

Haapala Anne, Järvelä Saija, Mäkelä Virpi ja Åkerman Tuula

**Järvi-Pohjanmaan perusturvan asiakastyytyväisyys-  
kyselylomakkeen luominen**

Opinnäytetyö

Syksy 2010

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hoitotyön suuntautumisen vaihtoehto



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Anne Haapala, Saija Järvelä, Virpi Mäkelä ja Tuula Åkerman

Järvi-Pohjanmaan perusturvan asiakastyytyväisyyskyselylomakkeen luominen

Ohjaajat: Lehtori, TtT Helinä Mesiäislehto-Soukka, Lehtori, THM Katriina Kuhalampi ja Lehtori, TVL Marjut Nummela

Vuosi: 2010

Sivumäärä: 50

Liitteiden lukumäärä: 1

---

Opinnäytetyön tarkoitus oli luoda asiakastyytyväisyyskyselylomake Järvi-Pohjanmaan perusturvan käyttöön. Kyselylomakkeella saadun palautteen perusteella sosiaali- ja terveystieteiden tuottava organisaatio kehittää palveluita asiakaslähtöisempään ja laadukkaampaan suuntaan.

Teoriaosassa perustelimme arvojen ja etiikan merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kerroimme sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöstä sekä suosituksista, strategioista ja ohjelmista, jotka ohjaavat sosiaali- ja terveystieteiden tuottamista. Kerroimme Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueesta ja sen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Käsittelimme työssämme asiakkuutta, palvelun laatua ja saatavuutta sosiaali- ja terveystieteiden käyttävän asiakkaan näkökulmasta.

Opinnäytetyössä päädyttiin kirjalliseen kyselylomakkeeseen, koska sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto heterogeeniseltä joukolta ja saadun aineiston käsitteleminen tallennettavaan ja analysoitavaan muotoon on suhteellisen helppoa ja nopeaa. Kyselylomakkeentutkimusote on määrällinen.

Avainsanat: Asiakastyytyväisyys, laatu, kyselylomake, sosiaali- ja terveydenhuolto

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
THESIS ABSTRACT

School of Health Care and Social Work

Degree programme in nursing

Anne Haapala, Saija Järvelä, Virpi Mäkelä ja Tuula Åkerman

Creating a customer questionnaire for the social and healthcare of Järvi-Pohjanmaa

Supervisor(s) :Senior Lecturer, PhD Helinä Mesiäislehto-Soukka, Senior Lecturer, MNSc Katriina Kuhalampi ja Senior Lecturer, LicNSc Marjut Nummela

Year: 2010

Number of pages: 50    Number of appendices: 1

---

The purpose of this study was to create a customer questionnaire for the social and healthcare services in the Järvi-Pohjanmaa region. Today Järvi-Pohjanmaa consists of the municipalities of Vimpeli, Soini and Alajärvi. With the feedback of this questionnaire the organization will develop the quality and customer orientation of their services.

This thesis work consists of two parts, the theoretical part and the questionnaire. The theoretical part explains how peoples' values and ethics play a role in the social and healthcare services. We described the strategies, programmes, legislation and recommendations on social services and healthcare, which all affect on creating and conducting the social and healthcare services. The thesis discusses the co-working of Vimpeli, Alajärvi and Soini and told about the social and healthcare services in this area. In this study are also discussed the customership, the quality of the services and the accessibility of the social and healthcare services from a customer's point of view.

The reason for a written questionnaire was the fact that it is a simple way to collect a wide research material from a heterogenous population and it's documentation and storing for analysing is easy as well. The questionnaire we used was quantitative. We didn't analyse the results gathered from this questionnaire. Analysing of the questionnaire was done by the social and healthcare service providers of Järvi-Pohjanmaa.

Keywords: Customer questionnaire, quality, social- and healthservices

	4
OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ .....	2
THESIS ABSTRACT .....	3
SISÄLTÖ .....	4
1 JOHDANTO .....	6
2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOA OHJAAVAT ARVOT JA ETIIKKA .....	8
2.1 Arvot sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	8
2.2 Etiikka sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	9
2.3 Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta .....	10
3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON LAINSÄÄDÄNTÖ.....	12
4 SOSIAALI-JA TERVEYDENHUOLTOA OHJAAVAT SUOSITUKSET, STRATEGIAT JA OHJELMAT .....	17
4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen suositus .....	17
4.2 Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat .....	19
4.3 Ohjelmat sosiaali- ja terveydenhuollolle .....	20
5 JÄRVI-POHJANMAAN YHTEISTOIMINTA-ALUE .....	22
6 TERVEYDEN- JA SOSIAALIHUOLLON PALVELUT JÄRVI- POHJANMAALLA.....	27
6.1 Terveydenhuollon järjestäminen Järvi-Pohjanmaalla .....	27
6.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen Järvi-Pohjanmaalla .....	29
6.3 Hoitotakuun toteutuminen Järvi-Pohjanmaalla .....	33
7 ASIAKAS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN ARVIOIJANA.....	34
7.1 Hyvän hoidon kriteerit .....	34
7.2 Hyvä hoito sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	35
7.3 Palvelujen saatavuus.....	37
7.4 Asiakas sosiaali- ja terveydenhuollossa .....	38
7.5 Palvelujen laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	39
8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA .....	43
TUTKIMUSTEHTÄVÄ .....	43
9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	44

9.1 Kyselylomakkeen taustaa .....	44
9.2 Kyselylomakkeen laadinta .....	47
9.3 Kyselylomakkeen määrällinen tutkimusote .....	45
9.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	48
10 POHDINTA.....	49
LÄHTEET .....	51
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Asiakaslähtöisyys on noussut keskeiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ohjaavaksi periaatteeksi. Asiakkailta saatavan palautteen avulla voidaan lisätä asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksia ja palautteen avulla voidaan myös arvioida organisaation toimintatapaa. Asiakkailta saatu palaute on tärkeä osa laadunhallintaa. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 23.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat suurten muutosten keskellä. Väestössä ja väestön hyvinvoinnissa on tapahtunut suuria muutoksia, jotka tuovat haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille ja edellyttävät hyvinvointipalveluiden uudistumista. (Surakka, Kiikkala, Lahti, Laitinen & Rantala 2008,10–12.) Vuonna 2007 voimaan tullut puitelaki (169/2007) on myös tuonut muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen. Muutosten keskellä ihmisten perustarpeet ovat kuitenkin pysyneet samanlaisina vuodesta toiseen (Metsämuuronen 2000, 152).

Väestön vanheneminen ja suurten ikäluokkien eläköityminen on tiedostettu. Osa vanhuksista on vireitä ja toimintakykyisiä, mutta dementoituneiden, yksinäisten ja monisairaiden avuntarvitsijoiden määrä tulee kasvamaan. (Surakka ym. 2008, 10.) Jossain vaiheessa suuri osa vanhuksista tarvitsee apua jokapäiväisessä elämässään (Surakka 2009, 14). Monikulttuurisuus, monikansallisuus ja kansalaisten erilaisuus kasvaa. Tämä tuo haasteita palveluiden järjestämiselle ja hoitotyöntekijöiden ammattitaidolle. Perheet muuttavat muotoaan ja ydinperheet ovat pieniä tai hajautuneita. Perheenjäsenet asuvat etäällä toistaan ja tukiverkostot eivät toimi kuten aiemmin, mikä sekin osaltaan lisää palvelujen tarvetta. (Surakka ym. 2008, 11–12.)

Ihmiset ovat yhä tietoisempia oikeuksistaan ja hoitomahdollisuuksistaan laadukkaana koulutusjärjestelmän ja tieto- ja informaatioteknologian hyödyntämisen vuoksi. Kansalaisten vaatimustaso on noussut ja ihmiset odottavat palveluilta joustavuutta, tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Palvelut tulisi saada itselle sopivalla tavalla,

oikeaan aikaan ja mahdollisimman läheltä. Asiakaslähtöisyys ja monipuolinen vaikuttaminen tulevat olemaan yhteiskunnan arkipäivää. Terveyserot kansalaisten välillä ja alueellisesti ovat kasvaneet ja kasvavat edelleen. Huono-osaisten, syrjäytyneiden ja henkisesti pahoinvoivien ihmisten määrä tulee lisääntymään. (Surakka ym. 2008, 11–12.)

Nämä väestössä ja lainsäädännössä tapahtuvat muutokset, uudenlaiset odotukset ja palveluiden tarpeet edellyttävät hyvinvointipalveluiden uudistumista. Samanlaisesti niukkenevat resurssit ja palvelutarpeen kasvu aiheuttavat sen, että palveluita on suunniteltava uudella tavalla, kansalaisten ja heidän avun tarpeensa näkökulmasta. (Surakka ym. 2008, 13.) On kehitettävä myös sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä, koska samat ihmiset käyttävät molempia palveluita (Risikko 2010). Oikein kohdennetut palvelut tuottavat oikeanlaista tulosta oikeaan aikaan, ja se mahdollistaa myös säästöjen syntymisen (Surakka ym. 2008, 13).

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda Järvi–Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön toimiva asiakastyytyväisyyskyselylomake. Järvi–Pohjanmaan yhteistoiminta-alue on perustettu vuonna 2008, puitelain voimaantulon jälkeen. Kehittääkseen alueensa palveluita asiakaslähtöisempään ja laadukkaampaan suuntaan, täytyy palveluita tuottavan organisaation kuulla asiakkaiden mielipiteitä ja kokemuksia saamastaan palvelusta. Koska asiakkaan merkitys palvelujen laadun arvioijana on kasvanut viime vuosina, kehottaa valtakunnallinen laatusuositus jokaista organisaatiota laatimaan itselleen sopivan asiakaspalautejärjestelmän. Vastuu laadunhallinnasta ja asiakaslähtöisempien palveluiden kehittämisestä on palveluita tuottavalla organisaatiolla, mutta myös henkilökunnan tulee sitoutua asiakaslähtöiseen toimintatapaan. (STM, Stakes & Kuntaliitto 1999, 3-13; Syväoja & Äijälä 2009, 213.) Vuosia hoitotyötä tehneinä, koemme, että sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäminen asiakkaiden tarpeita vastaaviksi on tärkeää ja opinnäytetyön aihe tarpeellinen. Opinnäytetyön tavoitteena on osallistua parantamassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita Järvi–Pohjanmaalla. Kyselylomakkeen laadinnassa on käytetty määrällistä tutkimusotetta.

## 2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOA OHJAAVAT ARVOT JA ETIIKKA

Ihmisarvo muodostaa perustan ja tarkoituksen sosiaali- ja terveystalvuuille. Aja-tus siitä, että toisesta ihmisestä tulee huolehtia, juontaa jo primitiiviseltä ajalta. Myöhemmin kehitetyt hoitojärjestelmät ja säädetyt lait (785/1992, 812/2000) ovat syntyneet siksi, että ihminen on nähty niin arvokkaaksi, ettei häntä ole haluttu jät-tää yksin sairautensa ja kärsimyksensä armoille. ( Kalkas & Sarvimäki 1994, 79–80; STM 2001:1, 4.)

### 2.1 Arvot sosiaali- ja terveydenhuollossa

Arvot ovat etiikan perusta ja siksi etiikkaan paneutuminen on aloitettava tutustu-malla arvoihin ja moraaliin. Arvo tulee latinan sanoista "valeo" ja "valerio", jotka tarkoittavat, että jollakin on arvoa, merkitystä ja mieli. (Vuori–Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 22.) Arvot ovat abstraktioita, joiden toteutumista tavoitel-laan ja joita käytetään kriteereinä valintatilanteissa (Kalkas & Sarvimäki 1994, 89). Arvot toimivat myös motiivina, päämääränä tai tarkoituksena jollekin toiminnalle. Arvot ovat suhteellisen pysyviä ja ilmaisevat hyviä, tavoiteltavia asiantiloja ja olo-suhteita, kuten esimerkiksi terveys ja oikeudenmukaisuus. Arvot tulevat esiin sa-noissa ja teoissa. Arvot ohjaavat valintoja ja päätöksentekoa vähäisissä ja merki-tyksellisissä asioissa. (Vuori–Kemilä ym. 2005, 22.) Arvot kuvaavat kaikkea sitä, mikä on ihmiselle arvokasta (Aadland 1993, 20). Arvot ovat hyviä ja myönteisiä asioita silloin, jos ne kuvaavat hyväksytyjä ja toivottuja päämääriä, kuten totuutta, vapautta ja tasa-arvoisuutta. Valheellisuus, tietämättömyys ja eriarvoisuus ovat kielteisiä arvoja. (Leino-kilpi & Välimäki, 2008, 62–64.) Normit puolestaan ovat sääntöjä, käskyjä tai kieltoja, ja ne suojaavat arvoja (Sajama 1995,100). Henkilö-kohtaiset arvot ihminen omaksuu toimintansa perustaksi ja lähtökohdaksi kasvun ja kehityksen myötä. Ammatilliset arvot opitaan opiskelun ja työelämän kautta. (Vuori–Kemilä ym. 2005, 22.)



Arvoista ja normeista rakentuu moraaliksi ja sana tulee latinalaisesta sanasta "mores" eli tavat. Moraalissa on kysymys hyvän ja pahan erottamisesta, sekä hyvistä tavoista. Moraali käsittää ihmisen omaksumat tavat, arvot, normit ja periaatteet, joita hän toimiessaan noudattaa ja rikkoo. Moraali näkyy ihmisen toiminnassa ja käytännössä ja on vahvasti sidoksissa ympäröivään kulttuuriin. Kun ihminen on selvillä omaksumistaan arvoista ja periaatteista, hänellä on paremmat edellytykset ristiriidattomaan ja johdonmukaiseen moraalisiin. (Vuori–Kemilä ym. 2005, 24.) Arvot saattavat olla hyvin erilaisia eri yksilöiden, ryhmien, organisaatioiden ja kulttuurien välillä. Kun esitetään erilaisia näkökantoja ja arvoja, puhutaan arvokeskustelusta. Arvokeskustelun tarkoituksena on toiminnan taustalla olevien arvojen tunnistaminen ja selkiyttäminen. Arvokeskustelu on tärkeä osa sosiaali- ja terveydenhuollon eettistä toimintaa. Ilman arvokeskustelua ja sovittuja sääntöjä ratkaisut voivat perustua sattumaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 65.)

## 2.2 Etiikka sosiaali- ja terveydenhuollossa

Etiikka-sana on kreikkalaista alkuperää ja johdettu sanasta "ethos". Se tarkoittaa "siveellistä mielenlaatua", "tapaa". Etiikka on alue, jolla pohditaan tiettyjä toimintatapoja ja ihmisen oikeaa käyttäytymistä. (Aadland 1993.) Halilan (2000) mukaan etiikka kuvailee ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa muiden kanssa. Etiikka rakentuu arvoista, ihanteista ja periaatteista. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään valintoja, sekä ohjata ja arvioida omaa ja toisten toimintaa ja tutkia toiminnan perusteita. (Halila 2000.) Etiikka tarkastelee tietoisesti moraalista. Syvimmillään etiikka pohtii, mikä on hyvää ja pahaa, oikein ja väärin. Etiikka tulee käytännössä parhaiten näkyviin, kun eteen tulee eettinen dilemma, ristiriita. Joudutaan tekemään valintoja ja päätöksiä useampien vaihtoehtojen välillä. Kaikki valinnat ovat periaatteessa eettisiä. (Aadland 1993, 20.)

Eettisyyteen kuuluu sekä ajattelun että toiminnan taso. Arvojen ja periaatteiden tulisi näkyä eettisenä työotteena eli käytännön tekoina ja asennoitumisena työhön, potilasiin, asiakkaisiin sekä pyrkimyksenä jatkuvaan eettiseen kasvuun. (Vuori–Kemilä ym. 2005, 26.) Aiheet ja kysymykset, jotka käsittelevät arvoja, periaatteita,

hyvää ja pahaa, ovat luonteeltaan eettisiä. Eettisissä kysymyksissä ei voida vedota pelkästään faktatietoon, vaan kyse on ensisijaisesti arvovalinnoista. Eettisissä ongelmissa joudutaan usein tekemään ratkaisuja ja valintoja useamman kilpailevan ja epätäydellisen vaihtoehdon välillä. Puhuttaessa esimerkiksi oikeudenmukaisuudesta, kyse on arvoista ja periaatteista, ja silloin kantaa otetaan hyvin syväliisiin asioihin. (Vuori–Kemilä ym. 2005, 27.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa ollaan jatkuvasti tekemisissä ihmiselämän peruskysymysten kanssa. Etiikka tulee konkreettiseksi, kun puhutaan sairaudesta, terveydestä, syntymästä, kuolemasta, hyvästä elämästä sekä ihmisen haavoittuvuudesta ja elämän rajallisuudesta. (Halila 2000.) Yhteiskunnalliset muutokset ovat tuoneet lisää eettisiä haasteita sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Joudutaan tekemään ratkaisuja, jotka vaikuttavat perustavanlaatuisesti kansalaisten hyvinvointiin ja tulevaisuuteen. On mietittävä terveyden rajoja, ihmisarvon toteutumista ja oikeudenmukaisuutta. Lisääntyneet kustannukset sosiaali- ja terveydenhuollossa ja samanaikaisesti kiristynyt talous aiheuttavat sen, että joudutaan priorisoimaan eli tekemään valintoja siitä, miten ja kenelle palveluita tuotetaan. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 36–37; Surakka, Kiikkala, Lahti, Laitinen & Rantala 2008, 11.) Päättäjillä sekä välitöntä potilastyötä tekevillä on haasteita sovittaessaan yhteen eettiset velvoitteet, lainsäädäntö ja yhteiskunnan muutostekijät (Lindqvist 2001). Vaikka monenlaiset muutokset ovat ravistelleet yhteiskuntaa ja toimintaympäristöämme viime vuosikymmeninä, on hoitoeettinen arvopohja pysynyt samankaltaisena parituhatta vuotta. Hoitotyön eettiset periaatteet ja arvot eivät anna valmiita ratkaisuja ongelmatilanteissa, mutta ne antavat ajattelun ja pohtimisen välineitä ja ohjaavat päätöksentekoa tänä päivänä, kun hoitokeinoja on paljon, palvelujen kysyntä kasvaa ja voimavarat ovat rajalliset. (Halila 2000.)

### **2.3 Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta**

ETENE eli valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta perustettiin 1998 kirjaamalla sen olemassaolo lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Alun perin ETENE käsitteli pelkästään terveydenhuollon eettisiä kysymyksiä, mutta lokakuusta 2009 alkaen ETENE:n toiminta on laajentunut koskemaan myös

sosiaalihuollon asiakkaita. Arvot molemmissa laeissa (785/1992, 812/2000) ovat yhteneväiset, mutta sosiaalihuollon näkökulma on usein terveydenhuollon näkökulmaa laajempi. Monet sosiaali- ja terveysalan eettiset kysymykset ovat yhteisiä asioita, kuten vanhustenhoito. (Pihlainen 2009.) Hoitotyön eettiset periaatteet sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeuden vaaliminen, oikeudenmukaisuus valintojen lähtökohtana, ammattitaito ja työn hallinta sekä kumppanuus, keskinäinen arvonto ja yhteistyö (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2000). Eettisten periaatteiden lisäksi eri ammattiryhmillä mm. lääkäreillä, sairaanhoitajilla ja lähihoitajilla on omat eettiset ohjeistot, jotka perustuvat samoihin arvoihin. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysjärjestö, ETENE:n keskeisiä työn lähtökohtia ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. (Halila 2000,1.) ETENE ottaa kantaa eettisiin kysymyksiin ja elämän ajankohtaisiin ilmiöihin. Se antaa lausuntoja ja suosituksia eettisistä asioista, joita hoitoalan ammattilaiset kohtaavat työssään ja kansalaiset jokapäiväisessä arjessaan. ETENE antaa asiantuntija-apua lakivalmisteluissa, seuraa teknologian kehitystä sekä kerää ja jakaa hoitoeettistä tietoa. Herättelemällä ajattelemaan ja keskustelemaan monitahoisista eettisistä ongelmista, ETENE ohjailee valintojamme ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamista. (Karvinen 2010, 40–41.)

### 3 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON LAINSÄÄDÄNTÖ

Lait määrittelevät minimitason sosiaali- ja terveystalvuuille ja niiden laadulle. Laitien pohjalta hyvinvointipalveluita tulee arvioida ja kehittää laadukkaampaan suuntaan. Väestöllä on sekä juridisesti että eettisesti oikeus hyviin hoitotyön palveluihin. (Pelkonen & Perälä 1992, 23.) Ihmisten terveyden, hyvinvoinnin ja toimeentulon edistäminen on julkisen vallan tehtävä. Jokaiselle on turvattava riittävät sosiaali- ja terveystalvut ja edistettävä väestön terveyttä. Tämä velvoite perustuu perustuslakiin(731/1999). Perustuslaillista toimeksiantoa toteuttavat varsinaiset sosiaali- ja terveystalvit, joista vuonna 1972 säädetty kansanterveyslaki (66/1972) on terveydenhuollon yleislaki. Suomessa kansanterveyslain mukaan "Kansanterveys-työllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien yksilön sairaanhoitoa." Kansanterveys-työn tarkoituksena on ehkäistä sairauksia ja tapaturmia seurannalla ja terveellisten elämäntapojen edistämällä. ( 66/1972.) Vuonna 2006 kansanterveyslakiin on tehty lisäys terveyden edistamisestä siten, että terveyden edistämisen tulee sisältyä kaikkien kuntien toimintaan ja terveystalvukohdat tulee huomioida päätösten teossa (Kaila 2010,17).

Kansanterveyslakiin (66/1972) on tehty myös muutos hoitotakuusta (855/2004), joka tuli voimaan 1.3.2005 ja sen mukaan kiireetön hoito on saatava määräajassa. Kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan kuten aiemminkin sairauden laadusta riippuen heti tai mahdollisimman pian. Hoitotakuun tavoitteena on, että ihmiset saavat hoitoa tasapuolisesti asuinpaikasta riippumatta. Laissa on säädetty, missä ajassa kuntalaisen on viimeistään päästävä lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun kiireettömään hoitoon. Sosiaali- ja terveystalvuministeriö on laatinut sairauskohtaiset suositukset lain käytäntöön soveltamisesta. Lain mukaan potilaan on saatava yhteys terveystalvukeskukseen virka-aikana välittömästi, joko puhelimitse tai tulemalla terveystalvukeskukseen. Laki ei tarkoin määrittele välittömän yhteydensaan-

nin ajallisuutta, mutta käytännössä sen katsotaan tarkoittavan kohtuullista aikaa saman päivän kuluessa. (STM 2001:7.)

Lain mukaan hoidon tarve on arvioitava kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Hoidon tarve voidaan arvioida usein jo puhelimesta tai käynnillä terveyskeskuksessa, esimerkiksi hoitajan vastaanotolla. Hoidon tarpeen voi arvioida muikin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri, kuten lähihoitaja, perushoitaja, hammashoitaja, sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Lain mukaan lääketieteellisesti perustelluksi todettu hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, mutta kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun tarve on arvioitu. Hammashoidossa hoito tulee järjestää kuuden kuukauden kuluessa. Hoitotakuu ei sinänsä edellytä pikaisesta lääkärin vastaanotolle pääsyä kiireettömissä tilanteissa. Jos terveyskeskus ei voi itse antaa hoitoa säädetyissä enimmäisajoissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaisesti. (STM 2007:1)

Kansanterveyslaki, kuten myös erikoissairaanhoitolaki, velvoittavat kunnat järjestämään asukkailleen terveyden ja sairaanhoitopalveluja, sekä niihin liittyvää toimintaa. Kansanterveyslaki ei säätele yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä ja järjestämistapaa. Palvelut voidaan järjestää kunnan omana toimintana tai perustamalla yhteistoiminta-alueita, jotka yhdessä vastaavat perusterveydenhuollosta. Päätäjillä ja luottamushenkilöillä on suuri vastuu palveluiden tasosta ja laadusta. Kuntien antamiin lakisääteisiin terveyspalveluihin sisältyvät terveysneuvonta, terveydenedistäminen, valistustyö, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, raskauden ehkäisyneuvonta, yleiset terveystarkastukset ja seulonnat. Muita lakisääteisiä kuntien tarjoamia terveyspalveluita ovat ensihoito, sairaankuljetus, sairaanhoito, erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, hammashoito ja kuntoutus. Hammashoitoon sisältyy valistus, ehkäisy ja hampaiden tutkimus. Kuntoutus sisältää lääkärin tutkimuksen ja hoidon sekä lääkinnällisen kuntoutuksen. Kunnan on järjestettävä mielenterveyspalveluja, joko osana kansanterveystyötä tai sosiaalihuoltoa. (STM 2001:7) Toinen terveydenhuollon yleislaeista on erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Sairaanhoitopiirin tulee huolehtia erikoissairaanhoitona annettavista palveluista (STM 2001:7).

Valmisteilla on uusi terveydenhuoltolaki, joka pyrkii yhdistämään kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain laiksi terveydenhuollosta. Lain tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja edistää terveyspalveluiden saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön tiivistäminen ja asiakaslähtöisyys ovat myös uuden lain tavoitteita. Tulevassa terveydenhuoltolaissa tullaan edelleen painottamaan terveyden edistämistä siten, että se huomioidaan jo kunnan johtamisjärjestelmässä. (Nurkkala 2010, 21–23.)

Asiakkaan asemaa sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjänä turvaavat laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä asiakaslaki (812/2000). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista koskee koko terveydenhuoltoa sekä sosiaalihuollon laitoksia, joissa annetaan terveydenhuollon palveluja. (STM 2001:7.) Yleislakeihin lukeutuva asiakaslaki (812/2000) sisältää sosiaalihuollon asiakkaan osallistumisen, kohtelun ja oikeusturvaan liittyvään keskeiset oikeudelliset periaatteet.

Kunnat vastaavat Suomessa kansalaisten tarvitsemien sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Lainsäädäntö määrittelee sekä kunnan järjestämisvelvollisuuden että kansalaisten oikeudet palvelujen saantiin. Palvelujen järjestämisvastuuta ja toiminnan rahoitusta säätelee laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (733/1992). (Kananoja, Niiranen, Jokiranta 2008, 156.) Sosiaalihuoltolaki (710/1982) on sosiaalihuollon varsinainen yleislaki. Se sisältää säännökset sosiaalihuollon järjestämisvelvollisuudesta, hallinnosta ja menettelystä sosiaalihuoltoa toteutettaessa. (Kananoja, Lähteinen, Marjamäki, Laiho, Sarvimäki, Karjalainen & Seppänen 2007, 46.) Yleislakeihin lukeutuu myös asiakaslaki (812/2000), joka sisältää sosiaalihuollon asiakkaan osallistumiseen, kohteluun ja oikeusturvaan liittyvät keskeiset oikeudelliset periaatteet. (Kananoja ym. 2007, 55.) Sosiaalihuollon yleislakeja ovat myös Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskeva laki (743/1992), laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksesta (272/2005) ja yksityisen sosiaalihuollon valvontaa koskeva laki (603/1996). Aivan tuore yleislain tyyppinen laki on sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten asiakastietojen käsittelyä koskeva laki (159/2007). (Kananoja ym. 2007, 46.)

Sosiaali- ja terveystalveluja pyritään ensisijaisesti järjestämään näiden yleislakien pohjalta. Lainsäädännössä on lisäksi erityislakeja, jotka turvaavat palvelut niille henkilöille, jotka eivät yleislakien perusteella saa riittäviä palveluja. (STM 2001:7.) Erityispalveluja koskevia lakeja ovat lastensuojelulaki (417/2007), päihdehuoltolaki (41/1986), laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista sekä laki kehitysvammaisten erityishuollosta (380/1987). Päivähoitolakiin (36/1973) tehdyillä uudistuksilla säädettiin erityinen laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta (1128/1996). Uusimpia, mutta kuitenkin erillisiä sosiaalihuollon erityislakeja ovat perhehoitajalaki (312/1992) ja omaishoidon tukea koskeva laki (937/2005). Merkittävä laki sosiaalihuollon kokonaisuudessa on toimeentulotukilaki (1412/1997). Lapsen elatustukea säätelevä elatusturvalaki (671/1998) siirtyi pois kunnalta Kelan vastuulle vuoden 2009 alusta. (Kananoja ym. 2007, 45–48.)

Sosiaalipalvelut voidaan jakaa yleisiin sosiaalipalveluihin ja erityispalveluihin. Yleiset palvelut perustuvat sosiaalihuoltolakiin (710/1982), joka tuli voimaan vuoden 1984 alussa. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2001, 27.) Kiireellisesti tarvittavat lakisääteiset sosiaalipalvelut on järjestettävä mihin vuorokaudenaikaan tahansa, silloin kun niitä tarvitaan (Kananoja ym. 2007, 227). Lakisääteiset sosiaalipalvelut ovat sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvola, koti ja asumispalvelut, laitoshuolto, perhehoito, omaishoidontuki, vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja vammaisten henkilöiden työtoiminta, lasten ja nuorten huolto, lastenvalvojalle säädetyt tehtävät ja muut isyyden selvittämiseen ja vahvistamiseen kuuluvat toimenpiteet, perheasioiden sovittelu, lasten elatuksen turvaamistoimenpiteet sekä lapsen huolto ja tapaamisoikeusasiat, ottolapsineuvonta, kehitysvammaisten erityishuolto, vammaisuuden perusteella järjestettävät palvelut ja tukitoimet, päihdehuolto ja kuntouttava työtoiminta. Yhtenä palveluna voidaan pitää myös lasten päivähoitoa, jolla on oma lainsäädäntönsä. (Lehto ym. 2001, 127.)

Puitelain (169/2007) tavoitteena on elinvoimainen ja toimintakykyinen kuntarakenne. Lailla pyritään vahvistamaan kuntarakenteita liittämällä kuntia sekä kuntien osia yhteen. Laajentamalla väestöpohjaa yksittäistä kuntaa suuremmaksi ja lisäämällä kuntien välistä yhteistyötä, pyritään turvaamaan alueen sosiaali- ja terveystalvelut. Laki on uudistanut myös kuntien rahoitus- ja valtiosuusjärjestelmää sekä selkiyttänyt kuntien ja valtion tehtävänjakoa. Yhteistoiminta-alueen tulee

muodostua työssäkäyntialueista tai muusta toiminnallisesta kokonaisuudesta, jolla on taloudelliset ja henkilöstövaroihin perustuvat edellytykset vastata palvelujen rahoituksesta ja järjestämisestä. Kunnat voivat myös perustaa toiminnallisesta kokonaisuudesta muodostuvan yhteistoiminta-alueen. Puitelaki ei määrittele kuntien kokoa, mutta perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi kuuluvien sosiaalitoimen palvelujen väestöpohjana tulee olla 20 000 asukasta. Väestöpohjasta voidaan poiketa muista riittävästä syistä esim. pitkien etäisyyksien vuoksi. (El-Nemer 2006, 2.)



## 4 SOSIAALI-JA TERVEYDENHUOLTOA OHJAAVAT SUOSITUKSET, STRATEGIAT JA OHJELMAT

Hyvinvointipalveluiden tuottamista ohjaavat arvojen, lakien ja säädösten lisäksi erilaiset ohjelmat ja strategiat, jotka painottavat kulloinkin ajankohtaisia asioita. (Kaila, 2010,16.) Pääpaino suosituksissa, strategioissa ja ohjelmissa on terveyden edistämisessä, varhaisessa puuttumisessa ja palveluiden laadun parantamisessa.

### 4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen suositus

Sosiaali- ja terveydenhuollon 2000-luvulle, valtakunnallinen suositus pyrkii vastaamaan laadunhallinnan haasteisiin suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Laadunhallinnalla tarkoitetaan toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen laatutavoitteiden saavuttamiseksi. Jo ensimmäinen valtakunnallinen laatusuositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta vuonna 1995 korosti asiakaslähtöisyyden merkitystä laadunhallinnassa. Laadunhallinnan kehitys on ollut kuitenkin jossain määrin epätasaista, eikä asiakkailta saatua palautetta ole hyödynnetty riittävästi. Toimintakäytännöissä on myös ollut vaihteluita asuinpaikoista ja palvelun tuottajasta riippuen. (STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto 1999, 3-13.)

Uusi valtakunnallinen suositus laadunhallinnasta (Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle) kehottaa ottamaan asiakkaat yhä enemmän mukaan laadunhallintaan. Suosituksen mukaan jokaisen organisaation tulisi kehittää toimiva ja tuottajalle itselleen sopiva asiakaspalauttejärjestelmä. Järjestelmän tulee huomioida käyttäjien erityispiirteet ja asiakkaiden erilaisuus. On huomioitava myös niiden asiakkaiden ääni ja odotukset, jotka eivät omatoimisesti pysty antamaan palautetta. Toimittaessa asiakaslähtöisesti, syntyy asiakkaan ja ammattilaisen välille aitoa, tasa-arvoista vuorovaikutusta. Asiakkailta saadun palautteen perusteella

palveluita voidaan kohdentaa tarpeita vastaaviksi, mikä lisää palvelun laatua. (STM ym. 1999, 3-13.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon johto nähdään suosituksen mukaan laadun luotsaajana ja henkilöstö hyvän laadun edellytyksenä. Vastuu asiakaslähtöisen toiminnan kehittämisestä on johdolla, jonka tulee sitoutua laatuajatteluun. Selkeät arvot, päämäärät ja tavoitteet tulee olla yhdensuuntaiset koko organisaatiolla henkilöstö mukaan lukien. Laadunhallinnasta koituva taloudellinen hyöty näkyy usein vasta pidemmän ajan kuluttua, mutta parantunut asiakaspalaute voi näkyä nopeasti. (STM ym. 1999, 3-15.) Sosiaalisten ja terveydellisten riskien ja ongelmien ennakointi on avaintekijä ihmisten hyvinvoinnille, terveydelle sekä hyvälle elinololle ja ympäristölle. Ehkäisevä toiminta on tärkeä osa laadunhallintaa. Terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisenäkökulma tulisi ottaa huomioon kunnassa kaikessa suunnittelussa, päätöksenteossa ja toteutuksessa. (STM ym. 1999, 19.)

Laadukas prosessi tarkoittaa sarjaa toimenpiteitä ja niihin liittyviä voimavaroja, joilla saadaan aikaan haluttu palvelu asiakkaalle. Voidaan puhua myös palveluketjusta. Asiakkaan palvelukokonaisuuden toteuttamiseen tarvitaan yleensä useiden yksiköiden työtä esim. osasto, kotisairaanhoido ja sosiaalitoimi. Hyvä laatu syntyy hyvin järjestetystä organisaatiosta, eri yksiköiden hyvin toimivasta yhteistyöstä ja alueellisten palveluiden toimivuudesta. Palvelut ovat asiakkaan kannalta silloin sujuvia. Organisaatioiden prosessien hallintaa on mitattava, arvioitava ja kehitettävä. Palvelu-, hoito- ja kuntoutussuunnitelmia hyödynnetään arvioitaessa prosessien kustannustehokkuutta, saumattomuutta ja saatavuutta, siis laatua. (STM, ym.1999, 21–23.)

Laadunhallinta edellyttää organisaation toiminnan seuranta, mittaamista ja arviointia. Tiedolla on merkitystä päätöksenteossa aina valtakunnan tasolle asti. Palvelujen käyttäjät tarvitsevat myös tietoa esim. hoitoon pääsyn nopeudesta tehdesään sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä koskevia päätöksiä. Palveluiden laadun vaihteluja kuntien toimintakäytännöissä ja palveluiden saatavuudessa potilaan/asiakkaan näkökulmasta tulee vähentää. Tietoa oman organisaation toiminnasta kerätään systemaattisesti ja tietoa hyödynnetään toiminnan laadun arvioinnissa ja parantamisessa. Jokainen sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiva organi-

saatio kuvaa oman toimintajärjestelmänsä eli toimintatapansa ja kehittää omaa laadunhallintaansa esimerkiksi luomalla asiakaspalautejärjestelmän. Laatutavoitteet kirjataan ja kehittämiseen liitetään itsearviointia. Valtakunnalliset toimintasuositukset ja laatuksiteerit auttavat organisaatioita laadunhallinnan toteuttamisessa. (STM ym. 1999, 24–32. )

Valtakunnallisia Käypä hoito-suosituksia on laadittu viimeisen 15 vuoden ajan. Motivaatio hoitokäytäntöjen laatumiselle on ollut lisääntyvä tietoisuus hoitokäytäntöjen alueellisesta vaihtelusta, terveydenhuollon kustannusten kasvusta ja tarve ohjata terveydenhuollon ammattilaisten päätöksentekoa. Käypä hoito-suositusten tavoitteena on tuottaa hoitosuosituksia kansanterveydellisesti merkittävistä aiheista ja sitä kautta yhdenmukaistaa hoitokäytäntöjä ja parantaa hoidon laatua. (Miettinen & Korhonen 2005, 12). Tutkimuksen mukaan valtakunnallisten Käypä hoito-suositusten toimeenpanossa terveyskeskuksissa on suuria eroja. Hoitosuosituksien suuri määrä ja laajuus koetaan ongelmana perusterveydenhuollossa. (Lehtomäki 2010, 4-10.)

## **4.2 Sosiaali- ja terveystalitiikan strategiat**

Sosiaali- ja terveystalitiikan strategiat 2010 valmistui 2001. Päätaavoitteena oli, että 2010 Suomi on sosiaalisesti elinvoimainen, taloudellisesti kestävä ja toimintoiltaan tehokas ja dynaaminen yhteiskunta. Pääpainotukset alkaneelle vuosikymmenelle olivat toimintakyvyn edistämien, työelämän vetovoiman lisääminen, syrjäytymisen ehkäisy ja hoito sekä toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. Palveluiden laatuun, saatavuuteen ja yleisesti sosiaaliturvaan toivottiin saatavan parannuksia tämän strategian avulla. Hyvän sosiaaliturvan katsottiin olevan nykyaikaisen yhteiskunnan perusta. Ehkäisevä politiikka ja varhainen puuttuminen nähdään tärkeinä keinoina taavoitteiden saavuttamiseksi. (STM 2001: 3.)

### 4.3 Ohjelmat sosiaali- ja terveydenhuollolle

Terveys 2015- kansanterveysohjelma painottaa terveyden edistämistä. Ohjelman taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, jossa pyritään kaikilla yhteiskunnan sektoreilla terveyden tukemiseen ja edistämiseen. Väestön terveyteen vaikuttaa monet terveydenhuollon ulkopuoliset asiat ja siksi ohjelma on tarkoitettu terveydenhuollon ohjelma myös muille hallinnonaloille. Ihmisten arkielämässä kuten kodeissa, kouluissa ja työpaikoilla voidaan toimia terveyttä edistävästi, mutta myös terveyttä heikentävästi. Terveys 2015 tavoittelee myös eriarvoisuuden vähentämistä, sekä palveluiden laadun että saatavuuden parantamista. Tavoitteena on, että suomalainen voisi elää terveenä noin kaksi vuotta kauemmin vuonna 2015 kuin vuonna 2000. Ohjelman tavoitteissa huomioidaan eri ikäryhmät. Lasten hyvinvoinnin lisääminen, nuorten tupakoinnin väheneminen ja nuorten aikuisten tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden alentaminen ovat keskeisiä tavoitteita. Työikäisten ja yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn parantamiseen pyritään panostamaan. (STM 2001:4.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011 määrittelee lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Kaste-ohjelma perustuu lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta (733/1992), ja Kaste-ohjelma on valtioneuvoston vahvistama sosiaali- ja terveystalouden ohjausväline. Kaste-ohjelman kolme päätoimenpidealuetta ovat sosiaalisten ja terveyteen liittyvien ongelmien ennaltaehkäisy, henkilöstön riittävyyden varmistaminen ja osaamisen vahvistaminen sekä eheän palvelukokonaisuuden luominen. ( STM 2008: 6. )

KASTE- ohjelman päätavoitteita ovat sosiaali- ja terveystalouden laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen, ihmisten osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen väheneminen. Tavoitteena ovat myös hyvinvoinnin ja terveyden lisääntyminen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen. Ihmisen hyvinvoinnille luodaan pohja koko elämän ajaksi jo lapsuus- ja nuoruusiässä, ja siksi varhainen puuttuminen ja ennaltaehkäiseminen nähdään Kaste- ohjelmassa keinoina ja toimenpidealueina tavoitteiden saavuttamiseksi. Ongelmien ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen ovat kustannustehokkaita ja usein myös vaikuttavia keinoja

parantaa ihmisten elämänlaatua. Vähentämällä riskitekijöitä kuten tupakointia, alkoholin käyttöä ja ylipainoa, voidaan pienentää terveyseroja sosiaaliluokkien välillä. Alueellisten erojen vähentäminen on myös Kaste-ohjelman keskeisiä tavoitteita. Kuntien ja eri alueiden erilaiset kehittämistarpeet on huomioitava ohjelmaa toteutettaessa. Asiakastyytyväisyys-mittaukset antavat palautetta, joka on alueellista ja kertoo tietyn alueen asiakkaiden tarpeista. Saadun palautteen avulla voidaan tuottaa tarpeita vastaavaa ja laadukasta palvelua. (STM 2008:6; STM 2009:18.)

Kaste- ohjelmaan sisältyy Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma, jolla pyritään vahvistamaan perusterveydenhuoltoa mm. asiakaskeskeisyyttä ja valinnanvapautta parantamalla, johtamista vahvistamalla ja johtamisosaamista kehittämällä. Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat aina monet asiat, kuten taloudelliset suhdanteet ja yksilöiden tekemät arkipäivän valinnat. Hyvinvointi on yksilön, lähiyhteisön, kunnan ja koko yhteiskunnan yhteinen tavoite, ja tavoitteen saavuttamiseksi tulisi kaikkien toimijoiden toimia samansuuntaisesti ja huomioida päätösten sosiaali- ja terveysvaikutukset. (STM 2008:6; STM 2009:18.)

Potku-hanke on osa Toimiva terveyskeskus- ohjelmaa. Järvi-Pohjanmaa kuuluu sijaintinsa vuoksi Väli-Suomen Potkun alueeseen kuuden muun osahankkeen kanssa. Hanke toteutetaan vuosina 2010–2012 ja hankkeen hallinnoinnista vastaa Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Potku-hankkeen tähtäimenä on perusterveydenhuollon uudistaminen pitkäaikaissairauksien ehkäisy- ja hoitomallin kansallisella käyttöönotolla. Terveysyötymalli on viitekehys, joka pyrkii tarjoamaan perusterveydenhuollossa puitteet pitkäaikaissairauksien hoidon ja ehkäisyn järjestämiseen. Terveysyötymallin mukainen toiminta parantaa kroonisesti sairaiden potilaiden hoidon tuloksia, hallitsee kustannuksia sekä ylläpitää työ- ja toimintakykyä. Järvi-Pohjanmaalla pyritään terveysyötymallia hyödyntämällä vähentämään päivystyskeskeisyyttä, parantamaan pitkäaikaissairaiden palveluita ja turvaamaan hoidon jatkuvuus. Tavoitteena on myös lääkäreiden ja hoitajien työnjaon selkiyttäminen ja asiantuntijahoitajien vastaanoton ja työnkuvan selkiyttäminen. (Orava 2010.)

## 5 JÄRVI-POHJANMAAN YHTEISTOIMINTA-ALUE

Järvi–Pohjanmaan yhteistoiminta-alue on Alajärven kaupungin sekä Soinin ja Vimpelin kuntien muodostama alue Etelä-Pohjanmaalla. Lehtimäen kunta liittyi yhteistoiminta-alueeseen vuoden 2009 alusta ja on nyt osa Alajärven kaupunkia. Alueella asuu noin 17000 asukasta. Järvi-Pohjanmaan kunnat sijaitsevat yli 70 km:n etäisyydellä maakuntakeskuksesta Seinäjoesta, jossa sijaitsee alueen keskussairaala. (Mäntylä 2009, 7- 9.)

Taulukko 1. Väestömäärät paikkakunnittain 31.8.2009 (Segerholm 2008 ).

<b>Paikkakunta</b>	<b><i>väestömäärä 31.8.2009</i></b>
Alajärvi (+Lehtimäki)	10598
Soini	2451
Vimpeli	3293

Keväällä 2005 Valtioneuvosto käynnisti Paras–hankkeen kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseksi. Hankkeen toteuttamista ohjaava, ”mahdollistava puitelaki” tuli voimaan helmikuussa 2007 ja on voimassa 2012 vuoden loppuun. (Suomen kuntaliitto [viitattu 31.9.2010].) Kunta- ja palvelurakennemuutos on suurin kunnalishallinnon ja -palveluiden uudistus Suomen historiassa. Uudistus vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoja siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva

rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevina vuosikymmeninä. Uudistusta ohjaavat laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta sekä lait kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta. (Valtiovarainministeriö [viitattu 28.9.2010].) Paras-hanke velvoittaa suurimman osan Suomen kunnista järjestämään perusterveydenhuoltonsa uudelleen. Uudelleenjärjestelyn tavoitteeksi asetettiin vähintään noin 20 000 asukkaan väestöpohja. Perusterveydenhuollon ja siihen läheisesti liittyvän sosiaalitoimen palvelujen järjestämiseksi suurin osa kunnista on valinnut etenemistavaksi kuntaliitoksen tai yhteistoiminta-alueen tien Paras-hankkeen tavoitteiden mukaisesti. Järvi-Pohjanmaalla muutos toteutettiin siten, että kuntien itsenäisyys säilyi, mutta palveluntuotanto kokonaisuudessaan yhdistettiin. (Mäntylä 2009, 5-7.)

Isäntäkuntamalli tarkoittaa sopimuksenvaraista yhteistoimintaa tai sopimusyhteistyötä, joka voi koskea esim. yhteisen viran perustamista ja siitä aiheutuvien kustannusten jakamista viranomaistehtävien hoitamista ostopalveluina tai yhteisen toimielimen asettamista (365/1995). Kuntien yhteinen virka tarkoittaa järjestelyä, jossa viranhaltija hoitaa virkaa kahdessa tai useammassa kunnassa. Sopijakunnat tekevät päätöksen viran perustamisesta, ja viranhaltija on virkasuhteessa näihin kuntiin. Työnantajan velvollisuuksista vastaa vain yksi näistä kunnista. Sopijakunnat osallistuvat kustannuksiin sopimuksen mukaisesti. Sopimus mahdollistaa sen, että viranhaltija voi hoitaa julkista valtaa sisältäviä velvoitteita ilman erityislainsäädännön nimenomaista valtuutusta. Viranhaltija voi olla myös osa-aikaisesti kahden tai useamman kunnan palveluksessa. Tällöin kyseessä ei ole yhteinen viranhaltija, vaan täysin erillisten osa-aikaisten virkasuhteiden hoitaminen. (Suomen kuntaliitto [viitattu 28.9.2010].)

Alajärven ja Lehtimäen kuntaliitossopimuksessa oli tavoitteena koota alueen voimavarat tukemaan elinkeinoelämän kehittymismahdollisuuksia sekä edistää laajentuneen Alajärven kehittymistä vahvaksi kaupunkikeskukseksi kolmen maakunnan raja-alueella. Tavoitteena on myös vahvistaa kuntataloutta keventämällä hallintoa ja poistamalla päällekkäistä toimintaa. Yksi tavoite on varmistaa hyvät kuntalaispalvelut alueelle myös tulevaisuudessa ja säilyttää Järvi-Pohjanmaalla yksi

terveyskeskus, jonka keskuspaikkana on Alajärvi, sekä kehittää vapaa-ajan palveluita tukemaan alueen vetovoimaa ja varmistaa osaavan henkilöstön saatavuus jatkossa. (Alajärven ja Lehtimäen kuntaliitossopimus 21.12.2007.)

Valtionvarainministeriön kuntaosasto myönsi Järvi-Pohjanmaalle 12.5.2008 niin sanotun exit-kortin, jolla yhteistoiminta-alueen katsottiin täyttävän Paras- lain mukaiset tavoitteet, vaikka asukasluku jäi alle 20 000 asukkaan tavoitteen. (Mäntylä 2009, 7, 60.)

Exit-kortin periaatteet ja kriteerit edellyttävät, että yhteistoiminta-alueella on olemassa päätökset rakenteellisten ratkaisujen toteuttamisesta. Päätökset tulee olla kahden tai useamman kunnan liitoksesta ja/tai yhteistoiminta-alueen muodostamisesta. Exit-kortin myöntäminen edellyttää lisäksi, että yhteistoiminta-alue on toiminnallinen kokonaisuus, eikä muita luontevia kumppaneita tai vaihtoehtoja ole olemassa. Exit-kortti voidaan myöntää, vaikka luonteva laajenemissuunta olisi, mutta samalla jouduttaisiin rikkomaan muita toimivia yhteistyörakenteita. Palveluiden järjestämisvastuu siirtyy yhteistoiminta-alueelle ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisyyden on alueella toteuduttava. (Eteläpohjanmaan Liitto [ viitattu 28.9.2010]). Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueella sosiaali- ja terveystoimi on yhdistetty yhdeksi perusturvan kokonaisuudeksi, jossa toimielimenä on Järvi-pohjanmaan perusturvalautakunta. Isäntäkuntana toimii Alajärven kaupunki. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen vanhustyön strategia 2009–2012.)



Taulukko 2. Järvi-Pohjanmaan väestölaskentatiedot (Vanhustenhuolto Järviseu-  
dulla 2008, 8).

JÄRVI-POHJANMAAN VÄESTÖLASKENTATIEDOT VUODELTA 2007 JA ENNUSTE VUODELLE 2015

IKÄ	Alajärvi		Lehtimäki		Soini		Vimpeli	
	2007	2015	2007	2015	2007	2015	2007	2015
0 - 6 v	755	671	108	107	165	137	251	259
7 - 15 v	1049	953	192	138	304	207	379	313
16 - 18 v	431	362	71	53	124	86	144	106
19 - 64 v	4843	4298	1080	872	1358	1189	1870	1664
yli 75 -v	862	932	251	249	290	326	360	395

Järvi-Pohjanmaan väestölaskentatiedoista voimme huomata Järvi-Pohjanmaan väestökehityksen vuoteen 2015 saakka. Vuoden 2009 alusta kaikki palvelut on tuotettu yhteisissä lautakunnissa. Kunnat jatkavat itsenäisinä, ja jokaisella kunnalla on mm. oma valtuusto ja hallitus. Lautakunnat ovat sen sijaan yhteisiä ja tuottavat palvelut koko alueelle. Lautakunnat on jaettu eri kuntien hallintoon niin, että Alajärvi hoitaa perusturvan, sivistystoimen, kirjastotoimen, kulttuurin ja maaseututoimen. Soini hoitaa teknisen toimen ja vapaa-ajan sekä Vimpeli rakennusvalvonnan ja ympäristönsuojelun. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen strategia 2009 – 2012.)

Järvi-Pohjanmaan perusturvalautakunta järjestää omana toimintanaan välttämättömät peruspalvelut ja ohjaa palveluiden käyttöä yksityisten ja yhdistysten palvelutuotantoon.(Järvi-pohjanmaan yhteistoiminta-alueen strategia 2009–2012.) Tämä on johtanut siihen, että perusturvalautakunta on toiminnassaan itsenäisempi kuin muut lautakunnat. Sille on annettu enemmän vastuuta ja enemmän toimivaltaa kuin muille lautakunnille. Määrärahat toimintaan osoittaa kuitenkin jokaisen kunnan valtuusto omissa talousarviopäätöksissään. (Mäntylä 2009, 13.) Hyvän ja turvallisen hoidon antamiseksi terveyden- ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö on välttämätöntä toiminnan kaikilla tasoilla. Tavoitteena on ihmiskeskeinen, ihmisten omatoimisuutta tukeva, yksilön ja perheen tarpeet huomioonottava kokonaispalvelujärjestelmä ja sen toiminnallisuus. Eri ammattiryhmät kantavat osaltaan vastuuta ammatillisesta hoito- ja sosiaalityön laadun ja sisällön kehittämisestä. (Järviö 1993,159.)

## **6 TERVEYDEN- JA SOSIAALIHUOLLON PALVELUT JÄRVI-POHJANMAALLA**

Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut voidaan jakaa kahteen ryhmään, subjektiiviseen oikeuteen perustuviin ja määrärahasidonnaisiin palveluihin. Lainsäätäjä on katsonut eräät palvelut niin tärkeiksi, että yksilölle on säädetty ns. subjektiivinen oikeus saada palvelut. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi kiireellinen sairaanhoito ja toimeentulotuki. Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on määrärahasidonnaisia, kuten esimerkiksi kuljetuspalvelut. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntalaisella on oikeus palveluun kunnan varaamien määrärahojen rajoissa. Palveluja voidaan tällöin kohdentaa niitä kaikkein eniten tarvitseville kuntalaisille. Tämä edellyttää kunnalta ohjeistusta palvelujen myöntämisestä. Yleisenä periaatteena voidaan pitää sitä, että palveluntarve on aina arvioitava yksilöllisesti. (Segerholm 2008,10.)

### **6.1 Terveydenhuollon järjestäminen Järvi-Pohjanmaalla**

Arkisin kiireellinen avosairaanhoidon päivystys on järjestetty Alajärvellä sekä Vimpelein toimipisteessä. Iltaisin, viikonloppuisin ja arkipyhinä päivystys on keskitetty Alajärven toimipisteeseen. Yöpäivystys on aina Seinäjoen keskussairaalassa. Järvi-Pohjanmaan kaikissa toimipisteissä on sekä lääkärin että hoitajan vastaanotot. Järvi-Pohjanmaalla lääkärinvirkoja on peruspalvelujohtajan 4.10.2010 mukaan 12 joista yksi on psykiatrin virka. Virat jakaantuvat yhteistoiminta-alueen kuntien kesken. Osa viroista on täyttämättä. Järvi-Pohjanmaan terveyskeskus tuottaa työntäjille ja yrittäjille työterveyshuollon lakisääteisiä ja vapaaehtoisia palveluja sopimuksen mukaisesti. Hammashoito on täysin ulkoistettu. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 8.9.2010. ]

Alajärvellä päihdetyöryhmä on pohtinut nuorten päihteiden kokeilua ja käyttöä sekä niiden ennaltaehkäisyä ja on päivittänyt vihkosen, Nuoret ja päihteet – vanhempainopas. Alajärven toimipisteessä toimiva vuodeosasto 1 vastaa koko Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen akuuttipotilaiden hoidosta. Alajärven toimipisteessä vuodeosasto 2:lla hoidetaan alajärveläisiä pitkäaikaispotilaita. Vuodeosasto 2:lla toimii myös Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen MRSA-osasto. Vimpelin toimipisteessä vuodeosasto 3:lla hoidetaan koko Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen kuntoutuspotilaat. Vimpelin kunnan omistamassa, Järvi-Pohjanmaan terveyskeskuksen ylläpitämässä Järviseudun sairaalassa toimii 16-paikkainen psykiatrinen avo-osasto mikä tarjoaa osastohoitoa keskussairaالاتasoa hieman kevyempänä. Sairaalassa hoidetaan vapaaehtoiseen hoitoon hakeutuvia aikuisia, jotka sairastavat skitsofreniaa, ovat elämän kriisivaiheessa, tarvitsevat jaksottaista tai lyhytaikaista psykiatrista kuntoutushoitoa, tulevat lääkityksen tarkistukseen tai tarvitsevat päihdehoitoa ja – kuntoutusta. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 8.9.2010].)

Aikuisten psykososiaaliset palvelut Järvi-pohjanmaalla avohoidossa ovat Harjulanpirtti Vimpelissä, minkä toiminta sisältää kotikäyntejä ja päivätoimintaa. Vimpelissä toimii myös kuntoutuskoti (8 paikkaa) Järviseudun sairaalan läheisyydessä. Kuntoutuskotiin hakeudutaan lääkärin läheteellä sairaalasta tai avohoidosta. Kuntoutuskodin tavoitteena on itsenäiseen elämään ja asumiseen kuntoutuminen. Kuntoutuskodin tehtävänä on ohjata, tukea ja opastaa asukkaita erilaisten sosiaalisten taitojen opettelemisessa, kuten hygieniä, ruoanvalmistus, kodinhoito ja virastoasiat. Lisäksi siellä opetellaan ihmissuhteiden luomista, kehittämistä ja ylläpitoa sekä omasta psyykkisestä ja fyysisestä terveydestä huolehtimista. Soinissa toimii päivätoiminta Etappi, jossa on päivätoimintaa päihde- ja mielenterveyskuntoutujille. Alajärvellä toimii perusturvan yhteinen päihdetyöntekijä. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 8.9.2010].)

Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueella toteutetaan lastenneuvolatoimintaa, minkä ensisijainen tehtävä on luoda perusta lapsen elinikäiselle terveydelle ja hänen suotuisalle kehitykselleen. Alueella on järjestetty myös koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 8.9.2010].)

Fysioterapian toiminta jakautuu päivittäin polikliiniseen yksilö- ja ryhmätoimintaan sekä vuodeosastolla tapahtuvaan kuntoutukseen. Lisäksi toimintaan kuuluvat koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon liittyvät terapiat. Järvi-Pohjanmaalla fysioterapiaan lääkinnälliseen kuntoutukseen pääsee terveyskeskuslääkärin tai erikoissairaanhoidon läheteellä. Kuntoneuvolaan asiakas voi myös itse hakeutua saamaan neuvontaa ja ohjausta omatoimiseen harjoitteluun ja liikuntaan. Alueella toimii myös apuvälinelainaamot, jotka ovat auki ilman ajanvarausta fysioterapian aukioloaikoina. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 8.9.2010]).

Kaikissa yhteistoiminta-alueen toimipisteissä toimii diabetespoliklinikka ajanvarauksella. Sieltä saa myös verensokeri- mittausliuskoja, joita annetaan vain lääkahoitoisille ja tarpeen arvioi diabeteshoitaja. Sairaankuljetuspalvelut Järvi-Pohjanmaalla hoidetaan , ympärivuorokautisesti eri yrittäjien toimesta. Ensihoitoa ja sairaankuljetusta hoidetaan myös tarpeen tullen naapurikuntien alueille heidän ambulanssiensa ollessa esteellisiä hälytyksen vastaanottoon. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [ viitattu 8.9.2010]).

## **6.2 Sosiaalihuollon järjestäminen Järvi-Pohjanmaalla**

Yleinen sosiaalityö pitää sisällään neuvontaa ja ohjausta kaikille sosiaalipalveluja käyttäville asiakkaille. Sosiaalityön toimipisteet sijaitsevat Alajärvellä, Vimpelissä ja Soinissa. Järvi-Pohjanmaalla sosiaalipalvelut on jaettu kolmen eri viranhaltijan alle, käsittäen sosiaalityönjohtajan, vanhustyönjohtajan ja vammaistyönjohtajan. Sosiaalityönjohtajan alaisuuteen kuuluvat sosiaalityö, perheneuvola, lastenvalvonta, perhetyö, lasten ja nuortenhuolto, puheterapeutin ja psykologin palvelut. Vammaistyönjohtajan hallinnon alaisuuteen kuuluvat vammaisten asumispalvelu, toimintakeskukset, erityislasten kuntoutus ja vammaistyön sosiaaliohjaus. Vanhustyönjohtajan hallinnon alaisuuteen kuuluvat vanhusten asumispalveluyksiköt, vanhainkodit, kotihoito, dementiakodit sekä muisti- sosiaali- ja sijoitushoitajien toiminnan valvominen. Kaikki nämä kolme osa-alueetta vastaavat lakisääteisten sosiaalipalvelujen tuottamisesta. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 5.8.2010]).

Alajärven kaupungin hallinnoima perusturvalautakunta tuottaa kehitysvammalain ja vammaispalvelulain mukaisia palveluita 1.1.2009 lähtien yhteistoiminta-alueen kunnille. Vaikeavammaisella henkilöllä on oikeus kuljetuspalveluihin, jotka kattavat asioinnin ja virkistyksen. Palveluihin kuuluu asunnon muutostyöt sekä esim. kuulo- vammaiselle välttämättömät välineet ja laitteet, kuten esimerkiksi hälytysjärjestelmät. Asiakas on oikeutettu myös palveluasumiseen esim. palvelutalossa tai kotiin annettavan tarpeellisen palvelun muodossa. Vaikeavammaisilla on oikeus myös henkilökohtaiseen apuun esimerkiksi tulkkipalveluun. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 5.8.2010]).

Alajärvellä asumispalveluyksikkö Kultakämmen, Alajärven Palvelukotiyhdistys ry:n Kaupinkartanon dementiakodit ja tukiasunnot, Pienkoti Kultalanka Oy ja Hoivakoti Tuulikki Oy tarjoavat palveluita niitä tarvitseville. Lehtimäellä vanhainkoti Wilhelmiina sekä hoivakodit Länsituuli ja Rantakaisla sekä Soinissa vanhainkoti Ko pitkäaikaishoitoa ja lyhytaikaishoitoa sitä tarvitseville. Vimpelissä on tarjolla kunnan hoivakoti Niikooli ja Dementia koti Aisakello sekä palvelukodit Hemilänranta ja Kouluniemi. Hoitokoti Tuulikello tuottaa asumis- ja hoitopalveluita vanhuksille ja vammaisille Vimpelissä. Alajärvellä palveluita tuottaa hoitokoti Sateenkaari. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 5.9.2010]).

Perhepalvelut, lasten- ja nuortenpalvelut ovat sosiaalipalveluita. Niihin kuuluu esimerkiksi perheneuvola, jonka tehtävänä on tukea lapsiperheitä erilaisissa elämäntilanteissa. Lastensuojelutyö Järvi-Pohjanmaalla, lastensuojelun sosiaalityön tavoitteet ovat painottuneet vuoden 2008 alussa voimaan tulleen uuden lastensuojelulain velvoitteiden toteutumisen arviointiin. Uusia lastensuojeluilmoituksia tuli enätysmäärä 68 kpl. Lastensuojelutyön määrän kasvaessa tavoitteeseen pääsy on ollut tiukkaa, mutta pääosin tavoitteessa mainittu ratkaisu on kyetty tekemään 7 vrk:n määräajassa. Kriisitapauksissa on toimittu välittömästi, mitä on edesauttanut osallistuminen virka-ajan ulkopuoliseen alueelliseen sosiaalipäivystykseen. (Järvi-Pohjanmaan perusturvalautakunta kokous, 24.3.2009.) Päivähoito kuuluu vuoden 2009 alusta alkaen sivistystoimen hallinnonalaan. Päivähoitopalveluita Järvi-Pohjanmaalla järjestetään perhepäivähoitona, ryhmäperhepäiväkodeissa tai päiväkodeissa. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 5.9.2010]).

Päihdehuolto on Järvi-Pohjanmaan alueella avohoitopainotteista. Jos katkaisuhoidoa toteutetaan terveyskeskuksessa, kuuluu se terveystalouteen. Perusturvan yhteinen päihdehoitaja käy kaikissa toimialueen toimipisteissä tiettyinä viikonpäivinä pitämässä vastaanottoa. Aikuissosiaalityötä on esimerkiksi kuntouttava työtoiminta, jota tehdään yhteistyössä työvoimahallinnon kanssa. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 5.9.2010]).

Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueelle on laadittu yhteinen mielenterveys- ja päihdestrategia, ”Hyvän mielen Järvi-Pohjanmaa”, jossa keskitytään edistävään ja ehkäisevään mielenterveys- ja päihdetyöhön. Sen keskeisiksi kehittämiskohteiksi on nostettu lapsiperheiden hyvinvoinnin tukeminen, nuorten mielenterveyden tukeminen ja nuorten päihteidenkäytön vähentäminen. Strategiasta tehtiin operatiivinen toimintaohjelma, jonka avulla voidaan muuttaa toimintarakenteita ja siihen kirjattiin toimenpiteitä, jotka ovat aidosti toteutettavissa. Strategian tarkoituksena on antaa selkeä tehtäväkuvaus, jonka avulla se ohjaa toimintaa. Strategian avulla halutaan herättää kuntalaisten omaa vastuuta itsestään ja lähimmäisistään. Mielenterveys- ja päihdestrategian visio on, ” Hyvän mielen Järvi-Pohjanmaa, kaikilla olisi hyvä mieli saadessaan rakkautta ja voidessaan rakastaa”. (Hyvän mielen Järvi-Pohjanmaa. Mielenterveys- ja päihdestrategia vuosille 2010-2013 Toimeentulotuki on muuta toimeentuloturvaa täydentävää yksityiskohtaista ja viimesijaista taloudellista tukea. Se on tarkoitettu kaiken ikäisille tilanteisiin, joissa palkka- tai muut tulot ja varat eivät riitä kohtuullisiin elinkustannuksiin. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 5.9.2010]).

Omaishoidontuki Järvi-Pohjanmaalla voidaan myöntää hoitajalle, jos hoidettava alentuneen toimintakyvyn, sairauden tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee hoitoa ja huolenpitoa, joka mahdollistaa kotona asumisen. Hoidon ja avun tarve selvitetään kaikissa tapauksissa yksilöllisesti. Hoitoisuuden arvioinnin tekee asiaan perehtynyt työntekijä käyttäen hyväkseen eri toimintakykykymittareita, esim. Rava ja MMSE. RAVA-järjestelmä on monipuolinen ja helppokäyttöinen kunnan vanhuspalvelujen kehittämisväline. Järjestelmän avulla voidaan tehostaa yksittäisten vanhusten hoitoonohjausta sekä kunnan vanhuspalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja arviointia. MMSE eli Mini - Mental State Examination on lyhyt älyllisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu testi. Sen tekeminen vie vain 5-10 minuuttia

aikaa ja se soveltuu niin lääkärin kuin hoitajankin työvälineeksi. Omaishoidontukea voidaan myöntää Järvi-Pohjanmaan kuntien yhteisten myöntämiskriteerien perusteella. Omaishoidontuki on kunnalle harkinnanvaraista ja sitä voidaan myöntää omaishoidontukeen varattujen määrärahojen puitteissa. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 9.9.2010]).

Alueen vanhustenhoidossa toimii kotihoito (yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido 1.11.2004 lähtien). Kotihoitoa voivat saada henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut niin, että he eivät pysty selviytymään itsenäisesti arkipäivän askareista. Tukipalveluina on saatavissa kotiin kuljetettu ateria ja turvapuhelinpalvelut. Hälytyslaitteet ja -yhteys hankitaan yksityiseltä palveluntuottajalta Kokkolan aluehälytyskeskukselta (Anvia), joka huolehtii hälytysten eteenpäin toimittamisesta erillisessä sopimuksessa sovituille yhdyshenkilöille. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 9.9.2010]).

Järvi- Pohjanmaan vanhustyön strategiana, ”Arvokas vanhuus ikäihmisenä Järvi-Pohjanmaalla” tavoitteena on, että vuoteen 2012 mennessä asuvat vanhukset voisivat asua omissa kodeissaan valtakunnallisten suositusten mukaisesti, ja he saisivat tarvitsemansa kotihoidon palvelut. Vanhukset jotka eivät kykene asumaan kotonaan, saisivat riittävästi asumispalveluja ja pitkäaikaishoitopaikkoja. Ikäihmisille tulee tarjota vapaa-aika, sivistys- ja teknisen toimen palveluja, jotta voidaan ylläpitää toimintakykyä ja virkistystä. Palvelujärjestelmässä pyritään havaitsemaan ja ennaltaehkäisemään ikääntyvän väestön toimintakyvyn aleneminen, masentuneisuus, yksinäisyys ja syrjäytyminen. (Segerholm 2008,5)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet tammikuussa 1999 yhteisen yleisluontoisen suosituksen terveyskeskusten hoitotarvikejakelusta. Maksuttomien hoitotarvikkeiden luovuttamisen edellytyksenä on lääkärin tai terveydenhuollon ammattilaisen toteama tarve ja kirjallinen määräys. Hoitovälineiden kulutus ja käyttö tapahtuu terveyskeskuksen henkilökunnan valvonnassa. Kerrallaan luovutettujen tarvikkeiden määrä ei voi ylittää kolmen kuukauden arvioitua kulutusta. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 10.9.2010]).



### 6.3 Hoidotakuun toteutuminen Järvi-Pohjanmaalla

Hoidontarpeen arviointi on sujunut hyvin Suomessa Peruspalvelujen tila-raportin 2010 mukaan koko hoidotakuun voimassaoloajan. Kuitenkin yli puolet väestöstä asui 2009 sellaisen terveystakeskuksen alueella, jossa oli vaikeuksia välittömässä yhteyden saannissa ja jossa lääkärinaikaa ei voida antaa potilaan hoidontarpeesta huolimatta. (Valtiovarainministeriö 2010.) Myös Tampereen yliopiston tekemän tutkimuksen mukaan lähes 20 %:lla asiakkaista oli vaikeuksia saada yhteyttä puhelimitse. Tyytymättömiä saamiinsa palveluihin asioidessaan terveysasemalla oli n. 10 %:lla asiakkaista. Alueella on kuitenkin asiaan puututtu ja tilanne on kartoitettu. Vaihtoehtoisia toimintamalleja on työstetty ja tavoitteena on toiminnan tehostaminen ja tarkoituksenmukaistaminen. (Duodecim Terveyskirjasto [viitattu 6.11.2010]).

Järvi-Pohjanmaalla on käytössä Pegasos-potilaspalvelujärjestelmä. Tämän avulla saadaan tietoa käyttäjämääristä ja käytetyistä palveluista. Kiireettömän hoidon ajanjaksolla 1.1.2010 – 30.6.2010. Hoidotakuun määräajat ovat toteutuneet kyseisellä ajanjaksolla seuraavasti. Keskimäärin potilaat ovat joutuneet odottamaan hoidontarpeen arviointia 0,1 päivää. Yhteydenottajista 0,86 % on joutunut odottamaan hoidon tarpeen arviointia yli sallitut 3 päivää. Keskimäärin potilaat ovat joutuneet odottamaan hoitoa, hoidon tarpeen arvioinnista 4,09 päivää. Yli sallitun kolme kuukautta oli joutunut odottamaan 0 %. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 6.11.2010 ].)

Hammashuollossa hammashoitaja arvioi puhelimesta hoidon kiireellisyyden ja tekee hoidon tarpeen arvioinnin. Kiireellistä hoitoa tarvitsevat pääsevät hoitoon saman päivän kuluessa. Ei kiireellistä hoitoa tarvitseville aika on järjestynyt 4-6 viikon päähän. Viikonloppuisin päivystys on Seinäjoella. (Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue [viitattu 05.011.2010].)

## **7 ASIAKAS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN ARVIOIJANA**

Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta perustuu asiakaslähtöisyyteen. Hoidon laatua määriteltäessä, avainasemassa on näitä palveluja käyttävä asiakas tai omainen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja pyritään kehittämään siten, että ne vastaavat asiakkaiden tarpeisiin. Hoidossa pyritään huomioimaan myös asiakkaiden toiveet ja odotukset hoidon laadusta. Hyvän hoidon toteutumiseen asiakkaan näkökulmasta vaikuttaa myös se, mistä olosuhteista asiakas tulee sekä hänen omat odotuksensa hyvästä hoidosta. Jokaisella on oikeus samanlaiseen hoitoon ja kohteluun riippumatta siitä lähtökohdasta tai sosiaaliluokasta, mistä asiakas tulee hoidon tai palvelun piiriin. Hoitotyön ammattilaiset ovat avainasemassa, siinä minäkälaisena asiakas kokee saamansa hoidon. Hoitoon pääsyn kriteerit on laissa säädetty ja määritelty aika, missä ajassa asiakkaan on päästävä hoitoon tietyn vaivan vuoksi. Sosiaali- ja terveydenhuollolla tulee olla toimiva asiakaspalauttejärjestelmä, jolla voidaan kerätä asiakaspalautetta ja asiakkaiden kehittämisideoita laadun varmistamiseksi ja parantamiseksi. (Kalkas & Sarvimäki 1996, 166-167.)

### **7.1 Hyvän hoidon kriteerit**

Hyvän hoidon kriteerit sisältyvät asiakkaan hoitoon kokonaisvaltaisesti. Lainsäädännön avulla turvataan asiakkaan hyvä hoito. Hänen on saatava laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa sekä siihen liittyen oikeudenmukaista ja tasa-arvoista kohtelua. (785/ 92.) Oikeudenmukainen kohtelu edellyttää, että samanlaisen hoidon tarpeessa olevat asiakkaat pääsevät yhdenvertaisesti terveydentilansa vaatimaan hoitoon riippumatta iästä, vakaumuksestansa, sosiaalisesta asemasta, asuinpaikasta tai olosuhteista. (Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Pietilä, Salminen & Sirola 2002, 69.) Tämä koskee potilaan ihmisarvoa, koskemattomuutta sekä hä-

nen vakaumustensa ja yksityisyytensä kunnioittamista. Hänen koskemattomuuttaan niin henkisesti kuin fyysisestikin ei saa rajoittaa enempää kuin tutkimukset ja hoitotoimet edellyttävät. Myös potilaan äidinkieli ja kulttuuri tulee huomioida hoitotilanteissa. Asiakkaan Itsemääräämisoikeuteen kuuluu vapaus valita ja vaikuttaa hänen hoitoaan koskevissa asioissa sekä häntä tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Naukkarisen (2008,118) saamien tutkimustulosten mukaan potilaat ovat halukkaita osallistumaan omaan hoitoonsa, mutta he eivät tiedeneet millä tavoin voivat osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Potilaan informoiminen tarvittavien hoitotoimenpiteiden hyödyistä ja haitoista ja riskeistä sekä hänen sairauksistaan ja tilanteestaan, tulee antaa selkeällä ja potilaan ymmärtävällä tavalla sekä hänen ymmärtämällään kielellä. (Kalkas & Sarvimäki 1996,166–167.) Potilaat kokevat oman arviointinsa mukaan eniten puutteita hoidon riskien, ennustetta ja jatkohoitoa koskevassa tiedonsaannissa terveyskeskusten vastaanotoilla. (Naukkarinen 2008, 115.) Potilaan tulee voida luottaa, siihen ettei hänen terveydentilaansa ja sairauttaan koskevien asiakirjojen tiedot tule sivullisten tietoon, ilman hänen suostumustaan sekä kokea saamansa hoidon ja ympäristönsä turvallisiksi. (Kalkas & Sarvimäki 1996,166–167.)

## **7.2 Hyvä hoito sosiaali- ja terveydenhuollossa**

Hoitotyön tehtävänä on auttaa ja tukea tervettä ja sairasta kaikissa sellaisissa toiminnoissa, joita ihminen ei pysty itse suorittamaan tiedon, tahdon tai voimattomuuden vuoksi. Auttamismenetelmät lähtevät fyysisistä perustarpeista, kuten ravinnosta tai puhtaudesta huolehtimisesta tai ihmiseen vaikuttamisesta motivoimalla tai ohjaamalla. Merkittävä tehtävä hoitotyössä on asiakkaan ohjaus ja motivointi omaa sairauttaan kohtaan, ja saada hänet hyväksymään sairautensa ja tulemaan sairautensa kanssa toimeen kaikkine rajoituksineen, unohtamatta hänen perhettään ja läheisiään. (Perälä 1997,121.)

Hoitotyö tukee ja vahvistaa ihmisen omia voimavaroja, itsenäisen selviytymisen edistämiseksi sekä elämänlaadun parantamiseksi. Tuetaan olemassa olevia voimavaroja motivoimalla potilasta osallistumaan mahdollisimman paljon omaan hoitoonsa, mikä lisää hänen toimintakykyään ja itsetuntoaan. Tärkeä hyvän hoidon

tavoitteista on ihmisen hyvinvoinnin edistäminen ja tämän tavoitteen saavuttamiseksi on henkilökunnalle asetettu eettisiä ohjeita ja lakeja hyvästä hoidosta. Jokainen ihminen tulee huomioida omana ainutkertaisena persoonana, riippumatta mistä sosiaaliluokasta hän tulee. ( Anttila, Kan, Kaila-Mattila, Puska, & Vihunen 2008, 40.)

Hoitohenkilökunnan ammatillisuus on osana hyvää hoitoa. Sairaanhoitajien ja muun henkilökunnan osaaminen määrittellään työntekijän taitona vastaanottaa haasteet oman ja työyhteisönsä kehittäjänä sekä kykyä soveltaa nykyistä ja luoda uutta tietoa. (Hilden 2002, 24–25.) Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan potilaiden käsitys sairaanhoidosta oli, että hyvä hoito ei johdu välttämättä sairaanhoitajien määrystä vaan se voi johtua myös sairaalan panostuksesta hyvään hoitoon. (Jha, Orav, Zheng & Epstein 2008,1921–1931.) Hoitohenkilökunnan velvollisuuksiin kuuluu toiminnan kehittäminen terveydenhuollon palveluja ja tarpeita vastaavaksi, luomalla uusia menetelmiä ja toimintatapoja. Tämän saavuttamiseksi hoitohenkilöstöltä edellytetään eettistä vastuullisuutta, vaikuttamista asioihin sekä ihmisarvon kunnioittamista. (Perälä 1997,121.)

Asiakastyytyväisyyskyselyssä, joka tehtiin Orimattilan terveyskeskuksen vuodeosastolla, selvitettiin millaiseksi asiakas koki siellä saamansa hoidon. Kyselyssä selvisi, että asiakkaat olivat tyytyväisiä vuodeosastolla saamaansa hoitoon sekä hoitohenkilökuntaan ja lääkäreihinkin. He kokivat saavansa riittävästi tietoa omasta sairaudestaan ja voivat vaikuttaa päätöksentekoon heitä koskevissa asioissa. (Anttila & Kupari 2004, 27.) Espoon kaupungin tekemän asiakaspalautekatsaus 2009 osoittaa, että perhe- ja sosiaalipalveluissa on parantamisalueina yhteystietojen ja palvelujen sisältöä koskevien tietojen sekavuus ja lisäksi ajanvaraus koetaan hankalaksi sekä puhelinpalvelun laatu ei vastaa täysin odotuksia. Terveysasematoiminta taas koettiin hyväksi ja henkilökunta ammattitaitoiseksi sekä ystävälliseksi, palvelun sisältö ja odotusaika eivät myöskään saa moitteita. Lääkärin tavoitettavuuteen oltiin aikaisempaa tyytyväisempiä. (Espoon sosiaali- ja terveystoimi 2009.)

### 7.3 Palvelujen saatavuus

Terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystieteelliseen. Terveystieteellisen ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystieteelliseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. ( Syväoja & Äijälä 2009,10.) Perusterveydenhuollon yhteydessä toteuttavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Kiireelliseen hoitoon on kuitenkin päästävä välittömästi. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteuttavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perutelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta. ( Syväoja & Äijälä 2009,10.)

Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa annettava, lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa tehdyn hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Jos henkilölle ei voida heti antaa terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, hänet on terveydentilasta riippuen ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava taikka toimitettava hoitoon muualle, jossa hoitoa voidaan antaa. Jos hän joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on ilmoitettava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto. ( Syväoja & Äijälä 2009, 10.)

## 7.4 Asiakas sosiaali- ja terveydenhuollossa

Hoitotyössä asiakkuus lähtee asiakkaan tarpeista vastaavasta hoitotyöstä ja sen kehittamisestä sekä terveyden edistämisestä. Edellytyksenä on asiakkuuden pohjittaminen useammista näkökulmista sekä hoitotyön palvelujen selkeyttäminen ja asiakkaiden parempi informoiminen näistä palveluista. (Ivanoff, Kitinoja, Rahko, Risku & Vuori 2001, 28.) Ihminen tulee asiakkaaksi vapaaehtoisesti, jolloin oletetaan, että asiakkaana oleminen perustuu suostumukseen, joka osaltaan lisää hänen päätäntävaltaansa häntä koskevissa asioissa. (Lindroos, Nevala, Virtanen & Vuori-Kemilä 2005, 80–81.) Asiakas on palvelun vastaanottaja ja palvelun kohteena oleva henkilö, joka hakee terveydellistä hyötyä palvelustaan ja maksaa siitä tietyn hinnan. Hän ottaa yhteyden terveystalouden tarjoajaan omasta vapaasta tahdosta ja hänellä on valinnanvapaus omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. (Holma, Lempinen & Outinen 1993,19.)

Asiakaslähtöisyydessä huomioidaan asiakkaan tarpeet ja toiveet, näkemys hoito- ja palvelusuhteen luonteesta, kuten asiakkaan kuulluksi - ja hyväksytyksi tuleminen omana itsenään. Lisäksi huomioidaan asiakkaan omat voimavarat sekä potilaan tausta ja arki, missä asiakas elää. (Lempinen & Outinen 1999, 12.) Erilaiset nimikkeiden käytöt lähtevät asiakkaasta, jotka hän hyväksyy ja kokee itseään arvostaviksi. Hyvin moni sosiaali- ja terveystalouden käyttäjä pitää tärkeänä asiakas-sanan käyttöä, koska se tuo mieleen aktiivisuuden, itse tehtävät päätökset sekä tasavertaisuuden. (Holma, Lempinen & Outinen 1993,19.)

Toimittaessa asiakaslähtöisesti muodostuu asiakkaan ja ammattilaisen välille tasavertaisuutta, kahdensuuntaista vuoropuhelua ja vaikuttamista. Asiakkaalle pyritään järjestämään palvelut hänen tarpeiden mukaan huomioiden hänen läheisensä ja ympäristönsä. Tämä on sosiaali- ja terveydenhuollossa suuri haaste asiakkaiden erilaisuuden vuoksi. Heidän palvelutarpeensa ja ongelmansa vaihtelevat hyvinkin suuresti eri asiakkaiden välillä sekä samalla asiakkaalla eri ajankohtina. (STM ym.1999,27.) Asiakaslähtöisessä hoitotyössä tarkastellaan potilaan todellisuutta rajoituksineen ja mahdollisuuksineen hoidon lähtökohtana. Asiakaslähtöisyys

muodostuu eri ammattikuntien periaatteista, asiakkaiden vaikutus- ja palautemahdollisuuksista ja sen saamasta painoarvosta. Asiakaspalautteen kerääminen ja sen hyödyntäminen varmistavat asiakaslähtöisen toiminnan toteutumista. (Lempinen & Outinen 1999.)

Asiakaspalautejärjestelmällä tarkoitetaan asiakaspalautemenetelmien kokonaisuutta, jolla järjestelmällisesti tunnistetaan, kerätään, käsitellään ja hyödynnetään asiakaspalautetta laadun parantamiseksi ja varmistamiseksi. Asiakaspalvelujärjestelmä rakentuu seuraavista tekijöistä, välitön eli suullinen palaute puhelimitse tai käynnin yhteydessä, kirjallinen palaute sähköpostilla, kirjeellä ja internetsivuston kautta. Asiakaspalvelujärjestelmän tarkoituksena on saada tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, hoidon jatkuvuudesta sekä hyvän hoidon saannista. (Syväoja & Äijälä 2009, 214.)

## **7.5 Palvelujen laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa**

Laatuun on sosiaali- ja terveydenhuollossa kiinnitetty huomiota kautta aikojen. Vaikka laatu- ilmaus tuli yleisimmin käyttöön vasta 1930-luvulla, on työn sisältöä, toimintatapoja ja menetelmiä pyritty aina parantamaan sairaanhoidossa, lääketieteessä ja sosiaalityössä. Toisen maailmansodan jälkeen laadusta on tullut keskeinen keskustelun aihe ja on kehitetty menetelmiä laadun mittaamiseen. (Outinen, Holma & Lempinen 1994, 10.)

Laatu on laaja, yleinen ja monimuotoinen käsite. Se sisältää arvoja ja siihen sisältyy aina vertailuasetelma (Tervonen 2008, 8.) Outinen ym. (1994, 15) määrittelevät laadun jonkin ominaispiirteeksi. Laatua on kaikki tuotteen tai palvelun piirteet ja ominaisuudet, joilla tuote tai palvelu täyttää sille asetetut tai oletettavat tarpeet. Lillrankin (1998, 19) mukaan laatua on se, mikä erottaa hyvän huonosta. Laadun merkitys vaihtelee sen mukaan, missä yhteydessä siitä puhutaan ja milloin ja kenen näkökulmasta sitä tarkastellaan (Hovi & Järvenpää 2005, 11.) Palveluita tuottavan organisaation, rahoittajan ja asiakkaan näkemykset laadusta poikkeavat toisistaan ja voivat olla ristiriitaisia (Tervonen 2008, 9). Lillrank (1990, 41–49) jakaa laadun valmistuslaatuun, tuotelaatuun, arvolaatuun, kilpailulaatuun, asiakasla-

tuun ja ympäristölaatuun. Asiakaslaatu on asiakkaiden nykyisten ja tulevien tarpeiden ja halujen tyydyttämistä. Asiakaslaatua on myös asiakkaiden saama kokemus ja hyöty palvelusta (Tervonen 2008, 11; Aaltonen 2008, 15). Kuokkanen, Leino & Roine (2006, 25) määrittelevät asiakaslaadun palvelujen tuottamisessa sujuvaksi, virheettömäksi toiminnaksi ja tyytyväisiksi asiakkaiksi. Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan laadukkaan hoidon ja palvelun ominaisuudet vastaavat vaatimuksia ja käytettävissä olevat resurssit täyttävät asiakkaan odotukset (Outinen ym. 1994, 15).

Laadunhallinnan käsite yleistyi terveydenhuollossa 1990-luvulla; huomattavasti myöhemmin kuin teollisuudessa (Kuokkanen ym. 2006, 25). Laadunhallinnalla (Quality management) tarkoitetaan organisaation tai sen yksikön toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja parantamista asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Laadunhallinta edellyttää toiminnan seuranta, mittaamista ja arviointia. Laadunhallinnasta on tullut keskeinen toiminnan kehittämisen työväline organisaatioissa sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Kun laadunhallinnan käsite otettiin yleisempään käyttöön 1990-luvulla, alkoivat organisaatiot pohtia määrällisten tavoitteidensa lisäksi myös toimintansa laadullisia ulottuvuuksia. Laadunhallinnan avulla voidaan olemassa olevat voimavarat käyttää parhaalla mahdollisella tavalla. (Tervonen 2008, 8-9.) Laadunhallinnasta ovat vastuussa johdon kaikki tasot, mutta sen toteuttamiseen osallistuvat kaikki organisaation jäsenet (STM ym. 1999, 3). Laadunhallinnan keskeisiä periaatteita ovat asiakaslähtöisyys, prosessilähtöisyys, systemaattisuus, kaikkien osallistuminen ja jatkuva parantaminen (Kuhlampi 2010).

Palvelu on tekoja, toimintaa ja suorituksia, jotka tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti. Toiminta tuottaa yleensä asiakkaalle jotain lisäarvoa esim. terveyttä. (Ylikoski 1999, Sivut) Palvelut koostuvat useista osista ja vuorovaikutussuhteista. (Pelkonen & Perälä 1992,24.) Hyvinvointipalveluiden laadun seuranta pidetään yleensä vaikeana tehtävänä. Koska palvelut ovat aineettomia, eikä niitä voi varastoida tai siirtää paikasta toiseen, niiden laadun mittaaminen on haasteellista niin palvelun tuottajan näkökulmasta kuin asiakkaan näkökulmastakin. (Surakka, Kiikkala, Lahti, Laitinen & Rantala 2008, 37–38.) Tässä työssä käsittelemme laatua asiakaan, potilaan saaman palvelun näkökulmasta käsin. Hyvinvointipalveluiden



asiakkaat määrittelevät laadun hoidon prosessin eli hoitoketjun sujuvuuden ja lopputuloksen perusteella. Yleisimmin käytetyt palveluiden laadun kriteerit ovat Ter-  
vosen (2008, 11) tutkimuksen mukaan palveluiden saatavuus, asiakassuhteen  
jatkuvuus ja asiakkaan tunteminen. Vuorovaikutuksella ja siihen liittyvällä asiak-  
kaan kohtelulla ja kommunikaatiolla on suuri merkitys. Ne katsotaan osaksi am-  
mattitaitoa ja pätevyyttä. Palveluyksikön ja sen toiminnan uskottavuus, luotetta-  
vuus ja toimintavarmuus sekä palveluiden turvallisuus ja asiakkaan ja toimintaym-  
päristön fyysiset ominaisuudet ovat myös laatuksiteereitä. Asiakkaan mahdollisuus  
vaikuttaa tarvitsemaansa palveluun on yksi tärkeimmistä laadun kriteereistä. (Ter-  
vonen 2008,11.)

Asiakkaan merkitys palvelujen laadun arvioijana ja kehittäjänä sosiaali- ja 213).  
Asiakaslähtöinen tarkastelu auttaa ymmärtämään, minkälaisia palveluita asiakkaat  
pitävät laadukkaina, ja näin kehittämään palveluita asiakaslähtöisempään ja laa-  
dukkaampaan suuntaan. Myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin laatiman  
asiakaspalautejärjestelmän (1998) mukaan asiakaspalaute on välttämätön osa  
laadunhallintaa. Asiakkaat laadun määrittelijänä myös tasapainottavat asiantunti-  
ja- ja hallintokeskeisyyttä. (Outinen, Holma & Lempinen 1994, 34–35.)

Asiakkaan käsitys laadusta muodostuu terveydenhuollossa on kasvanut 1990-  
luvulta aikaisemmista, omista kokemuksista ja tarpeista sekä kuulopuheista saa-  
dusta informaatiosta (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 23). Vuoro-  
vaikutuksella asiakkaan ja palvelun tuottajan välillä on myös merkitystä koettuun  
laatuun (Syväoja & Äijälä 2009, 208). Ihmisten hyvä taloustilanne, tekniikan nopea  
kehittyminen ja ihmisten koulutuksen ja tietoisuuden lisääntyminen ovat kasvatta-  
neet ihmisten tarpeita ja odotuksia myös palvelun laadun suhteen (Laaksonen,  
Niskanen, Ollila & Risku 2005, 21). Kulloinkin aikakausi ja ideologiat vaikuttavat  
hyvinvointipalveluiden laatuun ja ihmisten odotuksiin palveluiden laadusta. (Hovi &  
Järvenpää 2005, 16). Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan asiakasta määrittelemään  
laatua (Outinen ym.1994, 35). Asiakastyytyväisyys laadun mittajana on keskei-  
nen, mutta siihen liittyy myös ongelmia. Tulokset saattavat olla liian myönteisiä  
todellisuuteen verrattuna. läkkäät potilaat usein pelkäävät jäävänsä ilman hoitoa,  
jos ovat kriittisiä saamaansa palvelun laadun suhteen. (Kuokkanen ym. 2006, 28.)  
Asiakkailla saattaa olla myös epärealistisiä odotuksia. Silloin palvelun laatu koe-

taan huonoksi, vaikka se olisi objektiivisesti mitattuna todettu hyväksi. ( Syväoja ym. 2009, 208.) Kujalan (2003, 6) saamat tutkimustulokset kuitenkin rohkaisevat parantamaan laatua. Asiakaslähtöisyys on tulosten mukaan käyttökelpoinen laadun kehittämisen lähtökohta.

## **8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS**

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda asiakastyytyväisyyskyselylomake Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen perusturvalle. Lomakkeella saatujen tietojen perusteella sosiaali- ja terveydenhoitopalveluita tuottava organisaatio kehittää palveluita.

Opinnäytetyömme tavoitteena on olla osaltaan kehittämässä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueella asiakaslähtöisempään suuntaan. Vastaamalla asiakastyytyväisyyskyselyyn, alueen asukkaat voivat kertoa kokemuksiaan saamastaan hoidon laadusta ja saatavuudesta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymys vastaa kysymykseen, millainen on hyvä kyselylomake.

## 9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Teoriaosassa perustelemme arvojen ja etiikan merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kerromme sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöstä sekä suosituksista, strategioista, ohjelmista, jotka ohjaavat sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamista. Kerromme Järvi–Pohjanmaan yhteistoiminta-alueesta ja sen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Käsittelemme työssämme asiakkuutta, palvelun laatua ja saatavuutta sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävän asiakkaan näkökulmasta. Tämän pohjalta olemme luoneet kyselylomakkeen. Kyselylomakkeen kysymykset tulivat teoriasta ja organisaatiolta.

### 9.1 Kyselylomakkeen taustaa

Kyselylomakkeen laatiminen edellyttää aina tutustumista kirjallisuuteen, käsitteiden määrittelyä, tutkimusasetelman valintaa, sekä tutkimusongelman pohtimista. Suunnittelu vaiheessa on huomioitava myös se, miten aineistoa käsitellään. Kyselylomakkeen laatijalla pitää olla tieto siitä, mitä ohjelmaa aineiston käsittelyssä käytetään ja miten tiedot syötetään sekä, millä tavalla tulokset raportoidaan. Kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja laadittaessa selvitetään kuinka tarkkoja vastauksia halutaan. Tutkimuksen tavoite on oltava selvillä ennen kyselylomakkeen laatimista. Tutkijan tai tutkijoiden täytyy tietää, mihin asioihin he haluavat vastauksia. Kysymyksiä ei voi tiedonkeruun jälkeen enää parantaa. (Heikkilä 2005, 47.)

Opinnäytetyömme tuotoksena syntynyt asiakastyytyväisyyskyselylomake on tehty Järvi–Pohjanmaa perusturvan pyynnöstä. Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveyspalveluita tuottaessa tärkeä laadun mittari. Valtakunnallinen laatusuositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta 2000-luvulle kehottaa jokaista organisaatiota luomaan itselleen sopivan asiakaspalautejärjestelmän. (STM ym. 1999, 7.) Järvi–Pohjanmaalla ei vastaavanlaista kyselylomaketta ole aiemmin ollut.

Olemme päätyneet kirjalliseen kyselylomakkeeseen, koska sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto heterogeeniseltä joukolta ja saadun aineiston käsitteleminen tallennettavaan ja analysoitavaan muotoon on suhteellisen helppoa ja nopeaa. Järvi–Pohjanmaa asukkaiden korkean ikärakenteen vuoksi kirjallinen kyselylomake soveltuu tänne paremmin kuin yleiseksi tullut internetkysely. Kyselytutkimus sopii myös haastattelututkimusta paremmin arkaluonteisten asioiden kysymiseen, kuten palveluiden saatavuus. Kyselytutkimuksessa korostuu luotettavuus, koska haastattelijasta johtuvat virheet eivät pääse kyselytutkimuksessa esille. (Laaksonen ym. 2005, 27–28.)

## 9.2 Kyselylomakkeen määrällinen tutkimusote

Opinnäytetyömme kyselylomakkeen tutkimusote on määrällinen eli kvantitatiivinen. Määrällinen tutkimusote sopii työhömmme, koska tutkimusaineisto on suuri, kysyttävät asiat ovat arkaluontoisia ja tutkimustulosten saattaminen tilastolliseen, analysoitavaan muotoon on määrällisessä tutkimuksessa laadullista tutkimusta helpompaa. Määrällisellä eli kvantitatiivisella tutkimuksella selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä, eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavissa ilmiöissä tapahtuvia muutoksia. Määrällinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Aineiston keruussa käytetään standardoituja kyselylomakkeita valmiine vastusvaihtoehtoineen. Määrällisellä tutkimuksella ei pystytä riittävästi selvittämään asioiden syitä, mutta saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne. Määrällisen tutkimuksen perusvaatimuksia ovat validiteetti eli pätevyys ja reliabiliteetti eli luotettavuus. Kysymysten tulee mitata sitä, mitä oli tarkoitus selvittää ja tulosten tulee olla tarkkoja. Määrällisen tutkimuksen tulee olla myös objektiivista eli puolueetonta ja avointa. (Heikkilä 2005, 16–31.)

Määrällisessä tutkimuksessa on yleensä suljetut kysymykset ja ne sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot, joista sopivin ympyröidään tai rastitetaan. Näitä kysymysmuotoja nimitetään myös monivalintakysymyksiksi tai strukturoiduiksi kysymyksiksi. Suljettujen kysymysten tarkoitus on tiettyjen virheiden torjunta sekä vastausten käsittelyn yksinkertaisuus. Vastaajan on helppo vastata, kun ei tar-

vitse miettiä, miten kirjoittaa vastaus ja kritiikin antaminen on helpompaa, kun vastausvaihtoehdot ovat valmiina. Suljetuilla kysymyksillä saadaan totuudenmukaisempia vastauksia kuin avoimilla kysymyksillä. Suljettujen kysymysten vastausvaihtoehtoja ei saa olla liian paljon ja jokaiselle vastaajalle täytyy löytyä sopiva vaihtoehto. Vastausvaihtoehtojen tulee olla toisensa poissulkevia ja järkeviä sekä valittavien vaihtoehtojen lukumäärä tulee ilmoittaa selkeästi. Kun vastaajille annetaan valmiit vastausvaihtoehdot, ei huono kielitaito estä vastaajaa vastaamasta kysymyksiin. (Heikkilä 2005, 49–50.)

Lomakkeen viimeinen kysymys on avoin eli laadullinen kysymys. Laadullisissa eli kvalitatiivisissa tutkimuksissa käytetään yleisimmin avoimia kysymyksiä. Laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen ja hänen elämänsä ja siihen liittyvät merkitykset ja todellisuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.) Avoimet kysymykset soveltuvat tutkimuksen tarkoitukseen silloin, kun vaihtoehtoja ei täysin tunneta etukäteen. Avoimet kysymykset ovat helpompia laatia, mutta työtä käsitellä. Niihin on vastaajan helppo jättää vastaamatta ja vastausten luokittelu on vaikeaa. Avoimet kysymykset voivat antaa yllättäviä vastauksia. Avoimet kysymykset sijoitetaan yleensä kyselylomakkeen loppuun ja vastauksille on jätettävä tarpeeksi tilaa. (Heikkilä 2005, 48.)

### 9.3 Kyselylomakkeen laadinta

Hyvä kyselylomake on ulkoasultaan siisti ja houkuttelevan näköinen. Laati-  
mamme kyselylomake sisältää saatesanat, taustatiedot ja suljettujen kysymys-  
ten muodossa esitetyt väittämät. Väittämät soveltuvat hyvin mielipidetieduste-  
luun. Vastausvaihtoehdot on esitetty asteikkotyypillisesti Likertin asteikolla.  
(Heikkilä 2005, 52-53.) Saatesanoissa korostamme asiakkaan antaman palaut-  
teen merkitystä sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen asiakaslähtöi-  
sempään suuntaan. Arvostamalla asiakasta motivoimme häntä vastaamaan  
kyselyyn. Taustatiedoissa kysymme iän ja sukupuolen lisäksi sitä, onko vastaa-  
ja itse palvelun käyttäjä vai vastaako hän omaisena tai huoltajana kysymyksiin.  
Palvelun saatavuuteen liittyen kysymme sekä asuinpaikkaa että paikkakuntaa,  
jossa asiakas on palvelun saanut.

Kyselylomakkeen luomisessa pyrittiin laatimaan ja asettelemaan kysymykset ja  
vastausvaihtoehdot siten, että ne olisivat loogisesti aseteltuja, selkeitä ja yksise-  
litteisiä ja kysymme kerrallaan vain yhtä asiaa. Kysymyksissä ei käytetä vieras-  
peräisiä sanoja. (Heikkilä 2005,48.) Olemme huomioineet kysymyksissä myös  
vastaajien heterogeenisyyden. Kysymykset on laadittu siten, että niihin voivat  
vastata sekä sosiaali- että terveydenhuollon asiakkaat. Kysymykset ovat pää-  
osin suljettuja, mutta mukana on yksi sekamuotoinen kysymys. Viimeisenä on  
yksi avoin kysymys.

Kyselylomakkeen väittämät nousevat pääosin opinnäytetyön teoriaosasta. Väit-  
tämällä halutaan selvittää lakiin perustuvaa palveluiden saatavuutta, hyvän hoi-  
don- kriteerien toteutumista palveluissa ja palveluiden asiakaslähtöisyyttä.  
Olemme suunnitelleet kyselylomaketta yhteistyössä perusturvan johtajien kans-  
sa ja laatineet lomakkeeseen lisäksi sellaisia kysymyksiä, joita palvelun tuottava  
organisaatio on halunnut asiakkailta kysyttävän. Olemme testanneet kyselylo-  
maketta kahdella kymmenellä henkilöllä ja kysyneet mielipiteitä kyselylomak-  
keen tilanneelta organisaatiolta. Palautteen perusteella olemme tehneet siihen

tarvittavat muutokset. Tässä opinnäytetyössä luotiin kyselylomake, joka on liitteessä 1.

#### **9.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksessa noudatetaan hyvää tutkimusetiikkaa. Tutkimuksella ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavia. Tutkimuksesta saatava hyöty on oltava huomattavasti suurempi kuin tutkimuksesta mahdollisesti koituvat haitat. Erityistä huomiota kiinnitetään vastaajien informointiin vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. (Paunonen & Vehviläinen–Julkunen 1997, 26–28.) Tutkimuksessa ei vaaranneta kenenkään yksityisyyttä eikä liike- tai ammattisalaisuutta. Yksittäistä vastaajaa ei saa tuloksista tunnistaa. (Heikkilä 2005, 3). Olemme huomioineet kysymyksiä laadittaessa eettisen näkökulman ja muistutamme saatesanoissa kyselyn vapaaehtoisuudesta.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia eli onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä oli tarkoitus mitata ja ovatko analysoinnissa käytettävät mittarit niin luotettavia, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia. Määrällisen tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta lisää kysymyksien yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys. Kysymykset eivät saa olla liian pitkiä ja harhaanjohtavia. Kysymysten asettelussa ei käytetä vierasperäisiä sanontoja ja kysytään vain yhtä asiaa kerralla (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 206–212; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 152). Olemme huomioineet luotettavuusnäkökulman kyselylomaketta laadittaessa. Aineiston analysoinnissa käytettävän mittarin on valinnut lomakkeen tilannut organisaatio.



## 10 POHDINTA

Järvi-Pohjanmaan perusturvalautakunta tarjosi meille mahdollisuutta tehdä opinnäytetyönä asiakastyytyväisyyskyselylomakkeen, jolla tiedustellaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden mielipiteitä saamistaan palveluista yhteistoiminta-alueella. Aihe oli haasteellinen, mutta myös kiinnostavalta. Työn laajuudesta johdettua päädyttiin tekemään opinnäytetyö neljän opiskelijan kesken. Hoitotyön ammattilaisina halusimme olla omalta osaltamme kehittämässä sosiaali- ja terveyspalveluita asiakaslähtöisempään ja laadukkaampaan suuntaan.

Opinnäytetyömme ei ollut ”perinteinen” tutkimustyö, koska tehtävänäimme oli laatia asiakastyytyväisyyskyselylomake, eikä analysoida tuloksia. Aineistoa ja uusia tutkimuksia löytyi opinnäytetyöhömme runsaasti, joka toi haasteita aineiston valintaan ja rajaamiseen.

Asiakastyytyväisyyskyselylomakkeen kysymysten laatiminen tuntui aluksi vaikealta, koska emme olleet aikaisemmin tehneet vastaavanlaista lomaketta. Oman haasteensa kyselylomakkeen laatimiselle toi se, että lomakkeen oli sovellettava sekä sosiaali- että terveydenhuollon asiakkaille. Esitestauksen avulla saimme hyvää ja rakentavaa palautetta, jonka avulla saimme kyselylomakkeesta mielestämme onnistuneen.

Haastetta ja potkua opinnäytetyöhön antoi nelihenkinen työryhmämme. Tiukasta työ- ja opiskeluaikataulusta huolimatta löysimme hämmästyttävän hyvin aikaa opinnäytetyön tekemiselle. Työmme edistymistä auttoi hyvä, asiallinen ja rakentava ohjaus.

Uskomme, että kyselylomakkeella saatua tietoa pystytään hyödyntämään asiakkaiden ja palveluja tuottavan organisaation hyväksi. Lomakkeen avulla palveluita tuottava organisaatio saa arvokasta tietoa asiakkaiden kokemuksista saamistaan hoidon laadusta ja saatavuudesta. Saadun palautteen perusteella organisaatio kehittää palveluitaan asiakaslähtöisempään ja laadukkaampaan suuntaan. Opin-

näytetyönä laadittu lomake tullaan esittelemään perusturvan johtoryhmälle sekä sosiaali- ja terveyslautakunnalle. Asiakastytyväisyyskyselystä tiedotetaan poliittisia päättäjiä ja yhteistoiminta-alueen asukkaita. Asiakastytyväisyyskysely toteutetaan vuosittain etukäteen sovittuna aikana. Lomakkeita jaetaan jokaisessa alueen sosiaali- ja terveystuottavassa yksikössä ja kyselyt palautetaan niille varattuihin laatikoihin. Kyselylomakkeen mukana annetaan palautuskirjekuori, jos asiakas ei itse pysty palauttamaan kyselylomaketta sille varattuun laatikkoon. Henkilökuntaa tiedotetaan ja motivoidaan lomakkeiden jakamiseen. Palveluita tuottava organisaatio analysoi saadut tulokset Excel- ohjelman avulla. Jatkotutkimusaiheena voitaisiin etsiä vastauksia kysymyksiin, saatiinko asiakaspalautelomakkeen avulla parannettua palvelun laatua ja saatavuutta. Minkälaisia kehittämisideoita nousi esille ja onko ne mahdollista toteuttaa?

## LÄHTEET

- Aadland, E. 1993. Sosiaali- ja terveydenhoitoalan etiikka. Helsinki. Otava.
- Aaltonen, J. 2008. Potilas ja puoleensa vetävät terveystalot. Teoksessa: Koponen, L. & Hopia, H. (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2008.15. Sairaanhoidajaliitto. Fioca Oy. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Alajärven ja Lehtimäen kuntaliitossopimus. 21.12.2007.24.
- Anttila, K. Kan, S. Kaila-Mattila, T. Puska, E-L. & Vilhunen, R.2008. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki. WSOY.
- Anttila, K.& Kupari, K. Orimattilan terveyskeskuksen vuodeosastojen asiakastytyväisyyskysely. Opinnäytetyö 2004. Lahti. Diakoniamattikorkeakoulu.
- Duodecim Terveystietokirjasto 2010.www.julkaisu. [viitattu 6.11.2010] Saatavana: <http://www.terveyskirjasto.fi>.
- EI-Nemer,T.2006.  
<http://edu.pkrs.fi/krs05/print.php?ID=612&UTSKRIFT=0>.Luettu 23.09.2010
- Etelä-Pohjanmaan liitto. www-julkaisu. [viitattu28.9.2010] Saatavana: <http://www.epeliitto.fi>.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2008. Systemaattinen potilaspalautejärjestelmä. Tulostettu 4.1.2010.<http://www.epshp.fi/potilas/sppj/kasittely.htm>.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2009. Potilan hyvä hoito Etelä-pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Ihmisen terveyden tähden.
- Espoon sosiaali- ja terveystoimi. 2009. Espoo.
- Flinck, R. Honkanummi, E. Mattila, V. Norlamo-Saramäki, T & Rysti, M. Sosiaali- terveystoimen asiakaspalautekatsaus 2009. Helsinki.
- Hakulinen, T. Hirvonen, E. Koponen, P. Pietilä, A-M. Salminen, E-M & Silvonen, K. 2002. Terveyden edistäminen. Helsinki. WSOY.
- Halila, R. 2000. Yhteiset eettiset ohjeet terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nummela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen: Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki. WSOY.

- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Hilden. 2002. Tarvitseeko sairaanhoitaja erilaista ammatillista osaamista kuin ennen? Helsinki. Sairaanhoitajaliitto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Holma, T. Lempinen, K & Outinen, M. 1993. Laatu ja asiakas. Helsinki. WSOY.
- Honkonen, T. 2006. Terveyskeskusten palveluiden saatavuus. Selvitys 21 terveyskeskuksen palveluiden saatavuudesta asiakkaiden näkökulmasta. Pro Gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.
- Hovi, A. & Järvenpää, E. 2005. "Laatua hoitotyöhön" – Merilän palvelutalon laatukäsikirjan sisällön pohjustus ja liite dementoituvan ihmisen hoitotyöstä. Opinnäytetyö. Helsinki. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hyvän mielen Järvi- Pohjanmaa. Mielenterveys ja päihdestrategia vuosille 2010-2013.
- Ivanoff, P. Kitinoja, H. Rahko, R. Risku, A & Vuori, A. 2001. Hoidatko minua? Helsinki. WSOY.
- Jha, A. Orav, J. Zheng, J. & Epstein, A. 2008. Patients' Perception of Hospital Care in the United States. The New England Journal of Medicine. Vol 359. No. 18.
- Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen vanhustyön strategia 2009-2012.
- Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alue. www-julkaisu. [viitattu 5.8.2010, 5.9.2010, 9.9.2010, 10.9.2010, 6.11.2010] Saatavana: <http://www.jarvi-pohjanmaa.fi>.
- Järviö, R. 1993. Johdatus sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Helsinki. Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Kaila, M. 2010. Perusterveydenhuolto - mitä se on? Teoksessa: Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoitajaliitto. Fioca Oy. Helsinki. Edita Prima Oy.

- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. Helsinki. Otava.
- Kananoja, A., Lähteinen, M., Marjamäki, P., Laiho, K., Sarvimäki, P., Karjalainen, P. & Seppänen, M. 2007. Sosiaalityön käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Kananoja, A., Niiranen, V. & Jokiranta, H. 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Karvinen, M. 2010. ETENE herättää keskustelua. Sairaanhoidaja. Hoitotyön johtava ammattilehti. 2010/10, 40-41.
- Kirjallisten töiden ohje. 2008. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- Kirjonen, J., Remes, P. & Eteläpelto, A. (toim.) 1997. Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Kuhalampi, K. 2010. Laadunhallinnan luentomateriaali. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Materiaali tekijän hallussa.
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kuokkanen, L., Leino, H. & Roine, E. 2006. Laadun kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkiva Hoitotyö. Vol.4(4).
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki.
- L 19.1.1973/36. Laki lasten päivähoidosta.
- L 17.9.1982/710. Sosiaalihuoltolaki.
- L17.01.1986/41. Päihdehuoltolaki.
- L 3.4.1987/380. Kehitysvammaisten erityishuoltolaki.
- L 1.12.1989/1062. Erityissairaanhoitolaki.

- L 1.7.1992/312. Perhehoitajalaki.
- L 3.8.1992/733. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtion avustuksesta.
- L 3.8.1992/734. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskeva laki.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L 9.8.1996/603. Laki yksityisen sosiaalipalvelujen valvonnasta.
- L 20.12.1996/1128. Laki lastenhoidon ja yksityishoidon tuesta.
- L 30.12.1997/1412. Laki toimeentulotuesta.
- L 7.8.1998/671. Elatusturvalaki.
- L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.
- L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista.
- L 29.4.2005/272. Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista.
- L 2.12.2005/937. Laki omaishoidontuesta.
- L 9.2.2007/159. Laki asiakashuollon sähköisten asiakastietojen käsittelystä.
- L 9.2.2007/169. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta.
- L 13.4.2007/417. Lastensuojelulaki.
- A 1.3.2005. Muutos kansanterveyslakiin 49§. Lisäys 15b§
- Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki. WSOY.
- Lehtomäki, L. 2010. ”Olisihan se laatua ja pitäisi olla yhdenmukaiset käytännöt. Nyt on isoja eroja”. Valtakunnallisten suositusten toimeenpanon haasteet terveyskeskuksessa. Helsinki. Pro terveys. Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry:n lehti. 5/2010.
- Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY.

- Lillrank, P. 1998. Laatuajattelu: Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Helsinki. Otava.
- Lindqvist, M. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1.
- Lindroos, S. Nevala, S. Virtanen, J & Vuori- Kemilä, A. 2005. Ihmisen hyvä. Helsinki. WSOY.
- Lääninhallitusten asiakaspalautejärjestelmä. Sisäasiainministeriön julkaisuja 49/2006.
- Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu– miten muuttuu sosiaali- ja terveysala. Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Helsinki. Oy Edita Ab.
- Miettinen, M & Korhonen, M. 2005. Käypä hoito-suositukset ja päätöksenteon tuki terveydenhuollon prosessissa. Tapaustutkimus Käypä hoito-suositusten käytöstä ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksistä päätöksenteon tuesta Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D 7/2005. Kuopio.
- Mäntylä, J. 2009. Järvi-Pohjanmaan yhteistoiminta-alueen perustaminen. Suomen kuntaliitto.
- Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja hoitavalle henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Okko, P, Björkroth.T, Koponen.A, Lehtonen. A, Pelkonen. A Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat. Kunnallinen kehittämissäätiö Kaks 2007.
- Orava, R. 2010. Lakeuden Potku. Hanketyöntekijä Järvi-Pohjanmaalla. Materiaali tekijän hallussa.
- Outinen, M., Holma, T. & Lempinen, K. 1994. Laatu ja asiakas: laatu-työskentely sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. WSOY.
- Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto, Stakes, Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

- Outinen, M., Räikkönen, O., Holma, T. & Voipio-Pulkki, L-M. 2007. Laadunhallinta sosiaali- ja terveystalvorganisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999. Raportteja 10/ 2007. Helsinki. Stakes ja Suomen Kuntaliitto.
- Paunonen, M. & Vehviläinen–Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. WSOY.
- Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Helsinki. Kirjayhtymä.
- Perälä, M-L., Räikkönen, O. 1994. Parempaan laatuun hoitotyössä: Kartoitus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Raportteja 158. Stakes. Jyväskylä: Gummerus.
- Pihlainen, A. 2009. Sosiaali- ja terveysala saa yhteisen eettisen neuvottelukunnan. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Risikko, P. 2010. Teoksessa: Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoidajaliitto. Fioca Oy. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Sajama, S. 1995. Arkipäivän filosofiaa. Helsinki. Kirjayhtymä.
- Salmela, T. 1997. Toim. Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta? Juva: Atena.
- Seegerholm, R. 2008. Vanhustenhuolto Järviseudulla. Alajärven, Soinin ja Vimpelin vanhustenhuolto.
- Suomen kuntaliitto. www-julkaisu. [viitattu 28.9.2010] Saatavana: <http://www.kunnat.net>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM), Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes) & Suomen Kuntaliitto. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001:4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:1
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008: 6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009:18.
- Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki. Tammi.



- Surakka, T., Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H. & Rantala, T. 2008. Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki. Tammi.
- Syväoja, P., Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki. Tammi.
- Tervonen, H. 2008. Asiakaspalautetiedon hallinta osana laatujärjestelmää perusterveydenhuollossa. Pro gradu. Kuopion yliopisto.
- Vallimies-Patomäki, M. 2008. Hoitotyön toimintaohjelma osana KASTE-ohjelman toimeenpanoa. Kuntatalo 26.5.2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta, ETENE. 2000. Helsinki.
- Valtiovarainministeriö. [WWW.vm.fi](http://WWW.vm.fi)
- Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J. A. 2008. Ihmisen hyvä. Etiikka lähihoitotyössä. Helsinki. WSOY.
- Ylikoski, T. 1999. Unohtuiko asiakas? Toinen uudistettu painos. Helsinki. KY- palvelu Oy.





