

Asiakkaan osallistumisen vaikutus koettuun laatuun lääkäripalveluissa

Markkinointi
Maisterin tutkinnon tutkielma
Pauliina Pohjala
2009

Markkinoinnin ja johtamisen laitos
HELSINGIN KAUPPAKORKEAKOULU
HELSINKI SCHOOL OF ECONOMICS



TIIVISTELMÄ

Tutkielman tavoitteet

Tämän tutkielman tavoitteena oli tarkastella asiakkaan osallistumisen vaikutusta koettuun laatuun lääkäripalveluissa. Koettua laatua tarkasteltiin asiakkaan näkökulmasta. Tutkielman teoriaosiossa tarkasteltiin palvelun laadun muodostumista, asiakkaan ja palveluntarjoajan roolia, sekä asiakkaan osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä lääkäripalveluissa. Tavoitteena oli myös vertailla asiakkaan osallistumista ja sen vaikutuksia yksityisten ja julkisten lääkäripalveluiden välillä. Tutkielmassa keskityttiin kuvaamaan asiakkaan osallistumista perinteisessä vastaanottoympäristössä. Koetun laadun muodostumisessa huomioitiin asiakkaan osallistuminen koko palveluprosessiin, aina ajanvarauksesta ja muista ennen vastaanottoa tapahtuvista tekijöistä lähtien. Internetistä etsitty tieto on myös lisääntynyt viime vuosina. Tutkielmassa tarkasteltiin myös Internetistä etsityn tiedon vaikutusta asiakkaan osallistumiseen palvelukohtaamisessa.

Tutkimuksen toteuttaminen

Empiirinen tutkimus toteutettiin haastattelemalla julkisten ja yksityisten lääkäripalveluiden käyttäjiä, sekä julkisella että yksityisellä työskenteleviä lääkäreitä. Haastatteluja tehtiin yhteensä yhdeksän kappaletta, joista viisi oli asiakkaiden haastatteluja ja neljä lääkäreiden haastatteluja. Molempien osapuolten näkemys palvelukohtaamisesta haluttiin, jotta potilaan osallistumisesta saataisiin mahdollisimman monipuolinen kuva. Useimmat haastatelluista asiakkaista käyttivät sekä julkisia että yksityisiä lääkäripalveluita. Samoin osa haastatelluista lääkäreistä työskenteli sekä julkisella että yksityisellä. Haastatteluun osallistujien iät vaihtelivat 29-60 vuoden välillä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

Löydökset

Tutkimuksen tuloksista oli huomattavissa, että asiakkaiden kokemukset lääkäripalveluiden laadusta koettiin paremmiksi yksityisissä kuin julkisissa lääkäripalveluissa. Yksi tärkeimmistä tekijöistä liittyi koettuihin vaikutusmahdollisuuksiin, vaikutusmahdollisuudet koettiin paremmiksi yksityisissä kuin julkisissa lääkäripalveluissa. Tämän puolestaan koettiin vaikuttavan suoraan koettuun palvelun laatuun. Lääkäripalveluiden erityispiirteistä johtuen lääkäripalveluiden laatuun vaikuttivat mm. palveluihin liitettävät riskitekijät, joista laadullinen riski koettiin pienemmäksi yksityisissä kuin julkisissa lääkäripalveluissa. Palveluntarjoajan roolin ja käyttäytymisen koettiin myös vaikuttavan vuorovaikutuksen laatuun ja asiakkaan osallistumiseen. Myös palveluprosessin eri vaiheet vaativat asiakkaalta erityyppistä osallistumista riippuen siitä, onko kyseessä yksityinen vai julkinen palveluntarjoaja. Asiakkaiden Internetistä etukäteen etsitty tieto vaikutti myös lääkärin ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen ja tätä kautta asiakkaan osallistumiseen ja koettuihin vaikutusmahdollisuuksiin.

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO.....	4
1.1 Tutkielman taustaa ja tutkimusaukon osoittaminen.....	4
1.2 Tutkimusongelma ja aiheen rajausta.....	5
1.3 Keskeiset käsitteet.....	7
2 PALVELUN LAATUTEKIJÄT.....	9
2.1 Palvelun laatu ja asiakkaan tyytyväisyys.....	9
2.1.1 Asiakkaan odotuksiin vaikuttavat sisäiset tekijät.....	10
2.1.2 Asiakkaan odotuksiin vaikuttavat ulkoiset tekijät.....	11
2.1.3 Tekninen laatu ja funktionaalinen laatu.....	11
2.1.4 Asiakkaan tyytyväisyys.....	12
2.1.5 Palvelun laadun mittaaminen -SERVQUAL ja SERVPERF.....	13
2.1.6 Esitettyä kritiikkiä SERVQUAL-mittaristoa kohtaan.....	15
2.1.7 Palvelun ominaisuudet.....	16
2.2 Palvelukohtaaminen – totuuden hetki.....	17
2.2.1 Osallistujat.....	17
2.2.2 Fyysiset todisteet.....	18
2.2.3 Palveluprosessi.....	20
3 ASIAKKAAN OSALLISTUMINEN PALVELUPROSESSIIN.....	23
3.1 Asiakassuhteen merkitys asiakkaan osallistumiseen.....	23
3.1.1 Asiakassuhteen tasot ja hyödyt.....	24
3.2 Asiakkaan osallistuminen ja siihen vaikuttavia tekijöitä.....	25
3.2.1 Osallistumisen määritelmä.....	26
3.2.2 Palvelun tuottamisen tasot.....	27
3.2.3 Palvelukohtaamisen arviointi.....	29
3.2.4 Osallistuminen ja kontrolli palveluprosessissa.....	29
3.2.6 Asiakkaan roolit palvelun tuottamisessa.....	31
3.2.7 Asiakkaan tehokas osallistuminen palvelun tuottamiseen.....	32
3.2.8 Internetistä haetun tiedon vaikutus asiakkaan osallistumiseen.....	34
3.3 Vuorovaikutus palvelukohtaamisessa.....	35
3.3.1 Sosiaalisen vuorovaikutuksen perustasot.....	36
3.3.2 Roolit ja roolipositiot.....	37
3.3.4 Sanaton viestintä.....	38
3.3.5 Kommunikaatiotyö.....	39
3.4 Lääkäripalveluiden erikoispiirteitä.....	41
3.4.1 Asiakkaan päätöksentekoprosessi ja valintakriteerit lääkäripalveluissa.....	41
3.4.2 Lääkäripalveluiden hinnoittelu.....	42
3.4.3 Lääkäripalveluihin liittyvät riskitekijät ja niiden vaikutus asiakkaan osallistumiseen.....	43
3.4.4 Kuuntelemisen taito.....	46
3.4.5 Julkisten ja yksityisten lääkäripalveluiden eroja.....	47
3.5 Tutkielman teoreettinen viitekehys.....	48
4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN METODOLOGIA.....	51
4.1 Empiirisen tutkimuksen tavoitteet.....	51
4.2 Tutkimusstrategia ja tiedonkeruumenetelmä.....	51
4.3 Tutkimusaineiston kerääminen.....	52
4.4 Tutkimusaineiston analysointitekniikat.....	54
4.5 Tutkimuksen laadun ja luotettavuuden arviointi.....	54
5 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	58
5.1 Koettuun laatuun vaikuttavat tekijät.....	58

5.1.1 Lääkäripalveluissa tekninen laatu on funktionaalista tärkeämpää.....	58
5.1.2 Palveluympäristöllä, hinnalla ja markkinointiviestinnällä vähän vaikutusta lääkäripalvelun valintaan.....	60
5.1.3 WOM, aikaisemmat kokemukset ja muut ihmiset vaikuttavat asiakkaan odotuksiin ja kokemuksiin lääkäripalveluissa.....	63
5.1.4 Asiakkaan sisäiset tekijät vaikuttavat palveluntarjoajan valintaan.....	65
5.2. Ennen vastaanottoa koettujen tekijöiden laatu parempaa yksityisissä kuin julkisissa lääkäripalveluissa.....	67
5.3 Asiakkaan osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä vastaanottotilanteessa.....	70
5.3.1 Potilaan rooli lääkäripalveluissa.....	70
5.3.2 Koetut vaikutusmahdollisuudet suurempia yksityisissä lääkäripalveluissa.....	72
5.3.3 Asiakassuhde nostaa koetun palvelun laatua lääkäripalveluissa.....	77
5.3.4 Laadulliset riskitekijät vaikuttavat koettuun palvelun laatuun.....	79
5.3.5 Psykologiset ja fyysiset riskitekijät vaikuttavat koettuun palvelun laatuun.....	81
5.4 Lääkärin rooli ja osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä vastaanottotilanteessa.....	82
5.4.1 Palveluntarjoajan ammattitaidolla suuri merkitys koettuun palvelun laatuun.....	85
5.4.2 Vuorovaikutusta vahvistavat tekijät lääkäripalveluissa.....	86
5.4.3 Kuuntelulla suuri merkitys koettuun palvelun laatuun.....	89
5.4.4 Sanattomalla viestinnällä suuri merkitys koettuun palvelun laatuun.....	90
5.4.5 Samankaltaisuus ja persoonallisuus voivat vaikuttaa koettuun laatuun ja asiakkaan osallistumiseen	92
5.5 Lääketieteellisen tiedon omatoiminen etsiminen ja sen vaikutus palvelukohtamiseen	93
5.5.1 Tietoa etsitään ennen palvelukohtaamista Internetistä.....	94
5.5.2 Ennalta etsitty tieto vaikuttaa vuorovaikutukseen palvelukohtaamisessa.....	95
5.5.3 Palvelukohtaamisen jälkeen etsitään lisätietoa ja varmistusta.....	98
6 YHTEENVETO.....	100
7 LIITTEET.....	104
8 LÄHTEET.....	106

1 JOHDANTO

1.1 Tutkielman taustaa ja tutkimusaukon osoittaminen

Lääkäripalveluiden yksityisten palveluntarjoajien lisääntymisen myötä lääkäripalveluista on tullut entistä asiakaslähtöisempiä. Asiakaslähtöisyys näkyy asenteiden muutoksena niin julkisessa kuin yksityisissä lääkäripalveluissa. Nordgren (2008) on tutkinut lääkäri-potilas suhteeseen liittyvää retoriikkaa ja sen vaikutuksia yleisiin asenteisiin. Nykyään yhä enenevässä määrin potilaista puhutaan asiakkaina. Potilas on muuntautunut avun hakijasta kuluttajaksi ja edelleen asiakkaaksi, joka päättää hoitoon hakeutumisesta ja osallistuu palveluprosessissa arvon tuottamiseen (Nordgren 2003).

Asiakkaan osallistuminen lisääntynyt viimeisen vuosikymmen aikana. Asiakkaat ovat muuttuneet viime vuosikymmenten aikana entistä tiedostavimmiksi. Tietoa omaan ja läheisten terveyteen liittyen etsitään ja vaihtoehtoja kartoitetaan. Tietoa on perinteisesti etsitty lääkärikirjoista. Internetin suosion kasvu on kuitenkin mahdollistanut sen, että kuka tahansa voi etsiä esimerkiksi johonkin tiettyyn oireeseen tai sairauteen liittyvää tietoa. Tämä on johtanut siihen, että yhä useammat etsivät terveyteensä liittyvää tietoa ennen lääkärin vastaanotolle menemistä. Asiakkaiden tietoisuuden kasvu on johtanut myös valveutuneisuuden kasvuun, henkilökohtaista terveyttä ja terveellisiä elintapoja arvostetaan entistä enemmän.

Tämä näkyy vaatimustason nousuna myös lääkäripalveluiden kohdalla. Lääkäripalveluita on perinteisesti pidetty asiantuntijakeskeisinä, lääkäri on pitkään ollut auktoriteetti, joka asiantuntevuutensa perusteella päättää potilaan hoidosta, tutkimuksista ja lääkityksestä. Potilaan rooli palvelukohtaamisessa on ollut perinteisesti melko passiivinen, potilas on ollut lähinnä tiedon vastaanottaja. Nykyään potilaat ovat aktiivisempia, he tuovat omia tietojaan esille palvelukohtaamisessa ja odottavat, että lääkäri perustelee heille oman näkemyksensä. Lääkäripalveluilla on erityispiirteitä, joita muilla asiantuntijapalveluilla ei ole.

Palvelun laatua ja sen muodostumista on tutkittu paljon viime vuosikymmenten aikana. Asiakkaan osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä on tutkittu myös jonkin verran (mm. Webb 2000, Lengnick-

Hall ym. 2000). Mm. Duhackhek (2005) ja Berry & Bendapudi 2003 ovat tutkineet lääkäripalveluiden erikoispiirteitä ja niiden herättämiä tunteita asiakkaissa. Kuitenkaan ei juuri ole tutkittu sitä, miten esimerkiksi Duhachekin mainitsevat erikoispiirteet vaikuttavat asiakkaan osallistumiseen palvelutilanteessa tai asiakkaan kokemuksiin palvelun laadusta. Asiakkaan osallistumisen vaikutusta koettuun palvelun laatuun ei myöskään ole tutkittu huomioiden koko palveluprosessia, johon kuuluu myös ennen vastaanottoa ja vastaanoton jälkeen tapahtuvat tekijät. Internetistä etsityn tiedon vaikutuksia asiakkaan käyttäytymiseen on tutkittu jonkin verran (mm. Nicholas ym. 2003). Kuinka tämä vaikuttaa asiakkaan osallistumiseen ja kokemuksiin palvelun laadusta ei ole kovin paljon vielä tutkittu. Ennew & Binks (1999) näkevät osallistumisen sekä asiakkaaseen että palveluntarjoajaan liitettävänä piirteenä. Osallistumisen määrään ja luonteeseen vaikuttavat palvelutapahtumaan osallistuvien ihmisten henkilökohtaiset piirteet, kuin myös asiakassuhdetta ympäröivän yrityksen institutionaaliset piirteet. Tästä johtuen asiakkaan osallistumista ja vaikutusmahdollisuuksia vertaillaan myös yksityisten ja julkisten lääkäripalveluiden välillä, jota ei ole aikaisemmin tutkittu.

Tutkielman tarkoituksena on myös selvittää, kuinka sekä yksityiset että julkiset lääkäripalveluiden tarjoajat voivat huomioida asiakkaan osallistumisen vaikutukset koettuun laatuun. Tämä auttaa lääkäreitä ymmärtämään asiakkaan laatukokemuksia paremmin ja näin ollen nostamaan tuotetun palvelun laatua. Vuorovaikutuksellisuuden vuoksi tutkielmassa käsitellään myös lääkärin roolia, jossa ilmenee kuinka asiakkaat toivoisivat lääkärin käyttäytyvän ja suhtautuvan heidän osallistumiseensa.

1.2 Tutkimusongelma ja aiheen raja

Tämän tutkielman tavoitteena on tarkastella asiakkaan osallistumista ja osallistumisen vaikutusta asiakkaan kokemaan lääkäripalvelun laatuun. Tutkimusongelma on seuraava: Kuinka asiakkaan osallistuminen vaikuttaa palvelukohtaamisessa koettuun lääkäripalvelun laatuun? Tutkimusongelmaa tarkastellaan seuraavien alaongelmien kautta:

1. Mitä on palvelun koettu laatu?
2. Mitkä ovat asiakkaan ja palveluntarjoajan roolit palvelutuotannossa?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat asiakkaan osallistumiseen lääkäripalveluiden tuottamisessa?

4.Miten asiakkaan osallistuminen eroaa yksityisten ja julkisten lääkäripalveluiden välillä?

Tutkielma pyrkii kuvaamaan asiakkaan osallistumista palveluprosessiin perinteisessä vastaanottoympäristössä. Tutkielmassa tarkastellaan lääkärin ja potilaan välistä henkilökohtaista palvelukohtaamista, mutta myös ennen vastaanottoa tapahtuvaa osallistumista mm. ajanvarauksen ja ilmoittautumisen yhteydessä. Muun muassa nämä tekijät vaikuttavat asiakkaan kokemukseen palvelun kokonaislaadusta. Palveluprosessin kaikki vaiheet myös vaativat asiakkaan omaa osallistumista.

Tutkielma lähtee siitä oletuksesta, että potilaiden osallistuminen ja tätä myötä kenties myös vaikutusmahdollisuudet ovat viime vuosina lisääntyneet. Yhä useampi etsii terveyteensä liittyvää tietoa Internetistä (HS, 9.11.2008), eikä lääkäreihinkään välttämättä luoteta enää sokeasti. Tutkielmassa tätä kehitystä tarkastellaan muun muassa asiantuntija- ja asiakasvallan käsitteiden kautta. Asiakkaan osallistumista tarkastellaan näin ollen myös asiakkaan omatoimisen terveystiedon etsimisen kautta ennen varsinaista palvelukohtaamista. Myös oman tiedon esille tuominen ja vastaanoton jälkeinen lisätiedon etsiminen kuuluvat osallistumiseen ja vaikuttavat koettuun laatuun.

Empiirisessä osassa asiakkaan osallistumista on tarkoitus tutkia sekä asiakkaan että palvelun tuottajan, tässä tapauksessa lääkärin, näkökulmasta. Lääkäripalveluita tarkasteltaessa kyse on räätälöidystä ja vuorovaikutteisesta palvelusta. Ennew ja Binks (1999) mukaan osallistumisen yksi kolmesta komponentista on vuorovaikutus. Näin ollen osallistumista ei voida tarkastella huomioimatta myös palvelukohtaamiseen osallistuvaa toista osapuolta. Tutkielman tarkoituksena on käsitellä pääsääntöisesti asiakkaan osallistumista, mutta myös lääkärin osallistumista ja roolia sivutaan. Tutkielman empiirisessä osassa on tarkoituksena haastatella sekä lääkäreitä että heidän asiakkaitaan laadullista tutkimusotetta käyttäen. Näin saadaan molempien osapuolten näkemys asiakkaan osallistumisesta palvelun laadun tuottamiseen. Empiirisessä osassa vertaillaan myös asiakkaan osallistumisen eroja yksityisen ja julkisen lääkäripalveluiden välillä. Tämä on toteutettu haastattelemalla palvelukohtaamisen molempia osapuolia (lääkäreitä ja potilaita) sekä yksityiseltä että julkiselta puolelta. Vertailu koettiin tärkeäksi, sillä yksityisellä puolella asiakkaat maksavat palvelusta ja näin ollen heidän vaikutusmahdollisuutensa tietyissä asioissa ovat suuremmat.

Tutkielman ulkopuolelle rajataan sairaalassa tarjottavat palvelut, johon kuuluu esimerkiksi osastolla pitkäaikaissairaiden potilaiden hoito. Tarkastelun ulkopuolelle jää myös palvelukohtaamiset

pelkästään terveydenhoitajan tai laboratoriohenkilökunnan kanssa, koska heillä ei ole lääkärin hoito- ja päätösvastuuta. Tutkielma keskittyy vain suomalaisiin lääkäripalveluihin.

1.3 Keskeiset käsitteet

Palvelun laatu:

Palvelun laatu muodostuu asiakkaan verratessa odotuksiaan palvelusta omiin kokemuksiinsa palvelusta. Asiakkaan odotuksia voidaan siis pitää eräänlaisena standardina, johon hän vertaa saamaansa palvelua. (Zeithaml ym. 1988). Asiakkaan palveluodotuksiin vaikuttavat asiakkaan sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiin tekijöihin kuuluvat mm. henkilökohtaiset palvelufilosofiat, henkilökohtaiset tarpeet, tilapäiset vahvistajat, oletetut palveluvaihtoehdot, asiakkaan oma rooli palvelun tuotannossa, tilannekohtaiset tekijät ja ennakoitu palvelun taso. Ulkoisiin tekijöihin kuuluvat eksplisiittiset palvelulupaukset, implisiittiset palvelulupaukset ja aikaisemmat kokemukset. (Zeithaml ym. 1993).

Osallistuminen:

Osallistuminen (joko palvelutarjoajan tai asiakkaan) voidaan määritellä koostuvaksi kolmesta eri ulottuvuudesta. Nämä ulottuvuudet ovat (1) tiedon jakaminen, (2) vastuullinen käyttäytyminen ja (3) henkilökohtainen vuorovaikutus. Osallistuminen lähtee yleensä liikkeelle tiedon jakamisesta kahden eri osapuolen välillä; palveluntarjoajan perustehtäviin kuuluu tarjota tietoa asiakkaalle. On myös erittäin tärkeää, että asiakkaat jakavat tietoa palveluntarjoajalle, jotta he saavat tarpeitaan vastaavaa palvelua. Tieto voidaan puolestaan jakaa kahteen eri komponenttiin. On tietoa, joka toimii edellytyksenä palvelun tuottamiselle, ja tietoa jota ei virallisesti vaadita palvelun tuottamiseen, mutta jonka kertominen voi johtaa paljon parempaan palveluun. (Ennew & Binks 1999).

Vuorovaikutus:

Ihmisten välistä vuorovaikutusta kutsutaan sosiaalisesti vuorovaikutukseksi (Price & Arnould 1999). Kaupallisessa ympäristössä tapahtuva henkilöiden välinen vuorovaikutus perustuu

sosiaalipsykologiaan ja on käsitteenä lähellä viestintää. Vuorovaikutuksen avulla saadaan tietää, mitä toinen ihminen ajattelee ja voidaan selittää muille omia mielipiteitä. Vuorovaikutus mahdollistaa asioista sopimisen ja väärinkäsitysten oikaisun. Vuorovaikutuksen tarkoituksena on muutoksen aikaansaaminen toisen ihmisen käytöksessä, mielipiteissä tai asenteissa. Vuorovaikutus on kulttuurisidonnaista ja kaikkien osapuolten oletetaan toimivan vuorovaikutustilanteissa opittujen sosiaalisten käytöskaavojen ja -normien mukaisesti. (Solomon ym. 1985).

Rooli:

Roolit ovat yksilön omaksumia toimintatapoja tietyllä hetkellä ja tietyssä tilanteessa, johon liittyy muita ihmisiä tai asioita. Roolit voivat määräytyä yhteiskunnallisesti ja kulttuurisesti. Rooleihin liittyy rooliodotuksia, eli käsityksiä siitä, miten kyseisessä roolissa toimitaan. Rooleihin liitetään etukäteen erilaisia merkityksiä, joissa heijastuu odotus tietynlaisesta käyttäytymistavasta. (Pesonen ym. 2002, 151).

2 PALVELUN LAATUTEKIJÄT

Tässä luvussa käsitellään palvelun laatua, asiakkaan tyytyväisyyttä sekä palvelukohtamisen muodostavia tekijöitä.

2.1 Palvelun laatu ja asiakkaan tyytyväisyys

Palvelun onnistumiseen vaikuttavat niin palveluntarjoajan, asiakkaaseen kuin tilanteeseen liittyvät tekijät. Palvelutapahtumat ovat keskenään tuskin koskaan täysin samanlaisia. Palvelun tyyppistä riippuen myös eri tekijät vaikuttavat palvelun laatuun ja sitä kautta asiakkaan tyytyväisyyteen. Zeithaml ym. (1988) mukaan palvelun laatu muodostuu asiakkaan verratessa odotuksiaan palvelusta omiin kokemuksiinsa palvelusta. Asiakkaan odotuksia voidaan siis pitää eräänlaisena standardina, johon hän vertaa saamaansa palvelua. Asiakkaan odotukset on nähtävä haluina ja toiveina siitä, millaista palvelua palveluntarjoajan oletetaan tarjoavan, eikä niinkään toivotaan tarjoavan. (Zeithaml ym. 1988).

Zeithaml ym. (1991) mukaan asiakkaan odotuksilla on kaksi tasoa: toivottu taso ja riittävä taso. Toivottu taso edustaa palvelua, jota asiakas toivoo saavansa. Riittävä taso puolestaan viittaa vielä hyväksyttävissä olevaan palvelun tasoon. Toivotun ja riittävän tason välissä on hyväksyttävän palvelun alue, jonka kohdalla palvelu on asiakkaan mielestä hyväksyttävää. Hyväksyttävän palvelun alue vaihtelee asiakkaasta ja tilanteesta riippuen. (Zeithaml ym.1991). Sama asiakas voi esim. kiireisenä vaatia nopeampaa palvelua kuin kiireettömänä ollessaan. Toivotun palvelun laadun taso voi myös nousta esim. asiakkaan kokemusten kasvaessa. Mitä parempia kokemuksia asiakkaalla on palvelun tarjoajasta, sitä parempaa palvelua hän myös odottaa tulevaisuudessa. (Zeithaml ym.1991).

Asiakkaan riittävään palvelutasoon siis vaikuttavat enemmän olosuhteet ja tilannetekijät (Zeithaml ym. 1991). Tästä syystä riittävä palvelun taso on myös helpommin muunneltavissa. Jos asiakkaan oma lääkäri on esimerkiksi sairaana ja terveyskeskuksessa on paljon ruuhkaa, voi hyväksyttävän palvelun taso laskea yksittäisessä palvelutilanteessa.

2.1.1 Asiakkaan odotuksiin vaikuttavat sisäiset tekijät

Asiakkaan sisäisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat toivottuun palvelun tasoon, kuuluvat pysyvät vahvistajat ja henkilökohtaiset tarpeet. Pysyvät vahvistajat ovat henkilökohtaisia, vakaita tekijöitä, jotka aiheuttavat asiakkaan herkistymisen palvelulle. Pysyviin vahvistajiin kuuluvat henkilökohtaiset palvelufilosofiat ja johdetut odotukset. Johdetuilla odotuksilla viitataan asiakkaan odotuksiin, jotka johtuvat kolmannen osapuolen toiminnasta. Henkilökohtaisella palvelufilosofialla tarkoitetaan asiakkaan yleistä asennetta palvelun tarkoitusta ja tuottamista kohtaan. Henkilökohtaiset tarpeet viittaavat asiakkaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin kannalta oleellisiin tekijöihin. Henkilökohtaiset tarpeet voidaan luokitella alakategorioihin, kuten fyysisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. (Zeithaml ym. 1993).

Riittävään palvelun tasoon vaikuttaa viisi asiakkaan sisäistä tekijää: (1) tilapäiset vahvistajat, (2) oletetut palveluvaihtoehdot, (3) asiakkaan oma rooli palvelun tuotannossa, (4) tilannekohtaiset tekijät ja (5) ennakoitu palvelun taso. Tilapäiset vahvistajat ovat väliaikaisia, usein lyhytaikaisia tekijöitä jotka aiheuttavat asiakkaan herkistymisen palvelulle. Oletetut palveluvaihtoehdot viittaavat asiakkaan oletuksiin siitä, voisiko palvelun tuottaa paremmin joku toinen palveluntarjoaja. Jos asiakas voi valita monesta palveluntarjoajasta tai jos palvelu on mahdollista tuottaa myös itse, riittävän palvelun taso on todennäköisesti korkeammalla kuin asiakkaalla, joka ei usko voivansa tuottaa palvelua itse tai usko löytävänsä parempaa palveluntarjoajaa. (Zeithaml ym. 1993).

Kolmas riittävän palvelun tasoon vaikuttava tekijä on asiakkaan oma rooli palvelun tuottamisessa. Tämän tekijän voi määritellä asiakkaan näkemykseksi siitä, kuinka paljon asiakas itse voi vaikuttaa saamaansa palvelun tasoon. Palvelun tason riippuessa asiakkaan panoksesta asiakkaan odotukset myös muovaantuvat sen mukaan, kuinka hyvin he itse kokevat selviävänsä omasta roolistaan palvelun tuottamisessa. Asiakkaan hyväksyttävän palvelun alue voi laajeta, jos hän kokee ettei ole täyttänyt omaan rooliinsa liittyviä vaatimuksia. Jos asiakas sen sijaan kokee, että hän on suoriutunut omasta roolistaan hyvin, odotukset riittävän palvelun tasosta nousevat. Tilannekohtaiset tekijät vaikuttavat myös riittävään palvelun tasoon. Tilannekohtaiset tekijät katsotaan olevan palvelun tarjoajasta riippumattomia tekijöitä, joten ne laskevat riittävän palvelun tasoa. Asiakkaat huomaavat, että tilannekohtaiset tekijät eivät ole palvelun tarjoajan vaikutettavissa ja näin ollen hyväksyvät alemman palvelutason. (Zeithaml ym. 1993).

2.1.2 Asiakkaan odotuksiin vaikuttavat ulkoiset tekijät

Sisäisten tekijöiden lisäksi asiakkaan odotuksiin palvelun laadusta vaikuttavat myös ulkoiset tekijät. Ulkoisiin tekijöihin kuuluvat Zeithaml ym. (1993) mukaan (1) eksplisiittiset palvelulupaukset, (2) implisiittiset palvelulupaukset ja (3) aikaisemmat kokemukset. Nämä ulkoiset tekijät vaikuttavat ennustettavissa olevaan palvelun tasoon ja sitä kautta hyväksyttävissä olevaan palveluun.

Eksplisiittiset palvelulupaukset viittaavat palveluorganisaation asiakkaalle viestimiin lupauksiin. Lupaukset voivat olla henkilökohtaisia tai markkinointiviestinnän kautta asiakkaan tavoittaneita. Kaikilla lupauksilla on suora vaikutus toivottuun ja ennustettuun palvelun laatuun. Implisiittiset palvelulupaukset voidaan nähdä palveluun liittyvinä johtolankoina, jotka ohjaavat asiakkaan odotuksia ja mielikuvia palvelusta. Palveluun liittyviä johtolankoja ovat esim. hinta ja palveluun liittyvät konkreettiset todisteet. Myös word-of-mouth muokkaa asiakkaan odotuksia palvelusta. Word-of-mouth viittaa asiakkaan muilta ihmisiltä kuulemiin arvosteluihin palvelusta ja sen laadusta. Asiakkaat pitävät word-of-mouthia kaikkein totuudenmukaisimpana mittarina, sillä yrityksen ulkopuolisten henkilöiden oletetaan perinteisesti olevan puolueettomia arvioijia. Word-of-mouthin tärkeyttä lisää vielä se, että palveluita on niiden ominaispiirteistä johtuen usein vaikea arvioida ennen ostopäätöstä kuin usein sen jälkeenkin. (Zeithaml ym. 1993).

Asiakkaan aikaisemmat kokemukset vaikuttavat ennustettuun ja toivottuun palvelun tasoon. Aikaisempiin kokemuksiin kuuluvat palvelukokemukset kyseisestä palvelun tarjoajasta ja muista alalla olevista yrityksistä, joista asiakkaalla on aikaisempia kokemuksia. (Zeithaml ym. 1993).

2.1.3 Tekninen laatu ja funktionaalinen laatu

Grönroosin (1984) mukaan palvelun laatu voidaan jakaa kahteen ulottuvuuteen, tekniseen laatuun ja funktionaaliseen laatuun. Tekninen laatu viittaa palvelun lopputulemaan, joka on yleensä melko objektiivisesti arvioitavissa. Tekninen laatu vastaa siis kysymykseen mitä asiakas konkreettisesti palvelusta saa. Funktionaalinen laatu puolestaan vastaa kysymykseen kuinka asiakasta palvellaan. Funktionaalista laatua ei voida mitata yhtä objektiivisesti kuin teknistä laatua, vaan funktionaalinen laatu koetaan usein hyvinkin subjektiivisesti. (Grönroos 1984).

Palveluiden vuorovaikutteisuudesta johtuen asiakas kokee funktionaalisen laadun usein hyvinkin

tärkeäksi, teknisen laadun erinomaisuus ei välttämättä voi korvata puutteita funktionaalissa laadussa. Asiaa voi myös katsoa toisinpäin, jos funktionaalinen laatu on erinomaista, asiakas voi olla valmis antamaan anteeksi pienet virheet teknisessä laadussa. (Grönroos 1984).

Lehtinen & Lehtinen (1991) ovat myös tutkineet laadun ulottuvuuksia. Myös he jakavat laadun kaksiulotteiseksi, prosessiin liittyväksi laaduksi ja lopputuloksen laaduksi. Laadun ulottuvuudet Lehtisellä & Lehtisellä (1991) käytännössä vastaavat Grönroosin (1984) määritelmiä teknisestä ja funktionaalista laadusta. Prosessilaadun arviointi perustuu asiakkaan subjektiiviseen näkemykseen palveluprosessista ja hänen omasta roolistaan prosessissa. Asiakas kokee palveluprosessin oman osallistumisensa kautta. Prosessin laatu riippuu palveluhenkilöstön palvelutyylin ja asiakkaan osallistumistyylin yhteensopivuudesta. Tästä johtuen jos eri palvelu- ja osallistumistyyli eivät sovi yhteen palvelu saatetaan kokea huonoksi. Lopputuloksen laatu puolestaan viittaa asiakkaan arvioon lopputuloksen laadusta. Lopputuloksen laatu voi olla konkreettisesti arvioitavissa tai vaikeasti arvioitavissa. (Lehtinen & Lehtinen 1991). Lääkäripalveluissa lopputuloksen laatu on usein palvelun kompleksisen luonteen vuoksi vaikeasti arvioitavissa.

Lehtisen & Lehtisen (1991) mukaan palvelun laatu voidaan nähdä koostuvan myös kolmesta ulottuvuudesta. Nämä ulottuvuudet ovat (1) fyysinen laatu, (2) interaktiivinen laatu ja (3) yritykseen liittyvä laatu. Fyysinen laatu voidaan määritellä palvelusta saataviksi konkreettisiksi todisteiksi ja hyödyiksi. (Lehtinen & Lehtinen 1991). Interaktiivinen laatu syntyy vuorovaikutuksesta asiakkaan ja palveluhenkilöstön välillä. Yritykseen liittyvä laatu puolestaan viittaa yrityksen imagoon ja maineeseen asiakkaiden ja potentiaalisten asiakkaiden silmissä.

2.1.4 Asiakkaan tyytyväisyys

Tyytyväisyyttä palveluun on tutkittu markkinoinnissa viime vuosikymmeninä runsaasti. Tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia, osassa tutkimuksista tyytyväisyys on todettu johtuvan palvelun laadusta, osassa puolestaan tyytyväisyys on nähty laadun edeltäjänä. Asiakkaan tyytyväisyyttä on myös mitattu eri tutkimuksissa eri tavoin. Sureshchandar ym. (2002) ovat tutkineet asiakkaan tyytyväisyyttä moniulotteisena käsitteenä. Kirjoittajien käsitteistö koostuu viidestä ulottuvuudesta, joilla voidaan myös mitata palvelun laatua. Nämä ulottuvuudet ovat (1) ydinpalvelu, (2) ihmisläheisyys, (3) palvelun systemaattinen tuottaminen, (4) palveluympäristö, (5)

yrityksen sosiaalinen vastuu.

Sureshchandar ym. (2002) mukaan palvelun laatu ja asiakkaan tyytyväisyys ovat vahvasti riippuvaisia toisistaan. Huono palvelun laatu johtaa mitä todennäköisimmin myös laskuun tyytyväisyydessä. Vaikka palvelun laatu ja asiakkaan tyytyväisyys korreloivat vahvasti, käsitteet eroavat kuitenkin toisistaan. Näin ollen palveluntarjoajan on tarkasteltava käsitteitä erikseen. Asiakkaan tyytyväisyys heijastelee asiakkaan tuntemuksia monen palvelukohtaamisen jälkeen, kun taas palvelun laatuun voi vaikuttaa asiakkaan odotukset tai muiden kommentit palvelusta. (Sureshchandar ym. 2002). Woodside ym. (1989) mukaan laadusta johtuva tyytyväisyys/tyytymättömyys vaikuttavaa myös asiakkaan tulevaisuuden käyttäytymiseen. Zeithaml ym. (1988) mukaan koettu palvelun laatu on asiakkaalla oleva asenne tai käsitys palvelusta, kun taas tyytyväisyys liittyy yksittäiseen palvelukokemukseen. Zeithaml ym. (1988) käsitys poikkeaa tässä muista tutkimuksista.

Scotti ym. (2007) tutkivat lääkäripalveluita ja niihin liitettyä laatua ja asiakkaan tyytyväisyyttä. Kirjoittajat määrittelevät lääkäripalvelut korkean suorittamisen palveluiksi. Korkean suorittamisen palveluihin liitettäviä piirteitä ovat Scotti ym. (2007) mukaan mm. osallistuminen, valtuuttaminen, luottamus, ryhmätyöskentely ja kommunikaatio. Työntekijän kokema laatu heijastelee vahvasti asiakkaan kokemusta laadusta. Näin on varsinkin lääkäripalveluiden kodalla, joissa asiakas on vahvasti mukana palvelun tuottamisessa. (Scotti ym. 2007).

2.1.5 Palvelun laadun mittaaminen -SERVQUAL ja SERVPERF

Palvelun laadun mittaamisesta on käyty kiihvasta keskustelua viimeisten vuosikymmenten aikana. Tutkijat eivät ole päässeet yhteisymmärrykseen siitä, mikä on paras tapa mitata palvelun laatua. Seuraavassa tarkastellaan muutamaa tapaa mitata palvelun laatua.

Yksi tunnetuimmista ja kritisoiduimmista mittareista on Zeithaml ym. (1988) kehittämä SERVQUAL -mittaristo. SERVQUAL perustuu ajatukseen siitä, että palvelun laatu muodostuu asiakkaan verratessa kokemuksiaan palvelusta odotuksiinsa palvelusta. Zeithaml ym. (1985) tutkivat eri kriteerejä, joiden perusteella asiakkaat arvioivat laadun ulottuvuuksia. Laadun ulottuvuuksia löytyi alun perin kymmenen, joista osa oli keskenään osittain päällekkäisiä. Alunperin löydetty kymmenen ulottuvuutta olivat palveluympäristö, luotettavuus, palveluhalukkuus,

kommunikaatio, uskottavuus, turvallisuus, kyvykkyys, asiakkaan ymmärtäminen, kohteliaisuus ja saavutettavuus. (Zeithaml ym. 1985). Eri ulottuvuuksien sisällölliset päällekkäisyydet huomioiden lopullisiksi SERVQUAL ulottuvuuksiksi valittiin (Zeithaml ym. 1998): (1) palveluympäristö: fyysiset puitteet, laitteisto ja palveluhenkilöstön pukeutuminen, (2) luotettavuus: kyky tuottaa luvattu palvelu varmasti ja ajallaan, (3) palveluhalukkuus: halu auttaa asiakkaita ja tarjota asianmukaista palvelua, (4) palveluvarmuus: palveluhenkilöstön huomaavaisuus ja kyky herättää asiakkaissa luottamusta ja (5) empaattisuus: välittäminen ja asiakkaan yksilöllinen huomioiminen.

Palveluvarmuus ja empaattisuus -ulottuvuudet pitävät sisällään seitsemän alkuperäistä ulottuvuutta, jotka ovat kommunikaatio, uskottavuus, turvallisuus, kyvykkyys, kohteliaisuus, asiakkaan ymmärtämisen ja saavutettavuus (Zeithaml ym. 1988). Tärkeimpänä palvelun laadun ulottuvuutena pidetään yleensä palvelusta riippumatta luotettavuutta. Asiakkaat eivät odota palveluntarjoajalta ihmeitä, vaan pääasia on, että palvelu lunastaa lupaukset.

Zeithaml ym. (1991) kehittivät SERVQUAL-mittaristosta myöhemmin päivitetyn version, joka otti huomioon palvelun laadun ulottuvuuksien suhteellisen tärkeyden.

Cronin & Taylor (1992) mukaan yrityksen nykyinen suoritus heijastaa parhaiten asiakkaan kokemuksia palvelusta. Kirjoittajien mukaan asiakkaan odotukset eivät liity tähän mitenkään. Kirjoittajat esittävät neljä vaihtoehtoista mallia palvelun laadun mittaamiseen:

- SERVQUAL = kokemukset-odotukset
- painotettu SERVQUAL = tärkeys * (kokemukset-odotukset)
- SERVPERF = palvelun laatu = kokemukset
- painotettu SERVPERF = tärkeys* kokemukset

Kirjoittajien mukaan laatua mittaa parhaiten SERVPERF.

Teas (1993, a) esittää tutkimuksessaan kaksi mallia, joiden avulla palvelun laatua voidaan mitata SERVQUAL-mittaristoa paremmin. Nämä mallit perustuvat arvioituun suoritukseen ja normatiiviseen latuun. Teas (1993, a) mukaan arvioitu suoritus mittaa näistä malleista parhaiten palvelun laatua. Tässä mallissa palvelun laatua mitataan kuilulla, joka muodostuu asiakkaan kokemusten ja ideaalisen tason, eikä asiakkaan odotusten, välille. Cronin & Taylor (1992) ja Teas (1993, a) mukaan palvelun laatua mittaa parhaiten ei-painotetut mallit, toisin kuin mitä Zeithaml ym. (1991) ehdottivat.

2.1.6 Esitettyä kritiikkiä SERVQUAL-mittaristoa kohtaan

Ramsaram-Fowdar (2004) on tutkinut laadun ulottuvuuksia lääkärin ja potilaan välisessä palvelukohtaamisessa. Kirjoittajan mukaan lääkäripalveluissa tärkeimmiksi laadun ulottuvuudeksi nousee palvelun ydin, eli lääkärin kyky toimia asiakkaan hyvinvointia edistävällä tavalla. Myös lääkärin asiantuntevuus ja empaattisuus nousivat tärkeiksi tekijöiksi laatua arvioitaessa. SERVQUAL mittaristoa ei voi täysin hyödyntää lääkäripalveluiden laadun mittaamisessa, koska ulottuvuudet kuten “asiantuntevuus” ja “palvelun ydin” voivat nousta yhtä tärkeiksi kriteereiksi. (Ramsaram-Fowdar 2004).

Brown & Swartz (1989) kritisoivat myös SERVQUAL mittariston sopimista lääkäripalveluiden laadun mittaamiseen. Kirjoittajien mukaan merkittävimmät tekijät lääkäripalveluiden kohdalla ovat “ammattillinen uskottavuus”, “ammattillinen kyvykkyys” ja “kommunikaatio”. Brown & Swartz (1989) mittasivat palvelun laatua sekä asiakkaan että palveluntarjoajan näkökulmasta, ja molempien ryhmien kohdalla edellä mainitut tekijät nousivat tärkeiksi. Kirjoittajat erottelevat myös asiantuntijapalvelut muista palveluista. Asiantuntijapalveluille on tyypillistä, että palveluntarjoajan ja asiakkaan välinen suhde on vuorovaikutteinen ja pitkän asiakassuhteen piirteitä omaava. Palvelun tarjoajan käsitys palvelusta vaikuttaa palvelun suunnitteluun ja tuottamiseen, kun taas asiakkaan ennakkokäsitys määrää asiakkaan kokeman palvelun arviointia. Näin ollen molempien osapuolten käsitykset ovat tärkeitä, jos palvelun laatua halutaan oppia ymmärtämään paremmin. (Brown & Swartz 1989). Palveluntarjoajan uskottavuus, kyvykkyys ja kommunikaation taso voidaan myös nähdä sisältyvän SERVQUAL -mittaristoon. Uskottavuus ja kyvykkyys liittyvät läheisesti luotettavuuteen ja palveluvarmuuteen. Kommunikaatio puolestaan viittaa palveluhalukkuuteen.

Curry & Sinclair (2002) tutkivat fysioterapeuttisia palveluita käyttäen SERVQUAL-mittaristoa. Fysioterapeuttisissa palveluissa hoitosuhteet ovat yleensä pitkiä, eikä täydellistä paranemista välttämättä koskaan saavuteta. Tutkijat huomauttavatkin, että usein lopputulosta ei välttämättä pidetäkään tärkeimpänä lääkäripalveluihin liitettävänä tekijänä, vaan esim. hyvä hoitosuhde ja palveluhenkilöstön henkilökohtainen välittäminen nousevat tärkeiksi tekijöiksi. Tässä tutkimuksessa lähdetään myös siitä, että palvelun funktionaalisella laadulla on paljon merkitystä palvelun laatua arvioitaessa.

2.1.7 Palvelun ominaisuudet

Vandamme & Leunis (1993) painottavat asiakkaan vaikutusta palvelun laatuun. Palveluissa palvelun tuottaminen ja kulutus on samanaikaista, jolloin asiakkaan ja palveluhenkilön välinen vuorovaikutus nousee tärkeäksi tekijäksi. Asiakkaan rooli vaikuttaa siis siihen, millainen palvelusta muodostuu. Vandamme & Leunis (1993) muistuttavat, että lääkäripalveluissa palvelun tuottajan rooli on pääasiassa määrittelevä, eikä niinkään reaktiivinen kuin tavallisten palveluiden kohdalla. Tähän vaikuttaa mm. palvelun luonne, jossa palveluntarjoajalla on vastuu asiakkaan terveydentilasta.

Palveluiden laatua voi olla vaikea arvioida objektiivisesti palveluiden luonteesta ja niiden ominaisuuksista johtuen. Vandamme & Leunis (kts. Nelson 1970) mukaan palveluiden ominaisuudet voidaan jakaa kolmeen luokkaan: (1) etsinnälliset ominaisuudet, jotka asiakas pystyy arvioimaan ennen palvelun ostamista, (2) kokemukSELLiset ominaisuudet, jotka asiakas pystyy arvioimaan vain palvelun jälkeen tai sen aikana ja (3) uskomusominaisuudet, joita asiakas ei pysty täysin arvioimaan edes palvelun jälkeen.

Mitä enemmän palveluun liittyy kokemukSELLisia ja uskomuskSELLisia ominaisuuksia, sitä affektiivisempi on asiakkaan arviointiprosessi. Lääkäripalveluihin liittyy paljon uskomusominaisuuksia, toisin kuin moniin muihin palveluihin. Asiakkaan arviointiin eivät siis niinkään vaikuta kognitiiviset kuin affektiiviset näkemykset palveluprosessin sujuvuudesta. (Vandamme & Leunis 1993).

Asiakkaan on vaikea arvioida palvelun laatua objektiivisesti jos palvelu sisältää paljon uskomusominaisuuksia. Tällöin asiakkaat yleensä etsivät palveluympäristöstä vihjeitä, joiden avulla heidän olisi helpompi arvioida palvelua. Tällaisia voivat olla esimerkiksi odotushuoneen sisustus tai palveluhenkilöstön ystävällisyys. Terveyspalveluista tehdyissä tutkimuksista on käynyt ilmi, että asiakkaat painottavat arviointiprosessissaan vähemmän ominaisuuksia, joita heidän on vaikea arvioida, ja enemmän ominaisuuksia joita heidän on helpompi arvioida (Vandamme & Leunis 1993). Asiakkaat voivat myös asettaa liian korkeita odotuksia lääkäripalveluille ympäristön vihjeiden perusteella (Curry & Sinclair 2002). Liian korkeat odotukset puolestaan voivat olla vahingollisia, jos niitä ei pystytä täyttämään. Tärkeää onkin hallita asiakkaiden odotuksia parantamalla kommunikaatiota palveluhenkilöstön ja asiakkaan välillä ja viestimällä mistä asiakas voi löytää lisätietoa terveydentilaansa ja sen hoitoon liittyen (Curry & Sinclair 2002).

2.2 Palvelukohtaaminen – totuuden hetki

Totuuden hetkeksi kutsutaan sitä hetkeä, jolloin asiakas ja palveluntarjoaja kohtaavat. Totuuden hetkellä asiakas odottaa, että palveluntarjoaja lunastaa eksplisiittiset ja implisiittiset lupauksensa ja näin ollen täyttää asiakkaan odotukset. Palveluiden aineettomasta luonteesta johtuen palveluiden arviointi voi olla asiakkaalle hyvinkin vaikeaa. Asiakkaat etsivätkin usein ympäristöstä johtolankoja, joiden avulla arvioida palvelua ja sen laatua. Nämä vihjeet puolestaan ohjaavat asiakkaiden odotusten muodostumista.

Bitnerin (1990) mukaan palveluissa tulee huomioida perinteisen markkinointimixin 4P:n lisäksi myös erikseen palveluihin liitettävät ominaisuudet, jotka ovat fyysinen ympäristö, palveluhenkilöstö ja palveluprosessi. Fyysiseen ympäristöön kuuluvat esimerkiksi sisustus, värit, äänet tai hajut. Nämä odotukset muodostuvat ennen totuuden hetkeä, asiakkaan odottaessa esim. odotushuoneessa. Palveluhenkilöstön pukeutuminen, käytös ja kehonkieli vaikuttavat myös asiakkaiden odotusten muodostumiseen kuin myös arviointiin. (Bitner 1990).

2.2.1 Osallistujat

Palveluprosessiin osallistujia ovat kaikki palvelun tuottamiseen ja kuluttamiseen osallistuvat ihmiset, kuten palveluntarjoaja, asiakas itse ja muut asiakkaat. Kaikki edellä mainitut osallistujat vaikuttavat asiakkaan kokemukseen palvelusta. Erityisesti ihmisten väliseen kommunikointiin perustuvissa palveluissa yrityksen henkilökunnalla on suuri vaikutus asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Palveluntarjoajat ovatkin niin suuri osa palvelua, että heidät voidaan nähdä itse palveluna. Myös asiakkaan osallistuminen palvelun tuottamiseen luo erityisen suhteen asiakkaan ja palveluhenkilöstön välille (Chung & Schneider 2002). Rafaeli ym. (1989) mukaan palveluhenkilöstö ja asiakkaat ovat psykologisesti lähellä toisiaan johtuen palveluiden interaktiivisesta luonteesta. Tästä johtuen työntekijöiden tuntemukset, asenteet ja käyttäytyminen ovat kriittisiä tekijöitä palvelun laadun ja asiakastytyväisyyden määrittämisessä (Chung & Schneider 2002).

Lääkäripalveluissa asiakkaan kokemukseen vaikuttaa jo vastaanottohenkilöstö ilmoittautumistiskillä. Tästä syystä onkin tärkeätä kiinnittää huomiota asiakaspalvelijoiden laatuun ja heidän suorituksensa mittaamiseen. Suoritusten seuraaminen on erityisen tärkeätä, sillä

työntekijöiden työn laadun taso voi vaihdella paljonkin yksittäisten henkilöiden välillä. (Rafiq & Ahmed 1995).

Palveluyrityksen henkilökunta on yleensä suoraan tekemisissä yrityksen asiakkaiden kanssa. Palveluhenkilökunnalla on vastuuta kahteen suuntaan. Palveluhenkilön on ajateltava yrityksen johdon tavoitteita, mutta toisaalta myös asiakas tulee pitää tyytyväisenä. Palveluhenkilökunta työskentelee rooleissa, joissa asiaa usein joudutaan katsotaan useammasta näkökulmasta. (Zeithaml & Bitner, 2003, 321). Tällaisia työntekijöitä kutsutaan ”boundary spanning” työntekijöiksi. He yhdistävät yrityksen ympäristöön, jossa yritys toimii (Chung & Schneider 2002).

”Boundary spanning” rooliin luonteeseen liittyy myös mahdollinen roolikonflikti. Roolikonflikti syntyy, jos palveluhenkilö kohtaa yhteensopimattomia vaatimuksia ja odotuksia. Kyvyttömyys sovittaa yhteen näitä vaatimuksia voi saada aikaan roolikonfliktin. Roolikonflikti voi puolestaan johtaa työntekijän tyytymättömyyteen, mikä puolestaan voi näkyä huonontuneena palveluna asiakkaita kohtaan. (Zeithaml & Bitner, 2003, 323). Webbin (2000) mukaan asiakas tai jopa palveluntarjoaja voi myös olla epävarma omasta roolistaan palvelun tuottamisessa.

Lääkäreilläkin esiintyy roolikonflikteja, vaikkei lääkärin työtä perinteisesti mielletäkään tulosorientoituneeksi työksi. Lääkärit kuitenkin kohtaavat työssään usein potilaiden vaatimuksia tai toiveita, jotka eriävät heidän omasta näkemyksestään. Varsinkin yksityisten lääkäripalveluiden asiakkaat voivat kokea, että lääkärin tulee määrätä heille heidän haluamaansa hoitoa. Sekä yksityisellä että julkisella puolella myös resursointi voi aiheuttaa roolikonflikteja. Julkisella puolella resurssien usein ollessa tiukassa, lääkärit eivät välttämättä saisi määrätä potilaita kokeisiin ilman pätevää syytä. Yksityisellä puolella potilasta sen sijaan laskutetaan otettavista kokeista, jolloin kokeisiin määräämisen kynnys on matalampi.

2.2.2 Fyysiset todisteet

Fyysiset todisteet viittaavat palveluympäristöön, jossa palvelu tuotetaan. Tähän kuuluvat myös välineet, jotka edesauttavat palvelun tuottamista ja kommunikoimista asiakkaalle. Bitnerin (1992) mukaan markkinointitutkimuksissa ei ole huomioitu tarpeeksi fyysisten todisteiden vaikutusta henkilökuntaan. Kirjoittaja mainitsee, että palvelun samanaikainen tuottaminen ja kuluttaminen sekä palveluhenkilöstön ja asiakkaan välinen henkilökohtainen vuorovaikutus vaikuttavat siihen,

että yrityksen palveluympäristön tulisi tukea myös palveluhenkilöstön tarpeita.

Palveluympäristö voi olla joko yksinkertainen tai kompleksinen. Yksinkertaiset palveluympäristöt liitetään usein itsepalveluihin. Kompleksinen palveluympäristö voi olla esim. sairaalassa, jossa tulee huomioida sekä potilaan viihtyvyys että henkilökunnan tarvitsemat fyysiset elementit. Fyysiset elementit voivat vaikuttaa sekä asiakkaisiin että henkilökuntaan kognitiivisella, emotionaalisella ja fysiologisella tasolla. Fyysisten elementtien vaikutus näkyy siis palveluympäristössä olevien henkilöiden käyttäytymisessä ja vuorovaikutuksessa. (Bitner 1992).

Palveluympäristö koostuu erilaisista ulottuvuuksista. Näitä ulottuvuuksia on kolme, (1) ympäröivät taustatekijät, (2) tilaratkaisut ja toimivuus sekä (3) merkit, symbolit ja artefaktit. Ympäröiviin taustatekijöihin lukeutuvat mm. lämpötila, valaistus, äänet, musiikki ja tuoksut. Ympäröivät olosuhteet vaikuttavat ihmisen viiteen aistiin. Taustatekijöiden vaikutus tulee esille varsinkin taustatekijöiden ollessa äärimmäisiä, kun asiakas tai palveluntarjoaja viettää palveluympäristössä paljon aikaa, tai kun taustatekijät ovat ristiriidassa odotusten kanssa. (Bitner 1992).

Tilaratkaisut viittaa tapaan, jolla eri laitteet ja kalustus on sijoiteltu, niiden kokoon ja muotoon, sekä niiden välisiin spatiaalisiin suhteisiin. Toimivuus viittaa fyysisten ratkaisujen kykyyn edesauttaa palvelun tuottamista. Tilaratkaisut ja toimivuus ovat tärkeitä itsepalveluissa, joissa asiakkaan tulee toimia itsenäisesti ilman henkilökunnan apua. Toisaalta jos palvelun tuottaminen on hyvin kompleksista, palveluympäristön tehokkuus ja toimivuus nousevat myös tärkeään asemaan. Asiakkaiden tai henkilökunnan kiire vaikuttavat myös siihen, kuinka tärkeäksi he kokevat palveluympäristön toimivuuden. (Bitner 1992).

Merkit, symbolit ja artefaktit viestittävät eksplisiittisesti tai implisiittisesti paikasta sen käyttäjille. Eksplisiittisiä viestejä esittävät erilaiset kyltit, jotka voivat esittää esim. merkkiä, kuten yrityksen nimeä, osastoa jne. Kylttejä voidaan käyttää myös opasteina osoittamaan esim. uloskäyntiä, tai ohjeistamaan tilaa käyttäviä ihmisiä kuinka tilassa tulee käyttäytyä. Esim. tupakointi kielletty -kyltti on ohjeistava merkki. Muut ympäristössä olevat objektit kommunikoivat vähemmän suoraviivaisesti kuin kyltit. Nämä muut objektit antavat tilassa olijolle implisiittisiä viittauksia paikan tarkoituksesta ja siitä, kuinka tilassa tulee käyttäytyä. Implisiittisiä tekijöitä ovat esim. tilassa käytettyjen materiaalien laadukkuus, taide, todistukset ja valokuvat seinällä ja henkilökohtaiset esineet. Nämä tekijät voivat kommunikoida tilan käyttäjille symbolisia merkityksiä ja luoda yleisen esteettisen vaikutelman tilasta. (Bitner 1992). Myös muut sisustuselementit kuuluvat tähän

ryhmään. Esimerkiksi akvaarion on huomattu rauhoittavan odotushuoneessa odottavien potilaiden ahdistuneisuuden tunteita.

Tilan suunnittelua voidaan käyttää myös ihmisten käyttäytymisen ohjailemiseen. Esimerkiksi muuttamalla layoutia ja huonekalujen paikkaa palveluympäristössä voidaan pyrkiä nopeuttamaan ihmisten välisiä transaktioita. Tämä voi olla hyvin tärkeätä yksinkertaisissa palveluympäristöissä, joissa ihmiset haluavat selviytyä mahdollisimman nopeasti. Toisaalta kompleksisissa palveluympäristöissä on tärkeää, että taustatekijät nousevat esille, koska työntekijät todennäköisesti kuluttavat pitkiä aikoja palveluympäristössä. (Bitner 1992).

2.2.3 Palveluprosessi

Palveluprosessin muodostavat vaiheet, tehtävät ja mekanismit, jotka ovat välttämättömiä palvelutapahtuman syntymiseksi (Booms & Bitner 1981). Palveluprosessit ovat riippuvaisia palvelun luonteesta ja tämän takia hyvin heterogeenisiä keskenään. Palveluprosessin tuloksena asiakas on joko tyytyväinen tai tyytymätön prosessin lopputulemaan. Tästä syystä prosessiin tulisi kiinnittää huomiota haluttaessa nostaa asiakkaiden tyytyväisyyden tasoa. (Mayer ym. 2003).

Asiakkaan tuntemukset palveluprosessin aikana liittyvät vahvasti siihen, millaiseksi asiakkaan kokemus koko palvelusta muodostuu. Myös se, kuinka asiakasta kohdellaan palveluprosessin aikana on yhtä tärkeää kuin se, mitä he kokevat prosessin aikana (Mayer ym. 2003). Tämä on nähtävissä myös Grönroosin (1984) esittelemässä teknisen ja funktionaalisen laadun mallissa, jossa asiakkaan kokemukseen palveluun laadusta vaikuttavat molemmat elementit. Jos asiakas kokee joko teknisen tai funktionaalisen elementin palvelussa huonoksi, asiakkaan tyytyväisyys laskee. Mayer ym. (2003) mukaan juuri palveluprosessin tarkastelun kautta voidaan huomioida sekä tekninen että funktionaalinen laatu siten, ettei kumpikaan jää tarkastelussa vähemmälle huomiolle.

Teknistä ja funktionaalista laadun tarkastelua varten Mayer ym. (2003) ovat luoneet mallin, jonka avulla voidaan tarkastella asiakkaan tyytyväisyyttä yksittäisessä palvelukohtaamisessa. Palvelukohtaamisen tyytyväisyyteen vaikuttavat sekä yritykseen liittyvät tekijät, että asiakkaaseen liittyvät tekijät. Yritykseen liittyvät tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: strukturoituihin yrityksen johdolta tuleviin päätöksiin ja tilannekohtaisiin vaihteleviin tekijöihin. Strukturoituihin tekijöihin kuuluvat teknologia, tavoitettavuus, palveluun kuuluva vuorovaikutuksen määrä, räätälöinnin

mahdollisuus, näkyvyys, työntekijöiden asut, fyysinen ympäristö ja palvelun toimitustapa. Vaihteleviin tekijöihin puolestaan kuuluvat työntekijöiden olemus, työalueen olemus, työntekijän ponnistus, palvelun kesto, asiakkaan osallistuminen, empaattisuus, luotettavuus ja palveluvarmuus. Asiakkaaseen liittyviin tekijöihin kuuluvat mm. koettu riski ja asiakkaan tunnetila. (Mayer ym. 2003).

Yritykseen liittyvät strukturoidut tekijät muodostuvat vaiheista, tehtävistä ja mekanismeista jotka ovat välttämättömiä palvelun tuottamiseen. Nämä strukturoidut tekijät ovat usein kiinteitä, eikä niitä ole kovin helppo muuttaa. Tilannekohtaiset vaihtelevat tekijät liittyvät funktionaaliseen laatuun, ja ovat näin ollen riippuvaisia palveluun tuottamiseen osallistuvista henkilöistä. Lääkäripalveluissa vaihtelevista tekijöistä huomioitavia ovat mm. palvelun kesto, joka viittaa satunnaiseen vaihteluun esim. jonotusajoissa. Myös huomioitavaa on Mayer ym. (2003) mukaan työalueen olemus, joka ei varsinaisesti viittaa palveluympäristön yleiseen sisustukseen, vaan esim. siihen, mitä henkilökohtaisia tavaroita työntekijällä on työhuoneessaan esillä. Strukturoiduissa tekijöissä puolestaan lääkäripalveluiden kohdalla huomioitavaa on esim. teknologia ja miten se vaikuttaa lääkäripalveluiden palveluprosessiin.

Palveluprosessitekijöiden lisäksi palvelukohtaamisen onnistumiseen vaikuttavat asiakkaaseen liittyvät tekijät. Edellä mainittujen tekijöiden (brändi, koettu riski ja asiakkaan tunnetila) lisäksi muita tekijöitä ovat mm. Zeithaml ym. (1993) esittämät henkilökohtaiset tarpeet ja tilannekohtaiset tekijät. Muihin tekijöihin voivat kuulua myös tekijät kuten kulttuuri, kiire, persoonallisuus, tietämys ja motivaatio.

Palveluprosesseihin liittyy olennaisesti myös palveluprosessin suunnitteleminen. Zeithaml & Bitner (2003, 233) mukaan asiakkaan olisi hyvä osallistua palveluprosessin uudelleensuunnitteluun. Lääkäripalveluissa palveluprosessin malli on kuitenkin hyvin vakiintunut, eikä sitä juurikaan voi helposti muuttaa.

Pickles & Hide (2008) mukaan potilaat voidaan kuitenkin ottaa mukaan palveluprosessin uudelleensuunnitteluun. Kirjoittajat ovat luoneet kokemuspohjaisen suunnittelun käsitteen, jonka avulla potilaat voivat osallistua palveluprosessin suunnitteluun. Kokemuspohjainen suunnittelu perustuu kirjoittajien mukaan potilaiden omien kokemusten pohjalta kerrottujen tarinoiden hyödyntämiseen. Kokemuspohjainen suunnittelu hyödyntää sekä potilaiden että työntekijöiden tarinoita ja keskittyy palveluprosessin positiivisten puolten korostamiseen ja negatiivisten

korjaamiseen. Potilaat nähdään myös osana palvelun tuottamista aivan kuten työntekijätkin, mikä antaa potilaille suuremmat vaikutusmahdollisuudet omaan terveyteen liittyvässä päätöksenteossa. (Pickles & Hide 2008).

Pickles & Hide (2008) mukaan hyvän palveluprossin suunnitteluun kuuluvat seuraavat elementit: toimivuus, toteutuksen suunnittelu ja estetiikka. Toimivuus viittaa tekijöihin kuten tehokkuus, odotusaikojen lyhentäminen ja laatu. Toteutuksen suunnittelu viittaa eri funktioiden uudelleensuunnitteluun, kuten henkilöstön kouluttamiseen ja yritystason päätöksentekoon. Estetiikka puolestaan viittaa potilaan kokonaisvaltaiseen kokemukseen. (Pickles & Hide 2008).

Laing (2002) muistuttaa kuitenkin, että todellisuudessa potilaita kuunnellaan palveluprosessin suunnittelussa hyvin vähän. Kirjoittajan mukaan potilaan ottaminen mukaan palveluprosessin suunnitteluun ei useinkaan toteudu, esim. lääkärit saattavat kokea ettei heillä ole aikaa potilaiden "hölynpölylle". Kirjoittajan mukaan näin on erityisesti julkisella sektorilla, jossa resurssit ovat usein liian niukat Pickles & Hiden (2008) mainitsemaan kokemuspohjaiseen prosessisuunnitteluun, jossa asiakkaiden perinpohjainen kuunteleminen on avaintekijä. Laing (2002) mukaan puutteellisten resurssien lisäksi haasteeksi nousevat myös työntekijöiden asiantuntevuuden ja potilaiden valtuuttamisen yhteensovittaminen.

3 ASIAKKAAN OSALLISTUMINEN PALVELUPROSESSIIN

Palveluiden erityispiirteisiin kuuluvat tuottamisen ja kulutuksen samanaikaisuus. Tästä johtuen asiakkaat usein osallistuvat itse palvelun tuottamiseen, mistä johtuen palvelun lopputulos voi riippua yhtä paljon palvelun tarjoajasta kuin asiakkaastakin. Asiakkaan osallistuminen palveluprosessiin vaihtelee huomattavasti eri palveluiden välillä, mutta korkea osallistumisen taso liitetään yleensä palveluihin, jotka ovat joko monimutkaisia, pitkäkestoisia tai molempia (Ennew & Binks 1999). Tällaisissa palveluissa palvelun onnistuminen ja asiakkaan tarpeiden täyttäminen riippuu pitkälti asiakkaan kyvystä ja halusta osallistua palvelun tuottamiseen tarjoamalla palveluntarjoajalle tarvittavat tiedot (Ennew & Binks 1999). Tästä voidaan päätellä, että asiakkaan osallistuminen asiakassuhteeseen vaikuttavat itse asiakassuhteen tehokkuuteen ja tätä kautta myös asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. (Ennew & Binks 1999).

Lääkäripalveluille tyypillisiä piirteitä ovat Hausmannin (2004) mukaan: (1) kahdenkeskinen vuorovaikutus, (2) useat tapaamiset saman lääkärin kanssa, (3) palvelun luonteen intiimiys, (4) laajuus ja vaihtelevuus, (5) asiakkaan osallistumisen edellytys laadukkaaseen lopputulokseen.

Ennew & Binks (1999) näkevät osallistumisen sekä asiakkaaseen että palveluntarjoajaan liitettävänä piirteenä. Osallistumisen määrään ja luonteeseen vaikuttavat palvelutapahtumaan osallistuvien ihmisten henkilökohtaiset piirteet, kuin myös asiakassuhdetta ympäröivän yrityksen institutionaaliset piirteet. (Ennew & Binks 1999). Institutionaalisilla piirteillä kirjoittajat viittaavat yrityksessä vallitsevaan yleiseen ilmapiiriin ja asenteeseen, joka joko rohkaisee tai on esteenä palvelutapahtumaan osallistuvien henkilöiden osallistumiseen.

3.1 Asiakassuhteen merkitys asiakkaan osallistumiseen

Monille asiantuntijapalveluille on tyypillistä, että palveluntarjoaja ja asiakas kohtaavat useaan kertaan kahdenkeskisissä palvelutilanteissa. Tyypillistä tämä on varsinkin palveluille, joissa asiakkaan tarpeiden onnistunut määrittäminen ja oikean palvelun suunnitteleminen vaatii pitkiä keskusteluja asiakkaan kanssa. Tällaisissa tapauksissa palvelun tarjoajaa ei voida suoranaisesti

erottaa tarjottavasta palvelusta. Asiakkaan arvio palvelukohtaamisesta perustuu sekä hänen ja palveluntarjoajan väliseen suhteeseen, että palvelun ominaisuuksiin. (Johnson & Zinkhan 1991).

Lääkäri-potilas-suhde on usein pitkäkestoinen. Peltierin ym. (1998) mukaan palvelun laatua lääkäripalveluissa pitäisi lähestyä asiakassuhteen kehittämisen näkökulmasta. Kirjoittajien mukaan asiakkaan terveys on dynaaminen ja koko ihmisen elinkaaren kestävä tila, mistä johtuen hyvän laadun tuottaminen vaatii lukuisia käyntejä lääkärin vastaanotolla pitkällä aikavälillä.

Ennew & Binks (1999) mukaan asiakkaan osallistuminen vaikuttaa merkittävästi palvelun laatuun ja tätä kautta asiakkaan tyytyväisyyteen ja pysyvyyteen. Kirjoittajat huomauttavat, että on myös mahdollista, että tyytyväisyys ja palvelun laatu vaikuttavat pitkäaikaisissa suhteissa myös asiakkaan osallistumisen tasoon positiivisesti. Asiakas, joka kokee palvelun laadun hyväksi voi siis olla myös halukkaampi osallistumaan enenevässä määrin palvelun tuottamiseen.

3.1.1 Asiakassuhteen tasot ja hyödyt

Peltier ym. (1998) esittävät kolme asiakassuhteen tasoa, jotka perustuvat eri tasoihin siteisiin asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä. Taloudelliset siteet perustuvat palvelun edullisuuteen verrattuna kilpailijoihin. Taloudelliset siteet edustavat asiakassuhteen alinta tasoa, ja ne ovat helposti kilpailijoiden kopioitavissa. Asiakkaalla ei ole tunnepitoisia siteitä palveluntarjoajaan, jolloin kynnyks vaihtaa palveluntarjoajaa on matala.

Sosiaaliset siteet kehittyvät palveluhenkilöstön ja asiakkaan välille vuorovaikutteisuuden kautta. Sosiaalisia siteitä kehittävät esim. palveluhenkilöstön huolehtiminen ja välittäminen asiakkaasta sekä asiakkaan kanssa vietetty aika. Sosiaaliset siteet voivat kompensoida heikompia taloudellisia siteitä. Rakenteelliset siteet edustavat korkeinta asiakassuhteen tasoa. Asiakkaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus ja luottamus on hyvin vahva, ja asiakkaan annetaan vaikuttaa omaan hoitoonsa. Rakenteelliset siteet usein syntyvät pitkät ajan kuluessa. (Peltier ym. 1998)

Asiakkaat ovat yleisesti ottaen tyytyväisiä palveluun, joka vastaa heidän odotuksiaan. Gwinner ym. (1998) mukaan asiakkaat haluavat palveluntarjoajan suoriutuvan ydinpalvelun tuottamisesta tyydyttävästi. Kirjoittajat muistuttavat, että asiakkaat hakevat pitkäaikaiselta asiakassuhteelta kuitenkin myös muun laisia hyötyjä, jotka voivat liittyä esimerkiksi sosiaalisiin hyötyihin.

Asiakassuhteen kehittymisen kannalta on oleellista, että asiakas on itse halukas osallistumaan asiakassuhteensa kehittämiseen. Mitä korkeammalla tasolla asiakassuhde on, sitä enemmän asiakas odottaa palvelulta sosiaalisia piirteitä. (Varki & Wong 2003). Sosiaalinen hyötyjä voivat olla esimerkiksi henkilökohtainen arvostus tai ystävyys. Näin voi olla esimerkiksi vanhempien potilaiden kohdalla, jotka ovat tottuneet pitämään omaa lääkäriään hyvänä tuttuna, jolle halutaan kertoa muitakin kuin terveyteen liittyviä asioita. Asiakkaat voivat hakea asiakassuhteesta myös erityiseen kohteluun liittyviä hyötyjä, jotka liittyvät taloudellisiin hyötyihin (Gwinner ym. 1998). Pitkä asiakassuhde mahdollistaa myös palvelun räätälöinnin hyödyt. Palveluntarjoaja, joka tuntee asiakkaansa entuudestaan, tietää usein mitä tämä palvelulta haluaa (Gwinner ym. 1998).

Haettu hyöty voi myös olla luottamuksellista. Luottamuksellinen tai psykologinen hyöty liittyy asiakkaan kokemaan turvallisuuden ja hyvinvoinnin tunteeseen. Luottamuksellisiin hyötyihin liittyviä ominaisuuksia ovat mm. ahdistuneisuuden väheneminen ja luottamuksen tunne palveluntarjoajaa kohtaan. Tämänlaiset tunteet syntyvät usein vasta pitkän asiakassuhteen seurauksena. (Gwinner et al. 1998). Varsinkin lääkäripalveluissa luottamuksellinen hyöty voi olla yksi asiakkaan tyytyväisyyteen vaikuttavista kriittisistä tekijöistä. Lääkäripalveluihin usein liittyy jännittyneisyyttä ja ahdistusta, jonka poistaminen on koetun palvelun laadun kannalta oleellista.

Osallistumisen taso voi määritellä asiakkaan hakemia hyötyjä. Asiakkaat, joiden osallistumisen taso on korkea, hakevat palvelusta todennäköisemmin luottamuksellisia hyötyjä. Luottamukselliset hyödyt perustuvat psykologisiin hyötyihin, ja osallistumisen tason ollessa korkealla asiakkaat todennäköisesti arvostavat luottamuksellisia hyötyjä enemmän kuin taloudellisia tai sosiaalisia hyötyjä. (Varki & Wong 2003).

3.2 Asiakkaan osallistuminen ja siihen vaikuttavia tekijöitä

Kuten yllä on todettu, parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi palveluprosessissa tarvitaan asiakkaan osallistumista. Osallistuminen takaa usein paremman palvelun laadun ja asiakkaan oman tyytyväisyyden kasvun. Seuraavassa tarkastellaan asiakkaan osallistumista ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

3.2.1 Osallistumisen määritelmä

Osallistuminen (joko palveluntarjoajan tai asiakkaan) voidaan määritellä koostuvaksi kolmesta eri ulottuvuudesta. Nämä ulottuvuudet ovat (1) tiedon jakaminen, (2) vastuullinen käyttäytyminen ja (3) henkilökohtainen vuorovaikutus (Ennew & Binks 1999). Osallistuminen lähtee yleensä liikkeelle tiedon jakamisesta kahden eri osapuolen välillä; palveluntarjoajan perustehtäviin kuuluu tarjota tietoa asiakkaalle. On myös erittäin tärkeää, että asiakkaat jakavat tietoa palveluntarjoajalle, jotta he saavat tarpeitaan vastaavaa palvelua. Tieto voidaan puolestaan jakaa kahteen eri komponenttiin. On tietoa, joka toimii edellytyksenä palvelun tuottamiselle, ja tietoa jota ei virallisesti vaadita palvelun tuottamiseen, mutta jonka kertominen voi johtaa paljon parempaan palveluun. (Ennew & Binks 1999). Lääkäripalveluissa potilaan voi olla hyvin tärkeä kertoa kaikki omaan terveydentilaansa vaikuttavat asiat lääkärille, eikä pelkästään tietoa, jonka potilas kuvittelee lääkärin tarvitsevan sillä hetkellä. Asiakas voi esim. hakeutua vastaanotolle jonkun vaivan takia, mutta vasta kertomalla lääkärille kaiken terveydentilansa kannalta oleellisen tiedon voi lääkäri määrittää oikean hoitomuodon.

Tiedon jakamisen lisäksi osallistumiseen luetaan myös vastuuntuntoinen käyttäytyminen. Tämän käytännön mukaan molemmilla osapuolilla on tilanteessa velvollisuutta ja vastuuta. Tähän kuuluu myös se, että asiakasta pidetään osittaisena työntekijänä ja että hänen oletetaan käyttäytyvän tämän roolin mukaisesti. Myös työntekijä voidaan nähdä osittaisena asiakkaana. (Ennew & Binks 1999).

Kolmas osallistumisen ulottuvuus liittyy henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen asiakkaan ja palvelun tuottavan henkilöstön välillä. Tämä konsepti on hyvin laaja, ja siihen liittyvät tekijät kuvastavat koko suhdetta. Näitä tekijöitä on esimerkiksi luottamus, toisen osapuolen tuki, yhteistyö, joustavuus ja sitoutuneisuus. (Ennew & Binks 1999).

Osallistumisen kehittyminen palvelusuhteessa vaatii investointeja molemmilta osapuolilta. Asiakkaat investoivat suhteeseen aikaa ja usein myös rahaa suhteen ylläpitämiseen ja tiedon jakamiseen. Palveluntarjoajalla voi puolestaan nousta kustannukset esim. uusien työntekijöiden palkkaamisen tai uusien tiedonhallintajärjestelmien asentamisen kautta. (Ennew & Binks 1999).

Palvelun erityispiirteistä erottamattomuus viittaa siihen, että palvelusta ei voi saavuttaa täyttä hyötyä ilman asiakkaan osallistumista. Kuitenkin tapa, jolla asiakas osallistuu palvelun tuottamiseen on tässä tapauksessa ratkaiseva ja voi vaikuttaa sekä asiakkaaseen että palveluntarjoajaan. Jos esim.

asiakkaan tarjoama tieto on on väärää tai epätarkkaa, ei tuotettu palvelu välttämättä vastaa asiakkaan tarpeita. Sen sijaan jos asiakkaat näkevät vaivaa osallistua palvelun tuottamiseen tarjoamalla palveluntarjoajalle kaiken oleellisen informaation tai asettumalla tarvittavaan rooliin, voi palvelun lopputulos olla hyvinkin onnistunut. Tämän tyyppisillä asiakkailla on usein myös parempi ymmärrys palveluun liittyvistä rajoituksista ja siitä, mitä palveluntarjoaja ylipäättään voi asiakkaalle tarjota. Näin ollen asiakkaan odotukset ovat usein myös realistisempia, ja odotusten ja kokemusten välinen aukko näin ollen pienempi. Näin ollen myös palvelun laatu koetaan parempana. (Ennew & Binks 1999).

3.2.2 Palvelun tuottamisen tasot

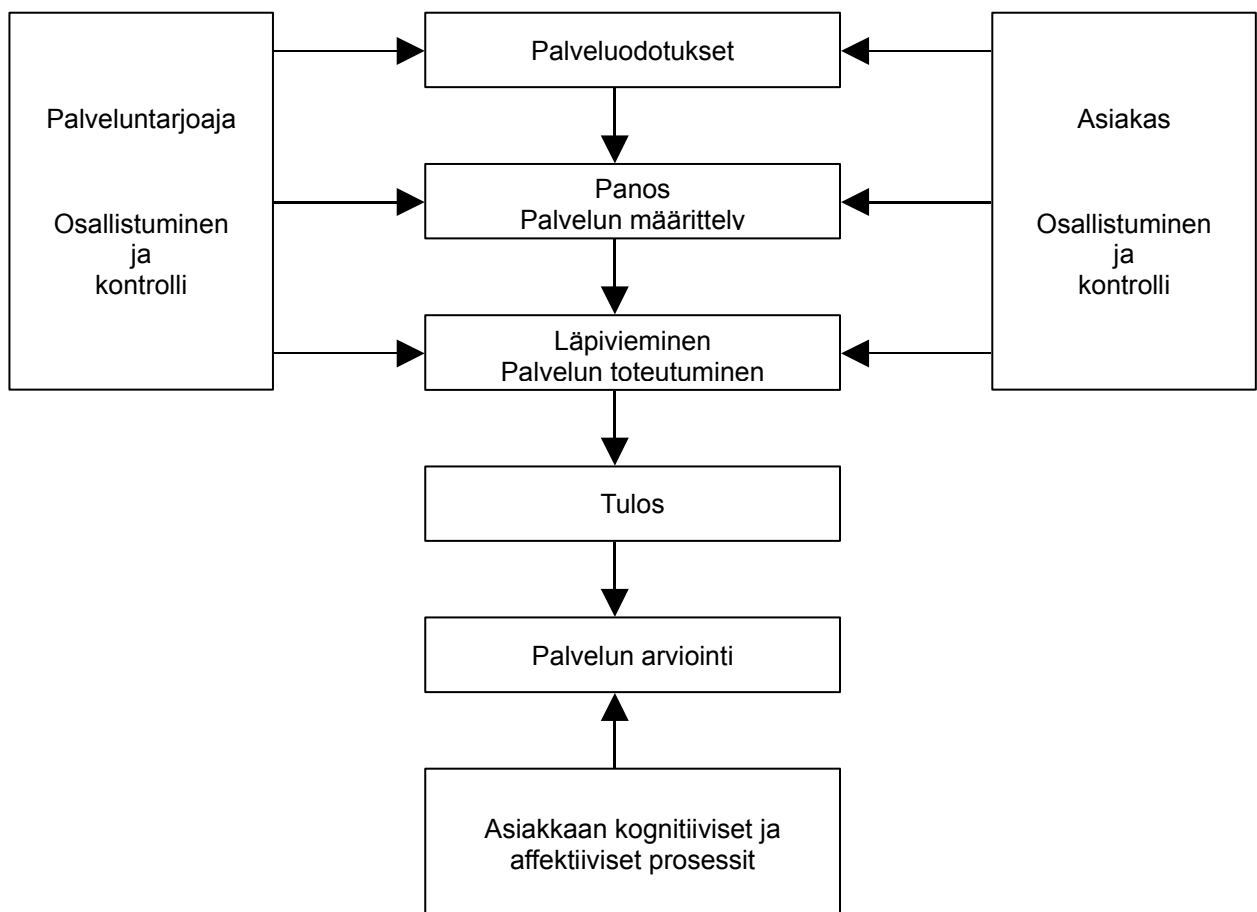
Palvelun tuottaminen koostuu kolmesta eri tasosta. Nämä osat ovat panos, palvelun toteuttaminen, tulos ja arviointi. Palveluprosessi alkaa molempien osapuolten odotuksista ja näiden kommunikoimisesta toiselle osapuolelle. (Van Raaij & Pruyn 1998). Kumpi tahansa osapuoli voi tehdä aloitteen, lääkäri voi kutsua potilaan esimerkiksi ikäryhmäkohtaiseen seulontaan, tai potilas voi itse hakeutua lääkärin vastaanotolle. Odotukset ja niiden kommunikoiminen johtaa ensimmäisen tason toiseen vaiheeseen, johon kuuluu palvelun määrittelemisen (Van Raaij & Pruyn 1998). Asiakkaiden tulee kommunikoida palveluntarjoajalle kysymyksensä, toiveensa ja vaatimuksensa palvelusta. Palveluntarjoaja puolestaan päättää keskustelun perusteella millainen palvelu asiakkaalle tulisi tuottaa. (Van Raaij & Pruyn 1998). Molempien osapuolten panos vaikuttaa siis siihen, tuotetaanko asiakkaalle oikea palvelu. Asiakkaan panostus vaikuttaa siihen, kuinka hän palvelua arvioi. Mitä enemmän asiakas kokee itse panostaneensa palveluun, sitä enemmän hän palvelulta odottaa.

Asiakkaan oma osallistuminen kuin myös palveluntarjoajan osallistuminen vaikuttavat siihen, onnistutaanko asiakkaalle tuottamaan hänen toivomansa palvelu. Esimerkiksi asiakkaan ongelman selittäminen, kuin myös palveluntarjoajan asiakkaan ongelmista tekemä tulkinta vaikuttavat tähän. Usein asiakkaat arvioivat palveluntarjoajan positiivisesti, jos vaikuttaa siltä että palveluntarjoaja kuuntelee asiakasta ja käyttää asiakkaan tarjoamaa informaatiota. (Van Raaij & Pruyn 1998). Potilaillekin on usein hyvin tärkeää, että lääkäri kuuntelee heidän vaivojaan ja näin ollen osoittaa ymmärrystä potilaan ongelmaa kohtaan.

Palvelun toteuttamisen tasolla itse palvelu syntyy. Myös tällä tasolla molemmat osapuolet, sekä

palveluntarjoaja että asiakas voivat osallistua palvelun tuottamiseen. Palvelut eroavat siinä, kuinka paljon asiakkaalla on valtaa ja mahdollisuuksia osallistua palvelun tuottamiseen. (Van Raaij & Pruyn 1998).

Tuloksen vaiheessa asiakas kokee palvelun hyödyt. Jos palvelun tulos on epätydyttävä asiakkaan tai palveluntarjoajan mielestä, tuotettua palvelua voidaan yrittää korjata. Usein palvelun korjaamiseen tulisi puuttua jo palvelun toteuttamisen vaiheessa, sillä jo tuotettua palvelua voi olla vaikeampi hyvittää (Van Raaij & Pruyn 1998). Esimerkiksi lääkärin olisi osattava asiakkaan kertomusten perusteella määrittellä tarvittavat jatkotoimenpiteet. Jos lääkärin antamat hoitosuositukset ovat väärät, ei koitunutta haittaa voi helposti korjata jälkikäteen. Kuviosta 1. käy ilmi palvelun tuottamisen tasot.



Kuvio 1. Mukailten Van Raaij & Pruyn (1998).

3.2.3 Palvelukohtaamisen arviointi

Kuten yllä olevasta kuviosta ilmenee, asiakkaan arvioon palvelusta vaikuttavat sekä kognitiiviset että affektiiviset tekijät. Kognitiivisiin tekijöihin kuuluvat asiakkaalla oleva tieto palvelusta tai palveluntarjoajasta, jonka asiakas on oppinut palvelun tuottamisen aikana. Affektiiviset tekijät puolestaan edustavat asiakkaan tunteita, joita tämä on kokenut palvelun tuottamisen aikana. (Johnson & Zinkhan 1991).

Asiakkaiden affektiiviset reaktiot palvelukohtaamisessa vaikuttavat suurelta osin asiakkaan tyytyväisyyteen. Affektiivisuus määrittelee tyytyväisyyttä varsinkin palveluissa, joihin liittyy läheinen suhde palveluntarjoajan ja asiakkaan välillä. (Jyanti 1996). Lääkäri-potilas-suhteessa nousevat myös nämä tekijät esille. Lääkäripalveluihin liittyy paljon etsinnällisiä ja uskomusominaisuuksia, jolloin lääkäri on avainasemassa palvelua arvioitaessa.

Jyantien (1996) mukaan sekä asiakkaan affektiiviset reaktiot että odotukset vaikuttavat koettuun palvelun laatuun. Kirjoittajan mukaan on myös tärkeää, että lääkärit ymmärtävät affektiivisten reaktioiden tärkeyden asiakassuhteen luomisessa. Mitä enemmän palvelutilanne pitää sisällään palveluntarjoajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, sitä todennäköisemmin asiakkaan arvioon palvelukohtaamisesta ja palveluntarjoajasta vaikuttavat asiakkaan tunteet. Asiakas ei välttämättä tiedosta palvelukohtaamisen herättäneitä tunteitaan, tai niiden vaikutusta palvelun arviointiin. Asiakas voi esimerkiksi kokea kiitollisuutta tai helpottuneisuutta, jotka tässä tapauksessa ovat palveluntarjoajasta riippumattomia tekijöitä. Asiakkaan tunteet toisin sanoen toimivat kokemuksen vahvistajana (Johnson & Zinkhan 1991).

Monissa tapauksissa asiakkaan tunteet palvelukohtaamisen aikana vaikuttavat siihen, suosittelee ko hän samaa palveluntarjoajaa henkilölle, joka olisi samantyyppisen palvelun tarpeessa. Asiakkaat kertovat helpommin muille palveluista, joihin liittyy affektiivinen elementti. (Johnson & Zinkhan 1991).

3.2.4 Osallistuminen ja kontrolli palveluprosessissa

Kontrollin käsite liittyy olennaisesti palveluihin. Kontrolli määrittää sen, kuinka paljon valtaa ja vaikutusta palvelun osapuolilla on palveluprosessin eri vaiheisiin, palvelun määrittelyyn, palvelun

toteuttamiseen ja palvelun tulokseen. Koettu valta viittaa siihen, kuinka paljon palvelun osapuolet kokevat pystyvänsä vaikuttamaan palveluprosessiin ja tulokseen. Molemmilla osapuolilla on tietynlaista valtaa palvelutilanteessa. Perinteisesti räätälöidyissä palveluissa asiakkaan kontrollin määrä on melko suuri. Lääkäripalveluissa palveluhenkilöllä on kuitenkin asiantuntevuuden tuomaa valtaa, joka heijastuu lääkärin ammatillisena pätevyytensä. Asiantuntevuuden tuoma valta heijastuu sekä palvelun määrittämisen tasolle, että palvelun toteuttamisen tasolle. Potilaalla on palvelutilanteessa omaan terveydentilaansa liittyvää tietoa, joten hänellä on ongelman tuntemiseen liittyvää valtaa. (Van Raaij & Pruyn 1998). Tämä heijastuu useimmiten asiakkaan panoksena palvelun määrittämisen vaiheessa. Esimerkiksi potilas voi vaikuttaa hoitosuositteluehdotuksiin jakamalla informaatiota itsestään, mutta lopullisen hoitopäätöksen tekee lääkäri.

Kontrollin katoamisen tunne voi aiheuttaa asiakkaisissa erilaisia reaktioita. Näihin kuuluvat muun muassa tiedon etsiminen, voimattomuuden tunne ja stressin kasvaminen. (Van Raaij & Pruyn 1998). Myös Namasivayam & Hinkin (2003) mukaan asiakkaan tunne kontrollin menettämisestä voi aiheuttaa monia negatiivisia tunteita. Lääkäripalveluidenkin kohdalla asiakkaat ovat usein tyytyväisempiä, jos heillä on tunne että he itse pystyvät vaikuttamaan hoitopäätöksiin. Kontrolli koostuu Namasivayam & Hinkin (2003) mukaan kahdesta ulottuvuudesta, jotka molemmat vaikuttavat asiakkaan tyytyväisyyteen. Nämä ulottuvuudet ovat valinnan mahdollisuus ja kapasiteetti, eli kyky saada asiakaspalvelija tarjoamaan halutun tasoista palvelua (Namasivayam & Hinkin 2003). Esimerkiksi potilaalle on usein hyvin tärkeää, että lääkäri kuuntelee tarkasti kaikki hänen kysymyksensä ja vastaa niihin huolellisesti.

Voidaan myös nähdä, että asiakkaan kontrolli palvelun tuottamisessa on kasvanut viime vuosina. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla (FINLEX: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Potilaiden oikeuksia halutaan tulevaisuudessa myös nostaa. Sosiaali- ja terveysministeriön ehdotukseen uudeksi terveydenhuoltolaiksi liittyy mm. potilaan oikeus valita hoitava lääkäri (Sosiaali- ja terveysministeriö: Lausuntoyhteenveto terveydenhuoltolakityöryhmän muistiosta 2008:28). Asiakkaan kontrollin muutos näkyy myös retoriikassa. Nordgren (2008) on tutkinut lääkäri-potilas suhteeseen liittyvää retoriikkaa ja sen vaikutuksia yleisiin asenteisiin. Nykyään yhä enenevässä määrin potilaista puhutaan asiakkaina. Potilas on muuntautunut avun hakijasta kuluttajaksi ja edelleen asiakkaaksi, joka päättää hoitoon hakeutumisesta ja osallistuu palveluprosessissa arvon tuottamiseen (Nordgren 2003). Tapa puhua

asioista myös vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen. Tästä on seurannut se, että lääkäreiden oletetaan toimivan kuten palveluntarjoajien ja potilaiden kuten asiakkaiden (Nordgren 2008).

Lääkäri-potilas suhteessa vallitsee usein tiedon ja tätä kautta myös vallan epäsymmetrisyys. Tämä johtuu siitä, että lääkärillä on usein potilasta enemmän lääketieteellistä osaamista. Potilaat voivat kokea tämän esim. avuttomuuden tunteena (Nordgren & Fridlund, 2001). Nordgrenin & Fridlundin (2001) mukaan potilaat yleisesti ottaen tuskin kuvailisivat itseään asiakkaiksi, jotka tekevät aktiivisia päätöksiä ja osallistuvat arvon tuottamiseen. Potilaat todennäköisemmin kokevat, että heidän täytyy luottaa lääkäriin ja tämän antamaan tietoihin Kirjoittajien mukaan aloite asiakassanan käyttämiseen lääketieteellisessä yhteydessä on tullut liike-elämästä, ja sitä ei voida verrata lääketieteelliseen kenttään.

3.2.6 Asiakkaan roolit palvelun tuottamisessa

Asiakkaan roolit ovat mm. Bitner ym. (1997) jakaneet kolmeen eri ryhmään. Asiakas voidaan nähdä joko (1) resurssina, (2) osallistujana laadun, tyytyväisyyden ja arvon tuottamiseen tai (3) palveluyrityksen kilpailijana. Palveluyrityksessä asiakas voidaan nähdä ns. väliaikaisena työntekijänä. Asiakas tuo palvelutilanteeseen oman panoksensa kuten palveluhenkilökuntakin, mikä puolestaan vaikuttaa yrityksen tuottavuuteen. Palvelun lopputulokseen vaikuttaa siis asiakkaan panoksen laatu ja määrä.

Asiakas voidaan nähdä myös osallistujana palvelun laadun ja oman tyytyväisyytensä tuottamiseen. Asiakas ei välttämättä välitä siitä, onko hän lisännyt palveluyrityksen tuottavuutta. Asiakas välittää kuitenkin mitä todennäköisimmin siitä, ovatko hänen omat tarpeensa täytetty. Asiakkaan tehokas osallistuminen lisää hänen oman tyytyväisyytensä todennäköisyyttä. (Bitner et al. 1997). Tämä asiakkaan rooli nousee myös esille lääkäripalveluissa. Asiakas on niin olennainen osa palvelua, että tyytyväisyyttä ei useinkaan voida saavuttaa ilman omaa panostusta.

Asiakkaat usein myös ymmärtävät oman vastuunsa palvelun tuottamisessa. Näin ollen jos asiakkaat kokevat olevansa osittain tai kokonaan vastuussa palvelun epäonnistumisesta, eivät he ole niin tyytymättömiä palveluntarjoajaan, kuin tilanteessa jossa palveluntarjoajalla on koko vastuu. Asiakas voidaan nähdä myös palveluyrityksen kilpailijana. Monesti asiakas voi hankkia palvelun muualta tai tuottaa sen osittain tai kokonaan itse. (Bitner et al. 1997). Asiakkaat luottavat usein myös omaan

arvostelukykyynsä terveydenhuoltopalvelujen kohdalla. Asiakkaat voivat esimerkiksi itse päätellä tarvitseeko heidän lähteä lääkärin vastaanotolle pahimman flunssakauden aikaan, vai voiko taudin hoitaa apteekista saatavilla itsehoitotuotteilla.

Chervonnaya (2003) esittelee edellä mainittujen roolien lisäksi asiakkaan muita mahdollisia rooleja. Kirjoittajan mukaan asiakas voi olla myös passiivisessa roolissa, esimerkkinä mainittakoon tajuttoman potilaan hoitaminen. Passiivisen asiakkaan kohdalla voi olla kyseessä myös ajan ja motivaation puute (Chervonnaya 2003). Asiakas voidaan nähdä myös palveluntarjoajan oppimisen lähteenä. Esimerkiksi konsulttipalveluiden kohdalla palveluntarjoaja oppii asiakkailtaan (Chervonnaya 2003). Tämä voidaan nähdä myös lääkäri-potilassuhteessa, jossa hoitosuhteen pituus usein helpottaa sopivan hoidon löytymistä.

Asiakkaan eri roolit palvelun tuottamisessa vaativat asiakkaalta erilaisia taitoja. Chervonnaya (2003) määrittelee asiakkaan taidot joko asiakkaan henkilökohtaisiksi tai organisatorisiksi ominaisuuksiksi, joiden avulla asiakas osallistuu menestyksekkäästi palvelun tuottamiseen.

Passiiviset asiakkaat eivät kirjoittajan mukaan juurikaan tarvitse taitoja. Asiakas, joka nähdään palveluntarjoajan oppimisen lähteenä tai resurssina sen sijaan tarvitsee hyvät kommunikaatio- ja päätöksentekoon tarvittavat taidot sekä kyvyn organisoida omaa toimintaansa tarvittavalla tavalla. (Chervonnaya 2003). Lääkärille tullessaan asiakkaan tulee esimerkiksi muistaa ottaa tarvittavat reseptit mukaan.

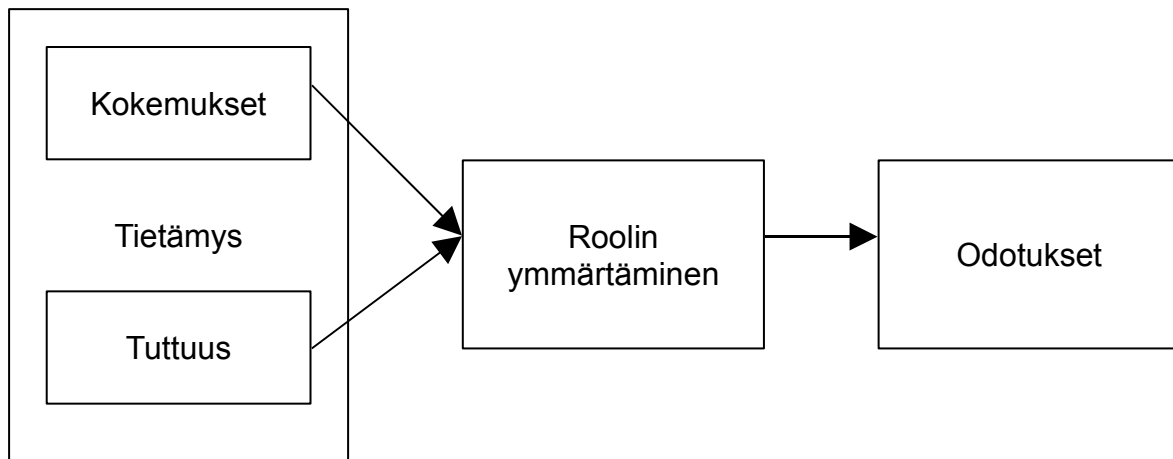
Jotta asiakkaan osallistuminen olisi mahdollisimman tehokasta, tulisi palveluyrityksen kouluttaa asiakasta tämän roolista (Webb 2000). Näin voidaan varmistaa että asiakas ymmärtää oman vastuunsa palvelun tuottamisessa ja osaa osallistua siihen parhaalla tavalla.

3.2.7 Asiakkaan tehokas osallistuminen palvelun tuottamiseen

Ennen palvelun syntymistä asiakkaalla on käsitys siitä, millainen palvelun tulisi olla. Palvelun jälkeen asiakas peilaa kokemuksiinsa odotuksiinsa, mistä puolestaan syntyy asiakkaan tyytyväisyys tai tyytymättömyys palveluun.

Asiakkaan odotusten muotoutumiseen vaikuttaa Webbin (2000) mukaan se, että asiakas ymmärtää roolinsa. Roolin ymmärtämiseen puolestaan vaikuttavat asiakkaan kokemukset ja tilanteen tutuus.

Kokemukset puolestaan ovat tietoa, joka asiakkaalle on kertynyt tämän ollessa tekemisissä palveluntarjoajan kanssa. Tuttuuden kirjoittaja määrittelee eri lähteistä kertyneeksi tiedoksi koskien palveluntarjoajaa. Asiakkaan kokemukset ja tilanteen tuttuus muodostavat yhdessä tietämyksen. (Webb, 2000).



Kuvio 2. Mukailten Webb (2000).

Korkean osallistumisen tason palveluissa, kuten lääkäripalveluissa, Lengnick-Hall ym. (2000; ks. Steers & Porter 1975) määrittelevät kolme tekijää, jotka mahdollistavat tehokkaan osallistumisen palvelun tuottamiseen. Nämä tekijät ovat (1) tehtävän koettu selkeys, (2) kyky ja tekninen kyvykkyys sekä (3) motivaatio. Tehtävän koettu selkeys viittaa siihen, että asiakas tietää tarkalleen miten hänen tulee toimia. Kyvykkyys puolestaan viittaa asiakkaan kykyyn suorittaa häneltä odotetut tehtävät. (Lengnick-Hall ym. 2000). Motivaatio viittaa asiakkaan halukkuuteen osallistua palvelun tuottamiseen. Asiakkaat ovat todennäköisesti halukkaampia osallistumaan palvelun tuottamiseen, jos he uskovat sillä olevan positiivisia vaikutuksia lopputulokseen.

Asiakkaan motivaatiolla osallistua palvelun tuottamiseen on merkitystä koettuun palvelun laatuun. Usein motivoituneet asiakkaat ovat enemmän tietoisia palvelutilanteen vaatimista rooleista. Motivoituneet asiakkaat usein myös osallistuvat palvelun teknisen ja funktionaalisen laadun tuottamiseen tehokkaammin kuin epämotivoituneet asiakkaat (Kelley ym. 1990).

3.2.8 Internetistä haetun tiedon vaikutus asiakkaan osallistumiseen

Ihmiset etsivät yhä enenevässä määrin terveyteen liittyvää tietoa Internetistä. Tämä on myös vaikuttanut potilaiden odotusten nousuun terveydenhuoltopalveluiden kohdalla. Internetissä olevaan tietoon pääsee helposti käsiksi, mikä on horjuttanut perinteistä käsitystä potilaasta passiivisena palvelun vastaanottajana. (Laing ym. 2004). Toisaalta Internetistä etsitty tiedon luotettavuudesta ei ole takuita. Laing ym. (2004) mukaan lääkäreiden rooliin kuuluukin nykyään arvioida ja tulkita potilaiden esittämiä väittämiä ja kysymyksiä, jotka ovat heränneet Internetistä haetun tiedon vuoksi. Potilaiden itse hakeman tiedon esittäminen vastaanotolla voi aiheuttaa ärtymystä lääkäreissä. Tämä johtuu osapuolten erilaisista ennakkokäsityksistä, lääkärit saattavat kokea potilaiden kyseenalaistavan heidän ammattitaitonsa. Potilaat sen sijaan kokevat haluavansa ottaa enemmän vastuuta omasta terveydentilastaan, sekä saavansa vastauksia heränneisiin kysymyksiinsä. Suuri osa lääkäreistä suhtautuu kuitenkin positiivisesti potilaiden esittämään Internetistä haettuun tietoon. Tämä on usein merkki valveutuneisuudesta ja siitä, että potilaat ovat kiinnostuneita omasta terveydentilastaan. (Laing ym. 2004).

Laing ym. (2004) luokittelevat lääkäripalveluiden käyttäjät aktiivisuuden mukaan kolmeen ryhmään:

(1) Passiiviset palveluiden käyttäjät: Passiiviset asiakkaat ovat tyytyväisiä tämänhetkiseen hoitoon ja saamaansa tiedon määrään ja laatuun. He saavat terveydentilaansa liittyvän tiedon vastaanotolla. Passiivisia asiakkaita ei kiinnosta vaihtoehtoisten tietokanavien etsintä ja heillä on yleensä hyvät suhteet hoitavaan lääkäriin.

(2) Aktiiviset palveluiden käyttäjät: Aktiiviset asiakkaat eivät ole täysin tyytyväisiä heidän hoitoonsa tai heille tarjottuun informaatioon. He etsivät aktiivisesti tietoa ja ovat halukkaita vaikuttamaan saamaansa hoitoon tuomalla esiin omat näkemyksensä ja mielipiteensä. Aktiiviset asiakkaat keskustelevat myös muiden asiakkaiden kanssa näkemyksistään. He eivät kuitenkaan välttämättä ole valmiita vaihtamaan palveluntarjoajaa.

(3) Vahvasti osallistuvat palveluiden käyttäjät: Vahvasti osallistuvat palveluiden käyttäjät eivät ole ollenkaan tyytyväisiä saamaansa hoitoon tai heille tarjottuun tietoon. He etsivät aktiivisesti tietoa ja tuovat vahvasti esille omat mielipiteensä. He ovat valmiita vaihtamaan palveluntarjoajaa ja etsimään vaihtoehtoisia mielipiteitä. Heille Internet on tärkeimpiä kommunikaation lähteitä.

Laing ym. (2004) toteavat, että eri tyyppisiin käyttäjiin tulisi suhtautua eri tavalla. Esimerkiksi vahvasti osallistuvat palveluiden käyttäjät vaativat itse haetulle tiedolle varmistusta, ja todennäköisesti ovat pettyneitä palvelukohtaamiseen jos heidän omat yrityksensä osallistua ohitetaan. Tällaisia palvelun käyttäjiä tulisikin kohdella palvelun osallisena tuottajana.

Nicholas ym. (2003) mukaan Internetistä etsitään useimmiten tietoa jostain tietystä sairaudesta. Tyypillistä myös on, että tietoa etsitään jonkun toisen ihmisen puolesta, kuten perheenjäsenen tai ystävän. Nicholas ym. (2003) tutkimukseen osallistuneista etsii tietoa vastaanoton jälkeen tarkoituksenaan täydentää tietojaan. Tutkijoiden mukaan tyypillisesti Internetistä terveystietoa etsivät naiset (63% tutkimukseen osallistuneista), mutta myös miehet (46%). Terveystietoa etsivät ihmiset ovat tyypillisesti 30-64 vuoden ikäisiä.

Nicholas ym. (2003) mukaan Internetistä etsityllä tiedolla koetaan olevan monia hyötyjä. Koettuja hyötyjä olivat ensisijaisesti tiettyyn sairauteen liittyvä tieto, terveyden edistämiseen liittyvä tieto, lisätiedon etsiminen, lääkärin kertoman varmistaminen sekä tieto siitä, kannattaako tiettyjen oireiden takia mennä lääkäriin vai ei.

3.3 Vuorovaikutus palvelukohtaamisessa

Laaja tiedonvaihto asiakkaan ja lääkärin välillä johtaa Carmanin (2000) mukaan erottamattomuuteen, mikä rohkaisee asiakasta arvioimaan palvelua sosiaalisen vuorovaikutuksen perusteella. Henkilöiden väliset ja sosiaaliset elementit ovat kriittisiä lääkäri-potilas-suhteelle, sillä ne luovat henkilökohtaisen siteen palveluntarjoajan asiakkaan välille (Hausmann 2004). Hausmannin (2004) mukaan hoitosuhteeseen kuuluvia sosiaalisia elementtejä ovat luottamus, huolenpito, kommunikaatio, huolehtivaisuus ja tarkkaavaisuus. Yleisesti ottaen, mitä positiivisemmin asiakas kokee vuorovaikutussuhteensa lääkärin kanssa, sitä positiivisemmin asiakas palvelua arvioi.

Yksi tärkeimmistä asiakkaan tyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä on potilaan ja lääkärin välinen kommunikaatio. Potilaan ja lääkärin välinen dialogi on tärkeää lääkäri-potilas-suhteen luomiseksi, mutta avoin kommunikaatio mahdollistaa myös potilaan osallistumisen itseensä kohdistuvaan päätöksentekoon. Osallistuminen päätöksentekoon on tärkeää monestakin syystä. Jos potilaalle ei

anneta mahdollisuutta vaikuttaa päätöksentekoon, potilas ei välttämättä noudata hänelle annettuja hoito-ohjeita.

Lääkärin tulee pyrkiä vahvistamaan vuorovaikutusta potilaan ja itsensä välillä. Vuorovaikutuksen vahvistaminen onnistuu siten, että lääkäri huomioi potilaan yksilönä. Lääkärin tulisi myös osoittaa aitoa välittämistä ja huolenpitoa potilasta kohtaan, vaikka lääkäri tapaa hyvinkin monta potilasta päivässä. Yksilöllinen huomioiminen myös luo pohjan pitkälle hoitosuhteelle, mikä mahdollistaa sen, että lääkäri oppii tuntemaan potilaan ja tämän hoitohistorian paremmin. Tämä puolestaan mahdollistaa paremman diagnosoinnin ja hoitosuositusten antamisen tulevaisuudessa. Näin ollen myös potilaan tyytyväisyys palveluun kasvaa. (Hausmann 2004).

3.3.1 Sosiaalisen vuorovaikutuksen perustasot

Mönkkönen (2002, 43) kuvaa sosiaalisen vuorovaikutuksen luonnetta viiden hierarkkisen tason kautta. Nämä tasot ovat (1) tilanteessa olo, (2) sosiaalinen vaikuttaminen, (3) peli, (4) yhteistyö ja (5) yhteistoiminta. Asiakastyön vuorovaikutuksessa ensimmäistä tasoa, *tilanteessa oloa*, voisi kuvata tilanne, jossa molemmat osapuolet tietävät olevansa tietyssä institutionaalisessa suhteessa, mutta kumpikaan ei oikein asetu tuohon suhteeseen vakavissaan. Kummallakaan ei ole oikein aitoa kiinnostusta vuorovaikutukseen tai esimerkiksi he aikaisemman kohtaamisen perusteella olettavat, että vuorovaikutuksesta ei oikein tule mitään. *Sosiaalisen vaikuttamisen* tasoa kuvaa tilanne, jossa toinen käyttää selkeästi valtaa, määrittelee vahvasti vuorovaikutuksen kulkua ja toisen rooli jää tuossa tilanteessa varjoon. Tällaisesta tilanteesta voidaan yhtä hyvin puhua sekä asiantuntijavallasta että asiakasvallasta. Valta voi myös olla näkymätöntä: esimerkiksi toinen osapuoli ignoroii toisen toiminnan tai puheen. *Pelisuhdetta* asiakastyössä luonnehtii tilanne, jossa joko toinen osapuoli tai molemmat pelaavat suhteessa tiettyjen asiakastyön pelisääntöjen mukaisesti. Esimerkiksi asiakas puhuu niistä asioista, millä olettaa olevan vaikutusta tilanteesta ja työntekijälläkin on omat asemastaan johtuvat tavoitteet ja keinot, jotka saattavat poiketa asiakkaan näkemyksistä. Molemmat hallitsevat tietynlaisen auttaja-autettava-position edellyttämän vuorovaikutuksen. Joskus pelisuhde on yksisuuntainen: toinen osapuoli uskoo suhteen olevan rehellinen ja avoin, mutta toinen osapuoli käyttää tuota luottamusta hyväkseen. *Yhteistyösuhdetta* puolestaan voidaan luonnehtia tilanteena, jossa molemmat osapuolet sitoutuvat samoihin päämääriin, näkevät yhteisiä tavoitteita ja etenevät noita tavoitteita kohden. Korkein sosiaalisen vuorovaikutuksen taso, *yhteistoiminnallisuus*, on asiakastyössä suhteellisen harvinaisia kohtaamisen hetkiä, joissa syntyy molemminpuolinen

luottamus ja molemmat osapuolet vaikuttuvat toisistaan. (Mönkkönen, 2002, 43).

3.3.2 Roolit ja roolipositiot

Asiakkailla on Kelley ym. (1990) mukaan normatiivisia odotuksia siitä, kuinka palvelukohtaamisessa palveluhenkilön tulee toimia ja käyttäytyä. Asiakkaalla on myös käsitys siitä, kuinka hänen itsensä tulee toimia ja käyttäytyä. Asiakkaat eivät välttämättä käyttäydy heitä itseään koskevien normatiivisten odotustensa mukaan. Tähän voivat vaikuttaa mm. tapauskohtaiset ja henkilökohtaiset tekijät. Esimerkiksi potilas voi olla ärtynyt vastaanotolle mennessään ja tämä voi vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä negatiivisesti, eikä vuorovaikutus lääkärin kanssa välttämättä ole optimaalinen. Henkilöiden käyttäytyminen määrittää sosiaalisen vuorovaikutuksen rajat palvelutilanteessa (Broderick 1999). Nämä muodostuvat käyttäytymisen mallit määrittävät sekä nykyistä että tulevia palvelukohtaamisia ja niiden kehittymistä. (Broderick 1999).

Ihmiset ottavat eri rooleja eri ihmisten seurassa ja erityisesti sen perusteella, millainen sisäinen tila ja kokemus heille tässä yhteydessä rakentuu (Pesonen ym. 2002, 151). Position käsite tulee erottaa roolin käsitteestä, sillä samassa roolissa voi syntyä erilaisia vuorovaikutuksellisia positioita, joissa ihmiset positioivat itsensä ja toisensa joksikin (Mönkkönen, 2002, 14). Näistä nopeastikin vaihtuvista rooleista, joita usein hallitsee erilainen tunnetieto, käytetään nimitystä roolipositio. Positiot muotoutuvat valtasuhteiksi: yhden ihmisen reagoinnin tapa vaikuttaa toisen ihmisen omaksumaan roolipositioon. (Pesonen ym. 2002, 151). Positio syntyy usein ikään kuin luonnostaan, mutta joskus jokin hallitseva puhetapa sijoittaa ihmisiä positioihin, joissa he eivät itse halua olla. Tällöin ihminen voi myös kyseenalaistaa positionsa ja uudelleen positioida itsensä. Usein jo kysymyksenasettelu synnyttää tietyn position ihmisten välille. Asiakastyön kannalta tämä tarkoittaa, että jo oikeus kysyä asiakkaalta jotain hyvin henkilökohtaista kertoo asiakkuuteen liittyvästä positioista. Esimerkiksi auttaja-autettava-positio voi rakentua suhteeseen, jossa auttaja toimii tilanteen jäsentäjänä ja asiakas puolestaan tunteidensa ja kokemustensa erittelijänä. Tämä on kuitenkin vain yksi mahdollinen positio auttamissuhteessa. Positio kuvaa, miten tietynlainen vuorovaikutus realisoituu konkreettisesti toiminnassa. (Mönkkönen, 2002, 14.)

Esimerkiksi lääkärin vastaanotolle tuleva potilas voi olla hyvinkin aktiivisesti etsinyt etukäteen tietoa internetistä ennen vastaanotolle menoa. Jos asiakas tuo vahvasti esiin oman mielipiteensä vaivastaan, voi lääkäri kokoa, ettei hänen asiantuntijuuttaan arvosteta. Tämä puolestaan voi

äärimmäisessä tapauksessa saada lääkärin tekemään diagnoosin kuuntelematta potilasta. Riskinä on että asiakkaan arvokasta tietoa omasta hyvinvoinnistaan menee hukkaan. Palvelutilannetta helpottaakin se, jos molemmat osapuolet omaavat roolinottokyvyn. Roolinottokykyyn sisällytetään usein taito asettua toisen ihmisen asemaan (Pesonen ym. 2002, s. 152). Samastuminen toiseen ihmiseen auttaa ymmärtämään toisia ja myös säätelemään omaa käyttäytymistä tältä pohjalta. Pesonen ym. (2002, s. 152). Näin ollen myös vuorovaikutus on hedelmällisempää, kuin jos molemmat osapuolet pitävät liian tiukasti kiinni omista näkökannoistaan.

Roolista suoriutuminen on yhteydessä palvelun laatuun. Ihmisläheisissä palveluissa palvelun funktionaalinen ja tekninen laatu ovat sidoksissa toisiinsa palvelun vuorovaikutteisen luonteen vuoksi. Teknisen ja funktionaalisen laadun arviointi voikin olla tästä syystä vaikeata, sillä arviointi vaatii palvelukohtaisissa tapahtuvan vuorovaikutuksen arviointia. Asianmukainen käyttäytyminen on erityisen tärkeätä asiantuntijapalveluissa, joissa palveluntarjoajia sitovat tietyt sosiaaliset odotukset ja normit. (Broderick 1999).

Pitkäkestoisissa asiakassuhteissa molempien osapuolten roolit todennäköisesti kehittyvät asiakassuhteen kehittyessä. Roolikehityksen määrä asiakassuhteessa määrittää osittain myös asiakassuhteen luonteen ja toisaalta myös vuorovaikutteisuuden asteen. (Broderick 1999). Mitä kauemmin lääkäri esimerkiksi on tuntenut potilaan ja tämän hoitohistorian, sitä todennäköisemmin hän osaa sopeuttaa hoidon mahdollisimman hyvin potilaille sopivaksi. Myös potilas voi itse oppia tunnistamaan toistuvat oireet, ja osaa kenties myös itse hoitaa niitä.

Palveluntarjoaja saattaa joskus myös esitellä uuden palvelun, jota ei aikaisemmin ole ollut käytössä. Tässä tapauksessa sekä palveluntarjoajan että asiakkaan on totuttauduttava uuteen rooliinsa ja sitä vastaavaan rooliinsa. Roolikehityksen myötä palvelun tehokkuus todennäköisesti paranee. (Broderick 1999). Esimerkiksi YTHS:llä potilas voidaan neuvoa mittaamaan oma verenpaineensa reseptiä uusittaessa. Tämä nopeuttaa palvelun kulkua ja asettaa potilaan uuteen rooliin.

3.3.4 Sanaton viestintä

Suullisen viestinnän lisäksi palvelukohtaisista muokkaa molempien osapuolten sanaton viestintä. Sanattomaan viestintään kuuluvat tekijät kuten ilmeet ja kehon kieli. Sanattomalla viestinnällä on vähintään saman verran merkitystä palvelukohtaisista arvioitaessa kuin sanallisellakin viestinnällä.

Sanattomalla viestinnällä voi olla myös enemmän merkitystä kuin suullisella viestinnällä. Kommunikaation aikana osapuolet arvioivat suullisen ja sanattoman viestinnän yhteensopivuutta, ja ristiriitaisessa tilanteessa usein sanaton viestintä tulkitaan uskottavammaksi. (Sundaram & Webster 1998).

Sanattomaan viestintään lukeutuvat kehonkieli, tapa puhua, fyysinen läheisyys ja ulkoinen olemus (Sundaram & Webster 1998). Nämä tekijät puolestaan vaikuttavat asiakkaan arvioon palveluntarjoajan uskottavuudesta, ystävällisyydestä, kyvykkyydestä, empaattisuudesta, luotettavuudesta ja huomaavaisuudesta. Kehonkieleen viittaavat kaikki eleet, vartalon asento ja esimerkiksi katsekontakti. Varsinkin oikeanlainen katsekontakti on tärkeä uskottavuuden ja vuorovaikutteisuuden luomiseksi. Myös empaattisuus välittyy kehonkielen, kuten hymyilyn, kautta. Tapa puhua viittaa äänenpainoihin, puheessa esiintyviin taukoihin ja puheen sujuvuuteen. Fyysinen läheisyys viittaa esimerkiksi koskettamiseen. (Sundaram & Webster 1998). Joihinkin (palvelu)kulttuureihin kuuluu, että palveluntarjoaja osoittaa empaattisuutta koskettamalla asiakasta. Suomalainen kulttuuri on tämä suhteen melko pidättyväinen, mutta esimerkiksi hoitohenkilöstö voi jossain määrin osoittaa empatiaa fyysisen kosketuksen kautta. Ulkoinen olemus viittaa esimerkiksi ulkonäköön ja pukeutumiseen. Usein ulkoisella olemuksella on kaikkein eniten merkitystä ensivaikutelman luomisessa, mutta se voi vaikuttaa myös arvioon esimerkiksi palveluntarjoajan uskottavuudesta.

Sanattomaan viestintään kannattaa erityisesti palveluhenkilöstön kiinnittää huomiota. Sanattomalla viestinnällä on mahdollista lievittää psykologisen etäisyyden tunnetta, joka saattaa nousta pintaan kahden toiselle tuntemattoman ihmisen kohtaamisessa. Sanaton viestintä myös muokkaa ja edesauttaa sanallista viestintää. (Sundaram & Webster 1998).

3.3.5 Kommunikaatiotyylit

Palveluhenkilön tapa kommunikoida asiakkaan kanssa vaikuttaa asiakkaan tyytyväisyyteen. Erityisen tärkeä osa kommunikaatiota on kommunikaatiotyyli, eli millä tavoin jokin asia esitetään. Tämä puolestaan vaikuttaa voimakkaasti asiakkaan asenteisiin ja käyttäytymiseen (Mitra & Webster 1998). Kommunikaatiotyylit tukevat yllä esitettyjen sanattoman viestinnän elementtejä. Sheth (1976) on määritellyt kolme tyypillisintä kommunikaatiotyylit. Kommunikointityyli voi olla joko tehtävä-, minä-, tai vuorovaikutus-orientoitunut. Tehtävä-orientoituneessa kommunikaatiotyylissä

kommunikoija on keskittynyt päämäärän saavuttamiseen. Vuorovaikutteinen kommunikoijan päämääränä on enemmän sosiaalinen ja henkilökohtainen, ääritapauksessa jopa niin, että itse tehtävä jää liian vähälle huomiolle. Minä-orientoituneessa tyyliässä kommunikoija on pääasiassa kiinnostunut omasta hyvinvoinnistaan, eikä kiinnitä niin paljon huomiota muihin tai osoita muille kovinkaan paljon empatiaa. (Mitra & Webster 1998).

Bass (1967) huomasi johtajien kommunikaatiotyyliä analysoivassa tutkimuksessaan, että suurin osa vastaajista piti tehtäväorientoitunutta kommunikaatiotyyliä mieluisimpana. Vastaajat kokivat, että vuorovaikutteisesti orientoituneet johtajat eivät olleet aidosti kiinnostuneita työntekijöiden asioista. O'Hair et al. (1988) lisäsi tähän, että kommunikaatiotyyli usein herättää joko luottamusta tai epäluottamusta vastapuolella. Usein ystävällinen, tarkkaavainen ja huomaavainen kommunikaatiotyyli herättää vastapuolella luottamusta (O'Hair et al. 1988).

Yksi asiakkaan tyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä liittyy myös virheiden korjaamiseen. Asiakkaat usein hyväksyvät palveluntarjoajan virheen helpommin, jos heille selitetään asianmukaisesti, mistä virhe on johtunut. Mitra & Webster (1998) mukaan tehtäväorientoituneet kommunikoijat usein selittävät tarkkaan, mistä virhe on johtunut. Tehtäväorientoituneet kommunikoijat usein myös onnistuvat vähentämään asiakkaan epävarmuuden tunnetta (Mitra & Webster 1998). Tämä on erityisen tärkeää lääkäri-potilas-suhteessa, jossa potilaan kokema epävarmuus ja jännittyneisyys palvelutilanteessa voi olla suurta. Tällaisessa tilanteessa lääkärin kommunikaatiotyyli vaikuttaa myös asiakkaan omaan osallistumiseen. Jännittynyt tai epävarma potilas ei ehkä osaa tai muista kertoa lääkärille kaikkia hänen mieltään vaivaavia asioita, kun taas rentoutunut potilas voi jakaa informaatiota herkemmin.

Erilaisiin palvelutilanteisiin sopivat erilaiset kommunikaatiotyylit. Mitra & Websterin (1998) mukaan tämä riippuu palvelun ominaisuuksista. Kokemuksellisissa palveluissa asiakkaat arvostavat vuorovaikutuksellista kommunikaatiotyyliä. Sen sijaan palvelut, jotka sisältävät uskomusominaisuuksia, vaativat palveluhenkilöltä usein tehtäväorientoitunutta kommunikaatiotyyliä. (Mitra & Webster 1998). Lehtinen & Lehtinen (1991) mukaan palveluhenkilöstön palvelutyylin ja asiakkaan osallistumistyylin tulee sopia yhteen, muuten asiakas voi arvioida palvelua negatiivisesti. Näin ollen myös persoonallisuustekijöillä on merkitystä palvelua arvioitaessa. Asiakkaan luottamukseen voi vaikuttaa myös palveluhenkilön ja asiakkaan samankaltaisuus. Mitra & Webster (1998) mukaan asiakkaan on helpompi luottaa oman etnisen ryhmänsä edustajaan. Lääkärikin vastaanotolla usein myös kulttuurit törmäävät. Esimerkiksi

somalainen ei välttämättä anna mieslääkärin tutkia itseään.

Kommunikaatiotyöä voi tarkastella myös vuorovaikutusorientaatio-käsitteen kautta. Orientaatio on käsitys vuorovaikutuksesta asiakastyössä, joka ohjaa työntekijän tapaa suhtautua asiakastyön vuorovaikutustilanteisiin (Mönkkönen, 2002, 14). Mönkkösen (2002, 53) mukaan on olemassa kolme erilaista vuorovaikutusorientaatiota. Nämä ovat asiantuntijakeskeinen orientaatio, asiakaskeskeinen orientaatio ja dialoginen orientaatio. Asiantuntijakeskeisessä orientaatioissa toimintaa ohjaavat vahvasti asiantuntijoiden tai järjestelmän määrittämät tavoitteet ja tulkinnat. Vuorovaikutuksen näkökulmasta asiantuntijakeskeisyyttä voi tarkastella esimerkiksi tilanteen määrittelynä vuorovaikutustilanteessa, jossa asiantuntijan tulkinnat ovat hyvin hallitsevassa asemassa. Asiantuntija näkee ilmiöiden todellisen luonteen, ja hänen tehtävänsä on saada asiakas tietoiseksi ilmiöiden välisistä suhteista ja merkityksistä asiakkaan toimintaan. (Mönkkönen, 2002, 53).

Dialogisessa orientaatioissa vuorovaikutus nähdään vastavuoroisena suhteena, jossa molemmat vaikuttavat. Hyvin usein dialogilla tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentumiseen. Dialogisessa orientaatioissa korostetaan keskusteluyhteyksien ja tasavertaisen suhteen luomista sen sijaan, että ongelmien analysointi (vrt. asiantuntijakeskeisyys) tai pelkästään asiakkaan näkökulmaan ja asemaan asettuminen (vrt. asiakaskeskeisyys) olisi hallitsevassa asemassa. (Mönkkönen, 2002, 56-57).

3.4 Lääkäripalveluiden erikoispiirteitä

3.4.1 Asiakkaan päätöksentekoprosessi ja valintakriteerit lääkäripalveluissa

Lääkäripalveluihin liittyy erityispiirteitä, joita ei muissa palveluissa ole. Nämä piirteet vaikuttavat myös potilaan osallistumiseen ja asennoitumiseen palvelua kohtaan. Kuluttajan käyttäytymiseen liittyvissä tutkimuksissa on perehdytty asiakkaan kompleksiin päätöksentekoprosessiin. Asiakkaan päätöksentekoprosessi koostuu monista eri vaiheista, joihin kuuluvat muun muassa tarpeen tunnistaminen, tiedon etsiminen, vaihtoehtojen arviointi, valinta ja palvelun ostonjälkeinen arviointi. Tiedon etsimisen ja vaihtoehtojen arvioinnin vaiheissa asiakas arvioi vaihtoehtoisia

palveluntarjoajia ja valitsee sopivan joukon vaihtoehtoiksi, joista tekee lopullisen valintansa sopivaksi katsomansa kriteerin tai kriteerien perusteella. Joukkoa, josta asiakas valitsee sopivan palveluntarjoajan kutsutaan harkintajoukoksi. Asiakkaat yleensä karsivat suurimman osan palveluntarjoajista jo päätöksentekoprosessin aikaisimmissa vaiheissa. Suurimman osan energiastaan ja ajastaan asiakkaat käyttävät vain muutaman palveluntarjoajan, yleensä kahden, arvioimiseen. (Turley & LeBlanc 1993).

Asiakkaan päätöksentekoprosessi asiantuntijapalveluiden kohdalla eroaa merkittävästi yleisempien palveluiden kohdalla suoritettavasta päätöksentekoprosessista. On ehdotettu, että suurimmalla osalla yksittäisistä asiakkaista ei ole hyvin kehittyntä arviointikriteeristöä valinnan helpottamiseksi, koska asiantuntijapalveluita käytetään harvemmin kuin muita palveluita. Näin ollen asiakkaiden kouluttaminen tai informoiminen oikeista arviointikriteereistä jää palveluntarjoajan vastuulle. Asiantuntijapalvelun tarjoaja määritellään henkilöksi, jonka asiantuntevuus on kehittynyt korkean koulutuksen ansiosta ja joka käyttää asiantuntijuuden suomaan päätöksentekooikeutta palvelun tuottamisessa. Asiantuntijoilla on usein myös vahva ryhmäidentiteetti, he toimivat itseohjautuvasti eivätkä (ainakaan historiallisesti katsottuna) pidä itseään myynti- tai markkinointiorientoituneina. (Hill ym. 1989).

Hill ym. (1989) ovat tutkineet asiakkaan valintakriteereitä lääkäripalveluiden kohdalla. Tutkijoiden mukaan palveluntarjoajan kompetenssiin (esittää oikeita kysymyksiä, vaikuttaa aidosti kiinnostuneelta ja kertoo asiakkaalle mitä milloinkin tekee) ja mukavuuteen liittyvien tekijöiden lisäksi myös aikaan liittyvät tekijät voivat vaikuttaa palveluntarjoajan valintaan. Tutkijoiden mukaan tärkeäksi koetaan, että odotusajat eivät ole liian pitkiä. Myös se, että asiakkaaseen keskityttiin yhtäjaksoisesti ilman keskeytyksiä koetaan tärkeäksi.

3.4.2 Lääkäripalveluiden hinnoittelu

Palveluiden hinnoittelu eroaa fyysisten tuotteiden hinnoittelusta. Palvelut ovat usein samankin palveluryhmän sisällä heterogeenisiä, eivätkä ne ole vertailtavissa fyysisten tuotteiden tapaan. Palveluiden hinnoittelussa käytetään yleensä tiettyä hinnoittelustrategiaa, tai niiden yhdistelmiä. Yleisimmät palveluiden hinnoittelustrategiat ovat kustannuksiin perustuva strategia, kilpailuun perustuva strategia ja kysyntään perustuva strategia (mm. Avlonitis & Indounas 2005).

Kustannuksiin perustuva hinnoittelustrategia on historiallisesti katsottuna yleisimmin käytetty strategia. Kustannuksiin perustuva hinnoittelu ei kuitenkaan ota huomioon markkinatilanteen muutoksia. (Zeithaml & Bitner 2003). Myös palveluiden kustannusten määrittäminen on vaikeaa. Esimerkiksi lääkäripalveluiden kohdalla eri palveluntarjoajat määrittävät oman työpanoksensa arvon todennäköisesti eri tavalla. Kilpailuun perustuvassa hinnoittelustrategiassa palveluntarjoajat määrittävät omat hintansa suhteessa kilpailijoihin. Palveluntarjoaja voi hinnoitella palvelunsa korkeammalle, matalammalle tai samalle tasolle suhteessa kilpailijoihin (Avlonitis & Indounas 2005). Palvelujen heterogeenisestä luonteesta johtuen palveluiden vertailtavuus on tosin vaikeaa (Zeithaml & Bitner 2003, 486).

Kysyntään perustuvassa hinnoittelustrategiassa tarkastellaan asiakkaan palveluun liittävää arvoa (Avlonitis & Indounas 2005). Zeithaml & Bitner (2003, 490) määrittävät asiakkaan kokeman arvon seuraavalla neljällä tavalla: (1) arvo on matala hinta, (2) arvo edustaa kaikkea sitä, mitä asiakas palvelulta haluaa, (3) arvo edustaa hyvää hinta-laatu -suhdetta, (4) arvo edustaa oman panostuksen ja saadun palvelun suhdetta. Shoemaker (2003) lisää, että asiakkaat kokevat arvon monipuolisemmin. Asiakas voi pitää arvoa tuottavana esimerkiksi palvelun sosiaalista aspektia.

Kysyntään perustuvan hinnoittelustrategian hyvänä puolena on se, että palveluntarjoaja voi asettaa palvelulleen hinnan, jonka asiakkaat ovat valmiita maksamaan (Avlonitis & Indounas 2005). Palvelun hinnoittelu puolestaan voi olla vaikea tehtävä, sillä palvelun arvoa määriteltäessä tulee huomioida asiakkaan ei-rahalliset kustannukset (Zeithaml & Bitner 2003, 490). Tällaisia kustannuksia ovat esim. lääkäripalveluissakin tyypilliset psykologiset kustannukset. Lääkäripalvelun tuottaminen vaatii aina myös asiakkaan paikalla oloa. Näin ollen asiakas kuluttaa myös omaa aikaansa, jonka arvo vaihtelee jokaisen asiakkaan kohdalla. Esimerkiksi pitkät jonot lääkäriasemalla vähentävät asiakkaan kokemaa arvoa. Hill ym. (1989) mukaan palvelun hintaa ei koeta kovin tärkeäksi valintakriteeriksi lääkäripalveluiden kohdalla. Tutkijoiden mukaan vaikeudet saada ajanvaraus sekä korkeahkot maksut usein viestivät asiakkaalle palvelun laadusta. Näin ollen asiakkaat eivät kiinnitä esim. hintaan liittyviin tekijöihin niin paljon huomiota palveluntarjoajaa valitessaan.

3.4.3 Lääkäripalveluihin liittyvät riskitekijät ja niiden vaikutus asiakkaan osallistumiseen

Terveyspalveluihin hakeutuvat asiakkaat ovat usein sairaita ja stressaantuneita. Vallitsevista olosuhteista johtuen potilaat ovat usein vaativampia, tunteellisempia, herkkiä ja riippuvaisempia kuin tavallisten palveluiden kohdalla. Tunteet puolestaan vaikuttavat potilaiden kykyyn tehdä päätöksiä. Esimerkiksi korkea stressitaso saa potilaat valitsemaan mieluummin turvallisia (hoito)vaihtoehtoja, mikä puolestaan luo potilaalle tunteen tilanteen hallinnasta. (Berry & Bendapudi 2003). Jos potilaat sen sijaan ovat surullisia, he suosivat vaihtoehtoja, joiden tulokset ovat palkitsevampia ja joiden riskitaso on korkeampi (Raghunathan ym. 2006). On myös todennäköistä, että asiakas tuntee ristiriitaisia tunteita (Berry & Bendapudi 2003). Potilas voi tuntea lääkärin vastaanotolle mennessä pelkoa kipua aiheuttavasta hoitotoimenpiteestä, mutta samalla kokea helpotusta päästessään vaivasta eroon.

Potilaat hakeutuvat terveyspalveluihin usein vastahakoisesti, vaikka kyse olisikin vain vuosittaisesta tarkastuksesta. Potilaiden vastahakoisuus voi myös vaikuttaa potilaan arvioihin palvelun laadusta. Potilaat voivat arvioida eri lailla toivottuja palveluja ja vastaavasti ei-toivottuja palveluja, kuten lääkäripalveluja. (Berry & Bendapudi 2003). Tämä voi myös vaikuttaa siihen, kuinka potilaat omaksuvat roolinsa osana palvelun tuottamista. Varsinkin lääkäripalveluissa potilaan osallistuminen on välttämätöntä suotuisan lopputuloksen saavuttamiseksi. (Bendapudi & Leone 2003). Asiakkaan osallistuminen on välttämätöntä sekä palvelukohtaamisen aikana, että tämän jälkeen. Asiakkaan on esimerkiksi huolehdittava henkilökohtaisesti siitä, että hän ottaa määrätyt lääkkeet ajallaan.

Asiakkaan haluttomuutta osallistua palvelun tuottamiseen on tutkittu vähän. Kuitenkin terveyspalveluiden kohdalla potilaiden halu osallistua ja tarve osallistua ovat usein ristiriidassa keskenään. Potilaan osallistuminen esimerkiksi mammografiaan voi sisältää pelkoja (paljastaako tutkimus rintasyövän), pelkoa mahdollisesta löydöksestä aiheutuvia hankaluuksia (ei haluaisi ottaa sairauslomaa töistä), ja haluttomuutta muuttaa elintapojaan (tupakoinnin lopettaminen). Suuri osa potilaan haluttomuudesta osallistua voi johtua hallinnan tunteen menettämisestä.

Duhachek (2005) on tutkinut asiakkaiden osallistumista palvelutilanteisiin, joihin liittyy stressitekijöitä, kuten pelkoa tai suuttumusta. Kirjoittajan mukaan ihmiset suhtautuvat stressaaviin tilanteisiin eri tavoin. Duhachek (2005) määrittelee tutkimuksessaan kahdeksan erilaista suhtautumisstrategiaa stressiä aiheuttaviin tilanteisiin. Tapoja suhtautua ovat (1) toiminta, (2) rationaalinen ajattelu, (3) emotionaalisen tuen haku, (4) instrumentaalisen tuen haku, (5) positiivinen ajattelu, (6) välttely, (7) tunteiden ilmoille päästäminen ja (8) kieltäminen.

Toiminnalla stressaavaan tilanteeseen suhtautuva asiakas keskittyy ongelman ratkaisemiseen. Tapoja ongelman ratkaisuun voi olla esim. tiedon etsiminen, ja pyrkimys nopean ja oikean ratkaisun löytymiseen. Käyttäytymisen tarkoituksena on pyrkiä vähentämään tai poistamaan stressiä aiheuttava tekijä. Rationaalisesti käyttäytyvä asiakas pyrkii välttämään omien tunteidensa vaikutusta käyttäytymiseensä. Rationaalisesti käyttäytyvät yrittävät usein kontrolloida omia tunteitaan stressaavissa tilanteissa ja suhtautua tilanteeseen objektiivisesti. (Duhachek 2005).

Emotionaalisen tuen ja instrumentaalisen tuen hakeminen liittyvät toisiinsa. Emotionaalista tukea hakiessaan asiakas hakee lohtua ja tukea lähipiiriltään. Instrumentaalista tukea haetaan myös lähipiiriltä, mutta lähipiirin tarkoitus ei ole lohduttaa vaan antaa konkreettista apua tilanteen ratkaisemiseen. Asiakas voi esimerkiksi kysyä neuvoa lähipiiriltään siitä, kuinka hänen tulisi stressaavassa tilanteessa toimia. (Duhachek 2005).

Positiivisesti ajatteleva asiakas yrittää psykologisesti muovata stressiä aiheuttavaa tekijää siten, että stressistä tulisi siedettävämpää ja näin ollen vähemmän haitallista. Positiivisesti ajattelevat asiakkaat yrittävät nähdä asioista ”valoisan puolen”. Tunteiden ilmoille päästämiseen liittyy asiakkaan tarve ilmaista kokemiaan tunteita. Tunteiden purkaus voi näkyä esimerkiksi suuttumuksena palveluntarjoajaa kohtaan. Kieltämiseen liittyy stressiä aiheuttavan tekijän kokonaisvaltainen sulkeminen pois mielestä. Näin asiakas yrittää välttää stressiä aiheuttavien tekijöiden negatiivisen vaikutuksen itseensä. (Duhachek 2005).

Koettuun riskiin kuuluvat riskin eri muodot. Näihin muotoihin kuuluvat mm. rahoituksellinen riski, fyysinen riski, laatuun tai suoritukseen liittyvä riski, psykologinen riski, sosiaalinen riski ja ajan menettämiseen liittyvä riski. (Turley& LeBlanc 1993).

Sosiaalinen riski muodostuu perheen jäsenten ja ystävien mahdollisesta negatiivisesta reaktiosta. Laatuun liittyvä riski muodostuu asiakkaan epävarmuudesta palvelun tuottamista kohtaan. Fyysisen riskin kohdalla palvelusta pelätään olevan fyysistä haittaa. Aikaan liittyvä riski muodostuu pelosta, että valittu palvelu vie liikaa aikaa. Psykologiseen riskiin liittyy pelko siitä, että palvelu madaltaa asiakkaan minä-kuvaa. Rahoitukselliseen riskiin puolestaan liittyy pelko siitä, että palvelu tai sen lopputulos aiheuttaa asiakkaalle rahoituksellisia vaikeuksia. (Turley& LeBlanc 1993).

Lääkäripalveluihin liittyy edellä mainituista riskeistä läheisesti fyysinen riski ja laatuun liittyvä riski. Laatuun liittyvä riski ilmenee siten, että asiakas ei pysty ennakoimaan tai jälkikäteen kovin

hyvin arvioimaan saamaansa palvelun laatua. Fyysinen riski puolestaan voi liittyä pelkoon siitä, että jokin lääkärin suosittelema toimenpide tai hoitosuositus on epäsovelias, ja aiheuttaakin enemmän haittaa kuin hyötyä. Asiakas voi myös pelätä kipua. Psykologinen riski liittyy myös lääkäripalveluihin. Yleinen psykologinen riski on nolouden tunne, joka liittyy esimerkiksi riisuutumiseen.

3.4.4 Kuuntelemisen taito

Lääkärin ja potilaan välisessä palvelukohtaamisessa molemmat osapuolet oppivat toisiltaan. Palvelukohtaamisessa potilas luovuttaa lääkärille tietoja itsestään, kun taas lääkäri ottaa vastuun tutkimuksesta, lopullisesta diagnoosista ja mahdollisista hoidoista. Lääkärin ja potilaan välisen keskustelun kautta molempien osapuolten tietämys kasvaa, ja näin ollen myös tiedon epäsymmetrisyys tasapainottuu. (Nordgren 2008).

Kuuntelemisen taito on yksi viestinnän perustaidoista. Vain keskustelemalla ja kuuntelemalla voi varmistua siitä, että toinen osapuoli on ymmärtänyt, mitä häneltä odotetaan. Kuunteleminen on myös keino, jonka avulla voi saada oikean käsityksen toisen osapuolen tavoitteista, toiveista ja mahdollisista tyytymättömyyden aiheista. Kuunteleminen on aktiivista toimintaa, jossa vaikuttavat myös kuuntelijan omat oletukset, asenteet ja ennakkoluulot – useimmiten kuuntelijan itsensä tietämättä. Kuunteleminen on ongelmallista myös siksi, että puhujan keinot tarkistaa, mitä toinen osapuoli todella kuuli ovat rajalliset. (Pesonen ym. 2002, s. 115-116). Potilas voikin lääkärin vastaanotolla kokea, ettei lääkäri ota vakavasti esim. potilaan omia epäilyksiä siitä, mikä häntä voisi vaivata. Tällaisessa tapauksessa potilas voi ajatella ettei lääkäri ole hyvä kuuntelija, sillä hyvällä kuuntelijalla on myös ominaisuus asettua toisen rooliin.

Potilaan näkökulmasta palvelukohtaamisessa kaikkein tärkeintä on se, että häntä kuunnellaan ja hänet otetaan vakavasti (Nordgren & Fridlund, 2001). Näin ollen palvelukohtaamista voikin kuvailla arvonnäkökulmaksi kommunikaation kautta. Potilaan ja lääkärin välisessä kommunikaatiossa lääkärin lääketieteellinen tietämys yhdistyy potilaan ja lääkärin yhteistyönä tuotettuun uuteen informaatioon. (Nordgren 2008).

Pesonen ym. (2002, s. 119) mukaan myös empatia on kuuntelemisen taitoa. Asiakaspalvelijan arvokkaimpia avuja on taito nähdä asia tai tilanne toisen osapuolen näkökulmasta. Se, että haluaa

ymmärtää toisen osapuolen näkökulmaa eli osoittaa empatiaa, ei merkitse, että se pitäisi sellaisenaan hyväksyä. Mutta osapuolet voivat todella päästä etsimään yhteistä näkökulmaa vasta, kun kumpikin osaa kuunnella ja ymmärtää asiat myös toisen osapuolen näkökulmasta. (Pesonen ym. 2002, s. 119). Lääkäri ja vastaanotolla oleva potilas voivat olla eri mieltä siitä, kuinka sairautta tulisi hoitaa. Potilas on voinut käydä esim. toisella lääkäriä joka on määrännyt hänelle tiettyä lääkettä sairauden hoitoon. Uuden lääkärin mielestä hoitoa sen sijaan ei kannata jatkaa vanhalla lääkkeellä. Tämä voi aiheuttaa konfliktin lääkärin ja potilaan välillä, jonka välttämiseen tarvitaan molemmilta osapuolilta taitoa asettua toisen osapuolen rooliin ja tätä kautta ymmärtää hänen näkökantansa. Empatiaa voi siis osoittaa palvelutilanteessa myös asiakas, eikä pelkästään palvelun tarjoaja. Mitä parempi vuorovaikutussuhde palvelukohtamisessa henkilöiden välille syntyy, sitä todennäköisempää on, että päästään molempia osapuolia tyydyttävään ratkaisuun.

Käytännössä asiakkaan ja potilaan asema ja vaikutusmahdollisuudet eivät ole yhtä hyvät kuin niiden periaatteessa tulisi olla. Asiakkaalla tai potilaalla ei useinkaan ole muuta vaihtoehtoa kuin ottaa vastaan tarjottu palvelu tai olla kokonaan ilman palvelua. Asiantuntijan sanaan luottavat usein sekä asiantuntija itse että hänen asiakkaansa, jolloin muut vaihtoehdot eivät tule edes keskustelun alaiseksi. Työntekijän kiire ja kyvyttömyys kuunnella asiakasta saattavat myös vähentää asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia. (Taipale ym. 2004, s.82).

3.4.5 Julkisten ja yksityisten lääkäripalveluiden eroja

Asiakkaat odottavat tietyn tasoista palvelua ja potilaan huomioimista riippumatta siitä, käyttävätkö he julkista vai yksityistä lääkäripalvelua. Yleisesti ottaen asiakkaan odotukset ovat kuitenkin korkeammalla yksityisen palveluntarjoajan kohdalla, koska asiakkaan palvelusta maksama hinta on korkeampi. Näin ollen asiakas voi odottaa, että hänen vaikutusmahdollisuutensa ovat myös suuremmat, kuin jos hän hakeutuisi hoitoon julkiselle terveysasemalle. Tämä käy ilmi jo Nordgrenin (2008) viittaamassa retoriikassa, jossa lääkäripalveluita käyttävää henkilöä yhä useammin kutsutaan asiakkaaksi. Julkisella puolella lääkäripalveluita käyttävää henkilöä nimitetään vielä potilaaksi, mikä heijastelee perinteisempää suhtautumista potilaan ja lääkärin väliseen suhteeseen.

Yksityiset lääkäripalvelut ovat kasvattaneet suosiotaan asiakaslähtöisyytensä vuoksi, mutta syynä voi olla myös julkisen terveydenhuollon huono maine. Esimerkiksi resurssipula julkisessa

terveydenhuollossa vaikuttaa siihen, miksi asiakkaat kokevat palvelun laadun huonoksi. Asiakkaat voivat joutua jonottamaan pitkiäkin aikoja hoitoon päästäkseen, kun taas yksityisillä lääkäriasemilla on harvoin ruuhkaa ja lääkäritkin pystyvät ottamaan asiakkaita vastaan oikealla ajalla. Lääkäreiden kiireettämyys voi myös vaikuttaa vuorovaikutuksen laatuun asiakkaan ja lääkärin välillä, mikä voidaan kokea parempana laatuna. Lääkäripalvelusta maksettava hinta voi kuitenkin herättää myös eettisiä kysymyksiä. Vaikka asiakkaan vaikutusmahdollisuudet ovat kasvaneet, hoitopäätös ja -vastuu kuuluu edelleen lääkärille.

3.5 Tutkielman teoreettinen viitekehys

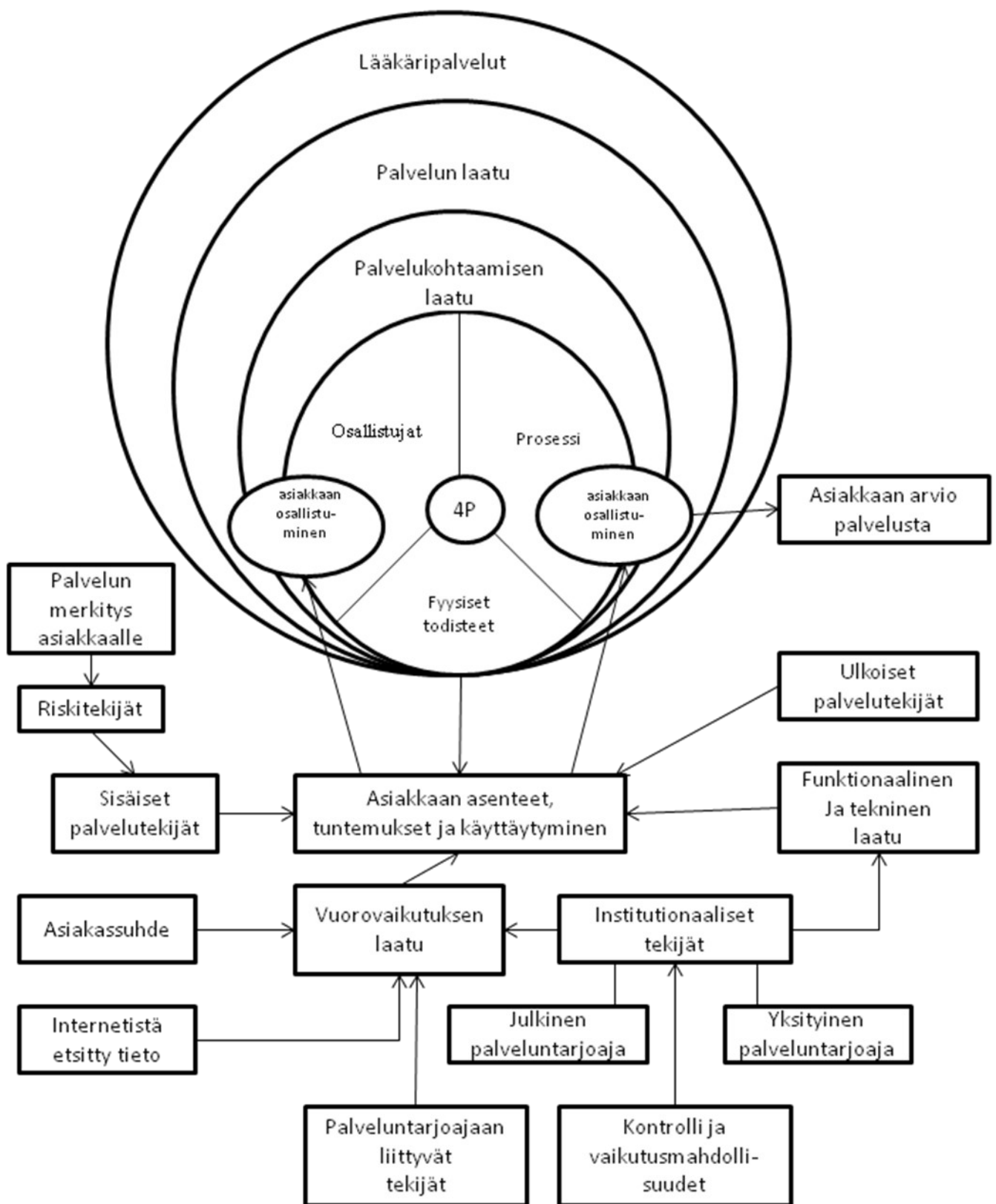
Alla on tutkielman teoreettinen viitekehys, joka kuvaa tutkielman keskeisiä käsitteitä ja niiden sijoittumista toisiinsa nähden. Asiakkaan osallistuminen on viitekehyksessä kuvattu vaikuttavat palvelun laatuun lääkäripalveluissa. Palvelun laadun sisäpuolelle on määritelty erikseen palvelukohtaamisen laatu, joka viittaa palveluntarjoajan (lääkärin) ja asiakkaan väliseen palvelukohtaamiseen. Palvelu- ja palvelukohtaaminen puolestaan muodostuu markkinointimixin 4P:stä ja palveluihin liitettävistä elementeistä. Palveluihin liitettävät elementit ovat osallistujat, palveluprosessi ja fyysiset todisteet, joiden vaikutusta palvelukohtaamiseen käsiteltiin aikaisemmin.

Asiakkaan osallistuminen kuviossa leikkaa palvelun laatua ja palvelukohtaamisen laatua. Tämä merkitsee sitä, että asiakkaan osallistumisella on vaikutusta sekä ennen palvelukohtaamista tapahtuviin tekijöihin, että vastaanotolla tapahtuviin tekijöihin.

Asiakkaan osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä ja niiden vuorovaikutussuhteita on kuviossa määritelty teorialukujen pohjalta. Teoriaosuuden pohjalta voidaan päätellä, että asiakkaan tuntemukset, asenteet ja käyttäytyminen vaikuttavat asiakkaan osallistumiseen. Asiakkaan tuntemuksiin, asenteisiin ja käyttäytymiseen puolestaan vaikuttavat teoriaosuudessa määritellyt tekijät. Tärkeimmät tekijät on nostettu esiin viitekehukseen. Asiakkaan kokemaan palvelun laatuun vaikuttaa Zeithaml ym. (1993) mukaan asiakkaan sisäiset ja ulkoiset tekijät. Nämä on kuvattu kuviossa vaikuttavan palvelun laatuun vaikuttamalla asiakkaan tuntemuksiin, asenteisiin ja käyttäytymiseen.

Lääkäripalveluihin liitettävät riskitekijät on viitekehyksessä kuvattu vaikuttavan asiakkaan sisäisiin tekijöihin, joihin kuuluvat mm. henkilökohtaiset tarpeet. Riskitekijöihin puolestaan vaikuttaa palvelun merkitys asiakkaalle. Lääkäripalveluiden merkitys on yleensä asiakkaalle korkea, mistä johtuen palveluun liitettävät riskitekijätkin ovat mahdollisesti suuret. Asiakkaan sisäiset tekijät puolestaan vaikuttavat vuorovaikutuksen laatuun. Esimerkiksi asiakkaan henkilökohtaiset tekijät ja palveluntarjoajaan liittyvät tekijät sekä niiden yhteen sopiminen vaikuttavat vuorovaikutuksen laatuun. Palveluntarjoajaan liittyviä tekijöitä ovat mm. sanaton viestintä ja kommunikaatiotyyli, joita ei kuitenkaan ole lisätty viitekehukseen. Myös asiakassuhde sekä Internetistä etsitty tieto vaikuttavat vuorovaikutuksen laatuun asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä.

Institutionaalisilla tekijöillä on myös merkitystä asiakkaan tuntemuksiin, asenteisiin ja käyttäytymiseen. Asiakkaan yksityisistä lääkäripalveluista maksama hinta sekä julkisten lääkäripalveluihin yhdistettävä resurssipula vaikuttaa myös asiakkaan kokemuksiin. Julkisella puolella mm. lääkärin kiire voi vaikuttaa vuorovaikutuksen laatuun. Näin ollen institutionaaliset tekijät vaikuttavat myös palvelun funktionaaliseen laatuun. Institutionaalisten tekijöiden voidaan nähdä vaikuttavan jossain tapauksessa myös palvelun tekniseen laatuun. Palvelun tekninen laatu vastaa kysymykseen, mitä asiakas palvelusta konkreettisesti saa. Koska asiakas maksaa yksityisistä lääkäripalveluista enemmän, voivat vaikutusmahdollisuudet olla myös paremmat.



Kuvio 3. Tutkielman teoreettinen viitekehys

4 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN METODOLOGIA

Tässä luvussa kuvataan empiirisen tutkimuksen toteuttaminen.

4.1 Empiirisen tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkielman tavoitteena on tarkastella asiakkaan osallistumista ja osallistumisen vaikutusta koettuun lääkäripalvelun laatuun. Tavoitteena on myös vertailla asiakkaan/potilaan osallistumista julkisten ja yksityisten lääkäripalveluiden välillä. Tämä on toteutettu haastattelemalla sekä yksityisten että julkisten lääkäripalveluiden käyttäjiä, kuin myös yksityisellä ja julkisella työskenteleviä lääkäreitä. Lääkäreiden haastattelu on tärkeää, koska lääkäripalvelut ovat räätälöityjä ja vuorovaikutteisia palveluita, eikä potilaan osallistumista voida näin ollen tarkastella huomioimatta palvelutilanteeseen osallistuvan toisen osapuolen näkökulmaa. Yksityisiä lääkäripalveluita tarkasteltaessa on tarkastelun ulkopuolelle jätetty kolmannen osapuolen kautta käytettävät lääkäripalvelut. Tällaisia palveluita ovat esimerkiksi työnantajan kustantamat työterveyspalvelut.

4.2 Tutkimusstrategia ja tiedonkeruumenetelmä

Tutkimusmenetelmä voi olla joko kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen. Valinta kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusotteen välillä riippuu muun muassa siitä, millainen on luonteeltaan tutkimuskohteena oleva ilmiö. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimusaineisto edustaa tilastollisesti havaintoyksiköiden muodostamaa perusjoukkoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään tilastollisia analyysimenetelmiä, jotka ovat pitkälle standardisoituja ja joita voidaan soveltaa hyvin monentyyppisiin kysymyksenasetteluihin. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on aineiston teoreettinen edustavuus, eli aineistossa tulee olla esillä tutkimusongelman kannalta olennaiset piirteet. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi lomittuvat toisiinsa. (Uusitalo, 1991, 78-82). Kvalitatiivinen tutkimus tähtää tarkasteltavan ilmiön kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen. Kvalitatiivinen tutkimusote mahdollistaa tutkimukseen osallistuvien ihmisten kokemusten ja näkemysten syvällisen tarkastelun, ja se sopii erityisen hyvin

monimutkaisten ilmiöiden tarkasteluun (Ritchie & Lewis 2003, 3-5). Tässä tutkielmassa kohdeilmionä oleva asiakkaan osallistuminen palvelun laadun tuottamiseen on luonteeltaan moniselitteinen, ja siihen vaikuttavia tekijöitä ei pystytä tarkasti määrittelemään ennen tutkimuksen toteuttamista. Sovellan tässä tutkielmassa kvalitatiivista tutkimusmenetelmää.

Tutkielman tiedonkeruumenetelmänä ovat haastattelut. Haastattelu voi olla joko strukturoitu haastattelu, teemahaastattelut tai avoin haastattelu. Strukturoidussa haastattelussa kysymysten ja väitteiden muoto on täysin määrätty, ja haastattelu etenee täysin ennalta määrätysti. Strukturoitu haastattelu sopii numeerisessa muodossa esitettävän tiedon keräämiseksi tiedon pintapuolisen luonteen vuoksi. Avoimessa haastattelussa käytetään avoimia kysymyksiä. Haastattelijan päätehtävänä on syventää haastateltavien vastauksia ja rakentaa haastattelun jatko niiden varaan. Haastattelut muistuttavat keskustelua, jossa edellinen vastaus saa aikaan seuraavan kysymyksen.

Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioilleen antamat merkityksensä ovat keskeisiä. Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 44-48). Teemahaastattelun valintaa tutkimusmenetelmäksi puoltaa sen suoma mahdollisuus syventäviin jatkokysymyksiin ja yksittäisten kokemusten erittelemiseen. Teemahaastattelu on sopii myös henkilökohtaisten ja herkkien asioiden selvittämiseen (Ritchie & Lewis 2003, 58). Teemahaastattelun joustavuus mahdollistaa myös kysymyksiin palaamisen haastattelun aikana, sekä kysymyksiin vastaamisen eri järjestyksessä. Tämä on tärkeää, sillä usein haastateltavilla tulee haastattelun edessä mieleen aikaisempiin kysymyksiin liittyviä asioita. Käytän tässä tutkielmassa teemahaastatteluja.

4.3 Tutkimusaineiston kerääminen

Haastateltaviksi valittiin sekä julkisen terveydenhuollon että yksityisten lääkäripalveluiden käyttäjiä. Monipuolisemman kuvan saamiseksi kohdeilmionästä haastateltiin myös yksityisellä että julkisella puolella työskenteleviä lääkäreitä. Haastattelut tehtiin yhteensä yhdeksän kappaletta touko-syyskuussa 2009. Alkuperäisenä tarkoituksena haastatteluiden odotettiin jakautuvan seuraavasti: kolme julkisten lääkäripalveluiden käyttäjää, kolme yksityisten lääkäripalveluiden käyttäjää, kaksi julkisella puolella työskentelevää lääkärinä ja kaksi yksityisellä puolella

työskentelevää lääkäriä. Osa haastateltavista käytti kuitenkin sekä julkisia että yksityisiä lääkäripalveluita. Tätä ei kuitenkaan koettu haitaksi, sillä useimmat haastateltavista pystyivät vertailemaan ja erittelemään kokemuksiaan julkisen ja yksityisen lääkäripalveluiden välillä. Haastatelluista lääkäreistä kaksi työskenteli pelkästään julkisella puolella, ja kaksi sekä julkisella että yksityisellä. Haastatellut asuvat pääkaupunkiseudulla ja heidän ikänsä vaihtelee 29-74 vuoden välillä.

Haastateltaville lähetettiin etukäteen sähköpostitse haastattelurunko, joten he saattoivat tutustua kysymyksiin etukäteen. Monet kokivat tämän hyvänä, ja monet haastateltavista olivatkin hyvin valmistautuneita haastatteluihin. Näin ollen haastattelut eivät myöskään venyneet kovin pitkiksi, vaan niiden pituudet vaihtelivat 50-60 minuutin välillä. Haastateltaville myös tehtiin alussa selväksi, että heidän ei tarvitse haastattelussa paljastaa henkilökohtaisia tai arkaluonteisia asioita terveydentilastaan, vaan haastattelun tarkoituksena on kartoittaa heidän mielipiteitään kohdeilmioista. Kohdeilmion luonteesta johtuen haastateltavilla oli paljon mielipiteitä ja kokemuksia, joista he kertoivat anekdoottimaisessa muodossa. Haastattelut toteutettiin rauhallisessa ympäristössä. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin muutaman päivän sisällä haastattelusta. Taulukossa 1. näkyy haastateltavien status (lääkäri/potilas), haastattelun sukupuoli, ikä ja mahdollisen sektori(e)n edustus (lääkäri)/ kumpaa sektoria käyttää (potilas).

potilas	nainen	44	yksityinen
potilas	nainen	29	julkinen ja yksityinen
potilas	nainen	74	julkinen ja yksityinen
potilas	nainen	56	julkinen ja yksityinen
potilas	mies	30	julkinen
lääkäri	nainen	51	julkinen ja yksityinen
lääkäri	nainen	47	yksityinen
lääkäri	nainen	50	julkinen
lääkäri	mies	60	julkinen

Taulukko 1.

4.4 Tutkimusaineiston analysointitekniikat

Laadullisen aineiston analyysin tarkoitus on luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola & Suoranta 1998, 137). Laadullisen tutkimuksen analyysissä yleisenä käytäntönä on ensin identifioida keskeisiä teemoja, konsepteja tai kategorioita. Laadullisen analyysin tarkoituksena on helpottaa teemojen tai esimerkkien löytämistä aineistosta, jossa nämä eivät esiinny selkeässä järjestyksessä. (Ritchie & Lewis 2003, 202). Toisaalta analyysissä voidaan myös keskittyä aineiston eroihin ja moninaisuuteen. Tällöin aineiston analyysi on tarkempaa ja aineistolähtöisempää kuin ennen. (Eskola & Suoranta 1998, 139). Tämän tutkielman empiirisen aineiston analyysissä seurattiin Ritchie & Lewisin (2003, 212) mallia, joka etenee teemojen ja konseptien identifioimisesta johtopäätösten tekemiseen. Analyysin ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu aineiston hallinta, joka sisältää aineiston merkitsemisen ja lajittelun keskeisiin teemoihin (Ritchie & Lewis 2003, 213). Tämän jälkeen siirryttiin keskeisten teemojen tarkentamiseen ja tulkintaan. Viimeiseksi tehtiin aineiston synteesi, josta edettiin kohdeilmion merkitysten tunnistamiseen ja johtopäätösten tekemiseen. Tämän tutkielman analysoinnissa keskitytään myös aineiston eroihin, sillä tutkimus on osittain luonteeltaan vertaileva.

Tässä tutkielmassa perusteemoituksena toimi teoriaosuuden jako viitekehyksessä mainittaviin tekijöihin. Nämä tekijät ovat asiakkaan osallistuminen palveluprosessiin, palvelukohtaamisen laatuun ja palvelun laatuun, johon liittyvät myös palvelukohtaamisen ulkopuoliset tekijät.

4.5 Tutkimuksen laadun ja luotettavuuden arviointi

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointia ei voida toteuttaa yhtä yksiselitteisesti kuin kvantitatiivisen tutkimuksen arviointia. Kvalitatiivisen tutkimuksen kohdalla ei enää odotetakaan yleistettävyyttä, vaan myönnetään, että tutkimustulos riippuu historiallisista ja kulttuurisista tekijöistä ja että jokainen yksilö on erilainen. Reliabiliteetin ja validiuden totuttujen muotojen hylkääminen ei tarkoita sitä, että tutkimusta voisi tehdä miten tahansa. Tutkimuksen on edelleen pyrittävä siihen, että se paljastaa tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin kuin mahdollista. Tämän tulee kuitenkin tapahtua tietoisena siitä, että tutkija vaikuttaa saatavaan tietoon jo tietojen keruuvaiheessa ja että kyse on tutkijan tulkinnoista, hänen käsitteistöstään, johon

tutkittavien käsityksiä yritetään sovittaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 188-189).

Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustuloksen toistettavuutta (Uusitalo, 1991, 84). Tämä viittaa siihen, että haastatteluympäristöstä, ajasta ja haastattelijasta riippumatta saataisiin samat tulokset. Koska ihmisen käyttäytyminen kuitenkin riippuu kontekstista ja siis vaihtelee ajan ja paikan mukaan, on epätodennäköistä, että kahdella menetelmällä voitaisiin saada täsmälleen sama tulos. Eroja kahden tutkimuskerran välillä ei kuitenkaan välttämättä tarvitse pitää menetelmän heikkoutena, vaan muuttuneiden tilanteiden seurauksena. Ihmiselle on myös ominaista ajassa tapahtuva muutos, mistä johtuen kahdella tutkimuskerralla ei todennäköisesti saada täysin samanlaista tulosta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184). Konstruktiivisen näkemyksen mukaan ei ole olemassa yhtä ainuttakaan ”todellisuutta”, joten toistettavuus tekisi tuloksesta keinotekoisen (Ritchie & Lewis 2003, 270). Haastattelutilanne on aina myös ainutkertainen, ja sen uusiminen saman henkilön kanssa ei olisi tässä tapauksessa mielekäästä.

Reliabiliteetti kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käsittää tutkimustulosten vahvistettavuudeksi, luotettavuudeksi ja johdonmukaisuudeksi. Reliabiliteetin varmistamiseksi tutkijalla on oltava selkeä käsitys siitä, mitkä aineiston ominaisuudet ovat johdonmukaisia, riippuvaisia ja toistettavissa. (Ritchie & Lewis 2003, 270-271). Aineistoa kvalitatiivisesti analysoitaessa lähimmäksi perinteistä reliabiliteetin käsitettä tullaan niillä alueilla, jotka koskevat aineiston laatua. Reliabiliteetti koskee tällöin pikemmin tutkijan toimintaa kuin haastateltavien vastauksia, ts. kuinka luotettavaa tutkijan analyysi materiaalista on. On tärkeää, että tulokset niin pitkälle kuin mahdollista heijastavat tutkittavien ajatusmaailmaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 188-189). Reliabiliteetin varmistamiseksi tutkimuksessa on pyritty noudattamaan aineistoa käsitellessään yksiselitteisiä luokittelu- ja tulkintasääntöjä (Uusitalo, 1991, 84). Tutkimusmenetelmän ollessa haastattelu, laatua tulisi tarkkailla tutkimuksen eri vaiheissa. Laadukkuutta voidaan tavoitella etukäteen sillä, että tehdään hyvä haastattelurunko. Eduksi on myös se, että mietitään ennalta, miten teemoja voidaan syventää, ja pohditaan vaihtoehtoisia lisäkysymysten muotoja. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184). Tässä tutkimuksessa lisäkysymyksiä ei oltu etukäteen mietitty, vaan niitä esitettiin, jos haastateltavan vastaus koettiin jäävän muuten liian vaillinaiseksi. Lisäkysymyksiä esitettiin myös, jos haluttiin pureutua syvemmin johonkin haastateltavan esittämään väitteeseen. Haastattelurunkoa myös tarkennettiin haastatteluiden edetessä, mikä nostaa reliabiliteettia. Tutkimuksen reliabiliteettia nostaa myös haastattelunauhojen litterointi muutaman päivän sisällä haastattelusta, jolloin haastattelu oli vielä tuoreena muistissa. Myös haastateltavien valinta varmisti sen, että molempien palvelukohtaamiseen osallistuvien osapuolten näkemykset kuultiin. Näin tutkittavasta

kohdeilmioistä saatiin mahdollisimman monipuolinen kuvaus. Myös eri sektoreiden huomioon ottaminen vahvistaa tutkimuksen reliabiliteettia.

Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Vaikka kvalitatiivisen tutkimuksen yhteydessä ei tavallisesti käytetä validiteetin käsitettä, samantyyppinen vaatimus kohdistuu myös siihen: teoreettiset ja empiiriset määritelmät on kytkettävä toisiinsa. (Uusitalo, 1991, 86). Validiteetin käsite jaetaan usein sisäisen ja ulkoisen validiteetin käsitteisiin. Sisäisellä validiteetilla, eli pätevyydellä, viitataan tutkimuksen teoreettisten ja käsitteellisten määrittelyiden sopusointuun (Eskola & Suoranta 1998, 213). Sisäinen validiteetti vastaa kysymykseen ”tutkitaanko sitä, mitä väitetään tutkittavan?” (Ritchie & Lewis 2003, 273). Ulkoinen validiteettipuolestaan tarkoittaa sitä, että empiirisen aineiston ja teoreettisten johtopäätösten suhde on oikea. On siis osattava analysoida, ovatko johtopäätökset oikeita. Tämä puolestaan edellyttää, että haastatteluun on löydetty oikeat teemat ja kysymykset käsiteltäviksi.

Tässä tutkimuksessa validiteetti on pyritty varmistamaan triangulaatiolla, eli ns. kolmiotarkastelulla. Triangulaatiossa yhdellä menetelmällä, tässä tapauksessa haastatteleamalla, saatuja tutkimustuloksia vertaillaan muista lähteistä saatuihin tietoihin. Kun saadaan tietty yksimielisyys, voidaan katsoa, että henkilön antama tieto, käsitys tai tulkinta on saanut vahvistusta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 189). Sisäinen validiteetti on pyritty varmistamaan perehtymällä monipuolisesti oleelliseen kirjallisuuteen sekä tarkastelemalla monesta näkökulmasta palvelun laatua, asiakkaan osallistumista ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Näin on pyritty saamaan mahdollisimman kattava kuva tarkasteltavasta kohdeilmioistä. Haastattelun aihealueet rakennettiin teoriaosuuden ja siitä johdetun teoreettisen viitekehyksen pohjalta, mikä auttaa varmistamaan, että tutkielman teoria- ja empiriaosuus ovat yhteydessä. Empiirisen osuuden validiteetti on puolestaan pyritty varmistamaan valitsemalla haastateltaviksi henkilöitä, joilla on pitkäaikaista kokemusta yksityisten tai julkisten lääkäripalveluiden käyttämisestä (potilaat) tai niiden tuottamisesta (lääkärit). Haastateltaviksi lääkäreiksi valittiin jo pitkään työelämässä olleita henkilöitä. Haastateltavat potilaat puolestaan valittiin sen perusteella, että he käyttävät kohtalaisen usein lääkäripalveluita (vähintään kaksi kertaa puolessa vuodessa). Esimerkiksi opiskelijat jätettiin otoksen ulkopuolelle. Tässä tutkimuksessa nuorin haastateltava oli 29-vuotias yksityisten lääkäripalveluiden käyttäjä.

Aineiston riittävyys ja analyysin kattavuus vaikuttavat myös tutkielman luotettavuuteen. Laadullisessa tutkimuksessa on vaikeaa ellei mahdotonta laskea ennakolta riittävän aineiston kokoa. (Eskola & Suoranta 1998, 215). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaan aineiston

harkinnanvaraisesta, teoreettisesta tai tarkoituksenmukaisesta poiminnasta. Tällöin tutkimus perustuu suhteellisen pieneen tapausmäärään. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan pyritään kuvaamaan jotain tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jostain ilmiöstä. (Eskola & Suoranta 1998, 61). Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät tuota enää mitään tutkimusongelman kannalta uutta tietoa (Eskola & Suoranta 1998, 62). Teemahaastattelujen laajuuden ja yksityiskohtaisuuden vuoksi toteutetut yhdeksän haastattelua riittävät luotettavaan analyysiin. Tässä tutkimuksessa jokaisessa haastattelussa haastateltavat nostivat esille samoja keskeisiä teemoja. Jokaisessa haastattelussa tuli kuitenkin aina esiin jotain uutta.

Tieteessä pyritään objektiiviseen totuuteen. Tavoitteeseen pyritään päteviä menetelmiä käyttäen ja kertoen käytetyistä menettelytavoista. Todellisuutta voidaan kuitenkin tarkastella monesta näkökulmasta, ja näkökulman valinta osittain sanelee tulokset. (Uusitalo, 1991, 25). Tässä tutkielmassa empiriaosuus on osittain vertaileva, mistä johtuen näkökulmakin kohdeilmiötä pyritään tarkastelemaan mahdollisimman monipuolisesti eri näkökulmista.

5 EMPIIRISEN TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa tuodaan esille tutkimuksen keskeiset tulokset teemoittain. Empiirisen tutkimuksen tuloksia verrataan teoriassa esille tuotuihin näkökohtiin. Tässä luvussa vertaillaan myös yksityisen ja julkisen terveydenhuollon eroja, jotka nousevat erityisesti esille tietyissä teemoissa. Tutkimuksen tuloksien vahvuudeksi esitetään suoria lainauksia litteroiduista haastatteluista. Haastateltavina on ollut sekä potilaita että lääkäreitä. Haastatellut lääkärit ovat työskennelleet joko pelkästään julkisella puolella, tai sekä julkisella että yksityisellä. Haastatellut potilaat käyttivät joko julkisia lääkäripalveluita, yksityisiä lääkäripalveluita, tai sekä että. Haastateltujen sitaattien perässä on suluissa merkitty onko kyseessä lääkäri (L), käyttäkö julkisia (J) vai yksityisiä (Y) lääkäripalveluita, sekä haastatellun ikä.

5.1 Koettuun laatuun vaikuttavat tekijät

5.1.1 Lääkäripalveluissa tekninen laatu on funktionaalista tärkeämpää

Ramsaram-Fowdar (2004) mukaan lääkäripalveluissa tärkeimmiksi laadun ulottuvuudeksi nousee palvelun ydin, eli lääkärin kyky toimia asiakkaan hyvinvointia edistävällä tavalla. Myös tätä tutkimusta varten haastatellut kokivat teknisen laadun tärkeimmäksi asiaksi:

No tärkeätä on varmaan se että se asia tai oire minkä takia ihminen tulee vastaanotolle..että se tulee selvitellyksi, ja potilaalle tulee tunne että lääkäri perehty hänen asiaansa, selvitti potilaalle mitä on tarve tehdä tai jos ei ole tarve tehdä mitään (L, Y&J, 51v)

Palvelun lopputulos, että on saanut avun vaivaansa. (Y&J, 74v)

Yleensä lääkärille ku mennään ni mennään jonkun sairauden takia ni, kyl mä odotan et mä saan siihen hoidon ja diagnoosin. (Y&J, 56)

Grönroosin (1984) mukaan funktionaalista laatua ei voida mitata yhtä objektiivisesti kuin teknistä

laatua, vaan funktionaalinen laatu koetaan usein hyvinkin subjektiivisesti. Palveluiden vuorovaikutteisuudesta johtuen asiakas kokee funktionaalisen laadun usein hyvinkin tärkeäksi, teknisen laadun erinomaisuus ei välttämättä voi korvata puutteita funktionaalisessa laadussa. (Grönroos 1984).

Kyllä mä uskon että sillä miten se palvelu tuotetaan niin on merkitystä..jos potilas kokee että sitä on jotenkin väheksyvästi kohdeltu, vaik se ois saanut sen mitä se tuli hakemaan, niin se saattaa silti olla tyytymätön, vaik se ois hoidettu lääketieteellisesti oikein, mut jos häntä on kohdeltu epäsovasti hänen mielestään, ei se oo tyytyväinen. (L, Y, 47)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että joskus potilas saattaa arvostaa myös pelkästään palvelun funktionaalista puolta. Funktionaalista laatua voi edustaa myös sosiaalinen kanssakäyminen lääkärin kanssa. Seuraavasta sitaatista ilmenee esimerkiksi mm. Varki & Wong (2003) mainitsevat hoitosuhteesta haettavat sosiaaliset hyödyt:

...joskus he ovat tyytyväisiä nimenomaan empatiasta mutta ei hoidosta, että monelle se riittää että jos on asioista vaan keskusteltu tai ..voi olla että monelle riittää että he tulevat lääkärille ja he kertovat asioista..koska on tällaisia potilaita, aika iso ryhmä, se riittää heille että he tulevat lääkärille ja kertovat kaikista vaivoistaan, heillä on pitkä lista, ja se riittää heille, aikaisemmin minä olen yrittänyt kirjoittaa ja vastata tai silleen..jokaiseen kysymykseen, mutta olen ymmärtänyt että ei se kaikille ole niin tärkeää pääasia että he kertovat, että lääkäri tietää. (L. J, 50 v).

Prosessilaadun arviointi perustuu asiakkaan subjektiiviseen näkemykseen palveluprosessista ja hänen osastaan prosessissa. Asiakas kokee palveluprosessin oman osallistumisensa kautta. Prosessin laatu riippuu palveluhenkilöstön palvelutyylin ja asiakkaan osallistumistyylin yhteensopivuudesta. Tästä johtuen jos eri palvelu- ja osallistumistyyli eivät sovi yhteen palvelu saatetaan kokea huonoksi. (Lehtinen & Lehtinen 1991). Asiakkaat saattavat esim. odottaa, että lääkäri kumoaa heidän väitteensä ammattitaitoisesti. Yksi haastatelluista lääkäreistä koki, että jotkut asiakkaat saattavat jopa testata lääkäriä ja hänen joustavuuttaan esim. sairauslomaa annettaessa. Vaikka saatu sairausloma ei olisikaan toivotun pituinen, mutta lääkäri onnistuu omassa roolissaan, koetaan palvelu hyvänä. Tämä ilmenee seuraavassa sitaatissa:

Ja sit tosiaan näin et vaik hän ei sais niin pitkää sairauslomaa ku hän itse oli ajatellut, niin jos se pystytään hänelle asiallisesti perustelemaan, niin että se sen itekin ymmärtää ja hyväksyy, ja sitä

on kohdeltu ystävällisesti ja asiallisesti ja kuunneltu ja niin pois päin, niin ei se välttämättä oo ollenkaan harmissaan, ja se voi tulla uudestaan..jotkut ihmiset suorastaan kokeilee rajoja. (L, Y, 47)

Funktionaalinen laatu koettiin yleisesti paremmaksi yksityisellä puolella, mutta tämä ei kuitenkaan välttämättä vaikuttanut siihen, valitseeko asiakas yksityisen vai julkisen palveluntarjoajan. Yksi haastatelluista koki, että hän on valmis sietämään julkisella puolella huonompaa palvelua, koska palvelu kuuluu hänelle. Tämä ilmenee seuraavassa kommentissa:

Kyl se on se kokonaisuus, mut mitä mä siin arvostan kuitenkin on se asiallisuus ja se et se homma tulee hoidettua, mut toki se on tärkeetä se viihtyvyys ja lämpö...kyl mä erottelen..et mä en kävis terveyskeskuksessa jos mä ajattelisin kokonaisuutta, et jos se pitäs olla ns. täydellinen paketti, koska jos..mulla on tää venäläinen lääkäri joka puhuu huonosti suomea, niin se on hirveen töksäyttävä, joku vois sanoo et se on epäkohtelias, mut mä meen sinne sen takii et ainakin tähän asti se homma on niinku toiminu, et oon sieltä sen hoidon saanu ja näin. Mut jos mä miettisin sitä ilmapiiriä ja viihtyvyyttä niin mä en menis..et et, kyl mä sit varmaan katon vähä läpi sormien koska se palvelu kuuluu mulle. (Y&J, 29 v)

Funktionaalisen laadun tärkeys tai sen kokeminen voi olla myös ikäsidonnaista, mikä ilmenee seuraavassa kommentissa:

Mä luulen että...vanhat ihmiset ni..heille on hirveen tärkeä tää kohtelu..et vanhemmille ihmisille on se inhimillisuus ni..se on yhtä tärkeetä ku se laatu..nuorille se ei oo niin merkityksellinen. (L, J, 60)

5.1.2 Palveluympäristöllä, hinnalla ja markkinointiviestinnällä vähän vaikutusta lääkäripalvelun valintaan

Eksplisiittiset palvelulupaukset viittaavat palveluorganisaation asiakkaalle viestimiin lupauksiin. Lupaukset voivat olla henkilökohtaisia tai markkinointiviestinnän kautta asiakkaan tavoittaneita. Kaikilla lupauksilla on suora vaikutus toivottuun ja ennustettuun palvelun laatuun. Implisiittiset palvelulupaukset ovat palveluun liittyvinä johtolankoina, jotka ohjaavat asiakkaan odotuksia ja mielikuvia palvelusta. Tällaisia johtolankoja ovat esim. hinta ja palveluun liittyvät konkreettiset todisteet. (Zeithaml ym. 1993).

Konkreettisia todisteita ovat esimerkiksi palveluympäristö. Yleisesti haastateltavat eivät asettaneet palveluympäristölle erityisiä vaatimuksia, pääasiaksi koettiin että tilat olivat siistit ja tarkoituksenmukaiset.

Ei sinänsä, et enhän mä sinne oo asumaan menny, et mä vaan käyn, et ei vaikuta millään lailla, no Ehkä se et onks siel asialliset, siistit tilat, mut ei niinkään se et onks siel viherkasveja tai sohvia..tai uusia aikakauslehtiä..se et on asianmukaset siistit tilat. (Y&J, 29 v)

Tietysti palveluympäristön pitää olla siisti, ja ei mitään ylimääräisiä huonoja tuoksuja ja ..kaikki värit..ja kaikki mikä lisää yleistä viihtyvyyttä, televisio, akvaariot..kyllä ne luo sellasta positiivista lähtökohtaa sille vastaanottotilanteellekin. (L, Y&J, 51v)

Yksi haastatelluista koki, että liian hienot tilat saavat asiakkaan epäilemään, ettei hän maksa pelkästään saamastaan asiantuntijapalvelusta. Toisaalta epäsiisteys saa haastatellun epäilemään palvelun laatua:

No se on semmonen vähä kahtalainen..et vaik mä sanoin et se hinta ei merkitse, mut jos on tommonen erityisen pramea ja upea, siis semmonen et näkee et siel on jotain superdesign huonekaluja ja tällasia niin sillon kyl vähä rupee tuntuu siltä..ku tietää et ne hinnat..tai ne kustannukset kohdistetaan hintoihin ni vähä rupee mietityttämään onkohan täs nyt ihan järkee et miks mä maksan noista huonekaluista, mut et toisaalta jos on hirveen nuhrunen, tuhnunen ja semmonen epämääräinen niin toki sillon rupee epäilemään sen saatavan palvelunkin laatua. Pitää olla sellanen sopivan siisti, mut ei kuitenkaan pramea. Keskitie on sellanen luottamusta herättävä. (Y, 44)

Tilan suunnittelua voidaan käyttää myös ihmisten käyttäytymisen ohjailemiseen. Esimerkiksi selkeät opasteet nopeuttavat ihmisten välisiä transaktioita. (Bitner 1992). Yksi haastatelluista lääkäreistä koki, että palveluympäristöllä on paljon merkitystä palveluprosessin onnistumiseen. Tämä käy ilmi seuraavassa sitaatissa:

Fyysiset puitteet..tottakai on suuri merkitys..siisteydellä..tilat saa olla siistit mielellään ja kohtalaisen uudenaikasetkin..ja selkeet opastekyltit, se on erittäin tärkeitä.(L, J, 60)

Markkinointiviestinnän ei koettu kovin paljon vaikuttavan odotuksiin tai lääkäriaseman valintaan.

Ei, mä valitsen kyllä sen perusteella mikä oon lähin, tai sitten sil perusteella et missä on päivystys, koska viikonloppusin käyn yleensä kun ei oo muuten aikaa, kun on töissä. (Y&J, 29 v)

Seuraavassa kommentissa kuitenkin ilmenee, että erityistä hoitoa etsittäessä markkinointiviestintä voi vaikuttaa paljonkin päätöksentekoon. Lääkäriaseman valintaan vaikuttaa myös saavutettavuus, kuten auton parkkiin saaminen :

Lähisukulaisella tehtiin tota, hänel oli noita suonikohjuja, ja siinä vaikutti toi Laserin mainos et siel on tämmönen uusi vaahtosuihutushoito mist ei muuten oo tietoa. Et siinä se mainonta vaikutti, kun tosta tekniikasta kerrottiin. Mutta muuten, ei ehkä niinkään, että enemmän se on sitä et miten lähellä se paikka on, ja miten sinne saa mentyä, saako auton parkkiin, mitä erikoisalan lääkäreitä siellä on, mutta tosiaan tälläsissä erikoistapauksissa jos on joku uus tekniikka ja sitä mainostetaan. (Y, 44)

Lääkäripalvelun tuottaminen vaatii aina myös asiakkaan paikalla oloa. Näin ollen asiakas kuluttaa myös omaa aikaansa, jonka arvo vaihtelee jokaisen asiakkaan kohdalla. Esimerkiksi pitkät jonot lääkäriasemalla vähentävät asiakkaan kokemaa arvoa. Hill ym. (1989) mukaan palvelun hintaa ei koeta kovin tärkeäksi valintakriteeriksi lääkäripalveluiden kohdalla. Varsinkin yksityisiä lääkäripalveluita käyttävät usein arvostavat seuraavissa kommenteissa mainittavia ominaisuuksia, kuten tehokkuutta ja joustavuutta:

Sitä tehokkuutta, ja sit et se ongelma ratkee, ja sil hinnallahan ei sit oo merkitystä jos saa helpotusta johonkin vaivaan, et kyl siit sit maksaa mielellään..mutta tota..mä odotan et mä saan sille rahalle vastinetta, et asianmukaista, asiallista palvelua ja et siihen vaivaan löytyy joku ratkasu. (Y&J, 29 v)

Yksityisellä puolella just se joustavuus..voi valita erikoislääkärin tai mieleisensä lääkärin ja saada niitä tutkimuksia helpommin..niin kyllä ihminen on valmis niistä maksamaan, se et se sujuu..ja kyllä terveys on niin suuri arvo jokaiselle, et kyl siihen varmasti sit halutaan sijoittaa jos jotenkin..tää julkinen puoli tiukentuu ja siellä asiat tulee hankalammaks..työssäkävälle ihmiselle se on aika hankalaa.(L., Y&J, 51v)

Yksityisellä puolella palvelusta maksettava hinta voi myös näkyä asiakkaiden nousseena vaatimustasona, joka voi jossain tapauksissa aiheuttaa eettisiä ongelmia. Tämä ilmenee seuraavassa sitaatissa:

No ehkä sillä lailla..että potilas joka tulee yksityiselle..niin hän on sitä mieltä että kun hän maksaa tästä käynnistä, niin kaikki hänen toiveensa pitäis myös toteuttaa riippumatta siitä, onko se eettisesti hänen hoitonsa kannalta oikein vai ei ja olen joskus joutunut enemmän perustelevaan miksi tää ei ole valintamyymälä, vaikka potilas maksaa tästä käynnistä enemmän kuin tuolla kuntapuolella. (L, Y, 47)

Asiakkaan palvelusta maksama hinta myös vaikuttaa palvelukokemukseen. Yksityisellä käyvä asiakas voi kokea saavansa parempaa palvelua, jos hän maksaa siitä enemmän kuin julkisella puolella:

Et tänne tullessa ne saattaa ajatella tulevansa pätevämmälle lääkärille koska ne maksaa siitä käynnistä enemmän, ja kuntapuolella ne taas ajattelee että täällä ei ole hyviä lääkäreitä ollenkaan kun tämä on niin halpaa tämä..et tämmöstä asennetta olen havainnu.(L, Y, 47)

5.1.3 WOM, aikaisemmat kokemukset ja muut ihmiset vaikuttavat asiakkaan odotuksiin ja kokemuksiin lääkäripalveluissa

Myös word-of-mouth muokkaa asiakkaan odotuksia palvelusta. Word-of-mouth viittaa asiakkaan muilta ihmisiltä kuulemiin arvosteluihin palvelusta ja sen laadusta. Asiakkaat pitävät word-of-mouthia kaikkein totuudenmukaisimpana mittarina, sillä yrityksen ulkopuolisten henkilöiden oletetaan perinteisesti olevan puolueettomia arvioijia. Word-of-mouthin tärkeyttä lisää vielä se, että palveluita on niiden ominaispiirteistä johtuen usein vaikea arvioida ennen ostopäätöstä kuin usein sen jälkeenkin. (Zeithaml ym. 1993).

Tottakai sekin merkitsee..jos on muilla perheenjäsenillä, tai tuttavilla huonoja kokemuksia..nimenomaan tietyn lääkärin vastaanotolla käynnistä ni varmaankin sitten se johtaa siihen että valitaan joku toinen lääkäri..yksityisellä puolella varsinkin..jossa on helppo mennä kelle tahansa..(L, Y&J, 51v)

Word-of-mouth voi myös toimia kokemuksen vahvistajana, kuten seuraavassa kommentissa ilmenee:

Täs oli just yks kiva potilas viime viikolla, sellanen vanhempi rouva, joka sitten vastaanoton päätteeksi sano että kyllä minun kannattikin tulla, että tyttäreni sanoi että olet miellyttävä henkilö, niin hänellä oli sit positiiviset ennakoasenteet ja sit se vastaanotto suju vielä sit ihan jees, ni sit hän sanoi viel siinä lopussa sen. (L, Y, 47v)

Word-of-mouth vaikutti erään haastatellun mielestä päätöksentekoon erityisesti silloin, kun kyseessä oli jonkun alan erikoislääkäri:

No kyllä mä oon yleensä sen verran itseriitonen et muodostan itse omat mielipiteeni..tottakai jutut vaikuttaa et jos on joku, jos nyt sattuis olemaan joku tietyn erikoisalan lääkäri, no hammaslääkäri on semmonen, siis oon aikasemminki käyttäny yksityistä mut vaihdoin hammshoitolaan kun oikein suositeltiin yhtä. (Y, 44)

Muut ihmiset esimerkiksi odotusaulassa voivat myös vaikuttaa asiakkaan odotuksiin ja kokemuksiin palvelusta. Varsinkin julkisella puolella voi samassa odotusaulassa olla sosiaalisesti syrjäytyneitä asiakkaita:

On merkitystä sen verran, että jos meillä on tämmönen..aika paljon työttömiä ja sosiaalisia ongelmia aika paljon tottakai ja tällaset ei oo helppoja mutta hyviä potilaita yrittävät vaihtaa toiselle alueelle jossa ympäristö on rauhallisempi, koska joissakin on kaikenlaisia hankalia, erityisesti lapsiperhe, joka odottaa neuvolaa ja sitten siellä on kaksi juoppoa jotka ovat tällaisia, joskus aggressiivisia, se tottakai vaikuttaa, mutta valitettavasti monella potilaalla ei ole muita vaihtoehtoja sen takia että se vaikuttaa vain negatiivisesti , mutta kun ei ole muita vaihtoehtoja he joutuvat vain odottamaan, siihen emme voi vaikuttaa, koska meillä on velvollisuus hoitaa kaikki. (L, J, 50 v).

Asiakkaan aikaisemmat kokemukset vaikuttavat ennustettuun ja toivottuun palvelun tasoon. Aikaisempiin kokemuksiin kuuluvat palvelukokemukset kyseisestä palvelun tarjoajasta ja muista alalla olevista yrityksistä, joista asiakkaalla on aikaisempia kokemuksia. (Zeithaml ym. 1993). Haastateltujen odotukset palvelun tasosta vaihtelivat erityisesti yksityisten ja julkisen lääkäripalveluiden välillä, mikä ilmenee seuraavissa kommentteissa:

Vaikuttaa todella paljon, kylhän mul on aikamoinen ennakkoasenne, kun on huono kokemus terveyskeskuksesta ja ongelma on just se et ku on se oma-lääkäri systeemi et ei sinne sit mielellään mee, kun on tapahtunut jotain epämiellyttävää, ja kun on joutunut vaihtaa lääkäriä, ne vaihtuu, aina kun joku toinen valittaa lääkäristä, niin vaihdetaan päittäin, niin sä jo kauhulla odotat et minkäs lääkärin mä nyt saan (Y&J, 29 v)

No onhan niillä merkitys..kun terveysasemalla ne on jo valmiiks vihasia kun ne tulee paikkaan missä ei toimi mikään..ja omaa lääkäriä ei ole ollut kahteen vuoteen, ja kaikki on ihan poskellaan ja sit niitä siin rauhottelee..et jos on huonoi kokemuksiia aikasemmin niin tottakai ei odota kauheen hyvää..sit kun privaattipuolelle ne tulee, niin en oo tavannu yhtään, joka ois tänne tullu negatiivisella asenteella ja tääl on palvelu pelannu sitten..mut kuntapuolella mä törmään paljon sellasiin jotka tulee negatiivisella ennakkoasenteella, mut usein ne kyllä muuttaa sen siinä sitten mutta eivät kaikki.(L, Y, 47v)

Yhdessä haastattelussa ilmeni, että terveyskeskuksen asiakkaiden positiiviset kokemukset saattavat johtaa joissain tapauksissa lääkäreiden kannalta epätoivottuun käyttäytymiseen. Tämä voi ilmetä seuraavasti:

On potilaita jotka harrastavat tällaista lääkärin vaihtoa, et kerran vuodessa he vaihtavat ja sitten he yrittävät jos on uusi lääkäri talossa, he yrittävät kuinka hyvä hän on... ja sitten meillä on tällainenkin riski että joskus me saamme vielä raskaamman potilaan vain sen takia että joku pieni asia hoidettu niin hyvin heidän mielestä, että oma lääkäri esimerkiksi ei hoitanut tällä tavalla koska jos ..ei tarvinnut. (L, J, 50 v).

5.1.4 Asiakkaan sisäiset tekijät vaikuttavat palveluntarjoajan valintaan

Toivottuun palvelun tasoon vaikuttaviin tekijöihin kuuluvat pysyvät vahvistajat ja henkilökohtaiset tarpeet. Pysyvät vahvistajat ovat henkilökohtaisia, vakaita tekijöitä, jotka aiheuttavat asiakkaan herkistymisen palvelulle. Pysyviin vahvistajiin kuuluvat muun muassa henkilökohtaiset palvelufilosofiat. Henkilökohtaisella palvelufilosofialla tarkoitetaan asiakkaan yleistä asennetta palvelun tarkoitusta ja tuottamista kohtaan. Henkilökohtaiset tarpeet viittaavat asiakkaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin kannalta oleellisiin tekijöihin. (Zeithaml ym. 1993).

Haastatteluissa ilmeni, että usein potilaita huolestutti se, ettei lääkäri mahdollisesti ottanut hänen vaivojaan vakavasti ja määrännyt potilaan mielestä tarvittavia tutkimuksia. Osa haastatelluista myös koki, että yksityisellä puolella saa helpommin tarpeelliseksi kokemansa tutkimukset.

Mitä huolestuneempi potilas on niin sitä..tärkeempi se on että hänet otetaan vakavasti ja käynnistetään hänen mielestään riittävästi tutkimuksia..eikä mitään niinku..mitä pienempi vaiva niin sitä vähemmän näillä on merkitystä (L, J, 60)

Joo, siis elikkä se, että jos on tarvis päästä jatkotutkimuksiin, niin sen pitäis olla musta nykyistä helpompaa, eli niitä lähetteitä pitäis kyllä saada et tutkitaan..et vähän liikaa sellasta et ota burana ja mee lepäämään..mutta tota, jos mulla on jotain vakavampaa, niin mä meen yksityiselle, mä en mee terveyskeskuslääkärille koska mä koen siellä..ne on niin yleislääkäreitä, elikkä tiettyyn vaivaan, ei sitten niin hyvin..mulla ei aina arkisin ole aikaa mennä, niin mä meen sitten viikonloppuna yksityisen päivystykseen. (Y&J, 29 v)

Yhden haastatellun lääkärin mukaan potilaiden tyypillinen pelko julkisella puolella liittyy siihen, että heitä ei hoideta terveydenhuollon resurssipulan vuoksi:

Se on tyypillistä terveyskeskuksissa, että ei lähetetä eteenpäin nopeasti, haluaa kaikenlaisia kalliita tutkimuksia, mutta he tietävät että kaupunki ei maksa, ja pelkäävät että sen takia ei lähetetty koska ei ole rahaa, tää on tällanen tyypillinen pelko että heillä on joku vakava sairaus, mutta koska terveyskeskukseen ei kuulu tällainen tutkimus, sitä ei hoideta terveyskeskuksessa. (L, J, 50 v).

Myös epäillyn sairauden vakavuus vaikuttaa asiakkaan kokemuksiin tarvittavista tutkimuksista. Myös se, onko potilaana haastateltu itse vai oma lapsi, nostaa palvelulle asetettuja vaatimuksia:

Kyllä kyllä, joku vaikka ajokortin uusimiseen liittyvä asia niin toivoo että se lääkärikäynti ois tehokas, nopee ja tehokas, sit jos on joku mm..jostain vakavasta sairaudesta..tottakai silloin haluaa että olis niinku kaikki aika maailmassa ja toivoo että perinpohjaisesti selvitetäs asiat, et hyvin sairaudesta riippuen..toisaalta myös siitä potilaasta liittyen, et jos mä itse olen, niin mä ehkä mielelläni haluan asiallista suhtautumista, mut sit jos vien tota tyttäreni sinne, lapsen siis..(lyhyt tauko haastattelussa) niin, olin puhumassa siitä.. riippuu lääkärikohtaaminen olenko itse potilaana vai tyttäreni eli silloinku tytär potilaana niin toki silloin kaipaa että se lääkäri on empaattisempi ja osaa käsitellä lasta. (Y, 44)

Erään haastatellun lääkärin mukaan myös tutkimusten venyminen huolestuttaa potilaita:

No tietysti..potilaan pelko jostain vakavasta sairaudesta..se on heränny jo siellä..tottakai potilas odottaa..niinkun pitääkin olla että lääkäri ammattitaitosesti ryhtyy selvittelemään sitä asiaa..ja aika niinku silleensä venyttelemättä niitä tutkimuksia, et ihan selkeellä aikataululla..(L, Y&J, 51v)

Potilaat saattavat myös joskus vaatia lääkärin mielestä turhiakin lääkkeitä:

Lääkärin mielestä on olemassa tällasia asioita..että lääketieteellisesti ei ehkä kannata hoitaa, tai kannata seurata tai jotain..mutta potilaan mielestä, jos se on esimerkiksi flunssa, niin monet potilaat ovat tyytymättömiä jos lääkäri ei kirjoita antibioottikuuria,mutta se on nimenomaan turha kirjoittaa, me tiedämme se flunssa paranee ilman antibiootteja. (L, J, 50 v).

5.2. Ennen vastaanottoa koettujen tekijöiden laatu parempaa yksityisissä kuin julkisissa lääkäripalveluissa

Palveluprosessin muodostavat vaiheet, tehtävät ja mekanismit, jotka ovat välttämättömiä palvelutapahtuman syntymiseksi (Booms & Bitner 1981). Palveluprosessit ovat riippuvaisia palvelun luonteesta ja tämän takia hyvin heterogeenisia keskenään. Palveluprosessin tuloksena asiakas on joko tyytyväinen tai tyytymätön prosessin lopputulemaan. Tästä syystä prosessiin tulisi kiinnittää huomiota haluttaessa nostaa asiakkaiden tyytyväisyyden tasoa. (Mayer ym. 2003).

Palveluprosessin sujuvuus koettiin poikkeuksetta paremmaksi yksityisellä kuin julkisella puolella. Tähän vaikuttavat myös Ennew & Binks (1999) mainitsevat institutionaaliset piirteet, julkisella puolella kiire ja väestövastuullinen hoitopolitiikka vaikuttaa siihen, että usein potilaat joutuvat jonottamaan pitkiäkin aikoja. Tämä ilmenee hyvin seuraavista kommentteista:

Täällä nää puitteet mahdollistaa laadukkaan..tai sen että mulle itselle tulee sellanen tunne että mä palvelen laadukkaasti, täällä potillaat ei joudu odottamaan, täällä niille on kaikille oma aika..mä oon harvoin myöhässä..mutta tuolla kuntapuolella päivystyksessä ne on saattanu odottaa jonossa 2,3 tuntii, ne on kiukkisii jo valmiiks tullessaan ja ovat sitä mieltä ettei toimi hommat, et puitteet tietysti on erilaiset, mutta se on helposti mun mielestä ymmärrettävissä sillä lailla, koska

kuntapuolella on pakko hoitaa kaikki asiakkaat jotka tulee ovesta sisään, koska se on se väestövastuu, mutta tässä privaattipuolella, noi tossa tiskillä antaa aikoja, mulla saattaa olla 15 aikaa päivässä, ne antaa sen 15 aikaa, sen jälkeen ku ne on kaikki täynnä, niin ne sanoo asiakkaalle, et ei oo tälle päivälle enää aikoja, kysykää Itäkeskuksesta, tai kysykää keskustan Diacorista..näil ei oo sellasta vastuuväestöä joka on pakko palvella, vaan täällä on helpompi sanoa kysykää muualta..ei tuolla terveysasemalla voida sanoa et meil on täyttä, et me ei palvella sua täällä.(L, Y, 47v)

Kyl se heti luo sellasen jonkinlaisen pohjafiliksen sille tilanteelle..jos tuut terveysasemalle jossa on heti ihmisjoukkio laboratorioaulassa jonottamassa kokeisiin niin kyllä siinä heti tulee sellanen tunne että onpas täällä niinku..että ehitäänkö täällä minun asiaani huomioida..semmonenkin ajatus voi tulla asiakkaalle että täällä on niin paljon hoidettavaa että hoituukohan minun asiani täällä kaikkien muiden asioiden joukossa..miten paljon mun pitää odottaa, ja kuinka paljon mulla on aikaa nyt odottaa ja jonottaa..yksityisellä ne aulatkin on varmaan tyhjempiä, ehkä se luo semmosen tunnelman että mä pääsen nopeammin etenemään näissä asioissa..voisin ajatella. (L,Y&J, 51v)

Yksi haastatelluista koki julkisella puolella huonoksi sen, että asiat harvoin hoituvat yhdellä käyntikerralla:

Ja sit tämmönen pompottelu on tietysti se, että toivois että asiat menis yhen luukun periaatteella, eli ..et se on semmonen mikä yleensä just minkä takia aika usein käyn tosiaan tai siis melkein aina käyn yksityisellä lääkäriasemilla koska siellä yleensä ne asiat hoituu kerralla... ja sit tietty tyytyväisyyttä lisää semmoset ylimääräiset palvelut tyliin että kelakorvaukset hoituvat automaattisesti...siis siinä kun maksaa..tarvi erikseen jälkikäteen lähettää mitään lappuja jonnekki. (Y, 44)

Myös ennen varsinaista vastaanottoa tapahtuvilla tekijöillä on merkitystä vastaanoton laatuun, kuten seuraavasta kommentista ilmenee:

Lääkärin mielestä on tärkeitä, jos tulee joku potilas, joku monisairas potilas ennen lääkärin vastaanottoa käynyt terveydenhoitajalla joka tarkistanut että potilaalla olis kaikki paperit kaikki lääkekortti mukana, tarkistanut etukäteen verenpainetta ja kaikkea muuta mitä terveydenhoitaja voi hoitaa ja sitten sen jälkeen vain potilas tulee lääkärin vastaanotolle ja se on todella suuri helpotus ja lääkärillä on enemmän aikaa puhua potilaan kanssa, kysyä muista asioista, ei tarvitse tarkistaa

tällaisia asioita jotka kuuluvat terveydenhoitajalle, sekä potilaalle että lääkärille se on aivan erilainen vastaanotto ja potilas on tyytyväinen, koska sitten lääkärillä on aikaa puhua, (L, J, 50 v).

Ajanvaraus koettiin yhdeksi suurimmista tyytyväisyyttä tuottavista tekijöistä yksityisellä puolella verrattuna julkiseen. Yksityisten lääkäripalveluiden tarjoama mahdollisuus Internetin kautta ajan varaamiseen koettiin tärkeäksi. Myös puhelimitse ajan saaminen koettiin onnistuvan paremmin yksityisellä kuin julkisella puolella.

Mä huomaan tässä että aika iso osa on varannu netin kautta ajan..et mä uskon et se, et firmal on nettiajanvaraus, ni se lisää asiakkaita..ainakin niitä jotka osaa käyttää netti, et vanhukset on tietysti erikseen..vanhusväestölle on varmaan tärkeää että on helppo puhelinkontakti, jossa on rauhallinen, ystävällinen ja selkeä henkilö varaamassa sen ajan. Sit nuorille ja työssäkäyville mä luulen että se nettiajanvaraus on ihan ehdoton. (L, Y, 47v)

Julkisella puolella puhelimesta jonotuksen koettiin aiheuttavan turhautuneisuutta:

Kyl mun mielestä edelleenkin se ajanvaraus et onks se helppo elikkä siis Internetin kauttahan se on nykyään mut kun itsellä ja siis lapsen kanssa neuvolavarausta se oli sellanen käytäntö et piti saada ensin käsiin oma neuvolatäti ja se oli, sil oli soittoaika yhen tunnin verran päivittäin..siis se oli ihan mahotonta kun oli tunti päivässä saada se täti kiinni ja se oli koko ajan puhelimes.. (Y, 44)

Jotka hakeutuu yksityiselle on valmiita maksamaan siitä palvelusta, koska se on niin paljon joustavampaa ja asiakaslähtöistä..voi tilata vastaanottoajan töiden päätteeks illalla, eikä niinku soitella, yrittää saada aikaa kesken työpäivän..se on kuitenkin aina työajasta pois ja pitää esimiehelle sanoo.(L, Y&J, 51v)

Lääkäripalveluissa asiakkaan kokemukseen vaikuttaa jo vastaanottohenkilöstö ilmoittautumistiskillä. Tästä syystä onkin tärkeätä kiinnittää huomiota asiakaspalvelijoiden laatuun ja heidän suorituksensa mittaamiseen. Suoritusten seuraaminen on erityisen tärkeätä, sillä työntekijöiden työn laadun taso voi vaihdella paljonkin yksittäisten henkilöiden välillä. (Rafiq & Ahmed 1995). Yksi haastatelluista toivoi saavansa ystävällisempää palvelua vastaanottohenkilöstöltä:

Siinä jos palveluiden tilaushetkellä..haluu vaikka päästä kunnalliseen ja selittää ongelmansa, niin

siellä vähätellään, vaikka ois pidemmältä ajalta ja vois olla hankalampikin..et siel ehkä semmonen empaattisuus..(J, 30)

Myös ilmoittautumisessa arvostettiin sujuvuutta. Yksi haastatelluista koki yksityisellä lääkäriasemalla käytettävän teknologian tekevän ilmoittautumisprosessista erittäin tehokkaan:

...sitte tota, yhessä paikassa yksityisellä törmäsin semmoseen että mul oli netin kautta varattu aika, ni sit menin sinne vastaanotolle ni siel ei tarvinnu jonottaa tiskille ilmoittautuakseen, vaan siel oli pääte, mihin länttäs kelakortin ja se katto sen varaustiedon ja sit sai painaanappia et kyllä olen täällä ja se kerto että missä huoneessa otetaan vastaan, ni must se oli tavattoman tehokasta ja miellytti mua kovasti (Y, 44)

Yksi haastatelluista koki ilmoittautumiskäytännön kehittyneen julkisella puolella sujuvammaksi:

No nythän tämä kunnallinen systeemi on vähän erilainen, että tuota siinä ilmoittautumislukulla piti aina odottaa että pääsi ilmoittautumaan lääkärin vastaanotolle, mutta tähän on nyt paljon joustavammaksi mennyt..nykyäänhän voi mennä suoraan odottamaan jos on aika lääkärille varattuna..suoraan oven taakse odottamaan..että aikasemmin tarvi toisen kerran mennä ilmoittautumaan, että mä oon nyt tullu. (Y&J, 74v)

5.3 Asiakkaan osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä vastaanottotilanteessa

Asiakkaan osallistuminen palveluprosessiin vaihtelee huomattavasti eri palveluiden välillä, mutta korkea osallistumisen taso liitetään yleensä palveluihin, jotka ovat joko monimutkaisia, pitkäkestoisia tai molempia. Tällaisissa palveluissa palvelun onnistuminen ja asiakkaan tarpeiden täyttäminen riippuu pitkälti asiakkaan kyvystä ja halusta osallistua palvelun tuottamiseen tarjoamalla palveluntarjoajalle tarvittavat tiedot. (Ennew & Binks 1999).

5.3.1 Potilaan rooli lääkäripalveluissa

Osallistuminen (joko palveluntarjoajan tai asiakkaan) voidaan määritellä koostuvaksi kolmesta eri

ulottuvuudesta, jotka ovat (1) tiedon jakaminen, (2) vastuullinen käyttäytyminen ja (3) henkilökohtainen vuorovaikutus (Ennew & Binks 1999). Osallistuminen lähtee yleensä liikkeelle tiedon jakamisesta kahden eri osapuolen välillä; palveluntarjoajan perustehtäviin kuuluu tarjota tietoa asiakkaalle. On myös erittäin tärkeää, että asiakkaat jakavat tietoa palveluntarjoajalle, jotta he saavat tarpeitaan vastaavaa palvelua:

No oma rooli on kyllä aika tärkeä, koska pitää pystyä kertoa, mitkä ne oireet on ja itseasia..lääkärihän kysyy kun sinne menee et mikäs teitä vaivaa..sit mä aina välil nauranki et jos mä tietäsin mä en ois täällä..että tota, se et pitää pystyä kertomaan niistä omista tuntemuksistaan ja oireista et eihän se mikään selvänäkiä ole se lääkäri. (Y&J, 29)

Omaan osallistumiseen kuuluu se et kertoo selkeesti kaikki vaivat niinku..ettei yritä mitenkään peitellä mitään, vaan että mahdollisimman monipuolisesti kertoo..vaivoistaan..jos sellainen on..ja sit lääkärin pitää kans sitte mun mielestä tutkia jokainen, eikä jättää tutkimatta mitään vaivaa..(J, 30)

No joo..että potilas sais esitettyä selkeästi, kohtalaisen lyhyessä ajassa mieltä askarruttavat ongelmat..itseään askarruttavat asiat. (L, J, 60)

Asiakkaan osallistumisella on merkitystä palvelun laatuun. Esimerkiksi asiakkaan kyvykkyys ja motivaatio (Lengnick-Hall ym. 2000) osallistua vaikuttavat palvelun laatuun ja asiakkaan terveyteen. Tämä ilmenee seuraavasta kommentista:

Potilas motivoidaan vaikkapa mittaamaan verenpaineensa itse, hankkii oman verenpainemittarin..merkitsemään vaan siihen verenpainekorttiin että tämmöset lukemat on tullu..se helpottaa hirveesti, nostaa laatua samoin jos jotain rasva..kolesteroliarvoja hoidetaan niin sitten otetaan onkeen nää dieettiohjeet..et suhtautuu vakavasti omaan asiaansa..astmapotilas tekee niitä omia puhallusmittauksiaan kotona..se on aivan loistavaa. (L, J, 60)

Ennew & Binks (1999) näkevät osallistumisen sekä asiakkaaseen että palveluntarjoajaan liitettävänä piirteenä. Osallistumisen määrään ja luonteeseen vaikuttavat palvelutapahtumaan osallistuvien ihmisten henkilökohtaiset piirteet (Ennew & Binks 1999). Eräät haastateltavat lääkärit kokivat, että potilaiden voi olla vaikea esittää lääkärille vaivojaan. Potilasta voi nolottaa, tai hän voi pelätä jotain sairautta:

No tietysti että hän kertoo kaikki oireet, ettei jotain jätä sanomatta, kertoo ehkä pelkonsa, mitä hän pelkää olevan näiden vaivojen taustalla..et hän tuo ne tärkeimmät asiat esille, et lääkäri pystyy niistä lähtee työstämään eteenpäin, joskus potilas voi hävetä jopa jotain asiaa, eikä uskalla kertoa kaikkia oireita..koska voi pelätä että on vaikka syöpä, niin voi pelätä ettei uskalla kertoa kaikkia oireita, se pelko on jotenkin niin voimakas..ihminen pelkää löytyvän jotain paha, ei uskalla sanoa kaikkea, niinkin voi olla. (L, Y&J, 51)

No..kai jos se potilas on sellanen et se osaa heti lyödä vaivansa ja huolensa tiskiin, niin kai se potilas on..jos se heti kykenee, et sen ei tarvitse siinä kierrellä ja kaarrella, niin sujuvamminhan se kokee selvinneensä täältä ulos selviää ulos et hänki on varmaan tyytyväisempi, ku jos hän on joutunu kierteleen ja kaarteleen ja veivaamaan..väöntämään ja joskus etenkin kuntapuolella on saattanu käydä niin että se vasta käsi siinä ovenrivalla sanoo sen vaivansa, ni sit saattaa joutuu sanoo et varaa uus aika et ei täs oo enää aikaa alkaa tutkia ja riisua ku on saattanu mennä jo 5 minuuttia yli sen vastaanottoajan, niin sit se on et voi voi, taas pitää tulla uudestaan.(L, Y&J, 47)

5.3.2 Koetut vaikutusmahdollisuudet suurempia yksityisissä lääkäripalveluissa

Asiakkaiden tulee kommunikoida palveluntarjoajalle kysymyksensä, toiveensa ja vaatimuksensa palvelusta. Palveluntarjoaja puolestaan päättää keskustelun perusteella millainen palvelu asiakkaalle tulisi tuottaa. (Van Raaij & Pruyn 1998). Molempien osapuolten panos vaikuttaa siis siihen, tuotetaanko asiakkaalle oikea palvelu. Asiakkaan panostus vaikuttaa siihen, kuinka hän palvelua arvioi. Mitä enemmän asiakas kokee itse panostaneensa palveluun, sitä enemmän hän palvelulta odottaa. Panostuksena voidaan pitää esimerkiksi asiakkaan palvelusta maksamaa hintaa.

...mut yksityisellä koen et kun rahalla maksaa niin siel aika hyvin ajat pitää kutinsa ja sitten tota..sielt saa sen palvelun ja ne myös hanakasti kirjottaa lähetteitä. (Y&J, 29)

Usein onneks yksityisellä voi vaikuttaa itse siihen et meneekö uudelleen samalla lääkärielle. (Y, 44)

Kontrollin käsite liittyy olennaisesti palveluihin. Kontrolli määrittää sen, kuinka paljon valtaa ja vaikutusta palvelun osapuolilla on palveluprosessin eri vaiheisiin, palvelun määrittelyyn, palvelun toteuttamiseen ja palvelun tulokseen. Koettu valta viittaa siihen, kuinka paljon palvelun osapuolet kokevat pystyvänsä vaikuttamaan palveluprosessiin ja tulokseen. Molemmilla osapuolilla on

tietynlaista valtaa palvelutilanteessa. Perinteisesti räätälöidyissä palveluissa asiakkaan kontrollin määrä on melko suuri. Lääkäripalveluissa palveluhenkilöllä on kuitenkin asiantuntevuuden tuomaa valtaa, joka heijastuu lääkärin ammatillisena pätevyytenä. (Van Raaij & Pruyn 1998). Tämä ilmenee seuraavissa sitaateissa:

Lääkärillä on tiedollinen valta tietysti..että se kyl pitäs se..kääriä sellaseen pakettiin et se tiedon vastaanottaminen, omaksuminen on vapaaehtosta..ettei se oo mitään jumalan sanaa..eikä lääkäri suutu, ei pitäs suuttua siitä jos se potilas on vastahakonen ottaa niitä neuvoja vastaan..et pitäs mieltii mikä siinä on syynä ettei neuvo mene läpi, tai oteta onkeen..laiminlyödään hoitoo..ei oteta lääkkeitä.(L, J, 60)

Viimeinen sana on potilaalla, lääkäri voi antaa neuvoja ja ohjeita, suositella mutta potilas on viimeinen joka sanoo, meneekö hän hoitoon, noudattaako hän tiettyjä ohjeita ja ottaako tietyt lääkkeet. (L, J, 50)

Potilaalla on palvelutilanteessa omaan terveydentilaansa liittyvää tietoa, joten hänellä on ongelman tuntemiseen liittyvää valtaa. (Van Raaij & Pruyn 1998). Tämä heijastuu useimmiten asiakkaan panoksena palvelun määrittelyvaiheessa:

Mä esitän aika paljon...joo, kyl mä omia olettamuksia, monta kertaa mä luen lääkärikirjasta ja tutkin ennen kun mä lähen ja mulla on monta kertaa niin.. vahva olettamus että mikä mulla on, ja mä tuon sen julki. (Y&J, 56)

Yksi haastatelluista oli kokenut, että asiantuntijan valtaa oli käytetty palvelukohtamisessa väärin häntä vastaan:

No ehkä yks negatiivinen kokemus taas kerran julkiselta puolelta, tota, mä olin uskonut että lapsen imettäminen on terveellistä, ja tästhän on monta koulukuntaa, ja mä imetin sangen pitkään lastani..meil oli sellanen yhteinen kiva hellä iltahetki aika pitkäänkin imetyksen parissa..sit se haukku mut täysin pystyyn, niinku omalla asiantuntemuksellaan, tämmönen hirveen herkkä ja tärke juttu meillä, niin mä koin täysin itseni maanrakoon painetuks siellä, se oli mun mielestä vallan väärin käyttöä pahimmillaan (Y, 44)

Palveluntarjoajan epävarmuus voi myös lisätä asiakkaan tuntemusta siitä, että hänen täytyy ottaa

suurempi rooli tilanteessa:

et vaik nyt varsinkin kun viime aikoina mul on ollu erinomaisia lääkäreitä niin koen ettei tarvi hirveesti olla itse viemäs asiaa eteenpäin, mut sillon kun on vähä epävarmempi lääkäri esimerkiks tää joka haki sitä Pharmaca Fennicaa, niin kylhän mä sillon koin et mun täytyy olla paljon aktiivisempi siinä tilanteessa. (Y, 44)

Asiakkaan kokemat vaikutusmahdollisuudet voivat vaikuttaa myös siihen, valitseeko hän julkisen vai yksityisen terveydenhuollon. Yleisesti ottaen potilaat kokivat, että julkisella puolella vaikutusmahdollisuudet olivat usein liian vähäisiä:

Jotenkin must tuntuu et sillä lailla jos mä meen yksityispuolelle, niin mul on jollain lailla must tuntuu enemmän valtaa..että meen julkiselle puolelle niin..niin siinä mun mielestä on ero..jotenkin mä koen niin..et julkisella puolella on enemmän sanelupolitiikka ja yksityisellä puolella potilaalla on enemmän vaikutusmahdollisuutta. (Y&J, 56)

Minusta tuntuu että potilaalla ei oo oikeen valtaa vaikuttaa..että se lääkäri on kuitenkin yläpuolella..mä koin että mulla ei ollu valtaa kun hoidettiin tuota lannerankaa, että aina lääkäri keksi uuden että tehdäänpä näin..lääkäri määräsi kaikenlaista, enkä saanu mitään muuta ku pilleripurkin..niin ei siellä saa vaikuttaa.(Y&J, 74)

Yksi haastatelluista koki, että nostaakseen vaikutusmahdollisuuksiaan hänen piti olla etsinyt tietoa ennen vastaanottoa:

...et jos sä meet sinne, ja sä tiedät et vois olla kysymykses..jos otetaan nyt esimerkiks kilpirauhasen vajaatoiminta, niin sitten sä meet pyytää verikoetta, ni se ei purematta niinku..sulle ei anneta sitä, sun pitää olla ite tosi tarkaan googlannut tiedot et sä oot ihan sata varma et sä pääset sinne verikokeisiin..mut yksityisellä ne ei kyseenalaista, sä oot asiakas, ja ne antaa sulle sen palvelun, mut toki sä siit sit myös maksat. (Y&J, 29)

Eräät haastatellut kokivat myös, ettei heitä aina oteta tosissaan, ja että heidän vaivojaan vähätellään:

...sellanen vähättely, vaivojen vähättely, et ei niinku oteta tosissaan.. ja et jopa kunnallisella sektorilla ohjataan yksityiselle, se on musta ihan uskomatonta..semmoset hieroo ihan

vastakarvaan..(Y&J, 29)

Vaivojen vähättely herätti yhden haastatellun mukaan avuttomuuden tunteita:

Et niinku otetaan se asiakkaan kertoma huomioon että ei vähätellä että asiakas ite niinkun kertoo..vaa että lähetään tutkimaan sitä perinpohjaisesti...esimerkiks ukilla oli toi niinku verisuoni päässä oli tosi tukkeutunu ja se ei saanu niinku sitä..tai häntä ei uskottu kun pyörtyili ja kaikkee tämmöstä..ei saanu..et silloin se voi olla aika avuton tunne..(J, 30)

Osallistumisen määrään ja luonteeseen vaikuttavat palvelutapahtumaan osallistuvien ihmisten henkilökohtaiset piirteiden lisäksi yrityksen institutionaaliset piirteet. (Ennew & Binks 1999). Institutionaaliset piirteet viittaavat yrityksessä vallitsevaan yleiseen ilmapiiriin ja asenteeseen, joka joko rohkaisee tai on esteenä palvelutapahtumaan osallistuvien henkilöiden osallistumiselle. Osa haastatelluista myös tiedosti, että heidän vaikutusmahdollisuuksiinsa vaikuttavat myös julkiselle terveydenhuollolle tyypilliset institutionaaliset piirteet:

Monesti tuntuu että, varsinkin just kunnallisel puolel niin sen takia ku ei oo rahaa ja resurssit on tiukoilla niin ei lääkärinkään sitten tutki tarpeeks syvällisesti asioita. (J, 30)

Jotenkin must tuntuu et sillä lailla jos mä meen yksityispuolelle, niin mul on jollain lailla must tuntuu enemmän valtaa..että meen julkiselle puolelle niin..niin siinä mun mielestä on ero..jotenkin mä koen niin..et julkisella puolella on enemmän sanelupolitiikka ja yksityisellä puolella potilaalla on enemmän vaikutusmahdollisuutta...et se on niinku et yksityispuoli on palvelu ja toi julkinen ni se on vaan niinku lakisäätinen mikä on kuntien pakko järjestää. (Y&J, 56)

Potilaan osallistuminen oman terveydentilanteensa arvioon voi myös vaihdella yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välillä. Yksi haastatelluista koki arvostavansa enemmän yksityisellä puolella työskenteleviä erikoislääkäreitä, kuin julkisella työskenteleviä yleislääkäreitä. Hän koki tämän myös vaikuttavan omaan osallistumiseensa:

No ehkä se sil taval et kun mä oon siel vastaanotol, niin mä ehkä..mul on ehkä suurempi kunnioitus..pidän ehkä kauemmin suuni kiinni, ja odotan et se keksii jotain järkevää..mut sit kunnallisella puolella jos siit ei tuu yhtään mitään ni se on sit pari minuuttia kun mä lataan siihen jotain..se kunnioitus on siel sit jotenki..et mä luotan siihen ammattitaitoon enemmän siellä kun

yleislääkärillä. (Y&J, 29)

Potilaiden vaatimustason on noussut viime vuosikymmenten aikana. Yksi haastatelluista lääkäreistä näki syynä keskimääräisen eliniän nousun, eläkevuosista halutaan nauttia terveenä ja hyvinvoivana. Sama lääkäri myös koki, että lääkäri ei ole enää auktoriteetti, vaan potilas ja lääkäri pohtivat potilaan hoitoa yhdessä:

Tottakai asiakkaiden vaatimustaso on koko ajan noussu, koska netistä voidaan hakee tietoo .ja ihmiset elää yhä pitempään, ihmiset on kiinnostuneempia siitä että ne vois elää pitkään ja terveenä..ja..halutaan eläkkeestä kolmas elämänvaihe jollon ollaan terveitä ja voidaan tehdä vielä kaikenlaisia asioita...tiedon saanti on myös lisääntyny, aktiiviset ihmiset hakee sitä..niin usein sitä myöten ne potilaat tulee vastaanotolle vähä asiantuntevampina, vaativampina, ikäänkuin lääkäri ei olis enää se auktoriteetti siinä tilanteessa, vaan se yhteistuumin, vähän niinku samanvertasina jopa, käsitellään se tilanne ja viedään eteenpäin. (L, Y&J, 51)

Osa haastatelluista lääkäreistä koki, että nykyään potilaat valittavat epäkohdista herkemmin:

Kyl mä näkisin ainakin et vaatimustaso on noussut..potilaiden tietoisuus ja vaatimustaso on noussut..että just että lääkäriltäkin odotetaan asiallisempaa ja empaattisempaa käytöstä kun ennen, et ehkä joskus viiskyt vuotta sitten jos lääkäri oli tarpeeksi pätevä se saatto käyttäytyy vaik kuin sikamaisesti niin ei siit minnekään valitettu, mut nykyään pienestäki epäkohteliaisuudesta kyl valitetaan paljon herkemmi. (L, Y&J, 47)

Sanottasko et vaatimukset lääkintähuoltoa kohtaan on kovemmat, siis yleinen ilmapiiri on sellanen et vaaditaan aika paljon, sit on..vaikuttaa voi myös valittamalla, taikka uhkaamalla valittaa..se on yks tapa. (L, J, 60)

Yksityisellä tyytymätön asiakas voi helposti vaihtaa lääkäristä toiseen:

Mutta ne sit on tosiaan yksittäistapauksia ja sit tosiaan voi äänestää jaloillaan ja jättää käyttämättä seuraavalla kerralla. (Y, 44)

5.3.3 Asiakassuhde nostaa koetun palvelun laatua lääkäripalveluissa

Lääkäri-potilas-suhde on usein pitkäkestoinen. Peltierin ym. (1998) mukaan palvelun laatua lääkäripalveluissa pitäisi lähestyä asiakassuhteen kehittämisen näkökulmasta. Näin ollen palvelu koettaisiin henkilökohtaisempana, mikä lisää tyytyväisyyttä. Tämä ilmenee myös seuraavassa kommentissa:

Lääkärillekin vois tulla joku tunneside siiden potilaaseen, et voi tota reppanaa, autetaan tota nyt..tai ei nyt ehkä näin kärjistetysti, mut tiätkö silleen että toi on niin hyvä tyyppi, et sille pitää kyl selvii tää syy, et se ei voi tälleen elää, et semmonen henkilökohtaisuus. (Y&J, 29)

Yksi haastatelluista piti asiakassuhdetta tärkeänä ns. ylläpitävän terveydenhuollon kohdalla:

Mä jakasin tässä niinku, ihan eri niinku täällä sanotaan hammaslääkäri, gynekologi, tällaset jotka..joissa käy tämmöstä niinku ylläpitävää terveydenhoitoa,..että sillä on tosi suuri merkitys sellasen lääkärin valintaan..et sä koet sen kokonaisuutena miellyttävänä..ja sit on ammattitaitonen lääkäri omasta mielestä ainaki..mut sit on ihan eri asia jos meet akuutti..niin tota..se on sitten ihan toinen juttu..et siin on eroteltava ihan.(Y&J, 56)

Asiakkaat voivat hakea asiakassuhteesta myös erityiseen kohteluun liittyviä hyötyjä (Gwinner ym. 1998). Tämä ilmenee seuraavissa kommentteissa:

Kyl mul on sit sellanen hyvä kokemus yhestä, kun yhtä reseptiä kuitenkin joudun uusimaan silloin tällön, niin meillä on tullut semmonen että hän ei edes halua nähdä lääkäriässä, et mä vaan soitan hänelle ja hän lähettää sen joko apteekkiin tai kotiin ja usein miten vielä veloituksetta sen reseption, et mun mielestä se on kans ihan mielettömän hyvää palvelua..ja just siks että on pitkä asiakassuhde. Nää on niitä semmosii, hyvä puolia siinä. (Y, 44)

Must se oli ihan uskomatonta että neurologi antaa kotinumeron kun mä olin aivan järkyttyny et enhän mä nyt halua häiritä kotona tämmösellä asialla et soitanko mä huomenna töihin..ei hän halus ehdottomasti et käydään läpi se asia ja kerto diagnoosin ja ei siis ollu mitään huolta, rauhotteli ja sit ku mä yritin sanoo että no miten mä maksan tän ni, eei mitään, et kyl tää kuuluu palveluun. Mä olin siis aivan hämmästyny myönteisesti niin paljon..toi on sitä mitä mä koen et yksityisel voi saada tällasta aivan uskomatonta palvelua. (Y, 44)

Yksi lääkäreistä koki asiakassuhteen hyväksi silloin, kun potilaalla oli pitkä sairaushistoria:

Mä näkisin et semmosten kohdalla joilla on paljon sairauksia ja pitkä sairaushistoria, ni niille on eduksi se, että on oma vakituinen lääkäri..semmosil ei oo tarve, nuoret terveet ihmiset jotka käy flunssien takia hakemassa sairauslomaa, niin sillä ei oo paljoakaan väliä onks tuttu vai ei.(L, Y&J, 47)

Asiakkaat hakevat pitkäaikaiselta asiakassuhteelta kuitenkin myös muunlaisia hyötyjä, kuten sosiaalisia hyötyjä (Gwinner ym. 1998). Sosiaaliset siteet kehittyvät palveluhenkilöstön ja asiakkaan välille vuorovaikutteisuuden kautta. Sosiaalisia siteitä kehittävät esim. palveluhenkilöstön huolehtiminen ja välittäminen asiakkaasta sekä asiakkaan kanssa vietetty aika. (Peltier ym. 1998). Sosiaalisten hyötyjen arvo tuli esille myös tässä tutkimuksessa:

Kyl se sillä lailla jos on tullu..no yksityiseltä hammaslääkäripuolelta, ni ku on monen, sanotaan 20, 30 vuoden suhde ni kyl se on paljo helpompi mennä ja se on melkeen ku kotiinsa menee..et kyl siinä on suuri ero..samoin joku gynekologi joka on iät ja ajat sama ni kyl se on ihan erilainen mennä ku ihan tuntemattomalle.(Y&J, 56)

Joo..kyllä semmonen puoli siinä on..että tuota nimenomaan seniorikansalaiset ni kylhän ne on kauheen kiitollisia ku muutaki jutustelee ku sairausasiaa..ja monethan on yksinäisiä ni..niille on tapaus tää käynti..lääkärikäynti.(L, J, 60)

Kuntapuolella mummit ne tulee kun ne on 3 kertaa käyneet, niin sit ne saa loput vuoden käynnit maksutta, nehän kävis vaikka kerran kuussa näyttämässä lasten lastensa tuoreet kuvat, tulee niin tyytyväisenä ja sit ne kaivaa sielt käsilaukusta katsopas nyt kun Felix on täyttänyt vuoden..sit niit pitää kattoo, yksin elävät, leskeks jääneet mummit, jotka on niin vanhoja et ikätoveritkin alkaa olla jo kuolleet, ne on oikeesti yksinäisiä. Se on se sosiaalinen kontakti se terveyskeskus.(L, Y&J, 47)

Rakenteelliset siteet edustavat korkeinta asiakassuhteen tasoa. Asiakkaan ja lääkärin välinen vuorovaikutus ja luottamus on hyvin vahva, ja asiakkaan annetaan vaikuttaa omaan hoitoonsa. Rakenteelliset siteet usein syntyvät pitkät ajan kuluessa. (Peltier ym. 1998). Rakenteellisten siteiden merkitys tuli esille yhden haastatellun kommentissa:

.. juhannusaatonaattona multa katkes etuhammas..ja hänellä oli vastaanotto keskustassa ja hän asu kulosaassa muistaakseni, niin mä soitin hänelle ja olin ..hän lähti, sanoi että mennään sinne vastaanotolle, varmaan joskus kymmenen aikaan illalla tehtiin treffit sinne ja hän laitto mulle väliaikasen etuhampaan (Y&J, 56).

5.3.4 Laadulliset riskitekijät vaikuttavat koettuun palvelun laatuun

Lääkäripalveluihin liittyy erityispiirteitä, joita ei muissa palveluissa ole. Nämä piirteet vaikuttavat myös potilaan osallistumiseen ja asennoitumiseen palvelua kohtaan. (Berry & Bendapudi 2003). Palveluiden arvioinnin vaikeus kuin myös mahdolliset palveluun liitettävät riskitekijät vaikuttavat lääkäripalveluiden kohdalla palveluntarjoajan valintaan.

Koettuun riskiin kuuluvat riskin eri muodot. Näihin muotoihin kuuluvat mm. rahoituksellinen riski, fyysinen riski, laatuun tai suoritukseen liittyvä riski, psykologinen riski, sosiaalinen riski ja ajan menettämiseen liittyvä riski. (Turley& LeBlanc 1993). Lääkäripalveluihin voi liittyä erityisesti laadullinen, fyysinen ja psykologinen riski. Laatuun liittyvä riski muodostuu asiakkaan epävarmuudesta siitä kuinka palvelu on tuotettu. Epävarmuus voi ilmetä esimerkiksi luottamuksen puutteena palveluntuottajaa kohtaan. Eräät haastatellut kokivat epäluottamusta herättävänä sen, jos lääkäri alkoi selata lääkeluetteloä kesken vastaanoton:

No kylhä se tietysti monesta tekijästä se luottamus syntyy, kyllä mä kerran olin sellasessa tilanteessa jos taas näitä muisteloita voi sanoa, ni mul oli hirveen kipeät leukanivelet täältä sitten mä menen lääkäriille ja tommonen vanhempi, selvästi niinku eläkeiän ylittäny setä siel sitten jutteli ja vähän naureskeli ja vitsaili mun kustannuksella.. ja sen jälkeen se ei yhtään keksiny mitään diagnoosii, sen sijaan se rupes selailemaan tota Pharmaca Fennicaa, se on sellanen iso opus, lääkeluottelo, se selaa sitä edes takas hysteerisenä ja ettii siit jotain lääkettä ilmeisesti..eihän tämmösessä mitenkään voi tuntee sitä luottamusta ja sit ku lopulta saa sen jonku lääkkeen ni mieltii et mitähän rotanmyrkky tää sit on. (Y, 44)

No sillä tavalla ettei syvenny siihen asiaan, että mitä tähän nyt jotain lääkettä..saattaa kattoo lääkekirjasta, että mitä nyt antasin tähän.(Y&J, 74)

Yksi haastatelluista lääkäreistä koki, että myös ulkonäölliset, ammattitaitoon liittymättömät tekijät

voivat aiheuttaa potilaassa epävarmuutta:

Monet asiat vaikuttavat jos on nuori lääkäri vaikka kuinka älykäs kuinka, mutta se on suuri merkki tällainen ulkonäkö, nuori..oli tällaisia esimerkkejä että potilas vaihtoi koska oli liian nuori lääkäri. Sitten jos on lääkäri rauhallinen ja kuuntelee riittävästi se vaikuttaa siihen että potilaan luottamus aika nopeastikin kehittyy.. ja tottakai jos on ulkomaalainen lääkäri, sekin on sellainen tekijä joka vaikuttaa tähän..sen pitää tehdä enemmän työtä.(L, J, 50)

Seuraavasta kommentista ilmenee, että laadullisia riskitekijöitä minimoidakseen potilaat ovat valmiita maksamaan yksityisestä lääkärikäynnistä:

Sitten mikä mul on nykyisin ongelmana niin mulla ja mun lääkäriellä ei oo sama äidinkieli, tai me ei aina ihan ymmärretä toisiamme, mul on venäläinen lääkäri, ni sen takii ei sit viitti mennä sinne ihan kaikis vaivoissa..mut yksityisellä koen et kun rahalla maksaa niin siel aika hyvin ajat pitää kutinsa ja sitten tota..sielt saa sen palvelun ja ne myös hanakasti kirjottaa lähetteitä..et mä luotan siihen ammattitaitoon enemmän siellä kun yleislääkäriellä.(Y&J, 29)

Laatua voi asiakkaan mielestä heijastella myös palvelusta maksettava hinta:

Mä olen tavannut nyt täällä potilaita, joita en ole tavannut kun olin töissä terveyskeskuksessa, koska ne ei tiedä että mä olen myös töissä terveyskeskuksessa..niin sitten ne sanoo että kyllä minä nyt pääsin kunnon lääkärielle, että ei siellä terveyskeskuksessa tiedetä mistään mitään..onneksi minä pääsin nyt tänne, vaikka mä kyllä pyrin siihen että mä annan siellä tai täällä ihan yhtä laadukasta palvelua. (L, Y&J, 47)

Laatuun liittyvä riski ilmenee muun muassa siten, että asiakas ei pysty ennalta käsin tai jälkikäteen kovin hyvin arvioimaan saamaansa palvelun laatua. Asiakas arvioikin usein palvelua sen kautta, millainen tunne hänelle on jäänyt tapaamisesta. Eräät haastatelluista kokivat lääkärin haparoivat otteet epävarmuutta herättäviksi:

Et jos lääkäriellä on haparoivat otteet tai ei osaa selittää vaivaa tarpeeks hyvin niin siitä tulee epävarma olo..et kyl semmonen varmaotteisuus pitää olla..ettei liikaa (varottele) potilasta..(J, 30)

..ja se kosketuski jos lääkäri tekee jotain toimenpidettä et se on sellanen varma eikä hapuileva.

(Y&J, 29)

5.3.5 Psykologiset ja fyysiset riskitekijät vaikuttavat koettuun palvelun laatuun

Potilaat hakeutuvat terveystalouteen usein vastahakoisesti, vaikka kyse olisikin vain vuosittaisesta tarkastuksesta. Potilaiden vastahakoisuus voi myös vaikuttaa potilaan arvioihin palvelun laadusta. (Berry & Bendapudi 2003). Lääkäripalveluihin liittyvä fyysinen riski voi liittyä pelkoon siitä, että jokin lääkärin suosittelema toimenpide tai hoitosuositus on epäsuopiva, ja aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä. Asiakas voi myös pelätä kipua tai sitä, että häneltä löytyy joku vakava sairaus:

Tyypillisesti pelätään että onko syöpä vai ei, onko se riittävästi tutkittu, onko riittävästi otettu huomioon kaikki pienet asiat mistä hän haluis puhua, onks joku pieni tällanen särky..todennäköisesti se johtuu syövästä on tällanen potilaan tyypillinen pelko..se on aika tärkeätä että jostain pienestä asiasta keskustellaan potillaan kanssa, koska jos ei oo käsitelty heti tällasia asioita, se voi olla että tästä asiasta kasvaa suuri ongelma ja jopa sitten..ymmärtääkö lääkäri ongelman (L, J, 50)

Psykologinen riski liittyy myös lääkäripalveluihin. Asiakasta voi esimerkiksi jännittää lääkäritapaamiseen liittyvä sosiaalinen aspekti:

Mä vähä niinku jännitän yleensäkin noita lääkärikäyntejä, et se on se negatiivinen tunne joka mulle tulee ekana kun pitää mennä ja sit se, et kun mulle tulee se tarve, niin mä mietin et voi luoja kun ei sielt saa ikinä aikaa, kunnallisel puolel se ajanvaraus on ihan tuskaa, sinne pitää heti kukonlaulun aikaan ruveta soittelee et ois ees jotain toivoo..et se toivottomuus siinä ehkä tulee..et jännitys ja toivottomuus on ne mitä siin herää.....(jännitys mihin?)..siihen ihmiskontaktiin, mul on, erilaisia lääkäreitä kohdannut, ja negatiivinen kokemus siitä yhdestä lääkäristä niin tota..niin mä pelkään et mikäköhän siel on nytten vastassa..(Y&J, 29)

Yleinen psykologinen riski on nolouden tunne. Tämä tuli ilmi kolmen lääkärin haastattelussa:

Nehän (vanhukset) saattaa etukäteen pelottaa ja jännittää ja joskus joku on sanonuki et minä valvoin koko viime yön kun piti tänne tulla, et siin pitää sit keventää sitä tunnelmaa, ja sit jos on viel joku vaiva, jonka se kokee ite noloks, niinku pyrkii keventämään sitä tilannetta et se ihminen tuntis olonsa vähän miellyttävämmäks..ja et se ymmärtäis et tähän on mulle jokapäiväistä leipää,

hänenkin vaivansa joka hänen mielestään saattaa olla niinkin häpeällinen, et kellään toisella ei oo koskaan ollu..mut sit jos hänet saa ymmärtämään et mä nään noit joka päivä niin usein se tilanne sit vähä kevenee et aijaa oot sä ennenkin kuullu tällasii juttuja. (L, Y&J, 47)

Sit täytyy olla sellanen myönteinen ilmapiiri, että toinen voi hyvin tuoda esille kaikki ehkä intiimit ja hankalankin tunteet asiat..ilmapiirillä on suuri merkitys.(L, Y&J, 51)

no potilaalla voi olla asioita joita hän häpeää..vaikka joku alkoholin käyttö, joku mielenterveysongelma..voi kokea ongelmansa turhanpäiväseks, mitättömäks. (L, J, 60)

Uudet tilanteet koetaan yleensä myös jännittävinä:

Ja sit kyl ehkä sekin et jos on menos johonkin toimenpiteeseen, niin..kylhän se jännittää, et en mä sit tiedä onks se kipu mikä siin jännittää, mut yleensäkin tuntemattomia asioita, kun ei tiedä niin paljon. (Y&J, 29)

Miehet voivat kokea lääkärille aroista asioista puhumisen vaikeammaksi kuin naiset:

Niin no tietenk..miten sen nyt muotoilis..joku tämmönen arempi..varmaan se on myös aika paljon asiakkaasta kiinni kuinka suhtautuu asiaan..kuinka kertoo siitä lääkärille..jos on joku kiusallisempi sairaus mutta mitä ainkain henk.koht, niin tulee mentyy sinne ja kerrotuu faktat ja sit siitä eteenpäin..ehkä mä oon tämmönen tyypillinen mies, ei kummemmin valittele vaivojaan..nopeesti resepti ja pois. (J, 30)

5.4 Lääkärin rooli ja osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä vastaanottotilanteessa

Palveluprosessin osallistujia ovat kaikki palvelun tuottamiseen ja kuluttamiseen osallistuvat ihmiset, kuten palvelun tarjoaja, asiakas itse ja muut asiakkaat. Kaikki edellä mainitut osallistujat vaikuttavat asiakkaan kokemuksiin palvelusta. Erityisesti ihmisten väliseen kommunikointiin perustuvissa palveluissa yrityksen henkilökunnalla on suuri vaikutus asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Palveluntarjoajat ovatkin niin suuri osa palvelua, että heidät voidaan nähdä itse palveluna.

Myös asiakkaan osallistuminen palvelun tuottamiseen luo erityisen suhteen asiakkaan ja palveluhenkilöstön välille. (Chung & Schneider 2002). Lääkärin ja potilaan välisessä palvelukohtaamisessa molemmat osapuolet oppivat toisiltaan. Palvelukohtaamisessa potilas luovuttaa lääkärille tietoja itsestään, kun taas lääkäri ottaa vastuun tutkimuksesta, lopullisesta diagnoosista ja mahdollisista hoidoista. (Nordgren 2008). Yksi haastatelluista lääkäreistä muistutti, että lääkäri on edelleen se, jolla on päätäntävalta vastaanotosta ja sen etenemisestä:

Tietysti ihan selkeet roolit on, lääkäri on lääkäri ja potilas on potilas..potilas ei niitä sais..eikä niitä voi sekottaa niitä rooleja..koska lääkäri on se joka lääketieteellisellä ammattitaidolla vetää sen tilanteen läpi..ja tota potilaan pitäis lähtökohtasesti olla aika avoimena niiden vaivojensa kanssa..pitäs pystyä luottamaan että lääkäri tekee sen arvion mitä tarvii tehdä ja mitä ei..et kyl roolit täytyy olla.. täysin omat roolit.(L, Y&J, 51)

Asiakkailla on Kelley ym. (1990) mukaan normatiivisia odotuksia siitä, kuinka palvelukohtaamisessa palveluhenkilön tulee toimia ja käyttäytyä. Tätä odotusta vastaan usein peilataan palvelukokemuksia. Rafaeli ym. (1989) mukaan palveluhenkilöstö ja asiakkaat ovat psykologisesti lähellä toisiaan johtuen palveluiden interaktiivisesta luonteesta. Tästä johtuen työntekijöiden tuntemukset, asenteet ja käyttäytyminen ovat kriittisiä tekijöitä palvelun laadun ja asiakastyytyväisyyden määrittämisessä (Chung & Schneider 2002). Tätä tutkimusta varten kerättyjen haastattelujen pohjalta voidaan todeta lääkäriltä odotettavan käytöksen kiteytyvän hyvin seuraavassa luonnehdinnassa:

Asiantuntija, joka on empaattinen, kuuntelee ja jolla on aikaa. (L, Y&J, 47)

Palveluntarjoajan asiallinen käyttäytyminen koettiin tärkeäksi:

Käyttäydytään asiallisesti, et sen ei tarvi olla mitään yltiöpositiivista linnunlaulua..mut asiallinen kohtaaminen..et onhan se kuitenkin asiakaspalveluammatti että ei voi vaan hymähdellä ja olla tympee, mut et asiallinen kuvaa hyvin sitä..ammattillinen.(Y&J, 29)

Asiallinen, jämpä, kertoo asiat niinku ne on, ei kiertele mitään. Itse ehkä pidän sellasesta että suoraan asian ytimeen ettei siinä tarvi mitään hyssyttelyä tai jotain sellasta, empaattista tai voivottelua, vaan suhtaudutaan niinku aikuiseen ihmiseen (J, 30)

Myös ystävällinen käytös nousi esille:

Ensinnäkin, että hän heti ovella tervehtii..ottaa heti huomioon potilaan asian (Y&J, 74)

Tottakai lääkärillä pitää olla jonkin verran empatiaa koska sehän tarkoittaa että sä pystyt asettumaan sen potilaan tilanteeseen..jos sulla ei oo empatiaa ni et sä pysty tekee tollasta työtä..et sillan sä et työskentele ihmisten kanssa joilla on jotain vaikeuksia tai oireita.(L, Y&J, 51)

Yksi haastatelluista koki saavansa ystävällisempää palvelua yksityisellä kuin julkisella puolella:

Täytyy sanoa että riippuu lääkäristä..kunnallisessa on ollut hyviä, kyllähän tänä päivänä yksityisellä on ystävällisempää..en tiedä, onko se kilpailua, mutta siis kohtelu on todella parempi yksityisellä.(Y&J, 74)

Yksi haastatelluista koki empaattisuuden tuovan lisäarvoa, muttei pitänyt sitä lääkärin tärkeimpänä ominaisuutena. Haastateltu myös koki, että ilmoittautumishenkilökunnan ystävällisyys lisää laadun tunnetta:

*Erityisesti musta se empaattisuus on se mist saa lisäarvoa jos tää kassahenkilökunta ja ilmoittautumishenkilökunta ja sairaanhoitaja jos ne on empaattisii, tulee sellanen ylimääräinen, siel hymyillään ja ollaan, sanotaan nätisti jotakin, niist tulee sellanen niinku ylimääräinen hyvän palvelun laadun tunne, mut et en mä tiää, ei lääkäri tietysti, no empaattisuukin on tärkeätä, mut kyl se asiantuntevuus ja semmonen on vielä tärkeempää et siel se empaattisuus ei oo se ykkösasia ehkä.
(Y, 44)*

Yksi haastatelluista ei kokenut lääkärin empaattisuuden juuri merkitsevän:

ei sillä lääkärin empaattisuudella..enemmän on painoarvoa ammattitaidolla, kuinka asia hoidetaan, ei empaattisuus, ainakaan mulle niin merkitse.(J, 30)

5.4.1 Palveluntarjoajan ammattitaidolla suuri merkitys koettuun palvelun laatuun

Hill ym. (1989) ovat tutkineet asiakkaan valintakriteereitä lääkäripalveluiden kohdalla. Tutkijoiden mukaan palveluntarjoajan kompetenssi (esittää oikeita kysymyksiä, vaikuttaa aidosti kiinnostuneelta ja kertoo asiakkaalle mitä milloinkin tekee) vaikuttaa merkittävästi asiakkaan kokemaan palvelun laatuun. Myös Ramsaram-Fowdar (2004) mukaan lääkärin kyky toimia asiakkaan hyvinvointia edistävällä tavalla on tärkein laadullinen aspekti. Tämä ilmenee myös seuraavissa sitaateissa:

No kyllähän..se asiantuntevuus, sitähan sinne mennään hakemaan, että..mutta tota, että sehän on etusijalle se..että se kaikki muu mitä siinä on kylkiäisenä kaikki on plussaa. (Y&J, 56)

No että potilas tuntee että lääkäri on ollu kiinnostuneen olonen hänen vaivoistansa ja perehtynyt niihin kunnolla, että tulee sellanen olo että lääkäri oli ammattitaitonen ja halus ottaa hänen asiansa selvitettäväksi..elikkä niinku..se on varmaan se kaikkein tärkein.(L, Y&J, 51v)

Mun omaan osallistumiseen kuuluu et mä aktiivisesti otan selvää mitä se ongelma koskee ja mä yritän selvittää sen ja löytää siihen ratkasun. (L, Y&J, 47)

Lääkärin ammattitaito koettiin myös kaikkein eniten luottamusta herättäväksi tekijäksi. Myös lääkärin kokeneisuuden ja käytöksen koettiin vaikuttivat luottamukseen:

Semmonen niinku asiantunteva, elikkä ..no, et lääkäri tyyliin toteaa et hän on näitä tapauksia nähny paljo ja semmonen niinku herättää luottamusta et hänel on tietoa tästä asiasta, et se ei herätä luottamusta et otetaan joku kirja ja ruvetaan plärää sieltä et ..mäki voisin ite tehdä sen, tai pistetään googleen äkkii hakusana..ei vaan, et se tieto ois vähä niinku siellä nupissa sillä lääkäriillä...tai ainakin esittää tietävänsä, ei oo epävarma (Y&J, 29)

No..kyl se luottamus on just synnynnäistä..ammattitaidosta ja empaattisuudesta..vois sanoo näin. (L, J, 60)

No se on tietysti semmonen että kokee että tulee kuulluksi ja että kokee että tulee

autetuksi... ehdottomasti siis se lopputulos ratkasee, se että avun saa, tietysti semmoseen mielikuvaan ja luottamukseen ja tälläseen vaikuttaa lääkärin käyttäytyminen mutta jälkipelissä se on se tuleeko, tuntuuko että saa diagnoosin ja oikean avun. (Y, 44)

Haastatellut kokivat tärkeäksi sen, että lääkäri perustelee potilaalle päätöksensä:

Onks se vain hoidettu pois vai onks myös selitetty, mistä se johtuu..on olemassa tämmösiä syitä mihin emme voi vaikuttaa, pitää selittää potilaalle että on tämmöisiä asioita niiden kanssa pitää vain pärjätä ja se on tärkeää että potilaalle selitetään että..tällainen asia. (L, J, 50)

No sit on sellasii potilaita joilla saattaa olla sellasia toiveita tätä vastaanottoa kohtaan jotka ei tietenkään kaikki aina toteudu, mutta silti mun mielestä se palvelukohtaaminen on ollu hyvä jos se potilas on ymmärtäny..sille on perusteltu miksi hänen tiettyihin toivomuksiinsa ei välttämättä vastata(L, Y&J, 47)

No kyl se semmonen joka..se kuuntelu, sitä mä kyllä painotan aika paljon..kuuntelua ja sitten ni sellanen perustelu kanssa yhdessä niin vaikuttaa.(Y&J, 56)

Eräät haastatellut kokivat, että lääkärin ammattitaitoon kuuluu myös se, että hän tarvittaessa kysyy neuvoa enemmän asiasta tietävältä taholta:

Pahinta vielä jos ois ammattitaidottoman tuntunen...ammattitaidottomuutta ei varsinaisesti ole se että myöntää etten tiedä asiaa, vaan se on ammattitaidottomuutta että luulee tietävänsä muttei tiedä..et kyl mä oon potilaalle sanonu etten nyt tiedä, mun tarvii kysyä, ottaa selvää.(L, J, 60)

Just niinku että minusta se on hyvän lääkärin ominaisuus että jos tuntuu että mulla ei nää omat eväät nyt riittäneet että pyytää sitä..apua asiantuntijalta. (Y&J, 56)

5.4.2 Vuorovaikutusta vahvistavat tekijät lääkäripalveluissa

Laaja tiedonvaihto asiakkaan ja lääkärin välillä johtaa Carmanin (2000) mukaan erottamattomuuteen, mikä rohkaisee asiakasta arvioimaan palvelua sosiaalisen vuorovaikutuksen perusteella. Henkilöiden väliset ja sosiaaliset elementit ovat kriittisiä lääkäri-potilassuhteelle, sillä

ne luovat henkilökohtaisen siteen palveluntarjoajan ja asiakkaan välille (Hausmann 2004). Hausmannin (2004) mukaan hoitosuhteeseen kuuluvia sosiaalisia elementtejä ovat luottamus, huolenpito, kommunikaatio, huolehtivaisuus ja tarkkaavaisuus. Yleisesti ottaen, mitä positiivisemmin asiakas kokee vuorovaikutussuhteensa lääkärin kanssa, sitä positiivisemmin asiakas palvelua arvioi.(Hausmann 2004).

Lääkärin tulee pyrkiä vahvistamaan vuorovaikutusta potilaan ja itsensä välillä. Vuorovaikutuksen vahvistaminen onnistuu siten, että lääkäri huomioi potilaan yksilönä. Lääkärin tulisi myös osoittaa aitoa välittämistä ja huolenpitoa potilasta kohtaan, vaikka lääkäri tapaa hyvinkin monta potilasta päivässä. (Hausmann 2004). Yksi haastatelluista lääkäreistä korosti henkilökohtaisuuden tunteen merkitystä palvelukohtaamisessa:

Avoin, rehellinen keskustelu vailla mitään moralisointia..potilas pystyy kertomaan sen mikä oikeesti askarruttaa mieltä, niin se on hyvä juttu..eli ilmapiiri täytyy olla täysin avoin...henkilökohtaisuuden tunne ja otetaan huomioon potilaan..keskitytään.. kyl mä usein kysyn et mikä on teidän toive, no minkä vuoksi tulitte..ja sit mä saatan kysyä kun vastaanotto loppuu että vastasko tää käynti teidän odotuksia..vai jäiks teille jotain mitä oisitte viel halunnu kysyä tai..niin, et oottekste tyytyväinen, niin mä kysyn sen..varsinkin sillon kun must tuntuu että siel joku jäi kalvamaan mieltä.(L, J, 60)

Myös se, että lääkäri esittää asiat potilaalle ymmärrettävästi koettiin tärkeäksi:

..mutta tottakai että sen asiantuntevuuden tuo julki silleen että se on..et sen ymmärtää potilas..et ei niitä termejä..et se on..että laittaa ne lääketieteen termit sillä lailla että potilas ymmärtää..et sehän on tosi tärkeä sit tietenkkin. (Y&J, 56)

Yksi haastatelluista koki, että lääkärin tulisi huomioida tuloksia kerrottaessa myös potilaan huolestuneisuuden taso:

Ja sit kun mä soitan sille ni se sanoo että toinen luomi oli hyvänlaatuinen rasvaluomi, ja sit se kerto siit jotain, no sit mä tietysti aattelin et okei, toinen luomi on tietysti pahan laatunen, kun toinen on hyvänlaatuinen, ni ei, toinen olikin sit hyvänlaatuinen joku pigmenttiluomi, en mä ollu tienny et on erilaatuisia luomia olemassa. Niin mut tääki meni sillä tavalla, että väärin tuli kerrottua asia potillalle, et siis pieni stressikäyrä kyl nous siinä vaiheessa kun se juttu meni loppuunsa. Hirveen tärkeetä miten siinä vaiheessa kun on vähänkin huolestuttava asia et miten sen asian kertoo

potilaalle. (Y, 44)

Luodulla ilmapiirillä koettiin olevan suuri merkitys asiakkaan omaankin osallistumiseen:

Tietysti lääkäriellä pitää olla riittävästi aikaa, että pystyy käsittelemään potilaan ongelmat ja vaivat..sit täytyy olla sellanen myönteinen ilmapiiri, että toinen voi hyvin tuoda esille kaikki ehkä intiimit ja hankalankin tunteet asiat..ilmapiirillä on suuri merkitys..ja tota..no tietysti jos on liian kiireinen työrytmi, niin lääkäri on heti kiireisen oloinen, ei välttämättä malta kuunnella potilaan lauseita loppuun, keskeyttää, koska pitää viedä nopeempaa asiaa eteenpäin, se luo tunnelmaa, että tottakai potilaasta tuntuu että lääkäriellä ei ole oikein aikaa hänen asioitaan varten, tai ei sit tuo niin spontaanisti esille, liian kiireinen ilmapiiri tietysti vaikeuttaa sitä kohtaamista. (L., Y&J, 51v)

Riippuu toi..vastapuolestakin että millanen lääkäri sattuu olemaan, et jos hän on hyvin negatiivinen, niin sil on heti vaikutus omaan mielialaan...joo no, tietysti aina pyrin kertomaan kaiken alusta loppuun, ja lääkäri myöskin kysyy että kaikki alku.ja loppu, mut se täytyy sanoa et se riippuu siitä lääkäristä, miten se on kiinnostunut käymään kaikki nämä asiat läpi. (Y&J, 74)

Työntekijän kiire ja kyvyttömyys kuunnella asiakasta saattavat myös vähentää asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia. (Taipale ym. 2004, s.82). Kiireettömyyden tuntu tuntui olevan myös yksi tärkeistä laatuun vaikuttavista tekijöistä:

Joskus tuntuu eri lääkäreissä, että se menee niinku läpihuutona, mutta tuota ..niin että se on vaan sellasta että lääkäri pääsee äkkiä posi tästä..vastaanottoajasta, mutta täytyy sanoa, että meillä on tällä hetkellä lääkäri terveystakeskuksen kautta, ja hän todella kuuntelee..että ei oo kiirettä..meillähän on ollut paljon erilaisia lääkäreitä, joissa osa on ollut kuin liukuhihnalta hoitamista..osalla on ollut potilas hyvin tärkeä. (Y&J, 74v)

Mikä herättää tyytymättömyyttä, niin jos potilaalle jää jotenkin epäselväks..mahtoko se lääkäri kuunnella hänen oireitansa, ja perehtykö se niihin..oliko se niin kiireisen olonen et näytti et se ei oikeen perehdy niihin.(L., Y&J, 51v)

Ehkä sen vois viel sanoa että, vois kiteyttää sen sillä tavalla siis se on..tavallaan antaa semmosen tunteen että sillä on kaikki maailman aika käytettävissä juuri minulle, mut sit samalla sitte silleen tehokkaasti kysellen selvittää ne oireet ja tekee sen oikean diagnoosin. Et siin tulee semmonen se

rauhallisuus sillä tavalla et saa vastaukset kysymyksiin mut sit on toisaalta tehokas. Odottaa esiintyvän rauhallisesti ja asiantuntevasti.(Y, 44)

Myös se, että asiakkaaseen keskitytään yhtäjaksoisesti ilman keskeytyksiä koetaan tärkeäksi (Hill ym. 1989). Tämä ilmenee seuraavassa sitaatissa:

Mut mun mielestä silloin ku on potilas sisällä, niin silloin lääkärin ei pitäis vastata muihin puheluihin..ei sitä hirveesti tapahdu mut joskus tapahtuu..sekä yksityisellä että julkisella mun mielestä on käyny. (Y&J, 56v)

Toisaalta yksi lääkäreistä koki, että potilaat voivat olla joskus liiankin vuolassanaisia:

Jos potilas koko ajan keskeytetään niin ei se kenestäkään tunnu kivalta, jos lääkäri ohjailee sitä anamneesia, eli sitä vastaanoton osaa jossa potilas itse kertoo vaivoistaan, niin jos lääkäri koko ajan keskeyttää niin tottakai siitä jää huono maku..tottakai niinki joskus tulee tehtyä, jos on hirvittävän vuolassanainen potilas jonka puheet rupee rönsyilemään niin et niinku sä et löydä sieltä villakoiran ydintä..että sulla vaikka oisit 10 minuuttia kuunnellu ja edelleen tuntuu et minkähän takia tää potilas tuli vastaanotolle, niin silloin on pakko keskeyttää ja alkaa johdattelee niitä kysymyksiä. (L, Y&J, 51)

5.4.3 Kuuntelulla suuri merkitys koettuun palvelun laatuun

Hyvä viestintä on vuorovaikutteista. Hyvä keskustelija on myös hyvä kuuntelija. Yhtä lailla kuin henkilöstön keskinäisessä kanssakäymisessä myös asiakasviestinnässä tavoitteena on symmetrinen vaikutus osapuolten välillä. Symmetrisyys merkitsee sitä, että osaa myös kuunnella ja ottaa huomioon ne ideat, ehdotukset ja toivomukset, joita toinen osapuoli esittää. (Pesonen ym. 2002, s. 115-116). Asiakkaan oma osallistuminen kuin myös palveluntarjoajan osallistuminen vaikuttavat siihen, onnistutaanko asiakkaalle tuottamaan hänen toivomansa palvelu. Esimerkiksi asiakkaan ongelman selittäminen, kuin myös palveluntarjoajan asiakkaan ongelmista tekemä tulkinta vaikuttavat tähän. Usein asiakkaat arvioivat palveluntarjoajan positiivisesti, jos vaikuttaa siltä että palveluntarjoaja kuuntelee asiakasta ja käyttää asiakkaan tarjoamaa informaatiota. (Van Raaij & Pruyn 1998).

Potilaille on hyvin tärkeää, että lääkäri kuuntelee heidän vaivojaan ja näin ollen osoittaa ymmärrystä potilaan ongelmaa kohtaan. Terveysteen liittyvät asiat usein painavat asiakkaan mieltä, mistä johtuen aidon kiinnostuksen osoittaminen on tärkeää.

No siis se etä sillä potilaalla oli sellane tunne että lääkäriillä oli sille aikaa. Kuunteli sitä, sit potilaalla oli mahdollisuus kysyä kysymyksiä ja se sai kenties vastaukset kysymyksinsä. (L., Y, 47v)

No vois sanoa että sekä lääkäri ja potilas on tyytyväinen käyntiin..että potilaalle on tullu sellanen tunne että häntä kuunnellaan aidosti, otetaan hänet vakavasti ja että hän on saanut ilmastua sen, mikä häntä oikeesti askarruttaa. (L, J, 60)

No se on aika tärkeetä et lääkäri kuuntelee, ettei tuu sellasta tunnetta et se polkee mun yli, et sä pystyt kertoo sen sun asias, ja sen jälkeen se voi jutella, ja sit pitää itse kuunnella, et eihän siit tuu mitään jos päällekin puhutaan, kylhä se kuuntehuun aika pitkällekin perustuu... (Y&J, 29)

Se on tietysti se kaikista tärkein..kuunnella..joskus lääkärikäyntien aikana on ollu, kuten aikasemminkin sanoin, että lääkäri ei oo kuunnellu, vaan äkkiä vaan pois..näitäki tapauksia on ollu..sillon on hyvä kun lääkäriillä on aikaa. (Y&J, 74)

5.4.4 Sanattomalla viestinnällä suuri merkitys koettuun palvelun laatuun

Suullisen viestinnän lisäksi palvelukohtaamista muokkaa molempien osapuolten sanaton viestintä. Sanattomaan viestintään lukeutuvat kehon kieli, tapa puhua, fyysinen läheisyys ja ulkoinen olemus. Nämä tekijät puolestaan vaikuttavat asiakkaan arvioon palveluntarjoajan uskottavuudesta, ystävällisyydestä, kyvykkyydestä, empaattisuudesta, luotettavuudesta ja huomaavaisuudesta. Sanattomalla viestinnällä on vähintään saman verran merkitystä palvelukohtaamista arvioidessa kuin sanallisellakin viestinnällä. (Sundaram & Webster 1998).

Tietysti lääkärin täytyy olla ulkosesti ensinnäkin siisti, puhtaat vaatteet, tukka siististi, täytyy olla perussiisteys..peruskohteliaisuus, ei mitään mairittelevaa ja silleensä. (L, Y&J, 51)

Sanaton viestintä voi vaikuttaa jopa enemmän kuin sanallinen viestintä. Yksi haastatelluista kertoi esimerkin, jolloin sanallinen ja sanaton viestintä olivat olleet ristiriidassa. Luottamuksen syntyyn

vaikuttaa seuraavan kommentin perusteella vahvasti kehonkieli:

No se on vähintään yhtä tärkeä kun puhe, muussakin..tämmösessä lääkärijutussa ehdottoman tärkeä , jos ristiriidassa sanaton ja sanallinen ni kyl siit sit jää äärimmäisen suuri epävarmuus siitä käynnistä. (Y, 44)

Lääkärin huomion kiinnittäminen muualle kuin potilaaseen, esimerkiksi tietokoneeseen, koettiin vaikuttavan negatiivisesti vastaanottotilanteeseen:

Aika usein potilaat ovat tyytymättömiä sen takia että lääkäriellä ei ole aikaa puhua heidän kanssaan ja katsovat vain koneeseen, koska siellä on kaikki tiedot, ja laittavat sinne kaikki..eikä tällaista katsekontaktia ole ollenkaan, lyhyt vastaanotto, pari asiaa pitää tarkistaa ja kaikki tiedot ovat koneessa..joskus kysytään, mutta aina me katsomme koneeseen ei potilaan suuntaan. Se on yleinen syy, mistä potilaat puhuvat, miksi he ovat tyytymättömiä, lääkäri ei katso heidän suuntaan, lääkäri katsoo vain koneeseen. (L, J, 50)

Tärkeä on katsoa aina suoraan silmiin, että tuota mä en tiedä kuinka paljon sitä kehollaan voi vaikuttaa, tuota..joo sillon kun puhuu niin pitäis katsoa silmiin..mutta on näitäkin tapauksia että lääkäri naputtelee konettaan ja kyselee sitten..mutta tietenkin hän kirjottaa siitä asiasta, mutta välillä tuntuu että vois eka kuunnella potilasta ja vasta sitten kääntyä naputtelemaan. (Y&J, 74)

Yksi haastatelluista lääkäreistä koki tietokonejärjestelmien vaativan liikaa aikaa vastaanotolla. Haastatellut lääkärit tuntuivat yleisesti kokevan, että tietokonejärjestelmät ovat usein hankalakäyttöisiä, mistä johtuen he joutuivat keskittymään liikaa tietokoneeseen, eivätkä voineet huomioida asiakasta heidän toivomallaan tavalla:

Niin no kunnallisella..ainakin on aika pakkotahtisen tuntusta se työ..koska on tietokonejärjestelmät jotka vaatii aikaa..ja hoidettavia asioita on paljon..tuota, tuntuu että kiire on siinä potilaan kohtaamisessakin lisääntynyt koko ajan, painetta on niin paljon..yksityisellä periaatteessa voidaan käyttää se aika mitä asiakas tarvitsee, laskutus tulee sit sen mukaan. (L, Y&J, 51)

Yksi haastatelluista koki, että yksityisellä puolella lääkärit ottavat helpommin katsekontaktin asiakkaaseen kuin julkisella puolella:

Joo, tätä mä oon miettiny, koska nykyäänhän lääkärit, ne on lähes koko sen vastaanottoajan siihen koneelle päin kääntyneinä ja kirjottaa..et sehän on hyvin epäkohteliasta..mutta silti me ei koeta sitä sellasena, koska se hoitaa siinä sitä hommaa ja , tai mä en ainakaan koe sitä epäkohteliaana. Mun mielestä julkisella se on lähes poikkeuksetta et se rupee heti sitä reseptii siin vääntää, mutta yksityisellä ne ottaa katsekontaktin, istuu sua vastaan ja..varmaan johtuu siitä, et siel ajatellaan enemmänkin et ne on asiakkaita eikä potilaita, ja ne pyritään pitää siellä, kun julkisella pikemminkin toivotaan ettei tulis enää. (Y&J, 29)

Sanattomalla viestinnällä on mahdollista lievittää psykologisen etäisyyden tunnetta, joka saattaa nousta pintaan kahden toiselle tuntemattoman ihmisen kohtaamisessa. Sanaton viestintä myös muokkaa ja edesauttaa sanallista viestintää. (Sundaram & Webster 1998). Yhden haastatellun lääkärin mukaan sanaton viestintä voi vaikuttaa jopa potilaan käyttäytymiseen:

Mulla on tällanen esimerkki, että..mä en itse muista että millä tavalla, millä sanoilla minä sanoin, mutta oli joku tapaus, minä sanoin, olis hyvä lopettaa tupakan poltto. Todennäköisesti oli joku vaikuttava sävy, koska tämmönen iäkäs mies, polttanut 40 vuotta, ja sitten hän tuli parin kuukauden kuluttua, ja hän sanoi, että hän on lopettanut, samana päivänä kun minä olin sanonut. Se oli ainut tällanen tapaus, että hän oli niin vaikuttunut mun puheesta.(L, J, 50)

5.4.5 Samankaltaisuus ja persoonallisuus voivat vaikuttaa koettuun laatuun ja asiakkaan osallistumiseen

Lehtinen & Lehtinen (1991) mukaan palveluhenkilöstön palvelutyylin ja asiakkaan osallistumistyylin tulee sopia yhteen, muuten asiakas voi arvioida palvelua negatiivisesti. Näin ollen myös persoonallisuustekijöillä on merkitystä palvelua arvioitaessa. Asiakkaan luottamukseen voi vaikuttaa myös palveluhenkilön ja asiakkaan samankaltaisuus. Tämä ilmenee seuraavissa kommentteissa:

No mun omalta kannalta niin ei ole, eikä mun mielestä niinku, mutta kyllä mä uskon että sillä on merkitystä, jos sä nyt mietit vaikka että joku ujo nainen menee naisten vaivojen kanssa naislääkärille tai mieslääkärille, niin moni ujo nainen saattaa kokea itsensä rennommaksi jos se on nainen..tai joku mies menee joidenki sukupuolielinvaivojen takia, niin saattaa mieluummin mennä mieslääkärille kuin naislääkärille..että kyl mä uskon et se vaikuttaa..mut se ei sais vaikuttaa..sitä

pitäis ainakin ammattitaitosen lääkärin pystyy sitä tilannetta lievittämään silleen, et se mahdollisimman vähän vaikuttais.(L, Y&J, 47).

Mut sit ku mennään ihan hiuksia halkomaan, jos on monta hyvää lääkäriä, monta hyvää lääkärikokemusta, siinä on se joku perusta, jonka perusteella sä valitsen sen tietyn hammaslääkärin tai tietyn gynekologin..tai tietyn silmälääkärin..siinä tulee varmaan tää että miten ne kemiat sitten..vaik siihen siinä mikään kaverisuhde oo, et ei kemioiden tarvi kohdata, mutta..kyllä ne varmaan jollakin tavalla ne persoonallisuudet..sit siinä ihan valintavaiheessa jos on monta hyvää vaihtoehtoo. (L, Y&J, 51)

Mitra & Webster (1998) mukaan asiakkaan on helpompi luottaa oman etnisen ryhmänsä edustajaan. Tämä ilmenee kahdessa seuraavassa kommentissa:

Monet potilaat ovat sitä mieltä että pitäis olla samanlainen..tottakai kun on kulttuuritaustat, että jos on musliminainen, pitäisi olla naislääkäri, eräs romaninainen sanoi minulle 5-6 vuotta sitten, että sinun pitäisi ymmärtää minua, koska minäkin olen vähemmistöä. Että minun pitäisi ymmärtää hänen ongelmaansa paremmin kuin naapurilääkäri joka on suomalainen. (L, J, 50)

Mikä mul on nykyisin ongelmana niin mulla ja mun lääkäriellä ei oo sama äidinkieli, tai me ei aina ihan ymmärretä toisiamme, mul on venäläinen lääkäri, ni sen takii ei sit viitti mennä sinne ihan kaikis vaivoissa..(Y&J, 29)

Yksi haastatelluista taas koki, ettei etnisellä taustalla ole merkitystä:

Ei ole, jos hänellä on ammatitaito, niin ei vaikuta mikään esimerkiksi ulkomaalaisuus, on ollu muslimilääkäriä, niin ei sillä ole merkitystä, kunhan vaan huomaa sen että se lääkäri osaa asiansa. (Y&J, 74)

5.5 Lääketieteellisen tiedon omatoiminen etsiminen ja sen vaikutus palvelukohtaamiseen

Ihmiset etsivät yhä enenevässä määrin terveyteen liittyvää tietoa Internetistä. Tämä on myös

vaikuttanut potilaiden odotusten nousuun terveydenhuolto- ja palveluiden kohdalla. Internetissä olevaan tietoon pääsee helposti käsiksi, mikä on horjuttanut perinteistä käsitystä potilaasta passiivisena palvelun vastaanottajana. (Laing ym. 2004).

5.5.1 Tietoa etsitään ennen palvelukohtaamista Internetistä

Tässä tutkimuksessa haastatelluista potilaista kaikki paitsi yksi olivat etsineet tai etsivät tietoa usein ennen vastaanotolle menoa. Suosituin lähde oli Internet, mutta muutama haastatelluista kertoi etsivänsä tietoa myös lääkärikirjoista.

No mä oon kyllä näitä luulosairaita ihmisiä, jotka googlaa heti oireensa, ja välil siel löytyy kin ihan oikeita juttuja.. (Y&J, 29)

No, joskushan tulee luettua jonkinlaista lääkärikirjaa ja..internetissä on kaikenlaista, jos haluaa etukäteen katella niitä niin..voi löytää, mutta ku yleensä tulee sellanen mieli kun tutkii näitä kirjoja tai internetiä, että kaikkiin vaivoihin on samanlaiset oireet..ei aina tiedä sitten että oliko se tämä tai tuo..kyllä mä luen lääkäritietoa aika paljokin ja olen kiinnostunut tietysti myös jos joku kertoo lehdessä samantyyppisestä sairaudesta, niin luen hyvin mielelläni mikä on heidän hoitonsa (Y&J, 74)

Mä esitän aika paljon...joo, kyl mä omia olettamuksia, monta kertaa mä luen lääkärikirjasta ja tutkin ennen kun mä lähen ja mulla on monta kertaa niin.. vahva olettaus että mikä mulla on, ja mä tuon sen julki.. jos on esimerkiksi joku sairaus ja sitten tuon olettamuksen et mä aattelin et voisko se olla tätä...mul on yks hirveen hyvä vanha lääkärikirja, musta siin on hirveen asiallisesti kerrottu kaikki..monista sairauksista. (Y&J, 56)

Kaikki haastateltavat eivät kuitenkaan kokeneet tarpeelliseksi etsiä terveyteen liittyvää tietoa Internetistä:

No kyllä nykyään itseasiassa kun on näitä nettilääkäripalveluita ni sillä voi ainakin jouduttaa sitä palvelun saamista..tai no toisaalta..nii..toisaalta vaivat voi viitata niin moneen tautiin..et mieluummin oottaa sitä asiantuntijan diagnoosia..eikä niihin omiin luota..toisethan tykkää ihan hirveesti tehdä niitä omia diagnooseja..itse kyllä luotan asiantuntijan mielipiteeseen.(J, 30)

Tyypillistä myös on, että tietoa etsitään jonkun toisen ihmisen puolesta, kuten perheenjäsenen tai ystävän. Tyypillisesti Internetistä haetaan tiettyyn sairauteen liittyvää tietoa. (Nicholas ym. 2003).

Lapsel oli esimerkiksi tällänen enterorokko, joka oli, jost en ollu ennen kuullukaan, ja sen löysin ensin etukäteen, että just googlaamalla tai jostain, ja sit menin ja lääkärikin oli sitä samaa mieltä, tota, ei siin mitään, mut siinä mä koin että mä olin ite tehny diagnoosin hienosti etukäteen. (Y, 44)

5.5.2 Ennalta etsitty tieto vaikuttaa vuorovaikutukseen palvelukohtaamisessa

Vahvasti osallistuvat palveluiden käyttäjät etsivät aktiivisesti tietoa ja tuovat vahvasti esille omat mielipiteensä. He ovat valmiita vaihtamaan palveluntarjoajaa ja etsimään vaihtoehtoisia mielipiteitä. (Laing ym. 2004). Osallistumiseen vaikuttaa myös luottamus tai sen puuttuminen palveluntarjoajaa kohtaan, kuten seuraavassa sitaatissa ilmenee:

Et vaik nyt varsinkin kun viime aikoina mul on ollu erinomaisia lääkäreitä niin koen ettei tarvi hirveesti olla itse viemäs asiaa eteenpäin, mut sillon kun on vähä epävarmempi lääkäri esimerkiks tää joka haki sitä Pharmaca Fennicaa, niin kylhän mä sillon koin et mun täytyy olla paljon aktiivisempi siinä tilanteessa. Kyllä se on mun tapani..ennen selasin lääkärikirjoja, nykyään googletan sitte ja on näkemys asiasta ennen mu menee ja..se on tietysti tällanen henkilökohtainen tapa suhtautua (Y, 44)

Yksi haastatelluista koki tärkeäksi, että hänellä on itsellään kopiot sairaskertomuksista. Haastateltu kertoi myös ensin kuuntelevansa lääkärin mielipiteen, ennen kuin tuo esille omansa.

*En lyö mitään papereita siihen eteen, vaan mul on vaan omassa päässä se arvio ja jos se ei johda mihinkään se tilanne, niin mä voin heittää sille lääkärille et miten ois tämmönen, et mä oon vähän tutkinu, mut ei niinku ensimmäisenä, et sehän menee ihan väärille raiteille jos leikkii lääkärii..mut sitä mitä mä ite teen, niin mä kerään aina niinku talteen mustaa valkoselle et mitä on tehty ja millonki...ja sitten pystyy ite pysyy vähän kärryillä, et voi kertoo sit jos joku kysyy ja näin.(Y&J, 29)
(Y&J, 29)*

Nicholas ym. (2003) mukaan Internetistä etsityllä tiedolla koetaan olevan monia hyötyjä. Koetut

hyödyt liittyvät esimerkiksi siihen, kannattaako tiettyjen oireiden takia mennä lääkäriin vai ei:

Puhutaan vaikka, mulla oli otsaontelon tulehdus..niin enhän mä tienny yhtään mist on kyse, mut sit kun mä sitä selvitin niin mä totesin et tää se vois olla, ja eka kantsis mennä lääkäriin, koska mä oon vähä semmonen et mä en sinne kovin helposti mene..niin sitten ne vaivat pahenee, ja sitten kun mä luin sieltä netistä et okei, mul on ehkä tää, et kannattaa mennä lääkäriin, niin se oli sit se..koen et siin oli hyötyä...et mä menin vaan esittää sille ne oireet, ja sitten tota, mä olin saanu itelle sen vahvistuksen et jyskyttää kauheesti päätä eikä voi niinku alaspäin tehdä mitään, et se ei ole normaalia, mene lääkäriin, et mä sain tavallaan sen vahvistuksen siitä tiedosta. (Y&J, 29)

Laing ym. (2004) mukaan lääkäreiden rooliin kuuluukin nykyään arvioida ja tulkita potilaiden esittämiä väittämiä ja kysymyksiä, jotka ovat heränneet Internetistä haetun tiedon vuoksi. Haastatellut lääkärit suhtautuivat vaihtelevasti asiakkaiden ennalta etsittyyn tietoon. Laing ym. (2004) mukaan potilaiden itse hakeman tiedon esittäminen vastaanotolla voi aiheuttaa ärtymystä lääkäreissä, mikä voi johtua siitä, että lääkärit saattavat kokea potilaiden kyseenalaistavan heidän ammattitaitonsa. Yksi haastatelluista lääkäreistä koki kiusalliseksi tilanteen, jossa ilmeni että potilas tiesi enemmän jostain tietystä sairaudesta kuin haastateltu itse. Toisaalta haastateltu lääkäri ei kokenut tämän uhkaavan hänen ammattitaitoaan, vaan pyrki suhtautuman asiaan positiivisesti:

Tietysti joskus on kiusallinen tilanne jos tuntuu et se potilas tietää enemmän ku minä jostain, koska eihän kukaan voi kaikesta tietää kaikkee, niin sit on oikeesti tullu sellasii kiusallisii tilanteita joissa potilas suurin piirtein tietää enemmän ku minä siitä vaivasta minkä hän epäilee itsellään olevan, mutta mun tapani suhtautua siihen on aivan avoimesti naurahtaa ja sanoa että sulla tuntuu olevan enemmän tietoa kuin mulla, ja joskus potilas on kaivanu laukustaan sit mitä se on printannu ja me ollaan yhdessä luettu niitä sitten ja katsottu..me ollaan yhdessä etsitty koneelta vielä lisääkin, et mä oon pyrkiny sellaseen suhtautumistapaan, et mä en oo niinku halunnu ajatella näin et se uhkaa mun ammattitaitoani, jos se potilas tietää enemmän ku minä jostain yksittäisestä asiasta..että kyllä tietysti saattaa tuottaa kiusallisia tilanteita.(L, Y&J, 47)

Sama lääkäri koki arvostavansa tiedostavia asiakkaita, jotka olivat etsineet terveyteen liittyvää tietoa etukäteen:

Mä arvostan sitä et potilas on valistunut, et oikeestaan niinku en mä pidä sitä pahana et ne on ottanu selville asioita etukäteen..et semmonen täysin valistumaton ihminen on ehkä haastavampikin

tapaus ku valistunut..koska aina sitä tietoo kuitenkin yrittää jakaa, aina ajattelee et ne hyötyy siitä kun ne saa tietoo. (L, Y&J, 47)

Osa haastatelluista lääkäreistä koki ensisijaisesti, että potilaan vakuutteluun ja asioiden selittämiseen voi usein kulua liikaa aikaa. Tämä koettiin varsinkin ongelmaksi julkisella puolella, jossa aika on niukka resurssi:

No aikasemmin mä en tykännykkään siitä mut mä huomaan et netti..ihmiset käy siel netis ni..en mä koe siitä haittaa missään tapauksessa olevan..se on tärkeätä vaan että ne itte kertos sen kans...et niitä ei jää sit askarruttamaan että mites tää nyt sanoki näin..kyl tietysti se, netissä vierailu ni, se sit tietysti lisää hirveesti kysymyksiä...joudutaan niinku niin syviin syövereihin et mä koen että täst ei oo hyötyy..siihen menee osittain liikaa aikaa.(L, J, 60)

Se häiritsee aika paljon ja aika usein. Enemmän haittaa kuin hyötyä tästä asiasta, koska jos potilas tottakai etsii tietoa ja se on ymmärrettävää että etukäteen yrittävät etsiä, mutta monenlaiset aiheuttavat samanlaisia oireita, eikä välttämätöntä, potilas ei ehkä ymmärrä että se oire ei johdu taudista mistä hän on lukenut. (L, J, 50)

Yksi haastatelluista lääkäreistä koki myös, että potilaat pyytävät nettitiedon perusteella turhiakin tutkimuksia, joka julkisella puolella koetaan resurssien haaskaukseksi. Yksityisellä puolella potilaan netistä ennalta etsityn tiedon ei haastateltava kokenut haittaavan yhtä lailla kuin julkisella puolella, koska yksityisellä asiakas maksaa itse tutkimuksistaan:

Tottakai se helpottaa asian eteenpäin vientiä jos potilas on aktiivinen..mutta tietysti jos on hakenu tietoa jostain netistä ni se vaikeuttaa vähän sitä käsittelyä..koska sit sä voit joutua oikomaan niitä käsityksiä, mitä sieltä nettitiedon perusteella potilas on luonu...yksityisellä puolella ihmiset ei välttämättä oo tyytyväisiä siihen että lääkäri sanoo että tätä ei tartte nyt näin perusteellisesti tutkia..varaa ajan uudelle lääkärille ja mieltii et ehkä se vie nää tutkimukset..mut toisaalta koska tutkimukset yksityisellä ihminen maksaa itse niin siin on tietysti pikkasen eri lähtökohta. (L, Y&J, 51)

Eräs haastatelluista lääkäreistä koki positiiviseksi sen, että lääkäri saattoi neuvoa potilasta etsimään lisätietoa Internetistä:

Joskus lääkärikin pyytää, että kysessä on tällainen asia, voit lukea netistä mistä on kysymys, siinä tapauksessa siitä on aika paljon apua, ei tarvitse puhua siitä asiasta, on olemassa tällaisia tauteja, ei tarvitse puhua vastaanotolla, se vie aika paljon aikaa sitten jos potilas voi hakea tiedot netistä. Mutta jos potilas etukäteen hakee, potilas vaikuttanut, että hänellä nimenomaan tällainen tauti, se on vaikeaa. Mutta päinvastoin jos lääkäri sanoo että voit saada ohjeita netistä, sitten se on hyvä. (L, J, 50)

Yksi haastatelluista lääkäreistä koki, että julkisella puolella tietoa etukäteen etsineet voivat suhtautua lääkäriin ja vastaanottotilanteeseen negatiivisemmin, kuin yksityiselle hakeutuvat:

Sit se riippuu hirveesti sen potilaan ennako..tai siitä millasel asenteella se tulee se potilas, et jotkut tulee kysymään et hei että mä uskon et mul on tämmönen et mä printtasin tämmösen tuolta ja kato nyt ku kauheeta ja näin ni se on ihan eri asia ku semmonen joka tulee niinku tonne kuntapuolelle niin ku ylimielisenä et sähän et nyt tiedä mitään mut minä tiedän ja sit lyö pöytään jonkun diagnoosin, ne on ihan niinku erilaiset tilanteet. (L, Y&J, 47)

5.5.3 Palvelukohtaamisen jälkeen etsitään lisätietoa ja varmistusta

Nicholas ym. (2003) tutkimukseen osallistuneista etsii tietoa vastaanoton jälkeen tarkoituksenaan täydentää tietojaan. Tämä tuli myös esille haastatteluisissa. Kuitenkaan palvelukohtaamisen jälkeen tietoa etsitään huomattavasti harvemmin kuin ennen palvelukohtaamista:

..sit mä voin verrata sitä jälestä, tätä asiaa, että mä annan lääkärin tehdä sen diagnoosin mikä se milloinkin on..se on lisätiedon hankkimista..kyllä mä kuitenkin luotan aina lääkäriin...niin se on vaan se kun on sairauksiin usein oireet samoja, et se on vaikee tietää (Y&J, 74)

..mut tota, kyl mä oon sellanen tutkija, et kaikist lääkkeitäkin pitää kaikki haittavaikutukset etsiä. (Y&J, 29)

Yksi haastatelluista koki myös tarpeen ottaa itse vastuuta siinä tapauksessa, jos haastateltu ei kokenut luottavansa täysin lääkärin asiantuntevuuteen:

Ennen ja jälkeen..koska..sen takii et miettii mitähän tää vois olla ja näkee sitten et uskonks mä tota

lääkärii..et oon vähä semmonen skeptinen, koska jos ei niinku tuomitaan, et levolla lähtee, niin eihän sitä aina halua uskoo et voiko tää olla näin. (Y&J, 29)

6 YHTEENVETO

Tämän tutkielman tavoitteena oli tarkastella asiakkaan osallistumista ja osallistumisen vaikutusta asiakkaan kokemaan lääkäripalvelun laatuun. Asiakkaan osallistumista tarkasteltiin seuraavien alaongelmien kautta: (1) Mitä on palvelun koettu laatu? (2) Mitkä ovat asiakkaan ja palveluntarjoajan roolit palvelutuotannossa? (3) Mitkä tekijät vaikuttavat asiakkaan osallistumiseen lääkäripalveluiden tuottamisessa? (4) Miten asiakkaan osallistuminen eroaa yksityisten ja julkisten lääkäripalveluiden välillä?

Teoriaosuudessa palvelun laatua tarkasteltiin Zeithaml ym. (1993) mukaan. Tutkijoiden mukaan palvelun koettuun laatuun vaikuttavat asiakkaan sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiin tekijöihin kuuluvat mm. asiakkaan henkilökohtaiset palvelufilosofiat ja henkilökohtaiset tarpeet. Lääkäripalveluihin liittyy piirteitä, joita ei muissa asiantuntijapalveluissa ole. Esimerkiksi kontrolli määrittää sen, kuinka paljon valtaa ja vaikutusta palvelun osapuolilla on palveluprosessin eri vaiheisiin, palvelun määrittelyyn, palvelun toteuttamiseen ja palvelun tulokseen. Kontrollin katoamisen tunne voi aiheuttaa asiakkaassa monenlaisia negatiivisia reaktioita, kuten stressiä ja pelkoa (mm. Van Raaij & Pruyn, 1998; Namasivayam & Hinkin, 2003). Nämä kuten myös Turley & LeBlancin (1993) mainitsevat riskitekijät vaikuttavat asiakkaan henkilökohtaisiin tarpeisiin palvelutilanteessa. Empiirisessä osiossa ilmeni, että asiakkaille oli tärkeää saada vaikuttaa mm. mahdollisiin tutkimuksiin ja niiden saamiseen. Haastatellut asiakkaat kokivat, että heidän vaikutusmahdollisuutensa olivat pienemmät julkisella kuin yksityisellä puolella. Myös ajan saaminen vastaanotolle ja hoidon etenemiseen vaikuttaminen koettiin tärkeäksi tyytyväisyyttä herättäväksi tekijäksi. Riskitekijöistä laadullinen riski koettiin suuremmaksi julkisissa lääkäripalveluissa. Huomattavissa oli, että osa haastatelluista koki luottavansa enemmän yksityisellä työskentelevien lääkäreiden ammattitaitoon. Kuitenkin esimerkiksi psykologinen ja fyysinen riski ei vaihdellut sen perusteella, oliko kyseessä julkinen vai yksityinen palveluntarjoaja.

Zeithaml ym. (1993) määrittelemistä ulkoisista tekijöistä empiirisen tutkimuksen mukaan asiakkaiden odotuksiin vaikuttivat eniten word-of-mouth, aikaisemmat kokemukset ja vastaanottotilassa olevat muut asiakkaat. Yleisesti asiakkaiden odotukset olivat matalammalla julkisten kuin yksityisten lääkäripalveluiden kohdalla. Sen sijaan palveluympäristö, asiakkaan

palvelusta maksama hinta tai markkinointiviestintä eivät juuri vaikuttaneet asiakkaan palvelun valintaan. Yksityisiä lääkäripalveluita käyttävät olivat valmiita maksamaan palvelun tehokkuudesta ja suuremmista vaikutusmahdollisuuksista.

Palvelun laatua on perinteisesti mitattu Zeithaml ym. (1988) kehittämällä SERVQUAL-mittaristolla. Useat tutkijat (mm. Ramsaram-Fowdar 2004; Brown & Swartz 1989) ovat kuitenkin kritisoineet mittaristoa sen asiantuntijapalveluihin sopimattomuuden takia. Kirjoittajien mukaan merkittävimmät tekijät lääkäripalveluiden kohdalla ovat ”ammattillinen uskottavuus”, ”ammattillinen kyvykkyys” ja ”kommunikaatio”. Empiirisen osion tulokset tukevat yllä mainittujen tutkijoiden tuloksia. Haastattelujen perusteella oli huomattavissa, että haastatellut asiakkaat arvostivat lääkärin ammattitaitoa sekä kykyä keskittyä asiakkaaseen ja osoittaa perehtyneisyyttä asiakkaan ongelmia kohtaan. Myös lääkärin kyky perustella asiat potilaalle ja hoitosuunnitelmien selkeys koettiin tärkeäksi. Lääkärin empaattisuus koettiin lähinnä lisäarvoa tuottavaksi tekijäksi, tosin sen tärkeys tuli esille vastaanotto- ja ajanvaraushenkilökunnan kohdalla.

Brown & Swartzin (1989) mainitsema ”kommunikaatio” voidaan nähdä vuorovaikutuksellisuutena. Empiirisen tutkimuksen perusteella vuorovaikutusta lääkärin ja asiakkaan välillä vahvistivat henkilökohtaisuus, kyky esittää asiat potilaalle ymmärrettävällä tavalla, ilmapiiri, sekä lääkärin kyky kuunnella asiakasta. Lääkärin kiire koettiin haastateltujen asiakkaiden mukaan myös vähentävän asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia. Kiirettä koettiin esiintyvän erityisesti julkisella puolla. Vuorovaikutukselliset tekijät ja lääkärin ystävällisyys voidaan nähdä liittyvän palvelun funktionaaliseen laatuun, jota ei kuitenkaan koettu yhtä tärkeäksi kuin palvelun lopputuleman (lääkärin kyvyn edistää potilaan terveyttä) laatua. Palvelun funktionaalisen laadun koettiin olevan parempaa yksityisten palveluiden kohdalla.

Sundaram & Webster (1998) mukaan palveluntarjoajan sanattomalla viestinnällä on merkitystä koettuun palvelun laatuun. Empiirisen tutkimuksen tulokset vahvistivat tätä, sanaton viestintä vaikuttaa mm. luottamuksen syntymiseen. Myös lääkärin huomion kiinnittäminen muualle kuin asiakkaaseen aiheuttaa asiakkaassa tyytymättömyyttä. Empiirisessä tutkimuksessa ilmeni, että esim. aikaa ja lääkärin keskittymistä vaativat tietokonejärjestelmät koettiin laskevan palvelun laatua erityisesti julkisella puolella.

Asiakassuhde koettiin empiirisen tutkimuksen mukaan nostavan koetun palvelun laatua. Asiakassuhdetta pidettiin tärkeänä varsinkin ns. ylläpitävän terveydenhuollon kohdalla. Teoriassa esitellyt asiakassuhteesta haettavat sosiaaliset ja erikoiskohteluun liittyvät hyödyt nousivat esille myös haastatteluissa. Sosiaalisia hyötyjä haettiin sekä julkiselta palveluntarjoajalta että yksityiseltä. Erikoiseen kohteluun liittyvät hyödyt sen sijaan haastattelujen perusteella liitettiin yksityisiin lääkäripalveluihin.

Palveluprosessin laatu koettiin huomattavasti paremmaksi yksityisellä kuin julkisella puolella. Yksi suurimmista laatuun vaikuttavista tekijöistä oli ajan saaminen vastaanotolle, tämä koettiin huomattavasti sujuvammaksi yksityisellä kuin julkisella puolella. Myös esimerkiksi erilaiset tutkimukset sai yksityisellä puolella heti, eikä niihin tarvinnut varata aikaa tai jonottaa pitkään.

Asiakkaan rooli voidaan mm. Bitner ym. (1997) mukaan nähdä osallistujana laadun, tyytyväisyyden ja arvon tuottamiseen. Empiirisestä tutkimuksesta ilmeni, että asiakkaat osallistuvat oman terveytensä ylläpitoon mm. seuraamalla omia verenpainearvojaan. Asiakkaan osallistumista saattaa empiirisen tutkimuksen mukaan haitata mm. psykologiset riskitekijät, kuten nolouden tunne. Haastateltujen lääkäreiden mukaan asiakkaat saattavat jättää kertomatta asioita, jotka ovat heidän mielestään noloja. Empiirisessä tutkimuksessa kävi myös ilmi, että miehet voivat kokea aroista asioista puhumisen vaikeammaksi kuin naiset. Tätä ei kuitenkaan voida yleistää, sillä haastateltavista asiakkaista vain yksi oli mies.

Haastateltujen asiakkaiden mukaan asiakkaan osallistumiseen palvelutilanteessa vaikuttaa myös palveluntarjoajan käyttäytyminen. Jos asiakas kokee epävarmuutta lääkärin ammattitaitoa kohtaan, empiirisen tutkimuksen mukaan asiakas pyrkii itse vaikuttamaan tilanteeseen enemmän. Yhdessä haastatteluista kävi myös ilmi, että asiakkaita saattaa jännittää myös palvelukohtaamisen sosiaalinen aspekti. Myös luodulla ilmapiirillä koettiin olevan vaikutusta asiakkaan osallistumiseen. Haastatellut myös kokivat, että usein heidän vaivojaan vähäteltiin. Haastatellut asiakkaat kokivat, että vaikutusmahdollisuuksien vähäisyys ja vaivojen vähättely oli suurempaa julkisella puolella, ja että se johtui osin terveydenhuollon resurssipulasta

Internetistä etukäteen etsitty tieto vaikuttaa empiirisen tutkimuksen mukaan asiakkaan

osallistumiseen. Yksi haastatelluista asiakkaista koki, että nostaakseen vaikutusmahdollisuuksiaan hänen piti olla etsinyt etukäteen tietoa Internetistä. Myös lääkärin epävarmuus voi saada asiakkaan etsimään ja tuomaan esille itse etsimäänsä tietoa. Haastatellut lääkärit kokivat asiakkaiden olevan nykyään vaativampia ja valittavansa herkemmin. Laing ym. (2004) mukaan ennalta etsitty tieto voi aiheuttaa lääkäreissä ärtymystä. Empiirinen tutkimus ei tässä tapauksessa suoranaisesti vahvistanut tätä. Lähinnä julkisella puolella työskentelevät lääkärit kokivat ajan kuluvan turhaan selittelyyn ja luulojen kumoamiseen. Toisaalta haastatelluista kävi myös ilmi, että lääkärit arvostivat valveutuneita asiakkaita.

Liikkeenjohdollisina suosituksina voidaan todeta, että nostaakseen asiakkaan kokemaa palvelun laatua palveluntarjoajan tulee huomioida asiakas yksilönä ja osoittaa aitoa kiinnostusta tämän ongelmia kohtaan. Palveluntarjoajien ei kannata myöskään suhtautua negatiivisesti Internetistä etsittyyn tietoon, sillä asiakkaista tulee tulevaisuudessa todennäköisesti entistä valveutuneempia. Lääkäreiden tulisi kokea tämä positiivisena asiana ja pohtia, kuinka he itse voisivat hyötyä tästä asiasta.

7 LIITTEET

Haastatelluille asiakkaille esitetyt kysymykset:

- Millainen on laadultaan hyvä palvelukohtaaminen?
- Mitkä seikat lääkärikäynnissä herättävät mielestäsi tyytyväisyyttä/ tyytymättömyyttä?
- Mikä on aikaisempien kokemusten merkitys odotusten muodostumisessa? Lähipiirin? Mahdollisen markkinointiviestinnän? Mahdollisen hinnan? Palveluympäristön?
- Mikä on ennen vastaanottoa tapahtuvien tekijöiden merkitys (ilmoittautumisen sujuminen, mahdollinen jonotus)?
- Mikä on palvelun lopputuleman vs. palvelun tuottamisen (funktionaalisen laadun) merkitys? Erotteletko näitä ylipäättään?
- Mikä on palveluntarjoajan empaattisuuden merkitys?
- Millaisia negatiivisia tunteita/pelkoja liittyy lääkärin tapaamiseen (laadullinen /psykologinen/ fyysinen riski)? Millainen (palveluntarjoajan) käyttäytyminen lieventää näitä tuntemuksia?
- Millaisena koet oman vs. lääkärin roolin palvelukohtaamisessa?
- Mitä omaan vs.lääkärin osallistumiseen kuuluu? Kuinka paljon merkitystä palvelun laatuun on omalla osallistumisella?
- Millainen on hyvä lääkäri?
- Miten lääkärin (asiantuntijan) odotetaan käyttäytyvän?
- Mikä on asiakassuhteen merkitys palvelussa? Auttaako lääkärin tunteminen saamaan parempaa palvelua? Kokeeko saavansa hoitosuhteesta myös muita hyötyjä, esim. sosiaalisia?
- Mikä on potilaan vallan vs. asiantuntijavallan suhde? Onko lääkäriellä/potilaalla nykyään liikaa/liian vähän vaikutusmahdollisuuksia?
- Millaista on hyvä vuorovaikutus hoitosuhteessa?
- Mikä on kuuntelun merkitys?
- Mikä on sanattoman viestinnän merkitys? (kehon kieli, ulkoinen olemus, tapa puhua ..) Miten tämä vaikuttaa koettuun palvelun laatuun?
- Millainen kommunikaatiotyyli on hyvä? Mikä herättää luottamusta ja uskottavuutta?
- Mikä on persoonallisuuden ja samankaltaisuuden merkitys? Onko sillä merkitystä?

Haastatelluille lääkäreille esitetyt kysymykset:

- Millainen on laadultaan hyvä palvelukohtaaminen?
- Mitkä seikat lääkärikäynnissä herättävät mielestäsi tyytyväisyyttä/ tyytymättömyyttä?
- Mikä on aikaisempien kokemusten merkitys odotusten muodostumisessa? Lähipiirin? Mahdollisen markkinointiviestinnän? Mahdollisen hinnan? Palveluympäristön?
- Mikä on ennen vastaanottoa tapahtuvien tekijöiden merkitys (ilmoittautumisen sujuminen, mahdollinen jonotus)?
- Mikä on palvelun lopputuleman vs. palvelun tuottamisen (funktionaalisen laadun) merkitys? Erotteleeko potilas näitä ylipäätään?
- Mikä on palveluntarjoajan empaattisuuden merkitys?
- Millaisia negatiivisia tunteita/pelkoja liittyy lääkärin tapaamiseen (laadullinen /psykologinen/ fyysinen riski)? Millainen (palveluntarjoajan) käyttäytyminen lieventää näitä tuntemuksia?
- Millaisena koet oman vs. potilaan roolin palvelukohtaamisessa?
- Mitä lääkärin vs. potilaan osallistumiseen kuuluu? Kuinka paljon merkitystä palvelun laatuun on potilaan osallistumisella?
- Millainen on hyvä lääkäri?
- Miten lääkärin (asiantuntijan) odotetaan käyttäytyvän?
- Mikä on asiakassuhteen merkitys palvelussa? Auttaako lääkärin tunteminen saamaan parempaa palvelua? Voiko hoitosuhteesta saada myös muita hyötyjä, esim. sosiaalisia?
- Mikä on potilaan vallan vs. asiantuntijavallan suhde? Onko lääkäriellä/potilaalla nykyään liikaa/liian vähän vaikutusmahdollisuuksia?
- Millaista on hyvä vuorovaikutus hoitosuhteessa?
- Mikä on kuuntelun merkitys?
- Mikä on sanattoman viestinnän merkitys? Miten tämä vaikuttaa koettuun palvelun laatuun?
- Millainen kommunikaatiotyö on hyvä? Mikä herättää luottamusta ja uskottavuutta?
- Mikä on persoonallisuuden ja samankaltaisuuden merkitys? Onko sillä merkitystä?

8 LÄHTEET

Avlonitis, G. & Indounas, K. (2005), Pricing objectives and pricing methods in the services sector. *Journal of Services Marketing*, vol. 19, no. 1, s. 47-57.

Bass, B. (1967), Social Behavior and the Orientation Inventory. *Psychological Bulletin*, 68 (October), s. 260-292

Bendapudi, N., Leone, R., (2003), Psychological Implications of Customer Participation in Co-production. *Journal of Marketing*, vol. 67, s. 14-28.

Berry, L. (1995) *On Great Service*. Free Press, New York, NY.

Berry, L. & Bendapudi, N. (2007), Health Care, A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*, vol. 10, no. 2, s. 111-122.

Bitner, M. J. (1990), Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*, 54, 2, s.69.

Bitner, M. J. (1992), Servicescapes: The Impact of Physical Surroundings on Customers and Employees. *Journal of Marketing*, vol. 56, no. 2, s. 57.

Booms, B.H. & Bitner, M.J. (1981), Marketing strategies and organizational structures for service firms. In Donnelly, J.H. & George, W.R. (Eds), *Marketing of services*, American Marketing Assosiation, Chicago, IL, s.47-51.

Bitner, M.J., Faranda, W.T., Hubbert, A.R., Zeithaml, V.A. (1997), Customer contributions and roles in service delivery. *International Journal of Service*, vol. 8, no. 3, p. 193-205.

Broderick, A. (1999), Role theory and the management of service encounters. *The Service Industries Journal*; 19, 2, s. 117.

Brown, S. & Swartz, T. (1989), A Gap Analysis of Professional Service Quality. *Journal of Marketing*, vol. 53, no. 2, s.92.

Carman, J.M. (2000), Patient Perceptions of Service Quality: Combining the Dimensions. *Journal of Services Marketing* 14(4) s. 337-352.

Chervonnaya, O. (2003), Customer role and skill trajectories in services. *International Journal of Service*, vol. 14, no. 3, p. 347-363.

Chung, B., Schneider, B. (2002) Serving multiple masters: role conflict experienced by service employees. *The Journal of Services Marketing*, vol. 16, no. 1, s. 70.

Cronin, J., Taylor, S. (1992), Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, vol. 56, no. 3, s. 55.

Crosby, L.A., Evans, K.R., Cowles, D. (1990), Relationship Quality in Services Selling: an Interpersonal Influence Perspective. *Journal of Marketing*, vol. 54, s. 68-81.

Curry, A. & Siclair, E. (2002), Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol 15, s.197.

Deighton, J. (1984), The Interaction of Advertising and Evidence. *Journal of Consumer Research*, vol.11, s. 763-770.

Duhachek, A. (2005), Coping: A Multidimensional, Hierarchical Framework of Responses to Stressful Consumption Episodes. *Journal of Consumer Research*, vol. 32, s.41-53.

Ennew, C., Binks, M. (1999), Impact of Participative Service Relationships on Quality, Satisfaction and Retention: An Exploratory Study. *Journal of Business Research*, vol. 46, s. 121-132.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998), Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy.

FINLEX: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Grönroos, C. (1984), A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, vol. 18, no. 4.

Gwinner, Kevin P., Gremler Dwayne D., Bitner Mary Jo (1998), Relational Benefits in Services

Industries: The Customer's Perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol.26, no. 2, s. 101-114.

Hausmann, Angela (2004), Modeling the Patient-Physician Service Encounter: Improving Patient outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol 32, no. 4, s. 403-417.

Halliday, Sue Waux (2004), How “placed trust” works in a service encounter. *The Journal of Services Marketing*, vol. 18, no.1, s. 45.

Hill, C., Garner, S., Hanna, M. (1989), Selection Criteria for Professional Service Providers. *The Journal of Services Marketing*, vol. 3, no. 4, s. 61.

Hirsjärvi, S.& Hurme, H. (2000), Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino Kustannus/ Helsinki University Press.

Jayanti, Rama (1996), Affective Responses towards Service Providers: Implications for Service Encounter Satisfaction. *Health Marketing Quarterly*, vol.14, no. 1, s.49.

Johnson, M., Zinkhan G. (1991), Emotional Responses to a Professional Service Encounter. *The Journal of Services Marketing*, vol. 5, no.1, s.5.

Kelley, S., Donnelly, J., Skinner, S. (1990), Customer Participation in Service Production and Delivery. *Journal of Retailing*, 66, 3, s. 315.

Laing, A. (2002), Meeting patient expectations: healthcare professionals and service re-engineering. *Health Services Management Research*, vol. 15, no. 3, s. 165.

Laing, A., Hogg, G. & Winkleman, D. (2004), Healthcare and the information revolution: re-configuring the healthcare service encounter. *Health Services and Management Research*, 17, 3, s. 188.

Lehtinen, U.& Lehtinen, J. (1991), Two Approaches to Service Quality Dimensions. *The Service Industries Journal*, vol. 11, no. 3, s. 287.

Lengnick-Hall, C.A., Claycomb, V., Inks, L.W. (2000), From recipient to contributor: examining customer roles and experienced outcomes. *European Journal of Marketing*, vol. 34, no. 3/4, p. 359-383.

Lovelock, C.H. (1984), *Services Marketing*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Mayer, K., Bowen, J., Moulton, M. (2003), A proposed model of the descriptors of service process. *The Journal of Services Marketing*, vol. 17, no. 6/7, s. 621.

Mitra, K., Webster, C. (1998), The role of communication style and provider-customer (dis)similarity in service encounters: A conceptual model. *American Marketing Association. Conference Proceedings*; 9, s. 158

Mönkkönen, K. (2002), Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94.

Namasivayam, K. & Hinkin, T. (2003), The customer's role in the service encounter: The effects of control and fairness. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 44, 3, s. 26.

Nicholas, D., Huntington, P., Gunter, B., Russell, C. & Withey, R. (2003), The British and their use of Web for health information and advice: a survey. *Aslib Proceedings*, 55, 5/6, s.261.

Nordgren, L. (2003), Från patient till kund. Intåget av marknadstänkande i sjukvården och förskjutningen av patientens position. Väitös, Lundin yliopisto, Lund.

Nordgren, L. (2008), The performativity in the service management discourse, "Value creating customers" in health care. *Journal of Health, Organisation and Management*, vol. 22, no. 5, s. 510-528.

Nordgren, L. & Fridlund, B. (2001), Patients perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 35, s. 117-125.

O'Hair, D., Cody, M., Goss, B., Krayner, K. (1988), The Effect of Gender, Deceit Orientation and

- Communication Style on Macro- Assessment of Honesty. *Communication Quarterly*, 6(2), s. 77-93.
- Peltier, James W., Boyt Thomas, Schibrowsky John A. (1998), Relationship Building: Measure Service Quality across Health Care Encounters. *Marketing Health Services*, vol. 18, no. 3, s. 16.
- Pesonen, H-L., Lehtonen, J., Toskala, A. (2002), Asiakaspalvelu vuorovaikutuksena.
- Pickles, J., Hide, E. (2008), Experience based design: a practical method of working with patients to redesign services. *Clinical Governance: An International Journal*, vol. 13, no.1, s. 51-58.
- Price, L.L. & Arnould, E.J. 1999. Commercial Friendships: Service Provider-Client Relationships in Context. *Journal of Marketing*. Vol. 63.
- Rafaeli, A., (1989), When cashiers meet customers: an analysis of the role of supermarket cashiers. *Academy of Management Journal*, vol. 22, s. 245-273.
- Rafiq, M. & Ahmed P. (1995), Using the 7Ps as a generic marketing mix: An exploratory survey. *Marketing Intelligence & Planning*, vol. 13, no. 9, s. 4.
- Raghunathan, R., Pham, M., Corfman, K., (2006), Informational properties of Anxiety and Sadness, and Displaced Coping. *Journal of Consumer Research*, 32 (4), 596-601.
- Ramsaran-Fowdar, Roshnee R. (2004), Identifying Health Care Quality Attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, vol.27, s. 428.
- Ritchie, J. & Lewis J. (2003), *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. SAGE Publications.
- Scotti, D., Harmon, J., Behson, S., Messina, D. (2007), Links among High-Performance Work Environment, Service Quality and Customer Satisfaction: An Extension to the Healthcare Sector. *Journal of Healthcare Management*, vol. 52, no. 2. s. 109.
- Sheth, J. (1976), Buyer-Seller Interaction: A Conceptual Framework. *Proceedings of the Association for Consumer Research*, Cincinnati, OH: Association for Consumer Research, 382-386.

Shoemaker, S. (2003), Future of revenue management: The future of pricing in services. *Journal of Revenue and Pricing Management*, vol. 2, no. 3, s. 271-279.

Solomon, M., Supernant, C., Czepiel, J. & Gutman, E. 1985. A Role Theory Perspective on Dyadic Interactions: The Service Encounter. *Journal of Marketing*, vol. 49, 99-111.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Lausuntoyhteenveto terveydenhuoltolakiuudistuksen muistiosta 2008:28.

Sundaram, D.S. & Webster, C. (1998), The role of nonverbal communication in customer evaluation of service encounters. *Marketing Association, Conference Proceedings*. 9, s. 314.

Sureshchandar, G.W., Rajendran, C., Anantharaman, R.N. (2002), The relationship between service quality and customer satisfaction – a factor specific approach. *The Journal of Services Marketing*, vol. 16, no. 4, s. 363.

Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Muuri, A., Lahti, T. (2004), *Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet*. WS Bookwell Oy, Porvoo 2004.

Teas, R. (1993), Expectations, Performance Evaluation and Consumers' Perceptions of Quality. *Journal of Marketing*, vol. 57, no. 3, s. 18.

Turley, L., LeBlanc, R. (1993), An Exploratory Investigation of Consumer Decision Making in the Service Sector. *The Journal of Services Marketing*, vol. 7, no. 4, s. 11.

Uusitalo, H. (1991), *Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan*. WSOY.

Van Raaij, W.F. & Pruyn, A. (1998), Customer Control and Evaluation of Service Validity and Reliability. *Psychology & Marketing*, vol. 15(8), s. 811-832.

Varki, S. & Wong, S. (2003), Consumer Involvement in Relationship Marketing of Services. *Journal of Service Research*, vol.6, no. 1, s. 83-91.

Webb, D. (2000), Understanding Customer Role and its Importance in the Formation of Service Quality Expectations. *The Service Industries Journal*, vol. 20, no. 1, p. 1-21.

Williams, J., Anderson, H. (2005), Engaging customers in service creation: a theater perspective. *The Journal of Services Marketing*, 19, 1, s. 13.

Woodside, A., Frey, L. Daly, R. (1989), Linking Service Quality, Customer Satisfaction and Behavioral Intention. *Journal of Health Care Marketing*, vol. 9, no. 4, s. 5.

Zeithaml, V., Parasuraman, A., Berry, L. (1988), Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, vol. 64, s. 12.

Zeithaml, V., Parasuraman, A., Berry, L. (1991), Understanding Customer Expectations of Service. *Sloan Management review*, vol. 32, no. 3, s. 39.

Zeithaml, V., Parasuraman, A., Berry, L. (1993), The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 21, no. 1, s.1-12.

Zeithaml, V., Parasuraman, A., Berry, L. (1985), A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, s. 40-50.

Zeithaml, V., & Bitner, M.J. (2003), *Services Marketing, Integrating Customer Focus Across the Firm*. New York: McGraw-Hill.