



Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys

Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalvelujen toiminnasta

Päälöydökset

- Potilaan kunnioittava kohtelu toteutuu terveydenhuollossa suhteellisen hyvin
- Hoitoon pääsystä ja mahdollisuuksissa osallistua omaan hoitoonsa kehittämistä
- Hoidon saantia haittasi useimmiten palvelujen yhteensovittamiseen eli integraatioon liittyvät seikat
- Paljon avopalveluja käyttävillä kielteisimmät kokemukset palveluista
- Hoitoon pääsystä ongelmia erityisesti terveyskeskuksissa asioivilla
- Sairaalahoidossa olleilla muita kielteisemmät kokemukset kohtelusta ja enemmän hoidon integraatioon liittyviä ongelmia

Kirjoittajat:

Anna-Mari Aalto
Tutkimuspäällikkö, THL

Tuulikki Vehko
Erikoistutkija, THL

Timo Sinervo
Tutkimuspäällikkö, THL

Salla Sainio
Kehittämispäällikkö, THL

Anu Muuri
Johtava asiantuntija, THL

Marko Elovainio
Tutkimusprofessori, THL

Markku Pekurinen
Tutkimusprofessori, THL

TAUSTAA

Terveyspalvelujen asiakaslähtöisyys on keskeinen terveyspolitiikan tavoite. Terveydenhuollon painopisteen siirtyminen kroonisten tautien ja niiden riskitekijöiden hallintaan sekä väestön muuttuneet odotukset ja tiedon lisääntyminen vaativat potilaan oman aktiivisen roolin huomioimista (WHO 2007). Myös valinnanvapauden laajeneminen, sähköisten palvelujen yleistymisen ja yleinen yksilön oman vastuun lisääntyminen terveyttä ja hyvinvointia koskeissa kysymyksissä korostavat asiakkaan asemaa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Asiakaslähtöisessä palvelujärjestelmässä lähtökohtana on asiakkaan arvojen ja omien tarpeiden kunnioitus ja huomioiminen, mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskeviin päätöksiin, selkeä kommunikaatio, oikea-aikainen hoitoon pääsy sekä hoidon koordinaatio (de Silva ; The Picker Institute 2004; OECD 2015).

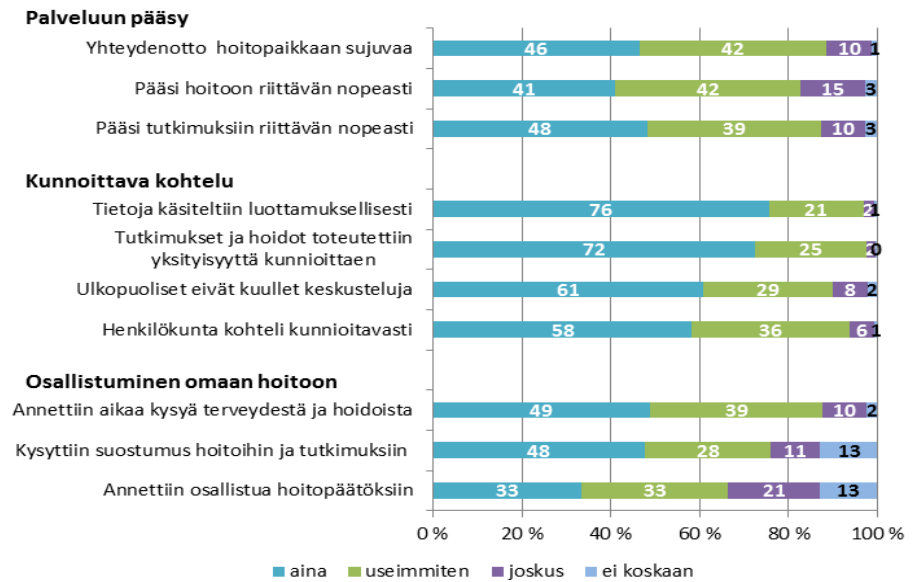
Asiakaslähtöisyyttä pidetään terveydenhuollossa arvona sinänsä, mutta myös tärkeänä hoidon vaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta edistävänä sekä kustannuksia hillitsevä tekijänä (Epstein ym. 2010). Asiakaslähtöisyyttä on tarkasteltu myös yhtenä terveydenhuollon laadun osatekijänä (Campbell ym. 2000). Myös Suomessa Juha Sipilän hallitusohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisyyden edistäminen on yksi hallituksen kärkihankkeista.

Tässä raportissa tarkastelemme terveyspalvelujen käyttäjien käsityksiä Suomen terveydenhuollon asiakaslähtöisyydestä vuonna 2015 kerätyn Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen ”Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut” väestökyselyn pohjalta. Tutkimuksessa kuvataan palvelujen käyttäjien kokemuksia hoitoon pääsystä, palvelujen toimivuudesta sekä hoidon saatavuutta haitanneista tekijöistä. Lisäksi kuvataan asiakaslähtöisyydessä esiintyviä eroja sosiodemografisten sekä palvelujen tarvetta ja käyttöä kuvaavien tekijöiden mukaan. Tarkoituksena on myös arvioida tulosten perusteella käytetyn mittariston soveltuvuutta suomalaisen terveydenhuollon arviointiin asiakasnäkökulmasta.

TULOKSET

Potilaan kunnioittava kohtelu toteutuu hyvin, palveluun pääsystä ja omaan hoitoon osallistumisesta kehittämistä

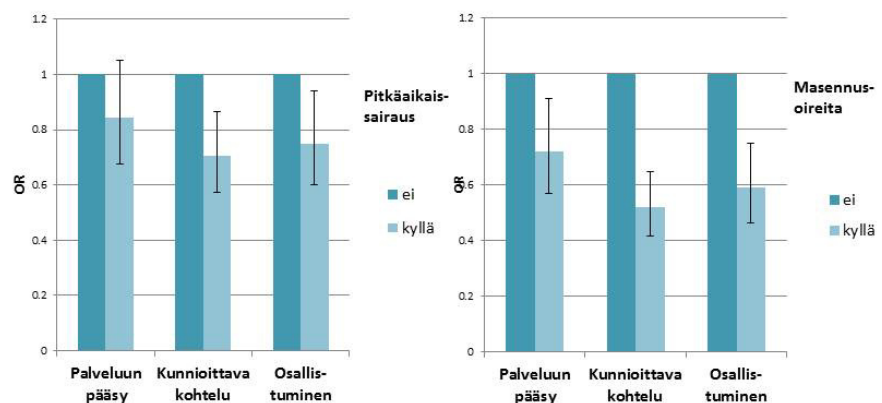
Hieman alle puolet vastaajista sai aina yhteyden hoitopaikkaan sujuvasti ja pääsi hoitoon ja tutkimuksiin riittävän nopeasti. Kolme neljästä katsoi että tietoja käsiteltiin aina luottamuksellisesti ja lähes yhtä moni raportoi että yksityisyyttä kunnioitettiin tutkimuksia ja hoidoissa. Yli puolet vastaajista katsoi että keskustelut käytiin ulkopuolisten kuulematta ja henkilökunta kohteli heitä kunnioittavasti. (Kuvio 1)



Kuvio 1. Palvelukokemuksia koskevien kysymysten vastausjakaumat.

Potilaskokemusten yhteyksiä sosiodemografisiin, palveluntarvetta ja käyttöä kuvaaviin tekijöihin tarkasteltiin palveluun pääsyä, kunnioittavaa kohtelua ja osallistumismahdollisuuksia kuvaavien summamuuttujien (kts. Liite 3) avulla. Ongelmia palveluun pääsyssä oli muita useammin nuorilla (alle 30-vuotiaat) ja naisilla. Naisilla oli myös useammin kielteisiä kokemuksia kohtelusta. Eläkeläiset tai muuten työelämän ulkopuolella olevat arvioivat kunnioittavan kohtelun toteutuneen paremmin kuin työssäkäyvät. Taloudellisia vaikeuksia kokeneilla oli muita enemmän negatiivisia kokemuksia palveluihin pääsystä, kohtelusta ja osallistumismahdollisuuksista. (Liitetaulukko 1)

Pitkäaikaissairailta ja masentuneilla oli kielteisempiä kokemuksia kohtelusta kuin muilla ja he olivat myös päässeet harvemmin osallistumaan omaan hoitoonsa. Masennusoireista kärsivillä oli myös kielteisempiä kokemuksia palveluihin pääsystä kuin muilla. (Kuvio 2) Paljon palveluita käyttävien potilaskokemukset olivat kaikilla osa-alueilla kielteisempiä kuin vähän palveluita käyttävien. (Kuvio 3)



Kuvio 2. Myönteisten palvelukokemusten toteutuminen pitkäaikaissairauksien ja masennusoireiden mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi, jossa kaikki sosiodemografiset, palveluntarve ja -käyttö tekijät on huomioitu samanaikaisesti. Ristitulosuhteet (OR) ja 95 % luottamusvälit.

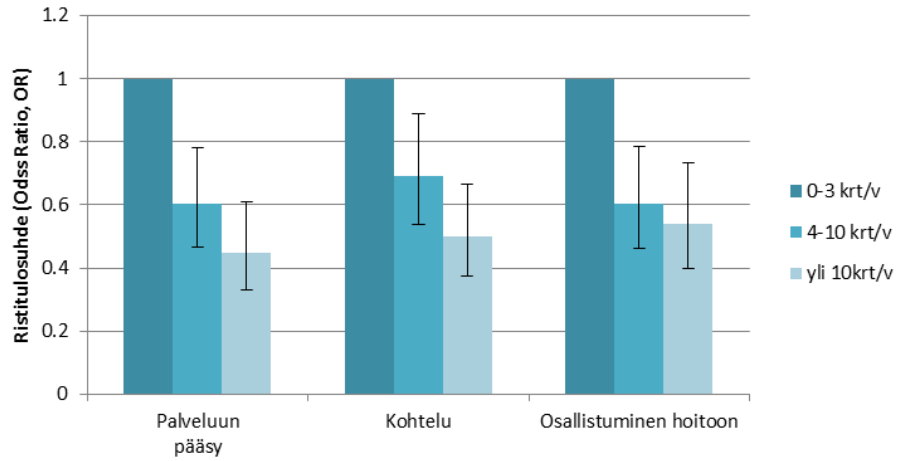
Näin tutkimus tehtiin

Kyselytutkimuksen otokseen poimitiin Tilastokeskuksen tietokannasta 18–79 –vuotiaiden Suomessa asuvien suomenkielisten henkilöiden joukosta 6000 henkilöä. Aineistokeruun toteutti Tilastokeskus Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toimeksiannosta. Aineisto kerättiin marras- joulukuussa 2015.

Kyselyn vastausosuus oli 44 % (n=2626). Tiedot vastaajien iästä, sukupuolesta ja koulutustaustasta poimittiin rekistereistä ja liitettiin kyselyaineistoon. Tässä osatutkimuksessa mukana ovat terveystalveluita viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet vastaajat (88,5 % vastaajista n=2311).

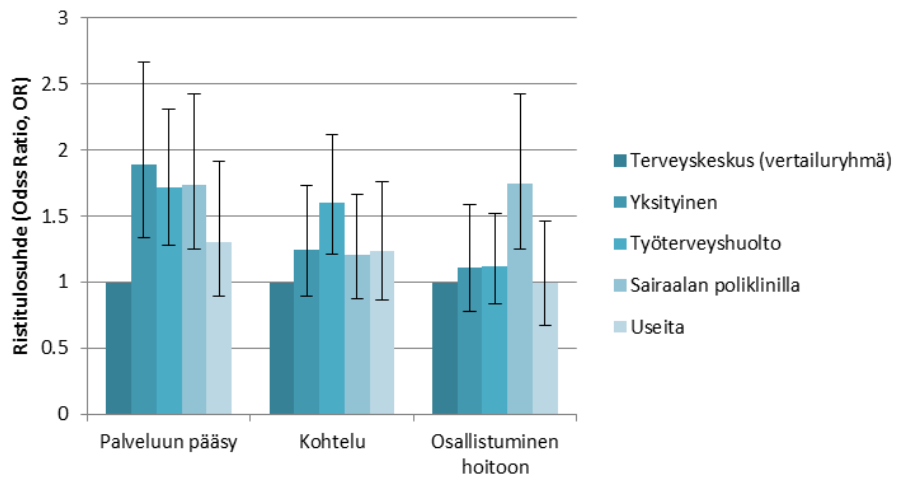
Tutkimuksessa käytetyt asiakaskokemuksia kartoittavat kysymykset ja niistä muodostetut summamuuttujat on kuvattu liitteessä 3. Asiakaslähtöisyyssummamuuttujia analysoitiin taustatekijöiden mukaisissa ryhmissä. Sosiodemografisina taustatekijöinä tarkasteltiin ikää, sukupuolta, koulutusta, työmarkkina-asemaa, asuinalueita, ja taloudellisia vaikeuksia. Palvelujen tarvetta kuvaavina tekijöinä tarkasteltiin pitkäaikaissairastavuutta, masennusoireita sekä lääkäri- ja hoitajakäyntien lukumäärää. Palvelujen käyttöä kuvaavina tekijöinä tarkasteltiin pääasiallista hoitopaikkaa sekä sairaalahoitoa. (kts. tarkemmin Liite 3)

Tuloksista raportoidaan vain ne erot, jotka olivat merkitseviä sen jälkeen, kun kaikkien taustatekijöiden yhteys palvelujärjestelmää koskeviin mielipiteisiin on huomioitu samanaikaisesti (logistinen regressioanalyysi). Kuvioissa tarkastellaan väestöryhmittäisiä eroja monimuuttujaisen logistisen regressioanalyysin ristitulosuhteina (Odds ratio, OR), jolloin vertailuryhmä saa arvon 1. Muissa ryhmissä 1:stä pienemmät arvot tarkoittavat että ko. ryhmään kuululla on pienempi todennäköisyys kuin vertailuryhmään kuululla raportoida myönteisiä asiakaskokemuksia tai hoidon saannin esteitä. Ykköstä suuremmat arvot taas tarkoittavat vastaavasti vertailuryhmää suurempaa todennäköisyyttä raportoida myönteisiä asiakaskokemuksia tai hoidon saannin esteitä



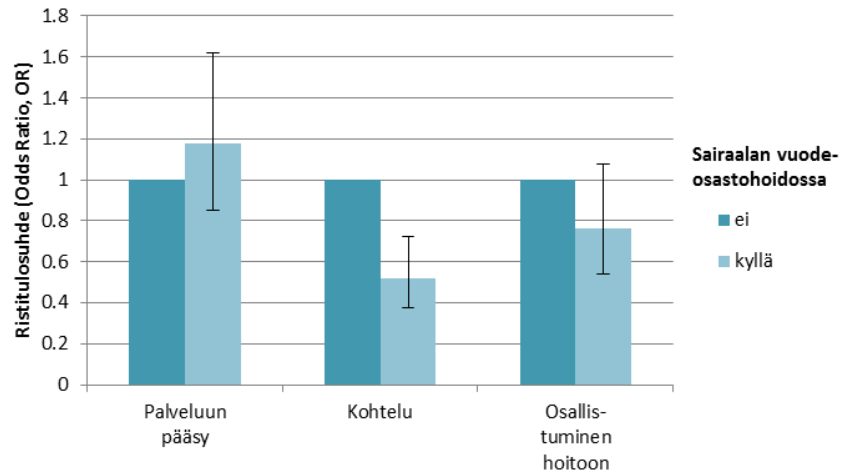
Kuvio 3. Myönteisten palvelukokemusten toteutuminen lääkäri- ja hoitajakäyntien mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi, jossa kaikki sosiodemografiset, palveluntarve ja -käyttö tekijät huomioitiin samanaikaisesti. Ristitulosuhteet (OR) ja 95 % luottamusvälit.

Kuviosta 4 ilmenevät erot palvelukokemuksissa pääasiallisen hoitopaikan mukaan. Potilaat pääsivät paremmin palveluihin yksityisellä sektorilla, työterveyshuollossa ja sairaalan poliklinikalla verrattuna terveyskeskuksiin. Työterveyshuollossa asioivien kokemukset kohtelusta olivat positiivisempia kuin terveyskeskuksessa asioivien. Sairaalan poliklinikalla asioivat olivat taas muita useammin päässeet osallistumaan omaan hoitoonsa.



Kuvio 4. Myönteisten palvelukokemusten toteutuminen pääasiallisen hoitopaikan mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi, jossa kaikki sosiodemografiset, palveluntarve ja -käyttö tekijät on huomioitu samanaikaisesti. Ristitulosuhteet (OR) ja 95% luottamusvälit.

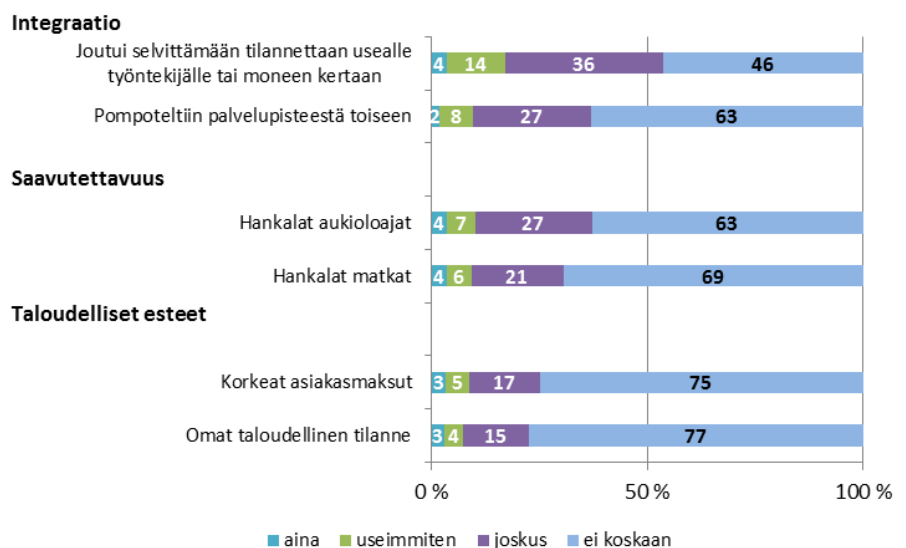
Sairaalahoitossa olleet raportoivat muita enemmän ongelmia kunnioittavassa kohtelussa. Palveluun pääsystä ja omaan hoitoon osallistumisesta sairaalassa hoidetut eivät merkitsevästi eronneet niistä, joilla ei ollut sairaalahoitojaksoja. (Kuvio 5)



Kuvio 5. Myönteisten palvelukokemusten toteutuminen sairaalan vuodeosastohoidon mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi, jossa kaikki sosiodemografiset, palvelutarve ja -käyttö tekijät on huomioitu samanaikaisesti. Ristitulosuhteet (OR) ja 95% luottamusvälit.

Joka toinen on joutunut selvittämään hoitoonsa liittyviä asioita moneen kertaan

Hoidon saantia haitanneista tekijöistä yleisimpiä olivat hoidon integraatioon, eli eri palvelujen yhteensovittamiseen ja sujuvuuteen, liittyvät esteet. Joka toinen vastaaja oli joutunut vähintään joskus selvittämään tilannettaan terveystalouksissa useaan kertaan ja 37 % koki tullessaan pompotelluksi palvelupisteestä toiseen. Saavutettavuuteen liittyvistä tekijöistä hankalat matkat olivat haitanneet palvelun saamista 38 %:lla ja aukioloajat 31 %:lla vastaajista. Korkeat asiakasmaksut tai oma taloudellinen tilanne oli haitannut joka neljännen vastaajan palvelun saantia. (Kuvio 6)

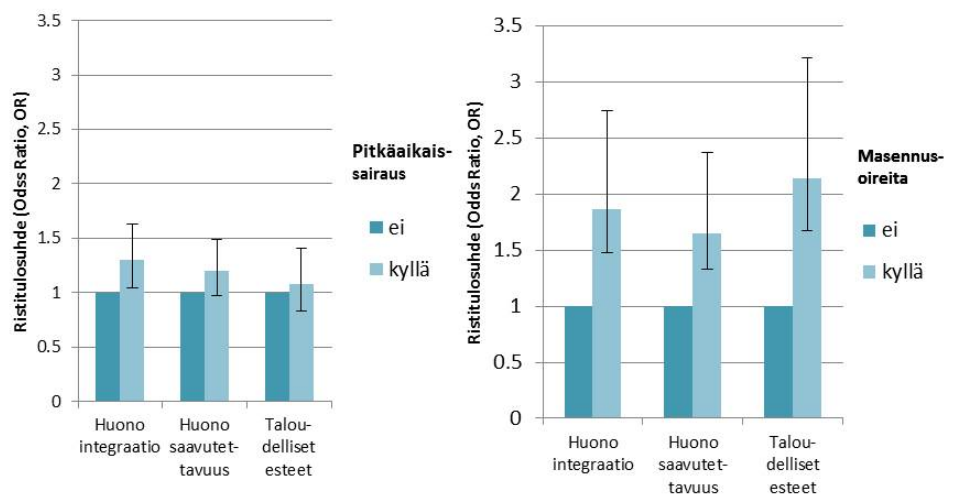


Kuvio 6. Hoidon saamisen esteitä koskevien kysymysten vastausjakaumat.

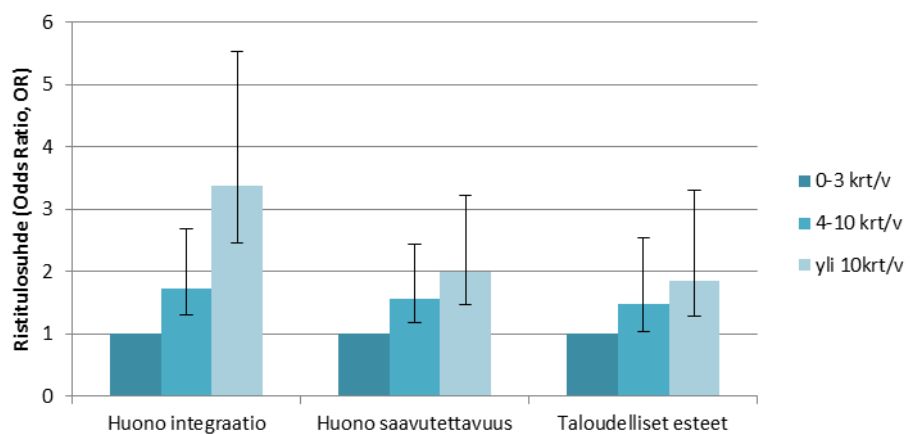
Hoidon saamisesta haitanneiden tekijöiden yhteyksiä sosiodemografisiin, sekä palvelutarvetta ja käyttöä kuvaaviin tekijöihin tarkasteltiin integraatioon ja saavutettavuuteen liittyvien tekijöiden ja taloudellisia esteitä kuvaavien summamuuttujien avulla (kts. Liite 3). Alle 30-vuotiaat olivat kokeneet enem-

män integraatioon liittyviä esteitä verrattuna vanhempiin vastaajiin. Naiset raportoivat miehiä enemmän sekä integraatioon, saatavuuteen että taloudellisiin tekijöihin liittyviä esteitä. Taloudelliset esteet olivat vaikeuttaneet perus- ja keskias-teen tutkinnon suorittaneiden palvelun saantia useammin kuin korkea-asteen kou- lituksen suorittaneiden. Taloudellisissa vaikeuksissa olevat olivat kokeneet enem- män sekä integraatioon, saatavuuteen että taloudellisiin tekijöihin liittyviä esteitä hoidon saannissa. (Liitetaulukko 1)

Pitkäaikaissairaat raportoivat muita useammin integraatioon liittyviä ongelmia. Masennusoireista kärsivillä taas oli useammin ongelmia sekä integraatioon, saavu- tettavuuteen että taloudellisiin tekijöihin liittyvissä seikoissa. (Kuvio 7) Paljon lääkä- ri- ja hoitajapalveluja käyttäneet olivat kokeneet enemmän sekä integraatioon, saavutettavuuteen että taloudellisiin tekijöihin liittyviä vaikeuksia palvelujen saan- nissa. (Kuvio 8)

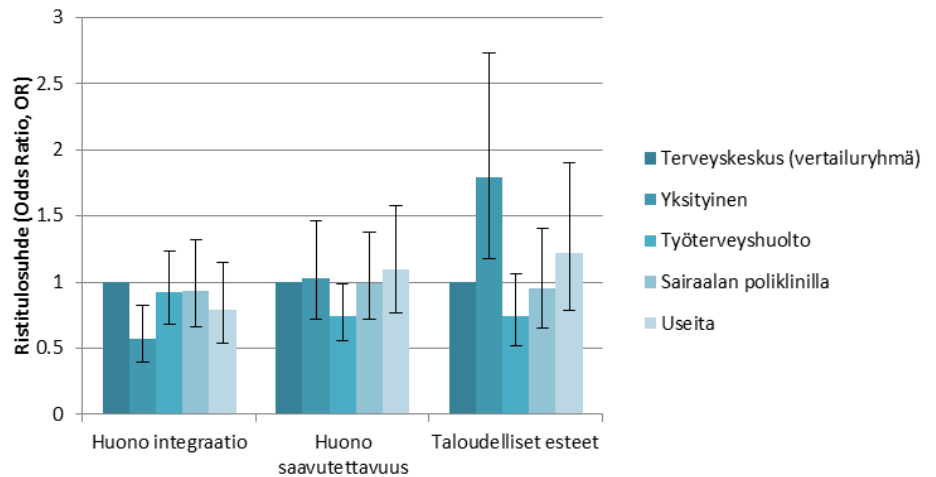


Kuvio 7. Hoidon saantia haitanneet tekijät pitkäaikaissairastavuuden ja masennusoireiden mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi, jossa kaikki sosiodemografiset, palveluntarve ja -käyttö tekijät on huomioitu samanaikaisesti. Ristitulosuhteet (OR) ja 95 % luottamusvälit.



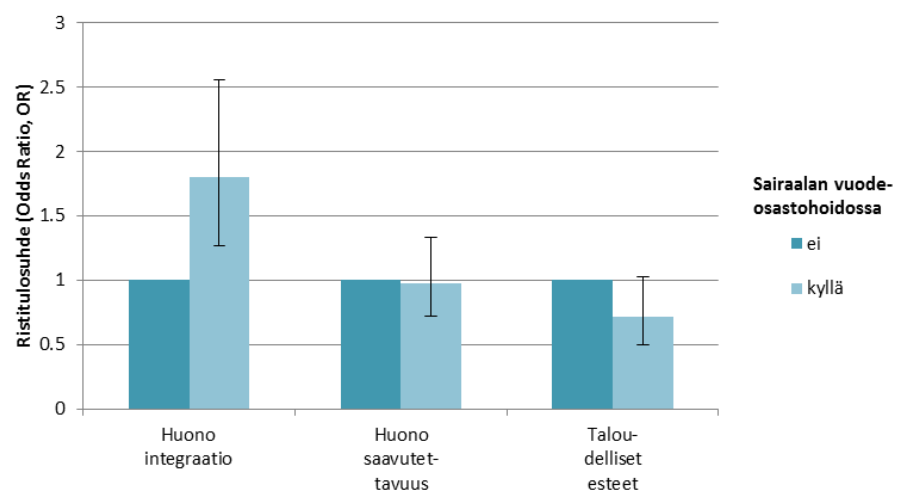
Kuvio 8. Hoidon saantia haitanneet tekijät lääkäri- ja hoitajakäyntien mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi, jossa kaikki sosiodemografiset, palveluntarve ja -käyttö tekijät on huomioitu samanaikaisesti. Ristitulosuhteet (OR) ja 95 % luottamusvälit.

Kuviossa 9 esitetään erot palvelun saantia haitanneissa tekijöissä pääasiallisen hoitopaikan mukaan. Yksityissektorilla asioivat olivat kokeneet vähemmän integraatioon liittyviä esteitä hoidon saamisessa verrattuna kaikkiin muihin käyttäjäryhmiin. Alustavissa analyyseissä työterveyshuollossa asioivat olivat kokeneet vähemmän taloudellisia ongelmia hoidon saamisessa verrattuna muihin (kts. Liite- taulukko 2). Taloudelliset esteet olivat yleisempiä yksityissektorilla pääasiassa asioivilla verrattuna muihin käyttäjäryhmiin silloin kun kaikki muut tekijät, erityisesti koulutus ja taloudelliset vaikeudet, oli otettu huomioon.



Kuvio 9. *Hoidon saantia haitanneet tekijät pääasiallisen hoitopaikan mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi, jossa kaikki sosiodemografiset, palveluntarve ja -käyttö tekijät on huomioitu samanaikaisesti. Ristitulosuhteet (OR) ja 95 % luottamusvälit.*

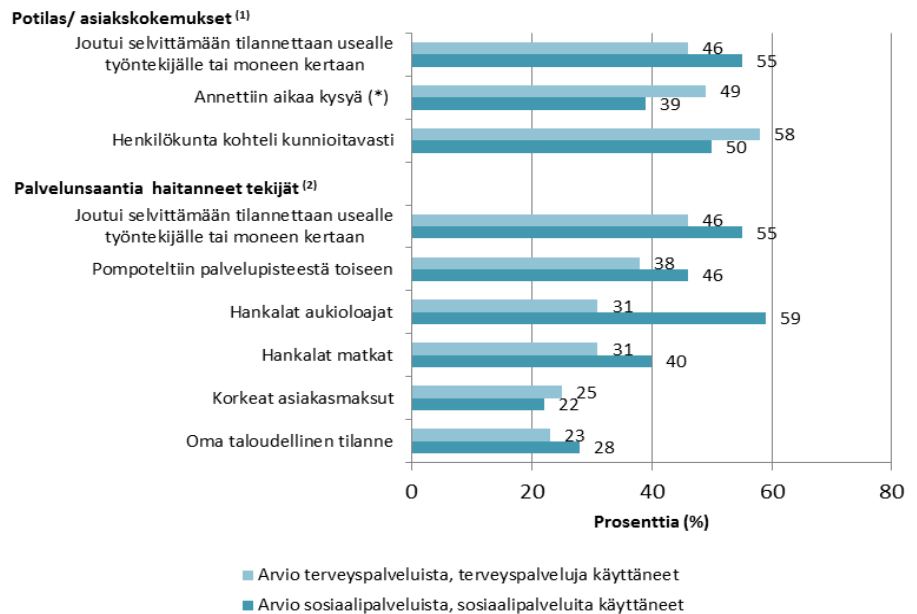
Sairaalassa hoidettavana olleet olivat kokeneet muita useammin palvelujen integraatioon liittyvien esteiden haitanneen palvelujen saantia. Sairaalahoidossa olleet eivät eronneet muista palvelujen saavutettavuuteen tai taloudellisiin tekijöihin liittyvissä esteissä. (Kuvio 10)



Kuvio 9. *Hoidon saantia haitanneet tekijät pääasiallisen hoitopaikan mukaan. Monimuuttujainen logistinen regressioanalyysi, jossa kaikki sosiodemografiset, palveluntarve ja -käyttö tekijät on huomioitu samanaikaisesti. Ristitulosuhteet (OR) ja 95 % luottamusvälit.*

Kokemukset terveystalvuluista pääosin parempia kuin sosiaalipalveluluista

Tutkimuksessa kartoitettiin kokemuksia sosiaali- ja terveystalvuluista osin samoilla kysymyksillä. Kuviossa 11 ilmenee soveltuvien osien, miten kokemukset sosiaalipalveluluista ja terveystalvuluista eroavat näitä palveluja käyttäneiden arvioimina. Terveystalvuluja käyttäneiden kokemukset terveystalvuluista olivat myönteisempiä verrattuna sosiaalipalveluluja käyttäneiden kokemuksiin sosiaalipalveluluista kaikissa osakysymyksissä lukuun ottamatta asiakasmaksujen aiheuttamia esteitä.



⁽¹⁾ Toteutunut aina

⁽²⁾ Haitannut vähintään joskus

Kuvio 10.

Vertailu sosiaalipalveluita (Ilmarinen ym. 2016) ja terveystalvuluista koskevista käyttäjäkokemuksista.

Yhteenveto

Tutkimuksessa tarkasteltiin Suomessa asuvien kokemuksia terveystalvuluista eri väestöryhmissä. Suomessa on aiemmin tutkittu väestön yleisiä näkemyksiä sosiaali- ja terveystalvulujen toiminnasta ja tyydyttymättömästä palvelun tarpeesta (Manderbacka ym. 2010; Muuri Anu 2014). Terveystalvulun palvelukokemuksia ei ole juurikaan Suomessa tutkittu järjestelmän tasolla siten, että palvelujen käyttäjät olisivat arvioineet koko käyttämänsä terveystalvulun palvelukokonaisuuden toimintaa. Aiemmat asiakastytyväisyyskyselyt ovat kohdistuneet pääasiassa yksittäiseen palvelutapahtumaan, kuten viimeiseen lääkärikäyntiin.

Terveystalvulujen käyttäjien kokemusten mukaan parhaimmalla tasolla olivat potilaan kohteluun liittyvät tekijät. Ongelmia oli hoitoon pääsyssä ja mahdollisuuksissa osallistua omaan hoitoon, joiden alle puolet katsoi toteutuneen optimaalisesti. Hoidon saantia vaikeuttivat useimmiten palvelujen yhteen sovittamiseen eli integraatioon liittyvät tekijät. Taloudelliset tekijät olivat haitanneet joka neljännen vastaajan hoidon saantia.

Tässä tutkimuksessa palvelujen tarve oli selkeästi yhteydessä potilaskokemuksiin sekä kokemuksiin hoidon saamisen esteistä riippumatta pääasiallisesta hoitopaikasta tai muista taustatekijöistä. Pitkäaikaissairaat, masennusoireista kärsivät sekä paljon palveluja käyttävät olivat kokeneet useammin ongelmia hoitoon pääsyssä, kohtelussa, mahdollisuuksissa vaikuttaa omaan hoitoonsa ja he raportoivat myös useammin huonon integraation, palvelujen satavuuden ja taloudellisten tekijöiden haitanneen hoidon saamista. Tulokset tukevat aikaisempia havaintoja pitkäaikaissairaiden ja mielen-terveysongelmista kärsivien potilaskokemuksista ja hoitoon pääsystä (Manderbacka ym. 2012; Abar ym. 2016; van den Hombergh ym. 2016; Vehko, Aalto, ym. 2016)

Aikaisemmassa suomalaistutkimuksessa työterveyshuollon ja yksityissektorin asiakkaat olivat tyytyväisempiä hoitoon pääsyyn, henkilöstön toimintaan, tiedon saantiin ja omaan hoitoon osallistumiseen, kuin terveyskeskuksissa ja sairaalan poliklinikalla asioivat (Oksanen ym, 2015). Tässä tutkimuksessa hoitopaikkojen erot vaihtelivat tarkasteltavan ulottuvuuden mukaan. Terveyskeskuksessa pääasiassa asioivilla oli selvästi enemmän ongelmia hoitoon pääsyssä verrattuna muihin hoitopaikkoihin, kuten aiemmissa tutkimuksissakin on havaittu. Työterveyshuollossa asioivat olivat kokeneet parempaa kohtelua kuin terveyskeskuksissa asioivat. Parhaiten omaan hoitoonsa pystyivät osallistumaan sairaalan poliklinikalla asioivat. Yksityislääkärillä pääasiassa asioivilla taas oli vähiten integraatioon liittyviä ongelmia verrattuna muihin. Erot aikaisempiin tutkimuksiin voivat johtua siitä, että niissä on arvioitu yksittäistä hoitokäyntiä, eikä eri terveyspalveluja tarjoavien toimijoiden kokonaisuutta eikä niissä myöskään ole otettu huomioon palvelun tarvetekijöitä, kuten terveydentilaa.

Sairaalan vuodeosastolla hoidossa olleet raportoivat tässä tutkimuksessa muita enemmän ongelmia kunnioittavassa kohtelussa sekä integraatiossa. Potilaiden yksityisyyden suojassa sairaalassa on todettu myös muissa tutkimuksissa ongelmia (Lämsä 2013). Asiakkaan kannalta keskeinen kysymys palvelujen integraatiossa on sujuva hoitoprosessi ja tiedonkulku eri hoitoon osallistuvien organisaatioiden välillä. Suomalaisessa järjestelmässä integraation liittyviä ongelmia ovat tuottaneet mm. sirpaleiset tietojärjestelmät (Virtanen ym. 2017) sekä selkeän koordinaatiovastuun puuttuminen potilaan hoidossa. Terveyskeskuspotilaista noin 10 % koki ongelmia tiedonkulussa erikoissairaanhoidon ja terveysaseman välillä (Vehko ym. 2016).

Suomessa on pitkään ollut alueellisia ja sosioekonomisia eroja hoidon saatavuudessa. Parempituloiset käyttävät enemmän lääkäripalveluja palvelujen tarpeeseensa nähden ja nämä erot selittyvät heidän runsaammalla työterveyshuollon ja yksityislääkäripalvelujen käytöllä (Manderbacka ym. 2017). Hoitoon pääsyssä esiintyy myös selviä alueellisia eroja (THL 2016). Myös tässä tutkimuksessa taloudellisissa vaikeuksissa olevat kokivat enemmän ongelmia hoitoon pääsyssä. Taloudellisia vaikeuksia kuvaavan kysymyksen on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan selvästi yhteydessä objektiivisesti mitattuun tulotasoon (Moisio 2010). Sosioekonomisista eroista palveluun pääsyssä kertoo myös se, että heikommin koulutetuilla taloudelliset tekijät olivat haitanneet hoitoon pääsyä useammin kuin korkeasti koulutetuilla taloudellisesta tilanteesta, terveydentilasta tai hoitopaikasta riippumatta. Alueellisia eroja esiintyi erityisesti palvelujen huonossa saavutettavuudessa maaseudulla ja taajamissa verrattuna kaupunkeihin.

Tässä käytetyssä väestökyselyssä tarkasteltiin myös sosiaalipalvelujen käyttäjien kokemuksia sosiaalipalveluista (Ilmarinen ym. 2016). Kokemukset terveyspalveluista olivat myönteisempiä muissa, paitsi asiakasmaksuihin liittyvissä hoidon saannin esteissä. Asiakasmaksut olivat haitanneet terveyspalvelujen saamista jopa hieman useammin kuin sosiaalipalvelujen saamista. Tulos on jossain määrin yllättävä, sillä sosiaalipalveluja käyttäjät ovat suurelta osin pienituloisia, joille palvelujen asiakasmaksujen aiheuttama rasite on todennäköisesti merkittävä. Terveyspalvelujen kohdalla yksityis- palvelujen korkeat käyttäjämaksut voivat vaikuttaa tulokseen. Yksityisten terveyspalvelujen käyttäjät ovat keskimäärin selvästi parempituloisia ja koulutettuja, joilla on paremmat valmiudet myös maksaa yksityis- palvelujen käytöstä. Kun nämä taustatekijät

KIITOKSET

Tutkimus perustuu THL:n rahoittamaan Uudistuvat sosiaali- ja terveyspalvelut - väestökyselyyn. Tämän osatutkimuksen analysointi ja raportointi on tehty osana Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamaa COPE-hanketta (no 303606)

huomioitiin, yksityis palvelujen käyttäjät olivat kuitenkin useammin kokeneet taloudellisten tekijöiden haitanneen hoidon saantia.

Tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli myös testata käytetyn kysymyssarjan toimivuutta asiakaskokemusten ja palvelujärjestelmän kokonaisuuden arvioinnissa. Lähestymistapa poikkeaa siksi tavanomaisista asiakastytyväisyyskyselyistä, joissa arvioinnin kohteena on yksittäinen palvelukokemus. Kysymyssarja muotoiltiin osin WHO:n terveydenhuoltojärjestelmien asiakaslähtöisyyden arviointiin kehitetyn mittariston pohjalta ja osin aikaisempien suomalaisten palvelujärjestelmää koskevien kyselyiden pohjalta. Valinnanvapaus, joka kuuluu osana moniin asiakaskeskeisyyden määritelmiin (WHO 2007), on jätetty tämän osatutkimuksen ulkopuolelle koska sitä koskevat tulokset on raportoitu muualla (Aalto ym. 2016).

Tulosten perusteella kysymyssarjasta asiakaskokemuksia kuvaamaan kootut summamuuttujat ja niiden yhteydet sosiodemografisiin sekä palvelujen tarvetta ja käyttöä kuvaaviin tekijöihin kuvastavat suhteellisen hyvin suomalaisen terveydenhuollon ominaisuuksia ja piirteitä. Aikaisemmissa tutkimuksissa esille nousseet ongelmakohdat, kuten erot hoitoon pääsyssä eri hoitosektoreiden välillä, sosioekonomiset erot palveluun pääsyssä sekä erot palvelujen tarpeessa heijastuivat tässä tutkimuksessa myös asiakkaiden raportoimissa kokemuksissa. Suomessa meneillään olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa asiakkaan asema ja osallisuus on nostettu keskeiseen asemaan. Asiakkaan näkökulma on tärkeää huomioida myös uudistuksen tulevassa arvioinnissa.

Tämän julkaisun viite:

Aalto A-M., Vehko T., Sinervo T., Sainio S., Muuri A., Elovainio M., Pekurinen M. Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. THL, Helsinki

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-302-880-7 (verkko)
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-880-7>

www.thl.fi

Kirjallisuus

Aalto A-M, Manderbacka K, Muuri A, Karvonen S, Junnila M ja Pekurinen M (2016). Mitä väestö ajattelee valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa? Tutkimuksesta tiiviisti 4/2016. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-635-3>

Abar B, Hong S, Aaserude E, Holub A & V. D (2016). "Access to Care and Depression among Emergency Department Patients." *Journal of Emergency medicine*. In press, Corrected proof <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.11.029>.

Campbell S, Roland M & Buetow S (2000). "Defining quality of care." *Social Science & Medicine* 51 (1611-1625).

de Silva A. A framework for measuring responsiveness. *World Health Organization: GPE Discussion Paper Series: No. 32* Saatavana internet osoitteesta: <http://www.who.int/responsiveness/papers/en/>.

Epstein R, Fiscella K, Lesser C & Stange K (2010). "Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care." *Health Affairs (Millwood)* 29: 1489-1495. doi: 1410.1377/hlthaff.2009.0888.

Ilmarinen K, Aalto A-M & Muuri A (2016). Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Helsinki, *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Tutkimuksesta tiiviisti 10/2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-674-2>.

Lämsä R (2013). *Potilaskertomus. Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännössä.*, *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Tutkimus 99/2013.

Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A, Häkkinen U. Eriarvoisuus maattisissa terveystaluuissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki.

Manderbacka K, Arffman M, Sund R, Haukka J, Keskimäki I & Wahlbeck K (2012). "How does a history of psychiatric hospital care influence access to coronary care: a cohort study." *BMJ Open* Apr 5;2(2):e000831. doi: 000810.001136/bmjopen-002012-000831.

Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R & Elovainio M (2010). "Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveystaluujuen saatavuudesta?" *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*; 49: 4-12.

Moisio P (2010). Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Kirjassa: Vaarama M, Moisio P ja Karvonen S (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*, osa 11. Helsinki: *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*.

Muuri A & Manderbacka K (2014). Sosiaalipalvelut - käyttö ja asiakkaiden tyytyväisyys. Kirjassa: Vaarama M, Karvonen S, Moisio P. (toim) . *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. 212–221.

OECD (2015). *Patient experience with ambulatory care*. Kirjassa *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. DOI:http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-58-en.

The Picker Institute (2004). *Patient-Centered Care 2015: Scenarios, Vision, Goals & Next Steps*, The Picker Institute.

THL (2016). "Tilastokatsaus 16/12016. Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2016." <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016121931609> "

TOIMIA-tietokanta "(www.TOIMIA.fi)."

Vaarama M, Moisio P & Karvonen S (2010). *Suomalaisten hyvinvointi 2010*, osa 11, THL. <http://www.julkari.fi/handle/10024/90819>.

Valentine N, Bonsel G & Murray C (2007). "Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness." Quality of Life Research 16: 1107–1125.

van den Hombergh P, van Doorn-Klomberg A, Campbell S, Wensing M & Braspenning J (2016). "Patient experiences with family medicine: a longitudinal study after the Dutch health care reforms in 2006." BMC Fam Pract. 17: 118. doi: 110.1186/s12875-12016-10519-12877.

Vehko T, Aalto A-M, Sainio S & Sinervo T (2016). "Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin." Suomen Lääkärilehti 71: 2348 - 2356.

Vehko T, Chydenius M & Aalto A-M (2016). Asiakkaiden kokemukset palveluista – näkemyksiä terveysaseman valinnasta. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto. Valinnanvapaus ja integraatio palvelujen kehittämisen polttopisteessä. T. Sinervo, L.-K. Tynkkynen and T. Vehko, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti16/2016.

WHO (2007). People-Centred Health Care. A Policy Framework, World Health Organization. Saatavana internet osoitteesta: http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf.

Virtanen P, Smedberg J, & P. N Stenvall J (2017). Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveystieteissä, Valtioneuvoston kanslia: Valtioneuvoston selvitysja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017.

Liitetaulukko 1. Myönteiset potilaskokemukset (%) taustatekijöittäin.

		Palveluun pääsy	Kohtelu	Osallistuminen hoitoon
Ikä	18-29	25.16	37.74	25.01
	30-64	33.57	40.78	29.03
	65-79	34.74	44.37	28.24
Sukupuoli	Mies	36.96	46.52	30.83
	Nainen	28.71	36.48	26.03
Koulutus	Perusaste	31.68	36.37	26.77
	Keskiaste	29.66	39.61	27.93
	Korkea-aste	35.75	44.19	29.33
Työmarkkina- asema	Työssä	34.04	40.9	29.67
	Työtön	23.01	38.1	24.5
	Muut	31.67	41.7	26.95
Taloudellisia vaikeuksia	Ei	38.02	46.25	32.17
	Kyllä	20.79	30.11	19.86
Asuinkunta	Kaupunki	33.12	41.76	28.66
	Taajama	32	38.79	29.78
	Maaseutu	30.23	39.77	25.13
Pitkäaikais- sairaus	Ei	35.65	46.77	32.73
	Kyllä	29.59	35.86	12.51
Mielenterveys ongelma	Ei	36.46	47.3	32.45
	Kyllä	23.84	27.47	19.07
Lääkäri ja hoita- ja- käynnit	0-3	44.52	52.47	37.51
	4-10	32.32	42.64	27.74
	yli 10	24.18	29.82	22.29
Pääasiallinen hoitopaikka (*)	a) Terveyskeskus	25.05	35.99	24.42
	b) Yksityinen	42.37	45.77	30.69
	c) Työterveyshuolto	38.26	46.67	30.02
	d) Sairaalan poliklinikka	33.95	37.32	33.18
	e) Useita	32.76	43.66	28.39
Sairaala	Ei	32.95	43.62	29.2
	Kyllä	29.36	23.83	21.14

(*) Lääkäri- tai hoitajapalveluja kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneet (n=2089)
Lihavoitu ja kursivoitu: ero merkitsevä monimuuttujamallissa, jossa kaikki tekijät on huomioitu samanaikaisesti

Liitetaulukko 2. Hoidon saamista haitanneet tekijät (%) taustatekijöittäin

		Huono integraatio	Huono saavutettavuus	Taloudelliset esteet
Ikä	18-29	69.77	49.72	38.73
	30-64	58.75	48.36	28.07
	65-79	49.39	44.13	25.98
Sukupuoli	Mies	53.08	43.07	25.37
	Nainen	58.17	27.75	17.61
Koulutus	Perusaste	59.43	49.94	40.82
	Keskiaste	61.32	50	36.11
	Korkea-aste	56.15	45.35	18.08
Työmarkkina asema	Työssä	59.07	48.69	45.79
	Työtön	66.54	52.54	45.53
	Muut	57.09	45.82	32.94
Taloudellisia vaikeuksia	Ei	52.47	42.93	15.61
	Kyllä	71.28	58.05	56.68
Asuinkunta	Kaupunki	59.61	43.48	29.04
	Taajama	54.7	55.82	30.26
	Maaseutu	57.56	60.91	29.81
Pitkäaikais-sairaus	Ei	54.22	44.65	25.87
	Kyllä	63.25	51.17	32.62
Masennus-oireet	Ei	52.33	42.98	22.17
	Kyllä	72.61	58.13	45.02
Lääkäri ja hoitajakäynnit	0-3	42.4	37.54	21.8
	4-10	55.38	47.06	27.49
	yli 10	73.85	55.61	37.22
Pääasiallinen hoitopaikka (*)	(a) Terveyskeskus	62.23	50.44	32.14
	b) Yksityinen	44.95	47.3	31.96
	c) Työterveyshuolto	58.88	42.43	20.87
	d) Sairaalan poliklinikka	65.56	51.78	32.02
	e) Useita	56.93	48.56	31.26
Sairaala	Ei	55.99	47.09	25.16
	Kyllä	75.71	50.86	32.39

(*) Lääkäri- tai hoitajapalveluja kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneet (n=2089)

Lihavoitu ja kursivoitu: ero merkitsevä monimuuttujamallissa, jossa kaikki tekijät on huomioitu samanaikaisesti

LIITE 3: Tutkimusaineiston jakautuminen taustatekijöiden mukaan ja tutkimuksessa käytetyt mittarit

Ikä, sukupuoli ja koulutustiedot liitettiin kyselyaineistoon tilastokeskuksen rekisteritiedoista. Vastaajista naisia oli 58 %, alle 30 -vuotiaita 10 %, 30–54 -vuotiaita 60 %, ja 66–79 -vuotiaita 30 %. Viidenneksellä vastaajista oli perusasteen koulutus ja kaksi viidennestä oli suorittanut keskiasteen tutkinnon. Koko- tai osapäiväisessä työssä oli 47 % ja työttömiä 6 %, eläkkeellä tai muuten työelämän ulkopuolella olevia oli 47 %. Taloudellisia vaikeuksia mitattiin koetun toimeentulon kysymyksellä, jonka on todettu olevan vahvasti yhteydessä objektiivisesti mitattuun tulotasoon (Moisio 2010). Kolmannes vastaajista oli kokenut taloudellisia vaikeuksia.

Lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus oli 56 %:lla. Mielenterveysongelmia kartoitettiin kahdella masennuskysymyksellä (TOIMIA-tietokanta). Mielenterveysongelmia oli 30 %:lla vastaajista.

Terveyskeskuspalveluja oli 60 %, yksityisiä lääkärikeskuspalveluja 38 % työterveyshuoltoa 37 % ja sairaalan poliklinikkapalveluja 37 %. Sairaalassa vuodeosastolla hoidettavana oli ollut 13 %. Vastaajat ryhmiteltiin muuttuun ”pääasiallinen hoitopaikka” sen mukaan, missä heillä oli eniten yhteenlaskettuja lääkäri- ja hoitajakäyntejä. Näin ryhmiteltynä 44 %:lla pääasiallinen hoitopaikka oli terveyskeskus, 12 %:lla yksityinen lääkärikeskus, 23 %:lla työterveyshuolto ja 12 %:lla sairaalan poliklinikka, lisäksi 9 % luokiteltiin luokkaan muut, heidän kohdallaan useimmin käytettyä hoito paikkaa ei voitu määritellä.

Palvelukokemuksia koskeva kysymyssarja pohjautuu WHO:n (World Health Organization) terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä kartoittavaan kysymyssarjan suomenkieliseen versioon (Valentine ym. 2007). WHO:n kysymyssarjassa oli erilliset kysymyssarjat avoterveydenhuollon palvelujen ja sairaalapalvelujen arviointiin. Tässä tutkimuksessa kysymyssarjaa muokattiin siten että avohoitopalvelujen kysymyssarjaa sovellettiin koko vastaajan käyttämän terveyspalvelukokonaisuuden arviointiin. Tässä tutkimuksessa käytetty kysymyssarja sisälsi WHO:n kyselystä kaksi kysymystä asteikoilta arvokkuus (K6 ja K7 Liitetaulukossa 3a), luottamuksellisuus (K4 ja K5) ja autonomia (K8 ja K9) sekä yksi kysymys asteikolta vuorovaikutus (K10). Asteikolta nopea hoitoon pääsy mukaan valittiin yksi kysymys ”Oliko päässyt hoitoon riittävän nopeasti?” (K1). Lisäksi kysymys sarjaa täydennettiin kahdella hoitoon pääsyä kuvaavalla kysymyksellä ”Oliko saanut yhteyden hoitopaikkaan?” ja ”Oliko päässyt tutkimuksiin riittävän nopeasti?” (K2 ja K3). Kysymykset muokattiin asteikkomuotoon ja vastausvaihtoehdot olivat: 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan. Potilaskokemuskysymyksille tehtiin faktorianalyysi, jossa erottui kolme faktoria joiden tulkittiin kuvaavan 1) hoitoon pääsyä, 2) kunnioittavaa kohtelua (WHO:n arvokkuus ja luottamus-osiot) sekä 3) hoitoon osallistuminen (kommunikaatio ja autonomia osiot WHO:n asteikolta). Kolmen faktorin ratkaisun perusteella muodostettiin kolme summamuuttujaa joiden reliabiliteetit (Cronbachin α -kertoimet) esitetään liitetaulukossa 3a.

Liitetaulukko 3b. Palvelukokemuksia koskevien osioiden faktorianalyysi kolmen faktorin mukaan esiteltynä...

	Hoitoon pääsy $\alpha=0.84$	Kohtelu $\alpha=0.79$	Osallistuminen hoitoon $\alpha=0.79$
K1: Pääsi hoitoon riittävän nopeasti	0.87	0.16	0.17
K2: Pääsi tutkimuksiin riittävän nopeasti	0.81	0.21	0.19
K3: Yhteydenotto hoitopaikkaan sujuvaa	0.80	0.17	0.18
K4: Ulkopuoliset ei kuule keskustelua	0.12	0.81	0.14
K5: Tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti	0.17	0.79	0.15
K6: Tutkimukset yksityisyyttä kunnioittaen	0.20	0.77	0.20
K7: Henkilökunta kohteli kunnioittavasti	0.41	0.49	0.33
K8: Suostumus hoitoihin ja tutkimuksiin	0.12	0.16	0.85
K9: Annettiin osallistua hoitopäätöksiin	0.23	0.17	0.85
K10: Aikaa kysyä terveydestä ja hoidoista	0.35	0.38	0.58
<i>Selitys osuus</i>	25 %	24 %	21 %

Hoidon saamisen esteitä kartoittava kuuden kysymyksen sarja kehitettiin tätä pilottitutkimusta varten hyödyntäen mm. HYPÄ kyselyn kysymyksiä (Vaarama ym. 2010). Vastaajilta kysyttiin ”Ovatko seuraavat asiat haitanneet hoidon saamistasi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?”. Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin potilaskokemuskysymyksissä. Faktorianalyysissä erottui alun perin 2 ulottuvuutta, mutta sisällöllisesti selkeämpi oli kolmen ulottuvuuden ratkaisu, jossa ensimmäisen faktorin tulkittiin kuvastavan palvelujen huonoon integraatioon liittyviä

tekijöitä, toisen faktorin palvelujen saavutettavuuteen liittyviä tekijöitä ja kolmannen faktorin palvelun saantia haitanneita taloudellisia esteitä. Kolmen faktorin ratkaisun perusteella muodostettiin kolme summamuuttujaa, joiden reliabiliteetit (Cronbachin α -kertoimet) esitetään taulukossa 3b.

Liitetaulukko 3b. Asiakkaiden hoidon saamisen esteitä koskevien osioiden faktorianalyysi kolmen faktorin mukaan esiteltynä...

	Taloudelliset esteet $\alpha=.90$	Integraatio $\alpha=0.80$	Saavutettavuus $\alpha=0.60$
K1: Korkeat asiakasmaksut	0.92	0.17	0.16
K2: Omat taloudellinen tilanne	0.90	0.19	0.20
K4: Selvitti asioita moneen kertaan	0.16	0.87	0.21
K5: Pompoteltiin palvelupisteestä toiseen	0.20	0.87	0.19
K6: Hankalat matkat	0.19	0.11	0.87
K7: Hankalat aukioloajat	0.16	0.34	0.73
<i>Selitysosuus</i>	30 %	28 %	24 %