

708

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO  
Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

”SAMASSA VENEESSÄ” - MUTTA KUKA ON KIPPARINA?  
Julkisen terveydenhuollon palveluista Jyväskylässä

Pro gradu -tutkimus

Riitta Happonen  
Syksy 1997

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Riitta Happonen

”SAMASSA VENEESSÄ” - MUTTA KUKA ON KIPPARINA?

Julkisen terveydenhuollon palveluista Jyväskylässä

Pro gradu -tutkimus, 71 s., 5 liitesivua, 3 liitettä.

Työn ohjaaja professori Marjatta Marin

Joulukuu 1997

---

Hyvinvointivaltion sosiaalipolitiikka

Julkinen terveydenhuolto

Organisaation byrokraattinen, asiantuntija- ja asiakaskeskeinen toimintatapa

Konservatiiviset, liberalistiset ja sosiaalidemokraattiset ideologiat ja arvot

Tutkimuksessani tarkasteltiin, onko julkisen terveydenhuollon palvelut jyvaskyläläisten mielestä järjestetty byrokraattiseksi ja asiantuntijakeskeiseksi oletetun vai asiakaskeskeisen organisaatiomallin mukaisesti ja halutaanko palvelut säilyttää hyvinvointivaltiomallin tapaan sosiaalidemokraattisille vai enemmän konservatiivisille tai liberalistisille arvoille perustuvina. Lisäksi selvitettiin, eroavatko asiakkaiden ja asiantuntijoiden mielipiteet toisistaan siinä, kenen intresseistä ja arvomaailmasta käsin palveluja suunnitellaan ja järjestetään. Tutkimusjoukon muodostivat palvelutalon asukkaat ja terveysasemilla käyneet potilaat, joita kutsutaan asiakkaiksi ja terveysasemien vastaanottotyötä tekevä hoitohenkilökunta sekä lääkärit, terveydenhuollon opiskelijat ja kaupungin valtuutetut, joita kutsutaan asiantuntijoiksi. Tutkimusaineisto koostui näille ryhmille tehdystä kyselystä. Tulosten kuvaamisessa käytetään suoria jakaumia, prosentteja, keskiarvoja ja reliabiliteetin testaamisessa Alphan reliabiliteettikerrointa.

Tulosten mukaan palvelut ovat kohtalaisen asiakaskeskeisiä, vaikka jossakin määrin asiantuntijakeskeisesti ja byrokraattisesti organisoituja. Mielipiteissä ei ollut suuria eroja asiakas - asiantuntijaryhmien välillä. Esille tuli kuitenkin se, että asiakkaiden mielestä palvelut olivat enemmän asiantuntijakeskeisiä ja byrokraattisesti organisoituja kuin asiantuntijoiden mielestä. Sitä vastoin asiantuntijat pitivät niitä asiakaskeskeisempinä kuin asukkaat. Asiantuntijakeskeisyys ilmeni asiantuntijoiden tavassa järjestää palveluita heidän omista lähtökohdistaan käsin, mikä tuli näkyviin esimerkiksi työntekijän valintaa ja ensiapupalvelujen järjestämistä koskevissa tuloksissa. Puolestaan byrokraattisen organisoimistavan juurtuminen organisaation toimintaan tuli esille palvelujen järjestämisaikoja koskevissa kysymyksissä. Virka-ajasta näyttää olevan mahdotonta luopua. Vaikka palvelut ovat asiantuntijakeskeisiä ja jonkin verran byrokraattisia, ovat ne kehittyneet aikaisempiin mielipidemittauksiin verrattuna asiakaskeskeisimmiksi.

Myöskään ideologisessa arvovertailussa päättäjien ja heitä lähellä olevien terveyspalvelujen järjestäjien ja toiminnasta vastaavien mielipiteet eivät kovin poikenneet käyttäjien mielipiteistä palvelujen organisoimistavasta ja ideologiaperustasta. Kun julkisessa keskustelussa, kustannussyihin vedoten, on toivottu palvelujen järjestämistä enenevässä määrin yksityisen sektorin, vapaaehtois- tai hyväntekeväisyystyön avulla, eli konservatiivisten ja liberalististen arvojen perustalle, niin jyvaskyläläiset haluavat ne edelleen sosiaalidemokraattisille arvoille rakentuvina, hyvinvointivaltion palveluina. Tutkimustulokset tukivat valalla olevaa käsitystä, jonka mukaan kritiikki julkisia palveluja kohtaan on laimentunut, ja laman ahdistellessa hyvinvointipalvelujamme, muuttunut niiden säilyttämisen puolustuspuheeksi. Kun kuitenkin palveluja ruohonjuuritason järjestäjien ja käyttäjien mielipiteistä huolimatta halutaan supistaa ja tuottaa esimerkiksi markkinaperusteisesti, herää kysymys, ovatko ”isommat päättäjät” yhteiskuntaa heiluttelevien voimien - markkinavoimien - talutusnuorassa ja niistäkö löytyy uusi, kasvoton kippari, edellisen kasvottoman kipparin, byrokraattian tilalle ”veneeseen”?

## SISÄLLYSLUETTELO

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1       | JOHDANTO   | 1  |
| 2       | TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTA JA TAVOITTEET   | 2  |
| 2.1     | Julkisen terveydenhuollon organisoituminen Suomessa                                      | 2  |
| 2.2     | Julkisia, yksityisiä vai yhteisöllisiä palveluja   | 3  |
| 2.3     | Terveyspalvelujen organisaatio- ja ideologista pohjaa selvittäviä tutkimuksia            | 4  |
| 3       | TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT   | 6  |
| 3.1     | Hyvinvointivaltion ja sosiaalipolitiikan kehityksestä                                    | 6  |
| 3.2     | Olosuhteet, toiminta ja kriisit hyvinvointivaltion ja sosiaalipolitiikan muovaajina      | 6  |
| 3.3     | Sosiaalipolitiikan toiminnalliset perussuuntauukset                                      | 8  |
| 3.3.1   | Residuaalinen malli  | 8  |
| 3.3.2   | Institutionaalinen malli   | 8  |
| 3.4     | Sosiaalipolitiikan arvoperustelut  | 9  |
| 3.4.1   | Humaanit arvoperustelut  | 9  |
| 3.4.2   | Universaalit arvoperustelut  | 9  |
| 3.5     | Ideologiset suuntauksen ja arvoperustelut hyvinvointivaltion sosiaalipolitiikan synnyssä | 10 |
| 3.5.1   | Konservatiivinen, antikollektiivinen ideologia   | 10 |
| 3.5.2   | Uuskonservatistinen/uusliberalistinen ideologia  | 10 |
| 3.5.3   | Sosiaaliliberalistinen, porvarillinen kollektivistinen ideologia                         | 11 |
| 3.5.4   | Sosiaalidemokraattinen ideologia   | 11 |
| 3.5.5   | Kommunistinen ideologia  | 12 |
| 3.5.6   | Ekologinen liike, vihreä ideologia   | 12 |
| 3.5.7   | Feministinen ideologia   | 12 |
| 3.6     | Organisaatiomallit   | 12 |
| 3.6.1   | Byrokraattinen organisaatio  | 13 |
| 3.6.1.1 | Byrokraattisen organisaation haittavaikutuksia   | 14 |
| 3.6.2   | Professionaalinen asiantuntijajorganisaatio  | 15 |
| 3.6.2.1 | Professionaalisen organisaation haittavaikutuksia  | 16 |
| 3.6.3   | Asiakaskeskeinen palveluorganisaatio   | 17 |
| 4       | TUTKIMUSKOHDDE JA TUTKIMUSOTANTA   | 19 |
| 4.1     | Tutkimuspaikka   | 19 |
| 4.2     | Tutkimuskohde ja otanta  | 20 |
| 4.3     | Tutkimusmenetelmä ja validiteetti  | 20 |
| 4.4     | Analyysimenetelmät ja reliabiliteetti  | 21 |
| 4.5     | Tutkimuksen kulku  | 22 |
| 4.5.1   | Kysely asiakkaille   | 22 |
| 4.5.2   | Kysely henkilökunnalle, opiskelijoille ja valtuutetuille                                 | 23 |
| 5       | TULOKSET   | 24 |
| 5.1     | Taustatiedot   | 24 |
| 5.1.1   | Vastaajien sukupuoli, ikä, siviilisäätö ja perhetilanne                                  | 24 |
| 5.1.2   | Vastaajien perus- ja ammattikoulutus, ammatti, ammattiasema sekä työtilanne              | 25 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 5.1.3   | Toiminnan liittyminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon  | 26 |
| 5.1.4   | Asiointi terveyskeskuksen palvelukohteissa  | 26 |
| 5.1.4.1 | Lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanotto omalla terveysasemalla                                       | 27 |
| 5.1.4.2 | Keskitetty ensiapuvastaanotto   | 28 |
| 5.1.4.3 | Sairaanhoitajan- ja terveydenhoitajan vastaanotto   | 28 |
| 5.1.4.4 | Äitiys- ja lastanneuvolan vastaanotto   | 29 |
| 5.2     | Mielipiteet palvelujen järjestämisestä  | 29 |
| 5.2.1   | Valinnanmahdollisuus väestövastuussa  | 30 |
| 5.2.2   | Terveyspalvelujen kustantaminen   | 30 |
| 5.2.3   | Palvelujen ajankohta  | 32 |
| 5.2.4   | Ensiavun järjestäminen  | 33 |
| 5.2.5   | Jonojen ja ruuhkien purkaminen  | 34 |
| 5.3     | Asiointin kokeminen. Palvelujen byrokratia-, asiantuntija- ja asiakaskeskeisyys                           | 36 |
| 5.3.1   | Byrokraattisesti organsoidut palvelut   | 36 |
| 5.3.1.1 | Asioiden selvittäminen tulotilanteessa  | 36 |
| 5.3.1.2 | Palvelun joustavuus   | 37 |
| 5.3.1.3 | Palvelun rutiinomaisuus, virallisuus ja vain pakollisten asioiden tekeminen väittämien mukaan             | 39 |
| 5.3.2   | Asiantuntijakeskeisesti/professionaalisesti järjestetyt palvelut  | 40 |
| 5.3.2.1 | Työntekijän valinnan mahdollisuus   | 41 |
| 5.3.2.2 | Ajanvaraustoivomuksen huomioiminen  | 42 |
| 5.3.2.3 | Työntekijöiden omat edut, kokonaisvastuu ja asiakkaiden mielipiteiden huomioonottaminen väittämien mukaan | 43 |
| 5.3.3   | Asiakaskeskeisesti järjestetyt palvelut   | 45 |
| 5.3.3.1 | Vastaanottoajan riittäminen   | 45 |
| 5.3.3.2 | Palvelualttius  | 46 |
| 5.3.3.3 | Ajan riittäminen, ymmärrettävästi puhuminen ja asiakkaiden palvelun tärkeys väittämien mukaan             | 47 |
| 5.3.4   | Ovatko palvelut byrokratia-, asiantuntija- vai asiakaskeskeisiä?  | 48 |
| 5.4     | Hyvinvointipalvelujen arvopohja   | 53 |
| 5.4.1   | Konservatiiviset arvot  | 53 |
| 5.4.2   | Liberalistiset arvot  | 55 |
| 5.4.3   | Sosiaalidemokraattiset arvot  | 57 |
| 5.4.4   | Perustuvatko palvelut konservatiivisille, liberalistisille vai sosiaalidemokraattisille arvoille?         | 59 |
| 5.5     | Mitä muuta haluaisitte sanoa?   | 60 |
| 6       | JOHTOPÄÄTRÖKSET JA EHDOTUKSE ASIAKASKESKEISEMPÄÄN PALVELUUN PÄÄSEMISEKSI                                  | 61 |
| 6.1     | Byrokraattisen ja asiantuntijakeskeisen organisointitavan heikkoudet                                      | 62 |
| 6.2     | Sosiaalidemokraattisen arvomaailman varaan organisoitujen palvelujen puolustus                            | 63 |
| 6.3     | Lopuksi   | 67 |

## 1 JOHDANTO

Tutkimusten mukaan vain pitkälle teollistunut, kapitalistinen ja moderni yhteiskunta voi kehittyä hyvinvointivaltioksi. Samojen ehtojen vallitessa sen organisaatiot byrokratisoituvat ja tarvitsevat ammattitaitoista ja pitkälle erikoistunutta työvoimaa. Tämä luo pohjan professionaalisten ammattiryhmien kehittymiselle ja toiminnalle. Myös kansanterveystyön organisaatiot ovat kehittyneet samojen olosuhteiden ja prosessien muovaamina.

Kun kehitys hyvinvointivaltioksi tapahtuu (mm. Titmus 1974; Korpi 1981) *residuaalisesta*, individualismin arvoille perustuvasta yhteiskunnasta (missä työmarkkinat ja perhe ovat luonnolliset väylät tarpeiden tyydyttämisessä ja valtiolla on vain tarveharkintainen, jakopoliittinen tehtävä) *institutionaaliseksi*, tasa-arvolle perustuvaksi yhteiskunnaksi (missä taataan universaalit palvelut markkinoiden ulkopuolella kansalaisuusperiaatteella), niin ollaanko nyt palaamassa takaisin residuaalisen yhteiskunnan suuntaan?

Hyvinvointipalvelujen kehittymisessä ja säilyttämisessä Suomessa näkyvät aineellis-teknisen edistyneen lisäksi puoluepoliittiset eturistiriidat ja ideologiset arvoriidat. Kun eturistiriidassa taistellaan hyödykkeestä tai asiasta, jonka arvosta ollaan yksimielisiä, niin arvoriidassa sen sijaan ollaan erimielisiä niiden arvosta (Allardt 1985, 161). Varsinkin nyt, laman koetellessa yhteiskuntaamme, käydään arvokeskustelua hyvinvointivaltion puolesta ja vastaan. Arvoriidadoissa näkyvät poliittisen vasemmiston, keskustan ja oikeiston erilaiset mielipiteet palvelujen tuotantotavasta ja jakoperusteista (mm. Kangas 1986). Mielipiteitä ovat jakaneet käsitykset siitä, tulisiko palvelujen perustua konservatiivisille, liberaaleille vai enemmän sosiaalidemokraattisille arvoille ja tuotta ne yksityisen, epävirallisen/yhteisöllisen vai julkisen sektorin toimesta.

Hyvinvointipalvelujen saama kritiikki on lisääntynyt, ja sen syitä etsitään muun muassa kansalaisten asenteista palvelujen laatua ja määrää kohtaan, niukentuneista rahoitusmahdollisuuksista ja halusta rahoittaa julkisia palveluja sekä niiden kyvyttömyydestä ratkaista ihmisten ongelmia. Näiden lisäksi kritiikkiä on saanut byrokratisoitumisesta ja professionalistuvien asiantuntijoiden erikoistumisesta johtuvat ongelmat. On puhuttu toiminnan tehottomuudesta, asioiden joustamattomasta hoitamisesta, epäystävällisestä palvelusta ja etääntymisestä asiakkaiden tarpeista. Tästä kritiikistä on saanut osansa myös terveydenhuollon palvelut.

Maahamme luotiin vuonna 1972 voimaan tulleen kansanterveyslain myötä terveyskeskusorganisaatiot uusina hallinto- ja organisaatiomuotoina. Olen työskennellyt lähes siitä saakka julkisen terveydenhuollon piirissä, ja täten nähnyt ruohonjuuritasolla, lähellä asiakkaita palvelujen organisoitumisen, byrokratisoitumisen ja professionalistumisen mekanismit ja näiden prosessien aiheuttamat eettisesti suotavat ja epäsuotavat vaikutukset niin terveydenhuollon käyttäjille kuin niidenantajillekin.

Vaikka kansanterveyslain turvin pystyttiin lisäämään palveluja koko maan kattaviksi ja koulutusuu- distusten ja erikoisoaamisen myötä pystyttiin parantamaan palvelujen laatua, niin tyytymättömyys

palveluja kohtaan lisääntyi aina -90 luvun alkupuolelle saakka. Mutta vuoteen 1995 tultaessa, kun palveluja supistettiin, muuttuikin kritiikki hätähuudoksi niiden säilyttämisen puolesta. Halu tutkimuksen tekoon syntyi mieltäni askarruttavasta kysymyksestä, mikä pohjimmiltaan oli ollut kritiikin syynä. Oliko se niin sanottu byrokraattinen toimintatapa? Oliko se professionalistumiseen liittyvää?, vaikkakin terveyskeskustasolla ei varsinaisesti voida puhua pitkälle professionaalista toiminnasta, koska toimitaan perusterveydenhuollossa. Oliko se palvelujen maksuttomuuteen liittyvää, Marcel Mauss'in teorian mukaista kaunan synnyttämää kapinaa, kun ei oltu voitu maksaa saamasta palvelusta ja jääty ikäänkuin kiittollisuuden velkaan? Vai oliko se laman tai muiden yhteiskunnallisten muutosten aikaansaamaa ihmisten arvomaailman muutosta ja siihen liittyvää kollektiivista mielenilmausta?

## 2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTA JA TAVOITTEET

### 2.1 Julkisen terveydenhuollon organisoituminen Suomessa

Julkinen terveydenhuolto jaetaan maassamme *ympäristöterveydenhuoltoon, yksilöön kohdistuvaan kansanterveystyöhön ja erikoissairaanhoidon*. Terveyspalvelujen keskeisimpinä organisaatioina ovat kuntien ja kuntainliittojen omistamat *terveyskeskukset ja sairaalat*. Näiden toimintaa ja rakenteiden kehittämistä ohjataan valtakunnallisella tasolla keskitetysti ja yhdenmukaisesti rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmällä sekä määrittelemällä toiminta-ajatukset, tärkeimmät rakennepiirteet ja suuret toimintalinjat yhdenmukaisesti lakien, normien ja asetusten avulla. (Sinkkonen & Nikkilä 1988, 94.)

*Terveyskeskusten* lakisääteiset tehtävät ovat 1) *ihmisiin kohdistuva kansanterveystyö*, mihin kuuluvat terveysneuvonta, terveystarkastukset, koululaisten ja opiskelijoiden terveydenhuolto, tarttuvien tautien ehkäisy ja hoito, äitiys- ja lastenneuvolatoiminta, hammassairauksien vastustustyö, osa työterveyshoitoa, sairaankuljetus oman kunnan tai yksityisen liikennöitsijän järjestämänä ja sairaanhoito ja 2) *ympäristöterveydenhuolto*, mihin kuuluvat ihmisen elinympäristöön kohdistuva kansanterveystyö, elintarvikeneuvonta sekä eläinlääkintähuolto. (Sinkkonen & Nikkilä 1988, 74, 82.)

Kansanterveystyön perustehtävänä ollut edistää väestön terveyttä ja turvata terveyden ja sairaanhoito sitä tarvitseville. Kansanterveyslain astuessa voimaan vuonna 1972, vaati suuren organisaation muodostaminen järkipäristä ja tarkoin suunniteltua toimintaa. Organisaatiot, työntekijöiden koulutusvaatimukset ja koulutus sekä heidän keskinäiset suhteensa kehittyivät keskusjohtoisesti ja olivat tiukasti sidoksissa valtionhallintoon. Toimintalinjat määriteltiin yhdenmukaisiksi koko maassa lakien, asetusten ja muiden virallisten normien avulla. Toimintaohjeet ja normit muodostivat tietynlaisen hierarkkisen järjestyksen, joka määräytyi päättävien elinten valta- ja alistussuhteiden mukaisesti. Hierarkkisesti alemman viranomaisen normi ei saanut olla ristiriidassa ylemmän päättävän normin kanssa. Viralliset normit muodostivat seuraavan hierarkian. Ylimpänä olivat *lait ja asetukset*, seuraavina valtioneuvoston, *ministeriöiden, keskusvirastojen ja lääninhallituksen päätökset, valtion viranomaisten* päättämät työjärjestykset, ohje- ja johtosäännöt, seuraavina *kuntainliittojen ja kuntien* päättämät johtosäännöt ja lopuksi *organisaatio- ja toimialakohtaiset* säännöt. Tästä ohjeiden ja normien viidakosta aiheutui osaltaan terveydenhuollon hallinnon byrokraatisoitumista, palvelujen jousta-

mattomuutta, jäykkyyttä ja persoonattomuutta. (mts., 44, 95.) Näitä puutteita pyrittiin korjaamaan valtakunnallisella suunnittelulla muun muassa;

- valtionosuuslainsäädännön uudistuksella v. 1975
- sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaustehtävien siirroilla valtion keskushallintoviranomaisilta lääkintöhallitukselle ja sosiaalivaltuutukselta lääninhallinnoille v. 1977
- korvaamalla valtion viranomaisten vahvistamat sairaalain ja terveystieteiden ohjesäännöt kunnallisen itsehallinnon piirissä päätettävillä johtosäännöillä v. 1981
- sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistavalla lailla (SVOL), jolla yhdistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon erillään olleet valtakunnalliset suunnitelmat v. 1984
- järjestämällä perusterveydenhuoltoa väestövastuista v. 1985. Tämä tarkoitti terveystieteiden työn joustavaa järjestämistä alueelliselta pohjalta, ryhmätyön keinoin. Palvelujen järjestämisvastuu säilyi kunnilla, mutta toiminta ja tulosvastuu tuli lähemmäs työntekijä- ja käyttötasoa.
- kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistuksella v. 1992. Tämän suunnitelman jälkeen valtionosuudet maksettiin hakemuksitta suoraan kunnille ja ne määräytyivät laskennallisten perusteiden mukaisesti, eivätkä olleet sidoksissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen. Laki velvoitti kunnat edelleen järjestämään palvelut asukkailleen, mutta antoi muun muassa mahdollisuuden ostaa niitä rajoituksetta yksityiseltä sektorilta. Valtio ei enää ohjannut henkilöstön määrää eikä tehtäviä. (Sinkkonen & Nikkilä 1988, 82 - 94, Valtakunnalliset suunnitelmat 1991)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä on viime vuosina leimannut lama ja säästäminen. Nämä ovat merkinneet valtionosuuksien leikkauksia ja joissakin kunnissa palvelutoiminnan supistuksia ja palvelurakenteen muutoksia. Näitä muutoksia ja supistuksia joudutti osaltaan myös edellä mainitun valtionosuusjärjestelmän voimaantulo. Samanaikaisesti suurtyöttömyyden ja taloudellisen ahdingon kanssa väestörakenteen muutokset (väestön vanheneminen, kansainvälistyminen ja ulkomaalaisväestön kasvu) on lisännyt sosiaali- ja terveydenhuollon monien palvelujen kysyntää ja aiheuttanut näin paineita palvelujen tarjonnalle ja kehittämiselle.

Valtakunnallisten suunnitelmien (vuosille 1996 - 1999) mukaan palvelujen tasa-arvoinen ja monipuolinen saatavuus tulee kuitenkin turvata koko maassa. Sen piti toteutua kuntien tai kuntainliittojen yhteistyöllä esimerkiksi porrastamalla palveluita ja kehittämällä avo- ja välimuotoisia palveluja korvaamaan tarpeettomaksi käyvää laitoshoidtoa. Näiden suunnitelmien mukaan väestövastuuta tuli lisätä ja periaatteena oli, että asukas pääsee lääkärin tutkimuksiin ja hoidon arviointiin kolmen arkipäivän kuluessa. Palvelujen hyvän saatavuuden oletettiin vähentävän päivystystarvetta ja luovan edellytyksiä päivystystoiminnan rationalisoinnille. Tavoitteena oli myös lisätä palvelujen käyttäjien valinnanvapautta ja mahdollisuutta vaikuttaa palvelujen laatuun. (Valtakunnallinen suunnitelma 1995, 1 - 2.)

Tässä suunnitelmassa kiinnitettiin huomio myös siihen, että samalla kun huolehditaan palvelujen saatavuudesta, tulee varmistua niiden laadusta ja jonotusaikojen kohtuullisuudesta. Palvelujen tuottajien tuli käynnistää laadunvarmistustyö valtakunnallisten suunnitelmien mukaisesti. Suositukset valmistuivat Sosiaali- ja terveydenalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksessa (STKES) loppuvuodesta 1995.

## 2.2 Julkisia, yksityisiä vai yhteisöllisiä palveluja?

Hyvinvointipalvelujen säilyttämiseen liittyviä ristiriitoja ovat aiheuttaneet kasvavat kustannukset ja niukentuvat rahoitusmahdollisuudet ja se, että palveluista koituvia hyötyjä on pidetty jopa haittoja

vähäisempinä. Tämä on se aiheuttanut tyytymättömyyttä varsinkin niissä piireissä, jotka ovat kokeneet itsensä sosiaalipolitiikan maksajiksi ja hyvinvointivaltion hyväksyttävyyks on tullut kyseenalaiseksi, eli on ruvettu epäilemään sosiaalipolitiikan legitimiisyyttä. Kyse on tällöin kansalaisten asenteista hyvinvointipalvelujen laajuutta kohtaan. (Karisto & Takala 1985, 12, 14, 16,66 - 76; Sinkonen & Nikkilä 1989, 68; Raunio 1995, 228 - 229.)

Talouden kiristyessä vuosikymmenen vaihteessa, oli valtakunnallisessa suunnitelmassa jo v. 1990 maininta siitä, että sosiaali- ja terveystalouden tarkoituksenmukainen ja taloudellinen järjestäminen edellyttää hyvää yhteistyötä niin sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä sekä yhteistoiminnan lisäämistä muiden hallintokuntien, seurakuntien, alan järjestöjen sekä yhdistysten ja vapaaehtoistyötä tekevien kesken (Valtakunnallinen suunnitelma 1990, 1), toisin sanoen myös epävirallisen sektorin kanssa. Kun valtiosuusjärjestelmää uusittiin, oli suunnitelmissa maininta siitä, että kunnat saivat ostaa palveluja rajoituksetta yksityiseltä sektorilta (Valtakunnallinen suunnitelma 1992, 2).

Tutkimuksissa esiintyy toisistaan poikkeavia tulkintoja siitä, mitä toimintoja julkiseen, yksityiseen ja epäviralliseen sektoriin kuuluu. Ervasti tarkoittaa *julkisilla palveluilla* virallisten toimijoiden eli valtion ja kuntien sekä näiden ostopalveluina tilaamia puolivirallisten toimijoiden, kuten järjestöjen, yhteisöjen ja seurakuntien tuottamia palveluja. *Yksityisiä palveluja* ovat liikeperiaatteella tuotetut, kaupalliset palvelut, joita tarjoavat yritykset ja erialaiset voittoa tuottavat organisaatiot. Tällöin hyvinvoinnin tuottamisen painopiste on siirtynyt valtiolta markkinamekanismille. *Epävirallisia palveluja* ovat epävirallisella sektorilla toimivat, yhteisöllistä sosiaalipolitiikkaa harjoittavat perhe, sukulaiset ja ystävät. (Ervasti 1994, 274 - 275.)

*Julkisen sektorin* etuna on nähty (mm. Karisto 1990) muun muassa se, että palvelut on taattu jokaiselle kansalaiselle oikeutena ja niillä on pystytty tasaamaan tarpeentyydytyseroja. Huonona puolen on pidetty palvelukulttuuria, joka ei ole huomionnut asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita. Palveluja on pidetty myös tehottomina ja kalliina. *Yksityisesti tuotettujen palvelujen* etuna on ollut (mm. Anttonen ja Sipilä 1992) tehokkuus sekä se, että niiden on väitetty olevan julkisia palveluja taloudellisimpia, koska markkinamekanismin on kuviteltu karsivan tuottajilta turhia kustannuksia. Lisäksi yksityisten palvelujen on väitetty tarjoavan autonomiaa, yksilöllisyyttä ja valinnanmahdollisuutta. Huonona puolena on ollut (Anttonen & Sipilä 1992) markkinoiden aiheuttama eriarvoisuus, koska palvelun saamista on määrännyt ostovoima eikä tarve. Yksityinen järjestelmä hoitaa kyllä vakuutetut, mutta jättää vakuuttamattomat ja pitkäaikaista hoitoa tarvitsevat hoitamatta. Kankaan (1991) mukaan yksityisyys ei ole aina lisännyt tehokkuutta tai karsinut kustannuksiakaan, koska hoito on voinut olla perinpohjaista ja pitkäikäistä, mikäli hoidettavalla on ollut vakuutus. *Yhteisöllisten palvelujen* etuna on pidetty (Anttonen ja Sipilä 1992) hoivasuhteen henkilökohtaisuutta, ihmissuhteita, olosuhteiden tuntemista ja emotoinaalisuutta sekä pieniä kustannuksia. Varjopuolena on puolestaan pidetty epävarmuutta, ammattitaidon puutetta ja eriarvoisuutta sikäli, koska kaikki avun tarvitsijat eivät pysty integroitumaan epävirallisiin yhteisöihin. Varjopuolena on pidetty lisäksi sitä, että vastuun hoivasta on arveltu kaatuvan naisten päälle. (Ervasti 1994, 20; 1994, 275 - 277.)

### 2.3 Terveystalouden organisaatio- ja ideologista pohjaa selvittäviä tutkimuksia

Terveystaloudensivun palveluja kuvaavia tutkimuksia on raportoitu vasta 1980-luvulta lähtien. Niemelä ja Mäkinen (1982), Laakko (1987; 1992), Kinnunen ym. (1988), Nakari & Syrakki-Komulainen (1990), tutkivat asiakkaiden/potilaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä. Näiden tutkimusten mukaan tyytyväisyyttä koettiin muun muassa kohteluun ja henkilökunnan ammattitaitoon. Palvelualltius oli



heikompaa kuin ammattitaito ja muita tyytymättömyyden syitä oli kiire, jonot ja virallisuus. Jorvin sairaalan kehittämissä (1987), Laasasen ja Miittisen (1988), Häggman-Laitilan (1989), Hii-denhovin (1990), Eevan (1991) ja STAKES:in (1995 - 1996) terveyskeskuksissa käynnistämässä tutkimuksissa ”Laatuveneet vesillä” (mm. Koivisto J. ym.; Nakari & Kirveskangas 1996) puolestaan tutkittiin palvelun laatu ja palvelukykyä. Näiden tutkimusten mukaan palvelua pidettiin ystävällisenä ja asiallisena ja todettiin, että palvelu oli kehittynyt positiiviseen suuntaan, joskin terveyskeskusjärjestelmää pidettiin vielä jäykkänä, joustamattoman ja pitkäväteisenä.

Varsinaisesti terveyskeskuspalvelujen byrokraattisuutta, asiantuntija- ja asiakaskeskeisyyttä tai arvo-pohjaa käsitteleviä tutkimuksia ei löytynyt. Aihetta sivuavia tutkimuksia löytyi kaksi. Sihvon ja Uu-sitalon tutkimus (1992) käsitteli terveyspalveluja koskevia asenteita. Kansalaisvastuuta ja julkisesti rahoitettuja palveluja kannattivat naiset, nuoret ja puoluekannaltaan vasemmalla kun puolestaan iäk-käämmät, yksityisyrittäjät ja puoluekannaltaan oikealla olevat suhtautuivat kriittisemmin ja kannatti-vat yksityistämistä. Ervastin (1993) tutkimus käsitteli hyvinvointipalvelujen tuottamisen tapaa yhteis-kuntaluokkanäkökulmasta. Tutkimustulos osoittaa, että vaikka kaikki yhteiskuntaluokat suhtautuva periaatteessa myönteisesti palvelujen vaihtoehtoisiksi esitettyihin yhteisöllisiin palveluihin, niin hyvin-vointivaltiota ei olla valmiita luopumaan.

Tässä tutkimuksessa selvitetään, millaisia terveyspalveluja Jyväskylässä tuotetaan ja millaisia palve-lujen käyttäjät ja antajat haluaisivat niiden olevan, ja näkykö palvelujen järjestämisessä organisaati-on, työntekijöiden vai asiakkaiden tarpeet. Työni jakaantuu kahteen pääteemaan; 1) onko palvelut järjestetty oletetusti byrokraattisesti toimivan organisaation, siellä työskentelevien asiantuntijoiden vai asiakkaiden tarpeista käsin ja 2) kenen arvomaailman mukaisia palvelut ovat ja halutaanko ne edelleen sosiaalidemokratian ideologialle perustuvan hyvinvointivaltion tarjoamina palveluina vai enemmän liberaalisten ja konservatiivisten arvojen mukaisesti enemmän yksityisen sektorin, epävirall-lisen tahon ja perheen tarjoamina Työssäni byrokraattista ja asiantuntijakeskeistä/professionaalista toimintatapaa lähestytään ongelmakeskeisesti ja näiden hyvät puolet ja hyvää tarkoittavat elementit jätetään huomiotta.

## PÄÄONGELMA

Kenen ehdoilla palveluja järjestetään?

## ALAONGELMAT

1. Kenen lähtökohdista käsin palvelut on järjestetty?
  - 1.1 Ovatko palvelut organisaatio/byrokraattikeskeisiä?
  - 1.2 Ovatko palvelut asiantuntijakeskeisiä?
  - 1.3 Ovatko palvelut asiakaskeskeisiä?
2. Kenen/millaisille arvoille palvelut ovat rakentuneet?
  - 2.1 Konservatiivisille arvoille?
  - 2.2 Liberalistisille arvoille?
  - 2.3 Sosiaalidemokraattisille arvoille?

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

#### 3.1 Hyvinvointivaltion ja sen sosiaalipolitiikan kehityksestä

Allardt (1985, 247) mukaan ”hyvinvointivaltio on laaja institutionaalinen järjestelmä, jossa sosiaaliturvan julkiset kustannukset ovat suuret ja jossa valtio on ottanut vastuun kohtuullisen elintason ja sosiaaliturvan ylläpitämisestä. Hyvinvointivaltiossa pyritään välttämään kenenkään joutumista suoranaiseen köyhyteen, ja siksi tulonsiirtojen avulla pyritään sosiaaliseen tasaukseen”.

Hyvinvointivaltio on kehittynyt poliittisen toiminnan tuloksena solidaarisuuden arvoille ja sen olemassaolosta ja laajuudesta käydään köydenvetoa varsinkin lama-aikana. Kirjallisuuden perusteella hyvinvointivaltion vastustajien ja puolestapuhujien arvosuuntausten vastakkaisuus tulee selvimmin näkyviin turvavaltio - sosiaalivaltio-keskustelussa. Tästä esimerkkeinä ovat hyvinvointivaltioon kriittisesti suhtautuva Joachim Hirsch ja sosiaalivaltion puolestapuhijat Karisto ja Takala.

Hirsch (1980, 1,10) mukaan hyvinvointivaltio on *turvavaltio*, huipputeknologian käyttöön perustuva, aineellisia turvajärjestelmiä ylläpitävä kurinpidon, eli tarkkailun ja valvonnan omalaatuinen yhdistelmä, kansalaisten holhousjärjestelmä, joka tunkeutuu ihmisen yksityiselämään saakka. Turvavaltion toimintatapoja ovat kurissa pitäminen ja normalisointi. Reaktiona perhesosiaaliin ja sosialisointiin puutoksiin muuttuu koulu kurissapito- ja sopeuttamiselimeksi, sosiaalityö pedagogisoidaan ja psykologisoidaan ja ”häiriöt” määritellään sairauksiksi lääketieteellisten instituutioiden piirissä (motivaatio- ja suorituspaineeet psykiatrisoidaan ja vanhuuden ongelmat geriatrisoidaan) ja saatetaan säänneltäviksi ja valvottaviksi. Turvavaltion tasapainotuksen laajuus näkyy suoritusten ja palvelusten osuuden kasvuna valtion menoissa. (Hirsch 1980, 107 - 108.)

Takala ja Karisto (1985, 11) pitävät hyvinvointivaltiota *sosiaalivaltiona*, joka pitkälle kehitetyn sosiaaliturvakoneiston avulla on ottanut vastatakseen kansalaisten aineellisesta elintasosta ja sosiaalisesta turvallisuudesta. Perustarpeiden tyydyttäminen ja siinä ilmenevien ongelmien poistaminen on järjestetty julkisen sektorin toimesta, koska se tämän ajattelutavan mukaan olisi markkinoilla, vapaan kilpailun vallitessa, epätäydellistä ja epäoikeudenmukaista.

#### 3.2 Olosuhteet, toiminta ja kriisit hyvinvointivaltion ja sosiaalipolitiikan muovaajina

Kun *teollistumisen* myötä työnjako lisääntyi, perinteiset yhteisöt ja sosiaaliset verkostot hajosivat menettäen kontrolloivaa otettaan ihmisistä, niin turvatarpeet suuntautuivat valtioon. Durkheim (1893) kuvasi muutosta muiden muassa Floran ja Heidenheimerin (1981) mukaan siirtymiseksi *mekaanisesti solidaarisesta* yhteiskunnasta, missä yhteiskunnallinen järjestys perustuu ihmisten samanlaisuuteen ja yhdenmukaisuuden paineeseen, *organisesti solidaariseen* yhteiskuntaan, missä se perustuu puolestaan työnjaollisista asemista rakentuvan keskinäiseen riippuvuuteen ja solidaarisuuteen. (Raunio 1995, 143 - 144.)

Giddensin (1984) mukaan tietyt rakenteelliset edellytykset ja niihin liittyvät funktionaaliset vaatimukset olivat perustana hyvinvointivaltiota muovaavalle tavoitteelliselle toiminnalle, minkä tuloksena syntynyt hyvinvointivaltio muodostui osaksi teollisen yhteiskunnan rakennetta, mikä taas vaikutti ta-

voitteelliseen toimintaan. *Funktionalisteinen teoria* sosiaalipolitiikan synnystä ja kehityksestä (Mishara 1982) kiinnittää huomion juuri rakennemuutokseen ja pitää sosiaalipolitiikkaa yhteiskunnan kiinteyttä ja tasapainoa ylläpitävänä tekijänä, markkinoiden luoman anomian lievittäjänä. Tämä katsontakanta ei rajaa sosiaalipolitiikkaa ainoastaan yhteiskunnan tehtäväksi, vaan ottaa mukaan myös markkinat, kuten aikaisemmin jo Durkheim (1897), jonka mukaan valtion ja ammatillisten korporatioiden tuli toimia yhdessä yhteiskuntaa tasapainottavana ja harmonisoivana voimana. (Raunio 1995, 142, 145 - 147.)

*Marxilainen teoria* kiinnittää myös huomion tuotannollisessa perustassa esiintyviin muutoksiin ja pitää sosiaalipolitiikkaa työvoimaa uusintavan instituutiona kapitalistisessa yhteiskunnassa. Työvoiman uusintaminen tarkoittaa muiden muassa Lehtosen (1983) mukaan niitä prosesseja, joissa työvoima tehdään ja palautetaan työkykyiseksi tuotantoprosessia varten ja varastoidaan käytön jälkeen. Kapitalistisessa tuotantotavassa vallitsevaksi työvoiman käytön muodoksi tulee vapaa palkkatyö ja samalla työvoima saa tavaramuodon, joten sitä voidaan ostaa ja myydä. Palkkatyöläisen yhteiskunnallinen asema liittyy työvoiman myymisen paktoon, koska hän ei omista toimeentulonsa hankkimiseksi välttämättömiä tuotantovälineitä, eikä voi muulla tavoin saada välttämätöntä toimeentuloa. Vastineeksi työvoimansa myymisestä, hän saa palkkaa hankkiakseen välttämättömiä tarvikkeita elämiseensä ja työkykynsä uusintamiseen. Mikäli palkka ei tähän riitä, syntyy vajauksia ja tämä nähdään kapitalistisen sosiaalipolitiikan organisoitumis- ja kompensatiopyrkimyksille. (Raunio 1995, 147 - 148.)

Myös normaalissa palkkatyötilanteessa esiintyy ongelmia, kun palkka ei riitä työvoiman uusintamisperustaksi. Lehtosen (1983) mukaan nykyaikaisessa kapitalismissa ei ole olemassakaan sellaista normaalitilaa, jossa se tapahtuisi ilman valtiollisia toimenpiteitä. Työvoiman uusintaminen tapahtuu näin ollen kahdesta lähteestä eli markkinaperusteisesti, millä Lehtonen tarkoittaa palkkaprosessia ja valtiollisesti, mikä tarkoittaa sosiaalipolitiikkaa. Tällöin markkinaperusteinen palkkaprosessi ja hyvinvointivaltio muotoutuvat elimelliseksi kokonaisuudeksi. (Raunio 1995, 148.)

*Toimijanäkökulmasta* tarkasteltuna, hyvinvointivaltio ja sen palvelut ovat kehittyneet tavoitehakuisten toiminnan tuloksena, kun eri yhteiskunnallisilla ryhmillä ja etupiireillä on ollut erilaiset näkemykset ja intressit muun muassa sosiaalipoliittisten toimenpiteiden laajuudesta ja oikeanlaisesta järjestämistävästä. Suomalaisessa yhteiskunnassa tämä on Kososen (1993) mukaan näkynyt toisaalta keskustan ja sosiaalidemokraattien ja toisaalta työläisten ja työnantajien välisen kompromissin (Ilmonen 1993, 26) ja Kankaan (1986) mukaan poliittisen oikeiston, keskustan ja vasemmiston näkemysten tuloksena (Raunio 1995, 177).

Tutkijoiden mukaan eri *yhteiskuntaluokilla* ja *-ryhmillä* on selvästi erilaiset intressit hyvinvointivaltion palvelujen suhteen. *Markkina-asemaltaan heikot* työntekijät ja yhteiskuntaluokat ovat riippuvaisia julkisista palveluista, koska ne täyttävät työmarkkinoilla saavuttamatta jäänyttä tarpeentyydytystä (Polanyi 1971). Puolestaan *vahvemmat ryhmät*, esimerkiksi keskiluokat, eivät ole samassa määrin riippuvaisia palveluista, mutta heidän perusintressejään hyvinvointivaltiota kohtaan ovat *työllisyys*-syyt. Sosiaalipolitiikan laajentumiseen liittynyt palkkatyöläistyminen on muiden muassa Raunion (1992) mukaan näkynyt toimihenkilöryhmien kasvuna. (Ervasti 1994, 276 - 277.) Julkisen sektorin palvelujärjestelmä on myös naisten intressinä, koska se on ollut edellytyksenä naisten työssä käynnille. Ensiksikin se on ollut tärkeä työllistäjä, melkein monopoliasemassa naisvaltaisilla aloilla, koulutuksen, terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen alueilla. Toiseksi se on vähentänyt riippuvuutta miehestä ja perheestä. (Julkunen 1992, 34 - 35, 41 - 42.)

Sosiaalipolitiikka ei kehity suoraviivaisesti erilaisten kehitystekijöiden vaikutuksesta (mm. Nieminen 1955), vaan *kriisien*, kuten *yhteiskunnallisten kumousten*, *väestökriisien* tai *lamakausien* laukaise-

mana. Hellstenin ja Riihisen (1985) ja Riihisen (1992) mukaan kriisiaikoina toteutettujen sosiaalipoliittisten uudistusten motiivina on ollut kansallisvaltion yhteiskunnallisen legitimitietin säilyttäminen. Kriisin uhatessa kansallista olemassaoloa, tarvitaan olojen vakiinnuttamiseksi yhteiskuntasopimusta, joka perustuu kansan ja yhteiskunnan kokonaisuudesta vastaavien valtaa pitävien intressien yhteensovittamiselle, konsensukselle. (Raunio 1995, 170, 171.)

### 3.3 Sosiaalipoliitiikan toiminnalliset perussuuntaukset

Titmusin (1974) ja Korven (1981) mukaan kuvattaessa jonkin maan kehittymistä hyvinvointivaltioksi ja vertailtaessa sen laajuutta, erotetaan kaksi vastakkaista sosiaalipoliitiikan mallia tai tyyppiä. Nämä ovat *residuaalinen*, eli marginaalinen ja *institutionaalinen* malli. (Raunio 1995, 180.)

#### 3.3.1 Residuaalinen malli

Sosiaalipoliitiikan *residuaalisessa* mallissa (mm. Korpi 1981) oletetaan markkinoiden ja perheen olevan luonnolliset väylät kansalaisten aineellisten tarpeiden tyydyttämisessä. Sosiaalisen turvan ja palvelujen tarjoajana on *yksityisellä sektorilla* (perhe, hyväntekeväisyys- ja vapaaehtoistyö, yksityisvuokutukset, kaupallinen palvelusektori) keskeinen merkitys. Valtiota ja julkista sektoria pidetään vain viimeisenä hätäapuna ja tilapäisenä korvikkeena, joihin turvaututaan, mikäli luonnolliset väylät eivät toimi tyydyttävästi ja nämä mielletään välttämättömäksi pahaksi, joka ei luonnollisesti kuulu yhteiskuntaan. (Raunio 1995, 180 - 181.)

Residuaalisessa mallissa julkinen sosiaalipoliittikka pyritään pitämään suppeana, tarveharkintaisena, valikoivana, köyhiin ja syrjäytyneisiin kohdistuvana ja sille sallitaan vain residuaalinen, *jakopoliittinen* tehtävä. Tämän katsontakannan mukaan yleisempiä valtiollisia tulonsiirto- ja palvelujärjestelmiä ei pidetä tarpeellisena. Taustalla ovat individualismin ja vapaan yrittäjyyden arvot. (mts., 181.)

#### 3.3.2 Institutionaalinen malli

*Institutionaalinen* sosiaalipoliittikka tarjoaa Titmusin (1974) mukaan kansalaisille *universaaleja palveluja ja etuja tarpeiden pohjalta ja markkinoiden ulkopuolella*. Tässä mallissa pidetään normaalina, että kansalaiset eivät pysty tyydyttämään kaikkia tarpeitaan perheen tuella ja omalla työllään, joten sosiaalipoliittikkaa ei tarvita ainoastaan ongelmatilanteissa. Institutionaalinen sosiaalipoliittikka perustuu kansalaisuuteen, korostaa sosiaalista yhteisvastuuta ja tarjoaa kansalaisille universaaleja palveluja ja etuja markkinoiden ulkopuolella. Markkinoilla tapahtuva jako nähdään epätäydellisenä ja vaikutuksiltaan epäoikeudenmukaisena. Sosiaalipoliittikalla on tärkeä tehtävä yhteiskunnassa, koska se tasoittaa markkinoilla syntyviä toimeentuloeroja ja irrottaa perustoimeentulon markkinamekanismista. Etuudet eivät siis perustu markkinakäyttäytymiseen, markkina-arvoon, taloudelliseen toimintakykyyn tai työsuoritukseen. (Raunio 1995, 181 - 182.)

Institutionaalinen malli toteuttaa *kansalaisperiaatetta* (Lehtonen 1994) ja jokainen kansalainen on oikeutettu tiettyyn poliittisessa prosessissa määriteltyyn sosiaaliseen turvallisuuteen. Taustalla ovat turvallisuuden, tasa-arvon ja humanisuuden arvot. (mts., 181 - 182)

### 3.4 Sosiaalipolitiikan arvoperustelut

*Sosiaaliset arvot* ovat Allardtin (1985, 51, 55, 58) mukaan keskeisiä ihmisen symboliympäristön aineksia. Niillä tarkoitetaan ympäristöstä opittuja, yleisiä, pysyviä, tavoitteita koskevia valintataipumuksia, jotka johdattelevat ja ohjaavat ihmisen käyttäytymistä. Normit puolestaan määrittelevät, mikä on luvallista ja mikä ei, jolloin ne toimivat keinoina tehdä arvojen mukaisia ja edellyttämiä valintoja tai tavoitepyrkimyksiä. Normien takana ovat arvot ja ne ovat tilannesidonnaisia.

Kirjallisuudessa sosiaalipolitiikan arvot ja arvoperustelut jaetaan *humaaneihin* ja *universaaleihin* arvoihin. Niemisen (1955) mukaan arvoperustelujen ero on siinä, että *humaanisissa* arvoperustelussa on ratkaisevaa oikeudenmukaisuus yksilön kannalta ja tämä katsontakanta perustuu eettisiin arvoihin. *Universaalissa* perustelussa puolestaan ratkaisevaa on tarkoituksenmukaisuus yhteisön (valtio, yhteiskunta) kannalta ja tämä katsontakanta perustuu tasa-arvoon. (mts., 152.)

#### 3.4.1 Humaanit arvoperustelut

*Humaanisissa perustelussa* (Urponen 1979) sosiaalipolitiikan tavoitteet ja kehittäminen rakentuvat *eettis - moraalisten* velvoitteiden varaan. Ronnbyn (1993) mukaan eettisiin periaatteisiin kuuluvat ihmisarvoperiaatteesta ja solidaarisuusperiaatteesta johdetut periaatteet, joita ovat 1) oikeudenmukaisuusperiaate, jonka mukaan toimintasääntöjen ja jakoperusteiden tulee koskea kaikkia samalla tavalla, 2) tasa-arvoperiaate, jonka mukaan kaikkia ihmisiä tulee kohdella yhdenvertaisina ja 3) hyvyysperiaate, jonka mukaan pitää edistää hyvää ja vastustaa pahaa sekä edistää kanssaihminen parasta. (Raunio 1994, 155.)

Sosiaalipolitiikan humaani perustelu korostaa täten (Nieminen 1955) sitä, että ihmisille pyritään luomaan mahdollisuudet tarpeiden tyydyttämiseen, kaikenpuoliseen kehitykseen sekä menestymiseen ja itsensä toteuttamiseen ihmisenä. Humaanin periaatteen korostaminen ilmenee myötätuntuna, ihmisarvon kunnioittamisena ja ihmisrakkautena. (mts., 152)

#### 3.4.2 Universaalit arvoperustelut

Hyvinvointivaltion sosiaalipolitiikan keskeisin arvo on *universaali kansalaisuus* (Hellsten & Riihinen 1989) ja universaali ihmisolemus, joka perustuu *ontologiseen tasa-arvoon*, minkä mukaan (Karisto 1988) kaikki ihmislajeihin kuuluvat ovat perustavien ominaisuuksien suhteen toistensa kaltaisia. Täten myös kaikilla kansalaisilla tulee olla sama oikeus samoihin korkeatasoisiin palveluihin ja ainoastaan tarve, eikä esimerkiksi tulot, ammatti tai asuinpaikka voi määrätä niiden saatavuutta. Julkisten hyvinvointipalvelujen (koulutus, terveydenhuolto, sosiaalipalvelu) tarkoituksena on palvelujen käytössä olevien erojen tasoittaminen, koska kaikkien kansalaisten käytettävissä olevien palvelujen odotetaan vähentävän palvelujen käyttöön liittyvää eriarvoisuutta. (Raunio 1995, 74, 85.)

Niemisen (1995) mukaan universaali katsontakanta perustuu *tarkoituksenmukaisuusharkintaan*, ja yksilön toiminnan tarkoitus on sen yhteisön, esimerkiksi kansakunnan palveleminen, johon hän kuuluu. Yksilön tulee uhrata omat pyrkimyksensä yhteisen hyvän vuoksi. (Raunio 1955, 152 - 153.)

Raunion (1995, 53) mukaan ” hyvinvointivaltion rakentumisen myötä on universalistisissa perusteissa siirrytty valtiollisesta ja poliittisesta tarkoituksenmukaisuudesta (luokkavastakohtien tasoittaminen, kansakunnan eheyttäminen) taloudellisiin ja tuotannollisiin perusteluihin (työvoiman laadun kohottamiseen, kulutuserojen tasoittamiseen). Humaanin ja universaalien raja on himmentynyt, kun

yhteiskunnan edun toteutuminen on pyritty kytkemään yksityisen ihmisen tarpeentyydytyksen edistämiseen ja päinvastoin”.

### 3.5 Ideologiset suuntaukset ja arvoperustelut hyvinvointivaltion sosiaalipolitiikan synnyssä

Hallin (1985) mukaan ideologia on materiaalisen perustan omaava yhteiskunnallinen käytäntö, jolloin ideologia kuvaa niitä yhteiskunnallisia suhteita, joiden tuote se on (Nikula 1989, 41). Rönby (1981) on nimennyt ideologiat pohjoismaisia hyvinvointivaltioita ajatellen *konservatismiksi, sosiaaliliberalismiksi ja kommunismiksi*. Sipilä (1990) mainitsee hyvinvointivaltion uusiksi ideologisiksi haastajiksi *ekologisen liikkeen, uusliberalismin ja feminismin*. (Raunio 1995, 209, 219.)

#### 3.5.1 Konservatiivinen, antikollektivistinen ideologia

Konservatiivinen ideologia pohjautuu *klassiseen liberalismiin*. Tämän ideologian mukaan oletetaan, että kun yksilöt ajavat omia etujaan markkinoilla, muuttuvat yksityisedut yhteiseksi hyväksi ja oman edun tavoittelu johtaa myönteisiin yhteiskunnallisiin seurauksiin (mm. Ilmonen 1993, 317). Yksilöiden vapaa toiminta, jolle valtion tulee luoda edellytyksiä, asetetaan kaiken edelle ja on edistyksen ja hyvinvoinnin lähde. (Raunio 1995, 211.)

Konservatiivisessa ideologiassa on voimakas usko markkinoiden kykyyn ohjata yhteiskunta parhaaseen tulokseen. Sosiaaliturvan ja palvelujen perusta on ensisijaisesti markkinoissa, perheessä ja vapaaehtoistyössä ja valtiollisen tuen tulee rajoittua vähimpään mahdolliseen ja sen on oltava valikoivaa ja tarveharkintaista, että ihmisiltä ei oteta pois henkilökohtaista vastuuta elämästään ja tehdä haluttomaksi elättämään itseään. Minimaalista turvaa runsaskätisempi sosiaalipolitiikka merkitsee yksilöiden vapautta rajoittavaa pakkovaltaa. Valtion sekaantumista markkinoiden spontaaniin järjestykseen pidetään epäsuotavana, mutta sen tulee puuttua kuitenkin suoranaiseen hätään ja kurjuuteen, jotta estetään levottomuudet ja ylläpidetään järjestystä. Valtion tehtävänä pidetäänkin ulkoisen turvallisuuden ylläpitoa ja valvontaa, jotta lakia ja järjestystä noudatetaan maan sisällä. (Raunio 1995, 211.)

Konservatiivisen ideologian perusarvoja ovat muiden muassa *individualismi, oma-apu ja vapaus* (Sohlheim, 1985). Vapauden käsite antikollektiivisessa konservatismissa on (mm. Berlin 1969) negatiivinen. *Negatiivisen vapauskäsitteen* mukaan vapaus on vapautta jostakin, vapautta toteuttaa yksilöllisiä pyrkimyksiä ilman ulkoista pakkoa, kieltoja ja rajoituksia. Valtiollista sääntelyä pidetään yksilöllistä valinnan vapautta rajoittavana pakkovaltana. (Raunio 1995, 210, 217.)

#### 3.5.2 Uuskonservatistinen /uusliberalistinen ideologia

Uusliberalismi on edellä käsitellyn antikollektivistisen konservatismien perusperiaatteiden sovellutus. Uusliberalismin mukaan yksilöllinen itsemäärääminen edellyttää markkinamekanismin kuuluvien palvelujen tuottamista. Markkinaperusteiset palvelut antavat yksilöille mahdollisuuksia valita erilaisten mahdollisuuksien välillä. Rosen (1993) mukaan markkinakäsitteeseen pohjautuva ajattelutapa perustuu *yksilön etiikalle* (yksilöllisyys, vapaus, valinta), *tehokkuuden periaatteelle* (kilpailu, hinta) sekä arvioimisen ja kehittämisen mekanismeille (valinta, kilpailu). (Raunio 1995, 220.)

Uusliberalistisen katsontakannan mukaan julkiset palvelut tuhlaavat yhteiskunnan voimavaroja turhaan byrokraatiaan eikä kilpailun puuttuessa palvelujen laadusta tarvitse välittää. Tämän vuoksi julkisten palvelujen tuottamisessa tulisikin soveltaa markkinoilla hyviksi havaittuja menetelmiä, kuten

kilpailuttamista, kustannusvertailuja, tulosjohtamista, käyttäjämaksuja ja herkkyyttä asiakkaiden tarpeille. (mts. 220.)

Tätä katsontakantaa voidaan luonnehtia myös *uuskonservatistiseksi ideologiaksi* (Sullivan 1992). Lähemmin tarkasteltaessa nämä katsontakannat poikkeavat kuitenkin toisistaan yhdessä olennaisessa suhteessa. Kun *uusliberalismi* korostaa markkinaorientoitumista ja vaatii valtiollisen sääntelyn minimoimista ja markkinoiden individualististen periaatteiden ulottamista kaikkeen yhteiskunnalliseen toimintaan, niin *uuskonservatismi* korostaa perinteisiä moraalisia ja arvoperusteisia näkökohtia ja haluaa elvyttää perheeseen, sukupuolimoraaliin, uskontoon ja kansakuntaan liittyvät arvot. Riihisen (1994) mukaan nämä näkökannat yhtyvät uusoikeiston aatemaailmassa. Uusoikeisto lainaa liberalismita taloudellisen individualismin ja konservatismilta kulttuurisen traditionalismin ja pyrkii liittämään nämä yhteen. (Raunio 1995, 221.)

Konservatiivisessa, uuskonservatiivisessa ja uusliberalistisessa yhteiskuntavisiassa nähdään valtion vetäytyminen hyvinvointitehtävistä suotavana ja mahdollistuu (mm. Anttonen 1989), kun valtion funktionaaliset vaihtoehdot eli muut hyvinvoinnin tuottajat (, kaupalliset palvelut, työnantajat, kirkko, itseapuliikkeet, vapaaehtoissektori, naapurit, perhe) voivat korvata sen. (Julkunen 1992, 89.)

### 3.5.3 Sosiaaliliberalistinen, porvarillinen kollektivistinen ideologia

Myös *sosiaaliliberalistinen ideologia* asettaa suuren painon *individualismin, vapauden ja yrittäjyyden* arvoille. Se katsoo kuitenkin, että markkinavoimien ei tule yksin antaa ohjata taloutta ja yhteiskuntaa. Sosiaaliliberaalit näkevät valtiollisen politiikan lähinnä markkinoiden aiheuttamia sosiaalisia haittoja korjaavaksi instituutioksi. Tämän ideologian mukaan valtion tulee turvata kaikille kansalaisille lakisääteisenä oikeutena tietty vähimmäissosiaaliturva ja palvelut, mutta jokainen voi sen jälkeen itse hankkia vähimmäisturvan ylittäviä palveluja. Sosiaalipolitiikka antaa turvaa köyhyyttä vastaan, mutta ei ole varsinaisesti keino tasa-arvoisuuden lisäämiseksi. Ideologian kannattajat eivät halua voimakkain valtiollisin toimenpitein puuttua taloudellisten markkinoiden eriarvoisuutta tuottaviin mekanismeihin, koska eriarvoisuudet nähdään välttämättöminä yksityisyrittelijäisyyden kannustimina. (Raunio 1995, 213 - 214.)

### 3.5.4 Sosiaalidemokraattinen ideologia

*Sosiaalidemokraattisen ideologian* mukaan yhteiskunnan perusarvoja ovat *yhteistyö, solidaarisuus ja altruismi*. *Yhteisvastuu* ja *huolenpito* asetetaan yksilön henkilökohtaisen edun edelle. Pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden perustana oleva sosiaalidemokraattinen ideologia edellyttää sosiaalipolitiikan rakentamista *lakisääteisille, sosiaalisille oikeuksille*. Etuuksien saamisen perusteissa halutaan irtisanoutua sekä tarveharkinnasta että vakuutusajattelun mukaisesta maksujen ja etuuksien vastaavuudesta. Etuuksien tulee olla universaaleja ja egalitaarisia, eli yhtäläiset perusetuudet kattavat kaikki kansalaiset ja ne rahoitetaan verovaroista. Näille periaatteille rakentuva sosiaalipolitiikka lisää sosiaalista ja taloudellista tasa-arvoa kansalaisten kesken, koska kaikille taataan yhtäläinen perustarpeiden tyydytys sosiaalisesta asemasta ja maksukyvyistä riippumatta. (mts., 214 - 215.)

Sosiaalidemokraattisen ideologian vapauden käsite on *positiivinen* (mm. Berlin 1969). Tämän vapauskäsitteen mukaan vapaus on vapautta, oikeutta johonkin. Tällainen vapaus lisää ihmisten toiminnan mahdollisuuksia sen sijaan, että se vain poistaisi rajoituksia. Valtion ei nähdä harjoittavan pakkovaltaa, vaan turvaavan kansalaisoikeuksina ihmisten elämän hallintaan ja kykyjen kehittämiseen tarvittavia toimintamahdollisuuksia. Valtiolliset etuudet ja uudelleenjako vähentävät toimeentulon riippuvuutta markkinavoimista ja muiden ihmisten hyväntahtoisuudesta. (mts., 217 - 218.)

### 3.5.5 Kommunistinen ideologia

*Kommunistisen ideologian* perusarvoja ovat (mm. Sohlheim) *vapaus, solidaarisuus* ja *tasa-arvo*. Tämän ideologian mukaan *valtiolla* on vastuu yhteiskunnan suunnittelussa ja organisoinnissa välttämättömän sosialistisen yhteiskunnan toteuttamiseksi ja *sosiaalipolitiikalla* olennainen osa kohti korkeinta mahdollista hyvinvointia tavoiteltaessa. Kommunistisen ideologiaan uskovat eivät hyväksy sosiaalidemokraattien käsitystä sosiaalipoliittisten uudistusten avulla toteutettavasta hyvinvointivalttiosta. Sosiaalidemokraatit näet uskovat sosiaalisten uudistusten vähitellen muuttavan kapitalistisen yhteiskunnan sosialistiseksi. Kommunistisesta näkökulmasta toimeentulon uudelleenjakoon keskittyvä politiikka ei kuitenkaan pysty vaikuttamaan ihmisten toimeentuloeroja ensisijaisesti määräävään tekijään, tuotantovälineiden yksityiskapitalistiseen omistukseen. Tämän vuoksi eivät kommunistisen ideologian kannattajat usko sosiaalidemokraattien käsitykseen sosiaalipolitiikan uudistusten avulla toteutettavasta ”hyvinvointisosialismista”. (Raunio 1995, 215 - 216.)

### 3.5.6 Ekologinen liike, vihreä ideologia

*Vihreän ideologian* perusarvoja ovat *yhteisöllisyys, sosiaalisuus* ja *vastuullisuus*. Tämän ideologian mukaan sosiaalipoliittisessa ajattelussa ja käytännössä on siirryttävä jakoparadigmasta ekologiseen paradigmaan. Taloudelliseen kasvuun sidottu sosiaalipolitiikka kiihdyttää elinympäristön, sekä luonnon että sosiaalisen ympäristön tuhoutumista, kun ammatillis - byrokraattinen järjestelmä uhkaa ihmisen omaehtoista selviytymistä. (Raunio 1995, 220.)

Vihreä ideologia korostaa, että sosiaalisuus ja vastuu lähiympäristöstä voi lähteä vain ihmisestä itsestä, ei virallisena valtiollisena kampanjana. Tämän ideologian mukaan halutaan lisätä epävirallisten yhteisöjen roolia sosiaalisten tehtävien toteuttamisessa ja painotetaan, että ne tulee hoitaa ensisijaisesti arkielämän yhteisöissä. Keskeistä on ihmisten omaehtoisten ja ”luonnollisten” selviytymiskeinojen kehittäminen ja tukeminen ja mikäli julkista sosiaalipolitiikkaa tarvitaan, tulee sen olla ”arjenläheistä ja amatöörien varaan rakentuvaa”. (Raunio 1995, 220.)

### 3.5.7 Feministinen ideologia

*Feministisen ideologian* perusarvoja ovat *vapaus* ja *tasa-arvo*. Feminismi ei Julkusen (1992) ja Anttosen (1994) mukaan tuomitse muiden hyvinvointivaltion ideologisten haastajien tavoin julkista sosiaalipolitiikkaa, varsinkaan palveluja. Valtiollinen sosiaalipolitiikka keventää naisen taakkaa arkielämän uusintatehtävien suorittajana, vapauttaa alisteisesta perhepiiristä palkkatyöhön ja laajentaa oikeuksia määrätä yksilönä omasta elämästään. Pohjoismainen feminismi on asettunut aktiivisesti vaatimaan hyvinvointivaltion, etenkin palvelujen säilyttämistä ja edelleen kehittämistä. (mts., 221 - 222.)

## 3.6 Organisaatiomallit

Terveystieteiden yksikköjen organisaatorakenteita voidaan tarkastella *byrokraattisen, professionaalisen* ja *palveluorganisaation* organisaatiomallin mukaisesti (Sinkkonen & Nikkilä 1988, 127). Kukin organisaatio toimii sille ominaiseksi kehittyneen organisaatiokulttuurin mukaisesti.

*Organisaatiokulttuurin* määrittelee muiden muassa Kinnunen (1986) toiminnan taustalla olevaksi *kulttuuriseksi syvärakenteeksi*, jolla tarkoitetaan arvojen, normien, uskomusten, symbolien ja rituaalien muodostamaa kokonaisuutta. Tätä osaa organisaatiosta eivät siellä työskentelevät itse useinkaan



tiedosta. Organisaatiokulttuuri voi ilmetä myös erialaisina kielteisinä, organisaation kehittymistä es-tävinä vaikutuksina, kuten tiukan byrokratian aiheuttamana jäykkyytenä tai erikoistumisesta ja asi-antuntijuudesta johtuvana vieraantumisenä asiakkaista. (Sinkkonen & Nikkilä 1988, 126.)

TAULUKKO 1. Byrokraattisen, professionaalisen ja palveluorganisaation ominaisuuksien vertailu Sinkkosta ja Nikkilää mukaellen (Sinkkonen & Nikkilä 1988, 126.)

| VERRATTAVAT<br>OMINAISUUDET                              | ORGANISAATIOMALLIT                               |   |   |
|--|--|---|---|
|  | BYROKRAATTINEN<br>ORGANISAATIO                   | PROFESSIONAALI-<br>ORGANISAATIO                         | ASIAKASKEKEI-<br>NEN ORGANISAA-<br>SAATIO         |
| Hallitseva organisaatiokult-<br>tuurin piirre ja ilmasto | Perinteisen kulttuurin<br>siirtäminen            | Erytisen ammattiasian-<br>tuntemuksen korosta-<br>minen | Asiakkaiden tarpei-<br>den korostaminen           |
| Keskeinen toimintapa                                     | Muotosidonnainen                                 | Ammatillinen asian-                                     | Työryhmät, yhteis-<br>toiminta                    |
| Keskeinen rakennepiirre                                  | Linjahallinto                                    | Poikittainen eriytyminen                                | Joustavuus  |
| Tietoperusta   | Normit, menneisyys                               | Johtavat ammattiryhmät                                  | Monikeskeinen,<br>yhdistetty tieto                |
| Intressiperusta  | Hallinto   | Johtavat ammattiryhmät                                  | Asiakkaat   |
| Viestintämuoto   | Kirjallinen                                      | Kirjallinen ja suullinen<br>ammattiryhmien kesken       | Kirjallisen ohella<br>paljon suullista            |
| Motivaatioperusta  | Organisaatiohierar-<br>kiassa                    | Hyvä ammatillinen asema,<br>ura, kollegiaalisuus        | Palaute asiakkailta                               |
| Johtamistapa   | Hierarkkinen, muodollista<br>valvontaa korostava | Johtavan ammattiryhmän<br>toteuttama                    | Demokraattinen,<br>vuorovaikutukseen<br>perustuva |

### 3.6.1 Byrokraattinen organisaatio

Tämän vuosisadan alkupuolella syntyi joidenkin kuuluisten organisaatiotutkijoiden ajatuksissa ns. *klassinen organisaatioteoria*. Tutkijoiden tavoitteena oli löytää sellainen organisaatiomuoto, jossa organisaation sisäinen tehokkuus olisi mahdollisimman hyvä. Tämä pyrittiin saamaan aikaan rajaa-malla ja osittamalla tehtävät mahdollisimman tarkasti ja pitkälle. Lisäksi pyrittiin tekemään tarkat säännöt ja toimintaohjeet, joita kussakin toimessa ja tehtävässä tuli noudattaa. Organisaatioon luotiin hierarkia, jossa ylemmät tahot valvoivat ja säännöstelivät alempien tasojen toimintaa. Max Weberin byrokratioteoria on tunnetuin klassisista organisaatioteorioista. (Juuti 1989, 224 - 225.)

Weber tarkoitti byrokratialla *rationaalista ja tehokasta hallintoa*. Byrokratia oli tehokas organisato-rinen kone jonkin annetun päämäärän saavuttamiseksi. Tälle pyrkimykselle Weber rakensi byrokraat-tisen organisaation ideaalityypin. Tämän ideaalityypin mukaan, byrokratia on hallinnon muoto, jossa formaalinen rationaalisuus, käyttövarmuus, nopeus, kurinalaisuus ja tehokkuus ovat kehitetty huip-puunsa. Näin muodostetun organisaation odotetaan toimivan kuin mekaaninen koneisto, jossa jokai-

nen osa suorittaa sille annetun tehtävän silloin kuin pitää ja niin kuin pitää. (Juuti 1989, 225; Konttinen 1983, 10 - 11; 1989, 42.)

Weber piti byrokraattisten organisaatioiden lisääntymistä osoituksena *rationaalisten arvojen* lisääntymisestä yhteiskunnassa. *Rationalismi* sanana, tuli länsimaiseen filosofiaan 1800-luvun lopussa. Se sisälsi ajatuksen, että tieteellinen kehitys viime kädessä pystyy ratkaisemaan kaikki ihmisen eteen ilmestyvät sosiaaliset ja poliittiset ongelmat (Lecourt 1994, 40). Rationaalisuudella Weber tarkoitti prosessia, jossa ennalta määritellyt ja älyllisesti laskettavissa olevat säännöt ja menettelytavat korvaavat tunteen, perinteet ja peukalosäännöt toiminnan ohjauksessa. Ja Weberin byrokraatian tehokkuus perustui juuri rationaalisuuden varaan. Olihan virkoihin valittu niihin koulutuksen saaneet henkilöt, valinnan perusteena oli ollut pätevyys eikä perinne tai sukulaisuus ja organisaation toiminta perustui persoonattomille säännöille, joiden toteutumista koulutettu henkilöstö valvoi. (Juuti 1989, 225; Konttinen 1983, 11 - 13.) Rationaalisella toiminnalla pyrittiin organisoimaan toiminta työn hyöty-suhteen ja tuottavuuden kohottamiseksi ja se kohdistui organisaatioon, työmenetelmiin- ja välineisiin sekä työolosuhteisiin, jotka pyrittiin muovaamaan tehokkaiksi, tarkoituksenmukaisiksi ja taloudellisiksi. Tällaista *formaalis-rationaalista* hallinnon muotoa Weber piti ylivoimaisena esimerkkinä luotettavuudesta, ennustettavuudesta ja pysyvyydestä ja otaksui, että tämän avulla organisaatio pystyi saavuttamaan muita suuremman suorituskyvyn. (Konttinen 1983, 13)

### 3.6.1.1 Byrokraattisen organisaation haittavaikutuksia

Organisaatiot eivät kuitenkaan muodostu mekaanisista osista, vaan ovat ihmisten muodostamia järjestelmiä, ihmisten, jotka osaavat ajatella ja toimia itsenäisesti, eikä välttämättä niin kuin hänen odotetaan toimivan. Monet organisaatiotutkijat ovatkin huomanneet, että byrokraattisesti toimivassa organisaatiossa johdon toteuttamat toimenpiteet aiheuttavat toivottujen seurauksien lisäksi ei-toivottuja seurauksia sekä niissä toimiville että niiden palveluita käyttäville asiakkaille. (Juuti 1989, 226.)

*Johdon tarve valvoa* toimintoja, johtaa (Selznik 1986) *vallan delegoimiseen* koulutetuille asiantuntijoille. Tämä lisää organisaation eri osien välistä erilaisuutta ja samaistumista oman osaston päämääriin ja tavoitteisiin, etenkin, kun samalle osastolle on palkattu samantyyppisen koulutuksen saanutta henkilökuntaa työskentelemään samantyyppisten ongelmien kanssa. Tämä aiheuttaa osastojen näkökantojen loittonemista toisistaan ja koko organisaation tavoitteista. (Juuti 1989, 226; Konttinen 1983, 23.) Johdon tarve valvoa toimintoja ja saada ne aiotun kaltaisiksi lisää myös (mm. Merton 1952; 1986) *sääntöjen ja standardien asettamista* hyväksyttävälle toiminnalle. Tällöin säännöistä tulee merkittävämpiä käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä, kuin varsinaisesta organisaation tehtävistä ja niitä noudatetaan, vaikka tavoitteet ja päämäärät jäisivätkin toteutumatta. Sääntöjen painottaminen ja toiminnan ennustettavuuden vaaliminen jäykistää käyttäytymistä ja toimintaa. Palveluorganisaatioissa tämä merkitsee sitä, että asiakkaita ei kohdella palvelua tarvitsevinä ihmisinä, vaan tapauksina, jotka joutuvat alistumaan sääntöjen vaatimaan kohteluun. Tästä alkavat vaikeudet asiakkaiden kanssa, kun he odottavat joustavaa, erityispiirteitä huomioivaa palvelua, mutta organisaatio pystyy palvelemaan heitä vain vakiotyyppeinä tapauksina. (Juuti 1989, 226; Konttinen 1983, 23.)

*Sääntöjen lisääntynyt käyttö* aiheuttaa (Goldner 1955) vaikeuksia myös johdon ja henkilökunnan välille. Ensiksikin, sääntöjen runsas ja näkyvä käyttö tuo valtasuhteet näkyviksi. Hierarkkinen rakenne vääristää viestintää ja estää sen kulkua. Tämä lisää henkilöiden välistä jännitystä ja aiheuttaa ongelmia eri toimintojen väliselle yhteistyölle. Toiseksi, sääntöjen runsaus ja standardien asettaminen lisää henkilöstön tietoisuutta minimaalisesti hyväksytystä suoritusasosta. Tämä yhdistyneenä alhaiseen motivaatioon madaltaa työsuorituksen tuolle tasolle ja näinollen organisaation vaatiman suoritusason ja henkilöstön todellisen suoritusason välinen ero kasvaa. Tähän johto taas reagoi alkamalla johtaa en-

tistä yksityiskohtaisemmin ja tarkemmin ja henkilöstön motivaatio-ongelmat entisestään kasvavat. (Juuti 1989, 226; Konttinen 1983, 23.)

### 3.6.2 Professionaalinen asiantuntijaorganisaatio

Ammatillisia ryhmiä syntyy hyvin erilaisissa yhteiskunnissa ja kaikkialla nuo ryhmät pyrkivät ajamaan omia etujaan, kehittämään strategioita ja taktiikoita edistääkseen tarkoitusperiään ja vahvistaakseen asemiaan. Ryhmien organisoitumiseen ja toimintaan vaikuttavat kulttuuriset ja yhteiskunnalliset olosuhteet, joten ryhmien toimintaa voidaan ymmärtää vain silloin, kun olosuhteet tunnetaan. (Konttinen 1993, 11.) Länsimaissa tutkijat ovat erottaneet kaksi erityyppiseen yhteiskuntakehitykseen pohjautuvaa professioiden kehityslinjaa, *anglo-amerikkalaisen* ja *kontinentaalisen kehityslinjan*.

*Anglo-amerikkalaiselle* kehityslinjalle oli ominaista valtiosta eriytyneen kansalaisyhteiskunnan muotoutuminen ja sen suhteellisen omaehtoinen toiminta. Kansalaisyhteiskunnan osana organisoituivat erityyppiset ammatilliset ryhmät toimimaan omien etujensa puolesta. Ammattikunnat ja niiden rajat muotoutuivat ryhmien keskinäisessä kamppailussa markkinoilla valtion ohjailevan roolin ollessa vähäistä. *Kontinentaalisiselle* kehityslinjalle oli puolestaan ominaista ammattikuntien kehityksen valtiokeskeisyys, ei vain niiden ohjailussa, vaan myös niiden organisoinnissa ja koulutuksessa. (Konttinen 1993, 17.)

Konttisen mukaan professioiden varhainen muotoutuminen Suomessa edustaa *kontinentaalista* kehityslinjaa. Valtiosta erillinen yhteiskunta oli 1800-luvun alkupuolella heikko ja kehittymätön ja professioiden omaehtoiset toimintaedellytykset ja sisäisen organisoitumisen mahdollisuudet vähäisiä. Professioiden perusinstituutiot, koulutus, statusrakenne ja keskinäiset määräsuhteet kehittyivät kaikki keskusjohtoisesti ja olivat tiukasti sidoksissa valtioon ja sitä johtaviin yhteiskuntaryhmiin. Yhteiskunnan *byrokratiakeskeisyys oli professionaalisen järjestelmän perusrakenne*. Valtiokeskeisyyttä vähensi teollisuuden ja modernin markkinatalouden hidaskäytännön eteneminen, ja toimintatavoiltaan erikoistuva yhteiskunta loi mahdollisuuksia uusille ammattiryhmille. Eriytyessään johtavista yhteiskuntaryhmistä ja valtiosta ja yhteiskunnan vapauduttua tiukasta säätelykeskeisyydestä, oli näiden uusien ryhmien laadittava omia selviytymisstrategioitaan heidän asioistaan päättävillä elimillä, varsinkin valtiolle. (Konttinen 1993, 34, 37 - 38.)

Professioita on luonnehdittu eri tutkijoiden lähestymistavoista riippuen muun muassa

- *ominaisuuksilla* ja *piirteillä*, joita ovat esimerkiksi pitkä teoreettinen koulutus, systemaattinen, abstrakti, profession itsensä tuottama ja kontrolloima tietoperusta, korkea ammattietiikka, puolueeton palvelu ja neutraliteetti asiakassuhteessa
- *funktioilla*, joita ovat esimerkiksi erikoistuneiden ja kehittyneiden palvelujen tuotanto, teoreettisen tiedon siirtäminen käytäntöön ja ”moraalisen kitin” luominen moraalisiin
- professioiden *suhteilla ympäristöön*, joita ovat muiden muassa autonomia, korkea status ja aineelliset palkkiot, tunnustettu asiantuntijuus, kollegiaalinen kontrolli, sanktioitu auktoriteetti ja professionaalinen järjestö
- niillä *strategioilla*, joilla ammatti pyrkii saavuttamaan asemansa, kuten esimerkiksi tieto- ja ammattimonopoli, sulkeistaminen, tutkinto- ja pätevyysmääräykset, rekisteröinti ja lisenssit (Julkunen 1991, 76 - 77.)

Professioikäsitettä tulee Konttisen mukaan käyttää suhteellisen väljänä käsitteenä, joka tavoittaa kyseisille ammattikunnille ominaisia, yhteisiä tekijöitä erilaisissa yhteiskunnissa. Modernissa professiossa näitä ovat ennen muuta teoreettinen erikoiskoulutus ammatin pätevyys- ja oikeuttamisperustana, pyrkimys rajanvetoon lähiammattikuntiin sekä itsenäinen ammattijärjestö. (Konttinen 1994, 198.)

Professioiden sosiologiassa on erotettu kaksi suuntausta, joita ovat *funktionalistinen* ja *uusweberiläinen suuntaus*. *Funktionalistiselle suuntaukselle* oli ominaista luja optimismi ja usko professionaalisten ammattikuntien myönteiseen merkitykseen ja harmonisoivaan rooliin yhteiskunnassa. Funktionalistisen suunnan perustanlaskijana voidaan pitää Durkheimiä vuosisadan alussa ja viimeisimmät muotoilut on esittänyt Talcott Parsons. Durkheim määritteli professiot yhteiskunnan koheesiota tuottavaksi voimaksi ja määritteli ammatilliset ryhmät eli korporaatiot, yhteisöiksi, jotka kykenivät luomaan uutta moraalista järjestystä yhteiskuntaan esiteollisen ja traditionaalisen yhteiskunnan mukana hajonneen järjestyksen tilalle. Durkheimin mukaan, ne kykenivät voittamaan liike-elämän levittämän individualismin. (Konttinen 1989, 7, 15 - 16.)

*Uusweberiläisen suuntauksen* mukaan ammattikunnat ymmärrettiin puolestaan kansalaisten riistäjiksi ja omien etujensa ajajiksi, jotka sosiaalista sulkemista käyttäen olivat pystyneet luomaan itselleen monopolin takaamaan niukasti jaossa olevia etuuksia jäsenilleen. Sosiaalista sulkemista varten tarvittiin kriteeri, johon vedoten kilpailijat voitiin ”suistaa etuoikeuksien piiristä”. Modernissa professionissa tällaisia kriteeriä olivat ammattikuntien itsensä suunnittelema koulutus ja tutkinto, joilla pystyttiin rajaamaan tietyt tehtävät ainoastaan pätevyystodistusten haltijoille. Yhtymäkohtia uusweberiläiseen käsitykseen löytyy Pierre Bourdieun ajattelusta. Hänen mukaansa sosiaalinen maailma muodostuu suhteellisesti autonomisista kentistä, joilla vallitsevat omat lakinsa, ja joiden herruudesta käydään taistelua kentällä olevien ja sinne pyrkivien yksilöiden ja ryhmien kanssa. Taistelu koskee myös kentän määrittelyä. Myös professio voidaan käsittää tällaisena kenttänä, jolla symbolinen pääoma näyttää keskeistä osaa. Symbolinen pääoma viittaa Bourdieun mukaan kulttuuriseen pääomaan, eli koulutuksellisiin kvalifikaatioihin, titteleihin tai oppiarvoihin, jotka ovat laillisesti tunnustettua symbolista pääomaa. (Konttinen 1989, 148; 1993, 8 - 9.)

### 3.6.2.1 Professionaalisuuden aiheuttamia haittavaikutuksia

Kansalaisten perusterveydenhuollon turvaaminen on sisällöllisesti vaativaa ja monipuolista työtä. Siksi toimintayksiköihin tarvitaan pitkälle koulutettuja asiantuntijoita. Erilaisissa hoitotehtävissä *työntekijöiden ammatillistuminen* ja *erikoistuminen* on osoittautunut ongelmalliseksi ihmisten tarpeiden kannalta. Ensiksikin, kun erikoistumisen myötä ylemmät ammatit (lääkärit, sairaanhoitajat) ovat siirtäneet konkreettista hoivaa sisältäviä elementtejä omista tehtävistään alemmille työntekijäryhmille, on toteutunut ns. hoitotyön paradoksi; mitä vähemmän koulutusta, arvostusta ja valtaa työntekijällä on, sitä läheisempi ja kokonaisvaltaisempi on tämän ryhmän jäsenten suhde apua tarvitseviin ihmisiin. Näin hierarkisoitunut järjestelmä on osin etäännytynyt ihmisläheisen hoidon ihanteista. Toisena haittapuolena voidaan nähdä *kokonaisvaltaisuuden katoaminen* hoitosuhteesta. Vaikka asiakkaan edun mukaista olisi kokonaisvaltainen hoito, niin tärkeämmäksi voi nousta erikoistuneiden virkailijoiden kohtaaminen. (Karisto & Takala 1985, 66 - 67.) Brokraattiseen hallintokulttuuriin liittyvien negatiivisten piirteiden (ks. edellinen luku) lisäksi ongelmia ja kritiikkiä on aiheuttanut siis *asiantuntemuksen* oikea käyttö ja lisääntyvän *professionaalisuuden korostuminen* asiakassuhteessa. Asiakkaan näkemykset ja palveluperiaate ovat jääneet vähemmälle huomiolle. (Sinkkonen & Nikkilä 1988, 125.)

Professionalistumisen ongelmat näkyvät myös *valtasuhteissa*. Asiantuntemukseen ja varsinkin professionaalisuuteen liittyvä asiantuntijavalta on ristiriidassa organisaation valtarakenteen kanssa. Asiantuntijavalta on muodollisesti organisaation valtarakenteen ulkopuolella, koska asiantuntijoiden työtä valvovat vain ne, joilla on siihen taitoja ja tietoja, ei siis organisaation valtarakenteet. Asiantuntijavalta korostuu, kun asiantuntijat itse määrittelevät asiakkaan parhaan ja pyrkivät määrittelemään myös antamiensa palvelujen laatuvaatimukset ja näiden avulla palvelujen laadun. Esimerkkinä tästä

ovat ammattiryhmien omassa keskuudessaan kehittämät hoidon ja palvelun laadun arviointikriteerit ja -standardit. (mts., 126 - 127.)

Samoin kuin byrokraattinen organisaatio *etäännyttää työntekijää työn sisällöstä*, niin myös profesio voi vaikuttaa samaan suuntaan. Mekanismit ovat vain erilaisia. Ensiksikin, työntekijä voi *irrottaa itsensä työn moraalista ja ideologisista yhteyksistä eli* tekee työn työnä, eikä välitä siitä, mihin hänen taitojaan tävitaan. Työ tekniikkana tulee tärkeämmäksi samalla kun moraalit ja arvot menettävät merkitystään. Tällöin työntekijä kyynistyy, tulee välinpitämättömäksi niin itseään kuin asiakastakin kohtaan ja voi vetäytyä jopa yhteiskunnallisesta vastuusta. Toisenlainen etäännyttämisen prosessi seuraa siitä, kun *organisaatio kohdistaa pakkoa ja paineita* saadakseen työntekijän arvot yhdenmukaiseksi omien arvojensa kanssa. Kun *työntekijän arvot* muuttuvat yhdenmukaiseksi organisaation päämäärien kanssa niin myös hänen moraalinsa ja suhtautumisensa asiakkaaseen muuttuvat. (Konttinen 1988.)

Persoonattomuutta ja jäykkyyttä palveluun aiheuttaa myös *professionaalista, normatiivista rakennetta luonnehdittu epäpersoonallisuus ja tunneneutraliteetti*. Raija Julkunen (1991) on tarkastellut hoivan ja professionalismin välisiä jännitteitä Parsonsien mallimuuttujien ja Becmanin esittämien mallimuuttujiin perustuvan luonnehdinnan varassa. Parsonsien mallimuuttujat ovat (Allardt 1983) *tunneperäisyys - puolueettomuus (tunneneutraliteetti)*, *kokonaisvaltaisuus - erikoistuneisuus*, *minäsuuntautuneisuus - yhteisösuuntautuneisuus*, *yleispätevyys (universalismi) - erityisyys ja ominaisuuksien arvostaminen - suoritusten arvostaminen* (Julkunen 1991, 77).

Beckmanin mukaan hoivan ja professionaalisen rationaliteetin välillä vallitsee yhteensovittamattomuus jokaisessa muuttujassa. *Tunneneutraliteetti* tuhoaa sen ihmissuhteen laadun, jonka itsestään selvästi sisällytämme hoivasuhteeseen. *Spesifisyys* on ristiriidassa sen lämminhenkisyyden periaatteen kanssa, että asiakas nähdään kokonaisvaltaisena ihmisenä. *Kollektiiviorientaatio* tuo esiin erottelun ja rajan auttajan ja autettavan, tuottajan ja kuluttajan ja hoitajan ja hoidettavan välille. *Universalismi* on ristiriidassa sen kanssa, että rakkaus käsittää ihmisen uniikkina. Tämä lähtökohtana, asiakkaan erityisyyttä ja toisista välittämistä ei voi rakentaa *suorittamisetiikalle*, koska suoritusetiikka pohjaa instrumentaalille ihmiskäsitykselle. Eli hoivan normatiivinen rakenne on päinvastainen kuin professioiden, koska hoivasuhteessa hoivaaja sitoutuu emotionaalisesti hoivattavaan, suhde on persoonallinen ja hoivattava otetaan kokonaisena ihmisenä. Hoivasuhteessa ei voi erikoistua vastaamaan vain tiettyihin tarpeisiin tai rajata etukäteen huomiota tiettyihin tilanteen piirteisiin. (Julkunen 1991, 77 - 78.)

### 3.6.3 Asiakaskeskeinen palveluorganisaatio

Organisaatio, profesio tai valtiotaho ovat kontrolloineet palvelujen tuottamista ja määritelleet asiakkaiden tarpeita, vaikka näillä tahoilla olisi pitänyt olla vain palvelujen toteuttajan rooli (Johnson 1972). Tätä on arvosteltu kriittisesti, koska palvelujen käyttäjiltä on näin viety mahdollisuus vaikuttaa palvelujen järjestämiseen. Mutta valta-asemissa on kuitenkin tapahtunut muutoksia. Professionien valta-asemaa ovat murentaneet kriittisesti suhtautuvat kuluttajat ja organisaatiot. Koska professiot työskentelevät ja tarvitsevat organisaatioita toimintansa perustaksi, joutuvat ne samalla alistaiseen asemaan ja menettävät näin itsenäisyytensä. Toisaalta professionaalinen asiantuntijataho kontrolloi ja vähentää valtion ja organisaatioiden valtaa.

Yhteiskunta ja sen mukana organisaatioiden ympäristö muuttuu nopeasti ja käy yhä monimukaisemmaksi, joten ongelmien ratkaisemiseksi vaaditaan uudenlaisia ominaisuuksia. Monimutkaisessa ja dynaamisessa ympäristössä työskentelevä organisaatio ei voi enää menestyä, mikäli sillä on byrokraattiselle tai professionaalille asiantuntijavallalle perustuva organisaatiokulttuuri. Organisaatioiden säilymisen ja menestyksen perustaksi esitetäänkin *avointa palveluorganisaatiomuotoa*, jossa asiakas-

palvelussa olevilla henkilöillä on riittävästi päätäntävaltaa ja toimintavapautta asiakkaan odotusten mukaiselle palvelulle ja mielipiteille. (Juuti 1989, 241 - 242; Sinkkonen & Nikkilä 1988, 127.)

Terveystieteiden palvelujen tarkastelunäkökulmana on 1980-luvulle saakka ollut organisaatio- ja asiantuntijalähtöisyys. Kuitenkaan nämä näkökulmat eivät riitä, koska ne eivät huomioi asiakkaiden näkemyksiä ja kokemuksia eli *asiakasnäkökulmaa*, palveluista ja niiden järjestämisestä. Asiakasnäkökulma tarkoittaa asiakaskeskeisyyttä tai asiakaslähtöisyyttä. (Kinnunen 1988, 9 - 16.) Koska terveyspalveluiden lähtökohdaksi on yksilön avun tarve ja ihmisen elämän laadun parantaminen, tulee asiakasnäkökulma, asiakkaan mielipiteen ja tahdon kunnioittaminen ottaa palvelujen luomisen, kehittämisen ja arvioinnin lähtökohdaksi. (Meriläinen 1989, 50 - 55; Valtakunnallinen suunnitelma 1992, 5.)

Kiviniemen (1985; 1986) mukaan palveluorganisaatiota ohjaava periaate on *palveluperiaate*. Se voidaan määritellä pyrkimyksenä vähentää asiakkaan vaivannäköä ja kuormitusta asiakassuhteessa. Kun organisaatiossa noudatetaan palveluperiaatetta, pyritään mahdollisimman korkeaan palvelukykyyn, eli palvelujen saatavuuteen, toiminnan asianmukaisuuteen ja sujuvuuteen. (Sinkkonen & Nikkilä, 1988, 124 - 125.)

TAULUKKO 2. Avoimen organisaation ominaispiirteet (Juuti 1989, 244)

|              | YHTENÄISYYS                               | SISÄINEN VASTAAN-<br>OTTAVAISSUUS | ULKOINEN VASTAAN-<br>OTTAVAISSUUS         |
|--------------|---|-----------------------------------|---|
| YKSILO       | Omien aikomusten ja arvojen tunnistaminen | Tietoisuus omista tarpeista       | Avoimuus toisten tarpeille                |
| OSASTO       | Ryhmän tavoitteisiin sitoutuminen         | Ongelman ratkaisuun keskittyminen | Tiedonkeruu muiden osastojen toiminnoista |
| ORGANISAATIO | Päämäärien tunnistaminen                  | Sisäinen viestintä eri suuntiin   | Ympäristön odotuksiin vastaaminen         |

Näiden piirteiden lisäksi avoimessa organisaatiossa on Juutin (1988, 243 - 245) mukaan seuraavallaisia tunnuspiirteitä, joiden mukaan organisaatiota voidaan kutsua palveluhenkiseksi organisaatioksi;

- kunnioitetaan tietoa, olipa sen lähde mikä hyvänsä
- arvostetaan luovuutta, muuntumiskykyä, erilaisuutta ja vapautunutta, muut huomioon ottavaa toimintaa. Olosuhteiden muutokset opettavat hakemaan parhaita mahdollisia ratkaisuja ja uusia toimintalinjoja kaikkien tiedot, taidot ja näkemykset hyödyntäen
- avoin organisaatio perustuu ihmisten kasvuhakuisuudelle ja yhteistyölle. Toisia ei koeta kilpailijoina, vaan mahdollisen uuden tietämyksen lähteinä
- johtaminen tapahtuu luottamuksen ja kunnioittamisen arville. Johto tietää henkilöstön yrittävän parastaan ja tunnustaa työntekijän työnsä parhaaksi asiantuntijaksi

Terveystieteiden organisaatiossa voidaan todeta esiintyvän (mm. Sinkkonen & Nikkilä 1988, 127 - 128) byrokraattisen, professionaalisen ja palveluorganisaation piirteitä. Organisaatio-mallien vertailu (taulukko 1) osoittaa, että ne eroavat toisistaan useiden eri ominaisuuksien suhteen. Vertailun pohjalta ei ole kuitenkaan mahdollista antaa ehdottomasti oikeaa vastausta kysymykseen, mitkä ominaispiirteet sopivat parhaiten kussakin tilanteessa organisaatioiden toiminnan tai rakenteen perustaksi. Esimerkiksi palveluperiaatteen ja ammatillisen asiantuntemuksen yhteensovittamiseksi, ei ole yhtä,

kaikissa tilanteissa oikeaa ja pätevää ohjetta. Tärkeintä on ottaa huomioon tilannetekijät, kuten asiakkaiden terveyspalvelujen tarpeet ja palveluyksikön mahdollisuudet täyttää niitä. Asiakasnäkökulmaa korostettaessa, tulee jokaisessa tilanteessa kuitenkin harkita mahdollisuuksia soveltaa palveluorganisaatio-mallia.

Monet organisaatiot ovat viime aikoina pyrkineet muuttamaan rakenteitaan ja toimintastrategioitaan uudennaisiksi. Niistä on pyritty rakentamaan sosiaalisia verkostoja, jotka ovat asiakaskeskeisiä, avoimessa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa, perustuvat ihmistenväliseen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön, jota ylläpidetään avoimen viestinnän ja luottamuksen avulla (Juuti 1989, 241).

## 4 TUTKIMUSKOHDDE JA TUTKIMUSOTANTA

### 4.1 Tutkimuspaikka

Jyväskylän kaupungissa sosiaali- ja terveyspalvelut on jaettu kolmeen alueeseen asukasmäärän ja palvelujen käyttäjien hoitoisuustarpeen mukaisesti. Alueet ovat Läntinen- Itäinen ja Keskustan alue. Läntisellä alueella toimivat Kyllön- ja Säynäsalon-, Itäisellä Kuokkalan- ja Huhtasuon- ja Keskustan alueella Tapionkadun sosiaali- ja terveysasema. Kullakin terveysasemalla toimii oma henkilökunta. Lääkäreiden työ jakautuu ajanvaraus- ja päivystystyöhön omalla asemalla sekä päivystystyöhön keskitetyssä ensiavussa Kyllön terveysasemalla.

Terveysasemilla toimivat neuvola, sairaanhoito- ja lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanotot arkisin klo 8 - 16. Kyllön terveysasemalla toimii lisäksi koko kaupunkia varten keskitetty ensiapuvastaanotto klo 8-16 sellaisia ensihoitoa tarvitsevia asiakkaita varten, joiden vointia joudutaan seuraamaan useita tunteja, ottamaan laboratorio- ja/tai röntgenkuvia, sekä selvittämään jatkohoitoa paikkaa. Arkisin klo 16 - 23 ja viikonloppuisin klo 8 - 23 toimii tämä ensiapu kaikkia kaupunkilaisia varten. Yöaikaan äkilliset sairaustapaukset hoidetaan Keski-Suomen keskussairaalan ensiavussa.

Ennen väestövastuuseen siirtymistä ajanvarausvastaanoille annettiin vastaanottoaikoja viikoksi eteenpäin, eikä varsinaisesti tiedetty, kuinka paljon asiakkaita jäi palvelujen ulkopuolelle. Samat ihmiset saattoivat aamu toisensa jälkeen kysyä vastaanottoaika. Terveysasemien päivystysvastaanoille eivät kaikki asiakkaat mahtuneet, joten puolen päivän jälkeen Kyllön ensiapu ruuhkaantui ja odotusajat olivat lapsilla jopa kaksi ja aikuisilla kahdesta neljään tuntia. Viikonloppupäivät olivat ruuhkaisia.

Väestövastuuseen siirtymisen jälkeen, periaatteena oli, että asiakkaat saivat oman lääkärin ja mahdollisuuden kolmen päivän sisällä häneen yhteyden, joko ajan vastaanotolle tai puhelinkontaktin. Valta-kunnallisessa suunnitelmassa tämä ilmaistiin toisin, eli (vrt. sivu 3) ”asukas pääsee lääkärin tutkimuksiin ja hoidon arviointiin kolmen arkipäivän kuluessa”. Kaikki ensiapuasiat piti pysytä hoitamaan omilla terveysasemilla päivisin, ja keskitettyyn ensiapuun lähetettiin terveysasemilta vain poikkeustapauksissa. Väestövastuuseen siirryttäessä asiakkaita veloitettiin käyttämään omaa terveysasemaa ja osoitteen mukaan määräytyneitä työntekijöitä.

## 4.2 Tutkimuskohde ja otanta

Koska tutkimuksessa haluttiin saada tietoa eri intressipiirien mielipiteistä jyvaskyläläisistä terveystalouksista, päätettiin aineisto kerätä asiakkailta ja terveystalouksien piirissä toimivilta työntekijöiltä, opiskelijoilta ja päättäjiltä. Otoskoko suunniteltaessa verrattiin terveyskeskusalueiden asukasmääriä, lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan määriä, eri palvelutalojen asukasmääriä, Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuolto-oppilaitoksessa opiskelevien opiskelijaryhmien kokoa ja kaupungin valtuutettujen määrää. Kultakin suuralueelta päätettiin ottaa kyselyyn 30 asiakasta, joten terveysasemittain se merkitsi sitä, että Kyllön terveysaseman vastaanotolta piti saada 20, Säynätsalon vastaanotolta 10, Kuokkalan ja Huhtasuon vastaanotoilta 15 ja Tapionkadun vastaanotolta 30 asiakasta. Samoin päätettiin ottaa mukaan 30 asiakasta keskitetystä ensiavusta sekä 30 Väinönkadun palvelutalon asukasta. Väinönkadun palvelutalo valittiin keskisuurista palvelutaloista. (Liitetaulukko 1.)

Tutkimusjoukko rajattiin käsittämään ainoastaan jyvaskyläläisiä, tai Jyvaskylän kaupungin alueella asuvia henkilöitä, joilla oli oikeus käyttää kunnallista terveydenhuoltoa. Rajaus koski myös työntekijöitä ja opiskelijoita. Tästä rajauksesta koitui ennalta arvaamattomia ongelmia tehtäessä kyselyä henkilökunnalle, koska työsuhteessa oli useita toisen kunnan alueella asuvia työntekijöitä. Ulkokuntalaiset työntekijät karsittiin pois tutkimuksesta ennen otoskoon lopullista määräämistä. Sama ongelma tuli esiin opiskelijoiden kohdalla ja joitakin lomakkeita jouduttiin hylkäämään tämän perusteella.

Kyselyyn päätettiin ottaa kyselyyn kaikki vakituisessa työsuhteessa tai pitkäaikaisessa sijaisuudessa olevat sairaanhoitajat, terveyskeskusavustajat, kaksi lääkintävahtimestaria sekä vastaanottotyötä tekevät terveyskeskuslääkärit, joihin kuuluivat myös terveyskeskusalueiden johtavat lääkärit. Työvuorolistoilla lääkäreitä oli 35 ja hoitohenkilökuntaa 38. Opiskelijoiksi valittiin kaksi perusoppijaksolla opiskelunsa aloittanut 16-opiskelijan ryhmää ja sairaanhoitajiksi tai terveydenhoitajiksi valmistuvat 16-opiskelijan ryhmät. Päättäjistä otettiin mukaan kaikki 58 kaupunginvaltuutettua.

## 4.3 Tutkimusmenetelmä ja validiteetti

Tiedonhankintamenetelmäksi valittiin kysely, koska sen avulla saadaan tietoa nopeasti ja taloudellisesti ja koska sen ajateltiin soveltuvan hyvin eri intressipiirien mielipiteiden ja arvojen selvittämiseen. Tutkimuksessa päätettiin käyttää samaa lomaketta sekä asiakkaille että palvelujen antajille, opiskelijoille ja valtuutetuille, koska kyselyssä sai jättää vastaamatta kysymyksiin, jotka käsittelevät asiointia ja sen kokemista, mikäli ei halunnut ottaa kantaa palvelun laatuun tai ei itse ollut käyttänyt palveluita.

Kyselylomake (liite1) laadittiin osittain aikaisemmissa palvelututkimuksissa käytettyjen kyselylomakkeiden pohjalta (mm. Kontinen 1989). Kysymysten validiutta testattiin luettamalla ja täyttämällä lomaketta keskitetyssä ensiavussa viidellä hoitohenkilökuntaan kuuluvalla työntekijällä, viidellä asiakkaalla, kolmella opiskelijalla sekä kahdella muulla terveydenhuollon alueella toimivalla henkilöllä. Parannusehdotusten jälkeen lomakkeeseen jäi 41 strukturoitua kysymystä ja kysymyksissä 14, 22, 23, 26, 27, 34, 36, 40 ja 41 oli mahdollista tarkentaa mielipidettä avoimella vastauksella. Kysymysten reliabiliteettia testattiin Alpha-kertoimella. Aineisto analysoitiin SPSS for Windows- ohjelmalla.

Kyselylomakkeen sisältöä ryhmiteltiin seuraavasti: Demografisina taustamuuttujina olivat ikä, sukupuoli, perhetilanne, koulutus, ammatti ja ammattiasema (kysymykset 1-9). Muita taustamuuttujia olivat työskentely asiakaspalvelussa, työn/yhteiskunnallisen toiminnan liittyminen palvelujen tuottaja-



organisaatioon, Jyväskylässä asuinaika sekä palvelujen käyttö ja -tiheys kolmen viimeisen vuoden aikana (kysymykset 10-15). Tutkimuksen ongelmat ryhmiteltiin sisällöllisesti kolmeen osaan; 1) mielipiteet palvelujen järjestämisestä mukaan 2) palvelujen byrokraattisuus-, asiantuntija- ja asiakaskeisyys ja 3) palvelujen arvopohja. Muuttujina olivat asiakkaiden terveyspalveluista saamat kokemukset ja mielipiteitä kuvaavat kysymykset. Näissä kysymyksissä vastausasteikko oli viisiportainen.

1. Mielipiteitä palvelujen järjestämisestä selvitettiin maksullisuutta (32, 34 ja 38.3.), valinnanmahdollisuutta väestövastuisessa terveydenhuollossa (33 ja 38.2), palvelujen ajankohtaa (35, 36 ja 37), ensiavun järjestämistä (36 ja 37) ja jonojen/ruuhkien purkamista (38 ja 39) käsittelevillä kysymyksillä.

2. Palvelujen *organisaatiokeskeisyyttä* ja *byrokraattisuutta* selvitettiin kokemuksia kuvaavilla kysymyksillä (16, 21, 22, 23) ja väittämällä (28a, -b, -h, -l) juoksutetaanko asiakkaita luukulta toiselle, olisiko palvelu joustavaa vai joustamatonta, rutiininomaista, virallista ja jäykkää ja tuntuuko siltä, että työntekijät tekevät vain pakolliset työt; *asiantuntijälähtöisyyttä* kysymyksillä (17 ja 18) ja väittämällä (28f, -i, -k) saiko asiakas itse valita työntekijän ja vaikuttaa vastaanottoajan ajankohdan pituuteen valintaan, kokiko asiakas työntekijän olevan palveluammattissa omien etujensa vuoksi; ottiko tämä vastuuta hänestä kokonaisuena ihmisenä vai eri spesialistien asiakkaana ja ratkaistiinko asiat asiantuntijan vai asiakkaan mielipiteiden mukaisesti ja *asiakaskeisyyttä* kysymyksillä (20 ja 24) ja väittämällä (28d, -g, -j, -n) kuinka paljon aikaa oli järjestynyt hänen asioidensa järjestämiseen, kuinka palveluultista henkilökunta ja kokiko asiakas olevansa ongelmiseen tärkeämpi kuin työnantajan tai organisaation määräykset ja käyttikö henkilökunta sellaista kieltä, mitä asiakkaat ymmärsivät.

3. Palvelujen arvopohjaa selvitettiin kysymyksellä 41 (konservatiiviset 41b, -h, -l, liberalistiset 41f, -g, -j, ja sosiaalidemokraattiset 41e, -i, -k), sekä kysymällä mielipiteitä maksullisuudesta ja yksityissektorin/yhteisöjen tarjoamien palvelujen käytöstä (32, 38, 39 ja 40).

#### 4.4 Analyysimenetelmät ja reliabiliteetti

Taustatietojen kuvauksessa ja osassa analyysijä tutkimusjoukosta käytetään jakoa asiakkaisiin ja asiantuntijoihin. Terveysasemilla käyneistä potilaista käytetään nimitystä asiakkaat ja hoitohenkilökunnasta, lääkäreistä, opiskelijoista ja valtuutetuista nimitystä asiantuntijat. Asiakkaita ryhmitellään terveyskeskusalueittain (kolme aluetta) tai terveysasemittain (viisi terveysasemaa). Keskitetyssä ensiavussa kerätty aineisto ryhmiteltiin terveysasemittain ennen tulosten tarkastelua. Otoksen huomattavasta kadosta johtuen, joistakin analyysistä on palvelutalon asukkaan jätetty pois, lääkärit liitetty samaan ryhmään hoitohenkilökunnan kanssa ja opiskelijat on ryhmitelty yhteen ryhmään. Valtuutetut ovat omana ryhmänään kaikissa analyysissä, vaikkakin vastausprosentti oli alhainen. Ryhmittely on mainittu jokaisessa taulukossa ja analyysissä. Palvelusektoreista äitiys- ja lastenneuvolaa nimitetään neuvolavastaanotoksi, sairaan/terveydenhoitajan vastaanottoa sairaanhoitovastaanotoksi, lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanottoa lääkärin vastaanotoksi ja Kyllössä toimivaa keskitettyä ensiapuvastaanottoa ensiapuvastaanotoksi.

Koehenkilöiden taustatiedot esitetään suorina jakaumina, prosentteina ja ristiintaulukoituna. Tutkittavien ryhmien mielipiteiden erojen esiin saamiseksi käytetään suorien jakaumien ja ristiintaulukointien lisäksi keskiarvoja ja graafisia kuvioita. Sektoreittain tarkasteltaessa, esitetään tulokset tapauksina, eli kävijöinä tai vastaajina ja näiden prosenttiosuuksina. Koska joissakin kysymyksissä saattoi valita useita vastausvaihtoehtoja sektoreittain, esitetään näistä kohdista tulokset laskettuna käynneistä ja näiden prosenttiosuuksia. Tämä ilmoitetaan erikseen taulukoissa ja kuvioissa.

Byrokraattisuutta, asiantuntija- ja asiakaskeskeisyyttä kuvaa kaksi kysymystä, jotka käsittelivät vastaanotoilta saatuja kokemuksia. Vastausvaihtoehdoista jätettiin pois ”en ole käyttänyt palveluita”-kohdat, jotta tuloksiin jäi vain palveluja käyttäneiden mielipiteet. Keskiarvojen laskemista ja kuvioita varten vastaukset koodattiin viisi-portaisiksi. Lisäksi tätä asiakokonaisuutta pyrittiin kuvaamaan väittämällä, joista karsittiin pois heikoimmat reliabiliteetti-arvon saaneet kohdat, koska oletettavasti vastauksissa olisi vaikuttanut nk. vastaussetti-ilmiö, vaikka kysymysten suunta vaihdettiin. Kysymykset 25, 26 ja 27 jätettiin pois samasta syystä. Kutakin organisaation piirrettä jäi kuvaamaan kolme väittämää. Myös mielipiteiden konservatiivisuutta, liberalistisuutta ja sosiaalidemokraattisuutta jäi kuvaamaan kolme väittämää. Väittämät yhdistettiin joissakin analyyseissä asiakokonaisuuksittain yhdeksi muuttujaksi. Tilastollisena menetelmänä reliabiliteetin testaamisessa käytettiin Alphan reliabiliteettikerrointa.

Kvalitatiivisella menetelmällä, avointen vastausten esittämisellä pyritään tuomaan esille mielipiteiden moninaisuutta. Osa saaduista vastauksista luokiteltiin muuttujiksi analyysin helpottamiseksi ja joitakin tutkittavien kommentteja käytetään sitaatteina. Aineiston pienuudesta ja otantamenetelmästä johtuen tulokset kuvaavat pienen joukon mielipiteitä, eikä niitä tämän vuoksi verrata perusjoukkoon, eikä siis yleistetä koskemaan kaikkia terveyspalvelujen käyttäjiä. Otantamenetelmä rajaa myös tilastollisten menetelmien käyttöä.

## 4.5 Tutkimuksen kulku

### 4.5.1 Kysely asiakkaille

Aineiston keruun ajankohdaksi valittiin viikot 19, 20, 21 ja 22/1996. Kysely päätettiin toteuttaa maanantaisin ja tiistaisin Huhtasuon, Kuokkalan, Kyllön, Säynätsalon ja Tapionkadun terveysasemien ajanvaraus- ja ensiapuvastaanotoilla, koska alkuviikon päivät ovat kokemusten mukaan vilkkaimmat vastaanottopäivät. Kyllön terveysasemalla toimivan keskitetyn ensiapuvastaanoton kyselypäiväksi valittiin puolestaan lauantai.

Kysely suoritettiin suunnitelmien mukaisesti Huhtasuon, Kyllön ja Tapionkadun terveysasemilla, mutta Kuokkalan ja Säynätsalon terveysasemilla se jouduttiin siirtämään viikoille 33 ja 34, koska suunniteltuna ajankohtana näillä terveysasemilla oli menossa STAKES:in ”Laadukas terveyskeskus” -projektiin kuuluva, laadunvarmistusta koskeva kysely, johon asiakkaat joutuivat vastaamaan. Ajateltiin, että kahden kyselyn suorittaminen samanaikaisesti ei olisi saanut asiakkailta myönteistä vastaanottoa. Lisäksi nämä terveysasemat olivat suljettuina kesälomien ja remonttien vuoksi kesä- ja heinäkuussa. Kyselylomake tarjottiin henkilökohtaisesti kaikille 16 vuotta täyttäneille asiakkaille tai saataville. Yläikärajaa ei asetettu. Lomaketta ei tarjottu vaikean sairauskohtauksen saaneille, jotka tarvitsivat pikaista hoitoa eikä päihtyneille asiakkaille. Tutkimuksen tarkoitus ja vastausohjeet selvitettiin lyhyesti, vaikka ne edelsivätkin kysymyksiä. Lisäksi luvattiin auttaa täyttämässä, mikäli joku asia tuntui epäselvältä, tai täyttämiseen oli muu este. Lomakkeet pyydettiin palauttamaan ennen vastaanotolta poistumista niille varattuun paikkaan. Kyselyyn ei halunnut osallistua 49 asiakasta, jotka olivat kahta iäkstä miestä ja yhtä iäkstä naista lukuun ottamatta nuoria aikuisia. Näistä oli miehiä 30 ja naisia 19. Syinä oli muun muassa ajan puute (n=27), kiinnostuksen puute (n=16), osallistuminen edellisellä viikolla kyselytutkimukseen (n=5) ja liian pitkä lomake (n=1).

Väinönkadun palvelutalolla kysely suunniteltiin suoritettavaksi keskiviikkoisin ja torstaisin viikoilla 19, 20 ja 21. Aukkailta oli tarkoitus saada 30 kyselyä. Alustavasti käytiin palvelutalon sairaanhoita-

jan kanssa läpi siellä asuvien henkilöiden kognitiivisia, sosiaalisia, psyykkisiä ja somaattisia mahdollisuuksia osallistua kyselyyn. Sairaanhoidajan arvion mukaan 66:sta asukkaasta pystyi kyselyyn vastaamaan vain 13 henkilöä ja heistäkin suurin osa ainoastaan autettuna.

Näistä 13:stä asukkaasta osallistui kyselyyn 10 henkilöä. Lomakkeen täytti itsenäisesti yksi henkilö ja muille tutkija luki kysymykset ja kirjasi vastaukset. Kyselystä kieltäytyi kolme henkilöä, joista yksi ei ollut kiinnostunut ja kahden mielestä kaikki oli niin hyvin, ”että ei se enää kyselemisellä olisi parantunut”. Kahden naishenkilön (78 ja 80 v.) kohdalla kyselystä oli luovuttava, koska aihe karkasi elämäkerran kertomiseen, eikä kyselyä sen vuoksi pystytty käymään läpi.

#### 4.5.2 Kysely henkilökunnalle, opiskelijoille ja valtuutetuille

Hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille kyselylomakkeet jaettiin henkilökohtaisesti tai henkilökohtaisiin ”postilokeroihin” samoina päivinä kuin asiakaskyselyä tehtiin terveysasemilla. Ne pyydettiin palauttamaan välittömästi täyttämisen jälkeen. Ylimääräisestä huomauttamisesta huolimatta kaksi hoitohenkilökuntaan kuuluvaa ja 17 lääkäriä jätti lomakkeen palauttamatta. Vastaamattomuuden syytä oli haluttomuus osallistua tutkimuksiin yleensäkin, ajan puute ja se, kun ”oli joutunut” aikaisemmin keväällä ottamaan osaa STAKES:in tutkimukseen terveyspalveluista.

Opiskelijat osallistuivat tutkimukseen koululla opettajien kanssa etukäteen sovittuina päivinä. Yleisjaksolla syksyllä -95 opiskelunsa aloittaneille kysely suoritettiin viikolla 22. Tutkimuspäivänä 32:sta opiskelijasta oli koulussa 30. Kaikki vastasivat kyselyyn. Sairaan- tai terveydenhoitajaksi syksyllä -96 valmistuville opiskelijoille kysely suoritettiin viikoilla 22 ja 33. Tutkimuspäivänä 32:sta opiskelijasta oli koulussa 28. Kaikki vastasivat kyselyyn. Kuuden opiskelijan lomakkeet jouduttiin hylkäämään ulkokuntalaisuuden perusteella.

Kaupunginvaltuuston 58:lle jäsenelle lomakkeet jaettiin, valtuuston puheenjohtajan ehdotuksen mukaan, toimittamalla ne toukokuussa kaupungintalolle. Sieltä ne postitettiin koteihin kesäkuun valtuuston kokouksen esityslistan mukana. Vastukset tuli palauttaa seuraavassa, eli kesäkuun kokouksessa erikseen nimetyille henkilöille, joka toimitti ne tutkijalle. Uusintakehoitusta lomakkeen täyttämiseksi ei lähetetty. Vastauksen palautti 32 henkilöä. Yksi lomake hylättiin vajaan täyttämisen vuoksi.

TAULUKKO 3. Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat terveyskeskusalueittain/ terveysasemittain ja asiantuntijaryhmittäin (n=260)

| Asiakkaiden alueet ja asiantuntijaryhmät                      | n   | %     |
|---|-----|-------|
| LÄNTINEN ALUE, Kyllön ja Säynätsalon terveysasemien asiakkaat | 39  | 15,0  |
| ITÄINEN ALUE, Kuokkalan ja Huhtasuon terveysasemien asiakkaat | 38  | 14,6  |
| KESKUSTAN ALUE, Tapionkadun terveysaseman asiakkaat           | 37  | 14,2  |
| Väinönkadun palvelutalon asukkaat                             | 10  | 3,8   |
| Terveysasemien hoitohenkilökunta                              | 35  | 13,5  |
| Terveyskeskuslääkärit   | 18  | 6,9   |
| Kaupunginvaltuutetut  | 31  | 11,9  |
| Yhteensä  | 260 | 100,0 |

## 5 TULOKSET

### 5.1 Taustatiedot

#### 5.1.1 Vastaajien sukupuoli, ikä, siviilisäätö ja perhetilanne

**Sukupuolijakaumassa** vastaajasta oli naisia 77,3 % ja miehiä 22,7 %. *Asiakkaista* (n=124) naisia oli 75 % ja *asiantuntijoista* (n=136) 79,4 %. Terveyspalvelujen käyttötutkimuksissa naisten osallistuminen tutkimuksiin on yleensä suurempi kuin miesten ja iäkkäin väestöryhmä kuvataan terveyspalvelujen suurkuluttajaksi. Tässä tutkimuksessa naisten suuri ja iäkkäiden pieni osuus selittyi otannasta, opiskelijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten suuresta määrästä.

**Iältään** tutkittavista 72,8 % oli alle 45-vuotiaita ja iäkkäiden ihmisten osuus oli vähäinen koko aineistossa, vaikka mukana oli palvelutalon asukkaita. *Asiakkaista* (n=124) 75,8 % oli alle 46-vuotiaita, 46 - 65-vuotiaita oli 14,6 % ja yli 66 vuotiaita 9,7 %, joten vastaanotoilla käyneet asiakkaat olivat pääasiassa nuoria aikuisia. Toisaalta tämän ryhmän suuruutta lisäsi lapsiaan vastaanotoilla käyttäneet vanhemmat tai saattajat. *Asiantuntijoista* (n=136) oli alle 46-vuotiaita 72,8 %, 46 -65-vuotiaita 27,3 % ja yli 66-vuotiaita oli 5,7 %. Tässä ryhmässä tutkittavien kuuluminen alle 46-vuotiaisiin johtuu opiskelijoiden ja lääkärien ikäjakaumista. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat ja asiantuntijat ikäryhmittäin (n=260)

| Ikä vuosissa    | Asiakkaat  |              | Asiantuntijat |              | Kaikki     |              |
|-----------------|------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|
|                 | n          | %            | n             | %            | n          | %            |
| 16 - 25         | 23         | 18,5         | 42            | 30,9         | 65         | 25,0         |
| 26 - 35         | 40         | 32,3         | 28            | 20,6         | 68         | 26,2         |
| 36 - 45         | 31         | 25,0         | 29            | 21,3         | 60         | 23,1         |
| 46 - 55         | 10         | 8,1          | 30            | 22,1         | 40         | 15,4         |
| 56 - 65         | 8          | 6,5          | 5             | 3,7          | 13         | 5,0          |
| 66 - 75         | 8          | 6,5          | 2             | 1,5          | 10         | 3,8          |
| 76 - 85         | 2          | 1,6          | 0             | -            | 2          | 0,8          |
| Yli 86          | 2          | 1,6          | 0             | -            | 2          | 0,8          |
| <b>Yhteensä</b> | <b>124</b> | <b>100,0</b> | <b>136</b>    | <b>100,0</b> | <b>260</b> | <b>100,0</b> |

a Asiakkaat, vastaanotoilla käyneet asiakkaat terveyskeskusalueittain ja -asemittain sekä palvelutalon asukkaat.

b Asiantuntijat; terveysasemien hoitohenkilökunta, terveyskeskuslääkärit, terveydenhuollon opiskelijat ja kaupunginvaltuutetut.

Huom. Vastaajien ikä- ja sukupuolijakauma alueittain ja tutkimusryhmittäin näkyy liitetaulukossa 2.

**Siviilisäädyltään** vastaajasta oli 66,5 % oli avo- tai avioliitossa, parisuhdetta ei ollut 24,6 %:lla, eronneita 6,2 % ja leskiä 2,7 %. *Asiakkaista* (n=124) avio- tai avioliitossa eli 66,9 %, 22,1 %:lla ei ollut parisuhdetta, eronneita tai asumuserossa asuvia oli 7,3 % ja leskiä 4,8%. *Asiantuntijoista* (n=136) avio- tai avioliitossa asui 66,2 %, 27,9 %:lla ei ollut parisuhdetta, eronneita tai asumuserossa olevia oli 5,1 % ja leskiä 0,7 %. **Lapsia** ei ollut 50,4 %:llä, 20,9 %:lla oli yksi, 18,2 %:lla kaksi ja 10,5 %:llä oli kolme tai useampi lapsi. *Asiakkaista* lapsia oli 55,6 %:llä ja *asiantuntijoista* 49, %:lla.

### 5.1.2 Vastaajien perus- ja ammattikoulutus, ammatti, ammattiasema sekä työtilanne

**Peruskoulutukseltaan** 259:sta henkilöstä ylioppilastutkinnon suorittaneita oli 51,7 %, keski- tai peruskoulun käyneitä 34 % ja kansakoulun käyneitä 14,3 %. Ylioppilastutkinnon suorittaneiden suuri osuus selittyy otannasta; ikäjakaumasta, henkilökunnan ja opiskelijoiden suuresta määrästä. Asiakas - asiantuntija-vertailussa *asiakkaista* (n=123) suurimman ryhmän muodostivat keski- tai peruskoulun suorittaneet, joita oli 42,3 %. Ylioppilaita oli 38,2 % ja kansakoulun käyneitä 19,5 %. *Asiantuntijoista* (n=136) suurimman ryhmän muodostivat ylioppilaat, joita oli 64,0 %. Keski- tai peruskoulun suorittaneita oli 26,5 % ja kansakoulun käyneitä 9,6 %.

Kysymykseen **ammattillisesta koulutuksesta**, vastasivat kaikki tutkittavat. Suurimman ryhmän muodostivat opistotason koulutuksen suorittaneet, joita oli 30,8 %. Koulutason ammattikoulutus oli 25 %:lla ja korkeakoulututkinto oli 20,4 %:lla. Ilman ammatillista koulutusta oli 23,8% vastaajista. Asiakas - asiantuntija-vertailussa muodostivat *asiakkaista* suurimman ryhmän koulutason tutkinnon suorittaneet, joita oli 31,5 %. Opistotason tutkinnon suorittaneita oli 29,0 %, ilman ammatillista koulutusta oli 24,2 % ja korkeakoulututkinnon suorittaneita 15,3 %. *Asiantuntijoista* suurimman ryhmän muodostivat myös opistotason suorittaneet, joita oli 32,4 %. Seuraavaksi suuremman ryhmän muodostivat korkeakoulututkinnon suorittaneet, joita oli 25,0 %. Ilman ammatillista koulutusta asiantuntijoista oli 23,5 % ja koulutason ammatillisen tutkinnon suorittaneita oli 19,1 %. Ilman ammatillista koulutusta olevien ryhmien suuruutta selittää tutkimusryhmien kokoonpano. Asiakkaiden ryhmässä iäkkäin ryhmä ja asiantuntijoiden ryhmässä opiskelunsa aloittaneet nuoret vaikuttivat tulokseen.

**Sosiaaliluokitus** tehtiin peruskoulutuksen ja ammatin mukaan Rauhalan (1966) luokittelun mukaan. Ammattikysymykseen vastasi 80,8 % tutkimukseen osallistuneista. Työntekijöitä oli 37,1 %, alempia toimihenkilöitä 26,7 %, ylempiä toimihenkilöitä 16,7 % (eli toimihenkilöitä yhteensä 43,4 %), muita ammatin harjoittajia 9,0 %, ilman ammattia olevia 7,1 % ja johtajia tai yrittäjiä 3,3 %. *Asiakkaista* (n=123) työntekijöitä oli 39,8 %, alempia toimihenkilöitä 26,8 %, ylempiä toimihenkilöitä 6,5 % johtajia tai yrittäjiä 3,3 %, muita 12,2 % ja ilman ammattia oli 11,4 %. *Asiantuntijoista* (n=87) työntekijöitä oli 33,3 %, ylempiä toimihenkilöitä 31 %, alempia toimihenkilöitä 26,4 %, johtajia tai yrittäjiä 3,4 %, muita 4,6 % ja ilman ammattia oli 1,1 %. Kysymykseen jättivät vastaamatta ne opintonsa aloittaneet opiskelijat, joilla ei ollut aikaisempaa koulutusta.

Tutkittavien **työtilannetta** tutkimushetkellä koskevaan kysymykseen vastattiin valitsemalla lomakkeessa esitetyistä vastausvaihtoehdoista. 259:sta henkilöstä oli kokopäivätyössä 44,2 % ja osapäivätyössä 4,2 %. Opiskelijoita oli 25,9 %, eläkkeellä 13,5 % ja työttömiä tai muita 11,9 % (eli työelämän ulkopuolella oli 51,3 % kysymykseen vastanneista). *Asiakkaista* (n=123) kokopäivätyössä oli 36,6 %, osa-aikatyössä 7,3 %, opiskelijoita 12,2 %, eläkkeellä 22,0 % ja työttömiä tai muita oli 21,9 %. *Asiantuntijoista* oli kokopäivätyössä 44,4 %, osa-aikatyössä 1,5 %, opiskelijoita 38,3 %, eläkkeellä 5,9 % ja työttömiä tai muita oli 11,9 %. Asiantuntijoiden parempaa työtilannetta selittää otanta.

Vastaajien **ammattiasemaa**, mikäli he olivat töissä (liitetaulukko 3), koskevaan kysymykseen otti kantaa 140 vastaajaa, eli 53,8 % tutkituista. Kysymykseen vastattiin valitsemalla vastausvaihtoehdoista työntekijä, toimihenkilö, itsenäinen ammatinharjoittaja, työnantaja ja yksityisyrittäjä. Kysymykseen vastanneista henkilöstä ilmoitti olevansa työntekijöitä 51,4 toimihenkilöitä 43,6 % ja itsenäisiä ammatinharjoittajia, työnantajia tai yksityisyrittäjiä 5 %. Kaksi opiskelujensa lomassa työssä käyvää henkilöä ilmoitti myös olevansa työntekijöitä.

Asiakas - asiantuntijavertailussa *asiakkaista* (n=65) oli työntekijöitä 53,8 %, toimihenkilöitä 38,5 % ja itsenäisiä ammatinharjoittajia, työnantajia tai yksityisyrittäjiä 7,7 %. *Asiantuntijoista* (n=75) oli työntekijöitä 50,6 %, toimihenkilöitä 46,8 % ja itsenäisiä ammatinharjoittajia, työnantajia tai yksityisyrittäjiä 2,6 %. Kun Rauhalan mukaan esimerkiksi ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet lääkärit kuuluvat ylempiin toimihenkilöihin, alemman korkeakoulu- tai keskiasteen opistotasaisen tutkinnon suorittaneet sairaanhoitajat alempiin toimihenkilöihin ja kouluasteen ammattitutkinnon suorittaneet hoitajat työntekijöihin, niin tähän kyselyyn vastanneiden käsitys ammattiluokituksesta oli toisenlainen ammattiaseman valossa tarkasteltuna. Vaikka henkilökunta kuuluu peruskoulutukseltaan sekä ammattiopinnoiltaan alempiin- tai ylempiin toimihenkilöihin ja hoitohenkilökunta on toimi- ja lääkärit virkasuhteisia työntekijöitä, piti 62 % hoitohenkilökunnasta ja 56 % lääkäreistä itseään työntekijänä eikä toimihenkilönä.

**Asiakaspalvelussa työskentelemistä** koskevaan kysymykseen vastasi 162 henkilöä. Näistä toimi asiakaspalvelussa 69,8 %. *Asiakkaista* (n=86) toimi asiakaspalvelussa 55,8 % ja *asiantuntijoista* (n=76) 85,5 %. Asiantuntijoista oli henkilökuntaan kuuluvia 67 % ja valtuutettuja 18 %. **Asiakaspalvelun johtotehtävissä** toimi kysymykseen vastanneista asiakkaista 14 % ja asiantuntijoista 10,5 % ( kolme henkilökunnan edustajaa ja viisi valtuutettua).

### 5.1.3 Toiminnan liittyminen sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä asuinaika

**Työn tai muun yhteiskunnallisen toiminnan liittymiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon** koskevaan kysymykseen vastasi 249 henkilöä, eli 95,8 %. *Asiakkaista* (n=113) ainoastaan 8,8 %:lla oli yhteys sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja se tuli työn kautta. *Asiantuntijoilla* (n=136), tutkimusongelmasta ja otoksesta johtuen, oli paljon yhteyksiä; sosiaali- ja terveystalokeskus oli työnantajana 39,7 %:lla ja 22,8 % :lle yhteydet muodostuivat valtuuston jäsenyyden kautta.

Tutkimukseen osallistuneista oli Jyväskylässä **asunut** alle 10 vuotta 40,8 %, 10 - 20 vuotta 18,8 %, 20 - 30 vuotta 19,6 % ja yli 30 vuotta 20,7%. *Asiakkaista* (n=124) oli alle 10 vuotta asunut 35,5 %, 10 - 20 vuotta 15,3 %, 20 - 30 vuotta 19,4 % ja yli 30 vuotta 29,9 %. *Asiantuntijoista* (n=136) oli alle 10 vuotta asunut 45,6 %, 10 - 20 vuotta 22,0 %, 20 - 30 vuotta 19,8 % ja yli 30 vuotta 12,5 %. Tulosten mukaan Jyväskylässä alle 25-vuotta, eli Kansanterveyslain voimassaoloajan asuneista oli asiantuntijoita 67,6 % ja asiakkaita 50,8 %. Puolestaan yli 30 vuotta asuneita oli asiakkaissa noin 30 % ja asiantuntijoista noin 13 %.

### 5.1.4 Asiointi terveyskeskuksen palvelukohteissa

Noin 90 % tutkimukseen osallistuneista oli itse käyttänyt jotakin terveyspalvelua. Palvelujen käyntimäärät vaihtelivat palvelusektoreittain. Niistä 27:sta henkilöstä, jotka eivät olleet käyttäneet mitään terveyskeskuksen palveluja, oli yksi huhtasuolaisen asiakkaan saattaja, yksi palvelutalon asukas, neljä hoitohenkilökunnan edustajaa, yhdeksän lääkäriä, yhdeksän opiskelijaa ja kolme valtuutettua.

Eri palvelusektoreille, eli äitiys- ja lastenneuvolaan, terveyden ja sairaanhoitajan vastaanotolle, lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanotolle ja keskitettyyn ensiapuun tehtiin yhteensä 610 käyntiä. Näistä määrällisesti tarkasteltuna eniten, eli noin 35 %, oli tapahtunut kerran puolessa vuodessa. Kerran vuodessa oli tapahtunut 25,6 %, harvemmin kuin kerran vuodessa 26,6 % ja kerran kuukaudessa 12,8 % käyntiä.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 5) *asiakkaat* käyttivät palveluita tiheämmin kuin *asiantuntijat*. Asiakkaiden käynneistä noin 41 % ja asiantuntijoiden käynneistä noin 27 % tapahtui kerran

puolessa vuodessa, kun puolestaan harvemmin kuin kerran vuodessa tapahtui asiantuntijoiden käynneistä noin 40 % ja asiakkaiden käynneistä noin 18 %.

TAULUKKO 5. Käyntitiheys ja käynnit vastaanotoilla käyntien mukaan (f=610)

| Käyntitiheys                | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|-----------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                             | f         | %     | f             | %     |
| Kerran kuukaudessa          | 70        | 19,4  | 8             | 3,2   |
| Kerran ½ - vuodessa         | 147       | 40,7  | 67            | 26,9  |
| Kerran vuodessa             | 81        | 22,4  | 75            | 30,1  |
| Harvemmin kuin 1 x vuodessa | 63        | 17,5  | 99            | 39,8  |
| Käyntejä                    | 361       | 100,0 | 249           | 100,0 |
| Vastaajia                   | 122       | 52,4  | 111           | 47,6  |

Huom. Taulukkoon on summattu käynnit kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu käynneistä.

#### 5.1.4.1 Lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanotto omalla terveysasemalla

Palvelusektoreittain tarkasteltuna, eniten käyntejä tehtiin lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanotoille. Kysymykseen vastasi 233 henkilöä. Heistä kolmen viimeisen vuoden aikana oli käynyt lääkäri-ässä noin 90 %. Kerran puolessa vuodessa oli käynyt noin 34 %, kerran tai harvemmin kuin kerran vuodessa noin 48 % ja kerran kuukaudessa noin 8 % tutkituista. Noin 9,5 % ei ollut tarvinnut lääkärin apua.

Kun tutkimusjoukkoa tarkastellaan asiakas- ja asiantuntijaryhminä (taulukko 6), niin odotetusti asiakkaat käyttivät palveluita enemmän. *Asiakkaista* muodostivat suurimman ryhmän kerran puolessa vuodessa käyneet, joita oli 42,6 %. Kerran vuodessa oli käynyt 25,4 %, kerran kuukaudessa 15,6 % ja harvemmin kuin kerran vuodessa 14,8 %. Palveluja käyttäneistä asiakkaista vain kaksi henkilöä ilmoitti, että ei ollut käynyt lääkärin vastaanotolla. *Asiantuntijoista* suurimman ryhmän muodostivat harvemmin kuin kerran vuodessa kävijät, joita oli 33,3 %. Kerran puolessa vuodessa kävi lääkäri-ässä 25,2 %, kerran vuodessa 22,5 % ja kerran kuukaudessa yksi asiantuntija. Terveyspalveluja käyttäneistä asiantuntijoista ei ollut tarvinnut terveyskeskuslääkärin apua 18 % asiantuntijoista.

TAULUKKO 6. Lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanotolla käynnit (n=233)

| Käyntitiheys                   | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       | Yhteensä |       |
|--------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|----------|-------|
|                                | n         | %     | n             | %     | n        | %     |
| Kerran kuukaudessa             | 19        | 15,6  | 1             | 0,9   | 20       | 8,6   |
| Kerran ½ - vuodessa            | 52        | 42,6  | 28            | 25,2  | 80       | 34,3  |
| Kerran vuodessa                | 31        | 25,4  | 25            | 22,5  | 56       | 24,0  |
| Harvemmin kuin kerran vuodessa | 18        | 14,8  | 37            | 33,3  | 55       | 23,6  |
| En ole käynyt                  | 2         | 1,6   | 20            | 18,0  | 22       | 9,4   |
| Yhteensä                       | 122       | 100,0 | 111           | 100,0 | 233      | 100,0 |

#### 5.1.4.2 Keskitetty ensiapuvastaanotto

Toiseksi eniten käytettiin Keskitetyn ensiapuvastaanoton palveluita. Kysymykseen vastasi 231 henkilöä. Ensiapua oli tarvinnut noin 68 % vastaajista. Näistä oli käynyt ensiavussa harvemmin kuin ker-

ran vuodessa noin 23 %, kerran puolella vuodessa noin 22 %, kerran vuodessa noin 15 % ja kerran kuukaudessa noin 7 %. Ensiapua ei ollut tarvinnut 32 % vastaajista.

Asiakas - asiantuntijavertailussa vastasivat (taulukko 7) käyntitiheydet lääkärissä käyntien tiheyttä useassa suhteessa. Ensiksikin *asiakkaat* käyttivät ensiavun palveluita useammin kuin *asiantuntijat*. Asiakkaista vain 15,8 %, kun puolestaan asiantuntijoista 49,5 % ei ollut käyttänyt niitä. Toiseksi käyntitiheydet vastasivat lääkärissä käyntitiheyttä siinä, että asiakkaista 34,2 % vastasi käyttävänsä ensiapua yleensä kerran puolella vuodessa, kun taas asiantuntijoista 27,9 % vastasi käyttävänsä palveluita yleensä harvemmin kuin kerran vuodessa.

TAULUKKO 7. Keskitetyllä ensiapuvastaanotolla käynnit (n=231)

| Käyntitiheys                   | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       | Yhteensä |       |
|--------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|----------|-------|
|                                | n         | %     | n             | %     | n        | %     |
| Kerran kuukaudessa             | 16        | 13,3  | 1             | 0,9   | 17       | 7,4   |
| Kerran ½ - vuodessa            | 41        | 34,2  | 10            | 9,0   | 51       | 22,1  |
| Kerran vuodessa                | 21        | 17,5  | 14            | 12,6  | 35       | 15,2  |
| Harvemmin kuin kerran vuodessa | 23        | 19,2  | 31            | 27,9  | 54       | 23,4  |
| En ole käynyt                  | 19        | 15,8  | 55            | 49,5  | 74       | 32,0  |
| Yhteensä                       | 120       | 100,0 | 111           | 100,0 | 231      | 100,0 |

#### 5.1.4.3 Sairaanhoidajan- ja terveydenhoitajan vastaanotto

Kolmanneksi eniten käytettiin sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanoton palveluita. Kysymyksen vastasi 233 henkilöä. Sairaanhoidovastaanoton palveluita oli käyttänyt noin 73 % vastaajista. Näistä eniten, eli noin 25 % oli käynyt kerran puolella vuodessa. Toiseksi eniten, harvemmin kuin kerran vuodessa, oli käynyt sairastuvastuvastaanotolla noin 20 % ja seuraavaksi eniten, kerran vuodessa 18,0 %. Kerran kuukaudessa joutui käymään 9 % ja palvelua ei käyttänyt noin 28 % vastaajista.

Kun asiakkaiden ja asiantuntijoiden (taulukko 8) käyntitiheyttä verrataan toisiinsa näkyy luonnollisesti tässäkin *asiakkaiden* suurempi käyntimäärä ja -tiheys *asiantuntijoihin* verrattuna. Asiantuntijat käyttivät sairaanhoidopalveluja useammin kuin lääkärin vastaanoton tai keskitetyn ensiavun palveluita ja myös kerran vuodessa enemmän kuin asiakkaat.

TAULUKKO 8. Sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanotolla käynnit (n=233)

| Käyntitiheys                   | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       | Yhteensä |       |
|--------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|----------|-------|
|                                | n         | %     | n             | %     | n        | %     |
| Kerran kuukaudessa             | 16        | 13,1  | 5             | 4,5   | 21       | 9,0   |
| Kerran ½ - vuodessa            | 36        | 29,5  | 23            | 20,7  | 59       | 25,3  |
| Kerran vuodessa                | 18        | 14,8  | 24            | 21,6  | 42       | 18,0  |
| Harvemmin kuin kerran vuodessa | 21        | 17,2  | 26            | 23,4  | 47       | 20,2  |
| En ole käynyt                  | 31        | 25,4  | 33            | 29,7  | 64       | 27,5  |
| Yhteensä                       | 122       | 100,0 | 111           | 100,0 | 233      | 100,0 |



#### 5.1.4.4 Äitiys- ja lastenneuvolan vastaanotto

Tutkimuksessa mukana olevista palvelusektoreista käytettiin vähiten neuvolapalveluja. Kysymykseen vastanneista 230:sta henkilöstä oli kolmen viimeisen vuoden aikana käynyt neuvolassa noin 32 %, kerran puolessa vuodessa noin 10 %, kerran vuodessa 10 %, kerran kuukaudessa noin 9 % ja harvemmin kuin kerran vuodessa noin 3 %. Neuvolapalveluja ei ollut tarvinnut 68,3 % vastaajista.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 9) käyttivät asiakkaat myös näitä palveluita asiantuntijoita enemmän. *Asiakkaista* kävi kerran kuukaudessa 15,6 %, kerran puolessa vuodessa 14,8 % ja kerran vuodessa 9 %. *Asiantuntijat* käyttivät näitä palveluita vähän. Vain noin 22 % oli käyttänyt neuvolapalveluja viimeisen kolmen vuoden sisällä.

TAULUKKO 9. Äitiys- ja lastenneuvolan vastaanotolla käynnit (n=230)

| Käyntitiheys                   | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       | Yhteensä |       |
|--------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|----------|-------|
|                                | n         | %     | n             | %     | n        | %     |
| Kerran kuukaudessa             | 19        | 15,6% | 1             | 0,9   | 20       | 8,7   |
| Kerran ½ - vuodessa            | 18        | 14,8  | 6             | 5,6   | 24       | 10,4  |
| Kerran vuodessa                | 11        | 9,0   | 12            | 11,1  | 23       | 10,0  |
| Harvemmin kuin kerran vuodessa | 1         | 0,8   | 5             | 4,6   | 6        | 2,6   |
| En ole käynyt                  | 73        | 59,8  | 84            | 77,8  | 157      | 68,3  |
| Yhteensä                       | 122       | 100,0 | 108           | 100,0 | 230      | 100,0 |

## 5.2 Mielenpitoet palvelujen järjestämisestä

Kysymykseen, **pitäisikö viranomaisten tiedustella palvelujen järjestämistapaa**, otti kantaa 259 henkilöä. Lähes 94 %:n mielestä mielipiteitä pitäisi tiedustella palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä. Asiakas - asiantuntijavertailussa asiantuntijat asiakkaita useammin halusivat mielipidetiedustelua. *Asiantuntijoista* (n=123) 89,5 % ja *asiakkaita* (n=136) 97,8 % halusi, että viranomaiset tiedustelevat, miten palvelut tulee järjestää. Tiedustelua piti tarpeettomana asiakkaista 10,5 % ja asiantuntijoista 2,2 %. Heille riitti se, että palveluita vain on.

Tutkittavilta tiedusteltiin, **oliko mielipiteitä tiedusteltu**. Niitä ei *Jyväskylässä oltu tiedusteltu*. Näin vastasi 257:sta henkilöstä 79,8 %, *asiakkaista* 84,6 % ja *asiantuntijoista* 75,4 %. Mielipiteitä oli tiedusteltu asiakkaista (n=123) 11,4 %:lta kyselytutkimuksella terveysasemalla, 2,4 %:lta postikyselyllä ja 1,6 % oli osallistunut tiedotustilaisuuteen. *Asiantuntijat* (n=134) olivat saaneet esittää mielipiteitään hieman useammin kuin asiakkaat. Mielipidettä oli tiedusteltu kyselytutkimuksella terveysasemalla 6,7 %:lta, postikyselyllä 2,2 %:lta ja 15,7 % oli osallistunut tiedotus- ja keskustelutilaisuuksiin.

Kysymykseen siitä, **oliko mielipiteillä ollut vaikutusta**, vastasi vain 41 henkilöä. Mielipiteet asiakas - asiantuntijavertailussa jakaantuivat suurin piirtein tasan, eli *asiakkaista* (n=15) ja *asiantuntijoista* (n=26) noin 53 %:n vastasi, että mielipiteillä ei ollut ollut vaikutusta.

### 5.2.1 Valinnanmahdollisuus väestövastuussa

Väestövastuuseen siirryttäessä, nousee esiin kysymys asiakkaiden mahdollisuudesta jatkaa samalla terveysasemalla ja samojen ammattilaisten hoidossa, koska muutoksen yhteydessä vanhat hoitosuhteet mahdollisesti katkeavat. Tähän kysymykseen otti kantaa 259 henkilöä.

Kaikista tärkeimpänä väestövastuuseen siirryttäessä pidettiin työntekijän valinnan mahdollisuutta. Koko aineistossa 46,7 % oli sitä mieltä, että jokaisen tulee käyttää oman terveysaseman palveluja, mutta siellä olevista työntekijöistä pitäisi olla mahdollisuus valita; 25,9 %:n mielestä jokaisen pitää käyttää oman terveysaseman ja sen työntekijöiden palvelua; 21,5 %:n mielestä asiakkaiden tulee saada valita sekä terveysasema että työntekijät ja 4,6 %:n mielestä terveysasema tulee saada valita itse, mutta työntekijöiden valitsemista ei pidetä tärkeänä. Eli yhteensä noin 68 % tutkituista halusi valita itse työntekijän. Vain 1,2 % vastaajista ilmoitti, että ei käytä palveluja.

Asiakas - asiantuntijavertailussa mielipiteissä ei juuri ole eroja. *Asiakkaista* (n=123) 47,2 % ja *asiantuntijoista* (n=136) 46,3 % pitää tärkeänä mahdollisuutta valita työntekijä, mutta jokaisen tuli käyttää omaa terveysasemaa. Tiukasti pysyttelemistä omalla terveysasemalla ja määrätyn työntekijän hoidossa kannatti molemmissa ryhmissä noin 26 % ja puolestaan vapaan valinnan kannalla noin 21% molemmissa ryhmissä. Terveysaseman valintaa ei pidetty tärkeänä kummassakaan ryhmässä. Vain vajaan 5 %:n mielestä molemmissa ryhmissä terveysaseman valinta oli tärkeintä. (Taulukko 10.)

Kun valinnanmahdollisuutta tarkastellaan perusryhmittäin (liitetaulukko 4), olivat Itäisen alueen asiakkaat muita useammin sitä mieltä, että jokaisen tulee käyttää omaa terveysasemaa, mutta työntekijä pitäisi saada valita itse. Puolestaan Läntisen- ja Keskustan alueen asiakkaat sekä opiskelijat halusivat muita useammin valita sekä työntekijän että terveysaseman itse. Henkilökunnan mielipiteet poikkesivat puolestaan muiden ryhmien mielipiteistä siinä, että heidän mielestään jokaisen tulee käyttää omaa terveysasemaa ja määrättyä työntekijää.

TAULUKKO 10. Terveysaseman ja työntekijöiden valinnanmahdollisuus väestövastuisessa terveydenhuollossa asiakkaiden ja asiantuntijoiden mukaan (n=259)

|   | Asiakkaat  |              | Asiantuntijat |              | Yhteensä   |              |
|---|------------|--------------|---------------|--------------|------------|--------------|
|   | n          | %            | n             | %            | n          | %            |
| Jokaisen tulee käyttää omaa terveysasemaa ja määrättyjä työntekijöitä   | 32         | 26,0         | 35            | 25,7         | 67         | 25,9         |
| Jokaisen tulee käyttää omaa terveysasemaa, mutta työntekijän voi valita | 58         | 47,2         | 63            | 46,3         | 121        | 46,7         |
| Terveysaseman voi valita, mutta ei työntekijää                          | 6          | 4,9          | 6             | 4,4          | 12         | 4,6          |
| Voi valita sekä terveysaseman että työntekijän                          | 27         | 22,0         | 29            | 21,3         | 56         | 21,6         |
| En käytä palveluja  | -          |              | 3             | 2,2          | 3          | 1,2          |
| <b>Yhteensä</b>   | <b>123</b> | <b>100,0</b> | <b>136</b>    | <b>100,0</b> | <b>259</b> | <b>100,0</b> |

### 5.2.2 Terveyspalvelujen kustantaminen

Terveyspalvelujen kustantamista ja palvelujen järjestäjää koskevaan kysymykseen vastasi 259 henkilöä. Kysymykseen, jossa annetuista vastausvaihtoehdoista saattoi valita useamman kohdan, joten vastauksia saatiin 841, asiakkailta (n=123) 393 ja asiantuntijoilta (n=136) 448 vastausta. Tähän tut-

kimukseen osallistuneet jyvaskyläläiset haluavat palvelunsa maksuttomina palveluina terveyskeskuksessa. Vakuutuksiin perustuvat, yksityiset tai järjestöjen antamat, pieniin käyttömaksuihin perustuvat palvelut eivät saaneet kannatusta. Palvelut haluttiin maksuttomina palveluina terveyskeskuksessa 58 %:ssa ja maksullisina terveyskeskuksessa noin 30 %:ssa vastauksia. (Taulukko 11.)

Palvelusektoreittain tarkasteltuna (liitetaulukko 5) noin 78 % vastaajista toivoi, että neuvolapalvelut tulisi järjestää maksuttomina palveluina. Vain noin 13 % halusi maksaa, eikä yksityistäminen tai vapaaehtoistyöllä järjestettävät palvelut saaneet kannatusta. Sairaanhoitovastaanoton palveluista ei myöskään oltu valmiita maksamaan tai hakemaan niitä yksityiseltä tai vapaaehtoistyön piiristä. Maksuttomina näitä palveluita halusi noin 66 % ja vain noin 23 % vastaajista oli valmis maksamaan. Sitä vastoin lääkärin ajanvaraus- ja päivystyspalveluista oltaisiin valmiita maksamaan. Maksullisia lääkäripalveluja terveyskeskuksessa kannatti 54 % ja maksuttomia noin 32 % vastaajia.

Asiakas - asiantuntijanäkökulmasta (taulukko 11) tarkasteltuna ryhmien mielipiteet annettujen vastausten perusteella erosivat toisistaan. Ensiksikin noin 62 %:ssa asiakkaiden mutta vain noin 54 %:ssä asiantuntijoiden vastauksia haluttiin palvelut terveyskeskuksen järjestäminä ja maksuttomina palveluina. Toiseksi ne erosivat siinä, että asiantuntijat asiakkaita useammin olivat sitä mieltä, että palvelut tuli järjestää maksullisina terveyskeskuksen palveluina. Yksityissektorin ja yhteisöjen järjestämiä, vakuutuksiin tai pieniin käyttömaksuihin perustuvia palveluja kannattivat asiantuntijat hieman useammin kuin asiakkaat, vaikkakaan näitä palvelumuotoja ei suosittu kummassakaan ryhmässä.

Kun aineistoa tarkastellaan perusryhmittäin, olivat kaikista eniten opiskelijat ja Itäisen alueen eli Huhtasuon ja Kuokkalan asukkaat, maksuttomien palvelujen kannalla. Seuraavaksi eniten terveyskeskuksen järjestämien maksuttomien, mutta varsinkin maksullisten palvelujen kannalla oli henkilökunta. Muissa ryhmissä mielipiteet jakaantuivat tasaisesti.

TAULUKKO 11. Palvelujen maksullisuus asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten perusteella (f=841)

| Maksutapa/palvelun järjestäjä                               | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|---|-----------|-------|---------------|-------|
|   | f         | %     | f             | %     |
| Maksuttomana terveyskeskuksessa                             | 254       | 62,3  | 243           | 54,2  |
| Maksullisena terveyskeskuksessa                             | 106       | 27,0  | 148           | 33,0  |
| Vakuutuksin yksityisesti                                    | 15        | 3,8   | 20            | 4,5   |
| Pienin käyttömaksuin järjestöissä tai hyväntekeväisyystyönä | 18        | 4,6   | 21            | 4,7   |
| En osaa sanoa   | 9         | 2,3   | 16            | 3,6   |
| Vastauksia  | 393       | 100,0 | 448           | 100,0 |
| Vastaajia   | 123       | 47,5  | 136           | 52,5  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista.

Tiedusteluun maksuhalukkuudesta siinä tapauksessa, että palvelupisteen ja henkilökunnan saisi valita itse, vastasi 249 henkilöä. Näistä vastaajista maksaisi valinnanmahdollisuudesta 45,0 %.

Asiakas - asiantuntijavertailussa ei ryhmien välillä juuri ollut eroja, sillä asiakkaista (n=121) maksaisi 45,5 % ja asiantuntijoista (n=128) 44,5 %. Perusryhmävertailussa Keskustan alueen asukkailla, palvelutalon asukkailla ja opintojaan aloittelevilla opiskelijoilla oli vähiten maksuhalukkuutta valintatilanteessa. Keskustan alueen asukkaista maksaisi valinnasta noin 36 %, palvelutalon asukkaista 40 %

ja opintojaan aloittelevista opiskelijoista noin 32 %. Muissa ryhmissä maksuhalukkuus valinnasta oli noin 50 %. (Keskustan alueen asukkaat ja opiskelijat pitivät myös terveysaseman sekä työntekijän valintaa muita ryhmiä tärkeämpänä.)

Avoimeen kysymykseen siitä, **miten palvelut tulisi kustantaa esimerkiksi työttömille ja pitkäaikaissairaille, mikäli palveluista perittäisiin maksu**, vastasi 191 henkilöä. Vastaukset luokiteltiin alla olevan taulukon mukaisesti avoimista kysymyksistä saaduista vastauksista. Kaikista vastanneista ilmaisten palvelujen kannalla oli noin 31 %, sosiaaliapua kannatti noin 28 %, KELA:n apua 11 %, tulorajaa, pienempää maksua tai kansalaispalkkaa noin 17 % ja palvelumaksujen säilyttämistä nykyisellään noin 7 % vastaajista.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 12) tulee selvästi esille se, että *asiakkaat* kannattavat *ilmaispalveluja* enemmän kuin *asiantuntijat*. Asiakkaista noin 40 % ja asiantuntijoista 26 % oli ilmaispalvelun kannalla. Puolestaan asiantuntijat kannattivat asiakkaista useammin palvelujen kustantamista sosiaaliapuna. Muita vaihtoehtoja kannatettiin suurin piirtein saman verran kummassakin ryhmässä. Perusryhmävertailussa (liitetaulukko 6) verrattaessa asiakkaita, henkilökuntaa, opiskelijoita ja valtuutettuja erottuivat muista henkilökunnan mielipiteet. Heistä noin 67 % piti tärkeimpänä keinona varattomien palvelujen turvaamiseksi sosiaaliapua.

TAULUKKO 12. Palvelujen järjestäminen varattomille asiakkaiden ja asiantuntijoiden mukaan (n=191)

| Terveyspalvelut                   | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       | Yhteensä |       |
|-----------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|----------|-------|
|                                   | n         | %     | n             | %     | n        | %     |
| Maksuttomina                      | 34        | 39,6  | 26            | 26,0  | 60       | 31,4  |
| Sosiaaliapuna                     | 11        | 12,1  | 42            | 42,0  | 53       | 27,8  |
| KELA:lta                          | 10        | 10,9  | 10            | 10,0  | 20       | 10,5  |
| Pienemmällä maksulla/<br>tuloraja | 17        | 18,7  | 16            | 16,0  | 31       | 16,2  |
| Kansalaispalkka                   | 1         | 1,1   | 0             | -     | 1        | 0,5   |
| Kuten nyt                         | 8         | 8,8   | 6             | 6,0   | 14       | 7,3   |
| Yhteensä                          | 91        | 100,0 | 100           | 100,0 | 191      | 100,0 |

### 5.2.3 Palvelujen ajankohta

Sopivaa palvelujen järjestämisen ajankohtaa tiedusteltiin palvelusektoreittain. Kysymykseen vastasi 258 henkilöä ja vastauksia saatiin yhteensä 754, asiakkailta (n=123) 365 ja asiantuntijoilta (n=135) 389 vastausta. Näiden perusteella perinteinen virka-aika ei saanut kannatusta, sillä kaikista vastauksista vain noin 25 % :ssa pidettiin virka-aikaa sopivana. Eniten kannatusta (40,4 % vastauksista) saivat klo 8 - 20 välillä olevat palvelut.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 13) mielipiteissä oli eroavuuksia. Molemmissa ryhmissä kannatettiin eniten klo 8 - 20 välillä olevia palveluja. *Asiakkaiden* noin 35 %:ssa ja *asiantuntijoiden* noin 46 %:ssa vastauksia oltiin tämän vastausvaihtoehdon kannalla. Puolestaan klo 6 - 20 välillä kuten myös klo 8 - 16 välillä olevia palveluja kannattivat asiakkaat asiantuntijoita useammin. Perusryhmävertailussa saatujen vastausten perusteella palvelutalon asukkaille virka-aikana järjestetyt palvelut sopivat parhaiten kaikista vaihtoehtoista ja hoitohenkilökunta, lääkärit ja valtuutetut olivat eniten klo 8 - 20 välillä olevien palvelujen kannalla..

TAULUKKO 13. Terveyspalvelujen päivittäinen aukioloaika asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten perusteella (f=754)

| Kelloaika          | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|--------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                    | f         | %     | f             | %     |
| 8 - 16             | 100       | 27,4  | 85            | 21,9  |
| 8 - 20             | 128       | 35,1  | 177           | 45,5  |
| 6 - 20             | 90        | 24,7  | 72            | 18,5  |
| 7 - 19             | 5         | 1,4   | 5             | 1,3   |
| 8 - 24             | 3         | 0,9   | 6             | 1,5   |
| Ympäri vuorikauden | 6         | 0,8   | 13            | 3,3   |
| En käytä palveluja | 33        | 9,4   | 31            | 8,0   |
| Vastauksia         | 365       | 100,0 | 389           | 100,0 |
| Vastaajia          | 123       | 47,7  | 135           | 52,3  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista.

Palvelusektoreittain tarkasteltuna (liitetaulukko 7) neuvola- ja sairaanhoitovastaanotoilla piti sopivana palveluajankohtana virka-aikaa noin 38 % vastaajista, kun se puolestaan oli sopiva vain noin 11 %:lle lääkärin vastaanotolla kävijöistä. Sopivimmalta tuntuivat klo 8 - 20 välille sijoittuvat palvelut kaikilla sektoreilla. Ennen klo 8:aa tai klo 20:n jälkeen saatavia palveluja toivottiin lähinnä lääkärin vastaanotoille, mutta vain noin 12 % vastaajista halusi lääkärin palveluja klo 24:een saakka tai ympäri vuorokauden. Eli neuvolavastaanottojen 206:sta palvelujen käyttäjästä noin 62 %, sairaanhoitovastaanottojen 245:sta palvelujen käyttäjästä noin 67 % ja lääkärin ajanvaraus- ja päivystyspalvelujen 239:sta käyttäjästä lähes 90 % halusi palvelunsa muulloin kuin virka-aikana.

#### 5.2.4 Ensiavun järjestäminen

Kysymykseen **Keskitetyn ensiavun tarpeellisuudesta**, mikäli omalla terveysasemalla pääsee, otti kantaa 257 henkilöä. Vastaajista 54,5 %:n mielestä keskitettyä ensiapua ei tarvita ja noin 33 %:n mielestä tarvitaan. Tuloksen tulkintaa heikentää se, että noin 12 % vastaajista rengasti molemmat vastausvaihtoehdot. Erillisen ensiavun kannattajista noin 21 % ei perustellut mielipidettään ja noin 12,5 % perusteli sen tarpeellisuutta Kyllön paremmilla tiloilla ja henkilökunnalla.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 14) hieman yllättäen *asiakkaat* pitävät ensiapua tarpeettomampana kuin *asiantuntijat*, sillä noin 62 % asiakkaista ja noin 47 % asiantuntijoista piti ensiapua tarpeettomana, mikäli omalle terveysasemalle oli mahdollista päästä.

Perusryhmätarkastelussa poikkesivat eniten Keskustan alueen asiakkaiden ja henkilökunnan mielipiteet eniten muiden ryhmien mielipiteistä. Kun Itäisen ja Läntisen alueiden asiakkaista, palvelutalon asukkaista ja opintonsa lopettavista opiskelijoista noin 25 %, aloittelevista opiskelijoista noin 40 % ja valtuutetuista noin 50 % oli erillisen ensiavun kannalla, niin puolestaan Keskustan alueen asiakkaista noin 60 %, hoitohenkilökunnasta noin 60 % ja lääkäreistä noin 78 % oli sitä mieltä, että se tarvitaan. Poikkeuksen muihin ryhmiin verrattaessa muodostivat myös henkilökunnan mielipiteet avoimista vastauksista saaduissa tuloksissa. Useiten niissä perusteltiin keskitetyn ensiapuvastaanoton tarpeellisuutta paremmilla tiloilla ja henkilökunnalla. Näin vastanneesta 32:sta henkilöstä oli hoitohenkilökunnan edustajia 44 % ja lääkäreitä 50 %.

TAULUKKO 14. Keskitetyn ensiavun tarpeellisuus asiakkaiden ja asiantuntijoiden mukaan (n=257)

| Erillinen ensiapu                      | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       | Yhteensä |       |
|--|-----------|-------|---------------|-------|----------|-------|
|  | n         | %     | n             | %     | n        | %     |
| Tarvitaan                              | 21        | 17,0  | 34            | 25,5  | 55       | 21,4  |
| Ei tarvita                             | 77        | 62,1  | 63            | 47,4  | 140      | 54,5  |
| Tarvitaan; paremmat tilat/henkilökunta | 4         | 3,2   | 28            | 21,1  | 32       | 12,5  |
| Ei/kyllä tarvitaan; ei perusteluja     | 22        | 17,7  | 8             | 6,0   | 30       | 11,6  |
| Yhteensä                               | 124       | 100,0 | 133           | 100,0 | 257      | 100,0 |

Kysymykseen **yöpäivystyksen järjestämisestä** (liitetaulukko 8), otti kantaa 258 henkilöä. Näistä noin 85 %:n mielestä riittää, kun yöpäivystys on keskussairaalassa, noin 11 %:n mielestä sen pitäisi olla terveyskeskuksessa ja noin 4 %:n mielestä molemmissa paikoissa. Asiakas - asiantuntijavertailussa mielipiteissä ei juuri ollut eroja ryhmien välillä, sillä *asiakkaista* (n=123) noin 84 % ja *asiantuntijoista* (n=135) 86 % oli sitä mieltä, että yöpäivystys voi toimia keskussairaalassa. Molemmissa ryhmissä noin 11 % toivoi päivystystä terveyskeskukseen ja 5 % molempiin.

Perusryhmätarkastelussa terveysasemien asiakkaiden ja valtuutettujen mielipiteiden välillä on vain muutamien prosenttiyksiköiden eroja. Heistä noin 82 % - 88 % oli sitä mieltä, että päivystys voi toimia sairaalassa. Samoin toivoi hoitohenkilökunnasta noin 97 % ja lääkäreistä sekä opintojaan aloittavista opiskelijoista noin 93 %. Puolestaan opintojaan lopettavista opiskelijoista noin 52 % toivoi yöpäivystystä terveyskeskukseen tai molempiin paikkoihin. Palvelutalon asukkaista 60 % toivoi yöpäivystyksen olevan keskussairaalassa ja 40 % terveyskeskuksessa..

### 5.2.5 Jonojen ja ruuhkien purkaminen

**Jonojen lyhentämistä lääkärin ajanvarausvastaanotolla** koskevaan kysymykseen otti kantaa 259 henkilöä. Kysymykseen vastattiin valitsemalla neljästä vaihtoehdosta yksi tai useampi kohta. Vastauksia saatiin 353, asiakkailta (n=123) 152 ja asiantuntijoilta (n=136) 201 vastausta. Tärkeimpänä jonojen lyhentämisen keinona pidettiin noin 57 %:ssä vastauksia työvoiman lisäämistä. Väestövastuuseen siirtymistä kannatettiin 32 %:ssa ja maksullisuuden lisäämistä 7,4 %:ssä vastauksia.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 15) mielipiteissä oli eroavuuksia. Asiakkaat toivoivat asiantuntijoita useammin lisää työvoimaa, sillä noin 64 %:ssa *asiakkaiden* ja noin 52 %:ssä *asiantuntijoiden vastauksia* pidettiin parhaana jonojen lyhentämisen keinona työvoiman lisäämistä. Puolestaan *asiantuntijat asiakkaita* useammin pitivät väestövastuuseen siirtymistä hyvänä jonojen lyhentämisen keinona.

Perusryhmävertailussa noin 71 %:ssä Itäisen alueen, noin 66 %:ssa Keskustan alueen sekä hoitohenkilökunnan ja noin 60 %:ssa lopettavien opiskelijoiden vastauksia toivottiin eniten henkilökunnan lisäämistä, kun sitä puolestaan toivottiin vain noin 38 %:ssa valtuutettujen vastauksia. Noin 40 %:ssä lääkäreiden sekä opintojaan aloittavien opiskelijoiden vastauksia kannatettiin jonojen lyhentämiseksi väestövastuuta. Maksullisuutta kannatettiin muita ryhmiä eniten valtuutettujen vastauksissa (21 % vastauksista).

TAULUKKO 15. Ajanvarausvastaanottojen jonojen lyhentäminen asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten perusteella (f=353)

| Toimenpiteet                 | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                              | f         | %     | f             | %     |
| Lisäämällä työvoimaa         | 97        | 63,8  | 104           | 51,7  |
| Siirtymällä väestövastuuseen | 39        | 25,7  | 74            | 36,8  |
| Lisäämällä maksullisuutta    | 10        | 6,6   | 16            | 8,0   |
| Muuten                       | 6         | 3,9   | 7             | 3,5   |
| Vastauksia                   | 152       | 100,0 | 201           | 100,0 |
| Vastaajia                    | 123       | 47,5  | 136           | 52,5  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista.

**Ruuhkien purkamisesta ensiavussa** koskevaan kysymykseen vastasi 258 henkilöä. Seitsemästä vastausvaihtoehdoista sai valita yhden tai useamman vaihtoehdon. Vastauksia saatiin 499, asiakkailta (n=122) 239 vastausta ja asiantuntijoilta (n=136) 260 vastausta. Vastausten mukaan eniten, noin 42 %:ssa vastauksia kannatettiin ruuhkien purkamista henkilökunnan lisäämisellä. Erillistä vastaanottoa lapsille toivottiin noin 25 %:ssa ja flunssapotilaille 13 %:ssa vastauksia. Ensiapuun tulosityiden tiukentamista kannatettiin noin 8 %:ssa, maksullisuuden lisäämistä noin 4 %:ssa ja yksityisvastaanotolle ohjaamista noin 3 %:ssa vastauksia.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 16) vastauksissa oli hieman eroja, vaikka molemmissa ryhmissä tärkeimpänä keinona ruuhkien purkamiseksi pidettiin työvoiman lisäämistä. Toiseksi tärkeimpänä ruuhkien purkamisen keinona pidettiin molemmissa ryhmissä vastausten perusteella lasten huomioimista, mutta erillisen vastaanoton olisivat järjestäneet asiakkaat useammin kuin asiantuntijat. Flunssapotilaille omaa vastaanottoa ja ensiapuun tulosityiden tiukentamista puolsivat asiantuntijat asiakkaita useammin. Molemmissa ryhmissä haluttiin vastausten perusteella lisätä maksullisuutta ja ohjata yksityiselle yhtä nihkeästi.

TAULUKKO 16. Ensiapuvastaanoton ruuhkien purkamisen asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten perusteella (F=499).

| Toimenpiteet                       | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|------------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                                    | f         | %     | f             | %     |
| Lisäämällä työvoimaa               | 98        | 41,1  | 111           | 42,7  |
| Ylimääräinen maksu                 | 9         | 3,8   | 9             | 3,5   |
| Tiukentamalla tulosityitä          | 15        | 6,3   | 27            | 10,4  |
| Ruuhkatilanteissa erillinen        |           |       |               |       |
| - lasten vastaanotto               | 75        | 31,5  | 51            | 19,6  |
| - flunssaisten vastaanotto         | 27        | 11,3  | 38            | 14,6  |
| Flunssapotilaat yksityissektorille | 8         | 3,3   | 6             | 2,3   |
| Muuten                             | 7         | 2,6   | 18            | 6,9   |
| Vastauksia                         | 239       | 100,0 | 260           | 100,0 |
| Vastaajia                          | 122       | 47,3  | 136           | 52,7  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista.

Perusryhmävertailussa eivät asiakkaiden vastaukset terveysasemittain juuri poikenneet toisistaan. Poikkeuksia sen sijaan oli asiantuntijaryhmien vastauksissa. Noin 80 %:ssa henkilökunnan ja opiskelijoiden vastauksia toivottiin lisää työvoimaa Lasten huomioimista ensiapuvastaanoton ruuhkien

välttämiseksi henkilökunnasta vain 17 %:ssä hoitajien vastauksia ja 0,5 %:ssa lääkäreiden vastauksia oltiin erillisen vastaanoton kannalla lapsille, kun puolestaan 80 %:ssa kaikkien asiakasryhmien ja asiantuntijaryhmistä opiskelunsa aloittaneiden opiskelijoiden vastauksissa sekä noin 70 %:ssa valtuutettujen vastauksia, haluttiin helpottaa ruuhkia näin. Lisäksi mielipiteet asiakasryhmiin verrattuna erosivat ensiapuun tulosten tiukentamisessa, flunssa potilaiden hoitamisessa sekä yksityiselle ohjaamisessa. Asiakasryhmien vastauksissa tulositytä haluttiin tiukentaa noin 2 %:ssa, mutta puolestaan noin 40 %:ssä lääkäreiden ja noin 30 %:ssa opintojaan lopettavien opiskelijoiden vastauksia. Flunssapotilaille erillisen vastaanoton järjestämistä kannatettiin noin 45 %:ssä valtuutettujen ja noin 34 %:ssa opiskeluaan aloittavien opiskelijoiden vastauksia ja yksityiselle ohjaamista kannatettiin noin 13 %:ssa valtuutettujen mutta vain noin 0,5 %:ssa muiden ryhmien vastauksia.

### 5.3 Asioinnin kokeminen. Palvelujen byrokratia-, asiantuntija- ja asiakaskeskeisyys

#### 5.3.1 Byrokraattisesti organisoidut palvelut

Palvelujen byrokraattisuutta selvitettiin kysymällä, **kuinka monelle eri henkilölle palvelupisteisiin tultaessa piti asioita selvittää** eli juoksutetaanko asiakkaita työntekijältä toiselle ja **kuinka joustava/joustamatonta palvelu oli ollut ja välttämällä; asioita käsitellään rutiininomaisesti, kohtelu on virallista ja jäykkää ja työntekijät tekevät vain pakolliset asiat.**

##### 5.3.1.1 Asioiden selittäminen tulotilanteessa

Asioiden selittämistä tulotilanteessa selvitettiin 612:sta käynnistä. Näistä oli asiakkaiden (n=122) tekemiä 363 ja asiantuntijoiden (n=111) tekemiä 249 käyntiä. Koko aineistoa tarkastellen vastaajista 48 % oli tulotilanteessa selittänyt asiansa yhdelle, 44 % kahdelle ja noin 9 % kolmelle tai useammalle työntekijälle.

Palvelusektoreittain tarkasteltuna (taulukko 17) neuvolavastaanotoille tullessaan noin 93 % ja sairaanhoitovastaanotoille tullessaan noin 53 % vastaajista selvisivät selittämällä tulossyynsä vain yhdelle työntekijälle. Sitä vastoin lääkärin vastaanotolle ja varsinkin keskitettyyn ensiapuun tullessaan asiansa selitti yhdelle työntekijälle vain noin 35 %, mutta kahdelle/kolmelle tai useammalle työntekijälle huomattavasti yli puolet kävijöistä.

TAULUKKO 17. Asioiden selittäminen vastaanotolle saavuttaessa palvelusektoreittain

| Työntekijöiden määrä | P a l v e l u s e k t o r i t   |       |                                       |       |                                    |       |                                |       |                   |       |
|----------------------|---------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-------------------|-------|
|                      | Neuvola-<br>vastaanotto<br>n=74 |       | Sairaanhoito-<br>vastaanotto<br>n=169 |       | Lääkärin vas-<br>taanotto<br>n=209 |       | Keskitetty<br>ensiapu<br>n=160 |       | Yhteensä<br>n=612 |       |
|                      |                                 | %     |                                       | %     |                                    | %     |                                | %     |                   | %     |
| Yksi                 | 69                              | 93,2  | 89                                    | 52,7  | 80                                 | 38,3  | 56                             | 35,0  | 294               | 48,0  |
| Kaksi                | 5                               | 6,8   | 72                                    | 42,6  | 110                                | 52,6  | 82                             | 51,3  | 269               | 44,0  |
| Kolme tai useampi    | 0                               | -     | 8                                     | 4,7   | 19                                 | 9,1   | 22                             | 13,8  | 49                | 8,0   |
| Kävijöitä yhteensä   | 74                              | 100,0 | 169                                   | 100,0 | 209                                | 100,0 | 160                            | 100,0 | 612               | 100,0 |

Huom. Prosentit laskettu vastaajista sektoreittain.



Asiakas - asiantuntijanäkökulmasta kaikkia käyntejä tarkasteltaessa (taulukko 18) eroja tulotilanteessa ei juuri ryhmien välillä. Perusryhmävertailussa terveysasemien asiakkaiden, opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan kokemukset eivät juuri poikennut toisistaan, eli asioita jouduttiin selittämään sektoreittain samassa määrin. Näistä ryhmistä poikkesivat palvelutalon asukkaat ja lääkärit, sillä heistä noin 90 % selitti asiansa tulotilanteessa vain yhdelle henkilölle.

TAULUKKO 18. Asioiden selvittäminen tulotilanteessa vastausten perusteella (f=612)

| Työntekijöitä | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|---------------|-----------|-------|---------------|-------|
|               | f         | %     | f             | %     |
| Yksi          | 173       | 47,7  | 121           | 48,6  |
| Kaksi         | 160       | 44,1  | 109           | 43,8  |
| Kolme/useampi | 30        | 8,2   | 19            | 7,6   |
| Vastauksia    | 363       | 100,0 | 249           | 100,0 |
| Vastaajia     | 122       | 53,4  | 111           | 47,6  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista.

### 5.3.1.2 Palvelun joustavuus

Joustavuutta selvitettiin 606:sta käynnistä. Näistä oli asiakkaiden (n=121) tekemiä 359 ja asiantuntijoiden (n=110) tekemiä 246 käyntiä. Koko aineistossa palvelua pidettiin joustavana noin 44 %:ssä, ei joustavana mutta ei hankalanaakaan noin 39 %:ssa, melko hankalana noin 14 %:ssä ja erittäin hankalana noin 4 %:ssä vastauksia. Eli palvelua pidettiin joustavana tai melko joustavana yli 80 %:ssa palveluja käyttäneiden vastauksia.

Palvelusektoreittain tarkasteltuna (taulukko 19) palvelu oli joustavaa neuvoloissa lähes 90 %:n ja sairausvastaanotoilla noin 52 %:n mielestä. Joustamattomampaa se oli lääkärin vastaanotoilla ja joustamattominta keskitetyllä ensiapuvastaanotolla. Lääkärin vastaanotolla sitä piti joustavana noin 34 % ja ensiavussa noin 25 % vastaajista. Neuvola- ja sairausvastaanotoilla palvelua piti melko tai erittäin hankalana 5 - 6 %, kun puolestaan näin oli kokenut lääkärin vastaanotolla noin 21 % ja ensiavussa noin 30 % kävijöistä.

TAULUKKO 19. Palvelun joustavuus palvelusektoreittain

| Palvelun joustavuus          | P a l v e l u s e k t o r i t   |       |                                       |       |                                    |       |                                |       |                   |       |
|------------------------------|---------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-------------------|-------|
|                              | Neuvolavas-<br>taanotto<br>n=74 |       | Sairaanhoido-<br>vastaanotto<br>n=166 |       | Lääkärin vas-<br>taanotto<br>n=207 |       | Keskitetty<br>ensiapu<br>n=158 |       | Yhteensä<br>n=606 |       |
|                              |                                 | %     |                                       | %     |                                    | %     |                                | %     |                   | %     |
| Joustavaa                    | 66                              | 89,2  | 87                                    | 52,4  | 71                                 | 34,3  | 39                             | 24,7  | 263               | 43,5  |
| Ei joustavaa,<br>ei hankalaa | 4                               | 5,4   | 69                                    | 41,6  | 92                                 | 44,4  | 68                             | 43,0  | 233               | 38,5  |
| Melko hankalaa               | 23                              | 4,1   | 7                                     | 4,2   | 31                                 | 15,0  | 42                             | 26,6  | 83                | 13,7  |
| Erittäin han-<br>kalaa       | 1                               | 0,4   | 3                                     | 1,8   | 13                                 | 6,3   | 9                              | 3,5   | 26                | 4,3   |
| Vastaajia                    | 74                              | 100,0 | 166                                   | 100,0 | 207                                | 100,0 | 158                            | 100,0 | 606               | 100,0 |

Huom. Prosentit laskettu vastaajista sektoreittain.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 20) asiantuntijat pitivät palvelua joustavampana kuin asiakkaat. Noin 54 %:ssä asiantuntijoiden ja noin 36 %:ssa asiakkaiden vastauksia palvelua pidettiin joustavana, kun puolestaan noin 22 %:ssa asiakkaiden, mutta vain noin 11 %:ssä asiantuntijoiden vastauksissa sitä pidettiin melko tai erittäin hankalana.

Perusryhmävertailussa palvelu oli joustavampaa hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden mielestä kaikilla palvelusektoreilla ja joustamattomampaa Keskustan ja Läntisen alueen eli Kyllön ja Säynätsalon asiakkaiden sekä opintonsa aloittaneiden opiskelijoiden mielestä. Muista poiketen pitivät valtuutetut keskitetyn ensiavun palveluja joustavina ja äitiys- ja lastenneuvolan palveluja vähemmän joustavina.

TAULUKKO 20. Palvelun joustavuus asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten perusteella (f=606)

| Palvelun joustavuus       | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|---------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                           | f         | %     | f             | %     |
| Joustavaa                 | 130       | 36,2  | 133           | 54,1  |
| Ei joustavaa, ei hankalaa | 148       | 41,2  | 85            | 34,6  |
| Melko hankalaa            | 62        | 17,3  | 21            | 8,5   |
| Erittäin hankalaa         | 19        | 5,3   | 7             | 2,8   |
| Vastauksia                | 359       | 100,0 | 246           | 100,0 |
| Vastaaajia                | 121       | 52,4  | 110           | 47,6  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista

Avoimissa kysymyksissä kysyttiin, **pystyivätkö tutkitut sanomaan erityisen syyn palvelun joustavuuteen tai hankaluuteen**. Vastaukset poimittiin lomakkeista ja ryhmiteltiin henkilökunnasta, organisaatiosta ja asiakkaista johtuviin syihin.

Kysymykseen **palvelujen joustavuuteen vaikuttavista syistä** (liitetaulukko 9) saatiin 141 vastausta. Näistä 66 oli asiakkaiden ja 75 asiantuntijoiden antamia. *Asiakkaista* ahkerimmin vastasivat Keskustan terveysaseman asiakkaat, joista vastasi noin 58 %. Kyllön terveysaseman asiakkaista vastasi noin 53 %. *Asiantuntijoista* vastasivat ahkerimmin valtuutetut, joista vastasi noin 74 %. Hoitohenkilökunnasta vastasi noin 62 %, opintojaan lopettelevista opiskelijoista noin 60 % ja muista ryhmistä noin 10 %.

Kaikista vastaajista noin 52 % piti eniten joustavuuteen vaikuttavina syinä *henkilökunnasta johtuvia syitä*, kuten palvelualltiutta, inhimillisyyttä, ymmärrystä ja huomiointia sekä ammattitaitoa. Ammattitaidon ja palvelualltiuden mainitsi noin 18 % vastaajista. Noin 21 % mainitsi joustavuuteen vaikuttaviksi syiksi *organisaatiosta johtuvia syitä*, kuten esimerkiksi ajan pitävyys, hyvin organisoidut palvelut ja jonojen puuttuminen, eli joustavuus oli kiinni jonojen tai ruuhkien puuttumisesta. *Asiakkaista johtuvia syitä*, kuten oma ammattitaito ja oma asenne mainitsi joustavuuteen vaikuttaviksi syiksi noin 6 % ja *muista syistä*, lähinnä tuttuutta ja toiveiden toteutumista noin 21 % vastaajista.

Asiakas - asiantuntijavertailussa mielipiteissä oli eroja. *Asiakkaista* noin 59 % ja *asiantuntijoista* noin 45 % piti joustavuuteen vaikuttavina syinä työntekijöistä johtuvia syitä. Puolestaan organisaatiosta, mutta varsinkin tuttuudesta johtuvia syitä pidettiin asiantuntijaryhmässä merkittävämpänä joustavuuden lähteenä kuin asiakasryhmässä. Perusryhmittäin tarkasteltaessa erosivat palvelutalon asukkaat ja henkilökunta selvästi muista ryhmistä. Palvelutalon asukkaista 55 % piti tärkeimpänä joustavuuden syynä omaa asennetta ja henkilökunnasta 49 % tuttuutta.

**Palvelujen joustamattomuuden syinä** (liitetaulukko 10) mainitaan lähes samoja asioita kuin joustavuuden syyt. Mutta toisin kuin joustavuuden kohdalla, jossa tärkeimpänä joustavuuden lähteenä pidetään henkilökuntaa, niin suurimpana joustamattomuuden ja hankaluuden syinä mainitaan *organiisaatiosta lähtöisin* olevat syyt. Palvelun joustamattomuuteen vaikuttavista syistä saatiin 126 vastausta, 88 asiakkaalta ja 38 asiantuntijalta. *Asiakkaista* ahkerimmin vastasivat Kyllön terveysaseman asiakkaat, joista vastasi noin 80 %. Keskustan terveysaseman asiakkaista vastasi noin 68 %. *Asiantuntijoista* opintojaan lopettavista ja aloittaneista opiskelijoista vastasi noin 43 %, valtuutetuista noin 40 %. Muista ryhmistä vastasi alle 10 % ja esimerkiksi hoitohenkilökunnasta yksi (3,5 %) mutta ei yksikään lääkäri.

Kysymykseen vastanneista noin 71 % arvioi joustamattomuuden johtuvan organisatorisista syistä, kuten jonoista, ruuhkista, kiireestä ja henkilökunnan alimitoituksesta. Noin 27 % arveli sen johtuvan henkilökunnasta. Asiakas - asiantuntija-vertailussa oli eroja jonkin verran. *Asiakkaista* noin 73 % ja *asiantuntijoista* noin 66 % arvioi joustamattomuuden aiheuttajaksi organisaatiosta aiheutuvia syitä. Puolestaan noin 32 % asiantuntijoista ja noin 25 % asiakkaista arvioi sen aiheuttajaksi henkilökunnasta johtuvia syitä. Kahden asiakkaan ja yhden asiantuntijan vastauksessa oli maininta, että kun oli pitänyt päänsä ja vaatinut oikeuksiaan, niin siitä olivat hankaluudet alkaneet. Perusryhmävertailussa asiakkaista kriittisimmin suhtautuivat Keskustan ja Kyllön terveysasemien asiakkaat ja *asiantuntijoista* opintojaan lopettavat opiskelijat. Tähän tulokseen vaikuttanee suuresti se, että nämä ryhmät vastasivat muita enemmän näihin kysymyksiin.

5.3.1.3 **Palvelun rutiininomaisuus, virallisuus, jäykkyys ja vain pakollisten asioiden tekeminen väittämien mukaan**

Byrokraattisuutta kartoitettiin edellisten kysymysten lisäksi väittämällä; **asioita käsitellään rutiininomaisesti, kohtelu on virallista ja jäykkää ja työntekijät tekevät vain pakolliset asiat.** Johtopäätösten tekoa varten rutiininomaisia, virallisia ja jäykkiä palveluja sekä väittämää siitä, että työntekijät tekevät vain pakolliset työt, ruvettiin kutsumaan byrokraattiseksi palveluksi eli palvelua pidettiin byrokraattisena, mikäli väitteet pitivät paikkansa.

Väittämiin vastasi 232 henkilöä ja vastauksia saatiin 696. Näistä oli asiakkaiden (n=121) antamia 363 ja asiantuntijoiden (n=111) antamia 332. Näiden perusteella (taulukko 21) palveluja voidaan pitää jossakin määrin byrokraattisina, koska niitä pidettiin täysin tai huomattavan byrokraattisina noin 21 %:ssa, jossakin määrin byrokraattisina noin 48 %:ssa, ja ei lainkaan byrokraattisina noin 24 %:ssa väittämiä.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 21) pitivät *asiakkaat palvelua byrokraattisempaan kuin asiantuntijat, eli väittämät pitivät paikkansa useammin asiakkaiden kuin asiantuntijoiden vastauksissa*. Noin 25 % :ssä asiakkaiden ja noin 17 % :ssa asiantuntijoiden antamissa vastauksissa palvelua pidettiin täysin tai huomattavan byrokraattisena. Puolestaan noin 66 %:ssa asiakkaiden ja noin 80 %:ssa asiantuntijoiden vastauksia, niitä pidettiin josakin määrin tai ei ollenkaan byrokraattisina.

Perusryhmävertailussa (vrt. kuvio 4) kaikista eniten byrokraattisina pidettiin palveluja opiskelijoiden ja terveysasemien asiakkaiden vastauksissa, eivätkä ne juuri poikennet toisistaan. Näitä ryhmiä vähemmän byrokraattisina, eli jossakin määrin byrokraattisia, niitä pidettiin valtuutettujen vastauksissa. Palveluja pidettiin vähiten, eli ei ollenkaan tai jossakin määrin byrokraattisina hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja palvelutalon asukkaiden vastauksissa.

TAULUKKO 21. Palvelujen byrokraattisuus asiakkaiden ja asiantuntijoiden väittämien perusteella (f=695)

| Palvelut ovat byrokraattisia | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                              | f         | %     | f             | %     |
| Täysin                       | 30        | 8,3   | 14            | 4,2   |
| Huomattavan                  | 62        | 17,1  | 43            | 13,0  |
| En osaa sanoa                | 32        | 8,8   | 12            | 3,0   |
| Jossakin määrin              | 167       | 46,1  | 169           | 50,9  |
| Ei ollenkaan                 | 72        | 19,8  | 94            | 28,3  |
| Vastauksia yhteensä          | 363       | 100,0 | 332           | 100,0 |
| Vastaaajia                   | 121       | 52,2  | 111           | 47,8  |

Huom. Taulukkoon on summattu kolme väittämää, joiden perusteella prosentit on laskettu.

Muuttujittain tarkasteltuna (taulukko 22) byrokraattisuus ilmeni eniten muuttujassa, jossa väitettiin, että kohtelu terveyskeskuksessa on *rutiininomaista*. Väitettä rutiininomaisuudesta pidettiin paikkansapitävänä molemmissa ryhmissä, ja asiakkaat pitivät tätä väitettä vielä enemmän paikkansapitävänä kuin asiantuntijat. Asiakkaat pitivät myös asiantuntijoita useammin paikkansapitävänä väitettä, jonka mukaan työntekijät *tekevät vain pakolliset tehtävät*. Puolestaan muuttujaa, jossa väitettiin palvelua *viralliseksi ja jäykäksi*, ei pidetty kovin paikkansapitävänä ja varsinkaan asiantuntijat eivät pitäneet sitä paikkansapitävänä.

TAULUKKO 22. Palvelujen byrokraattisuutta kuvaavat muuttujat asiakkaiden ja asiantuntijoiden väittämien mukaan

| Muuttuja                         | Asiakkaat |      |           | Asiantuntijat |      |           | Yhteensä |      |          |
|----------------------------------|-----------|------|-----------|---------------|------|-----------|----------|------|----------|
|                                  | n         | ka   | poikkeama | n             | ka   | poikkeama | n        | ka   | poikkema |
| Kohtelu on rutiininomaista       | 121       | 2,72 | 1,28      | 110           | 2,48 | 1,17      | 231      | 2,61 | 1,23     |
| Kohtelu on virallista ja jäykkää | 121       | 2,24 | 1,19      | 111           | 1,85 | ,79       | 232      | 2,05 | 1,03     |
| Tehdään vain pakollinen          | 121       | 2,48 | 1,15      | 111           | 2,09 | 1,20      | 232      | 2,29 | 1,18     |

Alpha = ,6952 Standardisoitu Alpha = ,7023

Huom. Vastausasteikko 1 - 5. Mitä suurempi ka, sitä byrokraattisempaa palvelua.

### 5.3.2 Asiantuntijakeskeisesti/professiokeskeisesti järjestetyt palvelut

Asiantuntijakeskeisyyttä mitattiin kysymällä, **oliko asiakkaalla mahdollista itse valita työntekijä ja oliko asiakkaalla mahdollista itse valita vastaanotolle tuloaika**, vai tuliko hyväksyä se, mitä tarjottiin, ja väittämällä; **työntekijät ovat töissä vain omien etujensa vuoksi, kukaan ei ota kokonaisvastuuta potilaasta, vaan yksi hoitaa yhden asian ja lähettää toisen luo toisen asian hoitamista varten ja työntekijät eivät kuuntele asiakkaiden mielipiteitä, vaan tekevät omia joutopäätöksiään**.

### 5.3.2.1 Työntekijän valinnan mahdollisuus

Työntekijän valinnanmahdollisuutta selvitettiin 610:sta käynnistä. Näistä oli asiakkaiden (n=121) tekemiä 362 ja asiantuntijoiden (n=110) tekemiä 248 käyntiä. Näiden mukaan työntekijän valinnan mahdollisuutta on vähän, koska vain noin 16 %:ssa käynneistä oli voitu valita työntekijä, noin 20 %:ssa ei oltu ajateltu valinnanmahdollisuutta, vaan tärkeintä oli ollut se, että vaiva oli tullut hoidettua. Noin 24 %:ssa käyntejä vastaajien mielestä valinta olisi ollut mahdollista, mutta se ei jostakin syystä ollut toteutunut ja noin 40 %:ssä käyntejä ei työntekijää oltu voida valita, koska toimipisteessä oli ollut vain yksi työntekijä.

Palvelusektoreittain tarkasteltuna (taulukko 23) eniten mahdollisuuksia valita työntekijä, oli ollut lääkärin vastaanotolla, jossa valinnan oli voinut tehdä 24 % kävijöistä. Neuvolassa kävijöistä noin 20 % ja sairausvastaanotoilla kävijöistä 13 % oli voinut valita työntekijän ja ensiapuvastaanotolla vain noin 8 % kävijöistä. Lääkärin ajanvaraus- ja ensiapuvastaanotoilla omilla asemilla kävijät, neuvola- ja sairausvastaanotoilla kävijöitä useammin, eivät olleet ajatelleet valinnan mahdollisuutta, vaan tärkeintä oli ollut asian hoitaminen. Omien asemien vastaanotoilla sekä Keskitetyssä ensiavussa kävijät eivät olleet voineet myöskään valita työntekijää, koska näillä sektoreilla neuvola- ja sairausvastaanottoihin verrattuna ei ollut ollut mahdollista valita työntekijää, koska siellä oli ollut vain yksi työntekijä kulloistakin työtehtävää suorittamassa.

Vähiten työntekijän valinnan mahdollisuutta oli ollut neuvoloissa ja sairaanhoitovastaanotoilla. Tämän lisäksi noin 43 % neuvolavastaanotoilla ja noin 39 % sairaanhoitovastaanotoilla kävijöistä ilmoitti, että työntekijän valinta olisi ollut heidän mielestään mahdollista, mutta niin ei jostakin syystä ollut tapahtunut.

TAULUKKO 23. Työntekijän valinnan mahdollisuus palvelusektoreittain

| Valinnan mahdollisuus                    | P a l v e l u s e k t o r i t   |       |                                       |       |                                       |       |                                |       |                   |       |
|--|---------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-------------------|-------|
|  | Neuvolavas-<br>taanotto<br>n=74 |       | Sairaanhoito-<br>vastaanotto<br>n=169 |       | Lääkärin vas-<br>vastaanotto<br>n=208 |       | Keskitetty<br>ensiapu<br>n=159 |       | Yhteensä<br>n=610 |       |
|  | %                               | %     | %                                     | %     | %                                     | %     | %                              | %     | %                 |       |
| Oli                                      | 15                              | 20,3  | 22                                    | 13,0  | 50                                    | 24,0  | 12                             | 7,5   | 99                | 16,2  |
| En ajatellut                             | 13                              | 17,6  | 21                                    | 12,4  | 44                                    | 21,2  | 43                             | 27,0  | 121               | 19,8  |
| Ei, yksi työn-<br>tekijä                 | 14                              | 18,9  | 60                                    | 35,5  | 85                                    | 40,9  | 82                             | 51,6  | 241               | 39,5  |
| Ei, vaikka<br>olisi ollut<br>mahdollista | 32                              | 43,2  | 66                                    | 39,1  | 29                                    | 13,9  | 22                             | 13,8  | 149               | 24,4  |
| Yhteensä                                 | 74                              | 100,0 | 169                                   | 100,0 | 208                                   | 100,0 | 159                            | 100,0 | 610               | 100,0 |

Huom. Prosentit laskettu vastaajista sektoreittain.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 24) mielipiteissä oli eroja jonkin verran. Yhteneviä ne olivat siinä, että valinnan mahdollisuutta oli ollut kummallakin ryhmällä yhtä vähän, eli noin 16 % :ssa vastauksia. Puolestaan ne erosivat siinä, että *asiantuntijat* noin 31 % :ssa mutta *asiakkaat* noin 20 %:ssa vastauksia eivät olleet voineet valita työntekijää, vaikka se heidän mielestään olisi ollut mahdollista. Lisäksi ne erosivat siinä, että *asiakkaat asiantuntijoita* useammin eivät olleet voineet valita työntekijää siksi, koska palvelupisteessä oli ollut vain yksi työntekijä suorittamassa ja myöskin siinä, että *asiakkaat* eivät pitäneet valinnan mahdollisuutta yhtä tärkeänä kuin asiantuntijat.

Perusrhytmittain tarkasteltuna terveysasemien *asiakkaiden* mielipiteissä ei ollut eroja eli työntekijän valinnanmahdollisuutta oli kaikilla terveysasemien asiakkailla ollut yhtä vähän. Eniten kaikilla terveysasemilla valintaa oli rajoittanut se, että palvelupisteessä oli ollut vain yksi työntekijä. Toisaalta monet eivät olleet ajatelleet valintaa; tärkeintä oli ollut se, että asia oli tullut hoidettua. *Asiantuntijoista* opiskelijat muita ryhmiä harvemmin saivat valita työntekijän ja samoin kuin kokivat, että eivät olleet saaneet valita työntekijää, vaikka se heidän mielestään olisi ollut mahdollista. Puolestaan henkilökunta muita ryhmiä useammin ja valtuutetut lähes yhtä usein saattoi valita työntekijän itse. Muista poiketen palvelutalon asukkaat olivat saaneet valita työntekijän lähes aina.

TAULUKKO 24. Työntekijän valinnan mahdollisuus asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten perusteella (f=610)

| Valinnan mahdollisuus                 | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|---------------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                                       | f         | %     | f             | %     |
| Oli                                   | 59        | 16,2  | 40            | 16,1  |
| En ajatellut koko asiaa               | 77        | 21,3  | 44            | 17,7  |
| Ei, koska oli vain yksi työntekijä    | 153       | 42,3  | 88            | 35,5  |
| Ei, vaikka se olisi ollut mahdollista | 73        | 20,2  | 76            | 30,6  |
| Vastauksia yhteensä                   | 362       | 100,0 | 248           | 100,0 |
| Vastaajia                             | 121       | 52,4  | 110           | 47,6  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista.

### 5.3.2.2 Ajanvaraustoivomuksen huomioiminen

Ajanvaraustoivomuksen huomioimista selvitettiin 449:stä käynnistä. Näistä oli asiakkaiden (n=120) tekemiä 258 ja asiantuntijoiden (n=107) tekemiä 191 käyntiä. Ajanvaraustoivomus oli toteutunut aina noin 36 %:lla kävijöistä. Puolestaan noin 33 %:n kävijän kohdalla toivomusta ei oltu otettu huomioon vaikka niin vastaajien mielestä olisi voitu tehdä. Noin 25 % vastasi, että toivomusta ei oltu voida huomioida palvelujen vähäisyyden vuoksi ja noin 6 % kävijöistä ei ollut esittänyt toivomusta, vaan ottanut tarjotun ajan.

Palvelusektoreittain tarkasteltuna (taulukko 25) useimmin ajanvaraustoivomus huomioitu neuvola-vastaanotoilla. Jopa noin 78 %:n vastaajan ajanvaraustoivomus oli voitu huomioida aina. Sitä vastoin sekä lääkärin- että sairaanhoitovastaanotoilla oli toivomus huomioitu aina vain keskimäärin 28 %:n kohdalla. Kun neuvolavastaanotolla noin 14 % käyneistä oli kokenut, että ajanvaraustoivomusta ei oltu otettu huomioon, vaikka se olisi heidän mielestään voitu tehdä, niin puolestaan näin oli kokenut noin 40 % sairaanhoitovastaanotoilla ja noin 35 % lääkärin vastaanotoilla käyneistä. Palvelujen vähäisyys oli ollut esteenä ajanvaraustoivomuksen toteutumiselle noin 7 %:lla neuvolavastaanotoilla, noin 27 %:lla sairausvastaanotoilla ja noin 35 %:lla lääkärin vastaanotoilla käyneiden mielestä. (Tässä kysymyksessä ei Keskitetty ensiapuvastaanotto ollut mukana, koska kiireellistä hoitoa tarvitsevat henkilöt voivat tulla sinne ilman ajanvarausta, eikä sinne näin ollen ole mahdollista varata aikaa.)

TAULUKKO 25. Ajanvaraustoivomuksen huomioiminen palvelusektoreittain

| Ajanvaraustoivomus<br>huomioitu     | P a l v e l u s e k t o r i t   |       |                                       |       |                                       |       | Yhteensä |       |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|----------|-------|
|                                     | Neuvolavas-<br>taanotto<br>n=73 |       | Sairaanhoido-<br>vastaanotto<br>n=167 |       | Lääkärin vas-<br>vastaanotto<br>n=209 |       | n=449    | %     |
| Aina                                | 57                              | 78,1  | 47                                    | 28,1  | 57                                    | 27,3  | 161      | 35,9  |
| En ole toivonut                     | 1                               | 1,4   | 9                                     | 5,4   | 16                                    | 7,7   | 26       | 5,8   |
| Ei, palveluita vähän                | 5                               | 6,8   | 45                                    | 26,9  | 63                                    | 30,1  | 113      | 25,2  |
| Ei, vaikka olisi<br>voitu huomioida | 10                              | 13,7  | 66                                    | 39,5  | 73                                    | 34,9  | 149      | 33,2  |
| Yhteensä                            | 73                              | 100,0 | 167                                   | 100,0 | 209                                   | 100,0 | 449      | 100,0 |

Huom. Prosentit laskettu vastaajista sektoreittain.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 26) ryhmien välillä oli pieniä eroja; *asiakkaiden* toivomuksia ei oltu huomioitu yhtä usein kuin *asiantuntijoiden* toivomuksia. Noin 35 %:ssa asiakkaiden ja noin 37 %:ssa asiantuntijoiden käyntejä, toivomus oli huomioitu aina, kun puolestaan noin 34 %:ssa asiakkaiden ja 32 %:ssa asiantuntijoiden käyntejä sitä ei oltu huomioitu, vaikka vastaajan mielestä niin olisi voinut tehdä. Noin 7 %:ssä asiakkaiden ja noin 4 %:ssä asiantuntijoiden käyntejä ei oltu esitetty ajanvarustoitomusta, vaan otettu tarjottu aika. Perusryhmävertailussa muista poikkesivat palvelutalon asukkaat ja lääkärit. Heidän ajanvarustoitomuksensa toteutuivat lähes aina.

TAULUKKO 26. Ajanvaraustoivomuksen huomioiminen asiakkaiden ja asiantuntijoiden mukaan (f=449)

| Ajanvaraustoivomus<br>huomioitu  | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|----------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                                  | f         | %     | f             | %     |
| Aina                             | 90        | 34,9  | 71            | 37,1  |
| En ole toivonut                  | 18        | 7,0   | 8             | 4,2   |
| Ei, palveluita rajoitetusti      | 62        | 24,0  | 51            | 26,7  |
| Ei, vaikka olisi voitu huomioida | 88        | 34,1  | 61            | 32,0  |
| Vastauksia yhteensä              | 258       | 100,0 | 191           | 100,0 |
| Vastaajia                        | 120       | 52,9  | 107           | 47,1  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista

### 5.3.2.3 Työntekijöiden omat edut, kokonaisvastuu ja asiakkaiden mielipiteiden huomioonottaminen väittämien mukaan

Asiantuntijakeskeisyyttä selvitettiin väittämillä; **työntekijät ovat töissä vain omien etujensa vuoksi, kukaan ei ota kokonaisvastuuta potilaasta, vaan yksi hoitaa yhden asian ja lähettää toisen luo toisen asian hoitamista varten, sekä työntekijät eivät kuuntele asiakkaiden mielipiteitä, vaan tekevät omia johtopäätöksiään.** Palvelua kutsuttiin asiantuntijakeskeiseksi, mikäli väitteet pitivät paikkansa.

Näihin väittämiin vastasi 233 henkilöä. Vastauksia saatiin 693, asiakkailta (n=121) 359 ja asiantuntijoilta (n=112) 334 vastausta. Näiden perusteella (taulukko 27) palveluja voidaan pitää jossakin määrin asiantuntijakeskeisenä, eli esitetyt väittämät pitivät paikkansa jossakin määrin. Väittämistä vain noin 8 %:ssa pidettiin palveluja täysin ja 12,7 %:ssa huomattavan asiantuntijakeskeisinä. Puolestaan jossakin määrin asiantuntijakeskeisinä niitä pidettiin noin 36 %:ssa, mutta ei ollenkaan asiantuntija-

keskeisinä noin 31 %:ssa väittämiä. Eli noin 21 %:ssa väittämiä palveluja pidettiin täysin tai huomattavan ja puolestaan noin 67 %:ssa jossakin määrin tai ei ollenkaan asiantuntijakeskeisinä.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 27) asiakkaat pitivät palvelua asiantuntijakeskeisempänä kuin asiantuntijat. Noin 26 %:ssa asiakkaiden ja noin 15 %:ssä asiantuntijoiden vastauksia palveluja pidettiin täysin tai huomattavan asiantuntijakeskeisinä, kun puolestaan noin 76 %:ssa asiantuntijoiden, mutta vain 58 %:ssä asiakkaiden vastauksia niitä pidettiin vain jossakin määrin tai ei ollenkaan asiantuntijakeskeisinä. Perusryhmävertailussa (vrt. kuvio 5) opintojaan lopettavien opiskelijoiden vastauksissa pidettiin palveluita eniten asiantuntijakeskeisinä. Seuraavaksi eniten niitä pidettiin asiantuntijakeskeisinä opintojaan aloittavien opiskelijoiden ja terveysasemien asiakkaiden vastauksissa ja näitä ryhmiä vähemmän asiantuntijakeskeisinä hoitohenkilökunnan, valtuutettujen, palvelutalon asukkaiden ja vähiten lääkäreiden vastauksissa.

TAULUKKO 27. Palvelujen asiantuntijakeskeisyys asiakkaiden ja asiantuntijoiden väittämävastausten perusteella (f=693)

| Palvelut ovat asiantuntijakeskeisiä | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|-------------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                                     | f         | %     | f             | %     |
| Täysin                              | 41        | 11,4  | 17            | 5,1   |
| Huomattavan                         | 54        | 15,0  | 34            | 10,2  |
| En osaa sanoa                       | 56        | 15,6  | 28            | 8,4   |
| Jossakin määrin                     | 114       | 31,8  | 137           | 41,0  |
| Ei ollenkaan                        | 94        | 26,2  | 118           | 35,3  |
| Vastauksia yhteensä                 | 359       | 100,0 | 334           | 100,0 |
| Vastaaajia                          | 121       | 51,9  | 112           | 48,1  |

Huom. Taulukkoon on summattu kolme väittämää, joiden perusteella prosentit on laskettu.

Muuttujittain tarkasteltuna (taulukko 28) asiakkaat arvioivat kaikissa muuttujissa palvelun asiakas-keskeisemmäksi kuin asiantuntijat. Kaikista eniten, eli tavallaan kaikista ongelmallisempana, pidettiin paikkansapitävänä väitettä siitä, että *työntekijät eivät ota kokonaisvastuuta asiakkaan hoidosta*, vaan lähettävät eri asioista eri työntekijöiden luokse. Tätä väitettä pidettiin molemmissa ryhmissä, mutta varsinkin asiakkaiden vastauksissa paikkansapitävänä. Asiakkaat asiantuntijoita useammin pitivät paikkansapitävänä myös väitettä siitä, että *työntekijät eivät kuunele asiakasta, vaan tekevät omia johtopäätöksiään* asiakkaan asioissa. Väitettä siitä, että *työntekijät olisivat töissä vain omien etujensa* vuoksi, ei pidetty yhtä paikkansapitävänä kuin edellisiä, varsinkaan asiantuntijoiden piirissä.

TAULUKKO 28. Palvelujen asiantuntijakeskeisyyttä mittaavat muuttujat asiakkaiden ja asiantuntijoiden väittämävastausten mukaan

| Muuttuja  | Asiakkaat |      |           | Asiantuntijat |      |           | Yhteensä |      |           |
|---|-----------|------|-----------|---------------|------|-----------|----------|------|-----------|
|   | n         | ka   | poikkeama | n             | ka   | poikkeama | n        | ka   | poikkeama |
| Työntekijät töissä omien etujen vuoksi                    | 120       | 2,18 | 1,13      | 112           | 1,73 | ,84       | 232      | 1,97 | 1,02      |
| Työntekijät eivät ota kokonaisvastuuta                    | 118       | 3,26 | 1,34      | 111           | 2,65 | 1,32      | 229      | 2,97 | 1,36      |
| Työntekijät eivät kuuntele, tekevät omia johtopäätöksiään | 121       | 2,18 | 1,21      | 111           | 1,88 | 1,00      | 232      | 2,04 | 1,12      |

Alpha = ,5777 Standardisoitu Alpha = ,5898

Huom. Vastausasteikko 1 - 5. Mitä suurempi ka, sitä asiantuntijakeskeisempää palvelua.



### 5.3.3 Asiakaskeskeisesti järjestetyt palvelut

Palvelujen asiakaskeskeisyyttä selvitettiin kysymällä, **oliko vastaanotto/hoidoaikaa ollut riittävästi, ja kuinka palvelualtista henkilökunta oli ollut ja väittämällä; asiakkaalle on riittävästi aikaa, työntekijät puhuvat niin, että asiakkaat ymmärtävät esimerkiksi hoito-ohjeet ja työntekijöille on tärkeämpää asiakkaiden palvelu kuin ”papereiden pyöritteleminen”.**

#### 5.3.3.1 Vastaanottoajan riittäminen

Vastaanottoajan riittävyttä selvitettiin 608:sta käynnistä. Näistä oli asiakkaiden (n=121) tekemiä 365 ja asiantuntijoiden (n=107) tekemiä 245 käyntiä. Näiden mukaan vastaanottoaikaa on keskimääräisesti ottaen sopivasti asioiden hoitamiseen. Riittävästi aikaa oli ollut noin 74 %:n ja liian vähän noin 17 %:n mielestä. Vastaajista noin 9 % ei ollut ajatellut asiaa.

Palvelusektoreittain tarkasteltuna (taulukko 29) aikaa oli eniten neuvola- ja sairaanhoitovastaanotoilla ja vähiten Keskitetyllä ensiapuvastaanotolla. Neuvolavastaanotolla noin 91 %:n ja sairausvastaanotolla noin 85 %:n mielestä aikaa oli ollut riittävästi. Lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanotoilla aikaa oli ollut riittävästi noin 70 %:n ja liian vähän noin 19 %:n mielestä. Keskitetyllä ensiapuvastaanotolla puolestaan aikaa oli ollut riittävästi noin 62 %:n mielestä ja noin 24 % oli sitä mieltä, että aikaa oli ollut niin vähän, että asioita ei oltu saatu hoidettua.

TAULUKKO 29. Ajan riittäminen palvelusektoreittain

| Aikaa ollut                | P a l v e l u s e k t o r i t   |       |                                       |       |                                  |       | Keskitetty ensiapu |       | Yhteensä |       |
|----------------------------|---------------------------------|-------|---------------------------------------|-------|----------------------------------|-------|--------------------|-------|----------|-------|
|                            | Neuvolavas-<br>taanotto<br>n=74 | %     | Sairaanhoito-<br>vastaanotto<br>n=164 | %     | Lääkärin<br>vastaanotto<br>n=209 | %     | n=161              | %     | n=608    | %     |
| Riittävästi                | 67                              | 90,5  | 140                                   | 85,4  | 145                              | 69,4  | 99                 | 61,5  | 451      | 74,2  |
| En ajatellut<br>koko asiaa | 0                               | -     | 9                                     | 5,5   | 24                               | 11,5  | 23                 | 14,3  | 56       | 9,2   |
| Liian vähän                | 7                               | 9,5   | 15                                    | 9,1   | 40                               | 19,1  | 39                 | 24,2  | 101      | 16,6  |
| Yhteensä                   | 74                              | 100,0 | 164                                   | 100,0 | 209                              | 100,0 | 161                | 100,0 | 608      | 100,0 |

Huom. Prosentit laskettu vastaajista sektoreittain.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 30) oli asiantuntijoilla ollut enemmän aikaa asiakkaisiin verrattuna. Noin 76 %:ssa asiantuntijoiden käynneistä ja noin 73 %:ssä asiantuntijoiden käynneistä aikaa oli ollut riittävästi, kun puolestaan noin 20 %:ssa asiakkaiden ja noin 11 %:ssä asiantuntijoiden käynneistä sitä oli ollut liian vähän.

Perusryhmittäin tarkasteltuna mielipiteissä oli pieniä eroja henkilökunnan ja Itäisen alueen asiakkaiden mielipiteissä muihin ryhmiin verrattaessa. Eniten aikaa oli ollut henkilökunnalla ja vähiten Itäisellä alueella eli Kuokkalan ja Huhtasuon asiakkailta.

TAULUKKO 30. Ajan riittäminen asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten perusteella (f=608)

| Aikaa ollut         | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|---------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                     | f         | %     | f             | %     |
| Riittävästi         | 264       | 72,8  | 187           | 76,3  |
| En ajatellut asiaa  | 25        | 6,8   | 31            | 12,7  |
| Liian vähän         | 74        | 20,4  | 27            | 11,0  |
| Vastauksia yhteensä | 363       | 100,0 | 245           | 100,0 |
| Vastaaajia          | 121       | 53,1  | 107           | 46,9  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista.

### 5.3.3.2 Palvelualltius

Palvelualltiutta selvitettiin 612:sta käynnistä. Näistä oli asiakkaiden (n=120) tekemiä 363 ja asiantuntijoiden (n=111) tekemiä 249 käyntiä. Näiden perusteella palvelua voidaan pitää kohtalaisen palvelualltiina. Erittäin palvelualltiina palvelua piti noin 39 %, kohtalaisen palvelualltiina noin 44 %, ei kovin palvelualltiina noin 14 % ja ei ollenkaan palvelualltiina noin 3 % vastaajista, eli noin 83 % piti palvelua erittäin tai kohtalaisen palvelualltiina.

Palvelusektoreittain (taulukko 31) tarkasteltuna palvelu oli ollut palvelualltinta kävijöiden mielestä neuvolavastaanotoilla ja vähiten palvelualltista keskitetyllä ensiapuvastaanotolla. Neuvola- ja sairaanhoitovastaanotoilla palvelu oli ollut erittäin tai kohtalaisen palvelualltista yli 90 %:n mielestä, lääkärin vastaanotoilla noin 80 %:n ja keskitetyllä ensiapuvastaanotolla noin 73 %:n mielestä.

TAULUKKO 31. Palvelualltius palvelusektoreittain

| Kohtelu on palvelualltista | P a l v e l u s e k t o r i t |       |                                  |       |                               |       | Keskitetty ensiapu |       | Yhteensä |       |
|----------------------------|-------------------------------|-------|----------------------------------|-------|-------------------------------|-------|--------------------|-------|----------|-------|
|                            | Neuvolavastaanotto<br>n=76    | %     | Sairaanhoitovastaanotto<br>n=172 | %     | Lääkärin vastaanotto<br>n=209 | %     | n=155              | %     | n=608    | %     |
| Erittäin                   | 59                            | 77,6  | 78                               | 45,3  | 65                            | 31,1  | 38                 | 24,5  | 240      | 39,2  |
| Kohtalaisen                | 14                            | 18,4  | 79                               | 45,9  | 102                           | 48,8  | 75                 | 48,4  | 270      | 44,1  |
| Ei kovin                   | 3                             | 4,0   | 12                               | 7,0   | 38                            | 18,2  | 33                 | 21,3  | 86       | 14,1  |
| Ei ollenkaan               | 0                             | -     | 3                                | 1,8   | 4                             | 1,9   | 9                  | 5,8   | 16       | 2,6   |
| Yhteensä                   | 76                            | 100,0 | 172                              | 100,0 | 209                           | 100,0 | 155                | 100,0 | 612      | 100,0 |

Huom. Prosentit laskettu vastaajista sektoreittain.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 32) asiantuntijat saivat palvelualltiimpaa kohtelua kuin asiakkaat. Erittäin palvelualltista kohtelu oli ollut noin 46 %:ssa asiantuntijoiden ja noin 35 %:ssa asiakkaiden vastauksissa. Kohtalaisen palvelualltiina, kuten myös ei kovin tai ollenkaan palvelualltiina pidettiin palvelua puolestaan useammin asiakkaiden kuin asiantuntijoiden vastauksissa. Perusryhmittäin tarkasteltaessa Huhtasuo ja Keskustan terveysasemien asiakkaiden vastauksissa palvelua pidettiin muihin asiakasryhmiin verrattaessa useammin vain kohtalaisien tai ei kovin palvelualltiina ja henkilökunta sai palvelualltinta palvelua kaikilla palvelusektoreilla muihin verrattuna. Opiskelijoiden vastaukset erosivat kaikista muista ryhmistä. Niiden mukaan palvelu oli vähiten palvelualltista.

TAULUKKO 32. Palvelualttius asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten perusteella (f=612)

| Kohtelu on ollut palvelualtista | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|---------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                                 | f         | %     | f             | %     |
| Erittäin                        | 126       | 34,7  | 114           | 45,8  |
| Kohtalaisen                     | 166       | 45,8  | 104           | 41,8  |
| Ei kovin                        | 59        | 16,2  | 27            | 10,8  |
| Ei ollenkaan                    | 12        | 3,3   | 4             | 1,6   |
| Vastauksia yhteensä             | 363       | 100,0 | 249           | 100,0 |
| Vastaajia                       | 120       | 51,9  | 111           | 48,1  |

Huom. Taulukkoon on summattu vastaukset kaikilta neljältä palvelusektorilta. Prosentit laskettu vastauksista.

### 5.3.3.3 Ajan riittäminen, ymmärrettävästi puhuminen ja asiakkaiden palvelun tärkeys väittämien mukaan

Asiakaskeskeisyyttä kartoitettiin väittämillä; **asiakkaalle on riittävästi aikaa, työntekijät puhuvat niin, että asiakkaat ymmärtävät esimerkiksi hoito-ohjeet ja työntekijöille on tärkeämpää asiakkaiden palvelu kuin ”papereiden pyöritteleminen”**. Palvelua kutsuttiin asiakaskeskeiseksi, mikäli edellä mainitut seikat toteutuivat palvelussa.

Näihin väittämiin vastasi 233 henkilöä ja vastauksia saatiin 693. Näistä oli asiakkaiden (n=121) antamia 360 ja asiantuntijoiden (n=112) antamia 333 vastausta. Näiden perusteella palveluja voidaan pitää kohtalaisen, jopa huomattavan asiakaskeskeisinä, eli väittämät pitivät huomattavasti paikkansa. Palvelut olivat täysin asiakaskeskeisiä noin 20 %:ssa ja huomattavan asiakaskeskeisiä noin 25 %:ssa väittämiä, eli noin 44 %:ssa väittämiä ne olivat asiakaskeskeisiä. Lisäksi niitä pidettiin jossakin määrin asiakaskeskeisinä noin 32 %:ssa, mutta ei lainkaan asiakaskeskeisinä noin 17 %:ssa väittämiä.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 33) ryhmien välillä oli eroja. Kun noin 20 %:ssa asiakkaiden väittämiä palvelut eivät olleet lainkaan asiakaskeskeisinä, niin näin vastattiin noin 13 %:ssa asiantuntijoiden väittämiä. Kuitenkin *asiakkaat* hieman *asiantuntijoita* useammin olivat kokeneet palvelut asiakaskeskeisemmiksi, koska noin 46 %:ssa asiakkaiden, mutta noin 43 %:ssa asiantuntijoiden väittämiä niitä pidettiin huomattavan tai täysin asiakaskeskeisinä. Puolestaan asiantuntijoista noin 37 % mutta asiakkaista noin 27 % piti palveluita jossakin määrin asiakaskeskeisinä. Perusryhmävertailussa (vrt. kuvio 6) palveluja pidettiin kaikista asiakaskeskeisimpinä lääkäreiden vastauksissa. Palvelutalon asukkaiden, hoitohenkilökunnan, valtuutettujen ja Itäisen alueen, eli Kuokkalan ja Huhtasuon asukkaiden vastauksissa ne eivät olleet niin asiakaskeskeisiä kuin lääkäreiden vastauksissa, mutta kuitenkin asiakaskeskeisempiä kuin muiden terveysasemien asiakkaiden ja opintojaan aloittelevien opiskelijoiden vastauksissa. Vähiten asiakaskeskeisiä palveluja pidettiin opintojaan lopettelevien opiskelijoiden vastauksissa.

TAULUKKO 33. Palvelujen asiakaskeskeisyys asiakkaiden ja asiantuntijoiden väittämien perusteella (f=693)

| Palvelut ovat asiakaskeskeisiä | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|--------------------------------|-----------|-------|---------------|-------|
|                                | f         | %     | f             | %     |
| Eivät lainkaan                 | 72        | 20,0  | 44            | 13,2  |
| Jossakin määrin                | 96        | 26,7  | 124           | 37,3  |
| En osaa sanoa                  | 27        | 7,5   | 23            | 6,9   |
| Huomattavan                    | 93        | 25,8  | 77            | 23,1  |
| Täysin                         | 72        | 20,0  | 65            | 19,5  |
| Vastauksia yhteensä            | 360       | 100,0 | 333           | 100,0 |
| Vastaajia                      | 121       | 51,9  | 112           | 48,1  |

Huom. Taulukkoon on summattu kolme väittämää, joiden perusteella prosentit on laskettu.

Muuttujittain tarkasteltuna (taulukko 34) asiakaskeskeisyys toteutui parhaiten molempien ryhmien mielestä väittämässä, että *henkilökunta puhuu ymmärrettävästi*. Mielipiteet erosivat hieman siinä, että asiakkaat asiantuntijoita useammin pitivät paikkansapitävänä väitettä, jonka mukaan *asiakkaalle on terveyskeskuksessa riittävästi aikaa*. Puolestaan asiantuntijat asiakkaita useammin pitivät paikkansapitävänä väitettä, että *työntekijät pitävät asiakkaan palvelua tärkeämpänä kuin ”paperitöitä”*.

TAULUKKO 34. Palvelujen asiakaskeskeisyyttä mittaavat muuttujat asiakas - asiantuntija-vertailussa

| Muuttuja                 | Asiakkaat |      |           | Asiantuntijat |      |           | Yhteensä |      |           |
|--------------------------|-----------|------|-----------|---------------|------|-----------|----------|------|-----------|
|                          | n         | ka   | poikkeama | n             | ka   | poikkeama | n        | ka   | poikkeama |
| Aikaa riittävästi        | 119       | 2,61 | 1,50      | 111           | 2,51 | 1,39      | 230      | 2,57 | 1,45      |
| Puhutaan ymmärrettävästi | 120       | 3,35 | 1,45      | 111           | 3,34 | 1,30      | 231      | 3,35 | 1,38      |
| Palvelu tärkeää          | 121       | 3,01 | 1,34      | 111           | 3,10 | 1,33      | 232      | 3,05 | 1,34      |

Alpha = ,4365 Standardisoitu Alpha = ,4388

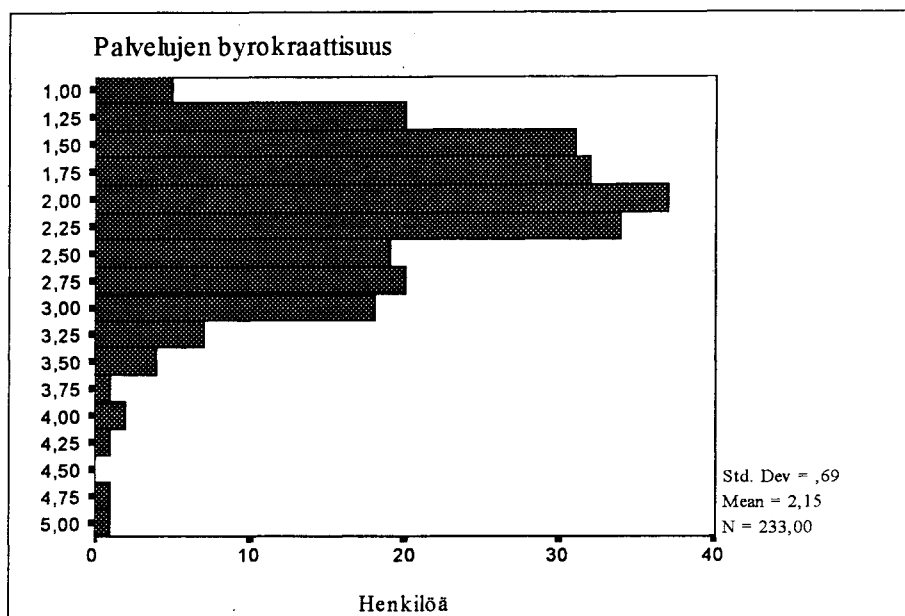
Huom. Vastausasteikko 1 - 5. Mitä suurempi ka. sitä asiakaskeskeisempää palvelua.

### 5.3.4 Ovatko palvelut byrokraatia-, asiantuntija- vai asiakaskeskeisiä?

Yhteenvetoa ja kuvioita varten käyntikokemuksia selvittävistä vastauksista jätettiin pois ”en ole käyttänyt palveluita” vaihtoehdot, vastaukset koodattiin viiteen luokkaan ja laskettiin keskiarvot yhdessä väittämien kanssa.

Tulosten mukaan palvelut ovat jossakin määrin byrokraattisia. Käyntikokemuksita ja väittämistä saatu keskiarvo byrokraattisuudesta oli 2,15 (kuvio 1). Byrokraattisuuteen liitetty käsitys asiakkaiden juoksuttamisesta luukulta luukulle, ei tässä kyselyssä vahvistunut, koska vain noin 9 %:ssä käyntejä asioita oli jouduttu selittämään tulotilanteessa kolmelle tai useammalle henkilölle. Noin 44 %:ssä käyntejä oli asiat selitetty kahdelle työntekijälle. Byrokraattisesta juoksuttamisesta ei tässä tilanteessa varsinaisesti voida puhua. Koska palvelusektorit toimivat erityyppisten ongelmien ratkaisemiseksi, eriasteista, moniammatillista neuvontaa ja hoitoa antaen, joudutaan asioita käsittelemään sektorista riippuen eri tavalla, usein kahdessa vaiheessa. Neuvolavastaanotoille tultaessa asiat selitetään yleensä samalle henkilölle, joka huolehtii myös hoitamisesta. Puolestaan sairaanhoitovastaanotoilla, mutta varsinkin lääkärin vastaanotoilla, ilmoittautumisen ja asiakkaan hoitamisen suorittavat eri ammattiryhmiin kuuluvat työntekijät asiakkaan hoidon tarpeiden mukaan. Tämän vuoksi asioitakin joudutaan selittämään ainakin kahdelle henkilölle.

Käsitys palvelujen joustamattomuudesta sai tässä tutkimuksessa vahvistusta noin viidennekseltä vastaajia. Palveluahan pidettiin melko tai erittäin hankalana noin 18 %:ssa ja puolestaan joustavana tai ei joustavana mutta ei hankalana noin 80 %:ssa käyntejä. Myöskin väittämien perusteella palveluja voidaan pitää jonkin verran byrokraattisina. Väittämien perusteellahan palveluja pidettiin täysin tai huomattavan byrokraattisena noin 21 %:ssa, jossakin määrin byrokraattisina noin 48 %:ssä, mutta puolestaan ei ollenkaan byrokraattisina noin 24 %:ssa vastauksia.

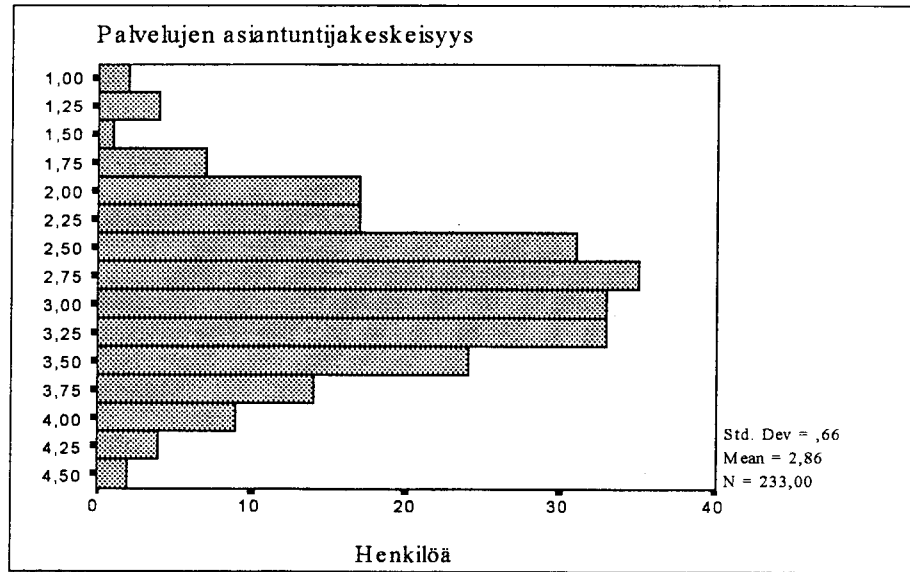


KUVIO 1. Palvelujen byrokraattisuus käyntikokemusten ja mielipideväittämien perusteella

Tulosten mukaan palvelut ovat myös jossakin määrin asiantuntijakeskeisiä. Käyntikokemuksista ja väittämistä saatu keskiarvo oli 2,86 (kuvio 2). Asiantuntijakeskeisyys näkyi selvästi vastauksissa, jotka käsittelivät *työntekijän valinnan mahdollisuutta*. Vain noin 16 %:ssa käynntejä oli työntekijä voitu valita. Tosin johtopäätösten tekoa heikensi se, että toimipisteissä työskenteli vain yksi työntekijä. Noin 40 %:ssa käynntejä tutkittavat eivät olleet voineet valita työntekijää juuri sen vuoksi. Kuitenkin noin 24 %:ssa käynntejä oltiin sitä mieltä, että valinta olisi kyllä ollut mahdollista, mutta se ei jostakin syystä ollut toteutunut. Valinnanmahdollisuutta ei oltu ajateltu noin 20 %:ssa käynntejä, koska tärkeintä oli ollut vain vaivan hoitaminen. Näin vastanneet luultavasti luottavat palvelun laatuun, eivätkä sen vuoksi pidä työntekijän valintaa kovin tärkeänä. Tämä arviointi vähensi asiantuntijakeskeisyyttä.

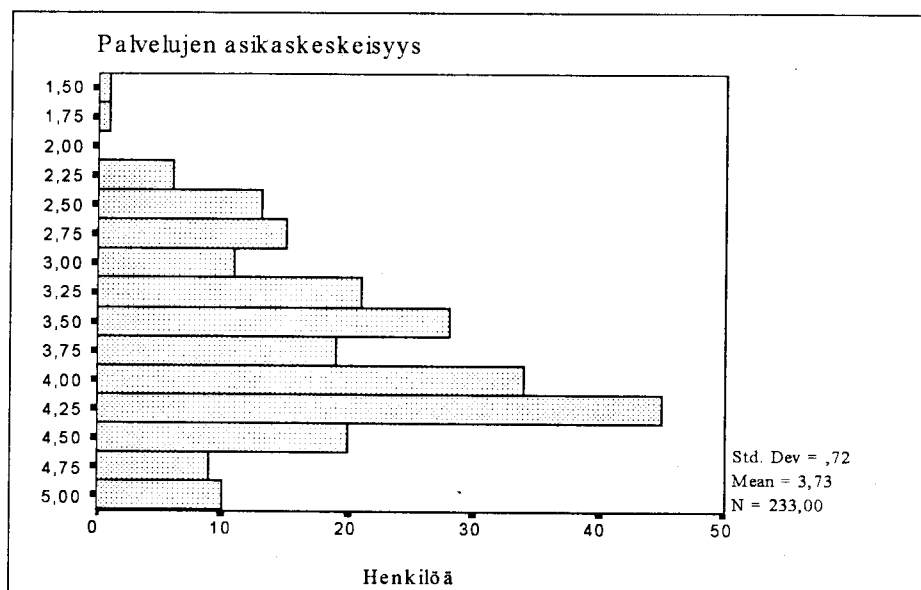
*Ajanvaraustoivomusten* huomioonottamisen perusteella palveluja voidaan pitää huomattavan asiantuntijakeskeisinä, koska noin 33 %:ssa käynntejä toivomusta ei oltu otettu huomioon, vaikka niin olisi vastaajan mielestä voitu tehdä. Vain noin 36 %:ssa käynntejä toivomus oli huomioitu aina. Tässäkin palvelujen vähäisyys, jota noin 25 %:ssa käynneistä pidettiin syynä siihen, että toivomusta ei oltu voida huomioida, hankaloitti johtopäätösten tekoa. Myös *väittämät* tukevat käsitystä siitä, että palvelut ovat jossakin määrin asiantuntijakeskeisiä. Väittämien perusteellahan palveluja pidettiin täysin tai huomattavan asiantuntijakeskeisinä yhteensä noin 21 %:ssa ja jossakin määrin asiantuntijakeskeisinä noin 36 %:ssa vastauksia.

Asiantuntijakeskeisyys tuli esille myös palvelujen järjestämistä koskevissa kysymyksissä, muun muassa työntekijän valintaa väestövastuisessa terveydenhuollossa sekä palvelujen järjestämisen ajankohtaa koskevissa kysymyksissä. Asiantuntijakeskeisyyttä kuvasti esimerkiksi myös se seikka, että kaikki asiakasryhmät ja opintojaan aloittaneet opiskelijat eli nekin, joilla ei ollut lapsia, pitivät tärkeänä lasten erillisen vastaanoton järjestämistä ensiapuvastaanoton ruuhkien välttämiseksi. Hoitohenkilökunta ja lääkärit eivät tämän tutkimuksen mukaan olleet lainkaan tätä mieltä. Vain 15 %:ssa henkilökunnan vastauksia olisi toimittu näin.



KUVIO 2. Palvelujen asiantuntijakeskeisyys käyntikokemusten ja mielipideväittämien perusteella

Tulosten perusteella terveyskeskuspalvelut ovat tutkimuksessa mukana olleiden jyvaskylälaisten mielestä huomattavan asiakaskeskeisiä. Käyntikokemuksista ja väittämistä saatu keskiarvo oli 3,73 (kuvio 3). *Ajan riittävydestä ja palvelualltiudesta* saadut vastaukset tukevat käsitystä siitä, että voidaan puhua huomattavan asiakaskeskeisistä palveluista. Olihan *aikaa asioiden hoitamiseen* ollut riittävästi noin 74 %:ssä käyntejä ja palvelua pidettiin erittäin tai kohtalaisen *palvelualltiina* noin 83 %:ssa käyntejä. Puolestaan *väittämien* perusteella palveluja voidaan pitää vain kohtalaisen asiakaskeskeisinä, koska vain noin 44 %:ssä väittämiä niitä pidettiin täysin tai huomattavan asiakaskeskeisinä, mutta puolestaan jossakin määrin asiakaskeskeisinä noin 37 %:ssa vastauksia.



KUVIO 3. Palvelujen asiakaskeskeisyys käyntikokemusten ja mielipideväittämien mukaan

**Yhteenvetona** voidaan sanoa, että käyntikokemuksista ja väittämistä saatujen tulosten perusteella palvelut on järjestetty huomattavan asiakaskeskeisesti, vaikkakin asiantuntijakeskeisyyden ja byrokraattisuuden negatiivisia piirteitä tulee jonkin verran esille. Asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastauksia verrattaessa (taulukko 35) näkyy se, että asiakkaat pitävät palveluja *byrokraattisempina* ja *asiantuntijakeskeisimpinä* kuin asiantuntijat. *Asiakaskeskeisyysarvioissa* näiden kahden ryhmän tulosten välillä ei ollut juuri eroja. Perusrühmävertailu tuo niitä kuitenkin esille.

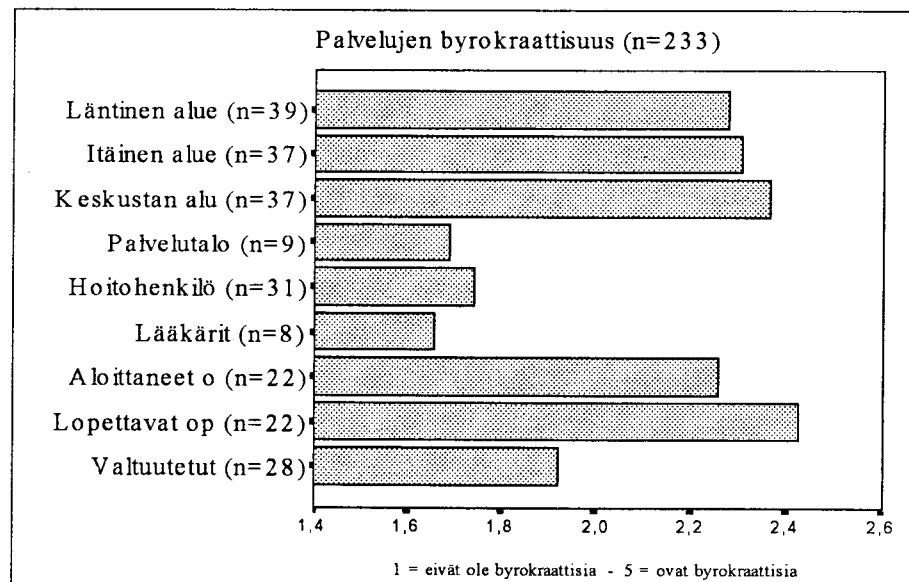
TAULUKKO 35. Palvelujen byrokraatia, asiantuntija- ja asiakaskeskeisyys

|                         | Asiakkaat |      |           | Asiantuntijat |      |           | Yhteensä |      |           |
|-------------------------|-----------|------|-----------|---------------|------|-----------|----------|------|-----------|
|                         | n         | ka   | poikkeama | n             | ka   | poikkeama | n        | ka   | poikkeama |
| Byrokraattisuus         | 122       | 2,27 | ,70       | 111           | 2,02 | ,65       | 233      | 2,15 | ,69       |
| Asiantuntija-keskeisyys | 121       | 2,97 | ,64       | 112           | 2,75 | ,66       | 233      | 2,86 | ,66       |
| Asiakaskeskeisyys       | 121       | 3,74 | ,69       | 112           | 3,73 | ,76       | 232      | 3,73 | ,72       |

Alpha = ,7220 Standardisoitu Alpha = ,6505

Huom. Vastausasteikko 1 - 5. Mitä suurempi ka. sitä byrokraattisempaa, asiantuntija- tai asiakaskeskeisempää palvelua.

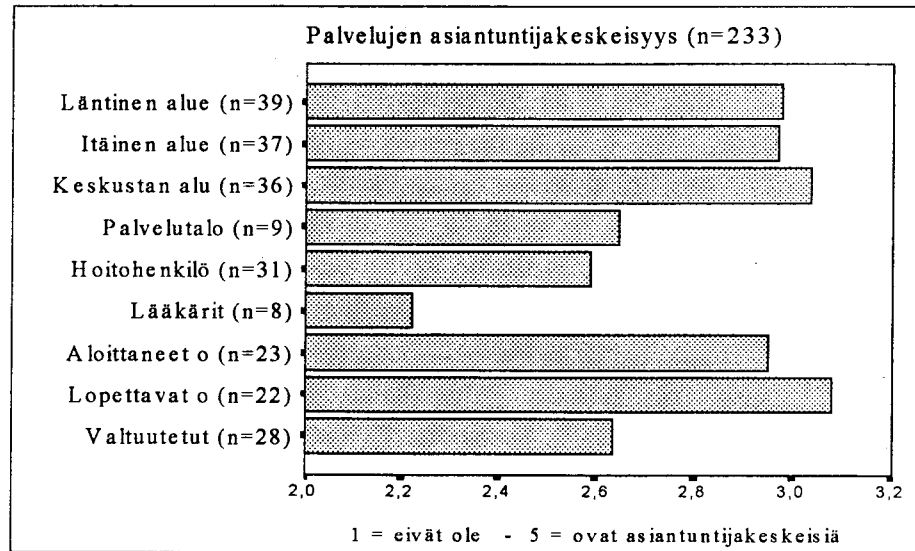
Perusrühmävertailussa (kuviot 4; 7) kaikista *byrokraattisempina* palveluja pidettiin opintojaan lopettavien opiskelijoiden ja Keskustan alueen terveysaseman asiakkaiden vastauksissa. Vähemmän byrokraattisena niitä pidettiin opintojaan aloittavien, muiden alueiden terveysasemien asiakkaiden vastauksissa. Näitä ryhmiä vähemmän byrokraattisina palvelut olivat valtuutettujen ja vähiten, eli ei ollenkaan tai jossakin määrin byrokraattisina hoitohenkilökunnan, palvelutalon asukkaiden ja lääkäreiden vastauksissa.



KUVIO 4. Byrokraattisuus käyntien ja mielipideväittämien perusteella perusrühmittäin.

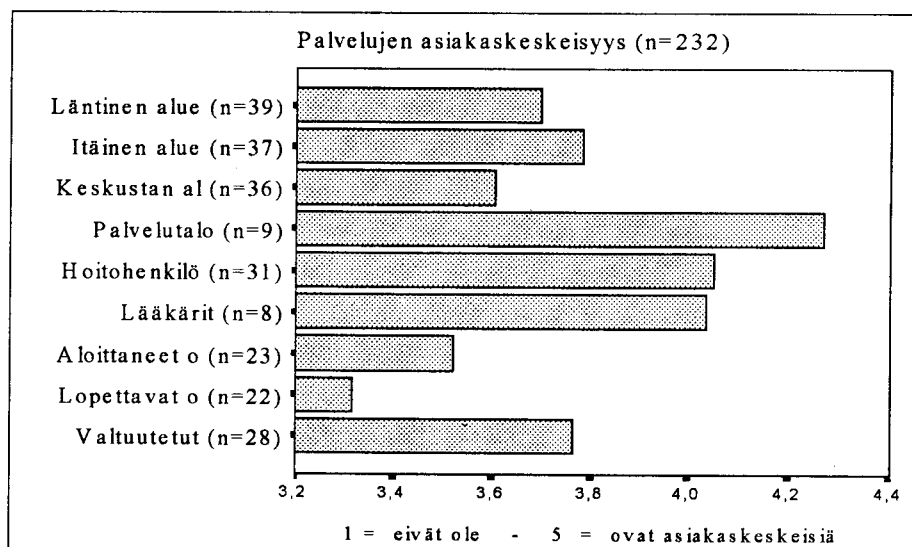
Perusrühmävertailussa myös *asiantuntijakeskeisyyttä* (kuviot 5; 7) arvioitiin kriittisimmin opintojaan lopettavien opiskelijoiden ja Keskustan terveysaseman asiakkaiden ja lähes yhtä kriittisesti muidenkin

terveysasemien asiakkaiden ja opintojaan aloittavien opiskelijoiden vastauksissa, eli näiden ryhmien käyntikokemusten ja mielipiteiden mukaan palvelut olivat eniten asiantuntijakeskeisiä. Keskimääräisen asiantuntijakeskeisinä palveluja pidettiin puolestaan palvelutalon asukkaiden, hoitohenkilökunnan ja valtuutettujen ja vähiten asiantuntijakeskeisinä lääkäreiden vastauksissa.



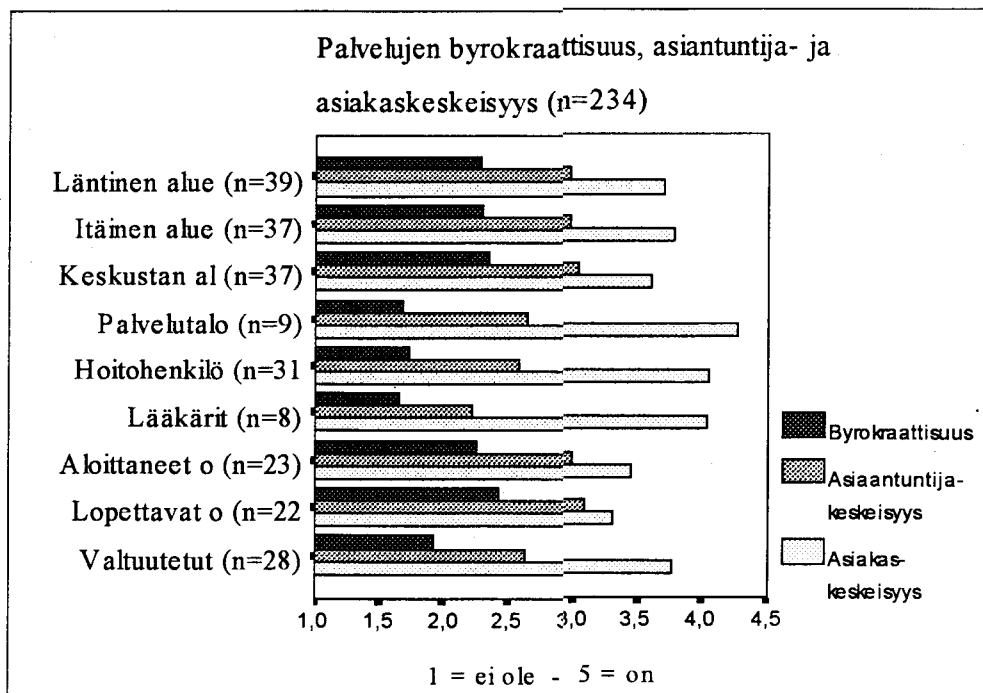
KUVIO 5. Asiantuntijakeskeisyys käyntien ja mielipideväittämiä perusteella perusryhmittäin

Perusryhmävertailussa kaikista positiivisimmin arvioitiin palveluita, eli pidettiin kaikista *asiakaskeskeisimpinä* (kuviot 6; 7) palvelutalon asukkaiden, hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden vastauksissa, kohtalaisen asiakaskeskeisinä valtuutettujen, terveysasemien asiakkaiden ja opiskelujaan aloittaneiden opiskelijoiden ja vähiten asiakaskeskeisinä opintojaan lopettavien opiskelijoiden vastauksissa.



KUVIO 6. Asiakaskeskeisyys käyntien ja mielipideväittämiä perusteella perusryhmittäin.





KUVIO 7. Terveysthuolto-organisaatioiden byrokratia-, asiantuntija ja asiakaskeskeisyys tutkimukseen osallistuneiden, vastaanotoilla käyneiden henkilöiden mielestä Jyväskylässä

## 5.4 Hyvinvointipalvelujen arvopohja

Hyvinvointipalvelujen arvopohjaa selvitettiin konservatiivisia, liberalistisia ja sosiaalidemokraattisia arvoja kuvaavilla väitteillä. Väitteistä jätettiin pois heikoimmat reliabiliteetti-arvon saaneet ja jokaista arvoa jäi kuvaamaan kolme väitettä. Nämä yhdistettiin samaksi muuttujaksi taulukoiden ja kuvioiden tekovaiheessa. Vastausasteikko oli 1 - 5. Väittämiin vastasi 259 henkilöä, 123 asiakasta ja 136 asiantuntijaa. Tämän lisäksi arvopohjaa tarkasteltiin maksullisuutta ja palvelujen järjestämistapaa koskevilla mielipidekysymyksillä (ks. taulukot 11, 12, 15 ja 16).

### 5.4.1 Konservatiiviset arvot

Koska konservatiivisiä arvoja ovat *perheeseen ja sen kiinteyteen liittyvät arvot*, väitettiin, että *lasten, vanhuksien ja sairaiden hoitaminen kuuluu perheelle; nykyiset palvelut tunkeutuvat liiaksi ihmisten yksityiselämään ja että yhteiskunnan kustantamaa hoitoa saa vain silloin, kun on todellinen tarve*. Mikäli väittämät pitivät paikkansa, kutsuttiin arvopohjaa *konservatiiviseksi*.

Vastauksia saatiin 773. Niiden perusteella vastaajien mielipiteiden arvopohja ei ole kovin konservatiivinen, koska väittämät eivät pitäneet lainkaan tai vain jossakin määrin paikkaansa keskimäärin 72 %:ssa ja pitivät paikkansa huomattavasti tai täysin keskimäärin 17 %:ssä väittämiä.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 36) ei suuria eroja ryhmien välillä ollut, eli konservatiivisille arvoille rakentuvia palveluja ei kannatettu kummankaan ryhmän vastauksissa. Tosin asiantuntijat hieman useammin kuin asiakkaat valitsivat konservatiivista ideologiaa kuvastavan vastausvaihtoeh-

don, koska keskimäärin 78 %:ssa asiantuntijoiden mutta noin 70 %:ssa asiakkaiden vastauksia, väittämät eivät pitäneet lainkaan tai pitivät vain jossakin määrin paikkaansa. Perusröymävertailussa (kuvio 8) eniten konservatiivisista ideologiaa kannatettiin eniten palvelutalon asukkaiden vastauksissa. Henkilökunnan ja valtuutettujen mielipiteet olivat väittämien valossa hieman enemmän konservatiivisia kuin asiakkaiden ja opintojaan aloittelevien opiskelijoiden mielipiteet. Vähiten konservatiivisia arvoja kannattivat opintojaan lopettavat opiskelijat.

TAULUKKO 36. Konservatiivisuus asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten mukaan (f=733)

| Palvelujen tulee perustua konservatiivisille arvoille | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|---|-----------|-------|---------------|-------|
|   | f         | %     | f             | %     |
| Ei pidä paikkaansa                                    | 131       | 35,8  | 133           | 36,7  |
| Pitää paikkansa jossakin määrin                       | 126       | 34,4  | 169           | 41,5  |
| En osaa sanoa   | 45        | 12,3  | 37            | 9,1   |
| Pitää huomattavasti paikkansa                         | 35        | 9,6   | 48            | 11,8  |
| Pitää täysin paikkansa                                | 29        | 7,9   | 20            | 4,9   |
| Vastauksia  | 366       | 100,0 | 407           | 100,0 |
| Vastaajia   | 123       | 47,5  | 136           | 52,5  |

Huom. Taulukkoon on summattu kolme väittämää, joiden perusteella prosentit on laskettu.

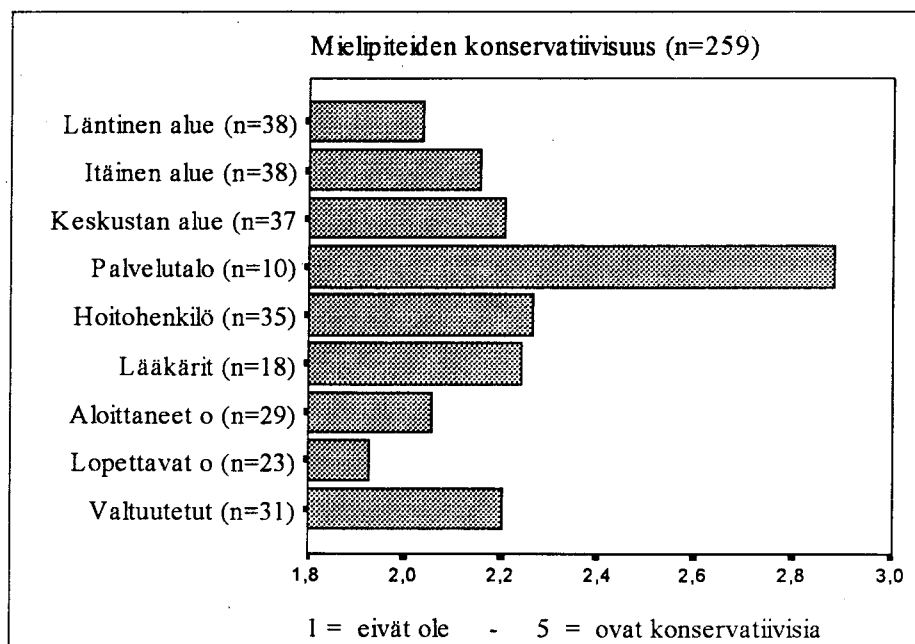
Muuttujittain (taulukko 37) tarkasteltaessa konservatiivista ideologiaa tukevaa käsitystä siitä, että yhteiskunnan järjestämää hoitoa saisi vain todelliseen tarpeeseen, pidettiin eniten paikkansapitävänä. Tätä kannatettiin *asiakkaiden* vastauksissa vielä useammin kuin *asiantuntijoiden* vastauksissa. *Asiantuntijat* puolestaan hieman *asiakkaita* useammin pitivät paikkansapitävänä väitettä siitä, että ensisijainen lasten, vanhusten ja sairaiden hoivan ja huolen antaja on koti ja perhe. Konservatiivisen ideologian mukaista antikollektivistista, negatiivista vapauskäsitettä (vapaus on vapautta jostakin, yksilöllisten pyrkimysten toteuttamista ilman ulkoista valvontaa, joksi voidaan käsittää palvelujen kattavuus vauvasta vaariin) tukevaa väitettä siitä, että palvelut tunkeutuva liiaksi ihmisten yksityiselämään, pidettiin vähien paikkansapitävänä ja asiantuntijat pitivät sitä asiakkaisiin verrattaessa vähemmän paikkansapitävänä väitteenä.

TAULUKKO 37. Mielipiteiden konservatiivisuutta mittaavat muuttujat asiakas - asiantuntijavertailussa

| Muuttuja  | Asiakkaat |      |           | Asiantuntijat |      |           | Yhteensä |      |           |
|---|-----------|------|-----------|---------------|------|-----------|----------|------|-----------|
|   | n         | ka   | poikkeama | n             | ka   | poikkeama | n        | ka   | poikkeama |
| Lasten, vanhusten sairaiden hoiva perheellä         | 123       | 1,99 | 1,03      | 135           | 2,11 | ,99       | 258      | 2,05 | 1,01      |
| Palvelut tunkeutuvat liiaksi yksityiselämään        | 122       | 1,95 | 1,21      | 136           | 1,79 | 1,05      | 258      | 1,86 | 1,13      |
| Yhteiskunnan kustantamaa hoitoa vain tositarpeeseen | 121       | 2,64 | 1,35      | 136           | 2,54 | 1,26      | 257      | 2,59 | 1,30      |

Alpha = ,3957 Standardisoitu Alpha = ,4105

Huom. Vastausasteikko 1 - 5. Mitä suurempi ka. sitä konservatiivisempi mielipide.



KUVIO 8. Tutkimuksen osallistuneiden mielipiteiden konservatiivisuus

#### 5.4.2 Liberalistiset arvot

Liberalistisia arvoja ovat *vapauteen* ja *yrittäjyyteen* liittyvät arvot. Siinä, missä konservatiivisessa ideologiassa korostetaan perinteisiä moraalisia arvoperusteita ja halua elvyttää muun muassa perheen velvollisuuksia huolen ja hoivan antajana niin liberalismissa ja varsinkin uusliberalismissa korostetaan näiden tehtävien hoitamista markkinaorientoituneesti. Näitä arvoja selvitettiin väittämällä, että *vain markkinoita elvyttämällä saadaan sellainen talouskasvu, millä turvataan nykyiset palvelut; nykyiset palvelut tekevät ihmiset niin avuttomiksi, että he eivät selviä ongelmistaan ilman ammattiauttajaa ja että jokaisen kuuluu vastata terveydentilansa ja sairautensa hoitokustannuksista*. Mikäli väitteet pitivät paikkansa, kutsuttiin arvopohjaa *liberalistiseksi*.

Vastauksia saatiin 776. Niiden perusteella vastaajien mielipiteiden arvopohjaa ei voida pitää liberalistisena, koska väittämät eivät pitäneet lainkaan tai vain jossakin määrin paikkansa noin 63 %:ssa ja pitivät huomattavasti tai täysin paikkansa noin 22 %:ssa väittämiä.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 38) *asiantuntijat* kannattivat jossakin määrin *asiakkaita* enemmän liberalistiselle arvopohjalle rakentuvia palveluja, vaikkakaan niitä ei kummassakaan ryhmässä suuremmalti kannatettu. Asiantuntijoiden noin 23 %:ssa mutta asiakkaiden noin 20 %:ssa vastauksia, liberalistisia väitteitä pidettiin huomattavan tai täysin paikkansa pitävinä. Molempien ryhmien vastauksissa, noin 63 %:ssa väittämiä, niitä ei puolestaan pidetty lainkaan tai vain jossakin määrin paikkansapitävinä.

Perusryhmävertailussa (kuvio 9) kaikista liberalistisimpia mielipiteissään olivat vastausten perusteella hoitohenkilökunnan edustajat. Liberalismin arvoille perustuvia palveluja kannatettiin jonkin verran *asiantuntijoista* lääkäreiden ja opintojaan lopettelevien opiskelijoiden ja *asiakkaista* palvelu-

talon asukkaiden ja Keskustan terveysaseman asiakkaiden vastauksissa. Vähiten näille arvoille rakentuvia palveluja kannatettiin Itäisen alueen asiakkaiden ja valtuutettujen vastauksissa.

TAULUKKO 38. Liberalistisuus asiakkaiden ja asiantuntijoiden väittämien mukaan (f=776)

| Palvelujen tulee perustua liberalistisille arvoille | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|---|-----------|-------|---------------|-------|
|   | f         | %     | f             | %     |
| Ei pidä paikkaansa                                  | 102       | 27,6  | 84            | 20,6  |
| Pitää paikkansa jossakin määrin                     | 129       | 35,1  | 172           | 42,3  |
| En osaa sanoa                                       | 65        | 17,6  | 56            | 13,8  |
| Pitää huomattavasti paikkansa                       | 40        | 10,8  | 61            | 15,0  |
| Pitää täysin paikkansa                              | 33        | 8,9   | 34            | 8,4   |
| Vastauksia  | 369       | 100,0 | 407           | 100,0 |
| Vastaajia   | 123       | 47,5  | 136           | 52,5  |

Huom. Taulukkoon on summattu kolme väittämää, joiden perusteella prosentit on laskettu.

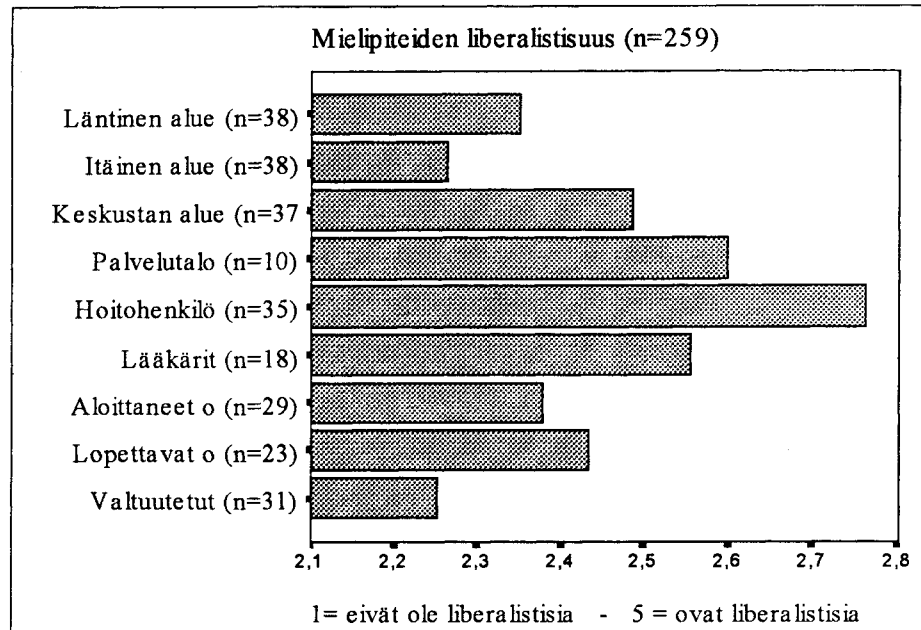
Muuttujittain (taulukko 39) tarkasteltuna kaikissa väittämässä tuli esille asiantuntijoiden mielipiteiden voimakkaampi liberalistisuus asiakkaisiin verrattaessa. Väitettä siitä, että talouskasvulla, minkä mahtiin liberalistisuus negatiivisine vapauskäsitteineen usko, saadaan pidettyä yllä palvelut jatkossakin, pidettiin eniten paikkansapitävänä. *Asiantuntijat asiakkaista* useammin kannattivat tätä väitettä. Toiseksi eniten pidettiin paikkansapitävänä väitettä siitä, että palvelut lisäävät uusavuttomuutta. Tässä väittämässä oli suurimmat erot asiakkaiden ja asiantuntijoiden vastausten välillä; *asiantuntijat asiakkaita* useammin pitivät tätä väitettä paikkansapitävänä. Vähiten kannatettiin väittämää siitä, että jokaisen tulisi vastata terveydentilansa ja sairauksiensa hoitokustannuksista ja asiakkaat pitivät tätä väittämää vielä vähemmän paikkansapitävänä kuin asiantuntijat.

TAULUKKO 39. Mielipiteiden liberalistisuutta mittaavat muuttujat asiakas - asiantuntijavertailussa

| Muuttuja                                     | Asiakkaat |      |           | Asiantuntijat |      |           | Yhteensä |      |           |
|--|-----------|------|-----------|---------------|------|-----------|----------|------|-----------|
|  | n         | ka   | poikkeama | n             | ka   | poikkeama | n        | ka   | poikkeama |
| Talouskasvulla nykyiset palvelut jatkossakin | 123       | 3,01 | 1,26      | 135           | 3,08 | 1,22      | 258      | 3,05 | 1,24      |
| Nykyiset palvelut lisäävät uusavuttomuutta   | 123       | 2,33 | 1,14      | 136           | 2,49 | 1,22      | 259      | 2,41 | 1,18      |
| Jokaisen vastattava hoitokustannuksista      | 123       | 1,81 | 1,03      | 136           | 1,88 | ,86       | 259      | 1,85 | ,94       |

Alpha = ,3957 Standardisoitu Alpha = ,4105

Huom. Vastausasteikko 1 - 5. Mitä suurempi ka. sitä liberalistisempät mielipiteet



KUVIO 9. Tutkimukseen osallistuneiden mielipiteiden liberalistisuus

#### 5.4.3 Sosiaalidemokraattiset arvot

Sosiaalidemokraattiset arvot liittyvät *solidaarisuuteen* ja *tasa-arvoon* ja pohjautuvat positiiviseen vapauskäsitteeseen, jonka mukaan vapaus on oikeutta esimerkiksi palveluihin. Hyvinvointivaltion palvelut pohjautuvat pitkälti näille arvoille. Tutkittavien arvopohjaa selvitettiin maksullisuutta koskevilla kysymyksillä sekä väittämällä, että *palvelut tulee järjestää kaikille samalla tavalla varallisuuden katsomatta; palvelut kuuluvat kaikille kansalaisoikeuksina ja yhteiskunnan järjestämiä palveluja tulee olla niin paljon, että kaikki pääsevät niiden piiriin*. Mikäli väitteet pitivät paikkansa, kutsuttiin arvopohjaa *sosiaalidemokraattiseksi*.

Vastauksia saatiin 776. Niiden perusteella vastaajien arvopohjaa voidaan pitää sosiaalidemokraattisena, koska väittämät pitivät täysin tai huomattavasti paikkansa 70 %:ssä mutta vain jossakin määrin tai ei lainkaan paikkaansa 26,8 %:ssa vastauksessa.

Asiakas - asiantuntijavertailussa (taulukko 40) ei ryhmien välillä juuri ollut eroja, eli molempien ryhmien väittämässä kannatettiin sosiaalidemokraattisen ideologian arvoille rakentuvia, hyvinvointivaltiomallin mukaisia terveyspalveluja. Näitä arvoja kannatettiin eniten ja yksimielisimmin sekä vastauksissa ryhmien sisällä että muihin mukana olleisiin ideologioihin verrattaessa. Perusryhmävertailussa (kuvio 10) sosiaalidemokraattisille arvoille perustuvia palveluja kannatettiin eniten opintonsa aloittaneiden opiskelijoiden, lääkäreiden sekä Läntisen alueen asiakkaiden ja hieman vähemmän opintojaan lopettavien opiskelijoiden ja muiden alueiden asiakkaiden vastauksissa. Edellisiä ryhmiä selvästi vähemmän niitä kannatettiin valtuutettujen sekä hoitohenkilökunnan ja kaikista vähiten palvelutalon asukkaiden vastauksissa.

TAULUKKO 40. Sosiaalidemokraattisuus asiakkaiden ja asiantuntijoiden väittämien mukaan (f=776)

| Palvelujen tulee perustua sosiaalidemokraattisille arvoille | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       |
|---|-----------|-------|---------------|-------|
|   | f         | %     | f             | %     |
| Ei pidä paikkaansa  | 36        | 9,8   | 30            | 7,4   |
| Pitää paikkansa jossakin määrin                             | 59        | 16,0  | 83            | 20,4  |
| En osaa sanoa   | 15        | 4,1   | 10            | 2,5   |
| Pitää huomattavasti paikkansa                               | 53        | 14,4  | 64            | 15,7  |
| Pitää täysin paikkansa                                      | 206       | 55,8  | 220           | 54,1  |
| Vastauksia  | 369       | 100,0 | 407           | 100,0 |
| Vastaajia   | 123       | 47,5  | 136           | 52,5  |

Huom. Taulukkoon on summattu kolme väittämää, joiden perusteella prosentit on laskettu.

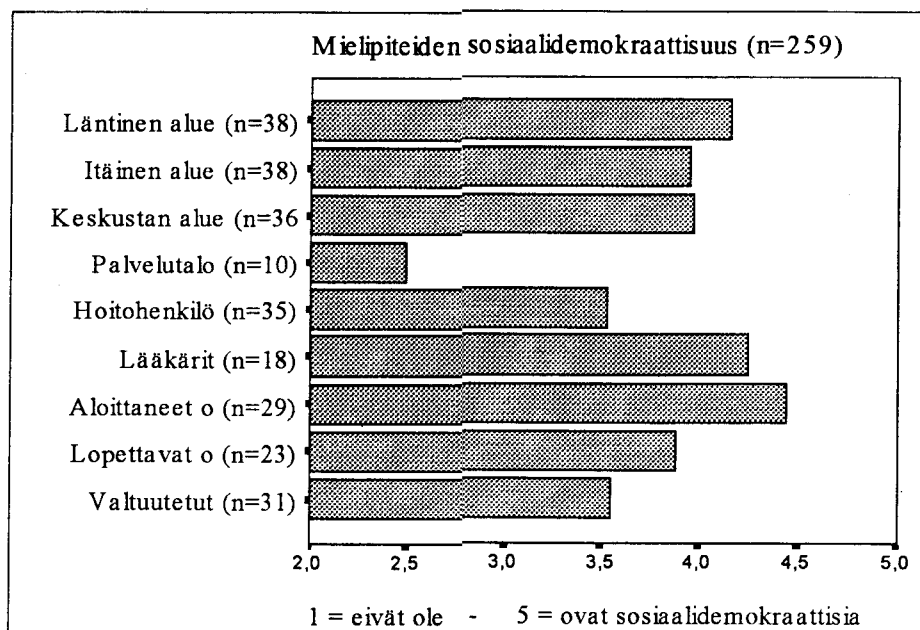
Muuttujittain (taulukko 41) tarkasteltuna pidettiin eniten paikkansapitävänä sosiaalidemokratian ydintä kuvaavaa väittämää siitä, että terveyspalvelut kuuluvat kaikille kansalaisoikeuksina. Asiakas-asiantuntijavertailussa *asiakkaat asiantuntijoita* useammin pitivät tätä väitettä paikkansapitävänä, kuten kannattivat myös asiantuntijoita useammin väittämää siitä, että yhteiskunnan tulee järjestää palveluja sen verran, että jokainen pääsee niiden piiriin. *Asiantuntijat* puolestaan *asiakkaita* useammin pitivät paikkansapitävänä väitettä siitä, että palvelut tulee taata kaikille samalla tavalla varallisuuteen katsomatta.

TAULUKKO 41. Mielenpitojen sosiaalidemokraattisuutta mittaavat muuttujat asiakas - asiantuntijavertailussa

| Muuttuja                                    | Asiakkaat |      |           | Asiantuntijat |      |           | Yhteensä |      |           |
|---|-----------|------|-----------|---------------|------|-----------|----------|------|-----------|
|   | n         | ka   | poikkeama | n             | ka   | poikkeama | n        | ka   | poikkeama |
| Palvelut kaikille varallisuuteen katsomatta | 123       | 3,46 | 1,63      | 136           | 3,76 | 1,48      | 259      | 3,62 | 1,56      |
| Palvelut kaikille kansalaisoikeuksina       | 123       | 4,26 | 1,27      | 136           | 4,18 | 1,26      | 259      | 4,22 | 1,26      |
| Palveluja niin paljon, että kaikki pääsevät | 123       | 3,99 | 1,33      | 135           | 3,73 | 1,49      | 258      | 3,85 | 1,42      |

Alpha = ,6445 Standardisoitu Alpha = ,6516

Huom. Vastausasteikko 1 - 5. Mitä suurempi ka, sitä sosiaalidemokraattisemmat mielipiteet



KUVIO 10. Tutkimukseen osallistuneiden mielipiteiden sosiaalidemokraattisuus

#### 5.4.4 Perustuvatko palvelut konservatiivisille, liberalistisille vai sosiaalidemokraattisille arvoille?

Konservatiivisista, liberalistisista ja sosiaalidemokraattista arvoista kannatettiin eniten viimeksi mainittuja. *Asiakas - asiantuntijavertailussa* mielipiteet jakaantuivat samansuuntaisesti. *Perusryhmävertailussa* näkyi kuitenkin pieniä eroja. Kaiken kaikkiaan vähiten kannatettiin konservatiivisia arvoja, joita kannattivat eniten palvelutalon asukkaat ja vähiten opiskelijat ja muut ryhmät näiden väliltä keskimääräisesti saman verran toisiinsa verrattuna. Konservatiivisuus ankkuroitui lähinnä vastaajien ikään, yhteiskunnan teollistumisen ja muutosten aiheuttamiin elämäkokemuksiin ja arvomaailmaan. Kun aikaisemmin, hyvinvointivaltiollisen sosiaaliturvan puuttuessa, lähinnä perheiden tuli hoitaa lapsensa ja sairaansa itse, katsovat tämän kokeneet ihmiset hoivan ja huolenpidon kuuluvan normaalina osana ihmisen elämään, eivätkä halua edelleenkään antaa vastuuta siitä muille. Tässä kohdin he noudattavat positiivisen vapauden ideaa, minkä mukaan ”kuuluminen yhteiskunnan turvan ulkopuolelle takaa vapauden”.

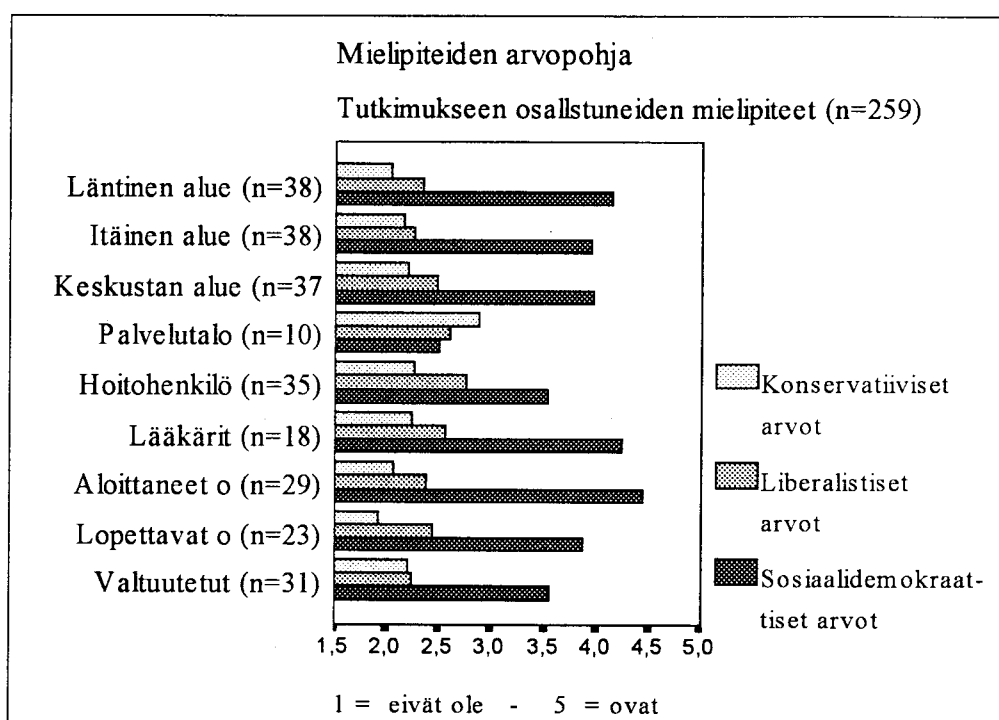
Liberalistinen arvomaailma kuvastui mielipiteistä konservatiivista arvomaailmaa näkyvämmiin. Näiden arvojen mukaisia palveluja kannattivat eniten hoitohenkilökunta, lääkärit ja osin palvelutalon asukkaat ja muut ryhmät vähemmän mutta saman verran toisiinsa nähden. Nähtävästi henkilökunnan vastaukset perustuivat toisaalta näkemykseen siitä, että palvelut passivoivat ihmisiä uusavuttomuuteen ja toisaalta toivoon oman aseman, eli työpaikan, säilymisestä vaikka veroja korottamalla. Liberalistisen ja osin konservatiivisen ideologian esiin tuomat markkinoilla ja vapaaehtoistyönä toteutettavat palvelut tuntuivat tutkimukseen osallistuneiden jyvaskyläläisten mielestä kovin vierailta. Vain muutama prosentti vastaajista piti esimerkiksi jonojen ja ruuhkien purkamiseksi ehdotettuja vapaaehtois- tai hyväntekeväisyystyönä järjestettyjä palveluita hyvinä vaihtoehtoina terveyskeskuksessa järjestettäville palveluille. Markkinahenkisyys ei myöskään saanut kannatusta, koska jonoja ja ruuhkia ei oltu valmiita purkamaan lisäämällä maksullisuutta tai ohjaamalla asiakkaita yksityissektorille.

Tässä tutkimuksessa saivat eniten kannatusta sosiaalidemokraattisille arvoille rakentuvat palvelut. Näitä arvoja kannattivat kaikkia muita ryhmiä enemmän hoitohenkilökunta, lääkärit ja palvelutalon

asukkaat ja valtuutetut ja muut ryhmät edellisiä vähemmän tasaisesti yhtä paljon toisiinsa verrattaessa.

Palvelujen rakentumista hyvinvointivaltiomallin mukaan, sosiaalidemokraattisille arvoille perustuvina, tukivat myös palvelujen maksullisuutta ja niiden järjestämistapaa saadut tulokset. Lähes 60 %:ssa vastauksia toivottiin palvelut säilytettäväksi maksuttomina ja noin 30 %:ssa maksullisina terveyskeskuspalveluina. Markkinaperusteiset, yksityisesti ja vakuutusin kustannettavat palvelut tuntuivat vastaajien mielestä vierailta eikä myöskään järjestöjen tai hyväntekeväisyystyötä tekevien yhteisöjen järjestämä hoito saanut kannatusta. Yhteisvastuusta ja varattomien huolenpidosta kertoi tuloksissa se, että noin 70 %:ssa avoimeen kysymykseen saaduissa vastauksissa palvelut ehdotettiin järjestettäväksi maksuttomina tai muuten yhteiskunnan avustuksella.

Tämän vuoksi **yhteenvetona** voidaan sanoa, että palvelujen järjestämisen ja säilyttämisen toivotaan pohjautuvan jatkossakin sosiaalidemokraattisille arvoille, koska tämän uskotaan turvaavan palvelut kaikille kansalaisille tasavertaisesti, riippumatta yhteiskunnan markkinarakenteesta ja kansalaisten varallisuudesta



KUVIO 11. Tutkimukseen osallistuneiden jyvaskyläläisten mielipiteiden konservatiivisuus, liberalistisuus ja sosiaalidemokraattisuus terveyspalvelujen järjestämisessä

### 5.5 ”Mitä muuta haluaisitte sanoa?”

Viimeiseen, avoimeen kysymykseen vastasi 62 henkilöä, 25 asiakasta, viisi hoitajaa, seitsemän lääkäriä, neljä opintonsa aloittavaa ja kuusi lopettavaa opiskelijaa sekä 15 valtuutettua. Seitsemää lähinnä tutkimusta koskevaa kommenttia ja kahdeksaa omaa vastuuta ja palvelujen kustantamista kannatta-



vaa mielenilmausta lukuun ottamatta, kaikki vastaukset olivat kriittisiä kannanottoja palvelujen säilyttämisen, henkilökunnan jaksamisen, tiedotuksen lisäämisen ja byrokratian vähentämisen puolesta.

*”Maksullisuuden ei koskaan saisi nousta esteeksi hakea apua jos sitä tarvitsee. Kaikille tulisi turvata ammattitaitoinen avunsaanti kun sitä tarvii. ”Varattomillekin” silloin on jonkun instanssin tultava vastaan. Mielestäni palvelut ovat monipuolisia ja varsin helposti saatavissa (on vain liian pitkät jonot, henkilökunnalla stressi ja kiire)”. Nainen, 20 vuotta, ei lapsia. Opiskelija.*

Tässä kommentissa kiteytyy tutkimukseen osallistuneiden jyvaskyläläisten suhtautuminen palveluihin ja niiden järjestämiseen; arvostellaan maksullisuuden lisääntymistä ja kannetaan huolta uudella tavalla henkilökunnan alimitoituksesta ja jaksamisesta.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET ASIAKASKESKEISEMPÄÄN PALVELUUN PÄÄSEMISEKSI

Tähän tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden mielestä palvelut eivät olleet kovin byrokraattisia tai asiantuntijakeskeisiä vaan kaiken kaikkiaan huomattavan asiakaskeskeisiä. Mutta vaikka yhteen laskettujen tulosten tai keskiarvojen vertailun perusteella palvelut näyttävätkin olevan asiakaskeskeisiä, niin silti niitä ihmisiä, jotka olivat henkilökohtaisesti pettyneet saamaansa kohteluun ja kokivat palvelut negatiivisesti, oli yksilötasolla useita. Mikäli organisaatiota halutaan kehittää palveluhenkiseksi, juuri näiden ihmisten antamaa palautetta tulisi käyttää palvelujen parannusehdotuksena. Tämä on myös tutkijan ehdotus asiakaskeskeisempään palveluun pääsemiseksi.

Kun tuloksia tarkastellaan asiakas - asiantuntijanäkökulmasta, niin ei eroista juuri voi puhua. Esimerkiksi asiakkaat kokevat palvelut vain hieman byrokraattisempina ja asiantuntijakeskeisempinä kuin asiantuntijat. Perusryhmittäin tarkastelu tuo kuitenkin esille ryhmien välisiä eroja. Johtopäätösten tekoa heikensi ensiksikin tutkittujen otoskato eli palvelutalon asukkaiden, lääkärien ja valtuutettujen tutkimukseen osallistuneiden vähäisyys. Lisäksi sitä heikensi palvelujen niukkuus ja myös se, että palvelupisteessä oli ollut vain yksi työntekijä.

Palvelutalon asukkaat, henkilökunta ja valtuutetut pitivät palveluita vähemmän byrokraattisina kuin opiskelijat ja terveysasemien asiakkaat. Vähiten asiantuntijakeskeisimpinä niitä lääkärit, hoitohenkilökunta, palvelutalon asukkaat ja valtuutetut, näitä ryhmiä enemmän asiantuntijakeskeisinä niitä pitivät terveysasemien asiakkaat ja opintojaan aloittava opiskelijat ja eniten asiantuntijakeskeisinä opiskelijaan lopettavat opiskelijat. Vähiten asiakaskeskeisinä palveluja pitivät opiskelijat ja terveysasemien asiakkaat, näitä ryhmiä enemmän asiakaskeskeisinä valtuutetut ja henkilökunta ja eniten asiakaskeskeisenä palvelutalon asukkaat.

Asiakasryhmistä palvelutalon asukkaat suhtautuivat palveluihin muita positiivisemmin. He eivät pitäneet niitä kovin byrokraattisina, kohtalaisen asiantuntijakeskeisinä ja erittäin asiakaskeskeisinä. Heidän suhtautumistaan kuvaa hyvin avoimista vastauksista välittyvä, iän myötä kristallisoitunut mielipide siitä, että asiakas itsekin voi ja saa vaikuttaa omaan kohteluunsa. *Terveysasemien asiakkai-*

den mielipiteissäkään ei ollut eroavaisuuksia vertailtaessa keskiarvoja ja prosentteja katsotaan. Kuitenkin tarkemmin katsottaessa Keskustan alueen asiakkaat pitivät palveluja byrokraattisempina ja myös asiantuntijakeskeisempinä muiden alueiden asiakkaisiin verrattaessa. Säynätsalon terveysaseman asiakkaat pitivät palveluja kaikista asiakaskeskeisimpinä ja Itäisen sekä Läntisen alueen terveysasemien asiakkaiden kokemukset ja mielipiteet asettuivat tälle välille.

*Opintonsa aloittaneiden* opiskelijoiden mielipiteet olivat samansuuntaiset asiakasryhmien kanssa. Tämä osoittaa sen, että työn näkökulmasta palveluiden arvioiminen ja ammatti-identiteetti ei vielä ollut kehittynyt. Puolestaan *opintojaan lopettelevien* opiskelijoiden mielipiteet olivat kaikista kriittisimpiä kautta linjan. He pitivät palveluita eniten byrokraattisina ja asiantuntijakeskeisinä ja vähiten asiakaskeskeisinä muihin verrattuna. Tämä kuvastanee ammatin eettistä ihannetta ja halua toimia ainakin paremmin kuin kanssaisaret ja veljet. Tähän tutkimukseen osallistuneiden opiskelijoiden mielipiteissä ei näkynyt sitä koulutukseen liittyvää mekanismia, minkä mukaan opiskelijat jo koulutuksen aikana samaistuvat ammattikuntansa moraalisiin, eettisiin toimintatapoihin sekä päämääriin ja hyväksyisivät esimerkiksi byrokratian tuomia negatiivisia piirteitä asiakassuhteeseen.

Asiantuntijoista *lääkärit* pitivät palveluita eniten asiakaskeskeisinä ja vähiten asiantuntija- ja byrokraattikeskeisinä. *Hoitohenkilökunnan* ja *valtuutettujen* mielipiteet olivat samansuuntaisia keskenään. Molemmissa ryhmissä pidettiin palveluja ennen muuta asiakaskeskeisinä, jonkin verran asiantuntijakeskeisinä ja vain vähän byrokraattisina.

## 6.1 Byrokraattisen ja asiantuntijakeskeisen organisointitavan heikkoudet

Sairaalaliiton julkilausuman (1987) mukaan terveydenhuollon organisaation toiminnan perustana tulee olla asiakkaat ja heidän terveystarpeensa. Asiakasläheisyyden tunnusmerkkeinä tässä julkilausumassa pidetään muun muassa yksilöllisyyttä, ystävällisyyttä, joustavuutta ja valinnan mahdollisuutta. Tutkimusten mukaan asiakasläheisyyden tai asiakaskeskeisyyden toteutumista estävät byrokraatia- ja asiantuntijakeskeisyys palvelujen järjestämisessä, mikä näkyi myös tässä tutkimuksessa näitä toimintatapoja käsittelevien kysymysten ja väittämien lisäksi mielipiteissä siitä, *miten palvelut on järjestetty ja mitenkä asiakkaat samoin kuin asiantuntijat niitä haluaisivat järjestettävän*. Vertailtaessa tutkimukseen osallistuneiden ryhmien mielipiteitä, eivät ne poikkea kovin toisistaan, joten näyttääkin siltä, että hoidettavat, hoitajat kuten myös palvelujen kunnallinen päättäjätaho, ovat ”samassa veneessä”!

Ennen vuotta 1995, jolloin Valtakunnallisin suunnitelmiin tuli ensi kertaa maininta siitä, että asiakkaat tulee ottaa mukaan palveluja suunniteltaessa ja järjestettäessä, ei asiakkaiden ääntä oltu juuri kuultu. Tämä tuntuu vieraalta vielä tänäänkin. Mielipiteitä palveluista ovat tiedustelleet lähinnä eristeisissä oppilaitoksissa opinnäytetöitään suorittaneet opiskelijat. Tuloksia ei organisaatioissa ole hyödynnetty kuin välillisesti, opiskelijoiden ammatillisuuden vahvistumisen kautta. Vuonna 1995 SAKES:in aloittamalla laadunvarmistusprojekteilla, joissa on ollut mukana useita terveyskeskuksia ympäri Suomen, on saatu asiakkaiden mielipiteitä palvelujen parantamiseksi. Kuitenkaan se, että mielipiteitä tiedustellaan, ei vielä tee organisaatioista asiakaskeskeisiä palveluorganisaatioita. Siihen tarvitaan uudenlaista ajattelu- ja toimintatapaa asiantuntijoiden puolelta sekä toimintaa mahdollistavia resursseja.

”Samassa veneessä” olivat tutkimukseen osallistuneet henkilöt yksilö- ja ryhmätasolla siitä, että ruohonjuuritason mielipiteitä tulisi tiedustella palveluita ja suunniteltaessa ja järjestettäessä. Se, että näin ei ollut tapahtunut, riippuu monista seikoista. Suhteellisen uusina, 25- vuotta tiukan byrokratian mu-

kaisesti valtakunnallisen organisaation osana toimineina organisaatioina, ei terveyskeskuksiin ollut kehittynyt sellaista organisaatiokulttuuria, missä olisi osattu ottaa huomioon sen kummemmin työntekijöiden kuin asiakkaidenkaan mielipiteitä. Kun palveluja laajennettiin ja toimintatapoja uudistettiin, tuli ohjeet ja määräykset kasvottomalta taholta. Ne luettiin valmiina päätöksinä osastokokouksissa tai ilmoitustauluilta, toimittiin niiden mukaan ja myös asiakkaiden oli tyydyttävä siihen, mitä tarjolla oli. Tiedotusta oli asiakkaille niukasti ja säästösyihin vedoten lopetettiin myös paikallislehdessä ollut informaatio viikonloppupäivystyksestä. Muiden muassa nämä seikat kiristivät kritiikkiä palveluja kohtaan. Arvostelun ryöpyn saivat kokea ennen muita asiakkaita lähinnä toimivat työntekijät, joilla ei ollut sananvaltaa palvelujen suunnittelussa, eikä asioista vastuussa ollut taho. Kritiikki tästä kiteytyy seuraavissa kommentteissa.

*”Jos ja kun palveluja on jouduttu supistamaan, tulisi siitä tiedottaa rehellisesti kaupunkilaisille, eikä tyyliin ”kaikki pyritään hoitamaan mahdollisimman hyvin resurssien mukaan...” Selkeät rajat ja selkeä tiedotus, ettei vastuun kantaminen jää ruohonjuuritasolle = hoitohenkilökunnalle ja lääkäreille, jotka työnsä ohessa selittävät asiakkaille, miksi näin huonosti asiat ovat.”* Nainen 31 vuotta, lapsia, keskiasteen koulutus, hoitohenkilökuntaa.

*”Muutama vuosi sitten oli paikallisradiossa sellainen tiedotusohjelma, missä kerrottiin palveluista, samassa veneessä tai jotakin sinne päin. Järjestäkää hyvät ihmiset sellaisia samantyyppisiä tiedotuksia, että vastaanottovirkailijoiden ei tarvitse ”hiki hatussa” käskää potilaita toiselle terveysasemalle.”* Mies, 41 vuotta, lapsia, korkeasti koulutettu. Keskustan terveysasemalla asiakkaana.

*”Olisi ollut oleellisempaa pureutua enemmän kysymysten 29 - aiheeseen, alkuosa oli hymistelyä. Meillä on terveydenhuollossa kova ammattilaisten ryhmä joka aidosti yrittää parhaansa niukentuvien resurssien puitteissa. Jo koulutukseen karsiudutaan tietyllä ajattelutavalla varustettuna. Järjestelmä nykyisellään on huono. SE olisi ollut relevantti tutkimuskohde. Pelkkä yllirasittuneen henkilöstön arviointi ei johda mihinkään uuteen.”* Nainen, 35 vuotta, lapsia, korkeasti koulutettu. Kuokkalan terveysasemalla asiakkaana.

Terveyspalveluja on vuodesta 1986 alkaen järjestetty Suomessa *väestövastuu-periaatteella*. Jyväskylässä toimittiin näin vuosina 1989 - 94 Kuokkalan ja Huhtasuon alueilla ja vuodesta 1997 alkaen koko kaupungissa. Vastaanottojonot ja päivystysruuhkat ovat olleet lyhenemään päin, mutta tämän hetkisten supistusten valossa näyttää kuitenkin siltä, että tilanne ajautuu samaan pisteeseen, kuin esimerkiksi vuonna 1996 (ks. sivu 19). Vaikka valtakunnallisissa suunnitelmissa korostettiin sitä, että valinnan mahdollisuutta tulee lisätä, näyttää siltä, että se ei toteudu edes väestövastuisessa terveydenhuollossa, vaikka sen periaatteisiin kuuluu, että palveluja järjestetään asiakkaiden tarpeiden mukaan. *Työntekijän valinnan mahdollisuudessa, vastaanottoaikojen järjestämisessä, jonojen ja ruuhkien purkamisessa* voittaa asiantuntijakeskeisyys asiakaskeskeisyyden ja jopa byrokraattisen organisaation toimintatavan.

Jokaisella paikkakunnalla on mahdollista valtakunnallisen suunnitelmien mukaan sopia ruohonjuuritasolla palvelujen järjestämisestä. ”Jyväskylän mallissa” asiakkaan *mahdollisuuteen valita työntekijä* tai jatkaa samojen työntekijöiden, lähinnä lääkärin hoidossa tai vaihtaa lääkäriä, järjestettiin siten, että ensisijaisesti asiakkaiden tulee käyttää heille osoitteen mukaan määräytyviä työntekijöitä. Kaupungin palveluksessa olevan henkilökunnan tulee käyttää työterveyshuollon palveluja. Lääkärin pystyy vaihtamaan terveyskeskusalueen tai terveyskeskuksen johtavalle lääkärille, tehdyn kirjallisen ano-

muksen perusteella, mikäli puolen vuoden tai kolmen käyntikerran jälkeen ilmenee lääkärin ja potilaan vuorovaikutus ei onnistu.

Lääkärit luopuivat väestövastuu-virkaehtosopimuksen mukaisesti varsinaisesta *virka-ajasta* ja siten virka-aikaan sidotuista palveluista. Eri ammattiryhmien, erialaisten työ- ja virkaehtosopimusten väliset erilaisuudet juuri työajoista rajaavat palvelut edelleen virka-aikaan tapahtuviksi, vaikka tämänkin tutkimuksen mukaan palveluita halusi virka-aikana noin neljännes vastaajista, lähinnä iäkkäät ihmiset. Lisäksi on nähtävissä sellainen kehitys, että päivystysapua tarvitsevat asiakkaat otetaan vastaanotolle aamusta alkaen peräkkäisille ajoille, eikä esimerkiksi siten, että aamulla aikaa sopiessa, se olisi mahdollista saada esimerkiksi klo 17, työpäivän jälkeen. Kaikkien asiakkaiden kutsuminen peräjälkeen tai samaan aikaan on tavallaan *jonon kasvattamista*, mitä tässäkin tutkimuksessa pidettiin suurimpana joutamattomuuden lähteenä. Tämä osaltaan selvittää sitä, että keskitettyä ensiapuvastaanottoa pitävät asiantuntijat asiakkaista useammin.

Kaikista eniten kritiikkiä sai osakseen ”systeemi” ja organisaation byrokraattiseksi toimintatavaksi vahvasti liitetyt jonot, ruuhkat ja kiire. Nämä ajatukset näkyvät seuraavissa asiakkaiden mielipiteissä.

*”Olen käyttänyt useiden kaupunkien terveyspalveluja ja ruuhkat täällä Jyväskylässä ovat mielettömät. Jos itselläni on hiemankin vaikeampi sairaus tms etsiydyn heti yksityislääkärille. Flunssat, angiinat jne perustaudit hoidatan terveyskeskuksessa - vaarana on lääkärin jako kahteen kastiin ammattilaiset vrs. terv.keskuslääkärit - status laskee... liekö vaarallista?”* Nainen, 34 vuotta, lapsia, korkeasti koulutettu. Kyllön terveysasemalla asiakkaana.

*”Enemmän järjestelmällisyyttä terveyskeskus toimintaan jotta saataisiin jonotusajat pienemmiksi ja palvelu muutenkin paremmaksi. Kyllössä 4.5. 1996 klo 11.15 odotus-huoneessa tällä hetkellä noin 15 h.”* Nainen, 18 vuotta. Kyllön terveysasemalla asiakkaana.

*”Useasti joutuu odottamaan 4 - 5 tuntia lääkärille ja sisällä menee n. 3 - 5 min. jotakin on kyllä pielessä, mutta mitä?”* Nainen 22 vuotta, lapsia, keskiasteen koulutus. Kuokkalan terveysasemalla asiakkaana.

Professionaaliseen toimintaan liittyvä asiantuntijakeskeisyyden korostuminen, minkä tunnusmerkeistä esimerkiksi epäpersoonallisuus ja tunneneutraliteetti empaattisen hoivan sijasta, spesifisyys lämmihenkisyyden sijasta ja partikularismi kokonaisvaltaisen hoitamisen sijasta, tuli tässä tutkimuksessa esille ennen muuta lasten palvelujen järjestämisessä. Kuitenkin, koska toimitaan perusterveydenhuollossa, missä asiakkaat ja työntekijät ovat suorassa ja välittömässä vuorovaikutussuhteessa toistensa kanssa, tarvitaan hoivasuhteessa vuorovaikutuksen onnistumiseksi ja jopa autettavan paranemisen edistämiseksi, ihmissläheisyyttä ja tasa-arvoa. Asiantuntijakeskeisyyttä kohtaan ilmaistun kritiikin ydin kiteytyy esimerkiksi seuraavassa asiakkaan kommentissa.

*”Kuka määrittelee hoidon tarpeen, asiakas vai vastaanottoapulainen. Muutaman kokemuksen perusteella väitän, että ennen kaikkea ihminen vastaanottoluokun takana.”* Nainen, 27 vuotta, lapsia, keskiasteen koulutus. Huhtasuon terveysasemalla asiakkaana.

Vaikka palvelu olikin edellisen esimerkin mukaan professionaalisuuteen pohjautuvaa asiantuntijakeskeistä palvelua, perusterveydenhuollossa työskentely ei ole professionaalista sanan kaikissa merki-

tyksissä. Tämä tuli esille esimerkiksi tutkittavien käsityksissä joustavuuden lähteistä. Näitä olivat yhtä lailla asiakkaiden kuin asiantuntijoidenkin mielestä työntekijöiden palvelualltius, huomiointi, inhimillisuus, ymmärrys, ystävällisyys ja tahto hoitaa. Eli nämä huomiot ovat vastakkaisia epäpersoonallisuudelle, tunneneutraalisuudelle ja empaattisuuden puutumiselle, joista edellä puhuttiin. Toiseksi, vaikka perusterveydenhuolto on vaativaa ja monipuolista ammatillista koulutusta ja -osaamista vaativaa toimintaa, ei asiakkaita, jo väestövastuuseen pohjautuen, siirretä horisontaalisesti työntekijältä toiselle. Terveyskeskuksissa toimii vain muutama spesialisti, joille asiakkaita lähetetään konsultaatiomielessä, mutta mikäli erikoishoitoa tarvitaan, lähetetään asiakkaat keskussairaalaan. Tämä on omiaan vähentämään professionaalille toiminnalle ominaisia piirteitä perusterveydenhuollossa; asiakasta pyritään hoitamaan kokonaisvaltaisesti yksilönä eikä tapauksena.

## 6.2 Sosiaalidemokraattisen arvomaailman varaan organisoitujen palvelujen puolustus

Laman aiheuttama, niin yritysten kuin julkisen sektorin palvelujen taistelu olemassaolostaan, nostatti yhteiskunnassamme esille kilpailuhengen ja sen mukana arvostiriidat. Tällöin, samanaikaisesti kun kritiikki palvelujen laadusta sinänsä, terveyskeskusten osaamisen, byrokratian vähenemisen ja palvelujen saatavuuden osalta hälveni, alkoi organisaatioiden suunnittelussa ja toiminnassa näkyä *uusliberalistisiin, markkinamekanismin periaatteisiin pohjautuva toimintatapa*. Arvostiriidat- ja muutokset - sosiaalidemokraattisista arvoista liberalistisempaan suuntaan - näkyivät aluksi palvelujen suunnittelussa valtakunnan tasolla. Sieltä nämä muutokset liukuvat kuntatasolle, missä puolestaan päättäjät ja heidän arvomaailmansa vaikuttivat palvelujen järjestämistapaan ja laajuuteen. Siellä tämä näkyi ja näkyy edelleen selvimmin siinä, miten saadut valtionosuudet suunnataan, mihin ne käytetään ja mille tasolle yksityistäminen viedään.

Valtakunnallisissa suunnitelmissa muutokset näkyivät ensimmäisen kerran valtionosuusjärjestelmän muuttuessa vuonna 1993. Silloin niissä oli maininta siitä, että *kunnat saattoivat ostaa palveluja rajoituksetta yksityiseltä sektorilta*. Tätä uudistusta perusteltiin lamalla ja säästämällä ja kun arveltiin kilpailun piristävän ja karsivan turhia julkisia palveluita. Uutta oli myös vuoden 1995 valtakunnallisissa suunnitelmissa maininta *laadunvarmistuksen* aloittamisesta valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Vaikka laatuvaatimusten asettamisella ja laadun parantamisella onkin palvelujen laatua parantavia hyviä vaikutuksia, ei siitä voi erottaa uusliberalismin ideologiaa, minkä mukaan palvelujen tulee perustua tehokkuuden ja kehittämisen mukaiselle, kilpailun periaatteelle. Liberalistinen suuntautuminen näkyykin siinä, missä määrin palveluja yksityistetään ja miten laajassa mitassa laadunvarmistuksella perustellaan palvelujen supistamista.

Kun talousongelmien lisääntyessä, piti saada aikaan tuloksia, niin vähennettiin sieltä, mihin rahaa kuluu eniten, eli työvoimasta. Tällöin karsittiin ennalta ehkäisevää työtä ja vaikka vanhusväestö, heidän hoiva- ja hoitotarpeensa ikääntymisen myötä on lisääntynyt, vähennettiin hoitopaikkoja. Kun 25 vuotta sitten luodut terveyskeskusorganisaatiot muotoutuivat byrokratiakeskeisesti aikaisemmin vallinneen kunnanlääkärijärjestelmän raunioille, missä toimittiin byrokrattisen mallin mukaan, niin nyt byrokratian tilalle on asettumassa markkinavoimat ja sen opit. Eli uudeksi kippariksi "veneeseen" kasvotoman ja etäisen byrokratian sijasta on noussut liberalismi ja sen mahtiin uskovat päättäjät. Tätä eivät ole terveyspalvelujen käyttäjät eivätkä "ruohon-juuritasolla" toimivat työntekijät hyväksyneet ja tämä kuuluu yleisessä mielipiteessä, näkyy lehtikirjoitteluna ja tulee esiin tässäkin tutkimuksessa muiden muassa seuraavissa asiakkaiden ja asiantuntijoiden kommentteissa.

*”Jyväskylän kaupunki ja sos- ja terv.lautakunta on tuhlanut järjettömästi sos+ terv. organisaatioon ja erityisesti johtajien aseman muutoksiin. Toiminta ei ole asiakas- eikä rivityöntekijälähtöistä. Erityisesti johtajien virrat sos. ja terv.alueella pitäisi saada avoimeen hakuun. Ei enää sisäisiä järjestelyjä.”* Mies, 35 vuotta, lapsia, korkeasti koulutettu, henkilökuntaa.

*”Inhimillisyyttä lisää hoitajien työtaakkaan ja potilaillekin. Säästöt muualta.”* Nainen, 27 vuotta, ei lapsia, työntekijä. Keskustan terveysasemalla asiakkaana.

*”Nykyistä supistuslinjaa jatkettaessa Suomen terveyspalvelut taantuvat Venäjän tasolle. Nyt jo esim. hygienian taso on jo laskenut, vaitiolovalvonnallisuus ei säily (esim. jonossa kaikki kuulevat vaivani). Terveyspalvelut eivät toimi asiakkaan ehdoilla; alueellisuus ei toteudu, luukutusta, hoitajien/lääkärien auktoriteetti, jonotus. EU:ssa Suomen tulisi olla sos- ja terveyspalvelujen mallimaa ei esimerkkiä muista EU-maista”. Nainen, 46 vuotta, lapsia, korkeasti koulutettu. Kyllön terveysasemalla asiakkaana.*

Lähes kaikkien tutkimukseen osallistuneiden henkilöryhmien mielestä palvelut tulisi järjestää *hyvinvointivaltion arvoperustan* eli sosiaalidemokraattisten arvojen, institutionaalisen sosiaalipolitiikan vaaraan. Asiakas - asiantuntijavertailussa ei eroja juuri ryhmien välillä ollut, mutta tarkastelu perusrhytmittain toi tässäkin eroja esille. Konservatiivisia arvoja kannatettiin vähiten ja arvovertailussa liberalistisille arvoille perustuvat mielipiteet palvelujen järjestämisestä hajosivat eniten ryhmien mielipiteissä muiden ideologioiden arvoihin verrattaessa. Palvelutalon asukkaiden mielipiteet palvelujen järjestämisestä poikkesivat tässä suhteessa muista, heidän konservatiivisemmän ja liberalistisemmän arvopohjansa mukaisesti. Samoin hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden mielipiteet olivat hieman muiden ryhmien mielipiteitä liberalistisempia. Seuraavassa kommentissa kiteytyi konservatiivisten arvojen kannattajien mielipiteet palvelujen kustantamisen periaatteista.

*”Ajattelen asian niin, että terveys on ihmiselle sen verran tärkeä asia, että hänen velvollisuus on panostaa siihen miehuummin kuin etelänmatkaan, kaljanjuomisiin ja muuhun hurvitteluun tai autoihin ja kesämökkeihin. Tarvitsemme yhteiskunnan vastuuta terveydenhuollossa, mutta tarvitsemme myös yksilön vastuuta terveydenhoitokuluistaan. Ei mitään kaikille ilmaista sosiaalipalvelua.”* Mies, 56 vuotta, korkeasti koulutettu, päättävä.

Sosiaalidemokraattisten arvojen selvä kannatus näkyi näitä koskevien kysymysten ja väittämien lisäksi *maksullisuutta ja palvelujen järjestämistä yksityissektorin, järjestöjen tai hyväntekeväisyystyönä toimesta* käsittelevissä kysymyksissä. Vaikka maksullisuuden lisäämistä ja yksityissektorille ohjaamista ja palvelujen järjestämistä vakuutuksiin perustuvina ja yhteisöjen tai järjestöjen toimesta kannattivat enemmän asiantuntijat, ei huomattavia eroja eri ryhmien välillä ollut. Tässäkin asiassa näytävät palvelujen käyttäjät ja antajat olla ”samassa veneessä”. Se, että asiantuntija hieman asiakkaita useammin suosivat maksuttomia palveluja, mutta myös maksullisia, terveyskeskuksen järjestämiä palveluja, selittyy asiantuntijoiden omista intresseistä sikäli, että terveyskeskus toimii heitä työllistävänä organisaationa. Tässä tutkimuksessa ei vielä saanut suurta kannatusta, residuaalista sosiaalipolitiikkaa kuvastava, paljon tällä hetkellä keskustelua herättänyt ”kolmas sektori” eli hyväntekeväisyisytyö, yhteisöjen tarjoamat palvelut ja perhe tai kaupallinen palvelusektori. Kuitenkin hoitohenkilökunta liberaalimpien ja palvelutalon asukkaat konservatiivisempien mielipiteiden kannattajina olivat hieman muita ryhmiä useammin perheen ja vapaaehtoistyön kannalla.

Varattomille järjestettävää terveydenhuoltoa halusi enemmistö vastaajista järjestää institutionaalisen sosiaalipolitiikan, sosiaalisen yhteisvastuun mukaisesti, maksuttomana palveluna. *Asiakkaiden* mielipiteet olivat voimakkaammin maksuttomien ja *asiantuntijoiden* mielipiteet sosiaaliavun tai KELA:n korvauksiin perustuvien palvelujen puolella. Sosiaalidemokraattisen ideologian mukainen huolenpito ja yhteinen vastuu kanssaihmisistä ja kritiikki päättäjien markkinaorientoitunutta yhteiskuntasuunnittelua kohtaan kiteytyy seuraavassa kommentissa.

*”Verorahat tulisi kanavoida golfkenttien, raviratojen ym. harvojen eliittiharrastajien sijasta terveys- ja sosiaalitoimeen, päivähoitoon ja koulutukseen. Jos palveluja rajoitetaan, evättävä julkiset palvelut hyvätuloisilta tai määrättäisiin heille korkeampi maksu. Kyllä sivistyksen mittari on sekin, miten yhteiskunta huolehtii vähäosaisistaan”.* Nainen, 33 vuotta, ei lapsia, korkeasti koulutettu, henkilökuntaa.

### 6.3 Lopuksi

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, millaisiksi jyvaskyläläiset kokevat terveyskeskuspalvelunsa. Tässä selvityksessä onnistuttiin kohtalaisesti. Tulosten mukaan niitä pidettiin huomattavan asiakaskeskeisinä, joskin byrokratia ja asiantuntijakeskeisyys hallitsee palvelujen järjestämistä. Lisäksi pyrittiin selvittämään, kenen tarpeista (byrokraattisen organisaation, asiantuntijoiden vai asiakkaiden) ja millaisen arvomaailman (konservatiivisen, liberalistisen vai sosiaalidemokraattisen) mukaan terveyspalveluita Jyväskylässä on suunniteltu ja järjestetty. Tässä selvityksessä onnistuttiin vain keskinertaisesti. Toteen pystyttiin osoittamaan julkisessa keskustelussakin vallalla olleet käsitykset palvelujen byrokraattisuuden vähentymisestä ja halusta puolustaa palveluja hyvinvointipalveluina.

Tutkimuksessa olleiden ongelmien mittaaminen oli hankalaa. Byrokraattisuutta ja asiantuntijakeskeisyyttä ja myös asiakaskeskeisyyttä voidaan mitata samalla muuttujalla. Sen osoittaa muun muassa seuraava esimerkki. Ajan varaaminen ja riittävän ajan järjestyminen asioiden hoitamiseen voidaan käsitellä kuuluvaksi kaikkiin mukana olleisiin ongelma-alueisiin. Byrokraatiakeskeistä siinä on organisaation taholta rajattu ja säännelty kesto, asiantuntijakeskeisyyttä työntekijän omista syistä johtuvat seikat ja asiakaskeskeisyyttä se, että asiakas voi itse vaikuttaa ajankohdan valintaan ja saada aikaa sen verran, että kokee saaneensa asiansa hoidettua. Tämän esimerkin tavoin, jouduin useaan otteeseen miettimään, mitä asiaa kulloinkin olin tarkastelemassa ja todennäköisesti tästä johtuen tuloksiin ei tullut sen enempää eroavaisuuksia muuttujien tai ryhmien välillä. Kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa tähän seikkaan olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomiota, koska lomakkeen heikkoudet varjostivat tulosten analysointia ja johtopäätösten tekoa. Lisäksi kysymyksiä ei olisi tarvinnut olla näin monta eikä niissä ei olisi tarvinnut olla niin monia osioita. Tähän seikkaan seitsemän tutkittavaa antoi myös kriittisen kommenttinsa.

Tutkittavista johtuvia syitä oli jo aikaisemmin mainittu ongelma, otoskato. Tästä aiheutui se, että päättäjien, kaupunginvaltuutettujen ja heitä lähinnä olevan vaikuttajatasen eli lääkärin mielipiteitä ei voi samassa määrin verrata muiden ryhmien mielipiteisiin. Tämä heikentää tulosten vertailtavuutta ja osoittaa selvästi sen, että päättäjien mielipiteet eivät tule esiin riittävässä määrin, eli tässä tutkimuksessa päättäjät pysyvät kasvottomana tahona.

Koska ajateltiin saada tietoa siitä, kuinka paljon päättäjien arvomaailma ja ajatukset palvelujen organisoinnista poikkeavat asiakkaiden ja rivityöntekijöiden mielipiteistä, tiedusteltiin päättäjistä kaupungin valtuutettujen mielipiteitä. Tutkimuksen mukaan ne eivät juuri poikenneet muiden ryhmien mieli-

piteistä. Mutta koska vain noin 50 % tästä päättäjryhmästä vastasi kyselyyn, jää vain arvailujen vaaraan, olisiko tutkimustulokset poikenneet muiden ryhmien mielipiteistä ja mihin suuntaan, mikäli kaikki olisivat tuoneet mielipiteensä esiin. Myös vastaamatta jättäminen on kannanotto!

Onko lama ja sen varjolla - syystä tai syyttä - tehdyt supistukset olleet durkheimiläisittäin ajateltuna sen kollektiivisen voiman synnyttäjä, mikä on saanut asiakkaat ja auttajat saman intressin, tässä julkisten terveydenhuoltopalvelujen kannattajiksi ja puolustajiksi? Päättäjien, tämän tutkimuksen ulottumatomissa olleen tahon, tulisi suhtautua vakavasti yhteiskunnallisessa keskustelussa esiin nousseeseen hälyyn, mitä tämänkin tutkimuksen tulokset tukivat, palvelujen säilyttämisen puolesta. Pelko palvelujen supistuksesta on jo nyt aiheuttanut kollektiivista depressiota myös jyväskyläläisten mielissä ja saattaa ylikuormittuessaan laukaista ennalta arvaamattomia ongelmia niin yksilö- kuin yhteisötasollakin.



## LÄHDELUETTELO

- Allardt, E. 1985. Sosiologia I. Juva: WSOY
- Anttonen, A. 1989. Valtiollisesta yhteisölliseen sosiaalipolitiikkaan. Teoksessa Raija Julkunen: Hyvinvointivaltio käännekohdassa. Jyväskylä: Gummerus 1992.
- Eeva, A. 1991. Hyvä hoito terveyskeskuksen päivystysvastaanotolla asiakkaiden kuvaamana. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Ervasti, H. 1994. Yhteiskuntaluokat ja hyvinvointipalvelut. Sosiologia 1994 (4), 274 - 287
- Ervasti, H. 1994. Yhteiskuntaluokat ja hyvinvointivaltion vaihtoehdot. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan tutkimuksia. Sarja A:3/1993: Turun yliopiston offsetpaino.
- Hiidenhovi, H. 1991. Terveyskeskuksen lääkäreiden vastaanottotoiminnan palvelukyky asiakkaiden arvioimana. Tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden koulutusohjelma. Hämeenlinnan suuntautumisvaihtoehto.
- Hirsch, J. 1980. Turvavaltio. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Häggman-Laitila, A. 1989. Kanta-Hämeen keskussairaalassa asioineiden käsityksiä potilaspalvelusta ja kokemuksia sen toteutumisesta. Tutkimusraportti. Moniste. Hämeenlinna.
- Ilmonen, K. (toim.) 1993. Kestävyyskoe. Kirjoituksia 90-luvun Suomesta. Tampere: Tammer paino.
- Julkunen, R. Hoiva ja professionalismi. Sosiologia 1991 (2), 75 - 83.
- Juuti, P. 1989. Organisaatiokäyttäytyminen. Aavaranta sarja. Keuruu: Otava
- Karisto, A & Takala, P. 1985. Sosiaalivaltion kriisi. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kinnunen, J. 1988. Johtaminen, organisaatiokulttuuri ja hoidon laatu terveydenhuollossa. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden hallinnon laitos.
- Kinnunen, J., Makkonen, R., Grönfors, R., Mäkiöjala, T., Poikajärvi, K. 1988. Kuopion terveyskeskuksen lääkäreiden vastaanottotoiminnan palvelukyky. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 2/1988. Kuopio.
- Kiviniemi, M. 1985. Julkisen hallinnon ja toiminnan palvelukykyisyys. Valtiovarainministeriön julkaisu 2. Helsinki.
- Koivisto, J., Nieminen, P., Mäkelä, M., Outinen, M., Sainio, S. 1996. "Laatuveneet vesillä". Tutkimusraportti. Kuntakoulutus OY. Kuntaliiton painatuskeskus 1996: Helsinki

- Konttinen, E. 1983. Asiointipulmat hallinnossa. Tutkimus kansalaisten kokemuksista ongelmista ja kitkatekijöistä. Joensuun korkeakoulu. Kasvatustieteiden osaston julkaisu. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Konttinen, E. 1989. Harmonian takuumiehiä vai etuoikeuksien monopolisteja? Professioiden sosiologian funktionalistisen ja uusweberiläisen valtasuuntauksien tarkastelua. Jyväskylän yliopiston sosiologian laitoksen julkaisuja 45. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston monistuskeskus.
- Konttinen, E. (toim.) 1993. Ammattikunnat, yhteiskunta ja valtio. Suomalaisen profession kehityskuvia. Jyväskylän yliopiston julkaisuja 55. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston monistuskeskus.
- Konttinen, E. 1994. Professioiden kentän rakentuminen säätyyhteiskunnassa. *Tiede & Edistys* 1994 (3), 183 - 199.
- Laasanen, T., Miettinen, S. 1988. Terveyspalvelujärjestelmän porrastuksen toimivuus ja palvelujen laatu. Tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Laitinen-Pesola, J. 1989. Asiakasläheisyyden toteutuminen Satakunnan keskussairaalan ensiapupoliiklinikan toiminnassa. Tutkielma. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen koulutusohjelma.
- Nakari, M., Syyrakki-Komulainen, L. 1990. Jyväskylän kaupungin terveyspalvelut puntarissa. Väestökysely terveydenhuoltopalveluista. Jyväskylän kaupunki. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Julkaisu 1/1990.
- Nakari, M., Kirveskangas, L. 1996. Ensiapuvastaanoton asiakaskysely. LATE - laadunvarmistuskeskus - projekti. Jyväskylän kaupunki. Jyväskylän sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen julkaisu 1996.
- Niemelä, P., Mäkinen, A. 1982. Miten HYSK toimii 3. Potilaiden kokemukset ja tyytyväisyys hoitoon ja palveluihin sairaalassa. Tutkimusraportti. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tutkimusjulkaisu 2/1982. Helsinki.
- Nikula, J. 1989. "Työtätekevät, kermaluokka ja muut". Havaintoja suomalaisen viljelijäväestön asemasta ja asenteista. *Sociologia* 1989 (1), 35 - 46
- Raunio, K. 1995. Sosiaalipolitiikan lähtökohdat. Gaudeamus. Tampere: Tammer paino OY.
- Sairaalaliitto. 1989. Potilaskeskeinen organisaatio. Sairaalaliiton julkaisu n:o 117. Vammala.
- Sinkkonen, S., Nikkilä, J. 1988. Suomen terveydenhuollonhallinto. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu. Juva: WSOY.
- Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi sekä ympäristösuojelun hallinnosta vuosina 1991 - 1995. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1990.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi vuosina 1993 - 1997. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1990.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi vuosille 1996 - 1999. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1996.

#### Julkaisemattomat lähteet

Konttinen, E. 1988. SOS 12: Työ, ammatti ja yhteiskunta. Luentosarja. Jyväskylän yliopisto.

Siisiäinen, M. 1987. SOS 4: Sosiaaliset organisaatiot. Luentosarja. Jyväskylän yliopisto.

Laakko, R. 1992. Julkaisematon tieto Keski-Suomen keskussairaalan potilaspalvelututkimuksesta 1992 verrattuna 1987 suoritettun tutkimuksen tuloksiin.

LIITETAULUKKO 1. Otannan koon suunnittelu ja lopullinen otos tutkimusryhmittäin

| Ryhmät                             | Tk- alue          | Suunnitel-<br>tu otos | Lomake<br>tarjottiin | Lomaket-<br>ta ei ha-<br>lunnut | Lomaket-<br>ta ei pa-<br>lauttanut | Lomakkei-<br>ta saatiin | Lomakkei-<br>ta hylättiin | Yh-<br>teensä |
|------------------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------|
| Keskitetty ensi-<br>apuvastaanotto |                   | 30                    | 45                   | 15                              | -                                  | 30                      | 0                         | 30            |
| Kyllön vastaan-<br>otto            | Läntinen<br>alue  | 20                    | 25                   | 5                               | -                                  | 20                      | 2                         | 18            |
| Säynätsalon<br>vastaanotto         | "                 | 10                    | 10                   | -                               | -                                  | 10                      | 2                         | 8             |
| Kuokkalan<br>vastaanotto           | Itäinen<br>alue   | 15                    | 22                   | 7                               | -                                  | 15                      | 1                         | 14            |
| Huhtasuon vas-<br>taanotto         | "                 | 15                    | 18                   | 3                               | -                                  | 15                      | 0                         | 15            |
| Tapionkadun<br>vastaanotto         | Keskustan<br>alue | 30                    | 46                   | 16                              | -                                  | 30                      | 1                         | 29            |
| Palvelutalo                        |                   | 30                    | 13                   | 3                               | -                                  | 10                      | 2                         | 10            |
| Hoitohenkilö-<br>kunta             |                   | 38                    | 38                   | -                               | 2                                  | 36                      | 1                         | 35            |
| Lääkärit                           |                   | 35                    | 35                   | -                               | 17                                 | 18                      | 0                         | 18            |
| Opiskelijat<br>aloittavat          |                   | 32                    | 30                   | -                               | -                                  | 30                      | 1                         | 29            |
| Opiskelijat<br>lopettavat          |                   | 32                    | 28                   | -                               | -                                  | 28                      | 5                         | 23            |
| Valtuutetut                        |                   | 58                    | 58                   | -                               | 26                                 | 32                      | 1                         | 31            |
| Yhteensä                           |                   | 345                   | 358                  | 49                              | 45                                 | 274                     | 14                        | 260           |

LIITETAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistuneet iän, sukupuolen terveystieteiden ja asiantuntijaryhmittelyn mukaan (n=260)

| Suku-<br>puoli<br>ja<br>ikä | Terveystieteiden alueet |              |               |               | Henkilökunta  |               | Opiskelijat     |                 |                  | Kaikki |
|-----------------------------|-------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|--------|
|                             | Länti-<br>nen           | Itäi-<br>nen | Keskus-<br>ta | Palv.<br>talo | Hoita-<br>jat | Lääkä-<br>rit | Aloit-<br>tavat | Lopet-<br>tavat | Valtuu-<br>tetut |        |
| Nainen                      |                         |              |               |               |               |               |                 |                 |                  |        |
| 16 - 25                     | 6                       | 7            | 1             | 0             | 1             | 0             | 27              | 11              | 0                | 57     |
| 26 - 35                     | 9                       | 14           | 10            | 0             | 6             | 5             | 0               | 10              | 1                | 55     |
| 36 - 45                     | 8                       | 6            | 6             | 0             | 11            | 5             | 0               | 2               | 4                | 42     |
| 46 - 55                     | 1                       | 2            | 3             | 0             | 16            | 0             | 0               | 0               | 6                | 28     |
| 56 - 65                     | 0                       | 3            | 1             | 2             | 0             | 0             | 0               | 0               | 2                | 8      |
| 66 - 75                     | 0                       | 1            | 2             | 3             | 0             | 0             | 0               | 0               | 1                | 7      |
| yli 76                      | 0                       | 0            | 0             | 4             | 0             | 0             | 0               | 0               | 0                | 4      |
| Yhteensä                    | 24                      | 33           | 27            | 9             | 34            | 10            | 27              | 23              | 14               | 201    |
| Mies                        |                         |              |               |               |               |               |                 |                 |                  |        |
| 16 - 25                     | 1                       | 2            | 2             | 0             | 1             | 0             | 2               | 0               | 0                | 8      |
| 26 - 35                     | 4                       | 0            | 3             | 0             | 0             | 3             | 0               | 0               | 3                | 13     |
| 36 - 45                     | 7                       | 1            | 3             | 0             | 0             | 4             | 0               | 0               | 3                | 18     |
| 46 - 55                     | 1                       | 1            | 1             | 0             | 0             | 1             | 0               | 0               | 7                | 12     |
| 56 - 65                     | 1                       | 1            | 0             | 0             | 0             | 0             | 0               | 0               | 3                | 5      |
| yli 66                      | 1                       | 0            | 1             | 1             | 0             | 0             | 0               | 0               | 1                | 3      |
| Yhteensä                    | 15                      | 5            | 10            | 1             | 1             | 8             | 2               | 0               | 17               | 59     |

LIITETAULUKKO 3. Työssä olevien ammattiasema (n=140)

| Ammatti-<br>asema                    | Asiakkaat |       | Hoitajat |       | Lääkärit |       | Valtuu-<br>tetut |       | Yhteensä |       |
|--------------------------------------|-----------|-------|----------|-------|----------|-------|------------------|-------|----------|-------|
|                                      | n         | %     | n        | %     | n        | %     | n                | %     | n        | %     |
| Työntekijä                           | 35        | 53,8  | 21       | 60,0  | 10       | 55,6  | 6                | 27,3  | 72       | 51,4  |
| Toimi-<br>henkilö                    | 25        | 38,5  | 14       | 40,0  | 8        | 44,4  | 14               | 63,6  | 61       | 43,6  |
| Ammatinhar-<br>joittaja,<br>yrittäjä | 5         | 7,7   | 0        | -     | 0        | -     | 2                | 9,1   | 7        | 5,0   |
| Yhteensä                             | 65        | 100,0 | 35       | 100,0 | 18       | 100,0 | 22               | 100,0 | 140      | 100,0 |

LIITETAULUKKO 4. Terveysaseman ja työntekijöiden valinnanmahdollisuus väestövastuisessa terveydenhuollossa perusrühmävertailussa (n=259)

|   | P e r u s r y h m ä t |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |                    | Yhteensä |
|---|-----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|----------|
|   | 1<br>(n=38)<br>%      | 2<br>(n=38)<br>% | 3<br>(n=37)<br>% | 4<br>(n=10)<br>% | 5<br>(n=35)<br>% | 6<br>(n=18)<br>% | 7<br>(n=29)<br>% | 8<br>(n=23)<br>% | 9<br>(n=31)<br>% | 10<br>(n=259)<br>% |          |
| A | 31,6                  | 23,7             | 24,3             | 20,0             | 40,0             | 38,9             | 10,3             | 8,7              | 29,0             | 25,9               |          |
| B | 42,1                  | 60,5             | 37,8             | 50,5             | 51,4             | 50,0             | 51,7             | 47,8             | 32,3             | 46,7               |          |
| C | -                     | 2,6              | 5,4              | 30,0             | 2,9              | -                | 6,9              | -                | 9,7              | 4,6                |          |
| D | 26,3<br>100,0         | 13,2<br>100,0    | 32,4<br>100,0    | -<br>100,0       | 5,7<br>100,0     | 11,1<br>100,0    | 27,6<br>100,0    | 39,1<br>100,0    | 25,8<br>100,0    | 21,6<br>100,0      |          |

- A Jokaisen tulee käyttää omaa terveysasemaa ja määrättyjä työntekijöitä.  
 B Jokaisen tulee käyttää omaa terveysasemaa, mutta työntekijä on mahdollista valita  
 C Terveysaseman voi valita, mutta ei työntekijää.  
 D Voi valita sekä terveysaseman että työntekijän.

1. Läntinen alue (Kyllön ja Säynätsalon terveysasemien asiakkaat)
2. Itäinen alue (Huhtasuon ja Kuokkalan terveysasemien asiakkaat)
3. Keskustan alue (Tapionkadun terveysaseman asiakkaat)
4. Palvelutalon asukkaat
5. Terveysasemien hoitohenkilölunta
6. Terveyskeskuslääkärit
7. Opintonsa aloittaneet opiskelijat
8. Opintojaan lopettelevat opiskelijat
9. Kaupunginvaltuutetut

**LIITETAULUKKO 5. Terveyspalvelujen kustantaminen sektoreittain ja palvelun järjestäjä vastausten mukaan (f=841)**

| Maksutapa ja palvelun järjestäjä                                  | P a l v e l u s e k t o r i t |              |                              |              |                         |              |                        |              |
|---|-------------------------------|--------------|------------------------------|--------------|-------------------------|--------------|------------------------|--------------|
|   | Neuvolavas-<br>taanotto       |              | Sairaanhoidovas-<br>taanotto |              | Lääkärin<br>vastaanotto |              | Vastauksia<br>yhteensä |              |
|   | f                             | %            | f                            | %            | f                       | %            | f                      | %            |
| Maksuttomana terveyskeskuksessa                                   | 213                           | 77,5         | 184                          | 65,9         | 91                      | 31,7         | 488                    | 58,0         |
| Maksullisena terveyskeskuksessa                                   | 35                            | 12,7         | 64                           | 22,9         | 155                     | 54,0         | 254                    | 30,2         |
| Vakuutusin yksityisesti   | 8                             | 2,9          | 10                           | 3,6          | 17                      | 5,9          | 35                     | 4,2          |
| Pienin käyttö maksuin järjestöjen toimesta/ hyväntekeväisyystyönä | 9                             | 3,3          | 13                           | 4,7          | 17                      | 5,9          | 39                     | 4,6          |
| En osaa sanoa   | 10                            | 3,6          | 8                            | 2,9          | 7                       | 2,4          | 25                     | 3,0          |
| <b>Yhteensä</b>   | <b>275</b>                    | <b>100,0</b> | <b>279</b>                   | <b>100,0</b> | <b>287</b>              | <b>100,0</b> | <b>841</b>             | <b>100,0</b> |

**LIITETAULUKKO 6. Palvelujen järjestäminen varattomille (n=191)**

| Terveyspalvelut               | Asiakkaat |              | Henkilökunta |              | Opiskelijat |              | Valtuutetut |              | Kaikki     |              |
|-------------------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|
|                               | n         | %            | n            | %            | n           | %            | n           | %            | n          | %            |
| Maksuttomina                  | 34        | 39,6         | 6            | 18,2         | 10          | 27,8         | 10          | 32,3         | 60         | 31,4         |
| Sosiaaliapuna                 | 11        | 12,1         | 22           | 66,7         | 9           | 25,0         | 11          | 35,5         | 53         | 27,8         |
| KELA:lta                      | 10        | 10,9         | 1            | 3,0          | 4           | 11,1         | 5           | 16,1         | 20         | 10,5         |
| Pienemmällä maksulla/tuloraja | 17        | 18,7         | 2            | 6,1          | 11          | 17,5         | 3           | 9,7          | 31         | 16,2         |
| Kansalaispalkka               | 1         | 1,1          | 0            | -            | 0           | -            | 0           | -            | 1          | 0,5          |
| Kuten nyt                     | 8         | 8,8          | 2            | 6,1          | 2           | 5,6          | 2           | 6,6          | 14         | 7,3          |
| <b>Yhteensä</b>               | <b>91</b> | <b>100,0</b> | <b>33</b>    | <b>100,0</b> | <b>36</b>   | <b>100,0</b> | <b>31</b>   | <b>100,0</b> | <b>191</b> | <b>100,0</b> |

**LIITETAULUKKO 7. Aukioloajat palvelusektoreittain**

| Kello<br>aika | Neuvolavas-<br>taanotto |       | Sairaanhoidovas-<br>taanotto |       | Lääkärin<br>vastaanotto |       | Kaikki<br>yhteensä |       |
|---------------|-------------------------|-------|------------------------------|-------|-------------------------|-------|--------------------|-------|
|               | n=206                   | %     | n=245                        | %     | n=239                   | %     | n=690              | %     |
| 8 - 16        | 79                      | 38,3  | 81                           | 33,1  | 25                      | 10,5  | 185                | 26,8  |
| 8 - 20        | 106                     | 51,6  | 110                          | 45,0  | 89                      | 37,2  | 305                | 44,2  |
| 6 - 20        | 19                      | 9,2   | 50                           | 20,3  | 93                      | 39,0  | 162                | 23,5  |
| 7 - 19        | 2                       | 0,9   | 4                            | 1,6   | 4                       | 1,7   | 10                 | 1,4   |
| 6 - 24/24h    | 0                       | -     | 0                            | -     | 28                      | 11,7  | 28                 | 4,1   |
| Yhteensä      | 206                     | 100,0 | 245                          | 100,0 | 239                     | 100,0 | 690                | 100,0 |

**LIITETAULUKKO 8. Ensiavun järjestäminen yöllä (n=258)**

| Ensiapu yöllä      | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       | Kaikki |       |
|--------------------|-----------|-------|---------------|-------|--------|-------|
|                    | n         | %     | n             | %     | n      | %     |
| Keskussairaalaassa | 103       | 83,7  | 116           | 85,9  | 219    | 84,9  |
| Terveyskeskuksessa | 15        | 12,2  | 14            | 10,4  | 29     | 11,2  |
| Molemmissa         | 5         | 4,1   | 5             | 3,7   | 10     | 3,9   |
| Yhteensä           | 123       | 100,0 | 135           | 100,0 | 258    | 100,0 |

**LIITETAULUKKO 9. Joustavuuden lähteet avointen vastausten perusteella (n=141)**

| Joustavuus lähtöisin                          | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       | Yhteensä |       |
|---|-----------|-------|---------------|-------|----------|-------|
|   | n         | %     | n             | %     | n        | %     |
| <b>TYÖNTEKIJÖISTÄ</b>                         |           |       |               |       |          |       |
| - tahto hoitaa, palvelualttius,<br>huomiointi | 17        | 25,8  | 15            | 20,0  | 32       | 22,7  |
| - inhimillisuus, ymmärrys, ystävällisyys      | 11        | 16,7  | 5             | 6,7   | 16       | 11,3  |
| - ammattitaito                                | 11        | 16,7  | 14            | 18,7  | 25       | 17,7  |
| Yhteensä                                      | 39        | 59,1  | 34            | 45,3  | 73       | 51,8  |
| <b>ORGANISAATIOSTA</b>                        |           |       |               |       |          |       |
| - hyvin organisoidut palvelut                 | 1         | 1,5   | 0             | -     | 1        | 0,7   |
| - ei jonoja, aika pitänyt                     | 11        | 16,7  | 18            | 24,0  | 29       | 20,6  |
| Yhteensä                                      | 12        | 18,2  | 18            | 24,0  | 30       | 21,3  |
| <b>ASIAKKAASTA</b>                            |           |       |               |       |          |       |
| - oma asenne                                  | 5         | 7,6   | 2             | 2,7   | 7        | 5,0   |
| - oma ammattitaito                            | 1         | 1,5   | 1             | 1,3   | 2        | 1,4   |
| Yhteensä                                      | 6         | 9,1   | 3             | 4,0   | 9        | 6,4   |
| <b>MUISTA SEIKOISTA</b>                       |           |       |               |       |          |       |
| - tuttuus                                     | 6         | 9,1   | 15            | 20,0  | 21       | 14,9  |
| - toiveiden toteutuminen                      | 3         | 4,0   | 5             | 6,7   | 8        | 5,8   |
| Yhteensä                                      | 9         | 13,6  | 20            | 26,7  | 29       | 20,5  |
| Yhteensä                                      | 66        | 100,0 | 75            | 100,0 | 141      | 100,0 |

---

**LIITETAULUKKO 10. Joustamattomuuden lähteet avointen vastausten perusteella (n=126)**


---

| Joustamattomuus lähtöisin   | Asiakkaat |       | Asiantuntijat |       | Yhteensä |       |
|---|-----------|-------|---------------|-------|----------|-------|
|   | n         | %     | n             | %     | n        | %     |
| <b>ORGANISAATIOSTA</b>  |           |       |               |       |          |       |
| -jono, ruuhka, kiire, juoksuminen, usea haastatteliija            | 39        | 44,3  | 15            | 39,5  | 54       | 42,9  |
| -vähän henkilökuntaa, henkilökunnan vaihtuvuus                    | 12        | 13,6  | 4             | 10,5  | 16       | 12,7  |
| -ei aikoja, tiukat aikataulut, puhelin varattu                    | 8         | 9,1   | 3             | 7,9   | 11       | 8,7   |
| -liikaa byrokratiaa, kankeus, liukuhihna, vanhanaikainen työnjako | 5         | 5,7   | 3             | 7,9   | 8        | 6,3   |
| Yhteensä  | 64        | 72,7  | 25            | 65,8  | 89       | 70,6  |
| <b>HENKILÖKUNNASTA</b>  |           |       |               |       |          |       |
| -välinpitämättömyys, pinnallisuus, laiskuus, hitaus               | 6         | 6,8   | 4             | 10,5  | 10       | 7,9   |
| -epäystävällisyys, tylyys, äkäisyys                               | 6         | 6,8   | 4             | 10,5  | 10       | 7,9   |
| -ei huomioida mielipiteitä  | 5         | 5,7   | 1             | 2,6   | 6        | 4,8   |
| -henkilökunnan stressi  | 4         | 4,5   | 2             | 5,3   | 6        | 4,8   |
| -vallanhalu   | 1         | 1,1   | -             | -     | 1        | 0,8   |
| -ammattitaidon puute  | -         | -     | 1             | 2,6   | 1        | 0,8   |
| Yhteensä  | 22        | 25,0  | 12            | 31,6  | 34       | 27,0  |
| <b>ASIAKKAASTA</b>  |           |       |               |       |          |       |
| -potilaan oikeudet  | 2         | 2,3   | 1             | 2,6   | 3        | 2,4   |
| Yhteensä  | 88        | 100,0 | 38            | 100,0 | 126      | 100,0 |

---



KYSELY TERVEYSKESKUSPALVELUJEN JÄRJESTÄMISESTÄ JYVÄSKYLÄN  
KAUPUNGISSA

HYVÄ VASTAAJA

Opiskelen Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisessä tiedekunnassa. Teen opinnäytetyötäni, jonka aiheena on "Kenen ehdoilla julkisen terveydenhuollon (terveyskeskuksen) palveluja Jyväskylässä toteutetaan".

Tutkimuksella pyritään saamaan tietoa siitä, millaisia kokemuksia Teillä on terveyskeskuksen palveluista, kuka viime kädessä määrää, miten palveluita järjestetään ja miten niitä tulisi Teidän mielestänne järjestää.

Tutkimuksen suorittamiseen on saatu lupa Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskuksesta, Keski-Suomen terveydenhoito-oppilaitoksesta ja Väinönkadun palvelukeskuksesta. Tutkimuksen ohjaajana toimii professori Marjatta Marin Jyväskylän yliopistosta.

Pyydän Teitä vastaamaan lomakkeessa esittämiini kysymyksiin. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti.

Mielipiteenne on tärkeä!

*Riitta Happonen*  
Riitta Happonen  
Yhteiskuntatieteiden opiskelija  
Jyväskylän yliopisto



10. Työskentelettekö itse asiakaspalvelutehtävissä?  
 1 en työskentele  
 2 työskentelen
- Jos työskentelette, oletteko  
 1 johtotason toimihenkilö  
 2 asiakaspalvelussa
11. Liittyykö työhönne tai yhteiskunnallinen toimintanne Jyväskylän sosiaali- ja terveydenhuoltoon?  
 1 työnantajani on Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskus  
 2 olen sosiaali- ja terveystalokeskunnan jäsen  
 3 olen kaupunginvaltuuston jäsen  
 4 ei liity
12. Kuinka kauan olette asunut Jyväskylässä? \_\_\_\_\_ vuotta
13. Oletteko käyttänyt terveyskeskuksen palveluja?  
 1 olen käyttänyt  
 2 en ole käyttänyt
14. Mikäli ette ole käyttänyt, onko siihen jokin erityinen syy?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Mikäli ette ole käyttänyt mitään terveyskeskuksen palveluita, siirrykää kysymykseen 29.

#### ASIOINTI TERVEYSKESKUKSEN PALVELUKOhteissa

15. Kuinka usein viimeisen kolmen vuoden aikana olette keskimäärin käyttänyt alla lueteltuja palveluja? Käyttäkää seuraavia vaihtoehtoja.

- 1 = kerran kuukaudessa  
 2 = kerran puolessa vuodessa  
 3 = kerran vuodessa  
 4 = harvemmin kuin kerran vuodessa  
 5 = en ole käyttänyt palveluita

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolan palveluja  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanoton palveluja                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lääkärin ajanvaraus - tai päivystysvastaanoton palveluja oman alueen terveysasemalla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ensiapuvastaanoton palveluja Kyllön terveysasemalla                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

16. Kun muistetelette eri palvelupisteissä käynnejänne, niin **kuinka monelle eri työntekijälle** joudutte yleensä selvittämään asianne **palvelupisteeseen** tullessanne? Ympyröikää vastaavat numerot jokaisessa palvelupisteessä.

1 = yhdelle työntekijälle  
 2 = kahdelle työntekijälle  
 3 = kolmelle tai useammalle työntekijälle  
 4 = en ole käyttänyt palveluita

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolaan tullessa   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanotolle tullessa                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Lääkärin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolle omalle terveysasemalle tullessa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ensiapuvastaanotolle Kyllön terveysasemalle tullessa                            | 1 | 2 | 3 | 4 |

17. Onko Teillä näissä palveluissa ollut **mahdollisuus valita** itse se **työntekijä**, kenenkä kanssa olette asioinut? Valitkaa seuraavista vaihtoehtoista sopivin jokaisen palvelupisteen kohdalla.

1 = olen voinut valita työntekijän  
 2 = en ole voinut, koska palvelupisteessä on vain yksi työntekijä kutakin työtehtävää suorittamassa  
 3 = en ole voinut valita, vaikka olisi ollut useampi työntekijä samoja tehtäviä/hoitotoimenpiteitä suorittamassa  
 4 = en ole ajatellut asiaa. Tärkeintä on ollut, että vaivani on tullut hoidettua  
 5 = en ole käyttänyt palveluita

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolassa  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanotolla                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lääkärin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolla omalla terveysasemalla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ensiapuvastaanotolla Kyllön terveysasemalla                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. Onko Teidän **toivomuksenne otettu huomioon** ajanvarausta tehdessänne Teille sopivan ajan löytämiseksi? Valitkaa seuraavista vaihtoehtoista sopivin jokaisen palvelupisteen kohdalla.

1 = toivomukseni on huomioitu aina  
 2 = toivomustani ei ole voitu huomioida, koska palveluita ja vastaanottoaikoja on rajoitettu määrä  
 3 = toivomustani ei juuri ole huomioitu, vaikka mielestäni niin olisi voitu tehdä  
 4 = en ole esittänyt toivomusta, vaan ottanut minulle tarjotun vastaanottoajan  
 5 = en ole käyttänyt palveluita

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolassa                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanotolla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lääkärin ajanvarausvastaanotolla                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

19. Onko toiveenne ja mielipiteenne otettu huomioon hoitotoimenpiteitä suunniteltaessa ja valittaessa? Valitkaa seuraavista vaihtoehtoista sopivin jokaisen palvelupisteen kohdalla.

- 1 = on huomioitu aina  
 2 = ei ole pystytty huomioimaan ajan vähyden vuoksi  
 3 = ei ole huomioitu, vaikka mielestäni niin olisi voitu tehdä  
 4 = en ole ajatellut asiaa, koska minulle on ollut tärkeää vain se, että asiani on tullut hoidettua  
 5 = en ole käyttänyt palveluita

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolassa  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanotolla                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lääkärin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolla omalla terveysasemalla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ensiapuvastaanotolla Kyllön terveysasemalla                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

20. Kuinka paljon aikaa on mielestänne järjestynyt Teidän asioidenne hoitamista varten? Valitkaa seuraavista vaihtoehtoista sopivin kunkin palvelupisteen kohdalla.

- 1 = riittävästi, olen saanut asiani hoidettua  
 2 = liian vähän, en ole saanut mielestäni asioitani hoidettua  
 3 = en ole ajatellut koko asiaa  
 4 = en ole asioinut

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolassa   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanotolla                       | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanotolla omalla terveysasemalla | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ensiapuvastaanotolla Kyllön terveysasemalla                           | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### ASIOINNIN KOKEMINEN

21. Kuinka joustavaa asioiden hoitaminen on Teidän mielestänne ollut? Valitkaa seuraavista vaihtoehtoista sopivin kunkin palvelupisteen kohdalla.

- 1 = joustavaa  
 2 = ei joustavaa, mutta ei hankalaakaan  
 3 = melko hankalaa  
 4 = erittäin hankalaa  
 5 = en ole käyttänyt palveluita

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolassa  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sairaanhoitajan/terveydenhoitajan vastaanotolla                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lääkärin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolla omalla terveysasemalla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ensiapuvastaanotolla Kyllön terveysasemalla                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

22. Jos asiointi on ollut **joustavaa**, voitteko sanoa siihen jonkin erityisen syyn? \_\_\_\_\_

23. Jos asiointi on ollut **hankalaa**, mikä siihen on ollut mielestänne syynä? \_\_\_\_\_

24. Kuinka **palveluultista** terveyskeskuksen henkilökunta on Teidän mielestänne ollut? Valitkaa seuraavista vaihtoehdoista sopivin kunkin palvelupisteen kohdalla.

- 1 = erittäin palveluultista  
 2 = kohtalaisen palveluultista  
 3 = ei kovin palveluultista  
 4 = ei ollenkaan palveluultista  
 5 = en ole käyttänyt palveluita

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolassa   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanotolla                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lääkärin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolla oman alueen terveysasemalla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ensiapuvastaanotolla Kyllön terveysasemalla                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

25. Kuinka **ystävällisen kohtelun** olette mielestänne saanut asioidessanne eri palvelupisteissä? Valitkaa sopivin vaihtoehto jokaisen palvelupisteen kohdalla.

- 1 = kohtelu on ollut hyvin ystävällistä ja lämmintä  
 2 = kohtelu ei ole ollut kovin ystävällistä, mutta ei epäystävällistäkään  
 3 = kohtelu on ollut välinpitämätöntä  
 4 = kohtelu on ollut epäystävällistä ja tönkeyttä  
 5 = en ole käyttänyt palveluita

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolassa   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanotolla                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lääkärin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolla oman alueen terveysasemalla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ensiapuvastaanotolla Kyllön terveysasemalla                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

26. Jos kohtelu on ollut **ystävällistä ja lämmintä**, pystyttekö kertomaan siihen jonkin erityisen syyn? \_\_\_\_\_

27. Jos kohtelu on ollut **epäystävällistä ja tönkeyttä**, mikä siihen on mielestänne ollut syynä? \_\_\_\_\_

28. Pitävätkö seuraavat väitteet Teidän kokemuksienne mukaan paikkaansa yleensä terveyskeskuksessa asiain suhteen? Käyttäkää seuraavia vaihtoehtoja.
- 1 = ei pidä lainkaan paikkaansa  
 2 = pitää paikkansa jossakin määrin  
 3 = pitää huomattavasti paikkansa  
 4 = pitää täysin paikkansa  
 5 = en osaa sanoa
- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| Asioita käsitellään rutiininomaisesti.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kohtelu on virallista ja jäykkää.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kohtelu on persoonallista ja huolehtivaista.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Asiakkaalle on riittävästi aikaa.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Työntekijät eivät noudata liikaa sääntöjä.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Työntekijät ovat töissä vain omien etujensa, kuten palkan ja aseman vuoksi.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Työntekijöille on tärkeämpää asiakkaan etu, kuin työnantajan tai kaupunkityönantajan etu.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Syy asiakaspalvelun viivästymiseen on huonosti järjestetyissä palveluissa.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Kukaan ei ota vastuuta asiakkaasta kokonaisuutena ihmisenä; yksi työntekijä hoitaa yhden ongelman ja lähettää toisen työntekijän luo toisen ongelman hoitamista varten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Työntekijät puhuvat asioista niin, että asiakkaat ymmärtävät esimerkiksi hoito-ohjeet.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Työntekijät eivät kuuntele tai ota huomioon asiakkaiden mielipiteitä heitä koskevissa asioissa, vaan tekevät omia johtopäätöksiään.                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Työntekijät tekevät vain pakolliset asiat.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Asiakkaita ei juoksuteta luukulta luukulle.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Työntekijöille on tärkeämpää asiakkaiden palvelu kuin "papereiden pyöritteleminen"  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Asiakkaita palvelevat vähiten koulutusta saaneet työntekijät ja ammattitaitoisemmat istuvat kokouksissa ja koulutuksissa.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## MIELIPITEET TERVEYPALVELUJEN JÄRJESTÄMISESTÄ

29. Pitäisikö viranomaisten tiedustella asukkaiden/asiakkaiden mielipiteitä, kun terveystalvveluita järjestetään?  
 1 = pitäisi tiedustella  
 2 = ei tarvitse tiedustella, kunhan palveluita vain on
30. Onko Teidän mielipidettänne tiedusteltu?  
 1 = ei ole tiedusteltu  
 2 = on tiedusteltu kyselytutkimuksella terveystalvveluilla  
 3 = on tiedusteltu kyselytutkimuksella postitse  
 4 = on järjestetty tiedotus - ja keskustelutilaisuuksia, joihin olen osallistunut
31. Mikäli Teiltä on kysytty mielipidettä, niin onko palveluita järjestetty enemmän tarpeitanne vastaaviksi?  
 1 = on järjestetty enemmän tarpeitani vastaaviksi  
 2 = mielipiteilläni ei ole ollut vaikutusta
32. Täysin maksuttomista terveystalvveluista on Jyväskylässä luovuttu muutama vuosi sitten. Kuinka terveystalvvelut tulisi Teidän mielestänne järjestää, kun ajatellaan kustannuksia? Valitkaa kunkin palvelun osalta sopivin vaihtoehto.
- a) lasten- ja äitiystalvveluolan palvelut tulee järjestää
- 1 = maksuttomina tervystalvveluksen palveluina
  - 2 = maksullisina tervystalvveluksen palveluina
  - 3 = vakuutuksiin perustuvina ja yksityisen sektorin järjestäminä palveluina
  - 4 = järjestöjen (esimerkiksi SPR, Syöpäyhdistys, Allergia- ja Astmaliiitto) tai hyväntekeväisyystyötä tekevien yhteisöjen toimesta pieniin käyttömaksuihin perustuvina
  - 5 = yksityisen sektorin palveluina, jotka jokainen kustantaa itse
  - 6 = en osaa sanoa
- b) sairaanhoitajan/terveydenhoitajan palvelut tulee järjestää
- 1 = maksuttomina tervystalvveluksen palveluina
  - 2 = maksullisin tervystalvveluksen palveluina
  - 3 = vakuutuksiin perustuvina ja yksityisen sektorin järjestäminä palveluina
  - 4 = järjestöjen (esimerkiksi SPR, Syöpäyhdistys, Allergia- ja Astmaliiitto) tai hyväntekeväisyystyötä tekevien yhteisöjen toimesta pieniin käyttömaksuihin perustuvina
  - 5 = yksityisen sektorin palveluina, jotka jokainen kustantaa itse
  - 6 = en osaa sanoa



- c) **lääkärin ajanvaraus- ja päivystysvastaanoton palvelut** tulee järjestää
- 1 = **maksuttomina** terveyskeskuksen palveluina
  - 2 = **maksullisina** terveyskeskuksen palveluina
  - 3 = **vakuutuksiin** perustuvina ja yksityisen sektorin järjestäminä palveluina
  - 4 = järjestöjen (esimerkiksi SPR, Syöpäyhdistys, Allergia- ja Astmaliitto) tai hyväntekeväisyystyötä tekevien yhteisöjen toimesta **pieniin käyttämaksuihin** perustuvina
  - 5 = yksityisen sektorin palveluina, jotka jokainen **kustantaa itse**
  - 6 = en osaa sanoa
33. Jyväskylässä on sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetty **alueittain** (palvelut oman alueen sosiaali- ja terveysasemalla) ja suunnitteilla on siirtyminen **väestövastuiseen sosiaali- ja teveydenhuoltoon** (sama lääkäri ja hoitotiimi vastaa tietyn alueen asukkaiden palveluista). Pitäisikö Teidän mielestänne asiakkailla olla **mahdollisuus valita** vapaasti terveysasema ja työntekijät?
- 1 = jokaisen tulisi käyttää oman alueen terveysasemaa ja osoitteen mukaisesti määräytyviä työntekijöitä
  - 2 = jokaisen tulisi käyttää oman alueen terveysasemaa, mutta työntekijät voisi valita itse
  - 3 = terveysaseman voisi valita itse, mutta työntekijöitä ei olisi mahdollista valita
  - 4 = pitäisi saada itse valita sekä terveysasema että työntekijät
  - 5 = en käytä palveluita
34. Olisitteko valmis **maksamaan** siitä, että voisitte **itse valita** terveysaseman ja työntekijät?
- 1 = olisin valmis maksamaan
  - 2 = en olisi valmis maksamaan
  - 3 = en käytä palveluita
35. Mihin **aikaan** palvelut tulisi mielestänne järjestää? Käyttäkää seuraavia vaihtoehtoja kunkin palvelupisteen kohdalla.
- 1 = klo 8.00 - 16.00 välisenä aikana
  - 2 = klo 8.00 - 18.00 välisenä aikana
  - 3 = klo 6.00 - 20.00 välisenä aikana
  - 4 = klo \_\_\_\_\_ välisenä aikana (toivomanne aika)
  - 5 = en käytä palveluita
- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| Lasten/äitiysneuvolassa                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sairaanhoidajan/terveydenhoitajan vastaanotolla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Lääkärin ajanvaraus- tai päivystysvastaanotolla | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
36. Äkillisiä sairastumisia ja ensiapua varten on järjestetty päivystysvastaanotot alueellisilla/omilla terveysasemilla arkisin klo 08.00 - 16.00. Kyllön terveysasemalla toimii

lisäksi keskitetty ensiapuvastaanotto kaikkina viikonpäivinä klo 08.00 - 23.00. Tarvitaanko mielestänne ensiapuvastaanottoa Kyllössä **oman terveysaseman auki ollessa**, mikäli omalla terveysasemalla on mahdollisuus saada apua?

1 = ei tarvita

2 = kyllä tarvitaan. Miksi? \_\_\_\_\_

---



---



---

37. Äkillisiä sairaustapauksia varten toimii ensiapu klo 23.00-08.00 välisen ajan Keski-Suomen keskussairaalassa. Kuinka yöpäivystys Teidän mielestänne tulisi järjestää?

1 = yöpäivystys voi toimia keskussairaalassa

2 = yöpäivystys pitäisi olla terveyskeskuksessa

3 = muuten, miten? \_\_\_\_\_

---



---



---

38. Kuinka mielestänne pitkiä jonoja terveyskeskuslääkärin ajanvarausvastaanotoille tulisi lyhentää? Ympyröikää useampi vaihtoehto tarvittaessa.

1 = lisäämällä työvoimaa terveysasemilla

2 = siirtymällä väestövastuiseen terveydenhuoltoon

3 = lisäämällä maksullisuutta

4 = muuten, miten? \_\_\_\_\_

---



---



---

39. Kuinka mielestänne ruuhka-aikoina pitkiä **jonotusaikoja** ensiapuvastaanotoilla/päivystysvastaanotoilla tulisi lyhentää? Ympyröikää useampi vaihtoehto tarvittaessa.

1 = lisäämällä työvoimaa terveysasemilla

2 = perimällä ylimääräinen maksu päivystyskäynneistä

3 = tiukentamalla ensiapuun/päivystysvastaanotolle tulon syitä

4 = järjestämällä erillinen päivystysvastaanotto lapsille

5 = järjestämällä erillinen päivystysvastaanotto flunssapotilaille

6 = ohjaamalla esimerkiksi flunssapotilaita yksityisille lääkäriasemille

7 = muuten, miten? \_\_\_\_\_

---



---



---

40. Mikäli kaikista palveluista perittäisiin maksu, niin kuinka terveystalvelut pitäisi mielestämme järjestää varattomille, esimerkiksi työttömille ja pitkäaikaissairaille sekä heidän perheilleen? \_\_\_\_\_

---



---



---

41. Pitävätkö seuraavat väittämät Teidän mielestänne paikkansa?  
 Käyttäkää seuraavia vaihtoehtoja.  
 1 = ei pidä lainkaan paikkaansa  
 2 = pitää paikkansa jossakin määrin  
 3 = pitää huomattavasti paikkansa  
 4 = pitää täysin paikkansa  
 5 = en osaa sanoa

Jos minä tai omaiseni sairastuu, on terveydenhuollon kannettava vastuu hoitamisesta. 1 2 3 4 5

Lasten, vanhuksien ja sairaiden hoitaminen kuuluu perheelle. 1 2 3 4 5

On moraalisesti väärin jättää huono-osaiset yhteiskunnan järjestämän hoidon ulkopuolelle. 1 2 3 4 5

Veroja tulee korottaa, että terveyspalvelut saadaan säilytettyä hyvinvointivaltion maksuttomina palveluina. 1 2 3 4 5

Palvelut tulee järjestää kaikille samalla tavalla varallisuuteen katsomatta. 1 2 3 4 5

Vain markkinoita elvyttämällä saadaan sellainen talouskasvu aikaan, että pystytään ylläpitämään nykyiset terveyspalvelut. 1 2 3 4 5

Nykyiset palvelut tekevät ihmiset niin avuttomiksi, että useat eivät selviä pienistäkään ongelmista ilman ammattiauttajaa. 1 2 3 4 5

Nykyiset palvelut tunkeutuvat liiaksi ihmisten yksityiselämään. 1 2 3 4 5

Terveyspalvelut kuuluvat kaikille kansalaisoikeuksina. 1 2 3 4 5

Jokaisen kuuluu vastata itse terveydentilastaan ja sairauksiensa hoitokustannuksista. 1 2 3 4 5

Yhteiskunnan pitää järjestää terveyspalveluja niin paljon, että jokainen pääsee niiden piiriin. 1 2 3 4 5

Yhteiskunnan kustantamaa hoitoa saa vain silloin, kun on todellinen tarve. 1 2 3 4 5

Mitä muuta haluaisitte sanoa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kiitos vaivannäöstänne!



SITOUMUS

Suorittaessani / suorittaessamme tutkimusta / selvitystä

oppilaitos JYVÄSKYLÄN YLIOPISTOSSA

oppiaine SOSIOLOGIA

tutkimuksen ohjaaja PROFESSORI MARJATTA MARLIN

tutkimuksen / selvityksen nimi "KENEN EHDOLLA

JULKISEN TERVEYDENHUOLLON PALVELUJA TUOETAAN"

tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimuspaikka SOSIAALI- JA

TERVEYSTIETEIDEN HENKILÖKONTTA (LÄÄKÄRIT, HOITAJAT) SEURAA ASIAKKAAT. (MYÖS MUITA LYHYÄ MUIKKA)  
sitoudun siihen, että en käytä sen yhteydessä Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta saamiani tietoja muuhun tarkoitukseen kuin tutkimuksen / selvityksen tekemiseen enkä anna salassapidettäviä tietoja muille henkilöille.

Tutkimuksen / selvityksen tekijä / tekijät

RIITTA HAPPONEN

nimi

nimi

SAIRAANHOITAJA

ammatti

ammatti

KAAKKOSIINI 8 E 46

osoite

osoite

40340 JKL

941 - 28176

puh.

puh.

Riitta Happonen

allekirjoitus

allekirjoitus

Todistavat:

Riitta Happonen

nimi

Jukka Laaksonen

nimi

Luokkatie 32, 40320

osoite

Luokkatie 44

osoite

Jyväskylä

Jyväskylä

Jyväskylässä 29, 4 19 96

Hyväksynyt Liitta Happonen

Riitta Happonen  
Kaakonsiipi 8 E 46  
40340 JYVÄSKYLÄ  
941-281716

ANOMUS

25.04.1996

Rehtori Inkeri Papp  
Keski-Suomen terveydenhuolto-oppilaitos  
Keskussairalantie 21  
40620 JYVÄSKYLÄ

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa yhteiskuntatieteiden maisterin tutkintoa. Pyydän saada suorittaa opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen oppilaitoksessanne.

Tutkimuksen kohderyhmät ovat terveydenhuolto-oppilaitoksessa sairaanhoitajaksi/terveydenhoitajaksi opintonsa aloittaneiden ja lopettavien vuosikurssien jyvaskyläläiset tai Jyväskylässä asuvat opiskelijat. Lisäksi kohderyhminä ovat Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskuksen työntekijät ja äitiys- ja lastenneuvolan, lääkärin ajanvaraus- ja ensiapuvastaa- taanoton asiakkaat, Väinönkadun palvelukeskuksen asukkaat sekä Jyväskylän kaupunginvaltuuston jäsenet.

Tutkimusmenetelmänä on kysely ja otoskoko 300.

Kyselyn arvioitu suoritusajankohta on toukokuu -96 ja tutkimuksen valmistumisajankohta tammikuu -97.

Työn ohjaajana toimii professori Marjatta Marin Jyväskylän yliopistosta.

*Riitta Happonen*

Riitta Happonen  
Sairaanhoitaja

Myönnän tutkimusluvan anomuksen mukaisesti

Jyväskylä 7.5.96

*Inkeri Papp*  
Inkeri Papp  
rehtori

LIITTEET

Tutkimussuunnitelma  
Kyselylomake

## TUTKIMUSSUUNNITELMA

## KENEN EHDOKSILLA JULKISEN TERVEYDENHUOLLON PALVELUJA?

## 1 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTA

Hyvinvointivaltion palvelut ovat saaneet osakseen kritiikkiä varsinkin nyt, kun lama koettelee yhteiskuntamme perustaa. Syitä etsitään muun muassa kansalaisten asenteista hyvinvointipalvelujen laatua ja määrää kohtaan; niukentuneista rahoitusmahdollisuuksista ja halusta rahoittaa julkisia palveluja; palvelujen kyvyttömyydestä ratkaista ihmisten ongelmia ja palvelujen byrokraattisista ja asiantuntijavaltaan parustuvista toimintatavoista.

Olen toiminut perusterveydenhuollon palveluksessa vuodesta 1974, eli lähes Kansanterveyslain voimaan tulemisesta lähtien. Mielenkiinto tämän tutkimuksen tekemiseen on herännyt palvelujen saamista kritiikistä: vaikka kansanterveyslain turvin pystyttiin palvelujen määrää lisäämään ja ne kattoivat alueellisesti kokonaan, niin tyytymättömyys kuitenkin lisääntyi.

Tässä tutkimuksessa haluan selvittää minkälaisia terveyspalveluja asiakkaiden mielestä tuotetaan ja minkälaisia asiakkaat haluaisivat niiden olevan.

Työni jakautuu kahteen pääteemaan; 1) palvelut hyvinvointivaltion sosiaalipoliittisina toimintoina; kenen arvomaailman mukaisia palvelut ovat; haluavatko asiakkaat palvelunsa edelleen hyvinvointivaltion tarjoamina kansalaisoikeuksina vai enemmän epävirallisen ja yksityisen sektorin tarjoamina palveluina ja olisivatko he halukkaita itse niitä kustantamaan? ja 2) onko palvelut järjestetty byrokraattisen organisaation, siellä työskentelevien asiantuntijoiden vai asiakkaiden tarpeiden mukaisesti?

## 2 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET (ONGELMAT)

Pääongelma: Kenen ehdoilla palvelut järjestetään?

Alaongelmat: 1. Millaisille arvoille palvelut ovat rakentuneet?

- 1.1 Konservatiivisille arvoille?
- 1.2 Liberalistisille arvoille?
- 1.3 Sosiaalidemokraattisille arvoille?

2. Kenen lähtökohdista käsin palvelut on järjestetty?

- 2.1 Byrokraattisen organisaation lähtökohdista käsin?
- 2.2 Professionaalisten asiantuntijoiden lähtökohdista käsin?
- 2.3 Asiakkaiden tarpeista ja palvelusta käsin?

### 3 TIEDONHANKINTAMENETELMÄ

Tiedonhankintamenetelmänä on kysely. (liite 1.)

### 4 AINEISTON KERUU

Koska tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa asiakkaiden kokemuksista julkisista terveyspalveluista sekä analysoida eri intressipiirien mielipiteitä palvelujen järjestämisestä, on tutkimuksen kohderyhminä palveluja käyttävät asiakkaat, terveydenhuollon opiskelijat, julkisen terveydenhuollon työntekijät sekä päättäjät.

Tutkimukseen otetaan mukaan 18 vuotta täyttäneet jyvaskyläläiset tai Jyvaskylän kaupungin alueella asuvat henkilöt.

Kyselylomake jaetaan tutkimukseen osallistuville valvotusti, selitetään tutkimuksen tarkoitus ja täytetyt lomakkeet kerätään pois täyttämisen jälkeen samassa tilaisuudessa.

### 5 AINEISTON ANALYYSI, PÄÄTELMIEN TEKO JA RAPORTIN KIRJOITTAMINEN

Aineiston analyysi, päätelmien teko ja raportin kirjoittaminen suoritetaan syksyllä -96 ja keväällä -97.