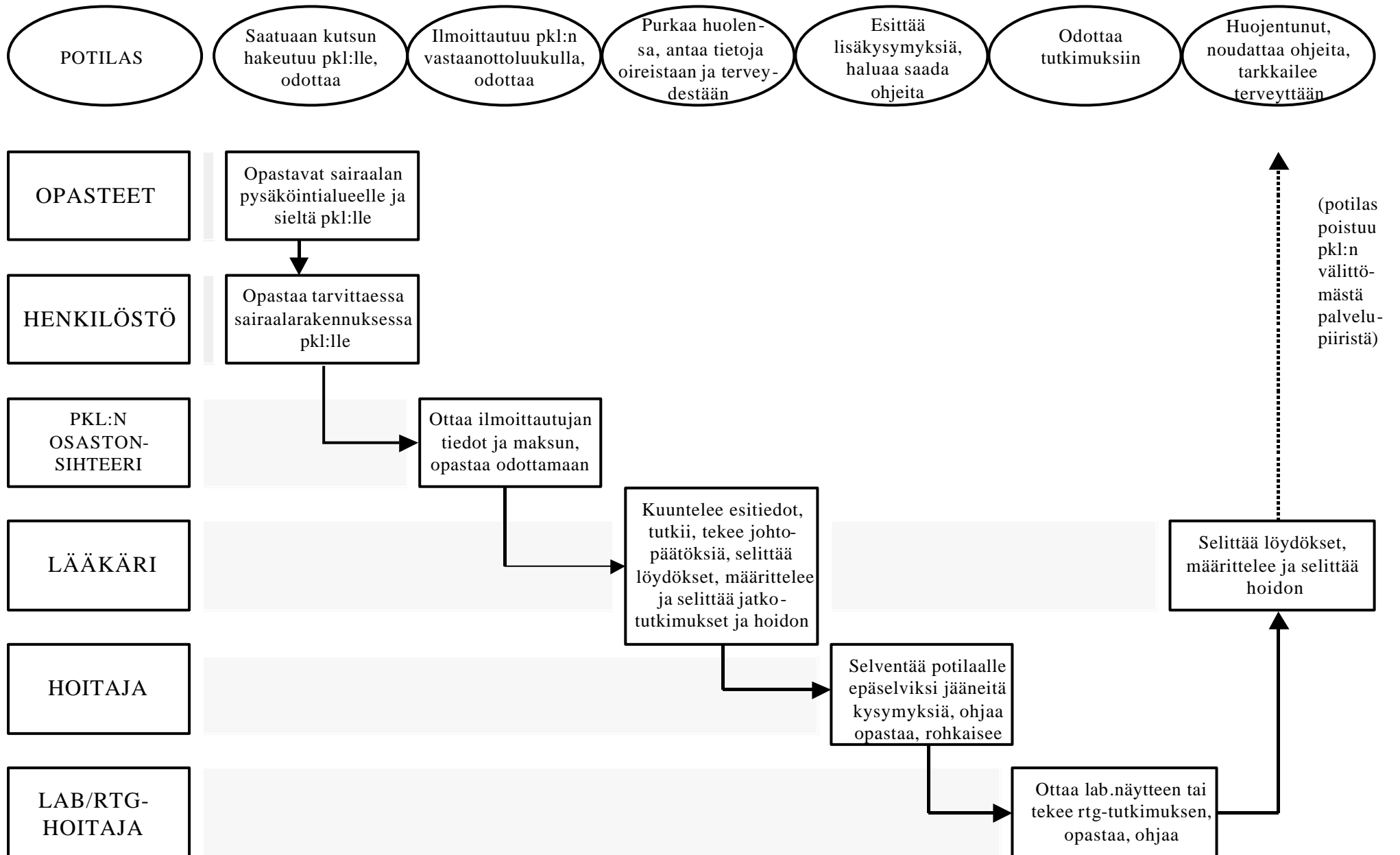
<b>Tekijät</b>	<b>Tutkimuksen tavoite</b>	<b>Aineiston keruun menetelmä</b>	<b>Aineiston keruutapa</b>	<b>Aineisto</b>	<b>Aineiston koko (vastausprosentti)</b>	<b>Kysymysalueet</b>	<b>Luotettavuuden arviointi</b>	<b>Tulokset</b>
Sigurdardottir (1996)	Tutkia tyytyväisyyttä saatuun päiväkirurgiseen hoitoon kahdessa sairaalassa	Patient Satisfaction Instrument (PSI)	Jakotavasta ja palautuksesta ei mainintaa	Päiväkirurgiset potilaat	78 (56 %)	25 kysymystä 3 osa-alueelta: teknis-ammattillinen, kasvatuksellinen, ihmisten välinen luottamuksellinen suhde	Vetoaa aikaisempiin testauksiin	Hoitajien kliiniset taidot olivat tyydyttäviä, mutta potilaat eivät saaneet tarpeeksi informaatiota toimenpiteistä
Avis et al. (1997)	Tutkia potilaiden tyytyväisyyden arviointia ensimmäisestä käynnistä poliklinikalla	a. semistrukturoitu haastattelu ennen ja jälkeen vastaanoton ja Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)-lomake, 5-portainen asteikko b. haastattelut kotona	Lomake täytettiin kotona ja palautettiin postitse	Kardiologisella ja keuhkosairauksien poliklinikalla käyneet	a. haastattelu 81 b. haastattelut 23 ja 10 (4 ja 6 kk ensimmäisestä käynnistä), lomakkeen palautus (74 %)	16 kysymystä	Ei mainintaa	Kuvataan lähinnä haastattelujen tuloksia. Potilaiden arvioinnit muuttuvat hoitoprosessin aikana. Tyytyväisyys ei ole relevantti käsite kun halutaan tietää potilaiden kokemuksista poliklinikalla
Hill (1997)	Mitata tyytyväisyyttä kahdessa ryhmässä	Leeds Satisfaction Questionnaire (LSQ), itsekehitetty lomake, 5-portainen asteikko	Ei mainintaa	Reumapotilaat	70	45 kysymystä, 6 osa-alueelta: informaatio, empatia, asenteet potilasta kohtaan, pääsy ja jatkuvuus, tekninen laatu ja pätevyys, yleinen tyytyväisyys	Reliabiliteetti: sisäinen kiihteys (Cronbachin alpha) ja pysyvyys (test-re-test)	Useimmat henkilöt olivat tyytyväisiä hoitoonsa, ryhmien välillä ei ollut eroa. Hoitajajohtoisella klinikalla potilaat olivat tyytyväisempiä kuin kontrollipolilla (48 vk.)



Liite 1,  
jatkoa...

Tekijät	Tutkimuksen tavoite	Aineiston keruun menetelmä	Aineiston keruutapa	Aineisto	Aineiston koko (vastausprosentti)	Kysymysalueet	Luotettavuuden arviointi	Tulokset
Hostutler et al. (1999)	Tutkia potilaiden ja hoitajien näkemyksiä potilaiden tarpeista ensiapupoliklinikalla	Potilaiden ja hoitajien analogiset lomakkeet, 4-portainen asteikko	Lomake lähetettiin 2-3 viikon kuluuttua käynnistä, palautus postitse	Ensiapupoliklinikan potilaat ja henkilökunta kahdessa sairaalassa	potilaat 126 (21 %), hoitajat 49 (56 %)	27 kysymystä, lisäksi 10 avointa kysymystä	Käsitevaliditeetti: kirjallisuus, face validateetti: esitestaus	67 % tuloksista osoitti eroja potilaiden ja hoitajien näkemysten välillä. Potilaat pitivät tärkeämpänä kuin hoitajat mm. ilmoittautumisen helpoutta ja paikkansapitävyyttä, nopeutta, nähtävissä olevia ja helposti lähestyttäviä hoitajia.
Sitzia and Wood (1999)	Kehittää lomake, joka mittaa potilaiden tyytyväisyyttä kemoterapiahoitotyöhön sekä testata lomakkeen validiteettia ja reliabiliteettia	Northing Chemotherapy Satisfaction Questionnaire (WCSQ) 5-portainen (useimmat kysymykset), lisäksi 2-3-, 7-portaisia kysymyksiä ja 100 mm jana	a. hoitaja tai tutkija antoi poliklinikalla b. lähetettiin postitse kotiosoitteeseen		173 (86%)	6 tyytyväisyyden osuutta: hoidossa ihmisten väliset suhteet, hoidon tekniset alueet, potilaan ohjaus, tiimityö, hoitoympäristö ja helppopääsyisyys	Rakenneliditeetti, käsitevaliditeetti Reliabiliteetti: sisäinen kiinteys: Cronbachin alpha	Hoitoympäristö, hoitajien ja lääkäreiden antama hoito ja potilaan informaatio olivat avainasioita potilaan tyytyväisyyteen

## LIITE 2. Neurologian poliklinikan toiminnan prosessi





### LIITE 3. Henkilökunnan (n = 111) taustatiedot

Taustatieto	n	%
<b>Sairaala</b>		
yliopistosairaala	67	60.4
aluesairaala	44	39.6
<b>Poliklinikka</b>		
1 (yliopistosairaala)	32	28.8
2 (yliopistosairaala)	35	31.6
3 (aluesairaala)	21	18.9
4 (aluesairaala)	23	20.7
<b>Virkanimike</b>		
lääkäri <sup>1</sup>	41	36.9
sairaanhoitaja	41	36.9
perushoitaja	8	7.2
toimistohenkilö <sup>2</sup>	14	12.6
sairaala-apulainen, välinehuoltaja	7	6.3
<b>Sukupuoli</b>		
mies	33	29.7
nainen	78	70.3
<b>Ikä</b>		
alle 30 vuotta	6	5.4
31-40 vuotta	42	37.8
41-50 vuotta	47	42.4
51-60 vuotta	16	14.4
<b>Työssäoloaika (vuosina)</b>		
keskiarvo	18.25	
minimi	0.5	
maksimi	32	
<b>Poliklinikkatyö (vuosina)</b>		
keskiarvo	10.7	
minimi	0.5	
maksimi	30	

<sup>1</sup> professori, ylilääkäri, apulaisylilääkäri, osastonlääkäri, erikoislääkäri, apulaisopettaja, apulaislääkäri

<sup>2</sup> osastonsihteerit, konekirjoittajat, kanslistit, kassanhoitajat

## LIITE 4. Testauksissa käytetty lomake

### **PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI**

Tampereen yliopistollinen sairaala

Vammalan sairaala

Valkeakosken sairaala

### **PALVELUTUTKIMUS**

Pyrimme jatkuvasti kehittämään palvelumme laatua sairaalassa. Pyydämme nyt Teitä arvioimaan minkälaista palvelumme on ja vastaamaan kysymyksiin omien kokemustenne mukaan ja siten auttamaan meitä kehittämistyössämme.

Pyydämme **lähettämään vastauksenne viikon kuluessa** oheisessa kirjekuoressa, jossa on jo postimerkki valmiina.

Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastauksenne tulevat suljetussa kirjekuoressa ainoastaan tutkijan käyttöön ja ne käsitellään täysin luottamuksellisesti.

**KIITOS JO ETUKÄTEEN AVUSTANNE**

Hannele Hiidenhovi  
THM, ylihoitaja  
puh. 931-247 6145



**Pyydämme Teitä vastaamaan jokaiseen väittämään ympäröimällä kunkin kysymyksen kohdalla sen vaihtoehdon numero, vain yksi numero, joka parhaiten kuvaa omia kokemuksiinne tällä poliklinikkakäynnillä.**

**Vastausvaihtoehdot:**

Erittäin hyvin = 1

Hyvin = 2

En osaa sanoa = 3

Huonosti = 4

Ei lainkaan = 5

Asialla ei merkitystä minulle tai en tarvinnut tällä käynnillä = 6

**TOTEUTUI**

	Erittäin hyvin	Hyvin	En osaa sanoa	Huonosti	Ei lainkaan	Asialla ei merkitystä/ En tarvinnut tällä käynnillä
9. Sain tietoa etukäteen, kuinka kauan käyntini poliklinikalla suunnilleen kestää	1	2	3	4	5	6
10. Sain tietoa ennen sairaalaan tuloa pysäköintimahdollisuuksista sairaala-alueella.	1	2	3	4	5	6
11. Sain ohjeita ennen poliklinikalle tuloa erilaisista liikenneyhteyksistä sairaalaan.	1	2	3	4	5	6
12. Sairaala-alueella olevien opasteiden avulla löysin poliklinikalle.	1	2	3	4	5	6
13. Poliklinikalla oli viihtyisät odotustilat.	1	2	3	4	5	6
14. Tiesin poliklinikalle tullessani, mitä toimenpidettä varten tulin.	1	2	3	4	5	6
15. Lääkäri kertoi nimensä ja ammattinsa.	1	2	3	4	5	6
16. Hoitaja kertoi nimensä ja ammattinsa.	1	2	3	4	5	6
17. Sain tietoa sairauteni ennusteesta.	1	2	3	4	5	6
18. Sain tietoa erilaisista hoitovaihtoehdoista.	1	2	3	4	5	6

## TOTEUTUI

	Erittäin hyvin	Hyvin	En osaa sanoa	Huonosti	Ei lainkaan	Asialla ei merkitystä/ En tarvinnut tällä käynnillä
19. Sain tietoa tutkimusten tuloksista.	1	2	3	4	5	6
20. Minulle selitettiin lääkkeitten vaikutusta.	1	2	3	4	5	6
21. Sain opastusta sairaalassa liikkumiseen.	1	2	3	4	5	6
22. Hoitooni liittyvät toimenpiteet suoritettiin ammattitaitoisesti.	1	2	3	4	5	6
23. Minulle kerrottiin, kuinka kauan joudun odottamaan ennen kuin pääsin vastaanotolle.	1	2	3	4	5	6
24. Mielipiteeni otettiin huomioon hoitoa suunniteltaessa.	1	2	3	4	5	6
25. Minulle kerrottiin, miksi joudun odottamaan.	1	2	3	4	5	6
26. Toiveeni päästä tietyn henkilön hoitoon huomioitiin	1	2	3	4	5	6
27. Tunsin, että minusta pidettiin huolta.	1	2	3	4	5	6
28. Minun asioitani ei käsitelty muiden potilaitten kuullen.	1	2	3	4	5	6
29. Omaiseni tai saattajani sai halutessani olla mukana vastaanotolla.	1	2	3	4	5	6
30. Poliklinikka-aika oli tarpeeksi pitkä asiointeni hoitoa varten.	1	2	3	4	5	6
31. Sain tietoa miten hoitoni tulee tämän käynnin jälkeen etenemään.	1	2	3	4	5	6

## TOTEUTUI

	Erittäin hyvin	Hyvin	En osaa sanoa	Huonosti	Ei lainkaan	Asialla ei merkitystä/ En tarvinnut tällä käynnillä
32. Poliklinikalla otettiin huomioon, että pelkään ja jännitän (tutkimuksia, hoitoa, sairaalaa).	1	2	3	4	5	6
33. Samoja asioita ei tarvinnut kertoa eri henkilöille.	1	2	3	4	5	6
34. Tiesin lähtiessäni, minne voin ottaa yhteyttä, jos tarvitsen apua.	1	2	3	4	5	6
35. Sain selvät hoito-ohjeet, joiden avulla tunnen selviytyväni kotona.	1	2	3	4	5	6
36. Käynti poliklinikalla helpotti sopeutumistani sairauden aiheuttamaan tilanteeseen. 1	2	3	4	5	6	
37. Huoli sairaudestani on vähentynyt poliklinikkakäynnin jälkeen.	1	2	3	4	5	6
38. Olin poliklinikalta lähtiessäni selvillä saamastani hoidosta.	1	2	3	4	5	6
39. Tiedän, mitä minun pitää kotona tehdä edistääkseni paranemistani.	1	2	3	4	5	6
40. Tunsin saaneeni avun.	1	2	3	4	5	6

41. Minkälaista oli toiminta poliklinikalla?

Jos se oli mielestänne rauhallinen, valitkaa numero 1, jos taas kiireinen, valitkaa numero 5 tai jokin vaihtoehto siltä väliltä

rauhallinen	1	2	3	4	5	kiireinen
läheinen	1	2	3	4	5	etäinen
kunnioittava	1	2	3	4	5	vähättelevä
asiallinen	1	2	3	4	5	epäasiallinen
asiaanpaneutuva	1	2	3	4	5	pinnallinen
kohtelias	1	2	3	4	5	epäkohtelias
kärsivällinen	1	2	3	4	5	hätäinen
ystävällinen	1	2	3	4	5	epäystävällinen
turvallinen	1	2	3	4	5	pelottava
palveluhenkinen	1	2	3	4	5	töykeä
miellyttävä	1	2	3	4	5	epämiellyttävä
joustava	1	2	3	4	5	joustamaton

42. Minkälaisen kokonaisarvosanan antaisitte tästä käynnistä? Ympäröikää numero oman kokemustenne

perusteella (10 on paras)

1          2          3          4          5          6          7          8          9          10

43. Mitä vielä haluaisitte kertoa käynnistänne? (voitte kertoa sekä hyvistä että huonoista asioista)

-----

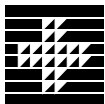
-----

-----

-----

-----

-----



*Haluamme parantaa poliklinikkamme palvelua. Pyydämme Teitä ystävällisesti ilmaisemaan oman näkemyksenne tämänkertaisesta poliklinikkakäynnistänne täyttämällä tämän lomakkeen.*

*Olkaa hyvä ja palauttakaa lomake ennen lähtöänne poliklinikan toimistoon.*

Ympyröikää mielipidettänne osoittava numero (4-10, vain yksi numero kysymystä kohden)	ala-arvoisesti	heikosti	välttävästi	tydyttävästi	hyvin	kiitettävästi	erinomaisesti	En tarvinnut tietoa tällä käynnillä
1. Saitteko etukäteen tietoa siitä, kuinka paljon aikaa kuluu poliklinikkakäynnillä?	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
2. Pääsittekö vastaanotolle Teille etukäteen ilmoitettuun aikaan?	4	5	6	7	8	9	10	
3. Kuinka henkilökunnan ammattitaito tuli toiminnassa esille?	4	5	6	7	8	9	10	
4. Kuinka Teitä kohdeltiin?	4	5	6	7	8	9	10	
5. Oliko henkilökunta palveluhenkistä?	4	5	6	7	8	9	10	
6. Saitteko tietoja tutkimuksista ja niiden tuloksista?	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
7. Saitteko tietoja lääkkeistänne ja niiden vaikutuksesta?	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
8. Saitteko tietoja sairautenne hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista?	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
9. Saitteko tietoja sairautenne ennusteesta?	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
10. Käsiteltiinkö asioitanne vain Teidän ja henkilökunnan kesken niin, etteivät muut päässeet kuulemaan Teitä koskevia asioita?	4	5	6	7	8	9	10	
11. Oliko tästä käynnistä omasta mielestänne hyötyä sairautenne tutkimuksen ja hoidon kannalta?	4	5	6	7	8	9	10	
12. Miten tämä poliklinikkakäynti mielestänne onnistui kokonaisuudessaan?	4	5	6	7	8	9	10	

### VASTAAJAN TIETOJA

 mies nainen

Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

Käynti oli

 ensimmäinen käynti  
tämän sairauden takia uusintakäynti
**Jatkuuko hoitonne tai tutkimuksenne vielä tällä poliklinikalla**
 kyllä ei en osaa sanoa

*Kiitos vastauksestanne!*



## KIITOKSET

*Haluatteko antaa kiitokset jostakin tai jollekin henkilökuntaan kuuluvalla?*

*Mielipiteenne  
poliklinikka-  
käynnistä*



## MOITTEET

*Haluatteko huomauttaa jostakin asiasta tai tehdä parannusehdotuksia?*



PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPiIRIN  
KUNTAYHTYMÄ

LIITE 6. Esimerkkejä analyysin vaiheista

Alkuperäinen merkityksen sisältämä ilmaisu	Kokemuksen keskeinen sisältö	Yksilökohtainen merkitys sisältö
<p>Haastateltu 1: “Mä nyt oon soitellut lähinnä niille, jotka tiesin, että on sairastunut samaan tautiin, niille mä oon sitten soitellut ja kysellyt, että mitä kuuluu ja mitä niille on tehty. Joku sanoi, että on tehty tämmöinen tutkimus, onko sulle semmoista ja semmoista tehty”.</p>	<p>Soittanut samaa sairautta sairastaville kysyäkseen kuulumisia ja minkälaisia tutkimuksia on tehty.</p>	<p>Haluaa tietoa, miten muut samaa sairautta sairastavat ovat selviytyneet ja mitä itsellä on odotettavissa.</p>
<p>Haastateltu 23: “Nyt kun on täällä osastolla sit ollut, niin siitähän on hirveesti sitten apua, kun on noitten muitten kanssa, joilla on sama tauti. Ne kertoo mitä on tullut vastaan oireita, niin sit kun huomaa ittellä sen oireen, ei sitä tarvikaan sitten kysyä lääkäreiltä, että kuuluko tää nyt sitten vai ei tähän tautiin”.</p>	<p>Osastolla kokee saavansa apua, kun keskustelee samaa sairautta sairastavien kanssa ja voi tunnistaa omien oireiden liittyvän sairauteen.</p>	<p>Samaa sairautta sairastavien tietoa varmistamaan asioita.</p>
<p>Haastateltu 40: “Täällä on mennyt vähän liikaa sillei niin kuin byrokraattiseksi tää touhu, liikaa katsotaan noihin lakipykäliin, ettei ymmärretä niin kuin elämää sillei ja huumoria paremmin”.</p>	<p>Suhtautuminen osastoilla on sääntöihin ja määräyksiin pitäytyvää, ei ymmärretä elämää ja huumoria.</p>	<p>Osastolla ei pitäisi suhtautua asioihin liian virallisesti ja muodollisesti, vaan ymmärtäväisesti ja huumorintajuisesti.</p>

LIITE 7. Valvontakortti (x/R-kortti)

Poliklinikka: \_\_\_\_\_

Seuranta-aika / - /

<b>1. Saitteko etukäteän tietoa siitä, kuinka paljon aikaa kuluu poliklinikakäynnillä?</b>			<b>2. Pääsittkö vastaanotolle Teille etukäteän ilmoitettuun aikaan?</b>			<b>3. Kuinka henkilökunnan ammattitaito tuli toiminna esille?</b>		
ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
<b>4. Kuinka Teitä kohdeltiin?</b>			<b>5. Oliko henkilökunta palveluhenkistä?</b>			<b>6. Saitteko tietoja tutkimuksista ja niiden tuloksista?</b>		
ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
<b>7. Saitteko tietoja lääkkeitänne ja niiden vaikutuksesta?</b>			<b>8. Saitteko tietoja sairautänne hoitomahdollisuuksista ja hoitovaihtoehdoista?</b>			<b>9. Saitteko tietoja sairautänne ennusteesta?</b>		
ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
<b>10. Käsiteltinkö asiotänne vain Teidän ja henkilökunnan kesken niin, etteivät muut päässeet kuulemaan Teitä koskevia asioita?</b>			<b>11. Oliko tästä käynnistä omasta mielestänne hyötyä sairautänne tutkimuksen ja hoidon kannalta?</b>			<b>12. Miten tämä poliklinikakäynti mielestänne onnistui kokonaisuudessaan?</b>		
ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			ma ti ke to pe ma ti ke to pe ma ti ke to pe Keskiaño 10 9 8 7 6 5 4 Vahteluviili 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

LIITE 8. Kysymysten valinta palvelumittariin testausten tulosten perusteella

Summamuuttuja	Kyselylomake 43 kysymystä <sup>1</sup>	Palvelumittari 12 kysymystä <sup>2</sup>
Opastus	4 kysymystä	-
Sairaudenhoito	4 kysymystä	4 kysymystä
Jatkohoito	4 kysymystä	-
Odotusaika	3 kysymystä	2 kysymystä
Yksilöllisyys	8 kysymystä	1 kysymys
Tulos	4 kysymystä	2 kysymystä
Toimintatapa	1 kysymys = 12 adjektiiviparia	2 kysymystä

<sup>1</sup> Kyselylomakkeen 43 kysymyksestä 9 oli taustamuuttujaa, 1 kysymys oli kokonaisarvosanaa käynnistä. Viisi kysymystä ei ollut mukana summamuuttujissa, koska summamuuttujiin otettiin mukaan vähintään 3 kysymystä sisältävät osa-alueet.

<sup>2</sup> Palvelumittarissa 1 kysymys koski käyntiä kokonaisuudessaan.