

TAMPEREEN YLIOPISTO
Johtamistieteiden laitos

**LÄÄKÄRITYÖN LAATU PALVELUN TILAAJAN JA
TUOTTAJAN NÄKÖKULMASTA**

CASE: PIHLAJALINNA OY

Yrityksen hallinto
Pro gradu -tutkielma
Maaliskuu 2008
Ohjaaja: Marja Eriksson

Anastasia Kanervisto

TIIVISTELMÄ

| | |
|-----------------------|---|
| Tampereen yliopisto | Johtamistieteiden laitos, Yrityksen hallinto |
| Tekijä: | KANERVISTO, ANASTASIA |
| Tutkielman nimi: | Lääkärityön laatu palvelun tilaajan ja tuottajan näkökulmasta, Case: Pihlajalinna Oy |
| Pro gradu -tutkielma: | 77 sivua, 40 liitesivua |
| Aika: | Maaliskuu 2008 |
| Avainsanat: | terveydenhuolto, laatu, lääkärityö, tilaaja-tuottaja-malli, laadunhallinta |

Terveystenhuollon laatuun on kiinnitetty runsaasti huomiota. Hoidon laadun käsitettä ja laadun tuottamista sekä hallintaa on tutkittu laajasti. Terveystenhuollon laatumäärittelyssä on nykyään korostunut loppuasiakkaan eli potilaan näkökulma. Lääkäreiden näkökulmasta laatua on sen sijaan tutkittu niukasti. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lääkäreiden näkemyksiä lääkärityön laadusta ja sen tuottamiseen vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimuksen kohdeorganisaationa on viime vuosina vahvasti kasvanut, yksityinen, terveydenhuoltopalveluja tarjoava yritys Pihlajalinna Oy. Tutkimuksessa lääkäreiden laatu näkemyksiä tarkastellaan palvelun tuottajan ja palvelun tilaajan näkökulmasta. Palvelun tuottaja näkökulmaa edustavat Pihlajalinna Oy:n yleislääkärit, joita oli tutkimuksen tekohetkellä yrityksen palvelussa 50. Palvelun tilaajan ja asiakkaan näkemyksiä edustavat neljä julkisen sektorin ylilääkäreitä.

Tutkimuksessa selvitettiin Pihlajalinna Oy:n yleislääkäreiden ja terveystenkeskusten ylilääkäreiden näkemyksiä lääkärityön laadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä kirjallisuudessa olevia näkemyksiä laadusta. Lisäksi empiirisen aineiston avulla määriteltiin yrityksen käyttöön lääkärityön laadun kriteerit ja niiden tärkeysjärjestys lääkärityön laadun kannalta. Tutkimuksen kirjallisuusosassa kartoitettiin laadun käsitettä ja näkemyksiä terveydenhuollon laadusta. Lisäksi esiteltiin tilaaja-tuottaja-mallia ja erilaisia lääkärityön laatuun vaikuttavia säädöksiä ja lakeja.

Tutkimus on kvalitatiivinen, vertaileva tapaustutkimus. Empiirisen aineiston keruu toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa suoritettiin ylilääkäreiden haastattelut puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla ja tiedusteltiin yleislääkäreiden näkemyksiä yrityksen intranettiin sijoitetun kyselyn avulla. Kysely sisälsi strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Tulosten analyysin ja luokittelun avulla määriteltiin lääkärityön laadun kriteerit. Tutkimuksen toisessa vaiheessa molemmat kohderyhmät pyydettiin vielä asettamaan laadun kriteerit tärkeysjärjestykseen.

Tutkimuksen avulla pystyttiin määrittelemään lääkärityön laadun kriteerit lääkäreiden näkökulmasta sekä luomaan käytännönläheisen ja monipuolisen kuvan lääkärityön laadusta. Tutkimuksessa selvisi, että kirjallisuudessa esitetyt terveydenhuollon laatu näkemykset korostavat kustannustehokkuutta, kun taas tutkittujen lääkäreiden näkemykset korostavat resurssien riittävyyden vaikutusta lääkärityön laatuun. Kohderyhmien määrittelemistä kriteereistä voitiin päätellä, että lääkärit käsittävät lääkärityön laadun riippuvan tarjolla olevista resursseista, lääkärin taidoista ja tiedoista, lääkärin persoonallisuudesta ja hallinnollisista sekä organisatorisista tekijöistä. Tutkimuksen avulla pystyttiin kartoittamaan tuoreesta näkökulmasta organisaation laadunhallinnan ja kehityksen kannalta tärkeitä ulottuvuuksia. Tutkimustuloksia on hyödynnetty kohdeorganisaation laadunhallinnassa.

Sisällys

| | |
|---|-----------|
| 1 JOHDANTO..... | 1 |
| 1.1 Laadun käsite..... | 2 |
| 1.2 Palvelujen laatu..... | 4 |
| 1.3 Tutkimusongelma ja alaongelmat | 7 |
| 1.4 Tutkimustyön tavoite | 8 |
| 1.5 Keskeiset rajaukset ja käsitteet | 8 |
| 1.6 Tutkimuksen kulku ja tutkimusmenetelmät..... | 10 |
| 1.7 Tutkimusraportin sisältö | 13 |
| 2 TERVEYDENHUOLLON ERITYISPIIRTEET JA LAADUN MÄÄRITTELY TERVEYDENHUOLLOSSA | 14 |
| 2.1 Terveydenhuollon erityispiirteet | 14 |
| 2.2 Tilaja–tuottaja-malli terveydenhuollossa..... | 19 |
| 2.3 Yleislääkärin työn laatu..... | 22 |
| 2.3.1 Hoitosuosituksat | 24 |
| 2.3.2 Lainsäädäntö | 26 |
| 2.4 Yhteenveto..... | 28 |
| 3 AINEISTON KUVAUS JA ANALYYSI..... | 30 |
| 3.1 Käytetyt tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen kulku | 30 |
| 3.1.1 Tutkimusaihe..... | 30 |
| 3.1.2 Tutkimuksen kohderyhmät..... | 31 |
| 3.1.3 Tutkimuksen vaiheet..... | 32 |
| 3.1.4 Tutkimuksen luotettavuus ja kattavuus..... | 36 |
| 3.2 Kohdeorganisaation toiminnan ja laadunhallintajärjestelmän kuvaus | 39 |
| 3.2.1 Kohdeorganisaatio | 39 |
| 3.2.2 Laadunhallintajärjestelmä | 41 |
| 4 TUTKIMUKSEN TULOKSET: LÄÄKÄRITYÖN LAATU | 44 |
| 4.1 Mistä asioista koostuu laadukas lääkärityö? | 44 |
| 4.1.1 Laadun määrittely yleisellä tasolla | 44 |
| 4.1.1.1 Ylilääkäreiden näkemys | 44 |
| 4.1.1.2 Yleislääkäreiden näkemys | 45 |
| 4.1.2 Vastaanottoajan pituuden vaikutus lääkärityön laatuun | 47 |
| 4.1.2.1 Ylilääkäreiden näkemys | 47 |
| 4.1.2.2 Yleislääkäreiden näkemys | 47 |
| 4.1.2.3 Optimaalinen vastaanottoajan pituus..... | 48 |
| 4.1.3 Lääkärityön laadun yhteys kustannuksiin | 49 |
| 4.1.3.1 Ylilääkäreiden näkemys | 49 |
| 4.1.3.2 Yleislääkäreiden näkemys | 50 |
| 4.2 Hyvän lääkärityön edellytyksiä lääkäreiden näkemysten pohjalta..... | 51 |
| 4.2.1 Laadua huonontavat asiat..... | 51 |
| 4.2.2 Tekniset välineet ja hoitohenkilökunta | 51 |
| 4.2.2.1 Ylilääkäreiden näkemys | 51 |
| 4.2.2.2 Yleislääkäreiden näkemys | 52 |
| 4.2.3 Täydennyskoulutus..... | 55 |
| 4.2.3.1 Ylilääkäreiden näkemys | 55 |
| 4.2.3.2 Yleislääkäreiden näkemys | 56 |

| | |
|--|-----------|
| 4.3 Laatu parantavat asiat yksittäisen lääkärin kohdalla | 57 |
| 4.3.1 Ylilääkäreiden näkemys | 57 |
| 4.3.2 Yleislääkäreiden näkemys | 57 |
| 5 TUTKIMUKSEN YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET | 59 |
| 5.1 Yhteenveto aikaisemmasta kirjallisuudesta ja kohderyhmien laatu- näkemysistä..... | 59 |
| 5.2 Johtopäätökset lääkäreiden näkemysistä lääkärityön laadusta | 64 |
| 5.3 Epilogi ja jatkotutkimusehdotukset | 67 |
| LÄHTEET | 69 |
| LIITTEET | 73 |

LIITTEET:

LIITE 1: Lääkärin vastaanoton laatu

LIITE 2: Lääkärin vastaanoton laatuun liittyviä ohjeita, suosituksia ja lainsäädäntöä

LIITE 3: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992

LIITE 4: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

LIITE 5: Ylilääkäreiden haastattelukysymykset

LIITE 6: Saatekirje ylilääkäreille ja toisen vaiheen kysely

LIITE 7: Saatekirje yleislääkäreille

LIITE 8: Yleislääkäreiden kysely

LIITE 9: Yleislääkäreiden kriteereiden tärkeysjärjestykset vastausprosentteittain

LIITE 10: Lääkäreiden määrittämien kriteereiden tärkeysjärjestys ja vastausten keskiarvot

KUVIOT:

KUVIO 1. Palvelukonsepti ja palvelun tuotantoprosessi

KUVIO 2. Tutkimuksen kulku

KUVIO 3. Terveysthuollon toimijat ja niiden väliset suhteet

KUVIO 4. Lääkärityön laatuun vaikuttavia tekijöitä

KUVIO 5. Pihlajalinna Oy:n eri toiminnot ja palvelupaketit

KUVIO 6. Missä määrin lääkärityön laatu on riippuvainen teknisistä välineistä?

KUVIO 7. Missä määrin lääkärityön laatu on riippuvainen hoitohenkilökunnasta?

TAULUKOT:

TAULUKKO 1. Terveysthuollon erityispiirteet

TAULUKKO 2. Laadun arvioinnin malli laadun ulottuvuuksien ja arvioijan mukaan

1 JOHDANTO

Julkinen terveydenhuolto on murroksessa. Resurssipulan ratkaiseminen pelkästään julkisen terveydenhuollon henkilökunnan avulla on muodostunut viime vuosina mutkikkaaksi tehtäväksi. Monissa julkisissa organisaatioissa resurssipulaa on lähdetty ratkaisemaan ulkoistamalla terveydenhuoltopalvelut yksityisille palveluntarjoajille. Palvelun tehokkuutta ja laatua on pyritty parantamaan ottamalla käyttöön uusia toimintamalleja. Tässä tutkimuksessa terveydenhuollon laatua tarkastellaan tilaaja-tuottaja-mallin pohjalta, yksityisen ja julkisen sektorin lääkäreiden näkökulmasta.

Tutkimuksen kohdeorganisaatio on yksityinen, vuonna 2001 perustettu lääkäriyritys Pihlajalinna Oy. Se on perustettu paikkaamaan julkisen terveydenhuollon henkilöstöpulaa ja sen palvelukonseptia on vuosien varrella laajennettu käsittämään julkisen terveydenhuollon lisäksi myös yksityislääkäritoimintaa, työterveyshuoltoa ja leikkaustoimintaa. Yksityisen yrityksen ja erityisesti terveydenhuoltopalveluja tarjoavan yrityksen toimintaa ohjaa vahvasti laadukkaaseen palveluun panostaminen. Kohdeorganisaatiossa aloitettiin vuonna 2005 laadunhallintajärjestelmän käyttöönotto. Tutkimukseni sijoittuu nimenomaan tähän organisaation laaduntuotannon kannalta tärkeään vaiheeseen.

Olen seurannut kohdeorganisaation kasvua ja kehitystä jo vuodesta 2004, jolloin tein pro seminaari-työtäni sisäisestä yrittäjyydestä. Tällöin tutkin miten sisäinen yrittäjyys ilmenee Pihlajalinna Oy:ssä ja kuinka sitä voisi lisätä niin, että oppiminen ja osaaminen voisivat kehittyä koko organisaatiota rikastaviksi prosesseiksi. Terveydenhuolto on siis ollut kiinnostukseni kohteena jo aiemmin, joten tuntui luontevalta valita seuraavankin tutkimuksen kohteeksi nimenomaan Pihlajalinna Oy. Koska läheiseni on kyseisen yrityksen palveluksessa, minun on ollut luontevaa lähestyä kohdeorganisaation henkilökuntaa ja johtoa. Osa henkilökunnasta on minulle myös entuudestaan tuttua.

Tutkimuksen aihe syntyi osittain organisaation tarpeista ja osittain omasta mielenkiinnostani. Huomasin nimittäin, että terveydenhuollon laatua käsittelevässä kirjallisuudessa laatua määriteltiin enimmäkseen potilaan näkökulmasta. Mielestäni lääkärin näkökulma laadun tuottamiseen oli sivuutettu pinnallisesti. Koska organisaatiossa oli juuri sillä hetkellä menossa

laadunhallintajärjestelmän kehittäminen ja käyttöönotto, päätimme yhdessä organisaation edustajien kanssa, että olisi hyödyllistä tutkia lääkäreiden näkemyksiä työnsä laadusta heidän omasta näkökulmastaan. Kohdeorganisaation ominaispiirteet haluttiin ottaa tutkimuksessa huomioon niin, että samalla päätettiin kartoittaa yrityksen julkisen puolen asiakkaiden näkemyksiä lääkärin työn laadusta. Potilaan eli tässä kontekstissa loppuasiakkaan näkökulmaan ei tutkimuksessa syvennytty, vaan asiakkaalla tarkoitetaan tutkimuksessa Pihlajalinnan palvelun tilaajia. Pihlajalinnassa ja sen asiakkaina toimivat organisaatiot ovat mukana tilaaja-tuottaja-mallin soveltamisessa julkisen terveydenhuollon palvelujen ulkoistamiseen. Mallia esitellään tarkemmin luvussa 2.2, mutta lyhyesti kuvailtuna tilaaja-tuottaja-mallilla tarkoitetaan julkisten palvelujen tuotannon järjestämistä niin, että palvelun tilaaja ja tuottaja erotetaan toisistaan. Mallissa tilaajana toimii julkinen taho ja tuottajana voi toimia kolmas sektori sekä yksityinen tai julkinen palvelun tuottaja. (Lähde: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö)

1.1 Laadun käsite

Asiakaslähtöisyys on vahvasti sidoksissa laatuun, joten monissa yrityksissä on panostettu laadunhallintaan. Laadun merkitys on korostunut myös terveydenhuoltopalvelujen tuotannossa ja sen vuoksi sen monipuolinen määrittely on tärkeää myös kohdeorganisaatiolle.

Laadun käsite on moninainen ja abstrakti ja siksi sitä on vaikea kuvailla vain muutamalla sanalla. Tuire Ylikoski (2000, 118) kirjoittaa, että laadulla yleisesti tarkoitetaan sitä, miten hyvin jokin tuote tai palvelu vastaa asiakkaiden toiveita, odotuksia ja erilaisia vaatimuksia ja miten asiakkaan tarpeet pystytään tyydyttämään. Laadussa kuvastuu hänen mukaansa asiakkaan asennoituminen organisaation tarjoamia tuotteita ja koko organisaatiota kohtaan.

Herkko Pesonen (2007, 36) määrittelee laadun seuraavasti: ”Laatu on kaikki ne ominaisuudet ja piirteet, jotka tuotteella tai palvelulla on ja joilla se täyttää asiakkaan odotuksia, vaatimuksia tai tottumuksia, olivatpa ne ilmaistuja tai piilossa olevia.” Hän korostaa, että vaikka laadun määrittely on kirjallisuudessa moninaista, pohjimmiltaan se tarkoittaa, että tehdään sitä, mitä asiakas haluaa. Pesosen mukaan on tärkeää selvittää etukäteen asiakkaan halut ja odotukset palvelulta tai tuotteelta. Tosin hän lisää, että palvelun tuottamisen kohdalla tämä voi olla ongelmallisempaa, sillä asiakkaat eivät usein osaa määritellä tarkemmin etukäteen, mitä he palvelulta haluavat ja odottavat. (Pesonen 207, 37)

Kansainvälisen standardisoimisliiton eli ISO:n mukaan laatua on jonkin hyödykkeen (tuotteen tai palvelun) eri ominaisuuksista koostuva kokonaisuus, johon liittyy kyseisen hyödykkeen kyky vastata asiakkaiden siihen kohdistuviin odotuksiin (ISO 8402 -standardi, Stakes ohjeita ja luokituksia 1997:2).

Laatunäkökulmia voi olla useita ja muun muassa Paul Lillrank on erottanut neljä näkökulmaa: *systemikeskeinen, tuotantokeskeinen, asiakaskeskeinen ja tuotekeskeinen*. Palvelun laadulla tarkoitetaan monissa määritelmässä (mm. Grönroos 1994; Normann 1996) myös sitä, että asiakkaan odotukset ja asiakkaan palvelusta saadut kokemukset vastaavat toisiaan ja sopivat yhteen. (Rissanen & Kansanen 2000, 8)

Asiakkaan näkökulmaa siis pidetään tärkeänä kaikissa edellä esitetyissä näkemyksissä laadusta. Asiakkaan näkökulma laatuun on subjektiivinen, joten laadun määrittelyyn tarvitaan myös Rissanen & Kansanen (2000, 8) mukaan objektiivinen ja systemaattinen näkökulma. Kirjoittajat tarkoittavat tällä sitä, että palvelun lopputuloksen ja kaikkien palveluprosessien on vastattava yrityksessä ennakkoon määriteltyjä laatukriteereitä ja tavoitteita. Jotta tämä onnistuisi, yrityksessä on järjestelmällisesti määriteltävä halutut tavoitteet ja arvioitava miten ne on kyetty saavuttamaan. (Rissanen & Kansanen 2000, 8). Tässä tutkimuksessa laatua tarkastellaankin kahden näkökulman kautta.

Laadun tuottamisessa korostetaan kustannustehokkuutta. Kustannukset ovat sidoksissa laatuun ja ne nähdään olevan osa laatua. Erityisesti terveydenhuollon laatua tuottaessa on kiinnitettävä huomiota kustannustehokkuuteen. (Lecklin 1997, 22; Rissanen & Kansanen 2000, 8; Vuori 1993, 26)

Riitta Raatikainen (1994, 41) sen sijaan määrittelee laadun seuraavasti: ”Laatu on tuotteiden oikeita ominaisuuksia, tuotannon vaiheiden yksityiskohtaista dokumentointia, virheetöntä laskutusta, oikea-aikaisia toimituksia, ystävällistä ja täsmällistä teknistä tukea. Eikä yhtään epäonnistumista.”

Paul Lillrank (1998, 22) määrittelee laadun ” -- vaihdannassa näkyväksi ominaisuudeksi, joka vaikuttaa asiakkaan arviointeihin ja päätöksiin.” Hän on myös määritellyt kuusi laadun erilaista ominaisuutta:

Tuotelaatu = Laatua määritettäessä on korostettava tuotteen suunnittelua.

Kilpailulaatu = riittää, että yritys tuottaa yhtä hyvää laatua kuin kilpailijat, kaikki sen ylittävä laatu on voimavarojen tuhlausta.

Ympäristölaatu = Laadun mittaamisessa otetaan huomioon yhteiskunta ja ympäristö. Kun tuotetta suunnitellaan, otetaan huomioon myös voimavarat ja tuotteen elinkaari.

Arvolaatu = Tuotteella tai palvelulla on korkea laatu, jos se antaa hyvän kustannus-hyötysuhteen.

Asiakaslaatu = Jos laatu tyydyttää asiakkaiden tarpeet, se on hyvää laatua.

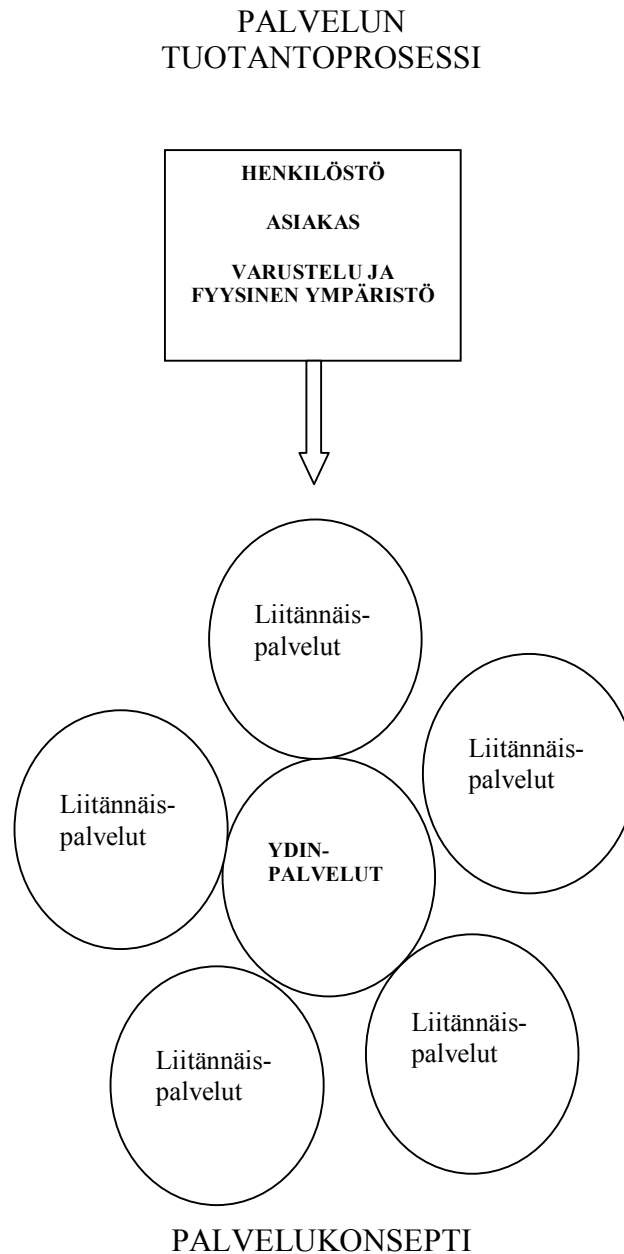
Valmistuslaatu = Tuotteet on valmistettava määritysten mukaisesti. Prosessikeskeisestä näkökulmasta katsottuna virheet pyritään välttämään ja näkemään ennakkoon kehittämällä prosesseja.

Useimmiten kaikki edellä esitellyt laadun näkökulmat ovat käytännössä edustettuina. (Lecklin 1997, 24–25)

1.2 Palvelujen laatu

Palvelujen laatu eroaa tavaran laadusta, sillä palvelu on aineetonta ja sen tuottaminen eroaa tavaran tuotannosta. Palvelun tuotannossa tärkeyttä asetetaan erityisesti totuudenhetkeen, jolloin palvelun tuottaja ja asiakas kohtaavat. Asiakas osallistuu palveluprosessiin, mikä vaikuttaa palvelun tuotantoon (Normann 1991, 49–58). Palvelua voidaan tarkastella palvelupakettina, joka koostuu ydinpalvelusta (esimerkiksi vastaanottokäynti) ja liitännäispalveluista. Liitännäispalvelut ovat erilaisia lisäpalveluja, kuten esimerkiksi kahvin tarjoilu vastaanotolla tai odotustilassa olevat aikakauslehdet. Normann (1991, 57) korostaa, että totuuden hetkellä asiakkaan kokemaan palveluun vaikuttavat sellaiset seikat kuin: kontaktihenkilöiden olemus ja käytös, fyysinen

ympäristö ja erilaisten varusteiden laatu sekä niiden ammattimainen käyttö ja muiden asiakkaiden olemus. Alla olevassa kuviossa 1 esitellään palvelun tuotantoprosessia sekä palvelun osa-alueita ja keskinäisiä vaikutussuhteita.



KUVIO 1. Palvelukonsepti ja palvelun tuotantoprosessi (Normann 1991, 58)

Malka ja Danielsson (1988, 89–90) määrittelevät kirjassaan laadun ”yrityksen toiminnan kyvyksi täyttää valitun toimintastrategian mukaisesti asiakkaiden odotukset ja vaatimukset.” Kirjoittajat erottavat kolme laadun ulottuvuutta: imagon laatu, tekninen laatu ja toiminnallinen laatu.

Grönroosin (Malka & Danielsson 1988, 90–91) mukaan tekninen laatu vastaa kysymykseen ”Mitä tuotetaan?” ja toiminnallinen laatu kysymykseen ”Miten tuotetaan?”. Tekninen laatu kuvaa siis sitä, mitä asiakas saa ostaessaan ja kuluttaessaan palvelua, toiminnallinen laatu sen sijaan kuvaa asiakkaan kokemaa laatua palveluprosessin tai -prosessien aikana. Viimeksi mainittuun laatuolottuvuuteen vaikuttavat esimerkiksi lyhyet odotusajat, henkilökunnan asenteet, palvelun saatavuus ja sen joustavuus sekä palvelualttius. Organisaation imago vaikuttaa siihen, miten asiakkaat kokevat palvelun. Organisaation imagon läpi he ikään kuin tarkastelevat laatua. Mikäli organisaation imago on hyvä, pienet organisaation virheet eivät vaikuta asiakkaan asenteisiin ja kokemaan laatuun. Jos organisaation imago on huono, se vaikuttaa asiakkaan odotuksiin ja asiakas kokee pienimmätkin virheet voimakkaasti. Niin ikään asiakkaan kokemukset organisaation laadusta vaikuttavat organisaation imagoon joko kielteisesti tai myönteisesti. (Malka & Danielsson 1988, 90–91)

Asiakkaiden kokeman laadun ominaisuuksia ovat tutkineet Parasuraman, Zeithaml ja Berry (1985). He saivat aikaiseksi asiakkaiden kokeman laadun kriteerit, jotka on tiivistetty viideksi ja asetettu tärkeysjärjestykseen. Tutkimuksen mukaan luotettavuus on asiakkaille kaikkein tärkein ominaisuus ja toiseksi tärkein on henkilökunnan palveluhalukkuus. Kolmanneksi tärkeimmäksi ominaisuudeksi on valittu henkilökunnan ymmärrys ja empatia, neljänneksi tärkeimmäksi sen sijaan henkilökunnan vakuuttavuuden ja viidenneksi tärkeimpänä on fyysiset tekijät.

| | Tärkeys (keskiarvo 1–10) | Kaikkein tärkein |
|---|--------------------------|------------------|
| luotettavuus | 9,44 | 42 % |
| palveluhalukkuus | 9,34 | 18 % |
| ymmärrys eli empatia | 9,30 | 25 % |
| vakuuttavuus | 9,18 | 14 % |
| (kohteliaisuus, viestintä, uskottavuus, luotettavuus) | | |
| fyysiset tekijät | 8,56 | 1 % |
| (fyysiset tilat, laitteet, henkilökunnan olemus) | | |

(Hölttä & Savonen 1997, 27)

1.3 Tutkimusongelma ja alaongelmat

Terveydenhuollon laatu on kontekstisidonnaista ja sitä on määriteltävä aina uudelleen riippuen kontekstista ja mahdollisista muutoksista. Näin ollen on vaikea määritellä joitain yleispäteviä laadun ominaisuuksia ja kriteereitä koskemaan koko terveydenhuoltoa. Terveydenhuollon eri osaluilla on määriteltävä omat laadun ominaisuudet ja uudelleenmäärittelyä on suoritettava olosuhteiden muuttuessa. Laatu on kunkin terveydenhuollon palveluntuottajan laadulle annettu merkitys, määritelmä ja ominaisuudet. (Valli 2007, 7) Tässä tutkimuksessa laatua tarkastellaan nimenomaan edellä mainitusta lähtökohdasta eli ei pyritä luomaan yleispätevää laadun määritelmää, vaan tutkitaan näkemyksiä laadusta kohdeorganisaation ja sen avainasiakkaiden näkökulmasta.

Olen keskittynyt tutkimuksessani tarkastelemaan mistä tekijöistä koostuu lääkäriyön laatu. Tarkastelu tehdään Pihlajalinnan yleislääkäreiden ja asiakkaiden näkökulmasta. Potilaan eli tässä tapauksessa lääkäreiden loppuasiakkaan näkökulma, on jätetty tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Laatua on tutkittu runsaasti nimenomaan potilaan näkökulmasta eikä potilaan osuutta laadun tuottamiseen voi unohtaa tutkimuksesta kokonaan. Lääkäriyön laatua koskevia tutkimuksia on niukasti, vaikka monissa laadun määritelmässä korostetaan laadun määrittelyn tärkeyttä monesta näkökulmasta. Kohdeorganisaation kannalta mahdollisimman laaja näkökulma laatuun on tärkeä. Lääkäriyö on iso osa terveydenhuollon palveluprosessia ja sen yksityiskohtainen tarkastelu lääkäreiden omasta näkökulmasta avaa laadun käsitettä uudella tavalla. Tutkimuksen tulosten avulla pyritään luomaan monipuolinen näkemys lääkäriyön laatuun vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksessa lääkäriyön laatua tarkastellaan myös asiakkaiden näkökulmasta, mikä auttaa organisaatiota kehittämään palvelujensa laatua monipuolisesti ja asiakaslähtöisesti.

Tutkimuksen päätutkimusongelma on: **”Mistä tekijöistä koostuu lääkäriyön laatu?”**

Alaongelmiksi ovat muodostuneet seuraavat kysymykset:

1. Miten kirjallisuus määrittelee laadun terveydenhuollossa?

2. Millainen on kohdeorganisaation laadunhallintajärjestelmä?

3. Miten lääkärit kokevat laadun?

Ensimmäiseen alaongelmaan pyritään vastaamaan kartoittamalla terveydenhuollon laatua käsittelevää kirjallisuutta. Kohdeorganisaation laadunhallintajärjestelmää käsitellään siltä osin kuin se on salassapitosopimuksen piiriin kuuluvana mahdollista. Lääkäreiden näkemyksiä laadusta kartoitetaan kyselyn ja haastattelujen avulla.

1.4 Tutkimustyön tavoite

Tutkimustyö on tehty yhteistyössä kohdeorganisaation kanssa, joten organisaation tarpeet on otettu huomioon niin tutkimusongelman määrittämisessä kuin tutkimuksen kulun suunnittelussa. Koska tutkimus on liitetty osaksi laadunhallintajärjestelmän laatimisprosessia, tutkimuksen kulusta ja empirian käytöstä on jatkuvasti neuvoteltu organisaation edustajien kanssa.

Tutkimustyön tavoitteena on ollut selvittää Pihlajalinna Oy:n yleislääkäreiden näkemykset lääkäriyön laadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä ja verrata saatuja tuloksia asiakkaiden eli terveyskeskusten ylilääkäreiden näkemyksiin laadusta sekä kirjallisuudessa oleviin laadun määritelmiin. Tavoitteena on ollut luoda mahdollisimman monipuolinen kuva lääkäriyön laadusta. Tutkimuksen avulla on ollut tarkoitus kerätä Pihlajalinnan ja julkisen sektorin ylilääkäreiden määrittämiä laadun ominaisuuksia ja luoda niiden pohjalta kohdeorganisaation käyttöön laadun kriteereitä, joiden avulla yrityksen laatua voitaisiin kehittää monipuolisemmin. Samalla molemmilta kohderyhmiltä tiedusteltiin heidän tyytyväisyyttään työhönsä ja asiakkaiden mielipiteitä muun muassa siitä, kuinka hyvin Pihlajalinna on vastannut asiakkaan odotuksia ja mitä mahdollisia parannusehdotuksia ylilääkäreillä olisi. Kyseinen osuus on jätetty tästä tutkimuksesta kokonaan pois ja vastaukset sekä niiden pohjalta tehdyt tulkinnat on laadittu ainoastaan kohdeorganisaation omaa kehitystyötä varten.

1.5 Keskeiset rajaukset ja käsitteet

Pihlajalinna Oy:n toimintaan kuuluu neljä palvelukonseptia: Oma Pihlaja, Kuntapihlaja, Yrityspihlaja sekä Pihlajalinnan lääkäriasemat. Tutkielmani on päätetty rajoittaa Kuntapihlajaan, joka tarjoaa pitkäaikaisia lääkäri- ja hoitajapalveluja julkiselle terveydenhuoltosektorille. Tutkimuksen yhtenä kohderyhmänä ovat yleislääkärit, joita oli tutkimuksen suorittamisen aikana Pihlajalinnan palveluksessa noin 50. Heidän toimipaikkojaan olivat muun muassa Parkanon,

Jämsän, Kankaanpään, Ikaalisten, Pirkkalan ja Ylöjärven terveyskeskukset sekä Tullinkulman lääkäriasema Tampereella. Tullinkulman lääkärit toimivat työterveyslääkäreinä. Kohdeorganisaation rakennetta tarkastellaan tarkemmin luvussa 3.2.

Tutkimuksen primaariaineiston keruu on suoritettu haastattelujen ja kaksivaiheisen kyselyn avulla. Haastateltaviksi on yhdessä organisaation kanssa valittu Parkanon, Jämsän ja Kankaanpään terveyskeskusten sekä Tampereen Tullinkulman ylilääkärit. He muodostavat tutkimuksen toisen kohderyhmän. Rajaukseen on vaikuttanut se, että kyseisissä toimipisteissä Pihlajalinnan lääkäreitä toimi tutkimuksen teon aikana eli vuonna 2005 eniten ja pitkäaikaisilla sopimuksilla.

Tutkimuksen keskeisimpiä käsitteitä ovat: *lääkäri työn laatu, laadunhallintajärjestelmä, laatukriteeri, asiakas, loppuasiakas, potilas ja palvelu*. Laatu ja laadunhallintajärjestelmä on määritelty tarkemmin luvuissa 1.1 ja 3.2.

Laatukriteeri (quality criterion)

- laadun määrittämisen perusteeksi valittu hyödykkeen, palvelun tai prosessin ominaisuus
- laatukriteeriksi valittavan ominaisuuden tulee olla mitattavissa ja merkityksellinen palvelun tai prosessin laadun kannalta. (Rissanen & Kansanen, 2003, 24)

Asiakas (customer)

- organisaatio tai henkilö, joka saa tuotteen tai palvelun
- asiakas voi olla ulkopuolinen tai organisaation sisäinen, terveydenhuollossa asiakas voi olla mm. potilas, potilaan omaiset, omalääkäri tai terveydenhuollon työntekijä, kunta tai muu maksaja. (Rissanen & Kansanen, 2003, 22)

Tässä tutkimuksessa ”asiakkaalla” tarkoitetaan Pihlajalinnalla Oy:n asiakkaita eli julkisen sektorin terveydenhuoltoa.

Loppuasiakas

- asiakas, joka kuluttaa hyödykkeen

Tässä tutkimuksessa loppuasiakkaasta käytetään termiä *potilas*

- terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785)

Palvelu (service)

”Palvelu on teko, toiminta tai suoritus, jossa asiakkaalle tarjotaan jotain aineetonta, joka tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti ja joka tuottaa asiakkaalle lisäarvoa; ajansäästöä, helppoutta, mukavuutta, viihdettä tai terveyttä.” (Ylikoski 2000, 20)

1.6 Tutkimuksen kulku ja tutkimusmenetelmät

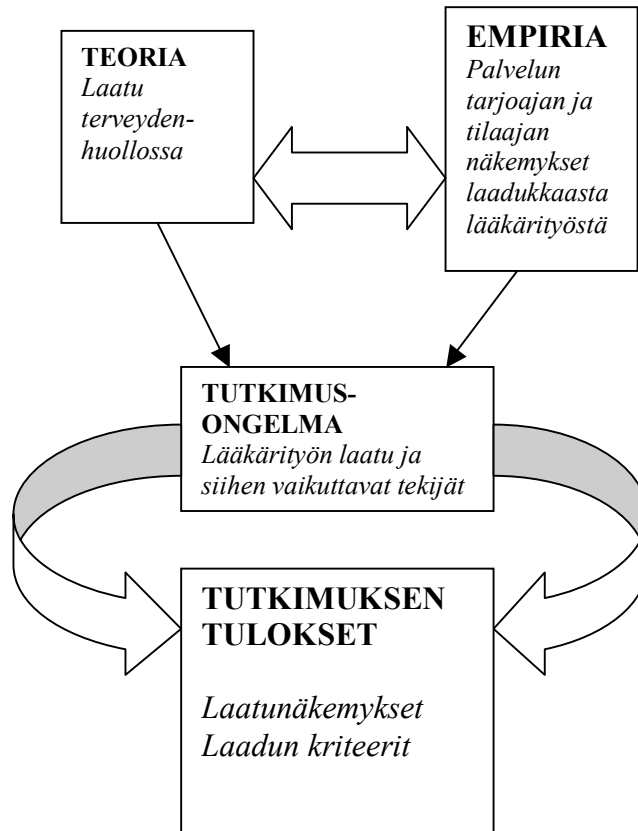
Laatuun liittyvää kirjallisuutta on saatavilla runsaasti, niin terveydenhuollon näkökulmasta laatua käsittelevää kuin laadunhallintaa käsittelevää kirjallisuutta. Saatavilla olevasta kirjallisuudesta on tähän tutkimukseen eritelty erilaisia laadun määritelmiä. Tutkimuksessa on otettu huomioon kohdeorganisaation moniulotteinen toimintaympäristö, jossa sekoittuu julkinen ja yksityinen terveydenhuolto. Laatua lähestytään mahdollisimman moniulotteisesti mutta painotetaan nimenomaan terveydenhuollon näkökulmaa laadun määrittelyssä. Koska kohderyhmät suorittavat lääkärin työtään enimmäkseen julkisen terveydenhuollon piirissä, julkisen terveydenhuollon näkökulmaa korostetaan laadun käsitettä purettaessa.

Laatua on myös käsitelty runsaasti pro gradu -tutkielmissa, mutta ei käyttämästäni näkökulmasta. Enemmänkin terveydenhuollon laadun tutkijat ovat keskittyneet laadun määrittelyyn potilaan näkökulmasta tekemällä erilaisia tyytyväisyyskartoituksia. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (STAKES) toimeksiannosta on tehty paljon tutkimuksia terveydenhuollon laadusta, sen mittaamisesta ja laatukriteereistä. Tutkimusten tuloksista on laadittu oppaita, joista on hyötyä tämän tutkimustyön teossa.

Perusterveydenhuollon yleislääkäreiden työn laatua on tutkittu muun muassa Hollannissa (Jung ym. 2002), Tanskassa (Vedsted 2002), Isossa-Britanniassa (Little ym. 2001; Tarrant ym. 2003) ja USA:ssa (Krupat ym. 2000, 2001). Yhteenvetona kirjallisuudesta voi kuitenkin todeta, että aihealuetta on tutkittu niukasti sekä kansainvälisesti että Suomessa. (Tarja Kvist 2004, 41).

Tämä tutkimus on kvalitatiivinen, empiria-painotteinen vertaileva tapaustutkimus. Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen pohjalta on laadittu ennalta rajatuille, kahdelle tarkkaan valitulle kohdejoukolla haastattelu- ja kyselylomakkeet. Ylilääkäreiden mielipiteitä on päätetty tutkia haastattelun avulla, sillä otos on pieni ja haastattelussa saatava aineisto kattavampi kuin kyselylomakkeella saatu. Yleislääkäreiden suuren otoksen vuoksi heidän mielipiteitään on päätetty tiedustella kyselyn avulla, joka sisältää paljolti samoja kysymyksiä, kuin ylilääkäreille esitetyt.

Ylilääkäreiden haastattelut on tehty puolistrukturoidun kysymyslomakkeen pohjalta, joka on laadittu niin, että siinä on otettu huomioon aiemmassa kirjallisuudessa esiintyvät, erilaiset laadun määritelmät. Osa kysymyksistä on mietitty yhdessä kohdeorganisaation edustajan kanssa. Kaikista kysymyksistä on myös neuvoteltu organisaation kanssa, sillä organisaation tarpeet on otettu tutkimuksessa huomioon. Yleislääkäreiden kyselylomaketta on muokattu yhdessä Pihlajalinnan edustajan kanssa ylilääkäreiden haastattelulomakkeen pohjalta. Suurin osa kyselylomakkeen kysymyksistä on samoja kuin haastattelussa käytetyssä lomakkeessa. Ylilääkäreille suunnattu kysely sijoitettiin Pihlajalinnan intranettiin, joten kysymyslomaketta piti muokata kyseiseen tarkoitukseen sopivaksi ja haastattelulomaketta lyhyemmäksi. Ylilääkäreiden haastattelulomake sisältää 26 kysymystä ja yleislääkäreiden ensimmäisen vaiheen kyselylomake sisältää 14 kysymystä. Kyselylomaketta on esiteltävä pienessä ryhmässä, Pihlajalinnan yleislääkäreiden keskuudessa. Tutkimustulokset esitetään sellaisessa muodossa, että vastaajien yksityisyys ei kärsi.



KUVIO 2. Tutkimuksen kulku

Tutkimuksen kulkua voidaan havainnollistaa yllä olevan kuvion 2 avulla. Empirian osuus on ollut tässä tutkimuksessa tärkeässä roolissa. Teoreettisen viitekehyksen rakentamisen jälkeen on yhdessä kohdeorganisaation kanssa päätetty tutkimusongelmat ja laadittu sopivat tutkimusmenetelmät sekä valittu kohderyhmät. Teoria ja empiria ovat olleet koko tutkimuksen aikana täydentämässä toisiaan. Vastauksia tutkimusongelmiin on etsitty empiirisen aineiston ja teorian reflektoinnin avulla ja samalla myös kohderyhmien näkemyksiä on heijasteltu toisiinsa. Tutkimuksen tuloksiksi on saatu lääkäreiden määrittämät lääkäriyön laadun kriteerit sekä yleiskatsaus lääkäreiden näkemyksistä lääkäriyön laadusta. Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli selvittää mahdollisia eroja palvelun tarjoajan ja tilaajan laatunäkemyksissä. Tutkimuksen kulun aikana tutkijalle onkin muodostunut hypoteesi, että ylilääkäreiden ja yleislääkäreiden näkemyksissä laadusta tulisi olemaan eroavaisuuksia. Laadullinen tutkimus ei ole puhtaimmillaan hypoteesien testaamista, mutta Alasuutari (1994) painottaa, että laadullinen tutkimus voi myös olla hypoteesien testaamista. Hypoteesit tosin syntyvät tutkimuksen aikana, aineistoa kerätessä ja analysoidessa, kun

tutkimuskohde tulee tutkijalle tutuksi ja alkaa löytää erilaisia kysymyksiä ja hypoteeseja. (Alasuutari 1994, 240)

1.7 Tutkimusraportin sisältö

Tutkimusraportti jakautuu neljään osaan. Ensimmäiseksi (luvussa 2) esitetään teoreettinen viitekehys, jossa kuvataan terveydenhuollon laadun määrittelyä eri näkökulmista. Lisäksi esitellään tilaaja-tuottaja-mallia ja lopuksi tarkastellaan yleislääkärin työn laatua ja siihen vaikuttavia lakeja ja ohjeistuksia.

Raportin toisessa osassa (luvussa 3) esitellään lyhyesti kohdeorganisaatiota ja sen laadunhallintajärjestelmää sekä käytettyjä tutkimusmenetelmiä ja tutkimuksen kulkua. Laadunhallintajärjestelmän kehittämisestä kohdeorganisaatioissa esitellään vain lähtötilanne, koska laadunhallintaprosessin kehitys oli tämän tutkimuksen teon aikana vasta alkamassa.

Raportin kolmannessa osassa (luvussa 4) esitetään tutkimuksen empiiriset tulokset. Raportin neljännessä osassa (luvussa 5) tehdään johtopäätöksiä tutkimustulosten pohjalta, pohditaan tutkimuksen tuloksia ja annetaan jatkotutkimusehdotuksia.

2 TERVEYDENHUOLLON ERITYISPIIRTEET JA LAADUN MÄÄRITTELY TERVEYDENHUOLLOSSA

Seuraavassa luvussa käsitellään terveydenhuollon laadun eri määritelmiä ja näkemyksiä kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten valossa. Tutkitut lääkärit tuottavat palvelua, joten laatua on syytä lähestyä myös palveluntuottajan näkökulmasta. Luvun viimeisissä kappaleissa esitellään lyhyesti erilaisia ohjeistuksia ja määräyksiä, jotka ovat tärkeitä lääkäriyön laadun tuottamisen ja tarkkailun kannalta. Lisäksi kuvataan kohdeorganisaation rakennetta ja laadunhallintajärjestelmää.

2.1 Terveydenhuollon erityispiirteet

Terveydenhuollon laatua määriteltäessä on tarpeen ensin käsitellä alan erityispiirteitä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 käsittää *terveyden- ja sairaanhoidolla* ”potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä.”

Julkiselle terveydenhuollolle on ominaista julkinen rahoitus, joka ei mahdollista hinnalla kilpailemista. Rahoitusta säädellään julkisen vallan tasolla ja julkisten palvelujen kysyntää säännöstellään muun muassa jonotuksella ja priorisoinneilla. Julkiseen tuotantoon liittyvät monipuoliset sidosryhmät, joiden etuja on ajateltava palveluja suunniteltaessa ja tuotettaessa. Erotuksena yksityisen sektorin toiminnasta julkisella sektorilla ei voida noudattaa pelkästään asiakkaiden ja omistajien odotuksia ja toiveita. Julkiselle terveydensektorille on ominaista kysynnän hallitsemiseen pyrkiminen. (Lillrank ym. 2004, 24)

On huomioitava, että terveydenhuollon tuottamat palveluhyödykkeet eroavat muista palveluista. Palveluntuottaja ei voi julkisessa terveydenhuollossa valikoida hoidettavia potilaitaan, toisin kuin muilla aloilla. Palvelutapahtumaan vaikuttavat lisäksi monet ulkopuoliset tahot, säädökset ja määräykset. Terveydenhuolto on lisäksi asiantuntijapalvelua, mikä aiheuttaa informaation epäsymmetriaa potilaan ja lääkärin välillä. Lääkäri tietää luonnollisesti enemmän terveyteen ja sairauksiin liittyviä asioita kuin hoidettava potilas, eikä potilas näin ollen voi itse päättää siitä mitä

hoitoa hän saa. Lillrank ym. (2004, 26) korostavatkin, että terveydenhuoltoa ei voi tästä syystä ohjata pelkästään asiakaslähtöisesti ja olettaa, että hoidettava potilas tietää aina tarpeensa ja on aina oikeassa. (Lillrank ym. 2004, 25–26).

Terveydenhuollon laadun tuottamiseen liittyy erilaisia organisatorisia tekijöitä, joita on tutkittu runsaasti (ks. Gleason ym. 1999; Kangas ym. 1999; Adams & Bond 2000; Grönfors ym. 2001; Aiken ym. 2002; Newman & Maylor 2002; Tzeng & Ketefian 2002). Tutkimusten mukaan terveydenhuoltohenkilöstön työssä viihtymiseen vaikuttavat työn sisältö, työpaikan sosiaaliset suhteet työpaikalla, työn kuormittavuus ja johtamiskäytännöt. Niin ikään tutkimuksissa tuli esiin, että kannustava johtaminen, avoin työilmapiiri ja mahdollisuus osallistua päätöksentekoon vaikuttavat työterveyshenkilöstön työssä jaksamiseen ja viihtyvyyteen (Kivimäki & Lindström 1996; Kangas ym. 1999; Vahtera ym. 2002).

Potilas on terveydenhuollon palveluja käyttäessään rajoitetusti autonominen toimija. Erotuksena tavallisista hyödykemarkkinoista terveydenhuollossa on asiakkaan ja palvelun tuottajan lisäksi myös rahoittaja eli valtio. Jokaisella osapuolella on omat intressit, ja he painottavat eri tavoin terveydenhuollon kolmea tärkeää osatekijää eli saatavuutta, kustannuksia ja laatua. Potilas ei myöskään ole samaan aikaan palvelun valitsija ja maksaja. Nämä kolme toimintoa irtoavat toisistaan terveydenhuollossa, jolloin valitsijaksi muodostuu palvelun tuottaja, maksajaksi valtio ja kunta ja käyttäjäksi potilas. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006, 9–11). Taulukossa 1 esitellään terveydenhuollon erityispiirteet tiivistetysti.

TAULUKKO 1. Terveydenhuollon erityispiirteet (Lillrank ym. 2004, 27)

| | |
|----------------------|---|
| JULKINEN RAHOITUS | hinta ei rajoita eikä ohjaa kysyntää |
| JULKINEN TUOTANTO | julkinen henkilöstöpolitiikka, poliittinen ohjaus, kustannuspohjainen laskenta, monopolituotannon piirteitä, lukuisia sidosryhmiä |
| PALVELUTUOTE | tuotantotapahtuma on usein henkilökohtainen; palveluja ei voi tehdä varastoon |
| JULKISHYÖDYKE | ei voi valikoida asiakkaita, vakuutus pohjainen rahoitus |
| ASIAANTUNTIJAPALVELU | informaationepäsymmetria, kolmansien tahojen säättely, normitus, pelisäännöt; asiakas ei ole aina oikeassa |

Terveydenhuollossa on aikaisemmin käytetty teknillis-tieteellistä laadun määritelmää, jossa pääpaino on ollut kulloinkin vallitsevien lääketieteen teknologian sekä tiedon hyväksikäyttö. Kyseinen näkökulma laatuun on keskittynyt ainoastaan laadun määrittelyyn palvelun tuottajien näkökulmasta, joten sitä on ollut tarpeen laajentaa käsittämään myös asiakkaiden näkökulmaa. Nykyään teknillis-tieteellisen määritelmän rinnalla käytetäänkin asiakkaiden tarpeiden tyydyttämistä korostavaa määritelmää. Laatuun sisällytetään niin ikään palvelun tuottamisesta aiheutuvat kustannukset. Hoidon laatu ei ole maksimointi-, vaan pikemminkin optimointikysymys. (Vuori 1993, 22, 25)

Ovretveit sen sijaan (Laine 2005, 32) on määritellyt terveydenhuollon laadun yksinkertaisella lauseella, jossa yhdistyvät laatu, kustannustehokkuus sekä asiakkaan tarpeet:

Health service quality is meeting the health needs of those most in need at the lowest cost, and within regulations.

Markku Partinen (1999, 77) sisällyttää terveydenhuollon palvelujen laatuun seuraavat näkökulmat:

1. Asiakaspalaute
potilaan oma (subjektiivinen) arvio (kokemus), joka mittaa saatujen palvelujen laatua suhteessa odotuksiin
2. Tieteellis-tekninen laatu
terveydenhuollon eri ammattilaisten toimintojen (suoritteiden) laatu suhteessa asetettuihin tavoitteisiin
3. Hinta-laatusuhde
määrittämisen edellytyksenä yhtenäiset laskutus- ja kustannuslaskentaperiaatteet

Lillrank ym. (2004, 107) korostavat, että tuotannon välitön tulos on suorite. Laatu mittaa heidän näkemyksensä mukaan sitä, kuinka aikaansaadut suoritteet vastaavat asetettuja tavoitteita ja noudattavat normeja. Laatu tuotettaessa on tarkastettava toteutuvatko Käypä hoito –suositukset ja muut ammattimaiset normit.

Kuten yllä olevista määritelmistä voidaan huomata, asiakasnäkökulma on vahva terveydenhuollossa. Lisäksi kustannustehokkuus ja kuluttajan tarpeet korostuvat terveydenhuollon laadun määritelmässä. Vuori (1993, 23) painottaa, että hyvää laatua tuotettaessa ei tule unohtaa, että voimavarat ovat rajalliset. Tarpeeton palvelu ja liiallinen keskittyminen yhden potilaan hoitamiseen voi hänen mielestään yhtä hyvin johtaa huonoon laatuun kuin liian vähäinen hoito. Vuori neuvoo terveydenhuoltohenkilökuntaa tarkastelemaan laatua rajahyödyn ja rajakustannusten avulla. Rajahyödyllä hän tarkoittaa tässä yhteydessä sitä lisähyötyä, mikä saadaan laatua parannettaessa ja rajakustannuksilla kustannuksia, joita laadun tason nostaminen aiheuttaa. Vuoren mukaan hoidon tavoiteltava laatu on alueella, jossa hyödyt ovat suurempia kuin kustannukset. Palvelun laadun tason nostamisen tuottama lisähyöty vähenee tai kääntyy negatiiviseksi tietyn rajan ylittäessään ja samalla laadun tason korottamisesta aiheutuvat kustannukset nousevat huomattavasti. (Vuori 1993, 24–25)

Kustannustehokkuuteen kiinnittävät huomiota myös Idänpää – Heikkilä ym. (20/2000, 8). Heidän mielestään asiakkaiden ja ammattilaisten määrittelemään täydelliseen laatuun pyrkiminen vaatisi sen suuruisia kustannuksia, joihin ei olisi mahdollista panostaa. He ovatkin samaa mieltä Vuoren kanssa siitä, että tulisi pyrkiä optimaaliseen laatuun, jonka määrittelyssä olisivat mukana palvelujen käyttäjät, tuottajat sekä johtajat.

Laadun määrittäminen riippuukin suurelta osalta siitä, kenen näkökulmasta laatua tarkastellaan. Onko kyseessä asiakkaan tai potilaan, palveluntuottajan vai henkilökunnan näkökulma? Henkilökunnan näkökulmasta laatu merkitsee sitä, kuinka ammattitaitoista henkilökunta on ja tekeekö se oikeita asioita oikeanlaisen hoidon takaamiseksi sekä tyydyttyvätkö asiakkaiden tarpeet. Palveluntuottajan näkökulmasta katsottuna laatua voidaan arvioida sen mukaan pystytäänkö tuottamaan asiakkaiden tarpeita vastaavaa palvelua kustannustehokkaasti ja niin, että samalla noudatetaan annettuja säädöksiä ja mahdollisia ohjeistuksia. Asiakkaan näkökulmasta laatua voidaan arvioida siten, että katsotaan, kuinka hyvin laatu vastaa asiakkaan toiveita ja odotuksia. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna laadun arviointi on henkilökohtaisen kokemuksen arviointia. (Laine 2005, 33)

Idänpää – Heikkilän ym. (20/2000, 8) tutkielmassa korostetaan, että sosiaali- ja terveydenhuollon laatu on vaikeasti määriteltävissä monipuolisuutensa vuoksi. He painottavat, että terveydenhuollon eri toimijoiden tulisi sopia mitä kunnassa, työryhmässä, aluetasolla ja organisaatiossa tarkoitetaan laadulla ja mitä sillä tavoitellaan.

Terveydenhuollon näkökulmasta laadun eri ulottuvuudet voidaan määritellä Donabedianin (Laine 2005, 33) mukaan. Hän erottaa toisistaan kolme laadun ulottuvuutta: tulos-, prosessi- ja rakenne- tai voimavaralaatu. Viimeksi mainittu kuvaa ”-- tuotantoprosessissa käytettävien voimavarojen ominaisuuksia, joita ovat esimerkiksi henkilöstön ammattitaito, henkilöstön koulutusmahdollisuudet ja toimintaympäristön fyysiset puitteet. Prosessilaatu liittyy puolestaan toimintaprosesseihin, jotka johtavat toivottuihin tai ei-toivottuihin tuloksiin. Prosessilaatua ovat muun muassa hoitokäytännöt, -- eri ammattiryhmien yhteistyön toimivuus ja asiakkaiden oikea sijoittelu laitoksessa. Tulostaatu kuvaa tuotantoprosessin lopputuotosta, joita ovat esimerkiksi asiakastyytyväisyys, asiakkaiden terveydentila, ei haitalliset hoitotulokset ja voimavarojen optimaalinen käyttö (Laine 2005, 34).”

Alla olevassa taulukossa 2 on eritelty laadun eri ulottuvuudet ja jaoteltu laadun arvioinnit näkökulman mukaan. Laatu tarkastellaan asiakkaan, työntekijän ja palvelujen järjestäjän mukaan. Samalla kuvataan miten he kokevat kunkin laadun ulottuvuuden.

TAULUKKO 2. Laadun arvioinnin malli laadun ulottuvuuksien ja arvioijan mukaan (Laineen suomennos Overveitin taulukosta, 1998)

| Näkökulma | Voimavaralaatu | Prosessilaatu | Tuloslaatu |
|-------------------------------------|---|--|--|
| Asiakas | Osaava ja kokenut henkilöstö, puhtaat ja miellyttävät tilat ja välineet | Kohtelias ja ystävällinen kohtelu, riittävä tiedon saanti, ei tarpeetonta kipua, hoidon nopea saatavuus tarvittaessa | Asiakastyytyväisyys, kivun lievitys, toimintakyvyn parantuminen, säädyllinen kuolema |
| Työntekijät ja ammattilaiset | Hyvin koulutetut ammatinharjoittajat, oikeanlaiset asiakkaat ohjataan hoitoon, asiakkaista riittävä informaatio saatavilla, oikeanlaiset välineet, tukipalvelujen saatavuus | Oikeat diagnoosit, oikeat interventiot, valitusmenettely, työjärjestyksen noudattaminen, nopeat tukipalvelut, eri ammattiryhmien välinen kommunikaatio | Hyvä terveys, ei haitallisia hoitotuloksia |
| Palvelujen järjestäjä | Riittävät voimavarat, hyvät ulkopuoliset palvelut ja tiedot | Ei tuhlausta, viiveitä eikä viivytyksiä, säädösten ja ohjeiden noudattaminen | Voimavarojen tehokas käyttö |

Tämän tutkimuksen kannalta huomionarvoiseksi nousee Stichlerin & Weissin vuonna 2000 USA:ssa suorittama tutkimus, jossa määriteltiin naisten terveydenhuollon laadun lääkäreiden,

maksajien, sairaanhoitajien ja naispotilaiden näkökulmasta. Tutkimuksessa pystyttiin määrittelemään naisten terveydenhuollon laadun kahdeksan ominaisuutta:

Potilastulokset

Hoitoympäristö

Hoitoasenne

Ammatillinen pätevyys

Aikaherkkyys

Ammatilliset vuorovaikutussuhteet

Palvelujen laajuus

Ympäristö ja tukipalvelut

Tutkimuksen lopullisessa analyysissä tulokset luokiteltiin seuraavasti:

Henkilökohtaiset vuorovaikutussuhteet eli koordinoitu ryhmätyö, henkilöstön asenteet ja moraalit, ammatillinen käytös sekä henkilökohtainen arvostaminen.

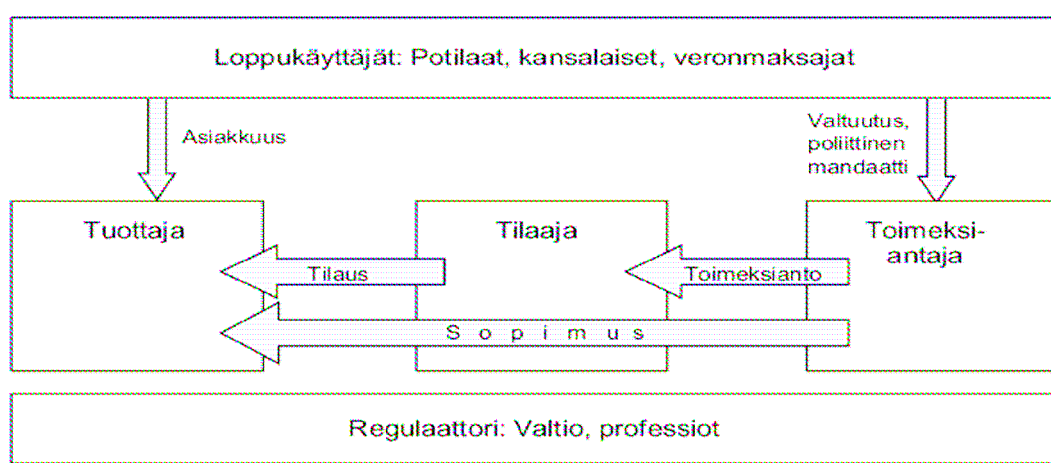
Järjestelmän tehokkuus eli esteettinen ympäristö ja riittävät aika- ja henkilöstöresurssit.

Pätevyys eli ammattihenkilöstön tekniset taidot, hoidon standardit, jatkuva koulutus sekä diagnoosin ja hoidon onnistuneisuus. (Kvist 2004; Stichler & Weiss 2000)

2.2 Tilaaja–tuottaja-malli terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa on viime aikoina pyritty parantamaan tuotettavuutta ja kilpailukykyä ottamalla käyttöön tilaaja-tuottaja-malli, jossa palvelun tilaaja ja tuottaja erotetaan hallinnollisesti toisistaan. Lähtökohdiltaan mallia voidaan verrata markkinatalouden tilanteeseen, missä *ostajana* toimii julkinen taho ja *myyjänä* sen sijaan palvelua tarjoava osapuoli. Palvelun ostaja tilaa kuntalaisille tarkoitettua palvelua, jonka palvelun myyjä tuottaa tilauksen mukaisilla ehdoilla. (Kallio ym. 2006, 29). Lillrank ja Haukkipää–Haara ovat laatineet vuonna 2006 Teollisuus- ja kauppaministeriön tilauksesta raportin tilaaja–tuottaja-mallin käytöstä terveydenhuollossa. Tässä luvussa esitellään kyseistä mallia tarkemmin edellä mainitun raportin näkökulmasta.

Mallissa tilaajan ja tuottajan keskinäinen asiointi käydään siviilioikeudellisten sopimuslakien puitteissa. Sopimukset ja tilaukset vaihtelevat sen mukaan, miten tuotettavan palvelun saatavuus, laatu ja hinta määritellään. Suomessa terveydenhuollon järjestämisestä vastaa pääasiassa kunta, jolloin kunta toimii myös tilaaja–tuottaja-mallissa palvelun rahoittajana ja tilaajana. Kunnan on suunniteltava terveydenhuoltopalvelunsa silmällä pitäen asetetut tavoitteet ja rajoitukset sekä terveydenhuoltopalvelujen rahoitus ja tuotanto. Tilaaja–tuottaja-mallissa kaikenlainen asiointi järjestetään ainoastaan kilpailuttamisen välityksellä. Alla olevassa kuviossa 3 esitellään tarkemmin tilaaja–tuottaja-mallin toimijat, joita ovat palvelun tuottajat, tilaajat, palvelun rahoittajat sekä järjestäjät, palvelun loppukäyttäjät eli potilaat, omaiset ja työnantajat sekä palvelun säätelijät kuten valtio ja ammattiliitot. (Lillrank & Haukkapää–Haara 2006, 18, 21)



KUVIO 3. Terveydenhuollon toimijat ja niiden väliset suhteet
(Lillrank & Haukkapää–Haara 2006, 15)

Toimeksiantajina voivat toimia terveydenhuollossa kunnat, vakuutusyhtiöt, valtio, työnantajat tai yksilö. Toimeksiantaja määrittelee käytettävissä olevat voimavarat, palvelun tarpeen ja laadun. Kunnat toimivat julkisessa terveydenhuollossa useimmiten toimeksiantajina. Toimeksiantajan tehtävänä on valvoa tilaajien ja toimittajien välistä suhdetta, asettaa terveystoimittajien tavoitteita sekä voimavaroja. (Lillrank & Haukkapää–Haara 2006, 15, 18)

Tilaajana voi toimia yksilö, jokin yksikkö tai organisaatio, jolle toimeksiantaja on antanut toimeksiantannon palvelun tilaamisesta. Tilaaja toimii toimeksiantajan ja palvelun tuottajan välikätenä ja sovittaa yhteen tarpeet ja tarjonnan annettujen voimavarojen ja tarpeiden rajoissa. Tilaajan tehtävänä on kilpailuttaa ja arvioida erilaiset ehdokkaat, laatia sopimukset sekä valvoa sopimusten

noudattamista. Sopimukset perustuvat yleisiin terveystaloudellisiin tavoitteisiin sekä väestön terveystarpeisiin ja sisältävät valmiiksi määritellyt laatua kuvaavat kriteerit. Sopimukset sisältävät lisäksi muun muassa sellaisia kohtia kuin palvelun tyyppi, hinta ja määrä, laskutusperiaatteet, sopimuksen kesto, laatu, kannustimet sekä henkilöstövoimavarojen käyttö. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006, 15, 19)

Palvelun tuottajana voi toimia yhteisön, ammatinharjoittajien, yksityisen yrityksen, valtion, kunnan tai kuntayhtymän omistama organisaatio. Palvelun tuottajan keskeisiä edellytyksiä tilaaja–tuottaja -mallissa ovat itsenäinen oikeus päättää omista hallinnollisista asioista ja toiminnallaan ansaitun voiton jaosta, markkinaorientoituneisuus ja kilpailukyky sekä toiminnallinen tehokkuus. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006, 15)

Mallissa palvelun loppukäyttäjänä toimii potilas, joka on samanaikaisesti sekä edunsaaja että palvelun kohde. Muita edunsaajia julkisessa terveydenhuollossa on potilaan omaiset, työnantaja ja laajasti tulkittuna koko yhteiskunta. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006, 16)

Julkisten palvelujen asiakkuus ei ole tulkittavissa samalla tavoin kuin yksityisillä markkinoilla, joilla asiakkaan ja tuottajan välillä vallitsee informaationsymmetria. Tällöin asiakas ja palvelun tuottaja tietävät kumpikin tarpeeksi vaihdannan kohteena olevasta palvelusta ja pystyvät tekemään sen tiedon pohjalta itsenäisiä päätöksiä. Tilaaja–tuottaja-mallissa syntyy asiakkuussuhteita paitsi potilaiden ja toimittajien välille, myös eri palvelun tuottajien välille. Sairaala voi esimerkiksi ulkoistaa puhtaanapidon yksityiselle siivousalan yrittäjälle. Potilaan ja tuottajan välillä vallitsee tiedon epäsuhta ja siksi saatetaan turvautua toimeksiantajasuhteeseen eli päämies–agenttisuhteeseen. Tilaaja–tuottaja-mallissa on havaittavissa kolmenlaisia päämies–agenttisuhteita: palvelun käyttäjän eli potilaan ja toimeksiantajan eli esim. kunnan välinen suhde; palvelun tilaajan ja tuottajan välinen suhde eli esim. yksityisen lääkäriaseman ja terveyskeskuksen suhde; toimeksiantajan eli esim. virkamiesten ja tilaajan välinen suhde.

2.3 Yleislääkärin työn laatu

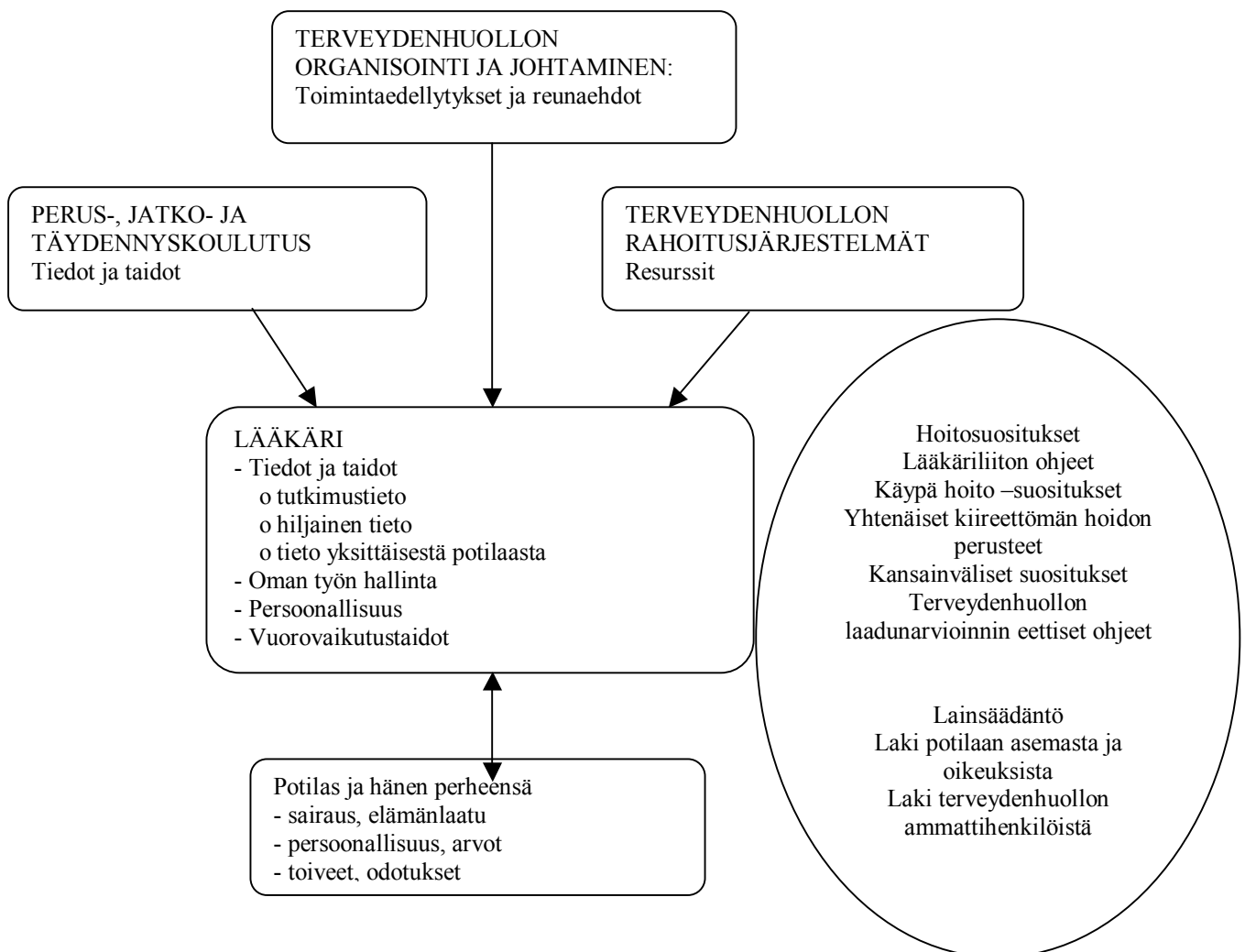
Suomen Lääkäriliiton julkaisemassa ”Lääkärin etiikka” (2000, 78–79) ohjekirjassa laadun kehittämisen korostetaan aina kuuluneeksi lääkärin työhön. Lääkärin on täytynyt kehittää ammattitaitoaan ja parantaa jatkuvasti hoidon laatua. Ohjeissa korostetaan, että lääkäreiden suositellaan käytettävän työssään ainoastaan käytännössä tai tutkimuksessa tehokkaiksi todettuja hoitomuotoja. Ohjeissa korostetaan lisäksi sitä, että perinteistä, kliinisen osaamiseen perustuvaa laatuajattelua on nykyään korvannut kokonaisvaltaisempi laatuksitys. Nykyään laadun kehittäminen sisältää lisäksi prosessien, asiakaspalvelun, koko työyksikön ja johtamisen kehittämistä. Laadukkaaseen palveluun pyrittäessä on tärkeä kohdella potilaita hyvin ja kunnioitettavasti, ottaa huomioon itsemääräämisoikeus ja potilaan tiedonsaantioikeus. Vuorovaikutus- ja viestintätaidot ovat myös tärkeitä. Potilaiden hoidossa on keskityttävä ihmisten ymmärtämiseen vielä enemmän kuin missään muussa palvelutoiminnassa. (Lääkärin etiikka, 2000, 79)

Juho Nummenmaa (2007, 39) on sivunnut väitöskirjassaan yleislääkärin työn laatua ja korostanut lääkäriyön laadun ja vastaanoton pituuden yhteyttä. Hän luettelee useita tutkimuksia (mm. Howie ym. 1997; Campbell ym. 2001), joissa on todettu hoidon laadun korreloivan vastaanoton keston. Niiden valossa voidaan todeta, että pidemmät vastaanottoajat ovat selvästi yhteydessä hoidon hyvään lopputulokseen. Yleislääkärin tulisi tutkimusten valossa pidentää vastaanoton kestoa, sillä tuolloin lääkäri pystyisi ottamaan paremmin huomioon potilaan yksilöllisyyden ja hoitamaan potilaitaan kokonaisvaltaisesti (Kunnamo 2005). Ogdenin ym. vuoden 2004 tutkimuksessa todettiin, että vastaanoton pituuden lisäksi potilaan laadun kokemiseen vaikuttaa lääkärin kyky kuunnella potilasta. Campbell ym. (2001) totesivat tutkimuksessaan, että hyvä työilmapiiri sekä moniammatillinen yhteistyö ovat keskeisiä tekijöitä laadukkaaseen hoidon tuottamisessa. (Nummenmaa 2007, 39–40)

Lillrank ym. (2004, 107, 113) käsittelevät sen sijaan laadun ja ajan yhteyttä palvelun tilaajan näkökulmasta. He kuvailevat, että tulevaisuudessa julkisia palveluja tullaan arvioimaan markkinaehtoisten aikanormien mukaan. Ajasta tulee kilpailutekijä, jos palvelun hinta ja laatu ovat samalla tasolla. Heidän mielestään terveydenhuollossa aika on epäsuora laadun mittari.

Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 4 esitellään mukaellen Juho Nummenmaan (2007, 129) lääkärin työn laatuun vaikuttavia tekijöitä. Lääkärin tuottamaan laatuun vaikuttavat valtion, kunnan

ja työpisteen lainsäädäntö, erilaiset suositukset ja ohjeistukset. Näihin syvennymme tarkemmin luvuissa 2.3.1 ja 2.3.2. Terveysthuollon rahoitusjärjestelmät, joihin kuuluu esimerkiksi kunnan budjetointi, vaikuttavat voimavaroihin ja siten lääkäriyön laatuun. Lääkäriin koulutuksella ja myöhemmällä täydennyskoulutuksella on niin ikään taulukon mukaan vaikutusta työn laatuun. Lääkäriin tiedot ja taidot, persoonallisuus, sosiaaliset taidot sekä oman työn hallinta vaikuttavat työn laatuun. Potilaan kokemaan hoidon laatuun potilaan näkökulmasta sen sijaan vaikuttavat edellä mainittujen seikkojen lisäksi potilaan persoonallisuus, arvot, odotukset ja toiveet sekä sairaus ja elämänlaatu. Alkuperäistä kuviota on laajennettu käsittämään myös terveysthuollon lainsäädäntöä ja erilaisia lääkäriyön laatuun vaikuttavia ohjeita. Ne vaikuttavat lääkäriyön laatuun ja muokkaavat lääkäriiden käsityksiä työnsä laadusta ja laadun tekijöistä. Täten niiden lisääminen kuvioon on mielestäni välttämätöntä.



KUVIO 4. Lääkäriyön laatuun vaikuttavia tekijöitä (ks. Nummenmaa 2007, 129)

Terveydenhuollon palvelun tuotannossa on otettava huomioon useat eri toimijat sekä valtion, lainsäädännön, kunnan ja eri järjestöjen (esimerkiksi asiakas- ja potilasjärjestöt) ohjeistukset ja suositukset. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES) julkaisemassa, Idänpää–Heikkilä ym. kirjoittamassa (20/2000, 8) tutkielmassa, terveydenhuollon laatu määritellään seuraavasti: ”Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadun voisi myös määritellä kyvyksi täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaidolla, edullisin kustannuksin ja lakien, asetusten ja määräysten mukaan.”

Seuraavaksi esitelläänkin tarkemmin lääkäri työn laatuun vaikuttavia suosituksia, määräyksiä ja järjestelmiä.

2.3.1 Hoitosuosituksiset

Lääkärin työn laatuun vaikuttavia ohjeita ja kansainvälisiä suosituksia on runsaasti, kuten alla olevasta luettelosta voidaan huomata.

Lääkäriliiton ohjeet

- Lääkärin eettiset ohjeet 6.5.1988
- Lääkärin kollegiaalisuusohjeet 6.5.1988
- Ohjeisto lääkärintodistusten kirjoittamisesta 1.4.1993
- Lääkäreiden ja lääkäri palveluja koskevat ilmoitteluohjeet 7.5.1993
- Terveydenhuollon laadun arvioinnin eettiset ohjeet 28.3.1996
- Telelääketiedettä koskevat eettiset ohjeet 1997
- Lääkärinvala 1997

(Lähde: http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/vastaanotonlaatu.html)

Muut

- Käypä hoito -suositukset, vuodesta 1994 alkaen
- Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, vuodesta 2004

Kansainvälisiä suosituksia

- Hippokrateen vala
- WMA: Declaration of Lisbon on the rights of the patient 1995
- WMA: Declaration with guidelines for continuous quality improvement in health care 1997
- United Nations: Principles of Medical Ethics 18.12.1982
- World Psychiatric Association: Madridin julistus 1997
- YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista 1989

(Lähde: http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/vastaanotonlaatu.html)

Tässä tutkimuksessa esitellään lääkärin työhön eniten vaikuttavat ohjeet, suositukset sekä määräykset. Näitä ovat Käypä hoito -suositukset, yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet sekä terveydenhuollon laadunarvioinnin eettiset ohjeet.

Käypä hoito -suositukset

Käypä hoito -suosituksia on laadittu vuodesta 1994 hoitopäätösten tekemisen tueksi ja ne ovat tieteellisesti perusteltuja hoitosuosituksia, joita pidetään jatkuvasti ajan tasalla. Suositukset helpottavat lääkäreiden päivittäistä työtä antaen tukea hoitopäätöksen tekoon ja yhtenäistäen hoitokäytäntöjä ympäri maata. Tarkoituksena ei siis ole potilaan yksilöllisyyden unohtaminen, vaan jokainen lääkäri tekee yksilöllisen hoitopäätöksen käyttäen suosituksia tukena. Suositusten avulla on pyritty yhdistämään tutkimustietoa jokapäiväiseen lääkäriyöhön. (Nummenmaa 2007, 21–22)

Nummenmaan (2007, 22) mukaan Käypä hoito -hankkeen tavoitteena on laatia käytäntöön soveltuvia, tieteelliseen näyttöön perustuvia ja suomalaiseseen yhteiskuntaan ja terveydenhuoltoon soveltuvia hoitosuosituksia. Käypä hoito -suosituksia voidaankin käyttää välineinä hoidon laadun parantamiseen.

Tällä hetkellä käytössä on 78 hoitosuositusta ja niihin voi tutustua tarkemmin osoitteessa: <http://www.kaypahoito.fi/>.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet

Sosiaali- ja terveysministeriö on koonnut eri asiantuntijoiden avustuksella terveydenhuoltohenkilökunnalle suositukset potilaan kiireettömään hoitoon pääsemisestä. Tällä pyritään turvaamaan kansalaisille yhtäläinen oikeus saada kiireetöntä hoitoa yhtenäisin perustein. Yhtenäiset kiireettömän hoidon (vrt. akuuttihoito) perusteet -projekti on aloitettu vuonna 2004 ”-- osana kansallista hanketta terveydenhuollon turvaamiseksi. Hoidon perusteet on laadittu 193 sairauden hoitoon ja tutkimiseen. -- Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset arvioivat ja seuraavat suositusten toimivuutta. -- Perusteita kirjataan ja kehitetään jatkuvasti. -- Lääkärit käyttävät näitä suosituksia apunaan päättäessään potilaan hoidosta. Suositusten ohella lääkäri ottaa aina hoitopäätöstä tehdessään huomioon potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen. Lääkäri päättää potilaan hoidosta yhteisymmärryksessä tämän kanssa.” (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2005, 3)

Terveydenhuollon laadunarvioinnin eettiset ohjeet

Suomen Lääkäriliitto on laatinut lääkärin työn eettisten kysymysten ratkaisemisen tueksi eettiset ohjeet, jotka julkaistaan Lääkärin etiikka -kirjassa. Kirjassa julkaistaan kansainvälisiä eettisiä säännöksiä ja suosituksia. Ohjeet on annettu päätöksenteon tueksi, eivätkä ne varsinaisesti velvoita lääkäreitä niiden noudattamiseen. Ohjeissa käsitellään muun muassa seuraavia lääkäriyöhön liittyviä aiheita: potilas–lääkäri-suhde; hoitotoimet; lääkäri ja yhteiskunta; koulutus ja tutkimus; vastaanoton laatu ja laatu terveydenhuollossa. (Lääkärin etiikka, 2000)

2.3.2 Lainsäädäntö

Alla on listattuna lääkärintyöhön liittyvää lainsäädäntöä. Tässä tutkimuksessa perehdytään tarkemmin lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Kyseisillä laeilla on suurin vaikutus päivittäiseen lääkäriyöhön.

- Sairausvakuutuslaki 1963
- Kansanterveyslaki 1977
- Erikoissairaanhoitolaki 1989
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 1990
- Mielenterveyslaki 1990
- Henkilörekisterilaki 1992
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992

- Laki terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta 1992
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994

(Lähde: http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/vastaanotonlaatu.html)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan oikeuksista koskee sosiaalihuollon laitoksissa annettavaa terveydenhuollon hoitoa sekä koko terveydenhuoltoa.

Laissa säädetään mm. seuraavista asioista:

- Hoitoon tarvitaan potilaan suostumus.
- Hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.
- Potilaalle on annettava tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon laajuudesta, riskitekijöistä ja hoidon vaihtoehdoista.
- Potilaalla on oikeus tarkistaa hänestä potilasasiakirjoihin merkityt tiedot ja oikaista ne.
- Hoitoa jonottamaan joutuvalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta.
- Hoitoon tyytymätön voi tehdä muistutuksen hoitolaitokselle.
- Hoitolaitoksella on oltava potilasta avustava potilasasiamies, joka antaa potilaalle tietoa tämän oikeuksista ja avustaa tarvittaessa potilasta muistutuksen, kantelun tai korvaushakemuksen teossa.
- Lapsipotilasta hoidettaessa hänen mielipiteensä on otettava huomioon silloin, kun lapsi on kyllin kehittynyt sen ilmaisemaan. Lääkäri tai muu ammattihenkilö arvioi lapsen kehittyneisyyden.
- Lapsen huoltajalla ei ole oikeutta kieltää hoitoa, jota tarvitaan alaikäisen henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi.

(Lähde: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpot/index.htx>)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

Tämän lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua:

- 1) varmistamalla, että tässä laissa tarkoitettulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet
- 2) järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sairaanhoidossa
- 3) helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä.

(Lähde: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>)

Kyseisessä laissa määritellään terveydenhuollon ammattihenkilö, säädetään oikeudesta toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä, terveydenhuollon ammattihenkilön yleisistä velvollisuuksista sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeuksista ja valvonnasta. Laki on luettavissa kokonaisuudessaan liitteessä 3.

2.4 Yhteenveto

Terveydenhuollon laadun määrittelyssä on nykyisin siirrytty asiakaslähtöiseen näkökulmaan aikaisemman teknillis-toiminnallisen näkökulman sijasta. (Vuori 1993) Laatuun vaikuttavat kirjallisuudessa esiintyvien määritelmien mukaan muun muassa asiakkaiden tarpeet ja odotukset, vastaanoton pituus sekä käytössä olevat resurssit. Terveydenhuollon palvelujen tuotannossa tärkeä paino on kustannustehokkuudella, sillä resurssit ovat rajalliset. Tutkimusten valossa on suositeltavaa ottaa huomioon laadun tuottamisessa rajahyödyn ja -kustannusten suhde, sillä tietyssä vaiheessa laadun tason nostaminen kasvattaa kustannuksia enemmän kuin laadun lisäämisestä tuotettava hyöty yritykselle on. (Idänpää-Heikkilä 20/2000; Vuori 1993)

Terveydenhuollon laatuun vaikuttavat useat eri tekijät: lainsäädäntö, erilaiset ohjeistukset ja määräykset, lääkärin tieto/taito ja sosiaaliset kyvyt, fyysinen ympäristö, hoitohenkilökunta ja käytettävät työvälineet, käytössä oleva laadunhallintojärjestelmä tai sen puuttuminen, käytössä olevat resurssit sekä johtamiskäytännöt. (Nummenmaa 2007)

Terveydenhuollon laadun määrittely riippuu siitä, kenen näkökulmasta laatua tarkastellaan. Se voi olla potilaan, palvelun tuottajan (kunta, terveyskeskus, sairaala) tai hoitohenkilökunnan näkökulma (lääkärit, sairaanhoitajat). Jokainen sisällyttää laadunäkemykseen omia odotuksiaan, toiveitaan ja tavoitteitaan. Tärkeää olisikin pyrkiä näiden eri näkökulmien yhteensovittamiseen. (Laine 2005)

Terveydenhuollon laatua voidaan lisäksi tarkastella eri ulottuvuuksista. Näitä ulottuvuuksia ovat: tulos- prosessi- tai voimavaralaatu. Voimavaralaatu kuvaa nimensä mukaisesti millaisia voimavaroja palvelun tuottamisessa käytetään. Prosessilaatu sen sijaan kuvaa palveluntuotannon prosessia. Tuloslaatu kuvaa palveluprosessin lopputulosta. Eri näkökulmasta riippuen se voi tarkoittaa esimerkiksi vaivan parantumista tai onnistuneesti suoritettua leikkausta ja jälkihoitoa. (Laine 2005)

Edellisessä luvussa on käsitelty erilaisia näkemyksiä laadusta terveydenhuollossa. Seuraavaksi syvennytään tutkimuksen aineiston kuvaamiseen ja selostetaan tutkimuksessa käytettyjä metodeja. Lisäksi kerrotaan tutkimuksen kulusta ja pohditaan tutkimuksen kattavuutta ja luotettavuutta. Lopuksi kuvataan Pihlajalinna Oy:n toimintaa ja eri palvelukonsepteja sekä laadunhallintajärjestelmää.

3 AINEISTON KUVAUS JA ANALYYSI

3.1 Käytetyt tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen kulku

3.1.1 Tutkimusaihe

Tutkimuksen alussa on tutustuttu tutkimusaiheeseen liittyvään aikaisempaan kirjallisuuteen, jota on saatavilla runsaasti. Laatu on tutkittu yleisestä näkökulmasta ja terveydenhuollon näkökulmasta. Koska kohdeorganisaatiossa oli tutkimuksen aloittamisen aikana käynnissä ladunhallintajärjestelmän valinta- ja kehitysprosessi, päätettiin yhdessä kohdeorganisaation edustajien kanssa, että tutkimusaiheen olisi hyödyllistä liittyä laatuun. Kuten aikaisemmin on jo mainittu, terveydenhuollon laatua on tutkittu runsaasti eri näkökulmista, mutta lääkärin näkökulmasta tehtyjä tutkimuksia on saatavilla vähän. Toisaalta, julkisen terveydenhuollon ja yksityisen sektorin näkökulmien yhdistäminen on suhteellisen uusi ilmiö ja kaikki siihen liittyvä tutkimus auttaa kehittämään tätä yhteistyötä.

Palvelun tuottajan ja asiakkaan/tilaajan näkökulmien vertailua on tehty aiemmissa tutkimuksissa vähän, vaikka laadunhallinta mielestäni vaatisi molempien osapuolten näkökulmien täsmentämistä. Kuten kirjallisuudessa esiintyvissä laatu näkemyksissä on korostettu, laadun määrittely riippuu paljon siitä, kenen näkökulmasta laatua tarkastellaan.

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa ja erityisesti kysymys- ja haastattelulomakkeita laatiessani tapasin useasti Pihlajalinnalla Oy:n edustajia ja tein tiivistä yhteistyötä erityisesti Juho Nummenmaan kanssa. Nummenmaa on väitellyt vuonna 2007 aiheesta ”Näyttöön perustuvat suositukset ja yleislääkärin työ”. Hän on käsitellyt tutkimustyössään muun muassa Käypä hoito -suosituksia ja terveydenhuollon laatua. Lisäksi hän toimii Pihlajalinnan Oy:n laatu vastaavana, joten hän on ollut sopiva tukija tämän tutkimuksen tekemisessä.

Tutkimuksen tieteellisenä lähtökohdana toimii konstruktivinen paradigma. Lähtökohdan mukaan todellisuutemme on sosiaalisesti rakennettua eikä ole olemassa yhtä ainoaa todellisuutta tai totuutta, vaan todellisuus koostuu useista totuuksista. Nämä totuudet voivat olla keskenään ristiriidassa ja täysin subjektiivisia. (Kvist 2003) Todellisuus ja tieto ovat kyseisen lähtökohdan mukaan

tarkasteltuna rakentuneet kulttuurillisesti ja sosiaalisesti ja ihmisen mieli muokkaa näitä rakenteita omalla, yksilöllisellä tavallaan. Rakenteet muokkautuvat jatkuvasti, samalla kun ihminen oppii uutta ja on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Näin ollen todellisuutta konstruoidaan jatkuvasti uudelleen.. Myös laadun käsite on yksilöllinen ja muodostuu ihmisen mielessä monien asioiden summana. Se perustuu odotuksiin, toiveisiin, aiempiin kokemuksiin ja muiden tekemiin arviointeihin laadusta. (Leino-Kilpi ym. 1994; Lumijärvi & Jylhäsaari 2000; Stichler & Weiss 2000; Kvist 2004). Kvist ehdottaakin hoidon laatua käsittelevässä väitöskirjassaan, että hoidon laatua on mahdollista tutkia syvällisesti käyttämällä laadullisia tutkimusmenetelmiä.

3.1.2 Tutkimuksen kohderyhmät

Tutkittavat ryhmät on valittu yhdessä kohdeorganisaation kanssa. Tutkimuksen alussa päätettiin tutkia sekä Pihlajalinnan asiakkaiden että Pihlajalinnan omien lääkäreiden näkemyksiä laadusta. Laadunhallinnan kannalta pidettiin tärkeänä, että asiakkaiden näkemykset lääkäriyön laadusta ja sen tärkeistä ominaisuuksista on selvillä. Samalla haluttiin selvittää myös millaisia näkemyksiä omilla lääkäreillä on ja onko näissä kahdessa näkemyksessä olemassa huomattavia eroja ja toisaalta yhtäläisyyksiä.

Asiakkaiden eli tässä tapauksessa Parkanon, Kankaanpään, Tullinkulman ja Jämsän työpisteiden mielipiteitä päätettiin selvittää haastattelemalla työpisteiden neljää ylilääkäreitä. Heidän nähtiin edustavan tutkimuksen kannalta kattavasti julkisen terveydenhuollon ja Pihlajalinnan Kuntapihlajan tärkeiden asiakkaiden näkemyksiä. Tutkittavat työpisteet on valittu sen mukaan, että näissä kohteissa Pihlajalinnalla on pisimmät sopimukset ja eniten lääkäreitä töissä. Kyseisten asiakkaiden näkemyksiä pidettiin tärkeinä kohdeorganisaation laadunhallinnan kannalta.

Toiseksi tutkittavaksi ryhmäksi valittiin Kuntapihlajan palveluksessa olevat yleislääkärit. Valinta tuntui luonnolliselta, sillä juuri nämä lääkärit työskentelevät tutkittavien ylilääkäreiden alaisuudessa. Kohderyhmänä olivat yleislääkärit, joita oli Pihlajalinnassa tutkimuksen teon hetkellä noin 50. Heidän toimipaikkojaan olivat muun muassa Parkanon, Jämsän, Kankaanpään, Ikaalisten, Pirkkalan ja Ylöjärven terveyskeskukset sekä Tullinkulman Työterveys Tampereella. Tullinkulman lääkärit toimivat työterveyslääkäreinä.

Tutkimuksen aineiston kerääminen alkoi marraskuussa 2005 ja päättyi tammikuussa 2006.

3.1.3 Tutkimuksen vaiheet

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa valittiin yhdessä kohdeorganisaation kanssa ajankohtainen tutkimusaihe, josta olisi etua organisaation laadun kehittämässä ja päätettiin tutkimusnäkökulma.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa tutustuin aiheesta saatavilla olevaan kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin. Tapasimme Juho Nummenmaan kanssa useita kertoja syys- ja lokakuussa 2005 keskustellaksemme tutkittavasta aiheesta ja laatiaksemme tutkimusongelmia parhaiten kartoittavat kysymykset haastatteluja ja kyselyjä varten. Samalla sovin haastatteluista toiseen kohderyhmään kuuluvien ylilääkäreiden kanssa. Laadimme yhdessä Nummenmaan kanssa ensin ylilääkäreiden haastattelukysymykset, joihin voi tutustua tarkemmin tutkimusraportin liitteessä 5. Haastattelut on tehty puolistrukturoidun kysymyslomakkeen pohjalta, joka on laadittu niin, että siinä on otettu huomioon teoriassa esiintyvät, erilaiset laadun määritelmät.

Tutkimuksessa on käytetty useaa tutkimusmetodia. Teschin (1990) mukaan jokainen laadullista tutkimusta tekevä tutkija sekoittaa eri metodeja tarkoituksensa mukaisella tavalla, saadakseen mahdollisimman kokonaisvaltaisen kuvan tutkittavasta kohteesta. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Todellisuutta kuvatessa on otettava huomioon sen moninaisuus. Erilaiset tapahtumat muokkaavat toisiaan ja tutkimuksen aikana on löydettävissä monensuuntaisia tutkimuskohteiden suhteita. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 1997, 161)

Tutkimusaineisto päätettiin kerätä haastattelujen ja kyselyjen avulla. Haastattelujen kyselylomake on puolistrukturoitu, vaikka esimerkiksi Pertti Alasuutari (1993, 65) ei pidä tätä menetelmää kvalitatiivisen aineiston keruun kannalta parhaana. Perustelen valintaani kuitenkin sillä, että jos olisin suorittanut, esimerkiksi teemahaastatteluja olisi aineistoni voinut jäädä todella pieneksi. Teemahaastattelu ei saisi olla liian sidottua aikatauluun, vaan haastateltavalle on annettava aikaa eläytyä tilanteeseen. Valitettavasti haastattelemani ylilääkäreiden aikataulu on niin tiukka, että teemahaastattelu ei olisi onnistunut. Tässä tutkimuksessa jokainen ylilääkäri on saanut vastata kysymyksiin niin laajasti tai suppeasti kuin on halunnut ja koska kysymykset ovat olleet avoimia, vastaajilla on ollut vapautta vastata haluamallaan tavalla. Hirsjärvi ym. (1997, 184) korostavat, että saadakseen tietää mitä kohderyhmät tuntevat, ajattelevat, uskovat tai kokevat tutkimuksessa tulisi käyttää menetelminä haastatteluja, asenneskaaloja tai kyselylomakkeita. Alasuutari (1994, 74) sen

sijaan painottaa, että laadullisen tutkimuksen moniulotteisuus mahdollistaa useampien tutkimusmetodien valinnan ja mitä moniulotteisemmin kohdetta halutaan tarkastella sitä enemmän erilaisia metodisia ”linssejä” tulisi käyttää. Tutkimuksessa onkin pyritty hyödyntämään useaa tutkimusmetodia kohteen tarkastelussa. Lääkäreiden kiireisen aikataulun ja kohdejoukon koon vuoksi metodeina on käytetty haastattelujen lisäksi kyselylomakkeita. Moniulotteisuutta on pyritty lisäämään kahden kyselykierroksen avulla sekä käyttämällä kyselykaavakkeessa runsaasti avoimia kysymyksiä.

Ylilääkäreiden haastattelulomakkeessa on yhteensä 26 kysymystä. Kysymykset 1–16 ovat avoimia kysymyksiä, joilla kartoitetaan lääkäreiden näkemyksiä lääkäriyön laadusta. Kysymykset 17–19 ovat niin ikään avoimia ja niillä pyritään tiedustelemaan tyytyväisyyttä kohdeorganisaatioon. Kysymykset 20–26 ovat puolistrukturoituja ja niissä pyydetään ottamaan kantaa asteikolla 1–5 (1=erittäin huonosti; 2=melko huonosti; 3=tyydyttävästi; 4=melko hyvin; 5=erittäin hyvin). Lisäksi jokaisella vastaajalla on ollut mahdollisuus keskusteluun kysymysten ulkopuolella. Tässä tutkimuksessa käsittelen ainoastaan vastaustuloksia kysymyksiin 1–16, vastaukset kysymyksiin 17–26 ovat kohdeorganisaation omaan käyttöön ja ne on päätetty rajata tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimuksen seuraavassa vaiheessa suoritin ylilääkäreiden haastattelut. Kävin Parkanon, Jämsän ja Kankaanpään terveyskeskuksissa sekä Tampereen Tullinkulmassa. Haastattelut veivät aikaa keskimäärin tunnista puoleentoista tuntiin, ylilääkäreiden aikataulusta riippuen. Jokainen haastattelu tallennettiin ääninauhalle ja litteroitiin. Yhtenä tutkimuksen tavoitteena oli kerätä ylilääkäreiden vastausten pohjalta laadun kriteereitä, joten vastaukset kysymyksiin 3, 7 ja 8 eriteltiin ja luokiteltiin. Tarkoitukseen valitut kysymykset ovat seuraavat:

3. Mistä asioista koostuu laadukas lääkärin työ?

7. Mitkä ovat mielestänne niitä edellytyksiä, joita tarvitaan siihen, että lääkäri voisi tehdä työnsä hyvin?

8. Mitkä ovat yksittäisen lääkärin kohdalla niitä asioita, jotka parantavat laatua?

Päädymme käyttämään nimenomaisia kysymyksiä kriteereiden selvittämiseen, sillä ne hahmottavat parhaiten kohdeorganisaation kannalta tärkeitä laadun ulottuvuuksia ja käsittelevät lääkäriyön laatua monipuolisesti. Koska laadunhallinnassa pyritään panostamaan laatua parantaviin seikkoihin, tutkimuksessa haluttiin selvittää niitä koskevat kohderyhmien näkemykset. Aikaansaadut laadun kriteerit esitellään tarkemmin tämän tutkimustyön luvussa 4.

Tutkimuksen viidennessä vaiheessa yleislääkäreiden kyselylomakkeita muokattiin yhdessä Nummenmaan ja Tampereen yliopiston tutkimustyötä ohjaavan professorin kanssa. Ylilääkäreiden haastattelussa käytettyä kyselylomaketta päätettiin muokata lyhyemmäksi ja sopivammaksi intranetissä käyttöön. Kyselylomakkeessa on yhteensä 14 kysymystä, joista 1–10 ovat avoimia kysymyksiä ja kysymyksissä 11–13 vastaajia pyydetään valitsemaan mielipidettään parhaiten vastaava vaihtoehto asteikolla **1 = erittäin paljon; 2 = melko paljon; 3 = en osaa sanoa; 4 = melko vähän; 5 = ei lainkaan**. Viimeinen kysymys on avoin ja kartoittaa yleislääkäreiden parannusehdotuksia liittyen yhteistyöhön toimipisteiden kanssa. Tässä tutkimuksessa käsitellen ainoastaan vastaustuloksia kysymyksiin 1–12, vastaukset kahteen viimeiseen kysymykseen (13–14) ovat kohdeorganisaation omaan käyttöön.

Kyselylomake esiteltiin pienen vastaajajoukon kesken. Jyrinki (1977, 114) painottaa, että esitestausta varten riittää pieni harkinnanvarainen tutkimusjoukko, jonka ei tarvitse olla tilastollisesti edustava. Esitestauksessa saadaan myös viitteitä lomakkeen täyttämiseen kuluva ajasta. Kysymysten esitestauksen jälkeen yleislääkäreille lähetettiin sähköpostitse saatekirje ja kutsu kyselyyn osallistumiseen. Saatekirjeessä selostettiin lyhyesti tutkimuksen tarkoitus ja kerrottiin lomakkeen täyttämisen vievän noin 10 minuuttia. Saatekirje on kokonaisuudessaan liitteessä 5. Kysely päätettiin sijoittaa Pihlajalinnan intranettiin, johon kaikilla työntekijöillä on vapaa pääsy. Kyselyyn oli mahdollisuus osallistua marraskuun 2005 aikana ja vastaukset ohjautuivat automaattisesti tutkijan sähköpostiin. Marraskuun aikana yleislääkäreille lähetettiin myös muistutuskirje, sillä vastausprosentti uhkasi jäädä alhaiseksi. Vastauksia saatiin yhteensä 21 kappaletta eli vastausprosentti oli 42 kyselyn ensimmäisessä vaiheessa.

Seuraavaksi lähetettiin ylilääkäreille sähköpostitse kyselyn toisen kierroksen kolme kysymystä, joissa heidän toivottiin asettavan laadun kriteerit tärkeysjärjestykseen. Kaikki tutkittavat ylilääkärit palauttivat vastauksensa kahden päivän sisällä ja seuraavaksi saadut tulokset analysoitiin tilastollisesti. Vastauksista laskettiin jokaisen vaihtoehdon keskiarvo ja ryhmiteltiin laadun kriteerit niiden mukaiseen tärkeysjärjestykseen siten, että pienin keskiarvo sijoittuu ensimmäiselle sijalle ja suurin keskiarvo viimeiselle. Kriteereiden tärkeysjärjestys esitellään luvussa 4 ja liitteissä 9 ja 10.

Seuraavassa tutkimusvaiheessa yleislääkäreiden vastauksista käsiteltiin vastaukset kysymyksiin 4, 7 ja 8. Lääkäreitä pyydettiin vastaamaan kyseisiin kysymyksiin luettelon muodossa. Vastauksista koottiin ensin luettelo, josta toiseen kyselyvaiheeseen valittiin eniten esiintyneet laadun ominaisuudet. Näin muodostettiin kyselyn toiseen vaiheeseen sopivat luokat. Seuraavaksi laadittiin

toisen vaiheen kysymykset. Tässä vaiheessa yleislääkäreitä pyydettiin asettamaan heidän vastauksissaan eniten esiintyneet ominaisuudet tärkeysjärjestykseen. Vastausvaihtoehdot olivat: **1 = tärkein ominaisuus** ja **10 = vähiten tärkeä ominaisuus**. Kysymykset on nähtävillä kokonaisuudessaan liitteessä 6.

Uudet kysymykset ja saatekirje lähetettiin kaikille Kuntapihlajan lääkäreille sähköpostitse ja heitä pyydettiin lähettämään myös vastaukset sähköpostin välityksellä. Kyselyn toiseen vaiheeseen vastasi 34 Pihlajalinnan lääkäriä eli vastausprosentiksi muodostui 68. Seuraavaksi molempien tutkimusryhmien vastaukset analysoitiin. Vastaukset avoimiin kysymyksiin käsiteltiin niin, että vastaajien anonymiteetti ei kärsi. Vastauksista pyrittiin löytämään yhteisiä luokkia, jotta vertailu ja tulosten esittäminen olisi mielekästä. Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen vastaukset, jotka ovat luettelon muodossa, käsiteltiin niin, että vastauksista saatiin koottua vastausmatriisit. Matriiseissa jokaiselle vastausvaihtoehdolle laskettiin keskiarvo. Keskiarvojen avulla laadun ominaisuudet voitiin asettaa tärkeysjärjestykseen niin, että pienimmän keskiarvon saanut ominaisuus asetetaan ensimmäiselle sijalle ja suurimman - viimeiselle. Ajatus tämän tyyppisestä ominaisuuksien tärkeysjärjestyksestä saatiin Parasuraman, Zeithaml ja Berryn vuonna 1985 tekemästä tutkimuksesta, josta kerrottiin tarkemmin tutkimusraportin johdannossa. Tärkeysjärjestyksen havainnollistamiseksi jokaisen laatuksiteerin sama tärkeysjärjestys laskettiin yksitellen ja saaduista vastauksista tehtiin taulukko. Taulukossa jokaisen kriteerin tärkeysjärjestys ilmoitetaan prosentuaalisesti. Kriteereiden tärkeysjärjestystä käsitellään vain lyhyesti, sillä tärkeysjärjestykseen asetetut kriteerit on pääasiassa tarkoitettu kohdeorganisaation omaan käyttöön.

3.1.4 Tutkimuksen luotettavuus ja kattavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan pohtia monesta näkökulmasta. Tutkija arvioi tutkimuksensa luotettavuutta jatkuvasti, koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden avulla. Kvalitatiivisen tutkimuksen validiutta voidaan pyrkiä osoittamaan kuvaamalla tutkimusraportissa mahdollisimman tarkkaan tutkimuksen kulkua, tutkimustilannetta ja kaikkia seikkoja, jotka auttavat lukijaa muodostamaan tutkimuksesta itsenäisen arvioinnin. (Grönfors 1985, 178; Tynjälä 1991, 388, 390.) Tässä tutkimuksessa tulosten hyödyntäjänä toimii pääasiassa Pihlajalinna Oy, mutta tutkimustuloksia ja lääkäriyön laadun kriteereitä voidaan hyödyntää jatkotutkimuksissa. Tutkimus käsittelee laatua sellaisesta näkökulmasta, johon aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole mielestäni kiinnitetty riittävästi huomiota. Laadun tutkiminen lääkäreiden näkökulmasta rikastuttaa mielestäni terveydenhuollon laadunäkemyksiä ja aihetta tulisikin tutkia vastaisuudessa laajemmin.

Kvalitatiivisen aineiston luotettavuutta voidaan Tynjälän (1991, 392) mukaan parantaa käyttämällä erilaisia aineistonkeruumenetelmiä rinnakkain eli triangulaatiolla. Tässä tutkimuksessa aineistoa analysoitiin kvalitatiivisen analyysin keinoin, käyttäen luokittelua ja jäsentelyä. Lisäksi aineistoa käsiteltiin kvantitatiivisesti, laskemalla keskiarvoja ja prosentuaalisia jakaumia. Tutkimustulokset pyritään havainnollistamaan kuvioin ja luetteloin sekä siteeraamalla lääkäreiden vastauksia.

Tutkimuksen suorittamiseksi valitut tutkimusmenetelmät eli haastattelu- ja kyselytutkimuksen yhdistäminen täydensivät toisiaan niin, että vastaajat saivat mahdollisuuden kertoa omin sanoin näkemyksistään. Heitä ei pyritty ohjaamaan tiettyyn suuntaan pelkästään valmiilla vastausvaihtoehdoilla. Vastauksia avoimiin kysymyksiin saatiinkin runsaasti. Haastattelut suoritettiin ylilääkäreiden toimipisteissä, rauhallisessa ympäristössä. Haastattelua kohti oli varattu aikaa tunnista kahteen tuntiin, haastateltavan keskusteluhalukkuuden ja aikataulujen mukaan. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin myöhemmin. Haastattelujen aikana tehtiin lisäksi muistiinpanoja. Ylilääkärit saivat vastata kysymyksiin puolistrukturoidun lomakkeen mukaisessa järjestyksessä ja jokaisen vastauksen pohtimiseen ja muotoiluun annettiin riittävästi aikaa. Ylilääkäreille myös lähetettiin ennakotiedot kyselyn sisällöstä, mutta ei valmista kyselylomaketta.

Kyselylomaketta esiteltiin ja tutkittaville lääkäreille annettiin riittävä mahdollisuus osallistua yrityksen intranettiin sijoitettuun kyselyyn. Lääkäreille annettiin myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan ja täsmentää tutkimukseen liittyviä asioita. Täsmennyspyyntöjä tuli jonkin verran.

Tutkimusraportissa on pyritty kuvaamaan tarkkaan tutkimusprosessin kulkua, niin että lukijan olisi helppo seurata tutkimusta ja luoda omia päätelmiään. Tutkimusmenetelmiä on niin ikään pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti. Laadullinen tutkimus on vahvasti sidoksissa tutkijan todellisuuskäsityksiin ja näin ollen tulkinta ei ole koskaan subjektiivista. Tutkija reflektoi omia lähtökohtiaan tehdessään tulkintaa ja tämä on otettava huomioon tutkimuksen luotettavuutta pohtiessa. (Alasuutari 1994)

Grönforsin (1985, 179) mukaan tutkijan pitää laadullisessa tutkimuksessa antaa tietoja omasta viitekehyksestään luotettavuuden varmistamiseksi. Tutkimuksen luotettavuuteen on epäilemättä vaikuttanut se, että tutkija ei ole itse lääkäri. Tämä on saattanut vaikuttaa tutkimustulosten tulkintaan ja haastattelujen kulkuun. Vastaajat ovat saattaneet arastella käyttää ilmaisussaan ammatilleen tyypillistä terminologiaa ja supistaa vastauksiaan tai jättää joitakin asioita tämän vuoksi kertomatta. Toisaalta tutkija on saanut tutkimuksensa teossa apua kohdeorganisaation edustajilta, jotka ovat lääkäreitä. Vastausten määrään ja laatuun on saattanut myös vaikuttaa kohderyhmien kiireisyys ja se, että tutkittava aihe koettiin liian vieraaksi itselleen. Haastattelujen huonoina puolina voidaan pitää luotettavuuden vääristymistä, sillä haastateltavat saattavat pyrkiä antamaan sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia. Tutkimusaihe ei kuitenkaan käsitellyt arkoja tai liian henkilökohtaisia asioita ja lääkäreiden tyytyväisyyttä käsittelevät kysymykset oli sijoitettu haastattelujen ja kyselyjen loppupuolelle. Tällä pyrittiin välttämään sitä, että vastaajat ärsyyntyisivät tai vaivaantuisivat ja jättäisivät sen vuoksi vastaamatta koko kyselyyn. Tutkimuksen luotettavuuteen onkin saattanut vaikuttaa yleislääkäreiden salassapitovelvollisuus suhteessa Pihlajalinnan ja palvelun tilaajaan. Lisäksi on huomioitava, että tutkimusaineiston keruun aikana laadunhallintajärjestelmän kehitys oli vasta aloitettu Pihlajalinna Oy:ssä eikä henkilöstöä täten ehditty vielä perehdyttää laatusanastoon. Tämä on saattanut heijastua tutkimusaineiston määrään ja laatuun. Haastatteluaineistoon on lisäksi vaikuttanut haastateltavan ja haastattelijan yksilötekijät, kuten väsymys ja kiire sekä ympäristötekijät.

Kvalitatiivisen aineiston analyysin arviointiperusteena voidaan käyttää aineiston riittävyttä ja merkittävyyttä sekä analyysin kattavuutta, arvioitavuutta ja toistettavuutta (Mäkelä 1990, 47-48, 52-53). Tällöin riittävyydellä tarkoitetaan sitä, että uudet tapaukset, eli tässä tapauksessa uudet haastattelut ja kyselyt, eivät tuo esille uusia piirteitä. Haastateltujen ylilääkäreiden määrä oli tästä näkökulmasta tarkasteltuna suppea, mutta yhtäläisyyksiä heidän näkemystensä välillä on havaittavissa. Ottaen huomioon tutkimustyön laajuus tutkimusotosta voidaan kuvata kohtalaiseksi. Ylilääkäreiden otos on pieni eli neljä lääkäriä. Ylilääkärit edustavat kuitenkin kokemuksensa ja

asemansa puolesta hyvin Pihlajalinnan Kuntapihlajan asiakkaiden näkemyksiä ja voivat täten olla yleistettävissä.

Kyselyyn vastanneiden yleislääkäreiden osuutta voidaan pitää kohderyhmää hyvin kattavana. Kysely oli tarkoitettu 50 Kuntapihlajan yleislääkärille, mutta kyselyn ensimmäiseen vaiheeseen vastauksia saatiin yhteensä 21. Kyselyn toisessa vaiheessa vastauksia tuli 34, mikä on 68 % kohderyhmästä. Vastauksissa alkoi toistua samat teemat, joten suurempi vastausjoukko olisi toki rikastuttanut tutkimusta, mutta ei olisi olennaisesti vaikuttanut lopulliseen tutkimustulokseen.

Tutkimuksen kohderyhmien heterogeenisyyteen tutkija ei ole voinut itse vaikuttaa, sillä vastausmahdollisuus oli annettu kaikille Kuntapihlajan yleislääkäreille. Kyselyihin vastasikin molempien sukupuolten edustajat useasta ikäluokasta. Yleislääkäreiden heterogeenisyyttä voidaan siis pitää tutkimuksen kannalta hyvänä. Sen sijaan kaikki tutkitut ylilääkärit edustivat yhtä sukupuolta, mutta eri ikäluokkia.

Analyysin toistettavuutta ja kattavuutta on pyritty tehostamaan selostamalla tarkkaan analyysin perusteet ja tutkimuksen kulun. Tutkittaessa abstrakteja aiheita, kuten laadun käsite, on pidettävä jatkuvasti mielessä, että niiden tulkinta ja kokeminen ovat henkilökohtaisia ja sidottuja vastaajien kokemusmaailmaan ja todellisuuteen. (ks. Leino-Kilpi ym. 1994; Lumijärvi & Jylhäsaari 2000; Stichler & Weiss 2000; Kvist 2004). Kuten aikaisemmin on jo todettu, ihmisten näkemykset muuttuvat, joten laadunäkemyksiä tulisi tarkastella tasaisin väliajoin. Tiettyjä lainalaisuuksia ja alalle tyypillisiä paradigmoja voidaan kuitenkin pitää hitaasti muuttuvina ja tämän tutkimuksen toistettavuus onkin sen vuoksi mielestäni hyvä. Tulkintani perustuvat useisiin mainintoihin ja varsinkin lääkäriyön laadun kriteerit on laadittu nimenomaan vastausten toistettavuuden perusteella.

3.2 Kohdeorganisaation toiminnan ja laadunhallintajärjestelmän kuvaus

3.2.1 Kohdeorganisaatio

Tutkittava kohdeorganisaatio on yksityinen lääkäriyritys, Pihlajalinna Oy. Yritys on perustettu vuonna 2001 ja sen alkuperäinen toiminta oli keskittynyt Pirkanmaan kunnallisen terveydenhuollon lääkäripulan paikkaamiseen. Nykyään yritys on laajentanut toimintaansa ja tarjoaa asiakkailleen neljää palvelupakettia: Kuntapihlaja, Yrityspihlaja, Pihlajalinna-lääkäriasemat ja Omapihlaja.

Kuntapihlaja tarjoaa kunnallisille terveyskeskuksille ja sairaaloille perusterveydenhuollon palveluita sekä erikoissairaanhoidon asiantuntemusta. Kuntapihlajan lääkäreillä on pitkäaikaisia työsopimuksia useisiin Pirkanmaan terveyskeskuksiin.

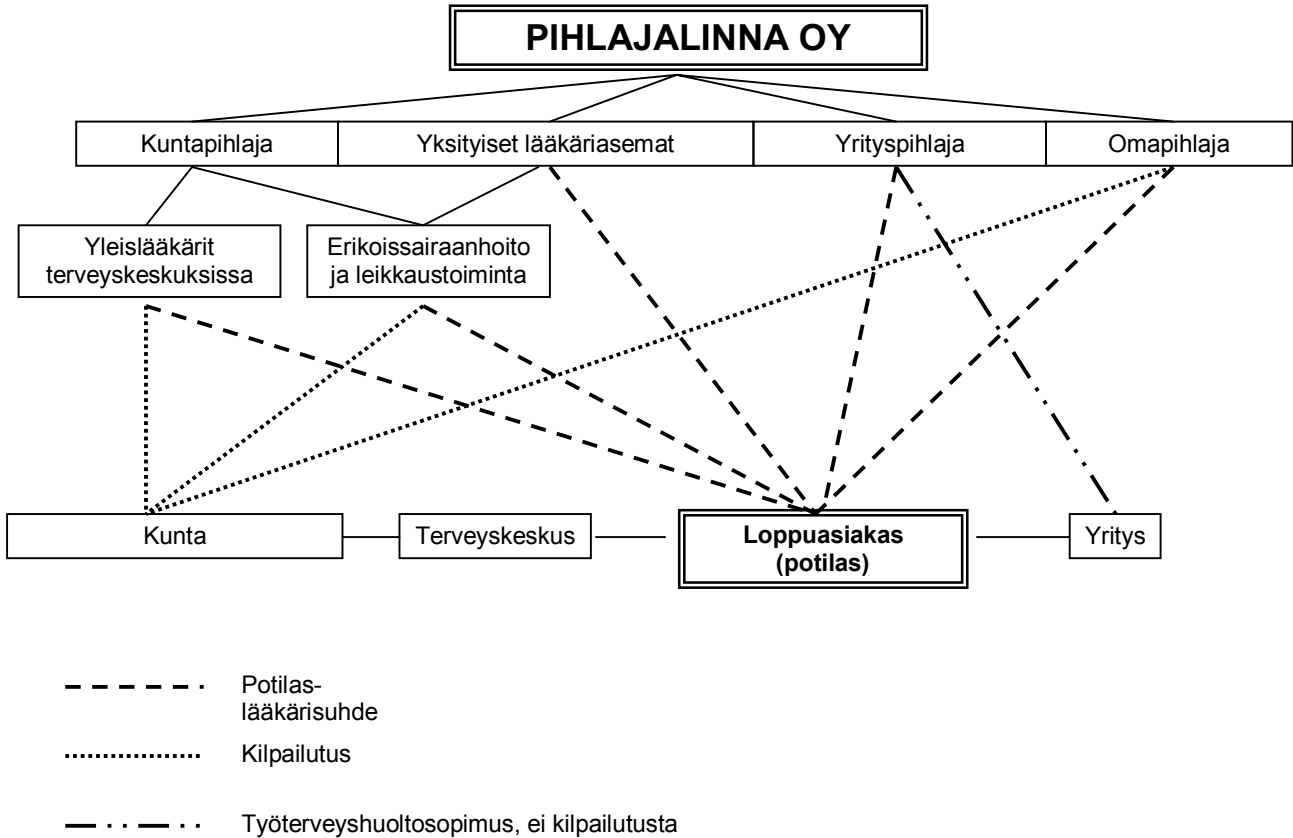
Yrityspihlaja on kehitetty kokonaisvaltaiseksi palvelupaketiksi yrityksille ja sisältää työterveyshuollon lisäksi turvallisuus- ja työhyvinvointipalveluja yritysasiakkaille.

Pihlajalinna-lääkäriasemia on tällä hetkellä toiminnassa Ylöjärvellä, Tampereen Kehräsaassa, Ikaalisissa, Akaan kaupungissa sekä Hämeenkyrössä. Asiakkaille tarjotaan lääkäriasemilla yleis- ja erikoislääkäreiden palveluja sekä työterveyshuoltoa, leikkaustoimintaa, fysioterapiaa ja muita tukipalveluja. Lisäksi Pihlajalinnalla on toiminnassa oma sairaala Tampereella.

Omapihlaja on Pihlajalinnan uusi, Tampereen kaupungille suunnattu perusterveydenhuollon palvelupaketti. Omapihlajassa toimii viisi lääkäri-hoitaja paria, jotka luovat itselleen omat tuntilistat. Tampereen kaupunki on ostanut Pihlajalinnalta 10 000 käyntiä ja sopimus on tehty neljäksi vuodeksi. Sopimuksen piiriin kuuluva julkisen terveydenhuollon asiakas voi kirjautua haluamalleen työparille ja hoitaa halutessaan kaikki terveyteensä liittyvät asiat samalla lääkäri-hoitaja parilla. Omapihlaja-palvelu on toiminut vuoden 2007 huhtikuusta lähtien Pihlajalinnan Tampereen Kehräsaaren lääkäriasemalla.

Pihlajalinna Oy on 80 % henkilökuntansa omistama yritys. Omistuksesta 20 % on Terveysrahasto Oy:n hallussa. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto eli Sitra on Terveysrahasto Oy:n pääasiallinen sijoittaja.

Vuonna 2004 Pihlajalinnan liikevaihto oli 4,5 miljoonaa euroa ja vuoden 2007 arvioitu liikevaihto on 11 miljoonaa. Yrityksen henkilökuntaan kuuluu yleis- ja erikoislääkäreitä, sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja (www.pihlajalinna.fi). Henkilökuntaa on tällä hetkellä arviolta 160.



KUVIO 5. Pihlajalinna Oy:n eri toiminnot ja palvelupaketit

Kuten yllä olevasta kuvioista 5 voidaan havaita Kuntapihlaja, yksityiset lääkäriasemat ja Yrityspihlaja toimivat loppuasiakkaan kanssa. Loppuasiakas on osaltaan vuorovaikutuksessa kunnan ja yritysten kanssa. Koska Kuntapihlaja tarjoaa palvelujaan julkiselle sektorille, edellyttää se yrityksen osallistumista tarjouskilpailuun. Laissa julkisista hankinnoista 23.12.1992/1505 määrätään, että julkisen tahon on hankintaa tehdessään järjestettävä tarjouskilpailu. Jokaisen tarjouskilpailuun osallistuvan yrityksen tai yhtiön on laadittava tarjouspyyntöä vastaava tarjous.

Hankinta on tehtävä mahdollisimman edullisesti. Tarjouksista tulee hyväksyä se, joka on kokonaistaloudellisesti edullisin tai hinnaltaan halvin. (Laki julkisista hankinnoista 2.7§ 1.mom)

Kunnat kilpailuttavat sekä yleis- että erikoissairaanhoidon palveluja. Yrityspihlaja sen sijaan solmii palvelun ostavan yrityksen kanssa työterveyshuoltosopimuksen. Yksityisillä lääkäriasemilla loppuasiakas toimii itse palvelusopimuksen solmijana, ilman ”välikäsiä”.

Viime aikoina Pihlajalinna Oy on ollut paljon esillä eri tiedotusvälineissä ja muun muassa Talouselämä lehden tekemän tutkimuksen mukaan Pihlajalinna on sijoittunut Suomen 2000-luvun toiseksi voimakkaammin kasvaneeksi yritykseksi. Voimakkaasta kasvusta huolimatta Pihlajalinnan omavaraisuusaste oli 73 % ja liiketulosprosentti 44 vuonna 2004. (www.talouselama.fi)

3.2.2 Laadunhallintajärjestelmä

Aloittaessani tutkimustyötäni vuonna 2005 kohdeorganisaatiossa oli käynnissä laadunhallintajärjestelmän valinta ja kehittäminen. Tutkimuksen kyselyn avulla saatuja laadun kriteereitä on hyödynnetty Pihlajalinna Oy:n laadun kehittämisessä. Tässä luvussa esittelen pintapuolisesti laadunhallintajärjestelmän käsitettä sekä Pihlajalinnan käyttöön otettua laadunhallintajärjestelmää. Koska tutkimus ei keskity varsinaisesti laadunhallintajärjestelmän kehittämisen kuvaamiseen, laadunhallintajärjestelmä esitellään vain pintapuolisesti. Toisaalta laadunhallintajärjestelmän yksityiskohdat ovat salassapitosopimuksen alaisia eivätkä näin ollen sovellu julkiseen tarkasteluun.

Rissanen & Kansanen (2003, 23) määrittelevät laatujärjestelmän käsitteen seuraavasti:

- laadunhallinnassa tarvittavien organisaatorakenteiden, resurssien, prosessien, menettelyiden ja menetelmien johdettu järjestelmä
- laatujärjestelmä sisältää palvelujen tuottamiseen tarvittavat resurssit (henkilöstö, tilat, laitteet), toiminnan asianmukaisen johtamisen, kirjatut vastuut ja toiminta- ja työtavat sekä palaute ja seurantajärjestelmän, joka tekee mahdolliseksi jatkuvan arvioinnin ja parantamisen
- laatujärjestelmä on aina organisaatiokohtainen

Erilaisten laadunhallintajärjestelmien kirjo on moninainen eikä kohdeorganisaation erityispiirteiden vuoksi moni tarjolla oleva järjestelmä sovi sellaisenaan Pihlajalinna Oy:n käyttöön. Pihlajalinnassa on päädytty käyttämään sosiaali- ja terveystalouden laatuohjelmaa, Social and Health Quality

Service (SHQS). Kyseinen ohjelma pohjautuu kansainväliseen akkreditointimenettelyyn, mutta sitä on kehitetty suomalaiseseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon sopivaksi. Ohjelman kriteereitä on muokattu silmällä pitäen Suomen erityispiirteitä ja lainsäädäntöä. Arviointikriteeristö on laadittu hyväksikäyttäen ISO9000-standardeja ja muokattu terveydenhuoltoon sopivaksi. Palvelukohtaisia kriteeristöjä on laadittu yhteistyössä erilaisten sosiaali- ja terveydenhuolto-organisaatioiden kanssa, alan erityistarpeet huomioon ottaen. (www.efeko.fi)

SHQS -laatuohjelmalla tarkoitetaan prosessia, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation palvelujärjestelmän rakenne, palveluprosessit ja vaikuttavuus tarkastetaan systemaattisesti. Samalla käynnistetään laadunhallintaan tähtäävä kehittämistyö. Menetelmä tarjoaa valmiin kehittämisohjelman laatujärjestelmän toteuttamiseksi. Organisaatio voi myös valita laatuohjelman pohjalta erilaisia lähestymistapoja laadunhallintaan. Kehittämisprosessin aikana organisaation johto ja kaikki yksiköt/toiminnot vertaavat toimintaansa etukäteen määriteltyihin kriteereihin ja kehittävät toimintaansa niiden suunnassa. Sisäinen kehittämisprosessi vaihtelee ulkopuolisten, koulutettujen sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden puolueettomaan auditointiin (= arviointiin). Auditoinnin tuloksia käytetään jatkuvaan laadun parantamiseen. Efeko Oy järjestää vuosittain auditoiden perus- ja täydennyskoulutusta. (www.efeko.fi)

SHQS:n kriteeristöön kuuluu seuraavat osa-alueet:

1). Johtaminen

arvioitavat asiat: strateginen suunnittelu, johtamisjärjestelmä, henkilöstövoimavarat, tilat, laitteet ja tarvikkeet, palveluprosessit, arviointi ja kehittäminen

2). Johtamisen tuki

arvioitavat asiat: asiakkaan/potilaan oikeudet, tietojen hallinta ja turvallisuusjohtaminen

3). Organisaation/työpisteen yhteiset kriteerit

arvioitavat asiat: arvot ja tavoitteet, johtamisjärjestelmä, henkilöstövoimavarat, tilat, laitteet ja tarvikkeet, palveluprosessit sekä arviointi ja kehittäminen

4). Palvelukohtaiset kriteeristöt
organisaation palvelupaketteja arvioidaan yksitellen

SHQS:n mukainen auditointi on suoritettu vuonna 2006 seuraavissa Pihlajalinna Oy:n palvelupisteissä: Hämeenkyrön, Kehräsaaren ja Ylöjärven lääkäriasemat, työterveyshuollon Tampereen yksikkö, Nokian ja Kehräsaaren leikkaustoiminnan ja erikoissairaanhoidon yksiköt sekä yleislääketieteen vastaanottoiminta.

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET: LÄÄKÄRITYÖN LAATU

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen empiirinen aineisto. Tutkimusraportissa on yhdistetty lääkäreiden määrittämät lääkäriyön laadun kriteerit ja vastaukset avoimiin kysymyksiin niin, että lukijan olisi helpompi hahmottaa kokonaisuutta. Tutkimusraportin luvussa 4.1 esitellään lääkäreiden yleisiä näkemyksiä lääkäriyön laadusta, käsitellään vastaanoton keston vaikutusta laatuun sekä lääkäreiden käsityksiä kustannusten ja laadun yhteydestä.

Luvussa 4.2 esitellään lääkäreiden näkemyksiä laadukkaan lääkäriyön tuottamisen edellytyksistä. Luvussa käsitellään laatua huonontavia asioita, teknisten välineiden ja hoitohenkilökunnan vaikutusta laatuun sekä täydennyskoulutuksen yhteyttä lääkäriyön laatuun.

Luvussa 4.3 esitellään lääkäreiden näkemyksiä laatua parantavista asioista yksittäisen lääkärin kohdalla.

4.1 Mistä asioista koostuu laadukas lääkäriyö?

4.1.1 Laadun määrittely yleisellä tasolla

4.1.1.1 Ylilääkäreiden näkemys

Ylilääkäreiden määrittämien kriteereiden perusteella on voitu erottaa seuraavat laadukkaan lääkäriyön ominaisuudet, jotka esitetään lääkäreiden asettamassa tärkeysjärjestyksessä:

- 1. riittävä ammattitaito ja lääketieteen tuntemus**
- 2. lääkärin sosiaaliset taidot (hyvä käytös, asiallisuus)**
- 3. lääkärin persoonallisuus (ystävällisyys, empatiakyky)**
- 4. asiakaslähtöisyys**
- 5. lääketieteen kehityksen seuraaminen**
- 6. taloudellisten asioiden huomioiminen**
- 7. selkeät ja täsmälliset toimintaohjeet**

8. ahkeruus

9. toimintaa ohjaava järjestelmä

Lääkäreiden määrittämien kriteereiden tärkeysjärjestykseen voi tutustua tarkemmin tutkimusraportin liitteissä 9 ja 10.

Keskusteluissa ylilääkäreiden kanssa olemme pyrkineet hahmottamaan laatua yleisellä tasolla. Ylilääkärit korostavat pohdinnoissaan laadun moniulotteisuutta. Eräs ylilääkäri vertaa laatua kolmijalkaiseen jakkaraan, jonka kaikkien kolmen osan on oltava kunnossa, jotta kokonaisuus toimisi. Tässä yhtälössä on hänen mielestään huomioitava taloudelliset tosiasiat, työntekijöiden jaksaminen sekä asiakkaiden tarpeet. Laadukkaan palvelun aikaansaamiseksi on ylilääkäreiden mukaan huomioitava myös kunnan ja asiakkaiden tavoitteet.

Ylilääkäreiden laadun määrittelyssä korostuu laadun ja kustannustehokkuuden suhde. Palvelun tai tuotteen hinnan mainitaan vaikuttavan laatuun. Eräs ylilääkäri painottaa, että varoja ei tulisi ”haaskata”, vaan jokaisen panoksen tulisi tuottaa mahdollisimman suuri terveyshyöty.

Haastatteluissa on tullut niin ikään esille, että laadun nähdään pohjautuvan käytössä olevaan laatu järjestelmään. Laadukkaan työn nähdään tuottavan riittävän ja ennalta määrättyjen mittareiden mukaan hyväksyttävän hoitotuloksen.

Ylilääkäreiden vastauksissa on korostettu, että laatua on tuotettava myös loppuasiakasta silmälläpitäen, huomioiden potilaskunnan erityistarpeet ja -piirteet. Laadukkaassa lääkärin työssä korostuu vastaajien mielestä asiakaslähtöisyys. Ylilääkärit painottavat vastauksissaan lääkärin henkilökohtaisia ominaisuuksia. Heidän mielestään lääkäri työn laadun kannalta on tärkeää, että lääkäri on ystävällinen ja noudattaa työskentelyssään annettuja aikatauluja.

4.1.1.2 Yleislääkäreiden näkemys

Yleislääkärit näkivät laadun koostuvan seuraavista ominaisuuksista, jotka he ovat asettaneet seuraavaan tärkeysjärjestykseen:

- 1. riittävät aikaresurssit**
- 2. lääkärin osaaminen**
- 3. toimiva vuorovaikutus potilaan ja lääkärin välillä**

4. ammattitaidon ylläpito

5. konsultaatiomahdollisuus

6. käytössä olevien resurssien ja välineiden asianmukaisuus

7. lääkärin persoonallisuus (ystävällisyys, empaattisuus)

8. potilaan yksilöllisyyden huomioiminen

9. avoin työilmapiiri

Muita esille tulleita laadun kriteereitä olivat: potilaan ymmärtäminen, ihmisläheisyys, avoin ilmapiiri, toimiva yhteistyö hoitajien kanssa, asiakaslähtöisyys, vastuu omasta työstä sekä hoitosuosituksen mukainen hoito. Lääkäreiden määrittämien kriteereiden tärkeysjärjestykseen voi tutustua tarkemmin tutkimusraportin liitteissä 9 ja 10.

Yleislääkärit korostavat, että laatu on loppuasiakkaiden, palvelun tilaajan ja kunnan tarpeisiin vastaamista. Vastauksissa luonnehditaan laadukkaan työn täyttävän kaikkien osapuolten odotukset ja toiveet.

Laatu ei synny itsestään, vaan se vaatii erään vastaajan mukaan tarkkaa suunnittelua, tietoa ja taitoa. Laadukas työtulos on yleislääkäreiden mielestä varmistettava toimivaksi jo ennalta. Laadun tuotannon on oltava kestävä ratkaisu ja sen on tapahduttava harkiten. Vastauksissa korostuu näkemys, että laatu on parasta mahdollista palvelua mitä palveluntuottaja kykenee sillä hetkellä ja saatavissa olevilla resursseilla tuottamaan. Laatuun on yleislääkäreiden mukaan panostettava tietoisesti ja sen tuottaminen vaatii riittäviä aikaresursseja.

Vastauksissa laatua kuvataan myös mittariksi, joka antaa palvelulle tai tuotteelle arvon.. Eräs vastaaja luonnehtii laatua seuraavasti:

”Laatu kuvailee asian ominaisuuksia, voi olla ihan asteikoton, ei millään tavalla arvottava käsite tai se voi olla asian tason mittari.”

Toisaalta laatu nähdään toiminnallisena ominaisuutena ja se ilmenee erään vastaajan mukaan toiminnan tarkoituksenmukaisuutena ja tuloksellisuutena. Vastausten mukaan laatu nähdään myös ”asian/esineen käytettävyytenä, kestävyytensä ja toimivuutena.” Palvelun tuotantoprosessin toimivuus ja toiminnallisen laadun prosessi mainitaan monissa vastauksissa.

4.1.2 Vastaanottoajan pituuden vaikutus lääkäriyön laatuun

Kohderyhmiltä tiedusteltiin näkemystä vastaanottoajan pituuden vaikutuksesta laatuun ja heidän käsityksiään optimaalisesta vastaanoton pituudesta. Lääkärit määrittelivät aikaresurssien riittävyyden olevan yksi laadukkaan lääkäriyön edellytyksistä.

4.1.2.1 Ylilääkäreiden näkemys

Ylilääkäreiden mielestä laatu riippuu vastaanottoajan pituudesta vain tiettyyn rajaan saakka. Toisin sanoen, laadun taso ei ylilääkäreiden mielestä ole suoraan verrannollinen vastaanottoajan pituuteen ja kaikki haastateltavat ovat korostaneet, että vastaanottoajan pituus on sovittava potilastapauksen mukaisesti.

Ylilääkäreiden vastauksista käy ilmi, että päivystysvastaanotossa optimaalinen vastaanottoaika riippuu enimmäkseen vastaanoton sen hetkisestä jonotilanteesta.

Normaalissa vastaanottotyössä (ei päivystystyö) optimaaliseksi vastaanottoajaksi arvioidaan 20–30 minuuttia. Siinä ajassa ylilääkärit arvioivat yleislääkärin pystyvän hoitamaan työnsä niin, että tuotettava laatu ei kärsi.

Haastatteluissa on ilmennyt, että työterveyshuollossa optimaalinen vastaanottoaika arvioidaan muihin vaihtoehtoihin verrattuna pisimmäksi. Jos vastaanotolla tehdään työhönsijoitustarkastus, niin ylilääkärit arvioivat lääkärin tarvitsevan 30–40 minuutin aikoja. Ilman työhönottotarkastusta optimaalinen vastaanottoaika olisi ylilääkäreiden mukaan 15–20 minuuttia potilasta kohti.

4.1.2.2 Yleislääkäreiden näkemys

Yleislääkäreiden vastauksista käy ilmi, että vastaanottoajan pituus vaikuttaa ratkaisevasti lääkäriyön laatuun. Kiireinen aikataulu hermostuttaa vastaajien mielestä sekä potilasta että lääkäriä ja diagnostiikka sekä potilaan esitietojen ottaminen kärsivät. Yleislääkärit painottavatkin, että ilman riittävää perehtymistä potilastapaukseen työn laatu huononee. Lisäksi aikaa vaaditaan asioiden kertomiseen potilaalle niin, että mitään epäselvyyksiä ei jää. ”Liian lyhyt aika ei anna mahdollisuutta ajatella ja keskustella”, pohtii eräs tutkimukseen osallistunut lääkäri. Toisaalta lääkärit painottavat, että pitkä vastaanottoakaan ei aina takaa laatua.

”Mutta eivät liian pitkätkään ajat takaa hyvää tulosta, rytmi voi olla liian hidask ja silloin lääkäri turhautunee...”, painottaa eräs yleislääkäri.

Vastauksista käy ilmi, että vastaanoton pituudella on erityisesti merkitystä nuorille, mahdollisesti vielä kokemattomille lääkäreille. ”Taitava lääkäri kykenee kyllä tuottamaan laatua lyhyemmässäkin ajassa”, mainitaan eräässä vastauksessa.

Yleislääkärit painottavat, että jatkuva kiire vastaanotolla uuvuttaa ja vaikuttaa koko vastaanoton ilmapiiriin. Tästä kärsivät luonnollisesti niin lääkäri kuin potilaat. Vastauksissa toivotaankin mahdollisuutta vastaanoton pituuden räätälöintiin kunkin potilaan tarpeen mukaiseksi. Mitä moniulotteisempi ”vaiva” potilaalla on, sitä pitempää vastaanottoa lääkäreiden mielestä tarvitaan. ”Kiireen tuntua ei saisi syntyä, sillä se huonontaa laatua potilaan näkökulmasta”, kirjoittaa eräs lääkäri.

”Usein potilaalle välittyvä laatu riippuu juuri mahdollisuudesta keskustella asioista, muistakin kunsen hetkisestä vaivasta.”

Laadun ja vastaanoton pituuden riippuvuus korostuu lääkäreiden mukaan erityisesti vastaanottotyössä. Sen sijaan, esimerkiksi kirurgian puolella, vastaanoton pituudella ei lääkäreiden mielestä ole niin suurta vaikutusta tuotettavan laadun tasoon.

4.1.2.3 Optimaalinen vastaanottoajan pituus

Vastaajista suurin osa on sitä mieltä, että optimaalinen vastaanottoajan pituus riippuu potilastapauksesta ja se tulisi räätälöidä yksilöllisesti. Vaikutusta on myös sillä, onko potilas ennestään tuttu ja onko kyseessä esimerkiksi kontrollikäynti.

Vastauksista käy ilmi, että 42 % tutkitun yleislääkäriin mielestä päivystysvastaanoton optimaalinen pituus olisi 15 minuuttia. Osa eli 15 % on sitä mieltä, että optimaalinen vastaanoton pituus olisi 20 minuuttia ja 4,7 % mielestä 10 minuutin vastaanotto olisi sopiva.

Normaalissa vastaanottotyössä yleislääkäreistä 47 % pitää 30 minuuttia optimaalisena vastaanoton pituutena. Vastanneista 14 % on sitä mieltä, että 20 minuuttia olisi optimaalinen vastaanoton pituus

ja 14 % on vastannut, että 20–30 minuutin vastaanotto olisi optimaalinen normaalissa vastaanottotyössä.

Yleislääkäreistä 28 % on sitä mieltä, että 20 minuutin vastaanotto työterveyshuollossa olisi optimaalinen. Vastanneista 23 % pitää optimaalisena vastaanottoaikana 30 minuuttia ja 9 % 20–30 minuutin pituista vastaanottoa.

4.1.3 Lääkäriyön laadun yhteys kustannuksiin

Lääkäreiden määrittämässä laadukkaan lääkäriyön kriteerissä oli yhtenä tekijänä kustannukset ja taloudellisten resurssien huomiointi. Lääkäreiden näkemyksiä kustannusten ja laadun yhteydestä haluttiin tiedustella tarkemmin avointen kysymysten avulla.

4.1.3.1 Ylilääkäreiden näkemys

Puolet ylilääkäreistä on sitä mieltä, että laatu ei ole suoraan riippuvainen kustannuksista. Taloudellisten resurssien vähyys vaikuttaa kuitenkin lääkäreiden mielestä välillisesti laatuun. Jos työ yritetään kustannussyistä hoitaa liian pienillä resursseilla, se vaikuttaa ylilääkäreiden mielestä väistämättä laadun tasoon.

Tutkimusten tekemisen liiallista rajoittamista säästösyistä pidetään laatua huonontavana asiana. Erään ylilääkärin mielestä lääkärin tulisi toimia suoraviivaisesti ja taloudellisesti järkevästi, jotta päästäisiin mahdollisimman pienillä kustannuksilla lopputulokseen eli diagnoosin määritykseen. Yksi ylilääkäri korostaa vastauksessaan, että Käypä hoito -suosituksia tulisi pyrkiä noudattamaan, sillä ne ovat hänen mielestään laadun mittareita.

Erään ylilääkärin mielestä laatuun panostaminen saattaa nostaa kustannuksia, sillä potilastapauksiin paneutuminen kuluttaa aikaresursseja. Eräs haastateltu ylilääkäri korostaa, että laatu on yksi tärkeistä toimintaa ohjaavista osa-alueista, mutta siihen tulisi panostaa niin, etteivät kustannukset lisääntyisi. Yksi haastatelluista ylilääkäreistä ehdottaakin, että palvelurakenteita muuttamalla ja uudistamalla voidaan pyrkiä sekä laadukkaaseen työhön että kustannustehokkuuteen.

4.1.3.2 Yleislääkäreiden näkemys

Yleislääkäreiden vastauksista voidaan päätellä, että laadukkaaseen työhön panostaminen on sidoksissa resurssien riittävyyteen, mutta hyvä laatu ei välttämättä aiheuta lisäkustannuksia. Lääkärit korostavat, että jos työ tehdään palveluprosessin alusta asti huolella ja aikaa työn hoitamiseen on riittävästi, se säästää lisätutkimuksilta ja -käynneiltä myöhemmin. Laatuun panostamisen nähdään toisaalta nostavan kustannuksia lyhyellä aikavälillä, mutta ”maksavan itsensä takaisin” myöhemmässä vaiheessa. Yleislääkäreiden mielestä laatu on sidoksissa ennen kaikkea riittäviin aikaresursseihin. He huomauttavat, että potilastapaukseen nähden riittävän pitkän vastaanoton aikana lääkäri voi keskittyä paremmin potilaaseen ja täten ylimääräisten, kustannuksia nostavien kontrollien määrä vähenee. Eräs yleislääkäri luonnehtii asiaa seuraavasti:

Hyvää ei pääsääntöisesti saa halvalla. Kuitenkin esim. riittävän pitkien vastaanottoaikojen antaminen voi pitkällä aikavälillä olla edullisempaa, vaikka lääkärin tuntipalkkaan ei koskettaisi, kun kontrollin kontrollit vähenevät, ja potilas kokee tulleen hoidetuksi.

Vastaajat painottavat, että lääkärin ammattitaito ja sen ylläpito ei nosta kustannuksia:

Oma ammattitaito ei ole sidoksissa kustannuksiin. Voi olla, että välittömät kustannukset ovat suuremmat jos esim. vastaanottoajat ovat pidempiä ja lääkäri hoitaa vähemmän potilaita päivää kohden tai esim. jos päivystystä tekee yhden sijaan kaksi lääkärinä --> pitemmällä tähtäimellä kustannukset eivät varmaankaan kasva jos potilaalle tulee kahden käynnin sijaan yksi käynti vastaanotolla. Tämä esimerkkinä. Ja toisaalta erikoissairaanhoidon konsultaatioiden määrä (ja sen kustannukset) ovat vähäisempiä jos perusterveydenhuollossa tehdään työ hyvin.

Joidenkin vastaajien mielestä laadukas lääkärityö ei vaadi suuria rahallisia panostuksia. ”Laatu ei välttämättä tarkoita kustannusten kasvua. Jos asioita tehdään järkevästi, se on myös kannattavaa”, eräs lääkäri korostaa.

4.2 Hyvän lääkäriyön edellytyksiä lääkäreiden näkemysten pohjalta

4.2.1 Laatua huonontavat asiat

Ylilääkäreiden mielestä laatua näyttäisivät eniten huonontavan vastaanottojen ruuhkaisuus sekä aika- ja henkilöresurssien puute. Vastauksissa korostetaan, että vastaanottoaika potilasta kohti on käytössä puutteellisesti. Vastaanotot ovat vastaajien mielestä ruuhkautuneita ja laatu kärsii sen vuoksi. Eräs ylilääkäri korostaa, että myös asiakaslähtöisyyden puute huonontaa laatua.

Yleislääkäreistä sen sijaan 50 % on maininnut laatua huonontavina asioina kiireen ja siitä johtuvan väsymyksen eli aika- ja henkilöstöresurssin puutteesta johtuvat seuraukset. Lisäksi huonon työilmapiirin ja ammattitaidottoman hoitohenkilökunnan on vastauksissa todettu huonontavan lääkäriyön laatua. Myös huonojen konsultaatiomahdollisuuksien ja työvälineiden on kerrottu huonontavan laatua. Muita esille tulleita seikkoja ovat: lääkärin huonot sosiaaliset taidot, lääkärin kiinnostuksen puute sekä saatavilla olevien resurssien vähyys.

4.2.2 Tekniset välineet ja hoitohenkilökunta

4.2.2.1 Ylilääkäreiden näkemys

Ylilääkäreistä 50 % on korostanut, että lääkärin tiedot ja taidot sekä niiden ylläpito ovat laadukkaan lääkäriyön edellytyksiä. Myös riittävät konsultaatiomahdollisuudet ja perehdytys on koettu tärkeiksi. Puolet vastanneista on todennut hyvien työvälineiden ja riittävän hoitohenkilökunnan olevan edellytyksinä sille, että lääkäri voi tehdä työnsä hyvin. Lisäksi työympäristön ja muiden fyysisten ominaisuuksien tulisi olla ylilääkäreiden mielestä työhön sopivat.

Ylilääkäreiden mielestä lääkärin omat, sisäiset ominaisuudet sekä asiakaslähtöisyys ovat edellytyksinä hyvälle lääkäriyölle.

Ylilääkäreiden vastauksista on koottu seuraavat hyvän lääkäri työn edellytykset, jotka lääkärit ovat asettaneet tärkeysjärjestykseen:

- 1. lääkärin omat, sisäiset edellytykset**
- 2. lääkärin tietotaidon ylläpito**
- 3. lääkäriresurssin riittävyys**
- 4. työskentelyyn sopiva työympäristö ja puitteet**
- 5. työn sujuvuus optimoitu ajanvarausjärjestelmillä**
- 6. riittävä perehdytys**
- 7. riittävästi avustavaa henkilökuntaa**
- 8. hyvät työvälineet**

Kriteereiden tärkeysjärjestykseen ja prosenttijakaumiin voi tutustua tarkemmin liitteissä 9 ja 10.

Kaikkien haastateltujen ylilääkäreiden mielestä hoitohenkilökunnalla ja teknisillä työvälineillä on iso merkitys lääkärin työhön. Vastauksissa korostetaan, että työn suorittamisen kannalta on tärkeää, että työssä tarvittava perusvälineet ovat toimivia ja lääkäriillä on taitoa käyttää niitä.

Lääkäreiden mielestä hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli laadun tuottamisessa. Hoitohenkilökunta mahdollistaa sen, että lääkäri voi keskittyä työhönsä eikä hänen tarvitse käyttää aikaansa erilaisiin ”rutiinitoimenpiteisiin”, kuten esimerkiksi tipan laittamiseen potilaalle. Eräs ylilääkäri korostaa, että lääkärin työ on ryhmätyötä ja koko ryhmän, niin hoitohenkilökunnan kuin lääkärinkin, asenteiden ja ammattitaidon on oltava samalla tasolla. Haastateltujen ylilääkäreiden mielestä tukihenkilökunnasta on kiinni myös se, että lääkäri saa työnsä kannalta tärkeitä potilaaseen liittyviä taustatietoja ja että vastaanottoa avustavat tukipalvelut, kuten ajanvaraus, toimivat asianmukaisesti. Edellä mainitut tukipalvelut mahdollistavat lääkäreiden mielestä palveluprosessin mutkattoman sujuvuuden ja vaikuttavat positiivisesti laatuun.

4.2.2.2 Yleislääkäreiden näkemys

Yleislääkäreistä 85 % pitää riittäviä aikaresursseja ja kiireettömyyttä edellytyksinä hyvin hoidetulle lääkärin työlle. Vastanneista 47 % pitää tärkeänä edellytyksenä hyvää täydennyskoulutusta ja ammattitaidon ylläpitoa. Tutkimusvälineiden toimivuutta ja hyvää saatavuutta pitää tärkeänä edellytyksenä 42 % lääkäreistä. Ammattitaitoisten avustajien saatavuutta pitää tärkeänä 42 % vastanneista.

Muita usein mainittuja edellytyksiä ovat olleet: hyvät konsultaatiomahdollisuudet (33 % vastanneista); kohtuullinen työmäärä ja mahdollisuudet taukoihin (23 % vastanneista); mahdollisuus oman työn suunnitteluun (19 %); toimiva työnjako hoitajien kanssa (19 %); työnohjaus tarvittaessa ja perehdytys työpisteeseen (14 %).

Vastauksissa eniten esiintyneistä hyvän lääkärintyön edellytyksistä on kerätty seuraavat kriteerit, jotka esitetään lääkäreiden määrittämässä tärkeysjärjestyksessä:

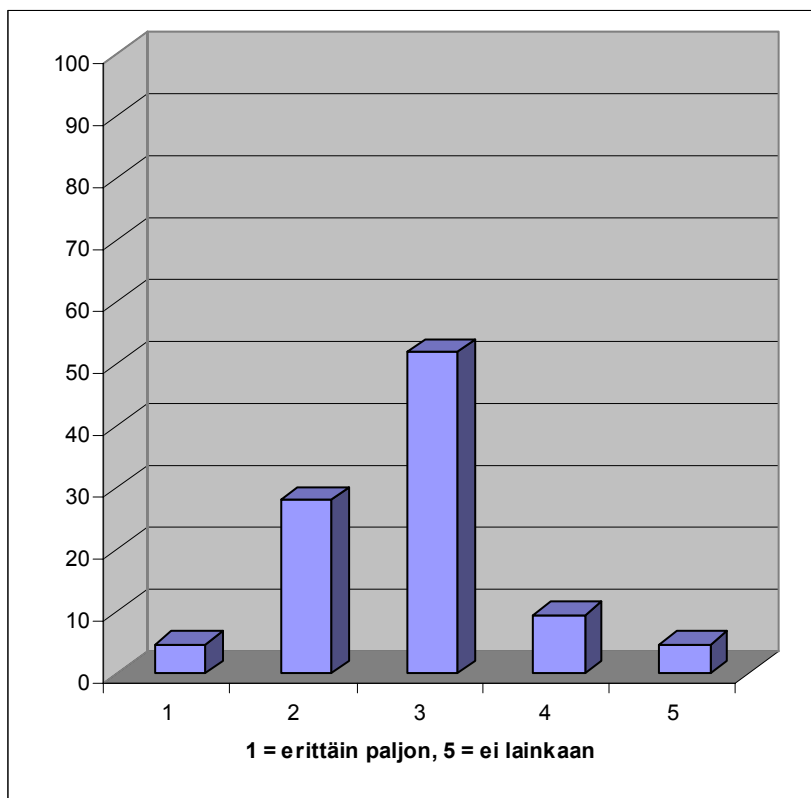
- 1. riittävät aikaresurssit**
- 2. kohtuullinen työmäärä (mahdollisuus taukoihin ja ruokailuun)**
- 3. hyvä täydennyskoulutus ja ammattitaidon ylläpito**
- 4. hyvät konsultaatiomahdollisuudet**
- 5. mahdollisuus oman työn suunnitteluun**
- 6. ammattitaitoinen hoitohenkilökunta**
- 7. toimivat työtilat ja -välineet**
- 8. kollegoiden tuki**
- 9. työnohjaus**
- 10. helposti lähestyttävä ylilääkäri**

Kriteereiden tärkeysjärjestykseen ja prosenttijakaumiin voi tutustua tarkemmin liitteissä 9 ja 10.

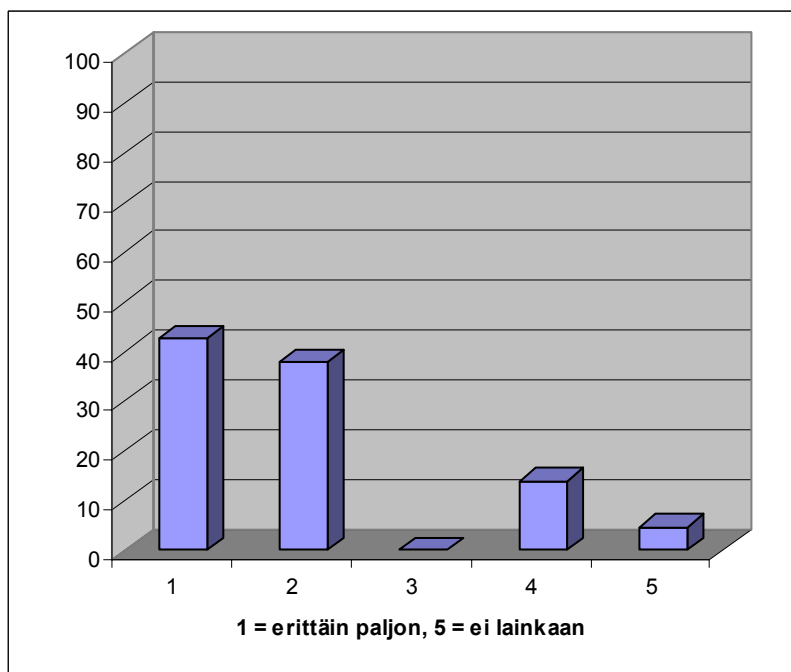
Kyselyyn osallistuneista yleislääkäreistä 4,7 % on sitä mieltä, että lääkärintyön laatu riippuu erittäin paljon teknisistä työvälineistä. Sen sijaan 52 % ei osaa sanoa kuinka paljon lääkärintyön laatu riippuu teknisistä välineistä. Yksikään kyselyyn osallistuneista ei ole valinnut kyseistä vastausvaihtoehtoa hoitohenkilökuntaa ja lääkärintyön laatua koskevaan kysymykseen.

Yleislääkäreistä 28 % on vastannut, että lääkärintyön laatu riippuu melko paljon teknisistä välineistä. Sen sijaan 42,8 % on sitä mieltä, että laatu riippuu erittäin paljon hoitohenkilökunnasta. Hoitohenkilökunnasta laadun kokee riippuvan melko paljon 38 % vastanneista.

Kuten alla olevissa kuvioissa 6 ja 7 havainnollistetaan, 9,5 % lääkäreistä on sitä mieltä, että lääkärintyön laatu riippuu melko vähän teknisistä välineistä. Vastanneista 14,2 % pitää hoitohenkilökunnan ja lääkärintyön laadun keskinäistä riippuvuutta melko vähäisenä.



KUVIO 6. Missä määrin lääkäriyön laatu on riippuvainen teknisistä välineistä?



KUVIO 7. Missä määrin lääkäriyön laatu on riippuvainen hoitohenkilökunnasta?

Kyselyyn osallistuneista 4,7 % on sitä mieltä, että lääkäri työn laatu ei riipu lainkaan teknisistä välineistä. Lääkäri työn laadun ei näe myöskään lainkaan riippuvan hoitohenkilökunnasta 4,7 % vastanneista.

4.2.3 Täydennyskoulutus

Suomen Lääkäriliitto on antanut vuonna 1999 suosituksen koskien lääkäreiden täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutuksella tarkoitetaan perus- ja jatkokoulutuksen jälkeen tapahtuvaa ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä. Se tulee Lääkäriliiton mukaan nähdä osana lääkärin jokapäiväistä työskentelyä. Koulutukseen sisältyy kirjallisuuden seuraaminen, kollegoiden konsultaatiomahdollisuudet, järjestettyihin koulutustilaisuuksiin ja laadunarviointihankkeisiin osallistuminen, erilaiset ryhmäkeskustelut, lääkäreiden itsearviointi sekä terveydenhuoltohenkilöstön koulutus.

Suosituksen mukaan jokaisen lääkärin työhön tulisi sisältyä vähintään viisi tuntia viikossa työpaikkakoulutusta ja lääkärin oma-aloitteista täydennyskoulutusta, joka voi olla esimerkiksi alan lehtiin ja muihin julkaisuihin perehtymistä. Lisäksi jokaisella lääkärillä tulisi suositusten mukaan olla mahdollisuus osallistua vähintään kymmenen työpäivää vuodessa työpaikan ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen. (Lähde: <http://www.laakariliitto.fi/koulutus/suositukset.html#liitto>)

Tutkitut lääkärit nostivat täydennyskoulutuksen ja lääkärin ammattitaidon ylläpidon yhdeksi hyvän lääkäri työn edellytyksistä. Täten täydennyskoulutuksen vaikutusta lääkäri työhön haluttiin selvittää laajemmin.

4.2.3.1 Ylilääkäreiden näkemys

Ylilääkäreistä 50 % on sitä mieltä, että täydennyskoulutuksen järjestämisessä tulisi noudattaa valtakunnallisia ohjeita. Erään ylilääkärin mukaan noin kymmenen koulutus päivää vuodessa voisi olla sopiva täydennyskoulutuksen määrä, mikäli se laskettaisiin työpäivissä.

Eräs ylilääkäri toivoisi, että täydennyskoulutuksessa käyvät lääkärit voisivat jakaa oppimansa tiedon myös muille. Näin hänen mielestään koulutuksesta saataisiin mahdollisimman suuri hyöty. Vastauksista käy ilmi, että ongelmakeskeistä koulutusta pidetään laadun kannalta tärkeänä ja tarpeellisenä. Vastanneiden mielestä työssä oppiminen ja tutustuminen erilaisiin

työorganisaatioihin, esimerkiksi sairaalaharjoittelun kautta, olisi hyödyllistä ja parantaisi lääkärin työn laatua. Samalla ylilääkärit korostavat, että täydennyskoulutuksen lisäksi henkilökunnalla pitäisi olla toimipaikkakohtaista koulutusta.

Eräs haastatteluun osallistunut ylilääkäri korostaa, että koulutuksessa tulisi panostaa eniten tiedonhallinnan lisäämiseen, sillä informaatiovirta on nykyaikana valtava ja sen hallitseminen käy yhä vaikeammaksi.

4.2.3.2 Yleislääkäreiden näkemys

Yleislääkäreistä suurin osa haluaisi osallistua täydennyskoulutukseen kerran kuukaudessa. Koulutuksen tulisi vastaajien mielestä olla mieluiten työpisteiden ulkopuolista koulutusta, mutta sen lisäksi tulisi panostaa viikoittaisiin palavereihin ja pienimuotoisiin koulutustilaisuuksiin työpisteensä kollegoiden kanssa. Eräs yleislääkäri painottaa:

Kuukausittain pitää olla talon ulkopuolista, laadukasta koulutusta n. 8-12h. Oman valinnan mukaisia aiheita 1–2 päivää kuussa, mutta tämän lisäksi muiden työpaikan lääkäreiden kanssa pohdiskelua. 2h/viikko.

Osa vastaajista ei halunnut tarkkaan määritellä sopivaa täydennyskoulutuksen määrää, vaan toivoi koulutuksen pohjautuvan lääkärin omiin tarpeisiin ja mielenkiintoon. Toisaalta vastauksissa korostettiin, että koulutusta tulisi olla vähintäänkin suosituksen edellyttämät kymmenen päivää vuodessa.

4.3 Laatu parantavat asiat yksittäisen lääkärin kohdalla

4.3.1 Ylilääkäreiden näkemys

Ylilääkäreiden vastauksista käy ilmi, että lääkärin ja potilaan välinen yhteisymmärrys parantaa laatua. Vastanneista 25 % korostaa, että lääkärin omalla asenteella työhönsä on suurin vaikutus laadun tuottamiseen ja sen tasoon. Ylilääkäreiden mielestä lääkärin on myös oltava kiinnostunut työstään ja luonteeltaan ahkera. Lääkärityön laatua parantavat 25 % mielestä lääkärin laaja tietotaso ja kokemus. Haastatelluista ylilääkäreistä 25 % on korostanut asiakaslähtöisyyttä laatua parantavana seikkana.

Ylilääkäreiden vastausten pohjalta on koottu seuraavat laadun parantamisen kriteerit, jotka esitetään lääkäreiden määrittämässä tärkeysjärjestyksessä:

- 1. lääkärin tieto ja taito**
- 2. lääkärin asenne ja kiinnostus työhönsä**
- 3. lääkärin kokemus**
- 4. asiakaslähtöisyys**
- 5. yhteisymmärrys potilaiden kanssa**
- 6. hyvät työskentelyolosuhteet, jotka eivät rajoita lääkärin vapautta tehdä työtään**
- 7. lääkärin ahkeruus**

Lääkäreiden määrittämien kriteereiden tärkeysjärjestykseen ja vastausten jakaumiin voi tutustua tarkemmin liitteissä 9 ja 10.

4.3.2 Yleislääkäreiden näkemys

Yleislääkäreiden mukaan laatua parantaa eniten lääkärin koulutus ja ammattitaidon ylläpito. Tätä mieltä on 57 % yleislääkäreistä. Vastanneista 28 % on sitä mieltä, että ajankäytön optimointi ja riittävät aikaresurssit parantavat laatua. Riittävien konsultaatiomahdollisuuksien on todennut parantavan laatua 23 % vastanneista. Mahdollisuutta kiireettömään työntekoon pitää tässä asiassa tärkeänä 14 % kyselyyn osallistuneista.

Muita tutkimuksessa esiin tulleita laatua parantavia seikkoja ovat olleet: potilaan yksilöllinen huomioiminen, työnohjaus, hyvä työyhteisö, lääkärin kiinnostus ihmisistä sekä hyvä lääketieteellinen osaaminen.

Yleislääkäreiden vastauksissa eniten esiintyneistä laatua parantavista seikoista on kerätty seuraavat lääkäri työn laadun kriteerit, jotka esitetään lääkäreiden määrittämässä tärkeysjärjestyksessä:

- 1. kiireettömyys, mahdollisuus joustavaan ajankäyttöön**
- 2. lääkärin motivaatio**
- 3. lääkärin tyytyväisyys ja hyvä olo**
- 4. ammattitaidon ylläpito koulutuksen avulla**
- 5. tyytyväisyys työympäristöön**
- 6. konsultaatiomahdollisuus**
- 7. palaute tehdystä työstä**

Lääkäreiden määrittämien kriteereiden tärkeysjärjestykseen ja vastausten jakaumiin voi tutustua tarkemmin liitteissä 9 ja 10.

5 TUTKIMUKSEN YHTEENVETO, JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

5.1 Yhteenveto aikaisemmasta kirjallisuudesta ja kohderyhmien laatu näkemyksistä

Tässä tutkimuksessa laatua on tutkittu terveydenhuollon palvelun tilaajien ja tuottajien näkökulmasta. Palvelun tilaajien näkökulmaa tässä tutkimuksessa edustavat Pihlajalinna Oy:n Kuntapihlajan yleislääkärit ja palvelun tilaajan näkökulmaa edustavat Pihlajalinna Oy:n asiakkaina toimivat terveyskeskusten ylilääkärit, jotka tilaaja-tuottaja-mallin mukaisesti vastaavat muun muassa palvelusopimuksen noudattamisen valvonnasta.

Tutkittujen lääkäreiden näkemykset täydentävät kirjallisuudessa esiintyviä terveydenhuollon laadun määritelmiä ja antavat näille näkemyksille käytännönläheisen näkökulman. Kohderyhmien vastaukset kuvaavat jokapäiväistä lääkäriyötä lääkärin näkökulmasta ja auttavat muodostamaan terveydenhuollon laadusta kokonaisvaltaisen näkemyksen.

Tutkimuksen päätarkoituksena on ollut selvittää lääkäreiden näkemyksiä lääkäriyön laadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi on ollut tarkoitus perehtyä aikaisemman kirjallisuuden näkemyksiin terveydenhuollon laadusta sekä kuvata Pihlajalinna Oy:n laadunhallintajärjestelmän erityispiirteitä. Lisäksi on ollut tarkoitus selvittää miten lääkärit kokevat lääkäriyön laadun. Tutkimuksen pyrkimyksenä on ollut muodostaa moniulotteinen näkemys lääkäriyön laadusta, painottaen erityisesti lääkäreiden omaa näkökulmaa. Tässä luvussa pyritään luomaan kuvaa lääkäriyön laadusta yhdistämällä tutkimuksen avulla saatuja näkemyksiä.

Tutkimusraportin luvussa 2 kuvattiin miten terveydenhuollon laatua on määritelty kirjallisuudessa. Yleisesti laatu kuvataan kirjallisuudessa abstraktiksi ja moniulotteiseksi ominaisuudeksi. Esimerkiksi Tuire Ylikosken (2000) ja Herkko Pesosen (2007) mielestä laatu on sitä, miten hyvin palvelu tai tuote vastaa asiakkaiden toiveita, odotuksia ja vaatimuksia sekä miten hyvin asiakkaiden tarpeet tyydyttyvät. ISO 8402 -standardin mukaan laatu sen sijaan määritellään hyödykkeen kyvyksi vastata asiakkaan odotuksiin. Myös tutkitut lääkärit korostavat vastauksissaan laadun moniulotteisuutta.

Asiakasnäkökulmaa korostetaan vahvasti aikaisemmissa tutkimuksissa ja laadun määritelmässä (ks. Ylikoski 2000; Pesonen 2007; Grönroos 1994; Normann 1996; Malka&Danielsson 1988; Laine 2005; Lecklin 1997; Vuori 1993). Terveysthuollon laatua määriteltäessä käytetään nykyisin rinnakkain teknillis-tieteellistä ja asiakkaiden tarpeiden tyydyttämistä korostavia määritelmiä (Vuori 1993). Terveysthuollon laadun tärkeinä osatekijöinä pidetäänkin tutkimusten valossa asiakasnäkökulmaa, kustannustehokkuutta ja kuluttajan tarpeita. Tätä tukevat myös lääkäreiden näkemykset. Erityisesti ylilääkärit korostavat, että laadukas hoito edellyttää asiakkaiden tarpeisiin vastaamista ja asiakaslähtöisyyden puute vastaavasti huonontaa laatua. Terveysthuollossa vallitsevan informaatioepäsymmetrian vuoksi laatua ei tosin voi ohjata ja mitata pelkästään asiakaslähtöisesti (Lillrank 2004; Pesonen 2007), sillä asiakkaat eivät osaa määritellä etukäteen mitä he haluavat ja odottavat palvelulta. Tilaaja-tuottaja-malli kuitenkin mahdollistaa palvelun tilaajan odotusten ja halutun palvelun määrittelyn, sillä palvelun tuottajien kilpailutuksessa käytettäviä tarjouspyyntöjä on suunniteltava etukäteen.

Paul Lillrank (1998) on määritellyt laadulle kuusi erilaista ominaisuutta (ks. luku 2.1), joista kohderyhmien vastauksissa korostuu erityisesti arvo- ja asiakaslaatu. Viimeksi mainittu ominaisuus korostaa laadun olevan hyvää, jos se tyydyttää asiakkaiden tarpeet. Arvolaatu sen sijaan korostuu eniten ylilääkäreiden vastauksissa, joissa painotetaan laadun tuottamaa hyvää kustannus-hyötysuhdetta. Terveysthuollon laadusta puhuttaessa korostuu erityisesti laadun ja kustannustehokkuuden yhteys. Aikaisemmissa tutkimuksissa (ks. Idänpää & Heikkilä 2000; Partinen 1999; Vuori 1993) onkin korostettu, että voimavarojen rajallisuutta ei tulisi unohtaa terveysthuollon palveluja tuottaessa. Tilaaja-tuottaja-mallin mukaisesti palvelun tilaajan on kilpailutettava kaikki palvelun tarjoajat tarjouskilpailussa. Laki julkisista hankinnoista määrää, että palvelun tilaajan on valittava sellainen palvelun tarjoaja, jonka palvelu tulee kokonaisvaltaisesti laskettuna edullisimmaksi.

Lääkäreiden näkemykset laadusta tukevat näiltä osin terveysthuollon kirjallisuuden näkemyksiä. Lääkäreiden vastauksissa korostetaan, että lääkäriyön laatua tulisi tuottaa niin, että varoja ”ei haaskattaisi”, vaan toimittaisiin mahdollisimman kustannustehokkaasti. He korostavat lisäksi tuotos-panos ajattelua. Molemmat kohderyhmät kuitenkin huomauttavat, että hyvä laatu ei välttämättä tarkoita korkeita kustannuksia ja käänteisesti – kustannuksiltaan kallis hoito ei ole aina kaikkein laadukkain. Kustannusten sijaan lääkärit korostavatkin voimavarojen allokoointia siten, että osaavaa henkilökuntaa olisi saatavilla runsaasti ja vastaanottojen ruuhkautumista pystyttäisiin välttämään. Lääkärit korostavat lisäksi, että heidän ammattitaitonsa ei ole sidoksissa kustannuksiin.

Aikaisempien tutkimusten perusteella on päätettävissä, että kustannukset ovat sidoksissa laatuun (ks. Grönroos 1994; Normann 1996; Malka&Danielsson 1988; Laine 2005; Lecklin 1997; Vuori 1993). Tutkittujen lääkäreiden vastausten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että heidän mielestään kustannusten ja laadun tason välinen yhteys ei ole korostunut yhtä voimakkaasti.

Kuten edellä on jo mainittu, kustannusten vaikutuksista puhutaan välillisinä laatuun vaikuttavina osatekijöinä. Tutkimuksessa on voitu todeta, että lääkäreiden vastauksissa puhutaan enemmän riittävästä **resursseista** eli käytössä olevasta rahoituksesta, tuotantovälineistä ja työvoimasta (Räsänen 2000, 45) kuin **kustannuksista** eli yritystoiminnassa tuotannon tekijän rahassa mitatusta käytöstä tai kulutuksesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa ja näkemyksissä terveydenhuollon laadusta korostetaan kustannustehokkuutta, mutta resurssien vaikutuksista terveydenhuollon palvelujen laatuun puhutaan niukasti (ks. kuitenkin Nummenmaa 2007). Tutkimuksessa käsitellyt terveydenhuollon laadun määritelmät näyttäisivät keskittyvän kustannustehokkuuden korostamiseen, mikä viittaisi siihen, että määritelmät on luotu päättäjien näkökulmasta. Tutkitut lääkärit korostavat sen sijaan riittämättömien resurssien vaikutusta laatuun. He painottavat, että henkilöstöresurssin vähyys aiheuttaa vastaanottojen ruuhkautumista ja kiirettä, mikä vaikeuttaa potilaan asioihin keskittymistä. He korostavat, että joidenkin potilaiden asioiden perinpohjainen käsittely vaatisi pitempiä vastaanottoaikoja, kuin mihin ruuhkautuneilla vastaanotoilla on usein mahdollisuus. Tällöin potilas saisi vastaajien mielestä parempaa hoitoa ja hoidon laatu olisi korkeampaa.

Vastaanoton keston on useissa tutkimuksissa todettu vaikuttavan lääkäriyön laatuun. Useimmat tutkijat korostavat, että pidemmät vastaanottoajat ovat yhteydessä hoidon hyvään lopputulokseen (ks. Campbell ym. 2001; Howie ym. 1997; Nummenmaa 2007). Tutkitut yleislääkärit ovat vastauksissaan korostaneet, että pitkä vastaanotto ei kuitenkaan takaa hyvää laatua, sillä lääkäriyön laatuun vaikuttavat monet asiat vastaanoton pituuden lisäksi. Vastaanoton pituuden nähdään kuitenkin myös tutkittujen lääkäreiden keskuudessa olevan tärkeässä roolissa siinä, miten hyvin potilaiden asioita kyetään käsittelemään ja kuinka yksilöllisesti potilaita voidaan vastaanoton aikana hoitaa. Tutkittujen lääkäreiden mielestä vastaanoton aikoja olisi voitava räätälöidä potilaiden mukaisesti eikä heidän määrittelemissään optimaalisissa vastaanottoajoissa ole huomattavia eroja.

Suomen Lääkäriliiton antamissa suosituksissa luetellaan laadukkaaseen palveluun sisältyviä asioita, joita ovat: potilaiden hyvä ja kunnioittava kohtelu, potilaan itsemääräämisoikeus ja tiedonsaantioikeus, lääkärin hyvät vuorovaikutus- ja viestintätaidot sekä ihmisten ymmärtäminen.

Lääkärin sosiaaliset taidot ja lääkärin henkilökohtaiset ominaisuudet näyttäisivät olevan tutkijoiden mielestä tärkeitä hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä ja muun muassa Ogden (2004) painottaa, että lääkärin kyvyllä kuunnella potilasta on vaikutusta potilaan kokemaan hoidon laatuun. Tutkituista lääkäreistä ylilääkärit kokevat laadukkaana lääkäriyön koostuvan muun muassa lääkärin sosiaalisista taidoista ja lääkärin persoonallisuudesta. Ylilääkäreiden määrittämässä laadun kriteereissä lääkärin asenne työhönsä, lääkärin yhteisymmärrys potilaansa kanssa ja lääkärin ahkeruus lukeutuvat lääkärin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin ja ylilääkärit kokevat niiden parantavan laatua. Myös yleislääkäreiden vastaukset tukevat aikaisemman tutkimustiedon näkemyksiä lääkärin henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutuksesta laatuun. Tutkittujen yleislääkäreiden mukaan laadukas lääkäriyö koostuu muun muassa lääkärin osaamisesta, hyvästä vuorovaikutuksesta potilaan ja lääkärin välillä, lääkärin persoonallisuudesta sekä potilaan yksilöllisyyden huomioimisesta.

Nummenmaa (2007) listaa väitöskirjassaan lääkärin työn laatuun vaikuttavia tekijöitä (ks. kuvio 2: Lääkäriyön laatuun vaikuttavia tekijöitä). Hänen mukaansa lääkärin työn laatuun vaikuttavat: valtion, kunnan ja työpisteen lainsäädäntö ja erilaiset suositukset ja ohjeistukset, terveydenhuollon rahoitusjärjestelmät, lääkärin koulutus ja täydennyskoulutus, lääkärin tiedot ja taidot sekä oman työn hallinta. Tutkittujen lääkäreiden vastaukset tukevat kyseistä näkemystä. Ylilääkäreiden listaamista laadukkaana lääkäriyön ominaisuuksista voidaan luetella selkeät ja täsmälliset toimintaohjeet, toimintaa ohjaava järjestelmä, taloudellisten asioiden huomioiminen sekä riittävä ammattitaidon ja lääketieteen tuntemus. Yleislääkäreiden määrittämistä laadukkaana lääkäriyön ominaisuuksista voidaan nostaa esille se, että he näkevät laadukkaana lääkäriyön koostuvan muun muassa käytössä olevien resurssien asianmukaisuudesta ja lääkärin ammattitaidon ylläpidosta. Yleislääkärit pitävät mahdollisuutta oman työn suunnitteluun yhtenä hyvän lääkäriyön edellytyksenä.

Suomen Lääkäriliiton antamissa ohjeissa vastaanoton laadusta (liite 1) laadun tuottamista käsitellään asiakaskeskeisestä näkökulmasta. Ohjeissa annetaan tarkkoja neuvoja vastaanoton ajanvaraukseen, vastaanottotilojen olosuhteisiin, potilaan kohtaamiseen, potilaspalautteen hankkimiseen, henkilöstön hyvään keskinäiseen viestintään ja vastuunjakoon, ammattitiedon ylläpitoon sekä laatujärjestelmiin. Potilaan kohtaamista käsitellään tarkkaan ja niin sanotusta totuudenhetkestä (Normann 1991) eli siitä hetkestä, jolloin potilas kohdataan ja palvelu tuotetaan, annetaan neuvoja. Totuudenhetken aikana potilaan yksilölliset tarpeet on huomioitava, lääkärin on käytettävä potilaan kanssa keskustelleessaan helposti ymmärrettävää kieltä, lääkärin on keskityttävä

potilaaseen, potilasta on kuunneltava huolellisesti ja häneen on luotava hyvä vuorovaikutussuhde. Asiakas osallistuu täten palveluprosessiin. Tilaaja-tuottaja-mallin mukaan palvelun tuottaja, palvelun tilaaja ja loppukäyttäjä osallistuvat omalta osaltaan palvelun tuottamiseen. Lääkäreiden vastauksissa potilaan vaikutus palveluprosessin kulkuun ja hoidon laadun tuottamiseen ei korostu. Kohderyhmien vastauksissa painotetaan asiakaslähtöistä näkökulmaa laatuun, mutta potilaan osallisuudesta toiminnallisen laadun onnistumiseen ei kummankaan kohderyhmän vastauksissa mainita. On kuitenkin huomion arvoista korostaa, että palvelutapahtumaan vaikuttavat lääkärin sosiaalisten taitojen lisäksi myös potilaan sosiaaliset taidot. Nummenmaan (2007) lääkäriyön laatuun vaikuttavissa tekijöissä on listattuna yhtenä lääkärin työn laadun tuottamiseen vaikuttavista tekijöistä potilas ja hänen perheensä, potilaan sairaus ja elämänlaatu, persoonallisuus, arvot, toiveet ja odotukset.

Tutkijat Stichler ja Weiss (2000) ovat määritelleet terveydenhuollon laadun maksajien, hoitohenkilökunnan, potilaiden ja lääkäreiden näkökulmasta. Kyseisen tutkimuksen tuloksena saatiin kolme terveydenhuollon laadun ominaisuutta, joita ovat henkilökohtaiset vuorovaikutussuhteet, järjestelmän tehokkuus ja ammattihenkilöiden pätevyys (ks. luku 1.4). Tutkittujen lääkäreiden näkemykset laadusta tukevat näitä tuloksia. Molemmat kohderyhmät pitävät lääkärin ja koko hoitohenkilökunnan asenteita ja ammatillista käytöstä tärkeinä laadun tuottamisessa.

Tutkimuksessa saatiin selville, että lääkärin pätevyyttä pidetään tärkeänä lääkäriyön laatuun vaikuttavana tekijänä. Stichler ja Weissin (2000) tutkimuksen mukaan lääkärin pätevyyteen voidaan sisällyttää tekniset taidot, diagnoosin ja hoidon onnistuneisuus, jatkuva koulutus sekä hoidon standardien hallinta. Normann (1991) on luetellut palvelutapahtuman totuudenhetkeen potilaan näkökulmasta vaikuttavat tekijät, joita tukevat sekä tämän tutkimuksen tulokset että Stichler ja Weissin (2000) saamat tulokset. Normannin mukaan (ks. luku 1.2) totuudenhetkeen vaikuttavat fyysinen ympäristö, kontaktihenkilöiden olemus ja käytös, varusteiden laatu sekä muiden asiakkaiden olemus. Myös tutkittujen lääkäreiden mielestä kyseiset seikat vaikuttavat laatuun, joskin asiakkaiden olemukseen tai asiakkaiden käyttäytymiseen liittyviä seikkoja he eivät vastauksissaan mainitse.

Kuten aikaisemmin tässä luvussa on todettu, lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksen ja ammattitaidon ylläpidon nähdään olevan tärkeässä roolissa lääkäriyön ja hoidon laadun tuottamisessa (ks. Nummenmaa 2007; Lääkäriliiton ohjeet vastaanoton laadusta

1999; Normann 1991; Stichler&Weiss 2000). Täydennyskoulutusta pidetään tärkeänä myös tutkittujen lääkäreiden keskuudessa. Yleislääkärit tosin korostavat täydennyskoulutuksen vaikutusta lääkäri työn laatuun ylilääkäreitä enemmän. Suomen Lääkäriliiton (ks. luku 4.2.3) suosituksen mukaan lääkäreille tulisi järjestää vähintään viisi tuntia viikossa työpaikkakoulutusta. Lisäksi tulisi olla mahdollisuus työpaikan ulkopuolella tapahtuvaan koulutukseen vähintään kymmenen päivää vuodessa. Ylilääkäreiden näkemykset ovat yhtenäisiä Lääkäriliiton suositusten kanssa, sillä puolet haastatelluista ylilääkäreistä noudattaisi täydennyskoulutuksen järjestämisessä valtakunnallisia ohjeita ja täydennyskoulutuksen määrä olisi vähintään kymmenen päivää vuodessa. Lääkäriliiton ohjeissa ei tarkemmin määritellä täydennyskoulutuksen sisältöä, mutta tutkitut ylilääkärit panostaisivat ongelmakeskeiseen koulutukseen ja tiedonhallinnan keinojen opettamiseen lääkäreille. Yleislääkärit painottavat vastauksissaan ja määrittelemisssään kriteereissä täydennyskoulutusta ja ammattitaidon ylläpitoa. Heidän mielestään koulutusta tulisi olla vähintään kerran kuukaudessa ja työpaikan ulkopuolista koulutusta ohjeiden mukaiset, vähintään kymmenen päivää vuodessa. Täydennyskoulutuksen sisältöön he haluaisivat vaikuttaa itse ja korostavatkin, että koulutuksen sisällön ja määrän tulisi pohjautua jokaisen lääkärin omiin ammatillisiin mielenkiinnon kohteisiin ja koulutustarpeeseen.

5.2 Johtopäätökset lääkäreiden näkemyksistä lääkäri työn laadusta

Lääkäreiden näkemyksiä lääkäri työn laadusta on kuvattu tutkimusraportin luvussa 4. Tutkimuksessa on pyritty hahmottamaan mistä asioista koostuu laadukas lääkäri työ, hyvän lääkäri työn edellytyksiä sekä laatua parantavia asioita yksittäisen lääkärin kohdalla. Laadukkaan lääkäri työn voidaan tutkimuksen perusteella todeta koostuvan seuraavista seikoista: *lääkärin riittävä ammattitaito ja osaaminen sekä lääketieteen tuntemus, lääkärin sosiaaliset taidot ja persoonallisuus, asiakaslähtöisyys ja potilaan yksilöllisyyden huomioiminen, lääketieteen kehityksen seuraaminen ja ammattitaidon ylläpito, taloudellisten asioiden huomioiminen, riittävät resurssit, selkeät ja täsmälliset toimintaohjeet ja konsultaatiomahdollisuus, toimintaa ohjaavan järjestelmän toimivuus sekä avoin työilmapiiri .*

Tutkimuksessa on pyritty hahmottamaan laadukasta lääkäri työtä yleisellä tasolla sekä yhteydessä vastaanoton pituuteen ja kustannuksiin. Yleislääkärit korostavat, että tuotettavan laadun on vastattava kunnan, palvelun tilaajan ja loppuasiakkaiden tarpeita.

Tutkittujen lääkäreiden vastauksissa korostuu resurssien riittävyyden vaikutus laatuun. Erityisesti yleislääkärit painottavat, että niukat resurssit huonontavat laatua. Vastauksissa korostetaan kuitenkin, että hyvä laatu ja korkeat kustannukset eivät korreloi keskenään. Laatu näkyy ylilääkäreiden mielestä myös siinä, että asiakkaan ”ongelmaan” paneudutaan ajan kanssa, mikä heidän mielestään kasvattaa kustannuksia. Hyvä laatu ei tutkimuksen mukaan tarkoita kustannusten lisääntymistä, mutta aikaresursseja laadun parantaminen vaatii. Aikaresurssien riittävyyden on tutkimuksessa todettu vaikuttavan lääkäriyön laatuun. Rajalliset aikaresurssit vaikuttavat tutkimuksen mukaan lääkäreiden jaksamiseen sekä potilastapauksen hoitamiseen. Lääkäreiden mielestä pitkä vastaanotto ei kuitenkaan takaa hyvää laatua.

Määritellesään laatua yleisellä tasolla lääkärit korostavat myös asiakaslähtöisyyttä – laatua tuottaessa on otettava heidän mielestään huomioon asiakkaiden tarpeet. Lääkärin ystävällisyyden on mainittu parantavan laatua. Myös yleislääkärit painottavat lääkärin henkilökohtaisia ominaisuuksia laadun tuottamisessa ja heidän mielestään työn laatua saattaa huonontaa lääkärin huonot sosiaaliset taidot tai motivaation puute.

Tutkimuksessa on pyritty lisäksi määrittämään hyvän lääkäriyön edellytyksiä lääkäreiden näkemysten pohjalta. Lääkäreiltä on tiedusteltu heidän näkemyksiään laatua huonontavista seikoista, lääkäriyön laadun riippuvuudesta hoitohenkilökunnasta ja teknisistä välineistä sekä laadun yhteydestä lääkärin ammattitaitoon ja täydennyskoulutukseen. Tutkimuksessa on selvinnyt, että hoitohenkilökunnalla ja lääkärin käyttämillä työvälineillä on vaikutusta lääkäriyön laatuun.

Lääkäreiden vastausten perusteella on voitu erottaa seuraavat lääkäriyön laadun edellytykset: *lääkärin omat, sisäiset edellytykset, lääkärin ammattitaidon ylläpito ja hyvä täydennyskoulutus, lääkäri- ja aikaresurssin riittävyys, työskentelyyn sopiva työympäristö ja puitteet, työn sujuvuus optimoitu ajanvarausjärjestelmillä, riittävä perehdytys ja hyvät konsultaatiomahdollisuudet, riittävästi avustavaa ja ammattitaitoista henkilökuntaa ja hyvät työvälineet, mahdollisuus oman työn suunnitteluun, kollegoiden tuki sekä helposti lähestyttävä ylilääkäri.*

Tutkimuksessa on todettu täydennyskoulutuksen olevan tärkeä laadukkaan lääkäriyön edellytys. Lääkärin ammattitaidon ylläpitoa pidetään tutkimuksen valossa tärkeänä laatua parantavana asiana.

Tutkittujen lääkäreiden vastauksista voidaan päätellä, että lääkärin persoonallisuudella on vaikutusta lääkäriyön laatuun. Molemmat tutkitut ryhmät ovat korostaneet vastauksissaan lääkärin ystävällisyyden ja empatian merkitystä tuotettavaan laatuun.

Lääkäreiden vastausten pohjalta on voitu erottaa seuraavat lääkäriyön laatua parantavat seikat: *kiireettömyys, lääkärin tieto ja taito sekä ammattitaidon ylläpito koulutuksen avulla, lääkärin asenne ja kiinnostus työhönsä, lääkärin kokemus, asiakaslähtöisyys, yhteisymmärrys potilaiden kanssa, hyvät työskentelyolosuhteet ja tyytyväisyys työympäristöön, lääkärin ahkeruus ja motivaatio, mahdollisuus konsultaatioon ja palaute tehdystä työstä.*

Tutkitut lääkärit pitävät laatua parantavina asioina yksittäisen lääkärin kohdalla lääkärin persoonallisuuteen ja sosiaalisiin taitoihin liittyviä ominaisuuksia. Ylilääkärit painottavat vastauksissaan lääkärin ahkeruutta sekä lääkärin asennetta ja kiinnostusta työhönsä. Molemmat kohderyhmät korostavat lisäksi asiakaslähtöisyyden ja potilaan yksilöllisen kohtelun merkitystä.

Tutkimuksen perusteella voidaan tiivistetysti todeta, että lääkäreiden näkemyksissä työnsä laatuun vaikuttavista tekijöistä korostuvat voimavaralaadun ja prosessilaadun ulottuvuudet. Prosessilaatu korostuu erityisesti erilaisen yhteistyön toimivuuden osalta. Lääkärit korostavat henkilökunnan, tukihenkilökunnan, ylilääkäreiden, kollegoiden ja asiakkaiden välisen yhteistyön tärkeyttä.

Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset lääkäriyön laadusta. Lääkäriyön laatuun vaikuttavat tutkittujen lääkäreiden mielestä eniten lääkärin persoonallisuus, ammattitaito ja sen ylläpito, kaikkien resurssien riittävyys, palvelurakenteiden toimivuus sekä riittävät konsultaatiomahdollisuudet. Asiakaslähtöisyyden merkitys ja potilaiden yksilöllinen kohtelu korostuvat lääkäreiden näkemyksissä lääkäriyön laadusta. Lääkärit kokevat olevansa myös itse vastuussa tuotettavasta laadusta, mutta näkevät, että eivät pysty vaikuttamaan kaikkiin lääkäriyön laadun tuottamisen prosesseihin. Erilaiset hallinnolliset ja resurssien allokointiin liittyvät, laadun tuottamisen kannalta tärkeät seikat, jäävät lääkäreiden vaikutuspiirin ulkopuolelle.

Tutkimuksen kuluessa tutkijalle oli muodostunut hypoteesi siitä, että yli- ja yleislääkäreiden näkemykset laadusta tulisivat eroamaan toisistaan. Tutkimuksessa on selvinnyt, että lääkäreiden näkemykset eivät eroa toisistaan siinä määrin, että eroilla olisi merkitystä laadunhallinnan kannalta. Ylilääkäreiden näkemyksissä korostuvat enemmän hallinnolliset seikat, kun taas yleislääkärit painottavat vastauksissaan täydennyskoulutuksen ja konsultaation merkitystä lääkäriyön laatuun.

Molemmat kohderyhmät arvostavat kuitenkin samoja asioita ja heidän näkemyksensä täydentävät toisiaan.

5.3 Epilogi ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen tarkoituksena on ollut luoda näkemys lääkäriyön laadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä kirjallisuuden ja lääkäreiden näkemysten pohjalta. On kuitenkin huomioitava, että tutkitussa kirjallisuudessa esiintyvien terveydenhuollon laadun määritelmien ja lääkäreiden näkemysten välillä on joitakin eroja. Eräs näkemys on julkisen terveydenhuollon pyrkimyksessä käsitellä laatua kustannustehokkuuden kautta. Syyt tähän näkökulmaan on ilmiselviä – resurssit ovat rajallisia. Tutkitut lääkärit korostavat kuitenkin vastauksissaan resurssien yhteyttä lääkäriyön laatuun. He painottavat, että kustannustehokkuutta on pidettävä mielessä ja siihen on pyrittävä, mutta eniten painoa on asetettava riittäville aika- ja henkilöresursseille. Suuren yleisön joukoissa viriää jatkuva keskustelu terveydenhuollon laadun puutteista. Potilaan näkökulmaa on tässä tutkimuksessa vain sivuttu, mutta ei voida kuitenkaan sulkea silmiä yhteydeltä resurssien riittämättömyyden ja huonojen palvelukokemusten välillä. Lääkäreiden vastausten perusteella huomataan, että varsinkin yleislääkärit korostavat regulatoorisia seikkoja laatu näkemyksissään. Nämä ovat niitä seikkoja, joihin he eivät yksinään kykene vaikuttamaan. Riittäviin aika- ja henkilöstöresursseihin tulisi kiinnittää huomiota, sillä ne parantavat yleislääkäreiden mielestä eniten lääkäriyön laatua. On selvää, että resurssikysymys on aina ollut ja tulee olemaan ratkaiseva tekijä terveydenhuollon laadusta puhuttaessa, sen ratkaisemiseen ei tässä tutkimuksessa olekaan pyritty. Sen sijaan kustannustehokkuuden ja resurssien riittämättömyyden ristiriitaan tarttumiseen palvelun toimeksiantajan taholta tämän tutkimuksen tulokset voisivat antaa aihetta.

Tämän tutkimuksen päätarkoituksena on ollut tutkia lääkäriyön laatua lääkäreiden omasta näkökulmasta, mutta on kuitenkin pohtimisen arvoista miksi potilaan osuus palvelutapahtumassa ei ole noussut kummankaan kohderyhmän näkemyksissä esille. Toisaalta, se saattaa johtua siitä, että lääkärit ovat nähneet lääkäriyön laadun riippuvan vahvasti lääkäristä ja terveydenhuollon sekä kunnan päätösvallassa olevista asioista, kuten teknisistä välineistä, fyysisistä tiloista, budjetoinnista, lakimääräyksistä ja ohjeistuksista. Yleislääkärit voivat myös kokea palvelun tuottajan roolinsa vuoksi palvelevansa pikemminkin palvelun tilaajaa kuin loppukäyttäjää. Asiakasnäkökulma nousee esille kohderyhmien laadun määrittelyssä, mutta potilaan vaikutusta palveluprosessin ja toiminnallisen laadun tuottamisen onnistumiseen ei vastauksissa käsitellä. Olisikin hyödyllistä

jatkossa tutkia miten lääkärit mieltävät terveydenhuollon palveluprosessin ja miten aktiivisena he kokevat potilaan roolin siinä. Pihlajalinna Oy:ssä määriteltiin laadunhallintajärjestelmän laatimisen aikana eri palvelupakettien prosessit, mutta tämä on tapahtunut vasta tutkimuksen empiirisen osuuden keräämisen jälkeen. Nyt, kun kohdeorganisaation lääkäreille laatusanasto on tuttua laadunhallintajärjestelmän luomisen aikana käytyjen keskustelujen kautta, olisi mielenkiintoista tutkia lääkäreiden näkemyksiä potilaan osallisuudesta palveluprosessiin lääkäreiden näkökulmasta.

Tutkimuksen avulla saaduista lääkäriyön laadun näkemyksistä on toivottavasti organisaatiolle hyötyä myös suunnitteleessaan asiakkailleen yhä toimivampia palvelupaketteja. Tutkimusprosessi on myös toivottavasti herättänyt kohderyhmissä ajatuksia työnsä laadusta ja sen parantamisesta, vaikka laadun tasoa ei tässä varsinaisesti tutkittu. Tutkimuksen aikana on kohdeorganisaation pyynnöstä tiedusteltu asiakkaiden tyytyväisyyttä Pihlajalinna Oy:n palveluun ja pyydetty yllälääkäreiltä mahdollisia parannusehdotuksia. Samalla yleislääkäreiltä on tiedusteltu tyytyväisyyttä toimipaikkaansa ja työhönsä. Saatuja tuloksia on käsitelty useissa Pihlajalinna Oy:n henkilökunnan kokouksissa.

Pihlajalinnan laadunhallintajärjestelmää on käsitelty lyhyesti luvussa 3. Laadunhallintajärjestelmän on oltava organisaatiokohtainen ja sitä on tarkasteltava vuosittain. Laadunhallintajärjestelmän muodostaminen ja käyttöönotto sekä siihen liittyvä auditointiprosessi on Pihlajalinnassa vyörytetty koko kohdeorganisaation läpi. Tässä tutkimuksessa saatuja näkemyksiä on hyödynnetty organisaation yleisessä laatukeskustelussa. Laadun käsitteleminen ja työnsä laatuun liittyvien asioiden pohtiminen on luonut pohjan auditointiprosessille ja käynnistänyt laadunhallintaprosessin. Prosessin pääpaino ei ole ainoastaan laadun hallinnassa ja yhteisten kriteereiden luomisessa, vaan myös laatukeskustelun herättämisessä ja laadunäkemyksen konkretisoinnissa.

Tutkimuksessa saadut tulokset haastavat mielestäni vakiintuneita käsityksiä terveydenhuollon laadun määrittelystä ja antavat aihetta jatkotutkimuksille. Laatua olisi mielestäni hyödyllistä tutkia tarkemmin nimenomaan lääkäreiden näkökulmasta ja yhdistää näitä näkemyksiä muiden laaduntuotannon kannalta tärkeiden toimijoiden näkemyksiin. Vaikka terveydenhuollon laadun määrittely loppuasiakkaan näkökulmasta onkin nykyaikana laadun tuottamisen elinehto, ei muita näkökulmia tulisi mielestäni jättää vähemmälle huomiolle. Kun laadun tuottamista tarkastellaan kokonaisuutena, otetaan huomioon kaikkien laadun tuotantoon osallistuvien osapuolten näkemykset. Eri näkökulmien yhdistäminen voi olla hankalaa, mutta kannattavaa.

LÄHTEET

Kirjalliset lähteet

- Aaltola J. & Valli, R. 2001: Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus
- Adams A. & Bond S. 2000: Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 32(3), 536-544.
- Alasuutari, P., 1994: Laadullinen tutkimus. 2., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Aiken L.H., Clarke S.P. & Douglas M.S. 2002: Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care* 14(1), 5-13.
- Hirsjärvi S. & Remes P. & Sajavaara P., 1997: Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hölttä, T. & Savonen, M-L. 1997: Muutosvoimana laatujohtaminen. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Idänpää-Heikkilä U., Outinen M., Nordblad A., Päivärinta E. & Mäkelä M. 2000. Laatuksiteerit - Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita - monistesarja 20/2000, Stakes. Helsinki: Stakesin monistamo.
- ISO8402 – standardi: STAKES. Ohjeita ja luokituksia. 1997:2
- Jyrinki, Erkki 1977: Kysely ja haastattelu tutkimuksessa. 3. painos. Oy Gaudeamus Ab.
- Gleason Scott J., Sochalski J. & Aiken L. 1999: Review of magnet hospital research. Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration* 29(1), 9-19.
- Grönfors M., 1985: Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Juva: WSOY.
- Grönfors S., Sinervo T. & Elovainio M. 2001: Työtyytyväisyys, työ- ja organisaatiotekijät sekä hoidon laatu. *Hoitotiede* 13(4), 227-237.
- Kallio, O. & Martikainen, J-P. & Meklin, P. & Rajala, T. & Tammi, J. 2006: Kaupungit tilaajina ja tuottajina. Kokemuksia ja näkemyksiä Jyväskylän, Tampereen ja Turun toimintamallien uudistushankkeista. Tampereen yliopisto. Kunnallistutkimuksia. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kangas S, Kee C.C. & McKee-Waddle R. 1999: Organizational factors, nurses' job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Administration* 29 (1), 32-42.

- Kivimäki M. & Lindström K. 1996: Henkilöjohtaminen sairaalavuodeosastolla - henkilöstön näkökulma. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 8. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Kunnamo I. 2005: Palveluiden saavutettavuus ja hoitoon pääsy. Kirjassa: Yleislääketiede, s. 61-66. Toim. E. Kumpusalo; M. Ahto; K. Eskola; S. Keinänen-Kiukkaanniemi; E. Kosunen; I. Kunnamo ja J. Lohi. Helsinki: Duodecim.
- Kvist, Tarja 2004: Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Kuopio: Kopijyvä.
- Laine, J. 2005: Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä. 1994.
- Laki julkisista hankinnoista
- Lecklin, O. 1997: Laatu yrityksen menestystekijänä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Leino–Kilpi H., Valta L., Helenius H., Vuorenheimo J. & Välimäki M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen Hyvä hoito-mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 151. Helsinki.
- Lillrank, P. 1998: Laatuajattelu. Keuruu: Otavan Kirjapaino.
- Lillrank, P. & Kujala, J. & Parvinen, P. 2004: Keskeneräinen potilas. Terveydenhuollon tuotannonohjaus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lillrank, P. & Haukkipää-Haara, P. 2006: Terveydenhuollon tilaaja-tuottaja-malli. KTM rahoitetut tutkimukset 1/2006. Kauppa- ja teollisuusministeriö. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Lumijärvi I. & Jylhäsaari J. 2000. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Gaudeamus, Helsinki.
- Lääkäri ja laatu 1999. *Markku Partinen: Potilastyytyväisyys ja palvelujen laatu – mitä ja miten sitä mitataan?* s.76. Suomen Lääkäriliitto. Forssan kirjapaino Oy ISO 9002.
- Malka, M. & Danielsson, L. 1988: Laatupiirit palveluorganisaatiossa. Espoo: Weilin+Göös.
- Mäkelä K., 1990: Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus. 42-61.
- Normann, R. 1991: Service Management: Strategy and Leadership in Service Business. Second edition. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Nummenmaa, J. 2007: Näyttöön perustuvat hoitosuositukset ja yleislääkärin työ. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

- Newman K. & Maylor U. 2002. Empirical evidence for "the nurse satisfaction, quality of care and patient satisfaction chain". *International Journal of Health Care Quality Assurance* 15 (2), 80-88.
- Ogden, J. & Bavalia, K. & Bull, M. & Frankum, S. & Goldie, C. & Gosslau, M. & Jones, A. & Kumar, S. ja Vasant, K. 2004: "I want more time with my doctor!": a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract* 21: 479-483.
- Pesonen, H. 2007: *Laatua! Asiantuntijaorganisaation laatuopas*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Raatikainen, R. 1994: *Kehittäjä – huomisen voittaja. Laatu organisaation parantamisen työkaluna*. Lahti: Suomen laatuyhdistys ry.
- Rissanen V. & Kansanen, M. 2003: *Laadunhallinta terveydenhuollossa*. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Räsänen, Keijo 2000: *Kehittyvä liiketoiminta. Haaste tulevaisuuden osajille*. Porvoo: WSOY.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005: *Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Suomen Lääkäriliitto 2000: *Lääkärin etiikka*. 4. painos. Forssan kirjapaino Oy.
- Stichler J.F. & Weiss M.E. 2000: Through the eye of the beholder: Multiple perspectives on quality in women's health care. *Quality Management in Health Care* 8(4), 1-13.
- Tesch, R. 1990: *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York: Falmer Press.
- Tynjälä P., 1991: Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 21 (5–6): 387–398.
- Tzeng H-M. & Ketefian S. 2002: The Relationship between nurses' job satisfaction and inpatient satisfaction: An exploratory study in a Taiwan teaching hospital. *Journal of Nursing Care Quality* 16(2), 39-49.
- Vahtera J., Kivimäki M. & Virtanen P. 2002: *Työntekijöiden hyvinvointi kunnissa ja sairaaloissa. Tutkittua tietoa ja haasteita*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Vuori, H. 1992: *Terveydenhuollon laadunvarmistus*. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutusääitiö.
- Ylikoski, T. 2000: *Unohtuiko asiakas? Toinen, uudistettu painos*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Sähköiset lähteet

EFEKO:n www-sivusto: <http://www.efeko.fi>

Finlexin www-sivusto: www.finlex.fi

5.1.2007

(Lähdeviite: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>)

Pihlajalinna Oy:n www-sivusto: <http://www.pihlajalinna.fi>

Suomen Lääkäriliiton www-sivusto: <http://www.laakariliitto.fi/>

5.1.2007

(Lähdeviite: http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/vastaanotonlaatu.html)

(Lähdeviite: <http://www.laakariliitto.fi/koulutus/suosituks.html#liitto>)

14.09.07

(Lähdeviite: http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/vastaanotonlaatu.html)

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivusto: <http://www.stm.fi>

1.8.2007

(Lähdeviite: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/paras/tt-malli.htx>)

Käypä hoidon www-sivusto: <http://www.kaypahoito.fi/>

Tampereen yliopiston www-sivusto: <http://tutkielmat.uta.fi>

1.8.2007

Valli, Sari 2007: Sairaalan spontaanin asiakaspalautteen sisällön analyysi terveydenhuollon laadunhallinnan viitekehyksessä. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

(Lähdeviite: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01770.pdf>)

Talouselämä-lehden www-sivusto: <http://www.talouselama.fi>

Käypä hoidon www-sivusto: <http://www.kaypahoito.fi/>

Tutkimusta varten haastattelemat henkilöt

Seppo Nikkari, Tullinkulman lääkäriaseman vastaava työterveyslääkäri

Juho Nummenmaa, Pihlajalinna Oy:n laatuvaastaava

Matti Rajamäki, Parkanon terveyskeskuksen johtava lääkäri

Seppo Seppälä, Kankaanpään terveyskeskuksen ylilääkäri

Arto Vesala, Jämsän seudun terveyskeskuksen johtava lääkäri

Mikko Wirén, Pihlajalinna Oy:n toimitusjohtaja

LIITTEET

LIITE 1: LÄÄKÄRIN VASTAANOTON LAATU

Lääkäriliiton hallituksen hyväksymä (22.1.1999)

1. Johdanto

Nämä ohjeet on tarkoitettu apuvälineeksi vastaanottotoiminnan laadun kehittämiseen. Tavoitteena on ollut, että niitä voitaisiin soveltaa kaikkeen vastaanottotoimintaan riippumatta erikoisalasta tai organisaatiosta.

Terveyspalvelujen kulmakivi on vastaanotto, lääkärin ja potilaan kohtaaminen. Vastaanottotila voi sijaita terveyskeskuksessa, erikoissairaanhoidon poliklinikassa, yksityisellä lääkäriasemalla tai muussa terveyspalveluja tuottavassa yksikössä. Vastaanottotoiminnan elementtejä ovat muun muassa ammatillinen osaaminen, aineelliset ja henkilöresurssit, viestintä- ja vuorovaikutustaidot, prosessien hallinta, lopputulokset sekä ilmoittelukäytännöt.

Vastaanottotoiminnan tulee tuottaa laadukkaita terveyspalveluja. Tärkeitä seikkoja ovat hoidon objektiivinen, terveyshyötyä tuottava vaikuttavuus sekä potilaan kokemus laadukkaasta hoidosta. Laadun jatkuva parantaminen ja vaihtelun vähentäminen on myös tärkeää.

Vastaanottotoiminnan laatua kehitettäessä tulee erityisesti kiinnittää huomiota potilaiden tärkeimpinä pitämiin tekijöihin, kuten yksilölliseen kohteluun, asioihin paneutumiseen, ajanvarauksen sujuvuuteen, ajan riittävyteen vastaanotolla, potilaan mahdollisuuksiin vaikuttaa hoitoonsa, vastaanottotilanteen häiriöttömyyteen, jatkohoito-ohjeiden saamiseen ja henkilöstön ammattitaitoon. Laatukriteereistä on syytä laatia kussakin yksikössä oma käsikirja, jonka pohjalta laatua voidaan myös seurata. On suositeltavaa nimetä myös laatutoiminnan vastuuhenkilö.

Seuraavassa esitetään vastaanoton laatukäsikirjaan sisällytettäviä asioita.

2. Toiminta-ajatus

Laatutyön lähtökohdaksi kirjataan vastaanoton perustehtävä, ja se saatetaan myös asiakkaiden tietoon. Koko henkilöstön on tunnettava vastaanoton toiminta-ajatus. Perustehtävän lisäksi määritetään vastaanoton osaamisalueet, erityisperheytyneisyys ja laatupolitiikka. Tämä sisältää tiedot siitä, mille erityisryhmille palveluja tuotetaan.

3. Markkinointi

Markkinoinnin keinot kirjataan niin, että käy ilmi, miten tietoa vastaanoton olemassaolosta ja palveluvalikoimasta välitetään kohdeväestölle, kollegakunnalle ja muille yhteistyökumppaneille. Potilaan valinnanvapauden kunnioittaminen hoitopaikan valinnassa ja Suomen Lääkäriliiton ilmoitteluohjeiden noudattaminen kuuluvat vastaanottotoiminnan laatuun.

4. Ajanvaraus

Vastaanoton ajanvarausjärjestelmä esitetään kirjallisesti. Potilaiden yhteydenottojen vaivattomuutta seurataan. Ajanvarauksen yhteydessä potilaan tulee saada tarkka tieto vastaanoton sijainnista ja hänen intymiteettisuojastaan on huolehdittava. Mahdollisuuksien mukaan potilaalle tarjotaan vapaus valita lääkärinsä. Mikäli vastaanotolle pääsy ei onnistu potilaan toivomana aikana, hänelle tulee antaa oikea tieto todennäköisyydestä saada aika myöhemmin. Jos potilaalle ei onnistuta järjestämään vastaanottoa kohtuullisessa ajassa, hänelle kerrotaan muista samanarvoisista vaihtoehtoista ja mahdollisuuksien mukaan myös niiden ajanvaraustilanteesta. Potilaalle kerrotaan myös, miten menetellään varauksen peruuntuessa syistä, jotka johtuvat potilaasta itsestään tai vastaanotosta.

5. Vastaanotolle saapuminen ja odotus

Ilmoittelussa ja ajanvarauksen yhteydessä potilaalle tulee antaa selkeät ohjeet vastaanoton sijainnista. Toimitilojen ulkopuolella ja saapumisreiteillä on oltava asianmukaiset opasteet, jotta vastaanottopaikka löytyy vaivattomasti.

Potilaan tulee saada ystävällistä kohtelua ja opastusta vastaanottohenkilöstöltä. Potilastietojen salassapidosta huolehditaan ilmoittautumisen yhteydessä. Potilas ohjataan odottamaan riittävän kokoisiin ja viihtyisiin odotustiloihin. Ennalta sovittua vastaanottoaikaa noudatetaan ja yksikkö seuraa ajanvarausaikataulujen toteutumista. Mikäli vastaanotolle pääsy kuitenkin viivästyy, potilaalle annetaan tieto asiasta viivyttämättä ja hänelle kerrotaan viivästymisen syy ja vastaanotolle pääsyn ajankohta.

6. Vastaanoton olosuhteet

Vastaanottotilojen tulee olla riittävän kokoiset ja tutkimusvälineiden asianmukaiset. Tilojen turvallisuusnäkökohtia on tarkasteltava sekä potilaan että lääkärin kannalta. Vastaanoton toiminta-ajatukseen kirjattujen ja markkinoinnissa mainittujen perustutkimusvälineiden tulee olla saatavilla. Lääkärin tutkimushuoneessa tulee vallita vastaanottorauha. Potilaalle varattuna aikana huoneeseen ei saa tulla tarpeettomia puheluja eikä muita henkilöitä, ja muutkin häiriötekijät on poistettava. Potilaalle ennalta varattu aika käytetään hänen tarpeisiinsa, ja lääkärin mielenkiinto kuuluu paikalla olevalle potilaalle.

7. Potilaan kohtaaminen

Vastaanotto alkaa tervehtimisellä ja esittäytymisellä. Potilaan kättelyä pidetään suositeltavana. Hyvään vuorovaikutukseen kuuluu potilaan asian huolellinen kuunteleminen ja siihen perehtyminen. Lääkärin tulee esittää asiansa siten, että potilas ymmärtää häntä mahdollisimman hyvin. Potilaalle tarjotaan mahdollisuus tarkentaviin kysymyksiin. Viestinnän onnistumista seurataan potilaspalautteen avulla säännöllisin väliajoin. Potilaalle pyritään tarjoamaan mahdollisuus asioida äidinkielellään.

Lääkärin on noudatettava hienotunteisuutta ja kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisiä tarpeita haastattelua ja tutkimusta suorittaessaan. Vastaanotolla mukana olevan omaisen tai saattajan huomioiminen potilaan edun mukaisella tavalla on tärkeää. Potilaalle aiemmin tehdyt tutkimukset otetaan huomioon ja tarpeettomia uusintatutkimuksia ja -käyntejä vältetään. Potilaalla on oikeus saada tietoa häntä koskevista asioista.

Mikäli lääkäri tutkittuaan potilaan havaitsee lisäasiantuntemuksen tarvetta tai hänellä ei ole mahdollisuuksia jatkotutkimuksiin, asiasta tulee konsultoida tai potilas on ohjattava toiselle asiantuntijalle. Potilasta tulee informoida tästä riittävällä ja ymmärrettävällä tavalla. Jos potilas itse haluaa lisätietoja tai muusta syystä haluaa kuulla toisen lääkärin mielipidettä, hänelle tulee tarjota siihen vaivaton mahdollisuus. Vastaanoton päätteeksi potilaalla on oikeus kuulla lääkärin lopputiivistelmä vastaanotolle tuloon johtaneesta asiasta. Hänellä on myös oikeus saada selvät tiedot jatkosuunnitelmista ja jatkohoito-ohjeista.

Potilaalle annetaan riittävät ohjeet laboratorio-, kuvantamis- ja muista tutkimuksista sekä uusintakäynneistä.

Potilaalla tulee olla mahdollisuus sovittuna aikana tavoittaa lääkäri puhelimitse.

Hoidon jatkaminen saman lääkärin vastaanotolla tulee turvata mahdollisuuksien mukaan potilaan niin toivoessa.

Potilaalle tulee antaa tarvittaessa hoidosta selkeät kirjalliset ohjeet.

8. Potilasmaksut

Potilaalle tulee tarpeen mukaan kertoa ennakoon vastaanotto- ja peruutusmaksujen suuruudesta. Ilmoittautumis- tai odotustiloissa on oltava nähtävillä selvät ja viranomaisohjeiden mukaiset tiedot vastaanoton yhteydessä perittävistä maksuista. Potilaalle tulee myös selvittää, kuinka paljon mahdolliset jatkotutkimukset ja –hoidot suunnilleen maksavat.

9. Asiakirjat

Potilasasiakirjoihin kirjataan kaikki kyseiseen lääkäriiskäyntiin olennaisesti sisältyvät seikat. Potilaan oikeus yksityisyyden suojaan turvataan kaikissa olosuhteissa. Tietoa voidaan siirtää muualle ainoastaan potilaan suostumuksella. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon toiseen hoitopaikkaan huolehditaan siitä, että asiakirjat toimitetaan uuteen yksikköön riittävän ajoissa, tällöinkin potilaan suostumuksella.

On suositeltavaa, että vastaanotolla on käytössä ATK-pohjainen potilastietojärjestelmä, jonka avulla tietojen hallinta on tehokkaampaa kuin pelkästään kirjalliseen dokumentaatioon perustuvassa järjestelmässä.

10. Potilaspalaute

Potilailta saatava palaute on tärkeää vastaanotto toiminnan laadun kehittämisen kannalta. Henkilöstön on otettava palaute huomioon toiminnassaan. Yksikkö seuraa potilaiden kokemuksia säännöllisin väliajoin otantaselvityksin. On suositeltavaa käyttää laajemmassa käytössä olevia kyselyjä, jotta tuloksia voidaan vertailla muiden vastaavien yksiköiden tuloksiin. Lisäksi jokaisen vastaanoton yhteydessä on hyvä olla tarjolla välineet palautteen antamista varten. Yksikössä on myös ennalta sovittava menettelystä, jolla suullista tai kirjallista palautetta käsitellään palvelun laadun kehittämiseksi.

Yksikössä on myös ennalta sovittava menettelystä, jolla valitukset käsitellään asianmukaisesti ja viivyttämättä. Ongelmat pyritään ratkaisemaan paikallisesti asianomaisten kesken. Mikäli tämä ei

ole mahdollista, potilaalla tulee olla helposti saatavissa yksikön vastaavan lääkärin ja potilasasiamiehen yhteystiedot.

11. Henkilöstö

Vastaanoton henkilöstö muodostaa useista ammattiryhmistä koostuvan työryhmän. Sillä on oltava selkeä käsitys vastaanoton perustehtävästä. Laadukkaaseen ja joustavaan toimintaan päästään parhaiten ryhmän jäsenten yhteistyön ja hyvän viestinnän avulla. Keskinäisen vastuunjaon on oltava selvä, ja prosessin kaikkien osatekijöiden on toimittava saumattomasti.

12. Oman työn kehittäminen

Lääkärillä ja vastaanoton muulla henkilöstöllä tulee olla hyvä ammattitaito, ja sitä on pidettävä yllä ja kehitettävä riittävällä jatko- ja täydennyskoulutuksella sekä asianmukaisella työnohjauksella. Täydennyskoulutuksella tulee myös kehittää vastaanoton kannalta keskeisiä vuorovaikutus-, viestintä- ja ryhmätyötaitoja. Tutkimuksen ja hoidon tulee perustua lääketieteelliseen tietoon ja kokemukseen, hoitosuosituksiin ja yleisesti hyväksytyihin menetelmiin. Hoitojen tulee olla kliinisesti vaikuttavia. Vastaanotolla kehitetään ja sovelletaan menetelmiä, joilla arvioidaan omaa kliinistä työtä.

13. Yhteistyökumppanit ja hoidon koordinaatio

Vastaanotolla on oltava toimivat suhteet ja molemminpuoliset palautejärjestelmät tärkeimpien ulkoisten yhteistyökumppaniensa kanssa. Tämä koskee esimerkiksi laboratorioita, kuvantamisyksiköitä ja konsultoitavia tahoja. Vastaanotto hakee ja työstää ennalta sovitulla tavalla palautetta näiltä yhteistyökumppaneilta. Tavoitteena on tehdä potilaan polku järjestelmässä mahdollisimman vaivattomaksi. Yhteistyökumppaneita ja alihankkijoita koskevat samat laatuvaatimukset kuin vastaanottoa. Lähettävällä taholla tulee olla tieto vastaanottavan tahon jonotilanteesta.

Yhteistyökumppanien kanssa tulee toimia yhteisesti sovittujen periaatteiden mukaisesti hoitovastuuta siirrettäessä (esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä). Laadukkaassa vastaanottotoiminnassa kokonaisvastuun potilaan hoidosta ja hoidon koordinaation on oltava määriteltyjä.

14. Laatujärjestelmä

Vastaanotolla noudatettava laatu politiikka ja laatujärjestelmä toimintojen seuranta- ja itsearviointimenetelmät mukaan luettuina on esitettävä kirjallisessa muodossa, ja niiden on oltava henkilöstön tiedossa.

15. Viranomaisohjeet

Vastaanottotoimintaa koskevat, ajantasaiset viranomaisohjeet on pidettävä nähtävillä sovitussa paikassa, ja henkilöstön tulee olla niistä selvillä.

16. Eettiset ohjeet

Lääkärin eettiset ohjeet tulee pitää vastaanotolla saatavilla ja henkilökunnan tiedossa. Lääkärinvalan teksti on suositeltavaa pitää vastaanottohuoneen seinällä.

LIITE 2: LÄÄKÄRIN VASTAANOTON LAATUUN LIITTYVIÄ OHJEITA, SUOSITUKSIA JA LAINSÄÄDÄNTÖÄ

Lääkäriliiton ohjeet

- Lääkärin eettiset ohjeet 6.5.1988
- Lääkärin kollegiaalisuusohjeet 6.5.1988
- Ohjeisto lääkärintodistusten kirjoittamisesta 1.4.1993
- Lääkäreiden ja lääkärin palveluja koskevat ilmoitteluohjeet 7.5.1993
- Terveydenhuollon laadunarvioinnin eettiset ohjeet 28.3.1996
- Telelääketiedettä koskevat eettiset ohjeet 1997
- Lääkärinvala 1997

Kansainvälisiä suosituksia

- Hippokrateen vala
- WMA: Declaration of Lisbon on the rights of the patient 1995
- WMA: Declaration with guidelines for continuous quality improvement in health care 1997
- United Nations: Principles of Medical Ethics 18.12.1982
- World Psychiatric Association: Madridin julistus 1997
- YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista 1989

Lainsäädäntöä

- Sairausvakuutuslaki 1963
- Kansanterveyslaki 1977
- Erikoissairaanhoidonlaki 1989
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta 1990
- Mielenterveyslaki 1990
- Henkilörekisterilaki 1992
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992
- Laki terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta 1992
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994

(http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/vastaanotonlaatu.html)

LIITE 3: LAKI POTILAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA 1992 (liitteestä jätetty pois voimaantulosäännökset)

1 LUKU

Yleisiä säännöksiä

1 §

Soveltamisala

«Potilaan» asemaan ja oikeuksiin terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä sovelletaan tätä lakia, jollei muussa laissa toisin säädetä.

2 §

Määritelmät

Tässä laissa tarkoitetaan:

- 1) *potilaalla* terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä;
- 2) *terveyden- ja sairaanhoidolla* «potilaan» terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä;
- 3) *terveydenhuollon ammattihenkilöllä* terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain ([559/94](#)) 2 §:ssä tarkoitettua henkilöä; ([28.6.1994/560](#))
- 4) *terveydenhuollon toimintayksiköllä* kansanterveyslaissa ([66/1972](#)) tarkoitettua terveyskeskusta, erikoissairaanhoitolaissa ([1062/1989](#)) tarkoitettua sairaalaa ja siitä erillään olevaa sairaanhoidon toimintayksikköä sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päättämää muuta hoitovastuussa olevaa kokonaisuutta, yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa ([152/1990](#)) tarkoitettua terveydenhuollon palveluja tuottavaa yksikköä, työterveyslaitosta siltä osin kuin se tuottaa työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetussa laissa ([159/1978](#)) tarkoitettuja terveyden- ja sairaanhoidon palveluita, valtion mielisairaaloista annetussa laissa ([1292/1987](#)) tarkoitettuja valtion mielisairaaloita, terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa ([322/1987](#)) tarkoitettuja sairaanhoitolaitoksia ja [vankeinhoitolaitoksesta annetussa asetuksessa ([134/1986](#))] tarkoitettua vankimielisairaalaa ja psykiatrasta osastoa sekä muita laitossairaaloita, sairaosastoja ja vankiloiden poliklinikoita; sekä ([30.6.2000/653](#))
- 5) *potilasasiakirjoilla* «potilaan» hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja.

2 a § ([15.5.1998/333](#))

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta

Valtioneuvosto asettaa neljäksi vuodeksi kerrallaan asianomaisen ministeriön yhteydessä toimivan valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan, jonka tehtävänä on käsitellä terveydenhuoltoon ja [«potilaan»](#) asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja antaa niistä suosituksia.

Neuvottelukunnan kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään tarkemmin asetuksella.

2 LUKU

«Potilaan» oikeudet

3 §

Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Suomessa tilapäisesti oleskelevien henkilöiden oikeudesta hoitoon on voimassa, mitä siitä erikseen säädetään tai valtioiden välillä vastavuoroisesti sovitaan. Kunnan ja valtion velvollisuudesta järjestää terveydenhuollon palveluja on lisäksi voimassa, mitä kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoitolaissa, tartuntatautilaissa ([583/1986](#)), mielenterveyslaissa ([1116/1990](#)), vankeinhoitolaitoksesta annetussa asetuksessa sekä terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa säädetään. ([30.6.2000/653](#))

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

[«Potilaan»](#) äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava hänen hoidossaan ja kohtelussaan huomioon.

[«Potilaan»](#) oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä sekä hänen oikeudestaan tulkkaukseen näitä kieliä viranomaisissa käytettäessä säädetään kielilain ([423/2003](#)) 10, 18 ja 20 §:ssä. Kuntien ja kuntayhtymien velvollisuudesta järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja suomen ja ruotsin kielellä säädetään kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. ([6.6.2003/429](#))

4 §

Pääsy hoitoon

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa. ([17.9.2004/857](#))

Kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle henkilölle annettavasta avusta ja hoitoon ottamisesta on voimassa, mitä niistä kansanterveyslain 14 §:n 1 momentin 2 kohdassa, erikoissairaanhoitolain 30

§:n 2 momentissa ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 15 §:ssä säädetään. ([30.6.2000/653](#))

4 a § ([17.9.2004/857](#))

Tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä «potilaan» hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä «potilaan», hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.

5 §

«Potilaan» tiedonsaantioikeus

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin «potilaan» tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa «potilaan» hengelle tai terveydelle.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa «potilaan» käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta.

«Potilaan» oikeudesta tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot on voimassa, mitä henkilötietolain ([523/1999](#)) 26–28 §:ssä säädetään. «Potilaan» oikeudesta tietojen saantiin on lisäksi voimassa, mitä siitä säädetään viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain ([621/1999](#)) 11 ja 12 §:ssä. ([30.6.2000/653](#))

6 §

«Potilaan» itsemääräämisoikeus

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, «potilaan» laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä kuultava sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi «potilaan» tahtoa. Jos tästä ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Tapauksissa, joita 2 momentissa tarkoitetaan, tulee hoitoon saada «potilaan» laillisen edustajan taikka lähiomaisen tai muun läheisen suostumus. Laillisen edustajan, lähiomaisen ja muun läheisen

tulee suostumusta antaessaan ottaa huomioon «potilaan» aiemmin ilmaisema tahto tai, jos hoitotahtoa ei ole ilmaistu, hänen henkilökohtainen etunsa. Jos laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen kieltää hoidon antamisen tai hoitotoimenpiteen tekemisen potilaalle, potilasta on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä suostumisesta kieltäytyvän henkilön kanssa muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Jos laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen näkemykset hoidosta eroavat toisistaan, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena. ([9.4.1999/489](#))

«Potilaan» tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on voimassa, mitä siitä mielenterveyslaissa, päihdehuoltolaissa ([41/86](#)), tartuntatautilaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa ([519/77](#)) säädetään.

7 §

Alaikäisen «potilaan» asema

Alaikäisen «potilaan» mielipide hoitotoimenpiteeseen on selvitettävä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Jos alaikäinen ei kykene päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa.

8 §

Kiireellinen hoito

Potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka «potilaan» tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.

9 §

Tiedonsaantioikeus ja toimivalta

«Potilaan» laillisella edustajalla taikka lähiomaisella tai muulla läheisellä on 6 §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitetussa tapauksessa oikeus saada kuulemista ja suostumuksen antamista varten tarpeelliset tiedot «potilaan» terveydentilasta. ([9.4.1999/489](#))

Jos alaikäinen potilas ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden kykenee päättämään hoidostaan, hänellä on oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoansa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen.

Edellä 5 §:n 1 ja 2 momentissa tarkoitettu selvitys on 7 §:n 2 momentissa tarkoitetussa tapauksessa annettava alaikäisen «potilaan» huoltajalle tai muulle lailliselle edustajalle.

Alaikäisen tai 6 §:n 2 momentissa tarkoitetun «potilaan» huoltajalla tai muulla laillisella edustajalla ei ole oikeutta kieltää «potilaan» henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa. ([9.4.1999/489](#))

3 LUKU

Muistutus ja potilasasiamies

10 §

Muistutus

Terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Muistutukseen on annettava ratkaisu kohtuullisessa ajassa sen tekemisestä.

Muistutuksen tekeminen ei rajoita «potilaan» oikeutta kannella hoidostaan tai hoitoon liittyvästä kohtelustaan terveyden- tai sairaanhoitoa valvoville viranomaisille.

Jos muistutusta käsiteltäessä ilmenee, että «potilaan» hoidosta tai kohtelusta saattaa seurata potilasvahinkolaissa (585/86) tarkoitettu vastuu potilasvahingosta, vahingonkorvauslaissa (412/74) tarkoitettu vahingonkorvausvastuu, syytteen nostaminen, terveydenhuollon ammatinharjoittamislainsäädännössä tarkoitettu ammatinharjoittamisoikeuksien poistaminen, rajoittaminen tai kurinpitomenettely taikka muussa laissa säädetty kurinpitomenettely, on potilasta neuvottava, miten asia voidaan panna vireille toimivaltaisessa viranomaisessa tai toimielimessä.

11 §

Potilasasiamies

Terveydenhuollon toimintayksikölle on nimettävä potilasasiamies. Kahdella tai useammalla toimintayksiköllä voi myös olla yhteinen potilasasiamies.

Potilasasiamiehen tehtävänä on:

- 1) neuvoa potilaita tämän lain soveltamiseen liittyvissä asioissa;
- 2) avustaa potilasta 10 §:n 1 ja 3 momentissa tarkoitetuissa asioissa;
- 3) tiedottaa «potilaan» «oikeuksista»; sekä
- 4) toimia muutenkin «potilaan» oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi.

4 LUKU

Potilasasiakirjat

12 § (30.6.2000/653)

Potilasasiakirjat ja hoitoon liittyvä muu materiaali

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin «potilaan» hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon

ammattihenkilön tulee säilyttää potilasasiakirjat sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyvät biologista materiaalia sisältävät näytteet ja elinmallit «potilaan» hoidon järjestämisen ja toteuttamisen, hoitoon liittyvien mahdollisten korvausvaatimusten ja tieteellisen tutkimuksen edellyttämä aika. Potilasasiakirjat, näytteet ja mallit tulee hävittää välittömästi sen jälkeen, kun niiden säilyttämiselle ei ole edellä tarkoitettua perustetta.

Potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja 1 momentissa tarkoitettujen näytteiden ja mallien säilyttämisestä sekä käyttötarkoituksen perusteella määräytyvistä säilytysajoista säädetään tarkemmin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella. Potilasasiakirjoja, näytteitä ja malleja saa säilyttää sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyn säilytysajan päätyttyä, jos se on välttämätöntä «potilaan» hoidon järjestämisen tai toteuttamisen kannalta. Säilyttämisen tarvetta on sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetyn säilytysajan päätyttyä arvioitava vähintään viiden vuoden välein, jollei laista tai henkilötietolain 43 §:n 2 momentissa tarkoitettua tietosuojalautakunnan luvasta muuta johdu.

Asiakirjojen säilyttämisestä pysyvästi säädetään arkistolaisissa [\(831/1994\)](#).

13 § [\(30.6.2000/653\)](#)

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapito

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassapidettäviä.

Terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman «potilaan» kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja saa antaa hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella. Sivullisella tarkoitetaan tässä laissa muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta «potilaan» hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen.

Sen estämättä, mitä 2 momentissa säädetään, saadaan antaa:

- 1) potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja, jos tiedon antamisesta tai oikeudesta tiedon saamiseen on laissa erikseen nimenomaisesti säädetty;
- 2) «potilaan» tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia tietoja toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle sekä yhteenveto annetusta hoidosta «potilaan» hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle ja «potilaan» hoidosta vastaavaksi lääkäriksi mahdollisesti nimetylle lääkärille «potilaan» tai hänen laillisen edustajansa suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen mukaisesti;
- 3) «potilaan» tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tai toteuttamiseksi välttämättömiä tietoja toiselle suomalaiselle tai ulkomaiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle, jos potilaalla ei ole mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä eikä hänellä ole laillista edustajaa, taikka jos suostumusta ei voida saada «potilaan» tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi;

4) tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi hoidettavana olevan «potilaan» lähiomaiselle tai muulle hänen läheiselleen tieto «potilaan» henkilöstä ja hänen terveydentilastaan, jollei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi näin menettelemästä; sekä

5) kuolleen henkilön elinaikana annettua terveyden- ja sairaanhoitoa koskevia tietoja perustellusta kirjallisesta hakemuksesta sille, joka tarvitsee tietoja tärkeiden etujensa tai oikeuksiensa selvittämistä tai toteuttamista varten siltä osin kuin tiedot ovat välttämättömiä etujen tai oikeuksien selvittämiseksi tai toteuttamiseksi; luovutuksensaaja ei saa käyttää tai luovuttaa tietoja edelleen muuhun tarkoitukseen.

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttamisesta tieteellistä tutkimusta ja tilastointia varten on voimassa, mitä siitä säädetään viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa, terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetussa laissa ([556/1989](#)) ja henkilötietolaissa. Sosiaali- ja terveysministeriö voi lisäksi antaa tieteellistä tutkimusta varten yksittäistapauksessa luvan tietojen saamiseen yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitetun terveydenhuollon palveluja tuottavan yksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön sellaisista potilasasiakirjoista, joita ei voida pitää viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa tarkoitettuina viranomaisen asiakirjoina. Lupa voidaan antaa, jos on ilmeistä, ettei tiedon antaminen loukkaa niitä etuja, joiden suojaksi salassapitovelvollisuus on säädetty. Lupaa harkittaessa on huolehdittava siitä, että tieteellisen tutkimuksen vapaus turvataan. Lupa voidaan antaa määräajaksi, ja siihen on liitettävä yksityisen edun suojaamiseksi tarpeelliset määräykset. Lupa voidaan peruuttaa, jos siihen harkitaan olevan syytä. ([23.5.2001/411](#))

Edellä 3 momentin 2 kohdassa tarkoitettulla asiayhteydestä ilmenevällä suostumuksella tarkoitetaan muuta kuin kirjallisesti tai suullisesti annettua suostumusta, jonka potilas on antanut vapaaehtoisesti tietoisena tietojen luovuttamisesta, luovutuksensaajasta, luovutettavista tiedoista sekä luovutettavien tietojen käyttötarkoituksesta ja luovuttamisen merkityksestä.

Edellä 2 ja 3 momentissa tarkoitettusta tietojen luovuttamisesta ja sen perusteesta tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin.

5 LUKU

Erinäisiä säännöksiä

14 § ([30.6.2000/653](#))

Salassapitovelvollisuuden rikkominen

Rangaistus 13 §:n 2 momentissa ja 3 momentin 5 kohdassa säädetyn salassapitovelvollisuuden rikkomisesta tuomitaan [rikoslain 38 luvun](#) 1 tai 2 §:n mukaan, jollei teko ole rangaistava [rikoslain 40 luvun 5 §:n](#) mukaan tai siitä muualla laissa säädetä ankarampaa rangaistusta.

15 §

Muutoksenhaku

Päätökseen, jolla 10 §:n 1 momentissa tarkoitettu muistutus on ratkaistu, ei saa hakea muutosta valittamalla.

16 §

Tarkemmat säännökset

Tarkemmat säännökset tämän lain täytäntöönpanosta annetaan tarvittaessa asetuksella.

Lähde: www.finlex.fi

LIITE 4: LAKI TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖISTÄ 28.6.1994/559

Eduskunnan päätöksen mukaisesti säädetään:

1 LUKU

Yleiset säännökset

1 §

Lain tarkoitus

Tämän lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua:

- 1) varmistamalla, että tässä laissa tarkoitetulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet;
- 2) järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sairaanhoidossa; sekä
- 3) helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä.

2 §

Terveydenhuollon ammattihenkilö

Tässä laissa tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä:

- 1) henkilöä, joka tämän lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (*laillistettu ammattihenkilö*) tai ammatinharjoittamisluvan (*luvan saanut ammattihenkilö*); sekä
- 2) henkilöä, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (*nimikesuojattu ammattihenkilö*).

Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Tämä ei kuitenkaan estä, jollei laissa tai lain nojalla annettussa asetuksessa toisin säädetä, laillistettuja, luvan saaneita tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä koulutuksensa,

kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimimasta toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta.

Laillistetun ammattihenkilön tehtäviä voi 2 momentin estämättä suorittaa myös asianomaiseen ammattiin opiskeleva henkilö siten kuin asetuksella säädetään. Opiskelijaan noudatetaan tällöin soveltuvin osin, mitä jäljempänä tässä laissa säädetään terveydenhuollon ammattihenkilöstä.

3 § [\(1.12.2000/1030\)](#)

3 § on kumottu L:lla [1.12.2000/1030](#).

2 LUKU

Oikeus toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä

Suomessa tai ulkomailla koulutuksen saaneen Suomen kansalaisen ja jonkin muun Euroopan talousalueen valtion kansalaisen sekä Suomessa koulutuksen saaneen muun ulkomaalaisen terveydenhuollon ammattihenkilönä toimimisen edellytykset

4 § [\(1.12.2000/1030\)](#)

Oikeus harjoittaa lääkärin tai hammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä ja erikoislääkärinä tai erikoishammaslääkärinä

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa lääkärin tai hammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä asianomaista ammattia itsenäisesti harjoittamaan oikeutetun laillistetun ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisena potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain ([785/1992](#)) 2 §:n 4 kohdassa tarkoitettussa terveydenhuollon toimintayksikössä tai sosiaalihuoltolain ([710/1982](#)) 24 §:ssä tarkoitettussa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Oikeus myönnetään Suomen kansalaiselle tai ulkomaalaiselle, joka on suorittanut asianomaiseen ammattiin johtavan peruskoulutuksen Suomessa, taikka Suomen tai jonkin muun Euroopan talousalueen valtion (ETA-valtio) kansalaiselle, joka on suorittanut terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen hyväksymän vastaavan koulutuksen Euroopan talousalueeseen kuulumattomassa valtiossa ja joka on osoittanut täyttävänsä asetuksella säädetty mahdolliset muut pätevyysvaatimukset.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa yleislääkärin ammattia itsenäisesti laillistettuna ammattihenkilönä 1 momentissa tarkoitettulle lääkärille, joka on suorittanut lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen tai sitä vastaavan asetuksella säädetyn koulutuksen Suomessa taikka Euroopan talousalueeseen kuulumattomassa valtiossa vastaavan koulutuksen, jonka terveydenhuollon oikeusturvakeskus on hakemuksesta hyväksynyt.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa itsenäisesti ammattia laillistettuna hammaslääkärinä 1 momentissa tarkoitettulle hammaslääkärille, joka on suorittanut asetuksella säädetyn käytännön palvelun.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä Suomen kansalaiselle tai ulkomaalaiselle, joka on suorittanut terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen ([564/1994](#)) 8 §:ssä tarkoitettun tutkinnon Suomessa.

5 § [\(5.8.2005/614\)](#)

Oikeus harjoittaa eräitä muita terveydenhuollon ammatteja laillistettuna ammattihenkilönä

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa proviisorin, psykologin, puheterapeutin, ravitsemusterapeutin, farmaseutin, sairaanhoitajan, kätilön, terveydenhoitajan, fysioterapeutin, laboratoriohoitajan, röntgenhoitajan, suuhygienistin, toimintaterapeutin, optikon ja hammasteknikon ammattia laillistettuna ammattihenkilönä Suomen kansalaiselle tai ulkomaalaiselle, joka on suorittanut asianomaiseen ammattiin johtavan koulutuksen Suomessa, taikka Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalaiselle, joka on suorittanut Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen hyväksymän vastaavan koulutuksen Euroopan talousalueeseen kuulumattomassa valtiossa. Lisäksi vaaditaan, että asianomainen on osoittanut täyttävänsä valtioneuvoston asetuksella säädetty mahdolliset muut pätevyysvaatimukset.

6 §

Erikoispätevyys

Erikoispätevyyden omaava laillistettu ammattihenkilö on sellainen Suomen kansalainen tai ulkomaalainen, joka on suorittanut erikoispätevyyden edellyttämän koulutuksen Suomessa, taikka Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalainen, joka on suorittanut jossakin muussa ETA-valtiossa muun erikoispätevyyden kuin 9 §:n 3 momentissa tarkoitetun erikoispätevyyden edellyttämän koulutuksen tai Euroopan talousalueeseen kuulumattomassa valtiossa erikoispätevyyden edellyttämän koulutuksen, jonka terveydenhuollon oikeusturvakeskus on hakemuksesta hyväksynyt. Lisäksi vaaditaan, että asianomainen on osoittanut täyttävänsä asetuksella säädetty mahdolliset muut pätevyysvaatimukset.

7 § [\(1.12.2000/1030\)](#)

Ammattinimikkeen käyttöoikeus

Oikeus käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä on Suomen kansalaisella ja ulkomaalaisella, joka on suorittanut asianomaiseen ammattiin johtavan tai sitä vastaavan koulutuksen Suomessa tai jossakin muussa ETA-valtiossa, sekä Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalaisella, joka on suorittanut Euroopan talousalueeseen kuulumattomassa valtiossa vastaavan koulutuksen, jonka terveydenhuollon oikeusturvakeskus on hakemuksesta hyväksynyt.

8 § [\(1.12.2000/1030\)](#)

Pohjoismaan kansalaisen oikeus toimia terveydenhuollon ammattihenkilönä

Pohjoismaan kansalaisen oikeudesta toimia Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilönä on voimassa, mitä Pohjoismaiden välillä eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista tehdystä sopimuksessa (SopS 2/1994) määrätään.

Terveydenhuollon ammattihenkilönä toimimisen edellytykset Euroopan talousalueesta tehdyn sopimuksen mukaan

9 §

Oikeus harjoittaa lääkärin tai hammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä eräissä tapauksissa

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntää hakemuksesta oikeuden Suomessa harjoittaa toisen johdon ja valvonnan alaisena lääkärin tai hammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalaiselle, joka on jossakin muussa ETA-valtiossa suorittanut lääkärin tai hammaslääkärin perustutkinnon.

Oikeus Suomessa harjoittaa yleislääkärin tai hammaslääkärin ammattia itsenäisesti laillistettuna ammattihenkilönä on Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalaisella, jolle jossakin muussa ETA-valtiossa saadun lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutusta vastaavan koulutuksen tai hammaslääkärikoulutuksen perusteella on siinä valtiossa myönnetty ETA-sopimuksessa tarkoitettu tutkintotodistus, todistus tai muu muodollista kelpoisuutta osoittava asiakirja, joka asianomaisessa valtiossa vaaditaan oikeuden saamiseksi yleislääkärin tai hammaslääkärin ammatin harjoittamiseen itsenäisesti.

Oikeus Suomessa harjoittaa erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä ETA-sopimuksessa mainituilla, Suomessa käytössä olevilla erikoisaloilla on Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalaisella, jolle jossakin muussa ETA-valtiossa saadun koulutuksen perusteella on siinä valtiossa myönnetty ETA-sopimuksessa tarkoitettu tutkintotodistus, todistus tai muu muodollista kelpoisuutta osoittava asiakirja, joka asianomaisessa valtiossa vaaditaan vastaavan oikeuden saamiseksi harjoittaa erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin ammattia.

Edellä 2 ja 3 momentissa tarkoitetun tutkintotodistuksen, todistuksen tai muun muodollista kelpoisuutta osoittavan asiakirjan tuottamasta oikeudesta ammatin harjoittamiseen päättää hakemuksesta terveydenhuollon oikeusturvakeskus.

Päätös 1 ja 4 momentissa tarkoitettuun hakemukseen on annettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hakemus ja sitä täydentävä selvitys on toimitettu terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle.

10 §

Oikeus harjoittaa proviisorin, sairaanhoitajan tai kättilön ammattia laillistettuna ammattihenkilönä

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntää hakemuksesta oikeuden Suomessa harjoittaa proviisorin, sairaanhoitajan tai kättilön ammattia laillistettuna ammattihenkilönä Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalaiselle, jolle jossakin muussa ETA-valtiossa saadun koulutuksen perusteella on siinä valtiossa myönnetty ETA-sopimuksessa tarkoitettu tutkintotodistus, todistus tai muu muodollista kelpoisuutta osoittava asiakirja, joka asianomaisessa valtiossa vaaditaan oikeuden saamiseksi proviisorin, sairaanhoitajan tai kättilön ammatin harjoittamiseen itsenäisesti.

Päätös 1 momentissa tarkoitettuun hakemukseen on annettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hakemus ja sitä täydentävä selvitys on toimitettu terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle.

11 §

Oikeus harjoittaa muita kuin 9 ja 10 §:ssä tarkoitettuja terveydenhuollon ammatteja laillistettuna ammattihenkilönä sekä ammattinimikkeen käyttöoikeus

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus myöntää hakemuksesta oikeuden Suomessa harjoittaa psykologin, puheterapeutin, ravitsemusterapeutin, farmaseutin, terveydenhoitajan, fysioterapeutin, laboratoriohoitajan, röntgenhoitajan, suuhygienistin, toimintaterapeutin, optikon ja hammasteknikon ammattia laillistettuna ammattihenkilönä Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalaiselle, jolle jossakin muussa ETA-valtiossa saadun koulutuksen perusteella on siinä valtiossa myönnetty tai jolla on muualla suoritettun koulutuksen perusteella jossakin muussa ETA-valtiossa hyväksytty ETA-sopimuksessa tarkoitettu tutkintotodistus tai sen kanssa vastaavaksi määritelty koulutuksesta annettu asiakirja, joka asianomaisessa valtiossa vaaditaan oikeuden saamiseksi kyseisiin ammatteihin. ([5.8.2005/614](#))

Oikeus Suomessa käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä on Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalaisella, jolle jossakin muussa ETA-valtiossa saadun koulutuksen perusteella on siinä valtiossa myönnetty tai jolla on muualla suoritettun koulutuksen perusteella jossakin muussa ETA-valtiossa hyväksytty ETA-sopimuksessa tarkoitettu tutkintotodistus tai sen kanssa vastaavaksi määritelty koulutuksesta annettu asiakirja, joka asianomaisessa valtiossa vaaditaan oikeuden saamiseksi kyseisiin ammatteihin. Tutkintotodistuksen tai sen kanssa vastaavaksi määritellyn asiakirjan tuottamasta oikeudesta käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä päättää hakemuksesta terveydenhuollon oikeusturvakeskus.

Sen lisäksi, mitä 1 ja 2 momentissa säädetään, hakijalta edellytetään, että hänellä on terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen mahdollisesti määräämä ammattikokemus, että terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen mahdollisesti määräämä sopeutumis aika on täyttynyt tai että hän on suorittanut oikeusturvakeskuksen mahdollisesti määräämän kelpoisuuskokeen. Kelpoisuuskokeesta peritään maksu valtion maksuperustelain ([150/92](#)) mukaisesti. Asetuksella säädetään tarkemmin ammattikokemuksesta, sopeutumisajasta ja kelpoisuuskokeesta.

Päätös 1 ja 2 momentissa tarkoitettuun hakemukseen on annettava neljän kuukauden kuluessa siitä, kun hakemus ja sitä täydentävä selvitys on toimitettu terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle.

12 §

Oikeus harjoittaa väliaikaisesti eräitä terveydenhuollon ammatteja

Suomen tai jonkin muun ETA-valtion kansalainen, jolla on laillinen oikeus harjoittaa itsenäisesti lääkärin, hammaslääkärin, sairaanhoitajan tai kättilön ammattia jossakin muussa ETA-valtiossa, voi sen estämättä, mitä 9 ja 10 §:ssä säädetään, Suomessa väliaikaisesti harjoittaa asianomaista ammattia tehtyään terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle ilmoituksen ennen palvelujen tarjoamista. Kiireellisessä tapauksessa ilmoitus voidaan antaa mahdollisimman pian palvelujen tarjoamisen jälkeen. Ilmoituksen tekemisestä ja väliaikaisesta palvelujen tarjoamisesta säädetään tarkemmin asetuksella.

Ulkomailla koulutuksen saaneen Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaisen terveydenhuollon ammattihenkilönä toimimisen edellytykset

13 §

Lupa toimia 4–6 §:ssä tarkoitetuissa tehtävissä ja oikeus toimia laillistettuna ammattihenkilönä

Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaiselle, joka on ulkomailla suorittanut 4–6 §:ssä tarkoitetun koulutuksen ja jolla on tehtävän edellyttämä asetuksella säädetty pätevyys sekä riittävä kielitaito, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi erityisestä syystä ja määräämnsä ehdoin hakemuksesta myöntää:

- 1) ammatinharjoittamisluvan 4–6 §:ssä tarkoitettuihin tehtäviin; tai
- 2) ammatinharjoittamisoikeuden laillistettuna ammattihenkilönä toimimiseen Suomessa.

14 §

Ammattinimikkeen käyttöoikeus eräissä tapauksissa

Oikeus käyttää asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä Suomessa on Euroopan talousalueeseen kuulumattoman valtion kansalaisella, joka on ulkomailla suorittanut asianomaiseen ammattiin johtavan, terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen hakemuksesta hyväksymän koulutuksen ja jolla on tehtävän edellyttämä riittävä kielitaito.

14 a § ([31.8.2001/766](#))

Lain soveltaminen Euroopan yhteisön ja sen jäsenvaltioiden tekemässä sopimuksessa tarkoitettuihin henkilöihin

Tämän lain säännöksiä sovelletaan myös henkilöön, joka Euroopan yhteisön ja sen jäsenvaltioiden muun sopimuspuolen kanssa tekemän sopimuksen nojalla on oikeutettu toimimaan terveydenhuollon ammattihenkilönä.

3 LUKU

Terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet

15 §

Ammattieettiset velvollisuudet

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat.

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään.

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.

15 a § [\(5.9.1997/859\)](#)

Velvollisuus ilmoittaa syntymästä ja kuolemasta

Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudesta ilmoittaa syntymästä ja kuolemasta säädetään erikseen.

[16 §](#)

Potilasasiakirjojen laatiminen ja säilyttäminen sekä niihin sisältyvien tietojen salassapito

Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudesta laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin sisältyvät tiedot on voimassa, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa [\(785/92\)](#) säädetään.

[17 §](#)

Salassapitovelvollisuus

Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen.

[18 §](#)

Täydennyskoulutusvelvollisuus

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.

Terveydenhuollon ammattihenkilön työnantajan tulee luoda edellytykset sille, että ammattihenkilö voi osallistua tarvittavaan ammatilliseen täydennyskoulutukseen.

[19 §](#)

Määräysten noudattaminen ja tietojen antaminen

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ammattitoiminnassaan noudattamaan, mitä terveydenhuollon oikeusturvakeskus tai lääninhallitus säännösten tai määräysten nojalla määrää.

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen salassapitosäännösten estämättä antamaan terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tai lääninhallituksen pyytämät, sille tässä laissa säädettyjen tehtävien hoitamiseksi tarpeelliset ilmoitukset, selitykset ja selvitykset.

20 § [\(2.9.2005/690\)](#)

Ilmoitusvelvollisuus

Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä lääninhallitukselle ilmoitus ammatin harjoittamisesta itsenäisesti ennen sen aloittamista siten kuin yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa ([152/1990](#)) säädetään.

21 §

Vakuuttamisvelvollisuus

Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen huolehtimaan vakuuttamisvelvollisuudesta siten kuin potilasvahinkolaissa ([585/86](#)) säädetään.

4 LUKU

Lääkärin ja hammaslääkärin erityiset oikeudet ja velvollisuudet

22 §

Taudinmäärittämisestä ja oikeudesta määrätä lääkkeitä

Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Vastaavasti laillistettu hammaslääkäri päättää potilaan hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

Laillistetulla lääkäriä ja hammaslääkäriä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä, lääkäriä lääkinnällistä tai lääketieteellistä tarkoitusta varten ja hammaslääkäriä hammaslääkinnällistä tai hammaslääketieteellistä tarkoitusta varten, noudattaen, mitä siitä erikseen säädetään tai määrätään.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarvittaessa tarkempia määräyksiä ja ohjeita lääkkeiden määräämisestä.

23 §

Lääkintölailliset todistukset ja lausunnot

Laillistetun lääkärin ja hammaslääkärin on, antaessaan lääkintölaillisia todistuksia ja lausuntoja sekä muita todistuksia, jotka on tarkoitettu esitettäväksi tuomioistuimelle tai muulle julkiselle viranomaiselle, vahvistettava ne sanoilla ""minkä kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan"". Siten vahvistettu todistus tai lausunto on pätevä ilman valallista vahvistusta, jollei tuomioistuin tai viranomainen erityisistä syistä määrää, että se on vahvistettava suullisella valalla tai vakuutuksella.

Sosiaali- ja terveysministeriö voi antaa tarvittaessa tarkempia määräyksiä ja ohjeita siitä, mitä laillistetun lääkärin ja hammaslääkärin tulee ottaa huomioon antaessaan todistuksia ja lausuntoja sekä muutoinkin harjoittaessaan ammattiaan.

5 LUKU

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjaus ja valvonta

Yleiset säännökset ohjauksesta ja valvonnasta

24 § [\(29.12.2005/1261\)](#)

Ohjaus ja valvonta

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden yleinen ohjaus kuuluu sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ohjaa ja valvoo valtakunnallisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Läänin alueella terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa ohjaa ja valvoo lääninhallitus. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön alaisena lääninhallitusten toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjauksessa ja valvonnassa.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus käsittelee terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjaukseen ja valvontaan liittyvät asiat erityisesti silloin, kun kysymyksessä on:

- 1) periaatteellisesti tärkeä tai laajakantoinen asia;
- 2) epäily hoitovirheestä, joka on johtanut kuolemaan tai vaikeaan pysyvään vammautumiseen;
- 3) oikeuslääkärin tekemään kuolemansyyn selvittämiseen liittyvä asia;
- 4) asia, joka saattaa edellyttää turvaamis- tai kurinpitotoimenpiteitä; taikka
- 5) asia, jota lääninhallitus on esteellinen käsittelemään.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallitusten tarkemmasta työnjaosta ohjauksessa ja valvonnassa voidaan tarvittaessa säätää valtioneuvoston asetuksella.

Edellä 1 tai 2 momentissa tarkoitettu valvontaviranomainen ei tutki terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnasta tehtyä kantelua, joka koskee yli viisi vuotta vanhaa asiaa, ellei kantelun tutkimiseen ole erityistä syytä.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksessa on terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontaa varten terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvontalautakunta, jonka kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään valtioneuvoston asetuksella.

24 a § [\(1.12.2000/1030\)](#)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus pitää terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriä terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta annetun lain [\(1074/1992\)](#) mukaisten valvontatehtävien hoitamiseksi. Sen lisäksi, mitä tässä laissa säädetään, rekisterinpitoon sovelletaan henkilötietolakia [\(523/1999\)](#).

Rekisteriin merkitään terveydenhuollon ammattihenkilöistä seuraavat tiedot:

- 1) nimi, henkilötunnus, kotiosoite, ammatinharjoittamisoikeus ja sen rajoittaminen tai poistaminen, ammatinharjoittamislupa ja sen peruuttaminen samoin kuin oikeus käyttää terveydenhuollon

ammattihenkilön ammattinimikettä ja sen kieltäminen sekä tiedot ammatinharjoittamisoikeuden tai -luvan taikka nimikesuojauksen perusteena olevasta koulutuksesta; [\(2.9.2005/690\)](#)

2) terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallituksen ratkaisu, jossa terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnassa on todettu virheellisyyttä, laiminlyöntejä tai moitittavuutta sekä tiedot ammattitoiminnassa saadusta varoituksesta, sakko- ja vankeusrangaistuksesta, viraltapanosta tai virantoimituksesta pidättämisestä; sekä

3) tiedot erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin oikeudesta ja sen perusteena olevasta koulutuksesta.

Edellä 2 momentin 1 kohdassa tarkoitetut tiedot poistetaan rekisteristä kymmenen vuoden kuluttua siitä, kun terveydenhuollon oikeusturvakeskus on saanut tiedon rekisteröidyn kuolemasta. Edellä 2 momentin 2 kohdassa tarkoitetut tiedot poistetaan, kun päätöksen tai muun ratkaisun antamisesta on kulunut kymmenen vuotta, jollei nimikirjallaissa [\(1010/1989\)](#) säädetä merkinnän poistamiselle pidempää aikaa. Rangaistusta koskeva tieto tulee poistaa myös, kun rangaistukseen tuomitsemisen syynä olleen teon rangaistavuus on poistettu.

Keskusrekisteriin merkitään lisäksi tarvittaessa tiedot terveydenhuollon ammattihenkilön työpaikasta sekä ammattihenkilön varaamisesta valmiuslain [\(1080/1991\)](#) mukaista poikkeusoloihin varautumista varten siten kuin asetuksella tarkemmin säädetään.

24 b § [\(1.12.2000/1030\)](#)

Tietojen antaminen terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteristä

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen on salassapitosäännösten estämättä annettava 24 a §:n 2 momentissa tarkoitettuja tietoja lääninhallitukselle sen laissa säädettyjen valvontatehtävien hoitamiseksi sekä ETA-valtion viranomaiselle terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatinharjoittamisoikeuden tai -luvan myöntämiseksi ja valvontaan liittyvien tehtävien hoitamiseksi. Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen on salassapitosäännösten estämättä annettava 24 a §:n 4 momentissa tarkoitettuja tietoja sosiaali- ja terveysministeriölle valmiuslaissa säädettyjen tehtävien hoitamiseksi.

Sen lisäksi, mitä viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa [\(621/1999\)](#) säädetään, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi salassapitosäännösten estämättä antaa viranomaiselle ja terveydenhuollon toimintayksikölle tietoja 24 a §:n 2 momentin 2 kohdassa tarkoitettua rikoksen seuraamuksesta työnhakuun liittyvää soveltuvuusarviointia varten.

Sen lisäksi, mitä viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa säädetään, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi antaa kopioina tai sähköisessä muodossa keskusrekisteristä rekisteröidyn nimi- ja yhteystietoja sekä tietoja voimassa olevasta ammatinharjoittamisoikeudesta ja -luvasta sekä koulutuksesta rekisteröidyn ammattiin liittyvän informaation lähettämistä varten. Siitä poiketen, mitä mainitussa laissa säädetään, tämän lain 24 a §:n 2 momentin 2 kohdassa tarkoitettuja tietoja terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallituksen ratkaisusta sekä ammattitoiminnassa saadusta varoituksesta ja virantoimituksesta pidättämisestä saa antaa vain tieteellistä tutkimusta, tilastointia ja viranomaisen selvitystyötä varten taikka viranomaiselle laissa säädetyn tehtävän hoitamiseksi taikka terveydenhuoltoon liittyvää toimintaa varten terveydenhuollon toimintayksikölle, apteekille sekä terveydenhuollon alalla toimivalle yhteisölle, jollei kysymys ole yksittäistä rekisteröityä koskevista tiedoista.

Tietojen antamisesta perittävistä maksuista säädetään erikseen. Edellä 1 momentissa tarkoitettu tiedon antaminen on maksutonta. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö saa maksutta pyynnöstään terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin perustuvan tietopalvelun lukuun ottamatta osuutta, jonka oikeusturvakeskus hankkii ulkopuoliselta palvelujen tuottajalta.

Turvaamistoimenpiteet

25 § [\(1.12.2000/1030\)](#)

Ammattitoiminnan asianmukaisuuden selvittäminen

Jos on perusteltua aihetta olettaa, että terveydenhuollon ammattihenkilö on sairauden, päihteiden väärinkäytön, heikentyneen toimintakyvyn tai muun vastaavan syyn takia kykenemätön toimimaan ammatissaan, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön lääkärintarkastukseen tai sairaalatutkimuksiin (*ammattillisen toimintakyvyn ja terveydentilan selvittäminen*).

Jos on perusteltua aihetta olettaa, että terveydenhuollon ammattihenkilön ammatinharjoittamistaidossa tai ammattitiedoissa on puutteita, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitaitojen tai -tietojen tutkimiseksi työkokeiluun, työnäytteeseen tai kuulusteluun (*ammattitaidon selvittäminen*). Ammattitaidon selvittämisestä syntyneet kustannukset korvataan valtion varoista. [\(14.11.2003/923\)](#)

3 momentti on kumottu L:lla [29.12.2005/1261](#).

4 momentti on kumottu L:lla [29.12.2005/1261](#).

Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei suostu 1 tai 2 momentissa säädettyyn selvittämiseen, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi kieltää laillistettua ammattihenkilöä harjoittamasta ammattiaan tai peruuttaa luvan saaneen ammattihenkilön ammatinharjoittamisluvan taikka kieltää nimikesuojattua ammattihenkilöä käyttämästä asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä. [\(29.12.2005/1261\)](#)

26 § [\(1.12.2000/1030\)](#)

Seuraamukset virheellisestä toiminnasta

Jos terveydenhuollon ammattihenkilö

- 1) laiminlyö 15–21 §:ssä säädetyn velvollisuuden tai lääkäri taikka hammaslääkäri laiminlyö 15–23 §:ssä säädetyn velvollisuuden,
- 2) suorittaa sellaisia tehtäviä, joihin hänen koulutustaan tai ammattitaitoaan on pidettävä riittämättömänä tai hänen toimintamahdollisuuksiaan rajoitettuina tai
- 3) toimii muutoin virheellisesti tai moitittavasti,

terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi:

- a) antaa hänelle tarkempia määräyksiä ja ohjeita ammattitoimintaa varten;
- b) rajoittaa laillistetun ammattihenkilön ammatinharjoittamisoikeutta määräajaksi tai toistaiseksi;
- c) poistaa laillistetun ammattihenkilön ammatinharjoittamisoikeuden määräajaksi tai toistaiseksi;
- d) kieltää nimikesuojattua ammattihenkilöä käyttämästä asetuksessa säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä määräajaksi tai toistaiseksi; taikka
- e) peruuttaa luvan saaneen ammattihenkilön ammatinharjoittamisoikeuden.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitus voivat, jos asia ei anna aiheutta 1 momentin a–e kohdassa tai jäljempänä 33 §:ssä mainittuun toimenpiteeseen, antaa terveydenhuollon ammattihenkilölle huomautuksen tai kiinnittää hänen huomiotansa asianmukaiseen ammattitoimintaan. Tässä momentissa tarkoitettuun Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tai lääninhallituksen antamaan huomautukseen ja huomion kiinnittämiseen ei saa hakea muutosta valittamalla. ([29.12.2005/1261](#))

27 §

Ammattitoiminnassa tehty rikos

Jos terveydenhuollon ammattihenkilö on tuomittu vankeusrangaistukseen rikoksesta, jonka hän on tehnyt ammattitoiminnassaan, ja tuomioistuimen päätös on saanut lainvoiman ja jos rikokseen liittyvistä asianhaaroista on havaittavissa, ettei hän ole sen luottamuksen arvoinen, jota hänen tulee nauttia, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi laillistetulta ammattihenkilöltä poistaa määräajaksi tai, jos asianhaarat ovat erittäin raskauttavat, lopullisesti ammatinharjoittamisoikeuden tai luvan saaneelta ammattihenkilöltä peruuttaa ammatinharjoittamisluvan määräajaksi tai, jos asianhaarat ovat erittäin raskauttavat, lopullisesti taikka kieltää nimikesuojattua ammattihenkilöä määräajaksi tai, jos asianhaarat ovat erittäin raskauttavat, lopullisesti käyttämästä asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä.

Jos valtion tai kunnan taikka kuntayhtymän virassa oleva terveydenhuollon ammattihenkilö on rikoksen johdosta tuomittu erotettavaksi virantoimituksesta tai viralta pantavaksi, noudatetaan vastaavasti, mitä 1 momentissa säädetään.

Tuomioistuimen tulee viipymättä lähettää jäljennös 1 ja 2 momentissa tarkoitettua asiaa koskevasta pöytäkirjasta ja päätöksestä terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle.

Jo ennen kuin tuomioistuimen päätös, jolla terveydenhuollon ammattihenkilö on tuomittu vankeusrangaistukseen taikka viralta pantavaksi tai virantoimituksesta erotettavaksi, on saanut lainvoiman, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi kieltää laillistettua ammattihenkilöä harjoittamasta ammattia tai peruuttaa luvan saaneen ammattihenkilön ammatinharjoittamisluvan taikka kieltää nimikesuojattua ammattihenkilöä käyttämästä asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä.

28 § ([1.12.2000/1030](#))

Kykenemättömyys toimia ammatissa

Jos terveydenhuollon ammattihenkilö on sairauden, päihteiden väärinkäytön, heikentyneen toimintakyvyn tai muun vastaavan syyn perusteella taikka muulla tavoin perustellusti todetun ammattitaidottomuuden vuoksi kykenemätön toimimaan terveydenhuollon ammattihenkilönä, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi päättää 26 §:ssä säädetystä toimenpiteestä.

29 §

Väliaikaiset turvaamistoimenpiteet

Käsitellessään 25–28 §:ssä tarkoitettuja asioita terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi tarvittaessa väliaikaisesti kieltää laillistettua ammattihenkilöä harjoittamasta ammattia tai väliaikaisesti rajoittaa oikeutta harjoittaa ammattia taikka väliaikaisesti peruuttaa luvan saaneen ammattihenkilön ammatinharjoittamisluvan tai väliaikaisesti kieltää nimikesuojattua ammattihenkilöä käyttämästä asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä.

30 §

Potilasasiakirjojen siirtäminen terveyskeskukseen

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi ryhtyessään tässä laissa säädettyihin turvaamistoimenpiteisiin määrätä ammattiaan itsenäisesti harjoittaneen terveydenhuollon ammattihenkilön erityisestä syystä luovuttamaan potilasasiakirjat sen paikkakunnan terveyskeskukseen erillisarkistona hoidettavaksi, jossa tämä harjoittaa ammattiaan.

31 §

Ammatinharjoittamisoikeuden tai -luvan poistaminen terveydenhuollon ammattihenkilön omasta pyynnöstä

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi terveydenhuollon ammattihenkilön omasta pyynnöstä rajoittaa laillistetun ammattihenkilön ammatinharjoittamisoikeutta tai poistaa sen taikka peruuttaa luvan saaneen ammattihenkilön ammatinharjoittamisluvan.

32 §

Ammatinharjoittamisoikeuden tai -luvan taikka ammattinimikkeen käyttöoikeuden palauttaminen

Kun terveydenhuollon ammattihenkilöltä on poistettu ammatinharjoittamisoikeus määräajaksi tai toistaiseksi taikka sitä on rajoitettu tai se on kielletty, kun hänen ammatinharjoittamislupansa on peruutettu taikka kun häntä on kielletty käyttämästä asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä, terveydenhuollon ammattihenkilö voi terveydenhuollon oikeusturvakeskukselta uudelleen hakea ammatinharjoittamisoikeuden palauttamista tai sen rajoituksen poistamista, ammatinharjoittamisluvan palauttamista taikka asetuksella säädetyn terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikkeen käyttöoikeuden palauttamista sitten, kun ammatinharjoittamisoikeuden poistamisen tai rajoituksen, ammatinharjoittamisluvan peruuttamisen tai ammattinimikkeen käyttöoikeuden kieltämisen aiheuttanut syy on lakannut.

Hakemukseen on liitettävä selvitys 1 momentissa tarkoitettun syyn lakkaamisesta.

Kurinpito- ja rangaistussäännökset

33 §

Kirjallinen varoitus

Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ammattoiminnassaan on menetellyt vastoin lakia tai sen nojalla annettuja säännöksiä tai määräyksiä taikka syylistynyt tehtävässään muutoin virheellisyyteen tai laiminlyöntiin eikä virheellisyys tai laiminlyönti ole sen laatuista, että häntä olisi syytettävä tuomioistuimessa, terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi antaa hänelle kirjallisen varoituksen.

34 § (24.5.2002/409)

Rangaistuksia koskeva viittaussäännös

Rangaistus tässä laissa tarkoitettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä toimimisesta ilman laillista oikeutta säädetään rikoslain [\(39/1889\) 44 luvun 3 §:ssä](#).

35 § (24.5.2002/409)

35 § on kumottu L:lla [24.5.2002/409](#).

36 § (21.5.1999/682)

Salassapitovelvollisuuden rikkominen

Rangaistus 17 §:ssä säädetyn salassapitovelvollisuuden rikkomisesta tuomitaan [rikoslain 38 luvun 1](#) tai 2 §:n mukaan, jollei teko ole rangaistava [rikoslain 40 luvun 5 §:n](#) mukaan tai siitä muualla laissa säädetä ankarampaa rangaistusta.

6 LUKU

Erinäiset säännökset

37 §

Ammatinharjoittamisoikeutta koskevan hakemuksen hylkääminen

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi hylätä 4 §:n 1 momentissa, 5 §:ssä, 9 §:n 1 momentissa, 10 §:ssä ja 11 §:n 1 momentissa tarkoitettua ammatinharjoittamisoikeutta koskevan hakemuksen vain sellaisella perusteella, jolla laillistetun ammattihenkilön ammatinharjoittamisoikeutta voidaan rajoittaa tai se voidaan poistaa.

38 §

Kuuleminen

Ennen 25–28 §:ssä tarkoitetun asian lopullista ratkaisemista terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen on varattava terveydenhuollon ammattihenkilölle tilaisuus antaa selitys asiassa.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus voi ennen 1 momentissa tarkoitetun asian ratkaisemista kuulla asiantuntijoita. ([21.5.1999/682](#))

39 §

Muutoksenhaku

Tämän lain nojalla tehtyyn terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen päätökseen haetaan muutosta siten kuin terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta annetun lain ([1074/1992](#)) 4 §:ssä säädetään. ([2.9.2005/724](#))

Jos vastoin 9 §:n 5 momentin, 10 §:n 2 momentin tai 11 §:n 4 momentin säännöstä päätöstä ei ole annettu säädetyssä määräajassa, hakija voi tehdä valituksen. Valituksen katsotaan tällöin kohdistuvan hakemuksen hylkäävään päätökseen. Tällaisen valituksen voi tehdä, kunnes hakemukseen on annettu päätös. Päätöksen antamisesta on terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ilmoitettava valitusviranomaiselle. Tässä momentissa tarkoitetun valituksen tekemisestä ja sen käsittelystä on muutoin soveltuvin osin voimassa, mitä 1 momentissa säädetään.

Edellä 25–30 §:ssä tarkoitetut päätökset on valituksesta huolimatta heti pantava täytäntöön.

40 §

Tiedonsaantioikeus

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksella ja lääninhallituksella on pyynnöstä oikeus salassapitosäännösten estämättä maksutta saada valtion, kunnan ja kuntayhtymän viranomaiselta sekä muulta julkisoikeudelliselta yhteisöltä, kansaneläkelaitokselta, eläketurvakeskukselta, eläkesäätiöltä ja muulta eläkelaitokselta, vakuutuslaitokselta, huoltotoimintaa tai sairaanhoitotoimintaa harjoittavalta yhteisöltä tai laitokselta sekä apteekilta tässä laissa säädettyjen tehtävien suorittamiseksi tarpeelliset tiedot ja selvitykset.

41 §

Neuvottelukunta

Valtioneuvosto asettaa kolmeksi vuodeksi kerrallaan neuvottelukunnan, jonka tehtävänä on antaa lausuntoja ja tehdä aloitteita terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksesta, ammattitoiminnasta ja viranomaisten välisestä yhteistyöstä.

Neuvottelukunnan kokoonpanosta ja tehtävistä säädetään tarkemmin asetuksella.

42 §

Kuulutus virallisessa lehdessä

Rajoitetusta, poistetusta, kielletystä tai palautetusta ammatinharjoittamisoikeudesta, peruutetusta tai palautetusta ammatinharjoittamisluvasta taikka asetuksella säädetyn terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikkeen käyttöoikeuden kieltämisestä tai sen palauttamisesta terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen on viipymättä kuulutettava virallisessa lehdessä.

Lähde: www.finlex.fi

LIITE 5: YLILÄÄKÄREIDEN HAASTATTELULOMAKE

1. Miten pitkään olet toiminut ylilääkärinä? entä yleislääkärinä?
2. Miten ymmärrät käsitteen laatu, yleisellä tasolla?
3. Mistä asioista koostuu laadukas lääkärintyö (luettelon muodossa)?
 - erityispiirteitä?
 - a) työterveyshuolto
 - b) päivystyspoliklinikka
 - c) vuodeosasto
 - d) normaali vastaanottotyö
4. Missä määrin lääkärin työn laatu riippuu vastaanottoajan pituudesta?
5. Mitkä tekijät vaikuttavat vastaanoton pituuteen?
6. Miten määräytyy *optimaalinen* vastaanoton pituus ja mikä se voisi keskimäärin olla
 - a) päivystysvastaanotossa
 - b) normaalissa vastaanottotyössä
 - c) työterveyshuollossa
7. Mitkä ovat mielestänne niitä edellytyksiä, joita tarvitaan siihen, että lääkäri voisi tehdä työnsä hyvin?
8. Mitkä ovat yksittäisen lääkärin kohdalla niitä asioita, jotka parantavat laatua?
9. Mitkä ovat yksittäisen lääkärin kohdalla niitä asioita, jotka huonontavat laatua?
10. Miten mielestänne laatu on sidoksissa kustannuksiin?
11. Missä määrin lääkärin työn laatu on riippuvainen teknisistä välineistä?
 - tutkimusvälineet
 - atk-laitteet

12. Missä määrin lääkärin työn laatu on riippuvainen hoitohenkilökunnasta?

- päivystyspoliklinikalla
- normaalissa vastaanottotyössä
- työterveyshuollossa
- vuodeosastotyössä

13. Missä määrin yleislääkärin olisi hyvä saada täydenniskoulutusta, jotta se palvelisi parhaimmalla tavalla työn laatua?

14. Minkä tyyppinen täydenniskoulutus tukisi parhaiten lääkärin työn laatua?

15. Mitkä tekijät ovat keskeisiä lääkäreiden johtamisessa työn laadun kannalta?

16. Miten lääkäreiden johtaminen vaikuttaa työn laatuun?

17. Mikä lääkäreiden johtamisessa on vaikeinta?

18. Onko teillä käytössä laadunhallintajärjestelmää?

19. Miten yhteistyö on onnistunut Pihlajalinnan lääkäreiden kanssa?

20. Missä Pihlajalinnassa on onnistunut hyvin?

21. Missä olisi parannettavaa?

22. Kuinka hyvin Pihlajalinnassa on vastannut odotuksianne (1-5)?

23. Kuinka tehokkaita Pihlajalinnan lääkärit ovat olleet (1-5)?

24. Kuinka joustavasti Pihlajalinnan lääkärit ovat hoitaneet työnsä (1-5)?

25. Miten hyvin yhteydenpito Pihlajalinnan suuntaan onnistuu (1-5)?

- Ongelmakohtia?

26. Miten hyvin tiedotus Pihlajalinnalta teille toimii (1-5)?

27. Miten tärkeänä koette Pihlajalinnan oman koulutusjärjestelmän laadun kannalta?

28. Anna arvosana Pihlajalinnan lääkäreiden työn laadusta (1-5)?

1=erittäin huonosti

2=melko huonosti

3=tyydyttävästi

4=melko hyvin

5=erittäin hyvin

LIITE 6: SAATEKIRJE YLILÄÄKÄREILLE JA TOISEN VAIHEEN KYSELYLOMAKE

Hei!

Kävin haastattelemassa teitä marraskuussa pro gradu -tutkielmaani sekä Pihlajalinnan laatu tutkimusta varten. Sovimme tuolloin, että voin ottaa teihin myöhemmin yhteyttä sähköpostitse. Olen nyt purkanut haastattelut ja pyytäisin teitä vielä vastaamaan kolmeen haastattelutulosten pohjalta laadittuun kysymykseen. Kysymyksissä pitää asettaa tärkeysjärjestykseen laatuun vaikuttavia asioita.

Kysymykset näkyvät alla ja niihin voi vastata sähköpostitse.

Paljon kiitoksia yhteistyöstä!

Ystävällisin terveisin,

Anastasia Kanervisto
FM, kauppat. yo
Tampereen yliopisto, Johtamistieteiden laitos
s-posti: xx
puh: xx

KYSELYLOMAKE

1. Mistä asioista koostuu laadukas lääkärintyö?

Asettakaa alla olevat laadukkaan lääkärintyön osatekijät tärkeysjärjestykseen niin, että 1 = tärkein ominaisuus ja 9 = vähiten tärkeä.

- selkeät ja täsmälliset toimintaohjeet
- toimintaa ohjaava järjestelmä
- taloudellisten asioiden huomioiminen
- riittävä ammattitaito ja lääketieteen tuntemus
- lääketieteen kehityksen seuraaminen
- lääkärin persoonallisuus (ystävällisyys, empatiakyky)
- lääkärin sosiaaliset taidot (hyvä käytös, asiallisuus)
- ahkeruus
- asiakaslähtöisyys

2. Mitkä ovat niitä edellytyksiä, joita tarvitaan siihen, että lääkäri voisi tehdä työnsä hyvin?

Asettakaa alla olevat edellytykset tärkeysjärjestykseen niin, että 1 = tärkein edellytys ja 8 = vähiten tärkeä edellytys

- lääkärin omat, sisäiset edellytykset
- työn sujuvuus optimoitu ajanvarausjärjestelmillä
- lääkäriresurssin riittävyys
- lääkärin tietotaidon ylläpito
- työskentelyyn sopiva työympäristö ja puitteet
- hyvät välineet

- riittävästi avustavaa henkilökuntaa
- riittävä perehdytys

3. Mitkä ovat yksittäisen lääkärin kohdalla niitä asioita, jotka parantavat laatua?

Asettakaa alla olevat laadun parantamiseen vaikuttavat asiat tärkeysjärjestykseen niin, että 1 = parantaa eniten laatua ja 7 = parantaa vähiten laatua

- lääkärin asenne ja kiinnostus työhönsä
- ahkeruus
- tieto ja taito
- hyvät työskentelyolosuhteet, jotka eivät rajoita lääkärin vapautta tehdä työtään
- asiakaslähtöisyys
- yhteisymmärrys potilaiden kanssa
- kokemus

LIITE 7: SAATEKIRJE YLEISLÄÄKÄREILLE

Hei!

Olen Anastasia Kanervisto, neljännen vuosikurssin kauppatieteiden opiskelija Tampereen yliopistosta. Tein vuonna 2004 proseminaaritutkielman sisäisestä yrittäjyydestä Pihlajalinnan lääkäreiden keskuudessa. Nyt teen pro gradu –tutkielmaani jälleen yhteistyössä Pihlajalinnan ja Juho Nummenmaan kanssa. Tutkielmani käsittelee yleislääkärin työn laatua sekä terveyskeskusten ylilääkäreiden että Pihlajalinnan lääkäreiden näkökulmasta. Kyselyn tuloksia käytetään apuna Pihlajalinnan laadunhallintajärjestelmän kehittämisessä.

Kysely suoritetaan kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa esitän teille 14 kysymystä yleislääkärin työn laatuun liittyen. Osa kysymyksistä on avoimia, osassa kysymyksissä vastaus pyydetään numeroarvona viidestä eri vaihtoehdosta. Kyselyn toisessa vaiheessa käytetään hyväksi ensimmäisen vaiheen tuloksia ja teitä pyydetään asettamaan tärkeysjärjestykseen valmiiksi valittuja, laatuun vaikuttavia tekijöitä. Kummankin vaiheen kysymyksiin vastataan Pihlajalinnan intranetissä.

Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 10 minuuttia. Vastaukset käsitellään anonyymisti ja luottamuksellisesti. Toivon, että mahdollisimman moni vastaisi kysymyksiin, koska vastauksista saatuja tuloksia käytetään myös Pihlajalinnan toiminnan kehittämiseen.

Kyselyyn on aikaa vastata **pp.kk.vvvv** saakka. Jos teillä on kysyttävää tai kommentoitavaa tutkimukseen liittyen, minuun voi ottaa yhteyttä alla olevin yhteystiedoin.

Ystävällisin terveisin

Anastasia Kanervisto
s-posti: xx
puh.: xx

LIITE 8: YLEISLÄÄKÄREIDEN KYSELY

Vastaa alla oleviin kysymyksiin muutamalla lauseella tai luettelon muodossa. Osassa kysymyksiä sinulta pyydetään vastausta asteikolla 1-5.

1. Miten pitkään olet työskennellyt Pihlajalinnan palveluksessa?
2. Missä pisteessä toimit tällä hetkellä ja kuinka pitkään olet siellä työskennellyt?
3. Miten ymmärrät käsitteen laatu, yleisellä tasolla?
4. Mistä asioista koostuu laadukas lääkärintyö (luettelon muodossa)?
5. Missä määrin lääkärin työn laatu riippuu vastaanottoajan pituudesta?
6. Mikä olisi optimaalinen vastaanoton pituus?
 - a). päivystysvastaanotossa
 - b). normaalissa vastaanottotyössä
 - c). työterveyshuollossa
7. Mitkä ovat mielestäsi niitä *edellytyksiä*, joita tarvitaan siihen, että lääkäri voisi tehdä työnsä hyvin (luettelon muodossa)?
8. Mitkä ovat *yksittäisen lääkärin* kohdalla niitä asioita, jotka parantavat laatua (luettelon muodossa)?

Entä mitkä asiat huonontavat laatua (luettelon muodossa)?
9. Miten mielestäsi laatu on sidoksissa kustannuksiin?
10. Missä määrin yleislääkärin olisi hyvä saada täydennyskoulutusta, jotta se palvelisi parhaimmalla tavalla työn laatua?

Vastaa seuraaviin kysymyksiin 11, 12 ja 13 käyttäen hyväksi asteikkoa 1 – 5. Valitse parhaiten omaa mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.

11. Missä määrin lääkärin työn laatu on riippuvainen teknisistä välineistä?

- 1 = erittäin paljon
- 2 = melko paljon
- 3 = en osaa sanoa
- 4 = melko vähän
- 5 = ei lainkaan

12. Missä määrin lääkärin työn laatu on riippuvainen hoitohenkilökunnasta?

- 1 = erittäin paljon**
- 2 = melko paljon**
- 3 = en osaa sanoa**
- 4 = melko vähän**
- 5 = ei lainkaan**

13. Miten yhteistyö on onnistunut toimipisteesi kanssa?

- 1 = erittäin hyvin**
- 2 = melko hyvin**
- 3 = ei hyvin eikä huonosti**
- 4 = melko huonosti**
- 5 = erittäin huonosti**

14. Missä olisi mielestäsi parannettavaa yhteistyön osalta?

**LIITE 9: YLEISLÄÄKÄREIDEN LAADUN KRITEREIDEN TÄRKEYSJÄRJESTYKSET
VASTAUSPROSENTEITTAIN**

1. Kysymyksen vastausjakaumat

Lääkärin osaaminen

| | |
|---|--------|
| 1 | 44.0 % |
| 2 | 14.7% |
| 3 | 17.6% |
| 4 | 11.7% |
| 5 | 5.8% |
| 6 | 2.9% |

Riittävästi aikaa, kiireettömyys

| | |
|---|-------|
| 1 | 35.2% |
| 2 | 26.4% |
| 3 | 17.6% |
| 4 | 5.8% |
| 5 | 5.8% |
| 6 | 2.9% |
| 7 | 2.9% |

Toimiva vuorovaikutus

| | |
|---|-------|
| 1 | 17.6% |
| 2 | 29.4% |
| 3 | 14.7% |
| 4 | 17.6% |
| 5 | 8.8% |

- 6 2.9%
- 7 2.9%

Ammattitaidon ylläpito

- 2 5.8%
- 3 2.9%
- 4 14.7%
- 5 29.4%
- 6 26.4%
- 7 5.8%
- 8 5.8%
- 9 5.8%

Konsultaatiomahdollisuus

- 2 5.8%
- 3 11.7%
- 4 17.6%
- 5 20.5%
- 6 2.9%
- 7 14.7%
- 8 14.7%
- 9 11.7%

Käytössä olevien resurssien ja välineiden asianmukaisuus

- 2 8.8%
- 3 5.8%
- 4 11.7%
- 5 11.7%
- 6 14.7%
- 7 17.6%
- 8 17.6%
- 9 5.8%

Lääkärin persoonallisuus

- 1 2.9%
- 3 8.8%
- 4 11.7%
- 5 2.9%
- 6 14.7%
- 7 14.7%
- 8 23.5%
- 9 11.7%

Yksilöllisyyden huomioiminen

- 2 5.8%
- 3 2.9%
- 4 2.9%
- 5 2.9%

| | |
|---|-------|
| 6 | 11.7% |
| 7 | 17.6% |
| 8 | 26.4% |
| 9 | 26.4% |

Avoim työilmapiiri

| | |
|---|-------|
| 3 | 5.8% |
| 4 | 2.9% |
| 5 | 2.9% |
| 6 | 8.8% |
| 7 | 20.5% |
| 8 | 8.8% |
| 9 | 35.3% |

Yleislääkärit. Mitkä ovat mielestänne niitä edellytyksiä, joita tarvitaan siihen, että lääkäri voisi tehdä työnsä hyvin?

2. Kysymyksen vastausjakaumat

1. riittävästi aikaa

| | |
|----|-------|
| 1 | 67.6% |
| 2 | 23.5% |
| 3 | 2.9% |
| 4 | 2.9% |
| 10 | 2.9% |

2. kohtuullinen työmäärä

| | |
|---|-------|
| 1 | 5.8% |
| 2 | 14.7% |
| 3 | 20.5% |
| 4 | 14.7% |
| 5 | 20.5% |
| 6 | 8.8% |
| 7 | 8.8% |
| 9 | 2.9% |

3. hyvä täydennyskoulutus ja ammattitaidon ylläpito

| | |
|---|-------|
| 1 | 8.8% |
| 2 | 29.4% |
| 3 | 11.7% |
| 4 | 5.8% |
| 5 | 8.8% |
| 6 | 14.7% |
| 7 | 2.9% |
| 8 | 8.8% |
| 9 | 5.8% |

4. hyvät konsultaatiomahdollisuudet

| | |
|----|-------|
| 2 | 8.8% |
| 3 | 23.5% |
| 4 | 8.8% |
| 5 | 26.4% |
| 6 | 11.7% |
| 7 | 5.8% |
| 8 | 2.9% |
| 9 | 2.9% |
| 10 | 2.9% |

5. mahdollisuus oman työn suunnitteluun

| | |
|----|-------|
| 1 | 14.7% |
| 2 | 5.8% |
| 3 | 8.8% |
| 4 | 11.7% |
| 5 | 8.8% |
| 6 | 8.8% |
| 7 | 20.5% |
| 8 | 14.7% |
| 9 | 2.9% |
| 10 | 2.9% |

6. ammattitaitoinen hoitohenkilökunta

| | |
|---|-------|
| 2 | 5.8% |
| 3 | 23.5% |
| 4 | 17.6% |
| 5 | 5.8% |
| 6 | 20.5% |
| 7 | 11.7% |
| 8 | 8.8% |
| 9 | 5.8% |

7. toimivat työtilat ja -välineet

| | |
|----|-------|
| 1 | 2.9% |
| 2 | 8.8% |
| 3 | 5.8% |
| 4 | 17.6% |
| 5 | 5.8% |
| 6 | 14.7% |
| 7 | 8.8% |
| 8 | 14.7% |
| 9 | 5.8% |
| 10 | 11.7% |

8. kollegoiden tuki

| | |
|---|-------|
| 4 | 8.8% |
| 5 | 20.5% |

| | |
|---|-------|
| 6 | 5.8% |
| 7 | 20.5% |
| 8 | 26.4% |
| 9 | 14.7% |

9. työnohjaus

| | |
|----|-------|
| 3 | 2.9% |
| 4 | 5.8% |
| 6 | 2.9% |
| 7 | 14.7% |
| 8 | 8.8% |
| 9 | 20.5% |
| 10 | 41.1% |

10. helposti lähestyttävä ylilääkäri

| | |
|----|-------|
| 4 | 2.9% |
| 5 | 2.9% |
| 6 | 8.8% |
| 7 | 5.8% |
| 8 | 8.8% |
| 9 | 35.2% |
| 10 | 32.3% |

Taulukko 7. Yleislääkäreiden vastausjakaumat.

Yleislääkärit. Mitkä ovat yksittäisen lääkärin kohdalla niitä asioita, jotka parantavat laatua?

3. Kysymyksen vastausjakaumat

1. kiireettömyys, mahdollisuus joustavaan ajankäyttöön

| | |
|---|-------|
| 1 | 41.1% |
| 2 | 8.8% |
| 3 | 23.5% |
| 4 | 8.8% |
| 5 | 14.7% |
| 6 | 2.9% |

2. lääkärin motivaatio

| | |
|---|-------|
| 1 | 14.7% |
| 2 | 23.5% |
| 3 | 17.6% |
| 4 | 5.8% |
| 5 | 5.8% |
| 6 | 20.5% |
| 7 | 11.7% |

3. lääkärin tyytyväisyys
ja hyvä olo

| | |
|---|-------|
| 1 | 26.4% |
| 2 | 11.7% |
| 3 | 5.8% |
| 4 | 11.7% |
| 5 | 14.7% |
| 6 | 14.7% |
| 7 | 5.8% |
| 8 | 8.8% |

4. ammattitaidon ylläpito
koulutuksen avulla

| | |
|---|-------|
| 1 | 8.8% |
| 2 | 20.5% |
| 3 | 14.7% |
| 4 | 8.8% |
| 5 | 17.6% |
| 6 | 11.7% |
| 7 | 8.8% |
| 8 | 8.8% |

5. tyytyväisyys työympäristöön

| | |
|---|-------|
| 1 | 8.8% |
| 2 | 11.7% |
| 3 | 5.8% |
| 4 | 20.5% |
| 5 | 11.7% |
| 6 | 11.7% |
| 7 | 14.7% |
| 8 | 8.8% |

6. konsultaatiomahdollisuus

| | |
|---|-------|
| 2 | 8.8% |
| 3 | 8.8% |
| 4 | 20.5% |
| 5 | 17.6% |
| 6 | 11.7% |
| 7 | 11.7% |
| 8 | 17.6% |

7. palaute tehdystä
työstä

| | |
|---|-------|
| 2 | 8.8% |
| 3 | 11.7% |
| 4 | 14.7% |
| 5 | 2.9% |
| 6 | 20.5% |
| 7 | 23.5% |
| 8 | 14.7% |

8. potilaan yksilöllinen
huomioiminen

| | |
|---|-------|
| 2 | 5.8% |
| 3 | 11.7% |
| 4 | 5.8% |
| 5 | 11.7% |
| 6 | 5.8% |
| 7 | 20.5% |
| 8 | 38.2% |

Taulukko 9. Yleislääkäreiden vastausjakaumat.

LIITE 10: LÄÄKÄREIDEN MÄÄRITTÄMIEN KRITEREIDEN TÄRKEYSJÄRJESTYS JA VASTAUSTEN KESKIARVOT

TAULUKKO 1. Laatuksiteereiden tärkeysjärjestys yli- ja yleislääkäreiden näkökulmasta
Mistä asioista koostuu laadukas lääkäriyö?

| Ylilääkärit | Keski- arvo | Yleislääkärit | Keski- arvo |
|---|----------------|---|----------------|
| 1. riittävä ammattitaito ja lääketieteen tuntemus | 1,25 | 1. riittävästi aikaa, kiireettömyys | 2,4 |
| 2. lääkärin sosiaaliset taidot (hyvä käytös, asiallisuus) | 3 | 2. lääkärin osaaminen | 2,3 |
| 3. lääkärin persoonallisuus (ystävällisyys, empatiakyky) | 3,5 | 3. toimiva vuorovaikutus potilaan ja lääkärin välillä | 2,9 |
| 4. asiakaslähtöisyys | | 4. ammattitaidon ylläpito | 5,4 |
| 5. lääketieteen kehityksen seuraaminen | 5,75 | 5. konsultaatiomahdollisuus | 5,6 |
| 6. taloudellisten asioiden huomioiminen | 5,75 | 6. käytössä olevien resurssien ja välineiden asianmukaisuus | 5,7 |
| 7. selkeät ja täsmälliset toimintaohjeet | 6,75 | 7. lääkärin persoonallisuus (ystävällisyys, empaattisuus) | 6,1 |
| 8. ahkeruus | 7,25 | 8. yksilöllisyyden huomioiminen | 7,1 |
| 9. toimintaa ohjaava järjestelmä | 8,25 | 9. avoin työilmapiiri | 7,2 |

TAULUKKO 2. Laatuksiteereiden tärkeysjärjestys yli- ja yleislääkäreiden näkökulmasta. Mitkä ovat mielestänne niitä edellytyksiä, joita tarvitaan siihen, että lääkäri voisi tehdä työnsä hyvin?

| Ylilääkärit | Keski-arvo | Yleislääkärit | Keski-arvo |
|---|-------------------|---|-------------------|
| 1. lääkärin omat, sisäiset edellytykset | 2,5 | 1. riittävästi aikaa | 1,6 |
| 2. lääkärin tietotaidon ylläpito | 3 | 2. kohtuullinen työmäärä (mahdollisuus taukoihin ja ruokailuun) | 4,1 |
| 3. lääkäriresurssin riittävyys | 3 | 3. hyvä täydennyskoulutus ja ammattitaidon ylläpito | 4,2 |
| 4. työskentelyyn sopiva työympäristö ja puitteet | 4 | 4. hyvät konsultaatiomahdollisuudet | 4,8 |
| 5. työn sujuvuus optimoitu ajanvarausjärjestelmillä | 4,75 | 5. mahdollisuus oman työn suunnitteluun | 5,1 |
| 6. riittävä perehdytys | 5 | 6. ammattitaitoinen hoitohenkilökunta | 4,1 |
| 7. riittävästi avustavaa henkilökuntaa | 6,75 | 7. toimivat työtilat ja -välineet | 5,9 |
| 8. hyvät välineet | 7 | 8. kollegoiden tuki | 6,8 |
| | | 9. työnohjaus | 8,4 |
| | | 10. helposti lähestyttävä ylilääkäri | 8,6 |

TAULUKKO 3. Laatuksiteereiden tärkeysjärjestys yli- ja yleislääkäreiden näkökulmasta. Mitkä ovat yksittäisen lääkärin kohdalla niitä asioita, jotka parantavat laatua?

| Ylilääkärit | Keski-arvo | Yleislääkärit | Keski-arvo |
|---|-------------------|--|-------------------|
| 1. tieto ja taito | 2 | 1. kiireettömyys, mahdollisuus joustavaan ajankäyttöön | 2,6 |
| 2. lääkärin asenne ja kiinnostus työhönsä | 2,5 | 2. lääkärin motivaatio | 3,7 |
| 3. kokemus | 3,75 | 3. lääkärin tyytyväisyys ja hyvä olo | 3,9 |
| 4. asiakaslähtöisyys | 4 | 4. ammattitaidon ylläpito koulutuksen avulla | 4,2 |
| 5. yhteisymmärrys potilaiden kanssa | 4,75 | 5. tyytyväisyys työympäristöön | 4,7 |
| 6. hyvät työskentelyolosuhteet, jotka eivät rajoita lääkärin vapautta tehdä työtään | 5 | 6. konsultaatiomahdollisuus | 5,2 |
| 7. ahkeruus | 6,5 | 7. palaute tehdystä työstä | 5,4 |