



Turun yliopisto  
University of Turku

# **KOETTU PALVELUN LAATU JULKISEN TERVEYDENHUOLLON PALVELU- KOHTAAMISESSA**

Liiketaloustiede: markkinoinnin  
pro gradu -tutkielma

Laatija:  
Mary-Helen Sipilä

Ohjaaja:  
KTT Arja Lemmetyinen

07.04.2017  
Pori



Turun kauppakorkeakoulu • Turku School of Economics

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

## Sisällys

1	JOHDANTO.....	7
1.1	Tutkielman taustaa.....	7
1.2	Aihealueen aikaisemmat tutkimukset .....	8
1.3	Tutkimusongelma ja rajaukset.....	11
1.4	Tieteenfilosofiset valinnat ja metodologia .....	12
1.5	Tutkimuksen keskeiset käsitteet .....	14
1.6	Tutkielman rakenne .....	16
1.7	Tutkimuksen etiikka .....	16
2	KOETTU PALVELUN LAATU.....	18
2.1	Palvelun laatu .....	18
2.2	Palvelun laadun eri ulottuvuudet .....	19
2.3	Palvelun laatutekijät, hygieniatekijät, sietoalueen käsite, lineaarinen sekä epäsymmetrinen laatufunktio sekä palvelun laadun tutkimus.....	21
2.4	Palvelun laadun mittausmenetelmät .....	24
3	PALVELUKOHTAAMINEN.....	27
3.1	Palveluepisoodi .....	27
3.2	Suhdemarkkinointi osana palvelun laadun teoriaa .....	29
3.3	Episoditeoria.....	30
3.4	Vertailukriteerit, sopeuttavat prosessit .....	32
3.5	Suhde ja suhteen laatu käsitteinä.....	34
3.6	Tutkielman viitekehys.....	35
4	EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	40
4.1	Tutkielman tutkimusorganisaatio ja sen valintaan vaikuttaneet tekijät.....	40
4.2	Tutkittava joukko ja otantamenetelmä.....	41
4.3	Tiedonkeruumenetelmä.....	42
4.4	Aineiston analysointi .....	45
5	EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU .....	48
5.1	Tutkimusaineistosta (esitiedot).....	48
5.2	Pitkäaikaissairautta hoitavan poliklinikan toiminnan arviointi.....	52
5.2.1	Ominaisuudet joita asiakas arvosti .....	52
5.2.2	Ominaisuudet joita asiakas ei arvostanut .....	54
5.3	Edellisen hoitavan tahon toiminnan arviointi.....	57

5.3.1	Ominaisuudet joita asiakas arvosti.....	57
5.3.2	Ominaisuudet joita asiakas ei arvostanut .....	59
5.4	Viimeisin palvelukohtaaminen poliklinikalla, kriittiset pisteet.....	63
5.5	Palvelun kokonaislaadun arviointia .....	67
6	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	73
6.1	Yhteenveto.....	73
6.2	Tutkimuksen arviointi.....	74
6.3	Tutkimuksen tulosten arviointi.....	77
6.4	Johtopäätökset .....	82
6.5	Jatkotutkimusehdotukset .....	86
	LÄHTEET .....	87
	LIITTEET.....	98
LIITE 1	KYSELYLOMAKE.....	98
LIITE 2	OHJE KOETUN PALVELUN LAADUN KERTOMISEEN JULKISEN TERVEYDENHUOLLON PALVELUKOHTAAMISESSA .....	102
LIITE 3	TEEMAHAASTATTELUN RUNKO.....	103

## **Kuviot**

Kuvio 1	Asiakassuhdemalli: asiakassuhteen vuorovaikutustasot (mukaillen Holmlund 1996; 1997; Grönroos 2009, 124) .....	28
Kuvio 2	Episodin laadun arvioinnin eri osatekijät asiakkaan näkökulmasta (mukaillen Järvelin 2001, 66) .....	31
Kuvio 3	Tutkielman viitekehys .....	36
Kuvio 4	Ominaisuudet joita asiakkaat arvostivat, nykyinen hoitava taho.....	54
Kuvio 5	Ominaisuudet joita asiakkaat eivät arvostaneet, nykyinen hoitava taho.....	56
Kuvio 6	Ominaisuudet joita asiakkaat arvostivat, edellinen hoitava taho.....	59
Kuvio 7	Ominaisuudet joita asiakkaat eivät arvostaneet, edellinen hoitava taho.....	62
Kuvio 8	Kriittiset pisteet, nykyinen hoitava taho.....	66
Kuvio 9	Asiakassuhteen pituus suhteessa koettuun palvelun laatuun, nykyinen hoitava taho.....	70
Kuvio 10	Asiakassuhteen pituus suhteessa koettuun palvelun laatuun, edellinen hoitava taho.....	71
Kuvio 11	Arvioinnit laatutekijöittäin .....	81

## **Taulukot**

Taulukko 1	Palvelun laadun ulottuvuudet, laadun eri osa-alueet ja niitä mittaavat laatumittarit julkisen terveydenhuollon palvelukohtamisessa mukaillen Lehtinen ja Lehtinen (1991), Silvestro ja Johnston (1992), Johnston (1995), Brady ja Cronin (2001), Grönroos (1998; 2001), Kytö (2005), Kytö ym. (2008), Sipilä (2013).....	39
Taulukko 2	Vastaajien taustatiedot.....	43



# 1 JOHDANTO

## 1.1 Tutkielman taustaa

Julkiset organisaatiot ovat suurten haasteiden edessä. Niiden tulisi tehostaa toimintaansa, kehittää markkinointiaan ja muuttaa palveluprosessiaan asiakaslähtöisempään suuntaan. Suurta painetta aiheuttavat erityisesti rahoitusperustan suuret muutokset, jatkuvasti kiristynvä kilpailu, maailmantalouden jatkuva epävarma tilanne sekä valtion rahoitusosuuksien vähennykset (Alexander 1999, 59). Organisaatioille erityisiä haasteita aiheuttavat pätevän henkilökunnan ja rahoituksen hankinta (Harris 2001, 49). Terveysthuollon organisaatioiden, prosessien ja johtamisen kehittäminen on mahdollista ja suositeltavaa ja sille on myös olemassa kiireellinen sosiaalinen tilaus. Terveysthuolto on palvelutuotantoa, johon voi soveltaa elinkeinoelämässä hyväksi havaittuja menetelmiä. Niitä ei voi kuitenkaan kopioida suoraan vaan huomioon on otettava terveydenhuollon omat erityispiirteet (Lillrank, Kujala, Parvinen 2004, 22–23). Gummeson (2004, 178) toteaa myös saman asian. Lillrankin, Reijonsaaren, Heikkilän ja Silanderin (2016, 64) mukaan terveydenhuollon palveluntuottajien tulisi pitää aina mielessä potilaskeskeisyys, jolloin keskiössä olisi aina potilas eikä palvelun tuottaja.

Pohjoismaisissa järjestelmissä terveysthuolluspalvelut ovat lakisäätöisiä kaikkia koskevia oikeuksia, joiden vastineeksi veronmaksajilla ja viranomaisilla on objektiivinen velvollisuus rahoittaa ja järjestää terveysthuolluspalvelut (Lillrank & Venesmaa 2010, 39). Suomalaiseen terveydenhuoltoon sisältyy monia erityispiirteitä, jotka erottavat ne muiden maiden järjestämistä julkisen terveydenhuollon palveluista. Ne ovat *julkisilla varoilla rahoitettuja* ja *julkisesti tuotettuja* aineettomia palvelutuotteita, joita ei voida tehdä varastoon. Ne ovat myös *asiantuntijapalveluita*, jotka koostuvat *julkishyödykkeistä* (Lillrank ym. 2004, 24–27). Saman asian toteavat Hogg, Laing ja Winkelman (2003, 477).

Kaikkea asiantuntijoiden toimintaa ja palveluntuotantoa sitovat tietyt eettiset normit ja eettiset säännöt. Lääkäri sitoutuu työssään käyttämään ammattitaitoaan asiakkaan hyväksi eettisesti oikealla tavalla. Lääkäriin etiikan (2000, 126–127) mukaan tällä tavoin potilaalle voidaan tarjota laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa, johon potilaalla on lain mukaan myös oikeus. Tämä edellyttää potilaille ja väestölle tarjottavien palvelujen laadun ja niiden tuottamisvälineiden ja tapojen jatkuvaa parantamista. Lillrankin ym. (2004, 8–25) mukaan hidas talouskasvu, vanheneva väestö ja riittämätön työllisyysaste aiheuttavat suuria vaikeuksia, jotka ilmenevät hoidon saatavuuden ongelmina, jonoina ja yleisenä kokemuksena resurssien puutteesta, joka heijastuu julkisen terveydenhuollon palveluprosessien toimivuuteen ja palvelun laatuun.

Asiakas muodostaa käsityksensä palvelun kokonaislaadusta omien palvelukokemuksensa kautta, joiden taustalla vaikuttavat asiakkaan omat odotukset. Mikäli *odotettu ja koettu palvelun laatu* eivät kohtaa toisiaan on asiakkaan muodostama kuva palvelun kokonaislaadusta negatiivinen (Grönroos 1987, 37). Zeithamlin (1988, 18) mukaan on erityisen tärkeää tunnistaa ne tekijät, joiden avulla asiakas arvioi palvelun laatua. Zeithamlin, Parasuramanin ja Berryn (1985, 34) mukaan palvelun laatu voi vaihdella tuottajakohtaisesti, asiakkaasta toiseen ja päivästä päivään. Bitner, Booms ja Tetreault (1990, 71–72) korostavat vuorovaikutuksen merkityksellisyyttä palvelukohtaamistilanteissa jolloin asiakas ja organisaation edustaja kohtaavat. Youngin (2008, 254) mukaan monet valtion omistamat organisaatiot kuin myös hyväntekeväisyyttä harjoittavat järjestötkään eivät ole tätä asiaa vielä ymmärtäneet. Grönroosin (1987, 33) mukaan yrityksen organisaatiokuva vaikuttaa asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Se on suodatin, jonka läpi asiakas tarkastelee palvelun laatua. Hyvä organisaatiokuva edistää asiakkaan suhtautumista myönteisemmin tarjotun palvelun laatuun kuin jos organisaatiokuva olisi huono.

Asiakas kokee palveluyrityksen tuottaman palvelun laadun subjektiivisena kokemuksena. Erilaiset laadunhallintajärjestelmät ovat hyviä työkaluja, kun halutaan varmistaa ja ylläpitää tarjottavien palveluiden hyvä ja tasainen laatu. Niiden avulla voidaan myös kehittää entistä korkeatasoisempia tarjottavia palveluita, jotka vastaavat myös asiakkaiden odotuksia ja tarpeita. Lopputuloksena palveluita käyttävä asiakas on tyytyväinen saamaansa palveluun ja kertoo positiivisesta kokemuksestaan myös omille sidosryhmilleen. Tämä taas vahvistaa palveluja tarjoavan yrityksen imagoa.

## 1.2 Aihealueen aikaisemmat tutkimukset

Aiempi palvelun laatua käsittelevä kirjallisuus ja tutkimus ovat perustuneet laajalti fyysisen tuotteen laatuun ja asiakastyytyväisyyden kirjallisuuteen. Uraauurtavia tutkimuksia tuotteen fyysisestä laadusta ovat tehneet Cardozo (1965), Howard ja Sheth (1969), Olshawsky ja Miller (1972), Olson ja Dover (1976), Oliver (1977; 1980) sekä Churchill ja Surprenant (1982). Erityistä huomiota aiheeseen ovat kiinnittäneet Grönroos (1984), Grönroos ja Gummesson (1985), Parasuraman, Zeithaml ja Berry (1985) sekä Lehtinen ja Lehtinen (1991). Useat tutkijat kuten Grönroos (1984) ja Lehtinen ja Lehtinen (1991) ovat jakaneet palvelun laadun tekniseen (lopputuloksen laatu) sekä toiminnalliseen (prosessiin liittyvä laatu) ulottuvuuteen. Rust ja Oliver (1994) ovat liittäneet mukaan vielä kolmannen laatua kuvaavan ulottuvuuden palveluympäristön. Brady ja Cronin (2001, 37) ovat kehittäneet mallia yhä edelleen lisäten siihen vielä yläkäsitteitä yksityiskohtaisemmin määrittelevät alatasot. Grönroosin (2009, 116) mukaan Parasuraman, Zeithaml ja Berry (1988) ovat kehittäneet palvelun laadun mittariston SERVQUALin,



jossa palvelun laatu määritellään viiden eri osa-alueen kautta (konkreettinen ympäristö, luotettavuus, reagointialttius, vakuuttavuus sekä empatia). Näitä viittä eri osa-aluetta kuvataan yleensä 22 laatutekijän (attribuutin) avulla. Erityisesti vähittäiskaupan alalla on sovellettu Dabholkarin, Thorpen ja Rentzin (1996) kehittämää neljättä palvelun laadun mallia, jossa palvelun laatutekijät määritellään ensisijaisina sekä toissijaisina ulottuvuuksina. Useiden tutkijoiden, kuten Strandvikin (1994, 5) ja Sureshschandin, Rajendranin ja Anatharamanin (2002) mukaan palvelun laadun sekä asiakastyytyväisyyden käsitteet limittyvät hyvin läheisesti toisiinsa tai ovat ainakin läheistä sukua toisilleen. Ristiriitaisuutta palvelun laadun tutkimuksessa on erityisesti aiheuttanut asiakastyytyväisyyden käsite. Osa tutkijoista on todennut tyytyväisyyden johtuvan palvelun laadusta. Jotkut tutkijat taas ovat todenneet sen olevan laatua edeltävä tekijä. Myös kriittisten tapahtumien tunnistamisen menetelmää on usein käytetty monenlaisissa palvelualueita koskevissa tutkimuksissa (Bitner, Booms ja Tetreault 1990; Edvardsson 1992). Yhä enenevässä määrin tutkijoiden toimesta on nostettu esiin suhteen laadun vaikutusta koettuun palvelun laatuun ja vielä erityisesti yksittäisen episodin tasolla. (Parasuraman ym. 1985; 1988). Suhteen laadun tutkimuksen asiakasnäkökulman urauurtavana työnä pidetään Crosbyin, Evansin ja Cowlesin (1990) artikkelia, joka käsittelee palvelujen myyntiin sisältyvää suhteen laatua. Tutkijat kuten Strandvik (1994, 14), Grönroos (1996) ja Järvelin (2001, 66) ovat nostaneet viimeisen kahden vuosikymmenen aikana esiin asiakassuhteen laadullisen arvioinnin tärkeää merkitystä episodin laadun arvioinnin rinnalla, kun asiakas muodostaa käsitystään koko palvelun laadusta. Tutkijana olen samoilla linjoilla.

Näkemyksellisiä eroja tutkijoiden keskuudessa ovat myös aiheuttaneet asiakkaan odottamaan ja kokemaan palvelun laatuun läheisesti liittyvät käsitteet, kuten sietoalueen käsite, laatufunktion lineaarisuus ja sen vastakohtana epäsymmetrinen laatufunktio sekä hygieniatekijät (Silvestro & Johnston 1992; Strandvik 1994; Grönroos 2009, 149–152). Näin ollen koettu palvelun laatu ja siihen läheisesti liittyvät käsitteet kaipaavat yhä edelleen tarkennettua ymmärrystä. Erityisesti laatutekijöiden osalta enemmän tarkennusta vaativia käsitteitä ovat hygieniatekijät, odotusten sietoalue, laatufunktion lineaarisuus ja sen vastakohtana epäsymmetrinen laatufunktio (Parasuraman ym. 1985, 41–50; Berry & Parasuraman 1991; Silvestro & Johnston 1992, 193–210; Strandvik 1994, 14–23; Johnston 1995, 53–71; Grönroos 2009, 153–155). Kirjallisuudessa kaikilla laatutekijöillä oletetaan usein olevan yhtä tärkeä merkitys asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Useiden tutkijoiden mukaan näin ei kuitenkaan ole, vaan niiden välillä esiintyy vaihtelua. Silvestron ja Johnstonin (1992), Strandvikin (1994) ja Grönroosin (2009, 153–155) mukaan asiakkaan odotusten sietoalueen välillä esiintyy vaihtelua eri tutkijoiden mukaan asiakkaittain ja palvelun liittyvien laatutekijöiden välillä. Vaihtelua tapahtuu myös sa-

malla asiakkaalla eri aikoina. Samanlainen vaihteluilmiö tapahtuu usein tulosten ja koetun laadun suhteen välillä (laatufunktion lineaarisuus) (Strandvik 1994; Grönroos 2009).

Kansainvälisiä, asiakastyytyväisyyttä käsitteleviä tutkimuksia ovat muun muassa tehneet Johnston (1995, 53–71) Britannian pankkialaa koskevassa laajassa tutkimuksessaan sekä Scotti, Harmon, Behson ja Messina (2007) Yhdysvalloissa tarjottavien lääkäripalveluiden laatua ja asiakastyytyväisyyttä käsittelevässä tutkimuksessaan. Heidän tutkimuksessaan löydettiin selkeä yhteys sekä henkilökunnan oman tarjoaman palvelun laatukäsityksen että asiakkaan odottaman palvelun välillä. Kansainvälisten tutkimusten tulosten ja niiden sovellettavuuden osalta Suomen oloihin voitiin kuitenkin todeta selkeitä ristiriitaisuuksia, jotka johtuivat muun muassa sekä erilaisista kulttuurisista taustoista että organisatorisista eroavaisuuksista.

Suomen oloissa yksityisellä sektorilla aihetta ovat tutkineet muun muassa Strandvik (1994) sekä Isotalo (2002). Strandvikin tutkimus koski ravintola-alaa. Isotalon tutkimus toteutettiin kahvilaympäristössä. Julkisessa terveydenhuollossa tutkimuksia on tehty, mutta enemmän perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon puolella. Perusterveydenhuollossa asiakastyytyväisyyttä on tutkittu jonkin verran viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana (Kinnunen 1988; Kivinen, Sinkkonen, Laitinen & Kinnunen 1988; Kekki 1994; Onnela 1998; Naukkarinen 1999; Kekki 2001; Hiidenhovi 2001). Kuluttajatutkimuskeskuksen teettämä tutkimus, joka koski terveyskeskuspalvelujen laatua ja saavutettavuutta julkaistiin vuonna 2008 (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008). Tämäkään tutkimus ei antanut syvällistä tietoa siitä, mitkä laatutekijät ovat erityisen merkityksellisiä asiakkaan arvioidessa kokemaansa palvelun laatua. Suomessa tarjottavien julkisten palvelujen laatua tutkii valtiovarainministeriö Tilastokeskuksen ja Kuluttajatutkimuskeskuksen kehittämällä ”Julkisten palvelujen laatubarometrillä” (2007). Terveydenhuollon laatuopas antaa käytännönläheisiä ohjeistuksia potilashoidon laadun parantamiseksi huomioiden terveydenhuoltolakiin liittyvät sosiaali- ja terveysministeriön asetukset laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta (Koivuranta-Vaara 2011). Suomen oloissa sekä lääkärien että hoitohenkilökunnan tarjoamien palvelujen laatua ovat tutkineet muun muassa Voutilainen (2004), Kivekäs (2008), Pohjala (2009) sekä Lehto (2011).

Tekemäni taustaselvityksen mukaan koettua palvelun laatua tutkitaan Suomen oloissa sairaanhoitopiireittäin, mutta enemmän asiakastyytyväisyyskyselyinä. Erikoissairaanhoidon puolella tutkimuksia ei ole juurikaan tehty ja vielä vähemmän siten, että olisi selvitetty laatutekijöiden tai asiakassuhteen vaikutuksia asiakkaan kokemaan palvelun kokonaislaatuun. Näen tässä selkeän tutkimusaukon, sillä on erittäin tärkeää tunnistaa ne laatutekijät, joilla on eniten merkitystä asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Ellei organisaatio kykene tunnistamaan näitä laatutekijöitä, se ei voi tarjota asiakkaalle hyvää ja tasalaatuista palvelua koko ajan. Tällöin ei tarjottavien palveluiden jatkokehittäminenkään onnistu. Vain näiden merkityksellisten laatutekijöiden tunnistamisen kaut-

ta organisaatio voi täyttää asiakkaidensa odotukset ja tarpeet ja heille antamansa lupaukset pitkällä aikavälillä. Lopputuloksena syntyy asiakkaan kanssa pitkäkestoinen asiakassuhde, jossa asiakas on tyytyväinen saamaansa palvelun laatuun.

### 1.3 Tutkimusongelma ja rajaukset

Tutkimuksen pääongelma on:

*Millainen on asiakkaan kokemus saamastaan palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa?*

Pääongelman selittämiseksi tulee ensin tarkastella alaongelmia, jotka muodostuvat seuraavista kysymyksistä:

1. Mikä on palvelukohtaaminen?
2. Mikä on koettu palvelun laatu?

Tämä tutkimus keskittyy asiakkaan kokemukseen saamastaan palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa. Grönroosin (2009, 123) mukaan suhteeseen kuuluu vähintään kaksi osapuolta, palveluntuottaja ja asiakas. Laatukokemus palvelusta kehittyy molemmilla puolilla.

Tutkimus koskee julkisen terveydenhuollon asiakkaita, jotka ovat käyttäneet kyseisen julkisen palveluntuottajan tarjoamia terveydenhuollon palveluita jo pidemmän aikaa. Tässä tutkimuksessa julkisella terveydenhuollolla tarkoitetaan erikoissairaanhoidoa. Tässä tutkielmassa tutkimuksen lähtökohtana on asiakkaan kokemus saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisissa tapahtuneissa episodeissa ja niihin sisältyneissä teoissa, joissa asiakas sekä organisaatio ja sen kaikki resurssit – ihmiset, toimintajärjestelmät sekä fyysiset resurssit ovat kohdanneet. Erityistä huomiota kiinnitetään viimeisimpään episodiin. Tutkimus keskittyy tarkastelemaan asiakkaan kokemuksia saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisissa asiakkaan näkökulmasta. Henkilökunnan ja palveluntarjoajan näkökulma on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Tutkimuksen tavoitteena on löytää asiakkaan näkökulmasta ne tärkeät laatutekijät, jotka vaikuttavat hänen kokemuksiinsa saamastaan palvelun laadusta julkisessa terveydenhuollossa tapahtuneissa palvelukohtaamisissa. Nymanin (2010, 24–26) mukaan palveluliiketoiminnan kehittämiseksi luodaan paremmat edellytykset silloin, kun tutkimuksen tavoitteeksi ja lähtökohdaksi otetaan asiakkaiden kokema kokonaisvaltainen palvelukokemus.

Asiakkaalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidon palvelua käyttävää henkilöä, riippumatta siitä maksaako hän palvelun itse vai jokin muu taho.

## 1.4 Tieteenfilosofiset valinnat ja metodologia

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohdetta lähestytään subjektiivisesti. *Subjektivistisen* lähestymistavan mukaan havainnot ovat riippuvaisia yksilön tajunnasta. Tieto taas on subjektiivista ja kokemukseen perustuvaa. Ihmiset nähdään kyvykkäinä ja itsenäisinä yksilöinä, jotka luovat ja muokkaavat omaa ympäristöään. Ihmisten ajatuksia käytetään pohjana, kun pyritään saamaan tietoa tutkimuskohteista sekä ilmiöiden todellisesta luonteesta. Ennalta asetettuja hypoteeseja ei testata (Burrell & Morgan 1979, 1–8). Tavoitteena ei myöskään ole ongelman ratkaiseminen kuvion tai mallin avulla (Kasanen, Lukka & Siitonen 1991, 305).

Tämä tutkimus on toiminta-analyttinen. Neilimon ja Näsin (1980, 67–70) mukaan tutkielman tutkimusote on liiketaloustieteitten tutkimusotteiden mukaan *toiminta-analyttinen* silloin, kun tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää yrityselämässä tapahtuvia ilmiöitä. Tutkimuksen kohteena ovat reaali maailmassa tapahtuvat tietoisuuden ilmiöt. Niitä lähestytään subjektiivisen tietoisuuden kautta. Tutkielmassa aineistona käytettyjen henkilöiden kokemus yhdistetään teoreettiseen tietämykseen (Mäkinen 1980, 46). Tässä tutkimuksessa sovelletaan edellä mainittujen tutkijoiden tietoteoreettista lähestymistapaa.

Palvelun tutkijoista esimerkiksi Grönroos (2009, 76–139) on todennut palvelun laatuun liittyvien teorioiden olevan edelleen epämääräisiä ja niiden käsitteiden olevan epämääräisesti ja monin eri tavoin määriteltyjä. Tämä johtaa myös tietynlaiseen epämääräisyyteen, kun johdetaan palvelun laadun teoriasta asiakkaan kokemaa palvelun laadun teoriaa. Näin ollen on hyvin perusteltua tutkia ja luoda lisää teoreettista sekä tutkimuksellista yksityiskohtaista tietoa tähän keskusteluun, jota käydään asiakkaan kokemasta palvelun laadusta. Samaa aihealuetta käsitteleviä tutkimuksia on tehty Suomen oloissakin, mutta ne ovat olleet hyvin pintapuolisia. Kansainvälisten samaa aihealuetta käsittelevien tutkimusten ja niiden sovellettavuuden osalta Suomen oloihin voidaan todeta selkeitä ristiriitaisuuksia, joita ovat aiheuttaneet sekä erilaiset kulttuuriset taustat että organisatoriset erot. Lisäksi voidaan myös todeta, etteivät nämäkään tutkimukset selvittäneet asiakkaiden kokemuksia heidän saamansa palvelun laadusta siten, että siinä olisi selkeästi eroteltu eri laatutekijöiden sekä suhteen laadun merkitystä asiakkaan palvelun laadun kokemiseen. Siksi on hyvin perusteltua tutkia lisää ja syvällisemmin asiakkaan kokemuksia hänen saamastaan palvelun laadusta julkisen terveyden-

huollon palvelukohtaamisessa ottaen huomioon myös asiakassuhteen laadun sekä epidemiateorian.

Tämän tutkimuksen teoreettinen tausta pohjautuu aiempiin palvelun laadun rakennetta sekä asiakkaan kokemuksia palvelun laadusta käsitteleviin tutkimuksiin. Empiirinen aineisto koostuu henkilökohtaisista teemahaastatteluista, joihin haastateltavat on haettu jo aiemmin jaetun yhteydenottolomakkeen avulla. Eskolan ja Suorannan (2008, 88) mukaan teemahaastattelu luo haastattelutilanteelle avointa haastattelua tiukemmat rajat. Toisaalta se taas mahdollistaa haastateltavalle itselleen strukturoitua haastattelua laajemmat mahdollisuudet yksilöllisten tulkintojen esittämiseen. Tällä tavoin voidaan taas saada entistä syvällisempää ja monimuotoisempaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Lisäksi tutkimus koostuu tutkijan omasta ajattelusta ja päättelystä. Tämän tutkimuksen tarkastelun kohteena on henkilökohtaisten haastattelujen muodossa kerätty aineisto. Alasuutarin (2001, 14) mukaan aineiston käsittelyssä korostuu tänä päivänä enemmän aineiston erittely ja tulkinta kuin sen keruun menetelmät ja siihen liittyvät ongelmat. Neilimon ja Näsin (1980, 32) mukaan empiria sisältyy yleensä vahvasti toiminta-analyttiseen tutkimukseen.

Empiirialla on suuri merkitys, jota edustavat asiakkaille tehdyt henkilökohtaiset haastattelut, jossa he kertovat kokemuksiaan julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa saamansa palvelun laadusta jo ennalta määriteltujen laatutekijöiden arvioinnin sekä kriittisten tapahtumien kertomisen kautta. Tutkimusmenetelmäksi on valittu laadullinen tutkimus. Valitsin tutkijana kvalitatiivisen tutkimuksen, koska tutkijana tahdoin kerätä muutakin kuin numeerista tietoa tutkimusongelmaan. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä auttaa tutkimaan tutkimusongelmaa syvällisemmin tuottaen yksityiskohtaisempaa ja monimuotoisempaa tietoa tutkimusongelman ymmärtämiseksi. Tutkimusmenetelmäksi valittiin siis henkilökohtainen haastattelu.

Henkilökohtaiset haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Tuomen ja Sarajärven (2009, 73) mukaan lomakekysely saattaa olla monella tapaa jäykempi kuin haastattelutilanne. Haastattelutilanteessa voidaan antaa vielä kysymyksiä tarkentavia tietoja sekä tehdä kysymyksiä tarpeen mukaan. Se on muutenkin kyselylomaketta joustavampi tapa edetä tutkimuksessa. Oman kokemukseni mukaan haastattelu on hyvä keino saada asiakkaat ottamaan osaa ja kertomaan paremmin ja yksityiskohtaisemmin omia mielipiteitään koskien tutkimusongelmaa. Tämä tutkielma oli kvalitatiivinen, johon haastateltavat haettiin jo aiemmin julkisen terveydenhuollon asiakkaille jaetun yhteydenottolomakkeen avulla. Tutkijana katson, että kvalitatiivinen tutkimus soveltuu erittäin hyvin tähän tutkimusongelmaan.

Erätuulen, Leinon ja Yliluoman (1994) mukaan kvantitatiiviset menetelmät perustuvat mittaamiseen, jossa mittayksikkö voi vaihdella ilmiön luonteen mukaan. Peruslähtökohta kvantitatiiviselle mittaamiselle on se, että kyseinen mittaamisen kohde voidaan

mitata sillä tavoin, että tuloksella on numeerinen sisältö. Tässä tutkimuksessa numeerista sisältöä ei ole. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2002) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on enemmän kuvata ja löytää uusia asioita kuin todentaa jo olemassa olevien väittämien totuudenperäisyyttä. Luonteeltaan kvalitatiivinen tutkimus on tiedon hankintaa, jossa aineisto kootaan luonnollisessa ja todellisessa tilanteessa. Tutkimusaineisto kerättiin suuren suomalaisen kaupungin julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidollisen pitkäaikaissairaiden palveluita tuottavan yksikön asiakkailta.

Kallion, Korhosen ja Salon (2000, 66) mukaan henkilökohtaisessa haastattelussa haastattelija kontrolloi itse etenemistä ja merkitsee vastaukset lomakkeeseen. Haastattelujen avulla pyritään aiheen syvälliseen ymmärtämiseen toiminta-analyttisen tutkimusotteen lähestymistavan mukaisesti.

Polkinghornen (1995, 6–7) mukaan tutkimusaineistoa voidaan tuottaa kolmella eri tavalla: numeerisesti, lyhyiden sanallisten vastausten muodossa tai kerrontana. Heikkinen (2007, 147) toteaa saman asian. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto koostui siis asiakkaille tehdystä henkilökohtaisista haastatteluista. Koskisen, Alasuutarin ja Peltosen (2005, 199–200) mukaan kertomuksia voi kerätä monella eri tavalla, kuten teksteinä, dokumentteina, teema- tai syvähaastatteluina sekä nauhoitetussa muodossa. Ei ole olemassa yhtä ainoa oikeaa tapaa. Janhosen ja Nikkosen (2003, 90–91) mukaan myös tutkimusongelmat tarkentuvat tutkimusprosessin aikana. Niin tapahtuu tässäkin tutkimuksessa empiirisen aineiston keräämisen myötä.

Julkisen terveydenhuollon asiakkaan kokemukset ovat aina henkilökohtaisia ja hänelle ainutlaatuisia tilanteita. Siksi myös asiakkaiden kokemukset niistä on mielestäni tärkeä selvittää hänen omasta näkökulmastaan. Tutkimusmenetelmäksi valitut henkilökohtaiset haastattelut soveltuvat tutkimukseen erinomaisesti. Henkilökohtaisessa haastattelussa asiakkaan on helpompi kertoa kohtaamistaan kriittisistä tapahtumista hänen voidessa käyttää omia termejään ja omaa käyttämäänsä kieltä. Tällöin voidaan myös ymmärtää entistä paremmin yksilön tapahtumien kokemiseen vaikuttavia elementtejä.

## 1.5 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

### *Palvelukohtaaminen*

Tässä tutkielmassa palvelukohtaaminen on jokainen episodi ja siihen sisältyvät teot, jossa asiakas sekä julkinen terveydenhuolto ja sen kaikki resurssit – ihmiset, toimintajärjestelmät sekä fyysiset resurssit ovat kohdanneet. Tutkimuksessa julkisella terveydenhuollolla tarkoitetaan erikoissairaanhoidoa. Erityistä huomiota kiinnitetään viimeimpään episodiin.

### *Koettu palvelun laatu*

Käsitteellä koettu palvelun laatu tarkoitetaan tässä tutkimuksessa asiakkaan kokemaa palvelun laatua julkisen terveydenhuollon palvelukohtamisessa. Alan kirjallisuudessa määritellään käsite koettu palvelun laatu samalla tavoin kuin koettu laatu. Joissain tutkimuksissa käsite koettu laatu liitetään tavaraan.

Tässä tutkimuksessa koettu palvelun laatu muodostuu mukailleen asiakkaan kokemasta laadun teknisestä (lopputuloks) sekä toiminnallisesta (prosessuaalinen) ulottuvuudesta (Lehtinen & Lehtinen 1991; Grönroos 1998; 2001). Tekninen ja toiminnallinen laatu on jaettu 17 laatutekijään (attribuuttiin): *luotettavuus, reagointialttius, estetiikka, siisteys, joustavuus, ystävällisyys, vuorovaikutus, kohteliaisuus, ammattitaito, saatavuus, saavutettavuus, turvallisuus, palveluvarmuus, yksilöllinen kohtelu, huolenpito, sitoutuneisuus ja rehellisyys* (muun muassa Silvestro & Johnston 1992; Johnston 1995). Palvelun laatutekijä *huomiointi* on muutettu laatutekijäksi *yksilöllinen kohtelu* haluten korostaa yksilöllisen kohtelun merkityksellisyyttä asiakkaan palvelukohtamisessa ja asiakkaan palvelun laadun kokemisessa. Laatutekijä *mukavuus* on poistettu kokonaan listasta, koska tutkijana katson sen sisältyvän useaan muuhun toiminnallista laatua kuvaavaan laatutekijään.

Tässä tutkimuksessa valitut 17 laatutekijää on jaettu yhä edelleen viiteen erilliseen laatua kuvaavaan osa-alueeseen, joita mitataan laatumittareilla. Laatumittarit on valittu edellä mainittujen laatutekijöiden joukosta (mukaiillen Lehtinen & Lehtinen 1991; Silvestro & Johnston 1992; Johnston 1995; Grönroos 1998; 2001; Brady & Cronin 2001; Kytö 2005; Kytö ym. 2008; Sipilä 2013). Laatua kuvaavien erillisten osa-alueiden valintaan vaikutti merkittävästi se, mitkä tekijät tutkija näkee erityisen merkityksellisinä asiakkaan arvioidessa saamaansa palvelun laatua julkisen terveydenhuollon palvelukohtamisessa. Tutkijan aiemmin tekemä tutkimus (Sipilä 2013) vahvistaa valittujen laadun eri osa-alueiden merkityksellisyyttä asiakkaan muodostaessa käsitystään saamastaan palvelun laadusta. Laatua kuvaavat erilliset osa-alueet ja niitä mittaavat laatumittarit ovat: 1. ammattitaito (laatumittarit: henkilökunnan asiantuntemus, kyky ja halu palvella asiakasta, asiakkaan kuunteleminen sekä kokonaisvaltainen asiakkaan tilanteen arviointi), 2. palveluympäristö eli aineelliset tekijät (laatumittarit: toimitilan, työvälineiden, materiaalien ja henkilökunnan siisteys ja estetiikka), 3. palvelun saatavuus/saavutettavuus (laatumittarit: yhteyden saaminen, sijainti, joustavuus), 4. vuorovaikutustilanne (laatumittarit: vuorovaikutus, ystävällisyys, asiakkaan yksilöllinen kohtelu kuten esimerkiksi asiakkaan iän huomiointi, huolenpito, hoitohenkilökunnan sitoutuneisuus, kohteliaisuus, reagointialttius, rehellisyys), 5. palveluun oleellisesti liittyvät muut tekijät (laatumittarit: turvallisuus, luotettavuus, palveluvarmuus) (mukaiillen Lehtinen & Lehtinen 1991; Silvestro & Johnston 1992; Johnston 1995; Grönroos 1998; 2001; Brady & Cronin 2001; Kytö 2005; Kytö ym. 2008; Sipilä 2013). Saman tyyppistä

mittaristoa on käyttänyt muun muassa Kuluttajatutkimuskeskus (2008) mitatessaan terveyskeskuspalvelujen laatua ja saavutettavuutta.

## 1.6 Tutkielman rakenne

Tutkielman johdannossa esitellään tutkimuksen taustaa ja määritellään oma kiinnostukseni aiheeseen perusteluineen tutkimuksen suorittamiselle, sekä sen rajaukset ja metodologia. Toisessa luvussa käsitellään koettua palvelun laatua painottaen asiakkaan näkökulmaa sekä palvelun laadun eri ulottuvuuksia pohjoismaisen koulukunnan näkemyksen mukaan. Kolmannessa luvussa tarkastellaan palvelukohtaamista, avataan episodi-teoria sekä havainnollistetaan tutkielman viitekehys. Neljännestä luvusta alkaa empiirinen osuus, jossa esitellään tutkimusorganisaatio ja sen valintaan vaikuttaneet tekijät, kuvataan käytetty aineisto, keräämisessä käytetyt menetelmät sekä koko analysointiprosessi. Viidennessä luvussa esitetään tutkimuksen tulokset ja tarkastellaan tuloksia aiemman tutkimuksen valossa. Kuudennessa luvussa esitetään yhteenveto keskeisimmistä tuloksista, arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta ja rajoituksia sekä esitetään johdopäätökset. Lopuksi esitetään jatkotutkimusehdotukset.

## 1.7 Tutkimuksen etiikka

Tässä tutkimuksessa on huomioitava eettiset näkökulmat huolellisesti jo siksi että kyseessä on terveydenhuollon palvelu, joka on erityisen suojattu. Koskisen ym. (2005, 278) mukaan tutkimuskohde on helpommin tunnistettavissa laadullisessa tutkimuksessa, kun otosjoukko on pienempi. Tutkimuskohteen tunnistus voi aiheuttaa tutkittavalle psyykkisiä tai sosiaalisia ongelmia. Tutkittavat voivat myös kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai voivat vääristellä asioita, mikäli epäilevät, että tutkimuksesta voi olla heille jotain haittaa.

Keskeistä eettisyyden kannalta on se, että tutkijan ei pidä salata rooliaan. Eettisten menettelyjen ja luottamuksellisuuden herättämiseen tarkoitettujen menettelyjen kommunikointia suoritetaan tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimuksen syitä ja taustoja, tutkijan omia motiiveja, tutkimuksen suoritustapaan liittyviä kysymyksiä sekä noudatettuja eettisiä periaatteita tulee selittää tutkittavalle. Tutkimusetiikan kannalta toinen merkittävä alue on tutkimusraportti. Laadullisessa tutkimuksessa vakiintuneena tapana muute-taan kohteen tunnistamista helpottavia tekijöitä, kuten esimerkiksi nimiä tai katuosoit-teita (Koskinen ym. 2005, 280–283). Kohdetta ei niin ikään voida tunnistaa pelkän su-kupuolen tai iän perusteella.



Tutkimuksessa käytettävälle lähestymistavalle on ominaista vapaa, informoitu suostumus, tutkimuksessa saadun tiedon luottamuksellisuus ja raportoinnin anonyymisyys, tutkittavan harhaanjohtamisen välttäminen sekä se, että tutkimus ei saa tuottaa vahinkoa tutkittaville (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008, 122–123). Tutkimusaineiston luottamuksellisuudella tarkoitetaan niitä sopimuksia ja lupauksia, joita aineistonkäytöstä tutkittavien kanssa yhdessä tehdään. Haastateltavat voivat luottaa tutkijan antamaan lupaukseen aineiston käsittelystä, käytöstä, käyttötarkoituksesta sekä sen säilyttämisestä (Kuula 2006, 88). Tässä tutkimuksessa kyseessä ovat yksittäisen ihmisen tiedot sekä näiden tietojen käytöstä annetut lupaukset. Tässä tutkimuksessa noudatetaan koko tutkimusprosessin läpi eettisiä periaatteita huomioimalla kaikkien siihen osallistuvien eri tahojen erilaiset asemat.

## 2 KOETTU PALVELUN LAATU

Koettu palvelun laatu syntyy hetkissä, jolloin palveluntarjoaja ja asiakas kohtaavat suorassa vuorovaikutuksessa. Täydellisinkin esitys ja järjestetty palvelujen toimitusjärjestelmä epäonnistuu, ellei kaikki toimi sillä hetkellä (Normann 1984, 149). Palvelun laatukokemukset voivat olla hyvinkin erilaisia riippuen kokijan kulttuuritaustasta, tutkittavien toimialojen erilaisuudesta tai laadun erilaisista mittaustavoista. Tällöin laadun eri osa-alueiden merkitys voi vaihdella hyvinkin paljon (Grönroos 2009, 153). Palvelun laadun mittausten menetelmistä on käyty viimeisten vuosikymmenien aikana hyvin kiivasta keskustelua. Tieteellisessä tutkimuksessa ei ole kyetty löytämään yhteistä mielipidettä siitä, mikä olisi oikea tapa mitata koettua palvelun laatua vaan eri tutkimusmalleja sovelletaan yhä edelleen monin eri tavoin. Hämmennystä eri tutkijoiden keskuudessa aiheuttavat eri koulukuntien näkemykselliset erot samojen käsitteiden sisällöissä.

### 2.1 Palvelun laatu

Palvelun laatu muodostuu peruspalvelusta sekä niistä kokemuksista, jotka asiakas kerää käyttäessään palveluita. Useiden tutkijoiden mukaan, muun muassa Grönroos (1998; 2009) ja Gummesson (1987), palvelu koostuu kaikista ostotapahtumaa ympäröivistä ja sitä tukevista toiminnoista. Palvelualalla palvelun laatua mitataan peruspalvelujen ja asiakkaan kokemusten perusteella kun taas tuotteiden laatua mitataan ongelmattomuusasteen ja sen tuottaman lisäarvon mukaan.

Palvelun laatu voidaan kokea monin eri tavoin. Myös laadun eri osa-alueiden merkitys vaihtelee kulttuurista toiseen. Ristiriitoja asiakkaan kokemaan palveluun voi aiheuttaa se, että organisaatio ymmärtää hyvän laadun käsittävän hyvää palveluvalmiutta ja tuotantoprosessin hyvää lopputulosta kun taas asiakas sen sijaan ajattelee hyvän laadun tarkoittavan sitä, mitä hän saa ja miten hän kokee sen prosessin, jonka tuloksena hän saa jotakin. Heinonen (2004a, 207) on soveltanut tätä samaa ajattelumallia soveltuvin osin asiakkaan kokeman arvon neljässä ulottuvuudessa. Kyse on siitä, miten asiakas kokee palvelun kokonaislaadun.

Horowitzin (1992, 20) mukaan palvelualalla asiakkaan kokema palvelun laatu vaikuttaa asiakkaan asiakastyytyväisyyteen. Kokemuksen positiivisuuden tai negatiivisuuden vaikuttavia tekijöitä ovat valinta, saatavuus, tunnelma, palvelevan henkilökunnan käytös (ystävällisyys, kohteliaisuus, avuliaisuus, aloitekyky) myyntitapahtuman kesto, organisaatiokuva, muut asiakkaat, esitettyjen kysymysten vastausten vastausaika ja täsmällisyys, reagointialttius valitukseen sekä palvelujen yksilöllisyys. Normannin (1984, 149) mukaan positiiviset teot johtavat positiivisiin reaktioihin ja negatiiviset teot negatiivisiin reaktioihin henkilökunnan ja asiakkaan välisissä vuorovaikutustilanteissa.

Vaikka julkisen terveydenhuollon palveluita ei tarvitse myydä asiakkaille, ensikon-takti asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä on merkityksellinen. Horowitzin (1992, 20) mukaan asiakkaan ja yrityksen ensimmäinen kohtaamisen merkitys korostuu erityisesti silloin kun palveluun sisältyy useita kontakteja. Jokaisen näistä ensikontakteista tulee onnistua. Ensimmäisten kontaktien epäonnistuessa, ei seuraavia kenties tulekaan tai ne voivat olla hyvin hankalia kokemuksia sekä asiakkaalle että henkilökunnalle.

## 2.2 Palvelun laadun eri ulottuvuudet

Palvelun laadun eri ulottuvuudet vaikuttavat siihen, millä tavoin asiakkaan kokemaa palvelun laatua mitataan. Edelleenkin ei ole löydetty yhtä ainoaa ja selkeää tutkimusmenetelmää millä tavoin palvelun laatua mitattaisiin. Palvelun laadun mittausmenetelmiin vaikuttavat eri koulukuntien tutkijoiden edustamat erilaiset tutkimusnäkökulmat. Palvelujen laatu ja sen eri osa-alueet voidaan määritellä eri tavoin. Palvelun laadun teoreettiseen kehityshistoriaan sisältyy kolme erilaista palvelun laadun tutkimuksellista mallia.

Grönroosin ja Gummessonin (1985, 6–8) mukaan pohjoismaalaisen koulukunnan syntyyn ovat vaikuttaneet sekä palvelujen markkinoinnin progressiivisuus että sen niin tarkka rajaamattomuus aiheesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Koulukunnan kehitymistä ovat edistäneet akateemisen tutkimuksen ja käytännön hyvin läheiset suhteet sekä sisäisen markkinoinnin roolin korostuneisuus. Grönroosin (2009, 41–45) mukaan pohjoismaainen koulukunta ei testaa vain teorioita vaan käyttää tutkimustyössään laadullisia menetelmiä ja käsitteellistä kehitystyötä. Teorioiden testaamista ja kvantitatiivisia menetelmiä on kuitenkin käytetty silloin, kun ne ovat olleet tarkoituksenmukaisia. Pohjoismaisen koulukunnan käyttämä teoreettinen lähestymistapa edellyttää todelliseen ympäristöön sopivien teorioiden järkevää kehittämistä.

Pohjoismaalainen koulukunta tutkii odotetun ja koetun palvelun laadun eroavaisuuksia aikaan ja paikkaan sidotusti jakaen palvelun laadun kahteen eri ulottuvuuteen tekniseen ja toiminnalliseen laatuun. Grönroosin (1987, 32–33) mukaan hyvä esimerkki julkisen terveydenhuollon organisaatiossa tapahtuvasta palveluprosessista ja sen kokonaislaadun eri osa-alueista ovat terveyskeskuksessa käynti ja siihen liittyvät eri osa-alueet. Palvelun teknistä laatua kuvaa diagnoosin ja lääkemääräyksen saaminen terveyskeskuksesta (lopputulokset). Potilaan toiminnallisen laadun arviointiin terveyskeskuksessa vaikuttavat odotusajat, henkilöstön asenteet ja palvelualltius, asiakirjojen luettavuus/selkeys, jonotusjärjestelmät, asiakkaan tiedonsaantimahdollisuudet, asiakkaan pakolliset käyntimäärät saman organisaation eri toimipisteissä, kohtelu, ilmapiiri, muut asiakkaat ja jo-

notusajat, vastausajat sekä asiakkaan kokema epävarmuus. Samaa laatujakoa kahteen eri ulottuvuuteen noudattaa Lehtinen ja Lehtinen (1991, 287).

Grönroosin (1987, 33) mukaan yrityksen organisaatiokuva vaikuttaa asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Se on suodatin, jonka läpi asiakas tarkastelee palvelun laatua. Hyvä organisaatiokuva edistää asiakkaan suhtautumista myönteisemmin tarjotun palvelun laatuun. Huono organisaatiokuva taas aiheuttaa päinvastaisen reaktion asiakkaassa.

Bradyn ja Croninin (2001, 34–36) mukaan amerikkalainen koulukunta tutkii laadun eri ulottuvuuksia muun muassa kehittämänsä SERVQUAL-mallin avulla. Tämän koulukunnan tutkijat korostavat kuiluajattelua, jossa kaikkien palvelukohtaamistilanteiden oletetaan sisältävän kuilun asiakkaan odottaman sekä kokeman palvelun välillä. Tämä taas heijastuu asiakkaan kokemaan palvelun kokonaislaatuun. Asiakas arvioi omaa laatukokemustaan suhteessa omiin odotuksiinsa ja niiden toteutumiseen viiden laatuun liittyvän eri osa-alueen (palveluympäristö, luotettavuus, reagointialttius, vakuuttavuus, empatia) kautta. Näitä viittä eri osa-aluetta kuvataan yleensä 22 laatutekijän (attribuutin) avulla. Amerikkalaisen koulukunnan näkemys on ollut hyvin pitkään hallitseva palvelun laadun mittaamisessa. Edelleenkään ei ole löydetty yksimielisyyttä siitä, minkä koulukunnan lähestymistapa olisi parempi tapa kuvata palvelun laadun eri ulottuvuuksia. Aiemmin ongelmia on aiheuttanut myös se, ettei näiden kahden eri koulukunnan näkemyksiä ole saatu yhdistettyä saman teorian alle. SERVQUAL-mallia kohtaan on osoitettu kritiikkiä siksi, ettei se määrittele riittävän tarkasti sitä, minkä erityisesti pitäisi olla konkreettista, luotettavaa, reagointialtista, vakuuttavaa tai empaattista. Jotkut tutkijat ovat kuitenkin esittäneet jonkinlaisia määritelmiä (Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 26).

Brady ja Cronin (2001, 34–35) ovat kritisoineet palvelun laadun teorian perustumista liikaa fyysisen tuotteen laatuun ja asiakastyytyväisyyden kirjallisuuteen. He ovat lisänneet teoriaan kolmannen laatua kuvaavan tekijän, joka on palveluympäristö. Rust ja Oliver (1994, 11) ovat kiinnittäneet huomiota samaan asiaan. Bradyn ja Croninin (2001) kehittämää mallia on sovellettu erityisesti vähittäiskauppaan sekä terveydenhuoltoalalle. Bradyn ja Croninin (2001, 34–46) mukaan heidän itse kehittämänsä uusi palvelun laatua kuvaava malli arvioi palvelun laatua kolmen eri tekijän kautta: 1. asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus palvelun aikana (toiminnallinen laatu), 2. palveluympäristö sekä 3. palvelun lopputulos (tekninen laatu). Useat tutkijat, kuten Rust ja Oliver (1994) sekä Grönroos (1987) kannattavat uutta mallia sen monitasoisuuden ja -ulotteisuuden vuoksi. Asiakas arvioi kokemaansa palvelun laatua verraten omia odotuksiaan ja niiden toteutumista asenteiden, käyttäytymisen, osaamisen, olosuhteiden, viihtyisyyden, sosiaalisten tekijöiden, odotusajan, todellisen lopputuloksen sekä valenssin (palvelun lopputuloksen alaulottuvuus hyvä tai paha) kautta. Arviointia helpottavia laatutekijöitä ovat: luotettavuus, reagointialttius sekä empaattisuus. Arvioitsijan yksilölliset ominaisuudet sekä tilannekohtaiset eroavaisuudet voivat vaikuttaa siihen, miten tärkeinä

tai merkityksellisinä jotkin laatutekijät koetaan. Lopputuloksena muodostuu asiakkaan kokonaiskäsitys laadusta.

### **2.3 Palvelun laatutekijät, hygieniatekijät, sietoalueen käsite, lineaarinen sekä epäsymmetrinen laatufunktio sekä palvelun laadun tutkimus**

Tutkijat ovat määritelleet monin eri tavoin palveluun ja sen laatuun liittyviä eri ulottuvuuksia ja käsitteitä. Tutkijoiden keskuudessa ei ole esitetty yhtä ainoaa oikeaa tapaa, millä tavoin nämä palvelua ja sen laatua kuvaavat eri ulottuvuudet ja käsitteet tulisi määritellä. Alan kirjallisuudessa yleisesti puhutaan sekä palvelua että laatua kuvaavista tekijöistä tarkoittaen samaa asiaa. Laatutekijät vaikuttavat merkittävästi siihen, millä tavoin asiakas palvelun laadun kokee. Erilaisia palvelun laatua koskevia tutkimusmalleja on esitetty eri tutkijoiden toimesta. Esiin ovat nousseet käsitteet hygieniatekijät sekä sietoalue.

Aiemmissa palvelun laadun tutkimuksissa laatutekijöiden määrä on vaihdellut suuresti. Varhaisimmissa tutkimuksissa esimerkiksi Albrecht ja Zemke (1985) löysivät niitä neljä (*huolenpito, spontaanisuus, ongelmanratkaisu sekä normalisointi*). Tutkimus käsittelee lentokokemusta. Parasuramanin ym. (1985) tutkimuksessa niitä löytyi kymmenen (*luotettavuus, reagointialttius, ammattitaito, saavutettavuus, kohteliaisuus, vuorovaikutus, uskottavuus, turvallisuus, asiakkaan ymmärtäminen sekä fyysinen ympäristö*). Myöhemmässä tutkimuksessaan Parasuraman ym. (1988) karsivat määrän viiteen, joita olivat: *konkreettinen ympäristö, luotettavuus, reagointialttius, vakuuttavuus ja empatia* (Grönroos 2009, 116). Silvestron ja Johnstonin (1992) tutkimuksessa niitä taas eroteltiin 15 (*ystävällisyys, estetiikka, huomiointi, siisteys, saatavuus, mukavuus, vuorovaikutus, huolenpito, sitoutuneisuus, kohteliaisuus, ammattitaito, reagointialttius, toimivuus, rehellisyys ja luotettavuus*). Grönroosin (2009) mukaan Johnston (1995) on esittänyt, että asiakkaat pitävät luotettavuutta merkittävimpana koettuun palvelun laatuun vaikuttavana tekijänä. Tästä syystä on erityisen tärkeää, että palveluntarjoaja täyttää ne lupaukset, jotka hän on asiakkaalle antanut. Johnston (1995, 65–66) on jakanut Ison-Britannian pankkialaa koskevassa laajassa tutkimuksessaan laatutekijät *tyytyväisyyttä lisääviin ja tyytyväisyyttä vähentäviin* tekijöihin, joita on yhteensä 18 kappaletta (*luotettavuus, reagointialttius, estetiikka, siisteys, joustavuus, ystävällisyys, vuorovaikutus, kohteliaisuus, ammattitaito, saatavuus, saavutettavuus, turvallisuus, palveluvarmuus, huomiointi, mukavuus, huolenpito, sitoutuneisuus ja rehellisyys*). Tutkimuksen mukaan laatutekijät, jotka positiivisesti koettuina *lisäsivät asiakastytyväisyyttä* samalla parantaen koettua palvelun laatua ja tuloksia olivat: *Kohteliaisuus, reagointialttius, huolenpito ja ystäväl-*

*lisyys*, kun taas niiden tietyn alarajan alittavat huonot suoritukset eivät enää heikentäneet koettua laatua enempää. Negatiivisesti koettuja laatutekijöitä, jotka taas vähensivät asiakastytyväisyyttä, olivat: *Rehellisyys, luotettavuus, reagointialttius, saavutettavuus ja palveluvarmuus*. Kuitenkin edellä mainittujen tekijöiden tulosten ylittäessä tietyn odotustason, koettu palvelun laatu ei enää parantunut, mutta heikko suoritus heikensi koettua laatukokemusta. Merkittävää tämän tutkimuksen tuloksissa oli se havainto, että *reagointialttius* oli sekä tyytyväisyyttä lisäävä että sitä vähentävä laatutekijä. Grönroosin (2009, 152–153) mukaan havainto on merkittävä siksi, että laatutekijän (tekijän) *reagointialttius* katsotaan usein vaikuttavan vain siihen, kuinka tyytyväinen asiakas on saamaansa palvelun laatuun.

Kirjallisuudessa kaikkien laatutekijöiden oletetaan usein olevan yhtä tärkeitä. Kuitenkin varsin laajasti on todettu, että eri laatutekijöillä voi olla hyvin erilainen vaikutus koettuun palvelun laatuun. Johnstonin (1995, 53–71) mukaan useat tutkijat ovat esittäneet erilaisia laatutekijöiden tutkimusmalleja. Grönroosin (2009, 152) mukaan jotkin laatutekijät (attribuutit) voivat olla välttämättömiä laadun hyväksi kokemisen kannalta, kun taas niiden parantaminen ei enää paranna huomattavasti koettua laatua. Silvestron ja Johnstonin (1992, 193–210) mukaan näitä laatutekijöitä kutsutaan *hygieniatekijöiksi*, joista esimerkkeinä voidaan mainita *luotettavuus, palveluvarmuus ja ammattitaito*. Toiset laatutekijät (attribuutit) (*ystävällisyys, huolenpito, siisteys, saavutettavuus*) parantavat laatua, jolloin suoritusten paranemisella on myönteinen vaikutus laadun kokemukseen, kun taas kielteinen vaikutus on mitätön tietyn alarajan jälkeen. Osa laatutekijöistä (*joustavuus, vuorovaikutus ja kohteliaisuus*) vaikuttavat koettuun laatuun molemmilla tavoilla. Muita tutkimuksessa mainittuja laatutekijöitä olivat: *Huomioinnostokyky, reagointialttius, sitoutuneisuus, rehellisyys ja estetiikka*. Oman kokemukseni mukaan tilanteessa, jossa terveysasema vakuuttaa asiakkaille näiden pääsevän vastaanotolle sovittuna aikana, luotettavuus on hygieniatekijä. Aikataulun viivästyksiset heikentävät koettua laatua. Tällöin sovittuna aikana vastaanotolle pääsyllä on vain hyvin pieni myönteinen vaikutus. Toisaalta taas terveysaseman henkilökunnan ystävällisyys ja kohteliaisuus, kuten myös käymälöiden puhtaus, ovat laatua edistäviä tekijöitä, jotka parantavat laatukokemusta. Näiden laatutekijöiden saavuttaessa tietyn alarajan asiakkaat ovat jo niin turhautuneita tai vihaisia, ettei suoritusten huononeminen enää heikennä heidän käsityksiään laadusta. Saman asian toteaa lentoyhtiön tarjoamien palvelujen osalta Grönroos (2009, 152).

Grönroosin (2009, 149–150) mukaan koetun palvelun laadun -mallissa asiakkaat vertaavat omia kokemuksiaan omiin odotuksiinsa. Tiettyä laatutekijää (attribuuttia) koskevia odotuksia tarkastellaan ja mitataan vain yhden odotustason kautta ottamatta huomioon odotuksissa mahdollisesti esiintyvää vaihtelua. Berry ja Parasuraman (1991) ovat ottaneet huomioon omissa tutkimuksissaan asiakkaiden odotusten mahdolliset vaihtelut esittelemällä sietoalueen käsitteen. Grönroosin (2009, 150) tutkimuksessa korostettiin

laatutekijää (attribuuttia) koskevien odotusten muodostumista kahdesta eri tasosta. Asiakkaat sietävät odotusten ja kokemusten välistä vaihtelua katsoen ne silti hyväksyttäväksi vaihtelun pysyessä tiettyjen rajojen sisällä. Näitä palvelukokemuksen tasoja ovat *toivottu taso* ja *riittävä taso*. Toivottu taso on taso, jolla palvelukokemuksen pitäisi olla, kun taas riittävä taso kuvaa palvelukokemuksen tasoa, jolla asiakkaat ajattelevat palvelukokemuksen voivan olla. Alin hyväksyttävä palvelukokemuksen taso on riittävä taso. Nämä kaksi palvelukokemuksen odotustasoa yhdessä muodostavat asiakkaiden sietoalueen rajat. Asiakkaan todellisten kokemusten osuessa näiden rajojen väliin, asiakas hyväksyy ne ja pitää kokemaansa laatua hyvänä. Sietoalue voi vaihdella asiakkaittain tai eri laatutekijöiden välillä. Vaihtelua tapahtuu myös samalla asiakkaalla eri aikoina ja eri palvelukohtaamisissa. Saman asian toteaa Strandvik (1994, 14–23) nostaan esiin myös monien peräkkäisten episodien kuluessa kehittyvän suhteen laadun ja sen vaikutukset asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Useat tutkijat (mm. Grönroos, 2009 sekä Berry ja Parasuraman, 1991) ovat myös todenneet, että sietoalue on kapeampi prosessin lopputulokseen (tekniseen laatuun) liittyvien odotusten kuin itse prosessiin (toiminnalliseen laatuun) liittyvien odotusten osalta. Grönroosin (2009, 150) mukaan odotusten sietoalueen mittaamisella sekä tulosten vertaamisella asiakkaiden kokemuksiin palvelun laadusta saadaan selville palvelun laatua koskevat ongelmakohdat, joiden parantamiseen organisaation tulisi jatkossa keskittyä. Laatutekijöihin (attribuutteihin) liittyvien kokemusten osuessa odotusten toivotun ja riittävän tason välille, koettu palvelun laatu on hyväksyttävää. Kokemuksen osuessa sietoalueen alarajaa huonommalle tasolle koetun palvelun kokonaislaatu voi kärsiä.

Palvelun laatua on tutkittu monin eri tavoin usein myös olettaen, että *laatufunktio* on *lineaarinen*. Palveluntarjoajan tulosten parantuessa myös koettu laatu kohenee yhtä paljon ja päinvastoin. Useiden tutkijoiden, kuten Grönroosin (2009, 150) mukaan laatufunktio ei ole lainkaan lineaarinen. Grönroosin mukaan tulosten ja koetun laadun suhde vaihtelee asiakkaiden sekä laatutekijöiden välillä. Vaihtelua saattaa mahdollisesti myös tapahtua samalla asiakkaalla eri palvelukohtaamisissakin. Strandvik (1994) on nostanut esiin käsitteen *laatufunktion epäsymmetrisyys*, joka tarkoittaa sitä, että on helpompaa tehdä huono vaikutus asiakkaaseen huonontamalla laatua kuin ilahduttaa asiakasta laadulla, joka on odotuksia parempi. Palveluntarjoaja ei saisi päästää kokonaissuoritusta tai palveluntarjontaan ratkaisevasti vaikuttavia laatutekijöitä koskevia suorituksia normaali-odotuksia heikommalle tasolle. Vaikeaa on myös kasvattaa koettua laatua normaalitason yläpuolelle, jolloin suorituksia pitäisi nostaa suhteellisesti ottaen paljon enemmän, jotta tulokset paranisivat huomattavasti. Strandvikin (1994, 154) mukaan palvelusuoritusten tietyn suuruisella parantamisella on paljon vähäisempi vaikutus laatuun kuin vastaavasti niiden laskulla.

Aiemmissa tutkimuksissa on myös todettu tehtyjen tutkimusten ristiriitaisuudet tulosten osalta (mm. Nurmi ja Virtanen, 1999). Useiden tutkijoiden mukaan (Johnston, 1995 sekä Silvestro ja Johnston, 1992) tutkimustulosten eroavaisuuksia ovat aiheuttaneet kulttuuriset eroavaisuudet, tutkittavien toimialojen erilaisuus tai laadun erilaiset mittaustavat. Tutkijat, kuten Strandvik (1994, 5), ovat myös todenneet palvelun laadun sekä asiakastyytyväisyyden olevan käsitteitä, jotka limittyvät toisiinsa tai ovat ainakin läheistä sukua toisilleen. Laadun tutkimusta ja seurantaan tulisi tehdä säännöllisesti palveluita tarjoavan organisaation toimesta. Erityisen tärkeää olisi kerätä asiakkaiden kokemuksiin ja mielipiteisiin perustuvia subjektiivisia laatuarvioita. Ne ovat hyviä työkaluja tarjottavien palvelujen laadun jatkokehittämisessä. Grönroosin (2009, 154–155) mukaan laatu koostuu asiakkaiden tarpeista ja toiveista ja kuvaa asiakkaiden kokemuksia laadusta. Laatu tuotetaan paikallisesti ostajan ja myyjän välisissä vuorovaikutustilanteissa.

## 2.4 Palvelun laadun mittausmenetelmät

Palvelun laadun mittausmenetelmistä on käyty viimeisten vuosikymmenien aikana hyvin kiivasta keskustelua. Tutkijoiden keskuudessa ei ole kyetty löytämään yhteistä mielipidettä siitä, mikä olisi oikea tapa mitata palvelun laatua. Salmelan (1996), Huuskosen, Ijäksen ja Lehtorannan (1997) mukaan palvelun laatua mitataan yleisten palvelun laatua mittaavien ominaisuuksien eli laatutekijöiden kautta, joihin kuluttajat kiinnittävät huomiota arvioidessaan palvelun laatua. Kehitettyjä mittareita sovelletaan sekä eri toimialojen että erilaisten tarjottavien palvelujen laadullisessa arvioinnissa. Kydön, Tuorilan ja Väliniemen (2008) mukaan laatumittareiden tulee perustua kriteereihin eli asetettuihin tavoitetasoihin, periaatteisiin tai normeihin, joiden perustella tietoja, taitoja tai suorituksia arvioidaan. Luotujen indikaattoreiden avulla operationalisoidaan arvioitavan kohteen laatu. Luotu indikaattori ilmaisee tai kuvaa mitattavan kohteen ominaisuutta, tilaa tai siinä tapahtuvaa muutosta.

Grönroosin (2009) mukaan palvelun laatua voidaan mitata myös toisella tavalla, jossa arviointia tehdään kriittisiin tapahtumiin perustuvien mallien avulla. Kriittisiä tapahtumia mitataan kvalitatiivisin mittausmenetelmin. Tätä tutkimusmenetelmää on hyödynnetty erilaisissa palvelualaa koskevissa tutkimuksissaan (Bitner, Booms & Tetreault 1990; Edvardsson 1992). Grönroosin (2009) mukaan kriittisten tapahtumien tutkimusmenetelmässä tiettyä palvelua käyttäneet asiakkaat miettivät tilanteita, joissa palvelu tai palveluprosessin osa tai sen lopputulos poikkesi tavanomaisesta joko myönteisesti tai kielteisesti. Asiakkaan tunnistettua kriittiset tapahtumat, häntä pyydetään kuvailemaan ne mahdollisimman seikkaperäisesti kysyen häneltä: *Mitä tapahtui ja miksi hän piti tapahtumaa kriittisenä?* Lisäksi selvitetään, minkälaisia laatuongelmia esiintyy ja mik-



si? Myönteiset laatukokemukset luokitellaan samalla tavoin. Kriittisiin tapahtumiin perustuva tutkimus paljastaa ongelma-alueet ja vahvuudet samoin kuin sen, mitä alueita yrityksen tulisi kehittää, jotta palvelun laatu koettaisiin entistä parempana. Kriittisten tapahtumien tutkimuksen tulokset antavat usein suoria viitteitä siitä, minkälaisia toimenpiteitä tarvitaan yrityksen tarjoaman palvelun laadun kehittämiseksi.

Yksi tutkijoiden keskuudessa eniten keskustelua herättänyt, mutta samalla yksi tunnetuimmista kehitetyistä palvelun laadun mittareista on Zeithamlin, Berryn ja Parasuramanin (1988) kehittämä SERVQUAL –mittaristo, jossa palvelun laatu määritellään viiden eri osa-alueen kautta (konkreettinen ympäristö, luotettavuus, reagointialttius, vakuuttavuus sekä empatia). Näitä viittä eri osa-aluetta kuvataan yleensä 22 laatutekijän (attribuutin) avulla. Vastaajia pyydetään arvioimaan seitsemänportaisen Likert-tyyppisen mittarin avulla, jossa ääripäät ovat ”täysin eri mieltä” ja täysin samaa mieltä”, mitä he odottivat saamastaan palvelusta ja millaiseksi he sen kokivat. Hiidenhovi (2001) toteaa saman asian. Grönroosin (2009, 116) mukaan laatutekijöitä koskevien odotusten ja kokemusten välisten poikkeamien perusteella voidaan laskea kokonaislaatua kuvaava tulos. Parasuraman, Berry ja Zeithaml (1991) kehittivät SERVQUAL-mallista vielä parannetun version, jossa huomioitiin palvelun laadun eri ulottuvuuksien suhteellinen tärkeys. Teasin (1993, 18–34) mukaan paras tapa mitata palvelun laatua on mitata sitä arvioitujen suoritusten (asiakkaan kokemukset) sekä normatiivisen laadun (ideaalinen laadun taso) väliseen kuiluun perustuvalla tutkimusmallilla.

Cronin ja Taylor (1992) painottivat palvelun laatua käsittelevässä tutkimuksessaan enemmän asiakkaan kokemuksia kuin odotuksia kokemastaan palvelun laadusta. He esittelivät neljä erilaista palvelun laadun eri ulottuvuuksia mittaavaa mallia: 1. SERVQUAL (kokemukset-odotukset), 2. painotettu SERVQUAL (tärkeys\* (kokemukset-odotukset)), 3. SERVPERF (palvelun laatu=kokemukset) ja 4. painotettu SERVPERF (tärkeys\*kokemukset). SERVQUAL-mittaristo ei kuitenkaan välttämättä sovellu parhaalla mahdollisella tavalla palvelun laadun mittaamiseen julkisessa terveydenhuollossa, koska hoitosuhteet ovat usein pitkiä ja palvelun laadullisessa arvioinnissa korostuvat enemmän aspektit hyvä hoitosuhde sekä palveluhenkilöstön henkilökohtainen välittäminen kuin itse lopputulos, joka palvelukohtaamisen kautta on saavutettu (Brown & Swartz 1989; Curry & Sinclair 2002; Ramsaran-Fowdar 2004). Kydön ym. (2008) mukaan palvelun laatua kuvaavia alakohtaisia mittareita on kehitetty useita, mutta eniten terveydenhoidonalalla (Hyvä-Hoito-mittari, Ihmisläheinen Hoito-mittari, HQPV, Quality of Hospital care Patients viewpoint). Potilastyytyväisyyttä terveydenhoitoalalla taas on mitattu PSI-mittarilla (Patient Satisfaction Instrument) sekä Patient Visit Questionnaire -mittarilla (VRG).

Grönroosin (1998) kehittämässä palvelun laadun tutkimusmallissa palvelun laatu jaetaan 1. tekniseen laatuun (lopputulos, mitä?) sekä 2. toiminnalliseen laatuun (prosessu-

aalinen, miten?). Kydön ym. (2008) mukaan palvelun teknistä laatua mitataan laatua kuvaavien kriteereiden 1. ammattitaito (asiantuntemus, kyky ja halu palvella asiakasta) sekä 2. palveluympäristö (tila sekä palvelussa käytetyt materiaalit ja työvälineet, hyvä tuotteiden ja informaation esillepano sekä henkilöstön ulkoinen olemus) avulla. Ammattitaidon merkitys korostuu erityisesti asiantuntijapalveluissa. Teknisessä laadussa arviointikriteerit ovat alakohtaisia. Tuorilan (2000) mukaan kuluttajan kuluttaessa sellaisia palveluita, joiden alan asiantuntija hän ei ole, laadullinen arviointi perustuu tuottajan uskottavuuteen, luottamukseen tai kokemukseen palvelun tuottajan pätevyydestä. Sipilän (1992, 215) mukaan mitä asiantuntevampi asiakas on, sitä enemmän hän muodostaa käsityksensä laadusta teknisen laadun perusteella. Ellei asiakas kykene analysoimaan teknistä laatua, hän pyrkii muodostamaan laatukäsityksensä toiminnallisen laadun eli asiakaspalvelun pohjalta.

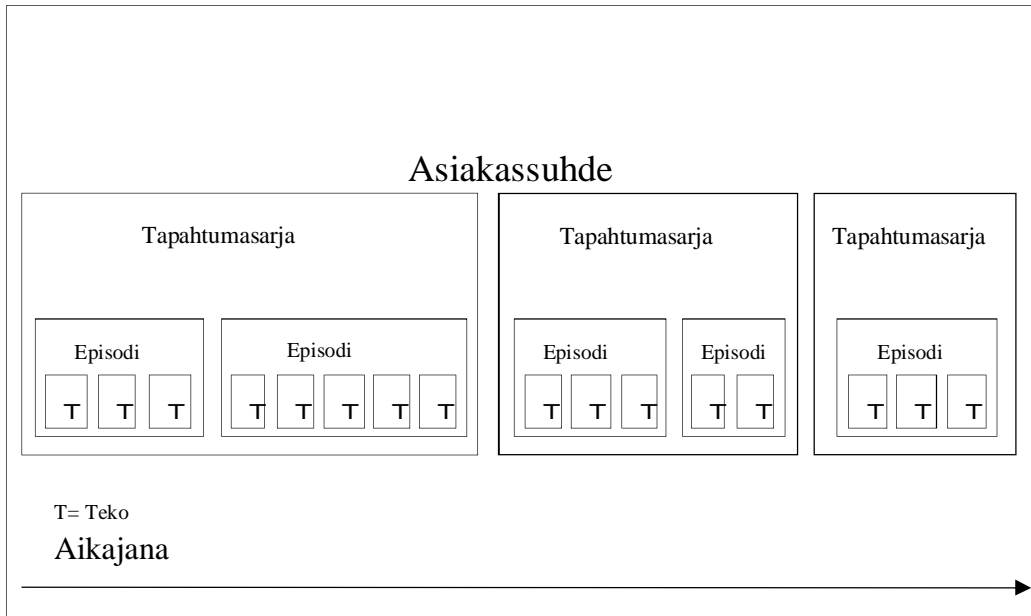
Grönroosin (1998) esittämän mukaan (viittaus Kytö – Tuorila – Väliniemi, 2008) toiminnallisen eli prosessuaalisen laadun arviointikriteerit painottuvat palvelun luonteen, palvelutyypin (rutiini- vai erikoispalvelu) ja asiakkaan tarpeiden (yleis- vai erityis- palvelu) sekä preferenssien mukaan. Palvelun toiminnallisen laadun arviointikriteereitä ovat: 1. vuorovaikutus eli palveluja tuottavan organisaation henkilökunnan asenne ja käyttäytyminen (asiakkaan yksilöllinen huomiointi, reagoitavuus, kohteliaisuus, huomaavaisuus, ystävällisyys, toiminta oikein sekä täsmällisesti, johdonmukaisuus, sopimusten noudattaminen, hienotunteisuus asiakasta sekä hänen omaisuuttaan kohtaan, puhetapa jonka asiakas ymmärtää sekä asiakkaan erityistoiveiden huomioiminen). 2. palvelujen saatavuus/saavutettavuus, jota kuvaavia kriteereitä ovat lähestyttävyyys, joustavuus ja saavutettavuus (sijainti, aukioloajat, palvelujen helppo saatavuus eli yhteyden saaminen). 3. palveluun oleellisesti liittyvät muut tekijät, joita ovat luotettavuus ja uskottavuus (eettisyys ja moraalit) sekä turvallisuus. Kydön ym. (2008) mukaan tähän sisältyvät myös tietosuoja eli kuluttajansuoja sekä palvelujen normalisoinnin osalta valitusten käsittely. Yleiskriteereitä, jotka vaikuttavat taustalla asiakkaan arvioidessa palvelun laatua, ovat yrityksen tai organisaation maine, joka liittyy imagoon koostuen edellä mainituista tekijöistä sekä siitä mielikuvasta jonka asiakas on saanut palvelutiloista, henkilökunnasta sekä työsuorituksista. Imagoon vaikuttavia tekijöitä ovat yleinen informaatio, nimi, fyysiset tilat ja ulkoiset puitteet, henkilökunta ja muut mahdollisesti samoissa palvelutiloissa olevat asiakkaat. Maine taas voi perustua kokemukseen tai pelkkään mielikuvaan. Nurmen ja Virtasen (1999) mukaan asiakkaiden käsitysten ja kokemusten käyttäminen julkisten palvelujen arvioinnin välineenä voi olla joskus ongelmallista, mutta siitä huolimatta se on tärkeää ja arvokasta palvelujen laadun kehittämisessä. Tutkijat, kuten Grönroos (1984), Parasuraman, Zeithaml ja Perry (1988) Lehtinen ja Lehtinen (1991), Rust ja Oliver (1994), Brady ja Cronin (2001), sekä Dapholkar, Thorpe ja Renz (1996) eivät ole yhä edelleenkään päässeet yksimielisyyteen siitä, mikä olisi paras malli palvelun laadun eri ulottuvuuksien mittaamiseen.

### 3 PALVELUKOHTAAMINEN

Terveydenhuollon palvelut käsittävät usein monia erilaisia monimutkaisia ja laajojakin prosesseja sekä niihin sisältyviä taustatoimintoja, mutta asiakas näkee usein vain niiden lopputuloksen. Grönroosin (2009, 221–222) mukaan laadun kokemisen näkökulmasta palvelun ratkaisevin osuus tuotetaan silloin, kun asiakas osallistuu palvelukohtamiseen palveluepisodissa, kokee sen sekä arvioi sitä.

#### 3.1 Palveluepiso

Episodia voidaan kuvata tapahtumaksi tai kanssakäymiseksi, jolla on selkeä aloittamis- sekä lopettamis piste. Alan kirjallisuudessa puhutaan myös *palvelukohtaamisesta*. Yhden episodin aikana asiakkaan ja palveluntuottajan välillä on usein monia kanssakäymisiä eli eri tekoja (Liljander 1995, 26). Episodi muodostuu useista toisiinsa liittyvistä teoista. Grönroosin (2009, 124) mukaan *teot* ovat vuorovaikutusprosessin pienin analysoitava yksikkö. Teot voivat liittyä kaikkiin vuorovaikutuksen osa-alueisiin, kuten fyysisiin tuotteisiin, palveluihin, tietoon, taloudellisiin näkökohtiin tai sosiaalisiin yhteyksiin. Bansalin (2004, 183) mukaan episodi voi olla esimerkiksi lääkärin vastaanotto, joka muodostuu useasta teosta, kuten palvelupisteessä tapahtuvasta neuvonnasta ja lääkärin konsultaatiosta. Grönroosin (2009, 124) mukaan toisiinsa liittyvät episodit muodostavat vuorovaikutusprosessin seuraavan analysoitavan yksikön eli *tapahtumasarjan*. Tapahtumasarjat voidaan määritellä ajan, tuotepaketin, kampanjan, projektin tai niiden yhdistelmän avulla. Viimeinen ja laajin analysoitava yksikkö on suhde. *Suhde* muodostuu useista eri tapahtumasarjoista, jotka voivat olla peräkkäisiä, tai ne voivat limittyä toisiinsa tai seurata toisiaan pitkänkin tauon jälkeen riippuen siitä, minkälaisesta liiketoiminnasta on kyse tai onko kyseessä jatkuva vai ajoittainen palvelu. Kuviossa 1 on esitetty asiakassuhteen vuorovaikutustasot.



Kuvio 1 Asiakassuhdemalli: asiakassuhteen vuorovaikutustasot (mukaihen Holmlund 1996; 1997; Grönroos 2009, 124)

Kuviossa 1 havainnollistetaan suhteen vuorovaikutusprosessin eri osa-alueita, joista yhdessä muodostuu koetun suhteen laadun malli. Grönroosin (2009, 125) mukaan laatua koetaan suhdemallin joka tasolla. Joka tason kokemukset vaikuttavat asiakkaan kulloinkin vallitsevaan kokonaislaadun käsitykseen. Tiettynä ajankohtana saatava laatukokemus heijastuu laadun kokemiseen yksittäisten tekojen ja episodien aikana muokaten samanaikaisesti kaiken aikaa asiakkaan käsitystä palvelun tarjoajasta. Tekojen eli ensimmäisen tason laatukokemukset heijastuvat episodien eli toisen tason laatukokemuksiin. Koska suhteen laatu muuttuu dynaamisesti, hyvien, neutraalien sekä huonojen episodien laatukokemukset yhdistyvät kolmannen tason eli tapahtumasarjan laatukokemukseksi. Tämä kolmannen tason laatukokemus taas heijastuu kyseisen asiakkaan ja palvelun tarjoajan välisen suhteen alempien tasojen episodien ja tekojen laatukokemuksiin. Episodeista koostuvista tapahtumasarjoista saadut laatukokemukset muodostavat neljännen tason laatukokemuksen eli koetun suhteen laadun. Tämä puolestaan taas heijastuu siihen, miten laatu koetaan seuraavissa alempien tasojen tapahtumissa. Asiakassuhdemalli selkiyttääkin asiakkaiden laatukokemuksen monitahoisuutta. Suhteen analysointi osoittaa, miten monet teot ja episodit (palvelukohtaukset) vaikuttavat laadun pitkäaikaiseen muodostumiseen.

Selvittämällä asiakkaiden kokemuksia heidän saamastaan palvelun laadusta saadaan tärkeää tietoa siitä, mitkä ovat palveluprosessin ongelma-alueet sekä vahvuudet samoin kuin ne alueet, joita yrityksen tulisi kehittää, jotta sen palvelun laatu koettaisiin entistä

paremmaksi. Useissa palvelualaa koskevissa tutkimuksissa, kuten muun muassa Bitnerin ym. (1990) ja Edvardssonin (1992) on käytetty kriittisten tapahtumien menetelmää, jossa vastaajaa pyydetään kuvailemaan myönteisiä tai kielteisiä tapahtumia, jotka poikkesivat tavanomaisesta joko myönteisesti tai kielteisesti. Nämä ovat kriittisiä tapahtumia, joita vastaaja kuvailee vastaamalla kysymyksiin mitä tapahtui? ja miksi hän piti tapahtumaa kriittisenä? Tutkija analysoi kriittisten tapahtumien kuvaukset ja niiden syyt saadakseen selville minkälaisia laatuongelmia esiintyy sekä miksi niitä esiintyy. Myönteiset laatukokemukset analysoidaan samalla tavoin. Kriittisten tapahtumien tutkimustulokset antavat useasti suoria viitteitä tarvittavista toimenpiteistä.

### **3.2 Suhdemarkkinointi osana palvelun laadun teoriaa**

Tutkijoiden kiinnostus palvelun laatua kohtaan synnytti useita erilaisia palvelun laadun teoreettisia malleja, kuten Grönroos (1984) tai Liljander ja Strandvik (1995b). Uudemmaa tutkimuksellista näkökulmaa aiheeseen ovat tuoneet suhdemarkkinoinnin ja asiakassuhteen laadun teorit. Grönroosin (1984) mukaan tarkennusta ovat kaivanneet palvelun laadun määrittely sekä mittausmenetelmät. Useat tutkijat, kuten Morganin ja Huntin (1994) ovat todenneet suhteen laadun vaikuttavan yrityksen tuottavuuteen. Morganin ja Huntin tutkimus antoi alkusysäyksen monelle myöhemmälle asiakassuhteen laatua käsittelevälle tutkimukselle. Suhteen laatua ovat tutkineet muun muassa Storbacka, Strandvik ja Grönroos (1994) sekä ilman arvioinnillista näkökulmaa Holmlund (1995a; 1996; 1997). Tutkijat, kuten Parasuraman ym. (1985; 1988) ovat keskittyneet enemmän palvelun laadun ja asiakastyytyväisyyden tarkastelemiseen vain yksittäisen episodin tasolla. Holmlundin (1996; 2001) kehittämässä suhde-mallissa suhteen analysointi osoittaa, miten monet teot ja episodit (palvelukohtaamiset) vaikuttavat laadun pitkäaikaiseen muodostumiseen. Useat tutkijat, kuten Håkansson (1982), Dwyer, Schurr ja Oh (1987), Håkanson ja Snehota (1995) sekä Halinen (1997) ovat määritelleet asiakassuhteen vähintään kahden osapuolen väliseksi vuorovaikutukseksi, joka muuttuu ajassa. Suhdemarkkinoinnin merkityksellisyyttä kohtaan markkinointitutkimukselle on myös esitetty kritiikkiä. Grönroos (2009, 53) on nostanut esiin suhdemarkkinoinnin merkityksellisyyttä osana yleistä markkinoinnin teoriaa. Gummessonin (2004, 397) mukaan Grönroosin määritelmä kattaa myös voittoa tavoittelemattomat organisaatiot, eli suurimman osan julkishallinnollisista organisaatioista. Eri tutkijoiden näkemyseroista huolimatta asiakassuhteen laadun teoreettisen tutkimuksen saralla on tapahtunut huomattavaa kehitystä.

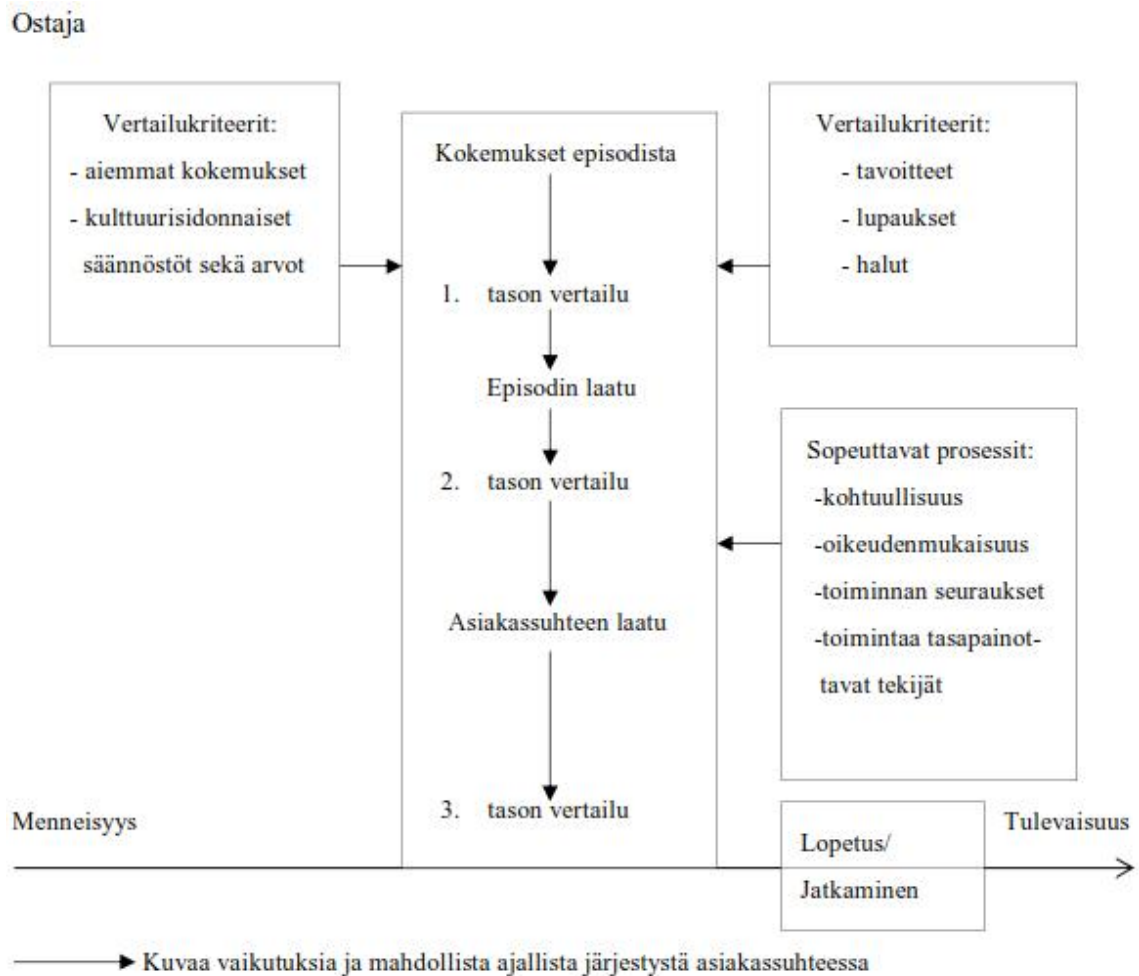
### 3.3 Episoditeoria

Asiakassuhteen tasolla laatua ovat tarkastelleet muun muassa Liljander ja Strandvik (1995) ja Järvelin (2001). Järvelinin (2001, 67) kehittämässä tutkimusmallissa tutkitaan asiakassuhteen laatua asiakkaan kokemusten sekä siihen liittyvien odotusten välisen vertailun kautta. Odotukset on korvattu vertailukriteereillä. Asiakas muodostaa käsityksensä yksittäisen episodin laadusta vertailemalla kokemaansa palvelua vertailukriteereihin.

Asiakkaan muodostettua käsityksensä episodin laadusta 1. tason vertailun kautta siirtyy hän 2. tason vertailuun, jossa vertailee 1. tason vertailussa syntynyttä laatukuvaa uusiin, asiakassuhteen tasolla vaikuttaviin vertailukriteereihin. Episoditason laadun ollessa poikkeuksellisen hyvä tai huono sen vaikutus ei kanavoidu kokonaan asiakassuhteen laatukäsitykseen vaan vertailuun tulevat mukaan sopeuttavat prosessit. Sopeuttavat prosessit vaikuttavat siihen, kuinka paljon yksittäinen, yleisestä laatutasosta poikkeava episoditason laatukokemus vaikuttaa asiakassuhteen laatuun.

Järvelinin (2001, 92–97) mukaan sopeuttavat prosessit ovat prosesseja, jotka voivat muuttaa aiemmilla tasoilla tehtyjä laadullisia arvioita. Sopeuttavien prosessien avulla asiakkaat ja palvelun tarjoajat voivat käydä läpi niitä tekijöitä, jotka vaikuttivat mahdolliseen poikkeamaan normaalista laatutasosta. Laatutason poikkeama on kertaluontoinen ja merkitykseltään vähäinen jos sille löytyy jokin syy sopeuttavien prosessien avulla. Tällöin asiakassuhteen tasolla laatukäsitys ei mahdollisesti muutu lainkaan tai sen muutos on vain vähäinen. Asiakassuhteen tasolla laatukäsitys muuttuu silloin, mikäli muutos on merkittävä, toistuva tai mikäli sille ei löydy selittävää tekijää.

Laatutason muuttuessa merkittävästi negatiiviseen suuntaan tehdään mahdollisesti vielä 3. tason vertailu. 3. tason vertailussa punnitaan sekä suhteen hyvät että huonot puolet ja päätetään halutaanko asiakassuhdetta jatkaa vai ei. Vaikka asiakassuhde jatkuisikin, voi asiakassuhteen laatukäsitys silti alentua merkittävästi ja pysyvästi. Rasilan ja Nenosen (2007) mukaan jotkut tutkijat ovat kritisoineet luotua mallia, koska siinä ei oteta huomioon lainkaan asiakastytyväisyyttä. Kuviossa 2 on esitetty episodin laadun arviointiin vaikuttavat eri osatekijät asiakkaan näkökulmasta.



Kuvio 2 Episodin laadun arvioinnin eri osatekijät asiakkaan näkökulmasta (mukailen Järvelin 2001, 66)

Kuvio 2 havainnollistaa episodin laadun arvioinnin eri osatekijöitä asiakkaan näkökulmasta. Järvelinin (2001, 66) mukaan episodi koostuu erillisten tekojen sarjasta, joita tapahtuu liikesuhteessa. Se edustaa tuotteen tai palvelun, tiedon, taloudellisten tekijöiden, sosiaalisten kysymysten tai näiden kaikkien yhdistelmänä syntynyttä vaihdantaprosessia. Episodin laatu kuvaa asiakkaan kokemuksia tietyn episodin aikana tai heti samaisen episodin päätyttyä. 1. tason vertailussa asiakas vertailee kokemuksiaan sekä menneisyyteen että tulevaisuuteen sijoittuviin vertailukriteereihin, jota kautta muodostaa käsityksensä episodin laadusta. Episodin laadun arvioinnin poiketessa negatiivisesti tai positiivisesti normaalista laatutasosta käynnistyy 2. tason vertailu. 2. tason vertailussa käytettävät sopeuttavat prosessit vaikuttavat siihen, kuinka paljon yksittäinen, yleisestä laatutasosta poikkeava episoditaso vaikuttaa asiakassuhteen laatuun. Laatutaso muuttuessa merkittävästi negatiiviseen suuntaan tehdään mahdollisesti

vielä 3. tason vertailu. 3. tason vertailussa punnitaan sekä suhteen hyvät että huonot puolet sekä päätetään halutaanko asiakassuhdetta vielä jatkaa vai ei. Vaikka asiakassuhde jatkuisikin, voi asiakassuhteen laatu kärsiä alentua merkittävästi ja pysyvästi. Kotler (2003, 61) tuo esiin palvelujen markkinoinnillista näkökulmaa puhuessaan asiakastytyväisyydestä, jolloin on kyse asiakkaan odotusten ja kokemusten kohtaamisesta. Dabholkarin (1993) mukaan näiden erilaisten reaktioiden rooli ja niiden suhteellinen merkitys riippuu episodin luonteesta, tilanteesta ja toimijoista.

### 3.4 Vertailukriteerit, sopeuttavat prosessit

Järvelinin (2001, 66–78) kehittämässä tutkimusmallissa kokemuksia verrataan 1. tason vertailussa sekä menneisyyteen (aiemmat kokemukset, kulttuurisidonnaiset säännöt, arvot) että tulevaisuuteen (arvioitsijan itse omalle toiminnalleen asettamat tavoitteet/päämäärät, hänelle annetut lupaukset, kuten esimerkiksi tehdyt sopimukset tai markkinoinnin kautta annetut lupaukset sekä arvioitsijan oma tahtotila, kuten esimerkiksi hänen oma halunsa ylläpitää tai vahvistaa asiakassuhdetta palveluntarjoajan kanssa) liittyviin vertailukriteereihin. Vertailukriteerit perustuvat paljolti arvioitsijan omiin tarpeisiin, joista osa on organisaatiolähtöisiä (”virallisia”) tarpeita ja osa taas yksilön omia henkilökohtaisia tarpeita. Episodin laadun arviointiin käytetään joko yhtä vertailukriteeriä tai monien kriteerien yhdistelmää. Vertailukriteerien sisältö on vähemmän tutkittu aihe palvelun laatua sekä asiakastytyväisyyttä käsittelevässä kirjallisuudessa.

Useiden tutkijoiden kuten La Tour ja Peatin (1978), Woodcruffin, Cadotten ja Jenkinsin (1983), Cadotten, Woodcruffin ja Jenkinsin (1987), Johnsonin ja Fornellin (1991), Bouldingin, Kalranin, Staehlinin ja Zeithamlin (1993) mukaan arvioitsijan aiemmat kokemukset vaikuttavat merkittävästi hänen kokemaansa palvelun laatuun tai asiakastytyväisyyteen. Tässä hetkessä tehty arvio vaikuttaa tulevaisuudessa tapahtuviin arviointeihin yhdessä jo aiemmin koettujen kokemusten kanssa. Kotsalo-Mustosen (1996, 77) mukaan kulttuurisidonnaiset normit ja arvot kehittyvät organisatorisella sekä suhteen tasolla yksilökohtaisesti. Näitä normeja ja arvoja yksilö soveltaa tehdessään omaa henkilökohtaista arviointiaan episodin laadusta. Holmlundin (1995a, 117; 1997) mukaan tavoitteet koskevat pääosin taloudellisia, teknisiä tai sosiaalisia aihealueita. Kotsalo-Mustonen (1996, 50) tuo teoreettiseen keskusteluun käsitteet näkyvät sekä näkymättömät eli epäsuorat tavoitteet. Järvelinin (2001, 75–77) mukaan epäsuorat tavoitteet voivat olla osia laajemmista kulttuurisista normeista tai arvoista. Ne voivat myös sisältää enemmän sosiaalisia näkökulmia kuin näkyvät tavoitteet. Lupaukset taas koskevat aina molempia osapuolia asiakassuhteessa. Episodin sekä erityisesti asiakassuhteen laadun arvioinnissa tehdyillä lupauksilla on aina keskeinen rooli. Campbellin (1987, 61) ja Uusitalon (1993, 45–47) mukaan halut liitetään yleensä enemmän yksilön kokemaan



mielihyvään kuin asiakastyytyväisyyteen markkinoinnin teoreettisessa keskustelussa. Tässä tutkimuksessa niitä ei kuitenkaan eroteta toisistaan. Järvelinin (2001, 78) mukaan liikesuhteessa halut voivat linkittyä positiivisiin tunteisiin, kuten onnellisuuteen tai ylpeyteen, jotka samalla lisäävät itsekunnioitusta.

Järvelinin (2001, 92) mukaan sopeuttavat prosessit helpottavat arviointia silloin, kun episodin laatu on koettu poikkeuksellisen hyvänä tai huonona. Sopeuttavia prosesseja ovat: kohtuullisuus, oikeudenmukaisuus, toiminnan seuraukset sekä toimintaa tasapainottavat tekijät. Adamsin (1963) mukaan kohtuullisuudella tarkoitetaan panosten ja tuotosten välistä suhdetta, joka on vakio kohtuullisuuden ollessa vallitseva tekijä. Kohtuullisuus määritellään samoin Järvelinin (2001, 96–99) mallissa. Jo aiemmat kohtuullisuuden kokemukset vaikuttavat tämän hetkisen 2. tason vertailun taustalla. Useiden tutkijoiden (mm. Oliver, 1989) mukaan kohtuullisuus sekä oikeudenmukaisuus käsitteet liittyvät läheisesti toisiinsa.

Järvelinin (2001, 97–98) mukaan oikeudenmukaisuus prosessina sisältää vertailua tiettyyn episodiin sijoitettujen panosten ja tuotosten välillä tietyn episodin tai asiakassuhteen aikana. Oikeudenmukaisuus vaikuttaa, kuten kohtuullisuuskin vain pääarviointiprosessiin ei koko pääarviointiin. On mahdotonta sanoa, missä järjestyksessä kronologisesti oikeudenmukaisuus sekä laadunarviointi tapahtuvat pääarviointiprosessissa, koska ne ovat jossain merkityksessä riippuvaisia toisistaan. Jossain määrin oikeudenmukaisuus vaikuttaa myös sosiaalisena käsitteenä, siihen mikä on reilua tai mikä on toiminnan kautta ansaittua. Useat tutkijat, muun muassa Oliver (1989), Mills (1990) ja Liljander (1995) ovat todenneet saman asian.

Frazierin (1983) mukaan toiminnan seurauksen juuret ovat sosiaalipsykologiassa. Runyonin ja Stewartin (1987, 519) mukaan kuluttajakäyttäytymisellä tarkoitetaan sitä, millä tavoin ihmiset tekevät päätöksiä ja mitä seurauksia sillä on. Tutkija etsii syitä sille miksi jotain on tapahtunut. Sama teoreettinen tausta toistuu jossain määrin sekä asiakastyytyväisyyttä käsittelevässä kirjallisuudessa (Oliver & DeSarbo 1988) sekä palvelujen laatua käsittelevässä kirjallisuudessa (Bitner 1990; Frazier 1983). Järvelinin (2001, 101) mukaan toiminnan seuraukset vaikuttavat enemmän ensimmäisen sekä kolmannen tason vertailuun kuin asiakassuhteen arviointiin. Pitkäaikaisissa liikesuhteissa toiminnan seurauksilla on enemmän merkitystä silloin, kun jotain odottamatonta tapahtuu, kuin silloin jos kaikki sujuu odotusten mukaan.

Frazierin (1983) mukaan toimintaa tasapainottavia tekijöitä voi olla olemassa silloin, kun tuotokset ovat alemmalla tasolla kuin on ennalta odotettu tilanteesta tai toisesta osapuolesta johtuen. Järvelinin (2001, 101–105) mukaan toimintaa tasapainottavana tekijänä pidetään mitä tahansa toimintoa, joka tapahtuu molempien tai vain toisen osapuolen toimesta, joka johtaa korjaavaan toimenpiteeseen siinä tapauksessa etteivät vertailukriteerit ole täyttyneet. Liikemaailmassa tapahtuvissa asiakassuhteissa toimintaa

tasapainottavat tekijät liittyvät hyvin läheisesti toiminnan seurauksien prosesseihin (syyseuraus). Frazierin (1983) mukaan muodonmuutos- sekä sijoitusprosesseja ja toimintaa tasapainottavia tekijöitä voidaan kaikkia käyttää apuna liiketoiminnallisissa asiakassuhteissa, joiden tarkoituksena on palauttaa tasapaino asiakassuhteeseen. Kaikkien edellä mainittujen arviointiprosessien lopputuloksena asiakas arvioi asiakassuhteensa laatua päättäen haluaako jatkaa vai lopettaa liikesuhteen palveluntarjoajan kanssa.

### 3.5 Suhde ja suhteen laatu käsitteinä

Episoditeorian täydellisen ymmärtämisen kannalta on tärkeää määritellä oikein käsitteet suhde ja suhteen laatu. Suhteen laadun kaksi keskeisintä käsitettä ovat episodi ja suhde. Yhdessä niistä muodostuu arviointi havaitusta suhteen laadusta. Suhde käsitteenä muodostuu monesta suhteen eri tasosta. Järvelinin (2001, 39) mukaan suhde muodostuu monesta eri episodista ja kaikki episodit koostuvat monista eri teoista. On vaikea muodostaa arviota siitä milloin jokin episodi on alkanut tai päättynyt, mikäli arvioija ”elää” keskellä samaista episodista. Huomioon on otettava myös näihin episodeihin sisältyvä vuorovaikutus sekä sen eri osapuolten että eri organisaatioiden kesken.

Useiden tutkijoiden mukaan (mm. Grönroos, 2009 viitaten Gummesson, 2000) kahden viimeisen vuosikymmenen aikana suhdemarkkinointia ja erityisesti suhteen laatua on alettu pitää yhtenä suhdemarkkinoinnin keskeisimmistä osa-alueista. Useat tutkijat (Grönroos, 2009 sekä Hart & Johnson, 1999) ovat nostaneet esiin asiakastyytyvyyden merkityksellisyyden pitkäkestoisten asiakassuhteiden rakentamisessa ja niiden ylläpidossa. Suhteen laatua on tutkittu monessa eri kontekstissa, kuten b2b- sekä b2c-markkinoinnissa. Ristiriitoja tutkijoiden keskuudessa aiheuttaa yhä edelleen tarkan määritelmän puuttuminen siitä, mistä eri osatekijöistä suhteen laatu koostuu.

Palvelujen tutkimuksessa suhteen laadun tutkimuksen asiakasnäkökulman urauurtaavana työnä pidetään Crosbyn, Evansin ja Cowlesin (1990) artikkelia, jossa suhteen laatu kuvataan ylemmän tason rakenteena, joka koostuu sekä tyytyväisyydestä että luottamuksesta. Bruggen, Kacker ja Niewlaat (2005) korostavat sitä seikkaa, ettei asiakkaan näkökulmasta hyvä asiakassuhde ole välttämättä aina yhtä hyvä myyjän tai palveluntuottajan näkökulmasta. Holmlundin (2001, 2008) mukaan suhteen laatu muodostuu molempien osapuolien yhteisenä vuorovaikutuksellisenä arviona. *Vuorovaikutus* on suhteen laadun ydinkäsite, mutta edelleenkin sille ei ole olemassa vain yhtä ja tarkkaa määritelmää. Kritiikkiä tutkijoiden keskuudessa on aiheuttanut se, ettei suhteen laadun tutkimuksessa ole aina käytetty samoja termejä. Nauden ja Buttlen (2000, 351) mukaan jotkut tutkijat ovat käsitelleet suhteen laatua suhteen arvona tai menestyksekkäinä kumppanuuksina. Holmlundin (2008, 339) mukaan ristiriitoja tutkimusten ja niiden tulosten tulkinnan osalta aiheuttaa samojen rakenteiden käyttö niin suhteen laadun syinä,

seurauksina kuin elementteinä, jonka vuoksi suora linkki suhteen laadun sekä suhteen muiden käsitteiden välillä on ollut epäselvä. Palmatierin, Dantin, Grewalin ja Evansin (2006, 150) mukaan erimielisyydet eri tutkijoiden keskuudessa johtuvat näkemyksellisistä eroista suhdemarkkinoinnin tehokkuuden osalta palvelujen ja tuotteiden välillä.

Vieiran, Winklhoferin ja Ennewin (2008, 271–272) mukaan markkinoinnin tutkimuksessa ei tule enää keskittyä erottelemaan tuotetta ja palvelua toisistaan, koska nykyisin moniin tuotteisiin liittyy myös palvelullisia elementtejä ja palveluihin taas käsin kosketeltavissa olevia elementtejä. Vieiran ym. (2008, 272) mukaan kysymys on siitä, minkälaisissa tilanteissa suhteilla on merkitystä, ja kun suhteilla on merkitystä, merkitystä on myös suhdemarkkinoinnilla ja suhteen laadulla. Järvelin (2001, 15) määrittelee suhteen laadun seuraavasti: suhteen laatu muodostuu kahdesta eri käsitteestä, jotka ovat episodit ja suhde. Luonteeltaan molemmat käsitteet ovat prosessuaalisia ja yhdessä ne muodostavat asiakassuhteen laadun arvioinnin. Parasuraman, Zeithaml ja Berry (1994) sekä Liljander ja Strandvik (1995b) ovat noudattaneet samantyyppistä jaottelua tutkimuksissaan, jotka ovat koskeneet asiakastyytyväisyyttä ja palvelun laatua. Järvelinin (2001, 15) mukaan yhteys näiden kahden eri tason välillä ei ole kuitenkaan ollut yhtä selkeä kuin suhteen laadun arvioinnissa.

Järvelinin (2001, 15–16) mukaan suhteen laadullisen arvioinnin *prosessuaalinen luonne* tarkoittaa sitä, että se koostuu useista eri vaiheista (vertailukriteerit ja sopeuttavat prosessit), jotka ovat peräkkäisessä järjestyksessä, sisältäen useita eri osapuolia. Arviointia tapahtuu jatkuvasti (jokaisen episodin aikana) ja arvioinnin lopputulos voi muuttua arviointiprosessin aikana. Prosessi sisältää palautetta havaitun suhteen laadusta seuraavaan suhteen laadun arviointiin. Saman on todennut Shostack (1985, 95). Sama määritelmä pätee suhteen laadun arviointiin. Suhteen laadun arviointia tapahtuu sen kahdella eri tasolla sekä episodien että suhteiden tasolla. Episoditasolla tehty arviointi johtaa havaittuun episodin laatuun, jota käytetään osana suhteen laadun arviointia. Näiden kahden eri tason välillä tehdyn arvioinnin välillä on linkki, joka osoittaa arvioinnin olevan luonteeltaan prosessuaalista (toiminnallista) ja käynnissä olevaa. Tällöin havaitun suhteen laadulla on vaikutusta vertailukriteereihin, joita käytetään tulevaisuudessa tapahtuvassa episodin laadun arvioinnissa.

### 3.6 Tutkielman viitekehys

Tässä tutkielmassa tutkitaan asiakkaan kokemusta saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisissa. Tässä tutkielmassa palvelukohtaaminen on jokainen episodi ja siihen sisältyvät teot, jossa asiakas sekä julkinen terveydenhuolto ja sen kaikki resurssit – ihmiset, toimintajärjestelmät sekä fyysiset resurssit ovat kohdan-

neet. Tässä yhteydessä julkisella terveydenhuollolla tarkoitetaan erikoissairaanhoidoa. Erityistä huomiota kiinnitetään viimeisimpään episodiin. Tässä tutkielmassa koettu palvelun laatu muodostuu mukailien asiakkaan kokemasta laadun teknisestä (lopputulos) sekä toiminnallisesta (prosessuaalisesta) ulottuvuudesta (Lehtinen & Lehtinen 1991; Grönroos 1998; 2001). Koetun palvelun laadun teorian taustalla vaikuttaa episoditeoria ja siihen läheisesti liittyvät suhdemarkkinoinnin ja suhteen laadun sekä palvelun laadun teorit. Koetun palvelun laadun sekä episodin laadun teorit limittyvät osaksi toisiinsa. Viitekehyksessä on pyritty huomioimaan koetun palvelun laadun muodostumisen pääpiirteet sen moniulotteisuudesta huolimatta. Kuvio 3 havainnollistaa tässä tutkimuksessa käytettävää viitekehystä.



Kuvio 3 Tutkielman viitekehys

Asiakkaan kokemusta saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa voidaan tutkia monella eri tavalla. Käsitteellä koettu palvelun laatu tarkoitetaan tässä yhteydessä asiakkaan kokemaa palvelun laatua julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa. Kuten edellä on jo todettu, alan kirjallisuudessa määritellään käsite koettu palvelun laatu samalla tavoin kuin koettu laatu. Tässä tutkielmassa molemmat käsitteet tarkoittavat siis samaa asiaa eli koettua palvelun laatua. Useissa aiemmissa tutkimuksissa laadun eri osa-alueista käyttämät sanat attribuutti, laatuattribuutti, palveluattribuutti tai tekijä on korvattu sanalla *laatutekijä*. Tämä valinta on tehty, jotta aihealueesta tulisi helpommin ymmärrettävää ja selkeämpää myös Suomen kulttuurisessa ympäristössä.

Tässä tutkimuksessa koettu palvelun laatu muodostui siis kahdesta eri palvelun laadun ulottuvuudesta, teknisestä sekä toiminnallisesta laadusta, jotka oli jaettu 17:ään eri laatutekijään. Valitut laatutekijät olivat: *luotettavuus, reagointialttius, estetiikka, siisteys, joustavuus, ystävällisyys, vuorovaikutus, kohteliaisuus, ammattitaito, saatavuus,*

*saavutettavuus, turvallisuus, palveluvarmuus, yksilöllinen kohtelu, huolenpito, sitoutuneisuus ja rehellisyys* (muun muassa Silvestro & Johnston 1992; Johnston 1995). Palvelun tutkimuksessa yleisesti käytetty laatutekijä *huomiointi* muutettiin laatutekijäksi *yksilöllinen kohtelu* haluten korostaa yksilöllisen kohtelun merkityksellisyyttä asiakkaan palvelukohtaamisessa ja asiakkaan palvelun laadun kokemisessa.

Tässä tutkielmassa valitut laatutekijät jaettiin yhä edelleen viiteen laatua kuvaavaan laadun eri osa-alueeseen, joita mitattiin laatumittareilla. Laatumittarit valittiin edellä mainittujen laatutekijöiden joukosta (mukaiillen Lehtinen & Lehtinen 1991; Silvestro & Johnston 1992; Johnston 1995; Grönroos 1998; 2001; Brady & Cronin 2001; Kytö 2005; Kytö ym. 2008; Sipilä 2013). Laatua kuvaavien erillisten osa-alueiden valintaan vaikutti merkittävästi se, mitkä tekijät tutkija näki erityisen merkityksellisinä asiakkaan arvioidessa saamaansa palvelun laatua julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa. Tutkijan aiemmin tekemä tutkimus (Sipilä 2013) vahvisti valittujen laadun eri osa-alueiden merkityksellisyyttä asiakkaan muodostaessa käsitystään saamastaan palvelun laadusta. Laatua kuvaavat laadun eri osa-alueet ja niitä mittaavat laatumittarit olivat: 1. ammattitaito (laatumittarit: henkilökunnan ammattitaito ja asiantuntemus sekä kokonaisvaltainen asiakkaan tilanteen arviointi), 2. palveluympäristö eli aineelliset tekijät (laatumittarit: toimitilan, työvälineiden, materiaalien ja henkilökunnan siisteys ja esteetiikka), 3. palvelun saatavuus/saavutettavuus (laatumittarit: yhteyden saaminen, sijainti, joustavuus), 4. vuorovaikutustilanne (laatumittarit: vuorovaikutus, ystävällisyys, yksilöllinen kohtelu, huolenpito, hoitohenkilökunnan sitoutuneisuus, kohteliaisuus, reagointialttius, rehellisyys), 5. palveluun oleellisesti liittyvät muut tekijät (laatumittarit: turvallisuus, luotettavuus, palveluvarmuus) (mukaiillen Lehtinen & Lehtinen 1991; Silvestro & Johnston 1992; Johnston 1995; Grönroos 1998; 2001; Brady & Cronin 2001; Kytö 2005; Kytö ym. 2008; Sipilä 2013). Samantyyppistä mittaristoa on käyttänyt muun muassa Kuluttajatutkimuskeskus (2008) mitatessaan terveystieteiden palvelujen laatua ja saavutettavuutta.

Tutkimusmenetelmänä laadullinen tutkimustapa soveltui tähän tutkimukseen erityisen hyvin, koska se auttoi tutkimaan tutkimusongelmaa syvällisemmin tuottaen yksityiskohtaisempaa ja monimuotoisempaa tietoa tutkimusongelman ymmärtämiseksi. Tutkimuksen operationalisointivaiheessa tutkimus toteutettiin julkisen terveydenhuollon asiakkaille tehtyjen henkilökohtaisten teemahaastattelujen muodossa. Henkilökohtaisissa haastatteluissa asiakkailta tiedusteltiin myös kriittisiä tapahtumia (positiivisia sekä negatiivisia kokemuksia). Tutkimuksen avulla pyrittiin osoittamaan eri laatutekijöiden merkityksellisyys asiakkaan kokemukseen saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa. Lisäksi tutkittiin laatutekijöiden ja ennalta määriteltujen taustamuuttujien mahdollisia riippuvuussuhteita sekä asiakassuhteen pituuden mahdollista merkityksellisyyttä asiakkaan kokemukseen saamansa palvelun laadusta.

Tutkimuksen kautta haluttiin myös tuoda esiin mahdollisia eroavaisuuksia eri terveydenhuoltoalan organisaatioiden (julkinen terveydenhuolto, työterveyshuolto, yksityinen lääkäriasema) reagointialttiudessa ohjata asiakas jatkohoitoon erikoissairaanhoidon puolelle, kun siihen ilmeni tarvetta. Lisäksi tutkittiin oliko edellisellä hoitavalla taholla merkitystä siihen, millä tavoin asiakas koki saamansa palvelun laadun nykyisen hoitavan tahon kanssa. Tässä tutkimuksessa tutkittavana kohteena toimi suuren suomalaisen kaupungin julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidollisen pitkäaikaissairaiden palveluita tuottavan yksikkö.

Nurmen ja Virtasen (1999) mukaan asiakkaiden käsitysten ja kokemusten käyttäminen julkisten palvelujen arvioinnin välineenä on joskus ongelmallista, mutta silti se on tärkeää ja arvokasta palvelujen laadun kehittämiseksi. Laatua ei voida mitata kuulematta asiakkaita ja keräämättä heidän subjektivistisia kokemuksiaan. Taulukko 1 kokoaa yhteen palvelun laadun ulottuvuudet, laadun eri osa-alueet ja niitä mittaavat laatumittarit julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa.

Taulukko 1 Palvelun laadun ulottuvuudet, laadun eri osa-alueet ja niitä mittaavat laatumittarit julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa mukailten Lehtinen ja Lehtinen (1991), Silvestro ja Johnston (1992), Johnston (1995), Brady ja Cronin (2001), Grönroos (1998; 2001), Kytö (2005), Kytö ym. (2008), Sipilä (2013).

PALVELUN LAADUN ULOTTUVUUS	LAADUN ERI OSA-ALUEET, LAATUMITTARIT
<b>Tekninen laatu (lopputulos), MITÄ?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Ammattitaito</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Ammattitaito</li> </ul> </li> <li><b>2. Palveluympäristö</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Siisteys</li> <li>· Estetiikka</li> </ul> </li> </ol>
<b>Toiminnallinen laatu (prosessuaalinen) MITEN?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>3. Saatavuus/saavutettavuus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Saavutettavuus</li> <li>· Joustavuus</li> <li>· Saatavuus</li> </ul> </li> <li><b>4. Vuorovaikutustilanne</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Vuorovaikutus</li> <li>· Ystävällisyys</li> <li>· Yksilöllinen kohtelu</li> <li>· Huolenpito</li> <li>· Sitoutuneisuus</li> <li>· Kohteliaisuus</li> <li>· Reagointialttius</li> <li>· Rehellisyys</li> </ul> </li> <li><b>5. Palveluun oleellisesti liittyvät muut tekijät</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Turvallisuus</li> <li>· Luotettavuus</li> <li>· Palveluvarmuus</li> </ul> </li> </ol>

## **4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

Tässä luvussa kuvataan tutkielman empiirisen osuuden toteuttaminen. Aluksi esitellään tutkielman tutkimusorganisaatio ja sen valintaan vaikuttaneet tekijät. Tämän jälkeen kuvataan tutkimuksessa käytetty aineisto, sen keräämisessä käytetyt menetelmät sekä aineiston analysointiprosessi.

### **4.1 Tutkielman tutkimusorganisaatio ja sen valintaan vaikuttaneet tekijät**

Julkisen terveydenhuollon sektorilla julkiset terveydenhuollon palvelut tuotetaan julkisena palveluna siten, että se maksetaan pääosin tai kokonaan julkisista varoista, kuten esimerkiksi veroista. Tutkittavaksi organisaatioksi haluttiin tästä johtuen valita julkisen terveydenhuollon organisaatio, jonka toimintaympäristössä palvellaan suoraan kansalaista eikä toista organisaatiota, kuten b2b-markkinoinnissa. Tällaisista organisaatioista tutkimuskohteeksi valittiin suuren suomalaisen kaupungin julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidollisen pitkäaikaissairaiden palveluita tuottavan yksikön asiakkaat. Tutkijan kiinnostusta aiheeseen on lisännyt tämän pitkäaikaissairauden johtavan tutkimussairaalan alasajo vajaa 10 vuotta sitten. Sairaalan tilat on otettu uudelleen käyttöön mutta kokonaan eri toimialalle. Paljon keskustelua yleisellä tasolla myös mediassa on herättänyt se, että monille entisille sairaalan potilaille ei ole ollut tarjolla korvaavia hoitopaikkoja tai matkat korvaaviin hoitopaikkoihin ovat voineet olla jopa useita satoja kilometrejä. Millä tavoin yhteiskunta on pystynyt vastaamaan tähän haasteeseen? Millä tavoin asiakkaat (tämän tutkimuksen kohteena olevat pitkäaikaissairaat) kokevat heille tarjottujen palvelun laadun? Tällä alueella palvelun laadusta on tehty tutkimuksia, mutta tutkimukset ovat jääneet hyvin pinnallisiksi ja useat tutkimukset ovat olleet enimmäkseen vain asiakastytyväisyyskyselyitä. Erikoissairaanhoidon puolella tutkimuksia ei ole vielä tehty niin paljon, joten tutkija haluaakin tuoda esiin uutta ja syvemmälle menevää tutkimuksellista tietoa aiheeseen liittyen, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa asiakkaille tarjottavien palvelujen laadun kehitystyössä.

Tämän tutkimuksen kohteena olevaan toimialaan kuuluva terveyskeskus muodostuu perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa tuottavista yksiköistä. Hoitoon pääsee pääsääntöisesti joko lääkärin tai terveydenhoitajan läheteellä. Erikoissairaanhoidossa asiakkailta peritään yksiköstä riippuen joko poliklinikka-, hoitopäivä- tai käyntimaksu. 1.1.2014 voimaan tulleen kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnanvapautta koskevan Terveydenhuoltolain 2010/1326 mukaan julkisia terveydenhuollon palveluita käyttävä asiakas voi valita vapaasti myös tarvitsemaansa hoitoa antavan kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön. Valinnanvapauden laajentuminen ei koske yksityisiä pal-



veluntuottajia. Hoitopaikka on valittava yhteisymmärryksessä lähetteen tekevän lääkärin kanssa. Kiireellisissä tapauksissa voi edelleen käyttää minkä tahansa paikkakunnan terveyspalveluja. Poliklinikat toimivat ns. lähete- ja näyttöpoliklinikoina. Sisätautien poliklinikka tarjoaa potilaille erikoislääkärin tutkimuksia ja hoitoa. Erikoislääkärin tutkimuksen ja hoidon jälkeen potilas palaa pääsääntöisesti lähettävän lääkärin hoitoon. Poliklinikkakäynnit ovat maksullisia.

## 4.2 Tutkittava joukko ja otantamenetelmä

Asiakkaan kokeman palvelun laadun tutkiminen julkisen terveydenhuollon palvelukoh- taamisessa oli hyvin merkityksellinen tekijä, jonka avulla voitiin kartoittaa julkisen terveydenhuollon tarjoamien palvelujen laatua. Asiakasnäkökulman tutkiminen antoi- kin hyviä työkaluja tarjotun palvelun laadun jatkokehittämiseen. Valittu kvalitatiivinen tut- kimusmenetelmä vaikutti luonnollisesti myös tutkittavan joukon ja otantamenetelmän valintaan.

Aihetta päätettiin lähestyä haastattelemalla tämän pitkäaikaissairauden hoitoon eri- koistuneen erikoissairaanhoidon palveluita tuottavan yksikön asiakkaita. Asiakkaat po- liklinikalle tulivat läheteellä kolmen eri hoitavan tahon kautta. Nämä tahot olivat: 1. julkinen terveydenhuolto, 2. työterveyshuolto tai 3. yksityinen lääkäriasema. Vertaile- malla näiden kolmen eri tahon kautta poliklinikalle tulleiden asiakkaiden kokemuksia heidän saamastaan palvelun laadusta saatiin tutkimukseen lisää kiinnostavaa näkökul- maa siitä, millä tavoin eri edellisten hoitavien tahojen kautta tulleet asiakkaat kokivat saamansa palvelun laadun sekä erosivatko heidän kokemuksensa saamastaan palvelun laadusta toisistaan ja jos erosivat niin millä tavoin. Tällöin tutkimuksen kautta saatiin selvitettyä myös asiakassuhteen laadun vaikutuksia asiakkaan kokemaan palvelun laa- tuun. Riittävän edustavan otoksen saamiseksi päätettiin henkilökohtaiseen haastatteluun ottaa mukaan 30 asiakasta. Aiheesta haluttiin vielä yksityiskohtaisempaa ja syvällisem- pää tietoa, johon antoivat erinomaisen mahdollisuuden potilaille tehdyt henkilökohtaiset teemahaastattelut. Haastatteluissa tiedusteltiin asiakkailta muun muassa sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia (kriittiset tapahtumat), joita he olivat kokeneet käyttäes- sään julkisen terveydenhuollon palveluita (liite 3). Riittävän edustavan otoksen saa- miseksi päätettiin henkilökohtaiseen haastatteluun ottaa aluksi mukaan kymmenen kun- kin hoitoon lähettäneen tahon potilasta (1. julkinen terveydenhuolto, 2. työterveyshuol- to, 3. yksityinen lääkäriasema). Haastattelujen määrä oli harkinnanvarainen. Haastatel- tavien katsottiin edustavan kattavasti julkisen terveydenhuollon eli tässä tutkimuksessa kyseisen pitkäaikaissairauden hoitoon erikoistuneen erikoissairaanhoidollisen tulosityksi- kön asiakkaita.

### 4.3 Tiedonkeruumenetelmä

Tiedonkeruumenetelmäksi valikoituivat henkilökohtaiset teemahaastattelut (liite 3), koska tutkijana katsoin niiden tuottavan yksityiskohtaisempaa ja syvällisempää tietoa tutkimusongelman ymmärtämiseksi. Numeerinen kerätty tieto ei olisi tätä toivettani tutkijana täyttänyt. Tutkijana katsoin laadullisen tutkimusmenetelmän hyödyntävän parhaiten kvalitatiivisen tutkimustraditioiden vahvuuksia ja antavan uutta näkökulmaa tutkimusongelmaan. Useat aiemmat tutkijat, kuten esimerkiksi Jyrinki (1976, 138), ovat korostaneet oikeiden tutkimusongelmiin parhaiten sopivien tutkimustekniikoiden valinnan merkityksellisyyttä.

Vuorela (2005, 37) toteaa haastattelun olevan vuorovaikutteinen keskustelutilanne, joka on suunniteltu etukäteen. Sen avulla voidaan kerätä tietoja sekä käyttäjän asenteista että kokemuksista. Haastattelutyyppinä on kolme erilaista, jotka ovat lomake-, teema- sekä avoin haastattelu. Tutkijana näen haastatteluun liittyvän sekä haasteita että vahvuuksia. Haastattelutilanteen vahvuuksia ovat sekä joustavuus että joskus hyvinkin suoraviivainen vuorovaikutus haastattelijan sekä haastateltavan välillä. Haasteita puolestaan asettavat haastattelijan omat taidot hallita haastattelutilannetta sekä haastattelukysymykset. Kallio, Korhonen ja Salo (2000, 66) toteavat kyselyn sekä haastattelun eroavan toisistaan siten, että vastaaja täyttää itse kyselyn kun taas haastattelussa haastattelijä kontrolloi haastattelun etenemistä ja merkitsee itse haastateltavan vastaukset lomakkeeseen. Tässä tutkimuksessa haastateltavat haastattelututkimukseen valikoituivat poliklinikan asiakkaille etukäteen jaetulla yhteydenottolomakkeella. Lisäksi heille jaettiin lomakekysely (liite 1), jonka avulla kartoitettiin asiakkaiden taustatietoja.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2002) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on ennemmin kuvata ja löytää uusia asioita kuin todentaa jo olemassa olevien väittämien totuudenperäisyyttä. Luonteeltaan kvalitatiivinen tutkimus on tiedon hankintaa, jossa aineisto kootaan luonnollisessa ja todellisessa tilanteessa. Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin siis kyseisen poliklinikan asiakkailta.

Oman kokemukseni mukaan haastattelu on hyvä keino saada asiakkaat ottamaan osaa tutkimukseen. Saman asian toteavat useat muut tutkijat. Näin ollen tutkimusmenetelmäksi valikoitui henkilökohtainen haastattelu teemahaastattelun muodossa, koska aiheesta haluttiin vielä yksityiskohtaisempaa ja syvällisempää tietoa. Kylmän, Vehviläinen-Julkusen ja Lähdevirran (2003, 614) mukaan se on oivallinen työväline kokemuksen tutkimisessa, koska kokemus on subjektiivinen ja henkilökohtainen tunne. Siitä halutaan kertoa yleensä vain vapaaehtoisesti. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2008, 200) mukaan tämän kaltaista aihealuetta tutkittaessa tutkija ei voi tietää varmasti jo etukäteen haastateltavan kysymyksiin antamia vastauksia, jotka voivat siis olla moninaisia ja monitahoisia. Haastattelujen tukena käytettiin jo etukäteen laadittua teemahaastattelurunkoa (liite 3), jota ei annettu lainkaan haastateltaville. Haastateltavat saivat myös pa-

perisen saatteen (liite 2), joka koski haastattelun sisältöä jo ennen haastattelua. Tämä tiedonkeruumenetelmä mahdollisti myös tarpeen mukaan tarkentavien kysymysten esittämisen haastateltaville. Strukturoidun kyselylomakkeen laatiminen ennalta määritellyine vastausvaihtoehtoineen ja sen antaminen asiakkaille olisi rajannut liikaa asiakkaiden vastauksia eikä olisi antanut niin syvällistä tietoa aiheeseen liittyen. Eskolan ja Suoranta (2008, 87) toteavat saman asian. Kaiken kaikkiaan haastatteluja kertyi yhteensä siis 17 kappaletta, seitsemän julkisen terveydenhuollon kautta tullutta asiakasta, kuusi työterveyshuollon kautta tullutta asiakasta ja neljä yksityisen lääkäriaseman kautta tullutta asiakasta. Kaikki tähän tutkimukseen liittyvät haastattelut suoritettiin henkilökohtaisina haastatteluina. Oman kokemukseni mukaan haastateltavat saadaan helpommin motivoitua osallistumaan tutkimukseen, kun haastattelu-aika ei ole liian pitkä. Haastatteluajan kestoksi henkilöä kohden sovittiin noin 60 minuuttia. Tällöin otoksesta saatiin edustavampi ja haastatteluihin saatiin osallistumaan myös muita kuin eläkeläisiä. Haastattelut saatiin päätökseen kevään 2017 aikana. Vastaajien taustatiedot on esitetty taulukossa 2. Raution (2004) mukaan tutkimustyyppiä mietittäessä on syytä arvioida, kannattaako haastateltava eristää yhteisöstään vai olisiko haastattelu parempi tehdä ryhmässä. Tässä tapauksessa jo senkin vuoksi että tutkittava joukko oli haastattelujen osalta melko pieni, ryhmän läsnäolo ei olisi tuonut lisäarvoa haastatteluihin, vaan se olisi monimutkaistanut ja pidentänyt ajallisesti haastattelutilanteita.

Taulukko 2 Vastaajien taustatiedot

Vastaaja	Sukupuoli	Ikä	Sairauden kesto	Edellinen hoitanut taho
1	Nainen	25-64 v	yli 10 vuotta	Julkinen terveydenhuolto
2	Nainen	25-64 v	yli 10 vuotta	Julkinen terveydenhuolto
3	Nainen	25-64 v	alle 1 vuosi	Julkinen terveydenhuolto
4	Nainen	65-74 v	3-5 vuotta	Julkinen terveydenhuolto
5	Nainen	75-84 v	3-5 vuotta	Julkinen terveydenhuolto
6	Nainen	25-64 v	yli 10 vuotta	Julkinen terveydenhuolto
7	Nainen	25-64 v	yli 10 vuotta	Julkinen terveydenhuolto
8	Mies	25-64 v	yli 10 vuotta	Työterveyshuolto
9	Nainen	25-64 v	5-10 vuotta	Työterveyshuolto
10	Mies	25-64 v	yli 10 vuotta	Työterveyshuolto
11	Nainen	25-64 v	5-10 vuotta	Työterveyshuolto
12	Mies	25-64 v	5-10 vuotta	Työterveyshuolto
13	Mies	25-64 v	1-3 vuotta	Työterveyshuolto
14	Nainen	65-74 v	yli 10 vuotta	Yksityinen lääkäriasema
15	Nainen	65-74 v	yli 10 vuotta	Yksityinen lääkäriasema
16	Nainen	25-64 v	yli 10 vuotta	Yksityinen lääkäriasema
17	Nainen	25-64 v	yli 10 vuotta	Yksityinen lääkäriasema

Taulukko 2 havainnollistaa vastaajien taustatietoja. Taulukosta voidaan todeta tutkimusaineiston laajuus. Vastaajista naisten osuus oli huomattavasti suurempi kuin miesten. Enemmistö tutkimukseen osallistuneista vastaajista oli iältään 25–64 vuotta. Alle 17 vuotiaita vastaanotolla ei käy lainkaan. Ikäskaalat on laadittu kyseessä olevan kaupungin julkisen terveydenhuollon yleistä tilastollista ikäjaottelua noudattaen. Edellisten hoitaneiden tahojen osalta voidaan todeta taulukon 2 kuvaavan hyvin kyseessä olevan poliklinikan yleistä asiakasjakaumaa niiden osalta. Eniten asiakkaita poliklinikalle tulee lähetteellä julkisen terveydenhuollon kautta ja jonkin verran työterveyshuollon kautta. Vähiten heitä tulee yksityisen lääkäriaseman kautta.

Haastattelujen osalta voidaan todeta, että haastattelijalta vaaditaan herkkyyttä kuunnella ja osata tarttua haastateltavan sanomisiin vieden näin keskustelua eteenpäin ja sitä kautta saaden mielenkiintoista ja aiheeseen liittyvää aineistoa. Samoilla linjoilla on myös Eriksson (1986) sekä Eskola ja Suoranta (2008, 88). Juuri näistä syistä valmistauduin tutkimuksen tekemiseen huolellisesti, vaikka käytännössä kentällä tehtävää työtä ei voi koskaan suunnitella täysin etukäteen. Nealen, Allenin ja Coombesin (2005, 1588–1589) mukaan ihmiset voivat käyttäytyä odottamattomalla ja eri tavalla kuin tutkija odottaa tutkimustilanteessa.

Laadullisen tutkimuksen tekijän tuleekin sopeuttaa oma tutkimustyylinsä sellaiseksi että se sopii tutkittavan henkilön tyyliin ottaen huomioon myös tutkijan ja tutkittavan keskinäisessä vuorovaikutuksessa tapahtuvat muutokset. Tutkijan tulee olla joustava ja sopeutumiskykyinen näissä tutkimustilanteissa. Hän ei saa poiketa tutkimuksen pääaiheesta vaikka tutkimustilanteen olosuhteissa tapahtuisi minkälaisia muutoksia tahansa.

Nielsenin (1993; 1997) mukaan haastateltavien vastaukset ovat yleensä sitä hyödyllisempiä, mitä vähemmän aikaa järjestelmän käytöstä on kulunut aikaa. Tähän tutkimukseen osallistuneet haastateltavat olivat käyttäneet julkisen terveydenhuollon palveluita jo pidemmän aikaa, joka puolsi vahvasti sitä, että tutkimukseen saatiin mukaan näkökulmaa asiakassuhteen vaikutuksesta asiakkaan kokemaan palvelun laatuun.

Ennen empiirisen tutkimusosuuden aloittamista testasin haastattelukysymykset (liite 3) viidellä koehenkilöllä. Pilottitutkimukseen osallistuneiden henkilöiden koekyselyn (liite 1) vastaukset samoin kuin tehdyt koehaastattelut (liite 3) eivät ole mukana varsinaisessa tutkimuksessa. Palvelukokemuksen kertomiseen liittyvässä ohjelomakkeessa oleva ohjeistus on laadittu mukailien SEDiMENT-hankkeen ohjelomaketta (Nyman 2012).

Suurimmalle osalle tutkittavista henkilöistä henkilötietojen salassa pysyminen oli erityisen merkittävä asia, koska aihe oli heille niin henkilökohtainen ja liittyi omaan terveyteen. Nealen ym. (2005, 1589) mukaan tutkimuksessa on tärkeää pitää huolta erityisesti siitä, ettei vastaajia tunnisteta eettisistä syistä. Heidän todellisia nimiään tai asuinpaikkojaan ei saa missään olosuhteissa mainita tutkimuksessa. Tällöin vastaaja voi puhua itseään koskevista asioista avoimesti ja rehellisesti ja käyttäytyä myös sen mu-

kaan. Tällä tavoin voidaan varmistaa myös tutkimusaineiston luotettavuus. Henkilötietojen esittäminen ei olisi tutkimuksellisesti tuonut muutenkaan mitään lisäarvoa.

Varsinaiset haastattelut saatiin päätökseen kevään 2017 aikana kasvokkain kunkin haastateltavan kanssa. Ne nauhoitettiin, jotta saatiin varmistettua niiden mahdollisimman tarkka analyysi analysointivaiheessa. Tutkimuksen tarkkuutta pyrittiin lisäämään litteroimalla kaikki haastattelut kokonaan sanasta sanaan.

#### **4.4 Aineiston analysointi**

Tutkimuksen kohteena olevan pitkäaikaissairauden hoitoon erikoistuneen erikoissairaanhoidon palveluita tuottavan yksikön asiakkaat kertoivat henkilökohtaisissa haastatteluissa kokemuksiaan saamastaan palvelun laadusta. Asiakkailta tiedusteltiin muun muassa kriittisiä tapahtumia (positiivisia ja negatiivisia kokemuksia). Heitä pyydettiin myös arvioimaan saamansa palvelun kokonaislaatua omin sanoin. Lisäksi heitä pyydettiin arvioimaan kokemaansa palvelun laatua viimeisimmän palvelukohtaamisen sekä koko asiakassuhteen ajalta koskien sekä nykyistä että myös edeltänyttä hoitanutta tahoja.

Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin käymällä se läpi systemaattisesti ja ryhmittelemällä aineisto ensin potilailla olleiden edellisten hoitotahojen mukaan henkilökohtaisten haastattelujen (liite 3) osalta. Näin toimittiin myös jo etukäteen samoille vastajille lähetetyn lomakekyselyn vastausten osalta. Vastaukset kerättiin suoraan Excel-taulukoihin tarkempaa analysointia varten, mikä tehtiinkin heti sen jälkeen.

Useat tutkijat kuten Ruusuvuori (2010, 13–428) ja Hirsjärvi ja Hurme (2001, 138–141) toteavat hyödylliseksi toimenpiteeksi päiväkirjan pitämisen aineiston keruun vaiheista ja haastattelujen tekemisen yhteydessä syntyneistä ajatuksista, havainnoista ja alustavista tulkinnoista. Nämä havainnot voivat tarjota analyttisiä oivalluksia ja voivat olla apuna myös silloin, kun lähdetään tutustumaan kerättyyn aineistoon tarkemmin, kuten tässäkin tutkimuksessa tehtiin. Tiettyihin asioihin tarkkaan fokusoidussa haastattelussa voidaan poimia vain tutkimuksen kannalta mahdollisimman oleelliset kohdat. Eskolan ja Suorannan (2008, 87) mukaan teemahaastattelussa käytettävät teemat muodostavat konkreettisen kehikon, jonka avulla satojen sivujenkin litteroitua haastatteluaineistoa voidaan lähestyä jäsentyneemmin. Jo ennen haastatteluja valmiiksi laadittu teemahaastattelun runko auttoi huomattavasti jäsentelyssä (liite 3). Litterointi on aina tulkintaa, joten alkuperäisen nauhoitteen säilyttäminen ja sen jatkokäytön ja uudelleen litteroinnin mahdollistaminen on äärimmäisen tärkeää. Samoin toimittiin tässä tutkimuksessa. Litteroitua haastatteluaineistoa kertyi 49 sivun verran.

Henkilökohtaisten haastattelujen kautta kerätyn tutkimusaineiston ensimmäinen varsinainen analyysi aloitettiin siten, että tekstit luettiin avoimesti ilman muistiinpanoväli-

neitä (Hänninen, 2010, 167). Ensimmäisen haastattelun analyysi tehtiin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, kun kaikki oli vielä haastattelijan tuoreessa muistissa. Tätä kautta tutkija mahdollisti seuraavien haastattelujen parantamisen niiden ajatusten pohjalta, joita hänelle oli ensimmäistä haastattelua analysoidessaan mieleen tullut. Litte-  
roitujen haastattelutekstien lukeminen sekä niiden analyysi kulkivat tätä kautta yhdessä samanaikaisesti. Tutkijan aiempi tietämys tutkittavasta organisaatiosta ja sen toiminta-  
tavoista edisti tutkijan analyysin tekemistä, koska tutkijan oli näin helpompi ymmärtää haastateltaviaan ja heidän haastattelujen aikana käyttämiään käsitteitä. Hyvärisen (1998, 149) mukaan tutkija esittää teoreettisia kysymyksiä aineistolle analysoidessaan sitä. Ruusuvuoren, Nikanderin ja Hyvärisen (2010, 29) mukaan tutkijan tulee koko ajan kes-  
kustella aineistonsa kanssa analysoidessaan sitä. Sairaalarinoita tutkinut Frank (1995, 23) on siirtänyt samantyyppisen ajattelun narratiiviseen tutkimukseen, jonka mukaan tutkijan tulee ajatella enemmän ”tarinoiden kanssa” kuin tarinoita. Tarinoihin ei tule suhtautua objekteina vaan dialogikumppaneina. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineiston analysointikeinona käytettiin teemoittelua ja tyypittelyä. Ruusuvuoren ym. (2010, 21) mukaan tutkijaa sekä laadullista tutkimusta arvostellaan usein juuri tämän kaltaisen sys-  
temaattisen aineiston läpikäynnin puutteesta. Eskolan ja Suorannan (2008, 181) mukaan näin saatiin tiivistettyä aineistoa, muodostettiin yhtenäisiä kokonaisuuksia sekä ymmär-  
rystä ja tulkintaa siitä, mitä olennaisella tavalla vaikuttavaa lisävalaistusta aineisto toi tutkimuskysymyksiin vastaamiseen. Taylorin ja Bogdanin (1998, 141–142) mukaan vasta aineiston pilkkomisen, purkamisen, kokoamisen, eheyttämisen, täydentämisen teemoittelun ja tyypittelyn keinoin ja hiomalla tulkintoja läpi koko prosessin, oli mah-  
dollista saavuttaa syvempi ymmärrys tutkittavasta aiheesta, pohtia teoreettisen viiteke-  
hyksen valossa eri asioiden merkityksiä ja muodostaa tätä kautta kokonaiskuva koetusta palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa. Noudattamalla tätä menettelytapaa voitiin edetä analyysin kautta synteisiin. Lopuksi varmistettiin haasta-  
teltavilta, että tehdyt tulkinnat olivat oikeita antamalla heille luettavaksi raporttiluonnos. Tässä tutkielmassa tiedonkeruu siis tapahtui manuaalisesti kentällä ja tiedon analysointi tehtiin vapaasti analysoimalla. Vapaaseen analysointiin päädyttiin, koska haastattelujen materiaali oli suppeaa niin ilmaisultaan kuin terminologialtaan. Usein toistuvia avainsa-  
noja oli lähes mahdotonta aineistosta löytää, jotta laadullisen aineiston analysointioh-  
jelmia olisi pystytty tehokkaasti hyödyntämään. Johtopäätökset tehtiin analyysien poh-  
jalta.

Kaiken kaikkiaan asiakkaiden haastatteluissa kertomista kokemuksista julkisen ter-  
veydenhuollon palvelukohtaamisessa saamani vaikutelma oli positiivinen. Tutkijan mie-  
lenkiinnon herättivät erityisesti edellisten hoitavien tahojen sekä nykyisen hoitavan ta-  
hon välinen asiakkaiden liikkuvuus sekä taustamuuttujien ja laatua kuvaavien laatuteki-  
jöiden väliset mahdolliset riippuvuussuhteet asiakkaiden arvioidessa saamansa palvelun  
laatua. Eroavaisuuksia arvioissa koetun palvelun laadun osalta aiheuttivat erityisesti

haastateltavien ikä sekä heidän kokemuksensa edellisten hoitaneiden tahojen osalta. Haastattelun avulla saatiin myös mielenkiintoista tietoa niistä hoitavan tahon ominaisuuksista, jotka vaikuttivat asiakkaan kokemaan palvelun laatuun joko positiivisesti tai negatiivisesti. Kehitystä vaativiin ongelmakohteisiin päästiin pureutumaan kriittisiä tapahtumia (positiiviset ja negatiiviset kokemukset) koskevan kysymyksen avulla. Mielenkiintoista oli myös analysoida asiakkaiden omin sanoin antamia arvioita koskien heidän saamansa palvelun kokonaislaatua sekä nykyisen hoitavan tahon että edellisen hoitavan tahon osalta (arvioitava ajanjakso: viimeisin palvelukohtaaminen sekä koko asiakassuhde). Lisäarvoa tutkimukselle antoivat myös avoimista kysymyksistä kerätyt vastaukset, kuten kehitysehdotuksia koskeva kysymys. Lopuksi haastattelututkimusta koskevat tutkimustulokset tulkittiin ja annettiin tiedoksi tutkittavalle yksikölle sekä esitettiin mahdolliset jatkotutkimusehdotukset. Kaiken kaikkiaan analysoitu aineisto oli mielenkiintoista ja antoi paljon uutta hyvää tutkimuksellista tietoa asiakkaan muodostaessa käsitystään saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa.

## 5 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELO

Tässä luvussa esitetään tutkimuksen tulokset ja tarkastellaan tuloksia aiemmin tehtyjen tutkimusten valossa. Ensin tarkastellaan julkisen terveydenhuollon asiakkaan kokemuksia saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtamisessa tutkijan jo ennalta valitsemien laatutekijöiden (attribuuttien) avulla (taulukko 1). Erityistä huomiota kiinnitetään viimeisimpään palvelukohtamiseen. Lisäksi henkilökohtaisissa teema-haastatteluissa (liite 3) asiakkailta tiedusteltiin muun muassa kriittisiä tapahtumia (positiivisia sekä negatiivisia kokemuksia) heidän kokemastaan palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtamisissa. Heitä pyydettiin myös arvioimaan saamansa palvelun kokonaislaatua omin sanoin. Arviointia tehtiin sekä nykyisen että edellisen hoitavan tahon osalta koskien sekä viimeisintä palvelukohtamista että koko asiakassuhdetta.

### 5.1 Tutkimusaineistosta (esitiedot)

Vastaajien vastaukset ryhmiteltiin edellisten hoitaneiden tahojen mukaan, joita olivat jo edellä mainitut julkinen terveydenhuolto, työterveyshuolto tai yksityinen lääkäriasema. Tämä ryhmittely tehtiin siksi, että haluttiin selvittää oliko edellä mainittujen eri terveydenhuoltoalan organisaatioiden välillä eroavaisuuksia esimerkiksi siinä, kuinka nopeasti (tutkittavana laatutekijänä *reagointialttius*) ne ohjasivat asiakkaan jatkohoitoon erikoissairaanhoidon puolelle, kun siihen ilmeni tarvetta. Haluttiin myös selvittää mahdollisesti ilmenneet muut ongelmat asiakkaan odottaessa siirtymistä uuden hoitavan tahon asiakkaaksi. Mielenkiintoinen tutkimuskohde oli myös asiakkaan asiakassuhteen pituuden vaikutus hänen arvioidessaan kokemaansa palvelun kokonaislaatua sekä nykyisen että edellisen hoitavan tahon osalta. Lisäksi tutkittiin taustamuuttujien sekä tutkittavien laatutekijöiden (attribuuttien) mahdollisia riippuvuussuhteita. Johtuen havainoaineiston suppeudesta, tässä tutkielmassa on käytetty kvantifointimenetelmänä (Eskola & Suoranta, 1998) havaintojen lukumäärää prosenttien sijasta.

Tutkimuksellisesti erityisen tärkeässä osassa oli löytää ne laatutekijät, jotka olivat merkityksellisimpiä asiakkaan arvioidessa kokemuksiaan saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtamisessa. Tulosten perusteella esitettiin kehitysehdotuksia, joiden avulla julkisen terveydenhuollon asiakkaille voitaisiin jatkossa tarjota vielä entistä kattavampia, parempia ja laadukkaampia palveluita. Tämän jälkeen muodostettiin ehdotukset testattavaksi myöhemmissä samaa aihepiiriä käsittelevissä tutkimuksissa.

Tutkimusaineisto kerättiin suuren suomalaisen kaupungin julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidollisen pitkäaikaissairaiden palveluita tuottavan yksikön asiakkailta.



Tunnistettavuuden poistamiseksi tässä tutkimuksessa ei eritellä tarkemmin hoitavaa yksikköä eikä kyseessä olevaa pitkäaikaissairautta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tutkijan oli tarkoitus itse kontaktoida suoraan poliklinikalla käyviä pitkäaikaissairaita potilaita ja löytää sitä kautta tutkimukseen osallistuvat asiakkaat, joita olisi ollut yhteensä 30, kymmenen kustakin tutkimuskohteena olevasta edeltäneestä hoitavasta tahosta. Hoitohenkilökunnan kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta päädyttiin kuitenkin siihen ratkaisuun, että hoitohenkilökunta jakoi itse asiakkaille vastaanottokäyntien yhteydessä jo etukäteen yhteydenottolomakkeen sekä taustatietoja kartoittavan lomakekyselyn. Tätä kautta valikoituivat teemahaastatteluun osallistuvat asiakkaat.

Yhteydenotto potentiaaliin haastateltaviin tehtiin edellä mainitun lomakkeen tietojen perusteella. Haastateltavat palauttivat lomakkeen postitse suoraan tutkijalle. Haastateltavien saaminen mukaan tutkimukseen osoittautui erittäin haastavaksi tekijäksi tutkimuksen kannalta. Samoin erittäin haastavaksi tekijäksi osoittautui se, että kustakin tutkimuskohteena olevasta edeltäneestä hoitavasta tahosta haluttiin yhtä paljon eli kymmenen asiakasta tutkimukseen mukaan.

Asiakkaille jaetuista kyselomakkeista, joita oli 47 kappaletta, tutkijalle takaisin palautui hieman yli puolet, 30 kappaletta. Näistä palauttaneista varsinaiseen tutkimukseen eli haastatteluun halusi osallistua 17 asiakasta, seitsemän julkisen terveydenhuollon kautta poliklinikalle tullutta potilasta, kuusi työterveyshuollon kautta tullutta potilasta sekä neljä yksityisen lääkäriaseman kautta tullutta potilasta. Otos kuvaa hyvin edellisten hoitavien tahojen kautta poliklinikalle hoitoon tulleiden asiakkaiden suhteellisia osuuksia toisiinsa nähden koko poliklinikan potilasmäärästä. Eniten asiakkaita poliklinikalle tulee julkisen terveydenhuollon kautta. Jonkin verran heitä tulee myös työterveyshuollon kautta. Tilanteesta riippuen sekä julkisessa terveydenhuollossa että työterveyshuollossa hoidossa oleville asiakkaille voidaan antaa myös konsultointiapua sekä puhelimitse että sähköpostitse. Lisäksi potilaita tulee yksityisten lääkäriasemien kautta, mutta edellä mainittuja tahoja vähemmän. Heidän potilaansa siirtyvät yleensä jatkohoito tarjoavan poliklinikan asiakkaaksi elämäntilanteen muutosten vuoksi, jotka johtavat maksukyvyn heikkenemiseen, kuten esimerkiksi eläkkeelle tai sairauseläkkeelle siirtyminen.

Varsinaisen tutkimuksen eli teemahaastattelun vastausprosentiksi muodostui siis 36% mitä voidaan pitää verrattain hyvänä tuloksena ottaen huomioon tutkimuksen kvalitatiivisen luonteen. Kertyneen aineiston voidaan todeta olevan verrattain suppea eikä tämän aineiston perusteella voida vielä tehdä suuria johtopäätöksiä, mutta se antaa viitteitä siitä mitä jo aiemminkin on tutkittu, mitkä ovat merkityksellisimpiä laatutekijöitä (attribuutteja) asiakkaan arvioidessa kokemaansa palvelun laatua.

Kaikista vastaajista valtaosa, kolme neljäsosaa, 13 henkilöä oli naisia ja neljäsosa, neljä henkilöä oli miehiä. Valtaosa vastaajista oli 25–64 -vuotiaita. Heitä oli otoksessa eniten, 13 henkilöä eli noin kaksi kolmasosaa. Vastaajien ikäjakauma heijasteli karkeasti

ottaen koko Suomen väestön jakaumaa (Tilastokeskus 2015). 65–74-vuotiaita oli noin viidennes, kolme henkilöä ja 75–84 -vuotiaita ainoastaan yksi henkilö. Ikäryhmä 0–17 vuotta on jätetty tutkimuksessa kokonaan huomioimatta, koska kyseisellä poliklinikalla ei käy lainkaan tämän ryhmän edustajia. Voidaan todeta myös ettei otokseen sisältynyt yhtään 18–24 -vuotiasta asiakasta. Noin kaksi kolmasosaa vastaajista, 10 henkilöä, edusti lapsiperheitä ja noin kolmannes, seitsemän henkilöä yhden hengen talouksia.

Koulutustaustasta voidaan todeta, että hieman yli puolet, 10 henkilöä oli peruskoulun/kansakoulun/lukion/ammattikoulun käyneitä. Seitsemän henkilöä oli ammattikorkeakoulusta/yliopistosta valmistuneita. Koko aineiston osalta työelämässä oli mukana hieman alle puolet, kahdeksan henkilöä. Työttömänä tai äitiyslomalla oli yksi. Eläkkeellä vastaajista oli hieman alle puolet, seitsemän henkilöä. Verrattain suuri työelämässä olevien osuus viittaisi siihen, että tänä päivänä tätä pitkäaikaissairautta sairastavien potilaiden sairaus diagnosoidaan melko usein jo varhaisessa vaiheessa. Hoidossa kiinnitetään erityistä huomiota sairauden etenemisen hidastamiseen, seurantaan sekä potilaan toimintakyvyn ylläpitämiseen mahdollisimman pitkään sellaisena, että hän selviää itsenäisesti arjesta.

Valtaosa vastaajista, 10 henkilöä, ilmoitti sairastaneensa tätä pitkäaikaissairautta jo yli 10 vuotta. Otoksen perusteella voidaan todeta kyseisen sairauden olevan usein pitkäaikaista erikoissairaanhoidoa vaativa sairaus. Sairaanhoidopiiriä ei ollut vaihtanut kukaan ennen viimeistä palvelukohtamista.

Kuusi henkilöä, noin kolmasosa, ilmoitti olleensa edellisen hoitavan tahon asiakkaana alle vuoden. Kaksi vastaajaa oli ollut edellisen hoitavan tahon asiakkaana 3–5 vuotta. Neljäsosa vastaajista, neljä henkilöä, oli ollut edellisen hoitavan tahon asiakkaana 5–10 vuotta. Kolmasosa vastaajista, viisi henkilöä, oli ollut edellisen hoitavan tahon asiakkaana yli 10 vuotta. Otoksesta voidaan todeta, että tätä pitkäaikaissairautta sairastavat potillat tulisi ohjata mahdollisimman pian kyseiselle poliklinikalle saamaan erikoissairaanhoidoa, kun epäily mahdollisesta diagnoosista on ilmennyt. Liian pitkä odotusaika kostautuu myöhemmin entistä laaja-alaisempina terveysongelmina ja lisää myös työkyvyttömyyden uhkaa.

Kaksi vastaajaa oli päässyt jatkohoitoon poliklinikalle alle kuukaudessa. 1–3 kuukautta jatkohoitoon pääsyä odotti hieman alle puolet, kahdeksan vastaajaa. Viisi heistä odotti tautien poliklinikalle pääsyä 3–6 kuukautta. Yksi vastaaja odotti jatkohoitoon pääsyä 6–9 kuukautta. Samoin yksi odotti jatkohoitoon pääsyä yli 12 kuukautta. Otoksesta voidaan todeta, että valtaosa vastaajista pääsi verrattain nopeasti pitkäaikaissairautta hoitavalle poliklinikalle jatkohoitoon saatuaan lähetteen sinne. Erityistä huomiota tulisikin kiinnittää siihen mitkä olivat ne syyt, joiden vuoksi jotkut vastaajat olivat joutuneet odotamaan hyvin pitkään jatkohoitoon pääsyä. Moni vastaaja kertoi, että heidän lähetteensä poliklinikalle oli kirjoitettu niin sanottuna yleislähetteenä eikä kiireellisenä, mikä olisi

nopeuttanut heidän hoitoonsa pääsyä. Odotusajan osalta, jolloin he odottelivat kutsua ensimmäisen kerran jatkohoitoa tarjoavalle poliklinikalle, vajaa puolet eli kahdeksan vastaajaa ilmoitti kaiken sujuneen hyvin ja nopeasti. Noin neljäsosa vastaajista, neljä henkilöä ilmoitti odotusajan kestäneen aivan liian kauan. Kaksi vastaajaa ilmoitti syöneensä vahvoja särkylääkkeitä, kuten Buranaa odotusaikanakin, kuten jo useita vuosia ennen poliklinikalle jatkohoitoon pääsyä. Pitkä odotusaika ennen oikean diagnoosin saamista huononsi vastaajien toimintakykyä ja arjessa yksin selviytymistä. Useassa tapauksessa se myös huononsi heidän työkykyään ja mahdollisuuksia pysyä mukana työelämässä.

Kaksi vastaajaa oli ollut poliklinikan asiakkaana alle vuoden. Samoin kaksi vastaajaa oli ollut asiakkaana 1–3 vuotta. Noin kolmasosa vastaajista, viisi henkilö, oli ollut asiakkaana 3–5 vuotta. Kaksi vastaajaa oli ollut asiakkaana 5–10 vuotta. Noin kolmasosa, kuusi vastaajaa oli ollut poliklinikan asiakkaana jo yli 10 vuotta. Mistä johtuu, että verrattain uusia asiakkaita on vähemmän kuin vanhoja? Ovatko hoidot parantuneet niin paljon, että asiakkaat saadaan hoidettua suurelta osin jo jossain muualla ennen kyseistä poliklinikkaa vai onko syy jossain toisaalla? Onko kyseessä esim. resurssipula tai säästöt? Otoksen perusteella voitaneen otaksua, että vanhemmat ikäluokat edustavat melko suurta osuutta poliklinikan asiakaskunnasta. Johtuneeko tämä siitä, että menneinä vuosikymmeninä ei ehkä ole osattu diagnosoida kyseistä sairautta vielä niin varhaisessa vaiheessa kuin tänä päivänä. Myös hoitomuodot ovat kehittyneet huomattavasti menneistä vuosikymmenistä verrattuna tähän päivään.

Koko aineiston osalta voidaan todeta että vastaajista noin neljäsosa, neljä henkilöä, oli myös jonkun muun hoitavan tahon asiakkaana samanaikaisesti. Näitä olivat terveyskeskus, keuhkosairauksien poliklinikka, työterveyshuolto sekä yksityinen lääkäriasema. Osaa asiakkaista siis hoidetaan myös muissa hoitopaikoissa, mikä asiakkaiden muita sairauksia tukevana hoitomuotona on hyvä asia.

Esitietolomakkeella kerättyjen kehitysehdotusten osalta aineistosta nousivat esiin paljolti samat laatutekijät kuin ne joihin asiakkaat olivat eniten tyytymättömiä asiakkaiden arvioidessa kyseiseltä poliklinikalta saamaansa palvelun laatua. Palveluympäristön esteetiikan osalta asiakkaat toivoivat piristystä esimerkiksi pienillä sisustuselementeillä tai värejä yhdenmukaistamalla. Saavutettavuuden osalta toivottiin selkeämpää opastusta odotustiloihin siitä, missä ilmoittaudutaan ja missä hoitajien ja lääkäreiden vastaanottotila sijaitsevat. Saatavuuden osalta asiakkaat toivoivat hoitajan parempaa tavoitettavuutta. Erityisesti työssäkäyvät kokivat yhteydenoton puhelimitse päiväsaikaan hankalaksi ja ehdottivat, että hoitajaan voisi olla yhteydessä esimerkiksi sähköpostitse, koska usein heille riittäisi vastaus vasta seuraavanakin päivänä. Akuuttiajan varaamisen kerrottiin myös olevan hankalaa ja jotkut käyttävätkin silloin mieluummin yksityisen lääkäriaseman palveluita päästäkseen nopeammin hoitoon. Toivottiin myös sitä, että esimerkiksi niissä tilan-

teissa, kun kyseinen sairaus on aktivoitunut uudelleen ja potilaalla on kuitenkin jo olemassa selkeä diagnoosi, edellisille hoitaville tahoille annettaisiin selkeät ohjeet ohjata asiakas heti suoraan hoitoon poliklinikalle. Toivottiin myös lisää lääkäreitä. Erityistä kiitosta saivat poliklinikan hyvä henki ja tunnelma. Samoin keuhuttiin erityisesti lääkärin ammattitaitoa ja toivottiin että kyseinen poliklinikka saisi jatkaa toimintaansa myös jatkossa.

Teemahaastatteluissa laatutekijöitä tarkasteltiin sekä yksittäin että koko aineiston osalta. Vertailua tehtiin myös tätä pitkäaikaissairautta aiemmin hoitaneiden edellisten tahojen välillä. Tutkittavat edelliset hoitavat tahot valittiin siten, että ne edustaisivat mahdollisimman kattavasti niitä hoitavia tahoja, jotka yleensä osallistuvat näiden potilaiden hoitoon, julkinen terveydenhuolto, työterveys ja yksityiset lääkäriasemat. Vertailussa yksittäiset laatutekijät jaettiin viiteen laadun eri osa-alueeseen, joita mitattiin etukäteen valituilla laatumittareilla (Taulukko 1). Nämä laatua kuvaavat laadun eri osa-alueet ja niitä mittaavat laatumittarit olivat: 1. ammattitaito, 2. palveluympäristö (siisteys ja estetiikka), 3. saavutettavuus/saatavuus (saavutettavuus, joustavuus, saatavuus), 4. vuorovaikutustilanne (vuorovaikutus, ystävällisyys, yksilöllinen kohtelu, huolenpito, sitoutuneisuus, kohteliaisuus, reagointialttius ja rehellisyys) sekä 5. palveluun oleellisesti liittyvät muut tekijät (turvallisuus, luotettavuus ja palveluvarmuus).

## **5.2 Pitkäaikaissairautta hoitavan poliklinikan toiminnan arviointi**

### **5.2.1 Ominaisuudet joita asiakas arvosti**

Arvioidessaan poliklinikan toimintaa vastaajat arvostivat seuraavia ominaisuuksia (laatutekijöitä): *ammattitaito, joustavuus, saatavuus, vuorovaikutus, ystävällisyys, yksilöllinen kohtelu, huolenpito, reagointialttius, luotettavuus ja palveluvarmuus*. Yksittäisten laatutekijöiden osalta voidaan todeta, että riippumatta siitä mitä edellistä hoitanutta tahoja vastaajat edustivat, heidän arvionsa olivat suurelta osin samankaltaisia koskien poliklinikan toimintaan liittyviä laatutekijöitä. Kaikki vastaajat arvostivat hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Erityisesti mainittiin hoitavan lääkärin hoidon kokonaisvaltaisuus ja hänen vankka ammattitaitonsa.

Joustavuutta arvosti viisi henkilöä, noin kolmasosa kaikista vastaajista. Joustavuuden osalta vastaajat ilmoittivat arvostavansa mahdollisuutta valita itse seuraava vastaanottoaikansa. Vajaa puolet, seitsemän henkilöä kaikista vastaajista arvosti saatavuutta. Julkisen terveydenhuollon vastaajista saatavuutta arvosti noin neljäsosa, neljä henkilöä. Työterveyshuollon vastaajista kaksi ja yksityisen lääkäriaseman vastaajista yksi ilmoitti arvostavansa saatavuutta. Yhteydenotot hoitohenkilökunnan sekä vastaajien välillä toimivat hyvin. Tarpeen mukaan myös takaisinsoitto toimi.

Noin puolet kaikista vastaajista, kahdeksan henkilöä, arvosti vuorovaikutusta. Molempien, sekä julkisen terveydenhuollon että työterveyshuollon vastaajista kolme henkilöä ilmoitti arvostavansa vuorovaikutusta. Yksityisen lääkäriaseman vastaajista kaksi ilmoitti arvostavansa vuorovaikutusta. Vastaajat ilmoittivat arvostavansa erityisesti hoitotilanteiden kiireettömyyttä sekä hyvää ilmapiiriä ja hyvää keskusteluyhteyttä hoitohenkilökunnan kanssa.

Noin puolet kaikista vastaajista, kahdeksan henkilöä ilmoitti arvostavansa ystävällisyyttä. Julkisen terveydenhuollon vastaajista ystävällisyyttä ilmoitti arvostavansa kaksi. Molempien sekä työterveyshuollon että yksityisen lääkäriaseman vastaajista ystävällisyyttä ilmoitti arvostavansa kolme henkilöä. Erityisesti arvostettiin koko hoitohenkilökunnan ystävällistä käytöstä heitä kohtaan.

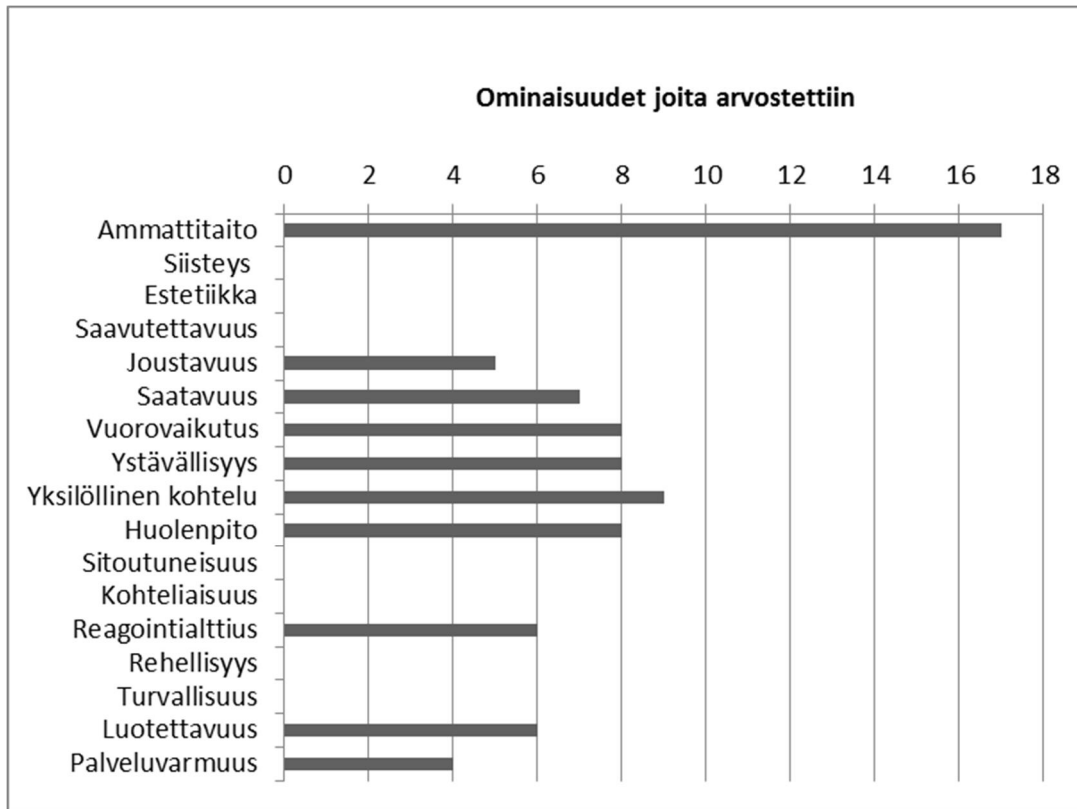
Noin puolet kaikista vastaajista, yhdeksän henkilöä, ilmoitti arvostavansa yksilöllistä kohtelua. Kunkin edellisen hoitavan tahon vastaajista kustakin yksilöllistä kohtelua ilmoitti arvostavansa kolme henkilöä. Lääkärin mainittiin ottavan yksilöllisesti huomioon potilaan kipukynnyksen hoitaessaan häntä.

Noin puolet kaikista vastaajista, kahdeksan henkilöä ilmoitti arvostavansa huolenpitoa, jota olivat kokeneet hoidon aikana. Sekä julkisen terveydenhuollon että työterveyshuollon vastaajista huolenpitoa ilmoitti arvostavansa kolme henkilöä. Yksityisen lääkäriaseman vastaajista kaksi ilmoitti arvostavansa huolenpitoa. Lääkärin mainittiin lämmitävän aina kätensä ennen hoitotoimenpiteen aloittamista potilaan kanssa.

Reagointialttiutta ilmoitti arvostavansa kuusi vastaajaa. Julkisen terveydenhuollon vastaajista kaksi ja työterveyshuollon vastaajista yksi ilmoitti arvostavansa reagointialttiutta. Yksityisen lääkäriaseman vastaajista reagointialttiutta ilmoitti arvostavansa kolme vastaajaa. Mainittiin, että lähetteen sai nopeasti myös muille hoitaville tahoille, mikäli tarvetta siihen ilmeni.

Luotettavuutta ilmoitti arvostavansa kuusi henkilöä kaikista vastaajista. Sekä työterveyshuollon että yksityisen lääkäriaseman vastaajista kummastakin luotettavuutta ilmoitti arvostavansa kolme henkilöä. Kukaan julkisen terveydenhuollon vastaajista ei maininnut luotettavuutta. Erityisesti arvostettiin vastaanottoaikojen täsmällisyyttä.

Noin neljäsosa kaikista vastaajista, neljä henkilöä, ilmoitti arvostavansa palveluvarmuutta. Julkisen terveydenhuollon vastaajista palveluvarmuutta ilmoitti arvostavansa kolme henkilöä. Kukaan työterveyshuollon vastaajista ei maininnut palveluvarmuutta, kun taas yksityisen lääkäriaseman vastaajista yksi ilmoitti arvostavansa palveluvarmuutta. Erityisesti arvostettiin hoitohenkilökunnan tehokkuutta sekä palvelun sujuvuutta, että kaikki sujui/toimi hyvin. Kuviossa 4 on havainnollistettu ne ominaisuudet, joita nykyisen hoitavan tahon asiakkaat arvostivat.



Kuvio 4 Ominaisuudet joita asiakkaat arvostivat, nykyinen hoitava tahon

Kuviossa 4 on esitetty ne ominaisuudet, joita asiakkaat arvostivat nykyisen hoitavan tahon toiminnassa. Yläreunassa olevan palkin pituus (arvot 1–18) kuvaa kuinka moni vastaajista on ilmoittanut arvostaneensa kutakin pystyakselissa lueteltua ominaisuutta (laatutekijää). Pystyakselilla on kuvattu kaikki tutkittavat laatutekijät järjestyksessä. Kuviossa 4 voidaan havaita kaikkien 17 asiakkaan arvostaneen ammattitaitoa sekä usean muun muassa yksilöllistä kohtelua, vuorovaikutusta, ystävällisyyttä sekä huolenpitoa. Kukaan asiakkaista ei maininnut siisteyttä, estetiikkaa, saavutettavuutta, sitoutuneisuutta, kohteliaisuutta, rehellisyyttä tai turvallisuutta.

### 5.2.2 Ominaisuudet joita asiakas ei arvostanut

Ominaisuuksia (laatutekijöitä), joita vastaajat eivät arvostaneet kyseisen poliklinikan toiminnassa olivat: *estetiikka, saavutettavuus, saatavuus, vuorovaikutus ja luotettavuus*. Kolmasosa kaikista vastaajista eli kuusi henkilöä ilmoitti, ettei arvostanut odotustilojen estetiikkaa, muut eivät maininneet asiasta mitään. Kunkin edellisen hoitaneen tahon vastaajista kaksi kustakin ilmoitti, ettei arvostanut estetiikkaa. Noin kolmasosa kaikista vastaajista, viisi henkilöä ei maininnut lainkaan estetiikkaa. Vastaajat kokivat odotustilat

kauhtuneiksi, tylsiksi ja askeettisiksi. Odotustiloihin toivottiin lisää värejä sekä sisustus-elementtejä.

Kaksi vastaajaa ilmoitti, ettei arvostanut saavutettavuutta. Sekä julkisen terveydenhuollon että työterveyshuollon vastaajista kummastakin yksi henkilö ilmoitti, ettei arvostanut saavutettavuutta, eivätkä yksityisen lääkäriaseman vastaajat eivät maininneet saavutettavuutta lainkaan. Opasteita pidettiin epäselvinä. Ehdotettiin lattiaan kiinnitettäviä erivärisiä teippiviivoja, joista näkisi suoraan mihin mennä. Esitteitä ja julisteita oli odotustiloissa liikaa, mikä loi sekavuutta. Toivottiin että odotustiloissa olisi vain sairautta koskevat esitteet ja julisteet. Erityisesti kesäaikaan toivottiin isoa ja selkeään opastelappua siitä, mihin potilaan tulee ilmoittautua.

Kaksi henkilöä kaikista vastaajista ei arvostanut saatavuutta. Yksi sekä julkisen terveydenhuollon että työterveyshuollon vastaaja ei arvostanut saatavuutta. Kukaan yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut saatavuutta. Erikoislääkärille pääsyn kerrottiin olevan erityisen vaikeaa, milloin siihen ilmeni akuutti tarve ja yksi vastaajista ilmoittikin käyttävänsä silloin yksityisen lääkäriaseman palveluita. Työssäkäyvät vastaajat ilmoittivat olevan erityisen haastavaa saada hoitaja kiinni puhelimitse päiväsaikaan. Vastaajat ehdottivat selkeää soittoaikaa tai sähköpostiosoitetta, johon voisi lähettää viestiä tarpeen mukaan.

Kaikista vastaajista yksi, yksityisen lääkäriaseman vastaaja ilmoitti, ettei arvostanut vuorovaikutusta. Kukaan julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon vastaajista ei maininnut vuorovaikutusta. Erityisesti kiireentuntua lääkärin vastaanotolla ei arvostettu.

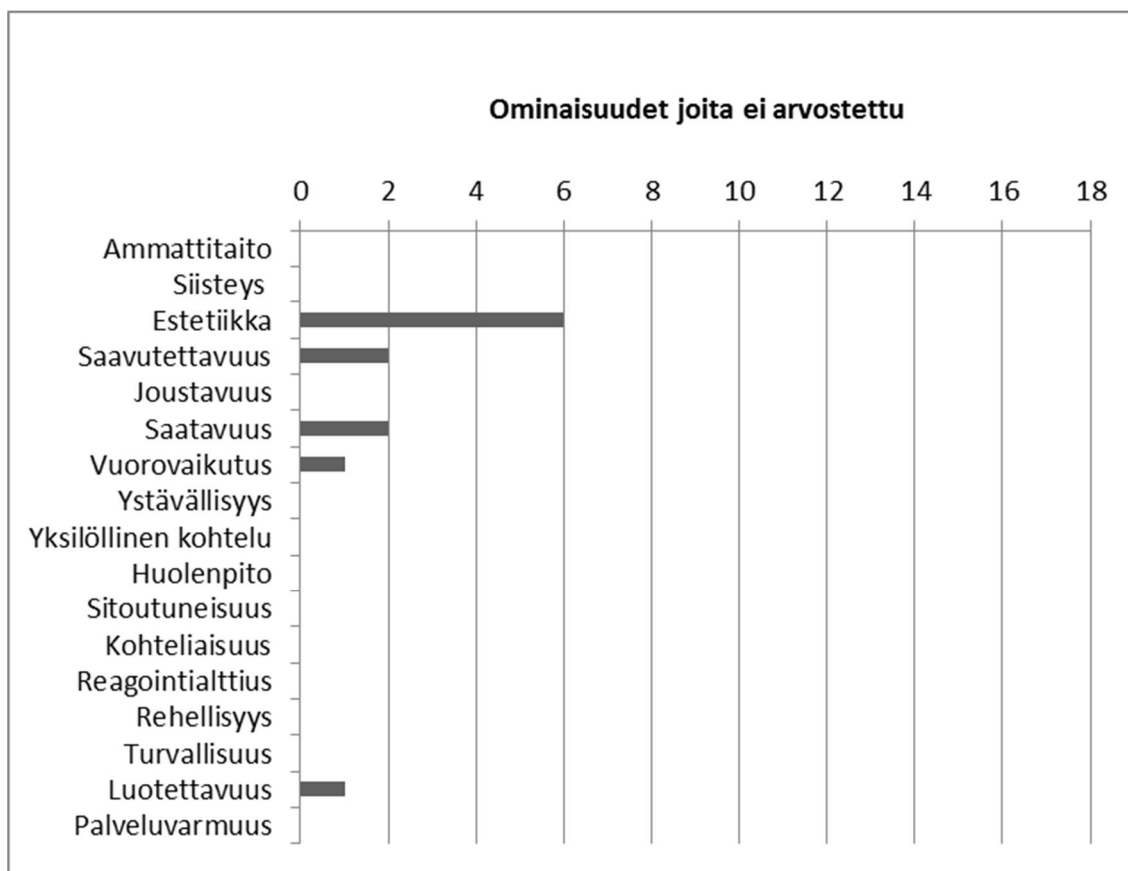
Kaikista vastaajista vain yksi, työterveyshuollon vastaaja, kertoi ettei arvostanut luotettavuutta. Kukaan julkisen terveydenhuollon sekä yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut luotettavuutta. Vastaajat kokivat luottamuspulaa, koska edellisten hoitavien tahojen osalta hoitoon liittyvät tiedot eivät välittyneet tietojärjestelmien kautta kyseiselle poliklinikalle. Tämä aiheutti epävarmuutta ja sekaannuksia jatkohoidon osalta.

Laatutekijöitä *siisteys, sitoutuneisuus, kohteliaisuus, rehellisyys ja turvallisuus ei mainittu lainkaan*. Voitaneen todeta, että vastaajat eivät joko olleet kiinnittäneet erityistä huomiota lainkaan näihin laatutekijöihin arvioidessaan palvelun laatua tai sitten Suomen julkisen terveydenhuollon tarjoamat palvelut koetaan jo niin hyväksi näiden laatutekijöiden osalta, ettei niitä mainita enää erikseen. Huomiota näihin edellä mainittuihin laatutekijöihin kiinnitetään ainoastaan silloin, kuin jonkin kohdalla niistä tapahtuu selkeä virhe palvelukohtaamisen aikana.

Havaintoaineiston pohjalta voidaan todeta että eri hoitavien tahojen vastaajien arvioiden välillä ei ollut havaittavia eroavaisuuksia siinä, mitä ominaisuuksia he arvostivat tai eivät arvostaneet kyseisen poliklinikan toiminnassa. Valtaosa kaikista vastaajista arvosti kyseisen poliklinikan toimintaa ja sen tarjoamia palveluita. Erityisesti arvostettiin hoito-

henkilökunnan ammattitaitoa, yksilöllistä kohtelua, huolenpitoa, vuorovaikutusta, ystävällisyyttä sekä palvelujen saatavuutta ja luotettavuutta. Negatiivisimmin koettuja ominaisuuksia (laatutekijöitä) olivat: *estetiikka, saavutettavuus ja saatavuus*. Vastauksia analysoitaessa huomioitiin myös selvästi eriytyvä aineisto, poikkeama havaintoaineistossa, joka ei ollut linjassa muun havaintoaineiston kanssa, mutta oli todellinen. Tämä poikkeama vaikutti eniten negatiivisimmin koettuihin laatutekijöihin.

Lopuksi voidaan vielä todeta, että ammattitaidon (tekninen laatu) merkitys vahvistuu entisestään asiakkaan arvioidessa saamaansa palvelun laatua, kuten aiemmat tutkijat Sipilä (1992), Grönroos (1998), Tuorila (2000), Kytö ym. (2008) omissa tutkimuksissaan ovat todenneet. Samoin korostuu palvelukohtaisiin sisältyvien vuorovaikutustilanteiden (toiminnallinen laatu) merkityksellisyys vastaajien arvioidessa saamaansa palvelun laatua, kuten useimmat aiemmat tutkijat ovat todenneet (Storbacka, Strandvik, Grönroos 1994; Liljander ja Strandvik 1995; Holmlund 1995a; 1996; 1997,200; Järvelin 2001). Yllättävää tutkimuksen kannalta oli todeta myös se kuinka suuri merkitys toimitilojen ulkoasulla, saavutettavuudella sekä yhteyden saamisella hoitohenkilökuntaan oli vastaajien tehdessä negatiivisia arvioita kyseisen poliklinikan toiminnasta. Kuviossa 5 on havainnollistettu ne ominaisuudet, joita nykyisen hoitavan tahon asiakkaat eivät arvostaneet.



Kuvio 5 Ominaisuudet joita asiakkaat eivät arvostaneet, nykyinen hoitava taho



Kuviossa 5 on esitetty ne ominaisuudet, joita asiakkaat eivät arvostaneet nykyisen hoitavan tahon toiminnassa. Yläreunassa olevan palkin pituus (arvot 1–18) kuvaa kuinka moni vastaajista on ilmoittanut, ettei arvostanut kutakin pystyakselissa lueteltua ominaisuutta (laatutekijää). Pystyakselilla on kuvattu kaikki tutkittavat laatutekijät järjestyksessä. Kuviossa 5 voidaan havaita, etteivät asiakkaat arvostaneet estetiikkaa, saavutettavuutta, saatavuutta, vuorovaikutusta sekä luotettavuutta. Kukaan asiakkaista ei maininnut kokeneensa negatiivisesti ammattitaitoa, siisteyttä, joustavuutta, ystävällisyyttä, yksilöllistä kohtelua, huolenpitoa, sitoutuneisuutta, kohteliaisuutta, reagointialttiutta, rehellisyyttä, turvallisuutta tai palveluvarmuutta.

## 5.3 Edellisen hoitavan tahon toiminnan arviointi

### 5.3.1 Ominaisuudet joita asiakas arvosti

Arvioidessaan edellisten hoitavien tahojen toimintaa vastaajat arvostivat seuraavia ominaisuuksia (laatutekijöitä): *ammattitaito*, *siisteys*, *estetiikka*, *joustavuus*, *saatavuus*, *vuorovaikutus*, *ystävällisyys*, *reagointialttius* ja *palveluvarmuus*. Vajaa puolet, seitsemän henkilöä kaikista vastaajista ilmoitti arvostaneensa edeltäneen hoitaneen tahon ammattitaitoa. Julkisen terveydenhuollon hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ilmoitti arvostaneensa kaksi henkilöä heidän vastaajistaan. Nuori lääkäri oli poiminut nuoren asiakkaan erittäin nopeasti potilasjonosta ja lähetti hänet heti jatkotutkimuksiin poliklinikalle. Kolme työterveyshuollon ja kaksi yksityisen lääkäriaseman vastaajaa ilmoitti arvostaneensa hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Työterveyshuollon lääkärin kerrottiin olleen erityisen asiantunteva. Yksityisen lääkäriaseman hoidon kerrottiin olleen erityisen kokonaisvaltaista.

Ainoastaan yksi yksityisen lääkäriaseman vastaajista ilmoitti arvostaneensa vastaanottotilojen siisteyttä. Kukaan julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon vastaajista ei maininnut siisteyttä.

Yksi yksityisen lääkäriaseman vastaaja ilmoitti arvostaneensa yksityisen lääkäriaseman vastaanottotilojen estetiikkaa. Vastaanottotilojen mainittiin olleen tilavat. Kukaan julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon vastaajista ei maininnut estetiikkaa.

Samoin yksi yksityisen lääkäriaseman asiakas ilmoitti arvostaneensa joustavuutta. Vastaajan omat aikataulut huomioitiin uutta vastaanottoaikaan annettaessa. Kukaan julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon vastaajista ei maininnut joustavuutta.

Saatavuutta ilmoitti arvostavansa neljäsosa, neljä henkilöä kaikista vastaajista. Julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon palvelujen saatavuutta ilmoitti arvostavansa

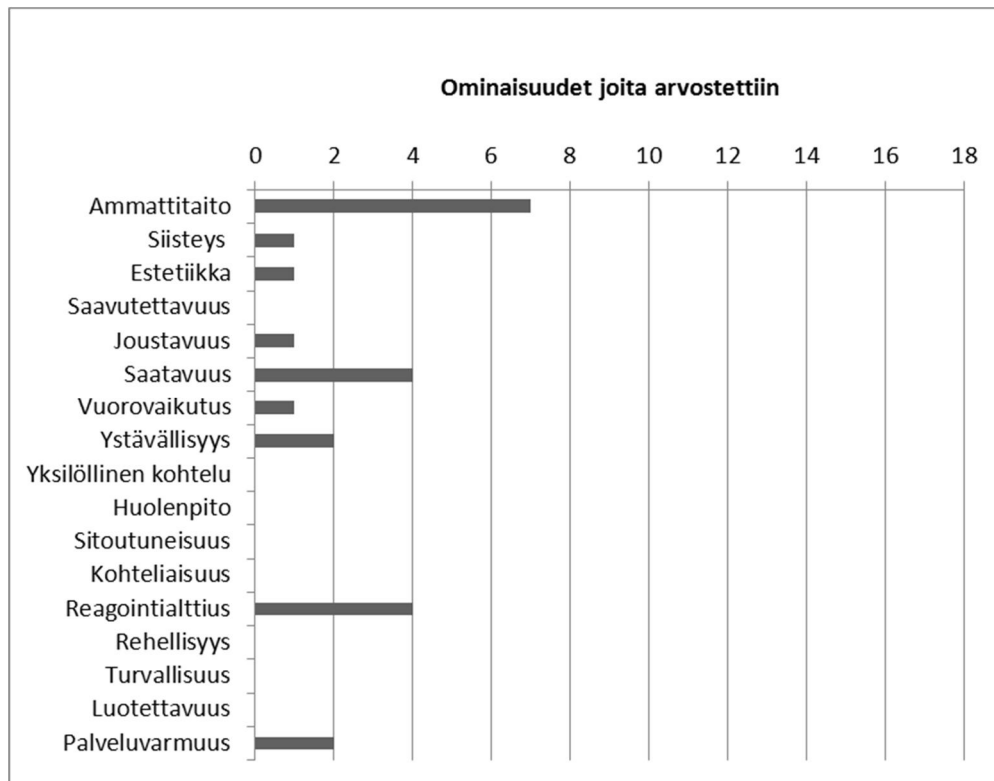
yksi henkilö molempien vastaajista. Julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon osalta mainittiin että sai nopeasti vastaanottoajan lähetteen kirjoittamiseksi jatkohoitoon poliklinikalle, joskin työterveyshuollon kirjoittama lähete oli ollut yleislähete eikä kiireellinen kuten olisi pitänyt olla. Tämä taas hidasti poliklinikan vastaanotolle pääsemistä. Yksityisen lääkäriaseman vastaajista palvelujen saatavuutta ilmoitti arvostavansa kaksi henkilöä. Akuutin vastaanottoajan sai tarvittaessa aina heti.

Vuorovaikutusta ilmoitti arvostaneensa ainoastaan yksi julkisen terveydenhuollon asiakas. Hän sai lohdutusta suruunsa. Kukaan työterveyshuollon sekä yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut vuorovaikutusta.

Kaikista vastaajista ystävällisyyttä ilmoitti arvostaneensa kaksi henkilöä. Julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon hoitohenkilökunnan ystävällisyyttä ilmoitti arvostaneensa yksi henkilö molempien vastaajista. Mainittiin että molempien edellä mainittujen hoitavien tahojen hoitohenkilökunta oli ystävällistä. Kukaan yksityisen lääkäriaseman vastaaja ei maininnut ystävällisyyttä.

Reagointialttiutta ilmoitti arvostaneensa noin neljäsosa, neljä henkilöä kaikista vastaajista. Vajaa puolet, kolme henkilöä julkisen terveydenhuollon vastaajista ilmoitti arvostaneensa reagointialttiutta. Lääkäri kirjoitti heti lähetteen jatkohoitoon poliklinikalle, kun ilmeni epäily mahdollisesta diagnoosista. Työterveyshuollon vastaajista reagointialttiutta ilmoitti arvostaneensa yksi henkilö. Lähete jatkohoitoon lähti heti kiireellisenä eteenpäin. Kukaan yksityisen lääkäriaseman vastaaja ei maininnut reagointialttiutta. Joh-tuneeko tämä siitä, että yksityiset lääkäriasemat mielletään yleensä paikoiksi, joista saa nopeasti apua monenlaiseen vaivaan. Heidän osaltaan mainittiin nopeasti hoitoon pääsy.

Vain kaksi työterveyshuollon vastaajaa ilmoitti arvostaneensa palveluvarmuutta. Mainittiin että kaikki toimi hyvin. Kukaan julkisen terveydenhuollon sekä yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut palveluvarmuutta. Kuviossa 6 on havainnollistettu ne ominaisuudet, joita asiakkaat arvostivat heitä aiemmin hoitaneen tahon toiminnassa.



Kuvio 6 Ominaisuudet joita asiakkaat arvostivat, edellinen hoitava taho

Kuviossa 6 on esitetty ne ominaisuudet, joita asiakkaat arvostivat heitä aiemmin hoitaneen tahon toiminnassa. Yläreunassa olevan palkin pituus (arvot 1–18) kuvaa kuinka moni vastaajista on ilmoittanut arvostaneensa kutakin pystyakselissa lueteltua ominaisuutta (laatutekijää). Pystyakselilla on kuvattu kaikki tutkittavat laatutekijät järjestyksessä. Kuviossa 6 voidaan havaita, että asiakkaat arvostivat muun muassa ammattitaitoa, saatavuutta, reagointialttiutta, ystävällisyyttä sekä palveluvarmuutta. Kukaan asiakkaista ei maininnut saavutettavuutta, yksilöllistä kohtelua, huolenpitoa, sitoutuneisuutta, kohteliaisuutta, rehellisyyttä, turvallisuutta tai luotettavuutta.

### 5.3.2 Ominaisuudet joita asiakas ei arvostanut

Ominaisuuksia (laatutekijöitä), joita edeltävien hoitavien tahojen toiminnassa ei arvostettu, olivat: *ammattitaito*, *vuorovaikutus*, *yksilöllinen kohtelu*, *sitoutuneisuus*, *reagointialttius*, *luotettavuus* ja *palveluvarmuus*. Noin puolet kaikista vastaajista, yhdeksän henkilöä ilmoitti, ettei arvostanut hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Julkisen terveydenhuollon hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ei arvostanut neljä henkilöä heidän vastaajistaan. Mainittiin että potilasta ei kuunneltu. Mainittiin myös ”ammattiylypeys”. Vanhempi

lääkäri ei lähettänyt vastaajaa eteenpäin jatkohoitoon vaikka ei itse osannutkaan diagnosoida mikä häntä vaivaa. Mainittiin myös ettei saanut apua kipuun. Kolme työterveys- huollon ja kaksi yksityisen lääkäriaseman vastaajista ilmoitti, ettei arvostanut hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Työterveyshuollon lääkärin kerrottiin runnelleen niveliä takaisin paikalleen, kun ei ollut vielä selkeää diagnoosia sairaudesta. Kerrottiin myös ettei työterveyshuollon lääkäri kuunnellut potilasta eikä lähettänyt häntä jatkotutkimuksiin eteenpäin vaikka olisi pitänyt. Yksi vastaajista oli kokenut itsensä vain ”vuoronumeroksi”. Eräs vastaaja kertoi saaneensa vain ”hätäapua”. Yksityisen lääkäriaseman osalta mainittiin lääkärin puhuneen toisen potilaan asioita puhelimesta toisen potilaan kuullen.

Vajaa puolet, kahdeksan henkilöä kaikista vastaajista ilmoitti, ettei arvostanut vuorovaikutusta. Neljä julkisen terveydenhuollon vastaajista ilmoitti, ettei arvostanut julkisen terveydenhuollon hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta. Ilmapiirin kerrottiin olleen huonon, negatiivisen ja kiireisen. Kaksi vastaajista kertoi, ettei lääkäri ollut puhunut ymmärrettävää suomea. Kaksi työterveyshuollon vastaajaa ilmoitti, ettei arvostanut työterveyshuollon hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta. Lääkärillä oli ollut kova kiire vastaanotolla. Yksi vastaaja kertoi, ettei ollut voinut puhua terveydellisistä ongelmistaan avoimesti vastaanotolla, koska pelkäsi mitä siitä seuraisi. Kaksi henkilöä yksityisen lääkäriaseman vastaajista ilmoitti, ettei arvostanut yksityisen lääkäriaseman hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta. Lääkäri ei keskittynyt potilaaseensa vastaanoton aikana vaan hoiti muita asioita. Ilmapiirin kerrottiin olleen luotaantyöntävä vaikka kyseessä oli yksityinen lääkäriasema. Tämä ihmetytti kovasti yhtä vastaajaa.

Yksilöllistä kohtelua ei arvostanut ainoastaan yksi julkisen terveydenhuollon vastaaja. Kerrottiin ettei vastaajaa otettu yksilöllisesti huomioon. Kukaan työterveyshuollon tai yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut yksilöllistä kohtelua.

Yksi julkisen terveydenhuollon vastaaja ilmoitti, ettei arvostanut sitoutuneisuutta. Lääkäri ei huomionnut vastaajan kovia kipuja lainkaan vaikka edellinen lääkäri oli todennut kipuhoidon tarpeellisuuden. Kukaan työterveyshuollon tai yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut sitoutuneisuutta.

Neljä henkilöä kaikista vastaajista ilmoitti, ettei arvostanut reagointialttiutta. Kaksi henkilöä julkisen terveydenhuollon vastaajista ilmoitti, ettei arvostanut julkisen terveydenhuollon hoitohenkilökunnan reagointialttiutta. Hoidon aloittamisen kerrottiin viivästyneen, koska vanhempi lääkäri ei suostunut kirjoittamaan lähetettä nopeasti jatkohoitoon. Erikoislääkärille pääsemisen kerrottiin myös olevan kovin vaikeaa normaalien tarkistuskäyntien välillä (6 tai 12 kuukautta), mikäli siihen ilmeni akuuttia tarvetta. Kaksi henkilöä työterveyshuollon vastaajista ilmoitti, ettei arvostanut työterveyshuollon hoitohenkilökunnan reagointialttiutta. Kerrottiin hoidon aloittamisen viivästyneen, koska lääkärillä oli turhaa pelkoa lähettää vastaaja eteenpäin jatkohoitoon. Kukaan yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut reagointialttiutta.

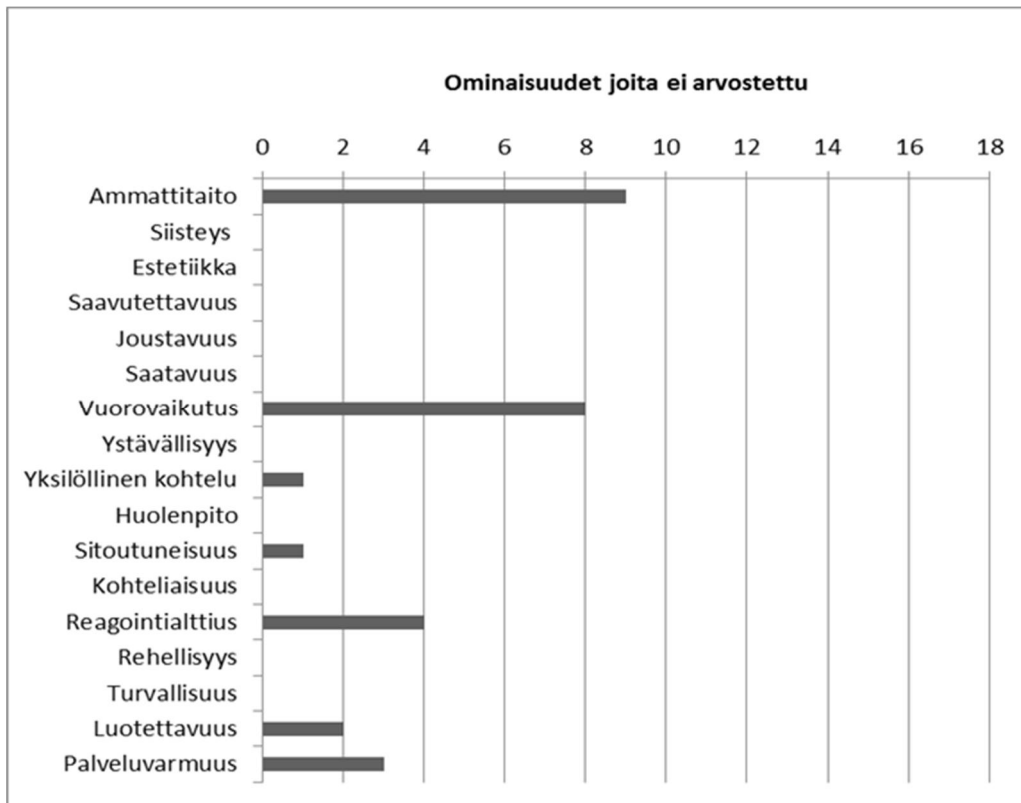
Kaksi henkilöä kaikista vastaajista ilmoitti, ettei arvostanut luotettavuutta, yksi julkisen terveydenhuollon sekä yksi yksityisen lääkäriaseman vastaaja. Julkisen terveydenhuollon vastaaja kertoi että ”hyvällä tuurilla” välillä sai tosi hyvää palvelua ja sitä seuraavalla kerralla taas tosi huonoa palvelua. Palvelun laatu ei siis ollut tasalaatuista. Yksityisen lääkäriaseman vastaaja kertoi vastaanottoaikojen olleen aina myöhässä. Kukaan työterveyshuollon vastaajista ei maininnut luotettavuutta.

Kolme henkilöä kaikista vastaajista ilmoitti, ettei arvostanut palveluvarmuutta, kaksi julkisen terveydenhuollon ja yksi yksityisen lääkäriaseman vastaaja. Julkisen terveydenhuollon osalta mainittiin että mikään ei toiminut. Palveluja kuvattiin myös sanonnalla ”tuurin kauppa”. Yksityisen lääkäriaseman osalta mainittiin vastaajan kokeneen epävarmuutta siitä, että kaikki toimenpiteet mitä piti, hoidettiin. Kukaan työterveyshuollon vastaajista ei maininnut palveluvarmuutta. Laatutekijöitä *saavutettavuus, huolenpito, kohteliaisuus, rehellisyys* ja *turvallisuus* ei mainittu lainkaan.

Havaintoaineiston perusteella voidaan yleisesti todeta, etteivät vastaajat olleet kovinkaan tyytyväisiä minkään edeltäneen hoitavan tahon toimintaan. Edeltävien hoitaneiden tahojen osalta suhtautuminen oli myös selkeästi kriittisempää verrattuna laatuarvioihin, joita vastaajat tekivät kyseisen poliklinikan toiminnan osalta. Kaikkien edeltäneiden hoitavien tahojen osalta voidaan ammattitaidon todeta vaihdelleen suuresti. Myös hoitohenkilökunnan sekä vastaajien välisessä vuorovaikutuksessa on nähtävissä selkeitä ongelmia kaikkien edeltäneiden hoitavien tahojen osalta. Vastaajilla on ollut selkeästi ongelmia päästä hoitoon erikoislääkärille julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon kautta. Diagnoosien varmistuminen ja hoitojen aloitukset ovat tämän vuoksi viivästyneet. Tämä kertoo siitä, että julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon hoitohenkilökunnan reagointialttius on ollut alhaisempi niissä tilanteissa, jolloin potilas olisi pitänyt lähettää heti eteenpäin erikoislääkärille saamaan jatkohoitoa. Palveluvarmuuden osalta voidaan havaita, että edeltävien hoitavien tahojen toiminta ei ole aina sujunut niin hyvin kuin olisi pitänyt. Havaintoaineiston osalta voidaan myös todeta, että arviot ovat kautta linjan heikompia kuin mitä ne olivat arvioitaessa kyseisen poliklinikan toimintaa. Edeltävien hoitaneiden tahojen toiminnan kehittämisen osalta tulisikin keskittyä jatkossa siihen, että potilaat ohjautuisivat entistä nopeammin saamaan jatkohoitoa poliklinikalle kun epäily kyseisestä pitkäaikaissairaudesta on ilmennyt. Kaikilta osin edeltäneiden hoitavien tahojen tulisi keskittyä tuottamaan entistä paremmin toimivia palveluita. Palvelukohtaamisiin sisältyviin vuorovaikutustilanteisiin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota, että kaikki sujuisi niiltä osin hyvin. Kuhunkin asiakkaaseen erikseen tulisi kiinnittää riittävästi huomiota. Tällä on suuri vaikutus hänen kokemaansa palvelun laatuun.

Havaintoaineiston pohjalta voidaan vielä todeta, että hoitohenkilökunnan ammattitaidon (tekninen laatu) merkityksellisyys korostui vielä entisestään asiakkaiden arvioides-

saan palvelukohtaamisessa saamansa palvelun laatua. Samoin vahvistui vuorovaikutustilanteiden (toiminnallinen laatu) tärkeä merkityksellisyys asiakkaiden tehdessä laadullista arviointia saamastaan palvelun laadusta. Laatutekijän palveluvarmuus voidaan myös katsoa olevan yksi tärkeä taustatekijä, jonka avulla asiakas arvioi saamaansa palvelun laatua. Se, ettei kukaan vastaajista maininnut yhä edelleenkaan laatutekijöitä kohteliaisuus ja rehellisyys vahvistavat entisestään käsitystäni tutkijana siitä, että vastaajat eivät joko olleet kiinnittäneet erityistä huomiota lainkaan näihin laatutekijöihin arvioidessaan palvelun laatua tai sitten Suomen julkisen terveydenhuollon tarjoamat palvelut koetaan jo kauttaaltaan niin hyväksi näiden laatutekijöiden osalta, ettei niitä mainita enää erikseen. Huomiota näihin edellä mainittuihin laatutekijöihin kiinnitetään ainoastaan silloin, kuin jonkin kohdalla niistä tapahtuu selkeä virhe palvelukohtaamisen aikana. Kuviossa 7 on havainnollistettu ne ominaisuudet, joita asiakkaat eivät arvostaneet heitä aiemmin hoitaneen tahon toiminnassa.



Kuvio 7 Ominaisuudet joita asiakkaat eivät arvostaneet, edellinen hoitava taho

Kuviossa 7 on esitetty ne ominaisuudet, joita asiakkaat eivät arvostaneet heitä aiemmin hoitaneen tahon toiminnassa. Yläreunassa olevan palkin pituus (arvot 1–18) kuvaa kuinka moni vastaajista on ilmoittanut, ettei arvostanut kutakin pystyakselissa lueteltua ominaisuutta (laatutekijää). Pystyakselilla on kuvattu kaikki tutkittavat laatutekijät järjestyksessä. Kuvioista 7 voidaan havaita, etteivät asiakkaat arvostaneet muun muassa ammattitaitoa, vuorovaikutusta, reagointialttiutta, palveluvarmuutta sekä luotettavuutta. Kukaan

asiakkaista ei maininnut siisteyttä, estetiikkaa, saavutettavuutta, joustavuutta, saatavuutta, huolenpitoa, kohteliaisuutta, rehellisyyttä tai turvallisuutta.

#### 5.4 Viimeisin palvelukohtaaminen poliklinikalla, kriittiset pisteet

Kriittisillä pisteillä tarkoitetaan tässä yhteydessä asiakkaiden positiivisia ja negatiivisia kokemuksia heidän viimeisimmän palvelukohtaamisensa aikana (vrt. kuvio 8). Viimeisimmän palvelukohtaamisen osalta kyseisellä poliklinikalla vastaajat kokivat *positiivisesti* seuraavat yksittäiset laatutekijät: *ammattitaito, joustavuus, saatavuus, vuorovaikutus, ystävällisyys, yksilöllinen kohtelu, huolenpito, reagointialttius, turvallisuus, luotettavuus ja palveluvarmuus* (esitetty kuviossa 8 tummemmalla värillä).

Valtaosa kaikista vastaajista, 15 henkilöä ilmoitti arvostaneensa hoitohenkilökunnan ammattitaitoa. Vain yksi henkilö sekä julkisen terveydenhuollon että julkisen terveydenhuollon vastaajista ei maininnut ammattitaitoa. Erityisesti nousi esiin lääkärin vankka ammattitaito ja sen kokonaisvaltaisuus. Hyväksi koettiin myös, että aiempi sairaushistoria huomioitiin jatkohoidon suunnittelussa yhdessä asiakkaan kanssa. Joustavuuden ilmoitti kokeneensa positiivisesti kolme henkilöä kaikista vastaajista, yksi julkisen terveydenhuollon ja kaksi työterveyshuollon vastaajaa. Kerrottiin että oli hienoa, kun asiakas voi itse valita hänelle itselleen parhaiten sopivan vastaanottoajan. Kukaan yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut joustavuutta. Vastaajista kaksi ilmoitti kokeneensa positiivisesti saatavuuden, yksi sekä julkisen terveydenhuollon että työterveyshuollon vastaajista. Kerrottiin että hoitaja oli helppo tavoittaa puhelimitse. Kukaan yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut saatavuutta.

Seitsemän vastaajaa ilmoitti kokeneensa positiivisesti vuorovaikutuksen hoitohenkilökunnan kanssa. Julkisen terveydenhuollon vastaajista neljä henkilöä ilmoitti kokeneensa vuorovaikutuksen positiivisesti, työterveyshuollon vastaajista kolme. Kukaan yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut vuorovaikutusta. Lääkärin vastaanottojen kerrottiin olevan: kiireettömiä, mukavia, lämmintunnelmaisia. Lääkärin selkeää ulosantia korostettiin. Neljä vastaajaa kaikista ilmoitti kokeneensa hoitohenkilökunnan ystävällisenä. Kaksi julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon vastaajaa koki positiivisesti ystävällisyyden. Kukaan yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut ystävällisyyttä. Esiin nousi erityisesti ilmoittautumispuheen hoitohenkilökunnan ystävällisyys. Yksilöllisen kohtelun eli huomioinnin hoitotilanteessa ilmoitti kokeneensa positiivisesti noin puolet, kahdeksan henkilöä kaikista vastaajista. Kolme henkilöä sekä julkisen terveydenhuollon että työterveyshuollon vastaajista ilmoitti kokeneensa positiivisesti yksilöllisen kohtelun. Yksityisen lääkäriaseman vastaajista yksilöllisen kohtelun ilmoitti kokeneensa positiivisesti kaksi henkilöä.

Huolenpidon kaikista vastaajista ilmoitti kokeneensa positiivisesti vajaa puolet, seitsemän henkilöä. Kaksi sekä julkisen terveydenhuollon että työterveyshuollon vastaajaa ilmoitti kokeneensa huolenpidon positiivisesti. Yksityisen lääkäriaseman vastaajista huolenpidon ilmoitti kokeneensa positiivisesti kolme henkilöä. Lääkärin vastaanoton osalta mainittiin, että hän huolehti, ettei potilaalla ollut kylmä. Kaksi vastaajaa kaikista ilmoitti kokeneensa positiivisesti reagointialttiuden. Sekä työterveyshuollon että yksityisen lääkäriaseman vastaajista kummastakin yksi ilmoitti kokeneensa reagointialttiuden positiivisesti. Kukaan julkisen terveydenhuollon vastaajista ei maininnut reagointialttiutta. Erikseen mainittiin kyseiseltä poliklinikalta saapuneen nopeasti vastaus edellisen hoitavan tahon konsultaatiokyselyyn. Yksi työterveyshuollon vastaaja ilmoitti kokeneensa positiivisesti turvallisuuden. Kukaan julkisen terveydenhuollon tai yksityisen lääkäriaseman vastaaja ei maininnut turvallisuutta. Yksi vastaaja kertoi ”olevansa hyvissä käsissä”.

Kaksi henkilöä kaikista vastaajista ilmoitti kokeneensa positiivisesti luotettavuuden. Julkisen terveydenhuollon sekä yksityisen lääkäriaseman vastaajista kummastakin yksi ilmoitti kokeneensa positiivisesti luotettavuuden. Kukaan työterveyshuollon vastaajista ei maininnut luotettavuutta. Erityisesti mainittiin vastaanottoaikojen paikkansapitävyys. Palveluvarmuuden ilmoitti kokeneensa positiivisesti kolme henkilöä kaikista vastaajista. Julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon ja yksityisen lääkäriaseman vastaajista kustakin yksi ilmoitti kokeneensa positiivisesti palveluvarmuuden. Mainittiin että kaikki oli sujunut tai toiminut hyvin.

Viimeisimmän palvelukohtaamisen osalta kyseisellä poliklinikalla vastaajat kokivat *negatiivisesti* seuraavat yksittäiset laatutekijät: *saavutettavuus, saatavuus, vuorovaikutus, reagointialttius, turvallisuus, luotettavuus* ja *palveluvarmuus* (kuvattu kuviossa 8 vaaleammalla värillä). Kaikista vastaajista vain yksi julkisen terveydenhuollon vastaaja ilmoitti kokeneensa saavutettavuuden negatiivisesti. Kukaan työterveyshuollon sekä yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut saavutettavuutta. Kerrottiin että opasteet olivat huonot. Asiakkaan oli ollut vaikeaa löytää hoitajan huonetta, koska tämä ei ollut omassa vastaanottohuoneessaan. Erityisesti kesäaikaan toivottiin isompaa opastelappua, johon tulisi ilmoittautua tullessaan vastaanotolle. Saatavuuden negatiivisesti ilmoitti kokeneensa vain yksi työterveyden sekä yksi yksityisen lääkäriaseman vastaaja. Kukaan julkisen terveydenhuollon vastaajista ei maininnut saatavuutta. Yhteyden saamista hoitohenkilökuntaan puhelimitse erityisesti päiväsaikaan pidettiin haastavana tekijänä. Samoin kerrottiin, ettei julkisesta terveydenhuollosta kirjoitettu lähetettä erikoislääkärille, vaikka vastaajalla oli ollut jo yli 30 vuotta kyseinen sairaus, joka oli nyt aktivoitunut äkillisesti uudelleen.

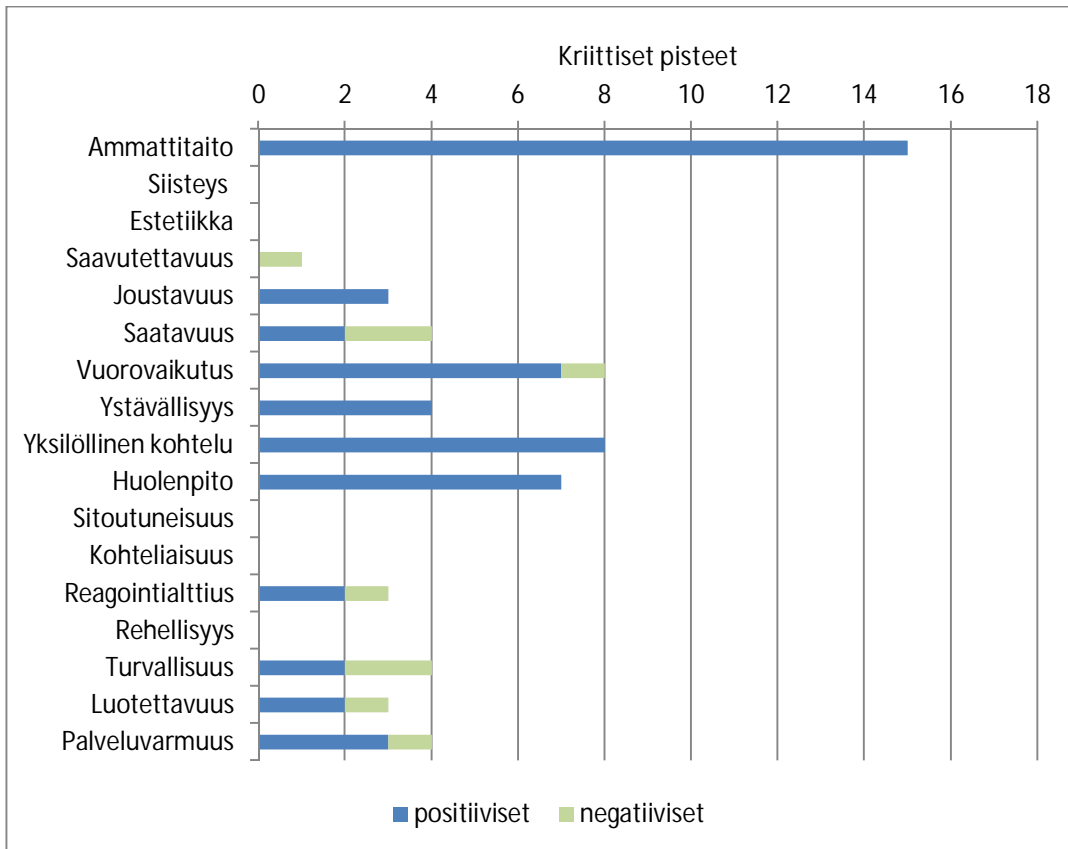
Vuorovaikutuksen negatiivisesti ilmoitti kokeneensa vain yksi yksityisen lääkäriaseman vastaaja. Kukaan julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon vastaajista ei maininnut vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen osalta mainittiin kiireen tuntu vastaan-



otolla. Samoin vain yksi julkisen terveydenhuollon vastaaja ilmoitti kokeneensa reagointialttiuden negatiivisesti. Kukaan työterveyshuollon tai yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut reagointialttiutta. Vastaaja kertoi, että joutui odottamaan pitkän aikaa päästäkseen erikoislääkärin vastaanotolle. Kaksi työterveyshuollon vastaajaa ilmoitti kokeneensa turvallisuuden negatiivisesti. Kukaan julkisen terveydenhuollon tai yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut turvallisuutta. Kerrottiin että turvattomuuden tunnetta loi tieto siitä, että jatkossa kyseiseen sairauteen liittyvät hoidot siirtyisivät julkisen terveydenhuollon puolelle.

Yksi työterveyshuollon vastaaja ilmoitti kokeneensa negatiivisesti luotettavuuden. Kukaan julkisen terveydenhuollon tai yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut luotettavuutta. Vastaanottoajan kerrottiin viivästyneen. Palveluvarmuuden negatiivisesti ilmoitti kokeneensa vain yksi työterveyshuollon vastaaja. Kukaan julkisen terveydenhuollon sekä yksityisen lääkäriaseman vastaajista ei maininnut palveluvarmuutta. Palveluvarmuuden osalta mainittiin, että kaikki ei ollut toiminut kyseisen sairauden hoitojen osalta niin kuin olisi pitänyt sairauden aktivoitua uudelleen. Laatutekijöitä *siisteys, estetiikka, sitoutuneisuus, kohteliaisuus ja rehellisyys* ei mainittu lainkaan (kuvattu kuviossa 8).

Voitaneen todeta, että vastaajat eivät pitäneet laatutekijöitä, joita ei mainittu lainkaan merkityksellisinä ominaisuuksina muodostaessaan käsitystä saamansa palvelun laadusta. Nämä voivat olla myös niitä laatutekijöitä, joita pidetään jo niin itsestään selvinä palvelutilanteessa, ettei niihin kiinnitetä enää mitään huomiota kuin ainoastaan silloin kuin jonkin kohdalla näistä laatutekijöistä tapahtuu selkeä virhe. Havaintoaineiston analysoinnissa erityisesti negatiivisten kokemusten osalta tuli huomioida se tosiseikka, että aineistossa voitiin havaita selkeä poikkeama, joka ei ollut linjassa muun havaintoaineiston kanssa, mutta oli todellinen. Tämä vaikutti erityisesti negatiivisesti koettuihin laatutekijöihin. Tutkija otti huomioon edellä mainitun seikan tehdessään analysointia havaintoaineistosta. Kuviossa 8 on havainnollistettu kriittiset pisteet asiakkaiden viimeisen palvelukohtauksen osalta nykyisen hoitavan tahon kanssa.



Kuvio 8 Kriittiset pisteet, nykyinen hoitava taho

Kuviossa 8 on esitetty kriittiset pisteet asiakkaiden viimeisen palvelukohtaamisen osalta nykyisen hoitavan tahon kanssa. Yläreunassa olevan palkin pituus (arvot 1–18) kuvaa kuinka moni vastaajista on ilmoittanut kokeneensa joko positiivisesti tai negatiivisesti pystyakselilla järjestyksessä luetellut tutkittavat ominaisuudet (laatutekijät) kukin yksitellen. Väriykseltään tummat palkit kuvaavat positiivisesti koettuja laatutekijöitä. Väriykseltään vaaleat palkit kuvaavat negatiivisesti koettuja laatutekijöitä. Kuviossa 8 voidaan havaita, että asiakkaiden positiivisesti kokemia laatutekijöitä olivat muun muassa ammattitaito, yksilöllinen kohtelu, vuorovaikutus, huolenpito sekä ystävällisyys. Negatiivisesti koettuja laatutekijöitä olivat saatavuus, turvallisuus, saavutettavuus, vuorovaikutus, reagointialttius, luotettavuus ja palveluvarmuus. Kukaan asiakkaista ei maininnut siisteyttä, estetiikkaa, sitoutuneisuutta, kohteliaisuutta tai rehellisyyttä.

Havaintoaineiston pohjalta voidaan siis todeta, ettei edellisten hoitavien tahojen vastaajien arvioiden välillä ollut merkittäviä eroavaisuuksia siinä, millä tavoin he olivat kokeneet saamansa palvelun laadun viimeisimmän palvelukohtaamisen aikana kyseisellä poliklinikalla. Kokonaisuutena voidaan todeta vastaajien olleen verrattain tyytyväisiä viimeisimmän palvelukohtaamisen aikana poliklinikalta saamaansa palvelun laatuun. Positiiviseen laatu-arvioon vaikuttivat eniten laatutekijät *ammattitaito* sekä *yksilöllinen kohtelu*, *huolenpito* *vuorovaikutus* ja muun muassa *reagointialttius*. Negatiiviseen laatu-arvi-

oon vaikuttivat eniten laatutekijät *saatavuus*, *saavutettavuus*, *vuorovaikutus*, *reagointialttius*, *turvallisuus*, *luotettavuus* sekä *palveluvarmuus*. Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan otaksua, että ainakin yksittäiset laatutekijät *vuorovaikutus* sekä *reagointialttius* ovat sekä koettua palvelun laatukokemusta parantava mutta myös laskeva tekijä tiettyyn rajaan asti, jolloin ne eivät enää vaikuta oleellisesti koko koettuun laatukokemukseen, kuten myös aiempien tutkimusten osalta on voitu todeta ainakin laatutekijän *reagointialttius* vaikuttavan (Johnston 1995, 65–66; Grönroos 2009, 152–153). Lopuksi voidaan vielä todeta, että asiakkaan tekemään arvioon saamansa palvelun laadusta vaikuttivat eniten sekä *ammattitaito* (tekninen laatu) että *vuorovaikutustilanne* (toiminnallinen laatu) huolimatta siitä, kuinka pitkä asiakassuhde asiakkaalla ja palvelua tarjoavalla taholla oli jo aiemmin ollut tai kuinka asiantunteva hän oli itse arvioidessaan saamansa palvelun laatua. Useissa aiemmissä tutkimuksissa taas on korostettu erityisesti asiakkaan asiantuntevuuden (tekninen laatu) suurta merkityksellisyyttä hänen arvioidessaan saamaansa palvelun laatua (muun muassa Sipilä 1992; Grönroos 1998; Tuorila 2000; Kytö ym. 2008). Suhteen laatua sekä palvelukohtaamisten vaikutusta laadun pitkäaikaiseen muodostumiseen taas ovat korostaneet muun muassa Storbacka, Strandvik, Grönroos (1994), Liljander ja Strandvik (1995), Holmlund (1995a; 1996; 1997, 200) ja Järvelin (2001).

## 5.5 Palvelun kokonaislaadun arviointia

Vastaajia pyydettiin arvioimaan kokemaansa palvelun kokonaislaatua sekä nykyisen hoitavan tahon (poliklinikan) että edellisten mahdollisten hoitavien tahojen, julkisen terveydenhuolto, työterveyshuollon tai yksityisen lääkäriaseman osalta. Arviointia tehtiin sekä viimeisen palvelukohtaamisen että koko asiakassuhteen ajalta. Arviointikategoriat olivat: 1 = huono, 2 = kohtalainen ja 3 = hyvä. *Viimeisen palvelukohtaamisen osalta* noin kolme neljäsosaa, 13 henkilöä kaikista vastaajista ilmoitti poliklinikalta tarjotun palvelun kokonaislaadun olevan hyvää. Neljä vastaajaa ilmoitti sen olleen kohtalaista. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa. Julkisen terveydenhuollon vastaajista kuusi henkilöä ilmoitti palvelun kokonaislaadun olevan hyvää. Kohtalaiseksi palvelun kokonaislaadun ilmoitti yksi vastaaja. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa. Työterveyshuollon vastaajista palvelun kokonaislaadun hyväksi ilmoitti vastaajista viisi ja kohtalaiseksi yksi. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa. Yksityisen lääkäriaseman vastaajista kaksi koki palvelun kokonaislaadun hyväksi ja samoin kaksi sen kohtalaiseksi. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa.

*Koko asiakassuhteen osalta* poliklinikan palvelun kokonaislaadun kaikista vastaajista ilmoitti hyväksi 15 henkilöä ja kohtalaiseksi kaksi. Kukaan ei maininnut sen olevan huo-

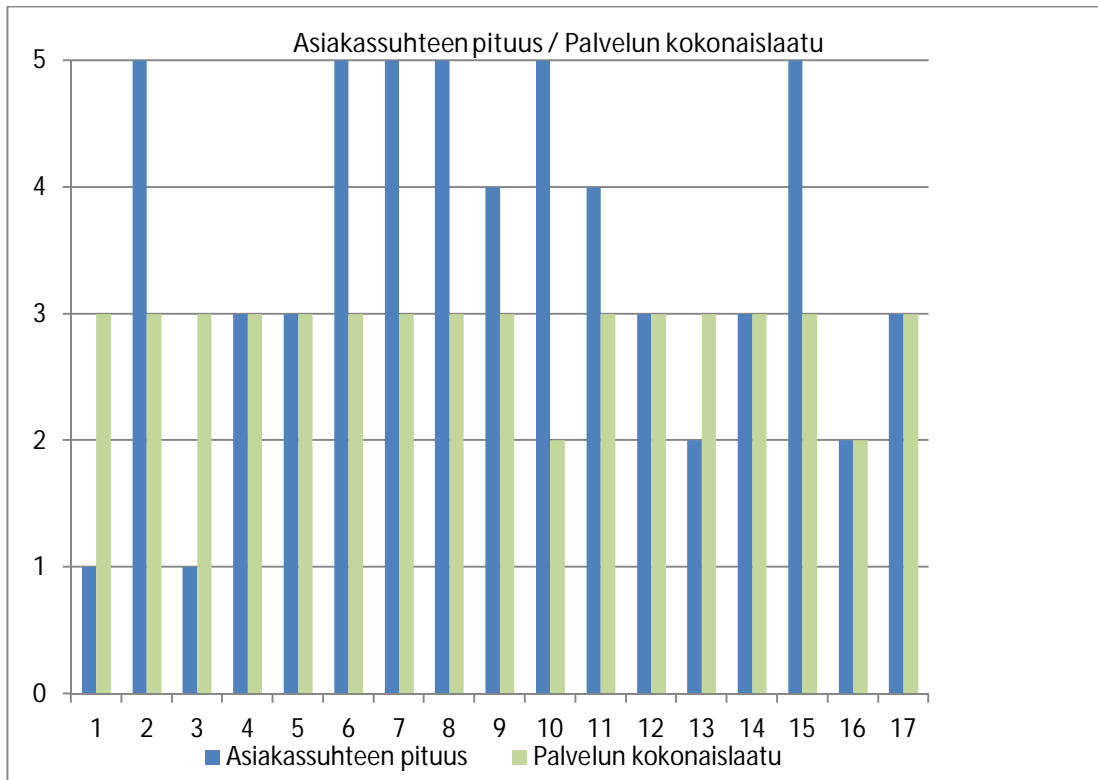
noa. Julkisen terveydenhuollon vastaajista kaikki (seitsemän henkilöä) ilmoittivat palvelun kokonaislaadun olevan hyvää. Kohtalaiseksi tai huonoksi sitä ei maininnut kukaan. Työterveyshuollon vastaajista palvelun kokonaislaadun ilmoitti hyväksi viisi henkilöä ja kohtalaiseksi yksi. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa. Yksityisen lääkäriaseman vastaajista poliklinikan palvelun kokonaislaadun hyväksi ilmoitti kolme henkilöä ja kohtalaiseksi yksi. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa. Julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon kautta poliklinikalle hoitoon tulleet antoivat sieltä saamansa palvelun kokonaislaadulle selvästi paremman arvion kuin yksityisen lääkäriaseman kautta hoitoon tulleet. Johtuneeko tämä siitä, että yksityisten lääkäriasemien kautta tulleet potilaat ovat aiemmin tottuneet saamaan aina hyvää palvelua ja ovat siksi kriittisempiä laatuarvioissaan.

*Viimeisen palvelukohtaamisen osalta* kaikista vastaajista palvelun kokonaislaadun ilmoitti olevan hyvää seitsemän henkilöä. Yhdeksän heistä ilmoitti sen olevan kohtalaista ja yhden mielestä se oli huonoa. Julkisen terveydenhuollon vastaajista kolme ilmoitti julkisen terveydenhuollon palvelun kokonaislaadun olevan hyvää. Kohtalaista sen ilmoitti olevan samoin kolme ja huonoa yksi julkisen terveydenhuollon vastaaja. Viimeisen palvelukohtaamisen osalta työterveyshuollon vastaajista kaksi henkilöä ilmoitti työterveyshuollon palvelun kokonaislaadun olevan hyvää. Neljä henkilöä työterveyshuollon vastaajista ilmoitti palvelun kokonaislaadun olevan kohtalaista. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa. Viimeisen palvelukohtaamisen osalta yksityisen lääkäriaseman vastaajista kaksi arvioi yksityisen lääkäriaseman palvelun kokonaislaadun olevan hyvää ja samoin kaksi ilmoitti sen olevan kohtalaista. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa.

*Koko asiakassuhteen osalta koskien edeltänyttä hoitavaa tahoja* kaikista vastaajista seitsemän henkilöä ilmoitti palvelun kokonaislaadun olevan hyvää. Kohtalaista palvelun kokonaislaadun ilmoitti olevan seitsemän ja huonoa kolme. Julkisen terveydenhuollon vastaajista kaksi ilmoitti julkisen terveydenhuollon palvelun kokonaislaadun olevan hyvää. Samoin kaksi julkisen terveydenhuollon vastaajista ilmoitti palvelun kokonaislaadun olevan kohtalaista. Huonoksi julkisen terveydenhuollon palvelun kokonaislaadun ilmoitti kolme julkisen terveydenhuollon vastaajaa. Koko asiakassuhteen osalta työterveyshuollon vastaajista kolme ilmoitti työterveyshuollon palvelun kokonaislaadun olevan hyvää ja samoin kolme ilmoitti sen olevan kohtalaista. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa. Koko asiakassuhteen osalta yksityisen lääkäriaseman vastaajista kaksi ilmoitti yksityisen lääkäriaseman palvelun kokonaislaadun olevan hyvää ja samoin kaksi ilmoitti sen olevan kohtalaista. Kukaan ei maininnut sen olevan huonoa.

Havaintoaineistossa voidaan havaita selkeitä eroavaisuuksia eri arvioitavien tahojen osalta tehdyissä palvelun kokonaislaadun koskevilla arvioissa. Arvioinnin osalta, joka koski kyseisen poliklinikan palvelun kokonaislaadun, voidaan todeta, että vastaajat olivat suhteellisesti verrattain tyytyväisiä sieltä saamaansa palveluun, olipa sitten kyseessä viimeinen palvelukohtaaminen tai koko asiakassuhde. Asiakassuhteen pituudella ei voida

katsoa olleen juurikaan vaikutusta vastaajien arvioihin saamansa palvelun kokonaislaadusta. Tämä havainnollistuu erittäin selvästi taulukosta 3. Myöskään iällä tai sukupuolella ei voida katsoa olleen merkittävää vaikutusta vastaajien tekemiin arviointeihin. Havaintoaineiston perusteella voidaan myös todeta julkisen terveydenhuollon vastaajien olleen tyytyväisimpiä kyseiseltä poliklinikalta saamaansa palvelun kokonaislaatuun. Johtuneeko tämä siitä, että heidän edellinen hoitava tahonsa oli julkinen terveydenhuolto, jonka toiminta ei ole niin erikoistunutta vaan se keskittyy pääosin hoitamaan perustasoista terveydenhuoltoa. Työterveyshuollon vastaajien voidaan taas todeta olleen hieman tyytymättömiä poliklinikan palveluihin kuin julkisen terveydenhuollon vastaajat. Monet yritykset ja organisaatiot ostavat jo tänä päivänä ostopalveluina yksityisiltä lääkäriasemilta työterveyshuollon palveluita, mistä johtuen jotkut tutkimukseen osallistuneista vastaajista olivat ehkä tottuneet jo aiemmin käyttämään terveydenhuollon osalta erikoislääkärin palveluita. Tällöin myös suhtautuminen voi olla hieman kriittisempää kyseisen poliklinikan tarjoamiin palveluihin kuin mitä se muuten mahdollisesti olisi ollut. Yksityisen lääkäriaseman vastaajien arviot taas olivat kaikkein kriittisimpiä heidän arvioidessaan poliklinikan palvelun kokonaislaatua. Johtuneeko tämä siitä, että he ovat tottuneet kauttaaltaan parempaan palvelutasoon käydessään aiemmin vastaanotolla yksityisellä lääkäriasemalla. Tällöin he myös odottivat saavansa enemmän ja parempia palveluita siirryttyään hoitoon kyseiselle poliklinikalle. Kuviossa 9 on havainnollistettu asiakassuhteen pituuden vaikutus suhteessa asiakkaan kokemaan palvelun kokonaislaatuun nykyisen hoitavan tahon osalta.

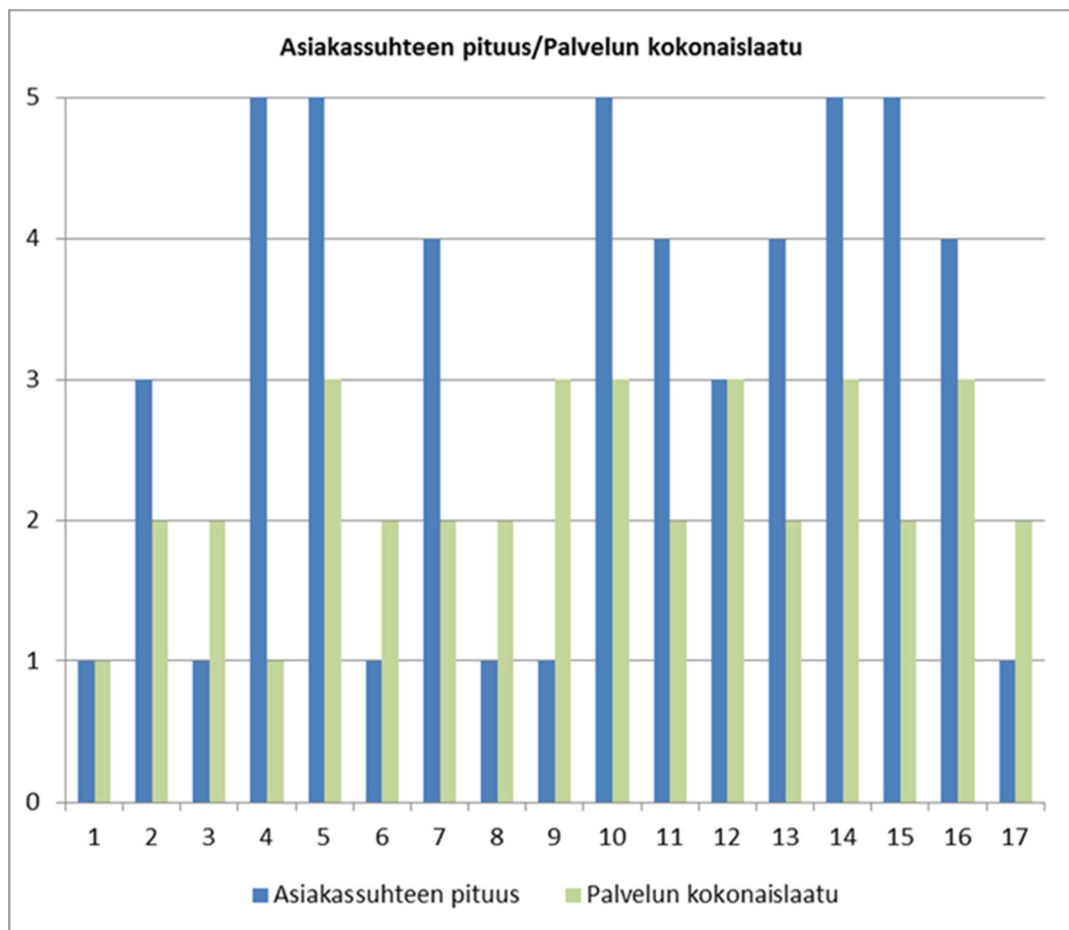


Kuvio 9 Asiakassuhteen pituus suhteessa koettuun palvelun laatuun, nykyinen hoitava taho

Kuviossa 9 on esitetty asiakassuhteen pituuden vaikutus asiakkaan kokemaan palvelun kokonaislaatuun nykyisen hoitavan tahon osalta. Kunkin asiakkaan osalta (vaaka-akselin arvot 1-17) väriltään tummemman palkin pituus kuvaa kunkin asiakkaan asiakassuhteen pituutta nykyisen hoitavan tahon kanssa. Pystyakselin asteikolla arvot 1–5 kuvaavat asiakassuhteen pituutta seuraavasti: 1 = alle 1 vuosi, 2 = 1 – 3 vuotta, 3 = 3 – 5 vuotta, 4 = 5 – 10 vuotta ja 5 = yli 10 vuotta. Väriltään vaaleamman palkin pituus taas kuvaa kunkin asiakkaan antamaa sanallista arviota kokemastaan palvelun kokonaislaadusta. Pystyakselin asteikolla arvot 1–3 kuvaavat koettua palvelun kokonaislaatua seuraavasti: 1 = huono, 2 = kohtalainen ja 3 = hyvä. Kuvioista 9 ilmenee, ettei asiakassuhteen pituudella ole juurikaan vaikutusta asiakkaan kokemaan palvelun kokonaislaatuun nykyisen hoitavan tahon osalta.

Vastaajien arvioidessa palvelun kokonaislaatua edellisten hoitavien tahojen osalta voidaan taas todeta arvioiden olleen kautta linjan huomattavasti alhaisempia kuin mitä he olivat arvioineet nykyiseltä hoitavalta poliklinikalta saamaansa palvelun kokonaislaatua. Julkisen terveydenhuollon vastaajien osalta voidaan todeta heidän antaneen selvästi alhaisempia arvioita saamansa palvelun kokonaislaadusta koskien edellistä hoitavaa tahoja kuin työterveyshuollon tai yksityisen lääkäriaseman vastaajat. Johtuneeko tämä melko suurista palvelun laadun vaihteluista koskien muun muassa hoitohenkilökunnan ammattitaitoa sekä vuorovaikutuksellisia ominaisuuksia, kuten kielitaitoa. Työterveyshuollon

vastaajat taas olivat kohtalaisen tyytyväisiä edelliseltä hoitavalta taholta saamansa palvelun kokonaislaatuun. Kaikkein tyytyväisimpiä edellisen hoitavan tahon palvelun kokonaislaatuun olivat vastaajat, jotka edustivat yksityistä lääkäriasemaa. Kuviossa 10 on havainnollistettu asiakassuhteen pituuden vaikutus suhteessa asiakkaan kokemaan palvelun kokonaislaatuun edellisen hoitavan tahon osalta. Vaaka-akselilla on lueteltu kaikki asiakkaat siten, että asiakkaiden 1 – 7 edellinen hoitava taho oli julkinen terveydenhuolto, asiakkaiden 8 – 13 työterveyshuolto ja asiakkaiden 14 – 17 yksityinen lääkäriasema (vrt. taulukko 2).



Kuvio 10 Asiakassuhteen pituus suhteessa koettuun palvelun laatuun, edellinen hoitava taho

Kuviossa 10 on esitetty asiakassuhteen pituuden vaikutus kunkin asiakkaan (vaaka-akselin arvot 1-17) kokemaan palvelun kokonaislaatuun edellisen hoitavan tahon osalta. Väriltään tummemman palkin pituus kuvaa asiakassuhteen pituutta edellisen hoitavan tahon kanssa. Pystyakselilla kuvatut arvot 1–5 kuvaavat asiakassuhteen pituutta seuraavasti: 1 = alle 1 vuosi, 2 = 1 – 3 vuotta, 3 = 3 – 5 vuotta, 4 = 5 – 10 vuotta ja 5 = yli 10

vuotta. Väriltään vaaleamman palkin pituus puolestaan kuvaa asiakkaan antamaa sanallista arviota kokemastaan palvelun kokonaislaadusta. Pystyakselin asteikon arvot 1–3 kuvaavat koettua palvelun kokonaislaatua seuraavasti: 1 = huono, 2 = kohtalainen ja 3 = hyvä. Kuviosta 10 ilmenee, ettei asiakassuhteen pituudella ole myöskään edellisen hoitavan tahon osalta ollut vaikutusta asiakkaan kokemaan palvelun kokonaislaatuun.



## 6 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 6.1 Yhteenveto

Tutkijan oman kokemuksen mukaan erityisen merkityksellisiä tekijöitä asiakkaan muodostaessa käsitystään kokemastaan palvelun laadusta ovat henkilökunnan käytös, taito kuunnella asiakasta sekä vastaanottotiskillä saatu kohtelu. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia julkisen terveydenhuollon asiakkaan kokemusta saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa, joka on myös tutkimukseni pääongelma. Tutkimukseeni liittyvän empiirisen aineiston keräsin henkilökohtaisten teemahaastattelujen muodossa, jolloin asiakas voi kertoa mahdollisimman vapaasti ilman mitään rajoituksia omat näkemyksensä, kokemuksensa sekä omat mielipiteensä. Arvokasta tutkimusaineistoa kertyi 17 teemahaastattelun verran huolimatta siitä, että valitsemani tiedonkeruumenetelmä oli hyvin haastava. Tutkimuksen avulla pyrittiin löytämään ne merkittävimmät laatutekijät (attribuutit), jotka vaikuttivat eniten hänen kokeemaansa palvelun laatuun.

Asiakkaan kokemusta saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa on tutkittu vähemmän ja erikoissairaanhoidon puolella vielä vähemmän. Aiemmat aihealuetta koskevat tutkimukset ovat keskittyneet enemmän pintapuolisen tiedon keräämiseen ja ne on toteutettu enimmäkseen asiakastyytyväisyyskyselyinä. Toteuttamistavasta johtuen ne eivät ole antaneet kovinkaan syvällistä tietoa aiheeseen liittyen. Varmistaakseni mahdollisimman monimuotoisen ja syvällisen tiedon keräämisen valitsin tiedonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun vaikka tiesinkin tutkijana sen haastavuuden. Tässä tutkimuksessa tietoa kerättiin jo ennalta valittujen laatua kuvaavien laatutekijöiden (attribuuttien) avulla. Koettu palvelun laatu muodostui mukaillen asiakkaan kokemasta laadun teknisestä (lopputulos) sekä toiminnallisesta (prosessuaalinen) ulottuvuudesta (Lehtinen & Lehtinen 1991; Grönroos 1998; 2001). Tekninen ja toiminnallinen laatu oli jaettu 17 laatutekijään (attribuuttiin): *luotettavuus, reagointialttius, estetiikka, siisteys, joustavuus, ystävällisyys, vuorovaikutus, kohteliaisuus, ammattitaito, saatavuus, saavutettavuus, turvallisuus, palveluvarmuus, yksilöllinen kohtelu, huolenpito, sitoutuneisuus* ja *rehellisyys* (mukaillen Lehtinen & Lehtinen 1991; Silvestro & Johnston 1992; Johnston 1995; Grönroos 1998; 2001; Brady & Cronin 2001; Kytö 2005; Kytö ym. 2008; Sipilä 2013). Erityistä huomiota kiinnitettiin viimeisimpään episodiin. Tämä tutkimus antoi uutta, syvällisempää ja monimuotoisempaa näkökulmaa siihen, mikä on asiakkaan kokemus saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa. Tutkijana katson, että valittujen laatutekijöiden määrä 17 kappaletta antoi hyvin kattavan kuvan siitä, mitkä laatutekijät vaikuttivat eniten asiak-

kaan kokemukseen saamastaan palvelun laadusta. Samaa aihealuetta käsittelevissä varhaisvuosien tutkimuksissa tutkittavien laatutekijöiden määrä vaihteli hyvinkin suuresti (Albrecht & Zemke 1985; Parasuraman ym. 1985; Parasuraman ym. 1988).

## 6.2 Tutkimuksen arviointi

Eskolan ja Suorannan (1998, 211) mukaan laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija itse on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääasiallisin luotettavuuden kriteeri onkin tutkija itse, joten luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Sen avulla tutkitaan arkoja ilmiöitä, jonka vuoksi tutkijan on oltava tarkka myös siitä, että julkaisutapa on eettisesti oikea, kuten tässäkin tutkimuksessa. Ruusuvuoren (2010, 26–29) ym. mukaan laadullisessa tutkimuksessa korostuvat analyysin systemaattisuuden ja tulkinnan luotettavuuden kriteerit. Systemaattisen analyysin avulla avataan kaikki tutkijan tekemät valinnat, rajaukset ja analyysin etenemistä ohjaavat periaatteet. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi lukijalle näytetään mistä aineisto kokonaisuudessaan koostuu. Lisäksi kuvataan ne analysoitavan aineiston osat, joille päähavainnot rakentuvat. Aineiston analyysin vahvuuksien ohella on tärkeää käsitellä myös sen mahdollisia rajoituksia.

Whitleyn ja Crawfordin (2005, 110) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarpeen määrittää etukäteen tutkimukseen osallistuvien ihmisten määrää ja tarvetta vaan se määräytyy aineiston keruun ja analysoinnin myötä. Kun tutkija katsoo, että tutkimukselle riittävä saturaatio on saavutettu, tutkittavia ei enää hankita lisää. Eskolan ja Suorannan (1998, 63–64) mukaan aineiston kylläytymisessä eli saturaatioissa on kyse siitä, että tutkimuksella on riittävästi aineistoa, kun uudet tapaukset eivät tuota enää mitään tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Silloin aineisto on kyllähtynyt eli saturoitunut. Tällöin lisäaineiston kerääminen ei tuota kohteesta uutta informaatiota ja aineiston tietty peruslogiikka, kuten esimerkiksi lausumat ja puhettavat alkavat toistua. Minkäänlaista saturaatiota ei voida saavuttaa, ellei tutkija ole selvillä siitä, mitä aineistostaan hakee. Samojen asioiden alkaessa toistua aina yhä uudelleen ihmisten kerronnassa voidaan todeta, että tämänkin tutkimuksen osalta saturaatio saavutettiin.

Tutkimukseni aineisto koostui suuren suomalaisen kaupungin julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidollisen pitkäaikaissairaiden palveluita tuottavan yksikön asiakkaille tehdyistä henkilökohtaisista teemahaastatteluilta, jotka koskivat asiakkaan kokemaa palvelunlaatua julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa. Lisäksi henkilökohtaisissa haastatteluilta asiakkailta tiedusteltiin kriittisiä tapahtumia (positiivisia sekä negatiivisia kokemuksia). Heitä pyydettiin myös arvioimaan saamansa palvelun kokonaislaatua omin sanoin. Lisäksi heitä pyydettiin arvioimaan kokemaansa palvelun

laatua viimeisimmän palvelukohtaamisen sekä koko asiakassuhteen ajalta koskien sekä nykyistä että myös edeltänyttä hoitanutta tahoa.

Tutkimukseen osallistui 25–84 -vuotiaita miehiä ja naisia. Kaiken kaikkiaan 17 julkisen terveydenhuollon asiakasta, joista seitsemän oli julkisen terveydenhuollon kautta kyseiselle poliklinikalle tulleita asiakkaita, kuusi työterveyshuollon kautta tullutta asiakasta sekä neljä yksityisen lääkäriaseman kautta tullutta asiakasta. Teemahaastatteluisissa alkoivat toistua pitkälti samat asiat eikä laajempi aineisto olisi enää oletettavasti tuonut mitään uutta tutkimukseen.

Eskolan ja Suorannan (2008, 210) mukaan tutkimuksen arvioinnissa, joka on laadullista, on kyse sen luotettavuudesta. Tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on oman tutkimuksensa keskeinen työväline, on tutkimuksen lähtökohtana. Pääasiallisin luotettavuuden kriteereistä on tutkija itse, josta johtuen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. Tutkimuksen luotettavuutta on kuvattu monien eri käsitteiden avulla, mutta tämän tutkielman luotettavuuden arvioinnissa käytetään muun muassa Eskolan ja Suorannan (2008) käyttämiä käsitteitä *uskottavuus*, *siirrettävyys*, *varmuus* ja *vahvistuvuus*. Valkonen (1981, 78), muiden alan tutkijoiden ohella, on nostanut esiin myös aineiston ulkoisen luotettavuuden kuten satunnaisvirheen, joka voi syntyä sen vuoksi että otos on pieni kuten tässäkin tutkimuksessa. Tällöin tutkimus ei voi koskaan täysin täsmällisesti antaa samoja tuloksia, kuin saataisiin käyttämällä aineistona koko perusjoukkoa.

Luotettavuuden kriteerinä *uskottavuus* tarkoittaa sitä, että tutkijan on tarkistettava omien käsitteellistyskäsitteensä ja tulkintansa vastaavuus tutkittavien käsityksien kanssa (Eskola & Suoranta 2008, 211). Tämän tutkimuksen osalta uskottavuutta pyrittiin parantamaan muun muassa sillä, että kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin kokonaan sanasta sanaan. Haastateltavat saivat myös lukea läpi raporttiluonnokset, jonka avulla tarkistettiin, että tutkijan tekemät tulkinnat tehdyistä haastatteluista olivat oikeanlaisia (Yin, 1989).

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään käsitettä *siirrettävyys*, kun kyse on tieteellisestä kriteeristä ulkoinen validiteetti tai yleistettävyys. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tulokset ovat siirrettävissä toiseen kontekstiin tietyillä ehdoilla, vaikka yleistyksiset eivät olisi mahdollisia sosiaalisen todellisuuden monimutkaisuudesta johtuen (Eskola & Suoranta 2008, 211). Tässä tutkielmassa asiakkaan kokemaa palvelun laatua tarkasteltiin julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisissa asiakkaan näkökulmasta, mistä johtuen tutkimuksen tulokset eivät todennäköisesti ole siirrettävissä kaiken tyyppiin julkisiin organisaatioihin, koska julkinenkin sektori on hyvin laaja ja sisältää useita erityyppisiä organisaatioita. Samoin on laita siirrettävyydellä yksityisiin organisaatioihin. Grönroosin (2009, 150) mukaan myös koetun palvelun laadun sietoalue voi vaihdella asiakkaittain tai laatutekijöittäin (palveluattribuuteittain). Vaihtelua tapahtuu

myös samalla asiakkaalla eri aikoina ja eri palvelutapaamisissa. Saman asian toteaa Strandvik (1994, 14–23) nostaten esiin myös monien episodien aikana kehittyvän suhteen laadun (suhdemarkkinoinnin teoria) ja sen vaikutukset asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Edellä mainitut seikat vaikuttavat myös tulosten siirrettävyyteen muihin saman toimialan organisaatioihin. Koetun palvelun laadun on siis todettu vaihtelevan eri organisaatiotyypeittäin eivätkä palvelukohtaamisen laadun ominaisuudet ole universaaleja kaiken tyyppisissä organisaatioissa. Tutkimustulokset saattavat kuitenkin olla siirrettävissä samalla toimialalla tutkimusta tekeviin organisaatioihin, joiden toimintaympäristön voidaan olettaa koostuvan samankaltaisista palvelukohtaamisista.

Käsitteellä *varmuus* tarkoitetaan tutkijan omaa kykyä ottaa huomioon ennustamattomasti tutkimukseen vaikuttavat tekijät eli tutkijan ennakko-odotukset (Eskola & Suoranta 2008, 212). Tämän tutkimuksen osalta varmuutta pyrittiin lisäämään suuremmalla henkilökohtaisten haastattelujen määrällä. Haastateltavat vaikuttivat siltä, että kertoivat asioista rehellisesti. Haastatteluissa toistuivat paljolti samankaltaiset koetun palvelun laadun ominaisuudet, minkä myös voidaan katsoa parantavan tämän tutkimuksen varmuutta.

Tehtyjen tulkintojen saadessa tukea toisista vastaavia ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista tarkoitetaan *vahvistuvuutta* (Eskola & Suoranta 2008, 212). Tässä tutkielmassa tehdyt tulkinnat olivat osittain yhteneväisiä aiempien eri konteksteissa koettua palvelun laatua tarkastelleiden tutkimusten kanssa. Vastaavaa tutkimusta ei kuitenkaan ollut aiemmin tehty julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksikön kontekstissa, mistä syystä aineistosta nousi esiin uusia asioita, joita ei aiemmissa tutkimuksissa ennen ollut havaittu.

Aiemmissä tutkimuksissa on noussut esiin myös muita laadullisen tutkimuksen arvioinnin kannalta tärkeitä näkökulmia. Ruusuvuoren ym. (2010, 27–29) mukaan validiteetin arvioiminen laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sekä kerättyjen aineistojen että niistä tehtävien tulkintojen käyttökelpoisuuden arviointia. Onko aineisto esimerkiksi valittu oikein, jotta tutkimuskysymykseen voidaan vastata mahdollisimman hyvin ja osuvasti? Onko tutkija käsitteellistänyt ja tulkinnut tutkimuskohdetta systemaattisen analyysin mahdollistamien keinoin? Kuinka laadukkaasti ja järjestelmällisesti analyysi on tehty ja avattu lukijalle? Pystyykö tutkija vakuuttamaan lukijan siitä, että tulkinta on perusteltu ja että havaintoja on testattu riittävästi.

Janhosen ja Nikkosen (2003, 106–107) mukaan tutkimuksen tulee muodostaa looginen kokonaisuus. Siihen tulee sisältyä siihen valitut käsitteet tai viitekehys, tutkimusmenetelmä/t, tutkimuskysymykset, aineisto/t, aineistonkeruu, tulosten raportointi sekä johtopäätökset. Näiden kaikkien tutkimuksen eri osa-alueiden tulee olla johdonmukaisia suhteessa toisiinsa. Eettisesti oikea julkaisutapa on myös tärkeä luotettavuuden kriteeri erityisesti silloin, kun tutkitaan arkoja ilmiöitä. Viime kädessä lukijan ratkaistavaksi jää se onko työn eleganttisuus toteutunut vaadittavalla tavalla kaikkien tutkimuksen eri osa-

alueiden osalta. Olen pyrkinyt läpi koko työn mahdollisimman loogiseen ja lukijaystävälliseen etenemistapaan, jotta lukija ymmärtäisi mahdollisimman hyvin kaiken sen tiedon, jonka tutkimukseni avulla olen saanut kerättyä. Viime kädessä tärkeää on myös varmistaa tutkimuksen toistettavuus samanlaisena yhä uudelleen. Tutkimuksen toistettavuus on myös ollut tärkeä seikka toteuttaessani tätä tutkimusta. Tutkijana olenkin parhaani mukaan pyrkinyt toimimaan siten, että edellä mainitut arviointikriteerit täytyisivät.

### 6.3 Tutkimuksen tulosten arviointi

Vastaajien taustatietojen sekä tutkittavien laatutekijöiden (attribuuttien) välillä ilmeni mielenkiintoisia riippuvuussuhteita. Vastaajien taustatietojen perusteella voitaneen otaksua, että vanhemmat ikäluokat, eläkeläiset, joita vastaajista oli seitsemän henkilöä, edustavat yhä edelleen melko suurta osuutta tutkimuksen kohteena olevan poliklinikan asiakaskunnasta. Positiivisessa mielessä yllättävä huomio oli se, että vastaajista oli yhä edelleen mukana työelämässä hieman alle puolet, kahdeksan henkilöä. Vastaajien arviointiin pohjautuen voidaan todeta, että edelleen työelämässä mukana olevien arviot olivat kautta linjan kriittisempiä kuin eläkkeellä olevien vastaajien.

Edellisen hoitavan tahon asiakkaana vastaajista oli ollut hyvin pitkään noin kolmasosa, viisi henkilöä, kun taas noin kolmasosa, kuusi henkilöä oli ollut edellisen tahon asiakkaana alle vuoden. Otoksen suppeudesta huolimatta voitaneen otaksua, että tänä päivänä asiakkaat ohjautuvat huomattavasti nopeammin kuin ennen erikoissairaanhoidon puolelle jatkohoitoon. Reagointialttiuden osalta voidaan todeta valtaosan vastaajista, 15 henkilöä päässeen jatkohoitoon alle puolessa vuodessa, lukuun ottamatta yhtä poikkeamaa havaintoaineistossa, jonka osalta odotusaika oli yli 12 kuukautta. Valtaosa vastaajista, 13 henkilöä oli ollut tutkittavan poliklinikan asiakkaana jo yli 3 vuotta. Alle kolme vuotta asiakkaana oli ollut neljä henkilöä.

Yksittäisten laatutekijöiden osalta voidaan todeta kaikkien asiakkaiden olleen verrattain tyytyväisiä poliklinikalta saamaansa palveluun. Tyytyväisimpiä olivat julkisen terveydenhuollon kautta poliklinikalle hoitoon tulleet asiakkaat, joista valtaosa koki yksittäiset laatutekijät hyviksi. Johtuneeko tämä siitä, että he olivat aiemmin tottuneet käyttämään perustason terveydenhuollon palveluita ollessaan julkisen terveydenhuollon asiakkaina, eivätkä heidän odotuksensa koskien poliklinikan palveluita olleet alun alkaenkaan kovin korkealla tasolla. Työterveyshuollon kautta tulleet asiakkaat olivat kohtalaisen tyytyväisiä poliklinikalta saamaansa palvelun laatuun. Mahdollista hajaannusta työterveyshuollon kautta tulleiden asiakkaiden arvioinneissa saattoi aiheuttaa se, että useat yritykset ostavat tänä päivänä työterveyshuollon palveluita ostopalveluina yksityi-

siltä lääkäriasemilta. Tällöin työterveyshuollon kautta tulleiden asiakkaiden odotukset saattoivat olla korkeammalla tasolla kuin julkisen terveydenhuollon kautta tulleiden koskien poliklinikan palveluita. Vastaajilla oli ollut selkeästi ongelmia päästä hoitoon erikoislääkärille julkisen terveydenhuollon sekä työterveyshuollon kautta. Diagnoosien varmistuminen ja hoitojen aloitukset olivat tämän vuoksi viivästyneet.

Yksityisten lääkäriasemien kautta tulleiden asiakkaiden arviot olivat hieman alhaisempia kuin muiden edeltäneiden hoitavien tahojen kautta tulleiden asiakkaiden arviot. Yksityisten lääkäriasemien palveluiden voidaan otaksua olevan laadullisesti jo niin korkeatasoisia, että niiden kautta tulleiden asiakkaiden odotukset kyseisen poliklinikan palveluita kohtaan olivat mahdollisesti korkeammalla tasolla kuin julkisen terveydenhuollon tai työterveyshuollon kautta tulleiden asiakkaiden. Tästä johtuen he saattoivat suhtautua hieman kriittisemmin poliklinikan palveluihin, mikä näkyi myös heidän tekemissään laatuarvioinneissa, jotka olivat hieman alhaisempia kuin muiden edeltäneiden hoitavien tahojen kautta tulleiden asiakkaiden arviot.

Havaintoaineiston perusteella voidaan yleisesti todeta, että edellisiä hoitavia tahoja koskevissa arvioinneissaan vastaajat olivat kriittisempiä eivätkä olleet kovinkaan tyytyväisiä minkään edeltäneen hoitavan tahon toimintaan. Vastausten perusteella kaikkien edeltäneiden hoitavien tahojen osalta voidaan ammattitaidon todeta vaihdelleen suuresti. Myös hoitohenkilökunnan sekä vastaajien välisessä vuorovaikutuksessa oli nähtävissä selkeitä ongelmia kaikkien edeltäneiden hoitavien tahojen osalta. Osalla vastaajista oli ollut vaikeaa päästä erikoislääkärin vastaanotolle julkisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon kautta. Siitä johtuen diagnoosien varmistuminen ja hoitojen aloitukset olivat viivästyneet.

Asiakkaiden arvioidessa saamaansa palvelun laatua olipa sitten kyseessä tämän tutkimuksen kohteena oleva poliklinikka tai edellinen hoitava taho, positiivisessa mielessä esiin nousivat seuraavat laatutekijät: *ammattitaito, yksilöllinen kohtelu, vuorovaikutus, huolenpito, ystävällisyys, saatavuus, reagointialttius, joustavuus, palveluvarmuus, luotettavuus ja turvallisuus*. Positiivisesti koetut laatutekijät on lueteltu suurimmasta frekvenssitiheydestä pienimpään. Positiivisesti koettujen laatutekijöiden osalta esiin nousi erityisesti lääkärin vankka ammattitaito ja sen kokonaisvaltaisuus. Tähän saattoi vaikuttaa lääkärin ikä sekä hänen pitkä työhistoriansa. Erityisesti iäkkäämmät asiakkaat kokivat voivansa luottaa lääkäriin täysin. Asiakkaat kertoivat arvostavansa sekä nykyisen että edeltäneen hoitavan tahon osalta hoitotilanteiden kiireettömyyttä sekä hyvää ilmapöytä ja hyvää keskusteluyhteyttä hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi arvostettiin hoitohenkilökunnan ystävällisyyttä, tehokkuutta sekä palvelun sujuvuutta, että kaikki sujui/toimi hyvin. Hoitohenkilökunnan ystävällinen käyttäytyminen johtaa useimmiten positiiviseen kokemukseen palvelun laadusta. Hoitohenkilökunnan ystävällisyyden merkitys laatutekijänä (attribuuttina) näyttää korostuvan vielä erityisesti silloin, kun kyseessä on erikoissairaanhoidoa vaativa sairaus. Asiakas saattaa olla mahdollisesti her-

kemmässä mielentilassa sairautensa vuoksi ja voi kokea asiat normaalia voimakkaammin. Olipa sitten kyseessä mikä tahansa asiakasta hoitanut taho laatutekijänä palveluvarmuus koettiin hyvänä. Palvelun sujuvuus ja toimivuus loi asiakkaille sellaista tunnetta, että he olivat ”hyvissä käsissä”.

Negatiivisessa mielessä asiakkaat kiinnittivät huomiota seuraaviin laatutekijöihin: *vuorovaikutus, ammattitaito, estetiikka, reagointialttius, luotettavuus, palveluvarmuus, saatavuus, saavutettavuus, turvallisuus, sitoutuneisuus ja yksilöllinen kohtelu*. Negatiivisesti koetut laatutekijät on lueteltu suurimmasta frekvenssitiheydestä pienimpään. Ammattitaidon osalta negatiiviset arviot kohdistuivat erityisesti edeltävien hoitaneiden tahojen toimintaan. Mainittiin ettei potilasta kuunneltu, ei lähetetty jatkotutkimuksiin eteenpäin, kohdeltiin ”vuoronumerona” ja annettiin vain ”häätäpua”. Julkisen terveydenhuollon ollessa kyseessä tähän saattoi olla syynä se, että mahdollisesti osa lääkäreistä oli vielä nuoria ja vasta erikoistumassa, jolloin asiakkaat voivat kokea lääkärin ja hänen ikänsä vuoksi epäluottamusta häntä ja hänen ammattitaitoaan kohtaan. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että erityisesti iäkkäämpien asiakkaiden luottamus hoitohenkilökunnan ammattitaitoa kohtaan oli korkeammalla tasolla silloin, kun hoitohenkilökunta oli myös virkaiältään hieman vanhempaa. Työterveyshuollon osalta asiakkaiden arvioihin hoitohenkilökunnan ammattitaidosta saattoi vaikuttaa se, että suurin osa heistä oli yleislääkäreitä eikä heillä ollut niin paljon kokemusta erikoissairaanhoidosta vaativista sairauksista, joihin tämänkin tutkimuksen kohteena oleva lukeutuu. Tämän vuoksi diagnoosien tekeminen erityisesti näiden sairauksien osalta voi olla hyvinkin haastavaa. Yksityisten lääkäriasemien tarjoamien palveluiden osalta voidaan todeta useiden vastaajien kokeneen, ettei niiden tarjoamien palveluiden hinta- ja laatusuhde aina vastannut toisiaan mikä oli pienoinen yllätys.

Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan yleisesti todeta, ettei minkään edeltäneen hoitaneen tahon hoitohenkilökunnan asiantuntemus ollut aina niin hyvällä tasolla kuin olisi voinut olettaa. Estetiikan merkitys negatiivisena laatutekijänä korostuu erityisesti silloin, kun asiakas on erityisen herkässä mielentilassa odottaessaan tärkeää tapaamista hoitohenkilökunnan kanssa. Tällöin olisi erityisen tärkeää, että vastaanottotilat olisivat mahdollisimman miellyttävät ja samalla rauhoittavat sekä ulkoasultaan että väritykseltään. Tämä saisi asiakkaan rentoutumaan ennen vastaanotolle menoa. Osa vastaajista oli kiinnittänyt huomiota poliklinikan vastaanottotilojen ulkoasuun ja kertoi niiden olevan tylsät ja askeettiset. Tähän toivottiin parannusta. Opasteiden osalta mainittiin että ne eivät olleet selkeät. Tutkimustulos osoittaa, että saavutettavuuden merkitys negatiivisena laatutekijänä korostuu erityisesti silloin, kun asiakas ei löydä esimerkiksi perille etsimäänsä hoitopaikkaan opasteiden sekavuuden vuoksi. Myös hoitohenkilökuntaan oli ollut vaikea saada välillä yhteyttä. Vastaajat kokivat erityisen tärkeäksi tekijäksi sen, että saivat hoitohenkilökuntaan yhteyden juuri silloin, kun sitä eniten tarvitsivat.

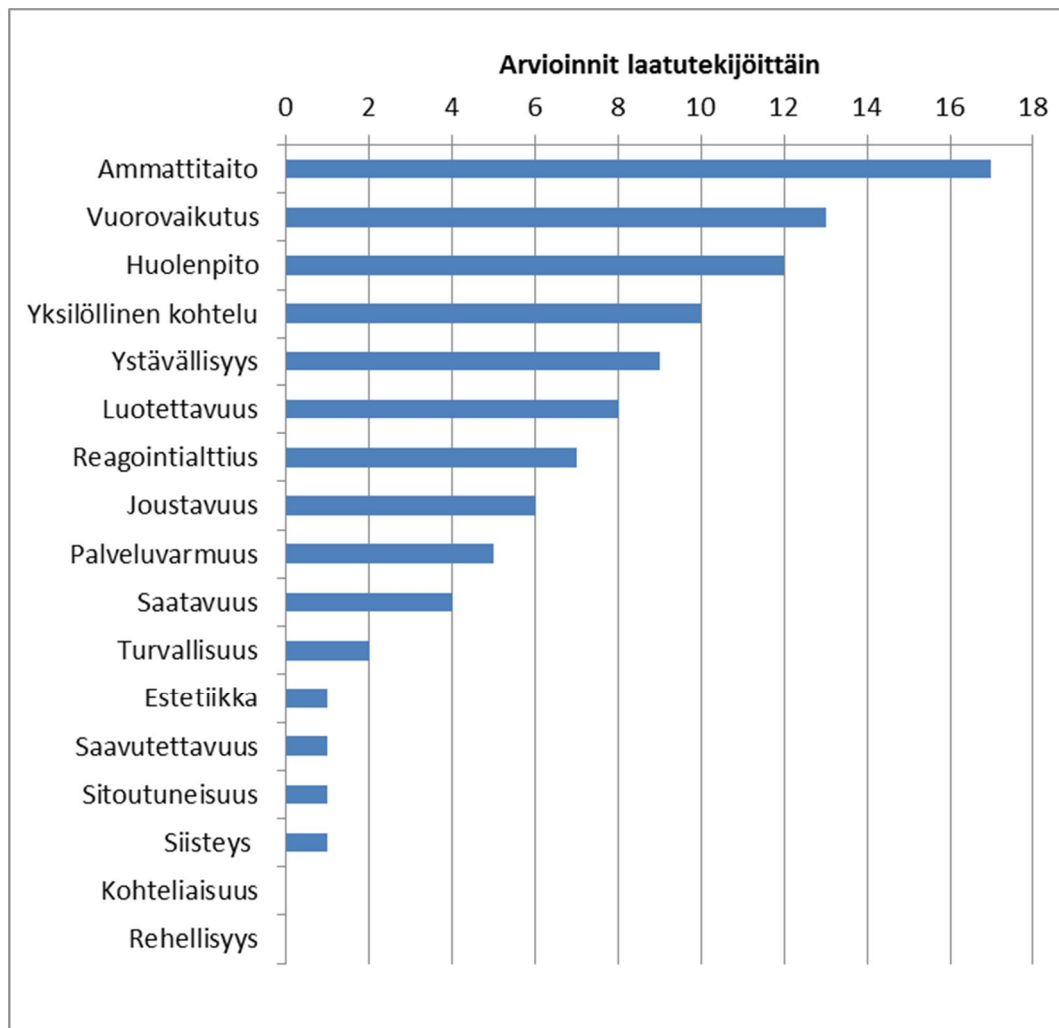
Vastaajien arvioidessa poliklinikalla tapahtunutta viimeisintä palvelukohtaamistaan heidän huomionsa kiinnittyi positiivisessa mielessä erityisesti laatutekijöihin *ammattitaito, joustavuus, vuorovaikutus, ystävällisyys, reagointialttius, luotettavuus ja palveluvarmuus*. Viimeisen palvelukohtaamisen osalta poliklinikalla vastaajat kokivat positiivisena laatutekijänä erityisesti lääkärin vankan ammattitaidon ja hänen antamaansa hoidon kokonaisvaltaisuuden. Vastaajien mielestä oli erityisen hienoa, että he voivat itse valita vastaanottoaikansa. Vastaajat kertoivat arvostavansa kyseisen poliklinikan avointa ja vastaanottavaista ilmapiiriä. Vuorovaikutuksen osalta korostui erityisesti lääkärin vastaanottojen kiireettömyys, mukavuus, lämmintunnelmaisuus ja lääkärin selkeä ulosanti. Hoitohenkilökunnan ystävällisyyttä arvostettiin. Näiden tutkimustulosten perustella voidaan vahvasti olettaa, että poliklinikan hoitohenkilökunta on vuorovaikutustaidoiltaan erityisen empaattista ja asiakkaat huomioonottavaa. Tämä taas luo koko vastaanottilaan hyvän ilmapiirin, johon asiakkaat kokevat itsensä tervetulleeksi. Asiakkailta on turvallinen olo ja he kokevat, että heistä välitetään. Voidaan todeta, että kun koko hoitohenkilökunnan yhdessä osastolle luoma ilmapiiri on hyvä se vaikuttaa myös positiivisesti asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan välisiin vuorovaikutussuhteisiin. Tällöin voidaan myös olettaa, että se vaikuttaa positiivisesti asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Poliklinikan hyvällä ilmapiirillä voidaan olettaa olevan myös vaikutusta asiakkaan henkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin ja selviytymiseen arjessa usein vaikeankin sairauden kanssa. Lisäksi reagointialttiuden osalta mainittiin poliklinikalta saapuneen nopeasti vastaus edellisen hoitavan tahon konsultaatiokyselyyn. Luotettavuuden osalta mainittiin vastaanottoaikojen paikkansapitävyys. Palveluvarmuuden osalta mainittiin että kaikki oli sujunut tai toiminut hyvin. Joidenkin vastaajien osalta vastaanottoajat olivat olleet myöhässä, mutta he suhtautuivat ymmärtäväisesti asiaan (sietoalue). Osa asiakkaista sieti paremmin vastaanottoaikojen viivästymisiä, kun taas toiset asiakkaat kokivat sen vuoksi palvelun laadun huonompana.

Vastaajien arvioidessa poliklinikalla tapahtunutta viimeisintä palvelukohtaamistaan heidän huomionsa kiinnittyi negatiivisessa mielessä erityisesti laatutekijöihin: *saavutettavuus, saatavuus, vuorovaikutus, reagointialttius, luotettavuus ja palveluvarmuus*. Kerrottiin että opasteet olivat olleet huonot ja sekavat. Kerrottiin että hoitohenkilökuntaa oli ollut myös hankalaa saada yhteyttä. Vuorovaikutuksen osalta mainittiin yleisen ilmapiirin olleen kiireinen. Mikäli hoitohenkilökunta ei kohtaa asiakasta henkilökohtaisella tasolla se luo asiakkaalle epävarmuuden tunnetta, jolloin luottamus hoitohenkilökunnan toimintaa kohtaan kärsii. Tämän merkitys korostuu vielä erityisesti silloin, kun asiakas ei ole vielä ollut fyysisesti ensimmäistäkään kertaa erikoislääkärin vastaanotolla, vaan odottaa vielä pääsyä sinne, jonka vuoksi on erityisen epävarmassa ja herkässä mielentilassa, kun ei vielä ole varmuutta miten häntä aletaan hoitaa. Tämä taas voi vaikuttaa asiakkaan yleistä terveydentilaa heikentävästi, joka voi ilmentyä esimerkiksi henkisenä huonovointisuutena. Tällöin asiakas saattaa asennoitua negatiivisesti kaikkiin hänelle



tarjottuihin palveluihin, vaikka ne olisivatkin hyviä ja asianmukaisia. Reagointialttiuden osalta mainittiin, että erikoislääkärin vastaanotolle pääseminen oli kestänyt kauan. Vastaanottoajan kerrottiin viivästyneen. Palveluvarmuuden osalta mainittiin, ettei kaikki ollut sujunut hyvin sairauden aktivoitua äkisti uudelleen. Myös odotusajat erikoislääkärin vastaanotolle olivat venyneet pitkiksi joidenkin vastaajien osalta.

Koko tutkimuksen kannalta merkittävä tutkimustulos oli, ettei laatutekijöitä *kohteliaisuus ja rehellisyys* mainittu lainkaan, olipa kyseessä sitten nykyinen tai edellinen hoitava taho. Kuviossa 11 on havainnollistettu asiakkaiden tutkimuksessa mainitsemat laatutekijät (niin positiiviset kuin negatiivisetkin kokemukset). Kuviossa on yhdistetty molemmat kokemukset havainnollistamaan nimenomaan ja ainoastaan sitä, mihin laatutekijöihin yleensäkin on kiinnitetty huomioita ja mitkä ovat puolestaan koettu merkityksellömmiksi.



Kuvio 11 Arvioinnit laatutekijöittäin

Kuviossa 11 on esitetty asiakkaiden mainitsemat laatutekijät sekä nykyisen että edeltävän hoitavan tahon osalta yhdessä taulukossa. Yläreunassa olevan palkin pituus (arvot 1–18) kuvaa kuinka moni vastaajista on maininnut joko positiivisesti tai negatiivisesti pystyakselilla järjestyksessä luetellut tutkittavat ominaisuudet (laatutekijät) kukin yksitellen. Kuvioista 11 voidaan havaita asiakkaiden kiinnittäneen huomiota seuraaviin laatutekijöihin joko positiivisessa tai negatiivisessa mielessä: ammattitaito, vuorovaikutus, huolenpito, yksilöllinen kohtelu, ystävällisyys, luotettavuus, reagointialttius, joustavuus, palveluvarmuus, saatavuus, turvallisuus, estetiikka, saavutettavuus, sitoutuneisuus ja siisteys.

## 6.4 Johtopäätökset

Valtaosa tämän tutkimuksen vastaajista oli verrattain tyytyväisiä poliklinikalta saamaansa palvelun laatuun. Yksittäisten laatutekijöiden osalta voidaan samoin todeta kaikkien asiakkaiden olleen verrattain tyytyväisiä saamaansa palveluun. Edellisten hoitavien tahojen osalta voidaan havaintoaineiston perusteella todeta, etteivät vastaajat olleet kovinkaan tyytyväisiä minkään edeltäneen hoitavan tahon toimintaan. Tätä kautta voidaankin laatufunktion lineaarisuuden rinnalle nostaa käsite laatufunktion epäsymmetrisyys. Kuten Strandvik (1994) on todennut, asiakkaaseen on paljon helpompi tehdä huono vaikutus laatua huonontamalla kuin ilahduttaa asiakasta laadulla, joka on hänen odotuksiaan parempi. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta laatufunktion epäsymmetrisyys erityisesti niiden arvioiden osalta, jotka koskivat siis edeltävien hoitaneiden tahojen toimintaa. Palvelun tarjoajan tulosten parantuessa myös koettu laatu kohenee yhtä paljon ja päinvastoin. Grönroosin (2009, 150) mukaan tulosten ja koetun laadun suhde vaihtelee asiakkaiden sekä laatutekijöiden välillä, kuten tässäkin tutkimuksessa voidaan selkeästi havaita. Johtopäätöksenä tästä voidaan todeta, että mitä tasalaatuisempia ja hyviä palveluita asiakkaille kyetään tarjoamaan koko ajan, sitä tyytyväisempiä he ovat saamaansa palvelun laatuun. Vaikeampaa on taas saavuttaa asiakkaan luottamus ja arvostus uudelleen hänelle jo aiemmin tarjottua huonompilaatuisempaa palvelua kohtaan. Tähän tavoitteeseen pyrkiminen saattaa olla yritykselle hyvinkin haastavaa, mutta on myös sen arvoista.

Tutkijat kuten Horowitz (1992) ja Normann (1984) ovat korostaneet laatutekijöiden merkityksellisyyttä asiakkaiden tekemiin positiivisiin tai negatiivisiin arvioihin kokemastaan palvelun laadusta. Oma tutkimukseni vahvistaa myös tätä seikkaa hyvin vahvasti. Asiakkaan kokiessa hänelle tarjottuun palvelun laatuun sisältyvien laatutekijöiden olevan hyvällä tasolla hän kokee myös hänelle tarjotun palvelun laadun positiivisemmin ja päinvastoin, kuten tässäkin tutkimuksessa tapahtui (vrt. kuviot 4, 5, 9 ja 10). Kriittisten tapahtumien tutkimusmenetelmää ovat hyödyntäneet erilaisissa palvelualaa koske-

vissa tutkimuksissaan muun muassa Bitner, Booms ja Tetreault (1990), Edvardsson (1992) sekä Grönroos (2009). Grönroosin mukaan kriittisiin tapahtumiin perustuva tutkimus paljastaa ongelma-alueet ja vahvuudet samoin kuin sen, mitä alueita yrityksen tulisi kehittää, jotta palvelun laatu koettaisiin entistä parempana. Tutkimukseni tulos vahvistaa tätä käsitystä (kuvio 8). Jatkuvaa kehitystyötä organisaatiolta vaativat erityisesti jo aiemmin negatiivisesti koetut laatutekijät, mutta samalla organisaation tulee kyetä pitämään korkealla tasolla myös jo aiemmin korkealaatuisiksi koetut laatutekijät. Tämä ei ole helppo tehtävä, mutta onnistuessaan se on myös hyvin palkitseva, jonka lopputuloksena syntyy tarjottuihin palveluihin ja myös sen kokonaislaatuun tyytyväinen asiakas. Mikä hienointa tämä auttaa myös palveluja tarjoavaa tahoa luomaan entistä pitkäkestoisemman asiakassuhteen asiakkaan kanssa. Tutkijoiden keskuudessa ei ole kyetty yhä edelleenkään löytämään yhteistä mielipidettä siitä, mikä olisi oikea tapa mitata palvelun laatua. Grönroosin (2009, 154–155) mukaan aiemmissa tutkimuksissa on todettu tehtyjen tutkimusten ristiriitaisuudet tulosten osalta. Laatu koostuukin asiakkaiden tarpeista ja toiveista ja kuvaa asiakkaiden kokemuksia laadusta. Tutkimukseni tulosten perusteella voidaan otaksua, että kriittisten tapahtumien tutkimusmenetelmä olisi hyvä työkalu tarjottujen palveluiden ongelmakohtien selvittämiseen. Mielessä tulisi kuitenkin pitää se tosiseikka, että koska havaintoaineisto oli niin pieni tässä tutkimuksessa, siitä ei voida tehdä kovinkaan yleistäviä päätelmiä.

Laatutekijöiden osalta voidaan todeta useiden aiempien samaa aihealuetta koskevien tutkimusten korostaneen erityisesti asiakkaan asiantuntevuuden (tekninen laatu) suurta merkityksellisyttä hänen arvioidessaan saamaansa palvelun laatua (muun muassa Sipilä 1992; Grönroos 1998; Tuorila 2000; Kytö ym. 2008). Tämänkin tutkimuksen osalta voidaan todeta sama asia muun muassa laatutekijän ammattitaito osalta. Koskaan ei voida liiaksi korostaa henkilökunnan ammattitaidon merkityksellisyttä asiakkaan arvioidessa kokemaansa palvelun laatua. Jatkossa organisaatioiden tulisikin panostaa yhä enenevässä määrin henkilökunnan jatkuvaan kouluttamiseen ja ammattitaidon korkean tason ylläpitämiseen.

Tässäkin tutkimuksessa voidaan todeta laatutekijöihin liittyvän sietoalueen vaihdelleen sekä eri asiakkaiden että eri laatutekijöiden välillä. Grönroosin (2009) mukaan kyseessä on laatutekijöihin liittyvien odotusten ja kokemusten välisestä vaihtelusta, joka pysyy tiettyjen rajojen sisällä (toivottu taso ja riittävä taso). Tällöin asiakas kokee että hänen saamansa palvelun laatu on ollut hyväksyttävää. Kokemuksen osuessa sietoalueen alarajan huonommalle tasolle koetun palvelun kokonaislaatu voi kärsiä. Grönroosin (2009, 150) mukaan vaihtelua tapahtuu myös samalla asiakkaalla eri aikoina ja eri palvelukohtaamisissa. Tästä hyvänä esimerkkinä tässä tutkimuksessa toimii laatutekijä *luotettavuus*. Osa asiakkaista sietä paremmin vastanottoaikojen viivästymisiä, kun taas toiset asiakkaat kokivat sen vuoksi palvelun laadun huonompana. Saman asian ovat to-

denneet Berry ja Parasuraman (1991), Strandvik (1994) ja Grönroos (2009). Sietoalueen mittaamisella sekä siitä saatujen tulosten vertaamisella asiakkaiden kokemuksiin palvelun laadusta voitaisiin jatkossa edesauttaa palveluja tarjoavan tahon palvelun laatuun liittyvää kehitystyötä, johon sen tulisi jatkossa keskittyä. Saman asian omissa tutkimuksissaan ovat todenneet sekä Strandvik (1994) että Grönroos (2009, 150).

Tässä tutkimuksessa laatutekijän *luotettavuus* osalta voidaan katsoa sen olevan myös hygieniatekijä, jonka mukaan aikataulun viivästykset heikentävät koettua laatua. Saman asian omissa tutkimuksissaan ovat todenneet Silvestro ja Johnston (1992) sekä Grönroos (2009). Tämän tutkimuksen osalta tämä korostui erityisesti asiakkaiden arvioidessa yksityisten lääkäriasemien tarjoamien palvelujen laatua. Julkisen terveydenhuollon asiakkaat puolestaan eivät olleet yhtä kriittisiä annettujen vastaanottoaikojen paikkansapitävyyden suhteen, koska he olivat tottuneet siihen, että ajat saattavat olla myöhässä. Tutkimus osoitti tämän tekijän vaikutuksen selvästi riippuvan vastaajaryhmien kokemuksista ja ennakko-olettamuksista.

Tämän tutkimuksen osalta merkittävä tutkimustulos oli, ettei laatutekijöitä *kohteliaisuus* ja *rehellisyys* mainittu lainkaan. Voidaan otaksua, että vastaajat pitivät laatutekijää *kohteliaisuus* jo niin itsestään selvänä ja vakiintuneena osana palvelutilannetta ainakin suomen kontekstissa etteivät he kiinnittäneet siihen mitään erityistä huomiota, ennen kuin silloin, jos asiakaspalvelija olisi käyttäytynt epäkohteliaalla tavalla heitä kohtaan. Myös laatutekijän *rehellisyys* osalta voidaan todeta sama asia. Suomalaisten voidaan otaksua luottavan heille tarjottuihin terveydenhuollonpalveluihin siten, että heille kerrotaan rehellisesti mikä heidän terveydentilansa on. Tästä johtuen he eivät kiinnitä erityistä huomiota laatutekijään *rehellisyys* ennen kuin silloin, jos osoittautuu että jokin heidän terveyteensä liittyvä tekijä tai toiminta on epärehellistä. Näin ollen tutkijana toteankin, että seuraavien samaa aihealuetta käsittelevien tutkimuksien osalta olisi kuitenkin hyvä edelleen pitää mukana kaikki samat 17 laatutekijää (*ammattitaito, siisteys, estetiikka, saavutettavuus, joustavuus, saatavuus, vuorovaikutus, ystävällisyys, yksilöllinen kohtelu, huolenpito, sitoutuneisuus, reagointialttius, turvallisuus, luotettavuus ja palveluvarmuus*) kuin tässä tutkimuksessa. Tämä johtopäätös siksi, että erilaisessa kulttuurisessa ympäristössä, erilaista toimialaa koskevassa tutkimuksessa laatutekijät *kohteliaisuus* ja *rehellisyys* voivat osoittautua hyvinkin merkityksellisiksi laatutekijöiksi.

Järvelinin (2001) mukaan asiakassuhteen tasolla laatukäsitys muuttuu, mikäli muutos on merkittävä, toistuva tai sille ei löydy selittävää tekijää. Suhteen laatua sekä palvelukohtaamisten vaikutusta laadun pitkäaikaiseen muodostumiseen ovat korostaneet Zeitham, Parasuraman ja Berry (1985), Storbacka, Strandvik ja Grönroos (1994), Liljander ja Strandvik (1995), Holmlund (1995a; 1996; 1997; 2001) ja Järvelin (2001). Tämän tutkimuksen osaltavoidaan todeta, ettei asiakassuhteen pituudella ollut suoraa verrannollista vaikutusta asiakkaan kokemaan palvelun kokonaislaatuun olipa sitten kyseessä nykyinen hoitava taho tai edellinen hoitanut taho. Grönroosin (2009) mukaan

vaihtelua tapahtuu myös samalla asiakkaalla eri aikoina ja eri palvelukohtaamisissa. Tämän tutkimuksen havaintoaineiston pienuudesta johtuen, siitä ei olisi muutenkaan voitu tehdä kovinkaan yleistäviä päätelmiä asiakasuhteen pituuden vaikutuksesta asiakkaan kokemaan palvelun kokonaislaatuun.

Tässä tutkimuksessa palvelukokemuksen laatua sekä nostavana että laskevina laatu-tekijöinä asiakkaat kokivat laatu-tekijät *vuorovaikutus*, *reagointialttius* sekä *luotettavuus*. Edellisiin samaa aihealuetta käsitteleviin tutkimuksiin verrattuna, tässä tutkimuksessa erityisesti *vuorovaikutus* nousi hyvin voimakkaasti esiin uutena palvelukokemuksen laatua nostavana sekä laskevina laatu-tekijänä. Reagointialttiuden sekä luotettavuuden osalta saman asian ovat omissa tutkimuksissaan todenneet Johnston (1995) sekä Grönroos (2009). Luotettavuuden merkitystä tärkeimpänä osana palvelukokemuksen laadun arviointia ovat korostaneet Parasuraman ym. (1985), Parasuraman ym. (1988), Silvestro & Johnston (1992). Palveluntarjoajan tulisi aina varmistaa, että kaikki ne lupaukset, jotka asiakkaalle on annettu, ovat täyttyneet. Tästä hyvänä esimerkkinä voidaan mainita annettujen vastaanottoaikojen täsmällisyys. Tämän tutkimuksen osalta voidaan siis todeta, että asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus, olipa se sitten huonoa tai hyvää, on erityisen merkityksellisessä asemassa asiakkaan arvioidessa kokemaansa palvelun laatua. Tämän tutkimustuloksen merkityksellisyyttä ei voida koskaan liikaa korostaa. Tulevaisuudessa tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota henkilökunnan koulutuksessa siihen, millä tavoin heidän tulisi kohdata asiakas näissä erityisen merkityksellisissä vuorovaikutustilanteissa.

Tänä päivänä julkisen terveydenhuollon kenttä on suurien ja haastavien muutosten edessä. Huomiota kiinnitetään entistä enemmän tarjottavien palveluiden kustannustehokkuuteen eikä usein niinkään tarjottavan palvelun laatuun. Palvelujen tuottamiseen käytettävissä olevien resurssien yhä edelleen vähentyessä, voidaan vain aavistella miten se vaikuttaa tarjottavan palvelun laatuun. Jatkossa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota siihen, että julkisen terveydenhuollon kautta tarjottavien palvelujen laatu olisi koko ajan tasalaatuista ja hyvää ja asiakkaat erityisesti huomioonottavaa. Niiden tulisi täyttää asiakkaillensa antamat lupaukset sekä heidän odotuksensa ja tarpeensa. Saman asian on todennut muun muassa europarlamentaarikko ja kauppatieteiden maisteri Sirpa Pietikäinen Seinäjoen Perusturvapäivillä elokuussa 2013 pitämässään esityksessä, joka käsitteli ihmisten vaikuttamismahdollisuuksia. Palvelun laadun tutkimus erityisesti laatu-tekijöihin liittyvän tutkimuksen osalta antaakin tähän erinomaiset työvälineet. Nurmen ja Virtasen (1999) tutkimus, jonka mukaan asiakkaiden käsitysten ja kokemusten käyttäminen julkisten palvelujen arvioinnin välineenä voi olla joskus ongelmallista, mutta siitä huolimatta se on tärkeää ja arvokasta palvelujen laadun kehittämisessä, kuten tämänkin tutkimuksen tulosten osalta voidaan todeta.

## 6.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa tutkittiin asiakkaan kokemusta saamansa palvelun laadusta julkisen terveydenhuollon palvelukohtamisessa. Tutkimus keskittyi tarkastelemaan asiakkaan kokemuksia ainoastaan asiakkaan näkökulmasta ilman palveluntarjoajan näkemyksiä. Tutkimuksen aikana nousi esiin monia erilaisia ongelmia, joita voitaisiin tutkia sairaalaympäristössä koskien asiakkaan kokemaa palvelun laatua.

Toteuttamaani tutkimusta voisi olla mielenkiintoista laajentaa siten, että se kattaisi niin julkisen terveydenhuollon henkilökunnan, johtohenkilöstön kuin myös sairaalassa mahdollisesti toimivat yksityiset ammatinharjoittajat. Näitä ammatinharjoittajia voisivat esimerkiksi olla ne lääkärit, joilla on yksityisvastaanotto, mutta jotka lisäksi työskentelevät julkisen terveydenhuollon palveluksessa hoitaen potilaita myös julkisen terveydenhuollon tiloissa. Henkilökohtaisten haastattelujen tekeminen potilaille tarjosi aidon näkökulman siihen, millä tavoin he kokivat saamansa palvelun laadun palvelukohtamisessa ilman tutkijan tai palveluntarjoajan ohjailua.

Toinen arvokas tutkimuskohde voisi olla samanlaisen kvalitatiivisen tutkimuksen toteuttaminen esimerkiksi työterveydenhuollossa tai yksityisellä lääkäriasemalla. Tällöin saataisiin tietoa siitä, kokevatko asiakkaat saamansa palvelun laadun samalla tavoin siellä kuin julkisen terveydenhuollon palvelukohtamisessa. Tämän tutkimuksen osalta tätä tutkimusongelmaa jo hieman sivuttiin, kun tiedusteltiin asiakkailta heidän arviotaan saamastaan palvelun kokonaislaadusta heidän ollessaan edeltäneen hoitavan tahon asiakkaana.

Suuremman otoksen sekä laajemman metodologian, Mixed-method-tutkimuksen käyttö voisi antaa tutkittavasta aiheesta vielä syvällisempää ja monimuotoisempaa tietoa (Creswell 2009; Teddlie & Tashakkori 2009). Tämä taas voisi nostaa esiin analysointivaiheessa enemmän usein toistuvia avainsanoja, jolloin olisi hyödyllistä käyttää tehokkaasti laadullisen aineiston analysointiohjelmistoja, kuten esimerkiksi NVivoa.

Asiakkaan kokeman palvelun laadun ympäriltä löytyy aina lisää arvokasta tutkittavaa, eikä siihen liittyvä tutkimus ole koskaan turhaa. Hieman eri näkökulmista ja monin eri tavoin lähestyttäessä tutkimusongelmaa saadaan kerättyä arvokasta tietoa käytännön tasolta, kunhan sitä osataan vain hyödyntää oikealla tavalla tarjottavan palvelun laadun kehitystyössä palveluja tarjoavan organisaation taholta.

## LÄHTEET

- Adams, J. S. (1963) Toward an Understanding of Inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol. 67 (November), 422–436.
- Alasuutari, Pertti (2001) *Laadullinen tutkimus*. 3. uud. p. Vastapaino, Jyväskylä.
- Albrecht, K. – Zemke. R. (1985) *Service America: Doing business in the New Economy*. Dow Jones-Irwin. Homewood, IL.
- Alexander, Jennifer (1999) The Impact of Devolution on Nonprofit. *Nonprofit Management and Leadership*, Vol.10 (1), 57– 70.
- Bansal, M. K. (2004) Optimising value and quality in general practice within the primary health care sector through relationship marketing: a conceptual framework. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17, No:4, 180–188.
- Berry, Leonard. L. – Parasuraman, A. (1991) *Marketing Services, Competing Through Quality*. Free Press, New York.
- Bitner, Mary J. – Booms, Bernard H. – Tetreault–Stanfiel, Mary (1990) The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incident. *Journal of Marketing*, Vol. 54, 71–84.
- Boulding, W. – Kalra, A. – Staehlin, R. – Zeithaml, V. A. (1993) A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioural Intentions. *Journal of Marketing Research*, Vol. 30 (February), 7–27.
- Brady, Michael K. – Cronin Jr, J. Joseph (2001) Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *Journal of Marketing*, Vol. 65 (3), 34–49.
- Brown, S. – Swartz, T. (1989) A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*, Vol. 53 (2), 92–98.
- Bruggen, G. – Kacker, M. – Niewlaat, C. (2005) The impact of channel functional performance on buyer-seller relationships in marketing channels, *International Journal of Research in Marketing*, Vol. 22 (2), 141–158.
- Bitner, M. J. (1990) Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*, 56 (April), 57–71.
- Bitner, M. J. – Booms, B. H. – Tetreault, M. S. (1990) The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents. *Journal of Marketing*, Vol. 54 (January), 71–84.
- Burrell, G. – Morgan, G. (1979) *Sociological paradigms and organizational analysis. Elements of the sociology of corporate life*. Heinemann, London.

- Cadotte, E. R. – Woodcruff, R. B. – Jenkins, R. L. (1987) Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, Vol. 24 (August), 305–314.
- Campbell, Colin (1987) *Romantic Ethic and the Spirit of Modern Consumerism*. Oxford, Basil Blackwell, England.
- Churchill, G. A. – Suprenant, C. (1982) An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, Vol. 19 (November), 491–504.
- Cardozo, R. (1965) An experimental Study of Customer Effort. Expectations and Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, Vol. 2 (August), 244–249.
- Creswell, John W. (2009) *Research Design. Quantitative, Qualitative and Mixed Methods Approaches*. 3. uud. p. Sage, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore.
- Cronin, J. Joseph – Steven A. Taylor (1992) Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, Vol. 56 (July), 55–68.
- Crosby, L. A. – Evans, K. R. – Cowles, D. (1990) Relationship Quality in Services Selling: An International Influence Perspective. *Journal of Marketing*, Vol. 54 (July), 68–81.
- Curry, A. – Sinclair, E. (2002) Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 15 (5), 197–205.
- Dabholkar, Pratibha (1993) *Customer Satisfaction and Service Quality: Two Constructs or One*. Teoksessa: *Enhancing Knowledge Development in Marketing*, toim. David W. Crawens – Peter R. Dickson, Vol. 4, 10–18. American Marketing Association, Chicago, IL.
- Dabholkar, Pratibha – Dayle, I. Thorpe – Joseph, O. Rentz (1996) A Measure of Service Quality for Retail Stores. *Journal of The Academy of Marketing Science*, Vol. 24 (1), 3–16.
- Dwyer F.R. – Schurr P.H. – Oh S. (1987) Developing Buyer-Seller Relationships. *Journal of Marketing*, Vol. 51 (April), 11–27.
- Edvardsson, B. (1992) Service Breakdowns: A Study of Critical Incidents in an Airline, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 3 (4), 17–29.
- Eriksson, P. (1986) *Kysely ja haastattelu – ohjeita empiirisen tutkimusaineiston hankinnasta aine- ja syventävien opintojen seminaarilaisille*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 2. uud. p. Vastapaino, Tampere.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha (2008) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Osuuskunta. Vastapaino, Tampere.



- Frank, Arthur W. (1995) *The Wounded Storyteller. Body, illness, and ethics*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Frazier, G. L. (1983) Interorganizational Exchange Behaviour in Marketing Channels: A Broadened Perspective. *Journal of Marketing*, Vol. 47 (Fall), 68–78.
- Grönroos, Christian (1984) A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, Vol. 18 (4), 36–44.
- Grönroos, Christian – Gummesson Evert (1985) *Service Marketing – Nordic School Perspectives*. Studio Mellberg AB, Sweden.
- Grönroos, Christian (1987) *Hyvään palveluun, palvelun kehittäminen julkishallinnossa*. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Grönroos, Christian (1996) Relationship Marketing Logic. *Asia-Australia Marketing Journal*, Vol. 4 (1), 7–18.
- Grönroos, Christian (1998) *Nyt kilpaillaan palveluilla*. Weilin Göös, Helsinki.
- Grönroos, Christian (2001) *Palveluiden johtaminen ja markkinointi*, WS Bookwell Oy, Porvoo.
- Grönroos, Christian (2009) *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*, 3. uud. p. WS Bookwell Oy, Juva.
- Gummesson, Evert (1987) Lip Services – a neglected area in services marketing. *Journal of Services Marketing*, Vol. 1(1), 19-23.
- Gummesson, Evert (2000) Internal Marketing in the Light of Relationship Marketing and Virtual Organizations. Teoksessa: *Internal Marketing: Directions for Management*, toim. Lewis, B. – Varey, R., Routledge, London.
- Gummesson, Evert (2004) *Suhdemarkkinointi 4P:stä 3OR:ään*, 2. uud. p. Talentum, Helsinki.
- Halinen, Aino (1997) *Relationship Marketing in Professional Services: A Study of Agency-Client Dynamics in Advertising Sector*. Routledge, London.
- Harris, Shane (2001) Red Tape Garpet. *Government Executive*, Vol. 33 (12), 48.
- Hart, C. W. – Johnson, M. D. (1999) Growing the Trust Relationship. *Marketing Management*, American Marketing Association, Spring, 1999.
- Heikkinen, Hannu (2007) *Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena*. Teoksessa: *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*, toim. Aaltola, Juhani – Valli, Raine, 2. uud. p. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Heinonen, Kristina (2004a) Reconceptualizing customer perceived value: The value of time and place. *Managing Service Quality*, Vol. 14 (2/3), 205–215.

- Hiidenhovi, Hannele (2001) Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 833, Tampere.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena (2001) *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsingin yliopiston julkaisuja, Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula (2002) *Tutki ja kirjoita*. 1. - 2. uud. p. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula (2008) *Tutki ja kirjoita*. 13. - 14. uud. p. Tammi, Helsinki.
- Hogg, Gillian – Laing, Angus – Winkelman, Dan (2003) The Professional service encounter in the age of the Internet: an exploratory study. *Journal of Services Marketing*, Vol. 17 (5), 476–494.
- Holmlund, M. (1995a) Buyer Perceived Quality in Industrial Networks. *Industrial Marketing Management*, Vol. 24, 109–121.
- Holmlund, M. (1996) *A Theoretical Framework of Perceived Quality in Business Relationships*. Swedish School of Economics and Business Administration. Research reports no. 36/1996, Helsinki.
- Holmlund, M. (1997) *Perceived Quality in Business Relationships*. Doctoral Dissertation. Publications of the Swedish School of Economics and Business Administration no. 66/1997, Helsinki.
- Holmlund, M. (2001) The D & D Model – Dimensions and Domains of Relationship Quality Perceptions. *The Service Industries Journal*, Vol. 21 (3), 13–36.
- Holmlund, M. (2008) A definition, model, and empirical analysis of business- to- business relationship quality. *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 19 (1), 32–62.
- Horowitz, Jacques (1992) *Kohti nollavirhettä palvelun laadussa*. (alkuteos: La qualité de service, à la conquête du client 1991, käänös Inkeri Palmroth-Rapeli) Rastor-julkaisut, Helsinki.
- Howard, J. A. – Sheth, J. N. (1969) *The Theory of Buyer Behaviour*. John Wiley & Sons, New York.
- Huuskonen, J. – Ijäs, N. – Lehtoranta O. (1997) *Julkisten palvelujen laadun arviointi: arviointikehikko ja näkökulma*. Tilastokeskus ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Hyvärinen, Matti (1998) Thick and Thin Narratives: Thickness of Description, Expectation, and Causality. Teoksessa: *Cultural Studies: A Research Volume*, toim. Norman, K. Denzin, 149–174. Jai Press, London.
- Håkansson, H. (1982) *International Marketing and Purchasing of Industrial Goods: An Interaction Approach*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.

- Håkansson, H. – Snehota, I. (1995) *Developing Relationships In Business Networks*. John Wiley & Sons Ltd, London.
- Hänninen, Vilma (2010) Narratiivinen tutkimus –todellisuus kertomuksena. Teoksessa: *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*, toim. Juhani Aaltola – Raine Valli, sivut 160–178, 3. uud. p. PS-kustannus, Jyväskylä.
- Isotalo, Hanna (2002) *Palvelun laatu asiakkaiden arvioimana*. Pro Gradu tutkielma. Jyväskylän yliopiston taloustieteiden tiedekunnan julkaisuja, Jyväskylä.
- Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja (2003) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 2. uud. p. WS Bookwell Oy, Juva.
- Johnson, M. D. – Fornell, C. (1991) A Framework for Comparing Customer Satisfaction across Individuals and Product Categories. *Journal of Economic Psychology*, Vol. 12, 267–286.
- Johnston, R. (1995) The Determinants of Service Quality: Satisfiers and Dissatisfiers. *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 6 (5), 53 – 71.
- Jyrinki, Erkki (1976) *Kysely ja haastattelu tutkimuksessa*. 2. uud. p. Oy Gaudeamus Ab, Hämeenlinna.
- Järvelin, Anne-Mari (2001) *Evaluation of Relationship Quality in Business Relationships*. Doctoral Dissertation. Acta Universitatis Tamperensis 794, Tampere.
- Kasanen, E. – Lukka, K. – Siitonen, A. (1991) Konstruktiivinen tutkimusote liiketaloustieteissä. Liiketaloudellinen aikakauskirja. *Liiketaloudellinen aikakauskirja*, Vol. 40 (3), 301 – 327.
- Kallio, M. – Korhonen, P. – Salo, S. (2000) *Johdatus kvantitatiiviseen analyysiin taloustieteissä*. 2. uud. p. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Kekki, Pertti (1994) *Väestön arviot ja kokemukset terveyskeskuspalveluista: tutkimus neljästä erityyppisestä terveyskeskuksesta*. Helsingin yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osaston laitoksen julkaisuja 13/1994, Helsinki.
- Kekki, P. (2001) *Terveyskeskuspalveluiden laatu ja vaikuttavuus kahdessatoista terveyskeskuksessa väestön kokemana ja arvioimana*. Helsingin yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osaston julkaisuja 15/2001, Helsinki.
- Kinnunen, Juha (1988) *Kuopion terveyskeskuksen lääkärin vastaanotto toiminnan palvelukyky*. Kuopion yliopiston julkaisuja. Terveystieteiden hallinnon laitos 2/1988, Kuopio.
- Kivekäs, I. (2008) *Asiakkaan kokema palveluepisodin laatu-vertaileva tutkimus vuokra ja virkalääkäreistä*. Pro gradu tutkielma. Turun kauppakorkeakoulun Porin yksikön julkaisuja, Pori.

- Kivinen, T. – Sinkkonen, S. – Laitinen, A. – Kinnunen, J. (1998) *Lääkärin vastaanotto- ja neuvolatoiminnan laatu 1994 ja 1997 Kuopiossa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 51. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Koivuranta-Vaara, Päivi. (2011) *Terveydenhuollon laatuopas*. [verkkopublication]. <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta>, haettu 7.9.2014.
- Koskinen, Ilpo – Alasuutari, Pertti – Peltonen, Tuomo (2005) *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Kotler, Philip (2003) *Marketing Management*. Pearson Education LTD, New Jersey.
- Kotsalo-Mustonen, A. (1996) *Diagnosis of Business Success. Perceptual Assessment of Success in Industrial Buyer-Seller Relationship*. Doctoral Dissertation. Publications of Helsinki School of Economics and Business Administration. Serie A-117, Helsinki.
- Kuula, Arja (2006) *Tutkimusetiikka, Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Vastapaino, Tampere.
- Kylmä, Jari – Vehviläinen – Julkunen, Katri – Lähdevirta, Juhani (2003) *Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vol. 119 (7). 609 – 615.
- Kytö, Hannu (2005) [http://www.stat.fi/tup/kuntapuntari/kuntap\\_5\\_2004\\_palvelut.html](http://www.stat.fi/tup/kuntapuntari/kuntap_5_2004_palvelut.html), haettu 7.9.2014.
- Kytö, H. – Tuorila, H. – Väliniemi, J. (2008). *Terveyskeskuspalvelujen laatu ja saavutettavuus*. Kuluttajatutkimuskeskuksen julkaisuja 8/2008, Helsinki.
- LaTour, S. A. – Peat, N. C. (1978) *Conceptual and Methodological Issues In Consumer Satisfaction Research*. Teoksessa: *Advances in Consumer Research*, toim. W. L. Wilkie, Vol. 6. Association for Consumer Research, 431 – 437, Miami.
- Lehtinen, U. – Lehtinen, J. P. (1991) *Two Approaches to Service Quality Dimensions*. *The Service Industries Journal*. Vol. 11 (3), (287–303).
- Lehto, A-M (2011). *Asiakkaan kokeman arvon muodostuminen yksityisen sairaalan palveluprosessissa*. Pro Gradu tutkielma. Turun kauppakorkeakoulun Pori-yksikön julkaisuja, Pori.
- Liljander, V. (1995) *Comparison standards in perceived service quality*. Swedish school of economics and business administration, Helsinki.
- Liljander, V. – Strandvik, T. (1995) *The Nature of Customer Relationships in Services*. Teoksessa: *Advances in Services Marketing and Management*, toim. Teresa A. Swartz – D. E. Bowen – S. W. Brown. JAI Press, London.

- Lillrank, Paul – Kujala, Jaakko – Parvinen, Petri (2004) *Keskeneräinen potilas – terveydenhuollon tuotannonohjaus*. Talentum Media Oy, Jyväskylä.
- Lillrank, Paul – Reijonsaari, Karita – Heikkilä, Petri – Silander, Katariina (2016) *Seitsemän syytä sairauteen: miksi terveydenhuolto ei toimi*. Taloustieto Oy, Helsinki.
- Lillrank, Paul – Venesmaa, Julia (2010) *Terveydenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä*. Talentum Media Oy, Hämeenlinna.
- Lääkärin etiikka* 2000. 4. uud. p. Suomen Lääkäriliitto, Helsinki.
- Mills, Peter, K. (1990) On the Quality of Services in Encounters: On Agency Perspective. *Journal of Business Research*, Vol. 20, 31–41.
- Morgan R.M. – Hunt S.D. (1994) The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, Vol. 58 (July), 20–38.
- Mäkinen, Vesa (1980) *Yrityksen toiminnan tutkimisen lähestymistavoista, toimintanalyttisen tutkimusstrategian kehittelyä*. Tampereen yliopiston julkaisuja 17/1980, Tampere.
- Naude, P. – Buttle, F. (2000) Assessing Relationship Quality, *Industrial Marketing Management*, Vol. 29. 351–361.
- Naukkari, H. (1999) *Potilaiden arviot turvallisuuden tunteestaan ensiapupoliklinikalla*. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Kuopio.
- Neale, Joanne – Allen, Debby – Coombes, Lindsey (2005) Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*. Vol. 100, 1584–1593.
- Neilimo, K. – Näsi, J. (1980) *Nomoteettinen tutkimusote ja suomalaisen yrityksen taloustiede. Tutkimus positivismiin soveltamisesta*. Yrityksen taloustieteen ja yksityisoikeuden laitoksen julkaisuja A2/12. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Nielsen, J. (1993) Usability Engineering. *Academic Press*, Boston, pp. 209–225.
- Nielsen, J. (1997) Let's ask the users. *IEEE Software* May/June, 110–111.
- Normann, R. (1984) *Service Management. Ledning och strategi I tjänsteproduktion*. Liber, Malmö.
- Nurmi, J. – Virtanen, P. (1999) *Asiakaspalautteen kerääminen valtion virastoissa ja laitoksissa*. Tutkimukset ja selvitykset 9/1999. Valtiovarainministeriö, Helsinki.
- Nyman, Henrich (2010) Palvelutarina asiakaslogiikan paljastajana. *Rastories* 2, 24–27.

- Nyman, Henrich (2012) *Palvelutarinan kirjoitusohjeet. SEDiMENT –Service Experience Design –inspired Measurement*. Svenska handelshögskolan, Helsinki.
- Oliver, L. R. (1977) Effect of Expectation and Disconfirmation on Post-Experience Product Evaluations: An alternative Interpretation. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 62 (4), 480–486.
- Oliver, L. R. (1980) A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*. Vol.17 (November), 460–469.
- Oliver, L. R. – DeSarbo, W. S. (1988) Response Determinants in Satisfaction Judgements. *Journal of Consumer Research*, Vol. 14 (March), 495–507.
- Oliver, L. R. (1989) Processing of the Satisfaction Response in Consumption. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behaviour*, Vol. 2, 1-16.
- Olshavsky, R. W. – Miller, J. A. (1972) Consumer Expectations, Product Performance and Perceived Product Quality. *Journal of Marketing Research*. Vol. 9 (February), 19–21.
- Olson, J. C. – Dover, P. (1976) Effects of Expectation Creation and Disconfirmation on Belief Elements of Cognitive Structure. Teoksessa: *Advances In Consumer Research*, toim. Beverlee B. Anderson, Vol. 3, Association for Consumer Research, Chicago, 168–175.
- Onnela, E. (1998) *Hoidon laatu sairaalaan tulotilanteessa*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7/1998, Oulu.
- Palmatier, R. – Dant, R. – Grewal, D. – Evans. K. (2006) Factors influencing the effectiveness of relationship marketing: A meta-analysis, *Journal of Marketing*, 70 (4), 136 – 153.
- Parasuraman, A. – Zeithaml, Valarie, A. – Berry, Leonard, L. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, Vol. 49 (4), 41 – 50.
- Parasuraman, A. – Zeithaml, Valarie, A. – Berry, Leonard, L. (1988) SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, Vol. 64 (1), 12 – 40.
- Parasuraman, A. – Berry, Leonard L. – Zeithaml, Valarie A. (1991) Understanding Customer Expectations of Service. *Sloan Management Review*, Vol. 32 (3), 39 – 49.
- Parasuraman, A. – Zeithaml, Valarie, A. – Berry, Leonard, L. (1994) Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, Vol. 58 (January), 111 – 124.
- Pietikäinen, S. (2013) Ihmisten vaikuttamismahdollisuudet. Seinäjoen Perusturvapäivät, esitysmateriaali, Ruovesi, 2013.

- Pietilä, Anna-Maija – Länsimies-Antikainen, Helena (2008) *Etiikkaa monitieteisesti: Pohdintaa ja kysymyksiä*. Kopiojyvä, Kuopio.
- Polkinghorne, Donald (1995) Narrative configuration in qualitative analysis. Teoksessa: *Life history and narrative*, toim. Hatch, J. Amos – Wisniewski, Richard. The Falmer Press, London.
- Pohjala, Pauliina (2009) *Asiakkaan osallistumisen vaikutus koettuun laatuun lääkäripalveluissa*. Pro Gradu tutkielma. Helsingin kauppakorkeakoulun markkinoinnin ja johtamisen laitos, Helsinki.
- Ramsaran-Fowdar, Roshnee, R. (2004) Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 27 (3/4), 428–443.
- Rasila, H. – Nenonen, S. (2007) *Toimitilojen vuokraus osana asiakaslähtöistä kiinteistöliiketoimintaa*. Helsingin teknillisen korkeakoulun julkaisuja 2007, Helsinki.
- Rautio, P. (2004) Kyselevät tutkimustavat [verkkojulkaisu]. <http://www2.uiah.fi/projects/metodi/064.htm>, haettu 16.4.2012.
- Runyon, Kenneth E. – Stewart, David. W. (1987) *Consumer Behaviour*. 3. uud. p. Merrill Publishing Company, Ohio.
- Rust, Roland T. – Richard, L. Oliver (1994) Service Quality: Insights and Managerial Implications from the Frontier. Teoksessa: *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*, toim. Roland T. Rust – Richard L. Oliver, 1–19. Sage Publications, CA.
- Ruusuvuori, Johanna – Nikander, Pirjo – Hyvärinen, Matti (2010) *Haastattelun analyysi*. Vastapaino, Tampere.
- Ruusuvuori, Johanna (2010) Litteroijan muistilista. Teoksessa: *Haastattelun analyysi*, toim. Johanna Ruusuvuori – Pirjo Nikander – Matti Hyvärinen. Vastapaino, Tampere.
- Salmela, T. (1996) *Tyytyväisyys-käsitteen ongelmallisuus julkisen sektorin asiakaskyselyissä*. Hallinnon tutkimus (1) 32–41.
- Scotti, D. – Harmon, J. – Behson, S. – Messina, D. (2007) Links among High-Performance Work Performance Work Environment, Service Quality and Customer Satisfaction: An Extension. to the Healthcare Sector. *Journal of Healthcare Management*, Vol. 52 (2), 109–125.
- Shostack, G. L. (1985) Planning the Service Encounter. Teoksessa: *The Service Encounter. Managing Employee/Customer Interaction in Service Businesses*, toim. Czepiel John A. – Michael R. Solomon. – Carol, F. Suprenant, 243–254. Lexington Books, Lexington MA.

- Silvestro, R. – Johnston, R. (1992) The Determinants of Service Quality: Hygiene and Enhancing Factors. Teoksessa: *Selected Papers from the Second Quality in Services (QUIS 2) Conference*, toim. E. E. Sheuing – E. Gummesson – C. H. Little. St. John's University and ISQA International Service Association, New York.
- Sipilä, J. (1992) *Asiantuntijapalvelujen markkinointi*. Weilin + Göös, Jyväskylä.
- Sipilä, M-H. (2013) Potilaan kokemuksia pitkäaikaisen sairauden hoidosta Turun kaupungin perusterveydenhuollossa. Turun kauppakorkeakoulu. Julkaisematon raportti, Turku.
- Storbacka, K. – Strandvik, T. – Grönroos, C. (1994) Managing Customer Relationships for Profit: The Dynamics of Relationships Quality. *International Journal of Service Industry Management*. Vol. 5(5), 21–38.
- Strandvik, T. (1994) *Tolerance Zones in Perceived Service Quality*. Swedish School of Economics and Business Administration, Helsinki.
- Sureshschandar, G. W. – Rajendran, C., Anantharaman, R. N. (2002) The relationship between service quality and customer satisfaction – a factor specific approach. *The Journal of Services Marketing*. Vol. 16 (4), 363–379.
- Taloustutkimus Oy (2007). *Julkisten palvelujen laatubarometri 2007*. Valtiovarainministeriö, Helsinki.
- Taylor S. T. – Bogdan, R. (1998) *Introduction to Qualitative Research Methods – A guidebook and resource*. John Wiley & Sons, Inc.
- Teas, R. (1993) Expectations, Performance Evaluation and Consumers' Perception of Quality. *Journal of Marketing*, Vol. 57 (3), 18–34.
- Teddle, C. – Tashakkori, A. (2009) *Foundation of Mixed Methods research. Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. Sage, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010 <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>  
[19.9.2014](http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326), haettu 15.6.2016.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi, Helsinki.
- Tuorila, H. (2000) *Potilaskuluttaja terveystuotemarkkinoilla: yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa*. Väitöskirja. Tampereen yliopiston julkaisuja. Sarja 764/2000, Tampere.
- Tilastokeskus/väestörakenne 2015  
<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/indikaatori/Sivut/ind.aspx?ind=8002&th=800>, haettu 14.9.2016.



- Uusitalo, Outi (1993) *Retail Dis/satisfaction: Framing the Domain of Consumer Dis/satisfaction in a Dynamic Shopping Context*. Doctoral Dissertation. Reports from the Department of Economics and Management no. 16/93. University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- Valkonen, Tapani (1981) *Haastattelu- ja kyselyaineiston analyysi sosiaalitutkimuksessa*. 6. uud. p. Oy Gaudeamus Ab, Helsinki.
- Vieira, A. – Winklhofer, H. – Ennew, C. (2008) Relationship Quality: A literature review and research agenda. *Journal of Customer Behaviour*, Vol.7 (4), 269–291.
- Voutilainen, P. (2004) *Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen tutkimuksia 142, Saarijärvi.
- Vuorela, S. (2005) Haastattelumenetelmät. Teoksessa: *Käytettävyystudkimuksen menetelmät*, toim. Saila Ovaska – Anne Aula – Päivi Majaranta. Tampereen yliopiston tietojenkäsittelytieteiden laitoksen julkaisuja. Julkaisusarja B/2005/1, Tampere.
- Whitley, Rob – Crawford, Mike (2005) Qualitative research in psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 50 (2), 108–114.
- Woodcruff, R. B. – Cadotte, E. R. – Jenkins, R. L. (1983). Modeling Consumer Satisfaction Processes Using Experience-Based Norms. *Journal of Marketing Research*, Vol. 20 (August), 296–304.
- Yin, Robert. K. (1989) *Case Study Research – Design and Methods*. Sage Publications, Newbury Park, California.
- Young, Laurie (2008) *From Products to Services. Insight and experience from companies which have embraced the service economy*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex.
- Zeithaml, Valarie A. – Parasuraman, A. – Berry, Leonard L. (1985) Problems and Strategies in Services Marketing. *Journal of Marketing*, Vol. 49 (2), 33 – 46.
- Zeithaml, Valarie A. (1988) Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, Vol. 52 (3), 2–22.
- Zeithaml, Valarie A. – Berry, Leonard L. – Parasuraman, A. (1988) Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, Vol. 52 (April), 35–48.
- Zeithaml, Valarie A. – Parasuraman, A. – Berry, Leonard L. (1990) *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. The Free Press, New York.

**LIITTEET****LIITE 1 KYSELYLOMAKE**

1

**KYSELY JULKISEN TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAALLE**

(Älä kirjoita palautteeseen esimerkiksi henkilötunnustasi tai muita arkaluontoisia tietoja.)

**VASTAAJAN TAUSTATIEDOT****1. Annan palautetta** asiakkaana/potilaana omaisena / läheisenä**2. Sukupuoli (asiakkaan/potilaan)** mies nainen**3. Äidinkieli (asiakkaan/potilaan)** suomi ruotsi muu**4. Ikä (asiakkaan/potilaan)** 18 – 24 v 25 – 64 v 65 – 74 v 75 – 84 v yli 85 v**5. Perhetausta** yksinäinen yksinhuoltaja perheellinen**6. Koulutustausta** peruskoulu/kansakoulu lukio/ylioppilas ammattikoulu ammattikorkeakoulu yliopisto

**KYSELY JULKISEN TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAALLE****7. Nykyistä tilannettani kuvaa (asiakkaan/potilaan)**

- olen työssä       työttömänä       äitiyslomalla/hoitovapaalla
- yli kuukauden kestäväällä sairaslomalla       opiskelen       osa-aika eläkkeellä
- eläkkeellä       Muu, mikä? \_\_\_\_\_

**8. Nykyisellä poliklinikalla diagnosoitu sairaus?**

\_\_\_\_\_

**9. Diagnosoidun sairauden kesto?**

- alle 1 v       1–3 v       3–5 v       5–10 v       yli 10 v

**10. Muut diagnosoidut sairaudet? (kun olet ollut tämän poliklinikan asiakkaana)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11. Onko kotipaikkakuntasi vaihtunut juuri ennen viimeisintä kontaktiasi tämän poliklinikan kanssa?**

- ei       kyllä (edellinen kotipaikkakunta) \_\_\_\_\_

**KYSELY JULKISEN TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAALLE****12. Edellinen sinua hoitanut taho, josta lähete on kirjoitettu tälle poliklinikalle?**

- julkinen terveydenhuolto       työterveyshuolto       yksityinen lääkäriasema

**13. Kuinka pitkään olit edellisen hoitavan tahon asiakkaana?**

- alle 1 v       1 – 3 v       3 – 5 v       5 – 10 v       yli 10 v

**14. Kuinka pitkään odotit että pääsit tämän poliklinikan vastaanotolle ensimmäisen kerran? (aloita laskenta siitä hetkestä alkaen, kun lähete kirjoitettiin)**

- alle 1 kk       1 – 3 kk       3 – 6 kk       6 – 9 kk       9 – 12 kk

- yli 12 kk

**15. Miten koit että kaikki sinun hoitoosi liittyvät asiat sujuivat sinä aikana, kun odotit pääsyä ensimmäisen kerran tämän poliklinikan vastaanotolle?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**KYSELY JULKISEN TERVEYDENHUOLLON ASIAKKAALLE****16. Kuinka kauan olet ollut tämän poliklinikan asiakkaana?**

- alle 1 v       1 – 3 v       3 – 5 v       5 – 10 v       yli 10 v

**17. Oletko monen hoitavan tahon asiakkaana samanaikaisesti?**

- en       kyllä (nimeä muut hoitavat tahot) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18. Kehitysehdotuksia**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Kiitos palautteesta!**

## **LIITE 2      OHJE KOETUN PALVELUN LAADUN KERTOMISEEN JULKISEN TERVEYDENHUOLLON PALVELUKOHTAAMISESSA**

Hei! Olen Pro gradu -tutkimusta tekevä opiskelija Turun Kauppakorkeakoulun Porin yksiköstä. Tutkimukseni aiheena on: ”*Koettu palvelun laatu julkisen terveydenhuollon palvelukohtaamisessa*”. Toteutan tutkimukseni [tutkittava erikoissairaanhoidon palveluita tuottava yksikkö].

Tutkimus toteutetaan henkilökohtaisina haastatteluina (*kesto n. 60 minuuttia*). Tutkittava ajanjakso on jokainen palvelukohtaaminen, jossa asiakas ja julkinen terveydenhuolto ovat kohdanneet. Palvelukohtaamiseen voivat sisältyä vastaanottoajan varaaminen, vastaanotolle saapuminen, hoitohenkilökunnan vastaanotto sekä mahdollisesti siihen liittyvät jatkohoitotoimenpiteet, kuten laboratoriossa käynnit ja niin edelleen. Eri-tyistä huomiota kiinnitetään viimeisimpään palvelukohtaamiseen.

Tutkimuksen tarkoituksena on löytää asiakkaiden kannalta ne merkityksellisimmät laatutekijät, jotka vaikuttavat asiakkaan kokemukseen saamastaan palvelun laadusta. Näiden laatutekijöiden tunnistamisen kautta voidaan myös jatkossa kehittää ja tarjota julkisen terveydenhuollon asiakkaille entistä kattavampia ja laadukkaampia palveluita.

Tutkimus on luottamuksellinen, eikä siihen osallistuvien henkilöiden henkilöllisyys tule missään tilanteessa esiin! Tulen ottamaan sinuun yhteyttä kevään 2017 aikana, jolloin haastattelut myös tehdään.

*Sinunkin mielipiteesi on arvokas asia! Otathan osaa tutkimukseen!*

*Ystävällisin terveisin,*

Mary-Helen Sipilä

Tutkija

Puh. [nro], e-mail [s-postiosoite]

[Osastonhoitajan nimi]

Osastonhoitaja, sisätautien poliklinikka, TtM

[Osastonhoitajan yhteystiedot, puhelimet, e-mail]

## **LIITE 3 TEEMAHAASTATTELUN RUNKO**

### **LÄMMITTELYKYSYMYKSET**

1. Edellinen hoitava taho? Kuinka kauan kesti että pääsit nykyisen tahon asiakkaaksi?
2. Nykyinen hoitava taho? Oletko jonkun muun hoitavan tahon asiakas samanaikaisesti?

### **TEEMA 1. NYKYINEN HOITAVA TAHO, OMINAISUUDET**

3. Mitä ominaisuuksia arvostatte nykyisen hoitavan tahon toiminnassa?
4. Mitä ominaisuuksia ette arvosta nykyisen hoitavan tahon toiminnassa?

### **TEEMA 2. VIIMEISIN PALVELUKOHTAAMINEN, KRIITTISET PISTEET**

5. Positiiviset kokemukset viimeisen palvelukohtauksen aikana? Mitä? Miksi?
6. Negatiiviset kokemukset viimeisen palvelukohtauksen aikana? Mitä? Miksi?

### **TEEMA 3. PALVELUN KOKONAISLAATU, VIIMEISIN PALVELUKOHTAAMINEN**

7. Miten arvioisit palvelun kokonaislaatua viimeisimmän palvelukohtauksesi aikana, kun olet ollut kontaktissa tämän hoitavan tahon kanssa? Kerro omin sanoin!
8. Entä miten arvioisit palvelun kokonaislaatua viimeisimmän palvelukohtauksesi aikana, kun olet ollut kontaktissa edeltäneen hoitavan tahon kanssa? Kerro omin sanoin!

### **TEEMA 4. PALVELUN KOKONAISLAATU, ASIAKASSUHDE**

9. Miten arvioisit palvelun kokonaislaatua koko sinä aikana, kun olet ollut tämän hoitavan tahon asiakkaana? Kerro omin sanoin!
10. Entä miten arvioisit palvelun kokonaislaatua koko sinä aikana, kun olet ollut edellisen hoitavan tahon asiakkaana? Kerro omin sanoin!

### **LOPETTELUKYSYMYKSET**

11. Mitä olennaista olisit vielä halunnut kertoa nykyisen hoitavan tahon toiminnasta?
12. Entä mitä olennaista olisit vielä halunnut kertoa edellisen hoitavan tahon toiminnasta?