



**TURUN KAUPPAKORKEAKOULU**  
**Turku School of Economics**

## **LAADUKAS HOITOPALVELU**

**Mistä mielikuva hyvästä laadusta muodostuu yksityisellä lääkäriasemalla?**

Liiketaloustiede, johtamisen ja organisoinnin pro gradu -tutkielma

Laatija  
Jaana Luukkonen 10138

Ohjaaja  
KTT Maija Vähämäki

17.12.2008  
Turku

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
1.1	Tutkimuksen taustaa.....	5
1.2	Tutkimuksen tarkoitus, rajaus ja avainkäsitteet .....	6
1.3	Katsaus aikaisempiin tutkimuksiin.....	8
2	TEOREETTINEN TAUSTA.....	12
2.1	Laatuajattelun historia .....	12
2.2	Laatu käsitteenä.....	14
2.2.1	Laadun monimuotoisuus .....	14
2.2.2	Laatunäkökulmat.....	16
2.3	Laatu palvelualalla .....	19
2.3.1	Palvelun monimuotoisuus .....	19
2.3.2	Laadun ulottuvuudet .....	20
2.4	Laatu terveydenhoitoalalla .....	23
2.4.1	Laadun merkitys.....	23
2.4.2	Laadun monta määritelmää.....	25
2.4.3	Asiakas ja hoidon laatu .....	29
2.4.4	Lääkäri ja hoidon laatu.....	30
2.4.5	Johto ja hoidon laatu .....	31
2.5	Laadun kehittäminen terveydenhoitoalalla .....	32
2.6	Laatujohtaminen.....	34
2.7	Laatujohtaminen terveydenhoitoalalla .....	37
3	EMPIIRINEN TUTKIMUS .....	39
3.1	Tutkimusstrategia ja -metodi.....	39
3.2	Aineiston keruu ja analyysi .....	41
3.2.1	Teemahaastatteluiden valmistelu ja kulku .....	41
3.2.2	Aineiston analyysi.....	42
3.2.3	Tutkimuseettinen näkökulma ja tutkimuksen arviointi.....	43
4	LAADUKKAAN HOITOPALVELUN MUODOSTUMINEN .....	46
4.1	Asiakkaan laatunäkemyksen muodostuminen .....	46
4.2	Lääkärin laatunäkemyksen muodostuminen .....	51
4.3	Johdon laatunäkemyksen muodostuminen.....	54
4.4	Laatunäkemyksien vertailu .....	58
4.5	Tulosten arviointi .....	60

5	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	62
	LÄHTEET .....	66
LIITTEET		
	LIITE 1 HAASTATTELURUNKO ASIAKKAILLE .....	71
	LIITE 2 HAASTATTELURUNKO LÄÄKÄREILLE .....	73
	LIITE 3 HAASTATTELURUNKO JOHTAJILLE .....	75
	LIITE 4 TIEDOT HAASTATTELUISTA .....	77

## KUVIOT

Kuvio 1 Kokonaisvaltainen laadunhallinta .....	15
Kuvio 2 Terveydenhoidon laadun määrittely näkökulmien avulla .....	18
Kuvio 3 Palvelun laatu-ulottuvuudet.....	21
Kuvio 4 Palvelun laadun toleranssi.....	22
Kuvio 5 Terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta Yhdysvalloissa ja Euroopassa.....	24
Kuvio 6 Laadun määrittely terveydenhoitoalalla.....	26
Kuvio 7 Terveydenhoidon laadun malli.....	27
Kuvio 8 Laadun kehittäminen.....	32
Kuvio 9 Laadukas hoitopalvelu asiakkaan näkökulmasta .....	46
Kuvio 10 Laadukas hoitopalvelu lääkärin näkökulmasta .....	52
Kuvio 11 Laadukas hoitopalvelu johdon näkökulmasta .....	54
Kuvio 12 Asiakkaan, lääkärin ja johdon näkökulmat laadukkaasta hoitopalvelusta .....	58

# 1 JOHDANTO

## 1.1 Tutkimuksen taustaa

Laatu on kilpailuvaltti, jolla yritys pystyy saavuttamaan kilpailuetua. Laadun eteen tulee kuitenkin tehdä töitä, jotta yritys menestyisi kilpailijoitaan paremmin. (Grönroos 1998, 75.) Monet yritykset ovat jo havainneet laatuajattelun tuomat hyödyt, ja miten laadukkaalla toiminnalla voidaan erottua kilpailijoista. Jotkut yritykset saattavat kuitenkin vierastaa laatua sanana, jolloin laatuasioihin ei haluta perehtyä. Jokaisen yrityksen tulisi kuitenkin miettiä, mitä laatu tarkoittaa heille ja mitä sen kehittämiseksi voidaan tehdä. Laadulle on vaikeaa antaa yhtä oikeaa määritelmää, jolloin jokaisen yrityksen tulisi määritellä laatu oman toiminnan kannalta. Nykyisin laatu käsitetään yhä useammin yrityksen laaja-alaisena kehittämisenä ja johtamisena, jonka tavoitteena on asiakastyytyväisyys, kannattava liiketoiminta sekä kilpailukyvyn säilyttäminen ja kasvaminen. (Silén 2006, 40.) Kilpailu on kiristynyt yksityisellä terveydenhoitosektorilla. Tämän vuoksi yksityisten lääkäriasemien tulee nähdä laatu yhtenä kilpailuvalttina, jonka avulla voidaan parantaa omaa asemaa muuttuneessa markkinatilanteessa.

Laatuajattelu tulee ottaa osaksi yrityksen koko toiminnan laatua. Liian usein laatu yhdistetään pelkästään tuotteiden ja palveluiden laatuun, eikä koko toimintoketjuun, jonka tuloksena tuotteet ja palvelut syntyvät. Voidaan sanoa, että laatua on joka paikassa ja siihen kiinnitetään huomiota aina entistä enemmän. (Lecklin 2002, 11.) Myös terveydenhoitoalalla laatu nostetaan keskeiseksi asiaksi. Terveydenhoitopalveluiden järjestämiseen ja laatuun liittyvät kysymykset ovat säännöllisesti uutisotsikoissa. Tämä kuvastaa hyvin sitä, miten suuri merkitys terveystaloudella on sekä kansantaloudellisesti että osana ihmisten arkielämää. (Narikka 2008, 15.) Myös Kinnunen (2007, 5) korostaa, että terveydenhoitoalaan kohdistuu erityisiä odotuksia ja vaatimuksia. Laadukkaat, oikeudenmukaiset sekä kustannustehokkaat palvelut on turvattava vuorokauden jokaisena hetkenä.

Terveydenhoitoala kohtaa kovia haasteita tulevaisuudessa. Kustannusten arvioidaan nousevan viidestä kuuteen prosenttiin vuodessa, erikoissairaanhoidon kulujen vielä enemmän. Henkilöstömenot vievät noin 80 prosenttia kaikista menoista, joten terveydenhoitoala on hyvin työvoimakeskeinen. (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005, 17.) Terveydenhoitoalan yritysten on siis kamppailtava suurenevien kustannusten parissa ja samalla keskityttävä hoidon laadun ylläpitämiseen ja parantamiseen. Myös terveydenhoidon laitteisto, koulutus ja teknologia lohkaisevat ison osan terveydenhoitoalan yritysten budjeteista. (Yasin, Meacham & Alavi 1998, 63.)

Laatu yhdistetään helposti teollisuuteen, mutta laatu ei ole uusi asia palvelualallaan. Palveluala pitää sisällään monia toimialoja. Tässä tutkimuksessa paneudutaan ensin yleisemmin palvelualaan ja keskitytään sitten terveydenhoitoalaan. Terveydenhuollossa eivät kuitenkaan päde samat lainalaisuudet kuin teollisuudessa, sillä hallinnolliset ja johtamisen piirteet ovat erilaiset. Terveydenhoitoalan potilaita ei voi verrata markkinoilla oleviin asiakkaisiin, vaikka yksityisellä sektorilla potilaita voidaan kutsua asiakkaiksi. (Dale 1994, 67.) Palvelualan yritykset ovat hankkineet laadunhallinnan opit teollisuudesta, jolloin laatukäsite saattaa muodostua ongelmaksi palvelualalla. Oppeja teollisuudesta ei tule kopioida systemaattisesti, vaan laatua tulee tulkita itse ja soveltaa omaan toimialaan. Yritysten tulee ymmärtää ja sisäistää, mitä etua laatuajattelu tuo omalle toimialalle, eikä vain seurata muiden perässä. (Kivimäki-Kuitunen & Hedman 1997, 91.) Laadun alkuperä on syntynyt siis teollisuuden sektorilta, jossa laatujohtaminen on yleisempää ja usein onnistuneempaa kuin palvelualalla (Kelemen 2003, 53). Caldwell, Butler ja Grah (2008, 32) puolestaan toteavat, että palvelu- ja terveydenhoitoalan tulisi ottaa mallia muista toimialoista, joissa laatu on tuonut lisää kannattavuutta. Garvin (1988, 39) kuitenkin korostaa, että toimialasta riippumatta laatu tulisi ymmärtää osana yrityksen strategiaa.

Terveydenhoitoalalla hoidon laatua on tutkittu paljon niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. Useimmissa tutkimuksissa on käytetty potilaiden eli asiakkaiden tai hoitohenkilökunnan arviointeja hoidon laadusta. Eri toimijoiden laatu näkemyksiä on siis käsitelty ennen erillisinä, eikä niitä ole usein yhdistetty tai vertailtu toisiinsa. Asetelma on vähitellen muuttumassa tulevaisuudessa, sillä asiakkaat hakevat yhä enemmän tietoa sairauksista itsenäisesti ja haluavat ottaa osaa omiin hoitoratkaisuihinsa. Hoitamisen paradigmaa tarkastellaan tulevaisuudessa siis uudesta näkökulmasta, eli asiakkaan ja lääkärin yhteisestä tietämisestä. (Kvist 2004, 20.) Tämä tutkimus nostaa esille myös johdon näkemyksen laadusta asiakkaan ja lääkärin näkemyksien rinnalle. Laatukäsityksen muodostumista tullaan siis tarkastelemaan asiakkaan, lääkärin ja johdon näkökulmasta. Tämä tutkimus keskittyy tarkastelemaan esiin nousevia eroja hoidon laadusta ja vertailemaan niitä keskenään.

## **1.2 Tutkimuksen tarkoitus, rajaus ja avainkäsitteet**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mielikuvia laadusta yksityisen lääkäriaseman asiakkaiden, lääkäreiden ja johdon näkökulmasta. Tämän tutkimuksen kohteena olevalla lääkäriasemalla on ennen tätä tutkimusta tehty kvantitatiivinen asiakastyytyväisyystutkimus toukokuussa vuonna 2008. Tutkimuksen tulokset ovat erittäin myönteisiä, sillä 67 prosenttia vastanneista on erittäin tyytyväisiä ja 28 prosenttia vastaajista melko tyytyväisiä lääkäriaseman toimintaan. Lähes 99 prosenttia vastan-

neista aikoo käyttää lääkäriaseman palveluita jatkossakin sekä suositella palveluja tuttavilleen. Asiakkaan kannalta tärkeimpiä piirteitä palvelun onnistumisessa ovat tutkimuksen mukaan asiantunteva palvelu, lääkärin aito kiinnostus potilaan tarpeita kohtaan, ohjeiden selkeys ja ymmärrettävyys, pääsy vastaanotolle sovittuna aikana sekä palvelun ystävällisyys. Käsillä oleva tutkimus on kvalitatiivinen tutkimus, jossa pyritään haastatteluiden avulla selvittämään, miten asiakas, lääkäri ja johto muodostavat laatuikäityksensä. Tutkimuksella yritetään saada myös yksityiskohtaista ja tarpeellista tietoa lääkäriaseman toiminnan ja laadun kehittämiseksi.

Lisäksi halutaan tutkia, miten eri toimijat muodostavat oman käsityksensä laadukkaasta hoitopalvelusta. Tavoitteena on saada selville, miten asiakkaan, lääkärin ja johdon näkemykset laadusta eroavat toisistaan, ja mitä odotuksia heillä on laadulle yksityisellä terveydenhoitosektorilla. Tutkimuksen taustalle määritellään keskeisimmät käsitteet, joita ovat laatu yleisesti, laatu palvelu- ja terveydenhoitoalalla sekä laatujohtaminen. Tutkimuksessa tehdään katsaus myös aikaisempiin tutkimuksiin, joiden pohjalta tämän tutkimuksen viitekehystä on rakennettu. Tutkimuksessa ei perehdytä laajemmin laaturjestelmiin, standardeihin ja sertifiointiin, vaikka ne ovat keskeisessä asemassa yritysten laadun hallintaa. Tutkimus rajataan koskemaan yksityistä terveydenhoitosektoria.

Tutkimuksen ensisijaisena tarkoituksena on löytää vastaus seuraavaan tutkimuskysymykseen:

*Miten asiakas, lääkäri ja johto muodostavat käsityksensä hoidon laadusta yksityisellä terveydenhoitoalalla?*

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusongelman vastausta voidaan etsiä kysymällä mitä, miten tai miksi (Eriksson & Kovalainen 2008, 39). Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymys keskittyy vastaamaan ja selvittämään miten eri toimijat muodostavat käsitystä laadusta omasta näkökulmastaan. Tässä tutkimuksessa ei siis etsitä yksiselitteistä vastausta, mitä on hyvä laatu. Tarkoituksena on tutkia laadun merkityksen moniulotteisuutta.

Terveydenhoitoala jaetaan pääsääntöisesti julkiseen ja yksityiseen terveydenhoitosektoriin. Tässä tutkimuksessa ei ole mahdollista keskittyä tutkimaan molempia terveydenhoitoalan sektoreita, sillä tutkimus olisi liian laaja kokonaisuus hallittavaksi. Siksi tämä tutkimus rajataan koskemaan yksityistä terveydenhoitoalaa. Huomioitavaa on myös se, että julkisen ja yksityisen sektoreiden toimintatavat eroavat keskenään huomattavasti, jolloin vertailtavuus olisi hankalaa.

Terveydenhoitoalalla voidaan käyttää sekä asiakas- että potilas-nimitystä. Tässä tutkimuksessa käytetään tarkoituksenmukaisesti asiakas-nimitystä, jotta käsitteet eivät mene sekaisin.

### 1.3 Katsaus aikaisempiin tutkimuksiin

Laatukirjallisuutta on saatavilla paljon. Vanhemmat teokset keskittyvät laatuun teollisuusosalalla, mutta uudemmat teokset paneutuvat myös palvelu- ja erityisesti terveydenhoitoalaan. Laatua, laadun käsityksen muodostumista ja laatujohtamista on tutkittu terveydenhoitoalalla sekä kotimaassa että kansainvälisesti. Tutkimuksilla on monia eri näkökulmia, toiset tutkimukset ovat maakohtaisia ja monet keskittyvät pelkästään sairaaloihin tai julkiseen sektoriin.

Terveydenhoitoalan laatua on tutkinut Suomessa muun muassa Lumijärvi. Lumijärven (1996) tutkimuksen aiheena on sairaanhoidon laatuun kohdistuvien käsitysten vertailu. Tutkimuksessa selvitetään, millaisia asioita sairaanhoitopalvelujen osapuolet eli henkilökunta, potilaat, ja heidän omaisensa pitävät hyvän hoidon keskeisimpinä elementteinä. Tutkimuksen tuloksena todetaan, että laatua tulisi kehittää enemmän asiakkaan näkökulmasta, eikä keskittyä yrityksen sisäiseen kehittämistyöhön. Myös Leinonen (2002) tarkastelee laatua, mutta näkökulma keskittyy leikkausten laadun arvioimiseen hoitajien ja potilaiden kannalta. Tutkimuksessa todetaan, että hoitajat ja potilaat ovat tyytyväisiä hoidon laatuun. Hoitajat esittivät kuitenkin kritiikkiä kiireellisestä työympäristöstä, joka saattaa vaikuttaa haitallisesti hoidon laatuun. Kvistin (2004) tutkimuksen tarkoituksena on puolestaan kuvata hoidon laadun toteutumista taustatekijöittäin potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien arvioimana. Potilaat ja henkilöstöryhmät arvioivat hoidon laadun olevan hyvää, mutta laadun arvioinneista löytyi kuitenkin selkeitä eroja. Toisessa tutkimuksessaan Lumijärvi (1994) tarkastelee laadun arviointia sosiaali- ja terveyspalveluissa. Hän pitää pulmallisena sitä, että laatua arvioidaan tulosarvioinnin yhtenä osa-alueena. Hän toteaa, että laadun arviointi tulisi mukautua yrityksen jokapäiväiseen toimintaan. Laadun arvioinnissa tulisi käyttää apuna laatumatriisia, jossa laatua kuvataan tunnuslukujen avulla. Kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimukset keskittyvät tarkastelemaan laatua julkisella terveydenhoitosektorilla.

Mäki (2004) tutkii hoitohenkilökunnan laatuikäsiä heidän laadulle antamiensa merkityksien pohjalta. Annettuja käsityksiä verrataan terveydenhuollon laadunhallintaa koskevan informaatio-ohjauksen sisältämiin merkityksenantoihin. Tutkimuksen tulokset korostavat, että laadun määrittely on tärkeää ja laatusuosituksen tekemisessä tulisi ottaa huomioon konteksti ja tarkastelutaso. Mäen tutkimus on suoritettu myös julkisella sektorilla, mutta tutkimusote on ollut kvalitatiivinen.

Laatua voidaan arvioida monesta näkökulmasta. Badri, Attia ja Ustadi (2008) ovat toteuttaneet asiakaslähtöisen tutkimuksen, jossa testataan erilaisia malleja asiakastytyväisyyden ja terveydenhoidon laadun mittaamiseen. He toteavat, että paras malli laadun arvioimiseen koostuu kolmesta osatekijästä: hoidon laatu, prosessi ja organisaatio sekä viestintä. He perustelevat, että mallin avulla voidaan parhaiten kuvata asiakastytyväi-



syyden ja terveydenhoidon laadun yhteyttä. Hensen, Schiller, Metze ja Luger (2008) ovat puolestaan tehneet survey-tutkimuksen saksalaisissa sairaaloissa. He tutkivat lääkärin näkökulmasta, onko lääkäreillä strategista roolia terveydenhoitoalan hallinnossa sekä arvioivat lääkäreiden käsitystä sairaalan palveluiden laadun edistämisestä. Tutkimuksen tulokset jäävät kuitenkin vaatimattomiksi vähäisten vastausten takia. Aikaisemmista tutkimuksista ei löydy näkökulmaa, jossa painotetaan johdon näkemyksiä laadusta. Tässä tutkimuksessa pyritään kartoittamaan laatuksityksen muodostumista asiakkaan, lääkärin ja johdon näkökulmista, jotta tutkimuskysymykseen voidaan vastata mahdollisimman monipuolisesti.

Vinagren ja Nevesin (2008) ovat tutkineet asiakkaan tunteiden ja palvelun laadun vaikutuksia asiakastyytyväisyyteen. Tutkimus keskittyy portugalilaiseen terveydenhoitoon. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että asiakkaan tunteilla ja palvelun laadulla on vaikutusta asiakastyytyväisyyden muodostumiseen. He kuitenkin korostavat, että asiakkaiden tunteet ovat hyvin yksilöllisiä. Lim ja Tang (2000) ovat tehneet tutkimuksen vuonna 1998 Singaporen sairaaloissa. Tutkimuksen tulokset osoittivat hoidon laadun olevan heikko. Jopa 40 prosenttia asiakkaista piti laatua heikkona tai erittäin heikkona. Edellä mainitut tutkimukset ovat suoritettu julkisella terveydenhoitosektorilla. Ramsaran-Fowdar (2008) mittaa puolestaan yksityisen sektorin potilaiden odotuksia ja mielipiteitä palvelusta. Tutkimus osoittaa, että hoidon luotettavuus, reiluus ja tasapuolisuus ovat tärkeimpiä tekijöitä terveydenhoidon laadun mittaamisessa. Kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa on käytetty SERVQUAL -menetelmää<sup>1</sup>, mutta tutkimusten tulokset eivät ole yhteneväisiä. Kyseistä menetelmää ei kuitenkaan käytetä tässä tutkimuksessa.

Laatujohtaminen on yksi osa-alue laadun kokonaisvaltaisessa tarkastelussa. Savolainen (1994) tarkastelee laatua ja laatujohtamista, mutta paneutuu tarkemmin tutkimaan laatujohtamisten kehittämistä organisaatiomuutoksen käsitteellisessä kehityksessä. Tutkimuksen keskeinen tulos on, että laatujohtaminen ja sen kehittäminen tulisi nähdä kaksitasoisena kokonaisuutena. Kokonaisuuteen kuuluvat johdon ajattelutavan ja järjestelmän kehittämisen taso. Silén (1995) tarkastelee laatujohtamista ja sen käyttöönottoa puolestaan organisaatiokulttuurin näkökulmasta. Tutkimuksen johtopäätöksenä todetaan, että organisaatiokulttuurinen ajattelutapa on lähtökohtana laatujohtamisen soveltamisessa. Edellä mainitut tutkimukset tarkastelevat laatujohtamista yleisemmällä tasolla, eivätkä paneudu erityisesti terveydenhoitoalaan.

Seuraavat tutkijat ovat keskittyneet laatujohtamiseen puolestaan terveydenhoitoalalla. Øvretveit (2000) kirjoittaa paljon laadusta ja tutkii eurooppalaista terveydenhoitoa ja sen laatua, sekä miten laatujohtamista voidaan soveltaa terveydenhoitoalalla.

---

<sup>1</sup> SERVQUAL on menetelmä, jossa palvelun laatua arvioidaan viiden laatu-dimension avulla. Laatu-dimensiot on muodostettu faktorianalyysin avulla. (Lumijärvi 1996, 17.)

Hän korostaa, että menestyksekkäs laatujohtaminen vaatii tiimipohjaista prosessien kehittämistä ja asiakassuuntautuneisuutta. Laatujohtamista terveydenhoitoalalla ovat tutkineet myös Dey ja Hariharan (2006). He keskittyvät tarkastelemaan laatujohtamista sairaaloissa Logical framework analysis (LFA) -mallin avulla. LFA-malli on analyyttinen työkalu, joka auttaa johtoa määrittelemään, mittaamaan, kehittämään ja ylläpitämään laatua. He esittelevät mallin, jonka avulla laatujohtaminen saadaan implementoitua yrityksen liiketoimintastrategiaan. Myös Yasin, Meacham ja Alavi (1998) tarkastelevat terveydenhoitoalan laatujohtamista tekemässään kirjallisuuskatsauksessa. He toteavat, että laatujohtaminen ja benchmarking<sup>2</sup> tulisi olla osa strategista kokonaisuutta yrityksen toiminnassa. Liian usein laatujohtaminen ja benchmarking jäävät eristyksiin yrityksen strategiasta, jolloin laatu ei tue haluttua menestystä. Edellä esitetyt tutkimukset antavat erilaisia näkökulmia laatujohtamiseen. Laatujohtamista tarkastellaan tässä tutkimuksessa erityisesti tutkittavan lääkäriaseman johdon näkökulmasta.

Stakes on sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntijaorganisaatio, jonka päätehtäviä ovat muun muassa tutkimusten ja tilastojen teko. Stakes on julkaissut Outisen, Rääkkösen, Holman ja Voipio-Pulkin (2007) kirjoittaman selvityksen, jonka tarkoituksena on kuvata vuoden 2004 laadunhallinnan tilannetta suomalaisissa sosiaali- ja terveyshuollon organisaatioissa. Julkaisun toisena tavoitteena on arvioida, mihin suuntaan laadunhallinta on kehittynyt vuodesta 1999. Tutkimus keskittyy kuitenkin pääosin vertailemaan sosiaali- ja terveystieteitä sekä kuvaamaan vuosien välistä kehitystä. Näin ollen tutkimus ei varsinaisesti tue tämän tutkimuksen teoreettista viitekehystä. Kansainvälinen konsulttiyritys KPMG (2006) on tehnyt selvityksen terveydenhuollon järjestämisestä Euroopassa. Selvityksessä on mukana kolmekymmentä maata, ja siinä keskitytään tarkastelemaan terveydenhuollon organisaatioita ja vertailemaan niitä keskenään. Tutkimuksessa todetaan, että Euroopan maiden väliset terveydenhuoltojärjestelmät eroavat toisistaan pääosin historiallisista ja kulttuurisista syistä. Tutkimuksessa ei kuitenkaan suoranaisesti perehdytä hoidon laatuun Euroopassa.

*Laatua* voidaan määritellä monesta eri näkökulmasta, joten sille ei ole yhtä ainoaa ja oikeaa määrittelyä. Kansainvälisen standardisointiliiton määritelmän mukaan laadulla tarkoitetaan tuotteen tai palvelun ominaisuuksista muodostuvaa kokonaisuutta, johon perustuu tuotteen tai palvelun kyky täyttää siihen kohdistuvat odotukset (Rissanen & Kansanen 2003, 7). Toinen tärkeä käsite tässä tutkimuksessa on *laatujohtaminen*. Laatujohtaminen on johtamisen filosofia ja menettelytapa, joka tähtää asiakkaan tyytyväisyyteen. Laatujohtaminen koostuu systemaattisesta johtamisesta, työntekijöiden osallistumisesta toimintaan sekä jatkuvasta kehittymisestä. (Kelemen 2003, 99.) Tämä tut-

---

<sup>2</sup> Benchmarking on oman toiminnan kehittämistä kohti muiden yritysten parhaita käytäntöjä (Kehoe 1996, 61).

kimus keskittyy käsittelemään laatua ja sen johtamista palvelualan ja erityisesti terveydenhoitoalan konseptissa.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan on perusteltua tutkia asiakkaan, lääkärin ja johdon käsitysten muodostumista hoidon laadusta yksityisellä sektorilla sekä käyttää tutkimusstrategiana kvalitatiivista menetelmää. Aikaisemmat tutkimukset keskittyvät tarkastelemaan laatua pääasiassa asiakkaan näkökulmasta sekä asiakastyytyväisyyttä. Suurin osa aikaisemmista tutkimuksista keskittyy tutkimaan julkista terveydenhoitosektoria käyttäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvistin (2004) tekemä tutkimus on lähimpänä nyt suoritettavaa tutkimusta, mutta tutkimusstrategia on erilainen. Tämä tutkimus täydentää Kvistin tekemää tutkimusta toisella tutkimusotteella. Kvist (2004, 174–175) kehottaa jatkotutkimuksia tutkimaan hoidon laatua kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja syventämään siten käsityksiä hoidon laadusta.

## 2 TEOREETTINEN TAUSTA

### 2.1 Laatuajattelun historia

Johtamisen teoriat ja käytännöt ovat muotoutuneet pääosin Yhdysvalloissa. Tieteellisen liikkeenjohdon (Scientific Management) aikakausi alkoi 1900-luvun alussa. (Silén 1995, 5.) Fredrik Taylorin luoma tieteellinen liikkeenjohto saavutti silloin suurta suosiota ja sitä alettiin kutsua taylorismiksi. Taylorismi korosti tuottavuutta, jossa suunnittelu ja valmistus erotettiin toisistaan. Tämä erottaminen mullisti laatuajattelun, sillä laadun osatekijät eriytyivät toisistaan. (Järvelin, Kvist, Kähäri ja Räikkönen 1992, 12; Kivimäki-Kuitunen & Hedman 1997, 88.) Taylorismissa pyrittiin laadun varmistamiseen tarkastamisen avulla (Lecklin 2006, 16). Tätä voidaan kutsua laadun ensimmäiseksi kehitysvaiheeksi.

Nykyaikaisen laatujohtamisen keskeiset periaatteet ovat peräisin 1930-luvulta, jolloin julkaistiin Walter Shewhartin teos *Economic Control of Manufactured Product*. Shewhart kehitti käsityksen, että laatu ei tarkoita kallista ja ylellistä tuotetta tai palvelua, vaan asetettujen vaatimusten mukaisuutta. (Lillrank 1998, 11–12; Garvin 1988, 6.) Tarkastustyön monipuolistuessa kehittyivät myös laadun tarkastusmenetelmät, joita kehitettiin tuotannon eri vaiheisiin. Erityisesti sotatarviketeollisuuden mukana kehittyivät tilastolliset laadun ohjaus- ja tarkastusmenetelmät. (Hannukainen 1993, 18–19.)

Japanilaisilla oli suuri tarve parantaa tuotteidensa ja palveluidensa laatua ja kilpailukykyä toisen maailmansodan jälkeen. Amerikkalaiset W. Edwards Deming ja Joseph J. Juran tekivät japanilaisten kanssa valtavan työn laadun ja tuottavuuden kohottamiseksi Japanissa. Laadunvarmistuksen avulla pyrittiin hallitsemaan yrityksen toimintaa järjestelmällisesti, jolloin tavoitteena oli ehkäistä ennakkoon virheitä ja kustannuksia. (Lecklin 2006, 17.) Lecklin (2006, 16) ja myös Kelemen (2003, 25) nimeävät Demingin ja Juranin henkilöiksi, jotka ovat vaikuttaneet laajimmin nykyiseen käsitykseen laadun käsitteistä ja johtamisesta.

Juran ja Armand Feigenbaum muotoilivat toisen maailmansodan kokemuksien pohjalta kokonaisvaltaisen laatujohtamisen perusteet (Lillrank 1998, 11–12). Feigenbaum lisäsi laatuajatteluun systeeminäkökulman 1950-luvulla, ja hän tuli tunnetuksi käsitteestä Total Quality Control (TQC). TQC on järjestelmä, jolla yhdistetään laadun kehittämisen ja ylläpidon toimenpiteet. (Järvelin ym. 1992, 16.) TQC on johtamisfilosofia, jonka lähtökohtana on tuottaa asiakkaita tyydyttäviä tuotteita ja palveluita kannattavasti, mahdollisimman edulliseen hintaan sekä ennaltaehkäistä virheitä prosessin eri vaiheissa (Hannukainen 1993, 41). Laatuajattelun asiantuntijat ovat kehittäneet TQC:n pohjalta

kokonaisvaltaisen laatukäsitteen Total Quality Management (TQM) (Järvelin ym. 1992, 16). Tämän vuoksi käsitettä TQC käytetään harvemmin länsimaissa (Silén 1995, 99).

Laatuajattelun seuraava kehitysaskel tapahtui 1970-luvulla Japanissa, missä kokonaisvaltainen laatujohtaminen (TQM) sai lopullisen muotonsa. Laatujohtamisen keskeisiä periaatteita ovat asiakaslähtöisyys, prosessiajattelu, laadun kytkeminen strategiseen suunnitteluun sekä jatkuva kehittäminen. Japanilaisten lähtötaso oli alhainen ja mahdollisuudet saavuttaa kilpailuetua laadun kautta olivat merkittävät. (Lillrank 1998, 11–12.) Japanilaisten laatuasiantuntijoiden ajatukset levisivät vasta 1980-luvulla Japanin ulkopuolelle. Japanilaisten esiintulon syynä on ollut heidän yritystensä menestyminen maailmalla. Japanilaiset ovat myös onnistuneesti soveltaneet ja kehittäneet alun perin länsimaisia ideoita. (Järvelin ym. 1992, 18.) Domingo (1997, 13) sanoo osuvasti, että laatua ajattelevat japanilaiset yritykset ovat säännöllisesti menestyviä. Laatujohtamismalli levisi myös Yhdysvaltoihin 1980-luvulla ja se vakiinnutti asemansa liiketaloudellisen ajattelutavan yhtenä osa-alueena (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 11).

Laatujohtamisen menetelmät ja periaatteet on tuotu myös Suomeen (Lillrank 1998, 17). Suomalaisiin yrityksiin laatujohtamismalli ilmaantui ensimmäisen kerran laajemmin 1980-luvulla, jolloin laadun kehittäminen nostettiin strategiseksi tavoitteeksi ja laatujärjestelmiä ryhdyttiin rakentamaan. Ensimmäisissä kokeiluissa laatujohtamisesta otettiin tavallisesti käyttöön vain yksittäisiä kohtia, jonka vuoksi uudistuksen käynnistyminen ja sen kantavuus jäivät heikoiksi. 1980-luvun loppupuolella laatujohtamisen käytön mahdollisuudet oivallettiin uudestaan, mutta taloudellinen lama 1990-luvulla pakotti yritykset karsimaan kustannuksia. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 11–12.) Erityisesti 1990-luvun loppupuolella laatujohtaminen nousi vähitellen keskeiseksi tekijäksi johtamisuudistuksissa. Myös EU-jäsenyys on vaikuttanut laatukysymysten esilletuloon Suomessa. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 14–15.) Laadusta puhutaan hyvin insinöörikeskeisesti suomalaisessa laatu keskustelussa. Laatuajattelu keskittyi 1980-luvun lopulla lähes kokonaan ISO 9000-standardien<sup>3</sup> ympärille ja 1990-luvun alusta lähtien laatukriteerien soveltamiseen. Kokonaisvaltaisesti laatua on johdettu kuitenkin suhteellisen harvassa suomalaisessa yrityksessä. (Silén 1998, 15.)

---

<sup>3</sup> ISO 9000-standardi on kansainvälinen apuväline laadunhallintaan. Standardit asettavat vaatimuksia ja tavoitteita tuotteen tai palvelun laadulle. (Davis 1997, 17–18.)

## 2.2 Laatu käsitteenä

### 2.2.1 *Laadun monimuotoisuus*

Laatuun voidaan yhdistää monia ominaisuuksia ja tunnusmerkkejä tarkastelunäkökulman mukaan. Ominaisuudet eivät ole toisiaan poissulkevia vaan täydentäviä. Vertailtavuus on osa laatua, sillä tuotetta tai palvelua vertaillaan yleensä johonkin tasoon, aikaisempaan mielikuvaan tai tavoitteeseen. Voidaan sanoa, että laatu on suhteellinen käsite. (Mäki 2004, 73.) Johtaminen, strateginen suunnittelu ja organisaation kehittäminen ovat palasia laatukäsitteen laajasta merkityksestä. Yritysten sisäisten toimintojen rinnalle on noussut asiakaskeskeinen ajattelutapa eli asiakkaiden tarpeet ovat laatutoiminnan ensisijainen perusta. (Lecklin 2002, 17.) Lopullinen laatu määritellään tällöin asiakkaan eikä yrityksen näkökulmasta (Wilkinson, Redman, Snape & Marchington 1998, 8). Rissanen ja Kansanen (2003, 122) tarkentavat, että laatu on asiakkaan tarpeen tyydyttämistä myös terveydenhoitoalalla. Keskeinen asiakas on tällöin potilas.

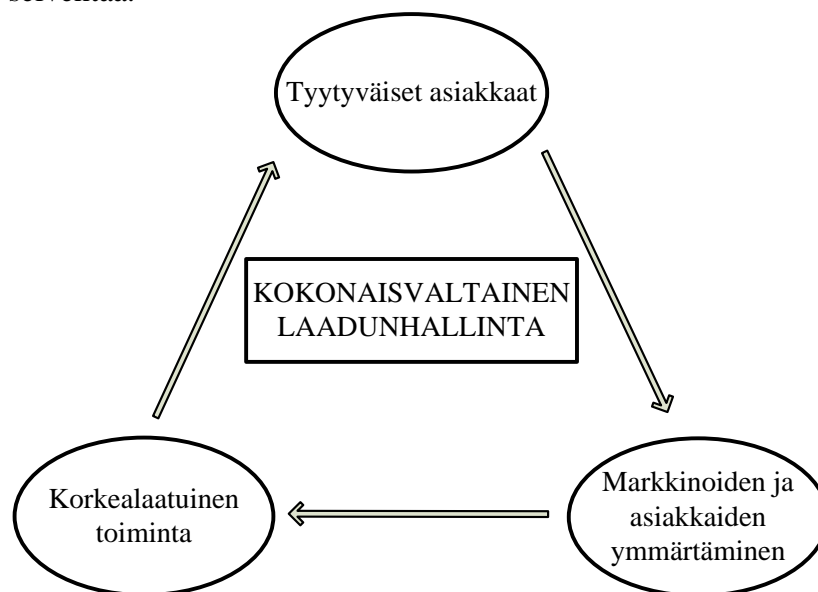
Asiakkaiden tarpeet, odotukset ja vaatimukset ovat laadun perusta nykyisessä laatuajattelussa. Toimintaa voidaan sanoa laadukkaaksi, jos asiakas on tyytyväinen saamaansa tuotteeseen tai palveluun. Asiakkaan näkemyksen avulla yritys voi tavoitella korkeampaa laatua, pelkkä sisäinen tehokkuus ja virheettömyys eivät takaa hyvää laatua. (Lecklin 2002, 18.) Asiakkaan laatukokemuksiin liittyy aina odotukset, minkä takia laatua voidaan pitää suhteellisena ominaisuutena. Laadun suhteellisuutta kuvastaa myös se, etteivät odotukset muodostu samalla tavalla. Samanlainen palvelu voi täyttää asiakkaiden odotukset eri tavoin ja synnyttää näin erilaista tyytyväisyyttä asiakkaissa. (Lumijärvi 1996, 9.) Laatuun kohdistuvat odotukset ja vaatimukset muodostuvat usean tekijän pohjalta. Niitä ovat asiakkaan tarpeet, palvelun hinta, aikaisemmat kokemukset, kokemukset kilpailijoista, mainonnassa annetut lupaukset, muiden suositukset tai moitteet, oma panostus palveluun sekä tilannetekijät. (Ylikoski 1999, 123–125.)

Laatu ja luotettavuus ovat toisilleen läheisiä käsitteitä, mutta ne sekoitetaan usein keskenään. Laatu tarkoittaa yrityksen sekä sen tuotteiden että palveluiden kykyä täyttää asiakkaan halut ja tarpeet. Luotettavuus on puolestaan ominaisuus, jonka avulla asiakkaan tarpeet pystytään täyttämään jatkuvasti ja pitkäaikaisesti tuotteiden ja toiminnan kautta. (Silén 2006, 40–41.) Joka tapauksessa asiakkaat odottavat saavansa hyvää palvelua. Palvelualoilla on kuitenkin yhä vaikeampaa erottua joukosta, jolloin palvelun laadusta on tullut merkittävä kilpailukeino. Laadukkaalla palvelulla pyritään erottumaan kilpailijoista ja saamaan uusia asiakkaita. (Ylikoski 1999, 117.)

Laatukonsepti on laaja käsite, sillä se pitää sisällään yrityksen sidosryhmät: toimittajat, asiakkaat, omistajat, rahoittajat ja viime kädessä ympäröivän yhteiskunnan. Näin

ollen laatukäsite soveltuu myös palveluyrityksiin, pieniin ja keskisuuriin yrityksiin ja julkiseen hallintoon. (Lecklin 2006, 17.) Laadusta on tullut kilpailuväline, jolla voidaan erottua kilpailijoista. Asiakkaat eivät enää hyväksy huonoa laatua, jolloin yritykset voivat tuhoutua huonon laadun seurauksena. Yritysten tulee jatkuvasti kehittää omaa laatuaan, jotta kilpailijat eivät pysty erottumaan paremmilla ja laadukkaammilla tuotteilla tai palveluilla. (Domingo 1997, 3.) Yrityksen kannalta on tärkeää pohtia, mitä asiakas haluaa ja kuinka paljon asiakas on valmis maksamaan hyvästä laadusta. Jos yritys panostaa laatuun, mutta asiakas ei tiedosta tai tunnista sitä, panostus saattaa mennä hukkaan. (Davis 1997, 13.)

Markkinoiden ja asiakkaiden ymmärtäminen, korkealaatuinen toiminta sekä tyytyväiset asiakkaat muodostavat yhdessä kokonaisvaltaisen laadunhallinnan, kuten kuvio 1 selventää.



Kuvio 1 Kokonaisvaltainen laadunhallinta (mukaillen Lecklin 2006, 19)

Markkinoiden ja asiakkaiden ymmärtäminen takaavat toiminnan laadun lähtökohdat. Korkealaatuinen toiminta sisältää toimitusten vastaavuuden, prosessit sekä laatu järjestelmät yrityksen sisällä. Laadun lopullinen arvioija on kuitenkin tyytyväinen asiakas. Laatukolmion kaikkien sivujen tulee olla kunnossa, jotta voidaan puhua hyvästä kokonaislaadusta. Jos yksikin kolmion kulma pettää, laatu ei ole kokonaisvaltaista. Kokonaisvaltaiseen laadunhallintaan sopii hyvin Juranin laatumääritelmä, jonka mukaan laatu on soveltuvuutta käytäntöön (fitness for use). Määritelmä ottaa yksinkertaisella tavalla huomioon kuviossa 1 esitetyt hyvän laadun ominaisuudet. (Lecklin 2006, 18–20.)

### 2.2.2 *Laatunäkökulmat*

Laatua tulee tarkastella monipuolisesti, sillä yhdestä näkökulmasta tarkasteltuna laadusta ei saa kokonaisvaltaista kuvaa. Garvin (1988) esitti ensimmäistä kertaa näkökulmapohjaisen laatutarkastelun. Garvinin mukaan laatua voidaan tarkastella transkendenttisesta eli ylimaallisesta, valmistuskeskeisestä, tuoteominaisuuskeskeisestä, käyttäjäkeskeisestä ja arvokeskeisestä näkökulmasta. (Mäki 2004, 81.) Laadun näkökulmia voidaan hyödyntää muuttamalla laatuperspektiiviä sen mukaan, kun tuote tai palvelu siirtyy suunnitteluvaiheesta markkinoille. Lähtökohtana on, että yrityksellä on yksi kulloinkin painottuva perusnäkemys, jota voidaan muuttaa tuote- tai palveluketjun vaiheesta toiseen. (Savolainen 1994, 11.) Lillrank (1998, 28) puolestaan tarkastelee laatunäkökulmia neljästä näkökulmasta, jotka pohjautuvat Garvinin jaotteluun. Näkökulmat ovat:

1. tuotanto
2. suunnittelu
3. asiakas
4. systeemi.

Näkökulmat eivät ole toisiaan poissulkevia, mutta ne painottuvat erilaisissa yrityksissä ja tilanteissa eri tavoin. Yrityksen johdon tulisi tasapainottaa johtamisessaan erilaisia laatunäkökulmia ja löytää itselleen paras mahdollinen näkökulmien yhdistelmä. (Mäki 2004, 81–82.) Seuraavaksi tarkastellaan läheisemmin Lillrankin esittelemiä näkökulmia.

Tuotanto- eli valmistuskeskeisen näkökulman mukaan laatu on vaatimustenmukaisuutta, yhdenmukaisuutta, virheettömyyttä sekä asioiden oikein tekemistä ensimmäisellä kerralla. Näkökulma tavoittelee vaihtelun vähäisyyttä, sillä täydellinen virheettömyys ei ole mahdollista. (Mäki 2004, 82.) Näkökulma painottaa teknisyyttä, sillä standardit, piirustukset, ohjeet ja sallitut poikkeamat määrittelevät, mikä on hyvää laatua. Huono laatu voidaan mitata virheiden määrällä. (Savolainen 1994, 10; Lillrank 1998, 29.) Jos määritetyt vaatimukset pystytään tuottamaan kerralla oikein ilman korjaavaa työtä, pystytään samalla pitämään kustannukset matalalla. Tuotantonäkökulman laatu-käsitteeseen liittyvät näin ollen kiinteästi ongelmien ennaltaehkäisy ja kustannusten minimointi. (Hannukainen 1993, 11.)

Tuotantokeskeisen laadun tärkein asianomistaja on tuotannosta vastaava henkilö. Merkitystä ei ole sillä, onko kyseessä tavaroiden, palveluiden tai tiedon tuotanto. Tuotanto vaatii tuekseen hyvin tehdyt suunnitelmat, jotta se saadaan pyörimään mahdollisimman virheettömästi. (Lillrank 1998, 29.) Tuotantokeskeisessä laatuajattelussa on kuitenkin rajoituksia. Tuotantokeskeinen laatuikäsiys lähtee olettamuksesta, että piirustukset ovat olemassa ja niistä ei tarvitse keskustella. Tuotteet tai palvelut ovat näin ollen tavoiteltavien laatuominaisuuksiensa suhteen itsestään selvinä annettuja. (Lillrank 1998, 30–31.) Tuotantokeskeinen laatu näkyy myös terveydenhuollossa virheettömyytenä.



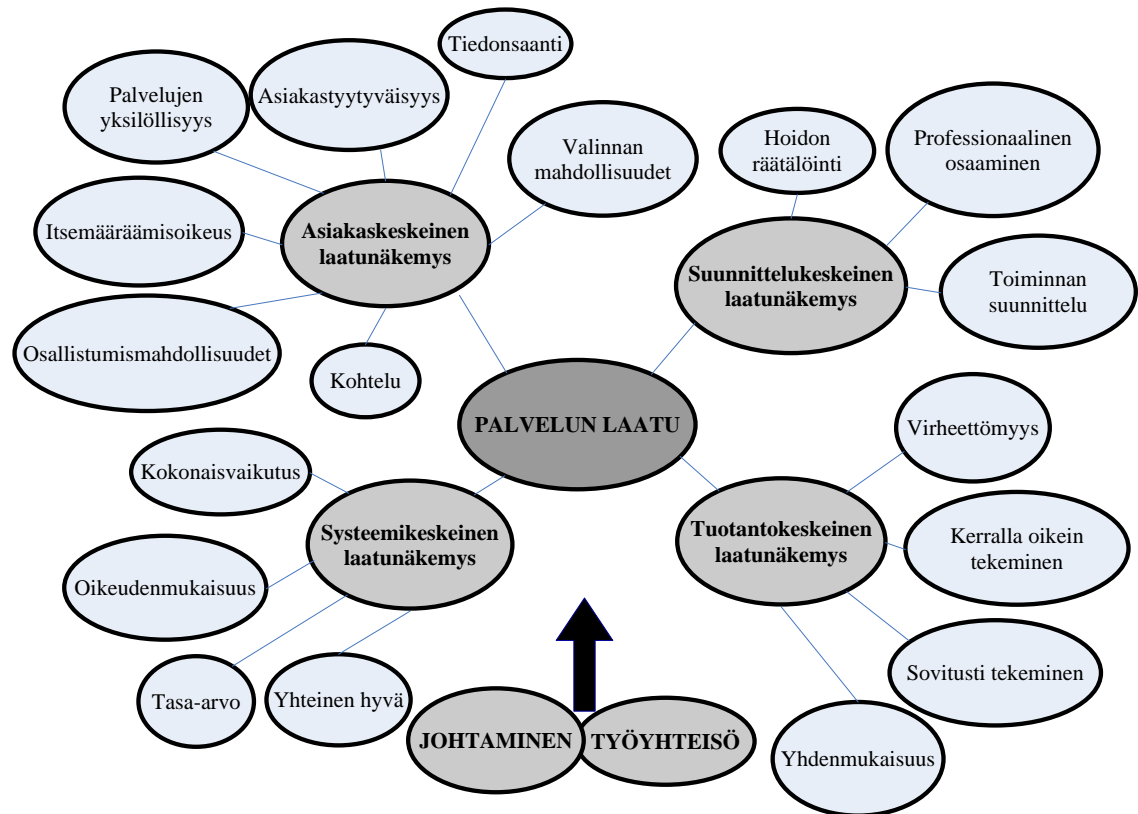
Hyvä laatu voidaan määrittellä esimerkiksi hoitovirheiden tai potilasvahinkojen määrien pohjalta.

Suunnittelukeskeisen eli tuoteominaisuusnäkökulman mukaan tuotteessa on puolestaan yleisiä ominaisuuksia, jotka määrittelevät laatua. Ominaisuudet voidaan jaotella esimerkiksi seuraaviin ryhmiin: fyysiset, aistein havaittavat, käyttäytymiseen liittyvät, aikaan liittyvät, ergonomiset sekä toiminnalliset ominaisuudet. (Mäki 2004, 84.) Laadun eroavuudet heijastuvat tuotteen tai palvelun ominaisuuden määrässä puutteina tai lisänä. Suunnittelukeskeisen näkökulman mukaan parempi laatu edellyttää korkeampia kustannuksia, sillä jokin tietty uusi tuoteominaisuus tuo yritykselle lisäkustannuksia. (Hannukainen 1993, 11.) Suunnittelunäkökulman tarkasteltava ilmiö on tuotteen suorituskyvyn ja rakenteen välinen suhde. Toisin sanoen, mitä tehdään suhteessa siihen, miten se tehdään. (Lillrank 1998, 31.) Terveystieteiden alalla suunnittelunäkökulma keskittyy fyysisen ympäristön ja hoitohenkilökunnan olemukseen, jonka perusteella asiakas saattaa muodostaa käsitystään laadukkaasta hoitopalvelusta.

Asiakas- eli käyttäjakeskeisen näkökulman lähtökohtana on ajatus siitä, että laatu on katsojan silmissä. Tällöin tuotteen tai palvelun arvo asiakkaalle muodostuu sen kyvystä täyttää asiakkaan tarpeet ja halut. (Mäki 2004, 86.) Asiakkaan näkökulmasta katsottuna laatu on subjektiivinen asia ja kohdentuu yrityksen ulkopuolelle (Savolainen 1994, 10–11). Asiakas on taloudellinen toimija, joka valitsee, maksaa ja käyttää palvelua. Asiakskeskeisen näkökulman tärkein elementti onkin, että asiakkaan valintoihin liittyy maksaminen. Asiakskeskeisen laadun ongelmat liittyvät pääasiassa valitsemiseen ja maksamiseen. (Lillrank 1998, 34.) Terveystieteiden alalla asiakas saa myös itse tehdä valintansa, kenen lääkärin vastaanotolle hän menee. Kaikki terveydenhoitoalan asiakkaat eivät kuitenkaan maksa itse palvelua, sillä maksaja voi olla myös työterveysyhtiö tai vakuutusyhtiö.

Systeemi- eli yhteiskuntakeskeisen näkökulman mukaan monilla tuotteilla ja palveluilla on vaikutuksia, jotka saattavat ulottua asiakkaan kokemus- ja käsitysmaailmaa kauemmaksi ja siten aiheuttaa ongelmia. Näin ollen laatua määrittelemään astuu joukko toimijoita ja sidosryhmiä, jotka eivät valmista, suunnittele, eivätkä välttämättä valitse tai käytä kyseistä tuotetta tai palvelua. (Lillrank 1998, 37.) Näkökulmaan liittyy myös ympäristökeskeinen laatu- ja palvelunäkemys, jonka mukaan laatu määritellään tuotteen tai palvelun vaikutuksesta yhteiskuntaan ja luontoon (Mäki 2004, 87). Laatua voidaan mitata tällöin tuotteen tai palvelun terveellisyydellä, uudelleenkäyttömahdollisuudella tai vaikutuksena uusiutumattomiin luonnonvaroihin (Savolainen 1994, 11). Terveystieteiden alalla on vaikutusta myös laajemmin kuin pelkästään asiakkaan kokemukseen. Terveystieteiden hoito on osa koko kansan hyvinvointia ja toimivaa kansantaloutta.

Mäki (2004, 163) esittää kuviossa 2, miten terveydenhoitoalan laatu määritellään edellä esiteltyjen näkökulmien avulla.



Kuvio 2 Terveydenhoidon laadun määrittely näkökulmien avulla (mukaillen Mäki 2004, 163)

Terveydenhoitoalan laadun määrittely voidaan jakaa näkökulmittain kuvion 2 mukaisesti. Asiakaskeskeisen laatu näkemyksen olennaisia piirteitä ovat muun muassa asiakastyytyväisyys, itsemääräämisoikeus ja tiedonsaanti. Suunnittelukeskeinen näkökulma muodostuu hoidon räätälöinnistä, professionaalista eli ammatillisesta osaamisesta sekä toiminnan suunnittelusta. Systeemikeskeinen laatu näkemys koostuu kokonaisvaikutuksesta, oikeudenmukaisuudesta, tasa-arvosta ja yhteisestä hyvästä. Tuotantokeskeinen laatu näkemys muodostuu puolestaan virheettömyydestä, kerralla oikein ja sovitusti tekemisestä sekä yhdenmukaisuudesta. Työyhteisö ja johtaminen luovat edellytykset palvelun laadulle. (Mäki 2004, 163.) Tämän tutkimuksen tuloksia tullaan tarkastelemaan terveydenhoidon laatu näkökulmien mukaan. On mielenkiintoista tutkia löytyykö laadun määrittelyistä eroja tai yhtäläisyyksiä.

## 2.3 Laatu palvelualalla

### 2.3.1 Palvelun monimuotoisuus

*”Quality is essential when service is what is being sold.” (Lovelock 1988, 216<sup>4</sup>)*

Kehittyneissä teollisuusmaissa alkoi 1960-luvulla voimistua rakenteellinen kehitys, jossa yhä suurempi osa kansantuotteesta ja työvoimasta siirtyi sekä yrityksen sisäisiin palvelutehtäviin että varsinaista palvelutuotetta aikaansaaviin yrityksiin. Palveluyhteiskunnan nimeä käytetään kansantaloudesta, jossa yli puolet bruttokansantuotteesta tulee palveluyrityksistä. (Grönroos 1990, 1-2; Lillrank 1998, 78.) Kelemen (2003, 55) kuvaa myös, miten reilu kolme vuosikymmentä sitten aloitettiin siirtyminen tuotantokeskeisestä ajattelutavasta asiakaskeskeiseen ajattelutapaan. Palvelualan tekniikat ja lähestymistavat laadunhallintaan ovat kehittyneet kuitenkin suhteellisen lyhyessä ajassa (Kelemen 2003, 55).

Palvelu on monimutkainen käsite, jolla ei ole yksiselitteistä ja yleisesti hyväksyttävää määritelmää (Lillrank 1998, 78). Palvelu voidaan määritellä siten, että palvelu tuottaa asiakkaille sellaista hyötyä tai tyydytystä, jota nämä eivät halua tai voi itse tuottaa. Asiakkaan ja palvelun tuottajan kohtaaminen on myös olennainen osa palvelua. Kohtaaminen tarkoittaa useimmiten kasvotusten tapahtuvaa vuorovaikutusta. (Lumijärvi 1994 13.) Palvelut ovat pohjimmiltaan aineettomia ja subjektiivisia prosesseja, joissa tuotanto ja kulutus tapahtuvat yhdenaikaisesti. Koettuun palveluun vaikuttaa olennaisesti myös se, mitä palvelun ostajan ja myyjän välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuu. (Grönroos 1998, 62–63.) Vuorovaikutuksella on siis olennainen osa palvelun muodostumisessa.

Palvelualalla ollaan jo pitkään oltu asiakaslähtöisiä ja pyritty palvelemaan asiakkaita heidän tarpeidensa mukaan. Nykyisin on vaikeaa määritellä yrityksiä erityisesti palvelualaan kuuluviksi, sillä melkein jokaisesta yrityksestä löytyy palvelua. (Kelemen 2003, 53.) Palvelualan yrityksillä ymmärretään tavallisesti yrityksiä, jotka tuottavat palveluita vastakohtana tuotteita valmistaville yrityksille. Palvelualan yrityksen määrittelyä hankaloittaa se, että moniin teollisuusalan yritysten tuottamiin tuotteisiin sisältyy myös palvelua. Siellä palvelu voi esiintyä esimerkiksi koulutuksena, opastuksena tai huoltona. (Joutsenkunnas & Heikurainen 1996, 13–14.) Myös Lumijärvi (1994, 64) painottaa, että asiakkaiden käsitysten kartoittaminen on tärkeä osa palvelukyvyn arviointia. Laatua ei haluta nähdä pelkästään ammatillisena alueena, vaan

---

<sup>4</sup> ks. Yasin ym. (1998, 78)

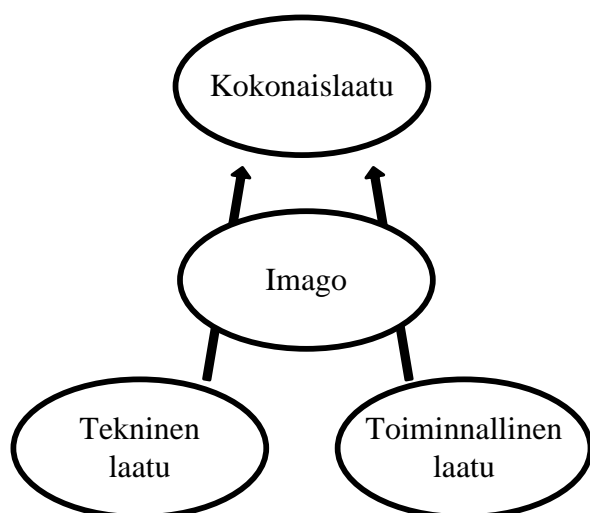
tuotteeseen ja palveluun pyritään sisällyttämään asiakkaan odotuksia, tarpeita ja toiveita (Lumijärvi 1994, 64). Kuitenkin palvelun laadusta ja sen määrittämisestä kiistellään ja kritiikkiä on kohdistettu asiakkaan odotusten liiallisesta painotuksesta. On todettu, että asiakkailla ei ole edes olemassa merkittäviä odotuksia kaikkien palveluiden suhteen, joihin palvelukokemuksia pystyisi vertaamaan. On myös havaittu, että tietyissä tapauksissa asiakas muodostaa käsityksensä palvelun laadusta kokonaan omien kokemuksiansa pohjalta. (Kinnunen 2004, 19.)

Myös palvelun laadun määrittäminen on yksiselitteisesti hankalaa (Grönroos 1990, 31). Palvelun laadun tasoa ei määritellä tarkemmin lainsäädännössä. Yleinen periaate on, että yksityisesti tuotettujen palveluiden tulee vastata kunnallisen palvelun tasoa. (Narikka 2008, 101.) Esiin nousee kysymys, miten laatu kytkeytyy palveluun? Laatua voidaan pitää kokemuksellisena tai objektoituneena havaintona ja toisaalta laatua voidaan pitää myös arvosidonnaisena käsitteenä. Laatukäsitteeseen voidaan ottaa mukaan palvelun puitteisiin liittyvää arvostusta, asiakkaalle näkymättömiä prosessitekijöitä sekä henkilöstön ammatillisia ominaisuuksia. (Lumijärvi 1994, 15.) Verrattuna tuotteen laatuun, palvelun laatua on vaikeampaa ja haasteellisempaa suunnitella, mitata tai kehittää (Domingo 1997, 291).

Asiakas on laadun lopullinen arvioija (Lecklin 2006, 79). Palvelualalla asiakas on keskeisessä asemassa, sillä tyytyväinen asiakas maksaa palvelualalla työskentelevien ihmisten palkan. Asiakastyytyväisyyden pitäminen kilpailukykyisellä tasolla vaatii kustannustehokasta toimintatapaa. Asiakaskeskeinen ja kustannustehokas toimintatapa johtavat asiakastyytyväisyyteen ja yrityksen kannattavuuteen. (Joutsenkunnas & Heikurainen 1996, 11.) Myös Arnerup-Cooper ja Edvardsson (1998, 139) kiteyttävät, että palvelun laatuun sisältyvät tyytyväiset asiakkaat, henkilöstö ja sidosryhmät. He kuvaavat, miten asiakastyytyväisyys leviää vähitellen henkilöstöön ja siitä edelleen yrityksen sidosryhmiin ja omistajiin (Arnerup-Cooper & Edvardsson 1998, 139).

### **2.3.2 Laadun ulottuvuudet**

Palvelutapahtuman laatu voidaan eritellä pelkistetysti teknisiin ja toiminnallisiin laatuominaisuuksiin. Tekninen laatuominaisuus kuvastaa sitä, mitä asiakkaat pitävät tärkeänä ollessaan vuorovaikutuksessa yrityksen kanssa. Vuorovaikutuksen laatua pidetään sisäisesti koko toimitetun tuotteen laatuna, mutta se ei ole kuitenkaan arvioinnin koko totuus. Kyseessä on yksi laadun ulottuvuus eli palveluprosessin tekninen laatu. Toiminnalliset laatuominaisuudet puolestaan kertovat, miten asiakas kokee palveluprosessin toimivuuden. Asiakkaaseen vaikuttaa myös se, miten hän saa palvelun ja miten hän kokee samanaikaisen tuotanto- ja kulutusprosessin. (Grönroos 1998, 63–64.) Kuvio 3 selventää palvelun laadun ominaisuudet.



Kuvio 3 Palvelun laatu-ulottuvuudet (mukaillen Grönroos 1998, 65)

Toiminnallista laatua ei voi arvioida yhtä objektiivisesti kuin teknistä laatua. Palvelun kokonaislaadun muodostumiseen vaikuttaa myös se, miten asiakas näkee yrityksen, sen resurssit ja toimintatavat. Yrityksen imago on useimmissa palveluissa äärimmäisen tärkeä ja voi vaikuttaa laadun kokemiseen monin tavoin, kuten kuvio 3 tarkoittaa. (Grönroos 1998, 64.) Myös Ylikoski (1999, 119) selventää, että teknisellä laadulla tarkoitetaan palvelun tulosta. Toiminnallinen laatu puolestaan keskittyy palveluprosessiin ja vastaa kysymykseen, miten asiakasta palvellaan. Imago eli asiakkaan mielikuva on myös yksi laadun osatekijöistä. Yrityksen imago toimii laatukokemuksen suodattimena. Hyvä imago suodattaa satunnaisia virheitä niin, että virheistä huolimatta asiakas kokee saamansa palvelun laadukkaaksi. Huono imago puolestaan vahvistaa asiakkaan huonoja kokemuksia entisestään. (Ylikoski 1999, 118–119.) Yrityskuva ja sen taustalla olevat muut mielikuvat vaikuttavat merkittävästi palvelun kiinnostavuuteen. Vaikutusta on myös sillä, halutaanko palvelu ostaa juuri tietyltä taholta. Samoin ennakkoon muodostuneet mielikuvat vaikuttavat asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. (Kinnunen 2004, 9.)

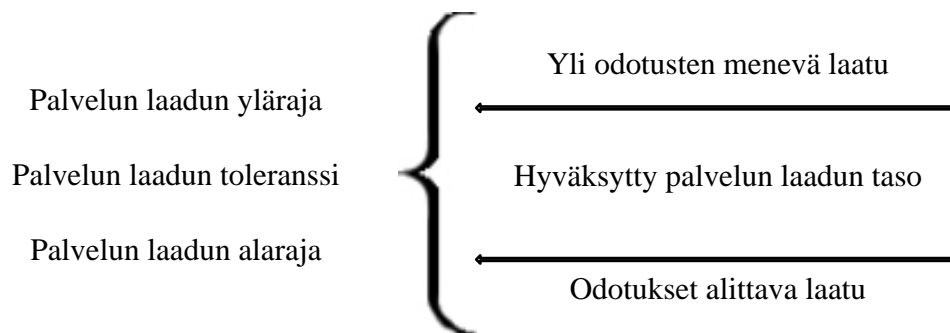
Lumijärvi (1996, 16) kritisoi Grönroosin laatu-ulottuvuuksien jakoa tekniseen ja toiminnalliseen laatuun. Lumijärven oma erittely kuvaa laadun osatekijöitä ja prosessia, jossa laatukomponentit kiinnitetään prosessin eri vaiheisiin. Palvelun laatua määrittelevät tekijät asiakkaan näkökulmasta ovat Lumijärven (1996, 16–17) mukaan seuraavat:

1. palvelutilanteen käynnistymisen edellytykset
2. palvelutapahtuman toimivuustekijät
3. palvelutilanteen toimivuus palvelun jälkeen.

Palvelutapahtuma jaotellaan siis kolmeen osaan, jossa jokaisessa osassa on omat kriteerinsä. Palvelutilanteen käynnistymisen edellytyksiä ovat asiakkaan tietoisuus palvelusta ja ennakkoon tehty yhteydenotto yritykseen. Ennen varsinaista palvelutapahtu-

maa asiakkaalle muodostuu kuva palveluyrityksestä. Palvelutapahtuman toimivuustekijöihin kuuluvat palvelun sisältö, aika, viestintä, taloudellisuus, fyysinen ympäristö sekä psyko-sosiaalisuus. Aikatekijöiden toimivuutta ilmentävät muun muassa palvelun saannin nopeus, sujuvuus ja vähäinen jonotus. Palvelutapahtuman psyko-sosiaalinen toimivuus kuvastaa sitä, miten asiakkaat kokevat palveluhenkilöstön uskottavuuden, asiantuntijuuden, kommunikointikyvyn, ymmärryksen ja palvelualttiuden. Palvelutilanetta ja sen toimivuutta voidaan arvioida myös palvelun jälkeen esimerkiksi tiedotuksella ja jälkihoidolla. (Lumijärvi 1996, 16–17.)

Palvelun laatuun liittyvä keskeinen käsite on asiakkaan kokema palvelun laadun toleranssi. Toleranssilla tarkoitetaan asiakkaan palvelun laadulle asettamia vaatimusten ylä- ja alarajoja, kuten kuvio 4 tarkentaa. (Kinnunen 2004, 19.)

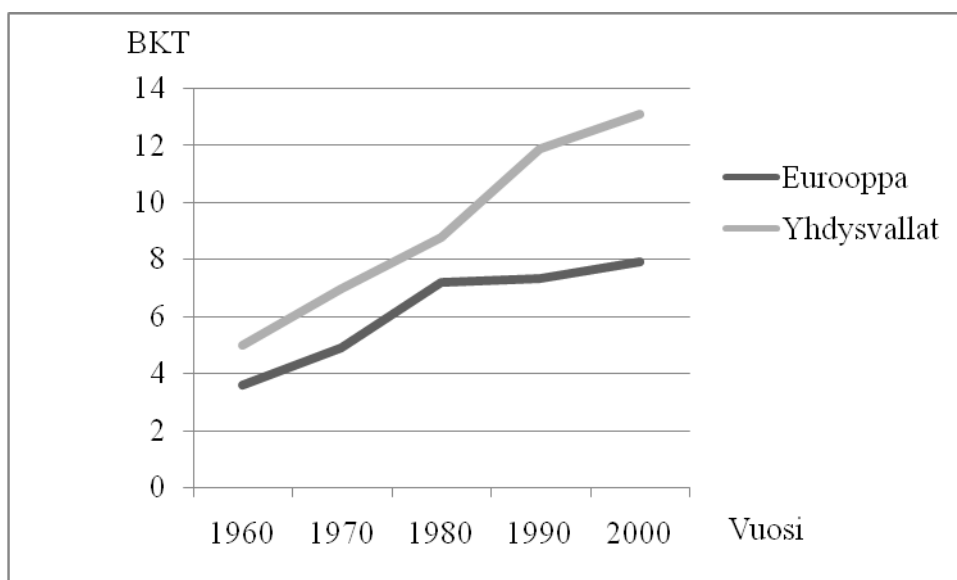


Kuvio 4 Palvelun laadun toleranssi (Kinnunen 2004, 19)

Palvelun laadun alarajalla asiakas hyväksyy palvelun kelvolliseksi niukasti, kuten kuvio 4 huomataan. Palvelun laadun ylärajalla asiakas on jo varsin tyytyväinen saamaansa palveluun sekä on valmis hyväksymään palvelun toteutuksen ilman empimistä lupauksen mukaiseksi. Jos palvelu onnistuu tätäkin paremmin, asiakas saa yli odotusten menevää palvelua. Jos puolestaan toimitaan kelvollisen palvelun laadun alarajalla, asiakas on tyytymätön ja vaatii mahdollisesti hyvitystä saamastaan palvelusta. (Kinnunen 2004, 19.)

Asiakas tarkkailee laatua palvelun tuotannossa. Jos asiakas ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun, hän voi keskeyttää palvelun ja käyttää toista palveluntuottajaa seuraavalla kerralla. (Järvelin ym. 1992, 33.) Asiakastyytyväisyys on tärkeä osa laadun rakentamisessa, mutta ei aina oleellisin. Esimerkiksi terveydenhoitoalalla asiakkaat eivät välttämättä tiedä mitä he tarvitsevat ja mikä hoito tehoaa parhaiten. Asiakkaan tarpeisiin voi olla hankala vastata, kun asiakas ei itsekään tiedä, mikä on hänelle parasta. (Øvretveit 1992, 3.) Toimivan vuorovaikutussuhteen muodostuminen on terveydenhoitoalalla tärkeää, sillä lääkärin on kyettävä hoitamaan asiakas asiakkaan kertomien oireiden mukaisesti. Asiakkaan odotusten tunnistaminen ja ymmärtäminen eivät ole helppo tehtävä, jolloin asiakkaat eivät välttämättä ole tyytyväisiä saamaansa palveluun ja hoi-





Kuvio 5 Terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta Yhdysvalloissa ja Euroopassa (Jaakkola 2007, 13)

Vuosikymmenten aikana terveydenhoitopalveluiden käytettävä osuus bruttokansantuotteesta on noussut 3,6 prosentista 7,9 prosenttiin Euroopassa ja 5,0 prosentista 13,1 prosenttiin Yhdysvalloissa, kuten kuvio 5 nähdään. Jaakkola (2007, 12) arvioi, että terveydenhuollon kustannukset tulevat tulevaisuudessakin olemaan merkittäviä koko maailmassa. Myös Badri ym. (2008, 159) ennustavat, että terveydenhoitoala tulee olemaan nopeimmin kasvava palvelu sekä kehittyneissä maissa että kehitysmaissa. Terveyspalveluiden tarve tulee siis lisääntymään tulevaisuudessa, mutta samalla olisi kiinnitettävä enemmän huomiota palveluiden laatuun (Simola 2007, 8).

Terveydenhoitoalan potilaat, ostajat ja hallitukset ympäri Eurooppaa ovat olleet huolissaan terveydenhoidon laadusta. Laadun varmistamiseen ja parantamiseen on käytetty monia menettelytapoja, mutta edelleen laatuasiat vaativat panostusta. (Øvretveit 2000, 74.) Leinonen (2002, 15) arvioi, että laadun merkitys tulee entisestään lisääntymään tulevaisuudessa. Asiakkaiden merkitys on suuri, sillä he ovat entistä tietoisempia oikeuksistaan ja osaavat vaatia hoidolta enemmän. Myös Caldwell ym. (2008, 32–33) ovat huolissaan tulevaisuuden laadusta terveydenhoitoalalla. Heidän mukaansa laadun heikkeneminen pohjautuu sairaaloiden johtajien osaamattomuuteen, sillä johto keskittyy enemmän taloudellisiin kuin laadullisiin asioihin.

Terveydenhoitopalveluiden tuottajien tavoitteet ovat selviä. Tavoitteena on hoitaa sairaita asiakkaita sekä osallistua tautien ehkäisyyn. Kustannusten kiristäminen on kuitenkin nostanut monen asiakkaan mieleen, että kärsiikö hoidon laatu mahdollisista kustannusten leikkaamisista. Hoidon laadukkuudesta halutaan saada varmuus. (Kunst & Lemmink 1997, 149.) Suomessa terveystalouden saatavuuteen ja laatuun panostetaan sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Kuten monissa muissa Euroopan maissa Suo-



messa ei ole vielä leikattu terveydenhoitoalan budjettia. (Van der Veer & Wilders 2006, 57.)

Terveydenhoitoalalla on pyritty yhdenmukaistamaan laadunhallintaan liittyvien käsitteiden käyttöä 1990-luvun puolivälistä alkaen (Mäki 2004, 75). Terveydenhoitoalalla on ollut johdonmukaisuuden puutetta konseptien liittämässä laatuun, sillä itse konseptit ovat vaikeita ja moninaisia. Terveydenhoitoalalla on huomattu hämmennystä ja sekaannusta käsitteiden käytössä. Käsitteet kuten standardit, indikaattorit, päätoiminnot sekä hoidon piirteet ovat aiheuttaneet sekaannusta. Esimerkiksi hoitotyössä ja lääketieteessä laatuvaatimuksille ja -kriteereille on annettu erilaisia merkityksiä. Hämmennyksestä huolimatta tutkijat perehtyvät jatkuvasti arvioimaan, mittaamaan ja edistämään hoidon laatua. Sekaannusten välttämiseksi valtakunnalliset laatusuosituksen korostavat yhteisen sanaston luontia ja käyttöä. (Leinonen 2002, 15–16; Mäki 2004, 75–76.)

Terveydenhuollon organisaatioita voidaan sanoa asiantuntijaorganisaatioiksi, sillä ne perustuvat osaamiseen sekä eri toimijoiden erityisosaamisten yhdistämiseen. Terveydenhoitoalalla työskentelee monia ammattilaisia ja asiantuntijoita. Asiantuntijapalvelua tuottavat henkilöt, jotka omaavat merkittävän paljon tiettyä tietoa sekä kokemusta omalta alaltaan. Asiantuntijapalveluiden tuottajilla on siis korkeatasoinen koulutus ja ammattinsa erityisosaamista. Palveluun liittyy usein neuvojen antaminen, ja siinä keskitytään asiakkaan ongelman ratkaisuun. Asiantuntijapalvelun tuottajalla on selkeä identiteetti sekä asiakkaat tuntevat hänet tietyllä nimikkeellä, kuten esimerkiksi lääkäri tai asianajaja. (Ojasalon 1999, 23; Ylikoski 1999, 27.)

Terveydenhuollon organisaatioiden erityispiirre on, että lähtökohtaisesti asiantuntija eli lääkäri tietää taudeista ja hoidosta enemmän kuin asiakas. Hoitohenkilökunnan ja asiakkaan välillä vallitsee informaation epäsymmetria, minkä vuoksi terveydenhoitoalaa ei voi ohjata asiakaslähtöisesti. Terveydenhoitoalalla ei voida olettaa, että asiakas tietää tarpeensa, voi suorittaa valistuneita valintoja ja on aina oikeassa. Asiakkaan tulee siis voida luottaa asiantuntijapalvelun tuottajan erityisosaamiseen. (Parvinen ym. 2005, 50.) Tämä johtaa myös siihen, että laadun arvioiminen on hyvin haastavaa terveydenhoitoalalla.

#### **2.4.2 Laadun monta määritelmää**

Asiakkaan odotusten ja palvelusta saatujen kokemusten yhteensopivuus kuvaa pohjimmiltaan palvelun laatua. Asiakkaan näkökulmasta terveydenhoidon palveluun soveltuvia laadun ominaisuuksia ovat luotettavuus, vastuuntuntoisuus, pätevyys, saavutettavuus, kohtelu, kommunikaatio, uskottavuus, turvallisuus, empatia ja fyysiset tekijät. (Rissanen & Kansanen 2003, 8.) Rissanen ja Kansanen (2003, 109) tarkentavat, että asiakkaan kannalta yksi keskeisin laadun mittari on hoidon saavutettavuus. Puolestaan Simolan

(2007, 8) mukaan laadun kriteereitä ovat hoidon saatavuus ja hoitoon pääsyn nopeus, hoidon vaikuttavuus ja potilaan toipuminen, hoitajakson pituus, asiakastyytyväisyys ja kustannustehokkuus. Laatua voidaan arvioida siis usean kriteerin kautta, jolloin laadun vertailtavuus on vaikeaa. Koska terveydenhuollon palvelutarjonta on laaja sekä tilanteet ja ongelmat vaihtelevat suuresti potilaasta toiseen, laatukin on viipaloitava pieniin siivuihin. (Simola 2007, 8.)

Laatua ei voida määrittellä yksiselitteisesti terveydenhoitoalalla. Walshe ja Smith (2006, 455) kokoavat yhteen eri vuosikymmeniltä terveydenhoidon laadun määrittelyjä, jotka esitetään kuviossa 6.

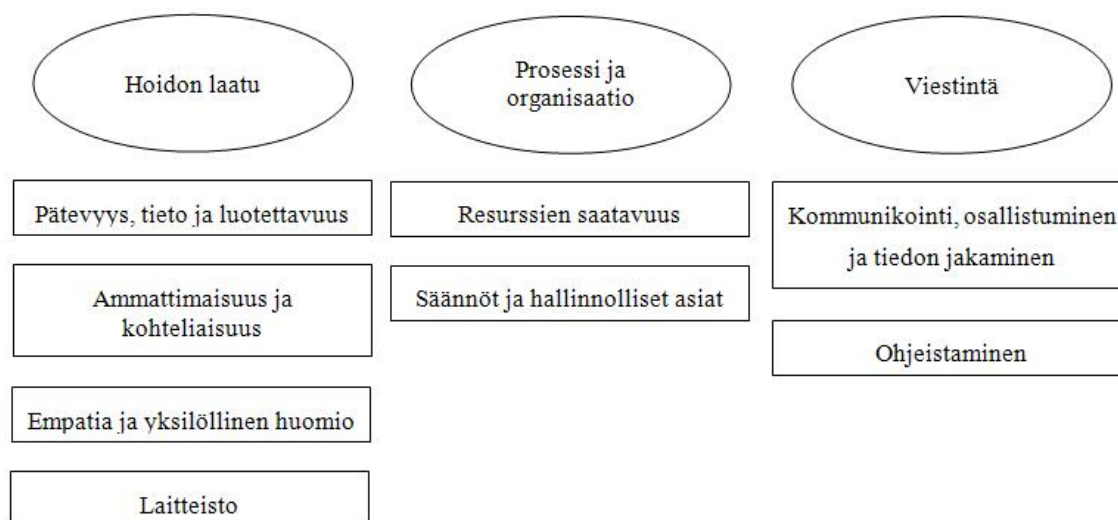
<i>Donabedian (1987)</i>	<i>Maxwell (1984)</i>	<i>Langley ym. (1996)</i>	<i>Institute of Medicine and Committee on Quality Health Care in America (2001)</i>
- tapa, jolla ammatinharjoittaja hallinnoi henkilökohtaista vuorovaikutusta potilaan kanssa	- palveluiden saatavuus	- käyttäytyminen	- turvallisuus
- potilaan oma osallistuminen hoitoon	- tarpeen merkitys	- olemus	- tehokkuus
- hoitoympäristön mukavuus	- tehokkuus	- aika	- potilas-keskeisyys
- hoitoon pääsyn helppous	- oikeudenmukaisuus	- luotettavuus	- oikea-aikaisuus
	- sosiaalinen hyväksyntä	- kesto	- oikeudenmukaisuus
	- taloudellisuus	- yhdenmukaisuus	
		- selkeys	
		- esteettisyys	
		- henkilökohtainen vuorovaikutus	
		- joustavuus	
		- harmittomuus	
		- aistittu laatu	
		- käytettävyys	

Kuvio 6 Laadun määrittely terveydenhoitoalalla (mukaillen Walshe & Smith 2006, 455)

Kuviosta 6 nähdään neljä eri terveydenhuollon laadun määrittelyä. Laatua voidaan tarkastella useasta näkökulmasta, mutta näissä määrittelyissä ei keskitytä arvioimaan hoidon teknistä laatua. Näkökulmissa painotetaan muita hoidon piirteitä, jotka vaikuttavat laadukkaan hoidon muodostumiseen. Donabedian on yksi ensimmäisistä terveydenhoidon laadun tutkijoista. Hänen kirjoituksensa ovat olleet perustana laadun kehitykselle. Kuitenkin huomattavaa on, että vasta uusimmassa laadun määrittelyssä on otettu mukaan hoidon turvallisuus ja potilaskeskeisyys. Oleellista on, että laadulle voidaan antaa vielä useita määrittelyjä, jotta jokainen terveydenhoitoalan yritys voi valita ja

määrittää laatua oman strategiansa ja tarpeidensa mukaan. (Walshe & Smith 2006, 454–455.)

Badri ym. (2008, 165) esittämä malli terveydenhoidon laadusta eroaa Walshen ja Smithin määrittelyistä. Kuvio 7 tarkentaa terveydenhoidon laadun mallia, joka muodostuu kolmesta osa-alueesta.



Kuvio 7 Terveydenhoidon laadun malli (mukaillen Badri ym. 2008, 165)

Hoidon laatu keskittyy kuvion 7 mukaan pääosin palvelun tuottajan eli lääkärin ominaisuuksien tarkasteluun. Lääkärin tulee olla pätevä, luotettava, kohtelias sekä huomioida asiakas yksilöllisesti. Myös laitteisto, jonka avulla lääkäri työskentelee, vaikuttaa hoidon laadun muodostumiseen. Prosessin ja organisaation tulee taata resurssien saatavuus sekä sääntöjen ja hallinnollisten asioiden tulee olla kunnossa. Myös viestintä vaikuttaa kokonaisvaltaisen laadun muodostumiseen. Kommunikointi, asiakkaan osallistuminen hoitotapahtumaan, tiedon jakaminen vastaanotolla sekä asiakkaan ohjeistaminen kotihoitoon ovat osa asiakkaan kokemaa laatua. (Badri ym. 2008, 165.)

Øvretveit (2000, 74) toteaa tutkimuksessaan, että asiakkaat ovat tyytymättömiä pitkiin jonotusaikoihin ja yleiseen kohteluun, ei niinkään hoidon laatuun. Myös Kvistin (2004, 20–21) mukaan potilaat arvioivat hoidon laadun usein hyväksi. Kvist painottaa kuitenkin, että potilaiden arviointi hoidon laadusta yksinään ei riitä antamaan monipuolista kuvaa. Puolestaan Nelsonin ja Garnentin (2008, 40) tekemän tutkimuksen mukaan vuonna 2007 hoidon laatu oli suurin huolenaihe terveydenhoitoalalla. 33 prosenttia vastaajista oli huolestuneita hoidon laadusta. Vuonna 2005 vastaava luku oli 23 prosenttia.

Palvelujen ainutkertaisuus antaa erityisen leiman terveydenhoitopalvelun laadun arvioinnille. Asiakassuhteet rakentuvat palvelukohtaisesti. (Lumijärvi 1994, 92.) Jokainen lääkäriässä käynti on ainutlaatuinen ja erilainen tapahtuma, jonka perusteella asiakas voi

muodostaa mielipiteensä laadusta. Viime kädessä terveydenhoitopalvelussa on kyse inhimillisestä hoidosta ja luottamuksellisesta asiakassuhteesta. Laadun mittaaminen voi olla tässä merkityksessä hankalaa, mutta ei mahdotonta. Terveyspalvelua käyttävän asiakkaan käsitys saamastaan hoidon laadusta on tärkeää, kun arvioidaan palvelun toteutunutta laatua myöhemmin. (Narikka 2008, 102.) Asiakastyytyväisyyden mittaaminen on tärkeä tapa arvioida laatua, sillä ovathan terveyspalvelut järjestetty asiakasta varten. Jokaisen potilaan tilanne on yleensä niin yksilöllinen, että kyselyistä on vaikea saada irti yleispäteviä kriteereitä laadun vertailtavuuteen. (Simola 2007, 9.)

Eettinen ajattelutapa on uusi näkökulmaa terveydenhoitoalan laatukysymyksien tarkastelussa. Tärkeää on, että eettisyyttä ja laatua ei saa erottaa toisistaan laadun edistämässä. Laadukas hoito tulee rakentaa eettisten arvojen ympärille, jolloin eettinen toimintatapa edistää laadukasta hoitoa. (Nelson & Garnent 2008, 40.) Myös Ojasalo (1999, 24) painottaa, että palvelualan ammattilaisten tulee noudattaa eettisesti sopivaa toimintatapaa. Parvinen ym. (2005, 256) puolestaan tarkastelevat laatua johtamisen näkökulmasta ja erityisesti sen puutteesta. He painottavat, että tarkoituksenmukainen seuranta ja raportointi tulisi olla johtajien päivittäisessä johtamistyössä, jotta laadukkaita terveydenhoitoalan palveluita pystyttäisiin jatkossakin tuottamaan kaikille niitä tarvitseville.

Terveyspalveluiden hinta on myös yksi näkökulma terveydenhoitoalan laadun arvioimisessa. Laadun mittaaminen hintanäkökulmasta on vaikeaa, mutta siihen pitäisi keksiä keinot, sillä hinta ja laatu kulkevat omia polkujaan terveydenhuollossa. Terveyspalveluiden kalleus ei ole merkki laadusta. Toimiva laatuvertailu olisi tervetullut yksityiseen terveydenhuoltoon. Suomen Terveystalo Oyj:n johtava ylilääkäri Veli-Pekka Joki-Erkkilä toteaa, että kuluttajien on hyvin vaikea tietää, missä palvelu on laadukasta. Kuluttaja on paljolti mainosten ja mielikuvien varassa. Laadukkaalla palvelulla ja kustannuksilla on vain vähän tekemistä keskenään. Erityisasiantuntija Tupu Holma kuitenkin tarkentaa, että aivan olemattomilla voimavaroilla terveydenhoitoalan ei ole mahdollista toimia laadukkaasti. Mutta suuret laatuerot eivät silti selity rahalla. (Simola 2007, 6–10.)

Edellä esitettyjä terveydenhoidon laadun määrittelyjä ja näkökulmia tullaan vertailemaan tämän tutkimuksen tuloksiin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on muodostaa näkemys, mistä laadukas hoitopalvelu koostuu asiakkaan, lääkärin ja johdon näkökulmasta. Tavoitteena on myös tarkastella eroavatko tämän tutkimuksen tulokset aikaisemmista laatukäsityksen määrittelyistä.

### 2.4.3 *Asiakas ja hoidon laatu*

Asiakkaat ovat laadun arvioijina suurimmassa osassa julkaisuissa. Asiakkaan näkökulma on parantunut laadukkaan hoidon arvioinnissa muun muassa valtakunnallisen laatusuosituksen, kansallisen terveystyöprojektiin, terveydenhoitoalalla käyttöön otettujen laadunhallintajärjestelmien ja johtamisen työkalujen tuloksena. (Kvist 2004, 26.) Asiakkaiden käsitysten kartoittaminen on tärkeä osa palveluiden laadun arviointia. Laatua ei enää haluta nähdä pelkästään ammatillisena alueena, vaan siihen pyritään sisällyttämään asiakkaan näkökulma. (Lumijärvi 1994, 64.) Myös Kainlauri (2007, 67) toteaa, että asiakkaan näkökulmasta laadun lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet ja odotukset.

Hoidon laatua tarkasteltaessa asiakkaan näkökulmasta on useimmiten kyse asiakastytyvyydestä. Asiakastytyvyys voidaan määritellä asiakkaan subjektiiviseksi arvioinniksi saamastaan hoidosta ja sen kyvystä vastata hoidon odotuksiin. (Kvist 2004, 27.) Asiakastytyvyys tai -tyytymättömyys on asiakkaan tulkintaa koettavasta palvelutilanteesta. Asiakastytyvyys on hoidon laadun mittari, joka on hyväksytty laajasti. Se ei kuitenkaan anna yksinään luotettavaa käsitystä hoidon laadusta eikä ole yksistään laadun arvioinnin kriteeri. Asiakastytyvyyttä ja hoidon laatua ei voi pitää toistensa synonyymeina. (Kvist 2004, 27; Lumijärvi 1994, 75.) Laadun mittaaminen on haastavampaa terveydenhoitoalalla kuin esimerkiksi tuotteiden tuotannossa. Jokainen asiakas on uniikki, oma persoona. (Kunst & Lemmink 1997, 151.) Øvretveit (1992, 45) puolestaan muistuttaa, vaikka yritys ei saisi valituksia toiminnastaan tai huonosta laadustaan, se ei tarkoita, että asiakkaat olisivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon tai palveluun. Myös asiakkaan kokemukset huonosta hoidon laadusta leviävät nopeammin kuin hyvät kokemukset, jolloin huono hoidon laatu voi tulla yritykselle kalliiksi (Øvretveit 1992, 45).

Kvist (2004, 29–31) listaa asiakkaan hoidon laadun arvioimiseen vaikuttavia tekijöitä, jotka on saatu selville Ihmisläheinen hoito -mittarilla<sup>5</sup>. Vaikuttavia tekijöitä ovat:

- yksityisyyden ja arvostuksen säilyminen
- tiedon saaminen ja osallistuminen hoitoon
- tunne-elämän huomioiminen
- fyysisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen
- hoitoyksikön edellytykset ihmisläheisen hoidon antamiselle.

Lumijärvi (1996, 33) puolestaan sanoo asiakkaan laatukuvaan vaikuttavan eniten kommunikointi potilaan omalla äidinkielellä, hoitohenkilökunnan palvelualltius ja ystävällisyys sekä hoidon luotettavuus ja turvallisuus. Sekä Kvistin että Lumijärven kuva-

---

<sup>5</sup> Ihmisläheinen hoito -mittari on kehitetty Kuopion yliopistollisessa sairaalassa tutkimuksen avulla, jossa sairaalan potilaita, henkilökuntaa ja luottamushenkilöitä on pyydetty arvioimaan ihmisläheistä hoitoa (Kvist 2004, 29).

ukset laatuun vaikuttavista tekijöistä on muodostettu julkisen sairaanhoidon piiristä, jolloin niitä ei varsinaisesti voi verrata tämän tutkimuksen tuloksiin. Tämän tutkimuksen tueksi ei onnistuttu löytämään asiakkaan laatuksia yksityiseltä sektorilta.

#### **2.4.4 Lääkäri ja hoidon laatu**

Terveydenhoitoalan laatuksia on hallinnut lääketieteellinen ja ammatillinen käsitys laadusta. Kuitenkin laadun kehittämisen myötä laatu ei ole enää pelkästään ammattitaitoon pohjautuvaa laatua, vaan se nähdään kokonaisvaltaisemmin. Voidaan jopa kärjistää sanoa, että lääkärit ovat perinteisesti omistaneet laadun. (Walshe & Smith 2006, 454.)

Lääkäreiden omia arviointeja toteuttamastaan hoidosta, hoidon osatekijöiden tärkeydestä ja hoidon laadusta on vähän (Kvist 2004, 36). Ammatilliselle laadulle kuitenkin löytyy määrittelyjä. Øvretveit (1992, 62) jakaa ammatillisen laadun kahteen osaan:

- lopputulos
- prosessi.

Lopputulos on laadun yksi osa-alue, jossa hoito vastaa ammatillisesti asiakkaan arvioituun tarpeeseen. Eli asiakkaan sairaus saadaan hoidettua kuntoon. Toinen laadun osa-alue on prosessi, jossa hoito valitaan ja suoritetaan oikean tekniikan ja menettelytapojen mukaan. Näin toimiessaan lääkäri uskoo hoidon ja sen prosessin vastaavan parhaiten asiakkaan tarpeita. (Øvretveit 1992, 62–63.) Myös Kainlauri (2007, 68) tarkastelee ammatillisen työn laatua ja jakaa sen kolmeen osa-alueeseen. Ensimmäiseksi voimavarojen tulee olla kunnossa, eli asianmukainen teknologia ja soveltuvat työvälineet tulevat olla lääkärin saatavilla. Toiseksi palveluprosessin tulee toimia, jolloin palvelun saatavuus, joustavuus, jatkuvuus, pysyvyys ja saumattomuus tulee olla organisoitu hyvin. Kolmanneksi lääkäri tulee olla kykyä tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa, kyky kuunnella ja ymmärtää asiakasta sekä kyky joustaa ja sopeutua erilaisiin palvelutilanteisiin. (Kainlauri 2007, 68.) Laadun osatekijöihin voidaan nostaa myös eettisyys. Lääkärin tulee siis toimia eettisesti oikein, tehokkaasti ja ajatella asiakkaan etuusia pitkällä tähtäimellä, jotta hoitopalvelu olisi laadukasta. (Øvretveit 1992, 61–62.)

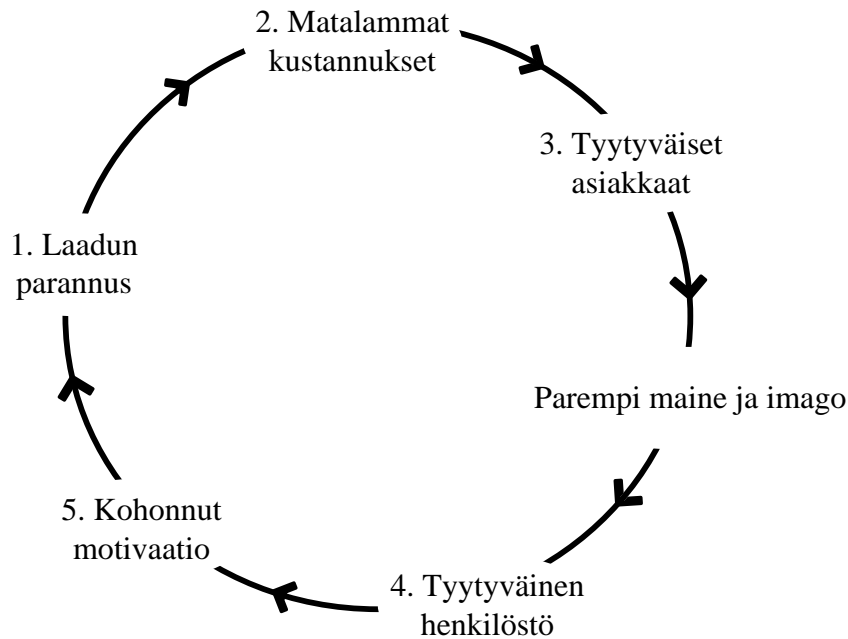
Laadukkaan hoitopalvelun muodostumista ei ole arvioitu paljon lääkärin näkökulmasta. Tähän tutkimukseen ei ole löydetty montaa viittausta, jossa lääkäri itse määritteli laadukasta hoitoa. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan saada lisää selvennystä, miten lääkäri muodostaa ja määrittelee käsityksensä laadukkaasta hoitopalvelusta.

### 2.4.5 Johto ja hoidon laatu

Nopeassa tehokkuus- ja laatuvaatimusten kehityksessä johdon rooli on keskeinen terveydenhoitoalan yrityksissä. Johdon tehtävä on huolehtia ja varmistaa, että kaikkea saatavissa olevaa tietoa käytetään yrityksen kilpailukyvyn jatkuvaan kehittämiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen. (Joutsenkunnas & Heikurainen 1996, 10.) Myös Øvretveit (1992, 76) korostaa, että johdon tehtävä on mahdollistaa tehokkaat voimavarat asiakkaiden hoitamiseen, jotta asiakkaiden tarpeisiin voitaisiin vastata parhaalla mahdollisella tavalla.

Terveydenhoitoalalla laadun varmistaminen sisältyy sekä hoitotyöhön että johtamiseen liittyvään ammattitaitoon. Hyvä hoidon laatu vaatii tuekseen myös onnistunutta organisointia. (Mäki 2004, 119.) Terveydenhoitoalan organisaatioiden tulee arvioida ja suunnitella hoidon laatuun liittyviä näkökulmia ja tavoitteita. Tärkeää on myös määrittellä, kuinka laatutavoitteisiin on mahdollista päästä. Yrityksen johdon tulisi siis tarkastella laatua kolmen eri osa-alueen kautta: rakenteen, prosessien ja tuloksen. (Rissanen & Kansanen 2003, 8.) Asianmukainen johtamisrakenne, työnjako sekä lakien ja asetusten noudattaminen ovat laadun voimavaroja johtamisen näkökulmasta. Palveluprosessin laatutekijöitä ovat suunniteltu työnjako ja työn organisointi sekä palvelujen saumattomuus eri toimijoiden kesken. Laadukkaaseen palveluprosessiin kuuluvat myös henkilöstön ohjaus, tuki ja palaute tehdystä työstä sekä mahdollisten ristiriitojen käsittely ja ratkaiseminen. (Kainlauri 2007, 68.) Tuloksen kannalta on tärkeää saada kustannuksia pienemmiksi ja samalla saada laadukkaalla hoitopalvelulla enemmän tuottavuutta aikaiseksi (Øvretveit 1992, 89).

Johdolla on mahdollisuuksia vaikuttaa hoidon laatuun. Øvretveit (1992, 80) esittää kuviossa 8, miten laatua voidaan kehittää ja ylläpitää.



Kuvio 8 Laadun kehittäminen (mukaiillen Øvretveit 1992, 80)

Laadun kehitys voidaan nähdä ympyränä, jossa asioilla on tiivis vaikutus toisiinsa, kuten kuvio 8 selventää. Hoidon laadun parannus johtaa matalampiin kustannuksiin ja sitä kautta korkeampaan tuottavuuteen. Hoidon prosessit yksinkertaistuvat ja tulevat nopeammiksi. Tyytyväisemmät asiakkaat ovat konkreettinen tulos laadun parannuksesta, jolloin valituksia on vähemmän ja asiakkaita enemmän. Tyytyväiset asiakkaat tuovat yritykselle parempaa mainetta ja imagoa. Tärkeimmäksi tekijäksi Øvretveit (1992, 79–80) nostaa henkilöstön, joka tyytyväisenä pystyy tehokkaaseen työskenteleeseen, hallitsee prosessit paremmin ja tuntee itsensä hyödylliseksi yritykselle. Samalla henkilöstön motivaatio kohoaa, ja he ovat innokkaampia parantamaan hoidon laatua. Johdon rooli on keskeinen, sillä johto antaa henkilöstölle voimaa hoidon laadun kehittämiseen ja toimii itse esimerkillisesti. (Øvretveit 1992, 79–81.)

## 2.5 Laadun kehittäminen terveydenhoitoalalla

Jo 1980- ja 1990-lukujen aikana on ollut maailmanlaajuisesti kasvava huoli, miten terveydenhoitoalan laatua määritellään, tarkkaillaan, arvioidaan ja kehitetään. Suomessa erityisesti 1990-luvun taloudellisen laman jälkeen alettiin kiinnittää enemmän huomiota kasvaviin kustannuksiin ja terveydenhuollon laatuun. (Leinonen 2002, 18.) Terveydenhoitoalan organisaatioiden strategisten suunnitelmien tulisi pitää sisällään yrityksen laatuäkökulmat ja yleisemmät laatu tavoitteet. Yrityksen strategiaan tulisi sisällyttää kuvaus myös noudatettavasta laatu politiikasta. (Rissanen & Kansanen 2003, 9.) Ter-



veydenhoitoalalla, kuten myös muilla toimialoilla, on tärkeää nostaa laatu näkemykset osaksi yrityksen strategiaa.

Terveydenhoitoalajärjestelmien kilpailutus on lisännyt ja tulee lisäämään laatu työtä terveydenhoitoalan yksiköissä. Laadunhallintajärjestelmien käyttö terveydenhuollossa on lisääntynyt yksityisellä terveydenhuolto sektorilla toistaiseksi julkista sektoria enemmän. Yksityiset palveluntarjoajat voivat siten hyötyä laatu järjestelmistä kilpailutuksessa. (Simola 2007, 10.) Mäki (2004, 119) kuitenkin kritisoi, että terveydenhoitoalan laadun kehittämisessä on keskitytty liikaa laatu järjestelmiin laatu kulttuurin luomisen sijaan. Terveydenhoitoalan yritysten laadun kehittämisen kannalta olisi oleellista keskustella systeemikeskeisestä laadusta, jonka taso vaikuttaa myös henkilökunnan päivittäiseen työhön asiakkaiden kanssa (Mäki 2004, 119). Myös Silén (2006, 78) korostaa laatu kulttuurin merkitystä, sillä toimiva laatu kulttuuri tuo yritykselle kilpailuetua, jota kilpailijoiden on vaikea kopioida.

Laadun kehitystyötä voidaan kuvata yrityksen muutosprosessina. Laadun kehittäminen voidaan käytännössä jakaa Hannukaisen (1993, 56) mukaan neljään vaiheeseen. Vaiheet ovat:

- diagnostisointi ja valmistelu
- johdon paneutuminen ja sitoutuminen
- suunnitelmallinen johdon ja esimiesten osallistuminen sekä kehitysohjelman laadinta
- seuranta ja uusien tavoitteiden määrittely.

Ensimmäisen vaiheen päätehtävänä on informaation kerääminen yrityksen nykytilasta. Nykytilan kartoittamisessa tulee selvittää kokonaislaatu kustannukset ja prosessit sekä selvittää asiakkaiden näkemykset ja mielipiteet. Kehittämisprosessin tulee edetä ylimmän johdon esimerkin ohjaamana. Ylimmän johdon on selvitettävä itselleen, miten se koordinoi ja johtaa kehitystyötä. Kehittämisprosessissa tulee järjestelmällisesti parantaa prosesseja ja toimintaa työvaiheineen eri vastuualueilla läpi koko yrityksen. Kolmas vaihe vaatii usein yrityksen panostusta koulutukseen ja tiedonkulun kehittämistä yrityksen sisällä. Lopuksi tulosten seuranta on oleellinen osa johtamista ja kehitystyötä. Palautteen ja tunnustuksen anto on tärkeää, jotta jatkossa kehittämistyö koetaan mielekkääksi. (Hannukainen 1993, 56–57.) Myös Walshe ja Smith (2006, 469–470) korostavat, että laatua voidaan kehittää onnistuneesti muutosprosessin avulla, jolloin henkilökunta on otettu muutokseen mukaan ja he ovat sitoutuneet tekemäänsä työhön.

Terveydenhoitoalan organisaation harkitessa laadun ja sen hallinnan kehittämistä, jokainen askel oikeaan suuntaan on myönteistä. Omin päin ei kannata edetä, sillä tarjolla on useita pitkälle kehitettyjä ja monenlaisissa ympäristöissä testattuja malleja laadunhallintaan. Järjestelmälliseen laadunhallintaan on tarjolla kaksi merkittävää vaihtoehtoa, ISO 9000-standardeihin perustuva järjestelmä ja laatu palkintokriteeristö (EFGM). (Ris-

sanen & Kansanen 2003, 123–124.) ISO on kirjainlyhenne kansainvälisestä järjestöstä International Organization for Standardization (Hölttä & Savonen 1997, 15). Myös Narikka (2008, 102) muistuttaa, että terveydenhoitopalveluiden laadun parantamiseksi voidaan käyttää sertifioituja laatujärjestelmiä ja laadun todentamisessa voidaan hyödyntää ulkopuolisen asiantuntijan auditointia. ISO 9000-järjestelmän tavoitteena ei ole pyrkiä erinomaisuuteen vaan korostaa vaatimusten täyttämistä. Laatuvaatimukset määrittellään uusimmassa ISO 9001-standardissa asioina, joiden tulee olla hoidettuna hyvin organisaatiossa. Painopisteinä ovat esimerkiksi laadunhallintajärjestelmän johtaminen ja dokumentointi, johdon vastuu sekä resurssien hallinta. Laatupalkintomallin perusideana on puolestaan erinomaisuuden tavoittelu ja parhaaksi pyrkiminen. Parhaaksi tavoittelulla on sekä kannustava että käytännön tavoite, muut ottavat mallia parhaaksi todetusta ja voivat siten parantaa laadunhallintaansa. (Rissanen & Kansanen 2003, 124.)

Laadun kehittämiseen on tarjolla malleja ja apukeinoja, mutta toiminnan laadun kehittämistä ei voi jättää yrityksen ulkopuolisten asiantuntijoiden vastuulle. Varsinaisen linjaorganisaation, eli kyseisestä toiminnasta vastuussa olevien henkilöiden, tulee ottaa vastuu laadun kehittämisestä. Viime kädessä vastuu on yrityksen johdolla. (Hannukainen 1993, 76.) Terveystieteiden alan yrityksillä, kuten myös muiden toimialojen yrityksillä, saattaa olla tiedon ja taidon puutetta laadun kehittämisessä. Johtamistaidon puute terveydenhoitoalalla johtaa siihen, ettei tiedetä mihin resursseja tulisi ohjata ja mihin turhia resursseja kuluu. (Parvinen ym. 2005, 256.) Myös organisaatiokulttuurilla on vaikutusta laadun kehitystyöhön. Jatkuva kehittäminen vaatii edistysuskoksen organisaatiokulttuurin. Myönteinen asenne koko organisaatiossa johtaa spontaaniin ja oma-aloitteiseen kehittämiseen. Laatu tulee siis sisällyttää yrityksen päivittäisiin prosesseihin ja organisaatiokulttuuriin. (Lillrank 1998, 137–138; Yasin ym. 1998, 64.) Jatkuva kehittäminen on myös Hannukaisen (1993, 57) mukaan keskeistä, jotta yrityksen kilpailukyky säilyy. Kun ylhäältä asetettu tavoite yhdistyy koko yrityksen sitoutumiseen ja kehityksintoon, on kehittämisestä tullut yrityksen tapa toimia. Laadun kehittämisen terveydenhoitoalalla tulee lähteä liikkeelle kuitenkin asiakkaan tarpeista, toiveista, tuntemusten tunnistamisesta, arvoista ja oikeuksista (Moumtzoglou 2007, 277).

## 2.6 Laatujohtaminen

Laadun käsitettä voidaan laajentaa entisestään ja puhua kokonaisvaltaisesta laadunhallinnasta (Total Quality Management, TQM). Kokonaisvaltaisessa laadunhallinnassa laatu sisältyy johtamiseen, strategiseen suunnitteluun ja organisaation kehittämiseen. (Lecklin 2002, 17.) Total Quality Management voidaan suomentaa usealla tavalla. Suora suomennos on kokonaisvaltainen laadun johtaminen, mutta yleisemmin voidaan puhua laatujohtamisesta. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 27). Mäki (2004, 78) puolestaan

määrittelee laatujohtamisen keskeiseksi johtamistavaksi, joka perustuu yrityksen kaikkien työntekijöiden osallistumiseen. Sen tavoitteina ovat asiakastyytyväisyys ja yrityksen kaikkien työntekijöiden sekä yhteiskunnan hyöty. Terveystieteillä laatujohtamisesta käytetään myös nimitystä laadunhallinta. (Mäki 2004, 78.) Øvretveit (2000, 74) tiivistää osuvasti, että laatujohtaminen lupaa sekä laadun kehitystä että kustannusten vähentymistä. Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä laatujohtaminen.

Laatujohtaminen, kuten johtamisen muutkin suuntaukset, eivät aina tuo oikotietä yrityksen menestykseen. Yrityksistä, joissa käytetään laatujohtamista, osa epäonnistuu ja toinen osa onnistuu. (Wilkinson ym. 1998, 9.) Laatujohtaminen on vietävä koko yrityksen läpi perusarvoista lähtien, jotta laatu voi olla yrityksen menestystekijä. Perusarvot ovat yrityksessä vallitsevia perimmäisiä asioita, joiden ympärille toiminta rakennetaan. (Lecklin 2006, 35.) Laatujohtaminen on saavuttanut paljon suosiota ja sen vaikutukset ovat lähes aina olleet tutkimusten mukaan myönteisiä. Laatujohtamisen hyödyiksi nostetaan aiempaa laadukkaammat tuotteet ja palvelut, vähentyneet kustannukset, tyytyväisemmät asiakkaat ja työntekijät sekä parantunut taloudellinen suorituskyky. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 24–25.) Laatujohtamismalliin kohdistetaan myös kritiikkiä. Tutkimuksissa on havaittu laatujohtamisen vaikutuksina erilaisia haittoja ja epäkohtia. Myös laatujohtamismallin soveltaminen on ajoittain kohdannut vastustusta. Laadun määrittelemisen ja mittaamisen on vaikeaa, jolloin laadun parantaminen voi olla ongelmallista. Laatujohtamisen epäkohtia ovat lisääntynyt paperityö ja muodollisuus, prosessin korostaminen ohi tuloksien sekä pienten yritysten ja palveluyritysten tarpeiden huono huomioonottaminen. Lisäksi malli on saattanut muodostua kalliiksi ja vähäisiä resursseja kuluttavaksi. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 26.) Koska laadun määrittely on hankalaa eikä yhtä oikeaa vastausta ole, on laatujohtamisen vaikutusta yrity maailmaan vaikea arvioida kokonaisvaltaisesti. Oleellista on selvittää, missä olosuhteissa laatujohtamisella voidaan saavuttaa kilpailuetua. (Wilkinson ym. 1998, 7-8.)

Laatujohtamisen sisäistäneet yritykset ovat menestyneet panostamalla asiakkaisiin, hyvään johtamiseen sekä vahvaan yrityskulttuuriin. Menestymiseen ei tarvita suurta yrityksen kokoa, historiaa, tiettyä kansallisuutta tai tuuria, kunhan yritys keskittyy laadun, palvelun ja tuottavuuden jatkuvaan kehittämiseen. (Domingo 1997, 13.) Yrityksen johdon merkitys on huomattava, sillä johdon on ymmärrettävä kokonaisvaltaisen laadun johtamisen periaatteet, tavoitteet ja vaikutukset. Tällöin johdolla on edellytykset sitoutua ja sitouttaa koko muu organisaatio. (Savolainen 1994, 25.) Kokonaisvaltaisen laatujohtamisen yhtenä pääajatuksena on jatkuva kehittäminen ja parantamisen periaate, joka perustuu markkinoiden, kilpailutilanteen sekä yrityksen sisäisiin vaatimuksiin ja olosuhteisiin. Laadun kehittäminen on yksi keskeinen osa-alue laadun johtamisessa. (Savolainen 1994, 29.)

Laatujohtamista voidaan verrata ISO 9000-järjestelmään, sillä molemmilla suunnuksilla on samat päämäärät. Erona kuitenkin on, että ISO 9000-järjestelmä keskittyy

työprosessien dokumentointiin, kun puolestaan laatujohtaminen keskittyy sekä työprosesseihin että tuloksiin. (Davis 1997, 23.) Wilkinson ym. (1998, 4) nostavat puolestaan laatujohtamisen rinnalle henkilöstöjohtamisen (Human Resource Management, HRM). Laatu- ja henkilöstöjohtaminen ovat sidoksissa toisiinsa, sillä epäonnistuneeseen laatujohtamiseen saattaa olla syynä heikko henkilöstöjohtaminen.

Olemassa ei kuitenkaan ole yleispätevää kaavaa, jolla voidaan kehittää yritykseen toimiva laadunjohtamisjärjestelmä. Kehoe (1996, 95) esittelee peruselementit, jotka tarvitaan laatujohtamisen perustalle. Peruselementit ovat:

- vahva johtajuus
- kehityshalukkuus
- asiakaskeskeisyys
- koko yrityksen osallistuminen
- sitoutuminen harjoitteluun ja koulutukseen
- prosessin hallittavuus
- mittaamisen ja analysoimisen korostus
- tiimityöskentely.

Yrityksen tulee hallita jokaista laatujohtamisen osa-aluetta, mutta tärkeimmäksi Kehoe nostaa prosessin hallittavuuden. Laatujohtamisen suunnittelu vaatii ihmisten ymmärryksen, mitä laadun kehittämisen prosessi tarkoittaa ja mitä sillä voidaan saavuttaa. (Kehoe 1996, 95.) Walshe ja Smith (2006, 458) puolestaan painottavat, että työntekijöiden osallistuminen laadun johtamiseen ja kehitykseen on yrityksen kannalta ensisijaisen tärkeää.

Kekäle ja Lehikoinen (2000, 49–51) taas jakavat laatujohtamisen ja sen prosessin neljään eri vaiheeseen:

1. huomio asiakkaaseen
2. työprosessien analyysi ja jatkuva kehittäminen
3. osallistaminen ja palkitseminen
4. tulosten mittaaminen.

Lähtökohtana on asiakas, jolloin laatua arvioidaan asiakkaan näkökulmasta. Yrityksen sisäisten työprosessien tulee olla kunnossa ja niitä tulee jatkuvasti kehittää. Tavoitteena on kokonaisnäkemysten luominen, jossa osaprosesseja arvioidaan ja tarkastellaan osana koko toimintaa. Laadukas työ vaatii tuekseen henkilöstön, jolle työ on palkitsevaa ja mielekäästä. Lopuksi laatujohtamisen prosessin onnistumista tulisi mitata ja tarkastella sen vaikutuksia yritykseen. (Kekäle & Lehikoinen 2000, 49–50.) Edellä esitetyt laatujohtamisen mallit sisältävät pääosin samoja asioita. Kehoe painottaa kuitenkin prosessien hallittavuutta, kun Kekäle ja Lehikoinen korostavat puolestaan asiakaslähtöisyyttä.

Laatujohtaminen tarkoittaa monia asioita monille eri ihmisille. Tiivistetysti laatujohtaminen koostuu tiimipohjaisista projekteista, joilla yritetään kehittää asiakastietoisuutta koko organisaatiossa. (Øvretveit 2000, 79.) Myös Silén (2006, 72) tarkastelee prosessi-

keskeistä ajattelua olennaisena osana laatujohtamisessa. Laatujohtaminen on vanhin johtamisen paradigma, joka keskittyy tavoitteellisesti kehittämään prosessien toimintaa.

## 2.7 Laatujohtaminen terveydenhoitoalalla

*We can't do that. A clinic or hospital isn't a factory. (Manager)<sup>6</sup>*

Monet terveydenhoitoalan johtajat eivät uskoneet laatujohtamisen onnistuvan, kun laatujohtamisen periaatteet tuotantoalalta esiteltiin terveydenhoitoalan yrityksille (Kunst & Lemmink 1997, 150). Terveydenhoitoalan yrityksiin on mahdollista käyttää muille sektoreille suunnattuja laatujohtamisen malleja. Laatujohtamisen mallien merkityksistä on keskusteltava henkilöstön kanssa. Tulkinat uusista käsitteistä saattavat aiheuttaa sekaannusta, jos työntekijät kokevat, että samat kriteerit eivät toimikaan omalla alalla. (Mäki 2004, 119–120.) Jotta uudet toimintamallit ja hyvät käytännöt saadaan käyttöön onnistuneesti, tulee uusista käsitteistä ja merkityksistä keskustella avoimesti. Terveydenhoitoalan yritykset voivat hyödyntää laatujohtamisessa ja kustannusten hallinnassa benchmarking -menetelmää. Laatujohtamisen periaatteita ei kuitenkaan ole helppoa tuoda suoraan terveydenhoitoalan yrityksiin, mutta oppia voidaan hakea muilta toimialoilta. (Yasin ym. 1998, 62.)

Terveydenhoitoalalla laatujohtaminen on tullut tutuksi 2000-luvulta lähtien. Vielä 1990-luvulla laatujohtamisjärjestelmää käytettiin harvoissa eurooppalaisissa terveydenhoitoalan yrityksissä, eivätkä kokemukset olleet kovin myönteisiä. (Øvretveit 2000, 79.) Laatujohtamisten kehittäminen ja laadunhallinta ovat painottuneet 1990-luvun puoliväliin. Viime vuosina erilaisten laadun indikaattoreiden laadinta on lisääntynyt. Samalla on mietitty, miten toiminnan johtamista ja prosessien hallinnan kehittämistä voidaan parantaa. Terveydenhoitoalan laatujohtaminen keskittyy pääasiassa lisensoinnin, sertifiointin ja laillisten vaatimusten ympärille. (Mäki 2004, 118; Natarajan 2006, 573.)

Laatujohtaminen ymmärretään terveydenhoitoalalla Øvretveitin (2000, 75) mukaan kolmen pääpiirteen kautta. Piirteet ovat:

- asiakkaan kokema laatu
- hoidon laatu
- johtamisen laatu.

Laatu ei siis pelkästään koostu asiakkaan kokemasta laadusta, ja siitä miten asiakkaan vaatimukset täyttyvät. Hoidon laatu sisältää myös lääkäreiden ja hoitohenkilökun-

---

<sup>6</sup> ks. Kunst. & Lemmink (1997, 150)

nan näkemykset siitä, miten heidän palvelunsa kohtaa asiakkaan tarpeet. Laadukkaalla johtamisella voidaan taata tehokas ja tuottava toimintatapa. (Øvretveit 2000, 75; Kainlauri 2007, 67.) Kainlauri (2007, 67) esittää, että laadun mittaamisen kriteereinä voidaan käyttää muun muassa palvelun tuottamiseen tarvittavia voimavaroja, palveluprosessien toimivuutta sekä palvelun vaikutuksia. Tässä tutkimuksessa yritetään myös muodostaa laadun mielikuvaa kolmen tekijän avulla: asiakkaan, lääkärin ja johdon.

Quality Function Deployment (QFD) on osa laatujohtamista ja sitä käytetään erityisesti terveydenhoitoalalla (Lim & Tang 2000, 104). Quality Function Deployment voidaan suomentaa asiakaslähtöiseksi tuotekehitykseksi. Sitä voidaan käyttää sekä tuotteiden että palveluiden asiakaslähtöisessä kehittämisessä. Myös Rissanen ja Kansanen (2003, 106) nostavat asiakaslähtöisen tuotekehityksen esille palveluprosessin kehittämiseen liittyvän laadunhallinnan menetelmänä. Asiakaslähtöisessä tuotekehityksessä määritellään palvelulle asetettavat vaatimukset asiakkaan odotuksista lähtien sekä mitataan ja vertaillaan palveluprosessin vaiheita samanaikaisesti tai yksityiskohtaisesti. Vaikeasti määriteltäviä toimintoja, kuten terveydenhoitoalan palveluita, voidaan täten arvioida ja mitata järjestelmällisesti. (Rissanen & Kansanen 2003, 106.) Asiakaslähtöinen tuotekehitys toimii parhaiten, kun asiakkaiden kanssa käydään yksityiskohtaista keskustelua heidän tarpeistaan, vertaillaan omaa toimintaa kilpailijoihin sekä lopuksi arvioidaan, miten voidaan parhaiten täyttää asiakkaiden odotukset omalla toiminnalla. (Lim & Tang 2000, 104–105.)

Laatutyön kehittämistä pidetään terveydenhoitoalalla välttämättömänä ja kiireellisenä. Järjestelmälliseen laadunhallintaan siirtyminen on organisaation johdon strateginen päätös. (Rissanen & Kansanen 2003, 128.) Myös Mäki (2004, 119) korostaa, että hyvä ja laadukas hoito vaatii onnistunutta organisointia ja johtamisen ammattitaitoa. Kainlauri (2007, 71) tekee yhteenvedon, jossa painotetaan, että laatutyö on hyvä kehittää koskemaan yrityksen kaikkea toimintaa niin asiakaspalvelua, johtamista, työssä viihtymistä sekä yrityksen imagoa suhteessa sidosryhmiin. Kun yritys pystyy parantamaan laatua ja alentamaan kustannuksia laatujohtamisen avulla, se saavuttaa paremman kilpailuaseman markkinoilla (Yasin ym. 1998, 80).

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena hyödyntää teoreettista viitekehystä tulosten tarkastelun tukena. Teoriaosuudesta nostetaan esille näkökulmia ja määrittelyjä laadukkaasta hoitopalvelusta, joita tullaan vertaamaan tämän tutkimuksen tuloksiin. Tämän tutkimuksen tuloksilla pyritään tuomaan uutta näkemystä ja tietoa laadikkaan hoitopalvelun muodostumiseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on käytetty pääasiassa asiakaslähtöistä näkökulmaa laadikkaan hoitopalvelun arvioimisessa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on nostaa asiakaslähtöisyyden rinnalle myös lääkärin ja johdon näkökulmia laatuksityksistä. Teoreettinen viitekehys ei anna selvää vastausta, miten lääkäri ja johto muodostavat laatuksityksensä hoidosta, jolloin tämän tutkimuksen tekeminen on ajankohtaista ja tarpeellista.

## 3 EMPIIRINEN TUTKIMUS

### 3.1 Tutkimusstrategia ja -metodi

Tutkimusstrategia jaotellaan yleensä kahteen osaan, kvantitatiiviseen ja kvalitatiiviseen lähestymistapaan. Ne eivät sulje toisiaan pois vaan ne tulisi nähdä toisiaan täydentävinä suuntauksina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 131–132; Pihlaja 2006, 50.) Kvantitatiivinen tutkimus korostaa yleisten syiden ja seurausten lakeja. Sen keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista ja teorioista, hypoteesit, käsitteiden määrittely sekä tilastollinen analysointi. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on puolestaan todellisen elämän kuvaaminen, jossa tutkittava kohde pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja myös aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 130–131; 152–155.) Tämän tutkimuksen strategiana käytetään kvalitatiivista tutkimusotetta. Tutkimuksen tarkoituksena on vastata tutkimuskysymykseen, miten asiakas, lääkäri ja johto muodostavat käsityksensä hoidon laadusta yksityisellä sektorilla. Tavoitteena on kerätä monipuolinen ja runsas haastatteluaineisto, jolla tutkimusongelmaan voidaan vastata. Aineistosta voidaan nostaa esille myös uusia ja odottamattomia näkemyksiä. Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä on sekä löytää ja paljastaa tosiasioita että myös todentaa jo olemassa olevia totuusväittämiä (Hirsjärvi ym. 2004, 152).

Tutkimuksen tarkoitusta voidaan kuvata neljän piirteen avulla, jotka ovat kartoittava, selittävä, kuvaileva ja ennustava. Yhteen tutkimukseen voi sisältyä useampiakin tarkoituksia ja tarkoitus voi myös muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2007, 133–135.) Tämän tutkimuksen tavoitteena on *kuvaillla* laadukkaan hoitopalvelun käsityksen muodostumista eri toimijoiden näkökulmasta.

Tutkimuksen aineisto on kerätty haastatteluiden avulla. Haastattelussa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa, jolloin tilanne on ainutkertainen, eikä sitä voida toistaa. Haastattelussa on omat etunsa ja haittansa. Etuja ovat joustavuus, mahdollisuus lisäkysymyksiä esittämiseen ja selvennyksien pyytämiseen sekä haastateltavan tavoitettavuus tarvittaessa jälkikäteen. Haittoja ovat puolestaan haastateltavan mahdollinen arkuus ja pelokkuus, haastatteluihin menevä runsas aika sekä haastattelijan roolin haasteellisuus. (Hirsjärvi ym. 2004, 194–195.) Tässä tutkimuksessa haastatteluiden tekeminen on perusteltua, koska halutaan kerätä yksityiskohtaista ja syvällistä tietoa tutkittavasta aiheesta. Niitä etsitään perehtymällä eri toimijoiden subjektiivisiin käsityksiin hyvästä palvelun tuottamisesta lääkäriasemalla. Tutkimuksessa halutaan nostaa esille myös mahdollisia uusia näkemyksiä, tulkintoja ja kuvauksia laadukäsityksen muodostumisesta, joita ei löydy aikaisemmista tutkimuksista.

Haastattelumenetelmänä käytetään teemahaastattelua. Teemahaastattelu on suosituin tapa kerätä laadullista aineistoa Suomessa. Teemahaastattelu on eräänlainen keskustelu, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja usein tutkijan ehdoilla. Tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville haastateltavilta heitä kiinnostavat tutkimusta koskevat asiat. Tarkoituksena on siirtyä perinteisestä kysymys–vastaus-haastattelusta keskustelua muistuttavaan haastattelutilanteeseen. (Aaltola & Valli 2001a, 24.) Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto, jossa kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa ja järjestystä (Hirsjärvi ym. 2004, 197). Haastattelun aihepiirit on määritelty etukäteen, mutta tema-alueiden järjestys ja laajuus voivat vaihdella haastattelusta toiseen. Haastattelijan tulee varmistaa, että kaikki tema-alueet käydään haastateltavan kanssa läpi. (Aaltola & Valli 2001a, 26–27.) Teemahaastattelu sopii tämän tutkimuksen menetelmäksi, koska haastatteluiden aihealueet voidaan jaotella erilaisiin teemoihin. Erilaisia teemoja on haettu aiemmista tutkimuksista, kuten esimerkiksi hoidon laatua, laadusta viestimistä ja laatujohtamista koskevasta kirjallisuudesta.

Haastattelurunko muodostettiin valittujen teemojen ympärille. Asiakkaiden ja lääkäreiden haastattelurungossa oli kolme tema ja johtajien rungossa viisi teemaa. Teemoihin liittyvien kysymysten oli tarkoitus saada haastateltava pohtimaan tutkittavaa asiaa monipuolisesti sekä kertomaan omia esimerkkejä ja kokemuksia. Haastattelut aloitettiin muutamilla taustakysymyksillä, joiden tarkoituksena oli selventää muun muassa haastateltavan suhdetta tutkittavaan lääkäriasemaan. Seuraavat kysymykset koskivat hoitopalvelun laatua, ja miten haastateltava muodostaa käsityksensä laadukkaasta hoitopalvelusta. Näillä kysymyksillä haluttiin saada mahdollisimman tarkka kuvaus, mitkä tekijät vaikuttavat laatu-käsityksen muodostumiseen. Muut kysymykset käsittelivät hoitopalvelun laadun kokonaisuutta, ja yrittivät tuoda esille uusia näkökulmia. Näitä aiheita olivat laadusta viestiminen, laatujohtaminen ja laatusertifiointi. Lopuksi kaikilta haastateltavilta kysyttiin palveluiden kehittämisestä. Tällä kysymyksellä haluttiin selvittää, oliko haastateltavalla mahdollisia odotuksia tulevaisuudessa tai uusia kehittämisehdotuksia. On syytä muistaa, että asiakkailta, lääkäreiltä ja johdolla oli erilaiset haastattelulomakkeet, mutta tema-alueet olivat osittain samanlaiset. Haastattelurungot ovat esillä liitteissä 1, 2 ja 3. Jokaiselle haastateltavalle lähetettiin haastattelurunko etukäteen sähköpostitse, jotta he saivat tutustua tutkimuksen teemoihin ja kysymyksiin.

Tässä tutkimuksessa tehtiin yksilöhaastatteluja, sillä haastateltavan haluttiin kertoa täysin avoimesti ja luottamuksellisesti omista kokemuksistaan ja näkemyksistään. Myös esimerkit arkipäivän tilanteista olivat toivottuja. Haastattelu olisi voitu toteuttaa myös pari- tai ryhmähaastatteluna, mutta tällöin saattaisi haastattelun avoin vuorovaikutus kadota eikä haastateltava uskaltaisi välttämättä kertoa rehellisesti omista tuntemuksistaan. (Hirsjärvi ym. 2004, 199.) Täytyy muistaa, että terveydenhoito ja siihen liittyvät käsitykset on henkilökohtainen aihealue, minkä vuoksi tutkijan ja haastateltavan välille tulee syntyä luottamuksellinen ilmapiiri.



Lisäksi tutkimusmateriaalina on käytetty tutkittavan lääkäriaseman aiemmin suorittamaa asiakastyytyväisyyskyselyä ja sen tuloksia. Asiakastyytyväisyystutkimus suoritettiin lääkäriasemalla toukokuussa 2008 ja tutkija sai käyttöönsä siitä tehdyn yhteenvedon. Tutkijalla ei ollut käytössään asiakastyytyväisyystutkimuksen alkuperäistä materiaalia, vaan lääkäriaseman sisäinen yhteenvedo. Yhteenvedossa kerrotaan aiemman tutkimuksen onnistumisesta ja sen tärkeimmistä tuloksista. Näitä tuloksia pyritään vertaamaan tämän tutkimuksen tuloksiin, jotka on tulkittu asiakkaiden muodostamasta näkökulmasta.

## **3.2 Aineiston keruu ja analyysi**

### **3.2.1 Teemahaastatteluiden valmistelu ja kulku**

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston keruussa käytetään menetelmiä, jotka vievät tutkijan tutkittavan lähelle. Tutkijan tavoitteena on tavoittaa tutkittavan näkökulma tutkittavana olevasta aiheesta. (Aaltola & Valli 2001b, 68.) Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla yhden Turun talousalueella toimivan lääkäriaseman asiakkaita, lääkäreitä ja johtoa. Lääkäriasema on saavuttanut huhtikuussa 2008 ISO 9001-laatusertifikaatin ja on pohtinut toiminnassaan runsaasti laadun merkitystä.

Tutkimuksen kohdejoukko valittiin tarkoituksenmukaisesti, kuten kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä. (ks. Hirsjärvi ym. 2004, 155.) Mukaan haluttiin asiakkaita, lääkäreitä ja johtoasemassa toimivia henkilöitä. Aiemmissä tutkimuksissa on yleensä kartoitettu vain asiakasnäkökulmaa, minkä vuoksi haluttiin saavuttaa eri toimijoiden näkökulmat samalta lääkäriasemalta. Tutkimuksessa haastatellut asiakkaat koostuivat lääkäriaseman työterveyshuollon yrityksistä ja niiden työntekijöistä. Asiakkaita edustivat kaksi Turun alueella toimivaa yritystä, joissa tehdyistä haastatteluista muodostettiin tutkimuksen asiakasnäkökulma. Lääkärit valittiin lääkäriaseman yhteyshenkilön tekemästä yhteenvedosta siten, että tutkimukseen tuli lääkäriuran eri vaiheissa olevia, eri erikoistumisaloja ja lääkäriasemalla eri ajan työskennelleitä lääkäreitä. Haastatelluista lääkäreistä osa työskentelee täyspäiväisesti tutkittavalla lääkäriasemalla. Osa lääkäreistä työskentelee pääsääntöisesti julkisella sektorilla ja pitää vastaanottoa noin pari kertaa viikossa yksityisellä lääkäriasemalla. Tutkimuksessa haastatellut johdon edustajat olivat henkilöitä, jotka työskentelevät läheisesti yrityksen laatuasioiden kanssa. Kaikki haastateltavat suhtautuivat myönteisesti suoritettavaan tutkimukseen. Haastateltavia oli yhteensä 14 kappaletta.

Johtajien haastattelut suoritettiin lääkäriasemalla syyskuun 2008 lopussa. Asiakkaiden ja lääkäreiden haastattelut suoritettiin lokakuun aikana. Jokaisen haastattelun alussa korostettiin tutkimuksen luotettavuutta ja vastaajien anonymiteettiä. Suurin osa haastatteluista taltioitiin digitaalisesti, jotta kaikki esille tulleet asiat saataisiin talteen. Kahta haastattelua ei taltioitu haastateltavien pyynnöstä. Haastateltavat kertoivat jännittävänsä nauhoitettavaa keskustelua, jolloin puhetta joutuisi miettimään tarkemmin, eikä voisi antaa ajatuksen vaan edetä rauhassa. Kyseisistä haastatteluista tehtiin tarkat muistiinpanot, jotka kirjoitettiin puhtaaksi heti haastattelun jälkeen. Haastattelut tapahtuivat rauhallisessa paikassa, yleensä haastateltavan työhuoneessa tai yrityksen neuvotteluhuoneessa. Yksi haastattelu tehtiin rauhallisella käytävällä, jossa ei ollut suurempia häiriötekijöitä. Muutaman kerran ohitse käveli yrityksen työntekijöitä, mutta kokonaisuudessaan haastattelutilanne oli rauhallinen. Yhden lääkärin haastattelu tehtiin puhelinhaastatteluna, mutta se nauhoitettiin normaaliin tapaan. Kokonaisuudessaan haastattelut sujuivat hyvin ja etenivät teemahaastattelulle tyyppillisesti. Kysymyksiä ei aina esitetty tietyssä järjestyksessä ja yhdestä teemasta saatettiin siirtyä välillä toiseen teemaan. Myös lisäkysymyksiä esitettiin ja tarkennuksia pyydettiin melkein jokaisessa haastattelussa.

Haastatteluaineisto koostuu yhteensä 7 asiakkaan, 5 lääkärin ja 2 johtohenkilön haastatteluista. Liitteessä 4 on eritelty tietoja haastatteluista.

### **3.2.2 Aineiston analyysi**

Aineiston analyysitavan valitsemisessa on oleellista, että analyysitapa tuo parhaiten vastauksen tutkimuskysymykseen ja mahdollisiin osaongelmiin (Hirsjärvi ym. 2004, 212). Analyysin tehtävä on tiivistää, järjestää ja jäsentää aineisto sellaisella tavalla, että informaatiota saadaan irti mahdollisimman paljon jättämättä pois mitään olennaista (Aaltola & Valli 2001b, 146). Tämän tutkimuksen aineiston analyysi on lähtökohtaisesti teoriasidonnaista. Teoriasidonnaisessa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä ja siinä pyritään samalla havaitsemaan uusia näkökulmia (Aaltola & Valli 2001b, 137). Teoria toimii siis aineiston apuvälineenä.

Tässä tutkimuksessa analysointi aloitettiin haastatteluiden litteroinnilla. Kaikki haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sanatarkasti. Litterointi tehtiin mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen, jotta pystyttiin samalla kirjoittamaan muistiinpanoja ja kommentteja itse haastattelutilanteesta. Litteroinnin pohjana käytettiin haastattelurunkoja, joihin oli selkeää kirjoittaa haastateltavan puhetta. Nauhurilta purettava teksti kirjoitettiin siis suoraan haastattelurunkoon, jossa oli valmiina jo suurin osa esitetyistä kysymyksistä. Tämä helpotti tutkijan työtä, sillä kysymyksiä ei tarvinnut kir-

joittaa uudelleen litteroinnin yhteydessä. Haastattelurunkoihin oli helppo lisätä myös esille tulleita lisäkysymyksiä.

Varsinainen analysointi alkoi epäoleellisen tekstin karsimisella litteroidusta materiaalista. Sellaiset osiot poistettiin tekstistä, jotka menivät täysin sivuraiteille, eikä uusi aihe tuonut lisäarvoa tutkimukselle. Pihlaja (2006, 96) tarkentaa, että tutkimusaineiston tiivistäminen selkiyttää yleensä aineistoa. Aineiston selkeys on myös edellytyksenä pätevien johtopäätösten ja tulkintojen tekemisessä. Tässä tutkimuksessa aineistoa tiivistettiin, kun haastateltava esimerkiksi toisti samaa asiaa useaan otteeseen, eikä tuonut uusia näkökulmia esille. Tiivistämisen jälkeen aineisto luokiteltiin teemoittain. Haastattelumateriaalista poimittiin teemoihin liittyvät tekstikohdat, ja niistä muodostettiin uusi aineisto. Uuteen aineistoon tehtiin merkintöjä ja muistiinpanoja, joista tulkinta alkoi vähitellen hahmottua. Samalla teoriasta yritettiin nostaa kytkentöjä aineistoon, jotta niiden välille löytyisi yhteyksiä. Teemoittelun jälkeen tutkimusaineistot yhdistettiin yhdeksi isoksi materiaaliksi, eli esimerkiksi kaikkien asiakkaiden teemoiteltu haastattelumateriaali koottiin yhdeksi tiedostoksi. Näin tehtiin myös lääkäreiden ja johtajien materiaalien kanssa.

Aineiston teoriasidonnaisen analyysin ja teemoittelun tukena käytettiin osittain apuna myös diskurssianalyysin tapoja tulkita aineistoa. Tutkimuksessa pyritään saamaan selville, miten haastateltava puhuu tutkittavasta aiheesta, mitä sanoja hän käyttää ja painottaako hän puheessaan jotain asioita. Diskurssianalyysin keskeinen tehtävä on tutkia kielenkäyttöä, puhekäytänteitä ja puhetapoja eli diskursseja (Hirsjärvi ym. 2007, 220). Diskurssianalyysi on kielenkäytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimusta, jossa yksityiskohtaisesti analysoidaan sosiaalisen todellisuuden käytäntöjä (Jokinen, Juhila & Suoninen 2006, 19). Tässä tutkimuksessa haastatteluita kuunneltiin moneen kertaan ja pyrittiin saamaan esille asioita, jotka eivät varsinaisesti käy ilmi litteroidusta aineistosta. Litteroitua aineistoa luettiin myös tarkasti ja yritettiin tuoda esille asioita, joita painotettiin erityisesti haastateltavien puheissa.

Tulosluvussa kunkin toimijaryhmän käsityksistä muodostetaan ensin erillinen kuvaus. Sen jälkeen kolmen eri toimijaryhmän käsitystä hyvästä hoitopalvelusta verrataan toisiinsa.

### **3.2.3 Tutkimuseettinen näkökulma ja tutkimuksen arviointi**

Tämä tutkimus on pyritty tekemään eettisyyttä korostaen, joten eettisyys on otettu huomioon tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Eettisiä kysymyksiä voi liittyä tutkimuskohteen ja -menetelmän valintaan, aineiston hankintaan, tiedon luotettavuuteen, haastateltavien kohteluun tai tutkimustulosten vaikutuksiin. Eettiset valinnat ja päätökset kattavat

siis koko tutkimusprosessin aina aiheen valinnasta tutkimuksen tulosten vaikutuksiin saakka. (Kuula 2006, 11.)

Tässä tutkimuksessa kiinnitettiin erityistä huomiota haastattelutilanteeseen, jossa tutkija ja haastateltava kohtasivat (Flick, Kardorff & Steinke 2004, 334). Haastattelujen alussa käytiin suullisesti läpi tutkimuksen tarkoitusta ja kerrottiin tutkimuksen luotettavuudesta. Tutkija kertoi myös hieman itsestään ja miksi on kiinnostunut tutkimaan kyseistä aihetta. Haastateltavat olivat etukäteen saaneet myös kirjelmän tutkimuksesta sähköpostitse, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta. Ennen haastattelua korostettiin erityisesti anonymiteettia, eli tutkimuksessa ei käy ilmi kenenkään haastateltavan nimi eikä tutkimuksessa puhuta tutkittavasta lääkäriasemasta nimellä.

Kaikki haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Haastateltaviin oliin sähköpostilla aluksi yhteydessä ja viestissä pyydettiin haastateltavia olemaan yhteydessä tutkijaan, jos haluaa lisäselvennystä tutkimuksesta. Haastateltaville selvitettiin kaikki tutkimukseen liittyvät asiat mahdollisimman selkeästi. Tutkimuksen kirjoittamisessa noudatettiin asianmukaista kirjallisen materiaaliin lainaamistapaa, jolloin lähde-merkinnät ovat merkitty selkeästi. Tutkimusaineiston hankinnasta, haastatteluiden kuluista ja aineiston analyysistä pyritään antamaan totuudenmukainen kuva.

Kvalitatiivista tutkimusta kritisoidaan siitä, että objektiivisuutta ei ole mahdollista perinteisessä mielessä saavuttaa. Tämä perustellaan sillä, että haastattelijalla on vaikutus tutkimusaiheeseen ja itse haastateltavaan. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Sen vuoksi laadullisessa tutkimuksessa arvioidaan ja kuvataan tutkijan ja vastaajan suhdetta haastattelutilanteessa. Luotettavuutta saattaa heikentää myös se, että haastattelussa voidaan antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia (Hirsjärvi ym. 2004, 195). Tämän tutkimuksen haastatteluissa pyrittiin antamaan haastateltavalle mahdollisimman vähän johdatteluja kysymyksiin ja mahdollisimman paljon aikaa omien vastausten muodostamiseen. Tutkijan tavoitteena oli antaa haastateltavan rauhassa kertoa omista kokemuksistaan ja näkemyksistään sekä pyytää tarvittaessa lisäselvennystä tai esimerkkejä.

Tutkimuksen arvioitavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä ja hänelle annetaan edellytykset hyväksyä tai kyseenalaistaa tutkijan tulkinnat (Mäkelä 1990, 53; Hirsjärvi ym. 2004, 217). Pihlaja (2006, 92) korostaa puolestaan, että jokaisessa tutkimuksessa on pohdittava tutkimusaineiston laajuutta, tuoreutta, luotettavuutta ja kohdentumista. Myös Eriksson ja Kovalainen (2008, 290) kirjoittavat, että tutkijan haaste on saada lukijansa vakuuttuneeksi tutkimuksen tieteellisyydestä, laadusta sekä uskottavuudesta.

Laadullisen tutkimusmenetelmän luonteen vuoksi ei tule painottaa liikaa mekanistista luotettavuutta. Lisäksi tutkijan oma kokemukseen perustuva käsitys tulosten ja todellisuuden vastaavuudesta on luotettava mittari tutkimuksen luotettavuudelle. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 130.) Tässä tutkimuksessa pyritään antamaan tarkka kuvaus tut-

kimusprosessista eri vaiheineen. Haastatteluista, aineiston käsittelystä ja analyysista kerrotaan ja perustellaan mahdollisimman selkeästi ja totuudenmukaisesti.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään käsitettä saturaatio- eli kylläntymispiste. Kun tämä piste on saavutettu, voidaan aineistonkeruu lopettaa. Tällöin uusista haastatteluista ei enää saada irti tutkimuksen tavoitteen kannalta mitään uutta eli tutkimuskysymykseen on saatu vastaus. (Pihlaja 2006, 92.) Tässä tutkimuksessa havaittiin myös aineiston kylläntymistä, erityisesti asiakkaiden ja lääkäreiden haastatteluissa alkoi vähitellen toistua samat asiat ja mielipiteet. Sen perusteella voidaan todeta, että tutkimusaineistoa on riittävästi asiakkaiden ja lääkäreiden osalta. Tutkimuksessa oli kaksi johdon haastattelua. Niissä ei havaittu aineiston kylläntymistä, joten sen perusteella tutkimukseen olisi voinut haastatella useampaa johdon edustajaa.

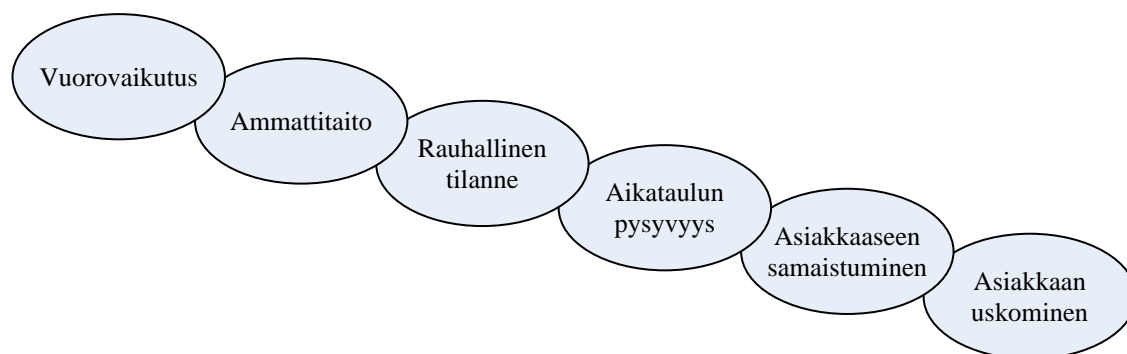
## 4 LAADUKKAAN HOITOPALVELUN MUODOSTUMINEN

### 4.1 Asiakkaan laatumäkömyksen muodostuminen

Asiakkaat odottavat nykyään saavansa palvelua ja nimenomaan asiakaspalvelua asioi-  
dessaan lääkäriasemalla ja lääkärin vastaanotolla. Enää ei riitä, että asiakkaan vaiva  
hoidetaan toisella kädellä ja kutsutaan jo seuraavaa asiakasta sisälle. Lääkärin työ näh-  
dään asiakaspalvelutilanteena, jossa potilas on enemmänkin asiakas.

*”Lääkärin työhön kuuluu se, et tarvii ajatella sitä työtään asiakaspalve-  
luna, ja asiakkaan kohtaaminen on hallittava, ja sitten tarvii olla sitä  
ammattitaito. Mutta kyl mä nostan sen asiakaspalvelun hirmu tärkeäksi,  
eli sosiaaliset taidot ja se asiakkaan kohtaaminen. Ehkä sitä  
ammattitaitoa ei odota erityisesti, vaan olettaa et se on jo olemassa ja  
sitten tavallaan siihen päälle sitä, että on niitä sosiaalisia taitoja ja  
kykyä tulla toimeen.”*

Kun asiakas menee lääkärin vastaanotolle yksityisellä lääkäriasemalla, hänen huomi-  
onsa kiinnittyy sekä lääkäriin että hänen olemukseensa. Suurin osa haastateltavista ko-  
rosta, että lääkrillä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot, jotta hoitopalvelu olisi laadu-  
kas. Vuorovaikutuksen rinnalla lääkrillä tulee olla myös ammattitaitoa, jotta asiakkaan  
ongelma tulee ratkaistuksi. Mielenkiintoista kuitenkin on, että asiakkaat olettavat jo  
vastaanotolle mennessään lääkärin olevan ammattitaitoinen. Tällöin odotukset eivät  
varsinaisesti kohdistu lääkrin ammattitaitoon vaan se koetaan itsestäänselvytenä.  
Haastateltavien puheessa painotetaan vuorovaikutuksen merkitystä ja on huomioitavaa,  
kuinka ammattitaidon oletamus välittyy asiakkaiden puheesta. Kuvio 9 esittää tarkem-  
min tekijöitä, jotka vaikuttavat hyvän hoitopalvelun muodostumiseen asiakkaan näkö-  
kulmasta.



Kuvio 9 Laadukas hoitopalvelu asiakkaan näkökulmasta

Vuorovaikutus koetaan laadukkaan hoitopalvelun perustana, kuten kuvio 9 osoittaa. Vuorovaikutus pitää sisällään monia asioita, joista asiakkaat nostavat erityisesti esille asiakkaan kohtaamisen ja vastaanottamisen, kuuntelemisen ja katsekontaktin. Asiakas kiinnittää vastaanotolle mennessään huomioita lääkärin ja asiakkaan kohtaamiseen, miten lääkäri ottaa asiakkaan vastaan. Asiakas kokee tärkeäksi, että lääkärin huomio kiinnittyy täysin asiakkaaseen ja asiakas otetaan vastaan yksilönä. Käytöstapojen tulee olla kunnossa, eli tervehditään asianmukaisesti ja otetaan katsekontakti asiakkaaseen. Vuorovaikutukseen sisältyy myös asiakkaan kuunteleminen. Lääkärin tulee kuunnella asiakasta ja olla aidosti kiinnostunut hänen vaivoistaan. Asiakas odottaa, että hänen vaivoihinsa suhtaudutaan vakavasti. Tämä tulos tukee Grönroosin (1998, 62–63) ajatusta, että koettuun palveluun vaikuttaa palvelun ostajan ja myyjän välinen vuorovaikutus. Tässä tutkimuksessa ostaja on lääkäriaseman asiakas ja myyjän roolissa on hoitava lääkäri. Vaikka lääkäri ei koe olevansa myyjä vaan asiantuntija, tässä palvelusuhteessa lääkäri on ainut palveluntuottajan edustaja, jonka asiakas kohtaa.

Asiakas olettaa saaneensa vaivaansa tarpeellisen hoidon, kun hän poistuu lääkärin vastaanotolta. Asiakas odottaa, että hänet ohjataan mahdollisiin jatkotutkimuksiin tai toisen alan lääkärille, jollei kyseinen lääkäri ole osannut auttaa asiakasta. Ammattitaito ja oikean hoidon saaminen ovat asiakkaille tärkeää, mutta toisaalta he jo valmiiksi odottavat sitä vastaanotolle mennessään. Asiakas arvostaa, että lääkäri ottaa asiantuntijan roolin ja osaa esittää oikeita ja vaikeitakin kysymyksiä vaivan ratkaisemiseksi. Toisaalta asiakas arvostaa myös sitä, että lääkäri uskaltaa ohjata hänet tarvittaessa toiselle lääkärille. Asiakkaan puheen taustalta voi aistia inhimillisyyden odotuksen. Lääkärin tulee olla inhimillinen ja pystyttävä tarvittaessa myöntämään oma osaamattomuutensa. Inhimillisuus ja luottamus ovat myös Narikan (2008, 102) mukaan terveydenhoitopalvelun perusta.

Laadukas hoitopalvelu vaatii rauhallisen ympäristön asiakkaan hoitamiseen. Lääkärin tulee rauhoittaa tilanne asiakkaan kuuntelemista varten. Asiakkaille on myös tärkeää, että heille annetaan aikaa vastaanotolla. Lääkäreiden työ saattaa olla kiireellistä, mutta asiakkaat odottavat, että lääkärillä olisi aikaa paneutua juuri heidän vaivoihinsa. Lääkäristä ei saa huokua kiire, vaan hänen tulisi pystyä keskittymään jokaiseen asiakkaaseen yksilönä. Asiakas aistii helposti lääkärin kiireen, jolloin hoidon laadukkuus kärsii. Yksi haastateltu asiakas sanoo osuvasti:

*”Mulla on sellanen kiireetön olo, et mä en koe olevani joku tuotepaketti liukuhihnalla, joka hoidetaan nopeasti pois.”*

Osa asiakkaista on kohdannut tilanteen, jossa lääkäri yrittää hoitaa asiakkaan mahdollisimman nopeasti. Lääkärin hosuminen saa asiakkaan tuntemaan itsensä ja vaivansa vähäpätöisiksi, jolloin hoitopalvelun laatu kärsii. Jokaiselle asiakkaalle on kuitenkin varattu oma vastaanottoaika, joka yleensä on noin 15–20 minuuttia. Tällöin aikaa pitäisi olla riittävästi asiakkaan kiireettömään hoitamiseen.

Asiakkaan tullessa yksityiselle lääkäriasemalle, hän odottaa saavansa palvelua sovittuna aikana. Asiakas ei ole valmis jonottamaan ja odottamaan pitkiä aikoja päästääkseen lääkärin vastaanotolle tai tutkimuksiin. Jos lääkäri kuitenkin on myöhässä, asiakkaita voisi informoida asiasta esimerkiksi ilmoittautumisen yhteydessä. Asiakas ei itsekään halua olla lääkärin vastaanotolla pitkää aikaa, jos vaiva ei vaadi erityistä hoitoa tai tutkimusta. Asiakas haluaa myös, että hoito on tehokasta. Tähän liittyen haastateltujen asiakkaiden puheissa on pientä ristiriitaa, mikä selittyy vaivan vakavuudella. Pieni vaiva, esimerkiksi flunssa, halutaan hoitaa kuntoon nopeasti ja vaivattomasti. Suuremmat vaivat, jotka ovat asiakkaille tuntemattomia ja pelottavia, halutaan puolestaan hoitaa rauhassa ja perusteellisesti. Asiakkailta on yleensä jo pieni käsitys vaivastaan tullessaan vastaanotolle, minkä mukaan hoidon odotustaso määräytyy.

Lääkäri ei saa olla auktoriteetti asiakkaan silmissä. Asiakkaat haluavat, että lääkäri olisi asiakkaan tasolla ja pystyisi samaistumaan asiakkaaseen. Asiakkaiden puheista pystyy kuitenkin aistimaan kunnioitusta lääkäriä kohtaan ja he haluavat lääkärin ottavan vastuun hoidosta. Lääkärin tulee siis kertoa ja perustella eri hoitovaihtoehtoja ja ehdottaa asiakkaalle parhaiten sopivaa hoitoa. Taustalla on Parvisen ym. (2005, 50) esittämä ajatus, että lääkärin ja asiakkaan välillä vallitsee informaation epäsymmetria, jolloin lähtökohtaisesti lääkäri tietää hoidosta enemmän kuin asiakas. Asiakas haluaa kuitenkin olla mukana hoidossa, mutta lääkärin tulisi ottaa vastuu itse hoidosta. Asiakas kuitenkin kokee myös tärkeäksi, että häntä uskotaan ja otetaan vakavasti. On turhauttavaa, jos asiakas joutuu käymään saman vaivan takia usealla lääkärillä ja todistelemaan vaivojaan. Asiakkaan tuntemuksien uskominen ja niiden selvittäminen koetaan tärkeäksi.

Asiakkaat korostavat, että hoitopalvelun laatu nähdään kokonaisuutena. Kokonaisuus pitää sisällään monia tekijöitä, joista tärkeimmäksi koetaan vuorovaikutus ja ammattitaito. Muista hoitopalvelun laadun osatekijöistä voidaan joustaa ja kokonaisuus voi olla laadukas ilman kaikkia osatekijöitä.

Tutkittavan lääkäriaseman ympäristö vaikuttaa myös hoitopalvelun muodostumiseen, mutta pääosin vuorovaikutus lääkärin kanssa ja oikean hoidon saaminen ovat tärkeimpiä tekijöitä. Lääkäriaseman ympäristölle on vaatimuksia, tilojen tulee olla siistejä ja helpokulkuisia. Mutta juuri sellaisina asiakkaat ovat tilat kokeneetkin, eikä tämän tutkimuskohteen ympäristöön kohdistunut moitteita. Siisti ympäristö koetaan myös hieman itsestänselvyytenä, sillä asiakkaat eivät koe, että yksityisellä lääkäriasemalla olisi koskaan törmännyt likaiseen tai hankalakulkuiseen ympäristöön. Yksityiselle lääkäriasemalle mentäessä vallitsee olettamus, että paikka on siisti ja huoliteltu. Odotustilojen ei kuitenkaan odoteta olevan kovin viihtyisiä, sillä asiakas ei halua viettää aikaansa siellä pitkään.

Walshe ja Smith (2006, 455) ovat koonneet yhteen terveydenhoidon laadun määrittelyjä, mutta mikään niistä ei täysin vastaa tämän tutkimuksen tulosta. Laadun määrittelyistä Langleyn ym. (1996) määrittely tukee parhaiten tämän tutkimuksen tulosta asiak-



kaiden näkökulmasta. Langleyn ym. määritelmä hyvästä terveydenhoidon laadusta pitävät sisällään lääkärin käyttäytymisen, olemuksen ja henkilökohtaisen vuorovaikutuksen sekä palvelun ajan ja keston (Walshe & Smith 2006, 455). Badrin ym. (2008, 165) mukaan terveydenhoidon laadun malli koostuu puolestaan kolmesta osatekijästä, joita ovat hoidon laatu, prosessi ja organisaatio sekä viestintä. Badri ym. (2008, 165) jakavat hoidon laadun lääkärin ammattitaitoon ja pätevyyteen, kohteliaisuuteen, empatiaan, yksilölliseen huomioon sekä käytettävissä olevaan laitteistoon. Tässä tutkimuksessa asiakkaat muodostavat laadukkaan hoitopalvelun käsityksen pääosin samoista tekijöistä kuin Badri ym, mutta yksikään asiakas ei maininnut käytettävissä olevaa laitteistoa osaksi laadukasta hoitoa.

Aikaisempi tutkimus nostaa hoidon saavutettavuuden laadun keskeiseksi tekijäksi (Rissanen & Kansanen 2003, 109). Hoidon saavutettavuus viittaa julkiseen sektoriin, sillä tässä tutkimuksessa asiakkaat ovat siihen tyytyväisiä. Asiakkaiden puheista ei erotu odotuksia hoidon saavutettavuuteen, koska hoitoon pääsee yksityisellä sektorilla yleensä lyhyellä odotusajalla. Kvistin (2004, 29–31) tutkimustulokset eivät myöskään tue tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia asiakkaan näkökulmasta. Ainoastaan tiedon saaminen on tekijä, joka nousee esille molempien tutkimuksien tuloksista. Tulosten erilaisuus saattaa selittyä sillä, että suurin osa aikaisemmista tutkimuksista keskittyy julkiseen terveydenhoitoalaan. Julkinen ja yksityinen terveydenhoitoala eroavat toisistaan merkittävästi hoidon luonteen ja toiminnan organisoinnin osalta, mikä selittää tulosten erilaisuutta.

Laadukkaaseen hoitopalveluun vaikuttaa myös lääkäriaseman asiakaspalvelu. Asiakaspalvelun rooli korostuu erityisesti, jos lääkärissä käynti ei ole täysin vastannut odotuksia. Tällöin hyvä asiakaspalvelu saattaa kompensoida asiakkaan kielteisiä tuntemuksia. Asiakaspalvelu ilmoittautuessa ja kassoilla sujuu tutkittavalla lääkäriasemalla asiakkaiden mielestä hyvin, eikä asiakkailta ole suuria odotuksia tai moitteita sitä kohtaan. Asiakaspalvelun tulee olla sujuvaa ja myös asiakaspalvelijoilta odotetaan aluksi kunnon kontaktia, tervehdystä tai hymyä. Suurin osa asiakkaista kiinnittää huomiota myös jonotilanteisiin, sillä he eivät ole valmiita pitkiin odotusaikoihin. Tutkittavalla lääkäriasemalla ei ole kuitenkaan koettu suuria ruuhkia ja odottelua sekä palvelun sujuvuuteen ollaan tyytyväisiä. Pari asiakasta kertoo joutuneensa odottamaan jonkin aikaa tutkittavan lääkäriaseman päivystyksessä. Päivystys kuitenkin mielletään toiminnaksi, jossa asiakkaan odotuksiin sisältyy automaattisesti mahdollista odottamista.

Palvelun laatu voidaan jaotella asiakas-, suunnittelu-, systeemi- ja tuotantokeskeisiin laatu näkemyksiin, kuten luvussa 2.2.2 esitettiin (Mäki 2004, 163). Tämän tutkimuksen mukaan asiakaskeskeinen ja suunnittelukeskeinen näkökulma kuvaavat parhaiten terveydenhuollon hoidon laatua asiakkaan näkökulmasta. Asiakaskeskeinen laatu on asiakkaiden mielestä tärkeintä ja sitä tukee systemikeskeinen laatu. Asiakaskeskeistä laatua ja tämän tutkimuksen asiakkaiden näkemyksiä yhdistävät kohtelu, palvelun yksilöllisyys, asiakastyytyväisyys sekä tiedonsaanti. Puolestaan suunnittelukeskeisen

laatunäkemyksen ydinasia on professionaalinen osaaminen eli lääkärin ammattitaito. Asiakkaiden näkemykset eivät tue palvelun laadun systeemi- ja tuotantokeskeistä näkökulmaa, joissa korostetaan esimerkiksi tasa-arvoa ja yhdenmukaisuutta. (ks. Mäki 2004, 163.)

Suurin osa asiakkaista puhuu yksityisen ja julkisen terveydenhoitosektorin laadusta samalla tavalla. He eivät nosta yksityistä sektoria julkista laadukkaammaksi, vaan kokevat, että molemmissa saa laadukasta palvelua erityisesti lääkärin vastaanotolla. Asiakkaiden mielestä mielikuva julkisen sektorin huonoudesta on väärä, sillä siitä kirjoitetaan ja puhutaan kielteiseen sävyyn. Tiedotusvälineet luovat julkisesta terveydenhoitosta huonompaa mielikuvaa, mitä tämän tutkimuksen haastateltavat kokevat. Asiakkaat kokevat kuitenkin saavansa pääsääntöisesti hyvää hoitoa julkisella sektorilla, mutta kokemuksia saattaa huonontaa pitkät jonotusajat. Ylipäättään logistisen toimivuuden koetaan olevan julkisella sektorilla huonompaa kuin yksityisellä sektorilla, mikä saattaa aiheuttaa julkisen terveydenhuollon huonon maineen.

Tutkittavalla lääkäriasemalla toteutettiin asiakastyytyväisyystutkimus toukokuussa 2008. Tutkimuksen yhteenvedona voidaan todeta, että asiakkaat ovat tyytyväisiä lääkäriaseman toimintaan. Tutkimus osoittaa, että asiakkaan kannalta tärkeimpiä piirteitä lääkäriaseman palveluissa ovat asiantunteva palvelu, lääkärin aito kiinnostus potilaan tarpeita kohtaan, ohjeiden selkeys ja ymmärrettävyys, pääsy vastaanotolle sovittuna aikana sekä palvelun ystävällisyys. Käsillä oleva tutkimus tukee aikaisempaa tutkimusta, mutta korostaa enemmän vuorovaikutuksen luontia ja asiantuntijuutta. Aikaisemman tutkimuksen pohjalla olivat valmiit väittämät palvelun toimivuudesta, eikä siinä varsinaisesti tutkita hoitopalvelun laatua.

On mielenkiintoista huomata, että laadukas hoitopalvelu ei keskity lääkärin luonteenpiirteiden ympärille asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimuksessa nousee esille piirteitä, kuten iloisuus, empaattisuus, aitous ja huumorintaju, mutta ne eivät kuitenkaan vaikuta merkittävästi mielikuvaan hyvästä ja laadukkaasta lääkäristä. Sosiaalisuus on myös yksi luonteenpiirre, joka tuodaan esille, mutta se on hyvin vahvasti sidoksissa vuorovaikutustaitoihin. Suurin osa asiakkaista puhuu hyvin spontaanisti lääkäriltä vaadittavista piirteistä. Osa asiakkaista miettii puolestaan hyvin tarkkaan, mitä kertoo kokemuksistaan ja miten kuvailee hyvää lääkärää.

Tutkittava lääkäriasema herättää asiakkaissa pelkästään myönteisiä mielikuvia tämän tutkimuksen mukaan. Lääkäriasema koetaan monipuolisena, asiallisenä, ammattitaitoisena, luotettavana ja ennen kaikkea asiakaskeskeisenä. Suurimmalle osalle asiakkaista välittyy tunne, että lääkäri on heistä aidosti kiinnostunut ja lääkäriasemalla todella välitetään asiakkaista. Asiakkaat kokevat tutkimuksen kohteena olevan lääkäriaseman palvelut laadukkaina ja ovat tyytyväisiä kokonaisuuteen. Asiakkaat ovat tyytyväisiä erityisesti laboratorio- ja röntgenpalveluihin, koska niissä saa hoitoa nopeasti. Myös kokeiden tulokset ovat valmiita yleensä pienen odotusajan jälkeen. Haastateltavat eivät juuri

nimenneet suuria muutoksen tai kehittämisen aiheita, mutta tärkeää on jatkossakin huomioida asiakas kokonaisvaltaisesti. Yksi haastateltu asiakas tiivistää:

*”Jos jossain kohtaa lähdetään tavoittelemaan kuuta, niin voi käydä huonosti eli miten pitää sen asiakkaan roolin siinä keskiössä yhä enemmän ja yhä paremmin.”*

Asiakkaat haluavat olla huomion keskipisteenä asioidessaan lääkäriasemalla. Lääkäriaseman toiminta koetaan asiakaskeskeiseksi, mutta vielä voisi mennä uudelleen asiakkaan rooliin ja tarkastella toimintaa siitä näkökulmasta. Suuriin muutoksiin ei kuitenkaan ole tarvetta, sillä tämän tutkimuksen perusteella toiminnan koetaan olevan hyvää ja laadukasta nykyiselläkin panostuksella.

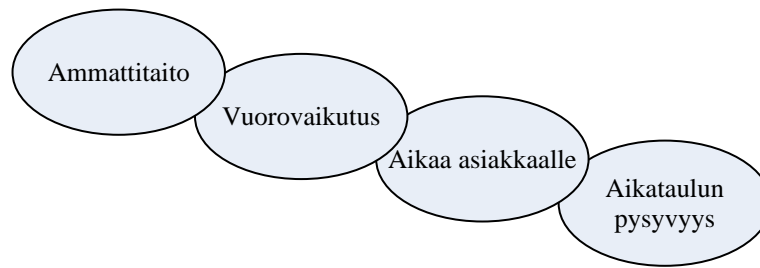
## 4.2 Lääkärin laatuäkemyksen muodostuminen

Ammatillinen osaaminen ja oikean diagnoosin tekeminen ovat lääkäreiden mielestä laadukkaan hoitopalvelun perusta.

*”Kai se laadukas hoito on että, jos ajatellaan mikä se päätehtävä meillä on, et se on lääketieteellinen hoito ja potilas saa siihen omaan sairauteen asianmukaisen hoidon.”*

Lääkärit ajattelevat päätehtäväkseen lääketieteellisen ja asianmukaisen hoidon antamisen asiakkaalle. Oikean diagnoosin tekemisen kannalta on myös tärkeää, että asiakas osataan ohjata oikealle erikoisalalle jo ajanvaraustilanteessa, jotta oikea hoito voidaan antaa asiakkaalle mahdollisimman nopeasti. Oikean hoidon kannalta on oleellista tehdä asiakkaasta tilannearvio ja ohjata eteenpäin mahdollisiin jatkotutkimuksiin. Lääkäreiden puheista aistii vahvan ammatillisuuden ja sen, miten he kokevat velvollisuudekseen hoitaa asiakkaan kuntoon. Lääkärin velvollisuus on sama, työskentelee hän sitten julkisella tai yksityisellä sektorilla.

Lääkärit nostavat ammattitaidon rinnalle myös vuorovaikutustaidot, sillä asiakkaan kanssa on saatava keskusteluyhteys. Yksi lääkäreistä nostaa onnistuneen vuorovaikutuksen jopa ammattitaitoa korkeammalle. Jos esimerkiksi lääkäri ei pysty hoitamaan asiakasta itse kokonaisuudessaan, hän voi ohjata asiakkaan toiselle erikoisalalle. Tämä tutkimus tukee aikaisempaa tutkimusta, jossa korostetaan vuorovaikutuksen merkitystä terveydenhoitoalalla. Vuorovaikutussuhteen on toimittava, jotta lääkäri pystyy hoitamaan asiakkaan kuntoon asiakkaan kertomien oireiden perusteella. (ks. Lim & Tang 2000, 105.) Hyvällä vuorovaikutustaidolla ja keskustelemalla lääkäri osaa selittää ja perustella tilanteen ja asiakas kokee saaneensa laadukasta hoitoa. Kuvio 10 selventää tekijöitä, jotka ovat lääkärin näkökulmasta laadukkaan hoitopalvelun kannalta tärkeitä.



Kuvio 10 Laadukas hoitopalvelu lääkärin näkökulmasta

Ammattitaidon ja vuorovaikutustaitojen lisäksi lääkäri tarvitsee aikaa asiakkaille, kuten kuvio 10 tarkentaa. Laadukas hoitotapahtuma vaatii aikaa, jotta diagnosointi voidaan tehdä rauhassa ja asiakkaan kanssa voidaan keskustella riittävästi. Yksi lääkäri nostaakin ongelmaksi sen, että ei pysty itse vaikuttamaan annettaviin vastaanottoaikoihin. Osa asiakkaista saattaa olla ennalta tuttuja, jotka vievät enemmän aikaa kuin normaali vastaanottokäynti. Samalla lääkärin tulisi kuitenkin pysyä aikataulussaan. Osa lääkäreistä tosin pitää aikataulussa pysymistä hoidon laadun kannalta toissijaisena. Yksi lääkäri kokee puolestaan hyväksi palveluksi sen, että kertoo asiakkaalle hyvän hoidon vaativan vielä toisen vastaanottokäynnin toisena ajankohtana. Vuorovaikutustaidoilla voidaan siis luoda asiakkaille enemmän aikaa ja samalla hallita omaa aikatauluaan.

Tämän tutkimuksen mukaan hoidon laatua lääkärin näkökulmasta kuvaa Mäen (2004, 163) esittelemistä laatunäkemyksistä parhaiten suunnittelukeskeinen ja asiakaskeskeinen näkökulma. Suunnittelukeskeinen laatu on lääkäreiden mielestä tärkeintä ja sitä tukee asiakaskeskeinen laatu. Suunnittelukeskeisen laatunäkemysyksen ydinasia on professionaalinen osaaminen eli lääkärin ammattitaito, jota lääkärit painottavat. Asiakaskeskeistä laatua korostaa asiakkaan kohtelu. Myös tuotantokeskeinen näkökulma nousee esille virheettömyyden tavoittelussa, jolloin asiakkaalle annetaan vaivaan sopiva ja oikea hoito. Lääkäreiden näkemykset tässä tutkimuksessa eivät tue palvelun laadun systeemikeskeistä näkökulmaa, jossa korostetaan esimerkiksi tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta. (ks. Mäki 2004, 163.)

Ammatillinen hoito voidaan jakaa kolmeen osaan, jotka ovat voimavarat, palveluprosessin toimivuus ja vuorovaikutustaidot (Kainlauri 2007, 68). Tässä tutkimuksessa lääkärit eivät painota kovin paljon voimavarojen tärkeyttä, eli että asianmukainen teknologia ja soveltuvat työvälineet tulisi olla saatavilla. Lääkäreiden mielestä on kuitenkin toimivaa, että lääkäriasemalla saadaan helposti ja nopeasti tarvittavat laboratorio- ja röntgenpalvelut. Palveluprosessin toimivuus eli palvelun saatavuus, joustavuus, jatkuvuus, pysyvyys ja saumattomuus eivät myöskään nouse esille lääkäreiden haastatte- luista. Vuorovaikutustaidot ovat puolestaan sekä Kainlaurin että tämän tutkimuksen mukaan olennaisia. Eli lääkäriillä tulee olla kykyä tulla toimeen erilaisten ihmisten

kanssa, kyky kuunnella ja ymmärtää asiakasta sekä kyky joustaa ja sopeutua erilaisiin palvelutilanteisiin.

Lääkäreiden mielestä asiakas on hoidon lähtökohta ja asiakkaita varten laadukas hoitopalvelu on tärkeää. Osa lääkäreistä mainitsee, että laatu on myös tärkeää itse lääkäriaseman kannalta. Kuitenkin lääkäreiden puheista voi aistia, että osa heistä näkee lääkäriasemalle olevan tärkeintä asiakkaiden käyntimäärät ja niistä saatavat tulot. Tämä nousee esille esimerkiksi siitä, että joidenkin lääkäreiden mielestä lääkäriasema yrittää haalia mahdollisimman paljon vastaanottajia ja sitä kautta enemmän asiakkaita ja tuloja. Lääkärit eivät itse painota työssään taloudellista näkökulmaa, vaan yrittävät hoitaa asiakkaan kuntoon mahdollisimman hyvin. Laadukas työskentely on lääkäreille tärkeää myös oman työnteon kannalta. Työtä on mielekästä tehdä, kun kokee itse onnistuneensa asiakkaan hoidossa.

Lääkäri on työsuoritukseensa tyytyväinen, kun yhteistyö pelaa asiakkaan kanssa. Silloin ei myöskään jää kysymysmerkkejä itse lääkärille ja hän kokee selvittäneensä asiakkaan vaivan perusteellisesti ja oikein. Lääkärit kokevat olevansa tyytymättömiä antamaansa hoitoon silloin, kun he eivät saa asiakkaan kanssa yhteistä lopputulosta aikaiseksi. Lääkärit siis kokevat, että laadukas hoitopalvelu vaatii onnistuakseen sekä oman että asiakkaan panoksen. Ilman yhteistyötä on vaikeaa päästä kumpaakaan miellyttävään lopputulokseen.

Osa haastatelluista lääkäreistä nostaa laadukkaan hoitopalvelun osaksi lääkärin ammatillisen etiikan ja moraalin, kuten myös Nelson ja Garnent. Nelson ja Garnent (2008, 40) painottavat, että eettisyyttä ja laatua ei saa erottaa toisistaan laadukkaassa hoidossa ja sen edistämisessä. Laadukas hoito tulee rakentaa eettisten arvojen ympärille, jolloin eettinen toimintatapa edistää laadukasta hoitoa. Osa lääkäreistä korostaa, että lääkäreillä tulisi automaattisesti olla hyvä moraalit. Øvretveit (1992, 61–62) tukee myös tämän tutkimuksen tulosta, jossa eettinen toimintatapa tulisi olla osa lääkäreiden ajattelu- ja toimintatapaa.

Asiakkaat ovat nykyään valistuneempia suurimman osan lääkäreiden mukaan. Ajatusta tukee myös Leinosen (2002, 15) väite, että laadun merkitys tulee lisääntymään tulevaisuudessa, sillä asiakkaat ovat entistä tietoisempia oikeuksistaan ja osaavat vaatia hoidoltaan enemmän. Asiakkaat pystyvät siis osallistumaan hoitoprosessiin paremmin ja toisaalta kyseenalaistamaan saamansa hoidon. Sairauksista ja niiden hoidoista kirjoitetaan paljon ja esimerkiksi Internetistä on helppo saada informaatiota. Tällöin lääkärin asiantuntijuus on olennaista ja asiakkaat vertaavat omaa tietoaan lääkärin antamaan tietoon.

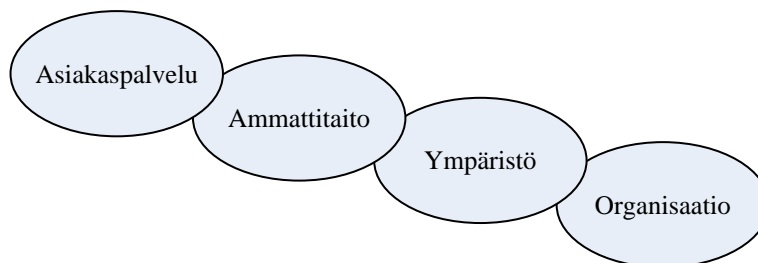
Lääkärit arvioivat, että asiakas muodostaa käsityksensä laadukkaasta hoitopalvelusta neljän pääpiirteen kautta. Ammattitaito ja vuorovaikutus arvioidaan tärkeimmiksi tekijöiksi, joita seuraavat ulkoiset puitteet eli ympäristö sekä aikataulussa pysyminen. Lääkäreiden arvio osuu hyvin kohdalleen tutkimuksen asiakkaiden näkökulman kanssa.

Ammattitaidon ja vuorovaikutuksen merkitys on molemmille tärkeää, mutta asiakas nostaa vuorovaikutuksen ammattitaidon edelle. Asiakkaat eivät käytännössä arvosta lääkäriaseman ulkoista ympäristöä niin paljon kuin lääkärit arvioivat. Aikataulussa pysyminen on sen sijaan tärkeää sekä lääkäreille että asiakkaille.

Lääkärit arvostavat oman ammattitaitonsa kehittämistä ja uskovat, että kouluttautumisella voidaan parantaa hoitopalvelun laatua. Osa lääkäreistä näkee, että jatkuva kouluttautuminen voisi olla pakollista ja sen voisi nostaa osaksi lääkäreiden laatusertifiointia. Lääkäriaseman laatusertifiointi ei ole näkynyt lääkäreiden toiminnassa, eikä heitä ole otettu sertifiointiin mukaan. Osa lääkäreistä ei haluaisikaan olla laatutyössä mukana, sillä he kokevat olevansa itse vastuussa omasta laadustaan ja kehityksestään. Osa lääkäreistä kuitenkin harmittelee, että heitä ei ole osallistettu mukaan lääkäriaseman laadun sertifiointiin. Omasta kouluttautumisesta ei tule välttämättä huolehdittua riittävästi, jos se jää täysin omalle vastuulle. Lääketiede kehittyy kuitenkin koko ajan eteenpäin, joten sitä on seurattava säännöllisesti. Lääkärit kokevat, että julkisella terveydenhoitosektorilla kouluttautuminen on helpompaa. Yksityisellä lääkäriasemalla koulutus on pois vastaanottoajoista ja siten lääkärin ansioista.

### 4.3 Johdon laatu näkökulman muodostuminen

Tutkittavan lääkäriaseman johdon näkemys muodostuu kokonaisvaltaisuudesta, jossa jokainen laadun osatekijä vaikuttaa hoitopalveluun. Kun asiakas ja lääkäri liittyvät laatu näkökulmaansa vastaanottotilanteeseen, johto tarkastelee koko palveluprosessin kokonaisuutta. Lääkäriaseman johto jakaa hoitopalvelun laadun neljään osa-alueeseen: asiakkaan, ammatilliseen ja organisatoriseen näkökulmaan, sekä niihin vaikuttaviin ympäristötekijöihin. Kuvio 11 selventää hoitopalvelun laadun muodostumista johdon näkökulmasta.



Kuvio 11 Laadukas hoitopalvelu johdon näkökulmasta

Asiakaspalvelu on yksi tärkeimmistä laadun tekijöistä johdon näkökulmasta, kuten kuvio 11 tarkentaa. Asiakaspalvelu pitää sisällään muun muassa ajanvarauksen, ilmoittautumisen ja maksamisen helppouden, henkilöstön ystävällisyyden sekä saatujen ohjeiden selkeyden. Lääkäriasema on panostanut asiakaspalvelun sujuvuuteen miettimällä taustalla olevia prosesseja. Yksi haastateltu johtaja korostaa, että prosesseja hiotaan asiakkaan näkökulmasta. Tavoitteena on, että prosessien rajapinnat hämärtyisivät ja asiakas kokisi käyntinsä lääkäriasemalla yhdeksi toimivaksi prosessiksi. Asiakaspalvelulla on merkittävä rooli prosessin toimivuudessa, jotta asiakas kokee käyntinsä onnistuneeksi.

Lääkäriin ammattitaito tukee asiakaspalvelua. Ammatillinen näkökulma pitää sisällään lääkäriin vastaanotolla tapahtuvan toiminnan, jonka perustana ovat kansalliset ja kansainväliset laatuksiteerit sekä hyvän hoidon suositukset. (ks. Leinonen 2002, 15–16; Mäki 2004, 75–76.) Johdon puheesta havaitsee, että lääkäreiden ammattitaitoon ei voida eikä haluta puuttua. Jokainen lääkäri vastaa siis omasta toiminnastaan ja sen laadusta. Johdon tulee puuttua lääkäriin toimintaan kuitenkin silloin, jos esimerkiksi lääkäristä annetaan paljon kielteistä palautetta. Taustalla on ajatus, että lääkäri on myös lääkäriaseman asiakas. Lääkäri on valinnut tutkittavan lääkäriaseman vastaanottoaikaan ja maksaa vuokraa lääkäriasemalle. Lääkäri saa puolestaan käyttöönsä tilat ja tarvitsemansa hoitotarvikkeet. Johto puhuu itsestään palvelun hankkijana, jolloin lääkäri on alihankkijan asemassa.

Laadukkaan mielikuvan muodostumista ei nähdä kuitenkaan yksiselitteisesti, sillä lääkäriin asioinnin lisäksi koko ympärillä oleva ympäristö asiakaspalvelutilanteeseen vaikuttaa asiakkaan kokemuksiin. Ympäristö pitää sisällään myös yrityksen imagon, joka vaikuttaa asiakkaan odotusten ja käsitysten muodostumiseen laadukkaasta hoitopalvelusta. Tämän tutkimuksen ja Ylikosken (1999, 119) mukaan imagolla on vaikutusta hoitopalvelun laadun muodostumiseen. Ylikoski (1999, 118–119) tarkastelee imagoa suodattimena, joka muokkaa asiakkaan laatukskokemuksia. Tämän tutkimuksen johto kokee myös, että hyvä imago voi edesauttaa laadukkaan hoitopalvelun muodostumisessa. Jos asiakas ei ole esimerkiksi täysin tyytyväinen saamansa palveluun, yrityksen hyvällä imagolla voi olla myönteistä vaikutusta asiakkaan lopullisen laatukskäsityksen muodostumiseen. Hyvä imago saattaa siis kompensoida asiakkaan huonoja kokemuksiä. Tämän näkemyksen nosti esille ainoastaan tutkittavan lääkäriaseman johto.

Organisatorinen näkökulma kuvastaa sitä, tehdäänkö lääkäriasemalla oikeita asioita oikealla tavalla. Oikeiden asioiden tekeminen tarkoittaa, että toiminnan ja palveluiden tulee keskittyä tiettyihin toimintoihin, sillä kaikkea ei ole järkevää ja mahdollista tehdä. Esimerkiksi kaikkia vaativia erikoissairaanhoidon toimenpiteitä ei ole oleellista ja kannattavaa tehdä yksityisellä lääkäriasemalla. Organisatorinen näkökulma nähdään puolestaan tärkeänä sen takia, että yksityisen lääkäriaseman toimintaa tuotetaan osittain verorahoilla. Esimerkiksi asiakkaat saavat maksun yhteydessä kela-korvauksen, jolloin

hoidosta maksettava summa jää pienemmäksi. Yrityksen tulee siis toimia tehokkaasti ja tuottavasti sekä keskittää voimavaransa järkevästi. Organisatorinen näkemys korostaa myös prosessien toimivuutta. Johdon tavoitteena on tehostaa toimintaa prosessien tarkalla mietinnällä ja niiden sujuvuudella. (ks. Kehoe 1996, 95.) Tämä tutkimus tukee myös Grönroosin (1998, 65) esittämää toiminnallista laatu-ulottuvuutta, jossa korostetaan palveluprosessien toimivuutta.

Kaikki edellä esitetyt näkökulmat ovat hoitopalvelun laadun kannalta tärkeitä ja vaikuttavat toisiinsa, kuten haastateltu johtaja toteaa.

*”Laatukokemuksista, ni se liittyy tähän palveluprosessien sujuvuuteen kokonaisuudessaan.”*

Laadukas hoitopalvelu voidaan nähdä palveluprosessina, jossa on useita näkökulmia. Yksittäinen laadun näkökulma ei ole riittävä laadukkaaseen hoitopalveluun, mutta se on välttämätön kokonaisuuden muodostumisessa. Johto korostaa puheessaan kokonaisuuden merkitystä, jossa jokaisella näkemyksellä on oma paikkansa. Vaikka esimerkiksi lääkäriaseman palvelu ja prosessit ovat hiottu kuntoon, mutta asiakkaat eivät pidä lääkäreitä ammattitaitoisina, ei lääkäriaseman toiminta ole laadukasta ja kannattavaa. Prosessit ja laadun osatekijät ovat siis tiiviisti sidoksissa toisiinsa.

Tämä tutkimus on päässyt osittain samoihin tuloksiin Badrin ym. (2008, 165) tutkimuksen kanssa. Badri ym. jaottelevat terveydenhoidon laadun mallin hoidon laatuun, prosessiin ja organisaatioon sekä viestintään. Badrin ym. esittelemä hoidon laatu vastaa tämän tutkimuksen ammattitaitoa, jossa muun muassa lääkärin pätevyys ja ammattimaisuus ovat tärkeitä tekijöitä. Prosessi ja organisaatio antavat toiminnalle resurssit, säännöt ja hallinnolliset asiat. Tämä tutkimus korostaa myös prosessien tehokkuutta ja organisatorista järjestelmällisyyttä. Viestintä ei tullut esille tämän tutkimuksen tuloksista, mutta viestintä voidaan nähdä myös osana yrityksen imagon rakentamista, jonka johto nosti haastatteluissa esille. Badrin ym. esittämässä mallissa ei korosteta asiakaspalvelua, joka on puolestaan tässä tutkimuksessa perustana laadukkaalle hoitopalvelulle.

Johdon mielestä laadukas hoitopalvelu on tärkeää asiakkaalle, kuten haastateltu johtaja tiivistää:

*”Niin asiakkaan näkökulmasta nimenomaan, että sitä vartenhan kaikki terveydenhoitoalan yritykset on olemassa.”*

Terveydenhoitoalan yrityksen tavoite on terve asiakas. (vrt. Kunst & Lemmink 1997, 149.) Asiakkaan odotuksien ja kokemusten hahmottaminen ja täyttäminen on tärkeää, jotta asiakas kokee saaneensa laadukasta palvelua. Asiakkaan rinnalla tulevat myös lääkärit ja henkilöstö, jolle laadukkaan hoidon toteuttaminen antaa motivaatiota työntekoon. Yksi haastatelluista johtajista puhuu arvon luonnista, eli hoitotyön tekeminen antaa tekijälleen arvon tunnetta. Kaikki eivät pidä laadusta sanana tutkittavalla lääkäriasemalla, jolloin laatuajattelua on viety läpi arvon luomisena sekä asiakkaalle että työntekijälle.



Laadukas hoitopalvelu koetaan eettiseksi ja moraaliseksi velvoitteeksi tutkittavalla lääkäriasemalla. Johto ottaa myös esille ajatuksen, että kyseessä on asiantuntijaorganisaatio, jossa lääkärit tietävät hoidosta enemmän kuin asiakkaat. Asiantuntijaorganisaationa toiminen asettaa eettisiä vaatimuksia, jolloin lääkärin tulee toimia asiakkaan parhaaksi. Tutkittavan lääkäriaseman lääkärit ja hoitohenkilökunta eivät voi olettaa, että asiakas tietää, mikä on hänelle sopivin hoito. Lääkärien ja hoitohenkilökunnan tulee ottaa vastuu siitä, että asiakas saa eettisesti oikeaa hoitoa. (ks. Øvretveit 1992, 61–62.)

Tutkittava lääkäriasema on saavuttanut ISO 9001-laatusertifikaatin huhtikuussa 2008, minkä johdosta laatuasiat ovat olleet yrityksessä erityisen tarkastelun alla. Johdon mukaan laatusertifikaatti on tuonut lääkäriaseman työhön järjestelmällisyyttä ja henkilöstön yhteishenki on parantunut. Sertifioinnin alkuvaiheessa voitiin havaita muutosvastarintaa ja henkilöstön keskuudessa ihmeteltiin, miksi laatutyötä tehdään. Laadun kehittämistä kuvataan usein muutosprosessiksi, jossa henkilöstö otetaan muutokseen mukaan. Myös tutkittavalla lääkäriasemalla otettiin henkilökuntaa mukaan laatusertifioinnin läpiviemiseen. Erityisesti hoitajat ja asiakaspalveluhenkilöstö olivat henkilökunnasta mukana. Lääkäreistä ainoastaan työterveyden lääkärit olivat laatusertifioinnissa osallisina. Muita lääkäreitä informoitiin sertifioinnista, mutta heitä ei osallistettu laatutyöhön mukaan. Henkilöstön sitouttaminen kehitystyöhön on tärkeää, jotta prosessi saadaan vietyä onnistuneesti loppuun asti. (vrt. Hannukainen 1993, 56–57; Walshe & Smith 2006, 469–470.)

Laatujohtaminen on käsite, joka on johdon mielestä hieman huono arkipäivän tilanteissa. Tutkittavalla lääkäriasemalla puhutaan enemmänkin prosessien hallinnasta ja laatujohtaminen ajatellaan kuuluvan osaksi jokapäiväistä johtamista. Lääkäriaseman johto ei halua sanottavan, että nyt johdetaan laatua. Halutaan enemmin ajatella, että johtaminen ylipäättään pitää sisällään jo laatujohtamisen periaatteet. Laatujohtamista ei haluta siis pitää erillään muusta toiminnasta ja johtamisesta. Lääkäriaseman laatukysymykset ovat nousseet esille viimeisten muutaman vuoden aikana, kun todettiin, että kilpailussa tulee pysyä mukana. Laatu nähdään yrityksessä tärkeänä asiana kilpailun kannalta, ja henkilökunta halutaan ottaa laatutyöhön mukaan. Aivan kuten teoreettinen viitekehys painottaa, tutkittavalla lääkäriasemalla on otettu laatutyöhön mukaan sekä johtajat että asiakaspalvelu. (vrt. Kainlauri 2007, 71.)

Toinen johtajista puhuu laatuksittuurin synnyttämisestä. Laadunhallinta nähdään tutkittavalla lääkäriasemalla kulttuurikysymyksenä, jossa laatu toiminnan periaatteet ovat organisoitu.

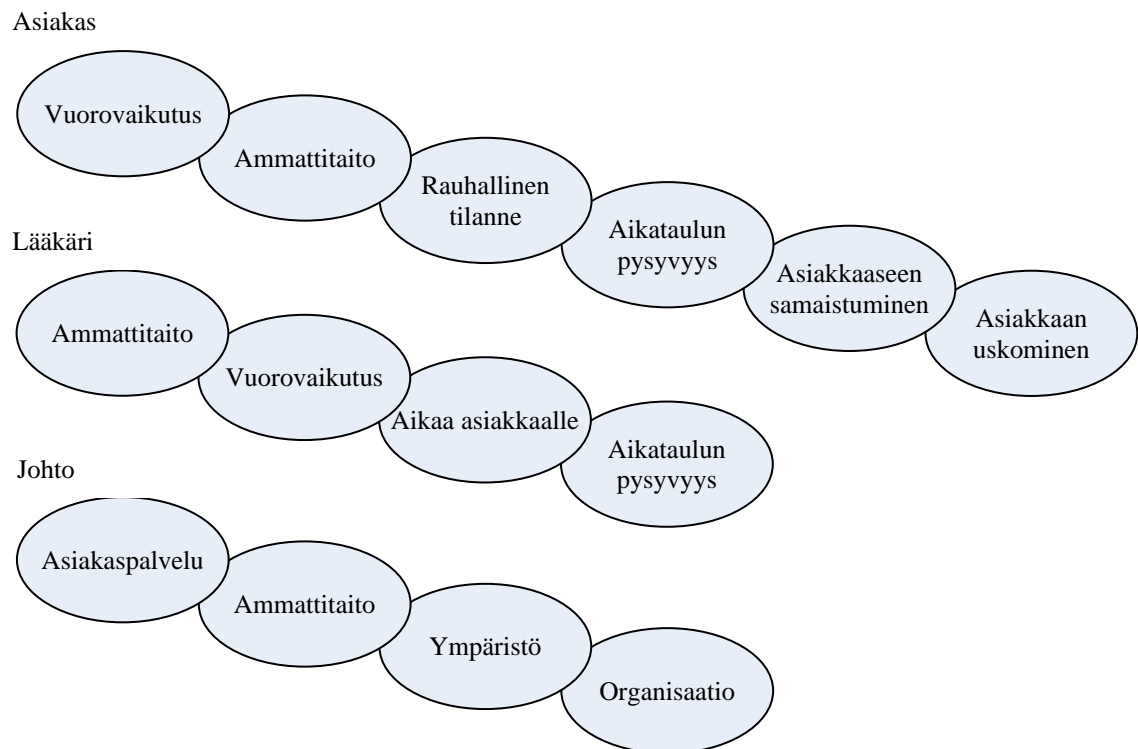
*”Kun puhutaan laadun johtamisesta niin mun mielestä pitäisi puhua laatuksittuurin synnyttämisestä et se, mitkä ovat sellaisia tärkeitä periaatteita organisaation toiminnassa.”*

Myös Mäki (2004, 119) tukee tämän tutkimuksen johdon näkemystä, että yrityksen tulisi keskittyä laatuksittuurin synnyttämiseen. Mäki (2004, 119) esittää samalla kritiik-

kiä, että yritykset ovat keskittyneet liikaa laatujärjestelmien kehittämiseen. Tutkittavalla lääkäriasemalla on kuitenkin perusteltua, että laatujärjestelmän kehittämiseen on keskitytty, sillä laatusertifiointin myötä laatujärjestelmä on juuri saatu valmiiksi. Laadun julkista sertifiointia voidaan käyttää myös osana imagon rakentamista. Laatutyö on lääkäriasemalla vielä uutta ja henkilökunta käyttää laatujärjestelmää oman työnsä tukena. Laatujärjestelmästä puhutaan lääkäriasemalla toimintajärjestelmänä. Voidaan kuitenkin jo sanoa, että tutkittavalla lääkäriasemalla ollaan vasta luomassa laatukulttuuria. Johdon mukaan henkilökunta on innostunut laatutyöstä sertifiointin myötä ja laatu koetaan yhteiseksi asiaksi.

#### 4.4 Laatunäkemyksien vertailu

Asiakas, lääkäri ja johto näkevät hoitopalvelun laadun muodostuvan kokonaisuudesta. Jokaisen näkökulman haastateltavien puheesta aistii kokonaisuuden merkityksen, jossa jostain asioista voidaan tinkiä. Tällöin hoitopalvelun laatua ei kuitenkaan koeta huonoksi. Tämä tutkimus tukee Garvinin ajattelua, jonka mukaan laadusta ei saa kokonaisvaltaista kuvaa yhdestä näkökulmasta tarkasteltuna (Mäki 2004, 81). Kokonaisuus muodostuu kuitenkin eri tavalla riippuen tarkasteltavasta näkökulmasta, kuten kuvio 12 selventää.



Kuvio 12 Asiakkaan, lääkärin ja johdon näkökulmat laadukkaasta hoitopalvelusta

Kuviosta 12 nähdään, mitä eroja asiakkaan, lääkärin ja johdon näkemyksissä on hoitopalvelun laadun suhteen. Näkemyksistä voidaan todeta, että kaksi tärkeintä tekijää laadun muodostumisessa ovat vuorovaikutus ja ammattitaito. Asiakaspalvelun voi myös nähdä osana vuorovaikutusta, mutta tässä tutkimuksessa vuorovaikutus ja asiakaspalvelu pitävät sisällään eri asioita. Asiakaspalvelu keskittyy erityisesti muun henkilökunnan kanssa asioimiseen, eikä suoranaisesti asiakkaan ja lääkärin väliseen kohtaamiseen. Eroja löytyy enemmän niistä laadun osatekijöistä, joilla on vähemmän vaikutusta hoidon laatuun. Eniten näkemyksistä eroaa johdon näkemys, jossa ympäristö ja organisaatio ovat nostettu laadun osatekijöiksi. Ympäristö ja organisaatio eivät ole niin konkreettisia tekijöitä kuin asiakkaiden ja lääkäreiden esille nostamat tekijät. Johdon näkemyksen eroavaisuus saattaa johtua siitä, että yleensä yrityksen johdolla on laaja-alaiset näkemykset yrityksen toiminnasta, kun asiakas puolestaan kiinnittää huomiota pienempiin yksityiskohtiin. Lääkäri keskittyy myös enemmän itse hoidon antamiseen, jolloin vastaanottohuoneen ulkopuoliset asiat eivät vaikuta hoidon laadukkuuteen. Vaikka asiakas ja lääkäri painottavat laatukäsityksen muodostuvan kokonaisuudesta, johto muodostaa laatukäsityksensä kokonaisvaltaisimmin. Johto ottaa laatukäsitykseensä mukaan koko tutkittavan lääkäriaseman toiminnan, kun asiakas ja lääkäri puolestaan keskittyvät pääosin keskinäiseen vuorovaikutussuhteeseensa.

Johdon näkemys hoitopalvelun laadusta eroaa eniten asiakkaan ja lääkärin näkemyksistä. Johdon näkemys on abstraktimpi, eikä siinä eritellä kovin tarkasti, mistä osista hoidon laatu muodostuu. Asiakkaat ja lääkärit antavat hoidon laadulle konkreettisempia merkityksiä ja erittelevät laatua tarkemmin. Asiakkaat jaottelevat käsityksensä laadukkaasta hoitopalvelusta kaikkein tarkimpiin osa-alueisiin. Asiakkaan jaottelusta asiakkaaseen samaistuminen ja asiakkaan uskomisen kohdistuvat erityisesti lääkäriin. Tämä vahvistaa ajatusta, että asiakas muodostaa käsityksensä laadukkaasta hoitopalvelusta ensisijaisesti lääkärin kanssa asioimisesta.

Haastatellut lääkärit ja johtajat ottavat laatu keskusteluun mukaan eettisen ja moraalisen näkökulman. Tutkija ei nostanut esille eettisyyttä haastatteluissa, vaan lääkärit ja johtajat mainitsivat itse eettisyyden osaksi laadukasta hoitopalvelua. Asiakkaat eivät puolestaan mainitse lainkaan eettisyyden merkitystä. Tähän saattaa olla selityksenä se, että eettisyys kuuluu läheisesti lääkärin ja ylipäätään yrityksen toimintaan. Siitä puhutaan myös lääkäreiden koulutuksessa. Eettisyydestä puhutaan lääkäreiden velvollisuuksien ja yritysten toimintatapojen pohjana. Asiakas ei välttämättä osaa ajatella eettisyyttä laadukkaana hoitopalvelun osana, vaan ajattelee sen kuuluvan itsestään selvänä osana lääkärin ammattitaitoa. (ks. Nelson & Garnett 2008, 40; Øvretveit 1992, 61–62.)

Tässä tutkimuksessa on käytetty tarkoituksenmukaisesti asiakas-nimitystä, jotta kertomus olisi johdonmukainen. On mielenkiintoista huomata, miten asiakkaat puhuvat itsestään asiakkaina, lääkärit puhuvat mieluiten potilaasta ja johto puhuu sekä asiak-

kaasta että potilaasta. Asiakkaiden haastatteluista pystyy aistimaan, että he haluavat tulla kohdelluiksi asiakkaina. Asiakkaana he saavat palvelua ja voivat myös vaatia parempaa palvelua itselleen. Lääkärit haluavat puolestaan kohdata potilaan, jonka sairaus tulee hoitaa. Yksi haastateltu lääkäri sanoo hieman kärjistäen:

*”Ei ihminen mene terveyskeskuksen tiskille ja pyydä yhtä elvytystä, ihmiset tulevat niinku kaupan kassalle ja pyytävät ton ja ton.”*

Lääkärit haluavat hoitaa sairauksia, eikä sairas ihminen voi aina olla asiakas. Lääkärit kuitenkin ymmärtävät, että ihmisistä on tulossa vaativampia. Asiakas ei aina tiedä, mikä hoito on hänelle parasta ja mitä kannattaa tehdä. Lääkäreiden tulisi osata keskustella asiakkaan kanssa mahdollisimman laajasti hoitovaihtoehtoista ja perustella oikeaa hoitoa. Johto puhuu myös hoidon epäsymmetriasta. (ks. Parvinen ym. 2005, 50.) Lääkärin ja myös muun hoitohenkilökunnan tehtävä on kertoa vaihtoehtoisista hoidoista ja perustella asiakkaalle, miksi hän tarvitsee kyseistä hoitoa. Lääkärin tehtävä on lisätä asiakkaan tietoisuutta. Johdon mukaan asiakas ei ole pelkästään lääkäriasemalla asioiva kuluttaja. Johdon näkemys asiakkaista on laajempi, koska asiakkaita ovat myös kunnat, vakuutusyhtiöt ja työterveysyritykset. Tämän vuoksi johto saattaa kutsua henkilöasiakkaita myös potilaiksi.

## 4.5 Tulosten arviointi

Kaikissa tutkimuksissa on tavoitteena välttää virheiden syntymistä, mutta silti tutkimuksen tulosten luotettavuus ja yleistettävyyys vaihtelevat. Tämän vuoksi tutkimuksessa pyritään arvioimaan tulosten luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Tämän tutkimuksen tuloksia arvioidaan reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta, eli päätyvätkö tutkijat samoihin tuloksiin samasta aiheesta. Validiteetti kuvaa tutkimusmenetelmän sopivuutta mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Tämän tutkimuksen reliabiliteettia voidaan arvioida vertailemalla tämän tutkimuksen tuloksia aikaisempien tutkimusten tuloksiin. Ongelmallista on kuitenkin se, ettei juuri tämän tyyppistä tutkimusta löydy vertailupohjaksi. Asiakkaan käsityksiä laadukkaasta hoidosta on kuvattu aikaisemmissa tutkimuksissa. Tutkimuksien tulokset eivät kuitenkaan vastaa toisiaan täysin. Tässä ja aikaisemmissa tutkimuksissa voidaan löytää joitain yhteisiä tekijöitä. Parhaiten tämä tutkimus vahvistaa tutkittavan lääkäriaseman aikaisempaa asiakastyytyväisyystutkimusta. Tulosten eroavaisuuteen saattaa olla syynä tutkimusmenetelmien erilaisuus, eli suurimmassa osassa aikaisempia tutkimuksia on käytetty kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Myös julkisen ja yksityisen sektorien erot vaikuttavat tulosten erilaisuuteen. Aikaisemmat tutkimukset ovat pääsääntöisesti tehty

julkisella sektorilla. Tämä tutkimus tehtiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä yksityisellä lääkäriasemalla.

Aiemmissa tutkimuksissa lääkärit eivät ole juurikaan arvioineet laadukasta hoitopalvelua omasta näkökulmastaan. Tähän tutkimukseen ei onnistuttu löytämään vertailupohjaksi lääkärin omia käsityksiä hoidon laadusta. Ammatillista laatua on arvioitu kuitenkin aikaisemmissa tutkimuksissa. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat siltä osin aikaisempia tutkimuksia. Myöskään varsinaisia johdon arvioita laadukkaasta hoitopalvelusta ei onnistuttu löytämään tämän tutkimuksen tueksi. Aikaisemmat tutkimukset painottavat kilpailukyvyn ylläpitoa ja laatujohtamista. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli nostaa esille konkreettisia ilmiöitä arjesta, minkä mukaan laadukas hoitopalvelu muodostuu eri toimijoiden näkökulmasta.

Tutkijana olen pyrkinyt varmistamaan, että tämän tutkimuksen tuloksia voitaisiin pitää luotettavina. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuitenkin arvioida kokonaisuudessaan vasta, kun joku toinen tutkija tekee laadullisen tutkimuksen yksityisellä sektorilla samasta aiheesta. Tämän tutkimuksen tekemisen perusteluna onkin ollut tarpeellisuus ja uutuusarvo, sillä aivan vastaavaa tutkimusta ei löytynyt tämän tutkimuksen pohjaksi.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, miten asiakas, lääkäri ja johto muodostavat käsityksensä laadukkaasta hoitopalvelusta. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen ote, jotta tutkija pystyisi saamaan monipuolisen ja rikkaan aineiston kuvaamaan ilmiötä. Tutkimuksen validiteetti on tutkijan mielestä hyvä, koska käytetyllä menetelmällä saatiin kerättyä monipuolinen aineisto. Haastatteluiden avulla kerättiin tarkkoja kuvauksia laadukäsitysten muodostumisesta toimijoilta itseltään ja aineistolla voidaan vastata tutkimuskysymykseen.

Suurin virhelähde tässä tutkimuksessa saattaa olla sosiaalisesti suotavien vastausten antaminen. Ihmisillä voi olla tapana antaa yleisiä vastauksia, joita he uskovat tutkijan odottavan. Tällöin haastateltava ei vastaa kysymyksiin oman ajattelun mukaan, vaan vastaa kysymykseen niin kuin luulee muidenkin vastaavan. Myös tässä tutkimuksessa on riski, että haastateltavat ovat antaneet sosiaalisesti suotavia vastauksia. Tämän tutkimuksen aihe voi olla haastateltavalle arkaluontoinen, jolloin hän ei halua kertoa suoraan omia tunteuksiaan ja mielipiteitään.

## 5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa painotetaan kokonaisuuden merkitystä laadukkaan hoitopalvelun muodostamisessa. Vaikka asiakkaat, lääkärit ja johto muodostavat käsityksensä laadukkaasta hoidosta eri tavalla, kaikki painottavat omalla tavallaan laadun kokonaisuutta. Laadun kokonaisvaikutelma muodostuu asiakkaan näkökulmasta kuuden tekijän kautta. Tekijöitä ovat vuorovaikutus, ammattitaito, rauhallinen tilanne, aikataulun pysyvyys, asiakkaaseen samaistuminen ja asiakkaan uskominen. Lääkärit nimeävät puolestaan ammattitaidon, vuorovaikutuksen, asiakkaan kanssa käytetyn ajan ja aikataulussa pysymisen laadun osatekijöiksi. Johdon näkökulma eroaa laatukäsityksen määrittelyssä eniten. Johdon mielestä laadukas hoitopalvelu koostuu asiakaspalvelusta, ammattitaidosta, ympäristöstä ja organisaatiosta. Laadun osatekijöitä on tässä havaittujen määrittelyiden mukaan monia. Käsitys laadukkaasta hoitopalvelusta ei vaadi aina tuekseen kaikkia mainittuja laadun osatekijöitä, vaan hoito voi olla laadukasta jonkin osatekijän puuttuessaakin.

Tämä tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että asiakkaalla, lääkäriellä ja johdolla on erilainen näkemys siitä, miten käsitys laadukkaasta hoitopalvelusta muodostuu. Asiakkaiden ja lääkäreiden näkemykset laadusta pohjautuvat pääosin vastaanottohuoneen sisällä tapahtuvaan vuorovaikutukseen ja ammattitaitoon. Johdon näkemys muodostuu puolestaan toimivasta asiakaspalvelusta, jossa osana on myös ammattitaito. Ammattitaito on laadukkaan palvelun yhteinen tekijä, kun näkökulmia vertaillaan toisiinsa. Tutkittava lääkäriasema on asiantuntijaorganisaatio. Asiantuntijaorganisaatiolle onkin tyyppillistä, että ne kilpailevat erikoisosaamisellaan eli tässä tapauksessa lääkärin ammattitaidolla.

Yksityisen lääkäriaseman asiakas haluaa saada palvelua ja olla palvelun keskipiste. Erityisesti lääkärin vastaanotolla asiakas haluaa tulla kohdatuksi ja kuunnelluksi. Asiakkaan odotukset kohdistuvat ensisijaisesti lääkäriin, ei koko lääkäriasemaan. Lääkärin kanssa asioiminen on laadukkaan hoitopalvelun perusta, eikä asiakas kiinnitä kovin paljon huomiota ympärillä oleviin tekijöihin. Tutkitun lääkäriaseman asiakaspalvelu ja ympäristö koetaan hyväksi. Asiakkaat eivät ole koskaan törmänneet likaiseen lääkäriasemaan, jossa henkilökunta olisi ollut töykeää. Yksityiseltä lääkäriasemalta oletetaan automaattisesti saavan asiaankuuluvaa palvelua ja tilojen olevan kunnossa. Tämä kuvastaa sitä, että asiakas on nykyään vaativa kuluttaja ja haluaa saada palvelua osakseen. Asiakas ei tyydy huonoon kohteluun, vaan on tarvittaessa valmis vaihtamaan palveluntarjoajaa. (ks. Järvelin ym. 1992, 33.)

Asiakkaat näkevät myös julkisen terveydenhoitosektorin laadukkaana. Erityisesti lääkäreiden ammattitaitoa arvostetaan sekä yksityisellä ja julkisella terveydenhoitosektorilla. Asiakkaat kohdistavat kuitenkin kritiikkiä julkisen sektorin pitkiin jonotusaikoihin ja logistiseen toimimattomuuteen. Øvretveitin (2000, 74) tutkimus tukee tämän tut-

kimuksen tulosta, että asiakkaat ovat tyytymättömiä pitkiin jonotusaikoihin ja yleiseen kohteluun, ei niinkään hoidon laatuun. Tämä saattaa olla syynä siihen, ettei julkista terveydenhoitoa aina arvosteta. Tämä tutkimus kuitenkin osoittaa, että asiakkaat pitävät julkista terveydenhoitoa laadukkaana. Julkisen terveydenhuollon prosesseja tulisi miettiä toimivimmiksi, jotta asiakas arvostaisi sitä enemmän.

Lääkäri haluaa hoitaa työnsä kunnolla, eli tehdä oikean diagnoosin ja antaa asiaan-kuuluvaa hoitoa asiakkaalle. Lääkärin tavoite on sama, työskentelee hän sitten yksityisellä tai julkisella sektorilla. Vuorovaikutus on lääkärin apuväline oikean diagnoosin tekemiseen. Asiakkaiden odotuksia ei kuitenkaan ole aina helppo tunnistaa ja ymmärtää, jolloin asiakas saattaa olla tyytymätön saamaansa hoitoon. (ks. Lim & Tang 2000, 105.)

Johto näkee laadukkaan hoitopalvelun toimivien prosessien summana. Johto ei kiinnitä huomioita niinkään yksityiskohtiin vaan koko lääkäriaseman toimivuuteen. Johdon tehtävä onkin ylipäätään asettaa tavoitteet ja antaa resurssit laadukkaan hoitopalvelun muodostamiselle. Tutkittavan lääkäriaseman toiminta ja sen kehittäminen on asiakaslähtöistä. Laadukkaan palvelun kehittämisen terveydenhoitoalalla tuleekin lähteä liikkeelle asiakkaan tarpeista ja toiveista. (vrt. Moumtzoglu 2007, 277.) Asiakkaiden tarpeiden huomioiminen on oleellista jokaisessa palvelualan yrityksessä, ei ainoastaan terveydenhoitoalalla. Lääkäriasema tarvitsee tuekseen vahvaa asiantuntijuutta, jotta pystyy tunnistamaan asiakkaiden tarpeet. Asiakas ei aina ole itsekään tietoinen omista tarpeistaan, jolloin vastuu hoidosta jää lääkäreille ja muulle hoitohenkilökunnalle.

Johto luo ympäristön, jossa laadukas hoitopalvelu voidaan saavuttaa. Laadukas hoitopalvelu itsessään muodostuu kuitenkin tämän tutkimuksen mukaan lääkärin vastaanotolla, jossa asiakas ja lääkäri kohtaavat. Aikaisemmat tutkimukset ovat kuitenkin päätyneet hieman erilaisiin tuloksiin. Käsillä oleva tutkimus ei anna täysin samoja tuloksia aikaisempien tutkimusten kanssa, vaan korostaa niitä enemmän vuorovaikutuksen ja ammattitaidon merkitystä. Laadukas hoitopalvelu ei kuitenkaan ole kiinni ainoastaan johdosta, vaan koko henkilökunnasta. Tutkittavalla lääkäriasemalla on saavutettu yhtenäisyyden tunnetta laatusertifioinnin myötä, eli henkilökunta haluaa olla yhdessä toteuttamassa laatutyötä. Lääkäriaseman johto on onnistunut henkilökunnan sitouttamisessa laatuajatteluun, jolloin laadun kehittämisestä on tullut yhteinen asia. Lääkärit eivät kuitenkaan ole täysin tyytyväisiä laatusertifioinnin läpiviemiseen lääkäriasemalla. Osa lääkäreistä haluaa olla laatutyössä mukana ja osa ei. Johdon tulisikin miettiä, millä tavoin laatutyöstä innostuneet lääkärit saisi mukaan laadun kehittämiseen. Johdon tavoitteena on luoda laatukulttuuri, jossa laatuasiat nähdään itsestäänselvyyttenä. Laatukulttuuriin on vielä matkaa, mutta lääkäriaseman johto on luonut vahvan perustan laatu-kulttuurin synnyttämiseksi.

Laatua tulee parantaa jatkuvasti. Tutkittavalla lääkäriasemalla on nyt laatusertifioinnin myötä saavutettu laatuajattelun perusta, josta toimintaa voidaan lähteä kehittämään tulevaisuudessa. Johto näkee, että prosessien ja toimintatapojen kehittäminen on seu-

raava askel toiminnan kehittämiseksi. Asiakkailla ja lääkäreillä ei haastatteluissa ollut varsinaisia kehitysehdotuksia. Asiakkaat pitävät kuitenkin tärkeänä, että he itse ovat toiminnan perusta ja heihin kiinnitetään huomiota tulevaisuudessakin. Lääkärit ovat myös tyytyväisiä tutkittavan lääkäriaseman toimintaan, mutta näkevät itsensä pikemminkin itsenäisinä ammatinharjoittajina. Lääkärit kohdistavat kehitysvaatimuksensa enemmänkin itseensä ja painottavat itsensä kouluttamista. Osa lääkäreistä kuitenkin toivoo, että yksityinen lääkäriasema pystyisi tarjoamaan enemmän kouluttautumismahdollisuuksia. Tutkittavan lääkäriaseman tulisikin miettiä, voisivatko he tarjota lääkäreille monipuolista koulutusta. Koulutus on tiivistä sidoksissa ammattitaitoon, jota pidetään yhtenä tärkeimpänä tekijänä laatukäsityksen muodostumisessa tämän tutkimuksen mukaan.

Tutkittava lääkäriasema on tämän tutkimuksen mukaan hyväksytyin palvelun laadun tasolla Kinnusen (2004, 19) esittämän laadun toleranssin mukaan. Lääkäriaseman toimintaan ollaan tyytyväisiä. Lääkäriasema voi kuitenkin kehittää toimintaansa jatkossakin ja näin parantaa laatuaan. Lääkäriaseman johto pitääkin tärkeänä, että prosesseja laatutyön takana pohditaan ja kehitetään tulevaisuudessa. Tavoitteena voisi olla yli odotusten menevä laatu, jossa asiakkaiden odotukset hoidon laadusta ylittyvät. (vrt. Kinnunen 2004, 19.)

Tämä tutkimuksen tavoitteena oli tutkia laatukäsityksen muodostumista asiakkaan, lääkärin ja johdon näkökulmasta yksityisellä lääkäriasemalla. Tutkimuksen tavoitteet täyttyivät, sillä jokaisesta näkökulmasta on voitu esittää laatukäsitykseen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuskysymykseen saatiin siis vastaus. Vaikka tämä tutkimus ei tue täysin aikaisempia tutkimuksia, antaa tämä tutkimus yksityiskohtaista informaatiota tutkittavalle lääkäriasemalle.

Tämän tutkimuksen tulokset voidaan mielestäni osittain yleistää. Todennäköisesti muillakin yksityisillä lääkäriasemilla voitaisiin päätyä samankaltaisiin tuloksiin, jos käytettäisiin samaa tutkimusmenetelmää. Julkisella puolella tilanne saattaisi kuitenkin olla toinen. Julkisen sektorin toimintatapa eroaa yksityisestä sektorista sen verran, ettei tuloksia voida yleistää siellä. Mielenkiintoista olisi kuitenkin tutkia samassa tutkimuksessa, miten laatukäsitys muodostuu ja mahdollisesti eroaa julkisella ja yksityisellä sektorilla.

Pohdittaessa laatukäsityksen muodostumisen tulevia aiheita, tutkimukseen voisi ottaa vielä mukaan hoitohenkilökunnan eli lääkäriasemalla työskentelevien hoitajien näkökulman. Jatkotutkimuksissa laadukkaan hoitopalvelun näkemystä voisi näin laajentaa vielä monipuolisemmaksi. Tutkimusotteeksi sopii mielestäni parhaiten kvalitatiivinen lähestymistapa. Suurin osa aikaisemmista tutkimuksista on tehty kvantitatiivisella tutkimusotteella. Kvantitatiivinen tutkimus nostaa esille numeerista ja prosentuaalista tietoa, josta ei varsinaisesti käy ilmi, miten laadukas hoitopalvelu muodostuu. Kvalitatiivinen menetelmä tuo esille syvällisempää ja yksityiskohtaisempaa tietoa subjektiivisesti



koetusta aiheesta, joka on mielestäni tärkeää laatukäsityksen muodostamista tutkittaessa.

Tutkimuksen loppuvaiheessa tulee mietittyä, mitä olisi voinut tehdä toisin. Tämän tutkimuksen osalta asiakkailta olisi voinut kysellä tarkemmin palveluiden hintojen merkityksestä. Aikaisemman tutkimuksen mukaan terveydenhoitoalalla laatu ja hinta kulkevat omia polkujaan (ks. Simola 2007, 6; Lillrank 1998, 34). Tämän tutkimuksen asiakkaat ovat työterveyshuollon asiakkaita, joille suurin osa käynneistä lääkäreillä tai tutkimuksissa maksetaan työnantajan puolesta. Kuitenkin suurimmalla osalla asiakkaista on kokemusta yksityisestä terveydenhuollosta itse maksavana asiakkaana, sillä työterveys ei korvaa aina kaikkea. Myös esimerkiksi asiakkaiden perheen muilla jäsenillä on käynnejä yksityisellä sektorilla. On mielenkiintoista havaita, että kukaan asiakkaista ei ottanut rahaa ja lääkärien vastaanottopalkkioita esille puheessaan. Olisi ollut mielenkiintoista kysyä, miten palvelun hinta vaikuttaa laadukkaan hoitopalvelun muodostumiseen ja onko hinnalla merkitystä esimerkiksi lääkäriä tai lääkäriasemaa valittaessa.

Lopuksi on vielä syytä huomioida, että terveydenhoitoalan palvelut ja niiden laatu koetaan yksilöittäin eri tavalla. Tämä tutkimus antaa suuntaa antavan kuvauksen, mihin laatutekijöihin tutkittavan lääkäriaseman tulisi jatkossa panostaa. Tämän tutkimuksen perusteella oma näkemykseni on, että lääkäriaseman tulisi panostaa asiakaslähtöiseen toimintatapaan entistä enemmän. Laadukkaan hoitopalvelun käsitys muodostuu asiakkaan näkökulmasta pienistä tekijöistä. Nyt tutkittava lääkäriasema keskittyy suurempiin linjauksiin, joita asiakas ei välttämättä osaa hahmottaa. Asioiden konkreettinen pohtiminen asiakkaan näkökulmasta auttaa lääkäriasemaa tarjoamaan vieläkin asiakaskeskeisemmän ja laadukkaamman hoitopalvelun kaikille asiakkailleen.

## LÄHTEET

- Aaltola, J. – Valli, R. (toim.) (2001a) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I – metodin valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Aaltola, J. – Valli, R. (toim.) (2001b) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II – näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Arnerup-Cooper, B. – Edvardsson, B. (1998) *Tjänstemarknadsföring i teori och praktik*. Studentlitteratur: Lund.
- Badri, M. – Attia, S. – Ustadi, A. (2008) Testing not-so-obvious models of healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, No: 2, 159–174.
- Caldwell, C. – Butler, G. – Grah, J. (2008) Breakthrough quality: What the board must do. *Trustee*, Vol. 61, No: 6, 32–33.
- Dale, Barrie G. (1994) *Managing quality*. 2<sup>nd</sup> ed. Prentice Hall International Ltd: Hertfordshire.
- Davis, Lee (1997) *Quality assurance – ISO 9000 as a management tool*. Munksgaard International Publishers Ltd: Copenhagen.
- Dey, P. – Hariharan, S. (2006) Integrated approach to healthcare quality management: a case study. *The TQM Magazine*, Vol. 18, No: 6, 583–605.
- Domingo, Rene T. (1997) *Quality means survival, let the seller beware*. Prentice Hall: Singapore.
- Eriksson, P. – Kovalainen, A. (2008) *Qualitative methods in business research*. SAGE Publications Ltd: London.
- Flick, U. – Kardorff, E. – Steinke, I. (2004) *A companion to qualitative research*. SAGE Publications Ltd: London.
- Garvin, David A. (1988) *Managing quality – the strategic and competitive edge*. The Free Press: New York.
- Grönroos, Christian (1990) *Service management and marketing – managing the moments of truth in service competition*. Lexington Books: Toronto.
- Grönroos, Christian (1998) *Nyt kilpaillaan palveluilla*. 4. uud. p. WSOY: Porvoo.
- Hannukainen, Timo (1993) *Laatuyritykset – laatujohtaminen maailman valioyrityksissä*. Tammer-Paino Oy: Tampere.
- Hensen, P. – Schiller, M. – Metze, D. – Luger, T. (2008) Evaluating hospital service quality from a physician viewpoint. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, No: 1, 75–86.

- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. (1995) *Teemahaastattelu*. 7. uud. p. Yliopistopaino: Helsinki.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. (2004) *Tutki ja kirjoita*. 10. uud. p. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. (2007) *Tutki ja kirjoita*. 13. uud. p. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.
- Hölttä, T. – Savonen, M. (1997) *Muutosvoimana laatujohtaminen*. Oy Edita Ab: Helsinki.
- Jaakkola, Elina (2007) *Problem solving within professional services – A study of physicians' prescribing decisions*. Väitöskirja. Turun kauppakorkeakoulu: Turku.
- Jokinen, A. – Juhila, K. – Suoninen, E. (2006) *Diskurssianalyysi liikkeessä*. 3. uud.p. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski.
- Joutsenkunnas, T. – Heikurainen, P. (1996) *Esimiehenä palveluyrityksessä*. WSOY: Porvoo.
- Järvelin, K. – Kvist, H. – Kähäri, P. – Räikkönen, J. (1992) *Palveluyrityksen laadun kehittäminen*. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Kainlauri, Anne (2007) *Ideasta hyvinvointialan yrittäjäksi*. WS Bookwell Oy: Juva.
- Kehoe, Dennis F. (1996) *The fundamentals of quality management*. Chapman & Hall: London.
- Kekäle, J. – Lehtikoinen, M. (2000) *Laatu ja laadun arviointi eri tieteenaloilla*. Psykologian tutkimuksia nro 21. Joensuun yliopisto: Joensuu.
- Kelemen, Mihaela L. (2003) *Managing quality - managerial and critical perspectives*. Sage Publications Ltd: London.
- Kinnunen, Juha (2007) Sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisjärjestelmä kaipaa peruseremontin. *Sairaalaviesti*. 4/2007, 5–6.
- Kinnunen, Ritva (2004) *Palvelujen suunnittelu*. WSOY: Vantaa.
- Kivimäki-Kuitunen, A. – Hedman, L. (1997) *Laatua tekevät ihmiset*. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Kunst, P. – Lemmink, J. (1997) *Managing service quality, volume III*. Paul Chapman Publishing Ltd: London.
- Kuula, Arja (2006) *Tutkimusetiikka – aineiston hankinta, käyttö ja säilytys*. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Kvist, Tarja (2004) *Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?* Väitöskirja. Kuopion yliopisto: Kuopio.

- Lecklin, Olli (2002) *Laatu yrityksen menestystekijänä*. 4. uud. p. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Lecklin, Olli (2006) *Laatu yrityksen menestystekijänä*. 5. uud. p. Talentum Media Oy: Hämeenlinna.
- Leinonen, Tuija (2002) *The quality of perioperative care – Developing a patient-oriented measurement tool*. Turun yliopiston julkaisuja D-481/2002: Turku.
- Lillrank, Paul (1998) *Laatuajattelu – Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa*. Otava: Keuruu.
- Lim, P. – Tang, N. (2000) The development of a model for total quality healthcare. *Managing Service Quality*. Vol. 10, No: 2, 103–115.
- Lumijärvi, I. – Jylhäsaari, J. (1999) *Laatujohtaminen ja julkinen sektori – Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena*. Tammer-Paino Oy: Tampere.
- Lumijärvi, Ismo (1994) *Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä*. Vaasan yliopiston julkaisuja No 186: Vaasa.
- Lumijärvi, Ismo (1996) *Mikä on laatua sairaanhoitopalveluissa? Vertailututkimus sairaalan henkilöstöryhmien ja potilaiden priorisoimista hoidon laatutekijöistä – esimerkkinä Pietarsaaren sairaala*. Vaasan yliopiston julkaisuja No 207: Vaasa.
- Moumtzoglou, Anastasius (2007) The future healthcare and quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 20, No: 4, 277–280.
- Mäkelä, Klaus (toim.) (1990) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Painokaari Oy: Helsinki.
- Mäki, Tiina (2004) *Laadun informaatio-ohjauksen haasteet – hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriittaisuus*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto: Kuopio.
- Narikka, Jouko (2008) *Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen ja hankinta*. Tietosanoma Oy: Helsinki.
- Natarajan, R. Nat (2006) Transferring best practices to healthcare: opportunities and challenges. *The TQM Magazine*, Vol. 18, No: 6, 572–582.
- Nelson, W. A. – Garnent, P. B. (2008) Ethics and quality improvement. *Healthcare Executive*, Vol. 23, No: 4, 40–41.
- Ojasalo, Jukka (1999) *Quality dynamics in professional services*. Publications of the Swedish School of Economics and Business Administration No 76: Helsinki.
- Outinen, M. – Räikkönen, O. – Holma, T. – Voipio-Pulkki, L. (2007) *Laadunhallinta sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus: Helsinki.

- Øvretveit, John (1992) *Health service quality – an introduction to quality methods for health services*. Blackwell Scientific Publications: London.
- Øvretveit, John (2000) Total quality management in European healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 13, No: 2, 74–79.
- Parvinen, P. – Lillrank, P. – Ilvonen, K. (2005) *Johtaminen terveydenhuollossa – käytännöt, vastuut, valvonta*. Tammer-Paino Oy: Tampere.
- Pihlaja, Juhani (2006) *Tutkielmalle vauhtia*. Vammalan Kirjapaino Oy: Vammala.
- Ramsaran-Fowdar, Rooma Roshnee (2008) The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 21, No: 1, 104–124.
- Rissanen, V. – Kansanen, M. (2003) *Laadunhallinta terveydenhuollossa – laatujärjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen sairaalan laatujärjestelmästä*. Suomen Kuntaliitto: Helsinki.
- Savolainen, Taina (1994) *Laadun johtaminen: käsitteellinen tarkastelu ja laatujärjestelmän kehittämisprojektin käynnistämisen kuvaus esimerkkiyrityksessä*. Lisensiaattitutkimus. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä.
- Silén, Timo (1995) *Organisaatiokulttuuri ja sen johtaminen – kahden yrityksen kulttuurimuutosprosessin ja TQM-järjestelmän soveltamisen tarkastelu*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto: Helsinki.
- Silén, Timo (1998) *Laatujohtaminen – menetelmiä kilpailukyvyyn vahvistamiseksi*. WSOY: Porvoo.
- Silén, Timo (2006) *Johtamisen ja strategisen ajattelun näkökulmia*. Yliopistopaino: Helsinki.
- Simola, Ulla (2007) Kuka jakaisi laatutähdet terveystalveluille? *Taloustaito*. No: 5, 6–15.
- Walshe, K. – Smith, J. (ed.) (2006) *Healthcare management*. McGraw-Hill Education: Berkshire.
- Van der Veer, B. – Wilders, Y. (2006) *Healthcare in Europe, best practices and an overview*. KPMG Industry sector Healthcare Europe: Amsterdam.
- Wilkinson, A. – Redman, T. – Snape, E. – Marchington, M. (1998) *Managing with total quality management, theory and practice*. Macmillan Business: London.
- Vinagre, M. – Neves, J. (2008) The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 21, No: 1, 87–133.
- Yasin, M. – Meacham, K. – Alavi, J. (1998) The status of TQM in healthcare. *Health Marketing Quarterly*. Vol. 15, No: 3, 61–84.

Ylikoski, Tuire (1999) *Unohtuiko asiakas?* 2. uud. p. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.

## LIITE 1 HAASTATTELURUNKO ASIAKKAILLE

Teemahaastattelurunko asiakkaille

Taustatiedot

- Kuinka paljon käytätte yksityisen lääkäriaseman palveluja? Entä julkisen sektorin palveluja?
- Tarjoaako yrityksenne riittävän kattavat työterveyspalvelut?
- Oletko käyttänyt muiden yksityisien lääkäriasemien palveluita?

Hoitopalvelun laatu

- Mieti hyvää palvelutilannetta lääkärin vastaanotolla. Mistä laadukas palvelu mielestäsi koostuu?
- Mitä odotuksia sinulla on terveydenhoitoalan palveluista? Entä kyseisen lääkäriaseman palveluista?
- Mitä odotuksia sinulla on laadukkaasta palvelusta?
- Mihin seikkoihin huomio kiinnittyy asiakaspalvelutilanteessa, entä lääkärin vastaanotolla?
- Minkälaisia omia kokemuksia sinulla on laadukkaasta palvelusta? Kerro esimerkki kerrasta, jolloin olit oikein tyytyväinen käyntiisi ja mieti, miksi olit tyytyväinen. Entä kerro esimerkki kerrasta, jolloin olit tyytymätön käyntiisi ja mieti miksi.
- Minkälainen sinun mielestäsi on hyvä lääkäri?
- Mistä koet hyvän laadun muodostuvan lääkärikeskuksessa?
- Miten julkinen ja yksityinen terveydenhoitosektori eroavat sinun mielestäsi toisistaan? Onko sinulla esimerkkejä ja kokemuksia myös julkiselta terveydenhoitosektorilta?
- Jos olet menossa lääkärin vastaanotolle muutoin kun työterveyshuollon puitteissa, millä perusteella valitset yksityisen lääkäriaseman ja sen lääkärin, jolle varaat vastaanottoajan?

Laadusta viestiminen

- Mitä mielikuvia lääkäriaseman mainonta sinussa herättää?
- Mieti laadukasta palvelutilannetta lääkäriasemalla. Miten kerrot siitä eteenpäin esimerkiksi perheelle tai ystäville? Vai kerrotko siitä lainkaan? Onko teillä ystä-

väpiirissäsi tapana vaihtaa mielipiteitä ja kokemuksia hyvistä lääkäreistä ja suositella heitä?

#### Palvelun kehittäminen

- Miten toivoisit näiden palveluiden kehittyvän paremmaksi?



## LIITE 2 HAASTATTELURUNKO LÄÄKÄREILLE

### Teemahaastattelurunko lääkäreille

#### Taustatiedot

- Mikä on asemasi yrityksessä?
- Kuinka kauan olet ollut nykyisessä työtehtävässäsi?
- Kuinka kauan olet ollut töissä kyseisellä lääkäriasemalla?
- Oletko töissä myös julkisella sektorilla vai oletko kokopäiväisesti töissä lääkäriasemalla?

#### Hoitopalvelun laatu

- Mikä on oma käsityksesi laadukkaasta hoitopalvelusta? Mitkä ovat mielestäsi laadukkaan hoitopalvelun kulmakivet?
- Minkälaisen vastaanottokäynnin jälkeen olet tyytyväinen omaan työsuoritukseesi? Kerro esimerkkejä. Minkälaiset tilanteet saavat sinut tyytymättömäksi?
- Kenelle laadukas hoitopalvelu on tärkeää?
- Miksi laadukas hoitopalvelu on tärkeää?
- Onko lääkäriasema määritellyt laadukkaan hoitopalvelun? Onko laadun määrittämisellä ja hyvällä hoitotyöllä käytännön yhteys, eli onko ns. laatutyö sinun mielestäsi onnistunutta. Pyrittekö oikeisiin asioihin?
- Miten uskot lääkäriaseman asiakkaiden muodostavan käsityksen laadusta?
- Miten uskot lääkäriaseman johdon muodostavan käsityksen laadusta? Miten se ilmenee käytännössä?
- Mielikuva hyvästä lääkärin työstä ja hyvästä lääkäripalvelun laadusta on myös subjektiivinen käsitys. Jokaisella on siitä oma mielikuvansa. Onko siinä mielestäsi eroa eri lääkäreiden välillä? Onko lääkäreille muodostunut yhteinen käsitys siitä, millainen on hyvä lääkäri? Puhutaanko siitä ja millaisissa tilanteissa?

#### Laatusertifiointi

- Lääkäriasema on saavuttanut huhtikuussa ISO 9001-laatusertifikaatin. Miten sinä olet osallistunut laatusertifiointityöhön? Kuka pääasiassa laatutyötä on teillä tehnyt, koskeeko se kaikkia lääkäreitä?

- Miten lääkäriaseman laatusertifikaatin saanti on vaikuttanut työhösi? Oletko havainnut jotain muutoksia jokapäiväisessä työssäsi? Auttaako se sinun mielestäsi teitä parantamaan lääkäriä tai lääkäriaseman kokonaispalvelun laatua?

#### Palvelun kehittäminen

- Mitä laatu sinulle ja sinun työssäsi tarkoittaa?
- Miten sinä kehität oman työskentelysi laatua? Koetko sinulla olevan mahdollisuudet toteuttaa omaa käsitystäsi hyvästä lääkärin työstä?
- Miten näkisit lääkäriaseman laadun kehittämisen jatkuvan tulevaisuudessa? Miten laatua voidaan vielä kehittää paremmaksi?

## LIITE 3 HAASTATTELURUNKO JOHTAJILLE

### Teemahaastattelurunko johtajille

#### Taustatiedot

- Mikä on asemasi yrityksessä?
- Kuinka kauan olet ollut nykyisessä työtehtävässasi?
- Kuinka kauan olet ollut töissä lääkäriasemalla?

#### Hoitopalvelun laatu

- Mikä on oma käsityksesi laadukkaasta hoitopalvelusta? Mitkä ovat mielestäsi laadukkaan hoitopalvelun kulmakivet?
- Kenelle laadukas hoitopalvelu on tärkeää?
- Miksi laadukas hoitopalvelu on tärkeää?
- Miten lääkäriasema on määritellyt laadukkaan hoitopalvelun?
- Miten uskot asiakkaiden muodostavan käsityksen laadusta?
- Miten uskot lääkäriaseman lääkäreiden muodostavan käsityksen laadusta?

#### Laatujohtaminen

- Miten laatua lääkäriasemalla johdetaan tai voisi johtaa? Kuvaile arkipäivän tilanteita, joissa laatua voidaan johtaa.
- Miten sinä toteutat laadun johtamista?
- Kenen laatua tulee johtaa?
- Pystytkö tunnistamaan toiminnassanne seurauksia laadun johtamisen pyrkimyksistä?
- Miten johtajisto puhuu laadusta?

#### Laatusertifiointi

- Minkälainen prosessi on ollut, jotta laatustandardit on tavoitettu?
- Miten ISO -standardit näkyvät yrityksen arkipäivässä?
- Miten henkilökunta on ottanut laatusertifiointiin vastaan ja sen tuoman prosessin? Miten henkilökunta ymmärtää laatusertifiointin?

### Laadusta viestiminen

- Miten lääkäriasema tuo esille laadun hallintaa?
- Onko lääkäriasema halunnut osallistaa kaikki henkilöstöryhmät laadun ajattelemiseen, ja sen kehittämiseen? Miten se on toteutettu?
- Miten lääkäreille viestitään laadusta?
- Miten muulle henkilökunnalle viestitään laadusta?
- Miten asiakkaille viestitään laadusta?

### Palvelun kehittäminen

- Miten laatua seurataan, ja miten sen perusteella toimitaan? Pyritäänkö laatua kehittämään ennalta vai reagoimalla esimerkiksi palautteeseen?
- Tuleeko mieleen esimerkkejä, miten johonkin laatupuutteeseen olisi tartuttu?
- Mitä laatu sinulle ja sinun työssäsi tarkoittaa?
- Miten näkisit lääkäriaseman laadun kehittämisen jatkuvan tulevaisuudessa? Miten laatua voidaan vielä kehittää paremmaksi?

## **LIITE 4 TIEDOT HAASTATTELUISTA**

### Asiakkaat

Asiakas A haastattelu 9.10.2008 klo 8.30–9.00

Asiakas B haastattelu 14.10.2008 klo 9.00–9.30

Asiakas C haastattelu 16.10.2008 klo 9.00–9.30

Asiakas D haastattelu 16.10.2008 klo 9.35–10.10

Asiakas E haastattelu 17.10.2008 klo 8.00–8.30

Asiakas F haastattelu 21.10.2008 klo 12.40–13.05

Asiakas G haastattelu 21.10.2008 klo 13.10–13.30

### Lääkärit

Lääkäri H haastattelu 8.10.2008 klo 15.15–16.05

Lääkäri I haastattelu 10.10.2008 klo 9.00–9.30

Lääkäri J haastattelu 15.10.2008 klo 15.10–15.50

Lääkäri K haastattelu 20.10.2008 klo 9.45–10.15

Lääkäri L puhelinhaastattelu 20.10.2008 klo 13.30–13.55

### Johtajat

Johtaja M haastattelu 22.9.2008 klo 9.00–9.45

Johtaja N haastattelu 29.9.2008 klo 11.00–11.45