

**"SILLON KUN POTILAASTA TULEE ASIAKAS,
NIIN LÄÄKÄRISTÄ TULEE KAUPPIAS" -
LÄÄKÄREIDEN KOKEMA VUOROVAIKUTUS
TERVEYDENHUOLLON MUUTTUNEEN
ASIAKKUUDEN KANSSA**

**Jyväskylän yliopisto
Kauppakorkeakoulu**

**Pro gradu -tutkielma
2019**

**Tekijä: Erkkilä Ellimaria
Oppiaine: Markkinointi
Ohjaaja: Taiminen Heini, Uusitalo Outi**



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

TIIVISTELMÄ

Tekijä Ellimaria Erkkilä	
Työn nimi "Silloin kun potilaasta tulee asiakas, niin lääkäristä tulee kauppias" - Lääkäreiden kokema vuorovaikutus terveydenhuollon muuttuneen asiakkuuden kanssa	
Oppiaine Markkinointi	Työn laji Pro gradu -tutkielma
Aika (pvm.) 4.4.2019	Sivumäärä 67+2
<p>Tiivistelmä</p> <p>Terveydenhuollon potilas on muuttunut passiivisesta hoidon vastaanottajasta kohti aktiivisempaa potilaskuluttajan toimijuutta. Muuttunut asiakkuus yhdessä julkisen terveydenhuollon muiden muutosten kanssa ovat vaikuttaneet lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen tehden vuorovaikutuksesta potilaslähtöisempää antaen potilaalle enemmän mahdollisuuksia osallistua. Muutosten ja niiden vaikutuksien havainnointi lääkäreiden toiminnassa on jäänyt aiemmassa tutkimuksessa sivuosaan.</p> <p>Tämä tutkimus tarkasteli lääkäreiden kokemaa vuorovaikutusta muuttuneen asiakkaan kanssa. Huomiota kiinnitettiin lääkäreiden asiakaskäsitykseen, vuorovaikutuksen arvoalueisiin ja lääkäreiden ottamiin vuorovaikutuksen rooleihin. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena hyödyntäen teemahaastattelun menetelmää. Kuusi kriteerit täyttävää, hyvinvointikeskuksessa työskentelevää lääkäriä osallistui haastatteluun. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilla ja kerätty haastatteluaineisto analysoitiin sisälönaineiston metodia, teemoittelua, hyödyntäen.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat muuttuneen asiakkuuden vaikuttavan lääkäreiden ja potilaiden välillä käytyyn vuorovaikutukseen kokonaisvaltaisesti, tehden siitä kuunteluun perustuvaa sekä tasa-arvoisempaa. Potilaiden aktiivinen toimijuus nähtiin hyvänä asiana, mutta potilas-kuluttaja-akselilla lääkärit sijoittivat julkisen puolen terveydenhuollon palveluita tarvitsevan henkilön toimijuuden lähemmäs potilasta, kuin kuluttajaa tai asiakasta. Lääkärit nostivat potilaan kuuntelun tärkeäksi osaksi vuorovaikutustilanteita. Lääkäreiden roolina ei ole enää olla käskyttävä hoitojen määrääjä, vaan he kannustavat potilaita kohti aktiivisempaa toimijuutta.</p>	
Asiasanat medikalisaatio, arvon yhteisluonti, arvoalueet, asiakkaan voimaannuttaminen, potilaskeskeinen viestintä, lääkärin rooli, terveily	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopiston kirjasto	

ABSTRACT

Author Ellimaria Erkkilä	
Title "When the patient becomes a customer, a physician becomes a salesperson" – the change of the customership in healthcare and its impact on physicians experienced communication	
Main subject Marketing	Level Master's thesis
Date 4.4.2019	Number of pages 67+2
Abstract <p>The patient in healthcare has transformed from passive receiver of care towards more active consumer-patient. Combined with other changes in public healthcare sector, this changed customership have influenced the communication between physician and patient, making the communication more patient-focused and giving patient more opportunities to participate in decision making. How these changes have influenced to physician's behaviour, have not been examined properly.</p> <p>This research investigated the communication between physician and changed customer, experienced by physicians. Focus was on physician's perception of customer, value spheres of communication and physician's communication roles. The research was carried out as a qualitative study using the method of theme interviews. Six doctors, who fulfilled the criteria and who worked in well-being centre, were interviewed. Semi-structured theme interviews were analysed by using thematic analysis.</p> <p>The findings of the research pointed out that the changed customer has a holistic effect on the communication between physicians and patients, making communication more focused on listening and more equal. Active patient was viewed as a desirable, but the changed customer in public sector was considered more as a patient than consumer or customer. Physicians emphasized listening as an important part of communication. The role of the physician has changed from distributing treatments towards encouraging patients to be more active.</p>	
Keywords medicalization, value co-creation, value spheres, customer empowerment, patient-focused communication, physician's role, healthism	
Storage Jyväskylän yliopiston kirjasto	

KUVIOT

KUVIO 1 Arvoalueet (mukaillen Grönroos & Voima 2013).....	19
KUVIO 2 Yhteisen arvoalueen laajentuminen	22

TAULUKOT

TAULUKKO 1 Haastateltavien taustatiedot	32
TAULUKKO 2 Haastateltujen sijoittuminen vuorovaikutuksen rooleihin	42
TAULUKKO 3 Terveystuollon asiakaskäsitys	48
TAULUKKO 4 Arvoalueet vuorovaikutuksessa	50
TAULUKKO 5 Lääkärin roolit vuorovaikutuksen arvoalueilla	53

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO.....	6
1.1	Johdatus tutkimukseen	6
1.2	Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	9
1.3	Tutkimuksen rakenne ja keskeisimmät käsitteet	9
2	VUOROVAIKUTUS MUUTTUNEEN ASIAKASKÄSITYKSEN MYÖTÄ	11
2.1	Terveystuollon muuttuva potilaskäsitys.....	11
2.1.1	Potilaan voimaannuttaminen	13
2.1.2	Potilaskeskeinen toimintatapa lääkäriin työssä.....	15
2.2	Vuorovaikutuksella arvoa palveluun.....	16
2.2.1	Arvoalueet ja roolit arvoalueilla	18
2.2.2	Lääkäreiden ammatillinen identiteetti ja vuorovaikutuksen roolit	24
2.2.3	Lääkäriin ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde.....	27
3	METODOLOGIA.....	29
3.1	Kvalitatiivinen tutkimusmetodi	29
3.2	Teemahaastattelu	30
3.3	Aineiston keruu.....	31
3.4	Aineiston analysointi	33
3.5	Toimeksiantajaorganisaation esittely.....	34
4	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	35
4.1	Tulokset.....	35
4.1.1	Terveystuollon asiakaskäsitys.....	35
4.1.2	Arvoalueet lääkäriin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa	38
4.1.3	Lääkäriin roolit eri arvoalueilla.....	40
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN ARVIOINTI.....	46
5.1	Johtopäätökset.....	46
5.2	Teoreettiset kontribuutiot.....	54
5.3	Käytännön implikaatiot	56
5.4	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi ja rajoitteet.....	57
5.5	Jatkotutkimusehdotukset	58
	LÄHTEET	61
	LIITE	68

1 JOHDANTO

1.1 Johdatus tutkimukseen

Suomen terveydenhuollon piirissä keskustelua on viime vuosina herättänyt julkisen sektorin säästökuuri sekä siihen liittyvien palveluiden yhdistäminen ja toiminnan uudistaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä (THL 2014, 4) kuvailee uudistamiseen liittyviä teemoja, joista yksi on erillisten julkisten palveluiden integroituminen yhdeksi laajaksi kokonaisuudeksi. Tähän liittyy sosiaali- ja terveystieteiden integraatiouudistus, tunnetummin sote. Sote-uudistus keskittyy terveyden- ja sosiaalihuollon palveluiden uudistamiseen, jonka tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, edesauttaa palveluiden yhdenvertaisuutta ja palveluiden saatavuutta sekä hillitä jatkuvasti kasvavia terveydenhuollosta syntyviä kustannuksia (Valtioneuvoston viestintäosasto 2015). Julkisessa keskustelussa on herännyt huoli sote-uudistuksen toimivuudesta ja sen tavoitteiden täyttymisestä. Samalla terveysalan sisällä uudistukseen suhtaudutaan negatiivisesti. (Hirvensalo, Asko-Seljavaara, Haahtela, Leppäniemi & Tukiainen 2017.)

Tarve terveydenhuollon uudistuksille juontaa juurensa väestörakenteen ikääntymisestä, kasvaneista terveydenhuollon kustannuksista, lääketieteen kehittymisestä sekä yleisesti terveydenhuoltoon kohdistuvista, lisääntyneistä odo- tuksista. Nämä uhkaavat kasvattaa suomalaisen julkisen terveydenhuollon kus- tannuksia sekä hidastuttavan hoitoon pääsyä. Samalla on huomattu, että suoma- laiset julkiset terveydenhoitopalvelut on rakennettu tuottamaan hoitoa, ei ter- veyttä, vaikka juuri tehokkaasti tuotettu terveys tuottaisi arvoa potilaille. Jotta arvoa voitaisiin saavuttaa lisää, on esitetty näkökulma potilaan roolin vahvista- misesta ja aktivoimisesta. (Teperi, Porter, Vuorenkoski & Baron 2009, 15, 23, 112.)

Suomi ei ole yksin terveydenhuollon haasteen edessä, sillä Danaherin ja Gallanin (2016) mukaan terveydenhuoltoala kautta maailman tarvitsee paran- nuksia tehokkuuteen, tuottavuuteen, saavutettavuuteen, kattavuuteen sekä inhi- milliseen ja potilaskeskeiseen hoitoon, minkä lisäksi terveystieteiden ympä- rille muodostuneet siilot tulee purkaa integraation tieltä pois. Terveydenhuolto- alalla haasteita on alettu ratkaisemaan siirtymällä kohti potilaskeskeistä toimin- tamallia (patient-centeredness) ja käyttämään potilaskeskeisyyttä yhtenä näkö- kulmana toimintojen linjaamisessa (Båathe, Ahlberg, Edgren, Lagström & Nils- son 2016). Näillä muutoksilla on ollut vaikutus myös potilaskäsitykseen. Potilaan toimijuus ei nojaa enää pelkästään palveluiden passiiviseen vastaanottamiseen, vaan viimeaikaisessa tutkimuksessa on huomattu potilaan halu osallistua palve- lun toimittamiseen, suunnitteluun ja parannusprosesseihin, sekä potilaan halu olla vuorovaikutuksessa useiden sidosryhmien kanssa (Armstrong, Herbert, Aveling, Dixon-Woods & Martin 2013; Hardyman, Daunt & Kitchener 2015; McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney & van Kastreten 2012). Potilaan rooli

on muuttunut aktiivisemmaksi tekijäksi ja potilaan toimijuutta on kuvattu uusilla termeillä, joissa sekoittuu potilaan ja kaupallisen asiakkaan toimijuudet (kts. Autio, Helovuori & Autio 2012; Tuorila 2000).

Potilaan roolin muutoksen taustasyynä voidaan nähdä laajempi ilmiö, jota nimitetään terveysaatteeksi (healthism) (Tang & Guan 2017). Terveysaatteen mukaan yksittäisellä kuluttajalla on lopullinen valta ja vastuu oman terveystensä kontrolloinnista. Aatteen olennaisena osana on korostaa yksilöä, hänen tekemiä valintoja ja yksilön vastuuta. Näin ollen terveyttä tulee edistää jatkuvasti monin eri keinoin, sillä terveys koetaan arvona, jonka eteen yksilön on tehtävä aktiivisia tekoja. Terveysaate nähdään kiinteänä osana kompleksista ja monitahoista medikalisaation ilmiötä. (Eskelinen, Harjunen, Hirvonen & Jokinen 2017, 170-176.) Medikalisaatio tarkoittaa jonkin asian tekemistä lääketieteelliseksi ("to make medical") ja sen ytimessä on ongelmien määrittäminen lääketieteellisillä termeillä. Medikalisaation myötä ei-lääketieteellisiä ongelmia on alettu määrittämään ja hoitamaan lääketieteellisinä ongelmina, jolloin normaaliksi lueteltavien ominaisuuksien ja asioiden kirjo on kaventunut. Medikalisaatiota tapahtuu eri asteilla, jolloin toisia asioita on medikalisoitu suhteellisesti enemmän. Esimerkiksi feministisen koulukunnan mukaan naisten tiloja on medikalisoitu epäsuhtaisesti. (Conrad 2007, 4-10.) Medikalisaation myötä ihmisiltä on löydetty ja heille on tarjottu uusia keinoja parantua, ja terveysaatteen vaikutuksesta yksilö nähdään vastuullisena myös niissä kysymyksissä, joihin yksilöllä ei todellisuudessa ole vaikutusvaltaa (Eskelinen ym. 2017, 176).

Kun vastuu on siirtynyt terveydenhuollon ammattilaiselta yksittäiselle potilaalle, lääkärin ja potilaan roolit suhteessa toisiinsa muuttuivat sen myötä. Potilaan saama vastuu siirtää potilasta pois passiivisesta roolista kohti aktiivisempaa toimijaa ja tämä aktiivinen, kuluttajamainen rooli todennäköisemmin haastaa ja kyseenalaistaa holhoavaa lääkäriä. (Tang & Guan 2017.) Terveysaatteen lisäksi julkiselle terveydenhuollon sektorille on rantautunut käsite potilaskeskisestä toimintatavasta. Tämä on osaltaan vauhdittanut potilaan roolin siirtymistä kohti vastuullisempaa toimijaa, jolloin vastuullisena ja aktiivisena osallistujana potilas voi esittää kritiikkiä tai vastalauseita ja toimia enemmän kuluttajamaisesti. (Mead & Bower 2000.)

Potilaan muuttuneen toimijuuden tuomaa tilannetta voidaan tarkastella palvelullistamisen (servitization) kautta. Vandermerwe ja Rada (1988) näkevät palvelullistamisen teollisuustuotantoon painottuvana trendinä, jonka avulla yritykset lisäävät arvoa tarjoamilleen tuotteille palveluiden avulla. Palvelullistamiseksi voidaan määritellä muutosprosessi, jossa yritys siirtyy tuotekeskisestä ajattelusta kohti palveluun pohjautuvaa logiikkaa (Kowalkowski, Gebauer, Kamp & Parry 2017), jolloin yrityksen työntekijöiden rooli nähdään yrityksen sisäisenä voimavarana ja asiakaslähtöinen toimintatapa korostuu kilpailuetua tuottavana elementtinä (Baines, Lightfoot, Benedettini & Key 2009). Tässä tutkimuksessa käytetään asiakaslähtöistä toimintatapaa ja potilaslähtöistä toimintatapaa toistensa synonyymeinä.

Tutkimuksen taustana käytännön tasolla vaikuttaa toiminnan integroimisprosessi, jossa terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita tuodaan fyysisesti

yhteen sijaintiin, pyrkimyksenä tehostaa palveluita. Blackin ja Gallanin (2015) mukaan yksi ihmiskeskeisen ja integroituneen terveydenhuollon keskeisimmästä haasteista on saada yhteen yksilöt ja yhteisöt terveys-, palveluntoimittajajetta muilta sektoreilta. Yhteen saattaminen vaatii erilaisia taitoja, jolloin keskiöön tulee nostaa palveluntarjoajien sekä lääkäreiden osalta vuorovaikutustaitojen kehittäminen ja huomion kiinnittäminen potilaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (Black & Gallan 2015).

Muutokset terveysalalla ovat vaikuttaneet potilaisiin ja aiempi tutkimus on keskittynyt kuvailemaan potilaiden kokemuksia ja heidän tyytyväisyyttään palveluita kohtaan (Danaher & Gallan 2016; McDermott & Pedersen 2016). Aiemmissä tutkimustöissä esitellään erilaisia potilaan asemaan liittyviä löydöksiä, kuten potilaan voimaannuttaminen (empowerment), millä tarkoitetaan kontrollin jakamista ihmisille ja potilaille itselleen, jotta he voivat ottaa henkilökohtaisesti vastuuta heidän elämäänsä vaikuttavista asioista ja päätöksistä. Suhtautuminen voimaannuttamiseen on yleisesti positiivinen, sillä voimaannuttuaan potilas ei ole enää palvelun passiivinen vastaanottaja, vaan osallistuu hoitoonsa aktiivisemmin. (Gibson 1991.) Tätä voimaantumisen prosessia varten on otettu avuksi terminologian muuttaminen, jolloin potilaasta käytetään termiä asiakas (Hakala, Tahvanainen, Ikonen & Siro 2011). Terminologian muutos ei kuitenkaan ole yksiselitteinen keino voimaantumiseen. Goodpastor ja Montoya (1996) ovat huomanneet, että koska lääkärit ovat korkeasti koulutettuja ja itsenäisiä asiantuntijoita, muutoksessa mielipidejohtajat ja osallistamisen keinot ovat hyödyttömiä ja niin sanotut keskustelevat keinot ja sosiaalinen manipulointi eivät ole palvelleet tutkimusorganisaatioita. Tehokkain keino motivoida lääkäreiden käytösmuutosta on antaa heille selkeitä suuntaviivoja jokapäiväiseen työhön (Goodpastor & Montoya 1996).

Potilaan voimaannuttaminen ja potilaskeskeinen toimintamalli ovat siirtäneet huomion keskipisteeksi asiakkaan, painottaen asiakkaan toimivan arvon luojana. Vuorovaikutustilanteessa kuitenkin arvo rakentuu dialogisesti yhteisesti palveluntarjoajan sekä asiakkaan arvoalueen risteämässä, molempien toimiessa arvon kanssaluojina (kts. Grönroos & Voima 2013), jolloin lääkärin rooli on arvon muodostumisessa tärkeässä osassa. Danaherin ja Gallanin (2016) mukaan uudemmassa tutkimuksessa on alettu kiinnittämään huomiota myös palveluntarjoajan näkökulmaan. Tulevaisuuden tutkimuksien yhdeksi aihepiiriksi on nostettu työntekijöiden näkökulman selvittäminen arvopohjaisessa palvelussa sekä terveydenhoitoalalla työskentelevien ammattilaisten muuttuvien roolien ymmärtäminen (Danaher & Gallan 2016). Bååthen ym. (2016) mukaan potilaskeskeisen toimintatavan myötä lääkärit ovat kokeneet mahdolluuksiensa itsenäiseen työskentelyyn sekä päätöksentekoon vähentyneen, mikä on aiheuttanut osalla lääkäreistä ahdistusta ja muutosvastarintaa.

Tutkimuskirjallisuus on keskittynyt usein potilaan uuden, kuluttajamaisen roolin kuvailuun, mutta lääkäreiden osalta tutkimus on jäänyt vähäiseksi (Tang & Guan 2017). Pitkän koulutustaustan omaavat lääkärit ovat jatkuvassa, kovassa paineessa työskenteleviä ammattilaisia, jolloin muutokset todennäköisesti luovat turhautumisen tunteita (Bååthe ym. 2016). Vuorovaikutuksen muuttunut

roolijako vaikuttaa myös lääkäreihin, jolloin heidän roolinsa voi jäädä asiakkaan roolin varjoon (Autio ym. 2012). Tutkimuskenttä, jossa tarkastellaan lääkärien mielteitä uudesta vuorovaikutuksen roolijaosta sekä muuttuneesta asiakkuudesta, on pieni ja tutkimusta Suomen rajojen sisäpuolelta ei juurikaan löydy.

1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämä tutkimus pyrkii lisäämään ymmärrystä, miten muuttunut potilaan rooli heijastuu lääkäreiden kokemassa, lääkäreiden ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Tarkastelussa ovat arvoalueet, terveydenhuollon asiakkuuden muutos ja vuorovaikutuksen roolit. Näitä lähestytään kvalitatiivisesti tutkien lääkäreiden näkökulmia ja kokemuksia. Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset johdetaan seuraavasti:

Tutkimusongelma:

Miten lääkärit kokevat muuttuneen asiakkuuden vaikuttavan potilaskeskeiseen vuorovaikutukseen?

Tutkimuskysymykset:

Miten lääkärit kuvailevat terveydenhuollon asiakasta?

Miten arvoalueet ilmenevät lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa?

Miten lääkärit määrittelevät oman roolinsa eri arvoalueilla ollessaan vuorovaikutuksessa terveydenhuoltopalveluja tarvitsevan henkilön kanssa?

Käytännön implikaationa tutkimus tuo uutta tietoa siitä, mitä lääkärit ajattelevat asiakkuuden muutoksesta ja miten organisaatio voi tukea lääkäreitä paremmin potilaslähtöisessä vuorovaikutuksessa.

1.3 Tutkimuksen rakenne ja keskeisimmät käsitteet

Tämä tutkimus koostuu viidestä pääluvusta. Aluksi johdanto johdattelee lukijaa aiheeseen ja perustelee, miksi tutkimus on tarpeellinen. Johdannossa esitetään tutkimusaukko, muodostetaan tutkimusongelma ja siihen alakysymykset sekä käydään läpi tiivistetysti keskeisimmät käsitteet. Toisessa luvussa kuvaillaan teoriataustaa käyden läpi aiempaa tutkimusta ja esitetään tutkimuksen kannalta oleellista kirjallisuutta ja terminologiaa. Tämän jälkeen kuvaillaan tutkimuksessa käytettyä metodologiaa, perustellaan valitut tutkimusmenetelmät, kuvataan aineiston keruuta sekä analysointimetodia. Neljännessä luvussa kuvaillaan

aineiston pohjalta saatuja tuloksia ja esitetään niitä tukevia, haastatteluaineistosta löytyviä sitaatteja. Viidennessä eli viimeisessä luvussa esitellään tuloksien pohjalta johtopäätöksiä, esitetään teoreettiset kontribuutiot ja käytännön implikaatiot. Lopuksi arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta sekä pohditaan mahdollisia tulevaisuuden jatkotutkimusaiheita.

Muuttunut asiakkuus

Lisääntynyt terveystieto on muovannut passiivista potilaan roolia kohti aktiivisempaa toimijaa. Tämä aktiivisempi toimija haluaa ottaa osaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon ja kantaa vastuuta päätöksensä vaikutuksesta omaan terveyteensä. (Autio ym. 2012.)

Potilaskuluttaja

Potilaskuluttajan myötä yhdistetään kaksi eri termiä, potilas ja kuluttaja. Uuden toimijuuden kautta pyritään kuvaamaan terveydenhuollon muuttunutta asiakkuutta. (Tuorila 2000, 35-38.)

Potilaan voimaantuminen

Potilaan voimaantuminen siirtää potilaan toimijuutta pois passiivisesta roolista kohti aktiivisempaa tekijää (Pors 2016). Voimaantuminen mahdollistaa henkilökohtaisen vastuunoton ja kontrollin tunteen henkilön elämään vaikuttavista asioista (Gibson 1991), jolloin potilas ei ole yhtä riippuvainen terveydenhuollon ammattilaisista (Adinolfi, Starace & Palumbo 2016).

Potilaskeskeisyys

Potilaskeskeisyys tavoittelee terveydenhuollossa tarjottujen palveluiden yksilöitymistä potilaan ja tämän lähipiirin mukaan (Mitchell, Closson, Coulis, Flint & Gray 2000). Tavoitteena on luoda tasa-arvoinen suhde lääkärin ja potilaan välille, missä potilasta ymmärretään ja luodaan syvällistä ymmärrystä lääkärin ja potilaan välillä (Irwin & Richardson 2006).

Arvoalueet (value spheres)

Arvoalueet kuvaavat vuorovaikutuksessa tapahtuvaa arvon muodostumista. Alueet jaetaan kolmeen eri alueeseen, jotka ilmentävät arvonmuodostusta palveluntarjoajan, asiakkaan ja näiden yhteisellä alueella. Palveluntarjoajalla ja asiakkaalla on rooleja, joiden kautta he vuorovaikutteisesti pyrkivät maksimoimaan asiakkaan arvon muodostumisen. Arvoalueet ovat dynaamisia. (Grönroos & Voima 2013.)

2 VUOROVAIKUTUS MUUTTUNEEN ASIAKASKÄSITYKSEN MYÖTÄ

Seuraavaksi käsitellään tutkielman teoriataustaa. Teoriataustan luvussa 2.1 syvennytään terveydenhuollon potilaskäsityksen ja asiakkuuden muuttumiseen, sekä tätä tukevaan potilaan voimaannuttamiseen ja lääkäreiden harjoittamaan potilaskeskiseen toimintatapaan. Luvussa 2.2. kuvataan aluksi, miten palvelututkimuksessa on siirrytty tarkastelemaan arvoa vuorovaikutuksen lopputulemana. Tämän jälkeen arvon rakentumista tarkastellaan arvoalueiden näkökulmasta sekä arvoalueilla otetuista rooleista, jonka jälkeen keskitytään lääkärin ammatilliseen identiteettiin sekä ammatillisen identiteetin kytkeytymistä vuorovaikutuksen rooleihin. Lopuksi tarkastellaan lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta.

2.1 Terveydenhuollon muuttuva potilaskäsitys

Nykyisin on vallalla toimintaperiaate, jossa julkisilta palveluilta voidaan odottaa hyvää laatua. Tätä perustellaan julkisten palveluiden rahoitusmallilla, joka koostuu julkisesti kerätyistä, yhteisistä varoista. Näiden myötä markkinointiterminologia on siirtynyt osaksi puhetta myös julkisten palveluiden kohdalla. Esimerkiksi julkisten palveluiden käyttäjiä kuvaillaan asiakkaina, vaikka julkisten palvelujen käyttäjä ja asiakas eroavat toisistaan: asiakas on osakas, yksilö tai ryhmä, jolle organisaatio tarjoaa palvelua, kun taas julkisten palveluiden käyttäjä on palvelun kuluttaja. (Rowley 2000.)

Käsite asiakkaasta on päätynyt terveydenhuoltoon liitettyyn puheeseen erilaisten syiden myötä. Kirjallisuudessa usein käytetään asiakas ja potilas termejä toistensa synonyymeinä, jolloin ne kuvaavat samaa asiaa (kts. Hakala ym. 2011, 55). Terveydenhuollon käytännön kontekstissa, terveydenhuollon palveluita käyttäviä henkilöitä tai potilaita pääsääntöisesti on mielletty asiakkaiksi ja siitä syystä heitä on kutsuttu asiakkaiksi (Kujala 2003, 29-30).

Kuitenkin, käsitteet potilas ja asiakas sisältävät määrityseroja. Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee potilaan henkilöksi, joka käyttää terveyden- ja sairaanhoidon palveluita tai on muuten niiden kohteena. Perinteisen tutkimuskirjallisuuden potilaskäsitykseen lukeutuu passiivisena kohteena toimiminen, vähäinen valinnanvapaus ja vähäinen valta ottaa kantaa saamaansa hoitoon (Tuorila 2000, 44-45). Potilas luottaa asiantuntijoiden ammattitaitoon, jolloin hän antaa hoitohenkilökunnalle ja lääkärille vallan valita hoitomenettelyt. Näin potilaan ja lääkärin välille muodostuu valtasuhde, joka perustuu lääkärin ammattitaitoon ja asiantuntijuuteen, ja näiden puuttumiseen potilaalta. (Autio ym. 2012.)

Toisin kuin terveydenhoidon piirissä käytetty termi potilas, asiakas on laaja käsite ja sitä ei ole sidottu käsitteellisesti mihinkään alaan.

Terveydenhoitopalveluita haluavan asiakkaan piirteiksi voidaan lukea harkitsemiskyky, maksukyky, sekä näiden myötä valta valita, ostaa ja myös vaatia haluamaansa terveydenhoitopalvelua. Asiakkaaseen liitetään ajatus aktiivisuudesta. (Autio ym. 2012.) Asiakas syventyy ja selvittää erilaisia vaihtoehtoja, vertailee hintoja, tutkii palvelujen tarjoajia sekä etsii tietoa hoidon laadusta (Pekuri-nen, Punkari & Pokka 1997, 4).

Perinteikkäät potilaan ja asiakkaan toimijuudet ovat alkaneet sekoittumaan ja tämä on herättänyt tutkijoiden huomion. Aution ym. (2012) tutkimuksessa huomattiin, että terveystiedon lisääntyminen ja tiedon helpompi saatavuus ovat vaikuttaneet passiiviseen potilaaseen ja muovanneet potilasta kohti aktiivisempaa asiakasta. Tämän muutoksen myötä potilaan ja asiakkaan välille on syntynyt erilaisia toimijoita, joita on kuvailtu niiden aktiivisuuden ja toimintatapojen mukaan. Toimijuudet vievät potilaan roolia kohti asiakasta ja asiakasta kohti potilasta. Esimerkiksi asiantuntijapotilas on henkilö, jolla on itseluottamusta, valmiuksia sekä kykyä elää ja kontrolloida omaa kroonista sairauttaan. (Autio ym. 2012.) Asiantuntijapotilaat tietävät hyvin oman tilanteensa ja ovat oman sairautensa asiantuntijoita (Shaw & Baker 2004). Tuorilan (2000, 35) esittämä toimija potilaskuluttaja on vielä lähempänä asiakasta. Potilaskuluttajalla on tietoa omista oikeuksista sekä velvollisuuksista ja hahmotuskykyä toimintamahdollisuuksistaan lääkärin vastaanotolla. Hänellä on riittävä tieto ja perehtyneisyys omaan sairauteensa, jotta voi toimia aktiivisesti potilaskuluttajan roolissaan. (Tuorila 2000, 36-37.)

Terminä potilaskuluttaja vastaa tutkimuksessa tarpeeseen kuvata terveyspalveluita käyttävää henkilöä, joka kytkee potilaan ja kuluttajan toimijuudet yhteen. Potilaan rooli sitoo toimijan liiaksi lääkärin tekemiin hoitopäätöksiin ja kuluttajan rooli korostaa toimijan valinnanvapautta ja määräysvaltaa. Potilas-termin käyttäminen viittaa ei-aktiiviseen toimijuuteen, eikä se vastaa tietoa hakevaa ja osallistuvaa henkilöä. Kuluttaja-termiin liitetään suuria vaatimuksia toiminnallisuudesta ja se leimataan kaupalliseksi, jolloin sen yhdistettävyyys terveyspalveluihin heikkenee, sillä terveyspalveluita harvemmin kulutetaan, vaan hankitaan tarvittaessa. Potilaskuluttaja-termi havainnollistuu jatkumoajattelun kautta, jossa potilas on toisessa päässä ja kuluttaja toisessa. Jatkumomalli helpottaa passiivisen potilaan malliin sosiaalistuneita, jotka kokevat vaikeuksia astuessaan uudenlaiseen rooliin, sillä potilaskuluttaja sijoittuu jatkumolle vaihtelevasti aina tarvittavan terveyspalvelun, tarvittavan tietotaidon sekä saatavilla olevien resurssien mukaan. (Tuorila 2000, 35-38.)

Kaikkien saatavilla oleva, jaettu terveystieto on vienyt perinteistä lääkärin teknokraattista valta-asemaa kohti uudenlaista lääkäri-potilassuhteen roolitusta (Autio ym. 2012). Potilaan osallistuminen osoittaa passiivisen potilaan roolin siirtymistä kohti aktiivisempaa kumppania (Pors 2016). Muuttunut potilaan rooli on tarvinnut potilaan ja lääkärin roolien uudelleen tarkastelua voimaannuttamisen näkökulmasta, jota käsitellään seuraavassa luvussa.

2.1.1 Potilaan voimaannuttaminen

WHO on kehittänyt viisi strategista lähestymistapaa universaalien terveydenhuollon edistämiseen, joista yksi on ihmisten voimaannuttaminen ja sitouttaminen yksilöinä omaan terveydenhuoltoonsa. Voimaannuttamisen avulla pyritään antamaan mahdollisuuksia, taitoja sekä resursseja, joilla tavoitellaan aktivoitumista terveyteen liittyvissä päätöksissä. Yksilöiden aktivoituminen nähdään keskeisenä osana universaalista terveydenhuoltoa, sillä yksilö elää ja vastaa omista terveydellisistä tarpeistaan, päättää omista terveystoimista sekä päättää kyvystään hoitaa itseään. (World Health Organization 2016, 5.)

Tarve voimaantumiseen on noussut myös terveydenhoitopalveluita käyttäviltä ihmisiltä, jotka tavoittelevat voimaantumisen kautta tunnetta henkilökohtaisen vastuun ottamisesta. Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden vaihtuessa jatkuvasti uusiin henkilöihin, pitkäaikaisia lääkäri-potilassuhteita ei ehdi syntyä ja näiden uudistuvien kontaktien myötä potilaat, tai heidän läheisensä, eivät luota palveluntarjoajan tietävän tarpeeksi hyvin heidän terveydentilastaan. (Roth 1994.) Vaikka potilaan voimaannuttamisesta käyty keskustelu terveydenhoitoalalla mielletään nuoreksi ilmiöksi (Tuorila 2013), lääkärit uskovat potilaiden haluavan osallistua hoitopäätöksiin entistä enemmän tulevaisuudessa (Tootellian, Rolston & Negrete 2007).

Gibsonin (1991) mukaan voimaannuttaminen on prosessi, jolla autetaan ihmisiä saamaan kontrolli asioista, jotka vaikuttavat heidän elämäänsä. Voimaantuessaan ihminen ottaa henkilökohtaista vastuuta, mikä on terveydenhuollon kannalta oleellinen asia. Instituutit, organisaatiot, yhteiskunta ja muut laajemmat toimijat voivat kannustaa ja avustaa potilaan voimaantumista kantamalla vastuunsa niissä asioissa, jotka mahdollistavat voimaannuttamisen prosessia. (Gibson 1991.) Voimaantuminen ei ole vain potilaan aktiivista ja yksipuolista osallistumista, vaan voimaantumisen onnistuminen vaatii palveluntarjoajilta aktiivisia tekoja ja kykyä ymmärtää omaa asiakastaan (Wright, Newman & Dennis 2006).

Voimaannuttamisen teorian kautta voidaan löytää tekijöitä, jotka parantavat potilaan luottamusta lääkäriin ja sitoutumista hoitomenetelmiin (Ouschan, Sweeney & Johnson 2006). Esimerkiksi ”terveyden ratkaisevat tekijät” -malli (health determinants -model) on todettu tehokkaammaksi vaihtoehdoksi verrattuna perinteiseen ”korjaa se” -malliin (fix it -approach), sillä uudessa toimintamallissa halutaan potilaan olevan jatkuvasti ja kokonaisvaltaisesti mukana tuottamassa terveyttä yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan osallistumisen ja voimaannuttamisen avulla saavutetaan selkeitä tuloksia terveysstatuksen parantumisessa, käyttäjätyytyväisyydessä sekä kulujen säästämässä. Voimaantumiseen pyrkiminen on toivottavaa, sillä jos potilas ei ota vastuuta omasta terveydestään ja siihen liittyvästä päätöksenteosta, hänestä tulee paljon riippuvaisempi ulkopuolisten toimijoiden, esimerkiksi terveydenhoidon ammattilaisten, avusta. (Adinolfi ym. 2016.)

Ouschan ym. (2006) ovat määritelleet kolme erilaista potilaan voimaannuttamisen ulottuvuutta seuraavasti:

1. Potilaan kontrolli, eli potilaan sopeutuminen sairauteen ja havaittu kyky sekä kontrolli oireisiin
2. Potilaan osallistuminen, mikä sisältää potilaan käytöksen hoitotoimenpiteiden konsultoinnissa
3. Lääkärin tuki, missä lääkärin rooli on auttaa potilaita saamaan taitoja ja ylittämään esteitä koulutuksen, itsensä tutkimisen ja emotionaalisen tuen kautta. Tuella on suurin vaikutus potilaan luottamuksen syntymiseen.

Ulottuvuuksien kautta voidaan hahmottaa tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet positiivisesti potilaan ja lääkärin väliseen luottamukseen sekä potilaan sitoutumiseen lääkäriin ja valittuihin hoitomenetelmiin. (Ouschan ym. 2006.)

Anderson ja Funnell (2005) huomasivat tutkimuksessaan, miten lääkärit olivat skeptisiä voimaannuttamista kohtaan. Voimaannuttamista pidettiin poliittisesti korrektina terminologiana sekä yrityksenä anastaa lääkäreiltä valtaa. Tällöin huomattiin tarve muuttaa lääkäreiden ajattelutapaa ja korostaa sitä, etteivät lääkärit ole vastuussa potilaasta. He ovat vastuussa potilaalle, jolle he tarjoavat yhteistyötä, informaatiota, asiantuntijuutta sekä tukea hoidossa onnistumiseen. Voimaannuttamisessa ei kuitenkaan ole kyse lääkäreiden vallan kaventamisesta, vaan tarkoituksena on tunnustaa potilaan olleen koko ajan vallassa ja kiinnittää huomio potilaan valta-asemaan. (Anderson & Funnell 2005.) Kuluttajat haluavat ymmärtää terveyteensä liittyviä asioita, mutta ymmärtävät myös sen, että syvällisen tiedon saaminen vaatii dialogia ja vuorovaikutusta lääkärin kanssa (Roth 1994). Laajemman ja valistuneemman tietämyksen kautta potilaskuluttaja on voimaantunut, mutta hän ei välttämättä pyri kyseenalaistamaan lääkärin asiantuntija-asemaa. Voimaantumista tuleekin tarkastella niin, että sen kautta potilaskuluttaja haluaa sitouttaa itsensä voimakkaammin hoitoprosessiin ja ymmärtää terveyttään paremmin. (Hogg, Laing & Winkelmann 2003; Lemire 2010.)

Voimaannuttaminen on heijastunut lääkäreiden ja potilaiden roolien muutokseen. Passiivisen potilaan toimijuus pääsee väistymään, kun lääkärit antavat potilaille enemmän itsemääräämisoikeutta omasta terveydestään. Tämän myötä terveydenhuollosta tulee demokraattisempaa, potilaan maallikkoasiantuntijuus nähdään positiivisena kiinnostuksena ja vuorovaikutus lääkärin kanssa muodostuu toimivammaksi ja onnistuneemmaksi. Julkisella puolella potilaan voimaannuttaminen voi näkyä potilaan ”hankaluutena”, mutta samalla tulee muistaa potilaan aktiivisuuteen liitetyt odotukset: potilaan odotetaan huolehtivan oman etunsa toteutumisesta ja toimijuuden olevan aktiivista, jopa terveyspalveluiden vaatimista. (Tuorila 2013.)

Voimaantumisen myötä lääkäristä tulee potilaan näkökulmasta yhteistyökumppani ja asiantuntija, joka pyrkii potilaan parhaaseen (Tuorila 2013). Voimaannuttamisen prosessi on muovannut lääkärin toimijuutta kohti asiantuntijan roolia, jossa lääkäri toimii antaen sekä tarjoten potilaalle tietoa. He eivät jätä potilasta yksin, vaan huolehtivat potilaan ymmärtävän valintojensa seuraukset. Voimaantuneen potilaan kautta lääkäri ymmärtää, että lopullinen päätöksenteko tapahtuu potilaan taholla. (Anderson & Funnell 2010.)

2.1.2 Potilaskeskeinen toimintatapa lääkärin työssä

Potilaskeskeisen toimintatavan arvoa ei olla aiemmin tunnustettu teknologia- ja diagnoosikeskeisyyden vallitessa, vaikka lukuisat todisteet ovat osoittaneet potilaiden puoltavan kyseistä lähestymistapaa (Irwin & Richardson 2006). Suomen Kuntaliiton (2011, 9-10) tekemässä oppaassa potilaskeskeisyys nähdään yhtenä merkittävänä terveydenhuollon laatutekijänä. Oppaassa kerrotaan käytännönläheisesti, mitä potilaskeskeinen malli tarkoittaa potilaan, henkilöstön ja organisaation johdon näkökulmasta (Suomen Kuntaliitto 2011, 9-10).

Potilaskeskeisyys ei ole vain yksi toimintamalli, vaan se on konsepti, joka muokkautuu organisaatioissa. Operationaalisella tasolla potilaskeskeisyys yhdistetään prosesseihin ja systeemeihin, jotka hajauttavat, virtaviivaistavat ja paikallistavat palveluita lähemmäs potilasta. Filosofisella tasolla potilaskeskeisyys muokkaa työntekijöiden arvoja, uskomuksia ja toimintatapoja ja rohkaisee ammattilaisia tarjoamaan potilaille ja perheille yksilöllisempää palvelua ottaen huomioon potilaiden toiveet, tarpeet ja huolet. (Mitchell ym. 2000.)

Lääkärin ja potilaan suhteen tasa-arvoistuminen on potilaskeskeisen hoidon tärkeä tavoite. Potilaskeskeinen toimintatapa tuo mukanaan hyötyjä sekä potilaalle että lääkärille, sillä sen avulla on voitu kehittää lääkäreiden toimintaa, lisätä potilastyytyväisyyttä ja parantaa potilaiden terveydellisiä lopputuloksia. Nämä hyödyt ovat saavutettu toimien potilaskeskeisten periaatteiden mukaan, ilman ajallisia tai resurssipohjaisia investointeja. Pelkkä sairauden parantaminen ei ole riittävää, vaan potilasta tulee ymmärtää. (Irwin & Richardson 2006.)

Potilaskeskeinen hoitotapa perustuu potilaan ja palveluntarjoajan väliseen vuorovaikutukseen, jolloin hoitosuhteen vuorovaikutuksen välityksellä potilaalle jaetaan tarpeeksi tietoa, taitoa sekä hoitoa (Suomen Kuntaliitto 2011, 9). Porsin (2016) mukaan potilaiden osallistumiseen ja sitoutumiseen voidaan vaikuttaa vuorovaikutuksen avulla muovaten hoito-odotuksia sekä -arvioita. Irwin ja Richardson (2006) puhuvat jaetun ymmärryksen luomisesta, joka on perustana hoitosuhteen yhteistyölle. Lääkärin puolelta odotetaan selkeää kommunikointia ja potilaan aktivoimista osaksi hoitoa, esimerkiksi ottamalla potilas osaksi hoitosuunnitelman suunnitteluprosessia lääkärin kanssa (Irwin & Richardson 2006). Näin huomataan, että potilaan rooliin kuuluu nähdä vaivaa, jotta arvon luominen yhdessä palveluntarjoajan kanssa mahdollistuu (Sweeney, Danaher & McColl-Kennedy 2015).

Potilaskeskeiseen vuorovaikutukseen sisältyvät sanalliset sekä sanattomat kommunikointistrategiat, joilla rakennetaan lääkärin ja potilaan välistä suhdetta, jaetaan informaatiota, vastataan potilaan tunteisiin, helpotetaan potilasta selviytymään epävarmuudesta sekä mahdollistetaan potilaan osallistuminen päätöksentekoon sekä itsensä johtamiseen (Epstein & Street 2007, 17-39). Vuorovaikutus voi välillä estyä ja jäädä toteutumatta, jolloin potilas ei saa tarvittavaa kommunikointia siinä määrin, missä hän itse sitä toivoisi saavan, esimerkiksi tarvittavasti tietoa. Tällöin lääkärin taitoja voidaan kehittää potilaskeskeisemmiksi ja lääkärille voidaan tarjota työkaluja potilaskeskeisyyden toteuttamiseksi. Tehokkaassa kommunikoinnissa tulisi käydä läpi potilaan toiveita, odotuksia ja huolia ja

pyrkii saavuttamaan yhteysymmärrys diagnoosista ja hoitotoimenpiteistä. (Irwin & Richardson 2006.)

Lääkärin ja potilaan suhteen mukaan määräytyvää potilaslähtöistä toimintatapaa ja sen vuorovaikutusta on jaoteltu viestinnällisistä näkökulmista. Nämä ovat vuorovaikutussuhteen käytännönläheisyys, konfliktimaisuus, utilitaristinen viestintä ja sosiaalisesti rakentunut vuorovaikutus. Lääkärin ja potilaan suhteen ollessa käytännönläheinen tuottaja-kuluttajasuhde, viestintä on käytännönläheistä ja sen tavoitteena on luoda potilastyytyväisyyttä. Teoreettisessa tarkastelussa huomataan lääkärin rooliksi tekninen konsultti, joka tarjoaa informaatiota ja teknisiä palveluita potilaan vaatimusten mukaisesti. Potilaan rooliin kuuluu tavoitteiden ja suunnitelman asettelut, sekä kantaa vastuu kaikesta päätöksenteosta. Konfliktimaisessa suhteessa osapuolet ovat ammattilaisen ja toimeksiantajan rooleissa, jolloin viestintä on konfliktimaista ja tavoitteena on luoda potilaan itseohjautuvuutta. Teoreettinen huomio kiinnittyy sosiaalisiin kerroksiin sekä vallan epätasaiseen jakautumiseen. Lääkärin roolina on asettaa tavoitteet sekä suunnitelma ja antaa potilaalle informaatiota vain potilaan sitä pyytäessä. Potilas taas pyrkii hakemaan informaatiota ja päätäntävaltaa. Utilitaristisen viestinnän roolitus on verrattavissa kahteen asiantuntijaan ja kommunikointi on ”kovaa faktaa” ja rationaalista valintaa. Tavoitteena on luoda yhteistä päätöksiä yhdessä, ja lääkärin rooli on tuoda päätöksentekoon informaatiota ja vaihtoehtoja, kun potilas tuo ilmi arvojaan ja mieltymyksiään arvioidessaan lääkärin esille tuomia vaihtoehtoja. Sosiaalisesti rakentuneessa vuorovaikutuksessa ei ole ennalta määriteltyjä käytänteitä eikä rooleja, vaan ne muodostuvat vuorovaikutuksessa. Tällöin tavoitteena on luoda ”jaettu mieli” lääkärin ja potilaan välille. (Ishikawa, Hashimoto & Kiuchi 2013.)

2.2 Vuorovaikutuksella arvoa palveluun

Arvon luominen potilaille on terveydenhuollon olennainen tavoite. Hyväksi arvoksi käsitetään saavutetut terveydelliset tulokset, jotka nähdään ainoana keinona hillitä terveydenhuollon kustannuksia sekä kasvattaa arvoa. (Teperi ym. 2009, 24-25.) Näiden lisäksi arvokeskustelussa voidaan yhdistää useiden toimijoiden intressejä. Korkean arvon saavuttamisen noustessa prioriteetiksi, arvo määrittää kehukset toiminnan parantamiselle ja arvon kehittyessä potilaat, maksajat, tuottajat ja toimittajat hyötyvät. (Porter 2010.)

Arvonluonti on tutkimuskenttää kiinnostava alue ja siihen otetaan kantaa paljon palvelututkimuksen keskuudessa (esim. Vargo & Lusch 2004, 2008; Grönroos 2008; Grönroos & Voima 2013; Heinonen ym. 2010). Vanhanaikaisessa arvon luomisen käsityksessä yritystä on pidetty arvon kontrolloijana ja luoja (Woodruff 1997), jolloin kuluttaja on nähty osallistujana, jonka osallistumista palvelun tuotantoon sekä tuottamisen prosesseihin pitää yrityksen taholta johtaa (Carù & Cova 2015). Hyödykkeiden vaihdantaan perustuvassa arvonluonnissa (value-in-exchange) keskustelun painotus siirtyi sekä yrityksen että asiakkaan resursseihin, jolloin arvo ymmärrettiin tuotteeseen mahdollisesti lisättävänä ominaisuutena,

esimerkiksi lisäosana (Grönroos 2008; Vargo & Lusch 2004; Heinonen, Strandvik & Voima 2013). Käsitys arvon mahdollisesta lisäämisestä tuotteeseen jouduttiin kyseenalaistamaan palvelumarkkinoinnin myötä. Palvelussa ei lähtökohtaisesti ole vaihdettavaa tuotetta, jolloin arvonluontiprosessi piti määritellä uudelleen. (Vargo & Lusch 2004.)

Palvelukeskeisen tutkimuksen myötä vaihdantakeskeisestä arvonluonnista on siirrytty ajatukseen, jonka mukaan arvo syntyy kuluttajan käytössä käyttöarvona (Lusch, Vargo & O'Brien 2007; Grönroos & Voima 2013). Käyttöarvon (value-in-use) kautta koetussa arvossa huomio ei keskity pelkästään kustomoituihin tuotepaketteihin, saati tiettyä hintaa vastaan saatuihin palveluihin. Näiden sijaan arvonluonnista tulee prosessi, jossa korostuvat asiakkaan kokemukset, logiikka ja kyky luoda arvoa tuotteista ja palveluista. (Grönroos & Voima 2013.) Asiakkaan kokema käyttöarvo havaitaan tuotteen tai palvelun käytössä ja arvo nousee käytön mukana (Grönroos 2006). Käyttöarvo kuitenkin keskittyy suurelta osin pelkästään asiakkaaseen, jättäen arvonluonnin toisen osapuolen käsittelemättä ja palveluntarjoajan toiminnot huomioimatta (Grönroos & Voima 2013).

Kun arvon luominen liitettiin osaksi yrityksen suorittamia aktiviteetteja, esimerkiksi vaihdantakeskeisessä arvonluonnissa, kuluttaja ja yritys irrotettiin toisistaan erillisiksi tekijöiksi arvonmuodostuksen prosessissa (Vargo, Maglio & Akaka 2008). Palveluvoittoisen logiikan (service dominant logic) myötä on havaittu, että asiakas ja yritys voivat yhdistää toimensa ja luoda arvoa yhdessä arvon kanssaluojina (value co-creation) (Vargo & Lusch 2008). Tällöin vuorovaikutuksen elementti tulee osaksi arvonluontia. Vuorovaikutuksen myötä asiakkaan rooli on siirtynyt kohti aktiivista, arvonluontiin osallistuvaa ja arvoa luovaa toimijaa. Tämä on vienyt palveluntarjoajan roolia kohti käsitystä, jossa palveluntarjoajan roolissa keskeistä on tukea asiakkaan arvonluontia ja tarjota asiakkaan käyttöön palveluntarjoajan resursseja, työntekijöitä tai koneita. (Grönroos 2011; McColl-Kennedy ym. 2012.) Terveystieteiden kontekstissa palveluntarjoaja voi tukea asiakkaan arvonluontia esimerkiksi rohkaisemalla asiakasta osallistumaan omaan terveydenhuoltoonsa (Gallan, Jarvis, Brown & Bitner 2013).

Arvonmuodostus ei rajoitu ainoastaan palveluntarjoajan ja asiakkaan väliin vuorovaikutukseen, vaan tutkimuksissa on huomattu arvonluomisen prosessin laajentuvan näiden kahden toimijan välisen vuorovaikutussuhteen yli, esimerkiksi erilaisiin sosiaalisiin verkostoihin (Black & Gallan 2015) ja elämyksiin, jolloin arvoa ei ole luotu yhdessä palveluntarjoajan kanssa, vaan asiakas on luonut arvoa itsenäisesti ilman yrityksen läsnäoloa (Heinonen ym. 2010). Tällöin aktiivinen vuorovaikutussuhde arvonluonnissa on katkennut. Yritys voi paikata tilannetta ja pyrkiä muuttamaan rooliaan kohti arvon kanssaluojaa tulemalla lähemmäs asiakkaitaan ymmärtämällä heitä ja olemalla mukana osana asiakkaiden jokapäiväistä elämää. (Heinonen ym. 2010.) Grönroosin (2006) mukaan vuorovaikutuksen luominen on olosuhteista riippuvaista eikä vuorovaikutuksen tarvitse olla aktiivista, yhteistä dialogia. Asiakas voi luoda arvoa itsenäisesti, esimerkiksi käyttäessään paitaa, jonka pesula on pessyt. Tällöin pesulan ja asiakkaan välille syntynyt vuorovaikutuksen elementti on joka tapauksessa läsnä ja toimii perusteena arvonluomiselle. (Grönroos 2006.)

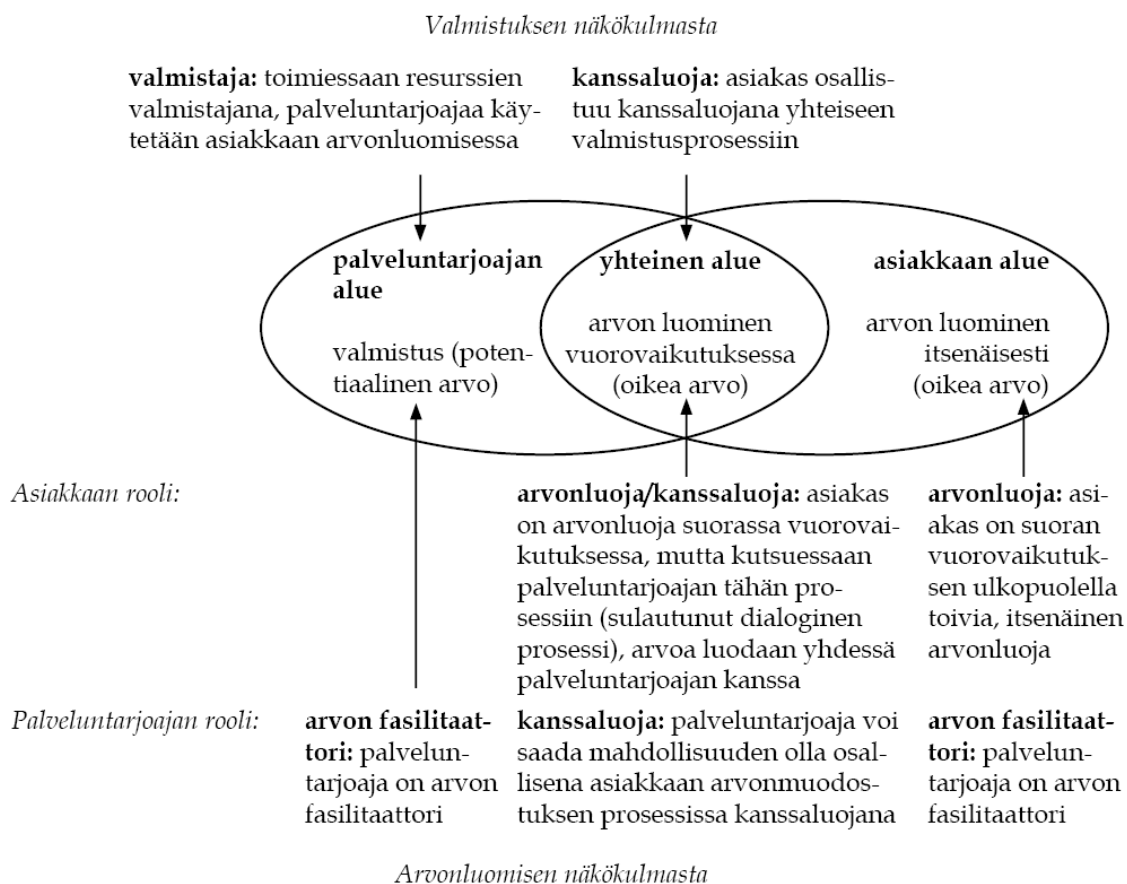
Vuorovaikutus nousee esiin, kun tarkastellaan arvonluontia lääkärin ja potilaan välisessä yhteistyössä vastaanotolla. Grönroos (2008) tarkoittaa arvon yhteisluonnilla asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä tapahtuvaa vuorovaikutuksen ja yhteistyön mekanisme, jolloin lopputuloksena on molempien osapuolten kokemaa arvoa. Tällöin palveluntarjoajan palveluprosessi, sekä asiakkaan kulutus- ja arvonluontiprosessit yhdistyvät, muodostaen yhden suorien vuorovaikutuksien prosessin (Grönroos 2008). Näin arvo ei pääse rakentumaan eristyksissä (Akaka, Vargo & Schau 2015).

Palveluntarjoajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus voidaan jakaa kahteen eri tyyppiin, jotka ovat suora ja epäsuora. Suorassa vuorovaikutuksessa asiakkaan ja yrityksen resurssit (henkilökunta, järjestelmät) keskustelevat aktiivisessa, käynnissä olevassa ja koordinoitussa prosessissa. Huomio kohdistuu suoraan vuorovaikutukseen yleensä valmistus- ja toimitustilanteissa, mutta suoraa vuorovaikutusta voi tapahtua kaikissa niissä hetkissä, joissa asiakas keskustelee yrityksen kanssa vuorovaikutteisesti, esimerkiksi suunnittelussa tai tuotekehittelyssä. Epäsuoraa vuorovaikutusta voi tapahtua aktiivista vuorovaikutustilannetta ennen tai sen jälkeen, esimerkiksi potilaan hakiessa tietoa. Vaikka suora vuorovaikutus palveluntarjoajan tai yrityksen kanssa puuttuu, arvoa voidaan luoda epäsuoran vuorovaikutuksen piirissä. Epäsuorassa vuorovaikutuksessa tapahtuva arvonluonti kuitenkin mielletään useimmiten asiakkaan itsenäiseen arvoalueen piiriin. (Grönroos & Voima 2013.)

2.2.1 Arvoalueet ja roolit arvoalueilla

Vuorovaikutuksen arvonluontia sekä toimijoiden rooleja hahmotetaan arvoalueiden kautta. Arvoalueet kuvaavat, milloin arvoa luodaan, millä keinoilla ja kuka sitä luo. (Grönroos & Voima 2013; Grönroos & Gummerus 2014.) Arvoalueita on todettu aikaisemmassa tutkimuksessa olevan kolme: palveluntarjoajan alue (provider sphere), yhteinen alue (joint sphere) ja asiakkaan alue (customer sphere) (Grönroos & Voima 2013; Grönroos & Gummerus 2014).

Kuviossa 1 on kuvattu arvoalueita Grönroosin ja Voiman (2013) mukaan. Siinä havainnollistetaan, kuinka arvoalueet, roolit sekä vuorovaikutus toteutuu arvoalueiden välillä palvelun valmistuksen sekä arvonluomisen näkökulmasta. Alueiden sisällä näkyy arvonluomisen vuorovaikutteisuus. Palveluntarjoajan arvoalueella, luotu arvo on vasta potentiaalista arvoa, jonka tulee muuttua oikeaksi arvoksi pääsemällä yhteiselle arvoalueelle, jossa asiakas tekee arvon todeksi. (Grönroos & Voima 2013.)



KUVIO 1 Arvoalueet (mukaiillen Grönroos & Voima 2013)

Palveluntarjoajan arvoalue

Palveluntarjoajan arvoalue kuvaa nimensä mukaisesti palveluntarjoajaa ja sen funktiota arvon luonnissa. Tällä alueella palveluntarjoaja, eli tässä tutkimuksessa sairaalaorganisaatio, tuottaa potentiaalista arvoa, jonka asiakas muuttaa oikeaksi arvoksi yhteisellä arvoalueella vuorovaikutteisesti tai omalla arvoalueellaan itsenäisesti. Palveluntarjoajan suorittamat aktiviteetit, esimerkiksi valmistus ja testaus, lukeutuvat palveluntarjoajan arvoalueelle luoden tuotoksia eli potentiaalista arvoa, jonka asiakas voi käyttää resurssina arvonluomisprosessissaan. Alueen tavoitteena on, että yrityksen tekemät aktiviteetit johtavat asiakkaan omaan arvonluontiprosessiin, jolloin yritys on vastuussa näiden asiakasta kannustavien aktiviteettien prosesseista. Palveluntarjoajan alue voi olla asiakkailta suljettu, jolloin asiakkaan ja palveluntarjoajan yhdessä luomaa arvoa ei voi syntyä tällä alueella. Tästä katsantokannasta palveluntarjoajan rooli on toimia ainoastaan arvon mahdollistajana sekä potentiaalisen arvon tuottajana, eikä se siten ole varsinaisesti mukana asiakkaan arvonluomisen prosessissa. (Grönroos & Voima 2013; Grönroos & Gummerus 2014.)

Tarkastelun keskittyessä palveluntarjoajan arvoalueeseen todetaan, ettei palveluntarjoaja ole osana yhteisen arvonluonnin prosessissa asiakkaan kanssa.

Tällöin palveluntarjoajan roolin analysoinnissa tarkastellaan epäsuoraa vuorovaikutusta palveluntarjoajan ja asiakkaan välillä. Palveluntarjoajan rooliin kuuluu vastuu oman arvoalueensa prosesseista, esimerkiksi valmistusprosessista, sisältäen kehittelyn, designin, valmistuksen ja toimittamisen, sekä erilaisten tukipalvelujen tuottaminen. Kaikkia näitä resursseja ja toimintoja tarvitaan, jotta asiakkaan prosessit arvonluomiseen mahdollistuvat. Pohjimmiltaan palveluntarjoaja on siis asiakkaan arvonluomisprosessien resurssien luoja. (Grönroos & Ravald 2011.) Resurssiensa ja prosessiensa kautta, palveluntarjoaja voi epäsuorasti vaikuttaa asiakkaan arvonluontiin. Suoraa vaikutusta asiakkaan arvonmuodostumiseen ei saada palveluntarjoajan kontrolloimalla arvoalueella, mutta arvoa voidaan mahdollistaa palveluntarjoajan tarjoamalla resursseilla. (Grönroos & Voima 2013.)

Palveluntarjoajan resursseihin keskittyessä kiinnitetään huomiota erityisesti työntekijöihin. Työntekijät nousivat huomion keskipisteeseen, kun heidän havaittiin olevan useasti asiakkaiden kanssa kontaktissa ja vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa, samalla kun asiakas on palvelun kuluttamisen prosessissa. Tällöin havaittiin palvelun yhteistuotannossa asiakkaan ja palveluntarjoajan roolien välinen yhteys, jolloin markkinoinnin huomio ei enää keskittynyt ainoastaan ulkoisiin tekijöihin (tyypillisesti asiakkaisiin), vaan myös etualalla työskenteleviin työntekijöihin. Samalla työntekijän vaikutus asiakkaan lopputulokseen korostuu. Tämän johdosta alettiin pohtia, minne työntekijä sopii palveluoperaatiossa. (Bowen 2016.)

Bowenin (2016) tutkimuksessa huomattiin, että työntekijöillä on kriittinen rooli arvonluomisessa, sillä he tuovat palvelua konkreettisemmaksi tuottamalla sitä yhdessä asiakkaan kanssa. Kontekstista riippuen työntekijän tulee täyttää neljä eri palveluroolia, jotka ovat: innovoija, erikoistaja, mahdollistaja ja koordinoija. Tutkijan mukaan näiden roolien kautta työntekijä muotoutuu kriittiseksi osaksi palvelukokonaisuutta, kun asiakas muodostaa arvionsa vastaanotetusta palvelukokemuksesta. Innovoijan roolissa luodaan asiakkaille uudenlaisia, asiakaslähtöisiä palveluelämyksiä. (Bowen 2016.) Ideoiden innovoiminen lähtee työntekijän kyvystä lukea asiakkaan tarpeita (Lages & Piercy 2012). Työntekijän toimiessa erikoistajan roolissa pienetkin teot ja huomiot, esimerkiksi ihmiskontakti, vaikuttivat asiakkaan kokemukseen. Tällaisella erikoistamisella yritys voi pyrkiä erottamaan tarjoamaansa tuotetta tai palvelua muuten samanlaisesta massasta. (Bolton, Gustafsson, McColl-Kennedy, Sirianni & Tse 2014.) Mahdollistajan roolissa työntekijä auttaa asiakasta siten, että palvelukokemus on toimitettu asiakkaalle ja asiakas on sen kokenut (Bowen 2016). Koordinoijana työntekijän tärkein tehtävä on hallita työntekijän ja asiakkaan toisistaan riippuvaisia rooleja arvon yhteisluonnissa (Ostrom, Parasuraman, Bowen, Patricio & Voss 2015). Molemmilla osapuolilla, työntekijällä ja asiakkaalla, tulee olla taitoja roolien täyttämiseksi ja työntekijän osalta tämä tarkoittaa työntekijän kykyä hallita oma, rajattu osaamisalueensa sekä yhdistää siihen laajalti muita aloja (Bowen 2016). Asiakkaiden taas tulee osata integroida omia, yrityksen ja muiden verkostossa toimivien tahojen resursseja tehokkaasti (Hibbert, Winklhofer & Temerak 2012).

Bowenin (2016) roolit keskittyvät palvelualoilla työskenteleviin työntekijöihin yleisemmin, kun Veatch (1972) on tutkimuksessaan keskittynyt lääkäreihin ja heidän ottamiin vuorovaikutuksen rooleihin. Nämä roolit ovat jaoteltu *insinööri-, pappi-, kollega-* sekä *sopimuksen mukainen kumppani* -toimintamalleiksi, joihin sisältyy osaksi kuvauksia potilailta odotetusta roolista ja käyttäytymisestä. Lääkärin toimiessa insinöörimallin mukaan, hän välittää potilaalle tietoa ja toimii teknisenä asiantuntijana, jolloin vastuu potilaan terveydestä jää potilaalle itselleen. Papin roolissa lääkäri käyttäytyy potilasta kohden holhoavasti, ottaa vastuun hoitopäätöksien tekemisestä, jolloin potilaan rooliin kuuluu uskoa hoitopäätöksen olevan oikea. Kollegan roolissa lääkäri on potilaan kanssa tasa-arvoisessa ja luottamuksellisessa asemassa ja hoitopäätökset muodostuvat yhteisesti jaetun tiedon pohjalta molempien osapuolien osallistuessa päätöksentekoon. Lääkärin toimiessa sopimuksen mukaisena kumppanina (contractual partner) vuorovaikutuksen osapuolet pyrkivät molempia osapuolia hyödyttävään lopputulokseen. Sopimuksen mukaisen kumppanuuden roolissa osapuolten välille sovitaan sekä lääkäriä että potilasta sitovat oikeudet ja velvollisuudet hoidon ja diagnoosin suhteen. (Veatch 1972.)

Se, millainen vuorovaikutuksen rooli lääkärille valikoituu, tai millaisen roolin hän ottaa, saa vaikutteita lääkärin ammatillisesta identiteetistä (Real, Bramson & Poole 2009). Rooli voi ajautua konfliktiin, jos lääkärin ottama rooli ei vastaa hänen odotettua käyttäytymismallia (Autio ym. 2012). Lääkäreiden ammatillista identiteettiä ja sen vaikutusta vuorovaikutuksessa otettuihin rooleihin tarkastellaan myöhemmin luvussa 2.2.2.

Yhteinen arvoalue

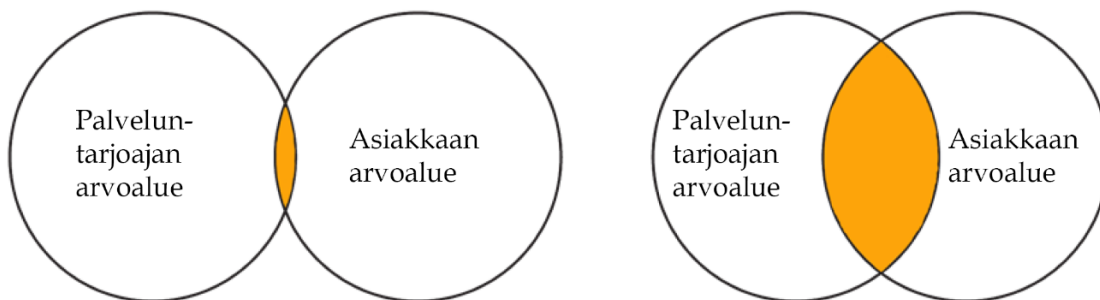
Tässä tutkimuksessa havainnointi keskittyy tarkastelemaan arvoalueista yhteistä aluetta, sillä yhteisellä arvoalueella asiakas ja yrityksen resurssit, tässä tutkimuksessa lääkärit, kohtaavat. Koska tarkoitus on tutkia lääkäreiden kokemuksia muuttuneen asiakkaan kanssa käydystä vuorovaikutuksesta, on mielekästä keskittyä arvoalueissa yhteisluonnin kenttään, jossa arvoa luodaan suorassa vuorovaikutuksessa yhdessä asiakkaan kanssa.

Yhteinen arvoalue kuvaa palveluntarjoajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, jonka kautta palveluntarjoaja voi olla osana asiakkaan arvonluontiprosessia ja luoda oikeaa arvoa asiakkaan kanssa. Tällä alueella asiakas on ohjaksissa ja palveluntarjoaja voi pyrkiä vaikuttamaan asiakkaan arvonluontiprosessiin erilaisten vuorovaikutuksen aktiviteettien välityksellä. Palveluntarjoaja voi tällä alueella pyrkiä suoraan vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa ja jos asiakas sallii palveluntarjoajan liittymään osaksi oikean arvonluonnin prosessia, palveluntarjoaja saa mahdollisuuden toimia arvon kanssaluojana. (Grönroos & Voima 2013; Grönroos & Gummerus 2014; Grönroos & Ravalid 2011.)

Yhteisellä arvoalueella asiakkaan roolina on toimia itsenäisenä arvon luojana tai arvon kanssaluojana yhdessä palveluntarjoajan kanssa. Arvoa voi syntyä, kun asiakas käyttää omia resurssejaan ja prosessejaan dialogisesti palveluntarjoajan resurssien ja prosessien kanssa. Toisin kuin itsenäinen asiakas,

palveluntarjoaja on roolissaan yhteisellä arvoalueella riippuvainen asiakkaasta. Jos suora ja aktiivinen vuorovaikutus katoaa asiakkaan ja palveluntarjoajan väliltä, arvonluonti ei enää sijoitu yhteiselle arvoalueelle, vaan se siirtyy asiakkaan itsenäiselle alueelle (customer sphere) eikä palveluntarjoajan rooli arvon kanssa luojana mahdollistu. Ymmärtäessään asiakkaan käytänteitä ja vuorovaikutuksen tapoja, palveluntarjoajan rooli voi muuttua aktiiviseksi asiakkaan kanssa yhdessä arvoa luovaksi toimijaksi. Vain asiakkaan sallieissa, palveluntarjoaja voi saavuttaa arvon kanssaluojan roolin. (Grönroos & Voima 2013.)

Grönroosin ja Voiman (2013) mukaan kaikkien arvoalueiden ominaisuuksiin lukeutuu dynaamisuus ja alueet voivat laajentua sekä supistua. Yhteisen arvoalueen laajentumista on havainnollistettu kuviossa 2, jossa yhteinen arvoalue on väritetty oranssilla. Dynaamisuus voidaan havaita yhteisellä arvoalueella esimerkiksi silloin, kun palveluntarjoaja kutsuu asiakkaan omalle arvoalueelleen, esimerkiksi valmistusprosessin eri vaiheisiin kanssasuunnittelijaksi. Tällöin palveluntarjoajan ja asiakkaan arvoalueet liikkuvat lähemmäksi toisiaan, oranssi yhteinen arvoalue laajenee ja arvon yhteisluonnin mahdollisuudet kasvavat. Mitä laajempi yhteinen arvoalue on, sitä enemmän palveluntarjoajalla on mahdollisuuksia rakentaa suoraa vuorovaikutusta asiakkaan kanssa ja pyrkiä arvon kanssaluojaksi. Palveluntarjoajan arvoalueen rajat voivat joutua joustamaan asiakkaan ollessa aktiivinen osapuoli ja asiakkaan ylittäessä ne. Myös tällöin yhteinen arvoalue eli suoran vuorovaikutuksen alue laajenee ja yritykselle tarjoutuu uusia mahdollisuuksia luoda arvoa yhdessä asiakkaan kanssa. (Grönroos & Voima 2013.)



KUVIO 2 Yhteisen arvoalueen laajentuminen

Kun suoraa vuorovaikutustilanteita ilmenee aikaisessa vaiheessa, yhteisalue voi hallita arvonluonnin prosessissa. Vuorovaikutuksen luomat mahdollisuudet voivat mennä joko molempien osapuolten luodessa arvoa yhdessä, tai sitä tuhoten. Esimerkiksi palveluvirheen käsittelymenettelyt voivat vaikuttaa asiakkaan arvonluontiin joko positiivisesti tai negatiivisesti. (Grönroos & Voima 2013.)

Yksi markkinoinnissa esiin nouseva näkökulma korostaa arvonluonnin mahdollisuuksia asiakasta osallistamalla (customer participation). Tämä voi olla palveluntarjoajan näkökulmasta kaksiteräinen miekka. Samaan aikaan, kun asiakas pääsee osallistumaan, työntekijöiden stressi voi kasvaa ja työtyytyväisyyden

edistäminen vaikeutua, jolloin asiakkaan osallistaminen voi aiheuttaa huonompia työsuorituksia ja rooliristiriitaa. Työstressin taustalla vaikuttaa kolme eri tekijää: työntekijöiden kokemus auktoriteetin aseman ja kontrollin menettämisen tunne, työntekijän epätietoisuus riittävästä työpanoksesta sekä rooli-odotusten ja roolivaatimusten välinen ristiriitaisuus. (Chan, Yim & Lam 2010; Hsieh, Yen & Chin 2004.) Arvonluonnin tutkimuksessa työntekijöiden näkökulmaa on jouduttu kaventamaan palvelumarkkinoinnin kirjallisuuden fokuksittuessa asiakkaisiin, asiakkaiden arvonluomiseen ja työntekijöiden korvaamiseen teknologialla (Bowen 2016). Näin on tapahtunut, vaikka työntekijät sijoittuvat arvonluonnin prosessissa keskeiseen asemaan: toimittamaan ensiluokkaista arvoa asiakkaalle (O’Cass & Sok 2013).

Suurin osa terveydenhoitoalalla käydystä vuorovaikutuksesta sijoittuu yhteisen arvonluonnin alueeseen, jossa vuorovaikutus tapahtuu kasvotusten palveluntarjoajan ja potilaan ottaessa erilaisia rooleja arvon kanssaluojina. Potilaan mahdollisuuksia osallistua arvon yhteisluontiin tulee miettiä tarkkaan, sillä jos potilas tuntee olonsa pakotetuksi arvon yhteisluonnin aktiviteetteihin, lopputuloksena voi olla haittavaikutuksia palvelukokemukseen ja arvonluontiin. (Hardyman ym. 2015.) Esimerkiksi potilaan kokemus tarve hankkia terveyteen liittyvää tietoa terveydenhoitopalveluihin liittyen ei ole aina pelkästään potilaiden omista intresseistä lähtöisin, vaan terveystalouden palvelujärjestelmiä on voitu rakentaa näitä tarpeita ja motiiveja luoviksi (Tuorila 2013).

Lääkärin ja potilaan välisiä vuorovaikutusrooleja voidaan kuvata teatterihenkilökuvausten keinoin. Tällaisessa tilanteessa lääkäri nähdään hoitotilanteen ohjaajana, muu hoitohenkilökunta päänäyttelijöinä ja potilas sivuroolissa. Jos palveluntarjoaja haluaa nostaa kuluttajaa aktiivisempaan rooliin, on palveluntarjoajan nostettava kuluttaja osittaiseen päärooliin. (Williams & Andersson 2005.) Aution ym. (2012) mukaan potilas on ottanut aktiivisempaa roolia saatavilla olevan, jatkuvasti lisääntyneen tiedonsaannin myötä. Tämän johdosta roolitus voi vaihtua ja potilas nousta hetkellisesti päärooliin ilman palveluntarjoajan apua. Potilaan ja lääkärin välillä oleva uusi roolijako voi säilyttää vuorovaikutuksen perinteisenä lääkärin valta-asemana tai vuorovaikutus voi muuttaa roolit toimimaan yhteistyössä, sillä molemmat osapuolet ovat aktiivisia. (Autio ym. 2012.)

Lääkärin ja potilaan suhteen tasa-arvoistumisen myötä potilaan perinteinen rooli, passiivinen hoitotoimenpiteiden kohde, on muuttumassa aktiiviseksi terveystiedon etsijäksi, kuluttajaksi sekä maallikkodiagnosoijaksi. Lääkärin rooli on ollut toimia pappina, paternalistisena hoidon ohjaajana, mutta tämä voi muuttua kohti insinöörin, kollegan tai sopimuksen mukaisen kumppanin roolia. Lääkärin rooli voi ajautua potilaan pääroolin tieltä kohti tilapäistä sivuroolia. Tällöin potilas odottaa lääkärin toimivan asiakaspalvelijan tapaan tiedon välittäjänä ja toiveiden toteuttajana, kapeassa sivuroolissa. Lääkärin rooli ei kuitenkaan säily passiivisena, vaan se palautuu hoitoprosessin ohjaajaksi hoitotilanteen edetessä. Julkisessa terveydenhuollossa on tyypillistä, ettei potilas ole asiantuntijapotilaanaakaan asiakkaan tyyliin ”aina oikeassa”, jolloin lääkäri tekee työnsä ammattietiikkansa mukaisesti nojaten lääketieteellisiin perusteluihin, myötäilemättä potilaan vaatimuksien mukaan. (Autio ym. 2012.)

Asiakkaan arvoalue

Arvonluonnin alueista kolmas ja viimeisin on asiakkaan arvoalue. Asiakkaan alueella tapahtuvaan arvonluontiin voidaan viitata Grönroosin (2008; 2011) mukaan kutsumalla sitä itsenäisen arvonluonnin prosessiksi, jolloin ei tapahdu vuorovaikutusta palveluntarjoajan kanssa. Palveluntarjoaja ei tällöin ole vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa, vaan toimii passiivisesti (Grönroos 2008; 2011). Alueella tapahtuva arvonluonti voi olla asiakkaalle huomaamaton ja passiivinen prosessi, missä asiakas tiedostaen tai tiedostamattaan tekee johtopäätöksiä vuorovaikutuksesta ja rakentaa omaa todellisuutta, missä arvo on sisäistetty (Voima, Heinonen & Strandvik 2010).

Asiakkaan arvoalueen vuorovaikutuksettomuutta on kyseenalaistettu. Akaka ym. (2015) näkevät arvon luomisen tapahtuvan palveluntarjoajan ja asiakkaan välillä käydyssä vuorovaikutuksessa, jota tapahtuu myös asiakkaan arvoalueella. Grönroosin ja Voiman (2013) mukaan palveluntarjoaja voi tällöin pyrkiä liittymään asiakkaan arvonluontiprosessiin epäsuoran vuorovaikutuksen välityksellä. Asiakkaan arvonluontiprosessin itsenäiselle alueelle heijastuu vaikutteita useista eri tekijöistä, joista osa ei liity palveluntarjoajan suoran vuorovaikutuksen panostuksiin, kuten asiakkaan unelmoiminen ja mielikuvien luominen ennakkomateriaalien avulla. Tällöin ennakkomateriaalit, esimerkiksi palveluntarjoajan tuottamat materiaalit, toimivat epäsuoran vuorovaikutuksen välittäjinä. (Grönroos & Voima 2013.) Epäsuoraan vuorovaikutukseen lukeutuvat lisäksi asiakkaan keksimät vuorovaikutustilanteet (Helkkula, Kelleheller & Pihlström 2012).

Asiakkaan arvonluonnin prosessi on subjektiivinen ja perustuu henkilökohtaiseen palvelukokemukseen, jolloin arvonluontiin lisätään näkökulma kokeumuksellisuudesta (Voima ym. 2010, 7; Heinonen & Strandvik 2009). Palvelukokemus ei ole yksittäinen ja erillinen kokemus, vaan se muotoutuu asiakkaan monien, jatkuvasti muuttuvien kontekstien vaikutuksessa. Asiakkaan elämässä olevat yhteydet ja kontekstit vaikuttavat siihen, miten asiakas pitkällä aikavälillä kokee ja muodostaa arvoa. Siten arvon muodostumiseen vaikuttavat myös historian kautta kumuloituneet prosessit sekä tulevaisuudessa koetut odotusarvot, tehden arvon muodostuksesta vaikeaselkoisen prosessin subjektiivisella ja kollektiivisella luonteellaan. Asiakaskeskeisen palvelulogiikan mielenkiinnon kohteena on tällöin selvittää helposti havaittavissa sekä piilossa olevilla tasoilla, miten asiakkaat elävät elämäänsä, ei sitä, miten asiakkaat kuluttavat palvelua. (Heinonen ym. 2013.)

2.2.2 Lääkäreiden ammatillinen identiteetti ja vuorovaikutuksen roolit

Puhuttaessa ammatillisesta identiteetistä tarkoitetaan yksilön kokemusta itsestään silloin, kun yksilö harjoittaa ammattiaan (Hökkä, Vähäsantanen & Saarinen 2010, 148; Canrinus, Helm-Lorenz, Beijaard, Buitink & Hofman 2011). Ammatillisen identiteetin käsitteeseen sisältyy myös henkilön käsitys tulevasta itsestään ammatinharjoittajana, käsitykset mihin työssä ja ammatissa sitoudutaan sekä

arvot, eettiset osa-alueet ja tavoitteet, jotka liittyvät työhön. Ammatillisen identiteetin käsite on muovautunut kohti epäjatkuvaa, tilanteen mukaan muotoutuvaa ja pirstaloitunutta identiteettiä. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2010, 46.) Identiteetin uudelleen rakennusprosessi voi tulla eteen esimerkiksi silloin, kun ammatillinen identiteetti ja työtehtävät ovat yksilön kokemuksessa keskenään ristiriitaiset (Pratt, Rockmann & Kaufmann 2006).

Henkilön käsitys itsestään rakentuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, jolloin ammatillinen identiteetti on ominaisuuksiltaan dynaaminen ja muuttuva. Kun ammatillinen identiteetti muovautuu uudelleen, identiteetti muodostuu siirtymällä väliaikaisesta identiteetistä toiseen väliaikaiseen. Näiden siirtymäidentiteettien lopputuleman, eli uuden ammatillisen identiteetin, omaksumisessa käydään läpi kolme tehtävää, jotka ovat 1) potentiaalisten, roolimalleina toimivien henkilöiden toiminnan havainnointi, 2) väliaikaisen identiteetin testailu sekä 3) testailun arviointi sekä omien standardien että muilta saadun palautteen kautta. (Ibarra 1999.)

Koska ammatti-identiteetti on niin sidoksissa harjoitettuun ammattiin, tutkijat tekevät luokituksia ja antavat erilaisia roolikuvauksia ammattiryhmien sisällä (Kumpula 2011, 90-91). Aiemmissä lääkäreiden ammatillista identiteettiä käsittelevissä tutkimuksissa on löydetty eroja identiteettien välillä silloin, kun verrataan sairaaloissa ja terveyskeskuksissa työskenteleviä lääkäreitä (Saarinen 2007; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 44-60). Jako sairaala- ja terveyskeskuslääkäreihin esiintyy myös Lääkäri 2013 -tutkimuksen raportissa, johon on kerätty vastavalmistuneiden lääkäreiden kuvailuja heidän työnkuvansa rooleista. Molemmissa ryhmissä esiintyivät viiden kuvailevimman roolin kärjessä samat nimitykset, mutta ne olivat eri järjestyksessä. Kummassakaan ryhmässä ei samaisuttu rooleihin yrittäjä, leipäpappi ja shamaani. Sairaalalääkäreiden ryhmä samaistui ennalta-annettuihin rooleihin seuraavassa järjestyksessä: työryhmän jäsen, auttaja, terveysasiantuntija, kuuntelija ja lääkkeiden määrääjä. Sairaalalääkärit mielsivät itsensä harvemmin perhelääkäreiksi tai sielunhoitajiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 44-60.)

Lääkäreiden ammatillisen identiteetin syntyminen on nähty luonnollisena osana lääketieteellisiä opintoja, ikään kuin koulutuksen sivutuotteena (Ryynänen 2001, 177). Erikoistuvien lääkäreiden ammatti-identiteettejä tutkittaessa on huomattu, että ammatti-identiteetin muodostumisvaiheessa henkilön saama epävirallinen palaute vaikuttaa työsuoritukseen sekä ammatti-identiteettiin. Erikoistuvat lääkärit ottivat palautetta vastaan sekä identiteettiä rikastuttavana tietona ja mahdollisuutena saada syvällisempi ymmärrys ammatistaan, jolloin ammatti-identiteetin eheys säilyi, mutta negatiivisen palautteen myötä ammatti-identiteetin eheys saattoi järkkäytyä. Ne tutkitut lääkärit, joiden ammatillinen identiteetti oli järkkynyt, tunsivat olevansa vähemmän päteviä, kuin ne, joiden ammatillinen identiteetti oli säilynyt eheämpänä. Näin ollen lääkäreiden ammatillista identiteettiä yleistävä kuva muodostuu ristiriitaiseksi: toisaalta se on vakaa, mutta toisaalta myös pirstaleinen. (Pratt ym. 2006.)

Ristiriitainen identiteetti toistui myös Tang ja Guanin (2017) tutkimuksen löydöksissä. Heidän tutkiessaan lääkärin ammatillista identiteettiä kiinan

terveydenhuoltojärjestelmässä, identiteeteiksi nostettiin keskenään konfliktissa olevat pelastajan ja uhrin identiteetit. Pelastajana lääkärit kokivat olevansa jaloissa ammatissa, jossa heidän työnsä on parantaa kärsiviä, vähentää kipua ja pelastaa kuolevia. Uhrin identiteettiin päädyttiin lääkärin ammatin vuoksi tuntemalla olonsa voimattomaksi ja haavoittuvaksi, heillä oli tarve suojella itseään ja lakisyytösten sekä potilaiden kostamisen pelossa lääkärit pelkäsivät pienintäkin virhettä. Ristiriitaisten identiteettien lisäksi lääkärit tunsivat olevansa sekä sitoutuneita ammattiinsa ja saavansa työstään iloa ja täyttymystä, mutta yhtä aikaa he olivat ammatistaan hälvenneitä, aliarvostettuja ja pohtivat alan vaihtoa. Lääkäreiden konfliktinen identiteetti heijastui myös heidän käsitykseensä lääkärin ja potilaan välisestä suhteesta. Kaupallistuvan suhteen myötä lääkärit kokivat olevansa ulkopuolisia, muusta yhteiskunnasta eristettyjä uhreja ja alkoivat kehittää defensiivistä, ”me vastaan he” -suhtautumista potilaisiin, sairaalaan, valtioon sekä mediaan. Tämän johdosta he kokivat olevansa omassa ammatissaan todella onnettomia. (Tang & Guan 2017.)

Real ym. (2009) toteavat, että lääkäreiden ammatillisella identiteetillä on vaikutus siihen, miten lääkärit positioivat oman roolinsa potilaaseen verrattuna, jolloin lääkärin ja potilaan välillä tapahtuva vuorovaikutus muovautuu lääkärin ammatti-identiteetin myötä. Tutkijoiden mukaan identiteetti ottaa vaikutusta työskentely-ympäristöistä. Ne lääkärit, jotka työskentelivät työntekijöinä, linkittyivät identiteetteihin, jotka haluavat vaikuttaa ympäristöönsä, kun taas ne, jotka työskentelivät yrittäjinä, linkittyivät identiteetiltään taloudellisiin kannustimiin. (Real ym. 2009.)

Lääkäreiden ammatti-identiteetit jakautuvat kolmeen kategoriaan: ammatti-, suhde- ja elinkeinosidonnaiseen. Identiteetin sijoittuessa ammattisidonnaiseen kategoriaan, lääkärin ammatista tulee itseisarvo, erityinen ja arvostettu ammatti, jolle kutsumuksenomaisesti omistaudutaan. Vuorovaikutus potilaan kanssa on kiinteä palanen työn toteuttamisessa ja vuorovaikutustilanteissa ammattisidonnainen lääkäri kiinnittää huomiota kiireettömyyteen, kuuntelemiseen ja läsnäoloon. Suhdesidonnaisen kategorian lääkäri perustaa ammatti-identiteettinsä vuorovaikutustilanteisiin potilaan kanssa ja ilman tätä vuorovaikutussuhdetta lääkäri ei voi harjoittaa ammattiaan. Tässä kategoriassa ammatin tärkein sisältö koostuu toisten auttamisesta ja kerätystä palautteesta, jolloin vuorovaikutus on dynaamista, vastavuoroista, empaattista ja toista kunnioittavaa. Elinkeinosidonnaisen kategorian edustajat tarkastelevat ammattiaan liike-elämälähtöisesti, työhön on päädytty taloudellisten kannustimien vaikuttaessa ja työtä pidetään kannattavana sijoituksena. Elinkeinosidonnaisen ammatti-identiteetin lääkärit suhtautuivat potilaisiin välittömästi, kunnioittavasti ja vuorovaikutussuhde koetaan miellyttävänä osana työtä. Vuorovaikutustilanteissa ei kuitenkaan haluta kokea painetta ”oikeanlaisesta vuorovaikutuksesta” (esimerkiksi sairaalan taholta muodostuvia odotuksia), vaan tämän kategorian edustajat haaveutuvat ympäristöön, jossa he voivat vapaasti toteuttaa omanlaistaan vuorovaikutusta potilaiden kanssa, useimmin yksityisinä yrittäjinä. (Real ym. 2009.)

Vuorovaikutuksellisessa roolissa lääkäri on perinteisesti sijoitettu lääketieteellisen tiedon haltijaksi sekä diagnoosin, että hoitomenetelmien laatijaksi.

Lisääntynyt ja jatkuvasti saatavilla oleva tieto yhdessä potilaan muuttuneen roolin kanssa on muovannut lääkärin roolia pois hoitotoimenpiteitä käskyttävästä holhoojasta kohti uutta roolia kollegana, sopimuskumppanina tai asiakaspalvelijana. Potilaan ottaessa aktiivisempaa ja vastuullisempaa potilaskuluttajan roolia, lääkäri voi hakeutua tai ajautua hoitoprosessin ohjaajan paikalta pois tilapäiseen sivurooliin, jolloin lääkärin rooli muuttuu asiakaspalvelijaksi. Jos lääkäri ajautuu vasten tahtoaan sivurooliin tai hänellä on vaikeuksia asettua odotettuun asiakaspalvelijan rooliin, voi lääkärin toimijuus joutua ristiriitaan ja roolikonfliktiin. (Autio ym. 2012.)

2.2.3 Lääkärin ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde

Lääkäreiden ja potilaiden välillä käytyjä vuorovaikutustilanteita on luonnehdittu epäsymmetrisiksi, professionaaliseksi viestintäsuhteiksi, sillä suhteissa vain toisella osapuolella on tietyn alan asiantuntijuus (lääkäri) verrattuna toiseen osapuoleen (potilas). Professionaalisten suhteiden luonteeseen kuuluu tavoitteellisuus ja pyrkimys täyttää jokin ammattitaitoon sidonnainen tehtävä, esimerkiksi löytää diagnoosi tai ratkaista ongelma. (Gerlander & Isotalus 2010.) Lääkäreiden on huomattu harjoittavan professionaalista neutraaliutta vuorovaikutussuhteessa potilaan kanssa samalla, kun potilas kertoi huolensa. Potilaan puhuessa, lääkärit pyrkivät ylläpitämään keskittymisensä potilaassa, vastaamaan yleisellä tasolla sekä selkiyttämään potilaalle tämän tilannetta. Professionaalinen neutraalius nähdään potilaan perspektiivistä aiheellisena, sillä lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutustilanteen ensisijainen tehtävä on ratkaista terveydellinen ongelma. (Ruusu vuori 2005.)

Professionaalisisissa suhdetyypeissä osapuolten muodostaman vuorovaikutuksen suhdenäkökulma jää usein huomiotta ja ratkaisun löytämisen tärkeys korostuu. Liika keskittyminen tehtävän täyttämiseen voi koitua oletettua suuremaksi haitaksi, jos tehtävä ratkeaa vuorovaikutuksen kautta käydyn keskustelun avulla. Esimerkiksi lääkärin keskittyessä diagnoosiin, potilas ei välttämättä osaa kertoa lääkärille kaikkea oleellista tietoa, jota oikean diagnoosin muodostaminen voisi vaatia. (Gerlander & Isotalus 2010.)

Lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhdetta on kategorisoitu suhdemallien avulla. Holhoavassa suhteessa keskitytään lääkärin ja potilaan velvollisuuksiin sekä osapuolten välillä olevaan luottamukseen, jolloin hyvät lääketieteelliset periaatteet ovat tärkeämpiä kuin potilaiden henkilökohtaiset hoitopreferenssit. Hoitopäätökset tapahtuvat lääkärin taholla, jolloin vuorovaikutus on lääkärikeskeistä. Kumppanuusmallissa osapuolet ovat tasa-arvoisempia ja hoitopäätökset tehdään jaetusti. Konsumeristisessa mallissa potilas toimii aktiivisesti ja tekee informoituja valintoja ottaen henkilökohtaista vastuuta omasta hoidostaan. (Bury 2004.)

Tang ja Guan (2017) ovat tutkineet Kiinan julkisen terveydenhuollon lääkäreiden ja potilaiden välistä, muuttunutta vuorovaikutusta. He huomasivat, että terveydenhuollon kaupallistuminen yhdessä lääkäreiden ja potilaiden välille muodostuneen suoran ekonomisen suhteen kanssa, ovat vaikuttaneet lääkäreiden ja potilaiden väliseen suhteeseen ja muuttaneet sitä pois byrokraattisista,

sosiaaliseen luottamukseen perustuvista siteistä kohti etäistä suhdetta, joka perustuu vastuulle ja osapuolten väliselle tilivelvollisuudelle. Tilivelvollisuutta helpottavia systeemejä, kuten lakeja tai kolmannen osapuolen sovittelijoita tarvitaan silloin, kun luottamusta ei ole rakentunut henkilöiden välille. Kuitenkin, oman edun maksimointiin perustuvat vuorovaikutussuhteet puuttuvat Kiinan terveydenhuollon systeemistä, sillä lääkärit sekä potilaat kokevat oman asemansa haavoittuvaiseksi ja kumpikaan osapuoli ei tiedä, miten puolustaa omia oikeuksiaan. Tässä monimutkaisessa tilanteessa lääkärit ovat adaptoineet potilaskeskeisen vuorovaikutuksen piirteitä, kuten yhteistä päätöksentekoa ja potilaan nonverbaalisen kommunikoinnin huomioimista osaksi toimintaansa. Näin he pyrkivät välttämään konflikteja potilaiden kanssa sekä voimaannuttamaan itsensä lääkereinä. (Tang & Guang 2017.)

3 METODOLOGIA

Seuraavaksi avataan tutkimuksessa käytettyä, laadullisen tutkimuksen otetta sekä kuvataan haastatteluissa käytettyä teemahaastattelun menetelmää. Luvussa kerrotaan, miten haastattelut kerättiin sekä valittua analysointimenetelmää. Lopuksi esitellään tutkimuksen toimeksiantajaorganisaatio, joka toimi tutkimuksen kontekstina.

3.1 Kvalitatiivinen tutkimusmetodi

Tutkijan tehtäväksi tulee jossain vaiheessa valita tutkimuksensa pääasiallinen metodologinen ote, joka on joko kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen (Metsämuuronen 2008, 14-15).

Kvalitatiivinen tutkimus saa lähtökohtansa todellisen elämän kuvaamisesta ja todellisuuden moninaisuudesta. Tutkimuksen luonteeseen kuuluu kokonaisvaltainen tiedonhankinta ja aineiston koostaminen tarkoituksenmukaisesti valitusta kohdejoukosta. Kvalitatiivinen tutkimus vaatii joustavuutta, sillä tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja olosuhteiden mukaan. Laadullisen tutkimuksen kiinnostuksen kohteita ovat esimerkiksi säännönmukaisuuksien keksiminen, reflektiot, sekä tekstin tai toiminnan merkityksen ymmärtäminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160-166.) Laadullisessa tutkimuksessa fokusoidaan tutkimusta merkitysten tarkasteluun ja samalla oletetaan, että tutkija sekä tutkittava kohde ovat vuorovaikutuksessa, jolloin haastattelut ovat näiden kahden osapuolen yhteistyön tulos (Hirsjärvi & Hurme 2008, 23).

Eskola ja Suoranta (1998) määrittelevät laadullista tutkimusta useiden eri tunnusmerkkien kautta. Heidän mukaansa laadullinen tutkimusaineisto on pelkistetyimmillään tekstiä, joka voi olla muodostunut ilman tutkijaa tai tutkijan kanssa. Tunnuksmerkistöön kuuluu myös harkinnanvarainen otanta, joka keskittyy tutkimaan pientä määrää tapauksia mahdollisimman perusteellisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa rakennetaan teoriaa aineistosta lähtien, jolloin analyysi muodostuu aineistolähtöiseksi. Tällöin tutkijan on pyrittävä hypoteesittomuuteen, eli hänen tulee pidättäytyä tekemästä ennakko-olettamuksia lopullisista tuloksista sekä pyrkiä löytämään uusia näkökulmia aiheeseen aineiston avulla. (Eskola & Suoranta 1998, 13-15.)

Tämä tutkimus kuvailee lääkäreiden kokemuksia lääkäreiden ja potilaiden välisestä vuorovaikutussuhteesta Mikkelin hyvinvointikeskuksessa, jolloin tutkimukseen tulee kvalitatiivinen ote. Tutkimus havainnoi lääkäreiden tekemiä kuvauksia heidän kokemistaan vuorovaikutustilanteista asiakkaan ja potilaan kanssa. Haastateltujen kuvailut ovat heidän henkilökohtaisia kokemuksiaan, näkemyksiä ja mielipiteitään heidän toimiessa ammattinsa harjoittajana tutkimusorganisaatiossa, jolloin tutkimus muodostuu aineistolähtöiseksi ja

kvalitatiivinen tutkimus soveltuu hyvin tutkimusmenetelmäksi. Samalla tutkimuksessa säilytetään mahdollisuus viedä tulokset yksityisestä tapauksesta yleisemmälle tasolle.

3.2 Teemahaastattelu

Hirsjärvi ja Hurme (2008) ovat käsitelleet haastattelua tutkimusmenetelmänä laajasti. Heidän mukaansa haastattelu on sopiva tutkimusmetodi, kun lähdetään kartoittamaan vastauksia ja niiden suuntia ei tiedetä ennalta tai kun halutaan syventää aiemman tutkimuksen myötä saatuja vastauksia. Samalla haastatteluun kuuluu hyvä ennakkosuunnittelu. Haastattelijan on tärkeää ymmärtää tutkittavaa kohdetta mahdollisimman monipuolisesti, sekä teoreettisesti että käytännössä, ja haastateltavan tulee voida luottaa jakamiensa tietojen yksityisyyteen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 35-43.) Eskola ja Suoranta (1998, 63) muistuttavat, että haastattelu ei ole enää perinteinen kysymys ja vastaus tyyppinen tilanne, vaan enemmänkin keskustelunomaista vuorovaikutusta. Brinkmannin (2013, 4) mukaan laadullisessa haastattelussa halutaan ymmärtää maailmaa, joka rakentuu keskustelun keskeisiin piirteisiin, esimerkiksi valtasuhteiden muodostamiin rooleihin.

Tyyliään haastattelututkimus voi olla strukturoimaton eli avoin haastattelu, puolistrukturoitu eli esimerkiksi teemahaastattelu tai täysin strukturoitu (Hirsjärvi & Hurme 2008, 43-44). Välillä haastatteluluokittelussa puhutaan myös syvähaastattelusta, joka on kahdenkeskeinen haastattelu, joka voi kestää 45 minuutista aina 90 minuuttiin. Aikamääreellä pyritään viittaamaan aikaan, mikä tarvitaan luottamuksen syntymiseen tutkijan ja haastateltavan välille. Varsinkin tutkimuksissa, joissa vastaukset voivat olla hyvinkin tunteita herättäviä ja henkilökohtaisia, luottamusta tarvitaan. (Donovan & Henley 2003, 124.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2008) mukaan haastatteluissa etuna on aineiston keruun joustavuus haastateltavaa henkilöä myötäillen ja tilanteen edeltämällä tavalla. Haastateltavalle korostetaan hänen subjektiivisuuttaan ja hänelle annetaan vapaus tuoda itse haluamiaan asioita esille. Haastattelu voidaan valita myös silloin aineiston keruumenetelmäksi, kun etukäteen on vaikea tietää vastausten suuntaa, sillä haastattelussa on mahdollisuus syventää saatuja tietoja pyytämällä perusteluita. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 34-35.)

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineiston hankintamenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jolla pyritään selvittämään heikosti tiedostettuja asioita, kuten perusteluita (Metsämuuronen 2008, 41). Teemahaastattelussa keskustelu kohdennetaan tutkimuksen kannalta relevantteihin teemoihin. Menetelmä mahdollistaa kaikkien ihmisten yksilöllisten kokemusten, ajatusten, uskomusten ja tunteiden tutkimisen. Ihmisten tulkinnat ja heidän antamat merkitykset eri asioihin tulee huomioida teemahaastattelun keskeisinä elementteinä. Kysymykset eivät ole yksityiskohtaisia, eivätkä niiden tarvitse olla jokaiselle haastateltavalle samat, pääasia on se, että

jokainen haastattelu etenee ennalta asetettujen teemojen varassa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48.)

Haastattelu rakennettiin ennalta määritellyille teemoille, jotka olivat lääkärin identiteetti, asiakaskäsitys, vuorovaikutus ja potilaslähtöinen organisaatio. Koska tutkimusongelman tarkoituksena oli saada kuvaus vuorovaikutuksesta, oli parasta, että haastateltavat pystyivät itse muotoilemaan vastauksensa ja kertomaan vapaasti mietteistään. Tällä valinnalla pyrittiin säilyttämään vastauksien laaja-alaisuus ja odottamattomiin vastauksiin reagoiminen.

3.3 Aineiston keruu

Tutkimuksen toteutustapana käytettiin laadullista tutkimusta ja aineistoksi kerättiin haastatteluaineisto toimeksiantajaorganisaatiossa työskenteleviltä lääkäreiltä. Terveysalalla työskentelevistä ammattikunnista tutkimukseen valittiin tutkimuskohteeksi nimenomaan lääkärit. Tämä valinta tehtiin siksi, koska Goodpastor ja Montoya (1996) ovat tutkimuksessaan huomioineet lääkäreiden olevan korkeasti koulutettuja ammattilaisia, joiden tehokkaaseen käyttäytymismallien muutokseen tähtäävässä toiminnassa sosiaaliset manipuloinnit ja mielipidejohtajat on todettu hyödyttömiksi, ja toiminnan muuttamisen avaintekijäksi nousee selkeiden suuntaviivojen antaminen ammatin harjoittamisen tueksi.

Haastateltaville annettiin kolme kriteeriä, jotka tuli täyttyä: heidän tuli olla koulutukseltaan ja ammatiltaan lääkäreitä, työsuhteessa tutkimusorganisaatioon ja heidän työnkuvansa tuli sisältää työskentelyä myös potilaiden kanssa, jolloin pelkästään hallinnollisissa työtehtävissä työskentelevät karsiutuivat pois. Haastateltavat valittiin lähettämällä haastattelukutsu sähköpostitse sisäisessä kanavassa tutkimusorganisaatiossa työskenteleville lääkäreille, jotka ilmoittivat halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Tutkimuksessa haastateltiin kuutta kriteerit täyttävää henkilöä. Yksi haastatelluista oli osa-aikaisessa työsuhteessa, muiden ollessa täysiaikaisessa. Haastateltavien ammattinimikkeet vaihtelivat erikoislääkäristä ylilääkäriin ja heidän työkokemustensa pituudet vaihtelivat pisimmillään yli 40 vuoteen asti. Koulutustaustat olivat lääketieteelliset, mutta tutkimuksia oli suoritettu eri maissa. Kaikkien haastateltujen työtehtäviin sisältyi sekä potilastyötä että hallinnollisia tehtäviä. Puolet haastateltavista olivat työskennelleet julkisen sektorin lisäksi myös yksityisellä vastaanotolla.

Haastatteluissa esitettiin avoimia kysymyksiä, jotka pohjautuivat tutkimusongelmaan ja valittuihin teemoihin. Kysymyspohjat sisältävät esimerkkikysymyksiä, ja ne olivat kaikille lääkäreille samat, mutta kysymysten asettelussa säilytettiin mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä niistä aiheista, joihin haastateltavat jättivät aukkoja tai siirtyä eteenpäin, jos haastateltu oli jo käsitellyt jonkun kysymyspohjalle listatun kysymyksen. Bryman ja Bellin (2011, 466-467) mukaan aiheesta poikkeaminen ja sivuhuomautukset ovat kvalitatiivisessa tutkimuksessa rohkaistuja ja kannustettavia tekoja, koska vastauksista halutaan mahdollisimman monipuolisia, rikkaita ja yksityiskohtaisia. Haastatteluiden yhteydessä esitettiin tarkentavia kysymyksiä niitä tarvittaessa. Tarkentavilla

kysymyksillä tarkoitetaan haastatteluaineistoa rikastuttavia kysymyksiä, esimerkiksi kysymystä ”miksi”. Näitä kysymyksiä esitettiin silloin, kun tutkija ei ollut kokenut saavansa tarpeeksi laajaa vastausta haastateltavalta.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina hyvinvointikeskuksen koustiloissa sekä haastateltujen omissa työhuoneissa. Tilat valittiin käytännöllisistä syistä, sillä lääkärit olivat hyvinvointikeskuksessa jo valmiiksi ja heidät tavataksaan tarvitsi vain sopia haastattelu-aika. Menetelmään sisältyi kuitenkin riskejä: kokevatko lääkärit olevansa vielä haastattelutilanteessakin työkiireiden keskellä ja antavat pinnallisia vastauksia verrattuna työpaikan ulkopuoliseen, esimerkiksi kahvilassa annettavaan haastatteluun? Tutkimuksen yhtenä haasteena oli voittaa haastateltujen luottamus ja rentouttaa heidät. Luottamuksen ja rentoutumisen syntymiseen pyrittiin vaikuttamaan kertomalla anonymiteetin suojasta sekä alussa kyselemällä haastateltavien taustoista sekä ammatillisesta kehityksestä ja työhistoriasta.

Haastattelukutsussa sekä haastatteluissa korostettiin anonymiteetin suojaa. Haastattelutilanteissa haastattelut nauhoitettiin mobiilisovelluksella ja aina yhden teeman käsittelyn jälkeen haastattelunauha tallennettiin. Tällä pyrittiin turvaamaan haastattelujen tallentuminen ja estämään haastattelumateriaalin katoaminen. Vain yhden haastatteluun osallistuneen nauha muodostui epäselväksi, mutta äänikäsittelyn jälkeen käytettäväksi. Haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi parin päivän ja maksimissaan viikon sisään haastatteluista. Koska tutkimuksen tarkoitus on keskittyä kuuntelemaan mitä haastateltavat sanovat, eikä miten he sanovat, kieliasua muokattiin helpommin luettavaan muotoon poistamalla täytesanoja, mutta asiasisällön säilyminen taattiin.

Taulukossa 1 on koottuna haastatteluun osallistuneiden tietoja. Taulukossa on kuvattu kaikkien kuuden haastatteluun osallistuneen henkilön anonymiteetin suojaava nimi, asema, haastattelun pituus sekä työtausta sairaalan lisäksi myös yksityiseltä sektorilta.

TAULUKKO 1 Haastateltavien taustatiedot

Nimi	Asema	Haastattelun pituus	Työtaustaa myös yksityiseltä sektorilta
H1	Ylilääkäri	67 min	ei
H2	Erikoislääkäri	74 min	kyllä
H3	Ylilääkäri	58 min	ei
H4	Erikoislääkäri	53 min	ei
H5	Ylilääkäri	78 min	kyllä
H6	Erikoislääkäri	51 min	kyllä

3.4 Aineiston analysointi

Alasuutarin (2011) mukaan kvalitatiivisesti kerätyn aineiston analysointi koostuu kahdesta eri vaiheesta, joista ensimmäisenä toteutetaan havaintojen pelkistäminen ja toisena tulosten tulkinta eli arvoituksen ratkaiseminen. Havaintojen pelkistämällä tarkoitetaan aineiston tarkastelua teoriataustan ja kysymyksenasettelun kannalta ja etsimällä havainnoista yhteisiä piirteitä. Arvoituksen ratkaisemisessa kvalitatiivinen tutkimus tekee tutkittavasta ilmiöstä merkitystulkintaa ja käyttää tulkinnan tukena tilastotietoja, muita tutkimuksia ja teoriakirjallisuutta. (Alasuutari 2011, 40-47.) Tässä tutkimuksessa havaintoja pelkistettiin valitsemalla kerätystä aineistosta tutkimukseen oleellimmat kohdat, vaikka tietoa olisi saanut aineistosta runsaammin. Oleellisimmilla kohdilla tarkoitetaan aineistosta asioita, joiden pohjalta on voitu tarkastella tutkimusongelmaa ja tutkimuskysymyksiä. Samalla haastatteluista etsittiin yhteisiä piirteitä, joista muodostettiin tulkinnallisia kuvauksia, esimerkiksi vuorovaikutustilanteissa otetut roolit sekä lääkäreiden käsitys asiakkaasta.

Kvalitatiivisen tutkimuksen analysoinnin lähtökohtana on valita analysointitapa, joka muodostaa vastauksen tutkimusongelmaan. Tutkijalla on käytössään laaja repertuaari erilaisia analyysimenetelmiä, joten yhtä ainoaa, tiukasti määriteltyjä analyysin valintamääritelmiä ei voida antaa. Laadullisen tutkimuksen elementtinä on tuottaa aineistoa runsaasti ja on yleistä, ettei koko haastatteluaineistoa käytetä hyödyksi analyysissä. Tutkija pyrkii jäsentelemään aineistoa alustavasti siihen tutustuessaan ja karsii samalla pois hyödyntämättömäksi jäävän aineiston. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-225.)

Laadullisen tutkimuksen analysoinnissa on perinteisesti käytetty jakoa induktiiviseen tai deduktiiviseen prosessiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107). Induktiivisessä prosessissa tutkimus etenee yksittäisestä havainnosta kohti yleistettävyyttä ja kiinnostus on useassa yhtä aikaa esiintyvässä, mutta toisistaan erillisissä, lopputulokseen vaikuttavissa tekijöissä. Induktiivinen prosessi on kontekstisidonnainen ja muuttuva. Siinä etsitään säännönmukaisuuksia ja vastauksien monimuotoisuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 25-26.) Deduktiivisessä prosessissa aineistoa lähdetään analysoimaan aikaisemman teorian, teeman ja tutkimuksen kautta, jolloin aikaisemmin luotu teoriatausta on keskiössä (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110-111).

Sisällönanalyysikeinoihin voidaan lisätä vielä abduktiivinen analyysi, joka on teorialähtöinen, mutta jossa tutkijan tehtävänä on luoda uutta tietoa yhdistelemällä aineistoa aiempaan tutkimukselliseen teoriataustaan puolipakolla, pakottaen tai innovoiden (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110). Tämä tutkimus noudattaa siten abduktiivista lähestymistapaa tutkimussisällön analysoinnissa, sillä ole-massa olevat teoriat muodostavat teoriataustan ja vertailupohjan, mutta pyrki-myksenä on muodostaa uutta tietoa. Abduktiivinen sisällönanalyysi tukee varsinaista analyysimetodia, joka oli teemoittelu, sillä teemoittelussa etsitään aineis-tosta nousevia yhteneväisyyksiä.

Teemoittelumethodin ytimessä on etsiä aineistosta esiin nousevia yhteneväisiä teemoja, jotka ohjaavat analyysin rakentamista. Teemoittelua on mahdollista tehdä myös teorialähtöisesti valmiin viitekehysten avulla. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Haastatteluiden analysointimetodina käytettiin teemoittelua, jolloin aineistosta kyettiin nostamaan mahdollisia yhteneviä asioita tutkimuksen lopputuloksiin. Haastattelut litteroitiin ja litteroiduista haastatteluista syntyi materiaalia yhteensä 42 A4-kokoista tiedostosivua.

Tutkija luki litteroidut haastattelut läpi ja koosti kaikkien haastattelujen vastaukset teemoittain omaan Word-tiedostoon, jolloin oli mahdollista tarkastella useita vastauksia rinnakkain. Näiden lisäksi esitettyjen, vastauksia tarkentavien kysymysten kohdalla tehtiin samoin, jolloin tarkentavat kysymykset vastauksiin olivat sen teeman kohdalla, joka oli haastattelun aikaan ollut käsittelyssä. Kun haastatteluaineisto oli jaoteltu teemoittain, aineistosta oli mahdollista kerätä yhtenevät piirteet sekä näkökulmat nopeasti yhteen ja vertailla haastatteluissa esiintyviä eroavaisuuksia helposti sekä keskenään että abduktiivisen analyysin mukaisesti myös aiempaan teoriataustaan.

3.5 Toimeksiantajaorganisaation esittely

Toimeksiantajaorganisaationa on terveydenhoitoalalla toimiva Etelä-Savon Sairaanhoidopiiri, joka muuttui Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymäksi. Kuntayhtymän henkilöstömäärä on integraatioiden myötä 1.1.2017 alkaen noin 3000 henkilöä ja liikevaihtoa on noin 300 miljoonaa euroa. Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän (ESSOTEn) jäsenkunnissa on asukkaita yhteensä noin 103 000.

Toimeksiannon sijainti ja tutkimuskohde on Mikkelin hyvinvointikeskus. Hyvinvointikeskus on entinen keskussairaala, joka sote-uudistuksen myötä saneerataan vuosina 2015-2020. Uudessa hyvinvointikeskuksessa on tilat sekä erikoissairaanhoidolle, perusterveydenhuollolle ja sosiaalipalveluille. Integraatio tehdään uudistamishankkeena ja hankkeen nimeksi on annettu Esper-hanke. Esper-hanke kuuluu Etelä-Savon Sairaanhoidopiirin hankkeisiin ja se tekee tiivistä yhteistyötä Mikkelin kaupungin kanssa. Esper-hanke on suureksi osaksi rakentamisen hanke, jolla pyritään tarjoamaan parempaa palvelua ja sujuvampia hoitopolkuja asiakkaille. Hankkeen keskeinen ulottuvuus on siirtää aiemmin toisistaan erillään olleet palvelut fyysisesti yhteen keskukseseen. (Syväoja 2015, 7-8.)

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

4.1 Tulokset

Seuraavaksi esitetään tutkimuksen tulokset, jotka on koostettu haastatteluaineiston pohjalta. Tulokset on muodostettu aineiston analyysimetodia, teemoittelua, hyödyntäen ja tulokset on koostettu teemoittain. Tuloksien teemat ovat muodostettu haastatteluista esille nousseista yhteisistä tekijöistä ja ne, sekä niihin liittyvät sitaatit, käsitellään omina lukuinaan. Teemat ovat:

1. terveydenhuollon asiakaskäsitys
2. arvoalueet vuorovaikutuksessa
3. lääkärin roolit eri arvoalueilla.

Käytetyt sitaatit ovat suoria lainauksia haastatteluaineistosta ja niiden avulla lukijalle osoitetaan relevantit aineistokohdat, joiden kautta on voitu tehdä päätelmiä. Sitaatit on valikoitu kuvaamaan haastateltujen ajatuksia heidän vastatesaansa kyseiseen teemaan liittyen sekä sitaatteja on otettu mahdollisimman monipuolisesti eri haastateltavien haastatteluaineistoista.

4.1.1 Terveydenhuollon asiakaskäsitys

Haastatellut lääkärit yleisesti erottivat toisistaan termit asiakas ja potilas, ja kertoivat käyttävänsä työssään termiä potilas. He puolustivat termiä potilas, kun puhuttiin henkilöstä, jolla on terveydellinen ongelma, joka hakee apua tähän ongelmaan asiantuntijalta ja joka saa tarkoituksenmukaista apua tähän ongelmaan julkisen puolen terveydenhuollosta. Lääkäri kuvailee terveydenhuollon potilasta:

Siinä on se iso ero, että pyritään antamaan potilaalle se, mikä on niinku asianmukaista, tarpeellista, hyödyllistä hänelle. Mutta ei aina sitä, mitä hän hakee. Mitä hän haluaa, niin hän ei sitä aina saa. (h3)

Seuraavassa sitaatissa ilmenee, miten potilaaseen liitettiin kuvaukset henkilöstä, joka on lääkärin valta-asetelman alapuolella ja hänellä on riippuvuussuhde lääkäriin:

Joskus heikommassa asemassa oleva. Niinku vastapainoksi sit asiantuntijalle, joka on sit sille korkeemmalla siinä mieles et hän on sen tiedon hallitsija. Ja potilas ei ole niin ole ainakaan niin paljon tiedon hallitsija ja hän tarvitsee sen asiantuntijan, joka auttaa hänet valitsemaan sen sopivan vaihtoehdon. (h1)

Haastatteluissa asiakas määriteltiin usein henkilöksi, jolla on vapautta. Hän voi valita ostaako, keneltä ostaa, mitä hän haluaa ja milloin asiakas haluaa. Jos asiakkaan ja lääkärin välille syntyvä vuorovaikutussuhde hyödytti molempia osapuolia (asiakas sai vastauksia/hoitoa/toimenpiteitä ja lääkäri/palveluntarjoaja sai

vastineeksi asiantuntijuudestaan rahaa) asiakkaalla on valtaa sanoa omat mielipiteensä, vaatia haluamaansa ja saada haluamansa hoito tai toimenpide, vaikka lääkäri olisi ollut asiasta eri mieltä. Osa lääkäreistä koki asiakkaan kylmänä vaatijana, jota tuli palvella asiakaspalvelumaisesti ja jonka tahto toteutettiin, jos halusi välttyä ikäviltä kohtaamisilta. Haastatteluissa huomioitiin myös asiakkaan olevan laaja termi, joka ei ole alapidonnainen. Seuraavassa sitaatissa lääkäri kertoo näkemysensä asiakkaasta:

Asiakas on minusta just semmonen joka itse saa päättää kaikesta, kun on rahaa. Asiakas saa ostaa mitä haluaa, tarvitsi hän sitä tai ei. Sillon kun potilaasta tulee asiakas, niin lääkärinä tulee kauppias. Siinä on se iso ero, että pyritään antamaan potilaalle se, mikä on niinku asianmukaista, tarpeellista, hyödyllistä hänelle. Mutta ei aina sitä, mitä hän hakee. Mitä hän haluaa, niin hän ei sitä aina saa. Siinä on minun näkemys asiakkaan ja potilaan eroista. (h3)

Kysyttäessä haastatelluilta, millaisia eroja asiakkaan ja potilaan välillä oli, vastauksissa nousi toistuvasti yhdeksi merkittävimmistä eroista vapaus valita. Asiakkaalla on potilaaseen nähden enemmän valtaa sanoa oma mielipiteensä, tehdä valinta tämän pohjalta ja saada haluamansa asia, esimerkiksi vaihtamalla palveluntarjoajaa tai ostamalla palvelu. Lisäksi potilaan ja asiakkaan välistä erottelua korosti asiakkaan ja potilaan välinen juridinen määrittely, kuten seuraavasta haastattelusitaatista ilmenee:

Mutta että potilas on kuitenkin juridisesti vähän niinku eri asia. Se on määritelty juridisesti kuka on potilas, mutta kuka on asiakas me kaikki ollaan asiakkaita, mutta harvemmin me ollaan potilaita. (h1)

Toimiessaan julkisen terveydenhuollon organisaatiossa, haastatellut lääkärit joutuivat varautumaan välillä pitkiinkin ja vaikeisiin neuvotteluihin, jos lääkärin pohtima hoitovaihtoehto ei miellyttänyt asiakasta. Haastattelut kertoivat, että yksityisellä puolella asiakkaan toiveisiin oli helpompi suostua, koska asiakas toimii maksumiehenä, mutta julkisessa terveydenhuollossa ja jatkuvassa resurssipulassa asiakkaan toiveisiin ei voi aina suostua ja antaa periksi ilman kunnollisia, terveydellisiä perusteluita.

Vaikka asiakkaalla ja potilaalla koettiin olevan eroja, vuorovaikutustilanteissa molemmat saivat samanlaisen kohtelun ja tilanteissa pyrittiin neuvotteluun ja yhteisen ratkaisun löytämiseen. Pääsääntöisesti potilaat ajateltiin potilaina, vaikka järjestelmät puhuivat asiakkaista. Yhden lääkärin mielestä potilasta oli luontevaa puhutella asiakkaaksi ja hänen mielestään potilas-termi sisältää sanasemanttista valta-asetelmaa, jolloin lääkäri nousee potilaan yläpuolelle ja lääkäreiden on tärkeä tiedostaa mahdollinen vallankäyttö. Asiakaslähtöisyys terveydenhoidossa koettiin pääpiirteittäin hyväksi, mutta asiakaslähtöisyydelläkin oli rajansa ja lääkärit toimivat heidän kanssaan ammattietiikkansa mukaisesti. Alla haastatellun näkemys asiakas ja potilas termien yhdenvertaisuudesta:

Ei tarviisi olla eroja. Kyllähän siinä varmaan sitten lähtökohtana on tää ajatus että asiakas voisi päättää ja valita itse. En mä koe että he tulevat tällaseen paikkaan niinku asiakkaat tai potilaat. Jossa tehtävänä on auttaa tai niillä on joku hätä. (h6)

Potilaan voimaannuttamiseen suhtauduttiin suurimmaksi osaksi positiivisesti ja se nähtiin hyvänä asiana, johon tulisi laittaa voimavaroja sekä resursseja. Tällä keinolla lääkärit kokivat ihmisten ottavan itsestään vastuuta, pyrkien hallitsemaan omaa terveyttään ja potilaat olisivat voimaantuessaan aktiivisesti mukana hoidossaan. Haastatteluissa ilmeni, että lääkäreiden mielestä välillä aktiivinen mukanaolo on hoidon toimimisen kannalta välttämätöntä. Voimaannuttamisessa nähtiin myös huonoja puolia, sillä se koettiin aikaa vievänä prosessina, johon osa potilaista ei halunnut kannustuksesta huolimatta lähteä. Voimaantumisen onnistumiseen vaadittiin lääkäreiden mukaan lisäksi palveluntarjoajan, potilaan ja lääkärin resursseja (aikaa, henkilökuntaa, rahaa). Alla lääkäri kuvailee, miten hän kokee potilaan voimaannuttamisen käytännön tasolla:

Tietenkin sitä voi käyttää juurikin kertomalla mitä voi itse tehdä ja joskus ihminen ei edes tiedä, että jotain voidaan tehdä tai mitä kannattaisi tehdä. Yleensä ihminen tietää että tupakointi on haitallista tai ylipaino on haitallista, mutta hän ehkä tarvitsee vielä semmosta varmistusta asialle ammattilaiselta. Mutta jos ihminen ei sitä halua tehdä, niin ei hän tee sitä, vaikka kuinka tietäisi että jokin asia on haitallista. Et kyllä se viimeinen vastuu on aina ihmisellä itsellään. (h1)

Potilaiden tiedonhaku oli lääkäreiden keskuudessa tunnistettu ilmiö ja lääkärit suhtautuivat siihen suurimmaksi osaksi positiivisesti. Lääkäreissä huolta herätti pohdinnat potilaiden löytämän tiedon oikeellisuudesta sekä tapa, miten potilas käyttää tietoa: pyrkiikö potilas osoittamaan kiinnostuksensa aiheesta vai haluaako potilas kyseenalaistaa ja testata lääkärin ammattitaitoa. Voimaannuttamisen ulottuvuuksista oli havaittavissa kohdat potilaan osallistuminen sekä lääkärin tuki, mutta potilaan kontrolliin ei juuri vastauksissa kiinnitetty huomiota. Haastatteluissa potilaan kontrolli omasta sairaudestaan oli mainittu päämääränä ja voimaantuminen oli keino tavoitella tätä päämäärää.

Haastatellut lääkärit eivät antaneet vastauksissaan viitteitä siitä, että he kokisivat asiakkaan ja potilaan toimijuuksien välillä olevan uudenlaista asiakkuuden astetta, vaan he sen sijaan kokivat potilaan roolin muuttuneen ja pyrkivät sopeutumaan uuteen roolitukseen. Osa lääkäreistä korosti vastuun jakautumista potilaan ja lääkärin välillä: vaikka lääkäri on asiantuntija, niin potilas tekee itse päätökset ja kantaa siitä vastuun. Lääkäri kertoo näkemyksensä vastuun jakautumisesta potilaan ja lääkärin välillä:

Asiakkaan voimaannuttaminen on aikaa vievä prosessi. Että jos me halutaan aktiivisesti voimaannuttaa potilasta, niin joko siihen tarvitaan hoitajan iso panos potilaan ohjaamiseksi, et potilas tietää mitä se tarkoittaa se voimaantuminen ja se itsestään huolehtiminen.... Potilas joka tulee mun vastaanotolle jonkun sairauden tähden, niin ei se potilas siirry mun vastuulle. Se potilas on edelleen omalla vastuullaan ja hoitaa itsensä sillä omalla. (h5)

Kun lääkäreiltä kysyttiin, muuttuisiko heidän toimintatapansa, jos potilas korvattaisiin termillä asiakas, puolet vastasi myönteisesti. He perustelivat vastauksaan sillä, että muutos olisi alitajuntaista ja tiedostamatonta, asiakaspalvelumaisempaa sekä vaihtoehtohakuisempaa. Puolet haastatelluista mainitsivat toisin, vakuutellen ettei heidän käytöksensä muuttuisi. Tätä perusteltiin pitkällä työuralla tai sillä, että omat tavat ovat tiukassa eivätkä muokkaannu. Alla näkemys

lääkäriltä, jonka mielestä hänen toimintatapansa ei muuttuisi potilaan muuttuessa asiakkaaksi:

En mä usko että se muuttais mihinkään. Aina kun mä tota järjestelmää käytän nii sieltä se asiakas tulee. (h4)

Ne vastaajat, jotka totesivat käytösmuutoksen mahdolliseksi, olivat vuorovaikutustilanteissa ottaneet ymmärtävän ratkaisijan roolin. Ne, jotka eivät pitäneet käytösmuutosta todennäköisenä, olivat usein joukkueen valmentajan tai konsultin roolissa.

4.1.2 Arvoalueet lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa

Arvoalueista ensimmäisenä käsitellään palveluntarjoajan aluetta ja sen vaikutusta vuorovaikutukseen. Palveluntarjoajan alueen tarkastelu siirtyy sairaalaorganisaatioon ja siihen, miten sen resurssit ja prosessit heijastuvat lääkäreiden vastauksissa. Vastauksissa palveluntarjoajan arvoalueeseen liitettäviä seikkoja olivat resurssipulan luoma kiire, välineistö sekä organisaation byrokraattiset prosessit. Näistä ensimmäisenä tarkastellaan haastatteluissa useasti esiintyvää seikkaa eli lääkäreiden kokemaa kiirettä.

Kiire vaikutti vuorovaikutustilanteissa kokonaisvaltaisesti. Kun potilaat tulivat vastaanotolle, lääkärit pyrkivät tarkoituksenmukaisesti luomaan kiireettömän tunnelman, jotta potilaat tunsivat olonsa kuulluksi ja ilmapiiri olisi mahdollisimman luottamusta herättävä. Tunnelma pyrittiin luomaan monin keinoin, esimerkiksi rupatteleamalla hetken asian vierestä, kuuntelemalla ja antamalla potilaille mahdollisuuksia kuvailla omin sanoin terveydellisiä tilanteitaan sekä kyselemällä potilailta sairauksiin liittyvistä asioista. Kiireen syyksi mainittiin osajapula sekä sairaalaorganisaation byrokraattisuus. Ohessa haastatellun näkemys, miten kiirettä voitaisiin torjua:

Mahdollisimman mutkattomasti hoitamaan potilaan sairautta tai muuta. Mahdollisimman vähän tämmösiä byrokraattisia esteitä. Pitäis olla sellanen että on helppoa hoidattaa. (h4)

Organisaation tarjoamasta välineistöstä haastatellut mainitsivat tietokannat ja ohjelmat, joita lääkärit käyttävät potilastietojen kirjaamiseen. Ohjelmissa käytetään potilaan tilalla termiä asiakas, joka häiritsi osaa haastateltuja. Vuorovaikutustilanteeseen lääkärin ja potilaan välillä tällä ei ole suoraa vaikutusta, sillä asiasta maininneet lääkärit näkivät ohjelmat sairaalan hallinnon tai ulkopuolisten konsulttien suunnittelemina, jolloin järjestelmät vain noudattavat lääkäreiden silmissä yleisiä linjauksia.

Organisaation byrokraattisuuden vaikutus ilmentyi lääkäreiden ja potilaiden välisessä vuorovaikutuksessa silloin, kun lääkärit joutuivat epäämään potilailta hoitoja tai tutkimuksia, joita potilaat olisivat halunneet, mutta joita heille ei voitu myöntää resurssiliitännäisistä syistä. Tällöin lääkäreiden piti muistaa perustella syyt epäämiseksi ja tarjota muita hoitovaihtoehtoja. Byrokraattian vaikutus nousi esiin myös silloin, kun lääkärit eivät olleet varmoja potilaille suoritettavista

jatko-toimenpiteistä ja olisivat tarvinneet edetäkseen konsultaatiota ja tukea toisilta lääkäreiltä. Tätä kuvaillaan seuraavassa haastattelusitaatissa:

Tota se tarkoittais lääkäreiltä sitä et hirveesti ne ei pysty itestään. Tarvittais laaja-alaisempia lääkäreitä joihinkin tehtäviin. Ja kaikkia niitäkin jotka tekee vaan sen kapeen. Mut sitä yhteispeliä tarvittais enemmän, enemmän kuin nyt. En nyt sillee et kirurgien pitäis alkaa tekee, kun se on niin kapee hommansa. Mut se maksais ja teettäis lisää töitä kaikille. (h6)

Palveluntarjoajan vuorovaikutusalueen vaikutukset heijastuivat lääkäreiden ja potilaiden väliseen vuorovaikutukseen negatiivisesti. Palveluntarjoajan alue loi painetta tehokkuudesta ja samalla vuorovaikutustilanteiden joustavuus kärsi. Lääkäreiden mielestä palveluntarjoaja voisi tukea heitä tarjoamalla selkeitä ohjeistuksia toiminnan tueksi sekä rohkaisemalla kokeilemaan uusia toimintatapoja. Näitä teemoja kuvaillut lääkäri kertoo seuraavasti:

Ehkä pitäisi enemmän pystyä tavoittamaan laatua. Ei sitä määrää, mitä me päivässä katsotaan potilaita tai hoidetaan potilaita. Mutta tätä puolta ei voida kokonaan unohtaa tietenkään. Toinen asia on se, että mitä oikein hyvin Suomessa tehdäänkin, että pyritään antamaan ne välineet. Tutkimusvälineet, hoitoa varten välineet. resurssit, välineet, tilat, nämä ovat ne, mitä organisaatio pystyy järjestämään. Ja sitten tietysti niiden prosessien viilaaminen, tässä tulee se liinaus mukaan tietysti. Että sillä puolella pitäisi ehkä enemmän niinku, yrittää rohkaista ihmisiä tällaseen toimintaan. Ja ehkä antaa aikaakin siihen. (h2)

Arvoalueista toinen, eli yhteinen arvoalue, käsittää dialogisen vuorovaikutuksen palveluntarjoajan sekä asiakkaan välillä. Palveluntarjoajan kannalta on suotavaa pyrkiä laajentamaan arvoaluetta dialogin kautta (kts. Grönroos & Voima 2013) ja seuraavaksi tarkastellaan haastatteluissa esiintyviä, arvoalueen laajentumiseen vaikuttavia tekijöitä. Arvoalueen laajentumiseen tähtävinä toimina ovat lääkäreiden vuorovaikutuksen potilaslähtöisyys sekä pyrkimys osallistaen voimaannuttaa potilaita. Nämä näkyivät silloin, kun lääkärit antoivat potilaille tilaa vastata kysymyksiin ja mahdollisuuden kuvailla omin sanoin syitä vastaanottokäynnille.

Kun tarkastellaan, miten vuorovaikutuksen potilaslähtöisyys ja potilaan osallistaminen vaikuttavat yhteisen arvoalueen laajentumiseen, voidaan haastatteluista löytää erilaisia pyrkimyksiä luottamuksen herättämiseen sekä dialogiin kannustamiseen. Haastatellut lääkärit kertoivat tähän useita eri keinoja. Lääkärit esimerkiksi kertoivat malttavansa mieltään diagnoosin muodostamisessa, he kyselevät potilaalta paljon, antavat potilaalle hoitovaihtoehtoja ja varmistavat potilaan ymmärtäneen seuraavat hoitotoimenpiteet. Haastatelluista lääkäreistä osa kertoi, että potilaan kannustaminen kertomaan totuudenmukaisesti vaikuttaa jopa lääkäreiden tekemiin lause- ja sanavalintoihin, joista seuraava sitaatti toimii esimerkkinä:

Kyllä minä yritän rohkaista. Mutta en ole kovin hyvä saarnaaja. Ja tiedän että, erikoisalallani ovat nämä hoidot hyvin aikaa vieviä. Ja ihmiset eivät jaksaa niitä käyttää välttämättä. jos on kyseessä kontrollikäynti, niin yritän vähän kysellä sitä, että miten olet jaksanut käyttää niitä lääkkeitä. Oletko kerennyt käyttää. Silloin saan yleensä, toivon saavani, vähän rehellisempiä vastauksia. Ja jos siinä selvästi näkee ja joskus ihmiset sanovatkin, että en jaksaa. Tätä hoitoväsyä on hyvin, hyvin paljon. (h2)

Kolmas arvoalue eli asiakkaan arvoalue heijastui vuorovaikutustilanteisiin potilaiden hakeman tiedon sekä aiempien terveydenhuollon kokemusten kautta. Haastatellut kertoivat, että hyvin usein potilailla on jonkinlainen aavistus omasta terveydentilastaan tai sitä vaivaavasta asiasta ja osa potilaista on hakenut ennakkoon tietoa. Ennalta hankittuun tietoon suhtauduttiin sekä positiivisesti että negatiivisesti. Lääkärit suhtautuivat positiivisesti tietoon silloin, kun potilaat hakivat asiallista tietoa hyvistä lähteistä ja potilaiden ollessa valmiita kyseenalaistamaan netistä löydetty sirpaletieto lääkärin ammattitaidon edessä. Negatiivisesti ennalta hankittuun tietoon suhtauduttiin silloin, kun potilaat luulivat tietävänsä lääkäriä paremmin, alkoivat inttämään tai vaatimaan perusteetta lääkettä tai hoitoa itselleen, mikä kiristi lääkärin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Oheinen sitaatti kuvaa haastatellun lääkärin näkemystä ennalta haettuun tietoon:

Jos vaan se tieto on asiallista. Viralliset toimijat ovat menneet internetiin, jossa sä etukäteen täytät jotku lomakkeet valmiiks tai jotku kyselyt, ja siellä sä voit arvioida itse omaa riskiä vaikka sairastumista diabetekseen tai muistisairauteen. Niin ne ovat hyviä asioita. Mutta jos tullaan väittämään ihan täysin selkeisiin asioihin vastaan niin se on sellanen vähän turhauttava, ärsyttävä. (h1)

Osa lääkäreistä nosti esille potilaiden aiemmat kokemukset terveydenhuollosta ja niiden vaikutuksen vuorovaikutustilanteisiin. Haastatellut lääkärit kertoivat, että jos potilailla oli ollut aiempia huonoja kokemuksia tai ennakkoluuloja, niiden murtaminen saattoi olla todella haastavaa ja työlästä. Kun potilaalla oli aiempia huonoja kokemuksia, saattoi se lääkäreiden mukaan heijastua esteeksi vuorovaikutukselle. Tällaiset potilaat esimerkiksi saattoivat jättää jakamatta tietoa, joka voi olla diagnoosin kannalta merkityksellistä.

4.1.3 Lääkärin roolit eri arvoalueilla

Lääkäreiden ottamia rooleja palveluntarjoajan arvoalueella tarkastellaan lääkärin identiteetin näkökulmasta. Haastatellut lääkärit kuvailivat työtään vastuulliseksi ja kokivat sen maanläheisesti olevan ammatti muiden joukossa. Työtään he kuvailivat haastavaksi sekä kiireelliseksi ja välillä he kokivat riittämättömyyden tunteita ammatissaan. Lääkärit hakivat työlleen merkitystä taloudellisesta näkökulmasta toimeentulon lähteenä, sekä henkilökohtaisen ulottuvuuden kautta itsensä haastamisena sekä kehittämisenä. Työ ei ole lääkäreille elämäntyyli, mutta voimakkaasti osa identiteettiä, kuten ilmenee seuraavasta haastattelukatkelmasta:

On se toki tärkeä osa identiteettiäkin. Se on se millä perheen oon elättänyt. Ja mä oon kokenut sen koko ajan hyvin mielekkäänä, tuon työn teon. Kai jollain tavalla pitää mielen terveyttäkin kasassa, kun on työasiat kunnossa. (h3)

Lääkäriyttä ei koettu enää itseisarvona eikä sille haluttu enää omistautua. Osalle lääkäreistä työn merkitys muodostui potilaiden auttamisen kautta, osa sai työlleen merkitystä taloudellisista kannustimista, osa työn sisällöstä. Identiteettien kategorioiden sekoittuminen näkyy seuraavassa sitaatissa:

Toimeentulo on varmaankin se perusasia, minkä takia työssä käydään. Jos voitaisiin lotossa tarpeeksi suuren summan niin en varmaankaan kävisi töissä. Mut sitten kun tekee töitä, niin sen työn tulee olla mielekästä. Ja oon kyllä kokenut, että tää mun työ on mielekästä ja tykkään haasteista. Vuosi sitten ryhdyin ylilääkäriksi, ja jos mä en olisi haastehakuinen henkilö niin mä en olisi hakenut tätä työtä. Vaan mä olisin tehnyt sitä olin aikaisemmin täällä tehnyt. (h5)

Lääkärit kokivat työlleen erilaisia ohjaavia tekijöitä, jotka toivat työlle merkitystä. Ohjaaviksi tekijöiksi haastatteluissa mainittiin sekä ulkoisia että sisäisiä tekijöitä, joista osa oli enemmän henkilökohtaisia. Ulkoisiin tekijöihin lukeutuivat lait, asetukset, määräykset, ohjeet ja tilastot, mutta sisäisiin ja henkilökohtaisempiin tekijöihin lääkärit ilmoittivat halun olla hyödyksi, toimia niin kuin itselle toivottaisiin toimittavan, velvollisuuden tunnon sekä halun tehdä asioita, jotka ovat myös muille hyödyksi.

Lääkärin työn tarkoitus nähtiin sekä yksilökeskeisesti että yhteiskunnallisten näkökulmien kautta. Haastatteluista nostettuja yksilökeskeisiin tarkoitukseen lukeutuvia tarkoituksia olivat työstä saatava taloudellinen hyöty ja elanto. Yhteiskunnallisiin näkökantoihin työn merkityksestä lukeutuivat maininnat ihmisten auttamisesta, parantamisesta ja sairauksien ehkäisemisestä sekä tiedon ja ymmärryksen jakamisesta, jonka kautta pyrittiin tavoittelemaan ihmisten aktiivisempaa osallistumista omaan hoitoonsa ja pyrittiin saamaan ihmisiä kiinnostuneiksi omasta terveydestään. Taloudelliset kustannukset nousevat esiin seuraavassa sitaatissa:

Auttaa ihmisiä. Tehdä ihmisiä tyytyväisiksi ja onnellisiksi. Ja parantaa jos mahdollista tietenkin ensisijaisesti. Ehkäistään. Sitä kautta tietenkin kaikki kustannuksetkin laskee kun pystytään sairauksia ehkäisemään tai niitä pahenemasta. (h1)

Samalla kun lääkärit kokivat ammattinsa olevan hieno, merkityksellinen ja vastuullinen, he kokivat sen olevan raskasta, kiireistä ja paineen alle sidottua. Heillä oli tarve potilaan kanssa kommunikoidessa luoda asiantuntijuuteen perustuva valta-asetelma, jossa lääkäri toimi ohjaajana ottaen potilasta päärooliin ja tarvittaessa sijoittivat potilaan takaisin sivurooliin, mikä näkyy seuraavasta sitaatista:

Jos me niinku yritetään nyt potilaan ja asiakkaan välille vertausmerkkiä laittaa, niin mielestäni se ei ole ihan mahdollista. Että jos ajatellaan potilaasta, pelkkänä asiakkaana. Niin silloin herkästi tulee sama ajattelu, että minä menen nyt kauppaan, minä haluan tuota karkkipussia, minä lähdän lääkärille minä haluan tätä lääkettä. Tätä on jonkin verran näkyvissä. Mutta siinä on se ongelma, että vaikka nykyään netistä on mahdollista saada paljon tietoa taudeista, mutta onhan aikaisemminkin ollut olemassa lääkärikirjoja sairauksista kirjoja, ja siltikään niitä ei pysty diagnosoimaan, jos ei ole käynyt sitä hirveen pitkää lääkistä plus koulutuksia sen jälkeen. Sen näkee oikein hyvin. Aina lääkiksessä nauretaan samat taudit kuin siellä käsitellään. Että aina tuntuu että nämä oireet sopivat minuun. Mutta tää kokonaisuuden hallitseminen on se, mikä ehkä tekee lääkärinä lääkärin ensisijaisesti. Se diagnostiikkapuoli siinä. (h2)

Lääkärit kokivat työnsä yksilöitä ja sen kautta yhteiskuntaa hyödyttävänä. Kuitenkin he kokivat ammatissaan epävarmuutta sekä voimattomuutta: yksi haastatteluista mainitsi, ettei heitä kuunneltu, viitaten lääkärikuntaan, terveydenhuollon sote-uudistukseen sekä järjestelmissä viljeltyyn asiakas-termiin.

Lääkärit kuvailivat omaa osuuttaan hoitoprosessissa yksimielisesti asiantuntijana toimimiseen. Lääkärin tehtäviin lukeutui heidän mukaansa diagnoosin antaminen sekä hoitomenetelmävaihtoehtojen päättäminen. Osa toteutti tätä enemmän yhdessä asiakkaan kanssa ja osa taas vähemmän. Uhkana työstä suoriutumislle mainittiin työkuorma, sen hallinta sekä tulevaisuuden uudistusten aiheuttama epävarmuus. Oheinen sitaatti on lainaus lääkärin kuvaillessa tunteuksiaan lääkärinä olosta:

Tää on hieno ammatti ja näköalapaikka kun on aina tehnyt työtä, joka vaikuttaa suoraan ihmisten elämiin. Mitään en kyllä vaihtais pois. Vaikka tulee niitä epätoivon tilanteita että voi luojaa nyt työtä on liikaa. Se on hankalaa. Yksityisellä puolella sitä työmäärää on helpompi säädellä. (h6)

Yhteisellä arvoalueella lääkärit ottivat erilaisia rooleja, joista on muodostettu kolme eri roolikuvausta. Tutkimuksessa lääkäreiltä ei suoraan kysytty heidän ottamistaan vuorovaikutuksen rooleista, vaan liikkeelle lähdettiin kysymällä kuvauksia toteutuneista vuorovaikutustilanteista. Vastauksissa ilmeni tiettyjen asioiden toistoa, esimerkiksi kuuntelun merkitys sekä tietojen kyseleminen, mutta eroavaisuuksien pohjalta on muodostettu kolme erilaista vuorovaikutuksen roolia, joita ovat ymmärtävä ratkaisija, joukkueen valmentaja sekä konsultti.

Roolitukset eivät kuvaa pysyvää toimintamallia tai yhtä lääkäriä, vaan koovat piirteitä, jotka esiintyvät lääkäreiden toiminnassa vastaanottokäyntien aikana. Ymmärtävän ratkaisijan rooliin liittyviä vastauksia löytyi kahdelta vastajalta, joukkueen valmentajan rooliin kolmelta, sekä konsultin rooliin myös kolmelta. Haastatteluja tehtiin yhteensä kuusi kappaletta, jolloin voidaan havaita, että lääkäreiden vastaukset jakaantuivat useampaan kategoriaan ja että roolit vaihtelivat vuorovaikutuksen mukana. Esimerkiksi alun perin dialogiin ja yhteisymmärrykseen pyrkinyt lääkäri saattoi kokea roolivaihdoksen tarpeelliseksi turhautuessaan potilaan toimiin tai lääkärin resurssien kuluessa loppuun. Taulukossa 2 on esitetty roolit sekä sijoitettu kuvaukset, jotka haastatelluista lääkäreistä on sijoitettu kuvailtuihin rooleihin.

TAULUKKO 2 Haastateltujen sijoittuminen vuorovaikutuksen rooleihin

Rooli	Kuvaus roolista	Haastateltu
Ymmärtävä ratkaisija	Empaattinen ja ratkaisukeskeinen, ei kiirehdi diagnosoinnissa, tasa-arvoinen potilaan kanssa, hoitovaihtoehto löytyy keskustellen yhdessä potilaan kanssa	h2, h6
Joukkueen valmentaja	Kuuntelee ja kyselee potilaalta, muodostaa diagnoosin nopeasti, jakaa päätöksenteon potilaan kanssa, haluaa säilyttää asemansa asiantuntijana	h3, h4, h5
Konsultti	Kuuntelee ja kyselee potilaalta, viestii potilaalle faktapainotteisesti ja ylläpitää tarkoituksella etäistä vuorovaikutussuhdetta, päätöksenteko ja vastuu on jaettu	h1, h3, h5

Rooleista ensimmäisenä käydään läpi ymmärtävän ratkaisijan roolia, joka nousi kahden haastattelun lääkärin vastauksista esiin. Ymmärtävän ratkaisijan roolissa lääkärin toiminta oli empaattista sekä ratkaisukeskeistä. Hän antoi potilaalle aikaa sekä mahdollisuuden kertoa omin sanoin terveydellisestä tilastaan, jonka jälkeen lääkäri muodosti käsityksen sairaudesta/potilaan tilasta. Ymmärtävän ratkaisijan roolissa lääkäri malttoi mielensä diagnoosin muodostamisessa sekä jatkohoitotoimenpiteiden tarjoamisessa ja keskittyi potilaan kuunteluun. Haastateltu lääkäri kuvaa toimintaansa, joka soveltuu hyvin ymmärtävän ratkaisijan rooliin:

No mä aattelin et jaksaa kuunnella. Kun meidän työ on suurimmalta osalta sen kuuntelemista mitä ei sanota tai miten sanotaan. Et olis hyvä et jaksais siinä. Tarkasti. Et täällä ei lääkärin pitäisi päteä vaan et malttais mielensä sille kuuntelemiselle. Ja sen kautta ratkaistais lopputulos. Et mulla se on niinku se et mitä pidemmälle jaksaa pitää mielensä sen oman tulkinnan kanssa niin sen lähempänä ne on. (h6)

Kuuntelulle ja kysymyksille rakentuva vuorovaikutus jatkui tässä roolissa hoitovaihtoehtojen miettimiseen asti. Ymmärtävä ratkaisija esitti potilaalle hoitovaihtoehtot ja kävi niitä läpi yhdessä keskustellen potilaan kanssa. Sopiva hoito löytyi yhteisymmärryksessä hoidon sopiessa potilaalle sekä potilaan elämäntilanteeseen. Ymmärtävän ratkaisijan roolissa lääkäri koki, että potilaan ja lääkärin välisessä suhteessa käskeminen on vanhentunut ajattelumalli, eikä potilaan käyttäminen ollut enää nykypäivää, mikä ilmenee seuraavasta sitaatista:

En usko, että pitäisi mennä takaisin siihen, että toinen käskää ja toinen tekee. Onhan se näkyvissä, että se ei toimi. (h2)

Toinen rooli haastattelujen pohjalta on nimetty joukkueen valmentajaksi. Tätä roolia näkyi haastatteluissa kolmella lääkärillä. Joukkueen valmentajan roolissa usein lääkäri on ollut jo valmiiksi tietoinen vastaanotolle saapuneen henkilön tilasta, esimerkiksi rutiiniseurantojen myötä. Jos tämän roolin lääkärillä ei ole aiempaa tietoa potilaan tilasta, joukkueen valmentaja koki, ettei hänen tarvitse malttaa mieltään potilaan diagnosoinnissa, sillä vuorovaikutussuhteessa lääkäri on asiantuntija. Esimerkiksi potilaan miettiessä hoitovaihtoehtoja tai ollessa skeptinen tarjottuja hoitokeinoja kohtaan, lääkäri antoi vaihtoehdoksi seurantalinnan. Näin potilaalle haluttiin esittää kaikki tarjolla olevat hoitovaihtoehtot, jolloin lääkäri pyrki varmistamaan asemaansa asiantuntijana. Joukkueen valmentajan roolitukseen sopivassa sitaatissa lääkäri kertoo toiminnastaan vastaanotolla:

Se mun normaali toiminta on yleensä sitä, että potilas tulee ja mä tiedän jo valmiiksi mitä mun tulee sen kans tehdä, minkälaisia asioita sen kans tulee ottaa huomioon. Ja tota käydään siinä vähän niitä läpi. Elikkä siinä työtä tehdessä mä käyn sitä kontaktia läpi ja kerron mitä tästä nyt löytyi ja mitä se merkitsee ja miten se vaikuttaa nyt tähän kokonaisuuteen ja mitäs sitten tulevaisuudessa tulee ottaa huomioon. Ja sit kun se on lopetettu niin mä käyn vielä kerran ne asiat läpi ja millon seuraavat kontrollit on. Ja kun mä kirjoitan ite tekstit, niin mä saatan siinä samalla kirjoittaessa kysellä niitä asioita, jotka on tärkeitä sen suhteen mitä siihen kirjoittaa. Pyrin yhteistyöhön niiden potilaitten kanssa et se teksti olis sellaista mitä siinä on käyty läpi, että ne tietää etukäteen mitä siinä on ollu. Katson silmiin ja samalla saan käsityksen että minkälaisen

kontaktin mä tuun näihin ihmisiin saamaan. Pysin luottamuksen herättämiseen sillä että otan kontaktin siihen ihmiseen ja keskustelen siinä jotain, vähän saatan jotain kysellä ja muuta tämmöstä. (h5)

Vaikka lääkärillä olisikin valmiiksi muodostettu diagnoosi, joukkueen valmentajan roolissa annettiin potilaalle mahdollisuus kertoa omasta tilanteesta ja lääkärin tuli kysellä siitä. Kuten edeltävässä ymmärtävän ratkaisijan roolissa, myös valmentajan roolissa painottui kuuntelun tärkeys ja vuorovaikutuksen rakentaminen potilaan kanssa yhdessä. Potilaan käskyttäminen ei kuulunut tähänkään rooliin, jolloin vuorovaikutussuhde toimi enemmän kumppanuusmallin mukaisesti jaetun päätöksenteon kautta.

Viimeinen rooli eli konsultin rooli löytyi myös kolmen lääkärin vastauksista. Konsultin roolissa lääkäri kuunteli ja kyseli potilaalta tietoja, hän pyrki antamaan vastaanotolle tulleelle henkilölle tietoa ja kertomaan tilanteet niin kuin ne ovat sekä hoidot/jatkotoimenpiteet mahdollisimman neutraalisti ja tunteettomasti tuoden teoriaa tai tutkimustuloksia esille. Potilaalle esiteltiin konsulttimaisesti hoitovaihtoehtoja. Vuorovaikutus oli tarkoituksella etäistä, mutta kohteliasta ja sen kantava ajatus oli rakentavaan vuorovaikutukseen pyrkiminen. Konsultin rooliin sijoittuvan lääkärin antama kuvaus vuorovaikutustilanteesta ja hänen käyttämästään viestinnästä:

Asialliseen ja yritän tarjota ihan, ilman minkäänlaisia tunteita tämmöstä konkreettista tietoa. (h1)

Viestintä konsultin roolissa oli tasa-arvoista ja osapuolet tekivät aktiivisesti valintoja, joista valinnantekijä otti aina vastuun. Seuraavassa sitaatissa lääkäri antaa kuvauksen valintojen tekemisestä ja vastuun jakamisesta:

Potilas joka tulee mun vastaanotolle jonkun sairauden tähden, niin ei se potilas siirry mun vastuulle. Se potilas on edelleen omalla vastuullaan ja hoitaa itsensä sillä omalla. Jos potilas on vaikka astmaatikko ja se tupakoi, niin minähän en lääkärinä tupakoi. Minä piut paut välitän siitä, että mitä hänelle tapahtuu jos hän kerran tupakoi. Minä voin hänelle kertoa että mitä se tarkoittaa että tupakoi ja mitä se tarkoittaa jos ei tupakoi. Mutta en mä voi valita hänen puolestaan enkä ryhtyä poliisiksi. Enkä ryhdy poliisiksi jos potilas on tupakoiva astmaatikko. Jos se edelleen tupakoi ja on astmaatikko, niin se ei mun mieltäni eikä mun sieluani. Se on hänen asiansa. Se vaatii hänen mielen niinku tota. Vaikka häntä kuinka voimaannutettais ja kerrottais oikeita asioita ja hän siitä huolimatta tupakoi. Niin en mä ota hänen elämäntapaansa kontolleni niin että mä olisin murheissani sen takia, että potilas tupakoi. Ei mua kiinnosta semmonen ollenkaan. Potilaat on mulle niinku omia itsejään, jotka ottaa sen vastuun omasta itsestään. (h5)

Konsultin roolissa lääkäri sijoittui sekä ohjaajaksi, osittaiseen päärooliin (esimerkiksi ohjatessaan hoitotapahtumaa ja kysellessään kysymyksiä) sekä sivurooliin. Seuraavassa sitaatissa lääkäri pohtii vuorovaikutustilanteen kulkua potilaan kanssa, jossa lääkärin rooli on olla ohjaajana:

Asiakkaalta kysytään, minkä vuoksi hän on tullut, tai sitten tiedetään jo lähetteen perusteella jotakin. Kysytään lisäkysymyksiä, tarkentavia tai privaattipuolelle asiakas ensin kertoo sen oman ongelmansa ja sen jälkeen ruvetaan tarkentamaan. Sen jälkeen tutkitaan ja tarvittaessa joko määrätään tai tehdään itse tutkimuksia tai tutkimustoimenpiteitä. Jos asia on selvä, jo ilman että tarvittais lähettää lisätutkimuksiin

muualle, niin silloin, aletaan puhumaan hoitovaihtoehtoista. Ja jos niitä vaihtoehtoja on erilaisia, niin henkilökohtaisesti minulla on tapa hieman kysellä sitä, että kumpi tuntuu paremmalta. Ja tässä tapauksessa myöskin, tai tässä vaiheessa, jonkin verran sitä, että miten se hoidon toteuttaminen sopii esimerkiksi päivärytmiin tai näin. Koska meillä on hieman sellaisia lääkkeitä, joiden laittaminen vaatii aikaa. Ja sen jälkeen sitten usein sovitaan kontrollista, usein sitä tarvitaan. (h2)

Tarkastelun siirtyessä kolmannelle, eli asiakkaan arvoalueelle, lääkäreiden rooleja kuvataan sen kautta, miten lääkärit kokivat vuorovaikutuksen potilaiden kanssa. Aineistosta selviää, että potilaiden roolit sijoittuivat sivurooleihin, mutta myös päärooleihin. Vuorovaikutustilanteissa potilaiden roolina oli haastateltujen mielestä kertoa ja vastata lääkäreiden kysymyksiin. Osa lääkäreistä antoi potilaille enemmän vaikutusmahdollisuutta ja valtaa oman hoidon valinnassa. Lääkäreille tyypillistä oli nostaa potilaita jalustalle, keskittyä kuuntelemaan potilaiden huolia ja antaa heille mahdollisuus valita omasta hoidostaan. Onnistuneita vuorovaikutuskohtaamisia potilaiden kanssa kuvailtiin ”vaikeuksien kautta voittoon” -tyylisinä tarinoina, jolloin kuuntelun, yhteisymmärryksen ja luottamuksen merkitys nousivat tärkeiksi osiksi vuorovaikutustilanteita.

Kun haastateltuja pyydettiin pohtimaan heidän työnsä merkitystä potilaiden näkökulmasta, eli asiakkaan arvoalueesta, haastatellut mainitsivat käytännönläheisiä merkityksiä toimenkuvulle: potilaiden auttaminen ja neuvominen, sairauksien parantaminen ja hädän helpottaminen. Lääkäri kuvailee, mikä on hänen työnsä merkitys potilaan näkökulmasta:

En ole itseni potilaana ollut. Mutta voisin kuvitella että tarkoituksena on se, että potilas saisi vaivaan apua. Tietysti paraneminen olisi heidän toiveena, mutta ongelmana on se, että ainakin minun erikoisalallani suurin osa sairauksista on kroonisia, jolloin se ei välttämättä ole sellainen mahdollinen tavoite. Mutta tietysti varmaan se, että mahdollisimman hyvä lopputulos mahdollisimman helpoilla keinoilla. (h2)

Potilaiden kokemaa hätää lääkärit lievittivät jakamalla tietoa terveydestä sekä ohjaamalla potilaita erilaisten tukien pariin, neuvomalla niiden hakemisessa ja antamalla niihin tarvittavia lausuntoja, mikä ilmenee seuraavassa sitaatissa:

No auttaa heitä jos heille tulee jotain ongelmia eteen. Neuvoa. Ja että heillä sairaudet vähenesivät tai sitten pahenemisvaiheet tai komplikaatiot. Sitten toisaalta tarjota sellaista oireettomuutta, että kaikkea ei voi parantaa mutta me voidaan oireita lievittää. Tarjota sellasta apua, välineitä lääkkeitä mitä tahansa. Sitten toisaalta katsoa että erilaiset tuet ja nää olisi haettuna mitkä heille kuuluu. Et sitäkin joutuu aika paljon kyselymään ja tarkastamaan et saako ne ne avut. Ja sit ohjata niitä niihin oikeisiin paikkoihin mistä niitä saa. Lausuntoja siihen tarvitaan hyvin usein et ilman lääkärin lausuntoa ei välttämättä saa mitään tämmöstä taloudellista tukea Kelaan liittyen. (h1)

Näiden myötä lääkäreiden rooli auttajana sekä terveysasiantuntijana löytyvät haastatteluista. Auttajan ja terveysasiantuntijan rooleissa lääkärit tarjosivat neuvoja sekä apua, jotka voivat ylittää varsinaiset terveyteen liittyvät ohjeet, esimerkiksi taloudellisten tukien hakemisesta kertominen potilaalle.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TUTKIMUKSEN ARVIONTI

5.1 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä lääkäreiden kokemuksia vuorovaikutustilanteesta muuttuneen asiakkuuden kanssa ja siten lisätä ymmärrystä lääkäreiden ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta. Tätä tutkittiin kuvailemalla lääkäreiden asiakaskäsitystä, vuorovaikutuksen arvoalueita sekä hahmottamalla arvoalueilla otettuja rooleja.

Tutkimusongelmana oli selvittää:

Miten lääkärit kokevat muuttuneen asiakkuuden vaikuttavan potilaskeskeiseen vuorovaikutukseen?

Tutkimusongelmaan haettiin vastausta kolmen tutkimuskysymyksen avulla. Tutkimuskysymyksinä olivat:

Miten lääkärit kuvailevat terveydenhuollon asiakasta?

Miten arvoalueet ilmenevät lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa?

Miten lääkärit määrittelevät oman roolinsa eri arvoalueilla ollessaan vuorovaikutuksessa terveydenhoitopalveluita tarvitsevan henkilön kanssa?

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä selvitettiin lääkäreiden näkemyksiä terveydenhuollon muuttuneesta asiakkaasta sekä samalla kysyttiin lääkäreiden mietteitä potilaan voimaantumiseen. Tuloksissa ilmeni, että jaottelut potilaan ja asiakkaan välillä ovat olemassa ja suurin osa oli sitä mieltä, ettei asiakas kuvannut julkisen terveydenhuollon palveluita tarvitsevaa henkilöä. Käsitteiden määrittelyissä näkyi samoja piirteitä kuin Aution ym. (2012) havainnoissa.

Vastauksissa asiakas käsitettiin henkilöksi, jolla on vapautta: vapaus valita, vapaus haluta ja vapaus vaatia. Hän toimii itsenäisesti ja ottaa vastuuta päätöksistään, kuten Aution ym. (2012) löydöksissä. Asiakas pystyi marssimaan lääkärin suositusten yli niin kauan, kuin maksukykyä ja -halua riitti ja tämän vuoksi asiakas sijoitettiin tuloksissa useammin yksityisen puolen palveluiden pariin. Julkiselle puolelle sijoitettuna asiakas koettiin haastavaksi ja palvelutilannetta hidastavaksi henkilöksi, jolloin vuorovaikutukseen mahdollisesti sisältyi enemmän jännitteitä.

Potilas taas nähtiin henkilönä, joka sijaitsee hierarkkisesti lääkärin alapuolella ja on lääkäristä riippuvainen. Julkisen puolen terveydenhuollon potilaaseen kohdistettiin myös ajatus maksuhaluttomuudesta tai -kyvyttömyydestä. Potilaalla kuvataan nimenomaan julkisen terveydenhuollon palveluita tarvitsevaa henkilöä ja haastateltavat tekivät viittauksia potilaan aseman ja oikeuksien

juridiseen määrittelyyn (kts. Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Haastattelujen pohjalta potilas-termi kuvailee pitkälti samanlaista henkilöä, kuin Tuorilan (2000, 32-33) ja Aution ym. (2012) kuvailemat potilaan piirteet.

Potilas määriteltiin haastatteluissa lääkärin alapuolelle sijoittuvaksi henkilöksi, mutta voimaantumiseen liittyvien vastausten perusteella lääkärit pyrkivät kyselemään ja keskustelemaan potilaan kanssa, eli aktivoimaan potilasta. Vuorovaikutustilanteissa potilaalle annettiin valtaa osallistua päätöksentekoon, lääkäreillä oli halua synnyttää jaettua ymmärrystä ja osa lääkäreistä halusi selkeästi viestiä potilaan toimivan omalla vastuullaan. Lääkärit pyrkivät tasa-arvoistamaan vuorovaikutusta potilaslähtöisellä toiminnalla ja potilaan voimaannuttamisella, tavoitellen siitä saatuja hyötyjä, kuten avoimempaa vuorovaikutusta potilaan kanssa. Tämä kertoo potilaan aseman muuttumisesta ja lääkäreiden halusta reagoida muutokseen. Yhteisymmärrykseen pyrkiminen, potilaan ymmärtäminen ja potilaan osallistumiseen kannustaminen kuuluvat osaksi potilaskeskeistä toimintatapaa (Irwin & Richardson 2006) ja lääkäreiden halu muistuttaa potilaan henkilökohtaisesta vastuunotosta viestivät lääkärilähtöisestä halusta aktivoida potilasta. Muutosta voidaan lähestyä näkökulmasta, jossa ymmärretään lääkäreiden sisäistäneen potilaskeskeisen toimintatavan ja noudattavan sitä. Lääkäreiden nykyiset menettelyt osoittavat osaltaan potilaskeskeisen toimintatavan onnistuneen, sen heijastuvan vuorovaikutukseen ja vanhanaikaisen lääkärikeskeisen vuorovaikutuksen siirtyneen taka-alalle.

Kuten Hoggin ym. (2003) ja Lemiren (2000) tutkimusten tuloksissa, myös tämän tutkimuksen haastatellut lääkärit kertoivat kokeneensa, että potilaan tiedonnälkä voi nopeuttaa sekä lisätä potilaan sitoutumista hoitoon. Lisäksi potilaan voimaannuttamiseen suhtauduttiin yleisesti positiivisesti ja osa lääkäreistä näki voimaantumisen välttämättömänä hoidon onnistumisen kannalta. Negatiivisena puolena voimaannuttamisen yhteydessä mainittiin sen mahdollisesti vaativat suuret resurssit lääkäreiden ja muun sairaalahenkilökunnan osalta. Tuloksissa myös nostettiin esiin tilanne, jolloin lääkärit joutuivat epäämään potilailta potilaiden haluamia hoitoja tai jatkotoimenpiteitä ja lääkärit joutuivat haastaviin keskusteluihin näiden kanssa. Samalla havaittiin, miten voimaantuneen potilaan mielipiteen muuttaminen koettiin lääkäreiden näkökulmasta hankalammaksi ja konfliktierkäksi.

Potilaskuvaukset ja potilas-termin hanakka puolustaminen vaikuttavat olevan ristiriidassa keskenään. Minkä vuoksi passiivisia miellelyhtymiä herättävästä potilas-termistä pidetään niin lujasti kiinni, vaikka lääkärit tavoittelivat aktiivisempia potilaita ja pyrkivät toimimaan potilasta voimaannuttaen ja osallistaen? Tähän voidaan hakea vastausta haastatteluissa määritellyn asiakas-termin kautta. Haastatellut näkivät pääsääntöisesti asiakkaan maksukykyisenä, -haluisena ja palveluita vaativana, mikä koettiin epäsovivaksi henkilökuvaukseksi julkisen terveydenhuollon puolelle. Osa lääkäreistä esitti näkökulman, jossa heidän toimintansa vastaanottokäynnillä muuttuisi asiakkaan myötä alitajuisesti palvelualltiimmaksi ja vaihtoehtohakuisemmaksi, johon ei välttämättä riitä tarvittavia

resursseja. Nämä tekijät yhdessä voivat heijastaa taustasyinä asiakas-termin vierastamiselle.

Kumpi termi, asiakas vai potilas, toimisi paremmin yhteistä arvoaluetta laajentavana? Lääkärit kuvailivat toimintaansa luontevammaksi ja miellyttävämmäksi potilaan kanssa, mikä voi johtua totutusta ja tutusta käytännöstä: lääkärit ovat tottuneita käyttämään potilas-termiä ja potilaslähtöisyyden sekä potilaan voimaannuttamisen myötä he näkevät potilaan tasa-arvoisena kumppanina. Näin ollen lääkärit ovat valmiimpia kohtaamaan potilaita arvoaluetta laajentaen. Asiakkaan kanssa lääkärit olivat enemmän varuillaan ja epävarmoja, mutta samalla he kertoivat toimintansa muuttuvan alitajuisesti yhteistä arvoaluetta laajentavaksi. Tämä puoltaa asiakas-termin käyttöä myös julkisen puolen terveydenhuollossa, mutta on tärkeää huomioida, että termi sisältää jännitettä ja tätä jännitettä on organisaation taholta pyrittävä purkamaan.

Taulukossa 3 on tarkasteltu asiakaskäsitystä terveydenhuollossa. Ensimmäisessä sarakkeessa on lueteltu terveydenhuollon asiakasta kuvailevat termit. Toisessa sarakkeessa on kuvattu, miten lääkärit ovat kokeneet asiakkuudet. Kolmannessa sarakkeessa on kuvattu, miten kyseinen termi on vaikuttanut lääkäreiden ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen.

TAULUKKO 3 Terveydenhuollon asiakaskäsitys

Termi	Lääkäreiden käsitys	Vaikutus lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen
Asiakas	Henkilö, jolla on vapautta päättää, vaatia ja sanoa oma mielipiteensä, voi ostaa haluamansa, maksukyky	Asiakas termi teki lääkäreistä epävarmoja ja mahdollisesti lisäsi vuorovaikutustilanteiden jännitettä
Potilas	Lääkärin alapuolella, potilas on riippuvainen lääkäristä, maksuhaluttomuus tai -kyvyttömyys, juridisesti määritelty	Vuorovaikutuksen roolit tuttuja, potilaan kanssa toiminta luonnollisempaa

Toinen tutkimuskysymys tarkasteli lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteen arvoalueita. Niiden kautta havaittiin, miten palveluntarjoajan arvoalueella sijaitsevat prosessit ja resurssit, yhteisen arvoalueen potilaslähtöinen vuorovaikutus ja asiakkaan voimaannuttaminen sekä asiakkaan arvoalueelle sijoittuvat potilaan ennakkoon hankkima tieto ja aikaisemmat kokemukset heijastuivat lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutustilanteeseen. Kuitenkaan kaikki arvoalueiden tekijät eivät vaikuttaneet lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteeseen asti, mutta osalla tekijöistä oli vuorovaikutusta kiristävä vaikutusta palveluntarjoajaorganisaation ja lääkäreiden välillä.

Palveluntarjoajan arvoalueelle kuuluva kiire vaikutti vuorovaikutustilanteeseen kokonaisvaltaisesti, jolloin yhteisen arvoalueen arvonnulomiseen tähtäävät toiminnot jäivät osaltaan vajavaisiksi. Kiire vaikutti potilaiden voimaannuttamiseen negatiivisesti, sillä voimaannuttaminen koettiin aikaa vievänä

prosessina, johon lääkärit eivät aina voineet sijoittaa niukkoja resurssejaan. Lääkärit kuvailivat pyrkivänsä vähentämään kiireen tuntua vuorovaikutustilanteessa rupatteleamalla asian vierestä, antamalla potilaalle vapautta kuvailla terveydellistä tilannettaan omin sanoin ja kuuntelemalla potilasta. Nämä keinot ovat osa potilaslähtöistä toimintaa (kts. Irwin & Richardson 2006), jota lääkärit harjoittavat yhteisellä arvoalueella, eli lääkärit eivät pyrkineet vaikuttamaan palveluntarjoajaan. Palveluntarjoajan arvoalueelle sijoittuvat resurssipula ja niukkuus vähensivät lääkärin ja potilaan välisen suoran vuorovaikutuksen aikaa, jolloin yhteinen arvoalue muodostui rajatummaksi, vähemmän dynaamiseksi alueeksi. Dynaamisuuden vähentyminen heijastui vuorovaikutukseen siten, että mahdollisuudet luoda suoraa dialogia potilaan ja palveluntarjoajan välillä pienentyivät (kts. Grönroos & Voima 2013), jolloin vuorovaikutustilanteessa lääkärit pyrkivät tehokkaaseen kommunikointiin.

Yhteisen arvoalueen vaikutukset vuorovaikutukseen havaittiin lääkäreiden harjoittaman potilaslähtöisyyden sekä potilaan osallistamisen kautta, joilla pyrittiin laajentamaan yhteistä arvoaluetta ja lisäämään vuorovaikutusta lääkärin ja potilaan kesken. Lääkärit kertoivat useita eri keinoja, joilla he pyrkivät toimimaan potilaslähtöisesti ja voimaannuttamaan potilasta: potilaan rohkaisu, diagnosoinnissa mielen malttaminen ja aito keskittyminen potilaan kuunteluun. Samalla he miettivät sanavalintojaan ja lauseiden asetteluaan puhuessaan potilaalle, pyrkien siten arvon kanssaluojiksi. Lisäksi yhteisellä arvoalueella arvon luomisen keinona käytettiin Williamsin ja Anderssonin (2005) mukaisesti potilaan nostamista päärooliin. Samoilla keinoilla, kuin potilasta osallistettiin, pyrittiin potilas nostamaan päärooliin keskustelun aktiiviseksi osapuoleksi. Vuorovaikutustilanteen loppupuolella lääkäri kuitenkin siirtyi hoitoprosessin ohjaajaksi antamaan diagnoosin tai keskustelemaan hoitovaihtoehtoista, palauttaen potilaan sivurooliin, kuten Aution ym. (2012) tutkimuksessa. Tämä koettiin luonnollisena osana vastaanottotilannetta, eikä tulokset viitanneet tämän kaventavan arvoaluetta. Tämä tukee aiempaa tutkimusta, sillä vaikka osa potilaista haluaa toimia asiantuntijapotilaana ja olla oikeassa (Autio ym. 2012), osa voi kokea osallistumisesta painetta (Hardyman ym. 2015).

Kolmannen eli asiakkaan arvoalueen vaikutus vuorovaikutukseen tapahtui tulosten mukaan asiakkaan hankkiman tiedon sekä aikaisempien kokemusten kautta. Lääkärit kertoivat potilailla olevan ennakkoon hankittua tietoa ja lääkärit suhtautuivat tähän tietoon positiivisesti, mutta pienellä varauksella. Ennalta haetun tiedon kohdalla lääkäreille pääasia oli, että potilaat kertoivat avoimesti hakenensa tietoa ja muodostaneensa ajatuksia tilastaan, jolloin lääkäri sai kuvauksen potilaan pohdinnoista ja vuorovaikutus helpottui sekä tehostui. Ennalta haettu tieto ilmeni myös vuorovaikutusta hajottavana, jos se oli väärää ja potilas ei suosunut uskomaan lääkäriä. Kuten Heinonen ym. (2013) ovat esittäneet, asiakkaan aikaisemmat kokemukset vaikuttavat arvонуontiin. Tämä vahvistui tuloksissa, sillä lääkärit mainitsivat osalla potilaista olevan aiempia huonoja kokemuksia ja niistä luotuja ennakkoluuloja, joiden voittaminen tulee osaksi vuorovaikutusta. Ennakkoluulojen voittaminen koettiin tärkeäksi, jotta potilas saatiin rohkaistumaan ja jakamaan kaiken tarpeellisen tiedon lääkärille.

Taulukossa 4 esitetään tiivistetysti, miten arvoalueet ilmenivät vuorovaikutuksessa. Ensimmäisessä sarakkeessa jaetaan arvoalueet omiin riveihinsä. Toisessa sarakkeessa kuvaillaan, mitä asioita tuloksissa nousi liittyen kyseiseen arvoalueeseen. Kolmannessa sarakkeessa tarkastellaan arvoalueittain tuloksien vaikutusta lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen.

TAULUKKO 4 Arvoalueet vuorovaikutuksessa

Arvoalue	Tuloksista esiinnousseet piirteet	Tuloksien vaikutus lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen
Palveluntarjoajan arvoalue	Kokonaisvaltainen kiire, väli-neistö ja byrokraattiset prosessit	Luovat painetta tehokkuudesta, kiristävät vuorovaikutusta
Yhteinen arvoalue	Potilaslähtöinen vuorovaikutus ja potilaan osallistamiseen tähtäävät toimenpiteet	Potilaan rohkaiseminen, luottamusta herättävä vuorovaikutus
Asiakkaan arvoalue	Potilaan ennalta haettu tieto, potilaan aiemmat kokemukset terveydenhuollosta	Ennalta haettu tieto voi luoda ja-ettua ymmärrystä tai vastaan väittämistä, negatiivisten ennakoasenteiden murtaminen osaksi vuorovaikutustilannetta

Kolmas tutkimuskysymys pyrki hahmottamaan lääkäreiden ottamia rooleja eri arvoalueilla ja ensimmäisenä tarkastelu kohdistui palveluntarjoajan arvoalueelle. Koska Realin ym. (2009) mukaan lääkärin identiteetti vaikuttaa lääkärin valitsemaan tai saamaansa rooliin, palveluntarjoajan arvoaluetta tarkastellaan lääkärin identiteetin näkökulmasta.

Tuloksissa selviää, että haastateltavat kokivat ammattinsa olevan osa omaa identiteettiä, mutta he eivät pitäneet lääkäriyttä elämäntyylinä. Samoin kuin Realin ym. (2009) työssä, myös tämän tutkimuksen osalta huomattiin työntekijöinä työskentelevien lääkäreiden sijoittuvan yhteiskunnallista hyötyä tavoittelevien identiteetikategoriaan. Osa haastatelluista kertoi kokevansa työnsä merkitykselliseksi yhteiskunnallisten hyötyjen kautta: lääkärit poistavat sairauksia ja edistävät terveyttä. Kuitenkin, osa tämän tutkimuksen haastatelluista näki työnsä myös taloudellisten kannustimien kautta, jolloin saman lääkärin kohdalla identiteettien kategoriat sekoittuvat yhdistäen esimerkiksi elinkeinosidonnaisen ja ammattisidonnaisen kategorian. Tähän voi osaltaan vaikuttaa haastattelujen määrä tai haastatteluiden keskittymisestä ainoastaan julkisen sektorin työntekijöihin. Myös roolien liikkuvuus ja tilannesidonnaisuus (Autio ym. 2012; Danaher & Gallan 2016) selittävät kategorioiden rajojen hämärtymistä.

Aiemman tutkimuksen mukaisesti (kts. Pratt ym. 2006; Tang & Guan 2017) lääkäreiden ammatillinen identiteetti ja lääkäreiden suhtautuminen omaan ammattiinsa heijasteli ristiriitaisia elementtejä. Merkityksellisenä ja vastuullisena koettu työ nähtiin yhtä aikaa raskaana sekä todella kiireisenä. Samalla kun

potilaasta haluttiin aktiivisempi toimija, haluttiin ylläpitää lääkärin asema asian-
tuntijana sekä hoidon ohjaajana. Asiakkaan voimaantumisen vaikutukset palve-
luntarjoajan työntekijöiden rooliristiriitaan on todettu aikaisemmassa tutkimuk-
sessa (kts. Chan ym. 2010; Hsieh ym. 2004) ja tässä tutkimuksessa voidaan huo-
mata sama: lääkärin roolin muutos yhdessä asiakkuuden muutoksen kanssa
muokkasivat lääkäreiden ammatillista identiteettiä ristiriitaisemmaksi. Tämän
vuoksi lääkärit voivat kokea olevansa puun ja kuoren välissä, sillä toisaalta hei-
dän tulisi palvella potilasta ja saada heidät voimaantumaan, mutta yhtä aikaa
heidän tulee tehdä se mahdollisimman resurssitehokkaasti. Lääkäreiden vas-
tauksista pystytään havaitsemaan väliinpuotoajan tilanne, jossa he eivät aina tien-
neet, miten toimia potilaskuluttajan kanssa luontevasti julkisen terveydenhuol-
lon säästökuurin keskellä. He toimivat kuin kirstunvartijat, jotka huolehtivat,
ettei julkisen puolen varoja käytetä tuhlaillen. Lääkärit joutuivat toimimaan yh-
täaikaisesti sekä Bowenin (2016) innovoijan, että koordinoijan rooleissa.

Yhteisellä arvoalueella lääkärit näkivät oman roolinsa hoitoprosessissa asi-
antuntijana sekä diagnoosin antajana, yleisesti hoitotapahtuman ohjaajana (kts.
Autio ym. 2012). Kuitenkin, tuloksissa löydettiin kolme eri vuorovaikutuksen
roolia, joita lääkärit ottivat ollessaan potilaan kanssa vuorovaikutuksessa. Roolit
nimettiin ymmärtäväksi ratkaisijaksi, joukkueen valmentajaksi sekä konsultiksi.
Rooleissa yhteistä oli lääkärin keskittyminen potilaan kuunteluun ja hänen ter-
veydentilansa ymmärtämiseen, käskyttävän ja holhoavan toimintatavan taakse
jätto sekä Realin ym. (2009) ammattisidonnaiselle kategorialle tyypillinen vuoro-
vaikutuksen kiireettömyys, kuuntelu ja läsnäolo. Eroavaisuuksia rooleihin loivat
taustalla olevat ajattelun mallit: miksi lääkärit antoivat potilaille vapaasti tilaa
kertoa sekä miksi lääkärit kyselivät potilailta kysymyksiä. Rooleihin vaikuttivat
vuorovaikutustilanne sekä konteksti, jolloin roolivaihdos vuorovaikutuskerran
sisällä oli mahdollista.

Ymmärtävä ratkaisija toimi empaattisesti, pyrki malttamaan mielensä diag-
noosissa sekä haki yhdessä potilaan kanssa potilaalle parhaiten soveltuvaa hoi-
toa tai ratkaisua. Ymmärtävän ratkaisijan roolin tarkastelussa on tärkeää huomi-
oida painotus lääkärin pyrkimyksessä keskittyä kuunteluun ja mielen malttami-
seen ennen kuin potilaalle tarjotaan ratkaisua tai määrätään jatkohoitoa. Vuoro-
vaikutussuhteen malli toimii kuten Buryin (2004) esittämä kumppanuusmalli,
sillä lääkäri-potilassuhde on tasa-arvoinen ja hoitopäätöksissä pyritään yhteiseen
ja jaettuun päätöksentekoon. Tässä roolissa jaetun päätöksenteon tausta-ajatuk-
sena ei ole potilaan vastuuttaminen, vaan halu ratkaista ongelma ja sitouttaa po-
tilas hoitoon. Viestinnällisestä näkökulmasta lääkärin toiminta ymmärtävän rat-
kaisijan roolissa rakentui Ishikawan ym. (2013) esittämistä malleista sosiaalisesti
rakentuneeseen viestintään, sillä lääkärit pyrkivät ymmärtämään potilasta ja luo-
maan yhteisymmärrystä, "jaettua mieltä". Lääkärin identiteetti on Realin ym.
(2009) esittämä suhdesidonnainen, jolloin vuorovaikutus on empaattista ja vas-
tavuoroista.

Joukkueen valmentajana lääkäri antoi itselleen luvan muodostaa mieliku-
van potilaan terveydentilasta ja diagnoosista ennen kunnollista syventymistä
kuuntelun ja kyselyn keinoin. Tässä roolissa lääkäri pyrki ohjailemaan potilasta

hoidon valinnassa vahvistamalla omaa asiantuntijan asemaansa. Joukkueen valmentajan roolissa lääkäri ja potilas olivat epätasa-arvoisemmassa asemassa, kuin ymmärtävän ratkaisijan ja potilaan vuorovaikutussuhteessa, sillä joukkueen valmentajana lääkäri antoi potilaalle päätösvaltaa pyrkimyksenään ulkoistaa vastuu potilaalle ja varmistaa asemansa asiantuntijana. Viestinnällistä rakennetta voidaan tarkastella Ishikawan ym. (2013) esittämän konfliktimaisen toimintatavan mukaan, jossa lääkäri antaa vastauksia ja päätäntävaltaa potilaalle potilaan pyytäessä (tai vaatiessa) ja viestinnän tarkoituksena on lisätä potilaan itseohjautuvuutta.

Konsultin roolissa lääkärin vuorovaikutusta ohjasi lääkärin pyrkimys toimia mahdollisimman tunteettomasti ja kommunikoida faktapohjaisesti ja tutkimuksiin nojaten potilaan kanssa. Vaikka suhtautuminen potilaisiin voi vaikuttaa konsultin roolissa välittömältä, vuorovaikutuksessa toista osapuolta kunnioitettiin ja välitön tunne voi juontua Ruusuvuoren (2005) esittämästä professionaalista neutraaliudesta. Realin ym. (2009) elinkeinosidonnainen ammatillinen identiteetti näkyi vahvimmin tässä roolissa, jolloin taloudelliset aspektit työn tekemisessä korostuivat, vaikkakaan eivät ainoana työn ulottuvuuksina. Valta-asetelma tällä roolilla oli hyvin tasa-arvoinen: asiantuntija kertoo nykytilanteen ja antaa vaihtoehdot, jolloin päätöksenteko pohjautuu vastaanotolle tulleen henkilön omiin päätöksiin. Viestintä on tyyliltään ammatillainen ammattilaiselle eli utilitaristista faktojen tarkastelua rationaalisesti vertaillen (Ishikawa ym. 2013). Buryn (2004) esittämistä vuorovaikutuksen suhdemalleista tämä rooli on konsumeristinen, sillä molemmat osapuolet ovat aktiivisia ja tekevät informoituja valintoja, ottaen henkilökohtaisesti vastuuta.

Lääkärit ovat sisäistäneet uuden rooliasetelman ja tasa-arvoisemman potilaan roolin, eivätkä koe tarvetta käskää potilasta entiseen passiivisempaan rooliin. Tätä näkemystä tukee lääkäreiden positiivinen suhtautuminen esimerkiksi potilaiden tiedon hakemiseen ja siihen kannustaminen, sekä vastaanottotilanteiden pohjautuminen potilaslähtöiseen vuorovaikutukseen. Suhde ei kuitenkaan ole aina täysin tasa-arvoinen, sillä lääkärit muistuttelivat potilaita etsimään tietoa oikeista lähteistä ja varmistivat lääkäreiden roolin asiantuntijana sekä kokonaiskuvan muodostajana.

Asiakkaan arvoalueelle sijoitettuja lääkäreiden rooleja voidaan peilata vastauksista, joissa lääkäreiltä kysyttiin heidän työnsä merkitystä potilaille. Potilaiden näkökulmaa pohtiessaan lääkärit nostivat esille käytännönläheisiä merkityksiä, jotka viittaavat lääkäreiden haluun toteuttaa ammatilleen tyypillistä auttajan roolia (kts. Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 58-60). Auttajan rooli ilmeni silloin, kun lääkärit kertoivat neuvovansa potilaita heille kuuluvien kela-tukien kanssa ja ohjaavansa heitä tuen hakemisessa. Myös roolit terveysasiantuntijana, kuuntelijana ja lääkkeiden määrääjänä löytyivät vastauksista, mutta työryhmän jäsen ei noussut esiin. Tämä voi johtua tutkimuksen fokuoimisesta vuorovaikutukseen lääkärin ja potilaan välillä, jättäen vuorovaikutuksen muiden organisaation jäsenten kanssa pois tuloksista.

Taulukossa 5 on koottuna lääkäreiden ottamia rooleja arvoalueilla. Ensimmäisessä sarakkeessa on nostettu esiin arvoalueet. Keskimmaisessä sarakkeessa

on kuvattu arvoalueella otettua roolia. Roolikuvaukset yhteisen arvoalueen rooleista on koostettu taulukkoon 2. Kolmannessa sarakkeessa on kuvattu roolin vaikutusta vuorovaikutustilanteisiin.

TAULUKKO 5 Lääkärin roolit vuorovaikutuksen arvoalueilla

Arvoalueet	Lääkärin ottama rooli vuorovaikutuksessa	Roolin vaikutus vuorovaikutukseen
Palveluntarjoajan arvoalue	Rooli asiantuntijana sekä kirstunvartijana	Lääkärit pyrkivät vuorovaikutustilanteissa kiireettömyyteen, kunnioittavaan ja kuuntelemaan vuorovaikutussuhteeseen. Samalla he valvoivat käytettyjä resursseja, joka teki heistä epävarmoja.
Yhteinen arvoalue	Useita rooleja: <ul style="list-style-type: none"> ○ ymmärtävä ratkaisija ○ joukkueen valmentaja ○ konsultti 	<p>Ymmärtävän ratkaisijan roolissa vuorovaikutuksen painotus potilaan kuuntelussa, potilas ohjaa vuorovaikutusta ja lääkäri kyselee tarvittaessa, vuorovaikutus rakentuu keskustelulle ja molemminpuoliselle kuuntelulle.</p> <p>Joukkueen valmentajan roolissa lääkäri kuuntelee ja kyselee potilaalta, lääkäri ohjaa keskustelua, lääkäri tekee diagnoosin, päätöksenteko tapahtuu vuorovaikutuksessa.</p> <p>Konsultin roolissa lääkäri pyrkii säilyttämään professionaalisen neutraaliuden olemalla etäinen ja esittämällä faktoja, lääkäri tekee diagnoosin ja tarjoaa hoitovaihtoehtoja, potilas tekee päätöksen.</p>
Asiakkaan arvoalue	Sairaalalääkäreiden rooleista auttajan ja terveystieteiden asiantuntijan roolit	Lääkärit jakoivat ammattitaitoaan ja avustivat käytännöllisemmissä asioissa

Itse tutkimusongelma pyrki vastaamaan kysymykseen, miten lääkärit kokevat muuttuneen asiakkuuden vaikuttavan potilaskeskeiseen vuorovaikutukseen. Tulosten perusteella vaikutus on kokonaisvaltaista, sillä muuttuneen asiakkuuden vaikutus heijastelee lääkäreissä ja potilaissa eri tavoin. Lääkäreiden kohdalla esiin nousivat identiteettiin ja vuorovaikutuksen rooleihin liittyvät kohdat, potilasta tarkastellessa esiin nousi heidän roolinsa muuttuminen tasavertaisemmaksi lääkärin kanssa: passiivinen potilas on siirtynyt kohti aktiivista asiakasta. Lääkärit kertoivat, että he törmäävät termiin asiakas järjestelmissä, mutta pitävänsä tätä erillisenä asiana, joka ei vaikuta lääkärin ja potilaan välillä.

Vuorovaikutus potilaan kanssa on muuttunut siirtyen lääkärilähtöisestä monologista kohti potilaslähtöisyyttä ja potilaan kuuntelua (Irwin & Richardson 2006). Tuloksissa voidaan huomata, että tämä on lääkäreille itsestään selvää ja osa nykyaikaista, potilaslähtöistä toimintaa. Lääkäreillä ei ole tarvetta vastustaa vuorovaikutuksen muutosta, sillä he pitävät potilaan käskemistä vanhanaikaisena toimintana ja uusi, keskusteluun pyrkivä toimintatapa on heille luonnollisempi ja hyödyllisempi, sillä potilas kertoo avoimemmin omia pohdintojaan omasta tilanteestaan lääkärille. Aktiivisempi potilas vahvistaa lääkäreiden toivomaa vuorovaikutuksen tasa-arvoisuutta.

Eniten vastustusta aiheuttaa tilanne, jossa julkisen terveydenhuollon potilaasta muodostuu kuluttajamainen asiakas. Useat lääkärit pitivät tilannetta vääränlaisena julkiselle puolelle, eikä asiakas ollut mieluinen termi käyttää. Tämän taustalla huomattiin lääkärin identiteetin sekä vuorovaikutuksen roolien kautta lääkäreiden halu välttää epävarmuutta sekä säilyttää kontrolli ja ohjaus hoitotilanteessa. Lääkärit halusivat säilyttää roolinsa asiantuntijana, jolloin potilaiden tuli luottaa ja kuunnella lääkäreiden suosituksia. Lääkärit halusivat potilaiden ymmärtävän, ettei potilailla ole lääkäreiden kartuttamaa asiantuntemusta sekä julkisella puolella toimiessa potilaan mahdollisuudet vaatia palveluita ovat suppeammat, kuin yksityisen puolen terveystalouksissa.

Muuttunut asiakkuus on tuonut potilaskeskeisyyden yhä enemmän osaksi lääkäreiden toimintatapoja useilla eri keinoilla. Potilaiden voimaannuttaminen kiinnostaa lääkäreitä ja he pääsääntöisesti pyrkivät voimaannuttamaan potilaita aktiivisessa vuorovaikutuksessa ja saatavilla olevien resurssien mukaan. Tämä osoittaa sen, että lääkäreitä kiinnostaa ja he haluavat luoda tasa-arvoisemman potilas-lääkärisuhteen ja tuloksissa nousee esille tapoja ja keinoja, miten lääkärit ovat jo reagoineet tähän muuttamalla käytöstään. Jos organisaatiot haluavat tukea tätä kehitystä, niiden on hyvä ymmärtää miten asiakas-termin dynamiikka vaikuttaa lääkäreihin.

5.2 Teoreettiset kontribuutiot

Tämä tutkimus on käsitellyt vuorovaikutuksen rooleja arvoalueilla muuttuneen asiakkuuden kanssa. Aiemman tutkimuksen keskittyessä kuvailemaan asiakkaan näkökulmaa (Danaher & Gallan 2016; Tang & Guan 2017) tämä tutkimus on keskittynyt lääkäreiden kokemuksiin hakien vastausta kysymykseen, miten lääkärit kokevat muuttuneen asiakkuuden vaikuttavan potilaskeskeiseen vuorovaikutukseen. Tuloksissa jatketaan Aution ym. (2012) näkemystä lääkärin ja potilaan roolien muuttumisesta kohti tasa-arvoisempaa vuorovaikutussuhdetta, samalla muokaten lääkärin roolia kohti hoitotapahtuman ohjaajaa, osittaista pääroolia sekä sivuroolia ja näiden roolien vaihtelevan vuorovaikutuksen mukana. Lääkärin rooleiksi löydetyt ymmärtävä ratkaisija, joukkueen valmentaja sekä konsultti, perustuvat kaikki lääkärin ja potilaan tasa-arvoisemmalle asetelmalle. Verraten aiempaan tutkimukseen, lääkärin roolista ei enää löydetty

paternalistisen papin (kts. Veach 1972) roolikuvaukseen sopivia toimintamalleja, vaan käskyttävän vuorovaikutuksen todettiin jääneen menneisyyteen.

Vuorovaikutuksen tasa-arvoistuminen on aikaisemman tutkimuksen mukaan todettu tuovan hyötyjä mukanaan sekä potilaalle, lääkärille että palveluntarjoajalle (Irwin & Richardson 2006) ja tämä tutkimus tarkentaa löydöstä tuomalla esiin näkökulman, jossa lääkärit aktiivisesti tavoittelivat näitä hyötyjä. Tämä huomio jatkaa aiempaa keskustelua, jossa terveydenhuolto on vasta siirtymässä kohti potilaskeskeistä toimintamallia (Bååthe ym. 2016) tuomalla esiin näkökulman, jossa lääkärit ovat jo hyväksyneet potilaskeskeisen toimintamallin osana toimintatapoja ja ymmärtävät sen tuomat hyödyt, jolloin siirtymävaihe on ohitse ja potilaskeskeisyys normaalina pidetty käytäntö.

Vaikka voimaantumiseen suhtaudutaan yleisesti positiivisesti (kts. Gibson 1991), tuloksissa löydettiin myös voimaantumisen negatiivisia piirteitä, sillä voimaantunut potilas on aiheuttanut lääkäreille rooliristiriitaa (kts. Chan ym. 2010; Hsieh ym. 2004). Tämä työ nostaa tuloksissa esiin näkökulman, jossa rooliristiriita vaikuttaa lääkäreiden asiakaskäsitykseen asti, jolloin asiakas-termiin suhtaudutaan epäillen. Ristiriitaisesti koettu ammatillinen identiteetti voi selittää miksi lääkäreiden parissa asiakas-termiä vieroksuttiin eikä asiakasta liitetty osaksi julkista terveydenhuoltoa. Sekä lääkärin että potilaan roolit ovat muuttuneet ja ne muokkautuivat vuorovaikutustilanteissa, jolloin muodostuneet roolit muokkasivat lääkäreiden toimintaa. Asiakkaan kanssa toimiessaan lääkäreiden toimintatavat muuttuivat vaihtoehtohakuisemmiksi ja palvelualttiimmiksi, mutta samalla epävarmemmiksi, sillä he eivät tienneet miten toimia voimaantuneen ja palveluita vaativan asiakkaan kanssa julkisen terveydenhuollon ja siellä vallitsevan resurssiniukkuuden piirissä.

Tangin ja Guanin (2017) tutkimuksen tuloksissa todettiin lääkäreiden käyttäytyvän defensiivisesti potilaita, sairaalaa, valtiota ja mediaa kohtaan, johon kuului ”me vastaan te” -menteliteetti sekä uskomus, jossa muut osapuolet (potilaat, sairaala, valtio ja media) ovat eri keinoin lääkäreitä vastaan. Tämä tutkimus ei löytänyt tuloksista merkkejä lääkäreiden defensiivisestä käytöksestä, vaikka yksi haastateltu nimitti Tieto Oy:tä Luulo Oy:ksi. Defensiivisen käytöksen puuttuminen voi johtua Suomen ja Kiinan julkisten terveydenhoitojärjestelmien eroista, mutta jos tarkastelu siirrettäisiin yksityiselle puolelle, löydettäisiinkö tuloksista silloin lääkäreiden defensiivisyyttä?

Tulokset laajentavat Grönroosin ja Voiman (2013) esittämää näkemystä, jossa palveluntarjoajan arvoalueella tarkasteltavalle palveluntarjoajalle löydetään roolit potentiaalisen arvon luojana sekä fasilitoijana. Tämän tutkimuksen tuloksissa huomattiin palveluntarjoajan arvoalueen luovan tunnetta kiireestä ja resurssien niukkuudesta, jolloin palveluntarjoajan arvoalueelle lisätään rooli resurssien hallinnoijana, joihin myös lääkärit lukeutuvat.

5.3 Käytännön implikaatiot

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tukea toimeksiantajaorganisaatiota yhteisen suunnan löytämisessä terveydenhuollon muutosten keskellä ja avartaa lääkäreiden näkökulmasta tilannetta. Tutkimuksen tuloksissa paljastui lääkäreiden kokemukset epävarmoista tilanteista sekä heidän kokemia kipukohtia hoidon antamisen kanssa: lääkärit eivät aina tienneet, miten heidän tulisi toimia vaatimusten ristipaineessa. Näitä kipukohtia paikantamalla organisaatio voi tukea lääkäreitä heidän työssään ja vähentää epätietoisuutta. Samalla organisaatio voi kouluttaa lääkäreitä toimimaan potilaslähtöisesti sekä tukea potilaslähtöisen ilmapiiirin ylläpitämistä.

Koska asiakas-termi tuo lääkärin ja potilaan välillä käytyyn vuorovaikutukseen jännitettä, tulee palveluntarjoajan huomioida tämä. Tulevaisuudessa haasteeksi muodostuu sen määrittäminen, milloin lääkäri kohtaa potilaan ja milloin asiakkaan, sekä yhteisen linjan ylläpitäminen läpi organisaation.

Palveluntarjoajan osalta voidaan myös tarkastella arvoalueiden joustamattomuutta. Palveluntarjoajan halu hallita resurssejaan vaikuttaa yhteiselle arvoalueelle asti, jolloin yhteisen arvoalueen rajoista muodostuu liikkumattomampia. Käytäntö on teorialle vastakkainen, sillä aiemmassa tutkimuksessa arvoalueiden rajojen liikkuvuus on esitetty hyvänä asiana ja johon Grönroosin ja Voiman (2013) mukaan palveluntarjoajan tulisi pyrkiä. Jotta yhteistä arvoaluetta saataisiin laajennettua, lääkäreitä tulisi kouluttaa luomaan potentiaalista arvoa potilaan kanssa ja heille tulisi tarjota siihen resursseja. Halu tähän tulee lähteä palveluntarjoajalta, eli sairaalaorganisaatiolta.

Tämän lisäksi tässä tutkimuksessa esitetään huomio, jonka mukaan lääkärit eivät pyrkineet vaikuttamaan palveluntarjoajan suuntaan, vaan keskittivät resurssinsa potilaisiin. Huomio voi johtua tutkimuksen keskittymisestä lääkärin ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen, mutta palveluntarjoaja voi miettiä mahdollisuuksia, miten nämä korkeasti koulutetut ammattilaiset saataisiin paremmin mukaan toimimaan palveluntarjoajan kanssa.

Tuloksien mukaan vuorovaikutuksen roolit ovat muuttuneet. Aikaisemmin lääkäri-potilas-suhdetta kuvannut professionaalinen viestintäsuhde, jossa vain toisella osapuolella on spesifioitu ja tunnustettu asiantuntijuus (Gerlander & Iso-taulus 2010), on kohdannut aktiivisen ja tiedonnälkäisen kuluttajapotilaan. Tästä huolimatta viestintäsuhdetta voidaan kuvata professionaaliseksi, mutta lääkärin kokemien epävarmuustekijöiden myötä, lääkärin ja potilaan välille syntyvän vuorovaikutuksen suhdenäkökulmaan tulee kiinnittää tarkempaa huomiota. Lääkäreiden harjoittamaa professionaalista neutraaliutta (Ruusuvoori 2005) voidaan tulkita väärin ja sen myötä lääkäri-potilassuhteen sosiaalinen luottamus voi rakoilla (Tang & Guang 2017). Tämä on myös tärkeää huomioida lääkäreiden taholla, jotta vastaanottotilanteessa potilas osaa tarjota lääkärille tarpeeksi informaatiota.

5.4 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi ja rajoitteet

Teemahaastattelulomake testattiin yhdellä henkilöllä, jonka pohjalta kysymyspohjan asettelua, esimerkkikysymyksiä ja muotoilua muokattiin. Vaikka testihaastatteluun osallistunut henkilö olisi ollut pätevyydeltään ja toimenkuvaltaan soveltuva haastatteluun (lääkärin koulutus, työskentelee lääkärimäisessä sairaalassa sekä tekee työtä potilaiden kanssa päivittäin) on testihaastattelu jätetty tämän tutkimuksen ulkopuolelle, sillä testihaastateltu oli organisaation ulkopuolinen henkilö eikä siten soveltunut tutkimukseen. Testihaastattelun kesto oli yli 120 minuuttia, jolloin testihaastateltava esitti tarkentavia kysymyksiä ja joiden pohjalta teemahaastattelulomakkeen asettelua muokattiin pois markkinointiterminologiasta kohti yleisempää kieltä.

Kun haastattelulomake oli testattu ja muokattu, aloitettiin yksilöhaastatteluihin valmistautuminen. Ennen haastattelukutsun lähettämistä haastatteluun osallistuville asetettiin kriteerit, jotka tulivat täytyä haastateltujen kohdalla. Haastattelukutsu lähetettiin lääkäreiden sisäiseen intranettiin, missä mainittiin tutkimuksesta sekä kriteereistä, ja osallistujat pystyivät ilmoittamaan tutkijalle halustaan osallistua tutkimukseen. Lopulta haastatteluun osallistui kuusi kriteerit täyttävää henkilöä. Yksilöhaastattelut pidettiin tutkimusorganisaation tiloissa, suurin osa haastateltujen omissa huoneissa, mutta yksi pidettiin yleisessä kokoustilassa. Vaikka haastattelut olivat suljettujen seinien sisällä ja paikalla oli tutkija sekä haastateltava, noin puolet haastatteluista keskeytyivät häiriötekijöiden tai yhteydenottojen vuoksi, jolloin nauhoitus katkaistiin. Nauhoitusta jatkettiin tilanteen selkeydyttyä ja katkokset eivät kestäneet paria minuuttia pidempään.

Tutkimuksen tuloksissa käytettyjen yksilöhaastatteluiden kestot vaihtelivat 51 minuutista 78 minuuttiin. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt ymmärsivät kysymykset eivätkä he pyytäneet erillisiä tarkennuksia esitettyihin kysymyksiin, tarvittaessa pyysivät toistamaan kysymyksen. Kerätyt aineistot litteroitiin suurimmaksi osaksi parin päivän sisällä haastatteluista, maksimissaan viikon kuluessa. Litterointi tehtiin sanatarkasti käyttäen hyväksi nauhoitettuja haastatteluja sekä tekstinkäsittelyohjelmaa. Nauhoitetut haastattelut poikkesivat toisistaan laadultaan, sillä niistä 5 oli onnistunut, mutta viimeisessä haastattelussa haastattelun ääni kiersi ja aineistosta selvän saaminen hankaloitui. Viimeisen nauhoituksen kohdalla nauhoitusta muokattiin siten, että lääkärin ääni nousi esiin paremmin ja siinä onnistuttiin osaksi. Viimeinen haastattelu litteroitiin 24 tunnin kuluessa haastattelusta, jolloin tutkijalla oli vielä osittainen muistijälki haastattelun kulusta. Lopulta litteroitu aineisto jaoteltiin haastatteluun pohjautuvien teemojen mukaan.

Reliaabelius ja validius ovat tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa käytettyjä käsitteitä, joiden avulla pyritään välttämään tutkimuksessa syntyviä virheitä. Reliaabeliudella tarkoitetaan tutkimuksen tulosten toistettavuutta, validius taas ilmoittaa tutkimuksen kyvystä mitata sitä, mitä tutkimuksella haluttiin selvittää. Reliaabeliuden ja validiteetin käyttäminen ei ole pakollista, sillä ne ovat saaneet laadullisessa tutkimuksessa toisistaan poikkeavia tulkintoja. Tutkimuksen

uskottavuuden kannalta on kuitenkin tarpeellista arvioida tutkimuksen ja tulosten luotettavuutta ja pätevyyttä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.) Tämän tutkimuksen reliabiliutta parantamaan suoritettiin ennakkoon testihaastattelu, haastattelut pidettiin teemahaastattelurungon avulla, äänitetyt aineistot litteroitiin sanatarkasti ja nauhoitukset kuunneltiin useasti läpi litterointivaiheessa. Validiutta on tutkimuksessa parannettu määrittelemällä haastatteluun soveltuvat henkilöt ja noudattamalla määritelmää, sekä käyttämällä erilaisia ja useita lähdemateriaaleja teoriataustan koostamisessa, joka on täydentynyt haastattelujen pohjalta.

Tutkimukseen osallistuneen haastateltavat työskentelivät samanlaisissa positioissa ja haastattelut keskittyivät yhteen organisaatioon, jolloin tulokset kattavat ainoastaan kuvauksen yhden organisaation osalta eikä tuloksia voida yleistää kattamaan organisaation ulkopuolisia lääkäreitä. Tutkimus keskittyi julkisella sektorilla työskenteleviin lääkäreihin, jolloin suljetaan automaattisesti näkemykset yksityisellä puolella työskenteleviltä lääkäreiltä. Tutkimukseen osallistui kuusi haastateltavaa ja suuremmalla haastateltavien määrällä tuloksiin olisi todennäköisesti saatu enemmän erilaisia vivahteita sekä selkeämmin havaittavaa saturaatiota. Eskola ja Suoranta (1998, 48) mainitsevat laadullisen tutkimuksen aineiston olevan oletetusti riittävä silloin, kun kerätty aineisto alkaa toistamaan itseään eikä haastattelujen lisääminen rikastuta aineistoa tuomalla siihen uutta tietoa. Tässä tutkimuksessa saturaatiota pystyttiin havaitsemaan osaksi, esimerkiksi asiakkaan ja potilaan määrittelyissä, mutta lisähaastattelut olisivat voineet tuoda tutkimukseen lisänäkökulmia ja vahvistaneet syntyneitä käsityksiä.

Tulokset perustuvat lääkäreiden antamiin haastatteluihin, jolloin tulosten painotus muodostuu lääkäreiden kokemuksista ja näkemyksistä jättäen ulkopuolelle asiakkaan sekä palveluntarjoajan näkökulmat. Tämä toimintatapa on mahdollistanut keskittymisen nimenomaan lääkäreiden kokemusten keräämiseen, samalla jättäen ulkopuolelle arvoalueiden muut osapuolet.

Yhtenä tuloksia rajoittavana seikkana voi olla haastateltavien suhtautuminen tutkittavaan asiaan. Muutos potilaan asemassa on ollut tunteita herättävä aihe, jolloin omien mielteiden sanoittaminen on voinut muodostua lääkäreille hankalaksi, jolloin se sisältää mahdollisesti jyrkkiä arvolatautumia. On myös mahdollista, että haastatellut eivät kokeneet haastattelutilannetta tarpeeksi luotamusta herättäväksi, jolloin he eivät halunneet ottaa kantaa ja miettivät vastauksiaan peilaten niitä yleisesti lääkäreiden ammattikunnassa käytyjen keskusteluiden mukaisiksi tai pyrkivät vastaamaan sosiaalisesti hyväksyttävästi.

5.5 Jatkotutkimusehdotukset

Tämä tutkimus on käsitellyt muuttunutta asiakkuutta julkisen terveydenhuollon palveluissa. Tuloksissa on selvinnyt, että asiakas-termi luo jännitettä lääkäreiden toimintaan, vaikka sen käytölle myös julkisella puolella löytyy perusteita. Voiko tämä kieliä tarpeesta uudelle potilaskäsitykselle? Aikaisemmassa tutkimuksessa on esitetty ajatus potilaan korvaamisesta potilaskuluttajalla. Potilaskuluttaja-termi voisi toimia ratkaisuna lääkäreiden kokemaan ristiriitaan ja epävarmuuteen

potilaan asemasta, yhdistämällä potilaan muuttunutta, uutta toimijuutta sekä lääkärin pyrkimyksiä voimaannuttaa potilasta. Selvitys siitä, että kannattaako potilas-termi korvata Tuorilan (2000, 35) esittämällä potilaskuluttajalla, vaatii lisätutkimuksia. Jatkotutkimusten sovellettavuuden kannalta on myös tärkeää pyrkiä hahmottamaan, keiden suuntaan uutta potilaskuluttajan toimijuutta tulisi viestiä.

Se, miten potilaskuluttajaan suhtauduttaisiin julkisella terveydenhuollon kentällä, vaatii lisää tutkimuksia. Potilaskuluttajan toimijuus voi osaltaan saada myös samanlaisen vastaanoton kuin asiakas. Palveluntarjoajan näkökulmasta tutkimuksessa on hyödyllistä selvittää, onko järkevämpää keskittyä terminologian muovaamiseen sijaan lääkäreiden tukemiseen potilaan voimaannuttamisen prosesseissa.

Tämä tutkimus on myös keskittynyt kuvailemaan lääkäreitä ja heidän kokemuksiaan. Tutkimustyön keskittyminen nimenomaan lääkäreihin on tarpeen, sillä aikaisempi kirjallisuus on fokusoitunut asiakkaisiin ja heidän kuvailuunsa (Tang & Guan 2017). Keskittyminen lääkäreihin nousee tärkeäksi, sillä Bowenin (2016) esittämä kysymys ”minne työntekijä sopii palveluoperaatiossa”, nousee tämän tutkimuksen keskiöön pohtimaan palveluntarjoajan sekä työntekijän sijoittumista arvoalueille. Työntekijä on aiemmin sijoitettu palveluntarjoajan resursseihin (kts. Grönroos 2011; McColl-Kennedy ym. 2012), mutta tämä tutkimus kyseenalaistaa työntekijän kuulumisen palveluntarjoajan resurssien piiriin. Jatkotutkimusaiheena voidaan keskittyä tarkastelemaan työntekijän sijoittumista arvoalueilla: onko työntekijää tarkasteltava palveluntarjoajan arvoalueella vai muodostaako työntekijä uuden arvoalueen itselleen?

Työntekijän sijoittumisesta arvoalueille voidaan esittää myös muita jatkotutkimusehdotuksia, joissa tarkastellaan arvon luomista yhteisellä arvoalueella. Yhteisellä arvoalueella aktiivinen vuorovaikutus tapahtuu dialogisesti asiakkaan ja työntekijän välillä, jolloin palveluntarjoaja jää sivuun ja työntekijä ottaa arvon mahdollisen kanssaluojan tai tuhoajan roolin. Jatkossa tarkastelu voi keskittyä selvittämään, luoko asiakas arvoa palveluntarjoajan vai tietyn lääkärin kanssa, ja mitkä tekijät tähän vaikuttavat.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat vaikutelman, että palveluntarjoaja ei ole mukana arvonluonnissa lääkäreitä tukien, vaan ensisijaisesti resurssijaan hallitsemassa. Palveluntarjoajan toimilla on vaikutusta myös arvoalueiden dynaamisuuteen, jolloin hallitsijan roolissa arvoalueet ovat staattisempia. Jatkotutkimuksissa voidaan tutkia, miten palveluntarjoaja voi osoittaa tukevansa lääkäreitä ja parantaa arvoalueiden mukautuvuutta.

Ouschanin ym. (2006) mainitsemista voimaannuttamisen ulottuvuuksista oli havaittavissa kohdat potilaan osallistuminen sekä lääkärin tuki, mutta potilaan kontrolliin ei juuri vastauksissa kiinnitetty huomiota. Haastatteluissa Ouschanin ym. (2006) mainitsema potilaan kontrolli omasta sairaudestaan oli mainittu päämääränä ja voimaantuminen oli pelkkä keino tavoitella tätä päämäärää. Jos potilaan kyky kontrolloida omaa sairauttaan ajateltaisiin osana voimaantumisen prosessia, voisiko tällä olla vaikutusta potilaan ja lääkärin välillä käytyyn vuorovaikutukseen ja potilaiden sitoutumiseen osaksi hoitoprosessia? Tämä voi

tuoda uutta näkökulmaa lääkäreiden koulutustarpeisiin, joilla pyritään tukemaan potilaan voimaannuttamista.

Tang ja Guan (2017) ovat nostaneet esiin lääkäreiden defensiivisen suhtautumisen, jonka tarkoitus on kuvailla lääkäreiden yksinjäämisen kokemuksia potilaiden, sairaalan, valtion ja median kanssa. Voivatko tutkijoiden löydökset lääkäreiden defensiivisestä käytöksestä rantautua myös Suomen julkisen puolen terveydenhuoltoon? Tämän tutkimuksen lääkärit eivät suureksi osaksi antaneet käsitystä oman ammattinsa tarkoituksenmukaisesta puolustamisesta, mikä todennäköisesti johtuu erilaisista terveydenhuoltojärjestelmistä Suomen ja Kiinan välillä. Kuitenkin muuttuneet roolit asiakkaana, potilaana ja lääkärinä ovat luoneet epävarmuutta, jolloin tarkemmat lisätutkimukset lääkäreiden kokemuksista ovat tarpeen. Voisiko defensiivistä käytöstä löytyä jo yksityisen puolen palveluntarjoajien palveluksessa työskentelevien lääkäreiden keskuudesta?

Tämä tutkimus on nostanut esiin lääkäreiden ja potilaiden roolien muutoksen, sekä siitä syntyneen lääkäreiden kokeman epävarmuuden. Jatkossa aihetta voidaan lähestyä tutkien lääkäreiden identiteettiä sekä selvittää heidän epävarmuutensa lähteitä. Selvitykset siitä, mitkä tekijät vaikuttavat epävarmuuteen ja miten se näkyy lääkärin käytöksessä, voivat antaa vastauksia lääkäreiden työn mielekkyyden lisäämiseen ja lisätä lääkäreiden sitoutumista sairaalaorganisaatioon.

Haastatteluun osallistuneiden kertomia vuorovaikutustilanteita kuvaavat lääkäreiden pyrkimys potilaslähtöiseen kuunteluun, jossa potilas kertoo itse oireistaan, mielteistään ja mahdollisista hoitotoiveistaan. Tämä tapahtui kyselemällä potilailta, eli potilaita osallistamalla ja aktivoimalla yhteisen vuorovaikutuksen alueella. Hardyman ym. (2015) nostavat tutkimuksessaan esiin huolen, että liika osallistaminen voi kääntyä itseään vastaan ja potilas tuntee olonsa pakotetuksi, jolloin palvelukokemus ja arvon luomisen prosessit saavat negatiivisia haittavaikutuksia. Jatkotutkimus potilaan liiallisesta osallistamisesta sekä lääkäreiden suhtautumisesta kyseiseen tilanteeseen voi avata sekä lääkäreiden asiatekijästä että lääkäreiden kokemia, työn sisältämiä epävarmuustekijöitä.

LÄHTEET

- Adinolfi, P., Starace, F. & Palumbo, R. (2016). Health Outcomes and Patient Empowerment: The Case of Health Budgets in Italy. *Journal of Health Management*, 18(1), 117–113.
- Akaka, M. A., Vargo, S. L. & Schau, H. J. (2015). The context of experience. *Journal of Service Management*, 26(2), 206–223.
- Alasuutari, P. (2011). Laadullinen tutkimus 2.0. 4. painos. Tampere: Vastapaino. Riika: 2011.
- Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counselling*, 57(2), 153–157.
- Anderson, R. M. & Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and counselling*, 79(3), 277–282.
- Armstrong, N. G., Herbert, E. L., Aveling, M., Dixon-Woods, M. & Martin, G. (2013). Optimizing patient involvement in quality improvement. *Health Expectations*, 16(3), 36–47.
- Autio, M., Helovuori, S. & Autio, J. (2012). Potilaskuluttajan ja lääkärin muuttuvat roolit sähköistyvillä terveystuotteilla. *Kulutustutkimus.Nyt*, 6, 40–57.
- Bååthe, F., Ahlborg, Jr. G., Edgren, L., Lagström, A. & Nilsson, K. (2016). Uncovering paradoxes from physicians' experiences of patient-centered ward-round. *Leadership in Health Services*, 29(2), 168–184.
- Baines, T. S., Lightfoot, H.W., Benedettini, O. & Kay, J. M. (2009). The servitization of manufacturing: A review of literature and reflection on future challenges. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 20(5), 547–567.
- Black, H. G. & Gallan, A. S. (2015). Transformative Service Networks: Cocreated Value as Well-Being. *The Service Industries Journal*, 35(15-16), 826–845.
- Bolton, R. N., Gustafsson, A., McColl-Kennedy, J., Sirianni, N. J. & Tse, D. K. (2014). Small details that make big differences: A radical approach to consumption experience as a firm's differentiating strategy. *Journal of Service Management*, 25(2), 253–274.
- Bowen, D. E. (2016). The changing role of employees in service theory and practice: An interdisciplinary view. *Human Resource Management Review*, 26(1), 4–13.
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative Interviewing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bryman, A. & Bell, E. (2011) *Business research methods*. 3. painos. Oxford: Oxford University Press.
- Bury, M. (2004). Researching patient-professional interactions. *Journal of Health Services Research and Policy* 2004, 9(1), 48–54.
- Canrinus, E. T., Helms-Lorenz, M., Beijgaard, D., Buitink, J. & Hofman, A. (2011). Profiling teachers' sense of professional identity. *Educational Studies*, 37(5), 593–608.

- Carù, A & Cova, B. (2015). Co-creating the collective service experience. *Journal of Service Management*, 26(2), 276–294.
- Chan, K. W., Yim, C. K. & Lam, S. S. (2010). Is customer participation in value creation a double-edged sword? Evidence from professional financial services across cultures. *Journal of Marketing*, 74(3), 48–64.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore (Md.): Johns Hopkins University Press 2007.
- Danaher, T. S. & Gallan, A. S. (2016). Service Research in Health Care: Positively Impacting Lives. *Journal of Service Research*, 19(4), 433–437.
- Donovan, R. J. & Henley, N. (2003). *Social marketing: principles & practise*. Melbourne: IP Communications.
- Epstein, R. M. & Street, R. Jr. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. Bethesda, MD: National Cancer Institute. NIH Publication No. 07–6225.
- Eskelinen, T., Harjunen, H., Hirvonen, H. & Jokinen, E. (2017). *Tehostamistalous*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 10. painos. Tampere: Vastapaino 1998.
- Esper – Etelä-Savon Sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä. <http://www.esper.fi/>
- Eteläpelto, A. & Vähäsantanen, K. (2010). Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Teoksessa Asunmaa, T. & Rähkä, P. (2010) *Samalta viivalta 4 – Valtakunnallisen kasvatustieteiden valintayhteistyöverkostion (VAKAVA) kirjallisen kokeen aineisto 2010*. PS-Kustannus: Juva. 45–67.
- Gallan, A. S., Jarvis, C. B., Brown, S. B. & Bitner, M. J. (2013). Customer positivity and participation in services: an empirical test in health care context. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 41(3), 338–356.
- Gerlander M. & Isotalus P. (2010) Professionaalisten viestintäsuhteiden ääri-iivoja. *Puhe ja kieli*, 30(1), 3–19.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354–61.
- Goodpastor, W. A. & Montoya, I. D. (1996). Motivating physician behaviour change: social influence versus financial contingencies. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(6), 4–9.
- Grönroos, C & Ravald, A. (2011). Service business logic: implications for value creation and marketing. *Journal of Service Management*, 22(1), 5–22.
- Grönroos, C. & Gummerus, J. (2014). The service revolution and its marketing implications: service logic vs service-dominant logic. *Managing Service Quality*, 24(3), 206–229.
- Grönroos, C. & Voima, P. (2013). Critical service logic: making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41(2), 133–150.

- Grönroos, C. (2006). Adopting a service logic for marketing. *Marketing Theory*, 6(3), 298–314.
- Grönroos, C. (2008). Service logic revisited: who creates value? And who co - creates? *European Business Review*, 20(4), 298–314.
- Grönroos, C. (2011). Value co-creation in service logic: A critical analysis. *Marketing Theory*, 11(3), 279–301.
- Hakala, R., Tahvanainen, S., Ikonen, T. & Siro, A. (2011). Osaava lähihoitaja 2020: Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategia. Juvneves Print - Tampereen Yliopistopaino Oy. Saatavilla: http://www.opi.fi/download/132619_Osaava_lahihoitaja_2020.pdf.
- Hallitus päätti sote-uudistuksen jatkosta ja itsehallintoalueista. Toim. Valtioneuvoston viestintäosasto. 9.11.2015. Saatavana: http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/hallitus-paatti-sote-uudistuksen-jatkosta-ja-itsehallintoalueista?_101_INSTANCE_3wyslLo1Z0ni_groupId=10616 [viitattu 3.4.2017].
- Hardyman, W., Daunt, K.L. & Kitchener, M. (2015). Value co-creation through patient engagement in healthcare: a micro-level approach and research agenda. *Public Management Review*, 17(1), 90–107.
- Heinonen, K. & Strandvik, T. (2009). Monitoring value-in-use of e-service", *Journal of Service Management*, 20(1), 33–51.
- Heinonen, K., Strandvik, T. & Voima, P. (2013). Customer dominant value formation in service. *European Business Review*, 25(2), 104–123.
- Heinonen, K., Strandvik, T., Mickelsson, K-J., Edvardsson, B., Sundström, E. & Andersson, P. (2010). A Customer Dominant Logic of Service. *Journal of Service Management*, 21(4), 531–548.
- Helkkula, A., Kelleheller, C. & Pihlström, M. (2012). Characterizing Value as an Experience: Implications for Service Researchers and Managers. *Journal of Service Research*, 15(1), 59–75.
- Hibbert, S., Winklhofer, H. & Temerak, M. S. (2012). Customers as Resource Integrators: Toward a Model of Customer Learning. *Journal of Service Research*, 15(3), 247–261.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). Tutki ja kirjoita. 15. uud. painos. Tammi: Helsinki.
- Hirvensalo, E., Asko-Seljavaara, S., Haahtela, T., Leppäniemi, A. & Tukiainen, E. (2017). Sote-uudistus ei toteuta säästöjä eikä parempaa hoitoa. *Suomen lääkärilehti*, 1(2), 26–27.
- Hogg, G., Laing, A. & Winkelmann, D. (2003). The professional service encounter in the age of the Internet: an exploratory study. *Journal of Service Marketing*, 17(5), 476–494.
- Hökkä, P., Vähäsantanen, K. & Saarinen, J. (2010). Toimijuuden tilat ja tunnot – opettajien muuttuva työ koulutusorganisaatioissa. Teoksessa K. Collin, S.

- Paloniemi, H. Rasku-Puttonen & P. Tynjälä (toim.) Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. Helsinki: WSOY, 141–159.
- Hsieh, A-T., Yen, C-H. & Chin, K-C. (2004). Participative customers as partial employees and service provider workload. *International Journal of Service Industry Management*, 15(2), 187–199.
- Ibarra, H. (1999). Provisional Selves: Experimenting with Image and Identity in Professional Adaptation. *Administrative Science Quarterly*, 44(4), 764–791.
- Irwin, R., S. & Richardson, N., D. (2006). Patient-Focused Care: Using the Right Tools. *Chest Journal*, 130(1), Supplement, 73S–82S.
- Ishikawa, H., Hashimoto, H. & Kiuchi, T. (2013). The evolving concept of “patient-centeredness” in patient-physician communication research. *Social Science & Medicine*, 96(2013), 147–153.
- Kowalkowski, C., Gebauer, H., Kamp, B. & Parry, G. (2017). Servitization and deservitization: Overview, concepts, and definitions. *Industrial Marketing Management*, 60(2017), 4–10.
- Kujala, E. (2003). Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli : tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteeseen. Tampere: Tampere University Press. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5605-X>.
- Kumpula, M. (2011). Vakuutusalan työn sisältö ja työntekijöiden ammatti-identiteetin muovautuvuus – Vakuutusvirkailijasta finanssialan myyjäksi? Sarja/Series A-1:2011. Turun kauppakorkeakoulu, Uniprint, Turku.
- Lages, C. R. & Piercy, N. F. (2012). Key Drivers of Frontline Employee Generation of Ideas for Customer Service Improvement. *Journal of Service Research*, 15(2), 215–230.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [viitattu 6.4.2017].
- Lemire, M. (2010). What can be expected of information and communication technologies in terms of patient empowerment in health? *Journal of Health Organization and Management*, 24(2), 167–181.
- Lusch, R.F., Vargo, S.L. & O'Brien, M. (2007). Competing through Service: Insights from Service-Dominant Logic. *Journal of Retailing*, 83(1), 5–18.
- McCull-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C. & van Kastreten, Y. (2012). Health Care Customer Value Cocreation Practice Styles. *Journal of Service Research*. 15(4), 370–389.
- McDermott, A. M. & Pedersen, A. R. (2016). Conceptions of patients and their roles in healthcare: Insights from everyday practice and service improvement. *Journal of Health Organization and Management*, 30(2), 194–206.
- Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient - centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(2000), 1087–110.
- Metsämuuronen, J. (2008). Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp 2008. Gummerus kirjapaino Oy.

- Mitchell, G. J., Closson, T., Coulis, N., Flint, F. & Gray, B. (2000). Patient-Focused Care and Human Becoming Thought: Connecting the Right Stuff. *Nursing Science Quarterly* 13(3), 216–224.
- O’Cass, A. & Sok, P. (2013). Exploring innovation driven value creation in B2B service firms: The roles of the manager, employees, and customers in value creation. *Journal of Business Research*, 66(8), 1074–1084.
- Ostrom, A., Parasuraman, P., Bowen, D. E., Patricio, L. & Voss, C. (2015). Service research priorities in a rapidly changing context. *Journal of Service Research*, 18(2), 127–159.
- Ouschan, R., Sweeney, J. & Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 1068–1086.
- Pekurinen, M., Punkari, M. & Pokka, M. (1997). Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. *Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1997:16*. Helsinki.
- Pors, A. S. (2016). Constructions of the patient in healthcare communications: six patient figures. *Journal of Health Organization and Management*, 30(2), 279–298.
- Porter, M. E. (2010). What Is Value In Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481.
- Pratt, M. G., Rockmann, K. W. & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing Professional Identity: The Role of Work and Identity Learning Cycles in the Customization of Identity Among Medical Residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), 235–262.
- Real, K., Bramson, R. & Poole, M. S. (2009). The symbolic and material nature of physician identity: Implications for physician-patient communication. *Health Communication* 24(7), 575–587.
- Roth, M. S. (1994). Enhancing Consumer Involvement in Health Care: The Dynamics of Control, Empowerment, and Trust. *Journal Of Public Policy & Marketing*, 13(1), 115–132.
- Rowley, J. (2000). From users to customers?. *OCLC Systems & Services: International digital library perspectives*, 16(4), 157–167.
- Ruusuvuori, J. (2005). "Empathy" and "sympathy" in action: attending to patients' troubles in Finnish homeopathic and general practice consultations. *Social Psychology Quarterly*, 68(3), 204–222.
- Ryynänen, K. (2001). Constructing physician's professional identity - explorations of students' critical experiences in medical education. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 650. Oulu: Oulu University Press.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). Teemoittelu. Luku 7.3.4 kokonaisuudessa *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [viitattu 28.7.2018]. Saatavilla: https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html.
- Saarinen, A. (2007). Lääkäreiden mielipiteet terveydenhuollon markkinoistumisesta. *Yhteiskuntapolitiikka-YP*, 72(6), 599–612.

- Shaw, J. & Baker, M. (2004). "Expert patient" - Dream or nightmare?, *British Medical Journal*, 328(?), 723–724.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2015). Lääkäri 2013. Kyselytutkimus vuosina 2002–2011 valmistuneille lääkäreille. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:12*.
- Suomen Kuntaliitto. (2011). Terveydenhuollon laatuopas. 1. painos. Verkkojulkaisu. Helsinki, 2011. Toim. Koivuranta-Vaara, P. Saatavilla: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=2597.
- Sweeney, J. C., Danaher, T. S. & McColl-Kennedy, J. R. (2015). Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving Quality of Life and Behavioral Intentions of Health Care Customers. *Journal of Service Research*, 18(3), 318–335.
- Syväoja, P. (2015). Esper-hankesuunnitelma 27.2.2015. Saatavilla: http://www.esper.fi/images/Dokumentit/ESPER_hankesuunnitelma.pdf.
- Tang, L. & Guan, M. (2017). Rise of Health Consumerism in China and Its Effects on Physicians' Professional Identity and the Physician–Patient Relationship and Communication. *Health Communication*, 33(5), 636–642.
- Teperi, J., Porter, M. E., Vuorenkoski, L. & Baron, J. F. (2009). The Finnish Health Care System. A Value-Based Perspective. *Sitra Reports 82*. Helsinki: Sitra, 2009.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL, asiantuntijaryhmä. (2014). SOTE viidelle alueelle – vaikutusten ennakoarviointi. *Päätösten tueksi: 1/2014*. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-315-4>.
- Tootelian, D. H., Rolston, L. W. & Negrete, M. J. (2007). Expanding into Non-Traditional Roles. Are Pharmacists Receptive to Change? *Service Marketing Quarterly*. 28(3), 55–75.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. (2018). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (Uud. laitos.). Helsinki: Tammi.
- Tuorila, H. (2000). Potilaskuluttaja terveystarkkinoilla. Yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasiemien asiakaspalvelussa. *Acta Universitatis Tamperensis 764*, Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tuorila, H. (2013). Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 129(6), 666–671.
- Vandermerwe, S. & Rada, J. (1988). Servitization of business: Adding value by adding services. *European Management Journal*, 6(4), 314–324.
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1–17.
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. (2008). Service-dominant logic: continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 1–10.
- Vargo, S. L., Maglio, P. P. & Akaka, M. A. (2008). On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal*. 26(3), 145–152.

- Veatch, R. (1972). Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *Hastings Center Report*, 2, 5-7.
- Voima, P., Heinonen, K. & Strandvik, T. (2010). Exploring Customer Value Formation: A Customer Dominant Logic Perspective. Hanken School of Economics Working Papers. Saatavilla: <https://pdfs.semanticscholar.org/c832/61e89fedfa31719aaeed1dc064462c3c684f.pdf>.
- Williams, J., A. & Andersson, H. H. (2005). Engaging customers in service creation: a theater perspective. *Journal of Services Marketing*, 19(1), 13-23.
- Woodruff, R. B. (1997). Customer value: the next source for competitive advantage. *Journal of Academy of Marketing Science*, 25(2), 139-153.
- World Health Organization. (2016). WHO Framework on Integrated People-Centered Health Services. Saatavilla http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1 [viitattu 3.4.2017].
- Wright, L. T., Newman, A. & Dennis, C. (2006). Enhancing consumer empowerment. *European Journal of Marketing*, 40(9/10), 925-935.

LIITE

Liite 1 Teemat sekä esimerkkikysymykset

Taustatietoja:

- Ammattinimike, kauanko on ollut työelämässä, lääkärin urakehitys pikaisesti.
- Kuvaile työpäiväsi kulkua.
- Miten päädyit lääkäriksi?

1. Teema: Lääkärin identiteetti, kokemus ja käsitys työntekijänä eli lääkärinä

- Miltä sinusta tuntuu olla lääkäri?
- Millaista työsi on ja miten sen koet?
- Koetko, että omalla suoriutumisesi on joitain uhkia? Miten suhtaudut näihin uhkiin?
- Mikä merkitys työlläsi on sinulle?
- Millainen on mielestäsi potilaslähtöinen lääkäri?
- Mitä esteitä näet tämän tiellä?
- Kuvaile, millainen on työsi tarkoitus lääkärinä?
- Mitkä tekijät (eli mitkä, tarkoitan ammatillisia/ eettisiä arvoja, esimiehiä, asiakasta vai saako vastata ihan vapaasti?) ohjaavat työtäsi?
- Millainen on työsi tarkoitus potilaan näkökulmasta?

2. Teema: Asiakaskäsitys, kokemus ja käsitys asiakkaasta, lääkärin näkökulmasta

- Miten ymmärrät (työterminä) asiakkaan?
- Miten määrittelisit potilaan?
- Miten määrittelisit asiakkaan?
- Puhutaanko teillä työskennellessä asiakkaasta, potilaasta tai jostain muusta?
- Onko näiden välillä eroja? Millaisia?
- Mitä mietteitä sinulle herää sanasta potilas? Entä sanasta asiakas?
- Onko sinusta luontevaa puhua potilaasta asiakkaana? Miksi?
- Koetko, että työskentelysi muuttuu, jos potilas ajatellaan asiakkaana?
- Miten tämä näkyisi osaltasi työskentelytavoissasi?

3. Teema: Vuorovaikutus

- Kuvaile, millainen on yleinen vuorovaikutustilanne asiakkaan/potilaan kanssa.
- Miten näet itsesi osana hoitoprosessia?
- Mitä vastaanottokäynnillä mielestäsi pitäisi tapahtua? Kuvailisitko, miten lääkäri toimii onnistuneella käynnillä?
- Luuletko vuorovaikutuksen muuttuvan tulevaisuudessa? Millaiseksi? Millaista itse toivoisit vuorovaikutuksen olevan?
- Mietitkö vuorovaikutustasi asiakkaan kanssa? Miten? Millaiseen vuorovaikutukseen pyrit?
- Miten koet kohtaamisten vaikuttavan asiakkaaseen?
- Mitä esteitä näet vuorovaikutukselle olevan?

- Kuvaile laadukas vuorovaikutustilanne asiakkaan kanssa, jonka olet käynyt. Mikä teki siitä laadukkaan?
- Rohkaisetko tai osallistatko potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan? Miten?
- Kirjallisuudessa puhutaan asiakkaan voimaannuttamisesta, mitä mieltä olet asiakkaan voimaannuttamisesta?
- Asiakkaan koetaan itse hakevan tietoa ja ottavan enemmän vastuuta omasta hoidostaan, mitä mietteitä tämä herättää?
- Onko mielestäsi asiakaslähtöisyys terveydenhoidossa hyvä asia?

4. Teema: Potilas(asiakas)-keskeinen organisaatio

- Millainen on mielestäsi potilaslähtöinen organisaatio?
- Miten lääkärit toimivat sellaisessa?
- Jos kuvitellaan tilanne, että työskentelisit asiakaslähtöisessä organisaatiossa, olisiko työskentelysi erilaista? Millä tavalla ja miksi?
- Miten organisaatio tukee lääkäreiden asiakaslähtöistä toimintaa?