

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

**LAATU JA LUOTTAMUS JULKISESSA
PALVELUTUOTANTOJÄRJESTELMÄSSÄ**

- ovatko terveyskeskusasiakkaiden sosiodemografiset taustatekijät yhteydessä asiakastytyväisyyteen ja luottamukseen

Pro gradu - tutkielma
Terhi Nuutinen
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Maaliskuu 2008

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

NUUTINEN TERHI: Laatu ja luottamus julkisessa palvelutuotantojärjestelmässä
- ovatko terveyskeskusasiakkaiden sosiodemografiset taustatekijät yhteydessä asiakastyytyväisyyteen ja luottamukseen?

Pro Gradu-tutkielma, 87 sivua, 14 liitesivua

Ohjaaja: Professori Juhani Lehto

Kansanterveystiede

Maaliskuu 2008

Tämän työn tarkoituksena oli selvittää, ovatko terveyskeskusasiakkaan sosiodemografiset taustatekijät, terveydentila ja terveyspalvelujen käyttö yhteydessä arvioihin terveyspalvelujen laadusta. Pyrkimyksenä oli lisäksi selvittää näiden taustatekijöiden yhteys siihen, luottaako asiakas julkiseen palvelutuotantojärjestelmään vai ei.

Tutkimusaineisto kerättiin postikyselynä vuonna 2002. Kyselylomake lähetettiin satunnaisesti valituille Karjaan, Loviisan, Paraisten ja Toijalan kaupungissa asuville 15–64-vuotiaille henkilöille. Tutkimusjoukon muodostivat 2000 henkilöä ja vastausprosentti oli 62 (n=1230). Terveyskeskuspalvelujen laatua mitattiin Interpersonal Aspects of Care – mittarilla (IAC-Scale), joka on kehitetty mittaamaan asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitosuhteen vuorovaikutukseen. Asiakastyytyväisyys on terveyspalvelujen laadun keskeinen indikaattori ja tämän työn tavoitteena oli löytää asiakkaiden yksilöllisten taustatekijöiden joukosta ne, jotka selittävät parhaiten asiakastyytyväisyyttä ja luottamusta julkiseen palvelutuotantojärjestelmään. Asiakkaiden taustatekijöistä tarkasteltiin ikää, sukupuolta, äidinkieltä, siviilisäätyä, koulutusta, ammattialaa, kotikuntaa, terveydentilaa ja terveyspalvelujen käyttöä. Luottamusta palvelutuotantojärjestelmään selvitettiin hoitopaikan valintaa koskevalla kysymyksellä. Tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin ristiintaulukoinneilla, laadun osalta kumulatiivisella regressioanalyysillä ja luottamuksen osalta logistisella regressioanalyysillä.

Tutkimuksen mukaan asiakkaan ikä, koettu terveydentila ja kotikunta olivat yhteydessä asiakastyytyväisyyteen. Luottamus julkiseen palvelutuotantojärjestelmään oli korkea 15–34-vuotiaiden, ruotsinkielisten sekä ansiotyön ulkopuolella olevien asiakkaiden keskuudessa. Myös sairastavuus, terveyspalvelujen runsas käyttö sekä asiakastyytyväisyys olivat yhteydessä luottamukseen. Tutkimus osoitti, että 50–65-vuotiaat asiakkaat ovat tyytyväisiä terveyskeskuspalveluihin, mutta eivät kuitenkaan näytä luottavan julkiseen palvelutuotantojärjestelmään. Tämän ikäryhmän asiakkaat ovat yleensä kokeneita terveyspalvelujen käyttäjiä, joten epäluottamuksen ilmaus on sinänsä merkittävä. Toisaalta sairastavat ja palveluja paljon käyttävät asiakkaat näyttävät luottavan järjestelmään. Karjaa oli uudelleen organisoinut perusterveydenhuollon toimintaa siten, että peruspalvelujen tuottamisesta vastasi kolmannen sektorin järjestö ja siellä palveluihin oltiin tyytyväisempiä kuin niissä kunnissa, joissa terveyspalvelut tuotettiin perinteisellä tavalla.

Avainsanat: terveyspalvelujen laatu, asiakastyytyväisyys, luottamus, julkinen palvelutuotantojärjestelmä, sosiodemografinen taustatekijä

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
The School of Public Health

NUUTINEN TERHI: The quality and trust in public healthcare - are socio-demographic characteristics of clients of health centre related to satisfaction and trust?

Master's Thesis 87 pages, 15 appendices

Supervisor: Professor Juhani Lehto

Public Health

March 2008

The purpose of this study was to explore the relationship between patient satisfaction and socio-demographic characteristics, health status and healthcare utilization in public primary health care. The aim was also to explore whether these background factors are related to trust in publicly provided healthcare.

The data was collected in 2002 using a mail survey of a random sample of persons aged 15-65 years in four municipalities, Karjaa, Loviisa, Parainen and Toijala. The sample consisted of 2000 persons and the response rate was 62 (n= 1230). The quality of health services was assessed using Interpersonal Aspects of Care – scale, which is developed to measure satisfaction with interactions with treatment personnel. Patient satisfaction is an important indicator of quality of health services and the aim of this study was to discover the socio-demographic characteristics that are most significantly related to patient satisfaction and trust in public healthcare. Characteristics that were used are age, gender, mother tongue, marital status, education, profession, home town, health status and healthcare utilization. Trust was measured by a question that explains the choice of health care provider. The statistical analysis applied crosstabulation, cumulative regression analysis examining the quality and logistic regression analysis examining trust.

According to the study age, perceived health and home town are significantly related to patient satisfaction. Trust to publicly provided services is high among 15-34 years old, Swedish speaking respondents and those who are out of work life. Also long-term illness, frequent utilization of primary health services and patient satisfaction are associated to trust. The study showed that although 50-65 years old patients are satisfied with primary health services they don't seem to trust public primary health care. Respondents at this age usually are experienced as users of health services and so the expression of distrust is significant. On the other hand those respondents who suffer from long-term illnesses and use primary health services frequently trust public primary health care. Karjaa has recently gone through a reorganization of primary health care, including a shift from municipal to independent non-profit provider and there respondents are more satisfied to services than in other municipalities where services are organized in more traditional way.

Keywords: quality of health service, patient satisfaction, trust, public health care, socio-demographic characteristic

1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA	9
2.1 Tutkimuskuntien taustatiedot	10
2.2 Perusterveydenhuollon palvelut tutkimuskunnissa	12
3 ASIAKKAANA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ	13
3.1 Kuntalainen, käyttäjä, asiakas, kuluttaja	13
3.2 Palvelu ja terveyspalvelu	15
3.3 Julkinen ja yksityinen palvelutuotantojärjestelmä	17
3.4 Asiakkaiden näkemykset yksityisestä ja julkisesta palvelutuotantojärjestelmästä	20
3.5 Avosairaanhoidon lääkäripalvelujen käyttö asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan.....	22
4 LUOTTAMUS.....	25
4.1 Luottamuksen olemuksesta	25
4.2 Luottamuksen ulottuvuudet	28
4.3 Luottamuksen rakentumiseen yhteydessä olevat tekijät	31
4.4 Luottamukselle läheiset käsitteet	34
5 ASIAKAS TERVEYSPALVELUN LAADUN ARVIOIJANA	36
5.1 Laatu ja laadun ulottuvuudet.....	36
5.2 Asiakastyytyväisyys palvelun laadun mittarina	40
5.3 Laadun arviointiin vaikuttavat tekijät	42
6 KIRJALLISUUSKATSAUS.....	45
6.1. Asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden, terveydentilan ja terveyspalvelujen käytön yhteys arvioihin terveyspalvelujen laadusta	45
6.2 Asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden ja terveydentilan yhteys luottamukseen	49
7 TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	50

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	51
8.1 Aineiston hankintamenetelmä	51
8.2 Kyselylomake ja mittarit.....	51
8.3 Aineiston keruu.....	53
8.4 Tutkimusaineiston analysointi	54
9 TUTKIMUSTULOKSET.....	56
9.1 Vastaaajien taustatiedot.....	56
9.2 Terveydentila ja terveystalvelujen käyttö	58
9.3 Terveystalvelujen laatu	60
9.4 Luottamus talvelujärjestelmään.....	60
9.5 Asiakastyytyväisyyteen yhteydessä olevat tekijät.....	61
9.5.1 Asiakkaan sosiodemografiset taustatekijät	61
9.5.2 Asiakkaan terveydentila ja terveystalvelujen käyttö	62
9.6 Terveystalvelujärjestelmään luottamista selittävät tekijät.....	63
9.6.1 Asiakkaan sosiodemografiset taustatekijät	63
9.6.2 Asiakkaan terveydentila ja terveystalvelujen käyttö	65
9.6.3 Asiakkaan arvioiman terveystalvelun laadun yhteys luottamukseen	65
10 YHTEENVETO JA POHDINTAA	66
10.1 Tulosten tarkastelu	66
10.2 Tutkimuksen luotettavuus	73
10.3 Jatkotutkimusaiheet	75
KIRJALLISUUS	77
LIITTEET.....	88
LIITE 1. Kyselylomake	88
LIITE 2. Analyysissa käytetyt muuttujat.....	93
LIITE 3. Asiakkaiden taustatekijöiden yhteys arvioihin talvelujen laadusta.	95
LIITE 4. Asiakkaiden taustatekijöiden yhteys luottamukseen.	97

1 JOHDANTO

Julkinen terveydenhuolto on viime vuosina joutunut varsin voimakkaiden haasteiden eteen. Haasteita ovat asettaneet julkisen talouden niukkuuden lisäksi väestön ikääntyminen, lääketieteen teknologian kehittyminen ja väestön lisääntyneet odotukset terveyspalveluja kohtaan (Vuorenkoski & Saarni, 2006, 35–36). Vaatimuksista huolimatta yhteiskunnalla on velvollisuus taata kansalaisilleen laadultaan ja saatavuudeltaan yhtäläiset terveyspalvelut (Manderbacka ym. 2006, 53–54). Julkisella palvelutuotantojärjestelmällä on keskeinen rooli tämän tehtävän toteuttamisessa ja siitä syystä järjestelmän toimivuuden ja sen tarjoamien palvelujen laadun tutkiminen on tärkeää.

Terveyspalvelujen laatu on ollut kasvavan kiinnostuksen kohteena 1990-luvulta alkaen, kun terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtui useita muutoksia. Terveyspalvelujen laatua on tarkasteltu potilaiden, henkilökunnan sekä palvelun tuottajan näkökulmista ja tulokset vaihtelevat näkökulman mukaan (Ruotsalainen 2006, 12–13; Kivinen & Hilander - Sihvonen 1997, 7). Tässä tutkimuksessa laatua arvioivat asiakkaat. Tällöin laatu on asiakkaiden odotusten ja kokemusten vastaavuuden aste, joka ilmenee muun muassa asiakkaiden tyytyväisyytenä palveluihin (Tuorila 2006, 70). Siihen, millaiseksi asiakkaat käsityksensä palveluista muodostavat, vaikuttavat hoitosuhteen ohella asiakkaiden yksilölliset tekijät. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että palveluodotukset, vaatimustaso ja arviot palvelujen laadusta ovat yhteydessä muun muassa asiakkaiden ikään, koulutustasoon, terveydentilaan ja aiempaan palvelujen käyttöön. Keskeiset johtopäätökset ovat, että korkea ikä, matala koulutus, hyvä terveydentila ja aiempi palvelujen käyttö lisäävät tyytyväisyyttä palveluihin. (Al-Windi 2005; Pekola-Sjöblom, Helander & Sjöblom 2002.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten asiakkaiden yksilölliset taustatekijät, terveydentila ja aiempi terveyskeskuspalvelujen käyttö ovat yhteydessä arvioihin terveyskeskuspalvelujen laadusta. Asiakkaiden näkökulman korostaminen palvelujen laadun arvioinnissa on tärkeää, koska palvelut ovat asiakkaita varten. Tunnistamalla asiakkaiden taustatekijöiden yhteys tyytyväisyyteen, kyetään paremmin vastaamaan palveluodotuksiin ja parantamaan palvelujen laatua.

Terveyspalvelujen laatua on tutkittu eri näkökulmien lisäksi myös erilaisissa toimintaympäristöissä, kuten esimerkiksi laitos- ja avohoidossa sekä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tämä tutkimus kartoittaa perus-terveydenhuollon avopalvelujen laatua eli käytännössä terveyskeskuspalvelujen laatua neljässä kunnassa. Kunnan terveyskeskuksella on avainasema perusterveydenhuollon toiminnan toteuttamisessa (Elonheimo 2002, 8) ja terveyskeskus tarjoaa yleensä ne terveyspalvelut, joihin kuntalaisilla on subjektiivinen oikeus. Kaikki eivät kuitenkaan tätä oikeuttaan käytä, vaan osa kuntalaisista hakeutuu yksityis- tai työterveyslääkärin vastaanotolle. Syy tähän saattaa löytyä esimerkiksi palvelujen saatavuudesta ja siitä, että työterveyshuolto voidaan kokea ensisijaiseksi palveluksi lievemmissä, mutta sairauslomia vaativissa sairaustiloissa. Taustalla saattaa olla myös epäluottamus julkista palvelutuotantojärjestelmää kohtaan. Aiempien tutkimusten mukaan suhtautumista julkiseen ja yksityiseen palvelujärjestelmään määrittävät kuuluminen ”hyvä-” ja ”huono-osaisten” ryhmiin: koulutetut ja hyvätuloiset suhtautuvat yksityisen sektorin tuottamiin palveluihin myönteisemmin kuin pienituloiset ja vähän koulutetut (Forma, 1998, 70). Myös palvelujen käytön on havaittu vaihtelevan palvelun tarve vakioidenkin asiakkaan taloudellisen aseman mukaan (Manderbacka ym. 2006, 43).

Sekä suhtautuminen palvelutuotantojärjestelmään että palvelujen käyttö antavat viitteitä siitä, missä määrin järjestelmään luotetaan. Luottamusta on terveydenhuollon kontekstissa tutkittu aiemmin pääasiassa potilas-lääkärisuhteen osalta. Palvelujärjestelmään luottamista on sen sijaan tutkittu varsin vähän, vaikka se on osoittautunut hyödylliseksi indikaattoriksi tutkittaessa palvelujärjestelmän toimivuutta (Hall, Dugan, Zheng & Mishra 2001). Sairastavan asiakkaan kannalta luottamus palvelun tarjoajaa kohtaan on aivan erityisessä asemassa, sillä sairaus itsessään tuo elämään epävarmuutta.

Tämän tutkimuksen toisena tehtävänä on selvittää asiakkaiden luottamusta julkiseen terveyspalvelujärjestelmään. Vastausta haetaan siihen, ovatko asiakkaiden sosiodemografiset taustatekijät, terveydentila ja terveyspalvelujen käyttö yhteydessä luottamukseen. Lisäksi selvitetään luottavatko terveyskeskuspalveluihin tyytyväiset asiakkaat muita enemmän julkiseen palvelutuotantojärjestelmään.

Aluksi esitellään tutkimuksen taustaa ja käsitellään teoreettisesti tutkimusympäristöä sekä asiakkaiden näkemyksiä julkisesta ja yksityisestä palvelutuotantojärjestelmästä.

Tämän jälkeen tarkastellaan palveluiden käyttöä asiakkaiden taustatekijöiden ja terveydentilan mukaan ja käsitellään teoreettisesti luottamuksen olemusta ja rakentumista. Seuraavaksi luodaan katsaus terveystalvvelujärjestelmän ominaispiirteisiin ja tarkastellaan palveluiden laatua ja laadun mittaamista. Kirjallisuuskatsauksen jälkeen esitetään tutkimustehtävät ja kuvataan tutkimusaineiston hankinta sekä aineiston käsittelymenetelmät. Tulokset esitetään asiakkaiden sosiodemografisten tekijöiden, terveydentilan ja terveystalvvelujen käytön mukaisesti. Ensin tarkastellaan palvelujen laatua ja tämän jälkeen luottamusta palvelujärjestelmään. Lopuksi tarkastellaan tutkimuksen luotettavuutta ja esitetään jatkotutkimusaiheet.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos ja Kansanterveyslaitos toteuttivat yhteistyönä tutkimuksen, jossa arvioitiin neljän kaupungin terveystalouden järjestelmää. Tavoitteena oli tuottaa monitahovertailuun perustuvaa tietoa kaupunkien perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palveluista. Hanke koostui useista osatutkimuksista, joissa selvitettiin muun muassa henkilökunnan hyvinvointia ja työmotivaatiota, kaupungeissa toimivien paikallisyhdistysten toimintaa, toiminnan taloudellisuutta, terveyskeskusasiakkaiden tyytyväisyyttä palveluihin ja aikuisväestön terveystalouden käyttäytymistä ja koettua terveyttä. (Laamanen ym. 2004.) Tämä tutkimus perustuu vuonna 2002 tehtyyn kyselyyn, jossa selvitettiin aikuisväestön terveystalouden käyttäytymistä ja terveydentilaa sekä terveyskeskusasiakkaiden tyytyväisyyttä palveluihin.

Tutkimushankkeen lähtökohtana oli se, että Karjaan kaupunki teki sopimuksen voittoa tavoittelemattoman yhteisön Samfundet Folkhälsan i Svenska Finland r.f kanssa perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen tuottamisesta järjestön toimesta 1.10.1998 alkaen. Palvelutuotantomalli oli maassamme ensimmäinen ja peruspalvelujen arviointihanke aloitettiin vuoden 1999 alusta Folkhälsanin toimeksiannosta. Hankkeeseen otettiin Karjaan lisäksi mukaan kolme kooltaan ja väestöltään verrattavissa olevaa kaupunkia: Loviisa, Parainen ja Toijala. Näistä Loviisan perusterveydenhuollon palvelut tuotti tutkimusajankohtana viiden kunnan muodostama kuntayhtymä, kun taas Parainen ja Toijala tuottivat perusterveydenhuollon palvelut etupäässä omana toimintana. (mts. 2004, 2.)

2.1 Tutkimuskuntien taustatiedot

Kunnista Karjaa sijaitsee Uudellamaalla, Loviisa Itä-Uudellamaalla, Parainen Varsinais-Suomessa ja Toijala Pirkanmaalla. Kaikki sijaitsevat kohtuullisten etäisyyksien ja hyvien tieyhteyksien päässä suurista asutuskeskuksista. Parainen ja Karjaa luokitellaan taaajaan asutuiksi kunniksi ja Loviisa ja Toijala kaupunkimaisiksi kunniksi. Parainen ja Karjaa ovat maapinta-alaltaan suurempia ja asukastiheydeltään pienempiä kuin Loviisa ja Toijala. Taajama-asteeltaan kunnat ovat melko samanlaisia. Palvelut muodostivat vuonna 2001 elinkeinorakenteesta suurimman osuuden kaikissa kunnissa ja työpaikkaomavaraisuus vaihteli Karjaan 81 prosentista Loviisan 119 prosenttiin. (Laamanen ym. 2004, 5.)

Kuntien väestömäärä vaihteli vuoden 2002 lopussa Loviisan 7444 asukkaasta Paraisten 11975 asukkaaseen. Alle 15-vuotiaiden osuus oli alhaisin Loviisassa ja korkein Paraisilla, kun taas 75 vuotta täyttäneiden osuus oli alhaisin Paraisilla ja korkein Loviisassa. Vanhusväestön osuus vuosina 1999–2002 oli kaikissa kunnissa suurempi kuin koko maassa keskimäärin. (mts. 5.)

Vuonna 2002 Karjaan ja Paraisten väestöstä yli puolet oli ruotsinkielisiä. Loviisassa ruotsinkielisten osuus oli 40 % ja Toijalan väestö oli kokonaan suomenkielinen. Vuonna 2001 tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneistä oli runsas puolet kaikissa kunnissa. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus vaihteli Paraisten 44 prosentista Toijalan 34 prosenttiin. (mts. 5.)

TAULUKKO 1. Tutkimuskuntien taustatiedot

	KARJAA	LOVIISA	PARAINEN	TOIJALA
KUNTALUOKITUS	taajaan asuttu	kaupunki- mainen	taajaan asut- tu	kaupunki- mainen
ALUE- JA				
ELINKEINORAKENNE				
asukastiheys v. 2002, as/km ²	45,1	168,7	44,1	160,9
taajama-aste vuonna 2000	80,5	98,5	78,5	96
elinkeinorakenne vuonna 2001				
maa- ja metsätalous	3,7	1,1	2,3	1,6
jalostus	31,2	34,4	29,8	40,7
palvelut	64,8	63,0	66,6	56,0
VÄESTÖ				
asukasluku vuonna 2002	8897	7444	11975	8208
ikä rakenne vuonna 2006 (%) ^a				
0-14-vuotiaat	17,2	14,6	18,4	18,8
15–64-vuotiaat	64,4	63,3	63,1	63,8
yli 65-vuotiaat	18,4	21,8	18,5	17,4
ruotsinkielinen väestö vuonna 2002 (%)	60,3	39,6	54,6	0,1
koulutus vuonna 2001 (%/15v.)				
tutkinnon suorittaneet	52,3	52,0	58,7	54,1
keskiasteen tutkinto	60	59,9	5,9	66,2
korkea-asteen tutkinto	40	40,1	44,1	33,8

Lähde: Laamanen ym. 2004, 6

^a Lähde: Suomen Kuntaliitto 2008

2.2 Perusterveydenhuollon palvelut tutkimuskunnissa

Karjaa

Perusterveydenhuollon palvelujen tuottajana toimi tutkimusajankohtana voittoa tavoittelematon yhteisö Samfundet Folkhälsan. Karjaan kunnalla oli kuitenkin lainmukainen vastuu palvelujen tasosta ja laadunvalvonnasta sekä viranomaisten toiminnasta. Terveyskeskuksen toiminta oli tutkimus ajankohtana organisoitu väestövastuisen virkaehtosopimuksen (VVES) mukaan ja vastaanottotoimintaa hoiti viisi lääkäriä. Ajanvaraus toimi puhelimitse terveyskeskuksen aukioloaikana ja vastaanottoajat rajoittuivat arkipäiviin. Viikonloppuisin päivystys hoidettiin Länsi-Uudenmaan sairaalassa. (Laamanen ym. 2004, 14.)

Loviisa

Loviisan perusterveydenhuollon palvelut tuotti viiden kunnan muodostama terveydenhuollon kuntayhtymä. Vastaanottotoimintaa oli kahdessa toimipisteessä ja lääkäreiden toiminta järjestettiin väestövastuisen virkaehtosopimuksen (VVES) mukaan. Kaikki lääkärinvirat eivät olleet täytettyinä tutkimusajankohtana. Terveyskeskuksen lääkäripäivystystä vähennettiin tutkimusajankohtana siten, että maaliskuusta 2002 lähtien päivystys toimi arkisin sairaanhoitopiirissä ja viikonloppuisin sekä pyhinä terveyskeskuksessa. (mts. 16–17.)

Parainen

Paraisilla terveyskeskuspalvelut tuotettiin pääasiassa kunnan omana toimintana. Joitakin palveluja, esimerkiksi laboratoriotutkimuksia ja erikoislääkärikonsultaatioita, oli ostettu muilta palvelujen tuottajilta. Terveyskeskuksessa toimi vuonna 2002 kahdeksan lääkäriä, joiden toimintaa ei ollut tutkimusajankohtana järjestetty väestövastuisen virkaehto-

sopimuksen mukaan. Ajanvaraus toimi puhelimitse terveystieteiden keskuksen aukioloaikana ja päivystystoiminta hoidettiin omana toimintana terveystieteiden keskuksessa ja terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla vuorokaudenajasta riippuen. (mts. 19–20.)

Toijala

Terveystieteiden keskuksen palvelut tuotettiin tutkimusajankohtana pääasiassa kunnan omana toimintana, vain laboratoriopalvelut ostettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Toiminta ei ollut tutkimusajankohtana järjestetty väestövastuisten virkaehtosopimuksen mukaan. Vastaanotossa toimi viisi lääkäriä, joille voi varata ajan rajoitettuna aikana. Päivystystoiminta oli hoidettu pääasiassa terveystieteiden keskuksessa, sillä vain viikonloppuöisin hoitoon hakeuduttiin Valkeakosken sairaalaan. (mts. 21.)

3 ASIAKKAANA TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

3.1 Kuntalainen, käyttäjä, asiakas, kuluttaja

Suomalaiselle terveyspalvelujärjestelmälle on ominaista se, että kunnan jäsenyys määrittää erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen saantia. Kuntalaisilla on oikeus saada tarvitsemiaan terveyspalveluja ja kunnilla on velvollisuus järjestää niitä asukkailleen (Kinnunen 1997, 25). Makrotasolla kuntalaisilla viitataan terveisiin ihmisiin, jotka saattavat sairastua ja tarvita terveyskeskuspalveluja. Kuntalaiset ovat siten sekä potentiaalisia asiakkaita että palvelujen todellisia käyttäjiä. He eivät voi valita yksittäistä palvelua, sillä kunta palvelujen järjestäjänä määrittävät tarjottavat palvelut. Toisaalta kuntalaiset eivät myöskään maksa saamastaan palvelusta suoraan (Toiviainen 2004, 259).

Terveyspalvelujen käyttöä ja laatua käsittelevässä kirjallisuudessa asiakkaita ryhmitellään erilaisin perustein, lähinnä juuri käyttäjän valinnanvapauden ja rahoitusosuuden perusteella. Tavallisesti ryhmittelyt perustuvat erilaisiin nelikentämalleihin. Terveys-

palvelujen laatua ja asiakastyytyväisyyttä tutkinut Salmela (1997a, 191–192) viittaa alun perin Hasenfeldin, Raffertyn ja Zaldin (1987, 402–403) konstruoimaan jaotteluun. Siinä kansalaisen rooli määräytyy sen perusteella, millainen on hänen vapautensa valita palveluja ja toisaalta millainen on viranomaisen liikkumatila palvelujen tarjoajana. Mallin mukaan palvelujen hakija voi toimia hoidokin (inmate), saajan (client), kuluttajan (customer) tai asiakkaan (client) rooleissa.. Kansalainen on hoidokin asemassa silloin, kun sekä viranomaisen että kansalaisen valinnanvapaus on pieni. Jos palveluja hakevan valinnanvapaus on pieni, mutta viranomaisen harkintavalta suuri, on kansalainen saajan tai suojatin roolissa.. Käsitettä kuluttaja voidaan käyttää silloin, kun viranomaisen valinnanvapaus palvelujen tuottajana on rajoitettua ja kansalaisen valinnanvapaus on suuri. Tämän vuoksi kuluttajalla on palveluja hankkiessaan laajat oikeudet, mutta myös useita velvollisuuksia, esimerkiksi käyttämiensä palvelujen kustantaminen. Silloin kun molemmilla, sekä kansalaisella että viranomaisella on suuri valinnanvapaus, on kysymyksessä asiakkuus. Tällöin molempien asema on vahva. Asiakas voi valita itselleen ja omin tarpeisiinsa parhaiten sopivan palvelun ja myös viranomaisten on mahdollista suunnata palvelunsa palveluideologiaansa parhaiten soveltuville ryhmille.

Asiakkaan valinnanvapaus on myös Olinin, Pekola-Sjöblomin ja Sjöblomin (2004, 8) määritelmien perustana. He ovat tutkineet kuntalaisten asiakastyytyväisyyttä ja jaottelevat käyttäjä- kuluttaja- ja asiakaskäsitteitä sekä valinnanvapauden että palveluympäristön perusteella. Heidän mukaansa terveyspalvelujen käyttäjillä on rajoitetut mahdollisuudet valita palveluja ja asiakkaalla nämä mahdollisuudet ovat hyvin vähäiset tai olemattomat. Sen sijaan kuluttaja on julkishyödykkeiden vastaanottaja, jolla on suuret mahdollisuudet valita palvelujen ja hyödykkeiden välillä.

Tuorila (2006, 11–15) kutsuu terveyspalvelujen käyttäjää potilaskuluttajaksi, jolloin käsitteeseen yhdistyy sekä potilaan sidonnaisuus lääkärin asiantuntemukseen että kuluttajan valinnanvapaus ja määräysvalta. Potilaskuluttaja-käsitteellä voidaan viitata myös julkisten terveyspalvelujen käyttäjään, sillä käsitteen tarkoituksena on ensisijassa korostaa perinteisen potilaan muuttunutta roolia. Potilaskuluttajalla tarkoitetaan aktiivista ja omista asioistaan tietoisia käyttäjää. Käsite vastaa Tuorilan mukaan tämän päivän käyttäjän roolia, sillä käyttäjät ovat usein aktiivisia ja tietoisia asioistaan. Roolin muutokseen ovat vaikuttaneet koulutustason kohoaminen ja lisääntyneet tiedonhakuvalmiudet. Potilaskuluttajan rooliin ovat yhteydessä kuluttajan taustatekijät, kuten ikä, koulutus,

sosioekonominen asema, taloudelliset resurssit ja terveydelliset ongelmat. Taustatekijät vaikuttavat siihen, missä määrin käyttäjä omaksuu potilaan passiivisen ja kuluttajan aktiivisen roolin terveyspalveluja hankkiessaan. Nuoremmat palvelujen käyttäjät eivät esimerkiksi osoita samanlaista auktoriteettiä lääkäriä kohtaan kuin edeltäjänsä ja sijoittuvat siten lähemmäs kuluttajan roolia.

Tässä tutkimuksessa asiakkuus nähdään Tuorilan esittämällä tavalla, mutta potilaskuluttajan sijaan käytetään nimitystä ”asiakas”. Sillä viitataan tässä yhteydessä sekä potentiaalisiin asiakkaisiin että terveyskeskuspalveluja todellisuudessa käyttäneisiin asiakkaisiin. Kuten terveys- ja sosiaalialan asiakkuutta ja laatua tutkineet Outinen, Holma ja Lempinen (1994, 19–21) esittävät, asiakas-käsitettä käytetään terveydenhuollon kirjallisuudessa yleisesti kuvaamaan terveyspalvelujen käyttäjää. Asiakas on yleisnimitys terveyspalvelujen käyttäjälle ja asiakkaina voidaan pitää kaikkia niitä, jotka ovat joko palvelun välittömiä käyttäjiä, hyödynsajia tai maksajia. Asiakasta pidetään itsenäisesti ajattelevana, päätöksiä ja valintoja tekevänä yksilönä. Päinvastoin kuin auktoriteetille alistuva ja passiivinen potilas, asiakas ohjaa aktiivisesti omaa elämäänsä ja toimii oman elämänsä subjektina. Asiantuntijan kanssa kohdatessaan, asiakas osallistuu ikään kuin apulaisena asiantuntijan projektiin.

3.2 Palvelu ja terveyspalvelu

Kirjallisuuden mukaan useimmille palveluille on olemassa neljä peruspiirrettä, jotka vaikuttavat asiakkaan palvelukokemuksen muodostumiseen ja palvelujen arvioimiseen. Useissa palveluja käsittelevissä teoksissa viitataan palvelujohtamista ja markkinointia tutkineen Grönroosin (1991) näkemyksiin (esimerkiksi Lillrank 1998, 79–81; Ojasalo 2001, 56–63). Grönroosin mukaan palvelut ovat ainakin osaksi aineettomia, minkä vuoksi asiakkaan saattaa olla vaikeaa nähdä palvelua konkreettisena kokonaisuutena, saati, että hän kykenisi objektiivisesti arvioimaan palvelun merkitystä itselleen. Aineettomuudesta johtuen palvelun omistusoikeus ei siirry, joten asiakkaan on mahdotonta vaatia jo annettua palvelua takaisin. Viime kädessä tämä tarkoittaa sitä, että palvelun hakemiseen liittyy asiakkaan kannalta ennakkoimattomia riskejä. (Grönroos 1991, 50–51.)

Palveluille on aineettomuuden lisäksi ominaista se, että ne tuotetaan palveluntuottajan ja asiakkaan henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa. Asiakas itse palvelun käyttäjänä osallistuu palvelun tuotantoon ja vaikuttaa siten omalla toiminnallaan siihen, millaiseksi palvelu ja palvelukokemus lopulta muodostuvat. Kolmas palvelujen peruspiirre on se, että ne yleensä tuotetaan ja kulutetaan tai koetaan ainakin jossain määrin samanaikaisesti. Tällöin mielikuvia palvelutilanteesta syntyy kaikissa kohtaamistilanteissa ja kuva koko toiminnasta muodostuu pitkälti asiakkaan käsityksestä hänen asioitaan hoitavista henkilöistä. Neljänneksi useimmat palvelut ovat toimintoja tai toimintojen sarjoja. Kirjallisuudessa puhutaan prosesseista, organisaation läpi kulkevista toimintaketjuista, jotka alkavat asiakkaan tarpeista ja päättyvät asiakkaan tarpeiden tyydyttämiseen. Prosessien muodostaman palvelukokonaisuuden aikana asiakkaalle syntyy kokemus saadusta palvelusta ja siitä, miten palvelulla on vastattu hänen tarpeisiinsa. (mts. 50–51.)

Terveyspalveluilla on palvelujen peruspiirteiden lisäksi omia erityispiirteitään, jotka vaikuttavat palvelutapahtumaan ja sitä kautta palvelukokemuksen syntymiseen. Keskeistä on se, että terveydenhuollon asiakasta ei voida pitää suvereenina kuluttajana, joka tietää itse parhaiten tarpeensa ja valitsee sen pohjalta eniten arvoa tuottavan palvelun itsenäisesti. Terveydenhuollon asiakas pystyy harvoin arvioimaan terveystarpeitaan ja tarjolla olevien palvelujen tarpeellisuutta, laatua ja vaikuttavuutta. Erikoista terveydenhuollossa on myös se, että palvelun tarjoaja tai tuottaja kykenee yleensä asiakasta paremmin arvioimaan asiakkaan terveydentilan ja terveystarpeen. Toisaalta hän tietää asiakasta paremmin, mitä palveluja asiakkaan terveydentilaan vaikuttamiseksi on tarjolla ja ennen kaikkea sen, mitä vaikutuksia palvelun käytöllä on asiakkaan terveydentilaan. Terveyspalvelun tarjoajan ja asiakkaan välillä vallitsee tiedon epätasainen jakautuminen, tiedon epäsymmetria. (Sintonen & Pekurinen 2006, 117–118.)

Tiedon epäsymmetriasta seuraa se, että hoitoon hakeutuessaan asiakas joutuu luovuttamaan osan päätöksentekovallastaan asiantuntijalle eli yleensä lääkärille. Koska asiakkaat eivät tiedon puutteen vuoksi kykene tekemään rationaalisia päätöksiä palvelujen käytöstä, he joutuvat luottamaan päätöksissään ainakin jossain määrin tarjoajien apuun. Tällaista suhdetta kutsutaan agenttisuhteeksi ja suhteen täydellisyydestä riippuen lääkäri voi toimia yksinomaan potilaan tarpeiden ja odotusten perusteella (täydellinen agenttisuhte) tai kontrolloida omien palvelujensa kysyntää (epätäydellinen agenttisuhte), Jälkimmäisessä tapauksessa lääkärin määräämät tai suosittelemat toimenpiteet eroavat

siitä, mitä potilas olisi valinnut, jos hänellä olisi sama tieto ja taito kuin häntä hoitavalla lääkäriellä. Useimmiten agenttisuhde on enemmän tai vähemmän epätäydellinen siten, että agentti on asiakasta vahvemmassa asemassa. (mts. 120-125.)

Terveyspalvelut pitävät sisällään laajan määrän erilaisia toimintoja, joilla pyritään vaikuttamaan asiakkaan terveydentilaan (Kananoja 1997, 115). Palvelu sana on peräisin kreikan sanasta *therapei'a*, joka tarkoittaa palvelua ja hoitoa. Näin ollen terveyspalvelua voidaan pitää hoidon synonyymina. Terveyspalveluilla voidaan edistää terveyttä ehkäistä ja parantaa sairauksia, hidastaa sairauksien etenemistä ja lievittää sairauksien fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia seurauksia. Terveyspalveluja voivat tarjota lääkäreiden lisäksi myös muut terveydenhuollon lisensoidut ammattilaiset, kuten sairaanhoitajat, fysioterapeutit ja psykologit. (Sintonen & Pekurinen, 2006, 131). Tässä tutkimuksessa terveyspalveluista tarkastellaan vain terveyskeskuslääkärin suorittamaa tutkimusta ja hoitoa sekä lääkinnällistä kuntoutusta.

3.3 Julkinen ja yksityinen palvelutuotantojärjestelmä

Suomen terveyspolitiikan perustana on pohjoismainen hyvinvointimalli, jonka keskeisiä lähtökohtia ovat universalismi ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Mallin peruseriaatteenä on tarjota koko väestölle yhtäläiset mahdollisuudet terveyspalvelujen käyttöön sosiaalisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä tai muista tekijöistä riippumatta. Sosiaalista oikeudenmukaisuutta ja tasa-arvoa terveyspalvelujen käytössä tukevat terveydenhuoltojärjestelmämme rakenteelliset tekijät; lainsäädännöllä pyritään turvaamaan kansalaisille yhdenvertainen terveyspalvelujen saatavuus ja veroperustaisella rahoituksella ja valtionosuuksilla tasataan palveluista aiheutuvia kustannuksia. (Keskimäki, Koskinen & Teperi 2002, 283.)

Terveyspalvelujen tuotantotapojen osalta voidaan erottaa julkinen ja yksityinen palvelutuotanto. Julkiset palvelut perustuvat pääosin lakeihin ja asetuksiin ja niiden määrää ohjataan säännöksin. Kunnat ovat valtion ohella keskeisessä roolissa julkisten palvelujen tuottajina, sillä kansanterveyslain mukaan kunnan tulee järjestää asukkailleen laissa säädetyt perusterveydenhuollon palvelut. Palvelujen järjestämistavan kunta voi itse päättää. Se voi tuottaa palvelut omana toimintanaan tai tehdä yhteistyötä toisen kunnan tai muiden kuntien kanssa. Lisäksi se voi olla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntainlii-

tossa. Palveluja järjestäessään kunnat voivat myös turvautua niin sanottuihin ostopalveluihin. Tällöin kunnat voivat hankkia terveystalvveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntainliitolta tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta, joka tuottaa palvelut sovittujen kriteereiden mukaisesti taloudellisesti ja laadukkaasti. Tällaista mallia, jossa kuntalaisille tarjottavien palvelujen hankintaa koskeva päätöksenteko ja palvelutuotanto erotetaan toisistaan, kutsutaan tilaaja-tuottajamalliksi. Kunta voi myöntää asukkailleen myös palvelusetelitä tietyn terveystalvvelun ostamiseen. Palvelusetelin hyöty kanavoituu tuen saajalle, koska asiakkaalla on tällöin mahdollisuus valita palvelun tuottaja ja kontrolloida palvelun hinta-laatusuhdetta. (Huuskonen, Ijäs & Lehtoranta 1997, 6-13.)

Julkisen palvelutuotantojärjestelmän rinnalla toimii yksityinen sektori, jonka palvelutuotantoa ohjaavat markkinamekanismit. Terveystalvvelut tuottaa yksityinen yrittäjä tai organisaatio ja palvelujen kysyntä määrää palvelujen tarjonnan määrän ja hinnan. Yksityisten palvelujen sanotaan täydentävän julkisen sektorin palveluja ja tarjoavan asiakkaille suuremman valinnan mahdollisuuden. (Huuskonen, Ijäs & Lehtoranta 1997, 13.) Todellisuudessa yksityissektorin lääkäripalveluiden keskittyminen Etelä-Suomeen ja suuriin kaupunkeihin rajoittaa valinnanvapauden aitoa toteutumista monien kohdalla (Manderbacka ym. 2006, 52).

Terveystalvvelujen tuotannossa voidaan erottaa julkinen ja yksityinen palvelutuotanto, mutta palvelujen rahoitus sen sijaan voidaan kanavoida kolmen erillisen perustalvveluita tuottavan tuotantojärjestelmän kautta. Nämä ovat kunnallinen perusterveystalvveluhoito, yksityinen terveystalvveluhoito ja työterveystalvveluhoito (Teperi 2006, 183). Kunnallinen perusterveystalvveluhoito rahoitetaan pääasiassa verovaroin ja palvelujen tuottaminen on tavallisesti budjettisidonnaista. Kunnat voivat rahoittaa sekä julkisesti että yksityisesti tuotettuja palveluja. Tämä tarkoittaa sitä, että kunnat voivat hankkia terveystalvvelut valtiolta, toiselta kunnalta, kuntainliitolta tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta, joka tuottaa palvelut sovittujen kriteereiden mukaisesti taloudellisesti ja laadukkaasti. (Huuskonen, Ijäs & Lehtoranta 1997, 6-13.)

Yksityisen palvelutuotantojärjestelmän toimintaa tuetaan julkisin varoin sairausvakuutusjärjestelmän kautta. Sairaustalvveluusturvaa voidaan täydentää sairauskassojen myöntämällä lisäetuuksilla tai ottamalla vapaaehtoinen sairaustalvveluutus vakuutusyhtiöstä (Keskimäki, Koskinen & Teperi 2002, 287, 292–293). Asiakkaat osallistuvat yksityis-

ten palvelujen rahoittamiseen myös itse, mutta tämä osuus on varsin pieni. Yksityinen palvelutuotantosektori tuottaa merkittävän osan erikoissairaanhoidon avopalveluista ja viime vuosina juuri yksityisesti tuotettujen palvelujen käyttö on ollut kasvussa (Manderbacka ym. 2006, 43, 53).

Kolmas perusterveydenhuollon palveluja tarjoava taho on työterveyshuolto, jonka toiminta rahoitetaan pääasiassa julkisesta sairausvakuutuksesta. Yritys voi ostaa työterveyshuollon palvelut yksityiseltä palvelutuottajalta, terveyskeskuksesta tai työterveyshuoltoyksiköstä, ja asiakkaan oikeus palveluihin määräytyy työsuhteen perusteella. Työterveyshuollon osuus palvelujen tuottajana on yksityisen sektorin tavoin kasvanut. Viime vuosina kaikista lääkäriäkäynneistä ovat selvimmin kasvaneet työterveyslääkärikäynnit. (Manderbacka ym. 2006, 43, 52–53.)

Tässä tutkimuksessa selvitetään asiakkaiden arvioita terveyskeskuspalvelujen laadusta neljässä kunnassa. Kukin tutkimuskunnista tuottaa terveyskeskuspalvelut eri tavoin: Karjaa ostaa palvelut voittoa tavoittelemattomalta yhteisöltä Samfundet Folkhälsanilta, Loviisan palvelut tuottaa viiden kunnan muodostama terveydenhuollon kuntayhtymä ja Paraisilla sekä Toijalassa terveyskeskuspalvelut tuotetaan pääasiassa kunnan omana toimintana

Luottamusta tutkittaessa terveyskeskustoiminta rinnastetaan julkiseen palvelutuotantjärjestelmään ja vastausta etsitään siihen, mitkä asiakkaan taustatekijöistä selittävät luottamista julkisesti tuotettuihin terveysterveyspalveluihin.

3.4 Asiakkaiden näkemykset yksityisestä ja julkisesta palvelutuotantjärjestelmästä

Julkinen ja yksityinen palvelutuotantjärjestelmä saatetaan mieltää toistensa vastakohdiksi – se mistä toista järjestelmää kritisoidaan, saattaa koitua toisen eduksi. Jari Vuoren (1998, 211–219) mukaan yksityistä toimintaa ei kuitenkaan voida pitää julkisten organisaatioiden vastakohtana. Julkinen ja yksityinen toiminta eivät ole hänen mukaansa edes vertailukelpoisia järjestelmien arvoperustan erilaisuuden vuoksi. Vuori (1998) esittää, että länsimaiseen kulttuuriin liittyvät arvot vaikuttavat palvelujärjestelmiin suhtautumisessa. Länsimaissa korostuva yksityisen toiminnan itseisarvostus ruokkii yksityisten palvelujen suosiota ja suomalaisia lähellä olevat yksityisyys ja omistaminen heijastuvat kriittisenä suhtautumisena julkiseen palvelutuotantjärjestelmään. Kriittinen suhtautumistapa siirtyy edelleen sukupolvelta toiselle. Mekanismi toimii siten, että lapset omaksuvat terveyskeskuksen jonoihin kyllästyneiltä vanhemmiltaan, ettei terveyskeskuksessa kannata odottaa palvelua. Voimakkaat kielteiset ennakoasenteet puolestaan välittyvät itse palvelutapahtumaan ja vaikuttavat palvelukokemukseen kielteisesti. Mekanismi toimii myös siten, että asiakkaiden saadessa myönteisiä kokemuksia yksityisistä palveluista, he suhtautuvat yhä epäluuloisemmin julkisen palvelutuotantjärjestelmän tuottamiin palveluihin.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus sekä Tilastokeskus ovat tutkineet väestön kokemuksia, mielipiteitä ja odotuksia terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Tutkimuksia on tehty 1990-luvulta alkaen ja viimeisin tehtiin vuonna 2006. Tutkimukseen haastateltiin lähes 4500 18–79-vuotiasta suomalaista ja tarkoituksena oli selvittää väestön mielipiteitä muun muassa palvelujen saatavuudesta, terveyspalvelujen kehittämiskohteista sekä palvelujen tuottaja- ja rahoitusvastuusta. Klavus, Pekurinen, Nguyen ja Häkkinen (2006, 185–201) tarkastelivat artikkelissaan tutkimusaineistoa iän, sukupuolen, tuloluokan ja alueellisen jaottelun mukaisesti. Tulosten mukaan suurin osa yli 55-vuotiaista vastaajista hakeutuisi terveyskeskuslääkärille hoitoon, kun taas 35–54-vuotiaista yli puolet ilmoitti hakeutuvansa mieluiten yksityis- tai työterveyslääkärin vastaanotolle. Nuorimmassa ikäluokassa eli 18–34-vuotiaiden keskuudessa suurin osa hakeutuisi terveyskeskukseen.

Tuloluokittaisissa tarkasteluissa havaittiin, että terveyskeskukseen hakeutuminen oli

vähäisempää ylemmissä tuloluokissa. Vastaavasti näissä tuloluokissa hakeuduttiin selvästi useammin työterveyslääkärille kuin alemmissa tuloluokissa. Alueelliset tarkastelut osoittivat, että työterveyslääkärille hakeutuminen oli jonkin verran yleisempää pääkaupunkiseudulla kuin muualla maassa. (Klavus ym. 2006, 185–201.)

Terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa tutkittaessa havaittiin, että noin kolmannes koki terveydenhuoltojärjestelmän toimivan kokonaisuutena hyvin. Ikäryhmittäisissä tarkasteluissa vanhimmat ikäryhmät (yli 55-vuotiaat) olivat tyytyväisimpiä terveydenhuoltojärjestelmään ja nuorimmissa ikäryhmissä (18–34-vuotiaat) toivottiin eniten muutoksia. Sukupuolten välillä havaittiin mielipide-eroja siten, että naiset, varsinkin nuorissa ikäryhmissä, toivoivat eniten muutoksia terveydenhuoltojärjestelmään. He olivat myös tyytymättömiä terveystieteiden palveluihin. (mts, 195–196.)

Kyseisen tutkimuksen mukaan julkisen sektorin tuottamilla palveluilla oli kansalaisten tuki takanaan, sillä lähes 90 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että julkisen sektorin tulee tuottaa terveystieteiden palvelut. Tulos on yhdenmukainen vuoden 2002 tutkimustuloksiin verrattuna, jolloin 86 prosenttia vastaajista kannatti julkisen sektorin roolia palvelujen tuottajana. Vuoden 2002 tutkimuksessa yksityisen sektorin tuottamien palvelujen lisäämistä kannattivat enemmän miehet kuin naiset ja alle 35-vuotiaat enemmän kuin muut ikäryhmät. Ammattiryhmittäisissä tarkasteluissa kaikkein yhtenäisimmin julkista sektoria palvelujen tuottajana kannattivat maanviljelijät. (Forma 2002, 296, 304–306.)

Väestön mielipiteitä hyvinvointipalveluista tiedusteltiin myös vuonna 1996, jolloin voimakkaimmin julkista palvelutuotantojärjestelmää hyvinvoinnin tuottajina kannattivat nuorin ikäryhmä, pienimpiin tuloryhmiin kuuluvat, vähän koulutusta saaneet työntekijät ja työttömät. Kielteisimmin julkiseen sektoriin suhtautuivat vuonna 1996 eläkeläiset ja ylemmät toimihenkilöt (Forma 1998, 64, 66, 72). Vuoden 1996 tutkimuksessa tiedusteltiin väestön mielipiteitä kansalaisjärjestöjen ja vapaaehtoisten ryhmien osallistumisesta hyvinvoinnin tuottamiseen. Runsaat puolet vastaajista kannatti järjestöjen ja vapaaehtoisten ryhmien vastuunoton lisäämistä. Myönteisimmin kansalaisjärjestöjen roolin kasvattamiseen suhtautuivat opiskelijat, eläkeläiset sekä työntekijät. Nihkeimmin kansalaisvastuuseen suhtautuvat yrittäjät ja maanviljelijät. (mts. 64, 66.)

3.5 Avosairaanhoidon lääkäripalvelujen käyttö asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan

Kuten aiemmasta kävi ilmi, suhtautuminen julkiseen ja yksityiseen sektoriin palveluntuottajana määräytyy joiltain osin asiakkaan sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden mukaan. Koulutetut ja hyvätuloiset suhtautuvat yksityisen sektorin tuottamiin palveluihin myönteisemmin kuin pienituloiset ja vähän koulutetut. Näillä väestöryhmillä on myös paremmat mahdollisuudet käyttää yksityisen sektorin tuottamia hyvinvointipalveluja. (Forma 1998, 98, 70.) Lääkäripalvelujen käytön voidaan ajatella heijastavan luottamusta palvelutuotantojärjestelmään, joten seuraavaksi tarkastellaan terveystalouden käytön eroja asiakkaiden sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan.

Terveystalouden käyttöä on aiemmin selvitetty lähinnä asiakkaan iän, sukupuolen, koulutustason, äidinkielen ja asuinpaikan mukaan ja havaittu näiden taustatekijöiden määrittävän palvelujen käyttöä. Manderbacka ym. (2006, 43) ovat tutkineet väestöryhmien välistä eriarvoisuutta palvelujen tarpeeseen suhteutetussa terveystalouden käytössä ja esittävät, että esimerkiksi terveyskeskuslääkärikäynnit ovat jakautuneet pienituloisia suosivasti, kun taas yksityislääkäri- ja varsinkin työterveyslääkärikäynnit ovat jakautuneet suurituloisia suosivasti, kun tarkastellaan koko väestöä.

Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskuksessa on selvitetty terveydenhuollon avohoidon lääkärikäynntejä ikäryhmittäin ja sukupuolittain. Tulosten mukaan terveyskeskuskäynnit ovat yleisimpiä yli 65-vuotiaiden keskuudessa ja vähäisimpiä 45–64-vuotiaiden keskuudessa. Tutkimukset terveystalouden käytön sukupuolieroista osoittavat, että 15–65-vuotiaat naiset käyvät sekä terveyskeskuslääkäriin että yksityislääkäriin vastaanotolla useammin kuin miehet. (Hemminki, Luoto & Gissler 2006, 56–57.)

Paronen ja Kuusilinna (2002, 50–54.) ovat selvittäneet tamperelaisten palvelujen käyttöä muun muassa asiakkaan iän, sukupuolen ja koulutustason mukaan. Tarkasteltaessa terveyskeskuslääkäriin, yksityislääkäriin ja työterveyslääkäriin vastaanotolla käyntejä havaittiin, että terveyskeskuspalveluja käyttävien osuudet ovat suurimmat alle 24-vuotiaiden ja yli 65-vuotiaiden keskuudessa. Työikäiset eli 25–44-vuotiaat turvautuvat useammin työterveyslääkäriin (36 %) kuin terveyskeskus- (31 %) tai yksityislääkäriin

(25 %). Yksityislääkärin vastaanotolla käyvät puolestaan useimmiten yli 45-vuotiaat asiakkaat.

Ikäryhmittäisiä tarkasteluja tehtäessä on tärkeää huomioida se, että vanhempiin ikäryhmiin lukeutuvia asiakkaita voidaan pitää kokeneina palvelujen käyttäjinä. Iän myötä saadut palvelukokemukset luovat realistisen pohjan palvelujen arvioinnille. Samassa asemassa ovat esimerkiksi pitkäaikaissairaat, koska heillä on tavallisesti intensiivinen suhde hoitopaikkaan ja siten heille on karttunut todellisia kokemuksia terveysterveysten laadusta.

Kansanterveyslaitoksen toteuttaman valtakunnallisen Terveys 2000-tutkimuksen mukaan koulutus on yhteydessä siihen, minkä palvelujärjestelmän piiriin asiakas hakeutuu. Kyseisessä tutkimuksessa havaittiin, että terveyskeskuskäyntien määrä vähenee koulutustason lisääntyessä. Työterveyshuollossa ja yksityislääkärissä käynnit puolestaan lisääntyvät koulutustason myötä. (Häkkinen, Alha, Keskimäki, Klaukka, Koponen & Räsänen 2002, 66.)

Health and Social Support – tutkimuksessa verrattiin suomen- ja ruotsinkielisen väestön terveysterveysten käyttöä ja havaittiin, että ruotsinkielinen väestö käyttää vähemmän avoterveydenhuollon lääkärin vastaanottopalveluja kuin suomenkielinen väestö. Erot eivät olleet suuria, mutta tilastollisesti merkitseviä. Tutkimuksessa havaittiin myös, että ruotsinkieliset ovat tilastollisesti merkitsevästi koulutetumpia suomenkielisiin verrattuna. (Kalland & Suominen 2006, 141.) Tulos terveysterveysten vähäisemmästä käytöstä sopii aiempiin havaintoihin ruotsinkielisten paremmasta terveydestä (Suominen, Välimaa, Tynjälä & Kannas 2000, 179–187 Kallandin & Suominen 2006, 142 mukaan). Myös kieliryhmien terveyttä ja kuolleisuutta tutkineen Hyypän mukaan hyvä terveys ja pitkä elinikä kasautuvat ruotsinkieliseen väestöön (Hyypä & Mäki 2001, 55–64 Kallandin & Suominen 2006, 135 mukaan).

Asuinpaikan on joissakin tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä terveysterveysten käyttöön. Vuonna 2004 yksityislääkärikäyntejä tehtiin asukasmäärään suhteutettuna eniten Varsinais-Suomen ja Pirkanmaan maakunnissa (4,1 käyntiä/asukas) sekä Uudellamaalla (3,7 käyntiä/asukas). Vähiten käyntejä tehtiin Itä-Uudellamaalla (1,8 käyntiä/asukas) sekä Lapin maakunnassa (2,0 käyntiä/asukas) (Kauppinen & Heiskanen

2007, 65). Yksityislääkärillä käynneissä on havaittu määrällisiä eroja myös kunnan taa-
jama-asteen mukaan. Kaupunkimaisissa kunnissa on käyntejä enemmän (0,6 käyn-
tiä/asukas) kuin muissa kunnissa (0,4 käyntiä/asukas) (Kauppinen & Niskanen 2005
Manderbackan ym. 2006, 46 mukaan). Myös työterveyshuollon käynnit ovat yleisempiä
kaupunkimaisissa kunnissa, joissa käyntien määrät ovat yli kaksinkertaiset muihin kun-
tiin verrattuna (Häkkinen & Alha 2006 Manderbackan ym. 2006, 46 mukaan).

Alueelliset erot terveystalvelujen käytössä kertovat siitä, että terveystalvelujen tar-
peenmukaisen väestöryhmittäisen saatavuuden tavoite on suomalaisessa terveystalvelu-
järjestelmässä vielä saavuttamatta. Sekä talvelujen saatavuudessa että talvelujen laa-
dussa on ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia eroja. Terveystalvelu- ja keskeinen tavoite on
kuitenkin se, että väestöllä olisi halutessaan mahdollisuus käyttää paitsi julkisen myös
yksityissektorin tuottamia terveystalveluja. Todellisuudessa yksityissektorin ja työter-
veyshuollon lääkäritalveluiden keskittyminen Etelä-Suomeen ja suuriin kaupunkiin
sekä korkeahkot käyttömaksut rajoittavat valinnanvapauden aitoa toteutumista monien
kohdalla. (Manderbacka ym. 2006.) Sivuttamalla nämä realiteetit, saavutetaan kuvit-
teellinen tilanne, jossa asiakas voisi valita parhaaksi katsomansa talveluntuottajan ter-
veystalvelut. Tällöin valinta voitaisiin tulkita asiakkaan luottamukseksi talvelujärjes-
telmää kohtaan. Toisin sanoen, asiakas luottaa siihen talvelujärjestelmään, jonka talve-
lut hän valitsee. Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan lähemmin luottamusta käsitteenä
sekä luottamuksen rakentumista.

4 LUOTTAMUS

4.1 Luottamuksen olemuksesta

Kirjallisuuden mukaan luottamusta voi esiintyä kahdella tasolla: sosiaalisena luottamuksena (social trust) ja ihmisten välisenä, vuorovaikutukseen perustuvana luottamuksena (interpersonal trust) Näiden keskeinen ero havaitaan luottamuksen kohdentumisessa (Glass 1996, 1694). Sosiaalisella luottamuksella viitataan järjestelmään tai instituutioon kohdistuvaan luottamukseen, jolloin luottamus voi kohdentua esimerkiksi palvelujärjestelmään tai tiettyyn ammattiryhmään kuten lääkäreihin. Luottamusta osoittava osapuoli voi olla järjestelmä, instituutio tai yksilö. (Goudge & Gilson 2005, 1441–1442; Mechanic 1996, 174.) Kuviossa 1 esitetään nämä mahdolliset luottamuksen kohteet.

Sosiaalista luottamusta leimaa etäisyys, koska järjestelmä tai instituutio saatetaan mieltää persoonattomaksi ja vieraaksi. Tästä johtuen luottamus perustuu useammin yleiseen julkiseen mielipiteeseen ja median luoman kuvaan kuin ensikäden tietoon (Glass 1996, 1694.) Julkinen mielipide ja maine puolestaan muotoutuvat sen mukaan, miten institootit ja järjestelmät huolehtivat niille annetuista tehtävistä, miten ne vastaavat väestön ja yhteisön tarpeisiin ja mikä on niiden rooli oman alansa asiantuntijoina (Mechanic 1998, 674). Sosiaalinen luottamus heijastaa myös yleisiä yhteiskunnallisia asenteellisia trendejä ja väestön optimismia tai pessimismia, (Mechanic 1996, 175) joten sen merkitystä järjestyneen yhteiskuntaelämän kannalta ei voi kiistää. Kansalaisen näkökulmasta on ensiarvoisen tärkeää, että hän voi luottaa yhteiskunnan instituutioihin, sillä ilman luottamusta hyvinvointivaltion järjestelmä ei toimi, vaan rapautuu ja romahtaa. (Metteri 2003, 92.)

Ihmisten välistä, vuorovaikutukseen perustuvaa luottamusta on filosofisessa tutkimuksessa kutsuttu ”aidoksi” luottamukseksi (Mäkelä & Ruokonen 2005, 29) ja sen rakentumisessa vaikuttavat vahvasti psykologiset tekijät. Ihmisten välinen luottamussuhde juontaa juurensa varhaisista kiintymyssuhteista ja emotionaalisista siteistä, jotka luovat pohjan yksilön perusluottamukselle ja edelleen myöhemmille sosiaalisille suhteille (Mechanic 1996, 173). Yksilön hankkimien uusien kokemusten myötä luottamus joutuu

koetukselle, jonka seurauksena se voi heikentyä tai vahvistua. Ihmisten välinen vuoro-vaikutukseen perustuva luottamus on erityisesti läsnä läheisissä ihmissuhteissa kuten ystävyudessa ja avioliitossa, mutta myös potilas-lääkärisuhteessa. (Glass 1996, 1694; Mechanic 1996, 173.) Yksilötason luottamuksella on merkittäviä vaikutuksia yksilön käyttäytymiseen ja asenteisiin. Terveyspalveluja tarvitsevan yksilön näkökulmasta luottamuksen kokemus auttaa ihmistä kestämään elämää vaikean tai vaihtelevan sairauden kanssa. (Hall, Dugan, Zheng & Mishra 2001, 629; Metteri, 2003, 93.)

	Yksilöllinen	Järjestelmä
Henkilökohtainen	Oma lääkäri	Lääkärit ammattiryhmänä
Institutionaalinen	Oma terveyskeskus	Terveyspalvelujärjestelmä

Kuvio 1. Mahdolliset luottamuksen kohteet (Hall ym. 2001, 619)

Vaikka luottamusta palvelujärjestelmään ja luottamusta henkilökuntaan esimerkiksi lääkäriin voidaan tarkastella erillisinä, ovat ne palvelujärjestelmän kohtaamisissa kytköksissä toisiinsa (Metteri 2003, 92). Yksilötason luottamus vaikuttaa järjestelmätason luottamukseen ja päinvastoin. Mekanismit voivat toimia kehämäisesti, mikä tarkoittaa sitä, että luottamus lääkäriin tai muuhun henkilökuntaan välittyy luottamuksena koko palvelujärjestelmään. Kytkökset voivat toimia myös vastakkaiseen suuntaan siten, että luottamus palvelujärjestelmään heijastuu yksilöiden väliseen luottamussuhteeseen. Kun yksilö luottaa vahvasti palvelujärjestelmään, hän todennäköisesti luottaa myös järjestelmässä työskentelevään henkilökuntaan riippumatta siitä, tuntee hän henkilökunnan entuudestaan vai ei. (Schlackman 1989, 234–237 Mechanicin 1996, 174.mukaan.)

Luottamusta tutkinut Ilmonen (2005) esittää neljä luottamuksen tyyppiä (kuvio 2). Nämä ovat primääri luottamus, luottamusketju, yleistynyt luottamus ja luottavaisuus. Kolme ensimmäistä koskee luottamusta ihmisiin ja neljäs luottamusta instituutioihin. (Ilmonen 2005, 62.) Alun perin Sztompkan (1999) esittämä käsite primääri luottamus viittaa tilanteisiin, joissa kontaktit ihmisten kesken ovat välittömiä ja henkilökohtaisia

(Sztompka 1999, 70–86 Ilmosen 2005, 52 mukaan). Tällaisesta sosiaalisen vuorovaikutuksen myötä syntyvästä luottamuksesta käytetään kirjallisuudessa nimitystä ansaittu luottamus (Harre 1999, 256, 266 Ilmosen & Jokisen 2002, 89 mukaan).

Toinen Ilmosen (2005) esittämä luottamuksen tyyppi on luottamusketju. Se kuvaa tilannetta, jossa kontaktit luottamuksen kohteeseen ovat henkilökohtaisia, mutta epäsuoria. Johonkuhun luotetaan siksi, että hän kuuluu verkostoon. Kolmannelle luottamustyyppille, yleistyneelle luottamukselle, on nimensä mukaisesti ominaista yleisyys ja ei-henkilökohtaisuus. Tämä viittaa suhteisiin ja tilanteisiin, joissa olemme suhteellisen pysyvästi tekemisissä sellaisten ihmisten kanssa, joita emme tunne. Luotamme heihin, koska arvelemme heillä olevan samanlaisia ominaisuuksia kuin meillä itsellämme. Neljäs luottamuksen tyyppi on luottavaisuus ja se kuvaa tilannetta, jossa ihmisten väliset suhteet ovat epäsuoria ja ei-henkilökohtaisia. (Ilmonen 2005, 52.) Luottavaisuuden käsitteen otti alun perin käyttöön Luhmann (1979) tehdessään käsitteellisen eron ihmisiin ja instituutioihin luottamisen välillä (Luhmann 1979, Ilmosen & Jokisen 12 mukaan).

Suhde	Suora	Epäsuora
Henkilökohtainen	”annettu” tai ”primääri” luottamus	”luottamusketju”
Ei-henkilökohtainen	yleistynyt luottamus	luottavaisuus

Kuvio 2. Luottamuksen tyypit. (Ilmonen 2005, 52)

Tässä työssä tarkastellaan terveystalvvelujärjestelmään kohdistuvaa luottamusta, joten luottavaisuuden ja sosiaalisen luottamuksen käsitteet ovat keskeisiä. Aiemmin kuitenkin todettiin, että sosiaalinen luottamus ja vuorovaikutukseen perustuva, primääri luottamus ovat kytköksissä toisiinsa eikä niitä voi tarkastella täysin irrallisina toisistaan. Tästä johtuen yksilöiden välistä, vuorovaikutukseen perustuva luottamusta on syytä tarkastella jossain määrin sosiaalisen luottamuksen ohella. Näistä molemmista käytetään tässä yhteydessä nimitystä luottamus kokonaisuuden selkeyttämiseksi.

4.2 Luottamuksen ulottuvuudet

Luottamus-käsite on kirjallisuuden mukaan hyvin moniulotteinen ja sille on löydettävissä useita erilaisia piirteitä. Aihepiiriä tutkinut Ilmonen (2005, 51, 62) nimittää luottamuksen ominaispiirteitä luottamuksen ulottuvuuksiksi ja esittää, että kullakin luottamuksen muodolla on neljä ulottuvuutta. Ulottuvuudet ovat samat riippumatta siitä, onko kyseessä yksilöiden välinen vai instituutioihin kohdistuva luottamus. Ensimmäinen ulottuvuus perustuu siihen tosiasiaan, että *luottamus kohdistuu tulevaisuuteen* ja pyrkii tekemään sen sisältämiä epävarmuuksia hallittaviksi. Niin luottamus lääkäriin kuin palvelujärjestelmäänkin viittaavat samaan asiaan - tulevaisuuteen ja sen ennustettavuuteen. Luottamalla ihmiset tekevät tulevaisuudesta hallittavan tai ainakin ymmärrettävän.

Tulevaisuuteen suuntautumista painottaa myös Hall ym. (2001), joiden mukaan luottamus on asenne, joka ilmenee optimistisena suhtautumisena tulevaan. Asiakkaan voidaan sanoa luottavan palvelujärjestelmään, kun hän suhtautuu optimistisesti siihen, että palvelujärjestelmän toiminnan perusteena tai tarkoituksena on asiakkaan terveystarpeiden tyydyttäminen ja toiminnan tulokset ovat asiakkaan kannalta hyväksytyjä. (Hall ym. 2001, 616–617.) Samoilla linjoilla on Giddens (1990) määritellesään luottamuksen asenteiksi ja taipumuksiksi, joita ihmiset omaksuvat kattaakseen tulevaisuuden epävarmuutta (Giddens 1990 Ilmonen 2005, 54 mukaan).

Tulevaisuuteen viitattaessaan *luottamus liitetään usein odotuksiin, jotka kohdistuvat toisen osapuolen käyttäytymiseen ja toimintaan* (Luhmann 2000 Gilsonin 2003, 1456 mukaan). Luottava osapuoli uskoo ja odottaa, että luottamuksen kohde toimii luottavan osapuolen kannalta asianmukaisella tavalla ja ajaa hänen asiaansa parhaan kykynsä mukaan (Barber 1983 Mechanicin 1996, 173 mukaan; Hall ym. 2001, 615). Luottamusta käsittelevässä kirjallisuudessa esitetään useita toiminnan piirteitä, jotka ovat luottavan osapuolen kannalta merkityksellisiä ja joita luottava toiselta odottaa. Näistä kirjallisuudessa yleisimmin mainittuja ovat osapuolen tai instituution edustajan käyttäytymisen puolueettomuus sekä instituution tai osapuolen kyky suoriutua asiakkaan odottamista asioista ajan myötä samalla osaamistasolla. Olennaisia ovat myös osapuolen tai instituution edustajan vastuullisuus ja pätevyys hoitaa asioita. (Ilmonen 2005, 55.) Näitä luottavan osapuolen kannalta merkityksellisiä piirteitä tarkastellaan terveystalvuelujärjestel-

mään sovellettuina tuonnempana.

Kuten edellä kävi ilmi, luottamuksen toisen ulottuvuuden keskeinen sisältö on se, että luottava osapuoli kohdistaa vapaaehtoisesti odotuksia toisen toimintaa ja käyttäytymistä kohtaan. Tämä luo perustan kolmannelle ulottuvuudelle, joka käsittelee *luottamukseen liittyvää riskiä*. Kun luottava osapuoli kohdistaa toiseen odotuksia, hän ei voi olla varma vastaako luotettu tähän luottamukseen. Hän saattaa toimia vastoin toisen odotuksia tai hänellä voi olla pakottava syy olla reagoimatta luottamukseen luottamuksella. Kumpikin mahdollisuus tuo suhteeseen epävarmuutta tai riskin. (Ilmonen & Jokinen 2002, 32.) Luottava osapuoli ottaa riskin petetyksi tulemisesta ja riskin suuruus on yhteydessä siihen, kuinka suuri arvo asialla on luottavalle osapuolelle. Mikäli asialla ei ole merkittävää arvoa, on riskin ottaminen helpompaa (Ilmonen 2005, 56, 57, 63).

Tarkasteltaessa riskin merkitystä terveyspalvelujärjestelmässä asioivalle asiakkaalle, voidaan ensimmäiseksi todeta, että asiakas saattaa olla hyvinkin riippuvainen lääkärin tai terveyspalvelujärjestelmän toiminnasta. Luottaessaan lääkäriin tai muihin palvelujärjestelmän toimijoihin, asiakas altistuu riskille, joka syntyy siitä, että asiakas ei voi olla varma palvelujärjestelmän tai lääkärin toiminnan motiiveista ja tuloksista. Sairastavan asiakkaan kannalta riski on sitä suurempi, mitä vakavampi sairaus asiakkaalla on. Hallin ym. (2001) mukaan terveydenhuollon kontekstissa esiintyvään luottamukseen liittyy läheisesti haavoittuvuus. Mitä suurempi haavoittuvuuden tunne asiakkaalla on, sitä todennäköisempää luottamuksen syntyminen on. (Hall ym. 2001, 615.)

Merkityksellisen asian luottaminen jollekulle ja siihen liittyvä haavoittuvuus pakottavat luottamuksen osoittajan pohtimaan niitä riskejä, joita asian luottaminen jollekulle sisältää. Asiakkaat joutuvat arvioimaan sitä, missä suhteessa luottavat toiseen. Asia ei ratkea ”kokonaan tai ei lainkaan”-periaatteen varassa, vaan yleensä toiseen osapuoleen luotetaan jossakin suhteessa ja tämä ”jossakin suhteessa” vaihtelee tilanteesta toiseen. Silloin, kun on muita mahdollisuuksia avoinna, luottamuksen riskiä ei ehkä tarvitse ottaa lainkaan. Toisena ääripäänä ovat ne tilanteet, joissa ei ole muita mahdollisuuksia kuin luottaa toiseen jossakin suhteessa. (Ilmonen 2005, 58.) Terveystieteiden tutkimusten sovellettuna tilanteen vakavuudella on merkitystä siten, että mitä vakavampaa sairautta yksilö sairastaa, sitä suurempi mahdollisuus on luottamuksen tai vaihtoehtoisesti epäluottamuksen syntymiseen (Hall ym. 2001, 615).

Luottamukseen liittyy siten *valintojen tekeminen*; luottaako toiseen vai ei ja missä suhteessa. Valintatilanteet saattavat vaihdella paljonkin ja vapausasteet tehdä omia ratkaisuja niiden mukaisesti. Täysin vapaa valinta on kuitenkin mahdollista ainoastaan, jos toiminnalla ei ole mitään pakottavaa kausaalista syytä (Ilmonen & Jokinen 2002, 31, 32). Terveyspalvelujärjestelmässä asioivalla asiakkaalla tämä kausaalinen syy yleensä kuitenkin on. Hakeutuessaan palvelujärjestelmään hän odottaa saavansa apua sairauteensa. Valinnan vapauden toteutumisen kannalta keskeistä on palvelun tarjoajan ja asiakkaan välinen tiedon epäsymmetria. Palvelun tarjoaja tai tuottaja yleensä kykenee asiakasta paremmin arvioimaan asiakkaan terveydentilan ja terveystarpeen. Toisaalta hän tietää asiakasta paremmin, mitä palveluja asiakkaan terveydentilaan vaikuttamiseksi on tarjolla ja ennen kaikkea sen, mitä vaikutuksia palvelun käytöllä on asiakkaan terveydentilaan (Sintonen & Pekurinen 2006, 117–118).

Kuten edellä mainittiin, luottamuksen aste vaihtelee tilanteesta toiseen. Luottamus vaihtelee myös ajassa; se ei ole pysyvä asia vaan pikemminkin dynaaminen prosessi, jossa luottamuksen aste saattaa vaihdella vuorovaikutuksessa saatujen kokemusta ja tilanteellisten tekijöiden mukaan. Arvioitaessa sitä kannattaako palvelujärjestelmään tai sen toimijoihin luottaa, on vuorovaikutuksella ja sosiaalisella läheisyydellä tai etäisyydellä merkittävä rooli. Kun sosiaalinen kanssakäyminen puuttuu, on päätös luottamisesta vaikeampi tehdä. Päätöksen tekemistä kuitenkin helpottaa, jos luottamuksen pettäminen sanktioidaan lainsäädännöllisillä, hallinnollisilla tai kulttuurisilla järjestelyillä. Näitä kutsutaan yhteiskunnallisiksi riskienkäsittelyinstituutioiksi ja nämä yhdessä sosiaalisen vuorovaikutuksen kanssa helpottavat päätöksen tekemistä sen suhteen luottaako toiselle jotakin vai ei. (Ilmonen 2005, 58–59.)

Valinnan tekemiseen ja luottamuksen rakentumiseen vaikuttavat myös moraaliset tekijät. Yksilöllisellä tasolla jokainen on vastuussa toiminnastaan ja toiminnan perusteella voidaan ratkaista se, onko yksilö luottamuksen arvoinen vai ei. Makrotasolla luottamuksen rakentumisen kannalta olennaista on yhteiskunnassa vallitseva luottamuskulttuuri. Luottamuskulttuurin vallitessa instituutioiden edustajien toimintatapaa leimaa universalismi, kyky nähdä kaikki yksilöt moraalisesti yhtä pätevinä. (Ilmonen 2005, 63.)

4.3 Luottamuksen rakentumiseen yhteydessä olevat tekijät

Luottamuksen rakentumista terveydenhuollon kontekstissa tutkinut Mechanic (1998, 662) korostaa, että luottamus lääkäriin rakentuu oman kokemuksen perusteella, mutta palvelujärjestelmään kohdistuvan luottamuksen syntymiseen vaikuttaa yleinen julkinen mielipide ja median luoma kuva palvelutuotantojärjestelmästä. Järjestelmään ja sen toimijoihin kohdistuva luottamus ovat kuitenkin yhteydessä toisiinsa siten, että luottamus yksilöön saattaa heijastua luottamuksena palvelutuotantojärjestelmään. Toisaalta yhteys voi olla myös päinvastainen; jolloin asiakkaiden epäilevä suhtautuminen järjestelmän motiiveja ja aikomuksia kohtaan, saattaa vaikuttaa potilas-lääkärisuhteen vuorovaikutukseen.

Tutkimuskirjallisuudessa esitetään tekijöitä, joiden on havaittu liittyvän luottamuksen rakentumiseen terveydenhuollossa. Nämä tekijät voidaan luokitella asiakkaaseen liittyviin tekijöihin, lääkärin toimintaan ja hänen persoonallisuuteensa liittyviin tekijöihin sekä hoitosuhteeseen tai tilanteeseen liittyviin tekijöihin. (Hall ym. 2001, 627.) Tässä työssä selvitetään asiakkaaseen liittyvien tekijöiden yhteyttä luottamuksen rakentumiseen. Asiakkaan taustatekijöistä tarkastellaan terveydentilaa, terveyspalvelujen käyttöä sekä sosiodemografisia taustatekijöitä ja luottamuksen kohteena on julkinen palvelutuotantojärjestelmä.

Sekä terveyspalveluihin että julkiseen palvelutuotantojärjestelmään liittyy ominaispiirteitä, joita ei voi sivuuttaa luottamuksen rakentumista tarkasteltaessa. Seuraavaksi käydäänkin lyhyesti läpi näiden piirteiden merkitys asiakkaalle, kun hän muodostaa käsitystään siitä, voiko järjestelmään luottaa vai ei.

Luottamus palvelutuotantojärjestelmään ja sen toimijoihin rakentuu pitkälti niiden odotusten varaan, joita asiakkailla on palvelun tarjoajaa kohtaan (Davies & Rundall 2000, 612). Kirjallisuuden mukaan asiakkaiden odotuksissa korostuvat palvelun tarjoajan pätevyys, kyky ja halu ajaa asiakkaan asioita sekä valta tehdä asiakasta koskevia päätöksiä (Ilmonen 2005, 55; Mechanic 1998, 664). Merkityksellisiä ovat lisäksi auttamissuhteen avoimuus ja luottamuksellisuus (Hall 2001, 622).

Kirjallisuuden mukaan palvelujärjestelmän tai sen edustajan pätevyys on asiakkaiden näkökulmasta merkittävin tekijä (Mechanic 1998, 664; Hall ym. 2001, 621). Pätevyydellä tarkoitetaan osapuolen tai instituution edustajan toiminnan virheettömyyttä ja parhaiden mahdollisten tulosten saavuttamista (Mechanic 1998, 665). Lääketieteelle ja terveydenhuollolle ominainen tiedon epäsymmetria rajoittaa kuitenkin asiakkaan mahdollisuutta arvioida tätä ominaisuutta ja seurauksena saattaa olla se, että asiakkaiden näkemys lääkärin pätevyydestä perustuu suurelta osin lääkärin vuorovaikutustaitoihin (Mechanic 1998, 665; Hall ym. 2001, 621). Tällöin on mahdollista, että asiakas luottaa enemmän empaattisesti ja huolehtivasti käyttäytyvään lääketieteellisen osaamisen suhteen epäpätevään lääkäriin kuin samassa suhteessa pätevään, mutta välinpitämättömästi käyttäytyvään lääkäriin (Hall ym. 2001, 616, 617). Koska terveystalouden palvelujärjestelmän ja sen edustajien toiminnan pätevyys arviointi on asiakkaalle vaikeaa, voidaan arvioinnissa tukeutua perheen, tuttavien ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten mielipiteisiin tai muihin epävirallisiin tiedonlähteisiin (Mechanic 1998, 664).

Pätevyden ohella asiakkaat odottavat, että instituutio tai osapuoli kykenee suoriutumaan sille annetuista toiminnoista ajan myötä samalla osaamistasolla (Mechanic 1998, 667, 668; Davies & Rundall 2000, 613; Ilmonen 2005, 55). Luottamus rakentuu sen odotuksen varaan, että lääkärit ja terveydenhuollon toimijat ajavat asiakkaan etua ja toimivat heidän parhaakseen. Odotus perustuu lääketieteellisen filosofian ja etiikan johtajuuteen, jonka mukaan lääkärit ovat potilaidensa asianajajia. Terveydenhuollon ominaispiirteiden vuoksi luottamus saattaa kuitenkin joutua koetukselle. (Mechanic 1998, 667.) Julkisen palvelutuotantojärjestelmän piiriin kuuluvissa terveyskeskuksissa lääkärin rooli on toimia niin sanottuna portinvartijana. Hän arvioi ja tekee päätöksen siitä, ketkä asiakkaista hoidetaan perusterveydenhuollossa ja ketkä lähetetään erikoissairaanhoidon jatkohoidon. (Glass 1996, 1696.) Luottamusta palvelun tarjoajaan saattaa horjuttaa myös se, että kuilu taloudellisen niukkuuden ja lääketieteen sekä teknologian kehittymisen mahdollistamien hoitomuotojen välillä kasvaa ja asiakkaat eivät voi luottaa saavansa tehokkainta tai vaikuttavinta hoitoa (Mechanic 1998, 667).

Asiakkaan edunvalvontaan liittyy läheisesti palvelujärjestelmän toimijan valta asiakkaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Luottamuksen rakentumisen kannalta keskeinen kysymys on se, uskovatko asiakkaat, että lääkärillä on valtuudet päättää niistä lääketieteellisistä resursseista, jotka ovat asiakkaan hoidossa välttämättömiä. Julkisessa

palvelutuotantojärjestelmässä lääkärit toimivat tavallisesti niin sanottuina kaksoisagentteina, mikä merkitsee sitä, että lääkärin tulee toimia asiakkaidensa parhaaksi, mutta ottaa samalla huomioon yhteiskunnan edut. (Mechanic 1998, 670.)

Kirjallisuuden mukaan asiakkaat odottavat palvelun tarjoajalta myös avoimuutta ja luottamuksellisuutta. Toiminnan luottamuksellisuus merkitsee sitä, että asiakasta koskevaa informaatiota käsitellään asianmukaisesti eikä se pääse sivullisten tietoon. Luottamuksellisuus edesauttaa asiakkaiden mahdollisuutta keskustella vapaasti asioistaan ilman pelkoa siitä, että asiakkaan kertomaa tietoa voitaisiin käyttää häntä vastaan. Tämä puolestaan edesauttaa onnistunutta vuorovaikutusta ja sitä kautta edistää luottamuksen rakentumista. Luottamuksellisuuteen liittyy läheisesti myös avoimuus, joka vaikuttaa omalta osaltaan luottamuksen rakentumiseen. Asiakkaat odottavat saavansa sairauttaan koskevaa tietoa oman päätöksentekonsa tueksi. Tiedon saanti mahdollistaa asiakkaan osallistumisen hoitoonsa ja sitä kautta tarjoaa mahdollisuuden luottamuksen rakentumiseen. (Hall 2001, 622.) Mechanic (1998, 662) esittää, että luottamus on voimakkainta juuri silloin, kun asiakas osallistuu omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Muita luottamuksen rakentumisen kannalta merkittäviä asioita ovat omalääkärijärjestelmä, mahdollisuus lääkärin tai hoitopaikan valintaan sekä hoidon saatavuus ja vaikuttavuus. Laamasen ym:n (2006) tutkimus osoitti, että ne terveyskeskusasiakkaat, joille oli nimetty omalääkäri, luottivat merkittävästi enemmän palvelutuotantojärjestelmään kuin ne, joilla omalääkäriä ei ollut tai eivät sitä tienneet. Mahdollisuus lääkärin tai hoitopaikan valintaan (Glass 1996, 1696; Hall ym. 2001, 628) sekä hoidon saatavuus ja vaikuttavuus (Laamanen ym. 2006) osoittautuivat myös merkittäviksi asioiksi luottamuksen rakentumisessa. Potilas-lääkärisuhteen pituus ja lääkärissä käyntien määrä sen sijaan selittävät luottamusta hyvin vähäisessä määrin (Hall ym. 2001, 628).

Tarkasteltaessa asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden yhteyttä luottamuksen rakentumiseen voidaan viitata kansainväliseen luottamuksen tutkimukseen. Sen mukaan asiakkaan yhteiskunnallinen asema vaikuttaa huomattavasti ihmisten taipumukseen luottaa muihin ihmisiin ja tuntea luottamusta yhteiskunnan keskeisiin instituutioihin. Keskeinen päätelmä on se, että mitä parempi asema ja koulutus yksilöllä yhteiskunnassa on, sitä luottavampi hän on. (Patterson 1999, 189–190 Ilmosen & Jokisen 2002, 151 mukaan.)

Claus Offe (1999) on pohtinut hyvä- ja huono-osaisuuden suhdetta luottamukseen ja kutsuu keskeistä päätelmäänsä luottamuksen paradoksiksi. Hänen mukaansa syy-yhteys liittyy yksilön resursseihin. Mitä enemmän yksilöllä niitä on, sitä vähemmän haavoittuva hän on ja sitä pienempi on luottamuksen suhteellinen merkitys hänelle. Mitä vähemmän resursseja puolestaan on käytössä, sitä suurempi on luottamuksen merkitys ja sitä katastrofaalisempi sen pettäminen asianosaiselle on. Se pakottaa tarkkaan harkitsemaan kehen voidaan luottaa ja missä asioissa. Epäsuhta hyvä- ja huono-osaisuuden välillä on saanut Offen kiteyttämään ajatuksensa seuraavasti: " *mitä enemmän luottamusta tarvitaan, sen vähemmän siihen on varaa*" kun sitä vastoin " *ne, jotka tarvitsevat luottamusta vähiten, voivat riskeerata helposti ja luottaa muihin keveämmilläkkin perusteilla*". (Offe 1999, 50–53, 55 Ilmosen & Jokisen 2002, 153 mukaan.)

Offen kanssa yhtenevillä linjoilla on Hall (1999), joka esittää että luottaminen on vaivattomampaa niille, joilla on valtaa ja jotka hyötyvät yhteiskunnan sosiaalisista, taloudellisista ja poliittisista systeemeistä (Hall 1999 Gilsonin 2002, 1460 mukaan) kuin niille, joiden resurssit ovat vähäisemmät. Vauraus myötävaikuttaa edelleen ihmisten optimistiseen asenteeseen, mikä puolestaan ruokkii luottamusta (Gilson 2002, 1460).

Asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden ja terveydentilan yhteyttä luottamukseen tarkastellaan lähemmin kirjallisuuskatsauksessa.

4.4 Luottamukselle läheiset käsitteet

Luottamus-käsitteen moniulotteisuuden vuoksi se pyritään kirjallisuudessa erottamaan sitä lähellä olevista käsitteistä (Davies & Rundall 2000, 611- 612; Hall ym. 2001, 617). Yleisimmät luottamusta lähellä olevat käsitteet ovat usko, riippuvuus ja tyytyväisyys ja ne on syytä käydä myös tässä työssä lyhyesti läpi.

Luottamuksen ulottuvuuksia esitettäessä todettiin, että luottamus viittaa tulevaisuuteen ja siten se liitetään luottavan osapuolen odotuksiin. Odotukset voivat kohdistua toisen osapuolen käyttäytymiseen, toiminnan tarkoitukseen tai tuloksiin (Luhmann 2000 Gilsonin 2003, 1456 mukaan). Luottamisessa keskeistä on se, että luottavalla osapuolella

on rationaalinen, kognitiivinen tai emotionaalinen syy uskoa, että toisella on hänen asioidensa hoitoon tarvittavaa pätevyyttä ja halukkuutta hoitaa asioita. Luottamus toista kohtaan perustuu aiempaan kokemukseen tai tietoon siitä, että toinen osapuoli kykenee suoriutumaan odotetuista asioista ajan myötä samalla osaamistasolla. Mikäli tällainen aiempi kokemus tai tieto puuttuu, on kyse uskosta. (Davies & Rundall 2000, 612.)

Luottamus-käsitteelle keskeistä on myös se, että luottava osapuoli kohdistaa vapaaehtoisesti odotuksia toisen toimintaa ja käyttäytymistä kohtaan (Luhmann 2000 Gilsonin 2003, 1456 mukaan; Hall ym. 2001, 616). Koska luottaminen on yleensä vapaaehtoista toimintaa, siihen liittyy valintojen tekeminen; luottaako toiseen vai ei ja missä suhteessa. Davies ja Rundall (2000, 612) esittävät, että luottamuksen ja riippuvuuden käsitteet voidaan erottaa toisistaan juuri valinnan mahdollisuuden perusteella. Luottamiseen sisältyy mahdollisuus valita, missä määrin toiseen luottaa, kun taas riippuvuuteen näitä valinnan mahdollisuuksia ei sisälly. Tilanteessa, jossa luottavan osapuolen ainoa vaihtoehto on ottaa riski ja luottaa toiseen, on kyse riippuvuudesta. (Davies & Rundall 2000, 612.)

Kolmas luottamusta lähellä olevista käsitteistä on tyytyväisyys, joka määritellään luottamuksen tavoin asenteeksi. Kun luottamus ilmenee optimistisena suhtautumisena tulevaan, kohdistuu tyytyväisyys pikemminkin kokemuksiin menneistä tapahtumista. Luottamus kohdistuu toisen osapuolen toiminnan motivaatioon ja tuloksiin, kun taas tyytyväisyys ei edellytä oletuksia toiminnan motivaatiosta. Terveystieteiden kontekstissa tyytyväisyys ilmaisee yksilön subjektiivisia kokemuksia menneistä tapahtumista esimerkiksi palvelukokemuksista, kun taas luottamus kohdistuu käynnissä olevaan hoitosuhteeseen. Luottamus ja tyytyväisyys ovat läheisesti kytköksissä toisiinsa siten, että luottamus lisää tyytyväisyyttä ja vastaavasti myönteisillä kokemuksilla on taipumus lisätä luottamusta. (Hall ym. 2001, 617.)

Asiakastyytyväisyyden yhteys luottamukseen on yksi tämän työn tutkimuskohteista. Tarkoituksena on selvittää sitä, lisääkö terveyskeskusasiakkaiden tyytyväisyys palveluihin luottamusta koko palvelutuotantojärjestelmää kohtaan. Ensin kuitenkin käsitellään teoreettisesti palvelujen laatua ja asiakastyytyväisyyttä laadun indikaattorina.

5 ASIAKAS TERVEYSPALVELUN LAADUN ARVIOIJANA

5.1 Laatu ja laadun ulottuvuudet

Arkikielessä sanan laatu ajatellaan viittaavan johonkin hyvään ja myönteiseen. Saataan puhua esimerkiksi laatuelokuvasta tai laatutuotteesta. Sana on kuitenkin neutraali ja sillä tarkoitetaan jonkun ominaispiirrettä tai jotakin sellaista, mikä on ominaista jollekin. (Outinen ym. 1994, 13.) Laatu-käsitettä voidaan käyttää sekä tuotetta että palvelua kuvailtaessa. Tuotteeseen tai hyödykkeeseen viitatessaan käsite nivoutuu perinteisesti tuotteen teknisiin erittelyihin esimerkiksi suorituskykyyn tai virheettömyyteen (Grönroos 1991, 58). Tuoteperusteisesti määriteltynä laatu nähdään varsin täsmällisenä ja mitattavana muuttujana ja tuotteiden laatueroja kuvaavat eroja tuotteen sisältämien ominaisuuksien määrissä. Ajatuksena on, että vaikuttamalla tuotteen ominaisuuksiin voidaan suoraan vaikuttaa tuotteen laatuun. Tämän näkemyksen mukaan laatu on luonteeltaan objektiivisesti määriteltävissä ja mitattavissa. (Laaksonen & Laaksonen 2001, 83.)

Objektiivisuuden oletus saa kuitenkin haastajakseen näkemyksen, jonka mukaan laadun arviointi on luonteeltaan subjektiivista. Tätä asiakkaiden subjektiivisen arvioinnin tuottamaa laatukäsitettä kutsutaan kirjallisuudessa koetuksi laaduksi. Koettu laatu on abstrakti käsite ja kunkin asiakkaan yksilöllinen kokemus. (Laaksonen & Laaksonen 2001, 83–84.) Laadun kokemus puolestaan muodostuu pääasiassa asiakkaan tuotteelle tai palvelulle asettamien vaatimusten ja odotusten perusteella. Laatu on siten myös suhteellinen käsite. Se kuvaa erilaisten vertailujen tuloksia: toteumaa verrataan tavoitteeseen, rakennetta suorituskykyyn ja tarvetta tyydytykseen. Mitä lähempänä nämä ovat toisiaan, sitä parempaa on laatu. (Lillrank 1998, 19.)

Laatu on myös moniulotteinen käsite, sillä sitä voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Kun asiakkaat arvioivat laatua, on kyseessä koettu laatu ja keskeistä on se, vastaako palvelu asiakkaan tarpeisiin ja täyttääkö se ne odotukset, jotka asiakas on hyvälle palvelulle asettanut (Øvretveit 1992, 4). Sosiaali- ja terveydenhuollon laatukirjallisuus-

nessa laatua on käsitelty asiakkaiden näkökulmasta ja tällöin yhteistä useimmille laadun määritelmille on palvelun vastaavuus asiakkaan odotuksiin ja tarpeisiin (Tuorila 2006, 70; Øvretveit 1992, 4).

Tässä tutkimuksessa laatua tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta, mutta näkökulma voi olla myös ammattilaisten ja palvelujärjestelmän. Terveystieteiden ammattilaisten näkökulmasta laatu kuvaa palvelun kykyä vastata asiakkaan tarpeisiin ja toteuttaa niitä toimintoja, jotka ovat välttämättömiä hyvien lopputulosten saavuttamiseksi. Palvelujen järjestäjän näkökulmasta toiminnan laatua voidaan arvioida sen mukaan, toteutetaanko palvelu ilman hukkakäyttöä ja virheitä kohtuullisin kustannuksin sekä lakeja ja määräyksiä noudattaen. (Øvretveit 1992, 4, Outinen ym. 1994, 13.)

Kuten edellä on toistuvasti todettu, asiakas määrittelee palvelun laadun sen perusteella, vastaako palvelusta syntynyt subjektiivinen kokemus asiakkaan ennako-odotuksia. Kokemus palvelusta puolestaan muodostuu koko palveluprosessin aikana, kun palvelun tarjoajan ja asiakkaan välillä syntyy vuorovaikutustilanteita. Palvelujohtamista ja palvelujen markkinointia tutkinut Grönroos (1991) korostaa näiden vuorovaikutustilanteiden merkitystä, sillä ne ovat niin sanottuja totuudenhetkiä (Normann 1984, Grönroosin 1991, 67 mukaan). Totuuden hetkien käsite merkitsee sitä, että palvelun tarjoajalla on tässä ja nyt mahdollisuus osoittaa asiakkaalle palvelujensa laatu. Asiakas puolestaan kokee palveluprosessin kuluessa joukon totuuden hetkiä, joiden aikana hänelle muodostuu mielikuva palvelusta, tuottajasta ja tämän toiminnan laadukkuudesta. Totuuden hetkien aikana eli kaikissa vuorovaikutustilanteissa palveluprosessin aikana, asiakas arvioi sitä, mitä palvelua hän saa ja miten hän sen saa. (Grönroos 1991, 61–67.)

Asiakas tarkastelee ja arvioi palvelun laatua useiden eri asioiden perusteella.. Kirjallisuudessa näitä palveluissa arvioitavia asioita kutsutaan laadun ulottuvuuksiksi. Palvelun laadun ulottuvuuksia ovat esittäneet useat tutkijat, kuten esimerkiksi Grönroos (1991), Donabedian (1969) sekä Zeithaml, Parasuraman ja Berry (1990). Seuraavaksi tarkastellaan näkemyksiä laadun ulottuvuuksista.

Grönroos (1991) esittää, että palvelun laadulla on kaksi ulottuvuutta ja hän nimittää niitä tekniseksi ja toiminnalliseksi laaduksi. Tekninen laatu kuvaa palveluprosessin lopputilannetta eli sitä, mitä asiakas saa palvelun päätyttyä. Se voi olla lääkeresepti tai

ommeltu haava. Palvelun toiminnallinen laatu kuvaa sitä, miten asiakkaat kokevat palveluprosessin ja miten yhteistyö organisaation ja asiakkaan välillä sujuu. Toiminnalliseen laatuun vaikuttavat esimerkiksi odotusajat ja palvelualttius. Grönroos esittää, että teknisen ja toiminnallisen laadun lisäksi organisaatiokuva vaikuttaa asiakkaiden käsitkseen palvelun laadusta. Imago ei itsessään vaikuta palveluun tai palveluntuotantoprosessiin, mutta sillä on merkitystä asiakkaan ennako-odotuksiin ja sitä kautta myös todelliseen kokemukseen. Jos asiakkaalla on organisaatiosta myönteinen kuva, hän todennäköisesti uskoo, että organisaatio edustaa myönteisiä arvoja ja suhtautuu myönteisemmin palveluprosessiin. (Grönroos 1991, 61–67.)

Terveydenhuollon asiakastyytyväisyystutkimuksien uranuurtajan Donabedianin (1969, 1833-1836; 1982) mukaan palvelun laadun tarkastelu voi kohdistua palveluprosessiin, tulokseen ja voimavaroihin. Useissa laatua käsittelevissä teoksissa viitataan näihin Donabedianin esittämiin palvelun laadun ulottuvuuksiin (esimerkiksi Idänpää-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä 2000, 13; Laine 2005, 33-34; Voutilainen 2004, 19). Kuten palvelua käsittelevässä luvussa aiemmin todettiin, palvelun tuottaminen ja saaminen tapahtuvat prosessina, joka alkaa asiakkaan tarpeesta ja päättyy tämän tarpeen tyydyttämiseen. Prosessilaatu ilmaisee koko palveluprosessin tai toiminnan aikana muodostuvaa kokemusta palvelusta. Käytännössä prosessilaatu ilmenee esimerkiksi hoitoon pääsynä, annettuna hoitona ja hoidon sujuvuutena. Mikäli asiakas kokee annetun hoidon vastaavan hänen odotuksiaan ja tarpeitaan, hän todennäköisesti arvioi palvelun prosessilaadun hyväksi. (Voutilainen 2004, 19.)

Palvelun tuloslaatu kuvaa palveluprosessin lopputulosta eli esimerkiksi sitä terveydentilaa ja asiakastyytyväisyyttä, jota asiakas kokee poistuessaan lääkärin vastaanotolta. Asiakkaan kannalta tuloslaatu täyttää kriteerit, jos hän palveluprosessin päätyttyä kokee olevansa esimerkiksi tyytyväinen saamansa hoidon lopputulokseen tai kokee parannusta terveydentilassaan ja toimintakyvyssään. (Idänpää - Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä, 2000, 13; Laine 2005, 33–34.) Rakennelaatu kuvaa palveluprosessissa käytettävien voimavarojen ominaisuuksia. Näitä ovat esimerkiksi henkilökunnan ammattitaito ja toimintaympäristön fyysiset puitteet. Rakennelaadun kriteerit täyttyvät silloin, kun esimerkiksi henkilökunnan ammattitaito vastaa asiakkaan odotuksia. (Idänpää - Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä, 2000, 13; Laine 2005, 33–34.)

Palvelujen laadun teoriaa kehittäneet ja usein siteeratut Zeithaml, Parasuraman ja Berry (1990) korostavat, että asiakkaiden saattaa olla vaikeaa arvioida palvelujen laatua palvelujen ominaispiirteiden vuoksi. Lähtökohta on kuitenkin se, että asiakas muodostaa käsityksensä palvelun laadusta palveluun kohdistamiensa odotusten ja mielikuvien perusteella. Palveluodotuksiin vaikuttavat asiakkaan tarpeet, aiemmat kokemukset palveluista, tuttavien kokemukset sekä palvelua ja palveluntuottajaa koskeva tiedottaminen. Arvioidessaan palvelun laatua, asiakkaat eivät tarkastele ainoastaan palvelun lopputulosta, vaan myös palvelutapahtuman aikaisia kokemuksia. He muodostavat käsityksensä palvelun laadusta esimerkiksi sen mukaan, onko haava hyvin ommeltu, mutta myös sen mukaan miten heitä kohdellaan palveluprosessin aikana. Tutkimuksensa perusteella Zeithaml ym. esittivät, että asiakas arvioi palvelun laatua kymmenen ulottuvuuden perusteella. Useissa palvelujen laatua käsittelevissä teoksissa viitataan edelleen näihin ulottuvuuksiin (muun muassa Øvretveit 1992). Ulottuvuudet ovat luotettavuus, reagoimiskyky, pätevyys, saavutettavuus, kohteliaisuus, viestintä, uskottavuus, turvallisuus, asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen sekä fyysinen ympäristö. Se, miten asiakas asettaa nämä ulottuvuudet tärkeysjärjestykseen, riippuu palveluun kohdistetuista odotuksista, tarpeista, kokemuksista ja mielikuvista. (Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 15-22.)

Edellä mainittujen teoreettisten tarkastelujen lisäksi, laadun käsitettä on pohdittu myös filosofisesti. Pirsig pohtii kultiteoksessaan laadun olemusta ja toteaa, että laatu ei ole ainetta eikä henkeä, vaan kolmas metafyyminen entiteetti. Sitä ei voi määrittellä, mutta sen tietää, kun sen kokee. Pirsig kirjoittaa, että ”Ihminen, joka ymmärtää Laadun ja tuntee sen työskennellessään, on ihminen, joka välittää. Ihminen, joka välittää siitä, mitä näkee ja tekee, on ihminen, jolla taatusti on joitakin Laadun ominaispiirteitä.” (Pirsig, 1986, 300). Toteamus viittaa siihen, että laatu liittyy ihmisten ja hänen luomiensa asioiden, teknologian ja hengen, tavaroiden ja niiden käyttäjien välisiin suhteisiin.

Yhteenvetona voidaan todeta, että laatu on hyvin monimutkainen käsite eikä sen määrittely ole yksiselitteistä. Kirjallisuudessa käytetään palvelun laadun ja terveystieteiden laadun ohella myös käsitteitä hoidon laatu ja hoitotyön laatu. Käsitteet ovat yhteneviä, mutta niiden käyttö on kuitenkin selkiytymätöntä. Monissa palveluihin ja terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuteen liittyvissä tutkimuksissa hoitotyötä ja lääketieteellistä

hoitoa ei ole erotettu toisistaan. Asiakas ei välttämättä pysty erottamaan näitä osa-alueita, vaan arvioi palvelun kokonaisuutena.

Tässä työssä terveyskeskuspalvelujen laatua tutkitaan *Interpersonal Aspects of Care*-mittarilla, joka on kehitetty erityisesti vuorovaikutukseen liittyvien elementtien mittaamiseen. Tutkittavat inhimillisen laadun ulottuvuudet ovat viestintä, asiakkaan ymmärtäminen, kiinnostus asiakkaan asioita kohtaan, palveluhalukkuus, ajankäyttö ja kohteliaisuus. Laadun ulottuvuuksia tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta, heidän subjektiivisten kokemustensa perusteella, joten kyseessä on koetun laadun käsite. Subjektiivinen ote arviointiin asettaa laadun mittaamiselle haasteita ja rajoitteita. Seuraavaksi tarkastellaan laadun mittaamiseen liittyviä näkökohtia.

5.2 Asiakastyytyväisyys palvelun laadun mittarina

Terveyspalvelun laadun ja vaikuttavuuden keskeinen indikaattori on asiakastyytyväisyys, jota käytetään usein käsitteenä silloin, kun asiakas toimii palvelun laadun arvioijana (Sandell & Outinen 1996, Huuskonen ym.1997, 39). Asiakastyytyväisyyden ja palvelujen laadun kartoittamisessa ovat kyselyt olleet hallitseva tiedonhankintamenetelmä ja kyselyiden määrä varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollossa on lisääntynyt huomasti 1990-luvulta lähtien (Salmela 1997, 188). Palvelujen laatua ja asiakastyytyväisyyttä kartoitetaan niin kunta- kuin organisaatiotasollakin. Laadun arviointi on tärkeä työkalu palveluja kehitettäessä, asiakasryhmiä määritettäessä ja asiakasnäkökulmaa huomioitaessa. Kyselyjen toteuttamista on perusteltu myös sillä, että ne edistävät toiminnan tehostamista ja tuottavat kyselyyn osallistujille mielihyvää. (Olin ym. 2004, 7,17.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaspalautteiden hankintatapoja tutkinut Salmela (1996) on tyytyväisyyden käsitettä analysoidessaan todennut, että tyytyväisyyskyselyissä valtaosa vastaajista ilmaisee olevansa tyytyväinen mihin tahansa terveyspalvelujen muotoon (Salmela 1996, 36). Hän viittaa Hallin ja Dornanin (1988) tutkimukseen, jossa analysoitiin 200 potilastyytyväisyyttä käsittelevää tutkimusta ja keskimääräiseksi ”tyytyväisyyslukuksi” saatiin 76 prosenttia. (Hall & Dornan 1988, 637–644, Salmelan 1996, 36 mukaan). Suomessa Engeström (1990) tutkimusryhmineen halusi varmistua, että ilmiö pätee myös suomalaisiin asiakastyytyväisyystutkimuksiin ja käytti tarkoituksella

suoria tyytyväisyyskysymyksiä. Tulosten mukaan lähes 90 prosenttia tutkimusjoukosta osoitti tyytyväisyyttä. Engeströmin keskeinen johtopäätös oli, että ihmisillä on taipumus antaa varsin usein ristiriitaisia arvioita toisiaan lähellä olevista asioista. Asiakkaat voivat jossain yhteydessä ilmaista tyytyväisyyttä ja jossain toisessa tähän läheisessä suhteessa olevassa yhteydessä taas tyytymättömyyttä ja kritiikkiä. On ikään kuin aivan luontevaa olla yhtä aikaa tyytyväinen ja tyytymätön. Tätä ilmiötä kutsutaan kirjallisuudessa tyytyväisyyden paradoksiksi ja sille on etsitty erilaisia selityksiä. Yksi on se, että mutkikkaaksi koettua terveydenhuoltojärjestelmää pyritään miellyttämään, varsinkin jos kyseessä ovat omat elintärkeiksi koetut palvelut. Tällöin asiakas voi sisäistää itselleen auktoriteetille alisteisen roolin, johon kuuluu se, että asiakkaalla on taipumus syyllistää itsensä, jos hänen omassa hoidossaan syntyy ongelmia. Hän mieltää itsensä niin ongelmien aiheuttajaksi kuin uhriksikin. (Engeström 1990, 58.) Tällaista suhtautumista nimitetään kirjallisuudessa potilasorientaatioksi (Salmela 1996, 38).

Toista suhtautumistapaa kutsutaan kuluttajaorientaatioksi ja se ilmenee siten, että sama henkilö, joka hoitokontaktin läheisyydessä oli hoitoon tyytyväinen voi toisessa kontekstissa ollessaan etäällä hoitoyhteisöstä esittää voimakasta kritiikkiä terveystieteiden ja lääkäreitä kohtaan. Veronmaksajan, kansalaisen ja asiakkaan yleinen pettymys ja tyytymättömyys tulee tällöin esiin ja saa lisäaineeksi toisten henkilöiden ja vaikkapa median luomista kokemuksista. (Engeström 1990, 58.) Tyytyväisyyttä palveluihin ilmaistaan todennäköisesti eniten silloin, kun asiakkaita pyydetään arvioimaan saamaansa hoitoa tai palvelua ja ennen kaikkea silloin, kun asiakkaalta kysytään suoraan, onko hän tyytyväinen palveluun. Tyytyväisyyttä lisää tutkimusten mukaan myös se, että arviota kysytään suoraan asiakkaalta, sekä ajallisesti että paikallisesti hoitokontaktin läheisyydessä. Tyytymättömyyttä puolestaan paljastaa yleensä eniten hoidon jälkeen tehty kirjekysely. (Salmela 1996.)

Asiakkaan suhtautumistavan ohella asiakastyytyväisyyteen ja terveystieteiden laadun arviointiin vaikuttavat olennaisesti asiakkaan palveluun kohdistamat odotukset ja mielikuvat, kuten edellä on toistuvasti käynyt ilmi (Zeithaml ym. 1990, 15-22). Odotusten muodostumiseen puolestaan vaikuttavat aiemmat palvelukokemukset ja palvelujen käyttö, palvelua ja palveluntuottajaa koskevan tiedottaminen sekä sosiaalinen vuorovaikutus muiden käyttäjien ja kuntalaisten kanssa (Olin ym. 2004, 22). Myös terveydenhuollon

ominaispiirteet asettavat laadun arvioinnille omat haasteensa. Seuraavaksi käydään lyhyesti läpi näiden tekijöiden merkitystä laadun arvioinnissa.

5.3 Laadun arviointiin vaikuttavat tekijät

Kuten Zeithaml ym.(1990) ovat esittäneet, palvelujen ominaispiirteet - aineettomuus, prosessimaisuus, tuotannon ja kulutuksen yhtäaikaisuus sekä asiakkaan osallistuminen – asettavat palvelujen laadun arvioinnille erityisiä haasteita (Zeithaml ym. 1990, 15). Kun arvioinnin kohteena ovat terveysterveystoimet ja niiden laatu, tilannetta monimutkaistaa se, että palvelujen määrää ja laatua ohjaavat säännökset ovat lähinnä välillisiä ja suuntaa antavia (Idänpää – Heikkilä ym.2000, 13). Oman lisänsä asiaan tuo se, että asiakkaalla on hyvin harvoin sellainen lääketieteellisen asiantuntemus, että hän kykenisi arvioimaan saamaansa terveysterveystoimaa pätevällä tavalla. Lääketieteellisen asiantuntemuksen puute ei kuitenkaan estä palvelujen laadun arvioimista (Tuorila 2006, 70.), sillä asiakkaat korvaavat tiedollisten resurssiensa vajavaisuuden arvioimalla tutkimusten ja hoidon onnistuneisuutta sen perusteella, miten heidän odotuksensa täyttyvät (Tuorila 2000, Tuorilan 2006, 70 mukaan). Koska asiakkaan odotukset vaikuttavat merkittävästi palvelukokemuksen ja palvelun laadun arviointiin, tarkastellaan seuraavaksi lyhyesti odotusten muotoutumiseen liittyviä tekijöitä.

Tutkimusten mukaan asiakkaiden sosiodemografiset taustatekijät ovat yhteydessä siihen, mitä palvelussa pidetään tärkeänä. ja näin ollen ne vaikuttavat myös palveluihin kohdistettuihin odotuksiin. Jung, Baerveldt, Olesen, Grol ja Wensing (2003, 160-181) kävivät läpi 145 tutkimusta, joista 121 oli toteutettu Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa ja Kanadassa ja loput muissa Euroopan maissa ja Aasiassa. Tutkimuksessa selvitettiin asiakkaiden taustatekijöiden yhteyttä siihen, mitä hoidossa pidetään tärkeänä. Merkittävimmät selittäjät löytyivät uskonnosta ja etnisyydestä, tosin näitä oli tutkittu varsin vähän. Eniten tutkimuksia löytyi iän, terveydentilan, sukupuolen ja taloudellisen aseman yhteydestä arvostuksiin. Näistä tekijöistä ikä ja taloudellinen asema olivat useimmiten yhteydessä arvostuksiin. Tulokset osoittivat, että esimerkiksi nuoret asiakkaat pitävät tärkeänä nopeaa pääsyä lääkärin vastaanotolle sekä mahdollisuutta osallistua omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon. Vanhemmat asiakkaat sitä vastoin pitivät tärkeänä, että lääkäri tekee asiakkaan terveyttä koskevia päätöksiä. Myös hoidon jatkuvuus oli

vanhemmalle väestölle tärkeää. (Jung, Baerveldt, Olesen, Grol & Wensing 2003, 160-181.)

Asiakkaan taloudellinen asema oli yhteydessä preferensseihin siten, että hyvässä taloudellisessa asemassa olevat asiakkaat pitivät tärkeänä päätöksentekoon osallistumista ja pääsyä erikoislääkärin vastaanotolle. Heikossa taloudellisessa asemassa elävät asiakkaat puolestaan pitivät tärkeimpänä hoidon edullista hintaa. (mts.)

Kirjallisuuden mukaan asiakkaiden odotukset juontavat juurensa palvelujen käytöstä ja käytön myötä syntyneistä aiemmista palvelukokemuksista sekä asiakkaan kokemista terveystarpeista (Zeithaml ym. 1990, 15–22). Kuten luvussa Avosairaanhoidon lääkäripalvelujen käyttö asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden mukaan esitettiin, palvelujen käyttö on tutkimusten mukaan yhteydessä asiakkaan sosiodemografisiin taustatekijöihin muun muassa ikään, sukupuoleen ja koulutustasoon (Hemminki ym. 2006, 56-57; Häkkinen ym. 2002, 66). Kun yli 65-vuotiaat esimerkiksi käyttävät terveyskeskuspalveluja muita ikäryhmiä enemmän (Hemminki ym. 2006, 56–57), he saavat palveluista useammin omakohtaisia kokemuksia ja muodostavat odotuksensa näihin todellisiin kokemuksiin. Keskeistä on myös se, että vanhemmat asiakkaat ovat nuoria kokeneempia palvelujen käyttäjiä ja kykenevät siten esimerkiksi vertaamaan saamaansa palvelua aiempiin kokemuksiin

Palvelujen käytön lisäksi odotuksiin vaikuttavat asiakkaan terveystarpeet (Zeithaml ym. 1990, 15–22). Terveystarpeet määräytyvät pääasiassa asiakkaan terveydentilan mukaan, joten terveystarpeita voidaan tarkastella esimerkiksi sairastavuuden ja koetun terveydentilan perusteella. Väestön terveyttä ja hyvinvointia on tutkittu muun muassa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen toteuttamalla Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut – kyselyllä. Sen keskeinen tulos oli, että koettu terveydentila ja haittaava pitkäaikaissairastavuus vaihtelivat eri väestöryhmissä. Terveys oli huonompi vanhemman väestön keskuudessa ja alemmissa koulutus- ja tuloryhmissä. (Karvonen, Lahelma & Winter 2006, 79, 89.) Pitkäaikaissairastavuuden ja heikon terveydentilan voidaan ajatella vaikuttavan palvelujen laadun arviointiin palvelujen käytön kautta. Kun pitkäaikaissairaat todennäköisesti käyttävät palveluja paljon, heille myös karttuu omakohtaisia kokemuksia palvelutapahtumista ja siten he voivat perustaa arvionsa laadusta realistisiin näkemyksiin.

Palveluodotuksiin vaikuttavat palvelujen käytön, aiempien kokemusten ja tarpeiden lisäksi palvelua ja palveluntuottajaa koskeva tiedottaminen sekä sosiaalinen vuorovaikutus muiden käyttäjien ja kuntalaisten kanssa (Olin ym. 2004, 22). Lääkärin antama informaatio asiakkaan tilanteesta on tärkeimpiä palveluodotuksen muovaajia. Yhtälailla odotuksiin vaikuttavat esimerkiksi ystävien tai tuttavien kertomukset saman sairauden kulusta ja hoidosta. Jos ystävän vaiva onnistuttiin parantamaan, odottaa asiakas todennäköisesti samaa oman vaivansa kohdalla. Odotuksiin vaikuttaa myös palveluntuottajaa koskeva tiedottaminen, sillä se on avainasemassa tuottajan imagon ja maineen luomisessa. Luvussa Laatu ja laadun ulottuvuudet esitettiin, että imago ja maine vaikuttavat asiakkaan ennako-odotuksiin ja sitä kautta myös todelliseen palvelukokemukseen. Jos asiakkaalla on organisaatiosta myönteinen kuva, hän todennäköisesti uskoo, että organisaatio edustaa myönteisiä arvoja ja suhtautuu myönteisemmin palveluprosessiin. (Grönroos 1991, 61–67.) Grönroosin kanssa samankaltaisia päätelmiä on esittänyt Vuori (1998), jonka näkemyksiä kuvattiin luvussa Asiakkaiden näkemykset yksityisestä ja julkisesta palvelutuotantjärjestelmästä. Vuoren mukaan palveluntuottajaan kohdistuvat voimakkaat kielteiset ennakoasenteet välittyvät palvelutapahtumaan ja vaikuttavat palvelukokemukseen kielteisesti (Vuori 1998, 214).

Yhteenvetona voidaan todeta, että asiakkaat muodostavat käsityksensä palvelujen laadusta subjektiivisten kokemustensa perusteella. Palvelukokemusten muodostumiseen puolestaan vaikuttavat merkittävästi asiakkaan palvelulle asettamat ennako-odotukset. Terveystieteiden asiakkaiden kohdalla näiden ennako-odotusten merkitys korostuu, sillä asiakkailta puuttuu sellainen lääketieteellinen asiantuntemus, että he voisivat esimerkiksi arvioida saamansa hoidon ja tutkimusten onnistuneisuutta. Asiantuntemuksen puutteen he korvaavat arvioimalla laatua sen perusteella, miten heidän odotuksensa täyttyvät (Tuorila 2000, Tuorilan 2006, 70 mukaan) Palveluodotuksiin vaikuttavat merkittävästi myös aiemmat palvelukokemukset ja asiakkaan kokemat terveystarpeet. Sekä palvelujen käyttö, jonka myötä palvelukokemuksia saadaan, että terveystarpeet ovat joiltain osin yhteydessä asiakkaan sosiodemografisiin taustatekijöihin ja terveydentilaan. (Zeithaml ym. 1990, 15–22.)

Tässä työssä terveyskeskuspalvelujen laadussa arvioitavia ulottuvuuksia ovat viestintä, asiakkaan ymmärtäminen, palveluhalukkuus ajankäyttö, kohteliaisuus sekä kiinnostus

asiakkaan asioita kohtaan. Keskeinen laatua mittaava indikaattori on asiakastyytyväisyys ja seuraavaksi käydäänkin läpi aiempia tutkimuksia asiakkaiden sosiodemografisten tekijöiden, terveydentilan ja terveystalvelujen käytön yhteydestä asiakastyytyvyyteen.

Toinen tutkimuskohde eli luottamus julkiseen palvelutuotantojärjestelmään otetaan tarkasteltavaksi asiakastyytyväisyystutkimusten jälkeen.

6 KIRJALLISUUSKATSAUS

6.1. Asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden, terveydentilan ja terveystalvelujen käytön yhteys arvioihin terveystalvelujen laadusta

Asiakastyytyväisyystutkimuksia on tehty terveydenhuolto-organisaatioissa ilmeisen paljon 1990-luvulta lähtien. Muun muassa Sosiaali- ja terveystalan tutkimus- ja kehittämiskeskus on tarjonnut terveydenhuollon organisaatioille asiakastyytyväisyyden arviointivälineitä palveluineen jo vuodesta 1995. Näiden asiakastyytyväisyystutkimusten tulokset ovat kuitenkin jääneet pääosin organisaatioiden omaan käyttöön. Lisäksi tulokset kootaan vertailuaineistoksi, jotta organisaatiot voivat verrata omien tutkimustensa tuloksia muiden vastaavien yksiköiden tuloksiin. (Nurmenniemi & Outinen 1999, 24-25). Tutkimus- ja kehittämiskeskuksen verkkosivuille on myös koottu terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laatua käsittelevää kirjallisuutta. Näiltä verkkosivuilta aloitettiin lähdekirjallisuuden haku kirjallisuuskatsaukseen.

Useimmissa tutkimuksissa asiakastyytyväisyyttä tarkastellaan yleisellä tasolla ja asiakkaiden sosiodemografisten tekijöiden yhteyttä tyytyväisyyteen sivutaan ohuesti. Taustatekijöistä on selittävinä muuttujina käytetty tavallisimmin asiakkaan ikää, sukupuolta

ja koulutusta. Terveystilan ja terveystalvelujen käytön yhteyttä asiakastyytyväisyyteen on selvitetty muutamissa tutkimuksissa.

Tähän kirjallisuuskatsaukseen on koottu kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia, joissa on kartoitettu avohoidon asiakkaiden, pääasiassa terveystalvelukeskusasiakkaiden sosiodemografisten taustatekijöiden, terveystilan ja terveystalvelujen käytön yhteyttä asiakastyytyväisyyteen. Tutkimuksista on tehty yhteenveto liitetaulukkoon 2.

Al-Windi (2005, 67–74) selvitti tutkimuksessaan terveystalvelukeskusasiakkaiden sosiodemografisten taustatekijöiden, terveystilan sekä terveystalvelujen ja lääkkeiden käytön yhteyttä palvelutyytyväisyyteen. Tutkimukseen osallistuvat asiakkaat edustivat useita eri etnisiä ryhmiä. Joukossa oli syntyperäisten ruotsalaisten lisäksi keskimäärin 14 vuotta Ruotsissa asuneita maahanmuuttajia. Tutkimus osoitti, että alle 65-vuoden ikä ja se, ettei asiakkaan terveystarpeisiin vastattu olivat merkittävimmät tyytymättömyyttä selittävät tekijät. Myös naissukupuoli ja huonoksi koettu terveystila olivat yhteydessä tyytymättömyyteen.

Suhosen, Österbergin & Välimäen (2004, 24) tutkimuksessa kartoitettiin polikliinisten potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja pyrittiin selvittämään tyytyväisyyteen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan eniten tyytymättömyyttä aiheuttivat odotusajat vastaanotoille. Asiakkaan sosiodemografisista taustatekijöistä ikä ja koulutus olivat yhteydessä tyytyväisyyteen siten, että mitä nuorempi asiakas oli, sitä tyytymättömämpi hän oli odotusaikoihin. Vähän koulutusta saaneet olivat tyytyväisempiä odotusaikoihin kuin keskitason tai ylemmän koulutuksen saaneet. Poliklinikalla käyntien määrä nousi myös tyytyväisyyttä selittäväksi tekijäksi siten, että yli kuusi kertaa edellisen vuoden aikana poliklinikalla käyneet kokivat henkilökunnan ammattitaidon heikommaksi kuin alle kolme kertaa poliklinikalla käyneet.

Terveyst 2000 – hankkeessa tutkittiin asiakkaiden tyytyväisyyttä terveystalvelukeskuspalveluihin Tampereen yliopistollisen sairaalan miljoonapiirin terveystalvelukeskuksissa. Tutkimuksessa selvitettiin muun muassa asiakkaiden tyytyväisyyttä tiedonsaantiin ja tuloksista ilmeni, että iäkkäämmät asiakkaat olivat muita tyytyväisempiä tiedonsaantiin (Pimiä, Holmberg-Marttila, Jääskeläinen & Mattila 2004, 23–26). Samassa tutkimuksessa kartoitettiin myös terveystalvelukeskuspalvelujen käytön yhteyttä tyytyväisyyteen ja todettiin, että

palvelujen suurkäyttäjät (edellisen vuoden aikana yli 10 käyntiä) olivat tyytyväisempiä vastaanotolle pääsyyn kuin palveluja vähemmän käyttävät. Suurkäyttäjät kokivat, että heitä kuunneltiin ja heidän asioitaan käsiteltiin luottamuksellisesti. (Holmberg-Marttila, Jääskeläinen, Niskanen & Mattila 2003, 18–24.)

Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus on selvittänyt vuosittain terveyskeskusten palvelun laatua ja toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutumista. Vuoden 2002 raportissa palvelujen laatua tarkasteltiin asiakkaiden taustatekijöihin peilaten. Tulosten mukaan asiakkaan ikä, koulutus ja koettu terveydentila olivat merkitsevästi yhteydessä asiakastyytyväisyyteen. Palveluihin erittäin tyytymättömien osuudet olivat keskimääräistä merkittävästi suurempia 15–24-vuotiailla, opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneilla ja henkisen hyvinvointinsa huonoksi tai välttäväksi kokeneilla asiakkailla. Avunsaannin arvioivat muita useammin puutteelliseksi työssäkäyvät, 15–34-vuotiaat asiakkaat sekä ne, jotka ilmoittivat sairastavansa pitkäaikaissairautta, vammaa tai jotka kokivat terveydentilansa huonoksi tai välttäväksi. (Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus & Taloustutkimus 2003.)

KuntaSuomi 2004-tutkimuksessa tiedusteltiin kuntalaisten mielipiteitä kunnallisista palveluista. Tarkasteltaessa kaikkia kunnallisia palveluja, havaittiin, että asiakastyytyväisyys oli yhteydessä asiakkaan ikään, koulutukseen, äidinkieleen ja ammattiin. Tyytyväisimpiä olivat alhaisen koulutuksen saaneet ja ruotsinkieliset. Ammattiryhmittäisissä tarkasteluissa havaittiin, että eläkeläiset ja maatalousyrittäjät olivat tyytyväisimpiä, kun taas tyytymättömiä olivat opiskelijat, työntekijät ja ylemmät toimihenkilöt. Ikäryhmittäiset tarkastelut osoittivat, että asiakastyytyväisyys oli muita alhaisempaa alle 30-vuotiaiden keskuudessa. Myös palvelujen käytön havaittiin liittyvän tyytyväisyyteen, sillä tyytyväisyys oli korkeampaa palveluja käyttäneiden keskuudessa kuin eikäyttäneiden keskuudessa. Asuinkunnan koko oli yhteydessä tyytyväisyyteen siten, että tyytyväisten osuudet olivat useimmiten suurimpia pienimmissä kuntakokoluokissa ja pienimpiä suurimmissa kunnissa. (Pekola-Sjöblom ym. 2002, 49–50, 52, 55.)

Myös Kekki (2001) tutkimuksessa havaittiin asiakkaan iän yhteys tyytyväisyyteen. Kekki selvitti aikuisväestön arvioita terveyskeskuslääkärin toiminnasta ja havaitsi, että tyytyväisyys lisääntyi iän myötä. Koetulla terveydentilalla oli yhteyttä tyytyväisyyteen siten, että terveydentilansa hyväksi arvioivat asiakkaat pitivät hoidon vaikuttavuutta muita useammin hyvänä. Myös sairastavuus osoittautui tyytyväisyyttä selittäväksi teki-

jäksi siten, että ne asiakkaat, joilla oli pitkäaikaissairaus tai vamma arvioivat hoidon vaikuttavuuden useammin huonoksi kuin ne, joilla ei sairautta tai vammaa ollut. Sukupuolella havaittiin tutkimuksessa melko merkitsevä yhteys palvelukokemukseen siten, että miehet kokivat saaneensa vastaanotolla vähemmän arvostusta kuin naiset.

Rahmqvistin (2001, 385–390) tutkimuksessa selvitettiin asiakkaan taustatekijöiden kuten iän, sukupuolen, terveydentilan ja terveyspalvelujen käytön yhteyttä tyytyväisyyteen. Lisäksi tutkittiin kivun ja ahdistuneisuuden yhteyttä tyytyväisyyteen. Tulosten mukaan 75–84-vuotiaat asiakkaat olivat kaikkein tyytyväisimpiä palveluun. Koetun terveydentilan yhteys tyytyväisyyteen ilmeni siten, että henkisen ahdistuneisuuden lisääntyessä tyytymättömyys hoitoon väheni. Asiakkaan sukupuolen ja aiempien käyntimäärien ei havaittu vaikuttavan tyytyväisyyteen.

Campbell, Ramsay & Green (2001, 90–95) tutkivat asiakkaan iän, sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja etnisen taustan yhteyttä arvioihin perusterveydenhuollon palveluista. Kyseisen tutkimuksen mukaan asiakkaan ikä, sosioekonominen asema ja etninen tausta olivat yhteydessä arvioihin palvelusta. Vanhemmat asiakkaat olivat tyytyväisempiä palveluun kuin nuoremmat ja matala sosioekonominen asema ennakoiki suurempaa tyytymättömyyttä kuin korkea. Etninen tausta oli yhteydessä arvioihin siten, että valkoihoiset vastaajat olivat palveluihin tyytyväisempiä kuin muiden etnisten ryhmien edustajat.

Kivinen (1997, 72–83) selvitti asiakkaiden tyytyväisyyttä terveyskeskuslääkärin vastaanottoon. Tutkimuksessa tarkasteltiin tyytyväisyyttä myös asiakkaan sosiodemografista taustaa vasten. Kyseisen tutkimuksen mukaan asiakkaan koulutus, koettu terveydentila, palvelujen käyttö ja asuinpaikka olivat yhteydessä arvioihin lääkärin vastaanottotoiminnasta. Koulutuksen lisääntyessä lisääntyi myös tyytymättömyys vastaanottoajan saamiseen. Asiakkaan terveydentila oli yhteydessä tyytyväisyyteen siten, että mitä huonommaksi asiakas koki fyysisen terveydentilansa, sitä huonommin hän koki saavansa apua. Aiempi palvelujen käyttö näytti tässä tutkimuksessa lisäävän tyytyväisyyttä ja ne asiakkaat, jotka asuivat väestömäärältään pienissä ja maaseutumaisissa kunnissa olivat tyytyväisempiä ajan saamiseen kuin suurissa tai kaupunkimaisissa kunnissa asuvat asiakkaat.

Kivisen ja Hilander-Sihvosen (1997) tutkimuksessa tarkasteltiin asiakkaiden tyytyväisyyttä terveyskeskus- ja äitiysneuvolapalveluihin. Kyseisen tutkimuksen mukaan ikä, ja terveydentila olivat yhteydessä arvioihin siten, että yli 49-vuotiaat asiakkaat olivat nuorempia ikäryhmiä tyytyväisempiä palvelun yhteydessä saamaansa kohteluun sekä tiedon saantiin. Iäkkäämmät pitivät myös neuvontaa selkeämpänä kuin nuoremmat asiakkaat. Asiakkaan terveydentilan ja tyytyväisyyden välisissä tarkasteluissa havaittiin, että ne asiakkaat, joilla oli huono terveydentila arvioivat tietojen saannin paremmaksi kuin ne, joiden terveydentila oli tyydyttävä tai hyvä.

6.2 Asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden ja terveydentilan yhteys luottamukseen

Laamasen ym:n (2006, 598–608) tutkimuksessa selvitettiin asiakkaiden käsityksiä julkisesti tuotetuista ja kolmannen sektorin tuottamista perusterveydenhuollon palveluista. Tutkimus toteutettiin kolmen kunnan terveyskeskuksissa, joissa asiakkaita pyydettiin vastaanoton yhteydessä arvioimaan henkilökunnan ammattitaitoa, terveyskeskuspalvelujen ja välineistön laatua sekä toiminnan luotettavuutta. Luottamusta mitattiin faktori-analyysillä estimoidulla seitsemän kysymystä käsittävällä mittarilla (Cronbachin alfa 0,87). (Laamanen ym.2006, 598–608.)

Tutkimuksen mukaan asiakkaiden näkemykset terveyskeskusten toiminnasta ja toiminnan luotettavuudesta vaihtelivat merkittävästi. Kolmannen sektorin hallinnoiman terveyskeskuksen toimintaan ja palveluihin luotettiin enemmän kuin julkisen sektorin tuotamiin terveyskeskuspalveluihin. Runsas kolmannes asiakkaista arvioi luottamuksen kolmannen sektorin toimintaan ”erittäin korkeaksi”, kun julkisesti tuotettuihin palveluihin ”erittäin korkeaa” luottamusta osoittavien osuus oli alle 20 %. (mts.)

Tutkimuksessa tarkasteltiin myös asiakkaiden sosiodemografisten taustatekijöiden ja asiakastyytyväisyyden yhteyttä luottamukseen. Asiakkaan terveydentilalla ei kyseisessä tutkimuksessa havaittu yhteyttä luottamukseen palvelutuotantojärjestelmää kohtaan eikä myöskään ikä estimoitunut luottamusta selittävään logistiseen regressiomalliin. Sen sijaan sukupuoli osoittautui luottamusta selittäväksi tekijäksi siten, että miehet luottivat naisia merkitsevästi enemmän palvelutuotantojärjestelmään. Koulutuksen ja luottamuksen välillä ei tutkimuksessa löydetty merkittävää yhteyttä. Asiakastyytyväisyyden ja

luottamuksen välillä löydettiin korrelaatio siten, että tyytyväisyys lisää luottamusta. Luottamus arvioitiin korkeammaksi silloin, jos yleinen tyytyväisyys palveluihin ja toimintaan oli kohtalaista tai korkeaa. (mts.)

Terveyspalvelujärjestelmään ja sen toimijoihin kohdistuvaa luottamusta tutkineet Calnan ja Sanford (2004) selvittivät väestötutkimuksessaan yli tuhannen englantilaisen ja walesilaisen aikuisen arvioita terveydenhuoltoon kohdistuvasta luottamuksesta. Vastajille esitettiin sosiodemografisia taustatekijöitä selvittäviä kysymyksiä sekä 32 terveyspalvelujärjestelmää ja sen toimijoiden ammattitaitoa koskevaa väitettä. Regressioanalyysillä pyrittiin löytämään väittämistä parhaat selittäjät yleiselle luottamuksen kokemukselle. Tutkimustulosten mukaan vastaajan ikä, etninen tausta ja terveydentila olivat selvimmän yhteydessä luottamukseen. (Calnan ja Sanford 2004, 92- 93, 95.) Iäkkäiden asiakkaiden havaittiin luottavan palvelujärjestelmään ja lääkäriin nuoria ikäryhmiä enemmän. Etninen tausta oli luottamukseen yhteydessä siten, että valkoihoiset ja Karibialta lähtöisin olevat tummaihoiset luottivat terveyspalvelujärjestelmään muita enemmän. Terveydentilansa huonoksi kokeneet asiakkaat puolestaan luottivat järjestelmään ja sen toimijoihin muita vähemmän. (Calnan & Sanford 2004, 95).

7 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksessa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten asiakkaan ikä, sukupuoli, siviilisääty, äidinkieli, koulutus ja ammattiala sekä terveyspalvelujen käyttö, sairastavuus, koettu terveys ja vastaajan kotikunta vaikuttavat arvioon terveyskeskuspalvelujen laadusta?
2. Selittävätkö asiakkaan ikä, sukupuoli, siviilisääty, äidinkieli, koulutus ja ammattiala sekä terveyspalvelujen käyttö, sairastavuus, koettu terveys, vastaajan kotikunta ja asiakastytyväisyys julkiseen palvelutuotantojärjestelmään luottamista?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

8.1 Aineiston hankintamenetelmä

Tutkimusaineisto kerättiin postikyselynä Kansanterveyslaitoksen ja Helsingin yliopiston Kansanterveystieteen laitoksen yhteistyöllä vuonna 2002. Kyselylomake (liite 1) lähetettiin väestökisteristä satunnaisesti valituille Karjaan, Loviisan, Paraisten ja Toijalan kaupungissa asuville 15–64-vuotiaille henkilöille. Lomakkeessa oli pääosin strukturoituja kysymyksiä ja joissakin kysymyksissä oli tilaa avovastauksille. Lomakkeessa oli lyhyt selvitys kyselyn tarkoituksesta sekä ohjeet vastaamisesta ja lomakkeen palauttamisesta.

8.2 Kyselylomake ja mittarit

Kirjallisuuden mukaan erilaiset kyselyt ovat olleet hallitseva tiedonhankintamenetelmä silloin, kun on kerätty tietoa asiakkaiden kokemasta palvelujen laadusta ja asiakastyytyväisyydestä (Salmela 1997, 187). Kyselytutkimuksen avulla on mahdollista kerätä laaja tutkimusaineisto ja tehdä suuria joukkoja koskevia yleistyksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 1997; 184, Salmela 1997, 195).

Tässä tutkimuksessa käytetty kyselylomake (liite 1) sisälsi 70 pääosin monivalintatyypistä kysymystä, jotka oli valittu aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden perusteella. Kysymyksillä kartoitettiin laajasti tutkittavan elämäntilannetta, demografista taustaa, terveystalouden käyttöä, yleistä terveydentilaa, terveyskäyttäytymistä ja asenteita terveyden edistämistä kohtaan sekä tyytyväisyyttä ja luottamusta käytettyjä terveystalouksia kohtaan.

Tutkittavien taustatekijät, terveystalveluiden käyttö ja terveydentila

Tutkittavilta kysyttiin taustamuuttujina (kysymykset 1-11) *kotikuntaa, sukupuolta, ikää, äidinkieltä, siviilisäätyä, alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärää, opintoja, ammattialaa, ammattia, työtilannetta ja työttömyyttä.*

Terveystalveluiden käyttöä (kysymykset 12–13) tiedusteltiin aiempien lääkärisä käyntien ja vuodeosastohoidon osalta.

Vastaajan terveydentilaa (kysymykset 14–29) tiedusteltiin kysymyksillä, jotka käsitelivät työkyvyttömyyttä, sairauspoissaoloja, sairauksia ja oireita. Lisäksi kysyttiin toimintakykyä haittaavia sairauksia, lääkkeiden käyttöä ja terveystarkastuksia sekä pyydettiin arvioimaan koettua terveydentilaa.

Terveyskäyttäytyminen ja terveydenedistäminen

Terveyskäyttäytymistä (kysymykset 30–61) mitattiin Terveys 2000 terveystalvelyn mukaisesti. Tutkittavilta kysyttiin ravitsemuksesta, tupakoinnista ja päihteiden käytöstä. Lisäksi kysyttiin pituutta, painoa ja liikuntatottumuksia sekä elintapojen muutosta koskevia kysymyksiä.

Terveydenedistämiseen ja terveystalvelukseen (kysymykset 65–70) liittyvillä kysymyksillä tiedusteltiin neuvonnan ja ohjauksen saamista. Lisäksi pyydettiin arvioimaan terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen liittyviä väittämiä.

Terveystalvelujen laatua kuvaavat muuttujat

Terveystalvelujen laatua (kysymys 62) koskevien kysymysten rakentamisessa käytettiin apuna kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten perusteella tärkeiksi havaittuja näkökohtia. Laatua käsittelevät kysymykset perustuivat pitkälti Interpersonal Aspects of

Care – mittariin (IAC-Scale). Alkuperäinen mittari sisältää kahdeksan laatua koskevaa väitettä, joihin vastataan viisiportaisella asteikolla (Hayes & Baker 1998, 231.)

Tässä tutkimuksessa vastaajilta kysyttiin, minkälaiseksi he kokivat saamansa palvelun edellisellä käynnillä kunnallisessa terveyskeskuksessa. Tutkittavien käsityksiä terveyspalvelujen laadusta selvitettiin kuudella väittämällä, jotka olivat: ”Sain selvyuden minua huolestuttaneisiin asioihin”, ”Minua kuultiin ja tunsin tulevani ymmärretyksi”, ”Henkilökunta oli kiinnostunut minusta myös ihmisenä”, ”Henkilökunta käytti riittävästi aikaa keskusteluun kanssani”, ”Henkilökunta oli ystävällistä” ja ”Vastaanottoaika järjestyi riittävän nopeasti”. Tutkittavat arvioivat jokaista väitettä asteikolla 1-3, jossa 1 tarkoitti, että vastaaja oli väitteen kanssa samaa mieltä ja 3 puolestaan sitä, että vastaaja oli eri mieltä. Jos väitteeseen oli vaikea ottaa kantaa, tutkittavat valitsivat vaihtoehdon 2.

Luottamusta kuvaavat muuttujat

Luottamusta (kysymykset 63–64) selvitettiin kysymällä tutkittavilta, mihin he menisivät hoitoon, jos he tarvitsisivat lääkärin antamaa hoitoa ja asiantuntemusta ei-kiireellisessä tilanteessa. Vastausvaihtoehtoja esitettiin seitsemän ja valinnan tulkittiin osoittavan luottamusta palvelujärjestelmää kohtaan. Lisäksi kysyttiin, mihin tutkittavat todellisuudessa hakeutuivat hoitoon viimeksi kuluneen vuoden aikana ei-kiireellisessä tilanteessa.

8.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin postikyselynä Kansanterveyslaitoksen ja Helsingin yliopiston Kansanterveystieteen laitoksen yhteistyöllä vuonna 2002. Kyselylomake lähetettiin väestörekisteristä satunnaisesti valituille Karjaan, Loviisan, Paraisten ja Toijalan kaupungissa asuville 15–64-vuotiaille henkilöille. Väestökirjanpidon mukaan ruotsinkielisille lähetettiin ruotsinkielinen lomake ja kussakin kunnassa lomakkeen sai vastattavakseen 500 henkilöä. Vastaamatta jättäneille lähetettiin kaksi muistutuskirjettä. Tutkimuslomakkeita palautui 1230 ja kaikki hyväksyttiin mukaan tutkimukseen, jolloin vastausprosentiksi muodostui 61,5 %. Kunnittain tarkasteltuna vastausprosentit olivat seuraavat: Karjaa 62 %, Loviisa 58 %, Parainen 63 % ja Toijala 63 %.

8.4 Tutkimusaineiston analysointi

Muuttujat

Tutkimusaineistoa analysoitiin tietokoneella SPSS 13,0 for Windows- tilasto-ohjelmalla. Aineiston kuvailuun käytettiin prosenttilukuja, frekvenssejä ja keskiarvoja. Tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin eri muuttujien ja laadun suhteen ristiintaulukoinnilla ja kumulatiivisella regressioanalyysillä. Luottamuksen ja valittujen muuttujien suhteen tarkastelut tehtiin ristiintaulukoinnilla sekä logistisella regressioanalyysillä. Metsämuurosen (2003, 606) mukaan logistinen regressioanalyysi soveltuu tilanteeseen, jossa laajasta muuttujajoukosta etsitään niitä tekijöitä, jotka yhdessä kykenevät selittämään jotakin muuttujaa, joka voi saada kaksi tai useampia toisensa poissulkevaa arvoa. Kun selitettävä muuttuja on kaksi arvoa saava luokittelumuuttuja, valitaan menetelmäksi logistinen regressioanalyysi. Kun selitettävä muuttuja on useampia arvoja saava luokittelumuuttuja, valitaan menetelmäksi kumulatiivinen logistinen regressioanalyysi.

Tilastollista analyysia varten taustamuuttujista, muodostettiin kaksi- ja kolmeluokkaisia muuttujia. Äidinkieli muutettiin kaksiluokkaiseksi, koska muuta kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhuvien vastaajien osuus oli hyvin vähäinen. Myös työkyvyttömyyseläke muutettiin kaksiluokkaiseksi, koska vaihtoehdon 2-4 valinneiden osuus oli pieni. Ikä, siviilisääty, koulutuksen pituus, ammattiala, koettu terveydentila, terveyskeskuksessa käyntien määrä ja edellinen hoitopaikka puolestaan muutettiin kolmeluokkaisiksi.

Palvelujen laatua koskevaan kysymykseen vastattiin viiden väittämän osalta. Väite ”vastaanottoaika järjestyi riittävän nopeasti” jätettiin analyysien ulkopuolelle. Laadusta muodostettiin summamuuttuja laskemalla yhteen kunkin vastaajan arvioima laatu viidellä osa-alueella, jolloin vaihteluväliksi muodostui 5-15. 5 merkitsee heikkoa laatua ja 15 korkeaa. Summamuuttuja jaettiin edelleen yhtä suuriin kvartiileihin ja muodostettiin neliluokkainen muuttuja, jota käytettiin ristiintaulukoinneissa.

Laadusta muodostettiin myös kolmeluokkainen muuttuja siten, että summamuuttujan luokat kaksi ja kolme yhdistettiin. Näin saatiin heikkoa, kohtalaista ja hyvää laatua ku-

vaava muuttuja. Tätä on käytetty analyyseissä sekä selitettävänä että selittävänä muuttujana.

Luottamusta palvelujärjestelmään mitattiin kysymyksellä, mihin tutkittava menisi hoitoon ei-kiireellisessä tapauksessa. Kyselylomakkeessa vastausvaihtoehtoja oli 7, mutta analyysejä varten muuttujasta muodostettiin kaksiluokkainen siten, että vaihtoehdot 1 ja 2 yhdistettiin luokaksi ”terveyskeskus” ja vaihtoehdot 3-7 luokaksi ”muu hoitopaikka”.

Muut analyyseissä käytetyt muuttujat ovat kotikunta ja sukupuoli. Kuvaukset tilastollisissa analyyseissä käytetyistä muuttujista esitetään liitteessä 2.

Tilastolliset menetelmät

Taustatietojen tarkastelussa käytettiin ristiintaulukointia, joka sopii menetelmäksi silloin, kun tarkoituksena on selvittää kahden luokitellun muuttujan yhteyttä toisiinsa. Muuttujiksi valittiin kotikunta ja tutkittavien sosiodemografiset taustatekijät, palvelun laatu ja terveyspalvelujen käyttö. Tilastolliset testit tehtiin Chi:iin neliötestillä.

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”Miten asiakkaan ikä, sukupuoli, siviilisääty, äidinkieli, koulutus ja ammattiala sekä terveyspalvelujen käyttö, sairastavuus, koettu terveys ja vastaajan kotikunta vaikuttavat arvioon terveyskeskuspalvelujen laadusta?” haettiin vastausta kumulatiivisella logistisella regressioanalyysillä. Aluksi analyysiin otettiin tarkasteltavaksi muuttujia yksitellen ja tärkeimpien muuttujien löydyttyä, tutkittiin niiden osuutta selittävinä tekijöinä.

Toisen tutkimuskysymyksen ”Selittävätkö asiakkaan ikä, sukupuoli, siviilisääty, äidinkieli, koulutus ja ammattiala sekä terveyspalvelujen käyttö, sairastavuus, koettu terveys, vastaajan kotikunta ja arvio terveyspalvelujen laadusta palvelujärjestelmään luottamista?” selvittämiseen käytettiin logistista regressioanalyysiä. Analyysiin otettiin tarkasteltavaksi muuttujia yksitellen ja selitysvoimaltaan vahvimmat sijoitettiin lopulliseen malliin.

Regressioanalyysien tilastolliset testaukset tehtiin käyttämällä Chi:iin neliötestiä ja p-arvoja, jotka osoittavat tilastollisen merkitsevyyden suuruutta muuttujien välillä.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselyyn vastasi 1230 henkilöä, joiden keski-ikä oli 43 vuotta. Enemmistö vastanneista oli naisia (54 %) ja suurin osa kuului 35–49-vuotiaiden ikäryhmään (36 %). Äidinkiele-
nään suomea puhui 63 % vastanneista ja enemmistö eli parisuhteessa (65 %). Suurin
osa oli opiskellut yli 13 vuotta ja keskimääräinen opiskeluaika oli 12 vuotta. Lähes puo-
let kaikista vastanneista toimi palvelu- tai toimistotyössä. Tutkimukseen vastasi 308
karjalaista, 291 loviisalaista, 315 paraislaista ja 316 toijalalaista. Vastaajien taustatieto-
ja tarkastellaan kunnittain taulukossa 2.

Taulukko 2. Vastaajien sosiodemografiset taustatekijät kunnittain (%)

	N	Karjaa	Loviisa	Parainen	Toijala	Yht. %	P- arvo
Sukupuoli							0.566
mies	565	44	43	48	48	46	
nainen	665	56	57	52	52	54	
Ikä							0.039
15–34	375	35	27	27	33	30	
35–49	441	37	36	39	31	36	
50–65	414	28	38	33	36	34	
Äidinkieli							0.000
suomi	771	40	63	49	100	63	
ruotsi	452	60	37	50	0	37	
Siviilisäätö							0.167
naimissa/ avoliitossa nai- maton	792	61	63	69	65	65	
eronnut/ leski	284	28	21	21	22	23	
	152	12	15	10	12	12	
Koulutus							0.065
alle 10 vuotta	292	26	29	19	23	24	
10–12 vuotta	449	37	34	36	41	37	
13 vuotta tai enemmän	473	37	37	45	36	39	
Ammattiala							0.059
maanviljely, te- ollisuus	252	24	17	20	25	21	
toimisto, palvelut	568	47	50	53	43	48	
kotityö, opiskelu, eläkeläinen, työ- tön	361	30	33	27	32	31	

9.2 Terveydentila ja terveystalvelujen käyttö

Vastaaista valtaosa eli 68 % arvioi terveytensä hyväksi ja neljännes keskitasoiseksi. 7 % vastanneista piti terveyttään huonona ja yhtä suuri osuus ilmoitti saavansa työkyvyttömyyseläkettä. Koettu terveydentila oli yhteydessä asiakkaan ikään siten, että yli 50-vuotiaista lähes 60 % piti terveyttään huonona, kun osuus alle 35-vuotiaiden ryhmässä oli 10 %.

Terveystalvelujen käyttöä koskevista tuloksista ilmeni, että 77 % kaikista vastanneista oli käynyt lääkäriissä edellisen vuoden aikana ja lääkäriissäkäyntien keskiarvoksi saatiin 2,3. 44 % käynneistä tehtiin terveystalveluksessa ja loput joko työterveys- tai yksityislääkäriillä. Terveystalveluksessa käyntien määrät vaihtelivat 1 ja 20 välillä keskiarvon ollessa 2,6. Kaikissa ikäryhmissä oli eniten niitä, jotka olivat käyneet terveystalveluksessa 1-2 kertaa edellisen vuoden aikana. Vanhimmassa ikäryhmässä oli vähiten (29 %) ja 35-49-vuotiaissa eniten (39 %) niitä, jotka eivät olleet käyttäneet lainkaan terveystalveluksia. Kuntakohtaiset tarkastelut terveydentilasta ja lääkäriissä käynneistä esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3. Terveystila, lääkärisikäynnit ja koettu hoidon laatu viime käynnillä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla (%)

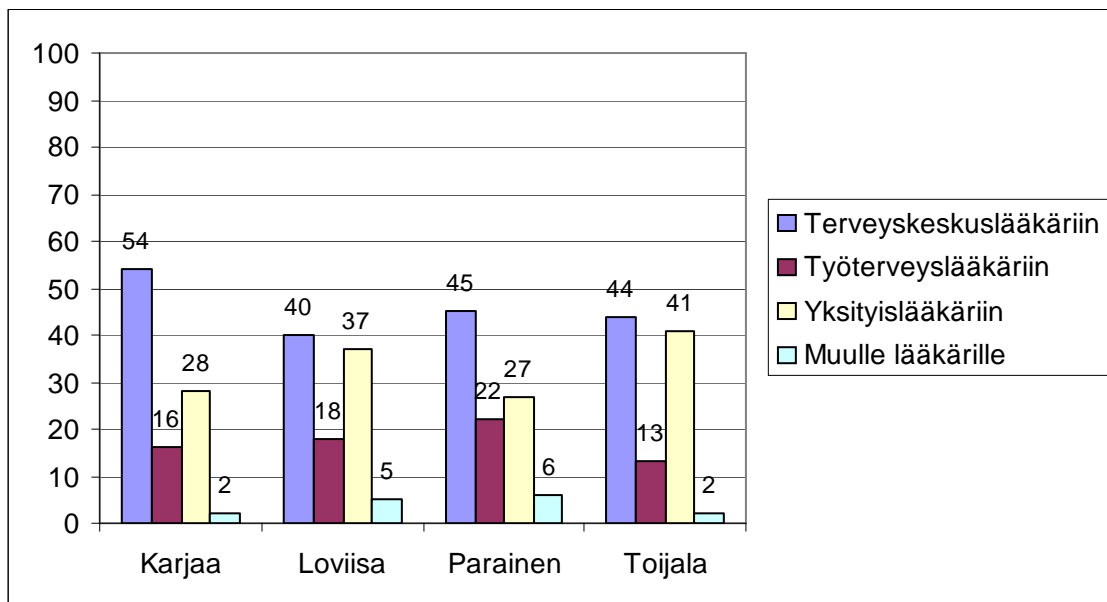
	N	Karjaa	Loviisa	Parainen	Toijala	Yht. %	P- arvo
Työkyvyttömyys- eläke							0.026
Ei	1114	96	96	94	94	93	
Kyllä	86	4	4	6	6	7	
Koettu terveys							0.241
Huono	89	6	9	6	8	7	
Kohtalainen	297	23	26	22	27	25	
Hyvä	822	71	65	72	64	68	
Edellisen vuoden aikana lääkärisä käynnit (ei- kiireellisissä tapauk- sissa)							0.000
Terveyskeskus- lääkärisä	506	51	38	40	47	44	
Työterveyslääkärisä	173	11	22	22	14	15	
Yksityislääkärisä	198	13	18	12	18	17	
Ei käyntejä	267	25	21	26	22	23	
Terveyskeskus- lääkärisä käynnit edellisen vuoden aikana							0.012
Ei käyntejä	356	32	30	30	33	31	
1-2	499	48	40	50	39	44	
3 tai enemmän	276	20	30	20	28	24	
Terveyskeskus- lääkärisäkäyntien osuus kaikista käyn- neistä (%)	775	71	67	67	71	69	0.363
Palvelun inhimilli- nen laatu edellisen terveyskeskuskäyn- nin yhteydessä							0.011
Heikko	323	23	32	25	35	29	
Kohtalaisen heikko	222	20	19	21	20	20	
Kohtalaisen hyvä	321	31	25	35	25	29	
Hyvä	247	26	24	19	20	22	

9.3 Terveyspalvelujen laatu

Palvelun laatua koskevista tuloksista ilmeni, että noin puolet vastanneista arvioi palvelun laadun kohtalaisen hyväksi tai hyväksi. Tyytyväisimpiä olivat karjalaiset, joista 57 % arvioi laadun hyväksi tai kohtalaisen hyväksi. Tyytymättömmimpiä olivat puolestaan toijalalaiset, joista alle puolet (45 %) piti laatua hyvänä tai kohtalaisen hyvänä. Asiakkaan iän osalta havaittiin, että laadulle hyvän arvosanan antaneiden vastaajien osuus oli suurin 50–64-vuotiaiden asiakkaiden ikäryhmässä.

9.4 Luottamus palvelujärjestelmään

Lähes puolet vastaajista menisi mieluiten ei-kiireellisessä tapauksessa terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. Yksityislääkəriin hakeutuisi kolmannes vastaajista ja työterveyslääkəriin vajaa viidennes vastaajista.



Kuva 1. Vastanneiden mielipide siitä, mihin lääkeriin menisi mieluiten ei-kiireellisessä tapauksessa (p=0.000)

9.5 Asiakastyytyväisyyteen yhteydessä olevat tekijät

9.5.1 Asiakkaan sosiodemografiset taustatekijät

Ensimmäisenä tutkimustehtävänä oli selvittää sitä, mitkä asiakkaan taustatekijöistä ovat yhteydessä arvioihin terveystalvelujen laadusta. Tarkastelut aloitettiin sijoittamalla regressiomalliin kukin muuttuja erikseen, jolloin saatiin selville yksittäisen muuttujan selitysvaoma. Liitteessä 3 esitetään tulokset, jotka saatiin, kun kutakin muuttujaa tarkasteltiin yksitellen. Näissä tarkasteluissa tilastollisesti merkitseviksi selittäjiksi osoittautuivat asiakkaan ikä ja kotikunta. *Asiakkaan iän* ($p=0.04$) osalta havaittiin, että iäkkäämmät asiakkaat olivat nuorempia ikäryhmiä todennäköisemmin tyytyväisiä terveystalveluihin. Tyytyväisyys talveluihin lisääntyy siis iän myötä.

Tilastollisesti merkitseväksi selittäjäksi tuli myös *asiakkaan kotikunta* ($p=0,02$). Karjalaiset pitivät talvelujen laatua parempana kuin muissa tutkimuskunnissa asuvat. Tarkasteluissa tilastollisesti merkitseviksi selittäjiksi arvioille laadusta eivät osoittautuneet asiakkaan *sukupuoli*, *siviilisääty*, *äidinkieli*, *koulutuksen pituus* eikä *ammattiala*.

Tarkasteltaessa kutakin taustatekijää erikseen, parhaiksi selittäjiksi arvioille laadusta nousivat ikä- ja kotikunta-muuttajat. Nämä muuttajat otettiin mukaan lopulliseen malliin ja havaittiin, että sekä *ikä-muuttuja* ($p=0,002$) että *kotikunta-muuttuja* ($p=0,015$).säilyivät tilastollisesti merkitsevinä selittäjinä. Ikä-muuttujan selitysvaoma jopa hieman lisääntyi. Tulokset vahvistivat sen, että 50–65-vuotiaat ovat todennäköisemmin tyytyväisiä terveystalveluihin kuin 15–49-vuotiaat. Myös näissä tarkasteluissa tyytyväisyyden havaittiin lisääntyvän iän myötä.

Kotikunnan osalta havaittiin, että Karjaalla asuvat arvioivat terveystalvelujen laadun todennäköisemmin paremmaksi kuin muissa tutkimuskunnissa asuvat. Heikoimpana laatua pitivät toijalalaiset. Taulukossa 3 kuvataan lopullisessa mallissa käytettyjen muuttujien selitysvaomaa.

Taulukko 3. Asiakkaan taustatekijät, jotka selittävät parhaiten tyytyväisyyttä terveyskeskuspalveluihin

Muuttuja	N	OR	(95 % LV)	p-arvo
Kotikunta	1113			0.015
Karjaa	285	1.00		
Loviisa	261	0.71	(0.51–0.98)	
Parainen	283	0.75	(0.55–1.03)	
Toijala	284	0.60	(0.44–0.82)	
Ikä	1113			
15–34-vuotiaat	334	1.00		0,002
35–49-vuotiaat	401	1.3	0.98–1.70	
50–65-vuotiaat	378	1.7	1.25–2.23	
Koettu terveydentila	1099			
huono	77	1.00		<0.000
kohtalainen	275	1.02	0.64–1.63	
hyvä	747	1.7	1.09–2.63	

9.5.2 Asiakkaan terveydentila ja terveyspalvelujen käyttö

Terveydentilaa mittaavista muuttujista tilastollisesti merkitseväksi selittäjäksi tuli *koettu terveydentila-muuttuja* ($p=0,002$). Ne asiakkaat, jotka kokivat terveydentilansa hyväksi, arvioivat palvelujen laadun todennäköisemmin paremmaksi kuin ne, jotka pitivät terveydentilaansa huonona. Terveydentilaansa kohtalaisena ja huonona pitävät antoivat laadusta samansuuntaisia arvioita. *Työkyvyttömyys* ja *terveyskeskuskäyntien määrä* eivät osoittautuneet tilastollisesti merkitseviksi. Liitteessä 3 esitetään tulokset, jotka saatiin, kun kutakin muuttujaa tarkasteltiin yksitellen.

Lopullisessa mallissa *koettu terveydentila-muuttuja* ($p=0,000$) säilyi tilastollisesti merkitsevänä (katso Taulukko 3). Terveyttään hyvänä pitävät asiakkaat arvioivat laadun lähes kaksi kertaa todennäköisemmin hyväksi kuin ne, jotka pitivät terveyttään huonona. Terveyttään keskinkertaisena tai huonona pitävien arviot palvelujen laadusta olivat hyvin samansuuntaisia.

9.6 Terveyspalvelujärjestelmään luottamista selittävät tekijät

9.6.1 Asiakkaan sosiodemografiset taustatekijät

Toisena tutkimustehtävänä oli selvittää, miten vastaajien sosiodemografiset taustatekijät, terveydentila ja terveyspalvelujen käyttö selittivät luottamusta palvelujärjestelmään. Tarkastelut aloitettiin sijoittamalla regressiomalliin jokainen muuttuja erikseen. Näin saatiin selville yksittäisen muuttujan selitysvoima. Liitteenä 4 on taulukko, jossa esitetään tulokset jokaisen muuttujan selitysvoimasta, kun muuttujia tarkasteltiin yksitellen. Tulokset osoittivat, että asiakkaan *ikä* ($p=0,0001$) oli merkitsevä selittäjä hoitopaikan valinnassa. Vaikka nuorin ikäryhmä piti palvelujen laatua heikoimpana, he kuitenkin luottivat julkiseen palvelujärjestelmään muita ikäryhmiä enemmän. Vähiten luottamusta julkisiin palveluihin osoittivat 35–49-vuotiaat.

Taustatekijöistä tilastollisesti merkitseviksi selittäjiksi osoittautuivat iän lisäksi asiakkaan *siviilisääty* ($p=0,0001$), *äidinkieli* ($p=0,001$) ja *kotikunta* ($p=0,008$). Naimattomat asiakkaat valitsisivat lähes kaksi kertaa useammin terveyskeskuksen hoitopaikakseen kuin parisuhteessa elävät asiakkaat. Ruotsinkieliset asiakkaat valitsisivat suomenkielisiä todennäköisemmin terveyskeskuksen hoitopaikakseen ja kunnista ruotsinkielisessä Karjaassa asiakkaat hakeutuisivat muissa tutkimuskunnissa asuvia todennäköisemmin terveyskeskukseen hoitoon. *Asiakkaan sukupuoli* ($p=0,34$) ei noussut merkittäväksi selittäjäksi luottamukselle.

Asiakkaan *koulutuksen pituus* ($p=0,03$) ja *ammattiala* ($p=0,0001$) tulivat myös tilastollisesti merkitseviksi. Yli 13 vuotta opiskelleet valitsisivat muita epätodennäköisemmin terveyskeskuksen hoitopaikakseen. Ammateittain tarkasteluna palvelu- ja toimistotyötä tekevät hakeutuisivat epätodennäköisemmin terveyskeskukseen. Sen sijaan palkkatyön ulkopuolinen väestö hakeutuisi terveyskeskukseen lähes kaksi kertaa todennäköisemmin kuin maanviljelijät ja teollisuuden parissa työskentelevät.

Tilastollisesti merkitsevät selittäjät estimoituvat myös lopulliseen malliin. Asiakkaan *iän* ($p=0,01$), *äidinkielen* ($p=0,0001$) ja *ammattiala* ($p=0,002$) selitysvoima säilyi ja nuorin ikäryhmä hakeutuisi muita todennäköisemmin terveyskeskukseen hoitoon. Ruot-

sinkieliset valitsisivat lähes kaksi kertaa todennäköisemmin terveyskeskuspalvelut. kuin suomenkieliset ja palkkatyön ulkopuolinen väestö menisi muita todennäköisemmin terveyskeskukseen. Taulukossa 4 kuvataan lopullisessa mallissa käytettyjen muuttujien selitysvaimaa.

Taulukko 4. Asiakkaan taustatekijät, jotka selittävät parhaiten luottamusta julkiseen terveyspalvelujärjestelmään

MUUTTUJA	N	OR	95 % LV	P-ARVO
Ikä	1062			0.014
15–34-vuotiaat	319	1.00		
35–49-vuotiaat	384	0.59	0.41–0.85	
50–65-vuotiaat	359	0.67		
Äidinkieli	1059			0.0001
suomi	667	1.00		
ruotsi	392	1.80	1.33–2.44	
Ammattiala	1020			0.0018
maanviljelys- ja teollisuustyö	214	1.00		
toimisto- ja palvelutyö	490	0.71	0.49–1.04	
opiskelu, kotityö, eläkeläinen, työtön	316	1.37	0.89–2.13	
Työkyvyttömyyseläke	1039			0.02
ei	966	1.00		
kyllä	73	2.28	1.14–4.54	
Terveyskeskuksessa käynnit edellisen vuoden aikana	980			0.0009
ei käyntejä	304	1.00		
1-2 käyntiä	431	1.42	1.01–2.00	
3 käyntiä tai enemmän	245	2.12	1.43–3.13	
Palvelun inhimillinen laatu edellisen terveyskeskuskäynnin yhteydessä	998			<0.0001
heikko	289	1.00		
keskitasoinen	489	1.72	1.22–2.43	
hyvä	220	2.86	1.90–4.31	

9.6.2 Asiakkaan terveydentila ja terveyspalvelujen käyttö

Asiakkaan terveydentilan mittarina käytetty *työkyvyttömyys* ($p=0.0004$) osoittautui merkitseväksi selittäjäksi sille, luottaako asiakas julkiseen palvelujärjestelmään vai ei. Mitä huonompi asiakkaan terveystilanne oli, sitä todennäköisemmin hän hakeutuisi terveyskeskukseen hoitoon. Työkyvyttömyyseläkettä saavat asiakkaat valitsisivat terveyskeskuspalvelut yli kertaa todennäköisemmin kuin ne, jotka eivät eläkettä saaneet. Palvelujen laadulle merkitseväksi selittäjäksi havaittu *koettu terveydentila-muuttuja* ($p=0,39$) ei sen sijaan tullut tilastollisesti merkitseväksi luottamukseen liittyviä tekijöitä etsittäessä.

Tulosten mukaan *terveyskeskuspalvelujen käyttö* ($p=0,0001$) tuli merkitseväksi selittäjäksi. Ne asiakkaat, jotka olivat käyneet terveyskeskuksessa edellisen vuoden aikana, menisivät sinne jatkossakin. Käyntien määrä oli luottamukseen yhteydessä siten, että mitä useammin asiakas oli edellisen vuoden aikana terveyskeskuksessa käynyt, sitä todennäköisemmin hän valitsisi sen hoitopaikakseen uudelleen.

Parhaiden selittäjien voima säilyi myös lopullisessa mallissa. Työkyvyttömyyseläkettä ($p=0,02$) saavat asiakkaat valitsisivat yli kaksi kertaa todennäköisemmin terveyskeskuspalvelut kuin ne, jotka eivät eläkettä saa. Terveyskeskuskäyntien määrä ($p=0,0009$) osoittautui niin ikään tilastollisesti merkitseviksi ja enemmän kuin kolme käyntiä tehneet hakeutuisivat yli kaksi kertaa todennäköisemmin terveyskeskukseen kuin ne, jotka eivät olleet käyttäneet palveluja edellisen vuoden aikana lainkaan.

9.6.3 Asiakkaan arvioiman terveyskeskuspalvelun laadun yhteys luottamukseen

Tutkimustehtävänä oli myös selvittää, vaikuttaako arvio palvelujen laadusta hoitopaikan valintaan. *Arvio terveyspalvelun laadusta* ($p=0,0001$) osoittautui merkitseväksi selittäjäksi, kun tarkasteltiin vain tämän muuttujan merkitystä luottamukselle. Mitä paremmaksi vastaajat arvioivat palvelun laadun, sen todennäköisemmin he valitsisivat terveyskeskuspalvelut. Laadun hyväksi arvioivat valitsisivat terveyskeskuspalvelut 2,5 kertaa todennäköisemmin kuin ne, jotka pitivät palvelun laatua heikkona. Mitä paremmaksi

laatu arvioitiin ja mitä tyytyväisempiä asiakkaat olivat, sitä todennäköisemmin he hakeutuisivat terveyskeskukseen hoitoon.

Laatu ($p=0,0001$) säilyi merkitsevänä selittäjänä myös lopullisessa mallissa. Terveyskeskuspalvelujen laadun hyväksi arvioivat asiakkaat hakeutuisivat lähes kolme kertaa todennäköisemmin terveyskeskukseen hoitoon kuin ne, jotka pitivät laatua heikkona. Laatua keskitasoisena pitävät asiakkaatkin valitsisivat lähes kaksi kertaa todennäköisemmin terveyskeskuspalvelut kuin ne, jotka arvioivat laadun heikoksi

10 YHTEENVETO JA POHDINTAA

10.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen keskipisteenä olivat aikuisväestön arviot terveyskeskuspalvelujen laadusta. Ensimmäiseksi tarkoituksena oli selvittää sitä, miten asiakkaiden sosiodemografiset taustatekijät, kotikunta, terveydentila ja terveysterveysten käyttö ovat yhteydessä asiakastyytyväisyyteen. Toiseksi pyrittiin selvittämään asiakkaiden luottamusta terveyskeskuspalveluihin. Miten samat taustatekijät olivat yhteydessä luottamukseen ja vaikuttiko asiakkaan arvio palvelujen laadusta luottamukseen?

Asiakastyytyväisyyttä pidetään yhtenä tärkeimmistä hoidon laadun mittareista ja sitä käytetään usein käsitteenä silloin, kun asiakas toimii palvelun laadun arvioijana (Holmberg-Marttila 2003, 18; Huuskonen ym.1997, 39; Sandell & Outinen 1996). Asiakastyytyväisyyttä mittaavien tutkimusten määrä on lisääntynyt terveydenhuollossa huomasti 1990-luvulta lähtien (Salmela 1997, 188), sillä kunnissa ja terveydenhuollon organisaatioissa on ymmärretty laadun arvioinnin merkitys palvelujen kehittämisessä, asiakasryhmien määrittämisessä ja asiakasnäkökulman huomioimisessa (Olin ym. 2004, 7,17). Asiakastyytyväisyystutkimuksissa on usein kartoitettu asiakkaiden näkemyksiä palveluista yleisellä tasolla tai tarkasteltu tyytyväisyyttä hoidon eri osa-alueisiin esimerkiksi

tiedon saantiin. Asiakkaiden yksilöllisten taustatekijöiden merkitystä on selvitetty vain muutamissa tutkimuksissa. Niissä tutkimuksissa, joissa taustatekijöitä on käytetty selittäjinä, on ikä ollut yleisimmin käytetty (esim. Pimiä ym. 2004; Suhonen ym. 2004; Miettola ym. 2003.) Muita selittäjinä käytettyjä taustatekijöitä ovat sukupuoli ja koulutus (esim. Al-Windi 2005; Pekola-Sjöblom ym. 2002; Kekki 2001; Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997) siviilisääty (esim. Al-Windi 2005; Kekki 2001; Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997) ammatti (Pekola-Sjöblom ym. 2002; Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997) sekä äidinkieli (Pekola-Sjöblom ym. 2002). Muutamissa tutkimuksissa on kartoitettu asuinkunnan taajama-asteen yhteyttä tyytyväisyyteen (esim. Pekola-Sjöblom ym. 2002; Kivinen 1997).

Asiakkaan terveydentilan yhteyttä asiakastyytyväisyyteen on tutkittu melko paljon sekä sairastavuuden, oireiden että koetun terveyden osalta (esim. Al-Windi 2005; Helsingin kaupunki 2002; Kekki 2001). Myös terveyspalvelujen käytön ja asiakastyytyväisyyden välisestä yhteydestä on julkaistu tutkimustuloksia (esim. Pimiä ym. 2004; Holmberg-Marttila 2003).

Tämän tutkimuksen mukaan arvioita terveyskeskuspalvelujen laadusta voidaan selittää kolmella asiakkaaseen liittyvällä tekijällä: asiakkaan iällä, koetulla terveydentilalla ja kotikunnalla. Kuten useissa aiemmissakin tutkimuksissa on todettu, tyytyväisyys palveluihin näyttää lisääntyvän iän myötä (Al-Windi 2005, Pimiä ym. 2004, Suhonen ym.2004, Miettola ym. 2003, Helsingin kaupunki 2002; Kekki 2001, Rahmqvist, M. 2001, Campbell 2001, Kivinen 1997). Syitä tähän voidaan etsiä asiakastyytyväisyyttä määrittävistä tekijöistä eli palveluihin kohdistetuista odotuksista, palvelujen käytöstä ja aiemmista palvelukokemuksista. (Zeithaml ym. 1990, 15-22; Olin ym. 2004, 22). Tutkimusten mukaan asiakkaiden odotukset vaihtelevat iän mukaan. Nuoret asiakkaat pitävät tärkeänä nopeaa pääsyä lääkärin vastaanotolle sekä mahdollisuutta osallistua omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon, kun taas vanhemmat asiakkaat pitävät tärkeänä, että lääkäri tekee asiakkaan terveyttä koskevia päätöksiä. (Jung ym. 2003.). Vanhemmat asiakkaat ovat ilmeisesti taipuvaisempia sisäistämään itselleen auktoriteeteille alisteisen roolin, joka Engeströmin (1990) mukaan juontaa juurensa miellyttämisen halusta. Terveystenhoitojärjestelmää pyritään miellyttämään, varsinkin jos kyseessä ovat omat elintärkeiksi koetut palvelut.

Terveyskeskus onkin iäkkäille asiakkaille usein ensisijainen hoitopaikka. Tarkasteltaessa hoitoon hakeutumista, havaitaan, että suurin osa yli 55-vuotiaista vastaajista hakeutuisi terveyskeskuslääkärin hoitoon (Klavus ym. 2006, 190) Palvelujen käyttöä selvittäneiden tutkimusten mukaan terveyskeskuspalveluja käyttävien osuudet ovat suurimmat yli 65-vuotiaiden keskuudessa (Hemminki ym. 2006, 57). Palvelujen käyttö saattaa olla kin yksi lenkki asiakkaan iän ja asiakastyytyväisyyden välisessä vaikutusketjussa. Kun iäkkäillä asiakkailla on muita ikäryhmiä enemmän kontakteja palvelujärjestelmään ja sen toimijoihin, heillä on myös suurempi mahdollisuus saada omakohtaisia kokemuksia palvelujen laadusta ja siten asiakastyytyväisyys saattaa perustua vastaanotolta saatuihin positiivisiin kokemuksiin. Palvelujen käyttö edesauttaa myös tiiviin hoitosuhteen syntymistä, mikä puolestaan saattaa vaikuttaa myönteisesti asiakastyytyväisyyteen. Vanhempien ikäryhmien arvioille laadusta voidaan antaa ikään kuin suurempi painoarvo, koska tähän ikäryhmään kuuluvat asiakkaat ovat kokeneita palvelujen käyttäjiä ja siten ”tietävät, mistä puhuvat”.

Asiakkaan iän lisäksi koettu terveydentila oli yhteydessä arvioihin palvelujen laadusta. Ne asiakkaat, jotka pitivät terveydentilaansa hyvänä, antoivat myös laadulle muita korkeamman arvosanan. Tulos on yhdensuuntainen aiempien tutkimustulosten kanssa (Kekki 2001; Kivinen 1997). Yksi Hallin ym:n (2001) esittämistä hypoteeseista on se, että terveiden asiakkaiden hoito on ollut vaikuttavaa ja hoito on koettu onnistuneeksi, mikä puolestaan lisää luottavaisuutta. Toinen hypoteesi on se, että terveillä asiakkailla on elämästään yleensä luottavaisempi näkemys, mikä heijastuu myös tyytyväisyytenä palveluihin. (Hall ym. 2001.) Molemmat päätelmät ovat teoreettisia ja niiden todistaminen empiirisesti on erittäin vaikeaa.

Kolmas tekijä, joka oli yhteydessä arvioihin terveyspalvelujen laadusta, oli asiakkaan kotikunta. Karjaalla palveluja pidettiin muita tutkimuskuntia parempina. Syyt tälle saatavat juontua sekä yksilö- että organisaatiotason tekijöistä. Kun syitä etsitään yksilötason tekijöistä, voidaan ensin tarkastella, onko karjaalaiseen tutkimusjoukkoon valikoitunut keskimääräistä enemmän 50-65-vuotiaita. Näin ei kuitenkaan ole, vaan tilanne on päinvastoin; karjaalaisissa asiakkaissa on muita tutkimuskuntia enemmän alle 35-vuotiaita ja vähemmän yli 50-vuotiaita. Iän ohella asiakastyytyväisyyteen vaikuttaa asiakkaan kokema terveydentila. Myöskään tämä ei selitä täysin karjaalaisten korkeita arvioita laadusta, sillä vaikka karjaalaiset pitivät terveydentilaansa keskimääräistä parem-

pana, ei tulos ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä ($p=0,24$). Tarkasteltaessa muita taustatekijöitä havaitaan, että Karjaa eroaa muista tutkimuskunnista ainoastaan äidinkielen osalta. Karjaalla ruotsinkielisten asiakkaiden osuus on 60 %, kun kaikkien kuntien keskiarvo on 37 % ($p=0,000$). Ruotsinkielisten on aiemmissa tutkimuksissa havaittu antavan kunnallisille palveluille paremman arvosanan kuin suomenkielisten (Pekola-Sjöblom ym. 2002).

Terveyspalvelujen käytössä on havaittavissa eroja siten, että terveyskeskuksessa edellisen vuoden aikana käyneiden osuus on suurin juuri Karjaalla ($p=0,000$). Kuten aiemmin todettiin, palvelujen runsas käyttö mahdollistaa omakohtaisten kokemusten hankkimisen ja lisää todennäköisyyttä saada vastaanotolta positiivisia kokemuksia. Palvelujen käytön myötä asiakkailla on myös suuremmat mahdollisuudet luoda tiivis hoitosuhde, joka omalta osaltaan lisää asiakastyytyväisyyttä.

Syitä karjaalaisten suuremmalle tyytyväisyydelle voidaan etsiä myös organisaatiotason tekijöistä. Yksi näistä on väestövastuinen virkaehtosopimus, jolloin asiakkaille on nimetty omalääkäri. Myös Loviisassa toiminta on organisoitu samalla tavoin, mutta Karjaasta poiketen loviisalaiset käyttävät terveyskeskuspalveluja keskimääräistä merkitsevästi vähemmän. Omalääkärijärjestelmän on aiemmissa tutkimuksissa havaittu lisäävän asiakastyytyväisyyttä, sillä sen on esitetty muuttaneen annettavaa palvelua. Vaikutusketju omalääkärijärjestelmän ja asiakastyytyväisyyden välille muodostuu siten, että lääkärin tuntiessa asiakkaan entuudestaan tai tietäessään, että tulee hoitamaan asiakasta jatkossakin, syventyy asiakkaan tilanteeseen ja hoitaa palvelutapahtuman paremmin. Tämä vastaavasti vaikuttaa siten, että asiakas kokee palvelutapahtuman myönteisemmin ja pitää sitä laadultaan parempana. (Nakari & Möttönen 2000, 2345).

Organisaatioon liittyviin tekijöihin sisältyy edelleen se, että Karjaa on ainoa tutkimuskunta, jossa palvelut tuottaa kolmannen sektorin järjestö. Tästä voisi päätellä, että kansalaisjärjestön tuottamat palvelut ovat laadukkaampia kuin kunnan omana tai kuntayhtymän toimintana tuotetut palvelut. Aiemmissa tutkimuksissa on verrattu terveyskeskus-, yksityis- ja työterveyslääkäripalvelujen laatua toisiinsa, mutta kolmannen sektorin tuottamien palvelujen laatua on käsitelty vain muutamissa tutkimuksissa (esimerkiksi Laamanen ym. 2006).

Toisena tutkimustehtävänä oli löytää asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden (iän, sukupuolen, äidinkielen, siviilisäädyn, koulutuksen, ammattialan ja kotikunnan) joukosta ne tekijät, jotka selittävät parhaiten asiakkaan luottamusta palvelujärjestelmää kohtaan. Terveydenhuollossa esiintyvää luottamusta on tutkittu varsin vähän, vaikka sen merkitys palvelun osa-alueena onkin tunnistettu useassa yhteydessä (esimerkiksi Laamanen ym. 2006) ja se on havaittu tärkeäksi indikaattoriksi palvelujärjestelmän toimivuutta mitattaessa (Hall ym. 2001). Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ensisijaisesti palvelujärjestelmään kohdistuvaa luottamusta eli sosiaalista luottamusta (social trust) ja vastaavasti ihmisten välistä vuorovaikutukseen perustuvaa luottamusta (interpersonal trust) (Glass 1996, 1694) käsiteltiin sivuten.

Tulosten mukaan asiakkaan sosiodemografisista taustatekijöistä ikä, äidinkieli ja ammattiala olivat tärkeimmät luottamusta selittävät tekijät. Alle 35-vuotiaat luottivat terveyskeskuspalveluihin muita ikäryhmiä enemmän. Tämä tulos on useista aiemmista tutkimuksista poikkeava, sillä esimerkiksi Laamasen ym:n (2006) tutkimuksessa ikä ei estimoitunut luottamusta selittävään logistiseen regressiomalliin ja Calnanin ja Sanfordin (2004, 95) tutkimuksessa havaittiin iäkkäiden asiakkaiden luottavan palvelujärjestelmään ja lääkäriin nuoria ikäryhmiä enemmän.

Tulos poikkeaa myös Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen sekä Tilastokeskuksen yhteistyönä toteutettaman tutkimuksen tuloksista. Tuolloin selvitettiin väestön mielipiteitä ja suhtautumista terveydenhuoltojärjestelmään vastaavanlaisella kysymyksellä kuin tässä tutkimuksessa. Kyseisen tutkimuksen mukaan yli 55-vuotiaiden vastaajien keskuudessa oli eniten niitä, jotka hakeutuisivat ensisijaisesti hoitoon terveyskeskuslääkärin vastaanotolle. 18–34-vuotiaiden ikäryhmässä puolet vastaajista ilmoitti hakeutuvansa ensisijaisesti terveyskeskukseen. (Klavus, Pekurinen, Nguyen ja Häkkinen 2006, 185–201.)

Tämän tutkimuksen tulos iän ja luottamuksen välisestä yhteydestä poikkeaa siis aiemmista tuloksista. Selitystä sille, miksi nuorimmassa ikäryhmässä oli eniten sitä, jotka luottivat julkiseen terveyspalvelujärjestelmään, voidaan hakea Pattersonin (1999) päätelmästä. Hänen mukaansa yksilö on sitä luottavampi, mitä parempi asema ja koulutus hänellä yhteiskunnassa on. (Patterson 1999, 189–190, Ilmosen & Jokisen 2002, 151 mukaan). Koulutuksen osalta tämä päätelmä pitää paikkaansa, sillä koulutustason on

havaittu olevan yhteydessä ikään siten, että nuoremmat ikäluokat ovat koulutetumpia kuin vanhemmat (Pekola-Sjöblom ym. 2002, 29).

Tulos on sikäli mielenkiintoinen, että vaikka vanhemmat ikäryhmät käyttävät terveyskeskuspalveluja nuoria enemmän ja arvioivat palvelujen laadun muita useammin hyväksi, he eivät kuitenkaan näytä luottavan palvelujärjestelmään samassa määrin kuin alle 35-vuotiaat asiakkaat. Toisaalta tulos on yhdensuuntainen palvelujen käyttöä koskevan tiedon kanssa, sillä terveyskeskuskäynnit ovat vähäisimpiä 45–64-vuotiaiden keskuudessa (Hemminki ym. 2006, 56–57). Tämä ikäryhmä käy sen sijaan yksityislääkärin vastaanotolla muita useammin (Paronen & Kuusilinna, 2002, 50–54) mahdollisesti siitä syystä, että iän myötä lisääntyvät sairaudet saattavat vaatia erikoislääkärin hoitoa. Tulos vanhempien asiakkaiden epäluottamuksesta on huomionarvoinen, sillä näiden ikäryhmien näkemyksille voidaan antaa ikään kuin suurempi painoarvo. Vanhemmat asiakkaat ovat nuoria kokeneempia palvelujen käyttäjiä ja kykenevät siten arvioimaan kriittisesti palvelutuotantojärjestelmän toimintaa.

Asiakkaan iän lisäksi luottamukseen olivat merkitsevästi yhteydessä asiakkaan äidinkieli ja ammatti. Äidinkieli oli yhteydessä luottamukseen siten, että ruotsinkieliset luottivat terveyskeskuspalveluihin suomenkielisiä enemmän. Tuloksen vertailtavuutta vaikeuttaa se, että asiakkaan äidinkielen osuutta luottamusta selittävänä tekijänä ei ole aiemmin juurikaan tutkittu. Ruotsin- ja suomenkielisen väestön terveyttä ja kuolleisuutta tutkineet Hyypä ja Mäki (2001) esittävät ruotsinkielisten korkeampaa sosiaalista pääomaa selittäjäksi kieliryhmien välisille terveys- ja kuolleisuuseroille. Sosiaalisella pääomalla viitataan yleensä sosiaalisen ympäristön ja sosiaalisten suhteiden ulottuvuuksiin, kuten verkostoihin, luottamukseen ja normeihin, jotka edistävät vuorovaikutusta ja toimintojen yhteensovittamista (Ruuskanen 2002 Kallandin & Suomisen 2005, 135 mukaan).

Asiakkaan ammattiala oli yhteydessä luottamukseen siten, että ansiotyön ulkopuolinen väestö eli opiskelijat, eläkeläiset, työttömät ja kotona lapsiaan hoitavat vanhemmat luottivat terveyskeskuspalveluihin muita enemmän. Tämä tulos tukee Tilastokeskuksen ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskuksen vuosina 1992 ja 1996 tehtyjä tutkimuksia. Niissä julkista palvelujärjestelmää kannattivat voimakkaimmin pienimpiin tuloryhmiin kuuluvat, vähän koulutusta saaneet työntekijät ja työttömät. (Forma, 1998, 66, 72.) Tulos on sen sijaan ristiriidassa Pattersonin päätelmän kanssa, jonka mukaan yksilö on sitä

luottavampi mitä parempi asema ja koulutus hänellä on (Patterson 1999, 189-190 Ilmoisen & Jokisen 2002, 151 mukaan).

Muita ammattiryhmiä koskevissa tarkasteluissa havaittiin, että palvelu- ja toimistotyötä tekevät ilmoittivat hakeutuvansa muita ammattiryhmiä epätodennäköisimmin terveyskeskukseen. Tämä selittyy ainakin osittain sillä, että tähän ammattialaan lukeutuvat asiakkaat lienee koulutettuja ja hyvässä yhteiskunnallisessa asemassa, joten heillä on työterveyshuollon palvelut muita paremmin saatavilla.

Asiakkaan sosiodemografisten taustatekijöiden lisäksi asiakkaan terveys, terveyspalvelujen käyttö ja arvio terveyspalvelujen laadusta olivat yhteydessä luottamukseen. Sairastavuutta mitattiin tutkimuksessa työkyvyttömyyseläkkeen saamisella ja havaittiin, että eläkettä saavat asiakkaat luottavat julkiseen palvelutuotantojärjestelmään enemmän kuin ne, jotka eivät eläkettä saa. Ero näiden ryhmien välillä oli yli kaksinkertainen. Tulos on ristiriidassa aiempien tutkimusten kanssa, sillä esimerkiksi Calnanin ja Sanfordin (2004, 95) tutkimuksessa havaittiin, että terveydentilansa huonoksi kokevat asiakkaat luottavat järjestelmään ja sen toimijoihin muita vähemmän. Laamasen ym:n (2006) tutkimuksessa asiakkaan terveydentilan ja palvelutuotantojärjestelmään luottamisen välillä ei havaittu yhteyttä. Tämän tutkimuksen tulos on sikäli merkittävä, että sairastavuus lisää tavallisesti palvelujen käyttöä, jonka vuoksi sairastavia asiakkaita voitaneen pitää iäkkäiden tavoin kokeneina palvelujen käyttäjinä. Kokemuksiensa myötä he kykenevät arvioimaan palvelujärjestelmän toimintaa realistisesti ja siten heidän näkemyksilleen voidaan antaa suuri painoarvo.

Heikon terveydentilan ja luottamuksen välinen yhteys on ymmärrettävissä tarkasteltaessa terveydenhuoltojärjestelmän ominaispiirteitä ja luottamuksen teoreettista taustaa. Näihin molempiin sisältyy riskin ottaminen. Asiakkaalla ei ole riittävää asiantuntemusta sairautensa hoidon kannalta, joten hänen täytyy luottaa ammattilaisiin. Luottaessaan lääkäriin tai muihin palvelujärjestelmän toimijoihin, asiakas altistuu riskille, joka syntyy siitä, että asiakas ei voi olla varma palvelujärjestelmän tai lääkärin toiminnan motiiveista ja tuloksista. Sairastavan asiakkaan kannalta riski on sitä suurempi, mitä vakavampi sairaus hänellä on. Vastaavasti mitä suurempi haavoittuvuuden tunne asiakkaalla on, sitä todennäköisempää luottamuksen syntyminen on. (Hall ym. 2001, 615.) Tätä taustaa vasten on johdonmukaista, että terveydentilan heiketessä palvelutuotantojärjestelmään

luottaminen lisääntyy.

Asiakkaan terveydentilan lisäksi terveyskeskuspalvelujen käyttö osoittautui luottamusta selittäväksi tekijäksi. Yhteys käytön ja luottamuksen välillä ilmeni siten, että mitä enemmän asiakas oli edellisen vuoden aikana käyttänyt palveluja, sitä enemmän hän julkiseen palvelutuotantojärjestelmään luotti. Tuloksen vertailtavuutta vaikeuttaa se, että käytön ja luottamuksen yhteydestä ei ole juurikaan julkaistu tutkimuksia. Luottamuksen teoreettista taustaa vasten tulos on kuitenkin hyvin looginen. Luottamisessa on kyse siitä, että luottava osapuoli kohdistaa odotuksia toisen osapuolen käyttäytymistä ja toimintaa kohtaan (Luhmann 2000 Gilsonin 2003, 1456 mukaan). Mitä useammin osapuoli – tässä tapauksessa asiakas – kokee lääkärin toiminnan ja käyttäytymisen vastaavan odotuksiaan, sitä todennäköisemmin hän jatkossakin tähän luottaa (Ulsaner 2001). Luottamus lääkäriin tai muuhun henkilökuntaan välittyy edelleen luottamuksena koko palvelutuotantojärjestelmään

Luottamusta tutkineiden Ilmosen ja Jokisen (2002, 208) mukaan luottamuksen tutkimuksessa perusoletus on se, että luottamus lisää halua osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen. Syysuhde lienee kehämäinen siten, että luottamus lisää sosiaalisen kanssakäymisen tiheyttä ja tämä vuorostaan vahvistaa luottamusta (Ilmonen & Jokinen 2002, 208).

Viimeinen luottamukseen yhteydessä oleva tekijä oli arvio terveyspalvelujen laadusta. Mitä paremman arvosanan asiakkaat laadusta antoivat, sitä enemmän he palveluihin luottivat. Useissa tutkimuksissa on löydetty korrelaatio asiakkaan kokeman tyytyväisyyden ja luottamuksen välillä. Laamasen ym. (2006) tutkimuksessa luottamus arvioitiin korkeammaksi silloin, jos yleinen tyytyväisyys palveluihin ja toimintaan oli kohtalaista tai korkeaa.

10.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin (pätevyys) ja reliabiliteetin (toistettavuus) avulla. Pyrkimyksenä on selvittää sitä, kykeneekö tutkimus tai mittaus antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja onko mittarilla tai tutkimusmenetelmällä mahdol-

lista mitata sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 1996, 216). Luotettavuutta voidaan tarkastella aineiston keruun, mittauksen ja tulosten luotettavuutena.

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jonka kysymykset perustuivat useiden aiempien terveys- ja palvelututkimusten kysymyksiin. Sosiodemografisia tietoja ja terveydentilaa koskeva osio perustui Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000-tutkimuksen kysymyksiin, jota on käytetty valtakunnallisesti ennen tätä tutkimusta. Terveys 2000-tutkimus lukeutuu merkittävimpiin kansallisiin terveystutkimuksiin ja lomakkeen laatimiseen ovat osallistuneet alan asiantuntijat.

Palvelujen laatua kartoittavien kysymysten laatimisessa käytettiin useita aikaisempien palvelututkimusten lomakkeita. Ne ja teoreettiset lähtökohdat sisältävät hyvin samanlaisia palvelujen laadun elementtejä, joita tähän tutkimukseenkin valittiin. Laatua koskevat kysymykset perustuvat pitkälti Interpersonal Aspects of Care – mittariin (IAC-Scale) ja ne mittaavat melko kattavasti terveyskeskuspalvelujen inhimillistä laatua. Analyysivaiheessa jätettiin palvelujen saatavuutta koskeva muuttuja pois. Alkuperäinen mittari sisältää kahdeksan laatua koskevaa väitettä, joihin vastataan neliportaisella asteikolla (Hayes & Baker, 1998, 231). Tässä tutkimuksessa väitteitä oli kolme, minkä vuoksi mittarilla kyettiin erottamaan tutkimusjoukosta selvästi tyytyväiset tai tyytymättömät. Koska arvio laadusta voi sijoittua johonkin näiden ääripäiden välille, tehtiin laadusta summamuuttuja. Tämän myötä mittarin validiteettia voitaneen pitää tyydyttävänä.

Terveydenhuollossa esiintyvää luottamusta on tutkittu hyvin harvoin ja sen operationalisoinnista on esitetty vain joitakin mittareita. Luottamusta on myös mitattu yleisellä kysymyksellä (Zheng ym. 2002, 187–202; Rose, Peters, Shea & Armstrong 2004, 57–63) ja näin tehtiin myös tässä tutkimuksessa. Luottamusta mitattiin yhdellä, asiakkaan hoitopaikan valintaa koskevalla kysymyksellä. Kuten kirjallisuudessa on todettu, luottamukseen liittyy valintojen tekeminen. Valintatilanteet saattavat vaihdella paljonkin ja vapausasteet tehdä omia ratkaisuja niiden mukaisesti. Täysin vapaa valinta on kuitenkin mahdollista ainoastaan, jos toiminnalla ei ole mitään pakottavaa kausaalista syytä. (Ilmonen & Jokinen 2002, 31, 32.) Kun asiakas valitsee hoitopaikan kuvitteellisessa ei-kiireellisessä tilanteessa, kyse lienee vapaasta valinnasta. Toisaalta vastauksen kannalta ratkaisevaa on se, miten vastaaja tulkitsee valinnan seurauksen; onko hän esimerkiksi vastuussa kustannuksista silloin, jos valitsee hoitopaikaksi yksityislääkäriin.

Tutkimusaineisto kerättiin postikyselyinä. Kyselymenetelmän vahvana puolena voidaan pitää sen tehokkuutta ja taloudellisuutta silloin, kun kerätään tietoa suurten ihmismäärin toiminnasta, asenteista tai mielipiteistä. Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä sisältää myös heikkouksia (Hirsjärvi ym. 2004, 184; Salmela 1997b, 81). Tutkijalla ei ole mahdollisuutta varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja, miten vastaajat ovat selvillä siitä asiasta, josta heille kysymyksiä esitetään. Ei ole myöskään täysin selvää, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajan näkökulmasta. Väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida, sillä vastaajat eivät voi kysyä vastausohjeita epäselvissä tilanteissa. (Hirsjärvi ym. 2004, 184).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan myös tulosten kannalta. Tutkimuksen kohdeyhmän muodosti väestörekisteristä satunnaisesti valittu aikuisväestö, joten tältä osin satunnaisuus toteutui. Tutkimuksen vastausprosentti oli 61,5 %, joka on samaa tasoa, jopa hieman parempi kuin muutamissa aiemmissa palvelukyselyissä. Vaikka vastausprosentti on melko korkea, se ei kuitenkaan kerro otoksen edustavuudesta. Vastaajien valikoituminen on survey-tyyppisten tutkimusten vanha kiusa. Tutkimuksissa on todettu, että palveluihin kriittisimmin suhtautuvat vastaavat yleensä laiskimmin. Aktiivisimpia vastaajia ovat monesti palvelujen satunnaiskäyttäjät, jotka antavat arvionsa lähinnä veronmaksajana ja kuntalaisena. (Salmela 1996, 198.) Tähän tutkimukseen vastanneista alle puolet oli käyttänyt terveyskeskuspalveluja edellisen vuoden aikana. Tutkimustulosten voidaan ajatella olevan yleistettävissä perusjoukkoon eli neljän kunnan aikuisväestöön. Yleistyksiä voitaneen tehdä myös muihin elinkeinorakenteeltaan ja asukasluvultaan samantyyppisiin kuntiin, mutta laajempien yleistyksien suhteen on oltava varovaisempi.

10.3 Jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen perusteella arvioita terveyspalvelujen laadusta voidaan selittää asiakkaan iällä, koetulla terveydentilalla ja kotikunnalla. Luottamusta selittäviä tekijöitä ovat asiakkaan ikä, äidinkieli, sairastavuus, terveyspalvelujen käyttö ja arvio palvelujen laadusta. Tulos edesauttaa niiden asiakkaiden tunnistamista, jotka suhtautuvat kriittisimmin terveyskeskuspalveluihin ja julkiseen palvelutuotantjärjestelmään.

Tulos asiakkaan kotikunnan ja asiakastyytyväisyyden välisestä yhteydestä on mielenkiintoinen sikäli, että Karjaalla palveluja pidettiin laadukkaampina kuin muissa tutkimuskunnissa. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, miksi näin on. Löytyykö syy yksilö- vai organisaatiotason tekijöistä esimerkiksi siitä, että palvelut tuottaa kolmannen sektorin järjestö.

Luottamusta tutkittaessa havaittiin, että 50–65-vuotiaat asiakkaat eivät luota julkiseen palvelutuotantojärjestelmään samassa määrin kuin 15–34-vuotiaat. Tulos on melko yllättävä, sillä vanhemmat ikäluokat ovat kuitenkin nuoria tyytyväisempiä palveluihin. Merkittävää on myös se, että vanhemmat ovat kokeneempia palvelujen käyttäjiä ja siten heidän näkemykselleen palvelujärjestelmän toiminnasta voi ikään kuin antaa enemmän painoarvoa. Olisi mielenkiintoista selvittää syitä tälle epäluottamukselle, esimerkiksi laadullisen tutkimuksen keinoin.

Terveydenhuollon toimintaa ajatellen saattaisi olla hyödyllistä arvioida myös epäluottamuksen seurauksia. Jos 50–65-vuotiaat, suuria ikäluokkia edustavat asiakkaat kokevat, ettei julkiseen palvelutuotantojärjestelmään voi luottaa, täytyy seurausten olla huomattavia. Epäluottamus johtanee muiden, lähinnä yksityisen palvelusektorin sekä työterveyshuollon palvelujen käytön lisääntymiseen. Tällä lienee vaikutusta muun muassa terveydenhuollon rahoitusjärjestelmään sekä palvelujen tuottajien mahdollisuuksiin tarjota asiakkailleen osaavien ammattilaisten laadukkaita palveluja.

Epäluottamuksella on seurauksensa myös asiakkaille. Jos julkisen palvelutuotantojärjestelmän palvelut kyseenalaistetaan, johtanee se niin sanotun toisen mielipiteen kysymiseen. Tai ainakin saatetaan pohtia sitä, pitäisikö toista mielipidettä kysyä. Sairastavan asiakkaan kannalta tämä on varsin raskasta ja epäoikeudenmukaistakin. Sairaus sinällään tuo elämään epävarmuutta ja kuormittaa jokapäiväistä elämää. Olisi siten kohtuullista, että asiakas saisi käyttää voimavaransa oman, kenties heikkenevän terveytensä ylläpitämiseen eikä siihen, että pohtii ja epäilee, saako hän tilanteensa edellyttämiä tutkimuksia ja palveluja.

KIRJALLISUUS

Al-Windi, A. 2005. Predictors of satisfaction with health care: a primary healthcare-based study. *Quality in Primary Care*. 13(2): 67-74.

Barber, B. 1983. *The Logic and Limits Of Trust*. New Brunswick, N.J. Rutgers University Press.

Calnan, M.W. & Sanford, E. 2004. Public trust in health care: the system or the doctor? *Quality Safe Health Care*, 13. 92-93, 95.

Campbell, J.L., Ramsay, J. & Green, J. 2001. Age, gender, socio-economic and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in Health Care* 10(2).

Davies, H.T.O. & Rundall, T.G. 2000. Managing Patient Trust in Managed Care. *The Milbank Quarterly, A Journal of Public Health And Health Care Policy*, 78(4), 611-613

Donabedian, A. 1969. Some issues in evaluation the quality of nursing care. *American Journal of Public Health* 59; 1833-1836.

Donabedian, A. 1982. An exploration of structure process and outcome as approaches to quality assessment. In: Selbman, H. & Uberla, K. (eds) *Quality Assessment in Medical Care*. Bleicher Verlag, Gerlingen.

Engeström, Y. 1990. Toimiva terveyskeskus-projekti. Osaraportti n:o 1. Toimiva terveyskeskus - kehittämis- ja tutkimusprojektin suunnitelma. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Helsinki, 58.

Forma, P. 1998. Mielenpitemien muutos ja pysyvyyden. Suomalaisen mielenpiteet hyvinvointivaltiota, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuosina 1992 ja 1996. Raportteja 222. Stakes, Helsinki, 64, 66, 70, 72, 98.

Forma, P. 2002. Suomalaisen sosiaaliturvaa ja sosiaalipalveluja koskevat mielenpiteet vuonna 2002. Teoksessa Suomalaisen hyvinvointi 2002. Heikkilä, M. & Kautto, M. (toim.) Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki, 296, 304-306.

Giddens, A. 1990. The Consequences of Modernity. Polity, Cambridge.

Gilson, L. 2003. Trust and the development of health care as a social institution. Social Science and Medicine, 56 7 (2003), 1456, 1460

Glass, R. M. 1996. The Impact of Managed Care on Patients' Trust in Medical Care and Their Physicians. Journal of the American Medical Association, 275 (21), 1694, 1696.

Goudge, J. & Gilson, L. 2005. How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience. Social Science and Medicine, Vol. 61, Issue 7, 1441-1442.

Grönroos, C. 1991. Nyt kilpaillaan palveluilla. Jyväskylä: Gummerus, 50-51, 58, 61-67

Hall, J. A. & Dornan, M. C. 1988. Meta-analysis on Satisfaction with Medical Care. Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Social Science and Medicine 27, 637-644

Hall, P.A. 1999. Social capital in Britain. British Journal of Political Science, 29 3, 417-462.

Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B. & Mishra, A. K. 2001. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured and Does It Matter? The Milbank Quarterly 79, 613, 615-619, 621- 622, 627-629, 639.

Harre, R. 1999. Trust and its surrogates: psychological foundations of political process.

In M.E. Warren (ed.), *Democracy & Trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 256-266

Hasenfeld, Y., Rafferty, J. & Zald, M. 1987. The Welfare State Citizenship and Bureaucratic Encounters. *Annual Review on Sociology* 13/1987, 402-403.

Hayes, R.P. & Baker, D.W. Methodological Problems in Comparing English-Speaking Patients' Satisfaction with Interpersonal Aspects of Care. *Medical Care* 36(2), 231.

Helsingin terveysturvasto & Taloustutkimus Oy 2003. Helsingiläisten arviot terveysturvaston palveluista 2002. Helsingin kaupungin terveysturvaston raportteja 8:2003.

Hemminki, E., Luoto, R. & Gissler, M. 2006. Sukupuolierot terveysturvastojen kohdentumisessa. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle*. Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Prima, 56-57.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi, 184, 216.

Holmberg-Marttila, D., Jääskeläinen, J., Niskanen, T. & Mattila, K. 2003. Terveysturvastopalveluita paljon käyttävät muita tyytyväisempiä perusterveydenhuollon palveluihin. *Kunnallislääkäri* (7) 18-24.

Huuskonen, J., Ijäs, N. & Lehtoranta, O. 1997. Julkisten palvelujen laadunarviointi. Arviointikehikko ja näkökulmia. Tilastokeskus, Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Gummerus, 6-13, 39.

Hyyppä, M. & Mäki, J. 2001. Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promotion International* 16, 55-64.

Häkkinen, U., Alha, P., Keskimäki, I., Klaukka, T., Koponen, P. & Räsänen, K. 2002. Hoitopalvelujen käyttö. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) *Terveystalouden ja toimintakyky Suomessa*. Kansanterveyslaitos, Helsinki, 66.

Häkkinen, U. & Alha, P. 2006. Avohoitopalvelut. Teoksessa Häkkinen, U. & Alha, P. (toim.) Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006, Helsinki.

Idänpää - Heikkilä, U., Outinen, M., Nordblad, A., Päivärinta, E. & Mäkelä, M. 2000. Laatuksiteerit – suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita 20/2000. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, Helsinki, 13.

Ilmonen, K. 2005. Luottamuksen operationalisoinnista. Teoksessa Jokivuori, P. (toim.) Sosiaalisen pääoman kentät. Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 51-59, 62

Ilmonen, K. & Jokinen, K. 2002. Luottamus modernissa maailmassa. Jyväskylä, Kopijyvä Oy, 89. 12, 31-32, 151, 153

Jung, H. P., Baerveldt, C., Olesen, F., Grol, R. & Welsing, M. 2003. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. Health Expectations 6, 160-181.

Kalland, M. & Suominen, S. 2006. Ruotsinkielisten sosiaali- ja terveyspalvelujen saataavuus ja käyttö. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Prima, 135.

Kananoja A. 1997 Julkisten palvelujen ydintehtävät asiakaspalautteen viitekehyksenä. Teoksessa Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta. Toim. Tuula Salmela Atena Kustannus Oy, Jyväskylä, 115.

Karvonen, S., Lahelma, E. & Winter, T. 2006. Työikäisten terveys ja hyvinvointi 2000-luvun alussa. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus, 79, 89.

Kauppinen, S. & Niskanen, T. 2005. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Raportteja 288. Stakes, Helsinki.

Kauppinen, S. & Heiskanen, T. 2007. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2004. Stakes, Helsinki, 65.

Kekki, P. 2001. Terveyskeskuspalveluiden laatu ja vaikuttavuus kahdessatoista terveyskeskuksessa väestön kokemana ja arvioimana. Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitoksen julkaisuja no 15, Helsinki.

Keskimäki, I., Koskinen, S. & Teperi, J. 2002. Terveyspalvelujen mahdollisuudet kasvattaa terveyseroja. Teoksessa Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Manderbacka, K., Lahelma, E., Prättälä, R. & Sihto, M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 283, 287, 292-293.

Kivinen, T. 1997. Kuntalaisten elämäntilanteet, avun hakeminen ja riittävyys sekä palvelukokemukset. Teoksessa Kivinen, T., Kinnunen, J., Niiranen, V. & Hyvärinen, S. (toim.) Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 45, 72-83.

Kivinen, T. & Hilander - Sihvonen, A. 1997. Asiakkaat ja terveyspalvelujen laatu. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: WSOY.

Kinnunen, J. 1997. Kuntalaisnäkökulmaan kohdistuvan tutkimuksen perusteet. Teoksessa Kivinen, T., Kinnunen, J., Niiranen, V. & Hyvärinen, S. (toim.) Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet, Kuopio, 25.

Klavus, J., Pekurinen, M., Nguyen, L. & Häkkinen, U. Väestön kokemukset, mielipiteet ja odotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus, 185-201.

Laaksonen, P. & Laaksonen M. 2001. Onko laadulla väliä? Kuluttajien laadulle antamien merkitysten tarkastelu. Teoksessa Grönroos, C. & Järvinen, R. (toim.) Palvelut ja asiakassuhteet. Helsinki: Kauppakaari, 83.

Laamanen, R., Simonsen-Rehn, N., Suominen, S., Björkgren, M., Linna, M., Laiho, M., Koponen, A. & Palta, A. 2004. Perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut neljässä kunnassa. Tutkimusraportti. Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos.

Laamanen, R. , Ovretveit, J., Sundell, J., Simonsen-Rehn, N., Suominen, S. & Brommels, M. 2006. Client perceptions of the performance of public and independent not-for-profit primary health care. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34(6):598-608.

Laine, J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta: taloustieteellinen tutkimus vanhus-ten laitoshoidosta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia. Helsinki: Stakes, 33-34.

Lillrank, P. 1998. Laatuajattelu: laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteis-kunnassa. *Keuruu: Otava*, 19, 79-81.

Luhmann N. 1979. *Trust and Power*. Wiley, Chichester

Luhmann, N. 2000. Familiarity, Confidence, Trust: Problems and alternatives. In: Gambetta, D. (Ed.), *Trust: making and breaking cooperative relations*, 94-107, electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford, [http:// www. Sociology.ox.ac.uk/papers/luhmann94-107.pdf](http://www.Sociology.ox.ac.uk/papers/luhmann94-107.pdf).

Manderbacka, K., Gissler, M., Husman, K., Husman, P., Häkkinen, U., Keskimäki, I., Nguyen, L., Pirkola, S., Ostamo, A., Wahlbeck, K. & Widström, E. 2006. Väestöryhmi-en välinen eriarvoisuus terveystieteiden käytössä. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.) *Riittävät palvelut jokaiselle. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus*. Helsinki: Edita Prima, 43, 52-54.

Mechanic, D. 1996. Changing Medical Organization and the Erosion of Trust. *The Milbank Quarterly* 74 (2), 173-175.

Mechanic, D. 1998. The Functions and Limitations of Trust in The Provision of Medical Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23 (4), 662-665, 667-668, 670,

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä : Gummerus, 606.

Metteri, A. 2003. Kohtaamiset kansalaisen ja palvelujärjestelmän suhteissa. Luottamuksen rakentumisen näkökulma. Teoksessa Metteri, A. (toim.) *Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä*. Helsinki: Edita-Prima, 92-93.

Mäkelä, P & Ruokonen, F. 2005. Luottamus sosiaalisen pääoman teorioiden ydinkäsitteenä. Teoksessa *Sosiaalisen pääoman kentät*. Jokivuori, P (toim.) Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 21-44.

Nakari, M. & Möttönen, S. 2000. Lisääkö väestövastuinen omalääkärijärjestelmä asiakastytyväisyyttä? *Suomen Lääkärilehti* 58 (21) 2345.

Normann, R. 1984. *Service Management*. New York: John Wiley.

Nurmenniemi, H. & Outinen, M. 1999. Asiakastytyväisyysmittausta vuodesta 1995. *Dialogi* 7-8/99, 24-25.

Offe, C. 1999. How can we trust our fellow citizens? In. M. Warren (ed.) *Democracy & Trust*. Cambridge: Cambridge University Press, 50-53, 55

Ojasalo, K. 2001. Palveluyrityksen tuottavuuden tehostaminen – resurssien minimoinnista asiakasajatteluun. Teoksessa Grönroos, C. & Järvinen, R. (toim.) *Palvelut ja asiakassuhteet*. Helsinki: Kauppakaari, 56-63.

Olin, R., Pekola-Sjöblom, M. & Sjöblom, S. 2004. Asiakkaat arvioitsijoina. Asiakkaiden tyytyväisyys kunnallisiin palveluihin vuonna 2003. *KuntaSuomi 2004-tutkimuksia* nro 51. Acta nro 171. Suomen Kuntaliitto. Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitetet. Helsinki, 7-8, 17, 22.

Outinen, M., Holma, T. & Lempinen, K. 1994. Laatu ja asiakas. Laatumyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WSOY, 13

Paronen, O. & Kuusilinna, P. 2002. Tampereen terveys- ja sosiaalikyseily 2002. Vastausjakaumat iän ja sukupuolen mukaan, Taulukkoraportti A. Sosiaali- ja terveystoimen monisteita 21/2002. Sosiaali- ja terveystoimi, UKK-instituutti, 50-54.

Patterson, O. 1999. Liberty against the democratic state: on the historical and contemporary sources of American distrust. In M. Warren (ed.), Democracy & Trust. Cambridge: Cambridge University Press, 189-190.

Pekola-Sjöblom, M., Helander, V. & Sjöblom, S. 2002. Kuntalaisen monet roolit. KuntaSuomi2004 – tutkimuksia nro 37. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 29 49-50, 52,55.

Pimiä, E., Holmberg – Marttila, D., Jääskeläinen, J. & Mattila, K. 2004. Potilaat tyytyväisiä tiedonsaantiinsa kun heitä kuunnellaan, Kunnallislääkäri 19 (7), 23-26.

Pirsig, R. 1986. Zen ja moottoripyörän kunnossapito: tutkimusmatka arvojen maailmaan. Suomentanut Leena Tamminen. Juva: WSOY.

Rahmqvist, M. 2001. Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factor a model for comparisons of care units. International Journal for Quality in Health Care. 13 (5), 385-390.

Rose A, Peters N, Shea JA, Armstrong K. Development and testing of the Health Care System Distrust Scale. J Gen Intern Med 2004;19(1):57-63.

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Turun yliopisto, Annales Universitatis Turkuensis, Turku, 12-13.

Ruuskanen, P. 2002. Sosiaalinen pääoma hyvinvointipoliittisessa keskustelussa. Teoksessa Ruuskanen, P. (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Keuruu: PS - Kustannus.

Salmela, T. 1996. Tyytyväisyys-käsitteen ongelmallisuus julkisen sektorin asiakas-kyselyissä. Hallinnon tutkimus 1/1996, 36. 38.

Salmela, T. 1997a. Tyytyväisyys mykistää, dialogi avaa hanat. Teoksessa Salmela, T. (toim.) Autetaanko asiakasta – palvellaanko potilasta? Juva: WSOY, 187-188, 191-192, 195.

Salmela, T. 1997b. Asiakaspalautteen haaste: menetelmiä ja esimerkkejä. Helsinki: Sta-kes, 81-82.

Sandell, P. & Outinen, M. 1996. Tätä mieltä potilaat – valtakunnallisen asiakastyytyväi-syyden vertailumittarin tuloksia 1996. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämis-keskus. Helsinki.

Schlackman, N. 1989. Integrating Quality Assessment and Physician Incentive Pay-ment. Quality Review Bulletin 15:8: 234-237.

Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY, 117-118, 131.

Suhonen, R., Österberg, K. & Välimäki, M. 2004. Polikliinisen hoidon laatu – potilaan näkökulma. Tutkiva Hoitotyö Vol. 2 (3), 24.

Suomen Kuntaliitto 2008. Aluetietopankki: yleistilastot. [http://www.kunnat.net/k_htmlimport.asp?path=1;29;63;374;36980] (09.01.2008)

Suominen, S., Välimaa, R., Tynjälä, J. & Kannas, L. 2000. Minority status and perceived health: a comparative study of Finnish- and Swedish-speaking schoolchildren in Finland. Scandinavian Journal Public Health 28, 179-187.

Sztompka, P 1999. Trust. A Sociological Theory. Cambridge University Press, Cam-bridge

Teperi, J. 2006. Yhteenveto: saavatko kaikki riittävät palvelut? Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Prima, 183.

Toiviainen, H. 2004. Potilaan osallistuminen – mitä, kuka ja miten? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3/2004. Sosiaalilääketieteen yhdistys ry, Vammala, 259.

Tuorila, H. 2000. Potilaskuluttaja terveystalustoilla. Yksityisten terveydenhuolto- palvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 764. Tampere.

Tuorila, H. 2006. Onnistunut lääkärisäkäynti. Potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita, 11-15, 70.

Ulsaner, E. M. 2001. Trust as a moral value. Paper prepared for the European research conference on social capital: Interdisciplinary perspectives. United Kingdom, Exeter, September 15-20. Accessed at www.ex.ac.uk/shipss/politics/research/socialcapital.

Valtiovarainministeriö 2008. Kunta- ja palvelurakennemuutos.

[http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_paras/index.jsp] (09.01.2008)

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Tutkimuksia 142. Saarijärvi: Gummerus Oy, 19.

Vuorenkoski, L. & Saarni, S. 2006. Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus. Teoksessa Teperi, J., Vuorenkoski, L., Manderbacka, K., Ollila, E. & Keskimäki, I. (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Edita Prima, 35-36.

Vuori, J. 1998. Terveyspalvelujen laatu ja palveluluottoidea. Hallinnon tutkimus 3, 211-219.

Zeithaml, V., Parasuraman, A. & Berry, L. 1990. Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations. New York: The Free Press, 15-22.

Zheng, B., Hall M., Dugan, E., Kidd, K.E., Levine, D. Development of a scale to measure patients' trust in Health Insurers. HSR 2002;37(1):187-202.

Øvretveit, J. 1992. Health service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Scientific Publications. Great Britain, 4 .

LIITTEET

LIITE 1. Kyselylomake

ARVOISA VASTAANOTTAJA

KUNTA 2002

Kansanterveyslaitos tutkii kansantautien ja suomalaisten terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Monet näistä tekijöistä liittyvät elintapoihin ja elinolosuhteisiin. Kansanterveyslaitos seuraa terveyden kehitystä Suomessa ja tekee siksi tänä keväänä postikyselyn 2000 Väestörekisteristä satunnaisesti

valitulle Karjaan, Loviisan, Paraisten tai Toijalan kaupungissa asuvalle (lähde: Väestötietojärjestelmä, Väestörekisterikeskus, Pl 7, 00521 Helsinki). Te olette yksi tällä kerralla mukaan valituista.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan tähän kyselyyn ensi tilassa mielellään 10 päivän kuluessa. Kaikkien kyselyn saajien tiedot ovat tärkeitä tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja kaikki tulokset esitetään ainoastaan taulukkona, joista kenenkään henkilökohtaisia tietoja ei voida jäljittää. Palauttakaa lomake oheisessa kirjekuoressa, johon ei tarvita postimerkkiä. Lisätietoja tutkimuksesta antavat tarvittaessa tutkimusapulainen Maija Ruth Kansanterveyslaitoksella puhelinnumero (09) 4744 8646 ja ma. prof. Sakari Suominen Turun yliopistosta puhelinnumero (09) 191 275 67.

Kysymyksiin vastataan tavallisesti rengastamalla oikea vastausvaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sitä varten varattuun tilaan. Eräissä kysymyksissä tiedustellaan useita asioita, oireita, sairauksia ym. Rengastakaa silloin jokainen tilannetta vastaava kohta.

Esimerkki 1.

Siviilisääty

- 1 naimisissa, avoliitossa
- 2 naimaton
- 3 asumuserossa tai eronnut
- 4 leski

Esimerkki 3

Onko Teillä viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia

	kyllä
kohonnut verenpaine,	
verenpainetauti	1
sokeritauti	1
sydänveritulppa, sydäninfarkti	1
sepelvaltimotauti, angina pectoris (=rintakipua rasituksessa)	1
sydämen vajaatoiminta	1

Osallistuessanne tutkimukseen tuette kamppailua kansanterveysongelmien voittamiseksi ja kansalaisten terveyden parantamiseksi. Yhteistyöstä kiittäen

Sakari Suominen, LT
ma. professori
Turun yliopisto
Kansanterveystieteen laitos

Esimerkki 2

Kuinka monta kupillista juotte kahvia tai teetä tavallisesti päivässä?

Merkitkää 0, jos ette juo lainkaan

kahvia |_|_|_| kupillista

teetä |_|_|_| kupillista

Esimerkki 4

Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana käyttänyt mitään alkoholijuomia (olutta, viiniä tai väkeviä)?

	1	1	kyllä
	1	2	en

Antti Uutela, VTT
dosentti
Laboratorionjohtaja
Kansanterveyslaitos
Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto

VASTAUSLOMAKE 2002

KUNTA 2002

1. Kotikunta

- 1 Karjaa
- 2 Loviisa
- 3 Parainen
- 4 Toijala

2. Sukupuoli

- 1 mies
- 2 nainen

3. Syntymävuosi 19 |__|__|

4. Äidinkieli

- 1 suomi
- 2 ruotsi
- 3 jokin muu, mikä? _____

5. Siviilisäätty

- 1 naimisissa, avoliitossa
- 2 naimaton
- 3 asuserossa tai eronnut
- 4 leski

7. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti? (Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan)

|__|__| vuotta

LIITE 1. jatkuu

8. Millaista työtä teette suurimman osan vuodesta?

- 1 maanviljelys, karjanhoito, metsätyö emäntä
- 2 tehdas-, kaivos-, rakennus-, tai muu
- 3 toimistotyö, henkinen työ, palvelutyö
- 4 opiskelu tai koulunkäynti
- 5 kotirouva, kotiäiti, koti-isä
- 6 eläkeläinen
- 7 työtön

TERVEYSPALVELUT JA TERVEYDENTILA

12. Kuinka monta kertaa olette käynyt lääkärin (ei hammaslääkärin) vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden (12kk) aikana seuraavissa hoitopaikoissa? (Vastatkaa 0, jos ette ole käynyt yhtään kertaa)

Kuinka monta kertaa?

terveyskeskuksessa |_|_|

työterveyshuollossa |_|_|

yksityislääkärissä/
lääkärikeskuksessa |_|_|

sairaalan poliklinikalla |_|_|

14. Saatteko jonkin sairauden tai vamman vuoksi työkyvyttömyyseläkettä?

- 1 en
- 2 kyllä, osaeläkettä
- 3 kyllä, määräaikaista eläkettä
- 4 kyllä, pysyvää eläkettä

19. Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä:

- 1 hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskitasoinen
- 4 melko huono
- 5 huono

LIITE 1. jatkuu

TERVEYSPALVELUJEN LAATU

62. Kun viimeksi kävitte kunnallisessa terveyskeskuksessa (Karjaalla asuvien osalta tarkoitetaan 1.10.1998 alkaen Folkhälsanin ylläpitämää terveyskeskusta), millaiseksi koitte saamanne palvelun?

	samaa mieltä	vaikea sanoa	eri mieltä
sain selvyden minua huolestuttaneisiin asioihin	1	2	3
minua kuultiin ja tunsin tulevani ymmärretyksi	1	2	3
henkilökunta oli kiinnostunut minusta myös ihmisenä	1	2	3
henkilökunta käytti riittävästi aikaa keskusteluun kanssani	1	2	3
henkilökunta oli ystävällistä	1	2	3
vastaanottoaika järjestyi riittävän nopeasti	1	2	3

LIITE 1. jatkuu

63. Jos tilanteessa, joka ei olisi erittäin kiireellinen, tarvitsisitte oman oireenne tai ongelmanne vuoksi lääkärin antamaa hoitoa tai asiantuntemusta, menisittekö mieluiten

1. kenen tahansa kunnallisen terveystakeskuslääkärin vastaanotolle (Karjaalla asuvien osalta tarkoitetaan Folkhälsanin ylläpitämää terveystakeskusta)
2. kunnallisen terveystakeskuslääkärin vastaanotolle (Karjaalla asuvien osalta tarkoitetaan Folkhälsanin ylläpitämää terveystakeskusta), mikäli pääsisitte haluamallenne lääkärielle
3. työpaikkalääkärielle (vaihtoehto koskee ainoastaan ansiotyössä olevia ja yrittäjiä)
4. yksityiselle yleislääkärielle
5. yksityiselle erikoislääkärielle
6. muu vaihtoehto. Mikä? _____
7. en osaa sanoa

LIITE 2. Analyysissa käytetyt muuttujat

Selittävät muuttujat

Kotikunta	1 = Karjaa 2 = Loviisa 3 = Parainen 4 = Toijala
Sukupuoli	1 = mies 2 = nainen
Ikäryhmä	1 = 15–34-vuotiaat 2 = 35–49-vuotiaat 3 = 50–65-vuotiaat
Äidinkieli	1 = suomi 2 = ruotsi
Siviilisäätö	1 = naimisissa tai avoliitossa 2 = naimaton 3 = asumuserossa/eronnut tai leski
Koulutuksen pituus	1 = 1-9 vuotta 2 = 10–12 vuotta 3 = >13 vuotta
Ammattiala	1 = maanviljelys- ja teollisuustyö 2 = toimisto- ja palvelutyö 3 = opiskelu, kotityö, eläkeläinen, työtön

LIITE 2. jatkuu

Työkyvyttömyyseläke	1 = ei 2 = kyllä
Koettu terveydentila	1 = hyvä tai melko hyvä 2 = keskitasoinen 3 = huono tai melko huono
Palvelun laatu	1 = heikko 2 = keskitasoinen 3 = hyvä
Viimeksi käynyt	1 = terveyskeskuksessa 2 = yksityislääkärissä 3 = työterveyslääkärissä
Terveyskeskuksessa käynnit edellisen vuoden aikana	1 = ei käyntejä 2 = 1-2 käyntiä 3 = 3 käyntiä tai enemmän

Selitettävät muuttujat

Palvelun laatu	1 = heikko 2 = kohtalainen 3 = hyvä
Luottamus	1 = terveyskeskus 2 = muu hoitopaikka

LIITE 3. Asiakkaiden taustatekijöiden yhteys arvioihin palvelujen laadusta.

Jokaisen taustatekijän selitysvoimaa on tarkasteltu yksitellen.

Muuttuja	N	OR	(95 % LV)	P-arvo
Kotikunta	1113			0.02
Karjaa	285	1.00		
Loviisa	261	0.74	0.53–1.01	
Parainen	283	0.80	0.59–1.10	
Toijala	284	0.61	0.45–0.83	
Sukupuoli	1113			0.94
mies	512	1.00		
nainen	601	1.01	0.81–1.26	
Ikä	1113			0,04
15–34-vuotta	334	1.00		
35–49-vuotta	401	1.2	0.90–1.54	
50–65-vuotta	378	1.4	1.01–1.88	
Äidinkieli	1109			0.22
suomi	699	1.00		
ruotsi	410	1.16	0.92–1.46	
Siviilisääty	1112			0.28
naimisissa tai avoliitossa	723	1.00		
naimaton	256	0.81	0.62–1.05	
eronnut tai leski	133	0.93	0.66–1.31	
Koulutuksen pituus	1100			0.45
1-9 vuotta	264	1.00		
10–12 vuotta	407	0.87	0.65–1.17	
>13 vuotta	429	1.01	0.76–1.35	
Ammattiala	1068			0.22
maanviljelys- ja teollisuustyö	224	1.00		
toimisto- ja palvelutyö	513	1.13	0.85–1.52	
opiskelu, kotityö, eläkeläinen, työtön	331	0.90	0.66–1.24	

LIITE 3. jatkuu

Muuttuja	N	OR	(95 % LV)	P-arvo
Työkyvyttömyyseläke	1093			0.63
ei	1016	1.00		
kyllä	77	1.11	0.72–1.72	
Koettu terveydentila	1099			0.003
huono tai melko huono	77	1.00		
keskitasoinen	275	0.97	0.61–1.55	
hyvä tai melko hyvä	747	1.5	0.98–2.23	
Terveyskeskuksessa käynnit edellisen vuoden aikana	1027			0.26
ei käyntejä	318	1.00		
1-2 käyntiä	452	1.24	0.94–1.63	
3 käyntiä tai enemmän	257	1.23	0.90–1.68	

LIITE 4. Asiakkaiden taustatekijöiden yhteys luottamukseen.
Jokaisen muuttujan selitysvoimaa on tarkasteltu yksitellen

MUUTTUJA	N	OR	(95 % LV)	P-arvo
Kotikunta	1062			0.008
Karjaa	265	1.00		
Loviisa	251	0.56	0.39–0.79	
Parainen	272	0.68	0.49–0.96	
Toijala	274	0.66	0.47–0.92	
Sukupuoli	1062			0.34
mies	489	1.00		
nainen	573	1.13	0.88–1.44	
Ikä	1062			<0.0001
15–34-vuotta	319	1.00		
35–49-vuotta	384	0.49	0.36–0.66	
50–65-vuotta	359	0.72	0.53–0.97	
Äidinkieli	1059			0.0013
suomi	667	1.00		
ruotsi	392	1.51	1.18–1.95	
Siviilisäätty	1060			<0.0001
naimisissa tai avoliitossa	689	1.00		
naimaton	244	1.94	1.43–2.60	
eronnut tai leski	127	1.31	0.90–1.90	
Koulutuksen pituus	1048			0.03
1-9 vuotta	252	1.00		
10–12 vuotta	388	0.99	0.72–1.37	
>13 vuotta	408	0.71	0.51–0.97	
Ammattiala	1020			<0.0001
maanviljelys- ja teollisuustyö	214	1.00		
toimisto- ja palvelutyö	490	0.77	0.56–1.06	
opiskelu, kotityö, eläkeläinen, työtön	316	1.93	1.35–2.74	

LIITE 4. jatkuu

MUUTTUJA	N	OR	(95% LV)	P-arvo
Työkyvyttömyyseläke	1039			0.0004
ei	966	1.00		
kyllä	73	2.45	1.50–4.00	
Koettu terveydentila	1046			0.39
huono tai melko huono	73	1.00		
keskitasoinen	262	0.76	0.46–1.27	
hyvä tai melko hyvä	711	0.92	0.57–1.46	
Terveyskeskuksessa käynnit edellisen vuoden aikana	980			<0.0001
ei käyntejä	304	1.00		
1-2 käyntiä	431	1.63	1.21–2.20	
3 käyntiä tai enemmän	245	2.32	1.64–3.28	
Palvelun inhimillinen laatu edellisen terveyskeskus-käynnin yhteydessä	998			<0.0001
heikko	289	1.00		
keskitasoinen	489	1.61	1.19–2.18	
hyvä	220	2.52	1.76–3.62	

LIITETAULUKKO 1. Aiempia tutkimuksia asiakkaiden sosiodemografisten taustatekijöiden, terveydentilan ja terveystalvelujen käytön yhteydestä asiakastytyväisyyteen

Tutkimus	n	Tarkoitus	Menetelmät	Mittarit	Keskeiset tulokset
Al-Windi, A 2005 Predictors of satisfaction with health care: a primary healthcare-based study. Karoliininen Instituutti, Tukholma	1055	Tutkia erilaisista etnisistä ryhmistä tulevien asiakkaiden tyytyväisyyttä terveyskeskustalveluihin Selvittää asiakkaiden sosiodemografisten ominaisuuksien, terveydentilan sekä palvelujen ja lääkkeiden käytön yhteyttä potilastytyväisyyteen	Survey - kysely terveyskeskuksessa asioineille yli 16-vuotiaille asiakkaille. Vastaukset palautettiin postitse Asiakkaan sairauksia, sairauspoissaoloja ja lääkkeiden käyttöä koskevia tietoja haettiin lääketieteellisistä rekistereistä.	Asiakkaan taustatietoja, oireita, koettua terveydentilaa ja sairauksia selvittävä kysely. Tyytyväisyyttä mitattiin kahdella kysymyksellä	Yli 65-vuoden ikä on merkittävin tyytyväisyyttä selittävä tekijä. Huonoksi koettu terveydentila on merkittävin tyytymättömyyttä selittävä tekijä
Pimiä, Holmberg-Marttila, Jääskeläinen & Mattila 2004 Terveys 2000-hanke	71 039	Selvittää, kokevatko terveyskeskusten vastaanottopalvelujen käyttäjät saavansa riittävästi tietoa ja kokevatko he saamansa ohjeet riittävän selviksi Tutkia asiakastytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä	Tiedonsaantia ja potilastytyväisyyttä selvittävä kyselylomake, joka täytettiin terveyskeskuksessa asioinnin yhteydessä	14 asiakastytyväisyyttä selvittävä kysymystä, joihin vastattiin arvosanalla 4-10	Iäkkäät vastaajat muita tyytyväisempiä tiedonsaantiin.
Suhonen, Österberg & Välimäki 2004. Polikliinisen hoidon laatu – potilaan näkökulma	411	Selvittää potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja Selvittää mitkä tekijät ovat yhteydessä poliklinikapotilaan tyytyväisyyteen	Kyselytutkimus potilastytyväisyydestä. Lomake täytettiin vastaanoton jälkeen	Patient Judgement System (PJS) – mittaristoon perustuvat kysymykset poliklinikatoiminnasta ja palveluista yleisesti	Nuoret asiakkaat muita tyytymättömämpiä odotus-aikoihin. Vähemmän koulutetut olivat tyytyväisempiä palveluihin. Yli kuusi kertaa edellisen vuoden aikana poliklinikalla käyneet kokivat henkilökunnan ammattitaidon heikommaksi kuin alle kolme kertaa poliklinikalla käyneet.

LIITETAULUKKO 1 jatkuu. Aiempia tutkimuksia asiakkaiden sosiodemografisten taustatekijöiden, terveydentilan ja terveystalvelujen käytön yhteydestä asiakastytyväisyyteen.

Tutkimus	N	Tarkoitus	Menetelmät	Mittarit	Keskeiset tulokset
Holmberg-Marttila, Jääskeläinen, Niskanen & Mattila 2003 Terveys 2000-hanke	71 039	Selvittää terveystalvelujen käytön ja tyytyväisyyden välistä yhteyttä.	Kysely, joka täytettiin terveystalvelukeskuksessa asioinnin yhteydessä	13 kysymystä, jotka koskivat vastaanottoajan saamista, henkilökunnan käytöstä, tiedon saantia sekä hoidon vaikuttavuutta ja luottamuksellisuutta. Asteikko 1-4	Palvelujen suurkäyttäjät (edellisen vuoden aikana yli 10 käyntiä) olivat tyytyväisempiä vastaanotolle pääsyyntä kuin talveluja vähemmän käyttävät. Suurkäyttäjät kokivat, että heitä kuunneltiin ja heidän asioitaan käsiteltiin luottamuksellisesti
Helsingin kaupungin terveystalvelu- & Taloustutkimus 2002 Helsingiläisten arviot terveystalveluista	1250	Selvittää helsinkiläisten arvioita terveystalvelu- ja palvelu- laadusta	Satunnaistettu väestökysely yli 15-vuotiaille asukkailla	Avun ja tuen tarvetta sekä palvelujen käyttöä koskevia kysymyksiä, 16 kysymystä palvelukokemuksista	Erittäin tyytymättömien osuudet keskimääräistä merkittävästi suurempia 15–24-vuotiailla, opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneilla ja henkisen hyvinvointinsa huonoksi tai välttäväksi kokeneilla vastaajilla.
Pekola-Sjöblom, Helander & Sjöblom 2002 KuntaSuomi 2004-tutkimus	14 535	Selvittää kuntalaisten mielipiteitä kunnallisista palveluista Tutkia, mitkä tekijät selittävät kuntalaisten mielipide-eroja	Postikysely täysikäisille kuntalaisille	Kysymyksiä kunnallisten palvelujen hoidosta, palvelujen käytöstä ja äänestyskäyttäytymisestä asteikko 1-5	Asiakastytyväisyys korkeampaa talveluja käyttäneillä asiakkaila Asiakastytyväisyys muita alhaisempaa alle 30-vuotiaiden keskuudessa Ruotsinkieliset ovat suomenkielisiä tyytyväisempiä palveluihin Alhaisen koulutuksen saaneet ovat tyytyväisempiä palveluihin kuin korkean koulutuksen saaneet Ammattiryhmittäisissä tarkasteluissa eläkeläiset ja maatalousyrittäjät tyytyväisimpiä

LIITETAULUKKO 1 jatkuu. Aiempia tutkimuksia asiakkaiden sosiodemografisten taustatekijöiden, terveydentilan ja terveystalvelujen käytön yhteydestä asiakastytyväisyyteen.

Tutkimus	N	Tarkoitus	Menetelmät	Mittarit	Keskeiset tulokset
Kekki 2001 Terveystalveluiden laatu ja vaikuttavuus kahdessatoista terveystalveluksessa väestön kokemana ja arvioimana.	3600	Selvittää väestön kokemaa ja arvioimaa terveystalveluiden laatu	Puhelinhaastattelu satunnaisotannalla valituille yli 15-vuotiaille kuntalaisille	10 lääkärintoimintaa, hoidon vaikuttavuutta, tiedon saantia ja vastaanottoajan saamista selvittävää kysymystä	Tyytyväisyys talveluihin lisääntyi iän lisääntymisellä. Miehet kokivat saavansa lääkäritä arvostusta naisia vähemmän Terveystalveluunsa hyvänä pitävät asiakkaat arvioivat talvelun vaikuttavuuden muita useammin hyväksi. Pitkäaikaissairautta tai vammaa sairastavat arvioivat hoidon vaikuttavuuden muita useammin huonoksi.
Rahmqvist, M 2001 Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factor a model for comparisons of care units.	3380	Selvittää asiakkaiden taustatekijöiden, terveydentilan ja talveluiden käytön yhteyttä tyytyväisyyteen Selvittää asiakastytyväisyyttä erikoisaloittain	Postikysely sairaalasta kaksi kuukautta aiemmin kotiutuneille 1-94-vuotiaille potilaille	Quality Satisfaction and Performance (QSP)- malliin pohjautuvia kysymyksiä. 21:llä kysymyksellä selvitettiin hoidon laatu ja potilastytyväisyyttä	Ikä potilastytyväisyyden merkittävin selittäjä Henkisen ahdistuneisuuden lisääntyessä tyytyväisyys vähenee.
Campbell, Ramsay & Green 2001 Age, gender, socioeconomic and ethnic differences in patients' assessments of primary health care	7692	Tutkia lontoolaisten asiakkaiden iän, sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja etnisen taustan yhteyttä arvioihin lääkärintoimintoihin vastaanotto-talveluista	Survey - kysely yli 16-vuotiaille lääkärintoimintoihin saapuville asiakkaille.	General Practice Assessment Survey (GPAS), jolla selvitettiin muun muassa hoitoon pääsyä, hoidon jatkuvuutta, viestintää, luottamusta ja yleistä tyytyväisyyttä vastaanotto-toimintaan	Vanhemmat asiakkaat olivat tyytyväisempiä talveluun kuin nuoremmat. Asiakkaan matala sosioekonominen asema ennakoii suurempaa tyytymättömyyttä talveluun kuin korkea sosioekonominen asema. Valkoihoiset asiakkaat olivat tyytyväisempiä talveluun kuin muiden etnisten ryhmien edustajat.

LIITETAULUKKO 1 jatkuu. Aiempia tutkimuksia asiakkaiden sosiodemografisten taustatekijöiden, terveydentilan ja terveyspalvelujen käytön yhteydestä asiakastyytyvyyteen.

Tutkimus	N	Tarkoitus	Menetelmät	Mittarit	Keskeiset tulokset
<p>Kivinen 1997</p> <p>SOTEVA- projekti</p> <p>Kuntalaisten elämäntilanteet, avun hakeminen ja riittävyys sekä palvelukokemukset</p>	12 926	<p>Selvittää miten terveyskeskuslääkäri-palvelut vastaavat kuntalaisten tarpeita ja odotuksia</p> <p>Tutkia kuntalaisten palvelukokemuksia ja tyytyväisyyttä terveyskeskuslääkärin vastaanottoon</p>	<p>Kolme satunnaistettua postikyselyä 16-70-vuotiaille kuntalaisille Kuopin ja Keski-Suomen lääneissä.</p>	<p>Kysely, jolla selvitettiin muun muassa vastaanottoajan saamista, henkilökunnan käytöstä ja ammattitaitoa, asiakkaan mielipiteen kuulemistä sekä jatkohoitoa</p>	<p>Koulutuksen lisääntyminen yhteydessä tyytymättömyyteen</p> <p>Heikoksi koettu fyysinen terveydentila on yhteydessä tyytymättömyyteen</p> <p>Aiempi palvelujen käyttö lisäsi tyytyväisyyttä.</p> <p>Tyytyväisyys vastaanottoajan saamiseen oli suurempaa väestömäärältään pienissä ja maaseutumaisissa kunnissa</p>
<p>Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997</p> <p>Kuopio-projekti</p> <p>Sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisprosessien vaikutukset äitiysneuvola- ja lääkärin vastaanotto toiminnan laatuun.</p>	537	<p>Selvittää. asiakkaiden arviointia äitiysneuvola- ja terveyskeskuspalvelujen laadusta</p>	<p>Kysely terveyskeskuksessa asioineille asiakkaille</p>	<p>Puolistrukturoitu kyselylomake, jolla selvitettiin terveyspalvelujen käyttöä, saatavuutta, fyysistä ympäristöä, palvelujen luotettavuutta, asiakkaiden kohtelua, palvelujen vaikuttavuutta sekä</p>	<p>Yli 49-vuotiaat vastaajat ovat nuorempia tyytyväisempiä kohteluun ja tietojen saantiin.</p> <p>Huonoksi koettu terveydentila on yhteydessä riittävään tietojen saantiin</p>