

TAMPEREEN YLIOPISTO
Johtamiskorkeakoulu

POTILAAN VALINNANVAPAAUS
Case Tekonivelsairaala Coxa

Hallintotiede
Pro gradu
Kesäkuu 2014
Ohjaaja: Petri Virtanen

Merja Kanervisto

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto Johtamiskorkeakoulu, hallintotiede

MERJA KANERVISTO

Potilaan valinnanvapaus

Pro gradu-tutkielma 92 sivua

Kesäkuu 2014

Avainsanat: valinta, valinnanvapaus, hallinnon muutos, sosiaali- ja terveydenhuolto

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa potilaan hoitopaikan valinnanvapauden toteutumisesta, kun potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita sekä lisätä tietoa potilaan hoidon kehittämiseen asiakaslähtöisemmäksi. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella, mikä säätelee potilaan valinnanvapautta ja miten se ilmenee tekonivelsairaala Coxan kontekstissa. Tutkimuksessa kuvattiin myös, mitä merkitystä iällä, sukupuolella ja koulutuksella on valintaan sekä millaisia vaikutuksia muilla, hoitoprosessiin ja potilaiden taustamuuttujiin liittyvillä tekijöillä on potilaiden valintapäätökseen.

Tutkimusjoukon muodosti 204 tekonivelleikattua potilasta. Kyselyn vastausprosentti oli 74 %. Tutkimusaineisto kerättiin tutkijan laatimalla kyselylomakkeella. Kyselylomakkeella kartoitettiin tekonivelpotilaiden kokemuksia hoitopaikan valinnasta. Kyselylomake sisälsi pääosin strukturoituja kysymyksiä ja neljä avointa kysymystä. Kyselylomakkeella oli 12 taustatietojä mittaavaa kysymystä.

Tilastolliset analyysit tutkimusaineistolle tehtiin SPSS 21.0-ohjelmistolla. Aineisto tutkittiin tilastollisin menetelmin ja avoimet kysymykset sisällönanalyysillä. Aineiston tutkintaan käytettiin ristiintaulukointia. Aineistoa kuvattiin ristiintaulukoinnin, vaihteluvälien, keskiarvojen ja prosenttien avulla.

Tekonivelpotilaille on tärkeää vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen itse. Potilaat pitävät tärkeänä saada hoitoa, kun sitä tarvitsevat. Nopea leikkaukseen pääsy, maine ja oma valinta ovat tämän aineiston mukaan tärkeimmät valintaan vaikuttavat tekijät. Hoitopaikan valinnassa potilaat pitivät tärkeimpinä asioina kokemuksensa perusteella henkilökunnan ammattitaitoa, nopeaa leikkaukseen pääsyä ja laatua. Iällä, sukupuolella ja koulutuksella ei tämän tutkimuksen perusteella ole yhteyttä valintaan.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilaat toivovat saavansa oikeaa ja asiallista tietoa eri hoitopaikkojen mahdollisuuksista sekä jatkoseurantaa tekonivelleikkauksen jälkeen. Jatkossa olisi tärkeää antaa tekonivelleikkaukseen hakeutuville potilaille oikeanlaista, puolueetonta ja asiallista tietoa eri hoitopaikoista sekä jo tekonivelleikatuille kaipaamaansa seurantaa.

ABSTRACT

University of Tampere School of Management, Administrative Sciences

MERJA KANERVISTO

Patient's freedom of choice

Master's thesis, 92 pages

June 2014

Keywords: choice, freedom of choice, change of administration, healthcare

The purpose of this study was to produce scientific knowledge on how joint replacement patients' freedom of choice is realised when they are in need of special health care services. Moreover, the aim in this thesis was to provide information on how patient healthcare could be developed more customer-oriented. In addition, the study aimed to examine what regulates the patient's freedom of choice and how it is shown in Coxa, a hospital for joint replacement. The study also investigated if age, gender and education have an effect on patients' choices and, additionally, what are the effects of other background variables and the treatment process on their choices.

The study group consisted of 204 joint replacement patients. The response rate was 74 %. The study material was collected by means of a questionnaire made to determine the joint replacement patients' experiences on choosing the place of treatment. The study instrument consisted mainly of structured questions with four open-ended questions included. The patient's questionnaire had 12 questions on background information.

Statistical analysis of the material was performed using SPSS 21.0 software. The material was analysed by a statistical method and the open-ended questions by content analysis. The material was studied and represented with cross-tabulation, ranges, averages and percentages.

For joint replacement patients it is very important to be able to impress their preference on the place of treatment. Moreover, it is important for them to get treatment when they need it. According to this study the most important factors affecting their choices were speediness in getting treated, reputation of the hospital and the patient's power to choose. In choosing the place of treatment the most important factors were craftsmanship of the staff, getting a joint replacement fast and quality of care. Age, gender and education were not linked with their choices.

The results of this study indicated that joint replacement patients hope to get accurate and matter-of-fact information about different places of care. They also wish to be followed up after the joint replacement. In the future, special attention should be given to patients getting correct, neutral and factual information about different places for this type of medical care. Patients who have already been operated on should be followed up accordingly.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TUTKIMUKSEN PERUSVALINNAT	9
2.1	Tutkimuksen tavoite	9
2.2	Tutkimuksen rajaus	10
3	TUTKIMUSAINEISTO JA – MENETELMÄT	12
3.1	Kohderyhmä ja aineiston hankinta	12
3.2	Tutkimuksessa käytetty mittari.....	12
3.3	Aineiston analyysi	15
4	KOHDEORGANISAATION ESITTELY.....	16
4.1	Tekonivelsairaala Coxa Oy	16
4.2	Tekonivelleikkaus ja sen komplikaatiot	18
5	TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	21
5.1	Valinnanvapauden esiin nousu hallinnon muutoksessa.....	21
5.2	Valinta sosiaali- ja terveydenhuollonlainsäädännössä.....	26
5.3	Valinta	42
5.3.1	Valintaan liittyviä lähikäsitteitä.....	43
5.3.2	Valintaan perustuvia malleja	47
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	56
6.1	Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	56
6.2	Iän merkitys valintaan	60
6.3	Sukupuolen merkitys valintaan	63
6.4	Koulutuksen merkitys valintaan	67
6.5	Valinnasta nousevia laadullisia tekijöitä	70
7	POHDINTA.....	74
7.1	Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua	74
7.2	Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	76
7.3	Tulosten tarkastelu.....	77
7.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	79
	LÄHTEET	81

KUVIOT

KUVIO 1. Terveyspalveluiden valinta

KUVIO 2. Terveyspalveluiden valinta tässä tutkimuksessa

KUVIO 3. Tärkeimmät tekonivelleikkauksen valintaperusteet prosentteina

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Terveyspalveluita selittävät mallit

TAULUKKO 2. Potilaiden taustatiedot

TAULUKKO 3. Potilaiden tautia koskevat tiedot

TAULUKKO 4. Potilaiden terveyspalveluiden käyttö

TAULUKKO 5. Coxaan hakeutumiseen vaikuttanut taho

TAULUKKO 6. Iän vaikutus tekonivelleikkauksen valintaperusteisiin

TAULUKKO 7. Potilaiden tärkeinä pitämiä asioita ikäluokittain

TAULUKKO 8. Sukupuolen vaikutus tekonivelleikkauksen valintaperusteisiin

TAULUKKO 9. Potilaiden tärkeinä pitämiä asioita sukupuolen mukaan

TAULUKKO 10. Potilaiden saama tieto Coxasta sukupuolen mukaan

TAULUKKO 11. Tekonivelleikkauksen valintaperuste koulutusasteittain

TAULUKKO 12. Potilaiden tärkeinä pitämiä asioita koulutuksen mukaan

1 JOHDANTO

Suomessa eletään taloudellisesti epävarmaa aikaa. Kiristyvän taloudellisen tilanteen vuoksi on tarkemmin harkittava mihin palveluihin taloudelliset voimavarat kohdistetaan. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut muodostavat suurimman menoerän kuntien taloudessa.

Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ovat monella eri tavoin sidoksissa yhteiskunnan ja toimintaympäristönsä kehitykseen. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita ohjaavat valtion ohella niin kansalliset kuin kansainväliset toimijat. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja sisällön uudistamista on tehty 1990-luvun puolivälin jälkeen ja 2000-luvulla erityisesti lainsäädännöllä, osin resurssiohjauksella ja myös erilaisten poliittisin ohjauksin sekä kohdennetuvin ohjelmin. Kaikki tämä vaikuttaa kuntien voimavaroihin ja tavoitteisiin. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuu usein eri ministeriöiden eritasoista ohjausta.

Väestön ikääntyminen luo omat haasteet tulevien vuosien sosiaali- ja terveystalouden järjestämisessä ja rahoituksessa. Näiden palveluiden haastavuuteen vaikuttavat kulutustottumusten muutokset, tarpeiden lisääntyminen ja markkinalähtöisyyden hyödyntäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa joudutaan soveltamaan tehokkuusvaatimusten toimintaperiaatteita. Asiakastytyväisyyden kannalta on tärkeää ottaa huomioon tarpeet ja toiveet palveluiden suunnittelussa ja järjestämisessä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaiden tarpeet määritellään usein järjestelmälähtöisesti, vaikkakin sosiaali- ja terveydenhuollossa puhutaan paljon asiakaslähtöisyydestä ja asiakaskeskeisyydestä.

Julkisen hallinnon muutos on jatkuvaa. Muutos vaikuttaa myös julkisten palveluiden tehtävien muutoksiin. Muutosta voidaan kuvata minkä tahansa piirteen tai rakenteen siirtymisenä laadullisesti tai määrällisesti. (Mäenpää 1991; Salminen 2001; Vartola 2006.) Muutokset vaikuttavat eri hallinnon aloilla. 1980-luvulta alkanut uusi julkishallinto (New Public Management, NPM) tavoitteli kansalasten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Sen tavoitteena oli tuoda kansalaisten ja kuntalaisten näkökulma esiin. (Ihalainen 2007; Lähdesmäki 2003; Sihvonen 2006.)

Terveys koskettaa kaikkia ja sen yhteiskunnallisen merkityksen vuoksi siitä ovat kiinnostuneet niin hallinnon kuin politiikan toimijat. Value for money, vastiketta rahalle periaate, korostaa julkisen

hallinnon toimimaan taloudellisesti, tehokkaasti ja vaikuttavasti, huomioiden samalla hallinnon arvot, tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden. (Lähdesmäki 2003.) Taloudellisen, oikeudenmukaisen ja laadukkaan terveydenhuollon järjestäminen on julkisen ohjauksen tehtävä (Idänpää-Heikkilä 2004; Lillrank & Venesmaa 2010; Vohlonen 1998). Suomen perustuslaki (731/1999) on suomalaisen terveystalouden runko.

Terveydenhuollon palveluiden käyttäjien asema muuttuu erilaisten uusien käytäntöjen myötä, kuten tilaaja-tuottajamalli, kuluttajuuden ja palvelumarkkinoiden myötä. Potilas- ja/tai asiakaslähtöisyys on ollut tavoitteena valtakunnallisesti parinkymmenen vuoden ajan useissa maissa. (Aaltonen ym. 2009; STM 2006.)

Suomen hallitus ehdotti esityksessään (HE 90/2010) Eduskunnalle yhdistettäväksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon toiminnan ja palveluiden sisältöä koskevat säännökset uudeksi terveydenhuoltolaiksi. Laki astui voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011. Hallituksen mukaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, palvelutarpeiden kasvu ja terveydenhuollon kustannusten hallinta edellyttävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä ja raja-aitojen madaltamista. Hallitus ehdotti asiakaskeskeisyyden lisäämiseksi, että potilaalla olisi mahdollisuus valita ensivaiheessa kuntansa terveysasema ja kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikkö erityisvastuualueella. (Hallituksen esitys Eduskunnalle...2010.)

Hallituksen esityksessä oli, että vuonna 2014 sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon valinnan mahdollisuus laajenee valtakunnalliseksi. Lain toinen vaihe tuli voimaan 1.1.2014. Valinnanvapaus kattaa kaikki maamme terveyskeskukset ja erikoissairaanhoidon yksiköt (L 1326/2010.) Erikoissairaanhoidossa valinnanmahdollisuus tapahtuu yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa. Palvelu- ja kuntarakennehankkeen tavoite on palvelujen käyttö yli kuntarajojen. Kyseiseen ehdotukseen sisällytettiin myös potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua vahvistavia säännöksiä. (Hallituksen esitys Eduskunnalle...2010.)

Uuden terveydenhuollon lain (1326/2010) ja uuden tulevan sosiaalihuoltolain sekä sote-uudistuksen tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia, kaventamalla väestöryhmien eroja. Lakien tarkoituksena on taata yhdenvertaiset, laadukkaat ja turvalliset palvelut lisäämällä asiakaskeskeisyyttä. Uudet lait tuovat palveluiden tarjoajille lisää kilpailua, mitä parantaa laatua ja potilaiden tietoisuutta palveluista. Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) tuonee uusia haasteita julkiseen erikoissairaanhoidon. Sen tuomat muutokset jäävät nähtäviksi.

Kansalaiset odottavat mahdollisuuksia valita ja laatua sekä julkisilta että yksityisiltä palveluilta (Newman & Vider 2006). Kansalaisten valintaa ja terveystalouden käyttöä on tutkittu erilaisten mallien avulla. Terveystalouden käyttöä on selitetty yksilöön liittyvillä tekijöillä, palveluiden tarjonnalla, poliittishallinnollisella ohjauksella sekä siihen liittyvällä valintaprosessilla. (Andersen 1968, 1995; Jäntti 2008; Kalimo 1969; Ngugen & Häkkinen 2005; Purola 1971.)

Valintaa on tutkittu eri tieteiden ja mallien mukaan (Tversky 1972; Lane 2000). Arrow (1963) ja Manning ym. (1987) ovat tutkineet valintaa terveystaloustieteen näkökulmasta, kun taas Andersen (1968) yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta. Toiviainen (2007) on tutkinut lääkärin suhtautumista potilaan tekemään hoitovalintaan. Julkisen ja yksityisen sektorin välistä lääkäripalveluiden valintaa ovat tutkineet Propper (2000), Tuorila (2000), Nguyen & Häkkinen (2005a) ja Jäntti (2008). Käyhkö (1997) on tutkinut yksilöiden terveystalouksissa tekemää valintaa.

Tämän pro gradu – tutkimuksen tavoitteena lisätä ymmärrystä miten asiakaslähtöisesti potilaan hoitopaikan valinnanvapaus toteutuu julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, kun potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita sekä lisätä tietoa potilaan hoidon kehittämiseen asiakaslähtöisemmäksi. Tutkimuksen pääongelmana on tarkastella mikä säätelee potilaan valinnanvapautta ja miten se ilmenee tekonivelsairaala Coxan kontekstissa. Osaongelmina on vastata mikä merkitys iällä, sukupuolella ja koulutuksella valintaan sekä millaisia vaikutuksia muilla, hoitoprosessiin ja potilaiden taustamuuttujiin liittyvillä tekijöillä on potilaiden valintapäätökseen.

Oman mielenkiinnon tutkimuskohteeseen ovat antaneet yli kymmenen vuoden kokemus fysioterapeuttina tekonivelpotilaiden hoidossa ja sen kehittämisessä. Tänä aikana on julkisen hallinnon ohjauksessa muutettu lainsäädäntöä hoitotakuun muodossa, jolloin potilaiden hoito pitää toteutua määrätyn ajan puitteissa myös erikoissairaanhoidossa. Tekonivelkirurgian hoitoprosesseja on kehitetty asiakaslähtöisemmäksi ja laadukkaammaksi. Kuitenkin osassa Suomea hoitoon pääsyssä on ollut useiden kuukausien jonot. Hoitotakuu on lyhentänyt jonoja. Toisaalta taas asiantuntevan henkilökunnan saatavuus on haastavaa eri puolella Suomea, mikä on saattanut vaikuttaa hoitoon pääsyyn. Kuitenkin lakien asettamat velvollisuudet on tehty noudatettaviksi.

2 TUTKIMUKSEN PERUSVALINNAT

2.1 Tutkimuksen tavoite

Tutkimus kuuluu hallintotieteiden tieteenalaan, mutta tutkittavan ilmiön vuoksi tutkimus sivuaa myös muita tieteen aloja, kuten terveystiedettä ja terveyshallintotiedettä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa empiirisen aineiston avulla, kyselytutkimuksella, tutkittua tietoa miten asiakaslähtöisesti potilaan hoitopaikan valinnanvapaus toteutuu, kun potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita sekä lisätä tietoa potilaan hoidon kehittämiseen asiakaslähtöisemmäksi. Tutkimuksella selvitetään ja kuvataan potilaiden tekemää valintaa ja valinnanvapautta.

Tässä pro gradu -tutkimuksessa kuvataan teorian ja käytännön avulla mitkä tekijät potilaat kokevat tärkeiksi valitessaan hoitopaikkaa. Terveystieteiden tutkimuksen laaja-alaisuuden vuoksi tutkimus kohdistuu julkisen järjestelmän palveluihin ja palvelujärjestelmään. Tutkimus on yksivaiheinen kyselytutkimus.

Tutkimuksen tarkoituksena/*pääongelmana* on tarkastella mikä säätelee potilaan valinnanvapautta ja miten se ilmenee tekonivelsairaala Coxan kontekstissa?

Tutkimuksen *osaongelmina* on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mikä merkitys iällä, sukupuolella ja koulutuksella on valintaan?
2. Millaisia vaikutuksia muilla, hoitoprosessiin ja potilaiden taustamuuttujiin liittyvillä tekijöillä on potilaiden valintapäätökseen?*

Tutkimuksen *nollahypoteesina* on ensimmäisen osaongelman osalta se, ettei ikä, sukupuoli ja koulutus vaikuta valintaan viitaten aikaisempaan tutkimukseen (Jäntti 2008; Käyhkö1997). Nollahypoteesia testataan tutkimuksessa kvantitatiivisella potilasaineistolla. Toiseen osaongelmaan liittyen lähtökohtaolettamana on, että hoitoprosessilla ja potilaiden taustatekijöillä on osittaista merkitystä potilaiden valintapäätökseen. (Jäntti 2008; Pekurinen 1997.) Tähän problematiikkaan pureudutaan tutkimuksessa erityisesti kyselylomakkeeseen liittyvien avokysymysten valossa.

* Tätä selvitetään asenneväittämäkysymyksillä ja avoimilla kysymyksillä.

Uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) toinen vaihe tuli voimaan 1.1.2014. Valinnanvapaus kattaa kaikki maamme terveyskeskukset ja erikoissairaanhoidon yksiköt. Valinnanvapaus mahdollistaa potilaille valita vapaasti yhdessä lääkärinsä kanssa hoitonsa julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidossa myös muualta kuin oman sairaanhoitopiirinsä alueelta (L 1326/2010). Tällöin myös asiakaslähtöisyys korostuu ja asiakkaiden - palveluiden käyttäjien - näkökulma voimistuu. Tämän näkökulman tarkastelu tässä tutkimuksessa antaa lisää tietoa asiakaslähtöisyyden toteutumisesta julkisen palvelun tehtävässä.

Osalla tähän tutkimukseen osallistuvilla potilailla on ollut erillisen sopimuksen mukaan mahdollisuus valita tekonivelleikkaushoito muualta kuin oman alueensa sairaalasta jo ennen varsinaisen lain astumista voimaan (Hiltunen 2008, 2; L 1326/2010, 5.; PSHP 2007). Toisaalta taas osa tutkimukseen osallistuvista potilaista on itse maksanut tekonivelleikkaushoidon tai hakeutunut tekonivelleikkaushoitoon vakuutusyhtiö kautta. Tämän tutkimuksen mielenkiinto kohdistuu ennen kaikkea miten potilaiden valinnanvapaus toteutuu, kun potilaat tarvitsevat erikoissairaanhoidon palveluita ja mitä asioita potilaan pitävät tärkeinä hoitoon hakeutumisessa.

Kyselylomakkeen kysymyksistä osa liittyy tutkimukseeni ja osa Coxassa tehtävään kehittämistyöhön.

2.2 Tutkimuksen rajaus

Tässä tutkimuksessa *potilaalla* tarkoitetaan asiakasta, kansalaista, kuluttajaa ja yksilöä, joka käyttää tai maksaa palveluista. Potilaan mielipiteet ja kokemukset antavat arvokasta tietoa palveluiden kehittämiseen yhä asiakaslähtöisemmäksi. Samalla on tärkeää saada tietoa kokevatko potilaat saavansa valita hoitopaikan heidän tarpeensa, halunsa ja valintansa huomioiden. Tässä tutkimuksessa *hoitoprosessilla* tarkoitetaan tekonivelpotilaan hoitoon liittyvien hoitotapahtumien suunnitelmallista toimintasarjaa, joka etenee ongelman määrittelystä, hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja hoidon arviointiin (THL 2014). *Asiakaslähtöisyys* on koko organisaation toiminnan suunnittelua asiakkaan ollessa keskiössä, huomioiden asiakkaan tarpeet ja ollen heitä varten (Outinen ym. 1999, 12; Raitakari ym. 2012, 73–75). *Valinnalla* tarkoitetaan asiakkaan, potilaan, kansalaisen, yksilön tai kuluttajan tekemiä valintoja, jotka liittyvät läheisesti tarpeeseen, haluun, maineeseen ja päätöksentekoon. *Hoitopaikalla* tarkoitetaan tässä tutkimuksessa tekonivelleikkauksia tekevää sairaalaa. *Hoidolla* tarkoitetaan tekonivelleikkausta ja siihen sisältyvää hoitoa ja ohjausta. *Yksilölliset ominaisuudet* tässä tutkimuksessa ovat ikä, sukupuoli,

koettu terveys, arvot, odotukset, vakuutus, sairaus, perhesuhteet, ammatti. *Palvelun tarjontatekijät* ovat sairaalan tarjoamat palvelut, lääkäripalvelut, sijainti, maine, laatu, hoitoon pääsy, hoitojono ja lääketieteellinen osaaminen. *Poliittishallinnolliseen ohjaukseen ja terveystalouden järjestelmään* kuuluvat tämän tutkimuksen osalta hoidon tarve, lait, saatavat lääkäripalvelut sekä vapaan hoitopaikan mahdollistava erillinen sopimus Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystalouden alueella asuville.

3 TUTKIMUSAINEISTO JA – MENETELMÄT

3.1 Kohderyhmä ja aineiston hankinta

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat Tekonivelsairaala Coxa Oy:n vuosina 2007–2013 tekonivelleikatut potilaat, jotka olivat saapuneet tekonivelleikkaukseen ns. vapaan hoitopaikan sopimuksella, maksaen itse tekonivelleikkauksen tai vakuutusyhtiö maksoi potilaan tekonivelleikkauksen. Otokseen (N=276) valittiin kaikki edellä mainituin perustein.

Ennen tutkimusta haettiin lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupa tutkimuksen tekemiseen. Lausunnossa mainittiin, ettei kyseinen tutkimus tarvitse eettisen toimikunnan lupaa. Tutkimukseen haettiin ja saatiin lupa Tekonivelsairaala Coxasta. Tutkimukseen osallistuvien potilaiden tiedot saatiin Tekonivelsairaala Coxasta. Aineiston keruu tapahtui niin, että tekonivelleikatulle potilaalle lähetettiin kirje, joka sisälsi tiedotteen tutkimuksen kulusta, mitä tutkimukseen osallistuminen potilaalta edellyttää ja tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden. Tiedotteessa oli tutkijan yhteystiedot, jolloin potilailla oli tarvittaessa mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan puhelimitse tai sähköpostilla. Sama kirje sisälsi tutkimukseen suostumus lomakkeen, jonka potilas lähetti tutkijalle täytettynä. Tutkimukseen suostumus lomake sisälsi potilaan henkilö- ja yhteystiedot. Potilaalle lähetetyssä kirjeessä oli kyselylomake ja valmiiksi postimaksettu vastauskuori. Vastausaikaa kyselylomakkeen täyttämiseen oli kaksi viikkoa. Kyselylomakkeet lähetettiin tutkijan työosoitteeseen. Ensimmäinen kysely lähetettiin lokakuussa 2013. Uusintakysely lähetettiin neljä viikkoa ensimmäisen kyselyn lähettämisestä marraskuussa 2013.

3.2 Tutkimuksessa käytetty mittari

Tutkimuksessa käytettiin tutkijan laatimaa kyselylomaketta, joka perustuu kahteen suomalaiseen väitöskirjatutkimukseen (Jäntti 2008; Käyhkö 1997) ja sosiaali- ja terveysministeriön tekemään tutkimukseen (Pekurinen ym. 1997). Mittari sisältää kuusi eri osa-aluetta: taustatiedot, terveyspalveluiden käyttö, valinta, asiakaslähtöisyys, Tekonivelsairaala Coxa ja valinta tulevaisuudessa. Mittarissa on yhteensä 36 kysymystä, joista taustatietoihin liittyviä kysymyksiä on 12, terveyspalveluiden käyttöön liittyviä kysymyksiä on neljä kysymystä, valintaan liittyviä

kysymyksiä on kuusi kysymystä, asiakaslähtöisyyteen kolme kysymystä, Tekonivelsairaala Coxaan liittyviä kysymyksiä on neljä ja valinta tulevaisuudessa liittyviä kysymyksiä on seitsemän.

Mittari on pääosin strukturoitu sekä sisälsi neljä avointa kysymystä. Terveyspalveluiden käyttöä arvioitiin eri vaihtoehtoista koostuvilla kysymyksillä. Kysymyksiä *Mihin yleensä hakeudutte hoitoon sairastuessanne? Mikä on tärkein syy miksi käytätte edellä valitsemaanne lääkäripalvelua? Mistä saitte lähetteen Coxaan? Saitteko Coxasta tietoa?* arvioitiin yhdellä ympyröitävällä vaihtoehdolla. Ainoastaan kysymyksessä *Saitteko Coxasta tietoa?* Potilas ympyröi kaikki sopivat vaihtoehdot.

Valintaan liittyviä kysymyksiä oli kuusi, joista yksi monivalintakysymys *Mikä olivat tärkeimmät tekijät, kun päädyitte tekonivelleikkavaksi Coxaan?* Potilas arvotti 15 vastausvaihtoehdosta kolme niin, että 1=kaikkein tärkein, 2=toiseksi tärkein ja 3=kolmanneksi. Vakuutusta ja vakuutusyhtiötä selvittäviin kysymyksiin potilaat vastasivat dikotomisesti 1=Kyllä, 2=Ei. *Vaikuttko, joku henkilö päätöksentekoonne tekonivelleikkauspaikan valinnassa?* vastausvaihtoehtoina oli annettu vaihtoehdot 1=Kyllä, kuka?, Ei=2. Tämä kysymys jätettiin pois analyysistä, sillä kyselylomakkeeseen oli tullut väärä ohjeistus, mikä vaikutti vastausten määrään. Valintaan liittyvässä kysymyksessä *Missä määrin seuraavat tekijät vaikuttivat hakeutumiseen tekonivelleikkaukseen Coxaan?*, mittaria arvioidaan Likert-tyyppisellä asteikolla vastausvaihtoehdoilla 1=Vaikutti erittäin paljon, 2=Vaikutti jonkin verran, 3=Vaikutti vain vähän 4=Ei vaikuttanut lainkaan. Kysyttäessä *Oliko Coxa lähin mahdollinen tekonivelleikkauksia tekevä sairaala tekonivelleikkausvalinta hetkellä?* vastausvaihtoehtoina olivat 1= Kyllä, 2=Ellei, niin mikä sairaala?, 3=En tiedä/ En osaa sanoa.

Miten asiakaslähtöisyys toteutui tekonivelleikkaukseen lähettävän tahon kanssa, mitattiin Likert-tyyppisellä asteikolla 1=Täysin samaa mieltä, 2=Jokseenkin samaa mieltä, 3=Jokseenkin eri mieltä, 4=Täysin eri mieltä ja 5=En osaa sanoa. Mitattavana olivat seuraavia asiat: *Lähettävä taho huomio tekonivelleikkaus tarpeeni; Sain osallistua hoitoni suunnitteluun lähettävät tahon kanssa; Elämäntilanteeni huomioitiin ennen tekonivelleikkausta ja Ehdotin itse lähettävälle lääkärille tekonivelleikkauksen tekoa Coxassa.*

Kuinka tärkeinä vastaajat pitivät seuraavia asioita: *Saada hoitoa kun sitä tarvitsee; Mahdollisuutta valita hoitava lääkäri; Saada valita hoitopaikka; Valita hoito ajankohta ja Mahdollisuutta valita erikoissairaanhoidon palvelut eri sairaanhoitopiiristä, kuin missä asuu,* mitattiin Likert-tyyppisellä

asteikolla 1=Erittäin tärkeä, 2=Melko tärkeä, 3=Ei kovin tärkeä, 4=Ei lainkaan tärkeä ja 5= En osaa sanoa.

Asiakaslähtöisyyttä Tekonivelsairaala Coxasta mitattiin seuraavien kysymysten osalta Likertintyyppisellä asteikolla (1=Täysin samaa mieltä, 2=Jokseenkin samaa mieltä, 3=Jokseenkin eri mieltä, 4=Täysin eri mieltä ja 5=En osaa sanoa): *Sain osallistua hoitoni suunnitteluun Coxassa; Sain valita hoidon ajankohdan; Elämäntilanteeni huomioitiin Coxassa ennen tekonivelleikkausta ja Sain hoidon, kun tarvitsin sitä.* Millä todennäköisyydellä vastaaja suosittelisi Tekonivelsairaala Coxaa parhaalle ystävälleen, mitattiin asteikolla 1-10 (1=Varmasti ja 10= En missään tapauksessa). *Mitä odotuksia Teillä oli Coxassa tehdyn tekonivelleikkauksen suhteen?* mitattiin avoimella vastauksella. *Miten odotukset täyttyivät?* ja *Miten arvioisitte Coxan onnistuneen?* mitattiin vastausvaihtoehtojen 1= Erittäin hyvin, 2=Hyvin, 3=Huonosti, 4=Erittäin huonosti ja 5=En osaa sanoa avulla. Coxan onnistumisessa arvioitavia asioita oli lääkärin, sairaanhoitaja ja fysioterapeutin ammattitaito, leikkauksen laatu, leikkaukseen pääsyn nopeus, Coxan maine, infektioiden (tekoniveltulehdusten) alhaisuus, Coxan sijainti, luotettavuus, palvelu, sairaalan tilat ja muu, mikä.

Valinta tulevaisuudessa kysymysten kohdassa oli kysymys oliko potilailla tietoa vuoden 2014 vapaanhoitopaikan valintaa koskevasta laista. Mittarina oli dikotominen vastausvaihtoehto 1= Olen, 2= En ole. *Millä todennäköisyydellä olisitte valmis leikkauttamaan tekonivelen muualla kuin Suomessa?* Mittarina oli 10-portainen asteikko, jossa vastausvaihtoehtoina oli 1=Varmasti, 10=En missään tapauksessa. *Miten Teidän mielestänne oman kuntanne julkinen terveydenhuoltojärjestelmä mahdollisti tekonivelleikkaukseen pääsyn ennen tekonivelleikkaustanne Coxassa?* ja *Miten Teidän mielestänne oman kuntanne julkinen terveydenhuoltojärjestelmä mahdollistaa tekonivelleikkauksen tällä hetkellä?* Potilaiden mielipidettä mitattiin Likert-tyyppisellä asteikolla 1=Erittäin hyvin, 2=Hyvin, 3=Huonosti, 4=Erittäin huonosti ja 5=En osaa sanoa.

Taustamuuttujia kyselylomakkeella oli 14. Taustatietoina kysyttiin sukupuolta, syntymävuotta, koulutusta, kotikuntaa valitessa tekonivelleikkauspaikkaa, kotikuntaa tekonivelleikkaushetkellä, mikä tekonivelleikkaus tehtiin, minä vuonna tekonivelleikkaus tehtiin, minkä tekijän perusteella potilas tuli leikattavaksi Coxaan, työtilanne, kenen kanssa potilas asuu, terveydentilasta ennen tekonivelleikkausta ja terveydentila vastaus hetkellä. Kotikunta tekonivelleikkauspaikkaa valitessa ja tekonivelleikkaus hetkellä luokiteltiin sairaanhoitopiireihin ja erityisvastuualueisiin.

Avoimia kysymyksiä kyselylomakkeella oli neljä. *Mitä odotuksia Teillä oli Coxassa tehdyn tekonivelleikkauksen suhteen? Mikä helpottaisi kokemuksenne perusteella vapaanhoitopaikanvalinnan toteutumista julkisessa terveydenhuollossa? Mitkä ovat kolme (3) tärkeintä asiaa – kokemanne tekonivelleikkauksen perusteella - minkä perusteella valitsisitte tekonivelleikkauksen tällä hetkellä? Mainitkaa kolme (3) asiaa minkälaisia palveluita toivoisitte saavanne tekonivelleikkauksen jälkeen tekonivelleikkauksia tekevästä sairaalasta?* Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä.

3.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysissä käytettiin kvantitatiivisia menetelmiä. Tutkimusaineistolle tehtiin tilastolliset analyysit SPSS 21.0 – ohjelmistolla. Aineiston tarkastelu aloitettiin tarkistamalla saatu aineisto ja laskettiin vastausprosentti. Aineistoa kuvattiin vaihteluvälien, keskiarvojen ja prosenttien avulla.

Aineisto tutkittiin tilastollisin menetelmin ja avoimet kysymykset sisällönanalyysillä. Muuttujien mitta-asteikot ja jakaumamuodot huomioitiin menetelmien käytössä. Aineiston tutkintaan käytettiin ristiintaulukointia. Riippuvuustarkastelut suoritettiin χ^2 -riippumattomuustestin (khiin neliö-testin) avulla. (Heikkilä 2008, 210- 223.)

Kysymysten vastausvaihtoehdot käännettiin analyysissä niin, kyselylomakkeella vastausvaihtoehdot 1= Erittäin hyvin, 2=Hyvin, 3=Huonosti, 4=Erittäin huonosti ja 5=En osaa sanoa avulla, käännettiin 4=Erittäin hyvin, 3=Hyvin, 2=Huonosti ja 1=Erittäin huonosti. Vaihtoehto 5=En osaa sanoa muutettiin puuttuvaksi tiedoksi. Tällöin mitä suurempi oli vastauksen arvo, sitä positiivisempi kuva asiasta annettiin. Metsämuurosen (2006) mukaan tilastollisen merkitsevyyden rajana sosiaalitieteissä voidaan pitää p-arvoa, joka on pienempi kuin 0,05. Tässä tutkimuksessa tulokset raportoidaan kolmella eri merkitsevyydellä $p \leq 0,001$ =erittäin merkitsevä, $p \leq 0,01$ =merkitsevä ja $p \leq 0,05$ melkein merkitsevä.

4 KOHDEORGANISAATION ESITTELY

4.1 Tekonivelsairaala Coxa Oy

Tekonivelsairaala Coxa Oy (myöhemmin Coxa) on tekonivelleikkauksiin erikoistunut sairaala, joka aloitti toimintansa Tampereella syyskuussa 2002. Coxa on perustettu Tampereella 7.2.2001. Osakeyhtiön perustajina olivat Tampereen kaupunki, Wittgensteiner Kliniken AG Saksasta, Invalidisäätiö (Sairaala Orton), Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Päijät-Hämeen ja Vaasan keskussairaalapiirit sekä Mäntän, Valkeakosken ja Vammalan kaupungit. Osakeyhtiömuotoinen sairaala mahdollisti usean toimijan osallistua yhtiön päätöksentekoon ja omistamiseen sekä sairaalan itsenäisen toiminnan ja riippumattomuuden. Tämä antoi hyvät edellytykset yhteistyölle sekä alueellisten hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen varmistamiseksi talouden ja toiminnan läpinäkyvyyden. (Lehto M. & Elonheimo 2004, 305.)

Keväällä 2005 SITRA tuli osakkuusyhtiöksi Wittgensteiner Kliniken AG:n luopuessa osakkuudestaan. Vuoden 2006 lopulla osakkaaksi tuli SITRAn perustama Terveysrahasto Oy. Coxa Oy:n osakkaina olivat vuonna 2007 Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampereen kaupunki, Terveysrahasto Oy, Invalidisäätiö Helsingistä, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirien kuntayhtymät sekä Mäntän, Valkeakosken ja Vammalan kaupungit. (Lehto, M. 2007, 7-8.) Tällä hetkellä Coxan osakkaina ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampereen kaupunki, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirit sekä Mänttä-Vilppulan kaupunki, Sastamalan ja Valkeakosken kaupungit (Coxa Tekonivelsairaala, vuosikertomus 2012, 19).

Coxa on Pohjoismaiden suurin tekonivelkirurgiaan keskittyvä sairaala (Coxan kotisivut a; Hiltunen 2007, 18). Coxassa on työntekijöitä lähes 200, seitsemän leikkaussalia ja 62 potilasvuodepaikkaa. Vuosittain tekonivelleikkauksia tehdään lähes 3000. (Coxan kotisivut d.) Coxassa tehdään lonkan, polven, olkapään, nilkan kyynärpään ja ranteen tekonivelleikkauksia sekä näiden nivelten uusintaleikkauksia (Coxa kotisivut b). Coxa tarjoaa vaativia tekonivelleikkauspalveluita valtakunnallisesti (Lillrank & Venesmaa 2010, 209). Tieteellinen tutkimus on tärkeä osa Coxan toimintaa. Tutkimustyön tarkoituksena on kehittää Coxan omaa toimintaa laadukkaammaksi sekä tuottaa tietoa maailmanlaajuisesti. (Coxan kotisivut c; Coxa Tekonivelsairaala, vuosikertomus 2012.) Coxalle on myönnetty ISO 9001 laatusertifikaatti vuonna 2005 ja joka uusittiin toistamiseen

vuonna 2011 (Coxan kotisivut a). Henkilöstön kehittäminen ja osaamisen laatu ovat olleet Coxan toiminnan ajan myös tärkeä tekijä. Suomen Laatukeskus antoi Coxalle Recognised for Excellence neljän tähden tunnustuksen henkilöstön osaamisesta. (Coxa Tekonivelsairaala, vuosikertomus 2012, 6.)

Potilas pääsee Tekonivelsairaala Coxan hoitoon laillistetun lääkärin läheteellä, kotikunnan myöntämällä maksusitoumuksella (esim. palveluseteli) tai Coxan yksityisvastaanoton kautta. Vuoden 2014 alusta, potilaan valinnanvapauden laajentuessa, Coxaan on voinut hakeutua lääkärin läheteellä kaikkialta Suomesta. Valinnanvapaus koskee myös uusintaleikkauksia ja tekonivelleikkausten jälkeistä seuranta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erityisvastuualueen sisällä Coxan asiakkaaksi pääsee terveyskeskus-, sairaala- tai yksityislääkärin läheteellä. Läheteessä tulee maininta sen perustumisesta potilaan vapaaseen hoitopaikan valintaan. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erityisvastuualueen ulkopuolella asuva tarvitsee oman sairaanhoitopiirin tai kunnan maksusitoumuksen, kuten esimerkiksi palvelusetelin leikkaushoidon saamiseksi. Palveluseteli edellyttää potilasta valitsemaan hoitopaikan kotikunnan hyväksymistä palveluntuottajista. (Coxa kotisivut b.)

Vuonna 2005 voimaan astuneen ns. hoitotakuulain mukaan, potilaan pitää saada hoito viimeistään kuuden kuukauden kuluttua siitä, kun hoidon tarve on todettu. Tämä on parantanut merkittävästi hoitoon pääsyä kiireetöntä hoitoa tarvitsevien potilaiden osalta. Coxa täytti vuonna 2007 hoitotakuun ehdon kaikkien potilaiden osalta. Ennen hoitotakuulain voimaan astumista potilaat saattoivat odottaa hoitoon pääsyä leikkausjonossa 2-3 vuotta. (Hiltunen 2007, 17.) Coxan tavoitteena oli vuonna 2012 lyhentää potilaiden jonotusaikaa sekä läheteen saapumisen ja ensikäynnin että hoitopäätöksen ja leikkaushoidon osalta. Ensikäynti toteutuu keskimäärin 35 vuorokauden kuluessa läheteen saapumisesta. Tekonivelleikkaus tehdään alle kolmen kuukauden kuluessa leikkauspäätöksestä. (Coxa Tekonivesairaala, vuosikertomus 2012, 8.)

Muita tekonivelleikkauksia tekeviä sairaaloita

Suomessa tekonivelleikkauksia tehdään useissa julkisissa ja yksityisissä sairaaloissa. Vuonna 2002 polven tekonivelleikkauksia tehtiin 14 eri keskussairaalassa, viidessä eri aluesairaalassa, viidessä yliopistollisessa sairaalassa, kahdessa terveyskeskuksessa, yhdessä kuntayhtymässä, kolmessa säätiön tai muussa vastaavan tyyppisessä sairaalassa sekä muissa julkisissa sairaaloissa ja muissa yksityisissä sairaaloissa. Polventekonivelleikkaus määrät vaihtelivat 55–486 leikkauksen välillä eri

sairaaloissa. Vuonna 2002 tehtiin Vammalan sairaalassa 55 polven tekonivelleikkausta. Coxassa 175 polven tekonivelleikkausta. Tässä tulee huomioida, että Coxa aloitti toimintansa syyskuun alusta 2002. Vammalan sairaalan polven tekonivelleikkaukset siirtyivät syksystä 2002 Coxaan. (STAKES, THL 2010.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilaston (2013) mukaan lonkan ja polven primaareja tekonivelleikkauksia tehtiin 58 eri sairaalassa, lonkan uusintaleikkauksia 34 sairaalassa ja polven uusintaleikkauksia 40 eri sairaalassa. Eniten vuonna 2011 tekonivelleikkauksia tehtiin Coxassa 2608 leikkausta, toiseksi eniten Peijaksen sairaala 2320 leikkausta, kolmanneksi Kuopion yliopistollisessa sairaalassa 1148, neljänneksi Turun yliopistollisessa sairaalassa 1087 ja viidenneksi Päijät-Hämeen keskussairaalassa 848 leikkausta. (THL 2013.) Peijaksen sairaalaan on keskitetty Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tekonivelleikkaukset vuodesta 2007.

4.2 Tekonivelleikkaus ja sen komplikaatiot

Nivelrikko on yleisin niveltauti maailmassa. Tekonivelleikkaus on vakiintunut vaikean nivelrikon hoitomuodoksi, kun konservatiivinen hoito, kuten lääkkeet, fysioterapia, tuet ja apuvälineet eivät tuo enää riittävää apua jokapäiväiseen elämään. Ensimmäisen lonkan nykyaikaisen tekonivelleikkauksen suoritti Sir John Charnley vuonna 1961. Suomessa ensimmäinen lonkan tekonivelleikkaus tehtiin vuonna 1967. Maailmassa tehdään vuosittain yli 400 000 lonkan tekonivelleikkausta. Nykyisin Suomessa tehdään vuosittain noin 7 500 lonkan ja 8 000 polven tekonivelleikkausta.

Tekonivelleikkaus tehdään usein kivun, jäykkyyden, toiminnan rajoittuvuuden ja huonosti parantuneen murtuman epävakaisuuden vuoksi. Tekonivelleikkauksia tehdään useimmiten lonkkaniveleen, polviniveleen, ylempään nilkkaniveleen, olka-, kyynär- tai ranneniveleen sekä sormen niveliin. Yleisimmin tekonivelleikkauksia tehdään polvi- ja lonkkaniveliin. (Rokkanen ym. 2003.)

Tekonivelleikkauksella pyritään kipujen vähentämiseen, liikkumisen helpottamiseen, toiminta- ja työkyvyn sekä elämänlaadun parantamiseen. Syynä tekonivelleikkaukseen on useimmiten nivelrikko tai reumasairaus. Tekonivelen kuluma tai irtoaminen on uusintaleikkaukseen johtavia syitä. Tekonivelleikkauksella on todettu useissa tutkimuksissa olevan vaikutusta elämänlaadun

kohentamiseksi. (Ethgen ym. 2004; Käypä hoito 2007.) Ortopedi valitsee potilaalle soveltuvan tekonivelmallin yksilöllisesti. Potilaan yleistila, luun laatu, anatomiset tekijät sekä odotettavissa oleva tekonivelen käytön kuormittavuus ovat valintaan vaikuttavia tekijöitä. (Moilanen 2007, 149.)

Potilas voidaan leikata kiireettömästi, mikäli hänellä on häiritsevä ja selkeä nivelen liikevajaus ja rasisärky on viikoittaista, jolloin liikunta on huomattavasti vähentynyt. Potilaalla voi olla myös kohtalainen toiminnallinen rajoitus, jolloin kävely on rajoittunut kivun vuoksi. Hänellä voi olla vaikeuksia kenkien jalkaan laitossa, porraskävelyssä tai potilas ontuu kävellessään. (Käypä hoito 2007).

Tekonivelleikkaukseen valmistaudutaan huolellisesti, koska leikkaus on rasite elimistölle ja vaatii mahdollisimman hyvän terveydentilan. Hyvä yleiskunto ja lihasvoima nopeuttavat fyysisen toimintakyvyn parantumista ja leikkauksesta toipumista. Rokkasen ym. (2003, 84) mukaan tekonivelleikkauksen edellytyksenä on samat periaatteet kuin muussakin kirurgiassa. Tällöin perussairaudet (esim. sydän- ja verisuonisairaudet, sokeritauti) tulee hoitaa parhaalle mahdolliselle hoitotasolle ennen leikkausta. (Rokkanen ym. 2003, 84.) Jämsenin (2009) mukaan vaikea kliininen lähtötilanne, lihavuus, nivelreuma ja aiempi murtuma lisäävät merkittävästi tekonivelinfektion riskiä. Ennen tekonivelleikkausta mitatut poikkeavan korkeat sokeriarvot ovat yhteydessä lisääntyneeseen infektioriskiin erityisesti ylipainoisilla potilailla. (Jämsen 2009.)

Tekonivelkirurgian kustannustehokkuudenkin vuoksi leikkauksia joudutaan uusimaan 3-6 % kymmenen vuoden sisällä ensimmäisestä tekonivelleikkauksesta. Tyypillisesti uusintaleikkauksen syinä ovat proteesin irtoamisen, infektion tai proteesikomponenttien kulumisen. (Lehto, M. ym. 2005, 893.)

Polvitekonivelen uusintaleikkauksen yleisin syy on infektio ja toiseksi yleisin asentovirhe. Lonkan uusintaleikkausten yleisimmät syyt olivat vuonna 2011 proteesin irtoaminen tai luksaation eli sijoittamien. Näitä oli ilmoitettu 23 prosenttia, mutta 47 prosentista puuttui uusintaleikkauksen syy. (THL 2013, 1-4.) Coxassa tekonivelinfektioiden esiintyvyys vuonna 2003 oli 0,3 %. Coxassa on ennen tekonivelleikkausta pyritty minimoimaan infektiota aiheuttavat tekijät jo ensikäynnillä sekä varmistamalla tilanne tulotarkastuskäynnin yhteydessä. (Lehto M. ym. 2005, 300.) Vauramon ja Dowdeswillin (2009) mukaan syvä infektiota esiintyy alle 0,1 prosenttia tapauksista, kun Suomen keskiarvo on 1-2 prosenttia (Vauramo & Dowdeswill 2009, 11). Lonkan sijoittamien meno

ensileikkauksen jälkeen oli vuonna 2003 huikan yli 1 % luokkaa. 1990-luvun lopulla Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella eri sairaaloissa sen ollessa lähes 10 %. (Lehto M. ym. 2005, 300.)

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa Suomen virallista tilasto lonkka- ja polviproteeseista. Vuoden 2011 implanttirekisteriin ilmoitettiin tekonivelleikkauksia yli 20 000 lonkan ja polven tekoniveltä. Mikäli samaan niveleen on tehty useampi leikkaus saman vuoden aikana, jokainen leikkaus tilastoituu yhdeksi leikkaukseksi. Tekoniveliä uusittiin tilaston mukaan 12 prosenttia. Primaarileikkauksia tehtiin 53 sairaalassa ja uusintaleikkauksia 34 sairaalassa. Primaarileikkausten määrä on lisääntynyt lähes 80 prosenttia vuodesta 2000. Alle 50 primaariteknonivelleikkausta tekeviä sairaaloita oli vuonna 2011 20 sairaalaa. Primaarileikkauksia tekevien sairaalayksiköiden määrä on vähentynyt 2000-luvun aikana 17 prosenttia, uusintaleikkausyksiköiden vähentyessä 23 prosenttia. Tietojen ilmoittaminen rekisteriin on vähentynyt 2000-luvulla huomattavasti. (THL 2013, 1-7.)

Tekonivelkirurgiassa on havaittu oppimisen vaikutukset. Kokemuksen ja tiedon karttuessa vähenivät leikkauskomplikaatiot, kuten leikkauksen kesto, leikkauksen aikainen vuoto ja komplikaatioalttius. Parantuneen hygienian ja kehittyneen leikkaustekniikan ei pystytty arvioimaan niiden todellista vaikutusta infektioriskin syntymiseen. (Niinimäki ym. 1996, 401.) Erikoistumisen on todettu vähentävän kustannuksia, parantavan teknistä laatua, vähentävän riskejä ja mahdollistavan uusien palveluiden kehittämistä. Erikoistumisen edellytyksenä ovat riittävät potilasmäärät. Kun erikoistumistason vaikeat potilaat seulotaan tai ennakoidaan, voidaan niille järjestää kuljetuksia sekä mahdollistaa erikoistason palvelut ja saatavuus. Erikoistuneiden palveluiden keskittämistä harvoin yksiköihin puoltavat oppimiskäyrä ja erikoistuminen. (Lehto, M. ym. 2005, 893; Lillrank & Venesmaa 2010, 183; Remes ym. 2010, 15–16; Sitra ym. 2008.)

Erikoistuminen on toimijan keskittymistä yhteen tai muutaman asian tekemiseen. Tällöin yksilö hyödyntää oppimiskäyrää maksimaalisen tehokkuuden ja laadun maksimoimiseksi. Erikoistuminen voi koskea sekä laitteita että henkilöstöä. Erikoistuminen mahdollistaa suorituksen tekemisen tehokkaammin, taloudellisemmin ja nopeammin. Erikoistuminen mahdollistuu volyymin kasvulla. (Halm ym. 2002, 511–520; Lillrank & Venesmaa 2010, 98–99, 155–159; Sitra ym. 2008.)

Oppimiskäyrällä kuvataan suorituskertojen tai ajan suhdetta yksikkökustannusten muuttuviin kustannuksiin. Harjaantuminen, taitojen karttuminen ja rutinoituminen edellyttää samanlaisten suoritusten toistamista, jolloin yhteen suoritteeseen kuluu aikaa vähemmän ja laatu paranee teknisesti (Lillran & Venesmaa 2010, 154.)

5 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

5.1 Valinnanvapauden esiin nousu hallinnon muutoksessa

Hallinnon muutosta kuvataan sekä ulkoisesti että sisäisesti. Muutokselle on mahdotonta löytää täsmällistä määritelmää. Muutos on käsitteenä yksi käytetyimmistä käsitteistä yhteiskuntatieteissä. Muutos voidaan käsittää minkä tahansa ilmiön olemuksen, piirteen tai rakenteen siirtymisenä laadullisesti tai määrällisesti. Samanaikaisesti muutokseen vaikuttavat eri tekijät. Taloudelliset, poliittiset ja ideologiset ovat keskeisimpiä muutokseen vaikuttavia tekijöitä. Muutos voi olla edistymistä tai taantumista niin positiivisesti kuin negatiivisesti. Muutoksen alkutilanne tulee olla määritelty, jotta voidaan muutos määrittää. (Mäenpää 1991, 17; Salminen 2001, 33–36; Vartola 2006, 52–53.)

Suomessa alkoi voimakas jälleen rakentamisen aikakausi toisen maailmansodan jälkeen. Lainsäädännön laajeneminen vuoksi myös virkamiehinä tarvittiin lisää valmistelemaan lainsäädäntöä sekä toimeenpanemaan sitä niin valtion kuin kuntien elimissä. Valtion toiminta laajeni 1960- ja 1970-luvuilla. Uusia hallinto-oppeja kuten tulosjohtamisajattelua siirrettiin Suomeen 1980-luvulla. (Koskiahho 2008, 167; Salminen 2001, 43–52; Temmes 1994; Vartola 2006.) Hallinto orientoituu toiminnassaan ja ajattelussaan tavoiterationaalisesti. Sitä ohjaa ulkoapäin annetut lait ja asetukset tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Koska palvelutoiminnat ovat lisääntyneet, sen keinoksi on tullut niiden palveluiden tuottaminen, jotka edellyttävät asiakkaiden omaa hakeutumista niiden piiriin. (Vartola 2006, 99–104.)

1970-luvulla alettiin keskittyä kansalaisten ja hallinnon välisiin suhteisiin nostamalla esille asiakaspalvelun parantamista ja palvelukyvyyn lisäämistä. 1980-luvulla managerialismi, uusi julkishallinto (New Public Management, NPM) ja tulosjohtaminen rantautuivat perinteisen hallinnon rinnalle ja sen sijaan. Näin liiketalouskieli tuli osaksi hallintoa. (Vartola 2006, 97.)

NPM:n tavoitteena on ollut parantaa kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Lähdesmäki (2003, 62) kyseenalaistaa julkisten palveluiden piirissä kansalaisen toimimista kuluttajana ja asiakkaana. Asiakkuus edellyttää kykyä valita vapaasta tahdosta ja tehdä itsenäisiä valintoja. NPM:n yhtenä piirteenä nähdään kuntalaisten ja kansalaisten näkökulman esiin tuominen.

Osallistumismahdollisuuksien parantamiseen ja kuntalaisten tarpeisiin vastaamiseen on alettu kiinnittämään enemmän huomioita (Sihvonen 2006, 54.)

Uuden julkisjohtamisen (NPM) mukainen ajattelu alkoi 1980-luvulla Yhdysvalloissa, Uudessa Seelannissa ja Isossa-Britanniassa. (Lane 2000; Ihalainen 2007.) Jäntin (2006, 28.) mukaan Suomessa reagoitiin myös kansainväliseen kehitykseen ryhtymällä moninaiisiin uudistuksiin, kuten valtionosuusuudistus. Sihvosen (2006, 54, 61–62) mukaan kansalaisten asemaan kohdistuvia uudistustarpeita huomioitiin muun muassa käyttämällä julkisia varoja tehokkaammin, parannettiin läpinäkyvyyttä ja osallistumismahdollisuutta sekä kuntalaisten tarpeisiin vastaamalla. Myös parannettiin palvelua Parempaa julkista palvelua - kampanjan avulla.

Julkisen sektorin koettiin selviytyvän tehottomasti joistakin tehtävistään. Hyvinvointipalvelut olivat tehottomia. Ratkaisuksi esitettiin julkisten palveluiden yksityistämistä. Uudenlaisia palveluorganisaatioita ja – malleja kehiteltiin. Kiinnostuttiin palveluiden kustannuksista ja siitä miten palvelut tuotettaisiin edullisemmin ja tehokkaammin sekä tuotetaanko palvelut julkisen sektorin toimesta. (Lähdesmäki 2003, 15.)

Uuden julkisjohtamisen sisällöstä on useita eriäviä mielipiteitä ja niiden välillä on yksimielisyyden saavuttaminen mahdotonta. (Jäntti 2008, 28.) NPM:n keskeinen sisältö koostuu muun muassa johtamisen alueesta, yrittäjyysajattelusta, tilivelvollisuudesta, politiikan ja hallinnon suhteesta, vastikkeesta rahalle – ajattelusta (value of money) sekä kansalaisen roolista. (Lähdesmäki 2003, 59–61; Lane 2000.) NPM:n sisällössä korostuvat johtamisen ja hallinnon lisäksi kansalaisten ja kuluttajien näkökulma. Huomio organisaatioiden uudistamisessa nähdään kuluttajien ja kansalaisten vaikutusvallan lisäämisenä. Virkamiehen on sopeuduttava uuteen ajatteluun asiakkaiden ja kuluttajan tarpeista sekä antaa kuluttajille ja asiakkaille mahdollisuus arvioida palvelua. (Ihalainen 2007, 50–60.)

Value for money, vastiketta rahalle periaate, korostaa kiinnittämään huomioita julkisen sektorin kustannuksiin ja panos-tuotos-suhteisiin. Hallinto nähdään tehottomana. Keskeisenä periaatteen sisältönä nähdään hallinnon suorituskyvyn paraneminen ja kansalaisten vastikkeen saaminen rahoilleen. Kansalainen nähdään veronmaksajana rahoittavan julkisen sektorin toimintaa. Keskeiset kolme E:tä value for money ajattelussa ovat (economy, efficiency, effectiveness) taloudellisuus, tehokkuus ja vaikutus unohtamatta julkisen hallinnon arvoja, tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta. (Butt & Palmer 1985, 3-21; Lähdesmäki 2003, 59–62.) Value for money-periaate korostaa

hallinnon suorituskyvyn parantamista sekä vastuuta kansalaisille hyvästä taloudenpidosta (Butt & Palmer 1985; Meklin & Näsi 1994).

Julkisen sektorin toiminta poliitikoista virkamiehiin, edellyttää toiminnalta tilivelvollisuutta ja tulosvastuuta eri sidosryhmille. Virkamies on päätöksissään vastuussa työstään kansalaisille eli veronmaksajille ja poliitikko äänestäjilleen. (Exworthy & Halford 1999, 5; Meklin & Näsi 1994, 232; Lähdesmäki 2003, 64.)

Mulganin (2000, 556) mukaan tilivelvollisuuden kannalta keskeisintä ovat julkisen hallinnon toimijoiden väliset suhteet, kuten suhteet kansalaisten ja viranomaisten välillä sekä poliitikkojen ja byrokraattien välillä. Tilivelvollisuus tarkoittaa julkisessa hallinnossa niitä keinoja, joilla julkiset organisaatiot ja niiden työntekijät hallitsevat organisaatioiden ulkoa ja sisältä tulevia odotuksia (Romzek & Dubnick 1987, 228).

Tilivelvollisuutta voidaan tarkastella kahdella ulottuvuudella, kuten organisaatioon kohdistuvilla odotuksilla tai kontrollin lähteillä sekä kontrollin määrällä ja autonomian asteella. Tilivelvollisuus ja tilivelvollisuussuhteet voidaan jakaa byrokraattiseen, oikeudelliseen, ammatilliseen ja poliittiseen tilivelvollisuuteen. (Romzek & Dubnick 1987; Romzek & Ingraham 2000.)

Byrokraattinen tilivelvollisuus liittyy virka-asemaan julkisissa organisaatioissa (Isosaari 2008, 79.) Oikeudellinen tilivelvollisuus eroaa byrokraattisesta tilivelvollisuudesta ulkoapäin tulevan luonteen suhteen. Oikeudellisessa tilivelvollisuudessa on kyse kahden autonomisen toimijan suhteesta, lainsäätäjän ja lain toteuttajan suhde, joka vaatii välittäjäksi tuomioistuimen. (Romzek & Dubnick 1987, 228–229.)

Ammatillinen tilivelvollisuus nähdään ammattilaisorganisaatioissa tilivelvollisuussuhteena maallikon ja asiantuntijan välillä. Se ulottuu organisaation ulkopuolelle ja yksilön sisäiseen tilivelvollisuuteen, vastuuseen. (Isosaari 2008, 84.) Ammatillisessa tilivelvollisuudessa korostuu oma harkinta päätöksenteossa, josta ammattilainen on vastuussa. Henkilökohtaiset arvot, kuten rehellisyys, hienotunteisuus ja oikeudenmukaisuus ovat osa toiminnan perustaa. Tilivelvollisuus nähdään sisäisenä minänä. (Mulgan 2000, 560.)

Poliittinen tilivelvollisuus on ominaista julkisille organisaatioille. Ne ovat vastuussa yleisölle, valituille toimijoille, virastojen päälliköille ja niiden asiakkaille. (Romzek & Dubnick 1987, 229.)

Asiakaspalveluorientaatio ja asiakkaiden tarpeille reagointi kuvaa toista puolta poliittisesta tilivelvollisuussuhteesta (Romzek & Ingraham 2000, 242). Yksityisen sektorin asiakasorientaatio ja asiakkaiden tarpeille reagointi johtaa erityyppiseen tilivelvollisuuteen kuin julkisella sektorilla. Asiakkaan valinta on markkinoiden kilpailutilanteen reagointi hänen tarpeilleen. (Mulgan 2000, 568–569.)

Sihvonen näkee (2006, 57), että NPM:n tavoitteena on ollut kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien parantaminen. Palveluiden vaikuttavuuteen ja laatuun on alettu kiinnittämään huomioita 1980-luvun puolivälistä alkaen. (Sihvonen 2006, 57.) Lähdesmäen näkemyksen mukaan (2003, 43) New Public Managementin kehitykselle on ollut tärkeä julkisen valinnan teoria. Julkinen valinta nähdään päätöksenteoksi, joka tapahtuu markkinoiden ulkopuolella. (Lähdesmäki 2003, 43.)

Suomessa julkinen hallinto on ollut arvioiden mukaan suurimman uudistuksen kohteena 1990-luvulla kuin koskaan aikaisemmin. Taloudellinen lama ja julkisen talouden kriisin voimakkuus olivat edellytyksiä, jotka johtivat uudistusten syntyyn. Säästöt koskivat pitkään luodun hyvinvointivaltion peruselementtejä, kuten koulutusta, tiedettä ja sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Tällöin heikkenivät kansalaisten tasa-arvo, julkisten palveluiden taso ja niiden saatavuus. (Anttonen ym. 2012, 22; Vartola 2006, 109–110.)

Hallinnon uudistuksen yhtenä tavoitteena 1990-luvulla oli viedä hallinto lähelle kansalaisia, parantaa palveluja sekä saada julkinen hallinto tulohajautuksen avulla kustannustietoisemmaksi yhteisiä varoja säästämällä. Toisena tavoitteena oli tehdä julkinen hallinto ”yritysmäisemmäksi”. Tämän toimenpiteinä oli liikelaitosten synty, yksityistäminen, sopimusperusteinen palveluiden tilaus, tilaaja-tuottaja – mallin soveltaminen, kuluttajasetelit. Kolmantena taustalla oli muiden maiden erimerkin esiin tuominen muutosten myönteisistä vaikutuksista. Hallinnon uudistuksen muutoksina keskusvirastot katosivat osittain, lääninhallituksia supistettiin ja niitä vähennettiin lukumäärällisesti, päätösvalta keskushallinnosta siirrettiin kuntiin ja aluehallintoon, tehtiin kihlakuntauudistus, byrokraatioista tehtiin liikelaitoksia, virkamiesten asema lähennettiin työsopimussuhteeseen. (Koskiahho 2008, 169; Lähdesmäki 2003, 29; Vartola 2006, 110–111.)

Niskasen (1971, 227–230) mukaan julkisen valinnan oletusten mukaan voidaan julkisia palveluita parantaa lisäämällä palveluiden tuottajien välistä kilpailua, yksityistämällä palveluita ja tehostaa virkamiesten käyttäytymistä tulospalkkiojärjestelmällä.

Vuorovaikutukseen perustuvaa yhteistyötä julkisten ja yksityisten sektorien välillä on kutsuttu public- private- partnership- käsitteellä (PPP). Tällöin yhteistyö on pysyväluonteista ja palveluiden kehittäminen yhteistä. Käsite PPP voidaan myös ymmärtää sopimukseen ja kumppanuuteen perustuvana. Käsite ja toimintatapa ovat lähtöisin Iso-Britanniasta. Suomessa PPP käsitteestä puhutaan myös julkis-yksityisten yhteistyön (JYY) nimellä (Karisto & Lohivesi 2007, 30–32). Public-private-partnership – käsitteeseen kuuluu kestävät suhteet, molemminpuolinen palveluiden kehittäminen, riskien jakaminen, kustannukset ja hyödyt sekä molemminpuolinen arvon lisääminen. Yhteistyölle ei ole yhtä oikeaa tapaa ja se voidaan organisoida monella tavalla (Klijn & Greve 2003.) Hodge ja Greve (2007, 546–547) näkevät PPP:lle taloudellisen ja organisatorisen ulottuvuuden.

Julkisen sektorin tehostamisvaatimusten myötä on Suomeen syntynyt niin sanotut ”näennäismarkkinat”. Ne sijoittuvat julkisen sektorin ja markkinoiden väli maastoon. Näennäismarkkinoissa julkinen sektori kilpailuttaa omia tai omia ja ulkoisia palvelun tuottajia. Kun taas markkinoissa julkinen sektori ostaa palvelun ja kilpailuttaa yksityisiä palveluntuottajia keskenään. Kolmanneksi julkinen palvelu tuottaa palvelut itse tai ostaa sen kilpailuttamatta suoralla hankinnalla luoden toimivia palvelumarkkinoita. (Anttonen ym. 2012, 24; Uski ym. 2007, 130.)

Julkisten palveluiden kohdalla ei täydellinen kilpailutilanne toteudu, kuten ei aina toteudu julkis-yksityisellä yhteistyöllä tuotettu palvelukaan. Julkisen sektorin palvelun tuotantoon liittyvä kontrolli ja yhteistyön pohjana oleva palvelutuotosopimus voivat rajata kuluttajan valinnan mahdollisuutta. Palvelun tulee olla samanlainen ja siitä tulee kuluttajan saada riittävästi tietoa. Täydellinen kilpailutilanne on kuluttajan kannalta paras mahdollinen ja tavoiteltava. Kilpailun kautta toteutunut julkis-yksityinen yhteistyö on lähempänä täydellistä kilpailua kuin monopolia. Julkis-yksityisen yhteistyön hyötyjä on lähinnä tarkasteltu tilaaja-tuottaja-mallin näkökulmasta eikä palvelun loppukäyttäjän eli kuntalaisen tai kansalaisen näkökulmasta. (Majamaa 2004, 153–155.)

Lähdesmäen (2003, 62) mukaan julkisille palveluille tulee asettaa laatuvaatimukset. Palveluiden parantaminen ja valinnan mahdollisuuden lisääminen tulisi mahdollistaa kustannuksia lisäämättä. Asiakkuus edellyttää kansalaista valitsemaan hänelle parhaan vaihtoehdon ja olemaan kiinnostunut verorahoilla saatavaan vastikkeeseen sekä olemalla aktiivinen, osallistuva ja vaikuttamishaluinen. (Lähdesmäki 2003, 62.)

Valtionvarainministeriö (VM 2006) esitti työryhmämuistiossaan 7/2006 miten voitaisiin edistää yksityisten palveluntuotannon roolia julkisessa palvelutuotannossa. Perusteena oli hyvinvointipalveluiden tuottamisen tehokkuuden parantaminen ja toimintaympäristön muutoksiin vastaaminen. Yhtenä toimenpide-ehdotuksena oli lisätä palveluiden käyttäjien omia valinnan mahdollisuuksia. Asiakkaan valinnanvapauden kehittäminen nähtiin tärkeänä myös julkisen palvelutuotannon sisällä. Markkinatyypiset ratkaisut nähtiin positiivisena laadun kehittämisen ja palveluinnovaatioiden kannalta. Päätöksenteon tueksi tarvitaan analysoitua tietoa hyvistä käytännöistä palveluiden järjestämiseksi. (VM 2006, 13–18; VM 2007.)

5.2 Valinta sosiaali- ja terveydenhuollonlainsäädännössä

Terveys koskettaa jokaista ihmistä ja se kiinnostaa monia tiedon- ja tieteenaloja. Terveiden yhteiskunnallisen merkityksen vuoksi siitä ovat kiinnostuneet niin hallinnon kuin politiikan toimijat. Suhosen (2007, 40) mukaan terveys on noussut kansalaisten arvovalinnoissa tärkeimmäksi arvoalueeksi ja sen asema on vahvistunut edelleen.

Useissa maissa terveystalouden tuottamista säätelee julkinen ohjaus. Kyse ei ole välttämättä rahoituksesta tai julkisesta palvelutuotannosta, vaan yhteiskunnan päätöksillä sovituista kysynnän ja tarjonnan organisointia koskevista säännöistä. (Vohlonen 1998, 93.) Lillrankin ja Venesmaan (2010, 39) mukaan pohjoismaisissa järjestelmissä terveystaloudet ovat lakisäätöisiä, jolloin viranomaisilla ja veronmaksajilla on objektiivinen velvollisuus järjestää ja rahoittaa palvelut. Koivuniemen ja Simosen (2011, 12) mukaan verovaroin rahoitetussa terveydenhuollossa vastuu asiakkuudesta päättyy kun kuntalainen kuolee.

Yhteiskunnan voimavarat vaihtelevat terveystalouden kysynnän ja tarjonnan mukaan. Tämän vuoksi tarvitaan yhteiskunnallisia päätöksiä julkisen ohjauksen muodossa suunnitelmallisesti ja tuleva palvelun tarve ennakoitua. Taloudellisen, oikeudenmukaisen ja laadukkaan terveydenhuollon järjestäminen on julkisen ohjauksen tehtävä. (Idänpää-Heikkilä 2004, 296–297; Lillrank & Venesmaa 2010, 34; Vohlonen 1998, 101–106.)

Perustuslaissa (731/1999) taataan kaikille oikeudet välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jolla taataan ihmisarvoisen elämän edellyttämä turva. Julkista valtaa velvoitetaan turvaamaan

jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ja edistämään väestön terveyttä. (L 731/1999, 19§.)

Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) sosiaalihuollolla tarkoitetaan sosiaaliavustuksia, toimeentulotukea, sosiaalipalveluita, sosiaalista luottoa ja niihin liittyviä toimintoja, joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä (L 710/1982, 1§). Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto alaan kuuluvat tehtävät hoitamalla ne itse, sopimuksin toisen kunnan kanssa, kuulumalla toimintaa hoitavaan kuntayhtymään, hankkimalla palveluita toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai julkiselta taikka yksityiseltä palvelun tuottajalta. Kunnalla on myös mahdollisuus antaa palvelunkäyttäjälle palveluseteli. Tällöin kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelun tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun palvelusetelin arvoon asti. (L 733/1992, 4§.) Muutoin kuntalaisella ei ole mahdollisuutta tällä hetkellä valita sosiaalihuollossa. Sosiaalihuoltolakia ollaan uudistamassa asiakaslähtöisemmäksi (STM 2012:21).

Sosiaalihuoltolain (710/1982) lainsäädännön perusta on 1970–1980-luvuilla ja siihen on tehty lukuisia muutoksia ja lisäyksiä sen jälkeen. Lainsäädäntö on tältä osin sirpaleista ja epäyhtenäistä. Sosiaalihuoltolain vaikutus on kaventunut käytännön toiminnan ohjaamisessa. Uuden sosiaalihuollon lainsäädännön tavoitteena on uudistaa lakia niin, että se tukee ja vahvistaa ihmisen hyvinvointia ja perusoikeuksien toteutumista. Lain tavoitteeksi on asetettu myös, että se ehkäisee sosiaalisten ongelmien syntymistä ja lisääntymistä. Uudessa lainmuutoksessa tavoitellaan sosiaalipalveluiden saatavuuden, asiakaslähtöisyyden ja vaikuttavuuden paranemista sekä palveluiden tuottamista yhä tehokkaammin. Uuden lain suunnitelmien tavoitteena on sosiaalihuollon ja sen erityispalveluiden sekä sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyön vahvistuminen. Uuden lain uusituksessa nähdään sosiaalihuollon edellytysten yhteistyöhön paranevan työ-, asunto- ja opetusviranomaisten, järjestöjen ja yksityisten toimijoiden kanssa. Uuden lain tarkoituksena on lisätä asiakaslähtöisyyttä, asiakassuhteen luottamuksellista edistämistä sekä asiakkaan hyvää kohtelua. Uusi laki tulisi voimaan 2015. (STM 2012.) Asiakkaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain (812/2000) taustalla oli vahva viranomaisen eikä asiakkaan näkökulma (L 812/2000).

Suomalainen julkinen terveydenhuolto on jaettu perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon ja erittäin vaativaan erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuoltoa kokeva laki astui voimaan 1972. Lain mukaan kunnan tulee järjestää kuntalaisten sairaanhoito lääkärin tutkimuksineen, hoitoineen ja

lääkinnällisine kuntoutumisineen. (L 66/1972, 14§.) Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) astui voimaan 1989. Erikoissairaanhoidon järjestämisen osalta Suomi on jaettu 20 sairaanhoitopiiriin ja Ahvenanmaan maakunnan keskussairaalaan. Sairaanhoitopiirin alue muodostuu sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluvista kunnista. Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten maa jaetaan sairaanhoitopiirien lisäksi erityisvastuualueisiin. Erityistason sairaanhoidon järjestämistä varten Suomi jaetaan sairaanhoitopiirien lisäksi erityisvastuualueisiin (ERVA). Tämä edellyttää, että kuhunkin erityisvastuualueeseen kuuluu sellainen sairaanhoitopiiri, jonka alueella on lääkärikulutusta antava yliopisto. Yliopistollisia sairaanhoitopiirejä on viisi (L 1062/1989; 6., 7., 9. & 24§.) Erityisvastuualueella tarkoitetaan kahden tai useamman sairaanhoitopiirin muodostamaa erikoissairaanhoitolain 9:n § mukaan määrättyä aluetta. (L 1326/2010; 3.)

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) mahdollistaa henkilön kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnan mistä tahansa kuntansa terveyskeskuksen terveysasemalta. Terveysaseman vaihtamisesta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä sille terveysasemalle, jota henkilö käyttää että sille, jonka hän valitsee. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveysasemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta. (L 1326/2010; 47 §.) Terveydenhuoltolakia (1326/2010) ei sovelleta Ahvenanmaan maakunnassa lukuun ottamatta terveydenhuollon toimintayksikölle suoritettavaa koulutuskorvausta, josta säädetään 60 ja 63 §:ssä (L 1326/2010).

Potilaalla on myös mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa. Potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänet ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin aina kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista. (L 1326/2010; 49 §.).

Kansanterveyslakiin (66/1972) lisättiin hoidon kiireellisyyttä koskeva säännös (855/2004 lisätty 15 b §). Tämä niin sanottu hoitotakuu on ollut voimassa 1.3.2005 alkaen. Hoidon kiireellisyyttä koskevien säännösten mukaan erikoissairaanhoidossa on hoidon tarpeen arviointi aloitettava kolmen viikon kuluttua lähetteen saapumisesta. Kiireellinen hoito edellyttää hoitoon pääsyä välittömästi. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen

kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiiriin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon toteuttavaan toimintayksikköön (L 1326/2010; 50., 51 §.).

Kansalaisten valinnan mahdollisuuksiin vaikuttavat lakien ohella terveydenhuollon valtakunnalliset suunnitelmat, ohjelma ja hankkeet ohjaten koko järjestelmää (Jäntti 2008 99–101; Silvennoinen-Nuora 2010, 101–103).

Vakuutusohjaus on osa poliittishallinnollista ohjausta. Sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaan Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista ja lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamasta ansionmenetyksestä. Kansaneläkelaitos (myöhemmin Kela) korvaa ansiomenetystä sairaanhoidosta ja sairaudesta johtuvasta työkyvyttömyydestä. Se ei korvaa julkisen terveydenhuollon kustannuksia, kuten terveyskeskusmaksuja. Yksityisen lääkärin palveluista, Kela korvaa osan lääkärinpalkkioista ja lääkärin määräämistä tutkimuksista ja hoidoista. Sairaudesta johtuvasta työkyvyttömyydestä Kela maksaa sairauspäivärahaa erillisin ehdoin. Kela korvaa osan lääkärin määräämistä lääkkeistä. Tämän korvauksen saa suoraan apteekista Kela-korttia näyttämällä. Asiakkaalla on mahdollisuus saada sairauden hoitoon liittyvistä matkakustannuksista korvaus, jos matka on tehty valtion, kunnan tai kuntayhtymän terveydenhuollon toimintayksikköön. Yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitettuun terveydenhuollon toimintayksikköön tai ammatinharjoittajan luokse sairauden hoidon vuoksi tehdystä matkasta vakuutetulle aiheutuneet kustannukset korvataan vain, jos suoritettu tutkimus tai annettu hoito on sairausvakuutuslain (1224/2004; 4, 1§) lain mukaan korvattavaa. (Kela, Sairaanhoitokorvausten taksat 3.9.2012; Kela, Terveys ja kuntoutus numeroina 2013; Kela verkkosivut, Sairastaminen 2013; L 1224/2004.)

Terveydenhuolto perustuu lääketieteelliselle segmentoinnille, jossa potilaat voidaan jaotella syytyypin, kehon osien tai toimintojen mukaan sekä pääasiallisen menetelmän mukaan. Tällöin segmentointi on toimenpidelähtöinen ja palvelee kliinistä tehokkuutta ja laatua. Erikoissairaanhoidon pääseminen vaatii käynnin joko perusterveydenhuollossa, terveyskeskuspäivystyksessä tai erikoissairaanhoidon päivystyksessä. (Lillrank & Venesmaa 2010, 41–46.)

Terveydenhuolto koostuu erilaisista kysyntätyypeistä, joissa kyseessä voivat olla terveyttä edistävätoiminta, päivystystoiminta, käyntiperusteinen toiminta, elektiivinen toiminta, hoitotoiminta, hoivatoiminta tai projektitoiminta. Tässä tutkimuksessa keskitytään elektiiviseen ja

hoitotoimintaan, jotka perustuvat, että potilaalle on tehty diagnoosi ja hoitopäätös. Tämän jälkeen tehdään erillisiä valmisteluja toimenpidettä varten, kuten varataan leikkauskapasiteetti ja hankitaan tekonivelimplantit. Hoidon kokonaisuus muodostuu potilaan useammasta käynnistä, kuten ensikäynti, tekonivelleikkaus ja jälkitarkastus. Ohjausperiaatteena ovat ajan hallinta ja tehokkuus. Ennen tekonivelleikkausta hoito voi koostua tehdyistä hoitokokeiluista, kuten kivunhoidosta, ja sille voidaan asettaa lopputavoite, kivuttomuus (Lillrank & Venesmaa 2010, 52–59.)

Kansalliseen terveydenpolitiikkaan ovat vaikuttaneet vahvasti ulkopuoliset muutokset. Näistä muutoksista merkittävimpiä ovat globalisoituminen, teknologisen kehityksen kiihtyminen ja Euroopan integraatio. Kaikki tekijät liittyvät toisiinsa. Suomessa merkittävin muutostekijä on väestön ikärakenteen muutos, painottuen koko ajan vanhempiin ikäryhmiin. Suomessa tapahtuva ikärakenteen muutos on nopeinta verrattuna muihin Euroopan unionin maihin. Sosiaali- ja terveyspolitiikka vastaan niihin muutostekijöihin, joita toimintaympäristö edellyttää. Sen tavoitteena on muun muassa palveluiden saatavuuden paraneminen. (Leppo 2013, 86–101; Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010, 23; Vohlonen 1998, 21–25.)

Suomen perustuslaki (731/1999) on suomalaisen terveyspolitiikan runko. Vohlonen (1998, 21) mukaan terveystietoliittinen ajattelu ja sen mukaan ottaminen kansallisten voimavarojen kehittämiseen on tyypillistä ainoastaan hyvinvointivaltiolle. Terveystietoliittian lähtökohdaksi 1970-luvulla otettiin terveyden vaikutus hyvinvointiin. Suomalaiset ottivat mallia muista pohjoismaista. Määritelmät terveydestä ja sairaudesta ovat muuttuneet vuosikymmenien aikana. Suomessa perusterveydenhuolto jakaantui palveluiden osalta alueellisesti epätasaisesti tarjonnan ja hoidontarpeen mukaan eri sosioekonomisissa väestöryhmissä 1970-luvulla. Terveystietokeskukset luotiin perusterveyden palveluiden tuottajiksi. 1960-luvulla säädetty sairausvakuutuslakiaan (364/1963) ei tuonut korjausta tilanteeseen. (Vohlonen, 1998, 21.)

Kansanterveyslain (66/1972) julkisella ohjaamisella pyrittiin lisäämään palveluntarjontaa perusterveydenhuoltoon ja sairausvakuutuslaki (364/1963) mahdollisti ohjauksella paremman kysynnän ja käytön. Perusterveydenhuollon kehittäminen lisäsi palveluiden kattavuutta ja saatavuutta kustannusten nousun kustannuksella. Erikoissairaanhoidon kehitettiin 1950-luvulla alueellisesti valtion varoin ja lähes julkisten yhteisöjen kanssa. Perusterveydenhuollon yhteyteen muodostui vahva erikoissairaanhoidon yhdenmukaistamalla kateväestöjä, kehittämällä kunnallista rahoitusta ja karsimalla päällekkäisiä toimintoja. Lääketieteelliset tiedekunnat perustettiin tukemaan terveydenhuollon henkilöstön koulutusta. Yliopistolliset keskussairaalat saivat alkunsa. Vasta

vuonna 1993 valtionosuusuudistuksen myötä valtionosuudet ohjautuivat suoraan kuntiin, eikä kuntayhtymiin erikoissairaanhoidon toimintoja ylläpitämään. Näin kunnat saivat lisää vapautta valita palveluiden tuottajan ja hankkia terveydenhuoltopalveluita muualtakin kuin omasta sairaanhoitopiiristä tai terveyskeskuksesta. Valtionosuusjärjestelmä oli erittäin merkittävä yksittäinen uudistus kuntien päätösvallan lisääjänä päätettäessä kunnan toiminnasta. (HE 216/1991; Idänpää-Heikkilä 2004, 296–297; Kokko 2013, 242–260; Lehto, M. & Elonheimo 2004, 303; Leppo 2013, 86–101; Meklin & Näsi 1994, 237; Vohlonen 1998, 17–64.)

Useissa maissa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido ovat saman hallintokunnan alla. Maailman terveysjärjestö, WHO (World Health Organisation) kokosi kansainvälisen terveystoimintatavoite- ja toimintaohjelman Terveyttä vuoteen 2000. Tämän lisäksi hallitus antoi vuonna 1985 eduskunnalle terveystoimintatavoite- ja toimintaohjelman, joka käsitteli suureksi osaksi terveystoimintatavoitteita terveyden edistämiseksi vähentämällä ennen aikaista kuolleisuutta, pidentämällä elin-aikaa ja lisäämällä vuosien elämää. Selonteossa oli painotuksena lisätä tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Vuonna 1986 annettiin terveystoimintatavoite, joka keskittyi perusterveydenhuollon kehittämiseen väestövastuu-mallin mukaisesti lisäämällä yhteistyötä sosiaali- ja terveystoimen osalta. Samalla pyrittiin hidastamaan erikoissairaanhoidon voimavaroja. (HE 216/1991; Idänpää-Heikkilä 2004, 296–297; Kokko 2013, 242–260; Lehto, M. & Elonheimo 2004, 303; Leppo 2013, 86–101; Meklin & Näsi 1994, 237; Vohlonen 1998, 17–64.)

Terveydenhuoltopalveluita on ryhdytty hankkimaan yhä enenemässä määrin erilaisten sopimusten, kilpailutusten, tilaajarekordien ja ulkoistamisen avulla. Tällöin on kiinnitetty enemmän huomiota toiminnan sisältöön ja aikaansaannoksiin. Tavoitteena on parantaa palveluiden saatavuutta ja palvelutuotannon työn tuottavuutta sekä alentaa julkisen sektorin kustannuksia. Sopimuksissa on mahdollisuutta sopia käytännön mukainen hinta ja määrä. (Idänpää-Heikkilä 2004, 297–301; Lehto M. & Elonheimo 2004, 303–308; Leppo 2004, 86–101; Valtiovarainministeriön työryhmämuistio 2005:6.)

Terveydenhuollon palvelujärjestelmät pyrkivät parantamaan terveyspalveluiden saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta tarvittavien palveluiden tuottamiseksi. Haasteita terveydenhuollon palvelujärjestelmiin tuovat muun muassa kansalaisten ikääntyminen, kansanterveysongelmien laajuus, vaatimukset tasa-arvoiseen ja yhdenmukaiseen palveluiden saantiin sekä lääketieteellinen tietämys ja parantuneet hoitomahdollisuudet. (Anttonen ym. 2012, 22–23; Nykänen & Ruotsalainen 2012, 274; Valtiovarainministeriön työryhmämuistio 2005:6.)

Terveydenhuollon palvelujärjestelmässä on monia eri tuottajia, jolloin kansalaiset tarvitsevat runsaasti tietoa sekä heidän tulee pystyä neuvottelemaan monen eri osapuolen kanssa (Anttonen ym. 2012, 275; Koivuniemi & Simonen 2011, 38, 44–45). Saavuttaakseen omat päämääränsä asiakkaat valitsevat sen mukaisia palveluita tai tuotteita (Mitronen & Rintamäki 2012, 196). Terveydenhuolto on muuttunut paternalistisesta hoitosuhteesta potilaan osallistumista korostavaan jaetun hoitopäätöksen malliin (Haukilahti ym. 2008, 193).

Terveydenhuollon rakenteissa ja toimintaperiaatteissa on tapahtunut vuosikymmenten aikana myös runsaasti muutoksia. Valinnan mahdollisuudet näyttävät muodostuvat yhdeksi tärkeimmistä keskustelun aiheeksi kehitettäessä terveydenhuoltoa. (Koivusalo ym. 2009; Mäntyranta ym. 2004, 44–53.)

Potilaan vapaan valinnan mahdollisuuden on todettu lisäävän palvelujärjestelmän kokonaiskustannuksia. Tämän vuoksi valinnan mahdollisuudet on rajattu kilpailuttamalla palvelut ennen asiakkuuden syntymistä. Maksaja tekee oleelliset valinnat palveluvaihtoehdoista, eikä palveluiden vastaanottaja. (Koivusalo ym. 2009, 16.)

Yksilölliset mahdollisuudet palvelupakettien tarkkojen määrittelyiden vuoksi saattavat heikentää kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia palveluiden sisältöihin ja siihen millaisia palveluja he saavat, koska valinnan tekee maksaja eli kunta, kuntayhtymä tai vastaava kokonaisuus eikä palvelun käyttäjä. (Anttonen ym. 2012, 35; Kaakkola & Peltonen 2006; Ollila & Koivusalo 2009, 41.) Kaakkola & Peltonen (2006, 26) tähdentävätkin, että palveluiden vakioehtoja laadittaessa kunnan tai yrityksen toimesta, lienee syytä huomioida loppukäyttäjän eli asiakkaan näkökulma.

Koivusalo ym. (2009, 210) mainitsevat, että Suomessa kansalaiset ja palvelukäyttäjät ovat osallistuneet rajallisesti terveydenhuollon palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun. Tritterin (2009) mukaan Englannissa kansalaisten osallistumista terveydenhuollon suunnitteluun ja palveluiden suunnitteluun on lisätty. Palvelut suunnitellaan yhdessä käyttäjien kanssa, jolloin korvataan managerialismi ja hallinnon asiantuntijat palveluiden uudistajana. Palveluiden käyttäjien osallisuutta voidaan toteuttaa usealla eri tavalla, kuten yksittäisen potilaan osallistumisella hoitoa koskevaan päätöksentekoon, osallistumalla palveluiden kehittämiseen, sisällyttämällä käyttäjien näkemykset palveluiden arviointeihin, kertomalla kokemuksiaan ammattilaisten koulutuksissa ja

osallistumalla koulutuksen suunnitteluun sekä kutsumalla osallistumaan kaikkiin tutkimuksen vaiheisiin. (Tritter 2009, 211.)

Potilaiden suora osallistuminen perustuu päätöksentekoon, jossa päätetään miten resursseja käytetään ja mitä palveluita tarjotaan. Kansalaisten odotusten muutoksiin ja terveydenhuollon henkilöstön ja potilaiden sekä viranomaisten valtasuhteisiin on politiikassa viitattu julkisten palveluiden lakisääteisyteen ja potilaille luotuihin erityisoikeuksiin. Paineet nähdään koko Euroopan tasolla. Usein kansallisten palvelujärjestelmien uudistuksien tavoitteina on ollut kustannusten hallinta, hoidon laadun parantaminen ja vastata palveluiden kysyntään. Terveyspalveluista vastaavien viranomaisten tulee luottaa ihmisten järkevyyteen ja ymmärrykseen talousarvioista, jotka edellyttävät kompromisseja palveluita suunnitellessa. Muutokset vaativat aikaa, motivaatiota ja hyviä ideoita sekä avointa ja läpinäkyvää keskustelua palveluiden parantamiseksi. (Tritter 2009, 212–226.)

O’Connorsin ym. (2004) mukaan hoidon päätöksentekotilanteisiin on kehitetty Cochrane-tietokannan arvioinnissa hyväksytyjä malleja, joita noudattamalla voidaan antaa potilaalle hänen tarvitsemansa tieto ja mahdollistaa potilaan osallistuminen hoitopäätöksentekotilanteeseen.

Juhani Lehto (2004, 24–26) peräänkuuluttaa terveyspalveluiden terveystietokannaa ja palveluiden tarvetta. Hänen mukaan valintoja tehdessä tulisi niiden perustua virkamies – ja asiantuntijapäätöksissä yleisesti hyväksytyyn näyttöön perustuvaan asiantuntijatietoon. Lääkärillä on kannanottoihin ja lausuntoihin käytettävissä näyttöön perustuvaa tietoa sekä myös poliittisesti annettua valtaa. (Lehto J. 2004, 24–26.)

Mäntyrannan ym. (2004, 44–46) mukaan terveyspalveluiden tarpeista on erilaisia näkökulmia. Eri tieteen alat ovat määritelleet erilaisia määritelmiä terveyspalveluille. Terveyspalveluiden määritelmä on muuttunut eri aikoina. Sairauslähtöisessä näkökulmassa terveyspalveluiden tarpeeseen vaikuttaa terveysongelma, jonka edellytyksenä on hoito. Tällöin tarpeen ydin on hyvinvoinnin ongelman tai sairauden näkökulma. Tarjontalähtöisen tarvenäkökulman ajatuksena on, ettei kaikkiin terveystarpeisiin voida vastata. Tämä edellyttää, että sairauten tai hyvinvoinnin ongelmaan on parantava hoito, joka perustuu hoitojen vaikuttavuuteen ja tieteelliseen näyttöön. (Mäntyranta ym. 2004, 44–46.)

Asiantuntijälähtöisessä näkökulmassa terveystalvveluiden tarve tulee olla arvioitavissa. Arvioijan mukaan sairauden tai hyvinvoinnin ongelman hoito nähdään tarpeellisena. Arvioijana on usein palveluiden tuottaja. Asiantuntijälähtöisessä näkökulmassa vedotaan lakiin potilaan asemasta ja oikeudesta. (785/1992;3§). Potilaan hoidon arvioi tällöin terveydenhuollon asiantuntija (Mäntyranta ym. 2004, 46).

Mäntyrannan ym. (2004, 46) näkemyksenä on, että käyttäjälähtöisessä tarvenäkökulmassa merkityksen antavat käyttäjän kokemukset, näkemykset, odotukset ja arvot. Käyttäjällä on subjektiivinen tarve, jolloin käyttäjä haluaa parempaa terveyttä. Käyttäjälähtöinen näkökulma jaetaan ilmaistuihin tarpeisiin ja koettuihin tarpeisiin. Ilmaistussa tarpeessa potilas kuvaa hoidon vaatimusta tai pyyntöä julkisen tai yksityisen palvelun tuottajalle. Koetussa tarpeessa potilaan oma kokemus on hoidon tarpeen edellytys. Ilmaistuja ja koettuja tarpeita muokkaavat potilaan saama tieto hoidon menetelmistä ja saatavuudesta. Ne vaihtelevat eri maantieteellisillä alueilla ja eri kulttuureissa. (Mäntyranta ym. 2004, 46.)

Potilastyön näkökulmassa terveystalvveluiden tarve on yksilön ominaisuudessa. Potilaan kokemukset ja hoidon tarve sekä lääkärin tekemä lääketieteellinen diagnoosi voivat olla hoidon tarpeen suhteen kovinkin erilaiset. Tällöin parhaaseen tulokseen päästään keskustelemalla yhdessä. Väestötason näkökulmassa tarvetta katsotaan väestö – tai potilasryhmän tai määrätyn alueen näkökulmasta. Asiantuntija-arvio on aina mukana väestötason tarvenäkökulmassa. Tällöin käytetään apuna erilaisia tilastoja sekä väestön odotus- ja toivetietoja. Lähtökohtana oikeudenmukaisuuden tarvenäkökulmasta ovat terveyden ja terveystalvveluiden käytön maantieteelliset ja sosioekonomiset erot väestössä. Terveystalvveluiden saaminen kaikkien ulottuville tasapuolisesti on suomalaisen terveystalvvelitiikan keskeinen tavoite. (Mäntyranta ym. 2004, 47.)

Terveystalvveluiden tarvenäkökulma on huomioitu käytännön palveluita suunniteltaessa. Tällöin suunnitelussa korostuvat asiantuntija näkökulma ja väestön näkökulma. Palveluita suunniteltaessa on erotettava tarve, kysyntä ja tarjonta. Tarve voi olla terveystalvvelongelma, johon yhteiskunnalla on varaa vastata terveydenhuollon menetelmin. Kysyntä ilmaiseen mitä potilaat haluavat. Tarjonta on palvelujärjestelmän terveydenhuollon menetelmin ja voimavaroin sekä ammattilaisten, virkamiesten ja poliittisen päättäjien arvojen ja asenteiden tarjoamaa palvelua. Terveydenhuollon palveluita on mallinnettu, jotta on saatu tarve, kysyntä, tarjonta, palveluidenkäyttö, jonot ja palveluiden ylitarjonta näkyväksi ja toimintaa tehokkaammaksi. (Mäntyranta ym. 2004, 48–51.)

Terveydenhuollon kysynnän ja tarjonnan organisointi tapahtuu hallinnollisten menettelyjen mukaan. Organisoitu palvelujen kysyntä terveydenhuollossa tapahtuu lääkärin antaman lähetteen muodossa, organisoimaton ensikäyntien muodossa. (Kokko 2013, 256; Vohlonen 1998, 100–101.) Suomessa terveydenhuollon palveluja käyttävällä kansalaisella on laissa (L785/1992) taatut oikeudet tarvittaviin ja auttaviin palveluihin sen tasoisina kuin hänen kotikunnallaan on mahdollista järjestää.

Valinnanvapaus palveluiden valinnassa edellyttää usein palveluiden muuttamista toisensa kaltaiseksi. Osallistuminen palveluiden kehittämiseen saattaa heikentyä, mikäli palvelut ovat valmiita paketteja. Valinnasta puhuttaessa on kiinnitettävä huomioita kuka valitsee ja kuka on valinnan kohde sekä valinnan yksilöllisestä vastuusta. Vapaus ja vastuu nivoutuvat toisiinsa. Vastuu valintojen seurauksista tulee valinnanvapauden mukana. Terveydenhuoltojärjestelmän tulisi olla riskitön, laadukas, luotettava ja mahdollistaa valintavalitsemisen, jos kansalainen näin haluaa. (Koivusalo ym. 2009, 276- 288.)

Richards ym. (2013, 2614) näkevät valinnanvapauden muuttavan potilaan asemaa Britannian terveydenhuollossa. He näkevät asian jopa vallankumouksellisena. (Richards ym. 2013, 2614.) Jonsson ja Virtanen (2013, 2070) näkevät potilaan valinnanvapauden käytön Suomessa vielä kankeana.

Hoidon saatavuus

Potilas valitsee hoidon tarpeelle hoitavan tahon. Potilas hakeutuu terveysongelmissaan lääkärin luo joko julkisen tai yksityisen terveysaseman tai päivystyksen yleislääkärin vastaanotolle. Potilas tapaa lääkärin joka tarpeen mukaan määrää lähetteen lisätutkimuksiin erikoissairaanhoidon. (Koivuniemi & Simonen 2011, 38–40.) Lillrankin ja Venesmaan (2010, 103) mukaan perusterveydenhuollon yleislääkäri toimii eräänlaisena portinvartijana rajoittamalla erikoissairaanhoidon meneviä potilaita.

Terveydenhuoltopalveluiden saatavuuteen vaikuttavat tekijät ovat kysyntäpuolen tekijöistä, kuten taloudellisista tai henkilökohtaisista tekijöistä. Taloudellisiin tekijöihin vaikuttaa onko kyse julkisesta tai yksityisestä palvelusta tai onko kansalaisella vakuutus. Henkilökohtaisia tekijöitä kuvaavat motivaatio, koulutustaso sekä kieli, kulttuuri ja asenteet. Palvelun tarjontatekijöitä ovat paikkasaatavuus eli sijainti tai etäisyys sekä kulkuyhteydet ja aikasaatavuus eli aukioloajat, vasteaika eli jonot sekä ajanvarauspalvelut ajallaan. Potilaan suorat ja epäsuorat kustannukset

nousevat niin taloudellisessa kuin ajallisessa mielessä terveydenhuollon saatavuuden huonontuessa. Toisaalta kysyntä voi siirtyä muualle, kuten yksityislääkäreille. Terveyspalveluiden saatavuuden heikkeneminen voi heikentää tai vaikeuttaa potilaan terveysongelmaa, etenkin kiireettömissä tapauksissa. (Lillrank & Venesmaa 2010, 74–92.)

Lillrankin ja Venesmaan (2010, 70) mukaan hyvä saatavuus terveydenhuollossa tarkoittaa asianmukaisia terveydenhuoltopalveluita, jotka ovat saatavilla silloin, kun kuntalaisilla on siihen tarve. Saatavuustapahtumana alkaa, siitä kun avun tarve on tiedostettu. Se edellyttää kontaktin ottamista palveluun ajan saamiseksi. Saatavuustapahtuma päättyy, kun kuntalainen otetaan potilaaksi. Saatavuudessa on eroja etenkin välimatkoissa ja hoitokäytännöissä. Saatavuus mielletään Suomessa laatua suuremmaksi ongelmaksi. Saatavuusongelmiin esitetään julkisessa keskustelussa resurssipulaa. Saatavuuteen on vaikutettu normiohjauksella. Valtio on määritellyt hoitotakuussa saatavuuden ja minimimitavoitteet. (Lillrank & Venesmaa 2010, 69–72.) Erikoissairaanhoidossa, johon tässä tutkimuksessa keskitytään, on lähetteen käsittely tapahduttava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta (L 1326/2010, 52 §).

Valtakunnalliset kiireettömän hoidon ja jonojen hallinnan toteuttamisohjeet määrättiin valtioneuvoston määräyksestä syyskuussa 2001. Niissä asetettiin aikarajat, joiden sisällä potilaan piti päästä toimenpiteisiin. Näiden mukaan potilaan piti päästä perusterveydenhuollon arvioon kolmen päivän sisään, erikoissairaanhoidon kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta sekä ei-kiireelliseen erikoissairaanhoidon pääsy tuli järjestyä tavallisesti kolmen ja viimeistään kuuden kuukauden kuluessa. Tällä määräyksellä tavoiteltiin potilaan mahdollisimman nopeaa hoitoon pääsyä ja hyvää hoitoa varallisuudesta tai asuinpaikasta riippumatta. (STM 2002.)

Työryhmän periaatteet kirjattiin keskeisiin terveydenhuollon lakeihin, kansanterveyslakiin (66/1972; § 15b) ja erikoissairaanhoidolakiin (1062/1989; § 31) astuen voimaan 1.3.2005. Asetuksella ohjattiin lakien toteutusta hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (Valtioneuvoston asetus 1019/2004).

Hoitotakuun on katsottu toteutuneen melko hyvin, vaikkakin hoitoon pääsystä on alueellisia eroja. Yli 6 kuukautta ortopedian kirurgiaan jonottavia potilaita oli 34 % (STM 2008, 33–43.) Kiireettömään erikoissairaanhoidon pääsy oli huonontunut kesän 2012 aikana, jolloin yli 6 kuukautta hoitoon odottaneita oli 700 potilasta. Kaikkiaan erikoissairaanhoidon ja

perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon odotti hoitoon pääsyä yli 73 000 potilasta. (STM 2013.)

Asiakaslähtöisyys

Palveluiden käyttäjien asema muuttuu. Terveysthuollon potilasta yritetään tehdä kuluttajia ja kumppaneita. Palveluiden tuottajat kokevat muutoksia. Palveluiden rahoitus julkisella rahoituksella saa rinnalleen palveluseteleitä ja vakuutuksia. Anttosen ym.(2012) mukaan kansalaisen, potilaan asema on muuttunut uusien käytäntöjen, kuten tilaaja-tuottajamallin, kuluttajuuden ja palvelumarkkinoiden myötä. Potilas- ja/tai asiakaslähtöisyys on ollut valtakunnallinen strategian tavoite useissa maissa jo parinkymmenen vuoden ajan. (Aaltonen ym. 2009; STM 2006.)

Terveysthuoltolaki (1326/2010) tähtää asiakaslähtöisyyteen. Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. (L 1326/2010; 2§.)

Asiakaslähtöisyys edellyttää asiakkuuden määritelmää. Asiakkaalla tarkoitetaan ensisijaisesti palveluita käyttävää ja palveluista maksavaa henkilöä. Terveysthuollossa palvelun maksaa usein joku muu kuin palvelun käyttäjä. (Outinen ym. 1999, 12.) Asiakaskeskeisyys, asiakasjohtoisuus, asiakasnäkökulma ja asiakaslähtöisyys käsitteet kuvaavat usein hyvää asiakaspalvelua ja asiakkaiden tarpeisiin vastaamista. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan organisaation koko toiminnan suunnittelua asiakkaan ollessa keskiössä. Asiakaspalvelulla käsitetään palvelutoiminnan tarkastelua ja erittelyä palvelua saavan asiakkaan kannalta. Aidossa asiakaslähtöisyydessä organisaatio on asiakkaita varten ja huomioi heidän tarpeensa. (Outinen ym. 1999, 12.) Tässä tutkimuksessa asiakkaiden tarpeisiin vastaamisesta käytetään käsitteenä asiakaslähtöisyys.

Asiakas nähdään myös ostavana ja valitsevana kuluttajana. Käsitteet kuluttajalähtöisyys ja kuluttajakeskeisyys esiintyvät terveyspalveluiden ulkomaalaisissa artikkeleissa. (Ford & Fottler 2000; McLaughlin & Kaluzny 2000; Parasuraman 1985, 41–50.) Elämme kulutuksen ajassa, jossa

kansalaiset odottavat räätälöityjä palveluita heidän yksilöllisille tarpeilleen. Kansalaiset odottavat mahdollisuuksia valita ja laatua sekä julkisilta että yksityisiltä palveluilta. Ajatus perustuu siihen, että nykyisin kansalaiset hakevat itse tiedon, kyseenalaistavat ammattilaisten asemaa, ovat valveutuneita sekä haluavat osallistua heitä koskevaan palvelun- ja hoitoprosessin suunnitteluun ja toteutukseen. (Newman & Vider 2006, 193.)

Kansalaisten odotetaan olevan kuluttajina rationaalisia ja vastuullisia toimijoita, tiedonetsijöinä aktiivisia, jotka tekevät viisaita valintoja haluamiensa palveluiden ja elämäntapojensa suhteen, jotta heidän oma toimintansa ei lisäisi sairastumisen riskiä ja näin ollen palveluiden tarvetta. (Ferguson 2007, 391, 394; Valokivi 2008.) Kuluttaja-asiakkaan rooli määrittyy mahdollisuutena tehdä valintoja. Sosiaali- ja terveyspalveluissa kuluttaja-asiakkaan oma valinnan mahdollisuus vaihtelee. Asiakas tekee valintoja palveluntuottajasta, palvelun sisällöstä, ajoituksesta ja määrästä. Palvelun työntekijä on auttavan konsultin roolissa antamalla tietoa ja selvittämällä asiakkaan mielipidettä, valintaa ja palvelun saamista. (Leece & Leece 2010.)

Raitakari ym. (2012, 73–75) näkevät sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävän asiakkaan roolin vaihtelevan sairauden laadun ja vaiheen mukaan. Asiakas voi olla aktiivinen valitsija, yhteistyökumppani, päätöksentekijä ja sopijaosapuoli. Asiakaslähtöisyys muuttuu asiakkaan toimintakyvyn, tilanteen sekä asiakas-ammattilaisuusvuotovaikutuksen tavoitteiden ja reunaehtojen mukaan. Tällöin asiakaslähtöisyyttä on kohdata asiakas kuluttajana, kansalaisena, vahvana toimijana, yhteistyökumppanina, heikkona toimijana, rajalliset resurssit omaavana, apua tarvitsevana sekä ei-yhteistyökumppanina. Asiakaslähtöisyys hyvässä palvelujärjestelmässä on eettistä, tilannekohtaista, tavoitteellista, perustuen kokemukselliseen ja ammatilliseen harkintaan, asiakkaan elämäntilanne ja näkemyksen huomioiden. Käytännön toteuttaminen edellyttää asiakaslähtöisyyden tarkastelemista, jotta jokainen voi valita, vaikuttaa, olla osallinen ja saada tarvitsemaansa huolenpitoa. (Raitakari ym. 2012, 73–75.)

Nykäsen ja Ruotsalaisen (2012, 281–218) mukaan asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan aktiivisesti hoitoon ja päätöksentekoon osallistuvaa toimijaa, eikä passiivista asiantuntijan päätöksiin tyytyvää potilasta. Asiakaskeskeisyys ei ole vähentänyt organisaatiokeskeisyyttä tuotettaessa terveydenhuollon palveluja. Lääkärit eivät ole kiistattomasti hyväksyneet asiakaskeskeistä ajattelutapaa. Asiakkaalle yksilöllisesti räätälöidyt ja suunnitellut palvelut ovat asiakaslähtöisyyttä. Keskeistä on asiakkaiden osallistuminen täysivaltaisina päätöksentekoon paikasta tai ajasta riippumatta. Kansalaiselta edellytetään päätöksenteossa terveyteen vaikuttavista tekijöistä, riskeistä

ja uhkista sekä hoidon ja ennaltaehkäisyn vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Kansalaiskeskeisessä toiminnassa terveydenhuollon henkilöstö nähdään kansalaisten terveyden ylläpidon ja kehittämisen opastajana ja apulaisena. (Nykänen & Ruotsalainen 2012, 281–283.)

Vargo ja Lusch (2004; 2006) näkevät asiakkaan osallistuvan palvelun tarjoajien kanssa alusta alkaen tavoitteelliseen vuorovaikutukseen tuotesuunnittelusta lopputuotteen käyttöön luoden organisaatiolle palvelun arvoa ja arvoa yhteistuotannollisesti. Tehokas ja kilpailukykyinen resurssien käyttö edellyttää asiakaslähtöisyyttä. Siihen kuuluu yksityiset ja julkiset organisaatiot ja sekä yritysasiakkaat että kuluttaja-asiakkaat. Kaikki nähdään resursseina toisilleen ja joiden yhteistyön tuloksena kokonaisuus on suurempi kuin jokainen erikseen. Tässä palvelulogiikassa toiminta ohjautuu asiakaslähtöisesti ja toimintaverkoston resurssit käytetään tarkoituksen mukaisesti. (Vargo & Lusch 2004; 2006.) Terveydenhuollon tulisi tarkastella toimintansa lähtökohtana olevia tavallisia läsnä olevia ihmisiä ja heidän arkeaan (Koivuniemi & Simonen 2011, 52).

Mitronen ja Rintamäki (2012, 190–196) tähdentävät, että asiakaslähtöisen arvon luominen on organisaation keskeinen menestystekijä ja kilpailukykyyn perusta. Asiakastyytyväisyyden ja asiakasuskollisuuden muodostumisen edellytyksenä on asiakasarvoa. Asiakasarvon perustana on nähty arvolupauskäsite, joka perustuu asiakasarvon syvälliseen ymmärtämiseen. Tällöin palvelulogiikka muuttuu tuotanto- ja tuotelähtöisestä asiakaslähtöiseen toimintamalliin. Asiakasarvo rakentuu sellaisille palveluille ja tuotteille, jotka auttavat asiakasta saavuttamaan omat päämääränsä. (Mitronen & Rintamäki 2012, 190–196.)

Virtasen ym. (2011, 15–17) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon käyttäjästä puhutaan monessa eri näkökulmassa, kuten asiakkaasta, kuluttajasta, palveluiden käyttäjästä, osallisesta tai sidosryhmään kuuluvasta, veronmaksajasta tai kansalaisesta. Potilaan voi olla vaikeaa mieltää itseään kuluttajaksi hoitotilanteessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttäjällä on erityinen asiakkuus, sillä tällöin kohdataan sosiaalisista tai terveydellisistä ongelmista kärsivä ihminen. Asiakaslähtöisyys määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto-organisaatioissa hyvin eri tavoin. Asiakaslähtöisyys määrittyy sosiaali- ja terveystalouden palveluiden asiakkaalle siitä näkökulmasta miten palveluiden tarjonta kohtaa asiakkaan tarpeet palvelutilanteessa. Asiakkuusajattelun kolmena näkökulmana ovat oikeudellinen, kuluttajanäkökulma ja hallinnollinen näkökulma. (Virtanen ym. 2011, 15–17.)

Asiakkuuden perustuminen oikeudellisena sääntelynä määrittellään asiakkaiden oikeuksien kautta, kuten laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/1992). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarvitsevan on saatava asianmukaista ja laadultaan hyvää palvelua. Hoidon tai toimenpiteiden eri vaihtoehtoista tulee kertoa avoimesti. Asiakkaan kohtelu on oltava ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittavaa. Oikeudellisesta näkökulmasta asiakkaalle, palveluiden käyttäjille, on siirretty vastuuta yhä enemmän. Asiakkaan juridisella asemalla varmistetaan asiakkaan oikeusturva ja asema. (Stenvall & Virtanen 2012, 144–146; Virtanen 2011, 15, 17.)

Asiakkuus kuluttajanäkökulmana on vahvistunut etenkin 2010-luvulla. Palveluiden monipuolistuminen, palveluiden ulkoistaminen ja yksityistäminen ovat vahvistaneet palveluita käyttävien asemaa kuluttajina. Kuluttajan eli palveluiden käyttäjän mielipiteen korostuminen palveluiden kehittämisessä, suunnittelussa ja toimeenpanossa johtuu julkisin verovaroin rahoitettujen ja tuotettujen palveluiden ulkoisesta tilintekovastuusta, jolloin hallinto tulee läpinäkyväksi ja kuluttajan rooli korostuu. Asiakkaan asema kuluttajana lisää asiakkaan kuluttajan suojaa ja tarjoaa valinnan mahdollisuuksia. (Stenvall & Virtanen 2012, 148–153; Virtanen, 2011, 16–17.)

Asiakkuus hallinnollisena näkökulmana korostaa hallinnollisten käytäntöjen ja toimintatapojen suhtautumista asiakkaisiin ja asiakkaan roolia organisaatioiden prosessien suunnittelussa. Olennaisinta on miten asiakkaat organisaatiossa määrittellään. Perinteisesti asiakas on palveluiden tai tuotteiden vastaanottaja. Sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä asiakkuudelle on määritelty ehdot. Palveluiden monipuolistuessa ja sektoreiden hämärtyessä asiakkuudessa tulee huomioida eri organisaatioiden välinen asiakkuus. Palvelukäytännöissä asiakkaan asemaksi nähdään asiakaspalvelukulttuuri ja asiakasprosessien hallinta (Stenvall & Virtanen 2012, 146–148; Virtanen 2011, 17.)

Virtanen ym. (2011, 18) mukaan asiakaslähtöisyys nähdään sosiaali- ja terveyssektorilla toiminnan arvoperustana. Tällöin asiakas kohdataan hyvinvointivajeesta riippumatta ihmisarvoisesti. Palvelut tulee järjestää asiakkaan tarpeista lähtöisin, eikä organisaation tarpeista käsin, joka edellyttää vastavuoroisuutta, vuoropuhelua asiakkaan kanssa ja yhteisymmärrystä. Yhteisymmärrykseen sisältyy ajatus asiakassuhteen jatkuvuudesta. Jotta yhteisymmärrys saavutetaan, tulee palveluntarjoajan tietää kattavasti asiakkaasta, heidän tarpeistaan ja osata kytkeä tietoja käyttötilanteeseen eli tarjoamaansa palveluun. Tätä kutsutaan asiakasymmärrykseksi. Asiakaslähtöisyydessä asiakas nähdään resurssina, aktiivisena toimijana, joka tuo mukanaan

ajatuksen asiakkaan vastuusta omasta hyvinvoinnistaan. Aktivointi oman hyvinvoinnista huolehtimiseen ja osallistuminen hoito- tai palveluprosessiin liittyy läheisesti asiakaslähtöisyyteen. Asiakaslähtöisyys edellyttää palvelujärjestelmässä toimivalta työntekijältä kykyä tunnustaa asiakas yhdenvertaiseksi ja tasavertaiseksi kumppaniksi sekä nähdä asiakas oman elämän asiantuntijana. Molemminpuolinen luottamus syntyy työntekijän ja asiakkaan hyvästä vuorovaikutuksesta. (Stenvall & Virtanen 2012, 154–190; Virtanen 2011, 18–19.)

Virtanen ym. (2011, 36–37) mukaan asiakaslähtöinen ja asiakaskeskeinen kehittäminen eroavat toisistaan. Asiakaskeskeisessä kehittämistavassa nähdään asiakkaan tarpeen ohjaavan palveluiden kehittämistä ja asiakas tulee kuulluksi suunnitteluvaiheessa. Kuitenkaan asiakas ei kykene vaikuttamaan lopullisen palvelun toteuttamisen tai toimimisen tapaan. Yleensä asiakas kommentoi jo olemassa olevia palveluita laatu- tai mielipidemittausten kautta. Tällöin estyvät palvelukehittämisen innovaatiot. Asiakaslähtöisessä kehittämismallissa asiakas on mukana innovoimassa palvelua, testaamassa palvelun käytännöllisintä toteuttamistapaa tai luomassa palvelulle vaihtoehtoja palvelun kehittämisympäristössä. Asiakas on kehittämässä toimintaa yhdessä kehittäjien kanssa, kuten valitsemassa, suunnittelemassa ja testaamassa yhdessä parasta toiminnallista ratkaisua. Asiakkaan käyttäjäkokemusten perusteella asiakasymmärrys syvenee ja toiminta kehittyy edelleen. (Virtanen 2011, 36–37.)

Sosiaali- ja terveystalouden uudistus

Hallitus- ja oppositiopuolueet sopivat sosiaali- ja terveystalouden uudistuksesta maaliskuussa 2014. Uudistusta kutsutaan niin sanottuna sote - uudistuksena. Uudistuksen tarkoituksena on järjestää kaikki sosiaali- ja terveystaloudet viiden vahvan alueellisen järjestäjän toimesta. Alueiden rakenteiden pohjalla ovat nykyiset erityisvastualueet. Sote-uudistuksen tavoitteena on yhdistää sosiaali- ja terveystaloudet sekä perus- ja erityistason palvelut. Viisi aluetta järjestää kaikki sosiaali- ja terveystaloudet. Uudistuksen myötä mahdollistuvat yhdenvertaiset palvelut asuinkunnasta riippumatta. Toimivat palveluketjut mahdollistavat kaikki palvelut samasta paikasta, jolloin asiakasta ei pompoteta. Uudistuksen tavoitteena on purkaa hallintoa ja sen raja-aitoja, jolloin palveluiden tarpeeton päällekkäisyys vähenee. Uudistuksella turvataan varhainen puuttuminen sekä painopistettä siirretään ennaltaehkäiseviin ja oikea-aikaisiin palveluihin. Väestön hyvinvointi- ja terveyserot kaventuu. Uudistuksella turvataan palveluiden rahoitus, osaavan henkilöstön saatavuus, osaaminen ja työhyvinvointi. Nykyisin kunta tai yhteistoiminta-alue huolehtii perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta ja sen on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin.

Sairaanhoitopiirien järjestämistä vastuu lakkaa uudistuksen myötä vuoden 2016 lopussa. Uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuolto ovat toisiansa täydentäviä tehtäväalueita. Sote-järjestämislain on tarkoitus tulla voimaan 2015 alkuvuodesta. Vuoden 2017 alusta alkaa uusien sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavien alueiden toiminta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b.)

5.3 Valinta

Tässä luvussa käsitellään valintaa ja päätöksentekoa teorian näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa valinta liittyy läheisesti käsitteisiin tarve, halu, maine ja päätöksenteko. Valintaa on tutkittu eri tieteiden ja mallien mukaan (Tversky 1972; Lane 2000). Arrow (1963) ja Manning ym. (1987) ovat tutkineet valintaa terveystaloustieteen näkökulmasta, kun taas Andersen (1968) yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta. Toiviainen (2007) on tutkinut lääkärin suhtautumista potilaan tekemään hoitovalintaan. Julkisen ja yksityisen sektorin välillä lääkäripalveluiden valintaa ovat tutkineet Propper (2000), Tuorila (2000), Nguyen & Häkkinen (2005a) ja Jäntti (2008). Käyhkö (1997) on tutkinut yksilöiden terveyspalveluissa tekemää valintaa.

Niiniluodon (2002, 31–36) mukaan tieteessä on aina kyse myös ihmisen valinnoista. Aristoteleen (1989, 46) mukaan valitaan liittyvät järki ja ajattelu, jolloin valinnassa on kyse jonkin ottamisesta ennen muuta. Saukkosen (2004, 15) mukaan sosiaalisen valinnan teoria perustuu yksilön mieltymyksiin myös silloin kun tarkastellaan yksilön oikeuksia ja vapauksia. Jäntti esittää, että yksilön valinta on alisteinen yhteiselle sosiaaliselle valinnalle (Jäntti 2006, 30).

Vohlosen (1998, 9, 99) mukaan elämä on valintoja, jotka vaikuttavat aina tavalla tai toisella elämään ennemmin tai myöhemmin, eikä yksittäinen ihminen toimi aina rationaalisesti. Baumanin (1996, 169–171) mukaan ihminen ei voi valita sukuaan, juuriaan ja isänmaataan, mutta vaihtelevat maisemat tai seuransa hän voi valita. Ihminen ei ole täysin vapaa valitsemaan tai tahtomaan. Bauman (1997, 29) määrittää vapauden kyvyksi päättää ja valita, joka koostuu erinäisten valintojen mahdollisuuksista rakentuvista sarjoista.

Honkasalo (2013, 68–79) pohtii valinnan perustuvan ihmisen elämän aikana kertyneisiin kokemuksiin ja suhteisiin, jotka kulloinkin määrittävät toimintaa. Kuluttajan valinnan vapaudessa

on kyse syvemmistä historiallisista ja kulttuurisesti määräytyvistä kokemuksista, jolloin eettiset perustelut nähdään keskeisinä. (Honkasalo, 2013, 78.)

Aikeessa on mukana yksilön kokemus ja tietoisuus asioiden tilasta. Aikeeseen sisältyy harkintaa, jonka keskeinen osa on arviointi. Arvioinnin edellytyksenä ovat yksilön tiedostamat vaihtoehdot. Arviointi mahdollistaa vertailemisen ja merkitsee valintatilannetta. Tällöin toiminta perustuu arvoihin, jonka perusteella ihmisen on tehtävä valintoja havaitsemiensa vaihtoehtojen välillä. Erilaiset tunteet, kuten pelko, saattavat tehdä valinnasta ja päätöksenteosta vaikeaa. (Turunen 1997, 67–71.)

5.3.1 Valintaan liittyviä lähikäsitteitä

Valintaa voidaan liittää lähikäsitteet tarve, halu, maine ja päätöksenteko. Tarve, halu ja maine edeltävät päätöstä ja päätöksentekoa. Valinnan rinnalla voidaan käyttää päätöksentekoa ja päätöstä (Simon 1979). Terveystieteissä terveyspalveluiden tarpeita kuvataan useista eri näkökulmista.

Tarve

Turunen (1997, 77–83) mukaan tarve on käsitteenä moninainen ja monenkirjainen. Tarve liittyy läheisesti sanaan tarvita. Tarve nähdään käsityksenä tarvitsemisesta. Tarve voi olla koulutus, tietokone, auto, tieto ja mitä vain. Tarpeiden moninaisuus tulee esille myös asiakasnäkökulmasta. Ihminen tarvitsee elääkseen ravintoa voidakseen hyvin. Elimistön toiminnalle on tietyt tarpeet ehdottomia toimintojen ja selviytymisen mahdollistamiseksi. (Turunen 1997, 77–83.)

Ilmonen (2007, 82) jakaa tarpeet kahteen eri ryhmään: perustaviin ja johdettuihin. Perustarpeet ovat ihmisen hengissä pysymisen ehto ja vaativat poliittista päätöksentekoa niistä huolehtimiseen. Johdetut tarpeet eivät vaaranna ihmisen olemassaoloa biologisesti tai moraalisesti. (Ilmonen 2007, 82.)

Tarpeen tyydyttämistä saattavat viivyttää kulttuuriset, perinteeseen liittyvät, uskonnollis-poliittiset kiellot tai kodin taloudelliset resurssit. Tarpeen tyydyttäminen on nähty myös moraalisena ongelmana. Tarpeentyydyttäminen liikuttaa myös tunteita, jolloin kokemus on ainutlaatuinen. (Ilmonen 2007, 97–105.) Tarpeen kohdetta tarvitsee tulkita ja se koostuu eri tekijöistä. Tarvetta

ohjaavat neljä tärkeintä tekijää ovat ihmisen aiemmat kokemukset, hänen sosialisatio, kollektiivinen muisti ja tarpeiden kohteet. (Ilmonen 2007, 86.)

Halu

Lillrankin ja Venesmaan (2010, 37) mukaan haluja voi syntyä rajattomasti. Halut voivat olla kulttuurisia, tietoisia, mielikuvituksellisia tai tilanteista riippuvaisia. Ihmisen tietoisuus tarpeistaan tai motiiveistaan voi olla tiedostamaton, mutta halu edellyttää tietoisuutta, jonka ihminen voi ilmaista toiselle. (Lillrank & Venesmaa 2010, 37.)

Turunen (1997, 18–27) määrittelee halun sisäisenä kokemuksena, elämyksenä tai tunteena. Halu yhdistetään oman toiminnan kohteeksi. Ihmisen ymmärtäminen edellyttää hänen halujen ja yllyketoiljojensa ymmärtämistä. Yksilön toteuttaessaan halunsa, hän on muuttanut halunsa tahdoksi. Haluja säätelee yksilön omaksuma tai vallitseva moraalii. Toisinaan ihminen voi toimia velvollisuuden tunteesta, jolloin halu tehdään velvollisuudesta. Useat halut ovat myös elintärkeitä. Ihminen on haluissaan ristiriitatilanteessa huomaamattaankin. Tottumukset ohjaavat tekojamme ja arjen teot ovat tiedostamattomia päätöksiä. (Turunen 1997, 18–27.)

Halut kuuluvat Ilmosen (2007, 94–105) mukaan ihmisen perusolemukseen ja tulisi ymmärtää kohdesidonnoisesti. Halun kohteena voi olla laadullinen tai määrällinen periaate (Ilmonen 2007, 94–105). Halut ovat sidoksissa aikaan, paikkaan ja kulttuuriin sekä ovat subjektiivisia liittyen selviytymiseen ja terveyteen. Näin ollen tarvetta tai halua tulisi tutkia yleistettävästi, eikä niin, että tarve tai halu olisi samanlainen kaikille. (Lederer 1980, 3-4.)

Maine

Maine koostuu käsityksistä ja mielikuvista organisaatiosta. Asiakkaiden mielikuviin vaikuttaa kuinka organisaatio vastaa velvollisuuksiin tai odotuksiin. Kokonaismaine koostuu yksilöllisistä tulkinnoista, jotka ovat arviointeja ja käsityksiä organisaation toiminnasta. (Fombrun & Shanley 1990.) Aulan ja Mantereen (2005, 33–34) mukaan maine koostuu kerrotusta, puhutusta ja mainitusta. Maineeseen liitetään arviointia jostakin kohteesta ja joka erottaa kohteet toisistaan. Yrityksen maine muodostuu sidosryhmien arvostelusta, yrityksen hyvydestä tai pahuudesta. Maine syntyy kohdetta tarkastelevien tulkinnoissa ja mielikuvissa, ei kohteessaan. Mielikuvilla on valtaisa merkitys asiakkaiden, kuluttajien, yhteistyökumppaneiden, median, sijoittajien ja muiden ryhmien valintoihin ja päätöksiin. (Aula & Mantere 2005, 33–34.)

Maine yhdistää toiminnan ja mielikuvan. Mikäli ihmisiltä puuttuu omakohtainen kokemus, heidän tarvitsee perustaa valintansa toisten ihmisten suositusten ja kuulemisensa tarinoiden perusteella -kohteen maineen perusteella. Ihmisten päätökset perustuvat aineettomiin, tunnejohdannaisiin elementteihin. (Aula & Heinonen, 2002.)

Maine nähdään organisaation aineettomana pääomana. Julkisissa organisaatioissa on alettu korostaa myös maineen merkitystä. Julkisten organisaatioiden toiminta on laajentunut ja monipuolistunut maailmallisesti resurssien kaventuessa (Luoma-aho, 2008, 446.) Kilpailun lisääntyessä ja resurssien niukentuessa julkiset organisaatiot ovat kiinnittäneet huomioita palvelun laatuun, kustannustehokkuuteen ja asiakaslähtöisyyteen. Julkisilta palveluilta odotetaan läpinäkyvyyttä ja avoimuutta sekä kykyä vastata kansalaisen tarpeisiin. Loppukäyttäjät ovat tulleet viime aikoina kiinnostuneemmiksi julkisten organisaatioiden toiminnasta ja organisaatiot ovat ottaneet käyttöön erilaisia vuorovaikutuksen toimintamalleja tuoden sidosryhmät ja maineen julkisiin organisaatioihin. (Luoma-aho 2008, 447.)

Aula ja Mantere (2005, 35) näkevät maineen toimintana, johon kohdistuu odotuksia ja niiden täyttymyksiä, jolloin yritys rakentuu maineeseen ja elää maineelleen. Tällöin maineen keskiössä ovat hyvän tekeminen, hyvin tekeminen ja eläminen maineelle. Yrityksen jatkuva muutoskyky ja tae liikkeestä vievät yritystä kohti tavoitteita ja parempaa toimintaa. (Aula & Mantere 2005, 35.)

Hyvin hoidetut suhteet ympäröivään yhteiskuntaan, yhteisöihin ja sidosryhmiin nähdään yleisesti avaimina hyvään maineeseen. Tällöin sidosryhmä on yksilö tai ryhmä, jolla on vaikutusta organisaation tavoitteiden saavuttamiseen. Maine rakentuu yksilöiden/sidosryhmien suorista kokemuksista yrityksestä, sen toiminnasta, henkilöstön käyttäytymisestä, median välittämästä kuvasta yrityksestä, sosiaalista verkostoa unohtamatta. (Aula & Mantere 2005, 35–36.)

Aulan ja Heinosen (2002) mukaan mielikuvatekijöillä on yrityksen menestykselle yhä suurempi merkitys. Todellinen menestys perustuu hyvästä toiminnasta, joka tarvitsee kertoa muille. Yritysten pärjääminen perustuu jatkuvaan arvioon ympäröivästä maailmasta. Yritysten pärjäämiselle on olennaista tuottaa elämyksiä. Mielikuvien taloudessa menestyäkseen yrityksen on oivallettava neljä tekijää. Nämä ovat uudet yhteisöt, läpinäkyvyys, julkisuus ja muutos. Yrityksen tulee työskennellä vuorovaikutussuhteessa yhdessä sidosryhmien kanssa. Yrityksen tulee myös huomioida, että sillä ei

ole yksityisyyttä. Oleellista yritykselle on sen kyky luoda uutta nopealla tempolla, joka pohjautuu ihmisten erinomaisuuteen, viisauuspääomaan ja kollektiiviseen nerouteen. (Aula & Heinonen 2002.)

Mille tahansa yritykselle, asialle ja henkilölle on mielikuvatekijöistä tullut keskeinen menetystekijä. Samalla yrityksen toiminnan tulee olla eettisesti ja moraalisesti kestävä. Omakohtaisen kokemukset ja mielikuvat muodostavat yrityksen maineen. Yrityksen liiketoimintastrategia perustuu aina totuuteen yrityksen hyvästä yritystarinasta. Suotuisa näkemys, maine, on sidosryhmien näkemys organisaatiosta ja tämä näkemys ohjaa organisaatiota kohtaan tunnettua uskoa ja luottamusta. Hyvä maine ansaitaan teoilla ja se tekee yrityksen vetovoimaiseksi, siihen luotetaan ja siitä tulee sidosryhmien ensimmäinen valinta. Maineen rakentaminen, hallinta ja johtaminen ovat avainasemassa menestykseen. (Aula & Heinonen 2002.)

Päätöksenteko

Neurotieteen ja psykiatrian professori Montague (2008) näkee päätöksenteon perustuvan pitkälle valintojen kautta, jotka pohjautuvat arvoihin. Hänen mukaansa yhden ratkaisun valinta toisen kustannuksella seuraa suoraan tavasta, jolla aivot arvottavat sekä ulkomaailman että sisäisen maailman – ajatuksemme (Montague, 2008.) Koivusalon ym. (2009) mukaan terveystieteiden perustuu arvoihin. Perinteisesti näihin arvoihin on kuulunut kansalaisten tasa-arvoinen kohtelu. Tällöin terveystieteiden tulisi olla kaikkien saatavilla tarpeiden mukaan ja niistä aiheutuvien kulujen tulisi kohdistua tasaisesti köyhien ja rikkaiden sekä eri alueilla asuvien välillä. (Koivusalo 2009.)

Montague (2008) painottaa, että myös päätösten on oltava tehokkaita. Näiden lähtökohtien mukaan samat mekanismit rajoittavat valintojamme ja liittävät ne tarpeisiimme. Kyky arvottaa maailmaa eri valintojen kautta on Montaguen (2008) mukaan tehokas ratkaisu eloonjäämiseen perustuviin ongelmiin. (Montague 2008, 7-11.)

Simonin (1979) mukaan yksilön valintaan ja päätöksentekoon liittyy tiettyjen toimintojen tietoista tai tiedostamatonta valintaa kaikissa tilanteissa, jotka ovat yksilölle mahdollisia. Yksilön valinta tilanteessa hän joutuu syrjäyttämään joukon erilaisia vaihtoehtoja ja päätyy yhteen ainoaan toimeenpantavaan vaihtoehtoon. Jokaiseen valintaan liittyy päämäärä tai tavoite. Päätöksenteko on rationaalista, mikäli valitaan vaihtoehto, joka johtaa asetetun tavoitteen saavuttamiseksi. Toisaalta päätös on kompromissi. Valinta ei mahdollista täydellistä tavoitteen saavuttamista. Päätöksenteossa on huomioitava sekä teoreettinen ja käytännöllinen tietämys. (Simon 1979, 47–50.)

Simon (1979) kuvaa päätöksentekoon kolme eri vaihetta. Ensinnäkin kaikki vaihtoehdot tulee selvittää. Toiseksi kaikkien vaihtoehtojen seuraamukset tulee määrittää. Kolmanneksi erilaiset seuraamukset tulee arvioida. Koska yksilön on vaikea tuntea kaikkia vaihtoehtoja, on hänen valintansa tehtävä annettujen perusteiden pohjalta kulloisessakin ympäristössä. Näin yksilön on käyttäytyttävä annettujen perusteiden mukaisesti. Täydellistä rationaalisuutta päätöksentekoon rajoittaa tiedon puutteellisuus, sillä todellisuudessa tieto seuraamuksista on aina puutteellista. Päätöksiin asiallisesti ja ajallisesti läheisesti liittyvät tekijät voidaan päätöksenteossa ottaa huomioon. Mitkä tekijät ovat tärkeitä ja mitkä eivät, saattanevat olla vaikeasti olla havaittavissa. Valinnan seuraukset on voitu kuvata lähes täydellisesti, mutta niiden ennakoiminen ei voine vaikuttaa yhtä voimakkaasti kuin niiden kokeminen. Yksilön kyky ymmärtää koko seuraamusten laajuutta on vajavainen. Toisaalta yksilö ottaa päätöksessään huomioon ympäristön antamat tekijät. (Simon 1979.)

Päätöksenteossa on tärkeää myös asiantuntemus. Tällöin päätöksentekoon voidaan käyttää parhaat tiedot ja taidot päätöksen ratkaisulle. Myös vastuu tehdyistä päätöksistä on tärkeää. (Simon 1997, 8.) Coulterin (2002, 186–88) mukaan potilaiden mukaan ottaminen päätöksentekoon on yleensä koettu hyödylliseksi.

5.3.2 Valintaan perustuvia malleja

Terveyspalveluiden käyttöön vaikuttavat tekijät jaetaan neljään pääryhmään. Näitä ovat koettu hoidon tarve, käyttöä altistavat tekijät, käyttöä mahdollistavat tekijät ja terveydenhuoltohenkilökunnan näkemykset hoidon tarpeellisuudesta. Hoitoon hakeutuminen nähdään yleensä henkilön käyttäytymisenä ja hänen harkintanaan. Tällöin koetulla sairauden käsitteellä on keskeinen merkitys terveyspalvelujen käyttöä selittäessä ja mitkä tekijät siihen vaikuttaa. Terveysasenteet, mielipiteet ja uskomukset ovat käyttöä altistavia tekijöitä. Nämä vaikuttavat henkilön käsitykseen missä määrin hän tuntee tarvetta terveyspalveluiden käyttöön ja minkälaisen hyödyn hän kokee saavaansa. Terveyspalveluiden tarjonta ja niistä perittävät maksut koskevat palveluiden käyttöä mahdollistavina tekijöinä. Terveyspalveluiden määrällinen tarjonta ja tavoitettavuus on tärkeää erottaa toisistaan. Palveluiden maantieteellinen etäisyys kuvaa tavoitettavuutta. Hoitoon hakeutuneen henkilön näkemykseen hoidon tarpeellisuudesta vaikuttavat terveydenhuollon henkilökunta ja näin ollen myös palveluiden käyttöön. (Kalimo 1982, 29–30.)

Roland Andersenin terveystalouden käyttöä selittävä malli on tunnetuin. Mallissa yhdistyy eri piirteitä mm. psykologiasta, taloustieteestä, sosiologiasta ja epidemiologiasta. Terveystalouden käyttöön vaikuttavat tekijät jaetaan palveluiden käyttöä ennakoiviin ja mahdollistaviin tekijöihin sekä palveluiden tarpeeseen. Potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet, jotka vaikuttavat terveystalouteen hakeutumiseen ovat ennakoivia tekijöitä. Ennakoitavia tekijöitä ovat demografiset tekijät (ikä, sukupuoli, perhesuhteet), sosiaalisen rakenteen tekijät (ammatti, koulutus, työ, rotu) sekä terveysasenteisiin liittyvät tekijät. Mahdollistavia tekijöitä ovat perheen voimavarat (tulot, sairausvakuutus) ja yhteiskunnan voimavarat (lääkäreiden tai sairaansijojen määrä). Palveluiden saatavuus kuvaa mahdollistavia tekijöitä sekä samalla edustavat mallin taloudellista puolta. Palveluiden käytön välittömät syyt (kysyntää muodostavat) ovat tarpeeseen liittyviä tekijöitä. Kysyntää muodostavat syyt jaetaan potilaan kokemaan terveyden tilaan sekä terveydenhuoltohenkilöstön arvioimaan tarpeeseen palvelusta. (Mäntyranta ym. 2004, 51–53.)

Andersenin mallissa (1968) on perusoletuksena se, että terveystalouden käyttö riippuu monesta eri tekijästä, jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Yksilölliset tekijät liittyvät sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. Kaikki mallissa olevat tekijät vaikuttavat terveystalouden käyttöön. Muuttuvia tekijöitä ovat esimerkiksi asuinpaikka, tulot, sairaudet, pysyviä tekijöitä ovat ainoastaan syntymäaika ja ikä. (Andersen 1968.)

Andersen (1968) jakaa terveystalouden käyttöön vaikuttavat tekijät altistaviin, mahdollistaviin ja tarvetekijöihin. Kansalaisen taipumukset käyttää terveystalouksia ovat suhteessa altistaviin (predisposing) tekijöihin. Ne ryhmitellään kolmeen alaryhmään, johon kuuluvat ikä, sukupuoli, siviilisääty ja perheen koko. Toisen ryhmän muodostavat sosiaalisen rakenteen tekijät: ammatti, koulutus, työssä olo, uskonto ja rotu. Edellä mainitut tekijät kuvaavat ihmisen sosiaalista asemaa käyttäytymismalleineen. Terveystaloukset muodostavat kolmannen ryhmän, johon kuuluvat tiedot, asenteet, arvot ja käsitykset lääkäreistä, terveystalouksista ja sairauksista. Perheet, joilla on vahva usko hoitojen tehokkuuteen käyttävät enemmän palveluita kuin perheet, jotka eivät usko terveydenhuollon hyödyllisyyteen. (Andersen 1968, 14–16; Andersen 1995, 2-3.)

Andersenin (1968) mukaan mahdollistavat (enabling) tekijät koostuvat taloudellisista ja palveluiden saavutettavuudesta. Taloudellisia voimavaroja ovat perheen säästöt, tulot ja vakuutukset. Yhteiskunnallisena voimavarana on terveystalouden tarjonnan saatavuus, kuten lääkäreiden suhde väestöön, sairaalan vuodepaikat suhteessa väestöön, asuinpaikan ja alueen tarjonta. Oletetaan, että

yksilö ei käytä alttiudestaan huolimatta terveystalvaeluja ennen kuin se on mahdollista. Mitä enemmän tarjontaa, sitä enemmän palveluita käytetään, oli olettamuksena mahdollistavien tekijöiden osalta. (Anderson, 1968, 16–17.)

Tarvetekijät (needs) ilmaisevat terveystalvaeluiden käytön välittömän syyn mahdollistavien tekijöiden täytyessä. Tarvetekijät jaetaan subjektiiviseen eli itse koettuun ja diagnosoituun eli terveydenhuoltohenkilöstön arviomaan tarpeeseen. (Anderson 1968, 17.)

Andersen (1995) on kehittänyt malliaan edelleen, jossa on mukana koko terveystalvaelitiikan järjestelmä sisällytettynä alkuperäiseen malliin. Malli kuvaa terveydenhuollon palveluiden moninkertaisia vaikutuksia ja myöhemmin terveyden statusta. Se sisältää asiakaspalautteen vaikutuksen myöhempiin altistaviin tekijöihin ja havaittuihin palveluiden tarpeisiin terveystalvaeltyäytymisessä. Arvioitu ja havaittu terveyden arvo sekä asiakastytyväisyys vaikuttavat altistaviin, mahdollistaviin ja tarvetekijöihin. (Andersen 1995, 7-8.)

Kalimon (1969) mallissa kuvataan terveystalvaeluiden käyttöön vaikuttavia tekijöitä. Käyttäytymisen tavoitteena nähdään tarve terveyden säilyttämisenä. Sairauden aiheuttama uhka riippuu, siitä miten alttiiksi yksilö kokee itsensä sairauksien suhteen. Sairaus aiheuttaa myös sosiaalisia seuraamuksia, kuten sairauden aiheuttamia kustannuksia, työajan menetystä. Yksilö tarvitsee terveystalvaeluihin hakeutuakseen sisäisen tai ulkoisen virikkeen, joka aktivoi hakeutumisprosessia. Tämä virike voi olla sanomalehtimainos, sairauden vaarallisuudesta tai perheen jäsenen kehotus. Mallissa sairauden ja terveystalvaeluiden käytön välinen suhde selittyy potilaan päätöksentekoon liittyvien henkilökohtaisten ja toimintamahdollisuuksia säätelevien, sosiologisesti mielenkiintoisten ulkoisten tekijöiden avulla. Terveystalvaeluiden käyttö edellyttää tarpeen kokemista, myönteistä arviointia palveluista ja sosiaalisia edellytyksiä palvelun käyttöön. Potilaan terveystalvaeluiden käyttö perustuu haittaan, kipuun ja uhkaan. Sairauden esiintyminen ja koetun hoidon tarpeen välillä vallitsee riippuvuus suhde, jonka voimakkuus vaihtelee sairauden ja yksilön mukaan. Päätös terveydenpalveluiden käytön hyödystä syntyy vertaamalla toisiinsa käytön arvioitua tehokkuutta sairauden parantamiseksi ja käytön havaittuja esteitä. (Kalimo 1969, 29–30.)

Terveystalvaeluiden käytön sosiaalisia edellytyksiä ovat Kalimon (1969) mukaan saatavilla olevat lääkäripalvelut ja kyky suoriutua käytön aiheuttamista kustannuksista. Ratkaisevaa on palvelun hinta suhteessa potilaan tulotasoon. Sosiaaliset tekijät toimivat hoitoon hakeutumisessa edistävinä tai rajoittavina tekijöinä. Hoidon pituus ja sisältö riippuvat pääasiassa hoitohenkilöstöstä, ei enää

potilaan arvoista ja sosiaalisista edellytyksistä. Kalimon (1969) mallissa on myös taloustieteellisiä aineksia, jolloin hyödykkeen kysyntä on tarjonnan, hinnan ja yksilön tulotasosta riippuvainen. Mallissa on huomioitu potilaan terveystalvveluista saava hyöty. (Kalimo 1969, 31.)

Purolan (1971, 19) mukaan sairaanhoitojärjestelmä on luonteeltaan normatiivinen. Potilas hakeutuu lääkärin hoidettavaksi kun hänen kokee jokin terveydellisen vaivan ongelmakseen, mutta lääkäri, palveluiden tuottaja, ratkaisee mitä potilas tarvitsee. Huomio kiinnittyy kahteen asiaan; potilaan hakeutumiseen sairaanhoitojärjestelmään ja sairaanhoitojärjestelmä sisäiseen toimintaan. Hoitoon hakeutumisen vaiheessa potilas määrittelee hoidon tarpeen ja sairaanhoitojärjestelmän sisällä sairaanhoitohenkilökunta. Toiminnalle on välttämätöntä potilaan hoitoon hakeutumisen prosessi, mikä on puolestaan keskeistä terveystalvveluista. (Purola 1971, 19–20.)

Purola (1971, 25) viittaa hoitoon hakeutumiseen liittyvän erilaisia tekijöitä, kuten sosiaalipsykologisia ja taloudellisia tekijöitä. Sosiaalipsykologiset seikat korostavat hoitoon hakeutumisen alttiutta, kun taas taloudelliset seikat hoidon saannin mahdollisuutta. Hoitoon hakeutumisessa voidaan nähdä neljä erilaista vaihetta: ensimmäiseksi jokin psykofyysinen häiriö tai tauti esiintyy, toiseksi häiriö koetaan sairautena, kolmanneksi päätetään hakeutua terveydenhuollon piiriin ja neljänneksi päätetään toteuttaa eli käyttää lääkäripalveluita. (Purola 1971, 22–29.)

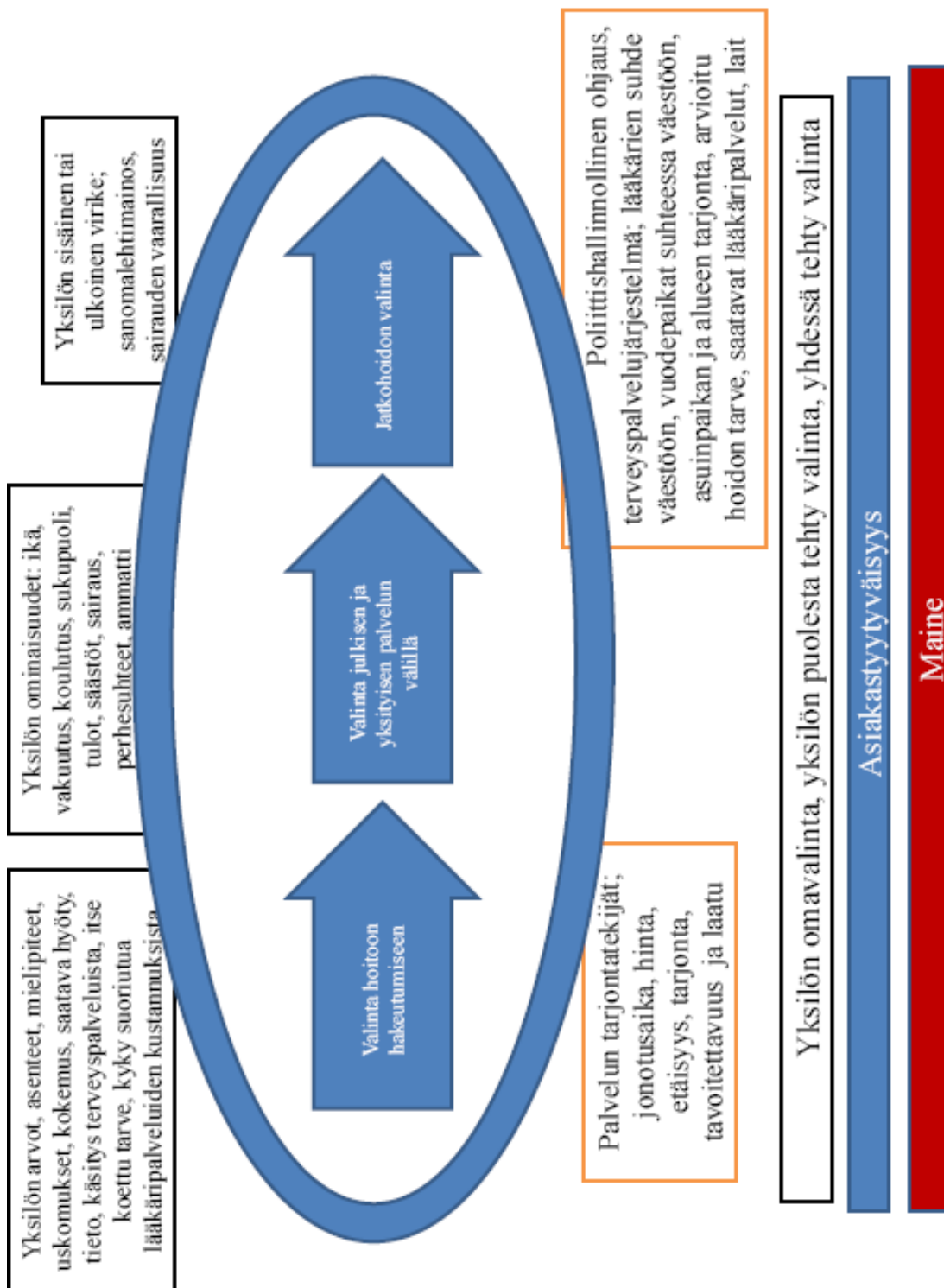
Nguyen ja Häkkisen (2005, 8) mallissa selitetään kolmivaiheisella mallilla hammaslääkäripalvelun käyttöä. Mallissa erotetaan kolme eri vaihetta; hoitoon hakeutuminen, sektorivalinta julkisen ja yksityisen välillä ja käyntimäärä lääkäriellä. Käytön selittäviksi tekijöiksi oletetaan suun terveyden tila, hoidon tarpeen kiireellisyys, tulot, aika, palvelun hinta, kipu eli tarve, sukupuoli, kutsumenettely, koulutustaso, hoitopelko ja käsitys tietyn sektorin riittävydestä. (Nguyen & Häkkinen 2005.) Tutkimuksen teoria pohjautuu Nguyen ja Häkkisen aikaisempiin tutkimuksiin (Nguyen & Häkkinen 2005a, 335–345).

Jäntti (2008, 37–41) kuvaa terveystalvveluiden kolmivaiheisen valintamallin rakennetta kolmella osakokonaisuudella. Kolmivaiheinen valinta nähdään valintasarjana muotoutuen valintapoluksi. Valintapolun ensimmäisessä vaiheessa kansalainen tekee valinnan omassa mielessään puntaroiden eri vaihtoehtoja. Toisessa valintapolun vaiheessa valinta konkretisoituu toiminnan valintana tavaran tai palvelun suhteen. Tässä vaiheessa valinta on primaarinen ja kolmannessa vaiheessa, jatkovalintavaiheessa sekundaarinen. Jokaisessa vaiheessa valintaan vaikuttavat yksilön arvot ja asenteet, yksilön ominaisuudet, kuten ikä, koulutus, sukupuoli, tulotaso, sairaus sekä ympäristön

vaikutukset, joita ovat poliittis-hallinnollinen ohjaus, terveystalvvelujärjestelmä ja palveluntarjontatekijät. (Jäntti 2008, 37–41.) Malleista on kooste taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Terveystalvveluja selittävät mallit

Malli	Mallin keskeiset piirteet
Andersenin malli (1968)	Terveystalvveluiden käyttö selittyy Altistavilla tekijöillä; yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet (ikä, sukupuoli, perhesuhteet) Mahdollistavilla tekijöillä; perheen voimavarat (tulot, sairausvakuutus) Tarvetekijöillä; yksilön itse koettu tai diagnosoitu tarve
Kalimon (1969) & Purolan (1971) malli	Terveystalvveluiden käyttö selittyy Altistavilla tekijöillä; yksilön tarve ja sisäinen tai ulkoinen virike Sosiaalisella edellytyksellä palvelun käytöstä esim. saatavilla olevat lääkäripalvelut ja kyky suoritua kustannuksista
Andersenin malli (1995)	Terveystalvveluiden käyttö selittyy Kehittänyt edellistä (1968) mallia, johon on lisätty koko terveystalvvelupolitiikan järjestelmä sisältäen asiakaspalautteen sekä arvioidun ja havaitun terveyden arvon. Asiakastyytyväisyys vaikuttaa altistaviin, mahdollistaviin ja tarvetekijöihin.
Nguyenin & Häkkisen (2005) malli	Terveystalvveluiden käyttö selittyy Kolmivaiheinen malli; hoitoon hakeutuminen, sektorin valinta julkisen tai yksityisen välillä ja käyntimäärä lääkäriillä Selittäviä tekijöitä; yksilön tarve eli kipu, hoidon kiireellisyys Kysyntätekijät; palveluiden riittävyys
5. Jäntti (2008)	Terveystalvveluiden käyttö selittyy Kolmivaiheinen valintapolku I-vaiheessa yksilö puntaroi eri vaihtoehtoja, II-vaiheessa valinta konkretisoituu palvelun suhteen III-vaiheessa jatkohoidon valinta. Jokaisessa vaiheessa valintaan vaikuttavat yksilön arvot, asenteet ja ominaisuudet sekä ympäristön eli poliittishallinnollisen ohjauksen, terveystalvvelujärjestelmän ja palveluiden tarjontatekijöiden vaikutukset



KUVIO 1. Terveyspalveluiden valinta (Mukaiillen Andersenia 1968, 1995; Purolaa 1971; Kalimoa 1969; Ngugen & Häkkistä 2005; Jänttiä 2008; Fombrum & Shanleytä 1990; Aula & Manteretta 2005; Aula & Heinosta 2002 ja Luoma-ahoa 2008.)

Terveyspalveluiden valintamalli koostuu Andersenin (1968; 1995), Purolan (1971), Kalimon (1969), Ngugen & Häkkisen (2005), Jäntin (2008) malleista sekä maineen osalta Fombrum & Shanleyn (1990), Aula & Mantereen (2005), Aula & Heinosen (2002) sekä Luoma-ahon (2008) näkökulmiin. Mukailussa kuviossa terveyspalveluiden valinnassa nähdään, että yksilön arvot, asenteet, mielipiteet, uskomukset, kokemukset, saatava hyöty, tieto, käsitys terveyspalveluista, itse koettu tarve, kyky suoriutua lääkäripalveluiden kustannuksista ovat yhtenä tekijänä hoitoon hakeutumisessa niin julkisen kuin yksityisen palvelun välillä sekä jatkohoidon valinnassa.

Mallissa terveyspalveluvalinta päätöksiin vaikuttavat myös yksilön ominaisuudet, kuten ikä, vakuutus, koulutus, sukupuoli, tulot, säästöt, sairaus, perhesuhteet ja ammatti. Sairauden vaarallisuudella, sanomalehtimainoksella sekä yksilön sisäisillä ja ulkoisilla virikkeillä, kuten perheen jäsenen kehotuksella nähdään mallien perusteella olevan vaikutusta myös koko valintaketjuun. Palvelun tarjoaja, kuten sairaala, voi osaltaan vaikuttaa terveyspalveluvalinnassa yksilön valinta päätökseen. Tällöin hoidon jonotusajalla, hinnalla, etäisyydellä, tarjonnalla, tavoitettavuudella ja laadulla nähdään olevan vaikutusta valintaan.

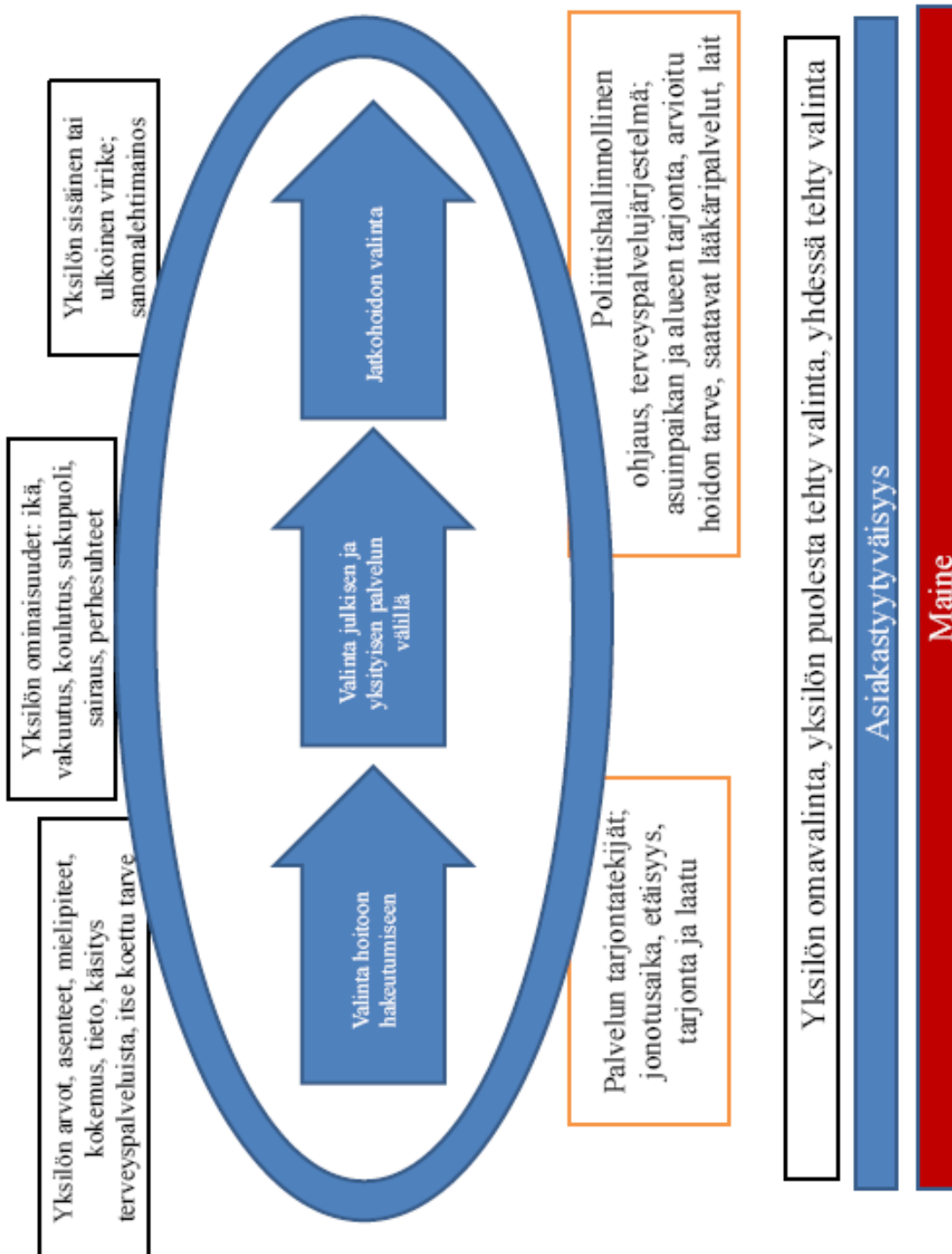
Poliittishallinnollisella ohjauksella ja terveyspalvelujärjestelmällä on omat terveyspalveluiden valintaan vaikuttavat tekijät hoitoprosessissa. Näin ollen valintaan vaikuttavat lääkäreiden sekä vuodepaikkojen suhde väestöön, asuinpaikan ja alueen tarjonta, arvioitu hoidon tarve, saatavat lääkäripalvelut sekä lait.

Terveyspalveluiden valinta mallissa nähdään myös kuka valinnan tekee. Valinta voi olla yksilön oma valinta, hänen puolestaan tehty valinta tai yksilön kanssa yhdessä tehty valinta.

Asiakastyytyväisyyden on todettu vaikuttavan yksilön terveyspalveluiden valintaan, sen joko altistavan, mahdollistavan tai vaikuttavan tarvetekijöihin (Andersen 1995). Yksilön tekemät päätökset nähdään mallissa liittyvän myös terveyspalveluita tarjoavan eli organisaation maineeseen. Yksilön, kuten potilaan, hänen omaisensa tai lääkärin mielikuvat, mielipiteet ja kokemukset sekä toisten kertomat ja puhutut asiat vaikuttavat maineeseen ja tätä kautta tehtyyn valintaan terveyspalvelussa.

Hoitoon hakeutuminen, hoidon palvelun tarjoaja ja jatkohoidon valinta eli terveyspalveluiden valinta nähdään etenevän prosessimaisesti, jolloin päätökseen vaikuttavat kaiken aikaa edellä

mainitut seikat. Kuviossa 2. on koottuna tähän tutkimukseen liittyvät osuudet terveystalveluun liittyvistä malleista ja maineesta.



KUVIO 2. Terveystalveluiden valinta tässä tutkimuksessa (Mukaiilen Andersenia 1968, 1995; Purolaa 1971; Kalimoa 1969; Ngugen & Häkkistä 2005; Jänttiä 2008; Fombrum & Shanleytä 1990; Aula & Manteretta 2005; Aula & Heinosta 2002 ja Luoma-ahoa 2008.)

Tässä tutkimuksessa terveystalveluiden valintaa tutkitaan yksilön ominaisuuksilla, joita ovat ikä, sukupuoli, koulutus, sairaus, perhesuhteet ja vakuutus. Sairautena tässä tutkimuksessa on jonkin asteinen vamma, kipu tai haitta, joka tässä tutkimuksessa hoidetaan tekonivelleikkauksella. Tutkimuksessa kysytään koettua terveydentilaa valintahetkellä ja kyselyyn vastaamishetkellä. Tutkimukseen osallistuvilta kysytään mahdollista vakuutusta sekä siitä saamaansa korvausta.

Yksilön arvoja, asenteita ja mielipiteitä tutkitaan sen mukaan miten he ovat päättäneet tekonivelleikkaukseen ja mitä asioita he ovat tällöin mahdollisesti arvostaneet. Mitkä ovat tekonivelpotilaan tärkeinä hoitoon pääsyssä ja sen valinnassa olevia asioita. Tutkimus sisältää myös kysymyksiä kokemuksista, käsityksestä terveystalveluista ja itse koetusta tarpeesta.

Yksilön sisäisenä tai ulkoisena näkökulmana tutkimukseen osallistuvalla lienee jokin virike, jota häneltä tutkimuksen avulla selvitetään. Virikkeenä voi olla perheen jäsenen kehoitus tai yksilön kokemus kipu tai uhka terveyden menettämislle. Toisaalta tutkimukseen osallistuva on saattanut nähdä mainoksen terveystalveluiden tarjoajasta.

Tutkimuksessa selvitetään tutkittavien kuvaa palvelun tarjoajasta etäisyyden, jonotusajan, tarjonnan ja laadun osalta. Poliittishallinnollisen ohjauksen osalta ollaan kiinnostuneita terveystalvelujärjestelmän toimivuudesta, asuinpaikan ja alueen tarjonnan näkökulmasta sekä arvioidusta hoidon tarpeesta, saatavista lääkäripalveluista sekä laista. Poliittishallinnollisena ohjauksena nähdään myös erityisvastuualueen mahdollisuus käyttää erillistä niin sanottua vapaan hoitopaikan sopimusta.

Tutkimuksessa selvitetään onko yksilö valinnut hoitopaikan vai onko valinta tehty yksilön puolesta tai hänen kanssaan. Asiakastytyväisyyteen liitetään tekonivelpotilaiden kokemukset asiakaslähtöisyydestä ennen tekonivelpaikan valintaa lähettävän tahon osalta ja Coxan osalta. Maineen osalta ollaan kiinnostuneita onko se vaikuttanut hoitopaikan valinnassa.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 204 potilasta. Naisia oli hiukan yli puolet (53 %) ja miehiä hiukan alle puolet (47 %). Tutkimukseen osallistuneiden keskimääräinen ikä oli 67 vuotta, iältään nuorin oli 31-vuotias ja iäkkäin 90-vuotias (ka=67,07, kh=10,56). Noin kolmasosalla potilaista (31 %) oli koulutuksena kansa- tai peruskoulu. Viidenneksellä potilaista (21 %) oli opistotasoinen koulutus tai yliopistotasoinen (20 %) tutkinto. Eläkkeellä potilaista (57 %) oli yli puolet. Reilu kolmannes potilaista (38 %) oli työssä. Potilaista 70 % asui avio- tai avoliitossa. Viidennes potilaista (20 %) asui yksin. Potilaiden kotikunta muutettiin sairaanhoitopiiriksi. Kotikunta ei muuttunut oleellisesti tekonivelleikkausvalinta hetkellä verrattuna tekonivelleikkaus hetkeen. Hieman yli viidennes (22 %) potilaista oli kotoisin Päijät-Hämeen tai Vaasan sairaanhoitopiireistä niin tekonivelleikkausvalinta kuin tekonivelleikkaus hetkellä. Prosentilla (1 %) potilaista oli koti tekonivelvalinta ja tekonivelleikkaus hetkellä ulkomailla (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Potilaiden taustatiedot

Taustamuuttuja	n	%		
Sukupuoli				
Nainen	107	53		
Mies	96	47		
Ikä				
Alle 60	44	23		
61-70	74	39		
Yli 70	71	38		
Koulutus				
Kansa- tai peruskoulu	63	31		
Ylioppilastutkinto	5	3		
Ammattikoulututkinto	35	17		
Opistotasoinen tutkinto	43	21		
Ammattikorkeakoulututkinto	11	5		
Yliopistotutkinto	40	20		
Muu	5	3		
Valinta hetkellä				
Työssä	77	38		
Eläkkeellä	114	57		
Työtön / työnhakija	3	1		
Opiskelija	1	1		
Muu	6	3		
Asumismuoto				
Avio- tai avopuoliso	141	70		
Lapsen / lasten kanssa	2	1		
Avio- ja avopuolison ja lapsen / lasten kanssa	16	8		
Jonkun muun sukulaisen tai tuttavän kanssa	1	1		
Yksin	40	20		
Kotikunta (muutettu sairaanhoitopiiriksi) tekonivelleikkausvalinta /tekonivelleikkaus hetkellä				
	n	%	n	%
Etelä-Karjalan shp	2	1	2	1
Etelä-Pohjanmaan shp	20	10	21	11
Etelä-Savon shp	2	1	2	1
HUS	12	6	12	6
Kainuun shp	1	1	1	1
Kanta-Hämeen shp	30	15	29	15
Keski-Pohjanmaan shp	2	1	2	1
Keski-Suomen shp	9	5	9	5
Pirkanmaa shp	14	7	14	7
Pohjois-Pohjanmaan shp	4	2	3	2
Päijät-Hämeen shp	45	22	45	22
Satakunnan shp	11	5	12	6
Vaasan shp	44	22	43	21
Varsinais-Suomen shp	2	1	2	1
Ulkomaat	3	1	2	1

n= vastausten määrä, % = vastausten osuus prosentteina

Yli puolelle potilaista (53 %) oli tehty lonkan tai molempien lonkkien tekonivelleikkaus. Polven tai molempien polvien tekonivelleikkaus oli tehty vajaalle puolelle potilaista (46 %). Lähes kolmannekselle potilaista (30 %) oli tehty tekonivelleikkaus vuonna 2010. Suurin osa potilaista (49 %) oli tullut Coxaan tekonivelleikkaukseen käyttäen niin sanottua vapaanhoitopaikan valinta mahdollisuutta. Potilaista 23 % maksoi tekonivelleikkauksen itse. Lähes kolmannes potilaista (28 %) koki terveytensä huonoksi tekonivelleikkauksen valintahetkellä, kun taas kyselyn vastaamishetkellä terveytensä huonoksi kokevia oli neljä prosenttia. Erittäin hyväksi terveydentilan koki valintahetkellä 12 % potilaista. Lähes kolmannes potilaista (29 %) koki terveydentilan erittäin hyväksi kyselyn vastaamishetkellä. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Potilaiden tautia koskevat tiedot

Muuttuja	n	%
Tehty tekonivelleikkaus		
Lonkan / molempien lonkkien	107	53
Polven / molempien polvien	93	46
Muu	1	1
Tekonivelleikkausvuosi		
ennen 2007 tai 2007	5	3
2008	2	1
2009	39	20
2010	59	30
2011	37	19
2012	51	26
2013	2	1
Minkä tekijän perusteella Coxaan leikattavaksi		
Kunnan tekonivelleikkaukset tehdään Coxassa	13	7
Vapaahoitopaikan valinta mahdollisuutta	93	49
Maksoi itse leikkauksen	44	23
Vakuutusyhtiö maksoi leikkauksen	28	15
Muu	12	6
Terveydentila valintahetkellä		
Erittäin hyvä	24	12
Melko hyvä	51	25
Kohtalainen	42	21
Melko huono	55	28
Erittäin huono	29	14
Terveydentila vastaamishetkellä		
Erittäin hyvä	59	29
Melko hyvä	100	50
Kohtalainen	32	16
Melko huono	8	4
Erittäin huono	1	1

n= vastausten määrä, % = vastausten osuus prosentteina

Enemmistö (59 %) potilaista hakeutuu sairastuessaan terveyskeskusten lääkäripalveluihin. Neljäsosa (26 %) hakeutuu yksityisiin lääkäripalveluihin. Helppo hoitoon pääsy oli 38 % mukaan vastaajista tärkein syy valita kyseinen lääkäripalvelu. Viidennekselle (21 %) potilaista hinta oli palveluiden hinta tärkein valinnan syy. Eniten (34 %) lähetteitä Coxaan tekonivelleikkaukseen potilaat saivat yksityiseltä lääkäriltä. Potilaista 14 % vastasi kohtaan jostakin muualta. Tässä kohdassa kaikki vastaukset olivat yksinomaan Coxan yksityisvastaanoton kautta. Terveyskeskuksen kautta lähetteen Coxaan sai hiukan reilu neljäsosa (26 %). (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Potilaiden terveispalveluiden käyttö

	n	%
Hakeutuminen sairastuessa		
Terveyskeskuksen lääkäripalveluihin	101	59
Yksityisiin lääkäripalveluihin	45	26
Yksityisen työterveyshuollon lääkäripalveluihin	19	11
Sairaalan poliklinikan lääkäripalveluihin	2	1
Johonkin muualle	5	3
Tärkein syy käyttää valitsemaa lääkäripalvelua		
Palveluiden hyvä laatu	23	14
Helppo hoitoon pääsy	63	38
Palveluiden hinta	35	21
Yksityinen vakuutus	4	2
Lyhyt tai vaivaton matka	20	12
Erikoislääkäripalveluiden saaminen	12	7
Muu syy	10	6
Lähete Coxaan		
Terveyskeskuksen lääkäriltä	49	26
Yksityiseltä lääkäriltä	64	34
Yksityisen työterveydenhuollon lääkäriltä	19	10
Sairaalan poliklinikan lääkäriltä	30	16
Jostakin muualta; mm. Coxan yksityisvastaanotolta	26	14

n= vastausten määrä, % = vastausten osuus prosentteina

Coxaan hakeutumiseen vaikuttanut taho

Potilailta kysyttiin missä määrin lähiomaiset, työyhteisö, viranomaiset, lääkäri, potilas itse, vakuutusyhtiö, vapaan hoitopaikan sopimus tai joku muu vaikutti heidän hakeutumiseensa tekonivelleikkaukseen Coxaan. 87 % potilaista oli sitä mieltä, että he itse vaikuttivat erittäin paljon hakeutumiseensa tekonivelleikkaukseen Coxaan. Toiseksi eniten hakeutumiseen vaikutti potilaan lääkäri (47 %). Kaikkein vähiten valintaan vaikutti viranomainen (92 %) tai työyhteisö (88 %). Kohdassa jonkun muun asian vaikutus hakeutumiseen Coxaan annettiin vastauksina; tuttava, hyvä

maine, tekonivelleikkauksiin erikoistunut sairaala, ennakkotieto sairaalasta, omaiset lähellä, pääsy leikkaukseen, laatu, toisen hoitopaikan kaksi epäonnistunutta leikkausta, jälkihoito Suomessa, oma vakuutus ja fysioterapeutti (taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Coxaan hakeutumiseen vaikuttanut taho

Vaikutustaho	Ei lainkaan n(%)	Vain vähän n(%)	Jokin verran n(%)	Erittäin paljon n(%)
Minä itse	2(1)	1(1)	22(11)	165(87)
Lääkäri	48(27)	13(7)	31(17)	87(49)
Vapaanhoitopaikan sopimus	86(52)	6(4)	13(8)	62(37)
Lähiomainen	73(40)	18(10)	42(23)	48(27)
Vakuutusyhtiö	140(86)	3(2)	9(6)	11(7)
Työyhteisö	147(88)	11(7)	6(4)	3(2)
Viranomaiset	153(92)	6(4)	6(4)	3(2)
Joku, muu	0(0)	0(0)	3(14)	18(86)

n(%), n= vastausten määrä, % = vastausten osuus prosentteina

6.2 Iän merkitys valintaan

Iän vaikutus tekonivelleikkauksen valintaperusteisiin

Potilaiden tuli valita kolme tärkeintä tekonivelleikkauksen valintaperusteeseen vaikuttavaa tekijää. Ikä ja tärkein tekonivelleikkauksen valintaa vaikuttava tekijä ristiintaulukoitiin. 60 vuotta tai nuoremmat (vastaajia 37) antoivat kaikkiaan 111 vastausta. 61–70-vuotiaat (vastaajia 68) antoivat 201 vastausta ja yli 70-vuotiaat (vastaajia 55) antoivat 161 vastausta. Leikkaukseen pääsyn nopeus oli lähes neljänneksellä 61–70-vuotiaista (24 %) ja yli 70-vuotiaiden (23 %) mielestä tärkein tekijä valinnassa. Hyvä maine oli 60-vuotiaiden ja nuorempien mielestä tärkein valintaan vaikuttava tekijä. Heistä 14 % piti hyvää mainetta tärkeänä valintaperusteena. Hyvää mainetta arvosti viidennes 61–70-vuotiaista. Lääkäriin kirjoittamaa lähetettä piti tärkeänä lähes viidennes yli 70-vuotiaista. Ikä näyttäisi olevan tilastollisesti melkein merkitsevä tekonivelleikkauksen valintaperusteissa ($p < 0,036$). Muilta valintaperusteilta kriteerit olivat melko samanlaisia, kuten selviää taulukosta 6.

TAULUKKO 6. Iän vaikutus tekonivelleikkauksen valintaperusteisiin

Tekonivelleikkauksen valintaperuste	60 tai alle (n=37) n(%)	61-70 (n=68) n (%)	yli 70 (n=55) n (%)	Koko aineisto (n=160) n (%)
Lääkäri kirjoitti lähetteen	17(11)	21(13)	28(18)	66(41)
Hoitaja suositteli	0(0)	3(2)	1(1)	4(3)
Fysioterapeutti suositteli	2(1)	1(1)	2(1)	5(3)
Ystäväsukulainen suositteli	5(3)	12 (8)	11(7)	28(18)
Oma valintani	13(8)	31 (19)	22 (14)	66 (41)
Leikkaukseen pääsy oli nopeaa	15 (9)	38 (24)	36 (23)	89 (56)
Hyvä maine	22 (14)	35 (21)	15 (9)	72 (45)
Infektioiden (tekoniveltulehdusten) alhaisuus	2(1)	7 (4)	2 (1)	11 (7)
Luotettavuus	12 (8)	14 (9)	17 (11)	43 (27)
Laatu	11 (7)	13 (8)	12 (8)	36 (23)
Vakuutus	6 (4)	8 (5)	2 (1)	16 (10)
Osaava henkilökunta	4 (3)	17 (11)	11 (7)	32 (20)
Sairaalan tilat	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (1)
Muut, mitkä	2 (1)	1 (1)	1 (1)	4 (3)

n=160, $\chi^2=42,787$; df 28, $p<0,036^*$ (suuntaa antava)

n(%), n= vastaajien määrä, % = vastauksen prosenttiosuus koko aineistosta,

χ^2 = ryhmien heterogeenisyyden testaus chin neliötestillä

60 vuotta tai nuoremmat antoivat kaikkiaan 111 vastausta, 61–70-vuotiaat antoivat 201 vastausta ja yli 70-vuotiaat antoivat 161 vastausta. Kaikkiaan vastauksia annettiin 473.

Iän vaikutus potilaiden valinnassa tärkeinä pitämiin asioihin

Lähes kaikkien ikäluokkien (99 %) vastaajat pitivät tärkeänä saada hoitoa kun sitä tarvitsee. Yli kaksi kolmasosaa yli 61 vuotiaista piti erittäin tärkeänä mahdollisuutta valita hoitava lääkäri. Lähes kaikkien ikäluokkien vastaajat pitivät melko tai erittäin tärkeänä saada valita hoitopaikka. Yli puolet vastaajista piti erittäin tärkeänä valita hoidon ajankohta. Kolme neljästä piti erittäin tärkeänä mahdollisuutta valita erikoissairaanhoidon palvelut muualta kuin sairaanhoitopiiristä missä asuu. Iällä ei näyttäisi olevan tilastollisesti merkitystä saada hoitoa kun sitä tarvitsee ($p=0,418$), mahdollisuutta valita lääkäri ($p=0,617$), saada valita hoitopaikka ($p=0,914$), valita hoidon ajankohta ($p=0,716$) tai mahdollisuutta valita erikoissairaanhoidon palvelut muualta kuin eri sairaanhoitopiiristä kuin missä asuu ($p=0,716$) (taulukko 7.)

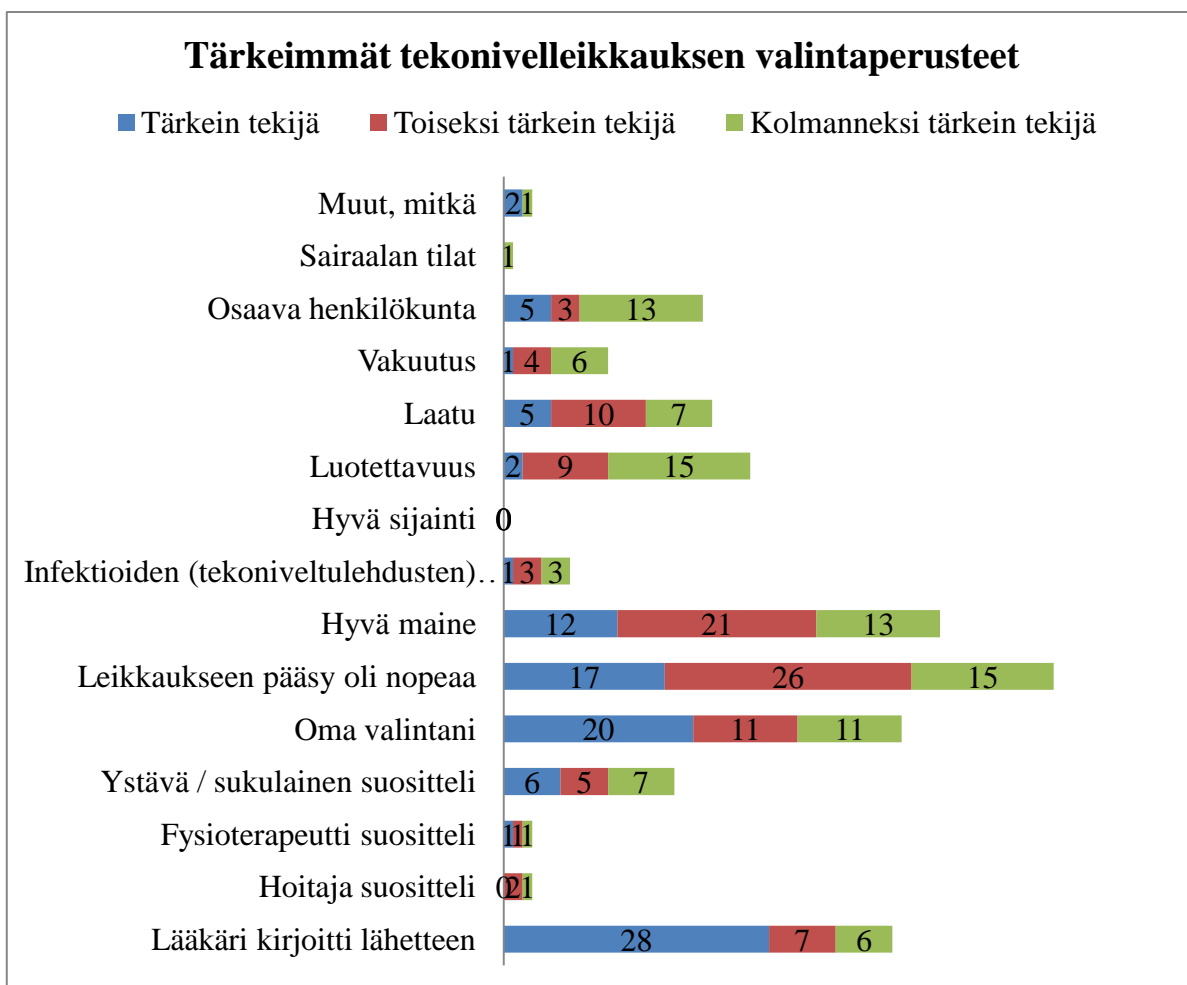
TAULUKKO 7. Potilaiden tärkeinä pitämiä asioita ikäluokittain

Tärkeys	Ei lainkaan tärkeä n(%)	Ei kovin tärkeä n(%)	Melko tärkeä n(%)	Erittäin tärkeä n(%)
Saada hoitoa, kun sitä tarvitsee				
Alle 60 tai 60	0(0)	0(0)	0(0)	44(100)
61–70	0(0)	0(0)	0(0)	74(100)
yli 70	0(0)	0(0)	1(1)	67(99)
n=186, $\chi^2=1,745$, df=2, p=0,418				
Mahdollisuutta valita hoitava lääkäri				
Alle 60 tai 60	1(2)	4(10)	13(32)	23(56)
61–70	0(0)	5(7)	19(26)	49(67)
Yli 70	0(0)	5(8)	17(27)	41(65)
n=177, $\chi^2=4,444$, df=6, p=0,617				
Saada valita hoitopaikka				
Alle 60 tai 60	0(0)	1(2)	11(25)	32(73)
61–70	0(0)	3(4)	15(21)	54(75)
Yli 70	0(0)	2(3)	12(19)	51(79)
n=181, $\chi^2=0,970$, df=4, p=0,914				
Valita hoidon ajankohta				
Alle 60 tai 60	0(0)	3(7)	16(37)	25(56)
61–70	0(0)	3(4)	22(30)	49(66)
Yli 70	0(0)	4(7)	23(38)	34(56)
n=178, $\chi^2=2,108$, df=4, p=0,716				
Mahdollisuutta valita erikoissairaanhoidon palvelut eri sairaanhoitopiiristä, kuin missä asuu				
Alle 60 tai 60	1(2)	2(5)	8(18)	33(75)
61–70	1(1)	4(6)	11(16)	56(77)
Yli 70	3(5)	3(5)	11(17)	47(73)
n=177, $\chi^2=1,543$, df=6, p=0,957				

n(%), n= vastaajien määrä, % = vastauksen prosenttiosuus koko aineistosta, χ^2 = ryhmien heterogeenisyyden testaus chin neliötestillä

6.3 Sukupuolen merkitys valintaan

Potilaita tiedusteltiin kolmea tärkeintä tekijää päätyessään tekonivelleikatuksi Coxaan. Lääkärin kirjoittama lähete oli vajaalle kolmannekselle (28 %) tärkein tekijä. Se ei kuitenkaan noussut potilaiden kolmen tärkeimmän valintaperusteen joukkoon. Omaa valintaa piti 20 % vastaajista tärkeimpänä kriteerinä. 42 % vastaajista piti omaa valintaa yhtenä tärkeimmistä valintaperusteista päätyä leikattavaksi Coxaan. Kun huomioidaan potilaiden mainitsemat kolme tärkeintä valintaperustetta, tärkein tekijä oli leikkaukseen pääsyn nopeus, toiseksi tärkein hyvä maine ja kolmanneksi tärkein oma valinta. Hyvää sijaintia ei ollut kukaan maininnut kolmen tärkeimmän tekijän joukkoon. Sairaalan tilat jäivät yhteen prosenttiin. Muina valintaperusteina mainittiin käytyä keskustelua ortopedin kanssa, leikkaava lääkäri, perheen mahdollisuuden avustaa leikkaukseen pääsyssä ja salassapito. Kuviossa 3 on esitetty vastaajien tärkeimmät perusteet valinnalle.



KUVIO 3. Tärkeimmät tekonivelleikkauksen valintaperusteet prosentteina

Sukupuolen vaikutus tekonivelleikkauksen valintaperusteisiin

Sukupuoli ja tekonivelleikkauksen tärkeimmät tekijät ristiintaulukoitiin ja merkitsevyyttä tutkittiin χ^2 -testillä. Tekonivelleikkaukseen pääsyn nopeus oli sekä naisilla että miehillä tärkein valintaperusteen syy. Valintaperusteita koskeviin kysymyksiin oli vastannut 87 naista ja 83 miestä. Naiset olivat antaneet kaikkiaan 257 vastausta ja miehet 245 vastausta. Naisten ja miesten valinnat olivat melko samanlaisia. Lääkärin kirjoittaman lähetteen, ystävän tai sukulaisen suositteleminen ja infektioiden alhaisuuden välillä oli selvempi ero naisten ja miesten välillä. Naisista lähes puolet piti tärkeänä valintaperusteena lääkärin kirjoittamaa lähetettä ja infektioiden alhaisuutta 12 % naisista. Lähes neljännekselle miehistä ystävän tai sukulaisen suositus oli tärkeä valintaperuste ja naisista 13 % oli valinnut tämän tärkeäksi valintaperusteeksi. Sukupuolella ei ole tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tekonivelleikkauksen valintaperusteisiin ($p=0,109$), jota on kuvattu taulukossa 8.

TAULUKKO 8. Sukupuolen vaikutus tekonivelleikkauksen valintaperusteisiin

Tekonivelleikkauksen valintaperuste	Nainen (n=87) n (%)	Mies (n=83) n (%)	Koko aineisto (n=170) n (%)
Lääkäri kirjoitti lähetteen	40 (46)	28 (34)	68 (40)
Hoitaja suositteli	1 (1)	3 (4)	4 (2)
Fysioterapeutti suositteli	3(3)	2(2)	5(3)
Ystävä / sukulainen suositteli	11 (13)	19 (23)	30 (18)
Oma valintani	32 (37)	39 (47)	71 (42)
Leikkaukseen pääsy oli nopeaa	50 (58)	45 (54)	95 (56)
Hyvä maine	35 (40)	43 (52)	78 (46)
Infektioiden (tekoniveltulehdusten) alhaisuus	10 (12)	2 (2)	12 (7)
Luotettavuus	26 (30)	18 (22)	44 (26)
Laatu	21 (24)	15 (18)	36 (21)
Vakuutus	9 (10)	9 (11)	18 (11)
Osaava henkilökunta	15 (17)	20 (24)	35 (21)
Sairaalan tilat	1 (1)	0 (0)	1 (1)
Muut, mitkä	2 (2)	2 (2)	4 (2)

$n=170$, $\chi^2=20,707$; df 14, $p=0,109$ (suuntaa antava)

$n(\%)$, n = vastaajien määrä, % = vastauksen prosenttiosuus koko aineistosta, χ^2 = ryhmien heterogeenisyyden testaus chin neliötestillä

Sukupuolen vaikutus potilaiden valinnassa tärkeinä pitämiin asioihin

Lähes kaikkien potilaiden (99 %) mukaan on erittäin tärkeää saada hoitoa, kun sitä tarvitsee. Naisista 36 % ja miehistä 29 % piti erittäin tärkeänä mahdollisuutta valita hoitava lääkäri. Naisista 41 % ja miehistä 34 % mielestä on erittäin tärkeää saada valita hoitopaikka. Hoidon ajankohta valitseminen oli niin kolmannekselle (34 %) naisista kuin kolmannekselle (27 %) miehistä erittäin

tärkeää. Valita erikoissairaanhoidon palvelut eri sairaanhoitopiiristä, kuin missä asuu, oli naisista 43 % ja miehistä 32 % erittäin tärkeää. Sukupuolella ei ole tilastollista merkitsevyyttä tärkeydessä saada hoitoa kun sitä tarvitsee ($p=0,340$), mahdollisuudessa valita lääkäri ($p=0,061$), saada valita hoitopaikka ($p=0,264$), valita hoidon ajankohta ($p=0,123$) ja mahdollisuuteen valita erikoissairaanhoidon palvelut eri sairaanhoitopiiristä, kuin missä asuu ($p=0,264$). Potilaiden tärkeinä pitämiä asioita kuvataan taulukossa 9.

TAULUKKO 9. Potilaiden tärkeinä pitämiä asioita sukupuolen mukaan

Tärkeys	Ei lainkaan tärkeä n(%)	Ei kovin tärkeä n(%)	Melko tärkeä n(%)	Erittäin tärkeä n(%)
Saada hoitoa, kun sitä tarvitsee				
Nainen	0(0)	0(0)	1(1)	104(99)
Mies	0(0)	0(0)	0(0)	95(100)
n=200, $\chi^2=0,909$, df=1, p=0,340				
Mahdollisuutta valita hoitava lääkäri				
Nainen	1(1)	10(5)	20(11)	69(36)
Mies	0(0)	5(3)	33(17)	54(29)
n=192, $\chi^2=7,364$, df=3, p=0,061 (suuntaa antava)				
Saada valita hoitopaikka				
Nainen	0(0)	3(2)	17(9)	81(41)
Mies	0(0)	3(2)	25(13)	67(34)
n=196, $\chi^2=2,667$, df=2, p=0,264				
Valita hoidon ajankohta				
Nainen	0(0)	7(4)	27(14)	65(34)
Mies	0(0)	4(2)	38(20)	51(27)
n=192, $\chi^2=4,186$, df=2, p=0,123				
Mahdollisuutta valita erikoissairaanhoidon palvelut eri sairaanhoitopiiristä, kuin missä asuu				
Nainen	2(1)	3(2)	14(7)	82(43)
Mies	3(2)	7(4)	19(10)	61(32)
n=191, $\chi^2=2,667$, df=2, p=0,264				

n(%), n= vastaajien määrä, % = vastauksen prosenttiosuus koko aineistosta, χ^2 = ryhmien heterogeenisyyden testaus chin neliötestillä

Potilaiden saama tieto Coxasta sukupuolen mukaan

Potilaat saivat ymmärtää kaikki sopivat vaihtoehdot, joita he saivat tietoa Coxasta. Vaihtoehtoja oli annettu valmiiksi kahdeksan ja he saivat täydentää lisää kohdassa yhdeksän, mikäli heidän vaihtoehtonsa puuttui annetuista vaihtoehdoista. Potilaista 36 % sai eniten tietoa Coxasta lääkärin kautta. Omaisen tai tuttavien osuus tiedon saamisessa oli neljännes. Internetistä potilaista sai tietoa 15 %. Messuilta tietoa ei saanut kukaan. Vastauksia kysymykseen annettiin 296. Muualta tietoa saaneet olivat ottaneet itse selvää missä on vähiten komplikaatioita, Coxan toimistovirkailijalta, edellisen leikkauksen perusteella, lääkäriystävän suositteli, lääkärikeskuksen toimitusjohtajalta, leikkattujen potilaiden kertomana, Coxan lääkäriltä, muusta sairaalasta ja kotiin tulleesta esitteestä. Molemmat sukupuolet saivat tietoa Coxasta eniten lääkäriltä, naisista 54 % ja miehistä 51 %. Naisista 32 % ja miehistä 43 % sai toiseksi eniten tietoa Coxasta omaiselta tai tuttavalta. Kolmanneksi eniten tietoa saatiin Coxasta Internetistä. Naisten osuus oli tällöin 22 % ja miesten osuus 23 %. Naisista 16 % sai tietoa Coxasta lehdestä ja miehistä 5 %. Lähes puolet miehistä sai tietoa omaiselta tai tuttavalta ja kolmannes naisista Tiedon saannissa sukupuolen mukaan ei ollut tilastollisesti merkittävää vaikutusta ($p < 0,194$). (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10. Potilaiden saama tieto Coxasta sukupuolen mukaan

Tieto	Naiset n(%)	Miehet n(%)	Kaikki n(%)
Lääkäriltä	57 (54)	48 (51)	106(36)
Hoitajalta	10 (9)	6 (6)	17(6)
Fysioterapeutilta	3 (3)	4(4)	7 (2)
Omaiselta, tuttavalta	34 (32)	41 (43)	75 (25)
Internetistä	23 (22)	22 (23)	45 (15)
Tiedotustilaisuudesta	17 (16)	5 (5)	15 (5)
Messuilta	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Muualta	4 (5)	5 (5)	9 (3)

n(%), n= vastaajien määrä, % = vastauksen prosenttiosuus koko aineistosta

6.4 Koulutuksen merkitys valintaan

Koulutuksen vaikutus valintaperusteisiin

Koulutukset luokiteltiin uudelleen Tilastokeskuksen (2011) koulutusastejaottelu määritelmää käyttäen. Tällöin kansakoulun ja peruskoulun käyneet luokiteltiin ryhmään perusaste. Keskiasteeseen yhdistettiin ylioppilas- ja ammattikoulututkinnon suorittaneet. Alin korkea-aste käsittää opistotasoiset tutkinnot, joilla ei ole ammattikorkeakoulututkintoa. Korkeakouluasteeseen yhdistettiin ammattikorkeakoulu- ja yliopistotutkinnot (Tilastokeskus 2011.) Kohta muu tutkinto yhdistettiin perusasteeseen, koulutusten mukaisesti.

Potilaiden tuli valita kolme tärkeintä tekonivelleikkauksen valintaperusteeseen vaikuttavaa tekijää. Sukupuoli ja tärkein tekonivelleikkauksen valintaa vaikuttava tekijä ristiintaulukoitiin. Perusasteen käyneet (vastaajia 54) antoivat kaikkiaan 157 vastausta. Keskiasteen käyneet (vastaajia 29) antoivat 86 vastausta, alimman korkea-asteen käyneet (vastaajaa 37) antoivat 111 vastausta ja korkeakouluasteen käyneet (vastaajia 48) antoivat 141 vastausta.

Kansa- tai peruskoulun, ylioppilastutkinnon tai ammattikoulututkinnon käyneillä oli lääkärin kirjoittamalla läheteellä tärkein vaikutus valintaperusteisiin. Oma valinta ja leikkauksen nopea pääsy oli valintaperusteena lähes kaikkien koulutuksen saaneiden tärkeänä valintaperusteena. Mitä vähemmän oli koulutusta, sitä tärkeämpi valintaperuste oli lääkärin kirjoittama lähete ja nopea leikkaukseen pääsy. Hyvä maine ja luotettavuus olivat korkeamman koulutuksen saaneille tärkeämpää. Koulutuksella ei ole tilastollisesti merkitsevää vaikutusta tekonivelleikkauksen valintaperusteissa ($p < 0,178$), jota kuvataan taulukossa 11.

TAULUKKO 11. Tekonivelleikkauksen valintaperuste koulutusasteittain

Tekonivelleikkauksen valintaperuste	Perus-aste (n=54) n(%)	Keski-aste (n=29) n (%)	Alin korkea-aste (n=37) n (%)	Korkea-kouluaste (n=48) n (%)	Kaikki (n=168) n (%)
Lääkäri kirjoitti lähetteen	30 (56)	17 (59)	7 (19)	12 (25)	66 (39)
Hoitaja suositteli	3 (6)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	4 (2)
Fysioterapeutti suositteli	1 (2)	1(3)	2(5)	1(2)	5 (3)
Ystävä / sukulainen suositteli	8 (14)	4 (14)	8 (22)	10 (21)	30 (18)
Oma valintani	23 (43)	11 (38)	16 (43)	20 (42)	70 (42)
Leikkaukseen pääsy oli nopeaa	33 (61)	18 (62)	20 (54)	24 (50)	95 (57)
Hyvä maine	19 (35)	11 (38)	19 (51)	28 (58)	77 (46)
Infektioiden (tekoniveltulehdusten) alhaisuus	4 (7)	3 (10)	2 (5)	3 (6)	12 (7)
Luotettavuus	11 (20)	6 (21)	11 (30)	15 (31)	43 (26)
Laatu	11 (20)	4 (14)	9 (24)	12 (25)	36 (21)
Vakuutus	5 (9)	5 (17)	4 (11)	4 (8)	18 (11)
Osaava henkilökunta	8 (15)	6 (21)	10 (27)	10 (21)	34 (4)
Sairaalan tilat	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)
Muut, mitkä	0 (0)	0 (0)	2 (5)	2 (4)	4 (2)

n=168, $\chi^2=50,309$; df 42, p=0,178 (suuntaa antava)

n(%), n= vastaajien määrä, % = vastauksen prosenttiosuus koko aineistosta,

χ^2 = ryhmien heterogeenisyyden testaus chin neliötestillä

Perusaste antoi 157 vastausta, keskiaste 86 vastausta, alinkorkea-aste 111 ja korkeakouluaste 141 vastausta. Kaikkiaan vastauksia annettiin 495.

Potilaille valinnassa oli tärkeää saada hoitoa kun sitä tarvitsee. Lähes kaikki (99 %) eri koulutustausta huomioiden pitivät hoidon saamista erittäin tärkeänä. Tärkeintä mahdollisuutena valita hoitava lääkäri piti korkeakouluasteen käyneet (70 %). Lähes kaikkien koulutusasteiden mielestä oli erittäin tärkeää saada valita hoitopaikka. Hoidon ajankohdan valitsemisessa oli eniten vastauksissa vaihtelua eri koulutustaustoilla. Keskiasteen koulutuksen saaneiden mielestä 81 % mielestä oli erittäin tärkeää mahdollisuus valita erikoissairaanhoidon palvelut muualta kuin omasta sairaanhoitopiiristä. Muiden koulutusasteiden mielestä sitä piti erittäin tärkeänä hiukan yli 70 %. Koulutuksella ei näyttäisi olevan tilastollista merkitystä valinnassa, jota kuvataan taulukossa 12.

TAULUKKO 12. Potilaiden tärkeinä pitämiä asioita koulutuksen mukaan

Tärkeys	Ei lainkaan tärkeä n(%)	Ei kovin tärkeä n(%)	Melko tärkeä n(%)	Erittäin tärkeä n(%)
Saada hoitoa, kun sitä tarvitsee				
Perusaste	0(0)	0(0)	1(1)	64(99)
Keskiaste	0(0)	0(0)	0(0)	40(100)
Alin korkea-aste	0(0)	0(0)	0(0)	43(100)
Korkeakouluaste	0(0)	0(0)	0(0)	51(100)
n=199, $\chi^2=2,027$, df=3, p=0,558				
Mahdollisuutta valita hoitava lääkäri				
Perusaste	1(2)	7(11)	19(30)	37(58)
Keskiaste	0(0)	5(15)	6(18)	22(67)
Alin korkea-aste	0(0)	1(2)	14(33)	28(65)
Korkeakouluaste	0(0)	4(4)	13(26)	37(70)
n=190, $\chi^2=9,887$, df=9, p=0,361				
Saada valita hoitopaikka				
Perusaste	0(0)	0(0)	1(1)	64(99)
Keskiaste	0(0)	0(0)	0(0)	40(100)
Alin korkea-aste	0(0)	0(0)	0(0)	43(100)
Korkeakouluaste	0(0)	0(0)	0(0)	51(100)
n=196, $\chi^2=2,667$, df=2, p=0,264				
Valita hoidon ajankohta				
Perusaste	0(0)	3(5)	23(38)	35(57)
Keskiaste	0(0)	4(11)	8(22)	25(67)
Alin korkea-aste	0(0)	3(7)	16(27)	24(56)
Korkeakouluaste	0(0)	0(0)	18(36)	32(64)
n=191, $\chi^2=7,833$, df=6, p=0,251				
Mahdollisuutta valita erikoissairaanhoidon palvelut eri sairaanhoitopiiristä, kuin missä asuu				
Perusaste	2(3)	3(5)	11(18)	46(72)
Keskiaste	1(3)	1(3)	5(14)	29(81)
Alin korkea-aste	1(2)	3(7)	8(19)	30(71)
Korkeakouluaste	1(2)	3(6)	9(18)	36(74)
n=189, $\chi^2=1,537$, df=9, p=0,997				

n(%), n= vastaajien määrä, % = vastauksen prosenttiosuus koko aineistosta, χ^2 = ryhmien heterogeenisyyden testaus chin neliötestillä

6.5 Valinnasta nousevia laadullisia tekijöitä

Potilaiden odotuksia

Potilailta kysyttiin avoimella kysymyksellä mitä odotuksia heillä oli Coxassa tehtävän tekonivelleikkauksen suhteen. Kysymykseen vastanneita oli 163. Kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä. Vastauksia luokiteltiin eri aiheisiin sisällön mukaan. Potilaat odottivat Coxasta tekonivelleikkauksen suhteen eniten kivuttomuutta, liikunta- ja toimintakyvyn paranemista. Kivuttomuus, liikunta- ja toimintakyvyn palautuminen mahdollistaa työhön ja harrastusten pariin pääsemisen.

”Kivut ja särkylääkkeet pois. Liikuntakyvyn palautuminen, elämänlaadun parantuminen.” (nainen, 73v, alin korkea-aste)

”Odotuksenani oli, että voisin jatkaa harrastuksiani leikkauksen jälkeen.” (mies, 62v., keskiaste)

”Toimiva nivel, työkunnon palautuminen” (mies, 61v., perusaste)

”Leikkauksen jälkeen terveys niin hyvä että pystyn liikkumaan ilman kipuja ja apuvälineitä.” (mies, 79v., keskiaste)

Potilaiden mielestä oli tärkeää myös leikkauksen onnistuminen.

”Odotin onnistumista” (nainen, 82v., korkeakouluaste)

”Toivoin, että leikkaus onnistuisi hyvin. Leikkaus onnistui monin verroin paremmin kuin osasin odottaa. Sain uuden liikunnallisen elämän!!!” (nainen, 56v., korkeakouluaste)

”Kaiken tavoin onnistuvan hyvin ja niin myös tapahtui leikkauksen suhteen.” (mies, 64v., perusaste)

Muut odotukset liittyivät luottamukseen, ammattitaitoon, maineeseen, tietoon ja nopeaan leikkaukseen pääsyyn.

”Olin luottavainen hyvän maineen vuoksi. Onnistumisprosentti oli korkea.” mies, 31v., korkeakouluaste)

”Korkeaa ammattitaitoa, joka myös osoittautui todeksi.” (mies, 56v., perusaste)

”Että asiantuntijat osaavat hoitaa hommansa.” (nainen, 82v., perusaste)

”Nopeasti leikkaukseen ja kuntoutukseen.” (nainen, 85v., perusaste)

”Hyvä leikkaustulos (oli uusintaleikkaus). Miellyttävä ilmapiiri. Hyvä hoitohenkilökunta.” (mies, 75v., korkeakouluaste)

”Odotukset olivat erittäin korkeat, luotin täysin leikkaavaan lääkäriin ja olin saanut paljon tietoa, että leikkaukset on hyvin onnistuneet.” (nainen, 72v., perusaste)

Kysyttäessä miten edellä olevat odotukset Coxassa täyttyivät 74 % potilaista vastasi erittäin hyvin ja 21 % hyvin. 4 % mielestä huonosti ja yhden prosentin mukaan erittäin huonosti tai ei osannut sanoa.

Vapaanhoitopaikan toteutumisen helpottaminen julkisessa terveydenhuollossa

Potilailta kysyttiin avoimella kysymyksellä mikä helpottaisi kokemuksen perusteella vapaan hoitopaikanvalinnan toteutumista julkisessa terveydenhuollossa. Avoimeen vastaukseen vastasi 98 potilasta. Kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä. Vastauksia luokiteltiin eri aiheisiin sisällön mukaan.

Potilaiden vastauksista selkeimmin nousi esille oikean ja asiallisen tiedon antaminen eri mahdollisuuksista ja potilaiden toiveiden huomioonottaminen.

”Lääkäreiden pitäisi olla halukkaampia ohjaamaan potilaan sairaalaan, jossa olisi mahdollista pian hoitoon.” (nainen, 72v., perusaste)

”Julkisen terveyshuollon henkilöstön sitoutuneisuus vapaanhoitopaikan mahdollisuuden tiedon siirrosta asiakkaille.” (nainen, 70v., perusaste)

”Olisiko/onko yhteistä/yleistä ”portaalia”, josta löytyisi yhdestä paikasta kaikki palveluntarjoajat ja perustiedot sekä yksikön ”ominaispiirteet”/profilointi... jotenkin?” (mies, 50v., korkeakouluaste)

”Lääkäreiden asennemuutos. Paljon enemmän tietoa.” (mies, 73v., keskiaste)

”Tiedottaminen vaihtoehdoista.” (mies, 82v., perusaste)

”Riittävästi informaatiota joka pohjautuu tosiasioihin, ei toisen hoitopaikan mustamaalamista oman sairaalan kehumiseksi.” (nainen, 67v., korkeakouluaste)

”Kuunneltaisi potilasta.” (mies, 66v., keskiaste)

”Lääkäreiden tulisi ottaa paremmin huomioon potilaan toiveet ja tarpeet.” (mies, 67v., keskiaste)

Tekonivelleikkauspaikan valinta kokemuksen perusteella

Potilailta kysyttiin avoimella kysymyksellä kolmea tärkeintä tekijää, minkä perusteella he valitsisivat tekonivelleikkauspaikan kokemuksensa perusteella. Avoimeen kysymykseen vastasi 174 potilasta. Kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä luokitellen vastaukset eri aiheisiin vastausten perusteella. Potilaiden kokeman perusteella kolme tärkeintä tekijää valinnassa ovat henkilökunnan ammattitaito, nopea leikkaukseen pääsy ja laatu. Henkilökunnan ammattitaito oli tärkein valintaan vaikuttava tekijä. Potilaista 57 % mainitsi vastauksessaan henkilökunnan ammattitaidon. Nopea leikkaukseen pääsy oli 36 % mielestä tärkeä valinta kriteeri kokemuksen perusteella. Kolmanneksi tärkeintä oli laatu, jonka 32 % piti kokemansa perusteella tärkeänä.

”Nopea pääsy lääkärille. Tarkka tutkimus hoidon tarpeesta. Ammattitaito.” (nainen, 69v., perusaste)

”Ammattitaito sairaalalla, nopea hoitoon pääsy ja jatkokontrolli.” (mies, 66v., perusaste)

”Yksikkö, joka on erikoistunut kyseiseen tehtävään, osaa homman, eikä tule sairaala pöpöä. Ja koko tiimi toimii potilaan hyväksi.” (mies, 66v., korkeakouluaste)

”Nopea hoitoon pääsy. Kokeneet lääkärit ja hoitohenkilökunta.” (mies, 65v., keskiaste)

”Laatu, nopeus, ammattitaito.” (mies, 61v., korkeakouluaste)

”Nopea hoitoon pääsy. Pätevät lääkärit, hyvä hoito + jatkoseuranta.” (nainen, 73v., alin korkeaste)

Muita potilaiden tärkeinä pitämiä asioita olivat maine (21 %), luotettavuus (20 %), asiakaspalvelu (20 %), sijainti (14 %) ja hygienia/infektoiden vähäisyys (10 %).

”Hyvä maine, hyvä hoito, kieliosaava henkilökunta.” (mies, 63v., perusaste)

”Lääkärin (hoitavan) ammattitaito ja luotettavuus sekä h:kunnan palveluallttius. (nainen 62v., korkeakouluaste)

”Hyvä maine, sijainti, luotettavuus.” (mies, 55v., alin korkeaste)

”Luottamus lääkärin ammattitaitoon. Hyvä ja ystävällinen hoito.” (mies, 86v., alin korkeaste)

”Ammattitaito, luotettavuus, infektioiden alhaisuus.” (nainen, 65v., korkeakouluaste)

Toiveet sairaalan palveluista tekonivelleikkauksen jälkeen

Potilailta kysyttiin avoimella kysymyksellä kolmea asiaa, minkälaisia palveluita he toivoisivat saavansa tekonivelleikkauksen jälkeen tekonivelleikkauksia tekevästä sairaalasta. Avoimeen kysymykseen vastasi 152 potilasta. Kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä luokitellen vastaukset eri aiheisiin vastausten perusteella.

Potilaat toivovat saavansa tekonivelleikkauksia tekevästä sairaalasta jälkiseurantaa, jatkokuntoutusta ja mahdollisuutta yhteydenottoihin. Jälkiseuranta ja yhteydenotto haluttiin tekonivelleikkauksen tehneeseen sairaalaan.

”Hyvä kuntoutusohjelma-> fysioterapia-> kontrollit.” (nainen, 65v., korkeakouluaste)

”1. jälkitarkastus suhteellisen pian leikkauksen jälkeen. 2. jälkitarkastus myöhemmin” (mies, 64v., alin korkeakouluaste)

”Jälkitarkastus tai yhteydenotto.” (nainen, 63v., alin korkeaste)

”Kotiutuksen jälkeen jälkiseurantaa - kyselyä paranemisesta tms. henkilökohtaisella tasolla.” (nainen, 61v., alin korkeaste)

”Jos ongelmia saada apua jälkeen päin.” (mies, 70v., perusaste)

”Jatkohoito samalle lääkärille, säännöllisin väliajoin tapahtuva kontrolli, informaatio.” (nainen 62v., korkeakouluaste)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua

Tutkimuksen edellytyksenä on, että se on tehty rehellisesti, puolueettomasti ja niin, ettei vastaajille aiheudu tutkimuksesta haittaa (Heikkilä, 2008, 29). Tässä arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, otantaa, otoksen edustavuutta ja aineiston analyysimenetelmiä.

Mittarin luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuus perustuu siinä käytettyyn mittariin sekä siihen, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan. Mittarin luotettavuutta ja hyvyyttä kuvataan kahdella käsitteellä: reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validiteetti tarkoittaa mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä mittarin on tarkoituskin mitata. Kyselytutkimuksessa siihen vaikuttaa ensisijaisesti se, miten onnistuneita kysymykset ovat vastaamaan kysymysongelmiin. Se, miten mittaukset vastaavat tutkimuksen teoriassa esitettyjä käsitteitä tarkoitetaan sisäisellä validiteetilla. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa, että myös muut tutkijat tulkitsevat kyseiset tutkimustulokset samalla lailla. (Heikkilä 2008, 185–188; Metsämuuronen 2006; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998, 206–214.) Tämän tutkimuksen mittari on laadittu aikaisempien väitöskirjojen pohjata ja esitestattu yhdellätoista potilaalla ennen kyselylomakkeen käyttöönottoa (Heikkilä 2006, 22).

Reliabiliteettia lisää hyvät ohjeet, virhetekijöiden minimointi ja aineiston kerääjien hyvä koulutus (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998). Kyselylomakkeen alkuun oli laadittu selkeät ohjeet kyselylomakkeen täyttämiseen. Myös tutkimustiedotteessa ja saatekirjeessä kerrottiin kyselylomakkeen edellytykset täyttämiseksi. Tarvittaessa tutkittavilla oli mahdollisuutta ottaa yhteyttä tutkijaan puhelimitse tai sähköpostilla. Tutkija teki tutkimuksen kaikki vaiheet itse: kirjeiden lähetyksen, vastaanottamisen, tallentamisen ja analyysin. Kyselylomakkeella oli kysymyksiä kolmekymmentäkuusi, jotta kyselylomake olisi miellyttävän kokoinen täyttää. Mittaus suoritettiin tekonivelleikkauksen jälkeen, jolloin aikaa oli kulunut toisilla jo useampi vuosi, mikä toisaalta voi vaikuttaa vastaamiseen. Kyselylomakkeen olisi halunnut neljä potilasta ruotsinkielellä, mutta sen luotettavuuden takaamiseksi kysely ruotsiksi jätettiin tekemättä. (Heikkilä 2006.)

Otanta ja otoksen edustavuus

Kaikki tutkittavat olivat Tekonivelsairaala Coxasta. Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki ne tekonivelleikkauspotilaat, jotka olivat halukkaita tutkimukseen ja joiden tekonivelleikkaus oli tehty vuosina 2007–2013. Tutkimuksen otos poimittiin alkuvuodesta 2013. Tutkimukseen otettiin ne tekonivelleikatut potilaat, jotka olivat tulleet tekonivelleikkaukseen niin sanotun vapaan hoitopaikan sopimuksen mukaa tai olivat maksaneet tekonivelleikkauksen itse tai vakuutusyhtiö maksoi tekonivelleikkauksen. Tämän vuoksi tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää kaikkiin tekonivelleikkauspotilaisiin. Sen sijaan tulokset antavat viitteitä tekonivelpotilaiden kokemasta valinnanvapaudesta. Kyselylomaketta ei tehty luotettavuuden vuoksi ruotsiksi, vaikka neljä potilasta esitti halukkuutensa osallistua tutkimukseen, mikäli kyselylomake olisi ollut ruotsiksi. Viisi potilasta oli lähettänyt täytetyn kyselylomakkeen, mutta heidän antamiaan vastauksia ei tallennettu, sillä heiltä puuttui tutkimuksen suostumuslomake. Ensimmäisen kyselyn vastausprosentti oli 61 %. Potilaille lähetettiin uusintakysely neljä viikkoa ensimmäisestä kyselystä, jolloin lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 74 %. Vastausprosenttia voidaan pitää varsin hyvänä.

Analyysimenetelmien luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella mikä säätelee potilaan valinnanvapautta ja miten se ilmenee tekonivelsairaala Coxan kontekstissa. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata mikä merkitys iällä, sukupuolella ja koulutuksella on valintaan sekä millä muilla tekijöillä on vaikutusta valintapäätökseen. Tutkimusasetelma vaati menetelmiä, jolla voidaan tarkastella kahden muuttujan välisiä eroja, jolloin toinen muuttuja on nominaali- ja toinen järjestysasteikollinen muuttuja. Tässä tutkimuksessa oli perusteltua käyttää merkitysten vertailussa ristiintaulukointia. Ristiintaulukoinnissa käytetään usein riippuvuuden mittaamisessa χ^2 -riippumattomuustestiä (khiin neliö-testi), jota käytettiin myös tässä tutkimuksessa. (Heikkilä 2008, 210–223; Karjaluoto 2007, 14.)

7.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Huolellisuus, tarkkuus ja rehellisyys ovat hyvään tieteelliseen käytäntöön kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa (Leino-Kilpi 2004, 287–288; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä sekä tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa vastuullista ja avointa tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. Tutkijan tulee ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja saavutukset asianmukaisesti omassa tutkimuksessa ja sen tuloksia julkaistaessa. (Leino-Kilpi 2004, 288; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.) Tutkimuksessa eettiset kysymykset koskevat tutkimustyön vaatimuksia tutkittavien kohtelua ja oikeuksia sekä tutkitun tiedon raportointia (Leino-Kilpi 2004, 290–292). Tähän tutkimukseen haettiin lupa sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta, sen eettisten säädösten mukaisesti, mutta heidän kantansa oli, ettei tämän tyyppiseen tutkimukseen tarvita lupaa. Tekonivelsairaala Coxasta tutkimuslupa haettiin ja saatiin.

Leino-Kilpi (2004, 291) tähdentää tutkittavien oikeuksia. Tutkittavia ihmisiä tulee kohdella rehellisesti ja kunnioittavasti. Kunnioittavaa on, että tutkittavalta pyydetään suostumus tutkimukseen sekä häntä informoidaan tutkimuksesta mahdollisimman monipuolisesti. Tutkittavalla on myös halutessaan mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää tutkimus. Tutkittavien henkilöiden henkilötiedot eivät saa missään vaiheessa paljastua. Jokainen tutkittava päättää itse omasta osallistumisestaan tutkimukseen. (Leino-Kilpi 2004, 292–293.) Tästä tutkimuksesta oli laadittu kirjallinen tiedote ja suostumus potilaille. Tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, luottamuksellisuudesta, vapaaehtoisuudesta osallistua tutkimukseen, anonymiteetin säilymisestä sekä mahdollisuudesta jäädä pois tutkimuksesta milloin vain. Potilaalta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen. Potilailla oli myös mahdollisuus ottaa yhteyttä tutkijaan missä vaiheessa tutkimusta tahansa tiedustellakseen tutkimuksesta.

Tutkija käsitteli kyselylomakkeet nimettöminä, eikä yksittäistä voida tunnistaa tutkimusraportista. Tutkimusaineisto säilytetään lukitussa paikassa erillään potilaan henkilötiedoista. Ulkopuolisilla ei ole mahdollisuutta päästä aineistoihin käsiksi, sillä tallennettu aineisto säilytetään sen mukaisesti. Tutkija raportoi tutkimuksen tulokset avoimesti ja rehellisesti edellyttäen mahdollisimman suurta objektiivisuutta. Tutkija pohti tutkimuksen eettisyyttä tutkimuksen teko aikana sekä asettui alttiiksi

kritiikille. Tutkija haki neuvoja ja ohjausta tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Vehviläinen-Julkunen 1998.)

7.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa potilaan hoitopaikan valinnanvapauden toteutumisesta, kun potilas tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita sekä lisätä tietoa potilaan hoidon kehittämiseen asiakaslähtöisemmäksi. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella valintaa yleisesti ja katsoa yhden kohdeorganisaation kohdalta valintaa. Vastaavasta aiheesta tehtyä suomalaista tutkimusta ei juuri ole julkaistu. Jäntin (2008, 160) mukaan vähiten tutkimustietoa löytyy terveystalouksien liittyvästä valinnasta (Jäntti 2008, 160).

Tässä tutkimuksessa hoitoon hakeutumiseen eniten vaikuttanut taho oli potilas itse, toiseksi lääkäri, seuraavaksi vapaanvalinnan sopimus ja neljänneksi lähiomainen. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on myös Jäntin (2008) tutkimuksessa. Toisaalta taas tämän tutkimuksen tuloksissa tuli esille, ettei työyhteisöllä tai viranomaisilla ole lainkaan vaikutusta, kun taas Jäntin (2008) tutkimuksessa työyhteisöllä ja viranomaisilla oli vaikutusta valintaan jossain määrin. Tässä tutkimuksessa oli oman valinnan merkitys suurin, kun taas Jäntin (2008) tutkimuksessa lopullinen valinta haluttiin tehdä lääkärin tai omaisen kanssa.

Tässä tutkimuksessa ikää ja valintaperustetta tutkittaessa ei iällä näyttänyt olevan selittävää vaikutusta valintaa. Iän vaikutuksella potilaan tärkeinä pitämiin asioihin ei myöskään näyttäisi olevan selittävä vaikutusta. Tämä tulos eroaa aikaisemmista tuloksista. Jäntin (2008), Ngugen & Häkkinen 2005b) tutkimuksessa ikä oli tilastollisesti merkitsevä hoitoon hakeutumisessa. Pekurisen (1997) tutkimuksessa ikä nousi tärkeimmäksi arvostusta erottelevaksi tekijäksi.

Sukupuolta ja valintaperusteita sekä sukupuolta ja tärkeänä pitämiä asioita tutkittaessa ei sukupuolella näyttänyt olevan selittävää vaikutusta valintaan. Miehet ja naiset arvostivat valinnanvapauksia samalla tavoin. Tulos on sukupuolen osalta samansuuntainen Jäntin (2008) ja Käyhkön (1997) tutkimuksen kanssa, mutta eroaa aikaisemmista tutkimuksista (vrt. Nguyen & Häkkinen 2005b). Tutkimus tulokset eroavat Pekurisen (1997) tutkimustuloksiin, jossa ikä ja sukupuoli nousivat tärkeimmiksi arvostusta erotteleviksi tekijöiksi. Pekurisen (1997) tutkimuksessa myös miehet ja naiset arvostivat valinnanvapauksia eri tavoin.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin koulutuksen ja valintaperusteen sekä koulutuksen ja potilaiden tärkeinä pitämien asioiden selittävää vaikutusta valintaan. Tässä tutkimuksessa ei koulutuksella näyttänyt olevan selittävää tekijää valintaan. Tulos on Jäntin (2008) tutkimuksen kanssa samansuuntainen.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin miten tärkeänä potilaat pitävät saada hoitoa kun sitä tarvitsee, mahdollisuutta valita hoitava lääkäri, saada valita hoitopaikka, saada valita hoidon ajankohta tai mahdollisuutta valita erikoissairaanhoidon palvelut eri sairaanhoitopiiristä kuin missä itse asuu. Selkeimmin lähes kaikkien potilaiden mielestä tärkeimmäksi asiaksi nousi saada hoitoa kun sitä tarvitsee. Sama asia nousi tärkeimmäksi asiaksi Pekurisen ym. (1997) tutkimuksessa.

Tässä tutkimuksessa nopea hoitoon pääsy oli potilaille erityisen tärkeää. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia (Jäntin 2008) tutkimuksen kanssa. Hoitoon pääsy lienee vaikuttanut hoitotakuulaki.

Tässä tutkimuksessa potilaiden odotukseksi nousivat kivuttomuus, liikunta- ja toimintakyvyn palautuminen mahdollistaen työn ja harrastukset sekä leikkauksen onnistuminen. Vapaanhoitopaikan toteutumisen helpottamiseksi potilaat nostavat oikean ja asiallisen tiedon antamisen sekä potilaan toiveiden huomioonottamisen. Pekurisen (1997) tutkimuksessa nostetaan myös potilaan aito mahdollisuus hoitoa koskevan tiedon ja mielipiteiden saamiseen eri hoitovaihtoehtoista ja niiden tuloksista.

Tässä tutkimuksessa potilaat valitsivat hoitopaikan henkilökunnan ammattitaidon, nopean leikkaukseen pääsyn ja laadun perusteella. Potilaat pitivät tärkeinä asioina valinnassa myös mainetta, luotettavuutta ja asiakaspalvelua.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Johtopäätökset

Tutkimuksen tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää kehittäessä potilaiden hoitoa asiakaslähtöisempään suuntaan. Potilaille on tärkeää vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen itse. Potilaat pitävät tärkeänä saada hoitoa, kun sitä tarvitsevat. Nopea leikkaukseen pääsy, maine ja oma valinta ovat tämän aineiston mielestä tärkeimmät valintaan vaikuttavat tekijät. Laadulliset vastaukset tukevat kvantitatiivisia vastauksia.

Tekonivelleikkaus tehdään kivun, liikunta- ja toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Potilaiden laadullisia vastauksia tarkastellessa juuri nämä asiat nousevat hyvin esille. Inhimillistä on, että potilaat odottavan tekonivelleikkauksen onnistuvan, jotta se mahdollistaa kivuttomuuden, liikunta- ja toimintakyvyn palautumisen mahdollistaen työn ja harrastukset.

Tekonivelleikkauksen jälkeen potilaat toivovat jatkoseurantaa, jatkokuntoutusta ja mahdollisuutta yhteydenottoihin. Potilaan pitivät tärkeänä tekonivelen jatkoseurannan ja myöhempien yhteydenottojen mahdollisuutta tekonivelleikkauksen tehneeseen sairaalaan.

Iällä, sukupuolella ja koulutuksella ei tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi olevan selittävää tekijää valintaan. Kokonaisuutena tutkimuksen tuloksia voidaan pohtia kriittisesti. Aineiston pienuus ja poikittaisleikkaus sekä yhden tautiryhmän tutkimustuloksia ei voida yleistää.

Tulevaisuudessa ikääntyvät ihmiset ovat korkeammin koulutettuja ja osaavat vaatia enemmän, joten asiakkaiden tarpeista ja toiveista tulee olla selvillä menestyäkseen organisaationa markkinataloudessa myös julkisissa palveluissa. Aluetasolla terveydenhuollon toiminta on varsin pirstaloitunutta. Poliittisen päätösten mukaan sairaanhoitopiirin rooli muuttuu sekä kuntien terveydenhuoltopalveluiden järjestäminen muuttuu uuden Sote-uudistuksen myötä.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella asiakkaiden toiveiden ja kokemuksen tuomaa tietoa tulisi käyttää hyödyksi palveluiden kehittämiseksi yhä asiakaslähtöisemmäksi. Pelkät potilaspalautteet eivät anna riittävää kuvaa miten toimintaa tulisi kehittää. Potilaita tulisi ottaa toiminnan kehittämiseen mukaan koko kehittämisprosessin ajaksi suunnittelusta toiminnan käyttämiseen asti. Uusia toimintamuotoja kehittäessä tai vanhoja toimintatapoja uudistaessa tulisi asiakkaan mielipide

saada mukaan. Nykyisen terveydenhuoltolain mahdollistama jälkiseuranta voisi olla eräs toimintamuoto, jota näiden tulosten perusteella voisi kehittää yhdessä asiakkaan kanssa.

Tutkimusaineiston mukaan tekonivelleikattuja potilaita on ympäri Suomea, joten yhteydenottomahdollisuutta lienee hyvä kehittää yhdessä potilaiden kanssa, jotta potilaiden toivomat yhteydenotot leikkaaneeseen sairaalaan mahdollistuisivat, mikäli tarvetta yhteydenottoon ilmenee.

Tässä tutkimuksessa tuli esille, että potilaat saavat oikeanlaista tietoa niukasti ja puutteellisesti. Oikeanlaisen ja puolueettoman tiedon antaminen kuuluu terveydenhuoltohenkilöstön perustehtävään, samoin kuten potilaan oikeuksiin. Jokaisen tekonivelleikkaukseen lähettävän tahon ja tekonivelpotilaita leikkaavan sairaalan tulee antaa potilaalle oikeaa tietoa hänen mahdollisuuksistaan päästä tekonivelleikkaukseen tarpeen tullen jo edellä mainittujenkin seikkojen osalta. Sosiaali- ja terveysministeriö ja terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottavat tietoa valinnanvapaudesta. Se miten potilaat ja terveydenhuoltohenkilöstö tietoa osaavat etsiä ja hyödyntää käytännössä vaatisi selvittelyä ja kehittelyä, jotta tieto tavoittaisi mahdollisimman monet.

Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa on kuvattu potilaan valinnanvapautta ja sen toteutumista tekonivelleikattujen potilaiden kohdalla yhden kohdeorganisaation kohdalla. Tämän tutkimuksen aineistosta jäi vielä tutkittavaksi mielenkiintoisia yhteyksiä, kuten asuinpaikan ja valinnan välinen yhteys.

Realistisemmän kuvan saamiseksi tulisi jatkossa tehdä valinnanvapauden toteutumisesta muidenkin potilasryhmien osalta. Uuden terveydenhuoltolain voimaantulon myötä olisi hyvä tarkastella miten se on vaikuttanut potilaiden hakeutumiseen erikoissairaanhoidon, terveydenhuollon toimijoihin tai palvelujärjestelmän toimivuuteen. Onko laki tuonut kaivattua tehokkuutta ja laadukkuutta terveydenhuoltoon? Miten terveydenhuollon henkilöstö kokee nämä muutokset? Miten tieto valinnanvapaudesta tavoittaa potilaat?

Koska hallintotieteellistä tutkimusta aiheesta on vähän, laadullisilla tutkimusmenetelmillä saataisiin tietoa yksilöllisistä kokemuksista. Mielenkiintoista olisi myös selvittää miten terveydenhuollon asiakkaat oppivat hyödyntämään valinnanvapauden tuomia mahdollisuuksia ja miten se vaikuttaa terveydenhuollon organisaatioihin..

LÄHTEET

- Andersen, R. 1968. A Behavioral Model of Families' Use of health Services. Research series 25. The University of Chicago, Chicago.
- Anttonen, A., Häikiö, L. & Valokivi, H. 2012. Vastuu, valinta ja osallistuminen sosiaalipalveluissa: Vanhuuspolitiikan muutos ja arkinen hoivavastuu. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Aristoteles 1989. osa VII: Nikomakhoksen etiikka (Etiha Nicomachea). Gaudeamus, Helsinki.
- Arrow, K.J. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review LIII, 941-973.
- Aula, P. & Heinonen, J. 2002. Maine. Menestystekijä. WSOY. Helsinki.
- Aula, P. & Mantere, S. 2005. hyvä yritys: Strateginen maineenhallinta. WSOY. Helsinki.
- Bauman, Z. 1996. Postmodernin lumo. Vastapaino. Tampere.
- Bauman, Z. 1997. Sosiologinen ajattelu. Vastapaino. Tampere.
- Butt, H. & Palmer, B. 1985. Value for Money in the Public Sector: The Decisionmaker's Guide. Basil Blackwell, Oxford.
- Ethgen, O., Bruyère, O., Richey, F., Dardennes, C., Reginster, J-Y. 2004. Health-related quality of life total hip and knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. J Bone and Surg Am 2004; 869: 63-74.
- Exworthy, M. & Halford, S. 1999. Professionals and Managers in a Changing Public Sector: Conflict, compromise and collaboration? Teoksessa Exworthy, M. & Halford, S. (toim.) Professionals and the New Managerialism in the Public Sector, 1-17. Open University Press, Buckingham.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.
- Hiltunen, K-M. 2007. Tekonivelkirurgian tulevaisuus. Teoksessa Hankela, S. (toim.) Tekonivelpotilaan hoidon kehittäminen on tuottanut tulosta. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 8. Tampere, 17–22.
- Hiltunen, K-M 2008. Eläköön valinnan vapaus! Tekonivelsairaala Coxan tiedotuslehti 1, 2.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Tammi. Helsinki.
- Honkasalo, M-L. 2013. Sidottuja valintoja – kulttuurisia näkökulmia sairauden ja riskien tulkintaan. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print. Tampere.

Idänpää-Heikkilä, U. 2004. Palveluiden tuottaminen julkisessa erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Mäntyranta T., Elonheimo O., Mattila J. & Viitala J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim, Helsinki.

Ilmonen, K. 2007. Johan on markkinat. Kulutuksen sosiologista tarkastelua. Vastapaino. Tampere.
Isosaari, U. 2008. Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia 188. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 4. Universitas Wasaensis, Vaasa.

Jäntti, S. 2008. Kansalainen terveystaloutta valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 154. Kuopion yliopisto, Kuopio.

Jämsen, E. 2009. Epidemiology of Infected Knee Replacement. Tampereen yliopisto. Tampere University Press. Tampere.

Kalimo, E. 1969. Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät. Aikuisväestön sairauskäyttäytyminen ja sen vaikutukset Suomessa ennen sairausvakuutuksen korrelatiivisen monimuuttujatarkastelun nojalla. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, Sarja A:5. Sosiaaliturva tutkimuslaitos. Helsinki.

Kalimo, E. & Nyman, K. & Klaukka, T. & Tuomikoski, H. & Savolainen, E. 1982. Terveyspalveluiden tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18. Helsinki.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Duodecim. Helsinki.

Koivusalo, M., Ollila, E., Alanko, A. (toim.) 2009. Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus. Helsinki.

Koivusalo, M., Ollila, E., Alanko, A. (toim.) 2009. Lopuksi - valinnat ja vastuu terveydenhuollossa. Teoksessa Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) 2009. Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus. Helsinki.

Kokko, S. 2013. Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print. Tampere.

Koskiaho, B. 2008. Hyvinvointipalveluiden tavaratalossa. Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa. Vastapaino. Tampere.

Käyhkö, K. 1997. Hoitopaikan valinta. Tutkimus terveyskeskuksen palveluista saatujen kokemusten merkityksestä kolmessa kaupungissa. Väitöskirjat 1:1997. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Lederer, K. 1980. Introduction. Teoksessa Lederer K. (toim.) Human needs. Volume 12. Publication of the Science Center Berlin, Cambridge, Massachusetts.

- Lehto J. 2004. Terveyspolitiikka ja palveluiden tarve. Teoksessa Mäntyranta T., Elonheimo O., Mattila J. & Viitala J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim, Helsinki.
- Lehto, M. & Elonheimo, O. 2004. Palveluiden tuottaminen yksityissektorilta. Teoksessa Mäntyranta T., Elonheimo O., Mattila J. & Viitala J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim, Helsinki.
- Lehto, M.U.K. 2007. Mainejohtaminen. Case Tekonivelsairaala Coxa 2001–2007. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA-kehittämistyö. Tampereen teknillinen yliopisto, Tampereen yliopisto.
- Leino-Kilpi, H. 2004. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, E. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. WSOY, Juva, 284–298.
- Leppo, K. 2013. Terveyspolitiikan lähtökohtia ja perusteita Suomessa ja kansainvälisesti. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print. Tampere.
- Lillrank, P. & Venesmaa, J. 2010. Terveydenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Talentum. Helsinki.
- Lähdesmäki, K. 2003. New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia 113. Hallintotiede 7. Universitas Wasaensis, Vaasa.
- Moilanen T. 2007. Polven ja lonkan tekonivelkirurgian implanttivaihtoehdot ovat lisääntyneet. Teoksessa Hankela, S. Tekonivelpotilaan hoidon kehittäminen on tuottanut tulosta. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 8. Tampere, 149–152.
- Montague, R. 2008. Miksi valita tämä kirja? Miten teemme päätöksiä. Terre Gognita Oy. Helsinki.
- Meklin, P. & Näsi, S. 1994. Budjettiohjauksen uudistus ja laskentatoimen muuttuva rooli julkisessa hallinnossa. Hallinnon tutkimus 13:4, 231–243.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerrus Kirjapaino Oy. Helsinki.
- Mitronen, L. & Rintamäki, T. 2012. Arvopohjainen toimintalogiikka julkisen sektorin palveluiden ohjausjärjestelmissä. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Mäenpää, O. 1991. Julkisen hallinnon muutosvaiheita Suomessa. Valtion hallinnon kehittämiskeskus, VAPK-kustannus, Helsinki.
- Mäntyranta, T., Elonheimo, O. & Brommels M. 2004. Näkökulmia terveyspalveluiden tarpeen käsitteeseen. Teoksessa Mäntyranta T., Elonheimo O., Mattila J. & Viitala J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim, Helsinki.
- Niiniluoto, I. 2002. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen – ja teorianmuodostus. Otava. Helsinki.

- Niskanen, W. A. Jr. 1971. *Bureaucracy and Representative Government*. Aldine & Atherton, Chicago.
- Nykänen P. & Ruotsalainen P. 2012. Kansalaisen luotettava eterveyspalveluympäristö. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Ollila, E. & Koivisalo, M. 2009. Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi - terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkina ja muutos terveydenhuollossa*. Gaudeamus. Helsinki.
- Pekurinen, M., Punkari, M. & Pokka M. 1997. Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. *Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:16*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Purola, T., Nyman, K., Kalimo, E. & Sievers 1971. Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja sarja A:7*. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Helsinki.
- Raitakari, S. & Juhila, K. & Günther, K. & Kulmala, A. & Saario, S. 2012. Asiakaslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa: Kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Anttonen, A., Haveri, A., Lehto, J. & Palukka, H. (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos*. Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Remes, V., Eskelinen, A., Huopio, J., Kettunen, J. & Virolainen, P. (toim.) 2010. Hyvä hoito lonkan ja polven tekoniivkirurgiassa. *Suomen artroplastiayhdistys*. PunaMusta Oy. Joensuu.
- Rokkanen, P., Avikainen, V., Tervo, T., Hirvensalo, E., Kallio, P., Kankare, J., Kiviranta, I. ja Pätiälä, H. 2003. *Ortopedia. Käytännön ortopediaa 2*. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.
- Salminen, A. 2001. *Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Edita. Helsinki.
- Saukkonen, K. 2004. *Preferenssi ja sosiaalinen valinta*. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja keskusteluja ja raportteja 13:2004. Turku. Simon, Herbert A. 1979. *Päätöksenteko ja hallinto*. Weilin+Göös. Espoo.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis 1558*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Simon, H. A. 1979. *Päätöksenteko ja hallinto*. *Ekonomia-sarja 58*. Weilin & Göös. Espoo.
- Simon, H. A. 1997. *Administrative Behavior. A Study of Decision-Making Process in Administrative Organisations*. 4th Edition. The Free Press. New York.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. *Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet*. Tietosanoma. Tallinna.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. *Sosiaali- ja terveystietomus, 2010*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2010.

Temmes, M. 1994. Eurooppalaiset esikuvamme. Uudistuvan hallintoajattelun lähteillä. Valtionhallinnon kehittämiskeskus, Helsinki.

Toiviainen, H. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Tutkimuksia 160. Stakes, Helsinki.

Tritter, J. 2009. Vallankumous vai hidas muutos- Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (toim.) Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkina ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus. Helsinki.

Tuorila, H. 2000. Potilaskuluttaja terveystarkkainnoilla: yksityisten terveydenhuoltoaluelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.

Turunen, K. E. 1997. Halut, arvot ja valta. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Tversky, A. 1972. Elimination by Aspects: A Theory of Choice. Psychological Review 79(4), 281-299.

Vartola, J. 2006. Näkökulmia byrokraatiaan. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1998. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva. 206–214.

Vohlonen, I. Suomalainen terveyspolitiikka. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Muut lähteet

Sähköiset lähteet

Aaltonen, J. & Ailio, A. & Kilpikivi, P. & Nykänen, P. & Nyberg, P. & Kunnamo, I. & Kuosmanen, P. & Reijonsaari, K. & Wiesenthal, A. 2009. Kansallisen tason sähköisten potilastietojärjestelmien toteuttamisvaihtoehtojen vertailu - KATTAVA-projekt. Loppuraportti. Sitran selvityksiä 12, Helsinki.[sähköinen versio][viitattu 12.6.2013] <http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2012.pdf>

Andersen, R. M. 1995. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior 36:1, 1-10.

Coutier, A. 2002. After Bristol: putting patients at the centre. Qual saf Health Care 2002; 11:186-188. [sähköinen versio][viitattu 15.4.2013] <http://helios.uta.fi:2322/content/11/2/186.full.pdf+html>

Coxan kotisivut a. Tekonivelsairaala Coxa Oy. Coxa tietoa.Coxa 10v. historia. [sähköinen versio][viitattu 20.11.2013] <https://www.coxa.fi/index/tietoa/historia.html>

Coxan kotisivut b. Tekonivelsairaala Coxa Oy. Potilaalle ja läheisille. [sähköinen versio][viitattu 20.11.2013] <https://www.coxa.fi/index/pjl.html>

Coxan kotisivut c. Tekonivelsairaala Coxa Oy. Terveysthuollon ammattilaiset. [sähköinen versio][viitattu 22.11.2013] <https://www.coxa.fi/index/tha.html>

Coxan kotisivut d. Tekonivelsairaala Coxa Oy. Coxa tietoa. Coxa lukujen valossa. [sähköinen versio][viitattu 22.11.2013] <https://www.coxa.fi/index/tietoa/huipputulokset.html>

Dowdeswell, B. & Vauramo, E 2009. Coxa Hospital, Tampere, Finland. Teoksessa Rechel, B., Erskine, J., Dowdeswell, B., Wright, S. & McKee, M. 2009. Capital investment for health- Case studies from Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. Series 18. World Health Organization. United Kingdom. 27- 39.[sähköinen versio][viitattu 22.11.2013] <http://wiki.healthclusternet.eu/download/attachments/6259775/Hospitalcasestudybook.pdf>

Ferguson, I. 2007. Increasing User Choice or Privatizing Risk? The Antinomies of Personalization. *British Journal of Social Work* 37:3, 387–403. [sähköinen versio] [viitattu 11.6.2013] <http://helios.uta.fi:2467/ContentServer.aspx?target=http%3A%2F%2Fbjsw%2Eoxfordjournals%2Eorg%2Fcgi%2F reprint%2F37%2F3%2F387%2Epdf>

Fombrun, C. & Shanley, M. 1990. What's in a name? Reputation building and corporate strategy. *Academy of Management Journal*, 33:2, 233-258.[sähköinen versio][viitattu 13.6.2013] <http://helios.uta.fi:2124/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=b78db667-d880-49cb-be58-d5d6d3e830a4%40sessionmgr104&hid=120>

Ford, R. C. & Fottler, M. D. 2000. Creating Customer-Focused Health Care Organizations. *Care Management Review*, 25:4, 18-33.[sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://helios.uta.fi:2084/sp-3.8.1a/ovidweb.cgi>

Halm, E. A., Lee, C. & Chassin, M. R. 2002. Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature. *Annals of Internal Medicine*, 137 (6), 511–520.[sähköinen versio][viitattu 15.4.2013] <http://helios.uta.fi:2129/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=5f5a3fd3-3a2e-46f8-bef3-c1ab4fcd9078%40sessionmgr112&hid=112>

Haukilahti, R-L., Virjo, I., Halila, H., Hyppölä, H., Isokoski, M., Kujala, A., Kumpusalo, E., Vänskä J. & Mattila K. 2008. Potilaat ovat muuttuneet. Vuodina 1977–1991 valmistuneiden lääkäreiden arvio muutoksesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2008;45:187–196.[sähköinen versio][viitattu 15.4.2013] <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/713>

Hodge, G., A. & Greve, C. 2007. Public – Private Partnerships: An International Performance Review. *Public Administration Review* 67:3, 545-558.[sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://helios.uta.fi:2124/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=b590d80b-cf2f-4af8-aea1-e34e4571916f%40sessionmgr110&hid=124>

Ihalainen, R. 2007. Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisen ohjauksessa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1234. Tampereen yliopisto, Tampere. [sähköinen versio][viitattu 5.3.2013] <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67731/978-951-44-6956-5.pdf?sequence=1>

- Jonsson P.M. & Virtanen, M. 2013. Valinnanvapaus potilaan näkökulmasta. Suomen Lääkärilehti 2013;34:2070–2073. [sähköinen versio][viitattu 7.5.2014] <http://helios.uta.fi:2124/cl/laakarilehti/pdf/2013/SLL342013-2070.pdf>
- Kaakkola, J. & Peltonen, A. 2006. Sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkaan oikeusasema – vertailu yksityisten ja kunnan järjestämien palvelujen välillä. [sähköinen versio][viitattu 7.2.2011] http://www.kuluttajavirasto.fi/File/1dbb7581-5aa0-4eac-8908-a1e0f483b299/06_Sosiaali-_ja_terveyspalvelujen_asiakkaan_oikeusasema.pdf
- Karisto, P. & Lohivesi, K. 2007. Hankintamentaaliteetit julkisten palvelujen ulkoistamisessa; sisältö ja seuraukset. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 35: 2, 20–38.[sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://helios.uta.fi:2376/se/k/0356-3669/35/1/hankinta.pdf>
- Karjaluoto, H. 2007. SPSS opas markkinatutkijoille. Working paperN:o 344 / 2007. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. [sähköinen versio][viitattu 19.5.2014] <https://www.jyu.fi/jsbe/tutkimus/julkaisut/workingpaper/wp344>.
- Kela, Kansaneläkelaitos kotisivut a. 2013. Sairastaminen. Sairausajan tuet. [sähköinen versio][viitattu 28.11.2013] <http://www.kela.fi/sairastaminen;jsessionid=D7DD6E9FFC4F87790297F2D108A5037B>.
- Kela, Kansaneläkelaitos 2013. Terveys ja kuntoutus numeroina 2013. [sähköinen versio][viitattu 28.11.2013] http://www.kela.fi/documents/10180/578772/Terveys+ja+kuntoutus_Numero2013_suomi.pdf/ad103622-d4c6-4b8c-83c2-b3f68fc6dd60.
- Kela, Kansaneläkelaitos 2012. Sairausvakuutuksen korvaustaksat 3.9.2012.[sähköinen versio][viitattu 28.11.2013] <http://www.kela.fi/documents/10180/157956/taksa1209.pdf/d1cedde0-73f0-4c55-95e3-46112a97547f>.
- Klijn, Erik-Hans & Teisman, Geert, R. 2003. Institutional and Strategic Barriers to Public-Private Partnership: An Analysis of Dutch Cases. Public Money and Management. 23:3, 1-9.[sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://repub.eur.nl/res/pub/461/BSK055.pdf>
- Kuntaliitto. Sairaanhoidopiirien jäsenkunnat. Liitteet 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013.[sähköinen versio][viitattu 24.2.2014] <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoidopiirit/jasenkunnat/Sivut/default.aspx>
- Kuntaliitto 2012. Sairaanhoidopiirit, keskussairaalat, sairaanhoidon erityisvastuualueet ja erityishuoltopiirit 2012. [sähköinen versio][viitattu 24.2.2014] <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoidopiirit/kartat/Documents/SOTE-ALUEJAOT-2-2012.pdf>
- Käypä hoito. 23.01.2007. Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. [sähköinen versio][viitattu 25.3.2009] <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50054#s12>
- Lane, J-E. 2000. The Public Sector. Concepts, Models and Approaches. Third edition. Sage Publications Ltd. London. [sähköinen versio][viitattu 5.3.2013] [http://reader.ebib.com/\(S\(djyqetozotv1buowvxzrbry\)\)/Reader.aspx?p=537809&o=1600&u=q2zUKSOuy0Ut0%2bTU4gsgN0xT1Lc%3d&t=1362481940&h=73228C437E4CE5A8E161334F40BABD2FC3E2CBF9&s=16097555&ut=5392&pg=1&r=img&c=-1&pat=n#](http://reader.ebib.com/(S(djyqetozotv1buowvxzrbry))/Reader.aspx?p=537809&o=1600&u=q2zUKSOuy0Ut0%2bTU4gsgN0xT1Lc%3d&t=1362481940&h=73228C437E4CE5A8E161334F40BABD2FC3E2CBF9&s=16097555&ut=5392&pg=1&r=img&c=-1&pat=n#)

- Leece, J. & Leece, D. 2010. Personalisation: Perceptions of the Role of Social Work in a World of Brokers and Budgets. *British Journal of Social Work* 41:2, 204–223.[sähköinen versio][viitattu 11.6.2013]<http://helios.uta.fi:2467/ContentServer.aspx?target=http%3A%2F%2Fbjsw%2Eoxfordjournals%2Eorg%2Fcgi%2F reprint%2F41%2F2%2F204%2Epdf>
- Lehto, M. U.K., Huhtala, J., Kärki, L., Moilanen T., Pajamäki, J. & Rantala, T. 2005. Tekonivelkirurgiaa keskitetysti Pirkanmaalla osakeyhtiömallin mukaan. *Suomen lääkirilehti*, 60 (3), 299–303 [sähköinen versio][viitattu 12.4.2013] <http://helios.uta.fi:2173/cl/laakarilehti/pdf/2005/SLL32005-299.pdf>
- Lehto, M. U.K., Jämsen, E. & Rissanen, P. 2005. Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkuvaksi. *Duodecim*, 121 (8), 893–901. [sähköinen versio][viitattu 12.4.2013] http://helios.uta.fi:2093/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94920&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_from_page=haku&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=endoproteesikirurgia
- Luoma-aho, V. 2008. Sector reputation and public organizations. *International Journal of Public Sector Management* 21:5, 446–467.[sähköinen versio][viitattu 13.6.2013] <http://helios.uta.fi:2453/journals.htm?issn=0951-3558&volume=21&issue=5>
- Majamaa, W 2004. Julkis-yksityinen yhteistyö rationaalisen kuluttajayhteisön näkökulmasta. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 32:2, 150-166.[sähköinen][viitattu 10.6.2013] <http://helios.uta.fi:2376/se/k/0356-3669/32/2/julkisyk.pdf>
- Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., Lelbowitz, A. & Marquis, M. S. 1987 Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment *The American Economic Review*.77(3), 251. 277. [sähköinen][viitattu 10.9.2013] <http://helios.uta.fi:2100/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=c1e30966-8f44-4651-a517-d2bc90e7a27a%40sessionmgr113&hid=112>.
- McLaughlin, Curtis P. & Kaluzny, Arnold D. 2000. Building Client Centered Systems of Care: Choosing a Process Direction for the Next Century. *Health Care Management Review*, 25:1, 73-82 [sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://helios.uta.fi:2084/sp-3.8.1a/ovidweb.cgi>
- Miljoonalle suomalaiselle mahdollisuus valita leikkauspaikkansa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiedote.19.6.2007. [sähköinen versio][viitattu 30.11.2010] http://www.phsotey.fi/opt/ajankohtaista/ajankohtaista_tarkemmin.php?id=154
- Mulgan, R. 2000. 'Accountability': An Ever-expanding Concept? *Public Administration* 78:3, 555–573. [sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://helios.uta.fi:2124/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=f9023672-b710-4798-b949-354e0b86eca4%40sessionmgr198&hid=124>
- Newman, J. & Vider, E. 2006. Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism and the Modernisation of Health Care. *Journal of Social Policy* 35:02, 193 - 209 [sähköinen versio][viitattu 11.6.2013]

<http://helios.uta.fi:2405/action/displayFulltext?type=1&pdftype=1&fid=410418&jid=JSP&volumeId=35&issueId=02&aid=410417>

Niinimäki, J., Jalovaara, P. & Niinimäki, T. 1996. Oppiiko ortopedi? *Duodecim*, 112 (5), 401 [sähköinen versio][viitattu 12.4.2013] Saatavissa: http://helios.uta.fi:2093/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo60096&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=haku&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_hakusana=oppiiko+ortopedi.

Nguyen, L. & Häkkinen, U. 2005. Choices and utilization in dental care : Public vs. private dental sectors, and the impact of a two-channel financed health care system. National research and development centre for welfare and health. Discussion Papers1/2005. Stakes, Helsinki. [sähköinen versio][viitattu 21.5.2013] https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76340/DP1_2005.pdf?sequence=1

Nguyen, L. & Häkkinen, U. 2005a. Determinants of Dental Service Utilization among Adults—The Case of Finland. *Health Care Management Science*. Volume 8, Issue 4, pp 335–345. [sähköinen versio][viitattu 21.5.2013] <http://helios.uta.fi:2129/content/pdf/10.1007%2Fs10729-005-4143-7.pdf>

O'Connor A, Llewellyn-Tomas H, Barry Flood A. 2004. Modifying Unwarranted Variations in Health Care: Shared Decision Making Using Patient Decision Aids. *Health Affairs 2004:Variations supplements*, Vol 23,63–72.[sähköinen versio][viitattu 15.4.2013] <http://helios.uta.fi:2129/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=c8155850-f571-41ae-bf66-cca609b3062a%40sessionmgr115&hid=112>

Outinen, M., Lempinen, K, Holma, T. Lempinen, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, Suomen kuntaliitto, Stakes, Turun täydennyskoulutuskeskus, kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki. [sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76128/p070116095759T.pdf?sequence=1>

Parasuraman, A., ZelthamI Valarie A. & Berry, Leonard L. 1985. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 49:4, 41–50.[sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://helios.uta.fi:2124/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=244864fa-163d-45e6-a095-412b325c4a3c%40sessionmgr111&hid=128>

Propper, C. 2000. The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics* 19, 855–876. [sähköinen][viitattu 10.9.2013] http://helios.uta.fi:2096/S016762960000045X/1-s2.0-S016762960000045X-main.pdf?_tid=aee58160-1a35-11e3-90d8-00000aab0f27&acdnat=1378830542_9b0ade32728651c568f0c75751dd75d9.

Richards, T., Montori, V.M., Godlee, F., Lapsley, P. & Paul, D. 2013. Let the patient revolution begin. *BMJ (British Medical Journal)*, Vol. 346:5, 2614[sähköinen versio][viitattu 7.5.2014] <http://helios.uta.fi:2221/direct.asp?ArticleID=4D28A22E21F3D00FCE55>

Romzek, B. S. & Ingraham, P. W. 2000. Cross Pressures of Accountability: Initiative, Command, and Failure in the Ron Brown Plane Crash*. *Public Administration Review* 60:3, 240-253.[sähköinen versio][viitattu 10.6.2013]

<http://helios.uta.fi:2124/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=05c067bd-5f7a-4d27-8b84-ae6e038867ab%40sessionmgr198&hid=124>

Romzek, B. S. & Melvin, J. D. 1987. Accountability in the Public Sector: Lessons from the Challenger Tragedy. *Public Administration Review* 47:3, 227-238. [sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://helios.uta.fi:2124/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=fd516255-cbf6-4e99-b20d-ecc3b5abbc05%40sessionmgr114&hid=124>

Sihvonen, M. 2006. Neuvottelujen kautta toimeenpanoon. Sopimisohjauksen implementaatio erikoissairaanhoidossa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1154. Tampereen yliopisto, Tampere. [sähköinen versio][viitattu 18.6.2013] <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67609/951-44-6642-X.pdf?sequence=1>

Sitra, HUS & Nordic Healthcare Group 2008. Tekonivelkirurgian organisointi ja palvelutuotannon kehittäminen HUS-alueella – Loppuraportin tiivistelmä 25.1.2008. [sähköinen versio][viitattu 15.4.2013] <http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/HUS%20Tekonivelet%20Tiivistelm%C3%A4.pdf>.

STAKES, THL, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2002. Polven tekonivelkirurgia sairaaloittain 2002. [sähköinen versio][viitattu 8.12.2010] <http://www.stakes.fi/perfect/Polventekonivelkirurgiasairaloittain2002.xls>

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. *Julkaisuja* 4/2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. STM 2002. Helsinki. [sähköinen versio][viitattu 14.5.2013] http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/terveysvn/esite2002_6.pdf

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveydenhuollon valtakunnallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin periaatteet. Alueellisista ratkaisuksista kansalliseen kokonaisuuteen. STM Selvityksiä 8. [sähköinen versio][viitattu 12.6.2013] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3815.pdf&title=Terveydenhuollon_valtakunnallisen_tietojarjestelmaarkkitehtuurin_periaatteet_fi.pdf

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti 2012:21. Helsinki. [sähköinen versio][viitattu 7.5.2014] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-22206.pdf

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa. Katsaus 2012–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:1. Helsinki. [sähköinen versio][viitattu 14.5.2013] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26349.pdf

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2013b. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:45. Helsinki. [sähköinen versio][viitattu 7.5.2014] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9642429&name=DLFE-28190.pdf

STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Suomen malli. Sosiaali- ja terveydenhuolto viidelle sote-alueelle. [sähköinen versio][viitattu 7.5.2014] http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=10386860&name=DLFE-29731.pdf

Suhonen, P. 2007. Suomalaisten eriytyvät ja muuttuvat arvot. Teoksessa Borg, S., Ketola, K., Kääriäinen, K., Niemelä, K. & Suhonen P. (toim.) Uskonto, arvot ja instituutiot. Suomalaiset World Value – tutkimuksissa 1981–2005. Yhteyskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 4, 26–46. Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy. [sähköinen versio][viitattu 13.5.2013] http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65684/uskonto_arvot_ja_instituutiot_2007.pdf?sequence=1

Tilastokeskus 2011. Koulutusasteiden määrittely. [sähköinen versio][viitattu 15.5.2014] http://www.stat.fi/meta/luokitukset/_linkki/koulustem.html

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Lonkka- ja polviproteesit 2011. Tilastoraportti 9/2013. [sähköinen versio][viitattu 12.4.2013] http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104402/Tr09_13.pdf?sequence=1.

THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Potilas- ja terveystietomuksen koodistot.[sähköinen versio][viitattu 16.7.2014]<http://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/koodistopalvelu/koodistot/potilas-ja-terveyskertomuksen-koodistot>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012. Helsinki. [sähköinen versio][viitattu 22.5.2014] http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Uski, T., Jussila, I. & Kotonen, U. 2007. Kunnallisten hyvinvointipalveluiden tuottaminen: Organisaatiotyyppien etuja ja haasteita. Kunnallistieteen aikakauskirja 35:2, 128–146.[sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] <http://helios.uta.fi:2376/se/k/0356-3669/35/2/kunnalli.pdf>

Valokivi, H. 2008. Kansalainen asiakkaana: tutkimus vanhusten ja lainrikkojen osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Acta Universitatis Tamperensis 1286. Tampere: Tampereen yliopisto.[sähköinen versio][viitattu 11.6.2013] <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7181-0.pdf>.

Valtionvarainministeriö 2005. Yksityisen palvelutuotannon rooli julkisessa palvelutuotannossa. Valtionvarainministeriön työryhmämuistio 6/2005. Edita. Helsinki. [sähköinen versio][viitattu 14.5.2013]http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/02_taloudelliset_katsaukset/97935/97936_fi.pdf

Valtionvarainministeriö 2006. Miten voidaan edistää yksityisten palveluntuotannon roolia julkisessa palvelutuotannossa. Työryhmämuistioita 7/2006. Valtiovarainministeriö. Helsinki.[sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/20060517Mitenv/Tyoryhmamuistio_7_06.pdf.

Valtiovarainministeriö, Kauppa- ja teollisuusministeriö & Kilpailuvirasto 2007. Yksityisten palvelutuotannon roolin edistäminen. Muistio. Valtiovarainministeriö. Helsinki.[sähköinen versio][viitattu 10.6.2013] http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/20060517Mitenv/Muistio_14032007.pdf

Vargo, S. L. & Lusch, R. F. 2008. Service-dominant logic: continuing the evolution. Journal of the Academy of Marketing Science 36:1, 1-10.[sähköinen versio][viitattu 12.6.2013] <http://helios.uta.fi:2124/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=91319288-ceed-4325-ad6e-47fe8c8d99c7%40sessionmgr114&hid=108>

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki. [sähköinen versio][viitattu 6.6.2014] <http://www.tekes.fi/Julkaisut/matkaopas.pdf>

Lait, asetukset ja hallituksen esitykset eduskunnalle

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Kuntalaki 17.3.1995/365

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733

Perustuslaki 11.6.1999/731

Potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Terveystalousohjelmalaki 30.12.2010/1326

Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/719

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä L 1019/2004.

Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi. [sähköinen versio][viitattu 6.12.2010] <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2010/20100090>

Julkaisemattomat lähteet

Coxa Tekonivesairaala. Vuosikertomus 2012.

PSHP, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2007. Potilaan vapaus valita kiireettömän leikkaushoidon tuottaja. Tiedote.