

VAASAN YLIOPISTO

JOHTAMISEN YKSIKKÖ

Eija Kristeri

**”ON SE SITTEN ASiantuntijapohjaista vai mitä onkaan,
mut asiakkaasta tai potilaasta se liikkeelle lähtee”**

Perusterveydenhuollon palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan kuvaus
asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma

VAASA 2018

SISÄLLYS

	sivu
KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO	3
TIIVISTELMÄ	5
1. JOHDANTO	7
1.1. Taustaa tutkimukselle	7
1.2. Tutkimusasetelma	8
1.3. Tutkielman rakenne	10
2. ASIAKKUUS PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA	12
2.1. Potilas	12
2.2. Asiakas	14
2.3. Kansalainen	16
2.4. Kuluttaja	18
2.5. Yhteenveto asiakkuudesta	19
3. ASIAKASLÄHTÖISYYS PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA	21
3.1. Asiakaslähtöisyys ja siihen rinnastettavien käsitteiden määrittely	21
3.2. Asiakaslähtöisyyden eri ulottuvuudet	26
3.2.1. Osallisuus	26
3.2.2. Autonomiakokemus	32
3.2.3. Yhteistyösuhde	34
3.3. Yhteenveto asiakaslähtöisyydestä	42
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	44
4.1. Tutkimusotteen ja -menetelmän valinta	44
4.2. Kohderyhmä ja aineistonkeruu	46
4.3. Tutkimusaineiston analysointi	51
5. TULOKSET	57
5.1. Perusterveydenhuollon asiakkuus	57
5.1.1. Asiakas, potilas vai jokin muu?	57

5.1.2. Palveluasiakkuus	59
5.1.3. Kohdeasiakkuus	62
5.1.4. Hybridiasiakkuus	64
5.2. Perusterveydenhuollon asiakaslähtöisyys	66
5.2.1. Osallisuuteen liittyvät kokemukset	66
5.2.2. Itsemääräämisoikeuteen liittyvät kokemukset	71
5.2.3. Yhteistyösuhteeseen liittyvät kokemukset	74
5.3. Yhteenveto tuloksista	78
6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	85
6.1. Johtopäätökset tutkimustuloksista	85
6.2. Tutkimuksen arviointia	92
LÄHDELUETTELO	98
LIITTEET	
LIITE 1. Tutkimusasetelma	113
LIITE 2. Osallistumiskutsu tutkimushaastatteluun	114
LIITE 3. Suostumuslomake	115
LIITE 4. Teemahaastattelurunko käyttäjärühmälle	116
LIITE 5. Haastateltavan taustatietolomake	117

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Perusterveydenhuollon neljä erilaista asiakkuutta.	20
Kuvio 2. Perusterveydenhuollon toimintaa kuvaavat käsitteet.	26
Kuvio 3. Osallisuuden ja osattomuuden jatkumo palvelujärjestelmässä.	29
Kuvio 4. Asiakas- ja ammattilaissuhteen eri tasot asiantuntijakeskeisyydestä kuluttajalähtöisyyteen.	36
Kuvio 5. Helsingin kaupungin terveysasemajaos.	47
Taulukko 1. Käyttäjryhmässä käytettyjen puheenvuorojen jakaantuminen.	49
Taulukko 2. Henkilökuntaryhmässä käytettyjen puheenvuorojen jakaantuminen.	51
Taulukko 3. Asiakkuuden analyysirunko ja alaluokkien nimeäminen.	54
Taulukko 4. Alaluokista yläluokiksi.	55
Taulukko 5. Tulokset puheessa ilmenevistä termeistä.	78
Taulukko 6. Tulokset perusterveydenhuollon eri asiakkuuksista.	80
Taulukko 7. Tulokset asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista.	84

VAASAN YLIOPISTO
Johtamisen yksikkö**Tekijä:**

Eija Kristeri

Pro gradu -tutkielma:

”On se sitten asiantuntijapohjaista vai mitä onkaan, mut asiakkaasta tai potilaasta se liikkeelle lähtee”. Perusterveydenhuollon palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan kuvaus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.

Tutkinto:

Hallintotieteiden maisteri

Oppiaine:

Sosiaali- ja terveystieteiden maisteri

Työn ohjaaja:

Harri Raisio

Valmistumisvuosi:

2018

Sivumäärä: 117**TIIVISTELMÄ:**

Julkisen terveydenhuollon organisaatioiden strategioihin on jo vuosien ajan kirjattu toiminnan tavoitteeksi ja arvoperustaksi asiakaslähtöisyys. Se on ymmärretty toiminnaksi, jonka ytimessä on palveluita tarvitseva yksilö, jonka palvelutarve ja siihen liittyvät toiveet ja odotukset tulevat kuuluksi, ja ne asetetaan toiminnan lähtökohdaksi. Asiakaslähtöisyys koetaan terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa itsestään selvänä toimintatapana, mutta palveluita käyttävän yksilön asiakaskokemus kertoo muuta.

Tämän pro gradu -tutkielman tutkimustehtävänä oli perusterveydenhuollon asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden kuvaaminen ja ymmärtäminen sellaisena kuin palvelunkäyttäjät ja terveydenhuollon henkilöstö sen kokevat. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisena asiakkuus ja asiakaslähtöisyys ilmenee palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan kokemana sekä selvittää, onko heillä yhteinen ymmärrys asiakaslähtöisyydestä. Teoreettinen viitekehys kuvaa perusterveydenhuollon asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä tarkastelemalla asiakkuutta potilas-, asiakas-, kansalainen- ja kuluttaja-käsitteiden näkökulmista sekä kuvaamalla asiakaslähtöisyyttä sitä kuvaavien ominaisuuksien sekä siihen rinnastettavien käsitteiden kautta.

Tutkimusote tässä pro gradu -tutkielmassa oli laadullinen ja tutkimusmenetelmänä oli ryhmähaastattelu. Haastatteluryhmiä oli kaksi, joista yksi palvelunkäyttäjiryhmä ja yksi henkilökuntaryhmä. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna. Tutkimusaineisto analysoitiin teorialähtöisellä analyysillä, teoriasta johdetun analyysirungon avulla.

Tulosten mukaan perusterveydenhuollon asiakkuutta on kolmenlaista ja sitä ilmennetään pääasiassa potilas- ja asiakas-käsittein. Näissä käsitteissä ilmenee aktiivinen ja passiivinen ulottuvuus. Palveluasiakkuudessa käyttäjä on osallistuva, yhteistyökykyinen ja palautetta-antava yksilö. Kohdeasiakkuudessa käyttäjä on hoidon kohde, case-tapaus sekä ammattilaisen apua ja tukea tarvitseva yksilö. Hybridiasiakkuudessa käyttäjä kokee olevansa palveluissa samanaikaisesti palvelu- ja kohdeasiakas ja tämä aiheuttaa palvelunkäyttäjässä ristiriitaisia tunteita. Palvelunkäyttäjät ja henkilökunta ymmärtävät asiakaslähtöisyyden palvelunkäyttäjän palvelutarpeesta lähtevänä toimintana, jossa käyttäjä osallistuu vastavuoroisessa yhteistyösuhteessa ja saa olla siinä oma itsensä. Palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan asiakaslähtöisyyden ymmärryksessä ilmenee jonkin verran eroavuutta. Palvelunkäyttäjille asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että heidät tulee kohdata valmentajasuhteessa kokonaisvaltaisesti, kun taas henkilökunnalle asiakaslähtöinen toiminta tapahtuu kumppanuussuhteessa oman toimialan näkökulmasta. Asiakaslähtöisen toiminnan haasteena nähdään muun muassa asiantuntijavalta, ammattilaisten kiire ja organisaation epäselvät toimintaohjeet.

Perusterveydenhuollon asiakaslähtöinen toimintatapa ei näyttäisi olevan vielä vakiintunutta eikä perusterveydenhuollossa työskentelevällä henkilökunnalla näyttäisi olevan vielä syvällistä ymmärrystä asiakaslähtöisyydestä. Tämä selittää palvelunkäyttäjien kokemuksia julkisen terveydenhuollon hybridiasiakkuudesta sekä asiantuntija- ja asiakaskeskeisen eli organisaatiolähtöisen palvelukulttuurin olemassaolosta.

AVAINSANAT: Perusterveydenhuolto, asiakaslähtöisyys, asiakkuus

1. JOHDANTO

1.1. Taustaa tutkimukselle

Suomessa terveydenhuollon organisaatiot ovat korostaneet jo vuosia asiakaslähtöisyyttä toimintansa arvoperustana, päämääränä ja sisältönä, jolloin asiakkaiden tarpeet, toiveet ja odotukset otetaan toiminnan lähtökohdiksi (Laitila 2010: 5; Raitakari, Juhila, Günther, Kulmala & Saario 2012: 48). Tätä toimintatapaa on tuettu monin eri tavoin, kuten uudistamalla sosiaali- ja terveystalvveluita koskevaa lainsäädäntöä sekä toteuttamalla erilaisia kansallisia kehittämishankkeita. Tällaisia hankkeita ovat olleet esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelma 2012–2015, Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveystalvveluissa 2012–2015 sekä tällä hetkellä toteutettava Palvelut asiakaslähtöisiksi -kärkihanke (PASI). (Leväsluoto & Kivisaari 2012: 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Voidaan siis todeta, että asiakaslähtöisyys on ollut ja on edelleen sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisesti hyväksytty poliittinen tavoite ja julkishallinnon keskeinen kehittämisteema (Kork 2016: 94).

Asiakaslähtöisen toimintatavan omaksuminen vaatii terveydenhuollossa työskentelevältä henkilökunnalta, mutta myös palveluita käyttävältä yksilöltä ajattelutavan muutosta (Leväsluoto & Kivisaari 2012: 3). Tämä muutos tapahtuu vain siten, että palvelunkäyttäjä ja hänen tarpeensa asetetaan palvelujen keskiöön ja hänen mielipiteitään sekä toiveitaan aidosti kuunnellaan ja niihin myös vastataan. Asiakaslähtöisessä toiminnassa palvelunkäyttäjää ei nähdä vain hoivan ja huolenpidon kohteena (objektina) vaan myös aktiivisena toimijana (subjektina) ja tasavertaisena kumppanina. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011:11.) Asiakaslähtöinen toiminta ei siis ole sitä, että palvelu tapahtuisi auttajan tai erilaisten organisaatiotekijöiden sanelemista lähtökohdista käsin (ks. Kujala 2003: 30).

On todettu, että melkein kaikki puhuvat asiakaslähtöisyydestä tietämättä oikein mitä se tarkoittaa (Virtanen ym. 2011: 15). Asiakaslähtöisyydestä on tullut ennemminkin toiminnan itseisarvo (Laitila 2010: 24), kuin toimintaa ohjaava tekijä. Jotta terveystalvvelujen

asiakslähtöisyys toteutuisi poliittisten tavoitteiden mukaiseksi, on syytä pohtia, mitä terveyspalvelujen asiakkuus ja asiakslähtöisyys tarkoittaa alan ammattilaisille ja palveluita käyttäville yksilöille. Jos tässä ymmärryksessä on ristiriitaa, voidaan olettaa, että terveyspalvelujen asiakslähtöisyys jää edelleen retoriikan tasolle eikä nykyiset asiakslähtöisyyttä kehittävät hankkeet ja palvelu-uudistukset tuota organisaatioiden asettamaa tavoitetta eli entistä parempaa asiakaskokemusta.

1.2. Tutkimusasetelma

Oma mielenkiintoni asiakkuuden ja asiakslähtöisyyden tarkasteluun perusterveydenhuollossa ja erityisesti palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan näkökulmasta juontaa juurensa esimiestyöhöni suun terveydenhuollon osastonhoitajana. Tehtävänkuvaani kuuluu käsitellä asiakaspalautteita, joista minulle on muodostunut näkemys, että palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan yhteinen ymmärrys asiakslähtöisyydestä ei aina kohtaa toisiaan. Tutkimusaiheeni valintaan vaikutti myös työskentelyni Vuosaaren Albatrossi-rakennuksen monipalvelukeskuksen projektiryhmässä 2016–2017. Työryhmän tehtävänä oli vastata Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamiseen liittyvien uusien toimintamallien käyttöönotosta, kuten esimerkiksi paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden vastuuhenkilömallista ja laajennetusta aukioloaikakokeilusta. Työryhmätyöskentelyn aikana havaitsin, että asiakslähtöisten palvelujen kehittämistyö ja jalkauttaminen kentälle oli haasteellista, koska henkilökunta toimipisteessään koki vahvaa muutosvastarintaa uusien palvelumallien käyttöönotossa.

Asiakkuuden ja asiakslähtöisyyden ilmiöön tekemiäni tietokonehakupien perusteella voin todeta, että aiheeseen liittyvää tutkimusta on tehty aiemmin erityisesti sosiaalihuollon näkökulmasta mutta myös terveydenhuollon kontekstissa. Esimerkiksi Sanna Järnström on tutkinut kyseistä teemaa geriatrisessa sairaalassa vanhusten ja työntekijöiden näkökulmasta sekä Arja Piirainen fysioterapiatilanteessa asiakkaan ja fysioterapeuttien kokemana. Lisäksi Gemmae M. Fix tutkijaryhmänsä kanssa ovat tarkastelleet kyseistä ilmiötä sairaalan työntekijöiden näkökulmasta. (Piirainen 2006; Järnström 2011; Fix, Lukas, Bol-

ton, Hill, Müller, LaVela & Bokhour 2017.) Tutkimuskirjallisuuteen tutustumiseni perusteella havaitsin, että perusterveydenhuollon asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä terveysasemalla työskentelevien lääkäreiden ja hoitohenkilöstön sekä palvelunkäyttäjien näkökulmasta ei ole tutkittu, joten tämä pro gradu -tutkielma tuo lisää tietoa kyseisestä ilmiöstä tässä kontekstissa.

Aihealueeseen tutustumisen jälkeen tämän pro gradu -tutkielman tutkimustehtäväksi muodostui perusterveydenhuollon asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden kuvaaminen ja ymmärtäminen sellaisena kuin palvelunkäyttäjät ja terveydenhuollon henkilökunta sen kokevat. Palvelujenkäyttäjällä tässä tutkielmassa tarkoitan terveysasemalla asioivaa yksilöä, kun taas terveydenhuollon henkilökunnalla tarkoitan terveysasemalla työskenteleviä lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisena asiakkuus ja asiakaslähtöisyys ilmenee palvelunkäyttäjän ja henkilökunnan kokemana sekä selvittää, onko heillä yhteinen ymmärrys asiakaslähtöisyydestä. Tutkimustehtävän ratkaisemiseksi asetin seuraavat tutkimuskysymykset:

Pääkysymys:

Millaisena asiakkuus ja asiakaslähtöisyys ilmenee perusterveydenhuollossa palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan kokemana?

Tähän pääkysymykseen haen vastausta seuraavien tarkentavien kysymysten avulla:
Millaisia käsityksiä palvelunkäyttäjillä ja henkilökunnalla on perusterveydenhuollon asiakkuudesta? Millaisin käsittein he kuvaavat perusterveydenhuollon käyttäjää? Millaiseksi palvelunkäyttäjät ja henkilökunta kuvaavat asiakaslähtöisyyden? Millaisia eroja palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan näkemysten välillä ilmenee?

Tutkimukseni teoriaosuudessa pyrin hakemaan vastausta tutkimukseni pääkysymykseen perusterveydenhuollon asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä kotimaisten ja kansainvälisten tutkimusten sekä artikkelien valossa. Teoriaosuuden aikaisempi tutkimuskirjallisuus muodostuu terveydenhuollon asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä käsittelevän kirjalli-

suuden lisäksi sosiaalihuoltoa kuvaavista tutkimuksista ja artikkeleista. Perusterveydenhuoltoon liittyvän ilmiön kuvaaminen myös sosiaalihuollon näkökulmasta on perusteltua, koska pelkästään terveydenhuollon näkökulmasta ilmiön monipuolisuuden kuvaaminen ei olisi mahdollista. Teoriaosuuden tavoitteena on valottaa tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman syvällisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010: 128) ja mahdollistaa täten tutkimuksen suorittamisen perusterveydenhuollon kontekstissa laadullisella tutkimusotteella.

Tutkimukseni tarkentavat kysymykset saavat vastauksen tutkimuksen empiirisessä osassa, jolloin myös tutkimukseni pääkysymys tulee ratkaistuksi (Hirsjärvi ym. 2010: 128). Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmäksi on valittu ryhmähaastattelu, joka menetelmänä on todettu tuottavan kollektiivisesti jaettua ymmärrystä yksilöllisistä kokemuksista, käsityksistä ja uskomuksista monesta eri näkökulmasta (Pietilä 2010: 215). Käyttäjryhmän ja henkilökuntaryhmän haastattelut toteutetaan teemahaastatteluina, joissa tutkimukseen mukaan ilmoittautuneet tiedonantajat keskustelevat tutkittavasta ilmiöstä heille annetuissa asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden teema-alueissa (Kananen 2014: 24). Haastatteluilla saatu aineisto analysoidaan teorialähtöisellä analyysimenetelmällä, joka antaa minulle mahdollisuuden tulkita tutkimusaineisto tieteellisiksi johtopäätöksiksi (Metsämuuronen 2001). Tutkimusasetelmani on liitteenä liitetiedostossa (liite 1).

1.3. Tutkielman rakenne

Tämän pro gradu -tutkielma rakentuu kuudesta pääluvusta. *Johdanto-osassa* (pääluku 1) johdattelen lukijan asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden aihepiiriin, jonka jälkeen perustelen tutkimusaiheeni valinnan sekä esittelen tutkimukseni tarkoituksen, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen tulee tutkielmani *teoriaosa*, joka sisältää pääluvut 2–3. Toisessa pääluvussa käsitelen perusterveydenhuollon asiakkuutta, jota tarkastelen potilasta, asiakasta, kuluttajaa ja kansalaista kuvaavien käsitteiden kautta. Luvun lopuksi esitän yhteenvedon kyseistä käsitteistä. Tämän jälkeen tarkastelen pääluvussa kolme perusterveydenhuollon asiakaslähtöistä toimintatapaa määrittelemällä ensin asiakaslähtöisyy-

den ja sen lähi- ja rinnakkaiskäsitteet, jonka jälkeen kuvaan asiakaslähtöisyyttä sitä kuvaavien ulottuvuuksien kautta. Nämä kolme ulottuvuutta olen nimennyt asiakkaan osallisuudeksi ja autonomiakokemukseksi sekä asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyösuhteeksi. Luku päättyy asiakaslähtöisyydestä tehtyyn yhteenvetoon.

Tutkielman *empiriaosa* muodostuu kahdesta pääluvusta (4 ja 5), joista ensimmäisessä eli *tutkimuksen toteutus* -luvussa perustelen tämän pro gradu -tutkielman laadullisen tutkimusotteen valinnan sekä kuvaan käyttämäni tutkimusmetodin. Tässä luvussa esittelen myös tutkimuskohteeni ja -aineistoni sekä aineiston analyysimenetelmän ja -analyysiprosessin. Tämän jälkeen esittelen *tulososassa* (pääluku 5) tutkimukseni tulokset. *Johtopäätös- ja pohdintaosassa* (pääluku 6) esitän ensimmäisessä alaluvussa ymmärrykseni, mitä tutkimukseni tulokset tarkoittavat asetetun tutkimustehtävän ja aikaisempien tutkimusten näkökulmasta. Lisäksi luku sisältää ehdotuksia tutkimuksen hyödynnettävyydelle ja jatkotutkimuksille. Luvun toisessa alaluvussa tarkastelen tutkimukseni arviointia luotavuuden sekä eettisyyden näkökulmista.

2. ASIAKKUUS PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Tässä luvussa tarkastelen perusterveydenhuollon asiakkuutta (*customership*). Perusterveydenhuollolla (*primary health care*) tarkoitetaan tässä tutkielmassa kunnan tuottamia ja järjestämiä lakisääteisiä palveluja, joita tuotetaan kunnan terveystieteistoimintayksikössä. Ymmärrän terveystieteistoimintayksikön (*health care clinic, health clinic, health centre*) asiantuntija-terveystieteistoimintayksiköksi, jolloin siihen voi kuulua useampi terveystieteiston toimipiste. (ks. Jylhäsaari 2009; Tiirinki 2014.)

Julkisessa terveydenhuollossa palvelunkäyttäjän (*service user, user*) asiakkuutta kutsutaan kirjallisuudessa pääasiassa potilaaksi (*patient*) ja asiakkaaksi (*client, customer*). Nämä termit ovat olleet terveydenhuollossa käytössä Sarajärven, Mattilan ja Rekolan (2011: 69) mukaan jo 1500-luvulta lähtien. Näiden termien lisäksi palvelunkäyttäjä nähdään terveydenhuoltoa käsittelevässä kirjallisuudessa myös muun muassa kansalaisen (*citizen*) ja kuluttajan (*consumer*) roolissa (ks. Valkama 2009: 118; Raitakari ym. 2012: 48). Näiden eri käsitteiden käyttäminen herättää asiakaslähtöisissä terveystieteisissä erilaisia mielikuvia ja tunteita (Valkama 2012: 77). Tästä syystä koen tarpeelliseksi tarkastella perusterveydenhuollon asiakkuutta kyseisten käsitteiden kautta. Olen tietoisesti tarkastellut käsitteitä pääasiassa suomenkielisten lähteiden näkökulmasta, koska katson käsitteiden monipuolisen kuvailun onnistuvan parhaiten tätä kieltä käyttäen.

2.1. Potilas

Potilas-käsitteen alkuperä on latinankielisessä sanassa ”*patiens*”, joka sisältää ajatuksen kivusta ja kärsimyksestä. Käsitteen on katsottu tarkoittavan myös kärsivällisyyttä, jolloin potilaan ajatellaan kestävä viivytyksiä ja ongelmia sekä hallitsevan tunteensa, vaikka hän joutuisi kärsimään apua odotellessaan. (Autio, Helovuori & Autio 2012: 41.) Vastavanlaisen määritelmän potilas-käsitteelle antaa myös Leino-Kilpi (2008: 111). Hänen mukaansa terveystieteisistä käyttävä yksilö on kärsivä ja avun tarpeessa oleva ihminen, jolta itseltään puuttuu auttamisessa tarvittavat tiedot ja taidot. Määritelmä kuvaa potilasta passiivisessa roolissa, joka luottaa ammattilaisten apuun, ja joka kokee heidän tietävän ja

osaavan enemmän kuin potilas itse (Holmström & Röing 2009: 167; Clucas & St Claire 2010: 299–300).

Perusmerkitykseltään potilaan käsite kuvaa vahvasti yksilöä objektina (Jäntti 2008: 49), joka on holhoavan eli paternalistisen hoitokäytännön kohteena (Leino-Kilpi 2008: 104). Paternalistisesti toimiva terveydenhuollon ammattilainen toimii potilaan parhaaksi oman ammatillisen harkintansa mukaisesti (Tuorila 2000: 32) ja keskittymällä potilaan sairautteen ennemmin kuin potilaaseen itseensä (McColl-Kennedy, Snyder, Elg, Witell, Helkula, Hogan & Andersson 2016: 6). Tällainen toimintatapa johtaa siihen, että ammattilainen tekee Vatjuksen (2014: 21) toteamana hoitopäätöksiä potilasta kuulematta. Silloin kun yksilö on hoitosuhteessa passiivisessa roolissa, hänelle ei muodostu osallistumisen kokemusta terveyden- tai sairauden hoitoon liittyvissä asioissa (Fredriksson & Tritter 2017: 98).

Potilas-käsitteen ymmärtäminen siten, että yksilö nähdään ja tunnustetaan aktiiviseksi toimijaksi, tapahtui 1950-luvun vaihteessa (ks. Leino-Kilpi 2008: 114; Autio ym. 2012: 42). Tätä muutosta on Suomessa ohjannut terveydenhuoltoa ohjaava lainsäädäntö, jossa potilas määritellään terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttäväksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi, jolla on muun muassa tiedonsaanti-, itsemääräämis- ja kantelu-oikeus terveyttä ja sairaanhoitoa koskevissa asioissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista). Silloin kun yksilö ymmärretään tässä aktiivisessa roolissa, hänet nähdään potilaana, joka ei hyväksy paternalistisia hoitokäytäntöjä vaan hän katsoo olevan oikeutettu terveyttään ja sairauttaan koskevaan tietoon ja päätöksentekoon (Clucas ja St Claire 2010:300).

Kun yksilö mielletään aktiivisen potilaan roolissa, hän on liberalististen hoitokäytäntöjen kohteena. Tämä tarkoittaa voimaantumista (*empowerment*), jolloin ammattilaisen tehtävänä on muun muassa tukea potilasta ja auttaa häntä tunnistamaan omat voimavarat selviytyäkseen terveysongelmasta tai erilaisista hoidoista. Liberalistinen hoitokäytäntö on vahvasti asiakaslähtöinen ja potilaan oikeuksia kunnioittava. (Leino-Kilpi 2008: 113–121.)

Toiviaisen (2007: 16) mukaan potilas-termillä on jopa institutionaalinen asema terveydenhuollossa, joka todentuu terveydenhuollon ammattilasten puheessa edelleen (Leväsluoto & Kivisaari 2002: 5, 29). Käsitettä on kuitenkin kyseenalaistettu voimakkaasti (Jäntti 2008: 50) jo 1990-luvulta alkaen julkishallinnon kehittämisen (Virtanen ym. 2011: 15) ja sosiaali- ja terveystoimialaa ohjaavan lainsäädännön uudistumisen myötä (Valkama 2009: 28). Tämä on johtanut siihen, että terveydenhuollon potilas tunnustetaan nykyään yhä enenevässä määrin myös asiakkaana ja kuluttajana (Jäntti 2008: 47).

2.2. Asiakas

Asiakas-termi on perinteisesti yhdistetty sosiaalitoimen käsitteeksi (Järnström 2011: 35). Asiakas-termin alkuperä on latinankielisessä termissä ”clíentum”, joka ilmentää riippuvuutta toisista ihmisistä (Hietala 2013: 19). Tästä sanasta johdettu englanninkielinen termi ”client” määritellään samoin eli apua tarvitseväksi henkilöksi, jolla ei ole kykyä auttaa itseään ja on siten riippuvainen ammattilaisen avusta. Asiakas (client)-termin synonyyminä nähdään usein sana ”customer”, jonka määritelmä poikkeaa client-termistä siten, että yksilö nähdään tämän käsitteen näkökulmasta kykeneväksi kuluttajamaisiin valintoihin. (McLaughlin 2008: 1103–1104; Valkama 2009: 28.) Tämä käsitteen kuluttajamainen ymmärrys on johtanut siihen, että asiakas-käsite liitetään terveystoimissa pääsääntöisesti aktiiviseen, yhteistyöhön pyrkivään ja valintoja tekevään yksilöön (ks. McColl-Kennedy ym. 2016: 3). Vaikka käsite ymmärretään yksilöä kuvaavana käsitteenä, se ilmentää erityisesti sosiaalitoimessa myös perhettä (Valkama 2012: 5, 44).

Niiranen (2002: 68–70) on tarkastellut asiakas-käsitettä palveluasiakas- ja kohdeasiakas-käsitteiden kautta. Hänen mukaansa yksilö nähdään palveluasiakkaana silloin kun, hänet hyväksytään aktiivisena ja osallistuvana yksilönä. Palveluasiakkuuteen liittyy myös ymmärrys, että yksilö on demokraattisen järjestelmän jäsen, niin sanottu kunta-kansalainen. Kun palveluasiakkuutta tarkastelee tästä näkökulmasta, siinä korostuu palveluita käyttävän asiakkaan lakisääteiset oikeudet mutta myös velvollisuudet osallistua muun muassa terveydenhuollossa päätöksentekoon itseä koskevissa asioissa. (Valkama 2012: 41.) Nämä edellä kuvatut elementit eli yhdessä tekeminen, osallisuus, oikeudet ja velvollisuus

kuvaavat myös Valokilven (2004: 223) käyttämää termiä ”aktiivinen käyttäjäkansalainen”. Terveyspalveluita käyttävä asiakas oikeuksiensa näkökulmasta saattaa muodostaa mielikuvan vaativasta ja hankalasta asiakkaasta. Tämä saattaa olla yksi syy, miksi terveydenhuollon ammattilaiset puhuvat arjessa edelleen pääsääntöisesti potilasta (ks. Leväsluoto & Kivisaari 2002; Toiviainen 2007).

Ne asiakkaat, jotka eivät syystä tai toisesta halua tai eivät kykene osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon tai, joiden osallisuuden tarvetta ammattilaiset eivät tunnista, ovat Niirasen (2002: 67–68) mukaan kohdeasiakkaita. He ovat selkeästi ammatillisten toimenpiteiden objekteja, joiden oletetaan noudattavan annettuja ohjeita ja sitoutuvan ammattilaisen osoittamiin tavoitteisiin. Näistä kohdeasiakkaita Valokilpi (2004: 223) käyttää termiä alamaiskansalaiset. Tällaisia asiakkaita ovat terveydenhuollossa esimerkiksi jotkut mielenterveys- ja vanhusasiakkaat (ks. Valokilpi 2004; Laitila 2010).

Terveydenhuollossa on tilanteita, jolloin asiakas kohdataan samanaikaisesti sekä kohdeettä palveluasiakkaana. Tällöin puhutaan hybridisestä asiakkuudesta. (Valkama 2012: 74, 79.) Asiakkaan kokemus kohde- ja palveluasiakkaan roolin samanaikaisuudesta ilmenee esimerkiksi siinä, että hänen odotetaan olevan samanaikaisesti valintoja tekevä, aktiivinen sekä omasta elämästään ja terveydestään vastuuta ottava yksilö mutta myös yksilö, jolta edellytetään mukautumista muun muassa paternalistiseen palvelukulttuuriin (Valkama 2012: 68; Närhi, Kokkonen & Matthies 2014: 232). Tällaisessa asiakkuudessa yksilö kokee asiakassuhteensa eri tilanteissa muun muassa kunnioitusta tai kunnioituksen puutetta, luottamusta tai epäluottamusta sekä arvostusta ja arvostuksen puutetta (Kuusinen-James 2016: 64). Valkaman (2012: 77, 82) mukaan hybridiseen asiakkuuteen liittyvä vaatimusten ristiriita hankaloittaa yksilön toimintaa palveluntarjoajan kanssa.

Pirjo Nikander (2003) on tutkinut, kuinka sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset puhuvat keskinäisessä vuorovaikutustilanteessa asiakkaistaan. Hän havaitsi, että yksilöitä kuvattiin keskusteluissa niin sanotun ”ihmis-kategorian” näkökulmasta, jolloin asiakkaasta puhuttiin muun muassa siviilisäädyn (neiti), diagnoosin (rintasyöpä) tai sosio-ekonomisen (asunnoton) taustan mukaan. Tämä saattaa olla Nikanderin mainitsema ”tekni-

nen apukeino”, jolloin esimerkiksi terveyspalvelujen asiakkaan hoitoon liittyvä konsultaatio kahden eri lääkärin välillä tapahtuu yksilön anonyymiutta kunnioittaen. Ihmis-kategoriointi saattaa kuitenkin johtaa siihen, että esimerkiksi terveyspalveluissa asiakkaat kohdataan ”sairauksina”, jolloin heidät nähdään ennemmin toiminnan kohteena (objektina, potilaana) kuin palvelun tarpeessa olevana yksilönä (subjektina, asiakkaana) (ks. Nikander 2003: 286; Gerlander & Isotalus 2010: 8; Vatjus 2014: 26).

2.3. Kansalainen

Kansalainen -käsitteen alkuperä on antiikin Kreikan termeissä *civitas* tai *civilitas* (Jäntti 2008: 45). Käsitteen klassisen määrittelyn teki vuonna 1950 sosiologi T.H. Marshall, jolle kansalaisuus oli yksilön asema yhteisön täysivaltaisena jäsenenä, joka antoi yhtäläiset, asemaan kuuluvat oikeudet (siviili-, poliittiset ja sosiaaliset oikeudet) ja velvollisuudet (Marshall 1950: 27-28). Tämä klassinen määrittely on aikaa myöten laajentunut niin, että nykyään käsite ymmärretään monikerroksisena ja monia eri ulottuvuuksia sisältävänä käsitteenä (Harju 2004: 13).

Kansalaisen-käsitettä on kirjallisuudessa tarkasteltu kansalaisuuden näkökulmasta. Valokilven (2004: 216) tarkastelussa kansalaisuus ymmärretään siten, että siihen liittyy Marshallin esittämien liberalististen kansalaisoikeuksien lisäksi oikeus jokapäiväiseen arkielämään. Tällöin kansalaisuuteen ja sen toteutumiseen kuuluu hänen mukaansa myös yhteiskunnan palvelut ja palvelujärjestelmien asiakkuus. Terveyspalvelujen näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että Suomen kansalaisella on yhtäläiset oikeudet käyttää julkisia terveyspalveluita, joissa heitä tulee kohdella tasavertaisesti ja ihmisarvoa kunnioittavasti (ks. Suomen perustuslaki 1999/731; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Valokilven (2004: 216) on tarkastellut kansalaisuus-käsitettä kolmen ulottuvuuden kautta, joissa kansalaisen asemaa ja osallistumismahdollisuuksia tarkastellaan yhdessä. Oikeuksistaan tietoiset ja vaativat kansalaiset ovat ihmisiä, jotka tiedostavat oikeutensa palveluihin kansalaisina ja odottavat ammattilaisten täyttävän omalta osaltaan ne velvoit-

teet, jotka palvelun tuottamiseen esimerkiksi lainsäädännön näkökulmasta kuuluu. Kokeumus oikeudesta palveluihin, voi syntyä Valokilven mukaan esimerkiksi siitä, että on taistellut Suomen itsenäisyyden puolesta, on maksanut koko ikänsä veroja tai siitä, että tietää olevansa niihin oikeutettu kansalaisoikeuksien näkökulmasta katsoen. Vahvasta kansalaisäänestä huolimatta osallistumisen -rooli ei ole tyypillistä oikeuksistaan tietoisille ja vaativille kansalaisille vaan he saattavat ”hävitä”, kun akuutti palvelutarve on tullut tyydytetyksi (Valokilpi 2008: 56).

Toinen kansalaisuus-käsitteeseen liittyvä ulottuvuus on aktiiviset palvelujen käyttäjäkansalaiset (Valokilpi 2004: 219). Käsitteeseen liittyvä sana, aktiivinen, painottaa kansalaisen tavoitetta ottaa asiat omiin käsiinsä ja tulla siten oman elämänsä rakentajaksi ja vastuulliseksi toimijaksi (Harju 2004: 19). Aktiiviset kansalaiset ovat yksilöitä, jotka toimivat neuvotellen yhteistyössä palvelujen järjestäjien ja tuottajien kanssa. He ovat aktiivisia osallistujia oman palvelutarpeensa tyydyttämiseksi ja ovat usein tyytyväisiä olemassa oleviin palveluihin sekä saamaansa palveluun. Aktiivinen kansalainen taitaa myös rakentavan tavan antaa palautetta, jos katsoo siihen tarvetta. (Harju 2004: 19–24; Valokilpi 2008: 60.)

Kolmas Valokilven määrittelemistä kansalaisuuden ulottuvuuksista kuvaa heikkoa toimijuutta kansalaisen roolissa, jossa kansalaisen oikeudet, velvollisuudet ja osallisuus on olematonta tai sitä ei ole olemassa. Alamaiskansalaisiksi kuvatuille yksilöille on tyypillistä, että he ovat arkoja, tietämättömiä ja jopa ahdistuneita ja neuvottomia palvelujen suhteen. He eivät ole aktiivisia kansalaisia vaan he odottavat ammattilaisten aloitetta, neuvoja ja huolenpitoa. Tämä voi johtua esimerkiksi siitä, että heillä ei ole ketään omassa elinympäristössä, joka olisi ohjaamassa tai tukemassa yksilöä palveluihin. (Valokilpi 2008: 60–61.) Tämä saattaa johtaa siihen, että palvelun tarpeessa oleva kansalainen jää tarvitsemiensa palvelujen ulkopuolelle (Valokilpi 2004: 222) ja syrjäytyy ”toisen luokan kansalaiseksi”.

2.4. Kuluttaja

Asiakas-käsitteen kuluttajamainen ymmärrys on herättänyt pohdintaa, voiko sosiaali- ja terveydenhuollon yksilöstä käyttää termiä kuluttaja (ks. Valkama 2009). Niirasen (2002: 68) mukaan kuluttaja-käsite painottaa laatua ja yksilön palveluodotuksiin vastaamista, responsiivisuutta. Valkama (2009: 30) taas toteaa, että kuluttaja-termi kuvastaa toimijoiden välisen suhteen taloudellista luonnetta ja, että kuluttajana yksilö voi tehdä itse valintoja. Valintoja tekevällä kuluttajalla on Valkaman (2009) mukaan vaikutusta palvelujen tarjoajaan.

Kuluttaja-termiä vierastetaan terveydenhuollossa (Toiviainen 2007: 16–17). Syynä tähän on ennen kaikkea se, että terveyttä ei pidetä kulutushyödykkeenä. Lisäksi yksilö kohdataan tyypillisesti tilanteissa, jossa kipu tai muu sellainen siirtää vastuun palvelusten onnistumisesta ammattilaiselle. (Tuorila 2000: 34, 38.) Käsitettä vierastetaan myös siitä syystä, että asiakkaat kuluttaja-käsitteen näkökulmasta mielletään aktiivisina toimijoina (Toiviainen 2007: 16–17), jotka ottavat selvää muun muassa vaihtoehtoisista palveluntarjoajista, lääkäreiden ja sairaaloiden hoitotuloksista sekä aikaisemmista asiakaskokemuksista ennen kuin valitsevat palveluntarjoajan (Tuorila 2000: 34). Tätä terveydenhuollon aktiivista toimijaa Tuorila (2000: 35–36) kutsuu potilaskuluttajaksi, jotka ovat hänen mukaansa tuntevia, suunnittelevia ja asioita arvottavia. Heidät Tuorila näkee yksityisen terveystalouden käyttäjäksi.

Vuokko Niiranen (2002: 68) on käyttänyt potilaskuluttajaa vastaavaa käsitettä eli kuluttaja-asiakkuutta, kun hän on tarkastellut yksilöä sosiaalipalvelujen asiakkaana ja käyttäjänä. Hän toteaa, että kuluttaja-asiakkuuteen liittyy kaksi ulottuvuutta eli maksuvalmius, joka lisää valinnan mahdollisuutta, sekä Toivianen (2007: 19) mainitseman internetin tarjoaman tiedon. Niirasen mukaan tiedon avulla yksilö voi tehdä muun muassa vertailuja ja valintoja eri palvelujen välillä. Voidaan siis todeta, että potilaskuluttaja- ja kuluttaja-asiakas-käsitteet ilmentävät molemmat aktiivista, omien palvelujen organisointiin ja järjestämiseen kykenevää yksilöä, jolla siihen on myös taloudellinen mahdollisuus (ks. Niiranen 2002; Toiviainen 2007).

2.5. Yhteenvedo asiakkuudesta

Perusterveydenhuollon asiakkuutta on määritelty tässä kappaleessa potilas-, asiakas-, kansalainen- ja kuluttaja-käsitteiden näkökulmaista käsin. Kaikki edellä mainitut käsitteet ilmentävät palvelunkäyttäjän toimijuuteen liittyvää aktiivista rooli eli aktiivista ulottuvuutta. Käyttäjän passiiviseen toimijuuteen eli passiiviseen ulottuvuuteen liittyvää kuvausta ilmeni kaikissa muissa käsitteissä paitsi kuluttajan käsitteessä. Tämän kappaleen loppuun olen muodostanut perusterveydenhuoltoon asiakkuutta kuvaavista käsitteistä yhteenvedokuvion (ks. kuvio 1).

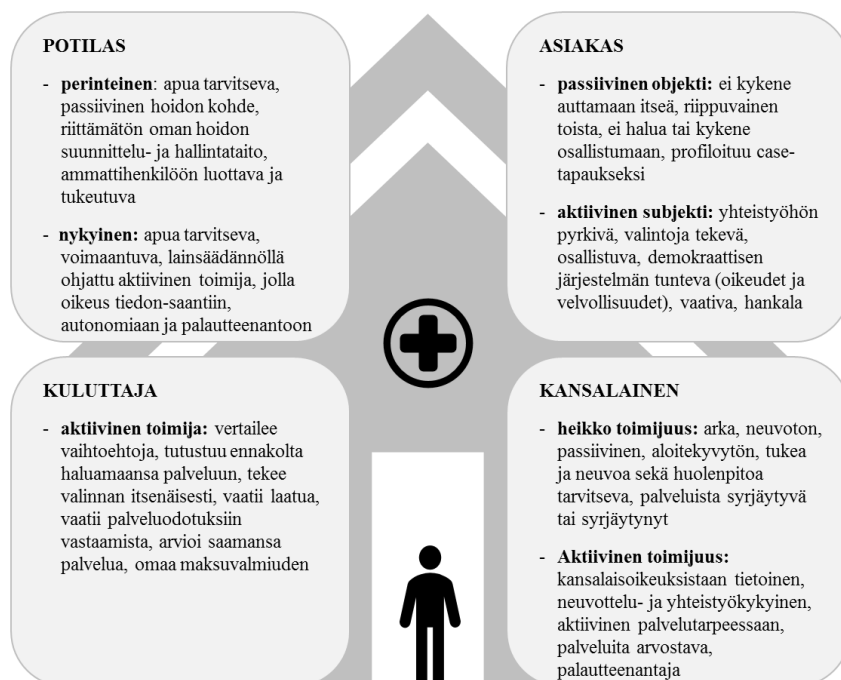
Aktiivista toimijuutta kuvataan eri käsitteissä monin eri tavoin. Potilas-käsitteen aktiivinen ulottuvuus kuvaa yksilöä terveystalvelujen käyttäjäksi, joka on palvelutarpeessaan terveydenhuollon ammattilaisen apua tarvitsevan roolissa toiminnan subjekti lainsäädännön ohjaamana, jolla on oikeus tiedonsaantiin, autonomiaan ja palautteenantoon. Aktiivisessa potilaan roolissa palvelunkäyttäjä ymmärretään myös omat voimavarat tunnustavana ja voimaantuvana yksilönä. (ks. Leino-Kilpi 2008; Valkama 2009; Clucas & St Claire 2010; Autio ym. 2012.)

Asiakas-käsitteen aktiivinen ulottuvuus ilmentää palvelunkäyttäjää taas toimijana, joka ymmärretään yhteistyöhön pyrkiväksi ja, joka haluaa osallistua hoitoonsa sekä kykenee tekemään valintoja muun muassa hänelle esitetyistä hoitovaihtoehtoista. Terveystalveluollossa asiakas-käsitteen aktiivinen ulottuvuus ei ilmennä potilas-käsitteen lailla lainsäädännön ohjausta, vaan käsite kuvaa yksilön tietoisuutta omiin oikeuksiinsa terveystalveluissa. Tämä näkökulma liittyy aktiivisen asiakkaan rooliin myös ymmärryksen hankalasta ja vaativasta yksilöstä. (ks. Niiranen 2002; Valkama 2012; McColl-Kennedy ym. 2016.)

Kansalaisen käsitteeseen liittyvä aktiivinen ulottuvuus niin ikään ilmentää palvelunkäyttäjän kansalaisoikeuksia terveystalvelujen asiakkuuteen. Lisäksi palvelunkäyttäjä aktiivisessa kansalaisen roolissa ymmärretään neuvottelu- ja yhteistyökykyisenä sekä palautetta antavana, joka arvostaa yhteiskunnan järjestämiä palveluita. (ks. Marshall 1959; Harju 2004; Valokilpi 2004.)

Palvelunkäyttäjä kuluttajan roolissa poikkeaa potilaan, asiakkaan ja kansalaisen käsitteistä siinä, että se ilmentää kirjallisuuden mukaan vain aktiivisen ulottuvuuden, jossa terveyspalveluita tarvitseva yksilö nähdään muun muassa palveluita vertailevana, itsenäiseen valintaa kykenevänä, laatua vaativana ja palvelua kriittisesti arvioivana. Kuluttajakäsite ilmentää myös palvelunkäyttäjää, joka on valmis maksamaan haluamastaan terveyspalvelusta, ja siten odottaa, että palveluntuottaja vastaa hänen palvelutarpeeseensa. (ks. Tuorila 2000; Niiranen 2002; Toiviainen 2007; Valkama 2009.)

Potilaan, asiakkaan ja kansalaisen käsitteiden passiivista ulottuvuutta eli palvelunkäyttäjän passiivista roolia tarkasteltaessa voitiin havaita, että niitä yhdisti ymmärrys yksilön hoidon/palvelun kohteeksi (objektina) joutuminen. Käsitteiden passiiviset ulottuvuudet kuvasivat palvelunkäyttäjää terveydenhuollon ammattihenkilöstöön tukeutuvaksi yksilöksi, joka on muun muassa arka, neuvoton ja aloitekyvytön ja jolla ei ole halua tai kykyä osallistua omaan hoitoonsa. Lisäksi hänet nähtiin enemmän case-tapauksena kuin yksilönä. (ks. Niiranen 2002; Nikander 2003; Valokilpi 2008; Holmström & Röing 2009; Clucas & St Claire 2010.)



Kuvio 1. Perusterveydenhuollon neljä erilaista asiakkuutta.

3. ASIAKASLÄHTÖISYYS PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Tarkasteltaessa perusterveydenhuollon palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan ymmärrystä asiakaslähtöisyydestä, on tarpeen ensin määrittellä mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan. Tämän luvun ensimmäisessä alaluvussa määrittelen aluksi asiakaslähtöisyyden ja siihen liittyvät käsitteet. Näitä ovat asiakaskeskeisyys sekä kuluttajakeskeisyys/-lähtöisyys. Näiden käsitteiden lisäksi määrittelen asiantuntijakeskeisyyden käsitteen, joka nähdään vastakohtana asiakaslähtöisyydelle. Käsitelmäärittelyn jälkeen toisessa alaluvussa kuvaan asiakaslähtöisyyttä sitä kuvaavien ulottuvuuksien kautta eli osallisuuden, autonomiakokemuksen ja yhteistyösuhteen näkökulmista. Lopuksi esitän kolmannessa alaluvussa tiivistetyn yhteenvedon asiakaslähtöisyydestä.

3.1. Asiakaslähtöisyys ja siihen rinnastettavien käsitteiden määrittely

Asiakaslähtöisyys ymmärretään Laitilan (2010: 5) mukaan toiminnan arvona, päämääränä ja sisältönä. Asiakaslähtöisyys-käsitteen (*client-orientation, customer-orientation*) alkuperä on 1930-luvulla yhdysvaltalaisen psykologi Carl Rogerin käyttämässä termissä, persoonakeskeisyys, joka aikaa myöten muotoutui käsitteeksi asiakaskeskeisyys (Coring & Cook 1999: 71; Ristaniemi 2005, 14). Maailman laajuiseksi käsitteeksi asiakaslähtöisyys levisi vasta 1970-luvun lopulla WHO:ssa, Alma Atan julistuksen seurauksena (Harra 2014: 28–29). Suomeen käsite tuli 1980-luvulla (Valkama 2012: 43) ja Kork (2016: 32) toteaa, että asiakaslähtöisyydestä tuli 2000-luvulla julkisen palvelujärjestelmän avaintermi (*keyword*). Terveysthuollossa käsitteen synonyyminä pidetään potilaslähtöisyyden (*patient orientation*) käsitettä (ks. Harris, Dearth & Paul 2008: 4–5; Laitila 2010: 28–29).

Avaintermille on ominaista, että se kattaa vastakkaisia merkityksiä ja ilmiöitä (Raitakari ym. 2012: 53). Tämä on ominaista myös asiakaslähtöisyys-käsitteelle, joka nähdään hyvin moniulotteisena ja vaikeasti määriteltävänä käsitteenä (Laitila 2010: 24). Outisen, Lempisen, Holman ja Haverisen (1999: 12) mukaan asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että

organisaation koko toiminnan ytimessä on palvelua tarvitseva asiakas, joka nähdään kaiken toiminnan lähtökohdaksi, keskeisimmäksi ja tärkeimmäksi asiakksi. Asiakaslähtöisyyttä ymmärretään myös toimintana, jossa asiakkaan yksittäinen palvelutarve nähdään osana hänen laajempaa hoivan ja huolenpidon tarvetta (Ristaniemi 2005:29). Harrisin ja kumppaneiden (2008: 4) mukaan asiakaslähtöisyydessä korostuu ennen kaikkea todellinen halu huolehtia asiakkaasta, jolloin se myös tuottaa aitoa mielihyvää asiakaskohtauksissa.

Myös Kujalan (2003: 30) sekä Virtasen ja kumppaneiden (2011: 19) määritelmässä korostuu ihmisarvoisuus toiminnan arvopohjana, jolloin toiminnan organisointi edellyttää palvelun tarjoavalta taholta (esim. lääkäri, sairaanhoitaja) asiakasymmärrystä. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakas nähdään osallistuvana ja aktiivisena osapuolena, joka on oman elämänsä asiantuntija. Tämä tekee hänestä yhdenvertaisen toimijan ja tasavertaisen kumppanin suhteessa ammattilaiseen, jonka ammatillista osaamista hyödynnetään parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaan asettaman tavoitteen saavuttamiseksi. (Laitila 2010: 26.) Asiakaslähtöisyyttä ei siis ole se, että perusterveydenhuollon tuottama palvelu tapahtuisi auttajan tai erilaisten organisaatiotekijöiden sanelemista lähtökohdista käsin (ks. Kujala 2003: 30).

Asiakaslähtöisyyden käsite voidaan Järnströmin (2011: 46) mukaan ymmärtää synonyymiksi hyvälle hoidolle ja palvelulle. Hyvä hoito on määritelty Terveydenhuollon laatuoppaassa seuraavasti:

”Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa huomioiden. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon sujuvana prosessina ja turvallisesti soveltaen näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia ja vaikuttavia menetelmiä. Yhteistyö ja tiedon kulku hoitoon osallistuvien tahojen välillä on saumatonta. Hyvän hoidon lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn.” (Terveydenhuollon laatuoppas 2011: 8).

Virtasen ja kumppaneiden (2011: 29) mukaan asiakaslähtöisyyden rinnakkaiskäsitteenä pidetään asiakaskeskeisyyden (*client-centred*) käsitettä, jonka synonyyminä voidaan pitää potilaskeskeisyyttä (*patient-centered care, patient-centeredness*) (kts. Mead & Bower 2000; Pelzang 2010; Ishikawa, Hashimoto & Kiuchi 2013; Vogus & McClelland 2016). Asiakaskeskeisyys-käsitteen näkökulmasta terveydenhuollon asiakas ymmärretään biofyysissosiaalisena kokonaisuutena (holistinen ihmiskäsitys) (Pelzang 2010: 917) eikä vain sairauden oireita ilmaisevana yksilönä (Mead & Bower 2000: 1088). Asiakaskeskeisessä yhteistyössä asiakas on toiminnan keskiössä ja hänen tarpeet, toiveet, erilaiset näkökulmat ja yksilölliset kokemukset kuullaan ja huomioidaan. Asiakaskeskeisyyttä kuvaavassa yhteistyössä asiakkaalle tarjotaan mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun siinä määrin kuin he itse sitä toivovat (Nelligan, Grinspun, Jonas-Simpson, McConnell, Peter, Pilkington, Balfour, Connolly, Lefebra, Reid-Haughian & Sherry 2002; Andersson, Haverinen & Malinen 2004: 487; Ishikawa ym. 2013: 147–148).

Asiakaskeskeisyyttä ilmentää myös luottamuksellisuus ja asiakkaan oman arvomaailman kunnioittaminen. Yksilön arvomaailman kunnioittamisella tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että ammattilainen hyväksyy asiakkaan omat terveyteen liittyvät valinnat, vaikka nämä olisivat ammattilaisen näkökulmasta yksilön terveyttä uhkaavia (esimerkiksi tupakointi) (Fix ym. 2017: 4). Asiakas- ja potilaskeskeisen toiminnan on todettu olevan yhteydessä yksilön kokemaan hoidon laatuun (Vogus & McClelland 2016: 43).

Asiakaskeskeisyyden ja -lähtöisyyden määritelmässä on samankaltaisuuksien lisäksi nähtävissä myös eroavuutta. Salmisen (2015: 64) mukaan asiakaskeskeisyyden määritelmä kuvaa organisaation näkökulmaa ihmisten auttamiseen, jolloin yksilön palvelutarvetta tarkastellaan järjestelmän palveluprosessien näkökulmasta eikä asiakkaan elämämaailmasta käsin, joka ilmenee asiakaslähtöisyyden määritelmässä. Käsitteet näin määriteltynä voidaan todeta, että nykyisissä terveystalouksissa tulisi käyttää asiakaskeskeisyys-käsitteen sijaan asiakaslähtöisyyden-käsitettä. Tämä käsite kuvaa paremmin sitä tahtotilaa, jollaiseksi yksilön rooli terveystalouksien käyttäjänä tämä päivänä tunnustetaan. (ks. Virtanen ym. 2011; Tiirinki 2014.)

Kirjallisuuden mukaan asiakaslähtöisyyteen rinnastettavia käsitteitä ovat myös kuluttajalähtöisyys (*consumer-orientation*) ja kuluttajakeskeisyys (*consumer-centred*) (ks. Kujala 2003; Laitila 2010). Tuorila (2000) on tarkastellut kuluttajalähtöisyyttä terveydenhuollossa konsumerismi-käsitteen näkökulmasta, jolloin terveydenhuollon kuluttajalähtöisyys ymmärretään itsemääräämisoikeuden, valinnanvapauden, vapaan tiedonsaannin ja terveydenhuollon läpinäkyvyyden korostamisena sekä lääketieteen ammattikuntien auktoriteettiaseman vähentämisenä (Lääkärietiikka 2013: 181). Kuluttajalähtöisyyden keskiössä on yksilöllisyyttään korostava kuluttaja (Toiviainen 2011), jonka äänen kuuleminen nähdään tärkeänä esimerkiksi asiakaskyselyjen muodossa hoidon laadusta ja sen kehittämistä (Kujala 2003: 30–33). Kuluttajalähtöisyys edellyttää Tuorilan (2012: 568) mukaan aktiivista, koulutettua, neuvottelukykyyttä, mediaa seuraavaa ja kriittistä palvelun käyttäjää, joka tunnistaa palvelutarpeensa ja tietää millaisin keinoin ne tyydytetään sekä osallistuu omaan hoitoonsa.

Seuraavaksi tarkastelen terveydenhuollon asiakaslähtöisyyden vastakohtaksi ymmärrettyä asiantuntijakeskeisyyden käsitettä. Käsitteen on katsottu kuvaavan terveydenhuollon perinteistä toimintatapaa (Präg, Wittek & Mills 2017).

Mönkkönen (2002: 53) toteaa, että suomalaisessa keskustelussa asiantuntijakeskeisyyttä (*professional orientation*) on kuvattu monien eri käsitteiden kautta. Hän mainitsee esimerkiksi Jaatisen (1996) käyttämän suljetun konstruktio -käsitteen, jolla tarkoitetaan kohtaamista asiantuntijan määrittelemillä ehdoilla. Käsitteeseen liittyvä asiantuntija (*profession*)-käsite viittaa Raitakarin (2002: 48) ja Mönkkösen (2002: 53) mukaan henkilöön, jolla on erityisiä taitoja ja tietämyksistä tietoa, jota maallikolla ei ole. Tämä tarkoittaa esimerkiksi lääkärin tai sairaanhoitajan ammatin perustana olevaa tieteellistä osaamista, vahvaa ammattitaitoa, arvoperustan ymmärtämistä sekä jatkuvaa tieto- ja taitoperustan kehittämistä (Peltoniemi 2007: 19; Leino-Kilpi 2008: 107).

Vatjus (2014: 20) tarkastelee asiantuntijakeskeisyyttä lääkärikeskeisyys-käsitteen kautta. Hänen mukaansa lääkärikeskeisellä yhteistyöllä tarkoitetaan sitä, että lääkäri määrittelee oman tietämyksensä ja kokemuksensa perusteella potilaan parhaan ja tekee hoitopäätöksiä kuulematta potilasta. Näin toimimalla lääkäri ei kunnioita potilaan yksilöllisyyttä eikä

osallista potilasta hoitopäätöksen tekoon. Voidaan siis todeta, että asiantuntijakeskeisyydelle on ominaista asiantuntijavallan käyttö mutta myös paternalistiset hoitokäytännöt, jotka Fredrikssonin ja Tritterin (2017: 98) toteamana heikentävät yksilön kykyä ottaa vastuuta omasta terveydestään.

Asiantuntijakeskeisyyteen liittyy läheisesti käsite professionalismi, joka on saavutettu koulutuksen ja työkokemuksen kautta (Valkama 2012: 56). On todettu, että moderni, vahva professionalismi, josta voidaan käyttää myös ilmaisua lakiasäätävä asiantuntijuus, korostaa asiantuntijavaltaa. Moderniin professionalismiin liittyy näkemys, että esimerkiksi terveydenhoitajan tai lääkärin arvomaailma määrittelee hyvän elämän, jota kohti asiakasta ohjataan. Modernin professionalismin katsotaan tuottavan, ja se myös edellyttää itsemääräämisoikeudeltaan rajoitettua asiakasta. Modernille professionalismille on myös ominaista, että asiakas otetaan haltuun Raitakarin mainitseman ongelmapuheen ja yleisen asiakastyypittelyn, kuten ”muistisairas mummo” ja ”ongelmanuori” -kategorioiden kautta. (Raitakari 2002: 47.)

Modernin professionalismin vastakohtana pidetään postmodernia professionalismia, jolloin asiantuntija jäsentää asiakkaan tarvetta hänen tulkinnoista käsin. Tällaisessa professionalismissa eli tulkintaan perustuvassa asiantuntijuudessa esimerkiksi lääkäriellä on kyky osoittaa ja ”markkinoida” professionsa hyödyllisyys asiakkaan näkökulmasta. (Raitakari 2002: 47.) Tämä korostuu etenkin tilanteissa, joissa asiakas on epävarma valittavana olevista hoitovaihtoehdosta ja tarvitsee Raitakarin ja kumppaneiden (2012: 50) toteamana arvovaltaisen, toisin mielipiteen päätöksenteon tueksi. On todettu, että postmoderni professionalismi korostaa asiakkaan ainutkertaisuutta ja hänen monet identiteetit, ristiriitaiset arvot ja roolit sekä elämänsä monitasoisuus on hyväksyttäviä. Asiakas nähdään myös aktiivisena subjektina, ratkaisujen tekijänä ja valintojensa vastuunkantajana. (Raitakari ym. 2012: 50.)

Kuvioon 2 olen tiivistänyt perusterveydenhuollon toimintaa kuvaavat käsitteet, joita tässä kappaleessa olen määritellyt.



Kuvio 2. Perusterveydenhuollon toimintaa kuvaavat käsitteet.

3.2. Asiakaslähtöisyyden eri ulottuvuudet

Terveystenhuollon asiakaslähtöisyyttä on eri tutkimuksissa tarkasteltu muun muassa osallisuuden, osallistumisen, tasavertaisen vuorovaikutuksen ja tiedonsaannin sekä sitoutumisen, voimaantumisen, itsemääräämisoikeuden, yksilöllisyyden ja tasavertaisuuden näkökulmasta (ks. Kujala 2003; Ristaniemi 2005; Järnström 2011; Harra 2014). Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastelen perusterveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä kolmen eri ulottuvuuden kautta, jotka ovat osallisuus ja autonomiakokemus sekä yhteistyösuhte.

3.2.1. Osallisuus

Asiakkaiden osallisuus on yksi keskeisimpiä tavoitteita terveydenhuollossa (Smith, Dixon, Trevena, Nutbean & McCaffery 2009: 1808), jonka on katsottu olevan Fredrikssonin

ja Tritterin (2017: 107) mukaan eräänlainen muutosvoima lääketieteelliseen paternalismiin. Osallisuutta korostavan ajattelun taustalla on kaksi näkökulmaa asiakkuuteen (Laitila 2010: 7). Toinen (konsumerismi) korostaa palvelujen käyttäjän roolia asiakkaana eli hänen valinnanvapautta ja asemaa palvelunkäyttäjänä, jolloin asiakkaan mielipiteiden kuuleminen on tärkeää. Toinen korostaa demokraattista näkökulmaa, joka niin ikään korostaa asiakkaan äänen kuulemistä terveystalveissa. (Toiviainen 2007: 16.) Laitilan (2010: 7) toteamana tähän näkökulmaan liittyy myös asiakkaan valtaistaminen (*empowerment*).

Kujalan (2003: 41–46) mukaan osallisuus (*involvement*) on haasteellinen käsite ja monipuolinen ilmiö, johon liittyy muun muassa sitoutuminen (*engagement*), voimaantuminen tai valtaistaminen sekä vaikuttaminen (*influence*), valinnanvapaus (*liberty*) ja yhteistoi-
minta (*collaboration*) (ks. Kujala 2003; Siisiäinen 2010; Kivistö 2014; Leemann & Hä-
mäläinen 2016). Osallisuuden lähikäsitteenä jopa synonyyminä pidetään osallistumisen
(*participation*) käsitettä, mutta ne nähdään myös erillisinä (Siisiäinen 2010: 10–13). Täl-
löin osallisuus ymmärretään osallistumista laajempänä käsitteenä, joka kuvaa yksilön ja
yhteisön välistä suhdetta (Valkama 2012: 69; Nivala & Ryyänen 2013: 10, 26), kun taas
osallistuminen ymmärretään yksilöstä itsestä lähteväksi toiminnaksi, joka perustuu oma-
aloitteellisuuteen (ks. Siisiäinen 2010). Osallisuus-käsitteeseen liittyy myös toinen toi-
mintaa kuvaava käsite eli osallistaminen (*participatory*). Tämä käsite ymmärretään toi-
mintana, jossa toimeenpanija on yksilön ulkopuolelta tuleva taho, kuten esimerkiksi jul-
kinen organisaatio ja siellä työskentelevät ammattilaiset. (Siisiäinen 2010: 13.)

Kujala (2003: 74) on määritellyt osallisuuden terveydenhuollon kontekstissa siten, että se
on kokemus autonomiasta ja oman terveyden asiantuntijuudesta sekä tuesta itsehoitoon
ja elämänhallintaan. On todettu, että osallisuus-käsite ilmentää asiakaslähtöisyyttä silloin,
kun käsite ymmärretään asiakasnäkökulmasta osallisuutena omaan hoitoon ja ammatti-
laisten näkökulmasta, silloin kun se ymmärretään asiakkaiden asiantuntijuuden hyväksy-
misenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä (Kujala 2003: 42; Häyhtiö 2017: 15). Käsit-
teen vastakäsitteinä nähdään osattomuus, välinpitämättömyys, syrjäytyminen ja vieraan-
tuminen (Nivala & Ryyänen 2013: 19).

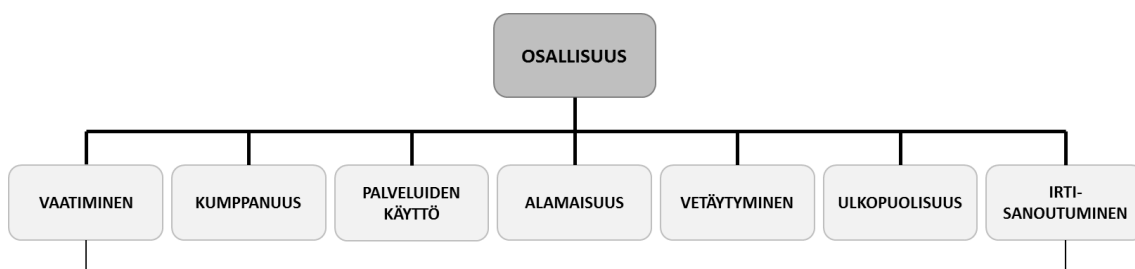
Osallisuuden kokemus edellyttää mahdollisuutta vaikuttaa itseä koskeviin asioihin omana persoonana. Lisäksi se edellyttää yksilöltä sitoutumista, itsehoitoa ja vastuunottoa omasta elämästä. Osallistujana yksilö on elämänsä subjekti, toisin kuin osattomuudessa, jossa yksilö on toisen ihmisen toiminnan kohde eli objekti. (Kujala 2003: 42.) On myös todettu, osallisuutta edesauttaa, kun asiakas kokee olevansa vuorovaikutussuhteessa ammattilaisen kanssa tasavertaisessa asemassa (Thompson 2006: 1298), ja kun asiakas kohdataan ilman ennakko-oletuksia ja keskustelussa asiakkaan ajatukset ja kokemukset nousevat keskiöön (Järnström 2011: 52; Leemann & Hämäläinen 2016: 588). Osallisuuden kokemukseen vaikuttaa myös havainnot ammattilaisten palvelualltiudesta sekä heidän halusta jakaa tietoa hoitovaihtoehtoista asiakkaalle (Kujala 2003: 45; Leemann & Hämäläinen 2016: 588–589). Osallisuuden kokemus on todettu olevan yhteydessä muun muassa parantuneisiin hoitotuloksiin ja parempaan elämänlaatuun (Vahdat, Hamzehgardeshi, Hessem & Hamzehgardeshi 2014: 1–2, 6). Lisäksi asiakkaiden osallisuudella on katsottu olevan vaikutusta muun muassa organisaation ja palvelujen laatuun sekä ammattilaisten ja asiakkaiden välisen vallan epätasapainon vähentämiseen (Laitila 2010: 7–22).

Osallisuutta heikentäviksi tekijöiksi on mainittu potilaiden ja ammattilaisten väliset vuorovaikutusongelmat (muun muassa arvostuksen puute ja heikko viestintä), sairauteen liittyvä häpeä ja epäluulo sekä paternalistiset työtavat. On myös havaittu, että toimintaympäristön yksityisyyttä rajoittavat tekijät vaikuttavat osallisuuteen heikentävästi. (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos 2008: 6; Arnetz & Zhdanova 2014: 479–482; Rouvinen-Wilenius 2014: 54–55.) Myös potilaan halu olla hoidon kohteena ja päätösvallan antaminen ammattilaisille heikentävät, jopa estävät kokonaan osallisuuden toteutumista (Laitila 2010: 21). Osallistumisen haasteeksi voidaan katsoa myös terveystalvelujen teknologisoituminen (esimerkiksi sähköisen asioinnin yleistyminen), joka saattaa johtaa siihen, että palvelunkäyttäjä jättäytyy palvelujärjestelmän ulkopuolelle (Kilpeläinen & Salo-Laaka 2012: 310–311). On myös todettu, että terveydenhuollon tehokkuusvaatimukset voivat muodostua esteeksi osallistumisen kokemukselle, koska henkilökunnalla ei ole tehokkuusvaatimuksissa enää riittävästi aikaa asiakaskohtaamisissa (Vrangbaek 2015: 611).

Asiakkaan osallisuuden eri tasoja palvelujärjestelmässä on kuvattu erilaisilla osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien ja -tapojen portaikoilla tai malleilla (ks. Thomas

2002: 174–176; Fung 2006: 67–73; Thompson 2006: 1299–1300; Kaseva 2011: 44; Thórarinsdóttir & Kristjánsson 2014: 133–139; Siisiäinen 2014: 29). Useiden mallien inspiraation lähteenä voidaan pitää Arnstenin (1968) tikapuumallia, joka kuvaa kansalaisen osallisuutta ja osallistumista manipulaatiosta aitoon aktiiviseen osallistumiseen. Mallin on katsottu kuvanneen onnistuneesti osallistumiseen liittyviä epäkohtia, mutta sen heikoudeksi on sanottu valtanäkökulman liiallinen korostuminen. On myös todettu, että Arnstenin malli antaa liian yksipuoleisen näkemyksen osallistumiseen, mikä onkin puoltanut sitä, että malli on ollut useiden eri tutkijoiden jatkokehittämisen kohteena. (Raisio, Puustinen, Hyytiäinen & Wiikinkoski 2017: 12.)

Tutustuttuani osallisuuden eri malleihin, havaitsin, että Valokilpi (2008) on kuvannut sosiaalihuollon kontekstissa asiakkaan osallisuuden eri tasoja työntekijän ja asiakkaan välisessä suhteessa. Koska tässä pro gradu -työssä olen kiinnostunut ennen kaikkea asiakaslähtöisyyden ilmiöstä henkilökunnan ja palvelunkäyttäjän välillä, Valokilven esittämä malli antaa tähän ilmiöön liittyvän osallisuuden ja sen eri tasojen tarkasteluun hyvän mahdollisuuden. Tässä osallisuuden -mallissa Valokilpi kuvaa osallisuutta jatkumona, jonka toisessa päässä on asiakkaan vaativan äänen kuuluminen ja toisessa päässä ulkopuolisuutta ja irtisanoutumista kuvaavat osallisuuden tasot (ks. kuvio 3). Tarkastelen tätä mallia seuraavaksi yhdessä taloustieteilijä Albert O. Hirschmanin luomilla käsitteillä exit, voice ja loyalty, joilla hän kuvaa kansalaisten osallisuutta suhteessa institutionaalsiin verkostoihin (Benschop, Horstman & Vos 2003: 143; Laitila 2010, 35).



Kuvio 3. Osallisuuden ja osattomuuden jatkumo palvelujärjestelmässä (Valokilpi 2008).

Hirschmanin käsite *exit* kuvaa osallistumisen tasoa, jossa asiakkaalla on aito valinnanmahdollisuus käyttämiinsä palveluihin. Tämä tarkoittaa sitä, että tilanteessa, jossa palvelu ei vastaa asiakkaan odotuksia, hän päättää lähteä muualle paremman palvelun toivossa. (Benshop ym. 2003: 144; Laitila 2010, 21.) Tämä osallistumisen taso on verrattavissa Valokilven (2008) osallisuuden -mallissa *vaatimisen* tasoon. Valokilven (2008: 64) mukaan asiakas nähdään palvelunkäyttäjänä, joka tiedostaa omat oikeutensa. Tämä näkökulma ilmentää asiakasta kuluttajana, jonka osallistumisen ääni on äänekkäs ja vaatimuksia esittävä. Hän on palvelutarpeessaan asiakas, joka viestittää olevansa oman elämänsä asiantuntija. Tämä johtaa siihen, että asiakkaana hän pitää palvelutarpeeseensa liittyvät palveluratkaisut vahvasti omissa käsissään. Valokilven (2008: 67) mukaan osallisuuden -mallin toinen ääripää eli *irtisanoutuminen* kuvaa myös aktiivista toimijaa, vaikka irtisanoutuminen johtaakin osallistumisen näkökulmasta asiakkaan palvelujärjestelmien ulkopuolelle. Voidaan todeta, että *exit*, kuten myös vaatimisen ja irtisanomisen tasot, kuvaavat palvelujen äänekkäitä ja vaativia asiakkaita, joiden palveluodotuksiin ja vaatimuksiin on haasteellista vastata (Valokilpi 2008: 64).

Valokilven mallissa *kumppanuudeksi* kuvataan asiakkaan osallisuutta, jossa yksilö palvelunkäyttäjänä kokee yhteenkuuluvuutta ja yhdessä toimimista henkilökunnan kanssa. Osallisuutta ilmentää dialogisuus ja hyvä vuorovaikutus, joka on vaivatonta ja luottamuksellista. Kumppanuus-tasolla sekä asiakas että työntekijä ovat tasavertaisia ja aktiivisia toimijoita, jolloin molempien ääni tulee kohtaamisissa kuulluksi. (Valokilpi 2008: 64–65.) Valokilven kumppanuudelle, kuten myös Hirschmanin *voice*-käsitteelle nähdään yhtymäkohta asiakkaan osallisuutta kuvaavana kuuluksi tulemisena. Tämä ilmenee muun muassa palautteen antamisen mahdollisuutena (Cohen & Filc 2015: 73), jota tulee Benshopin ja kumppaneiden (2003: 144) mukaan hyödyntää palvelun laadun kehittämässä.

Hirschmanin käsitteistä ei löydy vastaavaa käsitettä millä Valokilpi kuvaa asiakkaan osallisuutta *palvelujen käytössä*, jossa osallisuus on jo vähäisempää kuin edellä. Asiakkaan osallistuminen ilmenee kykynä pyytää apua tai hakeutumisenä hoitoon. Se ilmenee myös siinä, että asiakas kertoo muun muassa elämäntilanteestaan, mutta ei sen näkökulmasta

välttämättä vaadi mitään. Asiakas ei myöskään osallistu neuvottelemaan esimerkiksi hoivavaihtoehtoista, vaan tyytyy asiantuntijan antamaan palveluun mutta tarvittaessa kykenee antamaan palautetta. Asiakas on pääsääntöisesti tyytyväinen saamaansa palveluun, joka todennäköisesti vähentää aktiivista osallistumisen tarvetta. (Valokilpi 2008: 65.)

Hirschmanin kolmas käsite *loyalty* kuvaa uskollisuutta järjestelmälle, vaikka asiakkaan saama palvelu ei kaikilta osin tyydyttäisikään (Kalliomaa-Puha & Kangas 2015: 48). Lahtilan (2010: 20) mukaan *loyalty* ilmentää passiivista palvelunkäyttäjää, jolla ei ole aitoa valitusmahdollisuutta. Tämä näkökulma esiintyy myös Valokilven mallin *alamaisuudessa*, jossa palvelunkäyttäjällä ei ole syystä tai toisesta mahdollisuutta tai kykyä aktiiviseen osallistumiseen kohtaamisissa. Aktiivista osallistumista estää esimerkiksi henkilöstön ymmärrys asiakkaasta toiminnan kohteena, jolloin asiakas nähdään vain ongelman kautta, jolloin työntekijälle on tyypillistä asiakkaan puolesta toimiminen. Aktiivista osallistumista voi estää myös asiakkaan arkuus, nöyryys, tiedonvaje, neuvottomuus tai jopa ahdistuneisuus. (Valokilpi 2008: 66.)

Valkama (2012: 77) mainitsee, että Hirschmanin osallisuutta kuvaavien käsitteiden joukkoon on liitetty myöhemmin myös käsite *neglect*, mikä tarkoittaa epäluotettavaksi koetun palveluntarjoajan hylkäämistä. Tämä esiintyy myös Valokilven mallissa *vetäytymisenä*, jossa asiakkaan osallistuminen on jo hyvin vähäistä. Syynä tähän on aikaisemmat negatiiviset kokemukset palveluntarjoajasta. Vetäytyjä-asiakkaalle on ominaista, että he ovat aloitekyvyttömiä ja välinpitämättömiä. Tämä saattaa johtua siitä, että asiakkaalla ei ole riittävästi tietoa ja taitoa hakeutua palveluihin, jotka koetaan toimintakäytännöiltään hankaliksi. (Valokilpi 2008: 66.)

Valokilven (2008: 67) mukaan osallisuus on kaikkein vähäisintä kohtaamisessa, jota voi kuvata *ulkopuolisuudeksi*. Hän toteaa, että näissä kohtaamisissa palveluntarjoajalla on hyvin vahva rooli suhteessa asiakkaaseen, jolloin asiakkaan ääni kohtaamisissa jää kokonaan kuulematta (ks. Smith ym. 2009: 1806). Ulkopuolisuuden kokemusta ilmenee etenkin syrjäytymisvaarassa olevien tai jo syrjäytyneiden kansalaisten keskuudessa (ks. Leemann & Hämäläinen 2016). Heihin kuuluvat Juhilan (2006: 55) ja Sandbergin (2015: 57)

mukaan muun muassa pitkäaikais- tai toistuvaistyöttömät, päihdeongelmaiset, huumeiden käyttäjät, rikolliset, vangit, alhaisen koulutuksen saaneet, kodittomat, asuntoloissa asuvat, toimeentulotuen saajat, maahanmuuttajat, mielenterveyspotilaat, vammaiset, epävakaisissa oloissa elävät lapset, väkivaltaa kokeneet naiset ja romaaniväestö. Yksilön kokemus ulkopuolisuudesta terveydenhuollon kontekstissa johtuu osin siitä, että hänellä on heikko terveyslukutaito (*health literacy*) tai se puuttuu kokonaan. Tämä tarkoittaa sitä, että yksilöllä on alentunut kyky hankkia, käsitellä ja ymmärtää perusterveyttä koskevia tietoja ja palveluja, joita hän tarvitsee tehdessään asianmukaisia terveyspäätöksiä. (Smith ym. 2009: 1805–1806.)

3.2.2. Autonomiakokemus

Asiakaslähtöisyyden ydin on Järnströmin (2011: 48) mukaan itsemääräämisoikeudessa eli autonomiassa, jonka toteutumiseen vaikuttavat asiakkaan kokemus osallisuudesta ja vuorovaikutuksesta. Termi autonomia on peräisin kreikan kielisistä sanoista ”autos” (*itse*) ja ”nomos” (*sääntö, hallinto tai laki*) ja se tarkoittaa oman elämän hallintaa (Hyland 2002: 476).

Itsemääräämisoikeuden Järnström (2011: 242) jakaa ajattelun, tahdon ja toiminnan autonomiaksi. Ajattelun autonomiassa on kyse ajattelemisen ja päätöksenteon vapaudesta, kun taas tahdon autonomia ymmärretään oikeudeksi tehdä asioita sekä kykyä luoda ja ilmaista mieltymyksiä. Toiminnan autonomialla taas tarkoitetaan todellista mahdollisuutta toimia. (Naukkarisen 2008: 19.) Autonomia viittaa siis yksilön itsenäisyyteen ja henkilökohtaiseen vapauteen (Entwistle, Carter, Cribb & McCareffry 2010: 742), joka rakentuu aina uudelleen yksilön ollessa suhteessa muihin ihmisiin (Lindberg, Fagerström, Sivberg & Willman 2014: 2218).

Terveydenhuollossa asiakkaan kokemus autonomian toteutumisesta edellyttää, että hänet nähdään ainutkertaisena yksilönä (Lindberg ym. 2014: 213) ja oman palvelutarpeensa asiantuntijana eli tietävänä, tahtovana ja tuntevana subjektina (Naukkarinen 2008: 18). Lisäksi edellytyksenä on, että asiakkaalla on kyky itsenäiseen harkintaan, päätöksente-

koon ja toimintaan (Lindberg ym. 2014: 2214). Hänellä tulee olla myös halu toimia itsemääräämisoikeuden mukaisesti ja ammattilaisten tulee ammattitaidollaan mahdollistaa asiakkaan itsemääräämisen toteutuminen (Naukkarinen: 2008).

Autonomian kunnioittaminen merkitsee sitä, että terveydenhuollon ammattilaiset arvostavat asiakkaan valintoja ja päätöksiä, vaikka he eivät olisikaan samaa mieltä kaikista asiakkaan tekemistä ratkaisuista (Leplega, Gzil, Cammelli, Lefevre, Pachoud & Ville 2007: 1561). Tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon ammattilainen toimii asiakkaan kanssa yhdenvertaisena ihmisenä, jolloin ammattilainen toimii avoimesti ja rohkeasti aiotona itsenä, puhuu ymmärrettävästi ja osoittaa olevansa asiakasta varten. Hän myös kuuntelee, keskustelee ja tukee sekä uskoo muutoksen mahdollisuuksiin ja kohtaa asiakkaan kokonaisuutena yksilönä, ei pelkää hänen sairautensa tai ongelman kautta. (Kiikkala 2000: 117–119.) On todettu, että asiakkaan autonomiakokemusta heikentää ammattilaisten kiire ja rutinoituneet työtavat. Tällöin ammattilainen saattaa toteuttaa asiakaskohtaamisissa paternalistista toimintatapaa eli hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa ei oteta huomioon tai ei anneta mahdollisuutta asiakkaan itsensä ilmaista omaa tarvetta tai toivetta hoidon suhteen. (Järnström 2011: 49–50.)

Tilanteissa, joissa ammattilainen huomaa, että asiakkaan tekemä päätös aiheuttaa haittaa hänelle itselleen tai muille ihmisille, asiakkaan itsemääräämisoikeuteen tulee puuttua. Tällaisissa tilanteissa terveydenhuollon ammattilaiset joutuvat toimimaan jopa vastoin asiakkaan tahtoa, mutta samanaikaisesti heidän on huolehdittava, että hoitoa annetaan asiakkaan henkilökohtaisen edun mukaisesti. Asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyy myös se, että hoidettavalla on oikeus kieltäytyä annettavasta hoidosta. (Naukkarinen 2008: 26–27; Välimäki 2008: 138.) Terveydenhuollon ammattilaisen tulee tällaisissa tapauksissa kuitenkin varmistua, että asiakasta hoidetaan lain edellyttämällä tavalla eli yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksytyillä hoitomuodoilla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Naukkarinen 2008: 27). Terveydenhuollon asiakkaalla on myös oikeus olla tekemättä hoitoaan koskevia päätöksiä (Naukkarinen 2008: 27) ja jättäytyä niin sanottuun ”sairaanrooliin”. Tämän uskotaan olevan yksi tärkeimmistä tekijöistä, joka vähentää autonomiakokemusta ja vahvistaa paternalismia (Hyland 2002: 477).

Kokemus autonomiasta ammattilais-asiakasvuorovaikutussuhteessa mahdollistaa Naukkarisen (2008: 23) mukaan voimaantumisen kokemuksen. Yksilötasolla se koetaan sisäisen hallinnan tunteen synonyymina ja se sisältää muun muassa vapauden, vastuun, itsetuottamuksen ja myönteisen asennoitumisen elementit. Voimaantuminen on siis ihmisestä itsestään lähtevä prosessi (Naukkarisen 2008: 23), johon liittyy vahva vastuullisuus omasta kehittämisestä sekä halu ja kyky toimia tavalla, jonka itse tietää ja katsoo oikeaksi (Siitonen 1999: 88).

Voimaantuminen edellyttää asiantuntijan ja asiakkaan välistä luottamusta, kunnioitusta ja sitoutumista. Lisäksi se edellyttää asiakaslähtöistä toimintakulttuuria, joka mahdollistaa yksilön osallistumisen omaan hoitoprosessiinsa (Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus & Van Hecke 2016: 1926). On todettu, että voimaantumista edistää kannustava palaute ja reflektiota tukeva vuorovaikutus. Huomioitavaa kuitenkin on, että asiakasta ei voi voimaannuttaa vaan asiakas voi voimaantua vain itse. (Siitonen 1999: 88.)

Terveydenhuollon asiakkaan autonomiakokemukseen liittyy läheisesti hoitoon liittyvä tiedonsaanti, jonka Järnström (2011: 53) nimeää koko asiakaslähtöisyyden olennaisimmaksi elementiksi. Hänen mukaansa terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus ei saa asianmukaista mahdollisuutta toteutuakseen, jos asiakkaalle ei anneta riittävästi tietoa hoidosta ja sen eri vaihtoehdoista. Se ei myöskään toteudu, jos ammattilaiset käyttävät sellaista lääketieteellistä käsitteistöä, jota asiakas ei ymmärrä tai vuorovaikutustilanteessa käytetty yhteinen kieli ei ole riittävän ymmärrettävää. Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa, että terveydenhuollon ammattilaisen tulee varmistua siitä, että potilaalla on riittävä ymmärrys terveydentilaan liittyvästä selvityksestä ennen kuin hän tekee hoitoonsa liittyviä päätöksiä. Tätä selvitystä ei kuitenkaan saa antaa vastoin potilaan tahtoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

3.2.3. Yhteistyösuhde

Sosiaali- ja terveystalvelujen ytimessä on asiakkaan ja ammattilaisten yhteistyösuhde, joka ymmärretään institutionaalisenä suhteena (Raitakari ym. 2012: 51). Arkikielessä

termi instituutio viittaa yleensä julkisiin palveluihin ja toimintoihin, joilla hoidetaan jotakin yhteiskunnallisesti merkittävää tehtävää kuten terveydenhuoltoa. Institutionaalinen suhde terveydenhuollon kontekstissa on perinteisesti nähty ammatillisena suhteena, jossa asiakkaan asema on alisteinen ammattilaisen asemaan verrattuna. (Ruusuvuori, Haakana & Raevaara 2001: 11–17.) Tätä suhteen asymmetriaa on selitetty muun muassa profession tuomalla valta-asemalla (Ruusuvuori ym. 2001: 23), jonka Topal (2013: 500) näkee asiakaslähtöisen hoidon haasteena, jopa esteenä. Institutionaalista vuorovaikutussuhdetta voidaan suhteen asymmetriasta huolimatta pitää vastavuoroisena suhteena, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja vaikuttuvat toisistaan (Mönkkönen 2002: 42).

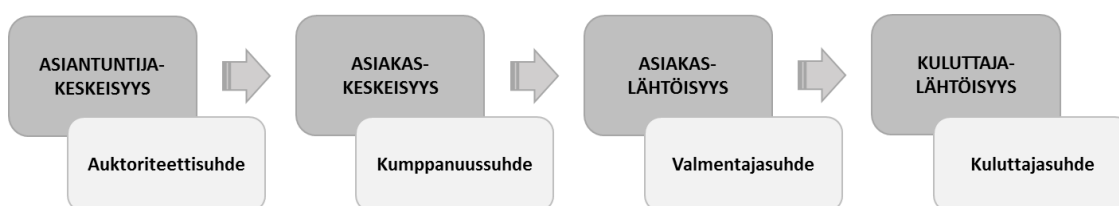
Järvisen (2015: 23) mukaan asiakas-ammattilaissuhteen rakentumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten organisaation toimintamallit ja -kulttuuri (mm. työntekijöiden käyttämä kieli ja käsitteistö) sekä tulkintakehykset. Tällä Järvinen tarkoittaa asiakkaista luotuja mallitarinoita, joilla asiakkaita roolitetaan esimerkiksi toimeentuloasiakkaan ja valittajaasiakkaan rooleihin. Hänen mukaansa näillä asiakkuuden mallitarinoilla oikeutetaan organisaation toimintatapoja. Drewin ja Sorjosen (2009: 23) mukaan asiakas-ammattilaissuhteen rakentumiseen vaikuttavat myös asiakkaiden ja työntekijöiden ihmiskäsitykset sekä heidän roolinsa vuorovaikutussuhteessa. Järvinen (2015) toteaa, että institutionaalille suhteelle on ominaista, että se kehittyy ammatillisten kohtaamisten ja siinä tapahtuvan vuorovaikutuksen kautta.

Kahden ihmisen välinen vuorovaikutus nähdään lähtökohtaisesti yksi- tai kaksisuuntaisena ilmiönä (Mönkkönen 2001: 435). Mattila (2001: 34) on tutkinut potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta ja määrittelee sen vastavuoroiseksi vaikuttamiseksi, jossa tavoitteena on muun muassa hoitosuhteen muodostuminen, potilaan avun ja tiedon tarpeen tyydyttyminen ja terveyden edistyminen. Vuorovaikutus sisältää kommunikaation, jossa tiedonvaihto on keskeistä (Mattila 2001: 34) sekä havaintojen tekemisen non-verbaalista viestintää hyödyntäen (Vatjuksen 2014: 17). Mönkkösen (2007:15) mukaan vuorovaikutukseen liittyy aina jonkin verran valtaa ja vallankäyttöä. Kettunen (2011:82) taas toteaa, että kasvokkain tapahtuvassa keskustelussa valta-asetelma on monimutkainen ja tilanne-

kohtainen ilmiö. Hän tarkoittaa tällä sitä, että sama toiminta voidaan eri yhteyksissä tulkita sekä vallankäytöksi mutta myös solidaarisuuden osoitukseksi. Se on siis henkilökohtainen kokemus ja näyttäytyy tunteen kautta (Kuusela: 2010: 153).

Asiakas-ammattilaissuhteen eri tasoja on kuvattu muun muassa yksilön (asiakkaan ja ammattilaisen) roolin ja suhteessa esiintyvän vallan käytön näkökulmasta monin eri tavoin ja monin eri käsittein. Esimerkiksi Mönkkönen (2002: 53–59) kuvaa näitä tasoja kolmella eri vuorovaikutusorientaatiolla, jotka hän on nimennyt asiantuntijakeskeisyydeksi, asiakaskeskeisyydeksi ja dialogisuudeksi. Vastaavaa tarkastelua ovat tehneet myös Raitakari kumppaneineen (2012: 49) huolenpito-, kumppanuus- ja kuluttajuussuhteiden näkökulmasta sekä Juhila (2006: 14–15) liitännäis- ja kontrolli-, kumppanuus-, huolenpito- ja vuorovaikutuksessa rakentuvan suhteiden kautta, että Laitila (2010: 30), joka on käyttänyt käsitteitä auktoriteetti-, kumppanuus- ja valmentajasuhde.

Tarkastelen seuraavaksi asiakas-ammattilaissuhteita Laitilan käyttämin käsittein liittäen tarkasteluuni Raitakarin ja kumppaneiden mainitseman kuluttajasuhteen. Tarkasteluni tavoitteena on kuvata, kuinka kyseiset suhteet ilmentävät asiantuntijakeskeisyyttä, asiakaskeskeisyyttä, asiakaslähtöisyyttä ja kuluttajalähtöisyyttä (ks. kuvio 4).



Kuvio 4. Asiakas- ja ammattilaissuhteen eri tasot asiantuntijakeskeisyydestä kuluttajalähtöisyyteen.

Auktoriteettisuhde

Auktoriteettisuhteeksi kutsutaan sellaista ammattihenkilön ja asiakkaan välistä suhdetta, joka on asiantuntija- ja sairauskeskeinen (Laitila 2010: 29). Tällainen suhde korostaa näkemystä, jonka mukaan ammattihenkilöllä, kuten esimerkiksi lääkäriellä tai sairaanhoitajalla on sellaista tietoa ja taitoa, jota hänen asiakkaallaan ei ole (Präg ym. 2017: 326). Auktoriteettisuhteessa asiakkaan kokemusmaailma ja asiantuntijuus jäävät taustalle, mistä syystä suhdetta voi kuvata Mönkkösen (2001: 436) mukaan monologina.

Auktoriteettisuhteessa ammattihenkilön toimintaa ohjaavat opitut teoriat, rutiinit ja ammattitermit (Mönkkönen 2001: 436) tai järjestelmän määrittelemät tavoitteet ja tulkinat (Mönkkönen 2002: 53). Tällaisessa suhteessa lääkäri tai sairaanhoitaja keskittyy vain tehtäväänsä, eli hän selvittää esimerkiksi asiakkaan oireet ja tekee diagnoosin sekä asettaa hoidolliset tavoitteet omien ammatillisten näkökulmiensa mukaisesti. Voidaan jopa todeta, että asiantuntijakeskeisesti toimiva ammattihenkilö ei ymmärrä asiakkaansa tarpeita (Mönkkönen 2001: 437), vaan saattaa jopa manipuloida asiakasta (Vatjuksen 2014: 21). Auktoriteettisuhde voidaan katsoa kulminoituvan ammattihenkilön ja asiakkaan vastakainasetteluun, johon liittyy kunnioittamisvajeeksi nimitetty ilmiö (Juhila 2006: 119). Tällä tarkoitetaan sitä, että yksilöä ei kohdata kokonaisena ihmisenä, jolloin yksilön omanarvontunto vähenee (Juhila 2006: 119) ja kokemus muun muassa itsemääräämisoikeudesta ja kuuluksi tulemisesta jää toteutumatta. Tämä taas johtaa siihen, että asiakkaalle ei muodostu kokemusta hyvästä hoidosta eikä hän ota toivottavaa vastuuta hoidostaan (Vatjuksen 2014: 21).

Auktoriteettisuhteen asiantuntijuutta on kuvattu vertikaaliseksi asiantuntijuudeksi, jota kutsutaan myös moderniksi professioksi. Sen tärkein ominaisuus on asiantuntijatieto ja toinen keskeinen tunnuspiirre on organisaation edustajana toimimiseen liittyvä valta. (Juhila 2006: 86.) Terveystuollon asiakas-ammattilaisuudessa vallankäyttö ilmenee muun muassa siten, että ammattihenkilö rajoittaa asiakkaan puhetta kysymyksillään, dominoi neuvontatilannetta puheen määrällä, keskeyttää ja toimii keskusteluaiheiden valitsijana (Kettunen 2011: 85). Vallankäyttöä tapahtuu myös silloin, jos terveydenhuollon ammattilainen positioi itsensä kaikkietäväksi auktoriteetiksi ja asemoi asiakkaan hoidon kohteeksi, objektiksi (Kuusela 2010: 154).

Mönkkösen (2007: 52) mukaan asiantuntijakeskeinen toimintatapa on oikeutettua tilanteissa, joissa asiakas tarvitsee ammattilaisen asiantuntijuutta, esimerkiksi akuuteissa sairastumistapauksissa. Se on oikeutettua myös tilanteissa, joissa asiakkaan kyky päätöksentekoon on heikentynyt osittain tai kokonaan, mutta myös silloin, jos asiakas epäillään olevan vaarallinen itselleen tai muille (Leino-Kilpi 2008: 104). Tällainen suhde voidaan nähdä Juhilan (2006: 151) mainitsemana huolenpitosuhteena, jossa asiakas ja ammattihenkilö kohtaavat toisensa, toinen huolenpitoa tarvitsevana ja toinen sitä antavana. Suhteelle on ominaista toimintatapa, jossa ammattihenkilö ottaa vastuun asiakkaan hoidon järjestämisestä, eli toimii hänen puolestaan mutta asiakkaan lähtökohdista käsin. Koska asiakas on riippuvainen avun antajasta, suhdetta pidetään auktoriteettisuhteelle ominaisena hierakkisena suhteena, jossa asiakkaan riippuvuus ammattilaisesta on uhka autonomialle vaikkakin huolenpidon etiikka edellyttää sen kunnioittamista. (Juhila 2006: 161–200; Raitakari ym. 2012: 68.)

Kumppanuussuhde

Kumppanuussuhde on vuorovaikutusta korostava (Toiviainen 2007: 32). Sille on ominaista, että siinä ammattihenkilö ja asiakas toimivat rinnakkain (Juhila 2006: 103) ja siinä pyritään yhteiseen päätökseen (Laitila 2010: 30). Terveystieteissä tämä tarkoittaa sitä, että lääkäri tai sairaanhoitaja kertoo asiakasta kuunneltuaan hoitoon liittyvät vaihtoehdot ja hoitopäätös syntyy yhdessä asiakkaan kanssa. Suhteelle on myös ominaista, että yksilö sitoutuu sovittuun päätökseen. (Laitila 2010: 30.) Tämä hoitovastuun jakautuminen ammattihenkilön ja asiakkaan välillä ilmentää sitä, että kumppanuussuhdetta voidaan kuvata osallistavaksi (Juhila 2006: 104). Osallistavassa suhteessa yksilö voidaan Raitakarin ja kumppaneiden (2012: 64) mukaan nähdä kansalaisen roolissa. Tässä roolissa hänellä on oikeus ja velvollisuus osallistua omaan hoitoonsa ja ottaa siitä vastuuta. Lääkärillä tai sairaanhoitajalla on vastaavasti velvollisuus toimia yksilön tarpeesta ja osallistua suhteeseen tukemalla ja mahdollistamalla täysivaltaisen kansalaisen roolin. (Juhila 2006: 118; Raitakari ym. 2012: 64.)

Kumppanuussuhteen asiantuntijuutta Juhila (2006: 137) luonnehtii horisontaaliseksi asiantuntijuudeksi. Tällä hän tarkoittaa sitä, että suhde on vastavuoroinen ja, jossa ammatillinen tieto ja taito vaikuttavat kyllä työhön, mutta ne eivät hallitse suhdetta. Toisin sanoen

professionaalisuus ei ole tässä suhdemuodossa tiedot ylittävää asiantuntijuutta, vaan se on kykyä asettua toisen kanssa samalle tasolle, kykyä kuunnella ja kykyä hyväksyä kuulemansa tieto. Myös Toiviainen (2007: 24) toteaa, että ammattihenkilöllä ei ole tiedon autonomiaa. Tähän on syynä hänen mukaansa se, että kumppanuussuhteeseen pyrkivä aktiivinen asiakas on useimmiten perehtynyt ongelmaansa ennen vastaanotolle tuloa. Tämä tapahtuu siten, että hän hakee tietoa esimerkiksi internetistä, ystäviltä ja/tai yleisöluennoilta, joita eri tahot kansalaisille järjestävät. Tämä tuo kumppanuussuhteeseen oman haasteensa, koska Juhilan (2006: 138) mukaan ammattihenkilö ja asiakas asettuvat helposti asiantuntijatiedon ja maallikkotiedon asetelmiin.

Mönkkösen (2001: 56) mukaan asiakaskeskeisessä vuorovaikutustilanteessa ammattilaisen rooli on aktiivinen, mutta hän näkee sen myös eräänlaisena foorumina, jossa asiakas voi reflektoida asioitaan. Tämä reflektio-näkökulma kuvaa suhteen dialogisuutta, joka tekee suhteesta Mönkkösen toteamana asiakaskeskeisen mutta ei vielä asiakaslähtöistä. Toisin sanoen kumppanuussuhteen dialogisuus on toisen kuuntelua ja keskustelua, mutta se ei ole sellaista, jossa keskustelijat hyödyntävät tunneälyään ja osallistuvat keskusteluun koko persoonallaan oppien toisiltaan jotakin uutta ja, joka mahdollistaa mielipiteen tai asenteen muutoksen (Mönkkönen 2007: 89; Vatjus 2014: 38–41). Tällaista dialogiaa ilmenee valmentajasuhteessa.

Valmentajasuhde

Valmentajasuhde on terveydenhuollon kontekstissa asiakkaan ja ammattihenkilön vuorovaikutuksellinen yhteistyösuhde, jossa hoitoon liittyvät toimenpiteet räätälöidään yhdessä sovittuihin tavoitteisiin ja asiakkaan elämäntilanteeseen sopivaksi (Laitila 2010: 30). Vuorovaikutuksellisen yhteistyösuhteen ytimessä on aito dialogi ammattihenkilön ja asiakkaan välillä. Voidaan siis todeta, että valmentajasuhde voidaan ymmärtää myös dialogisena suhteena, jossa molemmat osapuolet oppivat toisiltaan jotakin uutta ja, joka mahdollistaa mielipiteen tai asenteen muutoksen. (Mönkkönen 2007: 89.)

Dialogi käsite, jonka alkuperä on kreikankielisessä sanassa dialogos (*kaksinpuhelu, vuoropuhelu, keskustelu*), ymmärretään ennen kaikkea ihmisten välisenä sosiaalisena kommunikaationa, jolle on ominaista sosiaalisuus, vastavuoroisuus ja tasavertaisuus (ks.

Mönkkönen 2002). Vatjuksen (2014: 38–41) mukaan dialogi nähdään ihmisten välisenä kielellisenä kohtaamisena ja valta-asetelmista vapaana vuoropuheluna. Lisäksi Vatjus toteaa, että terveydenhuollon ammattilainen, joka hallitsee dialogisen vuoropuhelun, osaa hyödyntää verbaalisen viestinnän lisäksi myös asiakkaan nonverbaalista viestintää ongelmien määrittelyssä ja hoitopäätösten teossa. Asiakassuhteessa tämä tarkoittaa, että vuorovaikutuksessa muodostuu yhteinen ymmärrys tavoitteesta ja, miten se saavutetaan (Mönkkönen 2007: 87). On myös todettu, että dialogi on yhdessä ajattelemisen taitoa sekä yhdessä jaetun ymmärryksen ja tietämyksen muodostamista (Alexander 2008: 92). Tämä tarkoittaa sitä, että keskustelija ei pidä omaa kantaansa lopullisena vaan näkee sen yhdeksi askeleeksi kohti päämäärää (Järvinen 2006: 35).

Dialogiselle vuorovaikutussuhteelle on ominaista kumppanuuden, luottamuksen, läheisyyden ja lämmön kokemus (Vatjus 2014: 39). Sille on ominaista myös, että keskustelukumppanin ääni kuullaan, se vastaanotetaan ja siihen vastataan (Alexander 2008: 93–94). Dialogisessa suhteessa ollaan ennen kaikkea aidosti kiinnostuneita toisesta ihmisestä, joka kohdataan avoimin mielin ja toista kunnioittaen (Vatjus 2014: 39–40). Tällainen vuorovaikutussuhde ilmentää Gerlanderin ja Isotaluksen (2010: 6) mainitsemaa symmetristä asiantuntija-asiakassuhdetta, jossa osapuolet ovat tasavertaisia.

Dialogisuuden lisäksi terveydenhuollon valmentajasuhdetta voidaan tarkastella ammattihenkilöiden ohjausvalmiuksien kautta. Niillä tarkoitetaan niitä tietoja ja taitoja sekä asenteita, joiden avulla lääkäri ja sairaanhoitaja ohjaa asiakkaitaan. Terveydenhuollon kontekstissa ohjausta ei ymmärretä opetuksena tai terapiana vaan se on ihmisen arjessa kohtaamien vaikeuksien käsittelyä. Se on myös rinnalla kulkemista ja tukemista sekä muutokseen saattamista yksilön asettamien tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjaus nähdään myös rakentavana reflektiotaipana siitä, onko yhteisymmärryksessä valitut hoidolliset menetelmät tai toimenpiteet terveyttä edistäviä ja/tai sairautta hoitavia. (Peltoniemi 2007: 23–25.)

Asiakaslähtöinen ohjaus edellyttää lääkäriltä ja sairaanhoitajalta ihmisen kohtaamistaidon lisäksi ongelmanratkaisutaitoja sekä arvo- ja eettistä osaamista, mutta myös oman

persoonan luovaa käyttöä. Jälkimmäistä taitoa ammattihenkilö tarvitsee muun muassa silloin, kun hän suunnittelee, miten asiakasta motivoidaan ja millä menetelmin. Asiakaslähteisesti toimivan ammattihenkilön ohjaus näyttäytyy asiakkaalle muun muassa välittämisenä, ystävällisyytenä, ymmärtämisenä, inhimillisyytenä ja aitoutena. (Peltoniemi 2007: 26.)

Kuluttajasuhde

Toivaisen mukaan (2007: 32) kuluttajasuhteessa asiakkaan kokema ja määrittelemä subjektiivisen hoidon tarve korostuu ja asiakaskohtaamisessa pyritään hänen toteamaan siihen, että asiakkaan ”arvot, toiveet, mieltymykset, uskomukset, kokemukset ja persoonallisuus” tulevat huomioiduksi asiakkaalle räätälöidyissä hoitopäätöksissä. Tässä suhdetasossa terveystalvueluita tarjoava ammattihenkilö ja asiakas ymmärretään tasavertaisina yksilöinä, joiden välillä ei esiinny vallan vastakkainasettelua (Tuorila 2012: 567). Tämän mahdollistaa tämän päivän informaatiotekniikka ja internet, jotka ovat edesauttaneet lääketieteellisen tiedon demokratisoitumisen (Sánchez & Fuentes 2002: 20; Tuorila 2012: 568; Byham & Madathil 2015: 1502). Tämä näkyy vuorovaikutussuhteessa muun muassa siten, että terveydenhuollon asiakkaat vaativat itselleen entistä parempaa ja monipuolisempaa hoitoa perustellen vaatimuksiaan etukäteen hankkimillaan tiedoilla (Vatjus 2014: 21).

Kuluttajasuhde edellyttää Tuorilan (2012: 567) toteamana ”aktiivista, koulutettua, mediaa seuraavaa, neuvottelukykyistä, kriittistä ja vaativaa palvelunkäyttäjää”. Tällainen asiakas ymmärretään siis aktiivisena toimijana, jonka yksilöllisyyttä (Tuorila 2012: 567) ja autonomiaa (O’Dell 2012: 6) palvelusuhteessa korostetaan. Lisäksi hänet nähdään yksilönä, jolla on tiedonhankintavalmiudet ja terveyslukutaito, joilla hän tekee valintoja eri vaihtoehtojen välillä (O’Dell 2012: 1) ja ottaa näistä valinnoista henkilökohtaista vastuuta. Tällä suhdetasolla asiakkaalla tulee olla myös sellaista asiakasosaamista, jolla hän sopeutuu herkästi jatkuvaan muutokseen ja uusien asioiden opetteluun (Tuorila 2012: 567).

Kuluttajasuhteessa terveydenhuollon asiakkaat tunnustetaan oman elämänsä parhaiksi asiantuntijoiksi, jotka tietävät kyvykkyytensä ja halukkuutensa hyvinvointinsa edistämiseen. Tässä suhteessa ammattihenkilöiltä tulevia terveyteen liittyviä ohjeita ja neuvoja ei

koeta merkitykselliseksi, jos asiakkaan palveluntarve ei ole ollut niiden hakemisessa. (Tuorila 2012: 571.) Kuluttajasuhteelta odotetaan laadukasta henkilökohtaista palvelua, jossa ammattihenkilön ammattitaitoa (laaja-alaisesti ymmärrettynä) kyseenalaistetaan herkästi. Tällä suhdetasolla ammattilaisen rooli on Raitakarin ja kumppaneiden (2012: 51) mukaan ennen kaikkea tietoa antava konsultti, joka auttaa asiakasta tekemään valintoja palvelutarpeissaan.

3.3. Yhteenveto asiakaslähtöisyydestä

Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että asiakaslähtöisyyden käsite ymmärretään hyvin moniulotteisena ja vaikeasti määriteltävä käsitteenä. On todettu, että käsite ymmärretään toiminnan arvoperustana päämääränä ja sisältönä. Sen synonyymeinä nähdään kirjallisuudessa käytettävän muun muassa asiakaskeskeisyyden, potilaskeskeisyyden ja -lähtöisyyden käsitteitä ja siihen rinnastetaan myös esimerkiksi kuluttajakeskeisyyden ja -lähtöisyyden käsitteet. Asiakaslähtöisyyden vastakohtaksi ymmärretään asiantuntijakeskeisyys, jota pidetään terveydenhuollon perinteistenä toimintatapaa. (ks. Outinen ym. 1999; Kujala 2003; Harris ym. 2008; Laitila 2010; Pelzang 2010; Mead ym. 2016; Präg ym. 2017.)

Asiakaslähtöisyys ymmärretään useiden tutkijoiden tulkitsemana asiakkaan palvelutarpeista lähteväksi toiminnaksi, jonka arvoperustana on muun muassa ihmisarvon kunnioitus, yhdenmukaisuus ja tasavertaisuus. Asiakaslähtöisyys ilmentää ymmärrystä aktiivisesta ja osallistuvasta asiakkaasta, joka on oman elämänsä asiantuntija. Tutkijoiden mukaan asiakaslähtöisyys toteutuu dialogisessa vuorovaikutussuhteessa, jota voidaan kuvata valmentajasuhteeksi. (ks. Mönkkönen 2007; Valokilpi 2008; Laitila 2010; Järnström 2011.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan asiakaslähtöisyyden kokemusta terveydenhuollossa edesauttaa, kun asiakas kokee olevansa hoitosuhteessaan aidosti osallinen omana itsenään. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että yksilö kokee yhteenkuuluvuuden tunnetta

ja yhdessä toimimista ammattilaisten kanssa. Tämä edellyttää, että asiakas ja ammattilainen ymmärretään tasavertaisina ja aktiivisina toimijoita, jolloin molempien ääni tulee kohtaamisissa kuuluksi ja siihen vastataan. Tämä mahdollistuu sellaisessa vuorovaikutussuhteessa, jossa ollaan aidosti kiinnostuneita toisesta ihmisestä, joka kohdataan avoimin mielin ja toisen itsemääräämisoikeuksia kunnioittaen. (ks. Thompson 2006; Gerlander & Isotalus 2010; Järnström 2011; Vatjus 2014; Leemann & Hämäläinen: 2016.)

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakaslähtöisyyden kokemusta heikentää palvelujen tuottaminen palveluorganisaation lähtökohdista käsin sekä asiantuntijakeskeisellä työotteella, jolloin ammattilainen toimii muun muassa paternalististen hoitokäytäntöjen mukaisesti ymmärtäen asiakkaan passiivisessa roolissa. On myös todettu, että asiakaslähtöisyyttä heikentää omaan hoitoon ja sen suunnitteluun liittyvä osattomuuden tunne. Niin ikään kokemus siitä, että ei ole arvostettu omana itsenään, ei ole tasavertainen vuorovaikutussuhteessa eikä itsemääräämisoikeudet toteudu, heikentävät aikaisempien tutkimusten mukaan kokemusta palvelujen asiakaslähtöisyydestä. (ks. Kujala 2003; Leplega 2007; Lindberg ym. 2014; McColl-Kennedy ym. 2016.)

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä pääluvussa kuvaan koko tutkimusprosessin etenemisen. Ensimmäisessä alaluvussa perustelen ensin tutkimukseni tutkimusotteen ja -menetelmän valinnan. Toisessa alaluvussa esitelen tutkimukseni tiedonantajat sekä aineistonkeruun. Tämän jälkeen kolmannessa alaluvussa kuvaan keräämäni tutkimusaineiston analyysimenetelmän sekä aineiston käsittelyn etenemisen tutkimustuloksiksi.

4.1. Tutkimusotteen ja -menetelmän valinta

Tutkimusotteen valintaa edelsi pohdinta tutkimukseni tarkoituksesta (Kananen 2014: 20). Aluksi tarkoituksenani oli tutkia perusterveydenhuollon asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden ilmiötä palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan näkökulmasta niin, että tutkimustulokset olisivat yleistettäviä koko perusterveydenhuoltoon (Hirsjärvi ym. 2010: 180). Aihealueeseen paneutuminen herätti minussa kuitenkin uudenlaisia kysymyksiä ja huomaisin haluavani ymmärtää tutkittavaa ilmiötä syvällisemmin ja ennen kaikkea sellaisena, kuin tiedonantajat sen kokevat ja sitä tulkitsevat (Eskola & Suoranta 2008). Koska määrällinen tutkimusote ei tätä mahdollista, oli perusteltua, että tutkimusotteeksi valikoitui laadullinen tutkimusote.

Laadullinen tutkimusote sisältää useita tutkimusaineiston keruumenetelmiä, joilla tutkimukseen osallistuvien näkökulmat ja ”ääni” tuodaan esille. Näitä ovat esimerkiksi haastattelu, osallistuva havainnointi sekä erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. (Hirsjärvi ym. 2010: 164, 204–205.) Tässä tutkimuksessa aineiston keruumenetelmäksi valitsin haastattelun, jonka etuna pidetään sen joustavuutta. Tällä tarkoitetaan sitä, että haastattelun aikana tutkimuksen tekijällä on mahdollista esittää kysymyksiä siinä järjestyksessä kuin katsoo aiheelliseksi, toistaa tarvittaessa esitetty kysymys, oikaista syntyneitä väärinkäsityksiä ja selventää tarkoittamaansa ilmausta. Haastattelu myös mahdollistaa haastateltavien sanattomien viestien havainnoimisen, jotka kertovat esimerkiksi haastattelutilanteen tunneilmapiiristä. Haastattelu tutkimusmenetelmänä mahdollistaa myös sen, että haastatteluun voidaan valita juuri sellaisia tiedonantajia, joilla katsotaan

olevan riittävää kokemusta tai tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 63–63.)

Tutkimuskirjallisuus jakaa tutkimushaastattelun lomake-, teema- ja avoimeen haastatteluun (ks Metsämuuronen 2001; Eskola & Suoranta 2008; Hirsjärvi ym. 2010). Tässä tutkimuksessa päädyin teemahaastatteluun, jossa haastattelu kohdistettiin työni teoreettisen viitekehyksen ohjaamana perusterveydenhuollon asiakkuuden ja asiakaslähtöisyyden teemoihin (Metsämuuronen 2001: 42). Kyseiset teemat olivat haastattelussa ilmeneviä keskustelun aihealueita, joilla pyrin vangitsemaan tutkittavan ilmiön niin, että tutkijana ymmärsin, mistä siinä oli kyse (Kananen 2014: 24). Teemahaastattelun valintaa puolsi se, että se antoi haastateltavalle laajemmat mahdollisuudet omien henkilökohtaisten tulkitusten esittämiseen kuin, mitä lomakehaastattelu olisi mahdollistanut. Lisäksi koin, että teemahaastattelu oli avointa haastattelua parempi vaihtoehto, koska minulla oli vain vähän kokemusta tutkimushaastattelusta (Vilkkä 2014: 84). Tämä kokemus liittyy aiempaan koulutukseeni ja siinä tehtyyn opinnäytetyöhön.

Hirsjärven ja kumppaneiden (2010: 210) mukaan tutkimushaastattelu voidaan toteuttaa yksilö-, pari- tai ryhmähaastatteluna. Näistä haastattelumuodoista tavanomaisimpana pidetään yksilöhaastattelua (Vilkkä 2014: 81), johon en tässä tutkimuksessa kuitenkaan päätenyt, vaan valitsin haastattelumuodoksi ryhmähaastattelun. Ryhmähaastattelu on haastattelijan ylläpitämä ryhmäkeskustelu (Mäntyranta & Kaila 2008: 1507), johon osallistuu 6–8 tiedonantajaa (Vilkkä 2014: 82) ja se nauhoitetaan (Hirsjärvi ym. 2010: 211). Tämä tutkimusmenetelmä on todettu tuottavan kollektiivisesti jaettua ymmärrystä yksilöllisistä kokemuksista, käsityksistä ja uskomuksista monesta eri näkökulmasta. Jotta tämä toteutuisi, haastattelijan eli moderaattorin tehtävänä on mahdollistaa jokaisen haastatteluun osallistuvien erilaisten mielipiteiden ja käsitysten esittämisen. (Pietilä 2010: 215.) Tämä tapahtuu esimerkiksi jakamalla puheenvuoroja osallistujille, jos hän havaitsee jonkun tai joidenkin jäävän keskustelussa syrjään. Haastattelijan tehtävänä on myös huolehtia, että ryhmän keskustelu pysyy käsiteltävissä teemoissa. (Vilkkä 2014: 84.) Ryhmähaastattelun haasteena pidetään dominoivia henkilöitä, jotka pyrkivät määräämään keskustelun suunnasta (Hirsjärvi ym. 2010: 211), jolloin käsiteltävien teemojen syvälinen ja monipuolinen tarkastelu jää savuttamatta.

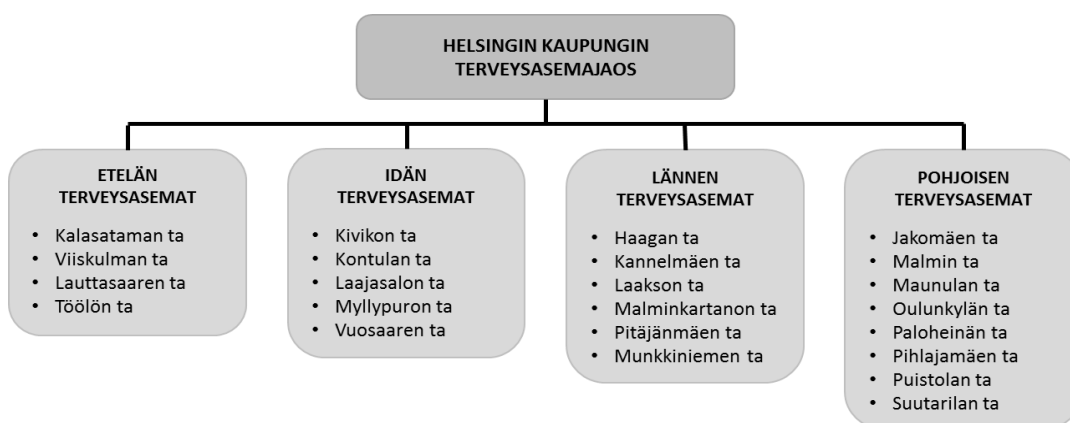
Ryhmähaastattelumenetelmän valintaan vaikutti tieto siitä, että tätä haastattelumuotoa on käytetty aiemminkin terveydenhuollon kontekstissa tehdyissä tutkimuksissa, joiden tavoitteena on Mäntyrannan ja Kailaan (2008: 1507) toteamana ”potilaiden näkökulman ja kokemusten ymmärtäminen sekä terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutavan ja toiminnan tutkiminen”. Menetelmän valintaan vaikutti myös se, että katsoin sen mahdollistavan tietojen saamisen samanaikaisesti usealta henkilöltä lyhyessä ja ennalta suunnitellussa ajassa (Hirsjärvi ym. 2010: 210). Lisäksi valintaan vaikutti se, että tutkimuskirjallisuuden mukaan ryhmässä tutkittavan ja tutkijan välille ei muodostu kontrolloitavan ja kontrolloijan välistä jännitettä, minkä on todettu olevan yksilöhaastattelun haaste (ks. Eskola & Suoranta 2008: 94–98; Hirsjärvi ym. 2010: 210). Valintaa puolsi myös se, että ryhmässä tutkittavaan ilmiöön liittyvät asiat tulevat tutkimuskirjallisuuden mukaan käsiteltyä hyvin monesta eri näkökulmasta. Tämän on todettu vähentävän väärintulkinnan mahdollisuutta. (Eskola & Suoranta 2008: 94–98.)

4.2. Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Joulukuussa 2017 olin yhteydessä Helsingin kaupungin terveysasemat ja sisätautien poliklinikka -toimiston johtavaan ylihoitajaan, jolle esitin kiinnostukseni tehdä tutkimukseni Helsingin terveysasemajaoksessa. Sovimme tapaamisen, jossa keskustelimme tutkimusintressistäni, tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä kohderyhmästä. Keskustelun jälkeen hän totesi, että terveysasemajaos oli kiinnostunut aiheestani ja kehotti minua hakemaan tutkimusluvan. Tämä minulle myönnettiin 28.3.2018.

Tutkimusluvan saatuani olin uudelleen yhteydessä johtavaan ylihoitajaan ja keskustelin hänen kanssaan tutkimukseni haastatteluryhmien eli terveysaseman käyttäjä- ja henkilökuntaryhmien muodostamisesta. Hän totesi, että terveysasemajaos oli aiemmin hyödyntänyt asiakaskokemuksen keräämistä muun muassa lähestymällä palvelunkäyttäjiä olemassa olevien asukasfoorumien ja -verkostojen kautta. Yhdessä sopien päädyimme siihen, että tähän tutkimukseen etsin osallistujia erään tietyn terveysaseman verkkopanelistien joukosta. He olivat niin sanottuja kehittäjäasiakkaita, jotka olivat ilmoittaneet innok-

kuutensa olla mukana kehittämässä terveysaseman toimintaa erilaisissa työpajoissa, palvelumuotoiluprojekteissa ja kyselyissä. Henkilökuntaryhmän muodostamisessa taas päädyimme yhdessä siihen, että etsin osallistujat yhdeltä, henkilöstömäärältään isolta terveysasemalta kuin, että olisin etsinyt osallistujia kaikilta Helsingin 23 terveysasemalta (ks. kuvio 5). Se, että osallistujat etsittiin yhdestä toimipisteestä, mahdollisti sen, että tutkimukseen osallistuvan henkilökunnan ei tarvinnut siirtyä työpisteen ulkopuolelle ryhmähaastattelun ajaksi. Tämän uskottiin parantavan tutkimukseen osallistumisen halukkuutta (ks. Eskola & Suoranta 2008: 91).



Kuvio 5. Helsingin kaupungin terveysasemajaos (mukaillen Terveysasemat 2018).

Käyttäjärühmä ja haastattelun toteutuminen

Käyttäjärühmän muodostaminen tapahtui siten, että kutsu (liite 2) lähetettiin 24.4.2018 terveysasemajaoksen toimesta sähköpostitse 74 tutkimukseen valitun terveysaseman verkkopanelisteille. Kutsun saaneista haastatteluun mukaan ilmoittautui määräaikaan mennessä (30.4.2018) seitsemän henkilöä. Näille jokaiselle lähetin henkilökohtaisen sähköpostin, jossa ilmoitin haastattelun tarkemman ajankohdan ja paikan. Jokainen sai sähköpostin mukana myös suostumuslomakkeen (liite 3) ja haastattelun tema-alueet sekä niihin liittyvät alustavat kysymykset (liite 4), joihin toivoin haastateltavien tutustuvan etukäteen. Suostumuslomakkeesta ilmeni, että kyseessä oli ryhmähaastattelu ja osallistu-

minen siihen oli vapaaehtoista ja, että mukanaolon voi peruuttaa tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Lisäksi osallistujille tiedotettiin, että haastattelussa saadut tiedot olivat luottamuksellisia ja että tietoja käsiteltiin niin, että haastateltavien anonymiteetti säilyi koko tutkimusprosessin ajan. (Eskola & Suoranta 2008: 92–93.) Käyttäjärühmän haastatteluun ilmoittautuneista yksi peruutti mukanaolonsa haastattelupäivän aamuna ja yksi mukaan ilmoittautuneesta ei ilmestynyt paikalle eli lopullinen käyttäjärühmä muodostui viidestä osallistujasta.

Käyttäjärühmän osallistujista kolme oli naisia ja kaksi miestä. Yhdellä haastateltavista oli mukana henkilökohtainen avustaja, jonka mukanaolo haastattelutilanteessa varmistettiin toisilta osallistujilta. Haastateltavat eivät tunteneet toisiaan entuudestaan. Iältään he olivat 40–69 -vuotiaita ja he asuivat Helsingissä viidellä eri postialueella. Yhdellä osallistujalla oli yliopistotutkinto ja muilla ylioppilas- ja/tai ammatillinen tutkinto. Kahdella osallistujalla oli neljä tai useampi käynti terveyskeskuksessa viimeisen vuoden aikana ja muilla näitä käyntikertoja oli yhdestä kolmeen. Jokainen osallistuja ilmoitti, että on osallistunut aiemmin terveydenhuollon kehittämiseen osallistumalla muun muassa asukasraatiin, käyttäjäinfoon, erilaisiin kyselyihin ja haastatteluihin. Osallistujat kertoivat antavansa myös spontaania palautetta henkilökunnalle terveysaseman toiminnasta. Nämä tiedot keräsin haastateltavan taustatiedot -lomakkeella (liite 5).

Käyttäjärühmän haastattelu toteutettiin 17.5.2018 Helsingin Hakaniemessä, Kallion vierastalolla, josta olin varannut 10-hengen neuvotteluhuoneen. Haastattelun aluksi kerroin jo kutsukirjeessäkin esiintuomani asiat eli tutkimuksen tarkoituksen, osallistumisen vapaaehtoisuuden ja luottamuksellisuuden. Lisäksi kerroin, että haastattelu nauhoitetaan ja että tätä nauhoitusta käytetään vain tämän tutkimuksen tekemiseen. Kävin myös lyhyesti läpi haastattelun teema-alueet, jotta jokainen mukanaolija ymmärtäisi esitettävät käsitteet ja käytettävät käsitteet ja näin pystyisi osallistumaan tasavertaisena keskusteluun (Eskola & Suoranta 2008: 96). Tämän jälkeen jokainen sai tutkimukseen osallistumisestaan suostumuslomakkeen allekirjoitettavaksi.

Ennen nauhoituksen alkua kerroin osallistujille, että haastattelijana tehtäväni oli viedä keskustelua eteenpäin, jakaa tarvittaessa puheenvuoroja ja palauttaa keskustelu tarvittaessa käsiteltäviin aihealueisiin. Kerroin, että en itse osallistu keskusteluun enkä ilmaise omia mielipiteitäni aihealueeseen liittyen. Jätin tarkoituksella kertomatta oman osastonhoitajan ammattitaustani ja sen, että työskentelen Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa, koska näillä haastattelijaa koskevilla tiedoilla on todettu olevan vaikutusta haastattelun onnistumiseen ja aineiston laatuun (Mäntyranta & Kaila 2008: 1509). Lisäksi kerroin, että jokaisen esittämä näkemys aiheesta oli merkityksellinen ja että oikeita ja vääriä vastauksia ei ole olemassa. Esitin myös toiveen, että osallistujat puhuvat yksitellen ja totesin, että puheenvuoroja ei tarvitse käyttää järjestyksessä.

Haastattelun äänitetty osuus kesti 1h 34 min. Haastattelun aikana jokainen osallistui keskusteluun aktiivisesti ja keskusteluilmapiiri oli kirjaamieni muistiinpanojen mukaan avoin ja toisten mielipiteitä kunnioittava. Keskustelun aikana esiintyi yksi kommentti, jonka mukaan ” *mua kyllä hämmentää nää kaikki termit, asiakas rooli, kokemus, lähtöisyys, ne on mulle vähän vaikeita*” (AH5). Muut osallistujat eivät esittäneet vastaavaa näkemystä. Yksi haastateltavista oli valmistautunut tilaisuuteen kirjaamalla etukäteen ajatuksiaan muistivihkoon. Puheenvuorot jakaantuivat määrällisesti taulukon 1 mukaisesti. Taulukossa esiintyvät kirjain ja numero -yhdistelmät ovat osallistujille antamani tunniste eli kirjainosa AH tarkoittaa asiakasryhmähaastattelua ja numero-osa (1–5) tarkoittaa, kenestä osallistujasta on kyse.

Taulukko 1. Käyttäjärühmässä käytettyjen puheenvuorojen jakaantuminen.

Osallistuja	Puheenvuorojen määrä
AH1	20
AH2	22
AH3	29
AH4	28
AH5	19

Henkilökuntaryhmä ja haastattelun toteutuminen

Sen jälkeen, kun valinta tutkimukseen osallistuvasta terveysasemasta oli päätetty, johtava ylihoitaja lähetti sähköpostiviestin (17.4.2018) terveysaseman ylilääkärille ja osastonhoitajalle. Hän tiedotti viestissään tulevasta tutkimuksesta ja perusteluista, jotka olivat johdaneet kyseisen terveysaseman valintaan. Tämän jälkeen otin yhteyttä terveysaseman osastonhoitajaan, joka oli ilmoittanut olevansa yhteyshenkilöni henkilökuntaryhmän muodostamisessa. Lähettämässäni sähköpostissa esitin toiveen, että

”ryhmä muodostuisi lääkäreistä, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja lähihoitajista. Siis niistä ammattilaisista, jotka työskentelevät potilastyössä vastaanotolla ja/tai ajanvarauksessa. Ryhmässä voi olla miehiä ja naisia, ja he voivat olla eri-ikäisiä, eri tavalla asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä ajattelevia.”

Lisäksi pyysin, että hän varaisi haastattelua varten rauhallisen tilan ja kerroin haastattelun kestävän noin kaksi tuntia. Sähköpostin liitteenä lähetin kutsun ”Hyvä terveysaseman ammattilainen” ja suostumuslomakkeen, jota pyysin jaettavaksi osallistujia etsittäessä. Kyseiset lomakkeet olivat vastaavanlaiset kuin mitä olin käyttänyt etsiessäni osallistujia käyttäjäryhmään.

Henkilökuntaryhmän osallistujat valikoituivat terveysaseman avosairaanhoidon 23 lääkärin, 22 sairaanhoitajan/terveydenhoitajan ja 6 perushoitajan/lähihoitajan joukosta. Ryhmä muodostui kuudesta ilmoittautuneesta, joista neljä oli naista ja kaksi miestä. Heidän joukossaan oli kaksi lääkäriä, kaksi lähihoitajaa sekä yksi sairaanhoitaja ja yksi terveydenhoitaja. Työkokemusta heillä oli ammattiin valmistumisen jälkeen 2,5–30 vuotta ja työskentelyä terveyskeskuksessa 2–19 vuotta ammattiuran aikana. Kolme haastateltavaa ilmoitti, että he eivät ole käyneet asiakaslähtöisyyteen liittyvässä koulutuksessa ja kaksi ilmoitti osallistuneensa asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseen (Hyvä Potku -hanke ja Lean-koulutus). Haastateltavista yksi ilmoitti, että ei ole osallistunut asiakaslähtöiseen koulutukseen eikä palvelujen kehittämiseen. Nämä tiedot keräsin tälle ryhmälle tehdyllä haastateltavan taustatiedot -lomakkeella.

Henkilökuntaryhmän haastattelu toteutettiin 29.5.2018. Ennen varsinaista haastattelua noudatin samaa toimintatapaa, jolla olin toiminut käyttäjäryhmän haastattelussa. Eli kerroin aluksi muun muassa tutkimuksen tarkoituksen, osallistumisen vapaaehtoisuuden ja

luottamuksellisuuden sekä haastattelun nauhoittamisen ja keskustelun teema-alueet. Lisäksi kerroin oman roolini haastattelutilanteessa. Myös tässä ryhmässä pitäydyin kertomasta oman ammatillisen taustani, jolla uskoin olevan vaikutusta haastateltavien avoimeen keskusteluun asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.

Haastattelun äänitetty osuus kesti 1h 20 min. Myös tästä haastattelusta muistiinpanojeni mukaan haastatteluilmapiiristä välittyi avoin ja luottamuksellinen tunnelma. Toisen osallistujan näkemyksiin otettiin kantaa mutta ei kyseenalaistamalla vaan täydentämällä sitä omilla ajatuksilla ja mielipiteillä. Osallistujista yksi käytti puheenvuoroja selvästi muita vähemmän ja yksi muita enemmän. Puheenjohtajana jouduin muutaman kerran ohjaamaan keskustelua siten, että vähiten puheenvuoroja ottavat saivat äänensä kuuluviin. Puheenvuorot jakaantuivat määrällisesti tässä ryhmässä taulukon 2 mukaisesti, jossa osallistujia kuvaavaan tunnisteeseen kirjainosa TH tarkoittaa henkilökuntaryhmähaastattelua ja numerot (1–6) osallistujia.

Taulukko 2. Henkilökuntaryhmässä käytettyjen puheenvuorojen jakaantuminen.

Osallistuja	Puheenvuorojen määrä
TH1	22
TH2	38
TH3	14
TH4	24
TH5	50
TH6	36

4.3. Tutkimusaineiston analysointi

Aineiston analyysissä yhdistyy Metsämuurosta (2001: 51) lainaten ”analyysi ja synteesi”. Toisin sanoen analyysin aikana haastatteluaineisto hajotetaan pienempiin osiin ja synteesin avulla ne kootaan uudelleen tieteellisiksi johtopäätöksiksi. Tätä kutsutaan myös abstrahoinniksi, jonka tuloksena muodostuneet johtopäätökset voidaan irrottaa tutkimukseen

osallistuneista henkilöistä sekä heidän esittämistä lausumista ja siirtää ne yleiselle käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle (Metsämuuronen 2001: 51). Aineiston analyysivaiheessa tutkijalle siis selviää, millaisia vastauksia hän saa asetettuun tutkimusongelmaan tai -tehtävään (Kananen 2014: 101).

Laadullisen aineiston analyysiin ja tulkintojen tekemisessä nähdään kaksi periaatteellista lähestymistapaa. Toinen on aineistolähtöinen, jolloin analyysi etenee aineistosta käsin ilman teoreettisia etukäteisolettamuksia. Toisessa lähestymistavassa hyödynnetään jotakin olemassa olevaa teoriaa tai teoreettisesti perusteltua näkökulmaa. (ks. Eskola & Suoranta 2008; Tuomi & Sarajärvi 2018.) Tämä jälkimmäinen analyysitapa ymmärretään teorialähtöiseksi tai -ohjaavaksi sisällönanalyysi menetelmäksi (Tuomi & Sarajärvi 2018: 81–82). Tässä pro gradu -tutkielmassa päädyin käyttämään teorialähtöistä sisällönanalyysimenetelmää, koska työni teoreettinen viitekehys ja siten myös haastattelujen teema-alueet olivat valmiita ennen tutkimusaineiston hankintaa. Asiakkuutta käsittävän tekstin analyysissä kuitenkin havaitsin, että yksi analyysitapa ei ollut riittävä, joten aineistoa analysoitiin myös aineistolähtöisesti.

Ennen kuin haastatteluaineistoa voitiin varsinaisesti analysoida, se oli ensin saatettava sellaiseen muotoon, että analysoiminen oli mahdollista. Tämä tapahtui haastattelujen puhtaaksi kirjoittamisella eli litteroinnilla. (Metsämuuronen 2001: 51.) Litteroinnin voi käsitellä erilaisilla tekstinkäsittely-, tietokanta- tai taulukkolaskentaohjelmilla (Kananen 2017: 135). Itse päädyin käyttämään Word -tekstinkäsittelyohjelmaa. Omassa tutkimuksessa litteroitua, puhekielellä kirjoitettua tekstiä muodostui Times New Roman, kirjaskoko 11 ja 1,5 riviväliä yhteensä 41 sivua. Koska tutkimuskirjallisuus ei anna litteroinnin tarkkuudesta yksiselitteisiä ohjeita (ks. Hirsjärvi ym. 2010; Kananen 2014), jätin kirjaamatta litteroituun tekstiin sellaista tiedonantoa, joka ei liittynyt asiakkuuteen tai asiakaslähtöisyyteen. Lisäksi jätin kirjaamatta suurimman osan sellaisista lisukesanoista kuten äh, no, tuota, niin.

Litteroinnin jälkeen luin aineistoa ajatuksella läpi, jonka tarkoituksena oli sen sisäistäminen. Lukiessani pyrin myös siihen, että osastonhoitajan ammattirooliini liittyvät subjektiiviset ennakkokäsitykset asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä eivät ohjaisi minua

kiinnittämään huomiota vain minulle entuudestaan tuttuihin ilmauksiin, vaan tavoitteenani oli myös löytää minulle entuudestaan uusia, jopa outoja ilmauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Metsämuuronen 2001: 54.)

Eskola ja Suoranta (2008: 150) toteavat, että lukiessa tutkijalle syntyy joitakin oivalluksia tutkittavasta ilmiöstä ja hän saattaa jo tässä vaiheessa pyrkiä kehittämään hienoja abstraktioita ja yleistyksiä aineiston tulkinnaksi. Heidän mukaansa tätä tulee kuitenkin välttää ja se mahdollistuu etenemällä aineiston analyysissä asteittain ja hyödyntämällä teema-haastattelun teemoja aineiston jäsentämisessä. Tämä olikin seuraava vaihe analyysini teossa. Muodostin ensin asiakkuuden teemasta analyysirungon, johon kirjasin teoreettisen viitekehyksen ohjaamana käsitteet; potilas, asiakas, kansalainen ja kuluttaja (Tuomi & Sarajärvi 2018: 95). Tämän jälkeen luin tekstiaineistoa uudelleen läpi seulomalla ja merkitsemällä eri värein sellaisia tekstikohtia, jotka ilmaisivat kyseisiä käsitteitä (Eskola & Suoranta 2008: 152) eli potilasta kuvaavat ilmaukset merkitsin keltaisella, asiakasta tarkoittavat vihreällä ja niin edelleen. Tämän jälkeen kopioin ne sanatarkasti analyysirunkoon sitä parhaiten kuvaavan käsitteen alle.

Analyysin edetessä havaitsin, että käsitteitä ilmaistiin myös ominaisuuksien mukaan, joten ryhmittelin ilmaukset analyysirungossa siihen liittyvien passiivisten, aktiivisten ja hybridi ominaisuuksien mukaan. Ne ilmaukset, joita en voinut ryhmitellä tekemääni analyysirungon mukaisesti, siirsin omaan, aineistosta nousseeseen taulukkoon. Tämän jälkeen nimesin alaluokat, joita muodostui 12 kappaletta. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Taulukossa 3 kuvaan analyysin tätä vaihetta.

Taulukko 3. Asiakkuuden analyysirunko ja alaluokkien nimeäminen.

Analysointitapa	Teoriasta nostetut käsitteet	Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka
Teorialähtöinen analyysi	Potilas	Passiivinen ominaisuus	Passiivinen potilas
		Aktiivinen ominaisuus	Aktiivinen potilas
		Hybridi ominaisuus	Hybridipotilas
	Asiakas	Passiivinen ominaisuus	Passiivinen asiakas
		Aktiivinen ominaisuus	Aktiivinen asiakas
		Hybridi ominaisuus	Hybridiasiakas
	Kansalainen	Passiivinen ominaisuus	Passiivinen kansalainen
		Aktiivinen ominaisuus	Aktiivinen kansalainen
	Kuluttaja	Aktiivinen ominaisuus	Aktiivinen kuluttaja

	Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka
Aineistolähtöinen analyysi		Passiivinen sote-asiakas
		Aktiivinen testaja asiakas
		Hybriditoimija

Analyysin seuraavassa vaiheessa ryhmittelin alaluokat siten, että eri käsitteiden samankaltaiset ominaisuudet muodostivat yhden yläluokan (Tuomi & Sarajärvi 2018). Näitä yläluokkia muodostui yhteensä kolme, jotka nimesin teoreettisen viitekehyksen ohjaamana seuraavasti: *palveluasiakkuus*, *kohdeasiakkuus* ja *hybridiasiakkuus* (ks. taulukko 4). Tämän jälkeen luin muodostamaani yläluokkaan kuuluvat sanatarkat ilmaukset uudelleen ja siirsin niitä tarvittaessa sitä paremmin kuvaavan yläluokan alle. Tämän tehtyäni havaitsen, että analyysini tuloksena minulle oli muodostunut ymmärrys perusterveydenhuollon asiakkuudesta tutkimukseen osallistuneiden tiedonantajien näkemyksenä.

Taulukko 4. Alaluokista yläluokiksi.

Alaluokkien ryhmittely	Yläluokat
Aktiivinen potilas Aktiivinen asiakas Aktiivinen kansalainen Aktiivinen kuluttaja Aktiivinen testaaja-asiakas	Palvelu-asiakkuus
Passiivinen potilas Passiivinen asiakas Passiivinen kansalainen Passiivinen sote-asiakas	Kohde-asiakkuus
Hybridipotilas Hybridiasiakas Hybriditoimija	Hybridi-asiakkuus

Analyysi jatkui asiakkuus-teeman jälkeen asiakaslähtöisyys-teeman analysoimisella. Tässä etenin kuten edellä eli ensin muodostin analyysirungon, johon kirjaisin teoreettisesta viitekehystä asiakaslähtöisyyttä kuvaavat ulottuvuudet (osallisuus, autonomiakokemus ja yhteistyösuhde). Tämän jälkeen luin tekstiaineistoa uudemman kerran läpi etsien ja merkiten väreän eri ulottuvuuksia kuvaavia ilmauksia. Aluksi kopion analyysitaulukkooni kaikista selkeimmät ilmaukset. Tämän jälkeen paneuduin tekstiaineistooni syvällisemmin ja havaitsin, että jotkut ilmaukset olivat sellaisia, että voisin sijoittaa ne kahden eri ulottuvuuden alle. Näissä tilanteissa jouduin pohtimaan sekä tekemään vahvaa tulkinnallista työtä eli kysymään itseltäni, mitä kyseinen ilmaus tarkoittaa tiedonantajan esittämänä, miten sen tulkitseen ja mihin johtopäätökseen päädyn (Eskola & Suoranta 2008: 152). Asian ratkaisemiseksi palasin työni teoreettiseen viitekehukseen palautteekseni mieleeni asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista kirjoittamaani tietoa ja tein päätöksen ilmauksen sijoittamisesta analyysirungossa tämän jälkeen.

Kun olin mielestäni saanut molempien teema-alueiden analyysit tehtyä, jätin työni muutamaksi päiväksi syrjään. Tämän jälkeen luin haastattelut vielä kerran läpi pitäen mielessä tutkimuskysymykseni, jonka jälkeen palasin kertaalleen tehtyyn analyysiin. Tässä vaiheessa havaitsin, että jotkut ilmaukset kuvaavatkin toista asiakaslähtöisyyden ominaisuutta esimerkiksi autonomiakokemusta paremmin kuin osallisuutta, joten siirsin vielä

tässä vaiheessa ilmauksia sitä paremmin kuvaavan ominaisuuden alle. Analyysin läpikäyminen päättyi havaintoon, että minulle oli muodostunut kuva siitä, millaisena tiedonantajat kokevat asiakaslähtöisyyden.

5. TULOKSET

Tässä pääluvussa esitän tutkimukseni tulokset, joita todentavat haastatteluaineistosta lainaamani suorat lainaukset. Lainauksissa esiintyy osallistujaa kuvaava tunniste. Ensimmäisessä ja toisessa alaluvussa kuvaan tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä perusterveydenhuollon asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä, jonka jälkeen kolmannessa alaluvussa esitän tutkimustuloksista yhteenvedon.

5.1. Perusterveydenhuollon asiakkuus

Aloitan tulosten tarkastelun kuvaamalla niitä käsitteitä, joilla perusterveydenhuollon palvelunkäyttäjää kuvattiin tutkimusaineistossa. Tämän jälkeen kuvaan analyysin tuottamaa tietoa asiakkuudesta, joka ilmeni palvelu-, kohde- ja hybridiasiakkuutena. Asiakkuus-tuloksia kuvaavien alalukujen alkuun olen kirjannut lyhyen mieleen palauttavan kuvauksen luvussa käsiteltävästä asiakkuudesta. Tämän olen muodostanut teoreettisen viitekehyksen ohjaamana.

5.1.1. Asiakas, potilas vai jokin muu?

Molemmissa haastatteluryhmissä perusterveydenhuollon asiakkuutta kuvattiin pääasiassa asiakas- ja potilas-termein. Käyttäjryhmän haastattelussa osallistujat puhuivat itsestään pääasiassa asiakkaana, koska potilaan rooli katsottiin liittyvän sairaalaan ja pitempään hoitosuhteeseen, kuten haastateltavat asian ilmaisivat: ”Niin potilaasta mulle tulee enemmän mieleen se, et sairaalassa hoidetaan potilaita” (AH2) ja ”potilaan rooli [...] kuuluu enemmän tonne sairaalaan eli joutuu jäämään johonkin tai tulee pitempi reissu samasta asiasta.”(AH4). Toisaaltaan, yksi haastateltavista näki asiakas-termin liittyvän yrity maailmaan ja siksi palvelunkäyttäjänä ei ”haluu olla siellä terveyskeskuksessa asiakkaana, josta revitään katetta, vaan kyl mä oon mielummin se potilas kuin se asiakas” (AH5). Haastattelussa myös ilmeni, että ”oon kyllä näiden termien suhteen ihan neutraali, et ihan yks lysti, vaikka mua kutsuttaisiin toveriksi” (AH4).

Henkilökuntaryhmän haastattelussa ilmeni, että asiakas-termi ei ole vakiintunut termi henkilökunnan keskuudessa, vaan se koettiin *”johdon antamaksi ohjeeksi”* (TH3). Vähän samanlainen ymmärrys ilmeni myös käyttäjäryhmän haastattelussa, jossa todettiin, että *”asiakasrooliahan nyt lanseerataan joka puolella, siis kaupungillakin”* (AH4). Asiakas-termin käyttöä henkilökuntaryhmässä vierastettiin muun muassa sen takia, että se miellettiin enemmän yksityisen terveystalouden termiksi, kun taas potilas-termi koettiin kuvaavan paremmin julkisessa terveydenhuollossa asioivaa käyttäjää, kuten eräs haastateltavista asian ilmaisi: *”Yksityinen puoli puhuu huomattavasti enemmän asiakkaista ja julkinen puoli puhuu enemmän potilaista”* (TH2). Henkilökuntahaastattelussa myös ilmeni, että terveysasemalla asioiva ja paljon sosiaali- ja päihdepalveluita tarvitseva käyttäjä nähdään enemmän asiakkaana kuin potilaana. Asiakas-termi kuvasi siis palvelunkäyttäjää, joka tarvitsi palveluntarpeeseensa muutakin apua kuin, mitä lääkäri tai hoitohenkilökunta oman professionsa kautta pystyi tarjoamaan: *”Mä en pysty heitä auttamaan vaan ne tarvitsee muidenkin apua”* (TH5).

Henkilökuntaryhmälle potilas-termiin liittyi samanlaista ajattelua kuin käyttäjäryhmässä, eli potilaaksi katsottiin ne terveystalouden käyttäjät, jotka ovat *”laitoksessa hoidossa ja osastolla”* (TH4) sekä terveysaseman *”ensivassa”* (TH1). Vaikka potilas-termi koettiin kuuluvaksi sairaalamaailmaan, henkilökuntaryhmässä oltiin hyvin yksimielisiä siitä, että terveysasemalla asioivaa on luontevaa kutsua potilaaksi, kuten eräs ryhmäläisistä asian ilmaisi: *”Oikeastaan kaikki avopuolen vastaanotolla olevat henkilöt, [...] ovat potilaita”* (TH6). Potilas-termin käyttöä he perustelivat muun muassa sillä, että terveysasemalla asioiva on hakemassa hoitoa ja apua ammattilaisilta. Potilas-termiin liittyi myös tunneperäinen ulottuvuus, millä perusteltiin termin käyttöä, kuten seuraavista ilmauksista käy ilmi: *”Musta tuntuu, että lääkäri puolella enemmän tykätään potilaasta kuin asiakkaasta”* (TH5) ja *”jos ne on mun omia, niin silloin ne on mulle kyllä potilaita eikä asiakkaita”* (TH2).

Vaikka henkilökuntaryhmässä todettiin, että potilas-termin käyttö on heille luontevampaa kuin asiakas-termin käyttö, ryhmässä todettiin, että *”kyl täällä töissä noita molempia käytetään”* (TH1). Esitettyyn kysymykseen, milloin terveysasemalla asioiva ymmärretään potilaaksi ja milloin taas asiakkaaksi, yksi ryhmäläinen totesi: *”Mä en ainakaan osaa*

määritellä missä vaiheessa mulla muuttuu se asiakkaasta potilaaksi tai toisin päin” (TH4). Keskustelun edetessä ilmeni, että palvelunkäyttäjän tullessa terveysasemalle ja asioidessaan asiakaslukulla sekä *”yleisellä tasolla puhuttaessa*” (TH1), hänet katsottiin pääsääntöisesti asiakkaaksi. *”Mut sit kun se ihminen avaa itsestään enemmän eli mikä se hänen ongelma on, niin silloin hän kääntyy meillä potilaaksi*” (TH1). Keskustelussa myös todettiin, että *”silloin kun kollegan kanssa puhuu, niin siinä vaiheessa se kääntyy potilaaksi, mutta sitten kun se kirjataan sinne pegasokseen, niin silloin mä käytän sitä asiakasta.*” (TH4). Erään haastateltavan mukaan työntekijöiden sukupolvierot saattoivat selittää sen, miksi jotkut puhuivat mieluummin potilaista kuin asiakkaista tai päinvastoin. Tätä näkemystä hän kuvasi seuraavasti:

”Mulla on pikkaisen semmoinen tunne, et kun lukee sitten tekstejä, niin meillä nuoremmat hoitajat enemmän käyttää asiakas sanaa ja semmoset, jotka on jo tehneet pitkän työuran potilaiden kanssa, niin se potilas on sinne niin ku rutinoitunut.” (TH5)

Asiakas- ja potilas-käsitteiden lisäksi terveyspalvelujen käyttäjää kuvattiin haastatteluaineistossa kansalaisen ja kuluttajan rooleihin liittyvillä ilmauksilla, mutta näitä käsitteitä ei kummassakaan haastatteluryhmissä spontaanisti käytetty. Henkilökuntaryhmässä esitettyyn kysymykseen *”näkyykö kuluttajan roolia perusterveydenhuollossa?”* vastattiin, että *”mulle kuluttaja-sanalla on niin huonoja konnotaatioita, et se ei kuulu terveydenhuoltoon ollenkaan*” (TH5). Toinen ryhmässä oleva vastasi kysymykseen hyvin samaan tapaan: *”Kuluttajan tapaan toimivia henkilöitä me kyllä täällä tavataan, mut semmoista termiä ... se tuntuu kauheen vieraalta, et semmosta käyttäis niinku yhtään missään edes epämuodollisessa keskustelussa*” (TH6). Potilaan ja asiakkaan termien lisäksi palvelunkäyttäjää kuvattiin haastatteluissa satunnaisesti myös termeillä *”toimija*” (AH3), *”testaaja*” (AH4) ja *”paljon palveluita käyttävä*” (TH5).

5.1.2. Palveluasiakkuus

Palveluasiakkuudessa palvelunkäyttäjä ymmärretään aktiivisena, neuvottelu- ja yhteistyötaitoisena sekä osallistuvana palvelunkäyttäjänä, jolla on oikeus tiedonsaantiin, auto-

nomiaan ja palautteenantoon. Hänet ymmärretään roolissaan myös yksilöksi, joka on demokraattisen järjestelmän jäsen, joka osaa vaatia palvelua, vertailee niitä ja tekee valintoja. Vaativana palautteenantajana palveluasiakas koetaan jopa hankalana.

Käyttäjryhmän haastattelussa ilmeni, että palveluasiakkaan roolissa käyttäjä koki olevansa tasa-arvoisessa suhteessa henkilökunnan kanssa, jossa häntä oli *”kuunneltu korvalla”* (AH1), kuten eräs ryhmäläinen totesi. Haastattelussa myös ilmeni, että aktiivisessa roolissa käyttäjät ovat hoitoonsa liittyvissä asioissa valintoja tekeviä neuvottelijoita. Aktiivinen rooli myös mahdollisti omien palvelutarpeiden toteutumisen, kuten esimerkiksi saamaan *”kaikki ne lähetteet, mitä mä oon tarvinnut”* (AH1). Käyttäjän aktiivista roolia kuvasi myös se, että vastaanottokäynnille valmistauduttiin etukäteen, kuten yksi käyttäjä asian ilmaisi: *”Mähän menen kanssa silleen, että mulla on paperit tällee mukana eli ne asiat, joista mä haluan puhua”* (AH2).

Palveluasiakas halusi myös itse päättää, hoidetaanko varatulla vastaanottoajalla yksi vai useampi hoidon tarve kerralla: *”Mä haluan, et hoidetaan sormi ja varvas samalla reisulla kuin, et sieltä tilaa molemmille eri ajat”* (AH4). Lisäksi käyttäjryhmän haastattelussa ilmeni, että aktiivista asiakkuutta tuki esimerkiksi selkeät, helppolukuisat internet-sivustot, joista asiakkaan etsimä tieto oli helposti löydettävissä. Tällä hetkellä tämä ei erään käyttäjän mukaan toteudu: *”Mutta ei siinä ollu puhelinnumeroa mihin mä olisin voinut soittaa. No mä kyllä tiedän nyt, että tota kohtaa mun olis pitänyt klikata ... tota ... mutta siinä ei oo mitään vinkkiä, että mä olisin ymmärtänyt klikata sitä”* (AH5).

Aktiivisen palvelunkäyttäjän roolissa käyttäjä odotti terveysaseman henkilökunnalta *”kunnollista palvelua”* (AH1). Jos tämä ei toteutunut, aktiiviseksi itsensä mieltävä käyttäjä muuttui kertomansa mukaan *”äänekkääksi”* (AH3) ja *”vaativaksi”* (AH3). Käyttäjryhmässä todettiin, että näin toimimalla *”niin kyllähän sitä paremmin asiansa saa menemään läpi, jopa terveyskeskuksessa”* (AH3). Ja jos vaatimuksiin ei vastattu, niin veroja maksavana kuntalaisena aktiivisella palvelunkäyttäjällä katsottiin olevan *”rohkeutta äänestää jaloillaan ja vaatia se toinen [hoito]paikka, jos homma ei toimi”* (AH3). Aktiivinen palvelunkäyttäjä ei siis *”alistu”* (AH4) saamaansa huonoon palveluun, kuten eräs käyttäjä asian ilmaisi.

Henkilökuntaryhmän mukaan aktiivista asiakkuutta ilmensi toiminta, jossa käyttäjä oli *”perehtynyt siihen vaivaansa [...] ja, joka googlaa ja selvittää itse”* (TH6). Palvelunkäyttäjällä oli siis vastaanotolle tullessaan näkemys, *”haluaako hän aloittaa johonkin tiettyyn sairauteen tai riskitekijään lääkehoitoa vai eikö halua ja tuo sen selkeästi esille”* (TH6). Aktiivinen käyttäjä oli myös oma-aloitteinen palvelutarpeessaan ammattilaisen vastaanotolla. Hänen kanssaan oli mahdollista neuvotella ja *”keskustella, et mistäs se [vaiva] voi johtua”* (TH5). Henkilökuntaryhmässä todettiin, että aktiivinen palvelunkäyttäjä otti vastuuta omasta terveydestään eikä hän ollut riippuvainen ammattilaisesta, vaan *”ottaa ne lääkkeet”* ja tekee *”ne muut elämäntapa-asiat ihan itse”* (TH6). Aktiivinen asiakkuus ilmeni haastattelussa myös asiakkuutena, jossa palvelunkäyttäjä osasi esittää omia mielipiteitään ja jopa kyseenalaistaa ammattilaisen tekemiä hoitopäätöksiä. Tämä oli *”jopa toivottavaa”* (TH5) kuten eräs ammattilainen henkilökuntaryhmässä asian ilmaisi. Tällaisia käyttäjiä olivat etenkin nuoremmat palvelunkäyttäjät.

Aktiivinen asiakkuus ilmeni myös vaatimuksena saada palvelua. Erään henkilökuntaryhmän osallistujan mukaan palvelunkäyttäjä saattoi vaatia tiettyä toimenpidettä vetoamalla siihen, että on *”aina maksanut verot”* (TH5). Toisen haastateltavan mukaan terveystasemalla asioi myös käyttäjiä, jotka kokivat oikeudekseen *”vaatia ihan mitä tahansa”* (TH6). Nämä olivat henkilökuntaryhmän mukaan palvelunkäyttäjiä, jotka käyttivät yleensä yksityisen lääkäriaseman palveluita, mutta päättivät joissakin tilanteissa, lähinnä kustannussyistä, hakeutua julkiselle puolelle. Nämä kansalaisuuden ja kuluttajuuden ominaisuudet palveluasiakkuudessa koettiin henkilökunnan mukaan haasteellisiksi: *”Ihminen niinku tulee ja on jo päättänyt jotain ja sit niinku ottaa”* (TH6), *”ne on kanssa vaikeita tilanteita”* (TH2).

Aktiivinen käyttäjä koettiin henkilökunnan näkökulmasta haasteelliseksi silloin, kun palvelunkäyttäjä ei ota tarjottua apua vastaan, kun ammattilainen koki sen välttämättömäksi. Tällainen tilanne syntyi esimerkiksi silloin, kun ammattilainen totesi käyttäjän olevan sairaalahoidon tarpeessa. Tällöin aktiivista palvelunkäyttäjää *”joudutaan maanittelemaan”* (TH2) tai *”joskus jopa uhkailemaan [...] että nyt jos et toimi kuin minä sanon, niin on iso riski, että kuolet tai saat aivohalvauksen”* (TH6).

5.1.3. Kohdeasiakkuus

Kohdeasiakkuudessa palvelunkäyttäjät ovat passiivisia toiminnan kohteita, joiden oletetaan noudattavan annettuja ohjeita ja sitoutuvan ammattilaisten osoittamiin tavoitteisiin. Kohdeasiakkaana käyttäjä ei halua tai kykene osallistumaan hoitoonsa liittyviin asioihin, vaan antaa ammattilaisten päättää puolestaan. Hänet ymmärretään araksi ja neuvottomaksi sekä huolenpitoa tarvitseväksi terveyspalvelujen käyttäjäksi.

Käyttäjryhmän haastattelussa ilmeni, että kohdeasiakkaan rooli oli hyväksyttävämpää sairaalassa, jossa *”sua avustetaan enemmän ja sä oot enemmän kohde”*, kuin terveysasemalla asioidessa. Käyttäjien mukaan terveysasemalla asioidessa kokemus kohdeasiakkuudesta ei ole kuitenkaan harvinaista. Tällaisia tilanteita syntyi käyttäjryhmän osallistujien mukaan esimerkiksi terveysasemalle aikaa varatessa: *”Mulle sanellaan kaikki, et otat ton ja, et tota lääkäriaikaa et saa [...] ei mul kyl kauheesti sananvaltaa oo oikein mihinkään siel”* (AH2). Toiveiden huomiotta jättäminen synnytti kokemuksen, että *”on armonanoja”*(AH4) ja henkilökunnan toiminnan kohde, johon *”on pakko kohdistaa kaupungin varoja”* (AH4).

Myös se, että henkilökunta ei huomioinut tervehtimällä käyttäjiä terveysaseman käytävillä ja, että toiminta oli *”ynseetä ja liukuhihnamaista”* (AH5), synnytti kokemuksen, että käyttäjät ymmärretään henkilökunnan näkökulmasta enemmän toiminnan kohteena kuin aktiivisina palvelunkäyttäjinä. Erään käyttäjän mukaan terveysaseman uudet palvelumuodot, kuten esimerkiksi palvelurobotin kanssa asioiminen, *”tuntuu sellaiselta kylmältä”* (AH5). Haastateltavien mukaan tilanteissa, joissa käyttäjä kohtasi palvelurobotin ensimmäistä kertaa eikä saanut sen palveluista riittävää informaatiota toimiakseen oikein terveysasemalla, aiheutti kokemuksen avuttomuudesta. Myös se, että joutuu olemaan *”harhailija”* (AH4) terveysaseman käytävillä etsiessään sitä ammattilaista, jolle varattu vastaanottoaika oli, aiheutti neuvottomuuden tunnetta.

Passiivista asiakkuutta ilmennettiin henkilökunnan haastattelussa muun muassa ilmauksilla, että *”nyt sä asetut siihen potilaan asemaan ja me huolehditaan sinusta”* (TH6) ja

”mä hoidan sitä ihmistä” (TH2). Keskustelussa ilmeni, että henkilökunnan huolehtimisen ja hoitamisen taustalla oli ajatus, että sairaana yksilöllä on oikeus ja lupa olla passiivisessa roolissa eli potilaana *”jolla ei tarvii olla sitä [...] vastuuta”* (TH6). Henkilökunnalle palvelunkäyttäjän halua olla passiivisessa roolissa ilmensi se, he *”nyökyttelevät vaan, kun lääkäri sen reseptin kirjoittaa”* (TH6). Passiivista roolia kuvasi myös se, että käyttäjät *”eivät tee niitä asioita arjessa, joita mä toivoisin, että ne tekis”* (TH6). Tällaisia käyttäjiä olivat esimerkiksi ne, joilla havaittiin olevan sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelujen tarve. Näiden palvelunkäyttäjien kohdalla ammattilainen koki hoidollista vastuuta. Hän osoitti sen muun muassa antamalla käyttäjälle terveysasemalta *”niitä hättävää-antibiootteja”* (TH5) tilanteissa, joissa havaitsi, ettei käyttäjä ole jostakin syystä ostanut sairautensa hoitoon edellisellä käynnillä määrättyjä lääkkeitä.

Passiiviseksi asiakkaaksi kuvattiin myös käyttäjiä, jotka tukeutuvat aina ammattilaisen apuun yrittämättä itse ensin hoitaa itseään. Erään haastateltavan mukaan tällaiset käyttäjät halusivat *”lääkäriin ensin selvittävän, mistä se selkäkipu johtuu, ennen kuin rupeaa symmään niitä apteekin lääkkeitä”* (TH4). Haastattelussa myös todettiin, että terveysasemalla käy asiakkaita, jotka ovat oppineet tulemaan lääkäriin aina, kun kokivat olevansa sairaita: *”Mä luulen, et monella ulkomaalaisella on semmoinen kuva, et kun on kipeä niin tullaan lääkäriin”* (TH4).

Passiivista asiakkuutta kuvattiin myös ilmauksilla: *”Potilas ei halua tai ei uskalla kantaa vastuuta [...], ammattilaisen täytyy se hänen puolestaan tehdä”* (TH6). Palvelunkäyttäjän haluttomuus ottaa vastuuta hoidostaan tai, jos hän ei esitä mielipiteitään niitä kysyttäessä, kuvasti henkilökunnan toteamana käyttäjän halua olla passiivisessa roolissa. Tällöin palvelunkäyttäjä luottaa siihen, että ammattilainen tekee hoidon suhteen parhaan mahdollisen päätöksen ja *”voi sitten elää sen ammattilaisen päätöksen kanssa, eikä jää miettimään, et jos olisin itse valinnut toisin, niin olisiko minun elämä ollut erilaista”* (TH6), kuten eräs henkilökuntaryhmässä ollut haastateltava totesi. Erään haastateltavan mukaan *”vanhemmat ihmiset”* (TH5) olivat niitä, jotka antoivat hoitoonsa liittyvän päätöksenteon mielellään ammattilaiselle.

Käyttäjän passiivista asiakkuutta kuvattiin myös ilmauksilla, joissa käyttäjä koki ”*esineellistämistä*” (AH3). Käyttäjryhmässä todettiin, että se aiheutti kokemuksen, ettei palvelunkäyttäjä ole osallinen omassa hoidossaan, vaan oli toiminnan kohde. Passiivista asiakkuutta kuvattiin myös käyttäjiä kuvaavilla case-ilmauksilla, kuten esimerkiksi ”*rintakipuinen*”(TH6), ”*korvakipuinen lapsi*” (TH3) ja ”*hengenahdistus*” (TH3). Tällaisten ilmauksien käyttö oli ”*aika spesifiä*” (TH6), kuten eräs henkilökuntaryhmän haastateltavista totesi, ja sitä tapahtui tilanteissa, joissa esimerkiksi konsultoitiin toisen ammattilaisen mielipidettä.

Käyttäjryhmän haastattelussa ilmeni, että käyttäjät kokivat olevansa Helsingin sosiaali- ja terveystoimen palvelujen uudistuksessa ”*kaikenlaisten palvelujen testaja*”(AH4). Testaajan rooli voidaan ymmärtää passiivista asiakkuutta ilmentävänä, koska tässä roolissa käyttäjiltä odotettiin muun muassa sopeutumista hoitopaikan ja hoitavan henkilökunnan vaihtumiseen sekä pitkäjännitteisyyttä uusien, keskeneräisten palvelumallikokeilujen suhteen. Testaajan rooli koettiin organisaatiolähtöiseksi rooliksi, kuten yksi käyttäjä asiaa kuvasi: ”*Keskeneräisiä palveluja sysätään asiakkaille ... terveysasema niin ku testaa meillä, kun me tarvitaan apua*” (AH4).

Organisaation näkökulmasta testaajan rooli voidaan ymmärtää palvelunkäyttäjää osallistavana ja niin ikään aktiivisena asiakas-roolina, jolloin organisaatio haluaa kuulla palvelunkäyttäjän ”ääntä” palvelujen kehittämisessä. Käyttäjryhmän toteamana palvelunkäyttäjien ”todellinen ääni” ei kehittämistyössä kuitenkaan kuulu, kuten yksi käyttäjistä asian ilmaisi: ”*Nää ei kehity mihinkään, vaikka kuinka valitat*” (AH5). Kun tästä näkökulmasta käyttäjryhmän ilmaisemaa testaajan roolia tarkastelee, niin voidaan todeta, että se ilmentävän myös hybridiasiakkuutta.

5.1.4. Hybridiasiakkuus

Hybridiasiakkuudessa palvelunkäyttäjä kokee samanaikaisesti olevansa sekä palvelu- että kohdeasiakas. Toisin sanoen, tässä roolissa hän kokee olevansa valintoja tekevä, aktiivinen sekä omasta elämästään ja terveydestään vastuuta ottava yksilö, mutta samanaikai-

sesti myös yksilö, jolta edellytetään mukautumista muun muassa paternalistiseen palvelukulttuuriin. Tällaisessa asiakkuudessa yksilö kokee asiakassuhteensa eri tilanteissa muun muassa kunnioitusta tai kunnioituksen puutetta, luottamusta tai epäluottamusta sekä arvostusta ja arvostuksen puutetta.

Käyttäjryhmässä hybridiasiakkuuden kokemus näytti muodostuvan tilanteissa, joissa aktiivisessa roolissa oleva käyttäjä odotti saavansa muun muassa tasavertaisen ja osallistavan palvelukokemuksen, mutta huomasi kohtaavansa terveysasemalla asiantuntijalähtöisesti toimivan ammattilaisen. Tällaisessa kohtaamisessa käyttäjä havaitsi, että hänen mielipiteitään tai toiveitaan ei kuunneltu, joka aiheutti kokemuksen arvostuksen puutteesta ja toiminnan kohteeksi joutumisesta, kuten käyttäjät asiaa kuvasivat: *”Mä olen kanssa asiakkaana aktiivinen, mut ei se auta. En mä ole saanut sitä mitä mä olisin halunnut (AH2), ”välist tuntuu siltä, että esineellistetään ja on toiminnan kohde ja sit joidenkin ihmisten kohdalla on tasavertainen toimija” (AH3).*

Hybridiasiakkuuden kokemus muodostui myös tilanteissa, joissa liikuntaesteinen palvelukäyttäjä koki olevansa ammattilaisille passiivinen potilas pyörätuolissa eikä aktiivinen yksilö palvelutarpeessaan. Näissä tilanteissa käyttäjälle muodostui kokemus, että hänet *”esineellistetään” (AH3)*, kuten käyttäjähaastattelussa mukana ollut tiedonantaja asian ilmaisi:

”Tää on oikeesti konkretisoitunut siitä, kun mä oon pyörätuoliin joutunut. Mulle ruvetaan tekemään pakettiratkaisuja. Mä tapasin uuden lääkärin, joka tuli mulle kertomaan, et hei, kun sä olet joutunut tohon pyörätuoliin, niin sulla on varmaan kipuja ja sä oot masentunut. Hei, miten niin joutunut. Mä olen saanut pyörätuolin. [...] Ei muuta, kun pakettiratkaisuja. Ja sit hei sanotaan muuta laitokseen. Häh, mulla on elämä.” (AH3)

”...hei mulla on elämä, mä olen 40 -vuotias ihminen, joka on ollut vuoden sähköpyörätuolissa ja kaksi vuotta diagnoosilla, joka on johtanut invaliditeettiin. Hei mulla on silti elämä, mä olen toimija ja mulla on tahto ja mulla on halua ja mulla on kykyä tehdä ihan mitä vaan mutta tää järjestelmä ei palvele mua. Kun mä oon pyytännyt, et auttakaa mua, mä haluan tehdä tätä, tätä ja tätä, kukaan ei oo vielä tänä päivänäkään auttanut mua.” (AH3)

Käyttäjryhmässä ilmeni myös, että hybridiasiakkuuteen liittyvät aktiiviset ja passiiviset kokemukset olivat *”ihmisestä ja paikasta kiinni” (AH3)*. Myös henkilökuntaryhmän

haastattelussa ilmeni, että aktiiviset palvelunkäyttäjät saattavat kokea passiiviseen rooliin joutumista. Henkilökuntatyhmässä todettiin, että kaikki ammattilaiset eivät pidä aktiivisista palvelunkäyttäjistä, varsinkin jos käyttäjä ilmaisi oman ymmärryksensä sairaudesta tai sen hoidosta internetistä luetuilla tiedoilla, kuten asiaa henkilökuntaryhmässä kuvattiin: *”Ehkä kaikki lääkärit ei tykkää potilaista, jotka googlaa ja, jotka selvittää itse, mut mä tykkään niistä hirveesti”* (TH5).

Haastatteluissa myös ilmeni, että palvelunkäyttäjä ymmärrettiin pääsääntöisesti aktiivisena, osallisuutta haluavana ja osallisuuteen kykenevänä yksilönä. Molemmissa haastatteluryhmissä kuitenkin todettiin, että terveydenhuollon organisaation uudet toimintamallit ja henkilökunnan toimintaa ohjaavat ohjeet eivät vielä kaikilta osin tue palvelunkäyttäjän aktiivista roolia. Henkilökunta koki, että jotkut ohjeet jopa *”estävät asiakaslähtöisyyttä”* (TH3) ja käyttäjäryhmässä todettiin, että *”kaikki ammattilaiset evät edes noudata kaikkia ohjeita”* (AH4). Se, että palvelunkäyttäjät tiedostivat, että heiltä odotettiin terveydenhuollon organisaation näkökulmasta aktiivisuutta, mutta palveluissa olevat uudet käytänteet, kuten sähköinen asiointi, eivät tukeneet tätä, hämmensi palvelunkäyttäjiä ja aiheutti siten hybridiasiakkuuden kokemuksen.

5.2. Perusterveydenhuollon asiakaslähtöisyys

Tässä alakappaleessa kuvaan palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan kokemuksia asiakaslähtöisyydestä sitä ilmentävien ulottuvuuksien kautta eli osallisuuden, itsemääräämiskyvyn ja yhteistyösuhteen näkökulmista. Mieleen palauttamiseksi, olen kirjannut jokaisen tulokappaleen alkuun teoriaosuuden ohjaamana ulottuvuutta kuvaavan tiivistelmän.

5.2.1. Osallisuuteen liittyvät kokemukset

Osallisuus ymmärretään asiakasnäkökulmasta osallisuutena omaan hoitoon ja ammattilaisten näkökulmasta palvelunkäyttäjien asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Osallisuuden kokemus edellyttää kuuluksi ja huomioiduksi tuleamista

sekä mahdollisuutena vaikuttaa itseä koskeviin asioihin omana persoonana. Lisäksi osallisuus edellyttää palvelunkäyttäjän sitoutumista, itsehoitoa ja vastuunottoa omasta elämästä. Osallisuuden kokemusta on todettu heikentävän vuorovaikutusongelmat, paternalistiset työtavat, toimintaympäristön yksityisyyttä rajoittavat tekijät, asiakkaan halu olla hoidon kohteena sekä terveystalvelujen teknologisoituminen ja tehokkuusvaatimukset.

Osallistumisen kokemus muodostui käyttäjäryhmän kertomana hyvin yksinkertaisista asioista, kuten esimerkiksi siitä, että *”asiakas saa myös sen suunvuoron”* (AH4) ja, että ammattilainen kysyi ajanvarauksen yhteydessä *”et sopiiks sulle tämä aika lääkärille”* (AH2). Kokemus osallistumisesta toteutui myös tilanteessa, että palvelunkäyttäjää oli pyydetty kirjaamaan etukäteen ennen vastaanottokäyntiä aikaisempi sairaushistoria, kuten seuraavassa lainauksessa eräs haastateltava asian esitti: *”Pyydettiin, et laita ylös kaikki sun diagnoosit ja kaikki sun lääkitykset lyhyesti”* (AH2).

Yksi haastateltava totesi, että koki olevansa aidosti osallinen omassa hoidossaan, koska hänellä oli oma lääkäri ja hoitaja terveysasemalla. Kertomansa mukaan nämä työntekijät tunsivat hänet jo usean vuoden ajalta, joten hänet kohdattiin terveystalveluissa aina omana itsenään ja hänen palvelutarpeensa *”kuullaan herkästi”* (AH1). Myös muilla haastateltavilla oli vastaavanlaisia kokemuksia, mutta myös kokemuksia siitä että osallistuminen omaan hoitoon heikkeni silloin, kun hoitava lääkäri vaihtui jatkuvasti tai lääkärin toiminnassa oli havaittavissa kiireen tuntua. Yksi haastateltavista totesi, että tavattu uuden lääkärin *”se ei tapaamisella multa juuri mitään kyselly, et miten nää muut jutut, vaan se hoiti pikaisesti sen yhden jutun ja käski varaamaan sille toiselle jutulle uuden ajan”* (AH2). Tällaista palvelua yksi haastateltava kuvasi *”liukuhihnamaiseksi, jossa mielipiteillä ei oo mitään väliä”* (AH5).

Käyttäjäryhmän haastattelussa ilmeni, että osallisuuden kokemukseen vaikutti se, miten ammattilainen kohtasi palvelunkäyttäjän. Haastateltavat totesivat, että osallistumisen kokemus estyi yleensä tilanteissa, jossa käyttäjä kohtasi valtaa käyttävän ammattilaisen: *”Semmoinen kerberos”* (AH4). Näissä kohtaamisissa aktiiviseksi itsensä luonnehtiva palvelunkäyttäjä koki olevansa toiminnan kohde, *”esine”* (AH3), jolle *”sanellaan kaikki”* (AH2) ja, jonka esittämät toiveet jäävät kuulematta. Toiveiden kuulumattomuus johtui

käyttäjien toteamana siitä, että henkilökunnalla ei ole aitoa halua kuunnella palvelunkäyttäjää tai, että organisaation toimintamallit tai ohjeet eivät mahdollista toiveiden täyttämistä. Käyttäjien kokemusten mukaan henkilökunnan oli näissä tilanteissa helpompi paeta ”sinne byrokratian taakse” (AH3) kuin kohdata palvelunkäyttäjä yksilönä hänen palvelutarpeessaan.

Tulosten mukaan palvelunkäyttäjän kokema osattomuutta aiheutti se, että ammattilainen ei osoittanut puhettaan vastaanotolle tulleelle käyttäjälle vaan esimerkiksi hänen henkilökohtaiselle avustajalle: ”Ruvetaan puhumaan avustajalle” (AH3). Tämän katsottiin johtuvan siitä, että ammattilaiset eivät osaa kohdata erilaisuutta: ”henkilökunnalla esiintyy niitä ennakkoluuloja ja asenteita ja pelkoja” (AH3). Osattomuutta aiheutti tulosten mukaan myös se, että käyttäjän toiveita ja tarpeita ei huomioitu hoidon suunnittelussa eikä hoidon eri vaihtoehtoista informoitu, vaan hoidoksi tarjottiin ”pakettiratkaisu” (AH3). Osattomuuden kokemus ilmeni myös tilanteissa, joissa ammattilainen mitätöi palvelunkäyttäjän sairauteen liittyvää kokemusta, kuten esimerkiksi kipua: ”Ei tässä mitään kipua voi olla” (AH5).

Tulosten mukaan terveysaseman takaisinsoittopalveluun liittyi tekijöitä, joissa käyttäjien osallistumisen kokemus estyi. Ne olivat niitä tilanteita, jolloin järjestelmä oli ruuhkautunut. Haastatteluissa kuvattiin, että ”tämä takaisinsoittopalvelu on siitä kummallinen että, sitä takaisinsoittoa luvataan kahdessa tunnissa, mutta se saattaa tulla vasta illalla tai seuraavana päivänä” (AH4). Käyttäjät kertoivat, että odotettu puhelu tuli useasti sopimattomaan aikaan. Näissä tilanteissa käyttäjälle ei muodostunut kokemusta hoitoonsa osallistumisesta, koska esimerkiksi kadulla kävellessä hänellä ei ollut mahdollisuutta esittää tarkentavia kysymyksiä tai esittää omia toiveita sairauden hoitoon. Takaisinsoittoon liittyvät haasteet koettiin koskettavan erityisesti ikääntyviä, mutta ei niinkään nuoria palvelunkäyttäjiä: ”Se on senioriväestön kannalta sillä tavalla hankala se takaisinsoitto, [...] niin nuorille tuntuu olevan ihan yks lysti. Ne pälpättää kaikki vaivansa tuolla raitiovaunussa ja ihan joka paikassa” (AH4).

Henkilökuntaryhmässä todettiin, että palvelunkäyttäjän osallistaminen oli ”välttämätöntä” (AH5), jotta palveluntarve selviäisi ja toivottu hoitotulos saavutettaisiin. Käyttäjän

osallistaminen tapahtui ammattilaisten toteamana terveysaseman asiointiluukulla ja puhelimessa siten, että käyttäjältä kysyttiin *”konkreettisesti, minkä takia tulit* (TH1) ja *”minkälaista apua toivoisit”* (TH6). Palvelunkäyttäjän osallistaminen hoidon tarpeen arvioon koettiin tärkeäksi, jotta ammattilainen pystyi saamallaan tiedoilla tarjoamaan käyttäjälle parasta mahdollista ratkaisua sen hetkiseen palvelutarpeeseen, kuten eräs ammattilainen asiaa ilmaisi: *”... että me saatais joku punanen lanka mistä tarttua kiinni eli mikä ajatus sillä ihmisellä itsellä on”* (TH2). Haastattelussa myös ilmeni, että käyttäjän osallistaminen hoidon tarpeen arviointiin terveysaseman asiointiluukulla oli hankalaa, koska siinä käytävä keskustelu kuului odotustilaan: *”mahdollisimman tarkkaan yritän kuunnella ne asiakkaan toiveet ja halut, mut joissakin tapauksissa, kuten jos asiakas on raiskattu tai pahoinpidelty, niin ei sitä hoidon tarpeen arviointia voi tehdä tossa”* (TH4).

Henkilökuntaryhmässä myös todettiin, että palvelunkäyttäjän osallistamista esimerkiksi haastatteluin tapahtui myös vastaanottokäynnillä. Haastattelun tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten esimerkiksi aiemmin annettuja hoitosuosituksia tai lääkemääräyksiä oli noudatettu: *”Mites sä olet näitä lääkkeitä käyttänyt”* (TH6). Haastateltavien mukaan kaikki käyttäjät eivät kuitenkaan halua kertoa palvelutarpeestaan tai omahoidostaan ammattilaiselle suoraan, vaan toteavat kysymyksen kuultuaan, että *”kyllähän sinä sen sieltä koneelta näet”* (TH1). Tällaisen vastauksen saatuaan ammattilainen ei tyydy käyttäjän kommenttiin, vaan hän jatkoi palvelunkäyttäjän osallistamista toteamalla, että *”mä haluaisin kuulla sen teiltä itseltä”* (TH1).

Henkilökunnan mukaan palvelunkäyttäjän halu osallistua ilmeni esimerkiksi siten, että hän ilmaisi mielipiteensä, miten haluaa sairauttaan hoidettavan tai, minkä lääkkeen kahdesta eri vaihtoehdosta hän haluaa itselleen valita: *”Jollain potilailla voi olla näkemys siitä, että haluaako hän aloittaa johonkin tiettyyn sairauteen tai riskitekijään lääkehoidon vai eikö halua ja tuo sen selkeästi esille”* (TH6). Henkilökuntaryhmässä todettiin, että erityisesti nuoret aikuiset halusivat ilmaista oman mielipiteensä vastaanotolla ja jopa *”kyseenalaistaa* (AH5) ammattilaisen ehdottamaa hoitoa. Henkilökuntaryhmässä todettiin, että tätä kyseenalaistamista kaikki ammattilaiset eivät koe professionsa uhkana, vaan osoituksena siitä, että palvelunkäyttäjä halusi osallistua hoitoonsa.

Henkilökunnan mukaan terveysasemalla kävi myös palvelunkäyttäjiä, joiden halu osallistua omaan hoitoonsa liittyvään keskusteluun oli vähäistä. He olivat palvelunkäyttäjiä, jotka olivat omaksuneet ”lääkäri parantaa” (TH4) -roolin. Tässä roolissa ammattilainen joutui tekemään hoitoon liittyvät päätökset itsenäisesti: ”Kun osalta joutuu kiskomaan sillä tavalla... tai eivät sano ollenkaan, vaan nyökyttelevät vaan, kun lääkäri sen reseptin kirjoittaa” (TH6). Näitä vastaanotolla passiivisen roolin omaksuneita palvelunkäyttäjiä olivat haastateltavien mukaan esimerkiksi ikääntyneet, mielenterveyspotilaat ja maahanmuuttajat. Käyttäjän halu omaksua passiivinen rooli vastaanotolla uskottiin johtuvan siitä, että ”osa ei halua tai uskalla kantaa vastuuta tai kokee, että ammattilaisen täytyy tehdä se hänen puolestaan (TH6). Haastattelussa myös ilmeni, että ammattilaisilla oli kuitenkin halu ja tavoite aktivoida passiivisessa roolissa olevaa käyttäjää. Yksi haastateltavista kuvasi asiaa seuraavasti: ”Mä teen nyt sulle nää reseptit ja mä ehdotan sulle, että toimitisit näin, mutta mähän en ole siellä sun kotona, mä en ole siellä sun elämässä, sun arjessa, joten sun ne asiat siellä arjessa täytyy tehdä ihan itse. Eli ottaa ne lääkkeet ja tehdä ne muut elämäntapa-asiat” (AH6). Palvelunkäyttäjän sitoutumattomuus omahoitoon koettiin turhauttavaksi, koska ”sitä ollaan taas niinku nollapisteessä” (TH4).

Henkilökunnan haastattelussa ilmeni, että palvelunkäyttäjille tarjottavat terveysaseman sähköiset palvelut koettiin hyviksi ja niiden katsottiin lisäävän osallistumisen mahdollisuutta. Näitä palveluita olivat esimerkiksi ”tää OmaKanta ja ne kaks-suuntaiset viestinnät” (TH3). Henkilökuntaryhmässä myös tiedostettiin, että joillekin kyseinen palvelumuoto oli ”varmasti vaikea” (TH3), mutta esimerkiksi ”monet iäkkäätkin käyttää kyllä sujuvasti nettiä” (TH3).

Käyttäjryhmässä näkökulma sähköiseen asiointiin oli kuitenkin toisenlainen. He kuvasivat sitä osallisuutta heikentävänä tekijänä. Sähköinen asiointi koettiin hankalaksi, koska Helsingin terveyskeskuksen internet-sivustot ”saavat arvosanan surkea” (AH4). Haastateltavien mukaan palvelunkäyttäjän tarvitsema tieto oli sieltä vaikeasti löydettävissä, kuten yksi haastateltava ilmaisi kaksisuuntaisen viestintäalustan etsimisestä: ”Se viestintä homma ...mä en meinannu millään ensinnäkään löytää sitä ja sit mä en saanu toimimaan sitä” (AH3). Käyttäjät myös kokivat, että sähköistä asiointia ei tarjota vaihtoehtona asioimiselle, vaan siihen painostettiin eli ”kaikki pitää hoitaa sähköisesti, ei saa

soittaa” (AH3). Sähköisen asioinnin käytön ehdottomuutta myös kritisoi, koska *”kai- killa ihmisillä ei ole nettiä”* (AH3) ja *”Suomessa on miljoona ihmistä, jotka ei selviä digitaalisuudesta eikä ymmärrä älypuhelimia”* (AH4).

5.2.2. Itsemääräämisoikeuteen liittyvät kokemukset

Itsemääräämisoikeudella eli autonomialla tarkoitetaan terveydenhuollossa sitä, että palvelunkäyttäjällä on oikeus määrätä omasta elämästään ja hänellä on oikeus olla osallisena itseään koskevissa asioissa. Hänellä on myös oikeus saada riittävästi ja ymmärrettävää tietoa hoidosta sekä sen eri vaihtoehtoista. Autonomiakokemus edellyttää, että yksilö nähdään ainutkertaisena ja oman palvelutarpeensa asiantuntijana. Jos ammattilainen ei anna mahdollisuutta palvelunkäyttäjän ilmaista omaa tarvetta tai toivetta hoidon suhteen, autonomiakokemus estyy.

Käyttäjryhmän haastattelussa todettiin, että autonomia tarkoitti sitä, että *”olet itsenäinen toimija”* (AH4). Autonomiakokemusta vahvisti käyttäjien mukaan se, että terveystalve- luissa huomioidaan *”millaisen elämän mä haluan elää ja miten”* (AH3). Autonomiako- kemusta vahvisti myös se, että ammattilaiset kunnioittivat käyttäjän tekemiä henkilökoh- taisia valintoja, *”eivätkä yrittäisi laittaa johonkin sellaiseen, mihin ei halua mennä, vaan haluaa elää oman näköisen elämän”* (AH3). Asiointipalveluissa autonomiakokemusta vahvisti taas se, että käyttäjän kanssa neuvoteltiin varattavasta vastaanottoajasta, kuten yksi käyttäjistä alla olevassa ilmauksessa asiaa kuvasi:

”Kysytään, et sopiiks sulle tämä aika lääkärille ja sopiiks sulle tämmönen näin... sulle ei anneta aikaa vaan tosta noin, et sun on pakko niinku ... kello se ja se, vaan se pitää niinku sopien tehdä”. (AH2)

Edellytyksenä autonomiakokemuksen muodostumiselle nähtiin se, *”että semmoista vää- ränlaista vallankäyttöä ei harjoiteta, ei henkistä tai muutakaan väkivaltaa”* (AH3). Täl- laista autonomiaa rajoittavia tai estäviä vallankäytön muotoja ilmeni esimerkiksi tilan- teissa, joissa *”ruvetaan jyrää ihmistä eli käännetään tahallisesti asiat väärinpäin tai jä- tetään asiat jopa hoitamatta”* (AH3). Käyttäjryhmän haastattelussa ilmeni, että tällaista

vallankäyttöä esiintyi perusterveydenhuollossa useasti ja siitä vapautuminen vaatii käyttäjältä roolia, jossa hän oli äänekkäs ja vaativa, kuten yksi haastateltavista totesi: *”No mä olen pahansuinen ihminen, et kyllä mä siellä pärjään”* (AH5). Haastattelussa todettiin, että tämä ei kuitenkaan kaikilta palvelunkäyttäjiltä onnistu.

Käyttäjryhmän haastattelussa ilmeni, että palvelunkäyttäjän autonomia mahdollistui parhaiten, jos käyttäjä oli aktiivinen, äänekkäs ja nokkela. Käyttäjien mukaan näiden ominaisuuksien puute ei kuitenkaan saanut olla edellytys yksilön autonomian toteutumiseksi, kuten asiaa ilmaistiin: *”Tää järjestelmä ei voi perustua siihen, että äänekkäimmät ja nokkelimmat saa sitä palvelua, vaan kyllä täytyy tasapuoleisesti sitä saada”* (AH4). Käyttäjryhmässä todettiin, että osa palvelunkäyttäjistä tarvitsi mukaansa puolison, *”asianajajan”* (AH2) tai jonkun, *”joka tietää kaikesta kaiken, lääketieteestä lakiin”* (AH3), jotta oma ääni toiveineen palveluissa kuuluisi ja kokemus autonomiasta toteutuisi. Yhden haastateltavan mukaan oli todennäköistä, että ilman tällaista toisen ihmisen apua, passiivisiin käyttäjiin kuluva yksilöä *”viedään kuin pässiä narusta”* (AH5).

Autonomian toteutumisesta terveyspalveluissa oltiin osin eri mieltä. Yksi käyttäjryhmän haastateltavista totesi, että *”tämmöselle aktiiviselle ihmiselle se toteutuu, se itsemääräämisoikeus”* (AH1). Osa haastateltavista olivat eri mieltä siitä, että käyttäjän aktiivinen rooli varmistaisi itsemääräämisoikeuden toteutumisen: *”Mä olen kanssa asiakkaana aktiivinen, mut ei se auta. Mun toiveita ei kyllä aina kuunnella”* (AH2). Autonomiakokemuksen esteet liittyivät palvelunkäyttäjien mukaan ammattilaisen tavassa kohdata käyttäjä. Haastateltavat ilmaisivat useasti olevansa kohtaamisessa ammattilaisen kanssa *”ihan täysin semmoinen passiivinen kohde”* (AH2), jolle *”tehdään hoitoratkaisuja”* (AH3).

Autonomian toteutuminen koettiin estyvän tilanteissa, joissa henkilökunnalla oli liian kiire kertoa esimerkiksi eri hoitovaihtoehtoista. Kiireessä ammattilainen jopa ohjasi käyttäjän hakemaan tietoa internetistä, kuten yksi käyttäjä asiasta kertoi: *”No sit mä kysyin, et voiks mä saada sit tietoo näistä, niin se sano mulle, et lue netistä”* (AH3). Autonomian ei myöskään katsottu toteutuvan tilanteessa, jossa käyttäjälle ei tarjottu mahdollisuutta valita kahdesta lääkevaihtoehdosta itselle paras vaihtoehto, kuten yksi haastateltava asiaa kuvasi:

”Hoitovaihtoehtoista kerrotaan hyvin, hyvin huonosti. Niin ku toi muna marevan esimerkki on semmoinen, et sulle vilautetaan kahta vaihtoehtoo, marevan ja täläistä uudenlaista lääkettä mutta ei kerrota, miten ne eroo toisistaan ... Joo, noi hoitovaihtoehdot on hyvin, hyvin nopeasti ja kapeesti käyty läpi”. (AH4)

Autonomiakokemuksen, kuten myös osallisuuden edellytyksenä pidettiin sitä, että asiat kerrottiin *”semmoisella selkokielellä ja semmoisessa muodossa, että asiakas ne ymmärtää”* (AH4). Haasteeksi nähtiinkin ne tilanteet, joissa esimerkiksi henkilökunnan heikko suomen kielen taito hankaloitti asian ymmärtämisen: *”Se on hirvittävän vaikea tilanne. Todella. Siis jankkaat, jankkaat ja koitat selittää puolin ja toisin”* (AH2), *”jos mä en tule ymmärretyksi, niin se on paha”* (AH5). Myös henkilökunnan haastattelussa ilmeni, että esimerkiksi maahanmuuttajataustaisen palvelunkäyttäjän autonomiaa ja osallisuutta oli vaikea edesauttaa, jos yhteinen kieli oli heikko: *”No se voi mennä ihan metsään siinäkin, et meillä ei ole välttämättä yhteistä sujuvaa kieltä sen potilaan kanssa”* (TH6).

Henkilökuntaryhmässä todettiin, että kaikkien palvelunkäyttäjien autonomiaa tulee kunnioittaa, mutta oli tilanteita, joissa joutui pohtimaan *”voiko sitä kuitenkin aina kunnioittaa”* (TH5). Tällaisia tilanteita olivat käyttäjän henkeä uhkaavat sairaudenoireet, joissa käyttäjä vastusteli tai jopa kieltäytyi hoidosta tai jatkohoitoon lähtemisestä. Näissä tilanteissa palvelunkäyttäjää jouduttiin henkilökunnan kertomana maanittelemaan tai jopa uhkailemaan, jotta käyttäjä saisi hoidontarpeelleen parhaan mahdollisen hoidon. Tätä kuvattiin alla olevin ilmauksin:

”Kyllä niitä keskusteluita käydään aika paljon, et mä suosittelisin, että sä menisit sairaalaan ja menet IV-antibiooteille ... Me joudutaan maanittelemaan tai jotenkin käymään kauppaa.” (TH2)

”... joskus joutuu jopa uhkailemaan, koska joskus joutuu jopa sanomaan, että nyt jos et toimi niin kuin minä sanon niin on iso riski, että kuolet tai saat aivohalvauksen. Ei se silloin oo ihan asiakaslähtöistä eikä itsemääräämistä.” (TH6)

Henkilökunnan haastattelussa ilmeni, että ammattilaiset kokivat tärkeäksi keskustella käyttäjän kanssa hänen terveyttä vaarantavista elintavoista, mutta tiedostivat käyttäjän oikeudet omaan elämäänsä liittyvissä valinnoissa: *”sinä itse toki teet sen ratkaisun”* (TH6). Haastattelussa ilmeni, että aina näissä keskusteluissa vuorovaikutus ei ole paras mahdollinen, vaan *”siinä on jo semmoinen kireä tunnelma niiku puolin ja toisin”* (TH6).

Tällaisista keskusteluista ammattilaiselle ”*jää ikävä filis itsellekin*” (TH6), vaikka tavoitteena on ollut käyttäjän parhaaksi toimiminen.

Henkilökunnan mukaan palvelunkäyttäjän autonomian toteutumiseen pyrittiin osallistamisen kautta eli keskustelemalla ja kuuntelemalla käyttäjää vastaanottokäyntiin liittyvistä syistä. Tämä tapahtuu kohtaamistilanteissa esimerkiksi siten, että käyttäjältä tiedusteltiin, ”*että mikä se todellinen tarve on ja miten hän sen ite kokee, sen oman tarpeensa*” (TH3). Henkilökuntaryhmässä kuitenkin todettiin, että käyttäjän toiveita ja haluja ei aina voida toteuttaa. Joillekin käyttäjille tästä muodostui henkilökunnan mukaan kokemus, että käyttäjän autonomiaa rajoitettiin. Palvelunkäyttäjän autonomiaa jouduttiin puuttumaan tilanteissa, joissa käyttäjä vaati itselleen esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä, joiden määräämiseen ei löytynyt perusteita. Tällaisissa tilanteissa ammattilainen tiedosti ammatillisen vastuunsa eikä halunnut olla ”*kumileimasin*” (TH5), kuten eräs haastateltavista totesi.

Henkilökunnan haastattelussa todettiin, että palvelunkäyttäjät käyttivät joskus autonomia oikeuttaan myös väärin. Ne olivat tilanteita, joissa palvelunkäyttäjä halusi ajan terveysasemalle saman päivänä aikana ja tämän varmistamiseksi antoi palvelutarpeensa kiireellisyydestä vääränlaista tietoa: ”*Kertoo ihan tuulesta temmatun jutun*” (TH1). Henkilökunnan haastattelussa ilmeni, että käyttäjän väärin tietojen antaminen palvelutarpeen arviossa koettiin autonomiaoikeuden väärinkäyttönä ja se tuli usein arvion tehneen ammattilaisen tietoon: ”*joo, ja sit sä kuulet jälkikäteen, et siellä vastaanotolla puhuttiin jostain ihan muusta*” (TH2).

5.2.3. Yhteistyösuhteeseen liittyvät kokemukset

Asiakaslähtöinen vuorovaikutussuhde ymmärretään vuorovaikutukselliseksi yhteistyösuhteeksi eli niin sanotuksi valmentajasuhteeksi, jossa hoitoon liittyvät toimenpiteet räätälöidään yhdessä sovittuihin tavoitteisiin ja asiakkaan elämäntilanteeseen sopivaksi. Tällaisen suhteen ytimessä on aito dialogi, joka ilmentää ennen kaikkea yhdessä ajattelemisen taitoa sekä yhdessä jaetun ymmärryksen ja tietämyksen muodostamista. Asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa osapuolet ovat tasavertaisia ja kohtaamisessa ollaan aidosti

kiinnostuneita toisesta ihmisestä ja häntä kunnioitetaan omana itsenään. Tällaisessa suhteessa omahoidon ohjaus näyttäytyy palvelunkäyttäjälle muun muassa välittämisenä, ystävällisyytenä, ymmärtämisenä ja inhimillisyytenä.

Asiakaslähtöiseksi yhteistyösuhteeksi palvelunkäyttäjät kuvasivat suhdetta, jossa yksilö tuli *”kuuluksi ja nähdäksi”* sekä *”kokonaisvaltaisesti huomioituksi”* (AH3). Tärkeäksi koettiin myös se, että ammattilainen kunnioitti käyttäjän henkilökohtaisia valintoja eikä yritä *”väkisin vaikuttaa mun mielipiteisiin”* (AH3). Haastateltavien mukaan tämä onnistuu, jos ammattilainen *”käyttäis dialogiaa”*, kuten yksi haastateltava asian esitti. Lisäksi todettiin, että onnistunut dialogi mahdollistui vain vuorovaikutussuhteessa, jossa ammattilainen kohtasi käyttäjän ihmisenä ja oli *”sun kanssa samalla tasolla”* (AH3). Dialogin vähäisyys tai sen puute johti asiakaskokemukseen, ettei kukaan välitä ja palvelunkäyttäjä jää tahtomattaan palvelutarpeensa kanssa yksin: *”Täällä kukaan ei ota meistä vastuuta, ei mun omahoitaja, eikä oma lääkäri ja, niin ikään potilaalle tulee tai asiakkaalle niin ku kohtuuttoman paljon vastuuta omasta sairaudesta, mihin hänellä ei ole enää pätevyyttä arvioida sitä”* (AH2).

Käyttäjryhmän haastattelussa ilmeni, että henkilökunnan vuorovaikutustaidoilla oli suuri merkitys, millainen palvelukokemus käyttäjälle palveluista muodostui. Jos asiointi koettiin hankalaksi, eikä oma ääni palveluissa kuulunut, kokemus organisaation lupaaamista asiakaslähtöisistä palveluista ei koettu toteutuvan. Käyttäjien huomioiminen palveluissa ilmeni useasti haastattelun aikana. Jokaisella oli kokemuksia sekä hyvästä että huonosta kohtaamisesta, kuten alla olevat ilmaukset asiaa todentavat:

”olen ihan oikeesti ihmisenä siellä ... enkä niiku asiakasnumero” (AH5)

”mua kohdellaan luontevasti, kivasti ja ystävällisesti siellä” (AH1).

”terveysasemalla on semmosia lääkäreitä ja hoitajia ja kaiken näköisiä fyysiatrejakin, että niille on noussu vähän lettiin. Toiset ei oikeen meinaa niiku tervehtii” (AH1).

Kokemus hyvästä asiakaslähtöisestä kohtaamisesta syntyi vuorovaikutustilanteissa, jossa palvelunkäyttäjällä oli mahdollista puhua kiireettömästi muustakin kuin palvelutarpeestaan: *”sain puhua vielä muistakin asioista, vaikka varmasti hänellä oli kiire mutta se ei*

näkynyt” (AH2). Haastattelussa kuitenkin ilmeni, että vastaanotolla oli usein niin kiire, että *”lääkäri ei juuri muuta kyselyä”* (AH2). Näissä kohtaamisissa muodostui kokemus toiminnan kohteeksi joutumisesta, joissa autonomia- ja osallisuuden kokemukset olivat heikot. Lääkäreiden kiireelle löytyi haastattelussa myös ymmärrystä. Erään haastateltavan mukaan *”heillä vaan on tuhoton kiire, heillä on tietääkseni jopa vaatimus, montako potilasta heidän tulee hoitaa päivässä”* (AH4).

Käyttäjryhmässä todettiin, että tasavertaisen dialogisen vuorovaikutuksen este on ammattilaisen autoritaarinen käytös ja palvelunkäyttäjien *”lokerointi ... iän, sosiaaliluokan, ulkonäön ja ihonvärin”* (AH3) mukaan. Kokemusta tasavertaisesta vuorovaikutuksesta ei muodostunut käyttäjien mukaan myöskään tilanteessa, jossa *”mä en tuu ymmärretyksi”* (AH5). Tällaisista tilanteista oli kokemusta useammalla käyttäjryhmän haastateltavista etenkin maahanmuuttajataustaisten ammattilaisten vastaanotolla: *”Se lääkäri ei ... meillä ei ole yhteistä kieltä niin ... tota ... on se kauheeta antaa mun ... tavallaan ... mun henki ja elämä semmosen ihmisen käsiin, joka ei osaa kommunikoida mun kanssa”* (AH5).

Henkilökuntaryhmän haastattelussa ilmeni, että asiakaslähtöisen yhteistyösuhteen tärkeänä elementtinä oli kuunteleminen. Kuuntelemisessa ammattilaisen tuli olla *”aika herkkänä”* (TH5) ja *”lukea sitä sanatonta viestintää”* (TH5). Muuten siitä suhteesta ei heidän mukaansa muodostu *”vastavuoroinen”* (TH4). Vastavuoroinen suhde perustui käyttäjän *”äänen”* (TH1) kuulemiseen, ja tätä äänen ilmaisemista joutui henkilökunnan kokemana joskus *”pikkasen maanittelemaan”* (TH5). Henkilökuntaryhmässä ilmeni, että ammattilaisen ja käyttäjän välisessä vuorovaikutuksessa oli tilanteita, jotka estivät vastavuoroisen yhteistyösuhteen muodostumista. Näitä tilanteita olivat esimerkiksi ne, joissa palvelunkäyttäjä ei suostunut yhteistyöhön, koska arvotti, kenen kanssa halusi palvelutarpeestaan puhua: *”Asiakas ei ole halukas kertomaan niitä asioita, joilla voin tehdä hoidon tarpeen arvion, kun mähän olen vain lähihoitaja toimistossa”* (TH4). Näissä tilanteissa ammattilainen joutuu *”monta kertaa selittämään asiakkaalle, et valitettavasti se on meidän tehtävä täällä terveysasemalla”* (TH4).

Henkilökuntaryhmässä todettiin myös, että vastavuoroista yhteistyösuhdetta oli vaikea rakentaa, jos käyttäjä ilmaisee asiansa vaativasti, jopa uhkaavasti: *”Siinä on hirveen vaikea ruveta rakentaa yhtään mitään, jos sä ite ahdistut siinä tilanteessa”* (TH2). Vastavuoroista yhteistyösuhdetta ei myöskään saanut rakennettua silloin, jos palvelunkäyttäjä kyseenalaisti esimerkiksi terveyskeskuslääkärin ammattitaidon: *”Tällaisena terkkarilääkärinä touhuillessa huomaa kyllä, että jotkut ihmiset tulee hakemaan lähetettä oikealle lääkärille, tonne sairaalaan ja mieluiten Meilahteen. Niin, se on huono paikka minkäänlaiseen kommunikaatioon.”* (TH5). Vastavuoroinen yhteistyösuhde koettiin haastavaksi myös tilanteissa, joissa asiakas toimii sanallisesti aggressiivisesti. Näissä tilanteissa ammattilaiselta tarvittiin taitoja, joilla käyttäjän negatiiviset tunneilmaukset saatiin rauhoittumaan. Yksi haastateltavista ilmoitti toimivansa näissä tilanteissa siten, että oma ääni ei koventunut keskustelussa tai hän jopa hiljensi äänen käyttöö: *”Jos asiakas huutaa mulle niin mä puhun ihan normaalilla tai normaalia hiljaisemmalla äänellä, niin asiakkaan on pakko ite laskea sitä volyyymiä, että hän kuulee, mitä mä sanoan”* (TH4). Hänellä oli myös kokemusta, että tällä toimintatavalla oli positiivista vaikutusta vuorovaikutussuhteen muodostamiselle: *”Kiihtynyt asiakas kyllä pikkuhiljaa siitä rauhottuu”* (TH4).

Henkilökuntaryhmässä ilmaistiin, että ammattilaisen ja käyttäjän välisessä suhteessa *”ammattilainen on se, joka antaa vinkkejä ja ohjeita, että mitä kannattaisi tehdä”* (TH5). Henkilökuntaryhmässä oltiin hyvin yksimielisiä siitä, että käyttäjällä oli kuitenkin oikeus päättää, hyödyntääkö hän saamansa neuvot ja ohjeet. Haastattelussa kuitenkin ilmeni, että ammattilaiset kokivat turhauttavaksi, jos he huomasivat seuraavalla vastaanottokäynnillä, että palvelunkäyttäjä ei ole noudattanut ohjeita. Tämän katsottiin heikentävän yhteistyösuhteen vastavuoroisuutta, kuten haastattelussa asiaa ilmaistiin: *”Näissä tilanteissa sitä on joskus aika vaikea neutraalisti aloittaa sitä keskustelua”* (TH4).

Henkilökunnan haastattelussa keskusteltiin myös siitä, miten ammattilaisen henkilökohtaiseen jaksamiseen liittyvät tekijät vaikuttavat yhteistyösuhteen muodostamiseen. Eräs haastateltavista totesi, että ammattilaisen omalla jaksamisella ja tunnetilalla oli merkitystä, miten työpäivässä vuorovaikutustilanteet etenevät: *”Jos on hirveen huonosti nukuttu yö takana tai elämässä jotain ... niin ihan varmasti se näkyy siinä työssä ja niiden potilaiden kohtaamisissa”* (TH6).

5.3. Yhteenveto tuloksista

Puheessa ilmenevät palvelunkäyttäjää kuvaavat termit

Tutkimustulosten mukaan perusterveydenhuollon asiakkuutta ilmenettiin käyttäjien ja henkilökunnan kuvaamina pääasiassa potilas- ja asiakas-termein. Palvelunkäyttäjät puhuivat itsestään pääasiassa asiakkaana, joka kuvasi käyttäjää aktiivisena osallistujana. Potilas-termi ymmärrettiin käyttäjäryhmässä asiakas-termiä passiivisemmaksi termiksi ja se koettiin liittyvän ennen kaikkea sairaalaan, jonne jäätin joksikin aikaan saamaan hoitoa.

Henkilökunnan keskuudessa potilas-termi koettiin terveydenhuollon perinteisenä sanana. Potilas-termin näkökulmasta palvelunkäyttäjä ymmärrettiin sekä aktiivisessa että passiivisessa roolissa. Potilas-termin käyttö koettiin ammattilaisten välisissä keskusteluissa luontevampana kuin asiakas-termin käyttöä. Henkilökunta koki asiakas-termin yksityisen terveyspalvelun termiksi sekä kuvaamaan palvelunkäyttäjää, jolla oli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve. Asiakas-termi koettiin myös suurelta osin trenditermiksi, jota etenkin terveysaseman johto käytti puhuessaan ja viestittäessään. Se, kumpaa termiä ammattilainen työssään käytti, liittyi tulosten mukaan ammattiin, työuran pituuteen ja työtehtävään.

Taulukkoon 5 olen tiivistänyt käyttäjä- ja henkilökuntahaastattelussa käytettyjen potilas- ja asiakas-termeihin liittyvät havainnot.

Taulukko 5. Tulokset puheessa ilmenevistä termeistä.

	Käyttäjät	Henkilökunta
Potilas	<ul style="list-style-type: none"> o 14 ilmausta o sairaalassa asioiva, hoidon kohteena oleva yksilö 	<ul style="list-style-type: none"> o 47 ilmausta o perinteinen sana, aktiivinen ja passiivinen merkitys o aktiivinen käyttö työarjessa o käyttö yleistä pitkän työuran tehneiden työntekijöiden keskuudessa
Asiakas	<ul style="list-style-type: none"> o 68 ilmausta o aktiivinen osallistuja 	<ul style="list-style-type: none"> o 94 ilmausta o johdon lanseeraama trenditermi o käyttöä vierastetaan työarjessa o käyttö yleistä ammatillisesti nuorille työntekijöille ja potilastoimistossa työskenteleville

Asiakkuuden kolme roolia

Tutkimustulosten mukaan perusterveydenhuollon asiakkuutta oli kolmenlaista. *Palveluasiakkuus* kuvattiin asiakkuudeksi, jossa palvelunkäyttäjä ymmärrettiin tai hän koki olevansa aktiivisen potilaan tai asiakkaan roolissa. Tässä roolissa hänet nähtiin tasa-arvoisena toimijana, joka neuvotteli, otti vastuuta, esitti mielipiteitä ja antoi palautetta pyydettyäessä, mutta myös spontaanisti. Lisäksi palveluasiakkaana palvelunkäyttäjä oli oikeutensa tiedostava yksilö. Tulosten mukaan palveluasiakkaan roolissa käyttäjä voi ja sai olla vaativa, jopa äänekkäs ja kyseenalaistava.

Palveluasiakkaan roolissa palvelunkäyttäjä nähtiin myös omaan hoitoonsa osallistuvana yksilönä. Osallistuminen ilmeni esimerkiksi siten, että käyttäjä oli valmistautunut vastaanotokäynnille tutustumalla internetissä erilaisiin hoitovaihtoehtoihin tai hän toi sairaudestaan aikaisempaa dokumentaatiota mukanaan. Tulosten mukaan palveluasiakkuutta tuki selkeät ja hyvin toimivat terveydenhuollon internetsivut, joissa palvelunkäyttäjän etsimä tieto oli helposti ja nopeasti löydettävissä. Palveluasiakas koettiin hankalaksi, jos hän vaati sellaista palvelua, jota yhteiskunnan varoin tuotettuna ei hänelle voimant antaa. Haasteelliseksi koettiin myös tilanteet, jossa palveluasiakas ei neuvotellut parhaasta mahdollisesta hoidosta vaan kieltäytyi siitä.

Kohdeasiakkaan roolissa terveysasemalla asioiva oli tulosten mukaan näkymätön, jota ei tervehditty tai, jonka mielipiteitä ei kysytty eikä toiveita kuunneltu. Kohdeasiakkaan roolissa käyttäjä koki olevansa passiivinen hoidon kohde, josta keskusteltiin case-tapauksena. Kohdeasiakkuudelle oli ominaista, että tässä roolissa käyttäjä kohtasi palvelut liukuhinnamaisena ja koki henkilökunnan käytöksen työkeänä. Kokemus kohdeasiakkuudesta vahvistui, kun käyttäjä koki olevansa palveluissa harhailija, joka ei saanut apua uusien palvelumuotojen käytössä tai hän koki, että hänen antamallaan palautteella ei ollut merkitystä palvelujen kehittämisessä.

Kohdeasiakkuutta kuvattiin myös siten, että tässä roolissa käyttäjä oli hoitoonsa sitoutumaton ja osallistumaton. Kohdeasiakkaaksi ymmärrettiin myös käyttäjä, jolla ei ollut

omahoidon osaamista, vaan hän tukeutui kaikissa terveydellisissä ongelmissa ammattilaisen apuun. Käyttäjän ottama kohdeasiakkaan rooli nähtiin hyväksytyksi tai sitä jopa toivottiin tilanteissa, joissa käyttäjä oli vakavasti sairas.

Tulosten mukaan *hybridiasiakkuudessa* yhdistyi kokemus kohde- ja palveluasiakkuudesta. Hybridiasiakkuuden kokemus muodostui tilanteissa, joissa aktiiviseksi ja vastuulliseksi sekä ammattilaisen kanssa tasavertaiseksi toimijaksi kokeva palveluasiakas havaitsi palvelutarpeessaan joutuneensa asiantuntijalähtöisten toimintatapojen kohteeksi ja joutuneensa siten kohdeasiakkaan rooliin. Tulosten mukaan hybridiasiakkuuden kokemusta tapahtui ennen kaikkea yksilötasolla eli ammattilaisen ja palvelunkäyttäjän välisessä vuorovaikutussuhteessa.

Tulosten mukaan hybridiasiakkuuden kokemus muodostui myös tilanteissa, joissa palvelunkäyttäjä tiedosti, että häneltä odotettiin terveydenhuollon organisaation näkökulmasta aktiivisuutta ja osallistumista, kuten esimerkiksi sähköisten palvelujen käyttöä, mutta havaitsi, että palvelujen toimimattomuudessa tai palvelun hankalaksi koetussa käytössä, palvelunkäyttäjän palaute oli hyödytön.

Taulukkoon 6 olen tiivistänyt palvelu-, kohde- ja hybridiasiakkuuksiin liittyvät tutkimustulokset.

Taulukko 6. Tulokset perusterveydenhuollon eri asiakkuuksista.

Palveluasiakkuus	Kohdeasiakkuus	Hybridiasiakkuus
<ul style="list-style-type: none"> ○ osallistuu hoitoonsa ja palvelujen kehittämiseen ○ tulee kuuluksi ○ ilmaisee mielipiteensä ○ antaa palautetta jopa äänekkäästi ○ on valmistautunut etukäteen ○ ottaa vastuuta ○ neuvottelee ○ tiedostaa oikeutensa ○ kyseenalaistaa ○ osaa olla vaativa 	<ul style="list-style-type: none"> ○ on hoidon kohde ○ on näkymätön ○ on armon anoja ○ on avuton palvelutarpeessaan ○ on moniongelmainen ○ on case-tapaus ○ on käyttäjän oma valinta asiakkuudesta ○ ei osallistu ○ ei noudata annettuja ohjeita ○ ei kannu vastuuta terveydestään 	<ul style="list-style-type: none"> ○ haluaa osallistua hoitoonsa, mutta joutuu mukautumaan asiantuntijalähtöiseen toimintatapaan ○ haluaa yksilönä kohtaamista, mutta kohtaa esineellistämistä ○ antaa palveluista palautetta, mutta havaitsee sen olevan hyödytöntä ○ organisaatio olettaa aktiivista asiakkuutta mutta palvelut eivät tätä mahdollista

Asiakaslähtöisyyden kokemus osallisuutena, autonomiakokemuksena ja yhteistyösuhteena

Asiakaslähtöinen *osallisuuden* kokemus muodostui palvelunkäyttäjien toteamana yksinkertaisista asioista kuten siitä, että käyttäjän mielipiteet ja toiveet otettiin huomioon eli niitä kysyttiin ja kuunneltiin. Käyttäjien mukaan osallistumista edisti esimerkiksi se, että häntä pyydettiin kirjaamaan etukäteen ennen vastaanotolle tuloa aiempi sairaushistoria ja lääkitykset sekä se, että ammattilainen oli tutustunut niihin ja esitti tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Osallisuuden kokemusta vahvisti myös oma lääkäri ja hoitaja -toimintamalli, joka oli käyttäjien mukaan vain joillakin terveysasemilla käytössä. Terveysaseman sähköiset palvelut koettiin käyttäjien näkökulmasta jossain määrin osallisuutta heikentäväksi tekijäksi, kun taas henkilökunta koki sen mahdollistavan osallisuutta.

Palvelunkäyttäjien mukaan osallistumista esti valtaa käyttävä ammattilainen. Tämä ilmeni muun muassa siten, että ammattilainen ei tukenut hoitovaihtoehtojen valinnoissa, määräsi hoitoajankohdat tai hän ei uskonut käyttäjän kipukokemuksia. Osallistumista esti myös käyttäjää kohtaan esiintyvät ennakkoluulot, asenteet ja pelot. Tämä taas ilmeni tulosten mukaan siten, että ammattilainen sivuutti palvelukohtamisessa käyttäjän ja puhui hänen mukanaan tulleelle avustajalle. Osallisuuden kokemusta heikensi sekä käyttäjien että henkilökunnan mukaan yhteisen kielen puute tai sen heikko osaaminen.

Henkilökunnan mukaan palvelunkäyttäjän osallistaminen oli tavoitteena jokaisessa kohtaamisessa. He myös kokivat sen välttämättömäksi, jotta käyttäjän yksilöllinen palvelutarve tuli ammattilaiselle ymmärretyksi. Henkilökunta osallisti käyttäjiä tehden kysymyksiä palvelutarpeen syistä sekä tiedustelemalla, millaista apua käyttäjä halusi tai koki tarvitsevansa ja, kuinka hän oli itseään jo hoitanut. Henkilökunnan mukaan kaikki palvelunkäyttäjät eivät kuitenkaan halunneet osallistua aktiivisesti ammattilaisen kanssa käytävään vuoropuheluun, tai palvelunkäyttäjät halusivat itse päättää, kenen kanssa he palveluntarpeestaan keskustelivat. Tämä koettiin henkilökunnan näkökulmasta osallistamisen haasteena.

Henkilökunta ymmärsi osallisuutta mahdollistavana tekijänä sen, että aktiivisessa roolissa oleva käyttäjä valmistautui vastaanotolle esimerkiksi tutustumalla internetin välityksellä oireisiinsa ja/tai eri hoitovaihtoehtoihinsa. Henkilökunnan mukaan nuorten aikuisten osallistaminen oli helppoa, koska he osoittavat osallistumishalukkuutensa tekemällä spontaaneja kysymyksiä ja kertomalla mielipiteensä. Ikääntyneissä, mielenterveyspotilaissa ja maahanmuuttajissa oli henkilökunnan toteamana palvelunkäyttäjiä, jotka osoittivat passiivista osallistumista muun muassa jättämällä hoitoon liittyvän päätöksenteon lääkärille.

Asiakaslähtöisyyttä ilmentävä *autonomia* ymmärrettiin käyttäjäryhmässä siten, että terveyspalvelujen käyttäjänä yksilö oli itsenäinen, jonka omanäköistä elämää ammattilaiset kunnioittivat. Tämä ei kuitenkaan käyttäjien mukaan aina toteutunut. Niissä tilanteissa, joissa aktiivisen roolin omaava käyttäjä koki autonomiansa uhatuksi, hän muuttui äänekääksi ja vaativaksi. Tulosten mukaan passiivisen roolin omaavat palvelunkäyttäjät eivät tähän kykene ja siksi heidän kohdallaan autonomian toteutuminen edellytti esimerkiksi omaisen läsnäoloa vastaanottotilanteessa. Itsemääräämisoikeuden kokemuksesta vahvisti se, että ammattilainen kuunteli ja neuvotteli sekä kohtasi käyttäjän ainutkertaisena. Tulosten mukaan autonomiakokemuksesta heikensi yhteisen kielen puute palveluissa ja organisaation toimintaa ohjaavat epäselvät ohjeet. Autonomian estävänä tekijänä koettiin myös ammattilaisen kiire, jolloin esimerkiksi palvelunkäyttäjä ei kokenut saavansa riittävästi tietoa sairautensa hoitoon liittyvistä eri hoitomuodoista, jolloin myös päätöksenteko jäi ammattilaiselle.

Palvelunkäyttäjän autonomian kunnioittaminen koettiin henkilökuntaryhmässä itsestään selvänä asiana terveydenhuollossa. Henkilökunnan mukaan käyttäjän autonomian toteutumiseen pyrittiin osallistamisen kautta eli keskustelemalla ja kuuntelemalla käyttäjää vastaanottokäyntiin liittyvistä syistä. Haasteelliseksi autonomian kunnioittaminen koettiin silloin, kun sairaalahoitoa vaativassa tilanteessa palvelunkäyttäjä kieltäytyi lähtemästä hoitoon. Näissä tilanteissa henkilökunta toimi maanitellen, jopa uhkaillen, jotta käyttäjän tarvitsema hoito saatiin annetuksi. Käyttäjän itsemääräämisoikeutta jouduttiin rajoittamaan tilanteissa, joissa käyttäjä vaati itselleen sellaista lääkitystä, jonka määräämiseen ei löytynyt perusteita. Tulosten mukaan itsemääräämisoikeuden edellytys oli, että

palvelunkäyttäjä luotti terveydenhuollon henkilökuntaan ja osoitti sen antamalla riittävästi tietoa itsestään hoidon tarpeenarvioimiseksi.

Asiakaslähtöinen *yhteistyösuhde* oli palvelunkäyttäjien kokemana kiireetön, dialoginen vuorovaikutussuhde, jossa asiointi oli helppoa, oma ääni palveluprosessissa tuli kuuluksi ja palvelutarve tuli kokonaisvaltaisesti huomioituksi ja hoidetuksi. Se kuvattiin myös suhteeksi, jossa palvelunkäyttäjä ja ammattilainen olivat tasavertaisia ja jossa ammattilainen kunnioitti käyttäjän terveyteen tai sairauden hoitoon tekemiä valintoja. Palvelunkäyttäjät odottivat ammattilaiselta dialogiseen vuorovaikutukseen tarvittavia taitoja ja, jos nämä puuttuivat, ei heidän mukaansa kokemusta hyvästä yhteistyösuhdesta muodostunut. Palvelunkäyttäjien mukaan dialoginen yhteistyösuhde ei myöskään muodostunut, jos ammattilainen käyttäytyi autoritäärisesti tai hänen käytöksessään oli havaittavissa palvelunkäyttäjien arvottaminen esimerkiksi sosioekonomisen tausta perusteella. Palvelunkäyttäjien kokemana hyvän yhteistyösuhteen muodostumisen esteeksi todettiin se, että lääkäri ja/tai hoitaja vaihtui jatkuvasti. Tulosten mukaan asiakaslähtöistä yhteistyösuhdetta ei myöskään muodostunut, jos käyttäjä ei tullut ymmärretyksi palvelutarpeessaan.

Henkilökunnalle asiakaslähtöinen *yhteistyösuhde* oli vuorovaikutussuhde, jota kuvattiin vastavuoroiseksi. Henkilökunnan toteamana asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa ammattilaisella oli kyky kuunnella ja kyky lukea sanatonta viestintää. Hänellä oli myös kyky osallistaa palvelunkäyttäjä vuorovaikutukseen. Henkilökunnan kokemana vastavuoroisessa yhteistyösuhteessa ammattilainen antoi vinkkejä ja ohjeita palvelunkäyttäjän sairauden hoitoon tai terveyden edistämiseen, mutta jätti päätöksenteon niiden käyttöön otosta palvelunkäyttäjälle. Henkilökunnan mukaan vastavuoroisen yhteistyösuhteen muodostumista esti palvelunkäyttäjän kyseenalaistava tai uhkaava käytös sekä se, että ammattilainen havaitsi käyttäjän jättävän kertomatta hoidon suunnitteluun liittyvää tietoa tai antoi jopa virheellistä tietoa.

Taulukkoon 7 olen tiivistänyt osallisuuteen, autonomiakokemukseen ja yhteistyösuhteeseen liittyvät tulokset.

Taulukko 7. Tulokset asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista.

	Osallisuus	Autonomiakokemus	Yhteistyösuhde
Edistää	<ul style="list-style-type: none"> o käyttäjän mielipiteiden, toiveiden huomioiminen o kysymykset palvelutarpeesta o käyttäjä valmistautuu vastaanotolle internet- ja/tai epikriisitiedoin o oma lääkäri ja hoitaja - toimintamalli o terveysaseman sähköiset palvelut o nuoret aikuiset esittävät mielipiteitään ja keskustelee eri hoitovaihtoehdoista 	<ul style="list-style-type: none"> o olemalla käyttäjänä aktiivinen, äänekkäs, vaativa o ammattilaisen kuunteleva ja keskusteleva työote o käyttäjä nähdään ja kohdataan ainutkertaisena, tasavertaisena yksilönä o ammattilaisen käyttämä kieli on ymmärrettävää o terveydenhuollon toimintaohjeet ja internet-sivut ovat selkeät ja mahdollistavat osallistumisen 	<ul style="list-style-type: none"> o vastavuoroinen suhde, jossa molemmat osapuolet ovat tasavertaisia o ammattilainen kunnioittaa käyttäjän henkilökohtaisia valintoja o ammattilaisella on kyky lukea sanatonta viestintää o käyttäjän tarpeista ja toiveista lähtevä työote o kiireetön ilmapiiri
Estää tai heikentää	<ul style="list-style-type: none"> o ammattilaisen käyttämä valta o ammattilaisen ennakkoluulot, asenteet, pelot o ammattilainen ei anna mahdollisuutta tai ei tue hoitovaihtoehtojen valinnassa o käyttäjän ääni ei kuulu ajanvarauksessa o yhteisen kielen puute tai huono suomen kielen taito o terveysaseman sähköiset palvelut ja terveydenhuollon internet sivustot o käyttäjä ei avoimesti kerro palvelutarpeestaan o ikääntyneet ja maahanmuuttajat antavat ammattilaisen tehdä päätöksiä 	<ul style="list-style-type: none"> o ammattilaisen kiire o päätöksentekoa ei tueta o käyttäjä ei anna riittävästi tietoa terveydentilastaan 	<ul style="list-style-type: none"> o ammattilaisen autoritäärinen käytös o dialogin puute o kokemus, että käyttäjän sosiaalinen tausta, ulkonäkö ym. vaikuttaa palveluissa o käyttäjä ei tule ymmärretyksi o käyttäjä käyttäytyy aggressiivisesti tai uhkaavasti o käyttäjä ei anna totuudenmukaista tietoa palvelutarpeestaan o lääkärin ja/tai hoitajan jatkuva vaihtuminen o ammattilaisen omaan jaksamiseen vaikuttavat tekijät

6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän osion ensimmäisessä alaluvussa esitän ymmärrykseni, mitä tutkimukseni tulokset tarkoittavat asetetun tutkimustehtävän ja aikaisempien tutkimusten näkökulmasta. Lisäksi pohdin tutkimukseni hyödynnettävyyttä ja esitän ehdotukseni jatkotutkimusaiheille. Lopuksi, toisessa alaluvussa tarkastelen tutkimukseni eettisyyttä ja luotettavuutta.

6.1. Johtopäätökset tutkimustuloksista

Tämän laadullisen pro gradu -tutkielman lähtökohta oli omassa työelämässäni tehdyt havainnot siitä, että terveyspalvelujen asiakaslähtöisyys käsitteenä ja ilmiönä ymmärretään moninaisena riippuen siitä, kenen kanssa aihealueesta keskustelea, palvelunkäyttäjien vai terveydenhuollon ammattilaisten. Tämän tutkielman tarkoituksena oli tarkastella teoreettisesti ja empiirisesti tätä ilmiötä perusterveydenhuollon kontekstissa tuoden vastauksen kysymyksen: *Millaisena asiakkuus ja asiakaslähtöisyys ilmenee perusterveydenhuollossa palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan kokemana?*

Aikaisemman tutkimustiedon mukaan terveydenhuollon palvelunkäyttäjistä käytetään pääsääntöisesti käsitteitä potilas ja asiakas (ks. Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011). Tämä todentui myös tämän pro gradu -tutkielman tutkimuksessa. Tulokset osoittivat aiempien tutkimusten mukaisesti, että asiakas-käsitteeseen liitetään mielikuvia aktiivisesta palvelunkäyttäjistä, joka haluaa osallistua hoitoonsa vastavuoroisessa yhteistyösuhteessa (ks. Niiranen 2002; McColl-Kennedy ym. 2016). Tulokset myös osoittivat, että aktiivinen asiakas ymmärretään yksilöksi, joka ilmaisee mielipiteensä, pystyy tekemään valintoja ja pystyy tarvittaessa olemaan hyvinkin äänekäs puolustaessaan oikeuksiaan terveyspalveluissa. Tutkimusaineistossa havaitut asiakas-käsitteeseen liittyvät kuluttajamaisuuden ja kansalaisuuden ominaisuudet ovat todentuneet asiakas-käsitteen ominaisuuksiksi myös aiemmissa tutkimuksissa (ks. Toiviainen 2007; Valkama 2012).

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että asiakas-käsite ei ole syrjäyttämässä potilas-käsitettä perusterveydenhuollossa, vaikka asiakas-käsite ilmenee yhä enenemässä

määrin terveysaseman henkilökunnan työarjessa. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että palvelunkäyttäjistä keskustellaan potilas-käsitteellä etenkin ammattilaisten välisissä keskusteluissa. Tämä potilas-käsitteen institutionaalinen asema terveydenhuollon henkilöstön keskuudessa on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa (Toiviainen 2007). Tutkimukseni myös ilmeni, että potilas-käsitteen institutionaalinen asema ei tarkoita kuitenkaan sitä, että palvelunkäyttäjä olisi käsitteen perinteisessä mielessä terveystalveissa automaattisesti passiivisessa roolissa. Henkilökunnan kokemana palvelunkäyttäjä nähdään potilas-käsitteen kautta myös aktiivisena palvelunkäyttäjänä, joka on tietoinen palvelutarpeestaan ja siitä, miten haluaisi itseään hoidettavan. Tämä ymmärrys potilas-käsitteestä kuvaa mielestäni sitä, että käsitteen antama aktiivinen merkitys henkilökunnalle on tiettyiltä osin samanlainen kuin asiakas-käsitteeseen liittyvä tulkinta. Erot liittyvät pääasiassa asiakas-käsitteen kuluttajamaisiin ominaisuuksiin, joita potilas-käsitteeseen ei mielletä.

Tuloksista oli nähtävissä, että palvelunkäyttäjät ymmärtäisivät itsensä potilas-käsitteen näkökulmasta passiivisemmassa roolissa kuin, millaiseksi he ymmärtävät itsensä asiakas-käsitteen kautta. Asiakkaana palvelunkäyttäjä näkee itsensä yksilönä, joka haluaa tulla kuuluksi ja nähdyksi. Lisäksi asiakkaana hän kokee olevansa aidosti osallinen omassa palvelutarpeessaan, josta keskusteleo ammattilaisen kanssa vastavuoroisessa yhteistyösuhteessa. Tämän tutkimuksen tulokset antoivat viitteistä siitä, että aktiiviseksi itsensä kokeva palvelunkäyttäjä mieltäisi itsensä perusterveydenhuollossa mieluummin asiakkaana kuin potilaana. Vastaavanlaisen havainnon on tehnyt myös Valkama (2012).

Tutkimukseni toi esille, että perusterveydenhuollon asiakkuutta voidaan ilmentää palvelu-, kohde- ja hybridiasiakkuutena. Palveluasiakkuus ymmärretään tutkimukseen osallistuneiden kuvaamana asiakkuutena, jossa palvelunkäyttäjä on ennen kaikkea aktiivinen, yhteistyöhaluinen ja osallistuva. Tämä osallisuuden kokemus näyttäisi ilmentävän Valokilven (2008) mainitseman kumppanuus-tason osallisuutta, jossa yksilö kokee olevansa tasavertainen ja näin myös kokee yhteenkuuluvuuden ja yhdessä toimimisen tarvetta henkilökunnan kanssa. Tämä ilmeni tässä tutkimuksessa muun muassa siten, että palvelunkäyttäjä on valmistautunut vastaanottokäynnille tutustumalla sairauteensa etukäteen internetin antamin tiedoin, käyttää voice-ääntään (ks. Valkama 2012) eli hän kyselee eri

hoitovaihtoehtoista, esittää niihin omia mielipiteitä ja kokee, että niitä kuunnellaan. Tutkimukseni toi esille myös sen, että palveluasiakkaana palvelunkäyttäjä haluaa tulla kohdatuksi kokonaisvaltaisesti eikä vain yhden oireen näkökulmasta. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella tämä näyttäisi toteutuvan valmentajasuhteessa, jonka ytimessä on aito dialogi ja jossa hoitoon liittyvät toimenpiteet räätälöidään yhdessä sovittuihin tavoitteisiin ja asiakkaan elämäntilanteeseen sopivaksi (ks. Laitila 2010). Tästä näkökulmasta katsoen palveluasiakkuutta ilmentävä yhteistyösuhde on tarvittaessa myös moniammatillinen ja -alainen.

Tutkimukseni toi esille myös sen, että palveluasiakkaan rooliin liittyisi myös vaativan asiakkaan rooli. Tämä tulee palveluissa näkyviin silloin, kun palvelunkäyttäjän palveluodotukset eivät näytä toteutuvan odotetun mukaisesti. Näissä tilanteissa palveluasiakas ilmentää omaa osallistumistaan Valokilven (2000) kuvaaman vaatimisen-tason mukaisesti eli käyttäjä muuttuu vaativaksi ja äänekkääksi viestittäen, että on oman elämänsä asiantuntija ja hänellä on kansalaisoikeutensa palveluissa. Tämä vaativa palveluasiakas voidaan ymmärtää Valokilven (2012) mainitsemana aktiivisena käyttäjäkansalaisena tai jopa Niirasen (2002) toteamana potilas-kuluttajana. Tulokset antoivat viitteitä siitä, että terveysaseman henkilökunta kokisi tämän palveluita vaativan ja kritisoivan palveluasiakkaan haasteelliseksi omassa työarjessaan. Tähän saattaisi olla syynä muun muassa se, että vaativa palveluasiakas näyttäisi toivovan yhteistyösuhdeeltaan enemmän yksityisen terveyspalvelun kuluttajasuhdetta (Raitakari ym. 2012) kuin kumppanuussuhdetta (Laitila 2010), joka näyttäisi olevan tämän tutkimuksen mukaan julkiselle terveydenhuollolle ominainen.

Tutkimukseni tulokset antoivat viitteistä myös siitä, että henkilökunta omaa valmiudet kohdata palveluasiakkaan mutta palveluasiakkuuden kokemus käyttäjien kokemana ei näyttäisi aina toteutuvan. Palvelunkäyttäjät kokivat, että palveluasiakkuuden kokemukseen vaikuttaa heikentävästi muun muassa asiantuntijavalta ja henkilökunnan toimintaa ohjaavat organisaation epäselvät ohjeet, jotka näkyvät henkilökunnan toiminnassa palvelunlaadun vaihteluna. Heikentävänä tekijänä tässä tutkimuksessa kuin myös aikaisemmissa tutkimuksissa (ks. Järnström 2011) koettiin myös se, että henkilökunnalla on niin kiire, että heillä ei ole aikaa kiirettömään asiakaskohtaamiseen. Tulokset kertoivat, että

myös henkilökunta kokee kiireen ja jotkut toimintaa ohjaavat ohjeet palveluasiakkuutta heikentäviksi tekijöiksi. Tulosten perusteella voidaan siis todeta, että perusterveydenhuollossa ilmenee kehittämistyötä, jotta palveluasiakkuuden kokemus varmistuisi asiakaskohtaamisissa.

Tutkimukseni mukaan kohdeasiakkuus ymmärretään asiakkuudeksi, joka ilmentää palvelunkäyttäjän passiivista roolia. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että tässä roolissa palvelunkäyttäjälle muodostuisi kokemus, että hän ei tule yksilönä kuuluksi eikä omana itsenään kohdatuksi. Näyttäisi myös siltä, että kohdeasiakkaana palvelunkäyttäjän palveluntarve ei tulisi tyydytetyksi, niin kuin hän itse sen toivoisi tulevan. Tutkimustulosten kuvaaman kohdeasiakkaan kokemus osallisuudesta näyttäisi vastaavan Valokilven (2008) mallin alamaisuuden tasoa, jossa palvelunkäyttäjä nähdään vain ongelman kautta ja jossa ammattilaiselle on tyypillistä käyttäjän puolesta toimiminen Laitilan (2010) mainitsemassa auktoriteettisuhteessa. Aikaisemman tutkimustiedon mukaan kohdeasiakas ei kuitenkaan lähde etsimään parempaa palvelua muualta, vaan hän on uskollinen hoitopaikkaansa kohtaan ja osoittaa sen loyalty-äänellään (ks. Kalliomaa-Puha & Kangas 2015). Vastaavaa tulkintaa kohdeasiakkuudesta on tehnyt myös Niiranen (2002).

Tässä tutkimuksessa palvelunkäyttäjät kuvasivat kohdeasiakasta eräänlaisena palveluissa kulkevana harhailijana, jonka toiveet jäävät huomioimatta esimerkiksi ajanvarauksessa tai hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Kohdeasiakkuudelle on palvelunkäyttäjien kokemana myös ominaista, että asiakkuus ilmenee case-tapauksena eli palvelunkäyttäjä kohdataan terveysasemalla esimerkiksi vanhuksena, liikuntaesteisenä tai päihderiippuvaisena. Tulokset antoivat viitteitä siitä, että palvelunkäyttäjän case-rooli saattaisi johtaa asiantuntijalähtöiseen työtapaan. Myös Järvinen (2015) on havainnut, että asiakkuuden case-kuvaukset tai niin kuin hän mainitsee, asiakkuuden mallitarinat, saattavat ohjata ammattilaisen toimimaan asiakaskohtaamisissa asiantuntija- ja organisaatiolähtöisillä toimintatavoilla.

Tutkimukseni todentaa aiempia tutkimuksia siinä, että perusterveydenhuollossa on palvelunkäyttäjiä, jotka ammattilaisten osallistavasta työtavasta huolimatta jättyvät kohdeasiakkaan rooliin (ks. Niiranen 2002). Tämä ilmeni tässä tutkimuksessa henkilökunnan

kokemuksena. Voidaan siis olettaa, että kaikki perusterveydenhuollon käyttäjät eivät halua tai pysty omaksumaan aktiivisen palvelunkäyttäjän roolia. Nämä Valokilven (2004) alamaiskansalainen-termillä kuvatut palvelunkäyttäjät ovat neuvottomia terveyspalveluissa ja he odottavat ammattilaisten aloitetta, neuvoja ja huolenpitoa. Heitä ovat tämän tutkimuksen mukaan muun muassa mielenterveyspotilaat ja vanhukset. Tämä asiakasryhmä voidaan nähdä perusterveydenhuollon haasteena, jossa palvelukulttuuria muutetaan entistä enemmän aktiivista asiakkuutta edellyttämiin palvelumuotoihin.

Tämä tutkimus osoitti, että perusterveydenhuollon asiakkuus ei ole vain palvelu- tai kohdeasiakkuutta, vaan se on myös hybridiasiakkuutta. Hybridiasiakkuus ymmärretään aikaisempien tutkimusten mukaan asiakkuudeksi, joka ilmentää kohde- ja palveluasiakkuuden samanaikaisuuden kokemusta palveluissa. Sille on myös ominaista kontekstisidonnaisuus. (Valkama 2012.) Tämän tutkimuksen mukaan hybridiasiakkuuden kokemusta näyttäisi esiintyvät ennen kaikkea palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan vuorovaikutustilanteissa. Aktiiviseksi itsensä kuvanneet palvelunkäyttäjät kokivat, että terveysaseman palveluissa on usein tilanteita, joissa palvelukokemus muodostuu sellaiseksi, että se voidaan tulkita hybridiseksi. Tulosten mukaan hybridiasiakkuuden kokemus näyttäisi muodostuvan tilanteista, joissa palvelunkäyttäjällä on vahva halu olla aktiivinen ja osallistuva, mutta hän huomaa, että häntä ei kuunnella aidosti eikä henkilökunnalla ole halua osallistamiseen. Hybridiasiakkuuden kokemus näyttäisi muodostuvan myös tilanteissa, joissa palvelunkäyttäjä kokee organisaation toimintamallien ohjaavan palvelunkäyttäjän aktiiviseen rooliin, esimerkiksi ohjeistamalla käyttämään pääasiassa sähköisiä asiointipalveluita, vaikka käyttäjä ei koe omaavansa edellytyksiä niiden käyttöön tai, jotka hän kokee hankaliksi tai jopa toimimattomiksi.

Tulokset antoivat viitteitä siitä, että hybridiasiakkuuden kokemus johtaa huonoon asiakaskokemukseen. Tämä taas näyttäisi johtavan omien oikeuksien äänekkääseen puolustamiseen ja tilanteisiin, jossa ammattilaisten toimintatapoja kyseenalaistetaan vahvasti ja niistä annetaan negatiivista palautetta. Tästä näkökulmasta katsottuna hybridiasiakkuus on perusterveydenhuollossa iso haaste ja siihen tulisi puuttua. Jos tätä ei tehdä, voidaan

olettaa, että tulevan sosiaali- ja terveystalouden uudistuksen myötä aktiiviset terveysaseman palvelunkäyttäjät käyttävät exit-ääntään (ks. Benschop ym. 2003; Valkama 2012) ja päättävät hakeutua muualle paremman palvelun toivossa.

Tutkimuksessani tarkasteltiin perusterveydenhuollon asiakkuuden lisäksi myös asiakaslähtöisyyttä. Tulokseni toivat esille, että asiakaslähtöisyys ymmärretään palvelunkäyttäjien ja henkilökunnan kokemuksena toimintana, joka lähtee palvelunkäyttäjän palvelutarpeesta ja joka mahdollistaa palvelunkäyttäjän osallisuuden ja autonomiakokemuksen. Tulokset osoittivat myös tutkimukseen osallistuneiden yhteistä ymmärrystä siitä, että kokemus asiakaslähtöisyydestä muodostuu vastavuoroisessa yhteistyösuhteessa. Henkilökuntaryhmässä tätä yhteistyösuhdetta kuvattiin siten, että se voidaan ymmärtää Toiviaisen (2007) mainitsemaksi kumppanuussuhteeksi. Kumppanuussuhdetta ei kuitenkaan ymmärretä Laitilan (2010) toteamana asiakaslähtöiseksi yhteistyösuhteeksi, vaan sellainen on hänen mukaansa valmentajasuhde. Tämän suhteen ytimessä on aito dialogi, jossa keskustelijat hyödyntävät tunneälyään ja osallistuvat keskusteluun koko persoonallaan oppien toisiltaan jotakin uutta (Mönkkönen 2007). Tutkimukseni toi esille, että palvelunkäyttäjät odottaisivat asiakaslähtöisiltä palveluilta ennen kaikkea dialogista yhteistyösuhdetta. Tutkimuksen tulokset antoivat viitteistä siitä, että oma lääkäri ja hoitaja -toimintamallissa tällainen yhteistyösuhde on mahdollinen.

Tämän tutkimuksen tuloksista oli havaittavissa, että palvelunkäyttäjät ja henkilökunta ymmärtävät asiakaslähtöisyyden joiltakin osin erilailla. Palvelunkäyttäjät ymmärtävät asiakaslähtöisyyden toimintana, jossa yksilö kohdataan terveydenhuollossa kokonaisvaltaisesti, ei vain yksittäisen palvelutarpeen näkökulmasta. Aikaisempi tutkimustieto osoittaa, että asiakaslähtöisyys on muutakin kuin palvelunkäyttäjän palvelutarpeen kuulemistä, tunnistamista ja sen hoitamista yhteisymmärryksessä. Se on myös toimintaa, jossa käyttäjän palvelutarve tunnistetaan moniammatilliseksi palvelutarpeeksi. (ks. Ristaniemi 2005.) Tätä asiakaslähtöisyyden tulkintaa ei ollut havaittavissa tai se ei tullut esiin henkilökunnan asiakaslähtöisyyden ymmärryksessä. Henkilökunnan kuvaamana asiakaslähtöisyyteen liittyy ymmärrys, että se on oman toimialan palvelutarpeen kuulemistä ja sen hyvään hoitamista, mutta ei niinkään palvelunkäyttäjän kokonaisvaltaisen palvelutarpeen

havainnointia ja siitä lähtevää moniammatillista ja -alaista toimintaa. Tämä havainto tutkimusaineistosta nostaa esiin kysymyksen, onko terveysasemalla työskentelevällä henkilökunnalla osaamista ja mahdollisuutta asiakaslähtöiseen työskentelyyn?

Tutkimukseni osoitti, että perusterveydenhuollon palveluissa on havaittavissa vielä asiakaslähtöisyyteen liittyvää kehittämistyötä, jotta palvelut voitaisiin ymmärtää asetettujen sosiaali- ja terveystieteellisten asiakaslähtöisyyttä kuvaavien tavoitteiden mukaisiksi. Tämän tutkimuksen tulokset antoivat viitteistä siitä, että palveluissa ilmenisi asiantuntijavaltaa ja palvelunkäyttäjää eriarvostavaa toimintaa, joka voidaan tulkita asiantuntijalähtöisen palvelukulttuurin olemassaolosta. Tulokset antoivat viitteitä myös siitä, että toimintaa ohjaisivat organisaatiolähtöiset toimintamallit ja -käytännöt, jotka ilmentävät asiakaskeskeistä *ei asiakaslähtöistä* palvelukulttuuria (ks. Salminen 2015).

Se, että perusterveydenhuollon asiakaslähtöinen toimintatapa ei tämän tutkimuksen perusteella näyttäisi olevan vielä vakiintunutta eikä asiakaslähtöisyyden käsitteestä näyttäisi olevan vielä syvällistä ymmärrystä, selittää sen, miksi asiakaslähtöisyys ymmärretään sellaisena kuin se työni otsikossa esiintyy eli *”on se sitten asiantuntijapohjaista vai mitä onkaan, mut asiakkaasta tai potilaasta se liikkeelle lähtee”*. Tämän kommentin eräs tiedonantaja ilmaisi tutkimushaastattelussa, kun kysyin, mitä asiakaslähtöisyys teille tarkoittaa.

Asiakaslähtöisyyden ymmärryksen lisäämiseksi ehdotan, että perusterveydenhuollossa auki kirjoitetaan, mitä asiakaslähtöisyys terveysaseman toiminnassa tarkoittaa. Tämä on mielestäni tehtävä niin organisaation johdossa kuin työyhteisöissäkin. Kun perusterveydenhuollon organisaation joka tasolla, jokaiselle kirkastuu käsitteen perimmäinen tarkoitus ja sen yhteinen ymmärrys, mahdollistuu mielestäni myös palvelujen kehittäminen aidosti asiakaslähtöisiksi. Mielestäni tätä pro gradu -tutkielmaa voi hyödyntää asiakaslähtöisyyteen liittyvän ilmiön auki kirjoittamisessa.

Lisäksi ehdotan, että perusterveydenhuollossa pohditaan, millä palvelunkäyttäjää kuvaavalla käsitteellä asiakaslähtöistä toimintaa kehitetään. Tulokset antoivat viitteistä siitä, että potilas-käsitteeseen liitetään mielikuvia ammattilaisen hoivasta ja huolenpidosta,

mikä saattaa joidenkin työntekijöiden kohdalla antaa käsitteelle sen perinteisen eli passiivista merkityksen palvelunkäyttäjistä. Toisaaltaan, asiakas-käsitteeseen liittyy mielikuvia kuluttajuudesta ja yksityisen terveystalouden käyttäjistä. Ehdotan, että perusterveydenhuollossa pohditaan, mikä merkitys esimerkiksi potilasasiakas-käsitteen (ks. Aronkytö 2010) käyttöönotosta olisi asiakaslähtöisyyden ymmärtämiseen ja siten asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseen. Myös tässä tehtävässä tätä pro gradu -tutkielmaa voi hyödyntää.

Tässä pro gradu -tutkielmassa todentui, että perusterveydenhuollossa on aktiivisen ja passiivisen asiakasroolin omaavia palvelunkäyttäjiä. Seuraavaksi asiakaslähtöisyyden ilmiötä voisi tutkia eri asiakkuuksien eli kohde- ja palveluasiakkaan näkökulmista. Tutkimuksessa voisi selvittää ja vertailla näiden asiakasryhmien kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. Jotta perusterveydenhuollon palvelut kehittyisivät aidosti asiakaslähtöisiksi, olisi lisäksi tärkeää tutkia, millainen vaikutus asiakkaan sosioekonomisella taustalla on yksittäisen työntekijän asiakaslähtöiseen toimintaan. Mielenkiinto tähän kysymykseen heräsi havaittuani tämän tutkimuksen aikana, että palvelunkäyttäjän erilaisuus koetaan vaikuttavan työntekijöiden asiakaslähtöiseen toimintaan.

6.2. Tutkimuksen arviointia

Tutkimuksen eettisyyden tarkastelua

Jokainen tutkija, joka on sitoutunut noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, joutuu pohtimaan tutkimusprosessinsa eri vaiheissa siihen liittyviä eettisiä kysymyksiä (Kylmä & Juvakka 2007: 137; Hirsjärvi ym. 2010: 23). Tämän on todettu olevan tärkeää muun muassa sen takia, että tutkimuksen vaikutukset voivat ulottua hyvinkin kauas tulevaisuuteen tai ne koskettavat lukuisia ihmisiä (Kylmä & Juvakka 2007: 143).

Tuomen ja Sarajärven (2018: 114) mukaan jo *tutkimusaiheen valinta* on eettinen ratkaisu, johon kuuluu pohdinta, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhtyyään. Pro gradu -tutkielman tekijälle aiheen valinta voi lähteä liikkeelle jostakin itseä kiinnostavasta ilmiöstä tai tehdystä havainnosta (Hirsjärvi ym. 2010: 71). On kuitenkin

huomioitava, että pelkkä uteliaisuus aihetta kohtaan ei riitä, vaan sen valinnalle on löydettävä perustelut laajemmasta tietoperustasta (Kylmä & Juvakka 2007: 144).

Tämän pro gradu -tutkielman aiheen valintaan vaikutti oma työhistoriani suun terveydenhuollossa, osastonhoitajan työtehtävissä, jossa olen käsitellyt asiakaspalautteita ja toiminut asiakaslähtöisten palvelujen kehittämistyöryhmissä. Työssäni ja työryhmien jäsenenä olen havainnut, että asiakaslähtöisyyteen liittyy paljon erilaista tulkintaa ja siksi kiinnostuin tarkastelemaan aihetta syvällisemmin. Kiinnostukseni lisääntyi, kun perehdyin aihetta käsittelevään kirjallisuuteen ja jo olemassa olevaan tutkimustietoon kesällä 2017. Havaitsin, että ilmiötä ei ole tutkittu samanaikaisesti perusterveydenhuollon asiakkaiden ja henkilökunnan tulkitsemana. Nämä tekijät antoivat mielestäni eettiset perustelut aiheeni valinnalle.

Tämän tutkimuksen kohteena oli ihmiset ja heidän kokemuksensa, joten tutkimus edellytti eettisten periaatteiden mukaisesti asianmukaista *tutkimuslupaa* (Kananen 2017: 191), jota voidaan tarkastella tutkimusluvan myöntävien viranomaisten kuin myös tutkittavien näkökulmasta (Eskola & Suoranta 2008: 52). Tässä tutkimuksessa hain tutkimusluvan ensin Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta ja sen saatuaani, pyysin luvan jokaiselta tutkimukseeni ilmoittautuneelta.

Osallistujilta tutkimuslupa varmistettiin ennen haastattelujen aloitusta suostumuslomakkeella, jonka jokainen osallistuja allekirjoitti. Ennen allekirjoittamista, koin eettisesti tärkeäksi antaa riittävästi tietoa tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta. Kerroin heille tutkimukseni tarkoituksesta, tavoitteista ja käyttötarkoituksesta sekä siitä, että tutkimukseeni osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja, että siitä sai kieltäytyä tai sen voi keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Kerroin myös keneltä he voivat saada lisätietoa tutkimuksesta. Lisäksi varmistin, että osallistujat ymmärsivät haastattelussa saamieni tietojen olevan luottamuksellisia. Lisäksi kerroin ennen lomakkeiden allekirjoittamista, että heidän anonymiteettinsä säilyy tutkimuksen eri vaiheissa eikä heitä tulla tunnistamaan tutkimusraportista. (Kylmä & Juvakka 2007: 149; Hirsjärvi ym. 2010: 25;

Kananen 2017: 194.) Tutkimukseen osallistujien anonymiteetti on varmistettu myös siten, että tämä tutkimusraportti ei sisällä osallistujien nimilistaa, vaan se on luovutettu pro gradu -tutkielmani ohjaavalle opettajalle.

Haastattelujen yhteydessä varmistin ihmisarvon kunnioittamisen siten (Hirsjärvi ym. 2010: 25), että jokainen osallistuja sai esittää näkemyksiään ja mielipiteitään sellaisena kuin sen haluisi omassa haastatteluryhmässään ilmaista. Tämä tapahtui luomalla keskusteluilmapiiiristä mahdollisimman rauhallisen ja luontevan sekä rohkaisemalla hiljaisempia osallistujia esittämään mielipiteitään kysymällä heidän näkemyksiään aiemmin esitettyyn näkökulmaan tai teema-alueen kysymykseen. Lisäksi kerroin ennen haastattelujen alkua, että ei ole olemassa oikeata tai väärää mielipidettä vaan kaikki esitetyt argumentaatiot ovat yhtä hyviä ja tärkeitä tutkimukseni näkökulmasta. Haastattelujen aikana havaitsin, että osallistajat olivat joistakin asioista osin eri mieltä, eikä se aiheuttanut muutoksia haastatteluilmapiiiriin.

On todettu, että ryhmähaastattelussa eettiseksi haasteeksi voi muodostua se, että samasta työyhteisöstä muodostetussa ryhmässä keskinäinen luottamus ei toimi, jolloin jonkun tai joidenkin esittämää mielipidettä tai näkemystä levitellään haastattelun jälkeen työyhteisön muille jäsenille (ks. Kylmä & Juvakka 2007: 152). Tiedostamalla tämän haasteen olemassa olon, kerroin tutkimuksen pelisäännöissä tutkimuksen luottamuksellisuuden koskevan kaikkia mukana olevia.

Käyttäjryhmän kohdalla pohdin etukäteen, miten varmistan osallistujien anonymiteetin. Jotta tämä toteutui, lähetin jokaiselle tutkimukseen ilmoittautuneelle henkilökohtaisen sähköpostin tarkemmasta haastatteluajankohdasta ja -paikasta. Eli haastatteluun ilmoittautunut osallistuja ei etukäteen tiennyt ryhmän kokoonpanosta mitään. Lisäksi haastattelussa annoin osallistujille mahdollisuuden esiintyä pelkällä etunimellä, jota osallistajat eivät kuitenkaan noudattaneet. Esittelykierroksella jokainen sanoin koko nimensä.

Pro gradu -tutkielman *raportissa* olen noudattanut tutkimustyön eettisiä periaatteita siten, että olen ottanut huomioon muiden tutkijoiden saavutukset (Hirsjärvi ym. 2010: 24) kirjaamalla heiltä lainaamani teksti asiankuuluvin lähdeviittein. Lisäksi olen raportoinnissa

pyrkinyt eettisten periaatteiden mukaisesti avoimuuteen kuvaamalla tutkimukseni etene-
misen ja sen toteutuksen menetelmävalintoineen totuudenmukaisesti. Tuloksia rapor-
toidessa en ole niitä kaunistellut tai liioitellut. Raportin valmistumisen jälkeen olen myös
sitoutunut tiedonantajille ja kohdeorganisaatiolle antamani lupaukseen, että hävitän haas-
tatteluilla saadun aineiston. Katson, että pro gradu -tutkielmani eettiset periaatteet täyty-
vät.

Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelua

Tutkimukseni tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä eli peruster-
veydenhuollon asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä. Se, kuinka luotettavaa eli totuu-
denmukaista tietoa olen onnistunut tuottamaan, arvioin käyttämällä Kylmän ja Juvakan
(2007: 127) esittämiä laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä eli uskottavuutta,
vahvistettavuutta ja refleksiivisyyttä.

Tutkimuksen *uskottavuus* kriteerillä arvioidaan, kuinka totuudenmukainen tutkimus ja
sen tulokset ovat. Tässä tutkimusraportissani olen kuvannut mahdollisimman tarkasti tut-
kimukseni metodologiset valinnat ja aineistonkeruun. Lisäksi olen kuvannut yksityiskoh-
teisesti tutkimusaineistoni analysoinnin, jotta toinen tutkija voi seurata tulosten ja niistä
johdettujen johtopäätösten muodostumista ja, siten arvioida tutkimustulosteni uskotta-
vuutta. Tulosten uskottavuutta olen pyrkinyt vahvistamaan palaamalla analyysin edetessä
riittävän usein alkuperäiseen tekstiin, jotta ilmiön käsitteellistämisen aikana varmistuin
siitä, että olin tulkinut tiedonantajien ilmauksia niin kuin he ilmiötä olivat kuvanneet.
Tulosten uskottavuuden vahvistamiseksi en ole palauttanut tuloksia tiedonantajien luet-
tavaksi mutta tutkimusprosessista ja sen tuloksista olen keskustellut esimerkiksi osaston-
hoitaja kollegani kanssa ja siten olen saanut vahvistusta tutkimukseni johtopäätöksille.
(Kylmä & Juvakka 2007: 128.)

Tutkimustulokseni ovat mielestäni uskottavia, koska tutkimusaineisto kerättiin sellaisilta
tiedonantajia, joilla oli omakohtaisia kokemuksia perusterveydenhuollon asiakkuudesta
ja asiakaslähtöisyydestä sekä terveydenhuollon ammatin tuomaa kokemusta tutkittavasta
ilmiöstä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2018: 63). Tutkimukseni uskottavuuden kannalta on huo-

mioitavaa, että käyttäjäryhmässä tutkittavaa ilmiötä tarkasteli pelkästään oman asiakkuutensa aktiiviseksi tiedostavia tiedonantajia. Katson, että tällä on ollut merkitystä, miten asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä on käyttäjäryhmässä keskusteltu ja millaisen merkityksen aktiivinen asiakkuus on tutkittavalle ilmiölle siten antanut. Tämä on voinut yksipuolistaa tutkittavasta ilmiöstä muodostettua ymmärrystä ja siten se voidaan nähdä tutkimukseni uskottavuuden heikentävänä tekijänä. Tutkimukseni uskottavuuden heikentävänä tekijänä voidaan nähdä myös se, että haastateltavia ryhmiä oli vain yksi kumpaakin. Jos molempia ryhmiä olisi ollut kaksi, aineiston saturaatio olisi voitu paremmin todentaa (Hirsjärvi ym. 2010: 183). Nyt se todentui sillä, että haastatteluryhmässä tiedonantajat totesivat, ettei heille tule muuta mieleen.

On todettu, että tutkimustulosten uskottavuuteen vaikuttaa myös se, miten vapaasti ja luottavasti tiedonantajat kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. On havaittu, että epämiellyttäväksi koetussa tutkimustilanteessa osallistujat eivät kerro todellisia mielipiteitään, vaan he saattavat kuvata tutkittavaa ilmiötä sosiaalisesti suotavilla ilmauksilla tai päätyä olemaan samaa mieltä toisten ryhmässä mukana olleiden kanssa (Hirsjärvi ym. 2010: 206–207). Tutkimustyöni alussa tiedostin, että ammattitaustani saattaa vaikuttaa haastatteluilmapiirin avoimuuteen ja siihen, miten haastatteluryhmissä asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä keskustellaan. Tulosten uskottavuuden parantamiseksi, päätin jo aineiston hankinnan yhteydessä, että en ilmaise haastateltaville ammattitaustaani kutsukirjeissä enkä haastattelutilanteissa, vaan keräsin aineiston yliopisto-opiskelijana. Avoimen ja rennon ilmapiirin luomiseksi, koin myös tärkeäksi rohkaista jokaista osallistujaa esittämään kaikenlaisia mielipiteitä tutkittavasta ilmiöstä. En kuitenkaan voi olla täysin varma siitä, kuinka hyvin tässä onnistuin.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös *vahvistettavuus* kriteerillä. Jotta tämä kriteeri täyttyy, tutkimusraportin tulee olla niin selkeästi kirjoitettu, että toinen tutkija voi seurata tulosten ja niistä johdettujen johtopäätösten muodostumista. (Kylmä & Juvakka 2007: 129.) Mielestäni tämä todentuu tutkimusraportissani. On myös todettu, että jokaisella tutkimuksen tekijällä on omat kykynsä ja taitonsa tehdä laadullisesta aineistosta havaintoja (Kylmä & Juvakka 2007: 129). Voidaan olettaa, että minulla opiskelijana nämä taidot ovat heikommat kuin esimerkiksi kokeneella tutkijalla ja siten olettaa,

että kokeneempi tutkija ei välttämättä päädy samalla aineistolla samaan tulkintaan ja johdopäätöksiin kuin mihin minä olen päätenyt. Kokemattomuuteni tutkimuksen tekijänä voidaan nähdä tutkimukseni luotettavuuden heikentävänä tekijänä.

Tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun kuuluu myös tutkimuksen tekijän omien lähtökohtien tarkastelu eli kuinka hän itse on vaikuttanut aineistoon ja tutkimusprosessiin. Tätä kutsutaan *refleksiivisyyden* tarkasteluksi. (Kylmä & Juvakka 2007: 129.) Oma esiymmärrykseni tutkittavaan ilmiöön on muodostunut monivuotisessa suun terveydenhuollon osastonhoitajan työssäni ja asiakaslähtöisyyttä kehittävässä työryhmissä. Esiymmärrykseni vahvistui tutkimuskirjallisuuteen perehtymisen ja teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisen aikana. On mahdollista, että esiymmärrykseni on vaikuttanut tutkimusaineistossa tehtyihin havaintoihin, vaikka olen pyrkinyt tietoisesti olemaan avoin kaikelle lukemaleni. Katson, että tutkimukseni ja sen tuottamat tulokset ovat luotettavia, mutta lopullisen arvion jätän tutkimukseni lukijalle.

LÄHDELUETTELO

- Alexander, Robin (2008). Culture, dialogue and learning: Notes on an emerging pedagogy. Teoksessa: Exploring talk in schools. Inspired by the work of Douglas Barnes, 91–114. Toim. Neil Mercer & Steve Hodgkinson. London: Sage.
- Andersson, Sirpa, Riitta Haverinen & Maili Malin (2004). Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. *Yhteiskuntapolitiikka* 69:5, 481–494.
- Arnetz, Judith E., Ludmila Zhdanova (2014). Patient involvement climate: views and behaviours among registered nurses in myocardial infarction care. *Journal of Clinical Nursing* 24, 475–485.
- Aronkytö, Timo (2010). Terveysthuoltojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa. Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja Iso-Britannia. Sitran selvityksiä 16. Sitra.
- Autio, Minna, Susanna Helovuori & Jaakko Autio (2012). Potilaskuluttajan ja lääkärin muuttuvat roolit sähköistyvillä terveystuotteilla. *Kulutustutkimus* 2, 40–57.
- Benschop, Ruth, Klasien Horstman & Rein Vos (2003). Voice beyond choice: Hesitant voice in public debates about genetics in health care. *An International Journal of Health Care Philosophy and Policy* 11:2, 141–150.
- Byham, Megan & Kapil Chalil Madathil (2015). Developing consumer-centered healthcare public reports: Understanding the healthcare consumers' decision making process. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society 59th Annual Meeting*. Saatavissa 6.4.2018: <http://journals.sagepub.com.proxy.uwasa.fi/doi/abs/10.1177/1541931215591325>.

- Castro, Eva Maria, Tine Van Regenmortel, Kris Vanhaecht, Walter Sermeus & Ann Van Hecke (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling Journal* 99:12, 1923–1939.
- Clucas, Claudine & Lindsay St Claire (2010). The effect of feeling respected and the patient role on patient outcomes. *Journal of Theoretical Social Psychology* 2:3, 298–322.
- Cohen, Nissim & Dani Filc (2017). An alternative way of understanding exit, voice and loyalty: the case of informal payments for health care in Israel. *The International Journal of Health Planning and Management* 32:1, 72–90.
- Corring, Deborah & Joanne Cook (1999). Client-centred care means that I am a valued human being. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 66:2, 71–82.
- Drew, Paul & Marja-Leena Sorjonen (2009). *Dialogue in institutional interactions*. London: Sage.
- Entwistle, Vikki A, Stacy M. Carter, Alan Cribb & Kristen McCaffery (2010). Supporting patient autonomy: The importance of clinician-patient relationship. *Journal of General Internal Medicine* 25:7, 741–745.
- Eskola, Jari & Juha Suoranta (2008). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Fix, Gemmae M, Carol VanDeusen Lukas, Rendelle E. Bolton, Jennifer N. Hill, Nora Mueller, Sherri L. LaVela & Barbara G. Bokhour (2017). Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. *An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 21:1, 1–8.

- Fredriksson, Mio & Johathan Q Tritter (2017). Disentangling patient and public involvement in healthcare decisions: why the difference matters. *Sociology of Health & Illness* 39:1, 95–111.
- Fung, Archon (2006). Varieties of Participation in Complex Governance. *Public Administration Review* 66: S1, 66–75. Saatavissa 1.9.2018: <http://workspace.unpan.org/sites/internet/Documents/UNPAN039946.pdf>.
- Gerlander, Maija & Pekka Isotalus (2010). Professionaalisten viestintäsuhteiden ääri-vojoja. *Puhe ja kieli* 30:1, 3–19.
- Harju, Aaro (2004). Aktiivisten kansalaisten Suomi. Keskustelunavaus järjestöllisen koulutuksen tehostamisesta. Julkaisu 2004:11. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Harra, Toini (2014). Terapeuttinen yhteistoiminta. Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Harris, Eric G., Richard Dearth JD & Shipra Paul (2008). Examining the Relationship Between Patient Orientation and Job Satisfaction in Health Care: Evidence from the Nursing Profession. *Journal Health Marketing Quarterly* 12:1–2, 1–14.
- Hietala, Outi (2013). A-klinikan asiakaskahvilassa. Etnografinen tutkimus asiakkaiden juomiselle ja ammattiavulle antamista merkityksistä. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopiston valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiaalitieteiden laitos.
- Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2010). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

- Holmström, Inger & Marta Röing (2009). The relation between patient-centered and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling Journal* 79:2, 167–172.
- Hyland, Deirdre (2002). Na exploration of the relationship between patient autonomy and patient advocacy: Implications for nursing practice. *Nursing Ethics* 9:5, 472–482.
- Häyhtiö, Tapio (2017). Osallisuutta sote-palveluihin palvelumuotoilemalla? Kunnallisalan kehittämissäätiön julkaisu 4. Toinen versio. KAKS-Kunnallisalan kehittämissäätiö.
- Ishikawa, Hirono, Hideki Hashimoto & Takahiro Kiuchi (2013). The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research. *Social Science & Medicine* 96, 147–153.
- Juhila, Kirsi (2006). Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jylhäsaari, Jussi (2009). Johtamisen muutos perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto. Hallintotiede.
- Jäntti, Satu (2008). Kansalainen terveystaloutta valitsemassa. Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos.
- Järnström, Sanna (2011). "En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Etnograafinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.

- Järvinen, Minna-Kaisa (2006). Asiakas-työntekijäsuhteen dialoginen arviointi kriminaalihuollossa. Licensiaattitutkimus. Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Järvinen, Minna-Kaisa (2015). Asiakas-työntekijäsuhde rikosseuraamusalalla. Dialoginen arviointi tiedontuotannon tapana. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Kalliomaa-Puha, Laura & Olli Kangas (2015). Yhteistä ja yksityistä varautumista – vanhusten hoivan tulevaisuus. Kalevi Sorsa -säätiö. Tartumaa: Ecoprit.
- Kananen, Jorma (2014). Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 176. Toim. Teemu Makkonen. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. Juvenes Print.
- Kananen, Jorma (2017). Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Toim. Teemu Makkonen. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. Juvenes Print.
- Kaseva, Kaisa (2011). Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kettunen, Tarja (2001). Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kiikkala, Irma (2000). Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Hyvinvointivaltion palveluketjut, 112–121.

Toim. Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala. Tampere: Tammer-Paino Oy. Tammi.

Kilpeläinen, Arja & Marja Salo-Laaka (2012). Asiakasosallisuus teknologisoituvassa palvelujärjestelmässä. Teoksessa: Sosiaalityön vaikuttavuus, 303–322. Toim. Anneli Pohjola, Tarja Kemppainen & Sanna Väyrynen. Tampere: Juvenes Print.

Kivistö, Mari (2014). Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen. Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.

Kork, Anna-Aurora (2016). Portinvartija vai sisäänheittäjä? Terveydenhuollona kustannushallinnan ja asiakasresponsiivisuuden dilemma. Realistinen synteesi terveystieteistä Englannissa, Yhdysvalloissa ja Suomessa. Hallinnon tutkimus 35: 2, 93–115.

Kujala, Eila (2003). Asiakaslähtöinen laadunhallintamalli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kuusela, Sari (2010). Valta ja vuorovaikutus johtamisessa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalitutkimuksen laitos.

Kuusinen-James, Kirsi (2016). Setelipeliä. Tutkimus palveluseteliä säännöllisessä kotihoidossa käyttävien iäkkäiden henkilöiden valinnanvapaudesta. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

Kylmä, Jari & Taru Juvakka (2007). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laitila, Minna (2010). Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Leemann, Lars & Riitta-Maija Hämäläinen (2016). Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka 81:5, 586–594.

Leino-Kilpi, Helena (2008). Eettisesti erilaiset hoitokäytännöt. Teoksessa: Etiikka hoitotyössä. Toim. Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki. Helsinki: WSOYpro Oy.

Lepelge, Allain, Fabrice Gzil, Michele Cammelli, Celine Lefevre, Bernard Pachoud & Isabelle Ville (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Journal Disability and Rehabilitation* 29:20–21, 1555–1565.

Leväsluoto, Johanna & Kivisaari Sirkku (2012). Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. *VTT Technology* 62.

Lindberg, Catharina, Cecilia Fagerström, Bengt Sivberg & Ania Willman (2014). Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *Journal of Advanced Nursing* 70:10, 2208–2221.

Lääkärin etiikka (2013). Suomen lääkäriliitto. Saatavissa 20.1.2018: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1273/laakarin_etiikka_2013.pdf.

Marshall, Thomas Humphrey (1950). *Citizenship and social class and other essays*. New York: Cambridge University Press. Saatavissa 29.3.2018: http://www.jura.uni-bielefeld.de/lehrstuehle/davy/wustldata/1950_Marshall_Citizenship_and_Social_Class_OCR.pdf.

- Mattila, Lea-Riitta (2001). Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
- McCull-Kennedy, Janet R, Hannah Snyder, Matias Elg, Lars Witell, Anu Helkkula, Suelen J. Hogan & Laurel Andersson (2016). The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda. *Journal of Service Management* 28:1, 2–33.
- McLaughlin, Hugh (2008). What's in a name: "client", "patient", "customer", "expert by experience", "service user" – What's next? *British Journal of Social Work* 39:6, 1101–1117.
- Mead, Nicola & Peter Bower (2000). Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51:7, 1087–1110.
- Metsämuuronen, Jari (2001). Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia -sarja 4. Viro: International Methelp Ky.
- Mäntyranta, Taina & Minna Kaila (2008). Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 124, 1507–1513. Saatavissa 10.8.2018: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>.
- Mönkkönen, Kaarina (2001). Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66:5, 432–447.
- Mönkkönen, Kaarina (2002). Dialogisuus kommunikaationa ja suhteina. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Mönkkönen, Kaarina (2007). Vuorovaikutus – Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Naukkarinen, Eeva-Liisa (2008). Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Nelligan, Penny, Doris Grinspun, Christine Jonas-Simpson, Heather McConnell, Elisabeth Peter, Beryl Pilkington, Jackie Balfour, Lisa Connolly, Nancy Lefebvre, Cheryl Reid-Haughian & Karen Sherry (2002). Client-Centred Care: Making the Ideal Real. Article in *Hospital Quarterly* 5:4, 70–76. Saatavissa 23.4.2018: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41626698/Client-centred_care_making_the_ideal_rea20160127-1750-1jr0ttd.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1536759867&Signature=wZklnH5tnrav6pVEsQq30GmwZpQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DClient-Centred_Care_Making_the_Ideal_Rea.pdf.
- Niiranen, Vuokko (2002). Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa: *Marginaalit ja sosiaalityö. Käsitteellisiä paikannuksia*, 63–80. Toim. Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivainen. Jyväskylän Yliopisto. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Nikander, Pirjo (2003). Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti* 40, 279–290.
- Nivala, Elina & Sanna Rynänen (2013). Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. *Sosiaalipedagoginen aikakausikirja*. Vuosikirja 14, 9–41.
- Närhi, Kati, Tuomo Kokkonen & Aila-Leena Matthies (2014). Asiakkaiden osallisuus ja työntekijöiden harkintavalta palvelujärjestelmässä. *Janus* 22:3, 227–244.

- O'Dell, Rosann (2012). Appraisal skills, health literacy and the patient-provider relationship: Considerations as the health care consumer turns to the internet to inform their care. *Journal of Public Health Informatics* 4:1, 1–7.
- Outinen, Maarit, Kristiina Lempinen, Tupu Holma & Riitta Haverinen (1999). Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Peltoniemi, Annu (2007). Terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Pelzang, Rinchen (2010). Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing* 19:14, 912–917.
- Pietilä, Ilkka (2010). Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi: kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa: Haastattelun analyysi, 212–241. Toim. Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen. Tampere: Vastapaino.
- Piirainen, Arja (2006). Asiakkaan ja asiantuntijan pedagoginen suhde. Fenomenologinen tutkimus fysioterapiatilanteista asiakkaiden ja fysioterapeuttien kokemana. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteiden tiedekunta. Kasvatustieteiden laitos.
- Präg, Patrick, Rafael Wittek & Melinda C Mills (2017). The educational gradient in self-rated health in Europe: Does the doctor-patient relationship make a difference. *Acta Sociologica* 60:4, 325–341.

- Raisio, Harri, Alisa Puustinen, Mika Hyytiäinen & Tarja Wiikinkoski (2017). Kansan rapusilla: Tarkastelussa deliberatiiviset turvallisuuskahvilat. Vaasan yliopiston raportteja 1. Vaasa: Vaasan yliopisto. Saatavissa 22.8.2018: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-728-6.pdf.
- Raitakari, Suvi (2002). Sosiaalityön marginaalistatus. Asiakkuus ja asiantuntijuus modernin ja postmodernin tulkintakehyksessä. Teoksessa: Marginaalit ja sosiaalityö. Käsitteellisiä paikannuksia, 44–62. Toim. Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivainen. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto. Kopijyvä Oy.
- Raitakari, Suvi, Kirsi Juhila, Kirsi Günther, Anna Kulmala & Sirpa Saario (2012). Asiakaslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa: Julkisen ja yksityisen rajalla. Julkisen palvelun muutos: Kansalaisen muuttunut asema palveluiden käyttäjänä, 47–80. Toim. Anneli Anttonen, Arto Haveri, Lehto Juhani & Hannele Palukka. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Ristaniemi, Teija (2005). Psykiatrisen sairaalan ”armahtava todellisuus”? Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Kuntouttavan sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Helsinki: Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Valtiotieteellinen tiedekunta.
- Rouvinen-Wilenius, Päivi (2014). Kohti osallisuutta – mikä estää, mikä mahdollistaa. Teoksessa: Osallisuuden jäljillä, 51–68. Toim. Arja Jämsén & Anne Pyykkönen. Saarijärvi: Saarijärven offiset.
- Ruusuvuori, Johanna, Markku Haakana & Liisa Raevaara Toim. (2001). Institutionaalun vuorovaikutus: keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

- Sahlsten, Monika J. M., Inga E. Larsson, Björn Sjöström & Kaety A. E. Plos (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum* 43:1, 2–11. Saatavissa 24.4.2018: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x>.
- Salminen, Sirpa (2015). Kohtuulliset palvelut. Tapaustutkimus kuljetuspalvelujen uudelleen organisoinnista. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
- Sandberg, Otso (2015). Hallittu syrjäytyminen. Miten syrjäytymisestä muodostui lähes jokaiseen meistä ulottuva riski? Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö.
- Sánchez, Angel Ortiz & Maria Teresa Martin Fuentes (2002). Consumer orientation of public hospital websites in Spain. *International Journal of Medical Marketing* 3:1, 20–30.
- Sarajärvi, Anneli, Lea-Riitta Mattila & Leena Rekola (2011). Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Siisiäinen, Martti (2010). Osallistumisen ongelma. *Kansalaisyhteiskunta* 2010:1, 8–40.
- Siisiäinen Martti (2014). Four faces of participation. Teoksessa: *Participation, marginalization and welfare services. Concepts, Politics and Practices Across European Countries*, 29–46. Toim. Matthies Aila-Leena, Lars Uggerhoj. Farnham: Ashgate.
- Siitonen, Juha (1999). Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun opettajakoulutuslaitos. Oulu: Oulun yliopisto.

Smith, Sian K., Ann Dixon, Lyndal Trevena, Don Nutbeam & Kirsten J. McCaffey (2009). Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups. *Social Science & Medicine* 69:12, 1805–1812.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). Kärkihankkeet ja säädösvalmistelu. Saatavissa 29.7.2017: <http://stm.fi/hankkeet>.

Suomen perustuslaki 1999/731.

Terveydenhuollon laatuopas (2011). Kuntaliiton verkkojulkaisu. 1. painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Saatavilla 12.8.2018: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597.

Terveysasemat (2018). Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavissa 23.3.2018: <https://www.hel.fi/Helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysasemat/>.

Thomas, Nigel (2002). *Children, Family and the State. Decision-making and Child*. Bristol: Policy Press.

Thompson, Andrew G. H (2006). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64:6, 1297–1310.

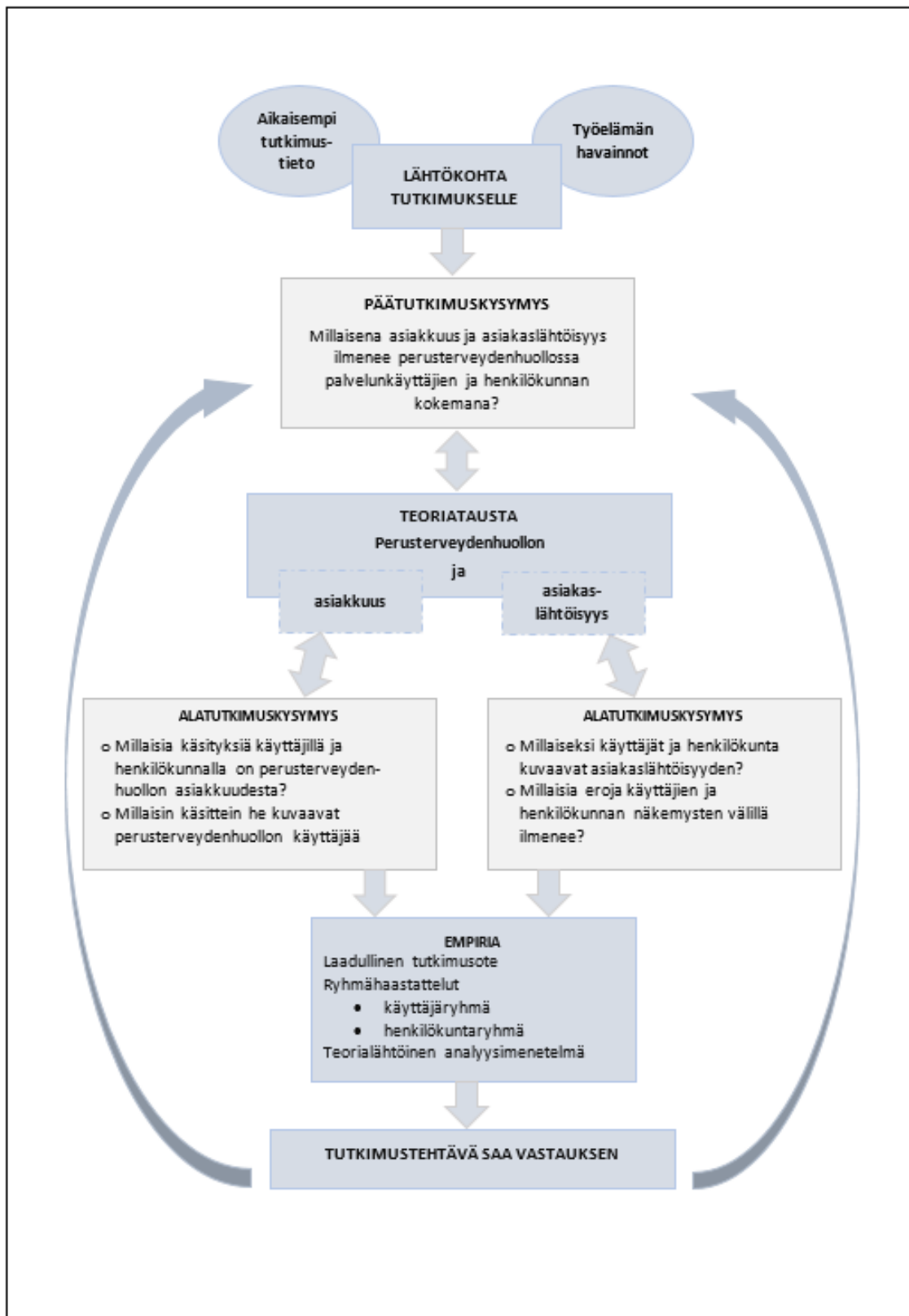
Thórarinsdóttir, Kristín & Kristján Kristjánsson (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: A framework analysis. *Nursing Ethics* 21:2, 129–147.

Tiirinki, Hanna (2014). Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla – terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos.

- Toiviainen, Hanna (2007). *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Toiviainen, Hanna (2011). *Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen*. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 127:8, 777–783. Saatavilla 14.4.2018: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/8/duo99479>.
- Topal, Cagri (2013). *A relational perspective of institutional work*. *Journal of Management and Organization* 21:4, 495–514. Cambridge University Press.
- Tuomi, Jouni & Anneli Sarajärvi (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Tuorila, Helena (2000). *Potilaskuluttaja terveystalustoissa. Yksityisten terveydenhuolto- ja palvelujen käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa*. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos.
- Tuorila, Helena (2012). *Itsepalvelun leviäminen hoivapalveluihin on konsumerismin tuotos*. *Yhteiskuntapolitiikka* 77:5, 567–573.
- Vahdat, Sheghayegh, Leila Hamzehgardeshi, Somayesh Hessam & Zeinab Hamzehgardeshi (2014). *Patient involvement in healthcare decision making: A review*. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 16:1, 1–7.
- Valkama, Katja (2009). *Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa*. *Hallinnon tutkimus* 28:2, 24–40.
- Valkama, Katja (2012). *Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen*. Väitöskirja. Vaasa: Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta.

- Valokilpi, Heli (2004). Vaativista kansalaisista alamaisiin – Ikääntyneet kommentoivat palvelukokemuksiaan. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 41, 214–227.
- Valokilpi, Heli (2008). *Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista*. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Vatjus, Ritva (2014). *Kohti suhdekeskeisyyttä lääkärin ja potilaan kohtaamisessa. Laadullinen tutkimus potilas-lääkärisuhteen hahmottumisesta yleislääkäreiden koulutuksessa*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Vilka, Hanna (2014). *Tutkimusmetodeja ammattilaiselle kentälle*. Saatavilla 56.7.2018: <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-kehitt%C3%A4.pdf>.
- Virtanen, Petri, Suoheimo Maria, Lamminmäki Sara, Ahonen Päivi & Suokas Markku (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011*. Tekes. Helsinki.
- Vogus, Timothy J. & Laura E. McClelland (2016). When the customer is the patient: Lessons from healthcare research on patient satisfaction and service quality ratings. *Human Resource Management Review* 26:1, 37–49.
- Vrangbaek (2015). Patient involvement in Danish health care. *Journal of Health Organization and Management* 29:5, 611–624.
- Välimäki, Maritta (2008). *Potilasta ja hoitotyötä koskevat eettiset lähtökohdat*. Teoksessa: *Etiikka hoitotyössä*, 137–164. Toim. Helena Leino-Kilpi & Maritta Välimäki. Helsinki: WSOYpro Oy.

LIITE 1. Tutkimusasetelma



LIITE 2. Osallistumiskutsu tutkimushaastatteluun

Hyvä helsinkiläinen



Osallistu tutkimushaastatteluun terveysaseman asiakkuuden ja asiakaslähtöisen palvelun kokemuksista

Olet etsimäni henkilö, jos sinulla on henkilökohtaista kokemusta Helsingin kaupungin terveysaseman palveluista lääkärin, sairaanhoitajan ja/tai terveydenhoitajan vastaanotoilla.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää;

- millaisia käsityksiä palvelujen käyttäjillä ja terveydenhuollon ammattilaisilla on asiakkaan roolista ja asiakaslähtöisistä palveluista
- onko palvelun käyttäjillä ja terveydenhuollon ammattilaisilla yhteinen ymmärrys asiakaslähtöisyydestä

Tutkimukseni tavoitteena on lisätä tietoa terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyden nykytilasta sekä kehittää palveluita saadun tutkimustiedon valossa.

Tutkimushaastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna 17.5.2018 ja se kestää noin 1–2 tuntia. Haastattelu on luottamuksellinen eli osallistujaa ei tunnista tutkimusraportista. Lisäksi mukanaolon tutkimuksessa voi peruuttaa tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Ilmoitus tästä riittää. Haastatteluryhmään otetaan 6–8 osallistujaa. Haastattelupaikka ja -aika ilmoitetaan tutkimukseen ilmoittautuneille.

Toimin itse haastattelijana ja teen tutkimukseni Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimelle. Olen saanut siihen tutkimusluvan terveysasemien johtajalääkäri Olli Huuskoselta 28.3.2018. Tutkimukseni liittyy Vaasan yliopiston sosiaali- ja terveyshallintotieteiden maisteriopintoihini. Lisätietoja tutkimuksesta saa kysymällä minulta sähköpostitse tai Vaasan yliopiston hallintotieteiden tohtori Harri Raisiolta (harri.raisio@xxx) tai Helsingin terveysasemien johtava ylihoitaja Lilli Väisäseltä (lilli.vaisanen@xxx).

Jos kiinnostuit ja haluat osallistua, ilmoittaudu mukaan (viimeistään 4.5.2018) lähettämällä yhteystietosi sähköpostiini. Olen sinuun heti yhteydessä viestin saatua.

Eija Kristeri
 sosiaali- ja terveyshallintotieteen maisteriopiskelija
 Vaasan yliopisto
eija.kristeri@xxx

LIITE 3. Suostumuslomake

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista, jonka perusteella suostun perusterveydenhuollon asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä tutkivaan fokusryhmähaastatteluun.

Suostun siihen, että ryhmähaastatteluni nauhoitetaan tutkimusta varten. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on minulle vapaaehtoista ja, että voin peruuttaa mukanaoloni tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Ilmoitus tästä tutkimuksen tekijälle riittää.

Olen saanut tiedon siitä, että haastattelussa saatuja tietoja käytetään vain tämän pro gradu -tutkimuksen tekemiseen. Lisäksi olen saanut tiedon siitä, että haastattelussa saadut tiedot ovat luottamuksellisia ja tutkija käsittelee niitä niin, että anonymiteettini säilyy koko tutkimusprosessin ajan. Olen tietoinen myös siitä, että tutkimusaineisto (nauhoitus ja sitä kirjoitettu litteroitu teksti) hävitään tutkimuksen valmistuttua.

Helsingissä ____ / ____ 2018

tutkittavan allekirjoitus ja nimen selvennys

LIITE 4. Teemahaastattelurunko käyttäjärühmälle

Teema 1. Asiakkuus perusterveydenhuollossa

Esimerkkejä kysymyksistä, joilla keskustelua viedään eteenpäin

- Mitä sanaa käytätte itsestänne, kun käytätte terveysaseman palveluja?
- Millainen olette ja miten toimitte tässä roolissa?
- Mitkä tekijät estävät teitä toimimasta tässä roolissa?
- Miten tämä käytännössä ilmenee?
- Voiko terveysasemalla asioiva henkilö olla yhtä aikaa monessa roolissa (esim. potilaan roolissa tai jossakin muussa)?
 - o mitkä nämä roolit olisivat?
 - o millaisissa tilanteissa yksilöllä voisi olla erilaisia rooleja?
 - o Mitä mielikuvia eri asiakkuusroolit sinussa herättää? (potilas, asiakas, kuluttaja, kansalainen)

Teema 2. Asiakslähtöisyys perusterveydenhuollossa

Esimerkkejä kysymyksistä, joilla keskustelua viedään eteenpäin

- Mitä asiakslähtöisyys teille tarkoittaa?
- Millainen on asiakslähtöinen yhteistyösuhde?
 - o mikä mahdollistaa/estää asiakslähtöisen vuorovaikutussuhteen toteutumisen?
 - o kerro esimerkkejä
- Mitä osallisuus terveyspalveluissa teille tarkoittaa?
 - o mitkä tekijät mahdollistavat terveysasemalla asioivan yksilön osallistumista
 - o miksi osallistuminen ei onnistu? Mikä on sen esteenä?
 - o kerro esimerkkejä
- Miten terveysasemalla asioivan yksilön itsemääräämisoikeus/autonomia otetaan huomioon?

LIITE 5. Haastateltavan taustatietolomake

Haastateltavan taustatiedot

Nainen ____

Mies ____

Ikä ____

Postinumero _____

Koulutus: ____ peruskoulu

____ lukio/ylioppilas

____ ammatillinen tutkinto

____ ammattikorkeakoulu (opistoasteentutkinto)

____ ylempi ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkinto

Kuinka usein olet käyttänyt viimeisen vuoden aikana terveyskeskuksen palveluja?

En ollenkaan ____ 1–3 kertaa ____ 4 kertaa tai enemmän ____

Mitä palveluja olet käyttänyt?

Oletko osallistunut aiemmin terveydenhuollon tai muiden palvelujen kehittämiseen?

Kyllä ____ En ____

Jos olet osallistunut, niin millaisessa toiminnassa olet ollut mukana?

KIITOS ☺