

Sairaalan spontaanin vapaamuotoisen asiakaspalautteen sisällön analyysi
terveydenhuollon laadunhallinnan viitekehyksessä

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2007
Sari Valli

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

SARI VALLI: Sairaalan spontaanin vapaamuotoisen asiakaspalautteen sisällön analyysi terveydenhuollon laadunhallinnan viitekehyksessä

Pro gradu –tutkielma, 90 sivua

Ohjaajat: THT, lehtori Heli Laijärvi ja TtM, lehtori Nina Halme

Hoitotiede

Toukokuu 2007

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata sairaalan saaman vapaamuotoisen asiakaspalautteen sisältöä. Terveydenhuollon palveluntuottajat keräävät asiakaspalautetta aktiivisesti ja systemaattisesti. Palautteen keräämisen tavoitteena on asiakkaan kokeman laadun parantaminen ja toiminnan kehittäminen. Terveydenhuollon laadunhallinnan suositusten mukaisesti tulisi hoidon laadun mittaamiseen ja palautteen keräämiseen ja hyödyntämiseen kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota.

Tutkielman aineistona oli vuoden 2006 aikana vastaanotettu vapaamuotoinen asiakaspalaute, joka koostui tyytyväisyyskyselyjen avoimista vastauksista ja palautelomakkeista. Palautteita kertyi 3682 kappaletta. Deduktiivinen sisällön analyysi ja sisällön erittely toteutettiin hoidon laadun mittaamiseen tarkoitetun HYVÄ HOITO-mittarin kategorioista muodostetun analyysirungon mukaisesti.

Palautteen sisältö jaettiin kiitoksiin ja moitteisiin. Tulosten perusteella asiakkaat antoivat palautetta heille näkyvistä asioista, jotka ovat arvioitavissa. Eniten palautetta annettiin fyysisestä ja sosiaalisesta hoidon ympäristöstä, jonka moitteiden määrä oli suurempi kuin kiitosten. Sairaalan hoitoympäristöä arvioitiin kaikkialta siellä, missä asiakas liikkui. Toiseksi eniten annettiin palautetta hoitavan henkilön ominaisuuksista, joista kaksi kolmasosaa oli kiittäviä ja yksi kolmasosa moitteita. Hoitotoiminnoista annettiin kolmanneksi eniten palautetta, josta puolet koski ihmiskeskeisiä hoitotoimintoja ja puolet tehtäväkeskeisiä hoitotoimintoja. Neljänneksi eniten palautetta annettiin hoidon edellytyksistä, josta suuri osa oli moitteita. Viidenneksi palautetta kertyi hoitoprosessin etenemiseen ja siitä isoin osa oli moitteita. Hallintastrategiat -kategoriaan kertyi vähiten palautetta.

Hoitoympäristön palaute liittyi odotustiloihin, potilas- ja vastaanottohuoneisiin sekä näiden varusteluun. Asiakkaat arvioivat henkilökunnan sosiaalista ympäristöä ja vuorovaikutusta. Hoitohenkilökunnan käytöksestä, suhtautumisesta, kiinnostuksesta ja ominaisuuksista palautteen antajat kiittivät inhimillisyyttä, empaattisuutta, ystävällisyyttä, palvelualttiutta ja ystävällisyyttä. Huonoina ominaisuuksina moitittiin välinpitämättömyyttä, ilkeyttä, epäystävällisyyttä, kylmyyttä, julmuutta, epäinhimillisyyttä ja tylyyttä. Hoitotoiminnoista kiitoksia ja moitteita annettiin osaamisesta, ajasta, tietojen oikeellisuudesta kirjallisessa materiaalissa ja kivun hoidosta. Hoitoprosessin etenemisestä pyydettiin tietoja lähetteen saapumisesta, ajanvarauksista ja hoitoprosessin etenemisestä. Hoidon edellytyksistä moitittiin riittämätöntä aikaa ja osaamista. Potilaan tilanteen hallintaa tukivat ja estivät tiedonsaanti ja mahdollisuus kysymyksiin. Uudet kategoriat ovat: lopputuloksen arviointi, sairaalan muut palvelut (esim. opasteet, pysäköinti, kahviot), opetuspotilaan asema ja tavoitettavuus ja yhteyspalvelut.

Palautteen sisällön analyysi täydentää hoidon laadun arviointia osana laadunhallintaa. Tulosten hyödyntäminen tulisi organisoida sairaalaorganisaation kaikilla tasoilla.

Asiasanat: palaute, asiakas, potilas, hoidon laatu, palvelun laatu, laadunhallinta

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Department of Nursing Science

SARI VALLI: Content analysis of hospital's spontaneous freeform customer feedback within health care quality management framework

Pro gradu –thesis, 90 pages

Supervisors: Heli Laijärvi, lecturer and Nina Halme, lecturer

Nursing Science

May 2007

The purpose of this study was to describe the content of hospital's freeform customer feedback. Healthcare service providers collect customer feedback in an active and systematic way. Feedback is collected to increase perceived customer quality and to improve hospital functions. A healthcare quality recommendation suggests paying more attention to assessment of the quality of care and also collecting and utilizing feedback.

The data of the study was freeform customer feedback collected during year 2006, which included the answers to open questions in patient satisfaction surveys and open feedback forms. The number of feedback was 3682. Content analysis and categorization was made deductively using HYVÄ HOITO-categories previously developed for assessing quality of care.

Contents of the feedbacks were interpreted to be either positive or negative ones. Based on results, customers gave feedback of things that they were able to see and assess. Most of the feedback considered the physical and social environment of care and the most of the feedback in this category was negative. The environment of care in hospital was assessed in all places where customers visit. The second largest number of feedback considered attributes of staff. Two thirds of the feedback was positive and one third negative. Care functions got third largest number of feedback, half of which considered human aspects of care and the other half considered functions or tasks of care. Fourth largest number of feedback was about prerequisites for care. Most of it was negative. Fifth largest amount of feedback was about the progress of the care process. Most of this feedback was negative, too. Category named "management strategies" got smallest number of feedback.

The feedback in the environment of care -category was about waiting rooms, patient rooms, examination rooms and their facilities. Customers assessed the social environment and interaction of staff. The behaviour, attitude, interest and attributes of staff inspired customers to give positive feedback on humanity, empathy, kindness and willingness to be of service. Negative attributes mentioned were carelessness, maliciousness, unkindness, coldness, cruelty, inhumanity and rudeness. Feedback in care functions was about knowledge, time, correctness of information and treatment of pain. In progress of care process –category feedback was questions about arrival of referrals, appointments and how care process will continue. In prerequisites of care –category negative feedback was given about having not enough time or knowledge. Management strategies of patient were either supported or hindered by communication and how easy it is to ask questions. New categories revealed by this study were: assessment of the end result or outcome of care, other functions provided by hospital (eg. signs, parking, cafeterias), being an educational patient and reachability of staff or contact services.

Content analysis of feedback completes the assessment of quality of care in the context of quality management. The utilization of the results should be organized at all levels of hospital organization.

Keywords: feedback, customer, patient, quality of care, quality of service, quality management

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 ASIAKASLÄHTÖISEN LAADUNHALLINNAN LÄHTÖKOHDAT	2
2.1 Asiakas vaikuttajana ja palautteen antajana.....	2
2.2 Laadun käsitteestä.....	5
2.3 Palvelun ja hoidon laadun osatekijöistä ja ominaisuuksista	8
2.4 Laatujohtaminen ja laadunhallinta.....	12
2.5 Hoitotyön johtaminen ja hoitotyön menetelmät.....	16
2.6 Odotukset, kokemukset ja asiakkaan arvioima laatu.....	17
2.7 Kokemukset muodostuvat prosessissa.....	19
3 ASIAKASPALAUTEJÄRJESTELMÄ	23
3.1 Asiakaspalautte -käsite.....	23
3.2 Asiakaspalautteen keräämisen tavoitteet	24
3.3 Palautteet tietopääomana.....	25
3.4 Palautteet toiminnan kehittämisen lähtökohtana.....	26
3.5 Asiakaspalauttejärjestelmä	27
4 HOIDON LAADUN MITTAAMINEN.....	30
4.1 Hyvä Hoito-mittari hoidon laadun mittaamisessa	30
4.2 HYVÄ HOITO-mittarin sisältö.....	32
5 YHTEENVETO TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA.....	34
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	36
7 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄ.....	36
7.1 Aineiston muodostuminen	36
7.2 Aineiston analyysi	37
8 TULOKSET.....	40
8.1 Mainintojen määrät kategorioittain	40
8.2 Hoitavan henkilön ominaisuudet.....	42
8.3 Hoitotoiminnot	46
8.4 Hoidon edellytykset.....	54
8.5 Hoidon ympäristö	56
8.6 Hoitoprosessin eteneminen	57
8.7 Hallintastrategiat.....	61
8.8 Uudet kategoriat	63
9 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA.....	65
9.1 Spontaanin palautteen sisällön tarkastelu	66
9.2 Laadun kehittäminen.....	73
9.3 Tutkimuksen luotettavuus	77
10 JATKOTUTKIMUS.....	81

LÄHDELUETTELO

KUVIOT:

KUVIO 1	Laadun määritelmien tasot
KUVIO 2	Laadunhallinnan käsitejärjestelmä ISO 8402 –standardissa
KUVIO 3	Asiakkaan odotukset ja kokemukset osana laadun määritelmiä
KUVIO 4	Laadun määrittely ja kohdentaminen toimintaan
KUVIO 5	Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista
KUVIO 6	Hoitavan henkilön ominaisuudet HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti
KUVIO 7	Hoitotoiminnot HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti
KUVIO 8	Hoidon edellytykset HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti
KUVIO 9	Hoidon ympäristö HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti
KUVIO 10	Hoitoprosessin eteneminen HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti
KUVIO 11	Hallintastategiat HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti

TAULUKOT:

TAULUKKO 1	Palautteiden systemaattinen tarkastelu
TAULUKKO 2	Palautteen keräämisen välineet ja sopivin käyttötarkoitus
TAULUKKO 3	HYVÄ HOITO-mittari
TAULUKKO 4	Esimerkki deduktiivisesta analyysistä
TAULUKKO 5	Esimerkki induktiivisesta analyysistä
TAULUKKO 6	Mainintojen määrät kategorioittain

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon palveluntuottajat keräävät palautetta ja kysyvät potilaiden ja omaisten kokemuksia käynnistään tai hoitajaksostaan. Terveydenhuollon organisaatiot ovat halukkaita kehittämään toimintaansa asiakaslähtöisemmäksi ja asiakkaita hyvin palvelevaksi ja ovat siten kiinnostuneita asiakkaan antamasta palautteesta. Tarkoituksena on saada tietoa siitä, miten palvelu ja hoito ovat toteutuneet. Asiakkaan kokemus ja arvio toteutuneesta palvelusta tukee terveydenhuollon toiminnan laadun kehittämistä. Laadun kehittäminen on osa useimpien terveydenhuollon palveluntuottajien toimintaa siten, että palvelujen laadun arvioinnissa lisätään asiakkaiden ja potilaiden suorittaman arvioinnin ja palautteen hyödyntämistä. Näin todetaan sosiaali- ja terveydenhuollon strategiassa 2015 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. (STM 2006, 17.)

Hyvä ja laadukas palvelu on tavoiteltava arvo. Palveluprosessi ja palvelutapahtumat luodaan asiakkaan näkökulmasta yhdessä palvelun antajan kanssa vaihdantatilanteissa, joskus nopeasti ja ainutkertaisesti, joskus vuosien aikajänteellä. Terveydenhuollon palveluprosessi voi olla lyhyt tai parantumattomissa sairauksissa elämän mittainen. Kaikissa tapauksissa sen tulisi olla potilaan ja asiakkaan mielestä hyvä ja laadukas. Asiakaslähtöisiä prosesseja ja toimintamalleja ei ole mahdollista kehittää tähän suuntaan ilman asiakkailta saatavaa tietoa.

Hoidon laatu on ollut tutkimuksen kohteena aikaisemmin siten, että tutkimukset ovat perustuneet hyvän hoidon laadun osatekijöihin ja ominaisuuksiin, joita ovat määritelleet asiantuntijat, hoitohenkilökunta ja potilaat. Hyvä laatu on operationalisoitu kysymyssarjoiksi tai haastatteluiksi, joihin potilaat ja omaiset ovat sitten vastanneet. Kyselyt ovat perustuneet tavoiteltaviin ja tärkeinä pidettyihin hyvän laadun ominaisuuksiin. Vapaamuotoisen palautteen analyysistä ei löytynyt yhtään toteutettua tutkimusta. (Leino-Kilpi ym. 1994, Hannula 1996, Renholm & Suominen ym. 2000, Wasenius 2000, Leinonen 2002, Rehnström ym. 2003, Ruotsalainen 2006.)

Tutkielman teoreettisessa osassa luvussa kaksi perehdytään terveydenhuollon asiakaslähtöiseen laadunhallintaan ja sen menetelmiin. Terveydenhuollon palveluntuottajien ongelmana ei nykyisin enää ole palautetiedon kerääminen vaan haasteena on kerätyn tiedon järkevä analysointi, tulkinta ja hyödyntäminen. Palautteen keräämiseen panostetaan aikaa ja rahaa. (Goodman ym., 1996, 35.) Luvussa kolme esitetään kokonaisvaltaisen asiakaspalautejärjestelmän perusteita. Palautetiedon

jalostaminen johtamista ja kehittämistä varten vaatii asiaan perehtymistä ja osaamista (Wirtz & Tomlin, 2000.) Koska palautetta voivat terveydenhuollon organisaatioissa antaa muutkin kuin potilaat, käytetään tässä tutkimuksessa käsitettä asiakaspalaute, joka määritellään luvussa kolme.

Tutkielman empiirisessä osassa tarkastellaan sairaalan saamaa asiakaspalautetta ja tulosten tarkastelussa palautteen sisältö liitetään alkuosassa esitettyyn laajempaan teoreettiseen viitekehykseen. Aineisto analysoitiin deduktiivista sisällön analyysiä ja sisällön erittelyä käyttäen. Deduktiivinen päättely perustui hoidon laadun mittaamiseen kehitetyn HYVÄ HOITO-mittarin kategorioista muodostettuun analyysirunkoon. Mittarin sisältö esitellään luvussa neljä.

2 ASIAKASLÄHTÖISEN LAADUNHALLINNAN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Asiakas vaikuttajana ja palautteen antajana

Terveydenhuollon palveluntarjoajalle on tärkeää se, että potilaat ja muut asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Suurinta tyytyväisyyteen vaikuttavaa tekijää, potilaan ja asiakkaan muodostamaa käsitystä palvelusta, ei voida hallita tai edes ennakoida täysin (Zeithaml ym. 2006). Tutkielma pyrkii pureutumaan tähän haasteeseen ja seuraavissa luvuissa esittämään tietoa siitä, miten asiaa on tutkittu ja mitä tutkimuksien tulokset kertovat. Perustuipa potilaan ja asiakkaan käsitys todellisiin tapahtumiin tai vaikka mielikuvitukseen, olettamukseen tai muuhun epärealistiseen asiointilaan, on tällä käsityksellä asiakkaan mielessä tosiasian kiistämätön painoarvo. Toiveiden ja tarpeiden tyydyttämisessä käsitykset palvelukokemuksista ovat tosiasioita. Käsitykset voivat usein olla myös erittäin epäjohdonmukaisia. Kaksi potilasta asioidessaan samalla poliklinikalla saman vaivan vuoksi ja voivat muodostaa erittäin merkittävästi toisistaan eroavan käsityksen palvelun laadusta. Erot saattavat johtua kummankin erilaisista odotuksista palvelua kohtaan tai erot voivat johtua vain erilaisista käsityksistä asiasta. (Zeithaml ym. 2006.) Tässä tutkielmassa käytetään sanaa asiakas tarkoittaessa terveydenhuollon organisaatiossa asioivaa henkilöä, joka voi olla potilas, potilaan läheinen, omainen tai muu. Sanaa potilas käytetään tarkoituksenmukaisessa yhteydessä tarkoittaessa terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen käyttäjää, hoitoprosessissa olevaa henkilöä (Potilaslaki, 1992).

Terveydenhuollon palveluntuottajan omaksuma käsitys aktiivisesta palvelujen käyttäjästä ja saajasta lisää potilaan aktiivisuutta, liikkuvuutta, teoreettisesti myös valinnan vapauksia sekä laatu- ja kustannustietoisuutta, vaikka potilaan asema lainsäädännön näkökulmasta on ennallaan. Asiakas-käsitteeseen liittyy näkemys itseohjautuvasta ja aktiivisesta henkilöstä, kun taas potilas -käsitteelle voidaan antaa passiivisuutta korostava merkitys. (ks. esim. STM 1998.) Vertailun vuoksi Kielitoimiston Internetsanakirja MOT 1.0 määrittelee että asiakas on henkilö suhteessaan johonkin liikkeeseen tai ammatinharjoittajaan, jolta hän ostaa tai jolla hän teettää jotakin; liikkeessä yms. ostaja; virastossa asioiva, sen puoleen kääntyvä henkilö tai liike (yritys) suhteessa toiseen liikkeeseen. Määrittely kuvaa asiakkaan itsenäistä päätäntävaltaa ja aktiivista roolia myös palautteen antamisessa. Sanakirja määrittelee, että potilas on sairas henkilö, varsinkin sellainen, joka on lääkärin tai sairaalan hoidossa, mikä kuvaa myös roolin passiivisuutta. (MOT, 27.4.2007.)

Hyvänä suuntana voidaan pitää sitä, että terveydenhuollossa potilaan aktiivinen rooli näkyy osallistumisessa esimerkiksi hoitosuunnitelman laadintaan, siksi terveydenhuoltopalvelua tuottaessa potilaan näkemys ja kokemus otetaan huomioon yksilöpotilaan kohdalla. Haasteena on edelleen koko toiminnan suunnittelu ja kehittäminen potilas- ja asiakasryhmien näkökulmasta. Terveydenhuollon palvelujen käyttäjän aktiivinen rooli vaatii työntekijöiltä kykyä tasavertaiseen dialogiin potilaiden kanssa palveluntuotannon prosessissa ja ymmärrystä siitä, että prosessit ovat geneerisiä, yleisiä. (ks. Mönkkönen 2002). Voutilaisen ym. (2007) mukaan hoidon laadun arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös yhteistyö omaisten ja läheisten kanssa, heidän näkemyksensä. Suomen terveydenhuollossa palvelujen käyttäjän ja heitä edustavien erilaisten potilasjärjestöjen osallistuminen palvelujen laadun määrittelyyn ei ole vielä ollut kovin merkittävää. (ks. Mäki ym. 2000).

Julkisen terveydenhuollon palvelutuotannossa potilas ei pääsääntöisesti osta eikä maksa tai toimeksianna mitään kuten yritystoiminnassa, vaan on jonkin toimenpiteen tai toiminnan kohteena ja vastaanottaa toimitteen kuten Lillrank (1998) asian ilmaisee. Potilaan tyytyväisyydellä ei ehkä voida nähdä olevan suoraa vaikutusta palveluntuottajan toimintaan, koska palvelujen tilaajana ja maksajana toimivat esimerkiksi kunnat. Tästä näkökulmasta on ymmärrettävää, että asiakkaan tai potilaan palautetta ei vielä riittävästi oteta huomioon toiminnan kehittämisessä eikä palveluntuotantoprosessia tarkastella riittävästi asiakkaan ja potilaan näkökulmasta. Esimerkiksi palvelun tuotantoprosessin tai hoitoketjun eri vaiheille saatetaan laskea hintoja, mutta potilaan aika on aina ilmainen, rajaton luonnonvara – jonottamiselle ei lasketa kustannuksia potilaan näkökulmasta (Lillrank 2003).

Julkisen terveydenhuollon asiakkaan tai potilaan todellisen valinnan mahdollisuuksien puuttuminen aiheuttaa sen, että hänen tyytyväisyydellään tai tyytymättömyydellään ei ole suoria seurauksia palveluntuottajan saaman rahan määrään palveluja järjestävältä taholta, kunnilta. Lillrankia (1998) tulkiten voisi ajatella, että koska terveydenhuollon potilas ei itse maksa suoraan palvelusta tai maksu on murto-osa todellisista kuluista, asiakas tai potilas ei joudu arvioimaan palvelua suhteessa hintaan, mutta voi siitä huolimatta arvioida toteutuneen palvelun laatua. Julkisten palvelujen tuottajien on hankittava laadun hallintaa varten palautetta ja luotava hyvän laadun normeja eri lähtökohdista kuin markkinoilla toimivien palveluntuottajien. Laadun ohjaussignaali välittyy julkisissa palveluissa johtamistavan ja organisaation sisällä luotujen hyvän laadun normien, standardien ja asiakkuuksien ymmärtämisen kautta.

Osallistumisen ja vaikuttamisen lainsäädännöllinen perusta on muun muassa perustuslaissa (731/1999), laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), hallintolaissa (434/2003), laissa viranomaisen toiminnan julkisuudesta (612/1999) ja kuntalaissa (365/1995). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista korostetaan hyvän hoidon lisäksi hyvää kohtelua, tiedonsaantioikeutta ja itsemääräämisoikeutta. Itsemääräämisoikeus liittyy potilaan mahdollisuuksiin osallistua hoitonsa suunnitteluun ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Valinnan mahdollisuudet voivat liittyä hoidon lisäksi myös hoitopaikkaan. Näitä voidaan pitää hyvään laatuun kuuluvina, ja niitä potilas pystyy itse arvioimaan antaessaan palautetta. Palautteen sisältönä lakisäätteiset oikeudet ja asiakkaan käsitys niiden toteutumisesta ovat myös tärkeitä ja kriittisiä, varsinkin, jos palaute on negatiivista. Asiakkaalla ja potilaalla on mahdollisuus tehdä lakisäätteisiä valituksia, muistutuksia tai kanteluita. Lakisäätteisten oikeuksien tai potilaan asemaan perustuvien potilasvahinkojen ja niistä tehtyjen ilmoitusten järjestelmällinen käsittely ja hyödyntäminen eivät ole olleet terveydenhuollossa kovin yleisiä toimintatapoja (Mäki ym. 2000), ja tästä syystä valtakunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000–2003 (Sosiaali- ja terveydenhuollon... 1999) esitettiin isompia tavoitteita tämänkin palautetiedon hyödyntämiselle.

Hoitovirheen, lain mukaan potilasvahingon, sattuessa potilaalla on mahdollisuus mm. hakea korvausta henkilövahinkoon potilasvahinkolain (585/1986) perusteella Potilasvakuutuskeskuksesta. Hoitovirheiden tunnistaminen ei ole aina helppoa tai yksinkertaista. Koska hoitovirhe sattuu yleensä samanaikaisesti vain yhdelle potilaalle, ei systemaattisesti, virheitä tarkastellaan usein vain yksittäisinä erillisinä tapahtumina, ja niihin ei kiinnitetä samanlaista huomiota kuin useita ihmisiä koskettaneisiin virheisiin. Inhimillisiä erehdyksiä kuvataan monien organisaatioiden asiakaspalautteissa. Hourula ja Laivamaa (1997) selvittivät Lapin läänissä vuosina 1994–1996

tehtyjen kanteluiden, muistutusten ja niihin annettujen ratkaisujen sekä muun asiakaspalautteen sisältöä ja vaikutuksia terveydenhuollon palvelujen laadun kehittämiseen. Tulosten perusteella kaiken kaikkiaan negatiivista asiakaspalautetta käsitellään liian vähän. Asiakaspalautteen suoranaista yhteyttä organisaatiossa tehtyihin kehittämistoimenpiteisiin ei voitu tutkimuksessa osoittaa.

Suomessa on suhteellisen vahva, potilaan oikeuksien ja potilaiden neuvonnan käytännön toteutus. Muistutus- ja kantelumahdollisuuksien käytössä ja niistä kertyvän tiedon hyödyntämisessä on puutteita. (Hiidenhovi, 2001.) Yksityisellä sektorilla kaiken palautetiedon hyödyntäminen voi olla yritystoiminnan elinehto – tyytymättömät asiakkaat voivat aiheuttaa korvaamatonta haittaa liiketoiminnalle. Tästä syystä yksityisissä terveyspalveluissa asiakaspalautetta hyödynnetään järjestelmällisemmin kuin julkisissa terveyspalveluissa (ks. esim. Mäki 2000, Black ym. 2001, Tuorila 2000).

2.2 Laadun käsitteestä

Yhteistä ja yksilön hyvää koskeva arvokeskustelu on osoitus eettisestä valppaudesta yhteiskunnassa ja sitä kautta potilaan kokeman **hyvän laadun tavoitetta voidaan pitää eettisesti hyvänä tavoitteena**. (ks. esim. ETENE 2001a, 2001b) Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on määritellyt terveydenhuollon eettisiksi periaatteiksi ihmisarvon kunnioittamisen, itsemääräämisoikeuden, oikeudenmukaisuuden, oikeuden hyvään hoitoon, henkilöstön hyvän ammattitaidon ja työyhteisön hyvinvointia edistävän ilmapiirin sekä yhteistyön ja keskinäisen arvonnannon (ETENE 2001b; ks. myös ETENE 2001a; 2002; 2003). Lainsäädännön käsitystä asiakkaan hyvästä kuvastaa esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jotka voidaan olettaa kuuluvan hyvän ja tavoiteltavan laadun ominaisuuksiin ja siten palautteen sisältönä hyvin kriittisiä.

Laatu on **kontekstisidonnaista**. Asiakaspalautetta ei voida ymmärtää riittävästi ymmärtämättä sitä, miten palaute liittyy asiakkaan ja potilaan tekemään laadun arviointiin ja laatujohtamiseen. Laatu on sosiaalisesti rakentunut, kulttuuriin ja kieleen sidonnainen ja sopimuksenvarainen käsite (Kekäle & Lehtikoinen 2000, 35). Siten jossain toisessa organisaatiossa, kulttuurissa tai eri aikakautena hyvälle laadulle annetaan erilaisia merkityksiä kuin mitä tällä hetkellä terveydenhuollossa. Kontekstisidonnaisuutta kuvastaa Uuden kielioppaan (Itkonen 2000, 219) laadun määritelmä, jonka mukaan laatu on jonkin **kulloinkin merkitsevät ominaisuudet**. Laatuun liittyy vertailuasetelma, tuotetta tai palvelua verrataan johonkin tasoon, mielikuvaan, tavoitteeseen tai vastaavaan. Tämän

vuoksi laatu on aina **suhteellista**. Laatua määriteltäessä on mietittävä, mikä on määrittelyn kohde ja päätettävä, millä abstraktio- tai organisaatiotasolla ja kenen näkökulmasta määrittely tehdään (Luoma 2001, Perälä 1998). Turtiaisen (2000) mukaan laatu on semi-teoreettinen ja olemassa vain jonkin toisen yhteyden kautta. Terveystieteissä laatu voidaan sijoittaa esimerkiksi hoitotyön, hoidon tai palvelun kontekstiin.

Hyvän käsite liitetään laatuun. Hyvän käsite viittaa usein samoihin tärkeiksi ja tavoiteltaviksi osoitettuihin asioihin kuin hyvä laatu tai laadukas. Wrightin (2001) käsiteanalyttinen tutkielma hyvän muunnelmista käsittelee sanan hyvä käytön moninaisuutta. Wright erottaa toisistaan 1) instrumentaalisen eli välineellisen, 2) teknisen, 3) utilitaarisen, 4) terveydellisen, 5) hedonisen ja 6) ihmisen hyvän. Perälän mukaan (1995) laatukäsitteessä on myös emotionaalinen lataus, johon liittyy laadun näkeminen hyvä-paha -dikotomiana. Laatuun liittyy positiivinen arvolataus.

Englannin kielessä laatu viittaa hyvään laatuun, **erinomaisuuden asteeseen tai yliveritaisuuteen**. Rinnakkaisia adjektiiveja ovat laadukas, korkealaatuinen tai hyvälaatuinen. Korkeatasoinen hoitotyö viittaa myös hyvään hoitotyöhön. Tällöin hyvä vastaa lähinnä adjektiivia quality (quality nursing care, hyvä hoitotyö). Suomenkieliset vastaavat adjektiivit ovat laadukas, hyvälaatuinen, korkealaatuinen ja vastakohtana huonolaatuinen. (Pelkonen & Perälä 1992, 61, ks. myös Itkonen 2000, 218.) Suomen kielessä hyvä laatu ja laatu eivät välttämättä tarkoita samaa asiaa. MOT sanakirjan (MOT 28.4.2007) mukaan laatu tarkoittaa olennaisten tai tilapäisten ominaisuuksien olemassaoloa, joka tekee jonkin siksi mitä se on esim. **hyvänlaatuinen, pahanlaatuinen**.

Laadun käsitteen määrittelyyn liittyvien sekaannusten välttämiseksi useissa valtakunnallisissa laatusuosituksissa (esim. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta... 1999, Stakes 1995, Stakes 1995b, Suomen Kuntaliitto 1998e) on painotettu yhteisen sanaston käyttöä. Yhteiseksi sanastoksi on esitetty teollisuuslähtöisen ISO 9000 -sarjan sanastoa ISO 8402. Sanaston mukaan laatu tarkoittaa niistä ominaisuuksista muodostuvaa kokonaisuutta, joihin perustuu tarkoitteen kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuvat odotukset. Vaatimusten määrittelijöitä ja odotusten esittäjiä voivat olla useat tahot, esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöt, poliitikot ja asiakkaat. Näiden eri ryhmien välillä voi olla intressiristiriitoja, joita joudutaan sovittamaan keskenään. Yksittäisen asiakkaan odotukset voivat poiketa yhteiskunnan palveluille asettamista vaatimuksista. (SFS 1995, 16.) Voutilainen (2007, 14) esittää, että laatusuositukset ovat lähinnä informaatio-ohjausta, johon liitetään laadunhallinta ja laadun mittaaminen. Nämä suositukset edellyttävät toimiakseen käytännössä laadun operationalisointia tiettyyn ja haluttuun kontekstiin.

Perälä jakaa laadun määritelmät **operationaalisiin ja teoreettisiin** (käsitteellisiin) (Perälä 1995, 16). Operationaaliset määritelmät ovat yksityiskohtaisia, rajattuja ja konkreettisia. Niitä käytetään todellisen tilanteen ja tavoiteltavan tilanteen vertaamisessa tietyssä kontekstissa. Näitä voivat olla yksityiskohtaiset laatukriteerit terveydenhuollossa, joiden toteutumisen arviointi juuri konkreettisuuden vuoksi voi olla helppoa. Teoreettiset laadun määritelmät ovat erilaisia tunnistettuja arvolähtökohtia kuvaavia, toimintaperiaatteita, toimintapolitiikkaa tai jokin ominaisuus, joka kuvaa esimerkiksi organisaation erinomaisuutta. Laadun teoreettiseen määrittelyyn liittyvät julkisessa terveydenhuollossa palvelujen oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen saatavuus.

Laatuun liittyvien käsitteiden, muun muassa laatukriteerien, standardien ja laadunhallinnan merkitykset vaihtelevat toimialojen välillä ja sisällä sovellettaessa terveydenhuoltoon esimerkiksi teollisuuteen luotuja malleja. Käsitteiden välille on saattanut syntyä tästä syystä sekaannuksia – tästä esimerkkinä hoitotyössä (Pelkonen & Perälä, 1992) ja lääketieteessä (Vuori, 1995) laatuvaatimukselle ja -kriteerille annetut erilaiset merkitykset (Idänpään-Heikkilä ym. 2000, 9, SFS 1995).

Yleisten standardien ja kriteerien soveltuvuutta julkiselle sektorille on kritisoitu (ks. esim. Black ym. 2001) siitä syystä, että on mahdotonta saavuttaa kaikkiin olosuhteisiin soveltuvaa yleistä laadun osatekijöiden ja ominaisuuksien määrittelyä. Tämä liittyy siihen, että laatu on ilmiönä kontekstisidonnainen ja tästä syystä määriteltävä uusissa olosuhteissa uudelleen. Laadun ilmiö muodostuu erilaiseksi palvelutuotannossa ja teollisuudessa sekä näiden toimialojen sisällä. Laadun ilmiön kontekstisidonnaisuus ja monimuotoisuus näkyy terveydenhuollossa esimerkiksi siten, että laadun osatekijöille annettuihin merkityksiin vaikuttaa terveydenhuollon osa-alue, esimerkiksi keskosten tai vanhusten hoito. Laatu on kontekstisidonnaista, eikä mittauksien tuloksia voi ilman harkintaa vertailla keskenään eri organisaatioiden välillä. Terveydenhuollossa on pyrkimys ymmärtää laadun käsitettä ja sille haetaan yhtenäistä tulkintaa. Laatu on viime kädessä kunkin terveydenhuollon palveluntuottajan sille antama merkitys, osatekijät ja ominaisuudet, jolloin tulos on parhaimmillaan mahdollisimman konkreettiseksi operationalisoitu. Teoreettisista laadun tulkinnoista esim. tasa-arvon toteutumisesta voi saada viitteitä palautteista. Tuloksia voidaan tarkastella vain siinä kontekstissa, joka on laadun tarkastelun kohteena.

2.3 Palvelun ja hoidon laadun osatekijöistä ja ominaisuuksista

Palvelu tarkoittaa palvelemista, yksityistä tekoa tai toimenpidettä, jonka joku suorittaa tai joka koituu auttamiseksi tai yleensä jonkun hyväksi (MOT 28.4.2007). Palvelu sisältää myös tietyt **ominaispiirteet**, jotka tulevat esiin palvelun käytön yhteydessä: palvelun idea, yksilöllisyys, asiakaskeskeisyys ja palveluajatus (Grönroos 1987, 62, 63). Palvelut ovat aineettomia, erottamattomia ja heterogeenisiä eikä niitä voi varastoida. Palvelujen aineettomuuden vuoksi palveluja ei voi arvioida ennen niiden käyttöä. Erottamattomuus tarkoittaa sitä, että asiakaspalvelussa sekä palvelun käyttäjä että palvelun antaja vaikuttavat palveluun eikä palvelua siten voi arvioida irrallaan tilanteesta, jossa se tapahtuu. Tästä syystä asiakkaan ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus on oleellista. Terveystieteiden tutkimuksissa kontaktin sujuvuudella ja henkilökunnan vuorovaikutustaidoilla on merkitystä hoitoon sitoutumiselle ja potilaan ja asiakkaan omatoimisuudelle. Asiakkaiden heterogeenisuus puolestaan monimutkaistaa tehokasta laadun hallintaa, koska palvelua ei voida tuottaa täsmälleen samanlaisena joka kerta. Vaihtelua aiheuttavat sekä asiakas että palvelun tuottaja. (ks. esim. Grönroos 1987, 2001, Wilkinson ym. 1998).

Palvelun laadun määrittelyä on pyritty selkeyttämään jakamalla palvelun laatu osiin. Näkemyksiä on erilaisia, mikä vaikeuttaa laadun käsitteen ymmärtämistä. Lehtinen (1983) erottaa palvelun laadun tarkastelussa vuorovaikutussuhteen laadun, teknisen laadun ja institutionaalisen laadun. Normannin (1995) mukaan palvelun laadulla tarkoitetaan tuotteen, prosessin ja tuotantojärjestelmän laatua tai laatua koko organisaation yleisfilosofiaa. Grönroosin (1994) mukaan asiakkaan kokemalla palvelun laadulla voidaan katsoa olevan kaksi ulottuvuutta: tekninen ja toiminnallinen. Se mitä asiakkaat saavat vuorovaikutuksessa palvelun tuottajan kanssa, on tärkeää heille ja heidän tekemälleen laadun arvioinnille. Sitä voidaan kutsua palveluntuotantoprosessin tuloksen tekniseksi laaduksi. Asiakkaaseen vaikuttaa myös tapa, jolla prosessin lopputulos (tekninen laatu) hänelle välitetään, eli miten (toiminnallinen laatu) hän saa palvelun. Toiminnallista laatua ei voi arvioida yhtä objektiivisesti kuin teknistä laatua. (Grönroos 1987, Grönroos 1994.)

Laadun objektiivinen määrittely ja mittaaminen ovat joiltain osin mahdollisia. Palvelutuotteessa on yleisiä ominaisuuksia, jotka määrittelevät sen laadun. Tätä näkökulmaa kutsutaan tuoteominaisuus- eli suunnittelukeskeisen laadunäkökulmaksi (Garvin 1988, Lillrank 1990, 1998). Ominaisuudet voidaan luokitella esimerkiksi seuraaviin ryhmiin: fyysiset ominaisuudet (esim. mekaaniset, biologiset tai sähköiset ominaisuudet), aistein havaittavat ominaisuudet, käyttäytymiseen liittyvät ominaisuudet (esim. kohteliaisuus, rehellisyys), aikaan liittyvät ominaisuudet (esim. täsmällisyys, luotettavuus, saatavuus), ergonomiset ominaisuudet ja

toiminnalliset ominaisuudet (esim. toiminnallinen nopeus) (SFS 2001a, 30). Suunnittelukeskeisen laadun määrittelee tuotesuunnittelija tai muu asiantuntija. (Garvin 1988, Lillrank 1998, Rope & Pöllänen 1995, Silén 1998.)

Vaikka laadun mittaaminen objektiivisesti on tämän näkemyksen mukaan mahdollista, se ei ota huomioon ihmisten näkemys- ja makueroja, ja olettaa siten, että laatu merkitsee tai se on samanlaista kaikilla ihmisillä tai tietyssä asiakasryhmässä. (Lillrank 1990, 43.) Terveystieteiden suunnittelukeskeinen laatu voi tarkoittaa esimerkiksi hoitosuosituksen, hoito-ohjelmien, laatukriteerien tai laatumittareiden sisältöä. Asiakkaan käsitys siitä, mikä on hyvää laatua voi poiketa asiantuntijan määrittelemästä laadusta, koska asiakas saattaa arvioida eri osatekijöitä kuin asiantuntija.

Laatu voi olla myös synnynnäistä, luontaista erinomaisuutta, kuten Garvin (1988) esittää. Tätä laadunäkökulmaa sanotaan transkendenttiseksi. Transkendenttisuudella tarkoitetaan abstraktia erinomaisuutta, joka on absoluuttista ja yleisesti tunnustettua. Sitä ei voi määrittellä, mutta sen tietää, kun sen kokee. Tämän näkemyksen ongelmana on sen kyvyttömyys ohjata käytännön toimintaa. Savolainen (1997, 31) käyttää tästä näkökulmasta nimitystä filosofinen laatu ja Reeves ja Bednar (1994) käsitteä erinomaisuus (excellence). Yksittäisiä erinomaisen laadun kokemuksia ei voida käyttää toiminnan kehittämisen ideaalina.

Hoitotyössä on käytetty laatuvaatimuksia ja kriteereitä määrittelemään **toivottua ja asetettua laatutasoa** ja kuten aikaisemmin on kuvattu myös pyritty mittaamaan kysymällä asiakkailta mitä mieltä he ovat toteutuneesta laadusta. Pelkonen ja Perälä (1992, 70) kuvaavat kirjassaan, että suomalainen sairaanhoitajayhteisö määritteli laatuvaatimuksen vuonna 1986 seuraavasti: hoitotyön laatuvaatimuksella tarkoitetaan ammattihenkilöiden yhteisesti sopimaa ja kirjallisesti ilmaisemaa eettistä, tiedollista ja taidollista tavoite-tasoa, joka tulisi valitun arviointikohteen osalta saavuttaa. Kriteerit määriteltiin laatuvaatimusten osatekijöiksi, jotka ovat mitattavia, havaittavia ja jotka heijastavat laatuvaatimuksen tarkoitusta. Kriteerit jaettiin rakenne-, prosessi- ja tulokriteereihin. (ks. Pelkonen & Perälä 1992, Perälä ym. 1995). Kriteerit ja laatuvaatimukset kuvastavat näkemystä siitä, mitä pidetään tavoiteltavana eli laadulle annettua merkitystä. Kriteerit ovat myös kontekstisidonnaisia – samat kriteerit eivät ole yhtä tärkeitä kaikkien asiakasryhmien kohdalla.

Hiidenhovi (2001, 63) tarkasteli potilaiden palveluun liittyviä kokemuksia sairaalan poliklinikalla. Tavoitteena oli saada selville potilaan määrittelemänä laadun osatekijöitä. Palvelun sisällöksi

muodostuivat henkilöstöön, potilaan osallisuuteen ja hoitoympäristöön liittyvät sisällöt. Henkilöstöön liittyvät joustava avuliaisuus, hyvien tapojen mukainen kohtelu, tiedon välittäminen, aktiivinen huomaavaisuus ja vakuuttavuus taitavuudesta. Potilaan osallisuuteen liittyivät yksilöllisyys, asema sairaalatilanteessa ja hallinnan tunne. Hoitoympäristöön liittyivät mieltä piristävä ilmapiiri, paikan löytämisen helppous, viihtyisyys ja virkistävyys ja samaa sairastavien apu ja tuki.

Hiidenhovi (2001, 19, 73) kuvaa sairaalan poliklinikkaa palvelun tuotantojärjestelmänä, jossa on potilaalle näkyviä ja näkymättömiä osia. Palvelutilanteen onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttavat potilas, henkilökunta, toiset potilaat, ympäristö ja organisaatioon liittyvät tekijät. Näkymättömiin jää johtaminen, joka vaikuttaa normeihin, palvelukulttuuriin ja työilmapiiriin. Hiidenhovi kehitti potilaslähtöisen poliklinikan palvelumittarin, jonka avulla voidaan arvioida ja parantaa poliklinikan palvelua. Palvelumittari mittaa potilaiden huonoina kokemia, mutta merkityksellisinä pitämiä asioita. Palvelumittarin sisältö muodostui 40 potilaan haastatteluista ja haastattelujen analyysistä. Mittari sisältää 12 kysymystä sekä mahdollisuuden antaa vapaamuotoinen kiitos, moite tai kehittämisehdotus.

Hiidenhovi ym. (2001) kuvaavat palvelua potilaiden kokemana toimintana, joka auttoi, tuki ja mahdollisti potilaan kokemaan tilanteen hallintaa. Palvelu koettiin kahden osapuolen välisenä tapahtumana, johon liittyi myös ympäristö ja sen tapahtumat. Potilaat kuvasivat omaa osallistumistaan aktiivisena. Potilaat kokivat palvelun subjektiivisena kokemuksena yksilöllisenä ja toiminnallisena prosessina. Tutkimuksen tuloksena palvelun käsite sairaalan toiminnan näkökulmasta on monisisältöinen, dynaaminen ja tilanne- ja aikasidonnainen. Käsitteeseen liittyy vahva sosiaalinen vuorovaikutus.

Hoidon laatua on tutkittu paljon. Potilaat arvioivat hoidon laadun yleensä hyväksi. Hoidon laatua tulee kuitenkin kehittää vaikka tulokset ovat hyviä. (ks. Ruotsalainen 2006, Leinonen 2002, Leino-Kilpi 1994, Hiidenhovi 2001.) Hoidon laatua on tarkasteltu potilasnäkökulmasta ja useimmiten kyse on hoidon laadun arvioinnista potilastyytyväisyyden lähtökohdista (ks. Leino-Kilpi ym. 1994, 66-89, Kvist 2004, 18, Ruotsalainen, 2006, 15-22.)

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on eroja laadun osatekijöissä. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa fyysiset tilat saavat asiakkaan kannalta aivan toisenlaisen merkityksen laadun osatekijänä kuin terveysaseman vastaanottokäynnillä. Tutkimusten mukaan iäkkäät asiakkaat ja

heidän omaisensa sekä hoitohenkilökunta arvostavat pieniä, kodinomaisia hoitoyksiköitä, joissa voi esteettömästi liikkua. Vanhukset pitävät tärkeänä myös yksityisyyttä. Laitosten tilojen monipuolisuus lisää omaisten halukkuutta osallistua läheistensä hoitoon. (Kotilainen 2002) Avohoidossa tilojen merkitys on vähäisempi kuin laitoksissa. Lumijärven (1994) Tutkimuksen mukaan avohoidossa lapsipotilaiden hoitoympäristöön, hoidon fyysisiin edellytyksiin ja oheispalveluihin liittyvät tekijät yhdistettiin harvoin tärkeimpien laatutekijöiden joukkoon.

Asiakkaiden taustatekijät vaikuttavat heidän arvioihinsa palvelun ja hoidon laadusta, kuten on huomattu suomalaisissa ja muissa maissa toteutetuissa tutkimuksissa. Hoidon laatua tarkastelevissa tutkimuksissa on todettu, että keski-ikäiset (45-64) pitävät hoitohenkilökunnan ominaisuuksia muita ikäryhmiä tärkeämpänä. Iäkkäille potilaille (> 65) on tärkeämpää hoitoympäristöön liittyvät asiat ja miten on kokenut hoitonsa laatutekijöiden toteutuneen hoidossa. Laatutekijät ovat naisille tärkeämpiä kuin miehille. Koulutustaustalla on merkitystä siten, että alhaisimman koulutustason omaavat pitävät muita tärkeämpänä useita laatutekijöitä ja kokevat laatutason toteutuneen muita vähemmän. Laatutekijät ovat työelämästä poissa oleville tärkeämpiä kuin työelämässä oleville ja he kokivat hoidon laatutason toteutuneen työssä olevia paremmin. Naimissa tai parisuhteessa olevat arvioivat laatutason korkeammalle. (Leino-kilpi ym. 1994, Ruotsalainen 2006, Quintana ym. 2006.)

Yhteenveto: Terveystieteiden laadun tarkastellaan sekä palvelun että hoidon laadun näkökulmasta. Tutkimuksissa ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota palvelun ja hoidon laadun eroihin mittareita rakennettaessa. Palvelu viittaa siihen aineettomaan prosessiin, jossa vuorovaikutus ja hoitotapahtumat toteutuvat, yleiseen organisaation filosofiaan. Palvelu toteutuu asiakkaan tarpeen perusteella selvemmin ennalta määritellyssä hoitoprosessissa. Hoitoprosessille voidaan antaa tarkemmin määriteltyjä ominaisuuksia, esimerkiksi leikkauksen valmistautumisen sisältö lonkkaleikkauspotilaan hoitoprosessissa. Palvelulla on yleisempiä yhteisiä ominaisuuksia, kuten vuorovaikutuksen laatu. Vuorovaikutuksen sisältö voidaan tarkemmin kohdentaa lonkkaleikkauspotilaan, läheisten tai perheen kanssa toteutuvaan vuorovaikutukseen, jolla on tähän tarkoitukseen suunniteltu sisältö. Kuviossa 1 selvitetään laadun muodostumista laadun määrittelyn tasoilla: laadun teoreettinen määrittely, yleisfilosofia, on korkein määrittelyn taso. Seuraavaksi tulee palvelutuotantojärjestelmän laatu, jossa tarkastellaan tuotannon kokonaisuutta, potilaalle näkyviä ja näkymättömiä osia siitä. Laatu kuvataan tavoitetilassaan. Potilaalle näkyvät osat toteutuvat prosesseissa, hoitoprosesseissa, joita ohjaavat esim. hoito-ohjelmat. Tällä tasolla arvioidaan myös lopputuloksen laatua. Yksittäisen palvelutapahtuman laatu muodostuu sille asetetuista tavoitteista ja niiden toteutumisena. Molemmat edelliset sisältävät sosiaalisen vuorovaikutuksen laadun.

Määrittelyn tasot	LAATU	Määrittelyn sisältö
Organisaation laadun yleisfilosofia Teoreettinen laadun määrittely		Terveydenhuollon laatu
Tuotantojärjestelmän laatu Operationaalinen suunnittelukeskeinen laadun määrittely – tavoitteellinen, objektiivinen laatu Asiakkaalle näkyvät ja näkymättömät osat, kokonaisuus		Tuotannon laatu
Prosessien laatu Operationaalinen laadun määrittely, mitattava laatu Erityisesti potilaalle näkyvät osat, asiointiprosessi, sosiaalinen vuorovaikutus tapahtumien välillä	Lopputuloksen laatu	Osatekijät ja ominaisuudet määritellään palvelun ja hoidon laadun näkökulmasta
Palvelutapahtuman laatu Operationaalinen palvelutapahtuman laadun ominaisuuksien määrittely Sosiaalinen vuorovaikutus tapahtumassa		Osatekijät ja ominaisuudet määritellään palvelun ja hoidon laadun näkökulmasta

KUVIO 1 Laadun määritelmien tasot, yhteenveto

2.4 Laatujohtaminen ja laadunhallinta

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukselle tehtäväksi asiaa koskevan suosituksen laatimisen. Suosituksessa on kolme periaatetta: laadunhallinta on osa jokapäiväistä työtä, painopiste on asiakaslähtöisyydessä ja laadunhallintaa ohjataan tiedolla. Laadunhallinnalla tarkoitetaan yleistä johtamistoiminnan osaa, jossa määritellään laatupolitiikka ja siitä johdetut laatutavoitteet ja laatuun liittyvät vastuut ja toteuttamistavat. (Stakes 1995.)

Laadunhallintaa ja laatujohtamista tarvitaan, jotta palveluntuottajan toiminta kehittyy asiakkaiden arvostamaan suuntaan. Laatujohtaminen (Total Quality Management, TQM) on määritelty laatua keskeisenä pitäväksi johtamistavaksi, joka perustuu organisaation kaikkien jäsenten osallistumiseen ja jonka pitkän tähtäimen tavoitteita ovat asiakastytyvyyden tuoma menestys ja organisaation

kaikkien jäsenten ja yhteiskunnan hyöty (SFS 1995, 24). Henkilöstön laajaa osallistumista laadun kehittämiseen ovat korostaneet myös useat laatujohtamisen kehittäjät (ks. esim. Deming 2000). Julkisissa palveluissa asiakkaiden tyytyväisyys tai tyytymättömyys ei yhtä selkeästi vaikuta palveluiden järjestämiseen kuten yksityisillä terveydenhuoltomarkkinoilla. Toisaalta yhteiskunnan hyöty viittaa laaja-alaisempaan laatuäkemykseen, ja sillä voidaan nähdä olevan yhteyksiä esimerkiksi kansalaisten oikeudenmukaista kohtelua ja tasa-arvoa painottaviin periaatteisiin. Laatujohtaminen antaa laadun ilmiölle ja sen johtamiselle laajemman merkityssisällön kuin pelkän laatu- tai palautejärjestelmän rakentamisen.

Laatujohtamisajattelun ideologiaa on pidetty järjestelmäteorian perillisenä, koska se korostaa ympäristöriippuvuutta ja riippuvuussuhteen jatkuvaa muuttumista sekä muutoksen oivaltamista (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 38). Systeemiteoreettinen ajattelu perustuu siihen, että systeemi koostuu osasysteemeistä, jotka kytkeytyvät toisiinsa suoraan tai epäsuorasti. Tässä lähestymistavassa terveydenhuollossa voidaan kuvata osien rooleja, toimintoja ja tasoja, joilla terveydenhuollon osasysteemit toimivat. Jonkin osan toimimattomuus tai huono toiminta heijastuu siten muiden osien ja kokonaisuuden toimintoihin. Terveydenhuollossa systeemit ovat niin isoja, että osasysteemien toiminta ja tavoitteet ovat lähes itsenäisiä kokonaisuuksia. Systeemiteoreettinen lähestymistapa korostaa ominaisuuksia, jotka vaikuttavat systeemin elinvoimaisuuteen pitemmällä aikavälillä. Näitä ominaisuuksia voivat olla kyky saada resursseja, kyky tulla toimeen sosiaalisena järjestelmänä ja kyky olla vuorovaikutuksessa ulkoisen ympäristön kanssa. Systeemiteoreettinen ajattelu on nostanut esiin ajatuksen, että toimintaa voidaan kuvata prosesseina. (Ackoff 1981,33, 1999). Lindblom (1959, 1968, ks. myös Simon 1982) toi esille organisaation vähittäisen jatkuvan muutoksen eli inkrementalismiin keinona sopeutua monimutkaisiin ympäristöihin ajan kuluessa. Tällä vähittäisellä muutoksella voidaan nähdä olevan yhteyttä laadun jatkuvaan parantamiseen mittaamisen ja palautteen (feedback) keräämisen avulla.

Hammer ja Champy (1993) näkevät laatujohtamisen ja toimintaprosessien radikaalin uudistamisen kahtena vaihtoehtoisena menetelmänä. Laatujohtaminen korostaa jatkuvaa, pientä parantamista. Liiketoimintaprosessien uudistamisessa (BPR, Business Process Re-engineering) on kyse radikaaleista muutoksista (ks. myös Hannus 1994). Hammerin ja Champyn näkemyksissä korostuvat myös TQM:n (kokonaisvaltainen laatujohtaminen) ja Continuous Quality Improvement (jatkuva laadun parantaminen, CQI) näkeminen toistensa synonyymeinä. Terveydenhuollossa päädytään harvemmin radikaaleihin muutoksiin, vaikka niitä tällä hetkellä haetaan, esimerkkinä kunta- ja palvelurakennemuutos, joka on suurin kunnallishallinnon ja -palveluiden uudistus Suomen

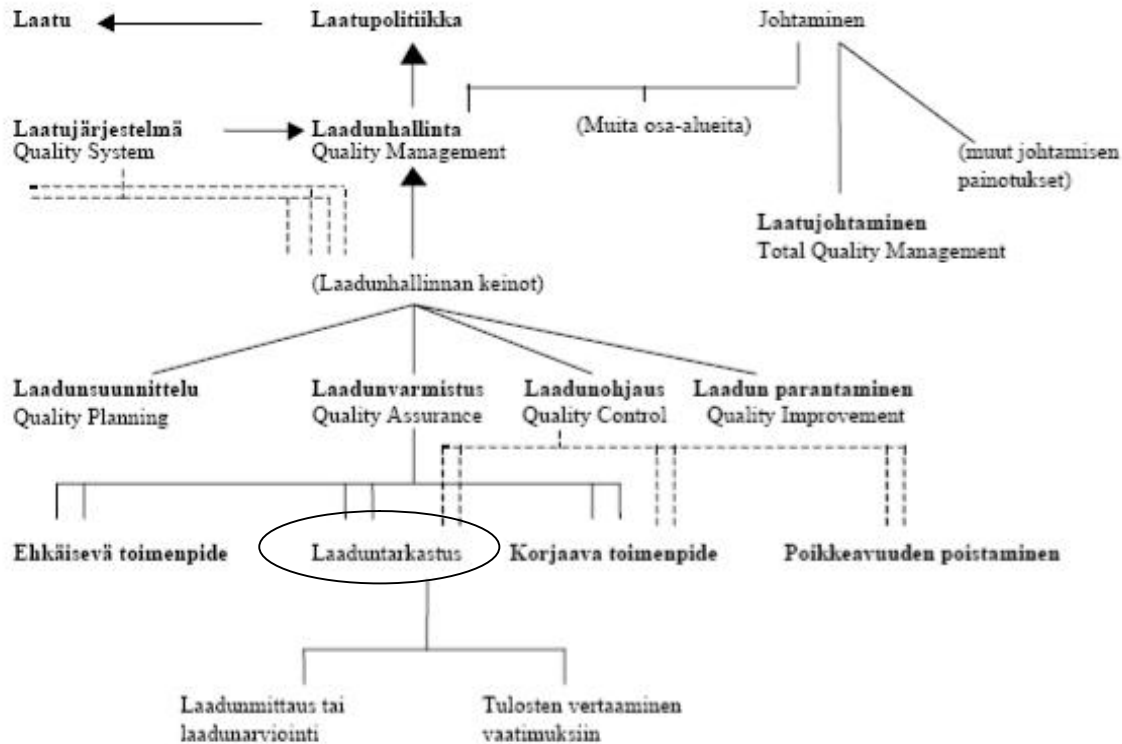
historiassa. Kunnat toteuttavat uudistuksen yhteistyössä valtion kanssa vuoden 2012 loppuun mennessä. Uudistus vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoja siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevina vuosikymmeninä. Hankkeen seurauksena syntyy uusia rakenteita ja toimintamalleja.

Laatujohtamista voidaan kuitenkin pitää laajempänä käsitteenä, ja silloin jatkuva, inkrementalistinen laadun parantaminen on vain yksi laatujohtamisen osa-alue ja radikaalien uudistuksien toteuttaminen toinen osa-alue. Jatkuva laadun parantaminen ja prosessien uudistaminen voidaan nähdä käyttötarkoitukseltaan erilaisina. Jatkuvaa laadun parantamista tapahtuu koko ajan, mutta organisaation on kehittyäkseen tunnistettava tilanne, jolloin tulee tehdä radikaaleja uudistuksia, innovaatioita. Tämä kuvastaa organisaation sopeutumista ympäristönsä vaatimuksiin. Prosessien uudistaminen irrallisena toimintana ilman kytkentää koulutukseen, kokemukseen, organisaation rakenteeseen ja toimintaympäristöön asiakkaineen on todennäköisesti tuomittu epäonnistumaan (Åhlberg 1997).

Laatujohtamisen malleilla ja kriteereillä sekä näkökulmilla on yhteyksiä strategiseen johtamiseen ja palauteprosessiin. Laadunhallintaan liittyvistä työkaluista puhuttaessa voidaan tarkoittaa hyvin erilaisia apuvälineitä, malleja ja kriteeristöjä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeneessa tutkimuksessa laadunhallinnan menetelmillä ja -työkaluilla tarkoitettiin mm. oman työn arviointia, moniammatillista arviointia, hoitosuunnitelmia, tuotteistamista, valitusten käsittelymenettelyä, henkilökunnan ja asiakkaiden tyytyväisyystutkimuksia, vertailukehittämistä (benchmarking) sekä tasapainotettua mittaristoa (Balanced Scorecard). Laatu työkalut voidaan karkeasti luokitella seuranta- ja mittausjärjestelmiin (tilastolliset laadun valvontamenetelmät, tulokortit), kvantitatiivisiin ja kvalitatiivisiin työkaluihin, ongelmanratkaisumenetelmiin, organisaatiomenetelmiin (tiimityö, aloitetoiminta), laatu järjestelmiin sekä kokonaisvaltaisiin laadun kehittämismalleihin (laatupalkintokriteerit). (Tuominen & Lillrank 2000, 26.)

Laatujärjestelmä (laadunhallintajärjestelmä) määrittellään laatujohtamisen tarvitseman ja laadunhallinnassa tarvittavien organisaatorakenteiden, menettelyjen, prosessien ja resurssien muodostamaksi kokonaisuudeksi (SFS 1995, 22). Laatujärjestelmän rakentamista pidetään terveydenhuoltoa koskevissa laatusuosituksissa tärkeänä (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta... 1999; Stakes 1995b), ja siten suositukset korostavat laadun standardointia

laatukulttuurin rakentamisen sijaan. Laadun arviointi edellyttää tietoista halua kerätä ja analysoida palautetta ja siihen liittyvää laadunhallintajärjestelmää (Kuvio 1).



KUVIO 2 Laadunhallinnan käsitejärjestelmä ISO 8402 -standardissa (SFS 1995, 45)

Terveydenhuollon organisaatioiden strategiaperustan muodostaa organisaation perustehtävä ja tarkoitus, jotka tiivistetään toiminta-ajatuksiksi ja haluttua tulevaisuuden kuvaa ilmaisevaksi visioksi. Strategiset tavoitteet voidaan määrittää sovitusta näkökulmista. (Määttä 2000.) terveydenhuollon organisaatiot korostavat asiakasnäkökulmaa. Balanced Scorecard (BSC), tasapainotettu mittaristo, on strategisen johtamisen työkalu, joka tarkastelee yrityksen tuloksen mittaamista eri näkökulmista. Kyseisen viitekehyksen kehittivät Kaplan ja Norton (1996) 1990-luvun alkupuolella. Alkuperäinen idea oli laajentaa ja täydentää yrityksen historiaan perustuvaa talouslähtöistä mittaustapaa. BSC syntyi siten vastauksena yrityksen suorituskyvyn yksipuolista mittaamista koskevaan kritiikkiin. Viitekehyksessä on neljä näkökulmaa: talous-, asiakas-, prosessi- sekä oppimisen ja kasvun näkökulma. Mittarit toimivat linkkinä strategian ja operatiivisen tekemisen välillä. Eri näkökulmien välille tulee löytää selkeitä kytkentöjä ja tasapaino. Tavoitteena on tunnistaa strategian sisäiset riippuvuussuhteet. Asiakasnäkökulman palautteen tulisi siis vaikuttaa muihin näkökulmiin - prosesseihin ja henkilöstöön. (Kaplan & Norton 1996b, Määttä & Ojala 1999, Olve ym. 1998.)

Määttä ja Ojala (1999; ks. myös Määttä 2000) ovat esittäneet julkiselle sektorille tehdyn sovelluksen Kaplanin ja Nortonin (1996) tasapainotetusta strategiasta. Malli sisältää kansalaisen ja poliittisen päättäjän (vaikuttavuus), resurssien hallinnan ja talouden (resurssit ja talous), organisaation suorituskyvyn ja toimivuuden (rakenteet ja prosessit) sekä työyhteisön ja henkilöstön näkökulmat (uudistuminen ja työkyky). (Määttä & Ojala 1999, 53, ks. myös Määttä 2000, 192, vrt. Kaplan & Norton 1996.) Tässä mittaristossa asiakasnäkökulmassa tarkastellaan asiakastyytyväisyyttä ja asiakaspalautetta. Tyytyväisyys on kuitenkin yksinään riittämätön laajemman kehittämisen lähtökohdaksi. Mittareiden lisäksi tarvitaan spontaania avointa ja vapaamuotoista asiakaspalautetta, jotka voivat paikallistaa tyytymättömyyden sisällön. (Salmela 1996.) Strukturoidut tyytyväisyyskyselyt vastaavat siihen mitä kysytään, mikä on myös niiden rajoite. Asiakkaiden vapaat kommentit täydentävät kyselyä. (Berry & Parasuraman 1997, 72.)

2.5 Hoitotyön johtaminen ja hoitotyön menetelmät

Kinnunen ja Vuori (1999) kuvaavat hoitotyön johtamiseen vaikuttavia kehitystrendejä yhteiskunnassa. Trendejä ovat mm. potilaan roolin muuttuminen passiivisesta aktiiviseksi asiakkaaksi, toiminnan muuttuminen osastokeskeisyydestä kohti saumattomia palveluketjuja, siirtyminen yksilön erityisosaamisen painottamisesta tiimiosaamiseen, panosorientaatiosta kohti hoidon vaikutusten ja vaikuttavuuden arviointia ja hoivaavien käsien perinnetiedosta tieteelliseen järkeen. Terveystieteissä ongelmia ovat olleet heikko johtamisosaaminen, työyhteisön jaksamisongelmat ja konfliktit. Tehokkuusvaatimusten lisääntyessä nämä ongelmat on ratkaistava ja priorisoinnin tarve tiedostettava. Työntekijöiden halu tehdä työssään laatua syntyy julki tulleesta palautteesta - asiakastyytyväisyydestä, organisaation menestymisestä sekä esimiehen ja työtovereiden kannustuksesta. Johdon ja esimiesten järjestelmällinen ja avoin viestintä työyhteisön tapahtumista lisää luottamusta ja pitää yllä hyvää työilmapiiriä sekä kertoo henkilöstön arvostuksesta. (Tuominen & Lillrank 2000.)

Hoitotyön menetelmien (mm. yksilövastuinen hoitotyö, palveluohjaus) ja prosessien (hoitotyön prosessi) myönteisestä vaikutuksesta tarvitaan lisää näyttöä (STM 2003). Perälän (1998, 57) mukaan hoitotyön menetelmillä tarkoitetaan menetelmiä, joita hoitotyöntekijät pääasiassa käyttävät ja joiden tarkoituksena on auttaa ihmistä edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa ihmistä kuoleman lähestyessä. Hegyvaryn (1991) mukaan yksilövastuinen hoitotyö on näkemys hoitotyöstä professionaalisenä, potilaskeskeisenä käytäntönä. Sen peruspiirteisiin kuuluvat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Professionaalinen

henkilö on saanut laajan asiantuntijakoulutuksen, ja se pätevöittää hänet palvelemaan asiakastaan ainutlaatuisin, autonomisin palveluin, jotka perustuvat tieteelliseen tutkimukseen ja metodeihin sekä ammattikunnan asettamaan laatutasoon ja etiikkaan. (Hegyvary 1991, 17–19.) Näihin menetelmiin tulisi lisätä systemaattinen hoitotyön laadun tarkastelu hoitotyön profession näkökulmasta.

Potilaan hoitotapahtuma on hyvin yksilöllinen, mutta yksittäisten potilaiden hoidon tarkastelu osoittaa kuitenkin tietyn peruskaavan olemassaolon. (ks. esim. Nojonen 1999.) Palvelutuotannossa esiintyy myös suunniteltua vaihtelua, joka johtuu toiminnan mukauttamisesta potilaan tarpeisiin. Prosesseja ei pitäisi siten rakentaa erikseen kullekin potilaalle, vaan tarkistaa organisaation sopiman perusmallin soveltuvuus ja suunnitella erikseen vain yksilölliset poikkeamat. Sovittujen käytäntöjen, esimerkiksi hoitosuosituksen ja toimintaohjeiden, noudattamisessa ja soveltamisessa tulee olla mahdollisuus poiketa sovitusta, jos se on tarpeellista. Näistä näkökulmista tarkasteltuna voidaan asettaa yksilövastuiseksi hoitotyölle, hoitotyön menetelmille ja näiden professionaalille toteuttajalle ja hoitotyön johtajille vaatimus lisäksi myös laajemman laadunhallinnan ymmärtämisestä.

2.6 Odotukset, kokemukset ja asiakkaan arvioima laatu

Lehtisen (1983), Normannin (1995) ja Grönroosin (1994) mukaan palvelun laatu tarkoittaa asiakkaan odotusten ja kokemusten yhteensopivuutta. Epärealistiset odotukset voivat aiheuttaa sen, että kokonaislaatu on alhainen, vaikka laatu olisikin yleisesti mitattuna todettu hyväksi (Grönroos 1994). Esimerkiksi organisaation sertifioitu laatujärjestelmä ja sen mainostaminen voi aiheuttaa sekä haittaa että hyötyä. Hyötynä voi olla myönteinen imago, haittana mahdollisesti epärealistisen korkeat odotukset. Odotukset ovat asiakkaan käsitys tulevasta palvelusta, mikä on kokemuksen arvioinnin lähtökohta. Koettu palvelun laatu voidaan siis ilmentää tyytyväisyytenä palveluun. Kuten luvussa kaksi todettiin, laadun kontekstisidonnainen määrittely on tarpeen ja laadun ominaisuuksien ja osatekijöiden määrittely mittarin toteuttamista varten on oleellista.

Parasuramanin, Zeithamlin ja Berryn vuonna 1988 julkaisema SERVQUAL –palvelun laadun mittari ja sen kymmenen ominaisuutta ovat saavuttaneet vahvan aseman myös terveydenhuollon organisaatioiden palvelun laadun mittaamisessa. Ominaisuudet ovat luotettavuus, palvelualltius, pätevyys, saavutettavuus, kohteliaisuus, viestintä, uskottavuus, turvallisuus, asiakkaan tunteminen/ymmärtäminen ja palveluympäristö. Lähtökohtana oli, että palvelun ideaalia odotusta voidaan verrata toteutuneeseen palveluun. Laadun mittaus toteutettiin siten, että palveluun liittyviin

väittämiin vastattiin ennen palvelua ja palvelun toteutumisen jälkeen. Toteutuneen palvelun laatua voidaan verrata odotukseen. Mahdollisena erotuksena syntyy niin sanottu laatukuilu, johon kehittämistoimenpiteet on kohdistettava. palvelu voi myös ylittää odotukset. (Parasuraman ym. 1988, 13-14, 17.) Jatkotutkimuksen perusteella ominaisuudet supistettiin viiteen: luotettavuus, palvelualltius, palveluvarmuus, empaattisuus ja palveluun liittyvät aineelliset elementit, joita mitattiin 17 väittämällä. Lisäksi määriteltiin yhden sijasta erilaisia odotuksen tasoja ideaalista palvelusta riittämättömään palveluun. (Zeithaml ym. 1993, 8, Teas, 1993). Grönroosin (1998, 73-74) kymmenen vuotta myöhemmin esittämän mukaan palvelun laadun mitattavia ulottuvuuksia on tiivistetyksi kuusi: ammattitaito, asenne ja käyttäytyminen, lähestyttävyyys ja joustavuus, luotettavuus ja uskottavuus, normalisointi ja maine.

Myöhemmät tutkimukset ovat vahvistaneet, että odotukset ja kokemukset palvelusta ovat erilaisia asiakkaasta johtuvista syistä. Asiakkaan odotukset tulevat osaksi palvelutapahtumaa ja kokemukset ovat subjektiivisia arvioita toteutuneesta palvelusta. (Zeithaml ym. 2006, 34-43.) Asiakkaalla on toleranssi, jonka puitteissa hän kestää ja käsittelee vaihtelua palvelun laadussa. Asiakkaat eroavat toisistaan tämän toleranssin osalta. Odotuksiin vaikuttavat henkilökohtaiset tarpeet, onko väliaikainen, tilapäinen tai pysyvämpi palvelun tarve, koetut palveluvaihtoehdot, kuinka paljon asiakkaat voivat vaikuttaa palvelun tuottamiseen, tilannetekijät ja odotettu saatava palvelun taso (laatu). Odotettuun palvelun tasoon vaikuttavat ilmaistut palvelulupaukset, kätketyt palvelulupaukset, huhut ja juorut ja aikaisemmat kokemukset. (Zeithaml ym. 2006, 85-89.)

Mittaria kohtaan on esitetty kritiikkiä. Buttle (1996) kiinnittää huomiota SERVQUAL -mittarin paradigmaattisiin ongelmiin. Ensinnäkin SERVQUAL-mittari perustuu odotukset – odotuksien vahvistumatta jääminen – malliin eikä asiakkaan suhtautumisen tai asenteiden malliin, mikä on laajasti hyväksytty laadun peruste ja käsitelty palvelun laadun artikkelissa. Toiseksi sitä ei ole rakennettu olemassa olevalle taloustieteen, tilastotieteen eikä psykologian pohjalle. SERVQUAL – mittari on kuitenkin otettu laajasti käyttöön ja siitä on kirjoitettu asiakastyytyväisyyden yhteydessä. Tässä kirjallisuudessa asiakkaan tyytyväisyys on operationalisoitu suhteena odotuksien ja tuloksien välillä. Mikäli tulokset vastaavat odotuksia, asiakastyytyväisyys voidaan ennustaa. Mikäli tulokset ylittävät odotukset, on asiakas tyytyväinen. Mikäli odotukset ovat korkeammat kuin tulokset, asiakas ei ole tyytyväinen ja voidaan tunnistaa laadun puutteet tai kuilut. Mittari ei ota huomioon asiakkaan odotuksien muuttumista tai asiakkaan oppimista. Käsite "odotukset" on myös monimerkityksellinen. Tätä paradigmaattista ongelmaa vasten Buttle asettaa mittarin luotettavuuden laadun mittaamisen välineenä kyseenalaiseksi.

Hamer (2006) on tutkinut asiakkaan havaintoja toteutuneesta palvelusta ja siihen liittyvistä odotuksista. Asiakkaan odotukset ennustavat koettua palvelun laatua ts. suuremmat odotukset johtivat isompaan määrään havaintoja palvelun laadusta. Tutkimus vahvisti aikaisempaa enemmän, että odotuksilla ja koetulla palvelun laadulla on merkittävä yhteys. Asiakkaan odotukset ovat tärkeitä. Käytännössä palveluntuottajan tulisikin aktiivisesti selvittää mitä odotuksia asiakkaalla on aikaisempaan pelkkään ns. laatukuilujen kehittämiseen verrattuna. Palveluntuottajan haasteena on se, että se ei varmasti tiedä mitä asiakas odottaa, ei ole valinnut oikeita palvelumalleja ja palvelun standardeja, ei tuota palvelua suunnitellusti ja standardien mukaan tai palvelu ei vastaa kuvattua tai luvattua (Zeithaml ym. 2006, 34-43.)

Hamer (2006) esittää ratkaisuna, että palveluntuottajan ei tulisi pelkästään omin toimin määrittää palvelun laatua vaan ottaa asiakkaat mukaan. Palveluntuottajan ei tulisi kommunikoida palvelun laatua normatiivisella tasolla ts. mitä palvelun toivotaan tai oletetaan olevan. Tällä tavalla viestitty laatu tuottaa tutkimuksen mukaan pettyneitä asiakkaita. Asiakkaat odottavat enemmän. Asiakkaat odottavat palvelun olevan tietyllä tasolla, mikä tutkimuksen mukaan on ylempi kuin normatiivinen taso. Kuten edellä esitettiin, asiakkaan havainnot palvelusta muodostuvat prosessissa, jossa palvelun laatu tulee ilmi, vahvistetaan. Asiakkaan odotuksia ei tulisikaan pyrkiä alentamaan vaan luoda myönteisiä odotuksia. Asiakkaan tyytyväisyys palveluun on myös yhdistetty asiakkaan odotuksiin etenkin siten, että paljastamalla tai tunnistamalla asiakkaan odotukset voidaan lisätä asiakkaan tyytyväisyyttä (Clow ym., 1997).

Asiakkaan määrittämisen laadun lähtökohtana on ajatus siitä, että ”laatu on katsojan silmässä” (Garvin 1988; Lillrank 1998; Reeves & Bednar 1994; Rope & Pöllänen 1995; Savolainen 1997). Toteutuneen laadun määrittelee asiakas ja palvelun arvo asiakkaalle muodostuu sen kyvystä tyydyttää asiakkaan tarpeet ja halut. Asiakaskeskeinen laatu näkemys on hyvin subjektiivinen. Jokaisella asiakkaalla on omista kokemuksistaan ja niiden luomasta ymmärtämisyhteydestä johtuen erilaiset käsitykset laadusta, siksi laatu näkemystä tulisikin aktiivisesti pyrkiä johtamaan.

2.7 Kokemukset muodostuvat prosessissa

Terveystieteiden asiakkaan etenemistä hoitoprosessissa voidaan kuvata hoitoketjujen avulla, jolloin asiakas siirtyy paikasta toiseen ja hoitoketjuun sovelletaan tarkasti etukäteen määriteltyjä hoitosuosituksia ja -ohjeita. Vaihtelu hoitoketjun toteuttamisessa pyritään pitämään mahdollisimman vähäisenä, koska asiantuntijat ovat määritelleet parhaan toimintatavan. Liian suuri asiakaskohtainen

vaihtelu osoittaa, ettei ohjeita noudateta. Käytännössä asiakkaan hoitoa ei voi liikaa standardisoida asiakkaiden erilaisuuden vuoksi, ja tästä syystä prosessissa on aina asiakkaasta johtuvaa mielekästä vaihtelua. (ks. STM 1998.)

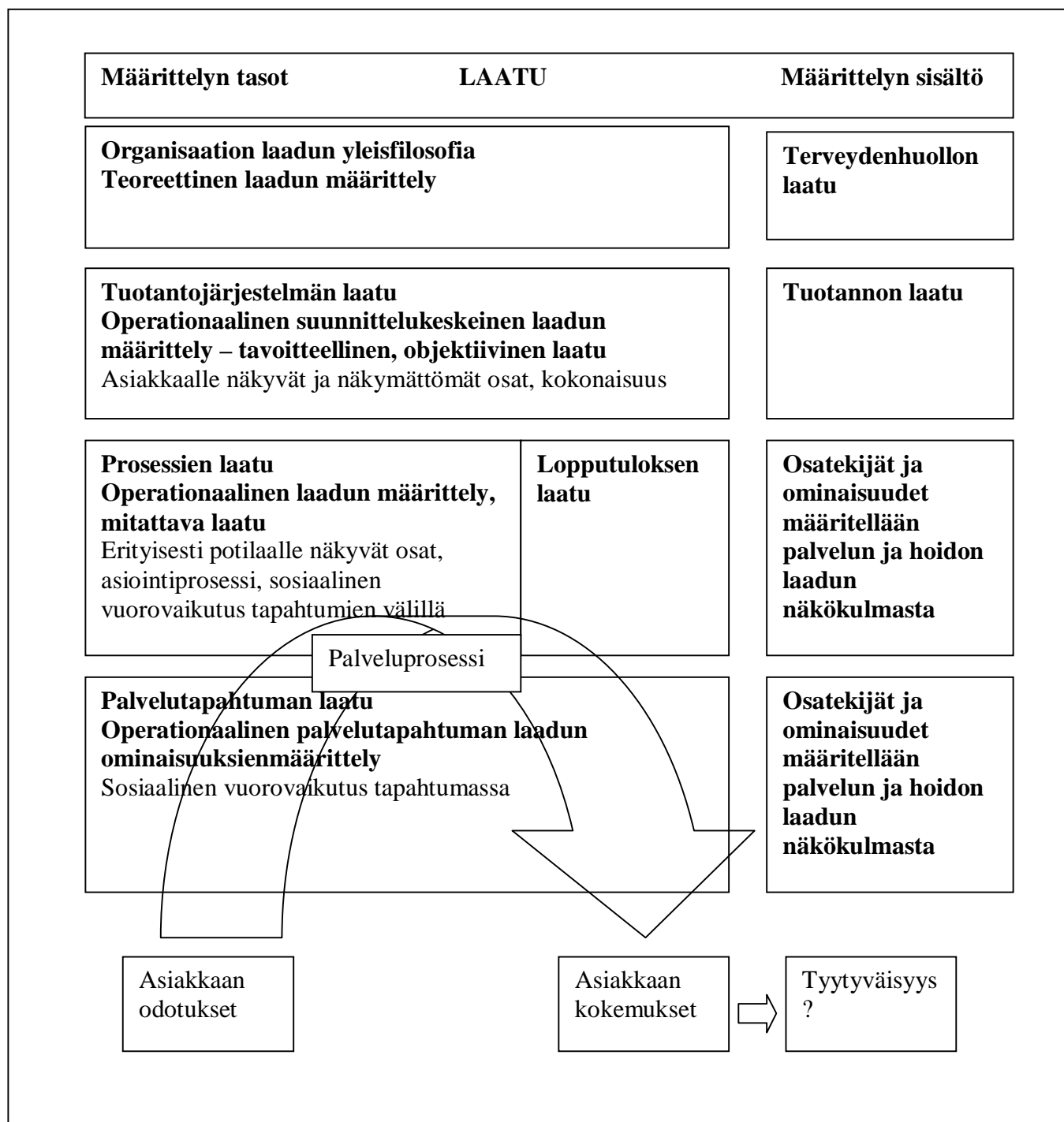
Kokemukset muodostuvat palvelun prosessissa, jolloin asiakas, potilas ja hoitohenkilöstö kohtaavat. (Grönroos 1993, 68-69). Lillrankin (1990, 56) mukaan palvelun laatu jakaantuu palveluprosessiin ja suoraan asiakaspalveluun, jossa palvelun suorittaja kohtaa asiakkaan. Suora asiakaspalvelu tarkoittaa vuorovaikutusta, joka syntyy asiakkaan ja henkilökunnan kohdatessa. Palveluprosessi voi terveyspalveluissa tarkoittaa esimerkiksi asiakkaan hoidon jatkuvuuden sujuvuutta hoitopaikasta toiseen, joka voi liittyä tiedonsiirron sujuvuuteen.

Parasuraman ym. (1988) esittivät kaksi dimensiota, jotka ovat tärkeitä asiakkaan arvioidessa palvelua. Ulottuvuudet ovat prosessin kulkuun liittyvä dimensio ja lopputulokset sinällään. Samansuuntaista ajattelua on käytetty terveydenhuollon arvioinnissa. Rakenne-prosessi-tuloskriteeri-ajattelu perustuu Donabedianin (1981; 1988; 1996) 1960-luvulla terveydenhuollon arviointia varten kehittämään jäsenyykseen, jossa erotetaan lisäksi vuorovaikutustilanteet. Taustalla on ajatus, että rakenteelliset tekijät mahdollistavat hoitoprosessin sujumisen ja prosessin sujuminen on puolestaan edellytys hyvälle tuloksille. Terveydenhuollon palvelutuotannossa asiakkaan oma sitoutuminen on keskeinen tekijä tulosten kannalta. Rakenteelliset tekijät eivät pelkästään välttämättä takaa sujuvaa prosessia. Rakenteelliset tekijät, kuten organisointi, tilat, välineet, koulutustilaisuudet ja henkilökunnan ammattitaito ovat perusedellytyksiä potilaan hoidolle. Vuorovaikutustilanteessa, asiakkaan ja hoitohenkilökunnan kohdatessa, ammattitaito näkyy myös asiakkaalle. Tuloksena syntyy muutoksia esimerkiksi asiakkaan terveydentilassa, tuloksena voidaan pitää myös asiakkaan tyytyväisyyttä hoitoonsa.

Prosessissa laatu on vaatimustenmukaisuutta, yhdenmukaisuutta, virheettömyyttä, spesifikaatioiden täyttämistä ja asioiden tekemistä oikein ensimmäisellä kerralla. Tätä laatunäkökulmaa sanotaan tuotantokeskeiseksi. Tavoitteena on yleensä vaihtelun vähäisyys, koska täydellinen virheettömyys ei ole mahdollista. (Garvin 1988; ks. myös Lillrank 1990; Lillrank 1998; Savolainen 1997.) Tuotantokeskeiseen laatuajatteluun on liitetty sekä vaihtelun salliminen tietyissä rajoissa että niin sanottu nollavirhetaso eli virheettömyys. Täydellisen virheettömyyden tavoittelu on tärkeää tilanteissa, joissa poikkeama sovitusta aiheuttaa merkittäviä seuraamuksia esim. sairaalainfektioita. Kerralla oikein tekemiselle voidaan antaa sama merkitys kuin virheettömyydelle. Tuomisen ja Lillrankin (2000) mukaan virheettömyys ja kerralla oikein tekeminen saattavat kuulostaa samoilta

asioilta, mutta niiden välillä on tärkeä ero. Virheettömyys liittyy lopputulokseen eli asiakkaalle toimitetun tuotteen laatuun. Virheettömyys voidaan saada aikaan poistamalla virheet tai korjaamalla. Kerralla oikein tekeminen viittaa siihen, että tuotantoprosessissa asia tehdään ensimmäisellä kerralla oikein, jolloin ei tarvitse tehdä korjaustoimenpiteitä. Kerralla oikein –periaate edellyttää jatkuvaa itsesäätelyä, toisin sanoen alkuperäisestä suunnitelmasta poiketaan tarvittaessa.

Yhteenveto: Asiakastyytyväisyys on perimmäinen päämäärä. Prosessien osaaminen ja laadunhallinta palautejärjestelmineen tuottaa asiakkaalle palvelukokemuksen, johon hän voi olla tyytyväinen. Terveysthuollon organisaatioiden omaksuma käsitys asiakkaan tyytyväisyyden mittaamisesta tarvitsee tuekseen tietoa siitä, mihin asiakas ei ollut tyytyväinen. Tätä tietoa voidaan käyttää tehokkaasti toiminnan kehittämiseen. Asiakkaan palaute on arvokas lahja. Kuvioon 3 on koottu edellä käsitellyn perusteella laadun viitekehysten palautteeseen liittyvät määrittelyt ja niiden kytkentä asiakkaan palveluprosessiin.



KUVIO 3. Asiakkaan odotukset ja kokemukset osana laadun määritelmiä, yhteenveto

3 ASIAKASPALAUTEJÄRJESTELMÄ

3.1 Asiakaspalaute -käsite

Asiakaspalautteella tarkoitetaan asiakkaan spontaania viestintää, joka sisältää valituksen, kiitoksen, ehdotuksen tai tiedustelun (Fornell & Westbrook, 1984, 69). Sampsonin (1996, 602) näkemyksen mukaan asiakaspalaute voi olla spontaania, aktiivisesti kerättyä tai passiivista. Spontaani palaute syntyy asiakkaan omasta tahdosta. Aktiivisella palautteen keräämisellä tarkoitetaan palautteen pyytämistä tietyiltä asiakkailta. Passiivista palautetta voi antaa kuka tahansa ja kaikilla tulee olla siihen mahdollisuus, esimerkiksi esillä olevien palautelomakkeiden avulla. (Sampson 1998, 71.) Asiakaspalautetta voidaan saada tai kerätä nykyisiltä, potentiaalisilta ja menetetyiltä asiakkailta (Garvin 1991, 93). Palautetta antavat henkilöt toivovat, että palaute vaikuttaa. Jos henkilöt uskovat, että palautteen antaminen on turhaa, niin menetetään arvokas tiedon lähde. (Goodman ym. 1996, 35.)

Asiakaspalaute on liitetty terveystieteiden artikkeleissa ja kirjallisuudessa tyytyväisyysmittauksiin, hoidon laadun mittaamiseen ja laadunhallintaan. (esim. Ruotsalainen 2006, Siponen & Välimäki 2003, Kvist 2004, Leino-Kilpi 1994).

Palautteet voidaan luokitella niiden **sisällön** mukaan. Kelan tutkimuksessa (Mattila 2003, 6) palautteet luokitellaan palautteen lajin mukaan aloitteisiin, ehdotuksiin, kiitoksiin, moitteisiin tai ongelmiin. Palaute voi olla suoraa tai epäsuoraa, henkilökohtaisesti tai anonyymisti annettua. Palaute voi olla valitus, kehittämis ehdotus, myönteiseksi tai kielteiseksi koettu asia (Järvi 2003, 4). Palautteen sisältö ja laatu riippuvat kanavasta ja asiakasta palvelevan henkilön kokemuksesta ja koulutuksesta. Palaute voi kohdistua hyvinkin yksityiskohtaisiin asioihin tai olla kokonaispalvelun laatua kuvaava tunnelma ja kokemus. Laadun kehittäminen ja paremman laadun aikaansaaminen syntyy laadun johtamisesta. Palaute koostuu laajimmillaan kaikesta palautteesta, mitä asiakas antaa eri keinoja käyttäen. (Storbacka ym. 2000, 132.)

Espoon kaupungin terveydenhuollon asiakaspalaute (2001) julkaistiin asiakastilinpäätöksessä. Asiakaspalaute jaettiin satunnaiseen palautteeseen ja kohdennettuihin kyselyihin. Lisäksi käytettiin menetelmiä, joihin asiakkaat osallistuivat aktiivisesti, esimerkiksi keskusteluja. Satunnainen palaute jaettiin positiiviseen ja negatiiviseen palautteeseen. Satunnainen palaute luokiteltiin kolmeen

luokkaan käsittelytavan perusteella: palautteet työpisteeseen, esimiehille tulleet palautteet ja valitukset sekä viralliset muutoksenhaut ja kantelut.

Ropen ja Pölläsen mukaan palaute jakaantuu suoraan palautteeseen ja tyytyväisyystutkimuksiin. (1994, 56-57, 102). Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden laadunhallintaa selvittäneen tutkimuksen tulosten mukaan palvelujen käyttäjien tyytyväisyystutkimuksien järjestelmällinen käyttö oli yleisempää kuin valitusten tai palautteiden järjestelmällinen käsittely. Lisäksi yksityisissä palveluissa valitusten käsittely oli yleisempää kuin julkisen sektorin palveluissa. (Mäki, 2000.) Palautteen ensisijainen merkitys laadun parantamisessa on esillä monissa tutkimuksissa esimerkiksi Kuusiston ja Jokisen (2003) tutkimuksessa vanhuspalvelujen laadun kehittämisessä.

Asiakaspalaute on tunteiden, tekojen ja tiedon vaihdantaa organisaation ja asiakkaan välillä. Mainitut kolme tekijää ovat yhteydessä toisiinsa ja vaikuttavat ihmisten asenteisiin ja toimintaan. Vaihdamme kautta tarjotaan asiakkaalle mahdollisuus arvontuotannon kehittämiseen ja asiakkaan tarpeita vastaavien palvelukonseptien tuottamiseen asiakasta tyydyttävällä tavalla. Tunteiden tasolla vaihdanta asiakkaan kanssa tarkoittaa sitä, että asiakas määrittää tunne- ja odotustasolla, miten hän suhtautuu yritykseen. Tiedon vaihdanta tarkoittaa sitä, että asiakas viestii tarpeistaan ja organisaatio vastaa näihin tarpeisiin kertomalla tuotteistaan ja palveluistaan. Tekojen vaihdanta tarkoittaa asiakassuhteen ylläpitämiseen liittyvää työnjakoa, jonka seurauksena tuotetaan asiakkaalle arvoa asiakaskohtaisella tarjoomalla ja vastineeksi asiakas maksaa palvelusta ja antaa palautetta. (Storbacka & Lehtinen, 1997, 40-50.)

Tässä tutkielmassa asiakaspalautteella tarkoitetaan asiakkaan spontaanisti, kirjallisesti ja vapaaehtoisesti antamaa vapaamuotoista palautetta. Palaute voi olla myös aktiivisesti pyydettyä, mutta vapaaehtoisesti annettua. Palautteet voivat olla kiitoksia tai moitteita. Palautteen luokitteluun käytetään tutkielman empiirisessä osassa luvussa neljä esiteltävän HYVÄ HOITO-mittarin luokitusta.

3.2 Asiakaspalautteen keräämisen tavoitteet

Palautteen keräämisen tavoitteet määritellään organisaation operatiivisten ja strategisten tavoitteiden kautta. Operatiivisessa toiminnassa asiakaspalautteen avulla sopeutetaan palvelut ja asiakaskohtaamiset toisiinsa. Tämä tarkoittaa nykyisiin prosesseihin tehtäviä parannuksia, jotka lisäävät prosessien toimivuutta ja tehokkuutta. Strategisen tason muutokset tarkoittavat

kohderyhmien, palvelujen ja asiakkaan ja palveluntuottajan välisen työnjaon muutoksia. Näiden muutoksien onnistuminen edellyttää asiakkaiden arvontuotannon prosessin syvällistä ymmärtämistä ja oikeaa tulkintaa siitä, kuinka palveluntuottaja kykenee osaamisellaan tarjoamaan asiakkailleen parempia palveluja. (Storbacka ym., 1999.)

Organisaatio kykenee saavuttamaan asiakaspalautteelle asettamansa tavoitteet, kun palautteen antamisesta tehdään yksinkertaista ja asiakkaita kannustetaan palautteen antamiseen. Palautteen antamista helpotetaan kun asiakkaat voivat valita palautekanavan ja palautteenannon ajankohdan sekä tuntevat palautekanavien käyttömahdollisuudet. (Lecklin 1997, 114.)

Organisaatiot keräävät palautetta toimintansa seuraamiseksi, ei pelkästään kehittämiseksi. Negatiivisen palautteen määrän kasvaessa on selvitettävä syyt valitukseen. Säännöllinen jatkuva palaute auttaa yritystä toiminnan ja laadun valvontaan. Toisaalta organisaatio voi myös muuttaa palveluitaan ja prosessejaan. Säännöllinen palautteen seuraaminen auttaa trendien seuraamisessa ja ajan mittaan tapahtuvien muutosten hyödyntämisessä. (Goodmann ym. 2001.)

3.3 Palautteet tietopääomana

Asiakkaista on käytettävissä enemmän tietoa kuin aikaisemmin. Asiakastieto ja sen hallinta on muuttunut merkitykseltään yhä strategisemmaksi. Palautteissa oleva tieto kertoo organisaation toiminnasta ja on siten terveydenhuollossa potilaan tai asiakkaan kokemus terveydenhuollon palvelutuotannosta. Palautteet tulisikin nähdä organisaation voimavarana, pääomana. Organisaation voimavarat voidaan jakaa laajemmin inhimilliseen pääomaan, rakennepääomaan ja suhdepääomaan. Inhimillinen pääoma tarkoittaa osaamista, kykyjä ja ammattitaitoa. Rakennepääoma viittaa järjestelmiin, prosesseihin ja käytäntöihin. Suhdepääoma viittaa asiakas-, partneri- ja sidosryhmäsuhteisiin. Tietopääoma viittaa siihen mitä aineettomia tietoresursseja tai kertyneitä tietovarastoja organisaatiolla on. Palautteet ovat yksi tietovarasto, jota hyödyntämällä saadaan tietoa potilaan kokemuksista ja voidaan siten saada signaaleja palveluntuotannosta. (Stähle & Wilenius 2006, 15.)

Asiakkuudenhallinnasta (Customer Relationship Management, CRM) on tullut aikaisempaa entistä tärkeämpi toiminto yrityksissä ja nykyisin myös julkisen sektorin organisaatioissa (ks. Espoon kaupunki 2001). Organisaatiot pyrkivät asiakkaiden ja asiakkaan toimintatapojen tarkkaan tuntemiseen, jotta organisaatio voi muokata omia prosessejaan palvelemaan asiakkaita paremmin.

Asiakkuusajattelun osa-alueita ovat asiakaskannan hallinta, asiakkuuksien hallinta ja asiakaskohtaamisen hallinta. CRM perustuu asiakastiedon keräämiseen ja hyväksikäyttöön. CRM-järjestelmän sovellusalueita ovat mm. asiakaspalautteen seulonta ja asiakastyytyväisyyden arviointi ja analysointi. (Jansson ym. 2001.) Terveystieteiden tutkimuksessa tallennetaan potilastietoa potilastietojärjestelmiin ja useimmissa organisaatioissa tallennetaan myös hoidon arviointi tai onnistuminen osana potilaskertomusta. Samalla tavalla voisi arvioida tyytyväisyyttä. Asiakkuuksien hallinta terveydenhuollossa on vasta idullaan.

3.4 Palautteet toiminnan kehittämisen lähtökohtana

Näyttöön perustuva hoitotyö voidaan määritellä parhaan ajan tasalla olevan tiedon arvioinniksi ja käytöksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja itse toiminnan toteutuksessa. Näyttöön perustuvan hoidon näyttö voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan: tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7.) Palautteissa olevat signaalit voivat olla heikkoja ja niiden tunnistaminen vaikeaa, mutta tutkittuna tietona osana terveydenhuollon palveluntuottajan tietopääomaa arvokas ja vielä vähän hyödynnetty kehittämisen perusta. Signaalit voivat olla uusia ja yllättäviä, vaikeita huomata ja niiden merkitystä helposti aliarvioidaan. Palautteissa olevien signaalien tulisi innostaa organisaatiota kehittämiseen ja enemmän potilas/asiakaskeskeisen toimintamallin kehittämiseen. (Stähle & Wilenius 2006, 68-71.)

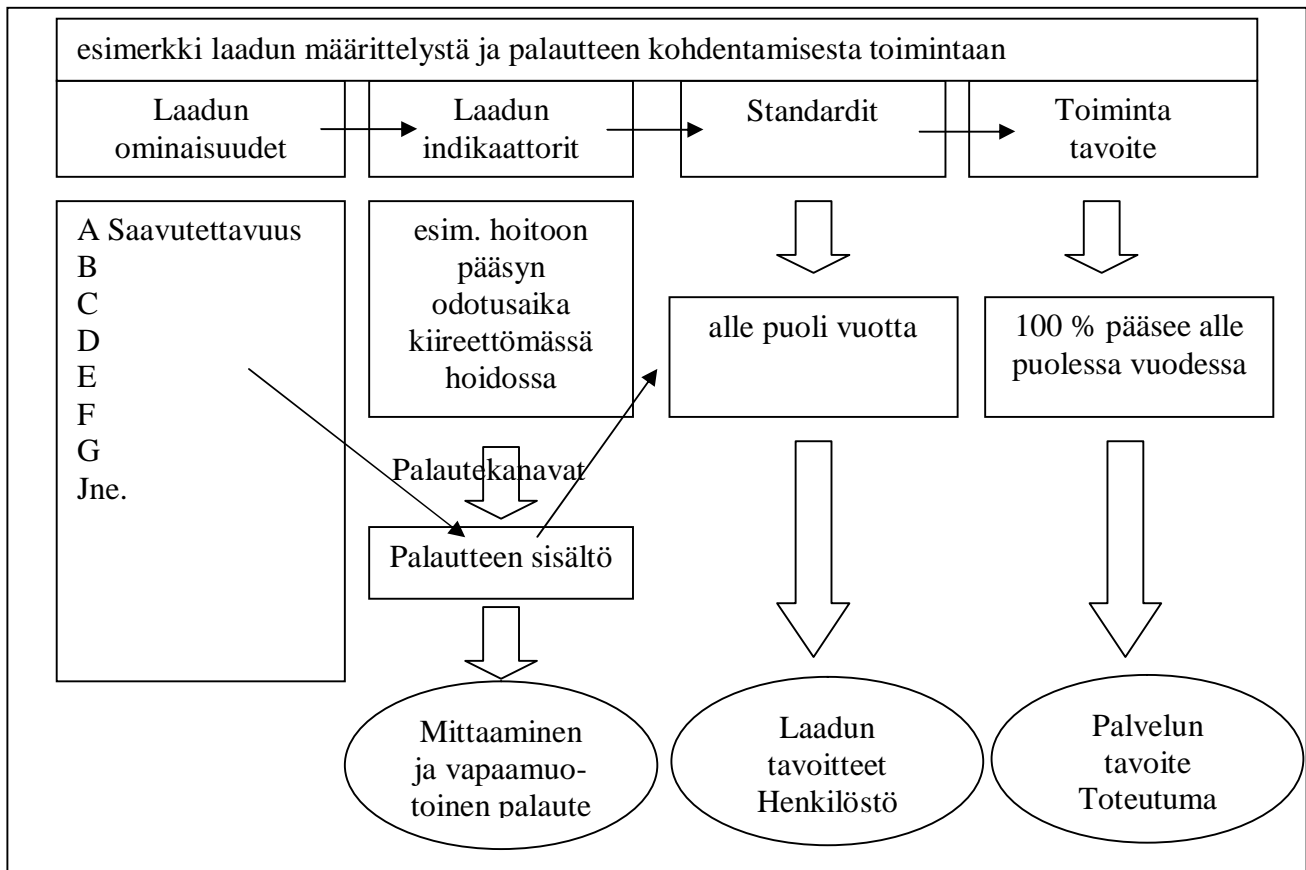
Palautteet ovat tietoa, jonka kautta toiminnan kehittämistä voidaan ohjata asiakaslähtöiseen suuntaan. Toiminnan kehittäminen edellyttää organisaatiolta kolmenlaista osaamista

1. Kykyä tuottaa sisäsyntyisiä innovaatioita. Johtamisjärjestelmä tukee ideointia, ideoiden jatkuvaa testaamista ja systemaattista kehittelyä (ihmisten johtaminen, valtuuttaminen, kannustimet, mittarit ja kulttuuri).
2. Kykyä hyödyntää ja edelleen kehittää ulkopuolella tuotettuja innovaatioita. Kaikkea ei tarvitse keksiä itse vaan on etsittävä ympäristöstä aktiivisesti tietoja ja keinoja muiden tekemien keksintöjen hyödyntämiseen.
3. Kykyä ja osaamista systemaattisesti ennakoida tulevaisuutta ja luoda uusia toimintamalleja ja palvelutuotteita. (Stähle & Wilenius 2006, 202.)

3.5 Asiakaspalautejärjestelmä

Asiakkaan palautteen kerääminen perustuu sovittuihin toimintamalleihin organisaation asiakaspalautejärjestelmässä. Vasta viime vuosina on ymmärretty systemaattisen ja monikanavaisen palautteen keräämisen ja sen analysoinnin merkitys (Wirtz & Tomlin 2000). Asiakaspalautteen keräämistä terveydenhuollossa kuvattiin esimerkiksi Asiakaspalaute TyyTy-asiakaspalautemenetelmällä –julkaisussa (Kuusisto & Jokinen 2003, 4). Menetelmää käytetään asiakaslähtöisyyden ja laadun kehittämisessä. Julkaisussa kuvattiin kyselyjen tuloksia.

Asiakaspalautejärjestelmä on suunniteltava kokonaisuutena: palautteen kerääminen ja vastaanottaminen, käsittely, kommunikointi organisaatiossa ja asiakkaalle, palautteen mittaus, analysointi ja raportointi sekä prosessin kehittäminen. (Kotler 2000, 550-562). Organisaation tulisi kehittää kokonaisvaltainen asiakaspalautejärjestelmä, joka perustuu strategiaan ja johon kuuluvat palvelun indikaattorit, standardit ja palautteen kohdistaminen toimintaan ja prosesseihin, palautteen keräämisen välineet ja prosessin hallinta, raportointijärjestelmä, palautteen hyödyntämisen suunnitelma, tietojärjestelmä, organisaation oppimisjärjestelmä ja asemointi organisaatiossa. Organisaatiot tarvitsevat yleisiä mittareita, jotka kertovat kuinka tyytyväisiä asiakkaat ovat. Nämä mittarit eivät kerro tarkasti miksi ja mihin asiakkaat ovat tyytymättömiä. Siksi tarvitaan tarkempia palvelukohtaisia mittareita ja vapaamuotoista vapaaehtoisesti ja spontaanisti annettua palautetta. Palautteen ymmärtämistä varten on kunkin organisaation määriteltävä ensin laadun ominaisuudet, indikaattorit, standardit ja mittaamisen kohteet (kuvio 4). (Wirtz & Tomlin 2000.)



KUVIO 4 Laadun määrittely ja kohdentaminen toimintaan (Wirtz & Tomlin 2000)

SFS-ISO 10002 –standardi (2006) sisältää suositukset siitä, miten suunnitellaan ja otetaan käyttöön tehokas asiakasvalitusten käsittelyprosessi, joka tuottaa tietoa siitä miten toimintaa ja prosesseja voidaan kehittää. Palautteiden käsittelyn nähdään parantavan asiakastytyvyyttä. Vaikka standardi kuvaa valitusten käsittelyä, voidaan käsittelyprosessia soveltaa myös muun palautteen käsittelyssä. Käsittelyn tulisi noudattaa organisaatiossa avoimia, tunnettuja periaatteita, joita ovat palautemenetelmien ja –kanavien näkyvyys, palautteen antamisen helppous, organisaation reagoivuus palautteeseen, käsittelyn objektiivisuus, palautteen antajalle ei saisi tulla kustannuksia, luottamuksellisuus, organisaation tulisi olla avoin asiakaslähtöiselle palautteelle, organisaation pitää pystyä vastaamaan vastuualaisesti teoista ja päätöksistä, jotka liittyvät palautteeseen ja tavoitteena on jatkuva laadun parantaminen.

Asiakaspalautteisiin reagoidaan välittömästi. Aarnisuo (2005, 70) kuvaa asiakaspalautteen käsittelyä seuraavina kokonaisuuksina:

1. kerääminen ja vastaanottaminen – kattavat ja monipuoliset kanavat
2. tallentaminen – kaikki asiakaspalaute
3. reagointi – yhteydenotto asiakkaaseen

4. luokittelu – raportointi ja analysointi
5. käsittely ja hyödyntäminen.

Asiakaspalautetta tulisi käsitellä organisaatiossa säännöllisesti organisaatiossa, jotta niistä opitaan. Ilman säännöllistä käsittelyä tarvittavista toimenpiteistä tulee kokonaisuudesta irrallisia. Alla olevassa taulukossa 1 kuvataan käsittelyjen välejä, tarkoitusta ja osallistujia. (Wirtz & Tomlin 2000.)

TAULUKKO 1 Palautteiden systemaattinen tarkastelu (Wirtz & Tomlin 2000)

Oppiminen	Toistetaan	Tarkoitus	Osallistujat
Palautteiden käsittelykatsaus	Kuukausittain	Katsaus saatuun palautteeseen, yksittäiset toimenpiteet	Prosessin omistajat
Prosessien kehittäminen Palautteiden analyysi	Neljännesvuosittain	Selvittää mikä mahdollisti virheen ja suunnitella korjaustoimenpiteet	Prosessin omistajat Prosessiin osallistujat Prosessin tukipalvelut
Tapauskeskustelut Case-analyysit	Puolivuosittain	Kehittämissuunnitelma	Asiakaspalveluhenkilökuntaa
Asiakasryhmiä	Vuosittain	Asiakkaiden odotukset, indikaattorit ja standardit	Asiakkaat Prosessin omistajat Prosessiin osallistujat

Palautteen keräämistä eri välineillä kuvataan seuraavassa taulukossa. Taulukossa x on esitetty esimerkki siitä, miten organisaatio voi koota ja rakentaa kokonaisvaltaisen palautteen keräämisen välineet ja kiinnittää järkevästi kunkin välineen käyttötarkoituksen. Mittaamisella tarkoitetaan organisaation omista lähtökohdista tapahtuvaa mittaamista kun taas palautteella tarkoitetaan spontaanisti annettua palautetietoa. (Wirtz & Tomlin 2000.)

TAULUKKO 2 Palautteen keräämisen välineet ja sopivin käyttötarkoitus (Wirtz & Tomlin 2000)

Väline	Mittaustaso			Käytettävyys	Edustavuus	Parantaminen	Nopea oppiminen	Kustannustehokkuus
	Tyytyväisyys palveluun	Tyytyväisyys prosesseihin	Tarkka palaute					
Toimialan kehittämisen seuranta	O	V	V	V	O	V	V	V
Tyytyväisyysmittaus	O	X	V	V	O	V	V	V
Prosessimittaukset	O	O	X	X	O	V	V	V
Prosessien palaute	X	O	O	X	X	O	X	O
Palvelututkimus (Mystery shopping)	V	V	O	X	V	V	V	V
Vapaamuotoinen palaute	V	X	O	O	V	O	X	O
Asiakasryhmäkeskustelut	V	X	O	O	V	V	O	X
Palvelukatsaukset	V	X	O	O	V	O	O	X
Sopii tarkoitukseen: täysin O osittain X ei lainkaan V								

4 HOIDON LAADUN MITTAAMINEN

4.1 Hyvä Hoito-mittari hoidon laadun mittaamisessa

Tutkielman empiirisen osan toteuttaminen perustuu HYVÄ HOITO –mittarin sisältöluokitukselle. Mittari ja luokitus valittiin siksi, että mittari on tarkoitettu nimenomaan hoidon laadun arviointiin ja kehittämiseen. Mittaria on lisäksi testattu useissa tutkimuksissa (Hannula 1996, Renholm & Suominen ym. 2000, Wasenius 2000, Leinonen 2002, Rehnström ym. 2003, Ruotsalainen 2006). Leino-Kilpi, Walta, Helenius, Vuorenheimo ja Välimäki (1994, 51) kehittivät hoidon laadun mittaamiseen HYVÄ HOITO-mittarin. Laadun mittaamisvälineen kehittämisessä on käytetty sekä hoitotyöntekijälähtöistä että potilaslähtöistä arviointia (Leino-Kilpi ym. 1994, 26, 46). HYVÄ HOITO-mittari on tarkoitettu potilaan suorittamaksi laadun arvioinniksi. Mittarin avulla voi arvioida potilaiden odotuksia hoidon laadusta, mitata toteutunutta hoitoa ja näiden välistä suhdetta laadun poikkeamien ts. laatukuilun tunnistamiseksi. (Leino-Kilpi ym. 1994, 1.)

Mittari kehitettiin vuosina 1990–1992. Ensimmäisessä vaiheessa muodostettiin hoidon laadun arviointiperusteiden teoreettiskäsitteellinen lähtökohta hoitotyön käytännön ja opetuksen asiantuntijoiden kuvaamana, havainnoimana ja määrittelemänä hyvän hoidon elementteinä ja hyvässä hoidossa toteutuvista potilas-hoitaja -suhteista. (Leino-Kilpi ym. 1994, 94.) Toisessa vaiheessa laadittua arviointiperusteiden kuvausjärjestelmää testattiin potilasaineistossa, joka muodostui 132 potilaan haastattelusta. Haastattelujen tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta, heidän odotuksiaan ja toiveitaan hoidosta. (Leino-Kilpi ym. 1994, 95-96.) Kolmannessa vaiheessa arviointiperusteiden kuvausjärjestelmä laadittiin mittarin muotoon ja pilotointiin.

Mittari rakennettiin kaksiosaiseksi: ensimmäisessä mittauksessa potilaat nimesivät sairaalaan tullessaan hoidolle tärkeitä asioita ja toisessa mittauksessa he arvioivat toteutunutta hoitoa samoilla perusteilla kotiin lähtiessään. (Leino-Kilpi ym. 1994, 97-98.) Mittauksessa No I arvioitiin väittämillä potilaiden näkemyksiä hoidon laatuun sisältyvien tekijöiden tärkeydestä. Potilaiden näkemyksiä hoidon laatuun sisältyvien tärkeinä pidettyihin tekijöiden toteutumisesta hoidossa arvioitiin mittauksessa No II. Väittämät olivat molemmissa mittauksissa sisällöllisesti samoja. (Leino-Kilpi ym. 1994, 108.) Mittauksen toteuttaminen kahteen kertaan perustuu Zeithaml ym. (1990) kuvaamaan laatukuoppien tunnistamiseen.

Mittaria kehitettäessä potilaan rooli nähtiin kokonaisvaltaisena laadun kehittäjänä, jolloin potilas määrittelee minkälaista hoitoa hän pitää itselleen hyvänä ja arvioi sen toteutumista kohdallaan. Tyytyväisyysmittaukset tulisi rakentaa potilaiden odotuksien määrittelylle (Leino-Kilpi ym. 1994, 51).

4.2 HYVÄ HOITO-mittarin sisältö

HYVÄ HOITO-mittarin sisältö muodostui edellä kuvatulla tavalla. Alla olevassa taulukossa on selvitetty mittarin kategoriat ja sen jälkeen esitellään kategorioiden tarkempi kuvaus.

TAULUKKO 3. HYVÄ HOITO-mittari (Leino-Kilpi ym. 1994, liite 2a.)

Kategoriat ja alakategoriat	Sisältö
Hoitavan henkilön ominaisuudet <ul style="list-style-type: none"> – Inhimillisuus – Teknisyys – Älykkyys, itsenäisyys – Joustavuus, huumorintaju – Luotettavuus, oikeudenmukaisuus – Ulkoinen olemus 	<ul style="list-style-type: none"> – Suhtautuminen: ystävällinen ja lämmin – Vilpitön kiinnostus: potilaaseen ja vointiin – Toimenpiteiden suorittaminen: tarkkuus ja huolellisuus, nopeus ja tehokkuus – Toiminnan älykkyys, kysymyksiin vastaaminen, itsenäinen ajattelu ja varmuus, – Joustavuus ja tärkeilemättömyys, huumorintaju, rehellisyys, luotettavuus, lupauksien pitäminen – Kohteliaisuus ja miellyttävä käytös – Siisteys ja huoliteltu ulkonäkö.
Hoitotoiminnot <ul style="list-style-type: none"> Tehtäväkeskeiset – Ohjaavat – Fyysiset – Päätöksentekotoiminnot – Omatoimisuutta tukevat – Jatkuvuutta ylläpitävät Ihmiskeskeiset – Kunnioitus – Huolenpito – Asianajajuus – Rohkaisu, kannustus 	<ul style="list-style-type: none"> – Hoitoon liittyvien asioiden selvittäminen ja ohjaaminen tekemään hoitoa itse, kirjallisen luettavan antaminen, terveellisten elämäntapojen ohjaaminen – Toimenpiteiden ammattitaitoinen suorittaminen, lääkkeiden antaminen virheettömästi, hoitovälineiden ja -laitteiden hallinta, riittävä ja nopea kivun hoito – Ruokailu ja puhtaus – Hoidon joustavuus, taloudellisuus, tietojen joustava siirtyminen yksiköstä toiseen – Hoitajien, lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien yhteistyö ja hoidon toteuttamisen yhdenmukaisuus, muihin ammatti-ihmisiin yhteyden ottaminen – Hoidon suunnittelu ja arvioiminen yhdessä potilaan ja omaisten kanssa, hoitovaihtoehtojen esittäminen ja valintojen tukeminen, päivittäinen hoidon etenemisen selvittäminen riittävän ajoissa, riittävä keskustelu hoidon ennusteesta ja tuloksista, potilaan neuvonta omien oireiden ja tunteiden seuraamiseen ja siitä hoitajille kertomiseen, potilaan ajan tasalla pitäminen – Auttaminen hoidossa, levosta huolehtiminen, huolenpito, hoitoympäristön huomioiminen, häiritsevien tekijöiden poistaminen – Hoitavien henkilöiden selvillä oleminen potilaan voinnista, voinnin ja hoidon etenemisen seuraaminen – Kuunteleminen, kunnioittaminen, tasavertainen kohtelu, mielipiteiden huomioon ottaminen, pyyntöihin vastaaminen myönteisesti ja palvelualltiisti, asioista selvän ottaminen – Salassapito – Potilaan ja omaisten rohkaisu ja tukeminen, myönteisten asioiden löytämiseen auttaminen – Osaston rohkaiseva mieliala ja myönteinen ilmapiiri

Hoidon edellytykset <ul style="list-style-type: none"> - Tieto - Resurssit - Kutsumus - Kokemus 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitajien ajantasaiset tiedot, tutkimukseen perustuvan tiedon käyttäminen hoidossa, oman toiminnan perustelu - Riittävät hoitoon tarvittavat laitteet ja tarvikkeet, tilojen soveltuvuus - Jatko- ja täydennyskoulutus, henkilökunnan pätevyys, kutsumus, ammattikokemus työssä - Riittävä aika - Potilaan etu ensisijainen, toiveiden huomioon ottaminen hoidossa, elämäntilanteen ymmärtäminen ja aikaisempien hoitokertojen huomioon ottaminen
Hoidon ympäristö <ul style="list-style-type: none"> - Fyysinen - Sosiaalinen 	<ul style="list-style-type: none"> - Osaston turvallisuus, rauhallisuus ja kiireettömyys, kodikkuus, viihtyisyys, puhtaus, siisteys, lämpötilan sopivuus - Henkilökohtaisen koskemattomuuden säilyttäminen, sopiva määrä potilaita, toiset potilaat eivät häiritse, rauhassa olemisen mahdollisuus - Toisten potilaiden seura, apu, riittävä ajankulu (TV yms.) - Selkeä päivärytmi - Omaisten seuraa riittävästi, omaisten tapaaminen henkilökunnan kanssa mahdollista, rauhallinen keskustelupaikka
Hoitoprosessin eteneminen <ul style="list-style-type: none"> - Pääsy hoitoon - Kotona ennen - Tulo sairaalaan - Kotiutus - Kotona taas 	<ul style="list-style-type: none"> - Hoitoon pääsy riittävän nopeasti, halutun henkilön hoitoon, haluttuun hoitopaikkaan - Etukäteistieto sairaudesta ja hoidosta ja yhteydenotto ennen sairaalaan tuloa, keskustelu ennen sairaalan tuloa - Odottelu-aika sairaalassa - Hoitopaikkojen yhteistyö - Ystävällinen ja miellyttävä vastaanotto sairaalaan, muille potilaille esittely huoneessa, osaston tilojen esittely - Riittävän nopea pääsy keskustelemaan henkilökunnan kanssa - Riittävän pitkä sairaalassaoloaika, tieto kotiin pääsystä riittävän ajoissa - Kirjalliset kotihoito-ohjeet, tietoa kotona tapahtuvasta hoidosta ja seurantakäynneistä, tietoa komplikaatioista ja tieto yhteydenottopaikasta, tieto kotona luvallisista asioista, kuntoutumisesta ja taloudellisista etuuksista
Hallintastrategiat <ul style="list-style-type: none"> - Kokemuksellinen - Kognitiivinen - Funktionaalinen - Eettinen - Sosiaalis-yhteisöllinen - Ekonominen - Muut 	Paranemisen edistäminen <ul style="list-style-type: none"> - Aikaisempia sairaalakäyntejä hyödyntämällä, samat hoitajat ja lääkärit, riittävät tiedot sairaudesta ja hoidosta, taloudellisista etuuksista, mahdollisuus kysyä sairaudesta ja lääketieteellisestä hoidosta, sairauden merkityksen ymmärtäminen omassa elämässä - Mahdollisuus toimia itse, oman tahdon tukeminen, kunnioittava kohtelu, tuntemuksien ja mielipiteiden huomioon ottaminen - Mahdollisuus pitää yhteyttä perheeseen ja työpaikalle - Avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde - Henkilöstö- ja laiteresurssien tarkoituksenmukainen käyttäminen

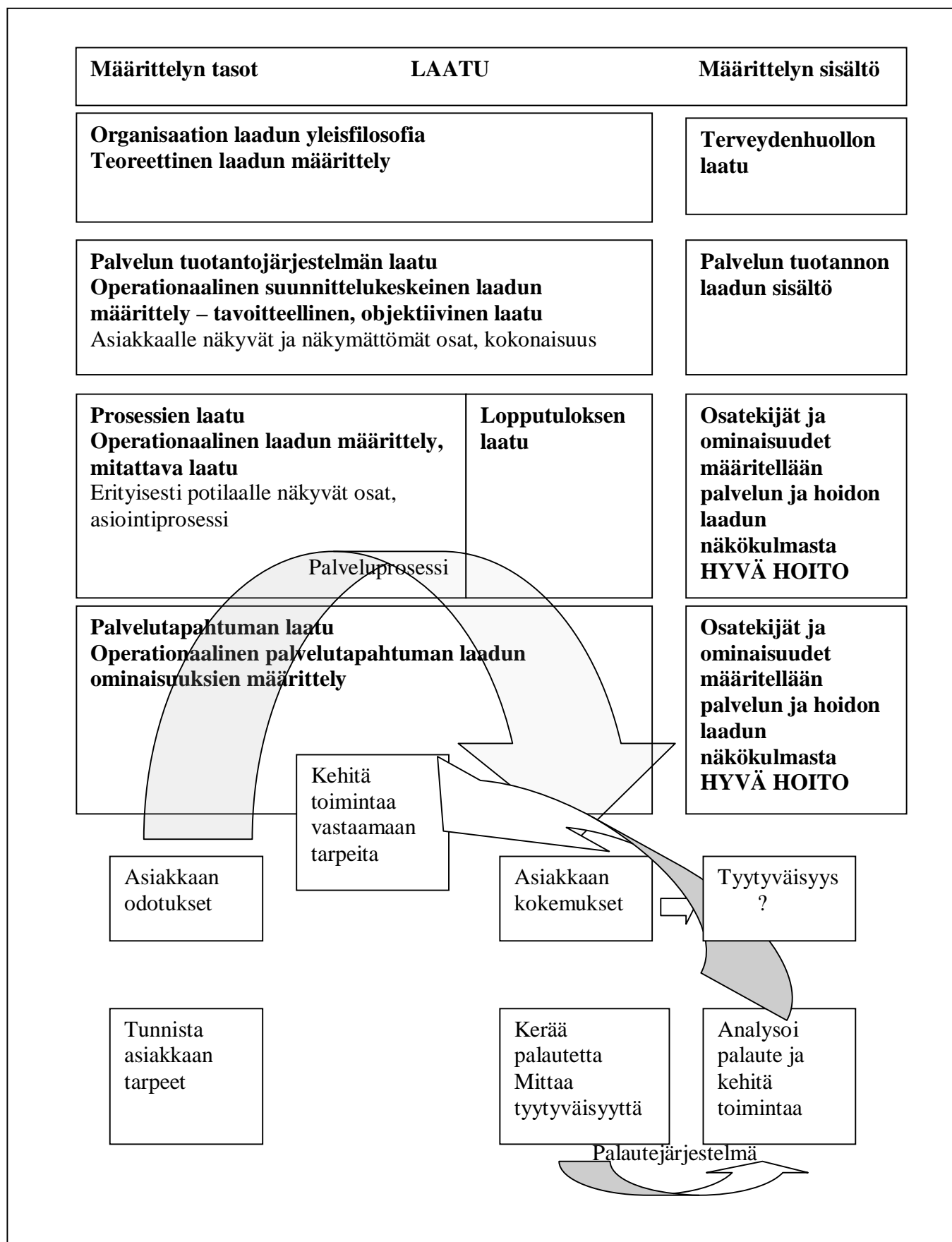
HYVÄ HOITO-mittarin sisältöä on myös modifioitu erilaisia tutkimustarpeita varten. Ruotsalainen (2006) modifioi sisältöä sisätautipotilaan hoidon laadun tutkimusta varten. Hän jätti mittarista pois potilaan hallintastrategiat, koska kategorian teoreettisena lähtökohtana ovat potilaan omat

voimavarat, ei hoitotyö toimintana. Kunkin kategorian loppuun lisättiin avokysymys, jossa tiedusteltiin potilaalta mitkä laatukategoriat ovat toteutuneet huonosti. (Ruotsalainen 2006, 59.) Ruotsalainen modifioi mittarin sisältöä ensin sisätautipotilaan (n=100) ja toisessa vaiheessa sydäninfarktipotilaan hoidon (n=97) laadun arviointia varten.

5 YHTEENVETO TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA

Teoreettisen pohjan perusteella yhteenvetona esitetään, että terveydenhuollon laadun määrittelyssä on ja tulee olla tasoja. Kullekin tasolle tulisi määritellä omat laadun ominaisuutensa ja operationalisoida ne mitattaviksi. HYVÄ HOITO-mittari on oterationalisoitu potilaan hoidon ja hoitoprosessin tasolle vuodeosastotoimintaan.

1. Teoreettiset laadun määritelmät
 - Terveydenhuollon laadun filosofiset ja eettiset lähtökohdat
2. Operationaaliset suunnittelukeskeiset laadun määrittelyt – tavoitteellinen, objektiivinen laatu
 - Palvelun tuotantojärjestelmän laatu - Asiakkaalle näkyvät ja näkymättömät osat, kokonaisuus
3. Operationaaliset laadun määrittelyt, mitattava laatu ja lopputuloksen laatu – palvelun tuotannon laatu
 - Prosessien laatu - erityisesti potilaalle näkyvät osat, asiointiprosessi
4. Palvelutapahtuman laatu
 - Operationaalinen palvelutapahtuman laadun ominaisuuksien määrittely
5. Asiakkaan odotukset, kokemukset ja asiakaspalautejärjestelmä
 - Asiakaslähtöinen organisaation strategisiin ja operationaalisiin tavoitteisiin perustuva laadun mittaaminen, inkrementalismi
 - Tunnista asiakkaan tarpeet
 - Kerää palautetta, mittaa tyytyväisyyttä
 - Analysoi palaute ja kehitä toimintaa
 - Kehitä toimintaa vastaamaan tarpeita
 - Prosessien uudistaminen, rakennemuutokset - voivat perustua prosesseista lähteille radikaaleille uudistamisen tarpeille tai ylhäältä päin lähteille tarpeille, esim. kunta- ja rakenneuudistus. Jokaiselle määritellylle ominaisuudelle tulisi asettaa indikaattori, standardit ja ensinnäkin tunnistaa se kohde tai prosessi toiminnasta, jota halutaan tarkastella. Lisäksi tulisi määritellä miten ja kuinka usein asiakaspalautetta tarkastellaan.



KUVIO 5 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on erään sairaalan keräämän vapaamuotoisen asiakaspalautteen sisältöä kuvaamalla lisätä ja laajentaa ymmärrystä palvelun ja hoidon laadusta, asiakaspalautteista ja niiden merkityksestä. Asiakaspalaute on asiakkaiden antamaa palautetta toteutuneesta palvelusta ja asiointista sairaalassa. Analysoimalla laadun hallintaa ja laadun parantamista varten kerättyä palautetta pyritään saamaan laajasti tietoa avoimen palautteen sisällöstä ja sisällön yhdenmukaisuudesta HYVÄ HOITO-mittarin sisältökategorioihin. Palautteesta saadaan tietoa potilaille ja omaisille tärkeistä asioista ja saatua tietoa voidaan käyttää laatumittareiden kehittämisessä ja hoitoprosessien parantamisessa.

Tutkimustehtävä on selvittää ja kuvata millaista avointa palautetta sairaala on saanut.

7 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄ

7.1 Aineiston muodostuminen

Tutkimusmenetelmän valinnan lähtökohtana on tutkielman aineistolähtöisyys ja kiinnostus aineiston sisältöön. Tutkielman aineistona on sairaalan saamia avoimia asiakaspalautteita vuodelta 2006. Palautteet ovat asiakkaiden vapaaehtoisesti laatimia spontaaneja vapaamuotoisia kirjallisia tekstejä.

Tutkimuksen aineistona oli sairaalan vuonna 2006 keräämä ja saama avoin asiakaspalaute (3682 avointa asiakaspalautetta). Aineisto ei ole täydellinen, sillä osa palautteista todennäköisimmin jäi palautumatta palautteiden keräämisestä vastaavalle henkilölle.

1. poliklinikkapalvelun laatumittarin avoin palaute, 1521 kpl
2. vuodeosastohoidon palvelumittarin avoin palaute, 1325 kpl
3. Internetistä saatava avoin palaute, 297 kpl
4. palautelomakkeella oleva avoin palaute, 539 kpl .

7.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysissä on käytetty sekä deduktiivista että induktiivista sisällön analyysiä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Menetelmällisenä lähtökohtana sisällön analyysi on Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan perusteltavissa silloin kun mikään olemassa oleva metodi ei sinällään sovi aineiston analyysiin.

Deduktiivista sisällön analyysiä voi ohjata teema, luokitusrunko tai malli, joka perustuu aikaisempaan tutkimukseen tai teoriaan (Dey, 1993, Kyngäs & Vanhanen 1999). Strukturoidulla valmiilla analyysirungolla testataan yleensä aikaisempaa teoriaa tai käsitejärjestelmää uudessa kontekstissa. Aineiston analysoitiin pääosin deduktiivisesti käyttämällä Leino-Kilven ym. (1994) kehittämää HYVÄ HOITO-mittarin kategorioita analyysirunkona.

Niiltä osin kuin palautteen sisältöä ei voitu sijoittaa mihinkään valmiiseen kategoriaan, käytettiin **induktiivista sisällön analyysiä**, jossa uudet luokitukset syntyvät aineistosta. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 150, 136). Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan aineiston luokittelu ja analyysi voivat valmistua kahdella tavalla: aineistosta voidaan poimia ainoastaan ne asiat, jotka sopivat sisällöllisesti luokitusrunon mukaisiin kategorioihin tai mukaan voi ottaa myös luokituksen ulkopuolelle jääviä asioita, joista muodostetaan uusia luokkiansa. Tässä tutkielmassa luokiteltiin palautteissa olleet asiat joko sopivaan valmiiseen analyysirungon kategoriaan tai uuteen induktiivisesti muodostettuun luokkaan. Uudet sisältöluokat syntyivät sisällöllisten luokittelujen avulla systemaattisesti ja objektiivisesti tiivistetyksi ja sisältöluokat kuvaavat aineiston sisältöä. (Krippendorf 1980, Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.)

Sisällön analyysissä pääpaino voi olla Mayringin (1984) mukaan sekä aineiston ilmissisällössä että latentissa merkityksessä. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan tutkija on viime kädessä se, joka päättää pitäytyykö hän analyysiprosessissa pelkästään ilmissisältöihin vai nostaako hän esille merkityksiä ja taustarakenteita. Ennen analyysiä syntyi päätös, että analysoidaan vain ilmissisältö eikä piilossa olevia viestejä tai merkityksiä. Analyysiyksikköinä oli sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105).

Sisällön analyysi sopii sekä strukturoituun että strukturoimattomaan aineistoon (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105). Aineiston palautetekstit sijoittuvat poliklinikan palvelumittarin ja palautelomakkeen osalta palautteen kerääjän toimesta luokiteltuihin kiitoksiin, moitteisiin tai ideoihin, Vuodeosaston hoidon laadun palautteelle ei ollut annettu muuta kuin vapaa tila, ei luokittelua, joten sisällöstä piti

päittää mikä on palautteen sisältö. Internetistä tuleva palaute on luokiteltu "risuja" tai "ruusuja". Sisällön analyysi voi olla luonteeltaan kvalitatiivista tai kvantitatiivista riippuen tutkimuksen tavoitteista (Pietilä 1973). Tässä tutkielmassa käytettiin myös kvantitatiivista sisällön analyysiä kuvaamaan HYVÄ HOITO-mittarin kategorioihin kohdistuvien palautteiden määrää. Tavoitteena on selvittää, mistä palautetta antaneet asiakkaat antavat palautetta. Samassa palautetekstissä saattoi olla monta eri asiasisältöä, moitetta ja kiitosta. Nämä sijoitettiin niihin kategorioihin joihin ne kuuluvat.

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe oli analyysirungon muodostaminen tai siitä päättäminen. Analyysirunko voi olla hyvin väljä tai strukturoitu. Tässä tutkimuksessa analyysirunko muodostui sellaisenaan HYVÄ HOITO-mittarin pääkategorioista. Kategorioiden sisältö muodostui pääosin induktiivisesti, koska palautteen sisältö oli laajempaa kuin kategorioiden sisältö. Tutkielmaa varten tutkija perehtyi hyvin HYVÄ HOITO-mittari luokituksen mukaisiin alkuperäisiin kysymyksiin, jotta vapaamuotoinen asiakaspalaute tuli sijoitettua oikeaan luokituksen sisältöluokkaan. Tutkimus eteni analyysiyksiköstä päättämisen jälkeen aineiston avoimena lukemisena, jonka tarkoituksena oli muodostaa kokonaiskuva aineistosta ja saada käsitys aineiston sisällöstä (Dey 1993).

TAULUKKO 4 Esimerkki deduktiivisesta analyysistä

Analyysirunko	Kirjoitettu sisältö, sama palautelomake	Analyysi	Luokitusrunon luokka
Hoitoprosessin eteneminen	"Saatiin odottaa 8 kk vanhan pojan kanssa 2 tuntia ilmoitetusta ajasta yli..."	Ilmoitetun ajan pitämättömyys	Hoitoprosessin eteneminen - sairaalassa
Hoitotoiminnot Ihmiskeskeiset	".. eikä kukaan käynyt ilmoittamassa, eikä kukaan ollut pahoillaan. Olen pettynyt ja vihainen"	Kunnioitus, huomioon ottaminen jos annettu aika ei toteudu	Hoitotoiminnot Ihmiskeskeiset - kunnioitus

Analyysille on tyypillistä se, että luokitusrunko voi muuttua ja kehittyä analyysin edetessä ja vuorovaikutuksessa aineiston kanssa. HYVÄ HOITO-mittarin analyysirunko säilyi samana, kaikkiin kategorioihin ei kuitenkaan tullut sisältöjä. Analyysiprosessin tulee kuitenkin olla systemaattinen ja kattava, muttei jäykkä ja etukäteen välttämättä määriteltäviä luokituksia tiukasti noudattava. Analyysirungon muodostuminen on myös osa tutkimuksen lopputulosta. Analyysin edetessä voi palata syntyneen luokitusrunon kanssa uudelleen tarkastelemaan aineistoa, voisiko löytää vielä tarkempia luokituksia. Tässä käytin induktiivista analyysiä niiden sisältöjen osalta, joita ei voinut

sijoittaa valmiiseen luokitusrunkoon (Dey 1993). Induktiivinen sisällön analyysi kuvataan usein aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Palautteiden sisällöstä ryhmiteltiin asiat, jotka tarkoittivat samaa ja näyttäisivät kuuluvan yhteen (Kyngäs & Vanhanen, 1999). Analyysin edetessä laskettiin kuhunkin yläkategoriaan kuuluvien mainintojen määrä. Alun alkaen sisällön analyysi olikin nimenomaan ilmisisältöjen määrällisessä laskemisesta (Berelson 1952).

TAULUKKO 5 esimerkki induktiivisesta analyysistä

Luokitusrunko	Kirjoitettu sisältö, sama palaute	Analyysi	Luokitusrungon uusi Luokka
Uudet sisältökategoriat	"Pysäköintipaikat katastrofi." "Parkkipaikkojen järjestäminen al-arvoista. 30 min parkkipaikan etsintään, myöhästyin ajastani." "Parkkipaikkojen vähyys. Etsin parkkipaikkaa 20 min, onneksi osasin varautua." "Auratkaa parkkipaikat, ala-arvoisessa kunnossa."	Pysäköinti	Muut palvelut Pysäköinnin järjestäminen ja kehittäminen
Uudet sisältökategoriat	"Emme uskaltaneet lähteä ensiavusta kahvioon koska pelkäsimme kuusi tuntia odoteltuamme, että olemme pois kun lääkäri tulee. Siksi näimme nälkää ja janoa"	Ravitsemuksesta huolehtiminen, ravintopalvelut, kahviot,	Muut palvelut Ravitsemukseen liittyvät tukipalvelut sairaalassa asioiville
Uudet sisältökategoriat	"Pääaulan opastetaulu ei ole ajantasalla." "Opastetauluihin tietoa rakennustyömaista, opasteet puutteellisia"	Opasteiden oikeellisuus Opasteiden riittävyys	Opasteet

Sisällönanalyysia on kritisoitu pelkäksi johtopäätösten tekemiseksi. Analyysi sinänsä ei tuota varsinaisesti uutta tietoa, vaan ainoastaan muokkaa vanhaa. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 105). Luotettavuuden kannalta on pidetty ongelmallisena analyysiprosessin subjektiivisuutta. Tutkijan näkemys asiasta vaikuttaa tutkimukseen ja sen tuloksiin. Tutkijan on pystyttävä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä. Analyysin laatua voidaan testata face-validiteetilla, joka tarkoittaa toisen luokittelijan tai asiantuntijan arviota tutkimustuloksista. Aineiston luokittelu uudelleen on kuitenkin työlästä, ja monet tutkijat vastustavat face-validiteettia. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10–11). Tutkija voi pitää sisällönanalyysia luotettavana menetelmänä, jos tutkija ymmärtää oman

subjektiivisuutensa ja menetelmän rajallisuuden, sekä pitäytyy tiukasti tutkimustehtävässä. Luotettavuus syntyy analyysiprosessin huolellisuudesta ja systemaattisuudesta (Polit & Hungler, 1999).

8 TULOKSET

Tulokset esitetään HYVÄ HOITO-mittarista muodostetun analyysirungon mukaisesti. Ensimmäisenä esitetään mainintojen määrät sisältökatgorioittain. Tämän jälkeen esitetään jokaisen kategorian ja alakategorian tulokset siten, että kunkin luvun alussa esitetään HYVÄ HOITO-mittarin sisältö. Autenttisia tekstejä esitetään lyhyesti esittämällä vain palautteen ydinasia. Osa autenttisista teksteistä esitetään sellaisenaan asiakokonaisuuden ymmärtämiseksi. Autenttiset tekstit toistetaan kirjoitusvirheineen. Autenttisista palautteista on poistettu henkilöstön, sairaalan tai osaston nimet, myös palautteen antajan tunnistamisen mahdollistavat tunnistetiedot on poistettu. Koska palautteen sisältö oli joko kiittävää tai moittivaa, on tutkielman tekijä luokitellut esimerkiksi ystävällisyyden ja epäystävällisyyden samaan kategoriaan. HYVÄ HOITO-mittari rakennettiin vastaamaan tiettyä ideaalia, jota kuvattiin positiivisilla ominaisuuksilla. Epäystävällisyys on ystävällisyyden vastakohta ja siten samaan kategoriaan kuuluva. Samalla tavalla on käsitelty mm. kohteliaisuus – epäkohteliaisuus.

8.1 Mainintojen määrät kategorioittain

Aineistosta laskettujen mainintojen määrät esitetään taulukossa 5. Samassa palautetekstissä oli useita eri sisältöluokkiin kuuluvia palautteita, jotka laskettiin kukin erillisinä. Palautteet laskettiin kategorioittain sen perusteella oliko palaute kiitos, moite vai kehittämisidea. **Eniten** palautetta annettiin hoidon ympäristöstä, jonka moitteiden määrä oli suurempi kuin kiitosten. Maininnoista **toiseksi** eniten koski hoitavan henkilön ominaisuuksista. Näistä maininnoista kaksi kolmasosaa oli kiittäviä ja yksi kolmasosa moitteita. Hoitotoiminnoista annettiin **kolmanneksi** eniten palautetta, josta puolet koski ihmiskeskeisiä hoitotoimintoja ja puolet tehtäväkeskeisiä hoitotoimintoja. Kummankin hoitotoiminnon palautteen enemmistö oli moitteita. **Neljänneksi** eniten palautetta annettiin hoidon edellytyksistä. Tästäkin palautteesta suuri osa oli moitteita. **Viidenneksi** palautetta kertyi hoitoprosessin etenemiseen ja siitä isoin osa oli moitteita. Hallintastrategiat kategoriaan

kertyi **vähiten** palautetta. Analyysirunkoon ei voitu luokitella hieman yli 700 palautetta. Näistä muodostuivat uudet kategoriat.

Palautteen antajina mainittiin seuraavia asiakkaita: potilas, läheinen, omainen, puoliso, avopuoliso, elämänkumppani, isä, äiti, tytär, poika, anoppi, taksiautoilija, lääkäri, hoitaja, terveydenhoitaja, toimistos sihteeri, työtoveri, sivusta seurannut, ystävä ja sukulainen. Paperisella palautelomakkeella oli eniten muita palautteen antajia kuin potilaita, jotka kuitenkin muodostivat palautteiden antajien suurimman joukon. Internetistä palautetta antoivat eniten potilaat. Palvelumittareiden palautteiden antajat olivat potilaita tai lasten vanhempia.

TAULUKKO 5 Mainintojen määrä kategorioittain.

Sisältökategoriat	Maininnat yhteensä, kpl
Hoitavan henkilön ominaisuudet	2560
Kiitokset	1754
Moitteet	769
Kehittämisisideat	37
Hoitotoiminnot	2430
1. Tehtäväkeskeiset	1210
Kiitokset	491
Moitteet	713
Kehittämisisideat	6
2. Ihmiskeskeiset	1220
Kiitokset	599
Moitteet	1817
Kehittämisisideat	2
Hoidon edellytykset	1890
Kiitokset	521
Moitteet	1367
Kehittämisisideat	2
Hoidon ympäristö	3337
Kiitokset	1240
Moitteet	2001
Kehittämisisideat	48
Hoitoprosessin eteneminen	1650
Kiitokset	584
Moitteet	1010
Kehittämisisideat	56
Hallintastrategiat	56
Muut	741
Yhteensä	12 664 mainintaa

8.2 Hoitavan henkilön ominaisuudet

Hoitavan henkilön ominaisuudet – Inhimillisuus – Teknisyys – Älykkyys, itsenäisyys – Joustavuus, huumorintaju – Luotettavuus, oikeudenmukaisuus – Ulkoinen olemus	– Suhtautuminen: ystävällinen ja lämmin – Vilpitön kiinnostus: potilaaseen ja vointiin – Toimenpiteiden suorittaminen: tarkkuus ja huolellisuus, nopeus ja tehokkuus – Toiminnan älykkyys, kysymyksiin vastaaminen, itsenäinen ajattelu ja varmuus – Joustavuus ja tärkeilemättömyys, huumorintaju, rehellisyys, luotettavuus, lupauksien pitäminen – Kohteliaisuus ja miellyttävä käytös – Siisteys ja huoliteltu ulkonäkö.
--	--

KUVIO 6 Hoitavan henkilön ominaisuudet HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti

Palautetta henkilöstöstä saivat johtajat, lääkärit, hoitohenkilökunta, laboratorion henkilökunta, toimistosihteerit, vastaanottoavustajat, asiakasneuvonnan henkilö, puhelunvälittäjä, sairaalahuoltaja, keittiön henkilökunta, kahvion henkilökunta, kioskin henkilökunta, asiakaspalvelupäällikkö, potilaskertomuskeskuksen henkilökunta, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja ja laitteen korjaaja. Palautetta annettiin myös taksiautoilijoille, mutta näitä palautteita ei analyysissä huomioitu, sillä taksiautoilu ei välttämättä kuulu sairaalan järjestämään palveluun. Potilaiden siirtokuljetukset ovat sairaalan järjestämää toimintaa, eikä palautteiden osalta voi tietää onko tästä palvelusta palautteessa kysymys.

Potilas ja asiakas havainnoivat kaikkia henkilöitä ympärillään ja varsinkin niitä, joiden kanssa ollaan vuorovaikutuksessa. Tästä näkökulmasta palautteen sisältö avaa näkökulman henkilöiden ominaisuuksiin, ei vain hoitohenkilökunnan ominaisuuksiin. Tulosten esittelyssä käytetään yleisesti sanaa henkilökunta, jolla tässä tarkoitetaan erityisesti edellä mainittuja palautteen saajia. Henkilön ominaisuudet, kuten laatukin, on aina suhteessa johonkin tai olemassa jossain yhteydessä. Siten ominaisuudet välittyvät tai näkyvät palautteen antajalle joko vuorovaikutuksen tai toimenpiteiden suorittamisen yhteyksissä.

HYVÄ HOITO-mittarin henkilöstön ominaisuuksista ei suoraan annettu kiittävää palautetta kuin inhimillisyydestä ja huumorintajusta. Älykkyys, itsenäisyys, joustavuus, luotettavuus ja oikeudenmukaisuus välittyivät palautteissa epäsuorasti. Ulkoisesta olemuksesta annettiin vain moitteita, ei kiittävää palauteta. Henkilökuntaa kiitettiin yleisesti ja lyhyesti muutamilla sanoilla ihanaksi, ystävälliseksi, mukavaksi, hyväksi, ammattitaitoiseksi, asiantuntevaksi, palvelualttiiksi ja potilasystävälliseksi. Henkilökunnan lähestymistä helpotti ymmärtämys, hienotunteisuus ja

asiallisuus. Kärsivällisyyttä ja empaattisuutta arvostettiin. Aitoutta kiitettiin ja arvioitiin epäaitouden olevan paljastettavissa. Yksilöllistä huomioimista ja suhtautumista toivottiin enemmän. Palautteista välittyi, että ominaisuuksia on helppo arvioida, koska ne ovat välittömästi ja suoraan nähtävissä ja arvioitavissa palvelutapahtumissa. Sama koskee ulkoista olemusta ja siisteyttä, josta ei tullut yhtään kiittävää palautetta.

"Kiireetöntä potilasta huomioivaa kohtelua. Jaksatte kiinnostuneena kuunnella Mamman murheita"

"... tosissaan ottaminen, tuli tunne, että minusta välitetään."

"Kiitos ystävällisestä, kohteliaasta ja hienotunteisesta kohtelusta."

"Suuret kiitokset taas kerran ammattitaitoisesta otteestanne ... Empaattisesti otatte potilaat vastaan ja vaikka miten olisitte kiireisiä, niin aina tuntuu polilla että jokainen potilas otetaan vastaan yksilönä. Jatkakaa saman malliin, teistä voisi ottaa todella moni oppia kuinka potilas kohdataan."

"Kaksi viikkoa sitten, ti ... isäni menehtyi ... teho-osastolla aivoverenvuotoon. Haluaisin kiittää suunnattomasti tehon osaavaa henkilökuntaa, jotka myötäelivät suuren surun hetkellä perheeni kanssa, olivat lähellä ja tukivat. Iso kiitos koko tehon väelle!"

"Sairaanhoitajat ovat oikein ystävällisiä, on melkeinpä mukavaa tulla pisteltäväksi. He ovat tarkkoja työssään ja pitävät huolta potilaasta ja mahdollisista oireista."

"Henkilökunnan ystävällisyys ei tuntunut keinotekoiselta vaan kaikki olivat aitoja."

"Teho-osaston hoitajat ovat aivan erityisen ystävällisiä ja rauhoittavia sekä potilaille että omaisille. Kiitos kaikille heille!"

"Jouduimme ... operointiin ... maaliskuussa. .. suorastaan liikutti se hieno kohtelu, jota kohtasimme. Osaston toiminta oli suoraan oppikirjaksi kelpaavaa. Erityisesti lämmitti ... nimellä tapahtunut vastaanotto osastolle ja ... hieno lapsen ja huolestuneiden vanhempien käsittely. Meidät kaikki pidettiin koko ajan selvillä, missä mennään ja mitä seuraavaksi tapahtuu ja mitä äsken tapahtui(leikkaus). Kaikesta paistoi luja ammattitaito, joka yhdistyi upeisiin ihmissuhdetaitoihin."

Ominaisuuksien negatiivisesta ulottuvuudesta tai vastakohtasta moittivia mainintoja oli epäystävällisyydestä, välinpitämättömyydestä, ylimielisyydestä ja tönkeydestä. Myös ilkeys ja tahallinen vahingoittamisen halu mainittiin. Lisäksi mainittiin ylimielisyys, tympeys, kylmyys ja julmuus. Välinpitämättömyyttä moitittiin erityisesti lääkäreille ja hoitajille annetuissa palautteissa. Tämä on ymmärrettävää, koska heidän kanssaan eniten asioidaan. Henkilökunnan käytöksestä nousi esille se, että kysymyksiin ei vastata tai ollaan vastatessa ylimielisiä ja tönkeitä. Yrmeää henkilökuntaa on vaikea lähestyä ja potilaat päättävät olla kysymättä omia asioitaan, jotta ikävä kokemus päättyisi mahdollisimman pian. Epäsiisteys tai tarkoituksenmukaisen pukeutumisen puuttuminen mainittiin.

"Nöyryyttävää, yrmeää, puhui myös hoitajalle rumasti."

"Epäkohtelias ja tyly naislääkäri, kenellä on nykyään varaa tuollaiseen käytökseen?"

"Äitiyspolin kätilö oli tosi törkeä, ilkeä ja ammattitaidoton, joka saa äidit itkemään."

"Kätilö ... risuja. Todella tympeä kätilö. Että pitikin sattua juuri minulle, kun teidän sairaalassa on niin paljon ihania kätilöitä."

"Purukumia jauhava tavallisen osaston sairaanhoitaja toimenpidettä suorittaessaan ei mielestäni ole kovin vakuuttava eikä soveliastakaan."

"naislääkäriin vaatetus olisi sopinut enemmän bordelliin kuin sairaalaan, hävetkää!"

"Ala-arvoista ja epäinhimillistä kohtelua!"

Kysymyksiin vastaaminen oli esillä palautteissa. Kiittävä palaute annettiin siitä, että vastataan kysymyksiin tilanteista huolimatta. Kysymyksiin vastaaminen nähtiin osana kokonaistilannetta, jossa vastaaminen tai vastaamattomuus tapahtui. Kysymykseen vastaaminen koettiin ihmisyyttä arvostavana henkilökunnan ominaisuutena. Se henkilö, jolle kysymys on kohdistettu, voi palautteen välittämän kuvauksen perusteella käyttäytyä hyvin tai huonosti. Hyvää käytöstä ja vastauksia arvostettiin ja sitä odotettiin, joten moittivan palautteen antaminen on ymmärrettävää, mikäli ei ole tullut kuulluksi. Moittivan palautteen antajat kokivat tullessa huonosti kohdelluiksi sekä puhelimesta että kasvokkain. Palautteiden antajien mielestä kysymyksiin vastaamattomuus aiheuttaa sen, että ei uskalla kysyä asiaansa ja siten jopa tunne oman sairauden ymmärtämisestä ja hallinnasta saattaa häiriintyä. Kysymyksiin vastaaminen voidaan nähdä myös luottamuksen saavuttamisen tavoitteena.

"Kiitos, kun aina jaksatte vastata kysymyksiini ...minulle tulee sellainen tunne, että olen tasa-arvoinen ihminen.."

"Minulle ei puhuttu eikä kysytty esim. vointia, onko muuta kysyttävää tms."

"... miespuolinen ... virassa oleva henkilö kohteli minua puhelimesta huonosti. Kysyin pitkäaikaiseen sairauteeni liittyvää lääkärintodistustasiasiaa hyvin kunnioittavasti ja jännityksellä lähestyen. Aivan yllättäen sainkin häneltä hyvin päällekyvän ja epäkohteliaan, kovin syyllistävän vastausryöpyn, jossa lääkäri syyllisti minut: hän teki mm. väärän johtopäätöksen että teen asiasta ongelman ennakkoon! Yritin pala kurkussa selvittää asiani uudelleen ja uudelleen mutta sama asenne jatkui. Joka sanomani, joka ei missään nimessä liittynyt hänen arvostelemiseensa, kääntyi väärin. Lopulta annoin periksi ja asiani jäi osittain hoitamatta. En yksinkertaisesti uskaltanut ottaa uudelleen yhteyttä. Kyseinen lääkäri oli hoitanut asioitani ennen hyvin. Tämän puhelun seurauksena olin niin säikähtynyt, hämmästynyt ja pahoillani lääkärin kummallisesta reaktiosta että sairauteni oireet pahenivat loppupäiväksi enkä kyennyt päivittäisiin töihini."

"... Joten, mikäli jollain hoitajastanne on paha päivä ja joku soittaa ja kysynee joko on tulokset tulleet, pyytäisin, että hoitaja siinä vaiheessa laskee kymmeneen (mielessään, tietysti) ja vastaa

sitten YSTAVALLISESTI potilaalle että MIKSI ne helv* tulokset eivät ole vielä tulleet, eikä NARKASTY siitä että toinen soittaa ja haluaa vaan tietää että onko hänellä kaikki hyvin!

Luottamus henkilökuntaan nousi palautteissa esiin. Henkilökuntaan halutaan luottaa ja luottamus joutuu koville niissä tilanteissa, joissa asioista tai asioiden kulusta ollaan eri mieltä. Palautteiden perusteella henkilökuntaa epäillään väärän tai vääristellyn tiedon välittämisestä. Näihin palautteisiin tulee suhtautua vakavasti, vaikka niitä aineistossa olikin vain muutama. Toisaalta palautteissa kiitettiin sitä, että henkilökuntaan ja heidän sanoihinsa voi luottaa. Rehellisyys nousi esiin palautteissa siten, että kiitettiin rehellisestä asioiden välittämisestä ja kertomisesta tai, että kertojan rehellisyyttä epäiltiin.

"Ensimmäiseksi eräs sairaanhoitaja puhui vasten oikeellista tietoa lääkärille, ilmoittaessaan potilaan tilassa tapahtuneesta muutoksesta, jolloin hoitajaa ei ollut käynyt potilaan luona noin kahteen tuntiin. Eli ilmoitettiin asiasta, josta ei voinut olla havaintoa, koska me (3 kpl) sukulaisia olimme paikalla ja hoitaja ei."

Henkilökunnan teknisten ominaisuuksien mainintoja on hyvin vaikea erottaa hoitotoimintojen ammattitaitoisesta suorittamisesta. Suoraan teknisiin ominaisuuksiin liittyvän palautteen mainintoihin yhdistettiin kiire ja tilanteen olosuhteet. Palautteissa kerrottiin, että vaikka toimenpide sinänsä meni hyvin, niin tilanteen pilasi liian kiireinen ilmapiiri ja hutiloivalta näyttänyt toiminta. Ominaisuuksina kiitettiin rauhallista tarkkuutta ja huolellisuutta. Nopeus ja tehokkuus tulivat esille palautteissa, joissa mainittiin sujuva toiminta leikkausosastolla ja päivystyspisteissä. Yleisesti ottaen nopeutta ei mainittu vaan toivottiin asioiden käsittelyyn aikaa. Palautteiden perusteella potilaat ja omaiset arvioivat teknisiä ominaisuuksia myös suhteessa lopputulokseen. Arviot ovat hyviä, jos prosessi meni hyvin ja päinvastoin. Nopeus saattaa vaikuttaa myös huomiotta jättämiseltä tai sivuuttamiselta, mikäli kiinnostusta potilaaseen tai omaisiin ei toiminnassa näy.

" Minut otti vastaan miespuolinen (osaston?)lääkäri, joka ei edes esitellyt itseään minulle tai miehelleni. Aikaa ei ollut keskusteluun eikä pöydän ääreen istumiseen. Hirveä kiire ja stressaantunut ilmapiiri näkyi kaikessa. Lääkäri teki kaiken kiireellä ja hutiloiden, tulinkohan edes tutkittua kunnolla? Aikaisemminkin on ollut vähän \"liukuhihnatus\" mutta tämä oli jo törkeää! Minulle ei puhuttu eikä kysytty esim. vointia, onko muuta kysyttävää tms."

"Kiitos hyvin onnistuneesta tipanlaitosta, ei sattunut yhtään"

"hoitaja otti hienosti näytteet, jotka ennen olivat sattuneet ..."

"olin yllättynyt siitä miten hienosti ja nopeasti toimepide sujui, vaikka olin valmistaunut pahimpaan."

8.3 Hoitotoiminnot

<p>Hoitotoiminnot</p> <p>Tehtäväkeskeiset</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ohjaavat – Fyysiset – Päätöksentekotoiminnot – Omatoimisuutta tukevat – Jatkuvuutta ylläpitävät <p>Ihmiskeskeiset</p> <ul style="list-style-type: none"> – Kunnioitus – Huolenpito – Asianajajuus – Rohkaisu, kannustus 	<ul style="list-style-type: none"> – Hoitoon liittyvien asioiden selvittäminen ja ohjaaminen tekemään hoitoa itse, kirjallisen luettavan antaminen, terveellisten elämäntapojen ohjaaminen – Toimenpiteiden ammattitaitoinen suorittaminen, lääkkeiden antaminen virheettömästi, hoitovälineiden ja -laitteiden hallinta, riittävä ja nopea kivun hoito – Ruokailu ja puhtaus – Hoidon joustavuus, taloudellisuus, tietojen joustava siirtyminen yksiköstä toiseen – Hoitajien, lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien yhteistyö ja hoidon toteuttamisen yhdenmukaisuus, muihin ammatti-ihmisiin yhteyden ottaminen – Hoidon suunnittelu ja arvioiminen yhdessä potilaan ja omaisten kanssa, hoitovaihtoehtojen esittäminen ja valintojen tukeminen, päivittäinen hoidon etenemisen selvittäminen riittävän ajoissa, riittävä keskustelu hoidon ennusteesta ja tuloksista, potilaan neuvonta omien oireiden ja tuntemuksien seuraamiseen ja siitä hoitajille kertomiseen, potilaan ajan tasalla pitäminen – Auttaminen hoidossa, levosta huolehtiminen, huolenpito, hoitoympäristön huomioiminen, häiritsevien tekijöiden poistaminen – Hoitavien henkilöiden selvillä oleminen potilaan voinnista, voinnin ja hoidon etenemisen seuraaminen – Kuunteleminen, kunnioittaminen, tasavertainen kohtelu, mielipiteiden huomioon ottaminen, pyyntöihin vastaaminen myönteisesti ja palvelualltiisti, asioista selvän ottaminen – Salassapito – Potilaan ja omaisten rohkaisu ja tukeminen, myönteisten asioiden löytämiseen auttaminen – Osaston rohkaiseva mieliala ja myönteinen ilmapiiri
--	--

KUVIO 7 Hoitotoiminnot HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti

Palautteissa oli yleisiä ja lyhyitä mainintoja hoidosta ja palvelusta. Hoitoa kiitettiin hyväksi, erinomaiseksi, asiantuntevaksi, asialliseksi, palvelualltiiksi, taitavaksi, päteväksi ja huolehtivaksi. Hoidosta mainittiin, että se oli myös huonoa, riittämätöntä, käsittämätöntä, epäinhimillistä, eläimellistä ja ihmeteltiin, missä ovat asiakaslähtöiset toimintamallit. Palveluun liitettiin sanoja loistava, ystävällinen, hyvä, OK ja erinomainen. Palvelua moitittiin huonoksi, tylyksi, vanhanaikaiseksi ja toimimattomaksi. Toimipisteiden yleinen ilmapiiri pantiin merkille ja sitä kommentoitiin: kiireinen, äänekäs, pahantuulinen tai ahdistava. Toisaalla ilmapiiriä kiitettiin hyväksi, kannustavaksi ja erinomaiseksi. Potilaiden, läheisten ja asiakkaiden tilanteissa nousivat

esiin erittäin hyvät ja toisaalta ahdistavat yksilösuoritukset. Joissain palautteissa epäiltiin hoidon laadun kärsineen huonon johtamisen ja organisoinnin takia.

"Ystävällinen palvelu ilmoittautumisessa."

"Kaunista, reipasta hoitopalvelua. Lapsi otettiin ammattitaitoisesti huomioon."

"Hoidon laatu kärsinyt tilojen sekä huonon organisoinnin takia."

"lääkärikäynti kaikkineen kesti 25min. aikaa oli pyydetty varaamaan 1-2 tuntia. jotenkin se tuntui liukahihna toiminnalta."

Hoitotoimintojen tehtävien suorittamisen osalta palautetta saivat niin hoitohenkilökunta kuin lääkärit. Hoitoon liittyvien asioiden ohjaaminen ja selvittäminen tuli esille palautteissa siten, että kiitettiin rauhallista ja kiireetöntä otetta tilanteeseen, jossa asioita selvitetään tai neuvotaan. Selvitystä sairaudesta ja toipumisesta toisaalta pidettiin riittämättömänä ajanpuutteen tai asian vaikeuden vuoksi. Tilanteisiin, joissa kerrotaan sairaudesta, tulisi palautteen mukaan suhtautua empaattisesti, ei kylmästi. Lääkäriltä toivottiin enemmän aikaa asioiden selvittämiseen ja kertomiseen. Joskus hoitajan ja lääkärin selvitykset eivät olleet samansisältöisiä, joten potilas omaiset olivat epätietoisia oikeasta tiedosta.

Tunteiden ja potilaan kokonaistilanteen huomioiminen tuli esiin useissa palautteissa. Puutteita mainittiin olevan erityisesti kyvyssä asettua potilaan asemaan ja tilanteeseen. Hoidon suunnittelussa toivottiin vaihtoehtojen realistista esittämistä ja parhaan ratkaisun löytämistä. Yhteistyötä henkilökunnan kanssa kiitettiin ja yhteistyön puuttumista moitittiin. Palautteiden perusteella hoidon suunnittelun onnistuminen riippuu suunnittelijan kyvystä esittää asiat ymmärrettävästi ja ystävällisesti. Potilaat muistavat heille kerrotut asiat ja varsinkin lupaukset jatkosuunnitelmien toteutumisen osalta. Hoidon toteuttamisen yhdenmukaisuus nousi esille. Hoitotapahtumissa hoidon eri vaiheissa kerrottujen asioiden samansisältöisyys eri henkilöiden kesken ei palautteiden antajien mielestä toteudu. Tämä aiheuttaa sen, että ollaan epävarmoja ja epätietoisia, mikäli hoidon eteneminen ei toteudu niin kuin aikaisemmin on kerrottu. Suunnitelmien muuttuessa toivotaan uskottavaa perustelua muutoksille.

"... kiitos, kerroit vaikean asian selkeästi, et tyrkyttänyt keskeytystä, mutta annoit ymmärtää ja sanoit päätöksemme jälkeen, että päätös oli oikea. Kiitos ajasta ja asiallisesta suhtautumisesta."

"Asiantuntevaa ja meidän tunteemme huomioivaa työskentelyä!"

"suunnilleen joka kerta saa kuulla erilaisen selvityksen hoidosta, en luota enää kehenkään."

Palautteissa toivottiin myös laadukasta kirjallista materiaalia suullisen selvityksen lisäksi. Materiaalin osalta valitettiin väärän potilasohjeen antamista ja ohjeissa olleita vanhentuneita tai paikkansa pitämättömiä tietoja. Hoitotoimintojen suorittamisen palautteesta nousi esiin toive, että selvitetäisiin yksinkertaisiakin toimintoja ja asioita, jotka liittyvät hoitoon. Toiminta voi näyttää ja vaikuttaa potilaan näkökulmasta epätarkoituksenmukaiselta. Materiaalissa on myös vanhentunutta tai väärää tietoa jatkohoito-ohjeiden osalta. Ammattikielen käyttämisestä valitettiin, eivätkä ohjeet tulleet ymmärretyksi sen vuoksi. Potilaan näkökulmasta hoito-ohjeissa mainittujen lisätietojen saaminen on osa palvelua, vaikka potilas soittaisikin puhelimella.

"... olisin kaivannut suomenkielistä selvitystä lääkehoidosta ja lääkkeiden vaikutuksista, nyt en voi kuin etsiä tietoa muualta"

"osastolla käytetään runsaasti ammattiterminologiaa, jota nuoret eivät taatusti ymmärrä, vaikeuksia on myös aikuisilla, joilla ei ole alan koulutusta. Toivoisin käytettävän \"arkikieltä\" asioiden ymmärtämisen helpottamiseksi hoitosuhteessa."

"toivon, että olisin saanut mukaan kotiin hoitajan antamat ohjeet..."

"etsin kaikkialta tietoa sairaudestani, lääkäriltä sain sitten tietoa, kiitos!"

"Miksi saamassani potilasohjeessa lukee: \"mikäli teillä on hoidosta kysyttävää tai ongelmia, niin ottakaa yhteyttä\", jos soittaessani ei kiinnosta ja kysymyksiin saa tönkeitä vastauksia. Oman mielepiteeni mukaan potilaan ei kuulu olla se, joka tietää."

Hoitotoimenpiteistä annettiin palautetta, joka kertoo, että toimenpiteiden ja toimintojen tarkoituksen ymmärtäminen oli tärkeää. Hyvää tarkoittava toiminta voidaan ymmärtää väärin, jos vuorovaikutus tai viestintä ei kohtaa. Toimenpiteessä tai tutkimuksissa toiminta mainittiin rauhalliseksi, selkeäksi ja ammattitaitoiseksi. Huomioiminen toimenpiteen aikana mainittiin kiitoksella. Toisaalla toivottiin, että lääkäri voisi kertoa enemmän tekemisestään. Akuuttihoitoon liittyvissä tilanteissa ja hoitotoimenpiteissä esiintyy henkilökunnan toiminta ammattitaitoisena tai taidottomana. Useissa moittivissa palautteissa henkilökunnan vuorovaikutustaidot, kiire ja huono käytös aiheuttavat pahaa mieltä ja pilaavat kokemuksen. Hoito sinänsä on voinut onnistua, mutta päällimmäiseksi jää mieleen henkilökunnan käytös ja suhtautuminen hoitotilanteissa. Hoitotoiminnot mainitaan myös onnistuneiksi kaikilta osiltaan. Vuorovaikutusta, huomioon ottamista ja tilanteen hallintaa kiitetään.

"..lapsivettä tuli, jonka vuoksi kättilö vaihtoi kolme-neljä kertaa alustoja puolen tunnin sisällä, en ymmärtänyt ja se tuotti melkoista tuskaa, huomattavasti mieluummin olisin ollut \"märällä\" alustalla."

"Se, että tilanne oli meille ainutlaatuinen otettiin huomioon. Tunnelma oli leikkaussalissa turvallinen, luonteva ja mukava, vaikka sali oli täynnä väkeä."

"Minusta haluttiin päästä nopeasti eroon se näkyi. Hoitotoimintojen yhteydessä puhuteltiin kuin vanhan ajan opettaja. Hoitaja jätti minut aina oman onneni nojaan."

"Käytin tyttäreni ... manganneettikuvauksessa ... röntgenissä. Tyttäreni tuli tutkimuksesta itku kurkussa. Tutkimushoitaja oli ollut epäystävällinen ja ei ollut huomionnut lapsen tarpeita. Tutkimus kesti yli tunnin, pään alta oli otettu tyyny pois ja päähän oli sattunut , mutta kesken tutkimuksen ei tietysti asiaa voinut enää korjata. Laitteessa oli ollut täysi ilmastointi päällä ,tyttärelleni oli vaihdettu sairaalan vaatteet ja oli ollut kylmä. Peiton sai vasta pyydettyä. Ensimmäinen kuvaus viime vuonna sujui hyvin, nyt oli jokin pielessä. Tyttäreni ei helposti valita. Toivon että lapset huomioitaisiin paremmin, he eivät itse vielä osaa pyytää sitä , mitä tarvitsevat. Palaute jäi kiireessä välittömästi antamatta. Vastaus tuli meille eilen avoimessa kirjekuoressa."

"Kiitos rauhoittavasta käytöksestä vaikeissa tilanteissa."

Omaisten huomioiminen mainittiin sekä kiittäen että moittien. Omaiset haluavat tietää miten potilaan hoito ja vointi etenee. Siihen liittyvät hoitotoiminnot vaikuttavat merkittävästi kokemukseen palvelusta. Palautteet olivat kiittäviä ja moittivia. Kiitettiin sitä, että on aikaa omaisille ja heidän huomioimiselleen etenkin nopeasti vaihtuvissa akuuteissa tilanteissa ja elämän päättymiseen, kuolemaan, liittyvissä tilanteissa. Kokemus voi olla myös toisenlainen. Omaiset tai lasten vanhemmat voidaan sivuuttaa tai jättää huomiotta. Heille ei selvitetä asioita tai ei selvitetä kaikkia asioita. Kysymyksiin ja puhutteluun ei vastata, mikä antaa merkillisen kuvan toiminnasta.

"Me omaiset haluamme esittää erityisen SUURKIITOKSEN vaativaa työtä tekevälle henkilökunnalle. Meitä omaisia poukkoili katsomassa isää, isoisää ja appea aamusta, illasta ja vähän muulloinkin. Aina henkilökunnalla oli aikaa selittää, vastata ja keskustella niin potilaan kuin omaisten kanssa ja lisäksi oli se tehokas hoito! Erityiskiitos vielä isän omahoitajille! Rautaista väkeä. Menehän kiitokset perille sinne osastolle asti??!! Ja ymmärtäähän firman pomo olla ylpeä tästä osaamisesta!??!"

"... emme saaneet mitään selvitystä puolison kuolemasta eikä kysymyksiimme vastattu... emme päässeet edes vainajaa katsomaan. Epäilyttää se, että edes hautauslupa ei ollut valmiina kun vainajaa haettiin ..."

"saimme hienoa hoitoa ja kohtelua ollessamme lapsen kanssa lyhkiasastolla, iso kiitos."

"Minua ei kuunneltu riittävästi, kärsimme koko perhe, käynti turha ja turhauttava."

Kivun hoito tuli esille. Kivun hoitoa moitittiin riittämättömyyden vuoksi. Palautteen antajat kärsivät suurista kivuista, vaikka ollaan sairaalassa, kuten kirjoitettiin. Kipua ja harmia lisäsi palautteiden mukaan huono kohtelu kipulääkettä pyytäessä. Toisaalta moitittiin sitä, että kipulääke unohdettiin antaa tai lääkkeen antajilla oli asiasta keskenään erimielisyyttä esim. vuorojen vaihtuessa. Kivun hoitoa kuvattiin myös erittäin onnistuneena, jolloin palautteen antaja oli ollut kivuton ja siitä kiitollinen. Kipulääkettä odottavan aika on pitkä. Pahoinvoinnin hoito leikkauksien ja toimenpiteiden yhteydessä mainittiin siten, että moitittiin sellaista käytöstä, jonka perusteella potilaalle sanotaan pahoinvoinnin kuuluvan hoidon seurauksiin.

"Kerran jouduin odottamaan kipulääkettä tunnin. Kun pyysin lääkettä hoitaja sanoi, että tulee kohta. Meni n. 25 minuuttia ja kutsuin hoitajaa uudestaan. Sama neito tuli ja sanoi, että hoitaja on tulossa aivan kohta. Edelleen jouduin odottamaan puolisen tuntia kipujeni kanssa."

"oksensin leikkauksen jälkeen kaksi päivää, eikä kukaan välittänyt. Sanottiin vain, että se kuuluu asiaan. Tiedän että ei kuulu!"

Hoitajien, lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien yhteistyö ja muihin ammatti-ihmisiin yhteyden ottaminen. Edellä on esitetty yhteistyön ja varsinkin hoidon suunnittelun sisältöjä. Yhteistyö ei näy potilaalle muuten kuin niissä tilanteissa, joissa otetaan kantaa edellisen hoidon tapahtumiin, hoitopäätöksiin tai suunnitelmiin potilaan läsnä ollessa tai kuullessa. Edellisten hoitojen päätöksentekijöitä ja päätöksiä mainittiin palautteissa moititun potilaan kuullen. Se ei tuo turvallista ja luotettavaa käsitystä hoidosta. Väheksyvät tokaisut muusta henkilökunnasta ja maininnat erilaisista näkemyksistä jäävät potilaan mieleen.

"Hoitajat myös tekivät omavaltaisia päätöksiä ja jos lääkäri oli antanut jonkin luvan hoitaja muutti sen..."

"pelottaa ... kun sanottiin ääneen että ei se mitään osaa."

"Hän vähätteli ja antoi ymmärtää että aiemmat lääkärin ohjeet eivät olleet nyt niin kirjaimellisesti otettavia."

Hoitotoimintojen osaaminen kyseenalaistettiin palautteissa. Epäiltiin, että on tehty kiireessä väärä diagnoosi ja oikea on löydetty myöhemmin. Kaiken kaikkiaan diagnoosin muuttuminen hoitotapahtumien välillä aiheuttaa potilaalle turvattomuutta ja epätietoisuutta osaamisesta tai toisaalta helpotuksen, että oikea sairaus on löydetty. Asioiden selvittäminen auttaa potilasta ymmärtämään. Osaamista arvioidaan käytöksen ja käden taitojen perusteella. Henkilökunta on kaikissa toimissaan potilaan ja omaisten huomion kohteena. Potilaat ja omaiset arvioivat kaikkea mitä tapahtuu, on heillä sitten siihen osaamista tai ei, vaikutelma ratkaisee. Hoitotoiminnoista annettiin kiittävää palautetta ja monissa palautteissa se yhdistettiin vuorovaikutuksen onnistumiseen ja huolenpitoon.

"Pelottaa lääkärin kiire katsoa potilaan vointi kunnolla väärä diagnoosi – myöhemmin oikea hoito. Onko tämä tavallista? Hyvä selitys?"

"... Ja toiseksi, eikö neulatkin ym. kuulu ihan johonkin muualle kuin \"huoneen\" roskakoriin???

"... työskentelee vain vastavalmistuneita ja opiskelijoita. Tieto/taitotasoltaan aloittelijoita. Potilasturvallisuus vaarantuu jokaisessa työvuorossa jo nyt! Tehkää jotain!"

"Miten ... varmistaa potilasturvallisuuden sydämentahdistinkontrollissa, kun laitetta pääsevät säätämään ihmiset, jotka eivät ole perillä potilaan diagnoosista ja tilanteesta?"

"Olen kiitollinen siitä, että ...toimenpiteen yhteydessä kirurgit jaksoivat hikisinä kertoa mitä minulle tehdään. Essut painoivat kuulemma 9 kg."

Synnytysvalmennus ktiö ... pitämänä oli erittäin tärkeä sekä lapsen että isän ja äidin kannalta. Valmennuksessa ammuttiin alas pelottelujutu ja tuotiin faktoja ja tilastoja tilalle Näin juuri pitää menetellä, etteivät turhat pelot aiheuta ylimääräisiä sektioita vaan äidit ovat valmiit lähtemään kokeilemaan synnytystä luonnollista tietä rennolla mielellä."

"olen ollut hoidettavana ...poliklinikalla. Nyt 2,5 kk kipsinvaihdossa käyneenä olen huomannut, että sijaisten ammattitaito ei ole ollut riittävä. Vakituinen henkilökunta osaa asiansa."

"Jos henkilökuntaan kuuluva ei tiedä miten ulostenäytteen otto tapahtuu, niin voisi kokeilla itse hommaa kapean näytepurkin kanssa. Nimim. kädet ...skassa. Verikokeiden osalta homma toimi"

"Osaamista ei ollut tietokoneen käytössä."

"Sairaanhoitajalla avohaava sormessa, hän esittelee itse sitä vierailulla olevalle potilaan omaiselle. Laittaa kanyylin suoneen potilaalta tirskahtaa verta, tulehdusarvo 280. Seuraan hänen käsihygieniää. Välillä hän tyhjentää viereisen potilaan pissapussia, käsiä pesua tai desinfiointia hän ei tee välillä."

Tietosuoja ja potilaiden kanssa keskusteleminen mainittiin palautteissa vain moittivasti. Potilaat toivovat, että asioita käsiteltäisiin hienotunteisesti ja niin etteivät muut potilaat kuule asioita. Kovaääninen keskustelu tai asioiden selvittäminen siten, että muut voivat kuulla koettiin tietosuojaa loukkaavana. Vastaanottohuoneiden äänieristykset koettiin epäilyttäviksi, varsinkin jos edellisen potilaan keskustelut ovat kuuluneet odotushuoneeseen. Myös intimitettisuoja käsiteltiin palautteissa. Toivottiin parempia suojavaatteita jos joudutaan liikkumaan paikasta toiseen suojavaatteissa. Hoituhuoneiden sijoittelua moitittiin jos huoneesta näkyy suoraan käytävälle niin, että kaikki voivat nähdä mitä huoneessa tapahtuu. Salassapitovelvollisuuden noudattamatta jättämistä epäiltiin palautteissa. Palautteissa oli kertomuksia epäilyistä ja miten epäily on kohdistunut. Terveystieteiden henkilöstöllä on täysi salassapitovelvollisuus.

"Hoitajat, kandit ja lääkäritkin täytyy puhua todella isolla äänellä potilaista, niin että varmasti kuulee kaikki mitä potilaista kerrotaan, mikä potilasta vaivaa ja mitä mieltä he itse ovat asiasta/potilaista, ym. ym."

"Sairaudesta kerrottiin käytävällä ja kaikki kuulivat. Oli todella nöyryyttävää."

"Olen aina kuvitellut että hoitohenkilökunnalla on vaitiolo velvollisuus, mutta niin ei ilmeisesti ole. Isämme on hoidossa teillä ja hänen toiveensa mukaisesti asiasta ei tiedä muut kuin lähiomaiset. Kuitenkin eräällä toisella osastolla on erään kaukaisen sukulaisen avovaimo töissä ja hän oli koneelta nähnyt että isämme on siellä ja oli tiedottanut asiasta kaikille, ja kuten tiedetään sana kulkee ja nyt koko pieni kylä jossa isämme asuu tietää asiasta. Olemme erittäin

loukkaantuneita isämme puolesta asiasta ja kysynkin saako hoitaja kertoa edes perheelleen mitä työpaikalla näkee tai kuulee? Tämä on erittäin TÖRKEÄÄ!!!!"

Taloudellisuutta käsiteltiin vain muutamassa palautteessa. Tutkimukseen valmistautumiseen liittyvä kustannus, joka on tullut potilaan maksettavaksi, mietitytti palautteen kirjoittajaa. Hän oli havainnut itselleen siirtyneen kustannukset ja kysyi, että onko kunnan kustannus pienentynyt vastaavalla summalla. Potilaat huomauttivat materiaalien tuhlaamisesta ja kertakäyttöt tuotteista.

"...tänävuonna kun sain kutsun tutkimukseen siinä oli \"tyhjennysaineen voitte ostaa apteekista ilman reseptiä\". Tyhjennysaine kuuluu oleellisena osana tutkimukseen. Haluaisin tietää miksi se on siirretty potilaan maksettavaksi? Kun olen toiselta paikkakunnalta, onko paikkakuntani maksu vastaavasti pienentynyt tuolla summalla vai onko maksujen korotus kuitattu sillä että asiakas maksaa tutkimukseen kuuluvat aineet?"

"kyllä ihmetyttää se, että käytetään niin paljon kertakäyttötavaraa..."

Ihmiskeskeiset hoitotoiminnot Joskus vuorovaikutus ja kohtelu onnistuivat ja joskus ne kuvattiin epäonnistuneiksi. Kiire näkyy vuorovaikutustilanteissa ja kohtelussa. Sairaalan vuodeosastoilla toivotaan inhimillistä kohtelua siten, että kivunlievitystä tai muuta toimenpidettä ei tarvitsisi odotella tietämättä milloin asiat tapahtuvat. Poliklinikoilla toivotaan nopeaa toimintaa ilman liukuhihnamaista vaikutelmaa ja toimintaa. Joidenkin palautteissa esiintyvien tilanteiden yhteydessä on nähtävissä henkilökunnan toiminta, joita voisi palautteen antajan mielestä pyytää vaikka anteeksi. Toimintojen yhteydessä kunnioitus potilasta kohtaan toteutui palautteiden mukaan huonosti.

"Jatkakaa samalla positiivisellä asenteella, huomioitte meidän omaisten hädän ja annoitte voimia jaksaa ja toivoa parasta.

"Ilmaiskaa paremmin että olette potilaan puolella."

"käyttäytyi minua kohtaan loukkaavasti, huomautteli ikävästi ulkonäöstäni, painostani ja töksäytteli, mitä minä siellä tein! Maksoin vähistä rahoistani sen, että minua haukuttiin, tuli paha mieli ja masennus. Nyt on tilanteeni tullut pahemmaksi, oireeni ovat jo aika pahoja."

olen ihmetyksestä ymmälläni. Peräänkuulutan siis kokonaisvaltaista hoitoa, mahdollisuutta olla yksilö suuressa sairaalassa.

Olin ... toimenpiteessä ... ja haluan kiittää henkilökuntaa. Sekä hoitajat, että lääkärit olivat ammattitaitoisuuden lisäksi todellisia asiakaspalvelijoita. Minua informoitiin toimenpiteen eri vaiheista hyvin ja lääkärit kävivät varmistamassa vointia / kertomassa olennaiset heräämön puolella. Lämmin kiitos kaikille hoitooni osallistuneille ja erityisesti heräämössä työskennelle

Päivystyspotilaan, läheisen tai perheen palaute on sisällöltään sellaista, että sen kuvaaminen ilman koko tekstiä ei anna riittävää käsitystä palautteen sisällöstä. Potilaat joutuvat mielestään odottelemaan liian kauan, kipeinä ja epätietoisuudessa.

"Joka käyntikerrallani ensiapu on ollut täysin ylikuormitettu, liioittelematta vähääkään. Jo mittavaksi käyneen kokemuksen tukemana vakuutan, että tilanne ei siis ole hetkellistä ruuhkahuippua, vaan kuvastaa ensiavun todellista pysyvää tilannetta jo pitemmältä ajalta. Kuvaisin mielelläni tilannetta jopa katastrofaaliseksi näin potilaan kannalta katsottuna. Itse nimittäin kärsin tukkoisesta valmimosta johtuvaa kovaa rintakipua 8 tuntia ja kaltaisiani potilaita odottamassa tuskissaan milloin mistäkin vaivasta ovat kaikki. Kun suuri määrä potilaita odottaa, lääkäri ei ehdi revetä tutkimaan kaikkien testituloksia yhtä aikaa, hoitajat eivät ehdi kaikkia auttamaan, edes ottamaan hyväksyttävässä ajassa testinäytteitä potilailta. Kuitenkin koko henkilökunta tekee valtavan työmäärän ja on melkoisen työpaineen alla. Kun sitten opiskelija tulee kysymään kauan apua odottaneelta potilaalta \"onko ennen ollut rintakipua\" niin mitä voi tehdä? Sanalla sanoen tuskastuttavaa! Suomen kaltaisessa maassa ei kansalaisten pitäisi joutua kärsimään näin. Tämä on häpeällistä toiminnan organisointia, sairaiden potilaiden ala-arvoista kohtelua, johon henkilökunta ei ole vähääkään syyllinen. Kaikkien ... ensiavussa käyneiden potilaiden puolesta!"

"Haluaisin antaa palautetta naistentautien päivystysosastolle. Minulla todettiin keskenmeno... Sikiö oli kuollut jo viisi viikkoa aikaisemmin. Sain ohjeet lääkkeelliseen keskeytykseen. Tänään sunnuntaina minun piti sitten hakea mifegyne-tabletti osastolta 4b. Hain ja sain tabletin. Ainut asia mikä jäi vaivaamaan oli, että siellä luultiin, että olin tekemässä aborttia. Hoitaja kun sanoi, ettei tätä voi sitten tabletin oton jälkeen katua. Eikö teillä sairaalassa tieto kulje? Olen nyt varmaankin herkällä tuulella ja saatan ylireagoida, mutta vauvani oli toivottu enkä olisi sitä missään nimessä halunnut abortoida. Mielestäni saamani kohtelu oli loukkaavaa."

"Pienen lapsen kanssa odottelu päivystyspotilaana ilman ruokaa ja juomaa on kohtuutonta 8 tunnin odottelun jälkeen."

Ruokaan ja ruokailuun liittyvissä palautteissa kuvattiin ruoan riittävyttä, ruuan vähyyttä ja ruuan laatua. Annokset nähtiin liian suurina tai pieninä. Ruoka nähtiin myös tilanteeseen sopimattomana. Ravinnon saanti vaikuttaa olevan palautteiden perusteella potilaille asia, josta on helppo antaa palautetta. Ruokavaihtoehtojen monipuolistamista toivottiin osastoilla. Lisäksi ensiavussa monet palautteet kertovat tilanteesta, jossa potilas tai omainen ei ole saanut ruokaa tunteihin. Potilaat keskustelevat ruuasta, jota jokaisen on ilmeisen helppo arvioida. Ruoka osoittautui myös luultua paremmaksi.

"Ravitsemus: Älkää ihmeessä tarjotko papuja juuri synnyttäneille! Niitä oli 2pv:nä peräkkäin helmikuussa. Ruoka saisi muutenkin olla lempeämpää, koska suolisto on juuri tyhjennetty ja lisäksi wc:ssä käyminen on leikellyille erittäin hankalaa"

"Miksi potilaalta kysytään ruokavaliosta, jos sitä ei huomioida. Lautasella tulee 5-6 perunaa ja pari ruisleipää. Kummatkin nostavat sokeri-arvoja huimasti. Eikö perunaa voisi korvata vaikka vihanneksilla, että jäisi edes jotain syötävää."

"paljon yleisesti parjattu sairaalaruoka osoittautuikin todella hyväksi!"

8.4 Hoidon edellytykset

Hoidon edellytykset – Tieto – Resurssit – Kutsumus – Kokemus	– Hoitajien ajantasaiset tiedot, tutkimukseen perustuvan tiedon käyttäminen hoidossa, oman toiminnan perustelu – Riittävät hoitoon tarvittavat laitteet ja tarvikkeet, tilojen soveltuvuus – Jatko- ja täydennyskoulutus, henkilökunnan pätevyys, kutsumus, ammattikokemus työssä – Riittävä aika – Potilaan etu ensisijainen, toiveiden huomioon ottaminen hoidossa, elämäntilanteen ymmärtäminen ja aikaisempien hoitokertojen huomioon ottaminen
---	---

KUVIO 8 Hoidon edellytykset HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti

Tähän kategoriaan tulleet palautteet liittyivät palautteen antajan välittämään tietoon ja arvioon kategoriaan kuuluvista sisällöistä. Jatko- ja täydennyskoulutuksesta ei tullut yhtään palautetta, eikä tutkimukseen perustuvan tiedon käyttämisestä hoidossa. Resurssina riittävästä ajasta saatiin sisällöllisesti laajaa palautetta. Muista resursseista, kuten laitteiden riittävydestä ei tullut palautetta. Palautetta saatiin niistä potilaalle tai asiakkaalle näkyvistä asioista, joita esiintyy hänen asioidessaan sairaalassa ja joita hän arvioi.

Tietoon liittyvä palaute sisälsi arvioita siitä, miten hyvin sairauteen tai tilanteeseen liittyvä ammatillinen tieto välittyi potilaalle. Jos jokin asia jäi potilaalle selvittämättä, tuli siitä tunne, että henkilökunnalla ei ollut tietoa. Toisena asiana potilaat olettavat, että koko henkilökunnalla on käytettävissään sama ajantasainen tieto ja yhtenäiset toimintamallit. Ammattiin ja ammattitaitoon liittyvää tietoa arvioitiin suhteessa henkilön ikään ja arvioituun kokemukseen. Vaikka henkilökunnalla olisikin tietoa ja kokemusta, se ei aina välity potilaille ja omaisille. Tietoa voi saada sellaiselta taholta, jolta sitä ei välttämättä odottanut. Potilaan on myös vaikea arvioida tiedon oikeellisuutta. Erilaisen tiedon välittäminen vaikuttaa potilaista ja omaisista ristiriitaiselta saa pohtimaan sitä, kenen tieto on oikein ja että onko henkilökunnan antama tieto ristiriidassa keskenään.

" Olisi kiva tietää edes vähän jotain sairauksista ja tutkimuksien kulusta ettei tarvitse väliaikoina miettiä niin paljon."

"Fysioterapeutilta sai enemmän tietoa kuin muun hoidon yhteydessä."

"Hoitavalta lääkäriltä sai riittävästi tietoa tapauksestani."

"omahoitajalla oli aikaa antaa tietoa sairaudesta tulevasta leikkauksesta."

Aika-resurssi ja ajan puute eli kiire olivat aiheena monessa palautteessa. Kiitettiin sitä, että on aikaa kuunnella ja hoitaa ja aikaa kuunnella tuntemuksia voinnista. Ajan käyttäminen nähtiin osana välittämistä. Kiire aiheuttaa monenlaista mielipahaa ja harmiakin. Toisaalta monissa palautteissa ymmärretään kiireen kuuluvan osana toimintamalliin ja erityisesti huomattiin hyvä kohtelu kiireestä huolimatta. Kiireen ja stressaantumisen välittyminen potilaille ja omaisille vastaanotto- ja hoitotilanteissa on selvä asia. Palautteissa kuvataan mielipahaa, joka syntyy kiireessä huomiotta jäämisestä ja siitä, että ei vastata kysymyksiin. Kiireen seurauksia kuvataan potilaiden ala-arvoisena kohteluna, johon henkilökunta ei välttämättä ole itse syyllinen vaan organisointimalli ja resursointi. Joidenkin palautteen antajien mielestä kiirettä tulee ymmärtää ja arvostaa, jos kiireestä huolimatta saa hyvää kohtelua ja hoitoa. Liukuhihnamaisten toiminnan yksi ominaisuus voi olla kiire ja sen aiheuttama ei-yksilöllinen kohtelu.

" Kiire näkyy ... ja tuntuu"

"Tuntuu kuin olisi liukuhihnalla: kutsutaan huoneesta toiseen, lyhyt käynti ja taas odottelemaan ilman selittelyä:"

"Lääkärillä on niin kiire, että ei ehdi paneutumaan potilaan tai perheen asioihin."

"Suuret kiitokset taas kerran ammattitaitoisesta otteestanne Empaattisesti otatte potilaat vastaan ja vaikka miten olisitte kiireisiä, niin aina tuntuu polilla että jokainen potilas otetaan vastaan yksilönä. Jatkakaa saman malliin, teistä voisi ottaa todella moni oppia kuinka potilas kohdataan."

"Joka käyntikerrallani ... on ollut täysin ylikuormitettu, liioittelematta vähääkään. Jo mittavaksi käyneen kokemukseni tukemana vakuutan, että tilanne ei siis ole hetkellistä ruuhkahuippua, vaan kuvastaa ... todellista pysyvää tilannetta jo pitemmältä ajalta."

Henkilökunnan kokemusta arvioitiin lyhyesti tai pitkästi sekä kiittäen että moittien. Potilaat arvostivat hyvää tilanteiden ja tiedon hallintaa, joissa kokemus tulee esiin. Kokemattomuus näkyi tiedon ja tilanteiden hallinnan puutteena. Hoitaminen ja potilaan kokonaisuuden huomioiminen nähtiin osana osaamista. Osaamista arvioitiin aktiivisesti ja joskus potilaille tuli sellainen vaikutelma, että kokemusta on ollut riittävästi. Osaamista on arvioitu etenkin silloin, jos jonkun toisen tekemän toimenpiteet tai arvion jälkeen on jouduttu potilaan tilannetta arvioimaan uudelleen edellisestä arviosta johtuen. Asioihin paneutuminen tai paneutumattomuus vaikuttaa käsitykseen astintuntevasta hoidosta. Sijaisista saatiin palautetta, jossa epäiltiin heidän pätevyyttään ammattilaisten tehtäviin. Joissain palautteissa pitkäaikaisilta potilailta huomautettiin sijaisten määrän kasvaneen. Sijaiset saivat myös kiitosta paneutumisestaan ja riittävästä ajankäytöstään.

"Ammattitaitoinen ja kokenut henkilökunta. Tuntee olevansa osaavissa käsissä."

"Jotenkin jäi sellainen olo, että ei oikein tietty mitä tehdään – oliko harjoittelija – ei ainakaan kovin kokenut."

"Pistää välillä miettimään saanko asiantuntevaa hoitoa, kun kukaan ei perehdy."

Hoitohenkilökunnan kutsumusta arvioitiin yhdessä palautteessa. Tämän palautteen perusteella ei pääse arvioimaan sitä, mikä palautteen antajan mielestä olisi kutsumuksen merkki tai kutsumuksen näkyminen työssä.

"..hoitajan työ pitäisi olla kutsumustyä mutta täällä ei niin asija ole"

8.5 Hoidon ympäristö

<p>Hoidon ympäristö</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fyysinen – Sosiaalinen 	<ul style="list-style-type: none"> – Osaston turvallisuus, rauhallisuus ja kiireettömyys, kodikkuus, viihtyisyys, puhtaus, siisteys, lämpötilan sopivuus – Henkilökohtaisen koskemattomuuden säilyttäminen, sopiva määrä potilaita, toiset potilaat eivät häiritse, rauhassa olemisen mahdollisuus – Toisten potilaiden seura, apu, riittävä ajankulu (TV yms.) – Selkeä päivärytmi – Omaisten seuraa riittävästi, omaisten tapaaminen henkilökunnan kanssa mahdollista, rauhallinen keskustelupaikka
--	--

KUVIO 9 Hoidon ympäristö HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti

Hoidon ympäristö nähtiin palautteissa laajempänä kuin pelkkä osasto, poliklinikka, toimenpideohasto tai muut sairaalan sairaanhoidon palvelu. Palaute oli melko yksityiskohtaista ja kohdistui sairaalan tiloihin ja varustukseen.

Osastojen ja poliklinikoiden tiloista ja varusteista saatiin palautteita. Potilaat ja asiakkaat panivat merkille tilojen kunnan ja iän. Sairaalassa on uusia ja vanhoja tiloja ja vanhoissa tiloissa hoidetut potilaat kertoivat, että ei ole tasa-arvoista kun sairaalassa on eri kuntoisia tiloja. Uusia tiloja kiitettiin. Vuodeosastojen huoneita moitittiin liian suuriksi, sänkyjä vanhanaikaisiksi ja epämukaviksi. Haluttaisiin enemmän yksityishuoneita. Osastojen suihku- ja WC-tilat saivat palautetta joko epäsiisteydestä tai hyvästä kunnosta. Potilasvaatteet mainittiin ihmisarvoa alentaviksi. Ilmastointia toivottiin tunkkaiseen potilashuoneisiin ja vastaanottotiloihin. Sairaalan tilojen kunto tai puutteellisuus ja sen heijastuminen hoitotilanteisiin voi näyttää potilaan tai omaisten silmissä huonolta. Jotkut palautteen antajat pohtivat, että onko hoito tietyissä tiloissa edes turvallista. Tilojen puutteen vuoksi hoidetaan potilaiden ja omaisten mielestä potilaita väärissä paikoissa, joiden käyttö uhkaa potilaan terveyttä. Palautteissa valitettiin käytäväpaikoista, joissa ei ole mitään yksityisyyttä tai rauhaa. Toivottiin, että otetaan enemmän huomioon vammaiset ja

liikuntarajoitteiset potilaat ja omaiset. Tavaroiden ja tarvikkeiden tarkoituksenmukainen sijoittelu tuo miellyttävyyttä potilaalle. Pyydettiin enemmän hyväkuntoisia pyörätuoleja, korkeita odotustuoleja, pehmeämpiä tuoleja ja tukikahvoja ilmoittautumisiin ja hisseihin. Odottaminen eri paikoissa ja tilanteissa antoi aihetta palautteisiin. Sanotaan, että "odottavan aika on pitkä". Odotusajan pidentyessä myös sairaalan varustus ja odottamisen miellyttävyys tulevat esiin.

"Odotusaulan tuolit mukavimmiksi, koska joutuu aina odottamaan pitkän ajan."

"Pariinkin otteeseen olen joutunut asioimaan lääkärin kanssa käytävällä ei ole mukava puhua omista asioistaan muiden kuullen. Eikö teillä ole riittävästi tiloja?"

"Lehtiteline oli sijoitettu liian alas, jotta liikuntavammainen ylettyisi siihen."

"Suihkuverhot kannattaisi laskea lähemmäs lattiatasoa, jotta vesi ei roisku sen alta. Toisen huoneen kulkureitti kastuu turhaan"

"Olen onnellinen – sai nauttia yhden vuorokauden hotellitasoisesta yhden hengen huoneesta."

"Uudet tilat ovat aivan mahtavat."

"Lasten syöpäosasto ... tilat todella epäkäytännölliset, jopa hoidon tasoon vaikuttavat. Leukemiapotilaat, joilla vastustuskyky huono joutuvat yöpymään jopa varastotilana käytetyssä huoneessa. Oman leukemialapsemme jalan lääkärintarkastus suoritettiin yleisessä tilassa eli lasten leikkutilassa. Hoitoihin mennessä joutuvat sairaat yleiskunnoltaan huonot syöpäläpset käytävillä odottelemaan josko huone vapautuisi. Ehdottomasti syöpäosastolle vain syöpähoitoja, reumasairaat ja diabeteslasten hoito ehdottomasti muille osastoille. Tilanne osastolla kaaosmainen, kuin sirkuksessa. Joka kerta hoitoihin mennessä vaarana minkähän tartunnan osastolta saadaan. Hoitohenkilökunta tekee parhaansa, rajansa kaikella. Hoidon laatu kärsinyt tilojen sekä huonon organisoinnin takia. Diabeteslasten sekä reumalasten hoito EI kuulu syöpäosastolle."

Klo 22 isoja veritahroja ei ollut vielä poistettu pääaulasta. Ilmoitin asiasta jo klo 19.30 ensiapuun, kun en muutakaan paikkaa tiennyt mistä siistijän paikalle saisi. Leväperäistä toimintaa eritetahroissa yliopistosairaalassa. Miksiköhän mrsa, vre yms leviävät..

8.6 Hoitoprosessin eteneminen

<p>Hoitoprosessin eteneminen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pääsy hoitoon – Kotona ennen – Tulo sairaalaan – Kotiutus – Kotona taas 	<ul style="list-style-type: none"> – Hoitoon pääsy riittävän nopeasti, halutun henkilön hoitoon, haluttuun hoitopaikkaan – Etukäteistieto sairaudesta ja hoidosta ja yhteydenotto ennen sairaalaan tuloa, keskustelu ennen sairaalan tuloa – Odottelu-aika sairaalassa – Hoitopaikkojen yhteistyö – Ystävällinen ja miellyttävä vastaanotto sairaalaan, muille potilaille esittely huoneessa, osaston tilojen esittely – Riittävän nopea pääsy keskustelemaan henkilökunnan kanssa – Riittävän pitkä sairaalassaoloaika, tieto kotiin pääsystä riittävän ajoissa – Kirjalliset kotihoito-ohjeet, tietoa kotona tapahtuvasta hoidosta ja seurantakäynneistä, tietoa komplikaatioista ja tieto
---	--

	yhteydenottoaikasta, tieto kotona luvallisista asioista, kuntoutumisesta ja taloudellisista etuuksista
--	--

KUVIO 10 Hoitoprosessin eteneminen HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti

Hoitoprosessin etenemisen kategoria sisälsi eniten moitteita. Analyysin mukaan potilaiden epätietoisuus prosessin etenemisestä on potilaille ja omaisille epämukavaa.

Hoitoon pääsyyn liittyvien asioiden hoitamisessa on palautteen mukaan hankaluuksia. Hoitoon pääsyä ja odotusaikaa moititaan kohtuuttoman ja epäinhimillisen pitkiksi epätietoisuuden ajaksi. Lähetteen saapumista ja odotetun mahdollisen hoito- tai tutkimusajan tiedottamista toivotaan nopeammin. Lähetteen saapumista koskeviin kysymyksiin ei löydetä oikeaa tahoja vastaamaan tai kysymyksiin ei vastata lainkaan. Palautteissa valitetaan ikävää käytöstä asioita hoitaessa. Palautteista välittyy epätietoisuus siitä, missä ajassa lähetteitä käsitellään ja miten käsittelyn etenemisestä saa tiedon.

"Olen ollut teillä sormileikkaukseen ns. leikkausjonossa jo yli vuoden päivät! Mistäs saisin tietää tilanteen, että missä mennään? Soittelin sinnepäinkin, mutta sanoivat että kutsu tulee sitten!"

"Palautetta antaisin sellaisesta asiasta, että puolisoni ... kuskattiin noin neljä kuukautta sitten tajuttomuuskohtauksen vuoksi. Epäiltiin aivoinfarktia, ja luvattiin tehdä lähete ... Nyt kun tajuttomuuskohtaukset jatkuvat lähes päivittäin, päätimme kysellä lähetteen perään, että joko pian pääsisi tutkimuksiin/hoitoon, ennen kuin mitään todella pahaa tapahtuu. Asiasta ei tiedetty yhtään mitään eikä lähetteestä ollut tietoaakaan. Joku on mokannut ja pahasti eikä vakavan asian korjaamiseksi ilmeisesti tehdä yhtään mitään. Miksi näin? Nyt odottelemme seuraavaa kohtausta voidaksemme kutsua ambulanssin."

Ajanvarauksien paikkansa pitämättömyys ja peruminen nähdään ongelmana. Ajanvarauksien osalta poliklinikka-ajat ovat hankalimpia. Palautteista välittyy, että potilaat ja perheet haluaisivat tietää tarkasti miten kauan aikaa menee ja odottavat ilmoitetun ajan olevan vastaanotolle pääsyn aika. Aikojen peruuttaminen vaikuttaa puolin ja toisin hankalalta. Annetun ajan vaihtamiseen potilaan puolelta liittyy ilmoitettujen puhelinaikojen ja numeroiden väärää tietoa. Puhelun läpi pääsemistä on jouduttu odottamaan, joskus potilaan mielestä kohtuuttomasti. Joskus puhelut eivät pääse läpi lainkaan. Puhelut yhdistyivät väärään paikkaan. Sairaala ilmoittaa aikojen peruuntumisesta joskus kohtuuttoman myöhään ja väärällä tavalla. Potilas saattaa olla jo matkalla sairaalaan peruutuksen tullessa tai pieni lapsi on pidetty turhaan ravinnotta ja pelossa. Aikoja esim. leikkaukseen voidaan perua vielä leikkauspäivän aikana. Erityisesti lasten vanhemmilta tullut palaute on sisällöltään ikävää. Lasten vanhemmat odottavat paikkansa pitävää tietoa hoitoajoista ja peruutukset tuntuvat lapsien vanhemmista epäinhimillisiltä lasta kohtaan. Aikojen peruuntuminen on potilaalle

mahdollisesti myös taloudellinen menetys. Palautteissa on myös kiitosta toiminnan sujuvuudesta ja ollaan oltu yllättyneitä siitä, miten vaivattomasti ja nopeasti toiminta parhaimmillaan sujuu.

"On täysin käsittämätöntä että potilas kutsutaan osastolle ja pidetään yli yön ja todetaan seuraavana päivänä että leikkaus siirtyy hamaan tulevaisuuteen! Ymmärrän toki että aikatauluihin tulee muutoksia ja peruutuksia mutta onko järkevää passittaa potilas kotiin tässä tapauksessa n.200km päähän? Varsinkin kun leikkaus oli jo kertaalleen siirretty lapsen sairastumisen vuoksi. Lasten joutuminen sairaalaan puhumattakaan leikkaukseen on lapselle ja vanhemmille pelottava kokemus, tässä asiassa varmaan auttaisi että vanhemmat voisivat jollain tavalla luottaa hoitohenkilökuntaan tämä luottamus moisien episodien jälkeen voi olla todella vaikea saavuttaa."

"Tuntuu todella turhautavalta alkaa järjestelemään uudeelleen virkavapaita, hoitopaikkoja, majoittumista lapsen sairaalassa olo ajalle yms. seuraavaa yritystä varten! Yritin eilen 15.5.06 tavoitella asian tiimoilta henkilökuntaa(ylihoitaja) kyseiseltä osastolta mutta en tavoittanut häntä jätin soittopyynnön mutta siihenkään ei ole ainakaan vielä vastattu. Ikävä että joudun kirjoittelemaan ikäviä asioita mutta koen ko. toiminnan loukkauksena ja aliarvostuksena itseäni, vaimoani ja perhettämme kohtaan."

"Poikani selkäleikkaus piti alunperin tehdä ..., peruuntui osastolla olevan pöpön vuoksi.uusi aika ..., aamulla annettiin esilääkitys, hoitaja soitti (8.45) leikkaussaliin milloin potilasta voi tuoda, ilmoitettiin leikkaus peruuntunut. Jälleen uusi aika ... miten ollakkaan taas soitettiin ... aika täytyy perua. **TÄMÄ KAIKKIKO VANHEMPIEN PITÄÄ NIELLÄ JA HYVÄKSYÄ, ASIOIDEN JÄRJESTELY EI TODELLAKAAN OLE YKSINKERTAISTA ON TYÖ,KOULU YM. TEKÖ MAKSATTE TALOUDELLISET MENETYKSET ?**"

Ilmoittautuminen ja odottaminen ovat ensimmäisiä todellisia kontakteja hoitoprosessiin ja ilmoittautumisen sujuvuutta arvioidaan ankarasti. Jonottamista ilmoittautumiseen pidetään nykyaikana kohtuuttomana ja toivotaan, että siitä päästäisiin eroon. Ehdotetaan hyödynnettäväksi tietoteknologiaa. Jonottaminen koetaan myös tietosuojaa loukkaavaksi, jos asioita hoidetaan kuuluvalla äänellä. Ilmoittautumisessa työskentelevältä henkilökunnalta odotetaan hienotunteisuutta ja ystävällistä asennetta ja tietoja käynnin tai hoitojakson etenemisestä. Odottamisen kesto on tärkeä tieto. Henkilökunnalta odotetaan myös toisen kotimaisen kielen hallintaa. Odotusaikoja kuvataan sietämättömiksi ja epäinhimillisiksi. Poliklinikoiden odotusajat vaihtelevat eikä toiminta aina näytä potilaasta oikeudenmukaiselta. Potilaat toivovat, että käyntien kestoa voitaisiin kyetä ennustamaan tarkemmin. Myöhästymistä ei ymmärretä eikä myöskään sitä, että myöhässä olemista ei pyydetä anteeksi. Pitkään odottanut potilas toivoisi, että häntä huomioitaisiin odotusaikana. Pitkän odotusajan kuluessa tulee nälkä ja jano, eivätkä potilaat aina uskalla lähteä kahvioon.

"Lääkärintodistukset voisi tehdä jossain muualla kuin ilmoittautumisessa kun toiset odottavat takana."

"Min son har fått en kallelse till barnpolikliniken i Tammerfors och nu undrar jag självklart om han kommer att kunna betjänas på svenska under sitt besök? Kallelsen och all information om

undersökningen var ju tyvärr endast på finska och om man inte är så bra på finska så är det inte så lätt att förstå vad som skall hända."

"Jonottaminen ilmoittautumiseen on nykyaikana käsittämätöntä ajanhukkaa, sen lisäksi, että saa huonoa palvelus."

"Myöhässä olemisesta ei pyydetty anteeksi."

Hoidon ja tutkimuksen aikana potilaat ja asiakkaat haluavat ajantasaista ja asiallista tietoa hoidosta. Hoidon etenemisestä kertomista arvostettiin ja puutteet siinä vaikuttivat potilaiden mielialaan ja näkemykseen käynnin hyödyllisyydestä. Ammattitaitona pidetään myös hoitoihin käytettävän ajan arvioinnin osuvuutta. Ammattitaitoa arvioidaan myös lupauksien pitämisen näkökulmasta. Potilas arvioi, jos mitään ei tapahdu hoidon aikana, että käynti on ollut tarpeeton.

"Arvostin, sitä, että kerrottiin mitä tapahtuu seuraavaksi ja miten hoito etenee kotoa kotiin takaisin."

"Käynti sujui joustavasti kaikilta osin."

"Onko teillä AMMATTI TAITOISIA lääkäreitä äitiys polikkalla? ESIM: Käytiin tarkastuksessa niin lääkäri sanoi että synnytys käynnistetään No luotettiin että se tapahtuu silloin, mutta käytäntö oli eri. Miksi??? Asia olisi toinen jos lääkäri olisi ollut käynnistyksestä hiljaa. Ja kun me oltiin varauduttu siihen että korkeintaan ollaan 4vrk, mutta oltiin 7vrk siellä. Matkaa 70km 3 päivää meni siihen osastolla että lääkäri sano että ehkä huomenna. 3vrk pelkkää olemista siellä ja kuitenkin ei mitään poikkeavaa tehty siellä. Ja monta käynnistettiin ohi meidän vaikka tuli samaan aikaan ja sama tilanne. ÄLKÄÄ ANTAKO LAUSUNTOJA JOS ETTE PYSTY TOTEUTTAMAAN NIITÄ, JA PITKÄN MATKAN TULIJOILLE SE ON AIKA OLEELLINEN TIETO: KOSKA JA MITEN!!"

"voisitteko arvioida tarkemmin hoitoihin menevän ajan, jotta ei mene koko oma päivä sekaisin."

Kotiin päästyään potilaat ja asiakkaat antavat palautetta. Sairaalassa luvutut asiat säilyvät mielessä ja palautetta annetaan mikäli lupaus ei tule täytettyä. Palaute koskee jatkohoito-ohjeiden ymmärtämistä ja oikeellisuutta, epikriisin lähettämistä ja jatkohoitoon pääsyä. Jatkohoito-ohjeiden ymmärtäminen vaikuttaa olevan hyvin yksilökohtainen asia. Toinen on kiitollinen saamastaan tehokkaasta ohjeistuksesta ja toinen ei ollut mitenkään tyytyväinen saamaansa ohjeistukseen. Kotoa sovitusti asioidessa törmätään vaikeuksiin. Palautteiden mukaan vastauksien soitto-aikojen pitävyydessä on ongelmia, samoin lupauksien pitämisessä kirjallisissa vastauksissa. Myös jatkohoidosta vastaavilta on saatu palautteita epikriisien viiveestä.

"Sain epäselvien kurkkuvaivojen takia lähetteen ... piti lähettää patologille. Siispä leikkauksen jälkeen odottelin patologin vastausta sydän syrjällään, eipä ole tähän päivään mennessä tullut. Siispä soitin ja kyselin tästä, selvisi, että leikkaava lääkäri ei luultavasti ollut saanut tietoa tästä patologin näytteestä, luvattiin selvittää asiaa ja soittaa sitten. Ei kuulunut mitään. Soitin itse, vastauksena sain, että ei me voida täällä tehdä mitään, yritä saada lääkäri kiinni. Ymmärsinkö

siis oikein, jos joku siellä päässä on mokannut niin minun pitää tehdä kaikki työ? En todellakaan edes tiedä mistä tätä asiaa lähtisi selvittämään."

"tytär kävi labra kokeissa. Lääkäriltä piti kysellä tuloksia puhelin tunnilla mutta pelkkä nauhoite ilmoittamassa että nyt sen puhelin tunnin pitäisi olla. päivä oli perjantai. maanantaina kokeilimme uudestaan ja sama lopputulos. Ottakaa nyt ihmeessä lääkärinne koulutukseen että edes oppisivat ottamaan vastaajan pois päältä ja vastaamaan puhelimeen."

"Jatkohoitoon työterveysasemalla tulisi lisätä painokkuutta asiallisen epikriisin avulla."

"Kävin ... vastaanotolla. Odottelen edelleen hänen lupaamaansa lausuntoa? Piti tulla \parissa päivässä"!Ei tarvitse lähettää laskuakaan ennen luvattua lausuntoa!"

"Taas kerran annan palautetta epikriisiviiveestä. Potilaani kävi leikkaushoidossa ..., leikkaus tehtiin ... epikriisi on päivätty ... ja siinä on jo patologin lausunto mukana. Potilas kävi sairaalasta saadun ohjeen mukaan jälkitarkastuksessa vastaanotollani ..., silloin ei epikriisi vielä ollut tullut. Epikriisin sain tänään, lähetyskuoressa on päivämäärä ...! Sietämätöntä!"

"Minulle luvattiin silloin lähettää lääkärin raportti tutkimuksen lopputuloksesta, mutta vieläkö en ole sellaista saanut."

Eri hoitopaikkojen esim. perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö nousee palautteissa esiin potilaan hoitovastuun siirtämisessä siten, että potilas tietää mihin ja milloin ja seuraava hoitopaikka tietää. Potilas ei aina ymmärrä miten hoitovastuu siirtyy. Myös luvatut jatkotoimenpiteet ja yhteydenotot seuraavasta hoitopaikasta nähdään oman hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeinä. Joskus aikaa ei ilmoiteta ilman potilaan omaa huolehtimista.

"Että joo katsotaan hoitajakso siihen asti, että avopuolelle on aika, mutta siitä eteenpäin ei sitten tapahdukaan mitään, on hoitosuhde avopuoleen itsellä kokema sitten minkälainen tahansa. Ei potilaan pitäisi huomata sitä, että olette eri hoitoinstansseja!"

"Siirtymä sairaalahoidosta avoihoitoon pitäisi tapahtua ilman kuukausien viivettä."

"Tarttee itse huolehtia, että aika saadaan"

8.7 Hallintastrategiat

Hallintastrategiat	Paranemisen edistäminen
– Kokemuksellinen	– Aikaisempia sairaalakäyntejä hyödyntämällä, samat hoitajat ja lääkärit, riittävät tiedot sairaudesta ja hoidosta, taloudellisista etuuksista, mahdollisuus kysyä sairaudesta ja lääketieteellisestä hoidosta, sairauden merkityksen ymmärtäminen omassa elämässä
– Kognitiivinen	– Mahdollisuus toimia itse, oman tahdon tukeminen, kunnioittava kohtelu, tuntemuksien ja mielipiteiden huomioon ottaminen
– Funktionaalinen	– Mahdollisuus pitää yhteyttä perheeseen ja työpaikalle
– Eettinen	– Avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde
– Sosiaalis-yhteisöllinen	– Henkilöstö- ja laiteresurssien tarkoituksenmukainen käyttäminen
– Ekonominen	
– Muut	

KUVIO 11 Hallintastrategiat HYVÄ HOITO-mittarin mukaisesti

Hallintastrategiat –kategoriaan ei sijoittunut kovin paljon palautteita. Hallintaa lisäsivät jo edellä käsitellyt hyvä kohtelu ja mahdollisuus kysymyksiä tekemiseen. Omaan hoitoon ja suunnitelmiin osallistuminen, hoidon ymmärtäminen ja hoito-ohjeiden selkeys ovat palautteen antajien aiheita.

Potilaat, läheiset ja perheet haluavat vaikuttaa itse tapahtumiinsa ja hoitoonsa, olla tilanteessa tasa-arvoisena läsnä. Henkilökunnan ylemmydentuntoinen ja ylimielinen palautteissa moitittu käytös ei tue potilaan paranemista. Oman tilanteen hallinta toteutuu parhaiten tiedon saamisen ja tuen saamisen avulla. Oman tahdon ja hoitolinjan valitsemista on kunnioitettu. Palautteissa kiitettiin sitä, että on ollut aikaa ja tahtoa keskusteluille ja kannustamiselle. Potilaat ovat kokeneet, että heitä on autettu selviämään. Jatkohoito-ohjeissa olleet epäselvyydet tai väärät tiedot aiheuttavat hallinnan tunteen menettämistä. Potilaat ja omaiset ovat pettyneitä, mikäli annetut kotihoito-ohjeet eivät ole ymmärrettäviä ja ohjeissa olevat puhelinnumerot eivät ole toiminnassa tai sieltä ei saa vastausta kysymyksiinsä. Puhelimessa ei nähdä vaan kuullaan korvilla, keskittymättömyys ja työkeys korostuvat. Monet ovat kiitollisia siitä, että on kuitenkin jaksettu selvittää ja kertoa asioista ymmärrettävästi. Kela-korvauksien, jatkohoitopaikan ja lääkehoidon ymmärtämisen vaikeus on ilmeistä.

"Minulle ei selvitetty riittävästi Kelan korvauksia. En ymmärtänyt mitään lääkärin puheesta, aikaa enemmän, en osaa itse nyt mitään!"

"Olisi hyvä jos sais lääkenimikkeen mukaan selvityksen mihin mikäkin lääke, mieluiten oikein lapulle. Pystyis paremmin seuraamaan vaikutuksia."

"saimme kotihoito-ohjeet ja kun isäni sitten rohkeni soittaa koko ajan kotiuttamisen jälkeen väivanneista oireista (mm. jatkuva väsymys ja hengenahdistus) hänelle annettuun puhelinnumeroon, seurasi vain työkeä vastaus siitä, kuinka he siellä eivät auta sellaisissa ongelmissa, vaan tulee hakeutua joko päivystyspoliklinikalle tai omalääkärille. Kysymykseni koskeekin seuraavaa: mitä merkitystä kyseisellä paperilapulla ylipäätään on, jos soittamalla saa tuollaisen vastauksen?"

Omaiset antavat palautetta omaistensa hoidosta hoidon aikana tai sen jälkeen. Omaiset toivovat ymmärtävää ja tukevaa hoitoa sen kaikissa vaiheissa. Joissakin palautteissa kuvataan, miten potilasta ei ole kuunneltu tai autettu ymmärtämään sairauttaan. Vanhuksista ja vanhuksien kohtelusta ollaan eniten huolissaan.

"Meitä tuettiin koko ajan ja selvitettiin asioita, vaikka emme aina heti ymmärtäneet. Jaksamme nyt paljon paremmin, kiitos!"

"Vanhukset ilman muuta joutuvat kärsimään eniten säästöjen takia. En ymmärrä, miksi ette voi myöntää, että ihmisiä ja etenkin vanhuksia ei pystytä enää hoitamaan. Olen hyvin pettynyt toiminne, enkä usko enää suomalaisen terveydenhuoltoon, en usko, että suomalaisilla lääkäreillä on mitään moraalia. Aion kuitenkin taistella näistä asioista jo äitini muistonkin

kunniaksi. Lopuksi täytyy todeta, että äiti sai onneksi viime hetkillä nauttia hyvistä ja mukavista hoitajista!"

8.8 Uudet kategoriat

Potilaat tai omaiset haluavat antaa **palautetta hoidon tai tutkimuksen lopputuloksesta**. Ymmärrettävästi lopputulos on asia, jonka kanssa potilas ja omainen jäävät elämään kunkin hoitoprosessin päätyttyä. Arviointeja annettiin lopputuloksen laadusta riippumatta. Kiitosta annettiin, vaikka hoito ei auttanut tai omainen kuoli tai jäi elämään elinikäisen sairauden kanssa. Moitteita annettiin vaikka lopputulos olisi ollut hyvä.

"Täältä terveisiä ja iso kimppu ruusuja lähinnä osasto ... koko henkilökunnalle ja kaikille muille jotka taas kerran teitte hienoa työtä kun avovaimoni oli Teillä potilaana. Nyt oli jo viides leikkaus, jossa aivokasvainta poistettiin. Valitettavasti ko. kasvain on todella hankalassa paikassa ja ilm. mahdoton saada koskaan poistettua kokonaan. Mutta kuten sanoin jälleen oli hieno huomata, että leikkaus on onnistunut. ... pääsi kotiin ... ja toipuminen jatkuu hyvin. On iso asia, että nyt pystyy esim. virkkaamaan niin että näkyy vain yksi koukku, eli kaksoiskuvat on hävinneet kokonaan. Vielä kaikille sinne tsemppiä ja jaksamista raskaaseen työhön!!!!"

"... menehtyi ... teho-osastolla aivoverenvuotoon. Haluaisin kiittää suunnattomasti tehon osaavaa henkilökuntaa, jotka myötäelivät suuren surun hetkellä perheeni kanssa, olivat lähellä ja tukivat. Iso kiitos koko tehon väelle!"

"ollessani noin kolme tai neljä vuotta sitten aivokalvon alaisen veren vuodon takia teillä sain ensiluokkaista hoitoa lääkäri ... kiitos siitä nyt jo olen kävelevä ja tietysti eläkkeellä mutta johan tämäkin homma toimii."

Opetuspotilaana oloon tai -sairaalaan liittyvät palautteet hoitotilanteiden yhteydessä. Palaute opiskelijoista ja opetustoiminnasta oli sekä kielteistä että myönteistä. Ryhmien suuri koko tuntui potilaista ja läheisistä intymiteettisuojan näkökulmasta ikävältä. Luvan kysyminen opetukseen mahdollisesti myöntyvältä on muistettava pyytää ja joskus se palautteiden mukaan unohtui. Toisaalta myös ymmärrettiin opetuksen tarve. Joissain palautteissa välittyi opiskelijoiden tai erikoistuvien toimintaan liittyvä epäluulo ammattitaitoon

"Leikkaussalissa ei kysytty lupaa saako harjoittelija laittaa kanyylin ja spinaalin. Erikoistuva lääkäri meinasi leikata, mutta en antanut. Selvisin kun kyselin koko ajan. Kokemukseni ei ollut hyvä. Tiedän, että pitää kysyä saako harjoitella potilaalla. Kokenut henkilökunta oli ammattitaitoista ja ystävällistä."

"1. kertaa urologia asiassa käynti. Aika on varattu opetuspoliklinikalle. Kutsussa lukee: tutkimuksissa on mukana 2-3 lääketieteen opiskelijaa. Tutkimuksessa mukana 8 opiskelijaa + lääkäri. Ihmetyttää miksi moinen väkimäärä?"

"Sain aivan mahtavaa palvelua opettaja ... ja kolmelta opiskelijalta. Opiskelija tutki minut erittäin hyvin. Turhaan ihmiset pelkäävät opiskelijoiden tutkittavaksi tuloa"

"Vaikka tilanne olikin opetustilanne, latinankieliset sanat olisi voinut suomentaa minulle"

"Lääkäri puhui yksityisasioitaan kesken tutkimuksen. Ei pahoitellut häiriötä."

Sairaalan **opasteita** moitittiin epäselviksi eikä niitä seuraamalla aina päässyt perille. Opasteet eivät myöskään olleet aina ajantasalla muutostilanteissa. Myös yksittäisen osastojen ja poliklinikoiden sisällä koettiin suunnistamisen vaikeutta, ohjeita ei ollut tai ne annettiin riittämättömästi. Kiitoksella mainittiin potilaan kutsun yhteydessä lähetetty sairaalanelueen kartta.

"Tutkimushuone huonosti löydettävissä"

"myöhästyin, koska ei ollut opasteita. Parantakaa opastusta ja käyttäkää teknologiaa."

Pysäköintipaikkojen riittämättömyyttä ja pysäköinnin hintaa moitittiin. Inva-paikkoja toivottiin ihan sisäänkäyntien viereen tai ainakin mahdollisimman lyhyen kävelymatkan päähän.

"Opasteet näyttivät väärin"

"Etsin pysäköintipaikkaa puoli tuntia ja myöhästyin. Jouduin odottamaan tunnin."

Sairaalan yhteystiedot ja saavutettavuus ovat ilmeinen haaste potilaalle tai asiakkaille. Potilaskutsuissa olleet soittoajat eivät pitäneet paikkaansa tai puhelin oli soittoajalla jatkuvasti varattu, jolloin kului aikaa tarpeellisen yhteyden saamiseen asian hoitamiseksi. Myös esitteissä ilmenee väärää, vanhentunutta, tietoa. Palautteissa toivottiin sähköpostiosoitteiden julkistamista yhteyksien ja asioiden hoitamiseksi. Intenetsivuilla on vanhentunutta tietoa. Puhelinaikoja ei noudateta niin, että ilmoitettuun aikaan joku olisi vastaamassa puhelimeen. Potilaista on turhauttavaa käyttää aikaa soittamiseen joko varattuun numeroon tai numeroon, jossa ei vastata.

"Sähköpostiosoitteista olisi hyvä olla maininta millaista muotoa ne ovat. Nyt hankala ottaa yhteyttä henkilöön jonka nimi on tiedossa mutta sähköpostiosoitteen muotoa ei löydy edes yhteystiedot sivulta... Parantakaa"

"Soitin klo 7.27 kysyäkseni tästä sairaalakäynnistä, mutta minulle tylästi sanottiin, että soita 7.30 kun soittomahdollisuus aukeaa. Aika ikävää käytöstä/palvelua potilasta kohtaan."

"Nykyään monissa laitoksissa ajan pystyy varaamaan / peruuttamaan netin kautta, ettei turhaan häiritä työntekijöitä. Olisiko aihetta panostaa sellaiseen palveluun "

"tytär kävi labra kokeissa. Lääkäriltä piti kysellä tuloksia puhelin tunnilla mutta pelkkä nauhoite ilmoittamassa että nyt sen puhelin tunnin pitäisi olla. päivä oli perjantai. maanantaina kokeilimme uudestaan ja sama lopputulos. Ottakaa nyt ihmeessä lääkärinne koulutukseen että edes oppisivat ottamaan vastaajan pois päältä ja vastaamaan puhelimeen."

Lapsellani on varattu aika lastenpolille ... Olen viikon yrittänyt soittaa kutsussa olleeseen numeroon perukseni meille varatun ajan. Aina vastaa automaatti joka kertoo että tavoittelemani henkilö ei ole töissä ja paluupäivämäärän. Tosin eri soittokertoina päivämäärä aina \"juoksee karkuun\". Soitin sitten keskuksen numeroon, joka yhdisti puhelun ja se meni jollekin hoitajalle joka hyvin kiukkuisesti sanoi että on viemässä lasta teholle ja käski soittamaan klo 8 - 10. Miksi kutsussa on soittoaika klo 8 - 14.30 jos todellisuudessa enää klo 10 jälkeen ei saa soittaa ??? Tunsin itseni todella tyhmäksi kun lasta teholle vienyt hoitaja sanoi, että ei tähän numeroon saa soittaa, puhelunihan yhdistettiin, enkä voi itse tietää mihin. Tämä olkoon samalla aikamme peruutusilmoitus, koska enää en varmasti soita !!!"

"Minkä takia numeropalvelusta 118 tai 0100100 ei saa suoria numeroita eri henkilöille tai osastoille kuten aikaisemmin sai? Nyt pitää jonottaa keskuksessa pitkiä aikoja. On huonoa palvelua!!!! Pitäkää numerot hyvin esillä myös puhelinluettelossa jotta edes sieltä löytää tarvittavat tiedot."

"Varattiin soittoaika ... ja erityisesti hoitajan kanssa sovittiin että lääkäri soittaa tietynä ajankohtana. Varmistin vielä hoitajalta että lääkäri siis soittaa. Ihmettelin, kun ei soittoa kuulunutkaan. Postissa tuli sitten muutaman päivän päästä kirje, jossa luki: potilaalla oli soittoaika laboratoriokokeista, ei soittanut.?"

Muut palvelut ja yleiset tilat saivat myös palautetta. Yleisölle tarkoitetut vessat olivat epäsiistejä eikä niissä ollut käsien desinfektioainetta. Kahvioiden valikoimaa moitittiin epäterveelliseksi. Tupakkahuoneeseen tahdottiin puhelinluettelo ja ulkona oleviin tupakointipaikkoihin katokset. Sairaalaan kiitettiin jätteenpaperin lajittelusta. Kiitettiin mahdollisuudesta maksaa laskut käteisellä.

9 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Asiakaspalautejärjestelmä on suunniteltava kokonaisuutena: palautteen kerääminen ja vastaanottaminen, käsittely, kommunikointi organisaatiossa ja asiakkaalle, palautteen mittaaminen, analysointi ja raportointi sekä prosessin kehittäminen. (Kotler 2000). Tässä tutkielmassa ei kuvattu sairaalan asiakaspalautejärjestelmää, mutta tulosten perusteella sairaalan tulisi suunnitella strategiaan ja toimintajärjestelmään perustuva palautteen kerääminen ja hyödyntäminen. Tulosten perusteella toiminnan standardit tulee rakentaa koskemaan sekä palvelua että hoitoprosesseja. Laadun osa-alueiden ja niiden ominaisuuksien asiakaslähtöinen määrittely tuottaa asiakaslähtöisiä toimintamalleja. Organisaation tulisi kehittää kokonaisvaltainen asiakaspalautejärjestelmä, joka perustuu strategiaan ja johon kuuluvat palvelun indikaattorit, standardit ja palautteen kohdistaminen toimintaan ja prosesseihin, palautteen keräämisen välineet ja prosessin hallinta, raportointijärjestelmä, palautteen hyödyntämisen suunnitelma, tietojärjestelmä, organisaation oppimisjärjestelmä ja asemointi organisaatiossa. Tulosten perusteella keskeiset tyytymättömyyden

aiheet liittyvät henkilökunnan käytökseen, kohteluun ja suhtautumiseen potilaaseen, läheisiin ja omaisiin palvelutapahtumissa. Toisena osa-alueen on osaamisen ja tiedon välittämisen puutteet ja sairaalan saavutettavuus puhelimella ja ohjeiden oikeellisuus. Tyytyväisyysmittarit eivät kerro tarkasti miksi ja mihin asiakkaat ovat tyytymättömiä. Siksi tarvitaan tarkempia palvelukohtaisia mittareita ja vapaamuotoista vapaaehtoisesti ja spontaanisti annettua palautetta. Palautteen ymmärtämistä varten on kunkin organisaation määriteltävä ensin kunkin laadun ominaisuudet eri tasoilla, indikaattorit, standardit ja mittaamisen kohteet. (Wirtz & Tomlin 2000.)

Seuraavaksi tarkastellaan tuloksia ja HYVÄ HOITO-mittarin kategorioiden sisältöä, asioita jotka potilaat pitivät ja kokivat olleen tärkeitä tai moitittavia. Palautteiden perusteella potilaat ja asiakkaat arvioivat hoidon ja palvelun laatu siinä kontekstissa, jossa palvelutapahtuma on ja tapahtuu. Laatu on tuolloin kulloinkin merkitsevät ominaisuudet, jotka puoltavat käsitystä laadun sekä moniulotteisuudesta että myös sen monikerroksisuudesta. Monikerroksisuutta tulee ymmärtää etenkin terveydenhuollon palvelun tuottamisen johtajien. Laatuun liittyy vertailuasetelma, tuotetta tai palvelua verrataan johonkin tasoon, mielikuvaan, tavoitteeseen tai vastaavaan. Tämän vuoksi laatu on aina suhteellista. Palveluntuottajan tuleekin analysoidessaan palautetta ymmärtää tämä suhteellisuus. Toteutunutta laatua analysoitaessa on mietittävä, mikä on määrittelyn kohde ja päätettävä, millä abstraktio- tai organisaatiotasolla ja kenen näkökulmasta määrittely tehdään (Luoma 2001, Perälä 1998).

9.1 Spontaanin palautteen sisällön tarkastelu

Spontaani asiakaspalaute antaa lisätietoa siitä, miten terveydenhuollon palveluntuottajan tärkeiksi asettamat palvelun laadun ominaisuudet toteutuvat. Tavoitteena on toiminnan jatkuva arviointi ja seuranta. (Parasuraman ym. 1988) Kokonaislaatu voidaan arvioida spontaaneissa palautteissa alhaiseksi, vaikka palvelun laatu olisikin yleisesti mitattuna todettu hyväksi (Lehtinen 1983, Normann 1995, Grönroos 1994). Palautteiden sisällön perusteella voidaan ajatella, että potilaan näkökulmasta kaikki ne rajapinnat ja tavat, joilla hän kontaktoi henkilökunnan kanssa on osa kokonaispalvelua. Siksi palautteista löytyy sisältöjä, joita ei ole HYVÄ HOITO-mittarissa. Hoidon laadun mittaamisen laajuus ja kohteet on kiinnitetty HYVÄ HOITO-mittarissa tiettyihin asioihin, jotka palvelevat hoitotyön kehittämistä.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on määritellyt terveydenhuollon eettisiksi periaatteiksi ihmisarvon kunnioittamisen, itsemääräämisoikeuden, oikeudenmukaisuuden,

oikeuden hyvään hoitoon, henkilöstön hyvän ammattitaidon ja työyhteisön hyvinvointia edistävän ilmapiirin sekä yhteistyön ja keskinäisen arvonannon. Palautteiden perusteella kaikkia periaatteita loukattiin, vaikka niitä myös kiitettiin. Potilaat kiinnittävät huomiota työyhteisöjen ihmissuhteisiin ja työtovereiden keskinäiseen kohteluun ja ilmapiiriin, jossa työtä tehdään.

Palautteiden sisältö osoittaa, että terveydenhuollon palvelun laadun arvioijina potilaat ja asiakkaat viittaavat lainsäädännöllisiin oikeuksiinsa. Osallistumisen ja vaikuttamisen lainsäädännöllinen perusta on perustuslaissa (731/1999), laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), hallintolaissa (434/2003), laissa viranomaisen toiminnan julkisuudesta (612/1999) ja kuntalaissa (365/1995). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista korostetaan hyvän hoidon lisäksi hyvää kohtelua, tiedonsaantioikeutta ja itsemääräämisoikeutta. Palautteiden antajien mielestä näitä oikeuksia myös loukataan, vaikka muiden potilaiden osalta menisi hyvin. HYVÄ HOITO –mittarin kategorioiden mukaisesti palaute osoittaa, että hyvä hoito ei aina toteudu potilaan mielestä, tietoa ei saada riittävästi eikä itsemääräämisoikeus toteudu. Itsemääräämisoikeus liittyy palautteiden mukaan potilaan mahdollisuuksiin osallistua hoitonsa suunnitteluun ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Valinnan mahdollisuudet hoitopaikkaan voisivat toteutua paremmin, samoin mahdollisuus hoitavan henkilön valintaan. Palautteen sisältönä lakisäätteiset oikeudet ja asiakkaan käsitys niiden toteutumisesta ovat myös tärkeitä ja kriittisiä, varsinkin, jos palaute on negatiivista. Asiakkaalla ja potilaalla on mahdollisuus tehdä lakisäätteisiä valituksia, muistutuksia tai kanteluita, joita joissakin palautteissa kirjoitettiin toteutettavan. Tässä tutkielmassa ei kuitenkaan tutkittu toteutuivatko aikomukset.

Hoitohenkilökunnan ominaisuuksista aikaisempien kyselyjen tuloksien (Leino-Kilpi ym. 1994) perusteella useimmille potilaille ovat erittäin tärkeitä huolellisuus ja tarkkuus, rehellisyys ja luotettavuus, ystävällisyys, tasapuolisuus ja kiinnostus potilaista. Vajaa puolet potilaista piti hoitohenkilökunnan siisteyttä ja huoliteltua olemusta, huumorintajua, tehokkuutta ja nopeutta sekä itsenäisyyttä erittäin tärkeänä. Näistä ominaisuuksista potilaiden käsityksien mukaan suuri osa toteutui heidän sairaalassa olonsa aikana. Kaikkien ominaisuuksien toteutumisesta oli yli puolet potilaista samaa mieltä. Hoitohenkilökunnan älykkyydestä potilaiden näkemysten mukaan 4 prosenttia vastaajista oli lähes eri mieltä. Heikoiten toteutuivat hoitajan ajatteluun, huumoriin ja joustavuuteen liittyvät ominaisuudet. Ruotsalaisen (2006) tutkimuksen mukaan parhaiten toteutuivat hoitajien joustavuus, luotettavuus, siisteys, kohtelias käytös ja kiinnostus potilaita kohtaan. Avoimissa vastauksissa oli mainintoja, huumorintajuttomuudesta, joustamattomuudesta ja epäsiisteydestä.

Tässä tutkielmassa saatujen tulosten perusteella voi päätellä, että tulokset tukevat aikaisempaa tutkimusta. Kiitoksia annettiin henkilökunnalle, jota mainittiin ihanaksi, ystävälliseksi, mukavaksi, hyväksi, ammattitaitoiseksi, asiantuntevaksi, palveluulttiiksi ja potilasystävälliseksi. Henkilökunnan lähestymistä helpotti ymmärtämys, hienotunteisuus ja asiallisuus. Kärsivällisyyttä ja empaattisuutta arvostettiin. Aitoutta kiitettiin ja arvioitiin epäaitouden olevan paljastettavissa. Moitteet kohdistuivat laadun poikkeamiin, joita olivat epäystävällisyys, välinpitämättömyys, ylimielisyys ja töykeys. Myös ilkeys ja tahallinen vahingoittamisen halu mainittiin. Lisäksi mainittiin yrmeys, tymeys, kylmyys ja julmuus. Vilpitön kiinnostus potilaaseen ja hänen vointiinsa välittyi palaute palautteelta erilaisena tarpeena. Kiinnostuksen puute leimasi koko hoitoprosessin huonosti toteutuneeksi. Toimenpiteiden suorittamisen tarkkuus ja huolellisuus, nopeus ja tehokkuus ja näihin liittyvä toiminnan älykkyys, kysymyksiin vastaaminen, itsenäinen ajattelu ja varmuus korotuvat toimenpiteiden yhteydessä ja puutteet huomataan sekä teknisen osaamisen että kohtelun muodossa.

Spontaani vapaamuotoinen palaute antaa henkilökohtaisista ominaisuuksista samansuuntaisen tulkinnan. Henkilökunnan näkyvät ominaisuudet, suhtautuminen ja käytös tulevat esille potilaan tai asiakkaan asioinnin yhteydessä. Ominaisuuksia arvioidaan laajemmassa kontekstissa kuin hoidon laatuun kohdistuvissa kyselyissä. Uusina spontaanin palautteen tuomina henkilöstön ominaisuuksina voidaan nostaa esiin seuraavat ominaisuudet: kärsivällisyys, empaattisuus ja palveluultius. Teknisyys näyttäytyy tilanteiden hallinnan ominaisuuksina: rauhallisuutena ja vuorovaikutukseen kykeneväisyytenä. Tavoiteltavat ominaisuudet vaihtelevat riippuen siitä, mikä on hoidon vaihe tai hoitotilanne. Akuutissa päivystystoiminnassa nopeus ja tehokkuus korostuvat. Kysymyksiin vastatessa puhelimesta tai kasvokkain tavoiteltavaa on empaattisuus ja ystävällisyys. Muutostilanteissa korostuvat kärsivällisyys ja kyvykkyys ohjaukseen ja neuvontaan.

Tehtävään suuntautuneet hoitotoiminnot (Leino-Kilpi ym. 1994) olivat potilaille pääasiallisesti joko erittäin tärkeitä tai jokseenkin tärkeitä. Erittäin tärkeitä valtaosalle potilaista olivat hoitotoimenpiteiden suorittaminen, hoitoon liittyvien asioiden selittäminen potilaalle, lääkehoidon toteuttaminen, laitteiden hallinta, hoitohenkilökunnan yhteistyö ja potilaan ajan tasalla pitäminen. Kolmannes potilaista piti erittäin tärkeänä hoidon suunnittelua yhdessä, kotihoidon suunnittelua, terveellisten asioiden opettamista, taloudellista toimintaa tai luettavan materiaalin tarjoamista. Kaikkein tärkeimpänä pidettiin fyysisiä toimintoja, omatoimisuutta tukevia toimintoja ja vähiten tärkeänä ohjaavia toimintoja. Parhaiten toteutuivat kivun hoito, laitteiden hallinta, ruuasta huolehtiminen, toimenpiteiden suorittaminen ammattitaidolla ja joustavuus. Huonoiten toteutuivat ohjaavat ja jatkuvuutta tukevat toiminnot. Ruotsalaisen tutkimuksen (2006) mukaan parhaiten

toteutuivat fyysiset toiminnot, joissa potilaat arvioivat hoitajien hoitavan kipuja hyvin ja nopeasti sekä tekevän hoitoon sisältyvät toimenpiteet ammattitaitoisesti. Heikoiten toteutuivat omatoimisuutta tukevat toiminnot.

Hoitoon liittyvien asioiden selvittämisessä ja ohjaamisessa on puutteita, jotka liittyvät henkilökunnan potilaan tilanteen ymmärtämiseen ja kokonaisvaltaiseen hahmottamiseen. Kirjallisia ohjeita toivottiin enemmän. Sairaalassa annettu ohjaus tulee konkreettiseksi vasta kotona jälkeen, jolloin on aikaa miettiä omaa tilannetta ja sairauden kanssa elämistä rauhassa. Tietojen oikeellisuutta koskeva palaute kertoo yhteystietojen ja soitto-aikojen hallinnan tarpeesta ja asian uudelleenorganisoinnin ja suunnittelun tarpeesta. Lisäksi toivotaan uusia kontaktikanavia asioiden hoitamiseen esim. Internet tai sähköposti.

Kivun hoito on tärkeä potilaille ja läheisille. Osastoilla olevat kirjavat kivunhoitokäytännöt eivät anna potilaille luotettavaa vaikutelmaa. Palautteiden perusteella kivun hoidossa ei ole yhtenäisiä hoitolinjoja. Hoitajien ja lääkäreiden yhteistyö näyttyy parhaimmillaan potilaalle saumattomana samaan tavoitteeseen tähtäävänä toimintana. Huonoimmillaan se näyttyy toimintana, jossa ei toimi vuorovaikutus eikä yhteistoiminta. Tietojen liikkumisessa yksiköstä toiseen vaikutta olevan puutteita, joista potilas joutuu kärsimään esim. uutena käyntinä, mikäli kaikki edelliset vaiheet eivät ole tiedossa. Hoidon eteneminen päivittäin tai käynnin eteneminen ei ollut palautteen antajille selvää, joten epätietoisuudessa oleminen aiheuttaa harmia ja ylimääräistä vaivaa. Salassapitoon liittyvät asiat tulee laittaa heti kuntoon. Toimintamallit, joissa potilaille selvitetään käytävillä asioita, eivät tue salassapitoa.

Tämän tutkielman tulosten perusteella tehtävään suuntautuneet hoitotoiminnot näyttivät kokonaistilanteen ja prosessin hallinnan kontekstissa. Ohjauksen, hoidon suunnittelun, henkilöstön yhteistyön yhtenäinen ja kaikkien tiedossa olevat toimintamallit ja sisältö ovat edellytys ymmärrettävälle hoidolle ja hoidon etenemiselle. Lisäksi nousivat esiin annetut lupaukset, suulliset ja kirjalliset, joista tulee pitää kiinni. Vaikka arvioitaisiin yksittäinen hoitotoiminto onnistuneeksi, voi koko tapahtuman pilata huono käytös tai kohtelu.

Ihmiseen suuntautuneiden toimintojen tärkeys tuli esiin aikaisemmissa tutkimuksissa siten, että runsas puolet potilaista piti tasapuolista kohtelua, huolenpitoa, rohkaisua ja tukemista, yksilönä huomioduksi tulemista ja kuuntelua erittäin tärkeänä. Palvelualltius ja levosta huolehtiminen ovat erittäin tärkeitä vain kolmannekselle. Tärkeimpänä pidettiin kunnioitustoimintoja ja vähiten tärkeänä

pidettiin omaisten kannustamista ja huolenpitotoimintoja. Potilaat kokivat tullessa hoidetuksi palvelualttiisti ja tasapuolisesti, heistä pidettiin huolta ja levontarpeesta on huolehdittu. Omaisten kannustamisesta vain viidennes on täysin samaa mieltä ja viidennes potilaista ei tiedä onko omaisille kerrottu asioista riittävästi. Potilaista puolet ei tiedä yhteyksistä ammatti-ihmisten välillä. 60 prosenttia potilaista koki, että hoitohenkilökunnalla on kiinnostusta potilaita kohtaan, mutta 4 prosenttia oli asiasta lähes eri mieltä ja 1 prosentti täysin eri mieltä. Ilmeisiä ongelmia on rohkaisutoimintojen toteutumisessa. (Leino-Kilpi ym. 1994) Ruotsalaisen tutkimuksessa (2006) ihmiseen suuntautuvat toiminnot toteutuivat tehtäväkeskeisiä paremmin. Parhaiten toteutui huolenpitoon, asianajajuuteen ja kunnioitukseen liittyvät toiminnot. Heikoimmin toteutuivat rohkaisuun liittyvät toiminnot. Avoimien kysymyksien mukaan huonosti toteutuivat ohjaavat, fyysiset ja päätöksentekotoiminnot, jatkuvuus, kunnioitus, huolenpito ja asianajajuus.

Tässä tutkielmassa nousi esiin, että potilaat arvioivat hoitoa ja palvelua ikään kuin saman prosessin eri osa-alueina. Potilaat odottavat hyvää ja asiantuntevaa palvelua. Hoidolta odotetaan yksilöllisyyttä, potilaan oman näkemyksen kunnioittamista ja henkilökunnan kiinnostusta yksilöllisellä tavalla. Hoitajilta odotettiin potilaan puolella olemista. Palautetta annettiin lähes yhtä paljon sekä tehtävään että ihmiseen suuntautuneista toiminnoista. Tehtävään suuntautuneista toiminnoista epäilyt ammattitaidottomuudesta tulee ottaa vakavasti. Osaamisen vaihtelu tulisi pystyä pitämään mahdollisimman pienenä.

Hoidon edellytyksistä aikaisemman tutkimuksen perusteella erittäin tärkeää 80 prosentille potilaista oli, että hoidon aikana on käytettävissä riittävästi erilaisia teknisiä välineitä, tilaa hoidon toteuttamiselle ja henkilökunnalla vaadittavat tiedot ja taidot. Erittäin tärkeää oli suurelle osalle potilaista riittävä ja kokenut henkilökunta. Vähiten tärkeää potilaille oli henkilökunnan tekemä tieteellinen tutkimus. Myöskään hoidossa joustaminen potilaan mielipiteiden mukaan ei ollut yksiselitteisen tärkeä. Tärkein edellytys oli resurssien riittävyys ja vähiten tärkeä oli hoitajan tietosen ajatasalla pitäminen ja kehittäminen täydennyskoulutuksen ja tieteellisen tutkimuksen avulla. Potilaille oli se käsitys, että teknisiä laitteita ja tilaa hoitoon oli riittävästi. Myös henkilökuntaa, aikaa potilaille ja henkilökunnan tietoja ja taitoja koettiin olleen. 70 prosentilla potilaista ei ollut käsitystä hoitajien tekemästä tutkimustyöstä. Epävarmuutta oli myös siinä otettiin potilaiden aikaisemmat kokemukset tai elämäntilanne riittävästi huomioon hoidossa, onko hoidossa joustettu tai toimittu potilaan edun mukaisesti tai onko potilaat huomioitu. Parhaiten toteutuivat resursseihin liittyvät asiat ja huonoiten toteutuivat hoitajien tietoperustaan liittyvät asiat. (Leino-Kilpi ym. 1994) Ruotsalaisen tutkimuksessa (2006) päädyttiin samanlaiseen tulokseen. Ainoastaan aikaisemmat kokemukset

otettiin uudemman tutkimuksen mukaan paremmin huomioon. Avoimissa vastauksissa huonosti toteutuneiksi arvioitiin ammattitaito ja resurssit.

Tämä tutkielman tulosten mukaan potilaat eivät antaneet palautetta laitteiden ja välineiden riittävydestä. Sen sijaan oltiin huolissaan henkilökunnan kokemuksesta, ammattitaidosta ja osaamisesta, mikä vastaa aikaisempia tutkimustuloksia. Potilaat moittivat kiirettä ja aika-resurssin riittämättömyyttä, mikä ei ole samansuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa. Henkilöstö-resurssin riittävyttä ei suoraan mainittu, mutta huolta kannettiin riittävästä hoitoon paneutumista.

HYVÄ HOITO-mittariin sisältyi sekä fyysisen että sosiaalisen hoitoympäristön tekijöitä. Fyysisen hoitoympäristön tekijät vaikuttavat olevan potilaille sosiaalisia tekijöitä tärkeämpiä. Erittäin tärkeinä pidettiin 60 prosentin mielestä turvallisuutta ja siisteyttä, noin puolelle vastaajista sopiva lämpötila, riittävä tila ja rauha olivat erittäin tärkeitä. Vähemmän tärkeitä olivat hoitoon liittyvän materiaalin saatavuus tai muu ajankulu. Sosiaalista hoitoympäristöä piti erittäin tärkeänä 9-37 prosenttia potilaista. Puolet potilaista piti jokseenkin tärkeänä sääntöjen olemassaoloa. (Leino-Kilpi ym. 1994) Tuloksien perusteella osastoilla on ollut turvallista, siistää, tilaa, rauhaa, lämpöä, kiireetöntä ja melutonta. 40 prosentin mielestä osastoilla on ollut riittävästi hoitoon liittyvää materiaalia. Osastoilla on ollut riittävä mahdollisuus tavata omaisiaan, pitää huolta omista asioistaan sekä ajankulua. Omaiset ovat tavanneet henkilökuntaa ja heillä on ollut paikka odotella. (Leino-Kilpi ym. 1994) Ruotsalaisen tutkimuksessa päädyttiin samanlaiseen tulokseen. Avoimissa vastauksissa huomioitiin liian suuri huonekoko, levoton osasto, epäsiistit saniteettitilat ja niitä on liian vähän osastojen suureen kokoon nähden ja tilat ovat vanhanaikaiset. Puhelimia ei ollut riittävästi ja tyynyt olivat epämukavia.

Tämän tutkielman tulosten mukaan potilaat antavat palautetta kirjallisesta materiaalista, vaikka sitä ei aikaisemmissa tutkimuksissa pidetty tärkeänä. Materiaalin osalta esille nousi tietojen luotettavuus ja paikkansa pitävyys ja tarkempien lisätietojen kysyminen ja vastauksien saaminen. Fyysisestä hoitoympäristöstä arvosteltiin liian isoa huonekokoja, rauhattomuutta ja muita huoneiden varustusta, mikä on samansuuntainen aikaisempien tutkimuksien kanssa. Lisäksi palautteissa huomioitiin odotushuoneiden varusteet. Omaisten huomioiminen vastaanotto- ja hoitotilanteissa mainittiin. Yhteistyö ammattilaisten kesken mainittiin palautteissa moitittavana silloin, kun ammattilaisten näkemykset olivat keskenään ristiriitaiset, mikä hämmentää potilasta ja omaisia.

Hoitoprosessin etenemisestä oli aikaisempien tutkimuksien perusteella 70 prosentille vastaajista erittäin tärkeää tai jokseenkin tärkeää hoitoon pääsy ja ystävällinen vastaanotto. Puolet potilaista piti erittäin tärkeänä myös odottamisajan lyhyyttä. Vajaalle puolelle potilaista oli erittäin tärkeää eri hoitopaikkojen välinen sujuva yhteistyö ja pääsy haluttuun hoitopaikkaan. Sen sijaan etukäteiskirjallisuutta tai pääsy jonkun tietyn henkilön hoitoon ei vaikuttanut yhtä tärkeältä. Kotiin lähdetessä 80 prosenttia piti erittäin tärkeänä tietoa erilaisista komplikaatiomahdollisuuksista, siitä mitä saa ja pitää tehdä kuntoutuksen edistämiseksi. Sen sijaan taloudellisten etuuksien selvittely vaikutti vähemmän tärkeältä. Tärkeimmäksi asiaksi osoittautuivat kotihoidon ohjaukseen liittyvät asiat. Vähiten tärkeää oli sairaalaan menon valmistautuminen kotona. Potilaiden näkemys hoitoon pääsystä ja lähdöstä on melko myönteinen. (Leino-Kilpi ym. 1994) Ruotsalaisen tutkimuksen (2006) mukaan hoidon laatu toteutui jokseenkin hyvin. Parhaiten toteutuivat tulo sairaalaan, kotiutus ja kotona taas. Laatu oli kohtalainen hoitoon pääsyn ja tutkimuksiin ja toimenpiteisiin pääsyn kohdalla. Avoimissa vastauksissa mainittiin ongelmia hoitoon pääsyyssä, vastaanotossa sairaalaan, riittämätön sairaalassaoloaika ja kotiutus liian aikaisin.

Hoitoprosessin etenemisestä palautteissa nousi esiin tässä tutkielmassa, että lähetteen saapumisesta, hoidon etenemisestä ja annettujen aikojen pitävyydestä ollaan epätietoisia. Näihin liittyviin kysymyksiin ja tiedusteluihin vastataan, mutta palautteiden perusteella annetut puhelinajat ja numerot eivät pidä paikkaansa. Mikäli puhelimeen vastataan, joidenkin palautteiden antajien mielestä kohtelu oli huonoa. Kotihoidon ohjauksesta mainittiin palautteissa, että tiedot kirjallisessa materiaalissa eivät pidä paikkaansa tai ovat väärää. Lisätietoja haluttaessa puhelimella on vaikea tavoittaa henkilökuntaa. Annetut lupaukset tutkimustuloksista tai epikriiseistä eivät toteudu vaan palautteen antajat joutuvat soittamaan ja pyytämään niitä. Taloudellisista asioista mainittiin kelan myöntämien etuuksien selvittäminen riittämättömästi. Lisäksi lääkehoidon toteuttamisesta kotona oli epäselvyyttä. Jatkohoidosta palautteiden antajat joutuivat huolehtimaan ja soittamaan itse.

Selviytymisstrategiat todettiin aikaisemman tutkimuksen perusteella tärkeiksi potilaille. Erityisesti oma tahto parantua (toiminnallinen strategia), avoin ja luottamuksellinen suhde hoitohenkilökuntaan (sosiaalis-yhteisöllinen), tieto taudista ja siihen liittyen hoidosta (kognitiivinen) ja omien perheasioiden kunnossa oleminen (sosiaalis-yhteisöllinen), mahdollisuus toimia itse (toiminnallinen) ja taloudellinen tasapaino (ekonominen) koettiin selviytymistä edistäviksi asioiksi. Vähiten tärkeäksi tunnistautuivat taloudelliset resurssit ja se, että samat hoitajat ja lääkärit hoitavat potilasta. Yli 90 prosenttia potilaista kannatti kognitiivista strategiaa. Potilaiden parantumista oli edistänyt se, että heillä oli kova tahto parantua, avoin ja luottamuksellinen suhde henkilökuntaan, perhe- ja

taloudelliset asiat kunnossa. Sosiaalis-yhteisölliset selviytymiskeinot edistivät potilaiden mielestä paranemista eniten. Leino-Kilpi ym. (1994)

Uudet sisältökategoriat tuovat HYVÄ HOITO-mittariin sisällöllisesti täydennystä. Asiakkaat liikkuvat ajassa ja hoito etenee hoitoprosessin mukaisesti, siksi palautteiden sisältönä on laajasti kaikkea asiakkaiden havainnoimaa. Lopputuloksen arviointi, opetuspotilaan asema ja sairaalan tavoitettavuus mainittiin palautteissa. Lisäksi yhteystietojen paikkansa pitävyys nähtiin moitinnan kohteena. Asiakkaan näkökulmasta hoitoprosessi alkaa jo kotoa ja jatkuu sairaalaa lähestyessä, joko puhelimitse tai tulemalla paikalle. Tavoitettavuus kaikilla kontaktivälineillä nousee palautteiden kautta kehittämisen kohteeksi.

9.2 Laadun kehittäminen

Laadunhallintaa ja laatujohtamista tarvitaan, jotta terveydenhuollon toiminta kehittyy asiakkaiden arvostamaan suuntaan. Siksi laadun toteutumista tulee kysyä etenkin palvelun käyttäjältä, potilaalta, omaiselta ja muulta asiakkaalta. Tyytyväisyyskyselyt ovat organisaatiolähtöisiä, vaikka kyselyiden lähtökohta olisikin potilas- tai asiakaslähtöinen. Tyytyväisyys palveluihin ei kerro kaikkia laadun näkökulmasta toteutumatta jääneitä laadun osa-alueita eivätkä kyselyt paljasta laadun kannalta asiakkaille tärkeitä asioita, jotka jäävät syystä tai toisesta kyselyiden ulkopuolelle. Tyytyväisyyskyselyt kuvaavat heikosti toteutuneita määriteltyjä ominaisuuksia ja osa-alueita. Ne eivät vastaa kysymykseen miksi tai että mihin ei olla tyytyväisiä.

Laatujohtaminen antaa laadun ilmiölle ja sen johtamiselle laajemman merkitysisällön kuin pelkän laatu- tai palautejärjestelmän rakentamisen. (ks. esim. Deming 2000). Systeemitieteellisen ajattelun mukaan toimintaa voidaan kuvata prosesseina (Ackoff 1981,1999) ja prosessit voidaan kuvata organisaatiolähtöisesti ja/tai asiakas- ja potilaslähtöisesti. Lindblom (1959, 1968, ks. myös Simon 1982) toi esille organisaation vähittäisen jatkuvan muutoksen eli inkrementalismen keinona sopeutua monimutkaisiin ympäristöihin ajan kuluessa, mikä on välttämätöntä ympäristön muuttuessa jatkuvasti. Tällä vähittäisellä muutoksella voidaan nähdä olevan yhteyttä laadun jatkuvaan parantamiseen mittaamisen ja palautteen (feedback) keräämisen avulla. Palautetta tulee kerätä kaikilta systeemiin osallistuvilta tahoilta.

Systeemin johtamisjärjestelmä on oleellinen osa systeemin toiminnanohjausta ja kehittämistä. Henkilöstön osaamisen ja prosessien kehittäminen onnistuu vain, mikäli systeemillä on riittävän

hyvin toimiva laadunhallinnan järjestelmä. Systeemi tarvitsee tietoa toimivista toimimattomista osistaan. Laatujohtamisen malleilla ja kriteereillä sekä näkökulmilla on yhteyksiä strategiseen johtamiseen ja palauteprosessiin. Laadunhallinta tarvitsee erilaisia apuvälineitä, malleja ja kriteeristöjä. Palautejärjestelmän ohella tulee ottaa käyttöön mm. oman työn arviointia, moniammatillista arviointia, hoitosuunnitelmia, tuotteistamista, vakioituja valitusten ja palautteiden käsittelymenettelyjä, henkilökunnan ja asiakkaiden tyytyväisyystutkimuksia, vertailukehittämistä (benchmarking) sekä tasapainotettua mittaristoa. (Tuominen & Lillrank 2000) Kun palautetta mitataan, saadaan ja käsitellään, tulee siitä laadunhallinnan seurantajärjestelmä.

Tässä tutkielmassa on perehdytty spontaaniin ulkoisen asiakkaan antamaan vapaamuotoisen palautteen sisältöön laadun parantamiseksi ja prosessien uudistamiseksi. Jatkuva laadun parantaminen ja prosessien uudistaminen voidaan nähdä käyttötarkoitukseltaan erilaisina. Jatkuvaa laadun parantamista tapahtuu palautteiden perusteella koko ajan, mutta organisaation on kehittyäkseen tunnistettava myös tilanne, jolloin tulee tehdä radikaaleja uudistuksia, innovaatioita. Tämä kuvastaa organisaation sopeutumista ympäristönsä vaatimuksiin. Laatujohtamista pidetään laajempänä käsitteenä, ja silloin jatkuva, inkrementalistinen laadun parantaminen on vain yksi laatujohtamisen osa-alue ja radikaalien uudistuksien toteuttaminen toinen osa-alue. Prosessien uudistaminen irrallisena toimintana ilman kytkentää koulutukseen, kokemukseen, organisaation rakenteeseen ja toimintaympäristöön asiakkaineen on todennäköisesti tuomittu epäonnistumaan (Åhlberg 1997).

Palautteen keräämisen tavoitteet määritellään organisaation operatiivisten ja strategisten tavoitteiden kautta. Operatiivisessa toiminnassa asiakaspalautteen avulla sopeutetaan palvelut ja asiakaskohtaamiset toisiinsa. Tämä tarkoittaa nykyisiin prosesseihin tehtäviä parannuksia, jotka lisäävät prosessien toimivuutta ja tehokkuutta. Sairaalan prosessit ovat hoitoprosesseja, joissa on asiakkaista johtuvaa vaihtelua. Hoitohenkilökunnasta johtuva vaihtelu tulisi saada minimiin. Prosessin toteutuminen eri lailla aiheuttaa asiakkaisissa epävarmuutta ammattilaisten osaamisessa. Tämä ilmenee mm. vastaanottokäyneillä edellisten vaiheiden ja päätösten pohtimisena siten, että ei luoda luotettavaa vaikutelmaa. Strategisen tason muutokset tarkoittavat kohderyhmien, palvelujen ja asiakkaan ja palveluntuottajan välisen työnjaon muutoksia. Näiden muutoksien onnistuminen edellyttää asiakkaiden arvontuotannon prosessin syvällistä ymmärtämistä ja oikeaa tulkintaa siitä, kuinka palveluntuottaja kykenee osaamisellaan tarjoamaan asiakkailleen parempia palveluja. (Storbacka ym., 1999.)

Näyttöön perustuva hoitotyö tarvitsee erityisesti tutkimukseen perustuvaa näyttöä. (Leino-Kilpi & Lauri 2003) Vaikka tässä tutkielmassa ei ole tutkittu asiakaspalautetta erityisesti hoitotieteen lähtökohdista voidaan esittää, että hoitotyön johtamisessa tarvitaan myös terveydenhuollon laadun kokonaisuuksien hallintaa. Palautteissa olevat signaalit voivat olla heikkoja ja niiden tunnistaminen vaikeaa, mutta tutkittuna tietona osana terveydenhuollon palveluntuottajan tietopääomaa arvokas ja vielä vähän hyödynnetty kehittämisen perusta. Signaalit voivat olla uusia ja yllättäviä, vaikeita huomata ja niiden merkitystä helposti aliarvioidaan. Palautteissa olevien signaalien tulisi innostaa organisaatiota kehittämiseen ja enemmän potilas/asiakaskeskeisen toimintamallin kehittämiseen. (Ståhle & Wilenius 2006)

Hoitotyön menetelmien (mm. yksilövastuinen hoitotyö, palveluohjaus) ja prosessien (hoitotyön prosessi) myönteisestä vaikutuksesta tarvitaan lisää näyttöä (STM 2003). Perälän (1999, 57) mukaan hoitotyön menetelmillä tarkoitetaan menetelmiä, joita hoitotyöntekijät pääasiassa käyttävät ja joiden tarkoituksena on auttaa ihmistä edistämään terveyttään, tulemaan toimeen sairautensa ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa tai auttaa ihmistä kuoleman lähestyessä. Hoitotyön menetelmille olisi hyvä asettaa osana laadunhallinta seuranta- ja arviointijärjestelmän, jossa voidaan menetelmien vaikuttavuutta systemaattisesti seurata. Hegyvaryn (1991) mukaan yksilövastuinen hoitotyö on näkemys hoitotyöstä professionaalisenä, potilaskeskeisenä käytäntönä. Sen peruspiirteisiin kuuluvat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Henkilöstön tulee kuitenkin oivaltaa se vaihtelu, jonka puitteissa hoitotyötä voidaan toteuttaa. (Hegyvary 1991, 17–19.) Laajemmin kunkin profession tulee asettaa omat osaamisvaatimuksensa ja näkemys asiantuntijuudesta kunkin organisaation laadun kontekstiin.

Toteutuneen laadun määrittelee asiakas ja palvelun arvo asiakkaalle muodostuu sen kyvystä tyydyttää asiakkaan tarpeet ja halut. Asiakaskeskeinen laatu näkemys on hyvin subjektiivinen. Jokaisella asiakkaalla on omista kokemuksistaan ja niiden luomasta ymmärtämisyhteydestä johtuen erilaiset käsitykset laadusta, siksi laatu näkemystä tulisikin aktiivisesti pyrkiä johtamaan.

Luvussa 5 esitettiin malli, jossa kuvataan laadun määrittelyn tasoja, laadun ominaisuuksia ja asiakkaan osallistumista asiointiprosessissa palvelutapahtumiin ja hoitoprosesseihin. Laadun kokemukset muodostuvat asiakkaalle ajassa etenevänä prosessina, josta halutaan saada tietoa ja jota halutaan ymmärtää. Näin syntyvät asiakaspalauttejärjestelmät. Tarkasteltaessa tämän tutkielman tuloksia ja hoidon laadun HYVÄ HOITO-mittaria, voidaan esittää, että teoreettisia ja operationaalaisia laadun määrittelyjä tulee ymmärtää laadun eri tasoilla ja hoitoprosessina ja prosessin

lopputuloksena. Varsinkin kun laadun määritelmät ovat kontekstisidonnaisia, kullekin organisaatiolle ja sen ohjaus- ja toimintatavoille erityisinä. Laadun mittaamista tulisi tarkentaa kullekin tasolle erikseen suhteessa toimintaprosesseihin. Spontaanin palautteen perusteella tasoista saatu tulosten perusteella tutkielmat tulokset yhdistetään teoreettiseen viitekehykseen seuraavasti.

1. Teoreettiset laadun määritelmät

- Terveydenhuollon laadun filosofiset ja eettiset lähtökohdat
- Potilaan, omaisten ja asiakkaiden kokemukset tasa-arvoisuudesta, oikeudenmukaisuudesta, hyvästä kohtelusta, hyvästä hoidosta, itsemääräämisoikeudesta ja inhimillisyydestä

2. Operationaaliset suunnittelukeskeiset laadun määrittelyt – tavoitteellinen, objektiivinen laatu

- Palvelun tuotantojärjestelmän laatu - Asiakkaalle näkyvät ja näkymättömät osat, kokonaisuus
- Ammattiryhmien välinen yhteistyö, hoitopaikkojen välinen yhteistyö, hoitoon pääsyn ja jatkohoidon järjestäminen, tiedon liikkuminen (lähetteet, tutkimuspyynnöt ja -vastaukset, epikriisit)

3. Operationaaliset laadun määrittelyt, mitattava laatu ja lopputuloksen laatu – palvelun tuotannon laatu

- Prosessien laatu - erityisesti potilaalle näkyvät osat, asiointiprosessi
- Potilaan ja omaisten saama tieto lähetteen saapumisesta, käsittelystä, ajanvarauksesta, ajanvarauksen muuttamisesta, ajanvarauksen muuttumisesta/peruuttamisesta, hoitoon tai tutkimukseen valmistautumisesta, ilmoittautumisesta, odotusajoista, hoitopaikan tapahtumista, hoito-ajan kestosta ja päättymisestä, sairaudesta ja ennusteesta, hoitomenetelmistä, odotettavasta lopputuloksesta, hoito-ohjeista, lääkehoidosta, etuuksista, jatkohoidosta ja jatkohoidosta vastaavasta, vastauksista ja lausunnoista.

4. Palvelutapahtuman laatu

- Operationaalinen palvelutapahtuman laadun ominaisuuksien määrittely. Potilaan näkökulmasta kunkin palvelutapahtumasta vastaavan henkilökunnan jäsenen tai ryhmän toiminta (lääkärit, hoitajat, hoitoryhmät jne.)
- Palvelutapahtuman sisältö: kukin yksittäinen hoitoprosessin vaihe, ilmoittautuminen, lääkärin tutkimus ja hoito (poliklinikka, osastohoito, toimenpiteet jne.), hoitohenkilökunnan yksittäiset toimet (kivun hoito, neuvonta, omatoimisuuden tukeminen jne.), kotiuttaminen.

5. Asiakkaan odotukset, kokemukset ja asiakaspalautejärjestelmä

- Asiakaslähtöinen organisaation strategiaan ja operationaalisiin tavoitteisiin perustuva laadun mittaaminen, inkrementalismi

1. Tunnista asiakkaan tarpeet
 - Laadun määrittelyn eri tasoilla
 - Prosesseissa
 - Kysy asiakkaiden tarpeita
2. Kerää palautetta, mittaa tyytyväisyyttä
 - Aseta mittarit vastaamaan strategisia tavoitteita ja kohdista ne prosesseihin
 - Kerää vapaamuotoista palautetta tarkentamaan muuttuvaa tarvetta ja prosessien ja palvelutapahtumien toteutumaa
3. Analysoi palaute ja kehitä toimintaa
 - Inkrementalismi
 - Prosessien uudistaminen
4. Kehitä toimintaa vastaamaan tarpeita
 - Jatkuvan kehittäminen
 - Laadunhallinta

6. **Prosessien uudistaminen, rakennemuutokset** - voivat perustua prosesseista lähteville radikaaleille uudistamisen tarpeille tai ylhäältä päin lähteville tarpeille, esim. kunta- ja rakenneuudistus.

Laadun osa-alueiden ja ominaisuuksien määrittely tulee tehdä osa-alueittain, jotka ovat organisaation toiminnalle mielekkäitä. Hoitoprosessien tasolla tehtävät laadun määritelmät ovat erilaisia riippuen prosessista ja sen asiakkaita. Terveystuollon laatu on kaikille prosesseille yhteinen, minkä tulisi näkyä organisaation yhtenäisenä tapana mitata ja kerätä siitä palautetta.

9.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta ja luotettavuuden arvioinnista on erilaisia käsityksiä. Kvalitatiivinen tutkimus voi etsiä arviointikriteerinsä perinteisistä reliabiliteetin ja validiteetin käsitteistä, joiden perusta palautuu positivistiseen tutkimusperinteeseen. Toisaalta voidaan etsiä kvalitatiiviselle tutkimukselle omat luotettavuuskäsitteensä (ks. Nieminen 1997) Garratt ja Hodkinson (1998) esittävät, että luotettavuustarkastelun lisäksi tärkeitä arviointikriteereitä ovat kunkin laadullisen tutkimuksen ontologinen ja epistemologinen perusolettamus. Luotettavuustarkastelun kohteena tulee olla myös tutkimuskohtaiset ratkaisut eli tutkijan kyky kuvata ja perustella tutkimusprosessinsa eteneminen ja ratkaisut, joilla tutkimuksen luotettavuutta

on pyritty varmistamaan ja arvioimaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden kannalta keskeisinä määritteinä voidaan pitää uskottavuutta (credibility), siirrettävyyttä (transferability), varmuutta (dependability) ja vahvistettavuutta (confirmability) (Tynjälä 1991). Uskottavuuden näkökulma on sisäisen validiteetin vaatimus. Onko tutkijan luoma tulkinta todellisuutta vastaava? Tässä tutkielmassa tutkimuksen raportointi on sisällöltään todellisia asiakaspalautteiden kuvauksia vastaava, ei tulkintoja niistä. Tutkielman keskeisenä tavoitteena oli asiakaspalautteiden sisällön laajuuden kuvaaminen. Kvantifioinnin tavoitteena on ollut argumentoida ja havainnollistaa lukijalle, kuinka suuren painoarvon tietyt sisältöluokat palautteissa saivat. Analysoinnin haasteena oli yhden palautesisällön sijoittaminen analyysirunkoon, sillä palaute saattoi sisältää useita eri asioita.

Autenttisia tekstikatkelmia esitettiin laadullisissa tutkimuksissa käytettynä menetelmänä tulkinnan uskottavuuden lisäämiseksi. Autenttisten tekstikatkelmien yhtenä tavoitteena on osoittaa lukijalle yhteyksiä aineiston, tulkinnan ja raportoinnin välillä (Kynge & Vanhanen 1999). Tekstikatkelmien avulla lukija voi seurata ja arvioida tulkintaprosessin muotoutumista. Autenttisia tekstikatkelmia on käytetty tuloksien esittämisessä, on elävöitetty tutkimusraporttia ja annettu lukijalle mahdollisuus arvioida aineiston ja tulkinnan luotettavuutta ja uskottavuutta.

Luokittelun ja tulkintaprosessin esittämistä pidetään yhtenä keskeisenä sisällön analyysinä toteutetun tutkimuksen uskottavuuskriteerinä (Krippendorff 1980, Mayring 1984). On pystyttävä riittävän tarkasti esittämään se, miten luokittelukategoriat ovat syntyneet ja minkälaisiin sisällöllisiin kriteereihin ne perustuvat. Tässä tutkimuksessa olen käyttänyt sekä deduktiivista että induktiivista sisällön analyysia. Deduktiivisen analyysin perustana käyttämäni luokitusrunko muodostui hoidon laadun mittaamiseen tarkoitetun HYVÄ HOITO-mittarin sisältöluokista. Yläkategorioina olivat mittarin sisältöluokat ja niiden alakategorioiksi muodostuivat laatutekijät, joita palautteissa esiintyi. Deduktiivisessa analyysissä oleelliseksi muodostui se, että mittarin laatutekijöiden lisäksi palautteissa tuli esiin uusia laatutekijöitä, joita luokitusrunko ei tavoittanut. Osa laatutekijöistä muodosti "muut kategoriat" -kohdan.

Tulososan lukujen otsikkoina ja sisältöinä käytin deduktiivisesti muodostettua luokitusrunkoa, jonka sisältö esitettiin ensin alkuperäisen mittarin sisältönä ja sitten palautteiden muodostamana sisältönä. Tavoitteena on auttaa lukijaa arvioimaan, paitsi luokitusrungon toimivuutta, myös tulkinnan etenemistä empiirisen aineiston ja luokitusrungon sisällön välisenä vuoropuheluna. Deduktiivisessa analyysissä yhdeksi tutkimuksen uskottavuutta haastavaksi tekijäksi nousi se, että

yläkategorian alkuperäisen sisällön lisäksi nousi paljon uutta sisältöä. Tämä uusi sisältö kuvasi lähinnä sitä palvelun laatua, johon potilaat ja asiakkaat olivat pettyneet. Induktiiviseen sisällön analyysiin liittyvien luokituskategorioiden sisältöä ja muodostumista olen kuvannut sekä menetelmäluvussa että kussakin tulososan luvussa, jossa olen käyttänyt induktiivista sisällön analyysia. Näin myös lukija pystyy seuraamaan konkreettisesti sitä, miten aineiston pelkistäminen ja ryhmittely on tapahtunut ja minkälaisia sisältöjä kuhunkin syntyneeseen kategoriaan liittyy.

Tutkijan kulttuurista kompetenssia ja reflektiota pidetään laadullista tutkimusta koskevassa metodikirjallisuudessa yleisesti yhtenä tutkimuksen uskottavuutta lisäävänä tekijänä (Lincoln & Guba 1985). Jos tutkijalla ei ole riittävää kulttuurista tarttumapintaa ja osaamista oman aineistonsa sisältöön ja tutkittavaan ilmiöön, hänen on lähes mahdotonta tehdä sitä koskevia valideja tulkintoja. Tutkielman tekijä on perehtynyt tutkielman aiheena olevaan hoidon ja palvelun laatuun laajemmin omassa käytännön työssään, mikä tukee tutkielman tulosten raportointia.

Tutkimusprosessi eteni jatkuvana vuoropuheluna teoreettisen viitekehyksen ja empiirisen aineiston välillä. Palautteen sisältö tuli ymmärretyksi usean lukukerran jälkeen. Tiedon käyttäjien kanssa toteutetusta reflektiosta käytetään nimitystä face-validointi (Kyngäs & Vanhanen 1999, Patton 1990). Face-validiteetti tarkoittaa käytännössä sitä, että tuloksia validoidaan esittelemällä tulokset henkilöille, joille tutkittava ilmiö on tuttu, ja pyydetään heitä arvioimaan, vastaavatko tulokset todellisuutta. Monet sisällön analyysin asiantuntijat suosittelevat face-validiteetin käyttöä analyysin luotettavuuden lisäämiseksi (Kyngäs & Vanhanen 1999). Omassa tutkimuksessani tulosten reflektointi ja validointi olisi lisännyt tulosten uskottavuutta.

Siirrettävyys on laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerinä verrattavissa kvantitatiivisen tutkimuksen yleistettävyyden, ulkoisen validiteetin, vaatimukseen (Lincoln & Guba 1985, Tynjälä 1991) eli siihen, missä määrin tulosten voidaan olettaa soveltuvan myös laajempaan perusjoukkoon (Tynjälä 1991). Lincolnin ja Cuban (1985) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa tulosten siirrettävyys kontekstista toiseen riippuu lähinnä siitä, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. Tutkija ei voi yksin tehdä johtopäätöksiä tulosten siirrettävyydestä, vaan vastuu tutkimuksen sovellusarvosta jää suureksi osaksi tutkimuksen hyödyntäjille. Tutkijan tehtävänä on kuvata riittävän tarkasti oman tutkimuksensa informantit ja heidän toimintaympäristönsä, jotta tutkimuksen hyödyntäjät saavat riittävät välineet tutkimuksen sovellusarvon määrittämiseen eri konteksteissa. (Lincoln & Cuba 1985, Tynjälä 1991) Tässä tutkielmassa informantit ovat asiakaspalautteiden antajia. Antajia ei voida tunnistaa, eikä tutkielman

tuloksia voida ainutkertaisuutensa ja kontekstisidonnaisuutensa vuoksi siirtää. Tuloksia voidaan sen sijaan hyödyntää omassa kontekstissaan sairaalan toiminnan ja laadun kehittämisessä. Siihen tarkoitukseen tulokset sopivat erittäin hyvin. Tuloksia täytyy kuitenkin ymmärtää siten, että palautteen antamisen motiivi on usein asiakkaan pettymys ja palaute kertoo niistä palvelun osista, joissa pettymyksiä tulee.

Varmuus ja **vahvistettavuus** laadullisen tutkimuksen arviointikriteereinä pohjautuvat perinteisessä metodologiakeskustelussa sekä tutkimuksen pysyvyyden, ts. reliaabeliuden, että objektiivisuuden vaatimukseen. Kvantitatiivisen tutkimuksen reliabiliteettia on tutkittu esimerkiksi erilaisilla uusintamittauksilla, joiden kautta on tarkistettu, missä määrin tulokset pysyvät samana (Lincoln & Guba 1985, Tynjälä 1991). Vastaavasti objektiivisuutta on pyritty varmistamaan esimerkiksi pyrkimällä ”sulkeistamaan” tutkijan omat käsitykset tulkinnan ulkopuolelle. Kumpaakin lähtökohtaa voidaan pitää irrelevanttina laadullisessa tutkimuksessa, jonka ontologinen perusta rakentuu nimenomaan ajallisesti ja paikallisesti konstruoituvan, subjektiivisen ja muuntuvan todellisuuden varaan (vrt. Guba & Lincoln 1994). Tässä tutkielmassa deduktiivinen päättely perustui autenttiseen palautetekstiin, jota verrattiin HYVÄ HOITO –mittarin analyysirunkoon. Haasteena tutkijalle oli tehdä päätös esim. henkilösötn ominaisuuksien positiivisesta ja negatiivisesta ulottuvuudesta, koska HYVÄ HOITO-mittari on asteikoltaan positiivinen. Konstruktivistisen paradigman mukaan kaikki tietomme on oman konstruointimme tulosta, jolloin tutkijan on mahdotonta sulkeistaa omia subjektiivisia käsityksiään kokonaan tutkimusprosessin ulkopuolelle. Tutkija kuitenkin pyrki objektiiviseen analyysiin toistamalla analyysin analyysirunkoon useaan kertaan. Sulkeistamisen sijaan on tärkeää olla tietoinen omista ennakkokäsityksistään sekä reflektoida jatkuvasti omia näkemyksiään ja ratkaisujaan (ks. edellä tutkijan kulttuurinen kompetenssi ja reflektio). Vastaavasti tutkimustulokset eivät koskaan voi pysyä täysin samana, vaikka palautteiden analyysi toistettaisiin saman kaavan lyhyen aikavälin kuluessa. Käsityksemme maailmasta ja sen eri ilmiöistä muuttuvat koko ajan. (Tynjälä 1991.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen varmuus ja vahvistettavuus, samoin kuin uskottavuus ja siirrettävyys, palautuvat viime kädessä kaikki tutkimusmenettelyjen huolelliseen raportointiin, jonka kautta lukijan on mahdollista seurata tutkimuksen kulkua ja arvioida sen luotettavuutta. Pattonin (1990) mukaan tällöin ei ole kysymys ”objektiivisuudesta” sen perinteisessä mielessä, vaan lähinnä tutkijan rehellisyydestä, uskottavuudesta ja tasapainosta (ks. myös Lincoln & Guba 1985, Tynjälä 1991).

Aineiston luotettavuutta tarkastellaan siitä näkökulmasta, onko tutkija onnistunut tavoittamaan tutkittavan ilmiön. Tässä tapauksessa aineisto on autenttista tekstiä. Ihan toinen kysymys on, onko palautteen kirjoittaja kirjoittanut asian totuudellisesti. Sitä ei kuitenkaan voi mitenkään arvioida. Lähtökohtana on ollut, että annettu palaute on palautteen antajan mielestä tosi, todellinen asia. Eettisten periaatteiden huomioiminen on otettu huomioon siten, että palautteiden antajia eikä palautteissa mainittuja henkilöitä voida tunnistaa. Tutkimusprosessin aikana ei ole oltu yhteydessä palautteen antajiin.

10 JATKOTUTKIMUS

Jatkotutkimuksen aiheita on valtavasti. Mielenkiintoisinta olisi tutkia ja suunnitella jonkin organisaation koko palautejärjestelmä, joka perustuu organisaation strategisiin tavoitteisiin ja tavoitteiden toteutumisen mittaamiseen, seurantaan ja arviointiin. Toisena ehdotuksena voisi olla yhden hoitoprosessin laadun osa-alueiden ja ominaisuuksien määrittely, indikaattoreiden kokoaminen, standardien määrittely ja mittaamisen kohdentaminen oikeisiin kohtiin. Kolmantena ehdotuksena voisi olla palautteen hyödyntämisen tarkempi suunnittelu. Tutkittaisiin miten palautteen käsittely toteutetaan organisaation eri tasoilla ja miten tarvittavat toimenpiteet ohjeistetaan ja toteutetaan. Neljäntenä kohteena voisi olla tietoteknologiapohjaisen palautejärjestelmän määrittely, rakentaminen ja käyttöönotto.

LÄHDELUETTELO

- Aarnisuo, H. 2005. Onnistu asiakaspalvelussa. WS Bookwell Oy, Juva.
- Ackoff, RL. 1981. Creating the Corporate Future: Plan or be Planned for. Wiley, New York.
- Ackoff, RL. 1999. Ackoff's Best: His classic Writings on Management. Wiley, New York.
- Alasuutari, P. 1999/1993. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Vastapaino, Tampere.
- Berelson, B. 1952. Content Analysis in Communication Research. The Free Press, Glencoe, Illinois.
- Berry, L. & Parasuraman, A. 1997. Listenig the customer – The concept of a service-quality information system. Sloan Management Review 38 (3), 65-76.
- Black, S., Briggs, S. & Keogh, W. 2001. Service quality performance measurement in public/ private sectors. Managerial Auditing Journal 16 (7), 400–405.
- Buttle, F. 1996. SERVQUAL: review, critique, research agenda. European Journal of Marketing 30(1): 8-32.
- Clow, K., Kutz, D., Ozment, J. & Ong, B. 1997, The Antecedents of Consumer Expectations of Services: An Empiricat study Across Four Industries. The Journa of Sevices Marketing 10(2), 42-56.
- Deming, W. 2000/1982. Out of the Crisis. The MIT Press (First MIT Press edition 2000). London.
- Dey I. 1993. Qualitative data analysis: a user friendly guide for social scientists. London, Routledge.
- Donabedian, A. 1981. Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean? American Journal of Public Health 71 (4), 409–412.
- Donabedian, A. 1988. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? JAMA 260 (12), 1743– 1748.
- Donabedian, A. 1996. The Effectiveness of Quality Assurance. International Journal for Quality in Health Care 8 (4), 401–407.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000/1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Vastapaino, Tampere.
- Espoon kaupunki. 2001. Asiakastilinpäätös. Sosiaali- ja terveystoimi. Espoo.
- ETENE. 2001a. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) & sosiaali- ja terveystoimi. Sosiaali- ja terveystoiministeriön selvityksiä 1. Saatavilla [www-muodossa URL: http://www.etene.org/dokumentit](http://www.etene.org/dokumentit). 7.4.2003.
- ETENE. 2001b. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) & sosiaali- ja terveystoimi. ETENE-julkaisuja 1. Saatavilla [www-muodossa URL: http://www.etene.org/dokumentit](http://www.etene.org/dokumentit). 7.4.2003.

ETENE. 2002. Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998–2002. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) & sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 5. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.etene.org/dokumentit.7.4.2003>.

ETENE. 2003. Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. ETENE:n 3. kesäseminaari 20.8.2002, Helsinki. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) & sosiaali- ja terveysministeriö. ETENE-julkaisuja 6. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.etene.org/dokumentit.7.4.2003>.

Fornell, C. & Westbrook, R. 1984. The Vicious Circle of Consumer Complaints. *Journal of Marketing*, Vol. 48(3):68-78.

Garratt D & Hodgkinson P (1998) Can there be criteria for selecting research criteria? – A hermeneutical analysis of an inescapable dilemma. *Qualitative Inquiry* 4(4):515–539.

Garvin, D. 1988. *Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge*. The Free Press, New York.

Garvin, D. 1991 How the Baldrige Award really works. *Harvard Business Review* 69 (6), 80-93.

Goodman, J., DePalma, D. & Broetzmann, s. 1996. Maximizing the value of customer feedback. *Quality Progress* 29 (12), 35–39.

Goodman, J. 2001. Using Complaints for Quality Assurance Decisions. *International Journal of Customer Relationship Management*. Vol. 4 June/July, 59-72.

Grönroos, C. 1987. Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Grönroos, C. 1994. *Nyt kilpaillaan palveluilla*. 3. painos. Weilin+Göös, Jyväskylä.

Grönroos, C. 2001. *Palveluiden johtaminen ja markkinointi*. WSOY, Helsinki.

Hallintolaki 434/2003.

Hammer, M. & Champy, J. 1993. *Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution*. HarperCollins Publishers, New York.

Hannula, L. 1996. Hyvä hoito lapsivuodeosastolla. Tutkielma, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.

Hannus, J. 1994. *Prosessijohtaminen. Ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suorituskyky*. 4. painos. HM & Research Oy, Espoo.

Hegyvary, S. 1991. *Yksilövastuinen hoitotyö. Hygieia. Terveysten- ja sairaanhoitajan kirjasto*. Kirjayhtymä, Helsinki.

Hiidenhovi, H. 2001. *Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla*. Acta Universitatis Tamperensis 833. Tampereen yliopisto, Tampere.

Hiidenhovi, H., Åstedt-Kurki, P. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* Vol. 13. No 1/01, 11- 20.

Hirsjärvi, S & Hurme, H., 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hourula, K. & Laivamaa, S. 1997. Asiakkaan asema ja terveydenhuollon palvelutoiminnan laadun kehittäminen asiakaspalautteen perusteella. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Talouden ja hallinnon tieteenalaryhmä. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto, Rovaniemi.

Idänpään-Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatuksiteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita 20. Stakes.

Itkonen, T. 2000. Uusi kieliopas. Tammi.

Janson, K., Karvonen, I., Mattila, V-P., Nurmilaakso, J., Ollus, M & Salkari, I., Ali-Yrkkö, J. & Ylä-Anttila, P. 2001. Uuden tietotekniikan vaikutukset liiketoimintaan. TEKES raportteja 111/2001. TEKES, Helsinki.

Järvi, P. Spontaani asiakaspalaute ja asiakasdialogi päivittäistavarakaupassa. Jyväskylän yliopisto, taloustieteiden tiedekunta N:o 259/2003.

Kaplan, R. & Norton, D. 1996. The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, January-February, Vol. 70(L 1), 71-79.

Kaplan, R. j& Norton, D. 1996. *Translating Strategy into Action - The Balanced Scorecard*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.

Kaplan, Robert S. j& Norton, D. 2000. *The Strategy-focused Organization. How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press, s. 400.

Kekäle, J. & Lehikoinen, M. 2000. Laatu ja laadun arviointi eri tieteenaloilla. Joensuun yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. *Psykologian tutkimuksia* 21. Joensuun yliopistopaino.

Kinnunen, J. & Vuori, J. 1999. Hoitotyön johtamisen perusulottuvuudet ja toimintamallien muutokset. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.): *Hoitotyötä johtamaan*. Kirjayhtymä, 26–52. Helsinki.

Kotilainen, H. 2002. Yksityisyyden ja yhteisöllisyyden turvaava laitoshoidoympäristö, Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.): *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun*. Oppaita 49. STM & Stakes. Stakes, 122–27 Helsinki.

Kotler, P. 2000. *Marketing Management: The Millenium edition*. Prentice-Hall, Inc., New jersey.

Krippendorff, K. 1980. *Content Analysis. An Introduction to its Methodology*. The Sage Commtext Series, Sage Publications Ltd., London.

Kuntalaki 365/1995.

- Kuusisto, M-L. & Jokinen, R. 2003. asiakaspalaute TyyTy-asiakaspalautemenetelmällä. Länsi-Suomen läänin hallitus, Nro 1/2003.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion Yliopisto.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1): 3–12.
- Laine, T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R.(toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Chydenius-instituutin julkaisuja 3., 26–43. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 612/1999.
- Lecklin, O. 1997. Laatu yrityksen menestystekijänä. Kauppakaari Oyj, Helsinki.
- Lehtinen, J. 1983. Asiakasohjautuva palveluyritys. Weilin + Göös, Espoo.
- Leino-Kilpi, H. 1998. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva. 222-231.
- Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Raportteja 151. Stakes, Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri, S. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyö* :7–20. WSOY, Helsinki.
- Leinonen T. 2002. The quality of perioperative care. Developing a patientoriented measurement tool. Turun yliopiston julkaisu Sarja D 481.
- Lillrank, P. 1990. Laatumaa. Johdatus Japanin talousnäkymään laatujohtamisen näkökulmasta. Gaudeamus, Helsinki.
- Lillrank, P. 1998. Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava, Helsinki.
- Lillrank, P. 2003. Keskenikäinen potilas eli aika sairaanhoidossa. *Suomen Lääkärilehti* 58 (3):309–311.
- Lincoln, Y & Guba, E. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, California.
- Lindblom, C. 1959. "The Science of Mudding Through". *Public Administration Review*, 19:79–89.
- Lindblom, C. 1968. *The Policy Making Process*. Prentice Hall, Englewood Cliffs New York.
- Lumijärvi, I. 1994. Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä. Vaasan yliopiston julkaisu. Tutkimuksia no 186, Vaasa.

- Lumijärvi, I. & Jylhäsaari, J. 1999. Laatujohtaminen ja julkinen sektori : laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. Gaudeamus, Helsinki.
- Luoma, M. 2001. Laatu lainvalvontaan. Laadun ja osaamisen kehittäminen poliisihallinnossa. Poliisikorkeakoulun tutkimuksia 12. Poliisiammattikorkeakoulu, Espoo. Edita.
- Mayring, P. 1994. Qualitative Ansätze in der Krankheitsbewältigungsforschung. In E. Heim & M. Perrez, (Toim.), Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 10:38-48. Göttingen: Hogrefe.
- Mattila, H. pelaako palvelu Kelassa? Kelan asiakaspalautejärjestelmästä poimittuja mielipiteitä. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 31. Kela.
- MOT Kielitoimiston sanakirja 1.0. <http://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe> 27.4.2007.
- Mustajoki, S., Routasalo, P., Salanterä, S. & Autio, A. 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:31. Turun yliopisto, Turku.
- Mäki, T. 2000. Laadunhallintainnovaation diffuusio Suomen terveydenhuollossa. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Lisensiaatintyö. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Määttä, S. & Ojala, T. 1999. Tasapainoisen onnistumisen haaste. Johtaminen julkisella sektorilla ja Balanced Scorecard. Hallinnon kehittämiskeskus & Valtiovarainministeriö. 2. painos. Edita, Helsinki.
- Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94. Kuopion yliopisto, Kuopio.
- Nojonen, K. 1999. Tehokas toiminta hyvän laadun takeena. Teoksessa Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan:124–137. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Normann, R. 1995. Service Management. Strategy and Leadership in Service Business. Second Edition. John Wiley & Sons, Chicester.
- Olve, N.-G., Roy, J. & Wetter, M. 1998. Balanced Scorecard –Yrityksen strateginen ohjausmenetelmä. WSOY, Porvoo.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. Journal of Marketing 49 (Fall):41–45.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. 1988. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing 64 (1):12–40.
- Pelkonen, M. & Perälä, M.-L. 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Terveystieteiden ja sairaanhoitajan kirjasto. Hygieia. Helsinki, Kirjayhtymä.
- Perälä, M.-L. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: Laatumittarin (Qualpacs) validointi. Tutkimuksia 56. Stakes.

Perälä, M.-L. 1998. Näkökulmia laatuun. Teoksessa Sonninen, A.-L., Grönlund, E., Haarala, R., Holopainen, A., Kiikkala, I. & Wilskman, K.: Hoitotyön ulottuvuuksia. Näkökulmia ammattikieleen. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, Helsinki:91–97.

Perälä, M.-L., Eerola, E.-L., Räikkönen, O., Koponen, L. & Kerppilä, S. 1995. Yhdessä uudistuen laadunhallintaan. Kuopion läänin hoitotyön laatuprojektin arviointi. Raportteja 183. Stakes, Helsinki.

Perustuslaki 731/1999.

Polit, D. & Hungler, B. 1999. Nursing Research. Principles and Methods. (sixth ed.), J.B. Lippincott Company, Philadelphia, New York, Baltimore.

Potilaslaki.1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Potilasvahinkolaki 585/1986.

Quintana, M., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C. & San-Sebastian, J. & de la Sierra, E. & Thompson, A. 2006. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. BMC Health Services research 6:102, 9p.

Reeves, C. A. & Bednar, D. A. 1994. Defining quality: alternatives and implications. Academy of Management Review 19 (3):419–445.

Renholm, M. & Suominen, T. 2002. Critical Pathways. A Systematic Review. Journal of Nursing Administration 32:196-202.

Renström, L., Christensson, L., Leino-Kilpi, H. & Unosson L. 2004. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing scale for patients. Scandnavien Journal of caring Sciences 17:308-314.

Rissanen, T. 2006. Hyvän palvelun kehittäminen. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti Polestar Ltd, Vaasa.

Rope, T. & Pöllänen, J. 1995/1994. Asiakastyytyväisyysjohtaminen. 3. painos. Weilin+ Göös, Helsinki.

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu: potilas laadun arvioijana. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto, Turku.

Salmela T. (1996) Problems of the concept of Satisfaction in public sector satisfaction surveys. Administration Research, 1:32-41.

Sampson, S. 1996. Ramifications of monitoring service quality through passively solicited customer feedback. Decision Sciences 27 (4):601-602.

Sampson, S. 1998. Gathering customer feedback via Internet: Instruments and prospects. Industrial Management & data Systems 98 (1/2):71-82.

Savolainen, T. 1997. Development of Quality-Oriented Management Ideology. A longitudinal Case Study on the Permeation of Quality Ideology in Two Finnish Family-Owned Manufacturing

Companies. Jyväskylä Studies in Computer Science, Economics and Statistics 37. Jyväskylän Yliopisto, Jyväskylä.

Silén, T. 1998. Laatujohtaminen. Menetelmiä kilpailukyvyin vahvistamiseksi. WSOY, Porvoo.

Simon, H. 1982/1979. Päätöksenteko ja hallinto. 2. painos. Ekonomia-sarja. Weilin+Göös, Espoo.

Siponen, U. & Välimäki, M. 2003. Patients' Satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 10(2), 129-135.

SFS. 1995. Laadunhallinta ja laadunvarmistus, sanasto. SFS-EN ISO 8402. SFS.

SFS-ISO 10002. 2006. Laadunhallinta. Asiakastyytyväisyys. Suuntaviivat asiakasvalitusten käsittelyyn organisaatiossa. SFS.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. 1999. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Stakes & Suomen Kuntaliitto. Gummerus, Jyväskylä.

Stakes. 1995. Laadun kehittäminen perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon laadunvarmistuksen työryhmän loppuraportti. Aiheita 40. Stakes, Helsinki.

Stakes. 1995b. Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. 2. tarkistettu painos. Gummerus, Jyväskylä.

STM. 1998. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Selvitysmiesraportti 1. Työryhmämuistioita 1. Terveydenhuollon kehittämisprojekti. STM, Helsinki.

STM. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoiteja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus julkaisuja 18. Helsinki: STM. Saatavilla www-muodossa URL: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/01/pr1073468592198/passthru.pdf>. 17.6.2006.

STM. 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. STM julkaisuja 2006:14, Helsinki.

Storbacka, K. & Lehtinen, R. 1997. Asiakkuuden ehdoilla. WSOY, Porvoo.

Storbacka, K., Blomqvist, R., Dahl, J. & Haeger, T. 1999. Asiakkuuden arvon äärellä. CRM Finland Oy ja WSOY, Juva.

Stähle, P. & Wilenius, M. 2006 Luova tietopääoma Tulevaisuuden kestävä kilpailuetu. Edita Prima Oy Helsinki.

Suomen Kuntaliitto. 1998e. Laatutyökalut. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti 4. Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Suominen, T, Leino-Kilpi, H, Mäkelä, M., Irvine Doran D. & Puukka P. 2001 Staff empowerment in Finnish intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17:1-7.

- Teas, R. 1993. Expectations, performance Evaluation and Consumers' Perception of Quality. *Journal of Marketing*, Vol 57(4):18-34.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Tuominen, C. & Lillrank, P. 2000. Laatuksitykset suomalaisissa yrityksissä. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja. 24. Toim. Tuurna, S. Kauppa- ja teollisuusministeriö, teknologiaosasto, Helsinki.
- Tuorila, H. 2000. Potilaskuluttaja terveystarkkinoilla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. *Acta Universitatis Tampereensis* 764. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Turtiainen, J. 2000. Työhallinto ja laatu. Laatu työn erityispiirteitä julkisen hallinnon palvelussa. *Acta Universitatis Tampereensis* 737. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Tynjälä, P. 1991 Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja*. Kasvatus 22:387-398.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Hygieia. Terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Vehviläinen- Julkunen, K. & Paunonen, M. (1997) Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.
- Voutilainen, P. 2007. Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. *Stakes raportteja 2/2007*. Stakes, Helsinki.
- Vuori, H. 1995/1992. Terveydenhuollon laadunvarmistus. 2. Painos. Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Wasenius, L. 2000. Analyysi HYVÄ HOITO –mittarilla saaduista laatu tuloksista. Tutkielma, Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto.
- Wilkinson, A., Redman, T., Snape, E. & Marchington, M. 1998. *Managing with Total Quality Management. Theory and Practice*. MacMillan Press, London.
- Wirtz, J. & Tomlin, M. 2000. Institutionalising customer-driven learning through fully integrated customer feedback systems. *Managing Service Quality*. Vol 10(4): 205 – 215.
- Wright von, G. 2001. Hyvän muunnelmat. Otava, Helsinki.
- Yin, Robert K. (1994) *Case study research: Design and methods* (2nd edition). Sage. Newbury Park, CA.
- Ziethaml, V. & Berry, L. & Parasuraman, A. 1993. The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Marketing Science*. Winter 93, Vol. 21 Issue 1, p1.
- Zeithaml, V., Bitner, A. & Gremler, S. 2006. *Services Marketing Intergrating Customer Focus Across the Firm*. 4 th ed. McGraw-Hill Companies, New York.

Åhlberg, M. 1997. Jatkuva laadunparantaminen korkeatasoisena oppimisena. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 68. Joensuu: Joensuun yliopisto.