



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Taija Hakonen

**Suomalaisten näkemyksiä terveyspalveluiden
laadusta COVID-19-pandemian aikana**

Johtamisen yksikkö
Sosiaali- ja terveyshallintotieteen
pro gradu -tutkielma
Hallintotieteiden maisteriohjelma

Vaasa 2021

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen yksikkö**

Tekijä:	Taija Hakonen		
Tutkielman nimi:	Suomalaisten näkemyksiä terveyspalveluiden laadusta COVID-19-pandemian aikana		
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri		
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotieteet		
Työn ohjaaja:	Harri Jalonen		
Valmistumisvuosi:	2021	Sivumäärä:	76

TIIVISTELMÄ:

Tuotteiden ja palveluiden laadun arvioinnilla on pitkä historia. Terveyspalveluiden laatua on kehitetty Suomessa systemaattisesti 1900-luvulta lähtien. Palvelukokemuksen ajatellaan muodostuvan laadun osa-alueiden lisäksi saadusta ja odotetusta palvelusta. Asiakkaiden näkökulmien huomioimista pidetäänkin laadukkaiden terveyspalveluiden lähtökohtana. Terveydenhuollon järjestelmäkeskisistä seuranta- ja ohjausstrategioista ollaan siirtymässä kohti asiakaskeskeisempiä lähestymistapoja. Nykyään terveyspalveluiden kehittämistä pyritään tekemään yhdessä asiakkaiden kanssa.

Vuonna 2020 koronavirus levisi ympäri maailmaa. Pandemian vaikutukset ovat ulottautuneet hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen. Tämä tutkimus käsittelee terveyspalveluiden laatua ja tarkoituksena oli selvittää, miten terveyspalveluiden laatu ilmeni suomalaisten kertomuksissa COVID-19-pandemian aikana.

Kyseessä on narratiivinen tutkimus, joka on laadullisen tutkimuksen alalaji. Aineisto muodostuu dokumenteista, jotka kerättiin Helsingin Sanomien mielipidekirjoitusten ja niiden yhteydessä käytyjen keskustelujen joukosta. Tutkimukseen valikoitui yhteensä 308 kirjoitusta, jotka analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Koronapandemian nähtiin vaikeuttaneen hoitoon pääsyä sekä aiheuttaneen puutteita suojava-rusteissa sekä testauskapasiteetissa kevään ja kesän 2020 aikana. Huolta kannettiin erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien puolesta. Tärkeänä pidettiin asiakkaiden kokonaisvaltaista huomioimista hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi asiakkaiden ja perheen-jäsenten osallistamista arvostettiin. Pandemiasta johtuvia vierailurajoituksia pidettiin epäinhimillisinä. Sähköisten palveluiden käytön lisääntymistä pidettiin hyvänä asiana, joskin kehitettävääkin löydettiin.

Laadukkaiden palveluiden lähtökohtana on asiakkaan tarpeiden huomioiminen hänen näkökulmastaan. Arvopohjaisen terveydenhuollon tavoitteena on olemassa olevien resurssien puitteissa maksimoida potilaille tarjottava hoidon arvo. Kuitenkin tavoitteisiin pääsemisen keinot jakavat mielipiteitä, koska eri osapuolet hahmottavat, määrittävät ja mittaavat terveyspalveluiden laatua eri tavoin. Palveluperusteisessa arvonluonnissa palveluiden arvo syntyy yrityksen ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta. Tarkoituksena on auttaa asiakkaita heidän omien tavoitteiden saavuttamisessa heille merkityksellisellä tavalla. Jatkossa terveyspalveluiden laatua tulisi kehittää entistä enemmän yhteistyössä asiakkaiden ja heidän läheistensä kanssa.

AVAINSANAT: laatu, terveyspalvelut, terveydenhuolto, arvot

Sisällys

1	Johdanto	6
1.1	Tutkimuksen taustaa	6
1.2	Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymys	7
1.3	Tutkimuksen rakenne	7
2	Laadun moniulotteisuus terveydenhuoltopalveluissa	8
2.1	Laadun historiaa	8
2.2	Palveluiden laadun määritelmä	10
2.3	Laadun osatekijät	12
2.4	Laatu terveydenhuollossa	15
2.5	Asiakkaiden kokemuksia terveystalveluiden laadusta	21
2.6	Asiakkaan näkökulman huomioiminen laadun kehittämisessä	26
2.7	Laadun mittaamisen haasteet terveydenhuollossa	30
2.8	COVID 19 -pandemian vaikutukset terveystalveluiden laatuun	34
2.9	Yhteenveto laadun osa-alueista asiakkaan näkökulmasta käsin	36
3	Menetelmät ja aineistot	38
3.1	Tutkimuskohteen kuvaus	38
3.2	Tutkimusote ja -menetelmät	38
4	Tutkimustulokset	44
4.1	Asiakaskeskeisyys	44
4.2	Saatavuus ja saavutettavuus	47
4.3	Oikeudenmukaisuus	50
4.4	Valinnanvapaus	52
4.5	Potilas- / asiakasturvallisuus	53
4.6	Korkeatasoinen osaaminen	55
4.7	Vaikuttavuus	56
4.8	Ympäristö	58
4.9	Sosiaaliset tarpeet	58
5	Johtopäätökset ja pohdinta	61

5.1	Johtopäätökset	61
5.2	Pohdinta ja luotettavuuden tarkastelu	63
	Lähteet	66

Kuvat

Kuva 1. Palvelun laatu-ulottuvuudet	11
Kuva 2. Asiakkaan näkemys palveluiden laadusta	13
Kuva 3. Palvelukokonaisuuteen vaikuttavat tekijät	14
Kuva 4. Hoidon laadun käsitteellinen malli	17
Kuva 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatutekijät	20
Kuva 6. PROM- ja PREM-mittareiden yhteys Donabedianin rakenne, prosessi ja tulos ajatteluun	29
Kuva 7. Laadun osa-alueiden esiintyminen aineistossa	43

Taulukot

Taulukko 1. Asiakkaan kokemukseen vaikuttavat laadun osa-alueet	37
Taulukko 2. Analysoidut kirjoitukset kuukausittain	40
Taulukko 3. Kuvaus yhden analyysiyksikön teoriaohjautuvasta sisällönanalyysistä	42
Taulukko 4. Laadun osa-alueiden numeerinen esiintyvyys aineistossa	43

Lyhenteet

ISO	International Organization for Standardization
PREM	Patient Reported Experience Measures
PROM	Patient Reported Outcome Measures
PSL	Public service logic
SDL	Service-dominant logic
Sitra	Suomen itsenäisyyden juhlarahasto
SOTE	Sosiaali- ja terveystalot
Stakes	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
VBHC	Value based health care
WHO	World Health Organization

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen taustaa

Suomi, useiden länsimaiden tapaan, elää palveluyhteiskunnassa, sillä palvelualoihin luettavien, yksityisten ja julkisten, yritysten osuus bruttokansantuotteesta oli vuonna 2019 hieman yli 70 prosenttia (Grönroos, 1998, s. 17; Sorsa & Jalonen, 2020, s. 46). Koska yhteiskuntamme elää palveluista, on ymmärrettävää, että palveluiden laatua on myös tutkittu laajasti (Grönroos, 1998, s. 60). Terveyspalveluiden laatua voidaan tarkastella monella tavoin, vaikkakin laadun tarkka määrittäminen onkin hyvin haastavaa (Donabedian, 1966, s. 167; Hautaviita ja muut, 2020, s. 75; Klein ja muut, 1961, s. 143–144; Pekurinen ja muut, 2008, s. 19). Arvot ja eettiset näkökohdat vaikuttavat vahvasti laadun määrittelyyn (Pekurinen ja muut, 2008, s. 19). Kuitenkin loppukädessä laatu on sitä, mitä asiakas kokee sen olevan (Grönroos, 1998, s. 62; Porter, 2010, s. 2477; Zeithaml ja muut, 1990, s. 15).

Terveystieteissä (1326/2010) säädetään julkisten terveyspalvelujen laadusta. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laadun järjestelmällinen seuranta ja jatkuva laadun parantaminen ovatkin välttämättömiä palvelujärjestelmän osia. Toimintayksikön johto kantaa vastuun toiminnan laadusta, laadun kehittämisen edellytyksistä sekä henkilöstön tukemisesta laadun parantamisessa. (Koivuranta, 2019, s. 5, 15.) Läheskään aina palvelu ei kuitenkaan ole laadukasta, mikä saattaa johtua lukuisien eri tekijöiden lisäksi palveluntuottajan ja palvelun saajan eriävistä näkökulmista (Larson & Muller, 2002, s. 262). Tästä syystä palveluiden laatua tulisikin kehittää yhdessä asiakkaiden kanssa sekä auttaa asiakkaita heidän omien tavoitteiden saavuttamisessa heille merkityksellisellä tavalla (Grönroos, 2019, s. 778; Osborne, 2018, s. 228; Vargo & Lusch, 2004, s. 6).

COVID 19 -pandemia on tuonut omat haasteensa terveydenhuollon toimintaan, sillä sairaanhoitopiirien varautuessa keväällä 2020 koronapotilaiden hoitoon, kiireetöntä toimintaa supistettiin voimakkaasti. Tämän seurauksena hoidetut potilasmäärät olivat vuonna 2020 reilusti vuotta 2019 pienemmät, tammi-syyskuun seurantajaksona

mitattuna. (Honkatukia ja muut, 2020, s. 3–4.) Helsingin sanomat (2020) kirjoitti syksyllä, että elokuussa hoitoon pääsyä odotti lähes 137 000 potilasta.

1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymys

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan terveyspalveluiden laatua COVID-19-pandemian ajalta suomalaisten näkökulmista käsin. Tavoitteena on selvittää, miten terveyspalveluiden laatu ilmenee Helsingin Sanomien mielipidekirjoituksissa sekä niiden yhteydessä käydyissä keskusteluissa. Darbyn ja muiden (2000, s. 13) mukaan median julkaisemien kirjoitusten analyysi voi tuottaa hyödyllistä tietoa terveydenhuollossa meneillään olevista muutoksista.

Tutkimuskysymys:

Miten terveyspalveluiden laatu ilmenee suomalaisten kertomuksissa COVID-19-pandemian aikana?

1.3 Tutkimuksen rakenne

Kappale kaksi muodostuu teoriaosuudesta, jossa perehdyn aikaisempiin tieteellisiin tutkimuksiin, kirjallisuuteen, raportteihin, lakeihin ja muihin alan julkaisuihin. Käsittelen aluksi laadun historiaa, jonka jälkeen siirryn palveluiden laadun määrittelyyn ja osa-tekijöihin. Olen ottanut tarkasteluun mukaan palveluiden laadun koska terveydenhuolto muodostuu palveluista. Terveydenhuollon palveluiden laatua tarkkaillaan kuitenkin hie- man eri näkökulmista kuin palveluiden laatua, joten käyn seuraavaksi läpi terveyspalve- luiden näkökulmasta laatua. Koska tutkimukseni keskiössä on terveyspalveluiden asiak- kaat, käsittelen terveyspalveluiden laatua myös asiakkaiden näkökulmista käsin. Teoria- osuuden lopuksi tarkastelen vielä laadun mittaamisen haasteita sekä COVID-19-pande- mian vaikutuksia terveyspalveluiden laatuun. Kappaleessa kolme kuvaan tutkimuskoh- teeni ja esittelen käyttämäni tutkimusotteen ja -menetelmät. Kappale neljä muodostuu tutkimustuloksista ja kappale viisi johtopäätöksistä ja pohdinnasta.

2 Laadun moniulotteisuus terveydenhuoltopalveluissa

Tässä luvussa käyn läpi terveystalvveluiden laadun historiaa, laadun määritelmää ja laadun osatekijöitä palveluiden kautta. Tämän jälkeen perehdyn terveystalvveluiden laatuun ja asiakkaiden näkökulmaan. Lopuksi käsittelen vielä laadun mittaamisen haasteita sekä COVID-19-pandemian vaikutuksia terveystalvveluiden laatuun.

2.1 Laadun historiaa

Yrityksen menestyksen yhtenä avaintekijänä pidetään tavaroiden ja palveluiden laatua (Grönroos, 1998, s. 65). Anttilan ja Jussilan (2016) mukaan laatukäsite on peräisin jo antiikin Kreikan ajoilta, sillä Aristoteles osoitti, että laatu ilmaisee jonkin kohteen erottautumisen muista ja kohteen kokemisen joko hyvänä tai pahana. Toisin sanottuna laatu kuvaa kohteen hyvänä pidettyjä ominaispiirteitä. Laadun mittaamisen ja hoidon lopputuloksien tarkkailun historia puolestaan ulottuu 1800-luvun loppupuolelle, jolloin Florence Nightingale teki urauurtavaa työtä hoitotyön eteen. Samoihin aikoihin kirurgi Ernest Godman toi esille, että sairaaloiden tulisi seurata hoitamiensa potilaiden tilaa, nähdäkseen oliko hoidosta ollut apua vai ei. Virheiden välttämiseksi, tuli syyt hoidon vaikuttamattomuuteen selvittää. Godman painotti, että tärkeintä hoidossa on lopputulos, tyytyväinen ja helpottunut potilas. (Burstin ja muut, 2016, s. 154; Donabedian, 1989, s. 238, 242.)

Kuitenkin vasta 1900-luvun alkupuolella laatua alettiin käsittelemään nykyaikaisella, ammattimaisella lähestymistavalla, josta seurasi monia erilaisia näkemyksiä ja laatukäsityksen pirstoutumista. Laatu-sanank arkikielinen käyttö ja monivivahteisuus sekoittivat entistään pakkaa. (Anttila & Jussila, 2016, s. 261.) Laadun arvioinnin liike sijoittui 1970-luvulle, jolloin Avedis Donabedian määritteli hoidon laadun käsitteen tarkoittavan rakenteen, prosessin ja lopputuloksen yhdistelmää (Larson & Muller, 2002, s. 261). Lisäksi Donabedian vaati, että laadun tutkimuksen ja tulosten tulisi korostaa mittausta, analysointia, johtamista sekä hallintoa. Donabedianin artikkelin sanotaan olevan mestariteos, jonka ydin on nähtävissä vielä nykypäivänkin kansainvälisissä terveydenhuollon laadun

suuntauksissa. (Berwick & Fox, 2016, s. 237, 240.) Myös Suomessa käytiin keskustelua 1970-luvulla potilastyytyväisyydestä ja täsmennettiin laadunvarmistuksen roolia terveydenhuollon hallinnossa sekä kuvattiin laadunvarmistuksen menetelmiä. Suomen itsenäisyyden juhlarahasto (SITRA) aloitti sairaus/ongelmakohtaisten hoitosuositusten laatimisen, jota Käypä hoito -suositukset ovat myöhemmin jatkaneet. (Vuori, 2013, s. 87, 93.)

1980-luvulla kiinnostus palvelun laatua kohtaan kasvoi räjähdysmäisesti ja laatuajattelu laajeni palvelukeskeisyyteen, Christian Grönroosin, koetun palvelun laadun käsitteen ja palvelun kokonaislaadun mallin kautta. Grönroosin palvelukeskeisyyttä kuvaavat tutkimukset keskittyivät kulutuksen jälkeisiin arviointeihin kuluttajien käyttäytymisestä ja tuotteille asetettujen odotusten vaikutuksista. (Grönroos, 1998, s. 60; Grönroos & Tillman, 2015, s. 99.) Kuitenkaan terveyspalveluiden puolella laadusta ei kirjoitettu juuri ollenkaan, lukuun ottamatta yhtä Sairaala-lehden numeroa vuonna 1986, joka oli omistettu potilastyytyväisyydelle, ja sen pääkirjoitus käsitteli laatua. Suomen Sairaanhoidajaliitto aloitti kuitenkin työyksikkökohtaisia laadun kehittämishankkeita, World Health Organizationin (WHO) sairaanhoidon kehittämishankkeen innoittamana. (Vuori, 2013, s. 87, 93.)

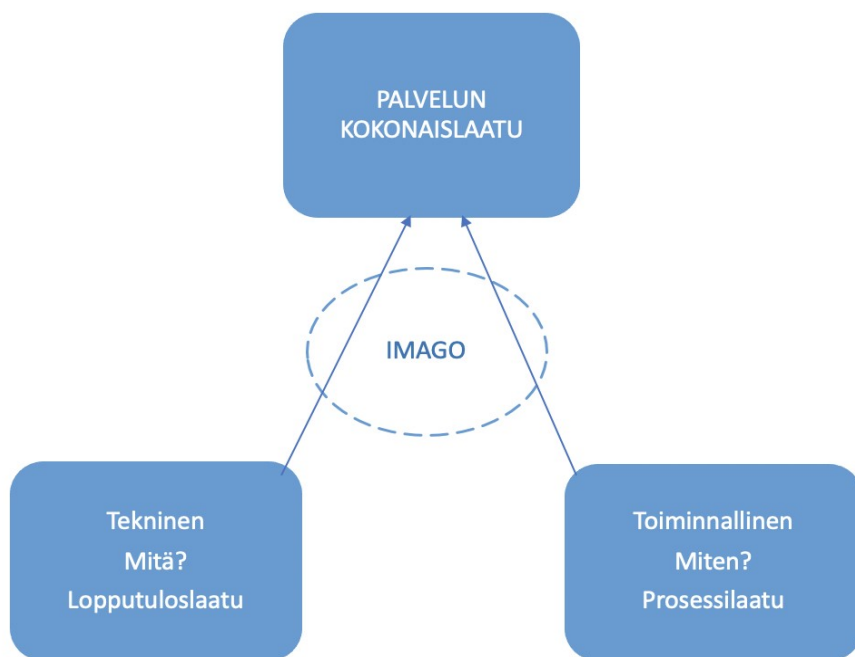
1990-luvun laman jälkeinen aika käynnisti uudelleen keskustelun terveys- ja sosiaalipalveluiden laadusta. Muuttunut taloustilanne asetti tehokkuus- ja uudistamisvaatimuksia hyvinvointipalveluille, mistä syystä johtamisen näkökulma korostui. Mallia otettiin sekä ulkomailta että yksityisiltä palveluntuottajilta. Toiminnan tuli olla tehokasta, taloudellista ja vaikuttavaa. Asiakkaiden valinnanvapaus ja kriteerit, joilla palveluja myönnettiin, tulivat uutena osaksi terveys- ja sosiaalipalveluita. (Pekurinen ja muut, 2008, s. 9.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) vaikutti myös suuresti jo aiemmin luodun Potilasvahinkolain (585/1986) rinnalla laatutyön käyntiin sysääjänä. Vuonna 1995 Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) julkaisi suosituksen Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa painotettiin asiakas- ja ongelmalähtöisyyden lisäksi tiedolla johtamista ja prosessikeskeisyyttä. (Vuori, 2013, s. 89.)

2000-luvulla palveluiden laadun suunnittelu ja mittaaminen ovat tulleet osaksi organisaation strategiaa. Koko organisaation kattavat ja dokumentoidut laatu järjestelmät kuumuvat sosiaali- ja terveyspalveluiden laatu työhön. Järjestelmät perustuvat ISO-standardeihin, jotka ovat yleisempiä johtamiseen ja laadun kehittämiseen käytettyjä työkaluja. Suomen Kuntaliitto on vaikuttanut suuresti edellä kuvattuun kehitykseen. Monet kaupalliset konsulttipalvelut ovat puolestaan ryhtyneet tarjoamaan auditointeja ja sertifikaatteja. Suomen Lääkäriliitto ja Suomen Sairaanhoidajaliitto ovat kuitenkin peräänkuuluttaneet laatu järjestelmien sijaan organisaatiokohtaisia ja omin voimin suoritettavia ongelmanratkaisuja, joilla tähdätään toiminnan laadun parantamiseen. (Vuori, 2013, s. 94.) Tämän päivän laatu ajattelu onkin laajentunut yhteiskunnallisen arvomurroksen kautta koskemaan ympäristövaikutuksia, kestävästä kehitystä, oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa (Tiainen, 2015, s. 74). Palveluperusteinen arvonluonti (service-dominant logic, SDL) ja julkisen palvelun logiikka (public service logic, PSL) ohjaavat palveluiden suunnittelua ja järjestämistä. Tulevaisuudessa interaktiivisen arvonluonnin odotetaan lisääntyvän entisestään. (Grönroos, 2019, s. 777; Osborne, 2018, s. 228; Vargo & Lusch, 2004, s. 6.)

2.2 Palveluiden laadun määritelmä

Grönroosin (1998, s. 62) mukaan laatu, erityisesti palveluiden laatu, on hyvin monimutkainen ilmiö. Zeithaml ja muut (1990, s. 15) puolestaan kirjoittavat, että palveluiden laatu eroaa tuotteiden laadun määrittämisestä, sillä palvelut ja tuotteet eroavat toisistaan olennaisesti tuotannon, kulutuksen ja arvioinnin näkökulmista. Palvelut muodostuvat aineettomista työsuoritteista ja kokemuksista, mistä johtuen niitä on vaikea mitata, testata tai todentaa. Lisäksi palvelusuoritteissa tapahtuviin päivittäisiin vaihteluihin vaikuttavat sekä palveluntuottajat että asiakkaat. Palveluiden laatu tulee usein esille palvelun aikana työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutuksessa. Grönroosin (1998, s. 62) mukaan Buzzel ja Gale (1987) ovat todenneet, että asiakkaat muodostavat kokemuksensa palvelusta tarkkailemalla ja arvioimalla palveluprosessia. Laatu on siis, sitä mitä asiakas kokee sen olevan.

Grönroosin (1998, s. 62–65) mukaan palvelun kokonaislaatua voidaan tarkastella teknisen ja toiminnallisen laadun kautta. Teknisellä laadulla tarkoitetaan palveluiden toteuttamista tavoitellulla tavalla. Tekninen laatu edellyttää toteutuakseen riittävän määrän ammattitaitoista henkilökuntaa, palvelun virheettömyyttä ja luotettavuutta sekä palvelun varmuutta. Teknisessä laadussa on kyse palvelun lopputuloksesta eli siinä kuvataan sitä, mitä asiakas saa palvelulta. Toiminnallinen laatu puolestaan tarkoittaa prosessilaatua, jolloin huomio kiinnitetään palvelun prosessiin, kuten yhteistyöhön, palvelualttiuteen, palvelun saatavuuteen ja nopeuteen. Lisäksi siinä tarkastellaan tiedon saantia, palvelun oikea-aikaisuutta ja palveluympäristön viihtyisyyttä sekä oheispalvelujen toimivuutta. Kyse on siis siitä, miten asiakas saa palvelun. Palveluntuottajan imago vaikuttaa asiakkaan odotuksiin saamastaan palvelusta. Imagon ollessa myönteinen, asiakas antaa pienet virheet ja kömmähdykset helpommin anteeksi, kun taas imagon ollessa kielteinen, virheet vaikuttavat asiakkaan palvelukokemukseen suhteellisesti enemmän (ks. kuva 1).

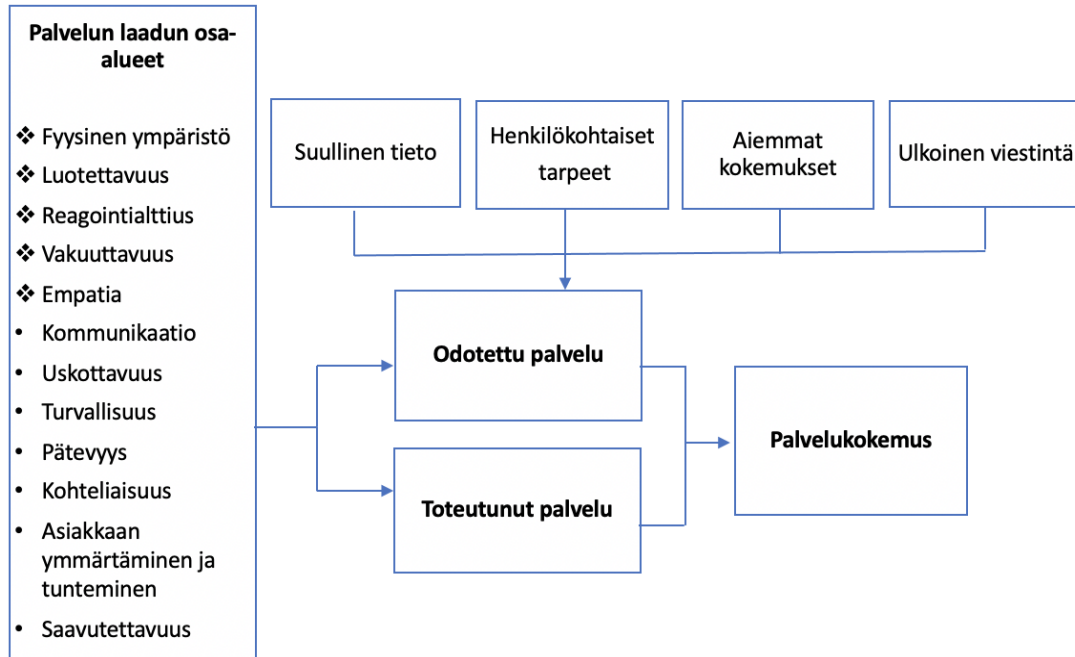


Kuva 1. Palvelun laatu-ulottuvuudet (mukaillen Grönroos, 1998, s. 65).

2.3 Laadun osatekijät

Parasuramanin ja muiden (1998, s. 23) kehittämä moniulotteinen SERVQUAL-tutkimusväline huomioi asiakkaan odotukset suhteessa palvelukokemukseen viiden osa-alueen kautta. Osa-alueet muodostavat palveluiden laadun ulottuvuudet, ja ne pitävät sisällään sekä teknisen että toiminnallisen laadun ulottuvuuksia. Palveluiden laatu koostuu fyysisestä ympäristöstä, luotettavuudesta, reagointialttiudesta, vakuuttavuudesta ja empatiasta (ks. kuva 2). Fyysinen ympäristö pitää sisällään toimitilojen, laitteiden, henkilökunnan ja viestintämateriaalien vaikutelman. Luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että luvatut palvelut kyetään suorittamaan luotettavasti ja tarkasti. Reagointialttius eli palveluhalukkuus merkitsee auttamisen halukkuutta ja välitöntä palvelua. Vakuuttavuus puolestaan tarkoittaa työntekijöiden ammattitaitoa ja kohteliaisuutta sekä kykyä herättää luottamusta. Empatialla tarkoitetaan asiakkaan yksilöllistä huomioimista ja hänen tarpeistaan huolehtimista. Vakuuttavuuteen ja empatiaan on sisällytetty lisäksi alkujaan tunnistetut seitsemän laadun osa-alueita. Kuvassa 2 on listattuna viiden laadun osa-alueen lisäksi alkuperäiset seitsemän osa-alueita, joita ovat kommunikaatio, uskottavuus, turvallisuus, pätevyys, kohteliaisuus, asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen sekä saavutettavuus.

Zeithamlin ja muiden (1990, s. 19, 23) mukaan asiakkaan näkemys toteutuneesta laadusta koostuu laadun osa-alueiden lisäksi asiakkaan odotuksiin vaikuttavista osatekijöistä. Näitä ovat suullinen tieto, henkilökohtaiset tarpeet, aiemmat kokemukset sekä ulkoinen viestintä (ks. kuva 2). Tuttavat välittävät suullisesti palvelukokemuksia toisilleen, mikä saattaa muuttaa palvelun käyttäjän odotuksia palvelusta. Henkilökohtaiset tarpeet vaikuttavat myös siihen, miten korkealle odotukset asetetaan, koska asiakas odottaa usein saavansa vastinetta tarpeilleen. Myös aikaisemmat kokemukset muokkaavat odotuksia, sillä tottuneet palvelujen käyttäjät tietävät, mitä palvelun kuuluisi sisältää. Lisäksi ulkoinen viestintä eli tiedottaminen on avainasemassa asiakkaiden odotusten muokkauksessa suorien ja epäsuorien viestien vuoksi.

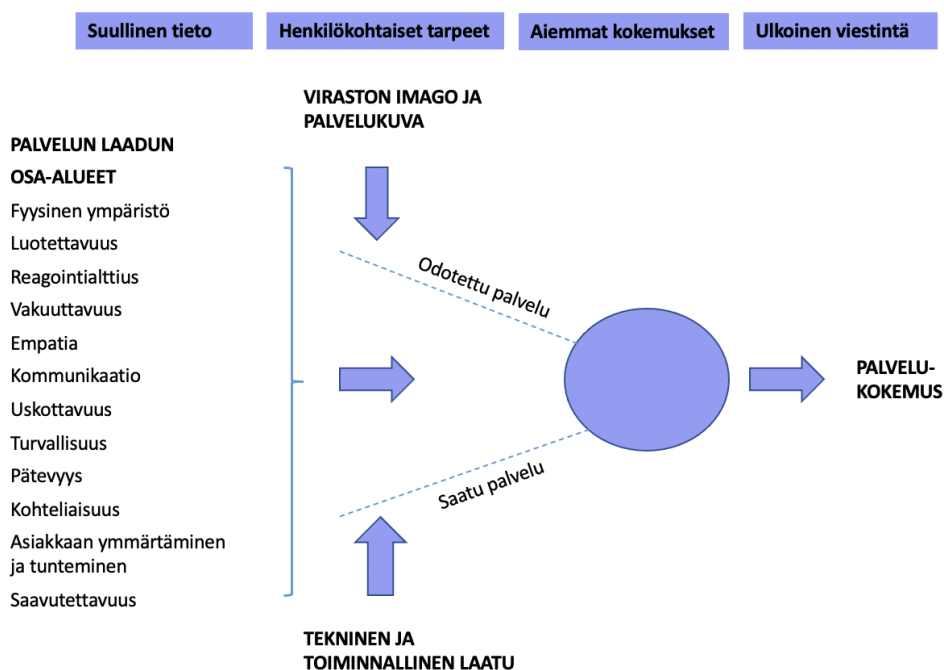


Kuva 2. Asiakkaan näkemys palveluiden laadusta (mukaiillen Zeithaml ja muut, 1990, s. 23).

Grönroos (1998, s. 67–69) kirjoittaa, että asiakkaan palvelukokemus muodostuu toteutuneesta palvelusta, johon vaikuttavat laadun tekniset ja toiminnanalliset ulottuvuudet. Kuitenkin teknisen laadun ollessa riittävän hyvä, palveluiden käyttäjä määrittää palvelun laadun toiminnallisen laadun kautta. Asiakkaan kannalta tärkeämpää on, miten hän saa palvelun, koska kyse on subjektiivisesta kokemuksesta. Tekninen laatu on monesti helppompi toteuttaa ja koska teknisesti monet asiat ovat yritysten saavutettavissa. Palveluiden laadussa onkin lopulta kyse toiminnallisen laadun kehittämisestä kilpailijoita paremmaksi. Palvelun tuottajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus nousee siis keskeiseksi tekijäksi, kun tavoitellaan laadukasta palvelua tai hoitoa. Grönroos korostaa lisäksi toteutuneen ja odotetun palvelun välillä olevan kuilun merkitystä. Asiakkaan odotusten ollessa korkealla saattaa hän pettyä, mikäli toteutunut palvelu ei vastaakaan hänen odotuksiaan. Tähän saattaa vaikuttaa esimerkiksi liiojia lupailevat mainoskampanjat.

Asiakkaan palvelukokemuksen voidaan siis katsoa muodostuvan palveluiden osa-alueiden lisäksi sekä odotetusta että saadusta palvelusta. Odotettuun palveluun vaikuttavat Zeithamlin ja muiden (1990, s. 19) määrittämät laadun osatekijät. Kun taas

toteutuneeseen palveluun Grönroosin (1998, s. 65) määrittelemät palvelun laatu-olot-
tuvat. Kuvassa 3 on yhdistettynä aikaisemmin kuvatut palvelun laadun osa-alueet,
odotuksiin vaikuttavat laadun osatekijät sekä saatuun palveluun vaikuttavat palvelun
laatu-olot.



Kuva 3. Palvelukokonaisuuteen vaikuttavat tekijät (mukaillen Hautaviita ja muut, 2020, s. 78).

Grönroos (1998, s. 72) tuo esille Batesonin (1985) luoman käsitteen, palvelutilanteen hallinnan, joka vaikuttaa kokonaislaadun lisäksi asiakkaan palvelukokemukseen. Viitaten Batesonin ja Huin (1987) tutkimukseen Grönroos toteaa palvelutilanteen hallinnan tärkeän asiakkaan tunnetta siitä, että palvelutilanne on hänen hallinnassaan. Mikäli jokin tekijä häiritsee asiakkaan hallinnantunnetta, vähenee myös asiakkaan tyytyväisyys palvelutapahtumaan. Tästä johtuen palveluntuottajan kannatta aina yrittää etsiä hyväksyttävää ratkaisua tilanteeseen, jossa asiakkaan hallinnan tunne on järkkymässä tai järkkynyt. Kyseessä voi olla esimerkiksi aikataulumuutokset, jolloin asiakasta tulee informoida arvioidusta odotusajasta. Tieto tilanteen etenemisestä auttaa asiakasta tuntemaan tilanteen hallintaa vähentäen tyytymättömyyden tunnetta, vaikkei hän tilanteesta pitäisikään. Palvelutilanteen hallinta tähtää poikkeavien tilanteiden mahdollisimman

nopeaan normalisointiin. Muita laadukkaan palvelun kriteerejä on henkilökunnan ammattitaito, asenne ja käyttäytyminen, lähestyttävyyys ja joustavuus sekä luotettavuus ja uskottavuus. Myös maine vaikuttaa asiakkaiden kokemuksiin.

2.4 Laatu terveydenhuollossa

Avedis Donabedian (1966, s. 167) kuvaa hoidon laadun kuten palveluiden laadunkin olevan hyvin vaikeasti määriteltävä käsite. Hänen mukaansa tämä johtuu siitä, että hoidon arvot, tavoitteet sekä yhteiskunta heijastavat kukin asioita, jotka määrittävät tavoiteltuja laadun ominaisuuksia. Tästä syystä laatu voi tarkoittaa eri ihmisten näkökulmasta erilaisia asioita. Klein ja muut (1961, s. 143–144) tuovat esiin saman problematiikan, koskien hoidon laadun määrittämistä. Heidän mukaansa tuskin koskaan tulee löytymään yhtä aintutta kattavaa kriteeriä, jolla voitaisiin määrittää hoidon laatua. Myös Hautaviita ja muut (2020, s. 75) korostavat laadun monitahoisuutta sekä laadun käsitteen neutraaliutta. Tällä he tarkoittavat sitä, että laatu itsessään ei vielä varsinaisesti tarkoita mitään muuta kuin jokaisen omaa näkemystä. Vasta palvelun osien luonnehdinnan jälkeen voidaan erottaa hyvä- ja huonolaatuinen hoito.

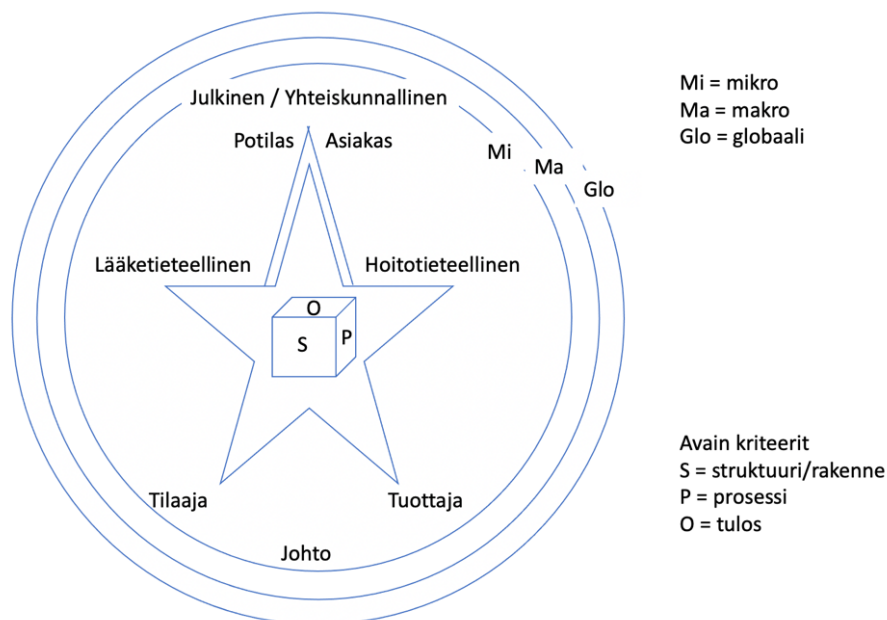
Sosiaali- ja terveystalveluiden keskeiset asiat tulee siis määritellä, jotta laatua voidaan arvioida. Asiakas ja työntekijä voivat kuitenkin arvottaa erilaisia asioita, mikä tekee laatu-kriteerien määrittämisestä vaikeaa. Asiakkaalle saattaa olla tärkeää, että hoitaja katsoo häntä silmiin tietokoneen sijasta, kun taas hoitajalle on tärkeää tarkastaa ja kirjata tiedot potilaasta potilastietojärjestelmään. Asiakkaan näkemys ohjaa kuitenkin palveluiden laatua. Sosiaali- ja terveystalveluiden laadun määrittämistä vaikeuttaa lisäksi se, että hoito muodostuu aineettomasta palveluprosessista ja hoidon lopputuloksesta. (Hautaviita ja muut, 2020, s. 76.)

Donabedian määrittelee hoidon olevan korkeatasoista silloin, kun se vastaa sille asetettuja kriteerejä. Laadukkaasta hoidosta on puolestaan kyse silloin, kun kyetään tyydyttämään tietty tarve. Lisäksi hoidosta koituvat hyödyt ja harmit tulee olla tasapainossa, ja tarpeetonta hoitoa tulee välttää. Donabedianin mukaan hoidon laatua tulee katsoa

rakenteen (structure), prosessin (process) ja lopputuloksen (outcome) yhdistelmänä. Rakenteella hän viittaa asetelmaan, jossa hoito tapahtuu. Kyse on siis hoidon toimintaympäristön arvioinnista. Siihen kuuluvat organisaation hallinnon tehtävät, jotka tukevat ja ohjaavat hoidon tarjoamista. Tällaisia tehtäviä ovat muun muassa henkilökunnan pätevyyden ja tilojen sekä laitteiden riittävyyden varmistaminen. Hoidon prosessien arvioinnissa tärkeää on huomioida, millä tavoin saadaan aikaiseksi hyvää hoitoa. Tarkastelun kohteena on tekeminen. Prosessien mittaaminen korostaa sairauden hoidon teknistä hallintaa. Tästä syystä kuntoutukseen, sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoidon jatkuvuuteen sekä potilaan ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen tulisi kiinnittää myös huomiota. Hoidon lopputuloksilla tarkoitetaan hoidon vaikutuksia asiakkaan terveyteen, hyvinvointiin sekä tyytyväisyyteen. Lopputuloksia voidaan mitata lukuisilla tavoilla, mutta yleensä ne kuuluvat joko generisiin tai tautikohtaisiin kategorioihin. Generiset mittarit ovat monitahoisia arviointeja potilaan fyysisestä ja psyykkisestä terveydentilasta. Tautikohtaisilla mittareilla tavoitellaan puolestaan tietyn sairauden hoitokeinojen löytymistä. (Donabedian, 1966, s. 167–170; Larson & Muller, 2002, s. 265; Tiainen, 2015, s. 55.)

Moira Attree (1996, s. 15, 25) on luonut käsitteellisen mallin hoidon laadusta, joka nojaa edellä kuvattuun Donabedianin rakenne-, prosessi- ja tuloskriteereihin. Siinä hoidon laadun osa-alueiksi on määritelty näkökulmia, joiden kautta hoidon laatua tulisi arvioida (ks. kuva 4). Ensinnäkin asiakkaan näkökulma tulee huomioida. Asiakkaan näkökulmasta tarkastellaan tyytyväisyyttä hoidon prosesseihin ja tuloksiin, terveydentilaan ja hyvinvointiin. Lisäksi henkilökunnan osaamista ja asenteita sekä hoitoympäristöä tulee arvioida. Toiseksi laatua tulee katsoa professionaalisesti eli ottaa huomioon sekä lääketieteen että hoitotieteen ammattilaisten näkökulma. Tällöin hoidon laadun tarkastelun kohteena ovat henkilökunnan pätevyys ja riittävyys, hoidon prosessit sekä hoidon lopputulokset. Tavoitteena on tyytyväiset asiakkaat. Kolmanneksi laatua on tarkkailtava johtamisen eli palvelun tuottajien ja tilaajien näkökulmista, jolloin huomio kiinnitetään muun muassa tuottavuuteen, tehokkuuteen, taloudellisuuteen sekä toimintaympäristöön. Julkinen ja

yhteiskunnallinen näkökulma puolestaan huomioi saavutettavuuden ja saatavuuden sekä tarpeet ja odotukset.



Kuva 4. Hoidon laadun käsitteellinen malli (mukaillen Attree, 1996, s. 26).

Attreen (1996, s. 21) kirjallisuudesta kokoaman tiedon mukaan hoidon laatuun vaikuttaa myös ympäristö, jota voidaan tarkastella mikro, makro ja globaalilla tasolla. Mikrotasolla tarkasteltuna hoidon laatuun vaikuttavia asioita ovat sosioekonominen ja poliittinen asema sekä maantieteellinen sijainti. Myös yhdenvertainen hoitoon pääsy sekä palveluiden saatavuus ja saavutettavuus kuuluvat mikrotason piiriin. Makrotasossa on puolestaan kyse kansallisesta politiikasta, julkisesta vastuullisuudesta sekä yhteiskunnan odotuksista. Globaalien tason tarkastelussa kiinnitetään huomio asioihin, jotka muokkaavat hoidon laadun käsityksiä maailman laajuisesti. Kyse on siis laajasti vallitsevasta taloudellisesta ja sosiaalisesta tilanteesta sekä maiden kehitystasosta. Länsimaiden terveydenhuolto on esimerkiksi usein kehitysmaita kattavampaa ja laadukkaampaa. Lisäksi ajanjakso, jossa eletään vaikuttaa omalta osaltaan siihen, miten asioista ajatellaan, ja mitä pidetään tavoiteltavana.

Donabedianin näkökulma hoidon laadun tarkasteluun on nähtävissä vielä tänä päivänkin. Hung ja Jerng (2014, s. 673) pitävät laadun mittaamista tärkeänä, sillä sen kautta voidaan hoitoa parantaa. Useimmissa maissa onkin käytössä laadun mittausjärjestelmiä. Yleisesti käytettyjä indikaattoreita ovat juuri rakenne, prosessi ja tuloskriteerit. Tulosindikaattoreita pidetään erityisen tärkeinä, sillä ne heijastavat annetun hoidon vaikutuksia. Rakenneindikaattorien kautta voidaan tarkastella terveyspalveluiden tarjoajan käytettävissä olevaa kapasiteettia tai tiloja. Prosessi-indikaattorit taas arvioivat hoidon tuottavuutta ja tarjoavat välttämätöntä ja tärkeää tietoa laadun parantamiseksi. Asiakkaille tärkeintä on kuitenkin heidän näkökulmansa huomioiminen. Vaikka elämänlaadun ja asiakastytyvyyden mittaaminen on sisällytetty laadun tarkasteluun, tulisi terveyspalveluiden laadun mittaamisessa keskittyä sen päätavoitteisiin, joita ovat terveyden ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveellisiin elämäntapoihin kannustaminen.

WHO:n mukaan hoidon laadun tulee sisältää kuusi ulottuvuutta. Hoidon tulee olla vaikuttavaa, tehokasta, saatavilla olevaa, potilaskeskeistä, oikeudenmukaista ja turvallista. (WHO, 2006, s. 9–10.) WHO nosti responsiivisuuden käsitteen esiin 2000-luvulla tutkissaan aihetta kansainvälisesti. Responsiivisuutta voidaankin pitää olennaisena osana terveydenhuoltoa. (Tille ja muut, 2019, s. 162.) Responsiivisuus voidaan jakaa kahteen ulottuvuuteen: henkilöiden kunnioittamiseen ja asiakaslähtöisyyteen. Henkilöiden kunnioittaminen kattaa ihmisarvon, luottamuksellisuuden, itsenäisyyden ja kommunikaation hoitavan tahon kanssa. Asiakaslähtöisyys puolestaan kattaa valinnanvapauden, saatavuuden, saavutettavuuden, hoitoympäristön ja sosiaalisen tuen. (Darby ja muut, 2000, s. 19; Tille ja muut, 2019, s. 162.)

Suomessa terveyspalveluita koskevat lait määrittelevät omalta osaltaan laatua. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Palveluiden tulee olla laadukkaita, turvallisia ja asianmukaisesti toteutettuja. Terveydenhuollon toimintayksikkö vastaa laadunhallinnasta ja turvallisuudesta. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 3 §:ssä säädetään potilaan oikeudesta saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairauden

hoitoa. Potilaan ihmisarvoa ei tule loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään tulee kunnioittaa. Lisäksi äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri tulee huomioida mahdollisuuksien mukaan hoidossa ja kohtelussa. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittää 15 §:ssä, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee soveltaa yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisesti perusteltuja menettelytapoja työssään. Täydennyskoulutusta pidetään välttämättömänä ammattitaidon ylläpitämisen ja kehittämisen kannalta.

Pekurinen ja muut (2008, s. 20) tuovat Stakesin raportissa esiin keskeiset terveydenhuollon laadun ulottuvuudet, jotka nojaavat edellä mainittuihin terveydenhuollon lakeihin sekä WHO:n määrittelemiin hoidon laadun osa-alueisiin. Pekurisen ja muiden mukaan asiakaskeskeisyyden, joka tarkoittaa yksilön kunnioitusta ja itsemääräämisoikeuden toteutumista, tulee olla hoidon lähtökohtana. Myös riittävästä ja ymmärrettävästä tiedonsaannista tulee huolehtia, jotta potilas voi antaa tietoisensa suostumuksensa koskien suunniteltua hoitoa. Palveluita tulee tarjota kohtuullisessa ajassa tasa-arvoisesti asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai etnisistä tekijöistä riippumatta. Toisin sanottuna palveluiden tulee olla saatavilla. Saavutettavuudella puolestaan tarkoitetaan sitä, että ympäristö, toiminnot, palvelut ja tuotteet ovat toteutettu siten, että ne ovat mahdollisimman monen ihmisen saavutettavissa ja käytettävissä. Valinnanvapauden tulee myös toteutua. Sillä tarkoitetaan sitä, että potilas saa, yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa, valita kiireettömän hoidon paikkansa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon julkisista palveluntuottajista.

Lisäksi Pekurisen ja muiden (2008, s. 20) mukaan palveluita tulee myöntää oikeudenmukaisesti eli samanlaisessa tilanteessa olevien, tulisi saada yhdenmukaisesti palveluja ja hoitoa. Lisäksi kiireellinen hoito tai palvelu tulee tarjota kaikille, ilman tarpeetonta viivettä. Hoidon, lääkehoidon ja lääkintälaitteiden tulee olla turvallisia. Potilasturvallisuuden kuuluu läheltä piti -tilanteiden ja haittatapahtumien seuranta ja niistä oppiminen. Korkeatasoisella osaamisella tarkoitetaan ammatillista osaamista, joka koostuu toimintaan tarvittavasta osaamisesta, ihmisen kohtaamisen taidosta, arvoista ja etiikasta.

Toiminnan taustalla tulisi aina olla näyttöön perustuva tieto tai yleisesti hyväksi koettu käytäntö. Lisäksi terveydenhuollon toiminnan tulee olla vaikuttavaa eli lisätä ihmisten hyvinvointia ja terveyttä mahdollisimman paljon. Hautaviita ja muut (2020, s. 82) ovat kuvanneet Pekurisen ja muiden (2008, s. 20) kokoamista laatutekijöistä kuvan, johon on koottu sosiaali- ja terveydenhuollon laatutekijät (ks. kuva 5).



Kuva 5. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatutekijät (mukaiillen Hautaviita ja muut, 2020, s. 82).

Pekurinen ja muut (2008, s. 20) nostavat esiin paljolti samoja asioita, kuin WHO (Tille ja muut, 2019, s. 162). Kuitenkin ympäristö ja sosiaaliset tarpeet jäävät huomiotta. Zeithaml ja muut (1990, s. 23) ehdottavat yhdeksi laadun osa-alueeksi fyysisen ympäristön. Tillen ja muiden (2019, s. 162) sekä Zeithamlin ja muiden (1990, s. 23) mukaan ympäristö tarkoittaa fyysisten tilojen puhtautta ja viihtyvyyttä. Lisäksi ruoan tulisi olla terveellistä, hoitolaitteiden toimivia ja henkilökunnan asianmukaisesti pukeutuneita. Tille ja muut (2019, s. 162) tuovat vielä esiin potilaan sosiaalisiin tarpeisiin vastaamisen, jolla he tarkoittavat vierailujen mahdollistamisen potilaiden läheisille, uskonnon

harjoittamisen mahdollisuutta sekä psyykkisen tuen tarjoamista. Myös radion kuunteleluun, television katseluun tai sanomalehtien tai muun kirjallisuuden lukemiseen tulisi olla mahdollisuus.

2.5 Asiakkaiden kokemuksia terveystalveluiden laadusta

Asiakkaiden kokemukset terveystalveluiden laadusta ovat vaihtelevia ja kertomukset kompleksisia (Schembri, 2015, s. 109). Yhteyttä iän, sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja hoitoon tyytyväisyyden välillä on tutkittu. Iäkkäät asiakkaat arvioivat terveystalveluiden laadun korkeammaksi kuin nuoret asiakkaat. (Grøndahl ja muut, 2011, s. 2544; Tille ja muut, 2019, s. 168). Iäkkäiden ihmisten korkeammat laadun arvioinnit saattavat johtua korkeamman iän tuomasta elämäkokemuksesta, realistisemmista odotuksista palvelun suhteen sekä suuremmasta arvostuksesta saamaansa hoitoa kohtaan (Fitzpatrick 1997, viitattu lähteessä Grøndahl ja muut, 2011, s. 2546). Sihvolan ja muiden (2019, s. 210) mukaan iäkkäät asiakkaat ovat myös tyytyväisimpiä saamaansa toimenpiteen jälkeiseen ohjaukseen kuin lomautetut, työttömät tai pitkäaikaissairaat. Grøndahl ja muut (2011, s. 2544) ovat todenneet, että henkisen hyvinvoinnin kanssa kamppailevat potilaat arvioivat hoidon laadun olevan hyvinvointia heikompaa. Wilde ja muut (1994) epäilevät sen johtuvan siitä, että potilaat, joilla on matala psyykkinen hyvinvointi arvioivat hoidon laatua kriittisemmin (Grøndahl ja muut, 2011, s. 2544).

Valinnanvapauden tiedetään olevan yhteydessä terveystalveluiden laatuun. Ciasullon ja muiden (2020, s. 3–7) mukaan terveystalveluiden laatu on korkeampaa maissa, joissa on käytössä laajempi valinnanvapaus. Hoitopaikan valinnanvapaus on Suomessa rajattua, vaikkakin kansalaisilla on vapaus valita hoitopaikka ja hoitava lääkäri. Samankaltainen järjestely on Ruotsissa, Norjassa ja Portugalissa. Laajempi valinnanvapaus on mahdollista Australiassa, Saksassa, Ranskassa ja Islannissa. Kun taas rajatut mahdollisuudet hoitopaikan valintaan ovat Tanskassa, Italiassa, Espanjassa ja Iso-Britanniassa. Kreikassa, Unkarissa, Puolassa ja Slovakiassa ei ole oikeastaan ollenkaan valinnanvapautta. Tutkijoiden mukaan hoidon suunnittelu ja toteutus toteutuu oikeudenmukaisemmin tarjontaan ja valintaan suuntautuneissa julkisissa järjestelmissä. Kansalaiset ovat lisäksi

tyytyväisempiä perusterveydenhuoltoon maissa, joissa on käytössä laajimmin valinnanvapaus. Aallon ja muiden (2018, s. 466–468) mukaan suurin osa suomalaisista perusterveydenhuollon potilaista (77 %) pitää valinnanvapautta tärkeänä, mutta hieman alle puolet (49 %) kokee mahdollisuudet tehdä valintoja aidoiksi. Ainoastaan 35 prosenttia on tyytyväisiä valintaan liittyvään tietoon. Hoitopaikan valinnan tueksi kaivattaisiin tietoa hoidon laadusta, palveluiden saatavuudesta ja käytännöistä, jotka liittyvät terveydenhuollon yksikön vaihtamiseen.

Gustafssonin ja muiden (2020, s. 396) tutkimuksen mukaan potilaat tunnistavat toteutumattoman hoidon useita eri osa-alueita. Usein toteutumaton hoito liittyy perushoittoon, viestintään tai hoidon oikea-aikaisuuteen. Potilaat olivat kokeneet jääneensä ilman apua muun muassa suun hoidossa, liikkumisen avustamisessa, istuma-asentoon auttamisessa, suihkuun pääsemisessä, käsien pesun avustamisessa ja asennon vaihdossa. Viestintään liittyvät puutteet koskivat riittävää tiedon jakamista potilaille ja heidän omaisilleen, hoitosuunnitelman läpikäyntiä potilaiden kanssa, potilaiden mielipiteiden huomioon ottamista sekä potilaiden kuuntelemista. Hoidon oikea-aikaisuus ei puolestaan toteutunut aina kylpyhuoneeseen pääsemisen kanssa ja soittokelloon tai hoitolaitteiden äänimerkkeihin vastaamisessa. Sundler ja muut (2020, s. 616–618) ovat tutkineet potilaiden tekemiä valituksia ja havainneet niiden koskevan hoitoon pääsyä, laatua sekä ihmisarvoa ja tasa-arvoa. Hoitoon pääsy viivästyi esimerkiksi, kun ensimmäinen paikalle hälytetty ambulanssi ei huolinut potilasta kyytiin tai kun suunniteltu toimenpide peruttiin henkilöstöresursseista johtuen. Puutteet laadussa ja potilasturvallisuudessa tulivat esille potilaan menehdytyä sairaanhoidossa kaatumisen seurauksena tai kun potilas sai leikkauksen jälkeisen infektion. Ihmisarvon kunnioittamiseen liittyvät valitukset koskivat epäonnistunutta kommunikaatiota, lääkärin asenteita tai potilaan tarpeettomien tietojen siirtymistä hoitopaikasta eteenpäin.

Muitakin epäkohtia on löydynt. Tille ja muut (2019, s. 168–169) ovat löytäneet puutteita luottamuksellisuuden toteutumisessa. Etenkin korkeasti koulutetut ja alle 50-vuotiaat potilaat arvioivat myös muiden kuin hoitohenkilökunnan kuulevan heidän

terveydentilaansa koskevat keskustelut. Itsemääräämisoikeus ja kunnioitus toteutuivat huonosti terveysongelmista kärsivien ja huonosti voivien potilaiden mukaan. Casu ja muut (2019, s. 130) puolestaan havaitsivat puutteita lääkäreiden kiinnostuksessa potilaiden asioita kohtaan. Potilaat kokivat, ettei heidän tietojaan, tunteitaan ja odotuksiaan sairaudesta ja sen hoidosta huomioitu riittävästi.

Saksassa kerätyn tutkimusaineiston mukaan yli 90 prosenttia vastaajista arvioi luotettavuuden, ihmisarvon kunnioittamisen, itsemääräämisoikeuden sekä kommunikaation toteutuneen hyvin edellisellä poliklinikkakäynnillä (Tille ja muut, 2019, s. 168–169). Myös Casu ja muut (2019, s. 130) raportoivat kommunikaation toteutuneen potilaiden arvioimana hyvin. Mäntysen ja muiden (2015, s. 23–24) tutkimuksen mukaan 77 prosenttia potilaista arvio hoidon laadun olleen erinomaista. Henkilöstön ammatillisuutta ja henkilöstön yhteistyötä pidettiin parhaimmin toteutuneina osa-alueina. Myös fyysisiin tarpeisiin vastaaminen sekä hoitoon osallistuminen ja tiedon saaminen arvioitiin toteutuneen hyvin. Sen sijaan, henkilöstöresursointi ja kipujen ja pelkojen lievittäminen saivat huomattavat arvioinnit. Sihvolan ja muiden (2019, s. 210) tutkimuksen mukaan valtaosa potilaista piti toimenpiteen jälkeistä elintapa-, lääkehoito ja potilasohjausta hyvänä. Kuitenkin potilaslähtöisyyttä ja potilaan tunteiden huomioimista pidettiin riittämättömänä. Lisäksi potilailta kysyttiin vain harvoin, mitä he olivat oppineet ohjauksesta eikä omaisia pyydetty juurikaan mukaan ohjaustilanteisiin.

Ängerudin ja muiden (2018, s. 351) mukaan myös potilaan perheenjäsenet tunnistavat hoidon osa-alueita, joita tulisi parantaa. Viestintään, oireiden lievittämiseen, potilaan osallistamiseen ja hoidon saatavuuteen toivottiin parannusta. Myös Leino-Kilven ja muiden (2016, s. 2247–2248) mukaan perheenjäsenillä on tärkeä rooli potilaan kokemaan hoidon laatuun. Potilaat, joiden perheenjäsenet osallistuivat potilaan hoitoon, arvioivat näyttöön perustuvan hoidon sekä hoitajien tiedot ja taidot korkeiksi. Läheisten osallistuminen hoitoon paransi erityisesti hoidon edellytyksiä sekä tiedonsaantia. Perheenjäsenten tukeminen ja kannustaminen olisi kuitenkin voinut olla vahvempaa.

Hoidon turvallisuuden kannalta tulisi ottaa huomioon potilaiden ja heidän läheistensä rooli kannustamalla heitä kertomaan tekemistään huomioista. Aina potilas ei kykene kertomaan henkilökunnalle vointinsa muutoksista. Tämä saattaa johtua siitä, että potilaan vointi voi estää häntä havaitsemasta niitä. Tällainen tilanne voi syntyä esimerkiksi tajunnantason laskettua, jolloin potilas on täysin riippuvainen muista tai, kun hän ei tunne kipua raajansa haavassa diabeteksen aiheuttamien hermovaurioiden vuoksi. Potilaat ja omaiset kuvasivat hoitopaikan kulttuurin olleen liian kiireinen voidakseen puhua potilaan voinnista henkilökunnan kanssa. Henkilökuntaa ei haluttu turhaan rasittaa, ja potilaan muuttuneesta tilasta kerrottiin vasta sitten, kun oireet olivat ilmeisiä. Potilaat ja läheiset kuvasivat myös vaikeuksia hoitoon pääsyssä. Tilannetta saattoi vaikeuttaa niukkojen terveydenhuollon resurssien lisäksi se, ettei hoitajat aina tunnistaneet potilaiden tilan vakavuutta. Kotona puolestaan moni tarkkaili vointiaan yhdessä läheistensä kanssa, mutta sairaalaoiloissa he kertoivat olleensa passiivisemmassa roolissa. Moni hoitoonsa tyytyväinen potilas kertoi luottavansa henkilökuntaan. Erityisesti pitkään jatkunutta hoitosuhdetta ja yksilöllistä hoitoa, pidettiin arvossa. (Rainey ja muut, 2015, s. 396–400.)

Sahlström ja muut (2019, s. 91) ovat tulleet Raineyn ja muiden (2015, s.400) kanssa samaan tulokseen potilasturvallisuuden laadussa. Potilaita on kannustettava osallistumaan hoitoon, ja heille on annettava riittävästi ymmärrettävää tietoa. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli tyytyväisiä turvallisuuteen, mutta silti lähes joka viides oli tyytymätön. Potilaiden saamaa tukea ja kannustusta omaan hoitoon ja potilasturvallisuuteen osallistumisessa pidettiin riittämättömänä. palveluntarjoajan tulisikin luoda ympäristö, joka kannustaa potilaita osallistumaan ja jossa henkilökunta arvostaa potilaiden aktiivisuutta. Bishop ja muut (2015, s. 3031) ovat ehdottaneet, että potilaat tulisi ottaa osaksi hoitotiimiä, koska hoitoon osallistaminen voi vähentää terveydenhuoltoon liittyviä riskejä. Ringdahlin ja muiden (2017, s. 5–7) mukaan potilaat myös haluavat osallistua aktiivisesti hoito- ja turvallisuustoimiinsa. Ajatusten ja tunteiden vapaalla ilmaisulla todettiin olevan yhteys ymmärretyksi tulemisen kanssa. Siitä puolestaan seurasi kokemus turvallisuuden tunteen ja hoitoon osallistumisen lisääntymisestä. Venesoja ja muut (2020, s. 3) kirjoittavat, että potilaiden kokemaan turvallisuuden tunteeseen liittyvät tiedon antamisen ja

vastaanottamisen lisäksi henkilökunnan sosiaaliset taidot, korkea osaaminen, tasa-arvoinen kohtelu sekä ympäristötekijät.

Toisinaan hoitotilanteissa on olemassa riski, että potilaasta tulee näkymätön, ja häntä aletaan pitää subjektin sijaan objektina. Ruotsissa toteutetussa tutkimuksessa seurattiin tehohoitoipotilaiden siirtoja sairaalasta toiseen. Tutkimuksessa todettiin, että siirtoprosessiin liittyy paljon potilasturvallisuuteen tähtääviä tehtäviä, jotka saattavat viedä huomion itse potilaasta. Tällöin potilaasta tulee helposti näkymätön, ja hänen kehoaan saatetaan pitää esimerkiksi erilaisten hoitovälineiden tai tavaroiden laskupintana. (Karlsson ja muut, 2019, s. 1692.) Potilaan vaihtaessa hoitopaikkaa, hoidon jatkuvuuden takaaminen on ensiarvoisen tärkeää. Lemetin ja muiden (2019, s. 602–604) tutkimuksen mukaan potilaat ovat joutuneet samoihin testeihin tai kokeisiin hoitopaikan vaihduttua. Myös tietojen siirtymisessä hoitopaikkojen välillä on ollut haasteita. Ajantasainen lääkitys tai hoitosuunnitelma eivät olekaan olleet uudessa hoitopaikassa tiedossa, vaikka tiedot olisivat juuri edellisessä paikassa kirjattu ylös.

Fyysisten ja teknisten ominaisuuksien vaikutuksia potilaisiin on myös tutkittu. Fyysisten ja teknisten ominaisuuksien on todettu toteutuvan huonommin osastoilla, joilla on harvoin ylipaikoilla potilaita. Tämä saattaa johtua siitä, että osastoilla, joilla on usein paljon potilaita, osataan varautua myös kiiretilanteisiin paremmin. Vakituksia sijaisia, jotka osaavat hoitaa kyseisen ryhmän potilaita sekä tietävät osaston toimintatavat, on saatavilla paremmin. Myös tarvittavia laitteita ja lääkkeitä pystytään saamaan osastolle tarpeen mukaan. Puolestaan osastoilla, joilla ei ole koskaan ylipaikoilla potilaita, on arvioitu olevan myönteinen ilmapiiri. Syyksi on epäilty sitä, että hoitajilla on enemmän aikaa potilasta kohden ja tällöin myös potilaiden läheiset tulee huomioitua paremmin. Lisäksi henkilökunnan tuntiessa työkaverinsa heidän keskinäinen vuorovaikutuksensa saattaa olla vapautuneempaa, mikä taas voi heijastua potilaisiin. (Grøndahl ja muut, 2011, s. 2544–2546.)

Laadukkaat palvelut vaativat onnistuakseen monenlaista osaamista. Hökkä ja muut (2020, s. 862) ovat tunnistaneeet kuusi hoitoon tarvittavaa osaamisen osa-aluetta. Ensinnäkin yhteistyö potilaiden, läheisten sekä muiden ammattilaisten kanssa tulee olla sujuvaa. Onnistuneeseen vuorovaikutukseen vaikuttavat sosiaaliset taidot, asenteet ja itse-tuntemus. Toiseksi hoitajan olisi hyvä olla taitava viestijä sekä osata ottaa huomioon erilaisista kulttuureista tulevat potilaat. Viestintään kuuluvat potilasohjaustaidot, asiakkaan yksilöllinen huomioiminen sekä vaikeidenkin asioiden puheeksi ottaminen. Kolmanneksi hoitajan tulee olla kliinisesti pätevä. Osaamisen tulee kattaa kyseessä olevan hoidon perus- ja erityispiirteet, hoidon suunnittelun sekä kivunhoidon. Neljänneksi hoitajan tulee osata tukea potilasta ja läheisiä psykososiaalisissa tilanteissa. Viides osaamisalue koskee eettistä osaamista. Kuudes puolestaan ammatillista roolia sekä johtajuuteen liittyvää pätevyyttä.

Huotarin ja Havrdován (2016, s. 871) mukaan asiakas voi myös itse vaikuttaa saamansa palveluiden laatuun. Yhteistyö ja kommunikointi auttaa ammattilaisia saamaan selkeän kuvan asiakkaan tilanteesta ja taustatiedoista. Tällöin ammattilaisten on mahdollista antaa yksilöllistä hoitoa. Palautteen antamista pidettiin tärkeänä, jotta epäkohtiin voitaisiin puuttua. Tutkimus toi esiin myös asiakkaiden vastuun palveluiden asianmukaisesta käytöstä. Palveluiden väärinkäyttöä osoitettiin tapahtuvan ja sen nähtiin vaikuttavan muiden potilaiden saamaan hoidon laatuun. Julkisten terveyspalveluiden väärinkäytön taustalla epäiltiin olevan sosiaalisia ongelmia.

2.6 Asiakkaan näkökulman huomioiminen laadun kehittämisessä

Asiakkaan näkökulman ja tarpeiden huomioimista voidaan pitää laadukkaiden palveluiden lähtökohtana (Hautaviita ja muut, 2020, s. 76; Hung & Jerng, 2014, s. 673; Pekurinen ja muut, 2008, s. 20). Hoidon tuloksia on tarkasteltu perinteisesti suoritteiden, prosessien ja talouden näkökulmista. Tietoa on kerätty kliinisten tutkimusten, fysiologisten suuren ja ammattilaisten tuottaman tiedon avulla. Tänä päivänä hoidon tuloksia tarkastellaan terveyspalveluiden tuottaman arvon (Value-Based Health Care, VBHC), potilaiden raportoimien hoidon tulosten (Patient Reported Outcome Measures, PROM) ja

potilaiden kokemusten sekä tyytyväisyyden (Patient Reported Experience Measures, PREM) kautta. (Deshpande ja muut, 2011, s. 1; Olli & Tervo-Heikkinen, 2020, s. 11; Weldring & Smith 2013, s. 61.) PROM- ja PREM-mittareiden käyttö on kansainvälisesti lisääntymässä jatkuvasti. Ne mahdollistavat potilaiden osallistumisen laadun parantamisen kehitykseen ja arviointiin. (Weldring & Smith 2013, s. 61.)

Arvopohjaisen terveydenhuollon (VBHC) tavoitteena on olemassa olevien resurssien puitteissa maksimoida potilaille tarjottavan hoidon arvo (Withers ja muut, 2020, s. 2). Porterin ja Teisbergin (2006, s. 98–99) määritelmän mukaan terveystulosten tuottama arvo määritellään saavutettuina terveystuloksina käytettyä dollaria kohden. Tästä syystä kustannuksissa säästäminen johtaa vain haitallisiin tuloksiin. Terveystulosten tuottaman arvon mittaaminen on moniulotteista, ja siinä on otettava huomioon useita eri asioita. Pelkästään potilaan selviäminen toimenpiteestä ei riitä, vaan on huomioitava myös toipumisaika, elämänlaatu sekä psyykinen hyvinvointi. Tärkeintä on, että arvoa tarkastellaan potilaan näkökulmasta. Porterin (2010, s. 2478) mukaan arvopohjainen terveydenhuolto tunnistaa potilaan arvot laadun ja suorituskyvyn parantamisen keskeisinä tekijöinä. Potilaalle arvoa luovia asioita ovat terveydenhuollon ammattilaisten tekemät moniammatilliset hoitotoimenpiteet koko hoitoprosessin aikana. Blackin (2013, s. 1) mukaan yksi tapa määrittää hoidon lopputuloksia on liittää potilaskeskeisyys osaksi hoidon prosessien hallintaa. Potilaiden osallistaminen päätöksentekoon parantaa hoidon laatua. Potilaiden raportoimien hoidon tulosten (PROM) kautta voidaan muuttaa nykyistä terveydenhuoltoa.

Terveydenhuoltolain (1326/2010, 48§) mukaan kansalaiset ovat tietäen edellytyksin oikeutettuja valitsemaan julkisen puolen palveluntarjoajista terveystulosten tuottajan itselleen. Sopivan palveluntuottajan valinta edellyttää kuitenkin tietoa sekä palveluiden saatavuudesta että laadusta. Valinnanvapautta tukeva laatu-tieto on kuitenkin hajanaista ja puutteellista. (Olli & Tervo-Heikkinen, 2020, s. 10.) PROM ja PREM-mittareilla voidaan tuoda potilaiden näkemyksiä hoidon tuloksista sekä kokemuksista hoidosta esiin. Tieto on peräisin suoraan potilailta, ja tieto voi sisältää esimerkiksi potilaiden ajatuksia,

mielipiteitä tai valituksia. Kyse on tiedosta, mitä tekniikka ei pysty tuottamaan, ja siitä syystä se on arvokasta. (Deshpande ja muut, 2011, s. 1–2.) Lisäksi potilaiden näkökulma tarjoaa kokonaisvaltaisen tulkinnan ja kattavan arvion annetun hoidon vaikutuksista (Weldring & Smith 2013, s. 62).

PROM-mittarit ovat standardoituja ja validoituja kyselylomakkeita, joihin potilaat vastaavat oman toimintakykynsä ja hyvinvointinsa pohjalta (Dawson ja muut, 2010 s. 1). Kyselyiden avulla kerätään tietoa potilaiden saaman terveydenhoidon vaikutuksista. PROM-mittaria voidaan käyttää myös hoidon aikana kipumittarin tavoin kertomaan esimerkiksi annetun lääkkeen sivuvaikutuksista. PROM-mittarit voivat koostua geneerisistä tai sairauskohtaisista kysymyksistä. Niissä voidaan kysyä esimerkiksi oireista, fyysisestä kunnosta, toimintakyvystä, elämänlaadusta, mielialasta, sosiaalisesta toimintakyvystä tai hyvinvoinnista. (Weldring & Smith 2013, s. 61–63.) Aina terveydenhuollon ammattilaisten arvio taudin olemassa olostai vakavuudesta ei kohtaa potilaiden itsensä arvioiman terveydentilan kanssa. Siksi terveystalveluiden tuloksia tulisi katsoa yhdessä kliinisten havaintojen ja laboratorio arvojen sekä potilaiden omien arvioiden kautta heidän kokemaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista sekä toimintakyvystä. (Nilsson ja muut, 2015, s. 141.)

PROM-mittarin avulla potilaat voivat kuvata oireitaan ja nykyistä terveydentilaa saamansa hoidon jälkeen, kun taas PREM-mittari kuvaavat potilaiden arviointia heidän tyytyväisyydestään tai kokemuksestaan terveydenhuollon rakenteeseen, prosesseihin tai tuloksiin (ks. kuva 6). Rakennetta tarkasteltaessa kyse voi olla esimerkiksi palveluiden saatavuudesta. Prosessien ollessa kerätyn tiedon kohteena, voidaan puolestaan tarkastella esimerkiksi palvelutapahtumaa tai tiedottamisessa onnistumista. Kun kyse on hoidon tuloksista, PREM-mittari keskittyy potilaiden tyytyväisyyden kartoittamiseen. (Nilsson ja muut, 2015, s. 144.) PREM-mittarit tuottavat arvokasta kokemustietoa kuluttajille. Sairaalan johto voi puolestaan hyödyntää potilaiden näkökulmia hoidon laadun parantamiseksi. (Glickman ja muut, 2010, s. 193.) Suomessa PREM- mittareita on käytössä vähän,

(THL) toteutti vuosina 2018–2020 Terveydenhuollon kansallisen laaturekisterit -hankkeen, jonka päätavoitteena oli selvittää, miten kansalliset laaturekisterit voitaisiin organisoida, rahoittaa ja ylläpitää. Tällä hetkellä kansallisella tasolla laaturekistereitä on käytössä vasta muutamia. (Reissell & Nuorteva, 2019, s. 41–56.)

Kansallisten laaturekistereiden rakentaminen, ylläpitäminen ja hyödyntäminen tähtäävät laadukkaisiin, vaikuttaviin sekä asiakaslähtöisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. THL on saanut tehtäväkseen kansallisten laaturekisterien ylläpidon, ja THL:n mukaan tulisikin perustaa kansallinen laaturekisterikeskus, joka vastaisi kansallisten laaturekisterien hallinto- ja suunnittelutehtävistä jatkossa. (Jonsson ja muut, 2019, s. 152–153.) Kansallisten laaturekistereiden tuottamasta tiedosta hyötyvät potilaiden lisäksi, terveydenhuollon ammattilaiset, palvelujen tuottajat ja järjestäjät sekä tutkijat ja valtio ministeriöineen. Vaikka kattavan kansallisen laaturekisterin rakentaminen on kallista, se tuo sosiaali- ja terveystalouden kehittymisen kautta kustannussäästöjä pidemmällä aikavälillä. (Tiirinki ja muut, 2019, s. 99–100.)

2.7 Laadun mittaamisen haasteet terveydenhuollossa

Hoidon laadun parantamiselle on kasvava kysyntä. Terveydenhoidon harjoittajat ja potilaat jakavat yhteisen huolenaiheen hoidon laadun suhteen. (Kremers ja muut, 2019, s. 7.) Potilaskeskeinen lähestymistapa on omalta osaltaan lisännyt tarvetta tutkia, tallentaa ja mitata potilaiden näkemyksiä (Schembri, 2015, s. 110). Suomalaisissa tutkimuksissa on todettu henkilökunnan ja potilaiden näkemysten laadusta eriävän toisistaan. Potilaat kokivat puutteita yksityisyyden toteutumisessa, arvostuksessa sekä yhteistyössä omaisten kanssa. He arvioivat myös tiedonsaannin ja osallistumisen toteutuneen huonommin kuin henkilökunta. (Eloranta ja muut, 2008, s. 119–120; Kvist ja muut, 2006, s. 117.) Potilaan näkökulman huomioiminen onkin olennaisessa osassa korkeampaa laatua tavoiteltaessa (Larson & Muller, 2002, s. 262).

Myös palveluiden tuottajien välillä on yhteisymmärrys siitä, että palveluiden laatu pitää varmistaa tai pyrkiä parantamaan sitä. Kuitenkin tavoitteisiin pääsemisen keinot jakavat

mielipiteitä, koska eri osapuolet hahmottavat, määrittävät ja mittaavat terveyspalveluiden laatua eri tavoin. (Larson & Muller, 2002, s. 262.) Terveyspalveluiden laadun kehittäminen vaatiikin useita lähestymistapoja, jotka saattavat olla ristiriitaisia toistensa kanssa. Ristiriitoja saattaa aiheuttaa esimerkiksi vahva johtajuus osallistamisen rinnalla, suunnan näyttäminen ja valvonta uudistuksissa yhdessä joustavuuden kanssa, yksikkökohtaisten tarpeiden huomioiminen sekä kriittisen palautteen antaminen syyllistämättä. Terveystieteiden haasteet ovatkin usein kompleksisia, ja muutosten läpivienti on vaikeaa sekä aikaa vievää, mutta ei kuitenkaan mahdotonta. (Dixon-Woods ja muut, 2012, s. 882.)

Terveyspalveluiden laatua tarkastellaan tavallisesti rakenteen, prosessin ja tulosten kautta. Deroose ja muut (2002, s. 7–8) nostavat esiin muutamia huomioita koskien laadun tarkkailun ulottuvuuksia. Heidän mukaansa rakenteelliset indikaattorit ovat erityisen hyödyllisiä, kun perustetaan uutta toimintaa. Kuitenkin siinä vaiheessa, kun palvelu on jo käytössä, rakenteelliset indikaattorit antavat rajallista tietoa päivittäisistä toimista ja ovat muita näkökulmia kauempana terveyspalveluiden vaikutuksista. Prosessi-indikaattorien valinnassa puolestaan tulee olla tarkkana, sillä selvää yhteyttä tulokseen ei aina ole osoitettavassa. Prosessi indikaattoreihin kuuluvat sekä tekninen- että vuorovaikutusosaaminen. Teknistä osaamista on helpompi mitata kuin vuorovaikutusta, koska vuorovaikutus koostuu niin monista asioista. Yksilöllisten tarpeiden, kuten kielen tai kulttuurin huomioimista tai osallistamisen toteutumista, on vaikeampi todentaa. Tulosindikaattorit voivat puolestaan koskea terveydentilaa, sosiaalista toimintaa tai asiakastyytyvyyttä. Asiakastyytyvyysskyselyiden ongelmana on se, että ne eivät välttämättä anna luotettavaa kuvaa toiminnan teknisestä toteutuksesta, vaan heijastavat lähinnä asiakkaan omia näkemyksiä ja mielipiteitä asioista, mikä sekin on tärkeää, mutta ei yleistettävissä.

Käytännössä laatu tarkoittaa yleensä näyttöön perustuvien ohjeiden noudattamista ja laadun mittaamisessa keskitytään paljolti hoitoprosesseihin. Tästä syystä laadun käsite on Porterin (2010, s. 2477–2478) mukaan hämmentävä. Hoitoprosessien mittaaminen ei kuitenkaan korvaa lopputuloksien mittaamista, joiden päätarkoituksena on mahdollistaa

uudistusten syntyminen hoidossa. Arvopohjaisen terveydenhuollon mukaan kaikkia koskettava tavoite tulee olla korkean arvon saavuttaminen potilaille. Arvo tulisi aina määrittellä asiakkaan kautta, ja koska arvo on riippuvainen tuloksista, terveydenhoidon arvo tulisi mitata saavutettujen lopputulosten kautta.

Stephen Vargon ja Robert Luschin (2004, s. 6–7) mukaan palveluperusteisessa arvonnissa (service-dominant logic, SDL) arvo syntyy yrityksen ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Tarkoituksena on ottaa oppia asiakkailta sekä sopeutua asiakkaiden yksilöllisiin ja dynaamisiin tarpeisiin. Kyse on ensisijaisesti aineettomien palveluiden, kuten tietojen ja taitojen tarjoamisesta asiakkaalle. Palveluperusteinen arvonninluonti tähtää asiakkaiden sopeutumisen ja selviytymiskyvyn sekä hyvinvoinnin kasvattamiseen. Julkisen palvelun logiikka (public service logic, PSL) perustuu puolestaan palveluperusteiseen arvonninluontiin. Julkisen palvelun logiikassa palveluiden käyttäjä otetaan mukaan tavoitteiden suunnitteluun (co-production) ja arvoa luodaan yhdessä palveluiden käyttäjien ja tuottajien kanssa (co-creation). (Osborne, 2018, s. 226, 228.) Myös Grönroosin (2019, s. 778) mukaan palveluiden käyttäjälähtöisessä suuntauksessa organisaatio luo asiakkaan kanssa yhdessä arvoa. Palveluiden onkin tarkoitus auttaa asiakkaita heidän omien tavoitteiden saavuttamisessa heille merkityksellisellä tavalla. Hanefeld ja muut (2017, s. 371) tuovat esiin yhteisössä vallitsevien sosiaalisten normien, -arvojen ja -suhteiden ymmärtämisen tärkeyden. Terveyspalveluiden tarjoajan ja saajan välillä vallitseva luottamus mahdollistaa laadukkaiden palveluiden tuottamisen. He jakavat Vargon ja Luschin (2008), Osbornen (2018) sekä Grönroosin (2019) käsitykset laadukkaiden terveyspalveluiden määräytymisestä palveluntuottajan ja käyttäjän vuorovaikutuksen seurauksena.

Derosen ja muiden (2002) sekä Porterin (2010) tapaan, Bliss (2020, s. 179–182) kritisoi prosessien mittaamista. Suorituskyky- ja laatumittareita käytetään laajasti terveydenhuollossa, mutta niiden käyttö ei välttämättä aina johda hoidon laadun tai lopputulosten paranemiseen. Toisinaan suorituskyvyn mittaamisesta aiheutuu tahatonta haittaa potilaalle ali- tai ylihoitoa vuoksi. Hoitoa toteutetaan siis tietyn kaavan mukaan, huomioida potilaan yksilöllisiä tarpeita. Ylihoitamista on tarpeettomien toimenpiteiden tai

tutkimuksien tekeminen rutiininomaisesti. Tällainen tilanne saattaa syntyä esimerkiksi, kun otetaan thorax-röntgenkuva rutiininomaisesti potilailta, joilla ei ole tapahtunut muutoksia hengitysstatuksessa. Tämän seurauksena potilaat altistuvat turhaan haitalliselle säteilylle. Alihoitoa on hoitamatta jättäminen. Näin voi käydä esimerkiksi, kun kotiutetaan enneaikaisesti, koska hoito on jo kestänyt yli tavoiteltujen hoitopäivien ajan. Yli- ja alihoitamisesta aiheutuu viime kädessä terveydenhuollon tehottomuutta.

Mistä edellä kuvatut ongelmat sitten johtuvat? Langerdam ja muut (2020, s. 8–9) esittävät kirjallisuuskatsauksensa perusteella, että vaikka laadun mittaamisen kehittäminen on mielenkiintoa herättävä aihe, tieteellinen edistyminen laadun mittaamisen kehittämisessä on ollut pientä, ja yhteys ohjeiden kehittämisen kanssa on ollut rajoittunutta. Laatuindikaattoreiden kehittämiseen käytetään kyllä arvostettujen laitosten suosituksia, mutta ne eivät välttämättä vastaa toisiaan. Ideaalitulanteessa laatuindikaattoreiden kehittämistä tulisi tehdä yhdessä suositusten kehittämisen kanssa, jolloin molempien tavoitteet tähtäisivät samoihin lopputuloksiin. Saver työryhmineen (2015, s. 1, 4) esittävät samankaltaista problematiikkaa Lagerdamin ja muiden (2020) kanssa. Heidän mukaansa todisteita laadun mittaamisen hyödyistä terveydenhuollon laadun paranemiseen on rajallisesti. Siitä huolimatta laatuindikaattoreita ja laatuoluokituksia käytetään yhä enemmän. Ongelman ydin on siinä, että laatuindikaattorit perustuvat usein riskitekijöiden hallintaan tai hoidon prosesseihin eikä merkityksellisiin potilaskeskeisiin lopputuloksiin. Laadun mittaamisen tulisikin perustua vankkaan tieteelliseen tutkimukseen yhdistettynä parantuneisiin terveystuloksiin vaihtelevissa asetelmissä.

Nilsson ja muut (2017, s. 9) tuovat esiin kansallisten laaturekistereiden kehittämisen tarpeen. Heidän mukaansa kansallisissa laaturekistereissä tulisi kuulua potilaiden ääni vahvemmin, ja rekistereiden tulisi tuottaa nimenomaan arvoa eli parempia hoidon lopputuloksia potilaille. Blackin (2013, s. 3) mukaan PROM-mittareiden käyttöön liittyy useampia haasteita. Ensinnäkin PROM tietojen kerääminen, analysointi ja tulosten esittäminen on aikaa vievää ja kallista. Tietotekniikkaa apuna käyttäen on kuitenkin mahdollisuus tehostaa tietojen keräämistä ja käsittelyä. Toinen haaste koskee otosten edustavuutta.

Vanhusten, vakavasti sairaiden, vähävaraisten ja maahanmuuttajien osalta PROM kyselyiden vastausprosentit tulisi saada suuremmiksi. Kolmanneksi hoidon tehokkuuden ohella tulisi tarkastella myös hoidon turvallisuutta ja potilaiden kokemuksia hoidosta. Neljänneksi tietokantojen tietoja yhdistämällä voitaisiin saada kattavampia tuloksia hoidon laadusta. Lopuksi PROM-mittareita käytettäessä pitää vielä tietää, mihin niiden tuloksia voidaan hyödyntää, ja miten tuloksia tulee esittää kohteelle.

2.8 COVID 19 -pandemian vaikutukset terveyspalveluiden laatuun

Vuodet 2020 ja 2021 tullaan muistamaan COVID-19-pandemiasta. Kaikki alkoi, kun WHO raportoi joulukuun 31. päivä 2019 Kiinan Hubein maakunnan pääkaupungista Wuhanista lähtöisin olevasta koronaviruksesta. Euroopassa julistettiin 71 päivää myöhemmin, maaliskuun 11. päivänä 2020, alkaneeksi koronavirus pandemia. Kuukausien ajan COVID-19 on ollut ihmisten huomion keskipisteenä. (Cruickshank & Shaban, 2020, s. 3901; WHO, 2020a.) Eikä se ole mikään ihme, sillä COVID-19-pandemiolla on ollut maailmanlaajuisia vaikutuksia ihmisten terveyteen ja sitä kautta talouteen, terveydenhuoltoon sekä yhteiskuntaan (Wosik ja muut, 2020, s. 957). Varmistettuja koronakuolemia oli 15. joulukuuta 2020 1 612 372 ja todettuja tartuntoja 71 351 695 (WHO, 2020b).

Terveydenhuolto on käynyt taistoa eturintamassa COVID-19-virusta vastaan. Terveydenhuollon työntekijät ovat joutuneet elämään pitkään kuormittavassa ja stressaavassa tilanteessa. Suojavarusteista on ollut pulaa, moni on sairastunut koronavirukseen tai tartuttanut läheisensä tautiin. Henkilökunta on joutunut vaihtamaan työpisteitä ja tehtäviä pandemian aikana sekä opettelemaan uusia taitoja. (Catania ja muut, 2020, s. 3–6.) Työvuorot ovat olleet pitkiä, koska työntekijöistä on ollut pulaa. Eristyksessä työskentelyn ja suojavarusteiden käytön vuoksi työntekijät eivät ole voineet juoda tai käydä wc:ssä välttämättä kuin kerran työvuoronsa aikana. Hengityssuojainten käyttö aiheuttaa hapenpuutetta. Yhdessä henkinen ja fyysinen kuormitus ovat aiheuttaneet väsymystä ja voimattomuutta työntekijöissä. (Gao ja muut, 2020, s. 4271.) Pitkien työvuorojen puolestaan tiedetään aiheuttavan huolimattomuutta ja virheitä. Seuraukset heijastuvat hoidon

lopputuloksiin, jolloin hoidon laatu ja potilasturvallisuus saattavat kärsiä. (Jarrar ja muut, 2019, s. 393.)

Hoidon laadun sekä potilasturvallisuuden muutokset ovat suoraan yhteydessä terveydenhuollossa asioiviin potilaisiin. Myös hoidon saatavuudella on ollut omat vaikutuksensa terveydenhuollon asiakkaisiin. Keväällä 2020 kiireettömiä lääkäriaikoja sekä toimenpideaikoja siirrettiin, kun terveydenhuolto varautui koronapotilaiden hoitoon. Ihmiset myös peruuttivat aikojaan, jotteivat kuormittaisi turhaan terveydenhuoltoa tai eivät uskaltaneet koronan pelossa asioida siellä. (ETENE, 2020, s. 20.) Tämän seurauksena hoidetut potilasmäärät ovat olleet reilusti vuotta 2019 pienemmät, tammi-syyskuun seurantajaksona mitattuna (Honkatukia ja muut, 2020, s. 3–4). Helsingin sanomat (2020) kirjoitti syksyllä, että elokuussa hoitoon pääsyä odotti lähes 137 000 potilasta. Terveydenhuollon tavanomaisten palveluiden estymistä tai viivästyistä kutsutaan hoitovelaksi, jota on vuoden 2020 aikana kertynyt paljon, ja jonka purkaminen ottaa oman aikansa (ETENE, 2020, s. 20).

Koronaviruspandemia ei saisi kuitenkaan rajoittaa terveyspalvelujen saatavuutta enempää kuin on välttämätöntä, vaan palveluja tulisi järjestää jollain tavalla (ETENE, 2020, s. 20). Terveyspalveluja onkin jouduttu kehittämään koronatilanteen vuoksi. Etenkin etä-terveyspalvelut ovat kehittyneet pandemian aikana huimasti. Virtuaalisten terveyspalveluiden ajatellaankin olevan osa tulevaisuutta. (Wosik ja muut, 2020, s. 957, 962.) Palveluiden digitalisointi voi helpottaa tiedonhakua ja palveluiden käyttöä. Sosiaalisesti aktiiviset, koulutetut ja suhteellisen varakkaat iäkkäät ihmiset hallitsevat digitalisoituvan maailman paremmin kuin sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevat ikätoverit. (Pirhonen ja muut, 2020, s. 8.) Kaikilla ei siis ole mahdollisuutta käyttää etäyhteyksiä eivätkä kaikki palvelut sovellu toteutettavaksi virtuaalisesti. (ETENE, 2020, s. 21.)

Palveluiden ja hoidon laatuun vaikuttavia asioita ovat muun muassa osaaminen sekä empatiakyky (Hautaviita, 2020, s. 82; Zeithaml ja muut, 1990, s. 23). Teho-osastoille on siirretty hoitajia muilta osastoilta, jolloin kaikkien teho-osastolla työskentelevien

osaaminen ei välttämättä ole ollut korkeatasoista. Italiassa nuoret, vastavalmistuneet hoitajat, joutuivat ottamaan vetovastuuta COVID-19 osastoilla, kun heitä kokeneemmat ja iäkkäämmät kollegat sairastuivat koronavirukseen ja osa jopa menehtyi tautiin (Catanina ja muut, 2020, s. 4). Kiinan Wuhaninissa tehdyssä tutkimuksessa puolestaan todettiin COVID-19 potilaita hoitavien hoitajien kärsivän väsymyksestä ja empatian puutteesta, joka saattaa johtaa negatiivisiin asenteisiin saattohoitopotilaita kohtaan. Tästä syystä hoitajien paineiden vähentämiseen tulisi kiinnittää huomiota. (Liu ja muut, 2020, s. 5.)

2.9 Yhteenveto laadun osa-alueista asiakkaan näkökulmasta käsin

Asiakkaan kokemus palveluiden laadusta muodostuu monista eri asioista. Kyseessä on vuorovaikutuksellinen tilanne palveluntarjoajan kanssa, mikä on altis monenlaisille vaikutteille ja muuttujille. Laadukkaalle palvelulle on pystytty kuitenkin määrittämään osa-alueita, joiden tulisi toteutua. Olen listannut Taulukkoon 1 asiakkaan kokemukseen vaikuttavia laadun osa-alueita. WHO:n laadun ulottuvuudet sekä Suomen terveydenhuoltoon koskevat lait vaikuttavat vahvasti laadun osa-alueiden taustalla. Myös Pekurinen ja muut (2008, s. 20) ovat Stakesin julkaisussa tuoneet esiin kyseiset laatulementit. Peilaisin edellä kuvaamiani laadun osa-alueita Zeithamlin ja muiden (1990, s. 23) määrittelemiin palvelun laadun osa-alueisiin, ja lisäsin luetteloon sen perusteella joitain puuttuvia elementtejä. Taulukon 1 on tarkoitus koota yhteen asiakkaalle merkityksellisten laadun osa-alueiden pääpiirteet ja auttaa tunnistamaan niitä kerätystä aineistosta.

Taulukko 1. Asiakkaan kokemukseen vaikuttavat laadun osa-alueet

Terveyspalveluiden laatu asiakkaan/potilaan näkökulmasta								
Asiakaskeskeisyys	Saatavuus ja saavutettavuus	Oikeudenmukaisuus	Valinnanvapaus	Potilas-/asiakas-turvallisuus	Korkeatasoinen osaaminen	Vaikuttavuus	Ympäristö	Sosiaaliset tarpeet
Yksilön kunnioitus <ul style="list-style-type: none"> asiakas on toiminnan subjekti palvelujen tulee vastata asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin odotuksiin ja toiveisiin empatia Itsemääräämisoikeus <ul style="list-style-type: none"> potilaalla oikeus osallistua itseään koskevaan päätösten tekoon riittävä tiedon saanti tietoisen suostumuksen antamisen hoitoon Luottamuksellisuus <ul style="list-style-type: none"> potilas-/asiakastietojen luottamuksellisuus Palveluhalukkuus <ul style="list-style-type: none"> viipymätön palvelu 	Saatavuus <ul style="list-style-type: none"> palvelut ovat saatavilla kohtuullisessa ajassa tasa-arvoisesti asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta, sukupuolesta tai etnisistä tekijöistä riippumatta Saavutettavuus <ul style="list-style-type: none"> ympäristö, toiminnot, palvelut ja tuotteet ovat toteutettu siten, että ne ovat mahdollisimman monen ihmisen saavutettavissa ja käytettävissä 	<ul style="list-style-type: none"> samanlaisessa tilanteessa olevat asiakkaat saavat yhdenmukaisesti hoitoa tai palvelua kiireellinen hoito ja palvelu tulee antaa kaikille ilman tarpeetonta viivettä 	<ul style="list-style-type: none"> potilas saa, yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa, valita kiireettömän hoidon paikkansa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon julkisista palveluntuottajista 	<ul style="list-style-type: none"> hoidon, lääkähoidon ja lääkintälaitteiden tulee olla turvallisia läheltä piti -tilanteiden ja hättäpahtumien seuranta ja niistä oppiminen potilasturvallisuus-suunnitelma 	<ul style="list-style-type: none"> ammattillinen osaaminen, joka koostuu toimintaan tarvittavasta osaamisesta, ihmisen kohtaamisen taidosta, arvoista ja etiikasta toiminnan tulee perustua näyttöön tai hyväksi koettuun käytäntöön Luotettavuus <ul style="list-style-type: none"> luvatut palvelut kyetään suorittamaan luotettavasti ja tarkasti 	<ul style="list-style-type: none"> Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tavoite on olla vaikuttavia ja siten lisätä mahdollisimman paljon asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä 	<ul style="list-style-type: none"> tilojen puhdistus ja viihtyvyys terveellinen ruoka laitteiden toimivuus henkilökunnan olemus 	<ul style="list-style-type: none"> läheisille vierailumahdollisuus uskonnon harjoittamisen mahdollisuus radio, tv, sanomalehtiä, muuta luetavaa psykykkisen tuen tarjoaminen

3 Menetelmät ja aineistot

Tässä kappaleessa esittelen tutkimuskohteen, -otteen ja -menetelmät.

3.1 Tutkimuskohteen kuvaus

Tutkimukseni kohdistuu Helsingin Sanomien terveyspalveluita koskevien mielipidekirjoituksiin ja niiden yhteydessä olevien keskustelupalstojen sisällön analysointiin. Helsingin Sanomien keskustelupalstan tarkoitus on lisätä ymmärrystä muiden ihmisten näkökulmista ja siten laajentaa ymmärrystä maailmasta (Helsingin Sanomat, 2020). Tutkimukseni kohderyhmänä ovat ihmiset, jotka ovat ottaneet osaa terveyspalveluita koskeviin keskusteluihin tai tuoneet esiin näkemyksiään mielipidekirjoitusten kautta COVID-19-pandemian aikana.

3.2 Tutkimusote ja -menetelmät

Tutkimusotteena tutkimuksessani on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivinen tutkimus tähtää ymmärtämään ilmiötä ja vastaamaan kysymykseen: Mistä tässä on kyse (Kananen, 2017, s. 32)? Laadullinen tutkimus pyrkii siis kuvaamaan todellista elämää mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, mitä tapahtuu tosiasioiden löytämisen ja paljastamisen kautta (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 161). Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole löytää yleistettävää tietoa, kuten määrällisen tutkimuksen, vaan pitää huomio tutkittavien näkökulmassa, merkityksissä ja näkemyksissä (Kananen, 2017, s. 35). Laadullinen tutkimus etenee pääsääntöisesti yleisen tutkimusprosessin mukaan, kuitenkin aineiston keruuvaihe muodostuu jaksottaisesta prosessista ja eroaa siten määrälliselle tutkimukselle ominaisesta suoraviivaisesta tutkimusprosessista (Kananen, 2015, s. 128).

Tutkimusmenetelmillä eli metodeilla tarkoitetaan aineistonkeruu-, aineistonanalyysi- ja luotettavuusmenetelmiä. Aineistonkeruumenetelmää määrittää tutkimusote, joka tässä tutkimuksessa on laadullinen. Erilaisia laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat havainnointi, haastattelut, kyselyt sekä tähän tutkimukseen valikoituneet

dokumentit. Dokumenteilla tarkoitetaan jo olemassa olevia aineistoja, jotka voivat olla kirjoitetussa, kuvallisessa, äänitetyssä tai muussa visuaalisessa muodossa. (Kananen, 2017, s. 37, 41, 121). Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin Helsingin Sanomien mielipidekirjoitusten ja niiden yhteydessä esiintyvien kommenttien joukosta. Käytettyä aineistoa voisi luonnehtia Webb Eugenin ja muiden (1966) tutkimuksesta tutuiksi tulleilla englannin kielisillä termeillä: *naturally occurring data* ja *unobstrusive measures*. *Naturally occurring data* tarkoittaa sitä, että aineisto olisi ollut olemassa riippumatta tästä tutkimuksesta. *Unobstrusive measures* puolestaan tarkoittaa sitä, että aineiston keruu ei häirinnyt millään tavalla tutkittavaa kohdetta. (Eugene ja muut 1966, viitattu lähteessä Alasuutari, 2011, s. 84.)

Narratiivinen tutkimus on laadullisen tutkimuksen alalaji. Narratiivi tarkoittaa kertomusta, tarinaa tai tapahtumien kulkua ja niiden tarkastelu puolestaan narratiivista tutkimusta. Yksittäisten ihmisten kertomukset ovat narratiivisen tutkimuksen pääosassa, ja tarinat kuvastavat kertojien kokemuksia elämästä. (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 217–218; Kananen, 2017, s. 46.) Koskisen ja muiden (2005, s. 193) mukaan narratiivit toimivat asioiden, niiden yhteyksien sekä ihmisten itsensä ymmärtämisen työvälineinä. Tässä tutkimuksessa käytetyt dokumentit kuuluvat narratiivisen tutkimuksen piiriin.

Toteutin aineistonkeruun alkuvuodesta 2021. Keräsin dokumentteja COVID-19-pandemian ajalta niin pitkään, kunnes tutkimuskysymykseen löytyi ratkaisu ja pystyin muodostamaan ilmiöstä ymmärryksen. Tätä voidaan kutsua aineiston kylläntymiseksi eli satu-raatioksi. Kylläntymisen jälkeen uusi aineisto ei tuota enää uutta ymmärrystä asiasta. (Kananen, 2015, s. 128.) Käytännössä keräsin aineistoa puolen vuoden ajanjaksolta 1.3.2020–31.8.2020. Etsin mielipidekirjoituksia Helsingin Sanomien verkkolehdestä hakutoiminnon avulla. Tein jokaista kuukautta kohden kolme hakua sanoilla *terveys*, *palvelut* ja *hoito*. Tarkasteltavaksi valitsin kaikki mielipidekirjoitukset ja niiden kommentoinnit, jotka käsittelivät jollain tavalla *terveyspalveluiden* laatua. Analysoin yhteensä 308 mielipidekirjoitusta ja kommenttia. Taulukossa 2 on eriteltyä analysoitujen kirjoitusten

määrät kuukausittain. Mieliidekirjoitusten määrä oli melko tasainen kaikkina kuukausina. Kuitenkin kommentointien määrät vaihtelivat, etenkin toukokuussa.

Taulukko 2. Analysoidut kirjoitukset kuukausittain

	Analysoidut kirjoitukset					
	Maaliskuu	Huhtikuu	Toukokuu	Kesäkuu	Heinäkuu	Elokuu
Mieliidekirjoituksia	18	20	14	11	15	16
Kommentteja	25	33	80	18	32	26
yhteensä kpl.	43	53	94	29	47	42

Aineistonkeruumenetelmille on myös olemassa niille tyypillisiä aineistonanalyysimenetelmiä (Kananen, 2017, s. 37, 41). Aineistonanalyysi, sen tulkinta ja johtopäätökset ovat tutkimuksen tärkein vaihe. Analyysivaiheessa tutkija löytää vastaukset tutkimuskysymyksiinsä. Pääperiaatteena voidaan sanoa, että analyysitavaksi tulee valita sellainen tapa, jonka avulla saadaan parhaiten vastaus tutkimusongelmaan. (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 221, 223–224.) Laadullisen aineiston analyysille ei ole olemassa tiukkoja tulkintasääntöjä, vaan analyysi kulkee mukana koko tutkimusprosessin eri vaiheissa ja ohjaa tiedonkeruuta ja tutkimusprosessia (Kananen, 2017, s. 35). Tulkinnalla puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkija tekee analyysin tulosten pohjalta omia johtopäätöksiä (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 229). Tässä tutkimuksessa aineistonanalyysitavaksi valikoitui teoriaohjaava sisällönanalyysi, koska palveluiden laadun osa-alueita on tutkittu hyvin laajasti ja teoriaa aiheeseen liittyen on tarjolla.

Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee aineistolähtöisen sisällönanalyysin tavoin aineiston ehdoilla (Tuomi, 2018, s. 133). Luin ensimmäisen kerran aineiston läpi tehdessäni valintaa mukaan otettavista kirjoituksista. Aineiston keruun jälkeen aineiston analyysi etenee litteroinnilla eli aineiston kirjoittamisella puhtaaksi sananasaisesti (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 222). Tässä tutkimuksessa litterointia ei kuitenkaan tarvinnut tehdä, sillä dokumentit olivat jo valmiiksi kirjoitetussa muodossa. Tekstit tuli kuitenkin kerätä ja tallentaa omaan tarkasteltavaan tiedostoonsa. Tätä aineistojen saattamista yhteen muotoon voidaan kutsua litteroinnin lisäksi myös yhteismitallistamiseksi. (Kananen, 2017, s. 132.) Kerätty aineisto tallennettiin excel-tiedostoon niin, että jokainen kirjoitus sai oman

analyysiyksikön eli ruudun. Lajittelin lisäksi kirjoitukset kuukausien mukaan niin että, jokaiselle kuukaudelle muodostui oma välilehti. Näin syntyi jokaiselle kirjoitukselle merkitystä. Esimerkiksi (3/4) tarkoittaa, että kirjoitus on julkaistu maaliskuussa, ja se sijaitsee excel-tiluksessa maaliskuu-välilehdellä rivillä neljä. Anonymiteetin säilymistä vuoksi, en ottanut analyysiini mukaan kirjoittajien nimiä tai nimimerkkejä.

Aineiston määrän ollessa laaja, tulee sitä pilkkoa ja tiivistää osiin, jotta oleelliset asiat saadaan esille ja kokonaisuus on helpompi hahmottaa (Kananen, 2015, s. 129). Seuraavaksi luin aineiston toiseen kertaan läpi ja etsin aineistosta tutkimuskysymykseeni vastausta. Poimin samaa tarkoittavia asioita teksteistä, ja annoin valitsemilleni tekstisisällöille niitä kuvaavia ilmaisuja eli koodasin aineiston (Kananen, 2017, s. 136–137). Tekstien koodaamista kutsutaan myös pelkistämiseksi eli redusoinniksi. Pelkistämässä karsitaan tutkimukselle epäoleellinen data pois. (Tuomi, 2018, s. 123.) Koodausvaiheen jälkeen seurasi aineiston luokittelu eli kategorisointi. Tässä vaiheessa koodatut, samaa sisältöä tarkoittavat asiat ja käsitteet, yhdistettiin luokkiin. (Kananen, 2017, s. 141.) Kategorisointia voidaan kutsua myös ryhmittelyksi tai klusteroinniksi. Ensin muodostetaan alaluokkia, jotka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla nimellä. Alaluokat muodostetaan siis aineistosta, kun taas yläluokat tuodaan teoriasta. Teoriaohjautuvassa sisällönanalyysissä eroaa tässä kohdin aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä, jossa yläluokat muodostetaan alaluokista. Kyseessä on teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Teoriaohjautuvassa sisällönanalyysissä teoreettisia käsitteitä ei siis luoda aineistosta, vaan ne ovat jo olemassa ja empiirinen aineisto liitetään niihin. (Tuomi, 2018, s. 124, 133.) Lopuksi luin aineiston vielä kolmanteen kertaan läpi, tarkastin tekemäni ala- ja yläluokat sekä tein vielä pieniä lisäyksiä luokkiin.

Tässä tutkimuksessa aineiston luokittelua ohjasi työn teoria-osan löydökset. Tarkastelin keräämäni aineistoa luvun 2 lopussa olevan Taulukon 1 kautta, josta sain yläluokat aineiston luokitteluun. Yläluokkia on yhdeksän ja ne ovat: asiakaskeskeisyys, saatavuus ja saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilas-/asiakasturvallisuus,

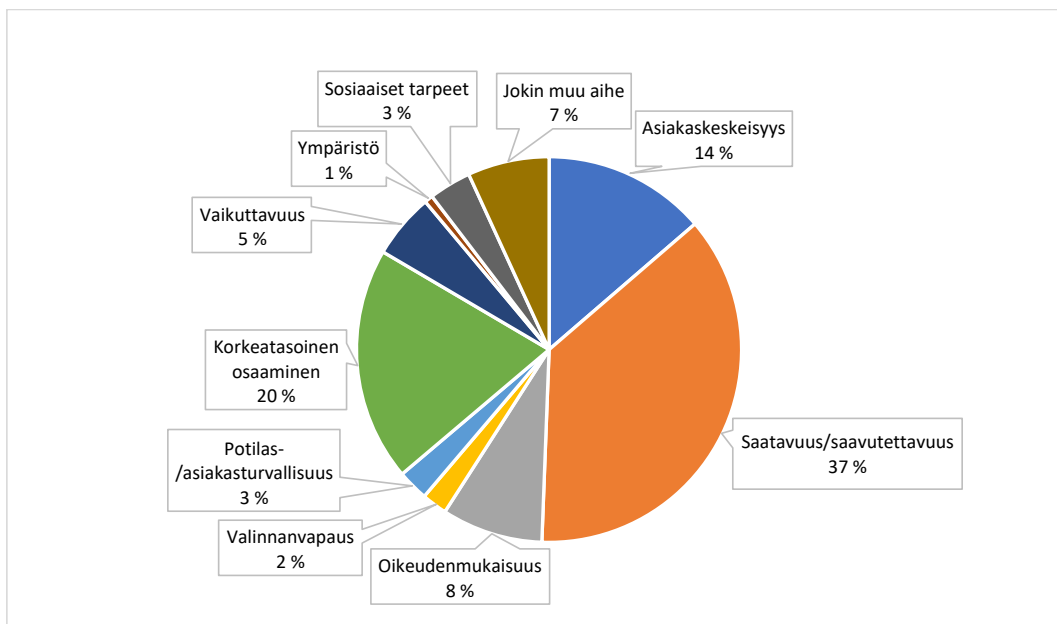
korkeatasoinen osaaminen, vaikuttavuus, ympäristö ja sosiaaliset tarpeet. Taulukossa 3 on kuvattuna yhden kirjoituksen eli analyysiyksikön analyysin vaiheet.

Taulukko 3. Kuvaus yhden analyysiyksikön teoriaohjautuvasta sisällönanalyysistä

Esimerkki teoriaohjautuvasta sisällönanalyysistä			
Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka teoriasta
Olet oikeassa. Jos soittaja saa jonkun vastaamaan terveysasemalla puhelimeen, hoitaja tekee päätöksen siitä, tarvitseeko soittaja lääkärin hoitoa vai ei. Nettilääkärin hoitoa ei. Nettilääkärin hoitoa ei. Nettilääkärin hoitoa ei. Nettilääkärin hoitoa ei. Nettilääkärin hoitoa ei.	Terveysasemalle soitettaessa on vaikeaa saada ketään vastaamaan puhelimeen.	Hankala saada yhteyttä / päästä hoitoon.	Saatavuus
Nettilääkärin hoitoa ei. Nettilääkärin hoitoa ei. Nettilääkärin hoitoa ei. Nettilääkärin hoitoa ei. Nettilääkärin hoitoa ei.	Botti ohjaa itsehoitosivuille.	Botti ei vastaa asiakkaan tarpeita	Asiakaskeskeisyys
Terveysasema oli tappaa tuttavani, jota toistuvasti kehoitettiin lepäämään rauhassa kotona. Kun hänen tilansa paheni, hän meni yksityislääkäriin, joka kirjoitti kiireellisen lähetteen keskussairaalaan. Hänet otettiin tutkimuksista välittömästi osastolle ja leikattiin kiireellisenä.	Hoidontarpeen arviointi oli epäonnistunut.	Osaaminen riittämätöntä	Korkeatasoinen osaaminen
Terveysaseman lääkäri ei päässyt arvioimaan mitään, ei edes kirjoittamaan reseptiä. Herääkin kysymys, mihin näitä terveyskeskuslääkäreitä tarvitaan, kun puhelinkeskus tekee hoitopäätökset?	Asiakas hakeutui yksityiselle, josta sai lähetteen julkiselle puolelle ja pääsi kiireellisenä leikkaukseen.	Hoidon tarpeen määrityksessä tapahtui virhe, jonka seurauksena potilaan hoito saattoi viivästyä.	Potilasturvallisuus

Kirjoituksille oli hyvin tyypillistä, että ne sisälsivät useita laadun osa-alueita. Kuvaan seitsemän olen koonnut laadun osa-alueiden esiintymisen aineistossani. Palveluiden saatavuudesta ja saavutettavuudesta sekä osaamisesta käytiin keskustelua eniten. Myös asiakaskeskeisyydestä, oikeudenmukaisuudesta ja vaikuttavuudesta kirjoitettiin melko

paljon. Laadun osa-alueiden lisäksi keskustelua käytiin muista aiheista, kuten sote-palveluiden järjestämisestä. Huomattavasti vähemmän kirjoitukset sisälsivät keskustelua sosiaalisista tarpeista ja turvallisuudesta. Valinnanvapaudesta ja ympäristöstä löytyi vain muutama kirjoitus.



Kuva 7. Laadun osa-alueiden esiintyminen aineistossa

Taulukossa 4 on näkyvillä laadun osa-alueiden määrät kuukausittain. Viimeisessä sarakekeassa on näkyvillä laadun osa-alueiden yhteenlaskettu määrä. Kyseinen luku vastaa ylempänä olevan kuvan 7:n prosentuaalisia lukuja.

Taulukko 4. Laadun osa-alueiden numeerinen esiintyvyys aineistossa

Laadun osa-alueen esiintyminen aineistossa							
	Maaliskuu	Huhtikuu	Toukokuu	Kesäkuu	Heinäkuu	Elokuu	Yhteensä
Asiakaskeskeisyys	7	8	9	10	16	8	58
Saatavuus/saavutettavuus	29	30	46	9	19	23	156
Oikeudenmukaisuus	6	6	7	8	6	3	36
Valinnanvapaus	1	0	6	0	2	0	9
Potilas-/asiakasturvallisuus	5	4	2	0	0	0	11
Korkeatasoinen osaaminen	11	17	20	8	15	12	83
Vaikuttavuus	1	3	8	0	11	0	23
Ympäristö	1	1	0	1	0	0	3
Sosiaaliset tarpeet	0	9	1	1	0	4	15
Jokin muu aihe	1	2	15	4	5	2	29

4 Tutkimustulokset

Tässä osiossa vastaan keräämäni aineiston analyysin pohjalta, miten terveyspalveluiden laatu ilmenee suomalaisten kertomuksissa COVID-19-pandemian aikana. Esitän tutkimustulokset asiakkaan kokemuksiin vaikuttavien laadun osa-alueiden kautta, joita ovat asiakaskeskeisyys, saatavuus, saavutettavuus, oikeudenmukaisuus, valinnanvapaus, potilas-/asiakasturvallisuus, korkeatasoinen osaaminen, vaikuttavuus, ympäristö ja sosiaaliset tarpeet.

4.1 Asiakaskeskeisyys

Asiakaskeskeisyys näyttäytyi kirjoituksissa ihmisten tarpeina tulla kuulluksi ja nähdyksi. Kirjoittajat pitivät tärkeänä, että lääkäriellä olisi tarpeeksi aikaa asiakasta kohden, jotta asiakkaiden terveyshuoliin pystyttäisiin perehtymään ilman kiireen tuntua sekä löytämään niihin ratkaisuja. Useammasta kirjoituksesta kävi ilmi, että vastaanottoajat olivat liian lyhyitä. Myös yksilöllisyyden tarve nousi esiin ihmisten tarinoista. Apua haettaessa toivottiin ratkaisuja, jotka vastaisivat juuri kyseisiin ongelmiin. Lisäksi lääkäriltä odotettiin erilaisten vaihtoehtojen esiin tuomista. Yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimista pidettiin välttämättömänä, mutta myös sen toteutukseen toivottiin tukea. Jo aiemmin on todettu, etteivät lääkärit ole riittävän kiinnostuneita potilaiden asioista. Potilaiden kokemusten mukaan heidän tietojaan, tunteitaan tai odotuksia sairaudesta tai sen hoidosta ei ole huomioitu riittävästi (Casu ja muut, 2019, s. 130).

”... Toimintakyvyn alentuessa tarvitsemme kukin erilaista tukea tai hoivaa. Joillekin hoivakoti tai laitospaikka on oikea ratkaisu, toisille kotona asuminen on parempi ratkaisu. Hoidolle ja tukemiselle pitää siten olla monenlaisia, yksilöllisiä vaihtoehtoja. ...” (7/47)

Puutteita asiakkaan kokonaisvaltaisessa huomioimisessa sekä asiakkaan asettamisessa toiminnan keskiöön on myös havaittavissa, kuten Karlsson ja muut (2019, s. 1692) ovat jo aiemmin tuoneet julki. Erään kirjoittajan tarina kuvasi hyvin sitä, miten hänestä oli

tullut onnettomuuden jälkeisessä hoidossa toiminnan subjektin sijaan objekti. Fyysiset vammat oli tutkittu huolella, mutta onnettomuuden vaikutuksia mielialaan ei oltu huomioitu mitenkään. Lisäksi tiedon saanti onnettomuudesta seuranneesta murtumasta sekä kivunhoitoon määrätystä lääkityksestä oli ollut riittämätöntä, sillä kirjoittaja oli joutunut etsimään lisätietoa netistä. Huotari ja Hardová (2016, s. 871) kuitenkin muistuttavat asiakkaan omasta vastuusta ottaa osaa aktiivisesti hoitoonsa. Läheisten huomioimista ja hoitoon osallistamista pidettiin myös tärkeänä. Leino-Kilven ja muiden (2016, s. 2247–2248) mukaan perheenjäsenten osallistuminen hoitoon edistääkin potilaan edun mukaista hoitoa.

Asiakaskeskeisyyden ja yksilön kunnioituksen huomioimista pidettiin tarpeellisena koska asiakkaan näkemys hyvästä hoidosta voi erota organisaation tai hoitoa antavan tahon näkemyksistä ja tavoitteista. Myös Hautaviita ja muut (2020, s. 76) ovat tuoneet kyseisen problematiikan esiin. Heidän mukaansa asiakas ja työntekijä voivat arvottaa erilaisia asioita. Eräs kirjoittaja kuvaili ongelmaa täyhystysleikkauksen kautta. Organisaation näkökulmasta täyhystysleikkaus on aikaa vievää, mutta asiakkaan näkökulmasta katsottuna toipuminen on huomattavasti avokeikkausta kivuttomampaa ja nopeampaa. Toinen kirjoittaja toi esiin asiakkaan ja henkilökunnan eriävät näkemykset hyvästä hoidosta kuoleman hoitoa käsittelevän esimerkin kautta. Hänen mukaansa henkilökunnalla voi olla vahva näkemys hyvästä hoidosta ja oikeasta tavasta kuolla, jolloin vaarana on kuolevan oman näkemyksen ja toiveiden sivuuttaminen. Attreen (1996, s. 25) mukaan hoidon laatua tulisi arvioida erilaisten näkökulmien yhdistelmänä.

Asiakkaiden ja ammattilaisten mahdollisten näkemuserojen vuoksi, sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tueksi esitettiin palvelumuotoilun hyödyntämistä. Ideaa ehdottanut kirjoittaja toi esille, että palvelumuotoilu on keskeinen osa kaupallisten palveluiden suunnittelua ja toteutusta. Siinä asiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden näkemykset ja kokemukset otetaan mukaan palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen. Asiakkaiden näkökulmien ja tarpeiden huomioimista pidetäänkin laadukkaiden palveluiden lähtökohtana (Hautaviita ja muut, 2020, s. 76; Hung ja Jerng, 2014, s. 673; Pekurinen ja

muut, 2008, s. 20). Lisäksi asiakkaiden hoitoon osallistamisen tiedetään parantavan hoidon laatua (Black, 2013, s. 1). PROM- ja PREM-mittareiden avulla voidaan tuottaa tietoa laadun kehittämisen ja arvioinnin tueksi. Niiden käyttö onkin lisääntymässä kansainvälisesti jatkuvasti. (Weldring & Smith 2013, s. 61.)

Sähköisten terveystalveluiden kehitys on vauhdittunut koronapandemian johdosta (Wosik ja muut, 2020, s. 957), mikä näkyi myös Helsingin Sanomien kirjoituksissa selkeästi. Sähköisten palveluiden kehittäminen ja käyttöönotto nähtiin asiakaslähtöisenä toimintana, sillä se paransi palveluiden saavutettavuutta. Lisäksi aikaa säätyi, kun vastaanotolle ei tarvinnut enää mennä fyysisesti, vaan tapaamisen pystyi hoitamaan kotoa käsin. Sähköisten palveluiden nähtiin tuovan lisäksi hyötyä niille, joilla on syyistä tai toisesta vaikeuksia päästä perinteiselle vastaanotolle.

”... Etävastaanoitoilla ei niinkään säästetä lääkärin, hoitajan tai muun asiantuntijan aikaa, mutta potilaalta se säästää aikaa ja vaivaa, kun vastaanotolle ei tarvitse matkustaa eikä odotushuoneessa istua. Mielenterveys- ja päihdeongelmallisille etäyhteys voi olla pelastava rengas, jos voimia liikkeelle lähtemiseen ei edes ole. ...”
(5/67)

Kaikki eivät kuitenkaan olleet tyytyväisiä sähköisten terveystalveluiden tulemiseen. Eräs kirjoittajista koki, ettei asiakaskeskeisyys ja palveluhalukkuus toteutuneet hänen yrittäessään saada tuttuun vaivaan apua, vaan hänet ohjattiin toimimaan kankean protokollan mukaisesti.

”... Sähköiset palvelut ovat surkeita ja on jotenkin irvokasta, että kun soittaa terveyskeskukseen hoitaakseen akuuttia asiaa - esim. poskiontelotulehdus tms., jonka paljon niitä sairastanut tunnistaa yleensä helposti, pyydetään täyttämään omaolo-kaavake. Kaikkien kannalta fiksumpaa on hoitaa tällaiset puhelimesta. ...”
(5/57)

Itsemääräämisoikeus nousi esiin keskusteluissa, jotka koskivat lapsia ja mielenterveysongelmista kärsiviä. Lasten kohdalla vanhemmat kokivat ongelmalliseksi sen, etteivät vanhemmat päässeet katsomaan 10–15-vuotiaiden lastensa terveystietoja. Kirjoittajien mukaan lasten itsemääräämisoikeus on tärkeää, mutta kymmen vuotias on vielä liian nuori hoitaakseen itsenäisesti omaa terveyttään koskevia asioita. Tästä syystä vanhemmat peräänkuuluttivat pääsyä lastensa terveystietoihin. Mielenterveyspotilaiden kohdalla taas tuotiin huoli esiin siitä, etteivät skitsofreniaa sairastavat useinkaan sitoudu hoitoonsa. Pakkohoidon kerrottiin olevan mahdollista ainoastaan, mikäli sairastunut olisi haitaksi itselleen tai muille. Itsemääräämisoikeuden nähtiin tästä syystä aiheuttavan enemmän haittaa kuin hyötyä sairastuneelle. Sairastunut ei välttämättä ymmärtänyt hoidon hyötyjä ja eikä siksi sitoutunut lääkärin määräämään hoitoon. Eräs kirjoittajista huomautti kuitenkin, ettei muilla ihmisillä ole oikeutta tehdä valintoja toisen aikuisen puolesta. Tillen ja muiden (2019, s. 168–169) tutkimuksen mukaan itsemääräämisoikeus oli toteutunut suurimman osan (yli 90 %) vastaajien mielestä hyvin. Kuitenkin terveysongelmista kärsivät ja huonosti voivat arvioivat itsemääräämisoikeutensa toteutuneen heikosti. Tästä voisi päätellä, että sairaiden ihmisten päätöksiin yritetään vaikuttaa, heidän itsensä mielestä ehkä liikaakin.

4.2 Saatavuus ja saavutettavuus

Terveyspalveluiden saatavuudesta kirjoitettiin kaikista laadun osa-alueista määrällisesti eniten puolen vuoden ajanjaksolla tarkasteltuna. Moni kirjoittaja toi esiin hoitoon pääsyn hankaluudet. Koronapandemian tiedetään vaikuttaneen kiireettömien aikojen siirtämiseen, niin palveluntuottajien kuin asiakkaidenkin toimesta, minkä seurauksena on syntynyt hoitovelkaa (ETENE, 2020, s. 20). Terveyskeskukseen oli vaikeaa päästä puhelimitse läpi, ja aikaa hoitajalle tai lääkärille joutui odottamaan todella pitkään. Jotkut kirjoittajista jopa kertoivat käyttäneensä päivystystä ei kiireellisen vaivan hoitoon, koska kiirettöntä aikaa oli niin hankala saada. Myös hätänumeroon saatettiin soittaa, mikäli terveyskeskukseen ei saanut yhteyttä puhelimitse. Huotari ja Havrdová (2016, s. 871) ovat tuoneet tutkimuksessaan esiin julkisten terveyspalveluiden väärinkäytön, mikä saattaa vaikeuttaa muita asiakkaita saamasta palveluja laadukkaasti.

Päivystyksen suhteen kirjoitukset vaihtelivat. Toisinaan päivystyksessä oli ollut ruuhkaa ja toisinaan hoitoon oli päässyt melko sujuvasti. Kirjoittajien mukaan useimmiten päivystyksessä joutui kuitenkin jonottamaan jopa tunteja. Kirjoittajat toivat esiin myös sen, että päivystyspisteiden välillä oli eroavaisuuksia hoitoon pääsyn suhteen. Etäyhteyksien nähtiin kuitenkin tuovan palvelut lähemmäksi asiakkaita, minkä seurauksena saatavuus ja saavutettavuus ongelmiin saatiin helpotusta. Suunterveydenhuoltoon pääsyn rajoitukset näkyivät myös erittäin hyvin kirjoituksissa. Kirjoittajat toivat esiin, että jo ennen koronaa julkiseen suunterveydenhuoltoon on joutunut odottamaan aikaa hyvinkin pitkään ja huoli siitä, miten hoitoon pääsee koronan jälkeen, oli ilmeinen. Kirjoittajat toivat kuitenkin esiin, ettei yksityisellekään puolelle päässyt hoitoon vallitsevan tilanteen vuoksi, joten siinä mielessä julkinen ja yksityinen hammashoito olivat samassa tilanteessa. Tämä toisaalta nähtiin kasvattavan entisestään tulevaa suunterveydenhuollon hoitovelkaa.

”Kiireetön hammashoito on ajettu käytännössä alas sekä julkisella että yksityisellä sektorilla koronaviruspandemian takia. Kun aikanaan palaamme normaaliin tilanteeseen, hoitamattomat hammassairaudet ovat saaneet rauhassa kehittyä ja hoidon tarvetta on *paljon. ...*” (5/34)

Toinen saatavuuteen liittyvä keskustelun aihe koski koronaviruksen testauskapasiteetin puutteita sekä pandemian varautumisessa epäonnistumista. Koronatestiin oli vaikea päästä selkeistä korona-oireista huolimatta. Jopa ulkomailta palaavilta oireellisilta evättiin koronatestiin pääsyn mahdollisuus. Useampi kirjoitti, ettei vasta-ainetestiinkään ollut mahdollisuutta päästä myöhemmin. Myös pula suojarusteista puhutti. Useista kirjoituksista paistoi huoli hengityssuojainten, suojatakkien ja käsidesin riittävydestä. Nämä aiheet olivat hyvin näkyvillä myös kevään ja kesän 2020 uutisissa.

Saatavuutta käsiteltiin lisäksi heikompiosaisten kautta. Huolta kannettiin ikääntyneiden hoitoon pääsyn eväämisestä riskiryhmien suojelun nojalla. Koska ikäihmisten ei ollut turvallista hakeutua hoitoon, jäivät he kirjoittajien mukaan huonommalle hoidolle. Myös

mielenterveyden kanssa kamppailevien vointi mietitytti. Moni kirjoittaja näki pandemian vain pahentavan mielenterveyden kanssa kamppailevien tilannetta, eikä hoitoon ollut mahdollista saada aikaa. Keskustelua käytiin myös sosioekonomiseen asemaan liittyen. Vaikka julkinen terveydenhuolto nähtiin yksityiseen nähden edullisena, nousi kirjoituksista esiin, ettei kaikilla ollut siltikään varaa hoitoon. Pienituloiselle sairaalareissu saattoi kaataa koko talouden. Eikä kaikilla ollut varaa edes ostaa julkiseen kulkuneuvoon matkailippua, jotta olisi päässyt hoitoon, saatikka maksaa sairaalalaskua. Ratkaisuksi ehdotettiin terveydenhuollon asiakasmaksujen alentamista tai poistoa, mikä on mahdollista kuntien ja sairaanhoitopiirien niin halutessaan. Kirjoittajat arvioivat, ettei tätä mahdollisuutta olla kuitenkaan käytetty, sillä moni joutuu maksamaan terveydenhuoltomaksunsa toimeentulotuesta tai ne päätyvät ulosottoon.

”... Kaikista haavoittuvimmassa asemassa ovat ne, joihin virus vaikuttaa eniten, etenkin ikäihmiset; ja ne, joilla on valmiiksi terveysongelmia ja joilla ei ole varmaa pääsyä terveydenhuoltoon; ja ne, jotka elävät köyhyydessä tai köyhyyden rajalla. ...” (3/24)

Suomalaista terveydenhuoltoa pidettiin yhtenä maailman kustannustehokkaimmista ja laadukkaimmista järjestelmistä. Saatavuuteen liittyvien ongelmien nähtiin johtuvan terveydenhuoltoon suunnattujen resurssien vähäisyydestä. Kirjoituksen toivat esiin lääkäri-vajeen, minkä ajateltiin vaikuttavan palveluiden saatavuuteen merkittävästi. Ongelmana pidettiin lääkärin liiallista työmäärää sekä huonoa johtamista, mistä syistä moni oli siirtynyt yksityiselle palveluntuottajalle töihin. Asiakkaiden turhat käynnit nähtiin myös lisäävän terveydenhuollon kuormitusta. Erään kirjoittajan mukaan koronakevään seurauksena palvelut järjestyivät, koska lääkäreillä ja asiakkailla oli yhteinen halu välttää turhia tapaamisia. Vähentyneiden potilasmäärien vuoksi vastaanotolla oli ollut enemmän aikaa potilaalle ja siten mahdollisuus keskittyä rauhassa olennaisiin asioihin. Kuitenkin turhan käynnin määrittämistä pidettiin haasteellisena. Moni työnantaja vaati sairaslomatoimitusta poissaolosta, vaikkei muuten olisikaan ollut tarvetta mennä käymään lääkärissä. Toisaalta monen kirjoittajan mielestä asiakkaan ei voida olettaa tietävän, milloin on

tulossa turha lääkärireissu, vaan vastaanotolle mennään selvittämään, tuleeko terveysongelmalle tehdä jotain vai ei. Palveluiden ulkoistamista ei pidetty saatavuusongelmiin hyvänä ratkaisuna, vaan sen nähtiin pirstaloivan palveluketjuja ja siten vaikuttavan negatiivisesti palveluihin. Ulkoistaminen nähtiin myös kalliina toimenpiteenä, eikä siitä ajateltu olevan apua lääkärien pysyvyyteen julkiselle puolelle. Perusterveydenhuollon vahvistamista pidettiin sen sijaan tärkeänä. Omalääkärijärjestelmää ehdotettiin hoitoon pääsyyn liittyvien ongelmien avuksi. Sen nähtiin mahdollistavan hoidon jatkuvuuden, potilaiden tyytyväisyyden ja kokonaiskustannusten vähenemisen.

4.3 Oikeudenmukaisuus

Samanlaisessa tilanteessa oleville tulee myöntää yhdenmukaisesti palveluja tai hoitoa (Pekurinen ja muut, 2008, s. 20). Kirjoitusten mukaan oikeudenmukaisuus ei aina toteutunut eri terveysasemien välillä, sillä kirjoittajien kokemusten mukaan toisiin terveysasemiin pääsi hoitoon paljon helpommin kuin toisiin. Myös mielenterveyden hoitoon pääsyssä koettiin olevan suuria aluekohtaisia eroja. Lisäksi kevään niukka testaaminen aiheutti sen, että kaikki koronan sairastaneet eivät saaneet tartuntalain mukaisia korvauksia hoidosta ja lääkkeitä, koska eivät koskaan saaneet tietää sairastaneensa juuri koronaa. Tästä syystä testamattomuus aiheutti epäoikeudenmukaisuutta sairastuneiden keskuudessa.

Eri hoitopaikkojen välinen eriarvoisuus tuotiin esiin teksteissä. Eräs kirjoittaja kertoi keskustelleensa kotihoidossa työskentelevän hoitajan kanssa. Hoitaja oli kertonut, ettei heillä ollut käytössä suojaimia, koska kotihoidon tavaratilaukset oli jäädytetty erikoissairaanhoidon tarpeiden vuoksi. Erikoissairaanhoidon priorisointi oli aiheuttanut kotihoidon pulan suojavarusteista. Tämän seurauksen hoitaja oli käynyt vuoronsa aikana yli kahdenkymmenen vanhuksen luona ilman asianmukaisia suojaimia. Täten erikoissairaanhoidon ja kotihoidon potilaat ja työntekijät eivät saaneet yhdenmukaista suojausta virusta vastaan, vaan olivat hyvin eriarvoisessa tilanteessa. Muutkin kirjoittajat toivat saman huolen esiin. Suojainten puutteen nähtiin aiheuttavan priorisointipäätöksiä sen suhteen ketä hoidetaan, missä järjestyksessä ja minkälaisilla suojavarusteilla. Samassa

tilanteessa olevat potilaat eivät siis saaneet yhdenmukaista hoitoa, jolloin oikeudenmukaisuus ei aina voinut toteutua.

Sosioekonomisen aseman nähtiin aiheuttavan epäoikeudenmukaisuutta. Vaikka julkiselle puolelle oli kaikilla yhtä hankalaa saada hoitoa, niin ne kenellä oli rahaa, pystyivät hoitamaan vaivansa yksityisellä puolella. Etenkin keikkatyöläisten ja freelancereiden sekä ikäihmisten ja sairaiden nähtiin olevan erityisen haavoittuvassa asemassa. Hoitoon pääsi vasta kun ylitti erikoissairaanhoidon kynnyksen eli aivan liian myöhään.

”... Kyllä tässä tilanteessa toiset ovat sittenkin hyvin varustetulla luksuristeilijällä ja toiset keikkuvassa kumiveneessä.” (3/37)

Hyvätuloisten näkökulmasta oikeudenmukaisuudessa olisi myös parannettavaa. Parempituloisia oltiin ohjattu yksityiselle puolelle hoitoon julkisen puolen palveluntarjoajan toimesta. He toivat kuitenkin esiin oikeutensa julkiseen terveydenhuoltoon, koska maksoivat veroja samalla tavalla kuin kaikki muutkin. Samaa perustetta käyttivät perusterveet, joiden mukaan hoitoon oli hankalaa päästä, koska moniongelmaiset ja pitkäaikais-sairaat täyttävät julkisen terveydenhuollon ajat.

lääkäiden osalta eriarvoisuutta muiden kansalaisten hoitoon nähden nähtiin hammashoidon kohdalla. Erään kirjoittajan mukaan oli kummallista, että leikkauksiin ei pääse, ellei hampaat ole hoidetut, mutta kunnollista hoitoa on julkiselta puolelta vaikea saada. Hampaaita hoidetaan joko paikkaamalla tai poistamalla, eikä keraamisia paikkoja tai implantteja ole mahdollista saada. Myös omaishoitoon liittyvät ongelmat herättivät keskustelua. Oikeudenmukaisuudessa omaishoitajien tuen suhteen nähtiin puutteita, sillä se saattoi kertomusten mukaan olla eri suuruinen lähikunnissa, vaikka olisi ollut samanlaisesta hoidosta kyse. Omaishoitajat toivat esiin myös koronaviruksen vaikutuksen saamaansa yhteydenpitoon ja tukeen, jota olisivat kaivanneet enemmän vaikeana aikana.

Keskustelua käytiin myös palliatiiviseen ja saattohoitoon liittyen, sillä niiden pelättiin toteutuvan eri tavalla hoitopaikasta riippuen. Elämän loppuvaiheen lähestyessä pidettiin tärkeänä, että hoitopaikasta tai sairaudesta riippumatta tulisi saada laadukasta ja inhimillistä hoitoa. Tuttua hoivakotia pidettiin parhaana paikkana lopun lähestyessä. Kirjoittajat näkivät kuitenkin tärkeänä, että mikäli hoitopaikassa ei ollut tarjota riittävää oireiden mukaista hoitoa ja kivunlievitystä, tuli sitä järjestää esimerkiksi kotisairaalan tuella tai siirtää vanhus sellaiseen hoitopaikkaan, jossa pystyttäisiin vastaamaan kuolevan tarpeisiin.

4.4 Valinnanvapaus

Valinnanvapaudella tarkoitetaan asiakkaan oikeutta valita tietyin perustein, kiireettömän hoidon paikkansa perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon julkista palveluntuottajista (Pekurinen ja muut, 2008, s. 20). Valinnanvapauden nähtiin toteutuvan julkisten palveluntuottajien piirissä. Kuitenkaan valinnanvapautta ei pidetty todellisena, koska valinnanvapaus koski ainoastaan julkisia palveluntuottajia. Mikäli hoidon oli aloittanut yksityisellä puolella, siirtyminen julkiselle puolelle nähtiin hankalana. Asiakkaan näkökulmasta olisi ollut toivottavaa, että hän olisi voinut olla samanaikaisesti sekä julkisen että yksityisen palveluntarjoajan asiakas. Kirjoittajien mukaan Saksassa oli paremmat mahdollisuudet valinnanvapauteen. Yksityisten palveluntarjoajien mukaanotto nähtiin olevan avainasemassa todellisen valinnanvapauden toteutumiseksi. Ratkaisuna ehdotettiin maksukorttia, jonka kautta palveluntarjoaja saisi korvauksen julkisista varoista.

*”... On murheellista, että meillä vallitseva terveystalouden logiikka perustuu potilaiden pakottamiseen palvelua tuottavan julkisen monopolin asiakkaaksi. ...”
(5/92)*

Ciasullo ja muut (2020, s. 6–7) ovat tuoneet esiin, että maissa joissa valinnanvapautta ei ole rajattu, kansalaiset ovat tyytyväisempiä perusterveydenhuoltoon. Myös terveystalouden laatua pidettiin korkeampana verrattuna maihin, joissa oli rajatummalla mahdollisuudella vapaaseen valintaan. Suomessa valinnanvapaus on moneen muuhun maahan

nähden paremmalla tasolla. Kuitenkin joissain maissa, kuten kirjoituksissa esiin nostetussa Saksassa, valinnanvapaus on pidemmälle vietyä. Aallon ja muiden (2018, s. 466–468) tutkimus tuo esiin kirjoittajien kanssa saman suuntaista viestiä koskien aitoa mahdollisuutta tehdä valintoja, sillä heidän mukaansa vain puolet perusterveydenhuollon potilaista pitää valinnanvapauden toteutumista aidosti mahdollisena.

4.5 Potilas- / asiakasturvallisuus

Asiakasturvallisuudella tarkoitetaan tavallisesti hoidon ja lääkehoidon turvallisuutta. Myös läheltä piti -tilanteiden ja haittatapahtumien raportoiminen sekä niistä oppiminen kuuluvat turvallisuuden piiriin. (Pekurinen ja muut, 2008, s. 20.) Terveyspalveluiden turvallisuudesta käytiin keskusteluja melko vähän kevään aikana. Kertomuksista löytyi kuitenkin turvallisuutta kuvaavia ilmaisuja analyysin kautta.

Eräs kirjoittaja kertoi, kuinka turvallinen olo hänellä oli ollut koko osastolla oloajan. Ringdahl ja muiden (2017, s. 5) tutkimuksen mukaan turvallisuuden tunne syntyy silloin, kun ihminen kokee tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi. Asiakkaan hoitoon osallistumisen onkin todettu lisäävän asiakasturvallisuutta (Bishop ja muut, 2015, s. 3031; Rainey ja muut, 2015, s. 396–400; Ringdahl ja muut, 2017, s. 5–7; Sahlström ja muut, 2019, s. 91). Venesojan ja muiden (2020, s. 3) mukaan potilaiden kokemaan turvallisuuden tunteeseen liittyvät tiedon antamisen ja vastaanottamisen lisäksi henkilökunnan sosiaaliset taidot, korkea osaaminen, tasa-arvoinen kohtelu sekä ympäristötekijät. Olemassa olevaan tutkimustietoon nojaten, voisi kirjoittajan positiivisesta kommentista päätellä, että ainakin hänen kohdallaan hoito oli onnistunut hyvin.

Suojavarusteiden saatavuusongelmat puolestaan aiheuttivat suurentuneen riskin COVID-19 viruksen leviämiseen henkilökunnan ja potilaiden välillä koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa, mitä voidaan pitää asiakasturvallisuuden vaarantumisenä. Asiakkaiden lisäksi vaarassa oli myös henkilökunta. Vaikka kirjoituksista ilmeni, että viruksen leviämistä yritettiin estää nimeämällä asiakkaalle oma vastuuhoitaja, tapasi asiakas silti useita hoitajia. Tämä johtui hoitajien poissaoloista, kuten sairastumisista, lomista ja

koulutuksista. Toki suojarusteita olisi käytetty, mikäli niitä vain olisi ollut saatavilla. Paradoksaalisen tilanteesta teki se, että hoidettavat asiakkaat oli eristetty koteihin turvallisuuden nojaten, mutta samanaikaisesti vaihtuvat hoitajat kävivät usean asiakkaan luona ilman asianmukaisia suojarusteita.

”... Koti- sekä ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat kuuluvat riskiryhmään. He ovat usein monisairaita ikäihmisiä. Heidät on oman turvallisuutensa takia eristetty koteihinsa. Kuitenkin hoitajien suojausten puute aiheuttaa heille merkittävän riskin sairastua. Lähikontaktia on vaikea välttää. Vaippaa ei saa vaihdettua kahden metrin etäisyydeltä. ...” (4/43)

Tiedonkulussa nähtiin myös ongelmia, mistä johtuen potilastiedot eivät aina olleet ajantaseiset tai saatavilla. Potilastietojen puuttuminen saattoi vaarantaa hoidon tai viivästyttää sitä. Tietojen puuttuminen johtui terveydenhuollossa olevista erilaisista tietojärjestelmistä, jotka eivät keskustelleet keskenään. Samanlaisia ongelmia on havainnut myös Lemetti ja muut (2019, s. 602–604) tutkimuksessaan. Kirjoitusten mukaan aina hoitava taho ei tiennyt, että asiakkaan jatkohoitoapaikassa oli käytössä erilainen järjestelmä kuin heillä. Tämän seurauksena hoitava taho ei ymmärtänyt laittaa potilaan mukaan jatkohoittoa koskevia ohjeita. Jatkohoitoapaikka ei puolestaan tiennyt, mitä asiakkaan kanssa oli edellisessä paikassa tehty, tai oliko jonkinlaista suunnitelmaa hoitolinjauksista annettu. Omakanta toimi jonkinlaisena apuna, mutta sinne tiedot päivittyivät vasta muutamien päivien kuluttua. Yhtenäistä tietokantaa kaikkien palveluntuottajien välillä pidettiin ensiarvoisen tärkeänä tiedonkulun vuoksi. Toisaalta kaikki eivät halunneet, että heidän tietonsa näkyisivät joka paikassa vaan peräänkuuluttivat yksityisyydensuojan tärkeyttä. Lisäksi tietojärjestelmien kankeus nostettiin esiin kirjoituksissa. Aina järjestelmät eivät toimineet niin kuin niiden olisi kuulunut toimia, esimerkiksi reseptien kirjoittamisessa oli ollut ongelmia. Hoitohenkilökunnan tiedettiin muutenkin olevan kiireisiä, joten tietotekniikalta odotettiin toimivuutta.

4.6 Korkeatasoinen osaaminen

Hoitotyö vaatii onnistuakseen henkilökunnalta monenlaisia taitoja ammattitaidon lisäksi. Tavoitteena on mahdollisimman korkean arvon saavuttaminen asiakkaalle. Kaiken toiminnan tulee lisäksi perustua näyttöön pohjautuvaan tietoon tai yleisesti hyväksi koettuihin käytäntöihin. (Pekurinen ja muut, 2008, s. 20.) Julkista terveydenhuoltoa pidettiin Suomessa korkeatasoisena. Kirjoituksista kävi esiin, että monien tautien suhteen oli tehty valtavasti tutkimus- ja kehitystyötä viimeisien vuosikymmenien aikana, minkä seurauksena tautien hoito oli nopeutunut ja tulokset olivat olleet hyviä. Koronakriisin nähtiin osoittaneen, että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön erityisosaamiselle, kuten päteville tehohoitajille on kova kysyntä. Myös tartuntatautien torjuntaan ja hoitoon liittyvää erikoisosaamisen tarvetta pidettiin ilmeisenä. Koulutuksen uudistamista pidettiin ratkaisuna osaamisen lisäämisessä ja vahvistamisessa.

Vaikka osaamisen koettiin olevan korkeatasoista, kirjoittajat toivat esiin myös osaamisen puutteita. Henkilökunnan osaamista epäiltiin tilanteissa, joissa asiakkaan tilanne oli arvioitu väärin. Tällaisia tilanteita oli sattunut hoidontarpeen määrittelyssä. Myös Rainey ja muut (2015, s. 400) havaitsivat tutkimuksessaan, että toisinaan hoitohenkilökunta ei tunnistanut asiakkaan tilan vakavuutta, mikä esti hoitoon pääsyn. Kirjoitusten perusteella, pieleen menneen arvioinnin seurauksena asiakkaat joutuivat sinnittelemään kotona ja odottamaan vointinsa huonontumista, minkä jälkeen he olivat hakeutuneet uudestaan joko julkiselle tai yksityiselle puolelle hoitoon. Toisinaan asiakkaat olivat joutuneet itse diagnosoimaan itsensä netin avulla ja vaatimaan sen mukaista hoitoa.

”... Päivystyksen puhelinta hoitanut tyly sairaanhoitaja kielsi tulemasta päivystykseen, koska kyse oli kuulema vain lihaskivusta. Onneksi vakavasti sairas potilas (raju keuhkokuume) jaksoi pitää päänsä, tunki itsensä päivystykseen ja päätyi samalla reissulla sairaalaan. Henki säilyi, vaikka läheltä piti. Mainittakoon, että potilas oli käynyt terveyskeskuslääkärillä pari päivää aikaisemmin, mutta ei ollut saanut riittävää hoitoa. ...” (3/6)

Monesti korkeatasoisessa osaamisessa keskitytään tietyn sairauden hoitoon. Näin on esimerkiksi erikoissairaanhoidossa, jossa asiakkaita hoidetaan erikoisaloittain. Spesifisen osaamisen tunnustivat myös kirjoittajat. Eräs kirjoittajista kertoi huomanneensa puutteita hoitokodin kivunhoidossa. Hän kertoi äitinsä kuolemaa edeltäneet viimeiset kuusi päivää olleen todella tuskaisia. Kirjoittaja uskoi ainoastaan saattohoitoon erikoistuneiden lääkäreiden ja hoitajien olevan riittävän perehtyneitä kuolevan potilaan hoitoon ja asianmukaiseen kipujen lievittämiseen. Samantapainen tilanne toistui toisenkin kirjoittajan tarinassa, jossa kirjoittajan kuoleva omainen ei ollut saanut riittävästi kivunhoitoa. Vuorossa oli viikonlopun aikana ollut liian kokematon henkilökunta, joka ei ollut uskaltanut aloittaa lääkärin määräämää kivunhoitoa. Gustafssonin ja muiden (2020, s. 396) sekä Ängerudin ja muiden (2018, s. 351) mukaan asiakkaat ja heidän läheisensä tunnistavat hoidon puutteet. Tästä syystä asiakkaiden ja heidän läheistensä havaintoja tulisikin ottaa mukaan hoidon laadun kehittämiseen.

Kirjoituksista nousi esiin myös virheitä, joista kuvastui huolimattomuus. Yhden kirjoittajan mukaan lääkäri oli kirjannut virheellisesti hänen oireensa ja niiden keston omakantaan. Palveluntuottaja oli myöntänyt väärinkirjauksensa ja oikaisupyynnön jälkeen tiedot oli muutettu. Samaisen kirjoittajan kohdalla oli sattunut toinenkin huolimattomuusvirhe. Nimittäin hänen antamansa virtsanäyte oli jäänyt lähettämättä tutkittavaksi, ja näyte seisoisi muiden potilaiden näytteiden kanssa näytteenanto wc:ssä vielä seuraavanakin päivänä. Tässä kertomuksessa palvelu ei ollut ollut kovinkaan luotettavaa, sillä luvattuja palveluita ei oltu kyetty suorittamaan (ks. Parasuraman ja muut, 1998, s. 23).

4.7 Vaikuttavuus

Terveystieteiden toiminnan tulee olla vaikuttavaa eli lisätä ihmisten hyvinvointia ja terveyttä mahdollisimman paljon (Pekurinen ja muut, 2008, s. 20). Useampi onnistunut kertomus kuvasi hoidon vaikuttavuutta tarinan kautta. Tarinoilla oli onnellinen loppu. Hoito oli ollut vaikuttavaa, sillä kertoja oli saanut vaivaansa hoidon ja hän oli siitä erittäin tyytyväinen. Erityisesti koronaan liittyvää hoitoa pidettiin erityisen onnistuneena Suomessa

moneen muuhun maahan verrattuna. Alla erään kirjoittajan kertomus koronainfektion hoidosta.

”... Tullessani osastolle sain välittömästi tarvittavaa hoitoa. Seuraavana päivänä ilmeni, että tarvitsen tehohoitoa. Maanantaina minut nukutettiin teho-osastolla ja laitettiin hengityskoneeseen. Minua valvottiin yötä päivää. Tämä tila kesti kaksi viikkoa. Tänä aikana minulle suoritettiin kaikki tarvittavat testit sekä lääketieteelliset arvioinnit. Kun olin tarpeeksi vahva, minut siirrettiin takaisin keuhko-osastolle numero viisi. Tämän viikon tiistaina pääsin vihdoinkin kotiin. Vielä väsyneenä ja heikkona, mutta hyvällä mielellä. Sairaalassa ollessani omaiseni saivat jatkuvasti päivityksiä tilastani ja saattoivat seurata edistymistäni. Olen ikuisesti kiitollinen henkilökunnalle, joka hoiti minua.” (4/44)

Kaikkien sairauksien hoitoa ei kuitenkaan pidetty vaikuttavana. Paljon kommentointeja keränneet aiheet olivat masennuksen ja skitsofreniaa sairastavien potilaiden hoito. Masennuksen hoidon kulmakivenä pidettiin oikean terapeutin löytymistä ja pitkää hoitosuhdetta. Tämä ei kuitenkaan ollut kirjoittajien mukaan mahdollista julkisella puolella, koska Kela mahdollisti vain tietyn ajanjakson mittaisia hoitosuhteita. Julkisen puolen ongelmana nähtiin myös lääkäreiden alituinen vaihtuminen, jolloin asiakas joutui aloittamaan oman tarinansa kertomisen aina alusta, eikä parantumisessa siten tapahtunut edistymistä. Lääkityksestä ei nähty olevan juurikaan apua. Skitsofreniaa pidettiin erityisen vaikeasti hoidettavana sairautena ja sen tiedettiin johtavan jopa ennenaikaiseen kuolemaan. Kirjoittajat toivat esiin, ettei skitsofreniaa sairastavien potilaiden elämäntapaohjaus ollut tarpeeksi vaikuttavaa, sillä moni sairastunut oli huomattavan ylipainoinen. Lääkityksen, liikkumattomuuden sekä yksipuolisen ravitsemuksen katsottiin aiheuttavan painonnousua, mihin kuitenkin voitaisiin vaikuttaa ohjauksella. Skitsofreniasta kirjoittajat kertoivat omaisena olemisen tuskasta, kun tarpeeksi vaikuttavaa hoitoa ei oltu löydetty. Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto herätti laajemminkin keskustelua. Varhaisessa vaiheessa tehtävää terveysneuvontaa pidettiin erittäin tärkeänä, jotta vakavimmilta sairauksilta voitaisiin välttyä. Ongelmaksi koettiin, ettei ennaltaehkäisevää työtä tehty tarpeeksi eikä se

ollut riittävän vaikuttavaa. Ennaltaehkäisevän työn nähtiin tuovan pitkällä aikavälillä paljon säästöjä, vaikkakin lyhyellä aikavälillä aiheutuu kustannuksia.

4.8 Ympäristö

Parasuramanin ja muiden (1998, s. 23) mukaan ympäristö sisältää toimitilojen, laitteiden, henkilökunnan ja viestintämateriaalien vaikutelman. Ympäristön vaikutus terveystaloiden laadun osa-tekijänä näkyi kirjoituksissa kaikista vähäisimpänä. Yhdessä kirjoituksessa kävi ilmi, että päivystyksen vessat olivat olleet epäsiistit ja vessojen käsisuihkut olivat olleet rikki. Hoitovälineiden puute tuli lisäksi esiin toisessa kirjoituksessa, missä todettiin, ettei kaikissa paikoissa ollut hoitovälineitä kuin perushoitoon.

Koronavirus pandemia vaikutti hoitoympäristöön myös siten, että kasvavien potilasmäärien vuoksi osastot, joita ei oltu alun perin suunniteltu tartuntariskejä aiheuttavien potilaiden hoitoon, muutettiin COVID-19 osastoiksi. Täten tilat eivät voineet olla täysin tarkoituksen mukaisia. Aiheesta ei kuitenkaan käyty sen enempää keskustelua.

4.9 Sosiaaliset tarpeet

Sosiaalisilla tarpeilla tarkoitetaan vierailuoikeutta, uskonnon harjoittamisen mahdollisuutta sekä psyykkisen hyvinvoinnin huomioimista ja tuen tarjoamista. Erilaisten tiedotusvälineiden käyttömahdollisuudet kuuluvat myös sosiaalisiin tarpeisiin. (Tille ja muut, 2019, s. 162.) Kevään 2020 aikana sosiaaliset tarpeet tulivat hyvin esiin aineistosta. Koronaviruksen vuoksi useimmissa sairaaloissa ja muissa laitoksissa vierailumahdollisuuksia rajattiin ja jopa evättiin kokonaan. Vaikka jokaisella oli ymmärrys rajoitusten syystä, niin siitä huolimatta aihe huolestutti monia.

Synnyttäjät toivat esiin huolensa tuen puuttumisesta synnytyksen jälkeen sekä varhaisen vuorovaikutuksen kehittymisen viivästyisestä puolison ja pienokaisen välille. Vaikka tukihenkilö saikin tulla synnytyssaliin, tuntui monesta odottajasta ikävältä, että syntymän jälkeen tukihenkilö näkisi perheen vasta kotiutumishetkellä. Vanhusten omaiset olivat

puolestaan harmissaan, koska eivät päässet tapaamaan läheisiään. Jossain tapauksissa aviopuolisot olivat joutuneet toisistaan eroon, koska kotona asuva puoliso ei saanut vierailla laitoksessa asuvan rakkaansa luona. Kirjoituksista kävi ilmi, etteivät kaikki vanhukset pystyneet enää keskustelemaan puhelimitse, mutta kasvotusten kommunikointi olisi vielä onnistunut. Täten vierailuoikeuden poistaminen katkaisi yhteyden kokonaan läheisiin. Yksinäisyys kohtasi iäkkäät ihmiset laitoksissa, eivätkä omaiset voineet vaikuttaa asiaan mitenkään. Eräs kirjoittajista jopa kertoi, etteivät he olleet päässet tapaamaan kuolevaa äitiään rajoitusten ja saattohoitopäätöksen puuttumisen vuoksi.

”Äitimme kuoli yllättäen keskellä poikkeustilaa. Saattohoitopäätöstä ei ehditty tehdä, joten emme voineet vierailla sairaalassa. Koronaepäilyn takia hän vietti viimeiset päivensä yksin karanteenissa hoitajien suorittaessa vain pakolliset toimenpiteet. ...” (4/40)

Tarinasta kuvastuu yksinäisyys siinä, ettei perhe päässyt vierailemaan omaisensa luona, mutta myös siinä, etteivät hoitajatkaan voineet viettää aikaa kuolevan vierellä koronaepäilyn vuoksi. Useampi kirjoittaja vaatikin vierailurajoitusten höllentämistä. Ratkaisuksi ehdotettiin, että jokaista laitoksessa asuvaa kohden tulisi sallia edes yksi vierailuoikeus. Suurempana uhkana nähtiin hoitajien mahdollisuus tartuttaa koronavirus hoitokodin asukkaaseen kuin, että omainen olisi sen sinne tuonut. Eräs kirjoittaja toi esiin, että on jopa yhdentekevää kuoleeko omainen koronavirukseen, keuhkokuumeeseen tai kausi-influenssaan. Merkityksellisempää on, että kuoleva saisi kokea elämänsä viimeisinä viikkoina tai päivinä huolenpitoa ja läheisyyttä.

Pyykkisen tuen tarjoamisessa koettiin myös puutteita. Useampi kirjoitus koski äkillisten ja yllättävien tapahtumien jälkeistä hoitoa. Kirjoituksissa kerrottiin, että teknisesti hoito oli ollut hyvää, mutta asiakkaiden henkisen puolen tukeminen oli jäänyt vajaaksi. Kirjoittajat olisivat kaivanneet keskusteluavun tarjoamista hoitavalta taholta, koska eivät sitä siinä tilanteessa osanneet vielä itse pyytää.

”... Lapsellamme todettiin synnytyksessä yllättäen moninaisia epämuodostumia. Synnytyssairaalassa luonamme kävi huulihalkioon liittyen hoitaja ja kirurgeja keskustelemassa tulevasta, mutta emme ehtineet vielä sisäistää asiaa. Mielessä myllersivät pettymys ja siitä syntyvä häpeä sekä tulevat lisädiagnoosit. Häpeä vaikeutti oma-aloitteista tunteista keskustelua myöhemminkin, ja avun etsiminen jäi ...nyt ajateltuna olisin erityisesti kaivannut tunteiden käsittelyä ammattilaisen kanssa, edes kerran.” (8/43)

Hoitajilta erityisesti odotettiin enemmän myötätuntoa ja lohtua. Empaattisuus olisi auttanut merkittävästi enemmän tai vähemmän vakavissa hoitotilanteissa. Kuitenkin hyviäkin kokemuksia sairaalassa olosta tuotiin esiin. Eräs kirjoittajista kertoi, että hänen omaisensa olivat saaneet jatkuvasti päivityksiä hänen tilastaan, minkä ansiosta he olivat voineet seurata hänen vointinsa edistymistä.

5 Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä luvussa tarkastelen tutkimukseni keskeisimpiä tuloksia johtopäätöksiä muodossa. Pohdinnassa käyn läpi tutkimuksen vaiheita luotettavuuden näkökulmista. Lopuksi esitän vielä jatkotutkimusehdotuksen.

5.1 Johtopäätökset

Kevään ja kesän 2020 aikana Helsingin Sanomien mielipidekirjoitukset ja niiden yhteydessä käydyt keskustelut käsittelivät terveyspalveluiden laadun osa-alueita kirjoittajien näkökulmista. Määrällisesti eniten (71 %) kirjoitettiin saatavuudesta, osaamisesta sekä asiakaskeskeisyydestä. Kirjoitukset kuvasivat selkeästi terveyspalveluiden käyttäjien tarvetta tulla kuulluksi ja nähdyksi asioidessaan terveydenhuollon palveluissa. Merkityksellisenä pidettiin asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaista tarkastelua ja sen pohjalta hoitosuunnitelman tekoa ilman kiireen tuntua. Kirjoittajat toivat esiin, että asiakkaiden ja työntekijöiden näkemykset hyvästä hoidosta saattavat vaihdella, mistä syystä asiakkaan kuulemista ja osallistamista pidettiin tärkeänä. Myös perheenjäsenien huomioimista pidettiin arvokkaana.

Koronapandemian nähtiin vaikeuttaneen hoitoon pääsyä hyvin merkittävästi tarkastelujakson aikana. Perusterveydenhuoltoon ja suunterveydenhuoltoon oli hankalaa päästä. Erityisesti heikompiosaiten kohtalo huolestutti monia kirjoittajia, sillä pandemian nähtiin heikentäneen heidän palvelujen saantia eniten. Etäpalveluiden nähtiin helpottaneen palveluiden saatavuutta, vaikkei ne kaikissa tilanteissa olleetkaan toimineet toivotulla tavalla. Hoidon saatavuusongelmien vuoksi osa kirjoittajista kertoi käyttävänsä terveydenhuollon palveluja tahallisesti väärin, esimerkiksi soittamalla hätäkeskukseen tai menemällä päivystykseen, vaikkei akuuttia tarvetta kyseisille palveluille ollutkaan. Palveluiden väärinkäyttö on huolestuttavaa, sillä se saattaa viivästyttää oikeasti kiireellistä hoitoa tarvitsevan avunsaantia. Lisäksi suojarusteiden ja testauskapasiteetin riittävästä käytiin kiivasta keskustelua.

Osaamista pidettiin korkeatasoisena, mutta kirjoittajat toivat esiin myös havaitsemiaan osaamisen puutteita. Hoidontarpeen määrittelyssä ei oltu aina onnistuttu kirjoittajien mukaan, vaan hoitoon oli pitänyt hakeutua useampaan otteeseen tai mennä jopa yksityiselle palveluntuottajalla. Toisaalta asiakkaan hakeutuessa hoitoon saattaa olla, ettei tilanne vaadi vielä toimenpiteitä. Myöhemmin tilanne voi olla edennyt niin, että vaiva on jo havaittavissa selkeämmin, jolloin sitä voidaan myös hoitaa. Tämän kaltaisessa tilanteessa olisi toki tärkeää, että asiantuntija kertoisi selkeästi syyt hoitoon pääsyn eväämisestä ja ohjeet, miten toimia, jos asiakkaan vointi huononee. Toinen osaamiseen liittyvä aihe koski kivunhoidon osaamista. Useammassa keskustelussa tuotiin esille, ettei omaisten näkökulmasta kivunhoito ollut toteutunut kuolleen läheisen kohdalla. Riittävä kivunhoito on oleellinen osa saattohoitoa ja sen toteutuminen jokaisen kuolevan oikeus.

Seuraavaksi eniten (19 %) kirjoitettiin oikeudenmukaisuudesta, vaikuttavuudesta, sosiaalisista tarpeista ja asiakasturvallisuudesta. Kirjoittajat toivat esiin aluekohtaiset erot hoitoon pääsyssä, mistä syystä samanlaisessa tilanteessa olevat asiakkaat eivät päässet yhdenmukaisesti hoitoon. Suojavarusteiden puute aiheutti myös epäoikeudenmukaisuutta eri hoitopaikkojen välillä, koska toisissa paikoissa niitä oli ja toisissa ei. Lisäksi koronatestaukseen pääsyn hankaluudet aiheuttivat epäoikeudenmukaisuutta, sillä positiivisen testituloksen saaneet saivat yleisvaarallisen tartuntataudin tutkimuksen, hoidon ja siihen määrättyt mahdolliset lääkkeet ilmaiseksi. Kun taas koronan sairastaneet, testamattomat, joutuivat maksamaan itse mahdolliset kulunsa.

Koronapandemian hoitoa pidettiin onnistuneena ja kirjoituksista kuvastui ylpeys terveydenhuoltoa kohtaan. Kuitenkin mielenterveyshäiriöiden hoidon ja terveysneuvonnan katsottiin olevan tehotonta. Pandemian nähtiin rajoittaneen suuresti sosiaalista kanssakäymistä, tapaamisrajoitusten estäessä vierailut sairaaloissa ja hoitolaitoksissa. Rajoitusten seurauksena jotkut joutuivat kohtaamaan kuoleman yksin, ilman läheisten tai henkilökunnan läsnäoloa. Vaikka rajoituksilla pyrittiin suojelemaan laitoksissa olevia, on silti hyvin epäinhimillistä jättää kuoleva ihminen yksin. Myös psyykkisen tuen tarve nostettiin esiin, sillä useampi kirjoittaja koki jääneensä yksin rankan kokemuksen jälkeen eikä heille

oltu tarjottu tukea tapahtumien käsittelyyn. Tuen tarve olisikin hyvä selvittää sekä kertoa keskusteluavun mahdollisuudesta. Turvallisuus nousi esiin suojarahustepulan aiheuttassa henkilökunnan ja asiakkaat tartuntavaaraan. Lisäksi turvallisuusuhkana nähtiin lukuisat erilaiset tietojärjestelmät, joiden välillä tieto ei kulkenut.

Valinnanvapaudesta ja ympäristöstä keskusteltiin määrillisesti kaikkein vähiten (3 %). Valinnanvapautta ei pidetty todellisena ja onkin totta, että Suomessa valinnanvapaus on rajoitettu julkisiin palvelun tuottajiin. Ympäristöä koskien nostettiin esiin epäsiisteys, rikkäiset käsisuihkut ja hoitovälinen puute. Tavallisten osastojen muuttaminen COVID-19 osastoiksi nähtiin vaikuttaneen hoitoympäristöön niin, ettei osasto ehkä täyttänyt kaikkia tartuntavaarallisen osaston piirteitä.

Kuten Helsingin Sanomien mielipidekirjoittajilla ja keskusteluihin osaa ottaneilla kommentoijilla, niin myös terveyspalveluiden asiakkailla on hyvin erilaisia arvoja. Arvot vaikuttavat puolestaan siihen, mitä terveyspalveluilta odotamme (Pekurinen ja muut, 2008, s. 19). Terveystenhoillon tavoite tulisikin olla mahdollisimman korkean arvon saavuttaminen asiakkaalle (Porter, 2010, s. 2478). Palveluperusteisen arvonluonnin ja julkisen palvelun logiikan mukaan arvot tulisi määrittää yhdessä asiakkaiden kanssa, jotta palvelut tukisivat asiakkaita heidän omien tavoitteiden saavuttamisessa asiakkaille merkityksellisillä tavoilla (Grönroos, 2019, s. 778; Osborne, 2018, s. 228; Vargo & Lusch, 2004, s. 6). Tämän tutkimuksen tulokset korostavat asiakkaan huomioimisen ja osallistamisen tärkeyttä. Ihmiset ovat kiinnostuneita ja haluavat osallistua sekä omaan että läheistensä hoitoon.

5.2 Pohdinta ja luotettavuuden tarkastelu

Laadullinen tutkimus tuottaa osuvaa, ymmärrystä lisäävää ja hyödyllistä tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Sen tehtävänä on kuvastaa tutkittavien käsityksiä sekä heidän kokemusmaailmaansa mahdollisimman hyvin. (Juuti & Puusa, 2020, s. 180.) Tutkimukseni tuki aikaisempia tutkimustuloksia monelta osalta hyvin. Lisäksi uskon tutkimuksen antaneen lisäarvoa terveyspalveluiden käyttäjien näkemyksistä koronapandemian ajalta. Kyseessä

on laadullinen tutkimus, jolloin tuloksia ei voi suoranaisesti yleistää. Tutkimustulokset kuitenkin kuvaavat koronapandemian aikana käytyjä keskusteluja ja niistä esiin nostettuja epäkohtia. Ajattelen kertomuksien kuvaavan kirjoittajille todellisia tapahtumia, ja niissä on nähtävissä kirjoittajien arvot ja asenteet. (Juuti & Pusa, 2020, s. 179.)

Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkitaan oikeita asioita. Mitataan siis sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 231; Kananen, 2017, s. 175.) Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää, miten terveyspalveluiden laatu ilmenee suomalaisien kertomuksissa COVID-19-pandemian aikana. Tähän kysymykseen olen vastannut teoriaan ohjaavan sisällönanalyysin kautta. Olen pyrkinyt lisäämään tutkimuksen luotettavuutta kertomalla mahdollisimman tarkasti tutkimuksen vaiheista ja perustelemalla tekemiäni valinnat kappaleessa 3. Tulosten esittelyn tueksi olen ottanut mukaan suoria lainauksia kirjoituksista. Vaikka yksittäiset sitaattit eivät sellaisenaan todistakaan vielä mitään, on niillä dokumentoiva merkitys. Lisäksi sitaattit auttavat päättelyketjujen ja seurattavuuden tulkinnan tukemisessa. (Juuti & Pusa, 2020, s. 176–177.)

Odotin ennalta, että kirjoitukset olisivat sisältäneet vielä enemmän kertomuksia ja tarinoita todellisista terveydenhuollossa sattuneista tilanteista. Keskustelua käytiin kuitenkin hyvin paljon sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä yhteiskunnallisella tasolla. Monella kirjoittajalla oli mielipide siitä, miten terveyspalvelut tulisi järjestää, jotta ne toimisivat ja vastaisivat kansalaisten tarpeisiin paremmin. Tämän kaltaiset kirjoitukset käsitelivät usein hoitoon pääsyn ongelmia, mikä näkyikin runsaana saatavuuden (37 %) ympärillä käytynä keskusteluna analyysissäni.

Teoriaohjaava menetelmä sopi siinä mielessä hyvin tämän tutkimuksen analyysimenetelmäksi, että se auttoi löytämään kirjoituksista laadun osa-alueita, jotka muuten olisi ehkä voinut olla vaikeaa havaita. Aineistosta teki hankalan se, ettei tarkentavia kysymyksiä voinut tehdä, koska kirjoitukset olivat jo olemassa olevia mielipiteitä ja kommentointeja. Ongelmallista oli myös kirjoitusten valitseminen, koska toisinaan oli hyvin haastavaa nähdä, käsitteikö teksti terveyspalveluiden laatua, vai puhuttiinko siinä kuitenkin jostain

muusta. Raja oli toisinaan hyvin häälyvä. Useat kirjoitukset käsittelivät jotain tiettyä aihetta, joita tulkitsin teorian kautta. Narratiiviselle tutkimukselle onkin tyypillistä, että samasta aineistosta voi tehdä useita tulkintoja (Juuti & Pusa, 2020, s. 180). Joku toinen voisi siis analysoida aineistoa toisenlaisen menetelmän kautta ja tehdä erilaisen tulkinnan siitä. Uskon kuitenkin, että mikäli joku toinen tarkastelisi kerättyä aineistoa teoriaan pohjautuvan taulukon kautta (Taulukko 1), voisi lopputulos olla jokseenkin samanlainen. Täten siis reliabelius eli tulosten toistettavuus voisi toteutua melko hyvin (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 231; Kananen, 2017, s. 175). Tämä kuitenkin edellyttäisi kaikkien samojen ratkaisujen tekoa, joten todennäköisempää on, että toisen henkilön tekemä tulkinta pikemminkin rikastuttaisi ja toisi jotain uutta esille aineistosta.

Tutkimuksen eettisyydellä tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön keskeisten lähtökohtien noudattamista. Olen pyrkinyt toteuttamaan tutkimuksen huolellisesti, tarkasti ja rehellisesti. Muiden töiden ja saavutusten esiintuomisessa, olen noudattanut erityistä huolellisuutta. Tutkimuslupaa tai rahoitusta ei tässä tutkimuksessa tarvittu, sillä aineisto kerättiin verkkojulkaisusta, mikä oli jo olemassa. (TENK, 2012.)

Jatkossa Helsingin Sanomien mielipidekirjoituksia ja niiden yhteydessä käytyjä keskusteluja voisi tutkia puhujapositioiden kautta. Puhujaposiitiolla tarkoitetaan tietynlaista puhetaapaa, josta käsin verkkokeskustelija muodostaa puheenvuoronsa (Kokkola ja muut, 2020, s. 262). Positiot ovat tilanteisia ja vaihtuvia (Juhila, 2016, s. 332). Puheenvuoro voisi sisältää erilaisia puhujapositioita, jolloin puhujalla on käytössä eri positioiden retoriset keino- ja argumentaatiovalikoimat (Ainiala ja muut, 2020, s. 18; Kokkola ja muut, 2020, s. 262). Puhujapositioita tarkasteltaessa keskitytään tekstin merkitysisällön sekä kirjoittajan pyrkimyksen ymmärtämiseen. Taustalla vaikuttavien arvojen tunnistaminen auttaa ymmärtämään positiota. (Kokkola ja muut, 2020, s. 262–263.) Puhujapositioiden analysointi voisi siis lisätä ymmärrystä terveyspalveluja käyttävistä asiakkaista, heidän pyrkimyksistään ja arvoistaan. Tulosten avulla terveyspalveluita voitaisiin kehittää entisestään asiakaslähtöisempään suuntaan.

Lähteet

- Aalto, A., Elovainio, M., Tynkkynen, L., Reissell, E., Vehko, T., Chydenius, M. & Sinervo, T. (2018). What patients think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland. *Scandinavian Journal of public health*, 46(4), 463–470. <https://doi.org/10.1177/1403494817731488>
- Ainiala, T., Räisä, T. & Sjöblom, P. (2020). Mediakeskustelun välittämä Tampereen yliopiston nimervalintaprosessi osallistujien roolien, positoiden ja argumenttien valossa. *Puhe ja kieli* 40(1), 1–22. <https://doi.org/10.23997/pk.95494>
- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0* (4. uudistettu painos). Vastapaino.
- Anttila, J. & Jussila, K. (2016, 15. helmikuuta). *Mitä laatu on?* Suomen standardisoimisliitto SFS Ry. Noudettu 2020-10-22 osoitteesta <https://sfs.fi/mita-laatu-on/>
- Attree, M. (1996). Towards a conceptual model of ‘Quality Care.’ *International Journal of Nursing Studies*, 33(1), 13–28. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(95\)00049-6](https://doi.org/10.1016/0020-7489(95)00049-6)
- Berwick, D. & Fox, D. M. (2016). “Evaluating the Quality of Medical Care”: Donabedian’s Classic Article 50 Years Later. *Milbank Quarterly*, 94(2), 237–241. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12189>
- Bishop, A., Baker, R., Boyle, T., & MacKinnon, N. (2015). Using the health belief model to explain patient involvement in patient safety. *Health Expectation*, 18(6), 3019–3033. <https://doi.org/10.1111/hex.12286>
- Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *British Medical Journal*, 346(7896), 1-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>
- Bliss, K. (2020). Building a Culture of Safety and Quality: The Paradox of Measurement. *Nursing Economic*, 38(4), 178–184. Noudettu 2020-10-02 osoitteesta <https://search-proquest-com.proxy.uwasa.fi/scholarly-journals/building-culture-safety-quality-paradox/docview/2437192701/se-2?accountid=14797>
- Burstin, H., Leatherman, S. J. & Goldmann, D. (2016). The evolution of healthcare quality measurement in the United States. *Journal of Internal Medicine*, 279(2), 154–159. <https://doi.org/10.1111/joim.12471>
- Casu, G., Gremigni, P. & Sommaruga, M. (2019). The Patient-Professional Interaction Questionnaire (PPIQ) to assess patient centered care from the patient’s

- perspective. *Patient education and counseling*, 102(1), 126-133.
<https://doi:10.1016/j.pec.2018.08.006>
- Catania, G., Zanini, M., Hayter, M., Timmins, F., Dasso, N., Ottonello, G., Aleo, G., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2020). Lessons from Italian front-line nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study. *Journal of Nursing Management*, 1–8. <https://doi.org/10.1111/jonm.13194>
- Ciasullo, M. V., Manna, R., Cavallone, M. & Palumbo, R. (2020). Envisioning the future of health systems: Exploratory insights from European countries. *Futures : the journal of policy, planning and futures studies*, 121, 1-12.
<https://doi.org/10.1016/j.futures.2020.102585>
- Gustafsson, N., Leino-Kilpi, H., Prga, I., Suhonen, R. & Stolt, M. (2020). Missed Care from the Patient's Perspective - A Scoping Review. *Patient preference and adherence*, 14, 383-400. <https://doi:10.2147/PPA.S238024>
- Cruickshank, M., & Shaban, R. Z. (2020). COVID-19: Lessons to be learnt from a once-in-a-century global pandemic. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21–22), 3901–3904.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15365>
- Darby, C., Valentine, N., Murray, C. & de Silva, A. (2000). *Strategy on measuring responsiveness*. World Health Organization (WHO). Noudettu 2021-01- 23 osoitteesta https://www.researchgate.net/publication/268295796_World_Health_Organization_WHO_Strategy_on_Measuring_Responsiveness
- Dawson, J., Doll, H., Fitzpatrick, R., Jenkinson, C. & Carr, A.J. (2010). The routine use of patient reported outcome measures in healthcare settings. *BMJ*, 340:c186.
<https://doi:10.1136/bmj.c186>
- Derose, S. F., Schuster, M. A., Fielding, J. E., & Asch, S. M. (2002). Public health quality measurement: concepts and challenges. *Annual Review of Public Health*, 23 (1), 1–21. <https://doi:10.1146/annurev.publhealth.23.092601.095644>
- Deshpande, P., Rajan, S., Sudeepthi, B. & Abdul Nazir, C. (2011). Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. *Perspectives in Clinical Research*, 2(4), 137-144. <https://doi:10.4103/2229-3485.86879>

- Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Quality & Safety*, 21(10), 876–884. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000760>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–206. <https://doi:10.2307/3348969>
- Donabedian, A. (1989). The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *The Milbank Quarterly*, 67(2), 233–256. <https://doi.10.2307/3350139>
- Eloranta, S., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2008). Potilas kirurgisen hoidon laadun arviointisijana. *Hoitotiede*, 20(3), 115–125.
- ETENE (2020). *COVID-19-epidemian eettinen arviointi*. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelulautakunta ETENE. Sosiaali ja terveysministeriö, julkaisu 47, 1-91. Noudettu 2020-12-17 osoitteesta <https://etene.fi/-/etenen-uusi-julkaisu-covid-19-epidemian-eettinen-arviointi>
- Gao, X., Jiang, L., Hu, Y., Li, L., & Hou, L. (2020). Nurses' experiences regarding shift patterns in isolation wards during the COVID-19 pandemic in China: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(21–22), 4270–4280. <https://doi.org/10.1111/jocn.15464>
- Glickman, S.W., Boulding, W., Manary, M., Staelin, R., Roe, M.T., Wolosin, R.J., Ohman, E.M., Peterson, E.D. & Schulman, K.A. (2010). Patient Satisfaction and Its Relationship With Clinical Quality and Inpatient Mortality in Acute Myocardial Infarction. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 3(2), 188-195. <https://doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.109.900597>
- Grøndahl, V. A., Karlsson, I., Hall-Lord, M. L., Appelgren, J. & Wilde-Larsson, B. (2011). Quality of care from patients' perspective: Impact of the combination of person-related and external objective care conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2540-2551. <https://doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03810.x>
- Grönroos, C. (1998). *Nyt kilpaillaan palveluilla*. WSOY.

- Grönroos, C. (2019). Reforming public services: Does service logic have anything to offer? *Public Management Review*, 21(5), 775-788. <https://doi.org/10.1080/14719037.2018.1529879>
- Grönroos, C., & Tillman, M. (2015). *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. Talentum.
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization* 95(5), 368–374. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179309>
- Hautaviita, P., Koivula, U-M., & Laaksonen, H. (2020). Laatu ja vaikuttavuus. Teoksessa H. Laaksonen, H. Laitinen & H. Hiilamo (toim.), *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä* (s. 74–109). Sanoma Pro Oy.
- Helsingin Sanomat. (2020, 2. helmikuuta). *Artikkelien kommentointiohjeet*. Noudettu 2020-10-16 osoitteesta <https://www.hs.fi/kommentit/art-2000006396703.html>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Tammi.
- Honkatukia, J., Härmä, V., Jormanainen, V., Kestilä, L., & Rissanen, P. (2020, 18. marras-kuuta). Koronavirus- Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen - THL:n seurantaraportti, viikot 45-46/2020. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, s. 1-12. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020052038462>
- Hung, K.-Y., & Jerng, J.-S. (2014). Time to have a paradigm shift in health care quality measurement. *Journal of the Formosan Medical Association*, 113(10), 673–679. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2014.06.003>
- Huotari, P. & Havrdová, Z. (2016). Stakeholders' roles and responsibilities regarding quality of care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29(8), 864-876. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2015-0070>
- Hökkä, M., Martins Pereira, S., Pölkki, T., Kyngäs, H. & Hernández-Marrero, P. (2020). Nursing competencies across different levels of palliative care provision: A systematic integrative review with thematic synthesis. *Palliative Medicine*, 34(7), 851-870. <https://doi.org/10.1177/0269216320918798>
- Jarrar, M., Minai, M. S., Al-Bsheish, M., Meri, A., & Jaber, M. (2019). Hospital nurse shift length, patient-centered care, and the perceived quality and patient safety. *The*

- International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 387–396.
<https://doi.org/10.1002/hpm.2656>
- Jonsson, P.M. (2019). Kansallisten laaturekisterien tarve ja niistä odotettavat hyödyt. Teoksessa P.M. Jonsson, S. Pikkujämsä & P-L. Heliö (toim.), *Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa - Toimintamalli, organisointi ja rahoitus* (21-30).
 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi//URN:ISBN:978-952-343-420-2>
- Jonsson, P.M., Vuori, A., Pikkujämsä, S., Kekkonen, R., Ketola, E., Luoto, E., Parhiala, K., Rissanen P. & Heiliö P-L. (2019). Kansallisten laaturekisterien rahoitus, organisointi ja ohjaus – THL:n ehdotus. Teoksessa P.M. Jonsson, S. Pikkujämsä & P-L. Heliö (toim.), *Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa - Toimintamalli, organisointi ja rahoitus* (151-164).
 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi//URN:ISBN:978-952-343-420-2>
- Juhila, K. (2016). Tutkijan positiot. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen, *Diskursiivianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö* (s. 332–359). Vastapaino.
- Kananen, J. (2015). *Opinnäytetyön kirjoittajan opas : näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. (2017). *Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karlsson, J., Eriksson, T., Lindahl, B. & Fridh, I. (2019). The Patient's Situation During In-hospital Intensive Care Unit-to-Unit Transfers: A Hermeneutical Observational Study. *Qualitative health research*, 29(12), 1687-1698.
<https://doi:10.1177/1049732319831664>
- Klein, M. W., Malone, M. F., Bennis, W. G., & Berkowitz, N. H. (1961). Problems of Measuring Patient Care in the Out-Patient Department. *Journal of Health and Human Behavior*, 2(2), 138–144. <https://doi.org/10.2307/2948811>
- Koivuranta, P. (toim.) (2019). *Terveidenhuollon laatuopas* (2. uudistettu painos). Suomen Kuntaliitto. Noudettu 2020-11-28 osoitteesta <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1996-terveydenhuollon-laatuopas>
- Kokkola, J., Kankaanpää, V. & Raunio, S. (2020). ”Radioaktiivinen vegaani” – puhujaposi-tioiden arvo dialogisessa kohtaamisessa. Teoksessa H. Jalonen, H. Helander & L.

- Mäkelä (toim.), *Arvostustalous : kuinka arvostus rakennetaan ja rakentuu digiyhteiskunnassa* (s. 259-292). Vastapaino.
- Koskinen, I., Alasuutari, P., & Tuomo, P. (2005). *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Vastapaino.
- Kremers, M. N. T., Zaalberg, T., Van Den Ende, E. S., Van Beneden, M., Holleman, F., Nanayakkara, P. W. B., & Haak, H. R. (2019). Patient's perspective on improving the quality of acute medical care. *BMJ Open Quality*, 8(3), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000736>
- Kvist, T., Kinnunen, J., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2006). Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede*, 18(3), 107–119.
- Langendam, M. W., Piggott, T., Nothacker, M., Agarwal, A., Armstrong, D., Baldeh, T., Braithwaite, J., Castro Martins, C., Darzi, A., Etxeandia, I., Florez, I., Hoving, J., Karam, S. G., Kötter, T., Meerpohl, J. J., Mustafa, R. A., Muti-Schünemann, G. E. U., van der Wees, P. J., Follmann, M., & Schünemann, H. J. (2020). Approaches of integrating the development of guidelines and quality indicators: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05665-w>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. (1992/785) Edita Publishing Oy. Noudettu 2020-10-27 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559). Edita Publishing Oy. Noudettu 2020-10-27 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Larson, J. S., & Muller, A. (2002). Managing the Quality of Health Care. *Journal of Health & Human Services Administration*, 25(3), 261–280.
- Leino-Kilpi, H., Gröndahl, W., Katajisto, J., Nurminen, M. & Suhonen, R. (2016). Participation of family members and quality of patient care – the perspective of adult surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), 2242-2250. <https://doi:10.1111/jocn.13262>
- Lemetti, T., Voutilainen, P., Stolt, M., Eloranta, S. & Suhonen, R. (2019). Older patients' experiences of nurse-to-nurse collaboration between hospital and primary

- health care in the care chain for older people.(Report). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 600-608. <https://doi:10.1111/scs.12653>
- Liu, Q., Tao, J., Gao, L., He, X., Wang, Y., Xia, W., & Huang, L. (2020). Attitudes of Front-Line Nurses Toward Hospice Care During the COVID-19 Pandemic. *The American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1–7. <https://doi.org/10.1177/1049909120968533>
- Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Miettinen, M. & Kvist, T. (2015). Mitä potilaiden arviointit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arviointit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede*, 27(1), 18-30. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1756988>
- Nilsson, E., Orwelius, L. & Kristenson, M. (2016). Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. *Journal of Internal Medicine*, 279(2), 141-153. <https://doi:10.1111/joim.12409>
- Olli, S. & Tervo-Heikkinen, T. (2020). Hoitotyösensitiivinen laatu: katsaus kirjallisuuteen. Tutkimuksesta tiiviisti 31/2020. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*, 1-15. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-572-8>
- Osborne, S. P. (2018). From public service-dominant logic to public service logic: Are public service organizations capable of co-production and value co-creation? *Public management review*, 20(2), 225-231. <https://doi.org/10.1080/14719037.2017.1350461>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Pekurinen, M., Räikkönen, O., & Leinonen, T. (2008). *Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vastapaino Oy. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204194208>
- Pirhonen, J., Lolich, L., Tuominen, K., Jolanki, O. & Timonen, V. (2020). “These devices have not been made for older people's needs” – Older adults' perceptions of digital technologies in Finland and Ireland. *Technology in society*, 62, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.techsoc.2020.101287>

- Porter, M.E. (2010). What is value in health care? *The New England journal of medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- Puusa, A., Juuti, P. & Aaltio, I. (2020). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.
- Rainey, H., Ehrich, K., Mackintosh, N. & Sandall, J. (2015). The role of patients and their relatives in ‘speaking up’ about their own safety – a qualitative study of acute illness. *Health Expectations*, 18(3), 392-405. <https://doi.org/10.1111/hex.12044>
- Reissell, E. & Nuorteva, L. (2019). Kansallisten laaturekiesterien esimerkkejä maailmalta. Teoksessa P.M. Jonsson, S. Pikkujämsä & P-L. Heliö, (toim.), *Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa - Toimintamalli, organisointi ja rahoitus* (41-52). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi//URN:ISBN:978-952-343-420-2>
- Ringdal, M., Chaboyer, W., Ulin, K., Bucknall, T. & Oxelmark, L. (2017). Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. *Bmc Nursing*, 16(1), . <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0266-7>
- Sahlström, M., Partanen, P., Azimirad, M., Selander, T. & Turunen, H. (2019). Patient participation in patient safety-An exploration of promoting factors. *Journal of nursing management*, 27(1), 84. <https://doi.org/10.1111/jonm.12651>
- Saver, B. G., Martin, S. A., Adler, R. N., Candib, L. M., Deligiannidis, K. E., Golding, J., Mullin, D. J., Roberts, M., & Topolski, S. (2015). Care that Matters: Quality Measurement and Health Care. *PLOS Medicine*, 12(11), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001902>
- Schembri, S. (2015). Experiencing health care service quality: Through patients' eyes. *Australian Health Review*, 39(1), 109-116. <https://doi:10.1071/AH14079>
- Sihvola, S., Lahtinen, M., Kaakinen, P. & Kääriäinen, M. (2019). Ohjauksen laatu sydänhoitajan vastaanotolla pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioimana: poikkileikkaustutkimus. *Hoitotiede*, 31(3), 205-215. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-017418812>

- Sorsa, V-P., & Jalonen, H. (2020). Arvostaminen palveluvaltaisessa taloudessa. Teoksessa H. Jalonen, H. Helander & L. Mäkelä (toim.), *Arvostustalous : kuinka arvostus rakennetaan ja rakentuu digiyhteiskunnassa* (s. 33-56). Vastapaino.
- Sundler, A. J., Darcy, L., Råberus, A. & Holmström, I. K. (2020). Unmet health-care needs and human rights—A qualitative analysis of patients' complaints in light of the right to health and health care. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 23(3), 614-621. <https://doi.org/10.1111/hex.13038>
- TENK. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta. Noudettu 2021-03-26 osoitteesta https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Terveydenhuoltolaki. (2010/1326). Edita Publishing Oy. Noudettu 2020-10-27 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tiainen, M. (2015). *Uudelleen organisoitujen palvelujen laatu asiakkaan arvioimana. Seurantatutkimus terveydenhuollon hajautettujen päivystyspalvelujen keskittämisestä* [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. Finna. Noudettu 2021-01-14 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1983-0>
- Tiirinki, H., Parviainen, L., Luoto, E., Sinervo, T., Sainio, S., Linnanmäki, E., Niemi, A. & Aalto, A-M. (2019). Asiakaslähtöisyyden vahvistaminen. Teoksessa P.M. Jonsson, S. Pikkujämsä & P-L. Heliö (toim.), *Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa - Toimintamalli, organisointi ja rahoitus* (82-96). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-420-2>
- Tiirinki, H., Sainio, S. & Mäkelä, M. (2019). Palvelutuotannon laadun parantaminen ja vertaisarviointi. Teoksessa P.M. Jonsson, S. Pikkujämsä & P-L. Heliö (toim.), *Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa - Toimintamalli, organisointi ja rahoitus* (97-105). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-420-2>
- Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmeier, A. & Schnitzer, S. (2019). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient*

- education and counseling*, 102(1), 162-171.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.020>
- Tuomi, J. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vargo, S. & Lusch, R. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal Of Marketing*, 68(1), 1-17. <https://doi.org/10.1509/jmkg.68.1.1.24036>
- Venesoja, A., Castrén, M., Tella, S. & Lindström, V. (2020). Patients' perceptions of safety in emergency medical services: An interview study. *BMJ Open*, 10(10), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037488>
- Vuori, H. (2013). Terveysthuollon laatutyön kehitys Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 50(1), 87-95. Noudettu 2020-11-1 osoitteesta <https://journal.fi/sla/article/view/8565>
- Weldring, T. & Smith, S. M. (2013). Article Commentary: Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health services insights*, 6(2013), 61-68. <https://doi.org/10.4137/HSI.S11093>
- WHO. (2006). Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470>
- WHO. (2020a). *Timeline: WHO's COVID-19 response*. World Health Organization. Noudettu 2020-12-15 osoitteesta <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#event-204>
- WHO. (2020b, 15. joulukuuta). *Coronavirus disease (COVID-19)*. World health Organization. Noudettu 2020-12-15 osoitteesta <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Withers, K., Palmer, R., Lewis, S. & Carolan-Rees, G. (2020). First steps in PROMs and PREMs collection in Wales as part of the prudent and value-based healthcare agenda. *Quality of life research*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02711-2>
- Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., Curtis, S., Roman, M., Poon, E. G., Ferranti, J., Katz, J. N., & Tchong, J. (2020). Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 957-962. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa067>

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering quality service : balancing customer perceptions and expectations*. Free Press.

Ängerud, K. H., Boman, K. & Brännström, M. (2018). Areas for quality improvements in heart failure care: Quality of care from the family members' perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(1), 346. <https://doi.org/10.1111/scs.12468>