



HELENATUORILA

Potilaskuluttaja terveismarkkinoilla

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa

English summary

Tampereen yliopisto
Tampere 2000

Potilaskuluttaja terveystarkkinoilla

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos

Myynti



Tampereen yliopiston
julkaisujen myynti
PL 617
33101 Tampere

Puh. (03) 215 6055
Fax (03) 215 7150
taju@uta.fi
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Acta Universitatis Tamperensis 764
ISBN 951-44-4887-1
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 52
ISBN 951-44-4888-X
ISSN 1456-954X

Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print
Tampere 2000



HELENATUORILA

Potilaskuluttaja terveismarkkinoilla

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Pinnin kiinteistön
Paavo Koli -salissa, Kehruukoulunkatu 1, Tampere,
lauantaina 26. päivänä elokuuta 2000 klo 12.

English summary

Tampereen yliopisto
Tampere 2000

ESIPUHE

Kiinnostukseni terveydenhuoltopalveluksiin perustuu siihen faktaan, että kaikki ihmiset tarvitsevat niitä säännöllisesti tai satunnaisesti. Osa kansalaisista käyttää ensisijaisesti julkisen sektorin tuottamia palveluksia ja osa taas kääntyy mieluummin yksityisen sektorin puoleen. Suurin osa kansalaisista sukkuloi näiden kahden sektorin välillä tarpeiden vaatimalla tavalla. Yksityisen ja julkisen sektorin tarjoamien palvelusten laatuun ja asiakaspalveluun liittyy monenlaisia myyttejä. Näiden myyttien perusteella kiinnostuin nimenomaan yksityisistä terveydenhuoltopalvelusten tarjoajista. Myyttien tutkiminen sellaisenaan ei kuitenkaan herättänyt niin paljoa kiinnostusta kuin tiedon hankkiminen siitä, miten yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjät kokevat ja käsittävät oikeuksiensa toteutumisen yksityisten lääkäriasemien asiakaspalvelussa.

Tutkimusta ovat taloudellisesti tukeneet Suomen Kulttuurirahasto, Tamperelaisen tutkimustyön tukisäätiö, Tampereen Yliopiston Tukisäätiö ja Sotainvalidien veljesliiton Etelä-Pohjanmaan piiri ry:n naisjaosto, joita kaikkia kiitän saamastani tuesta.

Tutkimuksen mahdollistumisesta kiitän tutkimukseen osallistuneiden tamperelaisten hammaslääkäri- ja lääkäriasemien henkilökuntaa ja asiakkaita. Kuluttajavalituslautakunnasta kiitän ylitarkastaja Kirsi-Marja Piikkiä ja arkistonhoitaja Oili Kukkola.

Tutkimuksen ohjauksesta, virikkeellisistä keskusteluista ja eri käsikirjoitusversioiden kommentoimisesta kiitän tutkimukseni ohjaajana toiminutta yliassistentti Jari Heinosta, professori Heikki Lehosta, lehtori Ranja Aukeeta, tutkimuspäällikkö Juha Teperiä, erikoistutkija Timo Karjalaista, professori Juha Kääriäistä, kehittämispäällikkö Mikko Mäntysaarta, professori Hannu Kuusela ja professori Briitta Koskiahon-Cronströmiä. Väitöskirjani esitarkastajina toimineita professori Päivi Åstedt-Kurkea ja professori Juha Kinnusta kiitän käsikirjoitukseni viimeistelyvaiheessa saamistani asiantuntevista kommentteista.

Oman erityisen kiitoksensa ansaitsevat vanhempani ja Timo loppumattomasta ja vilpittömästä kannustuksesta.

Lopuksi haluan kiittää kaikkia niitä tässä erikseen nimeltä mainitsemattomia henkilöitä, jotka ovat vuosien mittaan tavalla tai toisella edesauttaneet väitöskirjani valmistumista. Tämä tutkimus on merkinnyt askel askeleelta myötä- ja vastoin käymisten kautta tapahtunutta yhden tien loppuun asti kulkeamista ja seuraavan aloittamista.

Kannistossa kesäkuussa 2000

Helena Tuorila

Tiivistelmä

Tutkin tutkimuksessa, miten potilaskuluttajat kokevat ja käsittävät terveydenhuoltopalvelusten tarjontaan liittyvien oikeuksiensa toteutumisen yksityisten lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Tulokset auttavat ymmärtämään, miten potilaskuluttajat jäsentävät asiakaspalvelua ja muodostavat tulkintansa oikeuksien toteutumisesta. Tutkimus kaventaa osaltaan aukkoa yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutumista koskevassa tutkimustiedossa. Tutkimus perustuu 47 potilaskuluttajan haastatteluun ja 104 kuluttajavalituslautakuntaan yksityisistä terveydenhuoltopalveluksista tehtyyn valitukseen. Empiiristen aineistojen kvalitatiivisessa analysoinnissa simuloituvat fenomenologiselle tutkimusotteelle leimalliset periaatteet.

Tutkimustulosten perusteella yksityisten terveydenhuoltopalvelusten saavutettavuuteen liittyvät merkitykset osoittavat, että potilaskuluttajien subjektiiviset näkemykset palvelusten saamisen nopeudesta ja tarvittavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä ohjaavat heidät yksityiselle sektorille. Muiden potilaskuluttajien suositukset toimivat tehokkaampana palvelusten tarjoajien tekemien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden mainontana kuin kuluttajavalitukseksi jäävä mainonta.

Terveydenhuoltopalvelusten hankkimiseen sisältyvien oikeuksien toteutumiselle annettujen merkitysten mukaan potilaskuluttajat arvioivat odotusten täyttymisen kautta tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden lopputulosta. Kohtelun laatua potilaskuluttajat arvioivat saamansa vilpittömän huomion määrän perusteella. Riittävän tiedon saaminen palvelusten hankinnassa edellyttää potilaskuluttajilta pakkoaktiivisuutta tiedonhankinnassa. Itsemääräämisen osalta potilaskuluttajat kantavat vastuun siitä, että he siirtävät päätöksenteon tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä lääkärille.

Terveydenhuoltopalvelusten jälkihoitoon sisältyvät merkitykset osoittavat, että potilaskuluttajat kyseenalaistavat potilasasiamiehen luotettavuuden tämän organisatorisen aseman vuoksi. Potilasasiakirjoihin kohdistuva vähäinen kiinnostus ilmentää sitä, etteivät potilaskuluttajat miellä asiakirjoja yhdeksi tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden hankinnan pitkävaikutteiseksi lopputulokseksi. Potilaskuluttajat kokevat palvelusten tarjoajan vaihtamisen tehokkaimmaksi tyytymättömyyden ilmaisukeinoksi sen taloudellisten seuraamusten vuoksi.

Oikeuksien toteutumiseen sisältyvät merkitykset osoittavat, että potilaskuluttajat arvioivat asiakaspalvelua tuntemuksillaan. Potilaskuluttajan persoonaan perustuvien tuntemusten vahvuus on siinä, ettei palvelusten tarjoaja voi kyseenalaistaa niiden sisältöä tiedonpuutteella tai väärinymmärryksellä. Asiakaspalvelun eri vaiheiden aikana muodostuvien merkitysten verkostoituneisuuden seurauksena potilaskuluttajat kokevat palvelusten tarjonnan yhtenä kokonaisuutena. He arvioivat asiakaspalvelua tärkeimmäksi kokemansa tekijän kautta. Potilaskuluttajat eivät ole sisäistäneet kaupallista toimintatapaa palvelusten toimintaympäristöstä huolimatta, sillä he ovat kasvaneet sisään julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Tämän seurauksena potilaskuluttajat toimivat yksityisiä palveluksia hankkiessaan niin kuin he asioisivat julkisella sektorilla.

Avainsanat: potilaat, kuluttajat, oikeudet, terveydenhuolto, yksityiset palvelut

Summary

The purpose of this study is to examine how patientconsumers experience and understand the realization of their rights included in health care in customer service of private clinics. The results help to understand how patientconsumers analyze customer service and form their interpretations of the realization of rights. This study reduces the gap existing in the knowledge of the realization of rights of private health care users. The study is based on 47 patientconsumers' interviews and 104 complaints of private health care services from the archives of consumer complaint board. Qualitative data analysis was based on a method simulating phenomenological approach.

According to the results the meanings included in getting private health care services indicate that patientconsumers' subjective views on how quickly they receive services and what kind of services they need direct them to private sector. Recommendations from other patientconsumers function as more effective advertising the services than the official advertising resembling consumer education.

Patientconsumers evaluate through the realization of their expetations the result of services. The quality of treatment is evaluated through the amount of sincere attention. The presupposition of getting enough information in getting services is compulsive activity. About the self-determination patientconsumers take the responsibility that they delegate the decision making about the services to the doctor.

The meanings included in the after-care of health care services indicate that patientconsumers question the reliability of patientombudsman because of his/her organisational status. Patientconsumers are not so much intrested in their medical records which indicates that they don't consider these documents to be one of the long-acting result of these services. According to the patientconsumers' experience the most effective way of expressing the dissatisfaction is to change service provider because of its economical consequences.

The meanings included in the realization of rights indicate that patientconsumers evaluate the customer service through their feelings. The strength of these feelings based on the personality of patientconsumer is that service provider can not question them baccuse of inadequate information or misunderstanding. During the different phases of customer service patientconsumers experience it as whole. They evaluate customer service through the factor felt to be the most important. Patientconsumers have not internalized commercial mode of action in spite of commercial surroundings. Patientconsumers have grown into public health care system. Because of this patientconsumers act getting private service as if they were in public sector.

Keywords: patients, consumers, rights, health care, private services

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	10
1.1. Terveydenhuollon kaksijakoisuus	10
1.2. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten esiinnousu	11
1.3. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutumiseen kohdistuvien tutkimusten vähäisyys	15
1.4. Tutkimuksen rakenne	17
2. YKSITYISTEN TERVEYDENHUOLTOPALVELUSTEN TARJONTAAN LIITTYVÄT LÄHTÖKOHDAT	19
2.1. Käsitteet	19
2.2. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten sisällöllinen ja maantieteellinen tarjonta	22
2.3. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjontaan liittyvät ominaispiirteet	24
2.4. Yhteenveto yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjontaan liittyvistä lähtökohdista	30
3. POTILASKULUTTAJAAN LIITTYVÄT LÄHTÖKOHDAT	32
3.1. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten asiakas – potilaskuluttaja	32
3.2. Potilaskuluttajan asema terveydenhuoltopalvelusten asiakkaana	38
3.3. Yhteenveto potilaskuluttajaan liittyvistä lähtökohdista	44
4. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA RAJAUKSET	46
5. TUTKIMUKSEN AINEISTO, MENETELMÄT JA ANALYYSI	48
5.1. Tutkimuksen tiedonhankinta	48
5.1.1. Haastatteluaineisto	49
5.1.2. Valitustapausaineisto	55
5.2. Empiiristen aineistojen analyysi	60
6. YKSITYISTEN TERVEYDENHUOLTOPALVELUSTEN SAAVUTETTAVUUS	66
6.1. Hoitoon pääsemisen kokeminen	66
6.1.1. Yksityisen sektorin valitseminen	66
6.1.2. Palvelusten tarjoajan valitseminen	69
6.1.3. Vastaanottoajan saaminen	71
6.2. Mainonnan vähäisyys ja asiapainotteisuus	74
6.3. Yhteenveto yksityisten terveydenhuoltopalvelusten saavutettavuudesta	76

7. TERVEYDENHUOLTOPALVELUSTEN HANKKIMINEN	78
7.1. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden laadun arvioiminen	78
7.2. Hyvä kohtelu	82
7.2.1. Potilaskuluttajien määrittelemä hyvä kohtelu	82
7.2.2. Potilaskuluttajien (hammas)lääkäriasemalla saama kohtelu	84
7.2.3. Palveluympäristö asiakasystävällisyyden ilmentäjänä	89
7.3. Tiedonsaannin kokeminen asiakaspalvelussa	90
7.3.1. Tiedonsaanti terveydentilasta	90
7.3.2. Hintatietojen selvittäminen jää potilaskuluttajille	95
7.4. Itsemäärääminen	99
7.4.1. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvän päätöksenteon delegoiminen lääkärille	100
7.4.2. Päätöksenteon delegoimisen taloudellinen turvallisuus	103
7.5. Yhteenvedo terveydenhuoltopalvelusten hankkimisen kokemisesta	106
8. TERVEYDENHUOLTOPALVELUSTEN JÄLKIHOITO	109
8.1. Potilasasiakirjojen luottamuksellisuus	109
8.1.1. Tietosuojaan kohdistuvat odotukset	110
8.1.2. Tietosuojan pitävyyteen kohdistuvat epäilykset	111
8.1.3. Vähäinen kiinnostus potilasasiakirjoihin	112
8.2. Potilasasiamies	113
8.2.1. Potilasasiamiehen kohdistuva luottamuspula	114
8.3. Tyytymättömyyden ilmaiseminen	116
8.3.1. Valittamisen kaksijakoisuus	118
8.3.2. Sanaton valittaminen – palvelusten tarjoajan vaihtaminen	120
8.4. Yhteenvedo terveydenhuoltopalvelusten jälkihoidon kokemisesta	125
9. POHDINTA	127
9.1. Tutkimuksen tavoite ja menetelmät	127
9.2. Tutkimustulosten hyödynnettävyys	134
9.3. Tutkimuksen luotettavuus	135
9.4. Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset	138
9.5. Tutkimuksen tulosten tarkastelu	139
9.5.1. Tuntemusten merkitys asiakaspalvelun arvioimisessa	141
9.5.2. Merkitysten verkostoituneisuus	144
9.5.3. Potilaskuluttajat asiakaspalvelun myötätuottajina	146
9.6. Jatkotutkimusehdotukset	150
LÄHTEET	154
LIITTEET	171
Liite 1a. Yksityisiä terveyden- ja sairaanhoitopalveluksia tuottavat toimipaikat, henkilöstö ja liikevaihto, 1990 – 1993	
Liite 1b. Yksityisiä terveyden- ja sairaanhoitopalveluksia tuottavat toimipaikat, henkilöstö ja liikevaihto, 1994 – 1997	
Liite 2. Haastatteluinformaatio	
Liite 3. Haastatteluteemat	
Liite 4. Kuluttajavalituslautakunnan valituslomake	

1. JOHDANTO

1.1. Terveysthuollon kaksijakoisuus

Suomalainen terveydenhuoltopalvelusten tarjontajärjestelmä on monimuotoinen. Se koostuu itsenäisistä ammatinharjoittajista, osakeyhtiöinä toimivista lääkärikeskuksista ja muista hoitolaitoksista, aatteellisesti riippumattomien yhteisöjen ja säätiöiden omistamista toimipaikoista, työnantajien järjestämistä palveluksista, kuntien ja kuntayhtymien omistamista terveyskeskuksista ja sairaaloista sekä valtion sairaaloista. (Ailus 1993, 131.)

Pääasiallinen vastuu palvelusten järjestämisestä kuuluu julkiselle sektorille, erityisesti kunnille. Niiden velvollisuutena on huolehtia perus- ja erikoisterveydenhuollon palvelusten järjestämisestä koko maan kattavasti (erikoissairaanhoitolaki 3 §; kansanterveyslaki 14 §; kunnallislaki 5 §). Perusterveydenhuollosta vastaavat terveyskeskukset ja erikoissairaanhoidosta pääosin sairaaloiden poliklinikat. Valtion kaksi mielisairaala sekä puolustusvoimain, rajavartiolaitoksen ja oikeusministeriön vankeinhoito-osaston alaiset sairaanhoitoyksiköt (Swahne 1996) täydentävät kunnallissektorin tarjontaa.

Yksityisen sektorin merkitys on kaksijakoinen. Useimmiten kuulee mainittavan, että se täydentää julkista sektoria. Käytännössä täydentävä rooli merkitsee Hans Södergårdin (1998, 66) mukaan sitä, että yksityisen sektorin kapasiteetti otetaan käyttöön julkisen sektorin kapasiteetin loppuessa. Sosiaali- ja terveysministeriö tai sairaanhoitopiirit eivät tietoisesti hänen mukaan ohjaa tähän suuntaan. Ohjaus yksityiselle sektorille tapahtuu palvelusten käyttäjien omien valintojen ja kuntien ostopalvelusopimusten kautta. Lisäksi yksityinen sektori muodostaa kilpailevan vaihtoehdon julkisille palveluksille (Kietz 1990, 81; Nissinen ym. 1994, 314; Vuori 1993b) niin, että se antaa palvelusten käyttäjälle toisen mahdollisuuden hoitonsa ja hoitavan lääkärin valitsemiseen.

Yksityisellä terveydenhuoltosektorilla avohoitoa antavissa toimipaikoissa oli käyntien yhteismäärä 13,4 miljoonaa vuonna 1997. Kunnallisten terveyskeskusten avohoitokäyntien määrä oli samaan aikaan noin 30,5 miljoonaa,

joten yksityisten palvelusten tarjoajien osuus käynneistä on merkittävä. (Niskanen - Swahne 1998.) Tämä antaa selvän perusteen tutkia yksityisiä terveydenhuoltopalveluksia.

1.2. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten esiinnousu

1990-luvun alussa maamme kohdannut taloudellinen lama on johtanut julkisen terveydenhuoltosektorin taloudellisten toimintaresurssien supistumiseen. Muutoksiin sopeutumista on vaikeuttanut se, että resurssien kaventuessa palvelusten kysynnän suhde tarjontaan nähden on kasvanut. Väestön ikärakenteen vanhentuessa terveydenhuoltopalveluksia tarvitsevien henkilöiden määrä kasvaa (Nyman 1993, 29-30), mikä lisää ikääntymisen oireita lieventävien palvelusten kysyntää (Södergård 1998). Palvelusten kysyntää kasvattavat myös elintason nousu ja terveyden arvostuksen lisääntyminen.

Ristiriitainen tilanne on johtanut palvelusten tarjonnan uudelleenjärjestämiseen ja muuttuneessa tilanteessa toimivien ratkaisujen etsimiseen (Sipilä - Anttonen 1994, 51-52). Priorisoinnin välttämättömyys taloudellisten resurssien ohjausvälineenä on terveydenhuollossa ollut selvä pitkään. Sitä on toteutettu piilopriorisointien kautta tai rakenteellisina rationalisointeina. (Isomäki 1998; Kinnunen 1999, 12; Ryytänen ym. 1999.) Rakenteellisesti näkyvin muutos on ollut pyrkimys kansalaisia lähellä olevien avohuollon palvelusten ja niitä tukevien hoitomuotojen lisäämiseen kalliin laitoshoidon supistamiseksi. (Korkeila - Tuori 1996, 61; Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet 1996; Rintala 1997; Uusitalo – Konttinen 1995.) Muutoksiin sopeutuminen on merkinnyt uuden aikakauden alkamista terveydenhuoltopalvelusten tarjonnassa.

Priorisoinnista huolimatta ei terveydenhuoltosektorin saneerauksessa ole luovuttu sosiaalisen tasa-arvoisuuden periaatteesta. Palvelusten tarjontarakenteen muutoksen arvolähtökohtana on ollut se, että sopeutuminen supistuvan talouden oloihin tulee toteuttaa tavalla, joka on sopuinnassa pohjoismaisen hyvinvointiyhteiskunnan periaatteiden kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000-2003 (Sosiaali- ja terveys-

ministeriö 1999b) todetaan, että palvelusten saatavuus turvataan ja palvelukset järjestetään nykyistä tehokkaammin. Tämä edellyttää muun muassa uudenlaisia palvelusten järjestämis- ja tuottamistapoja, laadunhallinnan menetelmien kehittämistä ja käyttöönottoa, tietoteknologian laaja-alaista hyödyntämistä, pnostamista saumattomien palveluketjujen aikaansaamiseen sekä toimivaa yhteistyötä terveyssektorin sisällä ja sen ulkopuolella olevien toimijoiden kesken.

Ideologisena kysymyksenä esillä ollut julkisen ja yksityisen sektorin välinen työnjako on muuttunut saneerauksessa käytännölliseksi kysymykseksi (Anttonen - Sipilä 1992, 436; Uusitalo 1990, 350). Sakari Alhopuro (1991) näkee tilanteen niin, että mahdollisimman suureen tehokkuuteen ja taloudellisuuden pyrkiminen edellyttää eri sektoreiden toiminta-alueiden ja yhteistyön ennakoluulotonta uudelleenmitoittamista. Ratkaisuksi tilanteeseen on tarjottu sosiaalipolitiikan muotisuuntaukseksi muuttunutta "welfare mixiä". Siinä esitetään toisaalta yksityisen ja julkisen sektorin rinnakkaiseloä hyvinvointipalvelusten tuottamisessa, toisaalta palvelusten käyttäjien suurempaa omavastuuta. (Isomäki 1998, 75.)

Palvelusten tarjontarakenteen muutosvaatimukset ovat kiinnittyneet taloudellisiin tekijöihin. Julkisen sektorin ajautuminen taloudellisiin vaikeuksiin on johtanut kustannustietoisuuden ja tuloshakuisuuden lisääntymisen myötä markkinaperustaisen toiminnan puolesta puhumiseen (Karisto 1990, 366). Eri-laisista markkinaperiaatteiden sovelluksista, kuten kilpailuttamisesta ja sisäisistä markkinoista on etsitty ratkaisua terveydenhuollon ongelmien ratkaisemiseen (Pekurinen ym. 1997, 1). Tosin kansalaisten mielipiteiden tasolla näyttää Pauli Forman (1998, 146) tutkimuksen perusteella julkisen sektorin saama tuki lisääntyneen ja yksityisen sektorin kannatus vähentyneen. Markkinat ja kaupallisuus eivät kuitenkaan ole viime vuosien ilmiö. Ne ovat rakentuneet pitkällä aikavälillä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän osaksi. Julkisen terveydenhuollon vaihtoehtona ja täydentäjänä on ollut aina yksityisiä terveydenhuolto-palveluksia (Kietz 1990).

Yksityisen sektorin markkinastrategia vastaa Raija Julkusen (1992b, 11) mukaan ajankohtaisiin kysymyksiin, kun aikaisempaa julkisen sektorin hallitsemaa toimintatapaa joudutaan muuttamaan. Markkinoihin liitetään taloudel-

lisuus ja tehokkuus, palvelusten joustavuus asiakkaiden muuttuvien vaatimusten ja tarpeiden mukaan, palvelusten korkea laatu ja vapaa valinnan mahdollisuus. Yksityiset palvelusten tarjoajat voivat vastata nopeasti kansalaisten tarpeisiin, sillä ne ovat jäykän julkisen suunnittelun ja ohjauksen ulkopuolella. Myöskään organisatoriset rajat eivät säätele niiden toimintaa julkisten yksiköiden tapaan. Anneli Anttonen ja Jorma Sipilä (1992, 444) katsovat markkinamekanismin karsivan turhia kustannuksia palvelusten tarjoajilta ja tarjoavan kansalaisille autonomiaa, yksilöllisyyttä ja valintoja. Julkisen hallinnon näkökulmasta markkinastrategia on houkutteleva mahdollisuus ylikuormittuneisuuden ja julkisen sektorin menojen karsimiseen. (Ks. myös Okko 1995.)

Vuoden 1993 valtiosuusuudistus merkitsi siirtymistä keskitetystä ja valtakunnallisesta suunnitelmataloudesta puolittaisten markkinoiden soveltamiseen terveyspalvelusten kysynnän ja tarjonnan tasapainottamisessa. Palvelusten järjestämisvelvollisuus ja tuottaminen erotetaan toisistaan. Kunnat voivat käyttää niille suoraan maksettavat valtiosuudet haluamallaan tavalla hankkiakseen tarvitsemansa terveydenhuollon palvelukset. Kunta voi tuottaa palvelukset itse, yhdessä muiden kuntien kanssa tai ostaa ne muilta julkisilta tai yksityisiltä tahoilta. Uudessa toimintamallissa kunnan tehtävänä on kilpailuttaa terveydenhuoltopalvelusten tarjoajia voidakseen valita parhaiten tarpeitaan vastaavan vaihtoehdon. Kilpailun uskotaan parantavan kustannustietoisuutta, kannustavan arvioimaan tarkemmin palvelujen hinta-laatu -suhdetta ja lisäävän hoitokäytäntöjen kriittistä arviointia (Pekurinen 1994, 11). Yksityiselle sektorille tilanne on haastava, sillä se saa tilaisuuden näyttää toimivuutensa ja tehokkuutensa. (von Hertzen 1993; Kekomäki 1993, 20; Kokko - Heikkilä 1995; Leppo 1994, 15; Sosiaali- ja terveysministeriö 1998, 14.)

Yksityistäminen ja palvelusten markkinoistaminen eivät suomalaisessa yhteiskunnassa ole edenneet niin nopeasti kuin monet asian puolesta puhujat olisivat halunneet (Helander 1999, 128). Aarne Pasanen ja Taito Pekkarinen (1995, 554-555) toteavat, että vuonna 1994 ainoastaan kymmenen prosenttia terveydenhuoltotoiminnasta oli kilpailutettua. Pisimmälle julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyö on ehtinyt Pirkanmaalla, missä useat kunnat ostavat erikoislääkäripalveluksia yksityisiltä lääkäriasemilta (Kangas

1998). Hyvän esimerkin yhteistyöstä tarjoaa myös Oulun Diakonissalaitos, jolla on sopimus terveydenhoidon yhteistyöstä 17 kunnan kanssa (Södergård 1998, 33). Markkina-ajattelun sisäistämisen myötä yksityinen vaihtoehto nähdään uhan sijaan mahdollisuutena. Kilpailuttamisen toteutuminen vaatii kaupallisen asenteen sisäistämistä ja markkinaperustaisen toiminnan oppimista, mikä ei tapahdu yhtäkkiä. Totuttautumisviiveen vuoksi vasta 2000-luvun alkupuoli paljastaa, missä määrin kunnallinen sektori osaa hyväksikäyttää etenkin alihankinnassa yksityisen sektorin kapasiteettia.

Markkinoiden esiin nostaminen terveydenhuoltopalvelusten tarjontaa koskevassa keskustelussa kiinnittää huomion muutospaineisiin vaikuttavaan ideologiseen muutokseen. Markkinoiden ihannoiti ilmentää muutosta yhteisen vastuun korostamisesta yksilön vastuuseen. Maailman terveysjärjestön Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993) palvelusten käyttäjät nähdään oman elämänsä ja terveytensä subjekteina. Heidän odotetaan osallistuvan ja olevan täysivaltaisia toimijoita terveydenhuoltopalveluksia hankkiessaan ja suhteessaan terveydenhuollon suunnitteluun. (Kumpusalo ym. 1991; Vuorenheimo 1992, 50; vrt. Karisto ym. 1989, 204.)

Palveluksia tarvitsevien henkilöiden vastuuta terveydestään halutaan kasvattaa (Häggman-Laitila - Åstedt-Kurki 1995; Koistinen 1995). Kansalaisille suunnattavassa terveyspolitiikassa painotetaan entistä enemmän terveyskasvatusta ja ennaltaehkäisevää toimintaa. Terveydenhuoltomenoista halutaan siirtää suurempi osa palvelusten käyttäjille ja lisätä heidän vastuutaan palvelusten hankinnassa (vrt. Hugman 1994; Kuusinen 1993, 14). Helena Leino-Kilven ym. (1993) mukaan lisääntyneet taloudellisuusvaatimukset vaativat ihmisiä selviämään melko itsenäisesti. Näkyvä osoitus taloudellisen vastuun korostamisesta on palvelumaksujen periminen julkisista palveluksista, mikä toimii yksityisten palvelusten puolestapuhujana. Palvelumaksujen maksaminen perinteisesti palvelusten hankintatilanteessa ilmaisista julkisista palveluksista totuttaa asiakkaat siihen, että tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä on maksettava. Tällöin kynnys yksityisten palvelusten käyttämiselle alenee. Julkisten terveydenhuoltopalvelusten ilmaisuudesta puhuminen on kuitenkin harhaanjohtavaa, sillä niiden tuottaminen ei ole veronmaksajille ilmaista (vrt. Vienonen 1996, 83).

Hyvinvointipalvelusten tarjonnassa tähdättiin 1960- ja 1970 -luvuilla teollisen kulttuurin mukaisesti jatkuvaan kasvuun, erikoistumiseen, yleispäteviin standardiratkaisuihin ja luotettiin suuriin yksiköihin. Palvelusten tarjontaa ohjasi niiden tarjoajan näkökulma. Kuten Antti Hautamäki (1996, 9) asian ilmaisee, on moderni yhteiskunta kypsymässä täysi-ikäisyyteen, joka on yksilöllisten ratkaisujen aikakautta. Yhteinäiskulttuurin sijaan tulee monikulttuurisuus ja erilaiset arvopohjat. Muuttuvassa yhteiskunnassa on tarjottava palveluksia, joissa asiakkaiden näkökulma otetaan huomioon entistä paremmin. Palvelusten yksilöllisyyttä korostava ajattelutapa on noussut esiin yhteiskunnallisessa palvelukulttuurissa (vrt. Vertio 1993, 19). Asiakkaiden tarpeet ovat aikaisempaa enemmän huomion kohteena palvelusten suunnittelussa ja tarjonnassa, sillä terveydenhuoltotoiminta rakentuu heidän ympärilleen. Kaikille samanlaisiksi standardoidut, keskitetyt, jäykät ja rationalisoidut massapalvelukset eivät vastaa kansalaisten tarpeita (Heinonen 1993). Palveluksia tulee tarjota joustavasti kunkin asiakkaan tarpeisiin räätälöityinä, mikä on ollut yksityisten palvelusten tarjoajien toiminnan kulmakiviä vuosikymmenten ajan. (Karisto 1990; Kortteinen 1992.)

1.3. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutumiseen kohdistuvien tutkimusten vähäisyys

Suomalainen terveydenhuoltopalvelusten käyttäjä voi lähteä siitä ajatuksesta, että tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tekniseen laatuun kiinnitetään huomiota. Terveystieteiden henkilöstön koulutustaso ja palvelusten tieteellis-tekninen laatutaso ovat kansainvälisesti katsoen hyviä (Ryynänen ym. 1999, 128-129). Lisäksi ammatinharjoittajien valvonta on tehokkaasti järjestetty ja lääkkeiden sekä lääkintälaitteiden valvonta korkeaa eurooppalaista tasoa (Mäkelä 1993, 22). Pelkästään palvelusten hyvään tekniseen laatuun panostaminen ei riitä, vaan myös asiakaspalvelun tulee olla hyvälaatuista.

Terveydenhuoltosektorilla on alettu panostaa palvelusten ja asiakaspalvelun laadun parantamiseen (Pohjola 1993, 20; ks. myös Outinen ym. 1994; 1996; STAKES 1995). Laatututkimus on priorisoinut itsensä merkittäväksi tut-

kimukselliseksi painopistealueeksi kaiken muun terveydenhuoltosektorilla tehtävän tutkimuksen rinnalla. Maarit Outisen ja Salla Sainion (1997) kokoama kirjallisuuskatsaus osoittaa, että hyvää hoitoa ja asiakaspalvelun laatua käsitteleviä tutkimuksia on tehty runsaasti eri näkökulmista eri terveydenhuollon osa-alueilla.

Terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksista on kirjoitettu paljon. Nämä oikeudet ovat kuitenkin jääneet tutkimuksellisen mielenkiinnon kohteina marginaaliseen asemaan. Erityisesti näin on tapahtunut yksityisellä sektorilla. Tiedonhaku Linnea tietokantoihin (Linda, Manda ja Arto) sekä tiedonhaku Northern Light hakuohjelmalla osoitti, ettei empiirisiä akateemisia tutkimuksia siitä, miten yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjät tulkitsevat yksilöllisten kokemustensa ja käsitystensä perusteella palvelusten tarjontaan liittyvien oikeuksiensa toteutumisen lääkäriasemien asiakaspalvelussa ole, kun hakusanoina toimivat potilas/patient, kuluttaja/consumer, oikeudet/rights, terveydenhuolto/health care, yksityiset palvelut/private services. Aikaisempien tutkimusten esitleminen on näin mahdotonta. Yksittäiset toimipaikat seuraavat kyllä sisäisesti asiakaspalvelunsa laatua erilaisilla asiakaskyselyillä. Yleisesti yksityisistä terveydenhuoltopalveluksista tehtyjen tutkimusten painopiste on yritystoiminnan sisäisiin ja ulkoisiin taloudellisiin kysymyksiin ja toimintaedellytyksiin keskittyvissä tutkimuksissa.

Selitys tiedon puuttumiselle löytyy toiminnasta itsestään. Suomalaisessa terveydenhuoltopalvelusten tarjontajärjestelmässä yksityinen sektori toimii julkisen terveydenhuollon kanssa symbioosissa. Toisaalta terveydenhuollossa lääketieteelliset kysymykset hallitsevat uuden tiedon tuotantoa, vaikkakin yksityisellä sektorilla toimintaympäristö kallistaa tutkimuksellisen painopisteen toimintaedellytysten taloudellis-juridisiin kysymyksiin.

Palvelusten laadun tutkimuksessa lainsäädäntö ei ole löytänyt omaa paikkaansa tutkimuksellisena lähtökohtana, vaikka se määrittelee monella tavalla laatua. Lainsäädäntöön sisältyy säädöksiä, jotka koskevat terveydenhuoltopalvelusten järjestämistapoja, toimintamuotoja, terveydenhuoltohenkilöstön koulutusta ja ammatinharjoittamista sekä palvelusten käyttäjän oikeuksia. Konkreettisimmin lainsäädäntö määrittelee laatua määrittämällä ne palve-

lusten tarjoajien toiminnalle asetettavat vähimmäisvaatimukset, joiden rajoissa toiminta tapahtuu laillisesti. Palvelusten käyttäjälle säädetyistä oikeuksista seuraa palvelusten tarjoajalle velvollisuuksia (Ilveskivi 1997, 40). Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/94) 15.2 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon mitä potilaan oikeuksista säädetään. Selityksistä huolimatta pidän yksityiseen terveydenhuoltosektoriin kohdistuvan tutkimuksen vähäisyyttä laiminlyöntinä.

Laatukäsitteen kehittyminen on Maarit Outisen ym. (1994) mukaan edennyt vaiheittain. Vaiheissa näkyvät ne erilaiset painotukset, miten käytännössä on pyritty vaikuttamaan laatuun. Jokainen vaihe on täydentänyt edellistä ja tuonut mukanaan uusia näkökulmia. Tutkimuksellani nostan esiin potilaskuluttajan oikeudet asiakaspalvelun laadun kriteereinä. Lisäksi kavennan aukkoa yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutumista koskevassa tutkimustiedossa. Toisaalta aikaisemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu hoitoa ja sen laatua. Tutkimuksessani näkökulmani on tällaisia tutkimuksia laajempi, sillä en rajoitu hoidon tarkastelemiseen, vaan kohteena on koko asiakaspalvelu.

1.4. Tutkimuksen rakenne

Tutkimus jakaantuu neljään osaan. Ensimmäisessä ja toisessa osassa esitän tutkimukseen liittyvän esiyymmärryksen. Ensimmäisessä osassa esitän tutkimuksen toimintaympäristöön eli yksityisiin terveydenhuoltopalveluksiin ja toimijaan eli potilaskuluttajaan liittyvät lähtökohdat, joihin sisältyy analyttisten käsitteiden eksplikointi. Toisessa osassa esitän tutkimuksen tavoitteen sekä siihen liittyvät rajaukset. Ennen aineistojen analysoinnin teknisten ja ajatuksellisten operaatioiden läpikäymistä käsittelen sisäisen ja ulkoisen kuvauksen osalta aineistoina käyttämiäni lääkäriasemien asiakkaiden teemahaastatteluja ja kuluttajavalituslautakuntaan tehtyjä valituksia.

Luvuissa kuusi, seitsemän ja kahdeksan esitän tutkimustulokseni siitä, miten potilaskuluttajat tulkitsevat omakohtaisten kokemustensa ja käsi-

tystensä perusteella palvelusten tarjontaan liittyvien oikeuksiensa toteutumisen yksityisten lääkäriasemien asiakaspalvelussa ja minkälaisia merkityksiä näihin kokemuksiin ja käsityksiin sisältyy. Luvuissa paljastan myös näihin oikeuksiin sisältyvän esiyymmärryksen tuomalla esiin sen, mitä näistä oikeuksista sanotaan niiden määrittelyperspektiivinä olevissa säädöksissä. En kuitenkaan pyri muotoilemaan rajoiltaan täsmällisiä oikeuksia, sillä useissa tilanteissa on juridiselta kannalta vaikea sanoa, mitä johonkin oikeuteen kuuluu tai miten se olisi toteutettava, jotta se tapahtuisi lainmukaisesti. Tämä johtuu siitä, että oikeusnormien yleinen, abstrakti ja käsitteellinen kieli on kömpelö sääntelyn väline. Lisäksi syynä on se, ettei kieliopillinen laintulkinta tuota aina lopullista vastausta oikeuksien sisältökysymykseen. Tekstin yhtenäisyyden säilymiseksi kytken näissä luvuissa tulokset aikaisempaan tutkimustietoon ja esitän asiakaspalvelun kehittämisehdotuksia.

Neljännessä osassa pohdin tutkimuksen tavoitetta ja menetelmiä, luotettavuutta ja tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä sekä tulosten hyödynnettävyyttä. Ennen tutkimusprosessin aikana syntyneiden jatkotutkimusehdotusten esittämistä pohdin vielä tutkimustuloksia kokonaisuutena niin, että tuntemusten merkitys asiakaspalvelun arvioimisessa, merkitysten verkostoituneisuus ja potilaskuluttajat asiakaspalvelun myötätuottajina muodostavat kukin oman kokonaisuutensa.

2. YKSITYISTEN TERVEYDENHUOLTOPALVELUSTEN TARJONTAAN LIITTYVÄT LÄHTÖKOHDAT

2.1. Käsitteet

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjoajalla tarkoitan talousyksikköä, joka kattaa menonsa kokonaan tai osittain myyntituloin ja jonka pääasiallisena tarkoituksena on tarjota tavaroita tai palveluksia myytäväksi tuotantokustannukset peittävään hintaan.

Yksityisillä terveydenhuoltopalveluksilla tarkoitan yksityisestä terveydenhuollosta annetun lain (152/90) 2 §:ssä määritellyjä toimintoja eli erilaista laboratoriotoimintaa, radiologista toimintaa ja muita siihen verrattavia kuvantamis- ja tutkimusmenetelmiä, muita terveydentilan tai sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittämiseksi tehtäviä tutkimuksia ja toimenpiteitä, fysioterapeuttista toimintaa ja muita suorituskykyä parantavia ja ylläpitäviä toimenpiteitä ja terapi- oita, työterveyshuoltoa, lääkäri- ja hammaslääkäripalveluksia ja muuta terveyden- ja sairaanhoitoa ja näihin rinnastettavia palveluksia sekä hierontaa. (Ks. myös asetus yksityisestä terveydenhuollosta (744/90); Pantti 1993, 9-10.)

Kirjallisuudessa käytetään pääsääntöisesti termiä palvelut tarkoitetta- essa terveydenhuoltoalan hyödykkeitä. Tästä poikkeavat esimerkiksi Onni Vauhkonen (1992) ja Jari Vuori (1993a), jotka käyttävät termiä palvelus. Käy- tettiinpä kumpaa hyvänsä katsotaan sen sisältävän lääketieteellistä asiantun- temusta edellyttävän tutkimus- tai hoitotoimenpiteen ja siihen liittyvät oheis- toiminnot. Palvelus ja palvelu merkitsevät kuitenkin erillisiä asioita, vaikka niillä on kiinteä suhde toisiinsa. Tutkimuksessani kutsun terveydenhuollossa tarjotta- via hyödykkeitä palveluksiksi ja niiden tarjoamiseen liittyviä oheistoimintoja pal- veluksi. (Vrt. Uskali 1993, 197; Vuorela 1989.)

Palveluksen ymmärrän siten, että se on joko sellaisenaan tai osaksi tavaroista koostuvan tuotekokonaisuuden osana tarjottava aineeton hyödyke (Lahtinen ym. 1989, 22). Terveydenhuollon viitekehyksessä palvelus tarkoittaa lääketieteellistä asiantuntemusta edellyttävää tutkimus- tai hoitotoimenpidettä.

Palvelu on ymmärrykseni mukaan palvelusten tarjoajien kaupankäynnissään harjoittamaa toimintaa. Se on yksi vuorovaikutusmarkkinoinnin kilpailukeino, jolla yritys voi pyrkiä kysyntänsä kasvattamiseen. Palvelulla tarkoitetaan henkilökunnan toteuttamaa asiakaspalvelua. Palveluun kuuluu esimerkiksi tiedottaminen, puhelinpalvelu, ajanvaraus, opastus ja neuvonta, odotus- ja kassapalvelut. (Lahtinen ym. 1989, 22; Lahtinen - Isoviita 1994.) Christian Grönroos (1990a, 46-49) kuvaa kirjassaan lukuisia muita palvelun määritelmiä.

Christian Grönroos (1990b) sekä Maija Nakari ja Liisa Kirveskangas (1996) tuovat vastaavan kahtiajaon esiin laadun muodostumisessa. Ensinnäkin osoittaa, miten palvelut jaetaan englanninkielisessä kirjallisuudessa tekniseen ja toiminnalliseen osaan. Tekninen osa käsittää sen, mitä yritys tekee asiakkaalle, toiminnallinen osa sen, miten tekninen osa toiminnallisesti toteutetaan. Jälkimmäisenä mainitut jakavat palvelut tekniseen ja inhimilliseen osaan. Tekninen laatu muodostuu mm. käytettävissä olevista tiloista, laitteista ja välineistä, mutta myös ammattitaidosta ja osaamisesta. Näiden vaikutus kohdistuu palvelujen virheettömyyteen ja varmuuteen sekä palvelujen määrään ja tarjoamiseen. Inhimillisessä laadussa on kyse asenteista, käyttäytymisestä, uskottavuudesta, johdonmukaisesta toiminnasta ja vuorovaikutustaidoista.

Palvelun osalta suuntaudun asiakaspalveluun. Asiakaspalvelu muodostaa tutkimuksen kohteena olevan elämismaailman kontekstin (ks. Varto 1992). Se toimii yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien kokemusten ja käsitysten merkityshorisonttina. Käsitteellisesti asiakaspalvelulla ei ole vaikiintunutta sisältöä. Se on monenlaisten tekijöiden kokonaisuus. Se voi sisältää mitä erilaisimpia asioita palvelusten käyttäjän ja tarjoajan suorasta vuorovaikutuksesta, fyysisestä toimintaympäristöstä, viestinnästä siihen kiinnittyvine ongelmineen aina palvelusten käyttäjän ja tarjoajan suhdetta määrittäviin yleisiin normeihin asti. (Tuomikoski 1987.) Tutkimuksessani tarkoitan asiakaspalvelulla kokonaisvaltaista vuorovaikutusta terveydenhuoltopalvelusten tarjoajan ja niitä tarvitsevan henkilön välillä. Toimintaa, jonka tavoitteena on palveluksia tarvitsevan henkilön välitön palvelu ja hänen välillinen tyytyväisyytensä niin, että asiakaspalvelu ymmärretään kaikeksi asiakkaan hyväksi tapahtuvaksi toimin-

naksi. Kaj Storbacka ja Jarmo R. Lehtinen (1997) puhuvat tässä yhteydessä kokonaisvaltaisesta asiakkuusajattelusta.

Maija Nakarin ja Liisa Kirveskankaan (1996) mukaan asiakaspalvelun laadulle ei löydy yksiselitteistä määritelmää sen enempää kuin oikeaa lähestymistapaa. Määritelmiä voidaan osoittaa yhtä monta kuin määrittelijöitä. Esiymmärrykseni mukaan laadukkaan asiakaspalvelun perustan terveydenhuollossa muodostaa asiakkaan oikeuksien toteutuminen ja asiakaspalvelun laadun tärkeimmän arvioinnin toteuttavat sen saajat (Harisalo - Miettinen 1995a, 49-50; vrt. Karjalainen 1994b; Uskali 1993, 205) omien subjektiivisten kokemustensa ja käsitystensä perusteella. Tämä pätee suurimpaan osaan terveydenhuoltopalveluksia. Poikkeuksen muodostavat esimerkiksi vastoin omaa tahtoaan hoitettavana olevat henkilöt.

Tutkimuksessani erotan analyyttisiä tarpeita varten palvelu- ja palvelus-käsitteet toisistaan. Käsitteet toimivat terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien ja asiakaspalvelun välisinä tulkintaskeemoina, jotka välittävät palvelusten käyttäjien mahdollisuuksia hahmottaa asiakaspalvelua. Palvelus ja palvelu – käsitteiden erottelemisen osoittaa asiantuntemuksen rajan terveydenhuoltosektorin hyödykkeissä. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tarjoaminen edellyttää riittävää lääketieteellistä asiantuntemusta, mitä palveluksia tarvitsevilla henkilöillä ei välttämättä ole. Sitä vastoin jokainen asiakas on asiakaspalvelun asiantuntija, koska laatu määrittyy asiakkaiden julkituomien vaatimusten pohjalta. Käsitteiden erottelemisella tuodaan toiminnan sisäiset rajat esiin ja osoitetaan palvelusten tarjonnassa eri osapuolten toimintälähtökohdat.

Termejä asiakas ja palvelusten käyttäjä käytän potilaskuluttajan (joka esitän omassa kappaleessaan 3.1.) synonyymeinä. Viittaan niillä palvelusten tarjonnan kohteena olevaan henkilöön, joka hankkii palveluksia terveydellisestä ongelmastaan eroon päästäkseen (Kinnunen 1995, 37; Outinen ym. 1994; STAKES 1995; Vuorela 1989). Potilaskuluttajan oikeudet tämän tutkimuksen näkökulmasta määrittelen kappaleessa neljä tutkimuksen tavoitteen raportoinnin yhteydessä.

2.2. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten sisällöllinen ja maantieteellinen tarjonta

Aulikki Nissisen ym. (1994, 318-320) ja Kauko Nymanin (1993, 17) mukaan yksityisellä sektorilla tarjotaan etupäässä erikoissairaanhoidotason avoterveydenhuollon palveluksia. Erikoisaloista aikuiset käyttävät eniten gynekologien, silmälääkäreiden ja kirurgien palveluja. Lapset käyttävät runsaasti paitsi lastenlääkäreiden myös korva-, nenä- ja kurkkusairauksien erikoislääkäripalveluja. (Kalimo ym. 1997, 37-40.)

Tapani Niskasen ja Anita Swahnen (1998) esittämien yhteenvedotietojen ja Tilastokeskuksen (1998a) keräämien tietojen mukaan vuonna 1997 yksityisen sektorin avohoitokäyntien yhteenlaskettu määrä ilman fysioterapia- ja hammashuollon käyntejä oli 6 715 773. Luku sisältää käynnit lääkärin, erikoislääkärin, terveyden- ja sairaanhoitajan sekä muun henkilöstön luona. Kunnallisen terveydenhuollon avohoitokäyntien määrä oli 31 584 950. Määrä sisältää käynnit lääkärin, terveyden- ja sairaanhoitajan ja erilaisten terapeuttien luona terveyskeskuksissa, sairaaloiden poliklinikoilla ja mielenterveystoimistoissa sekä kotikäynnit. Yksityisen sektorin osuus on tältä osin yli 21 prosenttia palvelusten kokonaistarjonnasta. Terveyskeskusten järjestelmällisen hammashuollon ja muun väestön hammashuoltokäyntien yhteismäärä oli 5 057 887. Yksityisellä sektorilla hammashuoltokäyntejä oli 1 419 847. Näiden osuus hammashuoltopalvelusten kokonaistarjonnasta on noin 28 prosenttia. Tältä pohjalta laskennallisesti lähes joka neljännellä kerralla terveydenhuoltopalveluksia tarvitsevat henkilöt asioivat yksityisellä sektorilla.

Avoterveydenhoidon lääkäriasemien (mukaan lukien yksityisvastaanotot) ja hammashoidon yhteenlaskettu osuus lohkaisee yli puolet yksityisten terveyden- ja sairaanhoitopalvelusten tarjonnasta. Jäljelle jäävää osuutta hallitsevat fysikaaliset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet. Yksityiskohtaiset tiedot yksityisiä palveluksia tarjoavien toimipaikkojen, niiden henkilöstön ja liikevaihdon kehityksestä selviävät liitteistä 1a ja 1b. Sektorilla on myös erikoislääkärijohtoisia ja muita sairaaloita, hoito- ja kuntoutuslaitoksia sekä apteekkilaitosmaamme sairaala-apteekkeja lukuun ottamatta. Sairaansijojen sisältävien hoito-

laitosten osalta on merkillepantavaa suuri kuntoutuslaitosten sekä kylpylöiden ja vaihtoehtoisia hoitoja antavien paikkojen osuus. Yksityiset palvelukset eivät pelkästään kompensoi julkisten palvelusten riittämättömyyttä. Ne löytävät markkinansa sellaisista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä, joita julkinen sektori ei tarjoa lainkaan. (Kokko - Niskanen 1995; Mikkola - Bergström 1994, 25; Taipale ym. 1995.)

Yksityisen erikoissairaanhoidon sairaalapalvelusten merkitys ei ole suuri julkiseen järjestelmään verrattuna. Vuoden 1995 tietojen mukaan yksityisissä sairaaloissa (kun huomioidaan sellaiset yhteisöjen ja yksityisten omistamat sairaalat, jotka antavat erikoissairaanhoidon tai vastaavat tasoltaan kansanterveystalouden kunnalle säätämiä tehtäviä) oli 2 232 vuodepaikkaa. Sairaanhoidopiirien sairaaloissa ja toimintayksiköissä niitä oli 19 811 ja terveyskeskuksissa 23 910. Mainittujen lukujen nojalla yksityisten vuodepaikkojen osuus jää noin viiteen prosenttiin vuodepaikkojen kokonaismäärästä. (Swahne 1996.)

Maantieteellisesti yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjonta on suurempaa Etelä-Suomessa ja kaupungeissa kuin Pohjois-Suomessa ja maaseudulla (Lahti-Nuutila 1992, 9). Toiminnan kaupallisten piirteiden vuoksi palvelusten tarjonta sijoittuu paikkoihin, missä on riittävästi maksukykyisiä henkilöitä tarjolla kysynnän turvaamiseksi. Palvelusten tarjonta on sijoittunut maan vauraimpiin osiin ja suuriin asutuskeskuksiin vähävaraisten haja-asutusalueiden jäädessä palvelusten tarjonnan ulkopuolelle. (Kokko - Niskanen 1995; Pohjola 1994, 25; Sosiaali- ja terveysministeriö 1996a.) Suurissa asutuskeskuksissa kunnalliset terveyskeskukset eivät kykene tyydyttämään palveluksiin kohdistuvaa kysyntää (Kokko 1990, 66; Maljanen ym. 1989, 239). Tällöin yksityiset palvelukset vastaavat tarpeeseen. Niinikään yksityisten palvelusten tarjoajia on paikkakunnilla, joissa on suuria julkisen sektorin toimipaikkoja (Nyman 1993, 17), sillä enemmistö yksityisvastaanottoa pitävistä lääkäreistä toimii päätyökseen terveyskeskuksissa ja sairaaloissa (Suomen lääkäriliitto 1999). Viime kädessä maantieteellisestä palvelusten tarjonnan sijoittumisesta johtuvat eroavaisuudet vaikuttavat niin, ettei hoitoon pääseminen ole kaikille samalla tavalla mahdollista. Lähiympäristössä oleville henkilöille palveluksia tarjotaan, kun taas yksityisen sektorin periferiaan jääneet henkilöt joutuvat hakeutumaan sen piiriin.

2.3. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjontaan liittyvät ominaispiirteet

Kysynnän ja tarjonnan vuorovaikutuksen lopputulos

Terveydenhuoltopalvelusten käyttäjät voivat vaikuttaa siihen, mitä palveluksia yksityinen sektori tarjoaa, sillä riittävän suuri kysyntä johtaa tarjonnan syntyymiseen. Marjukka Mäkelän (1993, 7) kärjistetyn näkemyksen mukaan yksityinen sektori tarjoaa melkein mitä tahansa pyydettyjä palveluksia, kunhan vain maksaja löytyy. Palvelusten käyttäjien vaikutusmahdollisuuksia voidaan myös kritisoida. Terveydenhuolto on alan asiantuntemuksen omaavien henkilöiden hallitsemaa aluetta, jolla he pääasiallisesti määrittävät mitä mitenkään tarjotaan. Yksityinen sektori sanelee toimintaehtonsa, joihin palvelusten käyttäjien on mukaututtava. He voivat välittömästi päättää eri tarjoajien osalta sen, kenen määrittelemiin toimintaehtoihin mukautuvat. Kumpikaan osapuoli ei pysty yksin määrittämään markkinoiden toimintaa. Se on kysynnän ja tarjonnan vuorovaikutuksen lopputulos.

Tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden hinnoittelussa kaikki niiden tarjoamisesta aiheutuvat kustannukset tulevat katetuiksi. Lisäksi palvelusten tarjoaja saa toiminnastaan vielä ylijäämää. Vaatimus taloudellisesta kannattavuudesta eliminoi julkisille palveluksille ominaisen palvelusten alihinnoittelun, minkä ansiosta ne ovat kaikkien ulottuvilla. Yksityisellä sektorilla alihinnoittelu ei toteudu siksi, että yksittäisten palvelusten alihinnoittelusta aiheutuva tuoton väheneminen kompensoidaan lisäämällä menetetty kate muista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä perittävään hintaan.

Suomalaisen yksityisen terveydenhuollon kohdalla ei kuitenkaan voida puhua puhtaasta kaupallisesta toiminnasta eli terveystaloudellisuudesta, sillä toiminta on käytännössä puolijulkista (Ryynänen ym. 1999, 129). Yksityisen sektorin toimintaa säätelevät monet kilpailua ja kysyntää rajoittavat määräykset. Puhtaasta kaupallisuutta rajoittaa saatava menoperustainen julkinen tuki. Palvelusten käyttäjien näkökulmasta tämä tulee selkeimmin esiin siten, että julkinen sektori rahoittaa yksityisiä terveydenhuoltopalveluksia sairausvakuutus-

järjestelmällä (Karisto 1990, 367; Wendelin-Arponen 1993, 15). Puhtaasti yksityisiä palveluksia ovat ainoastaan kosmeettisista syistä tehtävät tutkimus- ja hoitotoimenpiteet. Puhdasta kaupallisuutta ja kilpailua rajoittavat lainsäädännölliset tekijät, kuten esimerkiksi asiakkaiden tiukka tietosuoja (Pekurinen 1994, 23-28). Myös se, että terveydenhuoltopalvelusten tarjoajien ammatillista pätevyyttä (Vohlonen 1998, 93), toimenharjoittamisoikeutta ja yritysten perustamista säädellään laeilla asiakkaiden suojaamiseksi (Muttillainen 1993; Pantti 1993), merkitsee täydellisen kilpailutilanteen eliminoitumista. (Vrt. Luoma 1995.)

Yksityisen sektorin joustavan toimintatavan ansiosta monet julkisella sektorilla mahdottomat asiat ovat yksityisellä puolella mahdollisia. Julkisella sektorilla asiakkaalla ei ole oikeutta määrittellä tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tarvettaan (Feldman 1996, 10) sen enempää kuin niiden hankkimispaikkaa. Yksityisten palvelusten osalta nämä ovat mahdollisia silloin kun asiakkaalla on varaa maksaa haluamistaan palveluksista ja toimenpiteet ovat lääketieteellisesti perusteltuja. Kun julkisella puolella ongelmana on usein hoitosuhteen huono jatkuvuus ja rajoitetut mahdollisuudet valita tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tekijä, yksityisellä sektorilla tällaiset ongelmat eliminoituvat. (Kietz 1990, 37; Lahti-Nuuttila 1992, 9.) Julkisella sektorilla on asiakkaan kotikunnalla merkittävä asema, sillä kiireellisiä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä tarvitsevia henkilöitä lukuun ottamatta palveluksia tarjotaan ainoastaan oman kunnan asukkaille. Yksityisellä sektorilla ei asiakkaan kotikunnasta johtuvia rajoituksia ole. Yksityiset palvelukset eivät myöskään ole porrastettuja. Palveluksia tarvitseva henkilö voi hakeutua suoraan haluamansa erikoissairaanhoidon palvelusten tarjoajan luokse ohittaen perusterveydenhuollon. (Kumpusalo ym. 1991, 33-34; Maailman terveysjärjestö 1991, 92; Mattila 1988; Nissinen ym. 1994, 313-314.) Tässä suhteessa Suomi on niitä harvoja maita, joissa on mahdollista päästä suoraan erikoislääkärille. Esimerkiksi Iso-Britannian kansallisessa terveydenhuollossa ei yleensä ole mahdollista pyrkiä suoraan erikoislääkärille, vaan yleislääkäri määrittelee erikoislääkäritarpeen kunkin potilaansa kohdalla (Isomäki 1998, 147).

Terveydenhuoltopalveluksille on olemassa aina kysyntää. Kysynnälle on kohtalaisen hyvä ennuste jopa lama-aikoina (Tuomainen ym. 1999, 27). Terveydenhuoltopalvelusten kysynnälle on kuitenkin ominaista ennakoimatto-

muus ja epäsäännöllisyys. Palveluksia ei kysytä niiden itsensä, vaan niiden terveydellisten vaikutusten vuoksi. Tulevaisuuden osalta ihmisten terveydentilan kehitys on epävarmalla pohjalla. Loukkaantumisten tai sairastumisten ajankohdtaa ei kyetä varmuudella ennustamaan. Tällöin palvelusten käyttö on epävarmaa, sillä niiden kysyntä on terveyden kysynnästä johdettua. (von Bergmann-Winberg 1989, 16-17; Häkkinen 1991, 208; Luoma 1989.)

Terveydenhuoltopalvelusten implisiittinen kysyntä ei kuitenkaan riitä. Palvelusten tarjoajat voivat tuottaa mainonnalla tarjontaehtoista kysyntää (Vohlonen 1998, 45). Terveysmainonnalla muistutetaan terveysvaaroista, loihditaan tautikammos ja ihmisten tyytymättömyyttä itseensä, yritetään saada heidät tiedostamaan diagnoosin tarpeensa, unelmoimaan superterveydestä, nuoruudesta ja kauneudesta, jopa ikuisesta elämästä (Ryynänen ym. 1999, 67). Raimo Tuomaisen ym. (1999, 70) mukaan lisääntynyt terveyteen kohdistuva mielenkiinto kanavoituu terveydenhuoltopalvelusten kulutukseen. Näkökulman liiallinen painottaminen johtaa medikalisaatioon eli elämän lääketieteellistymiseen. Palvelusten tarjoajat suostuttelevat asiakkaansa ostamaan palveluksia sillä perusteella, että jokin terveydellinen ongelma voi uhata, sillä inhimillisellä hädällä on helppo rahastaa. Monet sairaudet tai pikkuvaivat, jotka ennen jätettiin hoidotta tai hoidettiin kotona, johtavat nykyisin laajoihinkin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin (Ryynänen ym. 1999, 13). Palveluksia tarvitseville henkilöille ei tehdä heille, vaan palvelusten tarjoajille kannattavia toimenpiteitä, sillä he saavat tulonsa asiakkailleen tekemistä toimenpiteistä. Mitä enemmän he niitä tekevät, sitä enemmän he hyötyvät taloudellisesti. Yksityisten palvelusten tuottajien toimintafilosofia voidaan kyseenalaistaa siten, että onko tarkoituksena saada aikaan voittoa, tuottamalla ohessa terveyttä vai saada aikaan terveyttä, tuottamalla ohessa voittoa (Isomäki 1998, 92).

Lyhyen tähtäimen toimintatapa

Palveluksia tarvitsevan henkilön maksukyvyyn ohella terveydenhuoltopalvelusten hankkiminen yksityiseltä sektorilta perustuu henkilökohtaiseen sopimukseen tarvittavista palveluksista. Kalevi Ellilä (1992, 18) ja Kalevi Ikäheimo ym. (1991,

20-21) toteavat, että palvelusten tuottamisen perustuminen niiden tarjoajan ja käyttäjän väliseen sopimukseen luo yksityisten palvelusten tarjoajille mahdollisuuden asiakkaiden valikointiin. Palvelusten käyttäjiä tulee kuitenkin kohdella yhdenvertaisesti. Riippumatta henkilön uskonnosta, rodusta, sukupuolesta, ihonväristä, kielestä, iästä, poliittisista tai muista mielipiteistä, kansallisesta, etnisestä tai sosiaalisesta alkuperästä, varallisuudesta, syntyperästä tai muusta vastaavasta seikasta (HE n:o 185/1991 vp., 14) palveluksia on tarjottava kaikille maksukykyisille henkilöille.

Käytännössä asiakaskunnan valikointia tapahtuu niin, että julkisen sektorin pitkän tähtäimen toimintatavan sijasta yksityisellä sektorilla toimitaan etupäässä lyhyellä tähtäimellä. Toiminnan painopiste on taloudellisesti kannattavien erikoishoitopalvelusten tarjoamisessa, mikä voidaan tulkita asiakaskunnan "kerman kuorimiseksi" (Anttonen - Sipilä 1992, 445; vrt. Simonen 1997, 185-186; Vuori 1995, 99). Toiminnalle on leimallista määräaikaisuus ja nopea-tempoisuus. Yksityinen sektori poimii palveluksia tarvitsevista henkilöistä maksukykyiset ja nopeasti tuloksia tuottavat "terveet sairaat" (vrt. Isomäki 1998, 78). Lyhyen tähtäimen toiminta merkitsee konkreettisesti sitä, että yksityisten palvelusten tarjoajat määrittelevät maksukyvyttömät henkilöt ja "sairaat sairaat" asiakaskuntansa ulkopuolelle taloudellisen kannattamattomuutensa vuoksi. Yksityinen sektori jakaa asiakkaat kahteen ryhmään: niihin, joille palveluksia halutaan tarjota ja niihin, joita vältetään. (Kietz 1990, 38; Riska 1992, 72; Vuori 1993b, 15.) Onni Vauhkosen (1992, 201-202) kirjoitukseen perustuvien tietojen perusteella tällainen kahtiajako ei ole vasta meidän aikamme ilmiö. Se ulottuu pitkälle suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän historiassa. Jo 1700-luvulla hoitolaitokset jaettiin äkillisesti sairastuneille, lähinnä työikäisille henkilöille tarkoitettuihin lasaretteihin ja pitkäaikaissairaille tarkoitettuihin hospitaaleihin.

Lyhyen tähtäimen toimintatapa edustaa yksilöllisten liukuhihnopalvelusten tarjontaa. Sitä, että palveluksia tarjotaan liukuhihnatarjonnan tapaan nopeasti ja tehokkaasti, mutta yksilöllisyyden huomioivalla tavalla. Kriittisesti tarkasteltuna yksilöllisten liukuhihnopalvelusten tarjonta voidaan tulkita pelkääntään lupaukseksi yksilöllisyyden huomioon ottamisesta. Liukuhihnamaisuuden sivuvaikutuksena palvelusten ehdottoman lääketieteellinen suuntautuminen voi

sivuuttaa yksilöllisyyden huomioon ottamisen. Liukuhihnamaisuuden takana on yksityisiä palveluksia tarjoavien asiantuntijoiden yhteen liittyminen yhä suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Yksinään toimivista lääkäreistä on siirrytty askel kohti monilääkärisiä lääkäriasemia. Vastaanottoaan pitävien eri alojen asiantuntijalääkäreiden suuren määrän ansiosta kyetään tarjoamaan monenlaisia palveluksia. Kun tähän lisätään tavoite tarjota palvelukset kokonaisuudessaan samassa paikassa, saadaan mukaan suuri määrä muuta ammattihenkilökuntaa niin, ettei enää voida puhua pienistä yksiköistä.

Suuruus ja kokonaisvaltaisuus toimii määrättyyn rajaan saakka. Taustalla vaanii kuitenkin vaara muuttumisesta kritisoinnin kohteina oleviksi rationalisoitujen massapalvelusten tarjoajiksi. Tällöin yksityinen sektori taantuu robottimaiseen liukuhihnamaisuuteen taloudellisen kannattavuuden parantamiseksi. Yksilöllisyys joutuu uhanalaiseen asemaan, ellei sitä kyetä säilyttämään toimipaikan organisaatiokulttuurin perustana. Suuret täyden asiakaspalvelun lääkäriasemat voivat alkaa myös muistuttaa asiakkaiden mielissä liikaa terveyskeskuksia ja muita julkisen puolen toimipaikkoja (KTM yrityspalvelu 1993, 24).

Julkisen terveydenhuollon kokonaisvaltaisuudesta poikkeaminen

Risto Harisalonen ja Ensio Miettinen (1995b, 161) mukaan julkiselle terveydenhuollolle on ominaista kokonaisvaltaisuus, kansalaisten tasa-arvoisuus ja oikeus näennäisesti maksuttomien palvelusten käyttämiseen. Käytettävissä olevat voimavarat on järjestetty niin, että kaikki kansalaiset ovat palvelusten äärellä. Asuinpaikka tai sosioekonominen asema sen enempää kuin työpaikan pysyvyys eivät ryhmittele asiakkaita. Kaikilla kansalaisilla on mahdollisuus saada tarvitsemansa kalliitkin tutkimus- ja hoitotoimenpiteet ilman henkilökohtaista talouttaan uhkaavia seuraamuksia. (Jormanainen - Pärnänen 1993, 67; Punnonen 1994, 35.)

Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon ero kulminoituu siinä, että julkinen lähtee ”yhteishyvän” perusajatuksesta. Yksityisessä terveydenhuollossa korostuu palvelusten tuottaminen elinkeinona. (Isomäki 1998, 92.) Yksityinen

terveydenhuoltosektori poikkeaa julkisen sektorin kokonaisvaltaisuudesta siten, ettei näiden palvelusten käyttäminen ole yleinen kansalaisoikeus. Palveluksia tarvitsevan henkilön taloudelliset resurssit määrittävät palvelusten saamisen. Yksityisten palvelusten käyttäjä joutuu maksamaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteet itse, ellei hänellä ole maksusitoumusta tai yksityistä vakuutusta terveyden- ja sairaanhoidosta aiheutuvien kulujen korvaamiseksi. Vielä sairausvakuutuskorvausten jälkeenkin yksityisten palvelusten käyttämisestä aiheutuvat kulut ovat suuremmat kuin julkisten palvelusten käyttäjillä. Tämä johtuu siitä, että sairausvakuutustaksat ovat jääneet jälkeen todellisista kustannuksista (Haapaaho - Pajunen 1991; Lahti-Nuutila 1992). Esko Kalimon ym. (1997, 27) raporttien tutkimustulosten perusteella kuuden vuoden aikana 1990-1995 oli keskimääräinen korvausprosentti ainoastaan 36.

Yksityisiin terveydenhuoltopalveluksiin sisältyvä lääketieteellinen tieto ei ole edistyneisempää kuin julkisella puolella, sillä palveluksia näillä sektoreilla tarjoavat samoissa paikoissa koulutetut lääkärit ja muu terveydenhuoltoalan henkilöstö. Palvelusten tarjoajat toimivat ainoastaan erilaisilla ehdoilla. Yksityinen sektori kykenee soveltamaan joustavan päätöksentekonsa ansiosta esimerkiksi uutta teknologiaa nopeasti käytännön toimintaan. Byrokratia ei jarruta asiakkaiden tarpeisiin vastaamista, sillä päätöksenteossa ei tarvitse edetä virkateitä pitkin (vrt. Miettinen 1996, 172). Kun tarkastellaan terveydenhuoltopalvelusten käyttöä sektoreittain käyntimäärien avulla havaitaan, että vain keran hoidossa käyneitä on enemmän yksityissektorilla (53%) kuin julkisella sektorilla (40%) kävijöistä (Kalimo ym. 1997, 45). Eroa selittää se, että suurin osa yksityisellä sektorilla työskentelevistä lääkäreistä on erikoislääkäreitä. Suomen Lääkäriliiton (1998) lääkärikyselyn perusteella alle kaksikymmentä prosenttia yksityislääkäreistä on erikoistumattomia. Eroa selittää myös se, että näiden palvelusten käyttäjät ovat asiakasryhmänä "valikoituneita". Yksityiset palvelusten tarjoajat voivat valita terveydenhuoltopalvelusten koko kirjosta erityisalan, jolloin heillä on toiminnan keskittymisen ansiosta edellytykset tarjoata vaativissakin tapauksissa heti ensimmäisellä kerralla onnistuneita palveluksia. Samaan aikaan palvelusten käyttäjien kannalta näiden positiivisten tekijöiden rinnalla kaupallisuudella on rajoituksensa. Palvelusten tarjoajien toimintaa ei ohjaa kansa-

laisten terveyden positiivinen kehitys pitkällä tähtäimellä, vaan yritystoiminnan taloudellinen kannattavuus.

2.4. Yhteenveto yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjontaan liittyviä lähtökohdista

Yksityisten palvelusten tarjoajat tarjoavat etupäässä erikoissairaanhoidotasoisia avoterveydenhuollon palveluksia. Yksityisen sektorin merkitys on suurempi Etelä-Suomessa ja kaupungeissa kuin Pohjois-Suomessa ja maaseudulla. Toiminta sijoittuu paikkoihin, missä on riittävästi maksukykyisiä henkilöitä kysynnän turvaamiseksi.

Yksityisten tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden kysyntä ja tarjonta vaikuttavat yhdessä siihen, mitä palveluksia tällä sektorilla tarjotaan. Suomalaisen yksityisen terveydenhuollon kohdalla ei kuitenkaan voida puhua puhtaasta kaupallisesta toiminnasta eli terveystaloudesta, sillä toiminta on käytännössä puolijulkista. Yksityisen sektorin toimintaa säätelevät monet kilpailua ja kysyntää rajoittavat määräykset.

Kaupallisen toimintamallin ansiosta maksukykyisellä yksityisten palvelusten käyttäjällä on julkisten palvelusten käyttäjää paremmat mahdollisuudet määrittellä tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tarpeensa ja niiden hankkimispaikka sekä toimenpiteiden tekijä. Yksityisten palvelusten tarjonta ei myöskään ole porrastettua eikä asiakkaan kotikunta vaikuta palvelusten saamiseen.

Kaupallisuuteen ja tarjontaperustaiseen ajatteluun liittyvät riskitekijät voivat johtaa ylihoitoon. Palvelusten tarjoajat saattavat tarjota palveluksia tarvitsevalle henkilölle omia taloudellisia päämääriä silmällä pitäen palveluksia, jotka tämä ottaa puutteellisen asiantuntemuksensa ansiosta vastaan, mutta joista ei ole hoidon ja hänen terveytensä kannalta oleellista hyötyä.

Julkisen sektorin pitkän tähtäimen toimintatavan sijasta yksityisellä sektorilla toimitaan etupäässä lyhyellä tähtäimellä. Yksityinen sektori poimii palveluksia tarvitsevista henkilöistä maksukykyiset ja ”terveet sairaat”. Yksityisen sektorin toiminta poikkeaa myös julkisen sektorin kokonaisvaltaisuudesta. Yksi-

tyisten palvelusten käyttäminen ei ole kansalaisoikeus, vaan palveluksia tarvitsevan henkilön kyky huolehtia taloudellisista seuraamuksista määrittää palvelusten saamisen.

3. POTILASKULUTTAJAAN LIITTYVÄT LÄHTÖKOHDAT

3.1. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten asiakas - potilaskuluttaja

Yksilöllä on monia rooleja siinä sosiaalisten suhteiden järjestelmässä, missä hän toimii (Mannila 1992). Esiymmärryksen mukaan yksityisten terveydenhuoltopalvelusten asiakas on palveluksia hankkiessaan potilaan ja kuluttajan rooleissa (vrt. Varto 1992, 51).

Potilas

Yksityisiä palveluksia terveydelliseen ongelmaansa helpotusta saadakseen käyttävä luonnollinen henkilö ei ole pelkästään potilas perinteisessä mielessä. Erottamattomasti terveyden- ja sairaanhoitopalveluksiin liittyvä potilas voidaan määritellä henkilöksi, joka on hoidettavana jossakin hoitolaitoksessa tai on muuten lääkärin, hammaslääkärin tai muun terveyden- ja sairaanhoitotoimen harjoittajan hoidossa. Terttu Munnukka (1997) kutsuu nimenomaan vuodeosastoilla olevia terveydenhuoltopalvelusten käyttäjiä potilaiksi. Potilaaksi katsotaan myös henkilö, joka on ilmaissut haluavansa saada hoitoa tai jonka voidaan olettaa haluavan saada hoitoa kuten myös henkilö, jolla on velvollisuus alistua hoitoon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 2 §; Nienstedt - Rautiainen 1991; Paaso 1992, 198-201.)

Potilaan asemaa kuvastaa terveydenhuollon ammattilaisten tekemien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden kohteena oleminen. Vaikutusmahdollisuuksia omiin asioihin ei ole paljoakaan, sillä potilaan olemuksessa heijastuu velvollisuus alistua asiantuntijan määräysvaltaan (Kinnunen 1995, 36-37; Shackley - Ryan 1994, 517-518). Paternalistisen ajattelutavan mukaan palvelusten tarjoaja toimii palveluksia tarvitsevan henkilön parhaaksi oman ammatillisen harkintansa mukaan. Palvelusten tarjoajan odotetaan olevan palvelutilanteessa aktiivinen osapuoli, joka toimii aloitteentekijänä, tuo keskeiset asiat esiin ja esittää keskeiset kysymykset. Hoitavalla taholla on oikeus - toisaalta

velvollisuus - käyttää valtaa yksilön yli pyrkiessään tämän parhaaseen. (Pyörälä 1993, 39; Voutilainen 1993, 16.) Tuovi Sohlbergin ym. (1994) tutkimustulokset osoittavat, että meillä vallitsee edelleen potilaan puolesta tietävä ja päättävä auktoriteettiasemaan tukeutuva hoitokulttuuri. Raija Julkusen (1992a, 93) tulokinnan mukaan alistuneisuuden vuoksi potilaan roolista heijastuu liitännäissuhde julkiseen sektoriin, mille on tyypillistä hierarkkisuus ja auktoriteetin korostaminen. Yksityisiä markkinoita kuvaaviksi piirteiksi hän nimeää kilpailun, valinnan, omat intressit ja rahan.

Kuluttaja

Margaret Stacey (1988, 5-6) mukaan lääketieteen kehityksestä seurannut terveydenhuoltopalvelusten massatuotanto on johtanut siihen, että palvelusten käyttäjiä on alettu pitää kuluttajina. Heidät nähdään enemmän toimijoina kuin passiivisina hoidon vastaanottajina. Vaikka hoitotyön periaatteiden mukaan terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän nähdään tekevän vapaasti itseään, omaa toimintaansa ja elämänsä koskevia päätöksiä ja valintoja (ks. Munnukka 1993, 12), ei yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjään liitettävä toimeliaisuus tee tästä puhtasveristä kuluttajaa. Kuluttajana kun pidetään luonnollista henkilöä, joka hankkii kulutushyödykkeitä, olivat ne tavaroita tai palveluksia, pääasiassa muuhun tarkoitukseen kuin harjoittamaansa elinkeinotoimintaa varten (Ämmälä 1996, 9). Kuluttajansuojalaissa kuluttajana ei pidetä henkilöä, joka hankkii kulutushyödykkeen elinkeinotoimintaansa varten tai ostaa hyödykkeen toiselta yksityishenkilöltä (Sario 1994, 4-5).

Kuluttaja ei ole käsitteellisesti sidottu mihinkään erityissektoriin samoin kuin potilas terveydenhuoltoon. Se liittyy yleisesti kaupalliseen toimintaan. Kuluttaja voi kuluttaa mitä tahansa ostettavissa olevia kulutushyödykkeitä tiedollisten ja taloudellisten resurssiensa puitteissa. Kuluttajan roolissa korostuu yksilöllisyys, erilaisuus, usko itseän ja halu käyttää taloudellisia mahdollisuuksia hyväksi (Iltanen ym. 1990, 17). Kuluttajan asemaan kuuluviksi ominaisuuksiksi voidaan katsoa markkinoiden moraalikoodiin liittyvät terve itsekkyys, valistunut itseintressi ja vastuu tekojensa seuraamuksista (Kangassalo 1991, 20). Kulut-

taja ottaa selvää vaihtoehtoisista palvelusten tarjoajista, ottaa selvää lääkäreiden ja sairaaloiden hoitotuloksista, asiakkaiden kohtelusta, ilmapiiristä ja hoidon laadusta. Kuluttaja ottaa selvää erilaisista hoitovaihtoehdoista ja vertailee hintoja. Kaiken tämän kuluttaja tekee siltä varalta, että hän joskus sattuu joutumaan sairauden tai loukkaantumisen takia hoitoon. (Pekurinen ym. 1999, 4.)

Kuluttajan olemukseen liitetään kuluttamisen korostaminen ja kaupallisuuden leima. Kulutuksen materialistinen ja markkinakeskeinen näkemys tulee painotetusti esiin Hannele Hallmanin (1991, 120) mukaan siitä syystä, että kulutus kytketään hyödykkeiden ostamiseen markkinoilta. Toisaalta kuluttajan asema on keskeinen markkinataloudessa sen vuoksi, että markkinatalouden tuotanto- ja palvelutoimintojen perimmäisenä tarkoituksena pidetään kuluttajan tarpeiden tyydyttämistä (Lampikoski 1983, 7). Kulutus on toisin sanoen taloudellisen toiminnan perusta (Harisalo - Miettinen 1995a, 41) ja kuluttaja markkinatalouden noidankehän luoja ja keskipiste.

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten asiakkaan välittömiä kulumahdollisuuksia hillitsee se, että terveydenhuoltopalveluksiin on vaikea yhdistää kulutusnäkökulmaa samassa mielessä kuin esimerkiksi parturi-kampaamo -palveluksiin. Terveyspalvelukset eivät ole kulutushyödykkeitä sanan varsinaisessa merkityksessä. Kuluttajansuojalain (38/78) 1 luvun 3 §:n mukaan kulutushyödykkeinä pidetään "tavaroita, palveluksia sekä muita hyödykkeitä ja etuuksia, joita tarjotaan luonnollisille henkilöille tai joita tällaiset henkilöt olennaisessa määrässä hankkivat yksityistä talouttaan varten". Terveyspalveluksia ei hankita olennaisessa määrässä yksityistaloutta varten, vaikka kyseessä olisivat yksityissektorin tarjoamat palvelukset. Terveyspalveluksia ei kuluteta, vaan käytetään tarvittaessa.

Kuluttaja-käsitteen käyttöä terveydenhuoltopalvelusten yhteydessä hillitsevät tilanteet, joissa palveluksia tarvitsevan henkilön aktiivinen osallistuminen on rajoitettua. Esimerkiksi voimakas kipu tai tajuttomuus ovat tekijöitä, jotka siirtävät vastuun palvelusten onnistumisesta niiden tarjoajalle. Kuluttajakäsitteen soveltuvuutta terveydenhuoltopalvelusten käyttäjään rajoittaa myös informaation epätasa-arvoinen jakautuminen, minkä seurauksena palveluksia tarvit-

sevalla henkilöllä ei ole välttämättä riittäviä tiedollisia resursseja palvelusten tarjoajan päätöksenteon haastamiseen.

Potilaskuluttaja

Kutsun yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjää tutkimuksessani potilaskuluttajaksi, sillä perinteiset käsitteet ja toimintatavat pakottavat yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän olemuksen muotoihin, joihin se ei sovi. Potilaasta puhuminen edesauttaa passiivisen toiminnan jatkumista. Julkiseen sektoriin liittyvänä käsitteenä se ei ole sopusoinnussa sen oikeudellisen lähtökohdan kanssa, että yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjä on kuluttajansuojalain (38/78) säännösten piirissä toisin kuin julkisten palvelusten käyttäjä. Kuluttajasta puhuminen luo vaatimuksia, joihin terveydenhuoltopalvelusten käyttäjä ei täysin kykene vastaamaan. Edgar Borgenhammar ja Lars H. Fallberg (1997) katsovat yhteiskunnallisten olosuhteiden muuttuneen siinä määrin, että potilaasta puhuminen ei täysin sovellu terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän kuvaamiseen. He pitävät osuvampana terminä ”hoidonkuluttajaa” (vårdkonsument).

Potilaskuluttaja-termiä ovat käyttäneet aikaisemmin muun muassa Marie Haug ja Bebe Lavin (1983), Philip Meredith (1993) ja Matti Ruohonen (1985). Kukaan heistä ei analysoi potilaskuluttajan olemusta. He vain joko mainitsevat sen tai käyttävät sitä tutkimuksensa jäsentävänä käsitteenä. Terminä potilaskuluttajaa voidaan pitää kömpelönä. En kuitenkaan aio laajentaa suomenkielen sanavarastoa, vaan jätän sen alan hallitseville kielitieteilijöille. Konsumeristisen ajattelun seurauksena brittiläisessä terveydenhuoltojärjestelmässä on yritetty sepittää uusi sana ”clipats”, joka osoittaisi palvelusten käyttäjien olevan asiakkaita (clients) ja potilaita (patients) (Potter 1988). Suomalaisessa alan keskustelussa Juha Kinnunen (1995, 37) on ehdottanut terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän uudeksi nimeksi ”posakasta”.

Potilaan ja kuluttajan roolit eivät ole tutkimuksessani toistensa puhtaita vastakohtia. Potilaskuluttaja sulauttaa terveyspalveluksiin liittyvän potilaan ja yleisen kuluttajan roolin yhteen. Ontologisesti jokainen potilaskuluttaja on

ainutkertainen ja oman elämänsä tarkoitusta ja päämäärää toteuttava persoona. Potilaskuluttajat ovat tuntevia, suunnittelevia ja asioita arvottavia. He ovat tietoisia itsestään ja ympäristöstään. Potilaskuluttajien toiminnan tuloksena syntyvät kulttuurit, jotka muovaavat yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjiä. Tapa, jolla palvelusten käyttäjät mielletään, vaikuttaa heihin kohdistuviin toiminnallisiin odotuksiin. Potilaskuluttajan olemuksessa yhdistyy potilaan asemaan liittyvä sidonnaisuus asiantuntijan päätösvaltaan samanaikaisesti kuluttajanolemuksen korostamaan valinnanvapauteen ja määräysvaltaan. Molemmat puolet ovat yhtäaikaan läsnä ja ne ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. Potilasmaisuuden ja kuluttajamaisuuden välille ei voida vetää selvää rajaa, sillä potilaskuluttajat eivät muodosta yhtenäistä ryhmää. Potilasmaisuus ja kuluttajamaisuus voidaan kuvata jatkumona, johon yksittäinen potilaskuluttaja sijoittuu iän, koulutuksen, sosioekonomisen aseman, taloudellisten resurssien ja terveydellisen ongelman ilmitulevien painotusten yhteisvaikutuksen tuloksena. Potilaskuluttajan asema jatkumolla vaihtelee vähäisten ja vakavien terveydellisten ongelmien sekä puutteellisen ja asianmukaisen tietotaidon kuten myös kulutusmahdollisuuksia luovien ja rajoittavien taloudellisten resurssien välillä.

Toiminnallinen potilaskuluttajan roolin lunastaminen edellyttää sitä, ettei palvelustarpeen herättänyt akuutti tai krooninen terveydellinen ongelma kuluta toiminnallisia resursseja loppuun omatoimisuuden kustannuksella. Tässä piilee potilaskuluttajan ”Akilleen kantapää”. Esimerkiksi Deborah Lupton (1997) katsoo suurimmaksi esteeksi kuluttajuuden toteutumiselle terveydenhuollossa sen, että terveydentilan järkkäminen heikentää omatoimisuutta ja luo riippuvuutta muista ihmisistä. Toiminnallisiin vaatimuksiin vastaaminen ja yksityisessä terveydenhuoltojärjestelmässä selviytyminen edellyttää tietoa järjestelmästä. Markkinasektori toimintaympäristönä edellyttää, että palvelusten käyttäjät tiedostavat tarpeensa ja kykenevät ilmaisemaan ne sekä etsivät tyydyttävän kanavan tarpeidensa täyttämiseksi. Yksityisellä sektorilla asioivien henkilöiden on tiedettävä mitä pitää tietää. Jotta potilaskuluttajat esimerkiksi voisivat hankkia taloudellisen turvallisuutensa kannalta rationaalisia palveluksia, on heidän oltava tietoisia siitä, että hinnat vaihtelevat. Oman etunsa mukaisesti toimivan poti-

laskuluttajan tulee olla ”riittävän terve voidakseen hankkia apua terveydellisiin ongelmiinsa yksityiseltä sektorilta”. Kuten Jari Heinonen (1993, 136) asian ilmaisee ”markkinat tekevät yksilön riippuvaiseksi markkinakyvystä”.

Potilaskuluttajien markkinakykyä tukee kansalaisten yleisen sivistys- ja koulutustason parantuminen. Tämä tulee selvästi esiin Tilastokeskuksen (ks. esim. 1998a) kokoamista tiedoista. Markkinakykyä tukee myös se, että kansalaiset ovat oppineet vaatimaan etuuksien ja oikeuksien toteutumista työelämässä. Tällöin vaatimusten esittäminen terveydenhuoltopalvelusten yhteydessä on helpompaa. (Hannikainen ym. 1996; Salmela 1997, 62; Sosiaali- ja terveysministeriö 1999a, 13). Palvelusten käyttäjien itsemääräämisen kasvu heijastuu siinä, etteivät he tyydy olemaan pelkästään toimenpiteiden kohteena, vaan ovat entistä kiinnostuneempia oikeuksistaan ja asemastaan palvelusten käyttäjinä, kuten Jari Koivisto (1994, 19) ja Juha Kinnunen (1995) kirjoittavat. Palvelusten käyttäjät haluavat osallistua terveyttään ja sairauttaan koskeviin päätöksiin aikaisempaa enemmän. Joby John ym. (1998) ja Deborah Lupton (1993) nostavat esiin terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän muuttuneen asennoitumisen. Moderneilla palvelusten käyttäjillä ei ole samanlaista auktoriteettiä kuin edeltäjillään. He ovat alkaneet osoittaa suurempaa halua kuluttajamaisempaan käyttäytymiseen lääkäreiden kanssa asioidessaan.

Juha Kinnusen (1995) ajatusrakennelmaa mukaellen keskustelu potilaskuluttajasta ei ole pelkästään retorinen kysymys. Sillä on selkeät yhtymäkohdat terveydenhuoltosektorin kehitysprosessiin, missä yksilön vastuu itsestään korostuu (ks. kappale 1.2.). Lars Fallberg (1997), Joby John ym. (1998) ja Rudolf Klein (1989) osoittavat, miten viime vuosikymmeninä konsumerismi on levinnyt terveydenhuoltoon paternalismin vastapainona. Kun terveydenhuollon toimintaperiaatteet muuttuvat tai kun siirrytään julkiselta sektorilta yksityiselle, muuttuvat palvelusten käyttäjään kohdistuvat vaatimukset. Tästä seuraavat käsitteisiin kohdistuvat muutospaineet, joihin potilaskuluttaja vastaa suomalaisen yksityisen sektorin näkökulmasta. Potilaskuluttaja -termin käyttäminen muistuttaa siitä sosiaalipoliittisesta asetelmasta, jonka sisällä yksityisten palvelusten käyttäjät toimivat. Se edustaa palvelusten tarjontaympäristöä sekä palvelusten tarjoajan ja niiden käyttäjän välisen yhteistyösuhteen luonnetta. (Vrt. Cowger

1998.) Lars Fallberg (1996) pitää uusien kuluttajuutta edustavien käsitteiden käyttöä tarpeellisena siksi, että palvelusten käyttäjät oppisivat asennoitumaan muutoin kuin paternalistisesti. Hollannissa ja Englannissa on hänen mukaansa edetty jo niin pitkälle, että terveyskuluttaja ja potilas ovat lähes toistensa synonyymejä.

3.2. Potilaskuluttajan asema terveydenhuoltopalvelusten asiakkaana

Potilaskuluttajat ovat tiedollisesti, taidollisesti ja taloudellisesti keskenään erilaisessa asemassa. Mitä enemmän henkilöllä on tietoa ja kykyä käyttää tätä tietoa hyväkseen, sitä vakaammalla perustalla on hänen asemansa suhteessa palvelusten tarjoajaan. (Leikas 1992, 3.) Yksityinen sektori ei ole pelkästään kuluttajan ystävä, vaan samaan aikaan potentiaalinen vihollinen, kuten Kaj Ilmonen ja Eivind Sto (1997) huomauttavat. Tämän vuoksi potilaskuluttajan asemaa kuluttajan ja potilaan roolissa on turvaamassa joukko säädöksiä. Niiden lähtökohtana on heikompana osapuolena olevan asiakkaan aseman vahvistaminen resursseiltaan vahvempaan palvelusten tarjoajaan nähden. Kuluttajansuojaleilla pyritään vahvistamaan asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksia ja turvaamaan riittävä tiedonsaanti hankittavista hyödykkeistä sekä asiakkaan oikeudet silloin, kun hänen hankkimansa hyödykkeet ovat virheellisiä. Potilaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lainsäädännön taustalta löytyvät alaan sovellettuna samat periaatteet, vaikkei potilaan oikeusturvaa koskevaa lainsäädäntöä sisällytetäkään oikeudellisessa ryhmittelyssä kuluttajansuojalainsäädäntöön.

Lainsäädännöstä huolimatta potilaskuluttaja ei ole samassa asemassa muiden palvelusten käyttäjien kanssa. Hänen asemaansa horjuttaa kolme perustavanlaatuista piirrettä.

1) Terveys ei ole kulutushyödyke

Aivan kuten Ralph Leavey ym. (1989) toteavat, tekee potilaskuluttajan asemasta kuluttajana ongelmallisen se, ettei tämä tavoittele terveydenhuoltopal-

veluksia itsessään, vaan niiden avulla tuotettavaa terveyttä. Terveys ei ole ihmisen ulkopuolella oleva ja esineen kaltainen suoraan ostettavissa oleva kulutushyödyke. Se on ihmisessä itsessään oleva resurssi, jota voidaan hankkia osittain terveystalouden palveluksilla. (Calnan 1988, 927; Karjalainen 1994a, 58; Myllymäki 1992, 11; Shackley - Ryan 1994, 525; Tuomainen ym. 1999, 72.) Resurssina terveydelle on ominaista se, että se on välinearvo. Se on edellytys moneen henkilön itselleen tai sosiaalisen yhteisön hänelle asettamaan toimintaan, kuten esimerkiksi työntekoon. Resurssin puutteellisuus johtaa sosiaalisen kanssakäymisen muuttumiseen ja taloudellisiin seuraamuksiin. Se luo esimerkiksi tässä tapauksessa henkilölle oikeuden olla poissa töistä, oikeuden hankkia palveluksia ja tarvitsemiaan lääkkeitä, oikeuden sairauspäivärahaan ja vahingonkorvaukseen jos terveyden menetys perustuu tapaturmaan. (Vrt. Vohlonen 1998, 147.)

Tuula Vaskilammen (1992, 70-71) esittämässä vastakkaisessa näkökulmassa terveys ja sairaus esiintyvät markkinatavarana. Hän katsoo "koko laajan terveystalouden synnyn ja kasvun" mahdollistaneen terveystalouden muutoksen johtaneen siihen, että terveys on muuttunut markkinoilla tarjottavaksi kulutushyödykkeeksi. Myös terveystaloustieteen näkökulmasta terveyttä voidaan tarkastella sekä investointina että kulutushyödykkeenä (Vinni 1995, 58). Hannu Valtosen (1987, 31) mukaan terveyden kulutushyödykkeenkaltaisuudella viitataan sairauden tuottamasta epämukavuudesta ja kivuista vapautumiseen. Niinikään kulutushyödyke -näkökulma on analogisesti sovellettavissa terveystalouden palveluksiin siksi, että niitä pidetään kuluttajavalituslautakunnan näkökulmasta katsottuna kulutushyödykkeinä (Suomen Kuluttajaliitto 1988, 10).

Potilaskuluttajan asemaan liittyy se epävarmuutta luova seikka, ettei palveluksia hankita juurikaan luotettavasti ennakkoiden tai hetken mielijohteesta, vaan oletetun pakon edessä. Terveystalouden palveluksilla ei ensisijaisesti tuoteta ostamisen itsessään aikaansaamaa mielihyvää. Palveluksia tarvitsevan henkilön asemaa suvereenina kuluttajana heikentää se, ettei hänellä ole akuuteissa tapauksissa vapautta lykätä kulutushetkeä tuonnemmaksi. Hän ei myöskään voi päättää sitä, miten paljon hän sillä hetkellä haluaa kuluttaa, sillä se riippuu palvelusten tarjoajan määrittämästä tarpeesta.

2) Palvelukset ovat monimuotoisia

Palvelusten ostajan asema on tavaran ostajaa ongelmallisempi. Tavaroiden ostajan tilanne on siten konkreettinen, että hän näkee tuotteen ostohetkellä, voi tutustua siihen, tarkastaa sen ja varmistua siitä, että se sopii hänelle, vaikka nopean tuotekehittelyn ansiosta markkinoille tulee jatkuvasti uusia teknisesti entistäkin monimutkaisempia tuotteita. Tavara voidaan helposti myös palauttaa, vaihtaa tai korjata, mikäli siinä on jokin virhe.

Palveluksille on ominaista aineettomuus. Ne ovat toimintoja, minkä vuoksi niitä ei voi varastoida. Ne ovat enemmän tai vähemmän ei-materialistisia hyödykkeitä, joita ei voi koskettaa, havaita silmin tai esitellä tavaroiden tapaan. (Grönroos 1990a; 1990b; Lahtinen - Isoviita 1994, 10; Walsh 1994, 199.) Palveluksissa on kyse tulevasta suorituksesta. Niihin ei ole mahdollista tutustua etukäteen tuotteen tavoin. Palvelusten ostaja voi korkeintaan tiedustella aikaisemmin samaa tuotantopaikkaa käyttäneiltä henkilöiltä palvelusten laatua ja sopivuutta. Tämä ei takaa sitä, että kaikki sujuu samalla tavalla kuin aikaisemmin, sillä jokainen palvelus on ainutkertainen (Kangas 1987, 9). Kunkin toimenpiteen onnistuneisuuteen vaikuttavat lääkärin ammattitaito ja diagnoosin onnistuneisuus, hoitotoimenpiteiden vaikuttavuus ja potilaskuluttajan omat fyysiset ja psyykkiset tekijät (vrt. Ihalainen 1993, 21).

Palvelusten tarjontaan liittyvän asiakaspalvelun laatu syntyy palveluksia tarvitsevan henkilön ja palveluhenkilöstön vuorovaikutussuhteissa. Asiakaspalvelun laatuun vaikuttavia välittömästi nähtävissä olevia tekijöitä ovat fyysinen ympäristö, henkilökunta ja muut asiakkaat. Välittömästi näkymättömiä tekijöitä ovat organisatoriset tekijät, henkilökuntaresurssit ja toiminnan tavoitteet. Nämä kaikki vaikuttavat henkilökunnan toimintatapaan. (Grönroos 1990a; Malminen 1986, 17.)

Palvelusten tarjonta, jakelu ja kulutus tapahtuvat osittain samaan aikaan. Asiakas osallistuu kuluttamis- ja tarjoamistapahtumaan vaikuttaen myös laatuun. Palveluksia ei voi varastoida eikä niiden ostaminen tuo omistusoikeutta, vaan ainoastaan käyttöoikeuden. Niitä ei myöskään voi myydä edelleen. (Grönroos 1990a; 1990b; Lahtinen - Isoviita 1994, 10; Uskali 1993, 198;

Walsh 1994, 199.) Asiakaspalvelutilanteessa kohtaavien asiakkaan ja asiakaspalvelijan välillä syntyvän henkilökohtaisen vuorovaikutuksen myötä tilanteessa on mukana inhimillinen puoli. Vuorovaikutuksen luonne riippuu osapuolten persoonallisuudesta, käyttäytymisestä, asenteista, odotuksista ja aikaisemmista kokemuksista. Jokainen ihminen on oma persoonallisuutensa, mikä voi toimia palvelusten onnistumisen kannalta positiivisena tai negatiivisena tekijänä. (Ilta-
nen ym. 1990; Malminen 1986, 22.)

Epäonnistuneen palveluksen jälkeen ei ole mahdollista palata lähtötilanteeseen ja yrittää uudelleen, koska tilanne on ohi (Palonen 1993, 63). Ihmisten välinen vuorovaikutus ei pala samaan pisteeseen, vaan tilanne muuttuu koko ajan. Epäonnistumisen seuraamuksia voidaan yrittää korjata, mutta varmuutta alkuperäisen tavoitteen saavuttamisesta ei ole. Erityisesti terveydenhuoltopalveluksiin liittyy se, että jos palvelusprosessissa syntyy ongelmia, ei sitä voida keskeyttää ja henkilöä poistaa hoidosta. Tilanne tulee hoitaa loppuun muilla kyseeseen tulevilla tavoilla (Mäkelä 1993, 22).

3) Sopimussuhde on epätasa-arvoinen

Kolmas potilaskuluttajan erityiseen asemaan kuuluva piirre liittyy palvelusten hankintamuodollisuuksiin. Hakeutuessaan palvelusten tarjoajan luokse syntyy palvelusten tarjoajan ja asiakkaan välillä sopimus tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä. Yleensä hyväksyminen tapahtuu suullisesti kiinnittämättä sopimukseen varsinaisessa merkityksessä lainkaan huomiota. Sopimussuhde on osapuolten käyttäytymisen tulos. Terveydellisten tekijöiden yksilöllisyyden vuoksi ei voida soveltaa valmiita standardisopimuksia, vaan palveluksia tarvitsevan henkilön kanssa solmitaan henkilökohtainen sopimus. Markkinatalouteen perustuvan oikeusjärjestelmän peruseriaatteisiin kuuluu sopimusvapaus. Sopimusosapuolet ovat vapaasta tahdostaan ja rationaalisen harkinnan jälkeen oikeutettuja solmimaan haluamansa sopimuksen, minkä seurauksena tehtyä sopimusta pidetään osapuolia sitovana. (Sario 1994, 7-8; Wilhelmsson 1991, 155.)

Potilaskuluttajan asemaa suvereenina sopimusosapuolena heikentää tasaveroisten tiedollisten resurssien puute, minkä vuoksi tämä ei kykene

solmimaan rationaalisesti harkitsemaansa sopimusta (vrt. Harisalo - Miettinen 1995b, 29). Potilaskuluttajalla ei ole todellista kysyntävapautta, sillä tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden on oltava lääketieteellisesti perusteltuja. Potilaskuluttaja ei voi vaatia esimerkiksi hampaan poistamista sillä perusteella että hän katsoo tämän parhaaksi ratkaisuksi terveydellisessä ongelmassaan. Sopimuksen solmimiseen vaikuttaa se, ettei potilaskuluttaja kysy määrättyjä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, vaan tietoa siitä, miten hänen tulisi menetellä päästäkseen eroon terveydellisestä ongelmastaan (Glennerster 1992, 21; Luoma 1989, 3-4).

Terveydenhuollossa on korostetusti esillä tilanne, jossa Asko Kaartisen (1989, 314) näkemyksen mukaan kaksi inhimillisesti tasa-arvoista ihmistä kohtaavat toisensa. Potilaskuluttaja-lääkärisuhteessa tasa-arvoisuus rajoittuu inhimilliseen puoleen, sillä vastakkain ovat alansa tunteva palvelusten tarjoaja ja vajavaisen asiantuntemuksen omaava potilaskuluttaja. Potilaskuluttajan riippuvuussuhde lääkäriin muodostuu tämän asiantuntemuksen vuoksi suuremmaksi kuin palvelusten tarjoajan ja asiakkaan välinen suhde arkipäiväisempien hyödykkeiden kohdalla. (von Bergmann-Winberg 1989, 28; Calnan ym. 1993; Häkkinen 1992, 41.)

Tällaista lääkärin ja potilaskuluttajan välistä suhdetta nimitetään agenttisuhteeksi. Veli-Pekka Isomäen (1998, 128) mukaan sillä tarkoitetaan suhdetta, jossa lääkäri valitsee asiantuntemuksensa nojalla palveluksia tarvitsevan henkilön puolesta tämän tarvitsemat palvelukset. (Ks. myös Niinistö 1995, 54; Shackley - Ryan 1994; vrt. Propper 1993, 41.) Vaikka potilaskuluttaja päättääkin itse palvelusten tarjoajan luokse hakeutumisesta, päättää lääkäri tehtävistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä. Potilaskuluttajan itsemääräämiskeudesta huolimatta lääkäri tekee päätöksen tehtävistä toimenpiteistä siksi, että hän päättää niiden lääketieteellisestä perusteltavuudesta. Palveluksia tarvitseva henkilö voi vaikuttaa vain siihen, solmiiko hän sopimuksen vai jättääkö solmimatta. Ilpo Paason (1992, 82) mukaan ”huomattava osa terveydenhuoltopalvelujen käyttäjistä ”hyväksyyneen” ikään kuin luonnostaan lankeavaksi lähtökohdaksi, että potilas on terveyttänsä ja elämäänsä koskevaa apua hakiessaan kaikkine resursseineen, myös varoineen, lääkärin hoitovalintojen varassa”. Tehtäviin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvän päätösvallan delegoiminen

lääkärille merkitsee sitä, että potilaskuluttaja siirtää myös oikeiden toimenpiteiden valintaan sisältyvät riskit palvelusten tarjoajalle. Koska lääkärin tavoitteet ammatinharjoittajana (esimerkiksi riittävän korkeat tulot) voivat olla ristiriidassa potilaskuluttajan tavoitteiden kanssa (terveydentilan palauttaminen mahdollisimman nopeasti, vaivattomasti ja vähin kustannuksin) voi seurauksena olla palvelusten tarjoajan luomaa kysyntää: tarpeettomia tutkimuksia, ylimääräisiä tarkastuskäyntejä ja jonkin tietyn lääketehaan valmisteita. (Isomäki 1998, 137-138.) Se, missä määrin lääkäri toimii näin, riippuu viime kädessä lääkärin ammattietiikasta ja moraalista.

Solmittaviin sopimukseen vaikuttaa palveluksia tarvitsevan henkilön ja niiden tarjoajan lisäksi myös kolmas palvelusten rahoitukseen liittyvä osapuoli. Jos kolmantena osapuolena on Kansaneläkelaitos, ohjaa ja säätelee se yksityisten palvelusten käyttämistä kuten myös erilaisiin palveluksiin kohdistuvaa kysyntää maksamalla määrättyistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä korvausta. Sairausvakuutuksen korvausjärjestelmään kuuluvia palveluksia hankitaan helpommin kuin sen ulkopuolelle jääviä. Toki on otettava huomioon se, ettei jälkimmäiseen ryhmään kuuluvien palvelusten tarve ole useinkaan samalla tavalla pakottava kuin korvattavissa palveluksissa. Veli-Pekka Isomäki (1998, 91) toteaa, että potilaskuluttajien ja Kansaneläkelaitoksen välisessä taloudellispuerustaisessa suhteessa lääkärit on asetettu "patriarkaalisen ovenvartijan" asemaan. Varsinaisen parantajan roolin lisäksi he toimivat etuuksiin vaikuttavina virkamiehinä, jolloin heidän on oltava varuillaan, ettei palveluksia tarvitseva henkilö tavoittele pelkästään aiheetonta etua. Palveluksia tarvitsevan henkilön subjektiivinen pahoinvointi ei riitä etuuksien saamiseksi. Kansaneläkelaitos suorittaa korvaukset hankituista palveluksista sen päätöksen nojalla, jonka lääkäri on tehnyt paitsi asiakkaan terveydellisestä tilanteesta, myös palvelusten kuulumisesta terveyden- ja sairaanhoitoon. Palveluksia tarjoavien lääkäreiden osalta tämä merkitsee sitä, että heillä on kaksoisrooli toimenpiteisiin liittyvien riskien kantajana ja terveydenhuoltoon käytettävien resurssien jakajana. Kansaneläkelaitoksen toiminta korostaa taloudellisten resurssien merkitystä palvelusten hankinnassa ja erilaisia palveluksia hankkivien henkilöiden eriarvoiseen asemaan asettelemista. (Vrt. Kumpusalo ym. 1991, 49-50.) Kolmantena osapuole-

na voi olla myös työterveyshuollosta järjestämisvastuussa oleva työnantaja. Tällöin asetelma muuttuu siten, että kolmannelta osapuolelta tulee rahastuksen kohde. Palvelukset tarjoava lääkäri ja niitä tarvitseva henkilö voivat käyttää työnantajaa taloudellisesti hyväkseen.

Länsimaissa ilmenee myös trendi, jossa terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän ja ja niiden tarjoajan suhteeseen tulee mukaan kolmantena osapuolelta lainsäädännöllisen puolen asiantuntija. Vaikka tämä onkin palvelusten käyttäjän oikeusturvan kannalta hyvä asia, voidaan sen katsoa lisäävän epäluottamusta lääkärin ja potilaskuluttajan suhteessa. Se ilmentää sitä, että suhde nähdään kriittisesti tarkasteltuna oikeudellisesti säädeltyinä ja konfliktialttiina. Juridisen asiantuntemuksen omaavalla taholla on tilanteessa myös omat intressinsä valvottavanaan. Jos tilannetta halutaan kritisoida, voidaan todeta, että palvelusten tuotantosuhteessa piilee vaara, että siitä muodostuu yhä enemmän juridisesti säädelty ja ulkoisesti kontrolloitu järjestely, jossa lähtökohtaisesti oletetaan, että potilaskuluttajan ja palvelusten tarjoajan välillä vallitsee tietty vastakkaisuus. (Ks. Lindqvist 1995b.)

3.3. Yhteenveto potilaskuluttajaan liittyvistä lähtökohdista

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten asiakas on palveluksia hankkiessaan sekä potilaan että kuluttajan rooleissa. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjä ei ole pelkästään potilas, jonka asemaa kuvastaa terveydenhuollon ammattilaisten tekemien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden kohteena oleminen. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjä ei ole puhdasverinen kuluttajakaan kolmesta syystä: 1. terveyspalvelukset eivät ole kulutushyödykkeitä, 2. palveluksia tarvitsevan henkilön aktiivinen osallistuminen saattaa olla rajoitettua esimerkiksi voimakkaan kivun tai tajuttomuuden vuoksi ja 3. informaation epätasa-arvoinen jakautuminen rajoittaa kuluttaja-käsitteen soveltuvuutta terveydenhuoltoon.

Nimitän yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjää potilaskuluttajaksi. Pelkästään potilaasta puhuminen edesauttaa passiivisen toiminnan

jatkumista. Kuluttajasta puhuminen taas luo liian suuria toiminnallisia vaatimuksia. Potilaskuluttajassa yhdistyy potilaan asemaan liittyvä sidonnaisuus asiantuntijan päätösvaltaan samanaikaisesti kuluttajanolemuksen korostamaan vallanvapauteen ja määräysvaltaan. Potilasmaisuus ja kuluttajamaisuus voidaan kuvata jatkumona, johon yksittäinen potilaskuluttaja sijoittuu iän, koulutuksen, sosioekonomisen aseman, taloudellisten resurssien ja terveydellisen ongelman ilmitulevien painotusten yhteisvaikutuksen tuloksena. Toiminnallinen potilaskuluttajan roolin lunastaminen edellyttää sitä, ettei palvelustarpeen herättänyt terveydellinen ongelma kuluta toimintaresursseja loppuun omatoimisuuden kustannuksella. Keskustelu potilaskuluttajasta ei ole pelkästään retorinen kysymys. Sillä on selkeät yhtymäkohdat terveydenhuoltosektorin kehitysprosessiin, missä korostuu yksilön vastuu itsestään.

Vaikka potilaskuluttajan asemaa kuluttajan ja potilaan roolissa on turvaamassa joukko säädöksiä, ei tämä ole tasa-arvoinen muiden palvelusten käyttäjien kanssa. Potilaskuluttajan asemaa horjuttaa kolme piirrettä: 1. terveys ei ole kulutushyödyke, 2. palvelukset ovat monimuotoisia ja 3. palvelusten tarjoajan ja asiakkaan välinen sopimussuhde on epätasa-arvoinen.

4. TUTKIMUKSEN TAVOITE JA RAJAUKSET

Tutkin tässä tutkimuksessa **miten potilaskuluttajat tulkitsevat yksilöllisten kokemustensa ja käsitystensä perusteella palvelusten tarjontaan liittyvien oikeuksiensa toteutumisen yksityisten lääkäriasemien asiakaspalvelussa.** Tutkin oikeuksien välityksellä niitä tekijöitä, joiden pohjalta potilaskuluttajat kokevat ja käsittävät saamansa asiakaspalvelun.

Potilaskuluttajilla on enemmän palvelusten tarjontaan liittyviä oikeuksia kuin yhdessä tutkimuksessa voidaan järkevästi tutkia. Tutkimuksessani käytän näiden oikeuksien määrittelyperspektiivinä potilaan asemasta ja oikeuksista säädettyä lakia (785/92) (jäljempänä potilaslaki) ja kuluttajansuojalakiä (38/78). Vaikka potilaslaki on ollut voimassa maaliskuusta 1993 ja kuluttajansuojalaki pari vuosikymmentä, ei niitä ole tutkittu potilaskuluttajien näkökulmasta. Lakien pohjalta tutkittaviksi teemoiksi nousevat oikeus päästä hoitoon, oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, tiedonsaantioikeus, itsemääräämisoikeus, oikeus tietosuojaan, oikeus potilasasiain palveluihin ja oikeus valittaa. Käsittelen näitä oikeuksia tutkimuksessani nimenomaan asiakaspalvelun laatua edustavina teemoina.

Potilaskuluttajaan sitoutuvan esiyymmärryksen vuoksi tutkin omista asioistaan päättämään kykenevien, tajuissaan olevien, ilmaisukykyisten, vapaaehtoisesti ja oma-aloitteisesti palveluksia hankkivien henkilöiden oikeuksia niin, että kaikenlainen tahdonvastaisuus rajautuu tutkimuksen tavoitteen ulkopuolelle. Tästä syystä en käsittele erityisten potilas- tai kuluttajaryhmien oikeuksiin liittyviä seikkoja. Erityisillä potilas- ja kuluttajaryhmillä tarkoitan henkilöitä, joiden kohtelusta tai velvollisuuksista on säädetty yleisen edun tai muiden tarkoituksien vuoksi erityislainsäädännöllä tai joiden asemaan muuten voidaan soveltaa erityislainsäädäntöä. Yllämainitut oikeusteemat ovat kaikille yksityisten palvelusten käyttäjille yhteisiä.

Yksityisen terveydenhuoltosektorin eri palvelusmuodoista tutkimuksen kohteena ovat lääkäriasemien tarjoamat palvelukset. Nämä palvelukset muodostavat terveydenhuoltopalvelusten perustan siten, että ensimmäinen kontakti terveydenhuoltojärjestelmään tapahtuu useimmiten lääkärin vastaan-

otolla. Tämän jälkeen palveluksia tarvitseva henkilö hakeutuu tarpeen mukaan muiden palvelusten tarjoajien luokse. Lääkäripalvelukset muodostavat moniulotteisen lähtökohdan potilaskuluttajan oikeuksien toteutumisen tutkimiselle. Varsinkin kun otetaan huomioon, että potilaan oikeuksien säätämisen perustavana lähtökohtana on ollut potilaan aseman turvaaminen potilas-lääkäri -suhteessa ja sairaalapotilaan asemassa.

Yksityisen sektorin merkitys korostuu avohuollon palvelusten tarjoajana, vaikka se tarjoaa myös sairaalapalveluksia. Tästä syystä tutkin potilaskuluttajien oikeuksien toteutumista vastaanotolla käynneillä sen sijaan, että tutkisin laitosisiakkaan asemaa yksityissektorilla.

Tutkimuksen tavoitteesta seuraa loogisesti asiakasnäkökulman korostaminen, mikä on tärkeää asiakaspalveluun kohdistuvassa tutkimuksessa, sillä palvelukset ovat niiden käyttäjiä varten. Ilman palvelusten käyttäjiltä saatavaa palautetta ei tiedetä, miten he kokevat saamansa asiakaspalvelun. Terveydenhuollon rakennemuutoksessa asiakasnäkökulma on voimistunut. Tähän on johtanut palvelusten käyttäjien tiedon lisääntyminen ja halu osallistua itseä koskevaan päätöksentekoon sekä terveydenhuoltoon kohdistuvat kasvavat odotukset, kuten laadukkaan hoidon vaatimus. Palvelusten tarjoajat tarkastelevat asiakaspalvelun laatua paitsi eri näkökulmasta myös alan tuntevina ammattilaisina. He ovat päivittäin tekemisissä palvelusten kanssa, mikä sokeuttaa heidät asiakkaiden reaktioiden osalta. Heidän on vaikea tarkastella asiakaspalvelua palveluksia satunnaisesti käyttävien henkilöiden näkökulmasta, joille palvelusten hankintatilanne näyttyy ainutkertaisempana. Todellisuus saa merkityksen yksilöiden tulkinnan kautta. Tämän vuoksi palvelusten tarjoajille ja käyttäjille yhteinen todellisuus ei ole mahdollista. Vaikka on olemassa yksi maailma, ymmärtävät asiakaspalvelun eri osapuolet sen tulkinnoissaan eri tavoin.

5. TUTKIMUKSEN AINEISTO, MENETELMÄT JA ANALYYSI

5.1. Tutkimuksen tiedonhankinta

Tutkimuksessani pyrin ymmärtämään potilaskuluttajien terveydenhuoltopalvelusten käyttämiseen liittyviin kokemuksiin ja käsityksiin sisältyviä merkityksiä. Tämä edellyttää tiedonkeruutapoja, joilla kokemukset ja käsitykset voivat tulla esiin. Tästä syystä tutkimus perustuu potilaskuluttajien haastatteluihin ja kuluttajavalituslautakunnan arkistosta kerättyihin valituksiin.

Tutkimusmenetelmien valinta perustui esiymmärrykseeni tutkittavan ilmiön luonteesta. Yksityisellä sektorilla perinteisesti käytössä olevat asiakkaiden tyytyväisyyttä selvittävät tutkimukset nojaavat kvantitatiiviseen tietoon painottaen enemmän määrällistä kuin laadullista tarkastelupuolta (Salmela 1995). Olisin voinut lähestyä tutkimuksen tavoitetta kvantitatiivisin menetelmin, mutta ne eivät olisi tuottaneet tietoja siitä, miten potilaskuluttajat kokevat oikeuksiensa toteutumisen, vaan miten tutkija haluaa potilaskuluttajien kokevan oikeuksiensa toteutumisen määrällisesti. Kvantitatiivisin menetelmin en olisi päässyt samaan potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin sisältyvien merkitysten kuvailuun ja tulkintaan kuin nyt. Toisaalta yksilöllisten kokemusten ja käsitysten tutkimisesta seurasi menetelmällisesti kvalitatiivisen lähestymistavan valitseminen. Kvalitatiivinen tieto on persoonallisuutensa ansiosta lähellä tutkittavien maailmaa. Potilaskuluttajat eivät jää abstrakteiksi prosenteiksi ja numeroiksi tilastoihin.

Kvalitatiivinen lähestymistapa on perusteltua myös tutkimuskohteen tutkimattomuuden vuoksi. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten asiakkaiden oikeuksien toteutumisesta asiakaspalvelussa muodostunut kuva on kysymyksiä herättävä. Lukuisat mielikuvat johtavat tulkintoihin ilman että tiedetään, mistä potilaskuluttajan oikeuksien toteutumisessa on kysymys. Kvalitatiivisuuden kautta paneudun potilaskuluttajien kokemusten ja käsitysten kuvailemiseen ja ymmärtämiseen. (Vrt. Saarelma 1996; Vainio - Vuori 1992, 20.)

Kummallakin aineistolla on tutkimuksessa oma roolinsa. Potilaskuluttajien haastattelut muodostavat tutkimukseni perusaineiston. Ne antavat tie-

toa kaikista tarkasteltavista oikeusteemoista. Kuluttajavalituslautakunnan arkistosta keräämäni valitustapausaineisto täydentää haastatteluaineistoa antamalla tietoa kaupallisessa toimintaympäristössä esiintyvistä ongelmista.

5.1.1. Haastatteluaineisto

Potilaskuluttajan ontologisten taustasitoumusten myötä lähtökohtaolettamukseksi on, että jokaisella yksilölliset toiveet ja tarpeet omaavalla potilaskuluttajalla on henkilökohtaiset kokemuksensa ja käsityksensä saamastaan asiakaspalvelusta. Nämä kokemukset ja käsitykset välittyvät potilaskuluttajien mielen prosessien kautta. Vuorovaikutuksen ja ajattelun välineenä toimivan kielen avulla potilaskuluttajat kykenevät ilmaisemaan kokemuksensa ja käsityksensä.

Kokemukset kertovat siitä, mitä palvelusten hankinnassa on tapahtunut. Vastaisuudessa tapahtuvassa palvelusten hankinnassa ne muodostavat perustan tehtäville päätöksille. Päätökset hankittavista palveluksista perustuvat myös subjektiivisiin käsityksiin asiakaspalvelun laadusta. Kokemusten ohella käsitykset, olivat ne oikeita tai väärinymmärrykseen perustuvia, ohjaavat potilaskuluttajien toimintaa. Käsitykset ovat Michael Uljensin (1992) mukaan ihmisten tietystä asiasta itselleen rakentamia kuvia, joiden avulla he jäsentävät uutta tietoa. Käsitys voi muodostua ilman asiasta hankittua kokemusta. Tutkimusotteelleni ei ole luonteenomaista potilaskuluttajien käsitysten paikkansapitävyyden tarkistaminen, sillä kiinnostuksen kohteena ovat käsitykset käytännön heijastumina. Jotta palvelusten tarjoajat saisivat mahdollisuuden asiakaspalvelun tarkasteluun myös käsitystiedon mukaisesti, on potilaskuluttajien käsitysten tutkiminen tärkeää. Käsitystiedon tutkiminen muodostuu ratkaisevan tärkeäksi erityisesti silloin, kun asiakkaille on muodostunut toiminnasta virheellisiä käsityksiä. Väärinkäsitysten selvittämisen myötä palvelusten tarjoajat saavat tilaisuuden niiden kauaskantoisiin seurauksiin johtavaan oikaisuun. (Vrt. Frilander - Uitti 1996, 1932.)

Kokemusten ja käsitysten välinen suhde konkretisoituu haastatteluilla kerätyssä tiedossa. Ensisijaisesti tutkin sitä, miten potilaskuluttajat kokevat

oikeuksiensa toteutumisen. Kaikista tarkasteltavista oikeuksista palvelusten käyttäjillä ei ole kokemuksia, jolloin tutkin oikeuksien toteutumista potilaskuluttajien yksilöllisten käsitysten perusteella. Kokemuksia ja käsityksiä käsittelen samanarvoisina informaatiomuotoina.

Haastateltavat henkilöt poimin Tampereella toimivien yhden lääkäriaseman ja yhden hammaslääkäriaseman asiakaskunnista. Molemmat palvelusten tarjoajat sijaitsevat liikekeskuksissa. Lääkäriasema tarjoaa palveluksia poliklinikan ja sairaalan kautta. Tämän lisäksi se tarjoaa monenlaisia laboratorio-, röntgen- ja ultraäänipalveluksia sekä muita palvelusten onnistuneisuutta tukevia oheispalveluksia. Hammaslääkäriasema tarjoaa monipuolisia hampaiston ja suun alueen terveydenhuoltopalveluksia.

Lääkäriasemalta haastateltavat henkilöt poimin päivystys- ja ajantilausvastaanotoilta. Työterveyspalvelusten asiakkaat kuten myös kuntien ostopalvelusopimusten perusteella palveluksia käyttävät henkilöt jätin ulkopuolelle. Heillä ei ole välitöntä vapautta valita lääkäriään tai lääkäriasemaa, koska työnantaja tai kunta on tehnyt valinnan heidän puolestaan. Kahdella ensin mainitulla ryhmällä on tämä mahdollisuus. Valinnanvapauden ohella haastateltavien henkilöiden rajaamista perusteli se, että kahteen jälkimmäiseen asiakasryhmään kuuluvat henkilöt jäävät kuluttajansuojalain ulkopuolelle, koska he eivät maksa palveluksiaan. Se, että vakuutusyhtiö korvaa hoidon potilaskuluttajan itsensä ottaman vakuutuksen perusteella, ei rajaa palveluksia kuluttajansuojalainsäädännön ulkopuolelle (Palonen 1994, 69). Hammaslääkäriasemalta haastateltavia henkilöitä poimiessani otin huomioon myös erikoishammashoitajalla asioineet henkilöt, koska he muodostavat asiakaskunnan tärkeän osan.

Näiden palvelusten tarjoajien asiakaskunnista poimin poikkileikkauksenomaisesti 50 haastateltavaa henkilöä, jotta saisin riittävästi tarvitsemaani tietoa. Lääkäriasemalta poimin 25 haastateltavaa kahtena sattumanvaraisesti valittuna päivänä marraskuussa 1995. Hammaslääkäriasemalta poimin tasapuolisesti 25 haastateltavaa niinkään kahtena sattumanvaraisena päivänä tammikuussa 1996. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto on otoksen sijasta paremminkin tutkimusaiheen kannalta kiinnostavaksi nähty siivu yhteiskunnasta (Pyörälä 1994, 7).

Haastateltaviin henkilöihin otin henkilökohtaisesti yhteyttä asiakaspalvelun odotus- ja poistumisvaiheissa (Lahtinen - Isoviita 1994, 32) sitä mukaa kun uusia asiakkaita saapui toimipaikkaan ja ehdin keskustella eri henkilöiden kanssa. Ensimmäisessä yhteydenotossa ennen suullista suostumusta haastatteluun pyydettyäni esittelin itseni sekä kerroin tutkimuksestani ja haastateltaviin kohdistuvista odotuksista. Haastateltaviksi suostuneille annoin informaatiokirjeen (liite 2.). Potentiaalisia haastateltavia lähestyin henkilökohtaisesti siksi, että he saivat heti tuntuman minuun.

Haastattelusta kieltäytyi kolmetoista lääkäriaseman ja viisi hammaslääkäriaseman asiakasta. Miehiä kieltäytyneistä oli seitsemän ja naisia yksitoista. Kieltäytymistään he perustelivat sillä, ettei heillä ole aikaa vastata kysymyksiin, eivät halua osallistua tutkimuksiin, eivät osaa mielestään vastata, koska käyttävät yksityisiä palveluksia vähän tai sillä, että osallistuminen tutkimukseen on käytännön järjestelyjen vuoksi mahdotonta. Lääkäriaseman asiakkaat suhtautuivat haastatteluun hammaslääkäriaseman asiakkaita varauksellisemmin. Selityksenä tälle pidän sitä, ettei hammaslääkäriasemalta hankittavia palveluksia koeta yhtä arkaluonteisiksi kuin muiden lääkäreiden tarjoamia palveluksia. Haastatteluhetkeä puhelimitse sopiessani henkilöt saivat vielä mahdollisuuden peruuttaa suostumuksensa haastatteluun. Näin teki kaksi naishenkilöä, joista toinen perusteli kieltäytymistään äkillisesti muuttuneella terveydentilallaan ja muilla henkilökohtaisessa tilanteessa tapahtuneilla dramaattisilla muutoksilla. Toinen naishenkilö perusteli kieltäytymistään kiireisellä aikataulullaan ja sillä, että oli suostunut haastatteluun liian helposti. Haastattelusta kieltäytyneiden määrää olisi ollut mahdollista alentaa hetkellisesti soveltamaa toimintaani aggressiivisemmalla haastattelusuoistumusten hankinnalla. Varsinaisen haastatteluajankohdan sopimisessa ”väkisin suostutellut” henkilöt olisivat todennäköisesti peruuttaneet suostumuksensa ja haastattelusta perääntyneiden määrä kasvanut. Tämän vuoksi lähtökohtana oli se, että haastatteluun suostumisen tuli tapahtua helposti. Näiden kieltäytymisten lisäksi suljin yhden haastattelun analyysin ulkopuolelle siksi, että haastattelun yhteydessä se paljastui työterveyshuoltopalvelusten käyttötapaukseksi. Tutkimuksessa ei ole mahdollista selvittää, mitä haastattelusta kieltäytyneiden poisjänti merkitsee tulosten kannal-

ta. Kieltäytyivätkö haastattelusta ne henkilöt, joiden kokemuksiin ja käsityksiin olisi sisällynyt erityisesti negatiivisia merkityksiä saatavasta asiakaspalvelusta? Suostuivatko tutkimukseen potilaskuluttajat, joilla on etupäässä positiivisia kokemuksia ja käsityksiä?

Analyysin perustana oleva haastatteluaineisto muodostuu 47 haastattelusta. Haastatteluilla kerätty tieto kuvastaa enemmän naisten kokemuksia ja käsityksiä kuin miesten (taulukko 1.). Olavi Parosen ym. (1997) tekemä vuosien 1995-1996 Tampereen terveysprofiili vahvistaa naisten käyttävän yksityisiä lääkäripalveluksia miehiä yleisemmin. Esko Kalimo ym. (1997) osoittavat, että lukumääräisesti eniten yksityisiä terveydenhuoltopalveluksia käyttävät työkäiset, joiden osuus myös väestöstä on suurin. Tämä näkyy haastattemieni henkilöiden ikärakenteessa siten, että 96 prosenttia heistä sijoittuu 18-65 -vuotiaisiin. Yli viidenneksellä palvelusten käyttäjistä ei ole ammattikoulutusta. Sosioekonomisen aseman puolesta hammaslääkäripalvelusten asiakkaissa korostuu ylempien toimihenkilöiden osuus. Lääkäriaseman asiakkaissa yhtä voimakkaasti kokonaisuudesta erottuvaa ryhmää ei ole.

Taulukko 1. Haastateltujen henkilöiden taustatiedot.¹

	LÄÄKÄRIPALVELUKSET	HAMMASLÄÄKÄRIPALVELUKSET	YHTEENSÄ
	N	N	N
Haastateltujen sukupuoli			
Mies	9	11	20
Nainen	14	13	27
Yhteensä	23	24	47
Haastateltujen ikä			
18-34	10	7	17
35-54	6	16	22
55-74	7	1	8
Yhteensä	23	24	47
Haastateltujen koulutustaso			
Akateeminen koulutus	4	9	13
Opistotasoinen koulutus	9	7	16
Ammattikoulu tai muu koulutus ²	5	3	8
Ei ammattikoulutusta	5	5	10
Yhteensä	23	24	47
Haastateltujen sosioekonominen asema			
Yrittäjät	1	1	2
Ylemmät toimihenkilöt	3	10	13
Alemmat toimihenkilöt	8	5	13
Työntekijät	6	3	9
Opiskelijat	1	3	4
Eläkeläiset	3	1	4
Muut ³	1	1	2
Yhteensä	23	24	47

Empiirisen tiedon lähteinä olleet henkilöt voidaan sijoittaa omalle paikalleen kaikkien potilaskuluttajien ryhmässä. Ryhmän sisäistä rakennetta voidaan kuvata potilaskuluttajien sairauden vakavuuden pohjalta rakentuvalla sairauspy-

¹ Luokitusperusteena Tilastokeskus 1987.

² Muu koulutus sisältää henkilöt, jotka ovat suorittaneet kansakoulun lisäksi ammatillisia kursseja.

³ Muihin sisältyvät kotiäidit ja työttömät.

ramidilla. Alimmille tasoille sijoittuvat lievästi sairaat ja ylimmille pyramidin tasoille vakavasti sairaat potilaskuluttajat. Lääkäriasemien asiakaskunnista poimin satunnaisesti haastateltaviksi asiakkaita, joiden sairaus tai vamma ei ollut esteenä haastattelulle. Hyvin sairaat tai huonokuntoiset henkilöt eivät kenties olisi lainkaan jaksaneet vastata tai terveydellisten ongelmien komplisoituminen olisi voinut vaikuttaa haastatteluun negatiivisesti. Haastattelemani henkilöt sijoittuvat sairauspyramidin alemmille tasoille. Sama pätee kuluttajavalituslautakuntaan tehtyjen valitusten takaa löytyviin potilaskuluttajiin. Tutkimustulokseni kuvastavat "lievästi sairaiden" potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin sisältyviä merkityksiä. Tästä syystä ne ovat mahdollisesti positiivisempia kuin ne voisivat olla vakavasti sairaiden kohdalla. Sairauspyramidin ylimmille tasoille sijoittuvien potilaskuluttajien kokemukset ja käsitykset oikeuksiensa toteutumisesta voivat saada uusia ulottuvuuksia, sillä heidän kohtaamansa ongelmat saattavat olla syvällisempiä kuin alemmille kerroksille sijoittuvien henkilöiden. Niinikään voidaan olettaa, että terveydenhuoltopalveluksia usein hankkivat henkilöt kohtaavat todennäköisemmin ongelmia kuin palveluksia satunnaisesti hankkivat henkilöt. Tämä näkyy aineistoissa niin, että tutkimustiedon lähteinä olleet potilaskuluttajat ovat satunnaisia palvelusten käyttäjiä. Tutkimuksen tavoitteen ja potilaskuluttajaan sitoutuvan esiymmärryksen kannalta tällainen tiedon lähteinä olleiden henkilöiden vinouma ei ole ongelmallinen. Nämä sekä seuraavassa kappaleessa esiin tulevat valitustapausaineistoa kuvaavat taustatiedot tulee pitää mielessä siirrettäessä tuloksia muihin asiakaspalvelutilanteisiin. Niinikään tulee pitää mielessä tutkimuksen tavoitteenmäärittelyn yhteydessä esiin tullut rajaus, jonka perusteella aineistot edustavat omista asioistaan päättämään kykeneviä, tajuissaan olevia, ilmaisukykyisiä, vapaaehtoisesti ja oma-aloitteisesti palveluksia hankkivia potilaskuluttajia.

Haastattelut tein joulukuun 1995 ja maaliskuun 1996 välisenä aikana haastateltaville sopivassa paikassa heille sopivana ajankohtana. Haastateltavia henkilöitä lähestyin tutkijanroolistani huolimatta oikeuksien toteutumisesta ja asiakaspalvelusta kiinnostuneena potentiaalisena asiakkaana sen sijaan, että olisin lähestynyt heitä palvelusten tarjoajien ja alan ammattilaisten edustajana (vrt. Thompson ym. 1989, 138; Åstedt-Kurki 1992, 27). Perusteluna tälle pidän

sitä olettamusta, että haastateltavien voi olla vaikeampaa kertoa kokemuksistaan ja käsityksistään näille tahoille. Ennen haastattelua kertosin ja syvensin vapaamuotoisessa alkukeskustelussa henkilöiden tietämystä tutkimuksesta ja haastattelusta. Haastateltavat saivat myös esittää tutkimukseen ja haastatteluun liittyviä kysymyksiä. Haastateltavien henkilöiden luvalla nauhoitin haastattelut. Kaksi henkilöä kielsi haastattelun nauhoittamisen omilla persoonallisilla syillään. Näissä tapauksissa tein haastattelun aikana muistiinpanoja, jotka täydensin ja kirjoitin puhtaaksi haastattelun jälkeen.

Haastattelut toteutin teemahaastatteluina. Keskustelut koskivat tutkimuksen tavoitteen rajauksen yhteydessä määritellyjä oikeusteemoja, joista haastateltavat henkilöt saivat ilmaista kokemuksensa ja käsityksensä omilla sanoillaan haluamassaan laajuudessa. Haastatteluissa selvitin ensisijaisesti viimeisimmän palvelusten hankinnan osalta potilaskuluttajien kokemuksia ja käsityksiä siitä, miten he kokevat oikeuksiensa toteutumisen yksityisten lääkäriasemien asiakaspalvelussa (ks. liite 3.). Tilannekohtaista tarkastelutapaa perustelen sillä, että henkilön kokemusten tarkastelu ensisijaisesti yhden tarkoin määritellyn käynnin osalta antaa luotettavampaa tietoa kuin lääkäri- ja hammaslääkäriasemien asiakkailta etukäteistietoja potilaskuluttajan oikeuksista, vaan ainoastaan omien kokemusten ja käsitysten kertomista.

5.1.2. Valitustapausaineisto

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjä voi ongelmatilanteessa mm. tehdä valituksen suoraan lääkärille, muistutuksen toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle, kantelun terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille, valituksen Potilasvakuutusyhdistykseen, valituksen kuluttajavalituslautakuntaan tai saattaa asian käräjäoikeuden ratkaistavaksi. Haastatteluaineiston täydentäjänä käytin kuluttajavalituslautakuntaan tehtyjä valituksia. Tutkimuksen tavoitteesta löytyy selkeät perustelut kuluttajavalituslautakunnan valitsemiseksi toiseksi aineistolähteeksi. Kuluttajavalituslautakunnasta saa keskitetysti tietoa

yksityisissä terveydenhuoltopalveluksissa esiintyvistä ongelmista, sillä se käsittelee tasapuolisesti terveydenhuoltopalveluksiin ja niiden tarjoamiseen liittyviin kaupallisiin tekijöihin liittyviä valituksia. Esimerkiksi Potilasvakuutusyhdistys ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskus käsittelevät ainoastaan terveydenhuoltopalveluksiin liittyviä valituksia. Pelkästään kuluttajavalituslautakuntaan tehtyjen valitusten valitsemista haastattelujen täydentäjäksi perustelee se, etten tutki yksityisissä terveydenhuoltopalveluksissa syntyvien ongelmien määrää tai laatua, vaan pyrin ymmärtämään potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin sisältyviä merkityksiä.

Kuluttajavalituslautakunnan tehtävänä on antaa ratkaisusuosituksia kulutustavaroita ja -palveluksia koskevissa erimielisyyksissä, antaa tuomioistuimille lausuntoja lautakunnan toimivaltaan kuuluvista riita-asioista, neuvoa ja opastaa kuluttajia ja tiedottaa ratkaisukäytännöstään. Asian käsittely lautakunnassa on maksutonta. Tavoitteena on myös ehkäistä kuluttajien ja palvelusten tarjoajien välisiä oikeusriitoja.

Vain kuluttaja voi tuoda riidan lautakunnan käsiteltäväksi. Valitus on tehtävä kirjallisesti. Riidan toisena osapuolena on oltava palveluksen tarjoaja. Lautakunta ei käsittele kahden yksityishenkilön tai kahden yrityksen välisiä riitoja. Asiasta, joka on jo käsitelty tai vireillä tuomioistuimessa, lautakunta ei anna ratkaisusuositusta. Lautakunta ei myöskään käsittele julkisia palveluksia eikä lakisääteisiä vakuutuksia koskevia asioita.

Valtioneuvosto nimittää kuluttajavalituslautakunnan jäsenet eduskunnan vaalikautta vastaavaksi ajaksi kerrallaan. Jäsenet edustavat palkansaa- jia, kuluttajia, kauppaa ja teollisuutta. Puheenjohtaja ja jaostojen puheenjohtajaksi nimitettävät henkilöt eivät saa edustaa palvelusten tarjoajien tai kuluttajien etuja. Täysistunto käsittelee periaatteellisesti tärkeät asiat. Asian käsittelemisestä täysistunnossa päättää lautakunnan puheenjohtaja. Puheenjohtajan tehtävänä on seurata myös oikeusperiaatteiden soveltamista ja ratkaisujen yhdenmukaisuutta. Täysistuntoon kuuluu puheenjohtaja, varapuheenjohtaja ja seitsemän jäsentä. Jaostot käsittelevät asioita hyödykeryhmittäin. Jaostoista ja niissä käsiteltävien asioiden jakoperusteista päättää valtioneuvosto. Jokaisessa jaostossa on puheenjohtajan lisäksi neljä kyseisen alan asiantuntemuksen

omaavaa jäsentä. Jaostoja on kymmenen ja terveydenhuoltopalveluksiin liittyvät asiat käsitellään yhdeksännessä jaostossa.

Lautakunta selvittää viran puolesta jokaisen riita-asian ratkaisun kannalta keskeiset seikat. Käsittely perustuu pääosin asianomaisten antamiin kirjallisiin selvityksiin. Osapuolilla on mahdollisuus esittää omat näkemyksensä toistensa esittämiin väittämiin. Tarvittaessa lautakunta hankkii lausuntoja asiantuntijoilta. Lautakunta pyytää aina vireille tulleeseen valitukseen vastineen palveluksen tarjoajalta. Asian käsittelyä ei estä se, että palveluksen tarjoaja jättää antamatta oman selvityksensä asiasta. Asioiden valmisteluvaiheessa esittelijät pyrkivät saamaan aikaan sovinnon riidan osapuolten välillä. Valmistelutyön jälkeen tai jos tehty sovintoesitys on hylätty, esittelijä vie asian asianomaiseen jaostoon. Jaosto antaa valitukseen kirjallisen ratkaisusuosituksen. Jollei kertynyt aineisto ole riittävä asian ratkaisemiseksi, lautakunta voi olla antamatta suositusta. Ratkaisuisissa pyritään yksimielisyyteen, mutta jollei tähän päästä, päätöksenä on enemmistön kanta. Lautakunnan päätös on luonteeltaan suositus, eikä asianosaisia voi velvoittaa noudattamaan sitä. Lautakunnassa käsitellyn asian voi viedä edelleen tuomioistuimen käsiteltäväksi.

Poimin tutkimukseeni 104 vuosina 1991-1994 tehtyä valitusta. Lautakuntaan tehdyistä valituksista otin huomioon kaikki sellaiset tapaukset, joiden toisena osapuolena on lääkäri. Keräämissäni valitustapauksissa palvelusten tarjoajana on joko yksittäinen palvelusten tarjoaja, yksityinen sairaala tai lääkäriasema. Valituksissa ei ole fysikaalisesta hoidosta, hammasteknikoista, naprapaateista tai optikoista tehtyjä valituksia.

Tehdyistä valituksista keräsin tapaukset, joissa kuluttajavalituslautakunta on muodostanut kannanoton eli tehnyt päätöksen tai tullut tulokseen, ettei se voi tehdä asiassa ratkaisusuositusta. Puutteellisten asiakirja-aineistojen vuoksi en ottanut mukaan valituksia, jotka ovat päättyneet valittajan ja palvelusten tarjoajan sovintoon tai joissa valittaja on vetänyt valituksensa pois. Samasta syystä suljin ulkopuolelle valitukset, joissa palvelusten tarjoajaa ei oltu tavoitettu, joissa palvelusten tarjoaja oli mennyt konkurssiin tai tapaukset, joissa asian selvittely oli viety kärjäoikeuteen.

Kustakin valitustapauksesta muodostin kokonaiskuvan. Asiakirjoista keräsin kirjalliset tiedot valittajan sukupuolesta, sosioekonomisesta asemasta, asuinpaikasta, palveluksen hankkimispaikasta, palveluksen sopimuksen tekotavasta, kustannusarvion antamisesta, palveluksen sisällöstä, valituksen sisällöstä, valituksen johdosta esitetystä vaatimuksesta, palveluksen tarjoajan antamasta vastineesta ja kuluttajavalituslautakunnan päätöksestä. Asiakirjatiedon lähteinä toimivat asiakkaiden täyttämät valituslomakkeet (ks. liite 4.), asiakkaiden vapaamuotoiset kirjelmät, asiantuntijalausunnot ja muu valituksen käsitelyssä kuluttajavalituslautakunnan toimesta syntynyt kirjeenvaihto.

Selkeä enemmistö tehdyistä valituksista kohdistuu hammaslääkäripalveluksiin (taulukko 2.). Enemmistö valituksen tehneistä asiakkaista on haastatteluaineiston tavoin naisia, mitä selittää se, että naiset käyttävät miehiä enemmän terveydenhuoltopalveluksia (Nettleton 1995; Nyman 1993). Määrällisesti eniten valituksia kuluttajavalituslautakuntaan on saapunut entisen Uudenmaan läänin alueelta, missä on myös suhteessa eniten yksityisiä palveluksia tarjolla maan muihin osiin verrattuna. Haastatteluaineiston tavoin valitustapaukset eivät muodosta elitististä kuvaa potilaskuluttajista. Kumpaankin aineistoon sisältyvien potilaskuluttajien joukko on heterogeeninen. 60 prosenttia valituksen tehneistä henkilöistä kuuluu ylempien toimihenkilöiden, työntekijöiden tai eläkeläisten ryhmään. Suvianna Hakalehdon (1992, 57) tarkastelemissa arkistoaineistossa alemmat toimihenkilöt muodostavat muista selvästi erottuvan yksittäisen ryhmän. Tässä heidän osuutensa on pieni. Sen sijaan sellaisten henkilöiden osuus, joiden sosioekonominen asema ei paljastu, on kymmenkertainen Hakalehdon aineistoon verrattuna, mikä saattaa selittää alhaista alempien toimihenkilöiden osuutta.

Taulukko 2. Valitustapausaineiston taustatiedot.⁴

	1991	1992	1993	1994	YHTEENSÄ
	N	N	N	N	N
Valitusten kohteena olevat palvelukset					
Lääkäripalvelukset	10	10	11	8	39
Hammaslääkäripalvelukset	18	13	16	18	65
Yhteensä	28	23	27	26	104
Valittajien sukupuoli					
Mies	7	5	10	12	34
Nainen	21	18	17	14	70
Yhteensä	28	23	27	26	104
Valittajien sosioekonominen asema					
Yrittäjät	-	1	2	1	4
Ylemmät toimihenkilöt	5	3	6	6	20
Alemmat toimihenkilöt	2	2	2	2	8
Työntekijät	7	6	4	5	22
Opiskelijat	1	1	1	-	3
Eläkeläiset	6	4	7	3	20
Muut ⁵	-	3	1	1	5
Ei mainintaa	7	3	4	8	22
Yhteensä	28	23	27	26	104
Valittajien kotilääni					
Uudenmaan lääni	13	8	10	11	42
Turun ja Porin lääni	3	3	7	3	16
Hämeen lääni	5	1	5	6	17
Kymen lääni	3	2	-	-	5
Keski-Suomen lääni	-	-	-	1	1
Mikkelin lääni	1	1	-	2	4
Pohjois-Karjalan lääni	2	1	-	1	4
Kuopion lääni	-	-	1	-	1
Vaasan lääni	-	-	1	1	2
Oulun lääni	1	2	-	1	4
Lapin lääni	-	5	3	-	8
Yhteensä	28	23	27	26	104

⁴ Luokitusperusteena Tilastokeskus 1987.

⁵ Muihin sisältyvät kotiäidit, rouvat ja työttömät.

5.2. Empiiristen aineistojen analyysi

Tutkimusasetelman luominen, aineiston kerääminen, analysoiminen ja raportointi olivat limittäisiä prosesseja tutkimuksessani (vrt. Heiskala 1990, 245; Uusitalo 1991, 80). Esimerkiksi palvelun, palveluksen, asiakaspalvelun ja potilaskuluttajan käsitteiden sisällöt muodostuivat tutkimusprosessin eri vaiheiden aikana. Kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaiseen tapaan analysointia tapahtui tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa.

Tutkimuksen tavoite ei määrännyt ainoastaan aineistojen kokoamista. Se loi niiden analysoinnille rajat, joiden sisällä tulokset tuli saavuttaa. Keskeisesti analysointiin vaikutti se, etten lähde tutkimuksen tavoitteen osalta liikkeelle miksi -kysymyksestä löytyvästä ongelmasta. Liikkeellelähtö tapahtuu miten -kysymyksellä, jolla luon yhden mahdollisen tulkinnan siitä, miten potilaskuluttajat kokevat oikeuksiensa toteutumisen yksityisten lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Tutkimuksella pyrin lisäämään asiakaspalvelun ymmärtämistä tulkitsemalla potilaskuluttajien kokemuksia ja käsityksiä. Kaikki muut tulkinnat syrjäyttävän totuuden kertominen ei kuitenkaan ole mahdollista sosiaalisten tutkimuskohteiden kompleksisuuden vuoksi. Saatu tulkinta on siitä asiayhteydestä riippuvainen, jota vasten se on muodostettu. (Holmberg 1987, 11; Koskiahon 1990, 152-153; Patton 1989, 166-167; Tynjälä 1991; vrt. Anderson 1991.)

Aineistojen määrällinen suppeus ja niiden edustama yksityiskohtaisuus johtivat siihen, ettei analysointi kvantitatiivisin keinoin ole tarkoituksenmukaista, varsinkaan kun tavoitteena ei ole Helena Leino-Kilven ym. (1994) tavoin asiakaspalvelun laatua seuraavan mittarin muodostaminen tai määrällisten yleistysten tekeminen.

Aineistojeni analysoinnissa simuloituvat fenomenologiselle tutkimusotteelle leimalliset periaatteet. Fenomenologialle annetaan erilaisia merkityksiä esittäjästä riippuen. Sillä voidaan tarkoittaa filosofista suuntausta tai konkreettisesti sovellettavaa tutkimusmenetelmää (Kiikkala - Munnukka 1995; Morse 1991). Tutkimuksessani tarkoitan fenomenologialla askelittain etenevää tutkimusmenetelmää, jonka kautta paljastan elettyihin kokemuksiin ja vallitseviin käsityksiin sisältyvät merkitykset. Hannele Turusen (1997) tavoin tutkimukseni

fenomenologisuus perustuu intentionaalisuuteen. Lähtökohtana ovat ne potilaskuluttajien kokemukset ja käsitykset, joita he kuvailevat ajattelunsa ja kielellisen ilmaisunsa kautta. Tutkimuksen tekijänä paljastan potilaskuluttajien kokemusten ja käsitysten sisältämät merkitykset ja jäsenän ne tutkimuksen tuloksiksi.

Kuten Matti Vilkka (1992, 23) kirjoittaa, liittyy fenomenologiaan avoimuuden periaate. Mitään valmista metodia ei ole, vaan jokainen tutkimuskohde määrää sen (vrt. Varto 1992, 98). Yhteistä fenomenologiaan perustuville tutkimussovellutuksille on se, että tutkimuksissa pyritään tavoittamaan kvalitatiivisesti ihmisten kokemusmaailmaa ja heidän asioille antamia merkityksiä (Åstedt-Kurki 1994). Analyysin ajatuksellisena lähtökohtana toimi tässä paitsi Juha Varton (1992) kirjassaan esittämä fenomenologisen ilmiön tunnistamiseen pyrkivä seitsenvaiheinen menetelmä, myös Päivi Åstedt-Kurjen (1992) väitöskirjassaan käyttämä analysointirunko. Analysointitavan etsimiseen fenomenologisen kirjallisuuden kautta johti se, että fenomenologia korostaa ihmisen omiin subjektiivisiin havaintoihin ja kokemuksiin perustuvaa tutkimusta, kokemustiedon hahmottamista ja oleellisten asioiden löytämistä siitä (van Manen 1990; Turunen ym. 1994, 8). Fenomenologisen lähestymistavan valintaa perustelee myös se, että aikaisemmin tutkimattomalta alueelta halutaan kvalitatiivista tietoa.

Fenomenologisen tutkimusotteen simuloituminen johtuu siitä, että argumentointi tapahtui tutkimuksessani abduktiivisen (Grönfors 1985; Hilpinen 1991; Niiniluoto 1983) päättelyn kautta. Fenomenologisten tutkimusten yhteydessä keskustellaan teoreettisen viitekehyksen tarkoituksenmukaisuudesta. Käsitteellinen viitekehys voidaan katsoa haitalliseksi siksi, että se voi suunnata tutkijan ajattelua ja vaikuttaa tehtäviin havaintoihin (Hämäläinen 1987). En yhdy tähän näkemykseen. Lähden ajatuksellisesti siitä, että jotta tutkimus ylipäätään voidaan toteuttaa, on oltava jokin Martti Grönforsin (1985) johtoajatukseksi kutsuma lähtökohta-ajatus. Sellaisena tutkimuksessani on se, että potilaskuluttajan yleiset oikeudet muodostavat hyvän asiakaspalvelun perustan. En kyseenalaista sitä, mitä tällaisina oikeuksina pidetään, koska tutkimuksen johtoajatukseen sisältyvässä tavoitteessa johdan ne kuluttajansuoja- (38/78) ja potilas-

laista (785/92). Johtoajatus ei suinkaan kiinnitä tutkimusta hypoteettis-deduktiiviseen malliin. Se auttaa keskittymään tutkimuksen kannalta tärkeisiin seikoihin. Se auttaa jäsentämään ja ymmärtämään tutkimuskohdetta. Lisäksi se toimii nimenomaan sinä empiirisenä viitekehyksenä, jonka sisällä fenomenologiaa simuloiva menetelmäni toimii tulosten tuottamisvälineenä.

Varsinaisen analysoinnin esivalmisteluna litteroin haastattelut suorasanaiseksi tekstiksi, jotta molemmat aineistot olisivat kirjallisessa muodossa. Litteroinnissa redusoin epämääräiset puhekielen äännähdykset. Tämän jälkeen muodostin ajatuksellisen kokonaiskuvan valitustapaus- ja haastatteluaineistoista hahmottaen niiden sisällöllisiä ulottuvuuksia.

Analyysin aluksi pilkoin valitustapausaineiston osiin erottelemalla valituksen perusteita (palveluksen epäonnistuminen, palveluksen hintaan ja kustannusarvioon kohdistuvat erimielisyydet sekä palveluksen sisältöön kohdistuvat valitukset), palvelusten tarjoajan suhtautumista ja valitusten päättymistä koskevat tiedot omiksi kokonaisuuksikseen. Haastatteluaineiston pilkoin analysointikokonaisuuksiksi haastattelu-teemoittain (ks. liite 3.). Kokemuksia ja käsityksiä kuvaavia lausumia käsittelin analyysissä samalla tavalla. Tämän jälkeen erotin kokonaisuudet joko muista valitustapaustiedoista tai haastattelu-teksteistä ja ryhdyin tarkastelemaan kutakin kokonaisuutta erikseen. Näiden toimenpiteiden jälkeen esimerkiksi kaikki haastatteluaineistoon sisältyvät lausumat, jotka kertoivat siitä, miten haastattelemani henkilöt olivat päätyneet tietyn palvelusten tarjoajan asiakkaaksi, muodostivat oman analysointikokonaisuuden.

Analyysin seuraavana vaiheena oli tärkeiden ilmaisujen poimiminen alkuperäisistä lausumista. Esimerkiksi palvelusten tarjoajan valitseminen -analysointi-kokonaisuuden lausumiin sisältyi muun muassa seuraavanlaisia tärkeitä ilmaisuja:

1. "...me on tultu tämän (lääkäriin nimi) kanssa tutuiksi."
2. "...(lääkäriin nimi) on vakituinen ja erittäin hyväksi koettu lääkäri."
3. "Tuttavat ovat käyneet siellä ja kehuneet hyväksi paikaksi."
4. "Toinen hammaslääkäri suositteli sitä."
5. "Mä oon nähnyt niitä sen mainoksia."

6. "Mä katsoin keltaisilta sivuilta."
7. "...ottaa iltaisin ja viikonloppuisin."
8. "...kaikki palvelut samassa kompleksissa."
9. "Se oli niin sopivan matkan päässä mun töistä."
10. "...siinä on parkkitalo samassa."

Aineistojen analyysi jatkui ajatuksellisena prosessina. Seuraavaksi pyrin ymmärtämään ilmaisuihin sisältyvät merkitykset. Esitin ilmaisuille kysymyksiä siitä, mikä niissä on tärkeää sen kannalta, miten potilaskuluttajat kokevat oikeuksiensa toteutumisen. Kysymysten perusteella tein tulkintoja ns. oivaltavan havainnoimisen kautta. Tämä tarkoitti eläytymistä siihen, mitä tiedonlähde lausumillaan tarkoittaa, miten ne liittyvät hänen muihin kokemuksiinsa ja käsityksiinsä ja miten asia voidaan hahmottaa sisällöllisenä kokonaisuutena. Kokemusten ja käsitysten sisälle pääseminen sekä oikeuksien toteutumisen kannalta tärkeiden asioiden löytäminen edellytti empaattista ymmärtämistä (Patton 1990; Varto 1992). Se edellytti asettautumista tutkimuksessa mukana olevien henkilöiden asemaan ja toiminnan tarkastelemista heidän lähtökohdistaan. Ymmärtämisessä oli päästävä havaittavien seikkojen takana oleviin merkityksiin. (Vrt. Lyotard 1991, 99.) Tieto, joka mahdollistaa onnistuneen asiakaspalvelun tuottamisen, on tietoa niistä syistä, joiden avulla kulloinkin haluttuja seuraamuksia tuotetaan.

Hannele Turunen ym. (1994) korostavat, että fenomenologisessa menetelmässä tutkijan on tiedostettava omat käsityksensä, jotteivät ne vaikuttaisi negatiivisesti analyysiin. Ihmisillä on luontainen taipumus huomata omia käsityksiä tukeva tieto helpommin kuin niiden kanssa ristiriitainen tieto. Tällaisen luotettavan tiedon hankkimista vääristävän taipumuksen kumoamiseen pyrin sulkemalla omiin kokemuksiini perustuvat henkilökohtaiset näkemykseni oikeuksien toteutumisesta analyysin ulkopuolelle. Ennakkokäsitysten sulkeistaminen merkitsi sitä, että nostin esiin sen mitä aineistot paljastivat. (Hilpinen 1991; Lingis 1986, 14; Saarinen 1989, 121-122; Steen Lauterbach 1993, 136.)

Merkitysten ymmärtäminen ei ollut mahdollista vain yksittäisiä lausumia tarkastelemalla. Analysointikokonaisuuksista oli poimittava sellaisia merkityksellisiä suhteita ja liittymäkohtia, jotka mahdollistivat oikeuksien toteutu-

mista koskevien tulkintojen tekemisen. Esimerkiksi palvelusten tarjoajan valitsemiseen liittyvien kokemusten ymmärtämiseksi oli katsottava miksi tiedonlähteet olivat kääntyneet yksityiselle sektorille ja miten he olivat saaneet tietoa eri tarjoajista. Tässä vaiheessa yhdistin tähän saakka toisistaan erillään olleet aiheet.

Havainnollistan analysointivaihetta palvelusten tarjoajan valitseminen-analysointikokonaisuudesta ottamalla esimerkillä. Edellisessä analyysivaiheessa poimimieni ilmaisujen taustalta löytyi seuraavat merkitykset:

1. aikaisemmat positiiviset kokemukset palvelusten tarjoajista (ilmaisut 1 ja 2),
2. suositusten saaminen (ilmaisut 3 ja 4),
3. mainonnan huomioiminen (ilmaisut 5 ja 6),
4. palvelustarpeiden kokonaisvaltainen tyydyttäminen (ilmaisut 7 ja 8) ja
5. palvelusten hankkimispaikan sijainti (ilmaisut 9 ja 10).

Analyysissä oli tarkasteltava osia ja kokonaisuuksia. Osia oli suhteutettava ajattelussani syntyneeseen kokonaiskäsitteeseen. Tiedon käsittely oli analyysin ohella synteisiä, mikä tarkoitti yksittäisten merkitysten paljastamiseen tähtäävän tulkinnan yhdistämistä. Yksittäisille merkityksille yhteisen yleisen olemuksen etsiminen ei tarkoittanut sitä, että olisin etsinyt tyypillisiä oikeuksien toteutumiseen liittyviä merkityksiä. Niiden sijaan etsin sellaista poikkeustapauksia kattavaa olemusta, jonka erilaisia toteutumismuotoja kuvailun tulokset ovat. (Alasuutari 1994; vrt. Moustakas 1994, 13.) Nämä eri analysointikokonaisuuksille yleiset olemukset paljastivat, miten haastattelemiä sekä valituksen tehneitä potilaskuluttajia kokevat oikeuksiensa toteutumisen, minkälaisia ongelmia esiintyy sekä minkälainen vaikutus heillä itsellään ja kaupallisella toimintaympäristöllä on oikeuksien toteutumiseen.

Konkreettisesti tämän analysointivaiheen tuotos näyttäytyy niin, että esimerkiksi palvelusten tarjoajan valitsemiseen sisältyvät merkitykset numero 1, 2 ja 3 ovat palvelusten tarjoajan hyvän maineen toteutumismuotoja. Merkitykset numero 4 ja 5 ovat palvelusten tarjoajan toiminnallis-fyysisten tekijöiden toteutumismuotoja.

Tulosten tuottaminen ei tapahtunut suoraviivaisesti. Analyysissä edessäni palasin aikaisempiin vaiheisiin yhä uudelleen niin, että etenin aina ai-

kaisemmissa vaiheissa esiintyneiden havaintojen mukaisesti. Oikeuksien toteutumisen tulkinta ja ymmärtäminen muodostivat spiraalimaisesti etenevän keskinäisen kommunikaatioprosessin. Kokonaisuuden ymmärtäminen tapahtui osien kautta ja osien ymmärtäminen kokonaisuuden kautta. Analyysi edellytti jatkuvaa vuoropuhelua haastattelu- ja valitustapausaineistojen kanssa ja ajatteluni kyseenalaistamista.

Yksittäisten oikeuksien toteutumiseen sisältyvien merkitysten paljastamisessa oikeusteemat ja niihin sisältyvät merkitykset ryhmittivät kolmeen kokonaisuuteen sen perusteella, minkälaisessa suhteessa ne ovat palvelusten hankintaprosessiin ja miten intensiivisesti potilaskuluttajat suhtautuvat niihin terveydenhuoltopalveluksia hankkiessaan. Näitä kokonaisuuksia ovat yksityisten terveydenhuoltopalvelusten saavutettavuus, terveydenhuoltopalvelusten hankkiminen ja niiden jälkihoito, joiden mukaan raportoin tutkimustulokseni.

Haastattelu-replikkien ja valitustapausselostusten esittäminen tulosten raportoinnissa ei perustu pelkästään tekstin elävöittämiseen. Niiden avulla tuon arkipäivän tavallisten potilaskuluttajien äänen esiin (Whiteley 1991) ja todennan merkitysten tulkinnan. Esimerkit olen valinnut niin, että ne havainnollistavat omassa kontekstissaan vallitsevaa tilannetta parhaiten. Kielellisesti olen stilisoinut esitettäviä haastattelu-replikkejä asiasisältöön vaikuttamattoman toiston poistamiseksi. Valitustapausten osalta poimituista esimerkkitapauksista näkyy valitustapauksen juokseva numero keräämässäni aineistossa. Haastattelu-replikeistä näkyy se, onko kyseessä lääkäriaseman (LA) vai hammaslääkäriaseman (HLA) haastateltava. Kirjainyhdistelmän perässä on lisäksi haastattelun juokseva numero.

6. YKSITYISTEN TERVEYDENHUOLTOPALVELUSTEN SAAVUTETTAVUUS

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten saavutettavuus kuvaa tutkimuksessani sitä, miten potilaskuluttajat saavat yhteyden palvelusten tarjoajaan. Saavutettavuus tulee esiin hoitoon pääsemisen kokemista kuvaavina toiminnallisina ja tiedollisina merkityksinä.

6.1. Hoitoon pääsemisen kokeminen

6.1.1. Yksityisen sektorin valitseminen

Kaikilla terveydenhuoltopalveluksia tarvitsevilla henkilöillä ei ole mahdollisuutta käyttää yksityisiä palveluksia. Hoitoonpääseminen avautuu maksukykyisille henkilöille, joita tiedon lähteinä olleet potilaskuluttajat ovat. Haastatteleman potilaskuluttajat esittävät yksityisen sektorin valinnalleen kaksi perustelua: palvelusten nopean saatavuuden ja tyytymättömyyden julkisen sektorin tarjoamiin palveluksiin.

Haastatteleman potilaskuluttajat kokevat, että heidän ainoaksi mahdollisuudekseen jää yksityiselle sektorille hakeutuminen, koska terveyskeskuksesta tai muista julkisen puolen toimipaikoista ei ole mahdollista saada tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä niin nopeasti kuin niitä tulisi saada heidän odotustensa perusteella. Tämä merkitsee sitä, että potilaskuluttajat tulkitsevat omalla yksilöllisellä tavallaan tarvitsemiensa tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden saamisen kiireellisyyden. Tässä tulee esiin myös se, miten yksityinen sektori täydentää julkista sektoria. Potilaskuluttajat kääntyvät yksityisen palvelusten tarjoajan puoleen kun he eivät koe julkisen puolen kapasiteetin riittävän. 33-vuotiaan miehen henkilön esittämä yksityisen sektorin valintaperuste paljastaa, miten julkinen sektori epäsuorasti ohjaa palveluksia tarvitsevia henkilöitä yksityiselle sektorille riittämättömäksi koetulla vastaanottokapasiteetilla. Tiedustellessani, miksi hän valitsi yksityisen sektorin, kertoo hän seuraavalla tavalla:

"No tohon on hyvin helppo vastata, sillä julkiselle puolelle ei päässy. Tai no olishan sinne varmaan päässy viikkokausien tai paremminkin sanottuna kuu-kausien odottelun jälkeen ja sellaseen mulla ei oo aikaa, eikä varsinkaan halua. Vaikkei tää mun juttu ollu mikään kiireellinen, niin vaihtoehdoksi ei sitten kerta kaikkiaan jäänyt muuta kuin mennä tonne yksityiselle puolelle. Jolle sitten pääsikin heti." (LA7)

65-vuotias naishenkilö perustelee yksityisen sektorin valintaansa sillä, että omalle julkisella sektorilla olevalle lääkärille ei ollut mahdollista päästä kuin neljän viikon kuluttua. Sairaus kuitenkin pakotti hakeutumaan aikaisemmin hoitoon. Tällöin ainoaksi mahdollisuudeksi jäi yksityinen sektori. (LA2) Yksityiseen hammaslääkäriin päätyneen 49-vuotiaan mieshenkilön vastaus siihen, miksei hän hankkinut tarvitsemiaan palveluksia julkiselta puolelta on yksinkertaisesti se, että "no kun sinne ei pääse. Ei oo mitään muuta vaihtoehtoa". Yksityisen sektorin valinnasta muodostuu hänen kokemuksensa mukaan pakkotilanne. (HLA42)

Yksityisen sektorin asiakkaaksi siirtyminen sen hyvän reaktionopeuden ansiosta tulee esiin muissakin tutkimuksissa. Asiakkaiden valinnanvapauden toteutumista Suomen terveydenhuollossa käsitelleessä tutkimuksessaan Markku Pekurinen ym. (1997, 20-21) toteavat hoitoonpääsemisen (myös hoitavan lääkärin ja hoitopaikan valitsemisen) onnistuvan parhaiten yksityisellä sektorilla. Olavi Parosen ym. (1997, 25) tutkimuksessa tavallisin tyytymättömyyden syy terveyskeskuspalveluksiin on hoitoonpääsyn vaikeus. Kirsi Wendelin-Arposen (1993, 119-120) mukaan yksityiselle sektorille siirrytään terveyskeskusten jonojen vuoksi. Niinikään Michael Calnan ym. (1993) toteavat yksityisten terveydenhuoltovakuutusten käyttöä ja käyttäjiä tutkiessaan julkisen sektorin odotuslistojen toimivan välittömänä tai välillisenä perusteluna yksityisen sektorin puoleen kääntymiselle.

Keskustelumme potilaskuluttajien kanssa yksityisen palvelusten tarjoajan valitsemisesta osoittavat, että tälle sektorille päätymiseen johtaa myös tyytymättömyys julkisen puolen tarjoamiin palveluksiin. Palveluksia tarvitsevat henkilöt eivät koe saavansa julkiselta puolelta tarvitsemiaan tutkimus- ja hoito-toimenpiteitä. Yksityiseltä sektorilta he voivat ostaa tarvitsemansa pääasialli-

sesti erikoislääkäritasoiset terveydenhuoltopalvelukset. Tämä merkitsee sitä, että vaikka potilaskuluttajat eivät toisi omaa näkemystään esiin vastaanottotilanteessa, on heillä puutteellisesta asiantuntemuksestaan huolimatta näkemys siitä, minkälaisia palveluksia heidän tulisi saada. Tällaisen perusteen johdosta tapahtunutta yksityislääkäriin puoleen kääntymistä kuvastaa 65-vuotiaan miehen henkilön tapaus. Hän pohdiskelee yksityisen sektorin valintaansa seuraavalla tavalla:

"No tämä minun sairaskertomukseni kun alkoi, niin minä menin kyllä tänne x:n terveyskeskukseen, mutta minä kohta huomasin sen, että siellä oli tää käytäntö sellanen, että siellä potilaan täyty melkein sanoo itte mitä hän halus. Siellä ei esimerkiksi tällasessa vakavammassakaan tapauksessa ehdotettu tutkimuksiin ja näin, että se oli minun itseni tehtävä se aloite siihen asiaan. Ja kuitenkin sitten ne tutkimukset mitä tehtiin niin ne ei tyydyttäny minua. Sen takia mä ajattelin, että mä lähden sitten, koska mä oon aikasemminkin ollu sillälaillla, että minua on leikattu ja minä oon ottanu yksityislääkäriin ja yksityiskirurgin ja asiat on onnistunu kauheen hyvin." (LA1)

28-vuotiaan naishenkilön perustelu on samansuuntainen. Hän on päätenyt yksityiselle sektorille siksi, ettei terveyskeskuksessa ole kyetty vastaamaan hänen tarpeisiinsa häntä itseään tyydyttävällä tavalla. (LA18) 52-vuotias naishenkilö kertoo päätyneensä yksityiseen lääkäriin sen vuoksi, että hän halusi saada terveydelliseen ongelmaansa määrätyltä lääkäriltä "tieteellisen kannanoton". Julkisella puolella kyseiselle lääkärille olisi voinut päästä hyvällä onnella, kun taas yksityisellä puolella pystyi valitseman suoraan kyseisen erikoislääkäriin. (LA14)

Huomionarvoista näissä kahdessa valintaperusteessa on se, ettei yksityisten palvelusten käyttäminen perustu palveluksia tarvitsevan henkilön itsestäänselvään ja ensisijaiseen yksityisen sektorin valintaan. Kukaan haastattelemani henkilöistä ei kääntynyt yksityiselle sektorille sen statuksen vuoksi. Päinvastoin näyttää siltä, että jos julkinen sektori kykenisi vastaamaan terveydenhuoltopalveluksia tarvitsevien henkilöiden tarpeisiin heidän odotuksensa mukaisesti, käyttäisivät haastattelemani henkilöt julkisia palveluksia.

Antti Hautamäki (1996) tuo kirjoituksessaan esiin sen, että kansalaiset joutuvat ottamaan kasvavasti vastuuta omasta elämästään. Terveydenhuoltopalvelusten hankinnassa tämä ilmenee niin, että vaikutusmahdollisuuksien ja valinnanvapauden seurauksena potilaskuluttajalle kuuluu vastuu tyyty-

väisyydestään. Tyytyväisyyteen ei vaikuta ainoastaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden ja asiakaspalvelun onnistuneisuus, vaan myös se, mitä kautta tähän on päästy. Terveystuotopalveluksia tarvitsevilla maksukykyisillä henkilöillä on mahdollisuus valita ja kontrolloida terveydellisten ongelmien ratkaisemista ja omaa elämäänsä (Cowger 1998). He voivat kääntyä yksityisen tai julkisen sektorin puoleen. Yksityisellä puolella potilaskuluttajat voivat ostaa mahdollisuuden toiveitaan ja tarpeitaan vastaavien palvelusten hankkimiseen. Julkisen terveydenhuoltosektorin puolella tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tekeminen on kiinni palveluksia tarjoavan yksikön taloudellisista voimavaroista.

Potilaskuluttajan kannalta vastuu tyytyväisyydestä kanavoituu rahan käyttöön, sillä yksityisen palvelusten tarjoajan valitseminen vaikuttaa kulutus päätöksiin. Palveluksia tarvitseva henkilö joutuu valitsemaan omien arvostustensa perusteella kahdesta vaihtoehdosta: mennäkö yksityiselle (hammas)lääkäriasemalle vai julkisen puolen terveyskeskukseen tai sairaalaan ja ostaa tämän valinnan ansiosta säästyvillä rahoilla jotain muuta. Päätös avaa uusia mahdollisuuksia potilaskuluttajalle ja rajoittaa samalla toisten mahdollisuuksien toteutumista. Yksityiselle terveydenhuoltopalvelusten tarjoajalle menevä raha on pois muilta kaupallisten kulutushyödykkeiden tuottajilta. Yksityinen terveydenhuoltosektori ei näin kilpaile ainoastaan julkisen terveydenhuoltosektorin kanssa, vaan myös muiden kulutushyödykkeiden tarjoajien kanssa. Potilaskuluttajien halukkuus maksaa terveyttä edistävästä palveluksesta kuvaa Hannu Valtosen (1987, 39) mukaan heidän terveyden hankkimismotiiviansa voimakkuutta suhteessa muihin kulutus päätöksiin.

6.1.2. Palvelusten tarjoajan valitseminen

Potilaskuluttaja on suvereenin kuluttajan asemassa siten, että hänellä on mahdollisuus hankkia palveluksia valitsemaltaan asiantuntijalta. Keskustellessamme lääkäriasemien asiakkaiden kanssa siitä, miten he valitsivat kyseisen (hammas)lääkäriaseman, toistui yksi perustelu jatkuvasti. Haastattelujen tuottaman tiedon nojalla potilaskuluttajat hankkivat terveydenhuoltopalveluksia

määrätyltä tarjoajalta aikaisempien positiivisten kokemustensa tai muiden suositusten perusteella silloin, kun he kääntyvät uuden tarjoajan puoleen. Potilaskuluttajien kertomukset paljastavat, että aikaisemmin palveluksia käyttäneet henkilöt joko suosittelivat palvelusten tarjoajaa tai antavat tästä päinvastaisen kuvan. Potilaskuluttajilla on täten ennakkokäsitys siitä, keneltä he haluavat hankkia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, mikä ohjaa heidät määrättyyn palvelusten hankintapaikkaan. Haastatteleman 65-vuotias naishenkilö perustelee lääkäriaseman valintaansa sillä, että siellä oli tuttu ja hyväksi koettu lääkäri, jolle hän halusi päästä hoitoon. Kyseisen lääkärin hoidettavaksi hakeutumista edesauttoi se, että tuttavat olivat kehuneet lääkäriä erittäin hyväksi ja asiantuntevaksi, "sellaiseksi joka todella kuuntelee ja ymmärtää potilasta". (LA2) 37-vuotiaan mieshenkilön päätökseen hammaslääkäriaseman valinnassa vaikutti se, että

"mä sain suosituksen tältä mun soitinkorjaajaltani, jonka kanssa se sattumalta tuli vain puheeksi. Hän on käyttänyt sitä ja hänen mielestään se on hyvä". (HLA26)

Vähemmistö haastattelemistani potilaskuluttajista kertoi valitsevansa palvelusten tarjoajan mainonnan tai puhelinluettelon keltaisten sivujen perusteella ilman, että on kuullut niiden tekijästä etukäteen mitään. Näin näyttää tapahtuvan silloin kun potilaskuluttajat eivät saa keneltäkään palvelusten tarjoajaan liittyviä suosituksia. Tällaista vähemmistöä edustaa 33-vuotias mies, joka valitsi lääkäriaseman mainosten perusteella elämäntilanteeseensa liittyvien syiden vuoksi.

"No se oli kyllä ihan sattuma siinä mielessä, että kun mä oon hiljattain muuttanu tänne, niin mä en tunne noiden lääkäriasemien, täällä olevien lääkäriasemien mainetta ja siten osaa valita paikkaa tai mulla ei oo mitään vakilääkäriä. Niin toi x:n valinta oli kyllä ihan sattuma. Että kun mä oon nähny niitä sen mainoksia niin ajattelin, että mennään tonne jos pääsee ja pääsi... nopeemmin kuin osasin odottaakaan." (LA7)

Edellä olleet kaksi palvelusten tarjoajan valitsemisperustetta osoittavat, että palvelusten tarjoajan hyvä maine on paras palvelusten markkinointikeino ja kilpailuvaltti. Epävirallisena mainontana toimiva ja hyvänä maineena ilmenevä

paikan tuottama persoonallinen luottamuspääoma lyö laudalta paikan virallisen mainonnan. Siihen sopii ns. 3/11 -sääntö, jonka mukaan asiakas kertoo saamastaan hyvästä palvelusta kolmelle ja huonosta palvelusta yhdelletoista henkilölle (ks. Lahtinen - Isoviita 1994, 11; Outinen ym. 1994, 36). Potilaskuluttajalle tarjotun onnistuneen palveluksen osalta kertaalleen ansaittu luottamuspääoma säteilee uutta luottamuspääomaa (vrt. Harisalo - Miettinen 1995a). Tyydyttämätöntä asiakaspalvelua saadessaan palvelusten käyttäjälle tarjoutuu mahdollisuus ryhtyä suullisiin vastatoimiin palvelusten tarjoajan vahingoksi.

Lääkäriasemien asiakkaiden haastattelut osoittavat lisäksi sen, että potilaskuluttajat kiinnittävät palvelusten tarjoajan valinnassa maineen ja mainonnan ohella huomiota myös toiminnallis-fyysisiin tekijöihin. Potilaskuluttajat odottavat palvelusten käyttämiseltä vaivattomuutta. Tämä merkitsee sitä, että lääkäriaseman on sijaittava fyysisesti helposti saavutettavassa paikassa (vrt. Wendelin-Arponen 1993). Tämän lisäksi "täyden asiakaspalvelun talo" -toimintaperiaate on keskeisessä asemassa. Potilaskuluttajat kokevat tärkeäksi sen, että he voivat saada kaikki tarvitsemansa palvelukset saman katon alta: yleis- ja erikoislääkärien palvelukset, laboratorio- ja röntgenpalvelukset, fysioterapiapalvelukset jne.

6.1.3. Vastaanottoajan saaminen

Yhtenä teemana potilaskuluttajien haastatteluissa oli hoitoonpääsyyn liittyvät odotukset. Analysointivaiheessa tähän teemaan sisältyville yksittäisille merkityksille yhteinen yleinen olemus löytyi vastaanottoajan saamiseen kuluva ajasta. Potilaskuluttajien kertomukset osoittavat, että he haluavat saada tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä mahdollisimman nopeasti. Myös Esko Kumpusalo ym. (1991, 38) katsovat asiakkaan tärkeimpiin palvelusten saamiseen liittyviin odotuksiin kuuluvan sen, että henkilö pääsee lääkärin vastaanotolle silloin, kun hänelle on ilmaantunut avun tarve. Terveystieteiden tutkimuksissa korostuu palvelusten saaminen silloin, kun niitä eniten tarvitaan. Odottaminen tietää lisää kärsimyksiä kipuina ruumiillisesti ja epätietoisuutena henkisesti. Odottaminen voi lisäksi

johtaa terveydellisen ongelman poistamiseksi tarvittavien tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden vaikeutumiseen, kuten myös palveluksia tarvitsevalle henkilölle aiheutuvien taloudellisten kustannusten lisääntymiseen.

Palvelusten tarjoajan vetovoima vaikuttaa välillisesti potilaskuluttajien vastaanottoajan saamiseen liittyvien ajallisten odotusten täyttymiseen. Palvelusten tarjoajien erilainen vetovoima asettaa potilaskuluttajat keskenään eriarvoiseen asemaan. Potilaskuluttajien näkökulmasta vastaanottoajan saaminen on hyvä silloin, kun vetovoima ei kasva toimintaresursseja vastaavaa palvelusten tarjontavolyymiä suuremmaksi. Siihen nähden liian voimakkaaksi muodostunut vetovoima luo tilanteen, jossa palveluksia halutaan enemmän kuin kyetään tarjoamaan. Tämän seurauksena palveluksia joudutaan jonottamaan. Alla kaksi kuvausta toimintaresursseja vastaavan tarjontavolyymien ylittymisestä:

52-vuotias naishenkilö: "No juu sillä hetkellä mun vaivat oli sillä tavalla kiusallisia, että mä toivoin, että mä olisin päässy nopeesti. Mutta kyseessä oleva henkilö on sen verran varattu, että munkin oli nöyrästi odotettava yli kuukausi." (LA14)

37-vuotias mieshenkilö: "Se ensimmäinen käynti kun hakeuduin x:lle, niin sen ajan tilaamisesta meni varmaan kolme kuukautta ennen kuin mä pääsin. Se oli mulle pettymys, kun olisin halunnu, oon niin hätäinen luonne, että olis pitäny päästä niinku heti. Mutta se kesti, mikä on tietysti ihan luonnollista kun hänellä on niin paljon asiakkaita. Se viipy tosiaan yllättävän kauan." (HLA36)

Hoitopääsyyn liittyvien odotusten analysoiminen osoittaa, että vastaanotolle pääseminen näyttäytyy potilaskuluttajille kaksiulotteisena: nopeasti tapahtuvana vastaanottoajan saamisena ja palvelusten hankintavaiheessa nopeana sisällepääsynä. Nopean sisällepääsyn ja annettujen vastaanottoaikojen paikkansapitävyyden yhteydessä ilmenee potilaskuluttajien itsekeskeisyyttä ilmentävä noidankehä. Potilaskuluttajat haluavat päästä nopeasti sisälle, mieluiten juuri silloin kun on sovittu. Samaan aikaan he kokevat tärkeäksi kiireettömyyden ja sen, että he voivat kertoa asiansa rauhassa lääkärille silläkin uhalla, että varattu aika ei riitä, vaan sen ylittyminen myöhästyttää muiden palvelusten käyttäjien vastaanotollepääsyä. Vaikka itsekeskeisyys on asiakaspalvelussa pysyvä taustavaikuttaja, suhtautuvat potilaskuluttajat ymmärtäväisesti vastaanottoaikojen "venymiseen". Haastatteleman 53-vuotiaan naishenkilön näkemyksen mukaan

lääkärit eivät pysy suunnitellussa aikataulussa, jos he aikovat hoitaa palveluksia tarvitsevan henkilön hyvin. Hänen mielestään lääkäri ei voi käskää edellistä henkilöä poistumaan kesken tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden, vaikka varattu aika menisi umpeen. Haastateltavan mukaan on ymmärrettävää, että lääkäriasemalla joutuu joustamaan omasta ajastaan ja jokaisen asiakkaan on sen verran siedettävä. (HLA28)

Palvelusten hankinnan käytännölliset osatekijät kertovat palvelusten asiakasystävällisyydestä. Ne muokkaavat sitä vaikutelmaa, joka potilaskuluttajalle syntyy vastaanotolle pääsyyn liittyvien odotusten täyttymisestä. Vaivaton palvelusten hankinta on sen vetovoiman merkittävä osatekijä, jolla lääkäriasema houkuttelee ensimmäistä kertaa asioineita henkilöitä vastaisuudessa samaan paikkaan. Mitä vähäisemmällä vaivannäöllä palvelusten hankinta onnistuu, sitä miellyttävämpää niiden hankinta on. Haastattelemini potilaskuluttajien palvelusten hankinnasta julkituomat kokemukset osoittavat, etteivät he ole joutuneet sopeutumaan palvelusten hankintaan. Sisällöllisesti tämä tarkoittaa sitä, että lääkäriasemilla käytössä olevat ajanvarausjärjestelmät koettiin sujuviksi ja toimipaikkojen aukioloajat sopiviksi ja riittäviksi. Opasteita pidettiin selkeinä ja ilmoittautumista sekä muita muodollisuuksia yksinkertaisina. Kokonaisuuden kannalta odotusajan lääkäriasemalla ei koettu muodostuvan liian pitkäksi, eikä paikan muiden potilaskuluttajien koettu käyttäytyvän häiritsevästi.

Nopealla vastaanotolle pääsillä on tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä syntyvään mielikuvaan positiivinen vaikutus. Nopea vastaanotolle pääsy pohjustaa tietä positiiviselle käsitykselle tutkimus- tai hoitotoimenpiteistä. Toisaalta alkupuolen myönteiset kokemukset kasvattavat asiakaspalvelutapahtuman jäljellä oleviin vaiheisiin kohdistuvia odotuksia. Päinvastainen tilanne ei kuitenkaan näytä johtavan tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tasoon kohdistuvien odotusten laskemiseen siitä syystä, että kokonaisvaikutelman kannalta tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden onnistuneisuudella on vastaanottoajan saamisen nopeutta suurempi painoarvo.

6.2. Mainonnan vähäisyys ja asiapainotteisuus

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten markkinointia säädellään muun muassa kuluttajansuojalailla. Sen 2 luvun 1 § kieltää hyvän tavan vastaisen tai muutoin hyödykkeiden käyttäjien kannalta sopimattoman menettelyn markkinoinnissa. Mainontaa pidetään hyvän tavan vastaisena silloin, kun mainos sisältää sellaisen lausunnon tai kuvallisen esityksen, jonka suoranaisesti tai epäsuorasti, salailevana, moniselitteisenä tai liioittelevana voidaan katsoa harhauttavan kuluttajaa. Pykälän toisessa momentissa määritellään aina sopimattomaksi markkinointi, joka ei sisällä hyödykkeen ostajan terveyden tai taloudellisen turvallisuuden kannalta riittävästi tietoja. Markkinoinnissa ei myöskään saa antaa totuudenvastaisia tai harhaanjohtavia tietoja (Sario 1994, 6). Palvelusten tarjoaja ei saa käyttää markkinoinnissaan väitteitä tai lausumia, joiden mukaan tietyt hyödykkeet voivat parantaa tai lievittää sairauksia, ellei hän kykene toteennäyttämään lausumien oikeellisuutta (Palonen 1993, 58). Tavoitteena oleva hoitotulos saattaa hoitohenkilökunnan ammattitaidosta huolimatta jäädä saavuttamatta, sillä lopputulokseen vaikuttavat yksilöllisesti sairauden tai vamman laatu ja laajuus (Piikki - Palonen 1992, 4).

Terveydenhuoltopalvelusten mainonnassa ja markkinoinnissa potilaskuluttajille palveluksia tarjonneet hammaslääkäri- ja lääkäriasema eroavat toisistaan haastattelujen tekemishetkellä vallinneen tilanteen osalta. Hammaslääkäriaseman toteuttama mainonta on lähes olematonta verrattuna lääkäriaseman mainontaan, joka sekin on vähäistä. Hammaslääkäriaseman tarjoamien palvelusten mainonta tapahtuu pääasiallisesti epävirallisoin keinoin. Perustelu vähäiselle mainonnalle löytyy siitä, ettei terveydenhuoltopalveluksia sinänsä tarvitse markkinoida, koska niille on olemassa automaattista kysyntää. Vähäisen mainonnan tekee mahdolliseksi myös potilaskuluttajien mielikuva julkisen puolen tukkoisuudesta, mikä luo ja ylläpitää kysyntää. Kysynnän ohjautuvuudesta huolehtii asiakkaiden välinen "suusta suuhun" tiedotus.

Niiden kokemusten perusteella, joita haastatteleillani potilaskuluttajilla on heille palveluksia tarjonneiden lääkäriasemien mainonnasta ja palvelusten markkinoinnista, ovat he näihin tyytyväisiä. He kokevat mainonnan sel-

laiseksi, että se on asiatiedon jakamista ymmärrettävällä ja asiallisella tavalla palveluksia tarvitseville henkilöille. Potilaskuluttajien näkemyksen mukaan toimipaikat informoivat potentiaalisia asiakkaita tiedotuslehtisillä siitä, minkälaisia palveluksia ne tarjoavat ja ketkä niitä tekevät. 40-vuotiaalle mieshenkilölle ei mainoksista ole jäänyt negatiivista mielikuvaa, vaan hän kokee ne asiallisiksi ja informatiivisiksi. (HLA32) 52-vuotias naishenkilö kuvailee lääkäriaseman koteihin lähettämiä mainoslehtisiä näyttäväksi ja artikkeleita asiallisesti kirjoitetuiksi huolimatta samanaikaisesta oman asiantuntemuksen korostamisesta. Hän kokee mainoslehtisten lähettämisen ja mainostamisen positiiviseksi sen vuoksi, että ihmiset saavat tietoa siitä, mistä tarvittaessa voi lähteä apua hakemaan. (LA14) Potilaskuluttajat pitävät mainontaa myös ymmärrettävänä, minkä merkitys korostuu, sillä heidän näkemyksen mukaan mainostamisen on tapahduttava heidän ehdoillaan. Alan ammattilaisille suunnattavassa mainonnassa voidaan käyttää ammattikieltä aiheuttamatta ongelmia, kun taas potilaskuluttajille suunnattavassa mainonnassa joudutaan kielenkäyttöön kiinnittämään erityistä huomiota.

Lääkäriasemien mainontaan liittyvien kokemusten ja käsitysten analysoiminen paljastaa, että potilaskuluttajat kiinnittävät huomiota myös mainonnan aggressiivisuuteen. He eivät pidä soveliaana sitä, että terveydenhuoltopalveluksia markkinoidaan massakulutushyödykkeiden tavoin. Huomionarvoista tässä on se, että potilaskuluttajien näkemykset mainonnan luonteesta vastaavat kuluttajansuojalain säännöksiä, sillä palvelusten tarjoajien tehtäväksi nähdään asiallisella tavalla todellisuutta vastaavista mahdollisuuksista informoiminen sen sijaan, että ylimainostamisen keinoin luotaisiin epätodellisia ja harhaanjohtavia mielikuvia. Potilaskuluttajien näkemysten mukaan palvelusten tarjoajat eivät saa houkutella mainonnalla palvelusten tarpeettomaan hankintaan ja näin vaikuttaa heidän päätöksentekoonsa. Realistista odotustasoa vastaamattomien mielikuvien luominen mahdollisuuksista on lisäksi vaarallista palvelusten menestyksekkään tarjonnan kannalta. Se johtaa äärimmillään todellista suoritustasoa suurempiin odotuksiin tuottaen näin tyytymättömiä potilaskuluttajia. Tyytyväisiä asiakkaita on mahdollista saada ainoastaan silloin, kun odotus- ja suoritustasot ovat tasapainossa tai suoritustaso ylittää odotustason.

(Vrt. Vehmanen - Kerppola 1997.) Tässä tapauksessa kenenkään haastateltavan mainontaan liittyvistä kokemuksista ja käsityksistä ei noussut esiin se, että lääkäriasemat pyrkisivät luomaan mainonnalla kyseenalaisia tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin kohdistuvia tarpeita.

Jos mainos ilmoittaa potentiaalisille palvelusten käyttäjille sen, mistä niitä saa, minkälaisin ehdoin ja miten ne vaikuttavat, on se Pasi Falkin (1994) mukaan kuluttajavalistusta. Edellä esittämäni tulokset siitä, minkälaiseksi potilaskuluttajat kuvailevat lääkäriasemien mainontaa ja mihin he kiinnittävät siinä huomiota, ovat selvästi yhteneväisiä Falkin esittämien kuluttajavalistuksen kriteerien kanssa. Potilaskuluttajien hyväksi kokema mainonta jää kuluttajavalistuksen asteelle. Voidakseen tyydyttää tarpeensa tarvitsevat potilaskuluttajat tietoa siitä, minkälaisia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä he tarvitsevat ja mistä niitä saavat.

6.3. Yhteenveto yksityisten terveydenhuoltopalvelusten saavutettavuudesta

Teemahaastattelujen perusteella potilaskuluttajat kääntyvät yksityisen palvelusten tarjoajan puoleen kahdesta syystä. He kokevat, että heidän ainoaksi mahdollisuudekseen jää yksityiselle sektorille hakeutuminen, koska terveyskeskuksista tai muista julkisen puolen toimipaikoista ei ole mahdollista saada tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä niin nopeasti kuin niitä tulisi saada heidän odotuksensa perusteella. Parempi reaktionopeus ei merkitse ainoastaan vastaanottoajan nopeaa saamista, vaan paikan päällä tapahtuvaa nopeaa sisällepääsyä ilman turhauttavaa odottamista. Toisen perusteen yksityisen puolen valinnalle muodostaa se, etteivät palvelusten käyttäjät ole tyytyväisiä julkisen sektorin tarjoamiin palveluksiin. Potilaskuluttajat eivät koe saavansa tarvitsemiaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä. Tarpeellisiksi koettujen palvelusten saamiseen sisältyy se, ettei palvelusten hankinnassa tarvitse edetä porrasteisesti, vaan potilaskuluttajat pääsevät heti erikoislääkärin luokse.

Potilaskuluttajat luonnehtivat palvelusten tarjoajien mainontaa asiantiedon jakamiseksi ymmärrettävällä ja asiallisella tavalla. He eivät koe, että palvelusten tarjoajat ”tyrkyttäisivät” palvelujaan heille tai pyrkisivät luomaan kyseenalaisia tarpeita. Tämän seurauksena he päätyvät määrättyyn palvelusten tarjoajaan mainontaa tehokkaammin muilta potilaskuluttajilta tai palvelusten tarjoajilta saamiensa suositusten perusteella, ellei heillä itsellään ole aikaisempia kokemuksia palvelusten tarjoajasta. Potilaskuluttajat kokevat myös toimipaikan edullisen sijainnin ja mahdollisuuden kaikkien tarvittavien palvelusten hankkimiseen samasta paikasta merkityksellisiksi osatekijöiksi palvelusten tarjoajan valinnassa.

7. TERVEYDENHUOLTOPALVELUSTEN HANKKIMINEN

Terveydenhuoltopalvelusten hankkimiseen sisältyvien oikeuksien toteutumiseksi annetut merkitykset kuvaavat, miten potilaskuluttajat kokevat tutkimus- ja hoitotoimenpiteet sekä asiakaspalvelun. Palvelusten hankkimisen kokeminen tulee esiin tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden laadun arviointiin, kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen sisältyvinä merkityksinä.

7.1. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden laadun arvioiminen

Potilaslain 3.2 §:n nojalla palvelusten käyttäjällä on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Palvelukset tulee tarjota ammattitaitoisesti, lääketieteellisesti hyväksyttävien, kokemusperäisten ja toimenpiteiden kannalta taroituksenmukaisin menetelmin (Muttillainen 1993, 67; Partanen 1994b, 1057).

Palvelusten tarjoajan asiantuntemuksen ja hankittujen palvelusten laadun arvioimisesta kertovien kokemusten ja käsitysten analysoiminen osoittaa, etteivät kaikki potilaskuluttajat kykene arvioimaan vajavaisen lääketieteellisen asiantuntemuksensa vuoksi palvelusten laatua lääketieteellisesti pätevällä tavalla. Tämä ei kuitenkaan estä palvelusten laadun arvioimista. Haastattelemani potilaskuluttajat kompensoivat tiedollisten resurssiensa vajavaisuuden arvioimalla tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden onnistuneisuutta odotustensa täyttymisen perusteella. He arvioivat toimenpiteiden laatua sen pohjalta, miten heidän kokemuksensa vastaavat niitä odotuksia, jotka ovat syntyneet saadun informaation, koettujen akuuttien tarpeiden ja omien sekä muiden henkilöiden aikaisempien kokemusten ja käsitysten yhteisvaikutuksesta. Kokemukset odotusten täyttymisestä perustuvat fyysisiin ja psyykkisiin tunteisiin. Kokemukset vastaavat odotuksia tai ylittävät ne positiivisesti silloin kun tutkimus- ja hoitotoimenpiteet tarjoavat toivottuja tuloksia. Odotusten täytyminen merkitse tällöin sitä, että potilaskuluttajille syntyy positiivinen käsitys toimenpiteiden laadusta. 65-vuotias naishenkilö kokee, ettei parempia palveluksia saa mistään

eikä lääkärin asiantuntemus voi paremmaksi muuttua. Haastateltavan mukaan lääkärin tulee tuntea lääkkeet ja kyseinen lääkäri tunsivat ne. (LA2)

Kun tutkimus- ja hoitotoimenpiteet parantavat terveydellisen ongelman, ei kyvyllä palvelusten laadun arviointiin ole potilaskuluttajan kannalta välitöntä kysyntää. Tilanne on kyseenalainen silloin, kun potilaskuluttaja on tyytyväinen hankkimiinsa palveluksiin ja kokee niiden laadun hyväksi, vaikkeivät ne lääketieteellisesti pätevällä tavalla arvioiden ole sellaisia olleet. Potilaskuluttajan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ei toteudu tällöin lääketieteellisesti pätevällä tavalla, vaan potilaskuluttajan subjektiiviseen kokemukseen perustuen.

Haastatteluaineistossani ei ollut henkilöitä, joiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin kohdistuneet odotukset eivät olisi täyttyneet. Käänteisesti voidaan kuitenkin päätellä, että potilaskuluttajat mieltävät laadultaan huonoiksi sellaiset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet, jotka eivät poista terveydellistä ongelmaa, koska toimenpiteisiin kohdistuneet odotukset eivät tällöin täyty.

Haastattelujen pohjalta muodostuva kuva potilaskuluttajalähtöisestä toimenpiteiden laadun arvioinnista laajenee, kun sen toteuttamismahdollisuuksia tutkitaan 71 palveluksen epäonnistumisesta tehdyn valituksen kautta. Näistä 48 kohdistuu hammaslääkäripalveluksiin ja 23 lääkäripalveluksiin. Palveluksen epäonnistumisesta valittaneiden henkilöiden tapaukset auttavat ymmärtämään, minkälaisia vaikeuksia asiakkailla on tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden laadun arvioinnissa. Potilaskuluttajan odotusten täyttymättömyys sinällään ei merkitse tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden huonoa laatua. Valitustapausaineisto osoittaa neljä ulottuvuutta sille, miksi potilaskuluttajan on vaikea tunnistaa asiantuntijoiden näkökulmasta virheelliset palvelukset.

Potilaskuluttajien näkökulmasta harhaanjohtavan tilanteen muodostaa ensinnäkin se, ettei tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tuloksettomuus merkitse automaattisesti virhettä. Tuloksettomat tutkimus- ja hoitotoimenpiteet voivat olla ammattitaitoisesti toteutettuja, vaikkeivät potilaskuluttajat näitä sellaisiksi koe. Valituksessa numero 98 naishenkilö oli hakeutunut lääkärin hoitoon polvikipujen vuoksi. Kipujen syyn selvittämiseksi tehtiin polven tähytys. Sen perusteella ei saatu selville polvikipujen aiheuttajaa, vaan voitiin poissulkea polven

kierukan vahingoittuneisuus. Valituksen tehneen naishenkilön mielestä lääkäri oli toiminut virheellisesti, koska tutkimustoimenpiteestä huolimatta kivut jatkuivat edelleen. Lääkäriin näkemys asiaan oli se, että ilman tutkimuksia ei voida antaa sataprosenttista vastausta siitä, mistä kipu johtuu. Kuluttajavalituslautakunnan päätöksen mukaisesti tähytys oli lääketieteellisesti perusteltu ja asianmukainen toimenpide. Lääkäriin katsottiin menetelleen ammattitaitoisesti, vaikkei kipujen aiheuttajaa saatu selville.

Toiseksi palveluksessa ilmennyt virhe voi aiheutua palvelusten tarjoajan ja käyttäjän välisessä asiakaspalvelusuhteessa vaikuttavista inhimillisistä ongelmista. Tämä tulee hyvin esiin valituksessa numero 80, jossa oli kyseessä näöntarkastus. Valituksen tehnyt mieshenkilö piti saamiaan silmälaseja epäsojivina vielä totutteluajan jälkeenkin. Toinen silmälääkäri, jonka vastaanotolla valituksen tehnyt henkilö oli käynyt, oli määrännyt valittajalle sopivat silmälasit. Valitukseen antamassaan vastineessa ensimmäisen näönmäärityksen tehnyt silmälääkäri koki toimineensa ammattitaitoisesti sekä toteuttaneensa näöntarkastuksen ja silmälasireseptin antamisen henkilön toivomuksia vastaavasti. Kuluttajavalituslautakunnan ratkaisun mukaan silmälääkäri oli toiminut asianmukaisesti. Valitukseen johtaneiden ongelmien katsottiin johtuvan silmälääkäriin ja palveluksia tarvinneen henkilön välisestä puutteellisesta kommunikaatiosta.

Kolmanneksi palveluksessa syntyneet ongelmat voivat aiheutua lääkäriin tekemän virheen sijasta palveluksia tarvitsevan henkilön terveydentilaan liittyvistä seikoista. Valituksessa numero 63 naishenkilö oli sopinut hammaslääkäriin kanssa alaosaproteesin korjaamisesta henkilön hoitosuunnitelman/kustannusarvion mukaisesti. Sittenmin naishenkilö valitti siitä, että hän sai hammaslääkäriin vastaanotolla tulehduksen, jonka johdosta proteeseja jouduttiin muuttamaan. Hammaslääkäriin vastauksen mukaan ennen proteesien tekoa materiaalin sopivuus testattiin ja naishenkilö sai tulehdukseen lääkitystä. Ongelmat johtuivat hänen muista terveydellisistä ongelmistaan, sillä valittajalla oli samaan aikaan monia muita sairauksia. Kuluttajavalituslautakunnan ratkaisun mukaan hammaslääkäriin antama hoito oli ollut asianmukaista ja proteesien valmistus moitteetonta. Ongelmien katsottiin aiheutuneen valittajan omista terveydellisistä tekijöistä.

Neljänneksi potilaskuluttaja voi olla tyytymätön saamiinsa palveluksiin, koska ei ymmärrä sitä, ettei pelkästään hänen toivomuksensa riitä, vaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tulee olla lääketieteellisesti perusteltuja. Palveluksia tarvitseva henkilö on saattanut tehdä vajavaisen asiantuntemuksensa turvin diagnoosin omasta tilanteestaan. Tämän seurauksena hän saapuu palvelusten tarjoajan luokse saadakseen mielestään tarvitsemansa palvelukset. Potilaskuluttajan oma diagnoosi ei ole välttämättä lääketieteellisesti perusteltu, minkä vuoksi palvelusten tarjoaja ei toimi sen mukaan. Näin alkuperäisten odotusten täyttymättömyys tarjoaa negatiivisen kokemuksen saaduista palveluksista. Hammaslääkäripalveluksista tehdyt valitukset sisältävät useita tapauksia, joissa potilaskuluttaja menee hammaslääkäriin särkevän hampaan vuoksi ja pyytää lääkäriä poistamaan hampaan. Hammaslääkäri ei tätä tee, vaan pyrkii ensin hoitamaan hampaan terveeksi. Jos hoito ei tuota tulosta ja hammas joudutaan poistamaan, valittaa potilaskuluttaja epäonnistuneesta hoidosta ja lääkärin virheellisestä toiminnasta.

Taulukossa kolme ovat potilaskuluttajien toteuttaman tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden laadun arvioinnin ulottuvuudet kokoavasti kuvattuina. Taulukko osoittaa, miten odotusten täyttymiseen tukeutuessaan potilaskuluttajat kykenevät tunnistamaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon oikeuttavan oikeutensa toteutumisen ainoastaan silloin, kun palvelusten laatu on hyvä. Laadullisesti huonoissa palveluksissa oikeuden lääketieteellisesti pätevän toteutumisen tunnistaminen ei onnistu. Täyttymättömissä odotuksissa asetelma on käänteisesti vastaavanlainen. Laadullisesti huonoja palveluksia saadessaan potilaskuluttajat tunnistavat oikeutensa toteutumistavan. Laadullisesti hyviä palveluksia saadessaan he eivät tähän kykene.

Taulukko 3. Potilaskuluttajien toteuttaman palvelusten laadun arvioinnin ulottuvuudet.

	Potilaskuluttajan odotukset täyttyvät	Potilaskuluttajan odotukset eivät täyty
Palvelusten laatu hyvä	Potilaskuluttajan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon täyttyy lääketieteellisesti pätevällä tavalla ja potilaskuluttajan kokemukseen perustuen. <i>Potilaskuluttaja kykenee tunnistamaan oikeutensa lääketieteellisesti pätevän toteutumisen.</i>	Potilaskuluttajan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon täyttyy lääketieteellisesti pätevällä tavalla, muttei potilaskuluttajan kokemukseen perustuen. <i>Potilaskuluttaja ei kykene tunnistamaan oikeutensa lääketieteellisesti pätevää toteutumista.</i>
Palvelusten laatu huono	Potilaskuluttajan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon täyttyy potilaskuluttajan kokemukseen perustuen, muttei lääketieteellisesti pätevällä tavalla. <i>Potilaskuluttaja ei kykene tunnistamaan oikeutensa lääketieteellisesti pätevää toteutumista.</i>	Potilaskuluttajan oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ei täyty lääketieteellisesti pätevällä tavalla, eikä potilaskuluttajan kokemukseen perustuen. <i>Potilaskuluttaja kykenee tunnistamaan oikeutensa lääketieteellisesti pätevän toteutumisen.</i>

7.2. Hyvä kohtelu

7.2.1. Potilaskuluttajien määrittelemä hyvä kohtelu

Yleiset lähtökohdat potilaskuluttajien hyvälle kohtelulle määrittävän potilaslain 3 §:n 2. momentissa säädetään, että henkilölle annettava hoito on järjestettävä ja henkilöä kohdeltava niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Tämän lisäksi hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään on kunnioitettava.

Potilaskuluttajat kertoivat teemahaastatteluissa omat näkemyksensä siitä, minkälaista on hyvä kohtelu lääkäriasemalla. Näiden kuvausten analysoimisen perusteella potilaskuluttajat sisällyttivät hyvään kohteluun sen, että heitä kohdellaan kokonaisvaltaisesti järkevinä, tuntevina ja yksilöllisinä henkilöinä.

Potilaskuluttajat eivät halua tulla esineellistetyiksi kohteiksi, joita kohdellaan vain ongelmana tai sairautena. He toivovat huomaavaisuutta ja ystävällisyyttä yhtä lailla kuin tarpeidensa vilpitöntä huomioimista ja kunnioittamista. Potilaskuluttajat haluavat palvelusten tarjoajien kohtelevan heitä niin kuin tämä haluaisi itseään kohdeltavan heidän asemassaan. Tämä merkitsee sitä, että potilaskuluttajat odottavat palvelusten tarjoajalta kykyä asettautua asiakkaan asemaan voidakseen tarkastella tilannetta heidän näkökulmasta. (Vrt. Lindqvist 1995a, 63-64.) Potilaskuluttajien määrittelemän hyvän kohtelun ydinsanoma on se, että jokaista henkilöä on kohdeltava niin kuin hän olisi paikan ainoa vakavastiotettava ja yksilöllinen asiakas. 40-vuotiaan naishenkilön sanoin hyvään kohteluun kuuluu:

"No se, että otetaan se ihminen ihmisenä ja yksilönä huomioon. Että asiakkaat ei oo semmonen joku massa jota käsitellään, vaan kun sinne menee niin tulee tunne, niinku se kaikki olis juuri minua varten. Että vaikka heilläkin kiirettä on niin sitä ei kohdisteta siihen asiakkaaseen. Tuolla en kyllä ole kokenu sellaista, että mitä se sääkin vielä siihen tuut. Yleensäkin semmonen luonnollinen ystävällisyys ja hymy on musta aika tärkeätä palvelussa ja sitten ennen kaikkea se, että se ei ole sellasta teennäistä, vaan luontevaa." (HLA39)

Tutkimukseen osallistuneet 33- ja 36 -vuotiaat mieshenkilöt määrittelevät hyvän kohtelun seuraavanlaisesti:

"Ystävällisyys, kohteliaisuus... se että jokainen asiakas otetaan vuorollaan huomioon ja siihen keskitytään. Siis sen asioihin keskitytään täydellisesti ja siis yleensäkin kohdellaan niinku sä olisit ainut asiakas koko paikassa, vaikka siellä oliskin sitten samaan aikaan sata muuta, niin kuitenkin sua kohdellaan ainutkertaisesti. Siis yleensä sillai, että sulle tulee sellanen tunne, että sut todella otetaan huomioon." (LA7)

"Ystävällinen ja kohtelias palvelu ja sellanen ennenkaikkea, että kun sä meet ekaa kertaa johonkin uuteen paikkaan missä et oo käyny aikasemmin niin ne kertoo vähän siitä systeemistä ja toimintatavasta sulle. Ja jos huomaa, että asiakas epäröi ja on vähän pallo hukassa niin kysyy, että miten voi auttaa eikä jää odottamaan sitä, että se asiakas tulee itse kysymään, vaan että nimenomaan ne tekee sen aloitteen. Ja sitten tietysti se, että kohdellaan yksilöllisenä ihmisenä eikä minään numerona tai kohteena. Juuri sillai kun täällä on kohdeltukin." (HLA41)

7.2.2. Potilaskuluttajien (hammas)lääkäriasemalla saama kohtelu

Terveystalouden palveluksia hankkiessaan potilaskuluttajat asioivat eri henkilöryhmien kanssa. Jokainen asiointikokemus ja vuorovaikutustilanne vaikuttaa kohtelun kokemiseen. Huolimatta siitä, että haastattelemani potilaskuluttajat määrittelevät hyväksi kohteluksi sellaisen, jossa heidät huomioidaan yksilöllisinä ja ainutlaatuisina palvelusten käyttäjinä, arvioivat he saamansa kohtelun laatua siihen kuluneen ajan perusteella. (Hammas)lääkäriasemalla saatua kohtelua kuvaavat kertomukset osoittavat, että potilaskuluttajien negatiivinen tai positiivinen arvio kohtelustaan riippuu saadun henkilökohtaisen huomion määrästä. Tämä merkitsee sitä, että asiakaspalvelutilanteissa nopeus asiakaspalvelun kiireisyytenä saa helposti negatiivisen leiman. Kiireettömyys, asiakaspalvelun rauhallisuus ja se, että potilaskuluttaja saa osakseen ajallisesti riittävän henkilökohtaisen huomion muodostaa toivottavan lähtökohdan. Riittävästi eri asiakaspalveluprosessin vaiheissa henkilökohtaista huomiota saaneet potilaskuluttajat arvioivat saamansa kohtelun hyväksi. Vähäinen henkilökohtainen huomio johtaa negatiiviseen kokemukseen. Vastaavanlaiseen tulokseen on päätyneet vastaanotollakäynnin keston ja potilastyytyväisyyden suhdetta toisiinsa selvittänyt Pertti Kekki (1997). Hän toteaa sellaisten henkilöiden, jotka ovat arvioineet vastaanoton keston riittäväksi, katsoneen lääkärin toiminnan hyväksi ja saamansa ohjeet riittäviksi.

Keskustellessamme potilaskuluttajien kanssa heidän saamastaan kohtelusta paljastui, että kohtelun laadun koetinkivenä asiakaspalvelussa toimivat ruuhkahuiput. Ne osoittavat palvelusten tarjoajien kyvyn panostaa potilaskuluttajien henkilökohtaiseen huomioimiseen myös rutiininomaisissa tilanteissa. Selvimmin heikkoudet tulevat esiin vastaanottotiskillä asioitaessa toimipaikkaan saavuttaessa ja sieltä poistuttaessa. Toiminta ei vaadi samalla intensiteetillä potilaskuluttajan tilanteeseen paneutumista kuin lääkärin vastaanottohuoneessa, vaan asiakaspalvelun sisältönä on palvelusten hankintaan kuuluvista välttämättömistä rutiineista huolehtiminen. Saatavan kohtelun kokemisen kannalta tämä johtaa siihen, että kiireisissä tilanteissa asiakkaalle saattaa tulla tunne asiakaspalvelun liukuhihnamaisuudesta. Pahimmillaan potilaskuluttajalle syntyy

tunne siitä, että häntä kohdellaan rahastettavana objektina inhimillisen subjektin sijaan. 23-vuotiaan mieshenkilön kuvaus on esimerkki siitä, miten palvelusten tarjoajien kyky panostaa potilaskuluttajien henkilökohtaiseen huomioimiseen rutiininomaisissa tilanteissa ei ole riittävä:

"Lääkäri kohteli ihan hyvin, niinku normaalit esittelyt ja muut tämmöset kaikki. Tässä ilmoittautumisessa ja siinä laskuhommassa oli vähän... no ehkä ne on liian rutinoituneita henkilöitä siihen hommaan. Se on vähän sellasta liukuhihnamaista ja koneellista. Jos ei itte sano huomenta niin veikkaan, ettei sanota sieltäkään puolelta." (LA9)

Terveyden, hyvän voinnin ja hoitotyön kokemista tutkinut Päivi Åstedt-Kurki (1992, 118-120) esittää tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Haastattelut terveydenhuoltopalveluksia käyttäneet kuntalaiset pitivät sellaista kohtelua huonona, jossa henkilökunta kohdistaa huomionsa muihin asioihin kuin asiakkaaseen vastaanottotilanteessa. Kuntalaiset pitivät tärkeänä yksilöllisen tilanteensa vaatiman avun saamista ja heidän kokemustensa ja mielipiteidensä huomioimista.

Haastattelemani potilaskuluttajat eivät ole täysin sosiaalistuneet passiivisiksi potilaiksi. Tämä ilmenee esimerkiksi niin, etteivät he sysää vastuuta hyvästä kohtelustaan ainoastaan palvelusten tarjoajalle. He kokevat, että hyvin kohdelluksi tuleminen riippuu myös heidän omasta käyttäytymisestään. Koska asiakaspalvelu on kaksisuuntaista ihmisten välistä inhimillistä vuorovaikutusta, kokevat potilaskuluttajat, että heidän kohteluunsa vaikuttaa se, miten he itse käyttäytyvät palvelusten tarjoajia kohtaan. Haastattelut osoittavat myös sen, että hyvin kohdelluksi tuleminen riippuu potilaskuluttajien ympäristönsä heijastamasta vaikutelmasta. Hiljaiset ja arat henkilöt ovat alttiimpia välinpitämättömämmälle suhtautumiselle kuin he, jotka käyttäytymisellään viestittävät haluavansa saada hyvää asiakaspalvelua.

Mahdollisuus tulla kuulluksi

Siihen, miten potilaskuluttajat kokevat tulevansa kohdelluiksi lääkäriasemien asiakaspalvelussa, ei vaikuta ainoastaan ajallisesti riittävän huomion saaminen,

vaan myös mahdollisuus tulla kuulluksi. Kuulluksituleminen ilmentää potilaskuluttajien kohtelemista yksilöllisinä palvelusten käyttäjinä.

Haastattelemanani potilaskuluttajat ovat voineet kertoa riittävästi terveydellisestä tilanteestaan palvelusten tarjoajalle. Asiakaspalvelusta vastaavat henkilöt ovat luoneet siinä määrin asiakasystävällisen ja rohkaisevan ilmapiirin, että potilaskuluttajat ovat voineet ilmaista tarpeensa ja kantansa ilman, että enakkoluulot, negatiivinen suhtautuminen tai kiire olisivat haitanneet. Päinvastaisessa tapauksessa he eivät saa mahdollisuutta kertoa kaikkia tärkeiksi kokemiinsa asioita (ja ongelmaan liittyviä tekijöitä), vaan kokevat itsensä jarruttavaksi tekijäksi, johon ei suhtauduta vakavasti, vaan jonka on poistuttava nopeasti lääkärin kallisarvoista aikaa kuluttamasta (vrt. Pykäläinen - Keskisärkkä 1994, 52). Potilaskuluttajat tuntevat olevansa tällöin ikäänkuin liukuhihnalla, joka siirtää heidät nopeasti palvelupisteestä toiseen. Palvelusten tarjoajan kannalta potilaskuluttajan kuulluksitulemattomuus merkitsee sitä, ettei lääkäri pysty tekemään kunnollista diagnoosia palvelusten onnistuneisuuden kustannuksella. Vaikka Erkki Äärelän (1998) mukaan ”meillä on ihanteena asiantuntija, joka ”tietää paremmin” ja jonka kuuluu itse selvittää, mistä on kysymys ja mitä toimenpiteitä tarvitaan”, on palvelusten tarjoajan otettava potilaskuluttajan näkemykset huomioon, sillä potilaskuluttaja on tuntemustensa paras asiantuntija. Haastattelemanani 36-vuotias mieshenkilö kuvailee kuulluksitulemistaan näin:

”Kyllä se kuunteli hyvin joo. Se oikeestaan halus tietää enemmän, mitä mä osasin odottaakaan ja se kyseli kaikkea niinku niistä taustoista ja yleensäkin halus saada sellasen kokonaisvaltaisen kuvan siitä mun tilanteestani. Kyllä mä olin erittäin tyytyväinen siihen, miten se hoiti tämän homman.” (HLA41)

Niinikään haastattelemanani 65-vuotias mieshenkilö kertoo tyytyväisesti, että lääkärit ovat kuunnelleet häntä erittäin hyvin. Hän on saanut tuoda julki sen, miltä sairaus on hänestä itsestään tuntunut ja miten se on vaivannut.

”Koska minulle tulee semmonen epävarmuuden tunne, jos mä en saa kerrottua miten tää sairaus minua vaivaa. Tulee semmonen tunne, että oonko mä nyt saanu oikeet lääkkeet ja että käsittikö hän nyt oikein, kun hän ei oikein kuunnellut.” (LA1)

Päivi Sandellin ja Maarit Outisen (1996) tutkimustulokset vahvistavat tutkimuksessa yksityisten palvelusten tarjoajiin kohdistuvasta tyytyväisyydestä muodostuvaa kuvaa. Heidän aineistossaan kyselylomakkeen täyttäneistä yksityisten sairaaloiden asiakkaista 57 prosenttia pitää lääkäreiden osoittamaa kunnioitusta, kohteliaisuutta ja ystävällisyyttä erinomaisena. Muiden sairaalatyypin osalta erot erinomainen- ja hyvä -vastausten välillä ovat pienempiä. Lisäksi ne painottuvat jälkimmäiseen vaihtoehtoon. Vastaava luku hoitajien osoittaman huolenpidon ja kiinnostuksen kohdalla on 66 prosenttia. 49 prosenttia asiakkaista kokee, että henkilökunta on huomionnut heidän erityiset ongelmansa ja huolensa erinomaisesti. Vastaajista 50 prosenttia puolestaan kokee vastaanottohenkilökunnan ottaneen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa erinomaisesti huomioon.

Potilaskuluttajien kuulluksi tulemiseen ei vaikuta ainoastaan palvelusten tarjoajan käyttäytyminen, vaan potilaskuluttajien omat valmiudet toiveidensa ja tarpeidensa julkittuomiseen ajallisesti rajallisessa vastaanottotilanteessa. Potilaskuluttajat nostavat haastatteluissa esiin sen, etteivät he ehkä muista kertoa vastaanottotilanteeseen liittyvän jännittyneisyyden seurauksena kaikkia sellaisia asioita, jotka he haluaisivat kertoa, vaan nämä palautuvat heidän mieleensä asiakaspalveluprosessin poistumis- ja jälkihoitovaiheissa.

Tämä merkitsee sitä, että jotta potilaskuluttajat voisivat tulla kuulluksi, on heidän valmistauduttava tarvitsemiensa tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden hankintaan. Heidän on selvitettävä itselleen, minkälaisin odotuksin he menevät lääkärin vastaanotolle. Haluavatko he ensisijaisesti saada lääkettä, sairaalomaata vai lähetteen eteenpäin? Pertti Frilanderin ja Jukka Uitin (1996, 1931) mukaan palvelusten käyttäjien tarpeet voivat olla kyltymättömät ja huonosti jäsennellyt. He eivät aina ole oikeassa odotuksissaan. Toisaalta on hyvä ottaa huomioon se, etteivät palveluksia tarjoavat ammattilaiset ole kaikkietäviä, vaikka he ovat ammatillisuutensa vuoksi vastuussa palvelusten laadusta. Potilaskuluttajan ja palvelusten tarjoajan mielipiteet eivät aina osu yksiin. Niiden välillä saattaa olla jyrkkä kuilu. Palvelusten tarjoajan on kuitenkin syytä tietää, minkälaisia odotuksia potilaskuluttajalla on, jotta hän saa mahdollisuuden tätä tyydyttävän lopputuloksen aikaansaamiseen.

Potilaskuluttajien tasa-arvoinen kohtelu

Tutkimuksen kohteena olevat oikeusteemat ovat moniulotteisia. Hyvän kohtelun yhden ulottuvuuden muodostaa erilaisten asiakkaiden osakseen saaman kohtelun tasa-arvoisuus. Potilaslain 3 §:n 1 momentin mukaan "jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä". Terveydentilan arvioi aina lääkäri, kuten myös hoitotarpeen edellyttämän etuoikeusjärjestyksen. Käytettävissä olevat voimavarat sisältävät hoidon antamisen taloudelliset edellytykset, käytettävissä olevan henkilökunnan määrän, tekniset laitteet ja tietotaidon (Lehtola 1994, 8-9). Syrjinnän kiellolla tarkoitetaan sitä, että ketään ei saa asettaa ilman hyväksyttävää perustetta eriarvoiseen asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, terveydentilan, vammaisuuden, mielipiteen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (Liljeström 1994, 40; Kokkonen 1997).

Potilaskuluttajien haastatteluissa julkituomat käsitykset ja kokemukset siitä, miten erilaisia asiakkaita kohdellaan yksityisen sektorin sisällä, seuraavat palvelusten tarjonnan takana vaikuttavia periaatteita. Potilaskuluttajat uskovat, että pitkäntähtäimen menestystä tavoittelevat ja asiakkaan etua ajattelevat palvelusten tarjoajat pyrkivät kohtelemaan kaikkia potilaskuluttajia samalla arvonnalla riippumatta heidän varallisuudestaan, sosiaalisesta asemastaan tai muista henkilöön liittyvistä seikoista.

37-vuotias mieshenkilö: "...kyllä mulla on semmonen vaikutelma, että kun ottaa huomioon kuinka tiukalla kaikki on niin millään lääkäriasemalla ei kyllä oo varaa kohdella asiakkaitaan epätasa-arvoisesti tai antaa asiakkaalle sellasta vaikutelmaa, että hän on nyt vain perustoimenpidettä hankkimassa." (HLA26)

27-vuotias naishenkilö: "Mä sanoisin, että aika tasa-arvoisesti. Sen huomaa siinä varsinkin kun sinne tulee niitä vanhempia mummeleita ja pappoja rullatuolessa niin tosiaan kaikki saa saman kohtelun." (HLA25)

Haastatteluissa esiin tulleiden seikkojen perusteella erilaisten potilaskuluttajien osakseen saamaan eriarvoisuutta luovaan kohteluun vaikuttavat tahattomat inhimilliset tekijät. Esimerkiksi palvelusten tarjoajan ja käyttäjän välisen asia-

kassuhteen ikääntyessä kasvaa tällaisten asiakkaiden osakseen saama ajallinen huomio ensimmäistä kertaa toimipaikassa asioivien kustannuksella. Toisaalta palvelusten tarjoajat ovat myös inhimillisiä ihmisiä. Heillä on henkilökohtaiset ongelmansa ja huonot hetkensä, jotka voivat vaikuttaa negatiivisesti potilaskuluttajien kohteluun.

Lyhytnäköisesti taloudellista etuaan ajattelevat palvelusten tarjoajat voivat potilaskuluttajien käsitysten mukaan sortua eriarvoiseen kohteluun. Tällöin potilaskuluttajan tarvitsemien palvelusten taloudellinen arvo saattaa määrittellä hänen saamansa kohtelun laadun, mitä 25- ja 47 -vuotiaiden naishenkilöiden käsitykset kuvastavat:

"Meet sä mihin tahansa paikkaan niin sä saat sitä ystävällisemmän kohtelun, mitä enemmän sä pistät rahaa menemään. Se on varmaan jokin sellanen automaattinen reaktio, kun on kyse yksityisistä firmoista." (LA19)

"Kyllähän se ulkoasu tahtoo aina vaikuttaa. Ne jotka on paremmin pukeutuneita ja joilla päältäpäin katsottuna näyttää olevan rahaa, ne myös saa parempaa kohtelua kuin sitten sellaiset, jotka on... sanotaan sosiaalisen asteikon alapäässä. Kyllähän se tahtoo vähän olla näin." (LA24)

7.2.3. Palveluympäristö asiakasystävällisyyden ilmentäjänä

Haastattelemiini potilaskuluttajat eivät nostaneet esiin palveluympäristöön liittyviä tekijöitä kuvaillessaan hyvää kohtelua (hammas)lääkäriasemalla. Nimenomaan palveluympäristöön keskittyvään teemaan liittyvät kertomukset kuitenkin osoittavat, että palveluympäristön miellyttävä yleisilme ja viihtyisyys muodostavat osan asiakasystävällisestä palvelusta. Potilaskuluttajat muodostavat palveluympäristön laadun perusteella yhden tulkinnan siitä, miten palvelusten tarjoaja asennoituu heihin. Huomionarvoista palveluympäristöön liittyvien tekijöiden osalta on se, että ne vaikuttavat potilaskuluttajien hankkimiinsa palveluksiin kohdistamiin odotuksiin. Ala-arvoisen vaikutelman antavat vastaanotto-tilat laskevat odotuksia, kun taas laadukkaat tilat nostavat niitä. Tämän tiedostavat palvelusten tarjoajat voivat ohjailta ilmapiiriseikkojen avulla potilaskuluttajien palveluksiin kohdistamia odotuksia. Yksinään ne eivät potilaskuluttajien

kohtelustaan tekemissä laadunmäärittelyissä näyttele keskeistä roolia. Niistä etsitään tukea muiden tekijöiden pohjalta tehdyille määrittelyille. 21-vuotialle mieshenkilölle on lääkäriaseman vastaanottotiloilla suuri merkitys, sillä

"mulle kertoo hirveesti se minkälaisessa kunnossa ne on. Onko ne siistit ja onko paikat järjestyksessä. Mä pidin, että tuo oli ihan siisti paikka." (HLA40)

Vastaavanlaisia tuloksia ovat saaneet myös Eeva Widström ja Anja Eerola (1992). He toteavat Kuusankosken terveyskeskuksen hammashoitopalveluksia käyttäneille henkilöille tekemänsä palvelututkimuskyselyn perusteella, etteivät odotushuoneen ulkonäkö ja siisteys ole merkityksettömiä asioita. He kokevat odotushuoneen ulkonäön viestittävän joillekin asiakkaille jopa voimakkaastikin odotettavissa olevasta asiakaspalvelusta. Asiakkaalle muodostunut ensivaikutelma palveluyrityksestä, johon muiden muassa vastaanoton yleisilme vaikuttaa, on tärkeä, koska hän tekee varsin pitkälle meneviä johtopäätöksiä heti alkuvaiheessa. Johtopäätökset joko tukevat tai haittaavat asioimisen onnistumista. Myös Sirkka Sinkkonen ym. (1992, 25) toteavat palvelusten fyysisten ominaisuuksien ja asiakaspalvelutoiminnan fyysisen ympäristön vaikuttavan siihen, miten asiakkaat kokevat ja arvioivat palvelusten laatua kokonaisuudessaan.

7.3. Tiedonsaannin kokeminen asiakaspalvelussa

7.3.1. Tiedonsaanti terveydentilasta

Potilaskuluttajalla on määräysvalta ruumiiseensa, minkä johdosta hänellä on oikeus saada sitä koskevia tietoja. Lainsäädäntö velvoittaa terveydenhuoltohenkilöstön antamaan potilaskuluttajalle ennen hoidon aloittamista ja hoidon aikana riittävästi ymmärrettävää tietoa. Oikeus tietojen saamiseen määräytyy potilaslain 5 §:n nojalla, jonka mukaan henkilöllä on oikeus saada ymmärrettävällä tavalla selvitys terveydentilastaan, tarvitsemiensa hoitotoimenpiteiden

merkityksestä, hoitovaihtoehtoista, niihin mahdollisesti liittyvistä riskeistä ja niiden vaikutuksesta sekä kaikista muistakin seikoista, joilla on merkitystä päättäessä hänen hoitamisestaan. Potilaskuluttajalle on annettava myös selvitys hoitotoimenpiteiden suorittamattomuudesta seuraavista seuraamuksista (HE n:o 185/ 1991 vp., 15).

Terveydentilaan liittyvien tietojen kertominen

Keskustellessamme siitä, miten terveydentilaan liittyvät tiedot tulisi kertoa, nousivat esiin tiedon antajaan ja kertomistapaan kohdistuvat toivomukset. Potilaskuluttajat kokevat tärkeäksi sen, että he saavat terveydentilaansa liittyvät tiedot oikealta henkilöltä. Tämä tarkoittaa henkilöä, joka kykenee vastaamaan potilaskuluttajien esittämiin kysymyksiin, sillä saatava tieto saattaa herättää uudenlaisen tiedon tarpeen. Potilaskuluttajalle aiheutuu tarpeetonta psyykkistä räsitusta, pelkoa ja epätietoisuutta, jos tiedon välittävä henkilö ei kykene vastaamaan esitettyihin kysymyksiin.

Tiedon kertomistapaan liittyen potilaskuluttajat toivovat terveydentilaan liittyvien tietojen kertomista ymmärrettävästi, mikä merkitsee "selvän suomenkielen käyttämistä" lääkärilatinan sijaan. 33-vuotiaan mieshenkilön sanoin tiedot tulee kertoa niin, että

"puhutaan kansanomaisella kielellä. Ei mitään ammattitermejä käytetä liikaa kun kerrotaan siitä, mitä tehdään ja siis sellasella normaalilla kielellä, että sen ymmärtää kuka tahansa." (HLA35)

Asiakaspalvelutehtävässä toimivan henkilön on jokaisessa tilanteessa harkittava, minkälaista kieltä kunkin henkilön kanssa voi käyttää. Yksinkertaisia, selviä ja selkeitä käsitteitä monimutkaisten "lääkärilatinan" liittyvien ja potilaskuluttajien ymmärryksen ulkopuolelle jäävien termien sijaan. On otettava huomioon potilaskuluttajan vastaanottokyky ja se, miten tarkoin asiat pitää selittää. Vaikeaselkoisetkin asiat on mahdollista tehdä ymmärrettäviksi, kunhan otetaan huomioon, ettei jännittyneen potilaskuluttajan vastaanottokyky ole parhaimmillaan. Potilaskuluttaja on vastakkain hänelle vieraiden ja pelottavienkin asioiden

kanssa, mikä luo lisäpaineita tiedon ymmärrettävyydelle. Pelkästään tiedon antaminen ei riitä, vaan tulee varmistaa, että henkilö on ymmärtänyt saamansa tiedon. Potilaskuluttajan on ymmärrettävä asiat oikein voidakseen tehdä päätöksen hoitoaan koskevassa asiassa. Laki ei tätä kuitenkaan edellytä. (Vrt. Leino-Kilpi ym. 1993; Peräkylä 1995, 1516-1517.) Tämä ylläpitää mahdollisuutta asioiden väärinymmärtämiseen ja virheellisten odotusten muodostumiseen. Tämä taas voi johtaa perusteettomiin valituksiin ja asiakkaiden tyytymättömyyteen.

Toisena terveydentilaan liittyvien tietojen kertomistapaan kohdistuvana toivomuksena toistui tietojen kertomisen suoruus. Potilaskuluttajat odottavat, että asiat kerrotaan kaunistelematta tai kauhistelematta niitä mitenkään. He haluavat päästä todellisesta tilanteesta heti selville, koska se selviäisi enemmin tai myöhemmin. Tällöin paljastuva tietojen muuntelu horjuttaa potilaskuluttajan ja lääkärin välistä luottamusta pahimmillaan korjaamattomasti.

Pakkoaktiivisuus tiedonhankinnassa

Palvelusten hankintaan kuuluvan vuorovaikutuksen toimivuuden merkitys korostuu terveydentilaan liittyvässä tiedonsaannissa. Alan asiantuntemuksen erillainen hallitseminen varmistaa, ettei palvelusten tarjoajan ja asiakkaan välinen suhde ole tasa-arvoinen. Onnistuneen lopputuloksen saavuttaminen edellyttää toimivaa vuorovaikutusta. Terveydentilaan liittyvien tietojen saamista kuvaavien kokemusten analysointi paljastaa kaksi asiaa: haastattelemistani henkilöistä kukaan ei ollut kieltäytynyt terveydentilaansa liittyvästä tiedosta ja potilaskuluttajien riittäväksi kokeman tiedon saaminen edellyttää heiltä pakkoaktiivista roolia tiedonhankinnassa. Pakkoaktiivisen roolin toteuttaminen merkitsee sitä, että potilaskuluttajan on ilmaistava tiedolliset tarpeensa, jotta palvelusten tarjoaja saa mahdollisuuden kunkin henkilön yksilöllisten tarpeiden tyydyttämiseen. Päinvastaisessa tapauksessa tiedonsaanti voi jäädä vajavaiseksi. Palvelusten tarjoajalta ei voida edellyttää automaattisesti tietoa siitä, mitä yksittäinen potilaskuluttaja tietää ja mitä ei tiedä. Pakkoaktiivisuus ilmenee selkeästi 31-vuotiaan naishenkilön kokemuksista:

"No enemminkin ne vois kertoa, että nythän se tiedonsaanti on kuitenkin aika pitkälle kiinni siitä sun omasta aktiivisuudesta ja siitä miten paljon sä kyselet itse. Ei ne sillai automaattisesti lähde kertomaan ja selvittämään kaikkea, vaan sitten jos sä kysyt niin sitten kyllä kerrotaan. Kyllä mä oon saanu ihan riittävästi siellä tietoja. Joskin jos mä en itse olis kyselly niin paljoa kuin mä yleensä aina kyselen, niin se tieto olis ollu hyvin pinnallista ja varmaan moni asia olis jääny epäselväksi." (HLA43)

46-vuotias mieshenkilö kuvailee tilannetta niin, että "kun lääkäriin menee oli se mikä lääkäri hyvänsä niin mahdollisimman aktiivinen kannattaa olla". Hänen näkemyksensä mukaan saa lähteä tietämättömänä pois jos ei itse kysy. (HLA37)

Palvelusten hankintatilanteessa tiedonsaanti ei välttämättä toteudu aukottomasti. Tässä yhteydessä potilaskuluttajalle muodostuu kuitenkin käsitys siitä, minkälaista tietoa hän tarvitsee. Palvelusten jälkeen hänellä itsellään on mahdollisuus paikata tiedonsaannin aukkokohdat. 59-vuotias mieshenkilö kokee kaikkien asioiden selvinneen lääkäriissäkäynnin aikana. Hän lisää, että jos sattuisi olemaan asioita, jotka myöhemmin rupeavat vaivaamaan, niin "puhelimella voi soittaa ja kysyä lääkäriltä." (LA4) Potilaskuluttajat voivat vastata heihin kohdistuviin tiedonhankinnallisiin vaatimuksiin paikkaavan tiedonhankinnan ansiosta.

Myös julkista terveydenhuoltoa tutkineet Arja Häggman-Laitila (1994) ja Päivi Åstedt-Kurki (1989) tuovat tutkimuksissaan esiin palveluksia tarvitsevan henkilön omatoimisuuden merkityksen tiedonhankinnassa. Häggman-Laitilan tutkimuksessa ilmeni, että aktiiviset terveydenhuollossa asioineet henkilöt saivat oma-aloitteisuutensa ansiosta tarpeeksi tietoja ja huolenpitoa. Passiiviset henkilöt, varsinkin ne, jotka kokivat tautien voimakkaasti säätelevän elämäntilannettaan, jäivät vaille riittäviä tietoja ja huomiota. Åstedt-Kurjen tutkimuksessa tutkittavat kritisoivat sitä, etteivät palvelusten tarjoajat informoi oma-aloitteisesti asiakasta, vaan tämän on itse vastattava tiedonhankinnasta.

Päivi Sandellin ja Maarit Outisen (1996) tutkimus tarjoaa päältäpäin katsoen poikkeavia tuloksia. Niiden mukaan 49 prosenttia yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjistä pitää lääkäreiltä sairaudestaan ja hoidostaan saamaansa informaatiota erinomaisena. Tuloksista ei kuitenkaan ilmene, miten

tiedonsaaminen on tapahtunut. Onko palvelusten käyttäjien täytynyt olla pakkoaktiivisia vai ovatko palvelusten tarjoajat muutoin onnistuneet tyydyttämään heidän tiedontarpeensa.

Potilaskuluttajien kokemukset heihin kohdistuvista tiedollisista odo-
tuksista toimivat julkisivuna sille, että palvelusten tarjoajat panttaavat tietoa, mi-
kä hankaloittaa potilaskuluttajien päätöksentekoa. Riittämätön tiedonsaanti ter-
veydellisen ongelman poistamisessa tarvittavista toimenpiteistä johtaa siihen,
että potilaskuluttajan on vaikea tehdä itsenäistä ratkaisua eri vaihtoehtojen vä-
lillä. Tiedon panttaaminen ja siitä seuraava tiedonhankinnallinen pakkoaktiivi-
suus ilmentävät palvelusten tarjoajien vallankäyttöä ja auktoriteettiaseman vah-
vistamista. Asiantuntemuksellaan palvelusten tarjoajat voivat vaikuttaa potilas-
kuluttajan toimintaan ja säädellä tämän itsemääräämisen ulottuvuuksia. Mitä
vähemmän potilaskuluttaja tietää, sitä vähemmän hän voi kyseenalaistaa lääkä-
rin päätöksiä, sillä tiedon lisääntyessä paljastuvat ongelmat paremmin
(Richards 1998).

Sellaiset haastatteleman potilaskuluttajat, jotka ovat ilmaisseet sel-
keästi tiedolliset tarpeensa, ovat saaneet mielestään tarvitsemansa tiedot. Hei-
dän omiin näkemyksiinsä perustuva tyytyväisyys saattaa kuitenkin olla petollis-
ta. He saattavat luulla saaneensa riittävästi oikeanlaista tietoa, koska eivät va-
javaisen lääketieteellisen asiantuntemuksensa vuoksi ole selvillä siitä, minkä-
laista tietoa heidän tulisi saada. He saattavat olla tiedonsaantiinsa tyytyväisiä,
vaikka siihen ei olisi riittäviä perusteita. Gregory Makoul ym. (1995) osoittavat
reseptilääkkeiden määräämisprosessia käsitelleessä tutkimuksessaan sen,
miten helposti tällaisesta riskistä tulee käytännön ongelma. Nimenomaan on-
gelma, joka ei aiheuta seuraamuksia ellei palvelusten hankintaan johtaneen
tekijän poistumisessa ilmene ongelmia. Vasta tällöin saattaa palvelusten käyt-
täjälle paljastua se, ettei heidän saamansa tieto ollutkaan riittävä.

Terveystilaan liittyvien tietojen saamista kuvaavien kokemusten
analysointi nostaa esiin myös sen, miten potilaskuluttajien riittäväksi kokeman
tiedon saamiseen vaikuttaa heidän omista vajavaisista toiminnallisista resurs-
seistaan muodostuva este, muistamattomuus. Lääkärin vastaanottotilanteessa
kertomista asioista ainoastaan osa jää potilaskuluttajien mieleen, mikä pätee

myös toimipaikan muuhun asiakaspalveluhenkilökuntaan. Muistamattomuuden seurauksena potilaskuluttajat muodostavat tulkinnan heihin kohdistuvista oma-toimisen tiedonhankinnan vaatimuksista. Asiakaspalvelusuhteen molemmin puolin tilannetta selkiyttäisi se, että potilaskuluttajalla olisi mahdollisuus saada informaatio kirjallisena. Tällöin muistamattomuudesta johtuvat ongelmat vähenisivät, kun potilaskuluttaja voisi palauttaa mieleensä unohtamansa seikat. Myös potilaskuluttajien omatoimisen tiedonhankinnan tarpeen laajuus tulisi selkeämmin esiin, kun voitaisiin osoittaa, missä määrin palvelusten tarjoajat ovat huolehtineet velvollisuudestaan.

7.3.2. Hintatietojen selvittäminen jää potilaskuluttajille

Yksityisten palvelusten tarjoajat voivat määrätä tarjoamiensa palvelusten hinnat ja tarjontaehdot. Tämän vastapainona heillä on velvollisuus tiedottaa niistä potilaskuluttajille. Potilaskuluttajien kuvauksissa siitä, miten tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä perittävistä hinnoista tulee ilmoittaa asiakkaille, nousee esiin vai-vattomuus. Hintatiedoista on potilaskuluttajien mielestä kerrottava niin, että aiheutuvat kokonaiskustannukset ovat vaivatta selvitettävissä jos he ovat tietoisia heille tehtävistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä. Hintojen on oltava selkeästi yksilöityjä ja jos tämä ei ole mahdollista niin silloin on informoitava siitä, miten yksittäisistä hinnoista saa tiedon. 33-vuotias mieshenkilö kuvailee hyvää hinta-tietojen ilmoittamistapaa seuraavin sanoin:

"No joku kansio olis ihan hyvä ja miksei joku seinällä oleva taulukin. Joku sem-monen, että ihmiset huomaa sen helposti ja ne voi vertailla niitä hintoja rauhas-sa. Näkyvällä tavalla näkyvässä paikassa." (LA7)

Potilaskuluttajien näkökulmasta ihanteellisesti tapahtuva hintatietojen ilmoitta-minen ei kuitenkaan ole niin yksinkertaista kuin sen olettaisi olevan lähestyttä-essä tehtävää palvelusten tarjoajien näkökulmasta. Esimerkiksi vastaanottotis-kille sijoitettu kansiomuotoinen asiakkaiden käyttöön tarkoitettu hinnasto voi jäädä heidän taholtaan huomaamattomaksi ja tehottomaksi. Potilaskuluttajien

käyttäytymisen osalta on merkittävää se, että he mieltävät lääkäriasemilla niin omat kuin henkilökunnan reviirit, joihin vastaanottotiski olennaisesti kuuluu. Vastapuolen reviirille ei kutsumatta tai lupaa pyytämättä astuta. Potilaskuluttajille vastaanottotiskistä kuuluvan osan tulee olla selkeästi osoitettu ja esimerkiksi hinnaston oltava asetettu esiin niin, että asiakkaat huomaavat sen helposti. Tämä ei vielä riitä. Asiakkaiden tulee huomata se, että hinnasto on tarkoitettu heidän käyttöönsä sen sijaan, että kyseessä on yksi vastaanottohenkilökunnan työkalu. Erään haastateltavan mukaan tällaisesta ongelmasta päästäisiin eroon helposti sillä, että hinnaston yhteydessä ilmoitettaisiin selkeästi sen olevan asiakkaita varten.

Potilaskuluttajien toiveet hintatietojen ilmoittamisesta vastaavat säädöksiä, sillä kulutushyödykkeen hinnan ilmoittamisesta markkinoinnissa annetun asetuksen (9/89) 2 §:n nojalla hinta tulee ilmoittaa selkeällä ja yksiselitteisellä sekä potilaskuluttajan kannalta helposti ymmärrettävällä ja havaittavalla tavalla. Hinnaston tai muun selvityksen käytössä olevista maksuperusteista tulee olla paikassa, josta asiakas voi havaita sen helposti ja pyytämättä. Hinnastossa on mainittava tärkeimmät maksut, jos kaikkien maksujen merkitseminen hinnastoon on niiden runsauden vuoksi mahdotonta. Potilaskuluttajan on voitava saada myös täydellinen hinnasto tai maksuperusteluettelo. Palveluksia tarvitsevan henkilön on voitava tehdä hinnaston perusteella hintavertailuja ennen lääkäriaseman palvelusten käyttämistä. Hinnastossa on ilmoitettava kaikki asiakkailta perittävät maksut. Myös kaikki laskutukseen liittyvät maksut, joita ovat mm. toimistomaksut, laskutuslisät eri tapauksissa sekä maksut, joita lääkäriasemat perivät veloittaessaan laskut suoraan vakuutusyhtiöiltä. Maksuluettelossa on ilmoitettava myös milloin näitä peritään. (Halonen 1993, 16; Piikki - Palonen 1992, 4-5; Palonen 1993, 59.)

Maksun suorittaminen hankituista palveluksista on potilaskuluttajan keskeisiä velvollisuuksia. Potilaskuluttajalla on oikeus tiedustella etukäteen palvelusten tarjoajalta tarvitsemiensa tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden hintoja ja päättää vasta tämän jälkeen niiden käyttämisestä. Keskustellessamme siitä, miten (hammas)lääkäriasema tiedotti tarjoamiensa palvelusten hinnoista, nousi esiin se, etteivät haastattelemani potilaskuluttajat olleet tiedustelleet aktiivisesti

tarvitsemiensa tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden hintoja. Hintatietojen sijaan heidän mielenkiintonsa kohdistuu tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin. Haastattelemieni henkilöiden hintatietoihin kohdistuvaa kiinnostumattomuutta selittää se, että he ovat satunnaisia terveydenhuoltopalvelusten käyttäjiä. Tällöin he ottavat selvää hinnoista vasta silloin, kun he olettavat tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden olevan rahallisesti merkittäviä. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten säännöllisinä käyttäjinä he voisivat olla hintatiedoista kiinnostuneempia kasvavien taloudellisten kustannusten vuoksi.

Nämä keskustelut osoittavat myös sen, että käytännössä potilaskuluttajilta edellytetään kuluttajamaista oma-alotteisuutta hintatietojen selvittämisessä. Potilaskuluttajat kokevat tilanteen sellaiseksi, etteivät palvelusten tarjoajat tarjoa automaattisesti tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden hintoja. Hinnoista kiinnostuneiden on itse otettava niistä selvää, kuten myös niiden antamishinnoista. Niinikään kuluttajavalituslautakunnan ratkaisukäytäntö viittaa siihen, että hinnan selvittäminen on asiakkaan aktiivisuuden varassa. Sopimusoikeudelliset säännöt eivät velvoita palvelusten tarjoajaa ilmoittamaan hintaa yksittäisissä tapauksissa. Hintatietojen selvittämisen oma-alotteisuus tulee selkeästi esiin seuraavien haastattelemieni henkilöiden kokemuksissa:

27-vuotias naishenkilö: "No ei juurikaan, mutta kun kysyy niin kyllä ne sitten kertoo. Niillähän on semmonen taulukko, joka on niitten hinnottelutaulukko, mutta ei ne niitä sillai muuten kyllä etukäteen kerro." (HLA47)

58-vuotias mieshenkilö: "Nehän tiedottaa, jos mä kysyn. Eihän se muualla näy... ei missään ilmoituksessa niiden hintoja ole, mutta kun kysyn niin sitten tiedän." (LA15)

Haastattelujen paljastama oma-alotteisuuden edellyttäminen hintatietojen selvittämisessä auttaa ymmärtämään 23 palvelusten hinnoista ja kustannusarvioista tehtyä valitusta. Nämä valitukset jakantuvat sisällöllisesti siten, että palvelusten hinnasta tehdyistä valituksista kahdeksan kohteena on hammaslääkäripalvelukset ja seitsemän kohteena lääkäripalvelukset. Kustannusarvioista tehdyistä valituksista neljä kohdistuu hammaslääkäripalveluksiin ja saman verran lääkäripalveluksiin. Valitukset johtuvat siitä, että potilaskuluttajat ovat toimineet passiivisen potilasmaisesti palvelusten tarjoajan antaman informaation varassa

sen sijaan, että olisivat itse kyselleet hintoja. Passiivisuutensa seurauksena palvelusten käyttäjät eivät koe saaneensa lainkaan tietoja perittävistä hinnoista tai niistä ei ole kerrottu riittävästi. Passiivisuuden yksi ilmentymä on se, että potilaskuluttajat luulevat liikaa varmistumatta asiasta. Ongelmia aiheuttava luuleminen merkitsee sitä, että potilaskuluttajat asettautuvat potilaan rooliin. He tyytyvät saamaansa tietoon sen sijaan, että hyödyntäisivät vapauttaan kuluttajamaiseen tiedonhankintaan.

Selkeän esimerkin tällaisesta väärään luuloon tuodittautumisesta tarjoaa valitustapaus numero 54. Siinä mieshenkilö tiedusteli puhelimitse yhden sairaalassa viettävän vuorokauden hintaa, joksi ilmoitettiin 1350 markkaa. Valittajan mukaan toimipaikassa ei ilmoitettu seinällä tai muutoin kerrottu sitä, miten yksityisen sairaalan laskutus määräytyy vuorokausien osalta. Valittaja kirjoittautui sittemmin sairaalaan sisään kello 13.00 ja lähti seuraavana päivänä kello 11.00, jolloin häntä laskutettiin kahdesta vuorokaudesta. Valituksessaan hän vaati hinnanalennusta mm. toisen vuorokausimaksun osalta. Palvelusten tarjoajan vastauksen mukaan henkilölle oli kerrottu annettavassa esitteessä vuorokausihintojen määräytymisestä. Kuluttajavalituslautakunnan päätöksen mukaan puhelimitse asiasta sovittaessa on kerrottava kaikki oleelliset seikat, vaikka sitova sopimus syntyisi vasta palvelusten käyttäjän hakeutuessa sairaalaan, koska hoitopäätöstä on vaikea peruuttaa. Lautakunta suositti toisen hoitovuorokausimaksun palauttamista valittajalle, sillä yksityisten lääkäriasemien ja sairaaloiden laskutuskäytäntöä ei voida pitää palvelusten käyttäjille itsestään selvänä. Tässä tapauksessa valitukseen ei oltaisi edetty, jos palveluksia tarvinnut mieshenkilö olisi osannut ottaa selvää vuorokausimaksujen määräytymisestä.

Tiedonpuutteen seurauksena syntyvä tyypillinen ongelmatilanne on sellainen, jossa lääkäri kertoo palkkionsa suuruuden ilmoittamatta muista kustannuksista, kun potilaskuluttaja olettaa lääkärin kertovan kokonaiskustannukset. Kustannusarvioihin kohdistuvissa valituksissa potilaskuluttajille ei ole selvitetty ymmärrettävästi sitä, mitkä tekijät vaikuttavat lopullisen hinnan muodostumiseen. Potilaskuluttajille ei ole korostettu sitä, että kyseessä on hinta-arvio, sillä he mieltävät kustannusarvion hintatietojen tapaan sitovaksi ja lopulliseksi

hinnaksi. Potilaskuluttajat eivät joko tiedä tai ajattele sitä, että kustannusarvion kattamien toimenpiteiden lisäksi lääkäri voi laskuttaa hoidon aikana ilmenevien yllättävien toimenpiteiden suorittamisesta sillä perusteella, että asiakkaan fyysinen ja psyykinen turvallisuus katsotaan tärkeämmiksi kuin hänen taloudellinen tilanteensa. Kuluttajavalituslautakunnan ratkaisukäytännön mukaan palveluksen kokonaishintaa tarkoittavan kustannusarvion voi perustellusti ylittää korkeintaan 15 prosentilla, mistä tulee ilmoittaa asiakkaalle mahdollisimman nopeasti sen jälkeen kun ylitystarve on todettu (Tuorila 1996).

Tiedonpuutteen seurauksena syntyvät ongelmat ilmenevät valitustapausaineistossa myös arvostuserimielisyyksinä. Tällöin ongelman ydin on se, että potilaskuluttajat saattavat kokea palveluksen hinnan kohtuuttomaksi. Osapuolten näkemykset palveluksen taloudellisesta arvosta eivät vastaa toisiaan. Potilaskuluttajat tulkitsevat palveluksen hinnan kohtuuttomaksi siksi, että he luulevat sen muodostuvan pelkästään lääkärinpalkkiosta. Useimmiten kalliiksi koettuun hintaan sisältyy myös muita palvelusten tarjoamisesta syntyviä kustannuksia.

7.4. Itsemäärääminen

Potilaslain 6 §:ssä säädettävän itsemääräämisoikeuden perusteella henkilön antama suostumus on tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden edellytys. Potilaskuluttajalla on oikeus edellyttää, ettei hänen fyysiseen tai psyykkiseen koskemattomuuteensa puututa enempää kuin tutkimus- ja hoitotoimenpiteet edellyttävät. Kaikkiin radikaaleihin toimenpiteisiin vaaditaan asianomaisen henkilön suostumus. Suostumuksen on oltava sitä selvempi mitä vakavammasta puuttumisesta henkilön itsemääräämisoikeuteen on kysymys. Vastanotolle tai poliklinikalle hakeutuminen voidaan katsoa suostumukseksi vähäisiin toimenpiteisiin. Epäselvissä tapauksissa ja silloin, kun hoitotoimenpiteisiin liittyy vaaratekijöitä tai kun valittavana on eri toimenpidevaihtoehtoja henkilön tahdosta on varmistuttava. (Partanen 1994a, 67; Suomen Lääkäriliitto 1992, 63.)

Itsemääräämisoikeudella ei tarkoiteta sitä, että palveluksia tarvitseva henkilö voisi määrätä miten häntä on hoidettava. Potilaskuluttajalla ei ole oikeutta vaatia itselleen tietynlaista hoitoa ainoastaan sillä perusteella, että se olisi hänen käsityksensä mukaan hänelle parasta. Hoidon on tapahduttava hoitohenkilöstön kanssa yhteisymmärryksessä ja sen tulee olla lääketieteellisesti perusteltua. (Kokkonen 1994, 537.)

7.4.1. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvän päätöksenteon delegoiminen lääkärille

Periaatteellisena lähtökohtana terveydenhuoltopalveluksissa on se, ettei palvelusten tarjoaja tee päätöstä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä, vaan palveluksia tarvitseva henkilö tekee sen kyseeseen tulevien vaihtoehtojen rajoissa. Potilaskuluttajalla on lopullinen sananvalta hankkimissaan palveluksissa. Itsemääräämisoikeudella korostetaan sitä, että terveydenhuoltopalvelusten käyttäjä on palveluksia hankkiessaan täysivaltainen päättävä osapuoli eikä muiden päätösten kohde, kuten Maarit Outinen ym. (1994, 24) toteavat. Asiantuntijana toimivan terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on antaa potilaskuluttajalle oikeanlaista informaatiota päätöksenteon tueksi. (Vrt. Leenen 1996; Taipale ym. 1995, 187-188.)

Haastattelemieni henkilöiden kertomukset siitä, missä määrin he ovat itse halunneet vaikuttaa tehtäviin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin osoittavat, että potilaskuluttajille annetaan itsemääräämiseen suurempia mahdollisuuksia kuin he kykenevät käyttämään. Irma Pahlmanin ym. (1996, 2145) tutkimustulosten tavoin nämä kertomukset vahvistavat sitä tiedossa olevaa asiaa, että potilaskuluttaja delegoi osan palvelusten tarjoamiseen kuuluvasta päätöksentekovallastaan palvelusten tarjoajalle. Tämä huolehtii siitä, mistä potilaskuluttaja ei itse koe selviytyvänsä. Itsemääräämisoikeus osoittautuu tutkimuksessani lepotilassa olevaksi oikeudeksi, jota potilaskuluttajat hyödyntävät terveydellisen ongelmansa ilmenemismuotojen ja tiedollisten resurssiensa sallimissa rajoissa. Potilaskuluttajat kertovat palvelusten tarjoajalle terveydellisen ongel-

mansa ilmenemismuodot. Ongelman tunnistamiseen ja sen poistamiseksi tarvittavien palvelusten valitsemiseen potilaskuluttajien fyysiset ja psyykkiset voimavarat sekä asiantuntemus eivät välttämättä riitä, minkä seurauksena he siirtävät päätöksenteon tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä lääkärille. Potilaskuluttajat supistavat päätöksentekonsa sellaisiin asioihin, joissa he kokevat kykenevänsä tekemään vastuullisen päätöksen. Tämä merkitsee sitä, että tarvitsemiensa palvelusten osalta potilaskuluttajat ottavat vastuun siitä, että he siirtävät vastuun palvelusten tarjoajalle. Tätä ilmentävät jäljempänä olevat kaksi tyypillistä kuvausta.

33-vuotias mieshenkilö: ”Kyllä se sai päättää, sillä enhän mä tiedä noista asioista mitään. Mä luulen, että jos mä olisin saanu itte päättää niin... ei kyllä mä annan lääkärin päättää ja luotan siihen sen verran, että uskon tai vähintäänkin toivon sen toimivan mun parhaakseni. Vaikka oli mulla kyllä jotain mielessä, että kuinka sen lääkärin tulee toimia ja niin se tekikin.” (LA7)

42-vuotias naishenkilö: ”Kyllä se lääkäri saa päättää. Mä luotan siihen, että hän toimii parhaansa mukaan ja mun parhaan mukaan, että kyllä hän on saanu siitä ihan vapaasti päättää. Tietysti joskus on ollu jotain pieniä juttuja, mitä mä oon toivonu ja kyllä se lääkäri on silloin ottanu ne huomioonkin ihan hyvin.” (LA16)

Riittämättömän lääketieteellisen tiedon lisäksi haastatteluaineiston analysoiminen osoittaa toiseksi perusteeksi päätöksenteon delegoimiselle sen, että se on vakiintunut toimintamalli. Eri ikäisten tai eri sukupuolta edustavien potilaskuluttajien suhtautumisessa päätöksenteon delegoimiseen ei paljastunut näkyviä eroja. Myöskään eri koulutuksen omaavat tai erilaisessa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt eivät asennoituneet eri tavalla päätöksenteon delegoimiseen. Näiden paljastumattomien erojen tulkitsen ilmentävän sitä, että tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvän päätöksenteon delegoiminen on vakiintunut palvelusten hankinnan toimintamalli.

Kriittisesti tarkasteltuna tällaisesta näkyvimmän päätösvallan luovuttamisesta seuraa se, että kun lääkärit sanovat jotain, myöntyvät potilaskuluttajat siihen lääkärin kantaa juurikaan kyseenalaistamatta. Palvelusten käyttäjät ovat Juha Teperin (1994, 317) näkemyksen mukaan taipuvaisia toimimaan lääkärin suosituksen mukaan siksi, etteivät he ole ymmärtäneet olevansa parhaita asi-

antuntijoita omassa yksilöllisessä tapauksessaan. Potilaskuluttajat hyväksyvät lääkärin palvelusehdotuksen ilman, että he selvittävät laajemmin onko se oikea ratkaisu. Haastattelemistani potilaskuluttajista ainoastaan yksi henkilö kertoi palvelusten hankintansa syyksi sen, että hän halusi saada varmistuksen alan asiantuntijalta jo saamaansa diagnoosiin. Myös Philip Meredith (1993) katsoo, että terveydenhuoltopalvelusten käyttäjät ovat liian luottavaisia. Hänen mukaansa he eivät ota huomioon sitä, että lääkäri saattaa olla väärässä.

Vaikka potilaskuluttajat tyytyvät sivuosaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvässä päätöksenteossa, osoittavat heidän itsemääräämisoikeuden hyväksikäyttöä kuvaavat kertomuksensa sen, että he asettavat kuluttajamaisesti korkeat vaatimukset vaatimattomienkin toivomustensa huomioimiselle. Potilaskuluttajat kokevat tärkeäksi sen, että palvelusten tarjoaja selvittää heidän mielipiteensä ja he pystyvät kuulluksi tulemisensa kautta vaikuttamaan tehtäviin päätöksiin. Tällöin ei tule tunnetta lääkärin armoilla olemisesta. 27-vuotias naishenkilö ja 49-vuotias mieshenkilö suhtautuvat palveluksia tarvitsevan henkilön mielipiteiden huomioimiseen seuraavasti:

"On se tärkeätä, koska se on tää lääkäri semmonen suuri herra muutenkin joka päättää kaiken mitä tehdään niin ainakin pitää kysyä, että mitä se potilas haluaa, eikä toimia sen oman halunsa mukaan täysin." (HLA25)

"Mä pidän sitä hyvin tärkeenä asiana. Kun tulee kustannuksia ja potilashan on lopulta se, jolleka tehdään se toimenpide. Lääkäri on vain se väline, joka suorittaa sen." (HLA42)

Huomionarvoista on se, että potilaskuluttajien tulkinnat itsemääräämisoikeutensa toteutumisesta yhtyvät heidän mahdollisuuteensa tulla kuulluksi palvelusten tarjonnassa. Tuntemus omista vaikutusmahdollisuuksista realisoituu asiakaspalveluprosessissa omien toiveiden ja tarpeiden ilmaisemisen kautta, oli kyse todellisesta palvelusten tarjontaan vaikuttamisesta tai ainoastaan tunteesta, että on voinut vaikuttaa. Jos potilaskuluttajan ja palvelusten tarjoajan mielipiteet poikkeavat toisistaan, saa palvelusten tarjoaja mahdollisuuden selvittää potilaskuluttajalle, miksi hänen kantansa on väärä ja miksi jokin toinen on sopivampi. Vaikka potilaskuluttaja ei saa sitä mitä lähti hakemaan, vaan yhteisen neuvottelun lopputuloksen, voi potilaskuluttaja silti poistua vastaanotolta asiakaspal-

velun lopputulokseen tyytyväisenä. Näin siksi, että hän on tietoinen siitä, mikseivät alkuperäiset odotukset olleet tilanteeseen sopivia ja asianmukaisia. Pitkällä tähtäimellä myönteiset kokemukset opettavat käyttäytymään vastaisuudessa samalla tavalla.

Oman äänen kuuluville saaminen tuottaa tyytyväisyyttä, mikä vaikuttaa positiivisesti palvelusten lopputulokseen. Palvelusten tarjonnassa potilaskuluttajat muodostavat oman käsityksensä lääkärin tekemästä diagnoosista, sillä jokaisella potilaskuluttajalla on terveyteen liittyvät ajattelu- ja toimintatapansa. Käsityksensä he tuovat ilmi konkreettisesti joko noudattamalla saamiaan toimintaohjeita tai toimimalla oman käsityksensä mukaan.

Toteutettaviin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin päättymiseen ja niiden tarjoamistapaan tyytyväiset palvelusten käyttäjät sitoutuvat hoitoon ja palvelukset onnistuvat paremmin kuin päinvastaisessa tapauksessa (Legg England - Evans 1992). Asiakaspalvelun kannalta tämä luo sosiaalisilta taidoiltaan lahjakaille palvelusten tarjoajille mahdollisuuden pitää asiakkaansa tyytyväisinä. He voivat värittää kertomaansa siten, että potilaskuluttaja luulee itse tekevänsä oikea päätöksensä, mutta joka onkin lääkärin ohjailema päätös. Tällainen lääkärin toiminta tarjoaa palvelusten käyttäjille tunteen oman vaikuttamisen toteutumisesta. Potilaskuluttajien käyttäytymisen kannalta ratkaisevinta on se, minäkalaisen käsityksen he muodostavat tilanteesta. Tällaisessa toiminnassa on kuitenkin viime kädessä kyse lääkärin työetiikasta ja siitä, toimiiko tämä omaa vai asiakkaansa etua ajatellen.

7.4.2. Päätöksenteon delegoimisen taloudellinen turvallisuus

Tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvän päätöksenteon delegoimisella on potilaskuluttajille taloudellista merkitystä. Kaupallinen toimintaperiaate vaikuttaa terveydenhuoltopalvelusten tarjontaan positiivisesti silloin, kun palvelusten tarjoaja on sisäistänyt sen, ettei pelkästään taloudellinen menestyminen ole toiminnan riittävä mittari. Tärkeämpää on asiakkaiden tarpeiden tyydyttäminen heidän etunsa mukaisesti. Asiakkaiden luottamuksen ansaitseminen ei näy pel-

kästään välittöminä vaikutuksina, vaan myös välillisinä palvelusten tarjontaa tukevana seuraamuksina. Kaupallisuuden positiivinen vaikutus tulee esiin myös siinä, miten haastattelemani palvelusten käyttäjät katsovat kaupallisuuden vaikuttavan palvelusten tarjontaan. Potilaskuluttajat uskovat yksityisten palvelusten tarjoajien ajattelevan asiakkaidensa parasta palvelusten tarjonnassa, koska he ovat riippuvaisia asiakkaidensa tyytyväisyydestä, kuten haastattelemani 32-vuotias mieshenkilö asian ilmaisee:

"Aina kun on kyse yksityisestä yrittäjästä ja elinkeinonharjoittajasta niin kyllä ne ajattelee sitä omaa etuaan. Mutta mä sanosin, että lääkärin pitää ajatella myös sitä potilaan parasta, jotta ne voi ajatella omaa etuaan. Jos ne juoksuuttaa potilaita paikasta toiseen ja vikaa ei löydy vaikka mitä tehtäis, niin kyllä siinä tyhmempikin potilas alkaa ajatella sen lääkärin ammattitaitoo ja rupee miettiin lääkärin vaihtamista. Juuri tämän takia lääkärit niin ei esimerkiksi mun mielestä voi kerätä vain rahaa lääkärisäkäynneillä tai toimenpiteillä." (LA20)

Yksityisten markkinaohjautuvien terveydenhuoltopalvelusten kysyntä ei ole rajatonta. Samoista asiakkaista on kilpailemassa useita palvelusten tarjoajia. Tämän ansiosta potilaskuluttajat voivat "äänestää mielestään parhaan palvelusten tarjoajan jaloillaan". Turvatakseen oman asiakaskuntansa ei palvelusten tarjoajilla ole potilaskuluttajien mukaan varaa suhtautua välinpitämättömästi heidän ilmaisemiin tarpeisiin ja toiveisiin. Puutteellisen lääketieteellisen asiantuntemuksen omaavaan potilaskuluttajaan yhdistyvistä kaupallisesta toimintatavasta ei yksioikoisesti seuraa se, että palvelusten tarjoajat toimisivat ensisijaisesti omaa taloudellista etuaan silmällä pitäen. Jari Vuori (1995, 228-229) päätyy tutkimuksessaan vastaavaan tulokseen. Hän kirjoittaa, että "vaaditaan varsin merkittävät ja perusteelliset näytöt siitä, että yksityiset sairaalat edistäisivät talouttaan enemmän kuin potilaan terveyttä".

Kaupallisuuden vaikutuksesta keskusteleminen osoittaa potilaskuluttajien tiedostavan myös sen, että kaupallisuus voi vaikuttaa palvelusten tarjontaan negatiivisesti. Potilaskuluttajan toiminnallisten ja tiedollisten resurssien vajavaisuus ja se, että he delegoivat palvelusten tarjontaan kuuluvaa päätösvaltaansa palvelusten tarjoajalle luo olosuhteet, joissa palvelusten tarjoajalle avautuu tilaisuus tarpeellisuudeltaan kyseenalaisten tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tarjoamiseen. Pyrkimys taloudellisen hyödyn hankkimiseen houkuttelee

palvelusten tarjoajat asiakkaiden rahastamiseen. Rahastaminen voidaan toteuttaa yhtä lailla hyvän asiakaspalvelun suojassa kuin sen kustannuksella. Tällainen toiminta- ja ajattelutapa tarjoaa pahimmillaan korjaamattomia vaurioita vastaista toimintaa ajatellen ellei rahastuksesta päästä eroon. Vaikka haastattelemani potilaskuluttajat eivät ehdottomasti usko siihen, että palvelusten tarjoajat toimisivat rahastusmielessä heidän terveydentilastaan välittämättä, eivät he kiistä tällaista mahdollisuutta, mikä välittyy seuraavissa näkemyksissä:

50-vuotias naishenkilö: "Joo kyllä minä pidän sitä ihan mahdollisena... tai ainakin siis sanotaan niin, että he voivat asiantuntijuuteensa vedoten kertoa asiakkaille mahdollisuuksista, jotka ovat heille edullisia. Että siinä on joku tämmönen näennäinen valinnanvapaus. On mahdollisuus, että osaa asetella sanansa juuri niin, että minä valitsen sen tietyn toimenpiteen". (HLA30)

33-vuotias mieshenkilö: "Kyllä minä luulen, että se on mahdollista. Se riippuu vähän siitä tapauksesta mikä on kulloinkin kyseessä... mutta periaatteessa tällasiakin tapauksia voi olla. Jos on suuri paikka, jossa on kaikenlaisia menojaakin paljon niin silloin voidaan teetättää enemmän toimenpiteitä, jotta saatais enemmän rahaa itselle myöskin." (HLA35)

18-vuotias naishenkilö: "No kyllä toi on varmaan mahdollista, sillä asiakkaathan maksaa laskunsa aina kiltisti ja tottelee lääkäriä. Varmaan ne pyrkii hyötymään. Mullahan oli se yksi leikkaus mitä ehdotettiin, mutta mihin mä en sitten suostunut. Kai se oli just tällanen juttu." (HLA31)

Potilaskuluttajan vajavaisen asiantuntemuksen vuoksi palvelusten tarjoajalla on korostunut tietojenantovelvollisuus sen suhteen, miten potilaskuluttajat toiveet ja tarpeet voidaan täyttää. Palvelusten tarjoajille kuuluvasta tietojenantovelvollisuudesta huolimatta potilaskuluttajat voivat kokea joutuvansa rahastuksen kohteiksi riittämättömän tiedonsaannin seurauksena (vrt. kappale 7.3.2.). Valitustapausaineistoon sisältyy viisi lääkäripalvelusten ja viisi hammaslääkäripalvelusten sisältöön kohdistuvaa valitusta, joissa palveluksia hankkineet henkilöt kokevat palvelusten tarjoajan tehneen heille tarpeettomia toimenpiteitä. Valitusten kokonaisvaltainen tarkastelu osoittaa rahastuskokemusten syntyvän puutteellisen informaation seurauksena. Potilaskuluttajat kokevat palvelusten tarjoajan tehneen sellaisia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, joista nämä eivät ole informoineet toimenpiteiden kohteena olevaa henkilöä riittävästi. Pelkästään

maininta toimenpiteen tekemisestä ei riitä. Potilaskuluttajat tarvitsevat tietoa myös toimenpiteen taloudellisista vaikutuksista. Vaikka potilaskuluttajat delegoivatkin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvän päätöksenteon palvelusten tarjoajalle, ei se merkitse sitä, etteivät he haluaisi olla tietoisia tehtävistä toimenpiteistä ja niiden seuraamuksista.

7.5. Yhteenveto terveydenhuoltopalvelusten hankkimisen kokemisesta

Puutteellisen lääketieteellisen asiantuntemuksensa vuoksi potilaskuluttajat eivät kykene tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden onnistuneisuuden lääketieteellisesti pätevään arviointiin. Tiedollisten resurssiensa vajavaisuuden he kompensoivat arvioimalla palvelusten onnistuneisuutta odotustensa täyttymisen perusteella. Palvelusten laatua arvioidessaan potilaskuluttajat arvioivat pelkästään lopputulosta ottamatta huomioon sen onnistumiseen kokonaisuudessaan vaikuttavia tekijöitä. Fyysisten ja psyykkisten tuntemusten kautta tehtävän arvioinnin perusteella toivottuihin tuloksiin johtaneita tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä pidetään hyvinä. Näin mustavalkoisten arviointikriteerien kautta potilaskuluttajat luovat heitä itseään harhaanjohtavan tilanteen siten, ettei heidän odotustensa täyttymättömyys merkitse automaattisesti palvelusten huonoa laatua. Tutkimus paljasti potilaskuluttajien kannalta neljä harhaanjohtavaa tilannetta: tuloksettomat tutkimus- ja hoitotoimenpiteet voivat olla ammattitaitoisesti ja asiantuntevasti toteutettuja, palveluksessa ilmennyt virhe voi aiheutua palvelusten tarjoajan ja käyttäjän väliseen asiakaspalvelusuhteeseen vaikuttavista inhimillisistä ongelmista, palvelusten tarjonnassa syntyneet ongelmat voivat aiheutua palveluksia tarvitsevan henkilön terveydentilaan liittyvistä seikoista ja pelkästään potilaskuluttajan toivomus ei riitä, vaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tulee olla lääketieteellisesti perusteltuja.

Hyvä kohtelu merkitsee potilaskuluttajille sitä, että heitä kohdellaan kokonaisvaltaisesti järkevinä, tuntevina ja yksilöllisinä henkilöinä. He eivät halua tulla kohdelluiksi vain ongelmana tai sairautena. Potilaskuluttajien mukaan joikaista palveluksia tarvitsevaa henkilöä tulisi kohdella niin kuin tämä olisi toimi-

paikan ainoa vakavastiotettava ja yksilöllinen asiakas. Potilaskuluttajat ovat tyytyväisiä saamaansa kohteluun silloin kun he ovat saaneet asiakaspalvelussa osakseen riittävästi huomiota. Haastattelemani potilaskuluttajat ovat voineet kertoa riittävästi terveydellisestä tilanteestaan ja toiveistaan lääkärille omien valmiuksiensa puitteissa. Asiakaspalvelusta vastaavat henkilöt ovat luoneet siinä määrin asiakasystävällisen ja rohkaisevan ilmapiirin, että potilaskuluttajat ovat voineet ilmaista tarpeensa ilman, että ennakkoluulot, negatiivinen suhtautuminen tai kiire olisivat haitanneet.

Potilaskuluttajat kokevat kaupallisuuden vaikutuksen terveydenhuoltopalvelusten tarjontaan riippuvan siitä, miten palvelusten tarjoaja on sisäistänyt kaupallisen toiminnan periaatteet ja miten ne ilmenevät asiakaspalvelussa. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjoajan toiminnassa merkittävää roolia näyttelevän rahan ei yksioikoisesti uskota vaikuttavan eri henkilöiden osakseen saaman asiakaspalvelun tasa-arvoisuuteen. Kohtelun tasa-arvoisuuden koetaan riippuvan niin asiakaspalvelijasta ihmisenä kuin palvelutilanteessa kohtaavien osapuolten välillä vaikuttavista inhimillisistä tekijöistä, kuten asiakassuhteen pituudesta. Palveluympäristön laatu kertoo potilaskuluttajille siitä, minkälaisella palvelusten tuotantoilmapiiriin kuuluvalla asenteella palvelusten tarjoaja lähestyy heitä. Palveluympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat siihen, minkälaisia odotuksia potilaskuluttajat kohdistavat hankkimiinsa palveluksiin. Ala-arvoisen vaikutelman antavat vastaanottotilat laskevat odotuksia, kun taas laadukkaat tilat nostavat niitä.

Riittävä tieto on edellytys sille, että potilaskuluttajat voivat käyttäytyä kuluttajamaisesti. Potilaskuluttajat kokevat, että palvelusten tarjoajat edellyttävät heidän hankkivan itsenäisesti tietoa ja toimivan kuluttajamaisesti. Terveydentilaan liittyvän tiedon saaminen riippuu potilaskuluttajien omasta aktiivisuudesta. Potilaskuluttajien on osoitettava palvelusten tarjoajalle omat tiedolliset tarpeensa, jotta tämä kykenee tarpeellisen tiedon kertomiseen. Omaaloitteisten henkilöiden kohdalla tiedonsaantioikeus toteutuu hyvin kun taas muiden kohdalla se on vaarassa jäädä puutteelliseksi. Potilaskuluttajat kokevat tärkeäksi sen, että he saavat terveydentilaan liittyvät tiedot suoralla ja ymmärrettävällä tavalla. He haluavat saada tiedot sellaiselta henkilöltä, joka kykenee

vastaamaan heidän esittämiin kysymyksiin. Hintatietojen ilmoittamista he sen sijaan kritisoivat. Palvelusten tarjoajan tulisi ilmoittaa hintatiedot näkyvästi ja selkeästi, mutta käytännössä potilaskuluttajien on itse etsittävä ne ja otettava niistä selvää, mikäli kokevat tällaisen tiedon yksilöllisessä tilanteessaan tarpeelliseksi.

Potilaskuluttajat hyödyntävät itsemääräämisoikeuttaan terveydellisen ongelmansa ilmenemismuotojen ja tiedollisten resurssiensa sallimissa rajoissa. He delegoivat sen osan päätöksentekovallastaan palvelusten tarjoajalle, mistä he itse eivät selviydy. Potilaskuluttajat supistavat päätöksentekonsa sellaisiin asioihin, joissa he kokevat kykenevänsä tekemään vastuullisen päätöksen. Tämän seurauksen potilaskuluttajat kantavat vastuun siitä, että he siirtävät vastuun palvelusten tarjoajalle. Vaikka potilaskuluttajat tyytyvät sivuosaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvässä päätöksenteossa, asettavat he kuluttajamaisesti korkeat vaatimukset vaatimattomienkin toivomustensa huomioimiselle.

Tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin liittyvän päätöksenteon delegoimisella on potilaskuluttajille taloudellista merkitystä. Potilaskuluttajat uskovat yksityisten palvelusten tarjoajien ajattelevan asiakkaidensa parasta palvelusten tarjonnassa, koska nämä ovat riippuvaisia asiakkaidensa tyytyväisyydestä. Potilaskuluttajat tiedostavat myös sen, että kaupallisuus voi vaikuttaa palvelusten tarjontaan negatiivisesti. Vaikka haastatteleman potilaskuluttajat eivät ehdottomasti usko siihen, että palvelusten tarjoajat toimisivat rahastusmielessä heidän terveydentilastaan välittämättä, eivät he kiistä tällaista mahdollisuutta.

8. TERVEYDENHUOLTOPALVELUSTEN JÄLKIHOITO

Terveydenhuoltopalvelusten jälkihoito kuvaa tutkimuksessani sitä, miten potilaskuluttajat kokevat ja käsittävät palvelusten tarjoajan ottavan heidät huomioon tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tekemisen ulkopuolella. Palvelusten jälkihoidon kokeminen tulee esiin potilasasiakirjoihin, potilasasiemieheen ja tyytymättömyyden ilmaisemiseen sisältyvinä merkityksinä.

8.1. Potilasasiakirjojen luottamuksellisuus

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassapidettäviä. Potilaslain 13.2 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä tai sen tehtäviä toimittava henkilö ei saa ilman palvelusten käyttäjän kirjallista suostumusta antaa sivullisille potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Potilaskuluttaja saa näin määrätä kenelle ja mihin tarkoitukseen häntä koskevia tietoja sekä mitä tietoja kenellekin saa antaa (Kleemola 1994, 82). Ilman potilaskuluttajan suostumusta tietoja voidaan luovuttaa ainoastaan potilaslain 13.3 §:ssä säädetyissä tapauksissa. Terveydenhuoltopalvelusten tärkeimpänä kulmakivenä on asiakkaan ja palvelusten tarjoajan välisen suhteen luottamuksellisuus teknisen luotettavuuden lisäksi. Asiakkaan on voitava luottaa varauksettomasti henkilökunnan vaitioloon ja siihen, että luottamuksellisina kerrotut asiat myös pysyvät sellaisina. Potilaskuluttajan itsestään ja tarpeistaan palvelusten tarjoajalle antamat tiedot ovat mitä herkimpiä ja arkaluonteisimpia, mitä hän kertoo kenellekään lähimpien lähimmäistensä lisäksi.

Potilasasiakirjoiksi katsotaan palveluksia tarvitsevan henkilön hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävät, laaditut tai saapuneet asiakirjat tai tekniset tallenteet, jotka sisältävät henkilön terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilaslaissa määritelty potilasasiakirjan käsite on laaja. Se kattaa Paula Ilveskiven (1997, 51) mukaan kaiken sellaisen materiaalin, jossa on palvelusten käyttäjää koskevaa tietoa. Havainnollisemmin näitä ovat tutkimus- ja hoitotietojen lisäksi lähetteet tutkimuksiin ja toimenpiteisiin, tutkimusten

tulokset ja lausunnot, ajanvaraus- ja potilaspäiväkirjat, potilasluettelot ja -kortit, ATK-tallenteet sekä ääni-, filmi- ja videotallenteet. Sivullisella tarkoitetaan laissa kaikkia niitä asianomaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä työskenteleviä henkilöitä, sekä muita, jotka eivät osallistu henkilön hoitoon tai hänen asioidensa käsittelyyn. Sivullisina pidetään myös potilaskuluttajan lähiomaisia. (Kokkonen 1993, 52; Partanen 1994a, 69.)

8.1.1. Tietosuojaan kohdistuvat odotukset

Kun pyysin haastateltavia henkilöitä kertomaan mitä heidän mielestään kuuluu tietosuojaan, sain yhtä monta kuvausta kuin oli haastateltavia. Kuvauksille yhteinen merkitys kiteytyy siihen, että potilaskuluttajien ja lääkärin välisen tiedon tulisi pysyä sellaisena, ellei potilaskuluttaja anna lupaa tiedon toimittamiseen muille tahoille. Potilaskuluttajien tietosuojaan kohdistuvat odotukset ovat yhteneväisiä potilaslain 13.2 §:n sisällön kanssa, mikä merkitsee sitä, että mainitun pykälän muotoilussa on onnistuttu varsin hyvin. Esimerkin tarjoavan 53-vuotiaan naishenkilön mielestä tietoja on käsiteltävä ehdottoman luottamuksellisinasi asiakirjoina.

"Eihän ne itse asiassa saa niistä puhua edes keskenäänkään niin, että joku ulkopuolinen voi olla kuulolla. Eikä asiakirjoja saa jättää pöydille niin, että joku muu ne voi lukea. Ne on ne potilaan tiedot pidettävä todella sen potilaan ja lääkärin, sen hoitohenkilökunnan välisinä tietoina... ." (HLA28)

Potilasasiakirjojen lisäksi tietosuojan merkitys korostuu välittömässä asiakaspalvelussa. Palveluksia tarjoavan toimipaikan rakenteellisten tilajärjestelyjen sallimissa puitteissa potilaskuluttajat haluavat, että heidän yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaskuluttajat haluavat saada omaan terveydentilaansa liittyvät tiedot yksityisyyttä kunnioittaen. Palveluksia tarvitsevat henkilöt haluavat keskustella kahden kesken lääkärin kanssa. Myös muissa tilanteissa kuin lääkärin vastaanottohuoneessa (esimerkiksi vastaanotossa) potilaskuluttajat haluavat kertoa asiansa niin, etteivät ulkopuoliset henkilöt niitä kuule. Tietosuojan toteutumisen kannalta esimerkin epäonnistuneesta menettelystä tarjoaa 47-vuotiaan

naishenkilön tiedonsaantitapa. Haastateltava oli sopinut hakevansa hänelle tehtyjen tutkimusten tulokset vastaanotosta ja toimittavansa itse ne eteenpäin. Mennessään tutkimustuloksia hakemaan kertoo haastateltava tuolloin vastaanotossa olleen henkilön kertoneen tulokset muiden paikalla olleiden asiakkaiden kuullen.

"Niin tää kassatyttö siinä ihmisten aikana sanoo, että ei niissä mitään oo, että ei sulla mitään xxx oo, että nää on kaikki ihan hyvät, siinä ihan kaikkien kuullen." (LA 24)

Vastaanottovirkailijan nimenomaisena tarkoituksena tuskin lienee ollut asiakkaan tietosuojan loukkaaminen. Tapahtuman syynä voidaan pitää inhimillistä erehdystä.

8.1.2. Tietosuojan pitävyyteen kohdistuvat epäilykset

Haastattelemini lääkäri- ja hammaslääkäripalveluksia käyttäneiden potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin sisältyvät merkitykset ovat yllättävän samanlaisia eri oikeusteemojen kohdalla. Hankittavien palvelusten lääketieteellinen sisältö ei juurikaan näytä vaikuttavan kokemuksiin ja käsityksiin sisältyvien merkitysten muodostumiseen. Ainoa oikeusteema, johon lääkäri- ja hammaslääkäripalveluksia käyttäneet henkilöt suhtautuvat eri tavoin on oikeus tietosuojaan. Lääkäriasemalla asioineet potilaskuluttajat epäilevät hammaslääkäriasemalla asioineita enemmän tietosuojan pitävyyttä. Hammaslääkäripalveluksia hankkineiden henkilöiden luottavaisempi suhtautuminen tietosuojaan selittyy sillä, etteivät he koe potilasasiakirjoissaan olevia tietoja yhtä arkaluonteisiksi kuin muiden lääkäreiden kirjaamat tiedot.

Tietosuojan pitävyyteen kohdistuvat epäilykset suuntautuvat siihen, etteivät potilaskuluttajat pidä asiakirjoillaan olevaa tietosuojaa sivullisiin nähden riittävänä. Kaikkiin sivullisiin ei kohdistu yhtä suurta luottamuspulaa. Palveluksia tarjoavan toimipaikan ulkopuolisiin tahoihin nähden tietosuojaa pidetään parempana kuin toimipaikan sisäisessä toiminnassa. Potilaskuluttajat pyrkivät lie-

ventämään ulkopuolisten tietosuojarikkomusten luomaa luottamuspulaa turvautumalla siihen ajatukseen, etteivät heidän terveys- ja sairauskertomuksiinsa merkityt tiedot kiinnosta asiaankuulumattomia henkilöitä. Toimipaikan sisällä salassapidettävien tietojen uskotaan olevan myös muiden kuin potilaskuluttajan tarvitsemien palvelusten tarjontaan osallistuvien henkilöiden saatavilla. Suurin syy luottamuspulaan on ATK:n hyödyntäminen potilasasiakirjojen käsittelyssä. Siihen liittyvistä positiivisista piirteistä huolimatta palvelusten käyttäjät näkevät tietojen joutumisen väärin käsiin helpoksi. 50-vuotias naishenkilö näkee tilanteen näin:

"Eihän se ATK mitenkään kauheen luotettava ole, että sitä saattaa joku kattoo väärästä paikasta, että eihän ne mun tietoni siellä nyt välttämättä ihan turvassa ole. Jos niihin joku haluaa päästä niin kyllä niihin pääsee... mutta en mä sitten tiedä, että onko mun tietoni kenellekään niin tärkeet ja ihmeelliset." (LA10)

Kärjekkäimmin tietosuojan pettävyys toimipaikan sisäisessä toiminnassa paljastuu aikaisemmin esillä olleessa 47-vuotiaan naisen esimerkkitapauksessa. (LA 24)

8.1.3. Vähäinen kiinnostus potilasasiakirjoihin

Potilaskuluttajalla on oikeus tarkistaa terveys- tai sairauskertomuksiinsa merkityt tiedot niiden virheettömyyden selvittämiseksi (Kokkonen 1993, 50). Matti Pöyry (1996) korostaa potilasasiakirjojen virheettömyysvaatimusta siksi, että asiakirjoissa olevat tiedot vaikuttavat henkilön saamaan hoitoon. Virheelliset tiedot potilaskuluttajalla on oikeus saada oikaistuksi.

Keskustellessamme potilaskuluttajien kanssa heidän potilasasiakirjoillaan olevasta tietosuojasta toistui kokemuksissa ja käsityksissä se, että haastattelemani henkilöt ovat vähän omista potilasasiakirjoistaan kiinnostuneita. Potilasasiakirjojen osalta he hyödyntävät oikeuttaan olla tietämättä. Vähäistä kiinnostusta potilasasiakirjoihin selittää sen toissijaisuus. Ensisijaiseksi

kiinnostuksen kohteeksi potilaskuluttajat kokevat terveydellisestä ongelmasta eroon pääsemisen.

Vähäinen potilasasiakirjoihin kohdistuva kiinnostus ei näytä riippuvan asiakirjojen saamistavasta. Julkituomien kokemustensa ja käsitystensä kautta potilaskuluttajat pitävät omien potilasasiakirjojensa nähtäväksi saamista ongelmattomana. 35-vuotiaalla mieshenkilöllä on käsitys, että asiakirjat saa tarvittaessa pyytämällä. (HLA34) 42-vuotias naishenkilö kertoo positiivisista kokemuksistaan:

"On se kyllä vähän ihmetelly sitä, että mitä mä niillä teen, mutta oon mä ne saanu sitten ja nyt kun mulla on tuttu lääkäri niin ei oo mitään ongelmia enää. Se on tavallaan tottunu jo siihen, että tuo on se, joka haluaa nähdä omat tietonsa, niin se on tavallaan jo varautunu siihen." (LA16)

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen saamista edesauttaa se, että potilaskuluttajat maksavat tarvitsemansa tutkimus- ja hoitotoimenpiteet. Potilaskuluttajat saavat omistusoikeuden heitä itseään koskeviin tietoihin, vaikka ne sijaitsevat palvelusten tarjoajan hallussa. Esimerkistä käyvät röntgenkuvat, jotka julkisella puolella jäävät palvelusten tarjoajan hallintaan, kun taas yksityisissä paikoissa potilaskuluttaja saa halutessaan kuvat itselleen.

Vähäinen potilasasiakirjojen tarkastushalukkuus merkitsee sitä, etteivät potilaskuluttajat kyseenalaista tältä osin lääkärin perinteistä patriarkaalista roolia. Palveluksia käyttävät henkilöt luottavat siihen, että lääkäri kertoo harkintansa mukaan sen, mitä hän merkitsee potilasasiakirjoihin. Tällaisesta omien potilasasiakirjojen tarkastushaluttomuudesta seuraa käytännössä luottamus myös siihen, että niihin sisältyvät tiedot ovat virheettömiä. Tätä haastattelemani potilaskuluttajat eivät kuitenkaan tuoneet haastatteluissa esiin, mikä saattaa olla osoitus siitä, etteivät potilaskuluttajat ole tietoisia tällaisesta riskistä.

8.2. Potilasasiamies

(Hammas)lääkäriasemilla korostuu lääketieteellinen tieto. Tämän lisäksi asiakkaat tarvitsevat tietoa asemastaan ja oikeuksistaan potilaskuluttajana. Potilas-

lain 11 §:n 1 momentissa säädetään, että palvelusten käyttäjällä on oikeus asianmukaisiin ja objektiivisiin potilasasiamiespalveluihin. Tämän vuoksi terveydenhuollon toimintayksiköllä on oltava nimetty potilasasiamies. Kahdella tai useammalla palveluksia tarjoavalla toimintayksiköllä voi olla yhteinen potilasasiamies. Yksityisellä terveydenhuollon ammatinharjoittajalla ei tätä velvollisuutta ole (Amberla 1994, 124). Lakiin kirjattuna tämä yksityiskohta luo eriarvoisuutta lääkäriasemalla ja yksittäisen palvelusten tarjoajan luona asioivien henkilöiden välillä heidän tiedonsaantimahdollisuutensa sisällöllisessä kattavuudessa.

Potilasasiamiehen tehtävänä on: 1) neuvoa ja ohjata potilaskuluttajia heidän oikeuksiaan koskevissa asioissa; 2) avustaa potilaskuluttajia tyytymättömyyden ilmausten tekemisessä; 3) tiedottaa potilaskuluttajan oikeuksista lähinnä potilasnäkökulmasta katsottuna; sekä 4) toimia kaikinpuolin muutenkin potilaskuluttajan oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi. (Potilaslaki 11.2 §.)

Potilasasiamies ei ole kanteluelin. Hän ei myöskään tee päätöksiä niissä asioissa, joissa häneen otetaan yhteyttä. Potilasasiamiehen tehtävät ovat neuvoa-antavia ja tiedottavia, eivät asianajajan tehtäviä, kuten Marja-Liisa Partanen (1993, 9) asian ilmaisee. Potilasasiamiehen tehtäviin kuuluva terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien neuvominen ja ohjaaminen oikeuksien osalta lavenee yksityisissä palveluksissa. Potilaslaissa puhutaan ainoastaan potilaalla olevista oikeuksista, mutta yksityissektorin asiakkaalla on myös kuluttajanroolin mukanaan tuomat oikeudet. Tästä seuraa se, että potilasasiamiehen tehtäväänsä voidaan analogisesti katsoa kuuluvan yksityisissä palveluksissa myös kuluttajan oikeuksista tiedottaminen siltä osin kun ne konkretisoituvat terveydenhuoltopalvelusten tarjonnassa.

8.2.1. Potilasasiamieheen kohdistuva luottamuspuola

Haastateltavien henkilöiden poimimispaikkoina olleiden lääkäri- ja hammaslääkäriasemien toimintaan perehtyminen osoitti, että molemmat ovat nimenneet

potilaslakia noudattaen potilasasiamiehen. Käytännön toiminnassa potilaskuluttajien mahdollisuutta potilasasiamiespalvelujen hyväksikäyttöön kuitenkin vaikeutetaan. Potilaskuluttajien kertomukset siitä, miten lääkäri- tai hammaslääkäriasemalla on huomioitu asiakkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvästä tiedottamisesta paljastavat sen, etteivät palvelusten tarjoajat huolehdi potilasasiamiespalveluista näkyvästi. Tähän vaikuttaa osaksi se, että tieto potilasasiamiehestä ja häneltä saatavasta tiedosta jää tarjottavan lääketieteellisen tiedon alle. Palvelusten tarjoamista hallitseva tiedollinen asenne puhuu lääketieteellisen tiedon puolesta, mikä johtaa siihen, ettei puhtaasti lääketieteellis-tiedollisen viitekehysten ulkopuolelle jäävä tieto pääse luonnollisesti esiin. Potilasasiamiespalvelujen hyväksikäyttäminen edellyttää, että potilaskuluttajat ovat mahdollisuudesta muutoin tietoisia. Asemaansa ja oikeuksiinsa liittyvän neuvonnan ja ohjauksen saaminen vaatii potilaskuluttajilta tiedonsaannin (ks. kappale 7.3.1.) yhteydessä esiintullutta pakkoaktiivisuutta. Palvelusten tarjoajat eivät tarjoa tietoa automaattisesti, vaan potilaskuluttajien on vaadittava sitä tarvitessaan.

Potilaskuluttajille tekemiäni haastattelujen perusteella en voi vastata siihen, miten potilasasiamiespalvelujen käyttäminen onnistuu heille palveluksia tarjonneilla lääkäriasemilla, sillä haastateltavista kukaan ei ollut niitä käyttänyt. Tarkastelu kohdistuikin käsityksiin, jotka osoittavat, miten potilasasiamieheen potilaskuluttajan asemasta ja oikeuksista tiedottajana kohdistuu samankaltainen epäluulo kuin muistutukseen valituskeinona (ks. kappale 8.3.1.). Potilaskuluttajat kyseenalaistavat palvelusten tarjoajan palveluksessa olevalta potilasasiamieheltä saatavien tietojen luotettavuuden ja puolueettomuuden. Omiin oikeuksiin ja asemaan liittyvää tietoa uskotaan saatavan ulkopuolisilta tahoilta luotettavammin, kuten seuraavat haastateltavat asian ilmaisevat.

35-vuotias mieshenkilö: "En oo koskaan kysynyt, mutta ehkä sieltä ei saa ihan rehellisiä vastauksia. Tietysti jos olis sellanen tilanne, että pitäis saada jotain korvauksia niin sitä tietoa pitäis kysyä jostain muualta." (HLA34)

33-vuotias mieshenkilö: "Kyllä se jää sen lääketieteellisen tiedon alle. Vaikka nekin nyt vois jotain kertoa vaikka potilaan oikeuksista tai sitten valittamiseen liittyvistä asioista niin kyllä mä ainakin luulen, että sen tiedon joutuu sitten kuitenkin hankkimaan jostain muualta, jos niinku haluaa saada kunnollista tietoa. Lääkäriasemilla saa lääketieteellistä tietoa ja sitten, jos sä haluat muuta tietoa

niin sun on mentävä muualle vaikka nyt kuluttajaneuvojan luo, joka on puolueeton näissä asioissa toisin kuin lääkäriasemien henkilökunta." (LA7)

Potilasasiamieheen kohdistuva epäluulo tiivistyy 58-vuotiaan mieshenkilön toteamukseen:

"Kenenkäs puolella tää potilasasiamies siellä on, potilaitten. Mutta eiks se oo kuitenkin työnantajan järjestämä?" (LA15)

Potilaskuluttajien julkituoma epäluulo potilasasiamiehen puolueettomuuteen ei ole kuin "kolikon toinen puoli". Päivi Koivuniemen (1992, 43) Helsingin yliopistollisessa keskussairaалassa tekemässä tutkimuksessa ilmenee se, miten henkilökunnan mukaan sairaalan ulkopuolisen henkilön tulisi toimia potilasasiamiehenä, jotta puolueettomuus tulisi turvatuksi. Irma Pahlman ym. (1996, 2147) katsovat potilasasiamiesten pitävän asemaansa terveydenhuollon organisaatiossa epäselvänä. Myönteiseksi piirteeksi asemassaan potilasasiamiehet näkevät sen, että he tuntevat järjestelmän hyvin. Kielteisenä puolena näyttäytyy se, että he kokevat olevansa joskus esteellisiä asiakkaiden julkituomia asioita käsitellessään.

Potilaskuluttajien negatiiviset käsitykset ovat itseään vahvistavia ja ylläpitäviä. Potilasasiamieheen kohdistuvat epäilykset johtavat siihen, etteivät potilaskuluttajat käytä näiden asiantuntemusta tarvittaessa hyväkseen. Potilaskuluttajat sivuuttavat tällöin tilaisuuden myönteisten kokemusten saamiseen potilasasiamiehen toiminnasta. Kokemusten puuttuessa epäluulot säilyvät sellaisenaan perustuivat ne arkipäivän toimintaan tai eivät.

8.3. Tyytymättömyyden ilmaiseminen

Potilaskuluttajille tekemissäni haastatteluissa paljastui se, että heidän vaatimustasonsa hankittavien palvelusten osalta on korkea. Potilaskuluttajat kokevat tärkeäksi lakisääteisten oikeuksiensa toteutumisen asiakaspalvelussa. He haluavat saada palveluksista maksamalleen summalle täyden vastineen, mikä

merkitsee laadukkaan asiakaspalvelun lisäksi heti ensimmäisellä kerralla onnistuneita tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä.

Potilaskuluttajan on käytettävä mahdollisimman nopeasti valitusoikeutta hyväkseen ollessaan tyytymätön palvelukseen. Tarpeettoman viivyttelyn seurauksena asiakkaan terveydentila voi muuttua siinä määrin, ettei virheen ilmenemishetkellä vallinneita olosuhteita kyetä näyttämään toteen. Potilaskuluttajat eivät ole tästä riittävästi tietoisia. Kuluttajavalituslautakuntaan saapuu valituksia, joiden osalta lautakunta ei voi tehdä päätöstä asiassa, koska valitus on tehty liian myöhään eikä ongelmahetkellä vallinnutta tilannetta kyetä selvittämään. Tarpeeton viivyttely voi ajan kulumisen seurauksena myös vääristää osapuolten käsityksiä niin, etteivät he muista tapahtunutta yksityiskohtaisesti. Kuluttajavalituslautakunta ei yleensä käsittele valitusta, jos viimeisestä yhteydenotosta palveluksen tarjoajaan on kulunut yli kuusi kuukautta (ks. Tuorila 1996).

Palvelukseen tai asiakaspalveluun tyytymättömän potilaskuluttajan on otettava ensisijaisesti yhteys palvelusten tarjoajaan, jolla on oikeus saada mahdollisuus tekemänsä virheen korjaamiseen. Ellei potilaskuluttaja anna tätä mahdollisuutta, saattaa hän menettää oikeutensa vaatia hyvitystä. Ongelman selvittäminen osapuolten välillä ei lopeta alkanutta asiakaspalvelusuhdetta, vaan ulottaa sen käsittämään myös ongelman ratkaisun. Asiakaspalvelun ydin on tällöin uudenlaiseen potilaskuluttajaa tyydyttävään lopputulokseen pyrkiminen. Tyytymättömyyden ilmaiseminen ei automaattisesti merkitse palvelusten tarjoajan ammattitaidon kyseenalaistamista. Tämä saa päinvastoin mahdollisuuden ammattitaitonsa laaja-alaiseen hyödyntämiseen. Palvelusten tarjoajan ja käyttäjän välisen ydinsuhteen ulkopuolisen kolmannen tahon puoleen kääntyminen rikkoo asiakaspalvelusuhdetta ja johtaa ongelman viranomaistamiseen. Kolmannen tahon puoleen kääntyminen on perusteltavissa potilaskuluttajan oikeusturvan parantamisella. Ongelman ratkaiseminen kolmannen tahon toimesta merkitsee kuitenkin ulkopuolisen tahon langettamaa sanktiota huolimatta siitä, onko ongelmaan annettu päätös täytäntöönpanokelpoinen vai ei.

8.3.1. Valittamisen kaksijakoisuus

Potilaskuluttajat näyttävät suhtautuvan valitusoikeuteensa kaksijakoisesti. He pitävät valittamista toisaalta helppona, toisaalta vaikeana. Helppona he pitävät valittamista siksi, että heillä on aikaisempaa enemmän tietoa mahdollisuuksiinsa valittaa ja tuoda tyytymättömyytensä julki. Lisäksi eri tahoja, joille valituksen voi tehdä, on useita. Jokainen potilaskuluttaja on myös omaan ruumiiseensa ja terveydentilaansa liittyvien tuntemusten paras asiantuntija. Palvelusten käyttäjällä itsellään on konkreettisin tieto siitä ovatko saadut tutkimus- ja hoitotoimenpiteet johtaneet terveydellisen ongelman poistumiseen. 65-vuotias naishenkilö näkee palveluksista valittamisen helpoksi. Hänen mielestä voi valittaa, kun hoito ei tehoa, sillä "itsehän sitä tietää kun lääkkeet eivät auta yhtään". (LA2)

Näin mustavalkoinen suhtautuminen kääntyy helposti valittajia vastaan. Potilaskuluttajat törmäävät tältä pohjalta tehottomasta hoidosta valittaessaan siihen, että he saattavat valittaa asiantuntevasti tehdyistä hoitotoimenpiteistä (vrt. kappale 7.1.). Heidän subjektiivisiin tuntemuksiinsa perustuva asiantuntemus ei riitä onnistuneen valitusprosessin läpiviemiseksi, vaan valitukselle tulee löytyä lääketieteellisesti hyväksyttävät perustelut. Valitustilanteessa vastakkain olevat osapuolet viestivät erilaisista asioiden tulkintaraameista käsin. Potilaskuluttajien on vaikeaa osoittaa henkilökohtaiset tuntemuksensa perustellusti muille osapuolille tilanteessa, jossa valituksen hyväksytyt perustelut saadaan palvelusten tarjontaan liittyvästä asiantuntemuksesta. Kuluttajavalituslautakuntaan tehtyihin valituksiin antamissaan vastineissa palvelusten tarjoajat kyseenalaistavat valitukset siksi, etteivät he usko potilaskuluttajien kykyyn arvostella tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä asiantuntevasti. Palvelusten tarjoajat eivät hyväksy tuntemuksiin perustuvia valitusperusteita. Hyvän esimerkin tästä tarjoaa valitustapaus numero 57. Hampaiden virheellisestä hoidosta valittanut naisasiakas ei kokenut hammaslääkärin toimineen asiantuntevasti, sillä odotukset hoidon lopputuloksesta eivät olleet toteutuneet. Valitukseen antamassaan vastineessa hammaslääkäri katsoi ongelmien lääketieteellisesti päteväksi syyksi sen, että palveluksia tarvinnut henkilö oli laiminlyönyt itsehoitonsa.

Valittamista vaikeuttaa myös se, etteivät potilaskuluttajat välttämättä luota tyytymättömyyden ilmaisutapoihin. Potilaslain 10.1 §:n nojalla terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä henkilöllä on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Potilaskuluttajien näkemykset siitä, miten puolueettomana ja luotettavana hoitoon tai kohteluun liittyvien ongelmien ratkaisukeinona he pitävät sitä, että kyseisen hoitoyksikön johtaja käsittelee valituksen, viittaavat siihen, että potilaskuluttajat jättävät oikeutensa muistutuksen tekemiseen ennemmin käyttämättä kuin tuovat sen kautta tyytymättömyytensä esiin. Muistutus kärsii luottamuspulasta toiminnallisella ja toteutuksellisella tasolla. Toteutuksellisesti potilaskuluttajat kyseenalaistavat muistutuksen luotettavuuden siksi, että muistutuksen käsitteijä kuuluu lääkäriaseman henkilökuntaan. Tutkimukseen osallistunut 46-vuotias mieshenkilö hahmottaa toteutuksellisella tasolla syntyvän ongelmatilanteen seuraavalla tavalla:

"Juuri tollanen käytäntö mikä on juridisesti ihan naurettava, sillä ei hän se instanssi joka on tehnyt virheitä sais niitä tutkia ja arvioida, vaan sen pitäis olla joku ulkopuolinen elin, joka on niinku neutraali ja joka ei oo sen enempää sen asiakkaan kuin sen lääkärinkään kytkymessä." (HLA37)

Tällainen toteutuksellinen ongelma aiheuttaa edelleen ongelmia toiminnallisella tasolla. Yhtä lailla lääkäri- kuin hammaslääkäriasemalta haastatteleman potilaskuluttajat kokevat muistutuksen luotettavuuden riippuvan muistutuksen ratkaisijan kyvystä suhtautua käsittelemäänsä asiaan objektiivisesti. Tähän ei kuitenkaan uskota. Lääkäreiden ja muun terveydenhuoltohenkilöstön katsotaan puolustavan toisiaan. Tällaista potilaskuluttajien näkemystä terveydenhuoltohenkilöstön liittoutumisesta tukee Esko Kumpusalon ym. (1991, 36-37) Yleislääketiede-kirjassaan esiintuoma toteamus siitä, että lääkärien ammattikunnalla on omat kirjoitetut ja kirjoittamattomat noudattamista edellyttävät eettiset ohjeet ja kollegiaalisuussäädökset. Ammattikunnan piirissä todetaan vallitsevan toimintaan vaikuttavan vahvan "ase-velihengen". Toiminnallisella tasolla ilmenevä luottamuspulla tulee selvästi esiin allaolevissa esimerkkireplikeissä:

36-vuotias mieshenkilö: "No tuo ei ainakaan houkuttele valittamaan, vaikka tuollanen tapahan on mitä parhain keino käsitellä ne epäkohdat siellä missä ne ovat syntyneetkin. Mutta tällanen valitustapa vaatii kyllä hirveen hyviä henkisiä resursseja niiltä osapuolilta, jotta se asia voidaan hoitaa oikeudenmukaisella tavalla eikä vedetä kotiinpäin ja tehdä siitä valittajasta syyllistä siihen hommaan." (HLA41)

31-vuotias naishenkilö: "Se riippuu tietysti siitä asiasta mistä se on valittanu, mutta tietysti ne pelaa kotiinpäin. Sehän on ihan inhimillistä. Tottakai ne puolustaa itseensä. Se on tietysti tapauksestakin kiinni ja kohdistuuko se siihen koko henkilökuntaan vai johonkin yksittäiseen hoitajaan tai lääkäriin." (LA13)

8.3.2. Sanaton valittaminen - palvelusten tarjoajan vaihtaminen

Asiakaspalvelua tutkinut Richard C. Whiteley (1991, 48) perustelee kolmella tavalla sitä, miksi asiakkaat eivät valita. Hänen mukaansa asiakkaat pitävät valittamista vaikeana tai tuntevat olonsa vaivautuneeksi. Ensimmäiseksi perusteeksi valittamattomuudelle hän nimeää sen, etteivät asiakkaat usko valittamisesta olevan mitään hyötyä. Haastattelemani potilaskuluttajat eivät ajattele näin. Valittamiseen liittyvistä vaikeuksista huolimatta heidän käsityksistään paljastuu usko valituksen positiivisiin seuraamuksiin. He uskovat, että asiallisen valituksen tehneen potilaskuluttajan vastaisuudessa saama asiakaspalvelu kehittyy laadullisesti eteenpäin. Palvelusten tarjoajat pyrkivät säilyttämään yksittäisen asiakkaan ja maineensa kilpaillessaan muiden paikkojen kanssa. Seuraavissa haastatteluereplikeissä tällainen usko positiiviseen suhtautumiseen erottuu selvästi:

37-vuotias mieshenkilö: "No kyllä mä olettaisin, että se paranee. Jos sen valituksen jälkeen se palvelu siitä vielä huononee, niin silloin paikka todennäköisesti menettää yhden asiakkaan ja todennäköisesti saa niskaansa sitten enemmän tai vähemmän ongelmia vielä, mikä tarkoittaa sitä, että se pyritään sitten jokaisen ihmisen intressien mukaan levittämään mahdollisimman laajalle semmonen negatiivinen näkemys. Ja se sitten tietysti haittaa paikkaa aika paljon tulevaisuudessa jos jonkun paikan niinsanottu maine alkaa kärsiä." (HLA26)

52-vuotias naishenkilö: "Mä uskon, että yksityissektorin on otettava se valitus vakavasti, koska se on kuitenkin tämmönen tulostehtailulaitos. Siellä on kuitenkin otettava siinä mielessä vakava kanta, että ei ne voi jättää asioita puolitiehen. Varmaan siellä sitten menee palautettakin paremmin sille sektorille tai

niille henkilöille justin siksi, että ne ei voi pitää siellä sellaisia henkilöitä, jotka ei siis oo kiitettäviä." (LA14)

Potilaskuluttajien käsitysten ja heidän toimintansa välillä ei kuitenkaan ole suoraa yhteyttä. Tyytymättömät potilaskuluttajat eivät välttämättä tuo valittamalla julki tyytymättömyyttään, vaikka he uskovat asiallisten valitusten vaikuttavan positiivisesti asiakaspalvelun laadun kehittymiseen. Mark Gabbott ja Gillian Hogg (1998, 117) selittävät valittamattomuutta sillä, etteivät palvelusten käyttäjät syytä palvelusten tarjoajaa syntyneestä ongelmasta tai pitävät itseään osasyllisenä siihen, ettei haluttua lopputulosta ole saavutettu. Haastatteluai-
neiston perusteella selitys ristiriitaiselle toiminnalle löytyy siitä, että kun asiakaspalvelun paraneminen asetetaan vastakkain valittamisprosessin kanssa, kokevat potilaskuluttajat valittamisen niin vaikeaksi ja työlääksi, ettei siihen ryhdytä ilman huomattavaa virhettä. Valittaminen ei myöskään takaa potilaskuluttajan kannalta toivottua lopputulosta. Valitustapausaineistoon sisältyvien valitusten analysoiminen osoittaa, etteivät potilaskuluttajien valituksissaan esittämät taloudelliset vaatimukset (ks. taulukko 4.) välttämättä toteudu.

Taulukko 4. Valituksissa esitetyt vaatimukset.

VALITUKSEN AIHE	VAATIMUS
Palveluksen epäonnistuminen	Virheestä aiheutuneiden kulujen korvaus ja maksetun summan palauttaminen
Palveluksen sisältö	Hinnanalennus ”luvatta tehtyjen” toimenpiteiden osalta
Palveluksen hinta	Hinnanalennus tai hinnan kohtuullistaminen
Kustannusarvio	Sovittua suuremman summan perimisestä luopuminen

Tutkimuksessa analysoiduista valitustapauksista 43:ssa kuluttajavalituslautakunta suositti hyvitystä joko asiakkaan vaatimalla tavalla tai osittain (taulukko 5.). 57:ssä valituksessa lautakunta ei suosittanut hyvitystä ja kolmessa tapauksessa lautakunta ei antanut lainkaan ratkaisusuositusta.

Taulukko 5. Valitustapauksissa annetut päätössuosituksset.

PÄÄTÖSSUOSITUS	VALITUSTEN MÄÄRÄ
Kuluttajavalituslautakunta suosittaa hyvitystä	32
Kuluttajavalituslautakunta suosittaa osittaista hyvitystä	11
Kuluttajavalituslautakunta ei suosita hyvitystä	58
Kuluttajavalituslautakunta ei anna ratkaisusuositusta	3

Sisällöllisesti asiakkaille myönteisiä päätössuosituksia tehdään selvästi enemmän hammaslääkäreiden kuin muiden alojen lääkäreiden tarjoamissa palveluksissa. Päätössuositusten valituksen aiheen ja palveluksen tarjoajan mukainen jakautuminen ilmenee taulukosta 6 (ks. myös Tuorila 1996). Yhteistä näille valituksille on se, että niiden kohteena oleviin palveluksiin sisältyy tärkeänä osana materiaallinen hyödyke kuten hammasproteesit. Mahdollisen virheen toteen näyttäminen on helpompaa tällaisessa tapauksessa kuin niissä, joissa valituksen kohteena olevaan palvelukseen ei sisälly materiaalisia hyödykkeitä.

Taulukko 6. Myönteisten päätössuositusten jakautuminen valituksen aiheen ja palveluksen tarjoajan mukaan.

VALITUKSEN AIHE	PALVELUKSEN TARJOAJA	
	Lääkäri	Hammaslääkäri
Palveluksen epäonnistuminen	10	23
Palveluksen sisältö	1	1
Palveluksen hinta	3	2
Kustannusarvio	1	2

Valittamattomuutta tulee lähestyä myös toisesta näkökulmasta. Palveluksia tarvitseva henkilö voidaan asettaa työnantajan asemaan asiakas - asiantuntija - suhteen pinnan alle mentäessä (vrt. Kumpusalo ym. 1991, 35). Palveluksia tarvitseva henkilö palkkaa ammattitaitoisia asiantuntijoita huolehtimaan terveydenhuollostaan. Julkisesta terveydenhuollosta tehdyissä tutkimuksissa on huomattu palvelusten käyttäjien yleinen taipumus antaa myönteinen kuva palveluksista. Esimerkiksi Päivi Koivuniemen (1992) tutkimuksen mukaan julkisen sektorin palvelusten käyttäjät eivät uskalla esittää kritiikkiä, koska pelkäävät asia-

kaspalvelun huononemista. Päivi Åstedt-Kurjen (1992) tutkimuksessa jotkut haastateltavat epäilivät, että terveyskeskuksessa saatava palvelu huononee, jos sitä kovin paljon kritisoi tutkijalle. Julkisella sektorilla saatetaan saada hyvin-kin korkeita tyytyväisyyslukuja tällaisen pelon johdosta (Fitzpatrick 1991). Tar-kasteleman potilaskuluttajat eivät ole julkisen sektorin asiakkaiden tavoin si-dottuja määrättyihin palvelusten tarjoajiin. He voivat huonoa asiakaspalvelua ja tyydyttämättömiä palveluksia saadessaan tuoda negatiiviset mielipiteensä esiin valitsemalla toisen yksityisen tai mahdollisesti julkisen palvelusten tarjoajan. Potilaskuluttajilla on vapaus valita keneltä ja mistä palveluksia hankkivat. (Vrt. Epstein 1990, 17.) Yksityisten palvelusten käyttäjien ei tarvitse esittää tyytyväi-sempää kuin he ovat.

Haastattelemani potilaskuluttajat tiedostavat sen, että heidän tulisi kertoa palvelusten tarjoajalle tyytymättömyydestään. Helpommaksi he kokevat kuitenkin paikanvaihdon, mikä on nopeampi tyytymättömyyden kompensoimis-tapa. Kuluttajavalituslautakunnassa terveydenhuoltopalveluksista tehtyjen vali-tusten ratkaiseminen kestää keskimäärin 12 kuukautta aineistoni perusteella. Aikaa kuluu päätössuosituksen valmisteluun ja siinä tarvittavien asiantuntijalau-suntojen saamiseen. Vuosilta 1991-1994 poimimissani valituksissa käsittelyyn kuluva aika vaihtelee 5-34 kuukauden sisällä. Valitusten pitkät käsittelyajat tule-vat esiin myös Suviaanna Hakalehdon (1992, 72) tutkimuksessa. 36 prosenttia jaostokäsittelyyn edenneistä valituksista on sellaisia, joiden käsittelyaika on yli 12 kuukautta.

Paikanvaihto valitustapana ei kuitenkaan ole ongelmaton, sillä tutki-mus- ja hoitotoimenpiteiden keskeneräisyys saattaa rajoittaa välitöntä ”uloskä-velemistä”. Jollei potilaskuluttaja kykene ratkaisemaan palvelusten tarjoajan kanssa erimielisyyksiään, on hän vasten tahtoaan sidottu tyydyttämättömään palvelukseen kunnes siitä irrottautuminen tulee mahdolliseksi.

Paikanvaihto merkitsee eräänlaista paternalistisen ajattelutavan jäännettä. Potilaskuluttajat eivät rohkene ilmaista tyytymättömyyttään suoraan palvelusten tarjoajalle. Tämä mielletään edelleen auktoriteetiksi, jonka toimin-nan oikeellisuutta ei haluta kyseenalaistaa. Tämän vuoksi potilaskuluttajat pää-tyvät vaihtoehtoiseen tyytymättömyyden ilmaisumuotoon.

Valittamattomuudellaan potilaskuluttajat aiheuttavat ensisijaisesti itselleen haittaa. He hidastavat asiakaspalvelun laadullista kehittymistä kun eivät tuo julki havaitsemiaan epäkohtia. Tämän lisäksi potilaskuluttajat saattavat törmätä kohtaamiinsa epäkohtiin uudelleen toimimattomuutensa seurauksena. Palvelusten tarjoajat eivät tuota parempaa asiakaspalvelua kuin sen, mikä on tarpeen potilaskuluttajien julkituomien odotusten täyttämiseksi. Asianmukaisempi suhtautumistapa (palvelusten tarjonnan molemmin puolin) olisi se, että valittaminen on jälkikäteistä palvelusten tarjontaan tarvittaessa kuuluvaa osallistumista. Valittamalla potilaskuluttaja nostaa esiin häntä tyydyttämättömät seikat. Näiden selvittämisen kautta palvelusten tarjoaja saa uuden mahdollisuuden onnistuneen palveluksen tarjoamiseen tai potilaskuluttajan mieltä vaivaamaan jääneiden asioiden selvittämiseen, mikäli kyse on asiakaspalvelussa olevasta ongelmasta. Valittaminen on merkki asiakaspalvelun keskeneräisyydestä ja valituksen käsitteleminen sen viimeistelemistä.

Palvelusten tarjoajille huolellisempi suhtautuminen potilaskuluttajien tekemiin valituksiin on monella tavalla edullista. Palvelusten tarjoaja säilyttää vanhat asiakkaansa, eivätkä nämä välitä niin paljoa kielteisiä lausuntoja ympäristöön kuin päinvastaisessa tapauksessa. Palvelusten tarjoajat voivat saada potilaskuluttajilta uusia ideoita asiakaspalvelun kehittämiseen ja näin parantaa houkuttelevuuttaan uusien potilaskuluttajien silmissä. Potilaskuluttajien tekemien valitusten käsittely on mahdollisuus edetä entistä parempaan asiakaspalveluun.

Paikanvaihto tyytymättömyyden ilmaisukeinona ilmentää sitä, että markkinat ovat toimintaympäristönä itseään korjaavia. Kaupallinen toimintatapa merkitsee eri toimipaikkojen välisen kilpailun vuoksi palvelusten tarjoajiin kohdistuvaa seulaa, joka paljastaa potilaskuluttajille palvelusten tarjoajien toiminnalliset motiivit. Lyhyellä tähtämellä laadullisesti heikkotasoiset paikat saattavat menestyä. Toistuvasti vaihdetuiksi joutuvat henkilöt eivät pysy kilpailussa mukana elleivät kykene muuttumaan toimintatavoiltaan. Jane Kolodinsky (1993) osoittaa, miten palveluksen on onnistuttava heti kerralla tai tarjoaja menettää asiakkaansa toiselle tarjoajalle. Pitkällä aikavälillä ammattitaitoisesti tarjotut palvelukset ja tyytyväiset asiakkaat muodostavat perustan toiminnan kannatta-

vuudelle. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjonta ei voi rakentua epärehellisyuden varaan. Potilaskuluttajien tulee voida luottaa varauksettomasti palvelusten ja asiakaspalvelun laatuun. (Vrt. Pekkarinen 1990, 3187-3188.)

8.4. Yhteenveto terveydenhuoltopalvelusten jälkihoidon kokemisesta

Potilaskuluttajat toivovat potilasasiakirjoihinsa merkittyjen terveydentilatietojensa säilyvän ainoastaan palvelusten tarjoamiseen osallistuneiden henkilöiden tiedossa. He eivät kuitenkaan pidä tietosuojaa aukottomana. Palveluksia tarjoavan toimipaikan sisällä he uskovat tietojen olevan muidenkin kuin asianosaisten henkilöiden saatavilla. Toimipaikan ulkopuolisiin tahoihin nähden he pitävät tietosuojaa sisäistä parempana. Haastatteleman potilaskuluttajat eivät ole omista potilasasiakirjoistaan juurikaan kiinnostuneita. He uskovat lääkärin kertovan kaiken sen, mitä asiakirjoihin merkitään.

Potilaskuluttajalla on oikeus saada asemaansa ja oikeuksiinsa liittyvää neuvontaa terveydenhuollon toimintayksikössä nimetyltä potilasasiamieheltä. Haastatteleman potilaskuluttajat kokevat, ettei potilasasiamiespalvelujen hyväksikäyttöä tuoda näkyvästi esiin lääkäri- ja hammaslääkäriasemalla, vaan se hukkuu lääketieteellisen tiedon alle. Potilasasiamiespalvelujen hyväksikäyttäminen edellyttää, että potilaskuluttajat ovat niistä muutoin tietoisia. Samaan aikaan potilaskuluttajat kyseenalaistavat potilasasiamieheltä saatavan tiedon luotettavuuden. Omista oikeuksista ja asemasta yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjänä he uskovat saavansa puolueetonta tietoa muualta, esimerkiksi kunnalliselta kuluttajaneuvojalta.

Terveydenhuoltopalvelusten tarjoaminen kaupallisina toimintaperiaattein ei takaa onnistuneita tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, vaikka toimintaan sisältyvän kilpailun johdosta se luokin hyvän lähtökohdan asiakaspalvelulle. Konsumerismi terveydenhuollossa merkitsee potilaskuluttajien tyytyväisyyteen panostamista ja rohkaisemista valitusten tekemiseen jos potilaskuluttajat eivät ole tyytyväisiä saamiinsa palveluksiin. Potilaskuluttajat suhtautuvat valittamiin kuitenkin kaksijakoisesti. He pitävät sitä helppona siksi, että nykypäivänä

on enemmän tietoa valittamisesta. Lisäksi tahoja, jonne valituksen voi tehdä, on runsaasti. Vaikeaksi potilaskuluttajat kokevat valittamisen siksi, etteivät he kykene perustelemaan valitustaan lääketieteellisesti pätevällä tavalla. Valittamisesta tekee vaikean myös se, etteivät potilaskuluttajat välttämättä luota tyytymättömyyden ilmaisemisessa käytettäviin menettelytapoihin. Potilaskuluttajat jättävät oikeutensa muistutuksen tekemiseen ennemmin käyttämättä kuin tuovat sen kautta mahdollisen tyytymättömyytensä esiin. He uskovat palvelusten tarjoajien noudattavan epävirallisia kollegiaalisuussääntöjä. Vaikka potilaskuluttajat uskovatkin asiakaspalvelun paranevan asiallisten valitusten seurauksena, katsovat he valittamisen sijaan helpommaksi tyytymättömyyden ilmaisutavaksi palvelusten tarjoajan vaihtamisen. Potilaskuluttajat mieltävät palvelusten tarjoajan edelleen auktoriteetiksi, jonka toimintaa ei haluta valituksella kyseenalaistaa kovin helposti.

9. POHDINTA

9.1. Tutkimuksen tavoite ja menetelmät

Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksessani tutkin, miten yksilölliset toiveet ja tarpeet omaavat potilaskuluttajat kokevat ja käsittävät oikeuksiensa toteutumisen yksityisten lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Tutkimukseni aihe on tärkeä siksi, että terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien kokemukset saamastaan asiakaspalvelusta vaikuttavat siihen, miten he toimivat vastaisuudessa palveluksia tarvitessaan. Kokemukset ja käsitykset oikeuksien toteutumisesta vaikuttavat myös palvelusten käyttäjien muuhun sosiaaliseen toimintakykyyn heidän terveydentilaansa ja taloudelliseen tilanteeseensa ulottuvilla vaikutuksilla (vrt. Aatola 1999, 1-2). Asiakaspalvelun korostaminen ei merkitse sen nostamista toimivaa hoitoa olennaisemmaksi tekijäksi, sillä se sisältyy asiakaspalveluun tutkimus- ja hoito-toimenpiteiden muodossa.

Tutkimuksen tavoitteesta tekee ajankohtaisen se, että yksityisellä sektorilla on tärkeä asema kansalaisten tarvitsemien terveydenhuoltopalvelusten tarjoajana. Tavoitteesta tekee ajankohtaisen myös se, että palvelusten tarjoajat panostavat entistä enemmän asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin vastaamaan asiakaspalveluun.

Johdantoluvussa esitin, miten kansalaiset joutuvat kantamaan entistä suuremman vastuun oman terveytensä ylläpidosta ja uudelleentuottamisesta. Tältä osin tehtävänasettelun sosiaalipoliittisena lähtökohtana on valottaa yksittäisen henkilön asemaa muuttuneessa sosiaali- ja terveystaloudellisessa toimintaympäristössä, yksilöidysti yksityisellä sektorilla. Tutkimus kuvaa niitä odotuksia ja mahdollisuuksia, joiden ristitulella yksittäinen potilaskuluttaja on. Oikeuksien eettiset ulottuvuudet eivät ole tutkimukseni kohteena.

Tutkimus tarjoaa monipuolisen kuvauksen ja tulkinnan siitä, miten potilaskuluttajat kokevat ja käsittävät oikeuksiensa toteutumisen asiakaspal-

velussa. Kuvausta voidaan tarkastella rajoittuneesti pelkästään oikeuksien toteutumisen tai toteutumattomuuden näkökulmasta. Tällöin kokemuksista ja käsityksistä muodostuu positiivinen yleiskuva. Haastattelemani potilaskuluttajat pitävät saamiaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä sekä asiakaspalvelua laadukkaana. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten laadun positiivinen kokeminen ei tule esiin ainoastaan tässä tutkimuksessa. Näiden palvelusten tarjoajat saavat julkisia toimipaikkoja paremman arvosanan asiakaspalvelun laatua selvittävässä suurelle yleisölle suunnattavissa gallupeissa (Kuluttajavirasto 1995). Useissa tutkimuksissa (ks. esim. Kekki - Bergström 1997; Pekurinen ym. 1997; Suomen Kuluttajaliitto 1993; Vehmanen - Kerppola 1997; Vuori 1995; Wendelin-Arponen 1993) on huomattu, että terveydenhuoltopalvelusten käyttäjät ovat yksityisiin palveluksiin tyytyväisempiä kuin julkisiin.

Mahdollisuus tutkimustulosten rajoittuneeseen tarkasteluun nostaa esiin myös sen oleellisen eron, mikä on tämän tutkimuksen ja yleisten asiakastytyväisyystutkimusten välillä. Asiakastytyväisyystutkimuksissa selvitetään erilaisten mitta-asteikkojen avulla, miten tyytyväisiä tai tyytymättömiä asiakkaat ovat saamaansa palveluun tai palveluksiin. Tällaisissa ”tutkimuksissa” asiakkaiden kaavamainen ymmärtäminen jää pinnalliselle tasolle. Tässä tutkimuksessa pyrin potilaskuluttajien kokemusten ja käsitysten syvälliseen ymmärtämiseen tarkastellen niitä potilaskuluttajien oikeuksien läpi. Asiakastytyväisyystutkimusten tekeminen edellyttää tietoa niistä tekijöistä joiden osalta asiakkaiden tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä tulee mitata. Tähän liittyen tutkimukseni toimii näiden asiakaspalveluun liittyvien olennaisten tekijöiden paljastajana ja erittelijänä.

Tutkimuksen tavoitetta voitaneen kritisoida keskittyneisyydestä, sillä en vertaile tutkimuksessani yksityistä ja julkista sektoria toisiinsa. Tarkalle rajaukselle löytyy kuitenkin selkeä perustelu. Tutkimuksessani tutkin, mitkä ovat niitä tekijöitä, joiden perusteella yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjät kokevat ja käsittävät oikeuksiensa toteutumisen asiakaspalvelussa. Yksityisten palvelusten käyttäjällä on sekä potilas- että kuluttajansuojalaissa säädetyt oikeudet turvanaan. Julkisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjä ei kuulu kuluttajansuojalain soveltamispiiriin eikä hänellä ole samanlaisia mahdollisuuksia

kuluttajuuteen kuin yksityisten palvelusten käyttäjällä. Sektoreiden välisen vertailuasetelman sisällyttäminen tutkimuksen tavoitteeseen olisi merkinnyt sitä, etten olisi voinut huomioida kuluttajansuojalain osuutta palvelusten tarjonnassa samalla tavalla kuin nyt. Tällöin keskeinen osa yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän asemasta olisi jäänyt huomiotta, minkä vuoksi en vertaile eri sektoreilla asioivien henkilöiden kokemusten laatuja.

Tutkimuksen tavoitteeseen sisältyy implisiittisesti näkemys siitä, että asiakkaat määrittävät asiakaspalvelun laadun. Voidaan kuitenkin kysyä, kenellä on oikeus määrittellä asiakaspalvelun laatua ja miksi. Tarjoajalähtöisestä näkökulmasta lähestymistapaani on mahdollista arvostella siitä, että se antaa liian suuren vallan huonosti tarpeensa jäseneteleville potilaskuluttajille. Tästä näkökulmasta asiakaspalvelun laadun arvioiminen tulisi antaa alan asiantuntijoille. Rutinoituneen toiminnan tarkastelun seurauksena heiltä voivat kuitenkin jäädä huomaamatta asiakkaiden kokemuksiin vaikuttavat kriittiset tekijät. Tavalliset potilaskuluttajat nostavat asiakaspalvelun laadun kannalta vaikuttavimmat asiat esiin. Palvelusten tarjoajien pitkäntähtäimen menestyksen kannalta tulee asiakaspalvelun vastata potilaskuluttajien tarpeita ja odotuksia. (Karjalainen 1994b; Outinen ym. 1994, 35-36; Potter 1988; Rinnevuori - Salmela 1986; Vuorenheimo 1992; Vuori 1993a.)

Tutkimukseni toteutusta ohjannut asiakasnäkökulma vaikuttaa tekstissä esiintyviin käsitteisiin. Oikeustieteen asiantuntijat katsovat valituksen käsitteellisen oikeudellisissa yhteyksissä viittauksen määrämuotoiseen muutoksenhakuun. Tältä pohjalta se, että kuluttajavalituslautakunnalle tehdään valitus, on säännön vahvistava poikkeus. Tavallisten potilaskuluttajien käyttämä kieli ei kuitenkaan ole sama oikeusoppineiden kanssa. Potilaskuluttajille valitus on käypä synonyymi tyytymättömyyden ilmaisemiselle, minkä vuoksi käytän sitä tekstissä.

Tutkimusmenetelmät

Empiiristen tutkimusten yhteydessä nostetaan esiin se, etteivät tutkijat hyödynnä riittävästi valmiita aineistoja, vaan kuluttavat resurssejaan uusien ai-

neistojen luomiseen. Vaikka olenkin tuottanut oman haastatteluaineistoni, toteutan tutkimuksellista ekonomisuutta käyttämällä toisena tapauskohtaisena haastatteluja täydentävänä aineistona Kuluttajavalituslautakuntaan tehtyjä valituksia.

Haastattelu- ja valitustapausaineistot ovat eri ajoilta. Ensin mainittu on vuosilta 1995-1996 ja jälkimmäinen vuosilta 1991-1994. Näiden vuosien aikana terveydenhuoltosektorilla tapahtui tutkimukseni näkökulmasta kaksi merkittävää muutosta. Toinen muutoksista liittyy maamme vuosikymmenen alussa kohdanneeseen taloudelliseen lamaan, minkä seurauksena julkisen terveydenhuoltosektorin käytössä olleet taloudelliset resurssit supistuivat. Julkisten palvelusten saannin heikkeneminen ohjasi ihmisiä yksityiselle sektorille. Lama näkyi kuitenkin kansalaisten ”kukkarossa” niin, että myös yksityislääkärikäynnit vähenivät, minkä seurauksena yksityisiä lääkäriasemia ajautui konkurssiin. Toinen muutos on se, että vuosikymmenen alkupuolella säädettiin Suomessa ensimmäisenä maana maailmassa potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki.

En kuitenkaan katso taloudellisiin resursseihin tai potilaslakiin kiinnittyvien muutosten vaikuttaneen aineistojen erilaisten keräämisajankohtien kautta tutkimukseen. Ennen potilaslain säätämistä monet siinä virallistetuista asioista olivat olleet osa jokapäiväistä asiakaspalvelua. Nyt nämä tekijät koottiin yhdeksi laiksi. Potilaslaki nosti oikeudet keskusteluun, mutta vuosina 1993-1994 Kuluttajavalituslautakuntaan tehdyt valitukset eivät poikkeaa näkyvästi aineistossani vuosina 1991-1992 tehdyistä valituksista. Jos taas ajatellaan julkisen sektorin toimintaresurssien supistumisesta seurannutta yksityisten palvelusten käytön lisääntymistä, voidaan tämän katsoa merkitsevän myös ongelmien lisääntymistä. Kun yksityisten palvelusten tuottajien ei tarvitse kilpailemalla kilpailla asiakkaista, voi asiakaspalvelun laatu tällöin laskea. Mahdollinen ongelmien lisääntyminen ei kuitenkaan vaikuta tähän tutkimukseen. Viimeistään tässä vaiheessa lukijalle olisi pitänyt selvitä jo se, ettei tutkimuksen kohteena ole oikeuksien toteutumiseen liittyvät määrälliset tekijät, vaan ne kvalitatiiviset tekijät, joiden kautta potilaskuluttajat muodostavat tulkinnan oikeuksiensa toteutumisesta. Pidän kuuden vuoden mittaista ajanjaksoa liian ly-

hyenä näiden oikeuksien toteutumiseen sisältyvien merkitysten muuttumiselle. Päinvastoin tietojen kerääminen potilaskuluttajien kokemuksista ja käsityksistä pitkä aikavälillä parantaa oikeuksien toteutumiseen sisältyvistä merkityksistä muodostunutta kuvaa.

Haastattelu- ja valitustapausaineistojen keräämisen lähtökohtana oli se, että potilaskuluttajilla on monipuolisia asiakaspalvelua koskevia kokemuksia ja käsityksiä, jotka he kykenevät ilmaisemaan niitä tiedusteltaessa. Näin tutkimuksen teoreettiset kysymykset ja tutkimustiedon lähteinä olevien henkilöiden ajatukset kohtaavat. Haastattelu- ja valitustapausaineistot tuottivat tutkittavaksi merkityksellisiä kokemuksia ja käsityksiä, joiden analysoinnilla tuotin kuvauksen siitä, miten potilaskuluttajat kokevat oikeuksiensa toteutumisen asiakaspalvelussa.

Tapaani hankkia tietoa näistä merkityksistä voidaan kritisoida. Tutkimuksessani olen toiminut siten, että potilaskuluttajien haastattelujen kohteena on ollut viimeisin lääkärisssäkäynti mahdollisten muistamattomuudesta seuraavien ongelmien vuoksi. Vaihtoehtoisena tarkastelutapana olisin voinut pyytää potilaskuluttajia kertomaan oikeuksiensa toteutumiseen liittyvistä kokemuksistaan ja käsityksistään koko siltä ajanjaksolta, mikä on kulunut terveydellisestä ongelmasta eroon pääsemiseen, kuten esimerkiksi Kristiina Poikajärvi (1998) on tehnyt raskaudenkeskeytysprosessia käsitelleessä lisensiaattityössään. Kaj Storbacka ja Jarmo R. Lehtinen (1997) puhuvat vahvasti asiakkuuden tarkastelemisen puolesta. Heidän näkemyksensä mukaan tärkeintä ei ole yksi asiointi, vaan koko asiakkuusprosessi (ks. myös Storbacka ym. 1999). Koko asiakkuusprosessin tarkastelemista voidaan perustella sillä, että se antaisi laajemman perspektiivin oikeuksien toteutumiseen liittyvistä merkityksistä. Tässä tutkimuksessa en kuitenkaan näe haastattelutiedon hankinnan perustamista yksittäisten kohtaamisten pohjalta nouseville merkityksille ongelmalliseksi, sillä jo yksi ainoa asiointikerta riittää antamaan tietoa niistä eri merkityksistä, joiden kautta potilaskuluttajat tarkastelevat saamaansa palvelua ja palveluksia. Koko asiakkuusprosessin ottaminen tarkastelun kohteeksi vastaisi näkemykseni mukaan paremminkin kysymykseen siitä, toteutuvatko potilaskuluttajien oikeudet vai eivät ja tämä ei ole tutkimukseni tavoite. Kriitik-

kiä voidaan jatkaa sillä, että potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin voi sisältyä erilaisia merkityksiä asiakkuusprosessin eri vaiheissa. Tämä erilaisuus tulee haastatteluissa esiin siten, että haastattelemani potilaskuluttajat olivat asiakkuusprosessissaan eri vaiheissa.

Haastatteluaineiston keräämistapaa voidaan kritisoida siitä, että olen haastatellut kutakin henkilöä vain kerran useamman kerran sijaan. Yksi ainoa haastattelukerta riitti antamaan tarvittavaa tietoa, sillä haastatteluteemojen kautta kaikilta saatiin tietoja kaikista samoista asioista. Myöskään muistamattomuus ei muodostunut ongelmaksi, sillä kohteena oli viimeisin lääkäriässäkäynti. Haastatellut henkilöt kykenivät kertomaan kokemuksistaan ja käsityksistään siten, että niiden pohjalta pystyi muodostamaan tulkinnan niistä tekijöistä, joiden pohjalta potilaskuluttajat kokevat ja käsittävät oikeuksiensa toteutumisen.

Hyvän asiakaspalvelun tuottaminen edellyttää potilaskuluttajien näkökulmaan perustuvaa tietoa. Potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin pureutuva fenomenologiaa simuloiva menetelmä tarjoaa esiyymmärrystä siitä, mikä yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tuottamisessa on tärkeää. Fenomenologiaa simuloiva menetelmä paljastaa kokemuksiin ja käsityksiin sisältyvät subjektiiviset merkitykset, joista tulee yksityisten terveydenhuoltopalvelusten hankintatilanteessa koettua sosiaalista todellisuutta. Kokemukset ja käsitykset muodostuvat tässä ja nyt, mutta niiden vaikutus ulottuu pitkälle menneisyyteen ja tulevaisuuteen muistoina ja suunnitelmina.

Fenomenologiaa simuloivan tutkimusotteen soveltuvuutta haastattelu- ja valitustapausaineistojeni analysointiin voidaan kritisoida sillä perusteella, että tutkimuksen tavoitteen johdosta yksilöidyt teemat ovat ohjanneet empiirisen tiedon keräämistä. Se, että haastatteluteemat ovat olleet ennakkoon määriteltäviä ei ole estänyt potilaskuluttajien omien kokemusten ja käsitysten esiin tuleamista, vaan pitänyt tiedonkeruun asialinjalla. Myös valitustapausaineistossa potilaskuluttajilla on ollut mahdollisuus ilmaista tyytymättömyytensä parhaaksi katsomallaan tavalla. Kokemuksista ja käsityksistä saadaan monella eri tavalla tietoa joko välittömästi tai välillisesti. Ainoa soveltuva tiedonkeruutapa ei suinkaan ole avoin haastateltavan ehdoilla etenevä haastattelu. Esimerkiksi Han-

nele Turunen ym. (1994) keräsivät fenomenologisen tutkimuksensa aineiston avoimilla kysymyksillä postikyselyn yhteydessä. Thomas O'Guinn ja Ronald J. Faber (1989) käyttivät kvantitatiivista kyselyä ja kvalitatiivista haastattelua aineistoina tuottaessaan fenomenologisen kuvauksen pakonomaisesta ostamis-käyttäytymisestä. Tutkimuksen tavoitteen vuoksi tieto potilaskuluttajan oikeuksista on erottamaton osa tutkimusprosessia. Ilman tätä potilaskuluttajien kokemusten ja käsitysten ymmärtäminen jää rakenteettomaksi arkikokemusten kuvailuksi. Jari Vuori (1995) huomauttaa väitöskirjassaan, että fenomenologiselle lähestymistavalle on ominaista se, että tutkija etenee luovasti johtoajatuksensa mukaisesti. Aineiston ja menetelmien muuntelu on sallittua.

Fenomenologiaa simuloivan analysointimenetelmän soveltuvuutta tutkimukseen voidaan kritisoida jos tutkimuksen tavoite ymmärretään sillä tavoin väärin, että sen katsotaan tarkoittavan pelkästään oikeuksien toteutumisen tai toteutumattomuuden tutkimista. Tutkimuksen tavoitteen määrittely ja tulokset osoittavat kuitenkin, etten testaa tutkimuksessa mitään oikeuksien toteutumiseen liittyvää hypoteesia. Tutkin potilaskuluttajien kokemusten ja käsitysten pohjalta nimenomaan sitä, miten he kokevat oikeuksiensa toteutumisen asiakaspalvelussa. Fenomenologiaa simuloivan menetelmän käyttö on perusteltua kun halutaan ymmärtää ja kuvata potilaskuluttajien oikeuksiensa toteutumiselle antamia merkityksiä (vrt. Turunen ym. 1994). Menetelmä on sopusoinnussa kappaleissa 3.1. ja 5.1.1. esittämäni tutkimuksen ontologisten taustasitoumusten kanssa.

Tutkimusta voidaan kritisoida myös siitä, etten ole hyödyntänyt riittävästi aikaisempaa tutkimustietoa aineistojen analysoinnissa. Fenomenologiaa simuloivan lähestymistapani mukaisesti halusin välttää aikaisempien tutkimusten ajattelua ja näin tutkimukseni määrätynlaista ohjautumista. Kaikesta ennakkotiedosta erottautuminen ei kuitenkaan ole ollut mahdollista. (Vrt. Vuori 1995.)

”Rinnakkaistutkijan” hyväksikäyttäminen analysointivaiheessa olisi saattanut kehittää kokemusten ja käsitysten ymmärtämistä. Tulokset voisivat olla toisenlaisia jos analysoinnin olisi toteuttanut myös esimerkiksi terveydenhuoltopalvelusten tarjoajien edustaja. Toteutin kaikki tutkimusprosessin vai-

heet kuitenkin yksin, sillä fenomenologiaa simuloivassa tutkimuksessa tutkija on tärkeä osa koko tutkimusprosessia. Kvalitatiivisessa aineistossa on hyväksyttävä se, että vaikka toinen tutkija kykenisikin seuraamaan tutkimusprosessia, ei hän välttämättä tulkitse asioita samalla tavalla (Ahonen 1995; vrt. Mäkelä 1992). Jokaisella tutkijalla on yksilöllinen esiymmärrys tutkimuskohteesta, mikä vaikuttaa ajatteluprosessiin. Tutkimustulosten takana on yksi yhtenäinen esiymmärrys, jonka seurauksena ajatteluprosessi on johdonmukainen, kun olen yksin vastuussa aineistojen analysoinnista.

9.2. Tutkimustulosten hyödynnettävyys

Potilaskuluttajien kokemusten ja käsitysten ymmärtäminen ja kuvaaminen tarjoaa tietoa siitä, miten he kokevat oikeuksiensa toteutumisen asiakaspalvelussa. Lynn Lyons Morris ym. (1987, 10-11) jakavat tutkimustiedon soveltajat primaari- ja sekundaarikäyttäjiin.

Tutkimustulosteni primaarikäyttäjiksi katson palvelusten tarjoajat. Asiakkaiden kokemuksiin ja käsityksiin pohjautuvan tiedon perusteella palvelusten tarjoajat voivat kehittää asiakaspalvelua sen saajien näkökulmasta. Palvelusten tarjoajien on helpompi ymmärtää asiakkaiden toimintaa palvelusten hankinnassa saadessaan tietoa siitä, miten nämä kokevat asiakaspalvelun, kun lähtökohtana ovat terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän yleiset oikeudet. Lisääntyneen ymmärryksen ansiosta palvelusten tarjoajat tunnistavat paremmin asiakaspalvelun ongelmakohdat. Näiden eliminoimisella he voivat siirtyä askeleen kohti parempaa asiakaspalvelua.

Asiakasnäkökulman ansiosta tuloksista on hyötyä molemmille palvelusten tarjonnan osapuolille. Palvelusten käyttäjien katson hyötyvän tutkimustuloksista tiedon sekundaarikäyttäjinä. Sosiaalipolitiikan tehtävänä on tietyt toimintaresurssit turvaamalla luoda ihmisille edellytyksiä oman elämän hallintaan mm. markkinasektorin toimijoihin nähden. Potilaskuluttajat saavat tietoa asiakaspalvelussa vastaan tulevista ongelmakohdista ja siitä, miten he voivat itse ehkäistä ongelmien syntymistä ja ohjata asemaansa potilaskuluttajana.

Tietoisuus muiden asiakkaiden kokemuksista ja toiminnasta antaa mahdollisuuden heidän virheistään oppimiseen. Näin tutkimus noudattaa Raunion (1990) mukaan sosiaalipolitiikan toteuttamiselle yleisesti leimansa antavaa reformistista toimintastrategiaa.

9.3. Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan eri tavoin kuin kvantitatiivisen tutkimuksen. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella esimerkiksi sen kautta, miten tutkija on tavoittanut tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden ”maailman” ja miten tutkija tuottaa tästä tuloksia.

Haastateltavien henkilöiden harkinnanvaraista otantaa perustelee se, että kaikilla tutkimukseen mukaan tulevilla henkilöillä on tuoreita kokemuksia yksityisistä palveluksista, mikä on tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeää. Mikäli yksityisten palvelusten hankinnasta on kovin pitkä aika, saattaa potilaskuluttajien muisti pettää tai tapahtumien merkitys muuttua ajan kuluessa. Lisäksi tutkimus suuntautuu suoraan oikeille henkilöille eli yksityisten palvelusten asiakkaille. Haastattelemani potilaskuluttajien kokemukset ja käsitykset voisivat olla toisenlaisia, jos haastateltavina olisi ollut sellaisia hammaslääkäri- ja lääkäriasemien entisiä asiakkaita, jotka ovat siirtyneet toisen palvelusten tarjoajan asiakkaaksi. Toteutuksellisesti tällaisten entisten asiakkaiden saaminen tutkittaviksi olisi muodostunut ongelmalliseksi.

Teemahaastatteluilla saadaan tietoa eri haastateltavilta samoista asioista, jolloin tiedon keskinäinen vertailtavuus ja luotettavuus paranee. Haastatteluilla hankitun tiedon kohdalla on huomioitava se mahdollisuus, että haastateltavan tietoisuus osallisuudestaan tutkimukseen saattoi vaikuttaa heidän puoleltaan haastattelun sisältöön. Haastateltavat saattoivat kuvitella min-kälaisia vastauksia tutkija heiltä odottaa ja vastata näiden odotusten suuntaisesti (vrt. Henerson ym. 1988, 20). Oletan kuitenkin, että haastattelemani henkilöt kertoivat asioista rehellisesti oman näkemyksensä. Saadun tiedon luottamuksellisuuden ja haastateltavien anonyymisyyden korostamisen johdosta hei-

dän asemansa lääkäriasemien asiakkaina ei ollut uhattuna. Haastattelutilanteissa tai niiden myöhemmässä käsittelyssä ei noussut esiin se, että haastateltavat olisivat pyrkineet vääristelemään vastauksiaan. Niinikään lääkäri- ja hammaslääkäriasemien henkilökunnat olivat tietoisia siitä, että poimin määrättyinä päivinä paikkojen asiakaskunnista henkilöitä tutkimukseeni haastateltaviksi. Henkilökuntien käyttäytymisessä ei kuitenkaan ilmennyt mitään sellaista, mikä olisi vaikuttanut normaalista poiketen vaikuttanut tutkimuksen tuloksiin positiivisesti tai negatiivisesti.

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten asiakkaiden asemaa ja oikeuksien toteutumista asiakaspalvelussa tutkin "ulkopuolisen" silmin. Ulkopuolisuudella tarkoitan ensinnäkin sitä, etten ole sidoksissa palvelusten tarjoamiseen. Suhteeni niihin on potentiaalinen asiakas. Toiseksi tarkoitan ulkopuolisuudella sitä, etten ole koulutukseltani terveydenhuoltoalan ammattilainen. En ole sisäistänyt alalle ominaista ammatillista ajattelutapaa ja asiakaspalveluun liittyvää esiyymmärrystä. Potilaskuluttajakeskeisen tarkastelukulman vuoksi pidän palvelusten tarjontaan ja alan koulutukseen liittyvää ulkopuolisuuttani tutkimuksen luotettavuutta parantavana lähtökohtana siksi, että kykenin puhumaan haastateltavien kanssa "samalla kielellä" keskustellessamme oikeuksien toteutumisesta.

Täydellinen ulkopuolisuus ei kuitenkaan ole mahdollista. En voi astua tutkimani sosiaalisen todellisuuden ulkopuolelle tarkkailijaksi (Varto 1992, 26). Yhteiskuntapoliittisen koulutukseni tuottama asioiden jäsentelytapa, käytännöstä nousevat kiinnostuksen kohteeni ja tutkimukseni tavoite lyövät leimansa tutkimuksellisiin ratkaisuihini. Jokainen tutkija liittyy tutkimukseensa oman arvomaailmansa, oman tapansa ymmärtää tutkimuskohdetta ja omat kohteeseen liittyvät olettamuksensa. Tutkijan persoonalla ja maailmankatsomuksella on aineiston käyttöä ja analyysiä ohjaava vaikutus. Ne vaikuttavat myös siihen, mihin kysymyksiin tutkija etsii vastausta. (Everitt 1996, 177; Patel - Tebelius 1987, 44-45; Suikkanen - Piirainen 1997; Syrjälä 1995, 14-15.)

Tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää, että aineistojen analysoinnin tuottamat rekonstruktiot potilaskuluttajien kokemuksista ja käsityksistä vastaavat alkuperäisiä potilaskuluttajien esittämiä konstruktioita (vrt. Es-

kola - Suoranta 1996; Kvale 1989). Tuloksia ei saa ylitulkita korottamalla potilaskuluttajien ilmaisuja sellaisiin merkityksiin, joihin niissä ei ole aineksia. Aineistojen analysoinnissa on pitäydyttävä tutkimustiedon lähteenä olevien henkilöiden kokemuksissa ja käsityksissä. Potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin sisältyvät merkitykset pyrin kuvaamaan sellaisena kuin ne paljastuvat. Ylitulkinnan välttämiseksi luin alkuperäisiä haastattelutekstejä ja valitustapaustietoja analysointiprosessin eri vaiheissa. Osoittaakseni, etten ole ylitulkinnut tuloksia, esitän tulosten raportointikappaleissa alkuperäisiä ja autenttisia potilaskuluttajien ilmaisuja. Lukijat voivat näiden avulla tulkita potilaskuluttajien kokemuksia ja käsityksiä oikeuksiensa toteutumisesta omista lähtökohdistaan käsin. Tulosten luotettavuutta parantaa se, ettei aineistojen analyysissä noussut juurikaan esiin eroja haastateltujen henkilöiden kokemusten ja käsitysten välillä kun näitä tarkasteltiin heidän taustatietojensa kautta. Myöskään valitustapausaineistossa ei noussut esiin valituksen tekijöiden taustatiedoilla selittyviä tekijöitä.

Ihmisten kokemuksellisesta maailmasta ei ole mahdollista saada yleistettävää tietoa, sillä jokainen ihminen tulee omasta historiallisesta yhteydestään tutkimushetkeen erilaisena ja yhä erilaisemmaksi kehittyvänä (Kiikkala - Munnukka 1995). Tämän vuoksi perinteinen yleistettävyyden käsite ei sovi tähän tutkimukseen. Niinikään fenomenologian tavoitteena ei ole teorioiden, mallien tai yleistysten muodostaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaankin yleistettävyyden sijasta siirrettävyydestä toiseen kontekstiin. Tulosten siirrettävyys toiseen tilanteeseen riippuu tutkitun ympäristön ja sovellysympäristön samankaltaisuudesta. Arviointi tulosten siirrettävyydestä ei kuulu pelkästään tutkijalle, vaan myös tutkimustulosten hyödyntäjille. Michael Patton (1990, 432) korostaa sitä, että kvalitatiivisen tutkimuksen lopullinen testi on se, miten tutkimustiedon hyödyntäjät suhtautuvat siihen.

Koska subjektiivisuus on väistämätöntä kvalitatiivisessa tutkimuksessa, on oleellista olla tietoinen siitä, miten tutkijan oma viitekehys vaikuttaa tutkimukseen. Tämän vuoksi olen selvittänyt tutkimusraportissa taustasitoumukseni, joiden pohjalta olen tarkastellut sekä aineistoja että saatuja tuloksia. Pyrin tuomaan kaiken sen henkilökohtaisen ja ammatillisen tiedon

esiin, joka voi vaikuttaa aineiston keräämiseen, analyysiin ja tulkintaan. (Tynjälä 1991.)

Jotta tutkimuksen lukijat pystyisivät seuraamaan tutkimuksen kulkua ja arvioimaan sitä, kuvaan yksityiskohtaisesti tutkimuksen viidessä ensimmäisessä luvussa aineistojen käsittely- ja tulkintasäännöt sekä tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat.

9.4. Tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset

Tiedonkeruumenetelmät nostavat esiin tutkittavien yksityisyyden suojan. Tutkimustiedon lähteiden turvallisuudesta huolehdin tiedon käsittelyn luottamuksellisuudella ja tutkittavien anonyymisyydellä. Sekä haastattelemieni että valituksen tehneiden potilaskuluttajien henkilöllisyyden salassapito on eettisesti ja juridisesti merkittävä asia, vaikka en tutkimuksessa puutu lääketieteellisiin seikkoihin, vaan asiakaspalveluun, mikä on julkista toimintaa. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tarjoaminen on yksityinen asiakaspalveluprosessin vaihe. Terveystieteelliset asiat ovat henkilökohtaisia ja pelkästään tieto siitä, että henkilö on käyttänyt lääkäripalveluksia voi tuntua yksityisyyttä loukkaavalta. Kaarlo Tuorin (1995, 440) näkemyksen mukaan asiakassuhde kuuluu yleensä salassapitovelvollisuuden alaan terveydenhuollossa. Valitustapausten ja haastattelujen osalta henkilötiedot ovat ainoastaan omassa tiedossani siksi, että potilaslain 13 §:n mukaan tällaiset tiedot ovat salassa pidettäviä (Lohiniva 1994, 31). Terveystieteiden salassa pidettävyyden vuoksi hankin kuluttajavalituslautakunnan arkistossa olevien valitusten tutkimiseksi kirjallisen tutkimusluvan Kauppa- ja teollisuusministeriöstä sekä lääkäriasemien asiakkaiden haastatteluja varten suulliset luvat lääkäriasemilta.

Anonyymisyyskysymykset ulottuvat tiedon lähteinä olleiden henkilöiden lisäksi haastatteluaineiston tuottamispaikkoina olleisiin lääkäri- ja hammaslääkäriasemiin. Aineistokappaleissa selvitän, minkälainen valitusten käsittelytaho Kuluttajavalituslautakunta on. Lääkäri- ja hammaslääkäriasemia en ole voinut kuvailla yksityiskohtaisesti, sillä tutkimuslupien hankinnan yhteydes-

sä sovin paikkojen toiminnasta vastaavien henkilöiden kanssa siitä, etten mainitse näiden palvelusten tarjoajien nimiä tutkimuksessa. Jotta en tältä osin rikkoisi tutkimuksen eettisiä periaatteita, joudun jättämään lääkäri- ja hammaslääkäriasemien kuvailun yleiselle tasolle. Muutoin tunnistettavuus vaarantuisi liikaa Tampereen kokoisessa kaupungissa.

Tekemieni haastattelujen konkreettisin merkitys haastatelluille henkilöille oli siinä, että he saivat sysäyksen asiakaspalvelun arvioimiselle uudella tavalla uudelta näkökulmasta. Varsinaisessa haastattelutilanteessa muutama haastateltava totesi, etteivät he olleet aikaisemmin ajatelleet joitain kokemuksiin ja käsityksiin liittyviä asioita, vaan vasta haastattelussa kiinnittivät niihin ensimmäistä kertaa huomiota. Tältä osin haastatteluaineiston keräämiseen liittyy se eettisesti tärkeä asia, että en halunnut luoda kitkaa palvelusten tarjoajan ja käyttäjän välille niin, että haastateltava saa virikkeen esimerkiksi valituksen tekemiseen. Positiivisessa mielessä toivon haastattelemani potilaskuluttajien saaneen enemmän tietoa vastaisen varalle näitä palveluksia hankkiessaan.

9.5. Tutkimuksen tulosten tarkastelu

Luvuissa kuusi, seitsemän ja kahdeksan esittämäni tulkinnat potilaskuluttajien oikeuksiensa toteutumiseen kohdistuviin kokemuksiin ja käsityksiin sisällyvistä merkityksistä voidaan tiivistää seuraaviksi toteamuksiksi:

- Potilaskuluttajien subjektiiviset näkemykset terveydenhuoltopalvelusten saamisen nopeudesta ja tarvittavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä ohjaavat heidät yksityisten palvelusten tarjoajien luokse.
- Muilta terveydenhuoltopalvelusten käyttäjiltä saatavat suositukset toimivat tehokkaampana tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden sekä niiden tekijöiden markkinointina kuin varsinainen kuluttajavalistuksen asteella jäävä mainonta.

- Potilaskuluttajat muodostavat odotustensa täyttymisen kautta tulkinnan tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden laadusta niiden lopputuloksen perusteella.
- Potilaskuluttajat määrittelevät asiakaspalvelun eri vaiheissa saamansa kohtelun laatua sen pohjalta missä määrin he ovat saaneet olla vilpittömän huomion keskipisteenä.
- Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjoajan organisaatiokulttuuri vaikuttaa siihen tapaan, miten taloudellisen hyödyn tavoittelemisen ilmenee jokapäiväisessä asiakaspalvelussa.
- Potilaskuluttajien on tiedettävä minkälaista tietoa he tarvitsevat saadakseen riittävästi yksityisten terveydenhuoltopalvelusten hankinnassa tarpeellista tietoa.
- Potilaskuluttajat määrittelevät itsemääräämisoikeutensa rajat yksilöllisesti omien tiedollisten ja toiminnallisten resurssiensa puitteissa.
- Potilasasiakirjoihin kohdistuva vähäinen kiinnostus ja niiden tarkastushaluttomuus ilmentävät sitä, etteivät potilaskuluttajat miellä asiakirjoja yhdeksi tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden hankinnan pitkävaikutteiseksi lopputulokseksi.
- Potilaskuluttajat eivät miellä potilasasiamiehen toimintaa täysin luotettavaksi tämän organisatorisen aseman vuoksi.
- Potilaskuluttajat kokevat palvelusten tarjoajan vaihtamisen tehokkaimmaksi tyytymättömyyden ilmaisukeinoksi yksityisellä sektorilla sen taloudellisten seuraamusten vuoksi.

Tulokset kertovat myös siitä, minkälaisiksi potilaskuluttajat ymmärtävät oikeutensa ja miten he suhtautuvat niihin. Tältä osin tulokset paljastavat sen, etteivät potilaskuluttajat ajattele oikeuksiaan nimenomaan toimintaa säätelevinä oikeudellisina normeina, vaan konkreettisina toimintamahdollisuuksina, joita he voivat käyttää hyväkseen asiakaspalvelussa. Seuraavissa kolmessa alaluvussa pohdin omina kokonaisuuksinaan tuntemusten merkitystä asiakaspalvelun arvioimisessa, potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin sisältyvien merkitysten verkostoituneisuutta ja potilaskuluttajien omaa roolia asiakaspalvelun myötätuottajina.

9.5.1. Tuntemusten merkitys asiakaspalvelun arvioimisessa

Potilaskuluttajat eivät ole mielellisinä olentoina ainoastaan ulkoisten ärsykkeiden heijastumia. Itsenäisinä toimijoina he pyrkivät ymmärtämään saamaansa asiakaspalvelua niin kuin muitakin itseään koskevia tapahtumia. Potilaskuluttajat kokevat ja hahmottavat asiakaspalvelun yksilöllisesti. He liittävät tapahtumat selittäviin yhteyksiin, joihin he perustavat kokemuksensa ja käsityksensä. Fenomenologiaa simuloiva menetelmä auttaa ymmärtämään, analysoimaan ja kuvaamaan, miten potilaskuluttajat kokevat ja käsittävät terveydenhuoltopalvelusten hankintaa ympäröivän asiakaspalvelun. Tulokseni eivät osoita ainoastaan sitä, minkälaisia merkityksiä potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin sisältyy, vaan näiden tutkiminen antaa tietoa myös asioiden tiedostamisesta. Tulokseni osoittavat, että potilaskuluttajat tasapainottavat lääketieteellisen asiantuntemuksensa riittämättömyyttä arvioimalla asiakaspalvelua subjektiivisilla tuntemuksillaan. Tämä tulee hyvin esiin esimerkiksi hoitoon pääsemisen kokemisessa. Potilaskuluttajien terveydelliset ongelmat eivät välttämättä ole lääketieteellisestä näkökulmasta katsoen sellaisia, etteivätkö he voisi odottaa tarvitsemiaan tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä. Potilaskuluttajat kuitenkin kokevat tarpeensa kiireellisiksi omien tuntemustensa perusteella, mikä on lähtökohta palvelusten saamisesta muodostettaville tulkinnoille.

Jokainen asiointikokemus eri henkilöstöryhmien kanssa asiakaspalveluprosessin eri vaiheissa tarjoaa tietoa uusien kokemusten ja käsitysten perustaksi. Tämän lisäksi potilaskuluttajien kokemusten ja käsitysten muodostumiseen vaikuttaa muuna aikana ja muualta saatava asiakaspalveluun sekä palvelusten tarjontaan liittyvä tieto. Tietoperäisten perustelujen käyttäminen asettaa potilaskuluttajat kuitenkin epävarmaan asemaan. Tulokset osoittavat välillisesti sen, etteivät he välttämättä saa palveluksia hankkiessaan riittävästi tietoa kaikesta siitä, mikä johtaa asiakaspalvelun toteutumiseen sellaisena kun se toteutuu. Myöskään potilaskuluttajilla muutoin asiakaspalvelusta ja palveluksista oleva tieto ei ole välttämättä riittävä.

Viime vuosikymmeninä nousseen väestön koulutustason ja terveyteen sekä tarjolla oleviin tutkimus- ja hoitotoimenpiteisiin kohdistuvan tiedon

lisääntymisen ansiosta potilaskuluttajilla on entistä paremmat tiedot yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tarjontaan vaikuttavista tekijöistä. Tiedon lisääntymisen yksiselitteinen korostaminen on kuitenkin harhaanjohtavaa. Tarjolla olevan tiedon määrän lisääntymisestä ei automaattisesti seuraa se, että potilaskuluttajat olisivat entistä valistuneempia. (Vrt. Sihvo ym. 1993, 500.) Käsitteet palvelusten käyttäjien tiedon lisääntymisestä perustuvat sitä paitsi vastapuolen eli palvelusten tarjoajan näkemykseen, mikä ei potilaskuluttajan tilanteen kannalta paljasta kaikkea. Lisääntynyt tieto on yleisluontoista, kun taas tärkein yksityiskohtainen tieto puuttuu. Tällöin potilaskuluttajalta puuttuu yksityiskohtainen palvelusten tarjontaan vaikuttavien tekijöiden tuntemus. Toisaalta tiedon hankkimisesta palvelusten tarjonnassa tekee ongelmallisen se, että sairauden ja kipujen väsyttämän henkilön ensisijaisena kiinnostuksen kohteena on avun saaminen akuuttiin terveydelliseen ongelmaan. Asiakaspalvelun tekniseen ja toiminnalliseen osaan kiinnittyvä huomio jää toissijaiseen asemaan.

Satunnaisesti terveydenhuoltopalveluksia tarvitsevien potilaskuluttajien puutteelliset tiedolliset resurssit ja se, että terveydellinen ongelma kuluttaa toiminnallisia resursseja aiheuttavat sen, että potilaskuluttajien tuntemukset vaikuttavat kokemusten ja käsitysten muodostumiseen. Kuten oikeuksien toteutumiseen sisältyvät merkitykset osoittavat, ei potilaskuluttajien puutteellinen lääketieteellinen asiantuntemus estä asiakaspalvelun laadun arvioimista. Lääketieteellisen asiantuntemuksen puute luo päinvastoin palvelusten tarjontatilanteessa tilaa yleisen asiakaspalveluilmapiirin aistimiselle. Potilaskuluttajalle tarjoutuu mahdollisuus sen arvioimiseen, miten palvelusten tarjoajat asennoituvat asiakkaaseen, sillä jokainen potilaskuluttaja on asiakaspalvelun asiantuntija.

Vaikka syyt asiakaspalvelun toteutumiselle tiedostettaisiinkin, näyttävät tunteet silti muodostuvan tietoa painavammaksi toiminnan tulkintaskeemaksi. Tätä tulkintaa tukee niiden haastattelemieni potilaskuluttajien, jotka ovat terveydenhuoltoalan ammattilaisia, tapa arvioida asiakaspalvelua. Terveydenhuollon asiantuntemuksestaan huolimatta nämä kaksi lääkäriä ja kaksi sairaanhoitajaa arvioivat asiakaspalvelua enemmän tunteella kuin tiedolla. He asettuvat kenen hyvänsä potilaskuluttajan tavoin selvästi asiakkaan rooliin palveluksia

hankkiessaan. Yhden selityksen tällaiselle toiminnalle tarjoaa se, että lääkärit tarvitsivat sellaisia palveluksia, joiden asiantuntemusta heillä itsellään ei ollut. Sairaanhoitajilla, vaikka he ovat terveydenhuoltoalan ammattilaisia, ei ole palvelusten tarjonnasta vastuussa olevilta lääkäreiltä edellytettävää asiantuntemusta. Siihen, miten esimerkiksi silmälääkäripalveluksia käyttävä silmälääkäri arvioisi saamaansa asiakaspalvelua, en tässä tutkimuksessa kykene vastaamaan.

Tiedon määrästä ja laadusta riippumatta potilaskuluttajien subjektiiviset tuntemukset auttavat hahmottamaan ja jäsentämään ympäröivää elämismailmaa. Tuntemukset toimivat suodattimina, joiden läpi potilaskuluttajat arvioivat asiakaspalvelua. Tuntemusten vahvuus on niiden kiistämättömydessä. Asiatietoon perustuvat tulkinnat voidaan leimata väärinymmärrykseen perustuviksi. Tuntemukset perustuvat potilaskuluttajan persoonaan, jolloin palvelusten tarjoaja ei voi kyseenalaistaa niiden sisältöä väärinymmärrysten tavoin. Jokaisella potilaskuluttajalla on oma tapansa ymmärtää omaa olemistaan. Tämän ansiosta yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjät astuvat saamansa asiakaspalvelun laadun määrittelyn osalta suvereenin potilaskuluttajan asemaan.

Tulokseni siitä, että potilaskuluttajat arvioivat tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä ja asiakaspalvelua omalla tavallaan, tulee soveltaen esiin muissakin tutkimuksissa. Esimerkiksi Ismo Lumijärven (1997) tulokset antavat kokonaisuudessaan viitteen siitä, että laatu on sairaalassa, kuten ilmeisesti professionaalisissa ammateissa yleisemminkin, olemukseltaan kaksijakoinen. Laadussa on prosessuaalinen ja ammatillinen ytimensä. Laatukriteeristöjen toisessa päässä ovat palvelusten käyttäjien ja toisessa päässä palvelusten tarjoajien näkökulmasta relevantit tekijät.

Palvelusten tarjoajien asiakaspalvelu on sellaista, minkälaiseksi potilaskuluttajat sen arvioivat. Yksityisellä sektorilla asioivat ja palveluksensa maksavat potilaskuluttajat määrittävät viime kädessä asiakaspalvelun laadun toiminnallaan. Palvelusten todellisella laadulla ei ole merkitystä, jos potilaskuluttajat kokevat sen jostain syystä huonoksi ja esimerkiksi vaihtavat tästä syystä palvelusten tarjoajaa. Terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien toiveiden ja tar-

peiden mukaisen asiakaspalvelun kannalta tämä merkitsee sitä, että palvelusten tarjoajan on kyettävä tarkastelemaan toimintaansa asiakkaiden näkökulmasta. Palvelusten tarjoajat tarvitsevat tietoa siitä, minkälaisia tuntemuksia heidän toimintansa herättää ja miten he voivat vaikuttaa näiden tuntemusten muodostumiseen.

9.5.2. Merkitysten verkostoituneisuus

Tulokseni osoittavat sen, minkälaisina merkityksinä oikeuksien toteutuminen välittyy potilaskuluttajien tietoisuudessa. Potilaskuluttajien kokemukset ja käsitykset oikeuksiensa toteutumisesta muodostuvat lääkäri- ja hammaslääkäriaseman asiakaspalvelusta tehdyistä havainnoista. Näiden kokemusten ja käsitysten analysoiminen osoittaa, että he arvioivat saamansa asiakaspalvelun laatua palvelusten tarjoajan luona ensi minuuteilta toiminnan päätösvaiheisiin saakka.

Oikeus päästä hoitoon, oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, tiedonsaantioikeus, itsemääräämisoikeus, oikeus tietosuojaan, oikeus potilasasiamiespalveluihin ja oikeus valittaa saadusta huonosta asiakaspalvelusta tai palveluksesta eivät tule esiin pelkästään yhdessä ainoassa asiakaspalvelun vaiheessa. Kyseiset oikeudet vaikuttavat useampaan asiakaspalveluprosessin vaiheeseen. Oikeus päästä hoitoon vaikuttaa saapumis- ja odotusvaiheissa (asiakaspalvelun eri vaiheista ks. esim Lahtinen - Isoviita 1994). Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon vaikuttaa palvelusvaiheessa. Oikeus hyvään kohteluun, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus vaikuttavat saapumis-, odotus-, palvelus-, poistumis- ja jälkihoitovaiheissa. Oikeus tietosuojaan vaikuttaa saapumis-, palvelus- ja poistumisvaiheissa. Oikeus potilasasiamiehen käyttämiseen vaikuttaa jälkihoitovaiheessa ja oikeus valittaa vaikuttaa poistumis- ja jälkihoitovaiheissa.

Oikeuksien verkostoitumisen seurauksena myös potilaskuluttajien kokemuksiin ja käsityksiin sisältyvät merkitykset esiintyvät useamman asiakaspalveluprosessin vaiheen aikana rakentuvina merkityskokonaisuuksina. Asia-

kaspalvelu ei ole fyysisten toimintapuitteiden tapaan stabiili osa, vaan se on palvelusten tarjonnan eläväisin komponentti. Asiakaspalvelusta syntyvät merkitykset kietoutuvat koko ajan uusiin suhteisiin ja saavat uusia tulkkiutumisia. Merkitykset ovat verkostoituneet niin, että yksittäisten merkitysten vaikutus ulottuu muihin oikeuksiin sisältyviin merkityksiin. Tämä tulee esiin esimerkiksi siinä, miten potilaskuluttajat kokevat itsemääräämisen. Siihen vaikuttaa mahdollisuus tulla kuulluksi sen lisäksi, että potilaskuluttajat saavat riittävästi tietoa.

Merkitysten verkostoituneisuuden seurauksena potilaskuluttajat kokevat palvelusten tarjonnan yhtenä kokonaisuutena. Asiakaspalvelun eri vaiheet muodostavat kokonaisuuden, jossa yksittäiset vaiheet vaikuttavat niin toisiinsa kuin kokonaisvaikutelmaan. Kokonaisuuden arviointi tapahtuu sen osatekijöiden avulla. Potilaskuluttajat arvioivat asiakaspalvelua tärkeimmäksi kokemansa tekijän kautta. Tutkimukseni näkökulmasta potilaskuluttajat arvioivat palvelusvaiheen tuloksellisuuden perusteella koko asiakaspalveluprosessia. Haastatteluaineistoni perusteella miesten ja naisten välisessä tavassa arvioida terveydenhuoltopalvelusten tarjontaan liittyvää asiakaspalveluprosessia ei näytä olevan eroa. Potilaskuluttajat ovat saamiinsa palveluksiin kokonaisuudessaan tyytyväisiä, jos tutkimus- ja hoitotoimenpiteet onnistuvat. Mahdolliset yksittäiset epäkohdat eivät tule esiin merkitsevästi. Jos toimenpiteet epäonnistuvat, kohdistunee tyytymättömyys myös muihin asiakaspalveluprosessin vaiheisiin. Pitkällä tähtäimellä tyytyväisyys johtaa siihen, että toimipaikasta puhutaan positiiviseen sävyyn, minkä lisäksi hyväksi koetun palvelusten tarjoajan puoleen käännytään uudelleen. Päinvastaisessa tapauksessa asiakkaat siirtyvät toiseen paikkaan.

Jari Vuori (1995, 257) tuo tutkimuksessaan esiin saman ilmiön, mutta eri näkökulmasta. Hänen näkemyksensä mukaan asiakkaan osakseen saama kohtelu toimii vedenjakajana. Henkilö, joka kokee saaneensa hyvän kohtelun, ei takerru hoitotapahtumassa sattuneisiin puutteisiin tai hoitovirheisiin. Pertti Kekin (1997) tutkimustulosten perusteella tällaiseksi vedenjakajaksi osoittautuu asiakkaiden riittäväksi arvioima vastaanoton kesto.

9.5.3. Potilaskuluttajat asiakaspalvelun myötätuottajina

Tutkimukseni kolmannessa luvussa eksplikoin potilaskuluttajaan liittyvät lähtökohdat. Tässä kappaleessa pohdin tutkimustulosten pohjalta sitä, miten tutkmani yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjät ovat sosiaalistuneet potilaskuluttajan rooliin.

Potilaskuluttajat ovat osa sitä elämismaailmaa, jossa heidän kokemuksensa ja käsityksensä muodostuvat. Oikeuksien toteutumisesta muodostuvien kokemusten ja käsitysten syntymiseen ei vaikuta ainoastaan palvelusten tarjoajan toiminta. Palvelusten tarjonnan interaktiivisuuden myötä potilaskuluttajalle kuuluu osavastuu tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden sekä asiakaspalvelun kokonaisvaltaisesta onnistumisesta ja näin myös omasta tyytyväisyydestään. Omalla toiminnallaan potilaskuluttajat edesauttavat positiivisten kokemusten ja käsitysten muodostumista tai osallistuvat negatiivisten kokemusten ja käsitysten luomiseen. Potilaskuluttaja ei voi sysätä vastuuta ainoastaan palvelusten tarjoajalle. (Vrt. Nettleton 1995.)

Terveydenhuoltopalvelusten käyttäjältä myös odotetaan aktiivisempaa toimintaa. Monissa eri lähteissä tulee esiin se, että suhtautuminen palvelusten käyttäjään on muuttunut terveydenhuollossa. Esimerkiksi Timo Korhosen ja Risto Harisalón (1992, 3460) sekä Aulikki Kananojan (1997, 116-117) näkemyksiä lainaten palvelusten tarjoajien ja asiakkaiden katsotaan käyvän vuoropuhelua, jossa asiakkaat mielletään aktiivisiksi toimijoiksi ja itsenäisiksi valinnan tekijöiksi. Palvelusten käyttäjiä ei nähdä pelkästään toimenpiteiden passiivisina kohteina, vaan oman elämänsä asiantuntijoina ja yhteisen työskentelyn toisena osapuolena.

Terveydenhuoltopalvelusten käyttäjää on pyritty virallisestikin tasa-vertaistamaan enemmän asiantuntijan kanssa yhteistyössä toimivaksi aktiiviseksi osapuoleksi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen antamassa mietinnössä (n:o 15/1992 vp., 1) hallituksen esityksestä laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista pidetään tärkeänä sitä, että terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän alisteista hoitotyön kohteen asemaa muutetaan niin, että henkilöllä on mahdollisuus osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa. Yksi lain säätämisen tarkoitus on

ollut, että palvelusten käyttäjä olisi oman hoitonsa subjekti, aktiivinen omaan hoitoon osallistuja (Pahlman 1996, 2038). Helena Leino-Kilpi ym. (1994, 2) katsovat terveydenhuollon ja hoidon laadunarvioinnissa tapahtuneen palvelusten käyttäjän roolin korostamisen heijastavan näkemystä terveydenhuollon palvelusten käyttäjästä itsemääräävänä ja tietoisena olentona, jolla on oikeus osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa.

Potilaskuluttajat ovat intentionaalisia toimijoita. Intentionaalisuus ei merkitse tutkimuksessani ainoastaan sitä, että potilaskuluttajat kykenevät reflektoidaan omia kokemuksiaan ja käsityksiään, vaan se näkyy potilaskuluttajien käyttäytymisessä, kun he asioivat palvelusten tarjoajan luona. Palveluksia tarvitseva henkilö voi omaksua kulloiseenkin asiakaspalveluprosessin vaiheeseen sopivan potilaan tai kuluttajan roolin terveydellisen ongelmansa vakavuuden ja tiedollisten resurssiensa puitteissa.

Tulokset osoittavat, että potilaskuluttajien sosiaalistuminen kuluttajan ja potilaan rooleihin ilmenee eri tavoin asiakaspalveluprosessin eri vaiheissa. Karrikoidusti ilmaisten kuluttajamaisuuden ja potilasmaisuuden erottavana tekijänä toimii palvelusvaihe tai konkreettisimmin ilmaisten vastaanottohuoneen ovi. Tutkimustiedon lähteenä olleet potilaskuluttajat toimivat kuluttajamaisimmin asiakaspalvelun saapumis-, odotus-, poistumis- ja jälkihoitovaiheissa. Asiakaspalvelun merkityksellisimmässä vaiheessa, vastaanotolla oltaessa, aktiivisuus taantuu. Juuri silloin kun palvelusten käyttäjillä olisi merkittävin mahdollisuus toimia kuluttajamaisesti, asettuvat he perinteiseen potilaan rooliin. Nurinkuriseksi tilanteen tekee se, että vaikka palveluksia tarvitseva henkilö aktiivisesti hakeutuu terveydenhuollon palvelusten pariin, tulee hänestä palvelusten passiivinen vastaanottaja.

Analysoimassani haastatteluaineistossa potilaskuluttajien olemusta kuvaavat sisäiset tekijät, kuten ikä, sukupuoli, koulutus, sosioekonominen asema tai terveydenhuoltopalveluksiin liittyvän lääketieteellisen asiantunteumuksen riittämättömyys eivät selitä vaiheittaista osallistumista asiakaspalveluprosessissa. Selitys löytyy ulkoisista tekijöistä, kuten siitä, että potilaskuluttajilta puuttuu kuluttajamaisesti suuntautunut käyttäytymismalli (vrt. Shackley ja Ryan 1994). Konsumeristinen toimintamalli ole kaupallisesta toimintaympä-

ristöstä huolimatta täysin sisään rakentunut potilaskuluttajien toimintaan. Kansalaiset ovat kasvaneet sisään julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Yksityisen sektorin valinnasta kertovat tutkimustulokseni osoittavat potilaskuluttajien hakeutuvan yksityiselle sektorille, koska he kokevat, etteivät pääse julkiselle sektorille. Koska yksityinen sektori toimii julkisen sektorin symbioosissa, toimivat potilaskuluttajat yksityisiä palveluksia hankkiessaan niin kuin he asioisivat julkisella sektorilla.

Julkisten terveydenhuoltopalvelusten tarjonta on yksiselitteistä. Palvelusten tarjoajilta puuttuvat yksityisten tarjoajien variaatiomahdollisuudet. Palvelusten tarjontavariaatioiden puuttumisen myötä julkisten terveydenhuoltopalveluksille on ominaista se, että palveluksia tarvitsevien henkilöiden osallistumisperinne on heikko. Rutiininomainen ja byrokraattinen toiminta estää asiakkaiden osallistumista omaan hoitoonsa. Palvelurakennetyöryhmä (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992) näkee terveydenhuoltopalvelusten asiakkaan joko julkisen palvelusten tarjontajärjestelmän laitostamana, ylihoidettuna, yli-palveltuna tai lähes kokonaan julkisten palvelusten ulkopuolisena. Kun terveydenhuoltopalvelusten käyttäjät ovat sosiaalistuneet potilaan rooliin ja tottuneet palvelusten tarjonnan yksiselitteisyyteen, eivät he kykene hyödyntämään yksityisellä sektorilla olevia osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksiaan. Rutiininomaisuus ja järjestelmän hallintaan alistuminen tulee hyvin esiin siinä, miten 52-vuotias lääkäriasemalla asioinut nainen (LA14) kuvailee palvelusten hankintaa. Se etenee hänen mukaansa eri vaiheiden kautta niin, että ensin ilmoitaudutaan ja mennään odottamaan. Tämän jälkeen käydään vastaanottohuoneessa, laboratoriossa ja maksamassa, jonka jälkeen lähdetään pois. Palvelusten hankintaprosessi on hänen mukaansa vakiintunut sellaiseksi ”ettei siinä voi oikeastaan muuttaa mitään”.

Potilaskuluttajien kyvyttömyys toimia kuluttajan tavoin jokaisessa asiakaspalveluprosessin vaiheessa liittyy laajempaan keskusteluun siitä, miten hyvinvointivaltio tuottaa kansalaisten passivoitumista. Antti Karisto (1990, 362) ja Immo Pohjola (1993, 20) toteavat, että byrokraattisesta jähmeydestä kritisoitujen suomalaisten hyvinvointipalvelukset ovat jättäneet asiakkaat omalakisesti toimivan palvelusten tarjontakoneiston rattaisiin. Ongelman laajuutta ha-

vainnollistaa se, että noin 60 prosenttia suomalaisista on tätä mieltä (Sihvo - Uusitalo 1993, 89). Pauli Forman (1998) mukaan usko hyvinvointivaltion passiiviseen vaikutukseen on kasvanut kaikissa yhteiskuntaryhmissä viime vuosien aikana.

Potilaskuluttajien sosiaalistumista potilaan rooliin asiakaspalvelun palvelusvaiheessa voidaan selittää myös medikalisaation vaikutuksilla. Lääketieteellinen kiinnostus on laajentunut yhä useammille sellaisille elämän osa-alueille, joita ei aiemmin pidetty lääketieteellisenä, kuten esimerkiksi vanheneminen ja kauneus (Isomäki 1998, 90). Medikalisaatio on siirtänyt yksilön päätösvaltaa omaan terveydenhuoltoon kuuluvissa asioissa terveydenhuollon ammattilaisille. Terveydenhuoltopalvelusten tarjoajat määrittelevät pitkälti potilaskuluttajien tarpeet ja niiden ensisijaisuuden. Palvelusten tuotantokulttuuri toimii kuin potilaskuluttajat olisivat delegoineet terveydenhuoltoon liittyvien tarpeiden määrittelyn alan ammattilaisille. Lääketieteellisistä menetelmistä on tullut uusi sosiaalisen kontrollin muoto (Rintala 1995). Omatoiminen ja -ehtoinen terveydenhuolto on jäänyt syrjään ja ihmiset ovat tulleet terveydenhuollon ammattilaisista riippuvaisiksi yhä useammilla elämän osa-alueilla. Antiprofessionaalisen kritiikin mukaisesti hyvinvointivaltion professiot ovat anastaneet kansalaisille kuuluvan vallan, kuten Juhani Lehto (1992) asian ilmaisee. Pahimmillaan tällainen kehitys saa aikaan sen, etteivät potilaskuluttajat osaa käyttää toimintamahdollisuuksiaan hyväkseen, vaan asettautuvat ammattilaisten ohjattaviksi. Seuraamukset näkyvät esimerkiksi siinä, miten potilaskuluttajat toimivat palveluksia hankkiessaan. Asiantuntijat kykenevät helpottamaan tavallisten kansalaisten elämää monin tavoin kulutukseen liittyvissä ongelmissa (Jensen - Kjaernes 1997, 218). Medikalisaation negatiiviset vaikutukset osoittavat kuitenkin, että ongelmien ratkaisun tulee tapahtua rajallisesti, jottei horjahdeta paternalistisen auttamisen puolelle.

9.6. Jatkotutkimusehdotukset

Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten tuotantosektori on ehtymätön lähde uusille tutkimuksille. Tutkimuksessa saatavat vastaukset herättävät uusia kysymyksiä (Alasuutari 1994). Yhden tutkimuksen loppu on toisen alku.

Tutkin tässä tutkimuksessa sitä, miten omista asioistaan päättämään kykenevät, tajuissaan olevat, vapaaehtoisesti ja oma-aloitteisesti palveluksia hankkivat potilaskuluttajat kokevat yleisten oikeuksiensa toteutumisen asiakaspalvelussa siltä osin kuin ne liittyvät palvelusten tarjoajan ja asiakkaan väliseen ydinsuhteeseen. Potilaskuluttajan yleisiä oikeuksia tarkastelen kokonaisuutena. Tämän seurauksena potilaskuluttajien kokemusten ja käsitysten ymmärtäminen saattaa jäädä pinnalliseksi yksittäisten oikeuksien kohdalla, sillä kukin oikeuksista ansaitsee jakamattoman huomion. Kaikki palvelusten käyttäjät eivät myöskään lukeudu tällaisiin potilaskuluttajiin. Tutkimus nostaa esiin tarpeen tutkia, miten ulkopuolelle jääviin erityisiin yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjäryhmiin kuuluvat henkilöt kokevat oikeuksiensa toteutumisen.

Haastatteleman potilaskuluttajat ovat itse palveluksensa maksavia (paitsi tapaukset, joissa yksityinen vakuutus kattaa kustannukset) päivystys- ja ajantilausvastaanotoilta mukaan tulleita henkilöitä. Tutkimuksen ulkopuolelle jäävät työterveyshuoltopalvelusten käyttäjät ja kuntien ostopalvelusopimusten perusteella palveluksia käyttävät henkilöt. Oman erityisen huomion ansaitsee se, miten poisrajattuihin ryhmiin kuuluvat henkilöt kokevat oikeuksiensa toteutumisen asiakaspalvelussa. Heidän asemansa yksityisten palvelusten käyttäjänä sisältää rajallisen valinnanvapauden, jolla palvelusten käyttäjien näkökulmasta saattaa olla onnistuneen palvelusten tarjonnan kannalta suuri merkitys.

Palvelusten tarjonnan pelisääntöihin sisältyvä vapaus ja oikeudet tuovat mukanaan vastuuta ja velvollisuuksia (Carmi 1991; Meyer 1992). Terveydenhuoltopalvelusten käyttäjän asemaan liittyvässä diskurssissa velvollisuuksista puhutaan vähän. Huomio on kiinnittynyt lähes kokonaan oikeuksiin. Oikeuksien lakisääteistämisen ja niiden lisääntymisen myötä palvelukseen liitty-

vät velvollisuudet korostuvat aikaisempaa enemmän, vaikkakaan ne eivät nou-
se yhtä ponnekkaasti esiin kuin oikeudet. Potilaslain valmistelun yhteydessä
keskusteltiin Paula Kokkosen (1992, 20) mukaan tarpeesta säätää yleisesti po-
tilaalla olevista velvollisuuksista. Niitä ei kuitenkaan otettu lakiin mukaan, minkä
vuoksi velvollisuudet perustuvat käytäntöön. Potilaslaista poiketen kuluttajan-
suojalaisissa säädetään kuluttajan velvollisuuksista. Lakia säädettäessä kuluttajia
ei huomioitu pelkästään oikeuksia, vaan myös velvollisuuksia omaavina toimi-
joina. Kuluttajan rooliin yhdistettävän aktiivisuuden ja lain välillä vallitsisikin sel-
vä ristiriita jos näin ei olisi. Potilaskuluttajan itsemääräämisoikeudesta johdetta-
ville (Meyer 1992) velvollisuuksille on ominaista, että ne johtavat palveluksia
käyttävän henkilön oman edun toteutumiseen.

Potilaskuluttajan oikeuksien rinnalla velvollisuudet ovat jääneet
marginaalisen huomion kohteiksi, vaikka niiden tutkiminen osoittautuu perus-
telluksi. Säädöksiin kirjattujen ja käytäntöön perustuvien velvollisuuksien tut-
kimisen kautta avautuu se, minkälaisiin vaatimuksiin terveydenhuoltopalve-
lusten käyttäjän on kyettävä vastaamaan palveluksia hankkiessaan. Tarkoi-
tukseni oli alunperin tutkia myös potilaskuluttajien velvollisuuksia. Luovuin
kuitenkin siitä, jotta tutkimuksen tavoitteen sisällöllinen johdonmukaisuus ei
rikkoontuisi.

Terveydenhuoltopalvelusten tarjoajien laadullista paikalleen jä-
mähtämistä ylläpitää sokeutuminen oman toiminnan suhteen. Se, mikä pal-
velusten tarjoajien näkökulmasta on itsestään selvää, ei ole sitä palvelusten
käyttäjien näkökulmasta ja päinvastoin. Asiakaspalvelu on dynaamista, sillä
palvelusten käyttäjien toiveet ja tarpeet muuttuvat jatkuvasti. Laadullisen ke-
hityksen etenemiseksi palvelusten tarjoajien tulee seurata potilaskuluttajien
esiin nostamia toimintaan kohdistuvia muutosvaatimuksia ja tarvittaessa kyetä
irrottautumaan liiallisesta sitoutuneisuudesta vanhoihin toimintamalleihin.

Hyvän asiakaspalvelun aikaansaamiseksi ei riitä tietoisuus siitä,
minkälaisia epäkohtia palvelusten tarjonnassa on yleisesti potilaskuluttajien
kokemusten mukaan tai minkälaisia odotuksia ja toiveita heillä on. Yleistä tie-
toisuutta tärkeämpää on tietoisuus omien asiakkaiden kokemuksista ja odo-
tuksista, koska jokainen toimipaikka on yksilöllinen kokonaisuutensa, jonka

toimintaan muiden paikkojen ohjeet eivät yksioikoisesti päde. Jokainen toimipaikka tarvitsee yksilöllisiin organisatorisiin tarpeisiinsa vastaavat toimintasuunnitelmat. Yleisen tiedon lisäksi tarvitaan systemaattista ja satunnaista tietoa omien asiakkaiden välittömistä asiakaspalvelukokemuksista mahdollisimman suoralla tavalla (Harari 1996, 53).

Potilaskuluttajien esittämien odotusten ja toivomusten hyödyntäminen edellyttää, että aktiivisesti palvelukseen osallistuvaan potilaskuluttajaan suhtaudutaan positiivisesti. Palveluksessa esiintyviin puutteisiin puuttuvaa tai muutoin asioistaan kiinnostunutta henkilöä ei tule leimata hankalaksi palvelusten käyttäjäksi, vaikkakin on inhimillistä etteivät asiantuntijat aina siedä palveluksia tarvitsevan henkilön omia ajatuksia ja käsityksiä. Aktiivinen ja valittava potilaskuluttaja on paras palvelusten käyttäjä, joka tulee mieltää mielenkiintoiseksi haasteeksi järjestelmälle. Epäkohtiin ja puutteisiin huomiota kiinnittävä palvelusten käyttäjä nostaa esiin parempaan asiakaspalveluun pyrittäessä parannuksia vaativat seikat. Tällaisissa tapauksissa palvelusten tarjoajat saavat välittömän mahdollisuuden tehtyjen virheiden korjaamiseen. Pahin tilanne on silloin, kun palvelusten käyttäjät eivät ilmaise tyytymättömyyttään, vaan levittävät negatiivista viestiä ympäristöönsä asiakaspalvelun laadusta, ilman että palvelusten tarjoajat saavat tilaisuutta palvelusten käyttäjän kokeman virheen korjaamiseen ja virheellisten menettelytapojen muuttamiseen. Oman etunsa vuoksi palvelusten tarjoajien tulee hyödyntää potilaskuluttajien asiantuntemusta asiakkuuteen liittyvissä seikoissa. Asiakaspalvelun laadun kehittymisen kannalta pahimman mahdollisen noidankehän muodostaa se, että palvelusten tarjoajat kuvittelevat tietävänsä, mitä palvelusten käyttäjät todella haluavat ilman käytännön toimintaan perustuvaa tietoa.

Toimipaikkojen saaman kokonaisyödyn kannalta asiakastutkimusten merkitys ei ole ainoastaan tutkimuksellisissa ansioissa. Asiakastutkimukset palvelevat paikan markkinointia (Frilander - Uitti 1996, 1931). Asiakaspalvelututkimukset laajentavat palvelusten käyttäjien tietoa kyseisestä paikasta. Lisäksi ne herättävät ajattelemaan asioita uudella tavalla. Asiakaspalvelututkimuksissa tulee kuitenkin huolehtia siitä, ettei lipsahdeta ensisi-

jaisesti oman yrityskuvan kiillottamisen puolelle (Salmela 1996), vaan paneudutaan vilpittömästi palvelusten käyttäjien kokemusten tutkimiseen.

Terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien kokemusten ja käsitysten tutkiminen vaatii rinnalleen dynaamisen toimintaympäristön tutkimisen. Omistuspohjansa puolesta monimuotoinen terveydenhuoltopalvelusten tuotantojärjestelmä etsii toiminnallisia rajojaan meneillään olevan terveydenhuoltosektorin rakennemuutoksen myötä. Palvelusten järjestämis- ja tuottamisvastuussa olevien tahojen ja palveluksia tarvitsevien henkilöiden molemminpuolisen hyödyn maksimoimiseksi tarvitaan tietoa siitä, miten monimuotoisuutta tulee hyödyntää.

LÄHTEET

- Aatola, Leena 1999:** Näkökulmia kuluttajalähtöiseen palvelututkimukseen. Kuluttajatutkimuskeskus. Keskustelualoitteita 29. Helsinki.
- Ahonen, Sirkka 1995:** Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa Syrjälä, Leena - Ahonen, Sirkka - Syrjäläinen, Eija - Saari, Seppo: Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Kirjayhtymä. Rauma, 114-161.
- Ailus, Kirsi 1993:** Visio. Teoksessa Ailus, Kirsi - Ihalainen, Jarkko - Jormanainen, Vesa -Kankaanpää, Jari - Palomäki, Ari - Pärnänen, Heikki: Etiikka, laatu, valinnanvapaus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki, 123-134.
- Alasuutari, Pertti 1994:** Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Jyväskylä.
- Alhopuro, Sakari 1991:** Yksityisten lääkärikeskusten merkitys kasvamassa. Suomen Lääkärilehti 15: 1457.
- Amberla, Synnöve 1994:** Potilasasiain tutkimus terveydenhuollon organisaatiossa. Teoksessa Koivisto, Jari (toim.): Potilaan oikeudet ja potilasasiain toiminta. Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä, 123-129.
- Anderson, Joan M. 1991:** The Phenomenological Perspective. Teoksessa Morse, Janice M. (ed.): Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue. Sage Publications. Newbury Park, California, 25-38.
- Anttonen, Anneli - Sipilä, Jorma 1992:** Julkinen, yhteisöllinen ja yksityinen sosiaalipolitiikassa. Sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa Riihinen Olavi (toim.): Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. SITRA 123. Juva, 435-462.
- Asetus kulutushyödykkeen hinnan ilmoittamisesta markkinoinnissa (9/89). Asetus yksityisestä terveydenhuollosta (744/90).**
- von Bergmann-Winberg, Marie-Louise 1989:** Private and Public Production of Welfare service in some Western Countries - a comparative analysis. Meddelanden från svenska social- och kommunalhögskolan, 17. Helsingfors.
- Borgenhammar, Edgar - Fallberg, Lars H. 1997:** Våga vara vårdkonsument. Vägar till medvetenhet. SNS Förlag. Stockholm.
- Calnan, Michael 1988:** Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. Social Science & Medicine 27: 9: 927-933.
- Calnan, Michael - Cant, Sarah - Gabe, Jonathan 1993:** Going Private. Why People Pay for their Health Care. Open University Press. Buckingham.
- Carmi, A. 1991:** On Patients' Rights. Medicine and Law 10: 1: 77-82.
- Cowger, Charles D. 1998:** Clientism and Clientification: Impediments to Strengths Based Social Work Practice. Journal of Sociology and Social Welfare XXV: 1: 25-37.
- Eiililä, Kalevi 1992:** Potilasoikeuslaki. Suomen Potilas 3-4: 17-19.
- Epstein, Joyce 1990:** Public services: Working for the consumer. A review of initiatives in Europe to improve the responsiveness of public services to consumers. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. The Information Booklet Series. Booklet No. 15. Dublin.
- Erikoissairaanhoitolaki (1062/89).**

Eskola, Jari - Suoranta, Juha 1996: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja C 13. Rovaniemi.

Everitt, Angela 1996: Developing Critical Evaluation. *Evaluation* 2: 2: 173-188.

Falk, Pasi 1994: Tämä on juuri sinulle! Modernin mainonnan kehityshistoriasta. Teoksessa Pantzar, Mika - Perälä, Liisa - Kekki, Mirja (toim.): Kohti hyvän elämystä. Sosiosemiottisia näkemyksiä kulutuksesta. Kuluttajatutkimuskeskus. Helsinki, 91-130.

Fallberg, Lars 1996: Patients' Rights. Teoksessa *European Health Care Reforms. Citizens' Choice and Patients' Rights*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen, 11-57.

Fallberg, Lars H. 1997: Från patient till vårdkonsument. *Vårdfacket* 21: 8: 35-39.

Feldman, Elena 1996: Oikeus terveystalouteen Suomen hallitusmuodossa. STAKES. Aiheita 6/1996. Helsinki.

Fitzpatrick, Ray 1991: Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. *British Medical Journal* 302: 6781: 887-889.

Forma, Pauli 1998: Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisten mielipiteet hyvinvointivaltiosta, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuosina 1992 ja 1996. STAKES. Raportteja 222. Saarijärvi.

Frilander, Pertti - Uitti, Jukka 1996: Asiakastutkimus työterveyshuollon laadun kehittämisessä. *Suomen Lääkärilehti* 17: 1931-1933.

Gabbott, Mark - Hogg, Gillian 1998: Consumers and Services. John Wiley & Sons. Midsomer Norton, Somerset.

Glennerster, Howard 1992: Paying for Welfare. The 1990s. Harvester Wheatsheaf. London.

Grönfors, Martti 1985: Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. WSOY. Juva.

Grönroos, Christian 1990a: Nyt kilpaillaan palveluilla. *Weilin+Göös*. Jyväskylä.

Grönroos, Christian 1990b: Service Management and Marketing. Managing the Moments of Truth in Service Competition. Lexington Books. Massachusetts/Toronto.

Haapa-aho, Jussi - Pajunen, Raija 1991: Sairaanhoidtopalvelujen korvaukset. *Sosiaalivakuutus* 5-6: 151-158.

Hakalehto, Suvanna 1992: Kuluttajavalituslautakunta kuluttajansuojaviranomaisena. Tutkimus kuluttajavalituslautakunnan toiminnasta ja asiakaskunnasta. Kuluttajatutkimuskeskus. Julkaisuja 14/1992. Helsinki.

Hallman, Hannele 1991: Kodin talouden avaintieto. Yliopistopaino. Helsinki.

Halonen, Leena 1993: Yksityislääkäreiden laskut salapoliisityön takana. *Kuluttaja* 4: 16-17.

Hannikainen, Petri - Hannuniemi, Anja - Hermanson, Terhi - Ilveskivi, Paula - Koistinen, Arja - Koivisto, Jari - Pahlman, Irma 1996: Three years in force: has the Finnish Act on the Status and Rights of Patients materialized. *Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita* 1996:4. Helsinki.

Harari, Oren 1996: Kuusi markkinatutkimuksen myyttiä. *Yritystalous* 1: 52-55.

Harisalo, Risto - Miettinen, Ensio 1995a: Luottamus pääoma. Yrittäjyyden kolmas voima. Tampere University Press. Jyväskylä.

Harisalo, Risto - Miettinen, Ensio 1995b: Vastuuyhteiskunnan peruslait. Tutkimusmatka ihmisen yhteiskuntaan. Tampere University Press. Jyväskylä.

- Haug, Marie - Lavin, Bebe 1983:** Consumerism in medicine: challenging physician authority. Sage Publications. Beverly Hills, California.
- Hautamäki, Antti 1996:** Johdanto. Teoksessa Hautamäki, Antti - Lagerspetz, Eerik - Sihvola, Juha - Siltala, Juha - Tarkki, Jarmo: Yksilö modernin murroksessa. Gaudeamus. Tampere, 7-12.
- HE n:o 185/1991 vp. Laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista.**
- Heinonen, Jari 1993:** Kattotarinaan monikärkiseen pohdintaan. Ajatuksia suomalaisesta sosiaalipolitiikasta. Gaudeamus. Tampere.
- Heiskala, Risto 1990:** Tulkinnan koeteltavuus ja aikakauslehtien analyysi. Teoksessa Mäkelä, Klaus (toim.): Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki, 242-263.
- Helander, Voitto 1999:** Kolmas sektori ja kunnat. Teoksessa Valanta, José (toim.): Yhteisvoimin tulevaisuuteen – Kuntien muuttuvat toimintatavat. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 127-142.
- Henerson, Marlene E. - Morris, Lynn Lyons - Fitz-Gibbon, Carol Taylor 1988:** How to Measure Attitudes. Sage Publications. Newbury Park, California.
- von Hertzen, Heikki S. 1993:** Valtionosuusuudistus ja hyvinvoinnin peruspalvelujen määrittelyn tarve. Teoksessa Pelkonen, Veli (toim.): Hyvinvointioikeus. Suomen Kaupunkiliitto. Suomen Kunnallisliitto. Jyväskylä, 15-22.
- Hilpinen, Risto 1991:** Mitä on tieto? Teoksessa Räikkä, Juha (toim.): Filosofian ongelmia. Käytännöllisen filosofian julkaisuja. Vol 43. Turun yliopisto. Turku, 9-36.
- Holmberg, Carl 1987:** Om forskning. Teoksessa Patel, Runa - Tebelius, Ulla (red): Grundbok i forskningsmetodik. Kvalitativt och kvantitativt. Studentlitteratur. Lund, 9-23.
- Hugman, Richard 1994:** Consuming health and welfare. Teoksessa Keat, Russell - Whiteley, Nigel - Abercrombie, Nicholas (eds.): The Authority of the Consumer. Routledge. Chatham, Kent, 207-222.
- Huuskonen, Helga 1990:** Jos potilaat saisivat valita terveysjohtajan -- ! Suomen Potilas 4: 4.
- Häggman-Laitila, Arja 1994:** Terveysthuollossa asioineiden mielikuvia ja kokemuksia potilaana olemisesta. Hoitotiede 2: 83-92.
- Häggman-Laitila, Arja - Åstedt-Kurki, Päivi 1995:** Experiential Health Knowledge From the Perspective of Finnish Adults. Western Journal of Nursing Research 17: 6: 614-630.
- Häkkinen, Unto 1991:** Lääkäripalvelujen kysyntä ja käyttö Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 3: 207-222.
- Häkkinen, Unto 1992:** Terveystpalvelujen käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tasa-arvo Suomessa. Sosiaali- ja Terveysthallitus. Tutkimuksia 20. Vapokustannus. Helsinki.
- Hämäläinen, Juha 1987:** Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä: johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen "käsiyötaitoon". Kuopion yliopisto julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset 2/1987. Kuopio.
- Ihalainen, Jarkko 1993:** Professionaalinen etiikka ja hyvinvointivaltion henki. Teoksessa Ailus, Kirsi - Ihalainen, Jarkko - Jormanainen, Vesa - Kankaanpää, Jari - Palomäki, Ari - Pärnänen, Heikki: Etiikka, laatu, valinnanvapaus. Terveysthuollon tulevaisuus. Painatuskeskus. Helsinki, 16-27.

- Ikäheimo, Kalevi - Lahti, Pirkko - Ratasvuori-Laine, Eila - Rinne, Raili 1991:** Potilaan oikeudet -raportti. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki.
- Ilmonen, Kaj - Sto, Eivind 1997:** The "Consumer" in Political Discourse: Consumer Policy in the Nordic Welfare States. Teoksessa Sulkunen, Pekka - Holmwood, John - Radner, Hilary - Schulze, Gerhard (eds.): Constructing the New Consumer Society. Macmillan Press. Chippenham, Wiltshire, 197-217.
- Iltanen, Kaarina - Kansanen, Anneli - Koivu, Aulis - Pellinen, Irma 1990:** Hyvä palvelu. Yleisjakson palvelutoiminnot. Weilin+Göös. Tampere.
- Ilveskivi, Paula 1997:** Potilaan oikeusasema tiedonsaantioikeuden näkökulmasta. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 26. Helsinki.
- Isomäki, Veli-Pekka 1998:** Terveystieteiden tutkimuskeskuksen potilaslähtöiset perusteet. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 61. Kuopio.
- Jensen, Thor Oivind - Kjaernes, Unni 1997:** Designing the Good Life: Nutrition and Social Democracy in Norway. Teoksessa Sulkunen, Pekka - Holmwood, John - Radner, Hilary - Schulze, Gerhard (eds.): Constructing the New Consumer Society. Macmillan Press. Chippenham, Wiltshire, 218-233.
- John, Joby - Gabbott, Mark - Hogg, Gillian 1998:** The Healthcare Consumer. Teoksessa Gabbott, Mark - Hogg, Gillian: Consumers and Services. John Wiley & Sons. Midsomer Norton, Somerset, 209-224.
- Jormanainen, Vesa - Pärnänen, Heikki 1993:** Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä. Teoksessa Ailus, Kirsi - Ihalainen, Jarkko - Jormanainen, Vesa - Kankaanpää, Jari - Palomäki, Ari -Pärnänen, Heikki: Etiikka, laatu, valinnanvapaus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Painatuskeskus. Helsinki, 62-85.
- Julkunen, Raija 1992a:** Hyvinvointivaltio käännekohtassa. Vastapaino. Jyväskylä.
- Julkunen, Raija 1992b:** Julkisten palvelujen ja markkinoiden järki. Dialogi 4: 10-13.
- Kaartinen, Asko 1989:** Potilas-lääkärisuhde onnistuneen hammashoidon kulmakivi. Sosiaalivakuutus 8: 313-314.
- Kalimo, Esko - Airinen, Sisko - Klaukka, Timo 1997:** Julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset Suomessa. Teoksessa Seminaari Julkinen sairaanhoitovakuutus. Seminaarissa 10.6.1997 pidetyt alustukset ja kommenttipuheenvuorot. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 22. Helsinki, 22-51.
- Kananoja, Aulikki 1997:** Julkisten palvelujen ydintehtävät asiakaspalautteen viitekehyksenä. Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): Autetaanko asiakasta - palvelaanko potilasta? Atena. Juva, 109-123.
- Kangas, Pirkko 1987:** Tavoitteena tyytyväinen asiakas. Ammattikasvatustieteet. Helsinki.
- Kangas, Sari 1998:** Kunnat terveyspalvelujen oston. Terveystieteet 2: 16-18.
- Kangassalo, Olli 1991:** Tuottavatko markkinat hyviä palveluja? Dialogi 2: 20-21.
- Kansanterveyslaki (66/72).**
- Karisto, Antti 1990:** Hyvinvointivaltio ja uusi palvelukulttuuri. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.): Suomi 2017. Gummerus. Jyväskylä, 355-380.
- Karisto, Antti - Takala, Pentti - Haapola, Ilkka 1989:** Elintaso, elämäntapa, sosiaalipolitiikka - suomalaisen yhteiskunnan muutoksesta. WSOY. Juva.

Karjalainen, Sakari 1994a: Oikeudenmukaisuus terveydenhuollon päätöksenteossa. Teoksessa Salo, Sirpa - Leisti, Seppo (toim.): Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 54-63.

Karjalainen, Sakari 1994b: Potilaan oikeudet laadullisesti hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon - kuka määrittelee laadun? Teoksessa Nordblad, Anne (toim.): Suun terveydenhuollon laadun kehittäminen. Työkokous 22.9.1994. STAKES. Aiheita 34/1994. Helsinki, 1-7.

Kekki, Pertti 1997: Vastaanottokäynnin kesto ja potilastyytyväisyys. Suomen Lääkärilehti 14: 1711-1715.

Kekki, Pertti - Bergström, Tarja 1997: Potilaiden kokemus lääkäreiden vastaanottotyön laadusta. Suomen Lääkärilehti 5: 477-481.

Kekomäki, Martti 1993: Terveydenhuollon kustannukset. Teoksessa Kuluttaja ja terveystalouseläimet. Suomen Kuluttajaliitto. Helsinki, 15-20.

Kietz, Peter 1990: Privatisering och privat läkarvård. En jämförande studie mellan privat läkarvård i Finland och Sverige. Meddelanden från ekonomiskstatsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi. Företagsekonomiska institutitionen Ser. A:306. Åbo.

Kiikkala, Irma - Munnukka, Terttu 1995: Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Teoksessa Munnukka, Terttu - Kiikkala, Irma (toim.): Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Kirjayhtymä. Tampere, 9-19.

Kinnunen, Juha 1995: Ovatko terveystalueläimien käyttäjät potilaita, asiakkaita vai kuluttajia? Hyvinvointikatsaus 4: 33-37.

Kinnunen, Juha - Lammintakanen, Johanna - Ryyänen, Olli-Pekka - Myllykangas, Markku 1999: Terveydenhuollon priorisointijärjestelmän toimeenpanon ongelmat kunnallisissa päätöksenteissa. Teoksessa Nordberg, Mai - Rissanen, Pekka - Kerppilä, Satu (toim.): Terveystaloustiede 1999. STAKES. Aiheita 5. Helsinki, 12-13.

Kleemola, Maija 1994: Tietosuoja terveydenhuollossa. Teoksessa Koivisto, Jari (toim.): Potilaan oikeudet ja potilasasiain toiminta. Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä, 72-89.

Klein, Rudolf 1989: The Politics of the National Health Service. Longman. Harlow.

Koistinen, Arja 1995: Kolme vuotta potilasasiain toimintaa -mitä on saatu aikaan? Selvitys julkisen sektorin ylimmän lääkärijohdon mielipiteistä potilasasiain toiminnasta ja potilaan oikeuksien toteutumisesta. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Koivisto, Jari 1994: Johdanto: Potilaan oikeudet ja potilasasiain toiminta. Teoksessa Koivisto, Jari (toim.): Potilaan oikeudet ja potilasasiain toiminta. Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä, 17-26.

Koivuniemi, Päivi 1992: Potilasasiamies potilaan oikeuksien edustajana. Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Tutkimusjulkaisu 6/92. Helsinki.

Kokko, Simo 1990: Perusterveydenhuollon lääkäripalvelut ja sosiaalinen eriarvoisuus. Teoksessa Sihto, Marita (toim.): Eriarvoisuus, terveys ja terveystalouseläimet. Lääkintöhallituksen julkaisu 167. TK 2000 -sarja. Lääkintöhallitus. Helsinki, 64-77.

Kokko, Simo - Heikkilä, Matti 1995: Palvelujärjestelmä muutoksessa. Teoksessa Uusitalo, Hannu - Konttinen, Mauno - Staff, Mikko (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. STAKES. Raportteja 173. Jyväskylä, 11-23.

Kokko, Simo - Niskanen, Tapani 1995: Parusterveydenhuolto. Teoksessa Uusitalo, Hannu - Konttinen, Mauno - Staff, Mikko (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. STAKES. Raportteja 173. Jyväskylä, 34-57.

Kokkonen, Paula 1992: Potilaan oikeudet vahvistumassa. Dialogi 1: 20-21.

Kokkonen, Paula 1993: Potilaan oikeudet. Teoksessa Kuluttaja ja terveystalvet. Suomen Kuluttajaliitto. Helsinki, 47-52.

Kokkonen, Paula 1994: Potilaan oikeudet meillä ja muualla. Suomen Lääkäri-lehti 6: 537.

Kokkonen, Paula 1997: Terveystalvethuollossa tarvitaan lainsäädäntöä ja eettisiä normeja. Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): Autetaanko asiakasta - palvelaan-ko potilasta? Atena. Juva, 66-76.

Kolodinsky, Jane 1993: Complaints, Redress and Subsequent Purchases of Medical Services by Dissatisfied Consumers. Journal of Consumer Policy 16: 2: 193-214.

Korhonen, Timo - Harisalo, Risto 1992: Järjestelmistä kansalaisyhteiskuntaan. Suomen Lääkäri-lehti 36: 3460-3462.

Korkeila, Jyrki - Tuori, Timo 1996: Mielenterveyspalvelujen rakennemuutos. Teoksessa Viialainen, Riitta - Lehto, Juhani (toim.): Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. STAKES. Raportteja 192. Jyväskylä, 61-76.

Kortteinen, Matti 1992: Kunnian kenttä. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena elämänmuotona. Hanki ja Jää. Hämeenlinna.

Koski, Aala - Outinen, Maarit - Sainio, Salla 1998: Laatukirjallisuuskoonnos. Uusittu kirjallisuuskoonnos: Terveystalvethuollon laatukirjallisuutta. Joulukuu 1998. <http://www.stakes.fi/pala/th/laatupala99/thkirj.htm> 21.2.2000

Koskiahho, Briitta 1990: Ohi, läpi ja reunojen yli. Tutkimuksenteon peruskysymyksiä. Gaudeamus. Helsinki.

KTM yrityspalvelu 1993: Hallittu sosiaali- ja terveydenhuoltoalan yrittäjyys -raportti. Työryhmän loppuraportti. KTM yrityspalvelu. Uudenmaan piiritoimisto. Helsinki.

Kuluttajansuojalaki (38/78).

Kuluttajavirasto 1995: Kuluttaja ja palvelut. Mieli- ja tunteiden karttoitus palvelujen laadusta, hinnasta ja saatavuudesta. Kuluttajaviraston julkaisusarja 19/1995. Helsinki.

Kumpusalo, Esko - Ellonen, Markku - Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka - Mattila, Kari (toim.) 1991: Yleislääketiede. Duodecim. Vammala.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet 1996: Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997-2000. Edita. Helsinki.

Kunnallislaki (953/76).

Kuusinen, Kirsti-Liisa 1993: Hoito-ohjeiden noudattaminen - yksilön ja ohjauksen ongelma. Teoksessa Kuusinen, Kirsti-Liisa (toim.): Terveystalvetpsykologia. WSOY. Juva, 98-126.

Kvale, Steinar 1989: To Validate Is To Question. Teoksessa Kvale, Steinar (ed.): Issues of Validity in Qualitative Research. Studentlitteratur. Lund, 73-92.

Lahtinen, Jukka - Isoviita, Antti 1994: Asiakaspalvelu. Avaintulos. Kokkola.

Lahtinen, Jukka - Isoviita, Antti - Hytönen, Kari 1989: Asiakassuuntainen markkinointi. Avaintulos. Mänttä.

Lahti-Nuuttila, Anja 1992: Sairausvakuutuslain mukaisten sairaanhoitokorvausten taso. Tutkimus yksityisen sektorin lääkäripalkkioiden, tutkimus- ja hoitokulujen sekä peruskorvattavien lääkkeiden tasosta ja tasoon vaikuttavista tekijöistä. Yleisen vakuutustutkimuksen sosiaalivakuutuslinjan tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/94).

Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/90).

Lampikoski, Kari 1983: Kuluttajakäyttäytymisen perusteet. WSOY. Porvoo.

Leavey, Ralph - Wilkin, David - Metcalfe, David H. 1989: Consumerism and general practice. British Medical Journal 298: 18. March: 737-739.

Leenen, H.J.J. 1996: Development of Patients' Rights and Instruments for the Promotion of Patients' Rights. European Journal of Health Law 3:2: 105-107.

Legg England, Stephanie - Evans, Jeremy 1992: Patients' choices and perceptions after an invitation to participate in treatment decisions. Social Science & Medicine 34: 11: 1217-1225.

Lehto, Juhani 1992: Paternalistinen hyvinvointivaltio. Teoksessa Riihinen Olavi (toim.): Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. SITRA 123. Juva, 169-182.

Lehtola, Pentti 1994: Potilaan oikeusturva. Suomen vakuutusalan koulutus ja kustannus. Helsinki.

Leikas, Leena 1992: Kuluttajansuojaa - kenen ehdoilla? Tutkimus kuluttaja-asiamiehen toiminnasta. Kuluttajatutkimuskeskus. Julkaisuja 4/1992. Helsinki.

Leino-Kilpi, Helena - Iire, Liisa - Suominen, Tarja - Vuorenheimo, Jaana - Välimäki, Maritta 1993: Tietääkö vai eikö tiedä? Katsaus potilasta ja tietoa koskevaan tutkimukseen. STAKES. Raportteja 118. Jyväskylä.

Leino-Kilpi, Helena - Walta, Leena - Helenius, Hans - Vuorenheimo, Jaana - Välimäki, Maritta 1994: Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. STAKES. Raportteja 151. Helsinki.

Leppo, Kimmo 1994: Muutoksen johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Salo, Sirpa - Leisti, Seppo (toim.): Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 13-18.

Liljeström, Marita 1994: Muutos ja potilaan oikeudet. Teoksessa Salo, Sirpa - Leisti, Seppo (toim.): Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 38-42.

Lindqvist, Martti 1995a: Lääkintäetiikka inhimillisenä toimintana. Teoksessa Launis, Veikko (toim.): Lääkintä- ja hoitoetiikka. Painatuskeskus. Helsinki, 55-75.

Lindqvist, Martti 1995b: Potilaan oikeudet ja lääkärin valta. Duodecim 1: 96-99.

Lingis, Alphonso 1986: Phenomenological explanations. Martinus Nijhoff Publishers. Dordrecht.

Lohiniva, Mirva 1994: Salassapitoon ja tiedonsaantiin liittyviä erityiskysymyksiä terveydenhuollossa. Teoksessa Juutinen, Anneli - Väänänen, Veijo ym. (toim.): Potilas - tiedätkö oikeutesi? Suomen Potilasliitto. Kantele, 30-34.

Lumijärvi, Ismo 1997: Laatutekijöiden priorisointi sairaanhoitopalveluissa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1: 50-64.

Luoma, Kalevi 1989: Esitutkimus terveydenhuollon markkinoista, kilpailuolosuhteista ja hinnoista. Kilpailuvirasto. Selvityksiä 6/1989. Helsinki.

Luoma, Kalevi 1995: Markkinaohjauksellako tehokkuutta ja laatua terveydenhuoltoon? Teoksessa Rissanen, Pekka - Valtonen, Hannu (toim.): Terveystaloustiede 1995. Terveystaloustieteen päivä 3.2.1995, Helsinki. Lyhennelmät. STAKES. Aiheita 4/1995. Helsinki, 4-7.

Lupton, Deborah 1993: The Construction of Patienthood in Medical Advertising. *International Journal of Health Services* 23: 4: 805-819.

Lupton, Deborah 1997: Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter. *Social Science & Medicine* 45: 3: 373-381.

Lytard, Jean-Francois 1991: Phenomenology. State University of New York Press. Albany, New York.

Maailman terveystajrjestö 1991: Terveyttä kaikille -ohjelma Suomessa. WHO:n terveystajrjestöarviointi. EUR TK-tavoite 33. Maailman terveystajrjestö. Euroopan aluetajrjestö, Kööpenhamina. Helsinki.

Makoul, Gregory - Arntson, Paul - Schofield, Theo 1995: Health promotion in primary care: Physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science & Medicine* 41: 9: 1241-1254.

Maljanen, Timo - Marjamäki, Pirjo - Mattila, Kari 1989: Omalääkäritajrjestö ja väestön yksityislääkäritajrjestö. *Sosiaalivakuutus* 5-6: 239-243.

Malminen, Eija 1986: Kohti parempaa palvelua. Näkökulmia ja virikkeitä laadun kehittämiseen. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki.

van Manen, Max 1990: Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. The Althouse Press. Ann Arbor, Michigan.

Mannila, Simo 1992: Sairaajan rooli. Teoksessa Karisto, Antti - Lahelma, Eero - Rahkonen, Ossi (toim.): Terveystajrjestö. WSOY. Juva, 183-190.

Mattila, Kari 1988: Perusterveydenhuoltoa säätelevä lainsäädäntö. Teoksessa Tamminen, Tuula (toim.): Perusterveydenhuolto. SHKS. WSOY. Porvoo, 167-174.

Meredith, Philip 1993: Patient participation in decision-making and consent to treatment: the case of general surgery. *Sociology of Health & Illness* 15: 3: 315-336.

Meyer, Michael J. 1992: Patients' duties. *The Journal of Medicine and Philosophy* 17: 5: 541-555.

Miettinen, Merja 1996: Yliopistosairaalan, terveystajrjestökeskuksen ja yksityisen lääkäriaseman innovatiivisuuden edellytykset. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 37. Kuopio.

Mikkola, Taru - Bergström, Monica (toim.) 1994: Terveystajrjestövalinnat - lääketieteelliset perusteet. Seminaari 4.-6. 10. 1993 Hanasaarella. STAKES. Raportteja 133. Jyväskylä.

Morris, Lynn Lyons - Fitz-Gibbon, Carol Taylor - Freeman, Marie E. 1987: How to Communicate Evaluation Findings? Sage Publications. Newbury Park, California.

Morse, Janice M. 1991: Qualitative Nursing Research: A Free-For-All? Teoksessa Morse, Janice M. (ed.): Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue. Sage Publications. Newbury Park, California, 14-22.

Moustakas, Clark 1994: Phenomenological Research Methods. Sage Publications. Thousand Oaks, California.

- Munnukka, Terttu 1993:** Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 375. Tampereen yliopisto. Vammala.
- Munnukka, Terttu 1997:** Hoitamaan oppiminen ja opettaminen. Käytännöllinen opetus sairaanhoitajakoulutuksessa. Acta Universitatis Tamperensis 579. Tampereen yliopisto. Vammala.
- Muttillainen, Vesa 1993:** Vaaralliset kuluttajapalvelut. Turvallisuusongelmien esiintyminen ja torjunta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 119. Helsinki.
- Myllymäki, Markku 1992:** Myytti terveydestä. Dialogi 1: 10-12.
- Mäkelä, Marjukka 1993:** Terveyspalvelujen laatu. Teoksessa Kuluttaja ja terveyspalvelut. Suomen Kuluttajaliitto. Helsinki, 21-24.
- Mäntynen, Tiina 1994:** Terveyspalveluiden erityisluonne ja terveydenhuollon uudistamistarpeet. Turun kauppakorkeakoulu. Kansantaloustieteen tutkielma. Turku.
- Nakari, Maija - Kirveskangas, Liisa 1996:** Ensiapuvastaanottojen asiakaskysely. Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen julkaisuja 2/1996. Jyväskylä.
- Nettleton, Sarah 1995:** The Sociology of Health and Illness. Polity Press. Padstow, Cornwall.
- Nienstedt, Walter - Rautiainen, Eija (toim.) 1991:** Lääketieteen termit. Duodecim selittävä suursanakirja. Duodecim. Helsinki.
- Niiniluoto, Ilkka 1983:** Tieteellinen päättely ja selittäminen. Otava. Keuruu.
- Niinistö, Leena 1995:** Mitä on hyvä hoito? Duodecim 1: 51-55.
- Niskanen, Tapani - Swahne, Anita 1998:** Yksityisten terveydenhuollon palvelujen tuottajien toiminta ja henkilökunta 1997. STAKES. Tilastoraportti 36/1998. Helsinki.
- Nissinen, Aulikki - Kauhanen, Jussi - Myllykangas, Markku 1994:** Kansanterveystiede. WSOY, Juva.
- Nyman, Kauko 1993:** Tasa-arvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen arviointitutkimus terveyspalvelujen käytön eroista. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 88. Tutkimus- ja kehitysyksikkö. Helsinki.
- O' Guinn, Thomas - Faber, Ronald J. 1989:** Compulsive Buying: A Phenomenological Exploration. Journal of Consumer Research 16: September: 147-157.
- Okko, Paavo 1995:** Markkinat ja hierarkiat terveyspalvelusten tuotannossa. Teoksessa Rissanen, Pekka - Valtonen, Hannu (toim.): Terveystaloustiede 1995. Terveystaloustieteen päivä 3.2.1995, Helsinki. Lyhennelmät. STAKES. Aiheita 4/1995. Helsinki, 1-3.
- Outinen, Maarit - Haverinen, Riitta - Maaniittu, Maisa - Mäkelä, Marjukka, Mäntysaari, Mikko 1996:** Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Dialogi 1: 4-5.
- Outinen, Maarit - Holma, Tupu - Lempinen, Kristiina 1994:** Laatu ja asiakas. Laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY. Juva.
- Paaso, Ilpo 1992:** Vahingonkorvausvastuun normiperusta lääkärintoimessa. Tutkimus erityisesti julkisen vallankäytön vahingonkorvausvastuuta sääntelevien säännösten sovellettavuudesta lääkärintoimesta aiheutuviin vahinkoihin. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja A-sarja N:o 190. Vammala.

- Pahlman, Irma 1996:** Potilaan oikeudet terveydenhuollossa. Kenen ehdoilla hoitoa? Suomen Lääkärilehti 18-19: 2038-2041.
- Pahlman, Irma - Hermanson, Terhi - Hannuniemi, Anja - Koistinen, Arja - Koivisto, Jari - Hannikainen, Petri - Ilveskivi, Paula 1996:** Onko potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki toteutunut? Suomen Lääkärilehti 20-21: 2143-2148.
- Palonen, Reima 1993:** Kuluttajansuoja ja terveystalvelut. Teoksessa Kuluttaja ja terveystalvelut. Suomen Kuluttajaliitto. Helsinki, 56-63.
- Palonen, Reima 1994:** Kuluttajansuoja ja yksityiset terveystalvelut. Teoksessa Juutinen, Anneli - Väänänen, Veijo ym. (toim.): Potilas - tiedätkö oikeutesi? Suomen Potilasliitto. Kantele, 69-75.
- Pantti, Raimo 1993:** Yksityisten terveystalvelujen tuottamiseen kohdistuvasta lupa- ja valvontamenettelystä. Lapin yliopiston oikeustieteellisiä julkaisuja. Sarja C 14. Lapin yliopiston oikeustieteiden tiedekunta. Rovaniemi.
- Paronen, Olavi - Kuusilinna, Pirjo - Pitkämä, Timo - Vuori, Ilkka 1997:** Tampereen terveystprofiili 1995-1996. Tamperelaisten terveystentila ja terveystpalvelujen käyttö. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 7. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, UKK-instituutti. Tampere.
- Partanen, Marja-Liisa 1993:** Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Sosiaali-
nen aikakauskirja 2: 4-9.
- Partanen, Marja-Liisa 1994a:** Laki potilaan asemasta ja oikeuksista - tausta ja pääperiaatteet. Teoksessa Koivisto, Jari (toim.): Potilaan oikeudet ja potilasasiain toiminta. Suomen Kuntaliitto. Jyväskylä, 62-71.
- Partanen, Marja-Liisa 1994b:** Potilaslain velvoitteet kunnille. Suomen Lääkärilehti 10: 1057-1058.
- Pasanen, Aarne - Pekkarinen, Taito 1995:** Kilpailu terveydenhuollossa edistyy hitaasti. Suomen Lääkärilehti 6: 554-555.
- Patton, Michael Quinn 1989:** How to Use Qualitative Methods in Evaluation. Sage Publications. Newbury Park, California.
- Patton, Michael Quinn 1990:** Qualitative evaluation and research methods. Sage Publications. Newbury Park, California.
- Pekkarinen, Taito 1990:** Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteistyö. Suomen Lääkärilehti 35: 3187-3188.
- Pekurinen, Markku 1994:** Kilpailuolot suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystministeriön monisteita 1994:9. Helsinki.
- Pekurinen, Markku - Punkari, Mika - Pokka, Marja 1997:** Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystministeriön monisteita 1997:16. Helsinki.
- Perheentupa, Antti-Veikko 1993:** Oikeudenmukaisuutta toisin tavoin. Haasteita 90-luvun sosiaalipolitiikalle. WSOY. Juva.
- Peräkylä, Kirsi-Marja 1995:** Potilasasiain mies rohkaisee puhumaan potilaalle. Ei vain mitä, vaan myös miten. Suomen Lääkärilehti 13: 1516-1517.
- Piikki, Kirsi-Maria - Palonen, Reima 1992:** Terveystpalvelut ja kuluttajansuoja. Kuluttajansuoja 3: 4-8.
- Pohjola, Anneli 1993:** Asiakasnäkökulmasta ja kulman takaa. Sosiaalivakuutus 1: 20-21.

- Pohjola, Immo 1994:** Terveydenhuolto kansakunnan taloudessa. Teoksessa Salo, Sirpa - Leisti, Seppo (toim.): Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 24-28.
- Poikajärvi, Kristiina 1998:** Raskaudenkeskeytysprosessi asiakkaiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveyshallinnon ja talouden laitos. Licensiaattityö.
- Potter, Jenny 1988:** Consumerism and the public sector: how well does the coat fit? Public Administration 66: 2: 149-164.
- Propper, Carol 1993:** Quasi-Markets, Contracts and Quality in Health and Social Care: The US Experience. Teoksessa Le Grand, Julian - Bartlett, Will (eds.): Quasi-Markets and Social Policy. Macmillan. Hong Kong, 35-67.
- Punnonen, Heikki 1994:** Kunnallinen sairaala uudistaa ja uudistuu. Teoksessa Salo, Sirpa -Leisti, Seppo (toim.): Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 29-37.
- Pykäläinen, Oili - Keskisärkkä, Pirkko 1994:** Potilaan odotukset. Teoksessa Salo, Sirpa - Leisti, Seppo (toim.): Muutos ja johtajuus. Näkökulmia terveydenhuollon murrokseen. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 50-53.
- Pyörälä, Eeva 1993:** Miten potilaalle puhutaan. Potilaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus. Dialogi 8: 37-39.
- Pyörälä, Eeva 1994:** Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1: 4-14.
- Pöyry, Matti 1996:** Huolellisesti täytetyt potilasasiakirjat hyvän hoidon perusta. Suomen Hammaslääkärilehti 1-2: 7.
- Raunio, Kyösti 1990:** Sosiaalipolitiikan lähtökohtia. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Turku.
- Richards, Tessa 1998:** Partnership with patients. Patients want more than simply information; they need involvement too. British Medical Journal 316: 10 January: 85-86.
- Rinnevuori, Esko - Salmela, Reijo 1986:** Väestön näkemykset terveyskeskuspalveluista ja niiden kehittämistarpeista. Raportti Juvan, Puumalan ja Sulkan terveyskeskuskuntainliiton väestölle tehdystä kyselytutkimuksesta. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kansanterveystiede. Tilastot ja selvitykset 3. Kuopio.
- Rintala, Taina 1995:** Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946 - 1991. STAKES. Tutkimuksia 54. Saarijärvi.
- Rintala, Taina 1997:** Sosiaali- ja terveydenhuolto muutoksen pyörteissä. Teoksessa Simonen, Leila - Elovainio, Marko - valtonen, Hannu (toim.): Sosiaalitutkimuksen valossa. STAKES. Jyväskylä, 166-177.
- Riska, Elianne 1992:** Terveydenhuollon kriisi. Teoksessa Karisto, Antti - Lahelma, Eero - Rahkonen, Ossi (toim.): Terveys sosiologia. WSOY. Juva, 69-77.
- Ruohonen, Matti 1985:** Terveydenhoitoala ja kuluttajansuoja. Kuluttajätietoa 3: 2-4.
- Ryynänen, Olli-Pekka – Myllykangas, Markku – Kinnunen, Juha – Isomäki, Veli-Pekka – Takala, Jorma 1999:** Terveyden ja sairauden valinnat. Suomen Kuntaliitto. Kuopion yliopisto. Helsinki.
- Saarelma, Osmo 1996:** Laadullinen tutkimus - apu ilmiöiden ymmärtämiseen. Duodecim 1: 5-9.
- Saarinen, Esa 1989:** Fenomenologia ja eksistentialismi. Teoksessa Niiniluoto, Ilkka -Saarinen, Esa (toim.): Vuosisatamme filosofia. WSOY. Juva, 111-144.

Salmela, Tuula 1995: Markkinadiskurssin makeutta: " Lähes 80 prosenttia asiakkaista tyytyväisiä". Sosiaaliturva 16: 4-7.

Salmela, Tuula 1996: Kuluttajakansalainen postmodernin sosiaalipolitiikan riskiallokossa. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 2: 132-142.

Salmela, Tuula 1997: Muuttuva potilas-lääkärisuhde. Teoksessa Salmela, Tuula (toim.): Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta? Atena. Juva, 52-65.

Sandell, Päivi - Outinen, Maarit 1996: Tätä mieltä potilaat. Valtakunnallisen asiakastytyväisyyden vertailumittarin tuloksia 1996. STAKES. Aiheita 39/1996. Helsinki.

Sario, Tuula 1994: Hyvä tietää kuluttajansuojasta. Suomen Kuluttajaliitto. Helsinki.

Shackley, Phil - Ryan, Mandy 1994: What is the Role of the Consumer in Health Care? Journal of Social Policy 23: 4: 517-541.

Sihvo, Sinikka - Kekki, Pertti - Koskela, Kaj 1993: Potilas ja hoitoa koskeva päätöksenteko. Suomen Lääkärilehti 6: 500-504.

Sihvo, Tuire - Uusitalo, Hannu 1993: Mielipiteiden uudet ulottuvuudet. Suomalalaisten hyvinvointivaltiota, sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveystalvveluja koskevat asenteet vuonna 1992. STAKES. Tutkimuksia 33. Helsinki.

Simonen, Leila 1997: Maaseudun hoivayrittäjä verkonkutojana. Teoksessa Simonen, Leila - Elovainio, Marko - Valtonen, Hannu (toim.): Sosiaalitutkimuksen valossa. STAKES. Jyväskylä, 178-188.

Sinkkonen, Sirkka - Sohlberg, Tuovi - Kinnunen, Juha - Laitinen, Anna - Rissanen, Pekka 1992: Palvelujen laatu ja käyttäjädemokratia vapaakunnan terveydenhuollossa asiakkaiden arvioimana. Itsehallintoprojektin julkaisuja 3/1992. Sisäasianministeriö. Helsinki.

Sintonen, Harri - Pekurinen, Markku - Jämsén, Raimo - Linnakko, Eero - Vinni, Kari 1987: Terveystaloustiede. WSOY. Juva.

Sipilä, Jorma - Anttonen, Anneli 1994: Payments for Care: The Case of Finland. Teoksessa Evers, Adalbert - Pijl, Marja - Ungerson, Clare (eds.): Payments for care. A Comparative Overview. Avebury. Aldershot, 51-66.

Sohlberg, Tuovi - Töyry, Eeva - Rissanen, Viljo 1994: Hoidon ihmisläheisyys KYS:ssa. Kuinka potilaat sen kokevat? Suomen Lääkärilehti 1-2: 54-59.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1992: Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992:17. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1993: Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Julkaisuja 1993:2. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1996a: Terveystenhuollon suuntaviivat 1996. Julkaisuja 1996:16. <http://www.vn.fi/stm/suomi/pao/julkaisut/th96/th96.htm> 9.3.2000

Sosiaali- ja terveysministeriö 1998: Terveystenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 2. Terveystenhuollon toimivuus. Työryhmämuistioita 1998:2. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1999a: Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1999b: Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Julkaisuja 1999:16. <http://www.vn.fi/stm/suomi/pao/julkaisut/tato/tato0-3.htm> 9.3.2000

Stacey, Margaret 1988: The Sociology of Health and Healing. A Textbook. Unwin Hyman. London.

STAKES 1995: Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. STAKES. Helsinki.

Steen Lauterbach, Sarah 1993: In Another World: A Phenomenological Perspective and Discovery of Meaning in Mothers' Experience with Death of a Wished-for Baby: Doing Phenomenology. Teoksessa Munhall, Patricia L. - Oiler Boyd, Carolyn: Nursing Research: A Qualitative Perspective. National League for Nursing Press. New York, 133-179.

Storbacka, Kaj – Lehtinen, Jarmo R. 1997: Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla. WSOY. Porvoo.

Storbacka, Kaj – Blomqvist, Ralf – Dahl, Johan – Haeger, Tomas 1999: Asiakkuuden arvon lähteillä. WSOY. Juva.

StVM n:o 15/1992 vp. Hallituksen esityksestä laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista.

Suikkanen, Asko - Piirainen, Keijo 1997: Osallisuudesta osallistumiseen - evaluaatiotutkimus Suomessa. Janus 4: 426-430.

Suomen Kuluttajaliitto 1988: Kuluttaja ja terveystalvet. Suomen Kuluttajaliitto. Helsinki.

Suomen Kuluttajaliitto 1993: Raportti terveystalvetkyselystä. Suomen Kuluttajaliitto. Helsinki.

Suomen Lääkäriliitto 1992: Lääkärin etiikka. Suomen Lääkäriliitto. Forssa.

Suomen Lääkäriliitto 1998: Lääkärikysely 1998. Tilastoja. Tutkimusjaos 18.10.1998. Suomen Lääkäriliitto. Helsinki.

Suomen Lääkäriliitto 1999: Lääkärilastoja. <http://www.laakariliitto.fi/cgi/navi?20,page> 9.3.2000

Swahne, Anita (toim.) 1996: Terveystalvetlaitokset ja viranomaiset 1996. STAKES. Luetteloita 11. Jyväskylä.

Syrjälä, Leena 1995: Tapaustutkimus opettajan ja tutkijan työväliseenä. Teoksessa Syrjälä, Leena - Ahonen, Sirkka - Syrjäläinen, Eija - Saari, Seppo: Laadullisen tutkimuksen työtaloja. Kirjayhtymä. Rauma, 10-67.

Södergård, Hans 1998: Sosiaali- ja terveystala käännekohdassa. Yksityisen ja kolmannen sektorin perusanalyysi ja kehittämisen suuntaviivat. SITRA 170. Helsinki.

Taipale, Vappu - Lehto, Juhani - Mäkelä, Marjukka - Kokko, Simo - Kling, Tellervo - Viialainen, Riitta (toim.) 1995: Sosiaali- ja terveystalvetlaitosten perusteet. SHKS. Keuruu.

Teperi, Juha 1994: Potilas, lääkäri ja epävarmuus lääketieteessä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 4: 315-317.

Thompson, Craig J. - Locander, William B. - Pollio, Howard R. 1989: Putting Consumer Experience Back into Consumer Research: The Philosophy and Method of Existential-Phenomenology. Journal of Consumer Research 16: September: 133-146.

Tilastokeskus 1987: Ammattiluokitus 1987. Hakemisto. Käsikirjoja Nro 14. Helsinki.

Tilastokeskus 1992: Suomen yritykset 1990. SVT. Yritykset 1992:9. Helsinki.

Tilastokeskus 1993: Suomen yritykset 1991. SVT. Yritykset 1993:5. Helsinki.

Tilastokeskus 1994: Suomen yritykset 1992. SVT. Yritykset 1994:11. Helsinki.

Tilastokeskus 1995: Suomen yritykset 1993. SVT. Yritykset 1995:4. Helsinki.

Tilastokeskus 1996: Suomen yritykset 1994. SVT. Yritykset 1996:4. Helsinki.

Tilastokeskus 1997: Suomen yritykset 1995. SVT. Yritykset 1997:3. Helsinki.

Tilastokeskus 1998a: Suomen tilastollinen vuosikirja 1998. SVT. 93. vuosikerta (uusi sarja). Hämeenlinna.

Tilastokeskus 1998b: Suomen yritykset 1996. SVT. Yritykset 1998:25. Helsinki.

Tilastokeskus 1999: Suomen yritykset 1997. SVT. Yritykset 1999:3. Helsinki.

Tuomainen, Raimo – Myllykangas, Markku – Elo, Jyrki – Ryynänen, Olli-Pekka 1999: Medikalisaatio – aikamme sairaus. Vastapaino. Tampere.

Tuomikoski, Hannu 1987: Sosiaaliturva ja asiakaspalvelu. Tutkimus Kansaneläkelaitoksen asiakaspalvelusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 23. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Helsinki.

Tuori, Kaarlo 1995: Sosiaalioikeus. WSOY. Juva.

Tuorila, Helena 1996: Yksityisistä lääkäripalveluista kuluttajavalituslautakuntaan tehdyt valitukset. Suomen Lääkärilehti 20-21: 2154-2156.

Turunen, Hannele 1997: Hoidollisen vuorovaikutuksen oppiminen - kokemuksen tutkimusmetodinen tarkastelu. Lisensiaattitutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Turunen, Hannele - Perälä, Marja-Leena - Meriläinen, Pirkko 1994: Colaizzin fenomenologisen menetelmän sovellutus; esimerkkinä hyvän hoidon kuvaaminen. Hoitotiede 1: 8-15.

Tynjälä, Päivi 1991: Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus 5-6: 387-398.

Uljens, Michael 1992: Phenomenological Features of Phenomenology. University of Göteborg. Department of Education and Educational Research. Report n:o 1992:3. Göteborg.

Uskali, Pekka 1993: Käytännön markkinoinnin perusteet. Uusi tehtävä- ja esimerkkipainotteinen lähestymistapa kokonaisvaltaisen markkinointiajattelun kouluttamiseen. Ei mainittu kustantajaa. Raisio.

Uusitalo, Hannu 1990: Hyvinvointivaltion kehitys ja tulevat haasteet. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.): Suomi 2017. Gummerus. Jyväskylä, 337-354.

Uusitalo, Hannu 1991: Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY. Juva.

Uusitalo, Hannu - Konttinen, Mauno 1995: Sosiaali- ja terveystalouden kehitys laman vuosina: yhteenvetoa ja tulkintoja. Teoksessa Uusitalo, Hannu - Konttinen, Mauno - Staff, Mikko (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. STAKES. Raportteja 173. Jyväskylä, 5-10.

Vainio, Tiina - Vuori, Jari 1992: Fenomenologia, eksistentialismi ja dekonstruktio. Vaihtoehtoja hallinnon ja markkinoinnin lähestymistavoiksi. Helsingin kauppakorkeakoulu. Helsinki School of Economics and Business Administration. Working Papers, W-30. Helsinki.

Valtonen, Hannu 1987: Rationaalisen kuluttajan käsite ja kustannus-hyöty - ajattelu terveystaloustieteessä. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 2/1987. Kuopio.

Varto, Juha 1992: Laadullisen tutkimuksen metodologia. Kirjayhtymä. Tampere.

- Vaskilampi, Tuula 1992:** Vaihtoehtoinen terveydenhuolto hyvinvointivaltion terveystarpeilla. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 88. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Vauhkonen, Onni 1992:** Yleiskatsaus Suomen lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin 1600-luvulta 1970-luvulle. Teoksessa Terveydenhuollon historia. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Jyväskylä, 187-292.
- Vehmanen, Raili - Kerppola, Tuula 1997:** Asiakaskysely Tampereen terveyskeskuksen hammashuollossa. Suomen Hammaslääkärilehti 1-2: 17-19.
- Vertio, Harri 1993:** Terveyden edistäminen - valintojen virta. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Hämeenlinna.
- Vienonen, Mikko 1996:** Cost-Sharing and Citizens' Willingness to Pay for Health Care. Teoksessa European Health Care Reforms. Citizens' Choice and Patients' Rights. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen, 79-104.
- Vilka, Matti 1992:** Merleau-Pontyn fenomenologinen kenttäteoria. Filosofian pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Vinni, Kari 1995:** Työkyvyttömyyden ehkäisy terveystalouden näkökulmasta. Teoksessa Mitä hyötyä työkyvyn ylläpitämisestä. Työkykyä ylläpitävä toiminta ja työterveyshuolto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1995:3. Helsinki, 58-62.
- Voutilainen, Paavo 1993:** Kenen ehdoilla kehitetään - asiakkaan vai valtakenteiden. Dialogi 1: 16-18.
- Vuorela, Terho 1989:** Miten asiakkaat arvioivat palveluja? Arviointitiedon hankinnan kysymyksiä. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Vuoreneho, Jaana 1992:** Potilastyytyväisyys hoidon laadun kriteerinä. Teoksessa Suominen, Tarja - Leino-Kilpi, Helena (toim.): Hoitotiede 1992. Pro Nursing Ry:n vuosikirja. Julkaisusarja A: 6: 1992. Pro Nursing Ry. Turku, 47-54.
- Vuori, Hannu 1993a:** Terveydenhuollon laadunvarmistus. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Vammala.
- Vuori, Jari 1993b:** Motivaatio julkisessa ja yksityisessä organisaatiokulttuurissa. Vertaileva tutkimus julkisen ja yksityisen sairaalan henkilöstöstä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia No 175. Hallintotiede 15. Vaasa.
- Vuori, Jari 1995:** Kenen terveydenhuolto? Julkinen ja yksityinen vertailussa. Tutkimus henkilöstön merkityssuhteista julkisen ja yksityisen sairaalaorganisaation osastokulttuurissa. Ankkurikustannus. Vaasa.
- Walsh, Kieron 1994:** Citizens, charters and contracts. Teoksessa Keat, Russell - Whiteley, Nigel - Abercrombie, Nicholas (eds.): The Authority of the Consumer. Routledge. Chatham, Kent, 189-206.
- Wendelin-Arponen, Kirsi 1993:** Yksityisten ja julkisten terveystalujen sijainti ja käyttö sekä siihen vaikuttavat tekijät alueellisena ilmiönä Turussa. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja n:o 4. Turku.
- Whiteley, Richard C. 1991:** The Customer-Driven Company. Moving from Talk to Action. Addison-Wesley Publishing Company. Reading, Massachusetts.
- Widström, Eeva - Eerola, Anja 1992:** Odotushuonekin on osa palvelua. Dialogi 2: 14-16.
- Wilhelmsson, Thomas 1991:** Suomen kuluttajansuojajärjestelmä. Yleinen osa. Lakimiesliiton kustannus. Vammala.

Åstedt-Kurki, Päivi 1989: Terveys ja hoitotyö aikuisten kokemana. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja 2/1989. Helsinki.

Åstedt-Kurki, Päivi 1992: Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 349. Tampereen yliopisto. Tampere.

Åstedt-Kurki, Päivi 1994: Fenomenologisen lähestymistavan käyttö terveyden ja hoitotyön kokemuksiä koskevassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 1: 2-7.

Ämmälä, Tuula 1996: Uudistunut kuluttajansuoja. Lakimiesliiton kustannus. Jyväskylä.

Äärelä, Erkki 1998: Hankalan potilaan ja lääkärin ongelma - miten tähän tuliin? Suomen Lääkärilehti 18-19: 2221-2224.

Liite 1a.

YKSITYISIÄ TERVEYDEN- JA SAIRAANHOITOPALVELUKSIA TUOTTAVAT TOIMIPAIKAT, HENKILÖSTÖ JA LIIKEVAIHTO, 1990 - 1993¹

	1990	1991	1992	1993
Terveyden- ja sairaanhoitopalvelukset				
Toimipaikkoja	2 507	2 542	2 546	2 546
Henkilöstö	13 310	12 842	11 653	11 808
Liikevaihto (1000mk)	3 507 484	3 757 840	3 694 163	3 762 318
Sairaalahoito				
Toimipaikkoja	18	21	21	28
Henkilöstö	2 208	2 160	1 983	2 224
Liikevaihto (1000mk)	712 410	703 279	756 664	912 078
Yleissairaalahoito				
Toimipaikkoja	11	12	11	14
Henkilöstö	1 840	1 785	1 554	1 497
Liikevaihto (1000mk)	612 723	590 393	592 643	636 340
Muu sairaalahoito				
Toimipaikkoja	7	9	10	14
Henkilöstö	368	375	429	727
Liikevaihto (1000mk)	99 687	112 886	164 021	275 738
Avoterveydenhoito				
Toimipaikkoja	1 350	1 386	1 427	1 440
Henkilöstö	7 003	7 020	6 330	6 333
Liikevaihto (1000mk)	1 783 015	1 982 924	1 937 584	1 892 255
Lääkäriasemat, yksityisvastaanotto				
Toimipaikkoja	431	476	515	528
Henkilöstö	4 273	4 270	3 836	3 809
Liikevaihto (1000mk)	1 081 309	1 209 563	1 198 587	1 108 328
Hammashoito				
Toimipaikkoja	906	889	892	890
Henkilöstö	2 707	2 716	2 470	2 496
Liikevaihto (1000mk)	694 083	763 075	730 863	773 696
Muu avoterveydenhoito				
Toimipaikkoja	13	21	20	22
Henkilöstö	24	34	24	28

¹ Lähteet: Tilastokeskus 1992, 58-59; 1993, 74; 1994, 68; 1995, 66.

Liikevaihto (1000mk)	7 623	10 286	8 134	10 231
Muut terveydenhoitopalvelukset				
Toimipaikkoja	1 092	1 079	1 030	1 003
Henkilöstö	3 887	3 459	3 086	2 986
Liikevaihto (1000mk)	941 130	983 698	903 214	851 284
Fysikaalinen hoito				
Toimipaikkoja	754	744	697	655
Henkilöstö	2 152	1 914	1 613	1 386
Liikevaihto (1000mk)	458 440	472 210	422 526	361 958
Laboratorio- ja röntgentutkimukset				
Toimipaikkoja	114	114	125	128
Henkilöstö	782	767	720	743
Liikevaihto (1000mk)	270 461	299 856	277 639	278 725
Sairaankuljetuspalvelukset				
Toimipaikkoja	153	151	164	170
Henkilöstö	769	616	675	756
Liikevaihto (1000mk)	159 979	166 513	178 936	183 942
Muut terveystalvelukset				
Toimipaikkoja	71	70	44	49
Henkilöstö	184	162	78	.
Liikevaihto (1000mk)	52 250	45 119	24 113	.

Liite 1b.

YKSITYISIÄ TERVEYDEN- JA SAIRAANHOITOPALVELUKSIA TUOTTAVAT TOIMIPAIKAT, HENKILÖSTÖ JA LIIKEVAIHTO, 1994 - 1997²

	1994	1995	1996	1997
Terveydenhuoltopalvelukset				
Toimipaikkoja	8 185	8 252	8 690	9 199
Henkilöstö	12 787	13 551	14 139	14 896
Liikevaihto (1000mk)	4 180 139	4 393 151	4 726 570	5 250 229
Sairaalapalvelukset				
Toimipaikkoja	75	96	109	116
Henkilöstö	798	806	773	1 017
Liikevaihto (1000mk)	258 938	281 098	246 711	362 280
Lääkäripalvelukset				
Toimipaikkoja	3 353	3 286	3 380	3 539
Henkilöstö	4 269	4 271	5 238	5 151
Liikevaihto (1000mk)	1 594 907	1 709 226	1 947 686	2 115 518
Kunnalliset terveyskeskukset				
Toimipaikkoja	9	13	.	.
Henkilöstö	2	3	.	.
Liikevaihto (1000mk)	1 954	2 217	.	.
Muut lääkäripalvelukset				
Toimipaikkoja	3 344	3 273	3 380	3 539
Henkilöstö	4 266	4 269	5 238	5 151
Liikevaihto (1000mk)	1 592 953	1 707 009	1 947 686	2 115 518
Hammashoito				
Toimipaikkoja	2 046	2 033	2 011	2 070
Henkilöstö	3 899	3 997	3 641	3 878
Liikevaihto (1000mk)	1 213 543	1 198 358	1 265 373	1 349 807
Muut terveydenhuoltopalvelukset				
Toimipaikkoja	2 711	2 837	3 190	3 474
Henkilöstö	3 821	4 477	4 488	4 851
Liikevaihto (1000mk)	1 112 751	1 204 469	1 266 800	1 422 624
Fysikaalinen hoito				
Toimipaikkoja	1 611	1 686	1 796	1 895

² Lähteet: Tilastokeskus 1996, 69; 1997, 70; 1998b, 68; 1999, 74.

Henkilöstö	2 002	2 347	2 226	2 327
Liikevaihto (1000mk)	509 562	548 291	579 780	620 277
Laboratorio- ja röntgentutkimukset				
Toimipaikkoja	152	147	145	152
Henkilöstö	615	680	602	687
Liikevaihto (1000mk)	242 095	257 576	239 994	299 674
Sairaankuljetuspalvelukset				
Toimipaikkoja	193	199	196	205
Henkilöstö	702	652	868	916
Liikevaihto (1000mk)	199 371	216 263	231 912	233 289
Muut terveysterveyspalvelukset				
Toimipaikkoja	755	805	1 053	1 222
Henkilöstö	503	797	792	929
Liikevaihto (1000mk)	161 723	182 339	215 114	269 384

Liite 2.

HAASTATTELUINFORMAATIO

Arvoisa Haastateltava !

Suuritan Tampereen yliopistossa sosiaalipolitiikan laitoksella yhteiskuntatieteiden tohtorin tutkintoon valmistavia jatko-opintoja. Tekemässäni väitöskirjatutkimuksessa Potilaskuluttaja terveystarkkinoilla. Potilaskuluttajan oikeuksien toteutuminen yksityisten lääkäriasemien asiakaspalvelussa selvitän asiakkaiden näkökulmasta heidän omakohtaisten kokemustensa ja käsitystensä perusteella, miten kaupallisten terveydenhuoltopalvelujen asiakkaiden oikeudet toteutuvat lääkäriasemien tuottamassa asiakaspalvelussa. Tämän lisäksi arvioin potilaskuluttajien asemaa yksityisten terveydenhuoltopalvelujen asiakkaina yleisemmästä näkökulmasta.

Tutkimuksen tarkoituksena on hankkia palvelujen käyttäjien eli asiakaspalvelun kohteiden näkökulmasta kertovaa tietoa asiakaspalvelun kehittämiseksi. Tämän lisäksi tutkimuksessa on tarkoitus hankkia palvelujen käyttäjille tietoa asiakaspalvelussa vallitsevista epäkohdista ja ongelmista, jotta he itse voivat pyrkiä välttämään nämä ongelmat palveluja käyttäessään.

Yhtenä osana tutkimusta haastattelen yksityisten lääkäriasemien asiakkaita eli Teitä, joka olette suostunut haastateltavaksi.

Haastattelussa esitän Teille asiakaspalveluun liittyviä kysymyksiä, joiden puitteissa odotan Teidän kertovan kokemuksistanne ja käsityksistänne saamanne asiakaspalvelun osalta. Haastattelussa en puutu lääketieteellisiin asioihin, en siis esitä Teidän terveydentilaanne liittyviä kysymyksiä.

Kaikkia haastattelussa saamiani tietoja tulen käsittelemään luottamuksellisesti ja ainoastaan tutkimustarkoituksiin. Tutkimuksessa tulen esittämään tiedot siten, että Teidän henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa, millään lailla julki.

Haastattelun suorittamisajankohdan sopimiseksi otan Teihin uudelleen yhteyttä lähipäivinä.

Etukäteen kiittäen ja ystävällisin terveisin

Helena Tuorila, YTM, tutkija
puh. 931 - 2156 308 (t), 2145 683 (k)

Liite 3.

HAASTATTELUTEEMAT

Miksi hakeuduitte yksityiselle sektorille julkisen sijaan?

Miten valitsitte tämän (hammas)lääkäriaseman?

Millaisia odotuksia teillä oli hoitopääsyn suhteen?

Millainen oli mielestänne hoidon antajan asiantuntemus ja saamanne hoidon laatu?

Miten teitä mielestänne kohdeltiin (hammas)lääkäriasemalla?

Mitä hyvä kohtelu pitää sisällään?

Missä määrin teillä oli mahdollisuus kertoa terveydellisestä ongelmastanne (hammas)lääkärille?

Miten tasa-arvoisesti tai epätasa-arvoisesti erilaisia asiakkaita kohdellaan?

Millaisena te pidätte vastaanottotiloja?

Missä määrin te saitte terveydentilastanne mielestänne tietoja?

Miten terveydentilaan liittyvät tiedot tulisi kertoa?

Missä määrin te olette kiinnostunut omissa potilasasiakirjoissanne olevista tiedoista?

Millaisena te pidätte (hammas)lääkäriaseman harjoittamaa mainontaa?

Miten mielestänne (hammas)lääkäriasema tiedotti tarjoamiensa palvelusten hinnoista?

Miten perittävistä hinnoista tulisi kertoa asiakkaille?

Halusitteko itse vaikuttaa hoitotoimenpiteiden osalta siihen, mitä tehdään ja miten vai annoitteko (hammas)lääkäriin päättää?

Millaisena te pidätte potilasasiakirjoillanne olevaa tietosuojaa?

Mitä mielestänne kuuluu tietosuojaan?

Miten (hammas)lääkäriaseman taholta on mielestänne huomioitu asiakkaan asemaan ja oikeuksiin liittyvä tiedottaminen?

Millaista terveydenhuoltopalveluksista valittaminen on?

Miten mielestänne yksityisellä sektorilla suhtaudutaan asiakkaan valitukseen?

Miten puolueettomana ja luotettavana hoitoon tai kohteluun liittyvien ongelmien ratkaisukeinona te pidätte sitä, että kyseisen hoitoyksikön johtaja käsittelee valituksen?

TÄYTTÄKÄÄ LOMAKE SEURAAVIEN OHJEIDEN MUKAAN

A. . SOVITTU PALVELU

Tähän kohtaan merkitään alkuperäisen sopimuksen mukaiset tiedot. Liittäkää mukaan jäljennös sopimuksesta, jos se on tehty kirjallisesti.

B. VALITUS

Mitä valitus koskee?

Lautakunnassa asia ratkaistaan pääasiassa kirjallisen aineiston pohjalta. Tämän vuoksi selvittääkää tässä kohdassa valituksenne aihe tiiviisti ja mahdollisimman tarkasti. Tarvittaessa lautakunta pyytää täydentäviä tietoja tai asiantuntijalausunnon. Jos olette jo hankkinut tavarantarkastajan tai muun asiantuntijan lausunnon, liittäkää se valitukseen. Voitte vaatia lausunnon hankkimisesta aiheutuneiden kulujen korvaamista vastapuoleltanne.

C. VAATIMUS

Jos Teillä on vaihtoehtoisia vaatimuksia, erotelkaa vaatimuksenne sanalla "tai". Kulukorvausvaatimuksia ei voida hyväksyä, ellei niitä ole perusteltu ja eritelty. Liittäkää mahdolliset kuitit valitukseen. Asianosaiset vastaavat itse postikuluista, jotka ovat aiheutuneet valitusasiakirjojen ja tavarantoimitusten lähettämisestä lautakuntaan sekä puhelinkuluista, jotka ovat aiheutuneet soittoista lautakuntaan. Valituksen tekemisestä aiheutuneesta vaivasta ja ajanhukasta ei ole mahdollista saada korvausta.

LIITTÄKÄÄ VALITUKSEEN KAIKKI ASIAA KOSKEVAT ASIAKIRJAT!

Jos valituksenne koskee

vakuutusasiaa

- * liittäkää mukaan jäljennös vakuutuskirjasta ja vahinkoilmoituksesta
- * jäljennös yhtiön korvauspäätöksestä
- * jäljennökset yhtiön kanssa käymästänne asiaan liittyvästä kirjeenvaihdosta (aina ennen valituksen tekemistä kannattaa tehdä uudelleen käsittelypyyntö vakuutusyhtiöön)
- * ilmoittakaa lisäksi, onko asia ollut tai onko asia parhaillaan toisen vakuutusalan lautakunnan käsiteltävänä (asia kannattaa lähettää ainoastaan yhden lautakunnan käsiteltäväksi kerrallaan)

pankki- tai luottopalvelua

- * liittäkää mukaan jäljennös velkakirjasta, panttaussopimuksesta, lyhennyssuunitelmasta
- * luottokorttilaskusta tms.
- * jäljennökset muista asiaan liittyvistä maksukuiteista

koulutusta

- * liittäkää mukaan koulutusta koskeva esite sekä jäljennös kurssisopimuksesta
- * ilmoittakaa lisäksi, milloin kurssi päättyi tai keskeytettiin ja milloin sen olisi pitänyt päättyä
- * ilmoittakaa myös, missä sopimus tehtiin

kauneuden- ja terveydenhoitoa

- * liittäkää mukaan asiakaskortti, silmälasiresepti tms.

telepalvelua

- * liittäkää mukaan selvitys puhelinlaitoksen tekemästä teknisestä tutkimuksesta sekä liittymänne sykäyserittelystä, jos sellainen on saatavissa.

Lautakunta lähettää tästä valituksesta jäljennöksen elinkeinonharjoittajalle kannanottoa varten.

Lautakunta ei peri maksua asian käsittelystä.