

# Muistutus institutionaalisenä vuorovaikutuksena terveydenhuollossa

Artikkelin taustalla on yhden sairaalan muistutusasiakirjoihin perustuva tutkimus. Tavoitteena on avata muistutusprosessin luonnetta terveydenhuollon asiakkaan ja viranomaisen vuorovaikutusprosessina. Pääaineistona on vuoden 2012 aikana sairaalan muistutuksiin antamat vastaukset ja niiden taustalla olevat 229 muistutusta. Analysoimme aineistoa laadullisen sisällönanalyysin keinoin. Muistutukset käsittelivät eniten hoitoa ja menettelytapaa, käytöstä ja kohtelua sekä tiedonsaantia. Institutionaalinen vuorovaikutus kuvautuu erilaisten tietojen vaihtona: muistutuksissa korostuu kokemustieto ja vastauksissa lääketieteellinen sekä potilaskertomukseen dokumentoitu tieto. Usein muistutuksen sisältö kyseenalaistetaan vastauksissa, mutta samalla myös pahoitellaan potilaan kokemusta. Sekä asiakkailta että viranomaisilla on valtaa ja vaikutusmahdollisuuksia, mutta eri kohdissa prosessia. Parhaimmillaan muistutus säilyttää ja korjaa kansalaisten luottamusta terveydenhuollon toimintaan ja toimijoihin.

**ANNI VANHALA, SUSANNA PALOMÄKI**

## JOHDANTO

Muistutus on keino saattaa epäkohtia terveydenhuollon johdon tietoon silloin, kun potilas tai omainen on tyytymätön annettuun hoitoon tai kohteluun. Muistutuksissa on usein kyse erilaisen kohtaamisten yhteydessä tapahtuneesta sanomisesta, tutkimisesta tai tutkimatta jättämisestä, virheistä tai niiden epäilyistä, hoitoon pääsemisestä ja huomioimisen tai tiedon puutteesta. Toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan on vastattava ja annettava ratkaisu muistutukseen. Ratkaisuun ei saa hakea muutosta, mutta muistutuksen tekeminen ei rajoita asiakkaan muutoksenhakuoikeutta ja mahdollisuutta kannella asiastaan valvoville viranomaisille. Tällaisia tahoja ovat aluehallintovirasto, hallinto-oikeus, Valvira eli sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto, eduskunnan oikeusasiamies ja tietosuojavaltuutettu. Näistä erotuksena muistutus liittyy kohteena olevan organisaation sisäiseen käsitteelyyn. (1.)

Terveydenhuollon muistutuksiin kohdentuvaa tutkimusta on julkaistu Suomessa vähän, lähinnä

se on ollut pro gradu-opinnäytetöiden (2) aiheena. Sen sijaan muutoksenhausta ja kanteluista on tehty tutkimusta etenkin lääke- ja terveystieteiden (esim. 3) sekä oikeustieteen (esim. 4) alueilla. Kansainvälisesti terveydenhuoltoon kohdentuva tyytymättömyys näyttää olevan monitieteisesti kiinnostava ilmiö (ks. 5, 6). Terveydenhuoltoon kohdentuvia valituksia (complaint) on tutkittu etenkin terveyshallinto, lääke-, terveys-, hoito- ja oikeustieteissä ja joitakin tutkimuksia löytyy myös sosiaalitieteissä. Valitukset ovat eräs laadun mittaamisen väline (7). Potilasturvallisuuden alueella valitusten yhteydestä hoitovirheriskeihin ja haittatapahtumiin löytyy useita tutkimuksia esimerkiksi Yhdysvalloissa, Australiassa, Uudessa Seelannissa ja Iso-Britanniassa (8–10). Myös valitusten yhteyttä sukupuoleen ja ikään on tutkittu (11, 12), kuten myös valitusten syitä (13), luonnetta, käsittelyä (14, 15) ja merkitystä (16). Hoitotapahtumissa kärsineiden ja asiakaskäynneillä pettynneiden ihmisten tietoon ja kokemukseen paneutumista tarvitaan sekä medikaalisten että sosiaalisten prosessien parantamiseksi (17).

Tämän artikkelin taustalla oli yhdessä suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa tehty tutkimus, jossa aineistona olivat muistutusasiakirjat. Tutkimme muistutusten sisältöä ja sitä, miten niihin vastattiin. Tavoitteenamme oli avata muistutusprosessin luonnetta terveydenhuollon asiakkaan ja viranomaisen vuorovaikutusprosessina. Ymmärrämme vuorovaikutuksen kasvokkaista kohtaamista laajemmin myös kirjallisesti välittyneenä vuorovaikutuksena. Viranomaisen ja asiakkaan, ammattilaisen, asiantuntijan ja potilaan roolit ja erilainen asemoituminen sekä säännöt ja ohjeistukset tekevät vuorovaikutuksesta institutionaalisen. (18–20.) Tulkintamme kehyksenä toimi byrokraatiatyö, joka liitetään ihmisten prosessointiin (21–24) ja rutiininomaiseen tapaan käsitteellistää asiakkaiden elämäntilanteita ja tehdä ratkaisuja. Haluamme herättää keskustelua muistutusprosessin toimivuudesta asiakkaan aseman ja oikeuksien toteutumisen näkökulmasta.

### AKTIVOIVA POTILASLAKI JA BYROKRATIATYÖ

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) tuli voimaan 1993. Lain voimaantulo ajoittuu yhteiskunnallista 1990-luvun lamaa seuranneisiin uudistuksiin, joiden reunaehdoista sanelivat entistä enemmän talous ja kustannusten hallinnan tavoitteet. Aina 1980-luvulle saakka keskityttiin kansalaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamiseen, mutta 1990-luvun laman jälkeen tyypillistä on ollut palveluihin liittyvien menettelyllisten oikeuksien painottaminen. Siirryttiin kohti hyvinvoinnin hallintaa ja vastuunosoittamisen yhteiskuntaa. (25.) Myös potilaslakia pidetään luonteeltaan tavoitteellisena ja menettelyllisenä, kansalaisia aktivoivana lakina. Se korostaa potilaan oikeutta (ks. 26) hyvään hoitoon ja kohteluun niiden voimavarojen rajoissa, jotka ovat käytettävissä. Hoidossa tulee kunnioittaa potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Lisäksi potilaan äidinkieli, kulttuuri sekä henkilökohtaiset tarpeet tulee mahdollisuuksien mukaan ottaa huomioon. Nimestään huolimatta laki ei siis antanut suoranaista oikeutta hoitoon vaan esimerkiksi henkilöstö ja talous vaikuttavat palveluiden saatavuuteen. Laki ei myöskään sisällä varsinaisia oikeusturvakeinoja, mutta potilaalla on mahdollisuus muistutuksen tekemiseen. (27–30.)

Onko hoito toteutunut hyvin tai huonosti suhteessa hoitoa antavan tahon voimavaroihin ja mahdollisuuksiin, ei ole kovin helposti todennettava asia. Se on kuitenkin muistutusten keskiössä oleva kysymys, johon viime kädessä terveyden-

huollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaava johtaja joutuu ottamaan kantaa ja tuomaan esille, mihin toimenpiteisiin muistutuksen johdosta ryhdytään. Muistutusta käsiteltäessä voi myös tulla esille esimerkiksi potilaan hoidossa tapahtunut vahinko tai ammattilaisen osaamaton ja sopimaton toiminta, jotka mahdollisesti voisivat johtaa korvauksiin tai ammattiharjoittamisen rajoittamiseen. Näissä tilanteissa muistutuksen tekijää tulee neuvoa, miten hän voi viedä asiaa eteenpäin. Lain velvoitteesta terveydenhuollon yksiköihin on myös nimetty potilasasiamies. Hänen tehtävänä on neuvoa potilaslain soveltamisessa, tiedottaa potilaan oikeuksista ja toimia oikeuksien edistämiseksi ja toteuttamiseksi sekä tarvittaessa avustaa muistutusten, kanteluiden ja muiden oikeudellisten vaateiden tekemisessä. (1.)

Vaikka muistutusten taustalla oleva tyytymättömyys ei koske oikeusvoimaisia viranomaispäätöksiä, ilmiönä muistutukset liittyvät asiakkaan oikeuksista käytävän keskustelun piiriin (31). Terveydenhuolto on yhteiskunnan perustavaa laatua oleva instituutio ja oikeus (32). Myös oikeus kysyä, saada selvitystä ja ilmaista näkemyksensä hoidosta ja kohtelusta liittyy kansalaisen oikeuksiin (1, ks. 33, 34). Muistutuskäytännöissä on kyse yhteiskunnallisesta toiminnasta, jossa kansalaisen tyytymättömyys palveluihin (35, 36) kanavoidaan osaksi palvelujärjestelmän käytäntöjä. Muistutusprosessi, kuten myös terveydenhuollon hoitoprosessi, voidaan ymmärtää valtion ja kansalaisen auktoriteettisuhteena, jossa toisena osapuolena on potilas kansalainen ja toisena terveydenhuollon toimija.

Auktoriteettisuhteen toteuttamista käytäntöinä, ihmisten prosessointia, on kuvattu byrokraatiatyö käsitteellä (21–23). Byrokraatiatyön kritiikki kohdentuu usein ihmisten liukuhihnamaiseen käsittelyyn, jossa ihminen yksilönä ei tule kohdaksi eikä viranomaisen kieli tavoita kansalaista (37). Terveydenhuollossa tätä ilmiötä voi tarkastella suhteessa diagnosoiperusteisiin ja nopeasti eteneviin hoitoprosesseihin, jotka perustuvat pitkälle tehokkaaksi todettujen rutiinien noudattamiseen. Nykymuotoisen erikoistuneen sairaanhoidon taustalla väitetään vallitsevan vajavuuskeskeisen ajattelun ja terveydenhuollon prosesseja voidaan kuvata tuotantokeskeisiksi; tehokkuus saavutetaan erikoistumalla. Tuotantokeskeisestä ihmiskeskeiseen toimintamalliin siirtyminen tarkoittaisi potilaan voimavaroista liikkeelle lähtevää tilanteen määrittelyä. Ongelman ja diagnoosin määrittely on kuitenkin terveydenhuollossa

ymmärrettävästi keskeistä. Siten terveydenhuolto on tasapainoilua tehokkaan, ei yksilöllisen hoitoprosessin ja potilaan yksilöllisten fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden yhteensovittamisen välillä. (38, 39.)

## TYTYMÄTTÖMYYDEN KANAVENTI

Yksilöllisyyden ja henkilökohtaisten tarpeiden huomioimisen vastinparina vaa'an toisella puolella on taloudellisuuden ja kaikkien tasa-arvoisen kohtelun punnukset. Jotta voidaan hoitaa suuria määriä ihmisten asioita ja pyrkiä tasapuoliseen käsittelyyn, on välttämätöntä rakentaa rutiineja, organisoida ja yksinkertaistaa. Rutiinit kiinnittävät huomion tiettyihin asioihin, mutta rajoittavat näkemystä toista, potilaan tai omaisen näkökulmasta kenties keskeistä asiaa. Kohtaaminen ei ala tyhjästä, vaan osapuolet tuovat mukanaan odotuksia siitä, mitä kohtaamisessa tulisi tapahtua. Toteutumattomat odotukset tai ennakoimattomat tapahtumat voivat tulla käsitellyksi jo tapahtumahetkellä, mutta toisinaan niistä käynnistyy kirjallinen ja hallinnollinen valitusprosessi vasta myöhemmin.

Merkittävässä roolissa muistutuskäytännöissä ovat erilaiset dokumentit: prosessia ja asiasisältöjä ohjaavat lomakkeet, organisaation sisäiset ohjeistukset, potilaskertomukset liitteineen sekä erilaiset tietojärjestelmiin tallennetut tiedot (ks. 40, 34, 41). Tutkimassamme sairaalassa tietoa potilaan oikeuksista ja muistutuksen tekemisestä saa nettisivujen ja esitteiden välityksellä. Potilasasiamiehen yhteystiedot löytyvät osastojen info-auluilta, ja hoitohenkilökuntaan kuuluvien tulisi tietää potilaan oikeuksista ja ohjata asioiden selvittelyssä. Useimmiten muistutus lähtee liikkeelle siitä, että potilas täyttää tarkoitusta varten tehdyn lomakkeen itse tai toisen avustamana. Myös osa potilaan ja omaisen sähköpostiviesteistä päätyy muistutuskäsittelyyn, sama koskee potilaiden kirjeitä ja sairaalan palautejärjestelmän kautta tulleita viestejä.

Sairaalassa on laadittu ohjeistuksia muistutusprosessin kulusta. Tutkimusajankohtana käytössä ollut 14-vaiheinen ohjeistus alkaa muistutuksen saapumisesta kirjaamoon ja päättyy allekirjoitetun vastauksen lähettämiseen muistutuksen tekijälle. Vaiheittain on kuvattu muistutusasiakirjan kulku sairaalaorganisaation sisällä, toimenpide, vastuuhenkilö sekä tapahtuman dokumentointi, rekisteröinti ja seuranta. Vastuuhenkilöinä prosessista sekä vastausten laatimisesta ovat alueiden johtajat. Muistutuksen vaihe voidaan

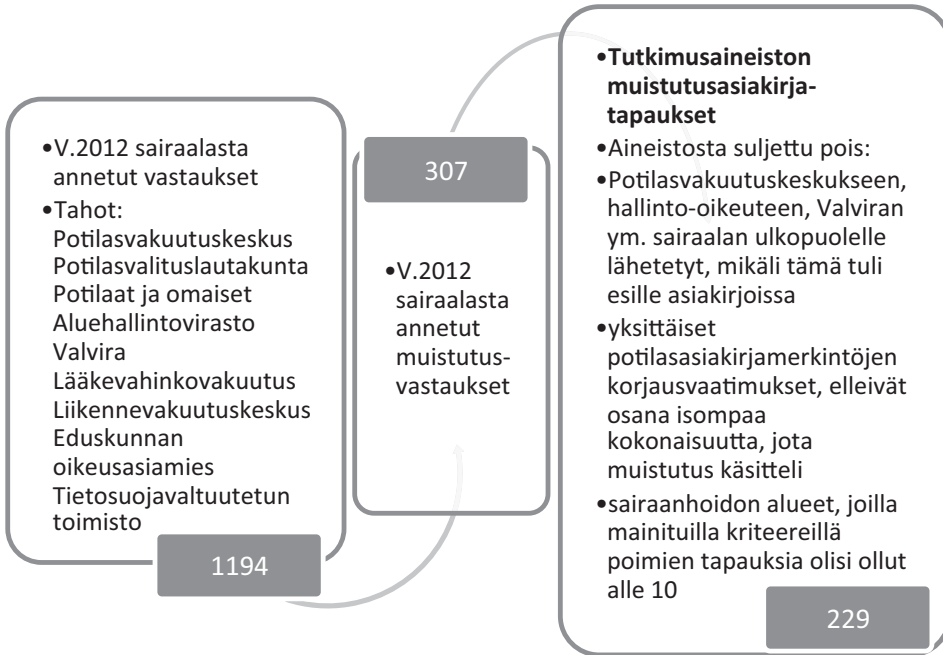
tarkistaa rekisteristä esimerkiksi potilaan kysyessä asiansa etenemistä. Potilaskertomukseen eli dokumenttiin, johon kirjataan potilaan sairaalassa käynnit, sairauden kulku, tutkimustulokset ja hoitotapahtumat, muistutusasiasta ei tule merkintää. Näin potilaan hoito ja siihen kohdentuva tyytymättömyys pyritään pitämään erillään toisistaan.

Eri alueilla löytyi myös muita ohjeistuksia; esimerkiksi pyydettyjä vastaukset ohjataan osoittamaan johtajalle ja kirjoittamaan ne siten, että potilaasta puhutaan kolmannessa persoonassa. Lisäksi vastauksen kirjoittamista ohjeistetaan siten, että sen tulee olla lääketieteellisesti aukoton. Prosessin kulun mallintaminen, vastuiden ja seurannan selkeys sekä vastaamisen ohjeistaminen kuvaa paitsi organisaation hierarkiaa, myös muistutusprosessille annettua tärkeyttä. Muistutusten käsittely ja vastaaminen ei ole yhdentekevää, vaan sitä on mietitty sekä prosessin kulun että sisältöjen kannalta.

## MUISTUTUSASIAKIRJOJEN ANALYYSI

Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimushankkeelle saatiin eettisen toimikunnan puoltava lausunto sekä organisaation johdon myöntämä tutkimuslupa. Aineistovalinnat kohdensimme vuoden 2012 sairaalan antamiin muistutusvastauksiin ja niiden taustalla olleisiin 229 muistutukseen. Valintaprosessi on kuvattu alla olevassa kuviossa (Kuvio 1):

Vuoden 2012 aikana tutkimassamme sairaalassa oli potilasasiamiehen raportin (42) mukaan vastattu 307 muistutukseen. Erilaisiin viranomaistahojen kanteluihin, selvityspyyntöihin, ilmoituksiin ja muihin vastaaviin oli vastauksia annettu 887 tapauksessa. Muistutusten määrä suhteessa hoitopäivien ja avohoitokäyntien määrään oli pieni, yksi muistutus vajaata 3000 hoitopäivää ja avohoitokäyntiä kohti ja yksi muistutus, kantelu tai muu tyytymättömyyden osoitus, ilmoitus tai selvitys runsasta 700 hoitopäivää ja avohoitokäyntiä kohti. Yhtäältä on huomioitava se, että osa muistutuksista, kanteluista, selvityspyynnöistä ja ilmoituksista kohdistuu samaan asiaan. Ei ole poikkeuksellista, että potilas tai omainen laittaa asian eri kanavia pitkin vireille. Tällöin tyytymättömyyteen johtaneiden tapahtumien ja muutoksenhakuja, kanteluita ja muistutuksia tekevien asiakkaiden lukumäärä on pienempi kuin edellä mainitut. Toisaalta, ei ole mitään syytä päätellä, että kaikki terveydenhuollon toimintaa kohtaan tunnettu tyytymättömyys ka-



navoituisi edellä mainituiksi selvittelyiksi. Epäilemättä muistutuksissa toistuvat asiat kertovat myös laajemmin ihmisten kohtaamista tilanteista terveydenhuollossa.

Kuvaamme muistutuskäytäntöä analysoimamme asiakirja-aineiston avulla. Empiirinen aineisto on tutkittavan ilmiön kannalta luotettava: asiakirjat ovat potilaiden, omaisten ja läheisten sekä sairaalan henkilökunnan ja hallinnollisen johdon tuottamia. Asiakirjat säilytetään erillään potilaskertomuksista, tutkimusajankohtana ne olivat sairaalaorganisaation eri alueiden hallinnossa olevissa toimistotiloissa. Näissä tiloissa tutkijoina kävimme läpi asiakirjoja keräten tietoa ja tehden huomioita analyysia varten. Asiakirjoja ei missään vaiheessa liikutettu pois sairaalasta ja tutkimusaineistossa esille tulevien henkilöiden anonymiteetti turvattiin.

Potilasvakuutuskeskukselle tehtyjen vahinkoepäilyjen, hallinto-oikeuden valitusten, aluehallintovirastoon tehtyjen kanteluiden tai muun ulkopuolisen tahon käsittelyyn esitettyjen tapauksen rinnalla olevia muistutuksia emme ottaneet mukaan tutkimukseen, mikäli tämä tuli esille asiakirjoissa. Haimme tutkimukseen prosesseja, jotka käsitellään sairaalaorganisaation sisällä. Tutkimusaineistosta on karsittu pois yksittäiset potilasasiakirjamerkintöjen korjausvaatimukset,

elleivät ne olleet osana isompaa kokonaisuutta, jota muistutus käsitteli. Jätimme pois myös alueet, joilla mainituilla kriteereillä poimien tapauksia olisi ollut alle 10. Lopulta aineistoksi valikoitui 229 tapausta erikoissairaanhoidon kuudelta eri alueelta kattaen aikuisten, lasten, somatiikan ja psykiatrian alueita. Poissulkukriteeri ei ollut tyhjentävä, koska ulkopuolisia käsitelyssä olevia tapauksia ei voitu varmuudella tietää. Aineistoa oli kuitenkin karsittava tutkimusresurssin rajallisuuden vuoksi, ja otannalla saimme yli 2/3 koko vuoden muistutusaineistosta. Havaitimme saavamme mukaan laajan kirjon muistutusaiheita vakavista peruuttamattomista tapahtumista hetkellisiin tai korjattavissa oleviin. Vastausten antajien joukko muodostui laajaksi. Aineistoon perehdyttyämme havaitimme, että sieltä oli löydettävissä tutkittavan ilmiön kannalta yhteisiä, toistuvia teemoja ja piirteitä, mutta myös joitakin poikkeuksia.

#### LAADULLINEN SISÄLLÖNANALYYSI

Muistutusasiakirja-aineistoa analysoimme laadullisen sisällönanalyysin avulla aineistoa luokitellen. Sisällönanalyysi on väljä teoreettinen kehys saada vastaus eriteltyihin tutkimuskysymyksiin. Merkityt asiat kerätään yhteen luokitellen, teemoitellen tai tyypitellen aineistoa. (43–45.) Ai-

neiston keruu tarkoitti tiiviiden yhteenvedojen ja tulkintojen tekemistä, koska aineistona oli yli tuhat sivua dokumentteja. Etsimme vastausta kysymyksiin muistutusten tekijöistä ja sisällöstä (millaisista asioista valitetaan ja mihin ollaan tyytymättömiä) ja vastausten antajista ja sisällöistä (miten vastataan). Näiden kysymysten kautta pyrimme ymmärtämään ja tekemään tulkintaa muistutusprosessin institutionaalista luonteesta.

Poimimme asiakirjoista muistutuksen sisällöt organisaatiolähtöisiin kategorioihin sairaalan laatiman potilasmuistutus – lomakkeen luokituksen mukaisesti. Useimmat muistutukset oli tehty kyseiselle lomakkeelle ja niistä poimimme muistutuksen tekijän merkitsemän luokituksen. Pieni osa muistutuksista oli sähköpostilla lähetettyjä selontekoja, sairaalan asiakaspalauttejärjestelmästä poimittua tekstiä tai kirjelmiä ilman lomaketta ja sen ohjaavia kysymyksiä. Näiden osalta tutkijoina teimme tulkinnan siitä, mihin kategoriaan muistutus asiasisällön perusteella voisi kuulua. Kokosimme myös tietoja yksittäisten kategorioiden kattamista erilaisista asiasisällöistä. Lisäksi muistutuksen tekijästä kerättiin seuraavat tiedot: potilas, omainen tai läheinen, ikä ja sukupuoli.

Vastauksista keräsimme tietoja vastauksen antajista ja sisällöistä. Etsimme tietoja vastauksen antamiseen osallistujista ja muistutuksessa esitettyyn sisältöön suhtautumisesta sekä esille tuoduista mahdollisista vaikutuksista hoitoprosessiin tai sairaalan käytäntöihin. Vastausten sisältöjä luokittelimme seuraavasti: lääketieteellisten ja dokumentoitujen potilasasiakirjatietojen esittäminen, muistutuksen sisällön, tapahtuman, syytöksen tai aiheen kyseenalaistaminen tai myöntäminen, lupaus korjata asia tai ottaa se työskentelyn ja kehittämisen kohteeksi, pahoittelu ja anteeksipyyntö. Koska vastauksen antajia suhteessa yksittäiseen muistutukseen oli yleensä useita, luokittukseen merkitsemiseen riitti se, että jossakin vastauksen osassa asiasisältö tuli esille.

## MUISTUTUKSET

Omaa hoitoa koskevia muistutuksia oli 167 ja omaisen tai läheisen tekemiä 64, viimeksi mainitussa oli mukana vanhempien tekemät muistutukset lapsensa hoidosta. Poikkeustapauksina oli kaksi muistutusta: 1) toisen hoitolaitoksen henkilökunnan edustaja muistutuksen tekijänä ja 2) muistutus, joka ei varsinaisesti kosketa potilaan omaa hoitoa, vaan muistutuksen tekijä ottaa havaintojensa pohjalta kantaa hoitoon yhdessä sairaalan yksikössä. Muutama muistutus oli tehty

yhdessä potilaan ja omaisen tai läheisen kanssa. Muistutuksen kohteena olevista potilaista 132 oli naisia, 69 miehiä ja 28 lapsia tai nuoria. Muistutuksissa, joissa syntymävuosi tuli esille, muistutuksen kohteena olevien potilaiden ikäjakauma oli seuraavanlainen: 18–65-vuotias, 140 tapausta; yli 65-vuotias, 54 tapausta; alle 18-vuotiaista, 28 tapausta. Kymmenen vuoden ikähaarukassa muistutukset koskivat eniten 60–69-vuotiaita (n = 39) ja 40–49-vuotiaita (n = 35). Suhteutettuna hoitopäivien ja avohoitokäyntien määrään aikuispsykiatrian alueella muistutuksia tehtiin vain noin kolmannes siitä määrästä, mitä toimenpitekkeisillä somatiikan alueilla.

Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1) on kuvattu muistutusten asiasisältöjä. Vasemmassa sarakkeessa taulukon yläosassa on nimetty muistutuksen sisältö sekä alaosassa yhdessä muistutuksessa olleiden eri sisältöjen (yksi–kuusi asiaa) lukumäärä. Oikeassa sarakkeessa on monessako muistutuksessa kyseinen sisältö ja eri sisältöjen lukumäärä tuli esille.

Eniten oli hoitoon ja menettelytapaan (190), kohteluun tai käytökseen (116) ja tiedonsaantiin (62) liittyviä sisältöjä. Muita asiasisältöjä olivat lääkkeiden määrääminen (29), todistukset ja lausunnot (18) ja salassapito (9). Hoito- ja menettelytapaan kohdentuvat muistutukset käsittelivät seuraavia asioita: riittämätön hoito, väärä hoito tai diagnosointi, vahinko hoidossa, hoidon epäminen, odottaminen, itsemääräämisoikeuden tai

### Taulukko 1:

Muistutusten (n=229) sisällöt (n=7) ja eri sisältöjen määrä/ muistutus

Muistutuksen sisältö	Monessako muistutuksessa
Hoito ja menettely	190
Kohtelu ja käytös	116
Tiedonsaanti	62
Lääkkeiden määrääminen	29
Todistukset ja lausunnot	18
Salassapito	9
Muut	19
Yksi asia	90
Kaksi asiaa	82
Kolme asiaa	44
Neljä asiaa	9
Viisi asiaa	3
Kuusi asiaa	1

kokonaisvaltaisuuden puute, paikasta toiseen ”pompottelu”, epäselvyys hoidosta, suunnitelmista tai jatkuvuudesta. Käytös ja kohtelu kohdan sisältöjä olivat: henkilökunnan epäystävällisyys, potilaan tai omaisen vähättely ja ”ohittaminen”, kuulematta jättäminen, välinpitämättömyys, tönkyys tai aggressiivisuus potilasta tai omaista kohtaan sekä potilaan kokemuksen, tarpeen tai kivun kyseenalaistaminen. Tiedon puute kohdassa sisältöjä olivat: potilaalle tai omaiselle annettu epäadekvaatti tai väärä tieto, ristiriitainen tieto (esim. asiantuntijoiden kesken erilaiset näkemykset hoitolinjoista) ja sekaannukset (esim. potilaan vastaanottotilanteesta tai kotiin lähetettyä väärän henkilön potilaskertomuksesta olevat paperit). Kohta ”muut” sisälsi 19 merkintää, joissa asiasisältöinä olivat hoitoon pääsyn viivästyminen tai epääminen, lähetteen saamiseen liittyvät hankaluudet, potilasmaksut, ajanvaraukseen liittyvät epäselvyydet, epäselvyyden saamisesta tai esitys sen myöntämiseksi, potilaan tavaroiden katoaminen hoidon aikana, potilasasiakirjojen säilytyksessä olevat puutteet, vaikeus saada epikriisitekstejä ajallaan ja sairaalan henkilökunnan kyseenalaistava suhtautuminen toisen hoitopaikan henkilökuntaan.

Yksistään esiintyvistä syistä eniten oli hoito ja menettelytapaa (n = 63) sekä käytöstä ja kohtelua (n = 12) koskevia sisältöjä. Näiden lisäksi oli muutamia tiedonsaantia (n = 4), salassapitoa (n = 1) ja todistuksia koskevia (n = 1) sisältöjä. Hoito ja menettelytapa esiintyivät usein eräänlaisena sateenvarjokategoriana, joka muodostui muista sisällöllisistä kategorioista. Tavallisin liitos oli hoito- ja menettelytapa, joka esiintyi yhdessä käytöksen ja kohtelun kanssa 103 muistutuksessa. Hoito- ja menettelytapa esiintyi yhdessä tiedonsaannin kanssa 48 muistutuksessa. Edellä mainitut kolme eli hoito ja menettelytapa, käytös ja kohtelu sekä tiedonsaanti esiintyivät yhdessä kaikkiaan 30 muistutuksessa.

## VASTAUKSET

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ohjeistaa vastamaan muistutuksiin kohtuullisessa ajassa ja tällaisena on pidetty 1–4 viikkoa, jota Valvira korostaa antamassaan ohjeistuksessa terveyskeskuksille ja sairaanhoitopiireille. Muistutuksissa keskimääräinen asian käsittelyaika eli aika, jonka jälkeen muistutuksen tehneelle lähetettiin vastaus, oli tutkittavassa organisaatiossa 30 päivää vuonna 2012. Vertailutietona mainittakoon, että ky-

seisenä vuonna viranomaistahoille ja vakuutuskeskuksille (esim. Valvira ja Potilasvakuutuskeskus) annetuissa potilaskohtaisissa selvityksissä ja vastauksissa sairaalan käsittelyaika oli 0–17 päivää. Tutkimiemme muistutusvastausten analyysissä oli mukana 226 tapausta, kolmessa tapauksessa asia oli lopulta hoidettu neuvottelulla tai puhelulla ja näitä emme ottaneet mukaan tutkimukseen.

Kirjallisen vastauksen tekemiseen osallistui keskimäärin kolme henkilöä tehtyä muistutusta kohden. Yhden vastauksen sisällä oli siis muita ”alavastauksia”, joista muistutuksen tekijälle laadittu kokonaisuus muodostui. Vastauksen tekemiseen osallistuneiden määrä vaihteli alueittain niin, että eniten henkilöitä osallistui lasten ja naisten sairauksien (keskimäärin 3,7 henkilöä / vastaus) alueella ja vähiten psykiatriassa (keskimäärin 2 henkilöä / vastaus). Muutamissa tapauksissa vastauksen antamiseen osallistui jopa 8–12 henkilöä, joista osa esimerkiksi toteaa, ettei ole ollut osallisena potilaan hoitoon. Vastausten antamiseen kulunut aika ei ollut tässä tutkimuksessa mitattavissa, mutta epäilemättä se ei ollut vähäinen. Vastaukset noudattivat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta yhtenäistä kaavaa: päävastuullinen vastauksen antaja oli sairaanhoidon alueen hierarkiassa ylinnä oleva johtaja, mutta myös hierarkiassa alapuolella oleva vastuunjaon mukainen johtaja oli yleensä mukana vastauksen kirjoittajana. Molemmat johtajat antoivat vastauksen virkansa puolesta olevina vastuuhenkilöinä, harvoin muistutuksen sisältöön liittyvinä toimijoina, kuten hoitavina lääkäreinä. Johtajien lisäksi vastauksen antamiseen osallistui pääsääntöisesti (eivät aina) ne, joita muistutus varsinaisesti koski, esimerkiksi potilaan ja lääkärin tai omaisen ja hoitajan väliseen kohtaamiseen osallistuneet. Enimmäkseen vastauksia antoivat lääkärit. Muista ammattiryhmistä vastauksen antajia (63 vastauksessa) olivat sairaanhoitaja, osastonhoitaja, ylihoitaja, puheterapeutti, lääkintävahtimestari, osastosihteeri, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Taulukossa 2 on kuvattu vastausten asiasisältöjä.

Olemme jaotelleet asiasisällöt lääketieteelliseen ja potilaskertomukseen dokumentoituun tietoon, tapahtuneen tai potilaan/omaisen kokemuksen pahoitteluun, anteeksipyyntöön, lupauksen selvittämiseen ja muuttamaan käytäntöä, muistutuksen sisällön myöntävään selontekoon sekä muistutuksen sisällön todenperäisyyden kyseenalaistavaan selontekoon.

## Taulukko 2:

Vastausten (n=226) sisällöt (n= 6) ja eri sisältöjen yhtäaikainen esiintyminen/vastaus

Vastauksen sisältö	Monessako vastauksessa
Lääketieteellinen tieto ja potilaskertomus	198
Pahoittelu	176
Kyseenalaistaminen	133
Lupaus	92
Myöntäminen	74
Anteeksipyyntö	63
Lääketieteellinen tieto ja potilaskertomus + Kyseenalaistaminen + Pahoittelu	91
Lääketieteellinen tieto ja potilaskertomus + Myöntäminen + Pahoittelu tai anteeksipyyntö	58
Lääketieteellinen tieto ja potilaskertomus + Kyseenalaistaminen	37
Lupaus + Myöntäminen	55
Lupaus + Kyseenalaistaminen	30

Suurin osa vastauksista (198) sisälsi hoitoon liittyviä lääketieteellisiä tietoja: poimintoja potilaskertomuksesta, kuten epikriisistä, laboratorioarvoista tai lääkitystiedoista. Vastauksissa tuotiin esille myös hoitokertomukseen tehtyjä merkintöjä, joiden perusteella pyrittiin tavoittamaan selvitystä tapahtumien kulusta esimerkiksi osastohoidon aikana. Tyypillisesti esitetään pahoitteluja (176 vastauksessa), ennen muuta pahoitellaan potilaan tai omaisen kokemusta.

Myös käytökseen ja kohteluun liittyvät muistutukset näyttivät saavan vastaukseksi usein huonon kohtelun ja käytöksen kyseenalaistavan, kieltävän tai neutraalin selonteon. Esimerkiksi tilanteissa, joissa potilas valittaa lääkärin tai hoitajan huonosta käytöksestä, työntekijä antamassaan vastauksessa useimmiten kielsi käyttäytyneensä sopimattomasti tai kohdelleensa potilasta huonosti. Vastauksessaan alueen johtaja usein oli neutraalisti ottamatta kantaa asiaan, mutta pahoittelee potilaan tai omaisen kokemusta. Vastauksissa ei löytynyt muistutuksia vastaavia kuvauksia potilaan tai omaisten huonosta käytöksestä ja epäasiallisesta kohtelusta sairaalan henkilökuntaa kohtaan.

Anteeksipyyntö esiintyi alle kolmasosassa (63) vastauksia. Usein pyydettiin anteeksi tapahtunutta virhettä, väärin toimimista, vahinkoa, sanottua tai tehtyä. Anteeksipyyntö myös verhoitti muistutuksessa esitetyn tapahtuman kieltöön tai epäilyyn esimerkiksi muotoillen ”jos olen käyttäytynyt loukkaavasti, pyydän anteeksi”. Joissakin tilanteissa esimies pyysi anteeksi alaisen toimintaa. Esimerkkinä muistutuksessa olleen

potilaan kokemuksen ymmärtämisenä ja ymmärryksen tunteen välittämisenä potilaalle voidaan pitää vastausta, jossa hoitohenkilökuntaan kuuluva selosti tilanteen tapahtumat ja oman toiminnan avoimesti myöntäen toimineensa väärin. Vastauksessa oli anteeksipyyntö ja kommentti, ettei toivoisi itseään kohdeltavan siten, kuin hän on tässä tilanteessa potilasta kohdellut.

Suurimmassa osassa vastauksia muistutuksessa esitettyyn epäilyyn tai syytökseen suhtauduttiin kyseenalaistavasti (133 vastauksessa), osoitettiin epäily paikkaansapitämättömäksi, sairaalan tai henkilökunnan menettely oikeaksi tai hyväksytyyn käytännön ja oikeaoppisen hoidon mukaiseksi. Myöntävästi, muistutuksen sisältöä mukailien, syytös, huomautus tai epäkohdan esille nostaminen aiheelliseksi ainakin joltakin osin todettiin 74 vastauksessa. Joitakin (< 20) vastauksia voidaan kuvata sanalla neutraali: ne sisälsivät selontekoja, joiden tulkinta muistutuksen sisältöön myöntävästi tai kyseenalaistavasti suhtautuvaksi oli vaikeaa.

Kiinnitimme vastauksissa huomiota siihen, kerrottiinko niissä mahdollisista muistutuksen seurauksista. Etsimme muistutuksen tekijälle annettuja lupauksia ja viittauksia siitä, onko muistutuksessa esitetty asia korjattu tai huomioitu tai huomioidaanko se jatkossa esimerkiksi ottamalla asia esille henkilökunnan kokouksessa. ”Lupaus” kategoriaan löysimme sisältöä kaikkiaan 92 vastauksesta. Lupaus korjata asia, ottaa se esille ja keskusteluun tai kiinnittää huomiota oli mukana vastauksissa etenkin silloin, kun myönnettiin tapahtunut virhe tai väärä menettely (55 vastauk-



nessa) ja usein tähän liitettiin mukaan anteeksi-  
pyyntö. Lupaus saattoi olla mukana silloin, kun  
väärä menettely sinänsä kiellettiin ja muistutuk-  
seen suhtauduttiin sisältöä kyseenalaistaen (30  
vastauksessa). Viimeksi mainituissa tilanteissa  
asia esitettiin yleisenä tahtotilana ja aikomukse-  
na, esimerkiksi potilaan kuulemiseen tullaan kiin-  
nittämään huomiota ja potilaiden hyvää kohtelua  
pidetään esillä.

Tavanomaisin tapa vastata muistutukseen oli  
kyseenalaistaa muistutuksen sisältö esittämällä  
lääketieteelliset perusteet ja dokumentoidut ta-  
pahtumat ja samalla pahoitella potilaalle tai  
omaiselle toiminnasta välittyneitä ikävää koke-  
musta (91 vastauksessa).

#### MUISTUTUSPROSESSIN INSTITUTIONAALINEN LUONNE

Kirjallinen muistutusprosessi on asiakkaan ja am-  
mattilaisen välistä vuorovaikutusta, jossa maal-  
likko- ja kokemustiedon varassa argumentoiva  
muistutuksen tekijä voi kyseenalaistaa asiantun-  
tijatiedon, mutta sen kumoajaksi ja haastajaksi  
hänenä harvoin on. Vuorovaikutus ei tarkoita  
asioiden yhdessä läpikäymistä vaan kyse on kak-  
sisuuntaisesta, mutta molempiin suuntiin kerta-  
luonteista ja luonteeltaan erilaisten tietojen vaih-  
dosta: muistutuksissa korostuu kokemustieto,  
vastauksissa lääketieteellinen ja dokumentoitu  
tieto.

Potilaan ja terveydenhuollon henkilökunnan  
kohtaaminen on tiettyssä mielessä epäsymmetri-  
nen osapuolten roolien vaikuttaessa vuorovaiku-  
tustilanteen etenemiseen. Institutionaalisen vu-  
rovaikutuksen eri osapuolten välistä epäsymmet-  
riä (18–20) kuvaa se, että muistutuksen tekijä  
voi esittää syytöksiä käytöksestä ja kohtelusta  
terveydenhuoltohenkilökuntaa kohtaan, mutta  
henkilökunta ei voi esittää vastaavaa suhteessa  
potilaisiin tai omaisiin. Vastauksissa ei esitetä ku-  
vauksia siitä, miten muistutuksen tehnyt asiakas  
kohteli työntekijää ja millainen hänen käytöksen-  
sä henkilökuntaa kohtaan oli. Tästä ei voi vetää  
johtopäätöstä, ettei epäasiallista ja aggressiivista  
käytöstä tapahdu (46–48). Potilaiden ja omaisten  
käytöksen dokumentointi potilaskertomukseen  
tai sen kuvaaminen muistutuksiin annetuissa vas-  
tauksissa ei näyttäisi kuuluvan terveydenhuollon  
käytäntöön, vaikka asiaa käsiteltäisiinkin muissa  
yhteyksissä. Poikkeuksia ovat tilanteet, joissa po-  
tilaan käytöstä dokumentoidaan sairauden oirei-  
den ja mahdollisen diagnoosin todentamisen nä-  
kökulmasta.

Potilaan tai omaisen esittämien selontekojen  
todenperäisyyttä kuitenkin kyseenalaistetaan,  
mutta vastausten liitteissä olevat työntekijöiden  
selonteot ja potilasasiakirjatiedot eivät joudu vas-  
taavan kyseenalaistuksen kohteeksi. Potilaalla tai  
omaisella ei ole mahdollisuutta osoittaa koke-  
mestaan oikeaksi, sen sijaan työntekijä voi kiis-  
tää asian ja asian käsittely sairaalan sisällä päät-  
tyy. Useimmissa vastauksissa esiintyvä ”koke-  
muksen pahoittelu” -muotoilu on ymmärrettävissä  
etenkin silloin, kun vastaus itsessään kumoaa  
muistutuksessa esitetyn epäilyn tai syytöksen  
väärin toimimisesta tai virheellisestä menettelys-  
tä. Tällöin kokemuksen pahoittelu on ikään kuin  
kohteliaaseen vuorovaikutukseen liittyvä muo-  
dollisuus, jolloin lähtökohtana on ”toisen koke-  
musta ei voi kieltää” -periaate.

#### JOHTOPÄÄTÖKSET

Olemme tarkastelleet muistutuksen tekemistä ja  
siihen vastaamista hallinnollisesti välittyneenä  
institutionaalisen vuorovaikutuksena. Olemme  
myös kuvanneet tyytymättömyyden kanavoitu-  
mista byrokraatiatyön vaiheiksi, jolloin osapuolten  
eri roolit tuovat ennakoitavuutta ja hallintaa pros-  
essin kulkuun. Muistutusprosessiin itsessään si-  
sältyy jännitteisyys kahden tahon, muistutuksen  
tekijän eli odotuksissaan pettyneen sekä vastaajan  
eli toimintaa selittävän ja sitä puolustavan tahon  
välillä. Kirjallinen johto- ja esimiestason kautta  
kulkeva muistutusprosessi etäännyttää varsinais-  
ta tapahtumaa ja sen osapuolia toisistaan. Tämä  
käytäntö turvaa sairaalan henkilökuntaa anta-  
malla heille työrauhaa ja varmistaa asiakastiedon  
välittymisen suoraan johtotasolle, mutta kenties  
myös ehkäisee asioiden luontevaa ja välitöntä kä-  
sittelyä hoitoyksiköissä.

Muistutusten positiivinen puoli (ks. 15) liittyy  
terveydenhuollon laadun parantamiseen ja asiak-  
kaan avuntarpeen esille saamiseen. Tyytymättö-  
myyden osoituksia voidaan lukea avunpyyntöinä,  
joihin saadaan näin tilaisuus vastata. Lisäksi  
muistutusten kautta saadaan tietoa korjattavista  
epäkohdista. Tavanomaisia, terveydenhuollon  
kohtaamiseen liittyviä tyytymättömyyden syitä  
ovat kunnioituksen puute, vastaamattomuus odo-  
tuksiin, väärä tai epäadekvaatti informaatio, epä-  
luottamus ja hoitoon pääsy tai pääsemättömyys  
sekä epäonnistunut kommunikaatio (esim. 13).  
Ron Paterson (16) korostaa terveydenhuollon val-  
ituksia käsittelevässä pääkirjoituksessaan kom-  
munkaatio-ongelmien olevan varoitusmerkkinä



syvemmästä hoidon epäonnistumisesta ja siksi vuorovaikutuksen pulmia ei tulisi vähätellä eikä ohittaa aiheettomina.

Muistutusten perusteella potilaat ja omaiset tuntuivat odottavan kunnioitusta, empatiaa ja usein myös kokonaisvaltaista potilaan tilanteen huomioimista. Vaje näiden osalta saattaa johtaa luottamuksen ja kunnioituksen menettämiseen (49) terveydenhuoltoon kohtaan. Joissakin tilanteissa epäluottamus saattaa olla niin laajaa, että kaikki työntekijöiden pyrkimykset hyvään hoitoon tulevat tulkituksi epäonnistuneina. Tämä näkyi muistutuksissa, joissa tyytymättömyys kohdentui laajasti hoidosta aina tiedonsaantiin ja käyttöön saakka. Haasteena onkin se, miten epäasiallisen ja epäkunnioittavan käytöksen kokemukset tulisivat noteeratuiksi ja miten niitä voidaan ottaa huomioon lääketieteelliseen, dokumentoituun tietoon perustuvissa vastauksissa.

Potilastietojen kirjaamiskäytännöistä johtuen potilaan aseman ja oikeuksien toteutumisen arviointi käyttöön ja kohteluun liittyen on pulmallista. Terveydenhuollon ammattilaisen voi olla jälkikäteen vaikeaa vastata tyytymättömyyden osoituksiin, kun vuorovaikutukseen liittyvät kirjaukset puuttuvat potilaskertomuksesta. Epäilemättä myös tilanne, aika, paikka ja potilaan sairaus vaikuttavat siihen, kuinka kokonaisvaltaista ja empaattista, hienotunteista ja kunnioitettavaa kohtelua ja käytöstä henkilökunnalta voidaan odottaa. Lainsäädännöstä ei juurikaan ole apua silloin, kun pohditaan hyvän käytöksen ja kohtelun reunaehtoja, vaan siirrytään ammattietiikan (ks. 4) ja eri ammattiryhmien eettisten ohjeistusten ja pohdintojen piiriin.

Byrokratiatyön kehiksessä tulkittuna muistutuksen tekijän ja siihen vastaavan viranomaisen välinen vuorovaikutus on myös valtasuhde: molemmilla on valtaa ja vaikutusmahdollisuuksia, mutta eri kohdissa. Muistutuksen tekijä kykenee harvoin kyseenalaistamaan asiantuntijan vastauksen, mutta voi halutessaan käynnistää pitkiä ja kuluttavia kanteluprosesseja eri viranomaistahoilla. Muistutuksen kautta tekijä saa kannanoton tilanteeseen, mutta se johtaa harvoin toimenpiteisiin ja muutoksiin tai tilannetta ei muutoin voida enää korjata. Potilaiden tyytymättömyyden ilmaisuja suositellaan käsiteltävän organisaation ulkopuolisten tahojen sijasta entistä enemmän ja välittömämmin hoitotilanteissa ja -paikoissa. (3.) Keskustelu on ajankohtainen tarkasteltaessa hallituksen esitystä (50) säännös-  
muutoksista; toteutuessaan muutosesitykset mah-

dollistavat valvontaviranomaisille tehdyn kantelun siirtämisen palveluntuottajalle käsiteltäväksi muistutuksena.

Miikkael Liukkonen (51) pitää muistutusjärjestelmää hyvänä ja päätelee sen ehkäisevän valituskierteiden syntymistä. Toisaalta eduskunnan oikeusasiamies raportoi (52) muistutusmenettelyä arvosteltavan monissa kanteluissa. Liukkonen havaitsi, että muistutuksen tekeminen saa aikaan miettimisprosessin, jonka johdosta asiakkaan asia etenee nopeammin kuin jollain muulla tavalla, näyttäisi tämän tutkimuksen perusteella pitävän paikkansa. Muistutuksissa olevien asioiden selvittelyyn ja niihin vastaamiseen osallistui monia henkilöitä, käytettiin aikaa ja muistutuksiin vastattiin nopeasti. Asiat, jotka voitiin korjata, pyrittiin korjaamaan ja puuttumaan selkeisiin epäkohtiin aikaailematta. Parhaimmillaan muistutus säilyttää ja korjaa kansalaisten luottamusta terveydenhuollon toimintaan ja toimijoihin.

## SUOSITUKSET

Terveydenhuollon yhtenä tavoitteena on asiakastiedon ja kokemuksen hyödyntäminen. Kaisa Kasevan (53) sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä koskevassa kirjallisuuskatsauksessa asiakkaiden vaikutusmahdollisuudet näyttäytyvät kuitenkin puutteellisina. Muistutusprosessin kehittämiskohteet kulminoituivat tutkimuksessa käytöksen ja kohteluun liittyvien asioiden käsittelyyn. Menettelyllisten ja hallinnollisten prosessien kehittämisen rinnalla tulisi kiinnittää enemmän huomiota muistutusten ja vastausten sisältöihin ja varmistaa, että vastaus käsittelee muistutuksen tekijän esille nostamaa asiaa myös silloin, kun muistutus kohdistuu henkilökunnan käyttöön. Pohdintaa herätti myös psykiatrian alueen vähäinen muistutusten määrä. Merja Karisen (54) näkemyksen mukaan psykiatriset potilaat saavat usein vähäistä ja puutteellista neuvontaa ja ohjausta viranomaisten taholta. Tämä voi johtaa siihen, ettei asianomainen tiedä mahdollisuuksistaan, osaa tai kykene muistutuksen tekemiseen. Psykiatristen potilaiden neuvontaan ja tarvittaessa avustamiseen tulisi kiinnittää huomiota.

## TUTKIMUSTULOSTEN SIIRRETTÄVYYS

Tulosten siirrettävyyden arviointia hankaloittaa suomalaisen terveydenhuollon muistutuksiin kohdentuvan aikaisemman tutkimuksen puuttuminen. Tutkimustulokset ovat mahdollisesti siirrettävissä yliopistollisten sairaaloiden tasolla, joissa

asiakkuus ja muistutusprosessi rakentuvat tutkimamme organisaation kaltaisiksi. Paikallisella tasolla ja pienemmissä yksiköissä, kuten perusterveydenhuollossa, potilaan kokonaisvaltainen hoito voi olla yliopistollisten sairaaloiden kaltaisia isoja yksiköitä paremmin huomioitavissa. Tämä voi heijastua muistutusten sisältöön ja niiden käsitteeseen. Perusterveydenhuolto olisikin kiinnos-

tava ja tutkimaton kenttä aiheen jatkotyöstämiseksi.

Tämä artikkeli on osa Työsuojelurahaston rahoittamaa Muistutus terveydenhuollon asiakkaan arvioimana käytäntönä (hankenumero 113328) hanketta. Kiitämme Työsuojelurahastoa tutkimuksen rahoittamisesta.

Vanhala A, Palomäki S. Complaints as institutional interaction in health care  
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2015;52: 202–213

Based on the Finnish Act on the Status and Rights of Patients, the dissatisfied patients or relatives have right to complain to the manager of the care unit. Our interest is to find out what kind of accounts patients, relatives and professionals use in complaint situations. Our perspective is an institutional interaction, bureaucracy process, where the citizen meets authority in the context of health care. The data selected for our qualitative study consists of responses given by the University Hospital during 2012 and the 229 complaints to which they were given. The used method is thematic content analysis. Most complaints include accounts of treatment and procedures, behaviour and conduct and access to information.

In the light of interaction the process has tension. Patients and relatives bring out their personal experiences and emotions. In responses patients' and relatives' accounts are usually questioned in relation to the professionals' accounts using medical documents and facts. Responding to complaints concerning not documented professionals' behaviour and conduct seems to be problematic. The professional challenge is not only to develop the procedural and administrative process, but also to pay attention to the content of the response. At best, a complaint process maintains and repairs the citizens' confidence in health care activities and actors.

## KIRJALLISUUS

- (1) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>
- (2) Salenius J. Subjektiiivisista kokemuksista hallinnollisiin päätöksiin – näkökulmia potilaiden oikeuksiin yhdessä sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta ja kulttuuritieteiden yksikkö; 2011.
- (3) Kuosmanen L, Kaltiala-Heino R, Suominen S, ym. Patient complaints in Finland 2000-2004: a retrospective register study. *J Med Ethics* 12/2008;34(11):788–92.
- (4) Ellilä K. Terveyskantelun oikeusperusteet; kuntaterveyspalveluiden potilasoikeuksien toteutuminen. Helsinki: Pilot-kustannus; 2007, 16–17, 519.
- (5) Mikkeli H, Pakkasvirta J. Tieteiden välissä. Johdatus monitieteisyyteen, tieteidenvälisyyteen ja poikkitieteisyyteen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit oy; 2007.
- (6) Vanhala A, Krok S. Työelämäälähtöisyyden jännitteistä työelämäsidoksen kehittämiseen. Kirjassa: Tuohino N, Pohjola A, Suonio M. (toim.) Sosiaalityön käytännön opetus liikkeessä. Tampere: Juvenes Print; 2012, 222–223.
- (7) Debono D, Travaglia J. Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of the literature. Centre for Clinical Governance Research in Health. Sydney:University of New South Wales; 2009.
- (8) Bismark MM, Brennan TA, Paterson RJ, ym. Relationship between complaints and quality of care in New Zealand: a descriptive analysis of complainants and noncomplainants following adverse events. *BMJ Qual Saf* 2006;15:17–22.
- (9) Hickson GB, Federspiel CF, Blackford J, ym. Patient complaints and malpractice risk in a regional healthcare center. *South Med J* 2007;100:8:791–796.
- (10) Pichert JW, Hickson G, Moore I. Using patient complaints to promote patient safety. *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches* 2008;2:Culture and Redesign.
- (11) Pukk K, Lundberg J, Penalzoza-Pesantes RV, ym. Do women simply complain more? National patient injury claims data show gender and age differences. *Qual Manag Health Care* 2003;12(4):225–31.
- (12) Allen PD, Nelson WH, Graman C, ym. Nursing home complaints: who's complaining and what's gender got to do with It? *Journal of Gerontological Social Work* 2006;47:89–106.

- (13) Wofford MM, Wofford JL, Bothra J, ym. Patients complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med* 2004;79:2:134–138.
- (14) Bearwood B, Walters V, Eyles J, ym. Complaints against nurses: a reflection of ‘the new managerialism’ and consumerism in health care? *Soc Sci Med* 1999;48:363–374.
- (15) Hsieh YS. An explanatory study of complaints handling and nature. *Int J Nurs Pract* 2012;18:471–480.
- (16) Paterson R. Not so random: patient complaints and ‘frequent flier’ doctors (pääkirjoitus). *BMJ Qual Saf* 2013;22:525–527.
- (17) Ocloo JE. Harmed patients gaining voice: Challenging dominant perspectives in the construction of medical harm and patient safety reforms. *Soc Sci Med* 2010;71(3):510–516.
- (18) Drew P, Heritage J. Analyzing Talk at Work: an introduction. Kirjassa: Drew P, Heritage J. (toim.) *Talk at Work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992, 3–65.
- (19) Thornborrow J. Power talk. language and interaction in institutional discourse. London: Pearson Education, Harlow; 2002.
- (20) Mäkitalo Å. The record as a formative tool. a study of immanent pedagogy in a practice of vocational guidance. *Qualitative Social Work* 2005;4(4):431–449.
- (21) Prottas JM. People-processing, the street-level bureaucrat in public service bureaucracies. Toronto: Lexington Books; 1979.
- (22) Lipsky M. Street-Level bureaucracy. dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation; 1980.
- (23) Mäkitalo Å. Categorizing work: knowing, arguing and social dilemmas in vocational guidance. Göteborg: Acta Universitatis Gothenburgensis; 2002, 2–3.
- (24) Vanhala A. Paikka ja asiakkuus. Etnografia naisten asuntolasta. Acta Universitatis Tampensis 1075. Tampere: Tampereen yliopistopaino; 2005, 30–32.
- (25) Julkunen R. Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes; 2006.
- (26) Potilaan oikeudet. Valvira Esitteet 2012:1.
- (27) Sorsa P. Oikeussuojasta terveydenhuollossa. Kirjassa: Sundman E. (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi; 2000, 370–379.
- (28) Kotkas T. Terveyden ja sosiaalisen turvallisuuden hallinnointi 2000-luvun Suomessa. Menettelylliset oikeudet ja aktiivinen kansalaisuus. *Lakimies* 2009;2:207–225.
- (29) Mattila Y. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä. Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Kelan tutkimusosasto. Tampere: Juvenes Print, Tampereen yliopistopaino oy; 2011, 219–230.
- (30) Mattila Y. Potilaan asema ja oikeuksien kehitys Suomen terveydenhuollossa. Kirjassa: Mikkola H, Blombgren J, Hiilamo H. (toim.) *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Tampere: Juvenes Print, Tampereen yliopistopaino oy; 2012, 10–23.
- (31) Pajukoski M. Mitä oikeusturva on? Kirjassa: Pajukoski M. (toim.) *Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät-työryhmä. Raportti III*. Helsinki: Yliopistopaino; 2010, 11–41.
- (32) Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, 19§. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- (33) Saarenpää A. Kansalainen, yksilö oikeudellisesti kaiken keskipisteenä. Kirjassa: Laitinen M, Pohjola A. (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Tallinna: Gaudeamus Helsinki University Press, Tallinna; 2010, 78–83.
- (34) Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2011, 5–6, 24–25.
- (35) Hirschman AO. Exit, voice, and loyalty. Responses to decline in firms, organizations, and states. Cambridge and London: Harvard University Press; 1970.
- (36) Valokivi H. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkokojen osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Acta Universitatis Tampensis 1286. Tampere: Tampere University Press; 2008.
- (37) Palomäki S. Asiakkaiden osallisuus kuntoutustutkimusprosessissa. Asiakkaiden kokemuksia osallisuudesta ja kuntoutustutkimuksen oikea-aikaisuudesta Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Lisensiaatintutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto, yhteiskunta ja kulttuuritieteiden yksikkö; 2012, 82, 121.
- (38) Koivuniemi K, Simonen K. Kohti asiakkuutta - ihmistä arvostava terveydenhuolto. Keuruu: Kustannus Oy Duodecim; 2011.
- (39) Koivuniemi K, Holmberg-Marttila D, Hirsso P, ym. Terveydenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen. Riika: Kustannus Oy Duodecim; 2014.
- (40) Mäkitalo Å, Säljö R. Talk in institutional context and institutional context in talk: Categories as situated practices. *Text* 2002;22(1):57–82.
- (41) Jokinen A. Tekstien rooli kategorioiden tuottamisessa. Kirjassa: Jokinen A, Juhila K, Suoninen E. (toim.) *Kategoriat, kulttuuri & moraali*. Tampere: Vastapaino; 2012, 227–269.
- (42) Potilasasiamiehen raportti 2012. Julkaisematon.
- (43) Weber RP. *Basic Content Analysis*, 2<sup>nd</sup> edn. Newbury Park: SAGE Publications; 1990.
- (44) Cavanagh S. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Res* 1997;4:5–16.
- (45) Tuomi J, Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi; 2011.

- (46) Terveydenhuollon laitosturvallisuuden kehittäminen. Työryhmämuistio 59. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2009.
- (47) Saarni S. Uhkailu ei ole potilaan oikeus. Utiskirje Suomen Lääkärilehti 4.2.2010.
- (48) Mikkola R. Henkilökunnan kokemus pelko ja selviytymiskeinot ensiapupoliklinikoilla. Malli pelosta selviytymisestä. Tampere: Acta Electronica Universitatis Tampensis 1307; 2013.
- (49) Sennet R. Kunnioitus eriarvoisuuden maailmassa. Suom. Koskinen K. Tampere: Vastapaino; 2004.
- (50) Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi hallintolain muuttamisesta 50/2013. Luettu 20.2.2014. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2013/20130050#id202633>
- (51) Liukkonen M. Näennäisoikeusturva sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kirjassa: Pajukoski M. (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Helsinki: Yliopistopaino; 2010, 54–63.
- (52) Eduskunnan oikeusasiamiehen toimintakertomukset 2009 ja 2010. Luettu 20.2.2014. <http://www.oikeusasiamies.fi/Resource.phx/ea/julkaisut/toimintakertomukset.htx>
- (53) Kaseva K. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – integroitu kirjallisuuskatsaus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16; 2011.
- (54) Karinen M. Mielenterveyskuntoutuajan oikeusturvasta. Kirjassa: Pajukoski M. (toim.) Pääseekö asiakas oikeuksiinsa? Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti III. Helsinki: Yliopistopaino; 2010, 71–78.

**ANNI VANHALA**

*YTT, johtava sosiaalityöntekijä  
Tampereen yliopistollinen sairaala  
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri*

**SUSANNA PALOMÄKI**

*YTL, tohtorikoulutettava  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö*