

Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä

Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja kauppätieteiden tiedekunta
Sosiologian pro gradu -tutkielma
Hannu Hyvärinen (205206)
Heinäkuu 2011

Itä-Suomen yliopisto

Tiedekunta Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden	Laitos Yhteiskuntatieteiden laitos
Tekijä Hannu Akusti Hyvärinen	
Työn nimi Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä	
Oppiaine Sosiologia	Työn laji Pro gradu -tutkielma
Aika Kesäkuu 2011	Sivumäärä 82 + 1 liite
Tiivistelmä - Abstract <p>Asiakaslähtöisyydellä on merkittävä rooli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä niiden laadun takaajana sekä asiakkaan aseman turvaajana, mutta sen varsinaisissa käytännön toimintamalleissa on puutteita. Asiakaslähtöisyyden toteutumislle on nimetty esteitä toiminnan organisoinnissa, henkilöstössä ja asiakkaiden ja organisaatioiden vuorovaikutuksessa. Tässä tutkielmassa asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemysten kautta.</p> <p>Tutkielman aineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä asiantuntijoita (n=11) haastatteleamalla. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla, nostamalla esiin asiakaslähtöisyyden kategorioita ja ulottuvuuksia. Asiakaslähtöisyyteen vaikuttavat ulottuvuudet ovat tässä tutkielmassa organisaatio, palvelu ja asiakkuus. Jokaista ulottuvuutta tarkastellaan sen yleisluonteen, haasteiden ja kehittämisen kontekstissa.</p> <p>Kaikissa ulottuvuuksissa asiakaslähtöisyys toteutuu eri tavalla ja ne saavat vastaansa myös erilaisia haasteita sen toteuttamisessa. Toimiminen organisaation lähtökohdista on suurin haaste asiakaslähtöisyydelle sekä palvelua antavan ammattilaisen tasolla että toiminnan organisoinnin tasolla. Palvelussa luo haasteen asiakaslähtöisyyden toteutumislle ammattilaisen toimiminen paternalistisen professionalismin ohjaamana asiakkaan päätäntävalta sivuuttaen. Organisaation vakiintuneet toimintatavat määräävät yksittäisen työntekijän asiakaslähtöisen toiminnan sisällön. Asiakkaiden osallistumishalukkuuden ja -mahdollisuuksien ollessa yksilöllisiä, myös asiakkaiden keskinäiset erot aiheuttavat haasteita asiakaslähtöisyyden toteutumislle. Lisäksi asiakaslähtöisyys-käsitteen laajuus havaittiin ongelmalliseksi. Asiakaslähtöisyyttä tulee tarkastella kontekstisidonnaisesti, muutoin käsitteen monitulkintaisuus tekee sen käyttämisestä hankalaa.</p> <p>Lisätutkimusta tarvitaan asiakaslähtöisyyden sisällön selventämiseksi ja vakiintuneiden toimintatapojen muuttamiseksi. Tämän lisäksi, asiakaslähtöisen palvelun kehittämiseksi tarvitaan asiakkaiden itsensä tuottamaa tietoa palvelussa kohtaamisesta.</p>	
Asiasanat Asiakaslähtöisyys, sosiaalihuolto, terveydenhuolto, asiakas, professionalismismi	
Säilytyspaikka	Itä-Suomen yliopiston kirjasto
Muita tietoja	

Faculty Faculty of Social Sciences and Business Studies	Department Department of Social Sciences
Author Hannu Akusti Hyvärinen	
Title The multidimensional character and the challenges of implementation of client orientedness according to the experts	
Academic subject Sociology	Type of thesis Master's thesis
Date June 2011	Pages 82 + 1 appendix
Abstract <p>The quality of the social welfare and health care services is defined by client orientedness. It also ensures the position of the client in those same services as equal to the professional in regards to the decision making process. Client orientedness faces though a few challenges, from which the lack of rigorous definition of implementing the concept in practise is not the least. Preliminary knowledge and notions regarding the concept suggests that there are multiple challenges for the implementation of client orientedness. Challenges emerge from organizing the services; the agency and the attitudes of the professionals; and from the interrelation between clients and organizations. This thesis will produce a view to client orientedness from the perspective of the experts of client orientedness.</p> <p>A focused interview was chosen to collect information from the experts of the field of study. A total of eleven experts were interviewed. The interviews were then thematized and categorized using three dimensions of client orientedness</p> <p>The results show that the client oriented practise faces major obstacles in regards to organizing the services, the practise of the professionals and the differences between the services and the clients themselves. The established practises in the organizations set the parameters for the client oriented practises. These established practises also define the ways in which a single employee can implement the client oriented practise. Paternalism also prevents the professional to implement client oriented practise because the paternalistic way does not include the client in decision making process.</p> <p>This study shows that the implementation and meaning of client orientedness depend heavily on the dimension and context in which it is used, and the challenges that client orientedness face vary significantly between the dimensions. This suggests that further study is needed to define the meaning of the concept; to clarify what exactly hinders the client orientedness in the established practises of organizations; and to acquire information from the perspective of the client to better the client-professional relationship in service.</p>	
Keywords Client orientation, social welfare, health care, client, professionalism	
Archive location	University of Eastern Finland Library
Additional information	

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
2. ASIAKASLÄHTÖISYYS PARANTAMASSA ASIAKKAAN ASEMAA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUSSA....	5
2.1 Asiakaslähtöisyys takaamassa palvelun laatua ja käytännön toimintana	6
2.1.1 Asiakaslähtöisyys palvelun laadun takaajana.....	7
2.1.2 Asiakas palvelun keskiössä	9
2.2 Palvelun osapuolet.....	10
2.2.1 Asiakkuus sosiaali- ja terveystalveissa.....	11
2.2.2 Asiakas ja asiantuntija vastakkain palvelussa	12
2.2.3 Organisaatio mahdollistaa asiakaslähtöisyyden toteutumisen.....	14
2.3 Yhteenveto.....	17
3. MENETELMÄLLISET VALINNAT JA AINEISTON ANALYYSI..	20
3.1 Teemahaastattelu ja asiantuntijat haastateltavina	22
3.2 Aineiston analysointi	25
4. TULOKSET	30
4.1 Yleisluonnetta koskevat havainnot ulottuvuuksittain.....	33
4.1.1 Organisaatio.....	33
4.1.2 Palvelu	36
4.1.3 Asiakas	39
4.1.4 Asiakaslähtöisyys	42
4.2 Haasteita koskevat havainnot ulottuvuuksittain	45
4.2.1 Organisaatio.....	45
4.2.2 Palvelu	48
4.2.3 Asiakkuus	51
4.2.4 Asiakaslähtöisyys	52
4.3 Kehittämistä koskevat havainnot ulottuvuuksittain.....	54
4.3.1 Organisaatio.....	54
4.3.2 Palvelu	57
4.3.3 Asiakkuus	59
4.3.4 Asiakaslähtöisyys	62

5. LOPUKSI..... 64

5.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen 64

5.2 Päätelmät 71

LÄHTEET..... 75

LIITTEET

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Asiakslähtöisyyden ja -keskeisyyden suhde palveluun vaikuttavien toimijoiden kontekstissa.....	5
Kuvio 2. Ensimmäinen analyysivaihe	26
Kuvio 3. Toinen analyysivaihe.....	27
Kuvio 4. Kolmas analyysivaihe.....	28
Kuvio 5. Ulottuvuudet ja alakategoriat.....	31
Kuvio 6. Organisaation yleisluonne	33
Kuvio 7. Palvelun yleisluonne.....	36
Kuvio 8. Asiakkuuden yleisluonne.....	39
Kuvio 9. Asiakslähtöisyyden yleisluonne.....	42
Kuvio 10. Organisaation kohtaamat haasteet	45
Kuvio 11. Palvelussa kohdattavat haasteet.....	48
Kuvio 12. Asiakkuus luo haasteita	51
Kuvio 13. Asiakslähtöisyyden haasteet	52
Kuvio 14. Organisaation kehittäminen	54
Kuvio 15. Palvelun kehittäminen	57
Kuvio 16. Asiakkuuden kehittäminen	59
Kuvio 17. Asiakslähtöisyyden kehittäminen	62

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Asiakslähtöisyyden ja potilaskeskeisyyden määritelmien sisällöt suhteessa toisiinsa.....	19
Taulukko 2. Haastatellut.....	23
Taulukko 3. Asiakslähtöisyyden moninaisuus kontekstin mukaan	70

1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat moninaisia. Niitä kaikkia yhdistää kuitenkin palvelun suuri merkitys sen saajalle. Palvelun laatu ja asiakkaan aseman varmistaminen siinä on tärkeää, sillä palveluun hakeutuva ihminen hakee ratkaisua omaa terveyttään tai hyvinvointiaan koskeviin ongelmiin. Palveluissa käsitellään raskaitakin asioita ja siksi palvelussa toimivalla ammattilaisella on suuri vastuu tavoista, joilla ongelmiin haetaan vastausta. Palvelussa toimivia ammattilaisia ohjaavat erilaiset säännöt, periaatteet ja arvoperustat. Asiakslähtöisyys on yksi näistä palvelun laadun varmistavista tekijöistä.

Asiakslähtöisyys rantautui Suomeen 1990-luvun alussa. Asiakasnäkökulman parantamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä kiinnitettiin erityishuomiota myös hallitusohjelmissa 1995-luvulta alkaen. Asiakslähtöisyystermiä käytettiin ensimmäisen kerran pääministeri Lipposen toisen hallituksen ohjelmassa (15.4.1999), jossa sosiaali- ja terveystalouden laatu sekä asiakslähtöisyys liitettiin läheisesti yhteen. Asiakslähtöisyydellä tarkoitetaan ammattilaisen ja asiakkaan tasa-arvoista suhdetta ja vuoropuhelua palvelussa. Asiakslähtöisyys mahdollistaa asiakkaan paremman osallistumisen omaa terveyttään ja hyvinvointiaan koskeviin päätöksiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollon palvelussa pyritään varmistamaan myös lainsäädännöllä. Näitä lakeja ovat laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010).

Asiakslähtöisyydellä on merkittävä asema sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun laadun parantamisessa sekä asiakkaan aseman varmistamisessa siinä. Tämän lisäksi asiakslähtöisyydessä pyritään siihen, että asiakas voi halutessaan osallistua itseään koskevaan palveluun. Asiakslähtöisyyden toteutus kuitenkin kohtaa haasteita sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden, itse palvelujen sekä ammattilaisten taholta. Haasteita asiakslähtöisyydelle aiheuttavat organisaatioiden vakiintuneet toimintatavat, kaavamaisuus palveluissa sekä ammattilaisen toimiminen palvelussa omista asiantuntijälähtökohdista käsin.

Tämän tutkielman tutkimustehtävänä on selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissä toimivien asiantuntijoiden näkemykset asiakaslähtöisyydestä, sen suhteesta toiminnan organisointiin, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluun sekä asiakkuuteen palvelussa. Tutkimustehtävän selvittämiseksi tutkielmalle asetetaan neljä tutkimuskysymystä:

1. Mikä on asiakaslähtöisyyden ja organisaation suhde?
2. Mikä on asiakaslähtöisyyden ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun suhde?
3. Mikä on asiakaslähtöisyyden ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuden suhde?
4. Miten asiantuntijat näkevät asiakaslähtöisyyden?

Asiakaslähtöisyys ohjaa ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamista palvelussa

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan ja ammattilaisen tasa-arvoista vaikuttamista ja vuoropuhelua palvelussa (Stakes 1999, 11) sekä palveluun liittyvien päätösten tekemistä ja palvelun toteuttamista asiakkaan tarpeista, mielipiteistä ja toiveista käsin (STM 2010, 46). Asiakaslähtöisyys varmistaa palvelujen hyvän laadun (STM 2006, 18; STM 2007b, 36–37). On todettu, että terveystalvija käyttävä asiakas haluaa olla osallinen hoitoaan koskevilla asioilla. Mikäli hoitotapahtumat ovat kaavamaisia, asiakkaat tuntevat olevansa ulkopuolisia omassa asiassa (Kujala 2003, 162.) Ammattilaisia myös ohjataan valmiuteen muuttaa omia toimintatapojaan, pyrkimyksenä saavuttaa asiakaslähtöisyys (Stakes 1999, 11). Asiakasnäkökulmasta katsottuna organisaatioiden asiakaslähtöisyys tarkoittaa-kin joustavuutta toimintatavoissa (Laitila 2010, 143). Joustavuuden ja erilaisiin asiakastarpeisiin mukautuvien toimintatapojen käyttämisen lisäksi, asiakaslähtöisyyden toteutumiseen liittyy asiakkaan ja ammattilaisen hyvä vuorovaikutus palvelussa. Vuorovaikutus on tärkeä osa ammattilaisen ja asiakkaan suhdetta, sillä se lisää asiakkaan tyytyväisyyttä palveluun. Ammattilaisen vuorovaikutustaidoilta odotetaan paljon. (Pyörälä 2011, 469.)

Asiakkaiden hyvällä kokemuksella palvelusta on todettu olevan hoidon vaikuttavuutta lisäävä vaikutus (Little ym. 2001). Vuorovaikutuksellinen toiminta asiakaslähtöisessä palvelussa on dialogia. Se lähtee asiakkaasta ja ammattilainen osallistuu siihen ammattitaitonsa ja kokemuksensa pohjalta (Kiikkala 2000, 120.) Dialogisessa suhteessa päätöksentekoon tarvittava tieto rakentuu asiakkaan ja ammattilaisen välillä ja toiminta tapahtuu heidän ehdoilla (Mönkkönen 2007, 100). Toiminnan dialogisuudella pyritään välttämään toiminnan

kohdistaminen asiakkaaseen ja asiakkaan puolesta päätösten tekeminen, joka voidaan nähdä paternalistisena (Madder 1997, 221) ja asiantuntijakeskeisenä (Mönkkönen 2007, 18).

Asiakaslähtöisyyden toteutumiselle on havaittu ainakin kolme puutetta ja estettä: 1) palvelujen organisointi, 2) henkilöstön asenteet ja 3) vaatimaton yhteistyö kansalaisten kanssa (Kiikkala 2000, 120; Ala-Kauhaluoma 2000, 14). Tämän lisäksi tutkielman kannalta merkittävä este asiakaslähtöisyyden toteutumiselle on paternalistinen professionalismismi. Professionalismilla tarkoitetaan toimintaa, jossa asiantuntija työskentelee asiakkaan puolesta eikä hänen kanssaan asettaen rajat asiakkaan osallisuudelle palvelun suhteen (Laitila 2010, 167–168). Paternalistisesti toimittaessa asiantuntija sivuuttaa potilaan päätäntävällän (Madder 1997, 221). Vaikka ammattilaisen tarkoitus olisikin asiakkaan paras, professionalismismi mitätöi asiakkaan ja ammattilaisen tasa-arvoisen vuoropuhelun palvelussa, joka on yksi asiakaslähtöisyyden mainituista sisällöistä.

Tämän tutkielman tutkimuskohteena ovat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä toimivien asiantuntijoiden näkemykset asiakaslähtöisyydestä. Aineistonkeruumenetelmänä toimii teemahaastattelu. Aineistona tutkielmassa on haastattelumuistiinpanot. Aineisto on analysoitu teemahaastattelulle tyypillisesti teemoittelemalla aineisto kategorioihin ja ulottuvuuksiin, jotka ovat johdettu aineistosta. Aineisto jakautuu neljään asiakaslähtöisyyttä koskevaan ulottuvuuteen, joita ovat organisaatio, palvelu, asiakkuus ja asiakaslähtöisyys-käsite. Jokaista ulottuvuutta tarkastellaan tämän lisäksi kaikille ulottuvuuksille yhteisillä kategorioilla, joita ovat yleisluonne, haasteet ja kehittäminen. Näiden kategorioiden tehtävänä on luoda ulottuvuuksista kokonaisvaltainen kuva sekä vastata näiden ulottuvuuksien kontekstissa esiin nostettuihin ongelmakohtiin asiakaslähtöisyyden toteutumisessa. Tutkielmassa esitetään lisäksi asiantuntijoiden kehittämisehdotuksia asiakaslähtöisyyden toteutumisen parantamiseksi.

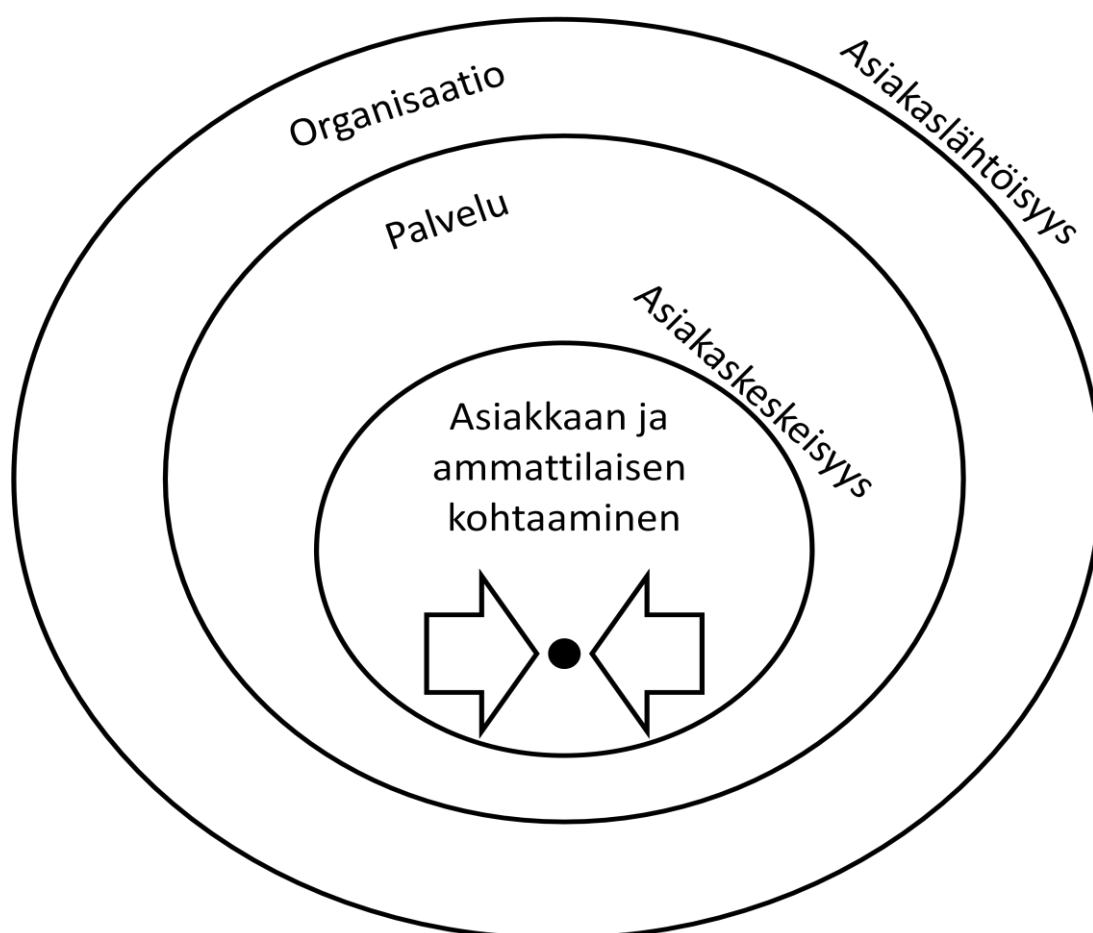
Tutkielman rakenne

Tutkielman toisessa luvussa esitellään aiheen kannalta tarpeellinen aikaisempi tutkimustieto sekä katsotaan, miten asiakaslähtöisyyttä määritellään sosiaali- ja terveysministeriön selvityksissä ja muistioissa sekä alan kirjallisuudessa. Toisen luvun alussa keskitytään asiakaslähtöisyyden asemaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä nimenomaan

asiakkaan aseman parantajana ja laadukkaan palvelun määrittäjänä. Sen jälkeen tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelussa vaikuttavia osapuolia, jotka ovat asiakas, ammattilainen ja palvelun mahdollistava organisaatio. Kolmannessa luvussa esitellään tutkielman menetelmälliset valinnat, haastateltavat ja haastattelujen kulku sekä kuvataan, kuinka aineiston analyysi on tehty. Neljännessä luvussa esitellään aineiston analyysistä johdetut tulokset. Tulokset esitetään muodossa, jossa kaikkien neljän asiakaslähtöisyyden ulottuvuuteen vaikuttavat kategoriat käydään läpi ulottuvuus kerrallaan. Viidennessä ja viimeisessä luvussa vastataan tutkimuskysymyksiin ja luodaan tutkielmaan yleiskatsaus, jonka tarkoituksena on tarkastella tutkielman tutkimustehtävän onnistumista.

2. ASIAKASLÄHTÖISYYS PARANTAMASSA ASIAKKAAN ASEMAA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUSSA

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaskontakti muodostuu palvelujen tuottajien tarjoamassa palvelussa. Palvelussa kohtaavat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas ja ammattilainen. Asiakslähtöisyyden tarkoituksena on taata palvelun laatu. Palvelun asiakslähtöisyyden toteutumiselle asetetaan kuitenkin reunaehdot palvelun organisoinnissa. Asiakslähtöisyys vaikuttaa toiminnan organisoinnin taustalla arvoperustana ja palvelun laadun takaajana. Asiakskeskeisyys puolestaan määrittelee käytännössä asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisen laadukkaassa palvelussa. Näiden toimijoiden ja käsitteiden suhdetta kuvataan kuviossa 1.



Kuvio 1. Asiakslähtöisyyden ja -keskeisyyden suhde palveluun vaikuttavien toimijoiden kontekstissa

Tässä luvussa käydään läpi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöiseen palvelutoimintaan vaikuttavia tekijöitä, perehdytään aikaisempaan asiakaslähtöisyyttä tutkivaan tietoon sekä esitellään tutkielman kannalta keskeiset käsitteet. Ensiksi tarkastellaan asiakaslähtöisyyttä palvelun taustalla vaikuttavana periaatteena sekä toiminnan määrittelijänä, sitten käydään lävitse palveluun vaikuttavat osapuolet ja lopussa muodostetaan yhteenveto.

2.1 Asiakaslähtöisyys takaamassa palvelun laatua ja käytännön toimintana

Asiakaslähtöinen ajattelu tuli Suomeen 1990-luvun alussa (Mönkkönen 2007, 63), ja pyrkimys asiakaslähtöisyyteen esiintyy samoihin aikoihin sosiaali- ja terveydenhuollon normiohjauksessa, jossa politiikkaohjelmilla suunnataan palvelujen toteuttamista (Valkama 2009, 29). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asema on ollut korostettuna huomion kohteena 1990-luvun puolivälistä lähtien (Ala-Kauhaluoma 2000, 14). Tämä juontaa juurensa pääministeri Lipposen ensimmäisen hallituksen ohjelmassa esitettyyn kantaan, jonka mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tulee kehittää asiakasnäkökulmaa (hallituksen ohjelma 13.4.1995). Tarvetta parantaa asiakkaan asemaa lisäksi Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön teettämä tutkimus terveydenhuollon asiakkaiden valinnanvapauden toteutumisesta (Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa), jonka mukaan potilaan oikeuksien ja terveydenhuollon käytännön välillä on suuri ero koskien valinnanvapauksiin liittyvien oikeuksien toteutumista (Pekurinen ym. 1997 ref. Kiikkala 2000, 114). Asiakasnäkökulmaa sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen kehittämisessä korostettiin lisää pääministeri Lipposen toisen hallituksen ohjelmassa (1999), jossa esitettiin tarve luoda kriteeri- ja laatumittaristo sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen yhdenvertaiselle toteutumiselle, jossa asiakaslähtöisyys on yksi johtava periaate. Sen sijaan pääministeri Vanhasen ensimmäisen hallituksen hallitusohjelmissa asiakkaan aseman parantaminen sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa jäi palvelujen rahoittamisen varjoon (hallitusohjelma 24.6.2003). Vanhasen toisen hallituksen ohjelmassa mainitaan tavoitteeksi asiakaskeskeisten palvelujen toteuttaminen sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöllä (hallitusohjelma 19.4.2007). Tavoite asiakaskeskeisten palvelujen toteuttamiselle konkretisoituu uudessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Asiakaskeskeisyyttä käsitellään enemmän luvussa 2.1.2.

2.1.1 Asiakslähtöisyys palvelun laadun takaajana

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle valtakunnallisessa suosituksessa todetaan asiakaslähtöisen toiminnan olevan asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyvää tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua (Stakes 1999, 11). Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väli-raportin mukaan asiakaslähtöisyys tarkoittaa sosiaalihuollosta päättämistä ja sen toteutta-mista asiakkaan tarpeista käsin ja kuunnellen hänen mielipiteitään ja toiveitaan (STM 2010, 46). Asiakaslähtöisyydellä on suuri rooli myös toimivan palvelujärjestelmän ja sen laadun varmistamisessa (STM 2006, 18). Asiakaslähtöisyys varmistaa sosiaali- ja terveys- palvelujärjestelmän hyvän laadun, asianmukaisella palvelulla, hoidolla ja hoitoon pääsyllä kohtuullisessa ajassa (STM 2007b, 36–37).

Minna Laitila on tutkinut mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden käsi-tyksiä asiakaslähtöisyydestä ja todennut väitöskirjassaan, että asiakaslähtöisyys voi tarkoitta-laajassa merkityksessään työntekijöiden tapaa tehdä työtä, tai suppeammin tapaa, jolla työskentelyn tavoitteet asetetaan. Asiakaslähtöiseen työskentelytapaan liittyy asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen, välittäminen ja oman persoonansa työhön laittaminen. Asiakaslähtöisessä palvelun tavoitteiden asettamisessa asiakkaan rooli voi olla aktiivinen, neuvotteleva tai passiivinen (Laitila 2010, 141.) On syytä olettaa, että asiakkaan mahdolli-suudet määrittää palvelun tavoitteet eivät ole kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon palve-lujen kontekstissa samat, esimerkkinä vastentahtoinen hoito. Sen sijaan Irma Kiikkalan havaintojen mukaan, todellinen ja aito asiakaslähtöinen palvelu lähtee asiakkaan tarpeista ja pitää sisällään hoidon tai palvelun, jossa asiakas on aktiivinen ja yhdenvertainen toimija hoidon tai palvelun antajan kanssa. Kiikkalan tutkimuskohteen – sairaanhoitajien – mieles-tä asiakaslähtöisyydessä vaikuttaa neljä ulottuvuutta, jotka ovat toiminnan arvoperusta, näkemys asiakkaasta, näkemys hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta ja näkemys työnteki-jästä. Lisäksi Kiikkala näkee asiakaslähtöisyyden periaatteena – toiminnan näkemykselli-senä perustana, joka on aina olemassa ennen toimintaa. (Kiikkala 2000.) Näiden tutkimus-ten mukaan asiakaslähtöisyyteen vaikuttaa palvelutoiminnan luonne eli se, minkälaisesta palvelusta on kyse.

Vaikka asiakaslähtöisyys periaatteena annettavan hoidon tai palvelun taustalla vaikuttaa kovin ylevältä, liittyy sen käytännön toteuttamiseen kuitenkin ongelmia. Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä nimenomaan toimintaa määrittävänä tekijänä, jossa sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakas nähdään "kuluttajamaisesti" toimivana subjektina, jonka tarpeisiin palveluilla pyritään vastaamaan (Valkama 2009). Erikoisen kuluttajamaisesta asiakkaasta sosiaali- ja terveyspalvelujen kontekstissa tekee palvelujen erilaisuus. On hyvin vaikea nähdä mitään kuluttajamaista esimerkiksi ensiavun tai vastentahtoisen mielenterveyshoidon potilaissa, kun taas silmien taittovirheleikkaukseen hakeutuva asiakas saattaa toimia hyvinkin kuluttajamaisesti vertaillessaan eri palvelujen hintoja ja valitessaan vapaasti palvelun tuottajien väliltä. Konsumerismin, ja täten myös kuluttajuuden sosiaali- ja terveyspalvelujen kontekstissa, voi katsoa liittyvän pikemminkin yksityisten terveyspalvelujen asiakkuuteen eikä täten ole ihme, että potilaasta yleensä kuluttaja-termin käyttöä vierastetaan (Toivianen 2007, 15). Perustavat hankaluudet asiakaslähtöisyyden liittämässä käytäntöön, syntyvät kuitenkin sen määrittelemisen epämääräisyydestä. Asiakaslähtöisyydellä ei ole selvää määritelmää, ja puhuttaessa asiakaslähtöisyydestä sosiaali- ja terveydenhuollon toteuttamisen keskeisenä periaatteena, ei selvennetä, tarkoitetaanko asiakaslähtöisyydellä organisaation määrittelemää asiakkaan asemaa palvelun suhteen vai tarkoitetaanko sillä asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtevää toimintatapaa (Päivärinta & Maaniittu 2002).

Sillä, määritelläänkö asiakaslähtöisyys palvelua tarvitsevan tai sitä käyttävän asiakkaan asemaksi palvelussa, vai onko se palvelua ohjaava arvo, on merkitystä paitsi itse palvelun toimijoiden vuorovaikutuksen suhteen, myös palvelun organisoinnin näkökulmasta. Kaarina Mönkkösen mukaan vuorovaikutussuhteita kuvaavia käsitteitä käytetään niiden sisältöä tarkemmin määrittelemättä. Hän pitää asiakaslähtöisyyttä "periaatekielellä" kuvatuksi käsitteeksi yhdessä voimaantumisen sekä osallisuuden kanssa. Tämänkaltaisia käsitteitä ei tarkenneta siinä määrin, että voitaisiin sanoa, minkälaista suhdetta ne toimijoiltaan edellyttävät (Mönkkönen 2001, 432.) Toimijoiden välinen vuorovaikutuksen muoto jää siis hämäräksi sen suhteen, onko jokin "oikea" tapa toimia asiakaslähtöisesti palvelun kontekstissa. Asiakaslähtöisyyden eetos on kuitenkin sen verran vahvaa, että kovin moni ei uskalla sanoa toimivansa mistään muusta lähtökohdasta käsin (Ala-Kauhaluoma 2000).

Edellä mainitun mukaisesti asiakaslähtöisyydessä vaikuttavat taustalla arvoperusta ja näkemys asiakkaasta tasa-arvoisena toimijana palveluun liitettyssä päätöksentekoprosessissa. Toiminnan pohjalla olevat arvot oletettavasti vaikuttavat myös itse toimintaan, joten asia-

kaslähtöisyyteen kuuluu myös jonkinlainen käsitys oikeiksi ymmärretyistä toimintatavoista – niin sanotusti asiakaslähtöisestä palvelusta. Kun tarkastelun kohteena on käytännön toiminta eli palvelu, huomio siirtyy asiakkaasta lähtevästä palvelusta asiakkaan olemiseen keskellä toimintaa – asiakaslähtöisyydestä asiakaskeskeisyyteen.

2.1.2 Asiakas palvelun keskiössä

Asiakaskeskeisyys on käsitteenä vanhempi kuin asiakaslähtöisyys. Se nousi esiin 1930-luvun Yhdysvalloissa Carl Rogerin ansiosta. Sen ideaalina oli asiakkaan tarpeiden parempi huomioiminen ja hänen kunnioittamisensa. (Mönkkönen 2007, 63.) Asiakas-termin tilalla esiintyy myös potilaskeskeisyyttä, mutta käytän niitä rinnakkain, kunnioittaen kuitenkin lähteessä käytettyä termiä. Potilas- ja asiakastermin suhteesta sekä asiakkuudesta ylipääntänsä sosiaali- ja terveydenhuollossa enemmän luvussa 2.2.1. Asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan asiakkaan olemista palvelujen keskipisteessä ja palvelun järjestämistä asiakkaan tarpeista käsin (Ruotsalainen 2000, 16). Asiakaskeskeisyyden nostaminen esille palvelutoimintaa parantavana asiana voidaan nähdä vastalauseena asiantuntijakeskeisyydelle ja siihen liittyvälle asiantuntijavallalle. Asiakaskeskeisyydessä on pyrkimyksenä palvelun vuorovaikutuksen parantaminen, mutta aidoksi dialogiseksi suhteeksi siitä ei kuitenkaan ole, sillä sitä rasittaa huomion kohdistuminen "asiakkaan konstruktioihin ja tarpeisiin". (Mönkkönen 2001, 438.) Asiakkaan asettaminen palvelussa keskiöön ei täten välttämättä tarkoita, että palvelu muuttuisi dialogiseksi tai se järjestettäisiin kiinnittäen erityishuomiota asiakkaan tarpeisiin tai, että asiakkaalla olisi yhdenvertainen asema työntekijän kanssa palvelussa. Dialogisen palvelun muodostumiseen tarvitaan vastavuoroisuutta (emt., 438). Vastavuoroisuus asiakkaan ja ammattilaisen välillä ei kuitenkaan kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa toteudu. Tämä tekee palvelun asiakaskeskeisyysvaatimuksesta ongelmallisen.

Potilaskeskeisyyttä ja sen vaikutusta hoidon vaikuttavuuteen on tutkittu paljon. Käsite on kuitenkin hankalasti määriteltävissä ja sidottavissa käytäntöön (ks. esim. Mead & Bower 2000; Hobbs 2009; Robinson ym. 2008). Potilaskeskeisyys yksinkertaisimmillaan tarkoittaa potilaan osallisuuden mahdollistamista ja hoidon yksilöllisyyttä (Robinson ym. 2008,

605). Potilaskeskeisyyden vaikutuksista ollaan kahta mieltä: sillä on todettu olevan positiivinen vaikutus potilaiden kokemukseen saamastaan hoidosta, joka puolestaan vaikuttaa hoidon kustannuksiin välillisesti. Välillinen vaikutus syntyy, kun saamaansa hoitoon tyytymättömät palvelun käyttäjät tarvitsevat enemmän terveydenhuollon resursseja kun taas tyytyväiset tarvitsevat vähemmän – tyytyväisyys indikoi saadun hoidon laadusta (Little ym. 2001, 911) tai siitä, kun hoidon antajan ja työntekijän välinen vuorovaikutus paranee johtaen "kustannustehokkuuteen" (Patwardhan & Patwardhan 2009, 682). Toisaalta ei ole varmuutta siitä, johtaako potilaskeskeinen arvoperusta todellakin potilaskeskeiseen toimintaan käytännössä, tai edes potilaskeskeisen hoidon hyödyistä yksilöiden tai organisaatioiden perspektiivistä (McCormack & McCance 2006, 478). Potilaskeskeisen toimintatavan on myös joltain osin todettu vievän tilaa perinteiseltä potilaan konsultaatiolta, sillä tuloksella, että hoidon vaikuttavuuden on todettu kärsivän (Kinmonth ym. 1998, 1208).

Vaikka vakiintunutta määritelmää potilaskeskeisyydestä ei ole, voi sitä kuitenkin yrittää rajata määritelmään, kuten Donald M. Berwick on tehnyt: "The experience (to the extent the informed, individual patient desires it) of transparency, individualization, recognition, respect, dignity, and choice in all matters, without exception, related to one's person, circumstances, and relationships in health care." (Berwick 2009, 560). Tämä esimerkki kaikessa abstraktiudessaan antaa kuvan siitä, miksi potilaskeskeisyyden sitominen käytäntöön on vaikeaa.

Vaikka asiakas asetetaan toiminnan keskiöön ja palvelu toteutetaan asiakkaiden tarpeita kunnioittaen sekä mahdollistaen heille osallistumisen palvelussa, he ovat silti toiminnan eli palvelun kohteena. Seuraavaksi tarkastellaan palvelussa vaikuttavia osapuolia ja niiden välistä suhdetta. Lopuksi perehdytään vielä palvelutoiminnan mahdollistavaan osapuoleen eli organisaatioon sekä sen ja asiakaslähtöisyyden suhteeseen.

2.2 Palvelun osapuolet

Palvelussa vaikuttavia osapuolia ovat asiakas, ammattilainen ja palvelun mahdollistava organisaatio. Asiakaslähtöisyyden voi jopa nähdä saavan sisältönsä asiakkaan suhteesta

näihin muihin kahteen (Piirainen 1999, 3). Asiakasnäkökulmaa painotetaan myös eri tavalla yllä mainittujen osapuolten konteksteissa (Pohjola 1993, 58). Koska palvelut ovat erilaisia jo pelkästään niiden käyttäjien tarpeiden erilaisuudesta johtuen, saa asiakaskin erilaisia nimityksiä eri palvelujen konteksteissa. Tämän lisäksi myös asiakkaat ovat erilaisia ja heidän eri roolinsa vaikuttavat eri tavalla heidän käyttämissään palveluissa. Määrittelen seuraavaksi asiakkuuden ja kerron mitä eri rooleja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjällä on.

2.2.1 Asiakkuus sosiaali- ja terveystalvuuissa

Lait, joissa säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjien asemasta ovat: laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Tämän lisäksi terveydenhuoltolain (1326/2010) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta (811/2000) tarkoituksena on parantaa asiakkaan asemaa vahvistamalla terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä (1326/2010 2 §) sekä saumattomalla palveluketjulla (811/2000 3 §). Asiakkaalla lainsäädännössä tarkoitetaan sosiaalihoitoa hakevaa tai käyttävää henkilöä (812/2000 2 §) ja potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä (785/1992 2 §). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjastanaston mukaan asiakas on "palvelujen tai tuotteiden vastaanottaja", ja asiakas voi olla esimerkiksi "luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio". Potilaalla sen sijaan tarkoitetaan "terveydenhuollon asiakasta, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia". (Stakes 2002.) Potilas on asiakkaan alakategoria, siis potilaskin on asiakas (Ruotsalainen 2000, 15). Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaana voi olla myös organisaatio, en tässä tutkielmassa syvenny tähän asiakkuuden tasoon, vaan tarkoitan asiakkuudella vain yksittäistä henkilöä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelussa, olkoonkin hän palvelussa kansalaisena, asiakkaana tai potilaana.

Asiakkuuteen ei palvelussa suhtauduta aina samalla tavalla, vaan asiakkaalle on palvelussa eri rooleja. Rooli voi muuttua aktiivisesta passiiviseen (Laitila 2010, 141) tai se voidaan punnita palvelusidonnaisesti (Piirainen 1999, 11). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuu-

den lisäksi palvelun käyttäjällä voidaan nähdä myös kansalaisen, kuluttajan ja potilaan rooli (Valkama 2009). Sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkuus eli se, onko henkilö asiakkaana palveluissa vai kansalaisena, riippuu siitä, missä kohdassa palveluketjua hän on. Jos hän jonottaa palvelua, hän on asiakkaan sijasta kansalainen. (Ruotsalainen 2000, 21.) Vuokko Niirasen mukaan kansalaisuus voi jakautua palvelusidonnaisesti keskenään erilaisiin kategorioihin. Kansalainen voi olla: 1) palvelujen kohdeasiakas, 2) palvelujen kuluttaja-asiakas ja 3) palvelujen käyttäjä, palveluasiakas. Kohdeasiakas on pelkästään palvelujen kohteena, jonka rooliin kuuluu vain annettujen ohjeiden noudattaminen. Kuluttaja-asiakas on hieman aktiivisempi, mutta hänen aktiivisuutensa rajoittuu hänen omiin palvelunkäyttömahdollisuuksiinsa – tiedonhankintaan palveluista ja mahdollisuuden valita eri palvelujen välillä. Palveluasiakkuudessa on aktiivisin rooli palvelujen käyttäjällä, palvelua ei voi olla olemassakaan ilman käyttäjän aktiivista osallistumista. (Niiranen 2002, 67–69.) Asiakkaan saamat roolit muodostavat ongelman palvelun järjestämisen näkökulmasta, sillä vaikka asiakas on aina yksilö, palvelussa pyritään yhdenmukaiseen asiakkaiden kohteluun (Piiirainen 1999, 11).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus on monitahoinen käsite. Sama ihminen on yhtäaikaista kansalainen, asiakas ja potilas. Hänelle palvelussa varattava rooli muuttuu aktiivisesta passiiviseen sekä palvelukohtaisesti että saman palvelun sisällä. Se, kuinka asiakaslähtöisyyden periaatteet toteutuvat palvelussa, riippuu paljon palvelun toisesta osapuolesta eli ammattilaisesta, joka toimii asiantuntijana palvelussa. Seuraavaksi tarkastellaan asiakkaan ja ammattilaisen suhdetta.

2.2.2 Asiakas ja asiantuntija vastakkain palvelussa

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanaston (Stakes 2002) mukaan palvelu tarkoittaa organisoidun toiminnan tuloksena syntyvää aineetonta hyödykettä tarpeiden tyydyttämiseksi. Sitä käytetään kuvamaan kaikkea sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyötä, johon myös hoito kuuluu. Palvelu voidaan jakaa vielä palvelu- ja hoitoketjuun, joka koostuu palveluprosesseista. Palveluprosessilla tarkoitetaan asiakkaan tiettyyn

ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien palvelutapahtumien muodostamaa toimintasarjaa. (Stakes 2002.)

Hoito on myös palvelua, ja sitä tuotetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa, mutta hoitoketjulla tarkoitetaan lähinnä terveydenhuollon palvelujen muodostamaa palveluketjua. Viimeinen prosessi palvelun kontekstissa on palvelutapahtuma, joka on palvelun tuottajan ja vastaanottajan välinen vuorovaikutustilanne. (Ruotsalainen 2000, 16.) Palveluun liittyvistä prosesseista palvelutapahtuma on siis se, jossa varsinainen "tarpeiden tyydyttämiseen syntynyt aineeton hyödyke" siirtyy ammatilliselta asiakkaalle. Asiantuntijuus ja asiakkuus voidaan nähdä vastakkaisina palvelutapahtumassa. Yksi ihminen ei voi olla samanaikaisesti molemmin puolin pöytää sekä asiantuntijana että asiakkaana (Ala-Kauhaluoma 2000, 15). Lääkärin ja potilaan suhde diskurssin tasolla voi konstruoida myös vastakkainasettelua (Rees ym. 2007). Asiakasta ja hänen todellisuuttaan saatetaan katsotaan usein myös ylhäältä alas, järjestelmän asettaessa ehtoja ja normeja (Pohjola 1993, 59). Näinkin siis, vaikka potilaskeskeisen palvelun anti on nimenomaan potilaan positiivisessa kokemuksessa hänen ja lääkärin vuorovaikutuksesta (Little ym. 2001). Kun toimintaa ohjaa asiantuntijan tai järjestelmän asettamat tavoitteet, se on asiantuntijakeskeistä (Mönkkönen 2002, 53), ei siis asiakaskeskeistä tai -lähtöistä.

Toiminnan kohteen ja asiantuntijan välinen vuorovaikutus voi vaikuttaa annettavaan hoitoon ja hoidon kohteesta tehtäviin tulkintoihin niinkin paljon, että asiantuntijan tekemä tulkinta ei vastaa todellisuutta (Riihelä 2001). Kuten todettua, asiakaslähtöisyyden toteutumiseen tarvitaan asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyvää tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua (Stakes 1999,11). On siis tärkeää, että palvelutapahtumaan osallistuvien vuorovaikutus onnistuu. Kaarina Mönkkönen (2002, 56) tuo asiakas- ja asiantuntijakeskeisen suhteen rinnalle dialogisen suhteen, jossa vuorovaikutus on vastavuoroista ja jossa molemmat osapuolet voivat vaikuttaa. Asiantuntijan ja asiakkaan välistä epätasa-arvoista suhdetta voidaan pyrkiä poistamaan dialogin synnyttämällä, jossa asiakkaan tarjoama informaatio otetaan palvelutilanteessa huomioon arvokkaana itsessään. Tällöin asiantuntijasta tulee ikään kuin asian tutkija (Sirviö 2006, 43). Tässä positiossa kaksi toimijaa ovat tarkastelemassa "objektiivisesti" toiseen heistä vaikuttavaa ongelmaa, jota pyritään palvelulla ratkaisemaan. Dialoginen suhde muotoutuu näin kahden tasavertaisen tiedontuottajan suhteesta, ja asiantuntijuuteen liitettävästä auktoriteettipositioista (Giddens 1995, 118) päästään irti.

Asiakaslähtöisyyden toteutumisessa ollaan ongelman edessä kun asiakaslähtöisyys nimeään toimintaa ohjaavaksi periaatteeksi, mutta sen konkreettinen soveltaminen jää hämärään. Mikäli asiantuntija määrittelee toimintansa asiakaslähtöiseksi, osaamatta soveltaa sitä käytännön palvelussa, saatetaan toimia työntekijälähtöisesti (Ala-Kauhaluoma 2000, 15). Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä palvelun kontekstissa myös pelkkänä retoriikkana ja osana professionalismin ilmenemistä – professionalismin, jossa asiantuntija työskentelee asiakkaan puolesta, ei hänen kanssaan (Laitila 2010). Asiakkaan puolesta toimiminen kohdistaa toiminnan palvelun saajaan (Kiikkala 1999, 7). Kun toiminta tällä tavalla kohdistetaan, on vaarana, että siitä tulee paternalistista, jossa asiantuntija päättää, mikä on potilaalle parasta (Madder 1997, 221). Paternalismilla ja asiantuntijakeskeisyydellä on yhteistä se, että molemmissa asiantuntija luokittelee asiakkaan tilanteen ja määrittelee hoito- tai auttamistoimenpiteet kuulematta asiakasta (Mönkkönen 2007, 18).

2.2.3 Organisaatio mahdollistaa asiakaslähtöisyyden toteutumisen

Kuten luvussa 2.2.1 mainittiin, myös organisaatio voi olla asiakkaana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä, mutta tässä tutkielmassa organisaation asiakkuus ei ole tarkastelun kohteena. Organisaation kontekstissa sen sijaan kiinnitetään huomiota sen palvelun konstruoivaan asemaan, jolloin organisaatio on se taho, joka mahdollistaa asiakaslähtöisen palvelun toteutumisen asiakaslähtöisellä johtamisella ja toimintakulttuurilla. Tai jättää mahdollistamatta – nimittäin organisaatioiden toimintakulttuurit ja -käytännöt on esimerkiksi vanhustenhoidossa alistettu muutokselle pyrittäessä parantamaan asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan asemaa palvelussa (STM 2007a, 18). Organisaation voidaan nähdä luovan rajat asiakaslähtöisen toiminnan toteutumiselle. Seuraavaksi tarkastellaan organisaation ja asiakkaan suhdetta ja katsotaan, mitä asiakaslähtöisyys tarkoittaa organisaation tasolla.

Asiakaslähtöisyyden eetos voidaan nähdä niin vahvana, että kukaan ei tunnusta toimivansa mistään muusta lähtökohdasta käsin. Asiakkaan asemaan liittyvät konkreettiset huomionkohteet ovat palvelukohtaisia. Kuntoutuksessa puhutaan vallan siirrosta asiantuntijalta kuntoutujalle, terveydenhuollossa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ja sosiaali-

palveluissa asiakkaan voimaantumisen (empowerment) (Ala-Kauhaluoma 2000, 14–15.) Sosiaali- ja terveydenhuollon julkiseen palvelutuotantoon kuuluu hierarkisesti organisoitu rakenne, esimerkkinä sairaala-terveyskeskus-kotisairaanhoido. Tämän lisäksi julkiseen palvelutuotantoon kuuluu myös palveluyksiköiden monopoli-asema, jossa asiakas ei voi kilpailuttaa palveluita eri tuottajien välillä. Kun katsotaan palvelujärjestelmän perspektiivistä, asiakas näyttäytyy passiivisena objektina. (Ruotsalainen 2000, 9-10.) Kuntalaisen mahdollisuus valita palveluntarjoaja yli kuntarajojen on kuitenkin muuttumassa uuden terveydenhuoltolain myötä (STM 2008, 54).

Asiakaslähtöisyys organisaatiotasolla näyttäytyy rakenteiden sekä toiminnan sisällön asiakaslähtöisyytenä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöisyyden toteutuminen palvelussa edellyttää ensinnäkin, että poliittisilla päätöksentekijöillä on halu ja mahdollisuus edellyttää asiakaslähtöisyyttä palvelutuotannossa. Toiseksi asiakaslähtöisyys vaatii toteutukseen sen tunnustavaa johtamista organisaatioissa. Kolmanneksi ammattilaisten tulee toimia asiakaslähtöisyyden periaatteiden mukaan, ja viimeiseksi asiakkailta itsellään tulee olla mahdollisuus palautteenantoon ja vaikuttamiseen. (Lehto 2000, 39.)

Asiakaslähtöisten palvelujen kehittäminen johtamisen kautta esiintyy myös sosiaali- ja terveysministeriön kansallisessa tavoite- ja toimintaohjelmassa julkilausuttuna suositukseksi työyhteisöille (STM 2003, 3). Johtajien ydintehtäviksi mainitaan palvelujen asiakaslähtöisyyden ja vaikuttavuuden varmistaminen hoitotyössä (STM 2009, 38). Asiakaslähtöisyyden varmistaminen ja toimivien asiakaslähtöisten palvelujen kehittäminen jää siis pitkälti johtajien tehtäväksi.

Jotta yksittäinen työntekijä voisi toimia asiakaslähtöisesti, hänen on saatava tukea esimiehiltään sekä työyhteisöltä asiakaslähtöisen toimintatavan toteuttamiseen. Asiakasnäkökulmasta organisaatioiden asiakaslähtöinen toiminta tarkoittaa joustavuutta sekä riittävää ja ymmärrettävää tiedonsaantia. (Laitila 2010, 143.) Asiakaslähtöisyyden erityiseksi haasteeksi on todettu asiakkaiden keskinäinen erilaisuus, jonka vaikutusten tunnistamiseksi edellytetään työntekijöiltä herkkyyttä ja valmiutta muuttaa toimintatapojaan. Laadukas palvelu on asiakaslähtöistä ja hyvään laatuun tarvitaan hyvää johtamista organisaatioissa. (Stakes 1999, 11.) Organisaatio pyrkii asiakaslähtöisyyteen tutkimalla asiakkaiden tarpeita ja hankkimalla asiakkailta palautetta koskien omaa toimintansa (Jalava & Virtanen 1996, 41). Asiakkaan kokemus palvelusta on tärkeää ja sillä on todettu olevan hoidon vaikutta-

vuutta lisäävä vaikutus (Little 2001). Asiakkaan kokemusta palvelusta voidaan parantaa ainakin seuraavilla käytännön keinoilla. Varmistamalla palvelun saatavuus, osallistamalla asiakas palveluunsa kuuluvaan päätöksentekoon, varmistamalla asiakkaan tiedonsaanti palvelunsa kontekstissa sekä mahdollistamalla palautteenanto asiakkaalle. (Davis ym. 2005, 954.)

Asiakaskeskeisen hoidon vaikutus hoidon vaikuttavuuteen on kiistanalainen asia. On todettu, että potilaskeskeinen hoito ei vaikuta hoidon lopputulokseen (Wolf ym. 2008) ja että potilaalle potilaskeskeisyys merkitsee enemmän kuin lääkärille (van Empel ym. 2011). Toisaalta parempi potilaan ja lääkärin vuorovaikutus johtaa parempiin terveydellisiin vaikutuksiin ja tyytyväisempiin potilaisiin (ks. esim. Boehmer & Case 2006; Little ym. 2001). Myös liiallinen potilaskeskeisyyden painottaminen voi viedä tilaa lääketieteellisten neuvon antamisessa potilaalle, jolloin potilaan kokemus palvelusta on hyvä, mutta hoidon vaikuttavuus voi jopa laskea (Kinmonth ym. 1998).

Vaikka asiakaslähtöisyyden mittaamisen onnistumisesta ei olla yksimielisiä, organisaation keinoiksi mitata omaa potilaslähtöisyyden tasoaan on muutamia esityksiä, jotka perustuvat Picker-instituutin määritelmään potilaskeskeisestä toiminnasta (van Empel ym. 2010; van Empel ym. 2011). Picker-instituutin määritelmän mukaan potilaskeskeisyys perustuu kahdeksalle ulottuvuudelle, joilla varmistetaan, että asiakas saa potilaskeskeistä hoitoa. Näiden ulottuvuuksien mukaan asiakkaan tulee olla osallisena palveluun kuuluvassa päätöksenteossa. Osallisuus varmistetaan hyvällä tiedonkululla ammattilaisen ja asiakkaan väillä, jotta asiakas voi saada päätöksenteolle tarvittavaa palvelukohtaista tietoa. Palvelun fyysisestä mukavuudesta tulee varmistua sekä asiakkaan pärjäämistä tulee tukea kotiuttamisen jälkeen sekä tiedostaa mahdollisten sairauksien emotionaaliset vaikutukset asiakkaalle. Lisäksi asiakkaan läheisiä tulee ottaa mukaan palvelun suunnitteluun sekä varmistaa, että eri palvelut ovat saatavilla ja niiden olemassaolosta tiedotetaan asiakkaalle. (Picker-instituutin määritelmä potilaskeskeisyydestä.)

Edellä mainitun mukaisesti, onnistuneeseen asiakaslähtöiseen toimintaan organisaation kontekstissa kuuluu palautteenannon mahdollistaminen käyttäjälle. Palautejärjestelmän voi nähdä mahdollistavan asiakkaan äänen kuulumisen, tai sen voi nähdä organisaation ja asiakkaan vuorovaikutusvälineenä. Asiakkaan äänen kuulumisen on yksi suurista terveydenhuollon kehittämistä koskevista kysymyksistä tällä hetkellä (Hallamaa 2008, 33). Vuoro-

vaikutuksellisen palautejärjestelmästä tekee organisaation ja asiakkaan välillä kuitenkin vain se, että asiakkaan antama palaute huomioidaan ja sille annetaan mahdollisuus vaikuttaa palvelun organisointiin. Asiakaslähtöisyyteen voidaan liittää suuriakin toiveita tuloksellisen toiminnan organisoinnille; sen voi nimetä olevan jopa edellytys tulokselliselle toiminnalle asiakkaan sitouttamisen kautta (Jalava & Virtanen 1996, 56; STM 2003, 37). Asiakastytyväisyyden mittaamisessa vaikuttaa kuitenkin se, että asiakaslähtöisyys ja asiakastytyväisyys ovat saman asian kaksi eri näkökulmaa. Asiakaslähtöisyys on organisaation näkökulma ja asiakastytyväisyys on palvelua käyttävän asiakkaan. (Ala-Kauhaluoma 2000, 16.) Organisaatiot osoittavat kiinnostustaan omaan työhön ja tuottamiinsa palveluihin kysymällä asiakkailta palvelukokemuksia. On kuitenkin epäselvää, pyritäänkö hankkimaan tietoa asiakas- vai organisaatiolähtöisesti. Sosiaali- ja terveyspalveluissa tehtävissä asiakastytyväisyyskyselyiden ongelmana on asiakaslähtöisen palveluarvioinnin erottaminen vastauksia sitovasta lomakekyselyistä, joita asiakastytyväisyyskyselyt edustavat. (Päivärinta & Maaniittu 2002.)

2.3 Yhteenveto

Koska asiakaslähtöisyyttä tulee tarkastella aatteellisena lähtökohtana useasta eri perspektiivistä (Kiiikkala 2000, 116), keskityn asiakaslähtöiseen toimintaan vaikuttaviin ulottuvuuksiin, joita ovat organisaatio-, palvelu-, ja asiakasulottuvuus. Tutkielmassani käsite asiakaslähtöisyys käsitteellistyy palvelun tai hoidon antajan sekä sen kohteen välisen vuorovaikutuksen taustalla vaikuttavana periaate- ja arvopohjaisena toimintaa ohjaavana käsitteenä. Toiminnalla tarkoitan palvelua ja hoitoa, toimijoilla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua tai hoitoa antavaa henkilöä sekä tämän toiminnan kohdetta eli asiakasta. Tässä tutkielmassa potilaalla ja asiakkaalla tarkoitetaan asiakasta eli palvelun käyttäjää. Yksinkertaistaen, asiakaslähtöisyys tarkoittaa tässä tutkielmassa toimintaa ohjaavaa arvoperustaa, jossa asiakkaalla on tärkeä asema itseään koskevan hoidon toteuttamisessa ja sen suunnittelussa. Asiakaskeskeisyys on suppeampi käsite asiakaslähtöisyyteen verraten ja siinä asiakkaan oleminen palvelun kohteena korostuu. Muita aihealueeseen läheisesti liittyviä käsitteitä, jotka liittyvät palvelun antajan ja saajan vuorovaikutukseen, ja palvelun saajan aseman parantamiseen hoitoprosessissa, ovat muun muassa voimaantumisen sekä

osallisuus. On kyse sitten asiakkaasta, potilaasta tai palvelun saajasta, osallisuus koskee näiden toimijoiden omaa kykyä ja heille myönnettäviä mahdollisuuksia osallistua ja olla osallisina palveluprosessissa (Laitila 2010, 7–11). Voimaantuminen sen sijaan on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, johon liittyy lisääntynyt kontrollin tunne sekä itseluottamus (emt. 31–32).

Taulukossa 1. esitellään eri määritelmien suhdetta toisiinsa. Asiakslähtöisyys näyttäytyy toiminnan taustalla olevana toimintaa ohjaavana periaatteena, jolla saavutetaan asiakkaan kannalta parempaa palvelua. Vaikka asiakslähtöisyysmääritelmissäkin kuvataan asiakslähtöisen kohtaamisen ortodoksiaa, potilaskeskeisyys keskittyy yksinomaan tähän. Potilaskeskeisyydessä pyritään määrittelemään tapoja toimia, jotta asiakkaan kannalta tuotettaisiin parempaa palvelua. Asiakslähtöisyysmääritelmiä ja potilaskeskeisyysmääritelmiä yhdistävät asiakkaan osallistumisen tarpeellisuuden korostaminen. Asiakkaan tulee molemmissa määritelmissä ottaa osaa päätöksentekoon ja päätöksentekoon käytettävän tiedon tulee olla ammattilaisen lisäksi myös asiakkaan ulottuvilla.

Taulukko 1. Asiakaslähtöisyyden ja potilaskeskeisyyden määritelmien sisällöt suhteessa toisiinsa

	Asiakaslähtöisyys		Potilaskeskeisyys	
	Lehto (2000, 39)	Kiikkala (2000)	Davis ym. (2005, 954)	Picker- instituutin mää- ritelmä
Asiakkaat ovat osallisina palveluun kuuluvassa päätöksenteossa		X	X	X
Tiedonkulun asiakkaan ja ammattilaisen välillä varmistaminen			X	X
Päätöksentekoon kuuluvan tiedon tulla myös asiakkaan saatavilla		X	X	X
Palvelun fyysinen mukavuus				X
Emotionaalinen tukeminen palvelussa				X
Asiakkaan läheisten osallistaminen				X
Asiakkaan pärjäämisen tukeminen kotiuttamisen jälkeen				X
Palvelun saatavuuden ja näkyvyyden turvaaminen ja eri palveluista tiedottaminen			X	X
Tiedonkulun näkyvyys palveluun osallistuvien eri ammattilaisten välillä			X	
Palautteenannon mahdollistaminen asiakkaalle	X		X	
Ammattikuntien asiakaslähtöisyyttä korostavat periaatteet	X			
Asiakaslähtöisyyttä painotetaan palvelujen johtamisessa	X			
Poliittisilla päätöksentekijöillä on mahdollisuus ja halu edellyttää asiakaslähtöisyyttä	X			

3. MENETELMÄLLISET VALINNAT JA AINEISTON ANALYYSI

Aineistona tutkielmassa toimivat asiantuntijahaastattelujen muistiinpanot. Aineisto kerättiin osana teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskuksen toimeksiantoa, jossa oli tarkoituksena selvittää asiakaslähtöisyyden nykytilaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Haastattelut tehtiin aikavälillä elokuu-syyskuu 2010. Haastattelut tehtiin pääosin puhelinhaastatteluina, mutta mukaan mahtui myös kaksi kasvokkain tehtyä haastattelua. Aineistoon kuuluvia haastatteluja ja osallistujia on kokonaisuudessaan yksitoista kappaletta.

Aineiston keräämisessä tehdyt valinnat vaikuttavat siihen, kuinka aineistoa voidaan lopulta analysoida (Eskola 2010, 181–182). Kvalitatiivisen tutkimuksen lajeja on useita kymmeniä, joista toiset asettavat aineiston muodolle kriteerejä ja toiset edellyttävät tiettyä epistemologista lähtökohtaa (Hirsjärvi ym. 2006, 153–154). Koska tämän tutkielman aineisto oli kerätty muihin tarkoituksiin, kuin mihin sitä tässä tutkielmassa käytetään, aineiston keräämisessä aikaisemmin tehdyt valinnat rajoittivat erilaisten analyysitapojen käyttöä tässä tutkielmassa. Aineisto kerättiin muistiinpanomuotoon, jolloin esimerkiksi litteraatiota vaativat analyysitavat eivät tulleet kysymykseen. Tästä johtuen, aineiston analyysia mietittäessä pakostakin jouduttiin tilanteeseen, jossa aineisto oli jo olemassa, mutta tarkempi analyysitapa oli vielä epäselvä.

Mikäli tutkimusta tehdessä tulee pohtia tieteenfilosofisia kysymyksiä (Hirsjärvi ym. 2006, 120–122), ei taida olla pahitteeksi pohtia niitä hieman opinnäytetutkielmassakin. Käsitteet tutkimuskohteen ontologiasta ja epistemologiasta liittyvät läheisesti tutkielman empiriiseen osaan, jossa tutkimuskohteen luonteen ja olemuksen voi katsoa vaikuttavan siihen, kuinka siitä voidaan käytännössä saada tietoa. Objektiivisuuteen ei tutkimuskohteen ontologiaa määriteltäessä – tai pikemminkin pohdittaessa – voi valitettavasti päästä, mutta tässäkin tapauksessa taitaa tärkeintä olla itse matkanteko.

Tutkimuskohteena tutkielmassa ovat asiantuntijoiden näkemykset asiakaslähtöisyyskäsitteestä. Asiantuntijoiden käsitysten ollessa tutkimuskohteena, kuljetaan hyvin läheltä fenomenografian (Rissanen 2009, 35–36) ja fenomenologian (Laine 2010, 28–31) asennoi-

tumista tutkimuskohdetta kohtaan. Tämä tutkielma ei kuitenkaan edusta kumpaakaan näistä tutkimuksen lajeista, sillä ne asettavat itse aineistolle sellaisia vaatimuksia, jotka olisi tullut ottaa huomioon haastatteluihin ryhdyttäessä. Fenomenologiassa tarkastelun kohteena on ihmisten käsitysten muodostuminen merkitysten tasolla (emt., 29) ja fenomenografiassa haastattelu eroaa tavallisesta haastattelusta siten, että haastateltavassa pyritään herättämään uudenlaista tietoisuutta haastattelun aikana (Hirsjärvi & Hurme 2000, 168). Haastattelu on siis eräänlainen vuorovaikutustilanne, jossa haastattelijalle on varattu aktiivisempi rooli kuin tämän tutkielman haastatteluissa. Asiantuntijoiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä eivät siis ole tutkielman tarkastelun keskiössä siltä osin, että tutkittaisiin kuinka käsitykset asiakaslähtöisyydestä muotoutuisivat, vaan tutkielmassa keskitytään siihen, että haastateltavien esittämät näkemykset asiakaslähtöisyydestä ovat osa heidän omaa asiantuntemustaan ja sitä kautta mielekkäitä tutkittaviksi. Asiantuntijoiden näkemysten objektiivista todellisuuspohjaa ei lähdetä painottamaan eikä toisaalta kyseenalaistamaan, vaan näkemyksiä tarkastellaan niiden samankaltaisuuksien ja eroavuuksien kautta. Mielekkään tutkimuskohteen asiantuntijoiden näkemyksistä asiakaslähtöisyydestä tekee se, että asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisen keskiössä kuten luvussa 2.1.1 todetaan. Haastateltavat ovat niitä asiantuntijoita, joiden näkemykset johtavat sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämistä, ja nämä samat näkemykset myös synnyttävät käsityksen asiakaslähtöisyydestä.

Epistemologisena lähtökohtana tälle tutkielmalle voidaan pitää asiakaslähtöisyys-käsitteen sidonnaisuutta asiantuntijan tietämykseen ja kokemukseen. Epistemologinen kysymys tiedon tuottamisesta ja hankkimisesta tutkimustarkoitukseen ratkeaa siten, että asiantuntijat asetetaan tiedon tuottajan asemaan, jossa heidän tietonsa relativistinen luonne otetaan huomioon – lisäksi sekä haastattelijan että haastateltavan subjektiasema tulee ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa. Tutkielman tarkoituksena ei ole selvittää asiakaslähtöisyys-käsitteen objektiivista olemusta vaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä mukana olevien asiantuntijoiden käsityksiä siitä. Näin ollen hyvä keino kerätä tietoa näiltä asiantuntijoilta näin monitahoisesta aiheesta on heidän haastattelemisensa.

3.1 Teemahaastattelu ja asiantuntijat haastateltavina

Aineiston keräämisessä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska siinä läpikäytävät teemat ovat kaikille tiedossa, mutta siitä puuttuu strukturoidun haastattelun tarkka muoto ja järjestys (Hirsjärvi & Hurme 1985, 36; Hirsjärvi & Hurme 2000, 48; Ruusuvaori & Tiittula 2005, 11). Teemahaastattelu eroaa toisaalta myös avoimesta haastattelusta sen suhteen, että kysymysten muotoilu ja kysymysten alue on ennalta määrätty. Avoimessa haastattelussa ne ovat vapaat. (Hirsjärvi & Hurme 1985, 36–38.) Tällä menetelmällä voidaan kerätä syvällistä tietoa, pitämällä haastattelu kuitenkin tietyissä rajoissa. Teemahaastattelun teemojen tulisi olla riittävän väljät, jotta tutkittavan ilmiön moninaisuus paljastuisi. Haastattelutilanteen vapaamuotoisuus mahdollistaa teemoja koskevan syventymisen lisäkysymyksillä ja selvennyspyynnöillä. (Emt., 41–42.) Vapaamuotoisuudesta kertoo sekin, että haastattelutilannetta voi luonnehtia jopa keskusteluksi (Eskola & Vastamäki 2007, 25).

Haastateltavien valikoinnissa ei ole käytetty mitään otantaa, vaan voidaan puhua niin sanotusta harkinnanvaraisen näytteen muodostamisesta. Kun kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tilastolliseen yleistykseen, kohdejoukkoa valittaessa käytetään otantaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa sen sijaan ei tehdä tilastollisia yleistyksiä, joten haastateltavat voidaan valita vapaasti, jolloin haastateltaviksi valitut muodostavat näytteen tutkimuksen kohdejoukosta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 59.) Mahdollisia haastateltavia mietittäessä pyrittiin haastateltaviksi saamaan henkilöitä, joilla on asiantuntijataso osaamista sosiaali- ja terveydenhuollon alalta ja näkemyksellistä sanottavaa asiakaslähtöisyydestä. Kohdejoukossa tässä tutkielmassa ovat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen asiantuntijat, ja haastatellut ovat tästä kohdejoukosta harkitusti poimittu näyte.

Taulukossa 2 on esitettyä haastateltujen koodi, titteli ja osaamisalue. Haastateltavien tittelit on muutettu mahdollisimman tunnistamattomiksi, pyrkien kuitenkin säilyttämään kuvaheidän asiantuntemuspohjastaan.

Taulukko 2. Haastatellut

Haastateltavan koodi	Titteli	Haastateltavan osaamisalue
H1	Tutkija/opettaja	Sosiaalihuolto
H2	Tutkija/opettaja	Sosiaalityö
H3	Suunnittelija (julkinen sektori)	Terveydenhuolto
H4	Johtaja (julkinen sektori)	Sosiaali- ja terveydenhuolto
H5	Tutkija/opettaja	Terveydenhuolto
H6	Ylihoitaja (sairaanhoitopiiri)	Terveydenhuolto
H7	Toiminnanjohtaja (kolmas sektori)	Sosiaalihuolto
H8	Johtaja (julkinen sektori)	Sosiaali- ja terveydenhuolto
H9	Tutkija/opettaja	Terveydenhuolto
H10	Päällikkö (julkinen sektori)	Terveydenhuolto
H11	Kunta-alan toimija (emeritus)	Sosiaali- ja terveydenhuolto

Haastateltavien asiantuntijuus aiheutti haastatteluissa saatavan tiedon kontekstissa muutamia huomionkohteita. Koska haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää vastauksien antaminen sosiaalisen suotavuuden perusteella (Hirsjärvi ym. 2006, 195), voi pitää myös mahdollisena, että tutkielmani aihealueestakin mahdollisesti annetaan tällaisia "oikeita" vastauksia. Haastateltava voi myös haluta esiintyä hieman paremmin asiaa tuntevana asiantuntijana kuin hän todellisuudessa onkaan. Myös haastateltavan muistin rajallisuus täytyy ottaa huomioon, jolloin kysymyksiltä vaaditaan tarkkuutta (Alastalo & Åkerman 2010, 379). Haastattelutilanteeseen ja saatuihin vastauksiin vaikutti julkilausuttu oletus haastateltavan asiantuntijuudesta (haastattelupyynnöjä lähetettäessä haastattelua kutsuttiin asiantuntijahaastatteluksi ja haastateltavan asiantuntemukseen vedottiin pyyntöä esittäessä). Haastattelukutsun esittäminen ja haastateltavan vakuuttaminen omasta sopivuudestaan haastateltavaksi voidaan nähdä jonkinlaisena kutsuna tiettyyn rooliin (Pöysä 2010, 155).

Haastattelujen teemat esitettiin haastateltaville haastattelupyynnön ohessa, jotta he pystyivät valmistautumaan haastatteluun haluamallaan tavalla. Teemoja haastatteluun oli valittu neljä kappaletta: asiakaslähtöisyyden nykytila, haasteet, kehittäminen ja hyvät käytännöt. Haastattelussa käytetty kysymysrunko teemoineen ja niihin liittyvine apukysymyksineen

on liitteenä (liite 1). Haastattelupyynnössä painotettiin haastattelun vapaamuotoisuutta, asiantuntijoilta ei esimerkiksi edellytetty tieteellistä viittaamista vastauksiensa perustelun tueksi. Tällä pyrittiin siihen, että haastattelussa käsiteltäisiin asiakaslähtöisyyttä näkemyksellisyyttä korostaen, jotta myös kritiikin esittäminen aiheesta tulisi helpommaksi.

Jokaista teemaa kohden oli apuna kysymyksiä, joilla pyrittiin varmistamaan, että haastattelussa saadaan vastauksia teemoihin tietystä näkökulmasta. Nämä apukysymykset eivät kuitenkaan määränneet haastattelun suuntaa siten, että kaikille olisi esitetty samat kysymykset täysin samassa muodossa ja täten pääpaino haastattelussa olisi ollut haastattelijalla ja kysymysten esittämisessä, vaan pääosa haastateltavista oli äänessä lähes taukoamatta. Apukysymyksillä joko ohjattiin puheliaita haastateltavia tiettyyn suuntaan tai niillä pyrittiin saamaan vastauksia myös harvasanaiselta haastateltavalta. Haastateltavat saattoivat myös tehdä apukysymykset tarpeettomiksi vastatessaan niihin kysymättä. Haastattelut olivat muutenkin vapaamuotoiset sen suhteen, miten haastateltava eteni ilmoitetusta teemasta toiseen. He saattoivat aloittaa yhdestä teemasta ja vastata toiseen, jonka jälkeen vielä palata edelliseen.

Haastattelut tehtiin kahta haastattelua lukuun ottamatta puhelimitse, niitä ei nauhoitettu vaan niistä tehtiin muistiinpanoja mahdollisimman sanatarkasti jäljentäen haastateltavan vastauksia. Haastattelijat teki selventäviä kysymyksiä, muuten epäselväksi mahdollisesti jäävissä kohdissa. Aineistoon kuuluu myös haastattelumuistiinpanoja haastatteluista, joissa itse en ollut osallisena. Näitä haastatteluja on neljä kappaletta ja niissä haastattelijana toimi toinen henkilö. Kaikissa haastatteluissa noudatettiin samaa kaavaa. Haastattelin itse seitsemää henkilöä, ja koska en itse ollut läsnä neljässä haastattelussa tämä otettiin huomioon aineiston tulkintavaiheessa, muodostaen itse tekemistäni seitsemästä haastattelusta pohja, johon toisen haastattelijan muistiinpanoja refleктоitiin.

Haastattelut kestivät ajallisesti viidestätoista neljäänkymmeneenviiteen minuuttiin. Vaikka tämä aika on joidenkin näkemysten mukaan liian lyhyt tutkimustarkoituksella tehdyksi haastatteluksi (Hirsjärvi ym. 2006, 195), uskallan kuitenkin väittää, että tässä ajassa saadut vastaukset olivat riittäviä. Näin siksi, että kiinnostuksen kohteena ei ollut itse asiantuntijat henkilöinä, vaan heillä oletettavasti ollut asiantuntemus tietystä aihealueesta. Tämä käsittää asiantuntijahaastattelun erityislaatuisuuden (ks. Alastalo & Åkerman 2010, 373) muihin

haastatteluihin verrattuna, joissa esimerkiksi pyritään keräämään tietoa jostakin henkilökohtaisesta asiasta, ja näin ollen haastattelut voivat vaatia enemmän aikaa.

3.2 Aineiston analysointi

Teemahaastattelujen analyysissä usein käytetään tyypittelyä tai teemoittelua. Teemoittelussa aineisto jäsennetään teemojen mukaisesti, jonka jälkeen teemoittaiset havainnot pelkistetään. (Eskola & Vastamäki 2007, 42.) Aineiston analyysi voidaan aloittaa purkamalla se teemoittain tekstinkäsittelyohjelmaa hyväksikäyttäen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 141). Aineistosta voidaan näin muodostaa useita kategorioita ja suhteuttaa eri haastateltavien vastauksia toisiinsa.

Käytän aineiston analyysissä muotoa, joka mukailee fenomenografista analyysimallia, jonka Minna Laitila (2010, 68) esittelee asiakkaan osallisuutta käsittelevässä väitöskirjassaan. Tutkielmassa käytetty analyysimalli on kuitenkin huomattavasti yksinkertaisempi ja käsittelee paremminkin teemoittain etenevän analyysin (ks. tarkemmin Eskola & Vastamäki 2007, 42; Hirsjärvi & Hurme 2000, 141). Teemoittelun tuloksena päädyttiin luomaan täysin uudet kategoriat, joista lopulliset tulokset on luettavissa. Aineistosta nostetaan esille kategoriat, joita haastateltavat käsittelevät vastauksissaan, niistä tarkemmin kysymättä. Aineiston analyysi on kuvattu seuraavassa mahdollisimman seikkaperäisesti.

Analyysivaiheet:

1. Aineistoon perehtyminen, teemojen yhdistely, pelkistysten tekeminen
2. Kokonaiskuvan aineistosta muodostaminen, samankaltaisuuksien yhdistely, uudelleenluokittelu
3. Ulottuvuuksien luominen, yhdistely, havaintojen kirjaaminen taulukkoon

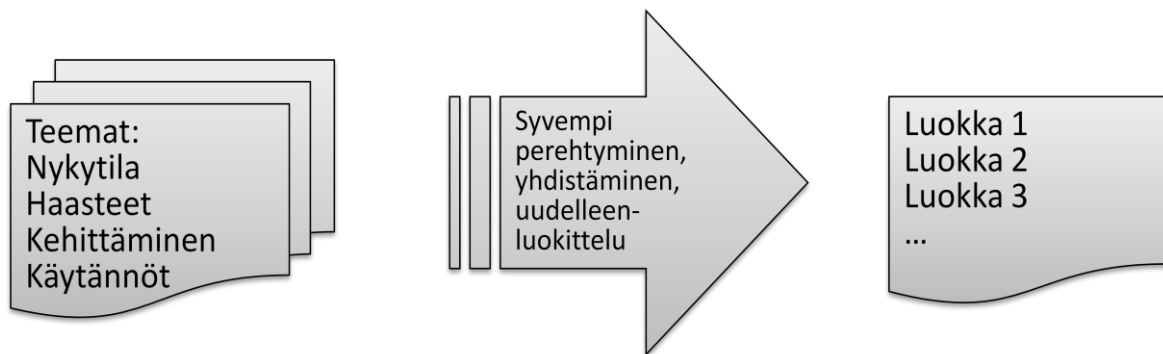
Vaihe 1. Aineistoon perehtyminen, teemojen yhdistely, pelkistysten tekeminen



Kuvio 1. Ensimmäinen analyysivaihe

Haastatteluista muodostui yhteensä 31 sivua tekstiä fonttikoolla 12. Ensimmäinen analyysivaihe alkoi näihin dokumentteihin perehtymisellä. Haastateltavien vastaukset oli kirjattu ylös haastattelutilanteessa ja tämän jälkeen vielä puhtaaksikirjoitettu, mutta silti vastaukset ja teemat eivät aina olleet yhtenevät. Tästä johtuen vastaukset tuli järjestää uudelleen teemoittain. Ensimmäisen varsinaisen puuttumisen aineistoon voi sanoa tapahtuneen tällöin, sillä vastauksia tuli tulkita, jotta ne voitiin asettaa eri teemojen alle. Tämän jälkeen jokaisesta teemasta, joita oli neljä kappaletta, yhdistettiin haastattelumuistiinpanot dokumentteihin, jonka jälkeen materiaali koostui neljästä teemakohtaisesta dokumentista. Seuraavaksi materiaali käytiin läpi, merkaton tekstinkäsittelyohjelmalla vastauksista relevantteina pidettyjä lauseita. Merkkaamisen jälkeen lauseet pelkistettiin mahdollisimman lyhyiksi, kiinnittäen erityishuomiota alkuperäisen kontekstin säilyttämiseen.

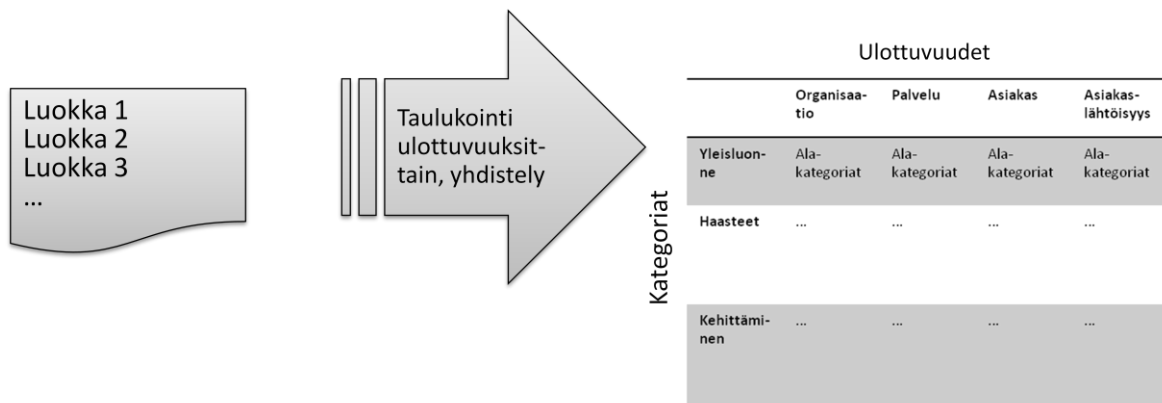
Vaihe 2. Kokonaiskuvan aineistosta muodostaminen, samankaltaisuuksien yhdistely, uudelleenluokittelu



Kuvio 2. Toinen analyysivaihe

Toisessa analyysivaiheessa pelkistykset yhdisteltiin luokkiin, joissa oli samansuuntaisia tai täysin vastakkaisia vastauksia, mutta jotka koskivat kuitenkin samaa aihetta. Luokat otsikoitiin sisältönsä mukaisesti. Havaintoryhmät muodostivat näin otsikoituja luokkia, joissa vastaukset olivat yhteneväisiä tai erosivat toisistaan. Tässä vaiheessa vastauksissa oli havaittavissa neljä asiakaslähtöisyyden ulottuvuutta, jotka käsittelivät *organisaatiota*, *palvelua*, *asiakasta* ja itse *asiakaslähtöisyys-käsitettä*. Tämä puolestaan johti neljän alkuperäisen teeman hylkäämiseen. Alkuperäisten haastatteluteemojen voi sanoa toimineen hyvänä pohjana tiedon tuottamiselle asiakaslähtöisyydestä, mutta vastauksista nostetut ulottuvuudet kuvaavat käsiteltävää aihetta paremmin. Näin siis nostettiin esille haastateltavien itsensä käyttämät aihealueet ja niiden muodostamaa tematiikkaa lähestyttiin analyysissa uudesta näkökulmasta.

Vaihe 3. Ulottuvuuksien luominen, yhdistely, havaintojen kirjaaminen taulukkoon



Kuvio 3. Kolmas analyysivaihe

Kolmas analyysivaihe alkoi seulomalla luokista vastauksia edellä mainittujen ulottuvuuksien kontekstissa. Kun havainnot saatiin seulottua näitä neljää ulottuvuutta koskeviksi, järjestettiin ne ulottuvuuksien sisällä koskemaan kolmea kategoriaa: *yleisluonnetta*, *haasteita* ja *kehittämistä*. Havainnot oli hyvä sijoittaa taulukkoon, jossa kutakin ulottuvuutta koskevien kategorioiden alle voitiin vielä tehdä alakategorioita. Taulukko sisälsi pelkistetyt vastaukset ja näin tulkintaan johtava aineisto oli helposti luettavassa muodossa. Tämä taulukko ei kata koko aineistoa vaan ainoastaan pelkistetyt ulottuvuuksia ja kategorioita koskevat vastaukset. Näin aineisto sai teemoitellun muotonsa, josta tulokset olivat luettavissa.

Analyysillä vastattiin ongelmaan, joka nousi esille jo haastatteluvaiheessa: kuinka haastateltavien keskenään erilaisista vastauksista voidaan muodostaa kokonaisuus suhteessa esitettyihin teemoihin. Esitettyjä teemoja ei voi pitää väärinä, mutta haastateltavat rakensivat vastauksissaan täysin toisenlaisen kuvan asiakaslähtöisyydestä, kuin mihin oltiin teemoja laadittaessa varauduttu. Vastauksissa esiintyviin ulottuvuuksiin kiinnitettiin jo haastateluissa huomiota, sekä siihen, kuinka nopeasti aineisto saturoitui näiden ulottuvuuksien suhteen. Analyysin tehtäväksi jäi näin tehdä näkyviksi vastauksissa esiintyneet ulottuvuudet ja niiden ongelmakohdat asiakaslähtöisyyden kontekstissa.

Kvalitatiivinen analyysi koostuu kahdesta vaiheesta, jotka ovat "havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen". Ensimmäinen vaihe koskee kerätyn materiaalin muokkaamista muotoon, jossa se on pelkistettynä, jolloin esimerkiksi haastattelujen tuottama suuri tekstimäärä saadaan pienemmäksi. Toinen vaihe koskee kerätyn tiedon ja aikaisemman

tiedon yhdistämistä, jolloin kerätty aineisto tulkitaan. (Alasuutari 1994, 30–39.) Tämä tutkielma voidaan edellä mainitun mukaisesti jakaa kahtia, jolloin ensimmäinen vaihe on kuvattuna edellä, ja toinen vaihe jatkuu tutkielman loppuun. Tutkielman tulokset esitellään seuraavassa luvussa. Viimeisessä luvussa tuloksia tarkastellaan aikaisemman tiedon valossa.

4. TULOKSET

Tässä luvussa esitellään haastattelujen tulokset kategorioittain, joita on kolme kappaletta. Lisäksi kunkin kategorian alaluvuissa käsitellään vielä erikseen jokaista asiakaslähtöisyyden ulottuvuutta, joita on puolestaan neljä kappaletta.

Kuviossa 5. havainnollistetaan haastattelujen analyysissa muodostunutta taulukkoa. Kuviossa esitetään havainnot ulottuvuuksittain (vertikaaliakseli) ja kategorioittain (horisontaaliakseli). Kategoriat on jaettu kolmeen osaan, joita ovat yleisluonne, haasteet ja kehittäminen. Kaikki kategoriat käsittelevät tämän lisäksi asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia, joita ovat organisaatio-, palvelu-, asiakas- ja asiakaslähtöisyysulottuvuus. Kategorioiden sisällä on vielä tämän lisäksi alakategorioita, joissa on yhdistelty samansisältöisiä kommentteja. Kommenteilla tarkoitetaan haastattelumuistiinpanoista pelkistettyjä havaintoja, jotka ovat aseteltu kuviossa 5. osoitetulla tavalla. Kommenttien määrä alakategorioissa vaihtelee kahdeksasta kahteen, joten mikään alakategoria ei sisällä kaikilta yhdeltätoista haastateltavalta kommentteja ja jo kaksi samansisältöistä kommenttia muodostavat alakategorian. Alakategorioiden ulkopuolelle jäi yksittäisiä kommentteja, jotka koskivat tiettyä kategoriaa ja ulottuvuutta, mutta eivät itsessään muodostaneet alakategorioita. Näitä kommentteja kutsutaan kaatoluokiksi. Kaikissa kategorioissa ei ole kaatoluokkia. Kunkin kaatoluokan koko vaihtelee yhdestä kuuteen kommenttiin. Kommentit ovat aina eri haastateltavilta, joten esimerkiksi lukumäärältään suurimmassa alakategoriassa (kahdeksan kommenttia) on kahdeksan eri haastatellun kommentit.

Ulottuvuudet				
	Organisaatio	Palvelu	Asiakas	Asiakaslähtöisyys
Alakategorioita	<u>Sektorit ovat erilaisia</u>	<u>Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon/palveluun</u>	<u>Erilaisuus</u>	<u>Mitä se on</u>
	<u>Mitä asiakaslähtöisyys on organisaation tasolla</u>	<u>Erot palveluissa</u>	<u>Tasa-arvo asiakkaiden välillä</u>	<u>Lainsäädäntö</u>
	-----	-----	<u>Asiakkaan ääni</u>	<u>Asiakaslähtöisyys ja palveluiden rahoitusjärjestelmä</u>
	Yläkategoriaa koskevat kommentit	Yläkategoriaa koskevat kommentit	<u>Potilas ja passiivisuus</u>	
			-----	Yläkategoriaa koskevat kommentit
Kategoriat	<u>Rakenne dominoi</u>	<u>Professionalisuus</u>	<u>Erilaisuus haasteena</u>	<u>Määritelmiä on vajaa</u>
	<u>Johtaminen</u>	<u>Tiedon pannaaminen</u>	-----	-----
	<u>Asenteet</u>	<u>Asiakastytyväisyys- kyselyt</u>	Yläkategoriaa koskevat kommentit	Yläkategoriaa koskevat kommentit
	-----	-----		
	Yläkategoriaa koskevat kommentit	Yläkategoriaa koskevat kommentit		
Kehittäminen	<u>Organisaation uudistaminen</u>	<u>Hyvät käytännöt</u>	<u>Asiakkaan asema</u>	Yläkategoriaa koskevat kommentit
	<u>Asiakkaiden mukaan ottaminen</u>	<u>Innovaatiot</u>	<u>Kulujen säästö</u>	
	-----	-----	-----	
	Yläkategoriaa koskevat kommentit	Yläkategoriaa koskevat kommentit		
	Yläkategoriaa koskevat kommentit			

Kuvio 4. Ulottuvuudet ja alakategoriat

Alaluviissa esitellään myös esimerkkejä kommentteista, joiden pohjalta tulkinta on tehty. Esimerkit eivät ole suoria lainauksia haastateltavilta, aineiston muodosta johtuen, vaan ne ovat joko haastatteluista tehtyjä pelkistyksiä tai mikäli konteksti on vaikeasti tavoitettavissa, esimerkeissä esiintyy myös alkuperäisiä kommentteja haastattelumuistiinpanoista. Jokaisen esimerkin edellä on haastateltavan koodi, jotka on avattu luvussa 3.1 esitetystä taulukossa 2. Esimerkit sisältävät sulkeita, joiden sisään on merkitty kontekstiselvennyksiä.

Kategoria "yleisluonne" sisältää kutakin ulottuvuutta käsitteleviä kommentteja, jotka ovat laadultaan yleisluontoisia. Esimerkiksi asiakasulottuvuutta käsittelevässä yleisluonnekategorista löytyy asiakas- ja potilastermien keskinäistä erilaisuutta korostava kommentti:

H9: Asiakas on omatoiminen hakeutuessaan palvelujen äärelle ja potilas sen sijaan ei ole. Asiakas ja potilas tulee erottaa toisistaan. Palvelunsaaja voi olla asiakas tai potilas. Se, kumpi hän on, määrittelee hänen ominaisuutensa.

Kategorioiden "haasteet" ja "kehittäminen" alle sen sijaan on yhdistelty kategorioiden nimen mukaisesti mahdollisia ulottuvuuksiin liittyviä haasteita ja kehittämisessä huomioitava asioita sekä varsinaisia kehittämis ehdotuksia. Haasteita käsittelevässä kategoriassa esimerkiksi otetaan huomioon asiakkaiden ja tilanteiden keskinäinen erilaisuus:

H5: Asiakaslähtöisyyden haaste on siinä, että asiakkaat ovat keskenään erilaisia ja tilanteet ovat erilaisia.

Palvelu-ulottuvuutta koskevassa kehittämiskategoriassa puolestaan korostetaan teknisiä innovaatioita edistämässä asiakaslähtöisyyden toteutumista sekä annetaan käytännönläheisiä kehittämis ehdotuksia palvelun asiakaslähtöisyyteen kehittämiseksi:

H9: Tekniset innovaatiot mahdollistaisivat esim. sähköisen reseptin, sairaskertomukset ja ajanvaraukset Internetiin. Näin asiakas voisi itse varata ajan palveluun. Tämä lisäisi asiakaslähtöisyyttä. Sähköinen potilastietojärjestelmä on hyvä kehittämiskohde asiakaslähtöisyyttä lisäämässä, haasteena ovat kuitenkin tietoturvakysymykset.

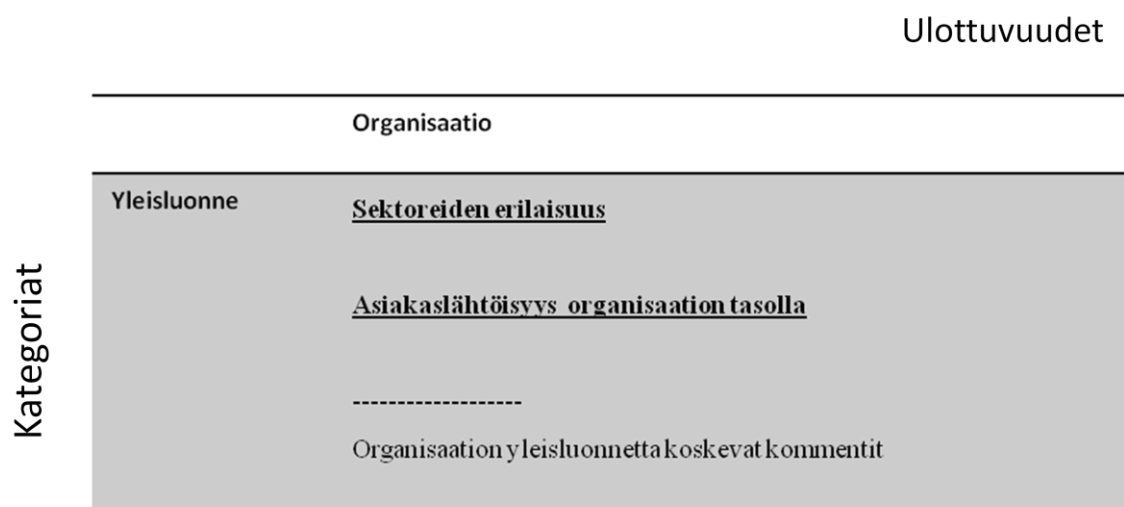
Kaikkien kategorioiden kohdalla ei ollut itsestään selvää mihin ulottuvuuteen kommentti kuului. Näissä tilanteissa ulottuvuus valittiin ulottuvuuden yhtenäisyyden nimissä. Esimerkiksi asiakasulottuvuuden yleisluonnekategoriaan sisällytettiin havainto, jonka olisi voinut laittaa myös organisaatioulottuvuuden yleisluonnekategoriaan:

H11: Sairaaloissa puhutaan potilaista. Voidaan puhua myös kuluttajasta tai asiakkaasta. Näillä on eroja keskenään.

Yllä mainitun esimerkin voisi sijoittaa myös organisaatioulottuvuuden alle, koska sen voi nähdä käsittelevän sairaalaa organisaationa, jossa käytetään enimmäkseen potilastermiä. Asiakasulottuvuus kuitenkin sisältää alakategorian, jossa käsitellään asiakkaiden erilaisuutta, ja havainto on luokiteltu sen kategorian alle, sillä kommentissa todetaan asiakkuuden sisältävän eri rooleja (asiakas, potilas, kuluttaja), josta sairaalassa käytetään enimmäkseen potilasta.

4.1 Yleisluonnetta koskevat havainnot ulottuvuuksittain

4.1.1 Organisaatio



Kuvio 5. Organisaation yleisluonne

Organisaation yleisluonnetta koskevassa kategoriassa on yhteensä kymmenen kommenttia, joista muodostuu kaksi alakategoriaa, jotka käsittelevät sektoreiden erilaisuutta sekä asiakslähtöisyyttä organisaatiotasolla. Niin sanotun kaatoluokan kommentteja on kaksi kappaletta.

Sektoreiden erilaisuus

Erilaisuus sektoreiden välillä koski julkisen sektorin erilaista asemaa yksityiseen ja kolmanteen verrattuna. Haastateltavien mukaan julkinen, yksityinen ja kolmas sektori eroavat mahdollisuuksissaan toteuttaa asiakaslähtöisyyttä palvelutoiminnassaan johtuen niiden erilaisesta suhteesta palveluun. Julkisella sektorilla kohdataan asiakkaita, joiden hoito on vaikeaa ja kallista, eikä hoidon kustannusten voi antaa vaikuttaa annettavaan hoitoon.

H6: Julkisella sektorilla ei voi valikoida potilaita hoidon hinnan mukaan, vaan kalliit ja vaikeatkin täytyy hoitaa.

H11: Julkinen sektori palvelee kaikkia, yksityinen keskittyy myymiseen ja kolmas mieltään hankkeena.

H7: Viranomaisilla ei ole samanlaista mahdollisuutta saavuttaa asiakaslähtöisyyttä kuin kolmannen sektorin toimijoilla.

Julkinen sektorin asemaan liitettiin myös organisaation toiminnan jäykkyyteen liitettäviä tekijöitä nimenomaan asiakkaan kohtaamisessa. Tämä jäykkyys vaikeuttaa vakiintuneiden toimintatapojen muuttamista tai niiden lävitse katsomista, jotta kunkin asiakkaan yksilökohtaiset tarpeet voidaan ottaa palvelussa huomioon.

H7: Viranomaisten kädet ovat tiettyyn rajaan asti sidotut. Viranomainen ei voi koskaan saavuttaa sitä tasoa, minkä kolmas sektori voi. Tämä johtuu siitä, että viranomainen on "portinvartija". Me (3.sektorin päihdepalvelut) voidaan olla aina asiakkaan puolella.

Julkisella sektorilla koettiin vaikeammaksi ottaa käyttöön uusia toimintatapoja verrattuna yksityiseen sektoriin. Sama lääkäri voi toimia julkisella puolella eri tavalla kuin yksityisellä. Organisaatioiden toimintatavat ovat organisaatiokohtaisia ja niissä vakiintuneet käytännöt määrittävät myös asiakaslähtöisyyden yksittäisen työntekijän tasolla.

H6: Yksityissektorilla on moniasiantuntijuutta, ja vaikka meillä (eräs sairaanhoitopiiri) siitä strategiassa asti puhutaan, se ei kuitenkaan käytännössä toteudu vaan huippulääkäri, joka toteuttaa huippulääketiedettä, on systeemin keskiössä. Samainen lääkäri menee yksityissektorille ja asenne muuttuu välittömästi.

Julkisen sektorin asiakkaitten koettiin muodostavan palveluntarjoajalle haasteita eri tavalla kuin yksityisellä sektorilla. Sektorit koettiin tässä määrin erilaisiksi, ikään kuin yksityisellä sektorilla olisi mahdollisuus valikoida asiakkaansa ja julkisella ei tätä mahdollisuutta ole. On syytä huomauttaa, että yksikään haastateltava ei edustanut suoranaisesti yksityistä sektoria. Myös toimialojen todettiin olevan keskenään erilaisia, ja tämä myös vaikuttaa asiakaslähtöisyyden toteutumiseen siten, että eri palveluissa on erilaiset mahdollisuudet toteuttaa asiakaslähtöisyyttä. Reunaehdot asiakaslähtöisyyden toteutumiselle luodaan palvelussa. Niissä palveluissa, joissa julkisen sektorin toimijalla on viranomaisasema, on vaikeampi toteuttaa asiakaslähtöisyyttä.

Asiakaslähtöisyys organisaation tasolla

Asiakaslähtöisyys organisaation tasolla sisältää kolme havaintoa. Useita teemoja koko aineistossa koski erilaisuuden korostaminen, oli sitten kyse asiakkaista, palveluista tai sektoreista. Tätä erilaisuutta korostettiin myös organisaatioissa, toteamalla, että kaikissa organisaatioissa ei ajatella samalla tavalla asiakkuudesta. Tämä liittyy edellä mainittuun havaintoon, jossa painotettiin organisaatioiden vakiintuneiden toimintatapojen määräävyyttä asiakaslähtöisyyden toteutumisen suhteen. Lisäksi organisaation tasolla asiakaslähtöisyyden mainittiin käytännössä tarkoittavan toiminnan ulospäin suuntautuneisuutta, eli omista palveluista tiedottamista. Tällä varmistetaan se, että asiakkaille välittyy tieto saatavilla olevista palveluista eikä palvelun tarjoaja näyttäyty saavuttamattomalta asiakkaalle. Erään haastateltavan mielestä asiakaslähtöisyys tarkoittaa käytännössä myös hoidon saatavuuden turvaamista. Käytännössä asiakaslähtöisyyteen katsotaan liittyvän perustehtävän, eli potilaan hoidon, saatavuuden varmistaminen. Organisaation katsottiin toimivan asiakaslähtöisesti varmistaessaan, että potilas saa hoitoa.

Kaatoluokka

Organisaation yleisluonne kategorian kaatoluokan kaksi kommenttia koskevat organisaatiota asiakaslähtöisyyteen ohjaavan lainsäädännön puuttumista ja toimialakohtaisia eroja asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Organisaatioiden toimintaa ohjaavasta lainsäädännöstä puuttuu erään haastateltavan mielestä asiakaslähtöisyyteen suoraan ohjaavia elementtejä. Asiakaslähtöiselle toiminnalle ei ole määritelmää lainsäädännön puitteissa. Mainitut toimialakohtaiset erot asiakaslähtöisyyden toteutumiselle koskivat toimialojen palvelujen eroja. Eri toimialoilla on palveluita, joissa asiakkaan päätäntävalta palvelun suhteen täytyy sivuuttaa ja päätökset hoidon ja palvelun suhteen tekee ammattilainen.

H10: *Toimialoilla on eroa asiakaslähtöisyyden ja sen toteutumismahdollisuuksien suhteen. Terveystieteiden tutkimuksessa toiminta ei voi olla täysin asiakaslähtöistä. Ihminen ei itse voi päättää mitä palvelua hän saa ja kuinka paljon hän sitä saa. Tästä huolimatta asiakaslähtöisyyttä tulee lisätä.*

4.1.2 Palvelu

		Uloottuvuudet
		Palvelu
Kategoriat	Yleisluonne	<u>Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon/palveluun</u>
		<u>Erot palveluissa</u>

		Palvelun yleisluonnetta koskevat kommentit

Kuvio 6. Palvelun yleisluonne

Palvelun yleisluonnetta koskevassa kategoriassa on kymmenen kommenttia, joista kuusi koskee asiakkaiden mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa ja palveluun. Eroja palvelujen välillä käsittelevään alakategoriaan valikoitui kolme kommenttia ja kaatoluokkaan yksi kommentti.

Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon tai palveluun

Haastateltavat olivat erimielisiä siitä voiko asiakas vaikuttaa saamaansa palveluun tai hoitoon. Yksi haastateltava mainitsi, että asiakkaalla on periaatteessa mahdollisuus vaikuttaa hoitoon ja palveluun lain sallimissa rajoissa. Toinen haastateltava näki, että hoidosta valittaminen lainsäädännön määräämällä tavalla, antaa asiakkaalle mahdollisuuden vaikuttaa hoitoon. Erään haastateltavan mukaan on tarpeellista, että asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa annettuun palveluun problematisoitaisiin ja asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa hoi-

toonsa tulisi tutkia enemmän. Asiakkaalle nähtiin tarpeellisena varata mahdollisuus hoitoon vaikuttamiseen, vaikka vastakkain palvelussa olisivatkin asiakas ja ammattilainen. Ammattilaisen tulisi kohdata asiakas palvelussa tasa-arvoisena neuvottelijana ja tiedontuottajana. Hyvän tiedonkulun ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutussuhteessa nähtiin lisäävän hoidon vaikuttavuutta. Asiakkaan ja ammattilaisen tulee osallistua tasavertaisina palvelutapahtumaan. Asiakkaan mukaan ottaminen myös hoitolinjan valintaan lisää vaikuttavuutta erään haastateltavan mukaan. Toinen haastateltava korosti, että valinnanvapaus hoitolinjan suhteen tulee kuitenkin rajata ammattilaisen toimesta, eikä asiakkaan tule saada valita mitä tahansa.

H3: Tulee kysyä: voiko asiakas vaikuttaa omaan hoitoonsa? Asiakkaan tulisi olla tasavertainen neuvottelija ammattilaisen kanssa. Informaation kulkeminen näiden kahden toimijan välillä lisää vaikuttavuutta, mutta tiedonkulku on haaste itsessään. Vaikuttaminen edellyttää potilaan aktiivisuutta ja potilaan mahdollisuus vaikuttaa riippuu vastaanottajasta.

H5: Lain puitteissa käyttäjällä on periaatteessa mahdollisuus vaikuttaa. Asiakkaille mahdollisuus valita annetuissa puitteissa se, mitä he tarvitsevat.

H10: Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus vaikuttaa hoitoon, vaikka vastakkain ovatkin professionaali ja potilas. Asiakkaan vaikutus hoitolinjan valintaan lisää vaikuttavuutta.

Vaikuttamisen nähtiin lisäävän hoidon vaikuttavuutta, mutta vaikka potilaan mahdollisuus vaikuttaa riippuukin vastaanottajasta, eli palvelun vuorovaikutuksesta sekä organisaation mahdollistamista tavoista vaikuttaa tuotettavaan palveluun, nimenomaan potilaalle asetettiin tärkeä rooli aktiivisena osapuolena. Asiakkaalle annettu mahdollisuus vaikuttaa palveluun ei riitä, vaan asiakkaan täytyy itse haluta vaikuttaa. Aivan äärimmäisenä vaikuttamistapana mainittiin hoidosta valittaminen. Valittamisen ei kuitenkaan voi nähdä olevan vaikuttavuutta lisäävä vaikuttamisen muoto, sillä se ei palvele palvelutapahtumassa vaikuttamista. Palvelun saajalle ehdotettiin lisää valinnanvapautta hoidon antajan suhteen vastauksena valinnan vapauden lisäämiseksi.

Asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa lisää hoidon vaikuttavuutta. Pelkkä mahdollisuus ei kuitenkaan riitä, vaan asiakkaan omaa aktiivisuutta ja tahtoa vaikuttaa ja osallistua vaaditaan. Tämän lisäksi myös asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutussuhde

tulee olla tasavertainen asiakkaan kuulemiseksi sekä tiedonkulun parantamiseksi. Mahdollisina asiakkaan vaikutuskeinoina mainittiin ainoastaan hoidosta valittaminen sekä parempi mahdollisuus valita palvelun tarjoajien välillä.

Erot palveluissa

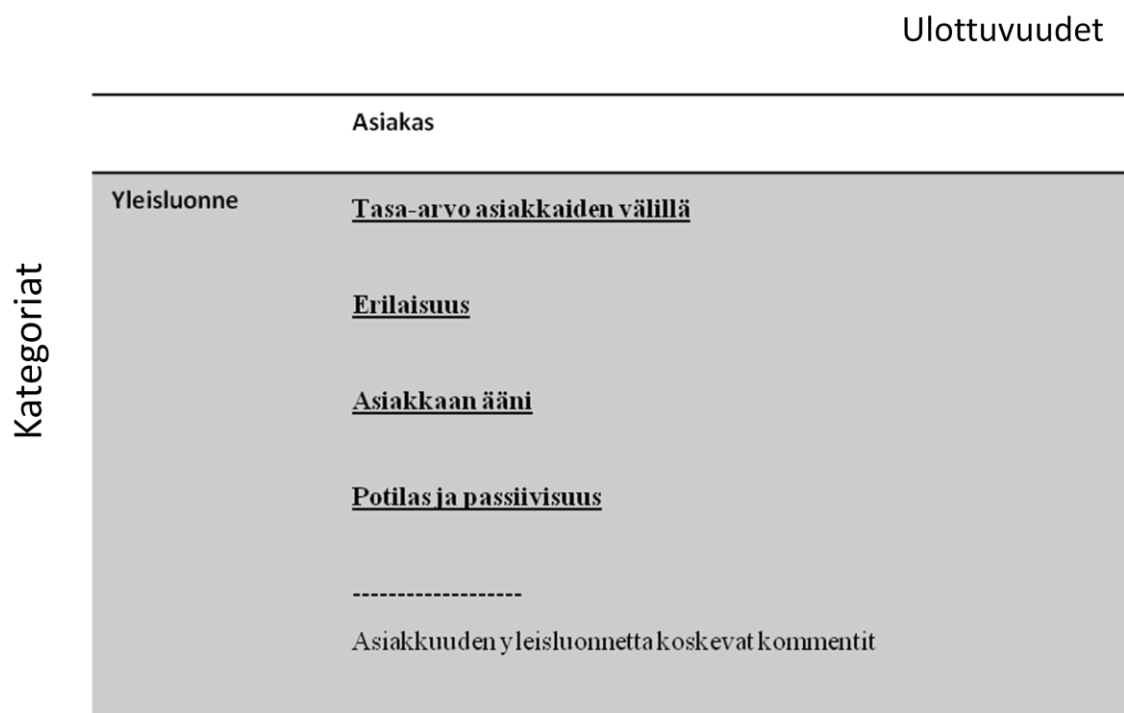
Eri palveluissa on erilaiset mahdollisuudet toteuttaa asiakaslähtöisyyttä. Tämän mainittiin johtuvan siitä, että on olemassa palveluita, joita ohjaa kysyntä ja niitä, joita ohjaa tarve. Nämä kaksi palvelumuotoa tulisi erottaa toisistaan asiakaslähtöisyyden kontekstissa. Asiakkaalla mainittiin olevan suurempi mahdollisuus osallistua kysynnän mukaan tuotettavaan palveluun kuin tarpeen mukaan tuotettavaan. Myös alueellisten erojen mainittiin olevan palvelujen välillä suuret johtuen kuntien asemasta palvelujen rahoittajana. Kuntakoon mainittiin määräävän palvelutarjonnan, jolloin eri kuntien kuntalaiset ovat keskenään eriarvoisessa asemassa. Eräs haastateltava mainitsi erojen myös ammattikuntien välillä luovan eroja asiakaslähtöisen palvelun toteutumiseksi. Sairaanhoitajat ja lääkärit lähestyvät potilasta erilaisista näkökulmista, johtuen näiden ammattilaisten erilaisesta koulutuksesta.

H6: Työnjako hoitajien ja lääkärin välillä – hoitajilla on erityisrooli pitkäaikaissairaiden hoidossa (esim. syöpäpotilaat) ja hoitajat ottavat kokonaisvaltaisen vastuun. Asiakaspalvelufunktiossa pitää ottaa kokonaisvaltaisesti asiakas huomioon ja kun se on jo hoitohenkilöstön koulutuksessa mukana. Ihminen on kokonaisuus, ja se otetaan huomioon sairaanhoitajien koulutuksessa (ihmistieteellinen lähestyminen). Kun taas lääkärinkoulutuksessa on taas tärkeää erikoistua (luonnontieteellinen lähestyminen).

Kaatoluokka

Kaatoluokan kommentti koski vaaraa asiakaslähtöisyyden korostamisessa. Erään haastateltavan mukaan asiakaslähtöisyyttä ei tulisi liikaa korostaa, sillä se voi viedä huomion tarpeelta, jonka takia palveluun hakeudutaan. Jos luotetaan liikaa ihmisen kykyyn ilmaista palvelutarpeensa, voi todelliset tarpeet jäädä huomiotta. Tämä liittyy esimerkiksi sosiaalihuollon palveluihin, joissa asiakas ei itse välttämättä tiedosta omaa palvelutarvettaan.

4.1.3 Asiakas



Kuvio 7. Asiakkuuden yleisluonne

Tähän asiakasulottuvuuden kategoriaan valikoitui kaksikymmentä kommenttia, joka tekee siitä suurimman kategorian. Asiakkaiden tasa-arvoa koskevaan alakategoriaan valikoitui kuusi kommenttia, erilaisuutta koskevaan viisi, asiakkaan ääntä koskevaan neljä ja potilastermiä ja siihen liittyvää passiivisuutta koskevaan kolme, sekä kaatoluokkaan kaksi kommenttia.

Tasa-arvo asiakkaiden välillä

Kuten palvelu-ulottuvuuden kohdalla todettiin, palvelut ovat erilaisia eri kunnissa kunta-koosta johtuen. Tämän katsottiin luovan epätasa-arvoa eri kunnissa asuvien asiakkaiden välillä. Pienen kunnan asukas on epätasa-arvoisessa asemassa suuren kunnan asukkaaseen verrattuna palvelujen monipuolisuuden suhteen. Myös asiakkaiden yksilölliset ominaisuudet katsottiin asettavan asiakkaat eriarvoiseen asemaan suhteessa toisiinsa niin samassa palvelussa kuin eri palveluidenkin suhteen. Asiakkaan oman varallisuuden mainittiin laajentavan palvelutarjontaa esimerkiksi vanhuspalveluissa. Tämän lisäksi asiakkaan oma aktiivisuus palvelun tarjoajien valinnassa asettaa asiakkaat epätasa-arvoiseen asemaan.

Toisten asiakkaiden mainittiin olevan aktiivisempia kuin toisten ja tuntevan paremmin vaikutusmahdollisuutensa ja valinnanvapautensa. Asiakkaan omalla aktiivisuudella on suuri rooli vaikuttavuuden parantamisessa sekä hoitoon vaikuttamisessa.

H2: Palvelunsaajien keskinäistä eriarvoisuutta lisää käyttäjän oma varallisuus.

H1: Asiakkaiden keskinäistä epätasa-arvoa lisää se, että asiakkailla samassa palvelussa on erilaiset mahdollisuudet palvelun valintaan, esim. vanhuspalvelut.

H5: Aktiivinen ja oikeutensa tietävä potilas saa enemmän ja hänellä on silloin mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa.

H3: Aktiivinen asiakas saavuttaa suuremman vaikuttavuuden (tietää mitä palvelua tarvitsee).

Erilaisuus

Haastateltujen mukaan asiakas ja potilas tulee erottaa toisistaan. Asiakkaaseen liitettiin omatoimisuutta palveluun hakeutumisen suhteen, kun taas potilaalla omatoimisuutta ei ole. Potilas-termiä mainittiin käytettävän enemmän julkisella sektorilla kuin yksityisellä, kun taas yksityisellä sektorilla mainittiin käytettävän enemmän asiakas-termiä. Eräs haastateltava näki asiakkaan ja potilaan tarkoittavan kokonaan eri asiaa, ja toinen haastateltava määritteli palvelun käyttäjällä olevan erilaisia ominaisuuksia riippuen siitä, kumpi hän palvelussa on – asiakas vai potilas. Erilaisuutta nähtiin olevan asiakkaiden välillä samassa palvelussa sekä ammattilaisten välillä. Asiakkaiden keskinäisten erojen mainittiin näkyvän heidän yksilöllisissä palvelutarpeissaan, aktiivisuuden tasossaan sekä edellä mainitusta varallisuudesta johtuvista mahdollisuuksistaan hankkia palvelua.

H9: Asiakas on omatoiminen hakeutuessaan palvelujen äärelle ja potilas sen sijaan ei ole. Asiakas ja potilas tulee erottaa toisistaan. Palvelunsaaja voi olla asiakas tai potilas. Se, kumpi hän on, määrittelee hänen ominaisuutensa.

H3: Asiakkaat ovat myös keskenään erilaisia, toisilla on paremmat mahdollisuudet ja toiset ovat aktiivisempia. Potilas ja asiakas ovat eri asia.

Asiakkaan ääni

Asiakkaan äänellä tarkoitettiin hänen mahdollisuuttaan tuoda palvelua koskevan mielipiteensä kuuluviin. Asiakkaan ääni saadaan kuuluviin asiakastyytyväisyyskyselyjen, asiakkaiden tekemien valitusten kautta ja mahdollistamalla palautteen anto palvelun tarjoajan tiloissa olevien palautelaatikoiden avulla. Tämän lisäksi asiakkaan osallistumista voidaan tukea osallistamalla heitä työryhmiin sekä kuulemalla heitä ja heidän omaisiaan kuntalaisille varatuissa tilaisuuksissa. Asiakastyytyväisyyskyselyjen mainittiin toimivan tiedon tuottajina asiakkaan ja organisaation välillä.

H8: Asiakkaita voidaan osallistaa työryhmiin, heitä voidaan kuulla kuntalaisiltapäivillä, kuulla palautelaatikon kautta, asiakastyytyväisyyskyselyllä ja kuulemalla omaisia.

Potilas ja passiivisuus

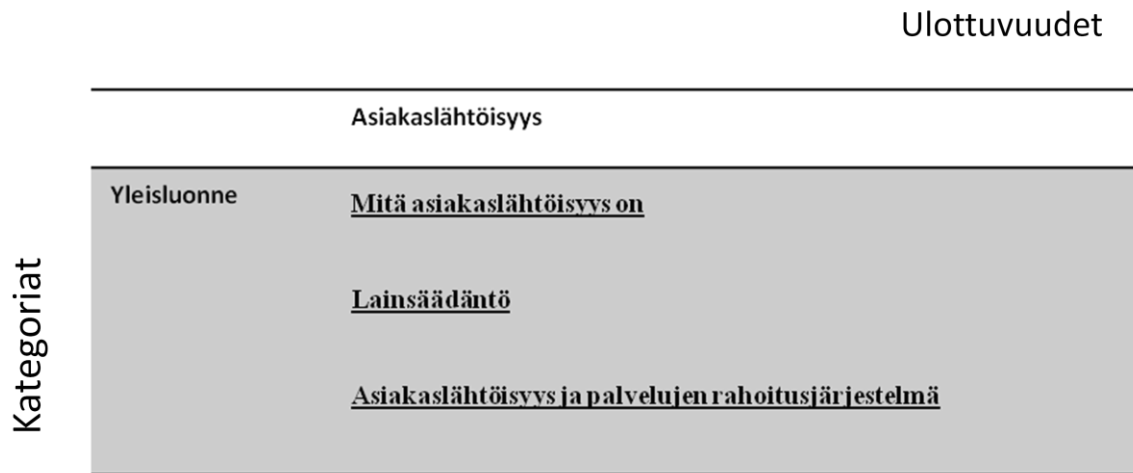
Potilaaseen liitettävä passiivisuus nousi esille jo aikaisemmin asiakkuuden erojen yhteydessä, jossa todettiin, että asiakas on omatoiminen hakeutuessaan palveluun, mutta potilas ei ole. Näkemykset potilaan passiivisuudesta jakoutuivat, kahden haastateltavan pitäessä potilasta passiivisena toiminnan kohteena ja yhden haastateltavan tämä nimenomaisesti kieltäen.

Kaatoluokka

Kaatoluokan kaksi kommenttia koskivat potilaan oikeuksia yksilöinä ja asiakkaan asemaa itselleen parhaan palvelun nimeämisessä. Potilaan asemaan liittyvässä lainsäädännössä potilaiden oikeudet ovat heidän oikeuksiaan yksilöinä, ei asiakkaina. Asiakaslähtöisyys ei ole kyseisen lain tavoite, vaan yksilön oikeuksien turvaaminen potilaan roolissa. Asiakasta tulee kuulla palvelun suunnittelussa, vaikka hän ei itse aina osaisikaan ilmaista omaa palvelutarvettaan.

H5: Asiakkaalla on tärkeä asema itselleen parhaan palvelun nimeämisessä. Asiakas ei kuitenkaan aina tiedä omaa parastaan.

4.1.4 Asiakslähtöisyys



Kuvio 8. Asiakslähtöisyyden yleisluonne

Tähän asiakslähtöisyysulottuvuuden yleisluonnekategoriaan valikoitui yhteensä kuusitoista kommenttia, joista kahdeksassa pyrittiin selittämään asiakslähtöisyyttä käytännön ja käsitteen luonteen avulla – tämä kategoria on mainittuna ensimmäisenä. Lainsäädäntö alakategorian havainnot koskivat lainsäädännön asemaa asiakslähtöisyydessä. Kolmanteen alakategoriaan valikoitui kolme kommenttia. Tässä kategoriassa ei ole kaatoluokkaa, sillä kaikki kategorian kommentit pyrkivät kuvaamaan asiakslähtöisyyden olemusta ja siksi ne ovat luokiteltuna ensimmäiseen alakategoriaan.

Mitä asiakslähtöisyys on

Tämä alakategoria on suurin kaikista alakategorioista kahdeksalla kommentillaan. Vastauksen perusteella asiakslähtöisyyden käytäntö tarkoittaa useita eri asioita, joiden välillä on yhteistä asiakkaan kannalta paremman hoidon tuottaminen. Käytännössä asiakslähtöisyyden todettiin tarkoittavan organisaation ulospäin suuntautuneisuutta, puheluihin vastaamista, palvelun oikea-aikaisuutta, kiireetöntä hoitoa, asiakkaan tilanteeseen asettumista sekä asiakkaan tarpeista ja lähtökohdista lähtevää toimintaa. Asiakslähtöisyydellä saavutetaan haastateltavien mukaan asiakkaalle asti näkyviä tuloksia, jotka näkyvät odotusaikojen pienenemisenä, hoidon laadun paranemisenä ja hoidon vaikuttavuuden lisääntymisenä. Asiakslähtöisyydessä on myös abstrakti taso, jolloin sen mainittiin lähtevän yhteiskunnassa vallitsevista arvoista ja asenteista ja sen taustalla vaikuttavan eettiset periaatteet. Yksittä-

sen työntekijän tasolla asiakaslähtöisyys on joustavaa työtettä, jossa tunnistetaan asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja osataan ottaa ne huomioon palvelussa. Tavoitteena on päästä irti kaavamaisesta toiminnasta.

H7: Asiakaslähtöisyys on sitä, että ammattilainen osaa asettua asiakkaan tilanteeseen. Pelkkä halu kuulla, ymmärtää ja auttaa eivät riitä asiakaslähtöisyyden saavuttamiseksi, sillä ne ovat sosiaalityön lähtökohtia. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa myös innovatiivista ja joustavaa ajattelua. Sitä, että ei vain tehdä niin kuin aina on tehty, haastatella tietyllä tekniikalla ja luokitella asiakasta niin ja näin. Asiakaslähtöisyys on asiakkaan tarpeista ja lähtökohdista lähtevää toimintaa.

Eräs haastateltava halusi korostaa, että asiakaslähtöisyys ei kuitenkaan tarkoita, että asiakas saisi kritiikittä mitä tahansa palvelua, vaan asiakaslähtöisyydessä on kyse palvelussa toimivien toimijoiden yhteisestä panostuksesta palvelutapahtumassa.

H5: Asiakaslähtöisyys ei ole sitä, että asiakas saa kritiikittömästi mitä tahansa. Siinä pitäisi päästä konsensukseen asiakkaan kanssa. Asiakas tuo prosessiin oman elämän tuntemuksensa, omat tarpeensa ja oman yksilöllisen kyvyn toimia. Siltä pohjalta löydetään konsensus siitä, mikä on asiakkaalle parhaiten toimiva paketti, joka lisää hänen hyvinvointiaan parhaalla mahdollisella tavalla.

Erään haastateltavan näkemys asiakaslähtöisyydestä koski hyvin paljon organisaation mahdollistamaa toimintaa, kuten lääkärin vastaanotolle pääseminen ja puheluihin vastaaminen. Pääasiana oli potilaan tunne siitä, että hän saa hoitoa – ja siis avun hätäänsä:

H8: Omahoitajuus edustaa asiakaslähtöisyyttä. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa saman ihmisen kanssa asioimista, jolloin ei synny tietokatkoja. Asiakaslähtöisyyden tulisi näkyä arjessa. Asiakaslähtöisyys lähtee asenteista yhteiskunnassa yleisestikin. Asiakaslähtöisyys on myös ulospäin kääntyneisyyttä. Puheluihin vastaaminen, lääkärin vastaanotolle pääseminen, kotihoidossa saavutettavuus ja tavoitettavuus ovat asiakaslähtöisyyttä käytännössä – hätä, tarve, neuvonsaanti.

H6: Käytännössä asiakaslähtöisyys merkitsee: palvelun oikea-aikaisuutta ja kiireetöntä hoitoa. Meillä (sairaanhoitopiiri) asiakaslähtöisyys ymmärretään potilaslähtöisyydeksi.

Potilaan kannalta merkitsee odotusaikojen pienenemistä, hoidon laadun paranemista tiedonkulullisesti. Tämä tarkoittaa hoidon vaikuttavuuden lisääntymistä ja potilaalle helpompaa asiointia.

Asiakaslähtöisyys lähtee abstraktilta tasolta, sen perustana ollen näkemykset hyvästä hoidosta ja palvelusta, jotka pohjautuvat yleisiin arvoihin ja näkemyksiin hyvästä hoidosta – kiireettömyys, saavutettavuus ja avun saanti. Sillä on asiakkaiden havaittavissa olevia tuloksia, jotka näkyvät hoidon vaikuttavuuden lisääntymisenä ja hoidon laadun paranemisenä. Käytännössä se tarkoittaa palvelun oikea-aikaisuutta ja asiakkaan tarpeista lähtevää, kiireetöntä hoitoa.

Lainsäädäntö

Kommenteissa lainsäädännön ja asiakaslähtöisyyden suhteesta todettiin, että asiakaslähtöisyydestä säädetään laissa, ja että tämänhetkinen lainsäädäntö tukee asiakaslähtöisyyttä. Toisaalta myös kiinnitettiin huomiota siihen, että lainsäädäntö ei toki estä asiakaslähtöisyyden kehittämistä, mutta se ei myöskään kannusta siihen. Eräs haastateltava totesi, että lainsäädäntö ei velvoita palveluntarjoajia tai -käyttäjiä konkreettisiin tekoihin asiakaslähtöisyyden edistämiseksi. Tällä on vaikutusta organisaatioiden asiakaslähtöisen palvelutoiminnan organisointiin, kuten luvussa 4.1.1 todettiin. Organisaatiot eivät voi tukeutua lainsäädäntöön suunnitellessaan ja toteuttaessaan asiakaslähtöistä palvelua, sillä lainsäädäntö ei ohjaa organisaatioita asiakaslähtöisyyteen.

H11: Asiakaslähtöisyyttä tuetaan lainsäädännöllä, mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista, sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Lainsäädäntö on kunnossa asiakaslähtöisyydessä.

H10: Lainsäädäntö ei aiheuta ongelmia tai haasteita. Lainsäädäntö ei estä asiakaslähtöisyyden kehittämistä, mutta ei kannustakaan siihen.

Asiakaslähtöisyys ja palvelujen rahoitusjärjestelmä

Palvelujen rahoitusjärjestelmää koskevista havainnoista löytyy kaksi vastakkaista näkemystä, joista toisen mukaan tämän hetkinen monikanavainen rahoitusjärjestelmä hidastaisi asiakaslähtöisyyden toteutumista ja valtion tehokkuusvaatimus palvelutuotantoa kohtaan kaventaisi mahdollisuutta asiakaslähtöiseen toimintaan. Vastakkaisen näkemyksen mukaan

asiakslähtöisyyden kohtaamat haasteet eivät riipu rahoitusjärjestelmästä, sillä samat haasteet löytyvät muualtakin Euroopasta – maista, joissa rahoitusjärjestelmä on toisenlainen. Tämän lisäksi esitettiin näkemys, jonka mukaan verorahoitteisten palvelujen kontekstissa voidaan rahoittajan toimesta vaatia tehokkuutta palvelutuotannolta, joka osaltaan estää asiakslähtöisyyden toteutumista. Tehokkuus ja nopeus voidaan nähdä siis vastakkaisina asiakslähtöisyyden luonteelle.

4.2 Haasteita koskevat havainnot ulottuvuuksittain

4.2.1 Organisaatio

		Ulostuvuudet
		Organisaatio
Kategoriat	Haasteet	<u>Rakenne dominoi</u>
		<u>Johtaminen</u>
		<u>Asenteet</u>
		----- Organisaation kohtaamia haasteita yleisesti koskevat kommentit

Kuvio 9. Organisaation kohtaamat haasteet

Organisaation kohtaamia mahdollisia haasteita asiakslähtöisyyden toteutumiselle koskevaan kategoriaan tuli kommentteja yhteensä viisitoista kappaletta, jotka jakautuivat kolmeen alakategoriaan sekä kaatoluokkaan. Seitsemän kommenttia tässä kategoriassa ja organisaatioulottuvuuden kohdalla koskivat rakenteen toimintaa dominoivaa luonnetta. Joh-

tamisen haasteita käsitteleviä kommentteja oli kolme kappaletta ja asenteita koskevia kaksi. Näiden alakategorioiden ulkopuolelle valikoitui kolme kommenttia.

Rakenne dominoi

Kaikissa tämän alakategorian kommentteissa mainittiin organisaatio- tai järjestelmälähtöisyyden vaikeuttavan tai olevan suoranaisesti vastaan asiakaslähtöisyyden toteuttamista. Palvelu- ja organisaatorakenteiden ylläpitäminen, organisaatioiden vakiintuneet käytännöt, organisaation tarpeet ja kehittämisen lähtökohtien oleminen organisaatioissa mainittiin tarkoittavan organisaatiolähtöistä toimintaa. Palvelua voidaan tuottaa jo olemassa olevien palvelujen tarpeiden lähtökohdista eikä palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeista. Näin palveluista tulee itsetarkoituksellisia, joka puolestaan tekee asiakaslähtöisyyteen liitetyn palvelun joustavuuden hankalaksi toteuttaa. Organisaatorakenteiden väitettiin jopa olevan suoranaisesti asiakaslähtöisyyttä vastaan. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen vaikeutuu edellä mainittujen palvelurakenteiden ylläpitämisen lisäksi organisaatioiden vakiintuneiden käytäntöjen määräävän luonteen takia. Eräs haastateltava totesi, että vaikka ammattilainen saa keinot toteuttaa asiakaslähtöisyyttä palvelussa peruskoulutuksessaan, työssä vallitsevat käytännöt estävät koulutuksessa opittuja toimintamalleja toteutumasta.

H4: Palvelutuotantoa ohjaa jo olemassa olevien palvelurakenteiden ylläpitäminen ja käyttäjien tarve unohtuu. Tarjotaan sitä, mitä tuotetaan eikä sitä, mitä tarvitaan.

H2: Sosiaali- ja terveydenhuollossa (julkinen sektori) vallitsee järjestelmäorientaatio, joka on tyypillinen verorahoitteiselle palvelujärjestelmälle. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannossa ei oteta asiakasta tarpeeksi huomioon.

H7: Jos työntekijä tarkastelee asiaa oman organisaationsa kautta, käy helposti niin, että yhteistä kieltä asiakkaan kanssa ei löydy. Vaikka (ammattilaisen) koulutuksessa keskityttäisiin asiakaslähtöisyyteen, työelämä opettaa valmistuneen omaan vakiintuneeseen käytäntöön.

Johtaminen

Julkisen sektorin terveydenhuollon organisaatiot nähtiin ylhäältä alas johdetuiksi, vanha-kantaisiksi ja jopa patriarkaalisiksi organisaatioiksi, jonka johtamiselle asiakaslähtöisyys aiheuttaa ongelmia. Näitä ongelmia ovat julkisen terveydenhuollon organisaatioiden rinnakkaiset johtamisjärjestelmät, rajapintajohtaminen ja hierarkiaan luottaminen. Rinnakkaisilla johtamisjärjestelmillä tarkoitettiin kolmea eri johtamishierarkiaa, jossa lääkäreitä, sairaanhoitajia ja hallintoa johdetaan rinnakkain, muodostaen kolme eri johtamiskokonaisuutta. Rajapintajohtamisella tarkoitettiin palvelutuotannon eri organisaatioiden vastuun jakamisen ongelmia, jossa tehtävät ja vastuut jakautuvat epäselvästi sairaanhoitopiirien, erilaisten kuntayhtymäorganisaatioiden ja eri sektoreiden tuottamien palvelujen kesken. Hierarkiaan luottaminen mainittiin aiheuttavan ongelmia, kun johtajien kykyyn johtaa alaisiaan asiakaslähtöisyyteen luotetaan liikaa.

H10: Terveysthuollossa on organisaatioita jäykistäviä tekijöitä. Näitä ovat esim. vahvat ammattikunnat ja rinnakkaiset johtamisjärjestelmät (professionien erilliset johtohierarkiat ja lisäksi talouden ja hallinnon johtaminen). Koska kyseessä on rakenteellinen ongelma, edellä mainittua johtamismallia tulee muuttaa.

H4: Rajapintajohtaminen on haaste asiakaslähtöisyydelle (palveluntuottajien eri organisaatiot, esim. sairaanhoitopiirit ja ammattilaiset ja eri sektorit).

H5: Johtajat eivät osaa johtaa alaisiaan asiakaslähtöisemmiksi. Top-Down johdetulle organisaatiolle tämä aiheuttaa ongelmia.

Asenteet

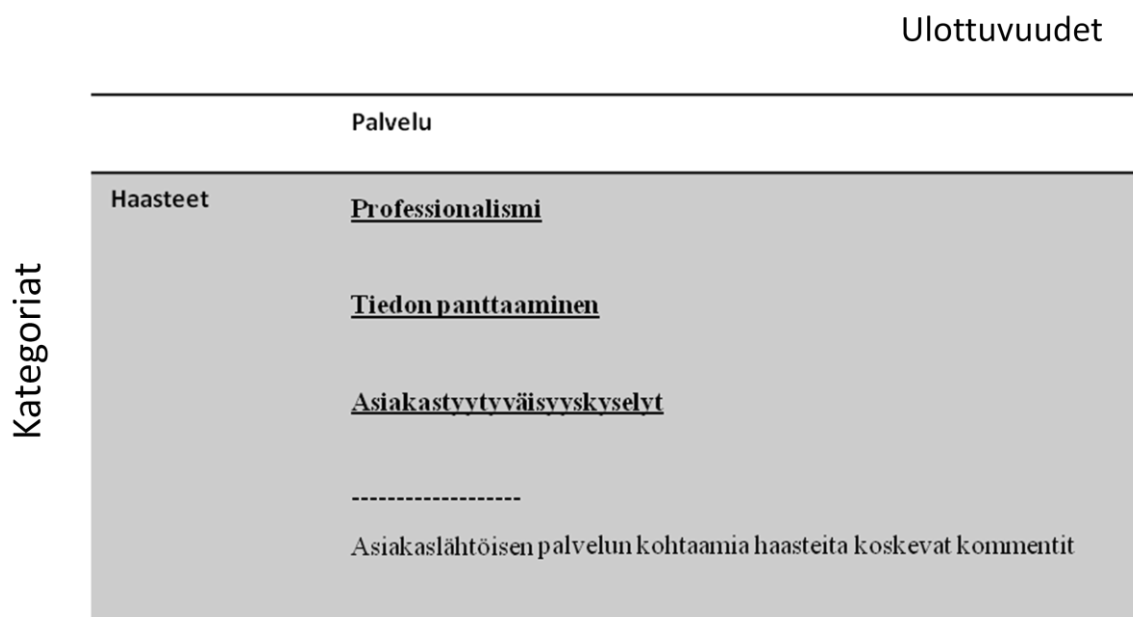
Asenteisiin liittyviä haasteita asiakaslähtöisyyden toteutumiselle mainittiin kahdenlaisia: viranomaisten asenteet sekä työyhteisön sisäiset asenteet. Viranomaisten asenteet liittyivät edellä mainittuun rajapintajohtamiseen, jolloin viranomaisten näkemykset oikeaoppisesta palvelusta ovat ristiriidassa palvelua tarjoavan kolmannen sektorin toimijan näkemysten kanssa. Se, mikä koetaan kolmannen sektorin toimijan toimintamallissa asiakaslähtöisyytenä, saatetaan kokea viranomaisten näkökulmasta hoidettavan ongelmakäyttäjien tukemisena. Työyhteisön sisäiset asenteet mainittiin ongelmallisiksi, kun toisaalla kehitettyjä ja hyväksi havaittuja toimintamalleja ei suostuta adaptoimaan, vaan keskitytään itse paremman toimintamallin kehittämiseen.

H4: *Työyhteisöissä vallitseva asenteellisuus vaikeuttaa hyvien käytäntöjen leviämistä: jos jossain on kehitetty hyvä tapa, ryhdytäänkin itse kehittämään parempaa.*

Kaatoluokka

Kaatoluokan kommenttien mukaan julkisen sektorin monopoliasema, terveydenhuollon puuttuva "sairaudentunto" asiakaslähtöisyyden suhteen ja asiakaslähtöisyyden ylhäältäpäin tulevan valvonnan puute aiheuttavat haasteita asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi. Julkisen sektorin toimijan monopoliaseman tuomaksi haasteeksi mainittiin se, että organisaation ei tarvitse muuttaa toimintatapaansa asiakaslähtöiseksi, koska siihen ei ole pakkoa, sillä asiakkaita on enemmän kuin niitä ehditään hoitamaan. Sairaudentunnon puuttumisella terveydenhuollossa tarkoitettiin sitä, että terveydenhuollossa ei yksinkertaisesti tiedosteta asiakaslähtöisyyden huonoa tilaa. Asiakaslähtöisyyden painottamiseen ilman käsitteen sitomista käytäntöön liittyy ongelma, jolloin termiä vain toistellaan, mutta ei pyritä toimimaan sitä edistäen.

4.2.2 Palvelu



Kuvio 10. Palvelussa kohdattavat haasteet

Palvelussa kohdattaviin haasteiden kategoriaan valikoitui kaksitoista kommenttia. Kuusi kommenttia koskivat professionaalisuuden aiheuttamia haasteita asiakaslähtöisyydelle, kaksi tiedon panttaamista asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamisessa sekä kaksi asiakastytyväisyyskyselyihin liittyviä ongelmia. Kaatoluokkaan valikoitui niin ikään kaksi kommenttia.

Professionalismi

Professionalisuutta, professionalismia ja professioiden kulttuuria sekä asiantuntijalähtöisyyttä koskevat kommentit luokiteltiin kaikki saman alakategorian alle. Tämä alakategoria on edellä mainitun rakenteen dominoinnin ohella mainittu suurimmaksi haasteeksi asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Profiessioiden kulttuurin mainittiin olevan vahva terveydenhuollossa. Professionalismiksi käsitettiin palvelunsaajan asiakasroolin sivuuttaminen potilaan roolilla, jolloin hän on toiminnan kohteena eikä aktiivisena osapuolena. Professionalismilla tarkoitettiin sellaista ammattilaisen toimintaa, joka ei tunnusta asiakkaan osallisuutta päätöksenteossa. Professionalismissa päätökset tehdään asiakas sivuuttaen. On kuitenkin olemassa palvelua, jossa tarvitaan professionalismia, eikä asiakkaalle ole olosuhteiden pakosta mahdollisuutta jättää tilaa päätöksenteossa. Tällaisiksi palveluiksi mainittiin muun muassa ensiapu.

H6: Haasteena on toiminnan kääntäminen asiantuntijalähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen. Tähän liittyy tiedon asymmetria, asiantuntijoilla on se tieto potilaasta, joka ohjaa potilaan ja asiantuntijan suhdetta. Tässä on koulutuksellista ja asenteellista muutoshasteetta. Potilaskeskisyys edellyttää, että toimitaan palvelukulttuurissa ja saadaan hyvin pitkälle koulutetut huippuasiantuntijat kokemaan, että he ovatkin tässä asiakaspalvelijoita.

H10: Haaste asiakaslähtöisyyden toteutumiselle on professionalismia, jossa asiakas on potilas.

H4: Professionalismi on kuitenkin tarpeen palvelusta riippuen (esim. ensiapu). Profiessioiden kulttuuri on vahva terveydenhuollossa, joka on haaste asiakaslähtöisyydelle.

Tiedon panttaaminen

Tämä alakategoria liittyy edelliseen läheisesti ja voisi olla sen osa. Tämä kategoria koskee edellä mainittua palveluun perustuvan tiedon epätasaista jakautumista asiantuntijan ja asiakkaan välillä. Tämän mainittiin olevan haaste asiakaslähtöisyyden toteutumiselle, sillä tieto voi olla keskitettynä asiakkaan ulottumattomiin, jolloin asiakkaan on vaikeampi päästä siihen käsiksi. Tieto on olennainen osa päätöksentekoa, jolloin asiakaslähtöisessä vuorovaikutussuhteessa päätöksentekoa ohjaava tieto kulkee esteettä ammattilaisen ja asiakkaan välillä.

H5: Tieto on keskittynyt hierarkkisesti, pois potilaan ulottuvilta. Päätöksenteko on vain lääkäreillä. Tämä on vanhakantainen ja patriarkaalinen organisaatio. Tiedon panttaaminen on ongelma (esim. aina ei kerrota laboratoriotulosten perusarvoja). Medikalisaatio on Suomessa todella pitkällä.

H6: Tiedon epätasainen jakautuminen asiantuntijan tietoon ja potilaan tietoon, ja sen ohjaaminen asiantuntijan ja potilaan suhdetta on haaste. Tämän muuttaminen on haasteellista koulutuksen ja asenteiden osalta.

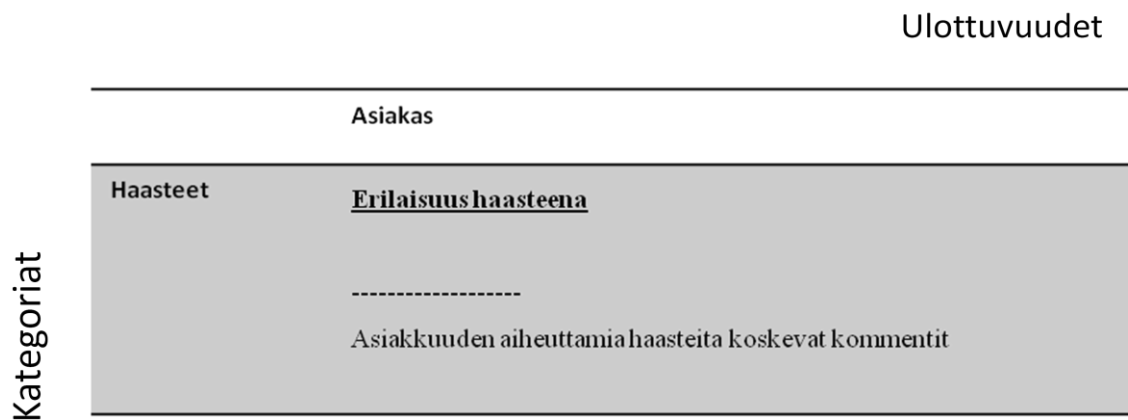
Asiakastyytyväisyyskyselyt

Asiakastyytyväisyyskyselyjä koskevien kommenttien mukaan, asiakkaan antamaan palautteeseen ei välttämättä kiinnitetä huomiota tai sitä ei hyödynnetä. Kyselyjä ei välttämättä edes tehdä. Asiakaslähtöisyydelle tämä muodostuu ongelmaksi silloin kun kyselyjä pidetään tiedontuottajina asiakkaan ja organisaation välillä. Tällöin organisaation ja asiakkaan välillä ei kulje tietoa, joka edesauttaisi asiakaslähtöisyyden toteuttamista.

Kaatoluokka

Kaatoluokan kommenttien mukaan, haasteita asiakaslähtöiselle palvelulle nähtiin aiheuttavan organisaatiokulttuurin, yksittäisten työntekijöiden asenteiden ja sen, ettei asiakkaiden katoamisesta ole julkisen sektorin palvelutuotannossa pelkoa, koska heitä on enemmän kuin voidaan hoitaa. Yksittäisillä työntekijöillä ja organisaatiokulttuurilla mainittiin olevan suuri rooli asiakaslähtöisen palvelun toteuttamisessa, ja myös asiakaslähtöisen palvelun epäonnistumisessa.

4.2.3 Asiakkuus



Kuvio 11. Asiakkuus luo haasteita

Asiakasulottuvuuden haasteita koskevaan kategoriaan valikoitui viisi kommenttia, joista kaksi koskivat asiakkaiden eroa ja eri palvelujen asiakkuuksien eroja. Kaatoluokkaan tuli kolme kommenttia.

Erilaisuus haasteena

Asiakkaat ovat keskenään erilaisia ja tämä on luo haasteen palvelussa. Ongelmallista asiakkaiden erilaisuus on silloin, kun heidän erojaan ja yksilöllisyyttään ei osata ottaa huomioon palvelun yhteydessä. Asiakkaalle ei välttämättä osata tarjota yksilöityä palvelua, vaan samaa palvelupakettia tarjotaan kaikille saman palveluryhmän edustajille. Esimerkkinä mainittiin synnytysosasto, jossa samaa palvelupakettia tarjotaan kaikille vaikka asiakkaat ovat erittäin heterogeeninen ryhmä. Ammatilliset tukeutuvat vakiintuneisiin toimintatapoihin ja saattavat näin jättää erilaiset tarpeet huomiotta. Myös sosiaalihuollon ja terveydenhuollon asiakkuuden katsottiin olevan erilaista, joka täytyy ottaa huomioon myös asiakaslähtöisyyden toteutumisen kontekstissa.

H5: Asiakaslähtöisyyden haaste on siinä, että asiakkaat ovat keskenään erilaisia ja tilanteet ovat erilaisia. Usein ajatellaan, että me tiedämme paremmin, eikä kysytä tätä asiakkaalta (esim. synnytysosasto, jossa tarjotaan samaa palvelupakettia kaikille lähtökyyvistä huolimatta).

H3: *Terveysthuollon ja sosiaalihuollon asiakkuudella on eroavuutta, vaikka ovatkin samaa hallinnollista rakennetta.*

Kaatoluokka

Haasteena nähtiin myös se, että vaikka palvelunkäyttäjällä on oikeuksia, hänellä ei ole velvollisuutta ilmaista kantaansa palvelun kehittämiseksi antamalla palautetta palvelusta tai edes valittamalla. Palvelun saajalla on siis mahdollisuus olla passiivinen. Eräs haastateltava myös epäili voidaanko palveluita kehittää ja niiden toimintaprosesseja muokata täysin käyttäjän lähtökohdista. Eräs haastateltava kiinnitti huomiota siihen, että asiakkuudessa on vaarana kansalaisuuden kapeneminen. Kansalaisuus kaventuisi, mikäli asiakkaasta muodostuisi kuluttaja. Vastuunsiirto passiiviselle sosiaali- ja terveyspalvelujen kuluttajalle voisi kaventaa kansalaisuutta.

4.2.4 Asiakslähtöisyys



Kuvio 12. Asiakslähtöisyyden haasteet

Asiakslähtöisyyskäsitettä koskevia haasteita koskevassa kategoriassa on yhteensä vain viisi kommenttia. Käsitteen määritelmän vajavuutta koskevassa alakategoriassa on kaksi kommenttia ja kaatoluokassa kolme.

Määritelmä on vajaa

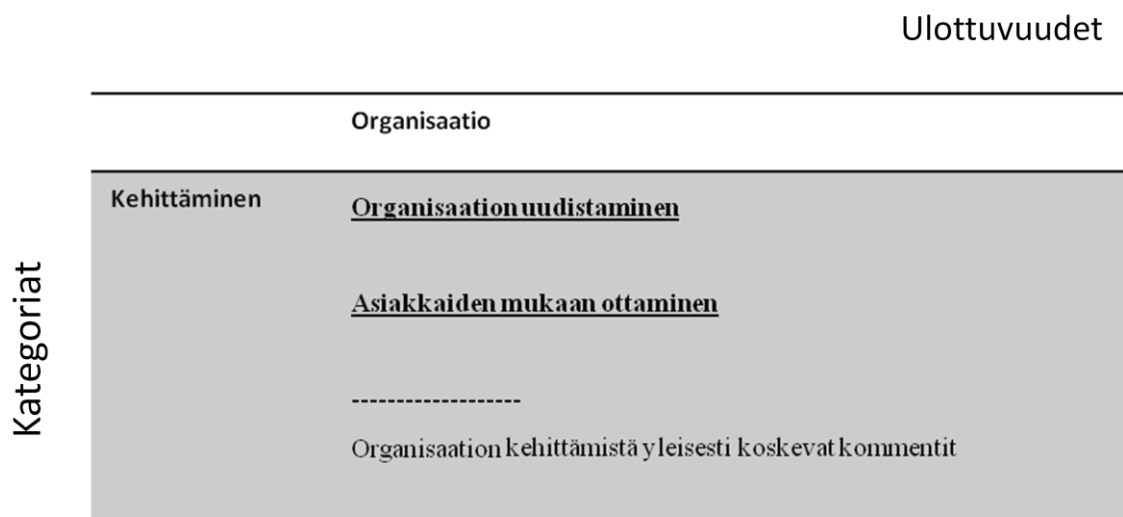
Käsitteen määritelmää koskevien kommenttien mukaan asiakaslähtöisyyttä ei määritellä, ja voi hyvin olla, että ilman tarkkaa määritelmää se ei tarkoita mitään. Itse käsitteeseen liittyvät ominaisuudet ovat niin laajoja ja se voidaan nähdä hyvin monella tavalla, jolloin tämä on itsessään haaste käsitteen toteutumiselle.

Kaatoluokka

Kaatoluokan kommentit koskevat asiakaslähtöisyysstandardia ja asiakaslähtöisyyden tuomista ulkopuolelta. Vaikka asiakaslähtöisyydessä on muualle siirrettäviä elementtejä, kuten kuulluksi tuleminen ja asiallinen kohtelu, ei siitä voida rakentaa standardoitua toimintamallia, joka toimisi kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannossa. Tämä johtuu palvelujen erilaisuudesta ja niissä asiakkaalle varatun aseman vaihtelusta. Mikäli standardia ei voi rakentaa ja näkemykset käsitteestä vaihtelevat toimialoilla, määrittelemineen on vaikeaa. Asiakaslähtöisyyden tuomisella ulkopuolelta tarkoitettiin, että se on jotain, mikä ei synny luonnostaan ihmisten välille, vaan sitä tuodaan työyhteisöihin niiden ulkopuolelta. Myös asiakaslähtöisyyttä ohjaavan lainsäädännön tulkinnan todettiin aiheuttavan haasteita asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Seuraavassa luvussa tarkastellaan mitä ehdotuksia haastateltavilla oli asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi.

4.3 Kehittämistä koskevat havainnot ulottuvuuksittain

4.3.1 Organisaatio



Kuvio 13. Organisaation kehittäminen

Organisaatioulottuvuuden kehittämistä koskevaan kategoriaan valikoitui yhdeksän kommenttia, jotka jakautuivat kahteen alakategoriaan ja kaatoluokkaan. Neljä havainnoista koskivat organisaation uudistamista ja kaksi asiakkaiden mukaan ottamista. Kaatoluokkaan luokiteltiin kolme kommenttia.

Organisaation uudistaminen

Organisaation uudistamista koskevat kehittämissuositukset koskivat vuorovaikutuksen parantamista tietojärjestelmien välillä ja niiden standardoimista valtakunnallisesti, sekä yhteistyön lisäämistä niin sosiaali- ja terveydenhuollon välillä kuin terveydenhuollon sisällä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Tietojärjestelmien kehittäminen koskee organisaation kykyä tuottaa helpommin asiakaslähtöistä palvelua. Haastatteluissa esitettiin, että sähköiset palvelut sisältävät paljon selvittämätöntä potentiaalia asiakaslähtöisen palvelun kehittämisessä.

Organisaatiota tulisi uudistaa aikaisemmin mainituilta rakenteiltaan palvelun kontekstissa. Edellä mainittujen sähköisten palvelujen käyttöönoton lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät tulisi standardoida valtakunnallisiksi. Tämän mainittiin olevan tärkeää eri organisaatioiden yhteistyön parantamiseksi. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelun yhtenäistämällä saataisiin nämä kaksi erilaista palvelua lähentymään toisiaan, muutoinkin kuin hallinnollisesti. Terveydenhuollon palvelujen osalta mainittiin tarpeelliseksi lähentää ja selventää vastuun osalta erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoa. Myös johtamisen uudistaminen nähtiin tarpeelliseksi, sillä vanhojen esimiesten siirtyminen eläkkeelle on helpottanut asiakaslähtöisyyden kehittämistä. Organisaatio tulisi motivoida muutokseen palvelukulttuurissaan pakkokeinoin. Tällaisena äärimmäisenä keinona mainittiin organisaation käytettävien määrärahojen määräytyminen asiakkaiden määrän mukaan. Tämä ei kuitenkaan onnistu puuttumatta julkisen organisaation monopoliasemaan palvelun tuottajana. Asiakkaiden tulisi olla vapaita valitsemaan hoidon tarjoajien välillä ja näin ollen aikaisemmin monopoliasemassa olleet toimijat joutuisivat kilpailemaan asiakkaista. Asiakaslähtöisyyden nähtiin olevan poikkeuksetta asiakkaan eduksi, jolloin asiakkaat hakeutuisivat asiakaslähtöiseen palveluun, ja organisaatioiden tulisi näin motivoitua muuttamaan toimintatapojaan.

H4: Vuorovaikutusta tietojärjestelmien välillä pitää parantaa ja sähköisiä palveluita kehittää. Suuret rakenteet avuksi asiakaslähtöisyyden kehittämisessä (vielä suuremmat kuin paras-hankkeessa). Tietohallinto pitää standardoida valtakunnallisesti.

H6: Ei vain erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toiminnan tiivistämistä, vaan myös sosiaalipuolelle linkkiä halutaan vahvistaa. Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tiiviimmäksi ja selvemmäksi vastuun osalta. Rahan tulo organisaatioon määräytyisi potilaiden määrästä, ja koska potilaat olisivat vapaita valitsemaan, myös organisaation täytyisi muuttua asenteensa osalta.

Asiakkaiden mukaan ottaminen

Tämä alakategoria koskee asiakkaan osallistumisen tukemista. Organisaatioita kehittääkseen asiakaslähtöisyyteen, tulee asiakkaita osallistaa toimintaan aikaista enemmän. Asiakkaille tulisi kommenttien mukaan kehittää enemmän osallistumisen kanavia. Heitä voitaisiin ottaa myös mukaan johtamaan toiminnan kehittämistä toimikuntien ja palveluraatien kautta. Ennen kaikkea, asiakkailta tarvitaan itseltään tietoa ja tahtoa osallistumiseen. Ai-

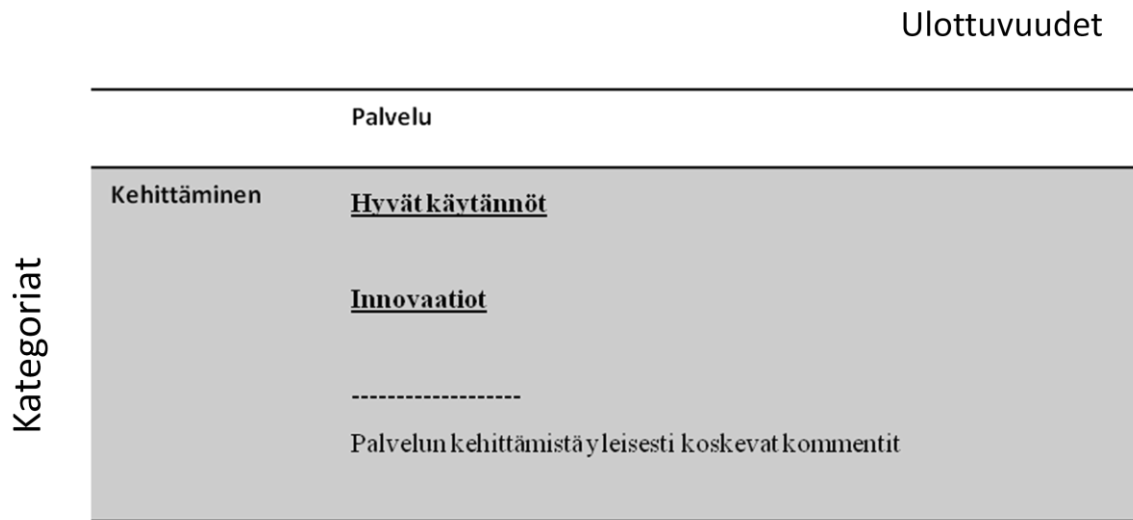
kaisemmin mainittu haaste asiakkuuden kontekstissa liittyy myös organisaatioiden kehittämiseen sikäli kun on kyse asiakkaiden osallistumisen lisäämisestä – asiakkailla on mahdollisuus olla passiivisia.

Kaatoluokka

Organisaation kehittämiseksi yleensä mainittiin tarve tiedostaa ja tunnustaa asiakaslähtöisyyden vaatimaton taso, nimenomaan terveydenhuollossa. Kehittäminen voi onnistua vasta kun ongelma tiedostetaan. Myös asiakkaiden tekemät valitukset osoittavat, että asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamista tulisi parantaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lähenemisen lisäksi tulisi myös julkista ja kolmatta sektoria lähentää. Julkisella sektorilla voisi olla opittavaa kolmannen sektorin toimintatavoista julkisella sektorilla vallitsevan viranomaisasenteen inhimillistämässä.

H7: Viranomainen ei voi koskaan olla tasavertainen asiakkaansa kanssa. Meidän (3. sektorin toimija) lähestymistapa ei ole siirrettävissä viranomaistuolille, mutta inhimillisyyden on. Asiakkaan ja viranomaisen lähenemisessä järjestöt voivat auttaa. Viranomaiselle riittäisi (paremman asiakaslähtöisyyden saavuttamiseksi) inhimillisemmän työotteen ottaminen ja yhteistyö kolmannen sektorin kanssa. Vaikka sektorit ovat erilaisia ne silti tarvitsevat toisiaan. Yhteistyötä julkisen ja 3.sektorin välillä tulisi syventää, ei vain myöntää rahallista tukea.

4.3.2 Palvelu



Kuvio 14. Palvelun kehittäminen

Palvelujen kehittämiskategoriaan valikoitui kolmetoista havaintoa, joista neljä luokiteltiin hyviä käytäntöjä käsittelevään alakategoriaan ja kolme innovaatioita koskevaan alakategoriaan. Tämän palvelun kehittämiskategorian kaatoluokka oli kaikkein suurin koko aineistossa kuudella kommentillaan.

Hyvät käytännöt

Näkemykset hyvistä käytännöistä vaihtelivat niiden standardoitavissa ja siirrettävissä olemisesta niiden täydelliseen puuttumiseen. Koska palvelut ovat keskenään erilaisia ja niissä on varattu asiakkaalle erilaisesti mahdollisuus osallistua, saa myös asiakaslähtöisyys niiden erilaisuudesta johtuen eri sisältöjä. Tästä syystä myös näkemykset hyvistä käytännöistä sekä sosiaali- että terveydenhuollon palvelutuotannossa vaihtelevat. Hyvien käytäntöjen leviämisen todettiin olevan hidasta, eikä niistä ole paljoa tietoa. Hyvien asiakaslähtöisten käytäntöjen toteuttamiseen liittyy selvän käytännön määritelmän puute. Hyvissä käytännöissä todettiin olevan eri palvelujen sekä kokonaan eri toimialojen välillä olevia siirtämismahdollisuuksia. Näin ollen, asiakaslähtöisyyteen palveluita kehitettäessä, ei tule tutkia ainoastaan tietyn toimialan käytäntöjen kehittämistä, vaan käytäntöjä tulee tarkastella laajalaisemmin. Jotta organisaatioita voidaan kehittää joustavammiksi, tulee myös muilla

toimialoilla hyväksi havaittuja käytäntöjä ja niiden toteuttamismahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollon alalla tutkia.

Innovaatiot

Palvelujen kehittämisessä etenkin tekniset innovaatiot nousivat tärkeään asemaan. Teknisillä innovaatioilla, jotka sisältävät käyttäjän näkökulman tai ovat jopa käyttäjästä lähtöisin, voidaan parantaa asiakaslähtöisyyttä palvelun tasolla. Internetin käytön toivottiin lisääntyvän etenkin niissä ryhmissä, jotka ovat perinteisesti kuuluneet sitä vähemmän käytäviin – esimerkkinä vanhuksat. Vanhuksille suunniteltavien innovaatioiden käyttöönotossa tosin tulee huomioida heidän erilaiset kykynsä käyttöönottoon nuorempiin verrattuna. Sähköinen potilastietojärjestelmä, sähköinen ajanvaraussysteemi ja innovaatiorekisteri nousivat esille mahdollisina hyvinä innovaatioina asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi. Potilastieto- ja koskevan luottamuksellisuuden ja salassapitovelvoitteen mainittiin tosin olevan haaste palvelujen kehittämiselle, sillä potilastietojen luovuttamista koskevat säännökset rajoittavat teknisten innovaatioiden toteuttamista. Ehdotettu innovaatiorekisteri olisi eri innovaatioita hallinnoiva keskusrekisteri, josta kehittämisinnovaatiot olisivat keskitetysti saatavilla.

H11: Teknologisten innovaatioiden kohdalla tulee huomioida käyttäjien erilaiset kyvyt ja mahdollisuudet käyttöönottoon. Yliopistot ja teknilliset korkeakoulut kehittävät teknologiaa myytäväksi, eikä asiakaslähtöisiksi. Uusia innovaatioita tulee kehittää. Innovaatioista tulisi perustaa rekisteri, jotta ne olisivat esitettyinä toimialoittain.

Kaatoluokka

Palveluita kehitettäessä tulee huomioida käyttäjien erilaiset tarpeet, lähtökohdat ja kyvyt. Henkilöstöä tulisi kouluttaa erikseen asiakaslähtöisyyteen ensin peruskoulutuksessa ja sitten toimintaympäristössään. Myös jatkuvan dialogin mainittiin palvelunsaajan ja ammattilaisen välillä mainittiin olevan tärkeä kehittämisen perusta. Palvelusetelijärjestelmään nähtiin liittyvän asiakkaan valinnanvapautta lisäävä vaikutus. Näin asiakas voisi liikkua vapaasti eri palvelun tarjoajien välillä, valiten itselleen parhaan palvelun. Organisaatioiden vastuu hyvän palvelun tuottamisesta kasvaisi. Palvelua kehittääkseen organisaatioissa täytyy myös kouluttaa henkilöstöä asiakaslähtöisyyteen. Henkilöstön koulutuksessa saadun asiakaslähtöisen työotteen säilyminen varsinaisessa työssä tulisi varmistaa varsinaisessa toimintaympäristössä kouluttamisella. Henkilöstön mainittiin kaipaavan työnsä tueksi

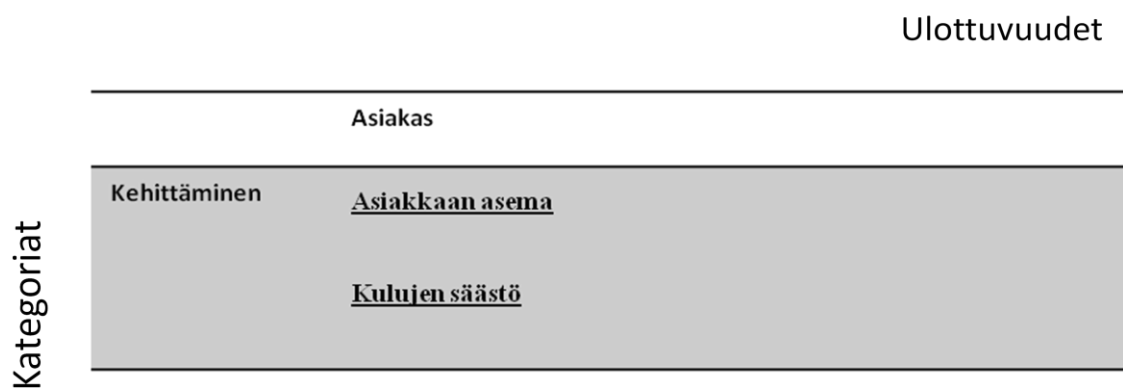
standardoitua toimintamallia asiakaslähtöisyyteen. Toimintaympäristössä kouluttamisella tähän tarpeeseen vastattaisiin.

H10: *Koska palveluntarjontaan on vaikea puuttua, pyritään lisäämään palvelunkäyttäjän valinnanvapautta saatavan palvelun suhteen. Palvelusetelijärjestelmällä asiakkaan valinnanvapaus lisääntyy.*

H7: *Henkilöstöä tulee kouluttaa asiakaslähtöisyyteen. Jatkuva palaute ja hoidonsaajan kanssa käytävä dialogi on perusta toiminnalle. Toiminnan kehittäminen lähtee itsestään selvästi asiakkaasta.*

H11: *Asiakaslähtöisyys tulee sisällyttää ammattilaisen peruskoulutukseen, tämän lisäksi tulee kouluttaa myös toimintaympäristössä.*

4.3.3 Asiakkuus



Kuvio 15. Asiakkuuden kehittäminen

Tähän kategoriaan valikoitui kaksitoista kommenttia, jotka jakautuivat tasan kahden alakategorian välillä. Ensimmäinen alakategoria koskee asiakkaan asemaa palvelujen kehittämisessä ja toinen alakategoria asiakasta kulujen säästämisen instrumenttina.

Asiakkaan asema

Asiakkaalla tulee olla pääsy omiin potilastietoihin. Hänen tietomääräänsä täytyy kasvattaa, jotta osallistuminen päätöksentekoon olisi mahdollista. Palveluja kehittäessä tulee tiedostaa asiakkaan asema niiden käyttäjänä, joten asiakkaiden täytyy olla kehittämisen keskiössä. Palvelukokonaisuutta suunniteltaessa tulee asiakas ottaa huomioon kokonaisuutena, ei vain hänen ongelmaansa, johon palvelulla pyritään saamaan ratkaisu. Asiakkaiden vaikuttamismahdollisuuksia tulee lisätä sekä varmistaa jo olemassa olevien vaikutusväylien toimivuus. Kuten palvelujen kehittämisen, myös innovaatioiden kehittämisen tulee sisältää käyttäjien näkökulma, joka mainittiin vajaan hetken kehitystyössä. Asiakkaan aseman parantamiseksi valinnan vapautta tulee lisätä. Täysi valinnan vapaus on uuden terveydenhuoltolain lopullinen tavoite. Vaikka asiakkaalla todettiin olevan tärkeä asema itselleen parhaan palvelun nimeämisessä, lopullinen vastuu päätöksistä tulisi erään haastateltavan mielestä pitää edelleen ammattilaisella. Asiakkaille voidaan siirtää tehtäviä tietyissä rajoissa, mutta tärkeintä on, että hänet kuullaan palveluprosesseissa ja -tapahtumassa. Ammattilaisen tehtäväksi eräs haastateltava ilmoitti asiakkaan osallistamisen, jolloin asiakas ikään kuin aktivoidaan tiedostavaksi toimijaksi.

H5: Nyt asiakkaalle annetaan liikaa vastuuta päätöksentekoon ottamatta huomioon hänen tietomääräänsä. Tehtäviä voidaan myös siirtää asiakkaalle itselleen. Potilaalla tulisi itselleen olla pääsy omiin potilastietoihin. Asiakkaan tulee saada tulla kuulluksi ja palvelukokonaisuudessa tulee ottaa huomioon asiakkaan elämäntilanne, hänen kykynsä ja resurssinsa. Palvelusetelit lisäävät käyttäjän valinnanvapautta. Ihmisten vaikuttamiselle tarvitaan lisää väyliä, sekä pitää varmistaa, että he voivat oikeasti vaikuttaa näiden väylien kautta.

H6: Potilaan omatoimisuutta ja pärjäämistä kotona tulee lisätä. Potilaan kykyä toimia itsenäisesti kotona lisätään antamalla tietoa. Myös potilaan omahoitoa lisätään esimerkiksi ohjaamalla potilas omatoimiseksi kotihoidon suhteen (opettamalla hänet käyttämään dialyysikonetta itsenäisesti kotona).

H3: Palveluja koskevien innovaatioiden tulee sisältää käyttäjän näkökulma. Palvelujen kehittämisessä, ja asiakasnäkökulman esiin nousemiseksi, tulee kiinnittää huomiota asiakkaan asemaan kehittämisprosessissa. Tilannesidonnaisesti pitää päättää onko asiakas mukana palvelun kehittämisessä vai riittääkö kun asiakkailta saadaan mielipide. Asiakkaan

tulee olla tietoinen ja aktiivinen, mutta ammatillisella on tässä osallistava tehtävä. Potilaan lisäksi täytyy luoda yhteys myös läheisiin/perheeseen.

Kulujen säästö

Asiakaslähtöisyydellä mainittiin olevan palvelujen organisointikuluja säästävä vaikutus. Säästö syntyy kun asiakkaalle annetaan aikaisempaa enemmän tehtäviä ja hänen omatoimisuuttaan lisätään. Tämän lisäksi myös omaisten osallistamisen sanottiin tuovan kustannussäästöjä. Eräs haastateltava halusi painottaa, että tämän ei pidä tarkoittaa omaishoidon kuormittavuuden lisäämistä. Kulujen säästö omaisten osallistamisessa tulee paremmasta hoidon koordinoinnista. Esimerkkinä mainittiin kotihoito, jossa käyntejä voidaan koordinoita omaisten kanssa. On joitakin tehtäviä, joita voidaan asiakaslähtöisyyden nimissä siirtää asiakkaalle itsensä tehtäväksi ja saada tätä kautta kustannussäästöjä toiminnan organisoinnissa. Näitä ovat esimerkiksi ajanvarauksen siirtäminen asiakkaan tehtäväksi sähköisiä palveluita hyväksikäyttäen ja asiakkaan opettaminen omatoimisemmaksi esimerkiksi opettamalla kotisairaanhoidon laitteiden itsenäinen käyttö sekä opettamalla asiakas itsenäiseksi tietyissä hoitoon valmistelevissa tehtävissä. Asiakkaan osallistumisen hoidon suunnitteluunkin voi nähdä kuluja pienentämässä.

H8: Parempi koordinaatio omaisten kanssa vähentää turhia käyntejä kotihoidossa, joka puolestaan vähentää kustannuksia.

H5: Asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluun alusta asti voi vähentää kustannuksia, kun asiakas itsekin näkee kuinka paljon mikäkin maksaa.

Asiakasta ja hänen lähimmäisiään myös voidaan *osallistaa* hoidon suunnitteluun, jolloin kulujen säästö tulisi paremman hoidon suunnittelun kautta, joka puolestaan vähentäisi turhia käyntejä esimerkiksi kotihoidon palveluissa.

H3: Hoidon suunnittelussa osallistaminen tulee asiakkaan lisäksi suunnata myös lähimmäisiin (esim. vanhuspalvelut). Näin saadaan kustannussäästöjä.

Asiakaslähtöisyydellä nähtiin myös käytäntöä lähellä olevia mahdollisuuksia kustannusten säästämisessä. Erään haastateltavan mielestä ajanvarauksen palveluun voisi siirtää asiakkaan itsensä tehtäväksi Internetissä. Näin asiakas saa itse valita itselleen parhaan ajan eikä

ajanvaraukseen tarvita henkilöstöresursseja yhtä paljon kuin perinteiseen ajanvarausjärjestelmään, joka tehdään puhelimitse.

4.3.4 Asiakslähtöisyys

		Uloottuvuudet
Kategoriat	Asiakslähtöisyys	
	Kehittäminen	Asiakslähtöisyyskäsitteen kehittämistä koskevat kommentit

Kuvio 16. Asiakslähtöisyyden kehittäminen

Tähän kategoriaan valikoitui ainoastaan neljä kommenttia eivätkä ne muodostaneet alakategorioita. Kommenttien mukaan asiakslähtöisyyden kehittämiseksi tulisi määritellä sen sisältö, se tulisi yhdistää käytäntöön, jotta sen merkitys avautuisi. Asiakslähtöisyyteen konkreettisesti ohjaavien toimintamallien lisäksi kaivattiin myös "välittämisen kulttuuria", jolloin toiminnan taustalla vaikuttavat arvot myös konkretisoituisivat toimintana. Myös organisaatiokulttuurimuutosta esitettiin asiakslähtöisyyden kehittämiseksi.

Käsitteen määrittelemisen sitoo sen käytäntöön, jolloin sen toteuttaminen helpottuu. Määrittelemisen antaisi työntekijöille heidän toivomansa toimintamallin, joka toisi varmuutta ammattilaisen asiakslähtöiseen työskentelytapaan. Kommenteissa kaivattiin muutosta ammattilaisten vakiintuneisiin työtapoihin. Muutokseen vaaditaan toimintojen rakenteellista muuttamista. Muutokseen ei riitä pelkästään yksittäisten työntekijöiden kouluttaminen, vaan uudelle toimintatavalla tarvitaan toiminnan muuttamisen mahdollistaminen rakenteellisesti. Mikäli kouluttaminen ei saa tuekseen rakenteellista muutosta, palataan toimintavoissa takaisin koulutusta edeltävään tilanteeseen. Asiakslähtöisempään toimintatapaan pääseminen näkyy työyhteisöissä inhimillisempänä asenteena asiakkaita kohtaan.

H11: *Asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi tulisi määritellä sen sisältö.*

H8: *Asiakaslähtöisyys pitää yhdistää käytäntöön, jotta sen merkitys aukeaisi. Välittämisen kulttuuri tulisi tuoda työyhteisöihin, ei riitä pelkät arvot.*

H4: *Ei ole olemassa jotain tiettyä yhtä temppua, jolla asiakaslähtöisyys saavutetaan. Keskeistä on muuttaa rakenteita ja prosesseja, sekä nostaa asiakkaan näkökulma esille.*

H7: *Asiakaslähtöisyys saavutetaan yhteistyöllä kolmannen sektorin ja viranomaisten kesken. Asiakaslähtöisyys syntyy siitä, että asiakas ja viranomainen lähentyvät toisiaan. Joka tasolla asiakaslähtöisyyttä voi tavoitella, mutta viranomaistaholle riittää, että inhimillistää työtottaan ja tekee yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa, jotta asiakas tulee tavoitetuksi ja autetuksi ilman ensikohtaamiseen liittyviä rasitteita. Tämä yhteistyö yhdessä luo sen asiakaslähtöisyyden. Viranomaistehtävissä toimivat henkilöt ovat hämmästyneinä huomanneet asiakaslähtöisyyteen kouluttamisessa, että ihmisen voi kohdata ihan vaan ihmisenä. Jokainen huumeita tai päihteitä käyttävä tuntee olevansa kohdattu "päihdettä tai huumetta käyttävänä ongelmaisena". Työntekijän ei tarvitse aina ottaa edes puheeksi sitä päihdeongelmaa vaan kysyä, mitä ongelmia asiakkaalla on ja mihin hän tarvitsee apua. Usein päihdeongelma on listalla viimeisenä.*

5. LOPUKSI

Viimeisessä luvussa käydään läpi haastattelujen tuloksia, esittäen yhteenvedon tuloksista tutkimuskysymysten ohella toisessa luvussa esitettyyn teoretisointiin suhteuttaen. Luku noudattaa tarkasteluluvun luonnetta, johon sisältyy tutkielman alussa esitetyn kirjallisuuden ja tutkielman tulosten keskinäinen keskustelu sekä tutkielman yleiskatsaus (Hirsjärvi ym. 2006, 245). Tämän tutkielman teorialuku on kokoelma erilaisista tutkimustuloksista ja käsitteistä, jotka liittyvät asiakaslähtöisyyteen tutkielman aineistosta esiin nostettujen ulottuvuuksien kontekstissa. Tässä on vaarana, että varsinainen muoto jää vajaaksi eikä teorialuvussa esitetty saa tukea varsinaisesta empiirisestä materiaalista (Eskola 2010, 183). Tämä pyritään estämään yhdistämällä tutkielmassa aikaisemmin esitetty teoretisointi tutkielman tuloksiin. Tämä synteesi tapahtuu luvun ensimmäisessä osassa vastaamalla tutkimuskysymyksiin teoretisoinnin valossa. Luvun toisessa osassa tehdään päätelmät ja luodaan tutkielmaan yleiskatsaus.

5.1 Tutkimuskysymyksiin vastaaminen

Tutkielman tutkimuskysymykset käsittelevät asiantuntijoiden näkemyksiä asiakaslähtöisyyden toteutumisen ulottuvuuksista, niissä erityisesti havaittavista yleispiirteistä, asiakaslähtöisyyden toteutumisen haasteista sekä asiakaslähtöisyyden kehittämisestä näillä ulottuvuuksilla. Luvussa 3.1 todetun mukaisesti, asiantuntijat haastateltavina sekä haastatteluasetelma itsessään huomioon ottaen tuloksia tulkittaessa täytyy ottaa huomioon haastateltavan erityisosaamisalue. Nämä asiat tuovat tulosten tarkastelemiseen oman haasteensa, mutta myös mielenkiintoisen lisän; nimittäin asiantuntijoiden vastaukset heijastavat kullakin toimialalla vakiintuneita käsityksiä asiakaslähtöisyydestä ja sen osasta käytäntöön.

Seuraavaksi esitellään kootusti vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kukin kysymys käsittelee yhtä asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista, joita olivat 1) organisaatio, 2) palvelu, 3) asiakkuus ja 4) itse asiakaslähtöisyyskäsite.

Kysymys 1. Mikä on asiakaslähtöisyyden ja organisaation suhde?

Tulosten mukaan sektorien, palvelujen ja organisaatioiden välillä vallitsee eroja näkemyksissä asiakaslähtöisyydestä. Asiakkailta todettiin olevan erilainen asema eri toimialojen palvelussa sen suhteen, minkä katsotaan vahvistavan tai olevan hyväksi asiakkaalle itselleen palvelun päämäärän kontekstissa. Tätä havaintoa tukee ajatus, jonka mukaan sosiaalityössä tuetaan asiakkaan voimaantumista, terveydenhuollossa pyritään varmistamaan, että asiakkaan itsemääräämisoikeus toteutuu ja kuntoutuksessa pyritään siirtämään valtaa asiantuntijalta kuntoutujalle (Ala-Kauhaluoma 2000, 14.) On siis palvelukohtaista mikä nähdään asiakkaan aseman parantamisena, joten eri palveluissa vallitseva käsitys asiakkaan parhaasta myös vaikuttaa käsitykseen asiakaslähtöisyydestä.

Tämän tutkielman tulosten mukaan suurin esteitä ja haasteita aiheuttava tekijä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle organisaatiotasolla on toimiminen organisaation lähtökohdista käsin. Niin sanotusti organisaatiolähtöisesti voidaan toimia sekä tuotettaessa palvelua että yksittäisen työntekijän tasolla. Palveluita tuotettaessa toimitaan organisaatiolähtöisesti kun palvelun olemassaoloa ohjaa vakiintunut käytäntö eikä asiakkaiden palvelutarve. Yksittäisen työntekijän tasolla toimitaan organisaatiolähtöisesti, kun yksittäisessä palvelutilanteessa mahdolliset tavat toimia määräytyvät organisaation lähtökohdista. Vaikka työntekijä saa peruskoulutuksessaan edellytykset asiakaslähtöiselle toiminnalle, organisaatioiden vakiintuneet käytännöt estävät asiakaslähtöistä toimintaa käytännössä. Sairaanhoidtajien ja terveydenhoitajien koulutuksessa onkin havaittu kehittämistarvetta asiakaslähtöisyydessä nimenomaan palvelukulttuurin kontekstissa (Rautio 2006, 78). Tämän tutkielman tulosten perusteella ei kuitenkaan voi nimetä työntekijöiden koulutusta syyksi sille, että työntekijän peruskoulutuksessa saadut toimintaedellytykset jäävät organisaatioissa vallitsevien vakiintuneiden toimintatapojen jalkoihin. Tutkielman tulokset ovat osittain samansuuntaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa, jossa todettiin työntekijöiden tarvitsevan tukea omalle asiakaslähtöiselle toimintatavalleen työyhteisöltä ja esimiehiltään (Laitila 2010, 143). Tämä työyhteisön ja esimiesten antama tuki yksittäiselle työntekijälle konkretisoituu annettavassa palvelussa. Mikäli työyhteisöltä ja esimiehiltä puuttuvat kyvyt ja taidot ohjata työntekijää asiakaslähtöisyyteen, on oletettavissa, että asiakaslähtöisyys ei toteudu palvelussa.

Julkisessa palvelutuotannossa voidaan nähdä toimivan monopoli palvelun tarjoajien välillä. Tämä monopoliasema konkretisoituu asiakkaiden valinnanvapauden rajoittamisena, josta toimii esimerkkinä omalääkärijärjestelmä. (Ruotsalainen 2000, 10.) Tämän monopoliaseman koettiin olevan este asiakaslähtöisen organisaation kehittämiseksi ja haastatteluissa ehdotettiin organisaation suoranaista pakottamista muutokseen, vastauksena asiakaslähtöisemmän organisaation kehittämiseksi. Näin organisaatiot joutuvat mukautumaan asiakaslähtöisyyden vaateeseen, niiden määrärahojen ollessa riippuvaisia asiakkaiden määräsistä. Palveluyksiköiden monopoliasema palvelujen tuottajina purettaisiin lisäämällä asiakkaiden liikkuvuutta ja mahdollistamalla heidän omaehtoinen palvelujen tuottajan valinta. Tämä toimenpide on nimetty myös sosiaali- ja terveysministeriön asettaman terveydenhuoltolakityöryhmän muistiossa asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi (STM 2008, 88).

Kysymys 2. Mikä on asiakaslähtöisyyden ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun suhde?

Haastattelujen mukaan asiakaslähtöisyys liittyy asiakkaan mahdollisuuteen vaikuttaa omaan palveluunsa. Mahdollisuuteen, joka hänellä tulee olla. Vaikuttamismahdollisuus kontekstualisoitui ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutussuhteeseen vaikuttavana asiana sekä itse hoidon vaikuttavuutta lisäävänä tekijänä. Vaikutusmahdollisuuksien olemassa olo ei haastateltavien vastausten perusteella ollut lainkaan selvää, vaan vastauksissa esiintyi pikemminkin epäilyä ja vaatimus asian problematisoinnista.

Haasteet asiakaslähtöisyyden toteutumiselle palvelussa liittyivät tulosten mukaan asiakkaan kohtaamiseen palvelussa, ammattilaisen ja asiakkaan vuorovaikutusprosessissa. Professionalismin, jolla tarkoitettiin vahvan ammatillisen tietotaidon ohjaamaa palvelua, jossa palvelun osapuolet ovat epätasa-arvoisessa asemassa suhteessa hoitopäätöksiin vaikuttavaan tietoon, nähtiin aiheuttavan suurimmat haasteet asiakaslähtöiselle palvelulle. Professionalismiin voidaan liittää asiantuntijan paternalistinen suhtautuminen asiakkaaseen (Laitila 2010, 33). Paternalismi muodostaa ongelman asiakkaan ja ammattilaisen suhteeseen silloin kun ammattilainen päättää asiakkaan puolesta (ei hänen kanssaan) tämän hyvästä pidemmälle kuin mitä potilasroolille on sopivaa – kun päätöksiä tehdään potilaan elämään kokonaisuudessaan (Madder 1997, 221). Toinen haaste asiakaslähtöisyyden toteutumiselle

on tulosten mukaan asiakastyytyväisyyskyselyjen toteutus. Kyselyt tarjoavat organisaatioille tietoa niiden tuottamasta palvelusta ja niiden mainittiin olevan myös tiedontuottajia asiakkaan ja organisaation välillä. Haastattelujen mukaan asiakastyytyväisyyskyselyjen tarjoamaa tietoa ei hyödynnetä, mikäli kyselyjä tehdään ylipäättänsä. Yli kymmenen vuotta sitten on jo tiedostettu, että yhteistyö kansalaisten kanssa palvelujen kontekstissa on vajaa, joka mainitaan myös asiakaslähtöisyyden toteutumisen esteeksi (Kiikkala 2000, 120). Asiakastyytyväisyyskyselyillä pyritään saamaan tietoa tuotetusta palvelusta, jolloin myös asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus vaikuttaa palveluun osoittamalla tyytymättömyyttään. On mahdollista, että nämä kyselyt ovat huono väline asiakkaan ja organisaation vuorovaikutuksen parantamiselle sekä palvelujen asiakaslähtöisyyden mittaamiselle.

Koska professionalismia nimettiin suurimmaksi haasteeksi asiakaslähtöisyyden toteutumiselle palvelussa, ja asiakkaiden vaikutusmahdollisuus kyseenalaistettiin, on mahdollista, että asiakkaan ja ammattilaisen välinen tasa-arvoinen vaikuttaminen ja vuoropuhelu, joka mainitaan asiakaslähtöisyyden määritelmäksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa suosituksessa (Stakes 1999, 11), ei toteudu toivotulla tavalla. On mahdollista, että palvelussa toimitaan vieläkin asiantuntijalähtöisesti tai asiakaskeskeisesti, ja vuorovaikutussuhteelta edellytettävä vuoropuhelu – dialogisuus (Mönkkönen 2002, 56) – puuttuu, koska molemmat osapuolet eivät voi vaikuttaa vuorovaikutussuhteessa. On olemassa niin sanotusti hyvää ja huonoa professionalismia. Hyvässä professionalismissa toimitaan asiakkaan parhaaksi. Tämän osa asiakkaista hyväksyykin (Laitila 2010, 168). Huonossa professionalismissa asiantuntija päättää, mikä on potilaalle parasta (Madder 1997, 221). Sekumpana asiakas professionalismia kokee on suhteutettava hänen omiin kykyihinsä toimia ja olla aktiivinen palvelussa. Asiakkaan palvelutarve saattaa kuitenkin tietyissä palveluissa, joista haastatteluissa mainittiin ensiapu, edellyttää ammattilaisen toimimista ilman jaettua päätäntävaltaa asiakkaan kanssa. Koska palvelut eivät voi olla yksinomaan joko professionalismia ohjaamia tai asiakaslähtöisiä, tämä tekee professionalismista palvelun suhteen ongelmallisen, sillä kaikissa palveluissa ei voi toimia yhden asiakaslähtöisyysstandardin mukaisesti.

Kysymys 3. Mikä on asiakaslähtöisyyden ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuden suhde?

Haastateltavien näkemysten mukaan erot organisaatioissa, toimialoissa tai palveluissakaan eivät vielä riitä korostamaan erojen merkitystä asiakaslähtöisyydelle. Viimekädessä asiakkaat ovat palvelussa yksilöitä ja yksilöillä on erilaiset mahdollisuudet palvelun tarjoajan valintaan ja ryhtymiseen dialogiseen suhteeseen ammattilaisen kanssa. Tämä havainto on samansuuntainen aikaisemman tiedon kanssa, joka koskee asiakaslähtöisyyden toteutumisen pulmia kuntoutuksessa: asiakas on yksilö ja palvelut pyrkivät yhdenmukaiseen asiakkaiden kohteluun, joka johtaa siihen, että yksittäisen asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa palveluun on pieni (Piirainen 1999, 11). Haastattelujen perusteella asiakkaat ovat erilaisia ja epätasa-arvoisessa asemassa toisiinsa nähden. Epätasa-arvoisuus johtuu erilaisten asiakkaiden erilaisesta osallistumishalukkuudesta, -kyvyistä sekä heidän omasta varallisuudestaan. Asiakkaan tulee saada tulla kuulluksi palvelussa ja mikäli organisaation palautejärjestelmät eivät mahdollista kuulluksi tulemistä, asiakkaan kuulemisen tärkeys korostuu palvelun vuorovaikutussuhteessa. Ongelmat organisaation ja asiakkaan välisessä tiedonkulussa lisäävät tarvetta parantaa ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamista palvelussa.

Erot asiakkaiden välillä yksilöinä, jotka nousivat haastatteluissa esille, koskivat asiakkaiden keskinäistä varallisuutta ja tietotaitotasoa palvelun suhteen sekä sitä, että kaikki asiakkaat eivät yksinkertaisesti halua osallistua. Tämän todettiin asettavan asiakkaat keskenään eriarvoiseen asemaan asiakaslähtöisyyden toteutumisen suhteen ja olevan sen takia haaste asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Asiakkaiden osallistumishalukkuuden tunnistamisen ja sen suhteuttaminen hoitotoimenpiteeseen on todettu lisäävän potilaskeskeisyyttä ja hoidon vaikuttavuutta (Lee & Lin 2010, 1811). Dialogiseen suhteeseen eivät myöskään kaikki asiakkaat voi ryhtyä palvelussa saadun roolin suhteen, esimerkkinä tästä toimii haastatteluissa potilasrooliin liitetty passiivisuus. Eroja on myös ammattilaisissa ja heidän kyvyisään keskustella potilaan kanssa ja sitouttaa heitä hoitoonsa (Pyörälä 2011, 469; Zandbelt ym. 2006, 899). Asiakkaan tulemistä kuulluksi palvelussa hankaloittaa vielä palvelussa päätöksentekoon käytettävät laitteet ja niiden tarjoama tieto (Blaxter 2009) – tällaisessa tilanteessa ei ole kyse asiantuntijälähtöisyydestä eikä ainakaan asiakaslähtöisyydestä vaan kenties teknologialähtöisyydestä. Haastateltujen näkemysten mukaan palvelussa tapahtuvan dialogin lisäksi asiakkaalla on mahdollisuus tulla kuulluksi vain palautelaatikon, jo

aikaisemmin kyseenalaistettujen asiakastyytyväisyyskyselyjen sekä asiakkaiden itse tekemien valitusten kautta. Tämä asettaa palvelussa tapahtuvan vuorovaikutussuhteen merkittävään asemaan asiakaslähtöisyyden toteutumisessa, kun ammattilaiselta vaaditaan vuorovaikutustaitojen (Pyörälä 2011) lisäksi herkkyyttä muuttaa toimintatapoja asiakaskohtaisesti (Stakes 1999, 11).

Haastattelujen perusteella asiakkaan asemaa palvelussa tulee parantaa. Asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus päästä omiin potilastietoihin ja hänen tietomääräänsä palvelun suhteen tulisi lisätä. Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen palvelun tarjoajien suhteen nähtiin parantavan asiakkaan asemaa. Asiakaslähtöisyydellä ja kulujen säästämällä nähtiin olevan yhteys nimenomaan asiakkaan osallistamisessa palveluunsa. Asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi, joitakin tehtäviä voidaan siirtää asiakkaan itsensä hoidettaviksi, mutta vastuuta palvelusta ei pidä siirtää ammattilaiselta asiakkaalle.

Kysymys 4. Miten asiantuntijat näkevät asiakaslähtöisyyden?

Asiakaslähtöisyys sai useita eri merkityksiä haastateltavien vastauksissa. Haastateltavien näkemykset asiakaslähtöisyydestä esitetään taulukossa 3. Siitä on nähtävissä, kuinka käsite saa erilaisia sisältöjä riippuen kontekstistaan. Asiakaslähtöisyys on organisaatiolle sen toiminnan avoimuutta ja palveluista tiedottamista asiakkaille. Palvelussa se merkitsee palvelun saavutettavuutta ja palvelujen tavoitettavuutta sekä innovatiivista ajattelua palvelussa. Asiakkaalle asiakaslähtöisyys merkitsee hänen tarpeistaan ja lähtökohdistaan lähtevää toimintaa, jonka tavoitteena on hänen voimaannuttamisensa, kiireetöntä hoitoa, tiedonkulun paranemista ja vaikuttavuuden lisääntymistä. Sisällöillä on kuitenkin hyvin vähän tekemistä toistensa kanssa, eikä niillä ole muuta yhteistä nimittäjää kuin parempi palvelun laatu.

Haastateltavat eivät painottaneet asiakaslähtöisyyssäsitteen määrittelemisestä muodostuvaa ongelmaa siinä määrin kuin oli syytä odottaa. Vain kaksi haastateltavaa mainitsi määritelmän vajauden olevan tärkeä huomion kohde, vaikka sen on useissa lähteissä todettu olevan hankalasti määriteltävissä ja sidottavissa käytäntöön (ks. esim. Mead & Bower 2000; Hobbs 2009; Robinson ym. 2008). On kuitenkin mahdollista, että käsitteeseen liittyvät

määrittelemättömyyden ongelmat olivat haastateltavilla niin itsestään selvästi olemassa, että tähän ei katsottu tarpeelliseksi kiinnittää huomiota.

Asiakaslähtöisyyden kontekstisidonnaisuudesta johtuen, asiakaslähtöisyyden yhtenä merkittävimpänä haasteena voidaan pitää sitä, että sillä voidaan tarkoittaa kaikkia taulukossa 3. mainittuja asioita. Se, mitä lopulta asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan riippuu paljon kontekstista. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudella ja puhujan omalla asiantuntemuksen alueella on merkitystä sen kannalta, mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan. Käsitteen määrittely mainittiin tärkeimmäksi kehittämissuositukseksi. Sitomalla se käytäntöön määritelmän avulla voidaan organisaatioiden toimintamalleja sekä itse palvelua muuttaa asiakaslähtöisyyteen. Ilman määritelmää asiakaslähtöisyyden kehittäminen on vaikeaa tai mahdotonta.

Taulukko 3. Asiakaslähtöisyyden moninaisuus kontekstin mukaan

	Organisaatio	Palvelu	Asiakas
Organisaation toiminnan ulospäin kääntyneisyyttä	X		
Saavutettavuutta ja tavoitettavuutta		X	
Asiakkaan tarpeista ja lähtökohdista lähtevää toimintaa, jossa on monta tasoa ja jonka tavoitteena on asiakkaan voimaannuttaminen			X
Palvelussa saman ihmisen kanssa asioimista		X	
Palvelun oikea-aikaisuutta ja kiireetöntä hoitoa			X
Innovatiivista ja joustavaa ajattelua palvelussa		X	
Tiedonkulun paranemista			X
Hoidon vaikuttavuuden lisääntymistä ja potilaan helpompaa asiointia			X

5.2 Päätelmät

Kuten todettua, asiakaslähtöisyys sai haastatteluissa useita eri merkityksiä. Näillä merkityksillä, joita asiakaslähtöisyyteen liitetään on kuitenkin hyvin vähän yhteistä keskenään. Haastatteluissa asiakaslähtöisyys sai ainakin seuraavia merkityksiä: 1) organisaation ulospäin kääntyneisyys, 2) asettuminen asiakkaan tilanteeseen, 3) hoidon vaikuttavuuden lisääntyminen. Yksistään nämä merkitykset eivät kerro vielä mitään asiakaslähtöisyydestä, ne kertovat asiakaslähtöisyydestä vasta kun niihin liitetään asiakaslähtöisyyteen vaikuttavat ulottuvuudet. Mikäli konteksti on organisaation asiakaslähtöisten palveluiden mahdollistaminen, voi asiakaslähtöisyys tarkoittaa organisaation "ulospäin kääntyneisyyttä", jolla viitataan organisaation tuottamista palveluista tiedottamista, jotta asiakkaat osaavat hakeutua palvelujen äärelle. Mikäli konteksti on sen sijaan itse palvelutapahtumassa, asiakaslähtöisyydellä voidaan tarkoittaa ammattilaisen ja asiakkaan välille syntyvää dialogista vuorovaikutussuhdetta, jonka päämääränä on osallistaa asiakas palvelutapahtumaan ja niihin tavoitteisiin, joita palvelutapahtumalle asetetaan. Kun taas konteksti on asiakkaassa ja hänen mukaan ottamisessa palvelutapahtumaan, tarkoittaa asiakaslähtöisyys osallistamista palveluun. Osallistaminen pitää tällöin sisällään tiedon siirtymisen ammattilaisen ja asiakkaan välillä siten, että molempien tietoa käytetään hyväksi palvelutapahtumassa, ja palvelutapahtumassa syntyvillä päätöksillä on molempien toimijoiden tuki. Asiakaslähtöisyydestä voidaan tämän lisäksi puhua yleisellä ja abstraktilla tasolla, jossa se saa sellaisia merkityksiä kuin "hoidon vaikuttavuuden lisääntyminen" ja "asettuminen asiakkaan tilanteeseen". Yhteyttä hoidon vaikuttavuuden lisääntymisen ja asiakaslähtöisen toimintatavan välillä on kuitenkin hyvin vaikea todentaa, jos asiakaslähtöisyyden määritelmää ei ole yleisesti hyväksytty ja sidottu tiettyyn käytäntöön.

Asiakaslähtöisyyden suoranaisia esteitä ovat organisaatiolähtöisyys ja professionalismismi. Haasteita sille sen sijaan aiheuttaa palvelujen, ammattilaisten ja itse asiakkaiden keskinäiset erot. Organisaatiolähtöisyys ja professionalismismi ovat suoranaisesti asiakaslähtöisyyttä vastaan, sillä palvelutuotanto voidaan toteuttaa pelkästään organisaation lähtökohdista ja palvelutapahtumassa sekä koko palveluprosessissa voidaan sivuuttaa asiakas päätöstentekijänä. Erot muodostuvat haasteiksi asiakaslähtöisyydelle sen takia, että kaikki palvelut eivät ole samanlaisia, joten kaikkiin palveluihin ei päde samat lainalaisuudet. Asiakkaat myös ovat heterogeeninen ryhmä, joiden välillä vallitsee erilaiset kyvyt ja halut osallistumiselle.

Tämän tutkielman tulokset antavat aiheen jatkotutkimukselle. Sen, kuinka vallitsevat vakiintuneet toimintatavat vaikeuttavat asiakaslähtöisyyden toteuttamista, sekä asiakkaiden omien näkemysten selvittäminen ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamisessa, tulisi olla tarkastelun kohteena. Tulevilla tutkimuksilla tulisi selvittää, mikä organisaatioiden vakiintuneissa toimintatavoissa vaikeuttaa asiakaslähtöisyyden toteuttamista käytännön palvelutoiminnassa. Asiakkaiden omien näkemysten selvittäminen palvelussa kohtaamisessa toisivat myös selvyyttä siihen, mitä asiakkaat odottavat heidän ja ammattilaisen väliseltä vuorovaikutukselta ja asiakaslähtöisyydeltä. Tämä tieto auttaisi myös toimintatapojen muuttamisessa.

Tämän tutkielman varsinainen ongelma liittyi aineiston keräämisen ja teoriaan perehtymisen ajalliseen järjestykseen. Asiantuntijoille esitettävien kysymysten tulee olla tarkkoja, jotta haastattelutilanteessa päästään toivotulla tavalla problematisoimaan haastattelun aihepiirissä esiintyvien ongelmien ja haasteiden monitahoisuutta. Tarkat kysymykset edellyttävät kuitenkin haastattelijalta huomattavaa asiantuntemusta (jota kenties ei voi olla liikaa), jotta haastattelutilanne muuttuisi menetelmäkirjallisuudessa (Eskola & Vastamäki 2007, 25) painotetusti keskustelunomaiseksi. Tutkielman kannalta ratkaisevalla tavalla rajoittavaksi ongelmaksi tästä teorian ja aineiston keräämisen välisestä ajallisesta järjestyksestä ei ole. Kyseessä on vain halu valmistautua mahdollisimman hyvin, jotta tutkittavan asian abstraktiuteen ja perspektiiveistä johtuviin muutoksiin osattaisiin varautua. Voidaan sanoa, että mikäli haastatteluihin ryhdyttäisiin nyt tämän tematiikkaan perehtymisen jälkeen, haastatteluista tulisi syvällisemmät. On kuitenkin todettava, että vaikka valmistautumiselle olisi varattu kuukausia ennen haastatteluja, ei sekään valitettavasti olisi muuttanut sitä tosiasiaa, että sen olisi voinut tehdä vielä paremmin.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan puhua tutkimustehtävistä -ongelmien sijaan (Hirsjärvi ym. 2006, 117). Tämän tutkielman tutkimustehtäväksi asetettiin tarkastella asiakaslähtöisyyttä asiantuntijoiden näkemysten kautta, sen kehittämiseen vaikuttavien henkilöiden näkemysten ilmenemisen kontekstissa. Tehtävänä oli löytää asiakaslähtöisyyden olemuksesta aiheutuvat käytännön haasteet. Tutkimustehtävän kannalta oli tärkeää, että tutkimuskohteena olivat asiantuntijoiden käsitykset asiakaslähtöisyydestä, sillä asiantuntijoiden tehtäväksi on jäänyt käsitteellistää asiakaslähtöisyys ja sitoa se käytäntöön. Koska asiakaslähtöisyyteen toiminnan kehittäminen käsittää koko sosiaali- ja terveydenhuollon, tehtävästä muodostui vaikea tämän kokonaisuuden moninaisuudesta johtuen. Tämän tut-

kielman tehtävänä ei ollut tuottaa tietoa yksittäisille toimialoille siitä, kuinka asiakaslähtöisyyttä voidaan toteuttaa esimerkiksi sosiaalityössä tai eturauhassyöpöpotilaiden hoidossa, vaan esittää kokoava kuva asiakaslähtöisyydestä eri perspektiiveistä käsin. Tutkimustehtävän asettamisen väljyydellä on omat hyvät ja huonot puolensa. Huonona puolena voidaan nimetä tulosten asema yleistettävyyden suhteen konkretian tasolla, johon tämän tutkielman tulokset eivät sovellu. Tehtävän asettamisen väljyydellä on kuitenkin se hyvä puoli, että tematiikkaa voidaan lähestyä laajemmasta näkökulmasta.

Vaikka asiantuntijat ovat eri toimialoilta ja heidän eronsa tulee ottaa tässä suhteessa huomioon, tutkielmassa on tiedostaen pyritty poimimaan haastateltavien mielipiteistä yleisiä kommentteja asiakaslähtöisyydestä, jotta nimenomaan käsitteen yleisluonne tulisi esille. Näin ollen asiantuntijoiden osaamistaustaa ei ole sidottu suoraan vastauksiin tai vastausten tulkintaan, tehden yleistyksiä heidän edustamiin erityisosaamisalueisiin ja niissä vallitseviin käsityksiin asiakaslähtöisyyteen vaikuttavista asioista. Tämä ratkaisu perustui koheesion luomiseen haastateltavien näkemysten välille. Tätä vastaanikin olisi tutkimustehtävä voitu asettaa hieman kattavammalla näytteellä. Haastateltaviin mahtui vahvan asiantuntijavallan puolestapuhujia, professionalismia tiukasti kritisoivia sekä erittäin abstraktisti käsitteeseen suhtautuvia. Olisi ollut mielekästä tarkastella, mitä yhteyttä on erityisosaamistauksella ja asiantuntijavallan oikeuttamisella, mutta haastateltavien ryhmä ei edustanut tarpeeksi toimiala- tai erityisosaamisaluerajoja, jotta näistä olisi voitu tehdä mitään yleistyksiä.

Mitä tulee haastateltavien edustavuuteen ja tulosten yleistettävyyteen, tässä tutkielmassa haastateltavat edustavat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä toimivaa asiantuntijuutta. Tuloksia ei yleistetä haastateltavien yksilöiden ulkopuolelle. Aineiston ei ole tarkoitus edustaa kaikkien kehittämistoiminnassa olevien asiantuntijoiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä – tämän kaltainen yleistettävyyys ei ole kvalitatiivisessa tutkimuksessa tarkoituksena eikä edes mahdollista, ottaen huomioon tapausten ainutlaatuisuus (Hirsjärvi ym. 2006, 171). Tuloksilla pyritään kuitenkin luomaan todenmukainen kuva asiakaslähtöisyydestä ja sen kohtaamista haasteista. Edustavuus tässä tutkielmassa määräytyy aineiston kylläntymisen mukaan. Kylläntyminen tapahtuu kun aineisto alkaa toistaa itseään (ks. esim. Mäkelä 1990, 52; Hirsjärvi ym. 2006, 171). Aineisto kylläntyi kun haastateltavat esittivät tutkielmassa asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksiksi nimettyihin asioihin liittyviä ongelmia ja haasteita, ja näiden näkemysten samankaltaisuus tuli selväksi jo varhaisessa

vaiheessa haastatteluita. Aineisto kylläntyi täten jo itse tekemiäni haastattelujen aikana, ja aineistoon kuuluvien neljän muun haastattelun tehtäväksi jäi täydentää tätä mallia. Haastattelut tukivat aikaisempaa tietoa asiakaslähtöisyyden toteutumisen ongelmakohdista sekä antoivat aiheita jatkotutkimukselle.

LÄHTEET

Ala-Kauhaluoma, Mika 2000. Asiakastyön alkulähteillä. Ajatuksia ja kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. *Kuntoutus* 23:3, 13–18.

Alastalo, Marja & Åkerman, Maria 2010. Asiantuntijahaastattelun analyysi: Faktojen jäljillä. Teoksessa Johanna Ruusuvaori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Vastapaino, Tampere, 373–392.

Alasuutari, Pertti 1994. *Laadullinen tutkimus*. Vastapaino, Tampere.

Berwick, Donald 2009. What ‘Patient-Centered’ Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs* 28:4, 555–565.

Blaxter, Mildred 2009. The case of the vanishing patient? Image and experience. *Sociology of Health & Illness*, 31:5, 762–778.

Boehmer, Ulrike & Case, Patricia 2006. Sexual Minority Women’s Interactions with Breast Cancer Providers. *Women & Health*, 44:2, 41–58.

Davis, Karen, Schoenbaum, Stephen & Audet, Anne-Marie 2005. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *Journal of General Internal Medicine* 20:10, 953–957.

van Empel, Inge, Aarts, Johanna, Cohlen, Ben, Huppelschoten, Dana, Laven, Joop, Nelen, Willianne & Kremer, Jan 2010. Measuring patient-centredness, the neglected outcome in fertility care: a random multicentre validation study. *Human Reproduction* 25:10, 2516–2526.

van Empel, Inge, Hermens, Rosella, Akkermans, Reinier, Hollander, Kees, Nelen, Willianne & Kremer, Jan 2011. Organizational determinants of patient-centered fertility care: a multilevel analysis. *Fertility and Sterility* 95:2, 513–519.

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana 2007. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. PS-kustannus, Jyväskylä.

Eskola, Jari 2010. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. PS-kustannus, Jyväskylä, 179–203.

Giddens, Anthony 1995. Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa. Teoksessa Ulrich Beck, Anthony Giddens & Scott Lash (toim.) Nykyajan jäljillä. Vastapaino, Tampere, 83–152.

Hallamaa, Jaana 2008. Kuuluuko ihmisen ääni terveydenhuollossa? Teoksessa ETENE 2008. Miten käy maan hiljaisten? Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 10-vuotisseminaari Helsinki, 8. lokakuuta 2008. ETENE-julkaisuja 23, Helsinki, 33–36.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1985. Teemahaastattelu. Oy Gaudeamus Ab, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2006. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Hobbs, Jennifer 2009. A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Research* 58:1, 52–62.

Jalava, Urpo & Virtanen, Petri 1996. Laatu, innovaatio ja projekti. Hyvinvointipalvelujen kehittämisen ydinkysymyksiä. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.

Kinmonth, Ann Louise, Woodcock, Alison, Griffin, Simon, Spiegel, Nicki & Campbell, Michael 1998. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *British Medical Journal* 317:7167, 1202–1208.

Kiikkala, Irma 1999. Asiakaskeskeisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? *Sairaanhoitaja* 72:3, 6–10.

Kiikkala, Irma 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 112–121.

Kujala, Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Sähköinen väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 234. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.

Laine, Timo 2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. PS-kustannus, Jyväskylä, 28–45.

Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. *Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences* 31. Kopijyvä Oy, Kuopio.

Lee, Yin-Yang & Lin, Julia 2010. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Social Science & Medicine*. 71:10, 1811–1818.

Lehto, Juhani 2000. Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 33–48.

Little, Paul, Everitt, Hazel, Williamson, Ian, Warner, Greg, Moore, Michael, Gould, Clare, Ferrier, Kate & Payne, Sheila 2001. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal* 323:7318, 908-911.

Madder, Hilary 1997. Existential autonomy: why patients should make their own choices. *Journal of Medical Ethics* 23:4, 221–225.

McCormack, Brendan & McCance, Tanya 2006. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56:5, 472–479.

Mead, Nicola & Bower, Peter 2000. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51, 1087–1110.

Mäkelä, Klaus 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Oy Gaudeamus Ab, Helsinki, 42–61.

Mönkkönen, Kaarina 2001. Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66:5, 432–447.

Mönkkönen, Kaarina 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. *Yhteiskuntatieteet* 94, Kuopio.

Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus: dialoginen asiakastyö. Edita, Helsinki.

Niiranen, Vuokko 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivanen (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Kopijyvä Oy, Jyväskylä, 63–80.

Patwardhan, Anjali & Patwardhan, Prakash 2009. Are consumer surveys valuable as a service improvement tool in health services? A critical appraisal. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 22:7, 670–685.

Picker-instituutin määritelmä potilaskeskeisyydestä. Saatavissa:

<<http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>>. [Luettu 20.5.2011].

Piirainen, Keijo 1999. Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa: myytti vai todellisuus? *Kuntoutus* 22:4, 3–12.

Pohjola, Anneli 1993. Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola (toim.) *Monisärmäinen sosiaalityö*. Sosiaaliturvan keskusliitto, Helsinki, 54–95.

Pyörälä, Eeva 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. *Suomen Lääkärilehti* 66:6, 469–473.

Päivärinta, Eeva & Maaniittu, Maisa 2002. Asiakaslähtöistä vai asiakkaasta lähtevää? *Gerontologia* 16:1, 32–34.

Pääministeri Paavo Lipposen hallituksen ohjelma 13.4.1995.

Pääministeri Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma 15.4.1999.

Pääministeri Anneli Jäätteenmäen hallituksen ohjelma 17.4.2003.

Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003.

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007.

Pöytä, Jyrki 2010. Asemointinäkökulma haastattelujen kerronnallisuuden tarkastelussa. Teoksessa Johanna Ruusuvuori, Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Vastapaino, Tampere, 153–179.

Rautio, Maria 2006. Terveysten edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2006:49, Helsinki.

Rees, Charlotte, Knight, Lynn & Wilkinson, Clare 2007. Doctors being up there and we being down here: A metaphorical analysis of talk about student/doctor–patient relationships. *Social Science & Medicine* 65:4, 725–737.

Rissanen, Riitta 2009. Fenomenografia. Teoksessa Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka (toim.) *Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009*, Tampere, 35–36. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf>. [Luettu 18.5.2011].

Riihelä, Monika 2001. Asiantuntijan kysymykset eivät tavoita lapsen maailmaa. *Dialogi* 11:5, 18.

Robinson, Janice, Callister, Lynn, Berry, Judith & Dearing, Karen 2008. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20:12, 600–607.

Ruotsalainen, Pekka 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 7–32.

Ruusuvuori, Johanna & Tiittula, Liisa 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. *Vastapaino*, Tampere.

Sirviö, Kaarina 2006. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä - mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 132, Kuopio.

Stakes 1999. *Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle*. Valtakunnallinen suositus. Stakes, Helsinki. Saatavissa:

<<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf>>. [Luettu 26.5.2011].

Stakes 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Saatavissa: <http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4016/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_aspo.pdf>. [Luettu 11.4.2011].

STM 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18, Helsinki.

STM 2006. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14, Helsinki.

STM 2007a. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8, Helsinki.

STM 2007b. Sosiaali- ja terveysministeriön toiminta- ja taloussuunnitelma vuosille 2009–2012. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:65, Helsinki.

STM 2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveystaloudellisyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28, Helsinki.

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18, Helsinki.

STM 2010. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19, Helsinki.

Toiviainen, Hanna 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Tutkimuksia 160, Stakes 2007, Helsinki.

Valkama, Katja 2009. Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallinnon tutkimus 28:2, 26–40.

Wolf, Debra, Lehman, Lisa, Quinlin, Robert & Rosenzweig, Margaret 2008. Can Nurses Impact Patient Outcomes Using a Patient-Centered Care Model? The Journal of Nursing Administration 38:12, 532–540.

Zandbelt, Linda, Smets, Ellen, Oort, Frans, Godfried, Mieke & de Haes, Hanneke 2006. Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. Social Science & Medicine 63:4, 899–910.

Lait:

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

<[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search[type]=pika&search[pika]=Laki%20potilaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista)>. [Luettu 10.6.2011].

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. 22.9.2000/812.

<[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search[type]=pika&search[pika]=Laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista)>. [Luettu 10.6.2011].

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta. 22.9.2000/811.

<[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Laki%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20saumattoman%20palveluketjun%20kokeilusta](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811?search[type]=pika&search[pika]=Laki%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollon%20saumattoman%20palveluketjun%20kokeilusta)>. [Luettu 10.6.2011].

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.

<[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=Terveydenhuoltolaki)>. [Luettu 10.6.2011].

LIITTEET

Liite 1. Haastattelujen kysymysrunko

Asiakslähtöisyyden nykytila

1. Onko asiakkailta mahdollisuus osallistua?
2. Ollaanko jo saavutettu asiakslähtöisyys?
3. Onko lainsäädäntö kunnossa?

Asiakslähtöisyyden haasteet

1. Tarkoittaako asiakslähtöisyys eri palveluissa samaa/eri asiaa?
2. Mitä haasteita näet asiakslähtöisyyden kehittämisessä?

Asiakslähtöisyyden kehittämistarpeet

1. Miten asiakslähtöisyyttä pitäisi mielestäsi kehittää?
2. Kuinka sote-organisaatiota tulee kehittää asiakslähtöisemmiksi?
3. Tuleeko asiakas ottaa mukaan palvelun kehittämiseen?

Hyvät käytännöt

1. Millaisia hyviä keinoja on lisätä asiakslähtöisyyttä?
2. Pientäkö asiakslähtöisyys kuluja ja miten?