



<input type="checkbox"/>	Kandidaatintutkielma
<input checked="" type="checkbox"/>	Pro gradu -tutkielma
<input type="checkbox"/>	Lisensiaatintutkielma
<input type="checkbox"/>	Väitöskirja

Oppiaine	Markkinointi	Päivämäärä	23.10.2019
Tekijä	Ilona Valovirta	Matrikkelinumero	500513
		Sivumäärä	84 s. + liitteet
Otsikko	Fyysinen ympäristö laadukkaan palvelutuotannon edistäjänä terveydenhuoltosektorilla		
Ohjaaja	KTT Anna Salonen		

Tiivistelmä

Hoitoympäristöt ovat keskeinen osa terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Olemassa olevat hoitoympäristöt eivät kuitenkaan palvele nykyistä palvelutuotantoa parhaalla mahdollisella tavalla. Tieto ja kokonaisvaltainen ymmärrys fyysisen hoitoympäristön käytännön roolista ja merkityksestä palvelutuotannon laadun edistämässä on puutteellista. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on analysoida, miten fyysisen ympäristön avulla voidaan edistää laadukasta palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla. Kyseessä on laadullinen tutkimus, jossa hyödynnettiin abduktiivista lähestymistapaa. Tutkimuksen empiirinen aineisto kerättiin kahdeksan teemahaastattelun avulla.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta laadukkaan palvelutuotannon kriteereiden terveydenhuollon kontekstissa tunnistettiin liittyvän palvelun tekniseen, hallinnolliseen, ihmistenväliseen ja ympäristön laatu-ulottuvuuteen. Palvelutuotannon laadun edistämisen näkökulmasta merkityksellisimmiksi nousivat hoitoympäristön ja palvelun teknisen laatukriteerin välillä tunnistetut yhteydet. Nämä yhteydet huomioimalla voidaan minimoida terveystarjoamisen tuottamiseen liittyviä riskejä ja edistää palveluntarjoajan asiantuntijuutta. Erityisesti valaistus ja tilan tarkoituksenmukaisuuden elementit tarjoavat merkittävän mahdollisuuden edistää palvelutuotannon laatua terveydenhuoltoalalla, sillä ensisijaisesti nämä ympäristön elementit vaikuttavat laadukkaan terveystarjoamisen tuottamiseen ja mahdollistavat sen. Tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että fyysisen palveluympäristön ja palvelutuotannon laadun välisen yhteyden tarkastelussa tulisi aina huomioida toiminnan konteksti.

Kontekstuaalisen teoreettisen kontribuution lisäksi saatujen tulosten perusteella tarjotaan liikkeenjohdolle, arkkitehdeille, suunnittelijoille ja julkisen sektorin päättävälle tahoille käytännön suosituksia laadukkaan palvelutuotannon edistämiseksi terveydenhuoltoalalla. Hoitoympäristön tarjoaman täyden potentiaalin hyödyntämiseksi tulevaisuudessa hoitoympäristöjen suunnittelun keskiöön tulisi palvelutuotannon laadun edistämiseksi asettaa arkkitehtejä ja suunnittelijoita useammin tilassa toimivat, terveystarjoamista tuottavat, eri lääketieteenalojen ammattilaiset.

Asiasanat	Fyysinen ympäristö, hoitoympäristö, terveystarjoaminen, laatu, palvelutuotanto
Muita tietoja	





**TURUN
YLIOPISTO**
Kauppakorkeakoulu

**FYYSINEN YMPÄRISTÖ LAADUKKAAN
PALVELUTUOTANNON EDISTÄJÄNÄ
TERVEYDENHUOLTOSEKTORILLA**

Liiketaloustiede, markkinoinnin
pro gradu -tutkielma

Laatija:
Ilona Valovirta

Ohjaaja:
KTT Anna Salonen

23.10.2019
Turku

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

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	8
1.1	Johdatus tutkielman aiheeseen	8
1.2	Tutkielman tarkoitus ja aiheen rajausta.....	9
1.3	Tutkielman rakenne.....	11
2	LAADUKAS PALVELUTUOTANTO JA SEN KRITEERIT.....	12
2.1	Lähtökohtana palvelun laatu	12
2.2	Palvelutuotannon kriteerit SERVQUAL-näkökulmasta	13
2.3	Terveyspalveluiden erityispiirteet ja niiden vaikutus palvelun tuottamiseen	15
3	FYYSINEN PALVELUYMPÄRISTÖ	21
3.1	Tutkimuskohteena fyysinen ympäristö	21
3.2	Fyysisen palveluympäristön elementit.....	22
3.3	Fyysinen ympäristö ja tilankäyttäjä.....	26
4	TUTKIELMAN TEOREETTINEN VIIITEKEHYS	28
5	EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	31
5.1	Lähestymistavan valitseminen	31
5.2	Tutkimusote.....	32
5.3	Tutkimusaineiston keruu	33
5.3.1	Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu	33
5.3.2	Tutkimuskohteiden valinta ja kuvaus	35
5.3.3	Teemahaastatteluiden toteuttaminen.....	37
5.4	Tutkimusaineiston analysointi.....	38
5.5	Tutkimuksen arviointi	39
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET JA POHDINTA.....	42
6.1	Hoitoympäristön elementit.....	42
6.1.1	Fyysinen ympäristö terveydenhuoltoalalla	51
6.1.2	Löydökset teoriataustaan suhteuttaen	52
6.2	Fyysisen ympäristön elementtien ja laadukkaan palvelutuotannon kriteerien väliset yhteydet.....	55
6.2.1	Tekninen laatu.....	58
6.2.2	Hallinnollinen laatutekijä.....	60
6.2.3	Ihmistenvälinen laatutekijä	61

6.2.4	Ympäristöön liittyvä laatutekijä.....	63
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	65
7.1	Kontekstin merkitys fyysisen ympäristön ymmärryksessä ja rakentumisessa	65
7.2	Fyysistä hoitoympäristöä muokkaamalla voidaan edistää palvelutuotannon laatua	66
7.3	Revisoitu teoreettinen viitekehys	68
8	YHTEENVETO.....	71
8.1	Teoreettinen kontribuutio.....	72
8.2	Manageriaalinen kontribuutio	74
8.3	Tutkimuksen rajoitteet ja suositukset jatkotutkimusta varten.....	75
	LÄHTEET.....	78
	LIITE 1 KONTEKSTISIDONNAISET LAATUMALLIT	85
	LIITE 2 TEEMAHAASTATTELURUNKO	89
	LIITE 3 OPERATIONALISOINTITAUUKKO	91
	KUVIOT	
Kuvio 1	Palvelun laadun ulottuvuudet ja muodostuminen SERVQUAL-mallin mukaan (Parasuraman ym. 1988).....	13
Kuvio 2	Fyysisen palveluympäristön elementit (Bitner 1992, 60)	25
Kuvio 3	Fyysisen palveluympäristön merkitys työntekijän toiminnan muodostumisessa (mukaillen Bitner 1992, 60; Turley & Milliman 2000, 196)	27
Kuvio 4	Tutkielman teoreettinen viitekehys	28
Kuvio 5	Fyysisen hoitoympäristön elementit	52
Kuvio 6	Revisoitu teoreettinen viitekehys	68

TAULUKOT

Taulukko 1	Terveyspalveluiden erityispiirteet.....	16
Taulukko 2	Koonti: palvelun laadun ulottuvuudet.....	19
Taulukko 3	Laadukkaan palvelutuotannon kriteerit terveydenhuoltoalalla.....	19
Taulukko 4	Haastateltavien taustatiedot	37
Taulukko 5	Fyysisen palveluympäristön elementit, löydökset ja vertailu.....	53
Taulukko 6	Fyysisen ympäristön elementtien ja palvelutuotannon kriteerien väliset yhteydet, löydökset, koonti	56
Taulukko 7	Fyysisen ympäristön elementit ja palvelun tekninen laatukriteeri...	58
Taulukko 8	Fyysisen ympäristön elementit ja palvelun hallinnollinen laatukriteeri.....	61
Taulukko 9	Fyysisen ympäristön elementit ja ihmistenvälinen laatukriteeri.....	61
Taulukko 10	Fyysisen ympäristön elementit ja ympäristöön liittyvä laatukriteeri... ..	64

1 JOHDANTO

1.1 Johdatus tutkielman aiheeseen

Fyysinen ympäristö¹ (engl. servicescape) on keskeisessä roolissa palveluliiketoiminnassa. Eri tieteenalojen tutkijat ovat yksimielisiä siitä, että yrityksen fyysisellä palveluympäristöllä eli sillä rakennetulla tilalla, jossa palvelu tuotetaan (Bitner 1992, 58), on merkittävä vaikutus tilan käyttäjän tunnetilaan, asenteisiin ja toimintaan (ks. esim. Baker ym. 1988; Bitner 1992; Reimer & Kuehn 2005; Parish ym. 2008; Mari & Poggesi 2014). Ideaalitulanteessa yrityksen fyysinen palveluympäristö tukee ja edistää molempien tilan käyttäjäryhmien, sekä asiakkaiden että työntekijöiden, toimintaa yhtäaikaaisesti (Bitner 1992, 58; Hoffman & Turley 2002, 34).

Huolimatta tutkijoiden pitkäjänteisestä kiinnostuksesta fyysisistä palveluympäristöä kohtaan, valtaosa aikaisemmista fyysiseen ympäristöön liittyvistä tutkimuksista keskittyy tarkastelemaan ilmiötä asiakkaan näkökulmasta (Parish ym. 2008, 232; Mari & Poggesi 2014). Palveluympäristön merkitystä *työntekijän* toiminnan muodostumisessa ja edistämisessä on tutkittu huomattavasti vähemmän (Bitner 1992, 57–58; Berry & Parish 2008, 6; Parish ym. 2008, 220–222, 232–234), ja erityisesti markkinoinnin kirjallisuudessa havaitaan puutteita ilmiön kokonaisvaltaisessa ymmärryksessä (Parish ym. 2008, 220–222, Mari & Poggesi 2014, 185). Fyysisellä ympäristöllä on kuitenkin merkittävä rooli myös henkilöstön kannalta, sillä työntekijät viettävät yrityksen tiloissa usein huomattavasti enemmän aikaa kuin asiakkaat, ja altistuvat näin palveluympäristön vaikutuksille (Bitner 1992; Berry ym. 2004, 5; Parish ym. 2008, 220, 234). Palveluympäristöön liittyvät konkreettiset elementit viestivät henkilöstölle palvelusta ja palveluun liittyvistä hyödyistä, ja ohjaavat näin henkilöstön toimintaa ja käyttäytymistä yksittäisissä palvelutilanteissa. *Hyvällä suunnittelulla voidaan siis tukea palvelun tuottamista.* (Ylikoski 1999, 296–297; Paalumäki 2004; Parish ym. 2008, 234.)

Edellä todettiin, että fyysinen ympäristö on keskeisessä roolissa palveluliiketoiminnassa. Tällöin voidaan perustellusti todeta, että myös terveydenhuoltoalan erilaiset rakennukset ja fyysiset hoitoympäristöt ovat keskeinen osa terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Olemassa olevat terveydenhuoltoalalle keskeiset palveluympäristöt, kuten sairaalat ja terveyskeskukset, *eivät kuitenkaan palvele nykyistä palvelutuotantoa parhaalla mahdollisella tavalla* (Tolkki ym. 2013, 3). Terveyspalveluiden kasvavan kysynnän (mm. väestön ikärakenteen muutos) ja toisaalta olemassa olevien tilojen toimimattomuuden myötä, terveydenhuoltoalan rakennusten ja hoitoympäristöjen uudistaminen on ajankoh-

¹ Tässä tutkielmassa käsitteitä fyysinen ympäristö, fyysinen palveluympäristö ja palveluympäristö käytetään rinnakkain. Lisäksi tutkielman kontekstiin liittyen samaan ilmiöön viitataan myös hoitoympäristönä.

taista. Vuonna 2018 terveydenhuoltoalan rakentamiseen, hoitoympäristöjen peruskorjauksiin, laajentamisiin ja uudiskohteisiin käytettiin pelkästään Yhdysvalloissa yli 42 biljoonaa dollaria (USD). Vuoteen 2022 mennessä summan arvioidaan nousevan 47 biljoonaan dollariin. (FMI 2019, 12–26.)

Uusien tilojen rakentaminen sekä olemassa olevien tilojen peruskorjaukset ja laajennukset ovat ainutlaatuinen ja merkittävä mahdollisuus uudistaa terveyspalveluita tuottavien yritysten toimintamalleja ja prosesseja. Puhutaan sairaalasuunnitteluosaamisesta; Huomio tulee kiinnittää ensisijaisesti palvelutuotantoon sekä sen laatuun. (Tolkki ym. 2013, 2–3.) Samaan aikaan voidaan kuitenkin todeta, että kirjallisuudessa ei ole eksplisiittistä, jäsentynyttä tietoa siitä, *millainen* ympäristö tukee ja edistää laadukkaiden terveyspalvelujen tuottamista parhaiten (Parish ym. 2008; Han ym. 2018).

Terveydenhuoltosektorin merkityksen kasvun, maailmanlaajuisesti kasvavien terveydenhuoltomenojen ja toisaalta olemassa olevan tiedon puutteellisuuden ja terveyspalvelun erityispiirteiden vuoksi, terveyspalveluita voidaan pitää ajankohtaisena ja hedelmällisenä kenttänä tutkimukselle (Berry & Bendapudi 2007; Parish ym. 2008, 221; Mari & Poggesi 2014, 185; Bitner ym. 2014, 359). Terveydenhuoltoalalla tunnistettu tarve monipuolisemmalle, eri tieteenaloja yhdistävälle näkemykselle nostaa markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä tehdyt havainnot keskeiseen asemaan ilmiön ymmärryksessä; Markkinoinnin kontribuutio ilmiön tutkimuksessa on keskeinen, sillä se nostaa palvelutuotannon *laadun* toiminnan keskiöön terveydenhuoltoalalla. Toisaalta, koska palveluympäristöllä on havaitusti keskeinen rooli markkinoinnin ja palvelututkimuksen kentällä ja markkinoinnin kontribuutio fyysiseen ympäristöön liittyvässä tutkimuksessa on merkittävä, tulevaisuuden hoitoympäristöjen suunnittelu ei voi jäädä yksin terveydenhuollon päättäjien, arkkitehtien ja sisustussuunnittelijoiden tehtäväksi (Hutton & Richardson 1995a, 1995b; Parish ym. 2008, 234; Tolkki ym. 2013, 3). Ymmärtämällä hoitoympäristöjen ja laadukkaan palvelutuotannon kriteerien väliset yhteydet paremmin, voidaan tukea ja edistää laadukasta palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla nykyistä tehokkaammin ja kokonaisvaltaisemmin.

1.2 Tutkielman tarkoitus ja aiheen rajaus

Tutkielma lähtee siitä oletuksesta, että fyysisellä ympäristöllä on merkittävä vaikutus tilan käyttäjän tunnetilaan, asenteisiin ja toimintaan. Jotta palveluympäristön käyttäjissä saadaan aikaan haluttua toimintaa, fyysisen ympäristön tulee olla tilan käyttäjien mieltymysten ja tarpeiden mukainen (Bitner 1992, 58). Edellä kuitenkin todettiin, että markkinoinnin alalla tieto ja kokonaisvaltainen ymmärrys fyysisen ympäristön käytännön roolista ja merkityksestä erityisesti terveyspalvelujen tuotannossa, terveydenhuoltoalan yri-

tysten ja organisaatioiden henkilöstön toiminnassa ja sen edistämässä on edelleen puutteellista. Ongelmaksi nousee kirjallisuudessa havaittu teoreettisen ja empiirisen tutkimuksen niukkuus. Aikaisempia fyysiseen ympäristöön liittyviä tutkimuksia on myös kritisoitu erityisesti siitä, että tarkasteltavia palveluympäristön elementtejä tutkitaan usein yksi kerrallaan, jolloin ilmiön kokonaiskuva ja siihen liittyvät vuorovaikutussuhteet jäävät epäselviksi (Bitner 1992, 67; Baker ym. 2002, 120; Reimer & Kuehn 2005, 786; Countryman & Jang 2006, 535; Parish ym. 2008, 221–222, 232–233). Tässä tutkimuksessa esitetyt kysymykset pyrkivät näin ollen täydentämään jo olemassa olevaa tutkimuskeskustelua ja edistämään fyysisen ympäristön luoman *kokonaisuuden* ymmärrystä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää miten fyysisen ympäristön avulla voidaan edistää laadukasta palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla. Aihetta tarkastellaan seuraavien osaongelmien avulla:

1. Mitkä ovat laadukkaan palvelutuotannon kriteerit terveydenhuollon kontekstissa?
2. Mistä elementeistä yrityksen fyysinen palveluympäristö rakentuu terveydenhuoltoalalla?
3. Minkälaisia yhteyksiä on havaittavissa laadukkaan palvelutuotannon kriteerien ja fyysisen ympäristön välillä terveydenhuoltoalan kontekstissa?

Tutkielmassa käsiteltävä ilmiö on rajattu terveydenhuoltoalan kontekstiin. Nykyisen toimialaluokituksen TOL 2008 mukaan terveyspalveluilla tarkoitetaan terveydenhuollon laitospalveluita, lääkäri- ja hammaslääkäripalveluita sekä muita terveydenhuoltopalveluja. Edellä esitetyt pääluokat jakautuvat edelleen lukuisiin alaluokkiin ja nämä alaluokat jakaantuvat edelleen yksityiskohtaisempiin luokituksiin, joita ei tässä yhteydessä esitellä tarkemmin. (Hartman 2011, 9.) Tutkielman laajuuden puitteissa tarkastelun ulkopuolelle rajataan kuntoutuslaitokset ja sairaskodit sekä hammaslääkäripalvelut. Näin ollen tässä tutkielmassa terveyspalvelulla viitataan siis yleis- tai erikoislääkärin tai muun hoitohenkilökunnan antamaan palveluun yksityisen tai julkisen sektorin lääkäriasemilla, terveyskeskuksissa, yksityisvastaanotoilla, yritysten ym. klinikoilla. Terveyspalvelu määritellään prosessiksi, joka koostuu enemmän tai vähemmän aineettomista aktiviteeteista, jotka tapahtuvat vuorovaikutuksessa asiakkaan ja terveydenhuoltoalan palveluntuottajan välillä ja joka tarjotaan ratkaisuksi asiakkaan terveyteen liittyviin ongelmiin.

Tutkielmassa käsiteltävää ilmiötä tarkastellaan henkilöstön näkökulmasta. Tällöin tutkimuksen tarkoituksen puitteissa myös ne terveydenhuoltosektorilla toimivat yritykset ja yritysten toiminnot, joissa asiakkaan ja henkilöstön välillä *ei* tapahdu lainkaan henkilökohtaista vuorovaikutusta, esimerkiksi erilaiset itsepalvelupisteet ja verkkopalvelut, rajataan tutkielman aiheen ulkopuolelle. Päätöstä tukee se, että palveluyritysten välisten erojen takia myös fyysinen palveluympäristö ja sen merkitys palvelukokonaisuuden ja työntekijän toiminnan muodostumisessa määräytyvät sen mukaan, onko kyseessä esimerkiksi itsepalvelupiste vai vuorovaikutukseen perustuva palveluympäristö (Bitner 1992, 58–59; Parish ym. 2008, 222).

Tutkielman laajuuden puitteissa myös fyysinen palveluympäristö on rajattava tarkemmin. Fyysinen palveluympäristö voidaan jakaa ulkoiseen (engl. facility exterior) ja sisäiseen (engl. facility interior) ympäristöön; Ulkoinen ympäristö muodostuu ulkotilan suunnittelusta, ohjekylteistä, paikoitusratkaisuksista sekä ympäröivästä alueesta ja maisemasta. Sisäisellä ympäristöllä tarkoitetaan puolestaan yrityksen sisätilojen suunnittelua, sisustus- ja esillepanoratkaisuja, palvelun tuotannossa käytettäviä välineitä (esim. koneet, laitteet), ohjekylttejä, sisätilan lämpötilaa ja ilman laatua sekä tilan yleistä tunnelmaa. (Hoffman & Bateson 1997, 212–213; Paninchukunnath 2009, 90–92; Zeithaml ym. 2013, 278.) Koska palveluita tuottava työntekijä viettää tavallisesti suurimman osan työajastaan yrityksen sisätiloissa (Parish ym. 2008, 220, 232, 234), myös tässä tutkielmassa fyysinen palveluympäristö on rajattu yrityksen sisätilojen tarkasteluun. Tässä tutkielmassa fyysinen palveluympäristö elementteineen määritellään rakennetuksi, ihmisen tietoisesti muokkaamaksi toiminnan kehikoksi, jonka tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen vuorovaikutus, edistää palvelun tuottamista ja näin saada aikaan liiketoiminnallisesti merkittävää toimintaa. Lopuksi todetaan, että tutkielmassa käytetty fyysisen ympäristön käsite pohjautuu Bitnerin (1992) servicescape -malliin. Ymmärryksen lisäämiseksi tutkielmassa hyödynnetään jonkin verran fyysiseen ympäristöön liittyvää tutkimustietoa myös muilta tutkijoilta ja tieteenaloilta. Koska tutkielman tavoitteena on täydentää olemassa olevaa tutkimuskeskustelua ja edistää fyysisen ympäristön luoman kokonaisuuden ymmärrystä tietyssä kontekstissa, tutkimusotteeksi valittiin laadullinen tapaustutkimus, jossa vertailtiin kahta eri sektoreilla toimivaa terveydenhuoltoalan toimijaa. Empiirinen aineisto kerättiin temahaastattelujen avulla.

1.3 Tutkielman rakenne

Tutkielma koostuu kahdeksasta luvusta. Tutkielman teoriaosuudessa, luvuissa kaksi ja kolme, tarjotaan lukijalle tutkittavan ilmiön teoreettinen tausta; Luvussa kaksi tarkastellaan mitä palvelutuotannolla tarkoitetaan, mitä laadukas palvelutuotanto terveydenhuolto kontekstissa tarkoittaa ja mitkä ovat laadukkaan palvelutuotannon kriteerit terveydenhuoltoalalla. Luvussa kolme tarkastellaan yrityksen fyysistä palveluympäristöä ja sijoitetaan tutkittava ilmiö terveydenhuoltoalankontekstiin. Teoriaosuuden pohjalta luvussa neljä esitetään tutkimuksen teoreettinen viitekehys. Ennen tulosten esittelyä ja pohdintaa (luku 6), luvussa viisi määritellään tutkimuksen metodologiset lähtökohdat ja kuvataan tutkimuksen käytännön toteutus. Menetelmäluvussa pyritään mahdollisimman läpinäkyvästi kertomaan, miten tutkimus toteutettiin sekä arvioidaan tutkimuksen luotettavuus. Tulosten esittelyn ja pohdinnan jälkeen esitetään johtopäätökset (luku 7). Lopuksi luvussa kahdeksan esitetään yhteenveto. Luvussa kahdeksan keskustellaan myös toteutetun tutkimuksen puutteista ja rajoitteista. Lisäksi luku sisältää jatkotutkimussuosituksen.

2 LAADUKAS PALVELUTUOTANTO JA SEN KRITEERIT

2.1 Lähtökohtana palvelun laatu

Monissa palveluita tuottavissa yrityksissä on jo pitkään ymmärretty, että asiakastyytyväisyys ja palvelun korkea laatu ovat edellytyksiä yrityksen menestykselle (Ylikoski 1999, 13; Dabholkar ym. 2000; Rashid & Jusoff 2009, 471). Palvelun laatua voidaankin tarkastella eri näkökulmista. Yrityksen eli palveluntarjoajan näkökulmassa korostuu usein esimerkiksi organisaation tai prosessien tehokkuus (engl. efficiency), vaikuttavuus (engl. effectiveness) ja sittemmin vahvasti myös asiakaslähtöisyys, kun taas asiakkaan näkökulma painottuu usein puhtaasti palvelun laadun muodostavien ulottuvuuksien ja palvelusta saadun hyödyn ja arvon arvioimiseen. Terveystieteiden kontekstissa palvelun laatua on perinteisesti tarkasteltu palveluntarjoajan näkökulmasta (engl. supply-side approach); terveyspalvelujen laatua on mitattu yleisimmin sairastavuuden (engl. morbidity) ja kuolleisuuden (engl. mortality) perusteella. Arvioimalla pelkääntään kuolleisuutta ja sairastavuutta, terveydenhuoltojärjestelmä antaa kuitenkin vain yksipuolisen arvion sen toimivuudesta. (Dagger ym. 2007, 124–125; Aagja & Garg 2010.)

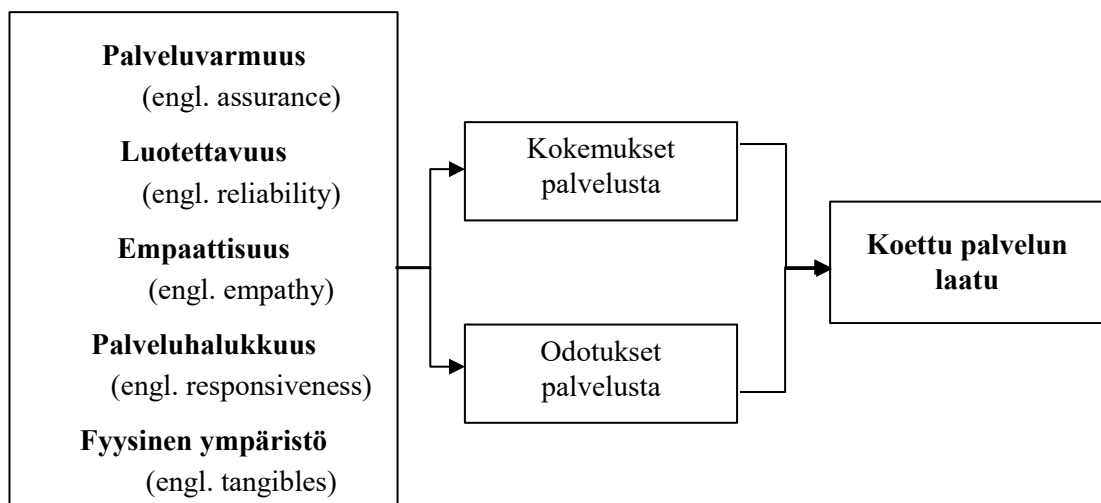
Terveystieteiden sektorin merkityksen kasvun myötä myös terveyspalvelujen ja terveydenhuollon korkea laatu on noussut keskeiseen asemaan terveydenhuollon ammattilaisten, johdon ja päättäjien keskuudessa. Nykyään terveydenhuoltoalan toimijoiden odotetaan pystyvän kokonaisvaltaisemmin tunnistamaan ja täyttämään asiakkaiden tarpeet ja odotukset aikaisempaa paremmin. (Curry & Sinclair 2002, 197; Dagger ym. 2007, 123.) Tällöin on perusteltua, että tässä tutkielmassa asetettua ensimmäistä osaongelmaa (laadukkaan palvelutuotannon kriteereitä) lähestytään asiakkaan näkökulmasta; tarkastelemalla millainen on laadukas terveyspalvelu *asiakkaan* näkökulmasta, voidaan tehdä päätelmiä myös laadukkaan palvelutuotannon kriteereistä terveydenhuoltoalalla.

Palvelun laadun muodostumista, arviointia ja mittaamista tarkasteleva tutkimuskustelu on yleisesti hajanaista, eivätkä tutkijat ole täysin yksimielisiä siitä, mikä on paras tapa mitata palvelun laatua. Vaikka palvelun laadun tiedetään muodostuvan eri ulottuvuuksista, ei ole olemassa vakiintunutta käsitystä eri laatu-ulottuvuuksien luonteesta tai sisällöstä. (Brady & Cronin 2001, 34.) Kirjallisuuden perusteella kaksi vakiintunutta palvelun laatumittaria ovat Grönroosin (1984) kehittämä kaksijakoinen laatumittari, jonka mukaan palvelun laatu jakautuu tekniseen ja funktionaaliseen laatuun, sekä Parasuramanin ym. (1988) kehittämä viisiportainen SERVQUAL-mittaristo, jonka mukaan palvelun laatu muodostuu kun asiakas vertaa kokemuksiaan palvelusta odotuksiinsa palvelusta. Tunnetuin palvelun laatumittari lienee jälkimmäisenä mainittu SERVQUAL, joka hallitsee alan tutkimuskirjallisuutta (Brady & Cronin 2001, 34; Butt & de Run 2010, 661).

Koska myös terveydenhuoltoalan kontekstissa palvelun laadun muodostumista ja arviointia on useasti tutkittu juuri SERVQUAL-mittariston avulla (ks. esim. Curry & Sinclair 2002, 198–199, 204; Rashid & Jusoff 2009, 474–478; Butt & de Run 2010; Pai & Chary 2013), myös tässä tutkielmassa palvelun laadun (ja siis laadukkaan palvelutuotannon kriteerien) tarkastelu pohjautuu Parasuramanin ym. (1988) malliin.

2.2 Palvelutuotannon kriteerit SERVQUAL-näkökulmasta

SERVQUAL-mittaristo pohjautuu Parasuramanin ym. (1985) alkuperäiseen tutkimukseen, jossa tarkasteltiin tekijöitä joiden perusteella asiakkaat arvioivat palvelun laadun ulottuvuuksia (Parasuraman ym. 1988, 17). Tutkimuksen perusteella Parasuraman ym. (1985, 47) jaottelivat palvelun laadun ulottuvuudet alun perin kymmeneen osa-alueeseen seuraavasti: palveluympäristö ja aineelliset ominaisuudet (engl. tangibles), luotettavuus (engl. reliability), palveluhalukkuus (engl. responsiveness), kommunikaatio (engl. communication), uskottavuus (engl. credibility), turvallisuus (engl. security), kyvykkyys (engl. competence), asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen (engl. understanding/ knowing the customer), kohteliaisuus (engl. courtesy) ja saavutettavuus (engl. access). Koska alkuperäisissä ulottuvuuksissa oli osittain päällekkäisyyksiä, lopullinen SERVQUAL-mittaristo muodostuu viidestä ulottuvuudesta (kuvio 1):



Kuvio 1 Palvelun laadun ulottuvuudet ja muodostuminen SERVQUAL-mallin mukaan (Parasuraman ym. 1988)

SERVQUAL-mittariston mukaan palvelun laatu muodostuu siis asiakkaan verrattessa kuvion 1 esittämien tekijöiden kautta kokemuksiinsa palvelusta odotuksiinsa palvelusta. Mallin mukaan kaikki viisi laatu-ulottuvuutta ovat kriittisiä palvelun laadun muodostu-

misessa (Parasuraman ym. 1988; Curry & Sinclair 2002, 198). Kuten kuvio 1 havainnollistaa, Parasuramanin ym. (1988) mukaan laadukkaan palvelun, ja tässä käänteisesti palvelutuotannon, kriteereinä pidetään palveluvarmuutta ja oikea-aikaisuutta (engl. assurance), luotettavuutta (engl. reliability), empaattisuutta ja asiakkaan yksilöllistä huomioimista (engl. empathy), palveluhenkilöstön huomaavaisuutta sekä halua auttaa asiakkaita ja tarjota asianmukaista palvelua (engl. responsiveness). Lisäksi palvelun laatuun, ja siis laadukkaaseen palvelutuotantoon, vaikuttavat mallin mukaan fyysinen palveluympäristö, jossa palvelu tuotetaan, laitteisto sekä työntekijöiden toiminta ja ulkoasu (engl. tangibles).

Edellä esitetty tapa tarkastella laadukkaan palvelu(tuotanno)n kriteereitä on hyvin suoriivainen. Vaikka terveydenhuoltoalan kontekstissa terveystalvelujen laadun muodostumista ja arviointia on tutkittu usein juuri SERVQUAL-laatumittariston avulla (ks. esim. Curry & Sinclair 2002; Rashid & Jusoff 2009; Butt & de Run 2010; Pai & Chary 2013), sitä kohtaan on esitetty myös paljon kritiikkiä. Kirjallisuudesta löytyy viitteitä siitä, että SERVQUAL-mittaristoa pidetään hankalana; SERVQUAL-mittaristo tarjoaa verrattain pintapuolisen tavan tarkastella palvelun laadun muodostumista ja mittaamista, ja näin ollen kyseisen mittariston soveltamista erityisesti eri konteksteissa pidetään ongelmallisena (Babakus & Boller 1992; Vandamme & Leunis 1993; Buttle 1996; Reimer & Kuehn 2005, 790–791, 800–801; Dagger 2007, 124). Vaikka ideana laatumittaristossa oli alun perin, että se toimii ikään kuin kehikkona jota sovelletaan ja muokataan eri palvelutyypin ja alojen tarpeeseen (Parasuraman ym. 1998, 30–31), mittaristo on useiden tutkimusten mukaan osoittautunut turhan ”jäykäksi” (ks. esim. Carman 1990; Babakus & Boller 1992; Buttle 1996; Dabholkar ym. 1996). Myös terveydenhuoltoalan kontekstissa SERVQUAL:n avulla saadut tutkimustulokset ovat epäyhdenmukaisia (vrt. esim. Babakus & Boller 1992; Vandamme & Leunis 1993; Taner & Antony 2006; Dagger ym. 2007; Rashid & Jusoff 2009; Butt & de Run 2010; Suki ym. 2011, 44–45; Pai & Chary 2013). Todetaan, että terveystalvelun laadun muodostumisen kokonaisvaltainen ymmärrys SERVQUAL-mittariston pohjalta on puutteellista. Näin ollen mittarin avulla ei myöskään voida tehdä yhdenmukaisia päätelmiä laadukkaan palvelutuotannon kriteereistä terveydenhuoltoalalla.

Edellä esitetyt haasteet SERVQUAL-mittariston käytössä vaativat ilmiön (palvelun laadun muodostumisen) laajempaa tarkastelua. Laajemman kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta, että markkinoinnin ja palvelututkimuksen kirjallisuudessa esiintyvien ”yleisten” laadun muodostumista tarkastelevien mallien ja näkemysten yhdistäväksi tekijäksi nousee neljä laatu-ulottuvuutta: tekninen (engl. technical), hallinnollinen (engl. administrative), ihmistenvälinen (engl. interpersonal) ja ympäristöön (engl. environment) liittyvä ulottuvuus (ks. Grönroos 1984; Parasuraman ym. 1988; McDougall & Levesque 1995; Dabholkar ym. 1996; Dagger ym. 2007; Brady & Cronin 2011). Tätä havaintoa voidaankin pitää alustavana raamina laadukkaan palvelutuotannon kriteereille.

Palvelun laadun arvioinnin ja mittaamisen tulisi kuitenkin olla huomattavasti nykyistä ymmärrystä kontekstisidonnaisempaa. Koska tässä tutkielmassa yhtenä osaongelmana on analysoida, mitkä ovat laadukkaan palvelutuotannon kriteerit terveydenhuoltoalan kontekstissa, ilmiön rajatumpi, yksityiskohtaisempi tarkastelu ja syvempi ymmärrys ovat tarpeen; palvelutuotannossa terveydenhuoltoalalla onkin huomioitava myös terveydenhuoltoon ja terveyspalveluihin liittyvät erityispiirteet (Lillrank ym. 2004, 22–23).

2.3 Terveyspalveluiden erityispiirteet ja niiden vaikutus palvelun tuottamiseen

Suhteellisen pieni osa tutkimuksista on tarkastellut palvelun laadun muodostumista ja arviointia tietyssä kontekstissa, ja kuten edellä todettiin, etenkin terveydenhuoltoalan kontekstissa havaitaan puutteita palvelun laadun muodostumiseen ja mittaamiseen liittyvässä keskustelussa ja sen yhdenmukaisuudessa (Dagger ym. 2007, 124). Kuten kaikilla toimialoilla, myös terveydenhuoltoalalla ilmenee sellaisia toimialalle tyypillisiä tunnuspiirteitä, jotka tulee huomioida toimialan analyysissä. Terveydenhuollon toimintakokonaisuus kaikkineen on monimutkaisempi kuin esimerkiksi kuluttajien käyttämät pankkipalvelut, sillä terveyspalveluihin liittyy erityispiirteitä joita muissa asiantuntijapalveluissa ei ole. Muihin palveluihin verrattuna terveyspalveluiden laadun arviointia ja mittaamista hankaloittaakin juuri terveyspalveluiden erityispiirteet. (Taner & Antony 2006; Berry & Bendapudi 2007; Tevameri 2017, 7.)

Lähtökohtaisesti terveyspalveluissa on paljon samoja ominaispiirteitä² kuin muissakin palveluissa. Terveyspalvelu on niin ikään aineeton (engl. intangible), heterogeeninen (engl. heterogeneous) katoavainen (engl. perishable) prosessi, jossa kulutus ja tuotanto tapahtuvat samanaikaisesti (engl. inseparable). Kuten muissakin palveluissa, myös terveyspalvelussa kokonaispalvelutarjoomaan sisältyy usein aineettoman palveluprosessin lisäksi monia fyysisiä tuotteita; esimerkiksi ortopedin ja potilaan välisessä hoitosuhteessa, potilasta hoidetaan lääketieteellisen (aineettoman) diagnoosin lisäksi tavallisesti muun muassa erilaisten leikkausinstrumenttien ja lääkkeiden avulla. (Berry & Bendapudi 2007.) Tästä näkökulmasta tarkasteltuna laadukkaan terveyspalvelun tuottamisen kriteerit vastaavat perinteisten palveluiden tuottamista, ja näin ollen alaluvussa 2.2. esitetyt laadukkaan palvelutuotannon kriteerit (tekninen, hallinnollinen, ihmistenvälinen ja ympäristöön liittyvä) voidaan soveltaa myös terveyspalvelujen yhteydessä (ks. esim.

² Perinteisesti palvelut on erotettu fyysisistä tuotteista palvelun ominaispiirteiden eli ns. IHIP-tekijöiden perusteella (ks. esim. Shostack 1977; Lovelock 1983; Zeithaml ym. 1985). Ajattelutapa, jossa palvelut ja tuotteet pyritään erottamaan toisistaan IHIP-tekijöiden avulla, hallitsi alan kirjallisuutta erityisesti 1980-luvulla. Sitten mallia on kritisoitu. Nykyisin palvelut nähdään kokonaisvaltaisena liiketoimintalogiikkana, jossa kaikki vaihdanta liittyy palveluihin (ks. esim. Vargo & Lusch 2004a, 2004b).

Curry & Sinclair 2002; Rashid & Jusoff 2009, 474–476; Butt & de Run 2010). Terveyspalveluiden erityispiirteet (taulukko 1) asettavat kuitenkin omat haasteensa palvelun tuottamiselle, sillä ne vaikuttavat merkittävästi siihen, millaisena laadukasta palvelua terveydenhuollon kontekstissa yleisesti pidetään ja miten terveyspalvelua arvioidaan (Berry & Bendapudi 2007).

Taulukko 1 Terveyspalveluiden erityispiirteet

Palvelun erityispiirre	Vaikutukset
Hyvin henkilökohtainen, elämälle tärkeä	Asiakas on tavallisesti sairas ja stressaantunut. Tilanteeseen liittyy asiakkaan kokemaa kipua, epävarmuutta ja pelkoa. Asiakas on vaativampi, tunteellisempi ja herkempi kuin muiden palveluiden kohdalla. (Berry ym. 2004, 5; Berry & Bendapudi 2007, 111–114.)
Välttämätön, ei kuluteta yleensä asiakkaan omasta halusta tai toiveesta	Asiakkaan halut ja tarpeet usein ristiriidassa, asiakasta voidaan pitää tietyiltä osin vastahakoisena (Berry ym. 2004, 5; Berry & Bendapudi 2007, 111–115). Edustaa välttämättömyyspalvelua (Tevameri 2017, 42), mikä saattaa vaikuttaa merkittävästi asiakkaan arvioon palvelun laadusta (Bendapudi & Leone 2003; Berry & Bendapudi 2007, 111–115; Tevameri 2017, 42).
Asiakas riippuvainen palveluntarjoajan asiantuntijuudesta	Palveluntuottajan rooli on määrittelevä. Eroa keskeisesti ”tavallisista” palveluista, joissa rooli reaktiivinen (Berry ym. 2004, 5; Berry & Bendabudi 2007, 111–113).
Uskottavuuspalvelu, palvelun laadun arviointi vaikeaa	Asiakkaan on vaikeampi arvioida kuluttamansa terveyspalvelun (teknistä) laatua; Asiakas painottaa palvelun laatua arvioidessaan muita laatu-ulottuvuuksia, joita hän ymmärtää paremmin (Vandamme & Leunis 1993, 31–34).
Yksityinen	Asiakkaan tulee terveyspalvelua kuluttaessaan paljastaa mitä arkaluontoisempia asioita itsestään ja elämästään. Tilannetta vaikeuttaa usein se, että palveluntarjoaja voi olla hoitokerroilla eri jolloin pidempiaikaista hoitosuhdetta voi olla vaikea rakentaa. Erityisesti asiakkaan yksityisyys on ulottuvuus, jota nykyinen ymmärrys palvelun laadusta ja sen muodostumisesta ei tue riittävästi. (Berry & Bendabudi 2007, 111–115.)

Suurempi riski kuin monissa muissa palveluissa	Hoitovirheiden, inhimillisten erehdysten ym. riski paljon vakavampi kuin muissa palveluissa. Myös palvelun korjaaminen vaikeaa: Lääkärin antamia virheellisiä hoitosuosituksia tai niistä koitunutta haittaa voi olla vaikea korjata jälkikäteen. (Berry ym. 2004, 5; Berry & Bendapudi 2007, 116–118.)
Kokonaisvaltainen	Terveyspalvelu tulee räätälöidä muita palveluita laajemmin ja tarkemmin. Palvelun tulee huomioida ja vastata asiakkaan terveydentilaa, ikää, psyykkistä ja taloudellista tilaa, perhetilannetta sekä mieltymyksiä. (Berry & Bendapudi 2007, 115.)

Huomioimalla taulukossa 1 esitettyjen erityispiirteiden roolin merkitys terveyspalvelun laadun muodostumisessa ja arvioimisessa, voidaan muodostaa edellä esitettyä tarkempia päätelmiä myös palvelutuotannon kriteereistä terveydenhuoltoalalla. Todetaan, että laadukkaan palvelutuotannon kriteerien voidaan terveyspalveluiden erityispiirteiden näkökulmasta nähdä liittyvän: terveyspalveluun liittyvien riskien minimoimiseen, potilaan eli asiakkaan yksityisyydestä huolehtimiseen, palveluntarjoajan vahvaan asiantuntijuuteen ja kykyyn ja haluun yhdistää lääketieteellinen tieto ja tieto yksilöstä (asiakkaasta), palveluntarjoajan vuorovaikutus- ja sosiaaliin (luottamus, huolehtivaisuus, huolenpito, tarkkaavaisuus) taitoihin sekä äärimmäiseen empatiakykyyn ja palveluntarjoajan huomattavaan henkisen ja fyysisen stressin sietokykyyn. Lisäksi terveyspalvelun luonteesta välttämättömyyspalveluna seuraa vaatimus siitä, että palvelut tuotetaan kaikin tavoin eettisesti, inhimillisesti ja asiakkaan hyvinvointi huomioiden (Tevameri 2017, 7).

Kontekstisidonnaiset mallit

Terveyspalveluun liittyvien tunnistettujen erityispiirteiden takia terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa on pyritty kehittämään myös ”omia”, kontekstisidonnaisia palvelun laadun arviointiin ja mittaamiseen tarkoitettuja malleja, jotka pyrkivät huomioimaan myös taulukossa 1 esitettyjen terveyspalvelujen erityispiirteiden vaikutukset (palvelun laadun muodostumiseen ja arviointiin) paremmin (Dagger ym. 2007, 124–125; Gill & White 2009). Liitteessä 1 esitetään koonti muutamista kirjallisuudesta eri vuosikymmeninä esiintyneistä kontekstisidonnaisista terveyspalvelun laadun arviointiin ja mittaamiseen tarkoitetuista malleista havaintoineen.

Liitteen 1 pohjalta voidaan todeta, että terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa haasteeksi on osoittautunut erityisesti yhden ”yleisen” (terveydenhuoltoalan kontekstin sisällä) laatumittarin luominen. Terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa ei vallitse selkeää yhteisymmärrystä siitä, miten terveyspalvelun laatu muodostuu tai mikä on pätevin ja luotettavin tapa mitata sitä (Gill & White 2009; Pai & Chary 2013). Kuten Liite 1 havainnollistaa,

esimerkiksi laatuun vaikuttavien ulottuvuuksien määrä vaihtelee tutkimusten kesken. Samalla Liite 1 osoittaa kuitenkin, että terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa tehdyissä tutkimuksissa toistuu osittain samat terveystalouden laadun ulottuvuudet. Voidaan todeta, että terveydenhuoltoalan kontekstissa korostuu erityisesti palvelun tekninen ulottuvuus, joka mainittiin jokaisessa Liitteessä 1 tarkastelluissa malleissa yhtenä keskeisimpänä terveystalouden laatuun vaikuttavana tekijänä. Liitteessä 1 tarkasteltujen tutkimusten pohjalta, myös tässä tutkielmassa palvelutuotannon teknisellä ulottuvuudella viitataan palvelun lääketieteelliseen ytimeen, asiakkaan saamaan hoitoon, itse hoitoprosessiin, diagnoosin antamiseen ja lääketieteellisen tiedon sekä laitteiden ja instrumenttien soveltamiseen, hoitotoimenpiteiden täyttämisen sujuvuuteen ja palveluntarjoajan asiantuntijuuteen.

Toiseksi terveydenhuoltoalan kontekstissa korostuu ihmistenvälinen laatu-ulottuvuus. Vivahteelliset erot pois lukien, ihmistenvälinen kommunikaatio ja vuorovaikutus mainittiin myös jokaisessa Liitteessä 1 esitetystä mallista. Tarkasteltujen tutkimusten pohjalta, tässä tutkielmassa palvelutuotannon ihmistenvälisellä ulottuvuudella viitataan palveluntarjoajan ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen, sen laatuun ja johtamiseen. Kolmanneksi laatuun vaikuttavaksi tekijäksi nousi Liitteessä 1 ympäristöön liittyvä ulottuvuus, jolla viitataan tässä tutkielmassa hoitoympäristöön, laitteistoon sekä henkilöstön toimintaan. Edellä esitetyn lisäksi myös hallinnollinen ulottuvuus mainittiin kolmanneksessa Liitteessä 1 esiintyneistä malleista. Hallinnollinen ulottuvuus on ydinpalvelun tuotannon kannalta keskeisessä asemassa, terveydenhuollon kontekstissa ja tässä tutkielmassa sillä viitataan esimerkiksi jonotusaikoihin, hoidon saamisen käytännönjärjestelyihin (esim. esitutkimukset) ja potilastietojen saatavuuteen ja yleisesti tiedon jakamiseen eri terveydenhuollon ammattilaisten kesken.

Todetaan, että Liitteen 1 tarkastelussa viitataan vain murto-osaan kaikista kontekstisidonnaisista laatumittareihin liittyvistä aikaisemmista tutkimuksista. Edellä esitettyjä havaintoja voidaan kuitenkin pitää luotettavina, sillä osa laatu-ulottuvuuksista toistuu selvästi jo näinkin rajatulla määrällä satunnaisia tarkastelukohteita. Lisäksi havaintojen yleistettävyyttä tukee se, että Liitteessä 1 tarkastellut tutkimukset edustavat eri vuosikymmeniä, sektoreita (julkinen, yksityinen) ja maita.

Sittemmin alalla on tunnistettu tarve monipuolisemmalle, eri tieteenaloja yhdistävälle näkemykselle: Monitieteisyys ja tiedon jakaminen tarjoavat erinomaisen keinon saada yhdenmukaisen ja ”lopullisen” työkalun potilaan terveydenhuollon laatu- ja palvelun arvioimiseksi. Tällöin markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä tehdyt havainnot nousevat keskeiseen asemaan myös terveystalouden laadun muodostumiseen ja arviointiin liittyvässä keskustelussa. (Gill & White 2009, 8,16; Pai & Chary 2013.) Taulukossa 2 on esitetty vertailu markkinoinnin kirjallisuudessa esiintyvien yleisten (ks. alaluku 2.2) ja Liitteen 1 kontekstisidonnaisten mallien laatu-ulottuvuustekijöiden välillä.

Taulukko 2 Koonti: palvelun laadun ulottuvuudet

Yleiset laatumittarit	Kontekstisidonnaiset mallit
- Tekninen	- Tekninen
- Hallinnollinen	- Hallinnollinen
- Ihmistenvälinen	- Ihmistenvälinen
- Ympäristöön liittyvä	- Ympäristöön liittyvä

Kuten taulukko 2 havainnollistaa, kirjallisuudessa esiintyvien yleisten ja kontekstisidonnaisten palvelun laatu-ulottuvuuksien havaitaan olevan terveystalouden näkökulmasta yhdenmukaiset; laadukkaan palvelutuotannon kriteerit terveydenhuollon kontekstissa liittyvät palvelun tekniseen, hallinnolliseen, ihmistenväliseen ja ympäristön laatuulottuvuuteen. Koska terveystalouden laadun arviointia ja mittaamista hankaloittavat juuri terveystalouden erityispiirteet (Taner & Antony 2006; Berry & Bendapudi 2007), huomioimalla myös kirjallisuudessa tunnistetut terveystalouden erityispiirteet voidaan muodostaa syvempi ymmärrys laadukkaan palvelutuotannon kriteereistä terveydenhuoltoalalla; taulukossa 3 on huomioitu terveystalouden erityispiirteiden merkitys laadukkaan palvelutuotannon kriteeristöön.

Taulukko 3 Laadukkaan palvelutuotannon kriteerit terveydenhuoltoalalla

Palvelutuotannon kriteeri	Selitys	Kriteeriin liittyvät terveystalouden erityispiirteet
Tekninen	Palvelun lääketieteellinen ydin, asiakkaan saama hoito, hoitoprosessi, diagnoosin antaminen ja lääketieteellisen tiedon sekä laitteiden ja instrumenttien soveltaminen, hoitotoimenpiteiden täyttämisen sujuvuus ja palveluntarjoajan asiantuntijuus.	Riskien minimoiminen, palveluntuottajan asiantuntijuus (kyky yhdistää lääketieteellinen tieto ja tieto yksilöstä).
Hallinnollinen	Palvelun teknisen suorittamisen helpottaminen; jonotusajat, hoidon saamisen käytännönjärjestelyihin (esim. esitutkimukset), potilastietojen saatavuus, yleisesti tiedon jakaminen hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten kesken.	Potilaan yksityisyydestä huolehtiminen, palvelu tuotetaan eettisesti.

Ihmistenvälinen	Palveluntarjoajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus, sen laatu ja johtaminen.	Vuorovaikutus ja sosiaalinen kanssakäynti, empatiakyky ja inhimillisuus, henkisen ja fyysisen stressin sietokyky.
Ympäristöön liittyvä	Hoitoympäristö, laitteisto ja henkilöstön toiminta.	Yksityisyydestä huolehtiminen.

Taulukossa 3 yksityisyydestä huolehtimisella viitataan ensisijaisesti potilaan yksityisyyteen (ks. taulukko 1). Sen katsotaan kuuluvan sekä palvelutuotannon hallinnolliseen että ympäristöön liittyvään ulottuvuuteen. Edellä esitetyn perusteella voidaan luotettavasti todeta, että laadukkaan palvelutuotannon kriteereiden terveydenhuollon kontekstissa tunnistetaan liittyvän palvelun tekniseen, hallinnolliseen, ihmistenväliseen ja ympäristön laatu-ulottuvuuteen.

3 FYYSINEN PALVELUYMPÄRISTÖ

3.1 Tutkimuskohteena fyysinen ympäristö

Fyysistä ympäristöä ja sen merkitystä on tutkittu eri tieteenaloilla jo pitkään (Baker 1987; Fottler ym. 2000; Ezeh & Harris 2007, 60–61; Hooper ym. 2013, 271–272). Tutkijat ovat yksimielisiä siitä, että yrityksen fyysisellä ympäristöllä on merkittävä vaikutus tilan käyttäjän tunnetilaan, asenteisiin ja toimintaan (ks. esim. Baker ym. 1988; Bitner 1992; Hutton & Richardson 1995a, 1995b; Turley & Milliman 2000; Ulrich ym. 2004; Reimer & Kuehn 2005; Parish ym. 2008; Mari & Poggesi 2014, 171). Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan todeta, että yrityksen fyysinen palveluympäristö ja sen merkitys vaihtelevat jonkin verran myös sen mukaan, *minikälaisestä* palvelusta on kyse. Fyysisen palveluympäristön merkitys korostuu erityisesti ”perinteisissä” palveluyrityksissä, kuten sairaaloissa ja ravintoloissa, joissa palvelun koettu laatu määräytyy vahvasti asiakkaan ja palveluntarjoajan välisen vuorovaikutuksen tuloksena. (Kotler 1973, 48, 52–53, 55–61; Shostack 1977, 77–78; Zeithaml ym. 1985; Bitner 1990; 1992, 57–58; Hoffman & Turley 2002, 33.)

Potilaslähtöisen ajattelutavan korostuminen on ollut yksi keskeisimmistä tekijöistä fyysisen ympäristön merkityksen ja suunnittelun (engl. healthcare servicescape design) korostumisessa myös terveydenhuoltoalalla (Fottler ym. 2000; Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016, 600). Alan asiantuntijat ovat markkinoinnin ja palvelututkimuksen tavoin tunnustaneet fyysisen palveluympäristön merkityksen tilan käyttäjän tunnetilaan, asenteisiin ja toimintaan (Hutton & Richardson 1995a, 1995b; Fottler ym. 2000; Sahoo & Ghosh 2016, 600) ja ilmiötä onkin jonkin verran tutkittu myös terveydenhuoltoalan kontekstissa. Kuten markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä, myös terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa valtaosa tutkimuksista korostaa kuitenkin fyysisen hoitoympäristön merkitystä nimenomaan asiakkaan eli potilaan näkökulmasta (Hamilton 2003; Ulrich ym. 2004, 4; Parish ym. 2008, 232). Tästä näkökulmasta fyysisten ympäristöjen onkin havaittu vaikuttavan muun muassa asiakastyytyvyyden ja terveystalouden laadun muodostumiseen (ks. esim. Fottler ym. 2000; Sahoo & Ghosh 2016).

Myös terveydenhuoltoalan kontekstissa on kuitenkin tunnistettu, että hyvin suunniteltu palveluympäristö ei ole tärkeä vain potilaille, vaan se on tärkeä myös niille, jotka palvelevat heitä (Berry & Parish 2008). Sittenmin on ymmärretty, että terveydenhuoltoalan fyysiset ympäristöt, kuten sairaalat, terveystalokset ja yksityiset lääkäriasemat, eivät ole ensisijaisesti vain rakennuksia, vaan keskeinen osa terveydenhuollon palvelujärjestelmää, jossa *tilat tukevat toimintaa* (Hausman 2004, 404; Berry & Parish 2008; Tolkki ym. 2013, 4). Olemassa olevat terveydenhuoltoalalle keskeiset palveluympäristöt, kuten sairaalat ja terveystalokset, eivät kuitenkaan palvele nykyistä palvelutuotantoa

parhaalla mahdollisella tavalla. Terveydenhuoltoalalla havaittu tilojen toimimattomuus johtuu tyypillisesti siitä, että ne ovat muovautuneet useiden pienten muutosten, laajennusten ja korjausten tuloksena. Käytännönesimerkkejä fyysisen palveluympäristön toimimattomuudesta sairaalakontekstissa ovat tilanteet, joissa suuret toiminnalliset kokonaisuudet (esim. operatiiviset tilat) ovat pirstoutuneet ympäri sairaalaa, päivystäviä vastaanottoja on useita tai päivystyksen tarvitsemat palvelut ovat kaukana toisistaan. (Tolkki ym. 2013, 2–3.) Aikaisemmissa hoitoympäristöä tarkastelleissa tutkimuksissa juuri hoitohuoneiden pohjaratkaisujen ja koon, huoneiden välisten etäisyyksien sekä huonon valaistuksen on jo aikaisemmin todettu vaikuttavan muun muassa hoitovirheiden syntyyn (Mahmood ym. 2011; Mahmood ym. 2012). Olemassa oleva kirjallisuus viittaa siihen, että hoitoympäristöjen huolellisella suunnittelulla ja kehittämisellä voidaan lisätä henkilöstön tehokkuutta ja tyytyväisyyttä sekä vähentää virheitä (Ulrich ym. 2004, 4–6).

Tehdyistä havainnoista huolimatta erityisesti hoitoympäristöä tarkasteleva empiirinen tutkimus on kirjallisuudessa edelleen vähäistä (Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016, 601; Han 2018). Samalla voidaan todeta, että terveydenhuoltoalalla kokonaisvaltainen ymmärrys fyysisten hoitoympäristöjen vaikutuksista tilan käyttäjän toiminnan muodostumisessa ja edistämässä on markkinoinnin kirjallisuuden tavoin puutteellista. (Ulrich ym. 2004, 4–6; Han ym. 2018.) Tutkimusten mukaan fyysinen palveluympäristö onkin kokonaisuudessaan usein tekijä, jota pidetään yrityksissä vähemmän tärkeänä esimerkiksi palvelun laadun ja henkilöstön toiminnan muodostumisessa.

3.2 Fyysisen palveluympäristön elementit

Vaikka palveluympäristön olennaisesta roolista palveluliiketoiminnassa ollaan yksimielisiä, fyysisen palveluympäristön muodostavien elementtien välillä havaitaan edelleen eroja määritelmien ja tutkimusten kesken (Baker 1987; Ezeh & Harris 2007, 60–61; Hooper ym. 2013, 271–272; Han ym. 2018, 518–522). Lisäksi hajanaisuutta havaitaan myös kirjallisuudessa käytetyssä terminologiassa. Englanninkielisissä tutkimuksissa samaan ilmiöön onkin viitattu useilla eri käsitteillä; physical setting, physical surroundings, environmental psychology, atmospherics, servicescape, physical environment, store environments (Turley & Milliman 2000, 193; Hooper ym. 2013, 272; Mari & Poggesi 2014, 173). Lisäksi erityisesti terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa fyysistä palveluympäristöä tarkastelevissa tutkimuksissa (ks. esim. Hutton & Richardson 1995a, 1995b) viitataan usein alan omaan terminologiaan (engl. healing environment, healthscape, healthcare design, health facility design, healthcare servicescape).

Kotler mainitaan kirjallisuudessa usein ensimmäisenä markkinoinnin tutkijana³, joka korosti fyysisen ympäristön ja erityisesti tilan ilmapiirin (engl. atmospherics) hyödyntämistä markkinoinnissa (Turley & Milliman 2000, 193; Hoffman & Turley 2002, 34; Ezeh & Harris 2007, 60; Hooper ym. 2013, 272). Tutkimuksessa viitataan yrityksen fyysiseen ympäristöön markkinointikeinona, jolla yritys voi vaikuttaa tilan käyttäjän, tässä yhteydessä asiakkaan, toimintaan ja ostokäyttäytymiseen. Kotler (1973, 48–52) jakaa fyysisen ympäristön osiin sen perusteella, mitä tilan käyttäjä voi nähdä, kuulla, haistaa ja tuntea. Tällöin ympäristön elementit jakautuvat: 1) visuaalisiin (värit, muodot, valaistus/kirkkaus, koko), 2) auditiivisiin (äänenvoimakkuus, sävelkorkeus), 3) hajuaistiin liittyviin (ilman raikkaus, tuoksu) ja 4) tuntoaistiin liittyviin elementteihin (pehmeys, sileys ja lämpötila).

Baker (1987, 79), joka niin ikään tutki fyysistä ympäristöä asiakkaan näkökulmasta, määrittelee palveluympäristön puolestaan siksi fyysiseksi tilaksi, jossa palvelu tuotetaan. Kotlerin (1973) mallista poiketen, ympäristön elementit jakautuvat Bakerin (1987) mukaan kolmeen osaan: 1) ilmapiiriin, 2) tilankäyttöön ja tilan muotoiluun sekä 3) sosiaaliin tekijöihin. Sosiaalisilla tekijöillä viitataan palvelutapahtumassa mukana olevien ihmisten määrään ja siihen, minkä tyyppisiä nämä ihmiset ovat sekä heidän käyttäytymiseensä. Myöhemmin Bakerin (1987) mallia ovat hyödyntäneet muun muassa Brady ja Cronin (2001), jotka tutkivat palvelun laadun muodostumista. Bradyn ja Croninin (2001, 37–40) tutkimuksen mukaan fyysinen ympäristö on yksi keskeinen palvelun laatuun vaikuttava tekijä ja sen katsotaan niin ikään muodostuvan ilmapiiristä, sosiaalisista tekijöistä sekä tilankäytöstä ja toimivuudesta.

Markkinoinnin kirjallisuudessa yleisimmin mainittu typologia lienee Bitnerin (1992) esittämä malli, jota muut tutkijat ovat sittemmin muokanneet (Lin & Liang 2011, 352). Bitnerin (1992, 58, 65) mukaan palveluympäristöllä tarkoitetaan sitä rakennettua viitekehystä, jossa palvelu tuotetaan ja jossa asiakas ja palveluntarjoaja ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Se muodostuu kaikista niistä elementeistä, joilla voidaan vaikuttaa tilan käyttäjien asenteisiin, tunnetilaan ja toimintaan. Bitnerin (1992, 60, 65–67) mallissa fyysinen palveluympäristö jakaantuu aikaisempien tutkimusten tavoin kolmeen osaan: 1) ilmapiiriin, 2) tilankäyttöön ja toimivuuteen sekä 3) merkkeihin, symboleihin ja esineisiin. Merkittävin ero Bakerin (1987) ja Bitnerin (1992) lähestymistavassa on sosiaalisten tekijöiden merkitys. Sosiaalisten tekijöiden tärkeyttä palveluympäristön arvioinnissa ovat korostaneet Bakerin (1987) lisäksi muun muassa Turley ja Milliman (2000, 194). Todettakoon kuitenkin, että myös Bitner (2000, 37–50) on myöhemmin täydentänyt alkuperäistä jaotteluaan huomioimalla sosiaalisen ympäristön merkityksen, ja viittaa sosiaaliseen ja

³ Ennen Kotlerin (1973) urauurtavana pidettyä tutkimusta, fyysisen ympäristön ja sen elementtien hyödyntämistä yritystoiminnassa tutkivat muun muassa Kotzan ja Evanson (1969), Cox (1970), Frank ja Massey (1970) sekä Kotler ja Levy (1971).

fyysiseen palveluympäristöön laajennettuna palveluympäristönä (engl. expanded definition of the servicescape). Koska tässä tutkielmassa ollaan kiinnostuneita nimenomaan, miten eri tavoilla *fyysisen* ympäristön avulla voidaan edistää laaduskasta palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla, sosiaaliset tekijät osana yrityksen palveluympäristöä rajataan tarkastelun ulkopuolelle.

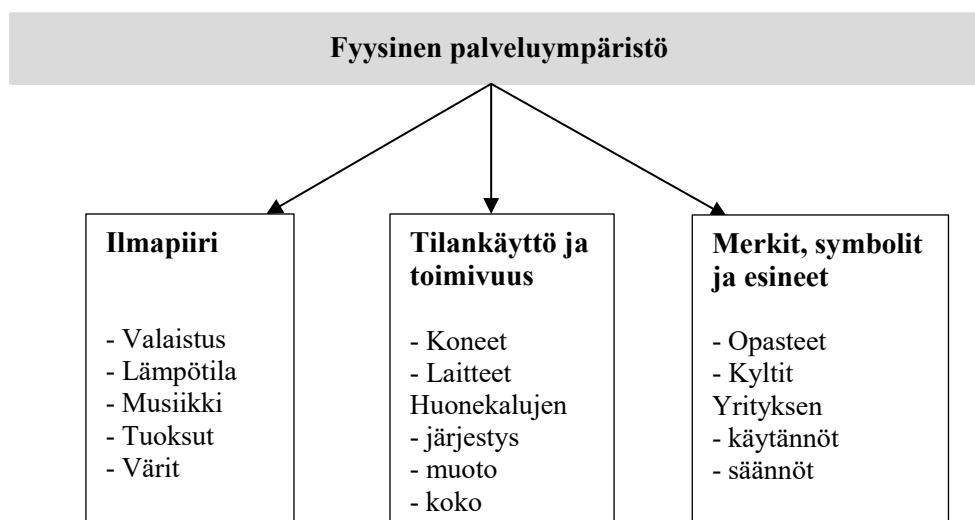
Tutkielman tarkoituksen kannalta kiinnostavan jaottelun tekivät Parish ym. (2008), jotka tutkivat fyysisen ympäristön vaikutusta hoitajien toiminnan ja tyytyväisyyden muodostumisessa. Tutkimuksessa fyysinen ympäristö on jaettu niin ikään kolmeen osaan: 1) käytännöllisyys/sopivuus (engl. convenience), 2) turvallisuus ja 3) viihtyvyys. Tilan käytännöllisyyden ja viihtyvyyden osalta jaottelu muistuttaa hyvin paljon Bitnerin (1992) tilankäyttöä ja toimivuutta sekä ilmapiiriä.

Terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa fyysiseen ympäristöön liittyvässä keskustelussa viitataan yleisimmin Huttonin ja Richardsonin (1995a) kehittämään malliin. Erillinen hoitoympäristön (engl. healthscape) käsite syntyi, kun Hutton ja Richardson (1995a) yhdistivät edellä esitetyn Bitnerin (1992) servicescape-typologian ja Kotlerin (1973) mallin. Tällä tavalla Hutton ja Richardson (1995a) ”tunnustivat” markkinoinnin piirissä tehdyt ilmiöön liittyvät havainnot, mutta viittaavat hoitoympäristöllä siis nimenomaan terveyspalvelun tuottamiseen ja kuluttamiseen tarkoitettuna fyysisenä ympäristönä jota ei terveyspalveluiden ominaispiirteiden (ks. alaluku 2.3) takia tule rinnastaa muihin palveluympäristöihin. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna, fyysisen hoitoympäristön ajatellaan rakentuvan kaikista niistä aineellisista, alalle tyypillisten ympäristöjen elementeistä, jotka tilan käyttäjä havaitsee näkemällä, haistamalla, kuulemalla, maistamalla ja koskettamalla (Hutton & Richardson 1995a). Terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa on sittemmin esitetty, että hoitoympäristöä ja sen muodostavia elementtejä tulisi tarkastella erikseen markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä tehdyistä havainnoista ja malleista (Han ym. 2018, 512, 528). Alan kirjallisuudessa ei kuitenkaan vallitse yhteisymmärrystä, mistä elementeistä hoitoympäristö rakentuu (vrt. esim. Hutton & Richardson 1995a; Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016; Han ym. 2018). Ymmärretään, että tarvitaan lisää empiiristä tutkimusta, jotta voidaan havaita, mitkä fyysisen ympäristön tekijät ovat merkittäviä juuri terveydenhuollon kontekstissa (Han ym. 2018, 528).

Ympäristön yksittäiset elementit

Kirjallisuuskatsauksen perusteella todetaan, että fyysisen palveluympäristön muodostavat elementit vaihtelevat jonkin verran tutkimuksen tarkoituksen, tutkitun kontekstin ja tutkijoiden tulkinnan mukaan. Sittemmin erityisesti Bitnerin (1992) määritelmä on saanut paljon tunnustusta markkinoinnin kirjallisuudessa (Cockrill ym. 2008, 192; Paninckukunath 2009, 90; Hooper ym. 2013, 272) ja häntä pidetäänkin yhtenä fyysiseen ympäristöön liittyvän tutkimuskeskustelun merkittävimpanä tutkijana (Grove ym. 2003, 110; Kearney

ym. 2012, 80). Myös tässä tutkielmassa fyysisen ympäristön tarkastelu pohjautuu Bitnerin (1992) alkuperäiseen servicescape -typologiaan (kuvio 2). Valittuun malliin päädyttiin, koska kyseinen typologia on saanut paljon tunnustusta markkinoinnin kirjallisuudessa, ja suuri osa myöhemmistä fyysiseen palveluympäristöön liittyvistä tutkimuksista on tehty sen pohjalta (Cockrill ym. 2008, 192; Paninckukunnath 2009, 90; Hooper ym. 2013, 272; Mari & Poggesi 2014, 183). Päätöstä tukee myös se, että edellä esitetty Hutton ja Richardsonin (1995) healthscape-malli pohjautui nimenomaan Bitnerin (1992) typologiaan. Bitnerin (1992) alkuperäinen artikkeli lienee markkinoinnin kirjallisuudessa myös tunnetuin tutkimus, joka huomioi myös työntekijänäkökulman fyysisen palveluympäristön tutkimuksessa (Parish ym. 2008, 232).



Kuvio 2 Fyysisen palveluympäristön elementit (Bitner 1992, 60)

Bitnerin (1992, 60, 65–67) mallissa fyysinen palveluympäristö jakaantuu kuvion 2 osoittamalla tavalla kolmeen osaan: 1) ilmapiiriin, 2) tilankäyttöön ja toimivuuteen sekä 3) merkkeihin, symboleihin ja esineisiin. Ilmapiirin elementit vastaavat aikaisemmin tässä alaluvussa esitettyä Kotlerin (1973) jaottelua: ilmapiiri sisältää kaiken sen mitä tilan käyttäjä voi aistia, esimerkiksi ympäristön valaistuksen, lämpötilan, musiikin, tuoksun ja värit. Tilan käytöllä ja toimivuudella viitataan puolestaan koneisiin, laitteisiin, huonekalujen järjestykseen, muotoon ja kokoon sekä niiden keskinäiseen suhteeseen. Merkit, symbolit ja esineet viittaavat yrityksen käyttämiin opasteisiin, kyltteihin, nimeen, käytäntöihin ja sääntöihin, joita halutaan viestiä tilan käyttäjille. (Bitner 1992, 60, 65–67.) Eri-tyisesti tilan käyttöön ja toimivuuteen liittyviä elementtejä pidetään keskeisinä, sillä ne ovat Bitnerin (1992) mukaan merkittävässä roolissa *henkilöstön* toiminnan helpottamisessa, palvelun tuottamisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. Eri-tyisesti silloin, kun palvelun tuottaminen on hyvin kompleksista kuten terveyspalvelujen kohdalla (ks. luku 2), palveluympäristön tehokkuus ja toimivuus nousevat keskeiseen asemaan (Bitner 1992, 60, 65–67).

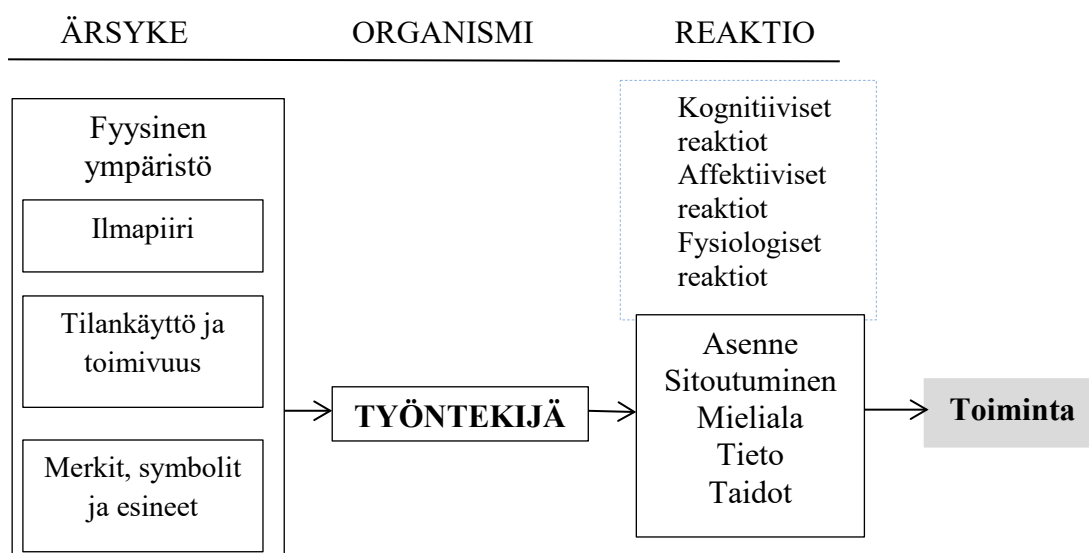
3.3 Fyysinen ympäristö ja tilankäyttäjä

Edellä on todettu, että yrityksen fyysisellä ympäristöllä on merkittävä vaikutus tilan käyttäjän tunnetilaan, asenteisiin ja toimintaan (ks. esim. Baker ym. 1988; Bitner 1992; Hutton & Richardson 1995; Turley & Milliman 2000; Ulrich ym. 2004; Reimer & Kuehn 2005; Parish ym. 2008; Mari & Poggesi 2014, 171). Erityisesti palveluyrityksissä, joissa palvelun ominaispiirteet asettavat omat vaatimuksensa liiketoiminnalle, ja asiakkaan arvontuottamisprosessi ja palvelun tuotanto- ja toimitusprosessi toteutuvat suurelta osin yleensä samanaikaisesti, fyysisen ympäristön merkitys tilan käyttäjän toiminnassa korostuu (ks. esim. Baker ym. 1988; Bitner 1992; Parish ym. 2008; Mari & Poggesi 2014, 171).

Ideaalitilanteessa fyysinen palveluympäristö tukee molempien tilan käyttäjäryhmien, sekä asiakkaiden että työntekijöiden, toimintaa yhtäaikaisesti (Bitner 1992, 58). Markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä suurin osa aikaisemmista palveluympäristöön liittyvistä tutkimuksista keskittyy tarkastelemaan ilmiötä kuitenkin vain asiakkaan näkökulmasta. Valtaosa fyysisen palveluympäristön ja työntekijän toiminnan välistä suhdetta tarkastelevista tutkimuksista on tehty organisaatiokäyttäytymisen kentällä (Parish ym. 2008; Kearney ym. 2012, 72), jossa fyysinen ympäristö on yleisimmin liitetty työntekijän kokeman työtyytyväisyyden, työhön liittyvän stressin ja sitoutuneisuuden tasoon (ks. esim. Rogers ym. 1994; Desantis & Durst 1996; Parish ym. 2008). Nämä tutkimukset on perinteisesti toteutettu toimisto- ja tehdasympäristöissä, joissa asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen vuorovaikutuksen määrä eroaa esimerkiksi terveystalouden tuottamisesta huomattavasti (Parish 2008, 233). Alan kirjallisuudessa on kuitenkin tunnistettu palveluympäristön merkitys yleisemmin henkilöstön toiminnan muodostumisessa ja edistämässä: ”--ihmisen arkinen työympäristö ei ole pelkkä tyhjä kulissi, jonka puitteissa toiminta tapahtuu”, vaan ”-- ympäristön avulla pyritään viestittämään ja ohjaamaan asioita tietoisesti” (Paalumäki 2004).

Jotta tilan käyttäjissä saadaan aikaan haluttua toimintaa, fyysisen ympäristön tulee kuitenkin olla tilan käyttäjien mieltymysten ja tarpeiden mukainen (Bitner 1992, 58). Aikaisemmissa markkinoinnin, ympäristöpsykologian sekä johtamisen ja organisaatiokäyttäytymisen tutkimuksissa, joissa tarkastellaan fyysisen ympäristön vaikutuksia tilan käyttäjän tunnetilaan ja toimintaan, hyödynnetään tavallisesti psykologian kirjallisuudesta tuttua ärsyke-organismi-reaktio-mallia (engl. stimulus-organism-response, S-O-R), joka pyrkii selittämään tilankäyttäjän toimintaa tietyssä ympäristössä (Parish ym. 2008, 223; Kearney ym. 2012, 80). Vaikka S-O-R -mallin analysointi ei ole tutkielman keskiössä, ilmiön kokonaisuuden hahmottamisen kannalta on hyvä yleisellä tasolla ymmärtää, *miten* palveluympäristö vaikuttaa tilan käyttäjän toimintaan ja toisaalta yrityksen toiminnan kannalta tärkeisiin reaktioihin. S-O-R -malli onkin hyödyllinen työkalu myös silloin, kun tarkastellaan fyysisen palveluympäristön vaikutusta yrityksen työntekijöihin (Ibid). Ohei-

sessä kuviossa (kuvio 3) on pyritty havainnollistamaan S-O-R -mallin rakentumista tämän tutkielman puitteissa; Alaluvussa 3.2. tehtyjen valintojen pohjalta, kuviossa 3 on hyödynnetty Bitnerin (1992) näkemystä siitä, mistä elementeistä yrityksen fyysinen palveluympäristö rakentuu.

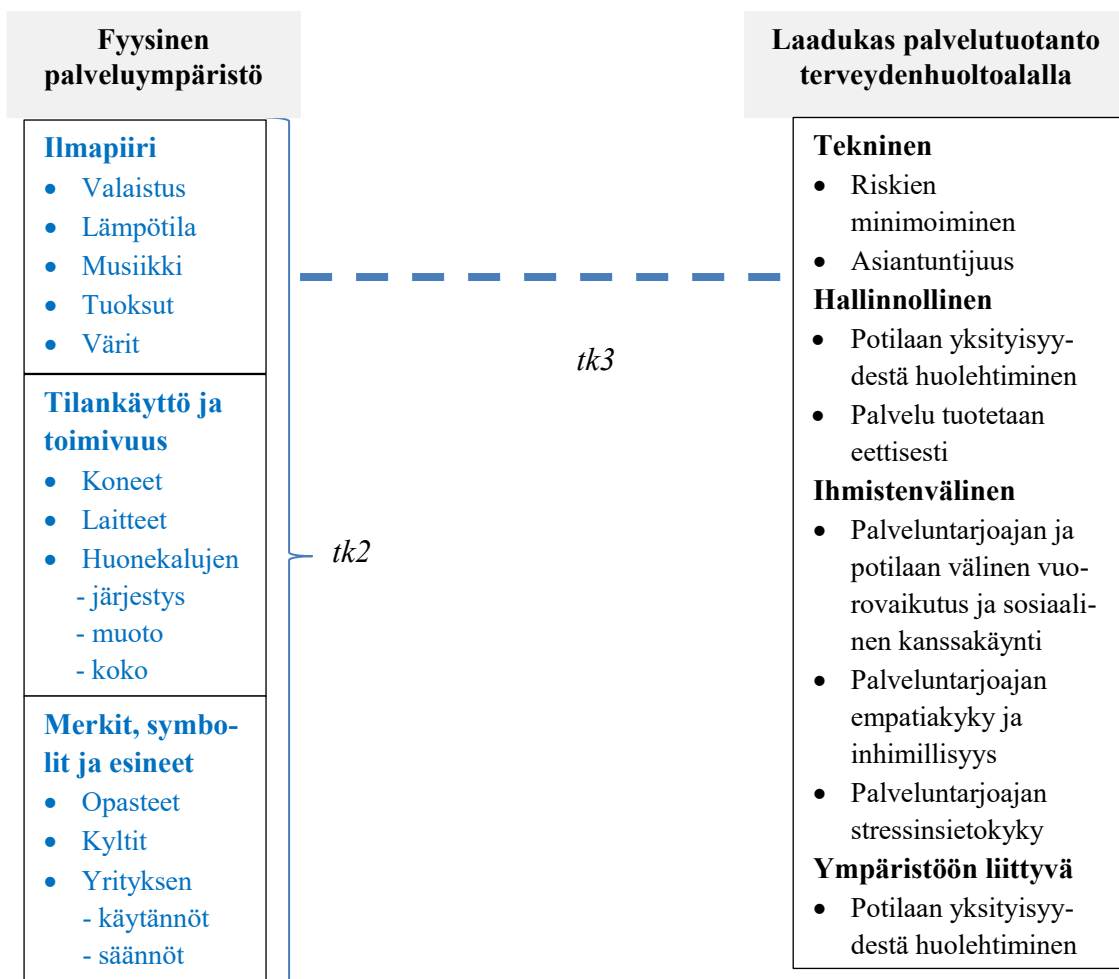


Kuvio 3 Fyysisen palveluympäristön merkitys työntekijän toiminnan muodostumisessa (mukaillen Bitner 1992, 60; Turley & Milliman 2000, 196)

Kuten kuvio 3 havainnollistaa, S-O-R -malli koostuu kolmesta osasta: 1) ärsykkeistä (S), 2) organismista eli ärsykkeiden vastaanottajasta (O) ja 3) reaktioiden joukosta (R). Mallin mukaan työntekijä arvioi joukkoa ärsykkeistä (tässä fyysisen ympäristön elementit Bitnerin (1992) mukaan), mikä saa aikaan reaktion työntekijässä. Reaktio puolestaan vaikuttaa työntekijän toimintaan. Positiiviset arviot ja tunteet ärsykkeitä kohtaan johtavat positiivisiin reaktioihin. Tällöin palveluympäristön elementit eivät suoraan vaikuta henkilön käyttäytymiseen tai toimintaan, vaan vaikutus tapahtuu välillisesti tunteiden, uskomusten ja fysiologisten tunteiden kautta. (Donovan & Rossiter 1982, 36–42; Bitner 1992, 59–65; Turley & Milliman 2000, 34; Hoffman & Turley 2002, 34; Parish ym. 2008, 223–225.) Koska tämän tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää miten fyysisen ympäristön avulla voidaan edistää laadukasta palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla, S-O-R -mallin laajempi tarkastelu rajataan tutkielman aiheen ulkopuolelle; Tutkimuksen kannalta keskeisempää on pyrkiä tunnistamaan merkityksellisemmät laadukkaan palvelutuotannon kriteerit ja fyysisen ympäristön elementtien väliset yhteydet tutkimus kontekstissa.

4 TUTKIELMAN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Edellä esitetyissä teorialuvuissa on pyritty antamaan lukijalle mahdollisimman kattava kokonaiskuva tutkimuksen kohteena olevan ilmiön ymmärryksen nykytilasta. Luvussa 2 laadukkaan palvelutuotannon kriteereiden terveydenhuollon kontekstissa tunnistettiin liittyvän palvelun tekniseen, hallinnolliseen, ihmistenväliseen ja ympäristön laatu-ulottuvuuteen. Huomioimalla kirjallisuudessa tunnistetut terveyspalvelun erityispiirteet muodostettiin edelleen tarkempia päätelmiä laadukkaan palvelutuotannon kriteereistä terveydenhuoltoalalla (ks. alaluku 2.3). Näin ollen todetaan, että luvun 2 kirjallisuuskatsauksen perusteella on saatu riittävä ymmärrys laadukkaan palvelutuotannon kriteereistä terveydenhuollon kontekstissa, eikä ensimmäistä osaongelmaa tutkita tutkimuksen empiriaosiossa. Sen sijaan havaittiin, että kirjallisuudessa ei ole tutkielman kontekstissa riittävää ymmärrystä osaongelmiin 2 ja 3 liittyen. Alla olevassa kuviossa 4 esitetty tutkielman teoreettinen viitekehys yhdistää luvuissa 2 ja 3 keskustellut teoriat, ja toimii näin pohjana empiriselle tutkimukselle.



Kuvio 4 Tutkielman teoreettinen viitekehys

Empirian avulla pyritään ensiksi kartuttamaan lisäymmärrystä osaongelmaan 2 liittyen. Kuviossa 4 fyysisen ympäristön elementit mukailevat alaluvussa 3.2 esiteltyä Bitnerin (1992) servicescape-typologiaa. Valittuun malliin päädyttiin kirjallisuuskatsauksen perusteella, koska terveydenhuoltoalalla ei vallitse yhteisymmärrystä, mistä elementeistä hoitoympäristö rakentuu (vrt. esim. Hutton & Richardson 1995a; Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016; Han ym. 2018) ja koska kyseinen typologia on saanut paljon tunnustusta markkinoinnin kirjallisuudessa, ja suuri osa myöhemmistä fyysiseen palveluympäristöön liittyvistä tutkimuksista on tehty sen pohjalta (Cockrill ym. 2008, 192; Paninckukunnath 2009, 90; Hooper ym. 2013, 272; Mari & Poggesi 2014, 183). Terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa on kuitenkin sittemmin esitetty, että hoitoympäristöä ja sen muodostavia elementtejä tulisi tarkastella erikseen markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä tehdyistä havainnoista ja malleista. Ymmärretään, että tarvitaan lisää empiiristä tutkimusta, jotta voidaan havaita, mitkä fyysisen ympäristön tekijät ovat merkittäviä juuri terveydenhuollon kontekstissa. (Han ym. 2018, 512, 528.) Empirian avulla pyritään tekemään johdopäätöksiä mistä elementeistä yrityksen fyysinen palveluympäristö rakentuu terveydenhuoltoalalla ja korostuuko joidenkin yksittäisten elementtien merkitys tutkitussa kontekstissa.

Toiseksi empirian avulla pyritään kartuttamaan lisäymmärrystä osaongelmaan 3 liittyen. Aikaisempien tutkimusten perusteella oletetaan, että ainakin valaistuksella, yksityisyydellä, alhaisemmalla melutasolla ja paremmalla ilmanlaadulla on myönteisiä vaikutuksia hoitohenkilökunnan toimintaan yleisesti (Ulrich 2004; Berry & Parish 2008). Kirjallisuuskatsauksen (ks. luku 2) ja Liitteen 1 tarkastelun pohjalta ymmärretään myös, että terveydenhuoltoalan kontekstissa korostuu erityisesti palvelun tekninen laatu-ulottuvuus. Hoituhuoneiden pohjaratkaisujen ja koon sekä huoneiden välisten etäisyyksien onkin todettu vaikuttavan muun muassa hoitovirheiden syntyyn (Mahmood ym. 2011; Mahmood ym. 2012). Näin ollen tilankäytöllä ja toimivuudella yleisesti sekä ilmapiirin elementeistä ainakin valaistuksella on havaittu olevan yhteys palvelutuotannon tekniseen ulottuvuuteen. Aikaisempia fyysiseen ympäristöön liittyviä tutkimuksia on kuitenkin kritisoitu siitä, että tarkasteltavia palveluympäristön elementtejä tutkitaan usein yksi kerrallaan, jolloin ilmiön kokonaiskuva ja siihen liittyvät vuorovaikutussuhteet jäävät epäselviksi (Bitner 1992, 67; Baker ym. 2002, 120; Reimer & Kuehn 2005, 786; Countryman & Jang 2006, 535; Parish ym. 2008, 221–222, 232–233). Jo tehtyjen havaintojen lisäksi oletetaan, että esimerkiksi ilmapiirin elementit kuten musiikki, tuoksut ja värit sekä toisaalta myös tilankäyttö ja toimivuus vaikuttavat todennäköisesti ihmistenvälisen kohtaamisen onnistumiseen, kun taas merkit, symbolit ja esineet vaikuttavat todennäköisesti palvelutuotannon tekniseen ja hallinnolliseen ulottuvuuteen. Empirian avulla pyritään laajentamaan ilmiön ymmärrystä sekä tekemään havaintoja merkityksellisimmistä laadukkaan palvelutuotannon kriteerien ja fyysisen ympäristön elementtien välisistä yhteyksistä tutkitussa

kontekstissa. Sitä kautta pyritään analysoimaan, miten eri tavoilla fyysisen ympäristön avulla voidaan edistää henkilöstön laadukasta palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla.

5 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Lähestymistavan valitseminen

Empiirisessä tutkimuksessa lähestymistavan valitseminen ja menetelmävalinnat ovat keskeisessä asemassa ja valintojen tulisi aina pohjautua tutkimuksen tarkoitukseen (Hirsjärvi ym. 2015, 123–131). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää, miten fyysisen ympäristön avulla voidaan edistää laadukasta palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla. Edellä on todettu, että markkinoinnin alalla tieto ja kokonaisvaltainen ymmärrys fyysisen ympäristön käytännön roolista ja merkityksestä erityisesti terveystalouden tuotannossa ja terveydenhuoltoalan henkilöstön toiminnassa ja sen edistämisessä on puutteellista. Koska tutkimuksessa esitetyt kysymykset pyrkivät lisäämään ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä ja näin ollen täydentämään jo olemassa olevaa tutkimuskeskustelua, tutkimusmetodologiaksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus.

Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa pidetään todellisen elämän kuvaamista (Hirsjärvi ym. 2015, 161). Laadullinen tutkimus on luonteeltaan teoriaa kehittävä, kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, joka tähtää tarkasteltavan ilmiön ymmärtämiseen (Uusitalo 1991, 79–82). Näin ollen laadullisen tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena *ei* ole tehdä samalla tavalla empiirisesti yleistäviä päätelmiä kuin tilastollisessa tutkimuksessa (Eskola & Suoranta 1996, 38). Kvalitatiivinen tutkimusote mahdollistaa tutkittavan ilmiön syvällisen tarkastelun jossakin tietyssä kontekstissa (Hirsjärvi ym. 2015, 160–161) ja sopii siis erityisesti tällaiseen tutkimukseen, jonka lähtökohtana on kuvata todellista elämää ja lisätä ymmärrystä monimutkaisesta tutkimusilmiöstä sen luonnollisessa ympäristössä.

Edellä esitetyn lisäksi laadulliselle tutkimusotteelle on tyypillistä hypoteesittomuus. Hypoteesittomuudella viitataan siihen, että tutkijalla ei ole vankkoja ennako-oletuksia tutkittavasta kohteesta tai esimerkiksi tutkimuksen tuloksista. (Eskola & Suoranta 1996, 14; Koskinen ym. 2005, 31.) Tyypillisesti tutkimus toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia ollaan valmiita muuttamaan olosuhteiden mukaisesti. Tällöin on tavallista, että myös empiirisen aineiston kerääminen sekä sen käsittely ja analysointi limittyvät toisiinsa. (Uusitalo, 1991, 78-82; Hirsjärvi ym. 2015, 160–166.) Hypoteesittomuuteen liittyy läheisesti ajatus, jonka mukaan laadullinen tutkimus etenee yleensä induktiivisesti. Induktiivinen ote tarkoittaa pelkistetyimmillään teorian rakentamista empiirisestä aineistosta käsin; yksittäisistä havainnoista edetään yleisempiin väitteisiin. Induktiivisessa otteessa tutkimuksen pääpaino on siis aineistossa. (Eskola & Suoranta 1996, 13–14, 63; Koskinen ym. 2005, 31–32; Eisenhardt & Graebner 2007; Hirsjärvi ym. 2015, 164.) Toisaalta, teorian puutetta voidaan pitää yhtenä epäonnistuneen tutkimuksen tunnusmerkkinä, sillä ilman teoriaa, tuloksilla on usein vähäisempi arvo (Hirsjärvi & Hurme 2001, 12; Dubois &

Gadde 2002, 555). Hyvä tutkimus lähtee teoriasta ja palaa jälleen siihen (Eskola & Suoranta 1996, 61). Näin ollen tässä tutkimuksessa tarkasteltavaa ilmiötä lähestytään abduktiivisesti.

Abduktiivinen eli teoriasidonnainen päättely lähtee usein liikkeelle empiriasta, mutta hyväksyy teorian olemassaolon tutkimuksen taustalla; Kerätystä aineistosta tehdyille havainnoille ja löydöksille etsitään tulkinnan tueksi selityksiä tai vahvistusta olemassaolevasta teoriasta. Abduktiivisessa päättelyssä empiirisen aineiston analyysi ei siis perustu puhtaasti teoriaan, mutta kytkennät siihen ovat selvästi lukijan havaittavissa. Teoriasidonnaisen päättelyn tavoitteena on tehdä uusia löydöksiä sekä empirian että teorian näkökulmasta, jolloin pääpaino on ilmiön ymmärryksen kehittämässä eikä sen luomisessa. (Dubois & Gadde 2002.) Tämän tutkielman näkökulmasta teoriasidonnaisen päättelytavan omaksuminen tarkoittaa käytännössä sitä, että vaikka markkinoinnin alalla tieto ja kokonaisvaltainen ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä on edelleen puutteellista, hankittua aineistoa peilataan saatuihin tuloksiin ja aihepiiriin liittyvään teoriaan muissa konteksteissa. Toisaalta abduktiivinen päättely tarjoaa myös mahdollisuuden tehdä huomioita hankitun aineiston mahdollisesta vastaamattomuudesta aiempiin tutkimuksiin ja löydösten pohjalta luvussa neljä esitettyä teoreettista viitekehystä voidaan tarvittaessa muokata.

5.2 Tutkimusote

Tässä tutkimuksessa hyödynnetään vertailevaa tapaustutkimusta (engl. comparative case study). Yleisesti tapaustutkimus (engl. case study) on yksi yleisimmistä laadullisista tutkimusmenetelmistä liiketaloustieteissä. Tapaustutkimuksella pyritään lisäämään ymmärrystä tietyistä ilmiöistä, ja sille onkin nimensä mukaisesti luoteenomaista yksityiskohtaisen tiedon tuottaminen yksittäisistä tapauksista. Tapauksella voidaan viitata yritykseen tai sen osaan, mutta se voi olla myös jokin yksittäinen prosessi tai vaikkapa yrityksen rakenteellinen ominaisuus. Olennaista on, että tutkittava tapaus muodostaa jonkinlaisen kokonaisuuden. (Koskinen ym. 2005, 154.)

Tapaustutkimus kannattaa valita tutkimusmenetelmäksi silloin, kun jokin tai useat seuraavista ehdoista täyttyvät: Tutkija ei voi kontrolloida tapahtumia, tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä on tehty aikaisemmin vain vähän empiiristä tutkimusta, tutkimuskohde on jokin ajankohtainen ilmiö tai etsitään vastausta kysymyksiin *miten* tai *miksi* (Yin 2003, 1, 5–10). Yleensä tapaustutkimus valitaan menetelmäksi erityisesti silloin, kun halutaan ymmärtää tutkimuskohdetta syvällisemmin ja huomioida siihen liittyvä konteksti (Hirsjärvi ym. 2015 134–135, 166). Koska tämän tutkielman kontekstissa edellä esitetyt ehdot täyttyvät, tapaustutkimuksen valintaa pidetään perusteltuna.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittu tapausmäärä on tyypillisesti pieni. Yksinkertaisimmillaan tutkimus voi keskittyä yhteen tapaukseen. Tällöin asetelma sallii kuitenkin

hyvin rajatun määrän johtopäätöksiä. (Eskola & Suoranta 1996, 13, 33–34; Koskinen ym. 2005, 45, 154.) Vaikka aineiston tieteellisyyden kriteerinä ei suoraan pidetäkään sen määrää vaan laatua (Eskola & Suoranta 1996, 13), tutkimusmenetelmänä tapaustutkimusta on kritisoitu muun muassa juuri tutkimustulosten yleistettävyydestä (Yin 2003, 10; Koskinen ym. 2005, 45). Muutaman tapauksen asetelma mahdollistaa puolestaan tutkimusilmiön tarkastelun laajemmasta näkökulmasta, ja se osoittautuikin usein hedelmällisemmäksi kuin yhden tapauksen tutkiminen. Jo kahden tapauksen asetelma sallii tapausten vertailun, jolloin tutkimuksessa voidaan esimerkiksi etsiä ja korostaa ilmiöiden tai tapausten yhtäläisyyksiä ja eroja. Vertailuaseman voidaan myös katsoa parantavan tulosten yleistettävyyttä tietyssä kontekstissa, sillä sen avulla on mahdollista tehdä teoreettisia tai analyttisiä yleistäviä tulkintoja, joilla on pätevyyttä yli tutkitun tapauksen. (Uusitalo 1991, 77; Yin 2003, 53; Koskinen ym. 2005, 45; Eisenhardt & Graebner 2007, 27.) Tällöin korostuu ilmiön yleinen ymmärrys itse tapausten sijaan. Vertailevan tapaustutkimuksen etuna voidaan siis pitää yksittäistutkimusta parempaa todistusarvoa. Todettakoon kuitenkin, että yleistettävyys riippuu lopulta myös siitä, kuinka hyvin havaintoihin perustuvat tulkinnat pystytään argumentoimaan. (Uusitalo 1991, 77–78; Koskinen ym. 2005, 162.) Koska tämän tutkimuksen tavoitteena on syvällisen, monipuolisen ymmärryksen hankkiminen tutkittavasta ilmiöstä, ja toisaalta edistää fyysisen ympäristön luoman kokonaisuuden ymmärrystä yleisesti terveydenhuoltoalan kontekstissa, vertailevan tapaustutkimuksen käyttö tutkimusmenetelmänä oli luonteva valinta.

5.3 Tutkimusaineiston keruu

5.3.1 *Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu*

Tutkimuksessa käytetyn lähestymistavan ja tutkimusotteen lisäksi myös menetelmä empiirisen aineiston keräämiseksi tulee valita siten, että se on mahdollisimman tarkoitukseenmukainen. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto kerätään usein luonnollisissa, todellisissa tilanteissa ja ihmisiä suositaan tiedonkeruun instrumentteina. (Hirsjärvi ym. 2015, 69, 164, 184–185.) Näin ollen laadullisen aineiston voidaan ajatella olevan ”pala tutkittavaa maailmaa” (Alasuutari 2014, 87). Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin haastattelujen avulla, koska kysymyksessä on vähän kartoitettu aihealue, ja toisaalta koska havainnot halutaan edelleen sijoittaa laajempaan kontekstiin (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35; Hirsjärvi ym. 2015, 205–206). Valintaa tuki se, että haastattelemalla terveystalveita tuottavia työntekijöitä oli mahdollista saada yksityiskohtaista tietoa tutkittavilta itseltään, jolloin korostui tutkittavien rooli aktiivisina tiedontuottajina (Hirsjärvi ym. 2015, 204–206). Valittu aineiston keruumenetelmä on linjassa myös valitun tutkimusotteen näkökulmasta,

sillä Yinin (2003, 89) mukaan haastattelut ovat yksi yleisimmistä ja tärkeimmistä tavoista kerätä empiiristä aineistoa tapaustutkimusten yhteydessä.

Haastattelututkimuksella viitataan yleisesti tutkimusmenetelmään, jossa tutkija ja tutkittava ovat suorassa vuorovaikutuksessa toisensa kanssa (Hirsjärvi ym. 2015, 204). Haastattelu on yksi tiedonhankinnan perusmuodoista, ja se lieneekin yleisimmin käytetty tapa kerätä laadullista aineistoa. Aineistonkeruumenetelmänä haastattelua pidetään hyvin joustavana; se soveltuu moniin eri tarkoituksiin ja sen avulla voidaan saada syvällistä, kontekstisidonnaista tietoa. Tutkimusmenetelmänä haastattelu tarjoaa mahdollisuuden myös täsmentäviin jatkokysymyksiin ja sen avulla saadaan usein myös kuvaavia esimerkkejä. (Eskola & Suoranta 1996, 64; Hirsjärvi & Hurme 2001, 11, 36.)

Kirjallisuudessa esiintyy useita erilaisia haastattelutyyppejä ja nimityksiä. ”Yksinkertainen jako saadaan, kun otetaan huomioon toisaalta kysymysten muotoilun kiinteyden aste ja toisaalta se, miten paljon haastattelija jäsentää haastattelutilannetta” (Eskola & Suoranta 1996, 65). Hirsjärvi ym. (2015, 207–210) jakavat haastattelututkimukset kolmeen eri haastattelutyyppeihin, jotka ovat strukturoitu, teema- eli puolistrukturoitu ja avoin haastattelu (vrt. esim. Eskola & Suoranta 1996, 65). Erityyppiset haastattelut tavoittavat hiukan erilaista tietoa, joten haastattelutyyppi tulee valita tutkimusongelman perusteella (Eskola & Suoranta 1996, 64–67). Tässä tutkimuksessa empiirinen aineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla, koska sitä pidettiin parhaimpana tapana saada laajasti laadukasta tietoa tutkittavasta ilmiöstä: Tämänhetkisen tiedon ja ymmärryksen (tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä) ollessa edelleen jäsentymätöntä ja puutteellista, on todennäköistä, että haastattelutilanteessa nousee esiin myös seikkoja joita ei välttämättä osattu etukäteen odottaa (Eriksson & Kovalainen 2008, 83). Tällöin teemahaastattelu on parempi vaihtoehto kerätä empiiristä aineistoa kuin strukturoitu haastattelu, jossa prosessi etenee täysin ennaltamäärätysti (kysymysten ja väitteiden muoto on etukäteen määrätty). Samalla ennalta-asetetut teemat takaavat kuitenkin sen, että jokaisen haastateltavan kanssa puhutaan edes jossain määrin samoista asioista, mikä ei taas välttämättä toteudu avoimen haastattelun kohdalla. (Eskola & Suoranta 1996, 65.)

Liiketaloustieteissä teemahaastattelu on yleisin laadullisen aineiston keruumenetelmä (Koskinen ym. 2005, 105), ja kirjallisuudessa teemahaastattelulle onkin esitetty erilaisia määritelmiä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47). Eroja määritelmien kesken havaitaan lähinnä siinä, mikä haastattelun näkökohta, esimerkiksi kysymysten muoto tai järjestys, on lyöty lukkoon etukäteen (Ibid). Tässä tutkielmassa teemahaastattelulla viitataan haastatteluun, jossa haastattelun aihepiirit on päätetty etukäteen, mutta kysymysten tarkka muoto ja niiden järjestys voivat vaihdella. Yleisesti voidaan todeta, että kun haastattelu etenee ennalta-asetettujen, tutkittavan ilmiön kannalta keskeisten *teemojen* varassa, tutkittavien äänet tulevat paremmin kuuluviin. Samalla teemahaastattelu antaa mahdollisuuden tarkentaviin kysymyksiin, yksittäisten kokemusten erittelemiseen ja haastattelun syvenemiseen, jolloin tutkijalla on siis mahdollisuus saada laajempi aineisto kuin esimerkiksi perinteistä

lomakehaastattelua hyödyntämällä. Teemahaastattelussa onkin tyypillistä edetä sen mukaan, miten parhaaksi nähdään haastattelun aikana. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47–48.) Toisaalta tällöin ongelmaksi voi helpommin muodostua aineiston haasteellinen analysointi ja tulkinta, sillä haastattelukysymykset ja siis tulokset vaihtelevat usein haastatteluiden välillä ja suora vertailtavuus havaintojen välillä vaikeutuu. (Eskola & Suoranta 1995, 65–67.) Valitun aineistonkeruumenetelmän arviointiin palataan yksityiskohtaisemmin alaluvussa 5.5.

5.3.2 Tutkimuskohteiden valinta ja kuvaus

Tämän tutkimuksen vertaileva tapaustutkimus perustuu kahteen terveydenhuoltoalalla toimivaan case-yritykseen⁴, joista toinen toimii yksityisellä ja toinen julkisella sektorilla. Koska julkisen sektorin asema on toimialalla hyvin keskeinen ja Suomessa valtaosa terveystalvetaista tarjotaan julkisen sektorin tuottamana (Tevameri 2017, 7–11), oli luonnollista valita tarkastelun kohteeksi ainakin yksi julkisella sektorilla toimiva yritys. Toisaalta, Suomessa terveydenhuoltoalalla julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat ovat hyvin tiiviissä vuorovaikutuksessa keskenään, ja yksityiset palveluntuottajat tuottavatkin runsaan neljäsosan kaikista tarjotuista terveystalvetaista (Ibid). Tällöin oli perusteltua, että tarkastelun kohteena oli myös yksityisen sektorin edustaja. Toisaalta, yksityisen sektorin tarkasteluun mukaan ottaminen oli myös tutkimuksen tarkoituksen kannalta keskeistä, sillä tämän tyyppisen vastakkainasettelun toivottiin tarjoavan monipuolisempaa, tarkempaa ja luotettavampaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tällöin ensisijaisena tarkoituksena ei kuitenkaan ollut nostaa esiin eroja yksityisellä ja julkisella sektorilla toimivien terveydenhuoltoalan yritysten kesken (fyysisen ympäristön näkökulmasta tarkasteltuna), vaan vertailuasetelman avulla pyrittiin tehokkaammin todentamaan keskeisimmät ilmiön ymmärtämiseen liittyvät kriittiset tekijät tutkitussa kontekstissa. Näin pyritään varmistumaan siitä, että tehdyt havainnot kattavat tutkittavan ilmiön yleisesti. Edellä esitetyn mukaisesti vertailuasetelman voidaan myös katsoa parantavan tulosten yleistettävyyttä.

Tutkimuksen tarkoituksen kannalta pidettiin tärkeänä, että case-yritykset edustavat terveydenhuoltoalalle tyypillisiä fyysisiä ympäristöjä mahdollisimman monipuolisesti. Lisäksi haluttiin, että molemmilla case-yrityksillä on vankka asema terveydenhuoltoalalla (toiminut toimialalla vähintään 10 vuotta tai muu näyttö toimialan keskeisenä toimijana, esim. palveluntarjoajana suurimmasta päästä), ja että ne työllistävät vähintään 100 henkilöä, jolloin merkitys suomalaisen yhteiskunnan keskeisenä terveystalvetaisten tuottajana

⁴ Tavallisesti julkisen sektorin puolella toimivaan terveydenhuoltoalan toimijaan viitataan *yksikkönä*. Yksinkertaisuuden ja luettavuuden takia, tässä tutkielmassa sekä julkisen että yksityisen sektorin terveydenhuoltoalan toimijoihin viitataan kuitenkin *yrityksinä*.

ja toisaalta terveystalvueluita tuottavan henkilöstön työllistäjänä korostuu. Kokonaisuu-
den hahmottamiseksi mainittakoon, että Suomessa terveydenhuoltoalalla toimii noin 18
600 yritystä, joista valtaosa (n. 95 %) on pieniä mikroyrityksiä (työllistävät alle 10 hen-
keä). Suuria yrityksiä alalla toimii vain joitakin kymmeniä. (Tevameri 2017.)

Edellä esitettyjen kriteerien pohjalta case-yrityksiksi valikoitui kaksi valtakunnalli-
sesti toimivan yrityksen Turun seudulla toimivaa toimipistettä. Molemmat case-yritykset
esiintyivät tutkimuksessa anonyymisti, sillä yritykset suosivat anonymiteettia. Koska tut-
kimuksen tavoitteena on ymmärtää tarkasteltavaa ilmiötä yleisesti terveydenhuoltoalalla,
yritysten nimien julkaisemista ei pidetä tutkimuksen tarkoituksen kannalta keskeisenä.
Case-yrityksiin viitataan jatkossa Yrityksenä A ja Yrityksenä B.

Yritys A on yksi ensisijaisesti Varsinais-Suomessa toimivan sairaalakokonaisuuden
yksiköstä. Toimitilat koostuvat 18 rakennuksen kokonaisuudesta, joista 5 rajattiin tarkas-
telun ulkopuolelle johdannosta tehtyjen rajausten perusteella. Toimintansa aikana tiloja
on laajennettu ja uusittu. Tiloille tyypillistä onkin nimenomaan se, että yrityksen toimintoja
on fyysisesti eri rakennuksissa ja että tilat ovat muovautuneet useiden pienten muutosten,
laajennusten ja korjausten tuloksena.

Yritys B on yksi valtakunnallisesti toimivan yksityissairaalaverkoston 180 toimipis-
teestä. Emoyritys on nykyään yksi Suomen johtavista yksityisistä terveystalvueluiden tar-
joajista. Yhteensä koko verkostossa työskentelee lähes 9 000 terveydenhuollon ammatti-
laista. Yritys B:n toimitilat koostuvat yhdestä rakennuksesta, jossa kaikki palvelut tuote-
taan. Toimitilat valmistuivat vuonna 2008. Tiloja on uusittu kerran toimipisteen avaami-
sen jälkeen.

Tätä tutkimusta varten valituissa, edellä esiteltyissä case-yrityksissä tehtiin teemahaas-
tatteluita yhteensä 8 kappaletta keväällä 2019. Koska tutkimuksen tavoitteena on ymmär-
tää tarkasteltavaa ilmiötä yleisesti terveydenhuoltoalalla, haastateltavat valittiin harkin-
nanvaraisesti (lumipallotekniikalla) eri terveystalvueluita tuottavista henkilöstöryhmistä
siten, että haastateltavien työtehtävät vaativat (case-yritysten sisällä) mahdollisimman
erilaisissa ympäristöissä toimimista. Haastateltavien valinnassa haluttiin mahdollisuuk-
sien mukaan huomioida myös haastateltavien sukupuoli, ikä ja case-yrityksen palveluk-
sessa karttunut työkokemus vuosina, jotta kohderyhmän erilaiset näkemykset tulisivat
tutkimuksessa monipuolisesti esille ja haastateltavat edustaisivat näin koko terveyden-
huoltoalan henkilöstöä paremmin. Toisaalta pidettiin myös tärkeänä, että haastateltavat
valittiin olemassa olevien kontaktien perusteella, sillä sen uskottiin helpottavan haastat-
telutilannetta ja edesauttavan keskustelun luonnollisuutta, kun haastateltavalla ja haastat-
telijalla oli ainakin yksi yhteinen aikaisempi kontakti. Taulukossa 4 kuvataan haastatel-
tavia tarkemmin.

Taulukko 4 Haastateltavien taustatiedot

<i>Alias</i>	<i>Ammatti/ tyypillinen työympäristö (jos on)</i>	<i>Työssä yrityksessä (v)</i>	<i>Yritys</i>	<i>Ajankohta ja haastattelun kesto</i>
<i>H1</i>	Ortopedi / leikkaussali	15	A	3.3.2019, 34 min
<i>H2</i>	Lasten allergologi / oma vastaanottohuone	11	B	3.3.2019, 29 min
<i>H3</i>	Sairaanhoitaja / toimistohuone ja vastaanottohuone	9	A	5.3.2019, 42 min
<i>H4</i>	Laboratoriohoitaja / Laboratio, tutkimushuoneet	11	B	6.3.2019, 43min
<i>H5</i>	Sairaanhoitaja / toimenpidehuoneet, hoitajien huone	1	B	6.3.2019, 48 min
<i>H6</i>	Erikoistuva lääkäri, ortopedia, traumatologia / poliklinikka, leikkaussali	3	A	7.3.2019, 38 min
<i>H7</i>	Fysioterapeutti /	2,5	A	8.3.2019, 36 min
<i>H8</i>	Erikoislääkäri / oma vastaanottohuone, leikkaussali	11	B	12.3.2019, 31 min

Haastateltaviksi valikoitui loppujen lopuksi kaksi miestä ja kuusi naista. Kuten taulukko 4 havainnollistaa, haastateltavien työkokemus case-yrityksen palveluksessa vaihteli vuodesta 15 vuoteen. Haastateltujen ikä vaihteli 32–65 vuoden välillä.

5.3.3 Teemahaastatteluiden toteuttaminen

Yksi keskeisimmistä vaiheista teemahaastatteluiden toteuttamisessa käytännössä on haastatteluteemojen ja -rungon suunnittelu. Teema-alueet suunnitellaan niin, että ne ovat linjassa teorian, tutkimuskysymysten ja tutkimuksen tarkoituksen kanssa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 66.) Haastattelurunгон muodostamisen apuna käytetään usein operationalisointia. Operationalismissa lähtökohta on se, että jokaisella käsitteellä ajatellaan olevan sekä teoreettinen että operationaalinen määritelmä; Teoreettinen määritelmä yhdistää sen toisiin käsitteisiin teoriassa ja operationaalinen määritelmä yhdistää sen konkreettiseen havaintotodellisuuteen. (Eskola 1975, Eskolan ja Suorannan 1996, 45 mukaan.) Myös tässä tutkimuksessa haastattelurunko (Liite 2) muodostettiin tutkimusongelma- ja teorialähtöisesti. Luvussa neljä muodostettiin kirjallisuuskatsauksen perusteella empiiristä

tutkimusta ohjaava alustava teoreettinen viitekehys, mikä ohjasi operationalisoinnin avulla haastattelurungon laatimista. Liitteen 3 operationalisointitaulukko havainnollistaa, miten haastattelukysymyksillä päästiin kiinni tämän tutkimuksen kannalta keskeisiin käsitteisiin.

Vaikka Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 66) mukaan haastattelurunkoa laatiessa ei laadita valmista yksityiskohtaista kysymysluetteloa, vaan teema-alueita tarkennetaan kysymyksillä vasta haastattelutilanteessa, tässä tutkielmassa teema-alueuuttelon lisäksi valmisteltiin myös niin sanottuja suosituskysymyksiä. Tämän avulla pyrittiin välttämään mahdolliset ongelmatilanteet haastattelujen aikana. Teemahaastattelun runko kokonaisuudessaan löytyy liitteenä (Liite 2) tutkielman lopusta.

Haastatteluista sovittiin sähköpostitse ja ne tehtiin haastattelurungon pohjalta maaliskuussa 2019. Jokaiselle haastateltavalle kerrottiin haastattelun alussa arkikielellä, mitä tässä tutkielmassa tarkoitetaan fyysisellä ympäristöllä, terveystalvella ja palvelutuotannolla. Koska teemahaastattelu edellyttää hyvää kontaktia haastateltavaan (Hirsjärvi & Hurme 2001, 74) haastattelut toteutettiin kasvotusten, suomen kielellä rauhallisessa ympäristössä case-yritysten tiloissa. Useimmissa tapauksissa haastateltava tarjoutui haastattelun päätteeksi vielä esittelemään ”oman” työympäristönsä, mikäli itse haastattelu tehtiin muussa tilassa. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin muutaman päivän kuluessa haastattelutilanteesta. Haastattelujen pituudet vaihtelivat 29–48 minuutin välillä.

5.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston analyysin perimmäisenä tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa ongelmallisin vaihe onkin tyypillisesti juuri aineiston analysointi. (Eskola & Suoranta 1996, 104.) Aineiston analysointimahdollisuuksia on monia (ks. esim. Eskola & Suoranta 1996, 123–124; Hirsjärvi ym. 2015, 221–224), ja tutkimusprosessin alkuvaiheessa tehdyt valinnat ohjaavat osittain myös sitä, miten aineistoa käsitellään ja tulkitaan (Hirsjärvi ym. 2015, 221). Myös tässä tutkimuksessa analysointitapaa valittaessa pyrittiin huomioimaan aikaisemmin tehtyjen valintojen, valitun lähestymistavan, tutkimusotteen ja aineistonkeruumenetelmän, merkitys. Tässä tutkimuksessa kerätty aineisto analysoitiin teemoittelun avulla.

Teemoittelu on yksi laadullisen aineiston analyysitavoista, jonka avulla aineistosta pyritään löytämään ja erottelemaan tutkimusongelman kannalta keskeisiä aihepiirejä eli teemoja. Teemoittelun katsotaan sopivan aineiston analysointitavaksi erityisesti juuri silloin, kun tavoitteena on saada olennaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Käytännössä aineistosta etsitään tutkimuskysymysten kannalta olennaiset asiat, jonka jälkeen ne järjestetään sen perusteella mihin teemaan ja tutkimusongelmaan ne liittyvät. Tämä tarkoittaa aineiston

pilkkomista ja järjestämistä erilaisten aihepiirien mukaan. (Eskola & Suoranta 1996, 135–141.)

Tässä tutkimuksessa teemoittelu tehtiin aineistolähtöisesti, kuitenkin niin että teorian olemassaolo taustalla hyväksyttiin ja luvussa 4 esitetty tutkimuksen teoreettinen viitekehys auttoi löytämään aineistosta alustavat päälinjat, joiden mukaan aineistoa raportoitiin. Analyysin perusta oli hyvin yksinkertainen ja pohjautui suurelta osin samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsintään aineistosta. Tutkimuksen teemoiksi valittiin teorian ja teemahaastattelujen pohjalta tutkimuskysymyksiin parhaiten vastaavat pääteemat: Hoitoympäristön elementit ja hoitoympäristön yhteys laadukkaan palvelutuotannon kriteereihin. Edellä esitetyt pääteemat jakautuivat edelleen alateemoihin haastatteluissa nousseiden asioiden perusteella; Esimerkiksi hoitoympäristön yksittäisiin elementteihin liittyvät havainnot ja tulokset, jotka ryhmiteltiin kahteen pääkategoriaan, ilmapiirin elementit ja tilan tarkoituksenmukaisuus, koska haastateltavien vastauksissa nämä teemat ilmenivät selvästi.

Tässä tutkimuksessa aineisto analysoitiin manuaalisesti teemoihin ryhmitellen ilman erillisiä apuvälineitä. Aineiston analyysi aloitettiin heti keruuvaiheen aloittamisen jälkeen, ja aineistoa analysoitiin ja kerättiin osittain samanaikaisesti. Haastatteluissa pyrittiin myös tekemään havaintoja siitä, mitkä aiheet toistuvat haastattelusta toiseen ja mitkä tulevat esille ensimmäistä kertaa. Mikäli haastattelussa ilmeni jotain sellaista, mitä muissa haastatteluissa ei ollut tullut ilmi, siitä pyrittiin esittämään lisäkysymyksiä tutkimuksen kohteena olevan ilmiön ymmärryksen parantamiseksi. Varsinainen analysointivaihe suoritettiin maaliskuu-toukokuussa 2019. Koska teemoittelu vaatii onnistuakseen teorian ja empirian vuorovaikutusta (Eskola & Suoranta 1996, 175–176), teemoittelun jälkeen aineistosta tehtyjä havaintoja peilattiin aikaisempiin tutkimuksiin. Tuloslukua kirjoittaessani pyrin varmistamaan, että tekstissä teoria ja empiria keskustelevat keskenään mahdollisimman hyvin.

5.5 Tutkimuksen arviointi

Laadullisia menetelmiä käyttäviä tutkimuksia on yleisesti kritisoitu erityisesti luotettavuuskriteereiden näkökulmasta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuuden perustana voidaan pitää sitä, että tutkija ymmärtää olevansa itse osallinen tutkimuksessaan. Näin ollen laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen arvioinnin tulisi kohdistua koko tutkimusprosessin luotettavuuteen. (Eskola & Suoranta 1996, 209–235; Hirsjärvi & Hurme 2001, 12, 35–36.)

Tutkimuksen validiteetti on pyritty varmistamaan tässä tutkimuksessa kuvailemalla tutkimusprosessin eteneminen tarkasti vaihe vaiheelta, määrittelemällä keskeiset käsitteet selkeästi ja perustelemalla tehdyt valinnat hyvin. Tässä tutkimuksessa lukijalle on myös

esitetty laaja katsaus empiriaan hyödyntämällä tulosluvussa runsaasti havainnollistavia lainauksia kerätystä aineistosta. Näin on pyritty läpinäkyvöittämään haastatteluaineiston totuudenmukaista analysointia ja tulkintaa sekä vahvistamaan tehtyjä johtopäätöksiä.

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkimustulosten ja todellisuuden mahdollisimman hyvä vastaavuus (Hirsjärvi & Hurme 2001, 142). Toinen tapa arvioida tutkimuksen luotettavuutta, on arvioida sen siirrettävyyttä. Siirrettävyydellä arvioidaan sitä, miten hyvin tutkimuksen avulla saadut tulokset ovat sovellettavissa muihin tutkimuskohteisiin. (Lincoln & Guba 1994, 316.) Tämän tutkimuksen tulosten ymmärretään olevan kontekstisidonnaisia eikä havaintojen uskota täysin toistuvan toisessa tutkimuskontekstissa. Sen sijaan tutkitun kontekstin sisällä tutkimuksen tulokset kuvastavat onnistuneesti fyysisen ympäristön merkitystä terveystalveta tuottavan henkilön toiminnan muodostumisessa, tukemisessa ja edistämässä. Tutkimuksen siirrettävyyttä tukee valittu tutkimusasetelma; Kriitikoiden mukaan tutkimuksen siirrettävyys ja tulosten yleistäminen yhden tapauksen huomioivan tapaustutkimuksen pohjalta on ongelmallista, sillä asetelma sallii hyvin rajatun määrän johtopäätöksiä. Tutkimuksen siirrettävyyttä ja tulosten yleistettävyyttä parantavatkin erilaiset vertailuasemat, jota myös tässä tutkimuksessa hyödynnettiin (Yin 2003, 10; Koskinen ym. 2005, 45). Empirian pohjalta tehdyt löydökset ja johtopäätökset korostuivat pääasiassa molemmissa tarkastelun kohteena olleissa yrityksissä. Näin ollen tehtyjä havaintoja pidetään relevantteina ja siirrettävyyden nähdään toteutuvan tutkitun kontekstin sisällä tutkimuskohteisiin, jotka toteuttavat samankaltaista toimintaa.

Tehdyn tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös sen reliabiliteetin kautta. Reliabiliteetilla viitataan aineiston tulkinnan ristiriidattomuuteen sekä siihen, miten hyvin tutkimus heijastaa todellisuutta. Tutkimuksen kyvyllä kuvata todellisuutta viitataan siihen, miten hyvin kerätty aineisto ja sen pohjalta tehdyt tulkinnat ja johtopäätökset vastaavat haastateltavien näkemyksiä käsitellyistä aiheista, eikä niihin ole vaikuttanut tutkijan omat ennako-oletukset. (Eskola & Suoranta 1996, 209–235.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaihetta lähestyttiin objektiivisesti käsittelemällä monipuolisesti teoriassa nouseita aihealueita. Aiheesta tehtiin tutkimuksen teoriaosassa laaja kirjallisuuskatsaus ja ilmiön tutkimuksessa aikaisemmin tehdyt havainnot pyrittiin huomioimaan mahdollisimman hyvin; ilmiön ymmärryksen kokonaiskuvan kartottamiseksi teoriassa hyödynnettiin tutkimustietoa myös muista konteksteista ja muilta aloilta. Abduktiivisella lähestymistavalla hyväksyttiin olemassa oleva teoria tutkimuksen taustalla, ja tutkimuksen teoreettinen viitekehys rakennettiin aikaisemmat havainnot huomioiden. Näin on pyritty varmistumaan siitä, että tutkimus heijastaa todellisuutta eikä mitään olennaista ole jäänyt käsittelemättä.

Tutkimuksen uskottavuuteen voidaan ajatella liittyvän myös aineiston koko. Yleisesti aineistoa voidaan ajatella olevan riittävästi, kun uudet tapaukset eivät tuota enää tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. (Eskola & Suoranta 1996, 62–63.) Jo viiden haastattelun jälkeen todettiin tutkittavan ilmiön kannalta keskeisten, samantyylisten havaintojen

alkaneen toistua ilman, että uutta tietoa olisi tullut kovinkaan paljon esiin. Näin ollen tässä tutkimuksessa, kahdeksalla haastattelulla kerätyn aineiston kattavuutta pidetään riittävänä aineiston kylläntymisen eli saturaation perusteella. Haastatteluiden aikana haastateltavien näkökulmia pyrittiin tarvittaessa varmistamaan lisä- ja tarkentavilla kysymyksillä väärinkäsitysten välttämiseksi. Tehtyjen haastattelujen perusteella voidaan todeta, että aineistosta tunnistetaan tietty peruslogiikka ja näin ollen uskotaan, ettei lisäaineiston kerääminen tuota enempää oleellista uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Edellä esitetyn perusteella tutkimusta pidetään uskottavana.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA POHDINTA

6.1 Hoitoympäristön elementit

Valaistus

Tulosten perusteella valaistus tunnistetaan yhdeksi keskeisimmistä fyysisen hoitoympäristön elementeistä. Jokainen haastateltava nimesi valaistuksen osaksi fyysistä ympäristöään. Havainto vahvistaa aikaisempia tuloksia; Markkinoinnin kirjallisuudessa valaistus on yksi yleisimmin tunnistetuista fyysisen ympäristön elementeistä tutkimuskontekstista riippumatta (ks. esim. Kotler 1973; Baker 1987; Bitner 1992; Turley & Milliman 2000). Myös terveydenhuoltoalan kontekstissa valaistus on aikaisemmin tunnistettu osaksi fyysistä hoitoympäristöä (ks. Hutton & Richardson 1995a; Lee 2011; Han ym. 2018)

Valaistuksella havaittiin olevan iso merkitys niin palvelun tuottamisen kuin yleisen ympäristöön suhtautumisen kannalta; Case-yrityksestä riippumatta toimiviksi mielletyt tilat yhdistettiin tiloihin, joissa oli hyvä valaistus. Riittävää ja oikeanlaista valaistusta pidettiin yleisesti hyvin tärkeänä henkilöstön toiminnan muodostumisessa ja palvelun tuottamisessa:

2. krs käytävällä on tosi huono valaistus, se (käytävä) on kauheen pimee. Et kun lähtee hakemaan jotain ni kyl siin saa ihan niinku olla et missä se tavara on. (H5)

Tulosten perusteella voidaan todeta, että hoitoympäristöille tyypillistä on erityisesti keinovalaistuksen käyttäminen. Case-yrityksestä riippumatta, valtaosa vastaajista toi ilmi, että terveyspalveluita tuotetaan useimmiten ikkunattomissa tiloissa, joihin päivänvaloa ei pääse: ”--*olemme täysin keinovalojen varassa*” (H4). Miellyttävimpinä vastaajat kokivat kuitenkin tilat, joihin luonnonvaloa tuli ikkunoista. Näin ollen (valaistuksen näkökulmasta) havaittiinkin selkeä ristiriita siinä mikä tiloissa toteutuu ja mitä niiltä (palveluntuottajan näkökulmasta) toivotaan. Myös tämä havainto tukee aikaisempia havaintoja (ks. esim. Ulrich ym. 2004; Parish ym. 2008). Yleisesti valaistuksen laatua ja tasoa pidettiin palvelun tuottamisen kannalta kuitenkin hyvällä tasolla, joskin muutama vastaaja toi ilmi myös tilanteita, joissa valaistuksen laatu ja määrä on vaikuttanut negatiivisesti työn tekemiseen. Haastateltavien mukaan molemmissa case-yrityksissä on panostettu valaistukseen sinä aikana, kun he ovat työskennelleet yrityksen tiloissa, mikä vahvistaa tässä tehtyä havaintoa siitä, että valaistus on tunnistettu, keskeinen fyysisen hoitoympäristön elementti.

Lämpötila ja ilmanvaihto

Lämpötila ja ilmanvaihto tunnistettiin tulosten perusteella osaksi fyysistä ympäristöä. Myös tämä havainto tukee aikaisempia tutkimuksia; sekä markkinoinnin yleisissä että terveydenhuoltoalan kontekstisidonnaisissa malleissa erityisesti lämpötila on tunnistettu osaksi fyysistä ympäristöä aikaisemminkin (ks. esim. Kotler 1973; Baker 1987; Bitner 1992; Hutton & Richardson 1995a; Turley & Milliman 2000; Lee 2011; Han ym. 2018).

Valaistuksesta poiketen, erityisesti lämpötilalla havaittiin olevan suurempi merkitys työntekijöiden yleisen viihtyvyyden ja ympäristöön suhtautumisen kannalta kuin itse palvelun tuottamisen näkökulmasta. Toisaalta palvelun tuottamisen näkökulmasta erityisesti oikeanlaisen ilmanvaihdon merkitys korostui. Ilmanvaihdon merkitys korostui kirurgisia toimenpiteitä tekevien vastauksissa (H1, H6, H8). Havainnot tukevat aikaisempia terveydenhuollon kontekstissa tehtyjä havaintoja (ks. esim. Ulrich 2004, 7–8).

Yleisesti miellyttäviksi ja toimiviksi mielletyt tilat yhdistettiin tiloihin, joissa lämpötila oli ”sopiva” ja ilmanvaihto riittävä. Haasteltavien keskuudessa sopivaksi koettu lämpötila kuitenkin vaihteli, ja näin ollen sen tunnistetaankin olevan valaistusta selvästi subjektiivisemmin koettava fyysisen ympäristön elementti. Mainittakoon kuitenkin, että yleisesti hieman negatiivisemmin tilojen lämpötilaan ja ilmanvaihtoon suhtautuivat haasteltavat yrityksessä A, jossa työympäristöön yhdistettiin yritystä B useammin kylmyys, vetoisuus tai kuumuus.

Jos ajatellaan ihan työ mukavuutta, esim. tässä vastaanottohuoneessa työpöytä on ikkunan vieressä. Niska on ihan jumissa, kun ikkunoista vetää aika paljon. Meil on tossa naapurihuoneessa semmonen froteinen peitto ollut käärittynä rullalle tohon, kun sieltä vetää niin paljon tuolta ikkunoista. (H3)

Kyl tääl tulee lämmin, jos meil on toi laite päällä, ni tääl tulee kuuma, siis täs huoneessa. Et jos on kaks ihmistä, kyl täs tulee lämmin. Ja sit ku on kovat pakkaset, ni se meijän yläkerran huone on ihan jäätävän kylmä et siel tuntuu välillä et sieltä tulee ikkunan raoista ihan ilmaa. Ja sit taas elo kuus tääl oli kuulemma ollu ihan järkyttävän kuuma. Ja sit tääl ei tuu mitään läpivetoo, et tääl on kaikki ovet yritetty pitää auki et tulis edes vähän ilmanvaihtoo, et tääl ei oo mitenkään hirveen koneistettu toi ilmastointi. (H7)

Puutteet lämpötilan tasossa ja säätelyssä selittynee osittain tilojen iällä ja rakennusvaiheessa tehdyillä ratkaisuilla. Samankaltaisia päätelmiä on tehnyt aikaisemmin myös Fottler ym. (2000, 99). Yrityksessä B, jonka fyysiset puitteet ovat valmistuneet myöhemmin,

lämpötila ja ilmanvaihto on onnistuttu huomioimaan ja toteuttamaan paremmin: Yrityksessä B jokaisessa huoneessa on mahdollisuus säätää lämpötila tilan käyttäjän mieltymysten mukaiseksi. Oman haasteen tuovat kuitenkin tilat, jotka ovat yhteiskäytössä. Näin ollen osalla yrityksen B haastateltavista ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa lämpötilaan niin voimakkaasti kuin niillä, joilla on oma huone käytössään.

Akustiikka ja meluntorjunta

Tulosten perusteella yhdeksi ympäristön elementiksi tunnistettiin myös akustiikka ja meluntorjunta. Musiikin rooli osana fyysistä ympäristöä on tunnistettu lukuisissa markkinoinnin ja palvelututkimuksen aikaisemmissa tutkimuksissa kontekstista riippumatta (ks. esim. Kotler 1973; Baker 1987; Bitner 1992; Turley & Milliman 2000) ja se onkin yksi tutkituimmista yksittäisistä fyysisen palveluympäristön elementeistä (Mari & Poggesi 2014, 181), kun taas terveydenhuoltoalan kontekstissa tehdyistä aikaisemmista havainnoista esimerkiksi Lee (2011) korostaa juuri akustiikan merkitystä osana fyysistä hoitoympäristöä. Tulosten valossa näyttääkin siltä, että musiikin merkitys korostuu useammin muissa konteksteissa, kun taas terveydenhuoltoalalla erilaiset ei-toivotut äänet ja niiden vaimentaminen nousevat tarkastelussa keskeiseen asemaan.

Hoitoympäristöjen havaittiin yleisesti olevan melko meluisia. Tulosten perusteella hoitoympäristöille tyypillistä on niin sanottu jatkuva taustamelu. Havainto tukee aikaisempia havaintoja (ks. esim. Ulrich ym. 2004, 15–17). Vaikka taustamelun sallittua tasoa säännellään erilaisin ohjein ja säädöksin (ks. esim. WHO 2009), molemmissa case-yrityksissä häitsevänä meluna raportoitiin esimerkiksi sähkölaitteista ja ilmastoinnista sekä työvälaineistä, koneista ja laitteista aiheutuvat äänet. Näin ollen tulosten perusteella tässä tutkimuksessa korostuu akustiikan lisäksi erikseen meluntorjunnan merkitys.

Akustiikalla ja meluntorjunnalla havaittiin olevan merkitystä lähinnä työn tekemisen näkökulmasta. Tulosten perusteella ympäristön taustameluun on kuitenkin helpompi sopeutua, kun taas työn tekemisen kannalta häiritsevimpänä koettiin tilanteet, joissa työhuone esimerkiksi jaetaan muiden kanssa ja häiriötekijät johtuvat kollegoiden vuoropuhelusta:

Meille tuli tonne toimistoon sellaset sermit, joiden piti vähän eristää ääniäkin, mikä ei kyllä toteutunut. Osa meistä on kovaäänisiä, ni jos puhuu puhelimessa niin pitää aina jotain punaista lippua heiluttaa, että hei mä oon puhelimessa, olkaa hiljaa. (H3)

Todetaan, että akustiikka ja meluntorjunta liittyvät läheisesti siis myös yritysten käytäntöihin ja tilojen riittävyteen. Case-yrityksestä riippumatta yleisesti miellyttäviksi tiloiksi koettiin ne, joissa äänieristys oli hyvä ja melu vähäistä. Vastausten valossa äänieris-

tyksessä ja meluntorjunnassa on onnistuttu paremmin yrityksessä B, jossa valtaosa haastateltavista piti äänieritystä esim. hoitohuoneissa riittävänä. Toisaalta tulosten valossa näyttää myös siltä, että ympäristön äänet koetaan myös osittain subjektiivisesti.

Yleinen viihtyvyys

Tulosten perusteella hoitoympäristöille on tyypillistä, että tilojen viihtyvyyteen ei ole panostettu yhtä paljon kuin muissa palveluympäristöissä (vrt. esim. ravintolat, hotellit). Valtaosa haastateltavista kuvaili ympäristöään useimmiten riisutuksi ja karuksi: *”Hoitoympäristöistä kaikki turha on karsittu pois”* (H6). Tätä havaintoa pidetään tyypillisenä juuri terveydenhuoltoalaan liittyen. Tutkitussa kontekstissa samansuuntaisia havaintoja on tehty jo aikaisemmissa tutkimuksissa ja niissä korostuukin esimerkiksi luonnonvalon, luonnon, taiteen ja värien käytön merkitys tulevaisuuden hoitoympäristöissä (ks. esim. Fottler ym. 2000; Ulrich ym. 2004). Yleisimmin riisuttu ympäristö liitettiin ympäristön hygienisyysvaatimuksiin: *”Se on tullut ehkä vähän siitä, että pitää olla puhdasta eikä saa olla pölyä kerääviä asioita”* (H4).

Kummassakaan yrityksessä ympäristön yleisellä viihtyvyydellä ei havaittu olevan juurikaan merkitystä palvelun tuottamisen kannalta: *”Ei se niinkun siihen vaikuta miten mä työni teen”* (H5). Sen sijaan ympäristön viihtyvyyden ja positiivisen ympäristöön suhtautumisen välillä nähdään olevan jonkinlainen yhteys. Molemmissa case-yrityksissä miellyttävinä pidetyt tilat yhdistettiin tiloihin, joissa viihtyvyyteen oli panostettu normaalia enemmän:

Se mikä on mun mielest mukavaa, siel on hyvä fengshui, siel on riittävästi tilaa ja sopivasti taidetta siellä sun täällä ja sillee avaraa. (H6)

Molemmissa case-yrityksissä yksi haastateltavista nosti esiin myös työasut, koska he mielsivät työasun osaksi fyysistä ympäristöään. Havainto on linjassa Turleyn ja Millimanin (2000, 194) sekä terveydenhuoltoalan kontekstissa Hanin ym. (2018, 515) jaottelujen kanssa, joskin kyseisissä tutkimuksissa työasut ovat osa ympäristön sosiaalista elementtiä (engl. human variables, social variables), joka tässä tutkimuksessa on rajattu tarkastelun ulkopuolelle. Perinteisesti markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä työasuja ei ole nimetty osaksi fyysistä ympäristöä (ks. esim. Kotler 1973; Baker 1983; Bitner 1992).

Yleisesti ne vastaajat (H3, H5), jotka toivat asian ilmi, suhtautuivat työasuihin hieman negatiivisesti. Case-yrityksestä riippumatta työasujen raportoitiin olevan epäkäytännöllisiä: *”Tää on kauheen kankee, ku koko aika tekee jotain ja liikkuu, ja kesäl tää on tosi kuuma”* (H5). Koska työasujen merkitys ei korostunut yhtä voimakkaasti kuin esimerkiksi hoitoympäristöjen karuus tai valaistus, työasuja ei tulosten valossa nimetä tässä tutkimuksessa omaksi elementikseen. Sen sijaan työasut mielletään osaksi ympäristön yleistä viihtyvyyttä.

Tilojen koko ja riittävyys

Tilojen koko ja riittävyys nousivat haastatteluissa keskeiseen asemaan fyysistä hoitoympäristöä tarkasteltaessa. Vaikka havainto tukee Hanin ym. (2018) tekemää jaottelua, tätä havaintoa pidetään merkittävänä, sillä useimmat markkinoinnin ja terveydenhuollon kontekstissa tehdyt aikaisemmat tutkimukset (ks. esim. Baker 1983; Bitner 1992; Lee 2011) ovat tunnistaneeet kokonaisuudessaan tilan *pohjaratkaisun* osaksi fyysistä ympäristöä, sen sijaan että juuri tilojen koko ja niiden riittävyys korostuisivat erikseen.

Tulosten perusteella hoitoympäristöille tyypilliset tilat ovat pieniä ja tiloja jaetaan yleensä useiden käyttäjien kesken. Valtaosa vastaajista toi case-yrityksestä riippumatta ilmi, että tilat ovat useimmiten ahtaita. Tilojen ahtaus selittyi osittain tilojen fyysisillä rajoitteilla (pienet huoneet). Kuitenkin myös erilaisten laitteiden, koneiden, hoitopöytien ja kollegoiden merkitys tilan ahtauteen vaikuttavina tekijöinä nousi esiin yrityksestä riippumatta: *Työhuone on aika ahdas, ku siel on paljon laitteita ja meitä on paljon ihmisiä siellä kerralla* (H4).

Osa vastaajista koki, että huoneen tai tilan koolla on jonkin verran vaikutusta palvelun tuottamisen näkökulmasta:

”Osa työhuoneista on aika pieniä eli asettaa vähän haasteita toiminnalle” (H8).

Toisille tilojen koon vaikutus työn tekemisen kannalta oli selkeästi merkittävämpi:

”Tarvitsen ihan tilaa missä voin havainnoida ihmistä, mun on vaikee kattoo mitään liikettä tai muuta, jos mä joudun seisoo puolen metrin päästä siitä ihmisestä” (H7).

Tulosten valossa näyttääkin siltä, että tilan merkitys toiminnassa korostuu erityisesti tietyillä lääketieteenaloilla.

Myös tilojen käyttö ja riittävyys nousivat haastatteluissa puheenaiheeksi. Erityisesti tilanteissa, jotka vaativat keskittymistä, useiden ihmisten kanssa jaetut tilat koettiin ongelmallisiksi. Näissä tilanteissa osa vastaajista kertoi hakeutuvansa toiseen, vapaaseen tilaan. Juuri vapaista tiloista koettiin kuitenkin olevan jonkin verran puutetta molemmissa yrityksissä. Tulosten valossa näyttääkin siltä, että terveydenhuoltoalalla on tyypillistä, että tilat jaetaan muiden kanssa.

Sekä tilojen ahtaus että niiden riittävyys aiheuttivat haastateltavissa eniten negatiivisia tunteita. Todetaan kuitenkin, että suhtautuminen asiaan vaihteli jonkin verran myös vastaajasta riippuen. Positiivisimmin kaikki vastaajat suhtautuivat tiloihin, jotka koettiin tilaviksi, rauhallisiksi ja jossa on esimerkiksi *”riittävästi istuimia isollekin perheelle”* (H2). Vastausten valossa vaikuttaa yleisesti kuitenkin siltä, että terveydenhuoltoalan ammattilaiset ovat tottuneet toimimaan tilojen koon ja riittävyyden näkökulmasta hankalissakin tiloissa.

Huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset

Huonekalujen sijoittelun merkitys korostui haastatteluissa ja sen nähtiin liittyvän läheisesti tilan tarkoituksenmukaiseen käyttöön. Havainnot ovat linjassa olemassaolevan teorian kanssa; Huonekalujen järjestys ja sijoittelu on yleisesti nimetty osaksi aikaisempia fyysisen ympäristön jaotteluja tutkimuskontekstista riippumatta (ks. esim. Bitner 1992; Turley & Milliman 2000; Parish ym. 2008). Myös terveydenhuoltoalan kontekstissa huonekalujen sijoittelu on muutamissa tutkimuksissa tunnistettu osaksi fyysistä hoitoympäristöä (ks. Hutton & Richardson 1995a; Han ym. 2018). Lisäksi fyysisellä hoitoympäristöllä havaittiin tulosten perusteella olevan tiettyjä erityisvaatimuksia, joiden nähdään olevan ominaisia juuri tutkitulle kontekstille. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna tätä havaintoa pidetään merkittävänä.

Tulosten valossa voidaan todeta, että sekä tilan koko ja muoto että lääketieteenala vaikuttavat huonekalujen sijoitteluun terveydenhuoltoalalla. Yleisesti huonekalujen sijoittelulla havaittiin olevan merkitystä palvelun tuottamisen kannalta; Toimiviksi mielletyt tilat eivät aineiston perusteella vastanneet kummassakaan case-yrityksessä aina tiloja, joissa palvelua oikeasti tuotetaan. Osa vastaajista kuvailikin huonekalujen järjestyksen terveydenhuoltoalalla olevan yleisesti useasti ”kiinteä” eikä mahdollisuuksia suuriin muutoksiin nähty juuri olevan.

Aineiston perusteella näyttää siltä, että usein tilan koko ja muoto määrävät lopulta sen mihin palvelun kannalta tärkeät hoitovälineet, koneet ja laitteet sekä hoitopöytä sijoitetaan:

Musta ninku luvattoman usein se tilan muoto määrää sen, että mihin ne huonekalut ja muut kalusteet ja laitteet sijoitetaan. Näiden tilojen pitäisi olla käytännöllisiä ja työn suorittamisen kannalta tarkoituksenmukaisia, mutta liian usein tosiaan tila määrää. (H3)

Tilat on enemmän muokanneet työntekijää, eikä palvelun tuottaminen muokkaa tilaa. Oman työni kannalta ei ole ideaaliratkaisu kaikissa huoneissa. (H4)

Toisaalta, kuten edellä mainittiin, myös lääketieteen alan havaittiin ohjaavan huonekalujen sijoittelua vahvasti. Tämä korostui molemmissa case-yrityksissä. Erityisesti tiloissa, jossa suoritetaan kirurgisia tai päiväkirurgisia toimenpiteitä, huonekalujen sijoittelu oli yrityksestä riippumatta melko samankaltainen:

”-- leikkaussalissa pöytä on keskellä, kaappeja reunuksilla, jossa on jatkuvaa kulutus-tavaraa. Anestesiakone on pöydän vieressä, useimmiten sen päässä. Joka puolelta ympäriltä pöytä on vapaa muuten. Sit siin on paljon väkeä pienen alueen ympärillä” (H6).

Osa haastateltavista (H2, H7, H8) kertoi myös itse saaneensa vaikuttaa huonekalujen sijoitteluun. Tämä vahvistaakin edellä tehtyä havaintoa, että huonekalujen sijoittelu on liitoksissa tilan koon ja muodon lisäksi myös tiettyyn lääketieteenalaan.

Lisäksi haastattelujen perusteella tunnistettiin keskeinen hoitoympäristöihin liittyvä erityisvaatimus. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella fyysisen ympäristön tulee mahdollistaa tilan käyttäjille esteetön kulku:

“Meil täytyy olla isommat oviaukot, ei voi olla mitään kynnyksiä, kaikkien ovien täytyy avautua kunnolla, käytävien täyty olla niin isoja, että potilassänkyä täytyy pystyä kääntämään. --. Sillee et kaikkeen tarvitaan aika paljon tilaa” (H6).

Vaatimus esteettömästä kulusta toistui case-yrityksestä ja haastateltavasta riippumatta. Yleisesti esteettömään kulkuun mahdollistavaan ympäristöön liittyviä havaintoja pidetään tutkitussa kontekstissa merkittävänä, sillä kirjallisuudessa ei aikaisempien tutkimusten perusteella vallitse riittävää ymmärrystä havaintoon liittyen (ks. esim. Hutton & Richardson 1995a; Lee 2011; Han ym. 2018).

Myös tilojen turvallisuus nousi esiin kahdessa haastattelussa (H3, H5) ja huonekalujen sijoittelun havaittiin olevan sidoksissa läheisesti tilojen turvallisuuteen tutkitussa kontekstissa. Saman havainnon on aikaisemmin tehnyt Parish ym. (2008). Molemmissa case-yrityksissä yksi vastaajista koki, että tilojen turvallisuus ei toteudu omassa työympäristössä; esimerkiksi poistuminen ei huonekalujen sijoittelun vuoksi ole mahdollisessa uhkaavassa tilanteessa helposti mahdollista. Vaikka turvallisuusaspekti ei korostunut haastatteluissa voimakkaasti, maininnat turvallisuuden merkityksestä osana fyysistä ympäristöä selittynee osittain ehkä viimeaikaisten tapahtumien ja toimintaympäristön muutoksilla: *“Ehkä turvallisuudesta on alettu nyt vasta viimeisen kymmenen vuoden aikana puhumaan enemmän ja enemmän” (H5)*. Perinteisesti turvallisuutta ei ole nimetty osaksi fyysistä ympäristöä (ks. esim. Baker 1987; Bitner 1992; Turley & Milliman 2000, vrt. Parish ym. 2008). Näin ollen turvallisuus osana fyysisen ympäristöä vaatineekin lisätutkimuksia tulevaisuudessa.

Puhtaus

Ympäristön puhtaus liittyy läheisesti tilojen erityisvaatimuksiin, mutta siivottavuus ja hygienisyys korostuivat tutkitussa kontekstissa niin merkittävästi, että ne nostettiin siksi omaksi elementikseen. Ympäristön puhtaudella havaittiin olevan keskeinen merkitys terveyspalvelun tuottamisen kannalta. Perinteisesti markkinoinnin jaotteluissa ympäristön puhtautta ei ole tunnistettu omaksi elementikseen (ks. esim. Baker 1987; Bitner 1992), sittemmin kuitenkin myös ostokäyttäytymistä tarkastelleet ja aikaisemmista ilmiöön liittyvistä tutkimuksista kattavan katsauksen tehneet Turley ja Milliman (2000, 194) ovat

nimenneet puhtauden osaksi fyysistä palveluympäristöä. Terveystieteiden kontekstissa ympäristön puhtaus mainitaan markkinoinnin malleja useammin (ks. Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016; Han ym. 2018), mikä tukee havaintoa siitä, että kyseessä on kontekstisidonnainen fyysisen ympäristön elementti.

Ympäristön puhtaus liittyy aineiston perusteella toimintaympäristön puhtauteen ja siivottavuuteen sekä välineiden hygienisyyteen. Havainnot ympäristön puhtaudesta korostuivat tutkimuksessa kontekstissa selvästi ja tukevat aikaisempia havaintoja (ks. esim. Lee 2011). Kaikki vastaajat korostivat case-yrityksestä riippumatta hoitoympäristön hygienisyyden ja siivottavuuden tärkeyttä. Tulosten valossa todetaan, että helposti siivottavissa oleva, hygieeninen ympäristö on hoitoympäristön perusedellytys.

Vastausten valossa ympäristön puhtaus ja erityisesti hoitovälineiden hygienisyys toteutui molemmissa case-yrityksissä hyvin. Ympäristön puhtaudesta havaittiin olevan vaikutus palvelun tuottamisen näkökulmasta. Todetaan kuitenkin, että ympäristön puhtaus on osittain liitännäinen myös lääketieteenalaan. Vaikka jokainen haastateltava korosti puhtauden ja hygienisyyden merkitystä, sen merkitys korostui erityisen voimakkaasti kirurgisia ja muita toimenpiteitä tekevien vastauksissa (H1, H4, H5, H6, H8): Tästä näkökulmasta ympäristön puhtauteen todettiin etenkin leikkausaleissa vaikuttavan myös riittävä ilmanvaihto ja steriilit työasut.

Ympäristön puhtauteen liittyy tulosten valossa läheisesti myös ympäristön yleinen viihtyvyys. Puhtausvaatimusten nähtiinkin tulosten perusteella molemmissa case-yrityksissä jollain tasolla rajoittaneen mahdollisuuksia panostaa ympäristön yleiseen viihtyvyyteen. Havainto selittää osittain, miksi hoitoympäristöjä pidetään riisuttuina ja karuina:

Nyt kun rupee kattoo aktiivisesti ympärilleen, niin eihän näiden seinien ois pakko olla valkoset eikä ovein tollaset tylsän harmaat, vähän lämpöä voisi olla ettei olis niin kalseeta. Kyllä ne lämpimänväriset seinät olisi yhtä helppo pestä kun ne valkosetkin. (H5)

Koneet, laitteet ja työvälineet

Tulosten valossa koneet, laitteet ja työvälineet ovat yksi keskeisimmistä fyysisen hoitoympäristön elementeistä. Havainto tukee aikaisempia tutkimuksia (ks. esim. Bitner 1992). Myös terveydenhuoltoalan kontekstissa koneiden, laitteiden ja työvälineiden merkitys on tunnustettu aikaisemmin (ks. Hutton & Richardson 1995a; Han ym. 2018).

Koneilla, laitteilla ja työvälineillä havaittiin olevan iso merkitys työn tekemisen kannalta. Haastateltavista niiden tärkeyttä korostivat kaikki, mutta tulosten valossa niiden merkitys korostuu jossain määrin myös tehtävästä ja lääketieteenalasta riippuen. Erityisesti koneiden, laitteiden ja hoitovälineiden merkitys korostui kirurgisia ja muita toimenpiteitä suorittavissa tehtävissä toimivien haastateltavien vastauksissa (H1, H4, H5, H6,

H8). Sen sijaan kaikille vastaajille keskeinen väline on tulosten valossa tietokone, jonka kuvailtiin olevan ”*pakollinen viestiväline mihin kaikki kirjataan*” (H7).

Case-yrityksestä riippumatta toimiviksi mielletyt tilat yhdistettiin tiloihin, joissa koneet, laitteet ja työvälineet olivat oikeanlaiset, ne olivat kunnossa ja niitä oli riittävästi. Erityisesti yrityksessä B korostui kuitenkin osassa haastatteluissa (H4, H5) työvälineiden niukkuus ja sen perusteella koneilla, laitteilla ja työvälineillä havaittiin olevan myös vaikutus henkilöstön toiminnan muodostumisessa:

Se stressaa esimerkiksi, että kun tietää että jokaisesta huoneesta ei löydy niitä perusjuttuja ja lääkäri haluaa jonkun tietyn välineen. Mul ei oo mitään väliä, mä voin mennä vaiks joka huoneesta kysymään mut tieksä se et sä joudut keskeyttämään vastaanottoja, vaan koska joku tavara on hukassa tai niitä ei ole tarpeeksi. (H5)

Todetaan, että koneiden, laitteiden ja työvälineiden riittävyyteen vaikuttavat vahvasti myös yrityksen käytännöt. Molemmissa case-yrityksissä tavanomaista olikin esimerkiksi, että omia, nimettyjä tietokoneita ei ollut kuin osalla vastaajista (H2, H7, H8).

Yrityksen käytännöt

Palvelutuotannon näkökulmasta myös yrityksen käytännöt ovat tulosten valossa tärkeä osa fyysistä ympäristöä. Havainto tukee Bitnerin (1992) aikaisempaa havaintoa, joskin tässä tutkimuksessa yrityksen käytännöt liitetään vahvemmin osaksi tilan tarkoituksenmukaista käyttöä. Löydöstä pidetään tutkitun kontekstin kannalta merkittävänä, sillä terveydenhuoltoalan kontekstissa yrityksen käytäntöjä ei yleisesti ole nimetty osaksi fyysistä hoitoympäristöä; tarkastelluista malleista ainoastaan Hutton ja Richardson (1995a) ovat nimenneet yrityksen käytännöt osaksi hoitoympäristöä. Tätä selittää osittain ainakin se, että healthscape-malli pohjautuu vahvasti Bitnerin (1992) typologiaan (vrt. Lee 2011; Han ym. 2018). Yrityksen käytäntöjen merkitys fyysiseen ympäristöön vaikuttavana tekijänä korostui palvelun tuottamisen näkökulmasta (työntekijänäkökulma), mikä osakseen selittänee miksi valtaosa aikaisemmista (asiakkaan näkökulmasta ilmiötä tutkineista) fyysisen ympäristön jaotteluista ei ole huomioinut sitä. Bitnerin (1992) alkuperäinen artikkeli huomioi ilmiön tutkimuksessa molemmat tilankäyttäjryhmät, sekä työntekijät että asiakkaat, mikä vahvistaa edellä tehtyä havaintoa siitä, että yrityksen käytännöt osana fyysistä ympäristöä korostuvat juuri palveluita tuottavan henkilöstön näkökulmasta.

Molemmissa case-yrityksissä ainakin osa haastateltavista oli itse saanut vaikuttaa fyysiseen toimintaympäristöönsä. Positiivisimmin ympäristöön suhtautuivatkin tulosten valossa nämä vastaajat:

Mulla on hyvin miellyttävä, toimiva huone. En näe siinä mitään huonoa. Olen saanut olla mukana suunnittelemassa huonekalujen ja kiinteiden kalusteiden sijoittelua, tila on nimenomaan suunniteltu niin että pystyn tekemään työni hyvin ketterästi ja sujuvasti. Rakennusvaiheessa vaikutin itse myös huoneen sijaintiin tässä rakennuksessa. (H2)

Erityisesti yritysten käytäntöjen, jotka koskevat huoneiden käyttöä havaittiin tulosten valossa vaikuttavan työn tekemiseen. Molemmissa case-yrityksissä haastateltavat kertoivat, että tilat jaetaan muiden kanssa. Tämä korostui erityisesti yrityksessä A; case-yrityksessä B joka toisella vastaajalla oli käytössään oma huone, kun taas yrityksessä A kenelläkään vastaajista ei ollut yksityistä huonetta käytössään. Havainnosta huolimatta myös yrityksessä B raportoitiin yhteisten tilojen haasteista:

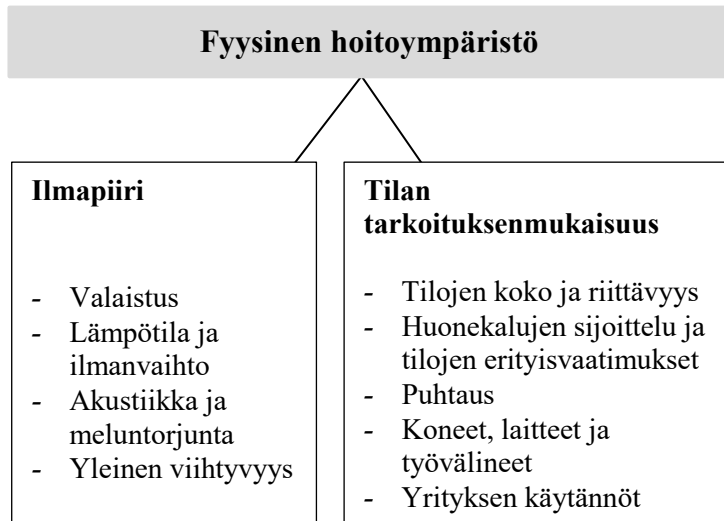
Se on tietenkin aiheuttanut vähän haasteita, kun porukkaa on tullut lisää. Parhaimpina päivinä meitä voi olla jopa kuusi siellä (työhuoneessa) samaan aikaan. (H4).

Tulosten perusteella todetaan, että keskittymistä vaativat tehtävät vaatisivat rauhallisemmat tilat. Vaikka tilojen jakaminen muiden kanssa aiheutti yleisesti vastaajissa esimerkiksi keskittymisvaikeuksia, käytännöllä nähtiin olevan myös hyvät puolensa. Yhteisen työhuoneen havaittiin molemmissa yrityksissä edistävän vuorovaikutusta kollegoiden kanssa.

Yrityksessä B myös käytäntöjen, jotka koskevat koneita, laitteita ja työvälineitä, havaittiin vaikuttavan toimintaan suoraan: *“Mun työtä edistäisi, jos olisi ne kaikki perustarvikkeet joka huoneessa ja ne kaikki pelais, mut ei se nyt aina toteudu niin (H5)”*. Koneisiin, laitteisiin ja työvälineisiin liittyvistä yrityksen käytännöistä ei tehty havaintoja yrityksessä A.

6.1.1 Fyysinen ympäristö terveydenhuoltoalalla

Tehdyn tutkimuksen perusteella voidaan tehdä päätelmiä siitä, mistä elementeistä fyysinen ympäristö rakentuu tutkitussa kontekstissa. Edellä esitellyt, tutkimuksessa tunnistetut yksittäiset ympäristön elementit jaoteltiin kahteen yläkategoriaan yksittäisten elementtien luonteen, haastatteluissa selvinneiden pääasiallisten funktioiden ja olemassa oleva kirjallisuus huomioiden. Kuviossa 5 on esitetty tämän tutkimuksen näkökulmasta mistä elementeistä fyysinen palveluympäristö rakentuu terveydenhuoltoalalla.



Kuvio 5 Fyysisen hoitoympäristön elementit

Kuten kuvio 5 havainnollistaa, aineiston perusteella tehdyt havainnot huomioiden tässä tutkimuksessa fyysinen ympäristö on jaettu Bitnerin (1992) alkuperäisestä servicescape-typologiasta eroten kahteen osaan: ilmapiiriin elementteihin ja tilan tarkoituksenmukaisuuteen. Tulosten perusteella ilmapiiriin elementeiksi tunnistettiin tässä tutkimuksessa valaistus, lämpötila ja ilmanvaihto, akustiikka ja meluntorjunta sekä yleinen viihtyvyys. Näiden elementtien nähtiin tulosten valossa liittyvän keskeisesti hoitoympäristön ilmapiiriin ja tunnelman rakentumiseen. Tilan tarkoituksenmukaisuus koostuu puolestaan tilojen koosta ja riittävydestä, huonekalujen sijoittelusta ja tilojen erityisvaatimuksista, puhtaudesta, koneista, laitteista ja työvälineistä sekä yrityksen käytännöistä. Tilan tarkoituksenmukaisuuteen liittyy tulosten valossa ne hoitoympäristön yksittäiset elementit, jotka vaikuttavat ensisijaisesti palvelun tuottamiseen ja *mahdollistavat* sen. Havaintoja voidaan pitää luotettavina, sillä ne korostuivat molemmissa case-yrityksissä haastateltavan asemasta, työnkuvasta ja kokemuksesta (v) riippumatta.

6.1.2 Löydökset teoriataustaan suhteuttaen

Taulukossa 5 pyritään vertailun avulla havainnollistamaan tässä tutkimuksessa tehtyjen löydösten ja olemassa olevien mallien samankaltaisuuksia ja eroja. Vertailuun sisällytettiin Bitnerin (1992) servicescape-typologia, koska tutkimuksen teoreettinen viitekehys pohjautui kyseiseen malliin. Lisäksi taulukossa 5 on hyödynnetty yhtä terveydenhuoltoalan kontekstissa tehtyä aikaisempaa tutkimusta. Vaikka aikaisemmin luvussa kolme todettiin, että terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa fyysiseen ympäristöön liittyvässä keskustelussa viitataan yleisimmin Huttonin ja Richardsonin (1995a) kehittämään healthscape-malliin, sitä ei pidetty vertailun kannalta relevanttina, sillä kyseinen

healthscape-malli (Hutton & Richardson 1995a) pohjautuu vahvasti Bitnerin (1992) servicescape-typologiaan. Sen sijaan päädyttiin Leen (2011) esittämään jaotteluun, koska tämän tutkimuksen ja Leen (2011) löydösten välillä havaittiin osittain selkeitä samankaltaisuuksia.

Taulukko 5 Fyysisen palveluympäristön elementit, löydökset ja vertailu

Bitner (1992)	Lee (2011)	Tämä tutkimus
Ilmapiiri <ul style="list-style-type: none"> - Valaistus - Lämpötila - Musiikki - Tuoksut - Värit 	Ilmapiiri <ul style="list-style-type: none"> - Valaistus - Lämpötila - Ilmanlaatu - Akustiikka - Huonekalut - Ympäristön visuaalinen viehättyvyys 	Ilmapiiri <ul style="list-style-type: none"> - Valaistus - Lämpötila ja ilmanvaihto - Akustiikka ja meluntorjunta - Yleinen viihtyvyys
Tilankäyttö ja toimivuus <ul style="list-style-type: none"> - Koneet - Laitteet - Huonekalujen <ul style="list-style-type: none"> - järjestys - muoto - koko 	Tilan palvelevuus <ul style="list-style-type: none"> - Navigoitavuus (engl. wayfinding) - Suunnittelun käytännöllisyys - Puhtaus - Yksityisyys - Vuorovaikutus henkilökunnan kanssa 	Tilan tarkoituksenmukaisuus <ul style="list-style-type: none"> - Tilojen koko ja riittävyys - Huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset - Puhtaus - Koneet, laitteet ja työvälineet - Yrityksen käytännöt
Merkit, symbolit ja esineet <ul style="list-style-type: none"> - Opasteet - Kyltit - Yrityksen <ul style="list-style-type: none"> - käytännöt - säännöt 		

Kuten taulukko 5 havainnollistaa, tämän tutkimuksen ja markkinoinnin kirjallisuudessa yleisimmin käytetyn, Bitnerin (1992) mallin välillä havaitaan selkeitä eroja. Yleisesti tässä tutkimuksessa tehty ylätasoinen jaottelu eroaa markkinoinnin ja palvelututkimuksen kirjallisuudessa käytetyistä malleista, joista useimmat jakavat fyysisen ympäristön kolmeen tai useampaan osaan (ks. esim. Kotler 1973; Baker 1987; Bitner 1992; Turley & Milliman 2000; Berman & Evans 2006; Parish ym. 2008). Tätä voidaan pitää osoituksena siitä, että markkinoinnin malleja ei voi suoraan hyödyntää kontekstia ja palvelutyyppejä huomioimatta. Tämän tutkimuksen ylätasoinen jaottelu tukee sen sijaan Leen (2011) aikaisempaa näkemystä fyysisen hoitoympäristön rakentumisesta terveydenhuoltoalalla (tau-

lukko 5). Terveysthuoltoalan kontekstissa onkin sittemmin esitetty, että hoitoympäristöä ja sen muodostavia elementtejä tulisi tarkastella erikseen markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä tehdyistä havainnoista ja malleista (Han ym. 2018, 512, 528). Tämä tutkimus vahvistaa Hanin ym. (2018) havaintoa. Mainittakoon kuitenkin, että valtaosa aikaisemmista fyysiseen ympäristöön liittyvistä markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä tehdyistä tutkimuksista keskittyy tarkastelemaan ilmiötä asiakkaan näkökulmasta (Parish ym. 2008, 232; Mari & Poggesi 2014), mikä voi osakseen selittää tässä tutkimuksessa tehtyjen löydösten ja olemassaolevan teorian eroja. Tämä pyritään huomioimaan löydösten arvioimisessa ja keskustelussa mahdollisimman hyvin.

Ympäristön yksittäisten elementtien näkökulmasta, moni tässä tutkimuksessa tunnistetuista ympäristön elementeistä tukee aikaisempia tutkimuksia; Samankaltaisuuksia löydettiin yksittäisen elementtien tarkastelussa niin markkinoinnin ja palvelututkimuksen kuin terveydenhuoltoalan kontekstissa tehtyjen aikaisempien tutkimusten ja tämän tutkimuksen välillä. Kuten taulukossa 5 esitetty vertailu havainnollistaa, yleisimmin mainittuja elementtejä olivat ilmapiirin elementteihin liittyvät valaistus ja lämpötila, joiden merkitys on tunnistettu sekä yleisissä että kontekstisidonnaisissa malleissa. Tässä tutkimuksessa tehtyjen löydösten perusteella havaitaan kuitenkin myös merkittäviäkin eroja olemassa olevaan teoriaan (vrt. esim. Kotler 1973; Baker 1987; Bitner 1992). Suurimmat erot tämän tutkimuksen ja markkinoinnin kirjallisuudessa yleisimmin käytetyn mallin (ks. Bitner 1992) välillä liittyvät ilmapiirin elementeistä ilmanvaihtoon, akustiikkaan ja meluntorjuntaan sekä ympäristön yleiseen viihtyvyyteen, joiden uskotaan korostavan tutkitun kontekstin lisäksi juuri työntekijänäkökulmaa.

Erytisesti musiikin sekä akustiikan ja meluntorjunnan välinen yhteys on mielenkiintoinen. Musiikin rooli osana fyysistä ympäristöä on tunnistettu lukuisissa markkinoinnin ja palvelututkimuksen aikaisemmissa tutkimuksissa kontekstista riippumatta (ks. esim. Kotler 1973; Baker 1987; Bitner 1992; Turley & Milliman 2000). Valittu lähestymistapa (asiakas-työntekijänäkökulma) saattaa siis osittain selittää yksittäisten elementtien niin sanottuja vivahde-eroja. Tämän perusteella vaikuttaakin siltä, että musiikin merkitys korostuu enemmän asiakkaan näkökulmasta, kun taas palveluntuottajan näkökulmasta korostuu tutkitussa kontekstissa useammin ei-toivotut äänet ja etenkin niiden vaimentaminen. Tätä selittänee osaksi ehkä se, että työntekijät viettävät yrityksen tiloissa usein huomattavasti enemmän aikaa kuin asiakkaat, ja altistuvat näin palveluympäristön vaikutuksille (Bitner 1992; Berry ym. 2004, 5; Parish ym. 2008, 220, 234). Tulosten perusteella hoitoympäristöille tyypillistä onkin niin sanottu jatkuva taustamelu. Toisaalta terveystalouden tuottaminen vaatii usein tarkkuutta ja keskittymistä, mikä selittää sitä, miksi erilaiset äänet saatetaan kokea häiritsevinä. Tämä onkin tärkeä havainto ilmiön kokonaiskuvan ymmärtämiseksi, sillä valtaosa aikaisemmista tutkimuksista ja havainnoista korostaa fyysisen ympäristön merkitystä nimenomaan asiakkaan näkökulmasta (Hamilton 2003; Ulrich ym. 2004, 4; Parish ym. 2008, 232; Mari & Poggesi 2014). Toisaalta, kuten taulukko

5 havainnollistaa, myös Lee (2011) korostaa akustiikan merkitystä. Näin ollen valittu lähestymistapa ei pelkästään selitä miksi markkinoinnin yleisissä malleissa korostuu akustiikan sijaan juuri musiikki, vaan havainto viittaa enemmän tutkitun kontekstin merkitykseen.

Toinen merkittävä ero liittyy ympäristön yleiseen viihtyvyyteen; aikaisemmista markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä tehdyistä tutkimuksista eroten se nimettiin yhdeksi ilmapiirin elementiksi. Yleisesti monissa aikaisemmissa fyysisen ympäristön jaotteluissa juuri ilmapiirin ja sen elementtien on ajateltu *kokonaisuudessaan* muodostavan ja vaikuttavan tilan yleiseen viihtyvyyteen (ks. esim. Kotler 1973; Baker 1987; Bitner 1992; Brady & Cronin 2001). Tässä tutkimuksessa ympäristön yleisen viihtyvyyden tietty taso nähtiin kuitenkin tulosten perusteella olevan tunnusomaista fyysisille hoitoympäristöille ja se päätettiin siksi nimetä omaksi hoitoympäristöä kuvaavaksi elementikseen (ks. myös Lee 2011; Han ym. 2018). Leen (2011) ympäristön visuaalinen viehättyvyys (taulukko 5) on lähellä tämän tutkimuksen tulkintaa. Tutkitussa kontekstissa samaan ratkaisuun on päätenyt aikaisemmin myös Parish ym. (2008), joiden mukaan hoitoympäristön yksi pääkategoria on ympäristön yleinen viihtyvyys ja miellyttävyys (engl. pleasantness). Tulosten valossa tässä tutkimuksessa yleinen viihtyvyys nähtiin kuitenkin yhtenä ilmapiirin elementtinä, sen sijaan että se olisi nimetty omaksi pääkategoriakse.

Tässä tutkimuksessa käytetyssä toisessa ylätasoon kategoriassa, tilan tarkoituksenmukaisuudessa, korostuu kokonaisuudessaan palvelun tuottamisen näkökulmasta tilan tarkoituksenmukaiseen käyttöön ja toimivuuteen liittyvät tekijät Bitnerin (1992) alkupeleistä jaottelua kokonaisvaltaisemmin. Tämän tutkimuksen tilan tarkoituksenmukaisuus vastaa osittain Leen (2011) tilan palvelevuutta. Yläkategorioiden vivahteellisen eron selittänee osittain ainakin näkökulma; Lee (2011) tutki ilmiötä potilaan näkökulmasta. Myös yksittäisten elementtien näkökulmasta tutkimusten kesken havaitaan joitain yhtäläisyyksiä (taulukko 5); molemmissa tutkimuksissa korostuu etenkin hoitoympäristön puhtaus. Leen (2011) suunnittelun käytännöllisyys vastaa läheisesti myös tämän tutkimuksen huonekalujen sijoittelua ja tilojen erityisvaatimuksia. Tässä tutkimuksessa tunnistettiin lisäksi joitain uusia hoitoympäristön elementtejä, jotka korostuivat tutkitussa kontekstissa palveluntuottajan näkökulmasta. Keskeisimmät löydökset liittyvät tilojen kokoon ja riittävyteen, koneisiin, laitteisiin ja työvälineisiin sekä yrityksen käytäntöihin.

6.2 Fyysisen ympäristön elementtien ja laadukkaan palvelutuotannon kriteerien väliset yhteydet

Tehdyn tutkimuksen perusteella tunnistettiin lukuisia yhteyksiä yksittäisten ympäristön elementtien ja laadukkaan palvelutuotannon kriteerien (ks. luku 2) välillä (taulukko 6).

Taulukossa 6 hoitoympäristön elementit mukailevat tässä tutkimuksessa tehtyjä havain-
toja ja niiden perusteella tehtyä jaottelua (ks. alaluku 6.1).

Taulukko 6 Fyysisen ympäristön elementtien ja palvelutuotannon kriteerien väliset
yhteydet, löydökset, koonti

Hoitoympäristön elementti	Laadukkaan palvelutuotannon kriteeri
Valaistus	Tekninen
Lämpötila ja ilmanvaihto	Tekninen Ihmistenvälinen
Akustiikka ja meluntorjunta	Tekninen Ihmistenvälinen Ympäristöön liittyvä
Yleinen viihtyvyys	Ihmistenvälinen
Tilojen koko ja riittävyys	Tekninen Ihmistenvälinen Ympäristöön liittyvä
Huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset	Tekninen Ihmistenvälinen
Puhtaus	Tekninen Ihmistenvälinen
Koneet, laitteet ja työvälineet	Tekninen Ihmistenvälinen
Yrityksen käytännöt	Tekninen Ihmistenvälinen Hallinnollinen

Kuten taulukko 6 havainnollistaa, yleisellä tasolla yhteyksiä havaittiin kaikkien laa-
dukkaan palvelutuotannon kriteerien ja fyysisen ympäristön elementtien välillä. Eniten
yhteyksiä tunnistettiin ympäristön elementtien ja palvelutuotannon teknisen sekä ihmis-
tenvälisen laatukriteerien välillä. Kirjallisuuskatsauksen (ks. luku 2) ja Liitteen 1 tarkas-
telun pohjalta ymmärretään, että terveydenhuoltoalan kontekstissa korostuu erityisesti
palvelun tekninen ulottuvuus. Näin ollen erityisesti fyysisen ympäristön ja palvelutuotan-
non teknisen laatukriteerin välisiin yhteyksiin liittyviä löydöksiä pidetään merkittävänä.
Tulosten valossa havaittiin lisäksi, että fyysisen ympäristön merkitys korostuu osittain
myös lääketieteenalasta riippuen: Lääketieteen alasta riippuen, osa vastaajista koki fyy-
sisen ympäristön enemmän mahdollistavana tekijänä (esim. lasten allergologia) palvelun

tuottamisessa, kun taas osalle tietynlainen fyysinen ympäristö on terveyspalvelun tuottamisen kannalta välttämätön (esim. ortopedia):

Kyl se (ympäristö) vaikuttaa toimintaan. Etenkin leikkaussali on sellanen et siel ei oo mitään turhaa vaik siel on kauheesti kamaa, et ennemminkin joudutaan hakee jotain jostain. Et mä koen et tää on aika riisuttu, vaikka on kauheesti kamaa, niin sitä ei oikeastaan voisi olla vähempää ku sä tarviit ne kaikki. (H6)

Palvelutuotannon ja sen edistämisen kannalta yleisesti yhtenä tämän tutkimuksen merkittävänä havaintona pidetään molemmissa case-yrityksissä esiinnousseita fyysisen ympäristön hyödyntämiseen liittyviä haasteita. Aineiston perusteella voidaan todeta, että terveydenhuoltoalalla esimerkiksi huonekalujen sijoittelu on tehty useimmiten tilojen ehtoilla, eikä sen mukaan mikä palvelun tuottamisen näkökulmasta olisi optimaalisinta “-- ehkä sitä ei oo ajateltu sillon rakennusvaiheessa mitä tiloissa oikeasti tehdään” (H5). Molemmissa case-yrityksissä haastateltavat kokivatkin, että hoitoympäristön ja palvelutuotannon välisiä yhteyksiä ei tunnisteta, mistä johtuen ympäristön tarjoamia mahdollisuuksia ei täysin ymmärretä eikä hyödynnetä laadukkaana palvelutuotannon näkökulmasta. Haastateltavat kokivat, että fyysisen ympäristön merkitystä palvelun tuottamisen kannalta ei tunnisteta riittävällä tasolla erityisesti hoitoympäristöjen suunnitteluvaiheessa.

Ympäristöä ei aina huomioida siinä miten parhaalla tavalla voitaisiin palvella. Ei osata hyödyntää sitä potentiaalia vielä. Toisaalta, ne päättävät elimet eivät tee sitä työtä, ne eivät osaa millään tavalla hahmottaa. Arkkitehti, joka on suunnitellut ei osaa hahmottaa mihin tilaa käytetään, vaan suunnittelee vaan tiloja. Palvelun tuottamisen edistämiseksi keskeisin asia olisi osallistaa (suunnitteluun) palveluntuottajat, sitä ydinosaamista tekevät ihmiset. (H4)

Löydös viittaa siihen, että tilojen suunnittelijoilla ei ole riittävää ymmärrystä fyysisen ympäristön merkityksestä henkilöstön toiminnan muodostumisessa. Löydökset vahvistavat aikaisempia havaintoja (ks. esim. Parish ym. 2008).

6.2.1 Tekninen laatu

Tulosten perusteella voidaan todeta (ks. taulukko 6), että ympäristön yleistä viihtyvyyttä lukuun ottamatta kaikilla hoitoympäristön elementeillä on jonkinasteinen yhteys palvelutuotannon tekniseen laatu-kriteeriin. Tekniseen laatuun liittyy terveystalouden kohdalla läheisesti riskien minimointi, palveluntarjoajan asiantuntijuus sekä kyky yhdistää lääketieteellinen tieto ja tieto yksilöstä (ks. luku 2). Tulosten valossa (taulukko 7) palvelutuotannon näkökulmasta teknisessä laatu-kriteerissä korostuu erityisesti yhteys ympäristön eri elementtien ja riskien minimoinnin välillä. Havainto tukee Ulrichin ym. (2004, 4–6) havaintoja siitä, että hoitoympäristöjen huolellisella suunnittelulla ja kehittämisellä voidaan vähentää virheitä terveystalouden tuottamisessa.

Taulukko 7 Fyysisen ympäristön elementit ja palvelun tekninen laatu-kriteeri

Laatu-kriteeri: Tekninen	Hoitoympäristön elementti	Mainittu	Havainnollistava sitaatti
Riskien minimointi	Valaistus	8/8	<i>”Jos katson asentoympäristöä esimerkiksi ja valo tulee puhtaasti toiselta puolelta niin se voi muuttaa minun silmään sitä asentoympäristöä, niin se vaikuttaa siihen et en voi hämärässä tehdä. Hämärässä mä en voi lähteä kattoon. Se et miten mä koen, että mä voin tehdä hyvää työtä, niin se on isossa asemassa se hyvä, riittävä valaistus. Et se valaistus on oikea.” (H7)</i>
	Puhtaus	6/8	<i>”Kaikkien tilojen tulee olla helposti siivottavissa, pinnat helposti puhtaana pidettäviä. Esim. kaikki ne asiat mihin potilas koskee, on oltava pyyhittävässä puhtaaksi.” (H3)</i>
	Koneet, laitteet ja työvälineet	6/8	<i>”—sit se on kyl tosi hankalaa; jos sul ei oo niitä kamoja, et sit siit ei kyl tuu mitään. Et esim. pitää olla hyvät tuet, että potilas ei pääse liikumaan.” (H1)</i>
	Lämpötila ja ilmanvaihto	3/8	<i>”Siel pitää olla tarpeeks hyvä ilmanvaihto, et ylipäätään voi leikata.” (H8)</i>
	Huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset	8/8	<i>”Riskit tulee jo siitä, että jos asiakas pyörtyy, ei ole tilaa saada suoraan potilasta makuuasentoon eikä saa esim. neulaa suonesta pois heti, kun on ahtaat tilat ja tuolia pitäisi</i>

			<i>siinä tapauksessa esim. ensin siirtää.” (H5)</i>
	Tilojen koko ja riittävyys	3/8	<i>”Tarvitsen ihan tilaa missä voin havainnoida ihmistä; mun on vaikea katsoa mitään liikettä tai muuta jos mä joudun seisoo puolen metrin päässä siitä ihmisestä.” (H7)</i>
	Yrityksen käytännöt	5/8	<i>”Parhaimpina päivinä meitä voi olla jopa kuusi siellä (työhuoneessa) samaan aikaan. --. Yksin olis helpompi työskennellä, kun on kiire. Mun on keskityttävä, ettei tule virheitä tai jää joku asia huomioimatta.” (H4)</i>
Asiantuntijuus	Koneet, laitteet ja työvälineet	6/8	<i>”Jos kaikki tarvittava olisi samassa huoneessa; sillä voitaisiin vaikuttaa, et ei tarvitse koko aika hakea jotain jostain kun potilas on siinä. Et kyl ympäristö kokonaisuudessaan edesauttaa sitä (koettua asiantuntijuutta).” (H4)</i>
	Akustiikka ja meluntorjunta	4/8	<i>”Äänieristys on huono, et se lähinnä nolottaa sen potilaan puolesta.” (H3)</i>
	Yrityksen käytännöt	3/8	<i>”Kun se ympäristö on hallittu kokonaisuus, siisti ja ei ole häiritseviä tekijöitä, niin kyllä se vaikuttaa asiantuntijuuteen ja potilaan tutkimiseen ja hoitamiseen myöskin lääketieteellisesti. ” (H2)</i>

Kuten taulukko 7 havainnollistaa, case-yrityksestä riippumatta vastaajat kokivat, että terveystalouden tuottamiseen liittyvät riskit ovat sidoksissa moniin hoitoympäristön elementteihin. Palvelutuotannon laadun ja riskien minimoinnin näkökulmasta keskeisimmiksi ympäristön elementeiksi nousivat tulosten valossa valaistus, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset, puhtaus, koneet, laitteet ja työvälineet sekä yrityksen käytännöt. Aikaisemmissa hoitoympäristöä tarkastelleissa tutkimuksissa on tehty samansuuntaisia havaintoja valaistuksen, hoituhuoneiden pohjaratkaisujen ja koon sekä huoneiden välisten etäisyyksien merkityksestä hoitovirheiden ehkäisemiseksi (ks. esim. Mahmood ym. 2011; Mahmood ym. 2012).

Tulosten perusteella havaittiin lisäksi, että ympäristöllä on tietyiltä osin vaikutusta myös palveluntuottajan asiantuntijuuden muodostumisessa. Asiantuntijuuden merkitys korostuu erityisesti terveystalouden yhteydessä, sillä potilas on riippuvaisempi palve-

luntarjoajan asiantuntijuudesta kuin perinteisten palveluiden kohdalla (ks. luku 2). Asiantuntijuudella viitataan siis palveluntarjoajan kykyyn yhdistää lääketieteellinen tieto ja tieto yksilöstä sekä taitoon toteuttaa palvelun lääketieteellinen ydin, diagnoosin antamiseen ja lääketieteellisen tiedon sekä laitteiden ja instrumenttien soveltamiseen. Yleisimmin koettu asiantuntijuus yhdistettiin oikeisiin työvälineisiin. Lisäksi mainittakoon, että molemmissa case-yrityksissä toimiva hoitoympäristö *kokonaisuudessaan* korostui palveluntuottajan asiantuntijuuden muodostumisessa.

Lopuksi todetaan, että ympäristön elementtien ja palvelun teknisen laatukriteerin väliseen suhteeseen havaittiin tulosten perusteella vaikuttavan myös tehtävän luonne ja lääketieteenala: Ortopediassa esimerkiksi *“palvelun ydin (leikkaus) vaatii toimivan ympäristön, varmaan jollain muulla lääketieteenalalla se ei oo niin tärkeä, ku esim. meillä se potilaiden tutkiminen ja leikkaaminen on tosi fyysistä ja on tosi tarkat määräykset että millainen sen ympäristön pitää olla ja tietyt välineet. Et meillä just sen ’teknisen’ osan onnistuminen vaatii sen tietyn ympäristön.”* (H6)

6.2.2 Hallinnollinen laatutekijä

Tulosten perusteella voidaan todeta (ks. taulukko 6), että ainoastaan yrityksen käytännöillä havaittiin jonkinasteinen yhteys palvelutuotannon hallinnolliseen laatutekijään. Kuten luvussa kaksi todettiin, hallinnollinen laatu-ulottuvuus on ydinpalvelun tuotannon kannalta tärkeässä asemassa; sillä viitataan jonotusaikoihin, hoidon saamisen käytännönjärjestelyihin (esim. esitutkimukset) ja potilastietojen saatavuuteen ja yleisesti tiedon jakamiseen eri terveydenhuollon ammattilaisten kesken. Hoitoympäristön näkökulmasta hallinnollisessa laatutekijässä korostuu potilaan yksityisyydestä huolehtiminen, jonka nähtiin tulosten valossa liittyvän jollain asteella yrityksen käytäntöihin (taulukko 8).

Taulukko 8 Fyysisen ympäristön elementit ja palvelun hallinnollinen laatuksiteeri

Laatukriteeri: Hallinnollinen	Hoitoympäristön elementti	Mainittu	Havainnollistava sitaatti
Potilaan yksityisyydestä huolehtiminen	Yrityksen käytännöt	2/8	<i>”Käytännönjärjestelyt, ne liittyy ihan hoitoketjuun; esimerkiksi aina ennen sitä leikkausta myös hoitaja haastattelee potilaan. Meiltä kui- tenkin usein puuttuu esim. sellai- nen osoitettu selkeä paikka missä voi yksityisesti keskustella potilaan kanssa.” (H1)</i>
Palvelu tuotetaan eettisesti	Ei havaittuja yhteyksiä	-	-

Kuten taulukko 8 havainnollistaa, kaksi haastateltavista toi esiin tilanteita, joissa fyysisellä hoitoympäristöllä on merkitystä potilaan yksityisyyden toteutumisessa. Tässä yhteydessä haastateltavat nostivat esiin erityisesti haasteet liittyen jaettuihin huoneisiin.

6.2.3 Ihmistenvälinen laatuksiteeri

Ihmistenvälisen laatuksiteerin katsotaan terveystalouden kohdalla liittyvän läheisesti palveluntuottajan vuorovaikutus- ja sosiaalisiin taitoihin sekä empatia- ja stressinsietokykyyn (ks. luku 2). Tulosten perusteella voidaan todeta (ks. taulukko 6), että valaistusta lukuun ottamatta kaikilla hoitoympäristön elementeillä on vaikutus laadukkaaseen palvelun tuottamiseen ihmistenvälisen laatuksiteerin näkökulmasta. Tulosten valossa (taulukko 9) laadukkaaseen palvelutuotannon näkökulmasta ihmistenvälisessä laatuksiteerissä korostuu yhteys ympäristön eri elementtien ja palveluntarjoajan sekä potilaan välisen vuorovaikutuksen ja palveluntarjoajan stressinsietokyvyn välillä.

Taulukko 9 Fyysisen ympäristön elementit ja ihmistenvälinen laatuksiteeri

Laatukriteeri: Ihmistenvälinen	Hoitoympäristön elementti	Mainittu	Havainnollistava sitaatti
Palveluntarjoajan ja potilaan väli- nen vuorovaiku- tus ja sosiaalinen kanssakäynti	Yrityksen käytännöt	8/8	<i>”Kyllä mun mielestä helpottaa, kun ollaan samassa tilassa kolle- goiden kanssa, vuorovaikutuk- sesta tulee arkipäivästä ja konsul- tointi helpottuu, saa tukea ja kyn- nys jutella on tosi matala.” (H6)</i>
	Tilojen koko ja riittävyys	6/8	<i>”Riittävän iso tila antaa myös ti- laa; jos on esim. sellanen tilanne,</i>

			<i>että potilas tulee vähän liian lähelle, niin pystyy etääntymään ja tavallaan omilla eleillä hakemaan sitä omaa hengitystilaa.” (H7)</i>
	Puhtaus	3/8	<i>”Kyl se puhtaus ja siisteys vaikuttaa kans siihen. Kyl mun on kivampi ja varmempi asioida sen potilaan kanssa sit. Plus jos itse asiakkaana jos mä menisin johonkin ni mä ehkä kiinnittäisin huomiota just siihen siisteyteen.” (H5)</i>
	Huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset	5/8	<i>”Mun huoneessa on siinä työpöydän vieressä kolme tuolia siinä johon potilaat voi istua; mun mielestä on helpompi jutella kun potilas on siinä hyvällä lähietäisyydellä ja voin tutkia ja kirjata muistiinpanoja samalla koneelle.” (H2)</i>
	Yleinen viihtyvyys	7/8	<i>”Jos ympäristö on mulle jo vähän ahdistava, on erittäin vaikeaa olla asiakasystävällinen itse.” (H4)</i>
	Lämpötila ja ilmanvaihto	4/8	<i>”Esim. tässä vastaanottohuoneessa työpöytä on ikkunan vieressä. Niska on ihan jumissa, kun ikkunoista vetää. Jos sen sais korjattua, niin olisi loppupäivästä varmaan paljon paremmalla tuulella.” (H3)</i>
	Akustiikka ja meluntorjunta	4/8	<i>”Jos mul on esim. puheluita ni ei välttämättä aina kuule mitä potilas sanoo ku me istutaan ihan vierekkäin.” (H4)</i>
Palveluntarjoajan empatiakyky, inhimillisyyt	Ei havaittuja yhteyksiä	-	-
Palveluntarjoajan stressinsietokyky	Lämpötila ja ilmanvaihto	2/8	<i>”Stressi tulee pienistä tiloista, kuumuudesta, huonoista tai riittämättömistä välineistä.” (H1)</i>
	Yrityksen käytännöt	3/8	<i>”Se stressaa kun tietää, että jokaisesta huoneesta ei löydy niitä perusjuttuja ja lääkäri haluaa jonkun tietyn välineen. Mul ei oo mitään väliä, mä voin mennä vaiks joka huoneesta kysymään, mut tieksä et sä joudut keskeyttämään vastaanottoja, vaan koska joku tavara on hukassa tai niitä ei oo tarpeeksi.” (H5)</i>

	Tilojen koko ja riittävyys	8/8	<i>“Jos olisi paljon pienempi huone ja se olisi monen lääkärin käytössä, se lisäisi paljon mun stressin määrää. Nyt tavarat on aina niin kun ne on itse jätännyt, omilla paikoillaan.” (H8)</i>
--	----------------------------	-----	---

Kuten taulukko 9 havainnollistaa, case-yrityksestä riippumatta vastaajat kokivat, että palveluntarjoajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus ja sosiaalinen kanssakäynti on sidoksissa moniin hoitoympäristön elementteihin. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna keskeisimmiksi ympäristön elementeiksi nousivat tulosten valossa yrityksen käytännöt, tilojen koko ja riittävyys, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset sekä yleinen viihtyvyys. Lisäksi myös lämpötilan ja ilmanvaihdon sekä akustiikan ja meluntorjunnan merkitys korostui jokseenkin muita ympäristön elementtejä vahvemmin.

Tulosten perusteella havaittiin lisäksi, että ympäristöllä on tietyiltä osin vaikutusta myös palveluntuottajan kokemaan stressiin. Toki ymmärretään myös, että stressinsietokyky on hyvin subjektiivista, jolloin yleispäteviä päätelmiä on vaikeampi tehdä. Jokainen haastateltava liitti kuitenkin erityisesti tilojen koon ja riittävyyden kokemansa stressin määrään ja stressaaviksi kokemikseen tilanteisiin.

6.2.4 Ympäristöön liittyvä laatutekijä

Myös ympäristöön liittyvään laatukriteeriin liittyy terveystalouden kohdalla potilaan yksityisyydestä huolehtiminen (ks. luku 2). Tulosten valossa (taulukko 10) ympäristöön liittyvän laatutekijän ja kahden ympäristön elementin välillä havaittiin joitain yhteyksiä.

Taulukko 10 Fyysisen ympäristön elementit ja ympäristöön liittyvä laatuksiteeri

Laatukriteeri: Ympäristöön liittyvä	Hoitoympäristön elementti	Mainittu haastatteluissa	Havainnollistava sitaatti
Potilaan yksityisyydestä huolehtiminen	Tilojen koko ja riittävyys	3/8	<i>”Osastolla kun on monta potilasta samassa huo- neessa, yksityisyys ei to- teudu niin hyvin. Et jos ha- luu jutella kahdestaan lää- kärinsä kanssa, niin siihen täytyy nähdä vähän vaivaa et löytää jonkun tilan.” (H6)</i>
	Akustiikka ja meluntorjunta	2/8	<i>”Muutamit potilaat on huomauttaneet, että kaikki äänet kuuluu. Et äänieristys ei pelaa.” (H3)</i>

Kuten taulukko 10 havainnollistaa, ympäristöön liittyvän laatuksiteerijän näkökulmasta potilaan yksityisyyden toteutumista voidaan jollain tasolla edistää sopivilla tilaratkaisuilla ja riittäväällä meluntorjunnalla. Todettakoon, että äänieristykseen liittyvät haasteet korostuivat yrityksessä A.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Kontekstin merkitys fyysisen ympäristön ymmärryksessä ja rakentumisessa

Tässä tutkimuksessa esitetyt löydökset ja taulukossa 5 tehty vertailu vahvistavat, että fyysiseen ympäristöön liittyviä markkinoinnin malleja ei voi suoraan hyödyntää kontekstia ja palvelutyyppejä huomioimatta; Kontekstilla on keskeinen merkitys fyysisen ympäristön luoman kokonaisuuden ymmärryksessä. Vaikka terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa on jo aikaisemmin esitetty, että hoitoympäristöä ja sen muodostavia elementtejä tulisi tarkastella erikseen aikaisemmista markkinoinnin ja palvelututkimuksen piirissä tehdyistä havainnoista ja malleista (Han ym. 2018, 512, 528), kirjallisuudessa ei kuitenkaan tutkimuksen tekohetkellä vallitse yhteisymmärrystä siitä, mistä elementeistä fyysinen ympäristö terveydenhuoltoalalla rakentuu (vrt. esim. Hutton & Richardson 1995a; Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016; Han ym. 2018). Tässä tutkimuksessa tehtyjen löydösten perusteella pystytään tekemään aikaisempaa tarkempia päätelmiä siitä, mistä elementeistä fyysinen hoitoympäristö rakentuu. Näiden perusteella tämän tutkimuksen keskeisenä teoreettisena kontribuutiona esitetään:

P1. Fyysinen hoitoympäristö rakentuu kahdesta osasta; ilmapiiristä ja tilan tarkoituksenmukaisuudesta.

Yleisesti tässä tutkimuksessa tehty ylätason jaottelu eroaa markkinoinnin ja palvelututkimuksen kirjallisuudessa käytetyistä malleista, joista useimmat jakavat fyysisen ympäristön kolmeen tai useampaan osaan (ks. esim. Kotler 1973; Baker 1987; Bitner 1992; Turley & Milliman 2000; Berman & Evans 2006; Parish ym. 2008). Kuten taulukko 5 havainnollistaa, tämän tutkimuksen jaottelu tukee Leen (2011) aikaisempaa näkemystä fyysisen hoitoympäristön rakentumisesta terveydenhuoltoalalla. Leen (2011) mukaan fyysinen hoitoympäristö jakaantuu niin ikään kahteen osaan; ilmapiiriin ja tilan palvelevuuteen (engl. *servicability factor*). Havainnot vahvistavat kontekstin keskeistä merkitystä ilmiön ymmärryksessä. Tämän tutkimuksen tilan tarkoituksenmukaisuuden ja Leen (2011) tilan palvelevuuden vivahteellisen eron selittänee osittain ainakin se, että Lee (2011) tutki ilmiötä potilaan näkökulmasta. Samankaltaisia vivahde-eroja havaittiin myös osassa yksittäisten ympäristön elementtien tarkastelussa. Löydöstä pidetään merkittävänä ilmiön kokonaisvaltaisen ymmärryksen lisäämiseksi, sillä kuten aikaisemmin todettiin, kirjallisuudessa ei ennen ole vallinnut selkeää yksimielisyyttä siitä, mistä osista hoitoympäristö rakentuu (vrt. esim. Hutton & Richardson 1995a; Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016; Han ym. 2018).

Edellä esitetyt kaksi yläkategoriaa jakaantuvat edelleen yksittäisiin elementteihin kuvion 5 havainnollistamalla tavalla. Tutkimuksen pohjalta esitetään, että hoitoympäristön ilmapiirin elementtejä ovat valaistus, lämpötila ja ilmanvaihto, akustiikka ja meluntorjunta sekä yleinen viihtyvyys. Ilmapiirin elementtien nähdään liittyvän hoitoympäristön ilmapiirin ja tunnelman rakentumiseen. Tilan tarkoituksenmukaisuuteen liittyy puolestaan ne hoitoympäristön yksittäiset elementit, joiden nähdään vaikuttavan keskeisesti terveystalouden tuottamiseen ja *mahdollistavan* sen. Tilan tarkoituksenmukaisuuden elementeiksi tunnistettiin tilojen koko ja riittävyys, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset, puhtaus, koneet, laitteet ja työvälineet sekä yrityksen käytännöt.

Ympäristön yksittäisten elementtien näkökulmasta, moni tunnistetuista ympäristön elementeistä tukee aikaisempia tutkimuksia (ks. alaluku 6.1.2); Samankaltaisuuksia löydettiin yksittäisten elementtien tarkastelussa niin markkinoinnin ja palvelututkimuksen kuin terveydenhuoltoalan kontekstissa tehtyjen aikaisempien tutkimusten ja tämän tutkimuksen välillä. Näin ollen tämän tutkimuksen myötä on saatu parempi ymmärrys myös niistä yksittäisistä elementeistä, jotka toistuvat kontekstista riippumatta, sekä toisaalta niistä ympäristön elementeistä, jotka korostuvat juuri terveydenhuoltoalan kontekstissa. Yleisimmin tunnistettuja elementtejä oli ilmapiirin elementteihin liittyvät valaistus ja lämpötila, joiden merkitys on tunnistettu sekä yleisissä että kontekstisidonnaisissa malleissa. Sen sijaan niiden ympäristön yksittäisten tekijöiden, jotka erottavat hoitoympäristön muista markkinoinnin ja palvelututkimuksen yleisistä malleista, tunnistettiin tässä tutkimuksessa liittyvän ilmanvaihtoon, akustiikkaan ja meluntorjuntaan, hoitoympäristön yleiseen viihtyvyyden tasoon, puhtausvaatimukseen, hoitoympäristöille tavanomaiseen huonekalujen sijoitteluun ja tilojen erityisvaatimukseen, tilojen kokoon ja riittävyysvaatimukseen sekä terveystalouden tuottamiseen läheisesti liittyviin yrityksen käytäntöihin.

7.2 Fyysistä hoitoympäristöä muokkaamalla voidaan edistää palvelutuotannon laatua

Oikeanlaiset tilat ovat laadukkaan terveystalouden tuottamisen näkökulmasta tärkeässä asemassa (ks. Ulrich 2004; Berry & Parish 2008; Mahmood ym. 2011; Mahmood ym. 2012). Tehdyn tutkimuksen perusteella ilmiön ymmärrys on parantunut; fyysisen hoitoympäristön ja kaikkien laadukkaan palvelutuotannon kriteerien (ks. luku 2) välillä havaittiin yhteyksiä. Merkittävimmät mahdollisuudet fyysinen ympäristö tarjoaa palvelutuotannon laadun edistämiseksi terveydenhuoltoalalla palvelutuotannon teknisen ja ihmistenvälisen laatukriteerin näkökulmasta; näiden laatutekijöiden sekä ilmapiirin ja tilan tarkoituksenmukaisuuden elementtien välillä tunnistettiin eniten yhteyksiä. Hoitoympäristöä muokkaamalla on mahdollista vaikuttaa terveystalouden tuottamiseen liittyvien riskien minimointiin, palveluntarjoajan asiantuntijuuteen, palveluntarjoajan ja potilaan väliseen

vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen kanssakäyntiin sekä tietyiltä osin myös palveluntarjoajan stressinsietokykyyn. Erityisesti tilan tarkoituksenmukaisuuden elementit ja niiden muokkaaminen korostuvat palvelutuotannon laadun edistämässä terveydenhuoltoalalla, sillä tutkimuksen perusteella ymmärretään että ensisijaisesti nämä ympäristön elementit vaikuttavat laadukkaan terveystalouden tuottamiseen ja *mahdollistavat sen*.

Huomioimalla terveystalouden luonne, pystytään tekemään edelleen tarkempia päätelmiä siitä, mitkä laadukkaan palvelutuotannon kriteerien ja fyysisen ympäristön elementtien välillä tunnistetuista yhteyksistä ovat *merkityksellisimpiä* tutkitussa kontekstissa. Terveydenhuoltoalan kontekstissa korostuu erityisesti palvelun tekninen ulottuvuus yhtenä keskeisimpänä laatuun vaikuttavana tekijänä (ks. luku 2). Palvelutuotannon teknisellä laatu-ulottuvuudella viitataan palvelun lääketieteelliseen ytimeen, potilaan saamaan hoitoon, itse hoitoprosessiin, diagnoosin antamiseen ja lääketieteellisen tiedon sekä laitteiden ja instrumenttien soveltamiseen, hoitotoimenpiteiden täyttämisen sujuvuuteen ja palveluntarjoajan asiantuntijuuteen. Tämän tutkimuksen toisena keskeisenä teoreettisena kontribuutiona esitetään:

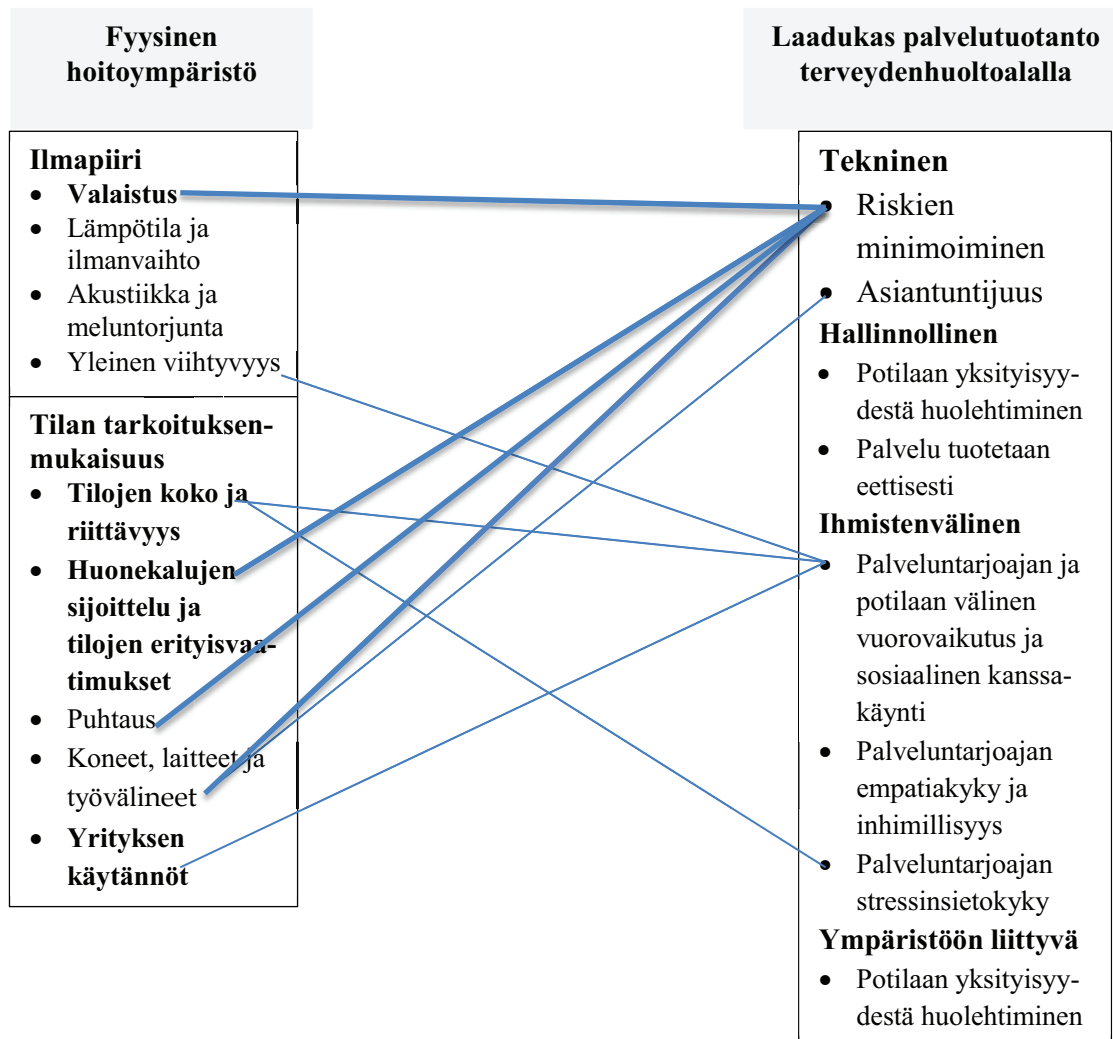
P2: Tekninen laatuksiteeri on palvelutuotannon laadun edistämisen keskiössä terveydenhuoltoalalla: Erityisesti terveystalouden tuottamiseen liittyviä riskejä voidaan minimoida panostamalla hoitoympäristön riittävään valaistukseen sekä muokkaamalla tilan tarkoituksenmukaisuuden elementtejä.

Riskien minimoinnin näkökulmasta palvelutuotannon laadun edistämiseksi keskeisimpiä ympäristön elementtejä ovat valaistus, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset, puhtaus sekä koneet, laitteet ja työvälineet; näiden ympäristön elementtien tunnistettiin vaikuttavan vahvimmin palvelun tuottamiseen liittyvien riskien hallintaan. Aikaisemmissa hoitoympäristöä tarkastelleissa tutkimuksissa on tehty samansuuntaisia havaintoja valaistuksen, hoituhuoneiden pohjaratkaisujen ja koon sekä huoneiden välisen etäisyyksien merkityksestä hoitovirheiden ehkäisemiseksi (ks. Ulrich ym. 2004, 4–6; Mahmood ym. 2011; Mahmood ym. 2012). Tämän tutkimuksen perusteella ymmärretään paremmin, että myös koneet, laitteet ja työvälineet sekä hoitoympäristön puhtaus ovat keskeisiä tekijöitä terveystalouden tuottamiseen liittyvien riskien minimoinnissa.

Hoitoympäristöllä on tutkimuksen perusteella lisäksi tietyiltä osin vaikutusta myös palveluntuottajan asiantuntijuuden muodostumisessa ja edistämässä. Asiantuntijuuden merkitys korostuu erityisesti terveystalouksien yhteydessä, sillä potilas on riippuvaisempi palveluntarjoajan asiantuntijuudesta kuin perinteisten palveluiden kohdalla (ks. luku 2). Tästä näkökulmasta keskiöön nousevat erityisesti hoitoympäristön erilaiset koneet, laitteet ja työvälineet. Tutkimuksessa tehdyt havainnot mahdollistavat palvelutuotannon laadun edistämisen tutkitussa kontekstissa aikaisempaa ymmärrystä kokonaisvaltaisemmin.

7.3 Revisoitu teorettinen viitekehys

Tutkimuksessa kerätyn empiirisen aineiston ja edellä käydyn keskustelun pohjalta on muodostunut tarkempi käsitys tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä, minkä johdosta alkuperäistä, kirjallisuuskatsauksen perusteella luotua teorettista viitekehystä (kuvio 4) on syytä tarkentaa. Muokattu teorettinen viitekehys on esitetty kuviossa 6.



Kuvio 6 Revisoitu teorettinen viitekehys

Empirian avulla pyrittiin ensiksi kartuttamaan lisäymmärrystä osaongelmaan 2 liittyen. Tutkimuksen myötä kuvion 6 revisoidussa viitekehyksessä fyysisen hoitoympäristön elementit on muokattu tutkimuksessa tehtyjen havaintojen ja johtopäätösten mukaisiksi. Tutkimuksen perusteella ymmärretään ensinnäkin, että hoitoympäristö rakentuu kahdesta osasta; ilmapiiristä ja tilan tarkoituksenmukaisuudesta. Myös terveydenhuoltoalalla ilmapiirin elementtien nähdään Bitnerin (1992) alkuperäisen jaottelun tavoin liittyvän läheisesti hoitoympäristön ilmapiiriin ja tunnelman rakentumiseen. Sen sijaan tulosten pohjalta tässä tutkimuksessa Bitnerin (1992) ylätasen kategoriat tilankäyttö ja toimivuus

sekä merkit, symbolit ja esineet yhdistettiin tilan tarkoituksenmukaisuudeksi, koska havaintojen perusteella yrityksen käytäntöjen nähtiin olevan suorassa vaikutuksessa siihen, miten tiloja hyödynnetään terveystalveta tuottaessa. Toisaalta opasteiden ja kylttien merkitys ei korostunut niin voimakkaasti, että ne olisi nimetty omaksi kategoriakseen, vaan niiden nähtiin tulosten perusteella liittyvän myös läheisesti yrityksen käytäntöihin ja sitä kautta palvelun tuottamiseen tutkitussa kontekstissa. Näin ollen tässä tutkimuksessa käytetyssä toisessa ylätasen kategoriassa, tilan tarkoituksenmukaisuudessa, korostuu kokonaisuudessaan palvelun tuottamisen näkökulmasta tilan tarkoituksenmukaiseen käyttöön ja toimivuuteen liittyvät tekijät Bitnerin (1992) alkuperäistä jaottelua kokonaisvaltaisemmin.

Ylätasen jaottelun lisäksi ympäristön yksittäisissä elementeissä havaittiin eroavaisuuksia ja kuviossa 6 ne muokattiin tutkittua kontekstia paremmin vastaavaksi (vrt. kuvio 4). Empiirisen aineiston pohjalta korostui osittain samat fyysisen palveluympäristön elementit kuin Bitnerin (1992) alkuperäisessä mallissa, toisaalta aineiston perusteella tunnistettiin myös uusia, kontekstisidonnaisia ympäristön elementtejä, jonka myötä hoitoympäristön rakentumisen ymmärrys on parantunut. Tehtyjen havaintojen ja keskustelun perusteella, revisoidusta viitekehuksesta (kuvio 6) jätettiin kokonaan pois musiikki, tuokset ja värit. Hankitun ymmärryksen pohjalta, uusina elementteinä lisättiin akustiikka ja meluntorjunta, ilmanvaihto, yleinen viihtyvyys, tilojen koko ja riittävyys, puhtaus sekä tilojen erityisvaatimukset. Keskeisimmiksi hoitoympäristön elementeiksi (lihavoitu kuviossa 6) tunnistettiin neljä tekijää, jotka kaikki haastateltavat nimesivät osaksi hoitoympäristöä; valaistus, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset, yrityksen käytännöt sekä tilojen koko ja riittävyys.

Toiseksi empirian avulla pyrittiin kartuttamaan lisäymmärrystä osaongelmaan 3 liittyen. Kirjallisuudesta löytyy aikaisempien tutkimusten perusteella joitain viitteitä siitä, että hoitoympäristöllä on vaikutus terveystalveta tuottamiseen (ks. Ulrich 2004; Berry & Parish 2008; Mahmood ym. 2011; Mahmood ym. 2012). Tehdyn tutkimuksen perusteella ilmiön ymmärrys on laajentunut. Keskeisimmät yhteydet tunnistettiin palvelutuotannon teknisen ja ihmistenvälisen laatuksiteerin ja hoitoympäristön välillä; Jokainen tai ainakin kolme neljästä haastateltavasta toi ilmi kuviossa 6 havainnollistetut yhteydet. Voidaan siis yleisesti todeta, että hoitoympäristöä muokkaamalla on mahdollista vaikuttaa terveystalveta tuottamiseen liittyvien riskien minimointiin, palveluntarjoajan asiantuntijuuteen, palveluntarjoajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen kanssakäyntiin sekä tietyiltä osin myös palveluntarjoajan stressinsietokykyyn.

Terveystalveta luonteen takia terveystalvetahuoltoalan kontekstissa korostuu erityisesti palvelun tekninen ulottuvuus yhtenä keskeisimpänä laatuun vaikuttavana tekijänä (ks. luku 2). Palvelutuotannon laadun edistämisen näkökulmasta *merkityksellisimmät* yhteydet on esitetty revisoidussa viitekehyksessä (kuvio 6) lihavoiduilla viivoilla; Riskien minimoinnin näkökulmasta palvelutuotannon laadun edistämiseksi keskeisimpään asemaan

nousevat hoitoympäristön valaistus, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset, hoitoympäristön puhtaus sekä koneet, laitteet ja työvälineet. Toisaalta, hoitoympäristöllä on tutkimuksen perusteella tietyiltä osin vaikutusta myös palveluntuottajan asiantuntijuuden muodostumisessa ja edistämisessä. Asiantuntijuudella viitataan siis palveluntarjoajan kykyyn yhdistää lääketieteellinen tieto ja tieto yksilöstä sekä taitoon toteuttaa palvelun lääketieteellinen ydin, diagnoosin antamiseen ja lääketieteellisen tiedon sekä laitteiden ja instrumenttien soveltamiseen. Asiantuntijuuden merkitys korostuu erityisesti terveystalvelujen yhteydessä, sillä potilas on riippuvaisempi palveluntarjoajan asiantuntijuudesta kuin perinteisten palveluiden kohdalla (ks. luku 2). Riskien minimoinnin tavoin myös palveluntarjoajan asiantuntijuuden edistämisen näkökulmasta keskiöön nousevat koneet, laitteet ja työvälineet.

Liitteen 1 tarkastelun perusteella ymmärretään myös, että henkilöidenvälistä ulottuvuutta on harvoin, jos ollenkaan, mahdollista erottaa teknisestä ulottuvuudesta kokonaan, sillä se on keskeinen ”työkalu” jonka kautta palvelun tekninen osa tuotetaan. Edellä esitetyn lisäksi tässä tutkimuksessa tunnistettiin selkeitä yhteyksiä myös ympäristön elementtien ja ihmistenvälisen laatukriteerin välillä. Tutkimuksen kohteena olevan ilmiön kokonaisuuden hahmottamiseksi kuviossa 6 on esitetty myös nämä yhteydet. Ympäristön elementtien ja ihmistenvälisen laatukriteerin väliset yhteydet huomioimalla on mahdollista vaikuttaa ympäristön ilmapiiriin ja tilan tarkoituksenmukaisuuden kautta palveluntuottajan vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen kanssakäyntiin potilaan kanssa sekä palveluntuottajan stressinsietokykyyn. Keskeisimmiksi nousivat yhteydet hoitoympäristön yleisen viihtyvyyden, tilojen koon ja riittävyden sekä yrityksen käytäntöjen ja palveluntarjoajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ja sosiaalisen kanssakäymisen välillä. Todetaan, että myös hoitoympäristön ja ihmistenvälisen laatukriteerin väliset yhteydet tarjoavat mahdollisuuden edistää palvelutuotannon laatua terveydenhuoltoalalla.

8 YHTEENVETO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida, miten fyysisen ympäristön avulla voidaan edistää palvelutuotannon laatua terveydenhuoltoalalla. Aihetta tarkasteltiin seuraavien osaongelmien avulla:

1. Mitkä ovat laadukkaan palvelutuotannon kriteerit terveydenhuollon kontekstissa?
2. Mistä elementeistä yrityksen fyysinen palveluympäristö rakentuu terveydenhuoltoalalla?
3. Minkälaisia yhteyksiä on havaittavissa laadukkaan palvelutuotannon kriteerien ja fyysisen ympäristön välillä terveydenhuoltoalan kontekstissa?

Suhteellisen pieni osa tutkimuksista on tarkastellut palvelun laadun muodostumista ja arviointia tietyssä kontekstissa, ja tutkimuksen tekohetkellä etenkin terveydenhuoltoalan kontekstissa havaitaan puutteita palvelun laadun muodostumiseen ja mittaamiseen liittyvässä keskustelussa ja sen yhdenmukaisuudessa (Dagger ym. 2007, 124; Gill & White 2009; Pai & Chary 2013). Samaan aikaan terveydenhuoltoalan toimijoiden odotetaan kuitenkin pystyvän kokonaisvaltaisemmin tunnistamaan ja täyttämään asiakkaiden tarpeet ja odotukset aikaisempaa paremmin (Curry & Sinclair 2002, 197; Dagger ym. 2007, 123). Edellä esitetty huomioiden, laadukkaan palvelutuotannon kriteereitä lähestyttiin tutkielman kirjallisuuskatsauksessa luvussa kaksi asiakkaan näkökulmasta; tarkastelemalla, millainen on laadukas terveysterveyspalvelu *asiakkaan* näkökulmasta, tehtiin päätelmiä laadukkaan palvelutuotannon kriteereistä terveydenhuoltoalalla. Kirjallisuuskatsauksessa huomioitiin markkinoinnin ja palvelututkimuksen kirjallisuudessa esiintyvät tunnetuimmat laatumittarit (ks. Grönroos 1984; Parasuraman ym. 1988; McDougall & Levesque 1995; Dabholkar ym. 1996; Dagger ym. 2007; Brady & Cronin 2011), terveysterveyspalveluiden erityispiirteet sekä terveydenhuoltoalan kirjallisuudessa esiintyvät, kontekstisidonnaiset terveysterveyspalvelun laadun arviointiin ja mittaamiseen tarkoitetut mallit (ks. Liite 1). Kirjallisuuskatsauksen perusteella kirjallisuudessa esiintyvien yleisten ja kontekstisidonnaisten palvelun laatu-ulottuvuuksien havaittiin olevan terveysterveyspalvelun näkökulmasta yhdenmukaiset; laadukkaan palvelutuotannon kriteereiden terveydenhuollon kontekstissa tunnistettiin liittyvän palvelun tekniseen, hallinnolliseen, ihmistenväliseen ja ympäristön laatu-ulottuvuuteen. Terveysterveyspalveluun liittyvien erityispiirteiden (ks. taulukko 1) takia terveydenhuoltoalan kontekstissa korostuu erityisesti palvelun tekninen ulottuvuus (palvelun lääketieteellinen ydin, potilaan saama hoito, itse hoitoprosessi, diagnoosin antaminen ja lääketieteellisen tiedon sekä laitteiden ja instrumenttien soveltaminen, hoitotoimenpiteiden täyttämisen sujuvuus ja palveluntarjoajan asiantuntijuus) yhtenä keskeisimpänä laatuun vaikuttavana tekijänä.

Osaongelmaan kaksi liittyen, kirjallisuudessa ei tutkimuksen tekohetkellä vallitse yhteisymmärrystä, mistä elementeistä hoitoympäristö rakentuu (vrt. esim. Hutton & Richardson 1995a; Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016; Han ym. 2018). Tehdyn tutkimuksen

perusteella ymmärretään, että fyysinen hoitoympäristö rakentuu kahdesta osasta; ilmapiiristä ja tilan tarkoituksenmukaisuudesta. Tässä tutkimuksessa tehdyt löydökset ja johtopäätökset tukevat Leen (2011) aikaisempaa näkymystä hoitoympäristön rakentumisesta. Ympäristön yksittäisten elementtien näkökulmasta, moni tunnistetuista ympäristön elementeistä tukee aikaisempia tutkimuksia (ks. alaluku 6.1.2); Samankaltaisuuksia löydettiin yksittäisen elementtien tarkastelussa niin markkinoinnin ja palvelututkimuksen kuin terveydenhuoltoalan kontekstissa tehtyjen aikaisempien tutkimusten ja tämän tutkimuksen välillä. Tässä tutkimuksessa tunnistettiin myös uusia ympäristön elementtejä, jotka korostuvat tutkitussa kontekstissa. Keskeisimmiksi hoitoympäristön elementeiksi tunnistettiin palveluntuottajan näkökulmasta valaistus, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset, yrityksen käytännöt sekä tilojen koko ja riittävyys. Tässä tutkimuksessa tehtyjä, osaongelmaan kaksi liittyviä havaintoja ja löydöksiä pidetään hoitoympäristön kokonaisuuden sekä ilmiön tutkimuksen ja ymmärryksen näkökulmasta merkittävänä.

Tehdyn tutkimuksen perusteella on hankittu myös aikaisempaa laajempi ymmärrys laadukkaan palvelutuotannon kriteerien ja fyysisen ympäristön elementtien välisistä yhteyksistä. Tunnistetut hoitoympäristön elementit sekä palvelutuotannon kriteerien ja hoitoympäristön elementtien väliset yhteydet huomioimalla voidaan tukea ja edistää palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla nykyistä tehokkaammin ja kokonaisvaltaisemmin. Eniten mahdollisuuksia hoitoympäristö tarjoaa teknisen ja ihmistenvälisen laatuksiteerin tukemiseksi ja edistämiseksi; Hoitoympäristöä muokkaamalla on mahdollista vaikuttaa terveystalouden tuottamiseen liittyvien riskien minimointiin, palveluntarjoajan asiantuntijuuteen, palveluntarjoajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen kanssakäyntiin sekä tietyiltä osin myös palveluntarjoajan stressinsietokykyyn.

Palvelutuotannon laadun edistämisen näkökulmasta merkityksellisimmäksi nousevat (terveyspalvelun luonteen takia) hoitoympäristön ja palvelun teknisen laatuksiteerin välillä tunnistetut yhteydet. Ymmärretään, että riskien minimoinnin ja palveluntarjoajan asiantuntijuuden tukemisen näkökulmasta palvelutuotannon laadun edistämiseksi keskeisiä ympäristön elementtejä ovat valaistus, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset, puhtaus sekä koneet, laitteet ja työvälineet. Erityisesti tilan tarkoituksenmukaisuuden elementit ja niiden muokkaaminen tarjoavatkin siis merkittävän mahdollisuuden edistää laadukasta palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla, sillä ensisijaisesti nämä ympäristön elementit vaikuttavat palvelun tuottamiseen ja *mahdollistavat* sen.

8.1 Teoreettinen kontribuutio

Kirjallisuudesta löytyy viitteitä laadukkaan palvelutuotannon ja fyysisen palveluympäristön välisestä yhteydestä. Aikaisemman tutkimuksen perusteella ymmärretään myös, että

kontekstilla on vaikutusta ilmiön tutkimuksessa ja rakentumisessa. (Baker ym. 1988; Bitner 1992; Ulrich ym. 2004; Parish ym. 2008; Kearney ym. 2012; Mahmood ym. 2011; Mahmood ym. 2012; Han ym. 2018, 512, 528.) Tässä tutkielmassa tarkastelun kohteeksi valittiin terveydenhuollon konteksti ja näkökulmaksi työntekijät, sillä potilaslähtöisen ajattelutavan ja terveystalujen laadun korostuminen on ollut yksi keskeisimmistä tekijöistä fyysisen ympäristön merkityksen ja suunnittelun (engl. healthcare servicescape design) korostumisessa myös terveydenhuoltoalalla (Fottler ym. 2000; Curry & Sinclair 2002, 197; Dagger ym. 2007, 123; Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016, 600). Tiedetään, että olemassa olevat terveydenhuoltoalalle keskeiset palveluympäristöt eivät palvele nykyistä palvelutuotantoa parhaalla mahdollisella tavalla (Tolkki ym. 2013, 3); kirjallisuudessa ei vallitse yhteisymmärrystä, mistä elementeistä hoitoympäristö rakentuu (vrt. esim. Hutton & Richardson 1995a; Lee 2011; Sahoo & Ghosh 2016; Han ym. 2018) eikä jäsentynyttä tietoa siitä, millainen ympäristö tukee ja edistää laadukkaiden terveystalujen tuottamista parhaiten (Parish ym. 2008; Han ym. 2018). Tässä tutkimuksessa on hankittu aikaisempaa parempi ymmärrys laadukkaan palvelutuotannon ja fyysisen hoitoympäristön välisestä yhteydestä. Näin ollen työn ensisijainen teoreettinen kontribuutio on kontekstuaalinen.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta laadukkaan palvelutuotannon kriteereiden terveydenhuollon kontekstissa tunnistettiin liittyvän palvelun tekniseen, hallinnolliseen, ihmisten väliseen ja ympäristön laatu-ulottuvuuteen. Tutkimuksen perusteella ymmärretään paremmin kontekstin keskeinen rooli ilmiön tutkimuksessa, ja on hankittu parempi ymmärrys fyysisen ympäristön rakentumisesta terveydenhuoltoalalla; hoitoympäristö rakentuu ilmapiiristä ja tilan tarkoituksenmukaisuudesta. Keskeisimmiksi hoitoympäristön elementeiksi tunnistettiin palveluntuottajan näkökulmasta yleisesti valaistus, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset, yrityksen käytännöt sekä tilojen koko ja riittävyys. Lisäksi tässä tutkimuksessa tunnistettiin muutamia hoitoympäristöille tyypillisimpiä elementtejä, jotka hankitun ymmärryksen perusteella erottavat hoitoympäristöt muista palveluympäristöistä ja markkinoinnin ja palvelututkimuksen ”yleisistä” malleista; ilmanvaihto, akustiikka ja meluntorjunta, tietty yleinen viihtyvyyden taso ja puhtausvaatimukset. Palvelutuotannon laadun edistämisen näkökulmasta merkityksellisimmiksi nousevat hoitoympäristön ja palvelun teknisen laatukriteerin välillä tunnistetut yhteydet. Nämä yhteydet huomioimalla voidaan minimoida terveystalujen tuottamiseen liittyviä riskejä ja edistää palveluntarjoajan asiantuntijuutta. Tutkimuksen perusteella ymmärretään, että erityisesti valaistus ja tilan tarkoituksenmukaisuuden elementit tarjoavat merkittävän mahdollisuuden edistää palvelutuotannon laatua terveydenhuoltoalalla, sillä ensisijaisesti nämä ympäristön elementit vaikuttavat laadukkaan terveystalujen tuottamiseen ja mahdollistavat sen.

8.2 Manageriaalinen kontribuutio

Hoitoympäristöjen suunnittelussa painopiste on siirtymässä yhä selkeämmin toiminalliseen suunnitteluun, jossa ensisijainen huomio tulee kiinnittää palvelutuotantoon ja sen laatuun (Tolkki ym. 2013, 2–3). Samaan aikaan voidaan kuitenkin todeta, että kirjallisuudessa ei ole eksplisiittistä, jäsentynyttä tietoa siitä, millainen ympäristö tukee ja edistää terveyspalvelujen tuottamista parhaiten (Parish ym. 2008; Han ym. 2018). Ollaan tilanteessa, jossa yritysten johtajat tekevät päätöksiä fyysiseen palveluympäristöön liittyvistä ratkaisuista ymmärtämättä kokonaan niiden merkitystä (Bitner 1992, 57; 2000, 37; Hutton & Richardson 1995a; 1995b; Hoffman & Turley 2002, 33; Parish ym. 2008). Tämä tutkimus tarjoaa liikkeenjohdolle, arkkitehdeille, suunnittelijoille ja julkisen sektorin päättävälle tahoille paremmat valmiudet ymmärtää tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä sekä käytännön suosituksia laadukkaana palvelutuotannon tukemiseksi terveydenhuoltoalalla. Tutkimuksessa tunnistettujen hoitoympäristön ja palvelutuotannon laatukriteerien välisten yhteyksien avulla pystyttiin tunnistamaan keinoja, joilla palvelutuotannon laatua terveydenhuoltoalalla voidaan edistää.

Fyysinen hoitoympäristö on tärkeässä asemassa laadukkaana terveyspalvelun tuottamisessa. Kun toiminta ja tilat suunnitellaan yhtenä kokonaisuutena, saavutetaan hyötyjä potilaan, henkilökunnan sekä resurssien ja kustannusten näkökulmasta (Tolkki ym. 2013). Palvelutuotannon ja sen edistämisen kannalta yhtenä merkittävänä havaintona liikkeenjohdolle pidetään tutkimuksessa esiinnousseita fyysisen ympäristön hyödyntämiseen liittyviä haasteita. On selvää, että hoitoympäristön merkitystä ja sen tarjoamia mahdollisuuksia palvelun tuottamisen tukemiseksi ja edistämiseksi ei täysin ymmärretä eikä riittävällä tasolla vielä hyödynnetä erityisesti hoitoympäristöjen suunnitteluvaiheessa. Tutkimuksessa tehdyt löydökset viittavat vahvasti siihen, että tilojen suunnittelijoilla ei ole riittävää ymmärrystä fyysisen ympäristön merkityksestä hoitohenkilökunnan toiminnan muodostumisesta; Tutkimuksen perusteella esimerkiksi huonekalujen sijoittelu terveydenhuoltoalalla on tehty useimmiten tilojen ehdoilla, eikä sen mukaan mikä terveyspalvelun tuottamisen näkökulmasta olisi optimaalisinta. Hoitoympäristöjen suunnitteluun ja muokkaamiseen tulee panostaa tulevaisuudessa enemmän.

Tässä tutkimuksessa hoitoympäristön ja laadukkaana palvelutuotannon kriteerien välillä tunnistettiin lukuisia yhteyksiä. Erityisesti tilojen koko ja riittävyys, huonekalujen järjestys ja tilojen erityisvaatimukset, hoitoympäristön puhtaus sekä koneet, laitteet ja työvälineet ja näiden muokkaaminen tarjoavat merkittävän mahdollisuuden edistää palvelutuotannon laatua terveydenhuoltoalalla, sillä ensisijaisesti nämä ympäristön elementit vaikuttavat terveyspalvelun tuottamiseen ja *mahdollistavat* sen. Eniten mahdollisuuksia hoitoympäristö tarjoaa teknisen ja ihmistenvälisen laatukriteerin tukemiseksi ja edistämiseksi; tarjoamalla esimerkiksi riittävä ja oikeanlainen valaistus, tilavat hoituhuoneet,

joissa huonekalujen sijoittelu on tehty palvelun luonteen ehdoilla, huolehtimalla ympäristön ja instrumenttien puhtaudesta sekä tarjoamalla toimivat, asianmukaiset laitteet sekä huolehtimalla että työvälineitä ja laitteita on riittävästi, terveystuotannon tuottamiseen liittyviä riskejä voidaan minimoida. Oikeanlaisilla ja riittävillä työvälineillä voidaan lisäksi vaikuttaa palveluntuottajan kokeman asiantuntijuuden tasoon. Huolehtimalla puolestaan tilojen riittävydestä ja varmistamalla riittävän tilavat hoituhuoneet palveluntuottajien käyttöön voidaan vaikuttaa hoitohenkilökunnan kokemaan stressitasoon ja stressinsietokykyyn. Lisäksi hoitoympäristöllä voidaan vaikuttaa potilaan ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen monin eri tavoin. Palvelutuotannon laadun edistämisen näkökulmasta korostuu erityisesti hoitoympäristön merkitys terveystuotantoon liittyvien riskien minimoimisessa. Näin ollen tilojen suunnitteluvaiheessa keskiöön tulisi asettaa ainakin hoitoympäristön valaistusratkaisut, huonekalujen sijoittelu ja tilojen erityisvaatimukset, puhtaustvaatimukset sekä palvelun tuottamiseen liittyvät koneet, laitteet ja työvälineet. Myös yrityksen käytäntöjen (esimerkiksi jaetut huoneet) vaikutus riskien minimoimiseksi on ymmärrettävä nykyistä kokonaisvaltaisemmin.

Liikkeenjohdon tasolla on huomionarvoista sisäistä lisäksi, että fyysisen hoitoympäristön merkitys korostuu myös lääketieteenalasta riippuen: Fyysisen ympäristön rooli palvelutuotannon näkökulmasta voi olla mahdollistava (esim. lasten allergologia), kun taas joillain aloilla (esim. ortopedia) tietynlainen fyysinen ympäristö on terveystuotannon kannalta välttämätön. Palvelutuotannon laadun edistämiseksi ja hoitoympäristöjen täyden potentiaalin hyödyntämiseksi tilojen suunnittelun keskiöön tulisi jatkossa asettaa arkkitehtejä ja suunnittelijoita useammin tilassa toimivat, terveystuotantoa tuottavat, eri lääketieteenalojen ammattilaiset.

8.3 Tutkimuksen rajoitteet ja suositukset jatkotutkimusta varten

Johdannossa tehtyjen rajausten ja tutkimusprosessin aikana tehtyjen valintojen perusteella, tehdyssä tutkimuksessa tunnistetaan myös muutamia rajoitteita. Nämä rajoitteet tunnistamalla esitetään jatkotutkimussuosituksia.

Johdannossa määriteltiin ensinnäkin, että terveystuotanto on prosessi, joka koostuu enemmän tai vähemmän aineettomista aktiviteeteista, jotka tapahtuvat vuorovaikutuksessa asiakkaan ja terveydenhuoltoalan palveluntuottajan kanssa ja joka tarjotaan ratkaisuksi asiakkaan terveyteen liittyviin ongelmiin. Tässä tutkielmassa terveystuotantolla viitataan yleis- tai erikoislääkärin tai muun hoitohenkilökunnan antamaan palveluun yksityisen tai julkisen sektorin lääkäriasemilla, terveyskeskuksissa, yksityisvastaanotoilla, yritysten ym. klinikoilla. Toimialan laajuus huomioiden ja toisaalta tutkielman laajuuden puitteissa, tässä tutkielmassa tarkastelun ulkopuolelle rajattiin kuntoutuslaitokset ja sairaskodit sekä hammaslääkäripalvelut. Näin ollen tässä tutkimuksessa tehdyt löydökset ja

niiden perusteella esitetyt johtopäätökset eivät ole suoraan yleistettävissä kaikkiin terveystalouteen ja hoitoympäristöihin. Tutkimuksen perusteella tehtiin kuitenkin keskeisiä havaintoja hoitoympäristön elementeistä ja laadukkaan terveystalouden tuottamisen edistämisestä, jotka pätevät sektorista riippumatta. Tutkimuskontekstia laajentamalla tai fokuksa muuttamalla esimerkiksi kuntoutuslaitoksiin ja hammaslääkäripalveluihin voidaan hankkia entistä laajempi ymmärrys ilmiöstä.

Toiseksi, tutkielmassa käsiteltävä ilmiö rajattiin terveystaloutta tuottavan henkilöstön näkökulmaan, sillä suurin osa aikaisemmista palveluympäristöön liittyvistä tutkimuksista keskittyy tarkastelemaan yrityksen fyysistä palveluympäristöä asiakkaan näkökulmasta, ja erityisesti terveydenhuoltoalalla havaittiin puutteita ymmärryksessä hoitoympäristön vaikutuksesta hoitohenkilökunnan toimintaan. Jatkotutkimukset nimenomaan henkilökunnan näkökulmasta ovat edelleen tarpeen; esimerkiksi alaluvussa 6.1 käydyn pohdinnan perusteella, turvallisuus osana fyysisen hoitoympäristön kokonaisuutta vaatii lisätutkimuksia tulevaisuudessa. Ilmiön ymmärryksen ja kokonaisuuden kannalta on myös huomionarvoista, että osa tässä tutkimuksessa tunnistetuista hoitoympäristön elementeistä on samoja mitä on tunnistettu aikaisimmissa tutkimuksissa, jotka korostavat voimakkaasti asiakkaan näkökulmaa. Tämä vahvistaa aikaisempia havaintoja siitä, että samalla ympäristöllä joka vaikuttaa asiakkaiden toimintaan, on merkittävä rooli myös henkilöstön kannalta (Bitner 1992; Berry ym. 2004, 5; Parish ym. 2008). Kirjallisuudessa havaittujen puutteiden perusteella ehdotetaan, että palveluympäristön vaikutuksia tilan käyttäjiin tutkitaan lisää; vain pieni osa aikaisemmista tutkimuksista tarkastelee fyysisen palveluympäristön merkitystä *molempien* käyttäjäryhmien, sekä asiakkaiden että työntekijöiden, toiminnan muodostumisessa *samanaikaisesti*. Koska myös terveydenhuoltoalalla asiakkaan arvontuottamisprosessi ja palvelun tuotanto- ja toimitusprosessi toteutuvat suurelta osin yleensä samanaikaisesti, on hyödyllistä tutkia, miten hoitohenkilökunnan ja potilaiden fyysiseen palveluympäristöön liittyvät odotukset ja tarpeet eroavat keskenään ja miten alalla toimivien yritysten tulisi muokata fyysistä hoitoympäristöään tässä tapauksessa. Terveydenhuoltoalan ja hoitoympäristöjen kehittyessä ja muuttuessa, palveluympäristöön kohdistuvat tutkimustarpeet ovat jatkuvia ja korostuvat tulevaisuudessa edelleen.

Tehdyn tutkimuksen perusteella ymmärretään, että hoitoympäristöllä on merkittävä rooli laadukkaan terveystalouden tuottamisessa. Ympäristön elementtien ja laadukkaan palvelutuotannon kriteerien välillä tunnistettiin lukuisia yhteyksiä. Nämä yhteydet tunnistamalla ymmärretään, että hoitoympäristöä muokkaamalla voidaan edistää terveystalouden tuottamista erityisesti palvelutuotannon teknisestä näkökulmasta. Tutkimuksessa tunnistettiin selkeitä yhteyksiä myös ympäristön elementtien ja ihmistenvälisen laatu-kriteerin välillä (kuvio 6). Keskeisiksi nousivat yhteydet hoitoympäristön yleisen viihtyvyyden, tilojen koon ja riittävyuden sekä yrityksen käytäntöjen ja palveluntarjoajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen ja sosiaalisen kanssakäymisen välillä. Koska tutkitussa

kontekstissa korostuu juuri palvelutuotannon tekninen laatukriteeri yhtenä keskeisimpänä laatuun vaikuttavana tekijänä, hoitoympäristön vaikutus ihmistenväliseen laatukriteeriin jää helposti vähemmälle huomiolle. Liitteen 1 tarkastelun perusteella ymmärretään kuitenkin, että henkilöidenvälistä ulottuvuutta on harvoin, jos ollenkaan mahdollista erottaa teknisestä ulottuvuudesta kokonaan, sillä se on keskeinen ”työkalu” jonka kautta palvelun tekninen osa tuotetaan (ks. esim. Donabedian 1992). Ilmiön kokonaisuuden ymmärtämiseksi tulevaisuudessa tutkimuksissa tulisikin keskittyä tarkastelemaan erityisesti ihmistenväliseen laatukriteeriin liittyviä havaintoja enemmän ja toisaalta keskittyä tarkastelemaan teknisen ja ihmistenvälisen laatukriteerien välistä keskinäistä suhdetta suhteessa hoitoympäristöön.

Lopuksi; tämän tutkielman tavoitteena oli täydentää olemassa olevaa tutkimuskeskustelua ja edistää fyysisen ympäristön luoman kokonaisuuden ymmärrystä tutkitussa kontekstissa. Näin ollen tutkimusotteeksi valittiin laadullinen tapaustutkimus, jossa vertailtiin kahta eri sektoreilla toimivaa terveydenhuoltoalan toimijaa. Tutkimuksen rajoitteena voidaan kuitenkin osittain pitää myös valittuja menetelmiä ja siten tulosten yleistettävyyttä; Kuten alaluvussa 5.5. todettiin, vaikka valittu tutkimusasetelema (vertaileva tapaustutkimus) tukee tutkimuksen siirrettävyyttä ja tulosten yleistettävyyttä (Yin 2003, 10; Koskinen ym. 2005, 45), haasteeksi muodostuu osittain kuitenkin laadullisen tutkimuksen perusluonne; tuloksia ei voida tilastollisesti yleistää. Toisaalta myös kerätyn aineiston analysointia voidaan tarkastella kriittisesti; teemoittelu ei välttämättä tarjoa eväitä kovin pitkälle menevään analyysiin tai johtopäätöksiin (Eskola & Suoranta 1996, 170–176). Tehdyn laadullisen tutkimuksen avulla on kuitenkin saavutettu syvällisempi ymmärrys tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä ja pystytty tarjoamaan käytännön ehdotuksia liikkeenjohdolle ja päättäjille tahoille hoitoympäristöjen muokkaamiseksi ja suunnittelun tueksi sekä palvelutuotannon laadun edistämiseksi. Tulosten yleistettävyyden parantamiseksi, johtopäätöksissä tutkimuksen teoreettisen kontribuution tueksi esitetyt kaksi propositiota on pyritty rakentamaan niin, että kvantitatiivinen tutkimus voi alkaa testata niitä hankitun laajemman ymmärryksen pohjalta. Ilman lisätutkimuksia fyysisen hoitoympäristön täysi potentiaali terveydenhuoltoalan yritysten yhtenä kilpailukeinona jäänee hyödyntämättä.

LÄHTEET

- Aagja, J. – Garg, R. (2010) Measuring perceived quality for public hospitals (Pub-HosQual) in the Indian context, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol. 4 (1), 60–83.
- Alasuutari, P. (2014) *Laadullinen tutkimus 2.0*, 5. p. InPrint, Riika.
- Babakus, E. – Boller, G. (1992) An empirical assessment of the SERVQUAL scale, *Journal of Business Research*, Vol. 24 (3), 253–268.
- Baker, J. (1987) The role of the environment in marketing services: The consumer perspective. Teoksessa: *The service challenge: Integrating for competitive advantage*, toim. John A. Czepiel – Carole Congram – James Shanahan, 79–84. American Marketing Association, Chicago.
- Baker, J. – Berry, L. – Parasuraman, A. (1988) The marketing impact of branch facility design, *Journal of Retail Banking*, Vol. 10 (2), 33–42.
- Baker, J. – Parasuraman, A. – Grewal, D. – Voss, G. (2002) The influence of multiple store environment cues on perceived merchandise value and patronage intentions, *Journal of Marketing*, Vol. 66 (2), 120–141.
- Berman, B. – Evans, J. (2006) *Retail Management: A strategic approach*. 10. p. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.
- Berry, L. – Parker, D. – Coile, R. – Hamilton, D. – O’Neill, D. – Saddler, B. (2004) The business case for better buildings, *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 21 (1), 3–24.
- Berry, L. – Bendapudi, N. (2007) Health care: A fertile field for service research, *Journal of Service Research*, Vol. 10 (2), 111–122.
- Berry, L. – Parish, J. (2008) The impact of facility improvements on hospital nurses, *Health Environments Research & Design Journal*, Vol. 1 (2), 5–13.
- Bitner, M. (1990) Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses, *Journal of Marketing*, Vol. 54 (2), 69–82.
- Bitner, M. (1992) Servicescapes: The impact of physical surroundings on customers and employees, *Journal of Marketing*, Vol. 56 (2), 57–71.

- Bitner, M. (2000) The servicescape. Teoksessa *Handbook of services marketing & management*, toim. Teresa A. Swartz & Dawn, Iacobucci, 37–50. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Bitner, M. – Danaher, T. – Gallan, A. (2014) Journal of service research special section on health service research: A multidisciplinary perspective, *Journal of Service Research*, Vol. 17 (4), 359.
- Brady, M. – Cronin, J. Jr. (2001) Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach, *Journal of Marketing*, Vol. 65 (3), 34–49.
- Butt, M. – de Run, C. (2010) Private healthcare quality: Applying a SERVQUAL model, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 23 (7), 658–673.
- Buttle, F. (1996) SERVQUAL: Review, critique, research agenda, *European Journal of Marketing*, Vol. 30 (1), 8–32.
- Carman, J. (1990) Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions, *Journal of Retailing*, Vol. 66 (1), 33–55.
- Cockrill, A. – Goode, M. – Emberson, D. (2008) Servicescape matters – or does it? The special case of betting shops, *Marketing Intelligence & Planning*, Vol. 26 (2), 189–206.
- Countryman, C. – Jang, S. (2006) The effects of atmospheric elements on customer impression: The case of hotel lobbies, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 18 (7), 534–545.
- Cox, K. (1970) The effect of shelf space upon sales of branded products, *Journal of Marketing Research*, Vol. 7 (1), 55–58.
- 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, P. – Thorpe, D. – Rentz, J. (1996) A measure for service quality for retail stores: Scale development and validation, *Journal of Academy of Marketing Science*, Vol. 24 (1), 3–16.
- Dabholkar, P. – Shepherd, C. – Thorpe, D. (2000). A comprehensive framework for service quality: An investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study, *Journal of Retailing*, Vol. 76 (2), 139–173.

- Dagger, T. – Sweeney, J. – Johnson, L. (2007) A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model, *Journal of Service Research*, Vol. 10 (2), 123–142.
- DeSantis, V. – Durst, S. (1996) Comparing job satisfaction among public- and private-sector employees, *American Review of Public Administration*, Vol. 26 (3), 327–343.
- Donabedian, A. (1992) Quality assurance in health care: Consumers' role, *Quality in Health Care*, Vol. 1, 247–251.
- Dubois, A. – Gadde, L. (2002) Systematic combining: An abductive approach to case research, *Journal of Business Research*, Vol. 55 (7), 553–560.
- Eisenhardt, K. – Graebner, M. (2007) Theory building from cases: Opportunities and challenges, *The Academy of Management Journal*, Vol. 50 (1), 25–32.
- Eriksson, P. – Kovalainen, A. (2008) *Qualitative methods in business research*. SAGE Publications Ltd, London.
- Eskola, J. – Suoranta, J. (1996) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.
- Ezeh, C. – Harris, L. (2007) Servicescape research: A review and a research agenda, *The Marketing Review*, Vol. 7 (1), 59–78.
- FMI (2019) *FMI 2019 overview*. https://www.fminet.com/wp-content/uploads/2019/01/2019_Overview.pdf haettu 30.3.2019.
- Fottler, M. – Ford, R. – Roberts, V. – Ford, E. (2000) Creating a healing environment: The importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system, *Journal of Healthcare Management*, Vol. 45 (2), 91–106.
- Frank, R. – Massey, W. (1970) Shelf position and space effects on sales, *Journal of Marketing Research*, Vol. 7 (1), 59–66.
- Gill, L. – White, L. (2009) A critical review of patient satisfaction, *Leadership in Health Services*, Vol. 22 (1), 8–19.
- Grove, S. – Fisk, R. – John, J. (2003) The future of services marketing: Forecasts from ten services experts, *Journal of Services Marketing*, Vol. 17 (2), 107–121.
- Grönroos, C. (1984) A service quality model and its marketing implications, *European Journal of Marketing*, Vol. 17 (4), 36–44.
- Guba, E. – Lincoln, Y. S. (1994) Competing paradigms in qualitative research. Teoksessa: *Handbook of qualitative research*, toim. Norman K. Denzin – Yvonne S. Lincoln, 105–117. SAGE Publications Ltd, London.

- Hamilton, D. (2003) "The four levels of evidence based practice," *Healthcare Design*, Vol. 3 (4), 18–26.
- Han, J. – Kang, H. – Kwon, G. (2018) A systematic underpinning and framing of the servicescape: Reflections on future challenges in healthcare services, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 15 (3), 509–533.
- Hartman, S. (2011) *Toimialaraportit: Terveyspalvelut, TEM:n ja ELY-keskusten julkaisu*, http://www.lpy.fi/files/kumppania/lpy_doc/Toimialaraportit-Terveyspalvelut_2010-2011.pdf, haettu 2.12.2018.
- Hausman, A. (2004) Modeling the patient-physician service encounter: improving patient outcomes, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 32 (4), 403–417.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. (2001) *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. (2015) *Tutki ja kirjoita*, 20. p. Bookwell Oy, Porvoo.
- Hoffman, K. – Bateson, J. (1997) *Essentials of services marketing*. The Dryden Press, Orlando.
- Hoffman, K. – Turley, L. (2002) Atmospherics, service encounters and consumer decision making: An integrative perspective, *Journal of Marketing Theory and Practice*, Vol. 10 (3), 33–47.
- Hooper, D. – Coughlan, J. – Mullen, M. (2013). The servicescape as an antecedent to service quality and behavioral intentions, *Journal of Services Marketing*, Vol. 27 (4), 271–280.
- Hutton, J. – Richardson, L. (1995a) Healthscapes: The role of the facility and physical environment on consumer attitudes, satisfaction, quality assessments and behaviors, *Health Care Management Review*, Vol. 20 (2), 48–61.
- Hutton, J. – Richardson, L. (1995b), Healthscapes: The importance of place, *Marketing Health Services*, Vol. 15 (1), 10–11.
- Kearney, T. – Coughlan, J. – Kennedy, A. (2012). An exploration of the effects of the servicescape on customer and employee responses in a grocery retail context, *Irish Journal of Management*, Vol. 32 (2), 71–91.
- Koskinen, I. – Alasuutari, P. – Peltonen, T. (2005) *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

- Kotler, P. (1973) Atmospherics as a marketing tool, *Journal of Retailing*, Vol. 49 (4), 48–64.
- Kotler, Philip – Levy, Sidney J. (1971) Demarketing, yes, demarketing, *Harvard Business Review*, Vol. 49 (6), 74–80.
- Kotzan, J. – Evanson, R. (1969) Responsiveness of drug store sales to shelf space allocations, *Journal of Marketing Research*, Vol. 6 (4), 465–469.
- Lee, S. (2011) Evaluating serviceability of healthcare servicescapes: Service design perspective, *International Journal of Design*, Vol. 5 (2), 61–71.
- Lillrank, P. – Kujala, J. – Parvinen, P. (2004) *Keskeneräinen potilas – terveydenhuollon tuotannonohjaus*, Talentum Media Oy, Jyväskylä.
- Lovelock, C. (1983) Classifying services to gain strategic marketing insights, *Journal of Marketing*, Vol. 47 (3), 9–20.
- Mahmood, A. – Chaudhury, H. – Valente, M. (2011) Nurses' perceptions of how physical environment affects medication errors in acute care settings, *Applied Nursing Research*, Vol. 24 (4), 229–237.
- Mahmood, A. – Chaudhury, H. – Gaumont, A. – Rust, T. (2012) Long-term care physical environments – effect on medication errors, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 25 (5), 431–441.
- Mari, M. – Poggesi, S. (2014) Servicescape cues and customer behavior: A systematic literature review and research agenda, *The Service Industries Journal*, Vol. 33 (2), 171–199.
- McDougall, G. – Levesque, T. (1995) A revised view of service quality dimensions: An empirical investigation, *Journal of Professional Service Marketing*, Vol. 11 (1), 189–209.
- Paalumäki, A. (2004) *Keltaisella johdetut: Artefaktit, johtaminen ja organisaation kulttuurinen identiteetti*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja A-5 2004, Turku.
- Paninchukunnath, A. (2009) Elaborate servicescapes: Spatial dimensions, *Journal of Indian Management*, Vol. 6 (2), 90–99.
- Parasuraman, A – Zeithaml, V. – Berry, 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, V. – Berry, L. (1988) SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions for service quality, *Journal of Retailing*, Vol. 64 (1), 12–40.

- Parish, J. – Berry, L. – Lam, S. (2008) The effect of the servicescape on service workers, *Journal of Service Research*, Vol. 10 (3), 220–238.
- Pai, Y. – Chary, S. (2013) Dimensions of hospital service quality: a critical review: Perspective of patients from global studies, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 26 (4), 308–340.
- Pai, Y. – Chary, S. (2016), Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual framework, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 29 (3), 300–323.
- Pai, Y. – Chary, S. – Pai, R. (2018) Patient-perceived hospital service quality: an empirical assessment, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 31 (1), 76–91.
- Ramsaran-Fowdar, R. (2008), The relative importance of service dimensions in a healthcare setting, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21 (1), 104–124.
- Rashid, W. – Jusoff, H. (2009) Service quality in health care setting, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 22 (5), 471–482.
- Reimer, A. – Kuehn, R. (2005) The impact of servicescape on quality perception, *European Journal of Marketing*, Vol. 39 (7/8), 785–808.
- Rogers, J. – Clow, K. – Kash, T. (1994) Increasing job satisfaction of service personnel, *Journal of Services Marketing*, Vol. 8 (1), 14–26.
- Sahoo, D. – Ghosh, T. (2016) Healthscape role towards customer satisfaction in private healthcare, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 29 (6), 600–613.
- Shostack, G. (1977) Breaking free from product marketing, *Journal of Marketing*, Vol. 41 (2), 73–80.
- Suki, N. – Lian, J. – Suki, N. (2011) Do patients' perceptions exceed their expectations in private healthcare settings?, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24 (1), 42–56.
- Taner, T. – Antony, J. (2006) Comparing public and private hospital care service quality in Turkey, *Leadership in Health Service*, Vol. 19 (2), 1–10.
- Tevameri, T. (2017) *Toimialaraportti: Terveys- ja sosiaalipalvelut*, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-253-8>, haettu 13.10.2018.
- Tolkki, O. – Kekomäki, M. – Kekäläinen, R. (2013) *Sairaalasunnittelu – ensin toiminta, sitten tilat*. Nordic Healthcare Group.

http://www.nhg.fi/doc/NHG_sairalaasuunnittelu_whitepaper.pdf, haettu 10.1.2017.

- Turley, L. – Milliman, R. (2000) Atmospheric effects on shopping behaviour: A review of the experimental evidence, *Journal of Business Research*, Vol. 49 (2), 193–211.
- Ulrich, R. – Quan, X. – Zimring, C. – Joseph, A. – Choudhary, R. (2004) The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity. *Report to the Center for Health Design for the Designing the 21st Century Hospital Project* https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Role%20Physical%20Environ%20in%20the%2021st%20Century%20Hospital_0.pdf, haettu 27.1.2019.
- Uusitalo, H. (1991) *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. 1.–7. p. Juva: WSOY.
- Vandamme, R. – Leunis, J (1993) Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 4 (3), 30–49.
- Vargo, S. – Lusch, R. (2004a) Evolving to a new dominant logic for marketing, *Journal of Marketing*, Vol. 68 (1), 1–17.
- Vargo, S. – Lusch, R. (2004b) The four service marketing myths: Remnants of a goods-based, manufacturing model, *Journal of Service Research*, Vol. 6 (4), 324–335.
- Ware, J. – Snyder, M. – Wright, W. – Davies, A. (1983) Defining and measuring patient satisfaction with medical care, *Evaluation and Program Planning*, Vol. 6 (3–4), 247–263.
- WHO (2009) *Night noise guidelines for Europe*, World Health Organization, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/43316/E92845.pdf, haettu 14.3.2019.
- Yin, R. (2003) *Case study research: Design and methods*. 3. p. SAGE Publications, Inc., Thousand Oaks, CA.
- Ylikoski, Tuire (1999) *Unohtuiko asiakas?* 2. uud. p. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Zeithaml, V. – Parasuraman, A. – Berry, L. (1985) Problems and strategies in services marketing, *Journal of Marketing*, Vol. 49 (2), 33–46.
- Zeithaml, V. – Bitner, M. – Gremler, D. (2013) *Services marketing: Integrating customer focus across the firm*. 6. p. McGraw-Hill, New York.

LIITE 1 KONTEKSTISIDONNAISET LAATUMALLIT

Tutkimus	Laatu- ulottuvuudet (lkm)	Keskeisimmät havainnot	Lisätiedot
Aagja & Garg (2010)	5	PubHosQual-malli tunnistaa viisi laatuun vaikuttavaa ulottuvuutta: hoitopääsy (engl. admission), tekninen laatu, palvelun lääketieteellinen ydin (engl. medical service), palvelukokonaisuus (engl. overall service), kotiuttamisprosessi (engl. discharge process) ja sosiaalinen vastuu (engl. social responsibility).	Julkinen sektori, Intia
Dagger ym. (2007)	2	Laatu muodostuu kahdesta ulottuvuudesta: tekninen (engl. technical) ja ihmistenvälinen (engl. interactive). Teknisellä ulottuvuudella viitataan diagnoosin antamisen ja hoitotoimenpiteiden täyttämisen sujuvuuteen, ihmistenvälisellä ulottuvuudella viitataan palveluntuottajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen.	Alkuperäinen lähde; Brook & Williams (1975)
Dagger ym. (2007)	4 + 9	Laatu muodostuu ylä- ja alatason ulottuvuuksista. Malli tunnistaa neljä ylä-tason laatu-ulottuvuutta: ihmistenvälinen (engl. interpersonal), tekninen (engl. technical), ympäristöön liittyvä (engl. environment) ja hallinnollinen (engl. administrative). Lisäksi tunnustetaan yhdeksän alatason laatu-ulottuvuutta, jotka ohjaavat ylä-tason ulottuvuuksia: vuorovaikutus (engl. interaction), suhde (engl. relationship), lopputulos (engl. outcome), asiantuntemus (engl. expertise), ilmapiiri (engl. atmosphere), fyysiset elementit (engl.	Syöpöpotilaat ja yleislääkäriaseman potilaat. Australia

		tangibles), aikajatkumot (engl. timelines), toiminta (engl. operation) ja tuki (engl. support).	
Donabedian (1992)	3	Laatu muodostuu teknisestä (engl. technical) ja henkilöidenvälisestä (engl. interpersonal exchange) ulottuvuudesta. Tekninen ulottuvuus viittaa terveystieteellisen tiedon sekä laitteiden ja instrumenttien soveltaminen). Teknisessä ulottuvuudessa korostuu <i>mitä</i> palvelulla <i>saavutetaan</i> sen sijaan mitä tehdään. Henkilöidenvälisellä ulottuvuudella viitataan palveluntuottajan ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen johtamiseen. Henkilöidenvälistä ulottuvuutta on harvoin, jos ollenkaan mahdollista erottaa teknisestä ulottuvuudesta, sillä se on keskeinen ”työkalu” jonka kautta palvelun tekninen osa tuotetaan. Mallissa tunnistetaan lisäksi kolmas laatu-ulottuvuus: ympäristön tekijät ja olosuhteet, joissa palvelu tuotetaan ja kulutetaan (engl. ”the amenities of care”).	Terveyspalvelun laatu yleisesti, asiakkaan näkökulma
Pai & Chary (2016) Pai ym. (2018)	9	Tunnistaa yhdeksän laatuun vaikuttavaa tekijää: Hoitoympäristö (engl. healthscape), henkilöstö (engl. personnel), käsitys/kuva palveluntarjoajasta, sairaalasta (engl. hospital image); luotettavuus (engl. trustworthiness), itse tekninen hoitoprosessi (engl. clinical care process), kommunikaatio (engl. communication), vuorovaikutus (engl. relationship), personointi (engl. personalization) ja hallinnolliset prosessit (engl. administrative procedures).	Intia

Ramsaran-Fowdar (2008)	7	PRIVHEALTHQUAL-malli tunnistaa seitsemän laatuun vaikuttavaa ulottuvuutta: Palveluvarmuus ja empaattisuus (engl. assurance/empathy), luotettavuus (engl. reliability/fair and equitable treatment), palveluhalukkuus (engl. responsiveness), fyysinen ympäristö ja mielikuva palveluntarjoajasta (eng. tangibility/image), tekninen laatu (engl. core medical services/professionalism/skill), toiminnallinen laatu; välineet, joilla palvelu tuotetaan (engl. equipment and records) sekä kommunikaatio, tiedonvälittäminen (engl. information dissemination). Tärkein ulottuvuus luotettavuus; diagnostiikan tarkkuus, palveluntarjoajan lääketieteellinen osaaminen ja pätevyys. Lisäksi korostuu erityisesti tekninen ulottuvuus, palveluvarmuus ja empaattisuus sekä toiminnallinen ulottuvuus.	Yksityinen sektori, Mauritius
Ware ym. (1983)	4	Malli tunnistaa potilaan tyytyväisyyden muodostumisessa tärkeimpinä ulottuvuuksina palveluntarjoajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen (engl. interaction between a service provider and a patient), hoidon teknisen laadun (engl. technical quality of care) ja ympäristön (engl. environment). Havaintoja myös neljännestä laatuun vaikuttajasta tekijästä: palvelujen tarjonnan hallinnollinen ulottuvuus (engl. the administrative aspects of service provision).	Yhdysvallat
Wiggers ym. (1990)	2	Tutkimuksessa tarkasteltiin yhdeksää laatuun vaikuttavaa ulottuvuutta, joista tärkeimmiksi nousivat tekninen ulottuvuus (engl. technical quality of	

		medical care) sekä ihmistenvälinen ulottuvuus ja kommunikaatiotaidot (engl. interpersonal and communication skills of doctors). Molempia ulottuvuuksia pidetään yhtä tärkeinä.	
Zineldin (2006)	5	Tunnistaa viisi palvelun ulottuvuutta, joiden perusteella laatu muodostuu: Tekninen (viittaa asiakkaan saamaan hoitoon) (engl. "quality of object", technical), toiminnallinen (engl. "quality of processes", functional) (miten palvelu tuotetaan, esim. odotusajat), resurssit, joita palvelun tuottamiseen tarvitaan (tietotaito, asiantuntijuus, teknologia ym. (engl. "quality of infrastructure), palveluntarjoajan ja asiakkaan välinen kanssakäynti ja sen laatu (engl. quality of interaction) sekä ympäristö ja ilmapiiri, jossa palvelun tuotanto ja kulutus tapahtuu (engl. quality of atmosphere).	Julkinen ja yksityinen sektori, Egypti ja Jordania

LIITE 2 TEEMAHAASTATTELURUNKO

Haastateltavan taustatiedot: Yritys, nimi, ikä, toimenkuva, työskennellyt case-yrityksessä (v)

Teema 1: Fyysisen hoitoympäristön kokonaisuus

Fokus nimenomaan *fyysisessä* työympäristössä.

- Mikä on sinun ns. ”tavallinen” työympäristösi (laboratorio, leikkaussali ym.)? Missä tilassa vietät päivittäin eniten aikaa? Jos useampia, kerro ne.
 - Kuvaile fyysistä tilaa, jossa työskentelet.
- Edesauttavatko työtilasi työssäsi onnistumista? Miten?
- Onko työtilassasi jotain sellaista, joka haittaa työskentelyäsi? Miten?
- Onko työympäristössäsi tehty jotain muutoksia sinä aikana, kun olet ollut yrityksessä töissä? Mitä? Miksi?
- Koetko, että fyysinen ympäristö omalla työpaikallasi eroaa muista palveluympäristöistä, esim. ravintoloista, pankeista, hotelleista? Miten?
- Millaisista yksittäisistä osista (elementeistä) fyysinen työympäristösi koostuu?
 - Mitä fyysisen ympäristön yksittäisiä osia pidät työsi kannalta (juuri terveystuottamisen kannalta) tärkeimpinä?
 - Entä vähiten tärkeinä? Miksi?
 - Henkilöstön toiminnan helpottamisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa, mitkä ympäristön osat ovat tärkeimpiä?

Seuraavaksi voisimme keskustella tarkemmin tiloista, joissa työskentelette ja siitä miten ne vaikuttavat sinuun työntekijänä ja työssäsi onnistumiseen.

Teema 2: Työympäristön yhteys laadukkaan terveystuottamiseen

- Miten tilat, jossa työskentelet tukevat onnistunutta palveluntuotantoa?
 - Koetko, että jotkin ympäristön osat (elementit) edistävät työtäsi? Miten? Miksi?
 - Koetko, että jotkin ympäristön osat (elementit) estävät/hidastavat työtäsi? Miten? Miksi?
 - Jos voisit tehdä työympäristöösi yhden muutoksen, jonka kokiisit edistävän omaa työtäsi terveystuottajana, mikä se olisi? Miksi?
- Voidaanko ympäristön avulla mielestäsi edistää esimerkiksi oikean diagnoosin antamista? Miten?
 - Millä ympäristön osilla erityisesti?

- Koetko, että joku/jotkut ympäristön osa/t ei vaikuta lainkaan ydinpalvelun tuottamiseen, esim. oikean diagnoosin antamiseen? Mikä osa, miksi?
- Voidaanko ympäristön avulla edistää palveluntarjoajan asiantuntijuutta? Miten?
 - Millä ympäristön osilla erityisesti merkitystä?
- Voidaanko ympäristön avulla mielestäsi minimoida terveystalouteen liittyviä riskejä, esim. hoitovirheiden määrää? Miten?
 - Millä ympäristön osilla erityisesti merkitystä?
- Koetko, että työympäristösi vaikuttaa vuorovaikutukseesi potilaan ja muiden ihmisten kanssa? Miten?
 - Mikäli vaikuttaa, mitkä ympäristön osat (valaistus, huonekalujen koko, järjestys ym.) ovat siinä tärkeimmässä asemassa?
 - Onko jotain ympäristön osaa, mikä ei vaikuta vuorovaikutukseesi lainkaan? Mikä, miksi?
- Koetko, että työympäristösi avulla voidaan vaikuttaa kokemaasi stressin määrään? Miten?
 - Mikäli vaikuttaa, mitkä ympäristön osat (valaistus, huonekalujen koko, järjestys ym.) ovat siinä tärkeimmässä asemassa?
 - Millä vähiten painoarvoa? Miksi?
- Koetko, että työympäristölläsi voidaan helpottaa ydinpalvelun tuottamista (esimerkiksi vaikuttaa hoidon saamisen käytännönjärjestelyihin, tiedon jakaminen ja kulku ammattilaisten välillä)? Miten?
 - Mikäli vaikuttaa, mitkä ympäristön osat (valaistus, huonekalujen koko, järjestys ym.) ovat siinä tärkeimmässä asemassa?

LIITE 3 OPERATIONALISOINTITIAULUKKO

Millä eri tavoilla fyysisen ympäristön avulla voidaan edistää henkilöstön palvelutuotantoa terveydenhuoltoalalla?			
Osaongelmat	Avainkäsitteet	Operationaalinen vastine	Teema-alueet
2. Mistä elementeistä yrityksen fyysinen palveluympäristö rakentuu terveydenhuoltoalalla?	Bitnerin (1992) servicescape – typologia Hoitoympäristö (engl. healthscape)	Fyysinen työympäristö, työympäristön yksittäiset osat kuten valaistus, laitteet, lämpötila ym. Tyypillisen hoitoympäristön tunnuspiirteet	Fyysisen hoitoympäristön kokonaisuus
3. Minkälaisia yhteyksiä on havaittavissa palvelutuotannon kriteerien ja fyysisen ympäristön välillä terveydenhuoltoalan kontekstissa?	Laadukkaan palvelutuotannon kriteerit (tekni- nen, hallinnollinen, ihmistenvälinen, ympäristöön liittyvä) ja niiden yhteys ympäristöön Terveyspalvelun erityispiirteet	Ympäristön osat palvelun tuottamisessa, ympäristö palvelutuotannon kriteerien täyttämässä	Työympäristön yhteys laadukkaan terveyspalvelun tuottamiseen