



Vaasan yliopisto
UNIVERSITY OF VAASA

Aila Mäki-Rajala

**Tekonivelpotilaiden ja heidän läheistensä
kokema hyvä hoito asiakaslähtöisyyden li-
säämiseksi terveystalouteen**

Johtamisen yksikkö

Sosiaali- ja terveyshallintotieteen
pro gradu -tutkielma

Hallintotieteiden maisteriohjelma

Vaasa 2021

Vaasan Yliopisto**Johtamien yksikkö**

Tekijä:	Aila Mäki-Rajala	
Työn nimi:	Tekonivelpotilaiden ja heidän läheistensä kokema hyvä hoito asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi terveyspalveluihin.	
Tutkinto:	Hallintotieteiden maisteri	
Oppiaine:	Sosiaali- ja terveyshallintotieteet	
Työn ohjaaja:	Harri Jalonen	
Valmistumisvuosi:	2021	Sivumäärä: 159

Tiivistelmä:

Julkisen terveydenhuolto-organisaatioiden rakenne ja toiminta on ollut hyvin suunniteltua, mutta toteutus komplisoitunutta, haasteellista ja monitahoista asiakkaan kannalta. Hyvinvoinnin lisätessä palvelukysyntää kuntapohjainen rahoitus- ja järjestämismalli ei enää turvaa kansalaisille sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Lähes jokainen hallitus 2000-luvun alkupuolelta on pyrkinyt uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmäämme, kunnes kesäkuussa 2021 eduskunta hyväksyi hallituksen esityksen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta ja hyvinvointialueiden perustamisesta lakipaketteineen toteutettavaksi viimeistään 1.1.2023 alkaen. Uudistuksen ja muutoksen läpivienti edellyttää kansalaisten oman vastuun lisäämistä ja palvelujen käyttäjien kuulemistä ja osallistamista. Asiakkaan ja potilaan asemaa ja merkitystä palveluiden käyttäjinä on kasvatettu vuosikymmenien ajan. Tämän tutkimustyön tarkoituksena on laajentaa ja syventää ymmärrystä terveydenhuolto-organisaation hyvän hoidon ja palvelun asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi. Hoidon ja palvelujen laatua kuvaa asiakkaan odotusten ja kokemusten täytyminen, mikä ilmenee tyytyväisyytenä hoitoon.

Tutkimus on toteutettu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sairaaloissa tekonivelleikkauksessa olleille asiakkaille ja heidän läheisilleen. Tutkimuksessa on tarkasteltu tekonivelleikatun asiakkaan ja läheisten odotuksia ja kokemuksia suureen tekonivelleikkaukseen valmistautumisesta, itse toimenpiteessä ja sairaalassa olosta, kotiutuksesta sekä selviytymisestä ja kuntoutumisesta leikkauksen jälkeen. Tutkimus on kvantitatiivinen ja kysely on suoritettu polikliinisella käynnillä kolmen kuukauden tai vuoden kuluttua leikkauksesta. Kyselyyn on vastannut yhteensä 102 tekonivelleikattua asiakasta läheisineen. Aineisto on käsitelty kysymyksittäin eri vastaajaryhmissä ilmaistuina keskiarvoina, frekvensseinä ja prosentteina.

Tutkimustulosten mukaan tekonivelleikkauksessa olleet asiakkaat ovat antaneet hyvää palautetta leikkauksesta ja siihen etukäteen valmistautumisesta. Osa asiakkaista on kokenut jonotusajan toimenpiteeseen pitkänä odotuksena. Kipu on ollut koko hoitoprosessin ajan joillekin asiakkaille haasteellista ja vaikuttanut päivittäiseen selviytymiseen. Henkilöstö on koettu ystävällisenä, auttavaisena ja kunnioittavana. Prosessiin liittyviä muita toiminnallisia laatu-ulottuvuuksia on tarkasteltava asiakkaiden kannalta yksilöllisemmin. Tarkastellessani tutkimustuloksia asiakaslähtöisten palveluiden kehittämiseen soaoptimointi ei enää riitä, vaan on tarkasteltava koko hoito- tai palvelupakettia yli organisaatorajojen asiakkaiden muuttuvissa toimintaympäristöissä. Asiakkaila on erilaisia, yksilöllisiä odotuksia ja kokemuksia palvelujen suhteen, joten heitä on osallistettava omaan hoitoonsa, annettava tietoa ja valintamahdollisuuksia sekä tukea ja apua oikea-aikaisesti. Läheisillä ja eri yhteistyötahoilla on merkittävä osuus hoito- ja kuntoutussuunnitelmien toteutumisessa ja arjessa selviytymisessä.

Avainsanat: terveyspalvelut, palvelu, laatu, asiakas, asiakaslähtöisyys, odotukset, kokemukset

Sisällys

1	Johdanto	6
1.1	Tutkimuksen tausta	6
1.2	Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	12
2	Toimivat terveyspalvelut asiakkaan arvona ja laatuna	15
2.1	Terveydenhuollon palvelut osana julkisia palveluja	15
2.1.1	Julkisten palvelujen ominaispiirteet	15
2.1.2	Julkisten palvelujen luokittelu	19
2.1.3	Terveydenhuollon palvelut	21
2.1.4	Terveydenhuoltopalveluiden kehityslinjaukset	26
2.1.5	Terveydenhuoltopalveluiden erityispiirteet	37
2.2	Asiakas terveyspalveluissa	41
2.2.1	Asiakkaan asema ja oikeudet terveydenhuollossa	43
2.2.2	Asiakaslähtöisyyden lähtökohdat	47
2.2.3	Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena	51
2.3	Palvelun laatu	56
2.3.1	Asiakkaan kokema laatu	58
2.3.2	Asiakkaan palveluodotukset	59
2.3.3	Asiakkaan palvelukokemus	65
2.3.4	Palvelun laadun arviointi	68
2.3.5	Asiakkaan palvelusta saama arvo	72
2.3.6	Asiakastyytyväisyys	75
3	Tutkimusmenetelmät ja aineisto	78
3.1	Tutkimuskohteen kuvaus	79
3.2	Tutkimusaineiston hankinta	84
3.3	Aineiston analysointi	86
4	Tutkimustulokset	89
4.1	Asiakkaiden kokemukset tekonivelleikkaukseen valmistautumisesta	91
4.2	Asiakkaiden kokemukset leikkauspäivästä ja osastolla olosta	97
4.3	Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä kotona	105

4.4 Asiakkaan omat ja hänen läheisensä kokemukset tekonivelleikatun hoidosta ja kuntoutumisesta	108
4.5 Asiakkaiden odotukset ja kokemukset palvelujen laadusta	111
5 Johtopäätökset ja pohdinta	122
5.1 Preoperatiivisen käynnin pohdinta	123
5.2 Leikkauspäivän ja osastohoidon pohdinta	127
5.3 Kuntoutuksen toimivuuden pohdinta	129
5.4 Tutkimustulosten vaikutus jatkotoimintaan	131
Lähteet	139
Liitteet	154
Liite 1. Kyselylomake	154
Liite 2. Yhteenvetotaulukko tutkimukseen osallistuneiden vastauksista.	158

Kuviot ja taulukot

Kuviot

Kuvio 1. Asiakkaan kokema palvelu laadun muodostumisessa.	59
Kuvio 2. Hyväksyttävän palvelun alue.	62
Kuvio 3. Hyväksyttävän palvelualueen muodostuminen.	63
Kuvio 4. Koettu kokonaislaatu.	67
Kuvio 5. Palvelun koettu kokonaislaatu ja seitsemän hyväksi koetun palvelun kriteeriä.	113

Taulukot

Taulukko 1. Leikatut tekonivelpotilaat, jotka vastasivat kyselyyn 3 kuukauden ja yhden vuoden kontrollikäynnillä.	89
--	----

1 Johdanto

1.1 Tutkimuksen tausta

Julkinen hallinto ja julkiset palvelut ovat käyneet läpi laajaa uudistumista 1980-luvulta lähtien koskien hallinnon tasojen välisiä suhteita ja tehtäväjakoja. Päätösvaltaa on tuotu lähemmäksi julkisten palvelujen käyttäjiä ja palvelun tuottamista on monipuolistettu erilaisilla toimintamalleilla. Pirstoutunutta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on yritetty monin keinoin yhtenäistää ja palvelua muuttaa asiakaslähtoisemmäksi vuosien ja vuosikymmenten aikana. Tarve muutokselle ja toimintojen uudelleen järjestelylle on välttämätön väestön ikääntyessä, terveyserojen kasvaessa, palvelujen saatavuuden epätasaisuudessa ja kuntien rahoitusongelmien lisääntyessä. Taloudellisten resurssien vaihdellessa ja varsinkin niukentuessa ovat kustannusten aiheuttamat paineet kasvaneet. On arvioitu, että julkisten palvelujen, varsinkin sosiaali- ja terveystalouden palvelujen, uudelleen järjestelyt edellyttävät menetelmien lisäksi palvelurakennemuutosta, jota on tehty jo vuodesta 2005 lähtien. Kuntien tekemät uudistukset eivät koskeneet vain sosiaali- ja terveydenhuoltoa, vaan myös muuta kuntarakenteen uudistamista. Näillä uudistuksilla on vaikutusta kansalaisten arkeen ja palvelujen käyttöön. Julkisen palvelurakenteen uudistamisen tavoitteena on ollut asiakaslähtoisemmillä toimintamalleilla parantaa hoidon ja palvelujen saatavuutta, kustannustehokkuutta, vaikuttavuutta ja tyytyväisyyttä. (HE 155/2006 vp, § 1; Narinen, 2000, s. 1; Stenvall & Virtanen, 2012, s. 13–15; Valli-Lintu, 2017, s. 1, 10–11, 40–42; Valtioneuvosto, 2020a.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto oli vielä 1970- ja 80-luvuilla hyvin ennakkosuunniteltua ja tarkkaa valvontaa. Valtion ja kuntien suhde oli hierarkkista, keskitettyä ja sektoroitunutta. Valtio ohjasi ja valvoi toimintaa lainsäädännöllä, lääkintö- ja sosiaalihuollon yleiskirjein sekä lääninhallituksen ohjauksella yhdessä Kaupunki- ja Kunnallisliiton sekä Kunnallisten työmarkkinalaitoksen ohjeiden mukaan. (Heinämäki, 2012, s. 17.) Muutos tapahtui 1980 ja 90-lukujen vaihteessa, kun valtio vähensi normiohjaustaan ja

uudisti hallintoa ja johtamistaan. Merkittäviä muutoksia tehtäväjaon kannalta olivat: sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtionosuutta koskeva lainsäädäntö, valtionosuusjärjestelmän uudistus ja kuntalaki sekä kunta- ja palvelurakennemuutos. Nämä uudistukset vaikuttivat myös palvelujärjestelmiin ja niiden tarjontaan, julkisen terveydenhuoltojärjestelmän rahoitukseen sekä asiakkaiden sosiaaliturvaetuisuuksiin. (Heinämäki, 2012, s. 19; Niemelä, 2008, s. 9–10.) Kuntien itsemääräämisoikeuden lisääntymisen myötä terveydenhuollossa siirryttiin enemmän informaatio- ja resursseja ohjaaviin hankkeisiin ja ohjelmiin, joilla haluttiin lisätä kunnille valinnan vapautta ja kumppanuutta asukkaitensa palvelujen järjestämisessä. Tavoitteena oli antaa pienille kunnille mahdollisuus yhteistyössä järjestää asukkailleen sellaisia terveyspalveluja, joita he eivät yksin olisi kyenneet järjestämään. (Heinämäki, 2012, s. 19, 101–105.)

Kunnille tilanne oli haasteellinen, koska elettiin taloudellista lamaa ja hyvinvointivaltion rakentaminen edelleen jatkui turvaten kansalaisten palveluoikeuksia ja tasa-arvoa. Samaan aikaan valtion ja kuntien hallinnossa alkoi tapahtua suuria muutoksia, kun 2000-luvulla uuden julkisjohtamisen NPM (New Public Management) myötä lisättiin palvelujen kilpailuttamista ja markkinointia. Hallinnon ja rakenteiden kehittämisen lisäksi alettiin puhua: tuottavuuden parantamisesta, saatavuuden turvaamisesta, laadun ylläpidosta, asiakkaiden asemasta, valinnan vapaudesta ja oman vastuun lisäämisestä, kustannustietoisuudesta, innovaatioista, uusien teknologioiden ja palvelujen monipuolisesta hyödyntämisestä, julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön lisäämisestä ja kilpailukykyisten liiketoimintojen kehittämisestä. Samalla pyrittiin lisäämään ihmisten välistä vuorovaikutusta toiminnan eri tasoilla. Ohjauksella ja ohjelmajohtamisella rakennettiin yhteiskunnan eri sektorien ja kansalaisten välille osallisuutta lisääviä toimintamalleja, joilla rohkaistiin keskinäiseen yhteistyöhön ja verkostoitumiseen. (Heinämäki, 2012, s. 17–18; Niemelä, 2008, s. 16.) Kuntiin kohdistunutta hallinnon ja palveluiden uudistamista edistettiin 2000-luvun puolivälissä Vanhasen ensimmäisessä hallituksessa ns. Paras-hankkeella. Hankkeessa annetulla puitelalla ohjattiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, vahvistettiin kunta- ja palvelurakennetta, parannettiin rahoitusta ja lisättiin asiakkaiden valinnan vapautta. Paras-hanke johti kuntia suuriin kuntaliitoksiin,

mutta sosiaali- ja terveyspalveluiden osalta tavoitteet jäivät toteutumatta. (Rautiainen, Taskinen & Rissanen, 2020, s. 21–22; Valli-Lintu, 2017, s. 3–5.)

Monet julkisen puolen menossa olevat kansalliset ja alueelliset ohjelmat, strategiat sekä uudistukset, halusivat tarjota asiakkaille nykyistä asiakaslähtöisempiä, vaikuttavampia, kustannustehokkaampia ja paremmin yhteen sovitettuja palveluja. Asiakaslähtöisyys nostettiin keskeiseksi tavoitteeksi myös sosiaali- ja terveysalaa ohjaaviin ohjelmiin ja laatusuosituksiin. Muutosta vietiin eteenpäin epätasaisesti ja organisaatiokohtaisesti, mistä seurasi palveluprosessien toimimattomuus ja alueellisia eroavaisuuksia. Palvelukulttuurin muutosta hidastivat sosiaali- ja terveysaloilla toimivat vahvat asiantuntijat ja ammattilaiset, jotka eivät tarkastele asiakkaita tai potilaita kokonaisvaltaisesti vaan omien professioittensa kautta. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahokas & Suokas, 2011, s. 7–8.)

Asiakaslähtöisyys on ollut yksi keskeisimmistä periaatteista sosiaali- ja terveydenhuollossa 1980-luvulta lähtien (Laitila, 2010, s. 23). Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan valtakunnallisessa suosituksessa (1999) todetaan asiakaslähtöisyyden olevan palveluiden kehittämistavoite ja hallinnon uudistamisen lähtökohta (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Stakes & Suomen Kuntaliitto, 1999, s. 3, 7, 11). Terveydenhuollossa potilas- tai asiakas-käsite perustuu pitkälti juridiseen sääntelyyn, jossa asiakkaan asemaa on pyritty vahvistamaan antamalla asiakkaalle oikeuksia. (Laki potilaan ja asemasta ja oikeuksista (1992/785.) Kun pehmeät arvot eivät tuottaneet riittävästi tulosta, niin palvelujen asiakaslähtöisyyttä varmistettiin edelleen terveydenhoitolailla (1326/2010), jossa lähtökohdaksi on asiakkaan aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen. Lailla annettiin asiakkaalle enemmän valinnanmahdollisuuksia. Jatkossa asiakas saa valita vapaammin hoitopaikkansa ja mahdollisuuksien mukaan myös häntä hoitavan terveydenhuollon ammattilaisen. Kunnan perusterveydenhuolto vastaa asiakkaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, palvelun tuottaja vastaa hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta. Peruspalvelujen järjestäminen kietoutuu kysymyksiin kuntien palvelurakenteesta, itsehallinnosta ja kuntataloudesta.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisessä on vaiheita, jolloin toimintoja on integroitu ja vaiheita, jolloin niitä on hajautettu, samoin on tehty toimialoille ja organisaatioille. Meneillään olevassa, haasteellisessa sote-uudistuksessa halutaan kaventaa alueellisia hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä palveluiden saatavuus ja saavutettavuus kaikille suomalaisille. Palvelurakenteen uudistaminen on mennyt välillä palvelujen sisällöllisellä kehittämisellä välillä lainsäädäntö edellä. Toteutuakseen toimintakäytänteiden tasolla tarvitaan molempien alueiden vuoropuhelua laidasta laitaan. (HE 155/2006 vp; Rautiainen ja muut, 2020, s. 17.)

Pääministerien Kataisen ja Stubbin hallituksien aikana vuosina 2011–2015 kuntauudistus ei vielä mahdollistanut sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatiota. Seuraavalla kaudella pääministeri Sipilän hallitus (vuosina 2015–2019) olisi onnistuessaan vienyt sote- ja maakuntauudistusta merkittävästi eteenpäin siirtäessään sosiaali- ja terveysalan tehtäviä kunnilta ja kuntayhtymiltä perustettaville maakunnille. Uudistuksen laajuutta ja moniulotteisuutta kuvaa uudistuksen osakokonaisuuksien ja lakien suuri määrä. Uudistuksella pyrittiin palvelujen järjestämisvastuiden, palvelutuotannon ja rahoituksen uudistamiseen. Valmistelujen yhdeksi merkittäväksi kohteeksi hallituskaudella nousi valinnanvapausjärjestelmän ja tarvittavan lainsäädännön uudistaminen. Rinteen ja Marinin hallitukset jatkoivat edeltävien hallitusten linjauksia ja Marinin hallitus vei sote-uudistuksen eduskuntaan joulukuussa 2020. Sote-ratkaisuksi esitetään vahvemmin julkisen sektorin päävastuuta järjestää ja tuottaa palveluja. Lisäksi uudistukseen liittyy Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 –ohjelma, jossa osaohjelmin ja hankkein kehitetään perustason palveluja. Eduskunta hyväksyi 23.6.2021 hyvinvointialueiden perustamisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistamisesta. Siihen liittyvät lait tulevat voimaan porrastetusti, viimeiset vuoden 2023 alusta, jolloin mm sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy hyvinvointialueille. (HE 56/2021 vp; Rautiainen ja muut, 2020, s. 21–22; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2021; Valli-Lintu, 2017, s. 11–15, 25–26, 28; Valli-Lintu, 2019, s. 7–11; Valtioneuvosto, 2020b.)

Asiakaslähtöisyys nähdään ratkaisuna moneen julkisen palvelun uudistukseen. Vaikka sote-palveluiden järjestämis- ja tuottamisrakenteeseen liittyvät lainsäädäntökokonaisuudet on hyväksytty, niin on vielä pitkä matka palveluketjujen toimivuuteen. Asiakaslähtöisyyteen siirtyminen vaatii huomattavaa uudistumista sekä asiakkaiden ja potilaiden todellista kuulemista ja mukaan ottamista toimintaan. Palveluja käyttävän asiakkaan roolia vahvistetaan aktiivisena osallistujana ja omista asioistaan vastuuta ottavana kansalaisena. Asiakas on aktiivinen toimija läheisineen oman palveluprosessinsa eri vaiheissa yhdessä ammattilaisen kanssa. Asiakaslähtöisyydestä puhutaan itsestään selvänä asiana palvelujen tuottamisen yhteydessä, mutta se tarkoittaa eri toimijoille eri asioita. (Epstein, Fiscella, Lesser & Stange, 2010, s. 1489; Kiikkala, 2000a, s. 56–57; Laitila, 2010, s. 23; Rautiainen ja muut, 2020, s. 40–41; Virtanen ja muut, 2011, s. 15.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa ei ehkä aina tulla ajatelleeksi sitä, miltä palvelutapahtumat näyttävät palvelujen käyttäjien näkökulmasta. Asiakaskeskeisten lähestymistapojen pelätään usein olevan tehottomia ja kasvattavan kustannuksia, koska ne lisäävät asiakkaan osallistumista ja valinnan mahdollisuuksia. Valinnanvapaus on nähty yhtenä keinona lisätä kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin asioihin. Toimiville palveluille, arvoille ja laadulle, tulisi pyrkiä asettamaan kriteereitä ja mittareita, joissa kerrotaan olettamukset palvelujen teknisestä (millaisen palvelun asiakas sai) ja toiminnallisesta (miten asiakasta kohdeltiin palvelutilanteessa) laadusta. Näitä käytäntöjä voi nimittää palvelulupauksiksi, joissa käyttäjille annetaan selkeät lupaukset palveluista ja niiden tasosta. Asiakkaan käsitys palvelusta ja niiden laadusta muodostuu hyvin usein kokemuksesta. Keskeistä on asiakkaan tyytyväisyys palveluun ja saamaansa kokemukseen. Palvelukokemuksen tarkastelu edellyttää tyytymättömyyttä ja tyytyväisyyttä aikaansaavien tekijöiden, kriittisten ja neutraalien tekijöiden huomioimista, kun tutkitaan mistä hyvä kokemus palveluissa muodostuu. (Desore, Schuster, Fielding & Asch, 2002, s. 8; Karsio & van Aerschot, 2017, s. 167, 177; Stenvall & Virtanen, 2012, s. 51–55, 63–66.)

Terveydenhuoltopalvelujen laatua ja vaikuttavuutta kehittäessä asiakkaiden ja potilaiden arviot hoidosta ja tyytyväisyys hoidon kokonaisuuteen ovat merkittäviä tekijöitä.

Asiakaslähtöisiä prosesseja ja toimintamalleja ei ole mahdollista kehittää ilman asiakailta saatua tietoa. Erilaiset asiakastyytyväisyyskyselyt alkavat olla vakiintuneita käytänteitä palvelujen käyttäjien ja palvelujen tarjoajien vuoropuhelussa. Asiakkaiden odotukset ja vaatimukset eivät välttämättä kohtaa nykyistä palvelutarjontaa. Siksi palvelujärjestelmältä vaaditaan uutta ja syvempää asiakasymmärrystä ja osaamista: kykyä vastata alati kasvaviin ja moninaiisiin odotuksiin ja tarpeisiin. Terveysthuolto-organisaatioiden on vastattava tähän kilpailuun ja luotava strategioita, jotka tuottavat ainutlaatuisia arvoja asiakkaalle. Palveluista saatujen kokemusten ja palautteiden perusteella tulisi systemaattisemmin arvioida ja kehittää palvelujen vaikuttavuutta ja merkitystä asiakkaalle ja hänen läheisilleen. Hyvä palvelu määrittyy hyvin pitkälle myös työntekijöiden asenteista ja välittämisestä. Laadukas kokemus syntyy huolenpidosta, kyvystä ottaa kontakti asiakkaisiin ja tavasta puhua asiakkaille. Kyse on kohtaamisista, jotka rakennetaan jokaisessa palvelutapahtumassa aina uudestaan. (Stenvall & Virtanen, 2012, s. 160–163, 219–223; Virtanen ja muut, 2011, s. 8–9.)

Keskeisinä kehittämiskohteina terveydenhuollossa nähdään palveluiden yhdenvertainen saatavuus, oikea-aikaisuus, jatkuvuus, laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä hoito- ja palveluketjujen sujuvuus. Tulevaisuudessa näihin haasteisiin vastaaminen edellyttää asiakaslähtöisempää lähestymistapaa, jossa osallistetaan asiakkaan lisäksi myös hänen läheisiään ja muita yhteistyötahoja. Jo vuonna 2012 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ortopedian toimintayksikössä käynnistyi useamman vuoden kestävä moniammatillinen kehittämishanke tekonivelpotilaan hoitoprosessin parantamisesta vaiheittain. Tämä on yksi merkittävä asiakasryhmä, joiden määrä lisääntyy väestön ikääntyessä ja vaikuttaa henkilöiden kotona selviytymiseen. Tämän asiakasryhmän hoitaminen leikkaustoimenpiteellä ja siitä kuntoutuminen on suuri kansantaloudellinen sijoitus heidän elämän laadun parantamiseksi ja kustannusten säästämiseksi. Primääristen eli ensisijaisten lonkkatekonivelleikkauksien määrä oli vuonna 2019 yli 10 000 leikkausta ja niiden määrä kasvaa vuosittain (THL, 2020, tilastoraportti 36). Tekonivelleikkausten suuri tarve on luonut erikoissairaanhoidon paineita hoitotakuun toteutumiselle ja leikkaushoitojen kustannusvaikuttavuuden toteutumiselle. Tämä tarkoittaa hoitoketjuun

osallistuvien tahojen lisääntyvää yhteistyötä, innovaatioita sekä uusien hoitomenetelmien ja -käytäntöjen kokeilua ja käyttöönottoa.

Kehittämistyössä haastateltiin tekonivelleikkauksessa olevia asiakkaita ja heidän läheisiään. Asiakkailta ja heidän läheisiltään kerättiin tietoa, miten he ovat kokeneet hoitoketjun eri vaiheet ja miten he arvioivat hoitoa ja leikkauksesta kuntoutumista. Hoitotyön johtajana olen ollut mukana suunnittelemassa ja toteuttamassa monia muutosprosesseja, rakenneuudistuksia, kehittämishankkeita ja – ohjelmia sekä strategioita, joissa on haluttu kehittää laadukkaita, yksilöllisiä, kokonaisvaltaisia ja kustannustehokkaita palveluita. Tässä tutkielmassa haluan tarkastella terveydenhuoltopalveluja asiakas ja hänen läheisensä keskiössä. Prosessilähtöisessä asioiden käsittelyssä on lähtökohtana asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin vastaaminen yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa hoitoketjun eri vaiheissa. Terveydenhuoltopalvelujen laatua ja asiakaslähtöisyyttä tarkastelen asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemana.

1.2 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Terveydenhuolto-organisaatioiden rakenne ja toiminta on hyvin komplisoitunutta, haasteellista ja monitahoista. Asiakkaiden asioiden hoitaminen tapahtuu monessa tasossa ja monella taholla yhtä aikaa. Lisäksi terveydenhuolto-organisaatioilla on raskaat perinteet ja organisaatiokulttuurit. Tämän tutkimustyön tarkoituksena on laajentaa ja syventää ymmärrystä terveydenhuolto-organisaation palvelujen asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi. Tarkastelen tekonivelleikatun asiakkaan kokemaa hyvän hoidon ja palvelun toteutumista hoitoprosessin eri vaiheissa ja selviytymisenä toimenpiteestä. Tällöin hoidon laatua on asiakkaan odotusten ja kokemusten täyttyminen, mikä ilmenee tyytyväisyytenä hoitoon. Hoitoprosessilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa tekonivelpotilaan hoitoketjua: koti-perusterveydenhuolto- erikoissairaanhoidon perusterveydenhuolto- koti.

Tutkimustyön tavoitteena on tutkia ja kuvata asiakkaiden ja heidän läheisten odotuksia ja kokemuksia suureen leikkaukseen valmistautumisesta, itse toimenpiteessä ja sairaalassa olosta, kotiutuksesta sekä selviytymisestä ja kuntoutumisesta leikkauksen jälkeen. Toimenpiteestä selviytyminen ja kuntoutuminen arvioidaan ensimmäisellä polikliinisella käynnillä kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta ja toinen polikliininen käynti vuoden kuluttua leikkauksesta. Tutkielman tavoitteena on tuottaa tietoa ja ehdotuksia, joiden avulla asiakkaan hoitoprosessia voidaan kehittää edelleen asiakaslähtöisemmäksi ja vaikuttavammaksi. Tavoitteena on järjestää asiakkaalle palvelujen ja hoidon korkea laatu hoitoprosessin kaikissa vaiheissa taaten yksilöllinen kuntoutumisen eteneminen ja kustannusvaikuttava hoito. Tavoitteena on saada laadukkaita palveluja sekä tyytyväisiä asiakkaita ja heidän läheisiään.

Tutkimustyö toteutettiin sekundaariaineistolla, joka kerättiin tekonivelleikattujen potilaiden kehittämisprojektin yhteydessä.

Tutkimuskysymykset:

Pääkysymys:

Mitä on terveystalouden asiakaslähtöisyys, kun sitä tarkastellaan potilaan odotusten ja kokemusten kautta?

Pääkysymykseen vastaamiseksi tutkimuskysymyksestä on johdettu kaksi alatutkimuskysymystä. Alatutkimuskysymyksillä pyritään vastaamaan varsinaiseen tutkimuskysymykseen.

Alatutkimuskysymykset:

Miten potilaat ja heidän läheisensä ovat kokeneet hoitoketjun eri vaiheet tekonivelleikkauksessa?

Miten potilaat ja läheiset arvioivat hoitoa ja leikkauksesta kuntoutumista?

Tutkimuskysymyksien kautta pohdin tutkielman laajempaa merkitystä ja hyödyntämistä terveydenhuollon johdolle ja poliittisille päättäjille sekä tapahtuvien rakenneuudistusten paineita terveydenhuoltopalvelujen järjestämiselle asiakaslähtöisemmin. Tavoitteena on edelleen asiakkaiden hoitoprosessien ja – ketjujen kehittäminen yhteistyössä eri ammattilaisten kanssa. Asiakkaan ja läheisten kokema ja arvioima laadukas hoito lisää asiakaslähtöisyyttä, mutta palvelujen kokonaislaatu on laajempi käsite ja edellyttää kokonaisvaltaisemman laatuajattelun ja kehittämisen, jossa asiakkaan asema ja merkitys vain kasvaa.

2 Toimivat terveyspalvelut asiakkaan arvona ja laatuna

2.1 Terveysthuollon palvelut osana julkisia palveluja

2.1.1 Julkisten palvelujen ominaispiirteet

Suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa julkisella vallalla on suuri merkitys sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Julkisen vallan tehtävänä on edistää ihmisten hyvinvointia, terveyttä ja toimeentuloa. Tämä velvoite lähtee perustuslaista. Julkiset palvelut nähdään osana yhteiskuntapolitiikkaa ja poliittisen ohjauksen alaisiksi. Julkisia palveluja säädelään normi-, budjetti- ja informaatio-ohjauksen keinoin. Julkisten palvelujen tavoitteet ovat pääasiassa yhteiskuntapoliittisia eikä niiden piiristä voi sulkea ketään ulkopuolelle. Suurin osa julkisista palveluista, kuten sosiaali- ja terveyspalvelut ovat lakisäätöisiä. Lainsäädännöllä on määritelty mm. ammattipätevyyksiä työntekijöille, jotka tuottavat palveluja asiakkaille. Lisäksi valtio sääntelee asiakasmaksuja ja rahoitusmuotoja sekä asiakkaiden asemaa. Kaiken kaikkiaan sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö on laaja ja pirstaleinen eikä kovin helposti tulkittava. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale, 2001, s. 20; Mäki & Sorri, 1999, s. 13; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005, s. 4; Uotinen, 2004, s. 11.)

Toinen julkisen palvelun ominaispiirre on palvelujen rahoitus, jolloin jokaisella on oikeus ja mahdollisuus niiden käyttöön. Suomessa nostettiin vuonna 1995 toteutuneessa perusoikeusuudistuksessa ns. TSS-oikeudet eli taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet perustuslain tasolle. Säännöksen perusteella julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä terveyttä. Vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on kunnilla ja palvelut tuotetaan pääasiassa verorahoitteisesti. Suuri osa sosiaali- ja terveyspalveluista on kuitenkin määrärahasidonnaisia ja asiakkaat osallistuvat rahoitukseen palvelumaksuin. Palvelua ja hoitoa asiakkaalta ei evätä kuitenkaan määrärahan puitteissa vaan arvio perustuu aina yksilölliseen tarpeeseen. (Huuskonen, Ijäs & Lehtoranta, 1997, s. 7; Lehto, Kananoja ja muut, 2001, s. 20;

Mäki & Sorri, 1999, s. 13–14; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005, s. 4–5.) Kolmanneksi julkisen vallan keskeinen rooli on tuottaa palvelut itse (Lehto, Kananoja ja muut, 2001, s. 21).

Palveluilla on keskeinen merkitys ihmisten arjessa. Palvelukäsitteen määrittelemine yksiselitteisesti eri tieteenalojen näkökulmasta on vaikeaa. Määrittelyä vaikeuttaa tieteenalojen erilaiset lähtökohdat tarkastella ilmiötä joko organisaation tai yksilön kannalta. Palvelu on monimerkityksellinen ilmiö sisältäen vaihtelun konkreettisesta tavarasta aineettomista osista koostuviin palveluihin. (Grönroos, 2009, s. 76.) Ihmiset eivät enää osta perinteiseen tyyliin tavaroita tai palveluja vaan elämäänsä helpottavia ratkaisuja. Yritysten on ryhdyttävä rakentamaan ja tarjoamaan näitä kokonaisratkaisuja ihmisille heidän tarpeensa mukaan. Tavaroihin voidaan aina liittää lisää palveluja ja aineettomiin palveluihin voidaan vastaavasti lisätä tavaroita. (Tuulaniemi, 2011, s. 18–19.)

Palveluala jaetaan tavallisesti yksityisen ja julkisen sektorin tuottamiin palveluihin. Suomessa palvelujen tuottaminen on ollut pitkälti julkisen puolen vastuulla, mutta viime vuosina yksityisten osuus on vähitellen lisääntynyt. Palveluiden merkitys käyttäjille kasvaa koko ajan teknologian kehityksen, yhteiskunnallisen vaurastumisen ja rakenteellisten muutosten myötä. Palvelu on tehokas tapa erottautua kilpailijoista, koska tavaroita on helppo kopioida. Olemme siirtymässä tavaroiden valmistamisesta niiden jakamiseen, omistamisesta käyttämiseen ja tavaramarkkinoista palvelumarkkinoihin. (Lahtinen & Isoviita, 2001, s. 45; Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 7–9, 17; Tuulaniemi, 2011, s. 20.)

Kirjallisuudessa palveluille on esitetty yhteisiä ominaispiirteitä, joiden avulla niitä tarkastellaan ja ne erottuvat fyysisistä tavaroista. Näitä palvelujen yhteisiä ominaispiirteitä ovat aineettomuus, heterogeenisyys, tuotannon ja kulutuksen samanaikaisuus, ainutkertaisuus ja ettei niitä voi omistaa. (Grönroos, 2000, s. 53–55; Lehtonen, Pesonen & Toskala, 1999, s. 8; Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 17–19; Zeithaml & Bitner, 2000, s. 11–15; Ylikoski, 2001, s. 21.) Usein todetaan palvelujen aineettomuuden olevan palvelun tärkein piirre. Palvelut ovat aina enemmän tai vähemmän aineettomia ja ne koetaan

yleensä subjektiivisesti. Asiakkaiden kuvaillessa palveluja, he käyttävät sanoja ”kokeemus”, ”elämys”, ”luottamus”, ”tunne” ja ”turvallisuus”. Asiakas ei välttämättä koe fyysisiäkään tuotteita konkreettisinä. Mitä abstraktimpi palvelu on, sitä vaikeampi asiakkaan on arvioida sitä. Palveluja on mahdoton varastoida, vaikka niiden tuottamisen valmiutta voidaan kehittää pitkälle. Monen palvelun valmiuden luominen ja laadukas tuottaminen saattaa edellyttää suuria henkilöstöresursseja ja muita taloudellisia sijoituksia. (Grönroos, 2009, s. 80–81; Lehtonen ja muut, 1999, s. 9; Rissanen, 2005, s. 20; Ylikoski, 2001, s. 21–23.) Yhtenä palvelun piirteenä voidaan todeta sen heterogeenisuus. Yhden asiakkaan saama palvelu ei ole koskaan sama kuin seuraavan asiakkaan saama vastaava palvelu. Kun palveluprosessiin vaikuttavat ihmiset, henkilökunta ja asiakkaat, niin prosessissa on vaikea pitää asiakkaille palvelun koettua laatua tasaisena, koska sosiaalisilla suhteilla, yksilöiden ominaisuuksilla ja tilannetekijöillä on vaikutusta prosessiin. Palvelujen heterogeenisuuden vuoksi palvelujen laatu vaihtelee ja on vaikea määritellä palvelun laatutasoa. (Grönroos, 2009, s. 81–82; Kuusela, 1998, s. 35–36; Lahtinen & Isoviita, 2001, s. 10, 59–60; Lehtonen ja muut, 1999, s. 9; Rissanen, 2005, s. 19–20; Ylikoski, 2001, s. 25.)

Myöhemmin Grönroos (2009, s. 79) on arvioinut edellä esitettyä tapaa tarkastella palvelujen ominaisuuksia ja esittänyt palveluille johtamisen ja markkinoinnin näkökulmasta kolme yleisluonteista piirrettä: palvelut ovat prosesseja, palveluja tuotetaan ja kulutetaan ainakin jossakin määrin samanaikaisesti ja asiakas osallistuu enemmän tai vähemmän palveluprosessiin, jossa palvelu tuotetaan ja toimitetaan. Grönroosin mukaan palvelujen tärkein piirre on niiden prosessimainen luonne. Palvelut ovat eri toiminnoista koostuvia prosesseja, joissa ollaan useimmiten välittömässä vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa hänen ongelmansa ratkaisemiseksi. Koska palvelu on prosessi, niin niitä tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti. Tilanteesta ja palvelusta riippuen asiakas kokee ja kuluttaa vain osan tuotantoprosessista. Hän kiinnittää huomiota vain palveluprosessin näkyvään osaan, jota hän pystyy arvioimaan ja kokemaan. Palvelun näkymättömästä osuudesta hän pystyy arvioimaan vain lopputuloksen. Asiakas ei ole ainoastaan palvelun

vastaanottaja, vaan hän osallistuu palveluprosessiin. Asiakas näkee prosessin toiminnan sen edetessä ollen mukana palvelun kanssatuottajana. (Grönroos, 2009, s. 79–80.)

Palvelujen määritelmäksi on esitetty 1960-luvulta lähtien useita määritelmiä avaten ja kuvaillen palvelua ilmiönä. Palvelumääritelmästä ei ole kuitenkaan vielä kukaan päästy yksimielisyyteen. Grönroos on määritellyt 1990-luvulla palvelun jossain määrin aineettomien toimintojen sarjasta koostuvaksi prosessiksi, jossa toiminnot tarjotaan ratkaisuinasiakkaan ongelmiin. Palvelut toimitetaan yleensä asiakkaan, palvelutyöntekijöiden ja palveluntarjoajan välisessä vuorovaikutuksessa. Palveluun sisältyy useimmiten jonkinasteista vuorovaikutusta palveluntarjoajan kanssa. Asiakas ei kuitenkaan aina ole henkilökohtaisesti vuorovaikutuksessa palveluntarjoajan kanssa. Vuorovaikutusta voi tapahtua myös sellaisissa tilanteissa, joissa asiakas ei tunnista sitä olevan. Usein asiakkaat kiinnittävät vuorovaikutustilanteisiin huomiota vain silloin, kun jokin palvelu ei toimi tai kokevat tullessa kohdelluiksi huonosti. Tällöin palveluntarjoajan on varmistettava asiakaspalvelijan rooli asiakkaan kohtaamisessa ja palvelun sisältö laadullisesti. (Grönroos, 2009, s. 77–78.)

Palvelun sisältö voidaan usein jakaa ydin- eli peruspalveluun, lisä- eli liitännäispalveluun ja tukipalveluun. Ydinpalvelu on palvelun keskeisin asia, miksi asiakas haluaa ostaa sen. Asiakas hankkii tavaroita ja palveluita tyydyttääkseen tarpeitaan, jotka muodostavat aina perustan ostospäätöksistä. Ydinpalvelu on myös palvelun tarjoajan toiminnan lähtökohta ja heijastuu liikeideaan. Liikeideassa näkyy palveluntarjoajan toiminta-ajatus eli mitä varten yritys on olemassa, kenen tarpeita tyydytetään, mikä on peruspalvelu ja miten tämä toteutetaan. Palvelun tarjoajan on koko ajan seurattava toimintaympäristöään ja siinä tapahtuvia muutoksia pystyäkseen vastaamaan sen hetkiseen kysyntään. Lisä- eli liitännäispalvelut täydentävät ydinpalvelua ja ovat välttämättömiä ydinpalvelun tuottamiseksi. Lisäpalvelut ovat rahanarvoisia asiakkaalle annettavia tai myytäviä etuja, jotka antavat asiakkaalle enemmän valinnanmahdollisuuksia. Lisäpalvelut ovat keino erottautua kilpailijoista, jos palvelun tarjoajien ydinpalvelut ovat samanlaisia. Lisäpalvelut tuovat palveluun laadunäkökulmaa asiakkaille. Joskus kannattaa tarjota asiakkaille lisäpalvelua, vaikka menekki olisi vähäinen, jos se tuo lisää asiakkaita. Tukipalvelut ovat

ydinpalveluun liittyviä vaihtoehtoja, jotka eivät ole välttämättömiä ydinpalvelun toteutumiselle, mutta tuovat palveluun lisäarvoa sekä asiakkaalle että palvelun tarjoajalle. Palvelun luonteesta riippuu, mitkä palvelut ovat ydinpalvelun kannalta välttämättömiä eli lisäpalveluita ja mitkä taas ydinpalvelua tukevia tukipalveluita. (Anttila & Iltanen, 2001, s. 137; Grönroos, 2000, s. 119–120; Grönroos, 2009, s. 222–226; Jaakkola, Orava & Varjonen, 2009, s. 11–13; Lehtonen ja muut, 1999, s. 13–16; Ylikoski, 2001, s. 225–226.)

Ydinpalvelu on se palvelun osa, joka tyydyttää asiakkaan ja johon asiakas on tyytyväinen tai tyytymätön. Jos ydinpalvelu ei ole kunnossa, lisä- ja tukipalvelut eivät tyydytä asiakkaan perustarvetta. Ydinpalvelun ja sen lisä- ja tukipalvelujen yhdistelmää kutsutaan usein palvelupaketiksi, jonka yritys asiakkailleen tarjoaa. Lisä- eli liitännäispalvelut mahdollistavat ydinpalvelun. Jos niitä ei ole, palvelupakettia ei voi tarjota. Tukipalvelut ovat vain kilpailukeino. Palvelupaketti on kokonaisuutena enemmän kuin osiensa summa. Palvelupaketti vastaa sitä kokonaisuutta, mitä asiakkaat saavat. Palvelupaketin kuvaaminen voi helpottaa varsinkin aineettomien palvelujen myyntiä. Kun asiakkaalla on käsitys palvelun sisällöstä, niin sen ostamiseen liittyy vähemmän riskejä. Lisäksi asiakas näkee mistä osista palvelu koostuu ja voi mahdollisesti vaikuttaa palvelun lisäosiin. Julkissa organisaatioissa yhteiskunta edellyttää perustehtävän toteuttamisessa, että mitään asiakasryhmää ei jätetä palvelun ulkopuolella. Yksityispuolella on kehitetty palvelutarjontaa pidemmälle erikoistuen tiettyjen asiakasryhmien palvelemiseen. (Anttila & Iltanen, 2001, s. 136; Grönroos, 2009, s. 222–226; Jaakkola ja muut, 2009, s. 11–13; Lehtonen ja muut, 1999, s. 14–15; Ylikoski, 2001, s. 228–230.)

2.1.2 Julkisten palvelujen luokittelu

Palvelujen luokittelulla saadaan esille erityyppisiä palveluorganisaatioita ja palvelutilanteita, joiden avulla voidaan kehittää omia palveluratkaisuja. Luokittelujen avulla voidaan nähdä asioita uusin silmin ja löytää uusia ideoita. Lisäksi luokittelu auttaa jäsentämään

palvelutapahtumia asiakkaasta käsin ja näin lisää ymmärrystä asiakkaan tyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Palveluja voidaan ryhmitellä luokkiin eri tavoin. (Lehtonen ja muut, 1999, s. 11; Ylikoski, 2001, s. 32.)

Palvelut voidaan jakaa kulutuspalveluihin ja yrityspalveluihin, kun palveluja tarkastellaan markkinoinnin näkökulmasta. Yrityspalvelujen ostajina ovat toiset organisaatiot. Kulutuspalveluja käyttävät yksittäiset kuluttajat tai kotitaloudet. Palvelun tuottajan mukaan palvelut voidaan jakaa kolmeen ryhmään: julkisen sektorin tarjoamat palvelut, yksityisen sektorin palvelut ja kolmannen sektorin tarjoamat palvelut. Julkiset ja yksityiset palvelut voidaan jakaa edelleen sen mukaan, onko voittoa tavoitteleva organisaatio vai voittoa tavoittelematon, ns. non-profit organisaatio. Julkiset organisaatiot voivat olla voittoa tavoittelevia tai non-profit organisaatioita. Julkisia palveluja ovat mm. yleiseen järjestykseen ja turvallisuuteen, koulutukseen, terveydenhoitoon ja sosiaalityöhön liittyvät palvelut, jotka ovat voittoa tavoittelemattomia ja kuuluvat non-profit organisaatioihin. Tällaisilla organisaatioilla on muita kuin taloudellisia päämääriä. Valtion liikelaitokset toimivat samojen periaatteiden mukaan kuin yksityiset palvelujen tarjoajat ja tavoittelevat voittoa. Kolmannen sektorin palveluiden tuottajat ovat erilaiset yhteisöt, jotka eivät tavoittele toiminnallaan voittoa. (Lehtonen ja muut, 1999, s. 10–11; Vuokko, 2004, s. 15–16; Ylikoski, 2001, s. 26–27.)

Palveluja voidaan luokitella myös palvelun tuottajan ammatilliseen pätevyyteen perustuvana eli asiantuntijana tai ei ammatillisen pätevyyteen perustuvana. Asiakas käyttää asiantuntijapalveluja yleensä silloin, kun hän ei itse hallitse jotakin asiaa. Asiantuntijapalvelujen tuottajilla on korkea koulutus ja sitä kautta ammatillista erityisosaamista sekä kokemusta. He ovat aina myös itsenäisiä ammatin harjoittajia. Asiantuntijan palvelujen saatavuus ei aina toteudu virka-aikana, vaan työajat ovat häilyviä. Asiantuntijat tunnustetaan ongelmanratkaisutaidoista ja ohjausvalmiuksista, kun he paneutuvat asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen. Asiantuntijapalveluissa palvelun tarpeen määrittäminen on haasteellisin edellytys onnistuneelle palvelulle. Usein asiakkaan on lähes mahdotonta arvioida ostohetkellä ostamaansa asiantuntijan palvelua ja sen laatua. Hän joutuu tekemään

ostopäätöksensä suuren epävarmuuden tilassa ja luottamaan palvelun tuottajaan jopa niin paljon, että antaa oman hengen heidän käsiin kuten terveydenhuollossa. Asiakkaan riittävä osallistuminen palvelutapahtumassa takaa parhaan yhteistyötuloksen asiantuntijan kanssa. Vaikka asiakas on aina oikeassa, niin asiantuntijan kanssa hän voi olla väärässä. Joskus asiakkaan toiveitten toteuttaminen voi olla lyhyen aikavälin ratkaisu, josta voi seurata ongelmia pitkällä aikavälillä. Tällöin asiantuntijan tehtävä on ohjata asiakasta niin, että he löytävät hyvän pitkän aikavälin ratkaisun, josta ei aiheudu lisäongelmia tulevaisuudessa. Asiantuntijapalvelut ovat kehittämis- ja neuvontatyypistä toimintaa. Asiantuntijapalveluihin liittyy paljon tunteita ja erilaisia arvoja. Asiantuntija on asiakkaalle auttaja ja luottohenkilö, jonka ei tule tuoda itseään esille. Asiakas ei välttämättä halua, että missään yhteydessä ilmenee hänen käyttäneen kyseisen asiantuntijan palveluja. Asiantuntijapalvelujen tuottajia ovat mm. lääkärit, asianajajat, psykologit, kättilöt ja sairaanhoitajat. (Lehtinen & Niinimäki, 2005, s. 9, 11–12; Lehtonen ja muut, 1999, s. 11; Sipilä, 1999, s. 18–22; Ylikoski, 2001, s. 27.)

Lisäksi palveluita voidaan luokitella myös sen mukaan onko palvelun tuottajana ihminen vai kone sekä asiakaskontaktin aste eli miten tiivis kontaktia tuottajan ja kuluttajan välillä on. Joissakin palveluissa asiakassuhteen kestolla on merkitystä palvelujen kehittämiseen. Pidempiaikaisessa asiakassuhteessa asiakas tunnetaan, jolloin hänen palvelukäyttöään voidaan seurata. (Lehtonen ja muut, 1999, s. 11; Ylikoski, 2001, s. 31–32.)

2.1.3 Terveysthuollon palvelut

Suomessa kunnat ovat edelleen julkisen vallan ja julkisten palvelujen järjestäjinä keskeisiä yksiköitä varmistuen kuntalaisille hyvinvointivaltion perustan. Suomen perustuslain (1999/731) 19§ 3 momentin mukaan julkisen vallan eli kuntien ja valtion on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveysthuollon palvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Suomalainen terveydenhuollon palvelujärjestelmä

perustuu suurelta osin kunnalliseen palvelujen järjestämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain (1992/ 733) mukaan kunnilla on velvollisuus järjestää tarpeelliset terveyspalvelut omille asukkailleen, mutta toiminnan laajuutta, sisältöä ja järjestämistapaa ei ole määritelty yksityiskohtaisesti. Kunta voi järjestää palvelut itse, yhdessä toisen kunnan tai useamman kunnan kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut muilta kunnilta, kuntayhtymiltä, valtiolta tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Asiakkaalle voidaan myös antaa palveluseteli, jolla hän voi ostaa palvelun. Näitä lakisääteisiä terveyspalveluja ovat terveysneuvonta sairaanhoito ja kuntoutus, sairaankuljetus, hammashuolto, kouluterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto, seulonnat, erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto ja mielenterveyspalvelut. Vastuu palvelujen järjestämisestä ja kustannuksista kuuluu kunnalle ja valtio tukee kuntia tässä tehtävässä tulonsiirroin. Ajatuksena on, että jokainen kuntalainen käyttää ensisijaisesti oman kuntansa palveluja. Kiireellisissä ja ensiaputilanteissa kansanterveyslain mukaan kunnan on järjestettävä kiireellinen avosairaanhoito asiakkaan asuinpaikasta riippumatta. Kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat Sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä omilla toimialueillaan. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston eli Valviran tehtävä on ohjata sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa toimintaperiaatteiden ja menettelytapojen yhdenmukaistamiseksi. (Alkio, 2011, s. 43, 46, 50; Laaksonen, Niskanen & Ollila, 2012, s. 69–71; Lehto, Kananoja ja muut, 2001, s. 105; Lukkarinen, 2007, s. 16–17; Sutela, 2003, s. 58–60, 68, 165; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005, s. 5–6, 12–14; Uotinen, 2004, s. 10–14.)

Julkiset terveydenhuollon palvelut jaetaan lakiin perustuen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoitoon. Perusterveydenhuoltoa ohjataan kansanterveyslailla, joka on vuodelta 1972, jolloin kaikkea kunnallisen terveydenhuollon perustason palvelutoimintaa kutsuttiin kansanterveystyöksi. Kansanterveyslain edellyttämiä terveyden- ja sairaanhoidon palveluja toteutettiin terveyskeskuksissa, terveysasemilla ja työterveyshuolloissa, joissa palvelut olivat yhdenvertaisesti tarjolla väestölle. Kansanterveystyö sisälsi

terveysneuvonnan, kansanterveydellisen valistustyön sekä raskauden ehkäisyneuvonnan ylläpitämisen ja kunnan asukkaiden yleisten terveystarkastusten järjestämisen. Kunnat huolehtivat asukkaiden sairaanhoidosta, johon luettiin lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Pitkäaikaissairaiden ja vanhusten hoidon painopistettä siirrettiin sairaalahoidosta kotihoitoon 1980-luvulla valvotussa kotisairaanhoidomallissa. Kotisairaanhoido teki yhteistyötä sosiaalitoimeen kuuluvat kotipalvelun kanssa. Terveyskeskuksissa annettiin hoidon porrastukseen perustuen tarkoituksenmukaisia mielenterveyspalveluja alueen väestölle. Terveyskeskukset järjestivät alueellaan sairaankuljetuksen ja potilassiirrot eri tavoin toteuttaen. Lisäksi sairaankuljetushenkilöstöllä oli erilaisia tehtäväkuvia liittyen siihen, millaisia paikallisia ratkaisuja kunnissa oli tehty. Kansanterveyslain voimaan tullessa kouluhammaslääkäritoiminnan pohjalta rakennettiin lyhyessä ajassa koko maan kattava kunnallinen hammashuollon verkosto, joka laajeni lapsista aikuisiin. Kunnille kuului koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon ylläpitäminen. Niiden toiminnan painopiste oli terveyden edistämisessä ja sairauksien ehkäisyssä. Kuntien tehtävänä oli myös työterveyspalvelujen tuottaminen kunnan alueella sijaitsevilla työpaikoilla työskenteleville ja työterveyshuollon järjestäminen kunnan alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtä tekeville. Kunnat ja kuntayhtymät ovat perinteisesti käyttäneet terveyskeskusten työterveyshuoltoa omiin työterveyspalveluihinsa. Lisäksi asetuksella määriteltiin tarkemmin säädettävien seulontatutkimusten ja muiden joukkotarkastusten järjestämisestä kunnissa. Tehtävien luettelo on täydentynyt ja täsmentynyt kansanterveyslain (1972/66) voimassa olon ajan. Tällä hetkellä kansanterveyslain sisällölliset säädökset on kumottu ja sisällytetty ne toukokuussa 2011 voimaan tulleeseen terveydenhuoltolakiin (2010/1326). Perusterveydenhuollosta on alettu puhua 1980-luvulla osana kansainvälistä terveydenhuollon käsitteistöä. Suomessa perusterveydenhuoltoon sisältyy monia sellaisia palveluja, jotka muissa maissa sijoittuu erikoissairaanhoidon, kuten röntgen- ja laboratoripalvelut sekä monet polikliiniset toimenpiteet. (Alkio, 2011, s. 43–44; Lehto, Kananoja ja muut, 2001, s. 106–120; Lukkarinen, 2007, s. 17–21; Heiliö, Kattelus, Kaukonen, Kumpula, Narikka, Sintonen & Ylipartanen, 2006, s. 437–438; Sutela, 2003, s. 55–57.)

Tärkein erottava tunnusmerkki erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on erikoissairaanhoidon jakautuminen lääketieteen erikoisalojen mukaan. Kullakin erikoisalalla tutkitaan ja hoidetaan vain sen erikoisalan ongelmallisia potilaita. Perusterveydenhuollossa tutkitaan ja hoidetaan yleislääkärin tiedoilla ja taidoilla kaikkia potilaan vaivoja niillä välineillä ja niissä paikallisissa olosuhteissa. Perusterveydenhuoltoa johtaa periaatteessa yleislääkäri, erikoissairaanhoidossa on kullakin erikoisalalla vastuullinen erikoislääkäri. (Lehto, Kananoja ja muut, 2001, s. 120–121.)

Keskussairaaloiden verkostoa alettiin luoda 1950-luvulta lähtien ja sitä ohjataan tällä hetkellä vuonna 1991 voimaan tulleella erikoissairaanhoidolailla (ESHL 1989/1062) sekä mielenterveyslailla (MTL 1990/1116). Erikoissairaanhoidola lain mukaan kunta on velvollinen huolehtimaan siitä, että kuntalaiset saavat erikoissairaanhoidon, jolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaista sairauden ehkäisyyn, tutkimukseen, hoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia palveluja. Mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalveluista kunnan tulee huolehtia osana kansanterveystyötä tai sosiaalihuoltoa. Tämä velvoitteen täyttämiseksi kunkin kunnan on kuuluttava johonkin erikoissairaanhoidon kuntayhtymään eli sairaanhoitopiiriin, joita on tällä hetkellä 21. Vuoden 2000 jälkeen kunnat ovat saaneet itse valita, mihin sairaanhoitopiiriin he kuuluvat. Sairanhoitopiirit tuottavat erikoissairaanhoidotasoisia palveluja eli sairaaloissa annettavaa hoitoa, myös erikoissairaanhoidotasoisia mielenterveyspalveluja. Osa erikoissairaanhoidosta määritellään erityistason sairaanhoidoksi sairauden harvinaisuuden, sairaanhoidon vaativuuden tai erityissairaanhoidon järjestämisen aiheuttamien erityisten vaatimusten johdosta. Erityistason sairaanhoidon järjestämiseksi maa on jaettu sairaanhoitopiirien lisäksi vielä viiteen erityisvastuualueeseen, jotka vastaavat erityistason sairaanhoidosta. Näitä alueita kutsutaan myös miljoonapiireiksi, joissa jokaisella alueella on yliopistollinen keskussairaala. Nämä sairaalat ovat Helsingissä, Turussa, Tampereella, Kuopiossa ja Oulussa. (Alkio, 2011, s. 47–48; Lehto, Kananoja ja muut, 2001, s. 120–122; Lukkarinen, 2007, s. 21; Heiliö ja muut, 2006, s. 467–468, 471–473, 480; Sinkkonen & Nikkilä, 1988, s. 74–93; Sutela, 2003, s. 55; Uotinen, 2004, s. 11.)

Yksityiset terveystalot täydentävät julkisia palveluja. Yksityisestä terveydenhuollosta annettu laki (1990/152) koskee kaikkea yksityistä terveydenhuoltoa pitäen sisällään laboratoriotoimintaa, radiologista toimintaa ja siihen verrattavissa olevia kuvantamis- ja tutkimusmenetelmiä sekä muita terveydentilan toteamiseksi tai hoidon määrittämiseksi tehtäviä tutkimuksia ja toimenpiteitä. Yksityisiä terveystalot tuottavat yksityiset yritykset ja ammatinharjoittajat sekä ns. kolmannen sektorin palvelutuottajat eli säätiöt, yhdistykset ja muut yleishyödylliset yhteisöt. Osa yksityisistä palvelutuottajista tuottaa ostopalveluja kunnille, osa asiakkaille, joita voi olla yksittäiset henkilöt, yritykset, vakuutusyhtiöt ja kolmannen sektorin yhteisöt. Yksityisiltä palvelutuottajilta vaaditaan monipuolista osaamista ja monen suuntaista yhteistyötä laadukkaiden ja joustavien palvelujen tuottamiseen erilaisten asiakasryhmien tarpeisiin. Yksityisen terveystalon henkilöstöstä noin puolet toimii lääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa, neljäsosa terveydenhuollon laitospalveluissa ja kolmasosa muissa terveydenhuoltopalveluissa. Yksityisten terveystalot osuus palvelujen tuotannosta on viimeisen kymmenen vuoden aikana jatkuvasti kasvanut ja on tällä hetkellä n. 25–30% koko terveystalot tuotannosta. Yhä useammalla lapsiperheellä on terveystalot. Yksityisiä terveystalot tuottajia kritisoidaan, koska heidän toiminta keskittyy kevyempiin toimenpiteisiin. Julkiselle sektorille jää hoidettavaksi raskaat potilaat, päivystystoiminta ja epämiellyttävät työntekijät. (Alkio, 2011, s. 48–49; Kainlahti, 2007, s. 10, 18–20; Lukkarinen, 2007, s. 15, 31–34; Sutela, 2003, s. 55.)

Terveydenhuollon palvelujen työnjakoa ja tehtäviä ohjaa pitkälti lainsäädäntö, miten potilaita hoidetaan terveydenhuollossa. Lainsäädäntö antaa kuitenkin liikkumavaraa kunnille järjestää palvelutarjoama yhtenä kokonaisuutena, jossa eri organisaatioiden rajat hämärtyvät. (Huhtala, 2004, s. 44.) Terveydenhuollon toiminnallisen porrastuksen pääperiaatteena on hoitaa asiakas ensisijaisesti perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollossa tehdyn tutkimuksen perusteella asiakas otetaan hoitoon tai lähetetään erikoissairaanhoidon hoitovastuulle, siirtyä takaisin perusterveydenhuoltoon tai kotiutuu. Jos asiakas tarvitsee erityistason vaatimaa hoitoa, niin hänet lähetetään oman

erityisvastuualueen yliopistosairaalaan tai valtakunnallisen työjaon mukaiseen yliopistosairaalaan. Hoitoon liittyvä tiedonvälitys portaalta toiselle tapahtuu pääasiassa kirjallisilla läheteillä ja hoitopalautteilla. Kehittynyt toimintatapa siirtää hoitovastuu organisaatiosta toiseen ja vahvistaa eriytyneisyyttä. Ihalaisen (2007) mukaan porrasteisuus-käsitteen huonona piirteenä on mahdollisuus kategorisoida eri toimijoiden tehtäviä ja ymmärtää virheellisesti palvelut ylemmän- ja alemman tasoisina tehtävinä. Hänestä olisi parempi käyttää työnjako-käsitettä, joka säilyttää näkemyksen tehtävien sisällöllisestä erilaisuudesta, mutta ylläpitää ajatusta niiden keskinäisestä yhtenäisyydestä. Terveyspalvelujen ymmärtäminen yhtenä kokonaisuutena yhtenäistäisi palvelukäytäntöjä ja muodostaisi hallittavampia palveluketjuja. (Ihalainen, 2007, s. 31.)

Jotta asiakkaan hoitoprosessi olisi toimiva ja aukoton, niin pyritään eri palveluntuottajien keskinäistä työnjakoa selkeyttämään valtakunnallisilla erikoisala- ja sairauskohtaisilla Käypä hoito – suosituksilla, alueellisilla hoito-ohjelmilla ja ohjelmien käytännön toteutusta tukevilla saumattomilla hoitoketjuilla. Saumattomien hoitoketjujen tavoitteena on tarkastella hoitoprosessia kokonaisvaltaisesti asiakkaan näkökulmasta. Tavoitteena on, että terveydenhuollon eri toimijoiden, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sekä järjestöjen, omaisten ja kolmannen sektorin, välinen yhteistyö ja tiedonvälitys on sujuvaa ja heidän antamansa hoito on asiakkaalle hänen sairauteensa osaavaa, oikea-aikaista, sujuvaa ja taloudellisesti järkevällä tavalla toteutettua halliten ketjun kokonaisuuden. (Ihalainen, 2007, s. 32; Laaksonen ja muut, 2012, s. 102–103; Silvennoinen-Nuora, 2010, s. 24; Sosiaali- ja terveysministeriö, 1998, s. 36–37.)

2.1.4 Terveysthuoltopalveluiden kehityslinjaukset

Ennen kansanterveyslain voimaantuloa terveydenhuollosta vastasivat yksityiset kunnan- ja kaupunginlääkärit. Kansanterveyslain säätäminen vuonna 1972 muutti merkittävästi Suomessa ollutta kunnallista järjestämisvastuuta, koska perusterveydenhuollon ta-

voitteeksi asetettiin palvelujen antaminen kaikille kansalaisille asuinpaikasta riippumatta. Samalla jokainen kunta veloitettiin perustamaan terveyskeskus yksin tai yhdessä muiden kuntien kanssa. Suomeen oli jo aloitettu rakentaa 1960-luvulla perusterveydenhuollon järjestelmää sairaalaverkoston rinnalle. Perusterveydenhuollon sairaansijamäärä kolminkertaistui ja verkko kattoi jo koko maan tultaessa 1980-luvulle. Samalla keskussairaaloiden rooli alueellisina koordinaattoreina vahvistui ja loi pohjaa hoidon porrastukselle. Kansanterveislain tavoitteena oli siirtää terveydenhuollon painopistettä ehkäisevään terveydenhoitoon ja avosairaanhoitoon ohjaamalla hallinnollisia ja taloudellisia edellytyksiä kunnissa tähän suuntaan. Ohjausta valvoivat lääkintöhallitus ja lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot. 1970-luvulla keskityttiin suunnitteluun ja uudistuksiin, joihin liittyi laajoja hallinnollisia toimia, kuten koko maan kattava sairausvakuustointimisto- ja terveyskeskusverkoston rakentaminen sekä työterveyspalvelujen aloittaminen työssä käyville. (Keskimäki, Manderbacka & Teperi, 2008, s. 51–52; Koivusalo, Ollila & Alanko, 2009, s. 23; Mattila, 2011, s. 111–112; Teperi & Vuorenkoski, 2005, s. 29–30.)

1980-luvulla painotettiin terveys- ja hyvinvointipalvelujen järjestämistä ja palvelujärjestelmä laajeni aina 1990-luvulle asti. Terveyskeskusverkosto kattoi koko maan ja yksityispalvelut täydensivät julkisia palveluja. Terveyskeskusten puolella alettiin puhua väestövastuusta, omalääkäristä ja omahoitajasta, joille määrätään henkilökohtainen vastuuväestö, joka voi muodostua tietyn alueen väestöstä. Kaikki suuret palvelujärjestelmän muutokset tehtiin lisäämällä uusia osia vanhan järjestelmän päälle. 1980-luvulla laajennettiin erityisesti sosiaalipalvelujärjestelmää, kuten vanhusten, vammaisten ja päihdeongelmaisten palveluja sekä lastenpäivähoitoa. Valtion suunnittelujärjestelmä ohjasi kuntia rakentamaan omia palvelujaan hierarkkisesti ja sektorijohtoisesti ja ajoittain epä-tarkoituksenmukaisina kyseisiin olosuhteisiin nähden. Kunnat kokivat ongelmaksi valtion liian tiukan ohjauksen ja valvonnan. Lisäksi veronmaksajat halusivat rahoilleen tehokkaampaa käyttöä. Kuntapalveluissa oltiin tultu vaiheeseen, jossa rakenteelliset puitteet oli luotu ja lähdettiin lisäämään palveluihin sisältöä ja laatua. Vuosikymmenen loppupuolelta lähtien sosiaali- ja terveysjärjestelmän kehittämispolitiikkaa pyrittiinkin

suuntaamaan kohti uudistamista ja rakennemuutoksia. Yksi vuosikymmenen suurimmista muutoksista oli vuoden 1984 Valtava eli sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelua ja valtiosuutta koskeva lainsäädännön uudistus. Uudistus pyrki muuttamaan hallintoa ja palvelurakennetta vapaampaan suuntaan. Terveydenhuollon valtiosuudet olivat vaihdelleet kuntien kantokykyluokituksesta riippuen 39–70 prosenttia. Sosiaalihuollossa valtion tukea oli vaihtelevasti. Valtavuudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuuksia tarkasteltiin kokonaisuutena ja varoja jaettiin toimialueille tasaisemmin. Tuet terveydenhuollossa vähenivät ja sosiaalihuollossa lisääntyivät, mutta tuen piiriin tuli sellaisia toimialueita kuten vanhustenhuolto ja lastensuojelu, jotka eivät olleet aikaisemmin sitä saaneet. Vuosikymmenen loppua kuvaavat pyrkimykset normien purkamiseen ja päätöksenteon siirtämistä paikalliselle tasolle. Kehittämisen painopisteiksi nousivat mm. palvelujen laadun parantaminen, palvelujärjestelmien eri osien keskinäisen toimivuuden parantaminen muodostaen asiakkaalle tarpeista lähtevän palvelukokonaisuuden, avohoitopainotteisten uusien toimintamallien kehittäminen, erilaisten erityisryhmien palvelutarpeista huolehtiminen ja palvelutuotannon tehokkuuden ja taloudellisuuden parantaminen. (Heinämäki, 2012, s. 50; Lehto, Kananoja ja muut, 2001, s. 26–27, 184; Leppo, 2013, s. 92–93; Mattila, 2011, s. 192.)

Seuraava merkittävä rakenteellinen muutos tapahtui 1980–1990 -lukujen vaihteen jälkeen, kun perustettiin sairaanhoitopiirit alueellisen terveydenhuollon eheyttämiseksi ja yhdentämiseksi. Kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon tuli muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, jossa toimivat alueen terveyskeskukset, aluesairaalat ja keskussairaala. Lisäksi sairaanhoitopiirien tuli olla alueensa sosiaalitoimen kanssa sellaisessa yhteistyössä, jota tehtävien mukainen suorittaminen edellyttää. Perusteluna tälle hallinnolliselle muutokselle esitettiin toiminnan tehokkuuden, toimivuuden ja taloudellisuuden lisääntymistä. Vuonna 1991 voimaan tulleella erikoissairaanhoidolla täsmennettiin julkisen terveydenhuollon rakenteita erottelemalla perus- ja erikoispalvelut terveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidolla tarkoitettiin lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia, sairauden tutkimiseen ja hoitoon liittyviä terveydenhuollon pal-

veluja. Lain perusteluina käytettiin kunnan velvollisuutta huolehtia asukkaistensa erikoissairaanhoidon saatavuudesta. Laki ei ollut puitelaki vaan selkeästi määritteli myös sairaanhoitopiirille velvollisuuksia eli järjestää erikoissairaanhoidon alueellaan. Näin erikoissairaanhoidon ja kunnan tehtävät selkiintyivät, mutta samalla erikoissairaanhoidon etääntyä peruskunnasta. Henkilön hoitoon ottaminen edellytti lain mukaan lääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä lukuun ottamatta kiireellisen hoidon tarpeessa olevia. Kaikissa organisaatioissa päätökset potilaan hoidosta keskitettiin lääkärille eikä potilaalla ollut oikeutta valita hoitavaa lääkäriä kuten lain hengellä tavoiteltiin. Tänä päivänäkin hoitavien lääkäreiden jatkuva vaihtuminen sairaaloissa on potilaille ongelmallista. Potilaan hoitopaikan valinnassa tuli ottaa huomioon sairaalan ja potilaan kodin välinen etäisyys sekä potilaan oma taikka hänen omaisensa hoitopaikkaa koskeva toivomus. Lisäksi hoito tuli aina järjestää asiakkaan omalla äidinkielellä. (Mattila, 2011, s. 155–157; Heiliö ja muut, 2006, s. 467–469, 477–478.)

Samaan aikaan 1990-luvun syvä taloudellinen lama koetteli koko yhteiskuntaa ja sen palvelujärjestelmiä, kun kansalaisten ostovoima ja yksityisten palvelujen kysyntä laskivat. Se pakotti myös julkista sektoria säästämään ja tehostamaan toimintaansa. Muutoksen aalto vaikutti sekä asiakkaan asemaan että palvelujen tuottamiseen ja rahoittamiseen. Julkisen hallinnon ja terveydenhuollon ongelmiin kohdistuneisiin paineisiin haettiin ratkaisua uusliberalistisin suuntauksin uudesta julkisjohtamisesta, New Public Managementista (NPM), yksityisen sektorin periaatteita käyttäen. Uudessa julkisjohtamismallissa korostettiin hallinnon rakenteiden kevennystä, markkinamekanismien hyödyntämistä ja tulosten parantamista. Organisaation arvoissa sekoittuivat tulos- ja laatujohtamisen painoalueet, kuten asiakas- ja palvelulähtöisyys, asiantuntijuus ja kustannustietoisuus. Vuonna 1993 voimaan tullut valtiosuus- ja suunnittelujärjestelmän uudistus (1992/733) pyrki NPM:n periaatteiden mukaan tehokkuuden lisääntymiseen ja kustannussäästöihin tulohajautuvuudella. Kun aikaisemmin oli tuettu kuntia niiden esittämien hyväksytyjen suunnitelmien perusteella, niin nyt siirryttiin järjestelmään, jossa rahat eivät olleet ”korvamerkittyjä”. Valtiosuus uudistus hajautti terveydenhuollon toteutuk-

sen kuntiin, jolloin jokainen kunta teki omat päätökset terveydenhuoltopalvelujen määrän ja laadun suhteen. Kunnille annettiin mahdollisuus palvelujen järjestämiseen ulkoistamalla niitä, joka loi pohjaa palvelujen kilpailuttamiselle. Tämä vaati vuonna 1995 muutoksia kuntalakiin, jolloin markkinaohjautuvuudella mahdollistettiin kansalaisille suurempi valinnan vapaus. Aikaisemmin lääkintöhallitus oli mm. suosituksin ja kiertokirjein ohjannut kuntia, mutta vuonna 1992 lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen koordinaatiota ei enää tapahtunut. Hallinnon hajauttamisen ja aluehallinnon uudistuksen lisäksi kuntien itsehallintoa lisättiin ja valtion toimintoja liikelaitoistettiin ja yhtiöitettiin. Siirryttiin hyvinvointivaltiosta kohti kilpailuvaltiota. (Heinämäki, 2012, s. 51; Leppo, 2013, s. 94; Lumijärvi & Jylhäsaari, 1999, s. 226–228; Ollila & Koivusalo, 2009, s. 23–26; Sutela, 2003, s. 17–20.)

Vaikka 1990-luvulla terveydenhuollossa mahdollistui yksityisten palveluiden markkinat kunnissa, niin se nähtiin enemmänkin mahdollisuutena. Vasta seuraavalla vuosikymmenellä yksityinen palvelutuotanto selkeästi lisääntyi ja rakenne muuttui, kun yksityiset palveluntuottajat, kuten lääkäriasemat ketjuuntuivat ja syntyi suuria yksityisiä palveluntuottajia. Suomessa julkisen sektorin vahvaa asemaa on pidetty yhtenä yksityisten palveluiden mahdollisuuksien esteenä. Terveystuotantoketjusta tuli 1990-luvulla erittäin hajautettu ja sitä on kutsuttu Euroopan, jopa koko maailman hajautetuimmaksi malliksi. Passiivisista hyvinvointiyhteiskunnan jäsenistä pyrittiin tekemään aktiivisia vaikuttajia, joiden tuli ottaa enemmän vastuuta itsestään. Kansalaisille annettiin terveyspalveluja hyvin säästeliäästi ja terveyspalvelujen tuottajat päättivät palvelujen määrästä ja laadusta. (Lehto, Anttonen, Haveri & Palukka, 2012, s. 11–12; Mattila, 2011, s. 195, 298–299; Ollila & Koivusalo, 2009, s. 23, 26, 28–32; Sinkkonen & Nikkilä, 1988, s. 48.)

Tultaessa 2000-luvulle laman vaikutukset näkyivät kunnissa ja uuden laman pelko vaikutti kehittämishalukkuuteen. Hoitojonot kasvoivat, palvelujen saatavuus ja kansalaisten eriarvoinen asema palvelujen käyttäjinä loi jännitteitä valtion ja kuntien välille. Valtion rooli normi- ja resurssiohjauksesta oli vaihtunut informaatio-ohjaukseen ja kehittä-

misohjelmiin. Valtion painottaessa suunnittelussa laajoja toiminnallisia linjauksia uudistettiin mm. asiakirja ”Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa” ja tuotettiin Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, joka oli merkittävä linjaus suomalaiselle terveystaloudelle 15 vuodeksi eteenpäin. Terveys 2015 oli yhteistyöohjelma, jolla pyrittiin terveyden edistämiseen yhteiskunnan sektoreiden eri osa-alueilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001a; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001b.) Valtakunnallisten tavoite- ja toteuttamisohjelmien tilalle vaihtui vuoden 2000 alusta sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TATO) kehittämistavoitteineen ja toimenpidesuosituksineen nelivuotiskaudeksi kerrallaan. Tavoite- ja toimintaohjelmat edustivat uutta informaatio-ohjausta, jolla voitiin laatia hallitusohjelman mukaisesti täsmällisemmät kehittämistavoitteet sosiaali- ja terveysalalle. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmia laadittiin vuosille 2000–2003 ja 2004–2007. TATO:n tavoitteita toteuttamaan perustettiin Kansallinen terveyshanke vuosina 2002–2007 ja Sosiaalialan kehittämishanke vuosina 2004–2007, koska haluttiin laajemmin tarkastella palvelujärjestelmän toimivuutta. Valtioneuvosto asetti työryhmällä vuonna 2001 kansallisen hankkeen turvaamaan terveydenhuollon tulevaisuutta ja sen tärkeimmäksi tavoitteeksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaiden maksukyvyistä riippumatta. Kansallisen terveydenhuollon kehittämishankkeen tavoitteena oli taata hoitosuhteiden jatkuvuus, palvelujen oikea-aikaisuus, turvallisuus ja laatu, edistää toimijoiden välistä yhteistyötä sekä kustannustehokkuutta. (Heinämäki, 2012, s. 93; Oikarinen, 2008, s. 25.)

Palvelujärjestelmää päätettiin kehittää kuntien ja valtion yhteistyönä ottamalla mukaan myös yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta. Työryhmä antoi suosituksensa vuonna 2002, jonka jälkeen tehtiin periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisesta. Periaatepäätöksen antamisesta kesti useita vuosia ennen lain voimaan tuloa. Hoitotakuuta koskeva lakiesitys hyväksyttiin 1.3.2005 ja se koski vain kiireettömän hoidon saatavuuden enimmäisaikoja. Kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa olevalle henkilölle on

annettava hänen sairautentilansa vaatima hoito välittömästi. Kansanterveyslakiin lisätiin hoitotakuun toteuttamista koskevat säännökset hoidon tarpeen arvioinnista ja hoitoon pääsystä. Sen mukaan terveyskeskuksen on järjestettävä toimintansa niin, että asiakas saa arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen. Terveystieteiden ammattilaisen tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyttä terveyskeskukseen. (Kansanterveyslaki 1972/66.) Jos asiakkaasta tehdään lähete erikoissairaanhoidon, niin hänen on päästävä erikoissairaanhoidon arvioon kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun sen toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. (Erikoissairaanhoidolaki 2004/856: 31§.) Pääasiassa hoitotakuu kohdistuu kuntayhtymien hallitsemiin sairaanhoitopiireihin, joiden valvontaan Valvira on enemmän keskittynyt. Hoito tuli antaa määräajassa, vaikka resurssit eivät olisikaan riittävät hoidon toteuttamiseen. Jos hoitoa ei pystynyt antamaan määräajassa omana toimintana, niin hoito tuli hankkia joltakin muulta palveluntuottajalta. Kuntayhtymän tuli ostaa hoito esimerkiksi yksityiseltä palveluntuottajalta. Arvioitaessa hoitotakuun toteutumista, useat eri tahot toteavat, että tulos ei ole vastannut niitä tavoitteita, joita järjestelmältä odotettiin. Tutkijoiden mukaan hanke ei kovin hyvin onnistunut parantamaan perusterveydenhuollon toimivuutta tai ennalta ehkäisevää työtä eikä lisäämään terveyspalveluiden järjestämisen perustana olevaa väestöpohjaa. Hanke ei myöskään selkiyttänyt työnjakoa eikä saanut aikaan rakennemuutoksia, mutta asiakkaan asemaa ja oikeuksia se paransi. (Mattila, 2011, s. 230–235, 249; Heiliö ja muut, 2006, s. 469.)

Vuonna 2007 valtio käynnisti ns. Paras- hankkeen eli kunta- ja palvelurakennemuutuksen, josta tuli Suomen historian suurin kunnallishallinnon ja palveluiden uudistus. Hankkeen päätarkoitus oli vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoitusta ja lisätä valinnan vapautta. Hankkeesta annettiin puitelaki,

jonka mukaan perusterveydenhuollon palveluiden ja niihin kiinteästi liittyvien sosiaali-toimen tehtävien järjestämisen asukaspohjan oli oltava vähintään 20 000 asukasta. Hankkeen myötä kunnat ovat alkaneet tehdä enemmän yhteistyötä terveydenhuollon toteuttamiseksi. Hankkeen edetessä kuntien yhdistyminen on lisääntynyt, yhteistoiminta-alueet ovat kasvaneet ja on syntynyt sosiaali- ja terveystyöryhmiä. Perusterveydenhuollon toteuttamisvastuu on siirtynyt suuremmille yksiköille, joilla on paremmat mahdollisuudet toteuttaa terveydenhuoltoa. Paras-hanke ei rajoittanut kunnan itsehallintoa, vaan kunnat saivat toteuttaa yhdistyneissä kunnissa, kuntayhtymissä ja yhteistoiminta-alueilla terveydenhuoltoa kunnallisen päätöksenteon pohjalta. Hanke mahdollisti pienille kunnille aiempaa paremmat mahdollisuudet toteuttaa terveydenhuoltoa mm. ulkoistamalla tai tilaaja-tuottajamallilla. Kaikki kunnat eivät olleet mukana hankkeessa, joka loppui määräaikaisen puitelain loppuessa vuonna 2012. Edellisten lisäksi hallitusohjelmiin kytkettiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) vuosille 2008–2011. Ohjelmalla pyrittiin rakentamaan uudenlaisia julkisen, yksityisen ja järjestöjen kumppanuuksia palvelujen tuottamisessa. Ohjelma on edistänyt palvelusetelin käyttöä, koska yksi sen toimeenpanosuunnitelman toimenpiteistä kannustaa palvelusetelin käytön laajentamista. Palvelusetelilaki tuli voimaan vuonna 2009, vaikka sen käyttö rajoitetusti on ollut mahdollista sosiaali- ja terveydenhuollossa jo vuodesta 2004. Näillä vaihtoehtoilla kunnat mahdollistivat asiakkaan valinnanmahdollisuuksia sosiaali- ja terveyspalveluissa. Hallitusohjelmiin on liitetty politiikkaohjelmia kansallisten kehittämisohjelmien rinnalle, kuten Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Ohjelmat olivat sekä strateginen että poliittinen ohjauskeino, jolla koordinoitiin useiden eri toimijoiden toiminta toisiinsa. Ohjelmajohtaminen ei ole kuitenkaan vastannut ja riittänyt kaikkiin uusiin tarpeisiin vaan normiohjaus nousi uudelleen ongelmien ratkaisuun. (Miettinen, Junnila & Lehto, 2012, s. 23–25, 29–30; Laaksonen ja muut, 2012, s. 73; Mattila, 2011, s. 241–243; Niiranen & Kinnunen, 2010, s. 30–33; Ollila & Koivusalo, 2009, s. 26–28.)

Terveydenhuoltolain taustalla on vuodelta 2007 Matti Vanhasen II hallituksen ohjelmassa oleva tavoite kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain yhdistymisestä. Erikoissairaanhoitolain voimaantulosta lähtien perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito

ovat olleet kaukana toisistaan eikä ole voinut puhua asiakkaan saumattomasta palvelusta. Uudistuksessa edettiin vaiheittain yhdistämällä kansanterveyslain (1972/66) ja erikoissairaanhoidonlain (1989/1062) toimintoja ja palveluja koskevat säädökset yhteiseksi terveydenhuoltolaiksi 30.12.2010/1326. 1.5.2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki on ns. sisältölaki, jossa määritellään millaisia palveluja kansalaisille on järjestettävä. Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki jäivät molemmat voimaan ja niihin tehtiin muutoksia palvelun sisältöä koskeviin pykäliin. Uudella terveydenhuoltolailla haluttiin varmistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä, saumattomia palveluja ja asiakkuutta. Potilas tai asiakas voi vapaammin valita sen terveydenhuollon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan. Kansalaisten valinnanvapaus lisääntyi asteittain ensin oikeudella valita terveysasema oman kunnan sisällä ja erikoissairaanhoidon yksikkö erityisvastuualueen sisällä, myöhemmin mahdollisuudella valita terveysasema kaikista Suomen terveysasemista. Terveyskeskusten asiakkaat voivat saada tavanomaisimpia erikoissairaanhoidon palveluja myös omasta terveyskeskuksestaan. Kansalaisia ja asiakasta osallistetaan enemmän oman terveytensä hoitoon, jolloin myös kasvaa vastuu omasta hoidosta. Lisäksi edellytetään potilasta osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Terveydenhuoltolaki vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokkuutta. (Alkio, 2011, s. 44; Laaksonen ja muut, 2012, s. 71; Mattila, 2011, s. 243–246.)

Suomessa on 2000-luvulla kymmenien vuosien ajan valmisteltu hallitusohjelmissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja rakenteiden uudistusta, mutta hitaasti edeten. Haasteena on väestön nopea ikääntyminen ja tarve aiempaa suurempaan palvelujen määrään, samalla kun syntyvyyden lasku vähentää työikäisten määrää ja verotuloja. Kataisen (2011) hallitusohjelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutostusta vauhditettiin kuntauudistuksella. Mallissa esitettiin muodostettavan vahvoja, vähintään 20 000 asukkaan kuntia, kuntayhtymiä tai sote-alueita, jotka ovat riittävän kykeneviä järjestämään ja rahoittamaan palveluja. Lisäksi muodostettaisiin viisi erityisvastuualueita, jotka vastaisivat vaativista terveyden- ja sosiaalihuollon palveluista. Uudistuksessa keskeinen tavoite oli kattavan palvelujärjestelmän integraatio. Tavoitteena tehostaa eri

toimijoiden välistä yhteistyötä niin, että muodostetaan asiakkaille toiminnallisia hoito- ja palveluketjuja, parannettaisiin palvelujen yhdenvertaisuutta, saatavuutta ja vaikuttavuutta sekä hillittäisiin kustannusten kasvua. (Valli-Lintu, 2017, s. 10–11, 13, 32–33; Valtioneuvosto, 2011.) Pääministeri Sipilän hallitusohjelma (2015) jatkoi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista kuntaa suuremmilla itsehallintoalueilla, joita olisi enintään 19. Myöhemmin alueita nimitettiin maakunniksi ja määrä tarkentui 18:aan. Sote-järjestäjä olisi 15, jolloin kolme maakuntaa järjestäisi palvelut tukeutuen muihin maakuntiin. Laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksiköitä olisi 12 sairaalassa. Uudistus tehtäisiin ihmislähtöisesti, jolloin palvelujen käyttäjä saisi vaikuttaa itseään koskeviin palveluihin. Mallissa korostettiin palvelujen käyttäjien valinnan vapautta, jolla oli tarkoitus vahvistaa palveluiden saatavuutta ja laatua. Valinnanvapaus olisi edistänyt kansalaisten yhdenvertaisuuden toteutumista palvelujärjestelmissä. Hallitusohjelmassa oli viisi painopistealuetta, joita viedään eteenpäin kärkihankkeilla ja niihin liittyvillä uudistuksilla. Näissä painopistealueissa hyvinvoinnin ja terveyden alueella kärkihankkeena toteutetaan mm. asiakaslähtöisiä palveluja, joissa tavoitteena ovat asiakkaiden omatoimisuutta tukevat prosessit sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toiminnot yhdistetään asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi byrokratiaa vähentämällä ja digitalisaatiota hyödyntämällä. (Valli-Lintu, 2017, s. 28–34, 43, 46.) Molemmat eri hallituskausina esitetyt toimintamallit kaatuivat peruslakivaliokunnan lausuntoihin koskien kansanvaltaisuutta, kunnallista itsehallintoa ja rahoitusvastuuta. Uudistuksessa kyse oli myös julkisen ja yksityisen sektorin suhteesta palvelujen tuottajina. (Valli-Lintu, 2017, s. 22–27, 37–39.)

Tässä taloudellisessa tilanteessa, jossa on hillittävä kustannusten kasvua ja varmistettava yhdenvertaiset palvelut useammalle sukupolvelle, on haettava ratkaisuja laajemmalta pohjalta kuin nykyjärjestelyillä. Pääministeri Marinin hallituksen (2020) sote-uudistuksessa otettiin huomioon aikaisempien kausien uudistukset ja lisääntyneet haasteet hyvinvointiyhteiskunnalle ja palvelujärjestelmälle. Uudistuksen linjaukset etenevät sekä rakenne- että palvelu-uudistuksena. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen painopistettä siirretään erikoissairaanhoidosta peruspalveluihin ja ennaltaehkäisevään toi-

mintaan sekä kuntoutukseen. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 –ohjelmalla varmistetaan asiakkaille palveluiden yhdenvertainen saatavuus, oikea-aikaisuus ja jatkuvuus, joilla vähennetään ongelmien syvenemistä ja kasautumista sekä kustannuksia. Ohjelmalla turvataan ihmisten yksilöllisistä tarpeista lähtevä sujuva palvelu yhden yhteydenoton kautta, uusien toimintamallien kehittäminen ja palvelukokonaisuuksien hallinta saumattomiksi palveluketjuiksi. Tämä edellyttää ammattihenkilöiden työnsä kehittämistä ja moniammatillista yhteistyötä näyttöön perustuvien menetelmin. (Valtioneuvosto, 2019; Valtioneuvosto, 2020a; Valtioneuvosto, 2020b.) Uuden rakennemallin mukaan uudistus toteutettaisiin 21 hyvinvointialueella, joille siirrettäisiin kuntien ja kuntayhtymien vastuulla nykyisin olevat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävät. Uudenmaan erillisratkaisun perusteella Uudellamaalla olisi neljä hyvinvointialuetta sekä Helsingin kaupungille jäisi sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisvastuu. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista, kehittämistä ja yhteistyötä varten muodostettaisiin viisi yhteistoiminta-alueita. Hyvinvointialueen järjestämisvastuuseen sisältyisi vastuu asukkaankin oikeuksien toteutumisesta ja palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta sekä järjestettävien palvelujen ja muiden toimenpiteiden yhdenvertaisesta saatavuudesta. Julkiset palvelut ovat vahvassa roolissa, jota täydentävät yksityiset palvelut ja kolmas sektori. Hyvinvointialueet muuttuvat maakunniksi, kun esim. aluekehitystehtävät siirtyvät niille. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2021; Valtioneuvosto, 2020c; Valtioneuvosto, 2020d; Valtioneuvosto, 2020e.)

Pääministeri Marinin hallitus on antanut esityksen hyvinvointialueiden perustamisesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisestä eduskunnalle 8.12.2020. Sote-uudistukseen liittyvä mittava lakien valmistelutyö, johon on liittynyt yli sadan lain tarkastus, on ollut eduskunnan käsittelyssä ja ne tulevat voimaan porrastetusti viimeisimmät 2023. Tulevaisuuden sote-keskus-ohjelman rakenneuudistusta tukevat valtionavustushankkeet ovat käynnistyneet kaikissa maakunnissa. Alueellisesti on kuitenkin merkittäviä eroja valmistelujen suhteen. Tarkoitus on, että tehtävät siirtyisivät hyvinvointialueille 1.1.2023. (Valtioneuvosto, 2020e; Valtioneuvosto, 2021.) Mittava työ

on vasta alkamassa, kun uudistusta viedään käytännön tasolle. Valli-Linnun (2019) mukaan uudistuksien läpivientiä edesauttaisi ”vuorovaikutus” eri tilanteissa, eri tahojen välillä ja eri aikoina. Ongelma on, että uudistuksissa tarkastellaan asioita omasta näkökulmasta, mutta keskustelulla ja vuoropuhelulla voidaan avata epäselviä ja ongelmallisia kohtia. Vuorovaikutuksella ja osallistamalla edistetään uudistusten toteutumista ja niihin sitoutumista. (s. 46–48.) Sote- ja maakuntauudistuksessa on kyse laajasta ja syvästä organisaatiomuutoksesta, joka koskee meitä jokaista erilaisissa rooleissa ja tehtävissä.

2.1.5 Terveysthuoltopalveluiden erityispiirteet

Terveydenhuollon palveluilla on omat erityispiirteensä ja organisaatioilla oma erityisluonteensa, koska ne ovat moniammatillisia palveluorganisaatioita. (Nikkilä & Paasi-vaara, 2007, s. 24.) Ensimmäiseksi erityispiirteeksi nousee terveydenhuollon toiminnan toteutus julkisella rahoituksella eli verotuloilla. Tämä tarkoittaa sitä, että julkinen sektori eli kunnat ja valtio voi säännellä toimintaa ja kerätä kansalaisilta ja yrityksiltä verotuloja, joiden avulla ylläpidetään palvelutarjontaa. Verorahoituksen ja valtionosuuksien lisäksi myös sairausvakuutusrahasto ja asiakkaiden maksamat omavastuuosuudet ovat tärkeitä terveydenhuollon rahoituslähteitä. (Mattila, 2011, s. 13.) Julkisen terveydenhuoltopalvelujen hinnoittelua ei voi käyttää kysynnän ohjaukseen kuten markkinarahoitteista. Terveydenhuoltosektorin on käytettävä muita keinoja kysynnän hallintaan, kuten asiakasohjausta ja neuvontaa, priorisointia ja jopa jonoja. (Lillrank, Kujala & Parvinen, 2004, s. 24.) Julkisen puolen tavoitteisiin ei kuulu voiton tuottaminen, vaikka toiminnan tavoitteena onkin pysyä suunnitellun talousarvion antamassa raamissa. Suuri osa terveyspalveluista on määrärahasidonnaisia ja yksilöillä on oikeus saada palveluja kunnan varaamien määrärahojen puitteissa. Kunnan tulee huolehtia siitä, että talousarvion määrärahat vastaavat kunnassa vallitsevaa yleistä kansalaisten tarvetta. Asiakkaan palvelun tarve arvioidaan kuitenkin aina yksilöllisesti eikä ketään jätetä hoitamatta määrärahojen puutteen vuoksi. (Uotinen, 2004, s. 15; Vuokko, 2004, s. 23.)

Toisena erityispiirteenä on terveydenhuollon tuotteiden eli hoitojen erilaisuus verrattuna muihin tuotteisiin, koska terveyspalvelut kohdistuvat ihmisen tarvehierarkian perustarpeisiin, kuten hengissä säilymiseen ja fyysiseen toimintakykyyn. Sairastuminen tai loukkaantuminen ihmiselle on usein akuutti tilanne, johon ei ole osattu varautua ja aiheuttaa hänelle yllättäviä kustannuksia. Useimmista muista palvelualoista poiketen terveydenhuollossa kohdataan hätäntyneitä ihmisiä, jotka eivät välttämättä toimi rationaalisesti. Näistä syistä johtuen terveyspalvelujen tuotanto ei ole missään kehittyneessä maassa täysin markkinaehtoista, joista potilas maksaisi käyvän hinnan. Joihinkin riskeihin ihminen voi varautua, kuten vanhenemiseen tai perinnöllisiin sairauksiin. Vaikka yksittäisen ihmisen terveydentila on hänen yksityisasiansa, niin väestön terveyden tilojen summa eli kansanterveys on julkishyödyke. Hoitamaton potilas voi olla vaaraksi muille. (Lillrank ja muut, 2004, s. 25–26.)

Kolmanneksi terveydenhuolto tuottaa palveluja, jotka ovat tuotettava silloin, kun on kysyntää. Palvelut, kuten terveydenhuoltoalan palvelut tuotetaan ja kulutetaan ainakin jossakin määrin samanaikaisesti. Tavaratuotannon hallitseminen on täsmällisempää ja konkreettisempää hallittua kuin palvelut, joita ei voi varastoida. (Grönroos, 2000, s. 53–54; Lillrank ja muut, 2004, s. 24.) Monissa terveydenhuollon palveluissa nopeus on tärkeä palvelun laadun ominaisuus, joka aiheuttaa organisaation sisälle kuormitushuippuja ja jonoja. Asiakkaiden ongelmien vaikeus ja palvelutarpeen määrittäminen ovat terveydenhuollossa haasteellisempia kuin muilla aloilla. Palvelutilanteessa hoitavat henkilöt ja asiakas eivät aina tiedä, mihin asiakkaan tarpeisiin tulisi vastata. Terveyspalveluilla joudutaan vastaamaan tarpeisiin, joita asiakas tai potilas ja hänen ympäristönsä eivät tunnista tai potilas voi vaatia hoitoa tai toimenpiteitä, joiden ammattilaiset tietävät aiheuttavan enemmän haittaa kuin hyötyä hänelle. (Penttilä & Sipilä, 1987, s. 29–30.) Asiakas tai potilas osallistuu ainakin jossakin määrin palveluprosessiin, jossa palvelu ja hoito tuotetaan ja toimitetaan. Palvelutapahtuma on sosiaalinen, kahden tai useamman ihmisen kohtaaminen ja vuorovaikutustilanne, jossa asiakas saa yksilöllistä palvelua, hoitoa ja

huolenpitoa. Kohtaamiseen liittyy mm. kommunikointia, vallankäyttöä ja palveluasenteen kaltaisia pehmeitä asioita, joiden valvominen ja ohjaaminen on hankalaa. Joskus palvelutilanteet voivat olla lyhyitä eikä asiakkaan tarvitse kohdata monia asiantuntijoita. Toisinaan palvelun kesto voi olla kuukausia tai vuosia, jolloin hoito tapahtuu monessa vaiheessa ja monen ammattilaisen toimesta. Hoidon jatkuvuus onkin yksi suurimpia terveydenhuollon haasteita asiakkaan tai potilaan hoidon turvaamiseksi. Tällaisten palvelujen laadunvalvonta ei tahdo onnistua perinteisin keinoin. Ei ole olemassa mitään ennalta tuotettua laatua, jota voisi valvoa etukäteen, ennen kuin palvelu on toteutettu ja kulutettu. Asiakas arvioi monesti vain palvelun näkyvän osuuden eli lopputuloksen, minkä vuoksi asiakaspalautetta ja laadunvalvontaa tulisi tehdä samaan aikaan ja samassa paikassa kuin palvelu tuotetaan tai hoito annetaan. (Grönroos, 2000, s. 53–54; Grönroos, 2009, s. 79–80; Lillrank ja muut, 2004, s. 25; Penttilä & Sipilä, 1987, s. 29, 31.)

Neljänneksi erityispiirteeksi nousee palvelujen järjestämistapa. Suurin osa terveydenhuoltopalveluista tuotetaan ja hallinnoidaan julkisten organisaatioiden, valtion, kuntien ja sairaanhoitopiirien toimesta. Julkinen tuotanto on pirstaleinen ja hierarkkinen eikä pysty muuttamaan toimintaansa yhtä nopeasti kuin yksityinen palveluntuottaja, koska palveluntarjonta on laaja ja yhteydessä moneen muuhun sidosryhmään. Yksityinen sektori voi hyvinkin nopeasti korjata toimintaansa asiakkaiden toiveiden mukaisesti. (Lillrank ja muut, 2004, s. 24; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005, s. 5–6; Södergård, 1998, s. 32.) Julkisen sektorin, varsinkin terveydenhoito-organisaatioiden, on pystyttävä antamaan ihmisille palvelua ympärivuorokautisesti joka viikon päivä (Penttilä & Sipilä, 1987, s. 30). Palvelujen kysyntä terveydenhuollossa tuntuu olevankin lähes rajatonta eikä terveyspalvelujen järjestäjillä ole mahdollisuutta vastata kaikkeen tarpeeseen (Penttilä & Sipilä, 1987, s. 31). Lisäksi käydään keskustelua palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta niin, että välttämättömien palvelujen saatavuus voidaan turvata alueellisesti ja tasapuolisesti. Välttämättömien palvelujen tarjooma kasvaa ja rajanveto julkisen ja yksityisen rahoituksen välillä hämärtyy. Varsinkin terveydenhuollossa palvelujen tarjonta ja asiakkaiden hoitomahdollisuudet kasvavat koko ajan teknologian ja lääketieteen nopean kehityksen myötä. Teknologia vaikutukset näkyvät laite- ja hoitomenetelmätasolla,

jossa asiakkaiden hoito mahdollistuu heidän kotiympäristössään. (Hallipelto, 2008, s. 14–15; Penttilä & Sipilä, 1987, s. 30, 32; Södergård, 1998, s. 16.) Terveysthuollossa julkiset palvelumääritykset tekee julkinen taho käyttäjän ja rahoittajan roolissa valvoen palvelujen saatavuutta. Kilpailun, kilpailuttamisen ja markkinoiden myötä yksityisten tuottamat palvelut toivotaan lisäävän asiakaslähtöisyyttä ja voimavarojen tehokkaampaa käyttöä myös julkisella sektorilla. Ideaalitalanteessa halutaan hyödyntää molempien tuottajien edut, jolloin se näkyy toimintojen kustannustehokkuutena ja palvelujen laadun. Julkisella sektorilla on pitkään toimineet näennäismarkkinat, koska kilpailuttamisen hyödyllisyydestä ja sopivuudesta ei olla vakuuttuneita. Myös terveydenhuoltopalvelujen ydintoimintojen tai palvelujen luonne koetaan soveltuvan huonosti kilpailuttamiseen. Alalla on kuitenkin paljon tukitoimintoja, joiden kilpailuttaminen tuo säästöä, laatua ja tehokkuutta. (Hallipelto, 2008, s.19, 21, 23–25.)

Viidentenä erityispiirteenä on terveydenhuollon asiantuntijapalvelut, joiden ominaispiirteenä on informaation epäsymmetria. Asiantuntijan tietää aina taudeista ja hoidoista enemmän kuin potilas. Terveysthuollon asiakkaan palvelutarpeen määrittäminen diagnoosiin pääsemiseksi on vaativaa myös korkeasti koulutetulle henkilöstölle. Edelleen on olemassa sairauksia, joita ei pystytä parantamaan ja ennalta arvaamattomia, epäonnistumista aiheuttavia tekijöitä, joita ei voi välttää hyvällä suunnittelulla. Terveysthuollossa ei voi aina lähteä ajatuksesta, että asiakas tietää tarpeensa, suorittaa valintoja ja on aina oikeassa. Asiakkaat ovat arvostelleet valinnan perustaksi tarvittavan tarpeellisen ja relevantin tiedon saatavuutta ja riittävyttä. Terveysthuoltoalan ammattilaisen tehtäväksi tulee informoida, ohjata ja neuvoa asiakasta hänen tarpeesta lähtevän hoitovaihtoehtojen kartoittamiseen hoitotavoitteiden saavuttamiseksi. Työn sisältämät ammatilliset eettiset vaatimukset ovat haasteellisia arjen asiantuntijoille. (Aalto, Elovainio, Tynkkynen, Reissell, Vehko, Chydenius & Sinervo, 2018, s. 463, 469; Lillrank ja muut, 2004, s. 26; Mattila, 2011, s. 13; Penttilä & Sipilä, 1987, s. 30–31.)

2.2 Asiakas terveystalvaeluissa

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on viimeisten vuosikymmenien aikana käynyt läpi suuria muutoksia. Järjestelmän muuttuessa on virinnyt keskustelu siitä, miksi palveluja, hoitoa ja tukea tarvitsevia kansalaisia tulisi nimittää. Hyvinvointiyhteiskunnan rakennemuutosten ja uuden julkisjohtamisen seurauksena palvelua käyttävistä kansalaisista alettiin puhua asiakkaina (customers, clients), potilaina (patient), kuluttajina (consumers), palvelujen käyttäjinä (user), osallisina tai sidosryhmään kuuluvina (stakeholders), veronmaksajina (tax payers) sekä kansalaisina (citizens). Käsitteet ja niihin liittyvät monet näkökulmat kuvaavat sosiaali- ja terveyssektorin kompleksisuutta ja sijaintia monen yhteiskunnallisen teorian risteyksessä. Samalla se kertoo sosiaali- ja terveyspolitiikan sidonnaisuudesta eri aikakausien yhteiskunnalliseen kehitykseen ja yhteiskuntapolitiikkaan. (Julkunen, 2006, s. 56, 58–61; Valkama & Isosaari, 2011, s. 41; Virtanen ja muut, 2011, s. 15.)

Sanalla asiakas tarkoitetaan perusmerkitykseltään tuotteen vastaanottajaa tai palvelun kohteena olevaa henkilöä, joka saa hyödyn käyttämästään tuotteesta tai saamastaan palvelusta ja myös maksaa siitä. Asiakas -käsitettä ei ole helppo määrittellä julkisella sektorilla, varsinkaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, jossa asiakas voi olla palvelun kohde, palvelusta hyödyn saava tai palvelujen maksaja. (Outinen, Holma & Lempinen, 1994, s. 19; Selin & Selin, 2013, s. 17–19.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee potilaaksi terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävän tai muuten niiden kohteena olevan henkilön. Perinteisesti potilaaksi kutsutaan terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden käyttäjää. Asiakkaalla taas tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa ihmistä, joka käyttää sosiaalihuollon palveluita. (Outinen ja muut, 1994, s. 20–21; Pajukoski, 2004, s. 188). Potilas -käsite on vallitseva, vanha käsite sairaalamaailmassa ja kuvastaa passiivista ja tahdotonta palvelujen kohdetta. Vuodeosastolla hoidossa olevia henkilöitä kutsutaan potilaiksi. Potilas kuvataan usein palvelujen käyttäjäksi, joka on riippuvainen asiantuntijalla olevasta tiedosta. Asiakkaaseen taas liitetään potilasta aktiivisempi ja modernimpi roolikäsitys. Terveydenhuollossa asiakkaaksi kutsutaan yleensä

avohoidossa eri poliklinikoilla hoidettavia henkilöitä. Yhä useampi sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjä kokee asiakas -sanan käytön tärkeäksi, koska se tuo mieleen aktiivisen ja itsestään vastuun ottavan yksilön. (Kinnunen, 1995, s. 37; Outinen ja muut, 1994, s. 19–20.) Outisen ja muiden (1994, s. 20) mukaan nimityksellä ei ole niinkään merkitystä, kunhan potilastakin kohdellaan ja palvellaan kuin asiakasta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskäsitetä on laajennettu koskemaan myös potilaan tai asiakkaan perhettä, omaisia ja läheisiä. Asiakkaiksi voidaan katsoa myös potilaan yhteyshenkilö, vajaavaltaisen holhooja, huoltaja tai lapselle läheinen henkilö. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas on usein perusmerkitykseltään yksilö, niin asiakas voidaan nähdä palveluja käyttävänä potilaana, asiakkaana tai laajemmin kunta-asiakkaana. Palvelujen käyttäjillä on erilaisia rooleja, jotka voivat vaihdella palvelutilanteesta toiseen tai joita voi olla useampia eri rooleja samanaikaisesti. (Kiikkala, 2000a, s. 117; Koivuniemi & Simonen, 2011, s. 93; Ruotsalainen, 2000, s. 15; Virtanen, Suoheimo ja muut, 2011, s. 17.)

Asiakkuuskäsite on monitahoisempi ja pirstoutuneempi kuin asiakaskäsite ja se pitää sisällään erilaisia merkityksiä siitä, kuka sitä määrittelee. Asiakkuus edellyttää omasta tahdosta tapahtuvan yhteydenoton ja siihen liittyvän valinnanvapauden. Asiakkuus koostuu useista kohtaamisista, joiden aikana palvelun tarjoaja pyrkii lisäämään tietoaan siitä, miten asiakas tuottaa itselleen arvoa. Asiakkuus tulisi nähdä kohtaamisina eli prosessina, jolloin huomioidaan asiakkuuden kokonaisuus ja jatkuvuus. Asiakkuuden onnistumisen keskeinen edellytys on hyvä vuorovaikutus, josta molemmat osapuolet hyötyvät. Asiakkuudessa ei ole vastakkaisasetelmaa vaan yhteisen hyödyn tavoittelu. Tavoitteena ei ole olla lähellä asiakasta vaan elää hänen kanssaan ja löytää uusia mahdollisuuksia asiakkuuden kehittämiseksi. (Koivuniemi & Simonen, 2011, s. 94–95; Outinen ja muut, 1994, s. 20; Selin & Selin, 2005, s. 29; Storbacka & Lehtinen, 2002, s. 20–21, Tenkanen, 1998, s. 102.)

Terveydenhuollossa asiakkuus-käsite on sisällöltään paljon laajempi kuin pelkkä palvelun käyttäjä. Kinnusen (1995, s. 34) mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmissä erotetaan yleisesti kolme eri toimijaa: palvelujen tuottaja, palvelun käyttäjä sekä palvelun maksaja ja järjestäjä. Palvelujen tuottajana toimii useita toimijoita julkisella, yksityisellä ja kolmannella sektorilla. Palveluiden käyttäjinä ovat palvelujen tarpeessa olevat ihmiset ja heidän läheisensä. Maksajana ja järjestäjänä on valtio, kunta, kolmas sektori tai vakuutusyhtiö. Maksajalla on yleensä suuri päätösvalta sen suhteen keneltä palveluja ostetaan sekä omat odotukset ja vaatimukset sisällöistä. Yhä suurempi merkitys palvelujen tarjoajille on kuntien tekemillä ostopäätöksillä hankkia palveluja kuntalaisille. Asiakkaat voivat olla siis organisaation sisäisiä tai ulkoisia asiakkaita, kuten toinen terveydenhuolto-organisaatio. Laajennettu asiakaskäsite voi olla yksittäinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. (Lumijärvi & Jylhäsaari, 1999, s. 53–54; Outinen ja muut, 1994, s. 21; Virtanen, Suoheimo ja muut, 2011, s. 17.)

Asiakassuhteiden luomisessa ja asiakkuuksien hoitamisessa keskeistä on ymmärtää, miten asiakassuhde syntyy, kehittyy, muuttuu ja päättyy ja miten asiakaspalvelijan rooli on erilainen eri vaiheissa ja eri yhteyksissä. Asiakassuhteita on erilaisia ja niiden syvyys- ja tunneulottuvuus vaihtelevat. Onnistuneen asiakassuhteen hoitaminen edellyttää organisaation palveluilta luottamusta ja uskollisuutta. Asiakassuhteiden hoito ja kehittäminen on jatkuvaa toimintaa, johon tulisi ottaa asiakas mukaan. (Hanefeld, Powell-Jackson & Balabanova, 2017, s.371; Selin & Selin, 2005, s. 88; Ylikoski, Järvinen & Rosti, 2006, s. 81–82.)

2.2.1 Asiakkaan asema ja oikeudet terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveystalouden asiakkaan ja potilaan oikeuksien ja aseman vahvistamisesta on käyty keskustelua 1990-luvulta alkaen ja käydään vielä tulevaisuudessakin. Asiakkaan aseman taustalla ovat ihmis- ja perusoikeuksiin perustuvat periaatteet ja määräykset,

jotka ovat olleet ohjaamassa lailla tai alemman tasoilla säädöksillä annettuja määräyksiä palveluissa noudatettavista menettelyistä. 1990-luvun perusoikeusuudistukset ovat merkityksellisiä niin asiakkaan aseman kuin kansalaisten palvelujen sisältöä koskevien oikeuksien kannalta. Asiakkaan oikeus hyvään kohteluun perustuu kahteen perustuslaissa vahvistettuun periaatteeseen: integriteetti- ja itsemääräämisoikeusperiaatteisiin. Integriteetin kunnioittamisen perusteet ovat kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa ja perustuslaissa. Ihmisarvon loukkaamattomuus on turvattu peruslain monissa pykälissä. (Pajukoski, 2004, s. 185.) Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä määritellään palvelujen sisältö ja kuntien velvollisuudet niiden järjestämisessä. Asiakkaan, potilaan ja palvelujärjestelmän suhde määräytyy perustuslain ja sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain (2000/812) ja potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain (1992/785) perusteella. Säädökset koskevat sekä julkisen että yksityisen sektorien asiakkaita ja potilaita ja niissä pohditaan, missä määrin asiakas tai potilas voi palvelutilanteessa päättää omista asioistaan, missä määrin hänen yksityisyyttään kunnioitetaan, miten tilanteeseen tai henkilöön liittyvät erityispiirteet otetaan huomioon ja miten häntä kohdellaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Pahlman, 2010, s. 293; Pajukoski, 2004, s. 176–178, 185, 188.)

Terveydenhuollon potilaslaki oli ensimmäinen erityinen potilaan oikeuksia koskeva laki Euroopassa ja sitä on pidetty asiakaslain esikuvana. Vahvempana potilaan oikeuksien kannalta voidaan pitää kuitenkin lainsäädäntöä, joka antaa potilaalle sellaisia oikeuksia, joita hän voi tarvittaessa vaatia oikeusteitse. Potilaslaki asettaa velvollisuuksia lähinnä palvelujen järjestäjille ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölle. Potilaslain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden ja sairaanhoitoon sekä ihmisarvon loukkaamattomuuteen. Hoidossa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen äidinkiensä, yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa. (Lammi-Taskula, 2011, s. 146; Pajukoski, 2004, s. 188.)

Asiakkaalla ja potilaalla on oikeus saada hyvää kohtelua ja heidän yksityisyyttään on kunnioitettava. Laki korostaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta, luottamuksellisuutta ja velvollisuutta antaa tietoja asiakasta koskevista asioista. Asiakkaan tai potilaan itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan oikeutta itse päättää henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttumisesta. Potilaan suostumus on hoidon luvallinen edellytys. Tämä edellyttää riittävää tiedon antamista ja sen ymmärtämistä ennen kuin potilas voi osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Palvelua ja hoitoa toteutettaessa asiakkaan omia näkemyksiä ja toivomuksia tulee kunnioittaa niin pitkälle kun mahdollista. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä tietyistä hoidosta tai toimenpiteestä, jolloin häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava muulla lääketieteellisesti sopivalla tavalla, jonka myös potilas itse hyväksyy. (Heiliö ja muut, 2006, s. 524, 555–557; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Lammi-Taskula, 2011, s. 148–149.) Asiakkaan palveleminen tai potilaan hoito yhteisymmärryksessä hänen kanssaan edellyttää yhteistä kieltä. Suomen- ja ruotsinkielisten oikeuksista käyttää omaa kieltään on säädetty kielilaisissa (2003/423). Kielikysymys on suomen- ja ruotsinkielisten osalta huomioitu sekä sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä että asiakas- ja potilaslaissa. (Kielilaki 2003/423; Narikka, 2008, s. 305–306; Pajukoski, 2004, s. 188–189.)

Potilaslakiin on tullut muutoksia vuosien myötä. Vuonna 2005 hoitoon pääsyä tarkennettiin siten, että potilaan jonoon asettaminen ei enää riittänyt, vaan asiakkaalle oli ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta säädetyssä ajassa. Hoitoon pääsyn ajankohta kuitenkin mieluiten sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa. Lisäksi tarkennuksessa korostetaan potilaan hoidon suunnitelmallisuutta. Terveys- tai sairaanhoitoa toteuttaessa on tarvittaessa tehtävä tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma, jota tarkistetaan hoidon kuluessa. Jos asiakas tarvitsee sekä terveysettä sosiaalipalveluja, hänelle laaditaan suunnitelma palvelukokonaisuudesta. Laissa korostetaan suunnitelman laatimista yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on

merkitystä hoitopäätöksiä tehtäessä. Tavoitteena on vähentää potilaan ja asiantuntijan välistä tiedollista epätasapainoa, jolloin asiakas voi aktiivisemmin osallistua omaan hoitoonsa ja ottaa vastuuta itsestään. Lisäksi potilaalla on mahdollisuus tarkastaa häntä koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot. Terveydenhuoltohenkilöstöä sitoo salassapitovelvollisuus, joka edellyttää potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden sitoutumista vaitioloon vielä työsuhteen päättymisen jälkeenkin. (Heiliö ja muut, 2006, s. 552–555, 658–659; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Hoitotakuun ja terveydenhuoltolain (2010/1326) tultua voimaan 1.5.2011 asiakas saa enemmän mahdollisuuksia valintoihin sekä hoitopaikkansa että hoitavan henkilöstön osalta kuin aiemmin. Asiakkaan hoitopaikan valinnan vapautta on lisätty mahdollisuudella valita terveyspalveluja yli kuntarajojen. Tämä ei merkitse kuitenkaan asiakkaalle subjektiivista oikeutta hoitoon. Asiakkaalla ei ole mahdollisuutta käyttää oikeusturvakeinoja, jos hoitoaikoja ei noudateta. (Mattila, 2011, s. 251–252, 300.)

Potilaslain säätämisen jälkeen 1990-luvulla uudistettiin myös potilasvahinkolakia (1986/585), joka paransi merkittävästi potilaan asemaa. Potilaslain säännökset hoidon hyvästä laadusta konkretisoituivat potilasvahinkolaissa jälkikäteisenä vahingonkorvauksena. Tämä edellyttää näyttöä tapahtuneesta hoitovirheestä ennen potilaskorvausta. Arviointimittarina käytetään sitä, että kokenut terveydenhuollon ammattilainen olisi toteuttanut hoidon toisin ja siten todennäköisesti olisi välttänyt vahingon. Kaikki potilaan keinot oikeuksiensa toteuttamiseen tapahtuvat jälkikäteen. (Mattila, 2011, s. 223–224.)

Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys ei ole vain normitettua toimintaa vaan myös arjen eettistä pohdintaa ja asenteellista muutosta, joka liittyy hyvään hoitoon. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä vuonna 1994 annettu laki sisältää ammattihenkilöille ammattieettisiä velvollisuuksia. Tämän lisäksi eri ammattiryhmät ovat tehneet omia eettisiä ohjeita mm. sairaanhoitajille, terveydenhoitajille, lähihoitajille ja lääkäreille. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa sairaanhoitaja lupaa kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Hän myös toimii yhdessä potilaiden omaisten ja muiden läheisten kanssa ja

vahvistaa näiden osallistumista potilaan hoitoon. Hän antaa terveyttä koskevaa tietoa väestölle ja lisää ihmisten kykyä hoitaa itseään. Terveydenhuoltoalan ammattilaiset tekevät yhteistyötä myös vapaaehtois-, vammais- ja potilasjärjestöjen kanssa. (Kiikkala, 2000b, s. 52–54; Pelkonen, 2000, s. 52–60; Sairaanhoitajien eettiset ohjeet; Äärimaa, 2000, s. 142–144.)

2.2.2 Asiakaslähtöisyyden lähtökohdat

Asiakaslähtöinen ajattelu- ja toimintatapa on nostettu Suomessa keskusteluun vasta 1980-luvun lopulla ja 1990-luvulla samoihin aikoihin kuin valtio ohjasi politiikkaohjelmilla sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa. Asiakaskeskeinen näkökulma syntyi Yhdysvalloissa 1930-luvulla. Aluksi puhuttiin persoonakeskeisyydestä, mutta myöhemmin termi muutettiin asiakaskeskeisyydeksi ja käsite lähti leviämään palveluammattien keskuudessa. (Valkama, 2009, s. 29). Vuokon (1997, s. 11–13) mukaan asiakaslähtöisyys on alun perin ollut enemmän markkinointiin ja liikemaailmaan liittyvä käsite. Yrityksissä perusteltiin asiakaslähtöisyyden positiivista vaikutusta yrityksen kasvuun, tuottavuuteen ja tulokseen. Lisäksi menestyvillä palveluorganisaatioilla oli pienemmät kustannukset ja vähemmän valittavia asiakkaita. Myös työntekijöiden vaihtuvuus ja poissaolot olivat vähäisempiä ja tyytyväisyys työhön suurempaa. Yrityksissä asiakaskeskeisyys ja asiakkaiden tarpeiden ymmärtäminen ja niihin vastaaminen nousivat tärkeiksi tavoitteiksi. (Zemke, 2006, s. 5–6.) Hyvä tulos ei välttämättä motivoi voittoa tavoittelemattomien eli nonprofit-organisaatioiden toimintaa, koska niiden ensisijaisena tehtävänä ei ole saavuttaa taloudellisia tuloksia. Asiakaslähtöisyydellä on siis muitakin tavoittelemisen arvoisia vaikutuksia kuin organisaatioon ja kilpailuun liittyvät paineet. Asiakkaisiin liittyviä paineita tuo kansalaisten kasvanut laatu tietoisuus ja oikeus hyvään palveluun. Asiakaslähtöisyyden yksi ominaispiirre onkin oppia kohderyhmien tarpeista ja vastaamaan kysyntään myös julkisella sektorilla. (Vuokko, 2004, s. 63–65, 95–96; Ylikoski, 2001, s. 27.) Hyvinvointipalveluihin asiakas-käsite otettiin käyttöön laatuajattelun myötä. (Lumijärvi

& Jylhäsaari, 1999, s. 52). Lipposen ja Vanhasen hallitusohjelmat korostivat asiakasnäkökulmaa sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kehittämisessä. Poliittisella päätöksenteolla on keskeinen merkitys terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä, koska suurin osa palveluntarjoajista tulee julkiselta sektorilta. Suuntaa hyvien palvelujen kehittämiseksi voidaan antaa erilaisilla laatusuosituksilla ja –strategioilla, joissa on korostettu asiakslähtöisyyttä. (Vuokko, 2004, s. 72–74, 91–92.)

Suomessa on aina pyritty hyvään palveluun ja hyvään palvelujärjestelmään. Laadunhallinta on keino systematisoida toimintaa sovituin kriteerein. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi valtakunnallisessa suunnitelmassa vuosille 1995–1998 sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämistä ja sisältöä koskevan suosituksen laatimisen Stakesin tehtäväksi. Ensimmäinen valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta annettiin vuonna 1995, jolloin keskeisiksi linjauksiksi nousivat: asiakkaan aseman korostaminen, tiedolla ohjaaminen ja laatutyön käynnistyminen työyhteisöissä. (Stakes, 1995, s. 5, 10, 14–15.) Kolmen vuoden aikana sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtui muutosta laatuasioissa, mutta kehitys kunnissa oli epätasaista eikä asiakkaiden ääntä kuultu riittävästi. Julkisen sektorin haastavaa laatutyötä ohjattiin vuonna 1998 kuntien ja valtion yhteistyönä laaditulla Julkisten palvelujen laatustrategialla. Laatustrategia sisälsi suosituksia ja periaatelinjauksia, joilla voitiin taata kansalaisille palveluja tehokkaasti ja asiakaskeskeisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja muut, 1999, s. 3.)

Myös sosiaali- ja terveydenhuollossa pyrittiin vastaamaan näihin tarkennettuihin haasteisiin ja laadittiin uusi, järjestyksessä toinen valtakunnallinen laadunhallintaohjelma 2000-luvulle koskien sekä julkisia että yksityisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Palvelujen tuottajien lisäksi tärkeitä toimijoita olivat asiakas- ja ammattijärjestöt, laadunhallinnasta koulutusvastaavat sekä laadunhallinnan tutkimuksen toteuttajat. Suositus painotti asiakaslähtöistä toimintaa ja kannusti ottamaan asiakkaat mukaan laadunhallintaan. Johdon tehtävä oli kiinnittää huomio laatuun, jossa henkilöstö loi hyvän laadun edellytykset. Laatutyössä korostettiin sisäisten ja ulkoisten prosessien hallintaa ja

niiden kehittämistä, varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Usein asiakkaan palvelukokonaisuuden toteuttamiseen tarvitaan useiden yksiköiden toimintaa, joiden yhteistyö tulisi sujua saumattomasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja muut, 1999, s. 3–4, 7–14, 21–24, 41–44.)

Lähes kaikki yritykset ja organisaatiot määrittelevät toimintansa ja palvelunsa asiakaslähtöisiksi. Siirtyminen aitoon asiakaslähtöiseen toimintaan vaatii arvojen tarkistamista, asiakasta koskevien oletusten selkiyttämistä, käytännön toiminnan uudistamista ja työntekijän ammatillista kehittymistä (Kiikkala, 2000a, s. 119). Terveydenhuollossa asiakkaan näkökulmaa edustavalla asiakaslähtöisyyskäsitteellä on synonyymeja ja useita rinnakkaiskäsitteitä, kuten asiakaskeskeisyys, osallisuus, potilaslähtöisyys, potilaskeskeisyys, joita lyhyesti esittelen.

Outisen ja muiden (1994, s. 37) mukaan asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että henkilökunnan toiminta- ja ajattelutavan perustana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset sellaisina kuin asiakas ne ilmaisee. Tavoitteena on palveleminen asiakkaan esille tuomien lähtökohtien mukaan, ei asiantuntijan tai organisaation sanelemista tarpeista. Asiakaslähtöisyys edellyttää todellista asiakkaan mukaan ottamista keskusteluun ja päätöksentekoon. Hoitohenkilöstöltä tämä edellyttää luopumista kaikkitietävän ammattilaisen asenteesta ja valmiutta muuttaa omaa toimintaa ja toimintatapoja asiakkaan ilmaisemien tarpeiden ja vaatimusten mukaisesti.

Kiikkalan (2000a, s. 115) mukaan asiakaskeskeisyys on yksi asiakaslähtöisyyden rinnakkaiskäsitteistä. Asiakaskeskeisydessä nähdään, että asiakas on palvelujen keskipisteessä ja palvelut organisoidaan asiakkaan tarpeista lähtien. Asiakkaan tulee olla selvillä hoito- ja palveluketjujen kokonaisuudesta ja hänen tulee osallistua ja vaikuttaa aktiivisesti palveluketjuun.

Virtasen ja muiden (2011, s. 18–19) mukaan termejä asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys käytetään toistensa synonyymeina, vaikka hänen mukaansa asiakaslähtöisyys nähdään asiakaskeskeisyyden seuraavana vaiheena, jossa asiakas ei ole ainoastaan palveluiden kehittämisen kohteena vaan osallistuu itse palveluiden suunnitteluun yhdessä järjestäjien kanssa. Asiakaslähtöisyydessä asiakas nähdään oman hyvinvointinsa asiantuntijana toteuttamassa ja kehittämässä palveluja. Kolmannessa vaiheessa asiakas nähdään aktiivisena toimijana, subjektina. Asiakas osallistuu palvelu- ja hoitoprosessiinsa ja huolehtii omasta hyvinvoinnistaan. Asiakkaat voimaantuvat ja ottavat vastuuta hyvinvoinnistaan ja siihen liittyvistä valinnoista. Neljännessä ulottuvuudessa asiakas nähdään yhdenvertaisena toimijana työntekijöiden kanssa. Voidaan puhua asiakkaan ja palveluntarjoajan välisestä kumppanuudesta.

Kujala (2003, s. 29–30, 47) on todennut, että sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään usein synonyymeina käsitteitä asiakkaan osallisuus ja osallistuminen, jotka kuvaavat asiakas- ja potilaslähtöisyyden toteutumista. Hoitotyössä potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan tavoitetta, joka pyrkii tuottamaan hoitopalveluja asiakkaan odotusten ja tarpeiden mukaan. Potilaslähtöisyys kuvaa laitoksessa tapahtuvaa asiakaslähtöistä työskentelyä. Potilaslähtöisessä työskentelytavassa potilas on itse mukana vaikuttamassa hoitoonsa suunnittelusta arviointiin asti. Potilaskeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että henkilökunnan toiminta- ja ajattelutavan perustana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset. Tavoitteena on auttaa potilasta hänen tarpeidensa mukaisesti ja tukea häntä toimimaan. Potilaskeskeisessä työskentelyssä korostetaan työntekijöiden ammatillisen toiminnan taustalla olevia arvoja. Periaatteena on, että yksilöiden tulee voida ottaa vastuu omasta terveydestään ja huolehtia hyvinvoinnistaan. (Kujala, 2003, s. 35–38; Latvala, 1998, s. 26.) Potilaskeskeisessä toiminnassa hoitoa ohjaavina arvoina ovat yksilöllisyys ja eheys, kun tehtäväkeskeisessä toiminnassa korostuu tehokkuus (Voutilainen & Laaksonen, 1994, s. 15).

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan valtakunnallisessa suosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö ja muut, 1999, s. 11) todetaan, että asiakaslähtöisyys on entistä hyväksytympi julkisten ja yksityisten palvelujen kehittämistavoite ja yksi hallinnon uudistamisen perusajatuksista. Suosituksen mukaan asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut voidaan räätälöidä asiakkaan tarpeisiin ja ottaa huomioon lähiyhteisö ja ympäristö.

Asiakaslähtöisyys-käsitteenä on vielä melko uusi ja kehittyvä, minkä vuoksi sille ei ole varsinaista määrittelyä. Erilaiset tieteenteoreettiset ja onkologiset näkemykset tekevät asiakaslähtöisyyden käsitteestä ongelmallisen ja monimutkaisen (Kiikkala, 1999, s. 10). Terveydenhuollossa asiakaslähtöisyys liitetään eri yhteyksissä ainakin palvelujen saataavuuteen, asiakkaiden äänen kuuluvuuteen, asiakkaiden osallistumismahdollisuuksien lisäämiseen ja vuorovaikutukseen. Asiakaslähtöisyyden toteutumisessa olisikin ensimmäiseksi avattava käsite, sovittava mitä se kussakin organisaatiossa tarkoittaa ja miten se käytännössä näyttäytyy.

2.2.3 Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena

Sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelujen tarjonta on perustunut pitkälti järjestelmien tarpeisiin. Potilaat/asiakkaat ovat jääneet passiivisiksi tutkimusten ja hoidon vastaanottajiksi. Perinteinen hoitomalli korostaa usein sairauskeskeisyyttä ja valtasuhdetta henkilöstön ja asiakkaiden välillä. Jopa omaisiin ja läheisiin on kohdistunut samanlaisia odotuksia, jolloin potilaiden voimavara on nähty lähinnä rasitteena ja riesana hoidon toteuttamiselle. Yhteiskunnallisen kehityksen myötä asiakkaan rooli ja asema sosiaali- ja terveyspalveluissa on kuitenkin muuttunut aktiivisemmaksi ja vahvemmaksi. Myös omaiset ja läheiset nähdään positiivisemmin eli voimavaroina hoidon toteutuksessa. (Laaksonen ja muut, 2012, s. 26.)

Kiikkala (2000a, s. 116) on kuvannut asiakaslähtöisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon periaatteena, jossa asiakaslähtöisyyttä tulee tarkastella useammasta näkökulmasta. Hän esittää asiakaslähtöisyydelle neljä ulottuvuutta: toiminnan arvoperustan, näkemyksen asiakkaasta, hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta sekä työntekijästä. Ulottuvuudet kietoutuvat toisiinsa muodostaen asiakaslähtöisen toiminnan eettisen perustan.

Asiakaslähtöisyys toiminnan arvoperustana painottaa asiakkaan kohtaamista yksilönä arvostaen asiakasta ja hänen tapojaan, uskontoaan ja kulttuuriaan. Asiakas kohdataan yhdenvertaisena ihmisenä hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Täten asiakkaalla on edellytykset aktiiviseen rooliin oman hoitonsa päätöksenteossa. Yhteistyö on tulevaisuuteen suuntautuvaa sisältäen toiveikkuuden. Toiminnan arvoina ovat: ihmisarvo, ihmisen kunnioitus ja kokonaisvaltaisuus, aktiivisuus, itsemäärääminen ja yhdenvertaisuus, yksilöllisyys, neuvotteleva yhteistyö ja vaikuttaminen, aitous ja toiveikkuus sekä suuntaaminen tulevaan. (Kiikkala, 2000a, s. 116.)

Kiikkalan (2000a) asiakaslähtöinen näkemys asiakkaasta sisältää neljä eri tasoa. Asiakas nähdään paitsi yksilönä, myös perheensä tai muun lähiyhteisön jäsenenä, kuntansa väestöön kuuluvana jäsenenä sekä koko yhteiskunnan jäsenenä. Asiakkuus ulottuu yksilöstä yhteiskuntaan asti ja päinvastoin, ollen samanaikaisesti kaikilla tasoilla. Asiakas on ainutkertainen yksilö ja oman elämänsä asiantuntija. Hän tekee omaa elämäänsä koskevia valintoja ja päätöksiä. Asiakkaalla on voimavaroja, joiden avulla häntä tuetaan selviytymään itsenäisesti. Asiakas ilmaisee itseään omalla elämänmallillaan, jolla on oma merkitys myös asiakkuuteen. Asiakas on myös yhteisön jäsen. Hänellä on perhe, läheiset, ystäväpiiri, harrastepiirit ja työtoverit. Asiakasta autettaessa otetaan hänen taustansa ja muu ympäristö huomioon. Ihminen on sidoksissa niihin mahdollisuuksiin, joita hänen ympäristönsä tarjoaa. Palvelutarve suhteutetaan alueen mahdollisuuksiin ja päätöksiä tehdään sen mukaan. Asiakaslähtöisyys konkretisoituu yksilötasolle valtakunnallisin yhteiskunta- ja sosiaalipoliittisin linjauksin, joissa on väestön palvelujen tutkittu

tarve toiminnan lähtökohtana. Palveluja tuotetaan ihmisille ”kehdestä hautaan” yhteiskunnallisiin ratkaisuihin perustuen eettisen ja taloudellisten raamien rajoissa. (Kiikkala, 2000a, s. 117–118.)

Asiakaslähtöinen näkemys hoito- ja palvelutoiminnasta lähtee aina asiakkaan esittämistä asioista, kysymyksistä ja tarpeista. Työntekijä kuuntelee asiakasta siten, että tämä kokee tullessa kuulluksi. Työntekijä asettuu asiakkaan asemaan ymmärtääkseen paremmin ja on aidosti läsnä tilanteessa. Työntekijä arvostaa ja kunnioittaa asiakkaan taustaa, arvoja ja mielipiteitä. Asian hoitaminen etenee keskustelun ja yhdessä tehdyn sopimuksen mukaisesti. Yhdenvertaisten ihmisten suhde on hyvä lähtökohta tehdä oikeita asioita ja asiat oikein. (Kiikkala, 2000a, s. 118–119.)

Asiakaslähtöinen toiminta koskee myös työntekijän ammattitaitoa ja käyttäytymistä. Hän työskentelee asiakkaan kanssa samalla tasolla ja osoittaa olevansa kiinnostunut asiakkaan asiasta. Työntekijä puhuu ymmärrettävästi, kuuntelee ja keskustelee, uskoo asiakkaan kanssa muutoksen mahdollisuuksiin ollen tuki ja turva. Työntekijä on aina kiinnostunut toisesta ihmisestä kokonaisuutena, ei vain sairaudesta tai ongelmasta. Toimikseen asiakaslähtöisesti työntekijän on selvitettävä itselleen mitä varten hän tekee hoitotyötä. Aito ihminen haluaa kohdata toisen ihmisen yhdenvertaisesti, avoimesti ja rohkeasti aitona persoonana tukien toista itsenäisyyteen ja riippumattomuuteen. (Kiikkala, 2000a, s. 119.)

Aidossa asiakaslähtöisessä toiminnassa tarvitaan arvojen tarkistamista, asiakasta koskevien oletusten selkiyttämistä, käytännön toiminnan uudistamista ja työntekijän ammatillista kehittymistä. Asiakaslähtöinen työskentely lähtee jokaisen asiakkaan kohtaamisesta yksilöllisesti. Asiakkuus laajenee käsitteenä aina yhteiskunnalliselle tasolle asti, joten asiakaslähtöisyys on aina läsnä. Ne näyttäytyvät asiakkaan elämäntilanteissa ja elämänmalleissa yksilöllisellä tavalla. (Kiikkala, 2000a, s. 119–120.)

Virtanen ja muut (2011, s. 18–19) tutkijaryhmineen nostivat keskusteluun myös asiakkuuden eri näkökulmat kehittäessä sosiaali- ja terveyspalveluja. Tutkijaryhmä näki asiakaslähtöisyys-käsitteen monitasoisuuden ja heidän mukaansa asiakaslähtöisyyttä tulee tarkastella neljässä ulottuvuudessa: toiminnan arvoperustassa, ymmärryksenä asiakkaan tarpeista toiminnan organisoinnin lähtökohtana, aktiivisena toimijana ja tasavertaisena kumppanina. Jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä, vaikka hänellä olisikin hyvinvointivaje. Asiakaslähtöinen palvelutoiminta tulisivat alkaa asiakkaan esittämistä asioista ollen vastavuoroista. Tämä edellyttää asiakkaalta ja palvelutarjoajalta vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan tyydyttää mahdollisimman vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti turvaten hoidon jatkuvuus. (Virtanen ja muut, 2011, s. 18.) Asiakaslähtöisyys on keino, jolla eettisesti korkeatasoista hoitoa toteutetaan.

Raunio (2009, s. 102–104.) käsitteli asiakaslähtöisyyttä voimaantumisenä. Hänen mukaansa asiakkaan ongelmien ja vaikeuksien vastapainona tulisi nähdä hänen voimavaroja. Asiakaslähtöisyyteen liittyy olennaisesti voimavarakeskeisyyden periaate, jossa kuullaan asiakasta ja vahvistetaan asiakkaan uskoa positiivisen muutoksen mahdollisuuteen. Tämä kannustava ja vahvistava näkemys ottaa asiakasta enemmän mukaan päätöksentekoon palvelun tuottavuuden ja vaikuttavuuden lisäämiseksi.

Asiakaslähtöinen toimintatapa ottaa huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet, odotukset ja aikaisemmat kokemukset. Asiakkaille keskeinen laatuominaisuus on heidän tarpeisiinsa vastaaminen. Asiakas on subjektina toiminnan keskiössä ja hänen mielipiteensä otetaan huomioon kaikessa toiminnassa. (Laaksonen ja muut, 2012, s. 24.) Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen liittyy vahvasti ihmisarvoon. Ihmisarvon tärkeys korostuu varsinkin hoitopalveluissa, joissa asiakas itse ei välttämättä pysty selviytymään itsenäisesti. Asiakkaat kokevat tärkeänä myös palvelujen yhdenvertaisuuden ja tasa-arvoisen kohtelun. He eivät aina halua tehdä itseään koskevia päätöksiä, vaan turvautuvat ammattilaisten asiantuntijuuteen omaksi parhaakseen. Terveystieteiden ammattilaiset nauttivat

useimmiten asiakkaitensa luottamusta. Toiminnan tavoitteena on voimaantunut asiakas, joka on oman terveytensä edistäjä. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää yksilölähtöistä, omahoitoa tukevaa kulttuuria ja hoitoketjun saumatonta yhteistyötä kaikissa sen eri vaiheissa. Asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija, joten hänen oletetaan olevan oikeassa omaa elämää koskevissa ratkaisuissaan. Hoitotyön tehtävänä on antaa asiakkaalle lisää valtaa vaikuttaa itse oman terveytensä ja hyvinvointinsa edistämiseen. Tieto ei kuitenkaan yksin riitä päätösten tekemiseen. Asiakkaiden ja potilaiden auttamisessa on kysymys hyvin suurelta osin arvovalinnoista. Tämä tarkoittaa käytännössä asiakkaan tukemista päätöksenteossa ja vastuun ottamisessa. Tavoitteena on edistää asiakkaan elämän hallinnan tunnetta ja vähentää riippuvuutta terveydenhuoltoalan henkilöstöstä. Asiakkaiden mielestä asiakaslähtöisyys ei välttämättä ole suuria asioita vaan pientä inhimillisyyttä, mikä ilmenee asenteena, arvostamisena ja vuorovaikutuksena. Läheinen voi olla valinnan tekijänä silloin, kun asiakas ei itse pysty niitä tekemään. Tällöin voimaannuttaminen saattaa siirtyä läheisille. Läheinen tuntee parhaiten asiakkaan arvo maailman ja tehdyt aikaisemmat valinnat ja pystyy arvioimaan, mikä saattaisi olla asiakkaan henkilökohtainen mielipide kyseisessä asiassa. Tämä voi olla todellisuutta monien ikääntyneiden ja erityisesti dementoituneiden henkilöiden omaisille, jotka joutuvat puolustamaan läheisilleen oikeutta tarvittavien palveluiden saamiseksi ja laadullisesti hyvään hoitoon. (Laaksonen ja muut, 2012, s. 24–25; Tuorila, 2009, s. 102 -110; Virtanen ja muut, 2011, s. 20–21.)

Virtasen ja muiden (2011, s. 21) mukaan palvelujentarjoajan näkökulmasta asiakaslähtöisyydessä on kyse palvelujen kehittämisestä, organisoimisesta, tarjoamiseen ja johtamiseen liittyvistä prosesseista, kun taas asiakkaan näkökulmasta kyse on asiakaslähtöisestä kokemuksesta. Vuokon (2004, s. 65) mukaan asiakaslähtöisyydessä on sisäistettävä totuus, että organisaation tuote tai palvelu on kohderyhmän mielestä hyvää vain jos se on sitä kohderyhmän kriteereillä, vertailussa ja asteikolla. Asiakaslähtöisyys ei tarkoita sitä, että kuunnellaan vain asiakkaiden odotuksia, toiveita ja tarpeita. Asiakaslähtöisyys on terveellä pohjalla, jos suunnitellaan ja toiminnassa pystytään tasapainoisesti

ottamaan huomioon sekä asiakkaiden että terveydenhuollon palveluja tuottavan organisaation tarpeet.

2.3 Palvelun laatu

Palvelualoilla, kuten terveydenhuollossa, organisaatioiden on vaikeaa erottua toisistaan tarjoamansa ydinpalvelun avulla. Jatkuvasti kehittyvä teknologia, kiristynyt kilpailu, asiakkaiden kasvavat tarpeet ja vaatimukset sekä taloudellinen epävarmuus ovat muodostuneet keskeisiksi haasteiksi palveluntarjoajille. Kun palveluntarjoajan on yhä vaikeampi erottautua tuotteillaan kilpailijoistaan, niin on erilaistuttava palveluilla. Palvelun laadusta on muodostunut yksi tärkeimmistä kilpailukeinoista. Laadukkailla palveluilla voidaan erottautua kilpailijoista ja houkutella uusia asiakkaita sekä pitämään nykyiset asiakkaat tyytyväisinä. (Lovelock & Wirtz, 2004, s. 35–36; Ylikoski, 2001, s. 117.)

Palvelujen laadusta alettiin kiinnostua 1970-luvun lopulla ja siitä lähtien aihe on ollut tutkijoiden ja käytännön kehittäjien mielenkiinnon kohteena. Merkittävää työtä palvelujen laadun alueella ovat tehneet mm. Leonard L. Berry, A. Parasuraman ja Valerie Zeithaml Yhdysvalloissa, Christian Grönroos ja Jarmo Lehtinen Suomessa. Palvelualan tutkijat tuottivat omia malleja palveluyrityksille tavaratuotantoon tarkoitettujen mallien rinnalle. Palvelujen ja tuotteiden kehittämiseen tarkoitettujen mallit täydensivät toisiaan ja edistivät laatutyöskentelyä. Grönroos toi palvelujen laatuajatteluun asiakkaiden hyötynäkökulman ja esitteli palvelun kokonaislaadun kokemisen perusmallina koetun palvelun laadun mallin. Tämän mallin mukaan laatu muodostuu asiakkaiden palveluun liittyvien odotusten ja toteutuneen palvelun välisenä vertailuprosessina. Tyytyväisyys on seuraus asiakkaiden odotusten täyttymisestä ja niiden ylityksestä. Lisäksi Grönroos on määritellyt laadukkaaksi koetun palvelun seitsemän kriteeriä. (Grönroos, 2000, s. 59–60, Grönroos, 2009, s. 25–26, 98–99; Järvelin, Kvist, Kähäri & Räikkönen, 1992, s. 36; Kuusela, 1998, s. 120–121; Ylikoski, 2001, s. 117.)

Asiakaskeskeisesti suuntautuneen palveluntarjoajan on ymmärrettävä, miten asiakkaat kokevat ja arvioivat palvelun laatua. Jos laatua ei määritellä, niin on todettu, että laatu voi olla mitä tahansa, mitä asiakkaat kokevat sen olevan. Eri ihmisille hyvä palvelu ja laatu merkitsevät eri asioita. Jos halutaan laadukkaita palveluja, niin laatu on määriteltävä samalla tavalla kuin asiakkaat sen määrittelevät. Palveluntarjoajien tulee kehittää ja muuttaa omaa toimintaansa asiakkaiden toiveiden ja odotusten pohjalta. Laadussa on kyse siitä, miten hyvin tuote tai palvelu vastaa asiakkaan odotuksia tai vaatimuksia eli miten hyvin asiakkaan tarpeet ja toiveet toteutuvat. Laatu on asiakkaan näkemys tuotteen tai palvelun onnistuneisuudesta. Vaarana on, että laatu määritellään liian kapeasti, jolloin laatuohjelmatkin määritellään liian kapeiksi. Todellisuudessa asiakkaat kokevat laadun paljon laajemmin ja laatukokemus pohjautuu aivan muihin seikkoihin kuin tekniisiin ominaisuuksiin. (Donabedian, 1966, s. 167; Grönroos, 2000, s. 62; Grönroos, 2009, s. 98–100, 111; Vargo & Lusch, 2004, s. 6.)

Asiakkaat kokevat palvelun laadun kahdella ulottuvuudella: teknisellä eli lopputulosulottuvuudella ja toiminnallisella eli prosessiulottuvuudella. Asiakkaalle on tärkeää, miten hän saa olla vuorovaikutuksessa palveluntarjoajan kanssa ja arvioi palvelua sen mukaan. Kyseessä on palveluprosessin lopputuloksen tekninen laatu eli mitä asiakas saa. Usein palveluntarjoajat luulevat, että tämä on palvelun kokonaislaatua. Mutta asiakkaaseen vaikuttaa myös se, miten hän saa palvelun ja millaiseksi hän kokee samanaikaisen tuotanto- ja kulutusprosessin. Tämä on toinen laadun ulottuvuus, johon liittyy asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä palveluprosessissa olevien monien vuorovaikutustilanteiden hoito eli totuuden hetket ja palveluntarjoajan toiminta. Totuuden hetkissä on palveluntarjoajalla mahdollisuus näyttää asiakkaalle palvelujensa laatu. Asiakkaan ollessa palveluorganisaation asiakkaana, hän kokee joukon totuuden hetkiä. Organisaation on järjestettävä palveluprosessinsa niin, ettei huonoja totuuden hetkiä pääse syntymään, koska asiakas muodostaa käsityksensä palvelun laadusta sen epäkohtien mukaan. Jos näitä tilanteita ei hallita, niin seuraamuksena voi olla palveluprosessien toiminnallisen laadun kärsiminen. Asiakkaat useasti arvioivat palvelun prosessilaatua, koska heidän on vaikea

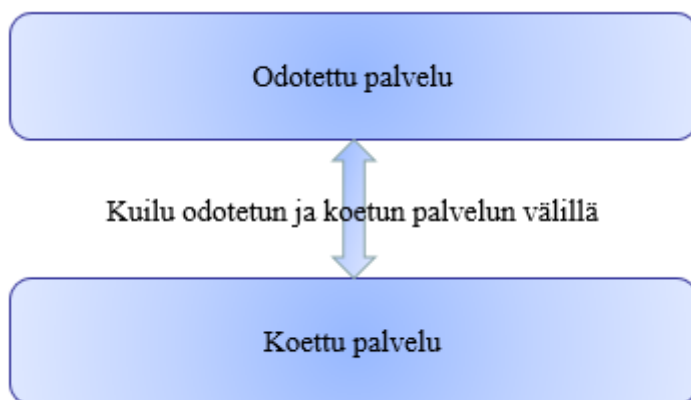
arvioida joidenkin palveluiden, kuten terveydenhuoltopalveluiden lopputuloksen teknistä laatua. Prosessilaatua kuvaa palvelua suorittavan henkilöstön osaaminen, motivaatio ja sitoutuminen. Se ilmenee esimerkiksi palveluntarjoajan kykynä perehtyä asiakkaan ongelmiin. Lisäksi asiakkaat tekevät monta kertaa johtopäätöksiä erilaisten fyysisten signaalien perusteella: henkilökunnan esiintymisen, kohteliaisuuden, täsmällisyyden tai toimitilojen fyysisten puitteiden perusteella. Palveluissa voi nousta palveluntarjoajan, yrityksen tai toimipisteen imago tärkeäksi tekijäksi ja vaikuttaa laadun kokemiseen. Jos asiakkaalla on myönteinen kuva palveluntarjoajasta, se voi saada pieniä asioita anteeksi. Jos kuva yrityksestä on kielteinen, niin asiakas saattaa jo etukäteen suhtautua palveluun ennakkoluuloisesti ja olla kriittisempi kuin ilman ennakkokäsitystä. (Grönroos, 2000, s. 62–65, 68; Grönroos, 2009, s. 100–102, 111; Kotler, Armstrong, Wong & Saunders, 2008, s. 609; Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 59–60; Ylikoski, 2001, s. 118–119.)

Vaikka yrityksen sisäinen toiminta olisi tehokasta ja palveluiden lopputulokset virheettömiä, ne eivät välttämättä tarkoita korkeaa laatua. Laatuasioissa keskitytään liian usein teknisiin laatukriteereihin, jolloin vuorovaikutustilanteet jäävät liian vähälle huomiolle. Toiminnallisen laadun kehittäminen saattaa lisätä huomattavasti asiakkaiden saamaa arvoa ja antaa palveluntarjoajalle kilpailuetua. Laatua pidetään usein yhtenä menestyksen avaintekijöistä. Jos kilpailevilla yrityksillä on samantasoinen tekninen laatu, niin ero niiden välillä syntyy toiminnallisesta laadusta. Silloin yritykset panostavat palveluprosesseihinsa ja toiminnalliseen laatuun. Jos tekninen laatu heikkenee, heikkenee myös kokonais käsitys palvelun laadusta. (Grönroos, 2000, s. 65–66; Grönroos, 2009, s. 104; Ylikoski, 2001, s. 118–119.)

2.3.1 Asiakkaan kokema laatu

Asiakaslähtöisyyden mukaisesti palvelun laatua on tarkasteltava ensisijaisesti asiakkaan kokeman laadun näkökulmasta. Laadukas kokemus tarkoittaa sitä, että asiakkaan kokemus palvelusta vastaa hänen odotuksiaan tai ylittää sen. Zeithaml, Berry ja Parasuraman

kuvaavat kuiluanalyysimallissaan palvelujen laadun muodostumista monen eri asiakokonaisuuden tuloksena. Laatu merkitsee sitä, että toteutunut palvelu on optimaalisessa suhteessa niihin odotuksiin, jotka liittyvät palvelun johonkin osatekijään. Malli rakentuu palvelua käyttävästä asiakkaasta, palveluntarjoajasta ja toimintaympäristöstä. Organisaatiossa ja palveluprosessissa on viisi kohtaa eli kuilua, jotka vaikuttavat palvelun laadusta asiakkaalle muodostuvaan käsitykseen. Näistä tarkastelen vain yhtä kuilua eli viidettä kuilua, jossa asiakkaan kokemus palvelun laadusta kulminoituu asiakkaan odotusten ja kokemusten vastaavuuteen (kuvio 1). Ennen tätä viidettä kuilua kaikki neljä edeltävää kuilua on suljettava eli johdon näkemyksen kuilu, laatuvaatimusten kuilu, palvelujen toimituksen kuilu ja markkinointiviestinnän kuilu. (Kotler ja muut, 2008, s. 612–613; Kuusela, 1998, s. 123–128; Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 49–50; Outinen ja muut, 1994, s. 45–48; Zeithaml & Bitner, 2000, s. 26–27, 481.)



Kuvio 1. Asiakkaan kokema palvelu laadun muodostumisessa (Zeithaml & Bitner, 2000, s. 27).

2.3.2 Asiakkaan palveluodotukset

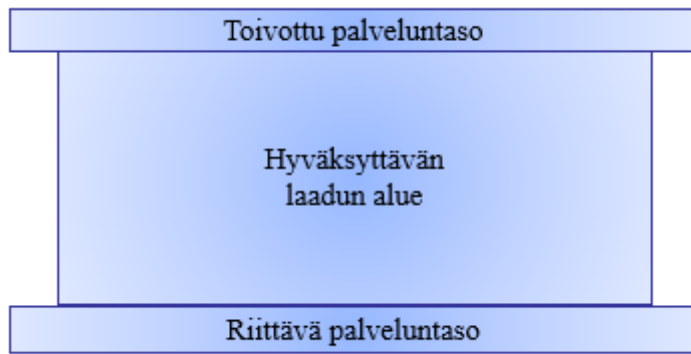
Palvelun laadun kokemiseen vaikuttavat asiakkaan odotukset, joihin hän peilaa kokemustaan palvelusta. Asiakkaan palveluodotukset voivat olla ennakoivia tai normatiivisia. Odotukset ovat ennakoivia silloin, kun asiakas on valitsemassa palvelua ensimmäisen kerran. Kun asiakas saa palvelusta kokemuksia, odotukset muuttuvat normatiivisiksi eli

ohjeellisiksi. Kun asiakas on käyttänyt palvelua ja ollut siihen tyytyväinen, niin hän jatkossakin tietää odottaa palvelulta vähintään samaa tasoa. (Ylikoski, 2001, s. 119–120.) Odotusten merkitys asiakkaan laatukokemuksessa on suuri. Ennen palvelun käyttöä asiakkaalla on jo odotuksia, millaista palvelun tulisi olla. Laadun arvioinnissa asiakas peilaa odotuksiaan aikaisempiin palvelukokemuksiin. Aikaisemmat kokemukset muodostavat vertailupohjan tuleville palvelukokemuksille. Odotusten ja kokemusten vertailun perusteella asiakkaalle muodostuu käsitys, millaista laatua hän on saanut ja miten häntä on palveltu. Jos odotukset täyttyvät, niin asiakas kokee laadun hyväksi. Jos odotukset eivät täyty, niin palvelun laatu koetaan huonoksi. Palvelun laatu on hyvää, jos koettu laatu vastaa odotuksia. Laatuun kohdistuvat odotukset muodostuvat monesta tekijästä, kuten asiakkaan tarpeista, toiveista ja henkilökohtaisista ominaisuuksista sekä palvelun hinnasta. Odotukset liittyvät myös ratkaisujen toimivuuteen, ammattimaisuuteen ja asiantuntemukseen, uskottavuuteen, osaamiseen ja yhteistyökykyyn. Odotettu laatu riippuu myös yrityksen imagosta, markkinointiviestinnästä, muiden asiakkaiden kertomuksista ja mainonnasta. Asiakkaan odotuksiin vaikuttavat myös hänen kokemukset kilpailevista yrityksistä. Asiakkaan odotukset saattavat vaihdella myös palvelu- ja tilannekohtaisesti. Mitä enemmän asiakas itse panostaa palveluun, sitä enemmän hän odottaa palvelulta. (Grönroos, 2009, s. 105–106; Lecklin, 2006, s. 91; Outinen ja muut, 1994, s. 46; Zeithaml & Bitner, 2000, s. 48–50, 63; Ylikoski, 2001, s. 123–126.)

Asiakas arvioi saamaansa palvelua koko palveluprosessin ajan ja sen jälkeenkin. Aikaa myöten vaatimustaso ja odotukset yleensä kasvavat. Asiakkaiden odotukset vaikuttavat merkittävästi palvelutapaamisen ja suhteen tason koettuun laatuun. Jotta voi ymmärtää, miten laatu muodostuu ja kehittyy jatkuvassa suhteessa, niin on ymmärrettävä, miten odotukset kehittyvät suhteen aikana. Asiakkaiden odottama laatu ei välttämättä ole samanlaista suhteen alussa kuin mitä se on myöhemmässä vaiheessa. Asiantuntijapalvelujen asiakassuhteita tutkittaessa on esiin noussut odotusten dynamiikka, joka pätee laaja-alaisesti palveluihin. Pitkällä aikavälillä asiakkaalla voi olla hämäriä (sumeita) odotuksia, julki lausuttuja (eksplisiittisiä) odotuksia ja hiljaisia (implisiittisiä) odotuksia. Asi-

akkaat eivät osaa ilmaista hämäriä odotuksia, mutta he saattavat kuitenkin kokea tarvitsevänsä muutosta. He kokevat, että jotakin tarvitaan, mutta eivät tiedä mitä ja miten. Hämärät odotukset ovat hyvin todellisia, koska asiakkaat odottavat, että jotain tehdään. Jos odotukset jäävät hämäriksi, niin asiakas pettyy. Palveluntarjoajan tulisi tunnistaa hämärät odotukset ja saada asiakkaat lausumaan ne julki. Vasta sitten voidaan vastata odotukseen. Asiantuntijapalveluissa, kuten terveydenhuollossa, on tiedostettu jo pitkään hämäreiden, sumeiden odotusten olemassaolo. Kun asiakkaat lausuvat julki odotuksia, niin he olettavat, että ne täytetään. Osa näistä odotuksista voi olla epärealistisia eikä palveluntarjoaja pysty niihin vastaamaan. Mitä epämääräisempiä lupauksia annetaan, sitä todennäköisemmin asiakkailla on epärealistisia odotuksia. Palveluntarjoajan on tärkeää auttaa asiakkaita muokkaamaan odotuksiaan realistisemmiksi, jolloin pystytään tarjoamaan tyydyttäviä palveluja. Hiljaiset odotukset jäävät asiakkaalta kertomatta ja palveluntarjoajalta täyttämättä. Asiakkaat eivät usein edes ajattele hiljaisia odotuksia, kunhan ne täytetään. Odotukset käyvät ilmi vasta, kun palvelu ei täyty ja asiakas pettyy. Palveluntarjoajan on varmistettava, etteivät implisiittiset odotukset jää huomaamatta. Toimiakseen asiakaslähtöisesti palveluntarjoajan tulee hallita asiakkaan odotuksia aktiivisesti ja ymmärtää palvelun laaja-alainen yhteys laadunhallintaan. (Grönroos, 2009, s. 131–134; Lecklin, 2006, s. 91–92; Zeithaml & Bitner, 2000, s. 54–55, 60–63.)

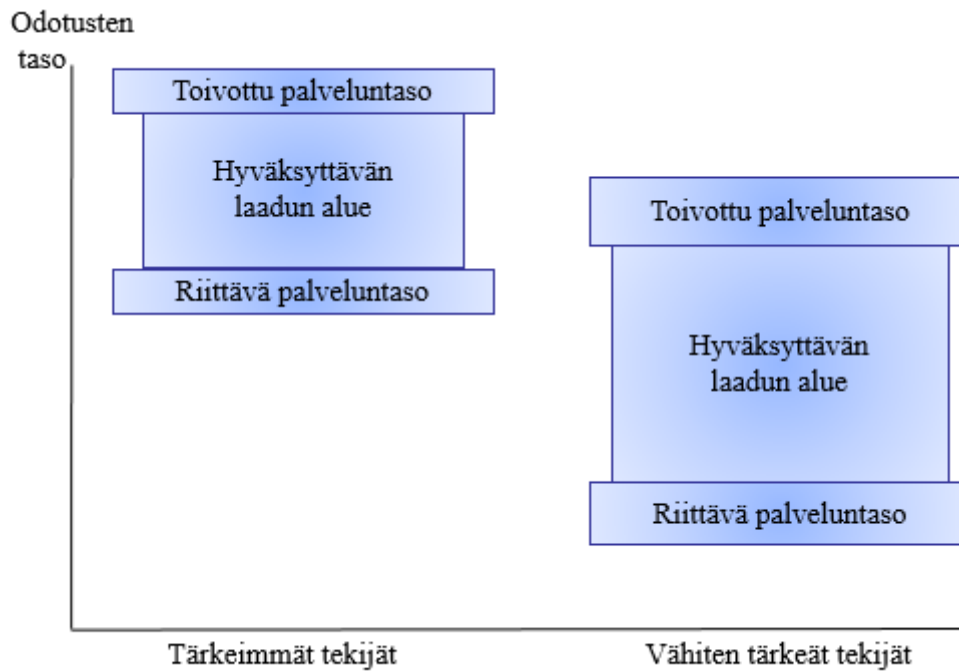
Valerie Zeithaml ja Mary Bitner (2000, s. 49–53) ovat tarkastelleet asiakkaan palvelun laatuodotuksia kahdella tasolla: riittävällä tasolla ja toivotulla tasolla. Toivottu palvelun laatutaso kuvaa sitä, jonka asiakas toivoo saavansa. Toivotussa palvelun tasossa sekoittuu uskomus, mitä hyvä palvelu voi olla ja pitäisi olla. Asiakkaat haluaisivat palvelujen olevan toivotulla tasolla, mutta hyväksyvät sen, että aina ei voi saavuttaa haluttua palvelun tasoa. Silloin hyväksyttävän palvelun tasoa kuvaa riittävä palvelun taso, joka on matalampi odotuksien taso kuin toivottu taso. Näiden kahden tason väliin jäävää toleranssialuetta nimitetään hyväksyttävän laadun alueeksi (Kuvio 2).



Kuvio 2. Hyväksyttävän palvelun alue (Zeithaml & Bitner, 2000, s.51).

Toivottu palvelu ja riittävä palvelu muodostavat ylä- ja alarajan asiakkaan hyväksymälle palvelun vaihtelulle. Jos palvelun laatu pysyy hyväksyttävällä palvelun alueella, niin asiakas ei helposti huomaa palvelussa tapahtuvia eroja. Jos rajat ylittyvät, niin asiakas kiinnittää siihen heti huomion joko positiivisen tai negatiivisen. Jos palvelu sijoittuu riittävän palvelun laadun tason alapuolelle, asiakas pettyy ja on tyytymätön. Palvelun sijoituessa toivotun palvelun laadun tasolle, asiakkaan odotukset ylittyvät ja hän yllättyy positiivisesti. (Zeithaml & Bitner, 2000, s. 49–53; Ylikoski, 2000, s. 121–122.)

Hyväksyttävän palvelun alue on erilainen eri asiakkailla. Joidenkin asiakkaiden hyväksymä palvelu voi sijoittua hyvinkin kapealle alueelle, kun toiset asiakkaat hyväksyvät suuremman vaihtelun palvelun laadussa. Asiakkaalle tärkeissä asioissa hänen odotustensa taso on korkeampi kuin vähemmän tärkeissä asioissa. Mitä tärkeämpi asia on asiakkaalle, sitä kapeampi on hyväksyttävän palvelun alue. Jos asiakas ei pidä asiaa hyvin tärkeänä, niin hänen sietokykynsä on laajempi. Kuviossa 3 havainnollistetaan hyväksyttävän palvelun alueen vaihtelu sen mukaan miten tärkeänä asiakas pitää odotusten kohteena olevaa palvelua. (Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 53; Zeithaml & Bitner, 2000, s. 53–54.)



Kuvio 3. Hyväksyttävän palvelualueen muodostuminen (Zeithaml & Bitner, 2000, s. 54).

Asiakkaiden odotukset muuttuvat jatkuvasti. Samalla muuttuu hyväksyttävän palvelun alue ylös tai alas. Alueen alaraja eli riittävä palvelun taso vaihtelee enemmän kuin yläraja eli toivetaso. Riittävän palvelun taso kuvastaa asiakkaan käsityksiä tilannetekijöistä, olosuhteista ja kilpailusta. Riittävän palvelun tasoon vaikuttaa myös asiakkaan käsitys omasta osallisuudesta palvelutapahtumaan. Mitä enemmän asiakas osallistuu palveluun, sitä korkeammalla ovat odotukset. Odotuksiin vaikuttaa myös ennakoitu tai todennäköinen palvelu, jonka asiakas on muodostanut etukäteen palvelusta. Ennakoitu palvelun taso liittyy useimmiten yksittäiseen palvelutapahtumaan eikä koko palvelusuhteeseen. Nämä tekijät vaikuttavat asiakkaan odotuksiin hyväksyttävästä palvelusta. Toivetaso kuvastaa yksilöllistä ja henkilökohtaista käsitystä palvelusta, joka perustuu ensisijaisesti omaan tarpeeseen. Se on suhteellisen vakaa, mutta voi siirtyä ylöspäin asiakkaan kokemien myönteisten palvelukokemusten myötä. Toivetason ja riittävän tason palveluodotukset kohdistuvat koko asiakassuhteeseen. Ennakoitu palvelun taso on arvio siitä, miten seuraava palvelutapahtuma sujuu. Ennakoitu arvio palvelusta on hyvin konkreettinen ja spesifi, jos vertaa sitä toivottuun ja riittävään palvelun tasoon. (Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 53–55; Zeithaml & Bitner, 2000, s. 54–55, 57–61.)

Viestinnässä annetuilla lupauksilla vaikutetaan asiakkaan odotuksiin sekä toivetasolla että riittävällä tasolla. Palvelulupaukset ovat niitä harvoja keinoja, joilla yritys voi aktiivisesti yrittää vaikuttaa palvelujen käyttäjiin. Lupauksia voidaan antaa kirjallisesti esitteissä ja muussa kirjallisessa materiaalisissa tai suullisesti vuorovaikutustilanteissa. Tärkeää on kiinnittää huomio lupauksen sisältöön, jotta se vastaisi palvelutarjontaa. Usein yrityksillä ja niiden henkilöstöillä on taipumus antaa liian suuria lupauksia. (Zeithaml & Bitner, 2000, s. 61–62.)

Epäsuorat palveluun liittyvät vihjeet välittävät asiakkaille lupauksia siitä, millainen palvelun pitäisi olla tai millainen se voisi olla. Hinta ja palveluyrityksen fyysiset puitteet, kuten tilat, sisustus, henkilökunnan ulkonäkö ja pukeutuminen, viestittävät laatutasosta. Yleensä korkea hinta lupaa asiakkaalle palvelun korkeaa laatutasoa. (Zeithaml & Bitner, 2000, s. 62.)

Ihmisten kertomukset vaikuttavat asiakkaiden odotuksiin ja ennakoivat heidän käyttäytymistään. Erityisen tärkeäksi asiakkaiden välinen viestintä koetaan silloin, kun asiakkaalla ei ole aikaisempaa kokemusta tai hänen on vaikea arvioida palvelua ennen sen käyttöä. Asiakkaiden keskinäisellä vuorovaikutuksella ja viestinnällä on suuri merkitys valintoihin ja päätöksiin, koska viestintä koetaan uskottavana ja luotettavana. (Zeithaml & Bitner, 2000, s. 62, 465–466.) Asiakkaan aikaisemmat kokemukset palveluista vaikuttavat ja muovaavat odotuksia. Odotukset palveluista voivat pohjautua asiakkaan aikaisempiin kokemuksiin saman yrityksen palveluista. Myös muiden yritysten vastaavien palvelujen käyttö vaikuttaa odotuksiin. Lisäksi asiakkaat mielellään vertailevat eri alojen palveluja keskenään. (Zeithaml & Bitner, 2000, s. 62–63.)

2.3.3 Asiakkaan palvelukokemus

Asiakkaan kokemaan palvelun laatuun vaikuttavat sekä palveluodotukset että palvelukokemukset. Zeithamlin ja Bitnerin (1996, s. 104) mukaan asiakkaan kokemuksiin vaikuttavat asiakkaan ja palveluyrityksen kohtaaminen ja vuorovaikutus, palveluun liittyvä aineisto, palveluyrityksen imago ja asiakkaan palvelusta maksama hinta.

Asiakkaan ja palvelun tuottajan kohtaamisessa eli totuuden hetkissä paljastuu asiakkaalle yrityksen palvelun laatua kuvaavat tekijät. Nämä vaikuttavat asiakkaan tyytyväisyyteen koko yritystä ja asiakassuhdetta kohtaan sekä aikomukseen käyttää yrityksen palveluja tulevaisuudessa. Asiakaskohtaamisessa henkilöstöllä on mahdollisuus osoittaa asiantuntemuksensa ja taitonsa palveluiden tuottajana. (Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 58; Zeithaml & Bitner, 1996, s. 105.)

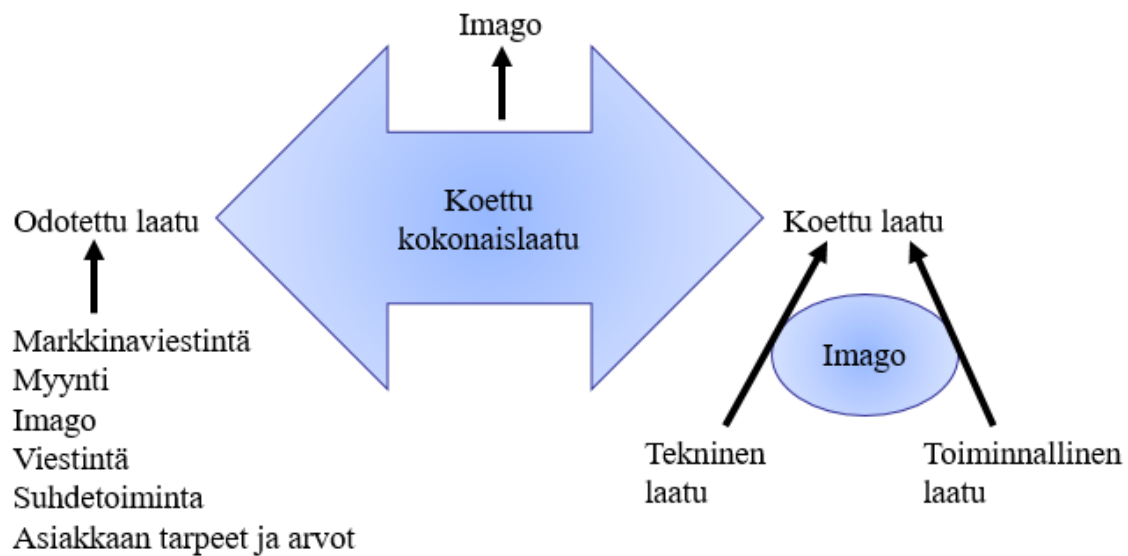
Palvelujen ollessa aineettomia, asiakkaat arvioivat kokemaansa palvelua todistusaineiston avulla. He löytävät näitä vihjeitä ihmisistä, prosesseista ja fyysisistä todisteista. Asiakas voi arvioida yrityksessä työskenteleviä ihmisiä ja heidän käyttäytymistään, muita asiakkaita tai itseään ja omaa käyttäytymistä. Prosessin avulla voidaan arvioida palvelutapahtuman sujuvuutta, prosessin etenemistä ja toimintojen sisältöjä. Fyysisiin todisteisiin kuuluvat yrityksen toimitilat, esitteet, koneet ja laitteet. Palvelun tarjoajan tulee kiinnittää huomiota palveluiden konkreettisiin puitteisiin siten, että ne vastaavat asiakkaiden toiveita ja odotuksia. (Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 58, 63; Zeithaml & Bitner, 1996, s. 113–114.)

Yrityksen imago eli yrityskuva syntyy asiakkaan organisaatiosta tekemistä havainnoista ja kohtaamisista sekä todistusaineistosta. Kokonaiskuvaan yrityksestä tai organisaatiosta vaikuttavat asiat, joista keskustellaan niin julkisuudessa kuin yksityisissä keskusteluissakin. Myönteinen yrityskuva saa asiakkaissa aikaan uskottavuutta ja luottamusta yritystä kohtaan. Se pehmentää asiakkaiden kielteisten kokemusten vaikutusta. Jos asiakkaalla on vahva positiivinen kuva palveluorganisaatiosta, niin yksittäinen palvelussa

tapahtunut virhe ei juuri vaikuta koko arvioon koko organisaatiosta. Jos huonot kokemukset toistuvat, niin imago heikkenee ja muuttuu kielteiseksi. Kielteinen imago toimii päinvastaisesti kuin myönteinen. Negatiivisen imagon muuttaminen myönteiseksi tapahtuu hitaasti ja vaatii suuren määrän hyviä kokemuksia. (Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 58–59; Zeithaml & Bitner, 1996, s. 115; Lehtonen ja muut, 1999, s. 26.) Myönteisen yrityskuvan merkitys on erityisen tärkeää palveluorganisaatioille, koska yrityskuvan avulla aineettoman tuotteen takana olevalle palveluorganisaatiolle voidaan antaa kasvot ja tehdä palvelusta konkreettisempi ja näkyvämpi. Vaikka organisaatio ei voi täysin kontrolloida omaa yrityskuvaansa, niin se voi kuitenkin itse aktiivisesti suurelta osin vaikuttaa sen syntymiseen ja sisältöön. Imago vaikuttaa keskeisesti asiakkaan kokemaan laatuun. Yrityksen tai organisaation imago ja annetut lupaukset tulisi tukea tarjottua palvelua ja vastata asiakkaan kokemuksiin. Näin kokemukset voivat vahvistaa imagoa. (Grönroos, 2009, s. 106; Lehtonen ja muut, 1999, s. 26; Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 63.)

Asiakkaan palvelusta maksama hinta vaikuttaa myös hänen kokemaan palvelun laatuun ja asiakastyytyväisyyteen. Koska palvelut ovat aineettomia ja niiden laatua on vaikea arvioida ennen ostoa, niin hintaa pidetään usein palvelun laadun mittarina. Jos palvelulla on korkea hinta, niin asiakkaat odottavat korkeaa laatua. Toisaalta, jos hinta on alhainen, niin asiakas epäilee palvelun laatutasoa. Asiakas arvioi palvelukokemuksen jälkeen, oliko palvelu hintansa arvoinen ja näin hinta vaikuttaa asiakkaan kokemaan arvoon. (Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 59; Zeithaml & Bitner, 1996, s. 116.)

Asiakasodotuksiin ja totuudenhetkiin liittyy koetun laadun käsite. Grönroos (2009, s. 105–106) kuvaa asiakkaan palvelussa kokemaa kokonaislaatua kuvion 4 mukaisesti.



Kuvio 4. Koettu kokonaislaatu (Grönroos, 2009, s. 105).

Asiakkaalla on tietty odotusarvo yrityksen palvelujen laadusta. Siihen vaikuttavat hänen tarpeiden lisäksi myös yrityksen oma markkinointiviestintä ja asiakkaan saama muu informaatio sekä viestintä. Asiakkaan saamassa palvelussa koetaan sekä tekninen että toiminnallinen ulottuvuus eli mitä palvelu sisältää ja miten hyvin se toteutetaan. Näiden yhteisvaikutuksesta syntyy asiakkaan kokema laatu. Kun asiakas vertaa kokemaansa laatua odotuksiinsa, niin syntyy koettu kokonaislaatu. Koetun palvelun laadun mallissa asiakkaan odotuksilla on suuri vaikutus heidän laatukokemuksiinsa. Totuuden hetkissä eli tässä ja nyt palveluntarjoajan on mahdollista osoittaa asiakkaalle palvelunsa laatu. Seuraavassa hetkessä tilanne on ohi eikä asiakasta ole enää paikalla. Jos laadussa on ongelmia, on myöhäistä enää korjata tilannetta. Sitä varten on järjestettävä uusi tapaaminen eli totuuden hetki tai palveluntarjoaja voi ottaa yhteyttä asiakkaaseen korjatakseen virheen. Tämä on aikaa vievää ja luultavasti tehottomampaa kuin hyvin hoidettu totuuden hetki. Jos palveluntarjoaja lupaa enemmän kuin pystyy toteuttamaan, niin asiakkaiden odotukset nousevat liian korkeiksi ja he kokevat saavansa huonoa laatua. Palvelun tarjoajan on oltava varovainen, ettei anna liian suuria lupauksia, joita ei pysty pitämään. Parempi on luvata vähän ja tarjota enemmän kuin lupaa. (Grönroos, 2000, s. 67–69; Grönroos, 2009, s. 105–106; Lecklin, 2006, s. 93–94.)

Koetun palvelun laadun mallin tarkoituksena on tarjota käsitteellinen kehikko palvelun piirteiden ja lopputulosten sekä prosessi- ja imagoulottuvuuksien ymmärtämiseksi. Sen tulisi antaa palveluntarjoajalle mahdollisuus kehittää palvelujaan. (Grönroos, 2009, s. 118, 121.) Siinä mallin odotus-käsite liittyy samaan palveluun, joka myös koetaan. Alkuperäisen mallin mukaan mitattavien odotusten tulisi koskea samaa palvelua, jota kulutetaan. (Grönroos, 2009, s. 118.) Odotuksiin ja kokemuksiin perustuva vertaileva tutkimus ei ole ongelmattonta, mutta niiden vertaaminen kuitenkin kannattaa, koska odotukset vaikuttavat selvästi laadun kokemukseen. Kokemuksien vertaamisella saadaan hyvä käsitys koetusta laadusta. Kun koetun palvelun mittaamiseen otettiin mukaan samanlaisia elementtejä kuin millä mitataan asiakkaiden tyytyväisyyttä fyysisiin tuotteisiin, niin alkoi keskustelu onko laadun ja asiakastyytyväisyyden välillä eroa ja jos on, niin kumpi esiintyy ensin ja kummin päin. Looginen analyysi osoittaa kuitenkin, että ensin tapahtuu palvelukokemus ja vasta sen jälkeen syntyy tyytyväisyys tai tyytymättömyys laatuun. (Grönroos, 2009, s. 118–121.)

Asiakkaan arvioidessa palvelun laatua, hän muodostaa käsityksensä hyvin monesta palveluun vaikuttavasta asiasta. Koska palvelun laatu syntyy odotusten ja kokemusten vertailuna, asiakkaalla on jo odotuksissaan laadun arvioinninkriteereitä. (Ylikoski, 2001, s. 126.) Asiakkaat muodostavat palvelun laadusta usein kokonaisarvion, jonka he ilmaisevat sanoilla ”hyvä”, ”tydyttävä” tai ”huono”. Kokonaisarvio on helppo mitata ja se antaa yleiskuvan annetusta palvelusta. Jos halutaan tarkempaa arviota palvelun laadusta, niin silloin on perehdyttävä laadun eri osa-alueisiin eli ulottuvuuksiin, mikä mahdollistaa palvelun laadun parantamisen. (Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 60.)

2.3.4 Palvelun laadun arviointi

Monissa maissa on tehty paljon terveydenhuollon palvelujen laatua koskevia tutkimuksia ja määritelmiä, joista voi kerätä viitekehyksiä, luetteloita ja ohjelmia hyvän pal-

velun laadun ulottuvuuksiksi eri näkökulmista. Donabedianin klassinen artikkeli hoidon laadun arvioinnista sanotaan olevan mestariteos ja riittävä oppi terveydenhuollon palvelujen mittaamiseen vielä 50 vuotta myöhemminkin. Hänen esittämänsä hoidon laadun viitekehys tunnetaan nykyään rakenne-, prosessi- ja tulos –mallina. Nämä kolme käsitettä ovat edelleenkin keskeisiä laadun mittaamisessa ja kehittämisessä. (Berwick & Fox, 2016, s. 237, 239–240.) Hung ja Jerng (2014, s. 673, 677) pitävät laadun mittaamista tärkeänä hoidon parantamisessa ja asian läpinäkyvyyden lisäämisessä sidosryhmille. Heidän mukaansa käytetyimmät indikaattorit pohjautuvat näihin Donabedianin rakenne-, prosessi- ja tulosulottuvuuksiin. Tulosindikaattoreiden kautta tarkastellaan hoidon vaikutuksia ja toiminnan tehokkuutta, rakenneindikaattoreilla käytössä olevaa kapasiteettia ja kykyä tuottaa palveluja ja prosessi-indikaattoreilla arvioidaan tuottavuutta sekä parannetaan laatua. Heidän mielestään terveyspalvelujen mittaamisessa pitäisi keskittyä enemmän terveyspalvelujen perimmäiseen tehtävään eli terveyden vaalimiseen. Ammattilaisten tulisi kuitenkin enemmän hyödyntää laadun arviointiin sisällytetyjä elämänlaadun ja asiakastytyväisyyden mittauksia.

Vaikka terveydenhuollossa suorituskyky- ja laatumittarit ovat laajasti käytössä, niin Blissin (2020, s. 178) mukaan niiden käyttö ei aina johda hoidon laadun tai hoidon lopputuloksen paranemiseen. Asiakkaita saatetaan ylihoitaa, hoitaa tarpeettomasti, alihoidaa ja hoitaa tehottomasti. Tällöin hoito ei ole yksilöllistä eikä lähde asiakkaiden tarpeista vaan toteutuu kaavamaisesti ja rutiininomaisesti. Myös Saver, Martin, Adler, Candib, Deligiannidis, Golding, Mullin, Roberts & Topolskin –tutkimusryhmällä (2015, s. 1, 4, 6) on rajallisesti näyttöä siitä, että laadun mittauksia hyödynnettäisiin terveyspalvelujen parantamiseen. Siitä huolimatta terveydenhuollossa laatumittareita ja vertailevia laatuluokituksia käytetään yhä enemmän. Valitettavasti mittarit perustuvat usein riskitekijöiden hallintaan eikä merkityksellisiin potilaskeskeisiin lopputuloksiin. Laadun mittaamisen tulisikin olla läpinäkyvää perustuen vahvaan tieteelliseen tutkimukseen yhdistettynä parantuneisiin terveystuloksiin. Asiakastytyväisyydellä on suuri merkitys, vaikkakin osittainen, hoidon laadulle. Kestävimmät tulokset saavutetaan vain yhteistyössä asiakkaan kanssa.

Zeithaml, Parasuraman ja Berry löysivät tutkimuksissaan 1980-luvulla kymmenen palvelun laatutekijää: asiakkaan ymmärtäminen, empatia, konkreettinen ympäristö, luotettavuus, pätevyys, reagointialttius, saavutettavuus, turvallisuus, vaikuttavuus ja viestintä, joiden avulla pystytään mittaamaan asiakkaiden odotuksien ja kokemusten eroavaisuutta ja heidän arvioimaa palvelu laatua. Myöhemmissä tutkimuksissaan he yhdistelivät nämä viiteen ryhmään ja ulottuvuuteen eli laatutekijään: luotettavuus, palveluvalmius, vakuuttavuus, empaattisuus ja fyysiset puitteet. Tunnetuin on Servqual – menetelmä, joka on attribuuttipohjainen palvelun laatua kuvaava malli. (Lovelock & Wirtz, 2004, s. 408–411.) Kaikki laadun ulottuvuudet eivät ole asiakkaille yhtä tärkeitä ja erilaisten palvelujen yhteydessä korostuvat eri laadun ulottuvuudet (Zeithaml & Bitner, 2000, s. 82). Luotettavuus tarkoittaa asiakkaalle palvelun johdonmukaisuutta ja virheettömyyttä. Palvelun tarjoaja haluaa pitää lupauksensa asiakkaalle ja tuottaa palvelu oikein heti ensimmäisellä kerralla. Luotettavuus on tärkein kriteeri, kun asiakas arvioi palvelun laatua. Palveluvalmius tai reagointialttius tarkoittaa henkilöstön halukkuutta ja valmiutta palvella asiakkaita. Tämä edellyttää palveluntarjoajan siirtymistä omalta mukavuusalueeltaan asiakkaan saataville, palvelua nopeasti ja toimimista asiakaslähtöisesti. Palveluntarjoajalla tulee olla riittävät tiedot ja taidot niin, että asiakas luottaa heihin. Palveluntarjoajalla tarkoitetaan asiakaspalvelijoiden lisäksi myös taustalla työskentelevää muuta henkilöstöä. Luottamukseen tarvitaan myös arvostavaa ja kunnioittavaa käytöstä asiakasta kohtaan. Empaattisuudella tarkoitetaan asiakkaiden kohtaamista ainutlaatuisina ja erityisinä yksilöinä. Asiakkaita kuunnellaan ja osoitetaan heille huolenpitoa ja huomiota toimien heidän etujensa mukaisesti. Fyysisillä puitteilla tarkoitetaan palvelun ulkoisia puitteita, toimitiloja, koneita, laitteita, henkilöstöä ja kirjallista materiaalia. Asiakkaat arvioivat palveluntarjoajat tiloissa myös muita asiakkaita ja henkilökuntaa. (Lovelock & Wirtz, 2004, s. 409–410; Zeithaml & Bitner, 2000, s. 82–85.)

Suomessa Grönroos (2009, s. 121–122) on tehnyt hyväksi koetun palvelun seitsemän kriteeriä, jotka ovat tutkimusten ja käytännön kokemusten yhdistelmä.

Grönroosin (2010, s. 121–122) mukaan hyväksi koetun palvelun seitsemän kriteeriä ovat:

- ammatillisuus ja taidot. Asiakas ymmärtää, että palveluntarjoajalla ja sen työntekijöillä on sellaiset tiedot ja taidot, operatiiviset järjestelmät ja fyysiset resurssit, joita tarvitaan heidän ongelmiansa ammattitaitoiseen ratkaisuun.
- asenteet ja käyttäytyminen. Asiakkaat tuntevat, että asiakaspalvelijat kiinnittävät heihin huomiota ja haluavat ratkaista heidän ongelmansa ystävällisesti ja spontaanisti.
- saavutettavuus/ lähestyttävyyys ja joustavuus. Asiakkaat tuntevat palveluntarjoajan, tämän sijainnin, aukioloajat, työntekijät ja operatiiviset järjestelmät ovat suunniteltuja ja toimivat siten, että palvelu on helppo saada ja että yritys on valmis sopeutumaan asiakkaan vaatimukseen ja toiveisiin joustavasti.
- luotettavuus. Asiakkaat tietävät, että mitä tahansa tapahtuu tai mistä tahansa on sovittu, he voivat luottaa palveluntarjoajan ja sen työntekijöiden lupauksiin ja asiakkaan etujen mukaiseen toimintaan.
- palvelun normalisointi. Asiakkaat ymmärtävät, että aina kun jotakin menee pieleen tai kun tapahtuu jotakin odottamatonta, palveluntarjoaja ryhtyy heti toimenpiteisiin pitääkseen tilanteen hallinnassa ja löytääkseen uuden hyväksyttävän ratkaisun.
- palvelumaisema. Asiakkaat tuntevat, että fyysinen ympäristö ja muut palvelupaamisen ympäristöön liittyvät tekijät tukevat myönteistä kokemusta.
- maine ja uskottavuus. Asiakkaat uskovat, että palveluntarjoajan toimiin voi luottaa, että palveluntarjoaja antaa rahalle vastineen ja että sillä on sellaiset suorituskriteerit ja arvot, jotka asiakas voi hyväksyä.

Kriteereistä ammattitaito liittyy tulokseen ja on siten teknisen laadun ulottuvuus. Toinen kriteeri, maine ja uskottavuus liittyvät imagoon, joten ne toimivat suodattimena. Muut neljä kriteeriä eli asenteet ja käyttäytyminen, saavutettavuus ja joustavuus, luotettavuus sekä palvelujen normalisointi liittyvät prosessiin eli kuuluvat toiminnalliseen laa-

dun ulottuvuuteen. Toiminnalliseen ulottuvuuteen liittyy myös luetteloön viimeiseksi lisätty kriteeri: palvelumaisema. (Grönroos, 2009, s. 121–122.) Hyväksi koetun palvelun laadun seitsemää kriteeriä voidaan pitää laadukkaan palvelun ohjenuorana. Luettelo ei ole täydellinen, koska eri aloilla ja eri asiakkailta kriteerit ja niiden painoarvot vaihtelevat. Erityistilanteissa voi esiintyä sellaisia laadun osatekijöitä, joita luetteloissa ei esiinny. Palvelun hinta on yksi tällainen osatekijä, jonka merkitys laadulle ei ole aivan selvä. Palvelun laatua koskevissa tutkimuksissa hintaa ei paljoakaan käsitellä. Tavallisesti hintaa voidaan kuitenkin käsitellä suhteessa asiakkaan laatuodotuksiin ja aikaisempiin laatuokemuksiin. Jos palvelun hinta on korkea, niin sitä ei osteta. Kuten edellä todettiin, hinnalla on vaikutusta asiakkaan palveluodotuksiin. Joissakin tilanteissa hinta saattaa olla yksi laadun kriteeri. Jos palvelu on aineeton, korkea hinta saattaa asiakkaiden mielestä kertoa korkeasta laadusta. Asiantuntijapalvelut ovat hyviä esimerkkejä aineettomista palveluista, joissa asiakkaat saattavat arvioida laatua hinnan mukaan. (Grönroos, 2000, s. 73–74; Grönroos, 2009, s. 121–123.)

Koetun palvelun malli on staattinen, kuten useimmat palvelun laadun mallit ja menetelmät. Asiakassuhteiden jatkuessa asiakkaiden laatuokemukset muuttuvat ajan kuluessa. Jopa yhden tapaamisen aikana voi totuuden hetkien myötä asiakkaan laatuksitys muuttua kokonaispalvelusta.

2.3.5 Asiakkaan palvelusta saama arvo

Asiakkaan kokema arvo muodostuu yksittäisessä vuorovaikutustilanteessa, kun kansalaisten arvot ovat laajoja elämän perusperiaatteita. Arvot ohjaavat asiakkaita suhteellisen pysyvien valintojen tekemiseen. Asiakkaan kokema arvo on hyvin laaja ja monimuotoinen käsite. Kirjallisuudessa käsitteitä arvo (value), asiakasarvo (customer value) ja asiakkaan kokema arvo (customer perceived value) käytetään paljon rinnakkain tai synonyymeina. Asiakkaan kokema arvo muodostuu koettujen hyötyjen ja koettujen uhraus-

ten suhteena, jotka ovat molemmat hyvin yksilöllisiä ja subjektiivisia kokemuksia. Hyödyt koetaan usein abstraktilla tasolla, kun taas kustannukset voivat olla hyvinkin konkreettisia. Kustannuksiin kirjautuu aika, raha, vaivannäkö ja muut konkreettiset toiminnot. Hyötyjen ja kustannuksien kokeminen voi tapahtua eri aikoina. Lyhyellä aikavälillä koettujen hyötyjen kustannukset voivat syntyä vasta pitkällä tähtäyksellä ja päinvastoin. Asiakkaan kokema arvo on asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen emotionaalinen side. Tämä syntyy, kun asiakas on käyttänyt yrityksen tarjoamaa tuotetta tai palvelua ja todennut sen tuottavan hänelle arvoa. (Kuusela & Rintamäki, 2002, s. 16–19, 29–30.)

Asiakslähtöiseen palveluun liittyvä asiakasarvo voi syntyä vain yhteistyössä asiakkaan kanssa. Asiakkaan tunnetasolla tapahtuva sitoutuminen on keskeinen elementti asiakasarvon syntymisessä. Perinteisessä asiakasajattelussa selvitetään, mitä asiakkaat haluavat ja tarjotaan sitä heille. Nykyisin lähtökohtana on asiakasymmärryksen ohella käsitys siitä, missä yritys tai organisaatio voi ja haluaa olla hyvä. Arvon syntymisessä on keskeistä ymmärtää, että arvon luo asiakas. Arvo syntyy asiakkaan käyttäessä tuotetta tai palvelua. Palveluntarjoaja voi vain mahdollistaa arvon syntymisen. (Osborne, 2018, s. 228; Viitala & Jylhä, 2013, s. 92–93.)

Viitalan ja Jylhän (2013) mukaan asiakkaan tunnetasolla tapahtuva sitoutuminen on keskeinen elementti asiakasarvon syntymisessä. Nykyinen ajattelutapa perustuu siihen, että asiakkaan toiminnassa tunteilla on vahva sija. Olennainen ero tunteiden ja järjen välillä on, että tunteet johtavat toimintaa, järki päätelmiä. Tunteet vaikuttavat päätökseen, sitoutumiseen ja asiakasuskollisuuteen. Jos asiakas tunnistaa yrityksen arvoissa omia ajatuksiaan, työntekijän ja asiakkaan välille syntyy luottamus ja myönteinen sidos. Samasta syystä tuotteisiin on alettu liittää tarinoita, joihin asiakas voi samastua. Tämä edistää ihmisten itseilmaisua ja yksilöllisyyden tarpeita. Tämä toimintamalli ei toimi vain markkinataloudessa vaan kaikessa liiketoiminnassa, myös julkisissa organisaatioissa. Pärjätäkseen kilpailussa pidemmällä aikavälillä, organisaation on valittava tarkoituksenmukaisesti kilpailustrategia, joka tuottaa ainutlaatuista arvoa asiakkaalle. Organisaation

täytyy kehittää vaihtoehtoisia asiakkuusstrategioita toimintansa rajoissa. Jos tätä ei systemaattisesti tehdä, niin organisaation täytyy kehittää erilaisia tapoja hoitaa asiakkuuksia. Täten erilaisille asiakkaille muodostuu erilaisia asiakkuusprosesseja, mikä heikentää sekä sisäistä että ulkoista tehokkuutta. (Storbacka, Blomqvist, Dahl & Haeger, 2003, s. 21, 26–27; Walters, 1999, s. 248–249.) Asiakkaat ostavat palveluita hyötyäkseen niistä. Mitä asiakas saa ja mitä siitä saatu hyöty merkitsee asiakkaalle, vaikuttavat asiakkaan arvioon palvelusta ja hänen kokemukseensa siitä. Saadut kokemukset ja mielipide palvelun laadusta muodostavat asiakastyytyväisyyden. Mitä vahvempi on asiakkaan saama myönteinen kokemus, sitä tyytyväisempi asiakas on. Tyytyväisyys vaikuttaa asiakkaan sitoutumiseen ja asiakassuhteen lujuteen. Mitä lujempi suhde on, sitä vähemmän asiakas on kiinnostunut muista vaihtoehdoista. Sitoutuneet asiakkaat kertovat muille, että he ovat tyytyväisiä. He antavat arvokasta palautetta toiminnasta ja tekevät parannusehdotuksia. (Kuusela & Rintamäki, 2002, s. 16–17, 36–37; Lämsä & Uusitalo, 2003, s. 62–63, 69,73; Viitala & Jylhä, 2013, s. 93; Walters, 1999, s. 248.)

Asiakasarvo liittyy palvelun tai tuotteen käyttöön ja siitä saatavaan hyötyyn. Asiakkaalle tuottaa arvoa palvelun tai tuotteen ominaisuudet ja niiden tuottamat hyödyt, seuraukset ja vaikutukset hänen omiin tavoitteisiinsa. Asiakas tekee mielessään arviota kustannuksista ja hyödyistä, mitä hän saa ja mistä hän joutuu luopumaan hankkiessaan palvelun tai tuotteen ja käyttäessään sitä. Asiakas tekee valintoja kilpailevien palvelujen ja tuotteiden välillä niistä saatavan hyödyn ja uhrausten välisen suhteen perusteella. Kuluttaja-asiakkaiden kohdalla etenkin elämyksellisyys, tunne ja kokemuksellisuus ovat tärkeitä. Asiakkaan tekemät päätökset voivat perustua myös vastuullisuuteen ja eettisyyteen, kuten usein sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvat valinnat perustuvat. (Viitala & Jylhä, 2013, s. 94.)

2.3.6 Asiakastyytyväisyys

Tärkeä asiakasarvon kriteeri on asiakas- tai potilastyytyväisyys, jota käytetään terveydenhuollossa yhtenä osatekijänä arvioitaessa hoidon laatua (Kuntaliitto, 2019, s. 7; Ylikoski, 2001, s. 149). Asiakaslähtöinen tarkastelu auttaa ymmärtämään, minkälaisia piirteitä palvelujen käyttäjät ja ostajat pitävät palvelujen laadulle tärkeinä. Asiakaskeskeinen organisaatio pyrkii tavoitteidensa toteuttamiseen asiakastyytyväisyyden avulla. Jotta palveluntarjoaja voi kehittää palvelujaan, niin hänen on saatava tietoa, mitkä asiat tekevät asiakkaat tyytyväisiksi. (Kuntaliitto, 2019, s. 7.) Käsitteinä asiakastyytyväisyys ja hoidon laatu eivät ole sama asia, vaan tyytyväisyys on laajempi ja epätarkempi käsite kuin hoidon laatu. Asiakas muodostaa käsityksensä laadun hyvydestä tai huonoudesta vertaamalla toisiinsa odotuksiaan palveluista ja niistä saamiaan kokemuksia. Asiakkaan kokemus palvelun, toimintaympäristön ja toimintatapojen laadusta vaikuttaa palvelun tuloksiin. Epärealistiset odotukset voivat aiheuttaa arvion alhaisesta kokonaislaadusta, vaikka laatu olisikin yleisesti mitattuna todettu hyväksi. Myönteisen kokemuksen aikaansaama tyytyväisyys on keino parantaa asiakkaan motivoitumista ja varmistaa hoitomyynteisyyttä. Odotusten täyttämättömyys aiheuttaa tyytymättömyyttä. Tyypillisimpiä asiakasnäkökulman mittareita ovat erilaiset asiakastyytyväisyyteen liittyvät näkemykset. Asiakastyytyväisyyttä voidaan mitata useilla eri tavoilla. Palaute- ja valitusjärjestelmät ovat helposti toteutettavissa, mutta niiden kautta saadun palautteen luotettavuudesta ei aina voida olla varmoja. (Outinen ja muut, 1994, s. 35–36; Salmela, 1997, s. 13–15; Schembri, 2015, s. 109; Ylikoski, 2001, s. 149.)

Asiakastyytyväisyyskyselyt ovat tyypillinen tiedonhankintamuoto. Asiakas antaa arvoa sille, että palveluntarjoaja on kiinnostunut hänestä eikä jätä häntä yksin selviämään vaikeuksista. Asiakastyytyväisyys ymmärretään usein aivan liian tekniseksi asiaksi ja sitä tutkitaan usein suoritteiden, talouden ja prosessin kannalta. Derosen ja tutkijaryhmän (2002, s. 8) mukaan laadun tarkastelussa prosessi-indikaattoreilla tulisi olla kausaalinen yhteys lopputulokseen, mitä ei aina riittävästi pystytä osoittamaan. Prosessi-indikaattoreiden teknistä ulottuvuutta on helpompi mitata kuin vuorovaikutusta. Tällä hetkellä

hoitoa tutkitaan ja arvioidaan hyödyntämällä terveystalouden tuottamaa arvoa asiakkaalle, potilaiden raportteja hoidon tuloksia (Patient Report Outcome Measures), tyytyväisyyttä hoitoon ja kokemuksia (Patient Report Experience Measures). Näiden mittareiden, PROM ja PREM, käyttö lisääntyy koko ajan ja ne mahdollistavat asiakkaiden osallistumisen laadun parantamiseen. Varsinkin kokemuksellisen tiedon kerääminen ja käyttö on viime aikoina saanut kansainvälisesti huomiota hoidon laatuindikaattorina. (Deshpande, Rajan, Sudeepthi & Abdul Nazir, 2011, s. 137; Weldring & Smith, 2013, s. 61, 66.) Asiakaspalautteen hankkimisen motiiveina on monia tekijöitä. Yleensä ensisijaisesti haetaan asiakkuuteen, asiakkaan rooliin ja asemaan liittyvää tietoa, toiseksi palvelujen toimivuuteen ja kolmanneksi palvelujen mainetta, imagoa ja palautteen hankinnan kehittämiseen liittyviä asioita. (Lahtinen & Isoviita, 2001, s. 64–65; Salmela, 1997, s. 11–12.)

Asiointitapahtumaa ja -prosessia tarkastellaan yleensä palvelunjärjestäjän näkökulmasta. Asiakkaan näkökulma ei välttämättä aina tule esille, koska kyselylomakkeet on laadittu viranhaltijoiden kielellä ja käsitteillä. Mikäli asiakas otettaisiin mukaan kysymysten tekoon tai asiakas saisi itse vastata, niin asetelma todennäköisesti muuttuisi. Terveystaloudessa on ongelmana myös palvelujen pirstaleisuus, koska osaaminen on niin pitkälle erikoistunutta, jolloin asiakas joutuu kulkemaan monen asiantuntijan luona. Ongelma on järjestäjän taholta koota yhteen hoitoprosessissa ja hoitoketjussa saatu palaute asiakaskohtaisesti. Tuloksellisinta olisi saada asiakas, asiantuntija ja järjestäjä saman pöydän ääreen, jolloin tarkasteltaisiin koko palvelukokonaisuutta. Ajatellen hoidon jatkuvuutta, mukaan tulisi saada organisaation rajojen ulkopuolisia asiantuntijoita, joiden vastuulle asiat ja hoidot siirtyvät. Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden erotteluperusteena on pidetty aikajännettä. Laatu-ulottuvuudessa arviointi kohdistuu enemmän välittömiin palvelutapahtumiin ja asiointiprosesseihin sekä kysytyt kokemukset lyhyen aikavälin tai kertakokemuksiin. Vaikuttavuusasioissa on kyse vasta myöhemmin ilmenevien oireiden ja vaivojen kuvaamisesta. Vaikuttavuuden arvioinnissa selvityksen kohteena voi olla yhtä aikaa asiakkaan ja työntekijän käsitykset asiasta. (Salmela, 1997, s. 13–14, 21–24.)

Tyytyväisyys-käsite mittarina on ongelmallinen, koska sitä ei ole määritelty käsiteanalyysillä eikä se ennusta tulevia tapahtumia. Asiakastyytyväisyyskyselyjen perusteella toimintaa tulisi systemaattisemmin muuttaa organisaation sisällä, koska pelkästään jatkuvien tyytyväisyyskyselyiden tekeminen ei paranna toimintaa eikä tyytyväisyyttä. Epäkohdana on, että mittauksissa voi tulla jatkuvasti korkeita lukuja ja silti asiakkaat voivat kadota. Toisaalta tyytyväisyysmittauksissa voi olla alhaisia vastausprosentteja, koska tyytymättömät asiakkaat eivät halua vastata. Jos asiakastyytyväisyyskyselyt eivät anna järjestäjälle mitään mihin tarttua, kannattaa miettiä vaihdetaanko tiedonkeruu asiakkailta laadullisiin menetelmiin ja kysytään asiakkaan kokemusten suhteuttamista odotuksiin. Palvelujen kehittämiseen tarvitaan monipuolista tietoa, koska laaja-alaista palautetta voidaan hyödyntää paremmin ja tarkoituksenmukaisemmin. Kun asiakasryhmiä segmentoidaan eli eriytetään, niin asiakaspalautteitakin kerätään räätälöidyimmmin, mikä auttaa yksittäisiä työyhteisöjä parempaan palveluun. (Salmela, 1997, s. 14–16.)

3 Tutkimusmenetelmät ja aineisto

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen survey-tutkimus, joka on määrällinen tutkimusmenetelmä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä piirteitä ovat mm. aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset, aiemmat teoriat, mahdollisten hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelmat, joissa havaintoaineisto soveltuu määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa edetään selkeästi vaiheittain aineiston keräämisestä, käsittelyyn ja analyysiin. Tutkimuksen tarkoitus on kehittää yleistyksiä, jotka tukevat vallitsevaa teoriaa ja jotka auttavat jonkin ilmiön parempaa ennustamista, selittämistä ja ymmärtämistä. Survey-tutkimuksia käytetään yleisesti vastaajien tietojen, mielipiteiden, asenteiden, arvojen ja ideologioiden selvittämiseen. Survey-tutkimuksella voidaan selvittää asiakkailta, miten asiat heidän mielestä ovat. Kvantitatiivista tutkimusta käytetään melko paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, s. 134, 139–140; Lehto, 1996, s. 119; Uusitalo, 1998, s. 80–81, 92.)

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ortopedian toimintayksikön oma tekonivelpotilaiden kehittämishankkeeseen liittyvä primaariaineisto. Seinäjoen keskussairaalassa haluttiin kehittää tekonivelpotilaiden hoitoa tarkastelemalla moniammatillisesti hoitoprosessin eri vaiheita. Asiakkailta ja heidän läheisiltään kerättiin tietoa, miten he ovat kokeneet hoitoketjun eri vaiheet ja miten he arvioivat hoitoa ja leikkauksesta kuntoutumista. Hoitotyön esimiehenä minua on pitkän aikaa kiinnostanut terveystalouden asiakaslähtöisempi toiminta myös julkisella sektorilla. Olen ollut mukana kehittämässä sairaanhoitopiirin asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallisuuden lisäämistä erilaisissa ja eri laajuisissa asiakkuus- ja potilasryhmissä, potilaspalautetyöryhmässä, asiakasraadissa ja laatuneuvostossa. Esitettyäni mielenkiintoni tekonivelpotilaiden odotusten ja kokemusten tarkasteluun, sain kehittämishankkeen projektiryhmältä, johon kuului mm. ortopedian ylilääkäri, sairaanhoitopiirin johtajalääkäri, anestesiaylilääkäri, kuntoutuksen ylilääkäri, toiminta-aluejohtaja, hallintoylihoitaja,

ylihoitajia ja osastonhoitajia, mahdollisuuden valmiiksi kerätyn aineiston hyödyntämisen vielä laaja-alaisemmin ortopedisen potilaan hoidon kehittämiseksi. Sain käyttööni kerätyn aineiston sekundaariaineistona (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 186). Koska kerätty aineisto on tarkoitettu vain Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin oman toiminnan kehittämiseen, tutkimuslupaa ei ole haettu eettiseltä toimikunnalta. Kvantitatiivinen, survey-tutkimusmenetelmä sopii asiakkaiden ja potilaiden hoidon tyytyväisyyden mittaamiseen sekä odotusten ja kokemusten tarkasteluun.

Tutkimus kohdistui tiettyinä ajankohtana tehtävään tiedon keräämiseen ja haastatteluihin, joten kyseessä on poikittaistutkimus eli poikkileikkaustutkimus (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 178). Poikkileikkaustutkimuksessa tutkimuksen kohderyhmään tai otokseen kuuluvia haastatellaan tai he vastaavat vain kertaalleen. Siinä ei seurata mitään tai minäkään muuttumista. Poikkileikkaustutkimukset ovat useimmiten kuvailevia: mitä mieltä asioista ollaan ja millaisia kokemuksia on. (Tuomi, 2007, s. 123.)

3.1 Tutkimuskohteen kuvaus

Tutkimuskohteekseni olen valinnut Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on yksi maan 20 sairaanhoitopiiristä. Sairaanhoitopiiriin kuuluu 18 suomenkielistä, eteläpohjalaista kuntaa, joissa on asukkaita yhteensä 198 800. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tarkoituksena on edistää piirin asukkaiden terveyttä yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa huolehtimalla sairaanhoitopiirille määrätystä erityisvelvoitteista ja tuottamalla erikoissairaanhoidon palveluja alueen väestölle. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yleisesittely 2016.)

Kun erikoissairaanhoidolaki tuli voimaan 1.1.1991, niin maa jakaantui erikoissairaanhoidosta vastaaviin alueisiin. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri oli yksi alue, joka sai hoi-

dettavakseen 8 erikoissairaanhoidon alalla toimineen kuntainliiton tehtävät. Sairaanhoidopiiriin hallintaan siirtyi kaikkiaan 9 sairaalaa sekä joukko psykiatrisia avohoidon yksiköitä. Sairaanhoidopiirissä toimi kaksi sairaalaa: Seinäjoen keskussairaala ja Ähtärin sairaala, kun aineisto kerättiin. Seinäjoen keskussairaala on alueen suurin sairaala, jossa on sekä somaattista että psykiatrista hoitoa. Ähtärin sairaala oli ns. yleissairaala, jossa oli kirurgian ja ortopedian erikoisalojen toimintaa kesään 2016 asti. Psykiatrisesta avohoidosta alueella vastaavat psykiatriset poliklinikat ja ryhmätoiminnot eri puolella sairaanhoidopiiriä.

Sairaanhoidopiirin toiminta on organisoitu toiminta-alueille, joita edustavat kliiniset alueet, kuten konservatiivinen, operatiivinen, psykiatrinen ja päivystysalue. Lisäksi toiminta-alueisiin kuuluvat sairaanhoidolliset, hallinto- ja huoltopalvelut sekä tekniset palvelut. Kukin toiminta-alue jakaantuu toimintayksiköihin ja edelleen vastuuyksiköihin. Operatiivinen toiminta-alue koostuu kirurgian, ortopedian, urologian, vatsatautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, silmätautien, suu- ja leukasairauksien, lasten, naisten, leikkaus- ja anestesia sekä tehohoidon toimintayksiköistä. Esimerkiksi ortopedian toimintayksikössä on ollut neljä vastuuyksikköä eli osasto ja poliklinikka sekä Seinäjoen keskussairaalassa että Ähtärin sairaalassa. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin yleisesittely, 2016.)

Sairaanhoidopiirin korkeimmat päättävät elimet ovat yhtymävaltuusto ja yhtymähallitus. Sairaanhoidopiirin toiminnasta ja sen tuloksellisuudesta vastaa sairaanhoidopiirin johtoryhmä, jonka muodostavat sairaanhoidopiirin johtaja, johtajaylilääkäri, hallintoylihoitaja, talousjohtaja, henkilöstöjohtaja, hallintojohtaja sekä operatiivisen, konservatiivisen, psykiatrisen, päivystyskeskuksen, sairaanhoidollisten palvelujen ja tukipalvelujen toiminta-alueiden johtajat, yhteensä 12 henkilöä (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiirin yleisesittely, 2016). Sairaanhoidopiirissä on n. 2640 vakinaista viran- ja toimenhaltijaa. Lääkäreitä on 319 ja hoitohenkilökuntaa n. 1300. Avustavaa ja huoltohenkilöstöä on n. 700 henkilöä ja hallinto- ja talouspuolella on 160 henkilöä. Henkilöstön keski-ikä on tällä hetkellä korkea (47,6 vuotta) ja jatkossa tulee olemaan kova pula ammattihenkilöstöstä,

koska eläköitymistä tapahtuu seuraavan kymmenen vuoden aikana nopeasti. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstökertomus, 2016.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin laitoksissa toimitaan tehokkaasti osaavan ja hyvin koulutetun henkilökunnan ja teknologisesti korkealaatuisen laitteiston avulla. Seinäjoen keskussairaala toimii opetussairaalana sekä hoitoalan- että lääketieteen opiskelijoille. Sairaanhoitopiiri on kehitysmuotoinen ja kannustava työyhteisö, jossa on mahdollisuus kouluttautua ja kehittyä. Jatkuva laadun kehittämistyö sekä vilkas tieteellinen ja soveltava tutkimustoiminta ovat olleet sairaanhoitopiirissä kehityssuuntana jo usean vuoden ajan. Monipuolisesta yhteistyöstä yliopistojen kanssa on osoituksena sairaanhoitopiiriin kuusi professuuria. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2009, s. 2.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä edellinen strategia oli laadittu vuosiksi 2009–2018. Luottamushenkilöstön vaihtuessa uusi strategia on päivitetty vuosiksi 2013–2020. Tämä uuden strategian valmistelu lähti liikkeelle jo vuonna 2011 skenaariotyönä, jossa rakennettiin tulevaisuuden maailmoja vuoteen 2025. Uuden strategiaohjelman lähtökohdaksi on skenaarioiden pohjalta nelikenttäanalyysi (SWOT), jonka viranhaltijat ovat laatineet luottamushenkilöstön kanssa ja tehneet koko strategiaohjelman pitkällä aikavälillä (alkaen vuodesta 2011). Uusi visio koostuu neljästä teemasta: terveyshyödyn tuottaminen, vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja vahva erikoissairaanhoidon palvelutuotanto, joka on otettu strategian johtotähdeksi. Vision mukaan terveyshyötyä tuotetaan vaikuttavasti, asiakaslähtöisesti ja yhteistyökykyisesti vahvassa erikoissairaanhoidon toimintaympäristössä. Strategiatyössä korostuu koko ajan laajat palvelut, hyvä yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä toimivat hoitoketjut. Lisäksi strategiassa määritellään kahdeksan kriittistä menestystekijää, joille on muodostettu tavoitteet, toimenpiteet ja mittarit. Menestystekijät on hahmoteltu BSC-mallin teemojen (toiminta, asiakas, henkilöstö ja talous) mukaan. Sairaanhoitopiirin suunnitelmiin kuuluu strategian käytäntöön vienti eri toimintasektorien toimintaohjelmien kautta, kuten esi-

merkiksi kliininen toimintaohjelma ja hoitotyön toimintaohjelma, henkilöstöohjelma, talouden toimintaohjelma, investointiohjelma ja tietohallinnon toimintaohjelma. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2013.)

Vision eri elementit liittyvät läheisesti toisiinsa, mutta esittelen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin vision elementeistä asiakaslähtöisyysteemaa ja vahvaa erikoissairaanhoidon osaamista, koska ne liittyvät läheisesti tutkimukseni aiheeseen. Asiakaslähtöisyyteen on sisällytetty myös palvelulupaus, jonka sairaanhoitopiiri on antanut.

Sairaanhoitopiirin strategiassa asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että hoidon ja palveluiden kokonaisuus toimii potilaan kannalta tarkoituksenmukaisesti ja potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa kaikissa sen eri vaiheissa. Asiakkaiden erilaisuus hyväksytään ja otetaan huomioon. Potilaat kohdataan tasavertaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Hyvien tapojen ja arvostavan vastavuoroisuuden merkitys korostuu entisestään esimerkiksi hoitopaikan valinnanmahdollisuuden ja maahanmuuton lisääntyessä. Asiakaslähtöisessä toimintaympäristössä hoito-, kuntoutus- ja palveluketjuista muodostuu organisaatorajoista riippumaton ja saumaton kokonaisuus, jossa potilas / asiakas on keskiössä. Asiakas saa tarvitsemansa hoidon joko sairaanhoitopiirin omana toimintana tai ostopalveluna hankittuna. Yhteistyö perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden kanssa korostuu, jotta palveluprosessi on sujuva ja asiakas saa toimivat palvelut mahdollisimman läheltä. Potilasta tulee hoitaa oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri antaa asiakkaalle palvelulupauksen, jossa luvataan tarjota potilaalle turvallista, laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa sairaanhoitopiirin arvojen - ihmisarvon kunnioittaminen ja vastuullisuus - mukaisesti. Asiakaslähtöisyyden mahdollistaa osaava ja hyvinvoiva henkilöstö. Henkilöstön osaamista kehitetään vastaamaan tulevaisuuden osaamistarpeita sekä tuetaan yksilöllistä uudistumiskykyä yhteistyössä eri koulutusorganisaatioiden kanssa. Henkilökunnan työhyvinvointia ja työssä jaksamista tuetaan monin tavoin.

Etelä-Pohjanmaalla erikoissairaanhoidon palvelutuotanto halutaan pitää omana toimintana, vasta sen jälkeen tulevat erilaisten osaamiskeskusten rakentamispyrkimykset. Tavoitteena on nykyisen palvelutason ja -laajuuden säilyttäminen Etelä-Pohjanmaalla, mikä ei kuitenkaan estä palvelujen järkevää kansallista keskittämistä. Seinäjoen keskussairaalan tulee olla laaja-alaisesti päivystävä organisaatio, joka kykenee hoitamaan muun muassa synnytykset omalla alueellaan. Päivystykseen kulminoituu pitkälti muunkin palvelutuotannon laajuus. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin on pärjättävä tulevina vuosina yhä lisääntyvässä kilpailussa. Tässä on huomioitava esimerkiksi asiakastytyväisyys, sillä asiakkaiden valinnanvapaus eri hoitolaitosten välillä lisääntyy. Hoitolaitosten tuloksia on syytä olla julkisesti nähtävillä, koska laadukas hoito on tärkeää myös kilpailunäkökulmasta. Ensisijaista on kuitenkin turvata palvelujen saanti oman maakunnan asukkaille. Laadukkuuden ohella sairaanhoitopiirin tulee olla kustannustehokas toimija. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2013.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri palvelulupauksessaan (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, 2013) lupaa tarjota laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa potilaalle arvojensa, ihmisarvon kunnioittaminen ja vastuullisuus, mukaisesti. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri lupaa: ”Teemme parhaamme, jotta potilas ja hänen läheisensä kokevat tullessa hyvin kohdelluksi ja kohdatuksi. Haluamme, että potilaan palvelukokemus on mahdollisimman myönteinen ja hän kokee saaneensa apua siihen vaivaan, jonka vuoksi hän on tullut hoitoon. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri tarjoaa sellaista hoitoa ja kuntoutusta, joka lääketieteellisin kriteerein on määritelty toteutettavaksi erikoissairaanhoidossa. Tuotamme palvelut ensisijaisesti itse ja tarvittaessa hankimme ne muilta palveluntuottajilta. Palvelumme perustuu toimiviin ja vaikuttaviin hoito-, kuntoutus- ja palveluketjuihin. Laaja-alaiset päivystyspalvelut ja niihin liittyvät tukipalvelut ovat saatavilla ympäri vuorokauden. Käytämme vaikuttaviksi tunnistettuja hoitomenetelmiä ja -käytäntöjä. Toiminnassamme korostuu potilasturvallisuus. Kehitämme potilaan tarpeista lähtevää ohjausta ja neuvontaa sekä rohkaisemme potilasta osallistumaan hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Vahvistamme ja tuemme potilasta terveyttä edistävissä elämäntavoissa. Hoidossamme korostuu luottamuksellinen yhteistyö potilaan ja

hänen läheistensä kanssa. Asiakaspalaute on meille tärkeää, jotta voimme kehittää toimintaamme entistä laadukkaammaksi.”

3.2 Tutkimusaineiston hankinta

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa perinteisenä tutkimustyyppinä käytetään survey-tutkimusta, jossa tietoa kerätään standardoidussa muodossa ihmisjoukolta. Standardoitu tarkoittaa sitä, että kaikilta vastaajilta kysytään jotakin asiaa täsmälleen samalla tavalla. Tietystä ihmisjoukosta poimitaan otos yksilöitä, joilta kerätään aineisto. Jokaiselta yksilöltä saadaan aineistoa strukturoidussa muodossa joko kyselylomakkeella tai haastattelulla. (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 193, 208.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimusaineisto edustaa tilastollisesti havaintoyksiköiden muodostamaa perusjoukkoa. (Uusitalo, 1998, s. 80). Tämä aineisto on kerätty tekonivelproteesipotilaiden kontrollikäynneillä 3 kuukauden ja yhden vuoden kuluttua leikkauksesta sekä strukturoidun kyselylomakkeen että haastattelun avulla.

Kyselylomakkeen kysymykset (liite 1) olivat kaikille vastaajille samanlaisia ja heiltä kysyttiin samat kysymykset tietyssä vaiheessa vastaanottokäyntiä. Kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin potilaspalautetta, henkilöstön ja johdon näkemyksiä leikatun tekonivelpotilaan hyvästä hoidosta. (Ylikoski, 2001, s. 160–161.) Kyselytutkimuksella voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, jolloin tutkimukseen saadaan paljon vastaajia ja voidaan kysyä monia asioita. Kyselymenetelmä on tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja väivannäköä, mutta siihen liittyy myös heikkouksia, koska aineistoja pidetään usein pinnallisina ja teoreettisesti vaatimattomina. (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 195, 198.) Kyselylomake oli laadittu siten, että asiakkailta ja heidän läheisiltään kysyttiin arviota tekonivelproteesihoitoketjun eri vaiheiden kokemuksista kouluarvosanoin 4-10. Kyselylomakkeen kysymykset etenivät loogisesti, jolloin asiakkaan oli helpompi palauttaa mieleen oman hoitonsa toteutuminen. Kysymyksiä oli 16, joista viisi kohdistui hoitoketjun preoperatiiviseen toimintaan, kahdeksan varsinaiseen toimenpiteeseen ja sairaalassa

oloon sekä kaksi kysymystä leikkauksen jälkeiseen selviytymiseen kotona. Jokaisen viidentoista kysymyksen jälkeen oli mahdollisuus antaa numeerisen arvion lisäksi vapaa-
muotoista palautetta kysymykseen. Strukturoidun kyselylomakkeen viimeisenä kysymyksenä oli avoin kysymys saadusta hoidosta, jossa vastaaja sai tuoda esille kokemuk-
sensa ja mielipiteensä kysytystä asiasta omin sanoin (Ylikoski, 2001, s. 163). Avoimet ky-
symykset antavat vastaajalle mahdollisuuden kertoa, mitä sanottavaa hänellä todella on
(Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 201). Kyselylomakkeen jokaisen strukturoidun kysymyksen
jälkeinen mahdollisuus tuottaa vastauksen lisäksi myös vapaata tekstiä vahvisti struktu-
roitua vastausta ja kyselyn luotettavuutta.

Asiakaskysely leikatuille tekonivelpotilaille toteutettiin 1-29.6.2012 kyselylomakkeella
ortopedian poliklinikalla. Tässä informoidussa kyselyssä sovitut sairaanhoitajat jakoivat
henkilökohtaisesti kyselylomakkeet asiakkailleen heti vastaanoton jälkeen. Hoitajat oli
kirjallisesti ohjeistettu toimimaan samalla tavalla. Jakaessaan lomakkeita sairaanhoita-
jien oli mahdollista antaa tietoa tutkimuksen tarkoituksesta, kertoa miten kyselyyn vas-
tataan, selventää ja tarkentaa kysymyksiä sekä vastata asiakkaan esittämiin kysymyksiin.
(Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 196–197; Uusitalo, 1998, s. 91). Lomakkeen palautusta varten
asiakkaille annettiin kirjekuori, johon sai sulkea vastauksen ja jättää se palautuslaatik-
koon. Kyselyyn vastasi yhteensä 67 tekonivelleikattua asiakasta. Heistä 35 oli kolmen
kuukauden kontrollikäynnillä ja 32 asiakasta vuosikontrollissa.

Tämän lisäksi sairaanhoitajat haastattelivat 1.8–31.8.2012 ja keräsivät sanallista arviota
17 asiakkaalta kolmen kuukauden kontrollissa ja 18 asiakkaalta yksivuotiskontrollissa.
Aineisto kerättiin samalla kyselylomakkeella kuin määrällinen palaute, mutta ilman nu-
meerista arviota. Haastattelussa kysymysten muoto ja esittämisjärjestys noudatti struk-
turoidun kyselylomakkeen järjestystä. Hoitajat haastattelivat asiakkaita ja kirjasivat saa-
mansa tiedon ylös. (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 208.) Uusitalon (1998, s. 91) mukaan sur-
vey-tutkimuksissa voidaan käyttää rinnakkain sekä kyselyä että haastattelua. Osa tie-
doista voidaan kerätä henkilökohtaisin haastatteluin, osa taas haastattelun yhteydessä
jaettavilla kyselylomakkeilla.

Hirsjärven ja muiden (2009, s. 186) mukaan valmiit aineistot soveltuvat harvoin sellaiseen käytettäväksi tutkimuksessa, koska toisten keräämiä aineistoja on vaikea kytkeä omaan tutkimusintressiin. Yleensä aika vähän käytetään valmiina olevia aineistoja, koska ei tiedetä niiden olemassa olosta, tutkimuksen tekijän ei ole helppo etsiä henkilöä, jolla on hallussaan kerättyä tietoa tai tutkija voi itse haluta päättää keräämänsä tiedon sisällöstä ja menetelmistä. Joskus valmiit aineistot voivat olla niin työläitä ja muokattavia ennen kuin ne saadaan käyttöön, että on helpompi kerätä oma aineisto. (Hirsjärvi ja muut, 2009, s. 189–190.) Olipa aineisto tutkijan itse keräämää tai valmis aineisto, niiden olennaista on arvioida käytettävän aineiston yhteys ja soveltuvuus omaan tutkimustyöhön. Koska olin mukana kehittämistehtävässä, olin koko ajan kiinnostunut paitsi ortopedisen potilaan hyvästä hoidosta myös organisaation eli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin toiminnan asiakaslähtöisyydestä.

3.3 Aineiston analysointi

Saadessani kysely- ja haastattelulomakkeet käyttöni, syötin ja tallensin tutkimusaineiston numeeriseen ja sanalliseen muotoon Excel-taulukko-ohjelmaan. Käydessäni kysely- ja haastattelulomakkeita läpi, minun ei tarvinnut poistaa huonosti täytettyjä tai laadultaan huonoja lomakkeita tutkimusaineistosta. Kyselylomakkeessa oli 15 kysymystä 7-portaisella järjestysasteikon tasoisella asteikolla, johon haastateltava otti kantaa valitsemalla asteikolta vaihtoehdon, joka parhaiten kuvasi hänen kokemustaan ja käsitystään saamastaan hoidosta. Lisäksi vastaaja sai kirjata vapaata tekstiä kunkin kysymyksen jälkeen. Haastatteluissa käytettiin samaa strukturoitua lomaketta, johon sairaanhoitaja kirjasi asiakkaan antamat vastaukset kysymyksittäin ja niistä tieto siirrettiin suorina lainauksina havaintomatriisiin. Havaintomatriisissa vaakarivillä on yhden vastaajan kaikkien muuttujien tiedot ja pystysarakkeessa on yhtä asiaa koskevat tiedot kaikilta vastaajilta. (Vilka, 2007, s. 105–106, 111–112.)

Määrällisessä tutkimuksessa valitaan aina sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa tutkittavasta asiasta. Tutkimusongelmaan ja –kysymyksiin sopiva analyysimenetelmä pyritään ennakoimaan jo suunnitteluvaiheessa. Käytännössä sopiva analyysimenetelmä löytyy kokeillessa kyseiselle muuttujalle soveltuvia menetelmiä. Analyysitapa valitaan sen mukaan ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa. Tunnusluvulla kuvataan mihin suuruusluokkaan tai mittaustasoon suurin osa yhden muuttujan havainnoista sijoittuu. Tällaisia sijaintilukuja ovat moodi, mediaani, aritmeettinen keskiarvo ja fraktiili. (Vilka, 2007, s. 119, 121.) Tässä tutkimuksessa aineisto esitetään frekvensseinä ja prosenttilukuina. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan määritellä kahden tai useampien muuttujien välistä riippuvuutta ja korrelaatiolla taas muuttujien välistä riippuvuutta. (Vilka, 2007, s. 119, 129, 130.) Koska tutkimukseen vastaajien määrä oli vain 102 ja aineisto kerättiin ilman taustatietoja, en ristiintaulukoinut enkä tarkastellut muuttujien riippuvuussuhteita aineistosta. Sanallinen aineisto siirrettiin alkuperäisenä analysoitavaksi excelistä word –tekstin käsittelyohjelmaan. Kysymyssarjan viimeistä, avointa kysymystä, tarkasteltiin sisällön analyysillä. Avoimen kysymyksen vastaukset ja palautteet otettiin kaikki mukaan analysointiin ja kehittämisehdotuksiin.

Käsitellessäni sekä 3 kuukauden kontrollissa olevien asiakkaiden että vuoden kontrollissa olevien asiakkaiden kyselylomakkeiden vastaukset kysymyksittäin kirjasin vapaan, avoimen palautteen kunkin annetun numeron viereen. Poistin tyhjät vastaukset ja tarkastelin miten asiakkaat olivat arvottaneet asioita. Haastatteluissa saatua aineistoa kirjasin kysymyksittäin huomioiden molempien kontrollissa olevien asiakasryhmien (3 kk ja 1 vuosi) vastaukset erikseen. Lisäksi vertailin kolmen kuukauden kontrollissa olleiden asiakkaiden vastauksia vuoden kuluttua kontrollissa olleiden asiakkaiden vastauksiin. Seuraavassa vaiheessa lukiessani läpi saatua aineistoa, lähdin muodostamaan mittaria, jossa halusin peilata asiakkaiden saamaa hoitoa ja hoidon laatua heidän odotuksiin ja kokemuksiin. Tarkastellessani haastatteluaineistoa kirjasin kysymyksittäin kunkin vastaukset kohdalle hyvät, positiiviset palautteet, tyydyttävät eli asiakkaiden odotuksien

mukaiset palautteet ja huonot eli toiminnan kannalta kehitettävät palautteet. Täten käsitellessäni aineistoa arvioin vastaukset kolmeen ryhmään kysymyksittäin. Samaa logiikkaa käytin kyselylomakkeen vastauksille. Koska vastaajat olivat käyttäneet numeerista arviota, niin aineistoon perehtymisen jälkeen päätin sijoittaa numeeriset arviot 9 ja 10 positiivisiin ja hyviin palautteisiin, arviot 7 ja 8 tyydyttäviin eli odotusten mukaisiin palautteisiin ja arviot 4, 5 ja 6 huonoihin eli kehitettäviin palautteisiin. Näin pääsin ryhmittelemään aineiston ja tarkastelemaan asiakkaiden ja heidän läheistensä vastauksia kokemastaan palvelusta ja hoidon laadusta.

4 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset koottiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimustavalla ja asiakkaita lähestyttiin kyselylomalleen avulla. Kysely suoritettiin tekonivelpotilaiden kontrollikäynneillä 3 kuukauden ja yhden vuoden kuluttua leikkauksesta. Kyselylomake oli laadittu siten, että asiakkailta ja heidän läheisiltään kysyttiin arviota tekonivelhoitoketjun eri vaiheiden kokemuksista kouluarvosanoin 4-10. Kysymyksiä oli 16, joista viisi kohdistui hoitoketjun preoperatiiviseen toimintaan, kahdeksan varsinaiseen toimenpiteeseen ja sairaalassa oloon sekä kaksi kysymystä leikkauksen jälkeiseen selviytymiseen kotona. Jokaisen viidentoista kysymyksen jälkeen oli mahdollisuus antaa numeerisen arvion lisäksi vapaamuotoista palautetta kysymykseen. Strukturoidun kyselylomakkeen viimeisenä kysymyksenä oli avoin kysymys, jossa sai antaa palautetta hoidosta. Kyselyyn vastasi yhteensä 102 tekonivelleikattua asiakasta (taulukko 1). Kyselylomakkeella vastanneista 67 asiakkaasta 35 oli kolmen kuukauden kontrollikäynnillä ja 32 asiakasta vuosikontrollissa. Tämän lisäksi sairaanhoitajat haastattelivat ja keräsivät sanallista arviota 17 asiakkaalta kolmen kuukauden kontrollissa ja 18 asiakkaalta yksivuotiskontrollissa. Haastateltu aineisto kerättiin samalla kyselylomakkeella kuin määrällinen palaute, mutta ilman numeerista arviota.

Taulukko 1. Leikatut tekonivelpotilaat, jotka vastasivat kyselyyn 3 kuukauden ja yhden vuoden kontrollikäynnillä.

Kysely	numeerinen (kyselylomake)	sanallinen (haastattelu)	yhteensä
3 kk kontrollikäynti	35	17	52
1 v kontrollikäynti	32	18	50
yhteensä	67	35	102

Tarkastelen kerättyä aineistoa tekonivelpotilaan hoitoketjun vaiheistuksen avulla: ennen leikkausta, leikkauspäivänä ja osastolla oloaikana sekä aika vuoden kuluttua leikkauksen jälkeen.

Ensimmäisessä vaiheessa tarkastelen kerättyä aineistoa kriittisissä kontaktipisteissä eli totuuden hetkissä ennen leikkausta eli lääkärin vastaanottoa, lääkärin antamaan informaatiota ja kohtelua, asiantuntijasairaanhoitajan vastaanottoa tai puhelua, sairaanhoitajan antamaa suullista informaatiota ja kohtelua, kirjallista materiaalia ja/tai videota, leikkaukseen odotusajan ja leikkausajankohdasta sopimista sekä asiantuntijahoitajan ja fysioterapeutin tapaamista ennen toimenpidettä eli preoperatiivista käyntiä potilaan kokemana (kysymykset 1-5).

Toisessa vaiheessa tarkastelen millaisena potilas koki leikkauspäivän ja osastolla oloajan tarkastelemalla leikkaukseen tuloa ja siihen liittyviä valmisteluja, leikkaussalissa oloa, heräämössä oloa, osastohoitoa, kivunhoitoa ja fysioterapiaa osastolla, lääkärin kiertoa sekä kotiutusta tai jatkohoitoon siirtymistä (kysymykset 6-13). Ensimmäinen vaihe eli tapahtumat ennen leikkausta luovat asiakkaille odotuksia ja mielikuvia hoitoketjun toisen vaiheen ja jatkon kokemuksiin.

Kolmannessa vaiheessa tarkastelen potilaan leikkauksen jälkeistä aikaa kotona. Millaisena asiakas ja hänen läheisensä kokivat kivunhoidon ja yleisen selviytymisen kotona (kysymykset 14–15). Lopuksi he saivat antaa vielä vapaata palautetta (kysymys 16) saamastaan hoidosta. Tässä vaiheessa asiakas läheisineen pystyivät arvioimaan kokonaisvaltaisemmin kokemaansa selviytymistä leikkauksesta ja elämän hallintaa toimenpiteen jälkeen.

Liitteenä on numeerinen yhteenvetotaulukko tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden vastauksista (liite 2). Vastauksien jakautumista tarkastellaan kysymyksittäin eri ryhmissä ilmaistuina keskiarvoina, frekvensseinä ja prosentteina. Lisäksi olen käyttänyt vastaajien

antamista arvosanoista arviota positiivinen, odotusten mukainen ja kehitettävää riip-puen arvion numeerisuudesta. Jos asiakkaan antama numeerinen arvio on 9–10, olen tulkinnut asiakkaan arvion palvelusta olevan positiivinen ja ylittävän hänen odotukset. Jos asiakas on antanut numeerisen arvosanan 7–8, hän saa odotusten mukaista palve-lua, joka ei yllätä häntä mitenkään. Kokemus palvelusta täyttää hänen laatuvaatimuk-sensa ja hän hyväksyy sen. Jos palveluarvio on kuusi tai alle sen, niin palvelutaso voi järjestäjän näkökulmasta olla riittävä, mutta asiakas ei ole tyytyväinen siihen ja sitä on kehitettävä asiakaslähtöisemmän palvelun saavuttamiseksi.

Esitän seuraavaksi tässä luvussa tekonivelleikkauksessa olleiden asiakkaiden hoitopro-cessin kriittisissä kontaktipisteissä kerättyjen arvioiden ja palautteiden keskeiset tulok-set.

4.1 Asiakkaiden kokemukset tekonivelleikkaukseen valmistautumisesta

Lonkan tekonivelleikkauksen aiheellisuus perustuu aina yksilölliseen arvioon. Yksiselit-teisiä ja yleisesti hyväksytyjä tekonivelleikkauksen aiheita tai oikeaa leikkausajankohtaa ei ole määritelty kirjallisuudessa. Tekonivelleikkaus tehdään, jos nivelkipu ei ole muutoin hallittavissa tai liikerajoitus tai virheasento vaikuttaa olennaisesti henkilön toimintaky-kyyn (Käypä hoito -suositus, 2018.) Tekonivelleikkaukseen tullaan yleensä suunnitellusti ja siihen valmistautuminen aloitetaan heti, kun leikkauspäätös poliklinikalla tehdään. Te-konivelleikkauksen tavoitteen saavuttamiseksi on tärkeää, että asiakas itse haluaa leik-kaukseen ja on valmis aktiivisesti kuntouttamaan itseään. Asiakkaat tarvitsevat yksilöl-listä neuvontaa ja ohjeita selvittääkseen leikkauksesta mahdollisimman hyvin ja nopeasti.

Erikoissairaanhoidossa asiakkaat odottavat asiantuntijan kohtaamista. He ovat hakeutu-neet sairastamisen ja vaivojen takia jo aikaisemmin oman kuntansa lääkäriille tai yksityi-selle lääkäriille, joka on lähettänyt heidät seuraavalle terveydenhuollon portaalle. Tässä vaiheessa asiakkaat odottavat ratkaisua ongelmaansa ja selkeää suunnitelmaa, miten toimitaan heidän sairauden hoitamiseksi. Monilla asiakkailla voi olla odotuksia, miten

olisi hyvä edetä, mutta he eivät välttämättä kerro niistä ainakaan lääkärille, vaan usein he luottavat lääkärin asiantuntemukseen ja hänen tekemäänsä lääketieteeseen perustuvaan ehdotukseen. Tässä tutkimuksessa asiakkaat kokivat 71 %:ia lääkärin kohtaamisen positiivisena, asiallisena, ymmärrettävänä ja hyvänä. Jos positiiviseen palautteeseen lisää vielä tyydyttävän eli odotuksien mukaisen palautteen, niin lääkärin vastaanottoon oli tyytyväisiä valtaosa vastanneista asiakkaista eli 91 %. Verrattaessa kolmen kuukauden ja vuosikontrollissa olleiden asiakkaiden numeerisia vastauksia keskenään, niin vastauksien keskiarvo oli 0,1 yksikköä enemmän vuosikontrollissa olleilla eli 8,75. Vuosikontrollissa olleet asiakkaat kokivat lääkärin palvelun positiivisempänä kuin kolmen kuukauden kontrollissa olleet antaen enemmän arvosanoja 9 ja 10. Positiivisina asioina koettiin lääkärin rooli asiantuntijana ja ammattinsa osaavana henkilönä, joka kertoo ymmärrettävällä kielellä asiakkaan sairauden taustoista, toimenpiteistä ja hoidosta. Asiakkaat nostivat esille myös kohtelun. Lääkäriltä odotettiin vuorovaikutusta ja etenkin asiakkaan kuuntelua. Asiakkaat aistivat ja huomasivat lääkäreiden kiireen, jonka he kokivat kohtaamisessa häiritsevänä tekijänä.

- ”Vastaanotolle meno toki jännitti, mutta hoitajan ja erittäinkin lääkärin rauhallinen ja asiallinen juttelu helpotti ja rauhoitti.”
- ”Herra Y selvitti leikkaukseen liittyvät syyt, asiat ja toimenpiteet erittäin selvästi ja suomen kielellä ja kuunteli asiakasta.”
- ”Ihan asiallisena – tosin olisin kaivannut enemmän keskustelua.”
- ”Tapasin lääkärin pikaisesti ensi kerran leikkauspäivän aamuna. Edellisen kerran pikaisesti polikäynnillä 3-4 vuotta aikaisemmin polvinivelen vuoksi. Olin yksin.”

Kolmen kuukauden kontrollissa olleet asiakkaat kokivat palvelujen olevan enemmän odotusten mukaisia eli antoivat 7 ja 8 arvosanoja. Haastatellut asiakkaat antoivat enemmän positiivista palautetta kuin kyselylomakkeeseen vastanneet. Haastatellut antoivat myös suhteessa ryhmien kokoon enemmän kehitettävää palautetta kuin kirjallisesti palautetta antaneet. Kehittämissuhteita tuli kaikista ryhmistä eli kolmen kuukauden kontrolli- ja yksivuotiskontrolliasiakasryhmistä kirjallisesti ja suullisesti.

Vastaanottotilanteissa tulisi varata asiakkaille riittävästi aikaa keskusteluun ammattilaisten kanssa. Monet asiakkaat jännittävät tai he ovat niin jännittyneitä asiantuntijan kohtaamisessa, jolloin asiantuntijan tehtäväksi tuleekin varmistaa kysymyksiin, että asiakas on ymmärtänyt keskustelun ja hän on saanut osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Julkisella sektorilla on mahdollisuus moniammatilliseen toimintaan, jossa työryhmän jäsenten erilainen osaaminen hyödynnetään palvelupaketin kokonaisuuden rakentamisessa. Erikoissairaanhoidossa ortopedista lääkärin vastaanottokäyntiä täydennetään ja vahvistetaan asiantuntijasairaanhoitajan tapaamisella, joka tapahtuu samalla polikliiniksella käynnillä kuin asiakkaan kanssa tehdään päätös leikkaustoimenpiteestä. Joskus hoitajan tapaaminen ja ohjaus voidaan korvata puhelulla, jos asiakas on hiljattain ollut tekonivelleikkauksessa. Sairaanhoitajan haastattelu ja ohjaus on jatke asiakkaan ja lääkärin tekemälle yhteiselle hoitosuunnitelmalle. Vastaanottokäynnin jakautuminen kahdelle eri asiantuntijalle ei ole tuottanut ongelmia asiakkaille ja heidän läheisilleen, koska lääkärin ja hoitajan tapaamisten sisällöt ovat erilaiset. Yksi asiakkaista totesi sen hyvänä, koska silloin yhdellä tapaamisella ei tule liikaa tietoa ja asioita omaksuttavaksi. Lisäksi todettiin, että hoitajan vastaanotolla on mahdollisuus palata asioihin uudelleen ja kerrata sovittuja asioita. Asiakkaista 99 % koki sairaanhoitajan tapaamisen ja neuvonnan positiivisena tai odotusten mukaisena, koska heillä oli enemmän aikaa kuin lääkäreillä. Heitä kiitettiin asiallisuudesta ja asiantuntemuksesta, rauhallisuudesta ja selkeydestä. Tapaaminen koettiin ystävällisenä ja tarpeellisenä. Vaikka hoitajat antoivat tietoa ja ohjasivat asiakkaita tietyn mallin mukaan, niin he huomioivat koko ajan henkilön yksilöllisyyden ja antoivat jokaiselle mahdollisuuden osallistua oman hoitonsa suunnitteluun annetuissa rajoissa. Asiakkaat toivat esille oman aktiivisuuden mahdollisuutena kysellä ja tarkentaa asioita. He kokivat hyvänä erillisen sairaanhoitajan vastaanoton, jossa saa uudelleen palata asioihin. Jotkut kertoivat vielä soittaneensa jälkeenpäin hoitajan antamaan numeroon. Asiakkaille ja heidän läheisilleen ei saisi jäädä tunnetta, että heidät on jätetty yksin, vaan heille tulee antaa vähintään yksi yhteystieto, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.

Verrattaessa asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotolla olleiden asiakasryhmien numeerisia keskiarvovastauksia, niin yksivuotiskontrollissa olleella vastausryhmällä keskiarvo oli 9,29 eli 0,2 yksikköä parempi kuin kolmen kuukauden kontrollissa olleilla. Kolmen kuukauden kontrollissa olevista 35 % eli 12 vastaajaa koki sairaanhoitajan tapaamisen odotusten täytymisinä eivätkä olleet kommentoineet sitä. Kirjallisen vastauksen antajat olivat käyttäneet arviointiskaalaa laajemmin kuin haastatellut asiakkaat, jotka olivat pääasiassa antaneet positiivista palautetta. Vuosikontrollissa olleelta kirjallisen palautteen antaneelta asiakkaalta tuli palaute, jota hän ei ollut avannut, mutta joka oli selkeä viesti tyytymättömyydestä toimintaan.

Sairaanhoitaja antoi leikkaukseen tuleville ohjausta tukevaa kirjallista materiaalia ja/tai havainnollistavan videon, joihin sai tutustua kotona. Tätä mahdollisuutta osa käytti hyväkseen, osa taas ei. Vastanneista asiakkaista 94 % oli tyytyväisiä annettuun mahdollisuuteen ja heistä 62 % antoi siitä positiivista palautetta. Asiakkaat, jotka olivat kolmen kuukauden kontrollissa, antoivat 8,07 keskiarvon oheismateriaalille, kun vuosikontrollissa olevien keskiarvo oli 9. Asiakkaat antoivat arvioinneissaan myös kehittävää palautetta:

- "Jos ymmärsi tutkia, löytyi lukemista."
- "Ei mitään materiaalia, koska oli jo kolmas uusintaleikkaus."
- "Tyydyttävä."
- "Ei jaksanut oikein syventyä. Asiallista."

Tässä tutkimuksessa olleet asiakkaat kokivat odotusajan leikkaukseen pitkänä. Sitä kuvaa numeerista arviota antaneiden vastaajien keskiarvoiksi lasketut palautteet, jotka kolmen kuukauden kontrolliin tulleilla oli 7,82 ja vuosikontrollissa olleilla oli 8,31. Vertaillen asiakasryhmien antamaa palautetta odotusajasta leikkaukseen ja leikkausajan kohdan sopimisesta, niin vastaajien numeeriset arviot olivat keskiarvoltaan huonoimmat ja heidän kokemukset vaihtelivat tyytyväisyyden mukaan eniten. Kaikista vastaajista kuitenkin 47 % antoi positiivista palautetta, vaikka joidenkin asiakkaiden vastauksista

ilmeni vähintään kolmen kuukauden odotusaikoja lyhimmillään. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tekoniiveljonot ovat olleet pääasiassa hoitotakuussa toteutettuja hoitoja eli keskimäärin kuuden kuukauden leikkausodotusaikoja asiakkaille, mitä voi seurata organisaation toiminnan seurantajärjestelmistä. Kun asiakkaille kerrotaan vastaanotolla keskimääräinen hoitoon pääsyn ajankohta, niin he suhtautuvat pitkäänkin odottamiseen maltillisesti. Vastanneista asiakkaista 35 % mielestä odotusaika vastasi sitä, mitä heille oli lupailtu, vaikka suurin osa heistä koki odotusajan pitkänä. Asiakkaan luottamusta ja turvallisuuden tunnetta voidaan lisätä vielä sillä, kun asiakkaalle annetaan leikkausta koskevia yhteystietoja ja puhelinnumero, johon he voivat soittaa, jos heidän voimissaan tapahtuu jotakin muutosta tai tilanne pahenee.

- ”Odotusaika saisi olla lyhyempi. Iäkäs ihminen nopeasti hoitoon – on myöskin veronmaksaja.”
- ”Vastasi ennakkotietoja. Jouduin itse siirtämään ensimmäistä annettua aikaa myöhäisemmäksi omien asioitteni takia.”
- ”Leikkaukseen pääsy ja odottaminen tuntui pitkältä.”

Asiakkaista melkein viidennes eli 18 % koki odotusajan kanssa ongelmia. Vastauksista voi päätellä, että moni heistä odotti tuon hoitotakuuajan eli kuusi kuukautta kipuihin.

- ”Pitkä odotusaika, mutta odottavan aika on pitkä kipujen kanssa.”
- ”Meinas mennä yli puoli vuotta, mutta nopeutettiin, kun oli vaikeuksia särkylääkkeiden ja –laastarien haitallisuuden takia. Selvisin alle puolen vuoden.”
- ”Odotus tuli pitkäksi kipujen kanssa, mutta ajallaan tuli, koska luvattiin.”
- ”Ainut negatiivinen asia oli, kun ensimmäinen leikkausaika muuttui, piti lähteä osastolta kotia ja odottaa vielä viikko uuteen leikkaukseen kivuliaan jaloin.”
- ”Liian pitkä.”
- ”Odotusaika pitkäkö.””

Osalla asiakkaista oli ongelmia myös ajankohdan sopimisen kanssa, koska yhden henkilön kohdalla vasta viides leikkausaika onnistui. Vastauksesta ei kuitenkaan selvinnyt, oliko siirtojen syynä asiakkaan oma terveydentila vai johtuivatko vaihdokset toimenpiteen järjestäjästä vai ehkä molemmista. Joskus voi käydä myös niin, että asiakkaan kanssa on sovittu leikkaukseen tulo, mutta hän joutuukin lähtemään sairaalasta takaisin kotiin. Tällöin syy voi olla asiakkaan terveydentilassa tapahtuneesta muutoksesta johtuva tai palvelujen järjestäjän, kuten esimerkiksi jokin kiireellisempi päivystystoimenpide vie suunnitellulta toimenpiteeltä salin tai odotettu, erityinen tekonivel ei ole saapunutkaan sairaalaan. Leikkausta odottavat asiakkaat asetetaan yleensä aikajärjestyksessä hoidonvarausjonoon, josta heitä kutsutaan toimenpiteeseen. Asiakkaiden odotusajat toimenpiteeseen saattoi vaihdella sen mukaan, missä sairaalassa hänet leikattiin. Ähtärin sairaala toimi viikko-osastona ja siellä hoidettavat asiakkaat poimittiin tietyn lääketieteellisin kriteerein leikattavaksi. He olivat suhteellisen terveitä ja hyväkuntoisia tekonivelpotilaita. Täten kaikki asiakkaat eivät välttämättä olleet jonossa yhtä pitkää aikaa.

Asiakkaiden vastauksista voi päätellä, että he lähinnä odottivat leikkaukseen pääsyä eivätkä itse olleet sopimassa ajankohtaa toimenpiteelle. Jos hoitoon pääsy kestää keskimäärin sallitun hoitotakuuajan, niin ei ole mielekästä sopia sitä vielä polikliinisellä käynnillä. Hoidonvaraajasairaanhoitaja on yhteydessä puhelimella asiakkaisiin riittävän aikaisessa vaiheessa ennen toimenpidettä, jolloin he pitkän odotusajan jälkeen mielellään ottavat tarjotun toimenpideaajan vastaan tai sopivat hoidon suunnittelijan kanssa heille sopivan ajankohdan. Hoidon järjestäjältä löytyy yleensä joustavuutta, kun etsitään sopivaa ajankohtaa asiakkaalle, jos toimenpiteisiin odotusajat ovat pitkiä. Suunniteltujen toimenpiteiden peruuntumiset eivät ole mielekkäitä kokemuksia kummallekään osapuolelle.

Kun asiakkaan kanssa oli sovittu tekonivelen leikkausajankohta, niin pari viikkoa ennen suunniteltua toimenpideaikaa heidät kutsuttiin niin sanotulle preoperatiiviselle käyn-

nille. Tässä tutkimuksessa asiakkaiden antama palaute asiantuntijasairaanhoidajan ja fysioterapeutin tapaamisesta ja ohjauksesta koettiin hyvin positiivisena. Palvelun arvioinnista oli 74 % positiivista ja 25 % tyydyttävää eli odotusten mukaista palautetta. Molempien asiantuntijoiden antamaa neuvontaa kuvattiin asiallisiksi, tarpeellisiksi, hyviksi, selventäviksi ja valaiseviksi. Asiakkaat kertoivat tapaamisen rohkaiseen ja heille jääneen turvallinen mieli.

- "Ihania ihmisiä! Jäi turvallinen ja hyvä mieli, tapaaminen rohkaisi mieltä."
- "Todella hyvä. Kaikki selitettiin tarkkaan, molemmat."
- "Hyvää ja asiallista neuvontaa."
- "Olivat rohkaisevia."
- "Hyvä ja selventävä."

Yksi asiakkaista pohti omaa rooliaan tiedon saajana ja totesi, että ohjauksen hyöty edellyttää myös hänen omaa motivoituneisuuttaan ja aktiivisuuttaan. Myös yksi haastateltu asiakas kertoi saaneensa vain vähän tietoa itselleen tulevaan toimenpiteeseen.

4.2 Asiakkaiden kokemukset leikkauspäivästä ja osastolla olosta

Seuraavassa vaiheessa tarkasteltiin asiakkaiden kokemuksia leikkaukseen tulosta ja siihen liittyvistä valmisteluista. Asiakkaista koki 79 % leikkaukseen tulon positiivisena ja 20 % odotuksien mukaisena. Vain yksi vastaaja (1 %) koki, ettei palvelu täyttänyt niitä edellytyksiä, joita hän odotti. Numeerisen arvion antaneista asiakkaista kolmen kuukauden kontrollissa olleiden keskiarvo oli 9,09 ja vuosikontrollissa olleiden keskiarvo oli 9,25. Näitä hyviä kokemuksia vahvistivat haastattelussa olleet asiakkaat kokemuksineen:

- "Hyvänä. Tietoa sai, joustavaa toimintaa."
- "Hyvä. En osaa jännittää tai pelätä."
- "Vastaanotto hyvä ja siihen liittyvät valmistelut."
- "Hyvin otettiin vastaan ja henkilökunta oli ystävällistä."
- "Ihan hyvänä, vaikka jännitti kovasti."

Odotuksien mukaisena koki sairaalaan tulon leikkausvalmisteluineen loput kaksikymmentä asiakasta. Asiakkaat kokivat leikkaukseen tulon ja siihen liittyvät valmistelut sujuneen pääasiassa hyvin ja suunnitelmien mukaisesti. Yksi asiakkaista kertoikin lääkärin käyneen lyhyellä tapaamisella. Asiakkaat kertoivat, miten heitä informoitiin ja annettiin tietoa toimenpidettä odottaessa. Osa asiakkaista jännitti ja heitä pelotti tuleva toimenpide. Osa asiakkaista kertoi odotellessaan kuitenkin vapautuneensa jännityksestä ja pe-loista. Lisäksi he kertoivat toiminnan joustavuudesta ja yksilöllisten tarpeiden huomiomisesta.

- ”Halusin tulla ikäni, olosuhteitteni ja vajavuuksieni takia jo edellisenä iltana. Sain kutsun edellisenä päivänä. Olin tyytyväinen. Aamulla (leikkausamuna) klo seitsemäksi syömättä ja juomatta pitkästä matkasta olisi ollut rasittavaa.”

Leikkaussalissa olo koettiin turvalliseksi ja rauhalliseksi. Asiakkaista 87 % eli 85 koki leikkaussalissa olon positiivisena ja 13 % eli 13 odotusten mukaisena. Numeerisen arvion antaneista asiakkaista kolmen kuukauden kontrollissa käyneiden keskiarvoksi saatiin 8,8 ja vuosikontrollissa olleiden asiakkaiden leikkaussalikokemuksen keskiarvo oli 9,42. Sannallista arviota antaneet asiakkaat vahvistivat numeerisia palautteita. Asiakkaat kertoivat hyvästä ja turvallisesta olost, yksilöllisestä hoidosta ja kivuttomuudesta. Turvallisuuden tunnetta toivat vielä ympärillä olevat ihmiset, lääkärit ja hoitajat, joiden kanssa sai keskustella ja jotka kertoivat koko ajan leikkauksen etenemisestä. Jotkut asiakkaat jännittivät toimenpidettä, mitä siinä tapahtuu. Monet asiakkaista nostivat esille kivuttomuuden ja hyvän olon sekä turvallisuuden tunteen ja rauhallisuuden. Yllätyksenä tuli joillekin valveilla oleville asiakkaille toimenpiteeseen liittyvät äänet, jotka olivat hyvin todellisia vasaran ja poran ääniä. Yhtään negatiivista palautetta asiakkaat eivät antaneet leikkaussalissa olostaan.

- ”Hyvä turvallinen olo.”
- ”Aika kului nopeasti, kivuton olo ja kaikki meni hyvin.”

- ”Kaikki hyvin. Aika orpo olo aloittaessa, mutta pidin ammatti-ihmisten asenteesta ja huumorintajusta, jonka tilanne salli.”
- ”Läsnä olevat näyttäytyvät ja kertovat tehtävänsä, työt alkavat, kuulet ääniä. Mitään et tunne. Noin kolmen tunnin kuluttua hoitaja kertoo, valmista on.”
- ”Hyvänä. Näki valmistelut lääkärien tuloon asti ja sitten lääkäri nosti sahan ylös, niin sen jälkeen en muista enää mitään.”
- ”Hoito oli henkilökohtaista.”
- ”Kohteliasta. Sai keskustella ja kysellä hoitajien ja lääkärin kanssa.”

Toimenpiteen jälkeen asiakkaat siirtyivät leikkaussalista heräämöhön, jossa asiakkaiden vointia seurataan muutama tunti ennen vuodeosastolle siirtymistä. Preoperatiivisessa ohjauksessa olleet potilaat tiesivät heräämövaiheen ennakoivan hoidon seuraavaan vaiheeseen siirtymistä. Heräämössä olon koki 67 % toimenpiteessä olleista eli 64 henkilöä positiivisena, 24 % eli 23 asiakasta odotusten mukaisena ja 9 % eli 8 asiakasta ilmaisivat epäkohtia tai eivät saaneet riittävää huolenpitoa ja hoitoa.

Kolmen kuukauden kontrollissa olevien asiakkaiden antaman palautteen keskiarvo heräämössä olosta oli 8,68. Heistä 56 % oli tyytyväisiä hoitoon ja kohteluun. Haastattelussa positiivisia kokemuksia oli 81 % eli 12 asiakkaalla. Vuosikontrollissa olleiden asiakkaiden heräämökokemuksen keskiarvo oli 9,07. Heistä 72 % eli 21 henkilöä antoi kokemuksistaan positiivista palautetta. Haastattelussa asiakkaista 71 % eli 12 oli tyytyväisiä heräämökokemuksiinsa. He kokivat, että heistä huolehdittiin ja heidän lähellä oltiin. Hoitohenkilöstö, erityisesti hoitajat, koettiin ystävällisinä ja turvallisina.

- ”Tiivis tunnelma, mutta huolenpidosta kiitettävä.”
- ”Turvalliseksi, hoitajat.”
- ”Hyvänä ja hauskana. Oli iloinen vastaanotto ja tuntui tosi hauskalta ja ihanalta, kun pääsi heti käveleen. Oli se mahtava tunne!”
- ”Hoitaja oli läsnä, tekee tarvittavat tehtävät, tarjoaa lämmintä juotavaa, teetä ja tilkan konjakkia. Mittaa pulssin ja on lähettyvillä.”

- "Pidettiin erittäin hyvää huolta."
- Turvallinen olotila, vaikka tuli asystole."
- "Olo oli asiallinen. Kipu oli poissa."

Heräämövaiheesta annettiin myös kehitettävää palautetta. Toimenpiteen jälkeen kuudella asiakkaalla oli kylmä ja vointi huono. Osa koki olleensa epäorientoituneita aikaa ja paikkaan eivätkä välttämättä muistaneet tapahtuneesta juuri mitään. Yksi heistä kertoi saaneensa välittömästi apua huonovointisuuteensa. Kaksi asiakasta kertoi erinomaisesta helpotuksen tunteestaan, joten hekin olivat saaneet apua huonoon oloonsa.

Osastohoitovaiheen koki kaikista vastanneista asiakkaista 76 % eli 74 positiivisena, odotusten mukaista se oli 15 %:lle eli 15 ja kehitettävää oli 9 % eli 9 asiakkaan mielestä. Positiivisen palautteen määrä osastohoidosta vaihteli 67 % - 82 % ryhmien antamien palautteiden välillä. Kolmen kuukauden kontrollissa olleet kirjallisen vastauksen antaneet asiakkaat arvioivat vuodeosastohoitoajan keskiarvoksi 8,8 ja vuosikontrollissa olleet antoivat 9,1 keskiarvot. Tyytyväiset asiakkaat arvioivat hoitoansa ja huolenpitoa hyväksi. Hoitajat saivat palautetta huolenpidosta, auttamisesta, avustamisesta, ymmärtämisestä ja ystävällisyydestä.

- "Hoito oli hyvää. Yksin asuvana olisin ollut useamman vuorokauden."
- "Hoito, huolenpito, auttaminen hyvä."
- "Hoitajat kaikki olivat "ihania" ja" huolehtiviaisia!"

Odotusten mukaista hoitoa annettiin pääasiassa numeerisella arviolla ja yksi asiakas jäi kaipaamaan yksilöllisempiä päätöksiä siirroista jatkohoitoon. Eniten palautetta kehitetvästä toiminnasta saatiin haastattelujen avulla. Kaikkien potilaiden toipuminen ja kuntoutuminen ei kuitenkaan edennyt aivan suunnitellulla ja odotetulla tavalla. Asiakkaat kokivat, että pidempi osastohoitojakso olisi antanut enemmän valmiutta selviytyä kotona, mikä olisi tukenut potilashoitoa kokonaisvaltaisemmin. Heidän toipumisessaan todettiin jotakin sellaista, mitä olisi leikkauspotilaan hoidon kokonaisarviointissa pitänyt huomioida paremmin ja arvioitava yksilöllisemmin asiakkaan tarpeesta ja näkökulmasta.

Tällaisia asioita olivat toimenpiteen yhteydessä tapahtunut verenvuoto, menetetty verenmäärä, alentunut hemoglobiini ja niiden seuraukset asiakkaan yleisvointiin, hengitykseen, kipuun ja liikkumiseen. Asiakkaat antoivat myös parannettavaa palautetta hoitajien käytöksestä ja kohtelusta. Osa asiakkaista koki hoitajien osaamisessa ja kohtelussa eroavaisuuksia. Epäkohteliaasti käyttäytyvät hoitajat jäivät asiakkaiden mieliin.

Leikkauksen jälkeinen kivunhoito on yksi haasteellisimpia asioita leikattujen asiakkaiden kuntoutumisen ja kotiutumisen kannalta. Asiakkaat kokivat leikkauksen jälkeisen kivunhoidon onnistuneen osastolla 73 % eli 71 asiakkaan mielestä. Odotusten mukaan kivunhoito toteutui 22 % eli 21 asiakkaan mielestä ja 5 % eli viiden asiakkaan mielestä asia ei hoitunut tai se hoidettiin puutteellisesti. Vuosikontrollissa olleet asiakkaat antoivat positiivisempaa palautetta (ka 8,97) kivunhoidosta kuin kolmen kuukauden kontrollissa olleet asiakkaat, jotka kokivat kivunhoidon toteutuvan enemmän odotusten mukaisena eli tarpeeseen vastaamisena (ka 8,85). Ne asiakkaat, jotka antoivat hyvää palautetta postoperatiivisesta kivunhoidosta, kokivat lääkityksen riittäväksi ja hyväksi. Lisäksi he kertoivat saaneensa ylimääräistä kipulääkitystä aina, kun sitä pyysivät. Joidenkin asiakkaiden kipulääkitys ei ollut riittävä ja heitä pelotti kovat kivut, varsinkin kotiutustilanteessa. He kokivat olonsa turvattomiksi, koska piti pärjätä ilman hoitavia henkilöitä eikä heillä välttämättä ollut kotona ketään. Yksi asiakas nosti esille kipulääkityksen kohdalla riippuvuuden hoitohenkilökunnasta, jolta oli aina pyydettävä lisälääkitystä kipujen lieventämiseen. Asiakkaista kaksi henkilöä kokivat, että hoitajat eivät antaneet riittävästi kivun lievitystä, vaikka he sitä pyysivät. Kun kipu oli hallinnassa, niin asiakkaat antoivat muutenkin hyvää palautetta sekä kohtelusta että asiantuntemuksesta ja hoidosta.

- "Lääkitys toimi erittäin hyvin."
- "Ei kipua tarvinnut kärsiä yhtään."
- "Kivun lievitystä sai tarvittaessa."
- "Ei pyytämälläkään saanu kipulääkettä."

Vuodeosastolla tapahtuvan fysioterapian eli kuntoutuksen asiakkaista koki 73 % eli 68 asiakasta positiivisena. Odotusten mukaisesti fysioterapia toteutui 24 % eli 22 asiakkaan

mielestä. Kolmen (3) % eli kolmen henkilön mielestä heidän odotukset hyvästä fysioterapiasta eivät toteutuneet osastojaksolla. Numeerisesti arvottaneet asiakkaat antoivat kolmen kuukauden kontrollissa kuntoutumiskokemuksistaan 8,82 keskiarvon, kun vuosikontrollissa käyneet pisteyttivät kuntoutumisen 9,13. Asiakkaat kokivat fysioterapeuttien osuuden hyvänä ja asiantuntevana. Heitä neuvottiin ja ohjattiin sekä kannustettiin liikkeelle. Jos leikkausalueelle tuli haavavuotoa, hidasti se asiakkaan kuntouttamista ja kuntoutumista. Kun asiakkaan hoitoaika oli vain 3-4 vuorokautta, niin kuntoutuminen ei todennäköisesti päässyt alkuun jokaisen asiakkaan kohdalla riittävän tehokkaasti.

Osastolla toteutuneesta lääkärin kierrosta asiakkaat antoivat 58 % eli 56 henkilöä positiivista palautetta. Kolmen kuukauden kontrollissa olleet numeerisen arvion antaneet asiakkaat arvioivat lääkärin kierron keskimäärin 8,5 arvoiseksi kokemukseksi ja vuosikontrollissa olleet antoivat 8,97 keskiarvon. Kirjallisen palautteen antaneet antoivat positiivisempaa arviota kokemastaan kuin haastatellut asiakkaat. Positiivisesti yllättyneet asiakkaat antoivat palautetta lääkärille kierrolla tapahtuneesta hyvästä ja ystävällisestä hoidosta, asiallisuudesta, ohjeiden ja ohjauksen antamisesta sekä kohtelusta. Joku asiakkaista kirjasi odotuksen mukaiseksi tapaamisen, jossa lääkäri kertoo mitä tapahtuu, joku toinen taas kertoi, ettei lääkäri puhunut mitään.

- ”Lääkärillä oli riittävästi aikaa, en kaipaakaan mitään pitkiä jaaritteluja, kun saa tärkeimmän ja oleellisen.”
- ”Hyvä. Lääkäri mukava ja antoi hyvin ohjeita ja selitti asiat hyvin.”

Odotusten mukaista hoitoa ja kohtelua lääkäriltä koki saaneensa 30 % eli 29 asiakasta. He kuvailivat lääkärin kiertoa tavanomaisena ja asiallisena tapahtumana, jossa sai selonteon leikkauksesta ja vastukset kysymyksiin. Vuosikontrollissa ollut asiakas antoi arvosanan 7 perustellen arviotaan lääkärin puhumattomuudella, mutta hän ei esittänyt toiveita muunlaisesta käyttäytymisestä, joten hän todennäköisesti koki sen kuitenkin riittävänä palveluna. Kaikista ryhmistä annettiin kehitettävää palautetta, eniten vuosikontrollissa olleilta asiakkailta. Asiakkaista 12 % eli 12 henkilöä ei kokenut saavansa lääkäriltä

hyvää hoitoa eikä kohtelua ja he antoivat kehitettävää palautetta. Useimmat heistä olisivat halunneet tavata leikkaavan lääkärin tai yleensä lääkärin useamman kerran hoitajaksonsa aikana. He olisivat halunneet keskustella enemmän lääkärin kanssa ja he kokivat, että kiertävä lääkäri oli niukkasanainen tai ei puhunut mitään tai kierrolla ollut lääkäri ei ollut heidän oma leikkaava lääkäriinsä.

- "Nopeata. Leikkauksessa olleet lääkärit eivät käyneet osastolla."
- "Lääkäri kävi kerran katsomassa, kun olin 6 päivää osastolla."

Joku asiakkaista koki, ettei ollut hoitajakson aikana aivan tietoinen omasta hoidostaan, mikä kuvaa hoitosuhteen vuorovaikutuksellisuutta ja luottamusta toiseen osapuoleen ja häneen asiantuntijuuteensa.

- "Ei oikein ollut ajan tasalla."
- "Uskalsin kysellä asioita ja ottaa selvää."
- "Vähän liian hätäinen" - olisin halunnut keskustella enemmän.

Yksi asiakas koki ottaneensa aktiivisemmän potilaan roolin ja kyselleensä sekä selvitellessä asioita oma-aloitteisesti.

Kysyttäessä siirtymisestä kotiin tai jatkohoitopaikkaan asiakkaista 63 % eli 60 henkilöä antoi positiivista palautetta. Odotusten mukaan toimittiin 33 % eli 32 asiakkaan mielestä ja odotukset jäivät täyttymättä 4 % eli neljän asiakkaan mielestä. Vertailtaessa asiakkaiden kokemuksia kotiutuksesta tai jatkohoitopaikkaan siirtymisestä, niin kolmen kuukauden kontrollissa olleet antoivat 8,59 keskimääräisen arvosanan ja vuosikontrollissa olleet antoivat 8,80. Asiakkaat kokivat kotiutuksen sujuneen hyvin ja asiallisesti. Positiivisimpia kokemuksia oli asiakkailla, jotka lähtivät sairaalasta suoraan kotiin. Etukäteen valmistautuminen kotiin, neuvonta ja ohjaus koettiin hyvinä. Osa asiakkaista nosti kotiutuksessa esille myös kuljetuksen ja kyydin kotiin asti. Vuosikontrollissa olleet asiakkaat antoivat positiivisempaa palautetta kokemastaan kotiutuksesta, kun toimenpiteestä oli kulunut enemmän aikaa ja he olivat kuntoutuneet ja saaneet enemmän omaa elämää hallintaan.

- "Aika pian kotia. Lähdin mielelläni hyvän opastuksen ja neuvonnan saattelemana."
- "Kotihoitoon."
- "Kotiuttava mieshoitaja oli mahtava. Kiitos."
- "Sai hyvät ohjeet ja osasto järjesti kuljetuksen ym. hyvin."

Suunnitelmien mukaisesti ja odotuksia vastaavasti toimittiin 32 asiakkaan eli 33 % kanssa. He mainitsivat jatkohoitopaikakseen useammin terveyskeskuksen tai yksityisen hoitolaitoksen. Jos jatkohoitopaikaksi oli suunniteltu jokin muu kuin oma koti, olivat he tyytyväisiä hoitoon siellä. Yksi jatkohoitoon ja -kuntoutukseen siirtynyt asiakas koki kuitenkin terveyskeskuskuntoutuksen vähäiseksi. Kehitettävää palautetta saatiin kaikilta ryhmiltä paitsi kolmen kuukauden kontrollissa olleilta kirjallisen palautteen antaneilta asiakkailta. Yksi asiakas koki haastavana kotiutumisen, mutta hän ei kertonut enempää, mitä hän tarkoitti haastavuudella. Asiakkaiden kanssa oli preoperatiivisella käynnillä suunniteltu ja mietitty jatkohoitopaikkaa ja leikkauksen jälkeen toimittiin ensisijaisesti suunnitelmien mukaisesti. Suunnitelmat saattoivat hieman muuttua riippuen leikkauksesta selviytymistä ja kuntoutumista. Asiakkaista yksi koki selviytyvänsä kotona eikä halunnut muualle jatkohoitoon. Hänen toiveensa toteutettiin, koska kotiutusta suunniteltaessa hän täytti vaadittavat kriteerit kotikotiutumiselle. Yhden asiakkaan kohdalla varattu jatkohoitopaikka oli todennäköisesti sillä hetkellä täynnä ja hän joutui olemaan kaksi vuorokautta suunnitellun jatkohoitopaikan välinevarastossa, mikä oli mieleenpainuva ja epämiellyttävä kokemus, joka kääntyi kuitenkin hoitojakson aikana positiiviseksi. Pääasiassa tekonivelpotilaiden hoidon jatkuvuus turvattiin yhteistyössä jatkohoitopaikkojen kanssa, mutta hoitopaikoissa saattoi ilmetä muilla potilailla yllättäviä infektioita tai virustauteja, kuten norovirusta, jotka aiheuttivat muutoksia suunnitelmiin. Näissä tapauksissa asiakkaat antoivat hyvin positiivista palautetta jatkohoitopaikkamuutoksiin.

4.3 Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä kotona

Tekonivelleikkauksessa olleilta asiakkailta ja heidän läheisiltään kysyttiin asiakkaiden selviytymisestä kivunhoidon kanssa kotona. Heistä 56 % eli 55 asiakasta kertoi pärjäneensä hyvin. Asiakkaista ja heidän läheisistään 30 % eli 30:n kokemus eteni hallitusti odotetulla tavalla. Kivunhoidosta 14 % eli 14 asiakkaan kokemana kipu oli hoidettu vajavaisesti tai lievitys ei ollut riittävää, jolloin asiakkaat olivat tyytymättömiä siihen.

Kolmen kuukauden kontrollissa olleet asiakkaat antoivat numeerisesti 8,32 keskimääräisen arvion kotona kivusta selviytymiselle ja vuosikontrollissa olleet kokivat selviytyvänsä keskimäärin 0,26 yksikköä paremmin eli 8,58.

Osa asiakkaista, jotka antoivat kokemuksistaan hyviä arvioita, pärjäsivät kotona kivun kanssa hyvin eivätkä tarvinneet kovin pitkään kipulääkitystä. Hyviä arvioita antaneet asiakkaat kertoivat kotihoito-ohjauksen hyväksi ja lääkkeitä olleen riittävästi.

- ”Pääsin hyvin matkaan kotioloissa ja edistyin parempaan päin nopeasti.”
- ”Sain tarpeeksi lääkkeitä ja jopa kovia lääkkeitä. Kipu kova alkuaikoina.”
- ”Tarkat ohjeet annettuna. Luonnistui hyvin.”
- ”Kipuja ei juurikaan ole ollut.”

Yksi asiakkaista kuvasi kivun hallintaa ja kotiin pääsyä suurempana positiivisena kokemuksena kuin kivuttomuutta.

- ”Oli ihana tulla kotiin, omat tutut paikat ja kesä tulossa, linnut lauloi ja kukkaset nyökytteli.”

Kivunhoito oli kuitenkin haasteellista aika monen asiakkaan kohdalla. Asiakkaat, jotka kokivat kivun hallinnan huonoksi ja halusivat sitä kehitettävän, kertoivat miten kipu vei

unen eikä kipulääkitys auttanut. Asiakkaiden kivuliaisuus hidastutti myös kuntoutumista. Yksi asiakkaista kertoi, miten kivut valvottivat häntä ja hänellä oli vaikeaa kaksi kuukautta.

- "Unettomuus, olin kovin uupunut 2 viikkoa."
- "Kipulääkitys ei juuri purrut. Unen vähyys."

Myös kivun voimakkuus yllätti tekonivelleikattuja asiakkaita ja he kokivat olevansa yksin sen kanssa. Osa jo kotiutuneista asiakkaista sai apua terveyskeskuksesta, kotisairaanhoidajalta tai terveydenhoitajalta. Osa asiakkaista siirtyi jatkohoitopaikan kautta kotiin, jossa tarvitsivat vielä kovaa kipulääkitystä useamman kuukauden. Myös puoliset saivat tunnustusta hoitoon osallistumisesta.

- "Hyvä, vähän yksinäistä kivun kanssa."
- "Hyvä. Kotisairaanhoido tk:sta apuna."
- "Terveydenhoitajan käynnit miellyttäviä. Puolisoni auttoi kaikilla tavoilla."

Haastatteluryhmissä annettiin eniten positiivista palautetta ja kuvattiin sanallisesti selviytymistä. Haastatellut asiakkaat kertoivat myös, ettei selviytyminen ollut kovin helppoa, koska välillä hyvin voimakasta kipua ei saanut lääkitykselläkään hallintaan. Joku asiakkaista kertoi, ettei osannut ottaa muiden tarjoamaa apua vastaan, koska oli pitkään huolehtinut itse itsestään. Yksi asiakkaista kuvasi vointiaan ja kipuaan kertomalla, että piti pakottaa itseään harjoituksiin.

Yleisestä selviytymisestä kotona asiakkaat ja heidän läheisensä antoivat 57 % eli 55 asiakasta positiivista palautetta, 31 % eli 30 asiakasta odotusten mukaista palautetta ja 12 % eli 11 asiakasta oli tyytymätön palveluun tai heidän kokemuksensa olivat huonoja. Verratessa leikkauksen jälkeen yleistä selviytymistä kotona, niin kolmen kuukauden kontrollissa olleet kyselyyn vastanneet antoivat arvosanan 7,91 kokemalleen ja vuosikontrollissa olleet arvosanan 8,47. Molemmissa näissä kirjallisen palautteen antavissa ryhmissä asiakkaista puolet antoi positiivista palautetta ja molemmissa ryhmissä 9 % eli

kolme asiakasta nosti esille kehitettävää. Haastateltavissa ryhmissä positiivisempaa palautetta tuli vuosikontrollissa olleilta asiakkailta. Kehitettävää tuli molemmista haastatelluista ryhmistä, enemmän kuitenkin kolmen kuukauden kontrollissa olleilta asiakkailta.

Tutkimuksessa olleiden leikattujen asiakkaiden mielestä 57 %:lla toimenpiteestä selviytyminen toteutui hyvin. He saivat alkuvaiheessa apua läheisiltään, kuten vaimolta ja lapsilta perheineen, avustajalta, kotisairaanhoidajalta ja kotipalvelusta sekä ystäviltä ja naapureilta. Leikkauksesta selviytymisen, nopean pystyyn nousemisen ja alkukuntoutumisen sekä hyvän kivunhoidon jälkeen potilaiden selviytyminen vaikutti heidän päivittäiselviytymiseensä ja kuntoutumiseensa toimenpiteestä.

- "Omasta mielestä ihmeen hyvin."
- "Ei mitään suurempia haittoja. Kaikki sujui hyvin."
- "Sairaalasta päästyäni olin 2 viikkoa tyttärenti luona jatkohoidossa ja sen jälkeen kotonaolo sujuikin jo melko hyvin."
- "Hyvän avustajan tukemana meni hyvin."
- "Selviydyin hyvin vaimon avustuksella. Kotisairaanhoidoa saatiin tarvittaessa. (3 käyntiä)"
- "Selvittiin hyvin. Apuvälineet."
- "Selvisin hyvin, kun naapurit kävi auttamassa ja omat pojat perheineen auttoivat!"

Odotusten mukaisena selviytymisen kotona koki 31 % vastanneista asiakkaista. He tarvitsivat apua päivittäiseen selviytymiseen, koska leikkauksen jälkeinen kuntoutuminen eteni yksilöllisesti riippuen mm. lähtötilanteen lihaskunnosta ja toimenpiteen onnistumisesta, komplikaatioiden määrästä ja muista sairauksista sekä henkilökohtaisista rajoitteista.

Asiakkaista 12 % oli sitä mieltä, että yleinen selviytyminen kotona ei vastannut sitä mitä etukäteis- eli preoperatiivisella käynnillä oli suunniteltu eikä siten vastannut heidän odotuksiaan.

- "Muuten hyvin, mutta kivulias."
- "Sisulla"
- "Apua tarvitsin."
- "Yksin asuvana "monivaivaisena" omakotitalossa oli vaikeaa. Naapuripuoli pelasti ja ruokapalvelu 2 viikon ajan."

Usealle asiakkaalle toipumisen ja kuntoutumisen alkuvaihe oli hyvin haastavaa, varsinkin jos kipua ei saatu hallintaan. Kipujen hellittäessä ja kuntoutumisen edetessä myös elämän hallinta mahdollistui ja elämän laatu parani. Yksi asiakas toi esille huolestuneisuutensa selviytymisestä jatkossa. Kun leikkauksen jälkeinen proteesikuntoutus ei päässyt alulle riittävän nopeasti, niin hän pelkäsi, että se saattaa vaikuttaa hänen kokonaiskuntoutumiseensa ja liikkumiskykyynsä jatkossa. Lisäksi hänen kohdallaan kontrollikäynti poliklinikalle lääkärin vastaanotolle ei toteutunut suunnitellussa kolmen kuukauden aikataulussa.

- "Jalkaa ei saanut sänkyyn, kuntoutusta ei saanut kotiin, ei myöskään jatkokuntoutusta ole ollut. Kontrolliaika lääkärille venyy ja venyy..."

4.4 Asiakkaan omat ja hänen läheisensä kokemukset tekonivelleikatun hoidosta ja kuntoutumisesta

Tutkimuksen viimeisenä kysymyksenä annettiin tekonivelpotilaana olleille asiakkaille ja heidän läheisilleen mahdollisuus antaa vapaata palautetta hoidostaan. Kolmen kuukauden kontrollissa olleista kyselyyn vastanneista 35 asiakkaasta 20 jätti käyttämättä tilaisuuden hyväkseen eli ei vastannut kysymykseen. Kolmen kuukauden kontrollissa kyselylomakkeella vastasi siis 15 asiakasta ja haastattelussa kysymykseen vastasi neljätoista

seitsemästätoista asiakkaasta ja heidän läheisestään. Yksivuotiskontrollissa olleista kyselyyn vastanneista 32 asiakkaasta 15 asiakasta vastasi avoimeen kysymykseen kokemastaan hoidosta. Haastatteluryhmässä kysymykseen vastasi kolmetoista kahdeksastoista henkilöstä, joista kukaan ei antanut korjattavaa palautetta.

Kaikista kysymykseen vastanneista 57 henkilöstä 81 % eli 46 asiakasta ja heidän läheistään olivat tyytyväisiä hoitoonsa liittyviin kokemuksiin ja kohteluun. Asiakkaat antoivat positiivista palautetta tekonivelleikkauksen lopputuloksesta ja myös vaiheista ennen ja jälkeen toimenpiteen. He kokivat, että hoito on vastannut niitä toiveita ja odotuksia, joita asiakkailla oli tai joita asiakkaille luotiin vastaanottotilanteissa. Asiakkaat kokivat olleensa hyvissä käsissä, mikä kuvastaa heidän luottamustaan ammattilaisiin ja hoidon jatkuvuuteen. Asiakkaat antoivat positiivista palautetta yksilöllisestä kohtelusta ja neuvonnasta sekä asiakkaan kokonaisvaltaisesta huomioimisesta. Hoitohenkilökunta koettiin kannustavana osaamisestaan ja ystävällisyydestään.

- "Hoito on vastannut hyvin odotuksia. Kiitos kaikille."
- "Leikkauksen tulos hyvä."
- "Olen ollut tyytyväinen kaikkiin hoitoihin. KIITOS!"
- "Tunsin olevani hyvissä käsissä ja hoidossa. KIITOS KAIKILLE HOITAJILLE!"
- "Todella tyytyväinen kaikkeen. Toivottavasti jatkuu samanlaisena. Enää en edes muista lonkkanivelen vaihtoa. Kiitos kaikesta."
- "Olen ihan tyytyväinen kaikkeen hoitoon liittyvään. Myös jälkikontrollit hyvät ja saadut neuvot hyviä."
- "Eriyisen hyvää hoitoa. Nopea parantuminen. Kiitoksia."
- "Olin leikkauksen jälkeen Kivipurrossa, hoito hyvä."
- "Jäi miellyttävä olo sairaalassa olosta. Olen tyytyväinen!!"
- "Olen saanut hyvän hoidon, polvet ovat nyt hyvässä kunnossa. Olen palannut työelämään ja mikä parasta ei tarvinnut jäädä vielä eläkkeelle."

- "Sain tosi hyvää hoitoa joka paikassa. Leikkaava ortopedi X osasi 100 % työnsä! Siitä kiitos ja myös leikkaussalin koko henkilökunnalle ja muille minua hoitaneille. Teette arvokasta työtä! Nautin elämästäni uusin jaloin!"
- "Kiitos kivut jäivät tänne!!"
- "Kaiken kaikkiaan kaikki on mennyt hyvin."
- "Kaiken kaikkiaan reissu meni paremmin kuin hyvin sekä sairaalassa että kotona! Kiitos!"
- "Kaiken kaikkiaan reissu meni paremmin kuin hyvin sekä sairaalassa että kotona! Kiitos!"
- "Ähtärin sairaalassa koko henkilökunta on todella miellyttävää ja potilas saa turvallisen ja hyvän hoidon."

Asiakkaat antoivat myös negatiivista palautetta eli kehitettävää. Tekonivelpotilaiden odottaminen toimenpiteeseen kestää usein hoitotakuun salliman ajan eli kuusi kuukautta, joskus pidempäänkin. Leikkaukseen odottaminen koetaan pitkänä aikana, koska asiakkaat ovat usein hyvin kivuliaita ja heidän liikkumisensa on rajoittunutta. Tämä vaikuttaa heidän selviytymiseensä arjessa ja elämän laatuun. Asiakkaat antoivat pääsääntöisesti positiivista palautetta henkilöstöstä, mutta he kaipasivat lääkäreiden osallisuutta ja keskusteluja hoidosta. Asiakkaat kokivat myös muun hoitohenkilöstön läsnäolon ja tilanteisiin osallistumisen tärkeinä asioina ja olivat pettyneitä, jos hoitajia ei näkynyt heidän lähtiessään kotiin. Joskus toimenpiteen yhteydessä voi tapahtua asioita, jolloin lopputulos ei aina vastaa odotuksia. Vaikka asiakkaat olivat tyytyväisiä itse hoitoon, niin he kertoivat, miten pitkittynyt pahoinvointi ja kipu kotona voivat hidastaa kuntoutumista pääsemisessä ja paranemisessa. Myös liika kuntoutus ja harjoittelu voivat olla haitaksi ja aiheuttavat leposärkyä ja unettomuutta. Annetussa palautteessa korostuu yksilöllinen tarpeesta lähtevä neuvonta, jonka hoitajat ja fysioterapeutit kokevat ammatillisena haasteena. He täydentävät koulutuksilla ja näyttöön perustuvilla tutkimuksilla tätä osaamisen aluettaan. Lisäksi he ottavat mielellään vastaan asiaan liittyvää palautetta

asiakkailta ja heidän läheisiltään kehittääkseen omaa toimintaa asiakkaan edun mukaiseksi. Tekonivelpotilaan hyvä hoito on myös paljon yhteydenpitoa hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Yleensä asiakkaan preoperatiivisella käynnillä kartoitetaan mahdolliset avun tarpeet ja ollaan yhteydessä heihin jo ennen toimenpidettä hoidon järjestämiseksi. Tutkimuksessa nousi esille asiakkaan vaikeus löytää leikkauksen jälkeen oikeaa henkilöä hoito- tai palvelutarpeeseensa. Kotiutustilanteessa yhdelle asiakkaalle oli jäänyt tekemättä kuntoutuslähete terveyskeskuksen fysioterapiaan, mutta onneksi hän oli itse lähtenyt selvittämään tilannetta ja kuntoutus saatiin alulle pienellä viiveellä. Potilaiden hoitoon osallistuvien tahojen yhteistyö edellyttää monesti asiantuntijoiden lähetteidensä ja konsultaatioidensa tekemistä, mikä hidastuttaa potilaan asioidensa järjestelyä ja hoitojen aloittamista. Tekonivelpotilaan hoitoon kuuluu oleellisesti myös jälkitarkastukset, jotka ovat kolmen kuukauden ja vuoden kuluttua toimenpiteestä. Näistä tavoiteajoista pyritään pitämään kiinni, mutta joskus asiakkaat joutuvat odottamaan niitä vähän pidempään. Toimenpiteiden jälkeisillä kontrolleilla tuetaan ja annetaan tietoa potilaalle sekä kerätään palautetta ja kokemuksia asiakkailta kehittämistyöhön sekä hoidon vaikutustietoja.

4.5 Asiakkaiden odotukset ja kokemukset palvelujen laadusta

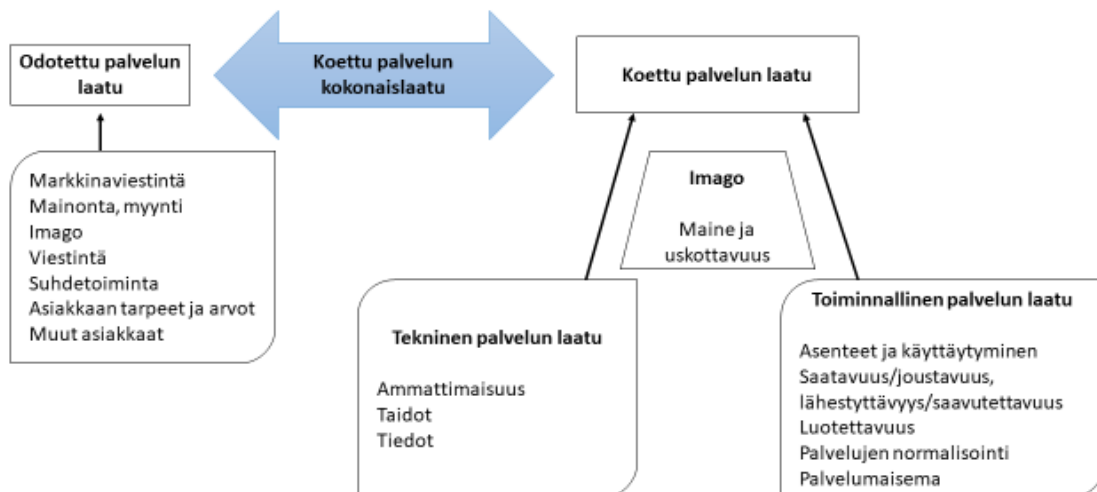
Laatua pidetään yhtenä kilpailutekijänä ja menestyksen avaimena. Laadun määrittely voi vaihdella sen mukaan kuka sitä määrittelee ja millä arvoilla. Palvelujen laatua tulisi aina tarkastella asiakkaan näkökulmasta, koska vain asiakas voi kertoa onko laatu hyvä vai huono eli vastaako laatu sitä mitä asiakas odottaa. (Schrembri, 2015, s. 109, 114–115.). Grönroosin (2009, s. 101–102, 104) mukaan kokemus laadusta muodostuu sekä palvelun lopputuloksesta että varsinaisen palveluprosessin sujuvuudesta. Asiakkaat kokevat palvelun aina kokonaisuutena, joka muodostuu monen eri tekijän summasta ja kuvaavat palvelupaketin laatua usean tekijän avulla. Asiakkaiden arvioidessa palvelujen laatua, he arvioivat ydinpalvelujen lisäksi myös lisä- ja tukipalveluja. Esimerkiksi lääkärin vastaan-

otto ilman lisäpalvelua, kuten ajanvarausjärjestelmää tai laboratorio- ja kuvantamispalveluja, olisi mahdollon toteuttaa sairaalaorganisaatiossa. Tukipalvelut tekevät ydinpalvelun käyttämisen helpommaksi ja ovat kilpailukeino, kuten vastaanottotoiminnassa asiakkaalle mukavat odotustilat. Arvioitaessa palvelun laatua lopputulos eli tekninen laatu on yleensä hyvän laadun edellytys ja sen on oltava hyväksyttävää. Myös aikaulottuvuudella on merkitystä. Hyväksyttävä laatutaso riippuu kunkin asiakkaan tarpeista ja odotuksista, joten se voi vaihdella. Kun lopputuloksen laatu on riittävän hyvä, niin sen merkitys asiakkaalle vähenee. Silloin kilpaillaan palvelujen toiminnallisella laadulla. (Schembri, 2015, s. 111, 114–115.)

Asiakkaan arvio kokonaislaadusta muodostuu hänen vertaillessa odotuksiaan saamiinsa kokemuksiin palvelun käytöstä eli odotukset vaikuttavat keskeisesti asiakkaan kokemukseen palvelun laadusta. Odotukset ovat muodostuneet asiakkaan aikaisemmista kokemuksista, muiden ihmisten kertomista kokemuksista, palvelujen tarpeesta ja hänen elämäntilanteesta. Myös organisaatiosta muodostunut mielikuva ja lupaukset vaikuttavat asiakkaan odotuksiin ja vaatimuksiin palvelun laadusta. Koettuun palvelun laadunsaamiseen vaikuttaa erityisesti se, mitä asiakkaan ja palvelun tarjoajan välillä vuorovaikutuksessa tapahtuu. Usein vuorovaikutustilanteessa asiakkaalle syntyy käsitys laatutasosta, jonka pohjalta he arvioivat palvelua. Asiakkaiden silmissä monet palvelut konkretisoituvat niihin ihmisiin, jotka suorittavat kyseistä palvelua. Jokainen työntekijä, joka on tekemisissä asiakkaiden kanssa, luo kuvaa organisaation palvelun laadusta. Tekninen laatu kuvaa sitä, mitä asiakas saa palvelutilanteessa. Asiakkaan kokemaan palvelun laatuun vaikuttaa myös toiminnallinen laatu eli kokemukset siitä, miten hän kokee palvelutilanteen. Asiakas näkee teknisen ja varsinkin toiminnallisen laadun organisaation imagon kautta. (Grönroos, 2009, s. 100–103, 105–106; Kremers, Zaalberg, Van Den Ende, Van Beneden, Holleman, Nanayakkara & Haak, 2019, s. 6.)

Tässä tutkimuksessa tarkastelen terveystalvelujen asiakaslähtöisyyttä tekonivelleikatun potilaan hoidon eri vaiheissa asiakkaiden ja heidän läheistensä kertomien odotusten ja

kokemusten kautta myötäillen Grönroosin (2009, s. 105, 121–122) koetun palvelun seitsemää kriteeriä kokonaislaadun ulottuvuuksina (kuvio 5). Yksi näistä kriteereistä on ammattimaisuus ja taidot, jotka kuvaavat tekonivelpotilaan hoidon lopputuloksen laatua ja on siten teknisen laadun ulottuvuus. Teknisen palvelun laatu-ulottuvuus on asiakkaan arvonluontiprosessin ydin, mikä kuvaa asiakkaan saamaa arvoa palvelusta. Palvelun laadun muut kriteerit: asenteet ja käyttäytyminen, palvelujen saatavuus/joustavuus ja lähestyttävyy/saavutettavuus, luotettavuus, palvelujen normalisointi sekä palvelumaisema liittyvät toiminnalliseen laatuun. Viisi toiminnallista laatukriteeriä kuvaavat palvelun prosessin ja vuorovaikutuksen laatua. Seitsemättä laatukriteeriä kuvaavat organisaation maine ja uskottavuus, jotka liittyvät imagoon toimien laadun kokemisen suodattimena.



Kuvio 5. Palvelun koettu kokonaislaatu ja seitsemän hyväksi koetun palvelun kriteeriä (mukaillen Grönroos, 2009, s. 103,121).

Esitän tässä tutkimuksessa saadut keskeiset tulokset soveltaen koetun palvelun kriteereitä Grönroosin koetun palvelun kokonaislaatumalliin.

Leikkauksessa olleet asiakkaat arvioivat tekonivelpotilaan hoidon laadun eri vaiheita: valmistautumista toimenpiteeseen, leikkauksessa ja sairaalassa olo –vaihetta sekä leikkauksen jälkeistä aikaa kotona. He antoivat hoidon eli tekonivelleikkauksen lopputuloksesta eli teknisestä palvelun laadusta ja osaamisesta hyvää palautetta. Kun heiltä kysyttiin leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä, niin 88 % vastaajista oli tyytyväisiä ja kokivat palvelun toivottuna tai riittävänä. Hoitoketjun alkuvaiheessa ennen toimenpiteeseen tuloa asiakas asioi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sairaalan ortopedian poliklinikalla, jossa hän kohtasi tekonivelpotilaan hoitotiimin. Asiakas läheisineen kohtasivat erikoislääkärin, sairaanhoitajan ja fysioterapeutin, jotka arvioivat hoidon tarpeen, ohjasivat ja valmistelivat asiakasta toimenpiteeseen. Toisessa vaiheessa asiakas saapui leikkaukseen ja toimenpiteen myötä siirtyi leikkaussalin odotustilasta, leikkaussaliin, heräämöhön ja samana päivänä vielä osastolle. Näissä paikoissa asiakas kohtasi useita ammattilaisia ja moniammatillisia työryhmiä hoitonsa aikana. Kolmannessa vaiheessa asiakas arvioi hoidon laatua ollen jo kotona tai paikassa, josta hän tuli toimenpiteeseen.

Asiakkaat antoivat positiivista palautetta hoitoketjun eri vaiheiden ammattilaisille ja heidän osaamiselleen. Annetusta sanallisesta palautteesta voi päätellä asiakkaiden osoittaman ammattilaisten arvostuksen. Asiakkaat antoivat positiivista palautetta yksittäisille työntekijöille tai ammattiryhmille. Suurimmat odotukset kohdistuivat todennäköisesti lääkäriin, jonka kanssa tehtiin merkittävimmät päätökset hoidon suhteen. Tekonivelpotilaan palvelupakettiin kuuluvien muiden ammattiryhmien asiakaskohtaamiset vahvistivat ja syvensivät asiakkaan kanssa tehtyä hoitolinjan valintaa hoidon edetessä. Asiakkaiden tai potilaiden hoitoon liittyvä erikoisosaaminen tekee palveluista asiantuntijapalveluja. Saver, Martin, Adler, Candib, Deligiannidis, Golding, Mullin, Roberts ja Topolski – tutkijaryhmän (2015, s. 6) mukaan potilaan, kuten tekonivelpotilaankin, hoitoon osallistuvien henkilöiden erikoisosaaminen vaatii tietoa, taitoa ja kokemusta sekä tiimityötä ammattilaisten kesken asiakkaan koko hoito- ja kuntoutumisprosessin ajan. Hoito liittyy asiakkaan ongelmien ratkaisemiseen ja lähtee aina yksilöllisesti hänen tarpeistaan, tehdystä suunnitelmasta ja sen toteutuksesta. Asiantuntijapalvelut edellyttävät osaamista ja sen jatkuvaa ylläpitoa. Ne ovat aineettomia palveluja, jotka ovat ohjeita, neuvoja ja

ideoita, joiden taustalla on monta kertaa pitkä yhteistyö tekonivelpotilaiden hoitoketjuun osallistuvien eri tahojen kanssa. Onnistunut tiimityöskentely edellyttää moniammatillisen työryhmän jäsenten yhteistyön toimivuutta, jolloin ryhmän jäsenet tuovat kukin osaamisen omasta viitekehuksestään. Kitsonin ja tutkijaryhmän (2012, s. 4, 13) mukaan asiakaslähtöisyys vaatii moniammatilliselta tiimiltä enemmän kuin toimia velvollisuuden ja ammatillisuuden edellyttämällä tavalla. Se edellyttää henkilökohtaisia ominaisuuksia toimia asiakaslähtöisesti, yhteistyökykyä ja halua toimia yhdessä, asiakkaalle ymmärrettävän kielen käyttöä, asiantuntijuutta, vaikuttajaa ja laajemman ymmärryksen omaamista.

Palvelun laatua arvioidessa asiakas muodostaa mielipiteen monista muistakin palvelun laatuun vaikuttavista tekijöistä kuin lopputuloksesta. Koetun palvelun toiminnallinen laatu kuvaa prosessia ja vuorovaikutusta, miten asiakas on saanut palvelun. Tutkimuksessa asiakkaat kokivat henkilöstön palveluhenkisenä ja sitoutuneena työhönsä. He kokivat henkilöstön kanssa vuorovaikutuksen onnistuvan ja heitä kuunneltiin. Asiakkaat aistivat kohtaamisissa lääkäreiden kiireen häiritsevänä tekijänä. He kaipasivat enemmän kohtaamisia, vuorovaikutusta ja keskustelua hoitavan lääkärin kanssa. Asiantuntijat puhuivat ymmärrettävää kieltä ja heidät koettiin perehtyvän asiakkaiden ongelmiin. Monet asiakkaat kokivat hoidon aikana huolenpitoa, turvallista oloa ja läheisyyttä. Usein hoitajat koettiin ystävällisinä, kunnioittavina, iloisina ja hauskoina. Asiakkaille jäi huonoja hoitajakokemuksia mm. tilanteissa, joissa he eivät tulleet riittävästi kuulluiksi tai ymmärretyiksi kivuista tai muista leikkauksen jälkeen ilmenneistä vaivoista. Moni asiakas kertoi kuitenkin kokeneensa hoitajien yksilöllisen kohtaamisen ja erityistarpeidensa huomioimisen. Asiakkaat kertoivat myös vaikuttamishalustaan, aktiivisesta roolistaan potilaana ja osallistumisestaan omaan hoitoonsa. Varsinkin hoitosuunnitelmaa tehtäessä ortopedian poliklinikalla, asiakkaat nostivat esille osallisuutensa suunnitelman tekemiseen ja vastuusta hoidon toteutuksessa ja kuntoutumisessa. (Kuntaliitto, 2019, s. 7.)

Arvioitaessa terveystalvveluja tärkeinä palvelun laatuksriteereinä pidetään saavutetta-
vuutta/lähestyttävyyttä ja saatavuutta/joustavuutta, joilla varmistetaan asiakkaan tar-
vitsema palvelu ja hoito oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja mahdollisimman laaduk-
kaasti ja sujuvasti (Kuntaliitto, 2019, s. 9). Hoitotakuulain myötä on säädetty kiireettö-
mille hoidoille ja tutkimuksille määrääjat. Tutkimuksessa mukana olleiden ortopedisten
asiakkaiden palvelujen saatavuuteen ja hoitoon pääsyyn vaikutti terveydenhuoltolaissa
määritellyt kiireettömien hoitojen aikarajat. Erikoissairaanhoidossa se tarkoittaa asiak-
kaiden hoidon tarpeen arviointia kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta ja hoi-
don arvioinnin edellyttämiä tutkimuksia ja erikoislääkärin arviointia kolmen kuukauden
kuluessa. Asiakkaalle tarpeelliseksi todettu hoito tulee aloittaa kuuden kuukauden ku-
luessa hoitotarpeen arviosta. Asiakkailta ei tullut negatiivista palautetta ajanvaraustoi-
minnoista tai odotusajoista hoidon arviointiin poliklinikalle, vaikka odotetulla hoidon ar-
vio -käynnillä erikoissairaanhoidossa on merkitystä heidän hoidon jatkuvuuden kan-
nalta. Jokaisen asiakkaan kanssa tehdään poliklinikalla hoidon arvioinnissa yksilöllinen
hoitosuunnitelma Käypä hoito-suositusten mukaan. Jos hoito edellyttää leikkaustoimen-
pidettä, niin asiakkaan asia siirretään hoidonvaraukseen. Jonotusaika leikkaukseen
Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalassa kestää keskimäärin
hoitotakuun salliman ajan eli enimmillään kuusi kuukautta, jonka asiakkaat kokivat pit-
känä odotusaikana. Asiakkaat antoivat keskimääräisesti tutkimuksen huonoimmat arvo-
sanat leikkaukseen odottamisesta. Asiakkaista vain 47 % antoi positiivista palautetta ko-
kemastaan odotusajasta, joka oli joidenkin asiakkaiden kohdalla lyhimmillään kolme
kuukautta. Asiakkaista 33 % koki, että odotusaika oli sitä, mitä oli lupailtu, vaikka osan
mielestä se oli aivan liian pitkä. Vastanneista asiakkaista melkein viidennes (18 %) koki
odotusajan kanssa ongelmia. Vastauksista ilmeni, että heillä oli paljon kipuja ja ongelmia
arjessa selviytymisessä. Vaikka he olivat hoidon piirissä, niin hoidon tarve saattoi muut-
tua pitkän odotusajan aikana. Monet asiakkaista olivat joutuneet soittamaan ortopedian
poliklinikalta annettuun yhteystietoon, jonka he kokivat turvallisuutta lisääväksi ja luot-
tamusta herättäväksi. Kun odotusaika toimenpiteeseen on pitkä, niin hoidon suunnitte-
lija on yhteydessä asiakkaaseen sopiakseen leikkausajankohdan hänen kanssaan. Monet
asiakkaat kokivat kuitenkin, etteivät saaneet itse vaikuttaa leikkausajankohtaan, vaan se

ilmoitettiin sairaalasta. Tutkimukseen osallistuneista asiakkaista ei kukaan ilmaissut ongelmia hoitohenkilöstön saavutettavuudessa sen jälkeen kun heistä oli tehty lähete erikoissairaanhoidon. Asiakkaat läheisineen eivät myöskään antaneet palautetta polikliinisten käyntiaikojen sopimisesta, vaikka usein läheiset olivat työikäisiä saattajia, jotka osallistuivat preoperatiivisella polikliinisellä käynnillä tapahtuvaan jatkohoitosuunnitelmaan. Toimenpide oli asiakkaille ja heidän läheisilleen todennäköisesti niin odotettu tapahtuma, että he järjestelivät asioitaan hoidon onnistumiseksi.

Laatu-ulottuvuutena luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että palvelun järjestäjä pitää asiakkaille antamansa lupaukset, sovitut ajat ja palvelut (Kivinen & Hilander-Sihvonen, 1997, s. 30). Luotettavuus tarkoittaa myös sitä, että toimitaan johdonmukaisesti ja virheettömästi (Ylikoski, 2001, s. 127). Tutkimuksessa luotettavuus nousi esille asiakkaiden asioidessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Asiakkaat ilmaisivat tyytyväisyyttään henkilöstön perehtyessä heidän asioihin ja osallistamalla heitä omaan hoitoonsa. Asiakkaat arvostivat ammattilaisten asiantuntijuutta ja erityisosaamista, luottaen heidän ehdotuksiin hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Asiakkaat ottivat mielellään vastaan kaiken ohjauksen valmistautuessaan toimenpiteeseen ja sen jälkeiseen kuntoutumisen aikaan. Luotettavuus-ulottuvuus nousi tutkimuksessa eri asiayhteyksissä esille, joten se on merkittävimpiä palvelun laatuksiteereitä. Luottamus myös hoidon tuottamaa organisaatiota kohtaan oli hyvä, koska potilaat eivät siirtyneet muiden terveystalouksien tuottavien organisaatioiden hoidettavaksi, vaikka odotusaika leikkaukseen koettiin pitkänä kestäen usein hoitotakuun salliman ajan. Sairaanhoidopiiri on strategiassaan antanut asiakkailleen palvelulupauksen, jossa se on määritellyt hyvän hoidon laatua alueensa asukkaille. Asiakkaat eivät myöskään ilmaisseet sairaalasta negatiivisia käsityksiä, jotka saattaisivat vaikuttaa suuntaa-antavina omaan asiakaskokemukseen tai toisten asiakkaiden odotuksiin ja kokemuksiin.

Palvelujen normalisointi nousee yhdeksi laatuksiteeriksi, jolla palvelujen järjestäjä reagoi muuttuneeseen tilanteeseen pitääkseen tilanteen hallinnassa ja löytääkseen uusia

ratkaisuja. Vaikka on tärkeää tavoitella virheettömyyttä, niin aivan yhtä tärkeää on laadukas toiminta virhetilanteissa. Virheiden käsittelyllä on suuri merkitys asiakassuhteissa, koska niiden avulla voidaan parantaa palvelukokemusta. Hyvin hoidettujen tilanteiden myötä asiakkaalle syntyy tunne, että organisaatio kantaa vastuun teoistaan ja asiakas pystyy luottamaan siihen. Jos virhetilanteita ei hoideta, niin asiakas voi vaihtaa palvelun tarjoajaa. (Aarnikoivu, 2005, s. 87–90; Ylikoski, 2001, s. 195–201.) Tutkimuksessa asiakkaat toivat esille hoidon eri vaiheissa erilaisia kehitettäviä asioita, joihin toivoivat korjausta. Monesti koetut epäkohdat olivat heidän yksiköllisiä tarpeitaan tai liittyivät hoitoprosessiin. Työntekijöiden osaamiseen liittyviä asioita ei nostettu esille. Sitä vastoin palautetta annettiin mm. kivun hoidosta, jonka asiakkaat kokivat ajoittain riittämättömäksi. Asioita ei käsitelty riittävän selkeästi, koska asiakkaat eivät välttämättä ymmärtäneet tai heille ei kerrottu, miksi he eivät saaneet riittävää lääkitystä. Kyse saattoi olla kivuttomuuden epärealistisista odotuksista tai heille ei voinut antaa enempää kipulääkettä, jolloin olisi pitänyt etsiä muita kivunlievitysmenetelmiä. Leikkauksen jälkeisenä toipilasaikana asiakkailla ilmeni muitakin toimenpiteeseen liittyviä komplikaatioita, jotka hidastivat paranemista ja kuntoutumisprosessia. Asiakkaat kaipasivat ymmärrystä niiden käsittelyyn ja mahdollisimman nopeaa reagointia kuntoutuakseen. Palautteet olivat hengeltään positiivisia ja rakentavia. Prosessiin liittyviä suurimpia pettymyksiä koettiin todennäköisesti sovittujen leikkausaikojen muutoksissa. Varsinkin, jos asiakas joutui palaamaan sairaalasta kotiin ja ottamaan uuden lähdön toimenpiteeseen. Jos näitä pettymyksiä ja epäonnistumisia tulee, niin niihin tulisi reagoida mahdollisimman nopeasti ja esittää hyväksyttäviä korjaavia ehdotuksia tilalle. Leikkauksen peruuntuminen saattaa kuitenkin olla niin suuri pettymys, että sitä on vaikea korjata, ellei sitä perustele asiakkaalle riittävästi. Peruuntumiset tai muut asiakkaan odotuksiin ja kokemuksiin liittyvät virheet tulee hoitaa asiakasta kuullen ja sopia hänen kanssaan korjaavista toimista. Näin palvelun tarjoaja kertoo asiakkaan arvostuksesta ja panostuksesta asiakassuhteeseen. Asiakkaan pettymys muuttuu lojaalisuudeksi järjestäjää kohtaan.

Viimeiseksi toiminnalliseksi laatu-ulottuvuudeksi on lisätty palvelumaisema, joka on prosessiin liittyvä kriteeri. Palveluympäristössä tapahtuu kohtaamisia, joissa asiakkaat ja

henkilöstö ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja kokevat ympäristön omilla tavoillaan. Miten asiakkaat ja henkilöstö reagoivat näihin ulkoisiin tekijöihin, muokkaa heidän kohtaamistaan eli muodostuu koettu palveluhetki. Asiakkaiden kokemaan kokonaislaatuun palvelusta tai hoidosta vaikuttaa sekä fyysinen että sosiaalinen ympäristö. Laajennetuissa mallissa on mukana myös henkilökohtaiset kokemukset muista palvelumaisemista. (Grönroos, 2009, s. 433–437.) Palveluympäristöön sisältyy palveluun liittyvät konkreettiset asiat, kuten fyysiset toimitilat, huoneet, koneet, laitteet, henkilöstön ulkoasu ja muut asiakkaat. Fyysiset tilat ovat usein ensimmäinen asia, johon asiakkaat kiinnittävät huomiotaan ja siten tärkeässä osassa ensivaikutelman luomisessa. Asiakkaat arvostavat tilojen toimivuutta, rauhallisuutta ja palveluyksiköiden välisiä helppoja yhteyksiä.

Tekonivelleikkaukseen tulevat asiakkaat liikkuvat hoitoprosessinsa aikana sairaalan eri toimitiloissa, kuten poliklinikalla, laboratoriossa ja röntgenissä. Varsinainen toimenpide on niin vaativa, että se tehdään leikkaussaliolosuhteissa. Sieltä asiakas siirrettiin heräämöhön ja muutaman tunnin kuluttua toimenpiteestä osastolle. Koska toimenpide tehdään suurimmalle osalle asiakkaista puudutteessa, niin asiakkaiden kanssa käytiin hoidon vaiheet leikkausta edeltävällä polikliinisella valmistautumiskäynnillä. Asiakkaat olivat tietoisia tulevasta tapahtumista hyvinkin konkreettisella tasolla poran ja talttojen äänistä toimitiloihin, joissa heitä hoidettiin. Moni kertoi jännittäneensä toimenpidettä, mutta henkilöstön läsnäolo ja yksilöllinen huomiointi toivat turvallisuutta ja rauhoittivat heitä. Tästä huolimatta olosuhteet leikkaussalissa ja heräämössä laitteineen ja koneineen yllättivät osan asiakkaista.

Heräämövaiheessa leikkauspotilaiden puudutteet alkoivat hävitä ja kipu tuntui voimakkaammalta. Hoitajien osuus hoidosta ja huolenpidosta korostui, kun monella oli hyvin todellisia vilutus-, kipu- ja pahoinvointioireita sekä sivuoireita käytetyistä lääkkeistä ja anestesia-aineista. Lisäksi muutama asiakas koki heräämötilan rauhattomana monine koneineen ja vierekkäin makaavine potilaineen. Tekonivelleikkauspotilaita hoidetaan

muutamasta tunnista yön yli heräämössä, jossa potilaspaiikat eristetään toisistaan verhoihin, mutta tila on muuten yhteneväinen iso sali. Tämä vaihe leikatun potilaan prosessissa on asiakkaalle haasteellinen, kun osa asiakkaista selviää anestesia-aineista nopeammin kuin toinen. Orientoituneet potilaat siirretään mahdollisimman pian eteenpäin osastoille. Osastoympäristö koettiin rauhallisempana ja enemmän yksityisyyttä mahdollistavana. Asiakkaista ja heidän läheisistään kukaan ei tuonut enempää esille yksityisyyteen ja intymiteettisuojaan liittyviä asioita, vaikka olosuhteet sen mahdollistivat. Kun heille oli kerrottu heräämövaiheen olosuhteista ja niiden mahdollistamasta asiakkaan hoidon turvallisuudesta, niin he puntaroivat asioiden tärkeyttä ja hyväksyivät hoidon olosuhteet.

Asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä heille annettuun oheismateriaaliin tekonivelpotilaan hoitoprosessista sekä yhteydenotoista kirjein tai puhelimitse. Lisäksi hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi ja kuntoutumisen edistämiseksi tapahtuneet polikliiniset käynnit sisältöineen ennen leikkausta koettiin merkityksellisiksi. Joku asiakkaista totesi, ettei jaksanut lukea kaikkea tietoa, jota oli tarjolla. Tekonivelpotilaan hoitoon varautuminen on haastava prosessi odotuksineen, mutta haastetta on myös kuntoutumisessa, jossa asiakas kutsutaan jälkitarkastukseen kolmen kuukauden ja vuoden kuluttua toimenpiteestä.

Koetun kokonaislaadun viimeisenä laatu-ulottuvuutena on uskottavuutta, joka muodostuu organisaation maineesta. Se on mielikuva, joka muodostuu asiakkaalle organisaatiosta. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on avannut strategiaansa alueen asukkaille ja antanut heille palvelulupauksen, jota se toteuttaa ja näin pyrkii vaikuttamaan asiakkaitten mielikuviin ja odotuksiin. Sairaanhoitopiirin keskussairaala on nauttinut luottamusta, kun se toimii tiiviissä yhteistyössä alueen perusterveydenhuollon ja yksityisten palvelujen tarjoajien kanssa. Sairaalan antamien erikoissairaanhoitopalvelujen laatuun vaikuttaa oleellisesti henkilöstö, jonka ammattitaito ja asiantuntijuus herättävät luotta-

muksen asiakkaissa. Lisäksi asiakkaiden kohtaaminen, vuorovaikutus, henkilöstön käyttäytyminen ja asenne ylläpitävät vahvaa myönteistä mielikuvaa, joka merkitsee lisäarvoa palveluun ja vaikuttaa sairaalan vetovoimaisuuteen

5 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selvittää terveystalvelujen asiakasläh-töisyyttä asiakkaiden/potilaiden odotusten ja kokemusten kautta. Tutkimuskohteena oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin omissa sairaaloissa, Seinäjoen keskussairaalassa ja Ähtärin sairaalassa, leikatut tekonivelpotilaat, joiden hyvää hoitoa ja hoitokäytäntöjä ha-luttiin kehittää ja edistää. Tutkimuksen tarkentavina kysymyksiä esitettiin asiakkaille, miten he ja heidän läheiset ovat kokeneet hoidon eri vaiheet tekonivelleikkauksessa ja miten he arvioivat läheisineen hoitoa ja leikkauksesta kuntoutumista. Tutkimuksessa oli mukana 102 henkilöä, jotka olivat joko kolmen kuukauden kontrollikäynnillä tai vuosi-kontrollissa Seinäjoen keskussairaalassa. Kumpaankin ryhmään kuului sekä kyselyyn että haastatellut vastanneita asiakkaita. Kolmen kuukauden kontrollissa oli 35 kyselyyn vastannutta ja 17 haastateltua asiakasta. Vuosikontrollissa oli 32 kyselyyn vastannutta asiakasta ja 18 haastateltua asiakasta.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleensä sen perusteella, onko tutkittu sitä, mitä on luvattu ja onko tutkimustulokset toistettavissa (Tuomi & Sarajärvi, 2002, s. 133). Luo-tettavien tulosten saaminen edellyttää huolellista ja virheetöntä tiedonkeruuta, tulos-ten syöttöä ja käsittelyä. Tässä tutkimuksessa tiedonkeruu tapahtui kyselylomakkeella, joka oli tehty erikoissairaanhoidon moniammatillisella asiantuntemuksella, mutta vain tekonivelpotilaan hoitoprosessin omien toimintojen kehittämiseksi asiakasläh-töisem-miksi. Kysymyslomake oli asiakkaille selkeä ja looginen. Kysymykset oli asetettu loogi-sesti tapahtumien mukaan ja kysytty yhtä asiaa kerrallaan. Kirjallisesti vastanneet asiak-kaat antoivat sekä numeerisen että sanallisen arvion kysymyksiin. Haastatellut asiakkaat vastasivat saman kyselylomakkeen kysymyksiin hoitajien haastattelemana ilman nu-meerista arviota. Molemmissa ryhmissä oli sekä kolmen kuukauden että vuoden kont-rollissa olleita asiakkaita. Heidän vastauksistaan voi yleisemmällä tasolla todeta, että kir-jallisesti vastanneet asiakkaat eivät numeroarvosanan jälkeen välttämättä avanneet sa-nallisesti antamaansa arviota. Haastatellut asiakkaat antoivat enemmän sanallista pa-lautetta ja se oli kuvaavaa. Lisäksi he toivat enemmän esille myös tyytymättömyyttään

hoitoon tai palveluun. He ilmaisivat usein tyytyväisyytensä, mutta samalla nostivat jotta-kin kehitettävää. Vuosikontrollissa olleet asiakkaat antoivat vähän positiivisempaa palautetta ja olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin kolmen kuukauden kontrollissa vastanneet asiakkaat. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on osoitettu, että myös aikaviiveellä on merkitystä asiakkaiden kokemuksiin terveydenhuoltopalveluista (Schembri, 2015, s. 114). Koska tutkija sai käyttöönsä valmiiksi kerätyn aineiston, niin jäin kaipaamaan tutkittavien taustamuuttujia, kuten sukupuolta, ikää, siviilisäätyä, perhesuhteita, asumismuotoa ja kotipaikkakuntaa. Tällä tiedolla olisin voinut tarkastella muuttujien välisiä yhteyksiä enemmän ja analysoida niitä. Tutkimusaineisto oli kvantitatiiviseen tutkimukseen aika pieni, 102 vastaajaa, mutta yksikön kehittämistyöhön riittävä.

5.1 Preoperatiivisen käynnin pohdinta

Kun asiakkaat hakeutuvat lääkärin vastaanotolle, niin he ovat yleensä nivelkipuisia eivätkä enää pärjää perusterveydenhuollossa tai yksityisellä vastaanotolla aloitetulla konservatiivisella hoidolla. Nivelkivut haittaavat asiakkaiden päivittäistä selviytymistä ja kaventavat heidän elämän piiriään. Tällöin asiakkaasta lähetetään lähete hoidon tarpeen arviointiin erikoissairaanhoidon, jossa se suuntautuu oikean erikoisalan asiantuntijalle. Hoitoon pääsyn kriteereinä käytetään Käypä hoito -suosituksia, joilla on kansallisesti mahdollistettu samansuuntaiset hoidon linjaukset kansalaisille alueesta ja paikkakunnasta riippumatta. Asiakas kutsutaan kyseisen erikoisalan poliklinikalle viimeistään kolmen kuukauden kuluessa läheteen saapumisesta ja hän tapaa erikoislääkärin, joka tutkii asiakkaan. Ennen vastaanottoa asiakkaasta on jo otettu tarvittavia lisätutkimuksia, kuten laboratoriokokeita ja röntgenkuvia, oman paikkakunnan perusterveydenhuollossa. Polikliinisessä tapaamisessa ortopedi haastattelee ja tutkii asiakkaan. Lisätutkimukset, kuten röntgentutkimukset, vahvistavat hänen tekemäänsä hoitolinjausta. Leikkaushoidon aiheellisuus perustuu aina ortopedin tekemään yksilölliseen arvioon. Tämän jälkeen ortopedi ehdottaa hoitolinjausta perustuen suosituksiin ja sopii asiakkaan kanssa varsinaisesta hoidosta, jos se on leikkaustoimenpide. Asiakkaat eivät aina koe

osallistuvansa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, koska asiat ja päätökset tapahtuvat hyvin nopeasti. Asiakkaille varattu vastaanottoaika on vain 20 minuuttia ja sinä aikana he riisuuntuvat ja pukeutuvat. Lääkärin tapaamisessa asiakkaat kuitenkin sitoutuvat hoitosuunnitelmaan ja he tavallaan antavat lupauksen hoitoon sitoutumisesta ja itsehoidosta, jolla on suuri vaikutus hoidon onnistumiseksi.

Kun asiakkaan kanssa on tehty päätös leikkaustoimenpiteestä, niin poliklinikalla jatkaa sairaanhoitaja, joka ohjauksellaan aloittaa asiakkaan toimenpiteeseen valmistamisen. Tämän vaiheen ohjaus käsittää terveyttä edistävien asioiden, kuten tupakoinnin, alkoholin, diabeteksen seulontaa ja kuntouttamisen periaatteita ennakoiden tulevaa toimenpidettä. Tekonivelleikkaukset ovat suurimpia ja haastavimpia suunniteltuja operatiivisia toimenpiteitä, joihin asiakkaat voivat valmistautua. Leikkaukseen pääsyä voi joutua odottamaan hoitotakuun salliman puolen vuoden ajan, jolloin asiakkaan on hyödyllistä käyttää odotusaika mahdollisimman vaikuttavasti. Tämä odotusvaihe tekonivelpotilaan hoitoprosessissa tulisi käyttää joidenkin asiakkaiden kohdalla aktiivisempänä fyysisistä toimintakykyä ylläpitävänä aikana, jota voisi tukea myös perusterveydenhuollosta. Jos asiakkaan koti on sosiaalipuolen yksikössä, niin yksikön hoitajien rooli henkilön kuntouttajana ja tukijana olisi hyvä olla heidän tiedossa. Tämä olisi hyvä olla kirjattuna asiakkaan henkilökohtaiseen terveys- ja hoitosuunnitelmaan. Tarvittaessa on arvioitava laajemmin ohjaukseen ja hoitoon osallistujia kuin vain läheisiä. Tämä asia on tietenkin aina sovittava ensisijaisesti asiakkaan kanssa. Asiakkaan kunnolla, muilla sairauksilla, orientaatiolla, muistiasioilla, läheisten osallistumisella ja jopa asumisolosuhteilla voi olla merkitystä hoidon onnistumiselle.

Kun leikkausajankohta lähenee, niin asiakas kutsutaan preoperatiiviselle käynnille ortopedian poliklinikalle, jossa hän tapaa leikkaavan lääkärin, sairaanhoitajan ja fysioterapeutin. Käyntiin on varattu aikaa kolme tuntia, jona aikana asiakkaan kokonaistilanne kartoitetaan, arvioidaan leikkauskelpoisuus ja tehdään leikkaussuunnitelma sekä suunnitelma leikkauksen jälkeisestä hoidosta ja kuntoutumisesta. Asiakkaalle lähetetyssä kir-

jeessä toivotaan hänen ottavan käynnille mukaan läheisensä tai jonkun muun tukihenkilön, jonka kanssa hän voi kerrata valmistautumista. Tarvittaessa aikaa sovitellaan aina läheisenkin osallistumismahdollisuuksien mukaisesti. Ohjaus käsittää tekonivelpotilaan koko hoitoprosessin läpikäymisen ja siitä kuntoutumisen. Sairaalavaiheen jälkeen hoitojärjestelyjen vastuu siirtyy asiakkaalle itselleen ellei toimenpiteessä tapahdu jotakin sellaista, jossa hoidontarve määritellään kotiutustilanteessa toisin. Tämä vaatii asiakkaalta aktiivista roolia ja realistista käsitystä omasta selviytymisestä. Myös läheisen rooli on tärkeä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, koska on kyse suuresta nivelleikkauksesta ja joidenkin henkilöiden kohdalla paraneminen ja kuntoutuminen voi lähteä hitaammin etenemään.

Käytettävissä olevan aineiston mukaan terveydenhuollossa asiakkaat arvostavat asiantuntijuutta ja terveydenhuollon ammattilaisia. Asiakkaat luottavat asiantuntijoiden osaamiseen ja toimintaan. Koska asiantuntijat yleensä tietävät terveydenhoitoon liittyvistä asioista enemmän kuin asiakkaat, niin tiedon lisäksi heidän toimintansa edellyttää ammattiin liittyvää eettistä toimintaa. Mitä yksilöllisemmin ja avoimemmin asiakkaan suuntaan toimitaan, sitä suurempi luottamus saavutetaan. Kohtaamiset ja vuorovaikutus hoitoprosessin alkuvaiheessa luo pohjaa hoidon seuraaville vaiheille. Asiakkaat kaipaavat kohtaamisissa läsnäoloa, kuuntelua, selkokielellä puhumista ja vuorovaikutusta. Asiakkaat nostivat esille myös kohtelun. He kokivat sairaanhoitajat ja fysioterapeutit ystävällisinä, jotka ohjaus- ja neuvontatapaamisissa huomioivat heidät yksilöllisesti ja osallistivat heitä omaan hoitoonsa. Asiakkaat aistivat lääkäreiden kiireen ja vähäiset kontaktien määrät osastohoidon aikana. He antoivat positiivista palautetta hoitajien ajankäytölle, koska he olivat varanneet enemmän aikaa asiakkaille ja heidän läheisilleen. Sairaanhoitajien ja fysioterapeuttien toiminta on poliklinikoilla paljon asiakkaita tukevaa ohjausta ja neuvontaa, mihin heidän täydentävää koulutusta on hyvä suunnata jatkosakin.

Polikliinisella käynnillä sairaanhoitaja ja fysioterapeutti antavat asiakkaalle ohjausta tukevaa materiaalia, johon asiakas voi paneutua käynnin jälkeen ja palata siihen tarpeen

tullen yhä uudelleen. Tutkimuksessa ilmeni, etteivät kaikki asiakkaat jaksaa perehtyä annettuun aineistoon. Askarruttamaan jää, miksi oheismateriaalia ei koettu enemmän ohjaukselta tukevaksi. Eikö materiaalin sisältö ollut osuva tai oliko se määrältään niin laaja, etteivät asiakkaat löytäneet siitä toimenpidettä tukevaa informaatiota. Tekonivelpotilaan mukaan annettava kirjallinen oheismateriaali on monisivuinen lehtinen asiakkaalle. Kaikki asiakkaat eivät todennäköisesti jaksaa perehtyä niin laajaan ja seikkaperäiseen kerrotaan vaan haluavat ohjauksen lyhyessä ja selkeämmässä muodossa. Osa asiakkaista voi olla myös niin kipeitä ja särkylääkkeiden vaikutuksen alaisia, etteivät jaksaa keskittyä muuhun kuin omaan päivittäiseen selviytymiseen. Sairaaloissa on käytetty myös videoita ohjauksen ja neuvonnan apuvälineinä. Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei jokaiselle asiakkaalle oltu annettu omaa ohjausvideota, koska osa vastanneista asiakkaista kertoi jääneensä kaipaamaan sitä. Asiakkaille ei siis pitäisi antaa lupauksia, joita ei pidetä. Suurempi yllätys asiakkaalle olisi se, että hän saa videon mukaansa kuin se, että video luovutetaan ja lupausta ei kuitenkaan lunasteta. Gröönroos puhuu juuri näistä katteettomista lupauksista asiakkaille, joita tulisi välttää. Kun lupauksia annetaan sairaanhoitopiirin logolla varustetuissa kirjeissä, niin asiakkaat kokevat tulevansa pahemmin petetyiksi organisaation taholta kuin yksittäisen työntekijän lupauksin. Asiakkaan on todennäköisesti helpompi antaa anteeksi asioita yksittäiselle henkilölle kuin organisaatiolle, jolla ei ole kasvoja eikä kohtaaminen konkretisoidu.

Sairaala palveluntarjoajana on panostanut preoperatiiviseen osuuteen paljon, koska toimenpide on suuri ja siitä selviytyminen vaatii paljon panostusta asiakkaan ja läheisten lisäksi sidosryhmiltä. Tässä vaiheessa hoitoa luodaan mielikuvia ja uskoa asiakkaille selviytymisestä edellyttäen, että he osallistuvat aktiivisesti omaan hoitoonsa. Jos suunnitteluvaihe tehdään yhdessä ja asiakkaan osallistumisesta ja oma hoitoa korostetaan ja tuetaan, niin asiakas käyttää omaa ääntään enemmän ja ilmaisee itseään, kokee olonsa turvallisemmaksi ja arvostetuksi. Todennäköisesti se myös lisää itsetuntoa ja kokemusta omiin asioihin vaikuttamisesta. Koska leikkaukseen jonotusaika on pitkä (kokonaisaika 6-9 kuukautta), niin on tärkeää, että asiakas uskaltaa ilmaista itseään ja tarvittaessa ottaa yhteyksiä asioissaan hoitaviin tahoihin. Potilaalle tuo turvallisuuden tunnetta myös

hoitajien antama puhelinnumero hoidonvaraukseen tai hoitajille. Odotusajan pituus tai odottaminen on haasteellista kenelle tahansa, mutta erityisesti kivuliaat henkilöt kokevat ajan kulun hitaana ja pitkänä. Hoidoista annetut tavoiteajat ja jonotus näyttävät kovin aktiivisena asiakkaan odotuksena. palveluntarjoajan olisi hyvä antaa tilannetietoa jonoistaan, vaikka hoidot toteutuisivatkin hoitotakuun puitteissa. Jos se ei ole mahdollista tiedottaa asiakkaille henkilökohtaisesti, niin organisaation www-sivuilla olisi helppo kertoa heille keskimääräisistä, suuntaa-antavista odotusajoista. Odottaminen on haasteellista aikaa myös puolisolille ja läheisille, koska he joutuvat monesti käyttämään myös muita kotihoitoa tukevia palveluja ja suunnittelemaan kivuliaan henkilön selviytymistä kotona.

5.2 Leikkauspäivän ja osastohoidon pohdinta

Useimmat asiakkaat joutuivat odottamaan leikkaukseen pääsyä hoitotakuun salliman maksimiajan eli kuusi kuukautta. Toimenpiteen odottamiseen suhtauduttiin monella tavalla. Puolet asiakkaista koki, että odotusaika meni ihan hyvin. Osa positiivisesti vastanneista asiakkaista pääsi hoitoon jo kolmessa kuukaudessa, joten ajankohdan aikaistuminen arvioajasta koettiin hyvänä kokemuksena. Pitkittynyt odottaminen voi aiheuttaa asiakkaille sairauden pahenemista, lisäoireilua ja vaikeuttaa arjesta selviytymistä. Pitkällä jonotusajalla oli varmasti merkitystä asiakkaiden ja heidän läheistensä odotuksiin toimenpiteestä ja sairaalasta. Tässä vaiheessa asiakkaat ja läheiset lähtevät helposti kertomaan odotuksistaan viitaten ystäviensä tai sukulaistensa kokemuksiin tai kokemuksiin muista sairaaloista. Näihin ennakko-odotuksiin ja pettymyksiin hoitajat joutuvat monesti vastaamaan ja osoittamaan ymmärrystään hakemalla parantavia ratkaisuja asiakkaan kanssa. Niitä usein miten sovitellaan puhelimesta jo ennen sairaalaan tuloa tai sitten asiakkaan ollessa sairaalassa sisällä niin sanotuissa totuuden hetkissä. Hoitohenkilöstö korjaa vuorovaikutuksessa sairaalan imagokuvaa paremmaksi ja käytöksellään osoittaa ymmärrystä ja myötätuntoa asiakkaille. Pitkät jonotusajat ovat tekoni-velpoti-

laan prosessin pahimpia epäkohtia. Pitkä jonotusaika tekoniveltoimenpiteeseen on valtakunnallinen ongelma asiakkaiden ikääntyessä ja iäkkäiden määrän kasvaessa. Lisätarvetta toimenpiteisiin tulee vielä asiakkaiden elinkaaren pidentyessä proteesien uusimisesta, koska niilläkin on tietty toimivuusaika.

Asiakkaan sairaalaan tulopäivä on jännittävä, koska hänen toimenpiteensä tehdään silloin. Hyvällä ja seikkaperäisellä ohjauksella voi olla myös ahdistava vaikutus joihinkin ihmisiin. Hoitohenkilöstöllä on oltava ohjaustilanteessa tunneälyä toimiakseen oikealla tasolla ja tavalla. Sairaala on jo fyysisenä ympäristönä monenlaisia tunteita herättävä paikka. Leikkaukseen tulevaa asiakasta hoidetaan monessa eri yksikössä, joten pelkkä sairaalaan tulo ja oikean oven ja paikan löytäminen voi aiheuttaa etukäteen huolta, epävarmuutta ja jännitystä. Asiakkaiden leikkaushoito eri vaiheissa edellyttää mm. tiloilta, aseptiikalta, lämmöltä, ääniltä, yhteyksiltä ja hoitavien määrältä erilaisia vaateita toteutukseen turvallisesti. Onneksi asiakasta valmistellaan etukäteiskäynnillä näihin erilaisiin ympäristöihin, laitteiden läsnäoloon, toimenpiteen ääniin, muihin potilaisiin ja jopa omaan epätodelliseen olotilaan. Asiakkaat palautteissaan antoivat hyvin positiivista palautetta leikkaussalissa olostaan ja kertoivat, että olivat siellä turvallisina mielin. Heistä oli tuntunut hyvältä, jos lääkäri oli käynyt tervehtimässä ennen toimenpidettä. Leikkaussalin henkilöstö sai hyvin positiivista palautetta asiakkaan huomioimisesta ja tilanteissa läsnäolosta. Monet asiakkaat kokivat salissa vallinneen henkilöstön työilmapiirin olleen rento ja kokivat tunnelman vapauttaneen jännitystä. Asiakkaat kokivat leikkausvaiheen menneen erinomaisen hyvin tai vähintään suunnitelmien mukaan, koska olivat saaneet ohjauksen pari viikkoa aikaisemmin poliklinikalla tai jollekin heistä oli aikaisemmin tehty sama toimenpide.

Heräämövaihe oli joillekin asiakkaille haasteellinen, koska heillä oli kipuja tai huono olo. He kertoivat omasta voinnistaan ja vaivoistaan, joihin he saivat hoitajilta apua. Heräämövaiheessa korostui hoitajien rooli ja auttamistehtävä hyvän hoidon varmistajina ja kivun lievittäjinä. Hoitajien läsnäolo ja näkyvyys toivat turvallisuutta, vaikka heräämöfyysisenä tilana ei mahdollista yksityisyyttä ja omaa tilaa. Asiakkaat siirtyivät muutaman

tunnin heräämövaiheen jälkeen osastolle, jossa he viipyvät suunnitellusti 3-4 päivää. Jos leikkauksesta toipuminen etenee suunnitellusti, niin asiakas kotiutuu melko nopeasti. Asiakkaalle aloitetaan kotihoito-ohjaus saman tien, kun hän saapuu heräämöstä osastolle. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakasta tuetaan ja ohjataan asteittain itsenäisemmäksi ottamaan vastuuta arkisista toiminnoista ja kuntoutumisestaan. Heti kun kipu on saatu hallintaan, leikkausalue on pysynyt siistinä ja hän selviää päivittäisistä toimista, niin asiakas on palvelun tarjoajan näkökulmasta valmis siirtymään seuraavaan paikkaan. Yleensä kipu, pahoinvointi tai verenvuoto voi olla haasteena kuntoutumisen etenemiselle, mutta jokaisen asiakkaan kohdalla fysioterapeutti lähtee yksilöllisesti toteuttamaan hänelle suunniteltua kuntoutusohjelmaa. Osa asiakkaista koki, että olisivat halunneet olla osastolla hieman pidempään kuntoutumisen etenemiseksi. Asiakkaiden kokemissa haasteellisissa tilanteissa pitäisi heitä kuulla enemmän, jotta päästäisiin nopeammin kestäviin ja vaikuttaviin ratkaisuihin heidän asioissaan. Tämä edellyttää yhteistyötä hoitoketjussa terveystalvelujen järjestäjien kesken. Todennäköisesti kestävimät ja vaikuttavimmat ratkaisut löytyvät asiakkaiden omista ympäristöistä. Perusterveydenhuolto onkin tuottanut asiakkaiden tarpeisiin monia ratkaisuja sillä, että lähettävät työntekijöitään asiakkaiden kotiin. Tekonivelpotilaan kuntoutumista voidaan varmasti edistää sillä, että perusterveydenhuollon fysioterapeutti käy jo ennen leikkaukseen tuloa asiakkaan kotona, jossa he voivat yhdessä arvioida tarvittavia apuvälineitä ja muutostöitä liikkumisen ja toimintojen helpottamiseksi. Näin asiakkaalle saadaan yksilöllisempiä ja vaikuttavia selviytymismahdollisuuksia arkeen. Tällä edistetään myös toimenpiteestä pääsemistä suoraan omaan kotiin, joka on kuitenkin jokaisen asiakkaan unelma ja palvelun järjestäjän tavoite.

5.3 Kuntoutuksen toimivuuden pohdinta

Tekonivelleikatun potilaan kotiutukselle on Käypä hoito -suosituksissa laadittu yhtenevät kriteerit, joiden on täytyttävä potilaan kotiutustilanteessa. Asiakkaat selviäisivät usein itse toimenpiteestä hyvin, ellei paranemista ja kuntoutumista hidastaisi heidän

muut perussairaudet. Tutkimuksessa tekonivelpotilaiden selviytymistä kotona kartoitettiin kivun hoidon hallinnalla ja yleisellä selviytymisellä. Asiakkaista puolet koki saaneensa riittävästi kipulääkettä, joka mahdollisti muun selviytymisen. Asiakkaista 14 % eli 14 henkilöä koki kivun hoidetun vajavaisesti tai se ei ollut riittävää. He toivoivat kehitettävän kivun hoitoa ja sen hallintaa, koska kipu aiheutti mm. unettomuutta ja rajoitti päivittäisissä toimissa selviytymistä. Jos kipu oli pitkäaikaista eikä asiakas saanut sitä hallintaan, niin asia koettiin ahdistavana ja turvattomana. Vaikka asiakkaita valmisteltiin preoperatiivisella käynnillä toimenpiteeseen ja sen jälkeiseen selviytymiseen, niin asiakkaat olivat todella yllättyneitä kivun voimakkuuteen. He kokivat, että hoito ei toteutunut luvutulla tavalla ja he olivat jääneet yksin kivun kanssa. Kipu nousee hoitoprosessissa merkittäväksi asiaksi, jonka ratkaisemiseksi tulee tarkastella tekonivelpotilaan hoitoprosessin ohjeistusta paremmaksi kivun osalta ja asiakkaalle palvelun laatua korkeatasoisemmaksi. Lisäksi palvelun tarjoajien tulee sopia työnjakoasioita keskenään niin, että asiakkaan ei tarvitse miettiä, mistä hän saa lisää kipulääkkeitä tai yleensä toteutettuun hoitoonsa liittyviä lisäpalveluja. Asiakas tarvitsee kaiken voimansa ja ympärillä olevan tuen pitkäaikaisessa kuntoutumisprosessissa.

Monet asiakkaat kertoivat tarvinneensa ja saaneensa apua kotiin tultaessa. Apua tuli hyvin monelta taholta: sukulaisilta ja tuttavilta, sovituista palveluista kotiin, kuten sairaanhoitajapalvelut ja ruokapalvelut. Jos toimenpiteen jälkeinen proteesikuntoutus ei päässyt alkamaan toivotulla tavalla, niin asiakkaat pelkäsivät, että se vaikuttaa selviytymiseen ja liikuntakykyyn jatkossa. Asiakkaiden kuntoutumisen näkökulmasta fysioterapeuttien ja vastaavien ammattilaisten antama lisäohjaus asiakkaan kotona edistäisi heidän selviytymistään. Fysioterapeutin ohjeistus leikkauksen jälkeen on tärkeää, mutta ajallisesti ei välttämättä ole paras vaihtoehto sairaalassa olevalle asiakkaalle, jos se tapahtuu yhden ainoan kerran toimenpiteen jälkeen. Sairaalaolosuhteissa annettu neuvonta ei välttämättä toimi kotiolosuhteissa viikkojen kuluttua leikkauksesta, kun kuntoutujat alkavat saada toimintakykyään takaisin. Fysioterapeutin antamassa ohjauksessa asiakas saa yksilöllisempää ja tavoitteellisempaa ohjausta omassa ympäristössään, jos se toteutuu asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Asiakkaan oma aktiivisuus lisää hänen

tietoisuuttaan asioista ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan tilanteeseensa. Passiiviset asiakkaat taas jäävät helposti vaille tarvittavaa yksilöllistä ohjausta. Jos asiakkaan toipuminen ei etene suunnitellulla tavalla ja tilanne jatkuu pidemmän aikaa, vaarana on asiakkaan väsyminen ja vetäytyminen omiin oloihin. Sillä on vaikutuksia myös mielialaan ja aktiiviseen avun hakemiseen. Siksi onkin hyvä, että alueella on yhteisesti tehtyjä sairauskohtaisia sopimuksia ja prosessikuvauksia siitä, miten hoitoketjussa vastataan asiakkaan palvelutarpeeseen. Samalla hoitoketjukuvaus ohjaa hoidon porrastusta ja ammattilaisten työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Vaarana on ammattilaisten keskittyminen liikaa tehtäväjako, jolloin asiakas tarpeineen ja ongelmineen unohdetaan. Hoitoketjujen tulee ohjata kansalaisia saamaan oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti hoitoa, koordinoita sitä sekä lisätä viestintää ja tietoisuutta ketjuun osallistuvien osapuolten välillä. Prosessikuvaukset on keino ilmaista henkilöstölle heidän työnsä merkitys ja työn tuoma lisäarvo palvelun tarjoajalle. Hoitoketjujen ylläpito ja tehtäväjaon tarkistukset muuttuvissa ympäristöissä edellyttävät jatkuvaa päivitystä, jolloin asiakkaat saivat palvelut laadukkaasti ja oikea-aikaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020.)

5.4 Tutkimustulosten vaikutus jatkotoimintaan

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on antanut alueensa asukkaille palvelulupauksen laadukkaasta ja vaikuttavasta hoidosta arvojensa, ihmisarvon kunnioittaminen ja vastuullisuus, mukaisesti. Sairaanhoitopiiri lupaa: ”Teemme parhaamme, jotta potilas ja hänen läheisensä kokevat tullessa hyvin kohdelluiksi ja kohdatuksi. Haluamme, että potilaan palvelukokemus on mahdollisimman myönteinen ja hän kokee saaneensa apua siihen vaivaan, jonka vuoksi on tullut hoitoon.” Edelleen lupauksessaan sairaanhoitopiiri tarjoaa sellaista hoitoa ja kuntoutusta, joka lääketieteellisin kriteerien on määritelty toteutettavaksi erikoissairaanhoidossa. Sairaanhoitopiirin toimintayksiköissä käytetään vaikuttaviksi tunnistettuja hoitomenetelmiä ja -käytäntöjä. Henkilöstö käyttää potilaan

tarpeesta lähtevää ohjausta ja neuvontaa sekä rohkaisee potilasta osallistumaan hoitoonsa.

Sairaanhoitopiirin lupaus edellyttää henkilöstöltä erikoistumista ja asiantuntijuutta kaipaampiin osaamiseen alueisiin, mutta samalla moniammatillista yhteistyötä kokonaisuuksien hallitsemiseksi. Vahvat ammatilliset erikoistumiset tarkastelevat terveydenhuollon asiakkaita omista professioistaan, mikä ei edistä kokonaisvaltaista asiakkuuden näkemistä. Ammattilaisilta edellytetään toimintatapojen muutosta ja yhteistyötä. Heidän tulee jakaa tietoa asiakkaille, ohjata ja neuvoa sairauteen ja hoitoon liittyvissä asioissa, kuten potilaslaki edellyttää. Asiakasta koskevaa yhdenmukaista asiakas- ja potilastietoa tulee olla saatavilla siellä, missä asiakas asioi ja saa palvelua. Myös tietojärjestelmien ja digitaalisten ratkaisujen on tuettava asiakaslähtöisyyttä ja tarjottava organisaatioiden ja järjestelmien rajapinnassa palvelujen jatkuvuus. (Virtanen ja muut, 2017, s. 9.) Asiakkaallakin on oikeus tehdä itseään koskevat päätökset tietoon perustuen. Asiakkaiden tiedon lisääminen hoidosta ja hoitoprosessien etenemisestä auttaa heitä hahmottamaan hoitokokonaisuuksia. Asiakkaille korostetaan heidän osallisuuttaan omaan hoitoonsa ja vastuun ottamista itsestään. Tutkimuksessa mukana olleet asiakkaat olivat ohjauksen jälkeen valmiimpia saapumaan suoraan kotoa leikkaustoimenpiteeseen. Etukäteen ohjattu asiakas selviytyi suunnitellusta toimenpiteestä paremmin, koska hänellä oli mielikuva hoidon sisällöstä ja odotuksia prosessin etenemisestä. Hyvä preoperatiivinen ohjaus ja neuvonta yleensä voivat lyhentää asiakkaiden hoitoaikoja sairaalassa, koska asiakkaat ovat paremmin valmistautuneet asioihin ja suunnitelleet myös selviytymistä siitä.

Tutkimuksessa asiakkaat antoivat henkilöstön osaamiselle hyvää palautetta ja luottivat heidän tekniseen osaamiseensa. He olivat tyytyväisiä tehtyyn toimenpiteeseen. Tekonivelpotilaiden hoitoprosessi on monivaiheinen sekä -tasoinen ja voi ajallisesti olla hyvinkin pitkä. Asiakkaiden on vaikea arvioida ammatillista palvelutasoa muuten kuin arvioida lopputulosta olemalla tyytyväinen tai tyytymätön. Asiakkaiden osallistaminen prosessin ja ketjun eri vaiheissa omaan hoitoonsa laajentaa heidän käsitystään hoidon tavoitteiden saavuttamisesta ja hoidon laadusta.

Vastaajat antoivat vuorovaikutuksesta ja kohtelusta kokonaisuudessaan hyvää palautetta. He kokivat, että kohtaaminen oli onnistunutta ja heitä kuunneltiin. Henkilöstö puhui ymmärrettävällä kielellä ja asiakkaille annettiin mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa. Hoitajat saivat tutkimukseen osallistuneilta asiakkailta kautta hoitolinjan 99 % hyvää palautetta. Tutkimusaineistosta nousi esille muutamien asiakkaiden esittämänä lääkäreiden näkymättömyys. Asiakkaat kokivat lääkäreiden olleen kiireisiä, kun kohtaukset olivat hyvin lyhyitä ja niitä oli harvakseltaan. Varsinkin hoitavaa lääkäriä olisi haluttu tavata enemmän osastovaiheessa. Asiakkaiden palautteet dialogista lääkärin kanssa vaihteli paljon, mikä näkyy haastateltujen asiakkaiden palautteiden sisällöissä. Todennäköisesti kokemukset pohjautuivat paljolti odotuksiin, koska samanlaisilla kuvauksilla toinen asiakas koki vuorovaikutuksen riittäväksi ja toinen asiakas kaipasi keskusteluita. Palvelun tarjoajaan voidaan kohdistaa ns. hiljaisia eli implisiittisiä odotuksia, joita pidetään niin selvinä, ettei niitä sanota ääneen. Asiakkaatkaan eivät aina tunnista näitä odotuksia, kun ne täyttyvät. Jos odotukset jäävät täyttymättä, niin he ovat tyytymättömiä asiaan ja ilmaisevat odotukset ääneen. Olisi hyvä saada asiakkaat ilmaisemaan odotuksiaan ääneen ja saada ne näkyviksi. Useampi asiakas antoi palautetta osastovaiheessa siitä, ettei kierroilla ollut häntä leikannut lääkäri vaan joku muu lääkäri. Todennäköisesti lääkärit eivät edes kiertäneet kaikkia potilaita osastolla päivittäin. Bodegårdin tutkijaryhmä (2019, s. 83) sai samansuuntaisia tuloksia vertaillaan asiakkaiden ja lääkäreiden kokemuksia asiakaslähtöisestä hoidosta. Tulokset vahvistivat aikaisempia tutkimustuloksia eli lääkärit sitoutuivat riittämättömästi asiakaslähtöiseen ja osallistuvaan hoitoon. Esille nousi myös hoitajakokemuksia, joissa asiakkaat eivät olleet tulleet riittävästi kuulluiksi ja ymmärretyiksi kipujen suhteen. Tämä palvelun laatu-ulottuvuus on keskeinen ja tärkeä palvelukokemukseen vaikuttava tekijä, joka on annettu sairaanhoitopiirin palvelulupauksessakin. Hyvä vuorovaikutus ja kohtelu antavat myönteisen kuvan ja voi antaa anteeksi pieniä heikkouksia laadun muilla ulottuvuuksilla. Yleensä asioista puhuminen, inhimillisuus sekä päätöksien ja toimintatapojen perustelu antaa luottamusta ja tyytyväisyyttä. Jos asiakkaan ja läheisen yksikin palvelukokemus on huono, niin se voi jättää heille huonon kuvan laadusta.

Tutkimuksen asiakkaat antoivat palautetta hoidon muista toiminnallisista asioista, kuten sopimusten ja lupauksien kiinni pitämisestä. Merkittäviksi asioiksi asiakkaille nousi toimenpiteiden peruuntumiset, joita ei riittävästi selvitetty ja avattu heille. Toimenpiteeseen varautuminen ja sitten sen peruuntuminen aiheuttaa arkeen monia järjestelyjä asiakkaille ja heidän läheisilleen sekä sidosryhmille. Annettujen lupauksien ja sopimusten pitämien osoittaa luotettavuutta ja arvostusta asiakasta kohtaa.

Asiakkaat antoivat palautetta pitkistä jonotusajoista, jotka kuitenkin noudattivat hoitotakuulla turvattuja kiireettömään hoitoon pääsyn aikarajoja. Hoitotakuulaki ei poista terveydenhuollon ongelmia, sitä vastoin laki parantaa asiakkaiden yhdenvertaisuutta ja takaa palvelujen saatavuuden. Valvovien viranomaisten jatkuvasta seurannasta huolimatta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on mm. ortopedialla ongelmia hoidon toteuttamiseksi lain antamissa puitteissa. Erikoisalalla työskentelevät ja sairaanhoitopiiriin johto seuraavat koko ajan sairaalan hoitoon pääsy -tilannetta ja hoitavat tuota haastetta jonon purulla. Toiminnan osioimintoi ei todennäköisesti riitä ongelman ratkaisussa, vaan on tarkasteltava ja päivitettävä tekonivelpotilaanprosessi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjaon uudelleen arvioimiseksi ja koko ketju ottaen mukaan myös sosiaalitoimi ja muut hoitavat tahot. Palvelujen yhteensovittaminen edellyttää ammattiryhmien välistä saumatonta yhteistyötä sekä asiakasta ja potilasta koskevien tietojärjestelmien palvelukokonaisuuksien rakentamiseksi. Muutokset toiminnassa asiakkaan prosessin jossakin vaiheessa vaikuttavat aina prosessin muihinkin vaiheisiin ja toimintaan. Tämä näyttäytyy hoidon jatkuvuuden paranemisena asiakkaalle ja kustannusten nousun hillitsemisenä yhteiskunnalle, jos muutokset tehdään hallitusti. Virtanen ja tutkijaryhmä (2017, s. 10, 18, 20, 59) toteaa suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä olevan integraatio-ongelmia ja potilaan hoidon selkeän koordinoitavuuden puuttumista. Tämä edellyttää myös alueellisten tietojärjestelmien yhteentoimivuutta ja kokonaisarkkitehtuuria. Sairaanhoitopiiri pyrkii järjestämään palvelut joustavasti ja tarjoamaan ne oikea-aikaisesti asiakkaiden palvelutarpeeseen. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on rakennettu hoidon porrastuksen periaattein, mikä mahdollistaa

asukkaiden terveysongelmien hoitamisen mahdollisimman lähellä heidän omaa asuin- ja toimintaympäristöään. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa toiminnan painopistettä siirretään perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Sairauksiin tai oireisiin liittyvien palvelukokonaisuuksien ja hoitoketjujen rakentaminen perustuu kansallisiin hoitosuosituksiin, joilla halutaan edistää asiakkaiden sujuvan ja laadukkaan hoidon toteutumista. Meneillään olevassa sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistuksessa palvelukokonaisuuksien ja hoitoketjujen rakentamisen haasteena tulee todennäköisesti olemaan palvelun tarjoajien suuri määrä, mikä luo haasteita, mutta on edellytys yhteistyölle ja asiakaslähtöisten hoitoketjujen kehittämiseksi. Toisaalta kun palvelu- ja hoitoketjut saadaan rakennettua, niin ne ovat toimintojen suunnan näyttäjiä laadullaan ja vaikuttavuudellaan. Tämä edellyttää monen tason yhteistyötä, niin poliittisen johdon kuin virkamiesten osallistamista eri tahoilla.

Asiakkaiden rooli passiivisista palveluiden kohteista on muuttumassa aktiivisiksi vaikuttajiksi tuoden julkisiin palveluihin asiakasnäkökulmaa. Terveystieteiden huollossa meneillään oleva keskustelu potilas- ja asiakaskeskeisyydestä potilas- ja asiakaslähtöisyydeksi on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksen ydin, jolla halutaan turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut. Campellin ja tutkijaryhmän (2000, s. 1611) mukaan asiakaslähtöisyyttä on tarkasteltu myös terveydenhuollon laadun osatekijänä. Tämä tulisi näkyä asiakkaiden valinnan mahdollisuuksien korostamisena ja osallisuuden tukemisena. Se edellyttää asiakkaiden osallisuuden lisäämistä, mikä on turvattu jo laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sekä kirjattu sosiaali- ja terveydenhuoltoalaa koskeviin moniin laatusuositus- ja toimintaohjelmiin sekä alueellisiin ja organisaatiotasoihin strategioihin. Tutkimustulokset tukevat terveyspalvelujen tuottajia laadun mittaamisella systemaattiseen kehittämiseen, ohjelmien laatimiseen ja aineistojen saattamista kansalliseen vertailuun (Burstin, Leatherman & Goldmann, 2016, s.154, 159).

Asiakaslähtöisyyden kehittäminen pitää lähteä asiakkaan tarpeesta ja saatuun palveluun liittyvästä kokemuksesta. Palvelujärjestelmän kehittäminen edellyttää kokonaisvaltaisuutta ja palvelujen toisiinsa liittämistä sekä uusien menetelmien kehittämistä, kuten

tietotekniikan hyödyntämistä. Asiakkaan tulee olla palvelun keskiössä, mikä madaltaa eri sektorien yhteistoimintaa. Parhaimmillaan asiakaslähtöisyys on eri ammattiryhmien osaamisen vuorovaikutteinen huipentuma, johon myös asiakas tuo oman äänensä. Laadun kehittämisen näkökulmasta asiakasta pitäisi aina osallistaa oman hoitonsa, sen suunnitteluun ja arviointiin. Tällöin toimitaan asiakkaan kanssa yhdessä heille merkityksellisellä tavalla. Näin voidaan taata palvelun toiminnallinen ja tekninen laatu, jotka tuottavat asiakkaan näkökulmasta toivottavaa arvoa. (Vargo & Lusch, 2004, s. 6–7, 12)

Sairaanhoitopiirin palvelulupaus alueen asukkaille viestittää sen toiminnan arvoperustasta ja työntekijöiden sitoutumisesta sovittuihin arvoihin ja ammatilliseen etiikkaan. Asiakaslähtöinen toiminta ja asiakaslähtöinen kulttuuri edellyttävät asiakkaan mukaan ottamista hänen omaan hoitoonsa tasavertaisena kumppanina, mikä tarkoittaa luottamusta, avoimuutta ja tasapainoa asiakkaan, hoitotiimin, palvelutarjoajan eli sairaalan ja kunnan eli merkittävimmän maksajan välillä. Myös palvelutarjoajalla, jolla on potilasasiakas ja kunta-asiakas, on velvoite toimia eettisesti kestävästi. Julkinen terveydenhuolto ei toimi voittoa tavoitellen, eikä se valikoi asiakkaitaan. Koska terveyspalvelujen kysyntä on suurempi kuin tarjonta, niin organisaatioissa joudutaan priorisoimaan toimintoja, mutta ketään ei jätetä hoitamatta. Kustannuksia säästävä toiminta ei ole este eikä hidaste laadukkaille terveyspalveluille. Asiakkaat ja heidän läheisensä ovat tyytyväisiä hoitoon, kun heiltä kysytään, heille kerrotaan ja heidän mielipiteitä kuullaan. He kokevat hyviä kohtaamisia, kunnioitusta ja inhimillisyyttä. Kohtaamisissa asiakkaille paljastuu organisaation toimintakulttuuri, asenteet ja tapa toimia hoito- ja palvelutilanteissa. Kun halutaan toimia terveydenhuollossa asiakaslähtöisesti, sitä on tehtävä organisaation joka portaalla ja muutettava tiedottamista avoimemmaksi. Jokainen, niin asiakkaat kuin työntekijät, haluavat olla osallisia muutoksessa ja vaikuttamassa vuorovaikutteiseen palvelukulttuuriin. Jos asiakas jätetään ulos laadukkaiden palvelujen kehittämisestä, niin terveyspalvelujen kehittäminen jatkuu kohtaamatta koskaan asiakkaista lähteviä todellisia tarpeita. Terveyspalveluja tuottavat organisaatiot ovat ottaneet asiakkaita ja heidän läheisiään mukaan toimintojen kehittämiseen mm. asiakasraatitoimin-

taan ja kokemusasiantuntijoiksi (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Asiakkuuskertomus, 2020, s. 7). Sairaanhoitopiirissä on hyödynnetty asiakkaiden kokemuksellisuutta yli 10 vuoden ajan psykiatrian yksiköissä ja heitä on valmistunut yli 150 asiantuntijaa, jotka työllistyvät vähän vaihdellen. Somatiikalla ensimmäiset kokemusasiantuntijahoitajat valmistuivat vasta viime vuonna. Tämä on uudenlaista asiakaslähtöistä toimintaa, mutta kokemuksellista tietoa tullaan hyödyntämään sosiaali- ja terveystalouden kehittämässä laajemminkin. Somaattisen puolen yksiköissä on tutumpaa vertaisuuteen perustuva kokemuksellinen toiminta, jossa keskinäinen tuki on toipumisen perusta. Tätä vertaistukea teemme järjestöjen kanssa yhteistyönä. Terveystaloutta tuottavat organisaatiot keräävät systemaattisesti asiakaspalautetta, joka on ehkä tutuin asiakkaiden kokemuksellisuuden hyödyntämisen mahdollisuus. Tämä edellyttää kuitenkin palvelun tarjoajalta näkyvää reagoitua asiakkaiden antamaan palautteeseen. Näkyvyys lisää organisaation ja sen toiminnan uskottavuutta ja luottamusta.

Asiakas kokee saamansa palvelun ja sen laadun aina yksilöllisesti. He saattavat kokea jopa saman asiakaslähtöisen palvelun eri tilanteissa tai elämänvaiheissa eri tavalla. Tämä edellyttää parempaa ymmärrystä sekä prosessien ja hoitoketjujen kehittämisessä todellisten asiakasta tyydyttävien vaihtoehtojen tuottamista. Kehittäminen tulisi tapahtua kokonaisvaltaisemmin palvelua tai hoitoketjua tarkastellen, vaikka muutokset eivät olisi suuria. Asiakaslähtöisyys on organisaatiossa kaikilla tasoilla myös asennetyötä, joka vaatii johtamiselta sekä ihmisten että asioiden johtamista. Johtamisen kautta lisätään yhteneväisyyttä ja eri tahojen intressejä (Virtanen ja muut, 2017, s. 39). Henkilöstön on myös päästävä irti sektoriajattelusta, kokeiltava uusia ratkaisuja ennakkoluulottomasti ja mielletävä itsensä koko organisaation edustajaksi sekä palvelun tarjoajaksi. Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ei tapahdu vain asiakkaita kuulemalla vaan muutosta on tapahduttava sairaalan omassa kulttuurissa ja toimintatavoissa. Säilyttääkseen hyvän imagon sairaalan tulee seurata asiakkaidensa palvelukokemuksia. Asiakkaat muodostavat odotuksia ja kokevat palvelujen teknisen ja toiminnallisen laadun, koettuna palvelun laaduna, joka vaikuttaa imagoon. Koetulla kokemuksellaan imago joko

vahvistuu tai heikkenee. Jos asiakkaalla ei ole organisaatiosta imagokuva, niin se muoutuu kokemuksen mukaan. Imagolla on merkitystä myös henkilöstön sisäisiin suhteisiin ja työssä viihtyvyyteen, mikä takaa henkilöstön pysyvyyden ja sairaalan vetovoimaisuuden työpaikkana. Terveydenhuollon laatuoppaan (Kuntaliitto, 2019, s. 7) mukaan henkilöstön tyytyväisyys ja asiakkaiden/potilaiden tyytyväisyys ovat kytköksissä toisiinsa. Imagoon on mahdollista vaikuttaa jossain määrin viestinnän keinoin, mutta toiminnan parantaminen tapahtuu palvelun laatua kehittämällä. Se vaatii sairaalalta tai organisaatiolta suurempaa asiakasymmärrystä ja kykyä ennakoida asiakastarpeita. Tämä edellyttää asiakkaiden äänen kuulemista ja osallistamista koko hoitoprosessin ja -ketjun ajan. Asiakslähtöisyyden toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa edellyttää lisääntyvää yhteistyötä ja integroidumpaa palvelukokonaisuutta ja toimintamallia sekä asiakkaan ja hänen läheisensä kuulemista.

Tutkimustulosten perusteella esitän jatkotutkimusaiheiksi

- Asiakkaan käsitys osallisuudestaan omaan hoitoonsa ja kuntoutumiseen – vaikuttamisen mahdollisuus.
- Asiakkaan läheisten käsityksiä asiakkaan/potilaan osallisuudesta hoitoonsa sekä läheisten osallisuudesta hoitoon./Asiakkaan osallisuutta edistäviä ja estäviä tekijöitä.
- Eri-ikäisten ja eri taustalla olevien asiakkaiden odotukset asiakslähtöiseltä palvelulta ja toiminnalta.
- Asiakslähtöisen sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavan organisaation palvelukulttuuri – edistävät tekijät ja esteet.
- Palveluprosessien ja –ketjujen yhdistäminen yhteistyössä asiakasta tukevin yhteistyötahojen kanssa.
- Henkilöstön osaamisvaatimusten, ammattiroolien ja työn sisällön muutokset asiakkaan osallistumisen edistämiseksi
- Johtamisen keinot asiakslähtöisyyden edistämiseksi.

Lähteet

- Aalto, A-M., Elovainio, M., Tynkkynen, L-K., Reissell, E., Vehko, T., Chydenius, M. & Si-nervo, T. (2018). What patients think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland. *Scandinavian Journal of public health*, 46(4), 463–470. <https://doi.org/10.1177/1403494817731488>
- Aarnikoivu, H. (2005). *Onnistu asiakaspalvelussa*. Helsinki: WSOY.
- Alkio, M. (2011). *Terveyden kustannuksella. Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uudistettava?* Helsinki: WSOY.
- Anttila, M. & Iltanen, K. (2001). *Markkinointi*. Porvoo: WSOY.
- Berwick, D. & Fox, D. M. (2016). "Evaluating the Quality of Medical Care": Donabedian's Classic Article 50 Years Later. *The Milbank Quarterly*, 94(2), 237–241. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12189>
- Bliss, K. (2020). Building a Culture of Safety and Quality: The Paradox of Measurement. *Nursing Economic*, 38(4), 178–184.
- Bodegård, H., Helgesson, G., Niklas, J., Olsson, D. & Lynøe, N. (2019). Challenges to patient centredness – a comparison of patient and doctor experiences from primary care. *BMC Family Practice*, 20(1), 83–100. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0959-y>
- Burstin, H., Leatherman, S. & Goldmann, D. (2016). The evolution of healthcare quality measurement in the United States. *Journal of Internal Medicine*, 279(2), 154–159. <https://doi.org/10.1111/joim.12471>
- Cambell, S., Roland, M. & Bluetow, S. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 51, 1611–1625. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00057-5)
- Derose, S. F., Schuster, M. A., Fielding, J. E. & Asch S. M. (2002). Public health quality measurement: concepts and challenges. *Annual Review of Public Health*, 23(1), 1-21. <https://doi:10.1146/annurev.publhealth.23.092601.095644>
- Deshpande, P., Rajan, S., Sudeepthi, B. & Abdul Nazir, C. (2011). Patient-reported out

- comes: A new era in clinical research. *Perspectives in Clinical Research*, 2(4), 137–144. <https://doi:10.4103/2229-3485.86879>
- Donabedian, A. (1966). Evaluation the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–206. <https://doi:10.2307/3348969>
- Epstein, R., Fiscella, K., Lesser, C. & Stange, K. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs (Millwood)* 29(8), 1489–1495. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1898/1062. Finlex. Noudettu 3.5.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Asiakkuuskertomus 2020. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Seinäjoen keskussairaala. Noudettu 16.8.2021 osoitteesta https://www.epshp.fi/sairaanhoitopiiri/organisaatio/vuosi- ja_henkilostokertomukset
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009: Elämän arvoista. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Seinäjoen keskussairaala.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin henkilöstökertomus 2016. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Seinäjoen keskussairaala.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (2013). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2013–2020. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Seinäjoen keskussairaala.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri (2016). Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin yleisesittely. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri: Seinäjoen keskussairaala.
- Grönroos, C. (2000). *Nyt kilpaillaan palveluilla*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Grönroos, C. (2009). *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Hallipelto, A. (2008). *Paras tuottakoon! Hyvinvointipalvelujen tulevat markkinat*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T. & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization* 95(5), 368–374. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179309>

- HE 155/2006 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta. Noudettu 15.8.2021 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/esitykset/he/2006/20060155>
- HE 56/2021 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon pelastustoimen lainsäädäntöön sekä eräihin muihin lakeihin tehtävistä muutoksesta hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevasta lainsäädännöstä johdettuna. Noudettu 8.8.2021 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/esitykset/he/2021/20210056#idp453170992>
- Heiliö, P.-L., Kattelus, M., Kaukonen, O., Kumpula, A., Narikka, J., Sintonen, H. & Ylipartanen, A. (2006). *Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä*. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Heinämäki, L. (2012). *Valtiohallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopainos Oy
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajajärvi, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Huhtala, S. (2004). *Terveyskeskus*. Teoksessa *Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut* (s. 44–52). Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Hakapaino.
- Hung, K.-Y. & Jerng, J.-S. (2014). Time to have a paradigm shift in health care quality measurement. *Journal of the Formosan Medical Association* 113(10), 673-679. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2014.06.003>
- Huuskonen, J., Ijäs, N. ja Lehtoranta, O. (1997). *Julkisten palvelujen laadunarviointi: arviointikehikko ja näkökulma*. Helsinki: Tilastokeskus. Suomen Kuntaliitto.
- Ihalainen, R. (2007). *Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa*. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy- Juvenes Print.
- Jaakkola, E., Orava, M. ja Varjonen, V. (2009). *Palvelujen tuotteistamisesta kilpailuetua. Opas yrityksille: Tekes*. Helsinki: Libris Oy.
- Julkunen, R. (2006). *Kuka vastaa?: hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki:

Stekes.

- Järvelin, K., Kvist, H.-H., Kähäri, P. & Räikkönen, J. (1992). *Palveluyrityksen laadun kehittäminen*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kainlauri, A. (2007). *Ideasta hyvinvointialan yrittäjäksi*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Finlex. Noudettu 3.8.2021 osoitteesta
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Karsio, O. & van Aerschot, L. (2017). Vanhuspalvelut ja valinnanvapaus – johtavien vi-
 ranomaisten näkemyksiä palvelusetelistä. *Gerontologia* 31(3), 163–178.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201710272647>
- Keskimäki, I., Manderbacka, K. & Teperi, J. (2008). *Oikeudenmukaisuus terveydenhuol-
 lossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista*. Teoksessa U. Ashorn &
 J. Lehto (toim.), *Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta*. Stakes. Sosiaali-
 ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirja-
 paino Oy.
- Kielilaki 6.6.2003/423. Finlex. Noudettu 15.5.2021 osoitteesta
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423>
- Kiikkala, I. (1999). Asiakaskeskeisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? *Sairaanhoid-
 taja* 3, s. 6-10.
- Kiikkala, I. (2000a). *Mikä on minun etiikkani?* Teoksessa E. Sundman (toim.), *Potilaan
 asema ja oikeudet* (s. 50–65). Tampere: Tammerpaino Oy.
- Kiikkala, I. (2000b). *Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveyden-
 huollossa*. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala
 (toim.), *Hyvinvointivaltion palveluketjut* (s. 112–121). Helsinki: Tammi.
- Kinnunen, J. (1995). Ovatko terveyspalvelujen käyttäjät potilaita, asiakkaita vai kulutta-
 jia? *Hyvinvointikatsaus* 4/95, s. 33 - 37.
- Kivinen, T. & Hilander-Sihvonen, A. (1997). *Asiakkaat ja terveyspalvelujen laatu NRO
 82*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.
- Kitson, A., Marshall, A. & Bassett, K. Z. (2013). What are the core elements of patient-

centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), s. 4–15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>

Koivuniemi, K. & Simonen, K. (2011). *Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (2009). *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Hakapaino Oy.

Kotler, P., Armstrong, G., Wong, V. & Saunders, J. (2008). *Principles of Marketing: 5th European Edition*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Kremers, M.N.T., Zaalberg, T., Van Den Ende, E.S., Van Beneden, M., Holleman, F., Nanayakkara, P.W.B. & Haak, H.R. (2019). Patient's perspective on improving the quality of acute medical care. *BMJ Open Quality*, 8(3), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000736>

Kujala, E. (2003). *Asiakslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteeseen*. Akateeminen väitöskirja. Tampere.

Kuntaliitto. (2019). *Terveydenhuollon laatuopas*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kuusela, H. (1998). *Markkinoinnin haasteet*. Porvoo: WSOY.

Kuusela, H. & Rintamäki, T. (2002). *Arvoa tuottava asiointikokemus*. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Käypä hoito –suositus, 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen ortopediayhdistys ry:n asettama työryhmä. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Noudettu 3.5.2021 osoitteesta <https://www.kayphoito.fi/hoi50054?tab=suositus>

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. (2012). *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa*. Helsinki: Edita.

Lahtinen, J. & Isoviita, A. (2001). *Asiakaspalvelu ja markkinointi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Laitila, M. (2010). *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä*. Akateeminen väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio: Kopijyvä Oy.

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Noudettu 3.8.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Finlex. Noudettu 3.8.2021 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733. Finlex. Noudettu 3.8.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>
- Lammi-Taskula, J. (2011). *Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Latvala, E. (1998). *Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä*. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu: Oulun yliopisto.
- Lecklin, O. (2006). *Laatu yrityksen menestystekijänä*. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Lehtinen, U. & Niinimäki, S. (2005). *Asiantuntijapalvelut: tuotteistamisen ja markkinoinnin suunnittelu*. Helsinki: WSOY.
- Lehto, A.-M. (1996). *Työolot tutkimuskohteena. Tutkimuksia 222. Tilastokeskus*. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Lehto, J., Anttonen, A., Haveri, A. & Palukka, H. (2012). *Julkisen palvelun muutos tutkimuksen kohteena*. Teoksessa A. Anttonen, A. Haveri, J. Lehto & H. Palukka (toim.), *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos* (s. 11–16). Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. (2001). *Sosiaali- ja terveydenhuolto*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Leppo, K. (2013). *Terveydenpolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti*. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.), *Terveydenpolitiikan perusta ja käytännöt* (s. 86–102). Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy.
- Lehtonen, J., Pesonen, H.-L. & Toskala, A. (1999). *Näkökulmia asiakaspalveluun ja markkinointiin*. Avoimen yliopiston julkaisusarja. Oppimateriaaleja N:o 6. Jyväskylä: Yliopistopaino.

- Lillrank, P. (1990). *Laatunmaa: johdatus Japanin talousnäkömään laatujohtamisen näkökulmasta*. Helsinki: Gaudeamus.
- Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. (2004). *Keskeneräinen potilas. Terveystuotannon ohjaus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lovelock, C. & Wirtz, J. (2004). *Services Marketing: People, Technology, Strategy*. Fifth Edition, Prentice Hall. Printed in the United States of America.
- Lukkarinen, S. (2007). *Julkiset hankinnat sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Lumijärvi, I. & Jylhäsaari, J. (1999). *Laatujohtaminen ja julkinen sektori*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Lämsä, A.-M. & Uusitalo, O. (2003). *Palvelujen markkinointi esimiestyön haasteena*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Mattila, Y. (2011). *Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116*. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex. Noudettu 3.5.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Miettinen, S., Junnila, M. & Lehto, J. (2012). *Kohti tilaaja–tuottaja –toimintatapa*. Teoksessa M. Junnila, T. Aho, S. Fredriksson, I. Keskimäki, J. Lehto, M. Linna, S. Miettinen & L-K. Tynkkynen (toim.), *Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystuotannossa* (s. 23–30). Terveystuotannon ja hyvinvointilaitos. Raportti 42/2012. Tampere: Juvenes Print- Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Mäki, K. & Sorri, T. (1999). *Julkisten palvelujen laatu ja kilpailukyky. Tutkimukset ja selvitykset 2/99*. Valtiovarainministeriö. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Narikka, J. (2008). *Sosiaali- ja terveystuotannon järjestäminen ja hankinta*. Tallinna: AS Pakett.
- Narinen, A. (2000). *Terveystuotannon osastonhoitajan työn sisältö tällä hetkellä ja tulevaisuudessa*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto: yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Helsinki: Helsingin yliopiston verkkojulkaisut.

- Niemelä, M. (2008). *Julkisen sektorin reformin pitkäkaari Valtava-uudistuksesta Parashankkeeseen*. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 102. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Niiranen, V. & Kinnunen, J. (2010). *Sosiaali- ja terveyspalvelut hyvinvoinnin kentässä*. Teoksessa *Rakenteet muuttuvat, mihin suuntaan? Sosiaali ja terveyspalvelut Parashankkeessa. Lähtötilanteen kartoitus* (s. 25–37). Paras ARTTU-ohjelman tutkimuksia nro 6. Itä-Suomen yliopisto. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Nikkilä, J. & Paasivaara, L. (2007). *Arjen johtajuus. Rutiinijohtamisesta tulkintataitoon*. Sipoo: Silverprint.
- Oikarinen, A. (2008). *Kainuulaisten miesten terveyskäyttäytyminen – kulttuurinen näkökulma*. Väitöskirja. Oulu: Oulu University Press.
- Ollila, E. & Koivusalo, M. (2009). *Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi – terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat*. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.), *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa* (s. 21–47). Helsinki: Hakapaino Oy.
- Osborne, S. P. (2018). From public service-dominant logic to public service logic: are public service organizations capable of co-production and value co-operation? *Public management review* 20(2), 225–231.
<https://doi.org/10.1080/14719037.2017.1350461>
- Outinen, M., Holma, T. & Lempinen, K. (1994). *Laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Pahlman, I. (2010). *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista*. Teoksessa M. Koskinen (toim.), *Terveydenhuollon lainsäädäntö* (293–296). Helsinki: Edita Prima Oy.
- Pajukoski, M. (2004). *Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa – oikeudellinen näkökulma*. Teoksessa M. Heikkilä & M. Roos (toim.), *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005* (s. 176–204). Stakes. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.
- Pelkonen, R. (2000). *Lääkärin eettiset ohjeet*. Teoksessa: *Lääkärintyö ja laki 2000*, 52–

60. Toim. Kimmo Koskenvuo. Duodecim.
- Penttilä, U.-R. & Sipilä, J. (1987). *Potilaskeskeinen palveluorganisaatio. Terveysthuollon asiakaspalvelun kehittäminen*. Julkaisu 117. Sairaaliitto. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Raunio, K. (2009). *Olennainen sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rautiainen, P., Taskinen, H. & Rissanen, S. (2020). *Sosiaali- ja terveystalujen uudistaminen – virstanpylväitä menneestä ja suuntia tulevasta*. Teoksessa A. Hujala, & H. Taskinen (toim.), *Uudistuva sosiaali- ja terveysala* (s. 15–45). Tampere: Tampere University Press. Noudettu 9.8.2021 osoitteesta https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/124078/rautiainen_ym_sosiaali_ja_terveyspalvelujen_uudistaminen.pdf?sequence=2
- Rissanen, T. (2005). *Hyvä palvelu*. Vaasa: Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti Polestar Ltd.
- Ruotsalainen, P. (2000). *Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia*. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (toim.), *Hyvinvointivaltion palveluketjut* (s. 7–32). Tampere: Tammerpaino Oy.
- Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. Noudettu 18.8.2021 osoitteesta <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2021/04/Sairaanhoidajien-eettiset-ohjeet-2021-1.pdf>
- Salmela, T. (1997). *Asiakaspalautteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä*. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 32. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Saver, B.G., Martin, S. A., Adler, R. N., Candib, L. M., Deligiannidis, K. E., Golding, J., Mullin, D. J., Roberts, M. & Topolski, S. (2015). Care that Matters: Quality Measurement and Health Care. *PLOS Medicine*, 12(11), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001902>
- Schembri, S. (2015) Experiencing health care service quality: through patients' eyes. *Australian Health Review*, 39(1), 109–116. <https://doi.org/10.1071/AH14079>
- Selin, E. & Selin, J. (2005). *Kaikki on kiinni asiakkaasta. Avaimia asiakasrajapinto-*

- jen hallintaan*. Pieksämäki: RT-Print Oy.
- Selin, E. & Selin, J. (2013). *Kaikki on kiinni asiakkaasta. Avaimia asiakastyöskentelyn hallintaan*. Espoo: Hansaprint Oy.
- Silvennoinen-Nuora, L. (2010). *Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa ja vaikuttavuuden arvioinnin*. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Sinkkonen, S. & Nikkilä, J. (1988). *Suomen terveydenhuollon hallinto*. Juva: WSOY.
- Sipilä, J. (1999). *Asiantuntijapalvelujen markkinointi*. Porvoo: WSOY.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (1998). *Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa I. Saumaton hoito- ja palveluketju. Asiakaskortti*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998: 8. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001a). *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa*. Julkaisuja 2001: 3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001b). *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta*. Julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita Oyj.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2005). *Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteiset palvelut*. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2005: 7. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020). *Palvelukokonaisuudet ja –ketjut rakentavat sote-integraation*. Noudettu 25.7.2021 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/-/palvelukokonaisuudet-ja-ketjut-rakentavat-sote-integraation>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021). *Hallituksen esitys sote-uudistuksesta ja sen lain säädäntö hyväksyttiin eduskunnassa*. Tiedote 182/2021. Noudettu 1.7.2021 osoitteesta <https://stm.fi/-/hallituksen-esitys-sote-uudistuksesta-ja-sen-lainsaadanto-hyvakstyttiin-eduskunnassa>
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto. (1999). *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle: valtakunnallinen suositus*. Jyväskylä: Gummerus.

- Stakes. (1995). *Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisälöstä*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. (2012). *Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet*. Tallinna: AS Pakett.
- Storbacka, K. & Lehtinen, J. (2002). *Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla*. Helsinki: WSOY.
- Storbacka K., Blomqvist, R., Dahl, J. & Haeger, T. (2003). *Asiakkuuden arvon lähteillä*. Helsinki: WSOY.
- Suomen Perustuslaki 11.6.1999/731. Finlex. Noudettu 2.1.2020 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Sutela, M. (2003). *Sosiaali- ja terveystalouden ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Södergård, H. (1998). *Sosiaali- ja terveystalouden käännekohtassa. Yksityisen ja kolmannen sektorin perusanalyysi ja kehittämisen suuntaviivat*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Tenkanen, R. (1998). *Vanhuksen ja työntekijän kohtaaminen kotipalvelussa*. Teoksessa R. Haverinen, L. Simonen & I. Kiikkala (toim.), *Kohtaamisia sosiaali- ja terveystalouden areenoilla* (s. 99–111). Stakes, raportteja 221. Helsinki.
- Teperi, J. & Vuorenkoski, L. (2005). *Terveystalouden ja terveydenhoito Suomessa toisen maailmansodan jälkeen*. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.). *Suomalainen terveystalouden tutkimus*. Duodecim, Kansanterveyslaitos ja Stakes. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.
- Terveydenhuoltolaki 31.12.2010/1326. Finlex. Noudettu 3.8.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL. (2020). *Lonkan ja polven tekoniivelet*. Tilastoraportti 36/2020. 6.10.2020. Noudettu 21.1.2021 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140567/TR_36_2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Tuomi, J. (2007). *Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen*. Helsinki: Tammi.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuorila, H. (2009). *Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen*. Teoksessa M. Lammi, M. Niva & J. Varjonen (toim.), *Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2009* (s. 102–118). Tampere: Tampereen yliopistopainos Oy.
- Tuulaniemi, J. (2011). *Palvelumuotoilu*. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Uotinen, S. (2004). *Kunnan sosiaali- ja terveystoimen rakenne ja tehtävät*. Teoksessa *Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut* (s. 10–15.). Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Hakapaino.
- Uusitalo, H. (1998). *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. Juva: WSOY.
- Valli-Lintu, A. (2017). *Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu*. KAKS- Kunnallisan kehittämissäätiön Julkaisu 10. Helsinki. Noudettu 3.2.2021 osoitteesta https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/09/sote-jakuntarakenteen-pitka-kujanjuoksu_2.pdf
- Valli-Lintu, A. (2019). *Sote- ja kuntarakenteen pitkä kujanjuoksu –osa II*. KAKS- Kunnallisan kehittämissäätiön Julkaisu 27. Helsinki. Noudettu 8.8.2021 osoitteesta https://kaks.fi/wp-content/uploads/2019/06/valli-lintu_sote-ja-kuntarakenteen-pitka-kujanjuoksu-osa-ii-1.pdf
- Valkama, K. (2009). *Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Hallinnon tutkimus 2. s.26–40.
- Valkama, K. & Isosaari, U. (2011). *Asiakkuus hyvinvointivaltiossa*. Teoksessa P. Vartiainen & M. Vuorenmaa (toim.), *Kohti sosiaalisesti kestävää hyvinvointia* (s. 41–52). Näkökulmia Pohjanmaalta. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 295. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 6. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Valtioneuvosto. (2011). *Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011*. Noudettu 15.5.2021 osoitteesta <https://valtioneuvosto.fi/-/72-paaministeri-jyrki-kataisen-hallituksen-ohjelma>
- Valtioneuvosto. (2019). *Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 2019. Sosiaali-*

ja terveystalveluiden rakenneuudistus. Noudettu 23.5.2021 osoitteesta <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-rakenneuudistus>

Valtioneuvosto. (2020a). *Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalveluohjelma*. Noudettu 3.6.2021 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>

Valtioneuvosto. (2020b). Marinin hallitus linjasi sote-uudistuksen lähtökohtia. Noudettu 24.6.2021 osoitteesta https://soteuudistus.fi/documents/1271139/22728740/SOTE-%20factsheet_FI_009.pdf/fbb9eeae-dd47-f38b-7ee5-b51f80c7af89/SOTE-factsheet_FI_009.pdf/SOTE-factsheet_FI_009.pdf

Valtioneuvosto. (2020c). *Sote-uudistus*. Noudettu 3.5.2021 osoitteesta https://soteuudistus.fi/documents/1271139/49299698/DIAT+HE_sote_yleisesitely_8.12.2020.pdf/280a2cc1-ef7c-da63-f2ce-6c65a0f91eda/DIAT+HE_sote_yleisesitely_8.12.2020.pdf/DIAT+HE_sote_yleisesitely_8.12.2020.pdf?t=1607421502362

Valtioneuvosto. (2020d). *Sote-uudistus – keskeinen lainsäädäntö tiiviisti*. Noudettu 23.5.2021 osoitteesta https://soteuudistus.fi/documents/1271139/49299698/SOTE_faktalehti_KeskeinenLainsaadanto_FI.pdf/d70a8f2d-37ae-8ac7-1f89-fa4a0bf0025d/SOTE_faktalehti_KeskeinenLainsaadanto_FI.pdf?t=1607364396770

Valtioneuvosto. (2020e). *Sote-uudistus – järjestämistalvelu ja monituottajuu*. Noudettu 8.12.2020 osoitteesta https://soteuudistus.fi/documents/16650278/49235492/SOTE_faktalehti_Jarjestaminen_FI.pdf/06daee65-18c7-cb50-a30a-55abe14ebb46/SOTE_faktalehti_Jarjestaminen_FI.pdf?t=1607362376484

Valtioneuvosto. (2021). *Sote-uudistus – kohti toimeenpanoa*. Julkaistu 15.2.2021. Nou-

dettu 3.6.2021 osoitteesta <https://soteuudistus.fi/-/katse-kohti-uudistuksen-toimeenpanoa>

- Vargo, S. & Lusch, R. (2004). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1–17. <https://doi.org/10.1509/jmkg.68.1.1.24036>
- Viitala, R. & Jylhä, E. (2013). *Liiketoimintaosaaminen. Menestyvän yritystoiminnan perusta*. Helsinki: Edita.
- Vilka, H. (2007). *Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Virtanen, P., Smedberg, J. & Stenvall, P. N. (2017). *Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveystaloudessa*. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Valtioneuvoston kanslia. Noudettu 15.8.2021 osoitteesta <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80882/palvelu-%20ja%20asiakastietoj%c3%a4rjestelmien%20integraation%20vaikutukset.pdf>
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, P., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystaloudellisten kehittämiseen*. Teke-sin katsaus 281/2011. Helsinki.
- Voutilainen, P. & Laaksonen, K. (toim.) (1994). *Potilaskeskeinen hoitotyö: askel eteenpäin*. Hygieia, terveyden- ja sairaanhoitajan kirjasto. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Vuokko, P. (1997). *Avaimena asiakaslähtöisyys*. Helsinki: Edita.
- Vuokko, P. (2004). *Nonprofit -organisaatioiden markkinointi*. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Walters, D. (1999). Marketing and operations management: an integrated approach to new ways of delivering value. *Management Decision* 37(3), 248-258.
- Weldring, T. & Smith, S. M. S. (2013). Patient-Report Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health services insights*, 6(2013), 61–68. <https://doi.org/10.4137/HSI.S11093>
- Zeithaml, V. & Bitner, M. (1996). *Services marketing*. Signapore: The MC Graw-Hill Companies, INC.
- Zeithaml, V. & Bitner, M. (2000). *Services marketing: integrating customer focus across*

the firm. 2nd ed. Boston: McGraw-Hill.

Zemke, R. (2006). *Huippupalvelua asiakkaille*. Helsinki: Rastor Oy.

Äärimaa, M. (2000). *Eettisyys lääkärin työssä*. Teoksessa E. Sundman (toim.), *Potilaan asema ja oikeudet* (s. 142–151). Hygieia. Helsinki: Tammi.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152: Finlex. Noudettu 3.5.2019 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>

Ylikoski, T. (2001). *Unohtuiko asiakas?* Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Ylikoski, T., Järvinen, R. & Rosti, P. (2006). *Hyvä asiakaspalvelu –menestystekijä finanssialalla*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake

Seinäjoen keskussairaalan tekonivelpotilaan hoitoa halutaan kehittää. Meitä kiinnostaa, miten potilaat ja heidän läheisensä ovat kokeneet hoitoketjun eri vaiheet tekonivelleikkauksessa? Ja että miten potilaat ja läheiset arvioivat hoitoa ja leikkauksesta kuntoutumista?

Vastatkaa kysymyksiin arvioiden ne kouluasteikolla 4-10. Alla olevalle viivastolle toivomme teidän kirjoittavan kysymykseen liittyvää palautetta. Vastausten avulla voimme yhdessä kehittää tekonivelpotilaan hoitoa.

Ennen leikkausta, millaisena te ja läheisenne koitte

1. lääkärinvastaanoton, lääkärin antaman informaation ja kohtelun

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

2. asiantuntijasairaanhoitajan vastaanoton/ puhelun, sairaanhoitajan antaman suullisen informaation ja kohtelun

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

3. kirjallisen materiaalin, videon

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

4. leikkaukseen odotusajan ja leikkausajankohdasta sopimisen

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

5. asiantuntijasairaanhoidajan ja fysioterapeutin tapaamisen ennen leikkausta

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

Leikkuspäivä ja osastolla oloaika, millaisena koitte

6. leikkaukseen tulon ja siihen liittyvät valmistelut

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

7. leikkaussalissa olon

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

8. Millaisena koitte heräämössä olon leikkauksen jälkeen

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

9. vuodeosastohoitoajan

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

10. kivunhoidon osastolla

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

11. fysioterapian osastolla

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

12. lääkärin kierron osastolla

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

13. kotiutuksen tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

Leikkauksen jälkeen kotona, millaisena te ja läheisenne koitte

14. kivunhoidon kotona

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

15. yleisen selviytymisen kotona

4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	----

16. Voitte kirjoittaa tähän vapaata palautetta saamastanne hoidosta.

Liite 2. Yhteenvedotaulukko tutkimukseen osallistuneiden vastauksista.

Kysymys	3kk lomake		3kk haastattelu		1v lomake		1v haastattelu		yhteensä	
	frekv	%	frekv	%	frekv	%	frekv	%	frekv	%
1/ka		8,65				8,75				
p	21	62	13	76	23	72	15	83	72	71
o	11	32	2	12	6	19	1	6	20	20
k	2	6	2	12	3	9	2	11	9	9
2/ka		9,06				9,29				
p	22	65	16	88	28	90	14	78	80	79
o	12	35	2	12	2	7	4	22	20	20
k					1	3			1	1
3/ka		8,07				9				
p	21	66	10	66	18	69	6	38	55	62
o	9	28	4	27	8	31	8	50	29	32
k	2	6	1	7			2	12	5	6
4/ka		7,82				8,31				
p	15	46	10	59	17	53	4	25	46	47
o	12	36	5	29	12	38	5	31	34	35
k	6	18	2	12	3	9	7	44	18	18
5/ka		9				9				
p	26	76	11	73	25	80	10	56	72	74
o	8	24	3	20	6	20	8	44	25	25
k			1	7					1	1
6/ka		9,09				9,25				
p	25	73	12	80	28	87	13	72	78	79
o	8	24	3	20	4	13	5	28	20	20
k	1	3							1	1
7/ka		8,8				9,42				
p	26	79	12	75	30	97	17	94	85	87
o	7	21	4	25	1	3	1	6	13	13
k										
8/ka		8,68				9,07				
p	19	56	12	81	21	72	12	71	64	67
o	13	38			8	28	2	12	23	24
k	2	6	3	19			3	17	8	9
9/ka		8,8				9,1				
p	23	67	12	75	25	81	14	82	74	76
o	9	27			5	16	1	6	15	15
k	2	6	4	25	1	3	2	12	9	9
10/ka		8,85				8,97				
p	23	67	11	69	25	81	12	75	71	73
o	9	27	4	25	4	13	4	25	21	22
k	2	6	1	6	2	6			5	5
11/ka		8,82				9,13				
p	24	73	9	65	24	80	11	69	68	73
o	9	27	3	21	6	20	4	25	22	24
k			2	14			1	6	3	3
12/ka		8,5				8,97				
p	20	61	9	56	23	72	4	25	56	58
o	11	33	4	25	7	22	7	44	29	30
k	2	6	3	19	2	6	5	31	12	12

13/ka		8,59				8,8				
p	20	61	7	47	23	72	10	63	60	63
o	13	39	7	47	7	22	5	31	32	33
k			1	6	2	6	1	6	4	4
14/ka		8,32				8,58				
p	16	48	9	56	18	58	12	67	55	56
o	15	43	2	13	11	35	2	11	30	30
k	3	9	5	31	2	7	4	22	14	14
15/ka		7,91				8,47				
p	16	50	9	56	18	56	12	75	55	57
o	13	41	3	19	11	35	3	19	30	31
k	3	9	4	25	3	9	1	6	11	12
16										
p	12	80	11	79	11	73	12	92	46	80
o	1	7					1	8	2	4
k	2	13	3	21	4	27			9	16