

Augustina Kalesnykaite

EMPAATTINEN KOHTAAMINEN VAI SUJUVA PALVELU?

Potilaskokemuksen keskeiset vaikuttajat

Johtamisen ja talouden tiedekunta
Pro gradu -tutkielma
Ohjaaja: Hannu Saarijärvi
Maaliskuu 2025

TIIVISTELMÄ

Augustina Kalesnykaite: Empaattinen kohtaaminen vai sujuva palvelu? Potilaskokemuksen keskeiset vaikuttajat
Tampereen yliopisto
Kauppatieteiden tutkinto-ohjelma, Markkinointi
Maaliskuu 2025

Globalisoituvassa maailmassa organisaatiot joutuvat jatkuvasti etsimään uusia tapoja vastata asiakkaiden muuttuviin odotuksiin ja tarpeisiin. Tämä koskee myös julkista terveydenhuoltoa, jossa potilaskokemuksesta on tullut keskeinen mittari palveluiden laadun arvioinnissa ja kehittämisessä. Julkisen terveydenhuollon kontekstissa potilaskokemus heijastaa kaikkia potilaan ja terveydenhuollon palveluntarjoajan välisiä vuorovaikutuksia, jotka muokkaavat potilaan käsityksiä kokemuksestaan. Julkisorganisaatioiden rajalliset resurssit asettavat kuitenkin suuria haasteita. Suomessa sote-uudistus on tuonut mukanaan lisää byrokratiaa ja kasvattanut työkuormaa, mikä voi vaikeuttaa laadukkaan ja potilaslähtöisen hoidon toteutumista. Tässä tilanteessa potilaskokemuksen tutkiminen ja kehittäminen on entistä tärkeämpää, jotta järjestelmän kestävyys ja potilaiden hyvinvointi voidaan turvata.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella potilaskokemuksen eri tekijöitä ja niiden selittävää roolia asiakasarvon muodostumisessa sekä asiakaskäyttäytymisessä julkisen terveydenhuollon kontekstissa lähivastanoitoilla. Tutkimuksessa keskitytään emotionaalisiin ja toiminnallisiin arvonulottuvuuksiin sekä niiden rooliin välittävänä tekijöinä. Tällöin tutkimus laajentaa palvelun laadun perinteistä näkökulmaa tarkastelemalla potilaskokemusta kokonaisvaltaisena ja subjektiivisesti merkityksellisenä ilmiönä. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys pohjautuu asiakaskokemuksen, potilaskokemuksen ja asiakasarvon aiempaan tutkimukseen. Eksploratiivinen tutkimusnäkökulma mahdollistaa syvällisemmän ymmärryksen muodostumisen potilaskokemuksen merkityksestä sekä sen vaikutuksista asiakasarvon ja asiakaskäyttäytymisen muodostumiseen.

Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena, ja aineistonkeruussa hyödynnettiin kyselylomaketta. Tutkimus koostui 132:sta julkisen terveydenhuollon lähivastanoitolla asioineen henkilön vastauksista, joissa arvioitiin käyntikokemusta, kuten hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta, odotusaikojen pituutta ja yleistä tyytyväisyyttä. Aineiston analyysissä hyödynnettiin eksploratiivista regressioanalyysiä, joka mahdollisti erilaisten tekijöiden välisten yhteyksien ja selitysteiden tarkastelun.

Tutkimuksessa tunnistettiin emotionaalisen ja toiminnallisen arvon sekä suosittelevuuden ja tyytyväisyyden muodostumisen keskeisiä selittäviä tekijöitä kahdessa eri mallissa. Välillisten vaikutusten mallissa huomattiin, että emotionaalista arvoa selitti vahvimmin henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu, kun taas toiminnallista arvoa selitti parhaiten prosessin sujuvuuden laatu. Lisäksi tiedon laatu selitti merkittävästi molempien arvoulottuvuuksien muodostumista. Sekä asiakastytyväisyyttä että suosittelevuudesta selitti vahvimmin emotionaalinen arvo. Välittömien vaikutusten mallissa taas todettiin, että henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu ja tiedon laatu selittävät asiakastytyväisyyttä ja suosittelevuudesta keskeisimmin. Ympäristön laadulla ei ollut selittävää roolia kummassakaan mallissa, vaikka aiempi tutkimus on korostanut fyysisen ympäristön merkitystä potilaskokemuksen muodostumisessa.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilaskokemus rakentuu monitasoisesti, ja erityisesti henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu, prosessin sujuvuus ja tiedon laatu ovat keskeisimpiä asiakasarvon muodostajia. Emotionaalinen arvo selittää parhaiten sekä asiakastytyväisyyden että suosittelevuuden muodostumista, mikä korostaa entisestään inhimillisen kohtaamisen merkitystä terveydenhuollossa. Potilaskokemus muodostuu kokonaisvaltaisesti sekä käytännöllisten että emotionaalisten vaikutteiden vuorovaikutuksessa.

Avainsanat: potilaskokemus, asiakasarvo, asiakaskokemus

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

TEKOÄLYN KÄYTTÖ OPINNÄYTTEESSÄ

Opinnäytteessäni on käytetty tekoälysovelluksia:

- Ei
- Kyllä

Ilmoitukseni mukaan olen käyttänyt opinnäytteessäni tutkielmaprosessin aikana seuraavia tekoälysovelluksia: ChatGPT

Tekoälysovellusten nimet ja versiot: GPT-4.0

Käyttötarkoitus: Tekoälyä on käytetty kyselylomakkeen (Liite 1) väitteiden muodostamiseen, väittämien selkeyden ja tarkoituksenmukaisuuden varmistamiseen sekä käännöksissä englannin kielestä suomen kieleen. Tekoälyä on hyödynnetty metodologian valinnassa.

Osiot, joissa tekoälyä on käytetty: Kyselylomake, tutkimuksen toteutus.

Olen tietoinen siitä, että olen täysin vastuussa koko opinnäytteeni sisällöstä, mukaan lukien osat, joissa on hyödynnetty tekoälyä, ja hyväksyn vastuun mahdollisista eettisten ohjeiden rikkomuksista.

SISÄLLYSLUETTELO

<i>1 JOHDANTO</i>	<i>1</i>
1.1 Potilaskokemuksen murros	1
1.2 Tutkimuksen tavoite ja rajaukset	3
1.3 Keskeiset käsitteet	5
<i>2 POTILASKOKEMUS</i>	<i>8</i>
2.1 Asiakaskokemus	8
2.2 Julkinen asiakaskokemus	13
2.3 Potilaskokemus käsitteenä	16
2.3.1 Asiakaspolku ja kosketuspisteet	17
2.3.2 Vihjeet	21
2.3.3 Asiakasarvo ja sen ulottuvuudet	24
2.4 Teoreettinen viitekehys	31
<i>3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</i>	<i>33</i>
3.1 Tieteenfilosofiset lähtökohdat	33
3.2 Kyselylomakkeen suunnittelu	35
3.3 Aineiston kerääminen	37
3.4 Aineiston käsittely ja analysointi	37
3.5 Regressioanalyysin edellytykset	39
<i>4 TUTKIMUKSEN KESKEISET TULOKSET</i>	<i>42</i>
4.1 Aineiston kuvaus	42
4.2 Välillisten vaikutusten mallin regressioanalyysi	43
4.3 Välittömien vaikutusten mallin regressioanalyysi	46
4.4 Regressioanalyysin tulokset	48
<i>5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET</i>	<i>50</i>
5.1 Tutkimuksen yhteenveto	50
5.2 Tutkimuksen kontribuutio	53
5.3 Tutkimuksen liikkeenjohdolliset implikaatiot	56
5.4 Rajoitukset ja jatkotutkimusmahdollisuudet	58
<i>LÄHTEET</i>	<i>61</i>
<i>LIITE 1: KYSELYLOMAKE</i>	<i>68</i>

1 JOHDANTO

1.1 Potilaskokemuksen murros

Globalisoituvassa ja digitalisoituvassa maailmassa organisaatioiden on jatkuvasti löydettävä uusia keinoja vastata asiakkaiden odotuksiin ja tarpeisiin. Modernilla kuluttajalla on tarjolla yhä enemmän tietoa ja vaihtoehtoja, mikä asettaa yritykset uudenlaisten haasteiden eteen asiakaskokemuksen näkökulmasta. Asiakaskokemuksen merkitys on korostunut erityisesti julkisten organisaatioiden kontekstissa, jossa julkisin varoin rahoitetut palvelut kohtaavat myös muuttuvia kansalaisten odotuksia. Asiakaskokemuksen laadusta on tullut keskeinen tekijä organisaatioiden kyvyssä vastata nykypäivän muuttuviin vaatimuksiin ja tarjota arvoa niin yksilöille kuin yhteiskunnallekin.

Terveydenhuollon organisaatioiden suorituskyvyn ja laadun arviointi on laajentunut pelkästä kliinisen hoidon toimivuuden tarkastelusta kattamaan myös potilaskokemuksen, jota pidetään yhä tärkeämpänä mittarina. Käsitys julkisesta terveydenhuollosta pelkästään toiminnallisesti tehokkaana palveluna on muuttunut, ja odotukset sekä vaatimukset potilaslähtöisyydestä ovat kasvaneet. Laadukas terveydenhuolto ei tarkoita enää vain lääketieteellisesti onnistunutta hoitoa, vaan myös sujuvia prosesseja, selkeää viestintää ja potilaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia tukevia kokemuksia (Wolf ym., 2014).

Potilaskokemus on käsitteenä vakiintunut keskeiseksi niin terveydenhuollon arjessa kuin kliinisessäkin työssä. Tämän taustalla on sekä terveystalouden muutos, jossa potilaskokemus on nostettu keskeiseksi mittariksi vaikuttaen muun muassa kannustimiin ja korvauksiin, että laajempikin kehitys, jossa potilaat ja heidän läheisensä ovat entistä aktiivisempia ja suhtautuvat terveydenhuoltoon yhä enemmän *kuluttajina*. Tämän seurauksena on alettu ymmärtämään yhä laajemmin, että potilaskokemus ei ole vain sivuseikka, vaan yksi terveydenhuollon johtamisen tärkeimmistä painopisteistä (Wolf ym., 2014).

Samalla aikaa julkisen terveydenhuollon resurssit eivät ole kuitenkaan pysyneet muuttuvien odotusten mukana. Uniikki, reguloitu ympäristö ja riippuvuus siitä, miten poliittiset elimet budjetoivat rahoituksen, luovat omanlaisensa haasteen onnistuneen potilaskokemuksen rakentamiselle. Iso osa suomalaista terveydenhuoltokenttää tuntevista asiantuntijoista katsoo, että julkisen terveydenhuollon palveluvalikoima pitää määrittää uudelleen, koska nykyiseen eivät riitä rahat eivätkä tekijät (De Fresnes, 2024). Sote-uudistuksen myötä julkisen terveydenhuollon työntekijät valittavat uuvuttavasta työmäärästä, sekavasta byrokraattisesta järjestelmästä ja heikommista mahdollisuuksista tarjota potilaille laadukasta palvelua (Kokko, 2023). Kaiken tämän keskellä potilaskokemuksen kehittäminen ei ole vain toiveikas tavoite, vaan välttämätön edellytys koko järjestelmän kestävyuden ja hoidon laadun turvaamiseksi.

Lisähaasteita kuvioon tuo lisäksi potilaskokemuksen käsitteellinen moninaisuus. Wolfin ym. (2014) mukaan käytännön työssä ja tutkimuskirjallisuudessa potilaskokemuksen käsitettä on kuvailtu monin eri tavoin, ja siitä puhutaan usein ilman tarkempaa määrittelyä. Terveydenhuollon alalla vallitsee hyvin erilaisia näkemyksiä siitä, mitä potilaskokemus oikeastaan tarkoittaa. Tämä käsitteellinen epäselvyys luo haasteita potilaskokemuksen tutkimiselle sekä sen käytännön soveltamiselle terveydenhuollossa, korostaen tarvetta kehittää yhtenäisempiä määritelmiä ja mittareita (Wolf ym., 2014).

Kun julkinen terveydenhuoltojärjestelmä kamppailee yhä kasvavien resurssihaasteiden kanssa, potilaskokemuksen tutkiminen on entistäkin tärkeämpää. Se tarjoaa kriittistä tietoa siitä, missä tilassa terveydenhuoltojärjestelmä on ja miten nykyinen järjestelmä vastaa potilaiden tarpeisiin sekä odotuksiin. Laadukas potilaskokemus ei kuitenkaan ainoastaan paranna hoitotuloksia, vaan lisää myös potilaiden tyytyväisyyttä ja sitoutumista hoitoon – asioita, jotka ovat kansanterveyden tavoitteiden kannalta oleellisia (Ahmed ym., 2014). Resurssien rajallisuus ja kasvavat kansalaisten odotukset luovat paineita järjestelmälle, joka on jo valmiiksi ääri rajoillaan.

Nykyinen tutkimuskirjallisuus potilaskokemuksesta perustuu enimmäkseen yksittäisiin tapaukskertomuksiin tai anekdoottisiin havaintoihin, eikä vakiintuneita teorioita tai potilaskokemuksen kehittämiseen liittyviä tutkimuksia juurikaan ole (Kash ym., 2018). Koska potilaskokemus on vielä suhteellisen vähän tutkittu alue, markkinoinnin kentältä peräisin olevat asiakaskokemuksen teoriat ja konseptit tarjoavat hyödyllisiä työkaluja

potilaskokemuksen tutkimiselle. Potilaskokemuksen tarkastelu näiden teorioiden ja konstruktien linssien läpi voi auttaa tunnistamaan ja jäsentämään uusia relevantteja potilaskokemukseen vaikuttavia tekijöitä sekä syventämään nykyistä ymmärrystä ilmiöstä.

Muutamia potilaskokemuksen tutkimuksia on tehty palvelun laadun näkökulmasta (Jonkisz, 2021; Ugolini ym. 2014; Ali ym., 2024). Palvelun laadun tutkimus on perinteisesti painottunut palveluntuottajan suorituskykyyn ja objektiivisiin laatukriteereihin, kuten tehokkuuteen, tekniseen suoritukseen ja odotusten sekä todellisuuden väliseen kuiluun (Parasuraman ym., 1998; Grönroos, 1984). Tämä lähestymistapa ei kuitenkaan aina tavoita palvelun kokemuksellista ulottuvuutta, joka on keskeinen asiakaskokemuksen kannalta. Jonkisz ym. (2021) mukaan perinteistä palvelun laadun näkökulmaa on kritisoitu muun muassa siitä, että se ei huomioi tunteiden roolia. Tästä syystä palvelun laatu -menetelmä yksinään käytettynä tarkastelee vain tiettyjä palvelun ominaisuuksia eikä anna luotettavaa kokonaiskuvaa (Jonkisz ym., 2021).

Tästä syystä tässä tutkimuksessa palvelun laadun arviointia laajennetaan asiakaslähtöisemmäksi tarkastelemalla potilaskokemusta kokonaisvaltaisena ja subjektiivisesti merkityksellisenä ilmiönä. Perinteiset mittarit rajaavat tarkastelun kapeasti palvelun suorituskykyyn, minkä vuoksi tarvitaan lähestymistapa, joka huomioi myös kokemuksellisen ja emotionaalisen arvon. Tämä tutkimus pyrkii vastaamaan tähän tarpeeseen tarjoamalla syvällisempää ymmärrystä potilaskokemuksen muodostumisesta sekä tunnistamalla ne tekijät, jotka selittävät parhaiten sen muodostumista. Tutkimus keskittyy tarjoamaan asiakaslähtöisiä ratkaisuja, jotka voivat parantaa potilaskokemusta käytännön tasolla julkisen terveydenhuollon kontekstissa.

1.2 Tutkimuksen tavoite ja rajaukset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on laajentaa potilaskokemuksen tarkastelua aiemmasta kohti kokonaisvaltaisempaa ja asiakaslähtöisempää ymmärrystä potilaskokemuksesta. Erityisesti pyritään selvittämään, miten potilaskokemuksen eri tekijät *selittävät* asiakasarvon sekä asiakaskäyttäytymisen muodostumista. Tutkimus ottaa tällöin eksploratiivisen näkökulman, jolla pyritään selittämään “vähemmän tunnettuja ilmiöitä

tai löytämään kokonaan uusia näkökulmia” (Tuomi, 2007, s. 126). Tavoitteena on selittää potilaskokemuksen keskeisten tekijöiden, asiakasarvon ulottuvuuksien sekä käyttäytymisaikomusten yhteyksiä. Tutkimuksen eksploratiivisen otteen vuoksi muodostetaan tutkimuskysymys:

- Miten potilaskokemuksen eri tekijät selittävät asiakasarvon muodostumista ja asiakaskäyttäytymistä?

Tutkimuksessa muodostetaan kaksi mallia: välillisten vaikutusten malli ja välittömien vaikutusten malli, joissa havainnollistetaan arvonulottuvuuksien roolia potilaskokemuksessa ja niiden vaikutuksia asiakaskäyttäytymiseen.

Tähän tutkimukseen valittiin arvonulottuvuuksista emotionaaliset ja toiminnalliset tekijät. Tähän rajaukseen on muutama perustelu. Julkisen terveydenhuollon kontekstin vuoksi taloudellinen arvo ei ole oleellinen: palvelut rahoitetaan Suomessa verovaroin, eikä asiakas kohtaa asiakaspolullaan suoranaisia kustannuksia tai hintaeroja. Tämän takia taloudellinen arvo ja sen tekijät ovat jätetty tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Symbolista arvoa taas ei tarkastella, koska julkisen terveydenhuollon käyttö ei tyypillisesti ole kuluttajille statuksen tai identiteetin ilmentämisen väline. Suomessa julkisen terveydenhuollon palvelut ovat kaikille avoimia ja lähtökohtaisesti tasavertaisesti saatavilla, eikä niiden valintaan liity samoja symbolisia merkityksiä kuin esimerkiksi automerkin tai luksustuotteen valinnassa. Näin ollen symbolinen arvo ei ole asiakaskokemuksen kannalta yhtä olennainen ulottuvuus julkisessa terveydenhuollossa kuin emotionaaliset tai toiminnalliset tekijät. Rajausta perustellaan myös aiempien potilaskokemuksen tutkimusten perusteella, jossa oleellisiksi arvonulottuvuuksiksi rajattiin vain emotionaalinen ja toiminnallinen ulottuvuus (esim. Doyle ym., 2013; Rodríguez-Fuertes ym., 2023).

Tutkimuksen toinen raja on potilaskokemuksen tarkasteltu näkökulma. Tutkimuksessa keskitytään potilaskokemuksen operatiiviseen näkökulmaan, sillä juuri tällä tasolla potilaskokemus muotoutuu käytännön toimenpiteiksi, jotka vaikuttavat asiakkaan kokemukseen konkreettisesti jokapäiväisessä palvelutuotannossa. Saarijärven ja Puustisen (2020) mukaan operatiivinen näkökulma yhdistää organisaation eri tasot ja tuo keskiöön asiakasrajapinnassa toimivat työntekijät, kuten asiakaspalvelijat ja asiantuntijat. Tämä

näkökulma on erityisen tärkeä, sillä asiakaskokemus muodostuu useista pienistä vuorovaikutustilanteista ja palvelun tarjoamiseen liittyvistä kosketuspisteistä asiakaspolun eri vaiheissa, mitkä kaikki vaikuttavat asiakkaan tunteisiin, kokemuksiin ja sitoutumiseen.

Operatiivisen tason tutkiminen auttaa ymmärtämään, miten strategiset tavoitteet ja arvot voidaan konkretisoida toiminnallisiksi prosesseiksi, jotka luovat tavoitellun kokemuksen. Näin ollen voidaan selvittää, miten organisaation strategiset linjaukset heijastuvat päivittäisiin toimiin ja varmistaa, että asiakasrajapinnassa olevilla työntekijöillä on oikeat työkalut, ohjeistukset ja valtuudet toimia asiakkaan hyväksi. Tämän takia operatiivinen näkökulma on erityisen relevantti, sillä se tarjoaa mahdollisuuden kehittää potilaskokemusta konkreettisesti asiakasrajapinnassa toimivien työntekijöiden ja toimintamallien kautta.

Viimeiseksi, tutkielman aineisto kerätään korkeakouluuyhteisön opiskelijoilta ja henkilökunnalta. Tämä valinta perustuu käytännöllisyyteen (engl. *convenience sample*), sillä korkeakouluuyhteisö tarjoaa helposti tavoitettavan ja tutkimuksen kannalta relevantin otoksen. Korkeakouluuyhteisöön kuuluvat henkilöt ovat todennäköisesti tottuneita vastaamaan kyselyihin, mikä todennäköisesti lisää vastausaktiivisuutta ja aineiston keruun sujuvuutta. Lisäksi korkeakouluuyhteisön jäsenet tarjoavat tarpeeksi monipuolisen demografisen taustan tämän tutkimuksen toteuttamiselle, vaikka otanta ei edustakaan laajasti monimuotoista väestöä.

1.3 Keskeiset käsitteet

Asiakasarvo

Arvo ei ole yksiselitteinen käsite. Joillekin arvo merkitsee tuotteen monetaarista arvoa, eli hintaa, kun taas toisille se tarkoittaa tuotteesta saatua hyötyä. Asiakasarvo voidaan määritellä asiakkaan kokemien hyötyjen ja uhrausten suhteena tai näiden erotuksena (Mahajan, 2020). Asiakasarvo voidaankin nähdä asiakkaan henkilökohtaisena ja kokonaisvaltaisena käsityksenä laadusta. Se on subjektiivinen käsitys tuotteen tai palvelun käytön positiivisista että negatiivisista seurauksista ja lopulta myös lopullinen syy siihen, miksi ihmiset ostavat sitä, mitä he ostavat (Rintamäki ym., 2007). Asiakas ei

lopulta maksa ainoastaan rahallista hintaa tuotteesta tai palvelusta, vaan uhrauksiin lukeutuu myös ei-monetaariset asiat, kuten aika, vaivannäkö, energia ja mahdolliset muut hankaluuksia aiheuttavat tekijät. Hyötyihin puolestaan kuuluvat tuotteen tai palvelun edut, brändin tai tuotteen käyttämisestä luotu imago, käyttäjäkokemus sekä mahdollinen onnistumisen tunne. Asiakasarvon luominen lisää asiakastyytyväisyyttä, parantaa asiakaskokemusta ja vahvistaa asiakasuskollisuutta, mikä taas kasvattaa markkinaosuutta, hintatasoa ja parantaa tehokkuutta. Suurempi markkinaosuus ja parempi tehokkuus johtavat puolestaan korkeampiin voittoihin (Mahajan, 2020).

Asiakaskokemus

Asiakaskokemuksen käsite muodostui ensimmäisen kerran 1980-luvun puolivälissä kun käsitettä kuluttajista täysin rationaalisina toimijoina haastettiin. Kirjallisuudessa alettiin taipumaan uudenlaiseen käsitykseen kuluttajasta, joka ei ainoastaan tee ja mieti, vaan myös tuntee tunteita. Tästä huolimatta asiakaskokemuksen käsite vakiintui kirjallisuuteen vasta 1990-luvun puolella, jolloin käsite kokemuksesta tunnistettiin uutena tarjontana kulutusyhteiskunnassa. Asiakaskokemus syntyy asiakkaan ja tuotteen, yrityksen tai organisaation välisestä vuorovaikutuksesta. Tämä kokemus on täysin henkilökohtainen ja edellyttää asiakkaan osallistumista eri tasoilla: rationaalinen, emotionaalinen, aistillinen, fyysinen ja hengellinen (Gentile ym., 2007).

Julkinen asiakaskokemus

Asiakaskokemus julkisten organisaatioiden kontekstissa on monella tapaa merkittävä. Se ei ylety ainoastaan yksittäiseen asiakkaaseen, vaan luo julkista arvoa. Julkisen arvon luominen tarkoittaa prosessia, jossa julkisen sektorin organisaatiot tarjoavat palveluja kansalaisten tarpeisiin rajallisin resurssein ja tiedoin. Julkisen asiakaskokemuksen mittaamisesta tekevät haastavaa muun muassa laaja, usein segmenttoimaton asiakaskunta, kansalaisten odotukset palvelulle sekä julkispalveluiden toimittamisen sirpaleituneisuus (Jovarauskién & Gaulé, 2022; D'Emidio & Wagner, 2018).

Potilaskokemus

Potilaskokemus on yksi tärkeimpiä julkisia asiakaskokemuksia. Sitä voidaan kuvailla kaikkien vuorovaikutusten summaksi, joita organisaation kulttuuri muokkaa, ja jotka

vaikuttavat potilaan käsityksiin koko hoitoprosessin läpi (Wolf ym., 2014). Potilaskokemus kattaa useita hoitokokemuksen eri osa-alueita, eikä keskity ainoastaan asiakkaan odotusten ja todellisuuden väliseen eroon. Yleisesti potilaskokemukseen kuuluu ajanvarausprosessin sujuvuus, tilojen siisteys, odotusajat, annettu informaatio sekä vuorovaikutus henkilökunnan, kuten vastaanottovirkailijoiden, hoitoapulaisten, sairaanhoitajien ja lääkäreiden, kanssa (Ahmed ym., 2014).

Word-of-Mouth (WOM)

WOM määritellään kuluttajien keskinäiseksi tiedonvaihdoksi, joka muokkaa kuluttajien käyttäytymistä ja asenteita tuotteita tai palveluita kohtaan. WOM:ia voidaan kuvata henkilökohtaiseksi viestinnäksi viestin välittäjän ja vastaanottajan, usein kahden kuluttajan, välillä. Tällöin tieto tuotteesta, palvelusta tai brändistä vaikuttaa ostopäätökseen. WOM:ia pidetään yhtenä vaikutusvaltaisimmista tekijöistä kuluttajakäyttäytymisessä ja yhtenä mittareista asiakaskokemuksen mittaamiseen (Huete-Alcocer, 2017).

Asiakastyytyväisyys

Tutkimus on osoittanut, että nykyhetkellä mitattu asiakastyytyväisyys on vahva ennuste tulevaisuuden asiakastyytyväisyydelle (Verhoef ym., 2009). Asiakastyytyväisyys on mittari, jolla selvitetään, miten tyytyväisiä asiakkaat ovat yrityksen tarjoamiin tuotteisiin, palveluihin ja kykyihin vastata asiakkaiden tarpeisiin. Kyseessä on oleellinen työkalu organisaatioille, sillä tuotteiden ja palveluiden tarjoajilla on usein vajaa käsitys kuluttajien kriteereistä ja miten hyvin tarjottava tuote tai palvelu vastaa asiakkaiden odotuksia (Hill, 2017).

2 POTILASKOKEMUS

2.1 Asiakaskokemus

Viime vuosina asiakaskokemus on noussut merkittävästi esille niin markkinointitutkimuksen kuin käytännön liiketoiminnankin saralla. Asiakaskokemukseen kohdistuva kasvava huomio johtuu siitä, että asiakkaat ovat nykyään vuorovaikutuksessa yritysten kanssa lukuisissa eri kosketuspisteissä, kanavilla ja medioissa, mikä tekee asiakaspoluista entistä monimutkaisempia. Uudenlainen markkinoiden pelikenttä on luonut uuden todellisuuden, jossa pelkkä tuotteiden tai palveluiden tarjoaminen ei enää riitä: yritysten on tarjottava asiakkailleen myös miellyttäviä kokemuksia (Becker & Jaakkola, 2020; Verhoef ym., 2009; Berry ym., 2002).

Tästä huolimatta monet yritykset eivät ymmärrä, miksi heidän tulisi panostaa asiakaskokemukseen. Jotkut kyllä keräävät ja mittaavat siihen liittyvää dataa, mutta eivät taas vie tuloksia eteenpäin. Ongelman laajuuden vuoksi tarve parannuksille on suuri: kuluttajilla on nykyään enemmän vaihtoehtoja kuin koskaan aiemmin, valintoja on vaikea tehdä, ja niitä voi tehdä useiden eri kanavien kautta. Tällaisessa ympäristössä menestyvät yksinkertaiset, yhtenäiset ratkaisut ongelmiin, eivätkä hajanaiset ja työläät vaihtoehdot, jotka eivät houkuttele ajan vähyiden kanssa kamppailevia kuluttajia (Gentile ym., 2007).

Ymmärtääkseen, toteuttaakseen ja mitatakseen parempaa asiakaskokemusta yritysten on ymmärrettävä asiakkaan asiakaspolku, odotukset ennen kokemusta ja johtopäätökset kokemuksen jälkeen (Berry ym., 2002; Lemon & Verhoef, 2016). Tämän hallinta ei kuitenkaan ole yksinkertaista, sillä asiakasvuorovaikutusten monimutkaisuus monikanavaisissa ympäristöissä kasvaa jatkuvasti. Tässä tilanteessa onkin tärkeää hyödyntää erilaisia mittaristoja, joilla voidaan tunnistaa kriittiset kipupisteet asiakasvuorovaikutuksissa ja kosketuspisteissä. Mittaristojen avulla voidaan selvittää, voidaanko kosketuspisteitä parantaa tai olisiko asiakaspolun jollekin vaiheelle vielä parempi vuorovaikutusvaihtoehto (Gahler ym., 2023).

Alkujaan asiakaskokemus nähtiin yritysten hallinnassa olevana tekijänä, jota tarkasteltiin objektiivisesti. Tämä "manageriaalinen" näkökulma keskittyi siihen, kuinka yritys voisi strategisesti parantaa kosketuspisteitä ja hallita asiakaspolkua eri asiakasrajapintojen läpi (Becker & Jaakkola, 2020). Tässä näkökulmassa asiakaskokemusta tutkittiin usein tuotteiden ja palveluiden teknisten tai toiminnallisten ominaisuuksien kautta (Meyer & Schwager, 2007). Samalla asiakaskokemus nähtiin lähinnä objektiivisena lopputuloksena, johon yritys voisi vaikuttaa muuttamalla yksittäisiä kosketuspisteitä tai palveluprosesseja (Kranzbühler ym., 2018).

Asiakaskokemuksen käsite voidaan nähdä suhteellisen uutena, vaikka sen juuret ulottuvatkin jo 1980-luvulle. Holbrook ja Hirschman (1982) nostivat tuolloin esille kokemuksellisen kuluttamisen käsitteen, joka haastoi perinteistä, rationaalisuuteen perustuvaa kuluttajanäkökulmaa. Heidän mukaansa asiakkaat eivät hae ainoastaan taloudellista hyötyä, vaan myös emotionaalisia ja henkilökohtaisia elämyksiä. Tämä näkemys auttoi hahmottamaan asiakaskokemuksen myös subjektiivisena ja moniulotteisena ilmiönä, johon vaikuttavat sekä utilitaristiset että hedonistiset tekijät. Kokemuksellisen kuluttamisen tutkimus laajensi asiakaskokemuksen käsitettä niin, että siihen alettiin sisällyttää yksilöllisiä, tunteisiin ja aisteihin liittyviä reaktioita, jotka syntyvät vuorovaikutuksessa yrityksen kanssa. Huomattiin, että jos asiakkaita halutaan saada lisää ja ylläpitää asiakassuhteita, tulee heille myös tarjota kokemuksia (Schmitt, 1999).

2000-luvun alussa asiakaskokemuksen tutkimus kehittyi edelleen palvelukeskeisyyden yleistymisen myötä. Esimerkiksi Vargo ja Lusch (2004) esittelivät palveluiden merkityksen asiakasarvon luomisessa. Tässä uudessa palvelulogiikassa yritykset alettiin nähdä arvoa luovina toimijoina, jotka voivat vaikuttaa asiakkaan kokemaan kokemukseen tarjoamalla tukea ja puitteita asiakkaalle. Tämän näkemyksen myötä asiakaskokemus alettiin nähdä dynaamisena ja kontekstisidonnaisena ilmiönä, joka muotoutuu asiakkaan ja yrityksen vuorovaikutuksessa (Vargo & Lusch, 2008). Asiakaslähtöisyys vahvistui, ja asiakaskokemuksen johtaminen alkoi keskittyä yksilön kokeman arvon tuottamiseen ja tämän arvon jatkuvaan uudelleenjalostamiseen.

Nykypäivänä asiakaskokemus nähdään laajempänä käsitteenä, johon kuuluu kaikki vuorovaikutukset asiakkaan ja yrityksen välillä. Tämä kokonaisvaltainen näkemys kattaa

sekä konkreettiset palvelutilanteet että niitä ympäröivät emotionaaliset ja sosiaaliset ulottuvuudet (Becker & Jaakkola, 2020; Lemon & Verhoef, 2016). Asiakaskokemusta ei enää nähdä staattisena, yrityksen hallinnassa olevana elementtinä, vaan asiakkaan subjektiivisena kokemuksena, johon vaikuttavat useat eri tekijät, kuten ympäristö, tilanne ja asiakkaan oma mielentila. Näin ollen yrityksen tehtävänä on luoda edellytykset ja puitteet positiiviselle asiakaskokemukselle, vaikka yritys ei voikaan täysin kontrolloida kokemuksen lopputulosta (Becker & Jaakkola, 2020; Lemon & Verhoef, 2016).

Tutkimukset keskittyvät usein asiakaskokemuksen mittaamiseen vihje- tai kosketuspistekohtaisesti, mutta tutkimuskirjallisuudessa ei ole selvyyttä siitä, miten erilaisten tekijöiden vuorovaikutus vaikuttaa asiakaskokemukseen (Becker & Jaakkola, 2020). Vaikka vain harva yritys on täysin keskittynyt asiakaskokemukseen, monet pyrkivät kuitenkin mittaamaan asiakastyytyväisyyttä keräten siitä laajaa dataa. Ongelma piilee kuitenkin siinä, että asiakastyytyväisyyden mittaaminen ei kerro, miten asiakastyytyväisyys saavutetaan. Asiakastyytyväisyys on pohjimmiltaan useiden asiakaskokemusten summa, tai toisin sanoen hyvien kokemusten summa vähennettynä huonoilla kokemuksilla (Meyer & Schwager, 2007). Asiakaskokemuksen mittaamiseen pyrkiminen on kuitenkin kriittistä: asiakaskokemuksen on todettu selittävän keskeisiä tulostuloksia, kuten asiakasuskollisuutta, suositteluaikomusta (WOM), asiakastyytyväisyyttä ja yrityksen suorituskykyä (Yrjölä ym., 2019).

Siitä huolimatta, että asiakaskokemus on teemana tunnistettu perustavanlaatuisesti markkinoinnissa, akateeminen kirjallisuus aiheesta on kuitenkin rajoittunutta ja keskittyy pääsääntöisesti asiakaskokemuksen johtamiseen, eikä asiakaskokemuksen taustalla vaikuttaviin syihin ja seurauksiin tai syvällisempään asiakkaan toiminnan ymmärtämiseen teoreettisesta näkökulmasta. Asiakaskokemusta on itsenäisenä ilmiönä tutkittu verrattain melko vähän, ja usein se on upotettu tutkimuskirjallisuudessa osatekijäksi muihin markkinoinnin konsepteihin, kuten palvelun laatuun. Tämä on tehnyt asiakaskokemuksen täsmällisestä, eritellystä määritelmästä epämääräisen siitä huolimatta, että ilmiö on niin teoreettisesta kuin myös käytännönkin näkökulmasta olennainen (Verhoef ym., 2009; Walter ym., 2010).

Ei ole olemassa yhtä yhteistä ymmärrystä siitä, mitä asiakaskokemus oikeastaan sisältää. Becker ja Jaakkola (2020) tunnistavat kirjallisuuskatsauksessaan, kuinka tämä näkyy

myös tutkimuskirjallisuudessa. He huomasivat, että asiakaskokemuksen käsitettä on käsitelty monin eri tavoin, mikä on johtanut teoreettiseen hajanaisuuteen ja epäselvyyksiin. Erilaiset määritelmät ja näkökulmat, kuten asiakaskokemuksen rajaaminen pelkästään palvelutapaamisiin tai vähittäiskaupan ympäristöön, tekevät vertailtavuudesta haastavaa. Tämä hajanainen lähestymistapa on johtanut siihen, että asiakaskokemuksen mittaamiseen ja soveltamiseen ei ole vakiintunutta lähestymistapaa, vaikka sen merkitys yrityksille on kasvanut huomattavasti. Taulukossa 1 on eriteltyä keskeisimmät markkinointikirjallisuudesta tunnistetut asiakaskokemuksen määritelmät.

Taulukko 1. Asiakaskokemuksen eri määritelmät ja fokus kirjallisuudessa

Määritelmä	Määritelmän fokus	Lähde
Kokonaisvaltainen prosessi, jossa asiakkaan kognitiiviset, tunteelliset, käyttäytymiseen liittyvät, aistimukselliset ja sosiaaliset reaktiot muotoutuvat yrityksen tarjonnan ja ostopolun aikana. Se syntyy sekä myyjän hallittavista tekijöistä (esim. myymäläympäristö, valikoima, hinta) että hallinnan ulkopuolisista tekijöistä (esim. muut asiakkaat, ostotarkoitus) ja kattaa kaikki ostoprosessin vaiheet tiedonkeruusta kulutukseen ja sen seurauksiin.	Ostopolun kaikissa vaiheissa syntyvä kokonaisvaltainen kokemus	Verhoef ym. (2009)
Asiakaskokemus on tahaton, spontaanisti syntyvä reaktio ja vastaus tiettyihin ärsykeisiin.	Reaktio	Becker & Jaakkola (2020)
Asiakaspolun eri kosketuspisteissä rakentuva, subjektiivisesti määrittyvä kognitiivinen, emotionaalinen, sosiaalinen ja sensorinen kokemus.	Moniulotteisuus, subjektiivisuus	Saarijärvi & Puustinen (2020)
Asiakaskokemus syntyy asiakkaan ja tuotteen tai yrityksen vuorovaikutuksesta, joka herättää reaktion. Kokemus on henkilökohtainen ja sisältää asiakkaan osallistumisen järkiperäisesti, emotionaalisesti, aistien ja fyysisesti. Kokemuksen arviointi perustuu asiakkaan odotusten ja yrityksen tarjoamien ärsykkeiden vertailuun eri kosketuspisteissä.	Subjektiivisuus, yrityksen ja asiakkaan välinen vuorovaikutus eri tasoilla	Berry ym. (2002)
Kokemus syntyy, kun yritys luo tilanteen, jossa palvelut toimivat näyttämönä ja tuotteet rekvisiittana, mikä tekee vuorovaikutuksesta unohtumattoman.	Yrityksen tuotteet ja palvelut	Pine & Gilmore (1998)
Asiakaskokemus kattaa kaikki yrityksen tarjoamat osa-alueet: asiakaspalvelun laadun, mutta myös mainonnan, pakkaamisen, tuotteen ja palvelun ominaisuudet, käytettävyyden sekä luotettavuuden.	Kosketuspisteet yrityksen kanssa	Meyer & Schwager (2007)
Asiakaskokemus on poikkeuksellinen ja viittaa aistimuksen uudistuneeseen tunteeseen. Poikkeuksellinen kokemus syntyy epätavallisista tapahtumista ja siihen liittyy korkea tunne- ja elämyksellisyystaso.	Kokemuksen poikkeuksellisuus	Arnould & Price (1993)
Yritykset eivät voi enää hallita asiakaskokemusta yksin, vaan kuluttajayhteisöt luovat kokemuksia, joita yritykset voivat ohjata vain osittain. Tämä vaatii yrityksiltä siirtymistä kokemusten organisoinnista niiden aktiiviseen seuraamiseen ja kuluttajien yhteisten toimien huomioimiseen.	Kulutussyhteisön rooli	Carù & Cova (2015)
Asiakaskokemus on subjektiivinen, kohdistettu ja moniulotteinen mielen vaste asiakkaan ja yrityksen välisessä vuorovaikutuksessa asiakaspolulla. Sitä voidaan mitata johdonmukaisesti kuuden ulottuvuuden kautta (affektiivinen, kognitiivinen, fyysinen, relationaalinen, sensorinen ja symbolinen), mikä mahdollistaa sen vertailukelpoisuuden eri toimialojen ja kanavien välillä.	Monikanavainen ja kokonaisvaltainen mittaaminen, toimialarajat ylittävä ilmiö	Gahler ym. (2023)

Kuten taulukosta 1 ilmenee, asiakaskokemuksen ymmärtämisessä on monia tulkintalinjoja, jotka korostavat moniulotteisen ilmiön eri puolia. Yhdet määritelmät keskittyvät asiakaskokemukseen koko ostoprosessin kattavana kokonaisuutena, kun taas toiset tarkastelevat sitä hetkellisinä reaktioina yksittäisissä kosketuspisteissä. Näiden näkökulmien ero heijastelee sitä, kuinka erilaisia rooleja asiakaskokemukselle annetaan eri tutkimuskonteksteissa ja miten laajasti sen uskotaan muotoutuvan yrityksen hallinnan alle.

Yhtä mielenkiintoista on se, että asiakaskokemus nähdään vaihtelevasti joko täysin subjektiivisena ja yksilöllisenä kokemuksena tai sosiaalisena, osin yhteisöllisenäkin ilmiönä. Osa tutkijoista (esim. Pine & Gilmore, 1998) pitää asiakaskokemusta lähes yksinomaan yksilöllisenä reaktiona yrityksen tarjoamiin ärsykkeisiin, tuotteisiin ja palveluihin, jolloin kokemuksen henkilökohtainen merkitys korostuu. Toisaalta tuoreemmissa tutkimuksissa (esim. Carù & Cova, 2015) korostuu kuluttajayhteisöjen rooli, jossa asiakkaiden välinen vuorovaikutus ja kollektiiviset kokemukset muokkaavat asiakaskokemuksen kokonaisuutta yhtä lailla kuin yrityksenkin hallinnassa olevat tekijät. Tämä ajatus asiakaskokemuksen yhteisöllisyydestä haastaa perinteistä käsitystä, jossa asiakaskokemus olisi täysin yrityksen hallittavissa, sekä korostaa sosiaalisten tekijöiden roolia asiakaskokemuksen muodostumisessa.

Eri lähteet painottavat asiakaskokemuksen eri osa-alueita: joskus keskiöön nousevat kognitiiviset ja rationaaliset elementit, toisinaan taas emotionaaliset ja aistimukselliset kokemukset. Näitä kaikkia yhdistää kuitenkin ajatus siitä, että asiakaskokemus on paljon enemmän kuin vain pelkkä ostopäätös tai itse tuotteen käyttäminen. Asiakaskokemus ulottuu asiakkaan koko tunnekirjoon ja heijastaa odotusten, toiveiden ja todellisuuden välistä suhdetta.

2.2 Julkinen asiakaskokemus

Asiakaskokemuksen kehittäminen ja uusien käytäntöjen käyttöönotto julkisen sektorin palveluiden tuottamisessa ja tarjoamisessa on edelleen varsin alkutekijöissään, vaikka käsite itsessään onkin levinnyt laajasti julkisissa organisaatioissa. Hallinnot tunnistavat asiakaskokemuksen keskeisen merkityksen maailmanlaajuisesti. Vaikka

asiakaskokemuksen teoria ja käytäntö ovatkin kehittyneempiä yksityissektorin puolella, kyseisiä teemoja käsitellään yhä enemmän myös julkisten organisaatioiden kontekstissa, erityisesti julkisten palvelujen tarjoamisessa. Valtiot ympäri maailmaa keskittyvät yhä enemmän asiakasarvon luomiseen asiakaskokemuksen johtamisen avulla, pyrkien parantamaan julkisten palveluiden kokonaissuorituskykyä ja lisäämään kansalaisten luottamusta (Fountain, 2002; Jovarauskiene & Gaulé, 2022).

Asiakaskokemus julkisten organisaatioiden kontekstissa on monella tapaa merkittävä, mutta samaan aikaan myös haasteellinen. Ensinnäkin, julkisten organisaatioiden tavoitteena on palvella laajaa asiakasryhmää, eikä asiakkaita voi yksityissektorin tavoin segmentoida esimerkiksi haluttaviin tai epähaluttaviin (D’Emidio & Wagner, 2018). Tämä luo omanlaisensa haasteensa, mitä yksityissektorin yritykset eivät kohtaa: kaikkia asiakkaita, tai sellaisiksi haluavia, on palveltava ja palvelut kohdistettava kaikille mieluisiksi.

Toinen haaste on julkispalveluiden toimittamisen sirpaleituneisuus. Kansalaisen näkökulmasta epäjohdonmukainen asiakaskokemus muodostuu usein siitä syystä, että palveluiden suunnittelijat ja palveluita tarjoavat tahot ovat usein erillisiä. Syynä tälle taas on se, että julkiset organisaatiot ja hallitukset pyrkivät keskittämään julkiset palvelut mahdollisimman kustannustehokkaalla tavalla (Jovarauskiene & Gaulé, 2022). Tämä voi käytännössä usein tarkoittaa sitä, että julkiset organisaatiot ohjaavat kansalaisia yksityissektorin palveluntarjoajien piiriin, jolloin asiakaskokemus muodostuu pääosin kyseisen yksityissektorin toimijan tarjoamien palveluiden pohjalta. Tämä taas vähentää mahdollisuutta mitata asiakaskokemusta systemaattisesti entisestään (D’Emidio & Wagner, 2018).

Koska julkiset organisaatiot eivät voi aina vaikuttaa suoraan yksityisten toimijoiden tarjoamien palveluiden laatuun tai toteutustapaan, asiakaskokemus muodostuu useiden eri toimijoiden yhteistoiminnan tuloksesta. Tämä heikentää mahdollisuuksia hallita ja kehittää asiakaskokemusta systemaattisesti, samalla lisäten sen monimutkaisuutta, kun vastuu asiakaskokemuksesta jakautuu useiden tahojen kesken. Sirpaleinen asiakaskokemus tarkoittaa myös hajanaista asiakaspolkua, jonka kokonaisuus on epäjohdonmukainen ja vaikeasti hahmotettavissa.

Julkisesta asiakaskokemuksesta merkittävän tekee se, ettei sen vaikutus ylety ainoastaan yksittäiseen asiakkaaseen. Julkisen arvon luominen tarkoittaa prosessia, jossa julkisen sektorin organisaatiot tarjoavat palveluja kansalaisten tarpeisiin rajallisin resurssein ja tiedoin (Jovarauskién & Gaulé, 2022; D’Emidio & Wagner, 2018). Julkisilla organisaatioilla ei tällöin ole samanlaista pääsyä dataan kuin yksityissektorin organisaatioilla, hankaloittaen entisestään asiakaskokemuksen johtamista, kehittämistä ja mittaamista.

Suurimman haasteen julkisen asiakaskokemuksen kehittämislle luovat kuitenkin itse asiakkaat. McKinseyn (2019) mukaan hallinnot kamppailevat pysyäkseen kansalaisten kasvavien vaatimusten ja muuttuvien odotusten tahdissa, eivätkä julkisen sektorin palvelut tyydytä asiakkaiden tarpeita yhtä hyvin kuin yksityissektorin palvelut. Tämän lisäksi paineita aiheuttavat myös kansalaisten luottamusongelmat: esimerkiksi Yhdysvalloissa luottamus julkiseen hallintoon on erittäin alhainen (Advani ym., 2019). Tilanne korostaa sitä, kuinka vaikeaa julkisen sektorin on vastata kansalaisten odotuksiin samalla, kun se toimii rajallisten resurssien ja luottamusongelmien puristuksessa. Tämä luo omanlaistaan painetta kehittää asiakaskeskeisiä ratkaisuja ja ylläpitää luottamusta julkisia palveluita kohtaan.

Julkiseen asiakaskokemukseen ja sen onnistuneisuuteen on monia eri vaikuttavia tekijöitä. Asiakaskokemuksen ominaispiirteet ovat kuitenkin verrattain samat niin yksityisen kuin julkisenkin puolen palveluissa. D’Emidio ja Wagner (2018) korostavat, että asiakaskokemuksen subjektiivisuus ei poistu julkisen asiakaskokemuksen kontekstissa. Kansalaisilla on lopulta yksilöinä eroavia mieltymyksiä siihen, miten he haluavat tulla palvelluiksi asiakaspoluilla: onko palvelu luotettavaa? Onko se läpinäkyvää? Helppokäyttöistä? Laadukasta? Onko se kansalaisten ajan ja verorahojen arvoista? Näillä kokemustekijöillä voi kontekstista riippuen olla merkittävä vaikutus yleiseen palvelutyytyväisyyteen – tai sitten ei lainkaan. Näiden tekijöiden merkityksen ymmärtäminen voi auttaa selkeyttämään ja keskittämään toimia sisäisesti ja ulkoisesti julkisten organisaatioiden asiakaskokemusten parantamiseksi. Loppujen lopuksi se, mitä koemme, riippuu siitä, mitä muistamme. Ja olemme erityisen hyviä muistamaan huonoja kokemuksia (D’Emidio & Wagner, 2018).

2.3 Potilaskokemus käsitteenä

Potilaskokemus on yksi tärkeimpiä julkisia asiakaskokemuksia. Monet sairaanhoitopiirit toteavat, että asiakaskokemus ja sen jatkuva parantaminen on keskeinen strateginen teema (Saarijärvi & Puustinen, 2020). Viime vuosina terveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa on tapahtunut merkittävä muutos: ammattilaisten sijaan huomio on siirtynyt yhä enemmän potilaisiin ja heidän odotuksiinsa. Tämä kehitys on tuonut mukanaan potilaskeskeisen hoidon käsitteen, jossa otetaan huomioon sekä potilaiden fyysiset että emotionaaliset tarpeet. Siirtyminen sisäisistä organisaationäkökulmista kohti markkinalähtöisyyttä korostaa potilaiden kokemusten ja tunteiden syvällisempää ymmärtämistä, mikä voi parantaa palvelujen laatua ja lisätä asiakastyytyvyyttä. Useat tutkijat ovat korostaneet potilaskokemuksen kuuntelemisen, ymmärtämisen ja siitä oppimisen tärkeyttä (Rodríguez-Fuertes ym., 2023).

Viime aikoina julkisen terveydenhuollon vähenevät resurssit eivät ole kuitenkaan olleet linjassa sen kanssa, että tilaa potilaskeskeiselle hoidolle ja sen edistämiseksi voitaisiin tarjota jatkossakin (Lääkäriliitto, 2024). Terveydenhuollon kaupallistuminen voi nimittäin altistaa potilaita instrumentaaliseen kohteluun, jolloin heitä käsitellään ensisijaisesti välineinä taloudellisten tai tehokkuuteen liittyvien tavoitteiden saavuttamiseksi (Jeffrey, 2016). Asiaa ei myöskään auta asenteet ja oletukset julkista terveydenhuoltoa kohtaan: esimerkiksi Tanskassa terveydenhuollon kontekstissa tehdyn kyselytutkimuksen mukaan julkista sektoria pidetään heikompana kuin yksityistä sektoria muun muassa tehokkuudessa ja suorituskyvyssä (Hvidman & Andersen, 2016). Suomessa tehdystä EVAn arvo- ja asennetutkimuksesta taas käy ilmi, että enemmistö arvioi emotionaaliset aspektit, kuten asiakkaiden kuuntelun ja mielipiteiden huomioimisen palveluissa, erittäin huonoksi (Elinkeinoelämän valtuuskunta, 2022).

Potilaskokemus muodostuu kuitenkin muustakin kuin vain kansalaisten odotuksista ja kokemuksista. Potilaskokemus ja julkisen terveydenhuollon henkilökunnan työntekijäkokemus ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa. Lukuisat raportit siitä, kuinka sairaanhoitajilla ei ole aikaa kuunnella ja keskustella potilaiden kanssa, heijastavat julkisen terveydenhuollon voimakkaita henkilöstövähennyksiä (Gustafsson, 2022). Terveydenhuollon ammattilaiset myös valittavat usein siitä, kuinka heidän kykynsä toimia empaattisesti heikentyy "tyrannimaisista ohjeista", riittämättömästä ajasta ja

jatkuvasti kasvavasta paperityötaakasta (Howick & Rees, 2017). Jatkuvasti vähenevät resurssit ja työntekijöiden kasvava työtaakka ovat ristiriidassa julkisten organisaatioiden tavoitteiden kanssa asiakaskokemuksen parantamisesta.

Ahmedin ym. (2014) mukaan hyvän potilaskokemuksen tarjoaminen on olennainen osa laadukasta terveydenhuoltoa. Potilaskokemusta ei terminä tulisi kuitenkaan sekoittaa potilastyytyväisyyteen, vaikka näitä kahta käytetäänkin usein keskenään vaihtokelpoisesti. Potilastyytyväisyyteen vaikuttaa potilaan odotukset ja toiveet hoidolle sekä lopulta saadun hoidon laatu. Kyseessä on kuitenkin yhtä lailla moniulotteinen prosessi kuin myös potilaskokemuskkin. Keskeinen ero potilaskokemukseen on se, että potilaskokemus kattaa useita hoitokokemuksen eri osa-alueita, eikä keskity ainoastaan asiakkaan odotusten ja todellisuuden väliseen eroon. Yleisesti potilaskokemukseen kuuluu ajanvarausprosessin sujuvuus, tilojen siisteys, odotusajat, annettu informaatio sekä vuorovaikutus henkilökunnan, kuten vastaanottovirkailijoiden, hoitoapulaisten, sairaanhoitajien ja lääkäreiden, kanssa (Ahmed ym., 2014). Nämä osa-alueet liittyvät läheisesti asiakasarvon eri ulottuvuuksiin, joissa korostuvat erityisesti toiminnalliset ja emotionaaliset tekijät: esimerkiksi tilojen siisteys ja odotusajat heijastavat potilaan kokemaa toiminnallista arvoa, kun taas vuorovaikutus henkilökunnan kanssa korostaa emotionaalista arvoa (Doyle ym., 2013; Altringer, 2010).

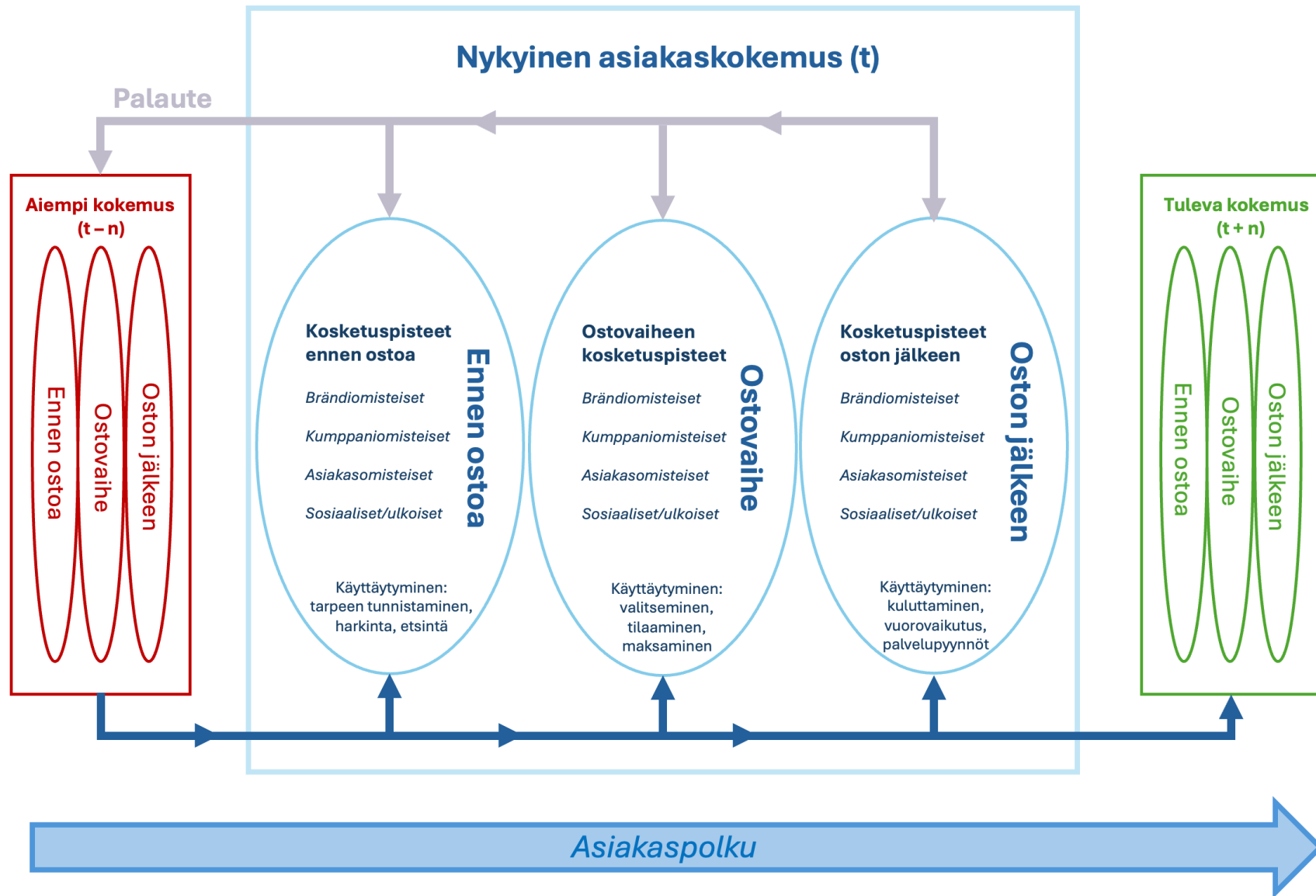
2.3.1 Asiakaspolku ja kosketuspisteet

Aiemmin esiteltyissä asiakaskokemuksen määritelmässä korostui usein ostopolku ja polulla olevat kosketuspisteet. Komulaisen (2018, s. 58) mukaan “asiakas etenee palvelupolulla kuin näyttämöllä, ja jotta eteneminen kohti ostotapahtumaa sujuisi mutkattomasti, – – [organisaation] prosessien tulee edetä sujuvasti myös kulisseyksissä”. Onkin oleellista huomata se, että kyseessä ei ole suoraviivainen tai etukäteen suunniteltu prosessi. Sen sijaan termi *polku* kuvaa parhaiten monivaiheista ja mutkittelevaa tapahtumaketjua, mikä voi sisältää odottamattomia käännteitä ja esteitä matkan varrella, mitkä joko ovat tai eivät ole yrityksen hallinnassa. Asiakkaan eteneminen tällä polulla ei siis ole täysin lineaarista tai ennalta määrättyä, vaan muotoutuu askel askeleelta asiakkaan omien toimien kautta. Asiakaspolku voi olla tehokas käsite ymmärtää asiakkaan kulkua kohti ostopäätöstä (Jaakkola & Terho, 2021).

Lemon ja Verhoef (2016) määrittelevät asiakaskokemuksen asiakkaan matkaksi yrityksen kanssa ostoprosessin aikana, jossa asiakas kohtaa eri kosketuspisteitä. Asiakaskokemus on dynaaminen ja jatkuvasti etenevä prosessi, joka voidaan jakaa kolmeen päävaiheeseen: ennen ostoa (tarpeen tunnistaminen, tuotteen tai palveluiden etsiminen), ostohetki ja oston jälkeinen vaihe (tuotteen tai palvelun käyttäminen, seuraukset). Tämä prosessi ottaa huomioon paitsi aiemmat hyvät tai huonot kokemukset myös ulkoiset tekijät. Jokaisessa vaiheessa asiakas kohtaa erilaisia kosketuspisteitä, joista vain osa on yrityksen hallinnassa. Asiakaskokemuksen ja -polun prosessi on havainnollistettu kuviossa 1 yhtenevänä prosessina.

Wolf ym. (2014) määritellävät vuorovaikutuksen potilaskokemuksen kontekstissa ihmisten, prosessien, toimintatapojen, viestinnän, tekojen ja ympäristön yhteensovitetuina kohtaamispisteinä. Potilaiden havainnot puolestaan tarkoittavat sitä, minkä potilaat ja heidän läheisensä tunnistavat, ymmärtävät ja muistavat. Asiakaspolku ja kosketuspisteet potilaskokemuskontekstissa ovat vahvasti riippuvaisia siitä, millaisista toimenpiteistä ja vastaanoton luonteesta on kyse. Siitä huolimatta, että potilaspolun kartoittaminen on yleisesti käytetty menetelmä palvelumuotoilun asiantuntijoiden keskuudessa, sen käyttö ja käsite terveydenhuollon alalla ovat vielä suhteellisen uutta (Joseph ym., 2020).

Potilaan hoitopolku on keskeinen monipuolinen prosessi, jossa potilas ja hoitohenkilökunta jakavat toimintaa ja tietoa ihmisten ja järjestelmien välillä eri kohtaamispisteissä (Gualandi ym. 2019). Esimerkiksi Davies ym. (2023) korostavat, että potilaspolun kartoittaminen on nopeasti yleistyvä menetelmä, ja sen käyttämisellä on merkittävää potentiaalia uusien, potilaskeskeisten hoitomallien edistämiseksi sekä palveluiden puutteiden tunnistamisessa. Asiakaspolun sisällyttäminen ja kriittisyyden tunnistaminen on tällöin potilaskokemuksen tutkimuksessa tärkeää erityisesti operatiivisesta näkökulmasta.



Kuvio 1. Prosessimalli asiakaspolulle ja -kokemukselle (mukaillen Lemon & Verhoef, 2016, s. 77)

Kuvion 1 mukaisesti ennen ostoa/asiointia -vaiheessa katetaan kaikki asiakkaan vuorovaikutukset brändin, tuoteryhmän ja ympäristön kanssa ennen ostotapahtumaa. Perinteisesti tämä vaihe on nähty tarpeen tunnistamisena, tiedon hakemisena ja harkintana. Käytännössä vaihe alkaa siitä, kun asiakas tunnistaa tarpeen, tavoitteen tai impulssin, ja päättyy siihen, kun hän harkitsee asioimista tarpeen tyydyttämiseksi (Lemon & Verhoef, 2016). Potilaskokemuksen kontekstissa tässä vaiheessa tiedostetaan oireet, harkitaan hoitovaihtoehtoja, otetaan palveluntarjoajaan yhteyttä ja suoritetaan ajanvaraus vastaanotolle (Joseph ym., 2020; Philpot, 2019).

Toisessa asiakaspolun vaiheessa, joka on asioimisvaihe, katetaan kaikki asiakkaan vuorovaikutukset organisaation ja sen ympäristön kanssa asioimisen aikana (Lemon & Verhoef, 2016). Tällöin potilas kohtaa hoidon tai diagnoosin sekä terveydenhuollon ammattilaisen vastaanoton (Joseph ym., 2020). Tärkeimpinä kosketuspisteinä tässä vaiheessa ovat saapuminen sairaalaan, hallinnollisten tietojen ja prosessien käsittely, odottaminen toimenpiteitä varten, asioiminen ja lopulta vastaanotolta poistuminen (Gualandi ym., 2021).

Lemonin ja Verhoefin (2016) mukaan viimeisessä, asioinninjälkeisessä vaiheessa, katetaan asiakkaan vuorovaikutukset organisaation ja sen ympäristön kanssa asiointitapahtuman jälkeen. Käytännössä tämä vaihe kattaa asiakkaan kokemukset, jotka liittyvät palveluun. Myös sanalliset suositukset ja muu asiakasaktiivisuus ovat tässä vaiheessa tärkeitä. Tämä vaihe voi asioinnin luonteesta poiketen sisältää esimerkiksi poliklinikkakäynnin tai hallinnollisia toimenpiteitä eri vuorovaikutuskanavien (Gualandi ym., 2021). Asioinninjälkeinen vaihe sisältää esimerkiksi vastaanotolta saadut ohjeet jatkohoidolle tai lisätietojen tarjoaminen potilaalle käynnin jälkeen esimerkiksi mahdollisuudella viestiä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa etäyhteyksin (Philpot, 2019). Mikkola ja Saarijärvi (2022) tarkentavat kosketuspisteiden luonnetta potilaskokemuksen kontekstissa:

Potilaskokemukseen vaikuttavat kaikki suorat ja epäsuorat vuorovaikutustilanteet, joita kutsutaan kirjallisuudessa kosketuspisteiksi ([engl.] *touchpoints*). Tällaisia ovat esimerkiksi potilaan ja hoitoyksikön suorat yhteydenotot ja potilaspolun

aikana tapahtuneet varsinaiset kliiniset hoitotapahtumat, mutta myös digitaalisten palvelujen kautta tapahtuvat kontaktit tai toisaalta potilaan keskustelut hoidosta vaikkapa sosiaalisessa mediassa. (Mikkola & Saarijärvi, 2022, s. 1346)

Jaakkolan ja Terhon (2021) mukaan kosketuspisteiden tulisi olla temaattisesti yhtenäisiä ja johdonmukaisia asiakaspolun eri vaiheissa. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikissa asiakkaan kohtaamisissa pisteissä, kuten asiakaspalvelussa ja asiointikokemuksessa, viestinnän, visuaalisen ilmeen sekä palvelutason tulisi olla linjassa keskenään. Asiakkaat kokevat ja arvioivat palvelun viiheitä eri kosketuspisteissä, ja kun palvelun toimittamiseen osallistuu yhä enemmän kanavia ja kumppaneita, liian erilaiset kosketuspisteet voivat saada asiakkaat tuntemaan olonsa hämmentyneeksi (Jaakkola & Terho, 2021).

2.3.2 Vihjeet

Keskusteluun kosketuspisteistä liitetään usein vihjeet (engl. *cues*). Berryn (2002) mukaan vihjeet voivat olla kaikkea sitä, mitä asiakas havainnoi tai aistii. Vihjeet eivät ole pelkästään pieniä yksittäisiä tiedonmurusia, vaan viiheitä on kaikkialla ja ne ovat helposti havaittavissa. Kaikki, mitä asiakas voi havaita, tunnistaa tai aistia — tai jopa se, mitä asiakas ei havaitse — on osa asiakaskokemusta. Palvelu itsessään antaa omat viiheensä, fyysinen palveluympäristö tarjoaa lisää viiheitä, ja työntekijät antavat omat viiheensä eleillään, kommenteillaan, pukeutumisellaan ja äänenpainoillaan. Jokainen vihje välittää asiakkaille viestin, joka enteilee jotain. Näiden vihjeiden kokonaisuus muodostaa asiakaskokemuksen kokonaisuudessaan (Berry ym., 2002).

Pine ja Gilmore (1998) korostavat, että nimenomaan vihjeet ovat syynä asiakkaan mielessä muodostuvalle asiakaskokemukselle. Kokemus voi olla epämiellyttävä pelkästään siksi, että jokin ympäristön visuaalinen yksityiskohta on jäänyt huomiotta tai yhteensovittamatta kokonaisuuteen. Suunnittelemattomat tai ristiriitaiset visuaaliset ja äänelliset vihjeet voivat saada asiakkaan tuntemaan itsensä jopa hämmentyneeksi tai eksyneeksi. Becker ja Jaakkola (2020) korostavat kuitenkin, että organisaatioiden tulisi välttää keskittymistä vain yksittäisiin kosketuspisteisiin (esim. fyysinen palvelukohtaaminen) tai viiheisiin (esim. verkkosivuston toimivuus). Sen sijaan on

tärkeää ottaa huomioon eri vihjeiden ja kosketuspisteiden moninaisuus sekä niiden välinen yhteys.

Kosketuspisteitä on siis monia, ja niiden merkitys vaihtelee. Kaikki kohtaamiset eivät ole yhtä tärkeitä – jotkut ovat ratkaisevampia kuin toiset. Yksi asiakaspolun mallintamisen ja asiakaskokemuksen kehittämisen keskeisimmistä haasteista onkin tunnistaa ne kohtaamispisteet, joilla on kriittisin vaikutus. Juuri näissä kriittisissä kohdissa asiakkaan odotukset ovat korkealla, ja epäonnistuminen voisi olla yritykselle erityisen haitallista (Pennington, 2014).

Toiminnalliset vihjeet vaikuttavat ennen kaikkea asiakkaan loogiseen ajatteluun. Esimerkiksi, jos vuokrapalvelun vuokra-auto käynnistyy vaivattomasti, asiakas saa vihjeen siitä, että palvelu on luotettavaa ja toimivaa myös muiltakin osin. Toiminnalliset vihjeet luovat perustan sille, että asiakas kokee tuotteen tai palvelun laadukkaaksi. On kuitenkin tärkeää, että vihjeet vihjaisivat muutakin kuin vain toiminnallisuutta. Vihjeet voidaan jakaa kahteen eri pääkategoriaan: toiminnallisiin ja emotionaalisiin. Jotta asiakaskokemuksesta saadaan täysi hyöty osana asiakasarvoa, organisaatioiden on johdettava kokemuksen emotionaalista puolta yhtä huolellisesti kuin tuotteen tai palvelun toiminnallisia ominaisuuksiakin (Berry ym., 2002).

Emotionaalisiin vihjeisiin lukeutuvat aistihavainnot, kuten tuoksut, äänet, värit, maut ja materiaalin tuntu. Tämä emotionaalinen ulottuvuus on läsnä niin itse tuotteessa tai palvelussa kuin sen ympäristössäänkin. Esimerkiksi asiakaspalvelijan äänensävy luo emotionaalisen reaktion, mikä täydentää toiminnallista kokemusta. Nämä vihjeet voidaan edelleen jakaa mekaanisiin ja inhimillisiin vihjeisiin: mekaaniset tulevat tuotteista ja palvelutilanteen esineistä, kun taas inhimilliset vihjeet välittyvät ihmisiltä (Berry ym., 2002).

Birnbach ym. (2013) tuovat esille sairaalaympäristölle ominaisen ja kriittisen vihjeen: ympäristön hajun. Tutkimuksessaan he manipuloivat vastaanottoympäristön tuoksua hajusteilla, joilla on assosiaatioita puhtauteen, kuten sitrus. Hajusteilla oli myönteinen vaikutus käsihygieniakäyttäytymiseen simuloidussa ympäristössä. Tiedetyt hajut voivat valmistella tai vaikuttaa käyttäytymiseen, ja sairaalat kokeilevatkin erilaisia hajusteita saadakseen aikaan haluttuja käyttäytymismalleja, kuten vieraiden ja potilaiden

rauhoitumista. Hienovaraiset vihjeet, kuten spesifit tuoksut, voivat tällöin vaikuttaa potilaan emotionaaliseen mielentilaan kuin myös muidenkin ympärilläolevien viihtyvyyteen.

Harris ym. (2002) painottavat, että erityisesti suuremmissa sairaaloissa potilaat voivat kohdata vaikeuksia liikkua paikasta toiseen. Kulkuongelmat voivat ilmetä sairaalan monimutkaisista pohjapiirroksista, opasteiden puutteesta, hämmentävistä opasteista tai hämmentävistä vihjeistä. Hämmentäviä vihjeitä voivat olla esimerkiksi himmeät valot tai kapeat sisäänkäynnit. Sen lisäksi, että nämä vihjeet vaikuttavat potilaisiin, voivat ne olla vielä haastavampia vierailijoille, jotka joutuvat liikkumaan potilashuoneen ja muiden sairaalan osioiden välillä. Hämmentävät vihjeet ovat hyvä esimerkki siitä, kuinka ympäristön suunnittelu voi vaikuttaa toiminnalliseen arvonulottuvuuteen ja sitä myötä myös koko potilaskokemukseen.

Jotta halutut vaikutelmat syntyisivät, organisaatioiden tulee pystyä luoda vihjeitä, jotka vahvistavat asiakkaille haluttua kokemuksen luonnetta. Jokaisen vihjeen täytyy tukea teemaa, eikä mikään vihjeistä saa olla ristiriidassa teeman kanssa (Pine & Gilmore, 1998). Kuten aiemmin toisaalta havainnollistettiin, vihjeisiin saattaa lukeutua myös vihjeitä, jotka eivät ole yrityksen hallinnassa, eli sosiaalisissa ja ulkopuolisissa kosketuspisteissä olevat vihjeet. Näitä voivat olla esimerkiksi muut asiakkaat. Altringer (2010) tuo esille esimerkin odotushuonetilanteesta, jossa muiden potilaiden läsnäolo voi vaikuttaa vastaanottoa odottavien potilaiden kokemukseen. Kun potilaat näkevät, että muut pääsevät odotushuoneesta vastaanotolle nopeammin ennen heitä, se voi aiheuttaa epävarmuutta ja levottomuutta. Vaikka potilaiden kutsumisjärjestys perustuisikin hoidon kiireellisyysjärjestykseen tai muihin perusteltaviin syihin, se voi silti olla vahva alitajuntainen vihje, joka muokkaa vastaanottoa odottavan henkilön kokemusta ja odotuksia palvelusta. Sosiaaliset vihjeet, kuten muiden potilaiden käyttäytyminen ja jonossa eteneminen, voivat vaikuttaa potilaskokemukseen, vaikka kyseiset vihjeet eivät olisikaan suoraan terveyslaitoksen hallinnassa.

Asiakaskokemuksen arvon rakentaminen vaatii sekä toiminnallisia että tunneperäisiä vihjeitä. Moitteeton palveluiden toimivuus on lähtökohta, mutta vasta tunteisiin vetoavat aistimukset ja vuorovaikutus tekevät kokemuksesta asiakkaalle merkityksellisen. Organisaatiot, jotka keskittyvät pelkästään toiminnalliseen puoleen unohtaen

elämykselliset ulottuvuudet, voivat menettää asiakasarvoa. Todellinen asiakasarvo syntyy silloin, kun kaikki vihjeet, niin toiminnalliset kuin emotionaalisetkin, tukevat saumattomasti toisiaan (Berry ym., 2002).

2.3.3 Asiakasarvo ja sen ulottuvuudet

De Keyser ym. (2015) määrittelevät asiakasarvon arvioivaksi motivaatiotekijäksi, joka syntyy suoraan asiakaskokemuksesta. Grönroos ja Voima (2013) ovat jäsentäneet asiakasarvon konseptia yksinkertaisella kysymyksellä, jonka asiakas esittää itselleen asiakaskokemuksen perusteella: saanko tästä jotain hyötyä – olipa se toiminnallista, taloudellista, emotionaalista, sosiaalista, eettistä tai ympäristöllistä? Asiakasarvosta on tullut keskeinen käsite liiketoiminnassa ja markkinoinnissa, koska se auttaa ymmärtämään asiakkaiden käyttäytymisaikomuksia. Yleisesti ottaen arvo voidaan määritellä kokonaisarviona suhteesta siihen, mitä asiakas saa ja mitä hänelle annetaan. Tässä mielessä asiakasarvo on kokonaisvaltainen käsite, ja siksi se liittyy läheisesti asiakaskokemukseen (Yrjölä ym., 2019).

Kirjallisuuskatsauksessaan Khalifa (2004) tunnistaa kuitenkin myös asiakasarvon määrittelyn haasteen. Hänen mukaansa ongelmana on asiakasarvon subjektiivisuus ja monitulkintaisuus. Tämän lisäksi arvo on dynaaminen käsite, joka muuttuu ja kehittyy ajan myötä. On myös tärkeää erottaa asiakkaan kokema arvo ja tuotteen tai palvelun tarjoajan oletukset tai tavoitteet tarjotusta arvosta. Arvo ei ole sitä, mitä myyjä antaa, vaan sitä, mitä asiakas lopulta saa, ja asiakas on aina se, joka määrittelee, mikä on arvokasta ja mikä ei. Asiakasarvo syntyy, kun asiakkaat kokevat saavansa suurempia hyötyjä kuin uhrauksia (Doyle, 1989; Rintamäki ym., 2007).

Siitä huolimatta, että asiakasarvo on asiakkaan subjektiivinen näkemys ja kokemus arvosta, jota hän saa tuotetta tai palvelua käyttäessään, on se myös strategisesti tärkeä palvelun tuottajalle. Rintamäen ym. (2007) mukaan organisaation näkökulmasta asiakkaan asioimiskäyttäytyminen on tärkeä sisällyttää asiakasarvotarjoukseen (engl. *customer value proposition*), jolloin asiakasarvo nousee keskeiseksi strategiseksi prioriteetiksi muun muassa palvelukehityksessä ja viestinnässä. Näin ollen asiakasarvo linkittää asiakkaan ja organisaation.

Rintamäki ym. (2007) myös tunnistavat ja jakavat asiakasarvon eri ulottuvuuksiin. Näitä ovat taloudellinen, toiminnallinen, emotionaalinen ja symbolinen arvo. *Taloudellinen ulottuvuus* keskittyy tuotteen tai palvelun hintaan ja sen rooliin asiakasarvon luomisessa. Hinta on monelle asiakassegmentille yhä tärkein ja usein vaikeasti päihitettävä tekijä arvon määrittelyssä. Taloudellista arvoa voidaan kuvata tuotteen objektiivisena rahallisena arvona asiakkaalle, johon vaikuttaa myös kilpailijoiden tarjoamien vaihtoehtojen saatavuus. Toisin sanoen asiakas voi valita sen tuotteen, joka tarjoaa parhaan hinta-laatusuhteen tai edullisimman vaihtoehdon.

On asiakkaita, jotka tekevät ostopäätöksensä pelkän hinnan perusteella, eivätkä ole valmiita maksamaan enemmän paremman laadun vuoksi. Heidät tulee huomioida asiakasarvostrategiaa luodessa ja asiakassegmentointia tehdessä. Hintaherkät asiakkaat saattavat käyttää runsaasti aikaa ja vaivannäköä etsiessään parasta mahdollista tarjousta. Toisaalta on myös asiakkaita, jotka vertaavat taloudellista arvoa laadun näkökulmasta. Tällöin he saattavat valita kalliimman tuotteen, jos laatu paranee suhteessa hintaan (Rintamäki ym., 2007).

Taloudellinen arvo on käytännössäkin nähtävissä yritysten sloganeissa ja arvolupauksissa päivittäin. Päivittäistavarakauppa Lidl esimerkiksi viestii selkeästi taloudellisesta arvosta sloganillaan "Säästä hinnasta, älä laadusta" (lidl.fi). Tällä Lidl korostaa asiakasarvon taloudellista ulottuvuutta, jossa keskiössä on alhaisempi hinta ja mahdollisuus tehdä edullisia ostoksia ilman, että asiakkaan tarvitsee tinkiä tuotteen laadusta. Lidl on onnistunut rakentamaan liiketoimintamallinsa niin, että se tarjoaa asiakkaille kilpailukykyiset hinnat, jotka houkuttelevat hintatietoista asiakaskuntaa.

Toiminnallinen asiakasarvon ulottuvuus taas keskittyy siihen, kuinka vaivattomasti ja tehokkaasti asiakas pystyy tyydyttämään tarpeensa tuotteiden ja palveluiden avulla. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että asiakas voi suorittaa ostoprosessinsa nopeasti ja helposti ilman turhia esteitä, jolloin hän kokee saavansa suurimman hyödyn. Esimerkiksi päivittäistavarakaupassa asiakas arvostaa sitä, että tuote on saatavilla juuri silloin, kun sitä tarvitaan – oli kyseessä sitten myymälässä asiointi tai verkkoshoppailu. Jos asiakas voi itse hyllyjen välissä kävellessä löytää juuri tarvitsemansa tuotteen ilman, että hänellä on vaikeuksia löytää kyseistä tuotetta, hän kokee saavansa vastinetta ajalleen ja

vaivannäölleen (Rintamäki ym., 2007). Toiminnalliset tarpeet ovat sellaisia tarpeita, jotka ohjaavat asiakasta etsimään tuotteita, jotka auttavat ratkaisemaan kulutukseen liittyviä ongelmia (Smith & Colgate, 2007).

Potilaskokemukseksikontekstissa Kitapci ym. (2014) luokittelee toiminnallisen ulottuvuuden tekijöihin muun muassa työntekijöiden ammatillisen ulkonäön, visuaalisesti houkuttelevat ja siistit vastaanottotilat sekä modernit välineet. Toiminnalliset näkökohdat liittyvät perustavanlaatuisiin odotuksiin siitä, miten hoitoa tarjotaan, kuten fyysisiin tarpeisiin vastaamiseen, hoidon oikea-aikaisuuteen, tehokkaaseen yhteistyöhön ammattilaisten välillä ja hoidon jatkuvuuteen. Kategoriaan kuuluu myös henkilökunnan ammattitaitoinen ja selkeä kommunikointityyli, kiireettömyys, läpi asiakaspulun tarjottava monipuolinen tieto, lyhyt odotusaika ja aikataulussa pysyminen (Doyle ym., 2013; Altringer, 2010).

Toiminnallisen ulottuvuuden vaikutuksesta potilaskokemukseen on tehty tutkimusta myös käytännössä. Altringer (2010) esimerkiksi mainitsee globaalin design-palveluntarjoaja IDEOn projektin, jossa suunniteltiin uusi infrastruktuuri sairaalalle. Projektissa huomattiin se, miten potilaat ja sairaalan vierailijat turhautuivat usein ilmoittautumisprosessista vastaanotolle ja epämurkavista odotusaloista. Odotusaloja muokattiin lisäämällä sinne kuulokkeita, korvaamalla laitospöydät huonekalut mukavammilla ja kutsuvammilla huonekaluilla, vinyylipöytäillä, maalaamalla seinät pehmeillä sävyillä ja suunnittelemalla potilashuoneista enemmän hotellimaisia. Potilaiden odotuksiin vaikutettiin ripustamalla odotusaloihin itsearviointijulisteita, joita odottavat potilaat voisivat käyttää oireidensa kiireellisyyden arviointiin.

Gentilen ym. (2007) mukaan jo 80-luvulla tunnistettiin uudenlainen käsitys kuluttajista myös tunteikkaina, eikä pelkästään rationaalisina hyötyjen punnitsijina, jotka arvostaisivat ainoastaan edellä mainittuja toiminnallisia tekijöitä. Nykypäivänä tunteellisten reaktioiden rooli on tunnistettu oleelliseksi asiakasarvon rakentumisessa. *Emotionaalinen ulottuvuus* keskittyy siihen, miten palvelun yhteydessä syntyy tunteellisia reaktioita. Emotionaalinen arvo määritellään usein asiakkaan kyvyksi kokea iloa, jännitystä, rentoutumista tai muita positiivisia tunteita ostoskokemuksen aikana. Tällöin itse tuote tai palvelu ei ole enää pelkkä väline tavoiteltujen tarpeiden

tydyttämiseen, vaan on itsessään arvokas kokemus, jonka vuoksi asiakas on valmis investoimaan aikaansa ja resurssejaan (Rintamäki ym., 2007).

Emotionaalinen asiakasarvo voidaan luoda esimerkiksi kaupan ympäristön ja palvelutyylin avulla. Esimerkiksi liikkeet, jotka panostavat tunnelman luomiseen visuaalisiin, auditiivisiin ja hajuaistielementein voivat tarjota asiakkaille elämyksiä, jotka jäävät mieleen. Tällaisia elementtejä voivat olla myymälöiden erityiset sisustukset, teemat tai asiakaspalvelu, joka ei ainoastaan täytä asiakkaan tarpeita, vaan myös koskettaa häntä henkilökohtaisella tasolla (Rintamäki ym., 2007). Esimerkiksi autoalalla insinöörit ja suunnittelijat tekevät entistä enemmän suunnittelutyötä auton äänen parissa, sillä äänillä on merkittävä rooli ajokokemuksen tunnelmassa ja miellyttävyydessä (Song ym., 2024).

Potilaiden tunteiden ymmärtäminen on usein kriittinen menestystekijä terveydenhuollon onnistumisessa. Tunteet nähdään paitsi tärkeänä vaikutteena ihmisten yleisessä motivaation muodostumisessa, myös sairaalahoito on monille ihmisille voimakas emotionaalinen kokemus. Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että toimenpiteet, jotka keskittyvät potilastunteiden hallintaan, voivat vaikuttaa terveyteen liittyviin tuloksiin, kuten tyytyväisyyteen, hoitoon sitoutumiseen ja sopeutumiseen hoitotoimenpiteisiin (Dube ym., 1996).

Emotionaaliset puitteet viittaavat potilaskokemuksen ihmissuhteisiin liittyviin tekijöihin – esimerkiksi kykyyn osoittaa empatiaa, kunnioittaa potilaiden mieltymyksiä, ottaa heidät mukaan päätöksentekoon ja tarjota tietoa, joka mahdollistaa esimerkiksi itsenäisen hoidon. Ne viittaavat myös potilaiden odotuksiin siitä, että ammattilaiset asettavat potilaiden edun muiden näkökohtien edelle ja ovat rehellisiä ja avoimia, kun jokin menee pieleen (Doyle ym., 2013). Aiemmissä tutkimuksissa emotionaaliseen ulottuvuuteen potilaskokemuksessa on kategorisoitu lisäksi sairaalahenkilöstön empatia, sympatia, myötätunto ja kommunikaatio (tai sen vähäisyys) sekä äänensävy. Hämmennystä ja ahdistusta taas voivat aiheuttaa odotushuoneen, muiden potilaiden ja vastaanottoprosessin huonosti toteutettu yhdistelmä. Myös valaistuksen vaikutuksella on havaittu olevan yhteys potilaan ajatuskulkuun (Jeffrey, 2016; Altringer, 2020; Lek ym., 2008).

Altringerin (2010) mukaan IDEO-projektissa huomattiin, että ahdistavaa tunnetta potilaille loi tilan puute heidän henkilökohtaisille vierailijoilleen, alleviivaten yksityisyyden tärkeyttä. Sosiaalista ja emotionaalista potilaskokemusta projektissa kehitettiin vierailijaystävällisillä vastaanottohuoneilla, lisätyllä huomiolla yksityisyydelle ja mukavuudelle vastaanottohuoneissa, mukavammilla odotusauloilla, helpommilla ilmoittautumisprosesseilla ja selkeillä kylteillä koko sairaalassa helpottaen potilaiden itsenäistä liikkumista. Tämän lisäksi potilaskokemusta pyrittiin parantamaan vastaanoton jälkeen annettavilla flyer-lehtisillä, jotka sisälsivät tietoa jälkihoidosta ja ohjeista. Tämänkaltaisilla hyvin yksinkertaisillakin ratkaisuilla on merkitystä, koska ne täyttävät potilaan emotionaalisen ydintarpeen.

Potilaskokemus koostuukin pääosin emotionaalisisista ja toiminnallisista tekijöistä (Doyle ym., 2013; Rodríguez-Fuertes ym., 2023). Ugolinin ym. (2014) mukaan hoitotilanteen aikana koetut tunteet liittyvät siihen, kuinka tyytyväiseksi palvelu koetaan. Se, mitä potilas näkee, kuulee ja tuntee vaikuttaa hänen käsitykseensä terveydenhuollon palvelusta. Taulukossa 2 ja 3 on eritelty tutkimuskirjallisuudesta tunnistettuja emotionaalisten ja toiminnallisten arvon ulottuvuuksien elementtejä potilaskokemuskontekstissa.

Viimeinen arvonulottuvuus, *symbolinen arvo*, viittaa siihen, kuinka paljon asiakkaat liittävät psykologista merkitystä tuotteeseen tai kokemukseen (Smith & Colgate, 2007). Tämän lisäksi symbolinen asiakasarvon ulottuvuus keskittyy siihen, miten kuluttajat valitsevat tuotteita tai palveluita, jotka auttavat heitä ilmaisemaan ja asemoimaan itseään yhteiskunnassa. Kyse ei ole pelkästään palvelun toiminnallisista ominaisuuksista, vaan myös siitä, millaisia merkityksiä ja viestejä kuluttaja liittää palvelun tai kokemuksen kautta itseensä tai ympäristöönsä. Symbolinen arvo syntyy usein tuotteista ja palveluista, jotka viestivät jotain enemmän kuin vain niiden käytännöntarkoituksensa. Esimerkiksi palveluntarjoaja, jota kuluttaja valitsee, voi kertoa hänen arvoistaan tai elämäntyylistään, ja se voi myös välittää viestin muille (Rintamäki ym., 2007).

Taulukko 2. Emotionaalisen ulottuvuuden osatekijät ja elementit potilaskokemuksessa

Osatekijät	Emotionaalinen ulottuvuus	Lähteet
Henkilökunnan vuorovaikutus	Kunnioitus; empatia; rehellisyys; yksilöllisten tunteiden ja tarpeiden kuunteleminen ja huomiointi; rauhallinen ja ystävällinen äänensävy; rauhallinen kosketus	Doyle ym. (2013); Jeffrey (2016); Ahmed ym. (2014); Ugolini ym. (2014)
Viestintä	Selkeys; ymmärrettävyys	Doyle ym. (2013); Ahmed ym. (2014)
Prosessin läpinäkyvyys	Läpinäkyvä viestintä; rehellisyys; tuki päätöksenteossa; asianmukainen tiedottaminen ongelmatilanteissa	Doyle ym. (2013)
Fyysinen ympäristö	Luonnollinen värimaailma; luonnollinen valo; odotustilojen mukavuus; äänet (muut potilaat, henkilökunta, äänimerkit, tavaroiden siirtäminen); miellyttävä tuoksu	Doyle ym. (2013); Altringer (2010); Ugolini ym. (2014)
Odotukset ja niiden hallinta	Aikataulussa pysyminen; selkeä kommunikaatio;	Altringer (2010); Ahmed ym. (2014)
Jälkihoito ja tuki	Selkeys; helposti ymmärrettävyys	Doyle ym. (2013); Ahmed ym. (2014)

Taulukko 3. Toiminnallisen ulottuvuuden osatekijät ja elementit potilaskokemuksessa

Osatekijät	Toiminnallinen ulottuvuus	Lähteet
Henkilökunnan vuorovaikutus	Selkeä kommunikaatio ja sanavalinnat; ammattitaitoisuus; potilaan osallistaminen keskusteluun ja hoitopäätöksiin; kiireettömyys	Doyle ym. (2013); Altringer (2010)
Viestintä	Monipuolinen tieto; tuki itsehoidolle	Doyle ym. (2013)
Prosessin sujuvuus ja läpinäkyvyys	Hoidon koordinointi ja jatkuvuus; sujuvat siirtymät eri vaiheissa; selkeä ja nopea hoitopääsyprosessi	Doyle ym. (2013)
Fyysinen ympäristö	Siisteys; turvallisuus; odotustilassa ei tungosta; selkeä ilmoittautuminen; selkeät opastusmerkinnät ja -kyltit; yksityisyys	Doyle ym. (2013); Altringer (2010); Ugolini ym. (2014)
Odotukset ja niiden hallinta	Luotettavat ammattilaiset; tehokas hoito; yksilöllisyys; asiantuntevuus; aikataulussa pysyminen ja lyhyt odotusaika; potilastiedon oikeellisuus ja saatavuus	Doyle ym. (2013); Altringer (2010); Ahmed ym. (2014)
Jälkihoito ja tuki	Oppaat ja ohjeistus jälkihoidon käytännöistä; hoitosuunnitelma	Altringer (2010)

Aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa potilaskokemuksen tekijöiden vaikutusta asiakasarvon ulottuvuuksiin on tutkittu laajasti. Taulukossa 2 ja 3 lueteltujen tekijöiden on aiemmassa kirjallisuudessa osoitettu vaikuttavan emotionaaliseen ja toiminnalliseen arvonulottuvuuteen.

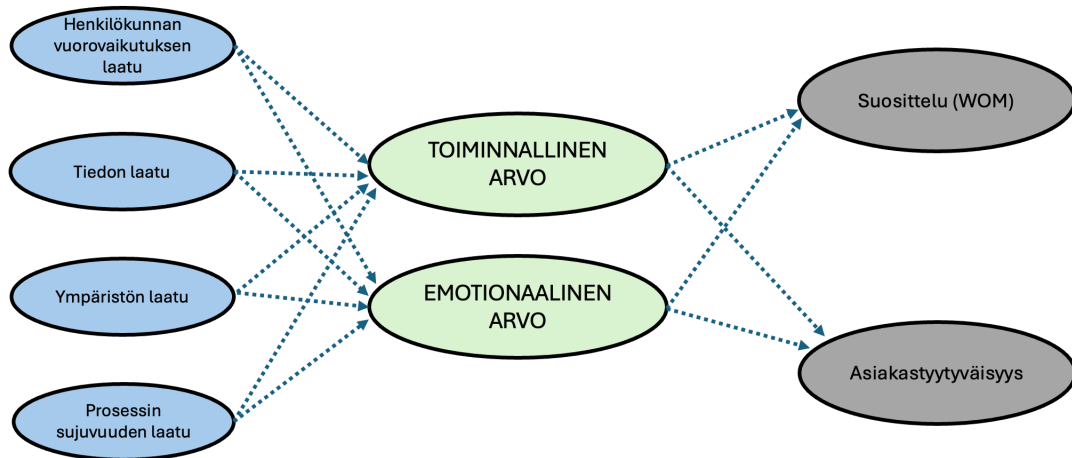
Taulukko 4. Aiempi tutkimuskirjallisuus potilaskokemuksen muuttujien yhteydestä

Osatekijä	Asiakasarvon ulottuvuus		Lähde
	Emotionaalinen arvo	Toiminnallinen arvo	
Henkilökunnan vuorovaikutus	Positiivinen yhteys	Positiivinen yhteys	Doyle ym., 2013; Jeffrey, 2016; Ahmed ym., 2014; Ugolini ym., 2014; Altringer, 2010
Tiedon laatu	Positiivinen yhteys	Positiivinen yhteys	Doyle ym., 2013; Altringer, 2010
Ympäristön laatu	Positiivinen yhteys	Positiivinen yhteys	Andreu ym., 2006; Altringer, 2010; Rubin, 1998; Fottler ym., 2000; Zeisel ym., 2003; Ulrich ym., 2008; Andrade ym., 2012; Teke ym., 2012
Prosessin sujuvuuden laatu	Positiivinen yhteys	Positiivinen yhteys	Doyle ym., 2013

Taulukossa 4 on eritelty tutkimuskirjallisuus, jossa potilaskokemuksen eri tekijöiden ja asiakasarvon ulottuvuuksien välisiä yhteyksiä tutkittiin. Vaikka aiemmissa tutkimuksissa on havaittu selviä yhteyksiä näiden muuttujien välillä, ei ole tarkemmin selvitetty, mitkä tekijät *selittävät* parhaiten asiakasarvon muodostumista.

2.4 Teorettinen viitekehys

Tutkimuksen teoreettisen viitekehysten tehtävänä on “määrittää, kuinka tutkittavaa ilmiötä on tarkoitus tutkimuksessa lähestyä” (Uusitalo, 1991, s. 42). Voidaan sanoa, että “viitekehyksessä kuvataan tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita” (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 24). Tämän tutkimuksen teorettinen viitekehys on havainnollistettu kuviossa 2.



Kuvio 2. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys

Viitekehyksessä on mukailtu Yrjölän ym. (2019) tutkimuksen viitekehystä, jossa tuotiin esille asiakasarvon näkökulma ravintolakokemukseen. Potilaskokemuksen tekijät on muodostettu aiemman kirjallisuuden pohjalta ja ryhmitelty neljään ryhmään huomioiden aiemmissa potilaskokemuksen tutkimuksissa käytetyt jaottelut (esim. Rodríguez-Fuertes ym., 2022; Doyle ym., 2013; Kitapci ym., 2014). Yrjölää ym. (2019) mukailen potilaskokemuksen tekijät (henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu, tiedon laatu, ympäristön laatu, prosessin sujumuuden laatu) sekä asiakasarvon ulottuvuudet (toiminnallinen ja emotionaalinen arvo) ovat saman ilmiön kaksi kääntöpuolta. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan julkisen terveydenhuollon palveluntarjoajan näkökulmasta sen tarjontaa ja palvelun laatua (potilaskokemuksen eri tekijät), mutta toisaalta myös potilaan subjektiivisesta näkökulmasta sitä, miten hän kokee kyseisen tarjonnan (asiakasarvon näkökulma). Potilaskokemuksen tekijät kuvaavat potilaan käsitystä saadusta hoidosta, kun taas asiakasarvon ulottuvuudet paljastavat, millaista arvoa potilas lopulta kokee. Näin ollen asiakasarvon tarkastelu täydentää nykyisiä käsityksiä potilaskokemuksesta laajentamalla painopistettä toiminnallisten ja emotionaalisten hyötyjen tarkasteluun asiakaslähtöisestä näkökulmasta. Täten tutkimus tarjoaa näkemyksiä siitä, miten potilaskokemuksen eri tekijät linkittyvät erilaisiin potilasarvon ulottuvuuksiin ja lopulta käyttäytymiseen (suosittelemu, asiakastytyväisyys).

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

3.1 Tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tutkimusmenetelmät voidaan jakaa kahteen eri ryhmään: kvantitatiiviseen ja kvalitatiiviseen tutkimukseen. Kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten menetelmien jako on herättänyt keskustelua akateemisissa piireissä: jotkut tutkijat mieltävät, että kyse ei niinkään ole menetelmän valinnasta, vaan siitä, millaista tietoa halutaan löytää, selittää tai rakentaa, kun taas toiset pitävät erottelua harhaanjohtavana ja tarpeettomana. Molemmat menetelmät tuottavat kuitenkin hyödyllisiä ja informatiivisia tuloksia huolellisesti toteutettuna, ja molempia käytetään runsaasti markkinoinnin tutkimuksissa (Davies & Hughes, 2014). Esimerkiksi kvalitatiivista menetelmää hyödyntämällä voidaan aluksi kerätä syvällistä tietoa ja ymmärrystä tutkittavasta aiheesta haastattelun avulla, mikä taas auttaa muotoilemaan tarkemmin kohdennetun ja tarkoituksenmukaisen kyselylomakkeen kvantitatiivista tutkimusta varten. Vastaavasti kvantitatiivisen tutkimuksen tuottamia tuloksia voidaan täydentää kvalitatiivisilla menetelmillä, mitkä tarjoavat syvemmän näkökulman lukujen taustalla oleviin inhimillisiin kokemuksiin ja merkityksiin.

Kvantitatiivisen tutkimuksen päätavoitteena on löytää vastauksia esitettyihin kysymyksiin kvantitatiivisten menetelmien avulla. Näitä menetelmiä on kehitetty, jotta kerätty tieto olisi mahdollisimman relevanttia, luotettavaa ja puolueetonta. Vaikka ei voida täysin taata, että jokainen tutkimus tuottaisi tällaisia tuloksia, kvantitatiiviset menetelmät lisäävät merkittävästi niiden todennäköisyyttä verrattuna muihin lähestymistapoihin (Selltiz, 1959). Kvantitatiivinen malli palvelee usein kolmea tarkoitusta: kuvaamista, ennustamista ja päätöksenteon tukemista. Markkinointitutkimuksen kontekstissa kvantitatiivisten mallien tarkoituksena on tiivistää dataa siten, että siitä voidaan tehdä hyödyllisiä johtopäätöksiä. Johtopäätökset koskevat yleensä selittävien muuttujien vaikutusta johonkin markkinoinnin kannalta keskeiseen muuttujaan. Toisin sanoen mallien selitettävä muuttuja on usein jokin markkinoinnin suorituskyky mittari, kuten myynti, markkinaosuudet tai brändivalinnat (Franses & Paap, 2001).

Tämä tutkimus on toteutettu kvantitatiivisena tutkimuksena, jossa aineisto kerättiin kyselyn avulla, koska tavoitteena on tuottaa ennustavia malleja ja ymmärtää muuttujien välisiä yhteyksiä systemaattisesti. Liiketoiminnan ja johtamisen tutkimuksessa kyselytutkimus on yleisin tapa kerätä tietoa. Kyselylomake on rakenteellinen ja objektiivinen joukko kysymyksiä, joilla on tarkoitus kerätä informaatiota vastaajilta tiettyyn aiheeseen liittyen (Ekinci, 2015). Kyselylomakkeella voidaan nähdä olevan neljä roolia: Ensinnäkin, kyselyn tehtävänä on kerätä luotettavaa tietoa vastaajilta. Tämä tarkoittaa sitä, että kyselyssä esitettyjen kysymysten tulee olla oikeanlaisia, ne tulee kohdistaa oikealle joukolle ihmisiä, loogisessa järjestyksessä ja parhaalla menetelmällä. Toiseksi, lomakkeessa tulee olla looginen rakenne, mikä auttaa aineiston keräämisessä. Kolmanneksi, lomake tarjoaa standardoidun ja selkeän tavan vastata siihen, mikä auttaa vastaajia antamaan tarkkoja ja valideja vastauksia. Viimeisenä, lomake itsessään helpottaa datan käsittelyä ja tietoturvaa huolehtien esimerkiksi tietojen säilytyksestä, aitoudesta ja puuttuvien havaintojen hallinnasta (Hague, 1993; Ekinci, 2015).

Aiempi tutkimus on keskittynyt pääasiassa potilaskokemuksen eri tekijöiden tarkasteluun, kuten esimerkiksi siihen, vaikuttaako henkilökunnan empatia potilaan koettuun emotionaaliseen arvoon (esim. Doyle ym., 2013; Jeffrey, 2016; Ahmed ym., 2014; Altringer, 2010). Potilaskokemusta ei kuitenkaan ole tutkittu tavalla, jossa pyritään selvittämään, *miten* eri tekijät selittävät asiakasarvoa ja asiakaskäyttäytymistä. Tästä syystä tässä tutkimuksessa laajennetaan perinteistä palvelun laadun näkökulmaa tarkastelemalla potilaskokemuksen arvoa kokonaisvaltaisesti sekä toiminnallisen että emotionaalisen ulottuvuuden kautta.

Regressioanalyysin voi tehdä niin, että “lisätään malliin kaikki saatavilla olevat mahdollisesti asiaan vaikuttavat muuttujat ja katsotaan, mitkä niistä – – [ovat] tilastollisesti merkitseviä. Tällainen regressioanalyysin käyttö lähenee eksploraatiivista analyysiä” (Tietoarkisto). Tässä tutkimuksessa regressioanalyysin tulosten pohjalta kehitetään välillisten ja välittömien vaikutusten mallit, mitkä yhdistävät potilaskokemuksen tekijät, asiakasarvon ulottuvuudet ja käyttäytymisaikomukset.

Välillisten vaikutusten mallissa tarkastellaan, miten tutkimuskirjallisuudessa tunnistetut potilaskokemuksen eri tekijät (esim. henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu) vaikuttavat

käyttäytymiseen (esim. suositteluaikonus) arvonulottuvuuksien kautta (emotionaalinen ja toiminnallinen), mitkä toimivat mallissa välittävinä tekijöinä. Välittömien vaikutusten mallissa puolestaan tutkitaan potilaskokemuksen tekijöiden vaikutusta käyttäytymiseen suorana yhteytenä. Tämä mahdollistaa syvällisemmän ymmärryksen siitä, miten terveydenhuollon palveluiden eri osa-alueet muotoutuvat potilaille merkitykselliseksi arvoksi ja miten ne lopulta vaikuttavat heidän käyttäytymiseensä. Tällainen kokonaisvaltainen lähestymistapa on erityisen hyödyllinen terveydenhuollon organisaatioille, jotka pyrkivät ymmärtämään potilaskokemukseen vaikuttavia tekijöitä ja kehittämään palveluitaan asiakaslähtöisesti.

Tutkimus on siten luonteeltaan eksploratiivista, sillä aiempi tutkimus ei ota kantaa potilaskokemuksen eri tekijöiden välisien yhteyksien selitysasteisiin kokonaisvaltaisesta arvonulottuvuuden ja käyttäytymisen näkökulmasta. Eksploratiivisessa eli kartoittavassa tutkimuksessa pyritään löytämään ne asiat, jotka ovat relevantteja tietyssä tilanteessa. Eksploratiivinen tutkimus “selvittää vähemmän tunnettuja ilmiöitä, voi löytää kokonaan uusia ilmiöitä tai näkökulmia ja voi myös kehittää hypoteeseja” (Tuomi, 2007, s. 126).

3.2 Kyselylomakkeen suunnittelu

Kyselylomaketta (engl. *questionnaire*) käytetään markkinointitutkimuksissa monissa eri yhteyksissä. Kyselylomake tarjoaa ennalta muotoillun, rakenteellisen ja objektiivisen joukon kysymyksiä, joiden avulla kerätään tietoa vastaajilta tietystä ennalta määritellystä aiheesta. Se voi sisältää erilaisia kysymystyyppejä, kuten avoimia tai suljettuja kysymyksiä, arviointiasteikkoja tai valmiiksi määriteltyjä vastausvaihtoehtoja. Lisäksi kyselylomakkeeseen voidaan sisällyttää täyttöohjeita ja vaihtoehtoisia vastauksia sekä ohjeet vastausten kirjaamiseen. Usein sen alkuun liitetään myös esittelykirje, jossa selvitetään kyselyn tarkoitus (Davies & Hughes, 2014).

Kyselylomakkeen suunnittelu on olennainen osa tutkimusta, ja sen huolellisella suunnittelulla on merkittävä vaikutus tutkimuksen onnistumiseen ja tutkimusmenetelmän validiteettiin. Ensinnäkin, kysymysten on oltava olennaisia ja tutkimuksen tavoitteiden mukaisia, sillä turhien kysymysten sisällyttäminen voi heikentää vastaajien motivaatiota. Lisäksi kysymysten tulee olla selkeitä ja yksiselitteisiä, jotta vastaajat ymmärtävät ne

samalla tavalla kuin tutkija. Tämä edellyttää kysymysten testaamista ja tarvittaessa niiden muokkaamista ennen varsinaista tiedonkeruuta (Davies & Hughes, 2014).

On myös tärkeää, etteivät kysymykset johdattele vastaajia, eikä lomakkeessa käytetä latautuneita tai harhaanjohtavia ilmaisuja. Vastausvaihtoehtojen on oltava johdonmukaisia ja kattavia, erityisesti silloin, kun vastaajia pyydetään sijoittamaan mielipiteensä jonkinlaiselle asteikolle. Ohjeistuksen tulee olla riittävän selkeää mutta samalla tiivistä, jotta se ei kuormita vastaajia tarpeettomasti. Lopuksi kyselylomakkeen pituus on suunniteltava huolellisesti, jotta vastaajien ajankäyttöä ja kärsivällisyyttä ei haasteta liikaa, mikä voi heikentää vastausprosenttia ja aineiston laatua (Davies & Hughes, 2014).

Tässä tutkimuksessa käytettiin sähköistä Google Forms-lomaketta (Liite 1). Lomake koostui neljästä taustakysymyksestä ja 37 väittämästä, joilla mitattiin vastaajan viimeisimmän potilaskokemuksen eri osa-alueita ja koettua arvoa. Tämän lisäksi lomakkeen lopussa oli avoin kenttä, johon vastaaja sai halutessaan avata syitä erittäin hyvälle tai huonolle asiakaskokemukselle. Arviolta kyselyn vastaamiseen kului 10–15 minuuttia. Kysymyksistä taustakysymykset (suodatinkysymys, ikäryhmä, sukupuoli, vastaanottotyyppi) kysyttiin ensimmäisenä. Suodatinkysymyksenä kysyttiin, onko henkilö asioinut terveydenhuollon lähivastaanotolla viimeisen kahdentoista (12) kuukauden aikana. Suodatinkysymys oli muodostettu perustuen Yrjölän ym. (2019) aiempaan vastaavanlaiseen tutkimukseen ravintolakontekstista. Jos vastaaja esimerkiksi ilmoitti, että ei ole asioinut lähivastaanotolla kyseisessä aikaikkunassa, kysely ei jatkunut.

Kyselylomakkeen väittämät oli jaoteltu kahdeksaan eri osioon: toiminnallinen arvonulottuvuus, emotionaalinen arvonulottuvuus, henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu, tiedon laatu, fyysisen ympäristön laatu, prosessin sujumuuden laatu, tyytyväisyys, word-of-mouth (WOM). Tämän tutkimuksen teoriaosuudessa kirjallisuuskatsauksen avulla tunnistettiin neljä pääkomponenttia, joista potilaskokemus muodostuu. Toiminnallisen arvonulottuvuuden sekä emotionaalisen arvonulottuvuuden väittämät muodostettiin mukaillen Rintamäkeä ja Kirvestä (2017). Kysymyksiä on hieman muokattu ja sovellettu kontekstiin, jotta ne kuvaisivat paremmin potilaskokemuksen ja lähivastaanottojen erityispiirteitä.

Henkilökunnan vuorovaikutuksen laadun, tiedon laadun, fyysisen ympäristön laadun ja prosessin sujuvuuden laadun väittämät pohjautuvat aiempiin tutkimuksiin ja kysymyspankkeihin (Benson & Benson, 2023; Murrells, Robert, Adams, Morrow & Maben, 2013; Ryu & Han, 2011; HCAHPS, 2018; CAHPS, 2020). Kysymyspankeista käytössä olivat HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) ja CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Kyseiset kysymyspankit ovat kansallisesti hyväksytyjä, standardoituja ja julkisesti raportoituja kyselyjä, jotka mittaavat potilaiden näkemyksiä sairaalahoidon laadusta. Kysymyspankeista valittiin kahdeksan yksittäistä kysymystä, jotka muunnettiin kahdeksaksi väittämiksi eri komponentteihin. Asiakastyytyväisyyttä ja suosittelua (WOM) mitattiin kolmella kysymyksellä, jotka perustuvat Mägi (2003) ja Jones, Reynolds & Arnold (2006) tutkimuksiin. Kaikissa kyselyn väittämissä käytettiin Likert-asteikkoa 1–7 (1=täysin eri mieltä, 7=täysin samaa mieltä). Jokaisessa osiossa oli käytössä 3–7 väittämää.

3.3 Aineiston kerääminen

Aineisto kerättiin kutsumalla Tampereen korkeakouluuyhteisön jäseniä täyttämään kysely Intranetin uutiskoosteen viikottaisen sähköpostilistan ja Intranetin uutissivun kautta aikavälillä 9.12.2024 – 9.1.2025. Ennen kyselylomakkeen avaamista tehtiin kaksi pilottivastaamista, joiden palautteen perusteella tehtiin tarvittavat kyselylomakkeen muutokset. Kyselyssä vastaajilta kartoitettiin viimeisimmän lähivastaanoton ajankohta, ja analyysiin otettiin mukaan vain ne vastaajat, jotka olivat vierailleet lähivastaanotolla viimeisen vuoden aikana. Lopulta vastauksia kyselyyn saatiin 137, joista lopulliseen analyysiin päätyi 132. Viisi analyysin ulkopuolelle jäänyttä vastausta oli henkilöiltä, jotka eivät olleet vierailleet lähivastaanotolla viimeisen vuoden aikana. Koska aineisto kerättiin Tampereen korkeakouluuyhteisön opiskelijoilta ja henkilökunnalta, otos heijastaa pääosin korkeakouluuyhteisön jäsenten kokemuksia eikä ole tällöin yleistettävissä laajempaan populaatioon.

3.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics -ohjelmaa (versio 29). Aineistoon luotiin analyysiä varten uusia muuttujia. Kyselyssä valittavia ikäryhmiä oli

10, ja aineiston tarkastelua varten luotiin viisiluokkainen ikäryhmä-muuttuja. Ikä jaettiin seuraaviin viiteen luokkaan: 18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60+. Potilaskokemuksen eri komponenttien kysymyksistä muodostettiin summamuuttujat, joissa laskettiin kunkin komponentin sisältämien väittämien vastausten keskiarvo. Tällöin saatiin kokonaisarvio kullekin komponentille, esimerkiksi toiminnalliselle arvonulottuvuudelle tai prosessin sujuvuuden laadulle. Summamuuttujat muodostettiin, koska ne tiivistävät kunkin komponentin eri väittämät yhteen arvoon, mikä helpottaa muuttujien käsittelyä ja analysointia regressioanalyysissä. Tämä lähestymistapa mahdollistaa selkeän tavan tutkia eri potilaskokemuksen komponenttien vaikutusta selittäviin muuttujiin.

Tässä tutkimuksessa hyödynnetään regressioanalyysiä, jotta pystytään selittämään asiakastyytyväisyyttä ja suosittelua potilaskokemuksen eri komponenttien avulla.

Regressioanalyysin ([engl.] *regression analysis*) avulla tutkitaan yhden tai useamman selittävän muuttujan yhteyttä selitettävään muuttuajaan. – – Regressioanalyysin erityinen etu on, että siinä voidaan tutkia yhtä aikaa monen selittävän muuttujan yhteyttä selitettävään muuttuajaan. Tällöin tulokset kertovat, mikä on yksittäisen selittävän muuttujan yhteys selitettävään muuttuajaan, kun muut mallissa mukana olevat muuttujat on otettu huomioon. (KvantiMOTV, 2008)

Tutkielman regressioanalyysin tavoitteena on selvittää, mitkä eri potilaskokemuksen komponenteista selittävät selitettäviä muuttujaa parhaiten. Ensimmäisessä regressioanalyysissä tarkasteltiin, miten potilaskokemuksen elementtien, eli henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu, tiedon laatu, fyysisen ympäristön laatu ja prosessin sujuvuuden laatu, selittävät toiminnallista ja emotionaalista arvoa. Toisessa regressioanalyysissä puolestaan tutkittiin, kuinka toiminnallinen ja emotionaalinen arvonulottuvuus selittävät asiakastyytyväisyyttä ja suositteluhaluutta (WOM). Lopuksi analysoitiin vielä potilaskokemuksen elementtien suoraa selitysyhteyttä asiakastyytyväisyyteen ja suositteluhaluuteen (WOM). Tutkielmassa tehtiin kolme erillistä regressioanalyysiä, koska haluttiin erikseen tarkastella sekä suorien että epäsuorien vaikutusten yhteyksiä mahdollisimman monipuolisesti.

Regressioanalyysissä tutkijaa kiinnostavat pääasiassa x -muuttujien tilastolliset yhteydet y -muuttujaan (β -parametrien arvot) sekä mallin selitysaste eli se, kuinka paljon y -muuttujan vaihtelusta selittyy x -muuttujan vaihtelulla. Mitä lähempänä mallin selitysaste on sataa prosenttia, sitä tarkemmin y -muuttujan arvo pystytään ennustamaan x -muuttujien arvojen kautta (Ketokivi, 2015). Jokaisella regressiomallilla on oma selitysasteensa eli R^2 . Selitysaste kertoo sen, kuinka suuren prosentin selitettävästä muuttujasta malli pystyy selittämään. Schneiderin ym. (2010, s. 780) mukaan regressioanalyysin perusteella syntyvät mallit ovat muotoa:

$$(1) \quad Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$$

Jossa Y tarkoittaa selitettävän muuttujan arvoa (esimerkiksi WOM), α on vakiotermi, ja parametri β_i on regressiokerroin, joka kuvastaa selittävän muuttujan X_i (esimerkiksi toiminnallinen arvo) vaikutusta selitettävään muuttujaan (WOM). KvantiMOTV:n (2008) mukaan “regressiokerroin on regressiosuoran kulmakerroin. Jos se saa negatiivisen arvon, on suora laskeva, ja jos regressiokerroin on positiivinen, on suora nouseva. Jos regressiokerroin on nolla, ei muuttujien välillä ole lineaarista eli suoraviivaista yhteyttä.”

3.5 Regressioanalyysin edellytykset

Regressioanalyysissä käytetään usein summamuuttujia, joissa yksittäiset muuttujat (kyselyn väittämät) jaotellaan ryhmiin ja luodaan niiden perusteella yhteenlaskettu arvo. Tässä tutkimuksessa muodostettiin summamuuttujat alkuperäisille muuttujille: henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu, tiedon laatu, fyysisen ympäristön laatu, prosessin sujuvuuden laatu. Lisäksi asiakastyytyväisyyden ja suositteluhaluuden muuttujat yhdistettiin omiksi summamuuttujikseen. Summamuuttujien luotettavuus tulee myös testata – “Paljon käytetty tunnusluku reliabiliteetin mittaamiseksi on Cronbachin α (alfa). Sillä mitataan nimenomaan mittarin konsistenssia eli yhtenäisyyttä. Cronbachin alfa lasketaan muuttujien välisten keskimääräisten korrelaatioiden ja väittämien lukumäärän perusteella. Mitä suurempi alfan arvo on, sitä yhtenäisempi mittarin voidaan katsoa olevan” (KvantiMOTV, 2008).

Taulukko 5. Muodostettujen summamuuttujien Cronbachin α -luvut

Komponentti	Summamuuttuja	Cronbachin alfa	N
Toiminnallinen arvo	FUNC	0.924	4
Emotionaalinen arvo	EMOT	0.953	4
Henkilökunnan vuorovaikutus	Q_STAFF	0.971	5
Tiedon laatu	Q_INFORMATION	0.913	5
Fyysinen ympäristö	Q_ENVIRONMENT	0.922	7
Prosessin sujuvuus	Q_PROCESSES	0.855	6
Tyytyväisyys	SATISFACTION	0.960	3
Suositteluaikomus	WOM	0.957	3

Taulukossa 5 on esitetty regressioanalyysiä varten luodut summamuuttujat koodattuna, kunkin muuttujan Cronbachin alfa-arvo sekä alkuperäisten väittämien määrä, jotka sisältyvät kuhunkin muuttujaan. Koska kaikkien summamuuttujien Cronbachin alfa-arvot ovat yli 0.8, voidaan tehdä johtopäätös, että summamuuttujat ovat luotettavia ja regressioanalyysin suorittaminen on mielekästä.

Ennen regressioanalyysin tekemistä tulee kuitenkin varmistaa useiden edellytysten täytyminen (Charry ym., 2016). Ensimmäinen edellytys on kausaalisuhteiden oletus, mikä olettaa kausaalisuhteen selittävän ja selitettävän muuttujan välillä. Oletus voidaan hyväksyä, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa on huomattu eri elementtien selittävän emotionaalista ja toiminnallista arvoa sekä asiakastyytyväisyyttä että suositteluaikomusta (esim. Yrjölä ym., 2019). Toinen edellytys on, että tutkimusmalli sisältää kaikki olennaiset tekijät selitettävän muuttujan tarkasteluun, mutta ei sisällä tarpeettomia muuttujia. Tässä tutkimuksessa käytetty malli perustuu aiempiin tutkimuksiin eri konteksteista, joissa on onnistuttu ennustamaan asiakastyytyväisyyttä ja käyttäytymisaikomuksia. Näin ollen tämä edellytys täyttyy.

Kolmas edellytys on se, että regressiomalli pystytään ilmaisemaan lineaarisesti eli muuttujien välisten suhteiden tulee olla luonteeltaan lineaarisia. Tämä edellytys voidaan myös hyväksyä aiempien tutkimusten perusteella, sillä tässä tutkimuksessa mukana olevat muuttujat on testattu aiemmin regressioanalyysissä. Lisäksi regressioanalyysin luotettavuuden varmistamiseksi otoskoon on oltava riittävän suuri. Tässä tutkimuksessa

lopullisessa analyysissä käytetty otoskoko oli 132, mikä ylittää 100:n rajan ja voidaan siten pitää riittävänä.

Loput regressioanalyysin edellytykset tarkistetaan vasta analyysien suorittamisen jälkeen. Muodostetaan siis kolme regressioanalyysiä. Jokaisesta analyysistä tulee multikollinearisuus, virhetermien sattumanvaraisuus sekä poikkeavat arvot. Aineistossa ei tulisi olla multikollinearisuutta eli sitä, että selittävät muuttujat korreloivat voimakkaasti keskenään sisältäen hyvin vähän uutta informaatiota. Tällaisessa tapauksessa regressiokertoimen suunta ja vahvuus arvioitaisiin väärin. Multikollinearisuus tarkastetaan SPSS:n Collinearity Diagnostics -taulukosta. Kaikissa tutkimuksen regressiomalleissa condition index oli alle 30, VIF alle 5 ja minimum tolerance yli 0.2, jolloin voidaan todeta, että multikollinearisuusongelmaa ei ole.

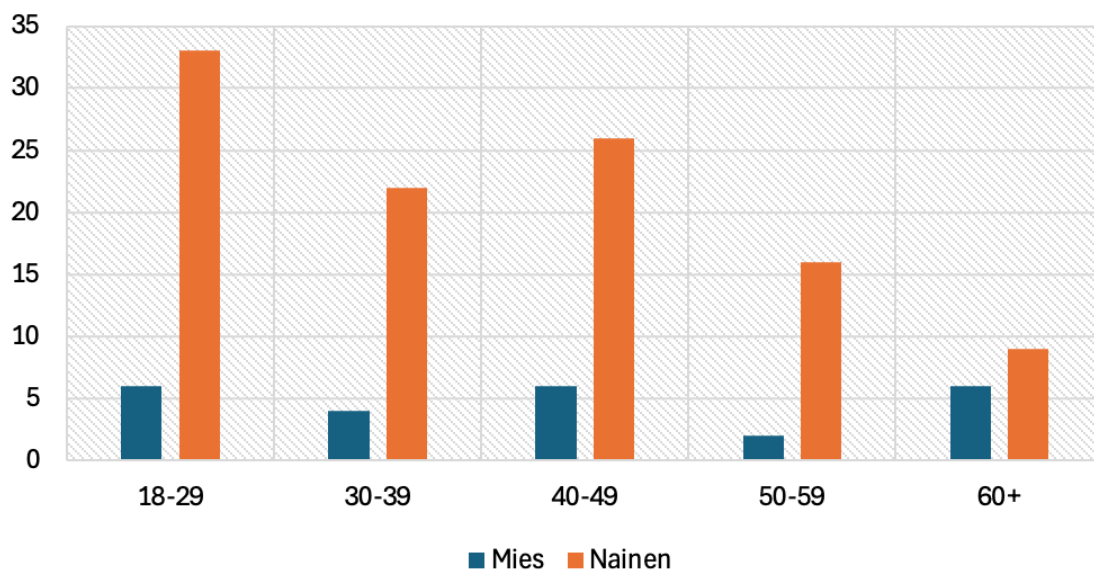
Regressiomallissa on tärkeää, että jäljelle jäävät virhetermien arvot ovat mahdollisimman satunnaisia ja noudattavat normaalijakaumaa. Tämä voidaan arvioida regressioanalyysin yhteydessä saatavista taulukoista. Taulukoiden perusteella virhetermit näyttävät olevan normaalisti jakautuneita ja satunnaisesti levittäytyneitä. Lisäksi aineistosta tulee tarkistaa mahdolliset ääriarvot. Ääriarvoja voidaan tunnistaa virhetermien tarkastelun avulla ja arvioimalla, ovatko ne visuaalisesti havaittavissa. SPSS-ohjelman esittämät mahdolliset ääriarvot käytiin myös manuaalisesti läpi, ja selvästi epäjohdonmukaiset vastaukset poistettiin aineistosta.

4 TUTKIMUKSEN KESKEISET TULOKSET

4.1 Aineiston kuvaus

Kyselyyn vastasi yhteensä 137 henkilöä, joista 132 otettiin analyysiin mukaan suodatinkysymys huomioiden. Vastaajat jaettiin iän perusteella viiteen eri ikäluokkaan siten, että ikäluokat olisivat mahdollisimman saman kokoiset. Vastaajien ikäjakaumaa sekä naisten ja miesten osuutta eri ikäluokissa on kuvattu alla. Kuviosta 3 on jätetty pois niiden henkilöiden vastaukset, jotka vastasivat sukupuolikysymykseen "Muu" (1 vastaus) tai "En halua vastata" (1 vastaus) aineiston analyysin helpottamista varten.

Naisten ja miesten lukumäärät ikäryhmittäin

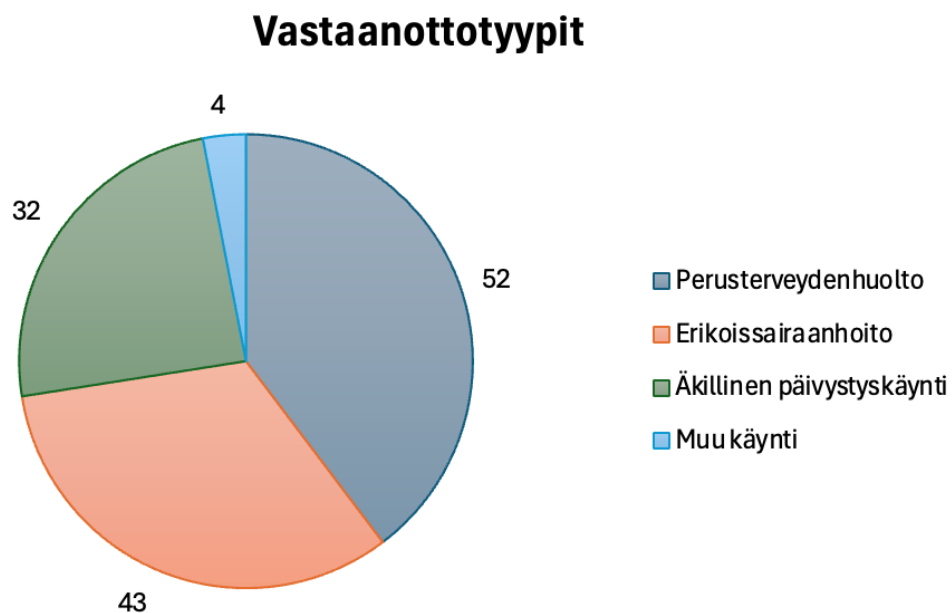


Kuvio 3. Naisten ja miesten lukumäärät ikäryhmittäin

Huomataan, että sukupuolet eivät ole täysin tasaisesti jakautuneet, sillä naiset ovat selvästi enemmistönä kaikissa ikäryhmissä. Erityisesti nuorimmassa ikäryhmässä (18–29-vuotiaat) naisia on huomattavasti enemmän (33) kuin miehiä (6). Ikäjakauma painottuu nuoriin, sillä yhteensä 50 % vastaajista kuuluu 18–39-vuotiaiden ryhmiin. Vastaajamäärä vähenee tasaisesti ikäryhmän kasvaessa, mikä heijastaa nuorempien

vastaajien ylliedustusta. Tämä saattaa osaltaan liittyä siihen, että kysely julkaistiin korkeakouluyhteisön opiskelijoille ja henkilökunnalle, mikä voi selittää otoksen nuorempaa ikäjakaumaa.

Kuviosta 4 taas käy ilmi, että kyselyyn vastanneista suurin osa (39,7 %) oli asioinut perusterveydenhuollon lähivastaanotolla, jossa käyntejä oli yhteensä 52. Toiseksi yleisin vastaanottotyyppi oli erikoissairaanhoido, jossa oli asioinut 43 vastaajaa (32,8 %). Kolmanneksi yleisin käyntityyppi oli äkillinen päivystyskäynti 32 vastaajalla (24,4 %). Muita kategorioiden ulkopuolisia käyntejä oli vain neljä, mikä vastaa 3,1 % vastaajista.



Kuvio 4. Vastaanottotyyppien jakauma

4.2 Välillisten vaikutusten mallin regressioanalyysi

Tämä tutkimus tuo esille asiakasarvon näkökulman potilaskokemukseen. Tämä toteutetaan sisällyttämällä asiakasarvon ulottuvuudet potilaskokemuksen malliin, jossa laadun osatekijät vaikuttavat koettuun asiakasarvoon, mikä taas puolestaan vaikuttaa asiakkaan käyttäytymisaikomuksiin. Aikaisempien tutkimusten pohjalta rakennetun potilaskokemuksen viitekehysten avulla muodostettiin ensin välillisten vaikutusten mallin emotionaalista arvoa ja toiminnallista arvoa selittävät regressiomallit 1 ja 2.

Taulukko 6. Lineaarisen regressioanalyysin tulokset emotionaaliselle arvolle ja toiminnalliselle arvolle. Regressiokertoimen alla on esitetty tuloksen keskivirhe.

Selittävät muuttujat	Regressiomalli 1 (emotionaalinen arvo)	Regressiomalli 2 (toiminnallinen arvo)
Vakiotermi	-1.206 (0.273)	0 N/A
Q_STAFF	0.650*** (0.083)	
Q_INFO	0.472*** (0.087)	0.366*** (0.095)
Q_PROCESSES		0.642*** (0.099)
Q_ENVIRONMENT		
N	132	132
R	0.918	0.834
R^2	0.842	0.695
Korjattu R^2	0.839	0.691
P(F-luku)	<.001	<.001

*** tilastollisesti merkitsevä 0,001 tasolla

Emotionaaliselle arvolle saatiin muodostettua regressiomalli, joka selittää emotionaalisesta arvosta 83,9 % (Korjattu $R^2 = 0.839$). Mallin mukaisesti emotionaalista arvoa selittää parhaiten henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu ja sen jälkeen tiedon laatu. Muodostettu regressiomalli oli seuraavaa muotoa:

$$\text{Emotionaalinen arvo} = -1.206 + 0.650 \cdot \text{henkilökunnan vuorovaikutus} + 0.472 \cdot \text{tiedon laatu}$$

Toiminnalliselle arvolle saatiin muodostettua regressiomalli, joka selittää toiminnallisesta arvosta 69,1 % (Korjattu $R^2 = 0.691$). Muodostetussa regressiomallissa olevan vakiotermin p-arvo oli yli 0,05, joten sitä ei voitu pitää tilastollisesti merkitseväenä. Tämän vuoksi vakiotermin arvoksi asetettiin 0. Mallin mukaisesti toiminnallista arvoa selittää parhaiten prosessin sujuvuuden laatu ja sen jälkeen tiedon laatu. Muodostettu regressiomalli oli seuraavaa muotoa:

$$\text{Toiminnallinen arvo} = 0 + 0.642 * \text{prosessin sujuvuus} + 0.366 * \text{tiedon laatu}$$

Seuraavaksi muodostettiin välillisten vaikutusten mallin asiakastytyväisyyttä ja suositteluaikomusta (WOM) selittävät regressiomallit 3 ja 4.

Taulukko 7. Lineaarisen regressioanalyysin tulokset asiakastytyväisyydelle ja suositteluaikomukselle (WOM) välillisten vaikutusten mallissa. Regressiokertoimen alla on esitetty tuloksen keskivirhe.

Selittävät muuttujat	Regressiomalli 3 (asiakastytyväisyys)	Regressiomalli 4 (WOM)
Vakiotermi	0	0
	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>
EMOT	0.641*** (0.054)	0.912*** (0.044)
FUNC	0.331*** (0.058)	
N	132	132
R	0.939	0.878
R²	0.882	0.771
Korjattu R²	0.881	0.769
P(F-luku)	<.001	<.001

*** tilastollisesti merkitsevä 0,001 tasolla

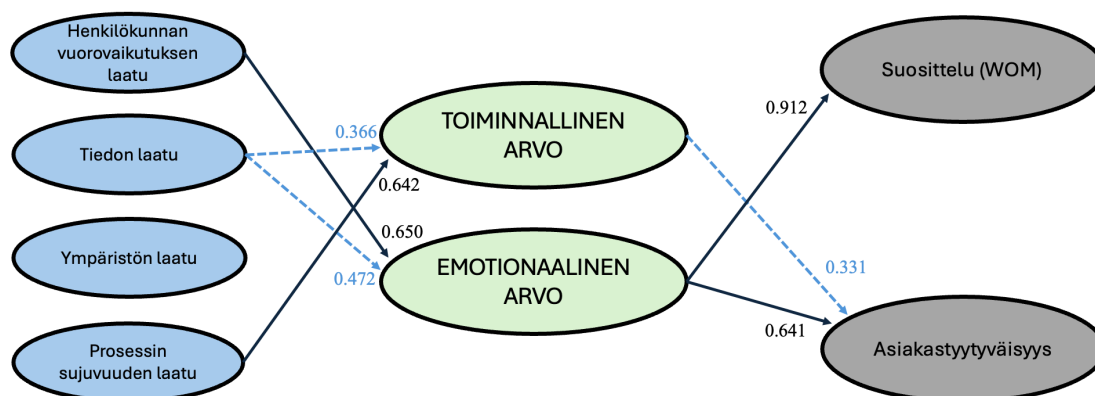
Asiakastytyväisyydelle saatiin muodostettua regressiomalli, joka selittää asiakastytyväisyydestä 88,1 % (Korjattu $R^2 = 0.881$). Muodostetussa regressiomallissa olevan vakiotermin p-arvo oli yli 0,05, joten sitä ei voida pitää tilastollisesti merkitseväenä. Tämän vuoksi vakiotermin arvoksi asetettiin 0. Mallin mukaisesti asiakastytyväisyyttä selittää parhaiten asiakkaan koettu emotionaalinen arvo ja sen jälkeen toiminnallinen arvo. Muodostettu regressiomalli oli seuraavaa muotoa:

$$\text{Asiakastytyväisyys} = 0 + 0.641 * \text{emotionaalinen arvo} + 0.331 * \text{toiminnallinen arvo}$$

Suositteluaikomukselle saatiin myös muodostettua regressiomalli, joka selittää suositteluaikomuksesta 69,1 % (Korjattu $R^2 = 0.691$). Muodostetussa regressiomallissa olevan vakiotermin p-arvo oli yli 0,05, joten sitä ei voitu pitää tilastollisesti merkitsevänä. Tämän vuoksi vakiotermin arvoksi asetettiin 0. Mallin mukaisesti suositteluaikomusta selittää parhaiten emotionaalinen arvo. Muodostettu regressiomalli oli seuraavaa muotoa:

$$\text{Suositteluaikonus (WOM)} = 0 + 0.912 * \text{emotionaalinen arvo}$$

Regressioanalyysien paljastamat yhteydet välillisten vaikutusten malliin ovat jäsenetty kuvioon 5.



Kuvio 5. Regressioanalyysin yhteydet ja selitysasteet välillisten vaikutusten mallissa

Kuvion vahvat viivat viittaavat yhteyksiin, jotka todettiin regressiomalleissa olevan korkeimman selitysasteen omaavia. Katkoviivalla muodostetut yhteydet viittaavat suhteellisesti heikompaan yhteyteen, vaikkakin tilastollisesti merkittävään.

4.3 Välittömien vaikutusten mallin regressioanalyysi

Välittömien vaikutusten malli muodostettiin analysoimaan, miten potilaskokemuksen osatekijät (esimerkiksi henkilökunnan vuorovaikutus ja prosessien laatu) vaikuttavat suoraan asiakkaan tyytyväisyyteen ja WOMiin. Mallin tarkoituksena on selittää, miten potilaskokemuksen osa-alueet vaikuttavat suoraan asiakkaiden käyttäytymiseen.

Taulukko 8. Lineaarisen regressioanalyysin tulokset asiakastyytyväsyydelle ja suositteluaikomukselle (WOM) välittömien vaikutusten mallissa. Regressiokertoimen alapuolella on esitetty tuloksen keskivirhe.

Selittävät muuttujat	Regressiomalli 5 (asiakastyytyväisyys)	Regressiomalli 6 (WOM)
Vakiotermi	-1.298 (0.246)	-0.922 (0.352)
Q_STAFF	0.619*** (0.061)	0.453*** (0.116)
Q_INFO		0.631*** (0.121)
Q_PROCESSES	0.529*** (0.066)	
Q_ENVIRONMENT		
N	132	132
R	0.923	0.847
R^2	0.852	0.717
Korjattu R^2	0.849	0.713
P(F-luku)	<.001	<.001

*** tilastollisesti merkitsevä 0,001 tasolla

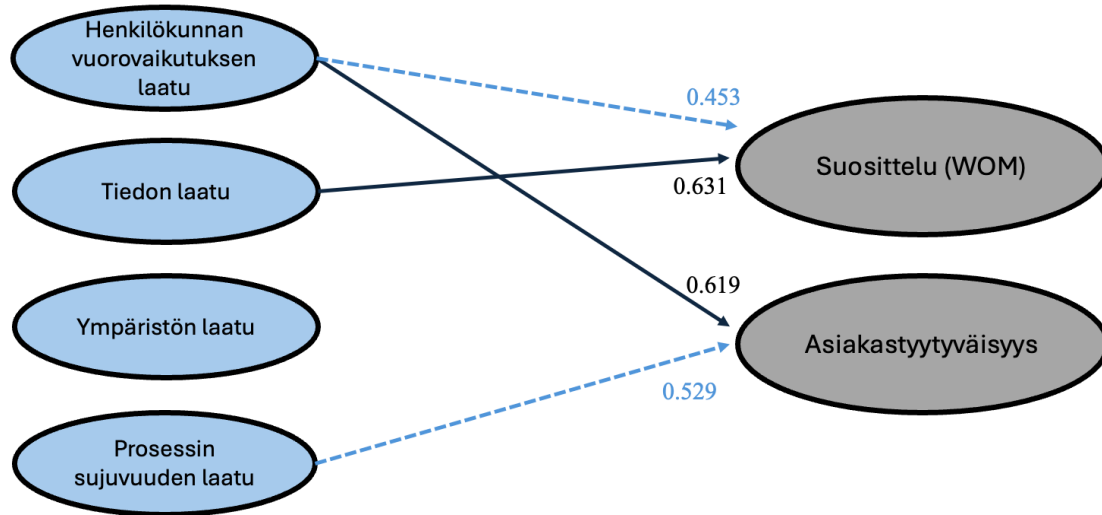
Asiakastyytyväsyydelle saatiin muodostettua regressiomalli, joka selittää asiakastyytyväsyydestä 84,9 % (Korjattu $R^2 = 0.849$). Mallin mukaisesti asiakastyytyväsyyttä selittää parhaiten henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu ja sen jälkeen prosessin sujuvuuden laatu. Muodostettu regressiomalli oli seuraavaa muotoa:

$$\text{Asiakastyytyväisyys} = -1.298 + 0.619 * \text{henkilökunnan vuorovaikutus} + 0.529 * \text{prosessin sujuvuus}$$

Suositteluaikomukselle saatiin myös muodostettua regressiomalli, joka selittää suositteluaikomuksesta 71,3 % (Korjattu $R^2 = 0.713$). Mallin mukaisesti suositteluaikomusta selittää parhaiten tiedon laatu ja sen jälkeen henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu. Muodostettu regressiomalli oli seuraavaa muotoa:

$$\text{Suositteluaikomus (WOM)} = -0.922 + 0.631 * \text{tiedon laatu} + 0.453 * \text{henkilökunnan vuorovaikutus}$$

Regressioanalyysien paljastamat yhteydet välillisten vaikutusten malliin ovat jäsennetty kuvioon 6.



Kuvio 6. Regressioanalyysin yhteydet ja selitysasteet välittömien vaikutusten mallissa

Kuvion vahvat viivat viittaavat yhteyksiin, jotka todettiin regressiomalleissa olevan korkeimman selitysasteen omaavia. Katkoviivalla muodostetut yhteydet viittaavat suhteellisesti heikompaan yhteyteen, vaikkakin tilastollisesti merkittävään.

4.4 Regressioanalyysin tulokset

Yhteenvetona voidaan todeta, että muodostetut mallit selittävät laajasti potilaskokemuksen muodostumista, mutta eivät sisällä kaikkia mahdollisia selittäviä tekijöitä. Välillisten vaikutusten mallissa emotionaalinen arvo nousi keskeiseksi tekijäksi: 83,9 %:n selitysaste osoittaa, että henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu sekä tiedon laatu selittävät ratkaisevan osan emotionaalisen arvonulottuvuuden muodostumisesta. Toiminnallisen arvon selitysaste oli verrattain matalampi (69,1 %), mutta kattaa myös merkittävän osan toiminnallisen arvon muodostumisesta: prosessien sujuvuuden laatu sekä tiedon laatu osoittautuivat sen tärkeimmiksi ajureiksi.

Asiakastyytyväisyyden regressio saavutti erittäin korkean selitysasteen (88,1 %), sisältäen emotionaalisen ja toiminnallisen arvon päällimmäisinä asiakastyytyväisyyttä

selittävinä tekijöinä. Suosittelevaikutuksen (WOM) regressio puolestaan selitti 69,1 % vaihtelusta, ja sen ainoana merkittävänä selittäjänä oli emotionaalinen arvo. Välittömien vaikutusten mallissa asiakastyytyvyyden selitysaste oli edelleen korkea (84,9 %), ja sen taustalla olivat henkilökunnan vuorovaikutuksen ja prosessin sujuvuuden laatu. Suosittelevaikutuksen (WOM) regressiossa selitysaste oli 71,3 %, ja sen keskeisiksi ajureiksi nousivat tiedon laatu ja henkilökunnan vuorovaikutus.

5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Tutkimuksen yhteenveto

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä siitä, miten potilaskokemuksen eri tekijät vaikuttavat potilaan kokemaan arvoon ja sitä kautta käyttäytymiseen. Aiempi tutkimus on käsitellyt potilaskokemuksen yksittäisiä tekijöitä, mutta kokonaisvaltaista lähestymistapaa, jossa huomioidaan eri tekijät, arvonulottuvuudet ja niiden keskinäiset yhteydet käyttäytymiseen, ei ole aiemmin esitetty. Tästä syystä tämä tutkimus ottaa eksploratiivisen otteen, sillä se pyrkii syventämään ymmärrystä ilmiöstä, jota ei ole kattavasti tutkittu.

Eksploratiivisessa eli kartoittavassa tutkimuksessa pyritään tunnistamaan ne asiat, jotka ovat merkityksellisiä tietyn ilmiön ymmärtämiseksi. Tuomen (2007, s. 126) mukaan tällainen lähestymistapa on erityisen hyödyllinen, kun tutkitaan “vähemmän tunnettuja ilmiöitä tai pyritään löytämään uusia näkökulmia ja kehittämään hypoteeseja.” Tämän tutkimuksen päätavoitteena oli kartoittaa, mitkä potilaskokemuksen tekijät selittävät parhaiten potilaan kokemaa arvoa ja käyttäytymistä.

Tässä tutkimuksessa potilaskokemusta lähestytään palvelun laadun kautta, sillä palvelun laatu on vakiinnuttanut asemansa tärkeänä asiakastyytyväisyyden ja suositteluaikomuksen määrittäjänä. Koettu palvelun laatu on asiakastyytyväisyyden ennakoiva tekijä. Lisäksi koetulla palvelun laadulla on sekä suoria että välillisiä vaikutuksia käyttäytymisaikomukseen, kuten positiiviseen suositteluaikomukseen. Palvelun laadun, asiakastyytyväisyyden ja uudelleenasiointiaikomuksen välillä on positiivinen yhteys, ja palvelun laatu vaikuttaa myönteisesti asiakastyytyväisyyteen (Kitapci ym., 2014). Tässä tutkimuksessa tunnistettiin kuitenkin perinteisen palvelun laadun näkökulman rajoitteet ja laajennettiin tarkastelua sisällyttämällä mukaan arvonulottuvuudet. Tämä mahdollisti potilaskokemuksen jäsentämisen asiakaslähtöisemmin huomioiden sekä toiminnalliset että emotionaaliset vaikutustekijät.

Tutkimuksen analyysi muodostui kahdesta osasta: välillisten vaikutusten mallissa tarkasteltiin potilaskokemuksen tekijöiden vaikutusta asiakkaan käyttäytymiseen arvonulottuvuuksien kautta, kun taas välittömien vaikutusten mallissa analysoitiin potilaskokemuksen tekijöiden suoria yhteyksiä käyttäytymiseen. Tämä lähestymistapa mahdollistaa kokonaisvaltaisen ymmärryksen siitä, miten potilaskokemuksen eri tekijät ja arvon ulottuvuudet kytkeytyvät toisiinsa. Tämä tutkimus täydentää tällöin aiempia tutkimuksia, jotka ovat keskittyneet yksittäisiin potilaskokemuksen osatekijöihin, mutta avaa myös uuden näkökulman potilaskokemuksen ja käyttäytymisen välisiin yhteyksiin.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, jossa analyysimenetelmänä käytettiin eksploraatiivisesti regressioanalyysiä. Tämän avulla pyrittiin tunnistamaan potilaskokemuksen tekijöistä ne, jotka selittävät parhaiten asiakasarvon ulottuvuuksia – emotionaalista ja toiminnallista arvoa – sekä niiden vaikutusta potilaan käyttäytymiseen, eli tyytyväisyyteen ja suositteluhalukkuuteen. Eksploraatiivinen lähestymistapa mahdollisti ilmiön tarkastelun uudesta näkökulmasta, sillä aiempi tutkimus ei ole käsitellyt potilaskokemuksen tekijöiden selitysvoimaa suhteessa asiakasarvoon ja käyttäytymiseen. Regressioanalyysi tarjosi joustavan työkalun näiden monimutkaisten yhteyksien kartoittamiseen ja mahdollistaa hypoteesien muodostamisen ja testaamisen jatkotutkimusta varten. Tämä lähestymistapa auttoi luomaan uutta ymmärrystä potilaskokemuksen kokonaisvaltaisista vaikutuksista ja tarjosi käytännönläheisiä näkökulmia potilaslähtöisen palvelukehityksen tueksi.

Välillisten vaikutusten mallin osalta havaittiin, että emotionaalinen arvo selittyi parhaiten henkilökunnan vuorovaikutuksen laadulla (0,650) ja tiedon laadulla (0,472). Toiminnallinen arvo puolestaan selittyi parhaiten prosessin sujuvuuden laadulla (0,642) ja tiedon laadulla (0,366). Toisessa vaiheessa analysoitiin asiakastyytyväisyyttä ja suositteluaikomusta. Asiakastyytyväisyyden malli osoitti, että asiakastyytyväisyyttä selittivät parhaiten koettu emotionaalinen arvo (0,641) ja toiminnallinen arvo (0,331). Suositteluaikomusta taas selitti eniten emotionaalinen arvo (0,912), vaikka mallin selitysaste oli alhaisempi (69,1 %).

On huomioimisen arvoista, että molempia asiakkaan käyttäytymisaikeita – asiakastyytyväisyyttä ja suositteluaikomusta – selitti voimakkaimmin emotionaalinen arvo. Tämä korostaa tunnekokemusten merkitystä potilaskokemuksen keskeisenä

ulottuvuutena. Tulos on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa emotionaalisen arvon tärkeyttä korostettiin julkisen terveydenhuollon potilaskokemuksessa (esim. Kitapci ym., 2014). Tämä tutkimus tunnisti kuitenkin ne tekijät, jotka muodostavat emotionaalisen arvon potilaskokemuksen kontekstissa. Löydös tarjoaa käytännön suuntaviivoja siihen, mihin alueisiin panostamalla voidaan lisätä emotionaalista arvoa. Rodríguez-Fuertesin (2023) mukaan ei ole toista palveluympäristöä, jossa tunteilla olisi yhtä suuri merkitys kuin terveydenhuollossa. Kitapci ym. (2014) taas tukivat määrällisessä tutkimuksessaan hypoteesia, jossa empatialla oli vahva ja suora vaikutus julkisen terveydenhuollon asiakastytyväisyyteen.

Toisessa mallissa, joka keskittyi välittömiin vaikutuksiin, potilaskokemuksen eri tekijöiden suorat vaikutukset asiakastytyväisyyteen ja suositteluaikomukseen tuotiin esille. Mallit osoittivat, että asiakastytyväisyyttä selitti eniten henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu (0,619) ja prosessin sujuvuus (0,529). Suositteluaikomusta puolestaan selitti eniten tiedon laatu (0,631) ja henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu (0,453). Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaskokemuksen osatekijöistä henkilökunnan vuorovaikutus ja tiedon laatu ovat keskeisimpiä asiakastytyväisyyden ja suositteluaikomuksen muodostajia. Tulokset ovat yhteneväisiä aiemman tutkimuskirjallisuuden kanssa, jossa erityisesti empaattisen ja laadukkaan vuorovaikutuksen merkitys potilaskokemuksen osana on noussut esille.

Kiinnostavaa on huomata, että ympäristön laadulla ei ollut selittävää roolia kummassakaan mallissa. On tärkeää huomioida, että regressioanalyysin tulokset osoittavat ainoastaan, mitkä muuttujat selittävät parhaiten selitettävää muuttujaa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö analyysin tuloksissa mainitsemattomilla tekijöillä olisi kuitenkaan roolia potilaskokemuksen muodostamisessa. Vaikka jotkin aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet vain heikon yhteyden fyysisten puitteiden ja esimerkiksi asiakastytyväisyyden välillä (Kitapci ym., 2014), vuosikymmenten ajan tehty ympäristöpsykologian tutkimus kuitenkin korostaa sairaalaympäristön merkitystä esimerkiksi potilaan stressinsäätelyn kannalta (Altringer, 2010). Tämän tutkimuksen tulokset eivät tarkoita, ettei ympäristön laadulla olisi merkitystä potilaskokemuksen kannalta, vaan ainoastaan sitä, että tulosten perusteella sen selittävä rooli ei ole tarpeeksi vahva muiden tekijöiden lomassa.

Molempien mallien regressioiden selitysasteet vaihtelivat 69,1 % ja 88,1 % välillä, mikä osoittaa tulosten selittävän huomattavan osan potilaskokemuksen muodostumisesta. Tämä jättää kuitenkin tilaa muille, tutkimuksen ulkopuolelle jääneille tai vielä tuntemattomille tekijöille, jotka voivat selittää potilaskokemuksen muodostumista entistä enemmän.

Johtopäätöksiä löytyi sekä ensimmäisen että toisen muodostetun mallin osalta. Ensimmäisen mallin osalta on olennaista ymmärtää, että potilaskokemuksen muodostuminen on moniulotteinen prosessi, jossa eri tekijät, kuten henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu, prosessien laatu ja tiedon laatu, näyttelevät keskeistä roolia emotionaalisen ja toiminnallisen arvon muodostumisessa. Lisäksi tulokset viittaavat siihen, että molempien arvonulottuvuuksien vaikutus asiakastytyväisyyteen ja suositteluaikomukseen on oleellinen, mutta vaihtelee niiden suhteellisessa tärkeydessä. Emotionaalisella arvonulottuvuudella on tärkeä rooli asiakastytyväisyyden ja suositteluaikomuksen selittämisessä julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Toisen mallin tulosten osalta on tärkeää huomioida, että potilaskokemuksen eri osatekijöistä henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu selittää parhaiten asiakastytyväisyyttä. Toissijainen asiakastytyväisyyden selittäjä oli myös verrattain korkealla selitysasteella oleva prosessin sujuvuuden laatu. Vaikka henkilökunnan vuorovaikutuksella oli selittävä rooli myös suositteluaikomuksen muodostumisessa, osoittautui tiedon laatu sen ensisijaiseksi selittäväksi tekijäksi.

5.2 Tutkimuksen kontribuutio

Tämän tutkimuksen keskeinen kontribuutio on potilaskokemuksen tarkastelun laajentaminen perinteisestä palvelun laatuun perustuvasta lähestymistavasta kohti asiakaslähtöistä näkökulmaa, jossa huomioidaan potilaan subjektiivinen arvon kokemus ja palvelun henkilökohtainen merkitys. Tämä uusi tarkastelunäkökulma laajentaa potilaskokemuksen ymmärrystä kokonaisvaltaisena konstruktiona, johon vaikuttaa yhtäaikaaisesti moni tekijä.

Aiemmat tutkimuskirjallisuuden lähestymistavat, vaikkakin hyödyllisiä, saattavat rajoittaa potilaskokemuksen ymmärtämistä, sillä ne keskittyvät usein yksittäisiin laadun tekijöihin tai arvonulottuvuuksiin, laiminlyöden laajemman kokonaiskuvan tärkeyden ja

ilmiön monimutkaisuuden tunnistamisen. Aiempi tutkimus on tunnistanut tässä tutkimuksessa tarkasteltujen potilaskokemuksen osatekijöiden roolin kokemuksen muodostumisessa, mutta ei ole käsitellyt näiden osatekijöiden selittävää roolia. Tämän keskeisen tutkimusaukon vuoksi tämä tutkimus tarkastelee ilmiötä kokonaisvaltaisesti yhdistäen niin perinteisen palvelun laadun kuin myös asiakaslähtöisen asiakasarvon näkökulman.

Tässä tutkimuksessa potilaskokemusta tarkastellaan laajempänä kokonaisuutena, jossa otetaan huomioon sekä emotionaaliset että toiminnalliset ulottuvuudet sekä niiden yhteys asiakastyytyväisyyteen ja suositteluaikomukseen. Tutkimus ei siis rajoitu pelkästään siihen, onko potilaskokemus onnistunut, vaan tutkii myös, millaista arvoa kokemus tuottaa potilaalle ja miten tämä arvo ilmenee käytännön tasolla. Tätä tarkastelua havainnollistettiin kahdella mallilla.

Ensimmäinen muodostettu malli, eli välillisten vaikutusten malli, vie eteenpäin aiempaa tutkimusta, kuten Kitapcin ym. (2014) ajatuksia potilaskokemuksen monimuotoisuudesta ja sen muodostumisen moninaisesta prosessista. Ensimmäinen malli ottaa huomioon potilaskokemuksen monimutkaisuuden lisäämällä siihen välittäviä tekijöitä, arvonalottuvuuksia, jotka korostavat kokemuksen muodostumisen kerrostuvaa luonnetta eri tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Tämä lähestymistapa on realistinen, sillä se huomioi potilaskokemuksen moniulotteisena ja monimutkaisena prosessina ilman yksinkertaistettuja syy-seuraussuhteita.

Toinen malli, eli välittömien vaikutusten malli, tarjoaa puolestaan tärkeän näkökulman suoriin yhteyksiin potilaskokemuksen osatekijöiden ja asiakaskäyttäytymisaikeiden välillä, jättäen pois arvonalottuvuuksien välillisen roolin. Tämä lähestymistapa yksinkertaistaa analyysiä ja täsmentää, mitkä potilaskokemuksen tekijät ovat kriittisimpiä asiakastyytyväisyyden ja suositteluaikomuksen muodostumisessa. Mallin tulokset korostavat erityisesti vuorovaikutuksen laadun ja prosessin sujuvuuden keskeistä roolia asiakastyytyväisyyden muodostumisessa, sekä tiedon laadun merkitystä suositteluaikomuksen kannalta.

Tutkimuksen löydökset tukevat osittain aiempia potilaskokemusta koskevia tutkimustuloksia, mutta tuovat esille myös uusia näkökulmia. Erityisesti emotionaalisen

arvon merkitys asiakastyytyväisyyden ja suositteluaikomuksen selittäjänä on linjassa aiempien tutkimusten kanssa, joissa korostetaan empaattisen vuorovaikutuksen ja potilaskeskeisen hoidon tärkeyttä (Kitapci ym., 2014; Rodríguez-Fuertes ym., 2023). Tämä tutkimus vahvistaa näitä havaintoja ja tarjoaa uutta tietoa emotionaalisen arvon ennustavasta roolista potilaiden käyttäytymisaikeissa. Tämän lisäksi tutkimus tuo esiin konkreettisia alueita, joihin panostamalla voidaan parantaa potilaskokemuksen emotionaalista arvoa, tarjoten näin selkeitä suuntaviivoja käytännön toimenpiteisiin.

Uutta tietoa tämä tutkimus tuo erityisesti prosessien sujuvuuden ja tiedon laadun roolista potilaskokemuksen kokonaisvaltaisessa tarkastelussa. Vaikka prosessien merkitys on tunnistettu aiemmissa tutkimuksissa tärkeäksi (esim. Doyle, 2013), niiden yhteys asiakastyytyväisyyteen ja suositteluaikomukseen on jäänyt lähes huomiotta tutkimuskirjallisuudessa.. Vaikka tiedon laadun keskeinen merkitys potilaskokemuksen kannalta on tunnistettu (Doyle ym., 2013; Ahmed ym., 2014; Altringer 2010), sen roolia potilaskokemuksen osatekijänä on tarkasteltu tutkimuksissa varsin niukasti. Suositteluaikomuksen selittäjänä tiedon laatu tarjoaa uuden jatkotutkimusmahdollisuuden terveydenhuollon henkilökunnan kommunikaation ja potilaan osallistamisen kehittämiseen.

Tutkimuksen tulokset täydentävät aiempaa kirjallisuutta korostamalla potilaskokemuksen osatekijöiden moniulotteisuutta ja niiden yhteyksiä. Tämä tarjoaa käytännön sovelluksia terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen, erityisesti niissä tekijöissä, jotka selittävät parhaiten tärkeitä mittareita, kuten asiakastyytyväisyyttä ja suositteluaikomusta. Tulokset täydentävät myös aikaisempia tutkimusasetelmia tarjoamalla kokonaisvaltaisemman mallin potilaskokemuksen ymmärtämiseksi ja kehittämiseksi sekä luovat pohjaa jatkotutkimuksessa testattaville hypoteeseille.

Lopuksi, tämän tutkimuksen kontribuutio ja relevanssi julkisen terveydenhuollon kontekstissa on erityisen merkittävä tilanteessa, jossa julkinen terveydenhuolto Suomessa toimii ainutlaatuisessa regulatiivisessa ympäristössä omine erityispiirteineen ja jännitteineen. Julkisen sektorin palveluiden saatavuus, rahoitus ja lainsäädännölliset raamit luovat haasteita kuin myös mahdolluuksiakin, mitkä voivat vaikuttaa potilaskokemukseen ja sitä kautta myös hoitotuloksiin. Tämä tutkimus osoittaa, miten potilaskokemuksen eri tekijät kietoutuvat yhteen ja paljastaa samalla julkisen

terveydenhuollon eri haasteiden, kuten resurssipulan ja henkilöstön kuormituksen, käytännön vaikutuksen asiakasrajapinnalla. Näiden tekijöiden ymmärtäminen on tärkeää, jotta voidaan kehittää palveluita, jotka vastaavat aidosti potilaiden tarpeisiin ja parantavat samalla terveydenhuollon tehokkuutta.

5.3 Tutkimuksen liikkeenjohdolliset implikaatiot

Tämän tutkimuksen tulokset tarjoavat useita liikkeenjohdollisia implikaatioita, jotka voivat olla hyödyllisiä potilaslähtöisten palvelujen kehittämisessä. Tulokset korostavat erityisesti sitä, kuinka potilaskokemuksen eri tekijät, kuten henkilökunnan vuorovaikutus, prosessien sujuvuus ja tiedon laatu, vaikuttavat suoraan asiakasarvoon ja käyttäytymiseen. Nämä tulokset tarjoavat käytännönläheisiä suosituksia julkisen terveydenhuollon palveluntarjoajille, jotta potilaskokemusta voitaisiin parantaa ja vastata asiakkaiden odotuksiin.

Ensinnäkin tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilaskokemuksessa erityisesti tunnekokemusten, eli emotionaalisen arvon, merkitys on erittäin suuri. Henkilökunnan vuorovaikutus ja empaattisuus nousi keskeiseksi tekijäksi selittäen emotionaalista arvoa ja asiakaskäyttäytymistä. Tämä viittaa siihen, että käytännön tasolla julkisen terveydenhuollon organisaatioiden tulisi investoida entistä enemmän henkilöstön vuorovaikutustaitojen kouluttamiseen erityisesti empatian ja asiakaslähtöisyyden osalta. Liikkeenjohdolle tämä tarkoittaa sitä, ettei potilaskokemuksen parantaminen ole pelkkien teknologisten tai ympäristöllisten tekijöiden varassa, vaan ennen kaikkea inhimillisten. Hoitohenkilökunnan opastaminen empaattiseen vuorovaikutukseen voi parantaa potilaan kokonaiskokemusta ja sitä kautta lisätä asiakastyytyvyyttä ja suosittelevuutta merkittävästi. Potilaskeskeinen organisaatiokulttuuri, joka korostaa tunteiden huomioimista ja vuorovaikutuksen laadun tärkeyttä, on avainasemassa potilaskokemuksen kehittämisessä.

Toiseksi, tutkimuksessa korostui myös tiedon laadun rooli niin emotionaalisen kuin toiminnallisen arvon muodostumisessa, vaikkakaan ei yhtä vahvana kuin henkilökunnan vuorovaikutus tai prosessien sujuvuus. Potilaat arvostavat selkeää, ymmärrettävää ja luotettavaa viestintää toimenpiteistä ja hoitoprosessin eri vaiheista. Tästä syystä julkisessa terveydenhuollossa tulisi panostaa tiedonjaon parantamiseen ja selkeyteen,

erityisesti siinä vaiheessa, kun potilas on itse osallisena päätöksenteossa. Liikkeenjohdollisesti tämä tarkoittaa esimerkiksi kommunikointikanavien kehittämistä, jotka mahdollistavat tiedon jakamisen potilaille selkeästi ja huomioivasti, sekä henkilökunnan opastamista kohti sitä, että potilaan roolia kunnioitetaan päätöksenteossa.

Kolmanneksi, tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että prosessien sujuvuus on merkittävä tekijä toiminnallisen arvon ja asiakastyytyväisyyden selittämisessä. Terveystieteiden palveluntarjoajien tulisi pyrkiä yksinkertaistamaan ja tehostamaan hoitoprosessejaan, lyhentämään odotusaikoja ja tekemään asiakaspolusta mahdollisimman saumaton, alkaen ajanvarauksesta vastaanottohuoneen löytämiseen asti. Käytännössä tämä voisi tarkoittaa muun muassa prosessien uudelleenmuotoilua, jotta vältettäisiin tarpeettomat viivästykset ja sekavuus.

Yksi mielenkiintoinen havainto tutkimuksessa oli, että ympäristön laadulla ei ollut selittävää roolia mihinkään arvonulottuvuuksiin tai käyttäytymistekijöihin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö ympäristön laadulla olisi osaa potilaskokemuksen muodostumisessa: sen rooli on vain vähemmän korostuneena eikä ensisijaisesti selitä asiakasarvon muodostumista tai asiakaskäyttäytymistä. Vaikka vastaanottoympäristön suunnitteluun ja viihtyisyyteen on tärkeää kiinnittää huomiota ja kohdistaa resursseja, tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että ensisijaisesti tulisi keskittyä vahvan emotionaalisen arvon tarjoamiseen.

Lopuksi, tätä tutkimusta voidaan pitää eräänlaisena pohjana liikkeenjohdollisten muutosten toteuttamiselle. Tulosten perusteella terveydenhuollon toimijat voivat ensinnäkin ymmärtää potilaskokemuksen muodostumista paremmin ja kehittää entistä asiakaslähtöisempää terveydenhuollon palvelua, joka perustuu kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen potilaan kokemasta arvosta ja asiakaspolusta. Potilaskokemuksen kaltaisen monimutkaisen ja subjektiivisen ilmiön mittaamisessa on myös oleellista valita mittarit, jotka huomioivat niin ilmiön tunteelliset kuin subjektiivisetkin ulottuvuudet. Tällöin pelkkä perinteinen palvelun laadun mittaaminen ei välttämättä tarjoa kattavaa tai aitoa kuvaa palvelun tilasta, jossa tunteet ja henkilökohtaiset kokemukset ovat keskeisessä roolissa.

5.4 Rajoitukset ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Tässä tutkimuksessa esitetyt tulokset ja muodostetut mallit tarjoavat mielenkiintoista ja uudenlaista kontribuutiota potilaskokemuksen tutkimuskirjallisuuteen, mutta tutkimuksella on myös rajoituksensa. Tämä tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, mikä on ollut pääasiallinen käytössä oleva menetelmä potilaskokemuksen tutkimiselle (Gualandi ym., 2019). Kyselystä kerätty data on kuitenkin altis eri vinoumille, sillä kaukaisten asioiden muistelu on epätarkkaa ja voi aiheuttaa muistiharhaa (engl. *Recall bias*) (Luoto, 2009). Tämä rajoite tiedostettiin ja kyselyn vastauksissa huomioitiin tuoreet, viimeisen 12 kuukauden aikana tapahtuneet potilaskokemukset. Jatkotutkimuksissa tulisi arvioida mahdollisuutta toteuttaa tiedonkeruu välittömästi tai muutaman päivän kuluessa potilaskäynnistä, jotta vastauksissa heijastuisi tuoreimmat kokemukset.

Kyselytutkimuksen heikkouksiin liittyy myös se, ettei menetelmä välttämättä paljasta kaikkia potilaskokemuksen osa-alueita. Monimutkaisessa sairaalaympäristössä monet tekijät voivat vaikuttaa potilaskokemukseen, mukaan lukien kontekstisidonnaiset aika- ja paikkadynamiikat sekä potilaan omat tunteet ja käsitykset. Lisäksi tietyt tutkijat korostavat, että se, mitä potilas muistaa, eroaa siitä, mitä hän kokee reaaliajassa (Gualandi ym., 2019).

Vaikka tässä tutkimuksessa muodostettu lähestymistapa ja mallit perustuvatkin aiempaan tutkimuskirjallisuuteen aiheesta, potilaskokemusta voidaan tutkia monella muullakin tavalla. Tässä tutkimuksessa oli käytössä Rintamäki ym. (2007) arvonulottuvuuksien jako, mutta markkinointikirjallisuus tunnistaa myös muitakin relevantteja ja potentiaalisesti selittäviä tekijöitä omaavia ulottuvuuksia, kuten esimerkiksi hedonistisen ja utilitaristisen (Holbrook & Hirschman, 1982). Eri ulottuvuudet voivat tarjota syvällisempää ymmärrystä ilmiöstä ja potentiaalisesti uusien selittävien tekijöiden tunnistamista.

Lisäksi tämä tutkimus on luonteeltaan eksploratiivinen, jolloin siitä puuttuu täsmällisempien hypoteesien testaaminen ja eri tekijöiden välisten suhteiden vahvistaminen. Stebbins (2001) myös korostaa, että eksploratiivinen tutkimusmenetelmä

vaatii pitkäaikaista kenttätutkimusta. Tästä syystä jatkossa kvalitatiivinen tutkimus aiheesta on perusteltua, sillä se mahdollistaisi potilaskokemuksen moniulotteisen luonteen tutkimisen syvällisemmin.

Myös tutkimuksen otos luo tälle tutkimukselle rajoituksia. Naisten edustus kyselyyn vastanneiden joukossa oli huomattavasti suurempi verrattuna miehiin. Tämän lisäksi vanhempi ikäluokka oli otoksessa aliedustettuna. On myös tärkeää myös huomata, että kyselyyn vastasivat korkeakoulun henkilökunta ja opiskelijat. Tämä rajoittaa tutkimuksen yleistettävyyttä ja korostaa tarvetta jatkotutkimukselle, jossa analysoidaan monipuolisempaa ja laajempaa otosta. Tällöin tulokset edustaisivat monimuotoisempaa väestöryhmää. Esimerkiksi demografisten tekijöiden huomioon ottaminen ja niiden vaikutuksen tarkempi analysointi voisivat tarjota arvokasta lisätietoa. Myös kenttätutkimuksen potentiaalia olisi hyvä harkita jatkotutkimuksessa.

Potilaskokemuksen ymmärtäminen on, kuten aiemmin korostettiin, moniulotteinen prosessi, ja tässä tutkimuksessa sitä tarkasteltiin ennustavien tekijöiden ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Kyseisen näkökulman avulla on avattu uusia ulottuvuuksia potilaskokemuksen ja sen ennustavien tekijöiden tarkasteluun, mutta aiheen monimuotoisuus tuo esille myös useita jatkotutkimusmahdollisuuksia.

Erityisesti potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutuksen välinen yhteys on alue, joka ansaitsee tarkempaa tutkimusta. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että potilaat kokivat vuorovaikutuksen terveydenhuollon ammattilaisten kanssa merkittävänä emotionaalisen arvon ja asiakastyytyväisyyden rakentajana, mutta sen vaikutuksia ei olla tarkasteltu tarpeeksi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kontekstissa. Jatkotutkimuksessa olisi hyödyllistä tutkia, miten ammattilaisten viestintätavat, kuten empatia ja selkeä tiedon välittäminen, vaikuttavat potilaskokemuksen koettuun laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Hyödyllistä olisi myös tutkia terveydenhuollon ammattilaisten asenteita vuorovaikutuksen tärkeyteen, sekä mitkä tekijät vähentävät tai lisäävät mahdollisuuksia tarjota empaattista asiakaspalvelua. Tämä toisi esille terveydenhuollon ammattilaisten näkökulman potilaskokemuksen muodostumisessa.

Tässä tutkimuksessa ei myöskään tarkasteltu sitä, miten potilaan vastaanottotyyppi vaikuttaa kokemuksiin arvonulottuvuuksien tärkeydestä tai asiakaskäyttämiseen.

Tämä olisi tärkeä osa jatkotutkimusta, sillä eri vastaanottotyyppien välillä voi olla merkittäviäkin eroja sen suhteen, millaisia tekijöitä pidetään tärkeänä tai ratkaisevana onnistuneen potilaskokemuksen kannalta. Erityisesti voisi olla mielenkiintoista tutkia, miten hoidon tarpeen kiireellisyys ja hoitotilanteen luonne ennustavat potilaskokemusta eri terveydenhuollon osa-alueilla, ja poikkeavatko ennustavat tekijät hoitomuodosta riippuen.

Lopuksi, tutkimus avaa ovia eri terveydenhuollon sektoreiden erojen tarkastelulle. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon potilaskokemuksen erityispiirteiden vertailu voisi paljastaa eriäväisyyksiä koetuissa kokemuksissa ja tunnistaa kehityskohteita.

LÄHTEET

- Advani, S., Esty, S., Hernandez, K., & Tony D’Emidio. (2019). Solving the customer-experience puzzle: A guidebook for government leaders. In *McKinsey Insights*. McKinsey & Company, Inc.
- Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 7(3), 235–241. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5>
- Ali, J., Jusoh, A., Idris, N., & Nor, K. M. (2024). Healthcare service quality and patient satisfaction: a conceptual framework. *The International Journal of Quality & Reliability Management*, 41(2), 608–627. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-04-2022-0136>
- Altringer, B. (2010). The emotional experience of patient care: a case for innovation in health care design. *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(3), 174–177. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2009.009064>
- Arnould, E. J., & Price, L. L. (1993). River magic: extraordinary experience and the extended service encounter. *The Journal of Consumer Research*, 20(1), 24–45. <https://doi.org/10.1086/209331>
- Baker, J., Parasuraman, A., Grewal, D., & Voss, G. B. (2002). The Influence of Multiple Store Environment Cues on Perceived Merchandise Value and Patronage Intentions. *Journal of Marketing*, 66(2), 120–141. <https://doi.org/10.1509/jmkg.66.2.120.18470>
- Becker, L., & Jaakkola, E. (2020). Customer experience: fundamental premises and implications for research. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 48(4), 630–648. <https://doi.org/10.1007/s11747-019-00718-x>
- Benson, T., & Benson, A. (2023). Routine measurement of patient experience. *BMJ Open Quality*, 12(1), e002073-. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2022-002073>
- Berry, L. L., Carbone, L. P., & Haeckel, S. H. (2002). Managing the total customer experience. *MIT Sloan Management Review*, 43(3), 85-.
- Birnbach, D. J., King, D., Vlaev, I., Rosen, L. F., & Harvey, P. D. (2013). Impact of environmental olfactory cues on hand hygiene behaviour in a simulated hospital environment: a randomized study. *The Journal of Hospital Infection*, 85(1), 79–81. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2013.06.008>
- Brocato, E. D., Voorhees, C. M., & Baker, J. (2012). Understanding the Influence of Cues from Other Customers in the Service Experience: A Scale Development and Validation. *Journal of Retailing*, 88(3), 384–398. <https://doi.org/10.1016/j.jretai.2012.01.006>
- Carù, A., Cova, B., & Elina Jaakkola, A. H. and D. L. A.-S. (2015). Co-creating the collective service experience. *International Journal of Service Industry Management*, 26(2), 276–294. <https://doi.org/10.1108/JOSM-07-2014-0170>

- Centers for Medicare & Medicaid Services, Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems, HCAHPS & CAHPS. Noudettu 11.1.2025 osoitteesta <https://www.cms.gov/data-research/research/consumer-assessment-healthcare-providers-systems/hospital-cahps-hcahps>
- Charry, K., Coussement, K., Demoulin, N., & Heuvinck, N. (2016). Regression Analysis. In *Marketing Research with IBM® SPSS Statistics* (1st ed., Vol. 1, pp. 175–228). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315525532-7>
- Davies, E. L., Bulto, L. N., Walsh, A., Pollock, D., Langton, V. M., Laing, R. E., Graham, A., Arnold-Chamney, M., & Kelly, J. (2023). Reporting and conducting patient journey mapping research in healthcare: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 83–100. <https://doi.org/10.1111/jan.15479>
- Davies, M., & Hughes, N. (2014). *Doing a successful research project: using qualitative or quantitative methods* (2nd edition.). Palgrave Macmillan.
- De Keyser, Arne & Lemon, Katherine & Klaus, Phil & Keiningham, Timothy. (2015). A Framework for Understanding and Managing the Customer Experience.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1), e001570-. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>
- Doyle, P. (1989). Building successful brands: The strategic options. *Journal of Marketing Management*, 5(1), 77–95. <https://doi.org/10.1080/0267257X.1989.9964089>
- Dube, L., Belanger, M.-C., & Trudeau, E. (1996). The role of emotions in health care satisfaction. In *Marketing health services* (Vol. 16, Number 2, pp. 45-). American Marketing Association.
- Ekinci, Y. (2015). *Designing research questionnaires: for business and management students* (1st ed.). SAGE Publications.
- Elinkeinoelämän valtuuskunta (2022) *Terveysthuolto toimii suomalaisten mielestä huonosti*. Noudettu 18.2.2025 osoitteesta <https://www.eva.fi/blog/2022/01/18/terveydenhuolto-toimii-suomalaisten-mielesta-huonosti/>
- Franses, P. H., & Paap, R. (2001). *Quantitative Models in Marketing Research* (1st ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511753794>
- de Fresnes, Tulikukka. (2024) Yle: Asiantuntijat sanovat suoraan, mistä julkisen terveydenhuollon palveluista pitää ehkä luopua: vastaa, mitä mieltä itse olet. Noudettu 15.2.2025 osoitteesta <https://yle.fi/a/74-20111199>
- Gahler, M., Klein, J. F., & Paul, M. (2023). Customer Experience: Conceptualization, Measurement, and Application in Omnichannel Environments. *Journal of Service Research : JSR*, 26(2), 191–211. <https://doi.org/10.1177/10946705221126590>

- Gentile, C., Noci, G., & Spiller, N. (2007). How to Sustain the Customer Experience: An Overview of Experience Components that Co-create Value With the Customer. *European Management Journal*, 25(5), 395–410. <https://doi.org/10.1016/j.emj.2007.08.005>
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44. <https://doi.org/10.1108/EUM00000000004784>
- Grönroos, C., & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(2), 133–150. <https://doi.org/10.1007/s11747-012-0308-3>
- Gualandi, R., Masella, C., Piredda, M., Ercoli, M., & Tartaglini, D. (2021). What does the patient have to say? Valuing the patient experience to improve the patient journey. *BMC Health Services Research*, 21(1), 347–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06341-3>
- Gualandi, R., Masella, C., Viglione, D., & Tartaglini, D. (2019). Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? *PloS One*, 14(12), e0224899–e0224899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224899>
- Gustafsson, Y. (2022). Terveysthuollon tunteellinen tehostaminen. *niin & näin*, 4(115), 73–84. <https://netn.fi/sites/www.netn.fi/files/netn224-13.pdf>
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C., & Curtis, L. (2002). A Place to Heal: Environmental Sources of Satisfaction Among Hospital Patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), 1276–1299. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01436>
- Hill, N. (2017). *How to measure customer satisfaction* (R. MacDougall & J. Brierley, Eds.; Second edition.). Routledge.
- Holbrook, M. B., & Hirschman, E. C. (1982). The Experiential Aspects of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings, and Fun. *The Journal of Consumer Research*, 9(2), 132–140. <https://doi.org/10.1086/208906>
- Howick, J., & Rees, S. (2017). Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(9), 352–357. <https://doi.org/10.1177/0141076817714443>
- Huete-Alcocer, N. (2017). A Literature Review of Word of Mouth and Electronic Word of Mouth: Implications for Consumer Behavior. *Frontiers in Psychology*, 8, 1256–1256. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01256>
- Hvidman, U., & Andersen, S. C. (2016). Perceptions of Public and Private Performance: Evidence from a Survey Experiment. *Public Administration Review*, 76(1), 111–120. <https://doi.org/10.1111/puar.12441>
- Jason Wolf, Victoria Niederhauser, Dianne Marshburn, & Sherri LaVela. (2014). Defining Patient Experience. *Patient Experience Journal*, 1(1).

- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446–452. <https://doi.org/10.1177/0141076816680120>
- Jones, M. A., Reynolds, K. E., & Arnold, M. J. (2006). Hedonic and utilitarian shopping value: Investigating differential effects on retail outcomes. *Journal of Business Research*, 59(9), 974–981. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2006.03.006>
- Jonkisz, A., Karniej, P., & Krasowska, D. (2021). SERVQUAL Method as an “Old New” Tool for Improving the Quality of Medical Services: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10758-. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010758>
- Joseph, A. L., Kushniruk, A. W., Borycki, E. M. (2020). Patient journey mapping: Current practices, challenges and future opportunities in healthcare. *Knowledge Management & E-Learning*, 12(4), 387–404. <https://doi.org/10.34105/j.kmel.2020.12.021>
- Jovarauskiene, Donata, and Eglė Gaulė. “Customer Value First: Improving the Customer Experience in Public Services.” *Viešoji Politika Ir Administravimas*, vol. 21, no. 1, 2022, pp. 129–42, <https://doi.org/10.5755/j01.ppa.21.1.29900>.
- Kash, B. A., McKahan, M., Tomaszewski, L., & McMaughan, D. (2018). The four Ps of patient experience: A new strategic framework informed by theory and practice. *Health Marketing Quarterly*, 35(4), 313–325. <https://doi.org/10.1080/07359683.2018.1524598>
- Ketokivi, M. (2015). *Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi* (2. laaj. laitos). Gaudeamus.
- Kokko, Outi. Sosiaali- ja terveystalouden työntekijät tyrmäävät sote-uudistuksen täysin – lähes kaikki on mennyt pieleen (2023) yle.fi. <https://www.is.fi/taloussanomat/art-2000009537915.html>
- Komulainen, M. 2018. Menesty Digimarkkinoilla. Kauppakamari.
- Kranzbühler, A., Kleijnen, M. H. P., Morgan, R. E., & Teerling, M. (2018). The Multilevel Nature of Customer Experience Research: An Integrative Review and Research Agenda. *International Journal of Management Reviews: IJMR*, 20(2), 433–456. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12140>
- Laakariliitto (2024). *Lääkäriliiton valtuuskunnan julkilausuma 17.5.2024: Hallituksen toimet vaarantavat julkisen terveydenhuollon*. Noudettu 12.5.2025 osoitteesta <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/laakariliiton-valtuuskunnan-julkilausuma-17.5.2024-hallituksen-toimet-vaarantavat-julkisen-terveydenhuollon/>
- Lemon, K. N., & Verhoef, P. C. (2016). Understanding Customer Experience Throughout the Customer Journey. *Journal of Marketing*, 80(6), 69–96. <https://doi.org/10.1509/jm.15.0420>
- Lidl. *Säästä hinnasta, älä laadusta*. Noudettu 18.1.2025 osoitteesta <https://www.lidl.fi/c/hintayllaettaeae/s10022343>

- Luoto, R. (2009). Planning of a questionnaire survey. Teoksessa *Duodecim (Helsinki, Finland : 1961)* (Vsk. 125, Numero 15, ss. 1647–1653).
- Magi, A. W. (2003). Share of wallet in retailing: the effects of customer satisfaction, loyalty cards and shopper characteristics. *Journal of Retailing*, 79(2), 97–106. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(03\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(03)00008-3)
- Mahajan, G. (2020). What Is Customer Value and How Can You Create It? *Journal of Creating Value*, 6(1), 119–121. <https://doi.org/10.1177/2394964320903557>
- Maria Ugolini, M., Rossato, C., & Baccarani, C. (2014). A five-senses perspective to quality in hospitals. *TQM Journal*, 26(3), 284–299. <https://doi.org/10.1108/TQM-01-2014-0010>
- McLean, G. J. (2017). Investigating the online customer experience – a B2B perspective. *Marketing Intelligence & Planning*, 35(5), 657–672. <https://doi.org/10.1108/MIP-12-2016-0222>
- Meyer, C., & Schwager, A. (2007). Understanding customer experience. In *Harvard business review* (Vol. 85, Number 2, pp. 116–157). Harvard Business Review.
- Mikkola, T., & Saarijärvi, H. (2022). *Hyvä potilaskokemus on osa laatua*. Suomen lääkärilehti. Vuosikerta 77, Nro 33-34, Sivut 1346-1349.
- Murrells, T., Robert, G., Adams, M., Morrow, E., & Maben, J. (2013). Measuring relational aspects of hospital care in England with the ‘Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation’ (PEECH) survey questionnaire. *BMJ Open*, 3(1), e002211. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002211>
- Parasuraman, A. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–37.
- Pennington, A. (2016). *The customer experience book: How to design, measure and improve customer experience in your business*. Harlow, England: Pearson Education.
- Petermans, A., & Van Cleempoel, K. (2009). Retail Design and the Experience Economy: Where Are We (Going)? *Design Principles & Practices*, 3(1), 171–182. <https://doi.org/10.18848/1833-1874/CGP/v03i01/37604>
- Philpot, L. M., Khokhar, B. A., DeZutter, M. A., Loftus, C. G., Stehr, H. I., Ramar, P., Madson, L. P., & Ebbert, J. O. (2019). Creation of a Patient-Centered Journey Map to Improve the Patient Experience: A Mixed Methods Approach. *Mayo Clinic Proceedings. Innovations, Quality & Outcomes*, 3(4), 466–475. <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.07.004>
- Pine, 2nd, & Gilmore, J. H. (1998). Welcome to the experience economy. In *Harvard business review* (Vol. 76, Number 4, pp. 97–105). Harvard Business School Press.
- Riemersma-van der Lek, R. F., Swaab, D. F., Twisk, J., Hol, E. M., Hoogendijk, W. J. G., & Van Someren, E. J. W. (2008). Effect of Bright Light and Melatonin on Cognitive and Noncognitive Function in Elderly Residents of Group Care Facilities: A Randomized

- Controlled Trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 299(22), 2642–2655. <https://doi.org/10.1001/jama.299.22.2642>
- Rintamäki, T., & Kirves, K. (2017). From perceptions to propositions: Profiling customer value across retail contexts. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 37, 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2016.07.016>
- Rintamäki, T., Kuusela, H., & Mitronen, L. (2007). Identifying competitive customer value propositions in retailing. *Managing Service Quality*, 17(6), 621–634. <https://doi.org/10.1108/09604520710834975>
- Rodríguez-Fuertes, A., Reinares-Lara, P., & Garcia-Henche, B. (2023). Incorporation of the emotional indicators of the patient journey into healthcare organization management. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 26(1), 297–306. <https://doi.org/10.1111/hex.13656>
- Roustán, G., Loro, M., Rosell, Á., Menchen, B., Vicente, O., Elosua-González, M., Castaño, J. L., Peña, C., & Isidoro, O. (2024). Development of a Patient Journey Map for Improving Patient Experience and Quality of Atopic Dermatitis Care. *Dermatology and Therapy*, 14(2), 505–519. <https://doi.org/10.1007/s13555-024-01100-8>
- Ryu, K., & Han, H. (2011). New or repeat customers: How does physical environment influence their restaurant experience? *International Journal of Hospitality Management*, 30(3), 599–611. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2010.11.004>
- Saarijärvi, H., & Puustinen, P. (2020). *Strategiana asiakaskokemus : miksi, mitä, miten?* Docendo.
- Salem Khalifa, Azaddin. “Customer Value: A Review of Recent Literature and an Integrative Configuration.” *Management Decision*, vol. 42, no. 5, 2004, pp. 645–66, <https://doi.org/10.1108/00251740410538497>.
- Schmitt, B. (1999). Experiential Marketing. *Journal of Marketing Management*, 15(1–3), 53–67. <https://doi.org/10.1362/026725799784870496>
- Schneider, A., Hommel, G., & Blettner, M. (2010). Linear Regression Analysis. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0776>
- Selltiz, C. (1959). *Research methods in social relations*.
- Smith, J. Brock, and Mark Colgate. “Customer Value Creation: A Practical Framework.” *Journal of Marketing Theory and Practice*, vol. 15, no. 1, 2007, pp. 7–23, <https://doi.org/10.2753/MTP1069-6679150101>.
- Song, Y., et al. “Auditory Experience in Vehicles: A Systematic Review and Future Research Directions.” *Heliyon*, vol. 10, no. 15, 2024, pp. e34838-, <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e34838>.
- Stebbins, R. A. (2001). *Exploratory Research in the Social Sciences* (1st ed., Vol. 48). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412984249>

- Sze Yeoh, Joanne Pei, et al. "The Impact of Musical Fit and Sound Design on Consumers' Perception of a Luxury Car Ad." *Luxury (London)*, vol. 9, no. 2–3, 2022, pp. 165–84, <https://doi.org/10.1080/20511817.2022.2224496>.
- Tietoarkisto. *Tutkimusprosessi*. Noudettu 17.2.2025 osoitteesta <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/tutkimus/prosessi/>
- Tony D'Emidio, and Jonah Wagner. "Understanding the Customer Experience with Government." *McKinsey Insights*, McKinsey & Company, Inc, 2018.
- Tuomi, J. (2007). *Tutki ja lue: johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen*. Tammi.
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos). Tammi.
- Uusitalo, H. (1991). *Tiede, tutkimus ja tutkielma: johdatus tutkielman maailmaan*. WSOY.
- Verhoef, P. C., Lemon, K. N., Parasuraman, A., Roggeveen, A., Tsiros, M., & Schlesinger, L. A. (2009). Customer Experience Creation: Determinants, Dynamics and Management Strategies. *Journal of Retailing*, 85(1), 31–41. <https://doi.org/10.1016/j.jretai.2008.11.001>
- Walter, U., Edvardsson, B., & Öström, Å. (2010). Drivers of customers' service experiences: a study in the restaurant industry. *Managing Service Quality*, 20(3), 236–258. <https://doi.org/10.1108/09604521011041961>
- Yang, Wan, and Anna S. Mattila. "Why Do We Buy Luxury Experiences?: Measuring Value Perceptions of Luxury Hospitality Services." *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, vol. 28, no. 9, 2016, pp. 1848–67, <https://doi.org/10.1108/IJCHM-11-2014-0579>.
- Yrjölä, M., Rintamäki, T., Saarijärvi, H., Joensuu, J., & Kulkarni, G. (2019). A customer value perspective to service experiences in restaurants. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 51, 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2019.05.030>

LIITE 1: KYSELYLOMAKE

Oletko asioinut terveydenhuollon lähivastaanotolla viimeisen kahdentoista (12) kuukauden aikana?

Kyllä En

Olen...

Nainen Mies Muu En halua vastata

Kuulun ikäryhmään...

18-24

25-29

30-34

35-39

40-44

45-49

50-54

55-59

60-64

65+

Mikä seuraavista kuvaa parhaiten viimeisintä vastaanottoasi?

Perusterveydenhuolto (esim. terveyskeskuslääkäri, fysioterapia tai mielenterveyspalvelut)

Erikoissairaanhoito (esim. sairaalan poliklinikka, leikkaukset, erikoistunut tutkimus tai hoito)

Äkillinen päivystyskäynti (esim. tapaturma tai äkillinen sairaus)

Muu

Toiminnallisen arvonulottuvuuden kysymykset (mukaillen [Rintamäki & Kirves, 2017](#))

Sain tarvitsemani hoidon tai vastauksen terveysongelmaani.

Sain tarvitsemani hoidon tai vastauksen nopeasti.

Käynti sujui vaivattomasti.

Sain tilanteeseeni sopivan hoidon tai vastauksen helposti.

Emotionaalisen arvonulottuvuuden kysymykset (mukaillen [Rintamäki & Kirves, 2017](#))

Käynti paransi mielialaani tai vähensi huoliani terveysongelmista.

Koin käynnin kokonaisuudessaan miellyttäväksi.

Käynti sai minut tuntemaan oloni turvalliseksi ja kuulluksi.

Olin tyytyväinen käynnillä saamaani palveluun ja huolenpitoon.

Henkilökunnan vuorovaikutuksen laatu (mukaillen [HCAHPS, 2018](#); [Benson & Benson, 2023](#); [Murrels, 2013](#))

Henkilökunta oli kohtelias minua kohtaan.

Henkilökunta kohteli minua ystävällisesti.

Henkilökunta kuunteli ja selitti minulle asiat ymmärrettävästi.

Henkilökunta käytti sopivaa äänensävyä kommunikoidessaan kanssani.

Sain tarvitsemani huomion ja tuen henkilökunnalta.

Tiedon laatu (mukaillen [HCAHPS, 2018](#); [Murrels, 2013](#))

Henkilökunnalla oli ajantasaiset tiedot tilanteestani.

Henkilökunta oli avoin ja rehellinen.

Tunsin olevani hyvin informoitu käynnin aikana. Tiesin, mitä tapahtui, mitä minun tuli tehdä ja mitä voin odottaa.

Henkilökunta laati minulle selvät jatkohoito-ohjeet, jos se oli tarpeen.

Henkilökunta antoi riittävästi tietoa oireista tai terveysongelmista, joihin minun tulisi kiinnittää huomiota jatkossa.

Fyysisen ympäristön laatu (mukaillen HCAHPS, 2018; Ryu & Han, 2011)

Vastaanottotilojen huonekalut vastasivat odotuksiani.

Vastaanottotilat olivat siistit ja hyvin ylläpidetyt käyntini aikana.

Vastaanottotilat tarjosivat riittävästi tilaa ja mukavuutta.

Vastaanottotilojen tilajärjestely tarjosi minulle riittävästi yksityisyyttä.

Kyltit, merkinnät ja tilajärjestelyt helpottivat liikkumistani vastaanottotiloissa.

Tilojen värit ja sisustus loivat miellyttävän ilmapiirin.

Vastaanottotilan haju oli sopiva sairaalaympäristöön.

Vastaanottotilojen huonekalut vastasivat odotuksiani.

Prosessin ja sujuvuuden laatu (mukaillen Benson & Benson, 2023; Murrels, 2013; CAHPS, 2020)

Vastaanotto alkoi viivästyksettä.

Henkilökunta vaikutti itsevarmalta ja kyvykkäältä suorittamaan tehtäviään.

Henkilökunnan toiminta oli sujuvaa ja organisoitua.

Sain vastaanottoajan yhtä nopeasti kuin toivoinkin.

Henkilökunnalla oli saatavilla tarvittavat tiedot minusta.

Minuun käytettiin riittävästi aikaa tämän vastaanottokäynnin aikana.

Tyytyväisyys (mukaillen Mägi, 2003)

Kuinka tyytyväinen olit kyseiseen käyntiin?

Kuinka hyvin käynti täytti odotuksesi?

Kuvittele täydellinen terveydenhuollon kokemus. Kuinka lähellä viimeinen kokemuksesi oli täydellistä?

Suositteluaikomus (mukaillen Jones ym., 2006)

On todennäköistä, että kertoisin muille myönteisiä asioita kyseisestä toimipisteestä.

Voisin suositella kyseistä toimipistettä ystävilleni ja sukulaisilleni.

Tulen suosittelemaan kyseistä toimipistettä muille.
