

**PERUSTERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOYHDISTÄMI-
SET KUNTALIITOKSEN YHTEYDESSÄ ASIAKKAAN NÄKÖ-
KULMASTA**

Karoliina Mainio
Pro gradu –tutkielma
Terveystieteiden laitos
Terveystieteiden laitos
Oulun yliopisto
Toukokuu 2016

Oulun yliopisto
LKT, Terveystieteiden laitos, terveyshallintotiede

TIIVISTELMÄ

Karoliina Mainio: Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset kuntaliitoksen yhteydessä asiakkaan näkökulmasta

Pro gradu –tutkielma: 67 sivua, 4 liitettä
Toukokuu 2016

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kuntaliitosten yhteydessä toteutettuja perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisä asiakkaan näkökulmasta. Tutkimustehävänä oli selvittää, millaisia kuntaliitosten yhteydessä toteutetut perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset ovat asiakkaan näkökulmasta.

Tutkimuksen kohderyhmän muodistivat erään kaupungin perusterveydenhuollon asiakkaat. Kaupungissa on toteutettu muutamia vuosia sitten kuntaliitos, jonka myötä eri alueiden terveyskeskuspalvelut on yhdistetty hyvinvointikeskuksiin. Tutkimuksen kohderyhmässä oli mukana edustajia perusterveydenhuollon eri asiakasryhmistä (n=10). Tutkittavien ikäjakauma oli 28–85 vuotta ja keskimäärin he käyttivät perusterveydenhuoltopalveluja 2,45 kertaa kuukaudessa. Tutkimusaineisto kerättiin avoimilla yksilöhaastatteluilla alkuvuodesta 2016. Aineisto analysoitiin diskurssianalyysin avulla.

Tutkimustulosten mukaan terveyskeskusten organisaatioyhdistäminen koettiin mittavana ja tunteita herättäneenä uudistuksena. Asiakkaiden kokemusten mukaan organisaatioyhdistämisen myötä syrjäseutujen palvelut olivat hiipuneet, ja palvelut keskittyneet suureen palvelukeskukseen. Asiakkaat kokivat hoidon laadun edelleen hyvänä, mutta asiakkaan ja perusterveydenhuollon suhteen koettiin etäänntyneen. Organisaatioyhdistämisen ajateltiin vaikeuttaneen hoitopääsyä, mutta toisaalta tuoneen uusia palvelumuotoja. Asiakkaiden mielestä organisaatioyhdistäminen oli lisännyt asiakkaiden välistä eriarvoisuutta ja asiakkaan vastuuta omasta hoidostaan. Asiakkaiden kokemusten mukaan taloudelliset tekijät olivat vaikuttaneet liikaa organisaatioyhdistämispäätökseen.

Organisaatioyhdistämiset ovat perusterveydenhuollossa tavallisia, ja terveydenhuollon haasteet aiheuttavat tarpeen yhdistää organisaatioita myös jatkossa. Asiakkaan näkökulmasta organisaatioyhdistämisiin liittyy kuitenkin monia ongelmallisia tekijöitä. Organisaatioyhdistämisä suunniteltaessa ja toteuttaessa on tärkeä huomioida, että uudistukset mahdollistavat yhdenvertaiset ja laadukkaat palvelut kaikille kunnan asukkaille.

Avainsanat: perusterveydenhuolto, organisaatioyhdistäminen ja asiakas

ABSTRACT

Karoliina Mainio: A customer perspective on integrations of primary health care organisations induced by municipal mergers

Master's Thesis: 67 pages, 4 annexes
May 2016

The purpose of this study is to describe, from a customer perspective, the integrations of primary health care organisations that have taken place due to municipal mergers. The research task involves studying the customer perspective on integrations of primary health care organisations induced by municipal mergers.

The target group of the study consists of primary health care customers in an unnamed town. Following a municipal merger a few years ago, health centre services in the various areas of the town are now managed centrally by wellbeing centres. A number of primary health care customer groups are represented in the target group of the study (n =10). The research subjects are between 28 and 85 years old, and they use primary health care services 2.45 times per month on average. The research data has been collected with unstructured personal interviews in early 2016 and analysed through discourse analysis.

The results show that integrations of primary health care organisations are seen as substantial, even emotion-charged reforms. Customers feel that due to integrations, services in more remote regions have slowly disappeared and centred around large service centres. Customers say that the quality of care remains up to standard, but the relationship between them and primary health care services has become more distant. Integrations are thought to have made access to care more difficult, but they have also made available new forms of service. Customers are of the opinion that integrations have increased inequality between customers and their responsibility for their own care. They also feel that economic considerations have played an unnecessarily large part in integration decisions.

Integrations of primary health care organisations are not uncommon, and challenges faced by health care services make it necessary to continue integrations in the future. From the customer perspective, integrations involve several problematic elements. When planning and implementing integrations, it is important to ensure that reforms make it possible to provide equal, high-quality services to all citizens in a municipality.

Keywords: primary health care, integrations of organisations, customer

Sisältö

TIIVISTELMÄ

ABSTRAKTI

1 JOHDANTO	1
2 PERUSTERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOYHDISTÄMISET ASIAK- KAAN NÄKÖKULMASTA	4
2.1 Perusterveydenhuolto	4
2.2 Organisaatioyhdistämiset perusterveydenhuollossa	5
2.2.1 Organisaatioyhdistämisten taustalla perusterveydenhuollon haasteet	5
2.2.2 Organisaatioyhdistämisen määrittelyä ja vaikutuksia	7
2.2.3 Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset Suomessa ja maailmalla ..	11
2.3 Asiakas perusterveydenhuollossa.....	15
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	18
3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma	18
3.2 Aineiston kuvaus	19
3.3 Aineistonkeruu	20
3.4 Diskurssianalyysi	21
4 TUTKIMUSTULOKSET	25
4.1 Suurten palvelukeskusten diskurssi	25
4.2 Autioituvien syrjäseutujen diskurssi	27
4.3 Teknologisaation diskurssi.....	29
4.4 Taloudellisen ajattelun diskurssi	32
4.5 Haastavan hoitopääsyn diskurssi.....	33
4.6 Laadukkaan hoidon diskurssi	37
4.7 Epätasa-arvoistavan palvelujärjestelmän diskurssi	40
4.8 Aktiivisen asiakkaan diskurssi	42
4.9 Kasvottomuuden diskurssi	45

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	48
5.1 Tutkimustulosten tarkastelua	48
5.2 Tutkimuksen luotettavuus	54
5.3 Tutkimuksen eettisyys.....	58
5.4 Johtopäätökset.....	59
5.5 Jatkotutkimusaiheet.....	60
LÄHTEET	62
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Perusterveydenhuolto on monenlaisten haasteiden edessä (Lian 2008, Vuorenkoski ym. 2008). Terveystoiminnan toimintaa ja kehittämistä hankaloittavat kuntien taloudelliset vaikeudet ja henkilöstöresurssien puute (Lehtomäki 2009, Vakkala 2012). Haasteita aiheuttavat myös väestön ikääntyminen, terveystoiminnan alueellinen järjestäminen ja alan teknologisoituminen (Vuonovirta ym. 2009) sekä erilaisten fyysisten ja psyykkisten sairauksien yleistyessä palvelutarpeen ja asiakaskäyntimäärien kasvu (Frumkin ym. 2008, Vakkala 2012). Terveystoimintalaki edellyttää, että haasteista huolimatta kuntien tulee huolehtia asukkaiden terveystoimintopalvelujen järjestämisestä ja saatavuudesta yhdenvertaisesti koko alueellaan (1326/2010).

Tällä hetkellä terveystoimintopalvelujen uudistuksia tehdään poliittisin ja taloudellisin perustein valtakunnallisella ja alueellisella tasolla (Tiainen 2016). Organisaatioyhdistäminen on yksi keino, jonka avulla pyritään haasteiden keskellä turvaamaan kustannustehokas ja laadukas hoito (Nicholson ym. 2013). Suomessa sosiaali- ja terveystoiminnan organisaatioiden yhdistämisprosessit lisääntyivät selvästi 1990-luvulla ja tämä suuntaus jatkuu edelleen kuntien ja kuntayhtymien pyrkiessä vastaamaan toimintaympäristön muutoksiin (Taskinen 2005). Terveystoiminnossa organisaatioiden yhdistämisen perusteena ovat usein taloudelliset tekijät, kuten tarve alentaa kustannuksia, lisätä tehokkuutta ja parantaa kilpailukykyä sekä keskeisenä syynä myös pyrkimys parantaa palveluiden laatua (Taskinen 2005, Cousineau ym. 2013, Tiainen 2016).

Terveystoimintopalveluja kehitettäessä ei kuitenkaan saisi unohtaa asiakasta. Perusterveydenhuollon palvelut merkitsevät vahvaa perusturvallisuutta asiakkaalle, ja terveyskeskus matalan kynnyksen hoitopaikkana on tärkeässä asemassa terveystoimintopalvelujen kentällä. (Tiirinki 2014.) Asiakkaan rooli terveystoimintopalvelujen käyttäjänä on muuttunut passiivisesti hoitoa vastaanottavasta potilaasta asiakkaaksi tai kuluttajaksi, joka aktiivisesti osallistuu hoitoon ja palvelujen kehittämiseen (Siriwardena & Gillam 2014). Asiakkaan huomioiminen ja ottaminen mukaan terveystoimintopalvelujen kehittämiseen ja järjestämiseen nähdäänkin yhä tärkeämpänä (Jäntti 2008, Tabrizi ym. 2009, Elg ym. 2012, Tiirinki 2014).

Tässä tutkimuksessa tarkastelen perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämissä asiakkaan näkökulmasta. Aihe on terveyshallintotieteen paradigmalle tyypilliseen tapaan kytköksissä poliittishallinnolliseen perustaan, kansallisiin terveysjärjestelmiin ja julkisiin mielenkiinnonkohteisiin (Vuori 2005, 26). Tutkimukseni ajankohtaisuus perustuu suunnitteilla oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistukseen sekä kuntauudistukseen, jotka asettavat paineita yhdistää jatkossakin terveydenhuollon organisaatioita. Lammintakasen (2005) mukaan tulevaisuudessa tarvitaan tietoa terveydenhuollon priorisointiprosessien tuloksista ja vaikutuksista päätöksenteon tueksi. Myös Taskisen (2005) mukaan terveydenhuollon organisaatioiden yhdistämisten vaikutuksia on tarpeen tutkia ja selvittää, missä on onnistuttu tai epäonnistuttu.

Kansainvälisesti terveydenhuollon julkisten organisaatioiden yhdistämissä on tutkittu vähän lukuun ottamatta Yhdysvaltaisten yksityisten sairaaloiden yhdistämistutkimuksia (Kärkkäinen 2004, Taskinen 2005). Kansainväliset tutkimukset ovat suurimmaksi osaksi USA:sta, ja niiden tulokset soveltuvat vain rajoitetusti Suomen julkisen verorahoitteen terveydenhuollon malliin (Kärkkäinen 2004). Myös Suomessa terveydenhuollon ja muiden julkistaloudellisten organisaatioiden yhdistämissä on tutkittu vähän, vaikka yhdistämissä onkin toteutettu vuosikymmenten ajan (Kärkkäinen 2004, Taskinen 2005, Junnila 2008). Lisäksi tehdyt tutkimukset keskittyvät lähinnä henkilöstön näkökulmaan (Kärkkäinen 2004, Taskinen 2005, Junnila 2008). Tämä tutkimus täyttää tutkimuksellista aukkoa nostamalla asiakkaan tarpeet esille tärkeänä huomioitavana näkökulmana terveydenhuollon organisaatioita yhdistettäessä.

Tutkimuksessa organisaatioyhdistäminen määritellään Taskisen (2005) määritelmän mukaan kahden tai useamman tasa-arvoisen tai hallitsevan ja alisteisen organisaation yhdistämiseksi, jossa kyse voi olla joko kokonaisten organisaatioiden yhdistämisestä tai joidenkin organisaatioiden osien liittämistä yhteen. Tutkimuksessa keskitytään perusterveydenhuollon sisäisiin organisaatioyhdistämissä ja tarkastellaan kokonaisten terveyskeskusten organisaatioyhdistämissä. Kansanterveyslain (1972/66) mukaan perusterveydenhuollon palvelut tarjotaan terveyskeskuksessa. Tiirinki (2014) määrittääkin terveyskeskuksen olevan perusterveydenhuollon organisaatio ja tätä määritelmää noudatetaan myös tässä tutkimuksessa. Perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjästä käytetään käsitettä asiakas, koska se on nykypäivänä vakiintunut käsite, ja kansalaiset mieltävät itsensä asiakkaiksi (Valkama 2012). Mertaniemen ym. (2011) määritelmän mukaisesti

käsite perusterveydenhuollon asiakas pitää tutkimuksessa sisällään niin perusterveydenhuollon palveluita käyttävän yksilöasiakkaan, kuin hänen omaisensa ja huoltajansa.

Tutkimusta varten hain tietoa Medic, Medline ja Cinahl – viitetietokannoista. Medic on keskeinen kotimainen terveystieteellinen viitetietokanta ja Medline ja Cinahl ovat kattavia kansainvälisiä viitetietokantoja terveyshallintotieteen alalla. Tutkielman pääkäsitteitä ovat perusterveydenhuolto (primary health care, primary care), organisaatioyhdistäminen (merger, fusion, integration, health facility merger) ja asiakas (client, customer, patient), joihin käytetyt hakusanat perustuivat. Lisäksi hain tietoa aiheeni taustaa varten perusterveydenhuollon haasteista (challenge). Viitekehystä tehdessäni rajasin haut kymmenen vuoden sisälle ja hakuja tehtiin sekä vapaasana- että asiasanahakuina. Lähteiden valinnassa poissulkukriteereinä olivat 1) koko tekstiä ei ollut saatavilla 2) organisaatioyhdistämiset eivät koskettaneet perusterveydenhuoltojärjestelmää 3) artikkeli ei vastannut tutkimuskysymykseen 4) kyseessä ei ollut tutkimusartikkeli tai väitöskirja. Hyviä lähteitä löysin lisäksi väitöskirjojen ja artikkeleiden lähdeluetteloista.

2 PERUSTERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOYHDISTÄMISET ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA

2.1 Perusterveydenhuolto

Suomessa terveydenhuolto koostuu kolmesta eri tasosta: kaikille kansalaisille kuuluvas- ta julkisesta perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta, työterveyshuollosta ja yksityisestä terveydenhuollosta (Mattila 2011, Sipilä 2012). Kunnilla on tärkeä asema perusterveydenhuollon palvelujen tuottajina ja järjestäjinä (Jylhäsaari 2009, Mattila 2011). Kansanterveyslain (66/1972) mukaan jokaisella kunnalla tulee olla perusterveydenhuollon palveluja tarjoava terveyskeskus. Terveys- ja hyvinvointilain (1326/2010) mukaan perusterveydenhuollon tulee sisältää väestön terveydenhuollon seurantaa, terveydentilan edistämistä, terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveys- työtä ja päihdetyötä.

Suomessa kunnille on annettu merkittävästi vapauksia suunnitella ja ohjata perusterveydenhuollon palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla (Vuorenkoski ym. 2008). Kunta voi järjestää perusterveydenhuollon palvelut joko itsenäisenä toimintana kunnan terveyskeskuksessa, olemalla jäsen kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut palveluiden tuottajil- ta. Kunta voi järjestää palvelut myös näiden tuottamismallien yhdistelmällä. (Jylhäsaari 2009.) Palvelujen tulee kuitenkin vastata sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan asukkai- den tarpeita, ja niiden tulee olla yhdenvertaisesti asukkaiden saatavilla koko alueella (Terveys- ja hyvinvointilaki 1326/2010). Kunnalliset terveyspalvelut rahoitetaan pääasiassa kunnallisveron, valtionosuuksien ja asiakasmaksujen avulla (Mattila 2011).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä tarjoaa suhteellisen laadukkaita terveyspalveluja kohtuullisin kustannuksin (Vuorenkoski ym. 2008) ja järjestelmä nauttii korkeaa kansa- laistyytyväisyyttä (Vuorenkoski ym. 2008, Sánchez-Piedra ym. 2014). Sánchez-Piedran ym. (2014) tutkimuksen mukaan 74,1 % suomalaisista perusterveydenhuollon asiak- kaista on tyytyväisiä perusterveydenhuollon palveluihin, kun vastaava luku Euroopassa on 86,7 % (tutkimuksessa mukana Saksa, Liettua, Suomi, Espanja, Viro, Unkari ja Ita-

lia). Verrattuna muihin kehittyneisiin länsimaihin Suomessa panostetaan taloudellisesti julkiseen terveydenhuoltoon monia muita maita vähemmän. Suomalainen terveydenhuolto eroaa myös rahoituksen ja järjestämistavan muodoissa, sillä julkisen terveydenhuollon toteuttaminen ja rahoittaminen ovat kuntien vastuulla. (Mattila 2011.)

Terveydenhuollon organisaatioilla on omat erityispiirteensä. Ne ovat luonteeltaan sekä palveluorganisaatioita että moniammatillisia organisaatioita, ja niillä on runsaasti tehtäviä ja velvollisuuksia. Koska toiminta perustuu palveluperiaatteeseen, asiakkaan tarpeet, intressit ja hyvinvointi ovat esimerkiksi organisaation tehokkuutta ja ammattiryhmien etuja tärkeämpiä tekijöitä. (Nikkilä & Paasivaara 2007.) Perusterveydenhuollon organisaatiolla tarkoitetaan julkisten terveystalouksien toimintapaikkana toimivaa terveyskeskusta (Tiirinki 2014). Perusyksiköt toimivat organisaation eturintamalla ja kohtaavat asiakkaansa päivittäin tarpeineen ja ongelmineen (Nikkilä & Paasivaara 2007, 26).

2.2 Organisaatioyhdistämiset perusterveydenhuollossa

2.2.1 Organisaatioyhdistämisten taustalla perusterveydenhuollon haasteet

Perusterveydenhuolto on monien haasteiden edessä (Lian 2008, Vuorenkoski ym. 2008, Mäntyranta ym. 2011). Kohtuuhintaisten ja laadukkaiden terveystalouksien järjestämistä hankaloittavat läntisissä hyvinvointivaltioissa kulttuuriset, taloudelliset, poliittiset ja väestörakenteelliset muutokset (Lian 2008). Terveydenhuoltojärjestelmien haasteet liittyvätkin universaalisti palvelujen saatavuuteen, laatuun ja kustannuksiin (Myllymäki 2004). Samanaikaisesti ihmisten odotukset perusterveydenhuollon suhteen ovat kasvaneet (Lian 2008).

Yksi perusterveydenhuollon keskeinen haaste on palveluiden järjestäminen syrjäisille alueille (Vuonovirta ym. 2009). Työvoimapula, erityisesti lääkäreistä ja hammaslääkäreistä, on aiheuttanut hoidon saatavuuteen liittyviä ongelmia etenkin harvaanasutuilla syrjäseuduilla (Mäntyranta ym. 2011, Kuusio 2014). Hoidon saatavuuden haasteet eivät kuitenkaan ole pelkästään syrjäseutujen ongelma, sillä tutkimusten mukaan perusterveydenhuollon asiakasmäärät lisääntyvät koko ajan, ja samalla kuilu palveluiden ky-

synnän ja tarjonnan välillä kasvaa (Myllymäki 2004, Frumkin ym. 2008, Lian 2008, Vakkala 2012). Väestö ikääntyy (Lian 2008, Vuonovirta ym. 2009) ja ihmisten terveyden edistämisestä on tulossa yhä suurempi haaste (Kardakis ym. 2013). Tupakointi, liiallinen alkoholin kulutus, epäterveelliset ruokailutottumukset ja liikunnan puute ovat kasvavia ongelmia, joihin puuttuminen on välttämätöntä (Kardakis ym. 2013). Myös masennus on yksi keskeisistä perusterveydenhuollon haasteista kaikkialla maailmassa (Rost 2009, Craven & Bland 2013). Globalisaation ja maahanmuuton lisääntyessä kielimuurit hankaloittavat yhä enemmän hoitoa ja vaarantavat potilasturvallisuutta (Li ym. 2010). Monien tekijöiden näkyvänä seurauksena ovat pitkät odotusajat (Vuorenkoski ym. 2008).

Perusterveydenhuollon keskeinen haaste on myös alan teknologisoituminen, sillä viime vuosina informaatioteknologiasta on tullu tärkeä osa terveydenhuollon toimintaa (Lian 2008, Vuonovirta ym. 2009). Teknologian käyttöönotosta on koettu olevan useita hyötyjä niin potilaiden, työntekijöiden, kuin yhteiskunnan näkökulmasta. Teknologia mahdollistaa esimerkiksi hoidon saatavuuden paranemisen syrjäisille alueille. (Vuonovirta ym. 2009.) Alan teknologisoituessa on kuitenkin ilmennyt myös monia haasteita, jotka liittyvät esimerkiksi tietojärjestelmien yhteensopivuuteen ja tiedonkulkuun (Virjo ym. 2013) sekä ihmisten osaamistarpeisiin (Vuonovirta ym. 2009).

Suomen terveydenhuollossa vakavan haasteen aiheuttavat monimutkaisen rahoitusjärjestelmän aiheuttamat taloudelliset ongelmat. Useat rinnakkaiset ja päällekkäiset rahoitusjärjestelmät vaikeuttavat kulujen hallintaa ja kustannustehokasta toimintaa. (Mäntyranta ym. 2011.) Suomessa vastuu julkisesta terveydenhuollosta on myös hajautettu laajemmalle kuin mahdollisesti missään muussa Euroopan maassa, ja viime vuosina huolta on tuottanut se, että laajan hajauttamisen ongelmat vaikuttavat olevan suurempia kuin niistä saatavat edut (Vuorenkoski ym. 2008). Kuitenkin myös muissa Pohjoismaissa samantyyppiset rahoitukseen ja terveydenhuollon rakenteellisiin muutoksiin liittyvät haasteet ovat aiheuttaneet tarpeen yhdistää organisaatioita (Küllen ym. 2002). Tutkimusten mukaan näyttäisikin, että perusterveydenhuoltojärjestelmillä on maailmanlaajuisesti suuria palveluiden saatavuuteen, laatuun ja kustannuksiin liittyviä haasteita (Myllymäki 2004, Lian 2008).

Vastauksena terveydenhuollon haasteisiin kaikissa läntisissä teollisuusmaissa on parhaillaan käynnissä muutoksia, jotka koskevat terveystalouden rahoittamista ja järjes-

tämistä. On todennäköistä, että maailmanlaajuisen globalisaation vuoksi eri maissa on meneillään samantyyppisiä uudistusprosesseja ja että maat kohtaavat samoja haasteita. (Lian 2008.) Perusterveydenhuollossa organisaatioyhdistäminen on yksi keino, jolla pyritään vastaamaan haasteisiin (Nicholson ym. 2013). Tutkimusten mukaan terusterveydenhuollon voimavarojen käyttöä tehostamalla voidaan saada aikaan enemmän ja parempia palveluja (Amando & Santos 2009).

Suomessa on ponnisteltu terveydenhuollon toiminnan tehostamiseksi ja kehittämiseksi, sillä Suomen terveydenhuollolla on akuutti tarve muuttua (Kajamaa 2011). Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset ovatkin Suomessa yleisiä ja niitä on toteutettu jo vuosikymmenten ajan (Taskinen 2005). Terveydenhuolto- ja sosiaalihoitojärjestelmä ovat jo osittain yhdistyneet, mutta monet väestöryhmät hyötyisivät, jos palveluja yhdistettäisiin vielä tehokkaammin. Näitä ryhmiä ovat kasvava ikääntyneen väestön ryhmä, mielenterveyskuntoutujat, päihteidenkäyttäjät sekä syrjäytymisuhassa olevat lapset ja nuoret. (Mäntyranta ym. 2011.) Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämissä on toteutettu myös muissa Pohjoismaissa (Küllen ym. 2002, Ahgren & Axelsson 2011). Esimerkiksi Ruotsissa perusterveydenhuoltopalveluissa on toteutettu merkittäviä rakenteellisia uudistuksia, joissa asiakkaan valinnanvapautta on pyritty lisäämään ja terveydenhuoltopalveluja tehostamaan integraatioiden avulla (Aghren & Axelsson 2011). Terveydenhuollon organisaatioyhdistämisten avulla voidaankin mahdollistaa kustannustehokkaasti laadukas hoito (Nicholson ym. 2013).

2.2.2 Organisaatioyhdistämisen määrittelyä ja vaikutuksia

Organisaatioyhdistäminen on suuri ja perustavanlaatuinen muutos, jossa aiemmin itsenäiset organisaatiot liitetään toisiinsa. Organisaatioyhdistämisessä voi olla kyse kahden tai useamman tasa-arvoisen organisaation yhdistämisestä tai hallitsevan ja alisteisen organisaation yhdistämisestä, jolloin organisaatio kokonaisuudessaan tai vain joitain sen osia liitetään toiseen, tavallisesti hallitsevaan organisaatioon. (Taskinen 2005.) Hardy ym. (1999) määrittävät terveydenhuollon organisaatioyhdistämisen tarkoittavan, että organisaatiot suunnittelevat, järjestävät ja toteuttavat yhteistyössä toimivien ammattihenkilöiden välityksellä yksittäiselle palvelunkäyttäjälle yhtenäisen ja koordinoitun joukon palveluja. Thaldorfin ja Libermanin (2007) mukaan kyse on hoidon osa-alueiden järjestämisestä saumattomana jatkumona.

Terveydenhuollossa yhdistäminen pitää sisällään poliklinikoiden, vuodeosastojen, pitkäaikaishoitopaikkojen sekä vakuutuspalvelujen yhdistämisiä. Yleistymässä ovat myös yhdistämissuunnaukset, jotka pyrkivät kohti hallinnon, rahoituksen, tietojärjestelmien ja klinisen hoidon yhdistämistä. (Thaldorf & Liberman 2007.) Kärkkäinen (2004) jakaa yhdistämisprosessin neljään tasoon, joita ovat hallinnollinen, toiminnallinen, fyysinen ja ideologinen yhdyntyminen. Näihin yhdyntymisen tasoihin vaikuttavat organisaatioiden sisäiset ja ulkoiset yhdistämistä edistävät ja haittaavat tekijät (Kärkkäinen 2004). Palvelujen yhdistämiseen liitetään usein myös käsitteet horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio. Horisontaalinen integraatio käsittää monialaista vertaistukea antavaa yhteistyötä, joka parantaa yleistä terveyttä. Vertikaalinen integraatio tarkoittaa, että potilaiden tiettyjä sairauksia hoidetaan yli organisaatorajojen. (Thomas ym. 2008.)

Perusterveydenhuollossa palvelujen yhdistämiset ovat yleisiä (Simoens & Scott 2005). Yhdistämällä organisaatioita pyritään rakenteellisesti eheyttämään annettavaa hoitoa (Taskinen 2005). Chung ym. (2012) mukaan tärkein peruste kehittää yhdistettyjä palveluja onkin kokonaisvaltaisen hoidon tarve. Yhdistämisen taustalla ovat usein myös taloudelliset syyt, kuten pyrkimys vähentää kustannuksia (Simoens & Scott 2005, Thaldorf & Liberman 2007, Cousineau ym. 2013) sekä lisätä tehokkuutta ja parantaa kilpailukykyä palveluntarjoajien välillä (Cousineau ym. 2013). Keskeinen syy on myös tarve parantaa terveydenhuollon palveluiden laatua (Taskinen 2005, Thaldorf & Liberman 2007). Tiainen (2016) mukaan palveluja keskittämällä voidaan parantaa palvelujen laatua, sillä keskittämällä voidaan koota yhteen enemmän ammattitaitoisia henkilökunta ja taata riittävä asiakasvolyymi osaamisen tason ylläpitämiseksi.

Kuntien palvelujen organisaatioyhdistämisten katsotaan yleensä kasvattavan alueen asukkaiden tasa-arvoa palveluiden suhteen, koska käyttöön todennäköisesti tulee alueen sen hetkisten palvelutarjontojen keskiarvo. Tämä johtuu siitä, että parhaisiin ei ole taloudellisia mahdollisuuksia ja huonoimmat ja halvimmat mallit eivät ole poliittisesti käyttökelpoisia. (Hirvonen 2002, 33.) Alueilla, joissa ihmisten eriarvoisuus ja maantieteellinen eristyneisyys ovat ongelmana, palvelujen yhdistäminen voikin parantaa hoidon saatavuutta ja mahdollistaa yhdenvertaisemmin laadukkaat perusterveydenhuollon palvelut (Vasan ym. 2014). Aluepolitiikka ei kuitenkaan aina lisää asukkaiden tasa-arvoa.

Jos alueelliset erot ovat selkeitä, alueellisia kasvukeskuksia kehittävä politiikka kasvat-
taa eroja entisestään heikentämällä syrjäisten alueiden asemaa. (Tiainen 2016.)

Organisaatioyhdistämiset perusterveydenhuollossa ovat osoittautuneet asiakkaan näkö-
kulmasta monin tavoin onnistuneiksi. Tutkimusten mukaan yhdistäminen voi parantaa
hoidon laatua ja asiakaspalvelua (Junnila 2008, Tiainen 2016), sekä lisätä palvelujen
tuntemista ja kokemusta niiden riittävydestä (Joensuu ym. 2013). Palvelujen yhdistä-
minen perusterveydenhuollossa voi mahdollistaa paikallisen hoitopaikan, jossa henkilö-
kunta on asiakkaalle ennestään tuttua (Kolko & Perrin 2014). Hoidon keskittäminen voi
myös tietyissä tilanteissa vähentää häpeää ja leimautumisen pelkoa, jotka usein liittyvät
esimerkiksi mielenterveystyöhön (Hine ym. 2008, Kolko & Perrin 2014). Palvelujen
yhdistäminen sujuvoittaa hoitoa ja vähentää kustannuksia, sillä esimerkiksi lähetteitä ei
tarvitse laittaa niin usein ulkopuolisille palveluntarjoajille, kun organisaation sisältä
löytyy laajemmin ammattiosaamista. Yhdistäminen helpottaa näin ollen myös lääkärei-
den työtä tilanteissa, joissa heillä ei ole riittävästi erikoisosaamista. (Hine ym. 2008.)
Organisaation kannalta myönteisiä vaikutuksia on lisäksi toimialojen painoarvon nousu,
päällekkäisyyksien väheneminen sekä organisaatioiden kesken yhteinen toiminnan
suunnittelu, koulutus ja kehittäminen (Junnila 2008).

Organisaatioiden yhdistämisprosessit eivät kuitenkaan ole kaikilta osin ongelmattomia
(Simoens & Scott 2005, Taskinen 2005, Walker ym. 2009), vaan palvelujen yhdistämi-
seen liittyy monia riskejä ja epävarmuustekijöitä organisaatioiden eri tasoilla (Walker
ym. 2009). Skeptistä asennetta yhdistämisistä kohtaan aiheuttaa se, että organisaatioyh-
distämiset ovat terveydenhuoltoalalla vielä aika uusi ja huonosti tunnettu ilmiö, eikä
niiden pitkántähtäimen vaikutuksista ole tarkkaa tietoa (Thaldorf & Liberman 2007).

Yhdistetyssä organisaatiossa haasteita voi aiheuttaa organisaation monimutkaisuus, by-
rokraattisuus ja iso koko. Organisaatioyhdistäminen kuormittaa myös henkilöstöä, mikä
voi vaikuttaa hoidon laatuun. Yhdistämisen alkuvaiheessa muutos aiheuttaa usein työn-
tekijöissä ahdistusta ja pelkoa vallan tai arvovallan menettämisestä. Muita haittoja ovat
vastuualueiden hämärtyminen, työtehtävien monimutkaistuminen sekä keskinäiset risti-
riidat ammattiryhmien välillä. (Junnila 2008.) Usein määräykset toiminnan yhdistämi-
sestä tulevat ylhäältä käsin ja ilman kunnollisia perusteita yhdistämisen kustannuksista,
hyödyistä potilaalle tai vaikutuksista pääomaan. Tutkimusten mukaan tuotannon taso ja

kustannukset eivät kuitenkaan liity organisaation kokoon, mikä tarkoittaa, että suuremmat organisaatiot eivät välttämättä päihitä pienempiä organisaatioita. (Simoens & Scott 2005.) Organisaatioiden yhdistämisellä ei aina olekaan saatu oletettuja vaikutuksia (Simoens & Scott 2005, Taskinen 2005, Junnila 2008). Yhdistämisen seurauksena ei välttämättä synny uusia töiden tai vastuiden jakoa tai moniammatillisia työtapoja (Junnila 2008). Tutkielman lähteistä nousseita organisaatioyhdistämisen syitä sekä mahdollisia hyötyjä ja haittoja on koottu taulukkoon 1.

Taulukko 1. Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisten syitä ja seurauksia

Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset		
Syitä	Hyötyjä	Haittoja
Taloudelliset syyt	Hoidon laadun parantuminen	Organisaatiot isoja ja monimutkaisia
Tehokkuuden lisääminen	Asiakaspalvelun parantuminen	Organisaatiot byrokraattisia
Hoidon eheyttäminen	Hoidon jatkuvuuden parantuminen	Voi heikentää syrjäseutujen asemaa
Laadun parantaminen	Lisää palveluiden tuntemista	Kuormittaa henkilöstöä
Kilpailukyvyyn parantaminen	Lisää palveluiden riittävyttä	Odotettuja tuloksia ei aina saavuteta
	Tuo kustannussäästöjä	
	Vähentää häpeää ja leimautumista	
	Parantaa hoidon saatavuutta	
	Lisää palvelujen yhdenvertaisuutta	
	Voi mahdollistaa hoidon paikallisessa hoitopaikassa	

Organisaatioyhdistämisen onnistumiseen tai epäonnistumiseen vaikuttavat monet tekijät, joista keskeisiä ovat yhdistämisestä tiedottaminen sekä henkilöstön mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa. Muita keskeisiä tekijöitä ovat henkilöstön oikeudenmukaisuuden kokemus ja organisaatioiden kulttuureihin liittyvä yhteensopivuus. (Taskinen 2005.) Organisaatioyhdistäminen on helpompaa, mikäli kulttuurit ovat samankaltaisia. Erilaisen kulttuurien yhdistäminen vie enemmän aikaa ja riski epäonnistua on suuri (Kärkkäinen 2004). Vaaran (1993) mukaan organisaatioiden yhdistämisen onnistuneisuutta selittäviä tekijöitä ovat strateginen yhteensopivuus, organisaatioyhteensopivuus, työntekijöiden vastustus ja fuusion johtaminen (Kärkkäinen 2004). Jotta organisaatioyhdistämisestä saavutettaisiinkin hyötyjä, on osapuolten välisen yhteistyön toimivuus keskeinen ehto (Taskinen 2005). Organisaatioyhdistämisen onnistuminen riippuu siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Työntekijöillä, johdolla, jäsenkunnilla ja asiakkailta on omat kriteerinsä siitä, onko yhdistäminen onnistunut. Asiakkaalle keskeisiä tekijöitä ovat palvelun hinta, laatu ja saatavuus. (Kärkkäinen 2004.) Palvelujen käyttäjät odotta-

vat, että palveluihin pääsy toteutuu tasa-arvoisin kriteerein, eikä palvelujen saatavuus ja laatu riipu asuinpaikasta (Heinämäki 2012).

Erilaisten palvelujen yhdistäminen edellyttää yhteistyötä tukevia rakenteita sekä toiminta- ja menettelytavoista sopimista (Joensuu ym. 2013). Luottamus organisaatioiden välillä sekä johtajien että asiakasrajapinnassa toimivien palvelunjärjestäjien kesken on tärkeä tekijä, sillä se helpottaa päätöksentekoa ja toimintaa, ja välittyy tuloksekkaana toimintana asiakkaalle saakka (Walker ym. 2009). Yhdistymisen johtaminen tapahtuu parhaiten, jos siihen osallistuvat molempien osapuolten edustajat. Myönteisen yhteistyön edistäminen ja yhteisten tilojen käyttö auttavat sitomaan osapuolia toisiinsa. Myös taloudelliset resurssit tulee sitoa yhteiseen toimintaan, hankkeisiin ja potilastyön kehittämiseen. (Chung ym. 2012.) Nicholson ym. (2013) mukaan terveydenhuollon organisaatioita yhdistettäessä tärkeimmät tekijät ovat yhteinen suunnittelu, tiedonkulku, muutoksen hallinta, yhteiset kliiniset prioriteetit, kannustimet, väestön painopisteiden selvittäminen, jatkokoulutuksen tukeminen, potilaan/yhteisön sitoutuminen ja innovatiivisuus. Palveluiden yhdistäminen edellyttää myös työntekijöiltä uusien roolien ja vastuiden hyväksymistä (Sanford 2013).

2.2.3 Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset Suomessa ja maailmalla

Monet maat pyrkivät kohti kustannustehokasta ja laadukasta hoitoa yhdistämällä eri tavoin perusterveydenhuollon palveluita (Nicholson ym. 2013). Kuitenkin organisaatioyhdistämiset ovat vasta alkutekijöissä. Organisaatioiden yhdistäminen on laaja, kansallinen haaste, ja vain korkeintaan puolet potilaista, jotka hyötyisivät integroiduista palveluista, saavat niitä. (Strandberg-Larsen 2011.) Myös Suomessa palveluja yhteen sovittavien rakenteiden ja toimintatapojen kehittämisen tarvetta pidetään ilmeisenä. Niin lainsäädännöstä kuin useista ohjelmanjulistuksista ja toimenpide-ehdotuksistaakin ilmenee, että palvelujen yhteensovittamista, moniammatillisen osaamisen kehittämistä ja hallinnonalojen välisen yhteistyön edistämistä pidetään tärkeänä. (Joensuu ym. 2013.) Sosiaali- ja terveystoimen väliset ja terveydenhuollon sisäiset pyrkimykset toiminnan yhdistämiseen eivät kuitenkaan ole pelkästään tämän ajan kysymys, vaan organisaatioyhdistämissä on tapahtunut eri muodoissa jo vuosikymmenten ajan (Taskinen 2005). Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisen tyyppejä tämän tutkimuksen lähteiden pohjalta Suomessa ja kansainvälisesti on koottu kuvioon 1.



Kuvio 1. Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset Suomessa ja kansainvälisesti

Sosiaalipalvelujen yhdistäminen perusterveydenhuollon yhteyteen on tärkeä mielenkiinnon kohde perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisten saralla (Davey ym. 2005, Sterling ym. 2012, Kolko & Perrin 2014). Esimerkiksi Sterling ym. (2012) ovat tutkineet nuorten päihdepalvelujen yhdistämistä perusterveydenhuoltoon ja Kolko ja Perrin (2014) lasten ja nuorten mielenterveys- ja käyttäytymispalvelujen yhdistämistä perusterveydenhuoltoon. Tutkimukset kuvaavat myös aikuisten päihde- (Butler ym. 2008) ja mielenterveyspalvelujen yhdistämistä perusterveydenhuoltoon (Butler ym. 2008, Hine ym. 2008, Butler ym. 2011) sekä vanhusten sosiaali- ja terveystalvelujen yhdistämistä (Davey ym. 2005). Myös Suomessa ensimmäiset merkittävät yhdistämisprosessit käynnistyivät sosiaali- ja terveystoimen yhdistämisellä kansanterveyslain mahdollistaessa yhdistämisen 1970-luvulla (Taskinen 2005). 1990-luvulla Suomessa

yhdistettiin monessa kunnassa sosiaali- ja terveystoimia ja sen lisäksi yhdistettiin paikallisia aluesairaaloita terveyskeskuksiin. 2000-luvulla aluesairaaloita yhdistettiin osaksi keskussairaalojen toimintaa. (Junnila 2008.)

Yksi organisaatioyhdistämisen tyyppi on liittää perusterveydenhuollon sisällä yhteen palveluja tarjoavia yksiköitä (Perälä ym. 2011, Joensuu ym. 2013). Psykososiaalisten palveluiden liittäminen osaksi syövän hoitopalveluja (Fann ym. 2012), hammashuollon liittäminen perusterveydenhuollon yhteyteen (Monajem 2006), HIV- ja mielenterveyspalveluiden yhdistäminen (Kim ym. 2014) sekä terveydenhuollon organisaatioiden yhdistäminen kansallisessa hätätilanteessa (Wynn & Moore 2012) ovat esimerkkejä kansainvälisesti toteutetuista, tähän ryhmään kuuluvista yhdistämisistä. Myös Suomessa on toteutettu perus- ja erityistason palvelujen yhdistämistä perusterveydenhuollon sisällä, joista esimerkkinä on lasten ja perheiden palvelujen yhdistäminen (Perälä ym. 2011, Joensuu ym. 2013). Vastaavaa eheyttämistä ja yhdistämistyötä on toteutettu Suomessa myös erilaisilla yhteistyön muodoilla, kuten hyödyntämällä hoito- ja palveluketjuja sekä yhteisiä hoito- ja palvelusuunnitelmia (Taskinen 2005).

Kansainvälisistä, perusterveydenhuollon yhdistämisprosesseja käsittelevistä tutkimuksista nousee yhdeksi yhdistämistyyppiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden yhdistäminen (Rao ym. 2012, Nicholson ym. 2013). Palveluja yhdistämällä voidaankin palveluiden saatavuutta parantaa esimerkiksi maaseutualueille ja köyhemmillä yhteiskuntaluokilla (Rao 2012). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisessä on kuitenkin todettu olevan useita tekijöitä, jotka vaikuttavat yhdistymisen onnistumiseen. Esimerkiksi Australiassa, Uudessa Seelannissa ja Kanadassa monimutkaiset rahoitusjärjestelmät ovat vaikeuttaneet organisaatioiden yhdistämistä. (Nicholson ym. 2013.)

Suomessa on muodostettu kuntauudistusten yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollossa eri tavoin organisoituja yhteistoiminta-alueita. Sellaisia ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveystoimintakeskukset ja perusturvakuntayhtymät. (Puustinen 2012.) Vuoden 2000 alussa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireistä yhdistettiin uusi organisaatio, HUS-kuntayhtymä (Kinnunen & Lindström 2005). Palvelujen yhdistämisen hyödyntämisestä on kyse myös Kainuussa vuosina 2005–2012 toteutetussa maakuntakokeilussa, jossa ylikunnallinen elin vastasi alueen sosiaali- ja terveystoimintojen järjes-

tämisestä (Airaksinen ym. 2005). Suomessa terveydenhuollon organisaatioita on yhdistetty myös terveydenhuoltoalueiksi. Esimerkiksi Mäntän alueella terveydenhuoltoalue muodostettiin yhdistämällä aluesairaala ja terveystakeskus toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. (Junnila 2008.) Vastaavia yhdistämissä on tehty myös muissa Pohjoismaissa. Esimerkiksi Ruotsissa on kehitetty terveydenhuoltopalveluja alueellista organisaatioiden välistä yhteistyötä lisäämällä ja kehittämällä näin yhteistoiminta-alueita. (Ahgren & Axelsson 2011.)

Suomessa terveydenhuollon ja muiden julkistaloudellisten organisaatioiden yhdistämissä on tutkittu vähän, vaikka yhdistämissä onkin toteutettu jo kymmeniä vuosia (Kärkkäinen 2004, Taskinen 2005, Junnila 2008). Suomalaisista tutkimuksista useimmat käsittelevät organisaatioyhdistämistä henkilöstön näkökulmasta (Kärkkäinen 2004, Taskinen 2005, Junnila 2008). Kärkkäinen (2004) on tutkinut psykiatrian yhdistämistä somaattiseen hoitojärjestelmään henkilöstön näkökulmasta, Taskinen (2005) oikeudenmukaisuuden ja kulttuurien kohtaamista sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistämissä henkilöstön näkökulmasta, Kinnunen ja Lindström (2005) HUS:n muodostamisen vaikutuksia johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin, Junnila (2008) useammasta kunnasta muodostetun terveydenhuoltoalueiden toimivuutta sekä väestön että henkilöstön näkökulmasta ja Puustinen (2012) sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueita verkostojohtamisen näkökulmasta. Myös Joensuu ym. (2013) tutkimuksessaan lasten ja perheiden palvelujen yhteensovittamisesta tarkastelee asiaa palvelusta vastaavien johtajien näkökulmasta. Asiakasnäkökulmasta organisaatioiden yhdistämistä tarkastelevat tutkimukset puuttuvatkin lähes kokonaan (Taskinen 2005).

Kansainvälisesti terveydenhuollon julkisten organisaatioiden yhdistämissä on tutkittu vähän, jos ei huomioida Yhdysvaltaisten yksityisten sairaaloiden yhdistämistutkimuksia (Kärkkäinen 2004, Taskinen 2005). USA:n yksityinen terveydenhuolto poikkeaa kuitenkin merkittävästi Suomen julkisen verorahoitteen terveydenhuollon mallista, joten näiden tutkimusten tulokset eivät ole suoraan siirrettävissä suomalaiseen terveydenhuoltoon (Kärkkäinen 2004). Organisaatioiden yhdistämisestä ja siihen liittyvistä ilmiöistä oleva tietämys on siis suurelta osin peräisin yksityisen sektorin yritysorganisaatioiden yhdistämisestä. Niistä saatava tieto on kuitenkin tärkeää myös terveydenhuollon kannalta, sillä organisaatioiden yhdistämiseen liittyy myös universaaleja ilmiöitä. (Taskinen 2005.)

2.3 Asiakas perusterveydenhuollossa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää terveydenhuollon potilaan olevan henkilö, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja tai on niiden kohteena (785/1992). Terveydenhuollon asiakkuus on monisyinen käsite (Kärkkäinen 2004, Mertaniemi ym. 2011). Mertaniemen ym. (2011) mukaan terveydenhuollon asiakkaaksi voidaan määrittellä hoito- ja hoivapalveluja käyttävän yksilön lisäksi myös asiakkaan omainen tai huoltaja. Kärkkäisen (2004) mukaan terveydenhuollon organisaatiossa asiakkuus on kaksijakoista, sillä asiakkaana voidaan pitää paitsi välittömästi hoitoa saavaa potilasta, niin myös palvelun pääasiallista maksajaa eli kuntaa.

Julkisten terveystalvelujen asiakkuutta on tutkittu kansainvälisesti runsaasti, mutta perusterveydenhuollon organisaation, eli terveystalveluksen asiakkuutta täysin vastaavia tutkimuksia ei juuri ole (Tiirinki 2014). Terveydenhuollossa potilas ja asiakas ovat tavallisimpia palveluiden käyttäjistä käytettyjä käsitteitä (Jäntti 2008, Mertaniemi ym. 2011, Valkama 2012). Muita käytettyjä käsitteitä ovat kuluttaja ja kansalainen (Jäntti 2008). Asiakas on suhteellisen uusi käsite, mutta sen rooli vahvistuu koko ajan (Jäntti 2008, Valkama 2012). Tänä päivänä asiakkuus onkin todellisuutta terveydenhuoltopalveluissa, sillä asiakkaan rooli terveystalvelujen käyttäjänä on muuttunut passiivisesta potilaan roolista aktiiviseen asiakkaan tai kuluttajan rooliin, mihin sisältyy osallistumista hoitoon ja palvelujen kehittämiseen (Siriwardena & Gillam 2014). Käsitteeseen asiakas liittyy kuitenkin monia pulmallisia tekijöitä, sillä käsite asiakas antaa kuvan aktiivisesta subjektista, joka valitsee ja vaikuttaa palveluihin. Todellisuudessa terveydenhuollossa termiä käytetään kuvaamaan lähes kaikkia palveluissa asioivia henkilöitä siitä riippumatta, onko asiakas aktiivinen toimija, kuluttaja, toiminnan kohde tai jopa tahdonvastaisten toimien kohde. Asiakkaan asemaan vaikuttavat yhteiskunnan ja organisaation ideologiat, arvot, traditiot sekä palvelutilanteessa työskentelevän yksilön arvot ja toimintatavat. (Valkama 2012.)

Perusterveydenhuollossa tyypillisiä asiakkaita ovat vanhukset, lapset, työttömät sekä moniongelmaiset ja perussairaant henkilöt. Sen sijaan yksityiselle sektorille keskittyvät yleensä parempituloisemmat ja terveemmät asiakkaat. (Heponiemi ym. 2013.) Sánchez-Piedra ym. (2014) ovat tutkineet perusterveydenhuollon asiakkaita seitsemässä Euroo-

pan maassa, joita ovat Saksa, Liettua, Suomi, Espanja, Viro, Unkari ja Italia. Tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon asiakkaat ovat keskimäärin 51-vuotiaita, heistä miehiä on puolet (50%) ja hieman yli puolet (51%) sairastaa kroonista sairautta. Suurin osa (92%) perusterveydenhuollon asiakkaista kokee terveytensä melko hyväksi tai oikein hyväksi. (Sánchez-Piedra ym. 2014.)

Lain mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on ilman syrjintää oikeus terveydentilan edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalla on myös oikeus laadultaan hyvään hoitoon ilman että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään loukataan ja hänen äidinkieltä, yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa otetaan mahdollisuuksien mukaan huomioon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Terveydenhuollossa asiakkaan saama palvelu sisältää hoitoa, lääkitystä ja muita terveydenhuollon toimenpiteitä. Näiden lisäksi asiakas odottaa saavansa palvelun nopeasti, vaivattomasti ja edullisesti sekä tulevaisuuden kohdeksi asiallisesti. (Nikkilä & Paasivara 2007.) Asiakkaalle on keskeistä, että palvelut ovat maantieteellisesti riittävän lähellä, terveydenhuoltohenkilöstöä on tarvittaessa saatavilla ja että toimintapaikka ja henkilöstö ovat asiakkaalle tuttuja (Brundisini ym. 2013). Levesque ym. (2013) käyttävät asiayhteydessä saavutettavuus-käsitettä. Asiakkaalle terveydenhuollon palvelun tekee saavutettavaksi viisi tekijää: helppopääsyisyys, hyväksyttävyyys, palvelun saatavuus ja majoituksen järjestymisen sekä edullisuus ja hoidon sopivuus (Levesque ym. 2013). Asiakkaalle on myös merkityksellistä, että perusterveydenhuollon toimintakulttuuri muodostuisi holistiselle arvopohjalle. Tällä tarkoitetaan, että asiakas haluaa tulla kohdattuksi kokonaisvaltaisena yksilönä siten, että hänen inhimillisiin tarpeisiinsa ja vaikeuksiinsa vastataan. (Tiirinki 2014.)

Asiakkaan roolia terveydenhuollossa on laajennettu Suomessa lainsäädännöllisin toimin (Mertaniemi ym. 2011). Terveydenhuoltolain (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) mukaan henkilö voi valita, mistä kuntansa terveystieteiden keskuksen terveysasemalta hän saa terveydenhuollon palvelut. Asiakkaalla on myös oikeus valita erikoissairaanhoidon toimintayksikkö kotikunnan erityisvastuualueelta, ja valinta voi kohdistua myös muuhun erityisvastuualueeseen, jos se on tarpeellista asiakkaan kielellisten oikeuksien turvaamiseksi (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, Kaste 2012–2015, pyrkii vahvistamaan asiakaslähtöisyyttä. Kaste-

ohjelman toinen päätavoite onkin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. (STM 2012.)

Terveydenhuollon asiakkuutta haastaa nykypäivänä hoitopolun rikkonaisuus, jonka aiheuttaa monitoimijaisuus ja organisaatioiden välisen työnjaon selkiytymättömyys. Asiakkaan kannalta haasteellista on myös asiakkuuden sisällölliset vaihtelut eri tilanteissa ja eri toimijoilla asioitaessa. Joillakin palveluntarjoajilla asiakas voi kokea olevansa yhdenvertaisessa asemassa kun taas toisissa palveluissa mahdollisuutta valitsemiseen tai vaikuttamiseen ei käytännössä ole. (Valkama 2012.)

Asiakkaan ottamista mukaan terveystalvelujen kehittämiseen ja hoitoon liittyvien valintojen tekemiseen nähdään yhä tärkeämpänä (Jäntti 2008, Tabrizi ym. 2009, Tiirinki 2014). Terveydenhuollon asiakkaat odottavat entistä laadukkaampia hoitopalveluja sekä mahdollisuutta osallistua aktiivisesti paitsi omaa terveyttään niin myös poliittisia terveydenhuoltopalveluja koskevaan päätöksentekoon (Tabrizi ym. 2009). Asiakkaan aktiivisen osallistumisen hyötyjä hoitoon ja päätöksentekoon onkin tutkimuksin selvitetty (Du & Yuan 2010, Flynn ym. 2012). Flynn ym. (2012) mukaan asiakas voisi hyötyä osallistumisesta omaa hoitoaan koskevaan jaettuun päätöksentekoon terveydenhuollon ammattilaisen tukemana. Tiettyjen, huolella valittujen potilasryhmien kohdalla on myös mahdollista hyödyntää potilasta itsensä hoitajana (Du & Yuan 2010).

Tutkimusten mukaan asiakkaiden ottaminen mukaan terveydenhuollon palvelujen kehittämiseen parantaa terveydenhuollon palvelutuotantoa (Tabrizi ym. 2009, Elg ym. 2012). Asiakkaan aktiivinen osallistuminen nähdään yhtenä keinona vähentää epätarkoituksenmukaista terveystalvelujen käyttöä ja hoitovirheitä. Asiakkaiden osallisuus terveydenhuollon kehittämisessä ja päätöksenteossa lisää myös palvelujen laatua, edistää ihmisarvoa, autonomiaa, luottamusta ja sitoutumista terveydenhuollon prosesseihin. (Tabrizi ym. 2009.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma

Tämän Pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvailla kuntaliitosten yhteydessä toteutettuja perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisistä asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa siitä, millaisia kokemuksia perusterveydenhuollon asiakkailta on organisaatioyhdistämisistä. Tutkimus tuottaa uutta tietoa terveyshallintotieteen tutkimuskentälle siitä, millaisia kokemuksia terveyskeskusasiakkailta on perusterveydenhuoltopalvelujen uudelleen järjestämisestä organisaatioyhdistämisten muodossa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa terveyskeskusten tai niiden osien yhdistämisistä ja pohdittaessa yhdistämisistä asiakasnäkökulmasta.

Tutkimustehtävä on:

1. Millaisia kuntaliitosten yhteydessä toteutetut perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset ovat asiakkaan näkökulmasta?
 - 1.1 Millaisina perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset näyttäytyvät asiakkaille?
 - 1.2 Millaisia kokemuksia asiakkailta on perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisistä?

3.2 Aineiston kuvaus

Tässä tutkimuksessa perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämissä tutkitaan terveyskeskusten toimintaympäristössä. Tutkimuksen kohderyhmään kuuluivat erään pohjois-suomalaisen kaupungin perusterveydenhuollon asiakkaat. Kaupungissa on toteutettu muutama vuosi sitten laajamittainen kuntaliitos, jonka myötä terveyskeskuspalveluja on yhdistetty ja pieniä terveyskeskuksia korvattu laajalle väestöryhmälle suunnatuilla hyvinvointikeskuksilla. Pienten liitoskuntien terveyskeskusten toimintaa ei ole täysin lopetettu, vaan niissä toimii suppeampia palveluja tarjoavia hyvinvointipisteitä, joista alueen asukkaat saavat edelleen esimerkiksi sairaanhoitajanvastaanotto- ja laboratoriopalveluita sekä lääkärin vastaanottopalvelua rajatuille potilasryhmille. Tässä tutkimuksessa tutkitaan kaupungin yhden hyvinvointikeskuksen asiakkaiden kokemuksia terveyskeskusten organisaatioyhdistämisestä. Koska tutkimuksen avulla haluttiin saada mahdollisimman kattava kuva asiakkaiden kokemuksista, valittiin perusjoukkoon tutkittavia sekä hyvinvointikeskuksen lähialueelta, että sen palvelualueeseen kuuluvilta, kauempana olevilta alueilta. Tutkimuksen perusjoukkoon pyrittiin myös saamaan mahdollisimman kattavasti edustajia terveyskeskusten eri asiakasryhmistä.

Tutkimuksen aineisto koostui kymmenen ($n=10$) hyvinvointikeskuksen asiakkaan haastattelumateriaaleista. Nuorin asiakkaista oli 28-vuotias ja vanhin 85-vuotias. Asiakkaiden keski-ikä oli 57,7 vuotta ja mediaani 57 vuotta. Tutkimuksessa mukana oli seitsemän naista ja kolme miestä. Asiakkaat edustivat muuten kattavasti Suomen perusterveydenhuollon suurimpia asiakasryhmiä, eli vanhuksia, lapsiperheitä, työttömiä ja perussairaita asiakkaita, mutta moniongelmaisia haastateltavissa ei ollut (Heponiemi ym. 2013). Lisäksi mukana oli yksi omaishoitaja. Haastatteluissa mukana olleista kuusi asiakasta käytti terveyskeskuspalveluja pelkästään itse ja neljällä asiakkaalla palveluja käytti asiakkaan itsensä lisäksi myös vähintään yksi perheenjäsen tai huollettava. Haastatellut asiakkaat käyttivät hyvinvointikeskuksesta seuraavia palveluja: äitiys- ja lastenneuvola, hammashoito, laboratorio, lääkärinvastaanotto, sairaanhoitajanvastaanotto ja kotihoito. Näitä palveluja he käyttivät keskimäärin 2,45 kertaa kuukaudessa.

3.3 Aineistonkeruu

Aineiston keräämiseksi oltiin yhteydessä hyvinvointikeskuksen palvelupäällikköön ja palveluesimieheen. Heidän kauttansa saatiin yhteys hyvinvointikeskuksen ja hyvinvointipisteiden vastaanotolla työskenteleviin sairaanhoitajiin. Laadullisessa tutkimuksessa on keskeistä, että tutkittava kohderyhmä tarjoaa rikkaan ja kokonaisvaltaisen kuvan tutkittavasta ilmiöstä (Polit & Beck 2008). Sairaanhoitajia ohjattiinkin pyytämään tutkimukseen mukaan eri-ikäisiä ja perusterveydenhuollon eri asiakasryhmiin kuuluvia henkilöitä. Asiakkaiden toivottiin edustavan hyvinvointikeskuksen asiakaskuntaa kattavasti myös maantieteellisesti. Sairaanhoitajat kertoivat tutkimuksesta asiakkailleen ja pyysivät kiinnostuneilta yhteystiedot, jotka toimittivat tutkijalle. Tutkija oli itse yhteydessä asiakkaisiin ja sopi heidän kanssaan haastatteluajan. Jokaista tutkimukseen osallistuvaa informoitiin tutkimuksen yksityiskohdista sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Asiakkailta pyydettiin myös kirjallinen suostumusasiakirja tutkimukseen osallistumisesta kahtena kappaleena (liite 1). Suostumusasiakirjoista toinen jäi asiakkaalle ja toinen tutkijalle.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, sillä laadullinen tutkimusote mahdollisti asiakkaiden kokemuksista syvällisen ymmärryksen tavoittamisen (Polit & Beck 2008). Aineistonkeruu toteutettiin avoimena yksilöhaastatteluna. Avoin haastattelu on keskustelunomainen haastattelumuoto, joka valittiin siksi, että sen avulla pystyttiin kattavasti selvittämään asiakkaiden ajatuksia, mielipiteitä ja käsityksiä tästä aiemmin niukasti tutkitusta aiheesta (Hirsjärvi ym. 2007, 204).

Tutkimuksen haastattelurunko (liite 2) johdettiin tutkimuskysymyksistä, aiempi tutkimuskenttä ja avoimen haastattelun luonne huomioiden. Haastattelurunko sisälsi avoimia kysymyksiä sekä apusanoja. Haastattelussa pyrittiin antamaan asiakkaan omille ajatuksille tilaa, mutta vastaamista helpotettiin tarvittaessa apusanojen avulla. Ennen varsinaisia haastatteluja toteutettiin esihaastattelu, jossa testattiin haastattelurunkoa ja kysymysten muotoilua sekä selvitettiin haastattelun keskimääräinen pituus. Esihaastattelun jälkeen haastattelurunkoon tehtiin vielä pieniä selvennyksiä kysymysten sanamuotoihin. Esihaastattelu tehtiin kohderyhmää edustavalle henkilölle, ja se liitettiin osaksi tutkimusaineistoa. Haastattelutilanteissa avoimelle haastattelulle tyypilliseen tapaan ei ollut kiinteää runkoa, vaan keskustelu eteni vapaamuotoisesti haastattelijan ohjailemana

(Hirsjärvi ym. 2007). Asiakkaiden kanssa käytiin läpi samoja aiheita, joskin niiden käsittelyjärjestys ja käsittelyn laajuus vaihtelivat hieman. Haastattelut toteutettiin asiakkaan toiveen mukaisesti joko asiakkaan kotona tai hyvinvointikeskuksen tiloissa tammi-helmikuun 2016 aikana, ja ne nauhoitettiin myöhempää analysointia varten.

3.4 Diskurssianalyysi

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Laadullinen tutkimusote soveltui tutkimukseen tutkimusmenetelmäksi, koska tutkimuksessa tavoiteltiin syvällistä ymmärrystä rajatusta sosiaalisen vuorovaikutuksen ilmiöstä (Polit & Beck 2008). Aineisto analysoitiin diskurssianalyysin avulla. Diskurssianalyysiin päädyttiin, koska se mahdollisti haastattelujen tuottaman aineiston tarkastelun syvällisesti (Fairclough 2003, Polit & Beck 2008). Diskurssianalyysin avulla pystyttiin tarkastelemaan asiakkaiden kokemuksia laajassa kontekstissa, sekä ilmeisten että taustalla olevien merkitysten pohjalta (Chouliaraki & Fairclough 2010), sillä diskurssianalyysi mahdollisti kielenkäytön tarkastelun osana sosiaalista, kulttuurista, poliittista ja historiallista todellisuutta (Fairclough 2003). Avoimilla haastatteluilla kerätty tutkimusaineisto soveltui hyvin diskurssianalyysin pohjaksi, sillä se sisälsi erilaisia näkökulmia ja eri merkityssysteemeihin tunnistettavissa olevia paloja. Aineiston rikkautta lisäsi myös se, että aineisto oli luonteeltaan vuorovaikutuksellista. (Suoninen 2016.)

Tämän diskurssianalyysin tieteenfilosofinen lähtökohta on sosiaalisen konstruktionismin traditiossa. Se tarkoittaa, että yksilö ei kohtaa asioita puhtaina, vaan todellisuus rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. (Fairclough 2003, Creswell 2013, Jokinen 2016.) Näin ollen muilla ihmisillä ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa syntyneillä historiallisilla prosesseilla on vaikutusta yksilön kokemuksiin, havaintoihin ja tulkintoihin (Denzin & Lincoln 2011, Creswell 2013, Jokinen 2016). Kielenkäytön avulla ihmiset konstruioivat eli merkityksellistävät ne kohteet, joista puhuvat tai kirjoittavat (Jokinen ym. 2016). Sosiaalisen konstruktionismin lähtöoletukset pyrittiin huomioimaan tutkimuksen eri vaiheissa. Sosiaalinen konstruktionismi näkyikin tutkimuskohteen valinnassa, tutkimuskysymysten muotoilussa, analyttisten työkalujen muotoilussa sekä tutkijan ja tutkimuskohteen välisen suhteen ymmärtämisessä. (Jokinen 2016.)

Tutkimuksen ontologisella sitoumuksella tarkoitetaan tutkijoiden käsitystä todellisudesta, eli sitä, millaiseksi tutkimuskohde syvimmillään ymmärretään (Denzin & Lincoln 2011, Creswell 2013). Tämän tutkimuksen kohdalla se tarkoittaa sitä, millaiseksi perusterveydenhuollon organisaatioyhdistäminen tai perusterveydenhuoltopalvelua käyttävä asiakas ymmärretään. Näkemykseni tutkimuksen ontologisista sitoumuksista sisältää edellä kuvatun konstruktivistisen ajattelun piirteitä. Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset näen keskeisenä osana tämänhetkisen suomalaisen terveydenhuollon ja yhteiskunnan uudistamis- ja kehittämisprosessia. Asiakas on vuorovaikutteinen yksilö ja hänen käyttäytymiseensä ja kokemuksiinsa organisaatioyhdistämisistä vaikuttavat ympärillä olevat ihmiset, kulttuuri ja yhteiskunta. Epistemologisella sitoumuksella tarkoitetaan tutkijan ja tutkimuskohteen sekä tutkimustiedon välistä suhdetta. (Denzin & Lincoln 2011, Creswell 2013.) Tässä tutkimuksessa epistemologinen sitoumus tarkoittaa perusterveydenhuollon asiakkaita tiedonantajina sekä heidän haastattelujaan. Tutkimuksen epistemologinen näkemys käy tarkemmin ilmi tutkimusraportin eri vaiheista; viitekehystä, käsitteiden määrittelystä, aineistonkeruusta ja analysoinnista (Hirsjärvi ym. 2007).

Aineiston analysointi aloitettiin lukemalla litteroitu haastatteluaineisto useita kertoja läpi tutkimuskysymyksiin peilaten. Aineistossa asiakkaat kuvasivat kokemuksiaan organisaatioyhdistämisten syistä, vaikutuksista, palvelujen saatavuudesta, palvelujen laadusta, palvelujen tuntemisesta, kuntalaisten yhdenvertaisuudesta ja tiedonkulusta. Aineistosta poimittiin näistä aihealueista toistuvia aiheita, samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Aineistoon perehtyessä siitä alkoikin nousta asiakkaiden kokemuksia kuvastavia toistuvia teemoja. Teemoja ryhmiteltiin niiden sisällön mukaan, minkä jälkeen teemojen pohjalta rakennettiin yhdeksän perusterveydenhuollon asiakkaiden käsityksiä ja kokemuksia kuvastavaa diskurssia, jotka ilmentävät tälle kohderyhmälle sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muotoutuneita tapoja puhua ja ymmärtää aihetta (Fairclough 2003, Phillips & Oswick 2012). Muodostettuja diskursseja ovat seuraavat: suurten palvelukeskusten diskurssi, autioituvien syrjäseutujen diskurssi, teknologisaation diskurssi, taloudellisen ajattelun diskurssi, haastavan hoitopääsyn diskurssi, laadukkaan hoidon diskurssi, epätasa-arvoistavan palvelujärjestelmän diskurssi, aktiivisen asiakkaan diskurssi ja kasvottomuuden diskurssi.

Diskurssien tunnistamisessa sovellettiin Suonisen (2016, 62) diskurssien tunnistamisen kriteeristöä. Tässä tutkimuksessa tärkeänä pidettiin, että diskurssi realisoituu tutkimusaineistossa, diskurssi liittyy asiakkaan kokemuksiin, diskurssi on yhtenäinen merkityssysteemi, diskurssi on yhteydessä toisiin diskursseihin ja diskurssi reflektoi omaa puhetapaansa (Suoninen 2016, 62). Oheisesta taulukosta (taulukko 2) käy esimerkinomaisesti ilmi, miten aineistosta on nostettu esiin teemoja ja teemoista rakennettu asiakkaiden puhetapaa kuvaava diskurssi. Diskurssianalyysi laajemmin on kuvattu taulukossa kolme (liite 3), josta käyvät ilmi keskeisimmät aineistosta nousseet teemat sekä niiden pohjalta muodostetut diskurssit kaikkien diskurssien osalta.

Taulukko 2. Esimerkki diskurssin rakentamisesta aineistosta

Esimerkki aineistosta	Teema	Diskurssi
Nii musta se on nyt menny siihen, että saako täältä enään mittään. Ko lähti tuo hammaslääkäriki pois tuosta että. No nuita laboratoriotestejähän ehkä tietenki vielä saapi, luulisin.	- syrjäseutujen palvelujen hiipuminen	Autioituvien syrjäseutujen diskurssi
Kyllä se lähemmäs sata kilometria tullee, ku lähtee kierteleen (edestakaisin).	- pidentyneet välimatkat	
Nii, tai tuntuu että yrittääkö ne ajaa nurin nämä pienet paikat, ku ne kaikki tullee tuonne, vai mikä siinä on takana.	- huoli omasta/syrjäseutujen tulevaisuudesta	
No meijähän on jätetty tänne Herran haltuun.	- kokemus unohdetuksi tulemisesta	

Diskursseilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sosiaalisesti muotoutuneita verrattain eheitä merkityssuhteiden systeemejä, jotka kuvastavat terveyskeskusasiakkaiden vakiintunutta tapaa puhua ja ymmärtää asioita (Fairclough 2003, Phillips & Oswick 2012, Jokinen ym. 2016). Tämä diskurssianalyysi sijoittuu tiedon metatasolle eli analyysissä on huomioitu, että kaikki tieto ei käy ilmi haastatteluiden ilmiänsä, vaan analyysissä on pyritty huomioimaan myös sanojen piilevät merkitykset (Phillips & Oswick 2012).

Kaikki yhdeksän diskurssia eivät esiinny aineistossa yhtä vahvasti, mutta jokaisen diskurssin ympärille muodostui kuitenkin selvä puhetapojen kokonaisuus, joka ansaitsi tulla huomioituksi omana diskurssinaan. Jokainen diskurssi tarkastelee tutkittavaa ilmiötä omasta näkökulmastaan, joskin diskursseista on löydettävissä kytköksiä toisiinsa.

Vaikka analyysissä edettiin induktiivisesti, diskursseja muodostettaessa kiinnitettiin huomiota myös siihen, että kuvattuihin ilmiöihin oli löydettävissä vahvistusta myös aikaisemmasta tutkimuskentästä.

Muodostetut diskurssit sisältävät hallitsevia ja marginaalisia puhetapoja, jotka saattavat olla vastakkaisia keskenään. Myös diskurssien välillä esiintyy ristiriitoja. Tämä johtuu siitä, että asiakkaiden kokemukset olivat osittain ristiriitaisia keskenään, ja epä johdonmukaisuutta oli havaittavissa myös yksittäisten haastattelujen sisällä. Tutkimustulokset osiossa diskurssien yhteyteen on lisätty autenttisia lainauksia tutkimusaineistosta havainnollistamaan diskurssien ominaispiirteitä. Tekstilainauksien sisällä suluissa olevat sanat ovat joko tutkijan selvennyksiä lainauksen ymmärrettävyyden lisäämiseksi, tai suluissa olevalla sanalla on korvattu haastatellun asiakkaan yksityisyydensuojaa horjuttava sana.

Diskurssianalyysiä tehdessä aineiston kontekstuaalisuus pyrittiin huomioimaan merkityksellisenä tekijänä. Kontekstin huomioiminen analyysissä tarkoittaa sitä, että analysoitavaa toimintaa tarkastellaan tietynä aikana ja tietyssä paikassa, johon tulkinta pyritään suhteuttamaan. Konteksti voidaan määritellä lähes miten tahansa, ja se voikin olla sekunnin tai ihmiskunnan historian mittainen ajanjakso. (Jokinen ym. 2016, 37.) Tämän tutkimuksen tutkimusaineistoa analysoitaessa kiinnitettiin huomiota tähänhetkiseen yhteiskunnalliseen tilanteeseen, terveyskeskukseen hoitopaikkana sekä terveyskeskusten asiakasryhmien ominaispiirteisiin, kuten ikään, terveyspalvelujen käyttöön ja asuinpaikkaan. Hahmotellut kontekstit ovat analyttisiä apuvälineitä, joiden välinen eronteko on vaikeaa. Tutkija määrittääkin kontekstin tapauskohtaisesti aineiston erityispiirteet huomioiden. (Jokinen ym. 2016, 37.)

4 TUTKIMUSTULOKSET

4.1 Suurten palvelukeskusten diskurssi

Suurten palvelukeskusten diskurssiin liittyvät asiakkaiden kokemukset isosta perusterveydenhuoltopalveluja tarjoavasta organisaatiosta. Tutkimusaineiston mukaan asiakkaat kokivat, että merkittävä terveyskeskusten organisaatioyhdistämisen seuraus on ollut perusterveydenhuoltopalvelujen siirtyminen paikallisista terveyskeskuksista laajalle väestöalueelle palveluja tarjoavaan hyvinvointikeskukseen. Tutkimusaineistosta tulee esille asiakkaiden kriittinen näkemys suurista palvelukeskuksista kohtaan.

Suurten palvelukeskusten diskurssissa yhtenä hallitsevana teemana oli asiakkaiden näkemys isosta organisaatiosta monimutkaisena ja byrokraattisena palvelupaikkana. Hyvinvointipisteen ja hyvinvointikeskuksen välisen yhteistyön koettiin olevan byrokraattista. Asiakkaat kuvasivat tilanteita, joissa olivat joutuneet saman vaivan vuoksi jonottamaan sekä hyvinvointipisteessä että hyvinvointikeskuksessa ennen jatkohoitoon pääsyä. Hyvinvointikeskuksen kuvattiin myös olevan monimutkainen palvelupaikka. Asiakkaat kokivat, että joutuivat koputtelemaan oville ja jonottamaan turhaan selvittäessään asioitaan tai hakiessaan hoitoa. Hyvinvointikeskukseen kaivattiinkin perinteistä palvelupistettä tai selkeämpiä opasteita.

Siellä saisi olla selvempi opastaulu, että mitä missäkin on, tuossa terveyskeskuksen jossakin seinällä. Ku siellä ei oo enää mitään semmosta kysymyslukkua, niinku oli ennen, et siinä sai heti kysyä, et missä on ja mitä on. Se menee nyt sitte sen odotuksen kautta ja jonottamaan. Joskus mä jouduin esimerkiksi tunnin jotakin jonottamaan, ja sitte sanottiin, että ei sun tarvi tästä välittää mitään, että se asiahan on selvä jo. Et siis tää menee semmoseksi byrokraattisemmaksi, ku se aikasempi palvelu.

No täällähän viimeksi ku mulle tuli flimmeri, niin sain silloin, että täällä (hyvinvointipisteessä) ottivat multa sydänfilmin ja ne sitte (hyvinvointikeskuksessa) kattoivat sen. Lääkäri sanoi, että kyllä siinä flimmeri on päällä, että sairaalareissu, mutta pittää tulla heijän kautta. Nii ei muutako mennä (hyvinvointikeskukseen) ja lähetettä oottaa se kaks tuntia ennenkö pääsee sitte.

Kokemuksiaan isosta organisaatiosta asiakkaat kuvasivat tyypillisesti myös ihmismäärän näkökulmasta. Tutkimusaineistosta tulee esille, että moni asiakkaista koki hyvin-

vointikeskuksen tilat riittämättöminä hoidettavalle ihmismäärälle. Asiakkaat kuvasivat palvelupaikan olevan ahdas, eikä istumapaikkoja tahdo löytyä. Jonottamisen koettiin olevan ahtaissa tiloissa epämiellyttävää. Asiakkaiden kokemuksista käy ilmi, että asiakkaat kokevat oman tilan ja istumapaikan löytymisen hyvin tärkeänä palvelupaikan viihtyisyyden kannalta.

No se on justinsa se, että se on ihan fyysisesti hyvä tila, mutta se ku sitä väkiä on niin paljo.

Siinä ainoa ongelma minusta tuolla on se jonotussysteemi ajanvaraukseen taikka lääkärin vastaanotolle. Et se on tympeää odottamista sinne. Siellä on niin ahtaat tilat loppujen lopuksi, muutama penkki.

Suuren palvelukeskuksen diskurssiin kuuluu läheisesti myös asiakkaiden kuvaama vierauden tunne, jota noin puolet asiakkaista kertoi kokevansa jossain muodossa. Asiakkaat kertoivat ison palvelukeskuksen tekevän olon orjalliseksi ja kertoivat vierastavansa paikkaa. Asiakkaiden erillisyyden tunnetta lisäsi kokemus syrjäkyläläisyydestä tai syrjäytetyksi tulemisesta. Tätä olotilaa oli lisännyt palvelukeskuksen suuren koon lisäksi paikallisten väheksyvä suhtautuminen syrjäkyliltä tuleviin asiakkaisiin sekä epävarmuus vieraan hoitopaikan toimintatavoista. Aineistosta tulee esille, että pari asiakasta oli myös venyttänyt lääkäriinmenoa tämän vuoksi. Tyypillisesti asiakkaat pitivät kuitenkin palvelukeskuksen kokoa ja viihtyisyyttä tärkeämpänä tekijänä sitä, että saavat sieltä tarvitsemansa hoidon.

Se vaan, että tuo on niin iso paikka tuo (hyvinvointikeskus), että tuntuu ku sinne mennä tupsahtaa, niin siellä on sitä väkiä niin paljo enemmän, että tuntuu, että se tekkee itelle vaan semmosen hirviän orjallisen olon, ja lasten kans mennä sinne ja tietää että siellä on vielä enemmän niitä pöpöjä ja tuntuu, että karttaa oikein sitä paikkaa, että viimeeseen asti venyttää sen lääkäriin menon. Että se on sen verran isompaa se touhu siellä.

Sitte yksi viime vuonna oli semmonen tilanne, että minä menin sinne jonku flunssan takia hyvinvointikeskukseen ja olin siinä jonossa lapun kans ja kaikki paikat oli siinä aulassa, ei yhtään vapaata istuinta ollut. Nii sitte tulee joku (paikallinen) isäntä hyvin renttevänsä siihen keskelle lattiaa ja rupiaa noitumaan. Ja sanoo, että on se merkillistä, että kaikki syrjäkyläläiset tänne on koottu ja eikä oo (paikallisille) parkkipaikkaa eikä oo istuimia ja se saman tien lähti pois. Mua halutti sanoa, että ei me kuule olla täällä omasta tahosta, kyllä mejät on tänne määrätty. ... Niin. Että siinä tunsin kyllä ittensä syrjäytetyksi tavallaan, ku kohellaan sillä lailla.

Suurten palvelukeskusten diskurssissa hallitsevimpana näkyi asiakkaiden kriittisyys suurta palvelukeskusta kohtaan. Toisaalta tutkimusaineistosta nousi myös pari poikkeavaa kokemusta. Kaksi asiakasta näki terveyskeskuksen parantuneen laajennuttuaan hyvinvointikeskukseksi. He näkivät hyvinvointikeskuksen tilavana, siistinä ja toimivana.

No täähän tuli vaan paremmaksi tää meidän terveyskeskus, kun sitä just silloin muuton aikana tai silloin kun siirryttiin kaupunkilaisiksi, niin meillähän oli silloin täällä isot remontit menossa. Ja tuota, sitä on laajennettu aika paljon, ja siinä on tosiaan semmonen kymmenkunta vastaanottohuonetta jo lääkäreille ja sitte on aika hyvä tää laboratoriuopuoli...

4.2 Autioituvien syrjäseutujen diskurssi

Autioituvien syrjäseutujen diskurssi liittyy läheisesti suurten palvelukeskusten diskurssiin. Tutkimusaineistosta käy ilmi, että organisaatioyhdistämisten myötä syrjäseutujen perusterveydenhuoltopalvelut olivat hiipuneet ja palvelut olivat siirtyneet keskitettyyn palvelukeskukseen. Asiakkaiden kokemusten mukaan syrjäseuduilla asuvien perusterveydenhuoltopalvelut olivat siirtyneet selvästi kauemmas, kun taas isommassa keskukseen asuvilla palvelupaikka oli pysynyt ennallaan.

Syrjäseutujen autioituminen oli yksi selviten tutkimusaineistossa korostuneista aiheista. Syrjäseutujen perusterveydenhuoltopalvelujen supistaminen ja palvelujen keskittäminen isompiin organisaatioihin näytti huolestuttavan niin syrjäseuduilla kuin hyvinvointikeskuksen läheisyydessä asuvia. Syrjäseudulla asuvat olivat järkyttyneitä ja pahoillaan menettämistään palveluista. Tuloksista nousivat esiin kokemus unohdetuksi tulemisesta. Palvelujen läheisyydessä asuvista moni oli huolissaan syrjäseutujen asukkaiden pärjäämistä ja osoitti myötätuntonsa syrjäseuduilla asuvia kohtaan.

No meijähän on jätetty tänne Herran haltuun. Meiltä on viety ambulanssit ja kaikki pois. Musta se on ihan hullua.

On tuo ollu kauhistus, että tuo tk ajetaan pikkuhiljaa noin alas, se on kyllä järkyttäny niin monia.

Että on se aika hurja ajatella, että iso väkimäärä täällä kaukana sieltä perusytimestä, niin sitte ajatetaan pitkiä matkoja ihmisiä sairaanaki (hyvinvointikeskukseen) asti. Että se on mun mielestä kaupungilta aika hurja tempu.

Tutkimusaineistosta nousi esille, että asiakkaita huolestutti paitsi syrjäseutujen autioituminen, niin myös oma tulevaisuus. Perusterveydenhuoltopalvelujen saatavuus kohtuullisen matkan päästä oli nähty yhtenä keskeisenä tekijänä syrjäseudulle muutettaessa ja palveluiden siirtyminen kauemmas sai asiakkaat pohtimaan asuinpaikkaansa uudelleen. Asiakkaat olivat huolissaan tilanteesta ja miettivät, onko syrjäseuduilla asuminen tulevaisuudessa enää mahdollista. He myös pohtivat, miten tulevaisuudessa käytännössä järjestävät käynnit hyvinvointikeskuksessa. Puheissa esille nousi oman selviämisen lisäksi huoli vanhusten ja lapsiperheiden selviämisestä lähipalvelujen supistuessa. Muutama asiakkaista myös pohti, onko palvelujen keskittämisen taustalla pyrkimys tyhjentää syrjäseudut ja saada ihmiset muuttamaan väestökeskuksiin. Asiakkaiden puheista kävi selvästi ilmi, että perusterveydenhuoltopalvelujen läheisyys oli heille tärkeä ja turvallisuudentunnetta lisäävä tekijä.

Että moniki on varmaan siinä vaiheessa, ku on miettiny lapsille kotipaikkaa, niin miettiny, että täällä on peruspalvelut, että muutetaan sinne. Niin sitte on joutunu tosi paljo pettymään. Että palvelut viiän ja sitte mietitään, että oliko tässä järkeä muuttaa tänne maalle. Niinkö meki muutettiin seittemän vuotta sitte tänne, niin ei ollu mittään tietoa, että täältä viiään palvelut ja ko aateltiin, että ne on kohtuu matkan päässä tuossa kahenkymmenenviiden kolmenkymmenen kilometrin päässä, että kyllä me selevitään. Mutta ois jääny tämä paikka varmasti ostamatta, jos oltas tietty, että ne on siellä asti ne palvelut. Että kyllä se niin paljo vaikuttaa.

Että onhan se väärin, että pieniltä paikkakunnilta viijään. Ne ihmisethän muuttaa sitte pois, ku ei oo palveluita, niin aina lähemmäs kaupunkia. Vaan sehän se vissiin on tarkotuski. Ite en yhtään tykkää siitä, että ois se palijo parempi ku, ja niin ne kaikki muutki on mitä on porisuttanu nuoria tai vanahoja, niin kyllä ne suurin osa on sitä mieltä, että ne tietyt palvelut pittää olla lähellä. Sitte on tietenki jottain semmosia, niin ne saa olla vähä kauempana. Kyllä ne, jotka terveyteen vaikuttaa esimerkiksi, niin kyllä niitten pittää olla lähellä.

Että tuota vanhukset mua kyllä huolettaa, että ne joilla ei oo niitä läheisiä.

Tutkimusaineiston mukaan syrjäseudulla asuvat olivat pääsääntöisesti kokeneet kulkemisen hyvinvointikeskukseen raskaana ja aikaavievänä, ja toivoivat, että palveluita saataisiin takaisin lähemmäs asuinpaikkaa tai vähintään tämänhetkinen palvelutaso säilyisi. Lähellä nykyistä hyvinvointikeskusta asuvat olivat kiitollisia siitä, että eivät joudu itse kulkemaan kauemmas, vaan saavat nauttia lähipalveluista. Sekä lähellä että kaukana asuvien puheesta nousi esille huoli siitä, siirtyvätkö palvelut tulevaisuudessa yhä kau-

emmas, entisestään kasvaviin keskuksiin. Terveyskeskusten organisaatioyhdistämisten myötä osalla asiakkaista palvelut olivat siirtyneet niin paljon kauemmas, että naapurikunnan terveyskeskus oli omaa lähempänä. Yksi asiakkaista kertoikin, että oli miettinyt siirtymistä naapurikunnan perusterveydenhuoltopalvelujen asukkaaksi, koska saisi tuolloin palvelut huomattavasti lähempää. Tutkimusaineistosta oli havaittavissa, että asiakkaat kokivat, että heillä ei ole juuri vaikutusmahdollisuutta palveluiden sijaintiin.

Mää en tiiä, että saajaanko ennää ikinä noita palveluja tänne takasi, että sehän se suurin toive ois jos voitais saaja, mutta seki pittää hyväksyä, jos ei saaja, mutta säilytettäis ees nämä neuvolapalvelut sitte nää vähäsetki, mitä täällä muuta on. Että se ois niinku kohtuullista, että jotaki toimintaa ois, että lapsiperheet pystyis asumaan ja vanhukset pystyis asumaan ja vai-vaset.

Että on sitäki harkittu että muutettasko (naapurikuntaan) paperit, ku meillä ei ois ku oisko siitä seittemisen kilometria meiltä siihen (naapurikunnan) terveyskeskukseen... Kyllä se lähemmäs sata kilometria tullee ku lähtee nyt kierteleen (edestakaisin).

4.3 Teknologisaation diskurssi

Tutkimusaineiston mukaan terveyskeskusten organisaatioyhdistämiset ovat tuoneet mukanaan uusia palvelumuotoja. Näistä uudistuksista selvästi eniten asiakkaita puhututti perusterveydenhuoltopalveluiden teknologisoituminen. Teknologisaation diskurssi näkyi aineistossa hyvin monessa kohti, mutta erityisesti asiakkaiden kuvatessa kokemuksiaan uusista palveluista ja tiedonkulusta. Asiakkaat pohtivat haastatteluissa myös yleisesti perusterveydenhuoltopalveluiden teknologisoitumista, sekä tämän suuntauksen mukanaan tuomia hyötyjä ja haittoja.

Teknologisaation diskurssin kohdalla asiakkaat jakautuivat selkeimmin puolustajiin ja vastustajiin. Muutama asiakkaista näki perusterveydenhuollon teknologisoitumisen tervetulleena uudistuksena. Tähän ryhmään kuuluvat henkilöt hyödynsivät verkkopalveluita säännöllisesti ja kokivat hyötyvänsä uusien palvelumuotojen nopeudesta ja joustavuudesta. Erityisesti he olivat tyytyväisiä mahdollisuuksiin varata aikoja, nähdä omat verikoetuloksensa ja saada tietoa verkkopalvelusta. Myös tekstiviestillä toimiva muistutus varatusta ajasta nähtiin hyvänä palveluna.

Sieltä mä saan kaikki tiedot. Sitä mä ite käytän. Se on ihan hyvä. Ainakin meidän ikäluokalle, joka käyttää nettiä, ni ei oo ongelma. ... Ja sitte ku sieltä voi varata labra-aikoja ja neuvola-aikoja, perustarkastus-, tämmösiä vuositarkastusaikoja ja sitte voi lukea omat labratulokset, ja mitähän muuta mä oon siellä tehnyt.

Ja sitte tuota, Nordlapista minä tykkään, se niinkö itelleni ja mitä oon varannu näitä laboratorioaikoja niin siinä on hirveän helppo sovitella ja kattoa, että mitenkä itelle aikataulut passaa ja näin, että siitä systeemistä tykkään.

Se on ihan ok, että tulee tekstiviesti, jos sulla vaikka on verikoeaika. Että muistatko, että sulla on aika. No se on varmasti minusta ainakin ihan ok.

Tämän tutkimuksen aineistosta isompi osa koostui kuitenkin asiakkaista, jotka suhtautuivat palveluiden teknologisoitumiseen joko varauksella tai selvästi vastustavasti. Vastustavan asenteen taustalla oli useita syitä. Verkkopalveluiden koettiin olevan monimutkaisia, ja asiakkaat kaipasivatkin selkokieliisiä ohjeita ohjelmien käyttöön. Osalla vastanneista ei ollut tietokonetta. Kaikki eivät olleet halukkaita käyttämään verkkopalveluita, vaikka tietokone ja verkkopalveluiden käyttöön tarvittava osaaminen olisivatkin olleet hallussa. Tosin tutkimusaineistosta kävi ilmi, että palveluiden teknologisoituminen oli myös saanut asiakkaita tietokoneen pariin, sillä palveluiden siirtyminen verkkoon oli pakottanut asiakkaita opettelemaan tietokoneen käyttöä. Erityisesti perusterveydenhuollon teknologisoituminen nähtiin ikääntyneiden ongelmana. Asiakkaat olivatkin huolissaan ikääntyneiden selviytymisestä palvelujen siirtyessä verkkoon.

Ko mä en tykkää niin nettiä käyttää. Mieluummin soitan.

... nyt varmasti niinku suositaan sitä, että Omahojjon kautta hoijettas tosi paljon asioita, mutta ku ei kaikki oo niin nörttejä, että ne ossais. Mullaki on ollu tosi opetteleminen sen kans, että se on niin täynnä sitä tekstiä ja hirveesti mahdollisuuksia, että tuntuu ko sieltä jottain tiettyä asiaa ettii, niin siinä voi mennä aikansa ja se saattaa monta kertaa pompata siihen lähtöruutuun, eikä pääse etenemään siinä asiassa. Että ku meitä on monenlaisia tietokoneen käyttäjiä, niin ei välttämättä aina sekkään palavele, että pitäis tehdä semmonen selkokielinen ohjelma, mitä vanhukset ja muut pystyy sitte, jos ei oo oppinu käyttämään nettiä. Että varmaan sen varraan on nyt tosi paljo petattu, että pitäs käyttää sitä nettiä ja sitä kautta ottaa yhteyttä.

Siis vanhukset, siis tää on yhden ikäpolven kiusaus kaikki. Nuorethan kylä hallitsee nämä, mutta se on se eläkeporukka, jota heikommin tulee palveltua ja toisaalta sehän on porukka, joka ei yleensä lähde lääkäriin kovin helposta, jos ei ole pakkotilanne.

Se (tieto) kulkee silloin, jos sulla on tietokone. Mutta ku se on juuri se eläkeläisten ongelma, ku joilla ei ole tietokonetta.

Perusterveydenhuoltopalveluiden teknologisoitumisen nähtiin siis tuoneen täydennyksiä hyvinvointikeskuksen palvelutarjontaan, mutta toisaalta myös tuottavan haasteita sellaisille asiakkaille, joille verkkopalveluiden käyttö on hankalaa tai mahdotonta. Teknologisaation diskurssiin liittyi usein ristiriitaa, jotka asiakkaat osin itse tunnistivat tai jotka kävivät ilmi asiakkaan puhetavasta. Moni verkkopalveluiden kehittämistä kannattava oli yhtäaikaaisesti pahoillaan siitä, että kasvotusten tapahtuvat terveydenhoitopalvelut siirtyvät verkkoon. Toisaalta teknologisaatioita itse vastustavat saattoivat nähdä, että verkkopalvelut ovat hyvä lisä jonkun asiakasryhmän tai asiakkaan palvelutarjontaan. Tyypillisimmin asiakkaita tuntui kuitenkin mietityttävän se, että teknologia korvaa henkilökoh-taisen palvelun. Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että asiakkaat edelleen arvostavat henkilökohtaista palvelua. Asiakkaat ymmärsivät, että palveluja täytyy kehittää taloudelliseksi ja ajanmukaisiksi, mutta toisaalta halusivat pitää kiinni myös perinteistä.

Kyllä määhän niinku enemmän annan arvon sille, että jos sulle vaikka soite-taan.

Ja tietokoneaikaa vaikka eletään, niin kyllä se kaikki juttu ku pystytään näin poriseen, niin se on minusta ainakin parempi, ku se, että tietokonneel-la. Ja voihan se olla, että se tietokone ei pelaa sulla, mitä sitte. ... Se jos se ihminen vastais siihen puhelimeen, niin se ois jotenki yksinkertaisempaa. Mutta se on. Niinku iteki on aatellu, että kyllähän sitä tieteenki osan asioista ymmärtää, ku eletään kuitenkin 2000-lukua, mutta tiettyjä juttuja. Varsinkin ku tämäki on maalaiskylä ja täällä assuu maalaistyttöjä ja maalaispoikia, niin ei sen tarvi olla niin kaupunkilaista, että. Ei, ja täälläki määhän tiijän monta ihmistä, jolla ei oo sitä konetta. Sillälailla ku sitä ei varmaan oo ne jotka tätä hommaa, ni ei oo aatellu.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että teknologisaation mukanaan tuomia verkkopalveluja ei välttämättä nähty palvelujen laajenemisena, vaan moni asiakkaista antoi ymmärtää teknologisaation olevan enemmän uhka perinteisille perusterveydenhuoltopalveluille. Näin ollen juuri uusista verkkopalveluista kertonut asiakas saattoi myöhemmin sanoa, että ei ole saanut mitään uusia palveluita. Verkkopalveluiden lisäksi tutkimusaineistossa uusina palveluina mainittiin parantuneet erikoislääkäripalvelut ja akuuttivastaanotto. Asiakkaista muutama koki, ettei ole saanut uusia palveluja hyvinvointikeskukseen siirryttäessä.

4.4 Taloudellisen ajattelun diskurssi

Taloudellisen ajattelun diskurssissa terveyskeskusten organisaatioyhdistämisten taustalla nähtiin olevan taloudelliset vaikuttimet. Tutkimusaineistoon kuuluvat asiakkaat olivat yhtä henkilöä lukuun ottamatta yksimielisiä siitä, että organisaatioyhdistämiset on tehty säästösyistä. Säästöjen taustalla nähtiin olevan kaupungin heikentynyt taloudellinen tilanne ja kuntaliitokset.

No ilmeisesti säästösyistä, kaupunki säästää. Sehän meille on ilmotettu. En tiä, mikä siinä sitte säästää, kun täällä hyvät tilat ois ollu ja edelleenki hyvin toimivat tilat. Sehän hammashoito oli vasta remontoitu, hammaslääkärin tilat. Ja sitte vastaanottohuoneita on ja ensiapuhuone on olemassa ja kaikki, niin nyt ei oo mittään.

No kyllähän ne on nämä säästöt ja kuntaliitokset. Sieltähän se lähtee.

Vaikka asiakkaat olivat lähes yksimielisiä siitä, että organisaatioyhdistämällä pyritään karsimaan perusterveydenhuollon kuluja, herättivät säästötavoitteet monenlaisia tunteuksia. Osa asiakkaista koki, että taloudelliset tekijät ovat saaneet päätöksenteossa liian ison vallan. Tutkimusaineistosta nousi esille asiakkaiden kokemus, että organisaatioyhdistämissä tehdessä taloudelliset tekijät ovat saaneet inhimillisiä arvoja suuremman painoarvon. Terveyskeskusten lakkauttaminen taloudellisilla perusteilla nähtiin kylmänä ajatteluna vaikka toisaalta ymmärrettiin, että taloudellisesti vaikeina aikoina toiminnan tehostaminen ja säästäminen on välttämätöntä. Toiminnan supistamisen nähtiin kuitenkin olevan asiakkaan palveluista pois. Osa asiakkaista myös epäili, saavutetaanko organisaatioyhdistämällä tavoiteltuja säästöjä. Asiakkaat kokivat ristiriitaisena, että niillä alueilla, joista terveyskeskusten toimintaa on ajettu alas, nähtiin edelleen olevan riittävästi väestöpohjaa omalle terveyskeskukselle. Terveyskeskusten alasajoa koettiin olevan vaikeampi ymmärtää, koska puutetta asiakkaista ei oltu havaittu.

Säästö, raha. Ei mitään muuta. Että eihän tää oo, karmeeta niinku mä äsken sanoin... Kyllä se on tämä kylmä taloudellinen ajattelutapa tällä hetkellä.

Mutta kyllä se tuntuu vaan jännältä, ku joka paikassa haetaan vaan sitä säästöä. Eihän tässä niinku muuta oo. Mitä mää oon lukenu sillon ku tämäki tuli, niin säästöjähän sitä haettiin. Että kyllä sillon, kun yhdistetään joku paikka, niin jostakinhan se on pois, niin sanotusti. Että ne ei oo ne palvelut lähellä.

Ois toisaalta tuntunu ku täällä ois tuota asukaspuhojaa ollu vielä parisen tuhatta että eikö niistä ois ollu asiakkaita. Josaki lehesä oli, että ois vähä niinku ollu väärä päätös se semmonen. Että tuntuu vähä hassulle ku pittää mejän ihmisten liikkua, että mejän kahen tuhannen pittää lähtä tuonne monenkymmenen kilometrin päähän, että eikö ois voinu ne pari henkilöä, ku toinenki oli tästä läheltä, mikä se on se hammaslääkärin apulainen. ... Mutta sitä tavallaan pittää nyt massan liikkua. Eikö se oo epätaloudellista semmonen.

Taloudellisen ajattelun diskurssi kuvastaa asiakkaiden puhetapaa, jonka mukaan valtaosa asiakkaista koki organisaatioyhdistämisten taustalla olevan taloudelliset tekijät, eivätkä niinkään pyrkimykset parantaa tai kehittää asiakkaan palvelutarjontaa. Organisaatioyhdistämisillä ei siis juurikaan nähty tavoiteltavan lisäarvon tuottamista asiakkaan palvelutarjontaan. Tutkimusaineistosta nousi kuitenkin pari yksittäistä kokemusta, joiden mukaan organisaatioyhdistämisten taustalla olisi lisäksi ajatus perusterveydenhuoltopalvelujen kehittämisestä asiakaslähtöisempään suuntaan tehostamalla tai laajentamalla palvelutarjontaa. Myös näin vastanneet asiakkaat näkivät kuitenkin säästösyiden olleen keskeinen organisaatioyhdistämisten syy.

Jotain säästämishommaa siinä on ja sitte tota, siis kyllähän tää ... tk, siis kyllähän se laajeni. Siis esimerkiksi lääkäreitä täällä on paljon enemmän. Tuota tk:tahan laajennettiin ja rempattiin ihan hirveästi, neuvola laajennettiin puolella. Eli siellä on enemmän neuvolatätejä ja näitä lastenneuvolajuttuja.

4.5 Haastavan hoitopääsyn diskurssi

Yksi keskeinen tutkimusaineistosta noussut puhetapa oli hyvinvointikeskuksen asiakkaiden kokemus, jonka mukaan organisaatioyhdistämisen jälkeen pääsy perusterveydenhuoltoon on hankaloitunut. Haastavan hoitopääsyn diskurssi sisältää aineistosta selkeästi nousseita, hoitopääsyä hidastavia tekijöitä. Diskurssissa hallitsevana teemanäkyivät pitkät odotusajat ja yhteydenoton hankaluudet ja marginaalisempaan teemanäkyivät palveluiden siirtyminen kauemmas.

Hyvinvointikeskuksen asiakkaat kokivat, että hoitopääsy on hankalaa pitkien jonotusaikojen vuoksi. Asiakkaat kuvasivat jonotusaikojen olevan pitkät niin akuuttivastaanotolle kuin kiireettömälle lääkärinvastaanotolle. Erityisesti asiakkaiden puheissa korostuivat kuitenkin akuuttivastaanotolle pääsyn haasteet. Asiakkaat kokivat hankala-

na, että akuuttivastaanotolle ei voi varata aikaa, vaan asiakas joutuu tulemaan huonovointisenakin jonottamaan. Akuuttivastaanoton jonotusaikojen koettiin myös olevan liian pitkiä. Asiakkaat kuvasivat, että joutuvat varaamaan lääkäriäkäyntiin koko päivän, koska akuuttivastaanoton jonoja on vaikea arvioida etukäteen. Parilla asiakkaalla oli kokemus, että pitkän jonotuksen jälkeen ei ollut päässyt lääkärin vastaanotolle, vaan oli pyydetty tulemaan seuraavana päivänä uudelleen. Tutkimusaineistosta nousi esiin myös tilanteita, joissa asiakas oli jättänyt menemättä lääkärille, koska ei ollut jaksanut jäädä odottamaan akuuttivastaanotolle tai pitkien jonotusaikojen vuoksi oli turvautunut yksityisiin palveluihin.

No en minä muuta tiä ku sen, että täällä on aina hirviät jonot jos mennee jollekki. Että ennen palijo nopiammasti pääsi niin sanotusti hoitoa saamaan.

...se on se akuuttivastaanottolinja, niin se on kyllä semmonen, että sinne täytyy, niin ku mä jollekin tutulle sanoin, että sinne täytyy ottaa eväät mukaan, kun sinne menee. Ku se on niin pitkäjäykkänen...

Mutta niinku nyt ku poika valitti kurkkua kipiäksi, niin mää olin menossa hammaslääkäriissä käyttään toista, niin mä ajattelin, että otan sen mukkaan ja käytän sitä siinä. No en mää jaksanu sitte istua ja ootella ja ajattelin sitte, että katotaan huomenna, että jos se ei oo helepottanu, niin pittää sitte. En jaksanu jäädä oottelemaan.

Ja on sitte tapahtunu montaki kertaa, ku on menny siihen sitä lappua ottamaan, ja joku muukin on siinä jonossa yhtä aikaa ja kun katotaan, että mikä numero tulee ja mitä palavellaan, niin ykskin rouva kääntä takasi ja sanoi, että ”taijanpa mennä Mehiläiseen”. Ku mullaki oli numero nelkytkaheksan, ja palaveltiin kahtakymmentäkuutta. Niin tiesihän sen, että se on ainakin neljä tuntia, ennenku sieltä pääsee pois.

Asiakkaiden kokemusten mukaan pitkien jonotusaikojen lisäksi toinen hoidon saamista vaikeuttava tekijä on yhteydenoton hankaluus. Lähes kaikki tutkimukseen haastatellut asiakkaat kokivat puhelinyhteyden saamisen hyvinvointikeskukseen haastavana. Asiakkaat kuvasivat, että hyvinvointikeskuksen numero ei tahdo vastata ja mikäli jättää takaisinsoittopyynnön, niin vastauspuhelun saaminen voi kestää pitkään. Takaisinsoittopalvelua pidettiin muuten toimivana järjestelynä, mutta vastauspuhelun viipymisen nähtiin olevan ongelma. Takaisinsoittopalvelun vastausajan koettiin myös pidentyneen. Tutkimusaineistosta nousi esille kokemuksia, joissa asiakas olisi tarvinnut kiireesti yhteyden terveyskeskukseen, mutta joutui hakemaan apua muualta, koska ei saanut puhe-

limitse yhteyttä tai takaisinsoitto tuli liian myöhään. Koko kaupungin alueelle tarkoitettu keskitetty ajanvaraus sai myös kritiikkiä. Asiakkaat kuvasivat, että aiemmin, kun saivat yhteyden tuttuun työntekijään, asioiden hoitaminen oli helppoa ja joustavaa. Keskitetyn ajanvarauksen työntekijöiden kanssa asioiden hoitaminen nähtiin hankalampana ja kynnyksen soittaa korkeampana.

No tk:ssa on kyllä ne omat numerot, joihin sitte pääsee että. Niissäkin on pidentyny ne ajat, että jos mä soitan ja jätän soittopyynnön, ni sieltä soitettiin ennen tosi äkkiä. Nyt saattaa mennä, että mä soitan yheltätoista, jätän soittopyynnön ja sieltä soitetaan puoli neljältä, että se on vähä niinku.

No omalle kohalle mää koen senkin, tietenki ku mää oon joutunu niin paljon nuita palveluita käyttään, että se takaisinsoittojuttu on tosi hyvä, ettei tarvi siihen linjalle jäähä oottaa sen puhelimen kans tai sen puhelimen viereen, että voi siinä jotakin tehäkin. Tietenki se sitten sittoo, että jos sää ootat kolme-neljä tuntia sitä takaisinsoittoa, niin sää et voi, tuntuu että et voi oikein mittään tehäkään, eikä mihinkään lähtiä...

...ainut vaan on se ajanvaraus, joka on huonontunu. Ku se oli tuttu, varsinkin raskausaikana, kelle sä soitat, ni se oli tosi helppo hoitaa se asia. Ku sä soitat (keskitettyyn ajanvaraukseen), ni sun pitää selvittää, että miten sulla on menny se raskaus ja kaikki, ku ei ne tiä siitä.

Yksi haastavan hoitopääsyn –diskurssin teemoista on myös palveluiden siirtyminen kauemmas. Osa tutkimukseen asiakkaista koki hoitopääsyn haastavaksi siitä syystä, että välimatka palvelupaikkaan on kasvanut. Tämä teema näkyi pitkiä jonotusaikoja ja yhteydenoton hankaluutta lievempänä ilmiönä, mutta oli kuitenkin selvästi havaittavissa tutkimusaineistosta. Asiakkaat kuvasivat, että palveluiden siirtyminen kauemmas pakottaa pohtimaan, kuinka välttämätön terveyskeskuskäynti kullakin hetkellä on. Asiakkaiden kokemusten mukaan että palveluiden siirryttyä kauemmas tulee helpommin seurattua oireita pidempään kotona. Asiakkaat myös kokivat, että eivät pystyneet yhtä joustavasti käyttämään perusterveydenhuoltopalveluja niiden siirryttyä kauemmas. Hyvinvointikeskukseen lähtöä hidastivat pitkä välimatka, kulkemisen työläys sekä kulkemisesta tulevat taksi- tai polttoainekulut.

Että kyllä se on sillai, että joutuu miettimään, että kannattaako lähtiä. Että katotaan vielä joku päivä kotona.

No se toimi suoraan omaan terveyskeskukseen ja niin kauan jonotettiin, että sieltä joku ehti vastata puhelimeen. Mutta toki sinne oli lyhyempi

matka, että sinne ehti jos ne sano, että tässä ois nyt vaikka varttitunnin päästä aika tai puolen tunnin päästä, että ehitkö tulemaan, niin sitä sitte ehti menemään. Mutta tuonne on kuitenkin 40 minuutin ajomatka, niin voi olla, että vaikka sinne aikoja oiskin, niin ei kerkiä sitten enään.

Haastavan hoitopääsyn –diskurssin kohdalla oli kuitenkin myös ristiriitaisuuksia. Vaikka enemmistö asiakkaista koki, että hoitopääsy on veikeutunut organisaatioyhdistämisten jälkeen, löytyi tutkimusaineistosta myös vastakkaisia mielipiteitä. Osa asiakkaista oli sitä mieltä, että organisaatioyhdistämisen jälkeen hoitoon on päässyt aiempaa nopeammin. Tutkimusaineistosta kävi myös ilmi, että riittävä hoitopääsy on subjektiivinen käsite. Yhdelle tunnin odottaminen vaikutti olevan pitkä aika ja toinen oli tyytyväinen, jos pääsi samana päivänä hoitoon, kun oli paikanpäälle mennyt. Haastavan hoitopääsyn –diskurssissa kävikin ilmi, että kolmesta hoitopääsyn teemasta puhuttaessa asiakkaat arvottivat eri asioita. Jonotusajan pituus, yhteydenoton sujuvuus ja välimatkan pituus vaikuttivat olevan eri tärkeysjärjestyksessä eri ihmisillä. Hoitopääsyn arvioiminen herätti asiakkaissa ristiriitaisia tunteita myös siitä syystä, että yhden tekijän parantuessa toinen hoitopääsyyn vaikuttava tekijä oli saattanut mennä huonompaan suuntaan. Tutkimustulosten mukaan asiakkaat olivat kuitenkin tyytyväisiä siihen, että vaikka haasteita aikuisten kohdalla hoitopääsyssä on, niin lapset pääsevät hoitoon sujuvasti.

No minusta, mää oon ainakin sitä mieltä, niin hullulle ku se tuntuukin, että ne (jonot) on lyhentynyt.

Niin on, että kyllä sinne sillä lailla pääsee nykysin melkeinpä paremmin kuin ennen ehkä, mutta vähä alkaa tuntuun. Mutta kyllä sielläkin jos joutuu tilaamaan semmosen kiireettömän ajan, ni kyllä ne on ... kuukauden päässä, varmaan ylikin.

Mitä meillä on kokemusta, niin näin pienten lasten kanssa, niin se on helpottanut ehkä sitte kuitenkin sitä, ku sinne voi mennä, ottaa sen vuoronumeron pienemmille lapsille ja ne pääsee melko pian sitte, että siellä ei oo ollu ruuhkaa silloin ku me on käyty. Että se on kyllä ehkä nopeuttanu, mutta sitte ku tuo matka on niin pitkä, niin en tiiä, että oisko (täältä) suhteessa voinu saaja nopiammasti ajan, mutta (täällä) monesti, ku on ollu tilanne, että on kysytty aikaa, silloin ku lapsilla on ollu joku akuutti, ni ei oo välttämättä ollutkaan antaa sitte aikaa, että se on vähä semmonen ristiriitainen kysymys.

4.6 Laadukkaan hoidon diskurssi

Laadukkaan hoidon diskurssi kuvastaa asiakkaiden kokemuksia hyvinvointikeskuksesta saamastaan hoidosta. Tutkimusaineistosta käy ilmi, että vaikka asiakkaat näkivät hyvinvointikeskuksen toiminnassa vielä kehitettävää, valtaosa heistä oli tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Arvioidessaan saamaansa hoitoa asiakkaat tarkastelivat hoidon tasoa, asiakaspalvelua ja hoidon jatkuvuutta. Laadukkaan hoidon diskurssi käsittääkin kaikki nämä kolme hoidon tasoon vaikuttavaa tekijää.

Tämän tutkimusaineiston mukaan valtaosa hyvinvointikeskuksen asiakkaista koki hoidon tason olevan hyvää. Asiakkaat kuvasivat saaneensa asiansa hoidettua ja kokivat saaneensa oikeita diagnooseja. Hyvinvointikeskuksen hoidon tasosta käytettiin enimmäkseen käsitettä hyvä ja muutaman kerran käsitettä erittäin hyvä. Tutkimusaineiston mukaan hoidon tasossa ei nähty eroa verrattuna pienemmän terveyskeskuksen hoidon tasoon, vaan asiakkaat kokivat hoidon tason pysyneen laadultaan samanlaisena kuin aiemmin.

Ei oo valittamista. Minusta se on nyt alkuhämmingin jälkeen tasottunut niin, että meillä on aika hyvä hoitotaso. Siis mä pidän erittäin hyvänä tätä meidän hyvinvointikeskusta.

Mutta hyvä hoito on aina ollu, ja senhän on pakko olla tämmösessä paikassa hyvä hoito.

Ihan yhtä hyvä kuin ennenkin. Ihan samalla lailla lääkärit ossaa sen homman ku ennenkin, ja neuvolassa mulla on samat neuvolat pysyny aina, tai siis ne kellä me käydään. Että ei oo hoidon tasossa mitään muutoksia suuntaan tai toiseen.

Pari asiakasta suhtautui hyvinvointikeskuksen hoidon tasoon epäilevämmiin. Hoidon tasossa puutteita näkevät asiakkaat vertasivat perusterveydenhuoltopalveluja yksityisiin terveydenhuoltopalveluihin. He kuvasivat, että eivät olleet saaneet apua vaivaansa hyvinvointikeskuksesta, vaan olivat joutuneet turvautumaan yksityiseen palveluun. Asiakkaat olivat myös hakeneet yksityiseltä sektorilta erikoislääkäripalveluja saadakseen kohdistetumpaa hoitoa tiettyyn vaivaan.

Siitä mää oon kyllä joskus purnannu, että korvahommat, että jos on lapsella korvavaivoja, niin on joutunu joskus, jos on ensin käyny koti-tk:ssa näyttään korvia, niin todettu, että niissä ei oo mitään ongelmaa ja sitte mää oon lähteny käyttään yksityisellä varalta, ku musta on tuntunu, että ei ne oo kunnossa ne korvat, nii siellä on voinu ollakin tulehus.

No se on sitä terveystakeskushoitoa, kyllä se on sitä. Minäki oon jonku veran joutunu käyttämään yksityislääkärin palveluja, niin kyllä siinä on suuri ero. Kyllä yksityislääkärit ottaa potilaan erilaila käsittelyyn, kun mitä terveystakeskuslääkärit.

Tämän tutkimuksen aineiston mukaan kaikki asiakkaat olivat tyytyväisiä hyvinvointikeskuksen henkilökunnalta saamaansa asiakaspalveluun. Asiakkaat kokivat, että vaikka henkilökunnan tavoittaminen on hankalaa ja jonot pitkiä, niin päästyään kontaktiin henkilökunnan edustajan kanssa, asiakaspalvelu on ollut hyvää. Asiakkaat kuvasivat asiakaspalvelun tyypillisimmän olevan mukavaa, hyvää ja että siinä ei ole moittimista. Asiakaspalvelun tasossa he eivät myöskään nähneet eroa hyvinvointikeskuksen ja organisaatioyhdistämisiä edeltäneiden terveystakeskusten välillä. Asiakaspalvelukokemuksia kuvatessaan asiakkaat nostivat esille asiakkaiden kohtelun ja palvelun.

Asiakaspalvelukin on ollu hyvää. Minulla ei ole kyllä yhtään valittamista, että erittäin hyvin minua on niin kuin palveltu, hoidettu.

No en mä voi moittia, koska (hyvinvointikeskuksessa) on mukava neuvola, täällä on hirveän mukavia lääkäreitä tk:ssa, todella hyviä sairaanhoitajia, niitä vanhojakin jotka on ollu täällä alusta asti. ... Mun mielestä (hyvinvointikeskuksesta) saa kokonaisuudessaan ihan hyvää palvelua.

Siinä ainoa ongelma minusta tuolla on se jonotussysteemi ajanvaraukseen taikka lääkärin vastaanotolle. Et se on tymeä odottamista sinne. ... Mutta ihan henkilökohtaisena palveluna, sitte kun on päässyt asioimaan luekusta sisään, niin se on ok.

Tutkimuksessa asiakkaat tarkastelivat hyvinvointikeskuksesta saamaansa hoitoa myös hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. Hoidon jatkuvuuden asiakkaat kokivat toteutuvan pääsääntöisesti hyvin niin hyvinvointikeskuksen sisällä, kuin hyvinvointikeskuksen ja jatkohoitopaikkojen välillä. Tutkimusaineistossa esiin nousi eri ammattiryhmien välinen yhteistyö hyvinvointikeskuksessa. Useampi asiakas koki, että yhteistyö ammattiryhmien välillä sujuu erityisen hyvin ja henkilökunta toimii hyvin yhteen. Asiakkaat tarkastelivat hoidon jatkuvuuden toteutumista myös hyvinvointikeskuksen ja jatkohoitopaikkojen välillä. Moni asiakkaista koki hoidon jatkuvuuden toteutuvan hyvin myös lähetettäessä

asiakkaita jatkohoitoon. Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että asiakas oli saattanut jopa törmätä tuttuun perusterveydenhuollon lääkäriin joutuessaan jatkohoitoon erikoissairaanhoidon.

Mutta sitte tuolla (hyvinvointikeskuksessa), niin mää oon huomannu, että siellä yleensä hoitaja ottaa vastaan ja lääkäri tulee kyllä, ku ollaan lasten kans menty, niin lääkäri tulee kyllä pian kans siihen konsultoimaan ja katomaan sen tilanteen ja antamaan kuurit, että se on kyllä menny hirviän hienosti.

Musta se on toiminu aika hyvin. ... Ne on toiminu hirveen hyvin yhteen.

Ei mulla ainakaan mitään kielteistä ole. Jos sä tarkotat jatkohoitoon, esimerkiksi (erikoissairaanhoidon) tai muuhun, niin se on toiminu ihan loistavasti. Ja toisaalta sitte, ku sieltä tulee tulokset, niin nehän tulee tänne käyttöön, että ne on tuolla kirjautuu kai Omahoitoon tai mikä se sitten on.

Tutkimusaineistosta nousi esille myös pari vastakkaisia mielipidettä hoidon jatkuvuudesta. Tiedonkulun katkoksien kuvattiin heikentävän hoidon jatkuvuutta. Asiakkaat kuvasivat, että tieto ei aina kulje eri palvelupaikkojen välillä tai hyvinvointikeskuksen sisällä ammattiryhmiltä toiselle. Hoidon jatkuvuutta nähtiin heikentävän myös sen, että asiakasta hoitavat ammattilaiset vaihtuivat hoitopolun aikana.

... ainakin muutaman kerran on sattunu näin, että lääkäri on vaikka jonku lääkkeen määränny tai laboratoriotuloksia määrää tai aikoo määrätä, mutta se ei viekään niitä sinne koneelle asti. Sillä jää ne siinä kiireessä ja se ottaa seuraavan ja ne unohtuu. Yhestäkin lääkeresepistä jouvuin soittamaan vissiin kolme kertaa. Menin aina apteekista hakemaan, ja ”ei täällä oo vielä lääkettä” ja ei ”täällä oo vielä lääkettä”.

Tutkimusaineistosta kävi useammasta haastattelusta ilmi, että perusterveydenhuollon asiakkaat kaiken kaikkiaan kokivat olonsa turvalliseksi hyvinvointikeskuksessa ja olivat varsin tyytyväisiä hoidon laatuun ja asiakaspalveluun, ja pääsääntöisesti myös hoidon jatkuvuuteen. Vaikka asiakkaat näkivät isossa palvelupaikassa omat puutteensa, kokivat he kuitenkin, että isommalla kaupungilla on ”leveämmät hartiat” pitää huolta asukkaistaan. Asukkaat myös kokivat, että ollessaan todellisessa hädässä he olivat päässeet jonon ohitse, saaneet hyvää hoitoa ja päässeet sujuvasti jatkohoitoon.

Jotenki se on tuntunu toisaalta että on niinkö ... kaupungilla leviämmät hartiat näissä sairausasioissa, mitä nyt vähä on tarvinnu mutta varsinki sil-

lon jos enempi tarvis, jos tulis joku diabetes tai vastaava, että saapi kaiken maailman vehkeet sieltä. Vaikka onhan ne saanu ihan pienemmästäki kunnasta, että eipä. Mutta jotenki muutenki tuntuu kans, tuntuu tommonen iso kunta turvalliselta. Resurssien ollessa isommat. Että sen puoleen ihan hyvä.

...niin kyllä mä tyttäreille just sitte viestitin sitä, että mä sanoin, että oli niinku semmonen hyvin turvallinen tuntu siitä, että minä oon hyvässä hoidossa täällä, että mua seurataan koko ajan.

4.7 Epätasa-arvoistavan palvelujärjestelmän diskurssi

Tutkimusaineistosta käy ilmi, että suurin osa asiakkaista piti nykyisiä perusterveydenhuoltopalveluja epätasa-arvoisina. Asiakkaat kokivat, että eri puolilla kaupunkia asuvat perusterveydenhuollon asiakkaat eivät ole tasa-arvoisessa asemassa keskenään. Muutama koki olevansa itse muita huonommassa asemassa. Tämän kokemuksen taustalla vaikutti tyypillisimmin olevan kokemus siitä, että omat perusterveydenhuoltopalvelut olivat siirtyneet syrjäseudulta kauemmas, isompaan keskukseen. Asiakkaat kokivat olevansa muita heikommassa asemassa palvelupaikan sijainnin vuoksi. Epätasa-arvoisuutta lisäsi myös kokemus siitä, että asiakas koki, ettei ollut tullut kuulluksi palveluja uudistettaessa.

Ja ei oo kyllä aateltu siinä, että onko tasavertaisia kansalaiset ollenkaan, että me syrjäperäläiset ollaan aivan eriarvoisessa asemassa. Että meidän ääntä ei oo kyllä kuunneltu, vaikka siitä on varmasti mielipidettä sanottu.

No tuo ei totteuvu minun mielestä ja niin mää oon kuullu monen muunki sanovan, että ei se totteuvu. Me jotka asutaan syrjässä, niin meiltä on viety palvelut niin minimiin.

Isompi osa asiakkaista koki kuitenkin olevansa itse muita paremmassa asemassa. Tällaiset asiakkaat vertasivat omaa tilannettaan muihin saman kaupungin perusterveydenhuollon asiakkaisiin. Osa näistä ihmisistä oli itse tyytyväisiä hyvinvointikeskuksen palveluihin ja koki olevansa paremmassa asemassa kuin kantakaupungissa asuvat, muiden terveyskeskusten palveluja käyttävät asiakkaat. Muutama asiakas koki olevansa paremmassa asemassa kuin syrjäseudulta tulevat asiakkaat, joilla on pitkä matka hyvinvointikeskukseen, eikä hyvinvointikeskuksen henkilökunta ole entuudestaan tuttua. Oman tilanteen koettiin olevan edullisempi myös verrattuna vanhuksiin ja vähävaraisiin.

Oman tilanteen ajateltiin olevan parempi sen vuoksi, että asiakas osasi hyödyntää teknologiaa tai ajatteli olevansa paremmassa taloudellisessa tilanteessa. Huomioitavaa oli se, että osa asiakkaista, jotka kokivat olevansa muita paremmassa asemassa, saattoivat itse edustaa jotakin muuta edellä mainituista ryhmistä. Asiakkaat saattoivat esimerkiksi kokea olevansa paremmassa asemassa kantakaupunkilaisiin verrattuna, vaikka itsellä olisi ollut huomattavan pitkä matka syrjäseudulta hyvinvointikeskukseen.

Ei, ei. Mulla on monta tuttavaa, jotka on keskustassa tai tuolla eri puolilla kaupunkia, niin kyllä mä tykkään, että mulla on ollu aika edullinen tää. Ja lähisukulaisia on tuossa (kantakaupungissa) ja kyllä ne ei niinku tiedä terveyskeskupalveluista juuri mitään.

Että siinä on tullu semmosia, että mä ymmärrän sen, että ne jotka asuu tästä meidän hyvinvointikeskuksesta kauempana, tai ei ole semmosta aikaisempaa kontaktia tähän, myöskin niillä, jotka ovat muuttaneet tänne, eikä oo aikaisempaa kontaktia tähän terveyskeskukseen, on vaikeampi päästä tähän systeemiin sisälle. Että minä pidän itteäni kyllä aika etuoikeutetussa asemassa tässä.

... vaikka aina sanotaan, että ihmiset valittaa, että jos jostakin osasta kaupunkia pannaan terveyskeskus tai hyvinvointikeskus kiinni ja hammashoitto siirtyy muutaman kilometrin päähän, kun se tuolla meillä siirtyy neljäkymmenen kilometrin päähän, niin kyllä mää oon monta kertaa aatellu, että siitä huolimatta siellä on niin paljo vähemmän niitä ihmisiä, jotka palveluihin jonottaa, että me ollaan siltiki paremmassa asemassa.

Tavallisimmin epätasa-arvoisuuden kokemusta perusteltiin kustannusten näkökulmasta. Kulkemisen pitkien välimatkojen takaa koettiin tulevan kalliimmaksi, koska välimatkat syrjäseuduilta joudutaan kulkemaan omalla autolla tai taksilla, sillä julkista liikennettä ei ole. Asiakkaat myös kokivat, että taksikyytien kustannukset kasaantuvat alkuvuoteen ennen kuin maksukatot täyttyvät, jolloin taksikyytien omavastuut heikentävät huomattavasti taloutta. Sen lisäksi, että kulkemisen koettiin olevan kallista, se nähtiin myös työläänä ja aikaa vievänä. Etenkin työssäkäyvät moittivat, että vastaanotolla käyntiin tuhlaantuu työpäivästä liikaa aikaa tai vaihtoehtoisesti lääkärikäyntiä varten pitää järjestää vapaapäivä. Asiakkaat myös nostivat esille, että vähävaraisella ei ole mahdollisuutta käyttää yksityisiä terveydenhuoltopalveluja, mikäli perusterveydenhuoltoon ei pääse kohtuullisessa ajassa tai sieltä ei saa tarvitsemaansa hoitoa.

Viehän se aikaa. Siis viehän se aikaa ja se on se taksi aina. Että siinä on kohtuuttomia kustannuksia niinku vuoden alussa, ku vanhus maksaa ensin

lääkkeistä omavastuun elikä 50 euroa ja sitte joka ikisestä, jos sää Kela-kyydillä ajat, niin joka ikisestä matkasta sinne 300 euroon asti niin 50 euroa. Eihän siinä jää ku pari euroa, minkä se Kela korvaa sillan alakuuonna niistä kyyteistä. Ja ne kuormittuu kaikki tietenki sinne alakuvuoteen...

Kyllä mä sen sanon, että jos tunti sulla on ajaa, ku sää lähet terveysesemalle, niin eihän siinä oo mittään ällää. Sää toisen tunnin ootat täällä. Sitte ku nää lähet takasi kotia, niin sulla mennee tunti, niin eihän se oo millään lailla oikein. Ja kyllä niinku justiinsa tämä yhistäminen, niin eihän täsä niinku jos tässä aatellaan ihmisiä, ku eihän siinä aatella ku sitä säästöhommaa.

On se epätasa-arvoisuutta nuo pitkät matkat ja sitte tosiaan, että palvelut on niin kaukana. Ja saa siihen varata sen koko ajan. Niinkö justiin sanoin, niin mun on ollu pakko pittää päiväyriä ja varata niitä lääkäriaikoja niinkö vapaapäiville.

Tutkimusaineiston mukaan valtaosa asiakkaista koki nykyisen palvelujärjestelmän olevan epätasa-arvoistava joko asiakkaan itsensä tai jonkun muun asiakasryhmän näkökulmasta. Aineistosta löytyi kuitenkin myös vastakkaisia kokemuksia. Asiakkaista pari oli sitä mieltä, että perusterveydenhuoltopalvelut toteutuvat tasa-arvoisesti kaikille kaupungin asukkaille. Heidän mukaansa perusterveydenhuoltopalvelut ovat samat kaikille eivätkä organisaatioyhdistämiset ole muuttaneet tilannetta.

4.8 Aktiivisen asiakkaan diskurssi

Aktiivisen asiakkaan diskurssi kuvastaa asiakkaan roolia perusterveydenhuollossa. Tutkimusaineistosta nousi esille asiakkaiden kokemus siitä, että hoidon saaminen hyvinvointikeskuksesta edellyttää asiakkaalta monenlaista aktiivisuutta. Asiakkaiden mukaan hoidon saaminen edellyttää, että asiakas uskaltaa vaatia ja olla tarvittaessa eri mieltä hoitohenkilökunnan kanssa. He kokivat, että asiakkaan tulee tehdä henkilökunnalle selväksi, että on huonossa kunnossa ja tarvitsee apua. Vaikutti siltä, että asiakkaat eivät luottaneet saavansa hoitoa ilman vakuuttelua tai vaatimista. Asiakkaat kuvasivat, että aktiivinen asiakas saa hyvää hoitoa, mutta asiakas joka ei osaa vaatia, jää helposti ilman apua.

Ja sitte ku ossaa olla vailla, niin kyllä sitä palvelua saa. Mutta jotka ei osaa olla vailla, niin...

Varmaan osaksi minulla vaikuttaa se, että mä uskallan sanoa, jos mä oon eri mieltä jostakin asiasta. Että oon saanu aina hyvää hoitoa, että ei silälailailla.

Mutta siinä on kyllä yhtenä syynä sekin, että he ei niin aktiivisesti oo niitä myöskään pyytäneet omalle kohdalleen. Että mä oon niinku tunnustanut sen, että silloin kun mä olen huonossa kunnossa, mä tartten apua ja silloin mä niinkun saan sitä.

Tutkimusaineiston mukaan osa asiakkaista koki, että heidän tulee itse valvoa perusterveydenhuollosta saamansa hoidon toteutumista. Asiakkaat kuvasivat tilanteita, joissa olivat olleet yhteydessä perusterveydenhuoltoon oikaistakseen esimerkiksi lääkehoitoon liittynyttä virhettä. Asiakkaat olivat myös joutuneet ottamaan itse selvää heille kuuluvista eduista, joista tiedottamisen olisivat kokeneet kuuluvan terveydenhuoltoalan ammattilaisille. Potilaan kotiutuessa sairaalahoidosta kotihoidon piiriin kotiutuspalavereiden kerrottiin herkästi unohtuvan, mikäli asiakas tai omainen ei sitä itse aktiivisesti vaadi. Asiakkaiden kokemuksista oli nähtävissä, että sen lisäksi, että hoitoon pääseminen edellyttää asiakkaalta aktiivisuutta, niin aktiivisuutta vaditaan myös jatkossa hoitopolun eri vaiheissa. Asiakkaat kuvasivat, että jos asiakas ei jatkuvasti vaadi, niin asiat jäävät helposti keskeneräisiksi.

Niin. Mutta mikä mulle tuli yllätyksenä, justiin tuossa toissapäivänä, niin mä sanoin, ku mä yritin isälle niitä papereita siitä edunvalvontavaltakirjan vahvistamiseksi ja kaikkia, niin ei ollu minkäänäköistä kuvaa ei lääkärilläkään, että minkälainen lomake pittää olla ja kaupunginsairaalaista silloin, ni ne oli väärille lomakkeille, ei passannu maistraatissa. Mää sitte tulostin ite kotona koneella ne paperit ja vein lääkärille, että tämä lappu pittää täyttää ja tämä lappu pittää täyttää ja että pittää olla hoito- ja palvelusuunnitelma, ennenku saa kelalta haettua korotettua eläkkeensaajan hoitotukea. ”Ai pittääkö se olla?”, no pittää se olla, että sinne vaaditaan, että katopa noista lomakkeista. Jos ei vaan koko ajan vaadi ite ja vaadi ja vaadi, niin ne jää johonki niinku tällälailailla leijuun ne asiat.

Sen lisäksi, että hoidon saamisen ja hoidon toteutumisen loppuun asti koettiin edellyttävän aktiivisuutta, aktiivisuutta tarvittiin asiakkaiden kokemuksen mukaan myös tiedonsaannissa. Tutkimusaineiston mukaan asiakkaat kokevat, että heille ei automaattisesti tule kaikkea tietoa, vaan asiakkaan pitää osata itse kysyä hoidostaan tarkemmin. Osa asiakkaista kertoi haluavansa saada perustelut omaa hoitoaan koskevista päätöksistä. Erityisesti heitä kiinnostivat lääkemutokset ja tutkimustulokset. Asiakkaat kuvasivat, että nämä tiedot he ovat saaneet olemalla itsepäisiä ja etsimällä vastauksia kysymyksiin-

sä riittävän monelta taholta. Vaikutti siltä, että hyvinvointikeskuksen asiakkaat eivät luottaneet, että tutkimustuloksista ilmoitetaan asiakkaalle, mikäli tuloksissa on jotain poikkeavaa. Asiakkaat halusivat varmistaa henkilökunnalta, että tulokset eivät ole jääneet huomaamatta. Asiakkaat myös kokivat, että ennen organisaatioyhdistämistä tiedonkulku hyvinvointikeskuksesta asiakkaalle toimi paremmin. Tutkimusaineiston mukaan asiakkaiden mielestä nykytilanteessa heille itselleen jää vastuu omasta terveydestään ja tiedonsaannistaan.

Koska minä oon niin paljon itepäinen sitte ollu, että jos minä en yhdestä asiasta saa vastausta, niin mä koitan toista sitte, että mä niinku haluan aina tietää, että mitä mulle tehdään ja mitkä on mun lääkkeet, lääketilanteet. Varsinkin vanhemmalle ihmiselle on vaikee niinku seurata niitä lääkkeittenkin annostuksia, ja kun ne lääkkeet vaihtuu ja muuta. Minulle ei onnistu semmonen ollenkaan, että mulle sanotaan, että vaihdetaan tämä tähän. Mä haluan tarkasti tietää, minkä takia.

No ei se muuten kule jos ei oo aktiivinen ite. Minä en oo kyllä kokenu sitä, että koskaan mulle mittään asiaa soitetaan terveyskeskuksesta. Että kylä sitä pittää ite kysellä, jos on tuloksia tai tämmösiä, jos on muissakin tutkimuksissa käynyt, kun verikokeissa, niin ei niistä ilmoteta koskaan, jos ei aktiivinen oo ite.

Eli ite pitää ottaa ja muistaa soittaa sinne, elikä nyt on ehkä tavallaan se, että onko se sitte huonontunu vai, että pitää olla ite skarppi ja muistaa huolehtia. Että sä oot ite se, joka huolehtii sun omasta terveydestä. Että kukaan ei soita sulle, että mikä on ollu sun papa-koe, vaan sun pitää ite soittaa ja sanoa, et kävin, et mikä se tulos oli.

Aktiivisen asiakkaan diskurssi on yhteydessä epätasa-arvoisen palvelujärjestelmän diskurssiin, sillä tuloksista nousi esille, että myös aktiivisuuden vaatimukseen koettiin aiheuttavan epätasa-arvoisuutta. Haastatteluissa nousi esille, että asiakkaalla ei aina ole aktiiviseen asiakkuuteen tarvittavaa asennetta eikä voimia. Asiakkaat kuvasivat tilanteita, joissa joko asiakas itse tai joku hänen lähipiiristään oli jäänyt tai jättäytynyt ilman hoitoa, koska ei ollut kyennyt riittävään aktiivisuuteen. Osa asiakkaista piti tärkeänä, että on itse perillä omasta hoitosuunnitelmastaan, mutta toisille aktiivisen asiakkaan rooli vaikutti olevan taakka. Aineistosta kävi ilmi, että itseään rauhoittaakseen asiakkaat olivat saattaneet sopia tutun työntekijän kanssa, että tämä huolehtii asiakkaan hoidon toteutumisesta ja tutkimustuloksista, ja ilmoittaa niistä tarvittaessa. Näin osa asiakkaista oli halunnut siirtää vastuun omasta terveydestään takaisin terveydenhuoltohenkilökunnalle.

Se edellyttää kyllä aktiivisuutta, ja tää tekee justiin epätasa-arvoisemmaksi sen kohtelun, koska kaikilla ei ole ensinnäkään voimia siihen, ei oo jotenki semmosta asennetta sillä tavalla, että haluais niinku tietää niistä tarkemmin.

...on ollu puhetta terveydenhoitajan kans, että jos siellä on jottain poikkeavaa niissä labratuloksissa, niin hän soittaa perrään, että se on ihan minun mielestä tosi mukava, että lähestyttään sitte puhelimella, jos siellä on jottain, että mun pitää tietää. Että ei tarvi sitte ite olla epäluulonen, että mitä mun pitää nyt tehdä, että mää voin turvautua siihen, että mää oottelen puhelua sieltä, jos niissä jottain on, ja mää en ymmärrä niitä labratuloksia.

4.9 Kasvottomuuden diskurssi

Kasvottomuuden diskurssi kuvastaa asiakkaiden kokemusta nykyajan perusterveydenhuollon tilasta, jossa palveluntarjoajan ja asiakkaan välinen suhde on etäinen. Tutkimusaineistosta nousi esille, että hyvinvointikeskuksen asiakkaat kokivat perusterveydenhuoltopalvelujen muuttuvan koko ajan kasvottomammiksi. Palveluja keskitetään, siirretään verkkoon, asiakasmäärät kasvavat ja hoitohenkilökunnan määrä lisääntyy. Asiakkaat kuvasivat ihmisten kohtaamisen vähentyneen.

Ja tää on semmosta, siis kaikennäköinen ihmisten kohtaaminen vähenee koko ajan, oli se sitte pankkipalvelut tai terveystalvelut.

Erityisesti asiakkaat kaipasivat organisaatioyhdistämistä edeltäviltä ajoilta pienen terveyskeskuksen tiiviitä potilassuhteita ja tuttuja työntekijöitä. Asiakkaat kuvasivat, että hyvinvointikeskuksessa kokevat olevansa nimettömiä henkilöitä. Usea asiakkaista kertoi, että haluaisi mieluiten keskittää hoitonsa yhdelle tai muutamalle ihmiselle, jolloin henkilökunta tulisi tutummaksi. Asiakkaat kokivat, että joka kerta eri ihmisen kanssa asioiminen tuntuu oudolta ja saa tuntemaan olon vieraaksi. Sen sijaan tutun ihmisen hoidossa he tunsivat olonsa turvalliseksi. Yksi asiakkaista kertoi, että oli luopunut juuri tästä syystä hyvinvointikeskuksen lääkäripalveluiden käytöstä, koska tutuille lääkäreille tuntui olevan vaikea päästä.

Ja lääkärit oli yleensä niinkö tuttuja. Että kyllä niissä oli vaihtelevuutta, mutta ne ehti kuitenkin osa lääkäreistä tulla sillai tutuksi, että oli paljon matalampi kynnys lähestyä.

No periaatteessahan, vaikiampaahan se on, ku siellä on nyt nimettömiä ihmisiä kaikki, että eihän ne tunne meitä ollenkaan.

No ei sitä sillä lailla välitä sillä lailla tutuksikaan tulla, mutta sillä lailla niinkö näkötuttuna. Että senki kokkee jollakin lailla turvalliseksi. Tietää, että ne ossaa hommansa hoitaa.

Jos taas haluat tietyn lääkärin, joka tietysti on aika mahdotonta, siinä jou-tuu odottamaan pitkään. Että sen takia minä aikanaan luovuin siitä. Tuttuja lääkäreitähän siellä oli, mutta kun ei niitä saanu, ku parin kuukauden vii-veellä. Tällä iällä ei enää niin kauaa jaksaa odottaa.

Osa tutkittavista kertoi tulleen tutummaksi jonkun työntekijän kanssa. Pari asiakasta kertoi myös saaneensa suoran puhelinnumeron tutuksi tulleele sairaanhoitajalle. Haas-tatteluaineistosta kävi ilmi, että asiakkaat pitivät tällaisia läheisiä hoitosuhteita hyvin suuressa arvossa ja kokivat olevansa etuoikeutetussa asemassa. Tutkimusaineistosta oli havaittavissa, että asiakkaat vaikuttivat luottavan paremmin tuttuun työntekijään, mitä ennalta tuntemattomaan. He kokivat myös hyvän potilassuhteen nopeuttavan ja helpot-tavan hoitoonpääsyä sekä madaltavan kynnystä ottaa yhteyttä.

Mulla on kaks, no mulla itellä henkilökohtasesti on niin heleppo, ku mulla on kaks hoitajan numeroa, jos mulla tulee jotaki kysymistä.

Kyllä mä sen saan tuosta omasta hyvinvointikeskuksestani ja siis mulla on niinku etuna just se, niinku mä sanoinkin, kun mulla on näitä vanhoja tut-tuja hoitajia siellä, jotka on pitkään minut tunteneet ja tienneet tilanteen, niin mä käännyn heidän puoleen. ... Että mä tiedän sen, että silloin mä voin heti sanoa, että mulla on semmonen ja semmonen vaiva, että mitäs nyt tehään. Ja tuota, niinku mä sanoin, ni mä oon pikkusen etuoikeutetussa asemassa koen olevani tässä nykyisessä systeemissä, että ei varmasti ole kaikkien kohdalla yhtä tasa-arvoista.

No minun kohdallani ne ei oo vaikuttanu paljonkaan, koska mulla on ollu tavallaan täällä suhteita köökin kautta, niinku sanotaan, että tuota mä oon päässy yleensä aika pian vastaanotoille, mutta tuota on varmaan jossakin tapauksessa myös niitä pitkiä odotusaikoja.

Palvelujen kasvottomuus oli ilmiö, joka nousi esiin haastattelurungon monessa kohdas-sa ja hyvin monessa haastattelussa. Kasvottomuuden diskurssi tuntui vaikuttavan taus-talla monessa diskurssissa, mutta se ansaitsi tulla huomioiduksi myös omanaan. Esi-merkiksi teknologisaation, haastavan hoitoonpääsyn ja suurten palvelukeskusten dis-kurssien sisältä löytyy kuitenkin myös viittauksia tutun henkilökunnan merkityksestä. Asiakkaat kokivat kasvottomuuden olevan nykyajan ilmiö, josta he vaikuttivat olevan

pahoillaan. Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että palvelujen modernisoituessa asiakkaat kuitenkin edelleen arvostavat tuttua henkilökuntaa ja ihmiskontaktia.

5 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

5.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kuntaliitosten yhteydessä toteutettuja perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisistä asiakkaan näkökulmasta. Tutkimustehtävänä oli selvittää, millaisia kuntaliitosten yhteydessä toteutetut perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämiset ovat asiakkaan näkökulmasta. Tämä tutkimustehtävä jaettiin kahteen osaan. Perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisistä haluttiin selvittää millaisina ne näyttäytyvät asiakkaille sekä millaisia kokemuksia asiakkailta on organisaatioyhdistämisistä. Tässä luvussa tarkastelen tutkimuksen tärkeimpiä löydöksiä ja johtopäätöksiä suhteessa tutkimustehtävään.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan terveystieteiden organisaatioyhdistäminen oli perusterveydenhuollon asiakkaille suuri ja perusturvallisuutta järkyttävä muutos. Omasa terveystieteiden luopuminen ja siirtyminen keskitettyjä palveluja tarjoavaan hyvinvointikeskukseen herätti asiakkaita järkytyksen ja surun tunteita. Organisaatioyhdistäminen herätti myös arvoasetelmia eri alueilta tulevien välille. Osa syrjäseuduilta tulleista koki, että paikalliset suhtautuvat heihin syrjivästi ja koki olonsa orjalliseksi uudessa palvelupaikassa. Aikaisemmissa organisaatioyhdistämistutkimuksissa on käynyt ilmi, että organisaatioyhdistäminen on mittava muutos henkilöstön ja johdon näkökulmasta (Taskinen 2005, Joensuu ym. 2013), mutta tämä tutkimus osoitti, miten voimakkaasti myös asiakkaat kokevat omaan terveystieteidensä liittyvän muutoksen. Terveystieteiden on todettu merkitsevän kulttuurisesti asiakkaille vahvaa perusturvallisuutta (Tiirinki 2014), minkä tämä tutkimus vahvisti. Tutkimustulosten mukaan organisaatioyhdistäminen herätti kauempana asuvissa asiakkaita huolta omasta tulevaisuudesta ja siitä, onko asuminen syrjäseuduilla enää mahdollista. Tutkimuksen tulokset tarkoittavat, että perusterveydenhuoltopalvelujen läheisyys on asiakkaille merkittävä asumispaikkaan vaikuttava tekijä.

Yhtenä organisaatioyhdistämisten keskeisenä syynä on pidetty palveluiden saatavuuteen liittyviä haasteita (Myllymäki 2004, Frumkin ym. 2008, Lian 2008, Vakkala 2012). Tämän tutkimuksen mukaan organisaatioiden yhdistäminen ei kuitenkaan parantanut

asiakkaiden kokemaa palvelujen saatavuutta, vaan asiakkaat kokivat hoitopääsyn pikemminkin vaikeutuneen. Tulosten mukaan hoitopääsyä hankaloittivat pitkät jonotusajat, vaikeudet saada puhelinyhteyttä ja pidentyneet välimatkat. Joidenkin tutkimusten mukaan terveydenhuollon organisaatioyhdistämisillä on kuitenkin voitu myös parantaa hoidon saatavuutta sekä Suomessa (Joensuu ym. 2013) että maailmalla (Vasan ym. 2014). Tämän tutkimuksen eroavan tuloksen voi selittää se, että tulosten mukaan kohtuullinen hoitopääsy on asiakkaasta riippuva, suhteellinen käsite. Toisaalta on myös todisteita siitä, että organisaatioyhdistämisillä ei aina saavuteta niitä palvelujen saatavuuteen ja laatuun liittyviä vaikutuksia, mitä on odotettu (Simoens & Scott 2005, Taskinen 2005, Junnila 2008).

Tutkimustulosten mukaan haastava hoitopääsy oli yksi keskeinen syy, minkä vuoksi asiakkaat kääntyivät yksityisen sektorin puoleen, seurasivat oireitaan kotona pidempään tai jättivät kokonaan menemättä lääkäriin. Hankalaksi kansanterveyden näkökulmasta asian tekee se, jos ihmiset lyövät laimin hoitonsa haastavan hoitopääsyn vuoksi. Pohjoismaissa on pyritty poliittisin ja lainsäädännöllisin toimin lisäämään terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapautta (Ahgren & Axelsson 2011, Mertaniemi ym. 2011), ja Suomessa tulevan sote-uudistuksen myötä valinnanvapaus näyttäisi entisestään lisääntyvän. Tutkimustuloksista kävikin ilmi, että eräs tutkittavista oli pohtinut siirtymistä lähempänä olevan naapurikunnan terveyskeskuksen asiakkaaksi. Mikäli terveyspalvelujen integrointi on yhteiskunnallinen suuntaus myös tulevaisuudessa, on väestön hyvinvoinnin kannalta tärkeää, että tämältyyppisiä palvelunkäyttöä helpottavia ja joustavuutta lisääviä poliittisia ratkaisuja tehdään.

Tämän tutkimuksen tärkeä viesti oli, että myös palveluja keskittämällä voidaan toteuttaa laadukasta hoitoa. Tulosten mukaan oli ilmeistä, että vaikka asiakkaat näkivät terveyskeskusten organisaatioyhdistämisessä vielä kehitettävää, asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä hoidon tasoon, asiakaspalveluun ja pääsääntöisesti myös hoidon jatkuvuuteen. Asiakkaat myös kokivat, että vaikka jokapäiväisissä tilanteissa hoitopääsy oli haastavaa, niin todellisessa hädässä heidän asiansa oli hoidettu hyvin ja ripeästi. Laadukkaasta hoidosta huolimatta asiakkaat tuntuivat suhtautuvan organisaatioyhdistämiseen kriittisesti. Voidaan siis todeta, että vaikka organisaatioyhdistämisen jälkeen oli pystytty tarjoamaan asiakkaille laadukasta kliinistä hoitoa, yksittäiselle asiakkaalle kuitenkin tärkeämpiä palvelujen toimivuuden kriteerejä olivat etäisyys palveluista ja odotusajat. Tämä

tutkimustulos tukee Tiaisen (2016) väitöskirjassaan tekemiä havaintoja. Hänen tutkimuksessaan palvelujen laadun koettiin olevan odotettua parempi pian organisaatioyhdistämisen jälkeen, mutta kun keskittämisestä oli kulunut aikaa, laadun todettiin heikentyneen (Tiainen 2016). Tässä tutkimuksessa organisaatioyhdistämisestä on kulunut joi-tain vuosia, mutta asiakkaiden kokema hoidon laatu oli edelleen hyvällä tasolla.

Aiemman tutkimustiedon valossa organisaatioyhdistämisten vaikutus asiakkaiden tasa-arvoon näyttäisi tuottaneen ristiriitaisia tuloksia. Organisaatioyhdistämisten on nähty parantavan alueen asukkaiden keskimääräistä tasa-arvoa palvelujen tason molempien ääripäiden tasoittuessa (Hirvonen 2002, Vasan ym. 2014). Toisaalta organisaatioyhdistämisten on koettu myös heikentäneen erityisesti syrjäseuduilla asuvien asemaa (Tiainen 2016). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaan kokivat organisaatioyhdistämisen lisänneen alueen asukkaiden eriarvoisuutta palvelujen siirtyessä kauemmas suureen palvelukeskukseen. Tiaisen (2016) tuloksia vahvistaen myös tämän tutkimuksen tuloksissa nähtiin erityisesti syrjäseudulla asuvien tilanne muita huonompana, sillä pitkien välimatkojen koettiin tulevan kalliiksi ja vievän liikaa aikaa. Eriarvoisuuden kokemusta lisäsi myös se, että asiakkaat kokivat, ettei heitä oltu kuultu palveluja uudistaessa, ja asiakkaat kokivat kuulluksi tulemisen olevan yksi keskeinen tasa-arvoa lisäävä tekijä. Se, että organisaatioyhdistämisten koetaan lisäävän eriarvoisuutta, on tulevien organisaatioyhdistämisten näkökulmasta haasteellinen tekijä, sillä jo terveydenhuoltolaki (1326/2010) edellyttää, että terveydenhuoltopalvelujen tulee olla yhdenvertaisesti kunnan asukkaiden saatavilla. Organisaatioissa joudutaankin pohtimaan, miten palvelut saadaan toteutettua niin, että asiakkaiden kokemus tasa-arvoisuudesta säilyy. Asiakkaiden todellinen kuuleminen ja asiakkaille kulkemisesta tulevien kustannuserojen tasoittaminen vaikuttaisivat olevan keinoja, jotka rakentaisivat kokemusta tasa-arvoisuudesta myös välimatkojen kasvaessa.

Terveydenhuoltopalvelujen teknologisoituminen on ollut viime vuosina pinnalla terveyshallintotieteellisissä tutkimuksissa (mm. Lian 2008, Vuonovirta ym. 2009, Virjo ym. 2013). Teknologisaatio on nähty haasteena, mutta tulevaisuuden palvelujen kannalta myös suurena mahdollisuutena (Virjo ym. 2013). Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, miten merkittävästä asiasta teknologisaatiossa on kyse myös asiakkaan ja kansanterveyden näkökulmasta. Tutkimustuloksissa teknologisaatio jakoi asiakkaat kahteen ryhmään. Toinen ryhmä osasi arvostaa verkkopalvelujen helppoutta ja joustavuutta, mutta toiselle,

isommalle ryhmälle palvelujen teknologisoituminen oli aiheuttanut vaikeuksia hoitaa asioitaan ja pelkoja palvelujen menettämisestä. Enemmistö tämän tutkimuksen kohdejoukosta suhtautuikin teknologisaatioon varsin epäluuloisesti. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta teknologisaation hyödyntäminen perusterveydenhuollossa onkin varsin ristiriitainen asia. Teknologian avulla voidaan tarjota nykyaikaisia palveluita tehokkaasti ja taloudellisesti laajalle väestölle, mutta uudistuksia tehdessä on syytä muistaa perusterveydenhuollon asiakaskunnan ominaispiirteet. Merkittävä osa asiakkaista on vanhuksia, moniongelmaisia ja heikompiosaisia (Heponiemi ym. 2013), joilla ei välttämättä ole teknologian käyttöön tarvittavaa osaamista ja välineistöä. Palveluja uudistaessa tulee olla varovainen, etteivät uudistukset lisää eriarvoisuutta vaikeuttamalla näiden ryhmien mahdollisuuksia hoitaa terveyttään.

Viime vuosina keskustelua on herättänyt asiakkaan vastuun lisääntyminen terveydenhuollossa (Jäntti 2008, Valkama 2012, Siriwardena & Gillam 2014). Tämä ilmiö nousi esiin myös tässä tutkimuksessa. Tutkimustulosten mukaan organisaatioyhdistäminen oli lisännyt asiakkaiden kokemaa vastuuta omasta terveydestään. Sekä tämän tutkimuksen, että aiemman tutkimustiedon mukaan tämä onkin monelle asiakkaalle mieluinen kehityssuuntaus, sillä asiakkaat haluavat olla mukana hoitonsa suunnittelussa ja toteuttamisessa (Tabrizi ym. 2009). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaat halusivat osallistua hoitoonsa, koska eivät luottaneet siihen, että saisivat tarvitsemansa hoidon ilman omaa aktiivisuuttaan. Asiakkaat kokivat, että saadakseen hoitoa heidän tulee vaatia, vakuutella ja ottaa itse asioista aktiivisesti selvää. Näiden tulosten pohjalta jäin pohtimaan, onko asiakkaan roolin lisäksi myös terveydenhuollon asiantuntijoiden rooli muuttumassa. Osa asiakkaista koki olevansa oman tilanteensa asiantuntijoita, ja perinteisen auktoriteetin sijaan he tuntuivat kaipaavan terveydenhuollon asiantuntijoilta heidän tarpeitaan palvelevampaa roolia. Tutkimustuloksista löytyi kuitenkin myös toinen joukko. Joukko, jolle organisaatioyhdistämisen myötä langennut isompi vastuu omasta terveydestään tuntui olevan taakka. Uudistuksia tehdessä joudutaankin palamaan terveydenhuollon perusarvojen äärelle. Valkaman (2012) mukaan asiakkaan vastuuttamiseen vaikuttavat yhteiskunnan, organisaation ja työntekijän arvot, traditiot ja toimintatavat. Kysymys kuuluu, mitä tapahtuu sille asiakasryhmälle, joka ei itse kykene kantamaan vastuuta terveydestään? Missä menee raja yhteiskunnan ja asiakkaan velvollisuuksien välillä?

Tämä tutkimus toi tuoretta tietoa siitä, miten terveydenhuoltopalvelujen keskittäminen voi vaikuttaa asiakassuhteeseen. Tutkimustulosten mukaan asiakkaat kokivat ison palvelukeskuksen kasvottomana ja kaipasivat pienemmän terveystieteellisen tiiviitä asiakassuhteita. Tutkimustulokset osoittivat, että organisaatioyhdistämisen jälkeen asiakkaat kokivat muuttuneensa itse nimettömiksi ja palvelujen etäisemmiksi. Kiinnostavaa tässä oli se, että kasvottomuuden diskurssi tuli esiin tutkimusaineistossa varsin monessa kohdassa. Asiakkaille on siis edelleen tärkeää, että terveystieteellinen pysyy matalan kynnyksen hoitopaikkana, jossa asiakas kohdataan kokonaisvaltaisena yksilönä (Tiirinki 2014). Perusterveydenhuollon organisaatioiden kannalta tämä asia on hyvä tiedostaa. Organisaatioyhdistämisten myötä organisaatioiden koko yleensä väistämättä kasvaa, mutta asiakaslähtöisyyden näkökulmasta olisi hyvä pohtia, olisiko suuressakin palvelukeskuksessa mahdollista ylläpitää läheisiä asiakassuhteita. Kasvottomuutta voi tarkastella myös yhteiskunnallisena ilmiönä. Palveluja keskittäessä on riskinä, että yksilöiden kohtaaminen vähenee. Yhteiskunnan näkökulmasta keskeistä lienee se, onko tällä ilmiöllä vaikutusta esimerkiksi hoidon jatkuvuuden heikentymisen kautta hoidon laatuun tai asiakkaiden hoitoon sitoutumiseen, ja näin ollen myös väestön hyvinvointiin.

Tutkimusta tehdessä oli yllättävää huomata, miten vähän länsimaista terveydenhuoltoa koskevia organisaatioyhdistämistutkimuksia on tehty viime vuosina. Tutkimustiedon niukkuudesta huolimatta yhteiskunnassamme vireillä oleva sote-uudistus tähtää terveydenhuoltopalveluiden uudelleenorganisointiin, mikä edellyttää organisaatioiden yhdistämisiä. Tämä herättää kysymyksen siitä, minkä verran terveydenhuoltoa koskeva uudistus perustuu tieteelliselle tutkimustiedolle. Tutkimuskirjallisuuden mukaan organisaatioyhdistämisten taustalla ovat usein organisaation tehokkuuteen ja muihin hyötyihin liittyvien syiden lisäksi myös poliittinen strategia tai johtamisen muoti-ilmiö (Comtois ym. 2004). Tämä on sinänsä kiinnostava näkökulma, sillä yhteiskunnassamme on tällä hetkellä havaittavissa voimakkaita keskittämissuuntauksia. Onko organisaatioyhdistämisistä tullut muoti-ilmiö, jolla ajatellaan saavutettavan ratkaisu valtion ja kuntien taloudellisiin ongelmiin? Samanaikaisesti julkisuudessa on käyty keskustelua siitä, miten voitaisiin mahdollistaa ihmisten asutus myös haja-asutusalueilla. Organisaatioyhdistämiin liittyy monenlaisia arvokysymyksiä, joihin ei vielä tässä vaiheessa ole löydetty vastauksia.

Tämä tutkimus tuotti uutta ja tärkeää tietoa terveydenhuollon organisaatioyhdistämisestä. Tutkimuksen tärkein anti oli kuitenkin asiakkaan kokemusten esille tuominen. Tutkimuksen tarkastelussa painottuivat asiakkaan näkökulma ja kokemukset terveyskeskusten yhdistämisessä. Lisäksi tutkimus tarjoasi tärkeää tietoa terveydenhuollon organisaatioille niistä tekijöistä, joihin on syytä kiinnittää huomiota perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämissä suunnitellessa ja toteutettaessa. Terveyshallintotieteen näkökulmasta tutkimus lisäsi tietoa ja ymmärrystä terveydenhuollon organisaatioyhdistämisestä sekä tutkimuksen keskeisten käsitteiden, organisaatioyhdistäminen, perusterveydenhuolto ja asiakas, välisistä suhteista. Tutkimustietoa voidaan hyödyntää organisaatioyhdistämissä suunnitellessa, toteuttaessa ja niiden onnistumista arvioitaessa. Erityisesti tietoa voidaan hyödyntää tarkastellessa aihetta asiakkuuden näkökulmasta.

Terveydenhuollossa toteutetussa organisaatioyhdistämisessä on kyse suuresta ja perustavanlaatuisesta muutoksesta (Taskinen 2005), minkä tämä tutkimus vahvistaa. Asiakkaan näkökulmasta tämän tutkimuksen tulokset tarkoittavat, että organisaatioyhdistäminen vaikuttaa monin tavoin sekä asiakkaan palveluihin että asiakkaan ja organisaation välisiin suhteisiin. Asiakkaalla on myös organisaatioyhdistämisen jälkeen mahdollista saada yhtä laadukasta hoitoa, joskin hoitopaikka voi olla suurempi ja sijaita kauempana. Asiakkaalla on myös mahdollisuus omaa aktiivisuutta ja valinnanvapautta hyödyntämällä vaikuttaa hoitonsa toteutumiseen.

Työntekijän näkökulmasta tulokset tarkoittavat, että aiemmat tiiviit potilassuhteet eivät organisaatioyhdistämisen jälkeen ole enää välttämättä mahdollisia. Hoito toteutetaan tehokkaammin ja isommissa organisaatioissa, ja työntekijä voi hyödyntää myös verkkopalveluja työssään. Isossa organisaatiossa konsultointi ja eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on helpompaa, toisaalta työtä rasittaa organisaation monimutkaisuus ja iso koko.

Organisaation näkökulmasta organisaatioyhdistäminen mahdollistaa palvelujen kehittämisen taloudellisempaan ja laadukkaampaan suuntaan. Organisaatioyhdistämissä suunnitellessa huomiota tulee kuitenkin kiinnittää siihen, että palvelu toteutuu edelleen Terveydenhuoltolain (1326/2010) edellyttämällä, kaikille asiakkaille tasa-arvoisella tavalla. Taloudellisia kiristyksiä tehdessä on varmistettava, että hoidon integroinnilla ei lisätä eriarvoisuutta tai vaikuteta välillisesti kansanterveyttä heikentävästi. Monien tut-

kimusten mukaan organisaatioyhdistämisisillä on riski epäonnistua, jolloin tuloksena voivat olla entistä kalliimmat, byrokraattisemmat ja monimutkaisemmat palvelut (Simoens & Scott 2005, Taskinen 2005, Junnila 2008). Erityisesti johdon tuleekin kiinnittää huomiota siihen, että mikäli organisaatioyhdistämiseen lähdetään, organisaatioyhdistämisen suunnittelu ja toteuttaminen tulee tehdä huolella. Tärkeä on myös muistaa, että organisaatioyhdistämisen vakiintuminen vie vuosia, minkä jälkeen vasta voidaan arvioida uudistuksen lopullisia seurauksia.

Organisaatioyhdistämiset edellyttävät sekä organisaatioiden henkilökunnalta että johdolta monenlaista osaamista. Tämänkin tutkimuksen puitteissa kävi ilmi, että organisaatioyhdistämisisillä ei aina automaattisesti saavuteta niitä hyötyjä, mitä niillä tavoitellaan. Organisaatioiden yhdistämisprosessi edellyttääkin johdolta ja henkilöstöltä monelaista osaamista. Koska organisaatioyhdistämiset ovat terveydenhuollossa varsin tavallisia, etenkin terveydenhuollon johtoa kouluttaessa tulisi kiinnittää huomiota myös organisaatioyhdistämisiin yhtenä organisaatiomuutostyyppinä. Näin voidaan varmistaa, että työmäärältään mittavat ja usein merkittäviä investointejakin vaativat organisaatioyhdistämiset eivät epäonnistu organisaation johdon osaamispuutteiden vuoksi. Organisaatioyhdistämistä valmistellessa resursseja tulee käyttää henkilöstön kouluttamiseen, mutta sen lisäksi on tärkeä miettiä myös sitä, miten perusterveydenhuollon asiakkaita voidaan valmistaa muutokseen. Asiakkaille tiedottaminen on välttämätöntä, mutta sen lisäksi tämänkin tutkimuksen tulokset osoittavat, että palvelujen teknologisoituessa esimerkiksi verkkopalveluihin liittyvää koulutusta tulisi järjestää myös asiakkaille. Yhteiskunnan peruspalveluita uudistaessa tulee huolehtia, että organisaatioyhdistämisiä toteuttamalla vahvistetaan hyvinvointiyhteiskuntaa, eikä heikennetä sitä kasvattamalla ihmisten välisiä eriarvoisuutta osaamispuutteiden vuoksi.

5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä osiossa arvioin koko tutkimusprosessin luotettavuutta laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerien pohjalta. Näitä kriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, seuraamuksellisuus ja todeksi vahvistettavuus. (Lincoln & Guba 1985.)

Jotta tutkimus olisi uskottava, pyrin tutkimuksessani tavoittamaan tutkittavien todellisuuden mahdollisimman hyvin. Valitsin tutkimuksessa tarkastelemani organisaation

perusteellisen harkinnan jälkeen. Tutkimuksen uskottavuuden kannalta pidin tärkeänä, että tutkimusaineisto olisi rikas ja monipuolinen, jotta tutkimustuloksista tulisi mahdollisimman totuudenmukaisia (Denzin & Lincoln 2000). Tutkittavien valinnassa kiinnitin huomiota siihen, että tutkittavat edustivat kattavasti perusterveydenhuollon eri asiakasryhmiä ja myös maantieteellisesti hyvinvointikeskuksen asiakaskantaa. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla asiakkailla oli kokemusta perusterveydenhuollon asiakkuudesta ennen ja jälkeen organisaatioyhdistämisen. Saadusta tutkimusaineistosta kävi ilmi, että tutkimus osoitettiin oikealle kohderyhmälle, sillä aineistosta löytyi kattavat vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Tutkimusaineisto koostui perusterveydenhuollon asiakkaiden haastattelumateriaaleista. Avoimet haastattelut antoivat asiakkaille tilaa kertoa vapaamuotoisesti omista kokemuksistaan ja mahdollistivat monipuolisen tutkimusaineiston saamisen. Avoin haastattelu osoittautui toimivaksi aineistonkeruumenetelmäksi, sillä avoimilla kysymyksillä pystyttiin saavuttamaan monipuolista tietoa myös niukasti tutkitusta tutkimusaiheesta. Tutkimukseen osallistui kymmenen asiakasta. Tämä määrä osoittautui riittäväksi, koska haastattelujen loppupuolella samat asiat alkoivat kertautua. Diskurssianalyysin näkökulmasta kymmenen avointa haastattelua tuntui sikäli laajalta aineistolta, että tutkimuksen puitteissa ei ollut mahdollisuutta pureutua kaikkiin kiinnostaviin merkityksiin, mitä aineisto olisi tarjonnut. Pyrin kuitenkin valikoimaan aineistosta yhteiskunnan ja tieteenalan näkökulmasta keskeisimmät ja kiinnostavimmat piirteet.

Laadullinen lähestymistapa ja diskurssianalyysi soveltuivat hyvin tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmiksi. Tutkimuksella haluttiin lisätä tietoa perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisistä asiakkaan näkökulmasta, ja laadullinen tutkimusote mahdollisti tämän tavoitteen saavuttamisen ja ymmärryksen lisäämisen tästä aiemmin niukasti tutkitusta aiheesta (Polit & Beck 2008). Analyysimenetelmänä diskurssianalyysi mahdollisti aineiston syvällisen tarkastelun (Chouliaraki & Fairclough 2010). Perusterveydenhuollon organisaatioiden yhdistäminen on vahvasti sekä yksilön jokapäiväiseen elämään että yhteiskunnan päätöksentekoon kytköksissä oleva aihe. Tutkimustulosten rikkauden ja luotettavuuden kannalta nähtiin tärkeänä, että analyysimenetelmä mahdollistaa asiakkaiden kokemusten tarkastelun asiakkaan oman elämänpiirin lisäksi myös yhteiskunnallisessa kontekstissa. Diskurssianalyysin avulla aineistoa kyettiinkin analysoimaan huomioiden asiakkaiden kokemusten kirjaimelliset ja piilevät merkitykset osana sosiaalista

todellisuutta (Chouliaraki & Fairclough 2010), sillä diskurssianalyysi näkee kielen osana sosiaalista, kulttuurista, poliittista ja historiallista todellisuutta (Polit & Beck 2008, 222, 224). Analyysimenetelmän valintaa vahvisti myös se, että diskurssianalyysille on tyypillistä, että tutkija on kiinnostunut yhteiskunnallisesti pinnalla olevista aiheista (Jokinen ym. 2016). Vaihtoehtoisena analyysimetodina tutkimukseen olisi sopinut myös sisällönanalyysi. Mielestäni diskurssianalyysin avulla pystyttiin kuitenkin saavuttamaan syvällisempi ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimusta tehdessäni pohdin myös analyysin lähestymistapoja. Päädyin empiiriseen lähestymistapaan, koska mielestäni se sopi hyvin tutkimuksen kokemuseräiseen luonteeseen.

Analyysin uskottavuuden varmistamiseksi pyrin kuvaamaan diskurssianalyysin vaiheet mahdollisimman tarkasti. Analyysia tehdessäni vertasin jatkuvasti teemojani ja niiden pohjalta rakentamiani diskursseja alkuperäiseen aineistoon ja muokkasin niitä tarvittaessa. Diskurssianalyysissä aineiston kontekstuaalisuuden ja vuorovaikutuksellisuuden huomiointia pidetään hyvin tärkeänä (Jokinen ym. 2016). Tässä tutkimuksessa pyrin tavoittamaan kokemusten piileviä merkityksiä asiakkaiden kerronnan sävyn, sanavalintojen ja kokemusta ympäröivän kontekstin perusteella. Tutkimuksen uskottavuuden vahvistamiseksi esitin tulosten rinnalla autenttisia lainauksia aineistosta. Tutkimusta tehdessä pohdin, minkä verran tutkijan ja tutkittavan välinen vuorovaikutustilanne väistämättä vaikuttaa asiakkaan kokemuksiin. Diskurssianalyysissa olisikin mielestäni ollut perusteltua käyttää tulosten rinnalla myös pidempiä otteita tutkimusaineistosta, joista olisi käynyt paremmin ilmi myös haastattelun vuorovaikutuksellinen tilanne. Tämä olisi kuitenkin karsinut aineistolainauksien määrää, mikä olisi mielestäni vaikeuttanut tutkimuksen uskottavuuden arviointia. Päädyin käyttämään lyhyempiä lainauksia, mutta pyrin pitämään huolta siitä, että valitsemani aineistolainaukset ovat riittävän pitkiä, jotta lainaukset eivät irtoa kontekstistaan sisältöön vaikuttavalla tavalla.

Olen pyrkinyt kuvaamaan analyysini tarkasti, perustelemaan tulkintani huolellisesti ja osoittamaan aineistolainauksilla tekemieni päätelmien luotettavuuden. Huolellisesti tehdyn raportin pohjalta lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimuksen totuusarvoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla tutkittavaa ilmiötä, joten tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän puitteissa ei ollut perusteltua mennä analyysissa tämän pidemmälle, vaikka diskurssianalyysi menetelmänä olisi sen mahdollistanut. Diskurssi-

analyysi menetelmänä on haastava ja aloittelevana tutkijana halusin myös olla varovainen, etten tee liian pitkälle vedettyjä johtopäätöksiä.

Diskurssianalyysia tehdessä huomioni kiinnitti se, että asiakkaiden puhetavat olivat usein ristiriidassa keskenään ja myös yksittäisen asiakkaan kokemukset saattoivat haastattelun edetessä osoittautua ristiriitaisiksi. Jäin pohtimaan, oliko terveyskeskuksen organisaatioyhdistäminen aiheena sellainen, joka herätti haastateltavissa sekä tunnereaktioita, että rationaalisia ajatuksia, jotka saattoivat olla ristiriidassa keskenään. Tutkimuskirjallisuuden mukaan on kuitenkin hyvin tyypillistä, että diskurssianalyysissa käy ilmi haastateltavien puhetapojen epäjohdonmukaisuus. Vaikka ihmisellä olisi tietty kanta, voivat muutkin suhtautumistavat vilahdella puheen käännteissä. (Jokinen ym. 2016, 44.)

Tässä laadullisessa tutkimuksessa tulosten siirrettävyys ei ollut ensisijaisena tavoitteena. Tutkimuksella pyrittiin sen sijaan lisäämään monipuolisesti tietoa ja ymmärrystä ajan-kohtaisesta aiheesta. (Lincoln & Guba 1985.) Tutkimuksella saavutettu tieto on kuitenkin sovellettavissa sekä suomalaisen terveydenhuollon että suomalaista verorahoitteista perusterveydenhuoltoa vastaavien organisaatioiden organisaatioyhdistämistilanteisiin. Tutkimustulokset voivat olla jossain määrin siirrettävissä myös tilanteisiin, joissa tarkastellaan asiakkuutta organisaation muutostilanteessa. Lopullisesti siirrettävyys on kuitenkin arvioitava aina tilannekohtaisesti.

Tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta on tärkeää tarkastella myös tutkimuksen seuraamuksellisuutta. Tässä tutkimuksessa, kuten laadullisessa tutkimuksessa aina, on väistämättä läsnä inhimillinen vaihtelu sekä ilmiön ja asetelman muutos. (Lincoln & Guba 1985.) Näin ollen tämäkään tutkimus ei ole toistettavissa identtisenä. Tutkimuksen luotettavuuden vahvistamiseksi olen kuitenkin kuvannut tutkimusprosessin niin tarkasti, että tutkimustilanne olisi halutessaan mahdollista toistaa. Raportoinnissa olen kiinnittänyt huomiota totuudenmukaisuuteen ja yksityiskohtaisuuteen. Olen pyrkinyt huomioimaan myös tutkimustyön tekniset yksityiskohdat. Diskurssianalyysista laadin tutkimuksen liitteisiin taulukon, josta käy ilmi, miten olen rakentanut diskurssit aineistosta nousseiden teemojen pohjalta.

Tutkimuksen todeksi vahvistettavuuden näkökulmasta tutkijan objektiivisuus on tärkeä tekijä (Lincoln & Guba 1985). Tutkimuksessa olen parhaani mukaan pyrkinyt välttä-

mään ennakko-oletuksia ja tuomaan esille tutkittavieni todellisuutta. Kuitenkin olen tietoinen siitä, että tulkinnassa ovat väistämättä mukana myös omat arvoni ja asenteeni, vaikka olen tutkimuksen kaikissa vaiheissa pyrkinyt toimimaan mahdollisimman objektiivisesti. Jokisen (2016) mukaan kuvatessaan tutkimustulostensa kautta sosiaalista todellisuutta tutkija samalla luo sitä. Näin ollen tutkijankaan kielenkäyttöä ei voi tarkastella täysin faktojen raportoimisena, vaan siihenkin tulee suhtautua refleksiivisesti. (Jokinen 2016, 253.) Huomioitavaa on, että tutkimustuloksissa esittämäni tulkinta on yksi tulkinta aineistosta, josta mahdollisesti olisi voinut tehdä myös muita päätelmiä. Luotettavuutta lisää kuitenkin se, että itse en kuulu tutkittavan organisaation asiakaskuntaan, eikä minulla ole omakohtaista kokemusta perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisestä. Todeksi vahvistettavuutta lisää se, että tutkijana tekemäni ratkaisut on kuvattu niin yksityiskohtaisesti, että lukija voi seurata tehtyjä ratkaisuja ja arvioida niitä. Aineiston ja tulosten välisen tiiviin yhteyden avulla olen pyrkinyt osoittamaan, että tulokset perustuvat aineistoon eivätkä tutkijan omiin käsityksiin.

Objektiivisuuden yhteydessä on tämän tutkimuksen kohdalla hyvä tarkastella myös tutkittavien valintaan. Tutkimuksen alkuvaiheessa pohdin, olisiko tutkittavat henkilöt rekrytoivien sairaanhoitajien omilla mielipiteillä organisaatioyhdistämisestä vaikutusta tutkittavien valintaan. Aineistoa läpikäydessä kävi kuitenkin ilmi, että eri alueilta tulevien ja eri sairaanhoitajien valitsemien asiakkaiden kokemukset tukivat toisiaan ja asiakkaat tarkastelivat aihetta monipuolisesti sekä hyötyjen että haittojen näkökulmasta. Tutkittavien rekrytointiin liittyvää vinoumaa ei siis ollut havaittavissa.

5.3 Tutkimuksen eettisyys

Tehdessäni tutkimustyötä minulle oli tärkeää, että Pro gradu –tutkielmastani tulee tieteellisesti ja eettisesti hyväksyttävä tutkimus, jonka tulokset ovat uskottavia. Tutkimuksen olenkin toteuttanut hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti ja Tutkimuseettisen neuvottelukunnan kriteerejä noudattaen. Toimintatavoissani olen noudattanut rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Olen kiinnittänyt huomiota siihen, että tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmäni ovat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tarvittaessa olen hakenut vahvistusta valinnoilleni tutkimustani ohjanneilta yliopiston edustajilta. Tutkimuksen suunnittelussa, haastatteluiden teossa sekä aineiston tallennuksessa ja säilytyksessä olen noudattanut

huolellisuutta ja kunnioittanut tiedonantajiani sekä heidän yksityisyyttään. Myös tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa olen kiinnittänyt huomiota toimintani vastuullisuuteen. Tulokset olen raportoinut siten, että käytetyistä aineistolainauksista ei voi tiedonantajan henkilöllisyyttä tunnistaa (Polit & Beck 2008). Muihin tutkimuksiin ja julkaisuihin teoksiin olen viitannut tiedekuntamme ohjeistusten mukaisesti.

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa kaupungin hyvinvointipalveluista. Lisäksi selvitettiin sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta, että tutkimukseen ei tarvita eettisen toimikunnan lausuntoa. Haastateltavia asiakkaita informoitiin tutkimuksen kulusta, luotamuksellisuudesta ja vapaaehtoisuudesta. Tämän tiedon perusteella he pystyivät tekemään päätöksensä osallistumisesta tutkimukseen. (Polit & Beck 2008.) Asiakkailta pyydettiin kirjallisena suostumus tutkimukseen osallistumisesta, mutta heille annettiin mahdollisuus halutessaan perua osallistumisensa myös tutkimuksen aikana. Tätä mahdollisuutta kukaan asiakkaista ei käyttänyt. Tutkimuksen haasteena eettisestä näkökulmasta oli tiedonantajien anonymiteetin säilyttäminen, sillä haastateltavia asiakkaita tuli vain muutama kultakin alueelta. Tästä syystä asiakkaiden yksityisyyttä pyrittiin vaalimaan erityisellä huolellisuudella, ja tutkimusraportissa kiinnitettiin huomiota siihen, ettei tutkittavia voi tunnistaa tutkimusraportista tai aineistolainauksista. Samasta syystä tarkemmat tiedot tutkittavasta kaupungista ja organisaatiosta jätettiin kertomatta.

5.4 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Asiakkaiden kokemuksen mukaan organisaatioyhdistämisten riskinä on, että syrjäseutujen palvelut hiipuvat ja palvelut siirtyvät kauemmas suurempiin palvelukeskuksiin.
2. Keskitettyjä palveluja tarjoavat palvelukeskukset voivat näyttäytyä asiakkaan näkökulmasta suurina, monimutkaisina ja byrokraattisina hoitopaikkoina, joissa asiakkaan ja organisaation välinen suhde on etäinen.
3. Organisaatioyhdistämiset tuovat mukanaan uusia palvelumuotoja, joita ovat esimerkiksi erilaiset teknologiset palvelut. Teknologisaatio mahdollistaakin nopeat ja joustavat verkkopalvelut, mutta aiheuttaa myös tietyille asiakasryhmille hankaluuksia hoitaa asioitaan. On tärkeää, että asiakkaat saavat riittävästi opas-

tusta tietojärjestelmien käyttöön. Teknologialla ei myöskään voida täysin korvata henkilökohtaista palvelua.

4. Organisaatioyhdistämisten taustalla yhtenä merkittävänä syynä ovat usein taloudelliset syyt. Palveluja yhdistettäessä on kuitenkin tärkeä muistaa, että taloudelliset tekijät eivät saa mennä inhimillisten arvojen edelle.
5. Asiakkaan kokemuksen mukaan organisaatioyhdistämisen myötä hoitopääsy on vaikeutunut. Syynä tähän ovat jonotusaikojen pituus, yhteydenoton hankaluus ja palveluiden siirtyminen kauemmas. Kansanterveyden näkökulmasta on tärkeä huolehtia, että asiakkaiden hyvinvointi ei laske hoitopääsyn haasteiden vuoksi organisaatioyhdistämisten myötä.
6. Organisaatioyhdistämisten avulla voidaan saavuttaa laadukkaat perusterveydenhuoltopalvelut. Hoidon laadun näkökulmasta asiakkaille tärkeää on hyvä hoidon taso, ystävällinen asiakaspalvelu ja hoidon jatkuvuus.
7. Organisaatioyhdistämisiä tehdessä riskinä on, että asiakkaiden kokema tasa-arvo heikkenee. Asiakkaiden kokemaan tasa-arvoon vaikuttavat välimatkan pituus, terveydenhuoltopalvelujen käytön vaatima aika ja taloudelliset kustannukset sekä kuulluksi tuleminen mahdollisuus.
8. Asiakkaat kokevat organisaatioyhdistämisen lisäävän asiakkaan oman aktiivisuuden vaatimusta. Useat asiakkaat haluavatkin ottaa vastuuta hoitonsa toteutumisesta, mutta toisille oman aktiivisuuden vaatimus on taakka.
9. Palveluiden yhdistämiset ovat perusterveydenhuollossa varsin tavallisia. Kuitenkin ne herättävät asiakkaissa voimakkaita tunteita, ja uudistuksiin sopeutuminen vie vuosia. Organisaatioyhdistämisen onnistumiseksi asiakkaiden osallisuus on tärkeä huomioida jo uudistuksen suunnittelu- ja toteuttamisvaiheessa.

5.5 Jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkimus oli tärkeä avaus sekä yhteiskunnan että terveyshallintotieteen tieteenalan näkökulmasta tästä ajankohtaisesta aiheesta. Terveydenhuollon organisaatioyhdistämiset on kuitenkin niin vähän tutkittu aihe, että tuoretta tutkimustietoa aiheesta edelleen tarvitaan. Tämän tutkimuksen perusteella perusterveydenhuollon organisaatioyhdistämisiä on vähiten tutkittu juuri asiakkaan näkökulmasta, joten mielestäni olisi peruteltua tutkia aihetta tämän Pro gradu –tutkielman lisäksi myös jatkotutkimuksissa. Tällöin näkökulmaa voisi laajentaa, ja organisaatioyhdistämisten vaikutuksia asiakkuuteen voisi

tarkastella asiakkaiden itsensä lisäksi myös terveydenhuollon työntekijöiden ja johdon näkökulmasta. Tämän tutkimuksen puitteissa kävi myös ilmi, että tutkimustieto organisaatioyhdistämisisillä saavutetuista tuloksista on varsin hajanaista ja ristiriitaista. Olisi tärkeä selvittää, ovatko terveydenhuollossa toteutetut organisaatioyhdistämiset saavuttaneet niille asetetut taloudelliset ja laadulliset tavoitteet. Palvelujen keskittäminen on tänä aikana varsin yleistä, ja olisikin tärkeää tutkia, mitä seurauksia näillä mittavilla ja investointeja vaativilla uudistuksilla voidaan saavuttaa. Tätä asiaa voisi tarkastella esimerkiksi seurantatutkimuksella, joka osoittaisi myös pitkän tähtäimen vaikutukset. Mielestäni olisi kiinnostavaa myös selvittää, millaisia kokemuksia itse organisaatioyhdistämiprojekteista on. Tätä tietoa organisaatioiden johto voisi käyttää hyväkseen organisaatioyhdistämisiä suunnitellessa ja toteuttaessa, ja näin hyödyntää hyväksihavaittuja keinoja ja välttää mahdollisia sudenkuoppia. Tämän tutkimuksen puitteissa en törmännyt myöskään suoraan tätä aihetta käsitteleviin tutkimuksiin.

LÄHTEET

- Airaksinen J, Jääntti A & Haveri A (2005) Siniset ajatukset – sanoista tekoihin. Kainuun hallintokokeilun arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Alueiden kehittäminen. Sisäasiainministeriön julkaisuja 37/2005. Helsinki. Sisäasiainministeriö.
- Ahgren B & Axelsson R (2011) A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000-2010. *International Journal of Integrated Care* 11: 1-8.
- Amando CA & Santos SP (2009) Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of Portuguese health centres. *Health Policy* 91: 43-56.
- Brundisini F, Giacomini M, DeJean D, Vanstone M., Winsor S & Smith A (2013) Chronic disease patients' experiences with accessing health care in rural and remote areas: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series* 13(15): 1-33.
- Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H & Wilt TJ (2008) Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evidence Report/Technology Assessment* (173):1-362. PDF-dokumentti. <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/mhsapc-evidence-report.pdf>. Luettu 2014/10/20.
- Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol R, Fu SS, Hagedorn H & Wilt T (2011) Does integrated care improve treatment for depression? A systematic review. *Journal of Ambulatory Care Management* 34(2): 113-125. "
- Chouliaraki L & Fairclough N (2010) Critical Discourse Analysis in Organizational Studies: Towards an Integrationist Methodology. *Journal of Management Studies* 47(6): 1213-1218.
- Chung VC, Ma PH, Hong LC & Griffiths SM (2012) Organizational determinants of interprofessional collaboration in integrative health care: systematic review of qualitative studies. *PLoS ONE* 7(11): e50022. www-dokumentti. <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0050022>. Luettu 2014/10/17.
- Comtois E, Denis J-L & Langley A (2004) Rhetorics of Efficiency, Fashion and Politics. *Hospital Mergers in Quebec. Management Learning* 35(3): 303-320.
- Cousineau M, Flores H, Cheng S, Gates J, Douglas J, Clute G & Coan C (2013) Transforming a Family Medicine Center and Residency Program Into a Federally Qualified Health Center. *Academic Medicine* 88(5): 657-662.
- Craven MA & Bland R (2013) Depression in primary care: current and future challenges. *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie* 58(8): 442-448.
- Creswell JW (2013) *Qualitative inquiry & research design. Choosing Among Five Approaches*. California. SAGE Publications, Inc.
- Davey B, Levin E, Iliffe S & Kharicha K (2005) Integrating health and social care: implications for joint working and community care outcomes for older people. *Journal of Interprofessional Care*. 19(1): 22-34.
- Denzin NK & Lincoln YS (2011) *The Sage Handbook of Qualitative Research* 4. United States of America. Sage Publications.
- Du S & Yuan C (2010) Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. *International Nursing Review*. 57(2):159-67.

- Eiriz V & Figueiredo JA (2005) Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*. 18(6-7): 404-12.
- Elg M, Engström J, Witell L & Poksinska B (2012) Co-creation and learning in health-care service development. *Journal of Service Management* 23(3): 328–343.
- Fairclough N (2003) *Analysing Discourse. Textual analysis for social research*. London and New York. Routledge. Taylor & Francis Group.
- Fann JR, Ell K & Sharpe M (2012) Integrating psychosocial care into cancer services. *Journal of Clinical Oncology* 30(11): 1178-1186.
- Flynn D, Knoedler MA, Hess EP, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM & Thomson RG (2012) Engaging patients in health care decisions in the emergency department through shared decision-making: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*. 19(8):959-67.
- Frumkin H, Hess J, Luber G, Malilay J & McGreehin (2008) Climate Change: The public health response. *American Journal of Public Health* 98(3): 435–445.
- Hardy B, Mur-Veemanu I, Steenbergen M & Wistow G (1999) inter-agency services in England and the Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy* 48: 87-105.
- Heinämäki L (2012) *Valtionhallinnon ohjelmaohjaus kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla. Väitöskirja*. Tampere. Tampereen yliopisto.
- Heponiemi T, Kouvonon A, Sinervo T & Elovainio M (2013) Is the public healthcare a more strenuous working environment than the private sector for a physician? *Scandinavian Journal of Public Health* 41(1): 11–17.
- Hine CE, Howell HB & Yonkers KA (2008) Integration of medical and psychological treatment within the primary health care setting. *Social Work in Health Care* 47(2): 122-134.
- Hirsjärvi S, Sinivuori E, Remes P & Sajavaara P (2007) *Tutki ja kirjoita*. Helsinki. Tammi.
- Hirvonen T (2002) *Seutujen hyväksi - Kuntien parhaaksi?* Helsinki: Suomen kuntaliitto. pdf-dokumentti. <http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut>. Luettu 2016/4/17.
- Joensuu J, Halme N, Nummi T & Perälä M-L (2013) Lasten ja perheiden palvelujen yhteensovittaminen kunnissa –rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. *Hoitotiede* 25(1): 36-48.
- Johansson K (2007) *Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen*. Teoksessa: Johansson K, Axelin A, Stolt M & Ääri R-L (toim) *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A51. Turku, Turun yliopisto.
- Jokinen A (2016) *Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin*. Teoksessa: Jokinen A, Juhila K & Suoninen E (toim) *Diskurssianalyysi. Teoria, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino. 249-265.
- Jokinen A, Juhila K & Suoninen E (2016) *Diskursiivinen maailma: teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet*. Teoksessa: Jokinen A, Juhila K & Suoninen E (toim) *Diskurssianalyysi. Teoria, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino. 25-50.
- Junnila M (2008) *Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 175. Helsinki: Stakes. www-dokumentti. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67898/978-951-44-7478-1.pdf?sequence=1>. Luettu 2014/10/27.

- Jylhäsaari J (2009) Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista. Väitöskirja. Vaasa. Vaasan yliopisto.
- Jäntti S (2008) Kansalainen terveystalvveluja valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Väitöskirja. Kuopio. Kuopion yliopisto.
- Kansanterveyslaki (66/1972) [www-dokumentti. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066). Luettu 2014/29/10.
- Kajamaa A (2011) Unraveling the helix of change. An activity-theoretica study of health care change efforts and their cosequences. Väitöskirja. Helsinki. Helsingin yliopisto.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K (2013) Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki, Sanna Pro Oy.
- Kardakis T, Weinehall L, Jerdén L, Nyström M & Johansson H. Lifestyle interventions in primary health care: professional and organizational challenges. *European Journal of Public Health* 24(4): 79-84.
- Kim S, Ades M, Pinho V, Cournos F & McKinnon K (2014) Patterns of HIV and mental healt service integration in New York State. *AIDS Care* 26(8): 1027-1031.
- Kinnunen J & Lindström K (2005) Rakenteellisen ja toiminnallisen muutoksen vaikutukset HUSin johtamiseen ja henkilöstön hyvinvointiin. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 129. Kuopio, Kuopion yliopisto.
- Kolko J & Perrin E (2014) The Integration of Behavioral Health Interventions in Children's Health Care: Services, Science and Suggestions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 43(2):216-228.
- Küllen A, Rosengren K & Hallberg L (2002) Balancing involvement: employees' experiences of merging hospitals in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 38(1): 11-18.
- Kuusio H (2014) A comparative study on challenges in the psychosocial work environment of Finnish andä foreign-born general practitioners. *Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksia* 121. Tampere. Juvenes Print.
- Kärkkäinen J (2004) Onnistuiko psykiatrian yhdyntyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? *Stakes tutkimuksia* 138. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) [www-dokumentti. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785). Luettu 2015/10/22.
- Lammintakanen J (2005) Health Care Prioritisation. Evolution of the Concept, Research and Policy Process. Väitöskirja. Kuopio. Kuopion yliopisto.
- Lehtomäki L (2009) Valtakunnallisista suosituksista terveystalvkeskuksen talon tavoiksi. Väitöskirja. Tampere, Tampereen yliopisto.
- Levesque JF, Harris MF & Russel G (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal fo Equity in Health* 12(18): 1-9.
- Lian OS. (2008) Global challenges, global solutions? A cross-national comparison of primary health care in Britain, Norway and the Czech Republic. *Health Sociology Review* 17(1): 27-40.
- Lincoln Y & Guba E (1985) *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- Li S, Pearson D & Escott S (2010) Language barriers within primary care consultations: an increasing challenge needing new solutions. *Education for Primary Care* 21: 385-391.

- Mattila Y (2011) Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Kelan tutkimusosasto.
- Mertaniemi A-M, Suhonen M & Paasivaara L (2011) Asiakaslähtöisen johtamisen painopisteet terveysalalla – kirjallisuuskatsaus. *Premissi* 6(6): 31–36.
- Monajem S (2006) Integration of oral health into primary health care: the role of dental hygienists and the WHO stewardship. *International Journal of Dental Hygiene* 4(1):47-51.
- Myllymäki K (2004). Challenges in Finnish primary health care. [Scandinavian Journal of Primary Health Care](#) 22 (4): 193-194.
- Mäntyranta T, Kaila M, Mattila J & Risikko P. Serving primary health care: a national action programme for primary care in Finland. *Journal of management & marketing in healthcare* 4:40–46.
- Nicholson C, Jackson C & Marley J. 2013. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review. *BMC Health Services Research* 13(528).
- Nikkilä J & Paasivaara L (2007) Arjen johtajuus. Rutiinijohtamisesta tulkintataitoon. Helsinki, Sairaanhoidtajaliitto.
- Perälä M-L, Halme N, Hammar T & Nykänen S (2011) Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus. Lasten ja perheiden palvelut toimialajohtajien näkökulmasta. Raportti 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). [www-dokumentti. http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9094a223-2277-48bc-9197-02746d431edd](http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9094a223-2277-48bc-9197-02746d431edd). Luettu 2014/10/27.
- Phillips N & Oswick C (2012) Organizational Discourse: Domains, Debates, and Directions. *The Academy of Management Annals* 6(1): 435-481.
- Polit DF & Beck CT (2008) Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Puustinen A (2012) Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueet verkostojohtamisen näyttämönä. *Premissi* 4(7): 26-31.
- Rao GN, Khanna RC, Athola SM, Rajshekar V & Rani PK (2012) Integrated model of primary and secondary eye care for underserved rural areas: the L V Prasad Eye Institute experience. *Indian Journal of Ophthalmology* 60(5): 396-400.
- Sánchez-Piedra CA, Garcia-Pérez S & Santamera AS (2014) Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EU-primecare project. *Quality in Primary Care* 22: 147-155.
- Sanford K (2013) Integration requires new roles and responsibilities. *Healthcare Financial Management* 67(3): 56-58.
- Simoens S & Scott A (2005) Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why. *Health Services Management Research* 18(1): 25-40.
- Sipilä R (2012) Peer Facilitation and Multifaceted intervention in guideline implementation – enhancing care of cardiovascular diseases in primary care. Väitöskirja. Helsinki, Helsingin yliopisto.
- Siriwardena AN & Gillam S (2014): Patient perspectives on quality. *Quality in Primary Care* 22(1): 11-15.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Kaste 2012-2015. Julkaisuja 2012:1. pdf-dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. Luettu 2014/11/12.

- Sterling S, Valkanoff T, Hinman A & Weisner C (2012) Integrating substance use treatment into adolescent health care. *Current Psychiatry Reports* 14(5): 453-461.
- Strandberg-Larsen M (2011) Measuring integrated care. *Danish Medical Bulletin* 58(2):B4245. [www-dokumentti.
http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2011/DMB_2011_02/B4245](http://www.danmedj.dk/portal/page/portal/danmedj.dk/dmj_forside/PAST_ISSUE/2011/DMB_2011_02/B4245). Luettu 2014/20/10.
- Suoninen E (2016) Kielenkäytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa: Jokinen A, Juhila K & Suoninen E (toim) *Diskurssianalyysi. Teoria, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Vastapaino. 51-74.
- Rost K (2009) Disability from depression: the public health challenge to primary care. *Nordic Journal of Psychiatry* 63(1): 17-21.
- Tabrizi JS, Wilson AJ & O'Rourke PK (2009) Customer quality in health care. *Patient Education & Counseling*. 74(1): 130-131.
- Taskinen H (2005) Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveystieteiden organisaatioiden yhdistämisessä. Väitöskirja. Kuopio, Kuopion yliopisto.
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010) [www-dokumentti.
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P10](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P10). Luettu 2014/9/22.
- Thaldorf C & Liberman A (2007) Integration of Health Care Organizations. Using the Power Strategies of Horizontal and Vertical Integration in Public and Private Health Systems. *The Health Care Manager* 26(2):116-127.
- Thomas P, Meads G, Moustafa A, Nazareth I, Stange KC & Donnelly G (2008) Combined horizontal and vertical integration of care: a goal of practice-based commissioning. *Quality in Primary Care* 16(6):425-432.
- Tiainen M (2016) Uudelleen organisoitujen palvelujen laatu asiakkaan arvioimana. Seurantatutkimus terveydenhuollon hajautettujen päivystyspalvelujen keskittämisestä. Väitöskirja. Kuopio. Itä-Suomen yliopisto.
- Tiirinki H (2014) Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla - terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Väitöskirja. Oulu, Oulun yliopisto.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki, Tutkimuseettinen neuvottelukunta. pdf-dokumentti. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 2016/05/10.
- Vakkala H (2012) Henkilöstö kuntauudistuksissa. Psykologinen johtamisorientaatio muutoksen ja henkilöstövoimavarojen johtamisen edellytyksenä. Acta väitöskirja. Helsinki, Suomen Kuntaliitto.
- Valkama K (2012) Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. Vaasa, Vaasan yliopisto.
- Vasan A, Ellner A, Lwn SD, Gove S, Anatole M, Gupta N, Drobac P, Nicholson T, Seung K, Mabey DC & Farmer PE (2014) Integrated care as a means to improve primary care delivery for adults and adolescents in the developing world: a critical analysis of Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI). *BMC Medicine* 12(6): 1-11.
- Virjo I, Mäkelä K, Aho J, Kalliola P, Kurunmäki H, Uusitalo L, Valli M & Ylinen S (2013) Tiedonkulku erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen takkuaa yhä. *Suomen Lääkärilehti* 36(68): 2208–2212.
- Vuonovirta T, Kanste O, Timonen M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Timonen O, Ylitalo K & Taanila A (2009) Terveyskeskustyöntekijöiden kokemuksia etäterveydenhuollon käyttöönnotosta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 46(4): 272-284.

- Vuorenkoski L, Mladovsky P & Mossialos E (2008) Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 10(4): 1–168.
- Vuori J (2005): Terveysjohtaminen ja – hallinto tieteenalana. Teoksessa: Vuori Jari (toim) Terveys ja johtaminen. *Terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä*. WSOY. Porvoo. 10–33.
- Walker R, Smith P & Adam J. (2009) Making partnerships work: issues of risk, trust and control for managers and service providers. *Health Care Analysis* 17(1): 47-67.
- Wynn A & Moore KM (2012) Integration of Primary Health Care and Public Health During a Public Health Emergency. *American Journal of Public Health* 102(11): e9-e12.

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Olen saanut tietoa tutkimuksesta ja siihen liittyvästä haastattelusta. Minulle on kerrottu tutkimuksen kulusta, sen vapaaehtoisuudesta ja oikeudestani keskeyttää tutkimus niin halutessani. Tiedän, että tutkimuksessa käsitellään haastatteluaineistoani niin, että antamistani lausunnoista ei koidu minulle haittaa tai vahinkoa, eikä minua voi niistä tunnistaa. Annan luvan haastatella minua tähän tutkimukseen ja käyttää haastatteluaineistoa tämän tutkimuksen tutkimusaineistona

Päivämäärä: _____

Haastateltavan nimi: _____

Allekirjoitus: _____

Tutkijan nimi: _____

Allekirjoitus: _____

HAASTATTELURUNKO

Minkä ikäinen olet?

Mitä terveyskeskuspalveluja käytät ja kuinka usein?

- mitä palveluja
- itse vai perheenjäsen
- kuinka monta kertaa/kk

Kuvaile, miten kuntaliitos on vaikuttanut teidän terveyskeskuksestanne saataviin palveluihin?

- palvelujen yhdistämiset, lakkauttamiset, lisäämiset, siirrot toiseen palvelupaikkaan

Mitä syitä ajattelet olevan palveluiden yhdistämisten taustalla?

Miten alueella tapahtuneet terveyskeskuspalvelujen yhdistämiset ovat vaikuttaneet hoitoon pääsyyn?

- hoitopääsyajat
- hoitopaikan sijainti
- yhteydenotto terveyskeskukseen

Mitä mieltä olet näiden muutosten jälkeen terveyskeskuksesta saamastasi hoidosta?

- hoidon taso
- asiakaspalvelu
- hoidon jatkuvuus
- uudet palvelupaikat

Mitä ajattelet terveyskeskusasiakkaiden tasa-arvoisuudesta eri puolilla kaupunkia, kun palveluja on yhdistetty?

- palveluiden saanti
- kustannukset

Miten hyvin tiedät, mistä saat nykyään terveyttäsi koskevan ohjauksen ja eri terveyskeskuspalvelut?

Mitä ajattelet terveyttäsi koskevan tiedon kulkemisesta palvelujen yhdistämisen jälkeen?

- asiakkaan ja terveyskeskuksen välillä
- eri palvelupaikkojen välillä

Taulukko 3. Tutkimusaineistosta nousseet teemat ja niiden pohjalta rakennetut diskurssit

Teemat	Diskurssi
<ul style="list-style-type: none"> - iso hoitopaikka - hoitopaikan monimutkaisuus - hoitopaikan byrokraattisuus - asiakkaiden paljous - vierauden tunne 	Suurten palvelukeskusten diskurssi
<ul style="list-style-type: none"> - syrjäseutujen palvelujen hiipuminen - pidentyneet välimatkat - huoli omasta/syrjäseutujen tulevaisuudesta - kokemus unohdetuksi tulemisesta 	Autioituvien syrjäseutujen diskurssi
<ul style="list-style-type: none"> - palveluja siirretty verkkoon - teknologisaatio helpottanut/vaikeuttanut asioiden hoitoa - puutteet teknisessä osaamisessa - ei tietokonetta - henkilökohtaisen palvelun väheneminen 	Teknologisaation diskurssi
<ul style="list-style-type: none"> - uudistusten taustalla säästöt - taloudellisilla tekijöillä liian iso valta 	Taloudellisen ajattelun diskurssi
<ul style="list-style-type: none"> - hoitoonpääsy haastavaa - pitkät jonotusajat - yhteydenotto hankalaa - pitkät välimatkat 	Haastavan hoitoonpääsyn diskurssi
<ul style="list-style-type: none"> - hoidontaso hyvä - asiakaspalvelu ystävällistä - hoidon jatkuvuus toteutuu - turvallinen olo 	Laadukkaan hoidon diskurssi
<ul style="list-style-type: none"> - eri puolilla kaupunkia asuvat eriarvoisessa asemassa - varakkaalla enemmän valinnanmahdollisuuksia - vanhukset ja heikompiosaiset jäävät jalkoihin - tutun henkilökunnan merkitys - syrjäseuduilta kulkeminen kallista 	Epätasa-arvoisen palvelujärjestelmän diskurssi
<ul style="list-style-type: none"> - pitää uskaltaa vaatia - tieto ei kulje ilman omaa aktiivisuutta - vastauksien etsiminen monelta taholta - aktiivisuusedellytys voi olla taakka 	Aktiivisen asiakkaan diskurssi
<ul style="list-style-type: none"> - palveluntarjoajan ja asiakkaan etäinen suhde - asiakas nimetön henkilö - henkilökunta ei tule tutuksi - kaippuu pienen tk:n tiiviitä asiakassuhteita kohtaan 	Kasvottomuuden diskurssi