

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen asiakas- ja palveluohjauksen eri vaiheissa

Rauha Heikkilä, Johanna Lammintakanen,
Sanna Laulainen & Anja Noro

Tiivistelmä

Suomessa asiakas- ja palveluohjaus toimintatapana on yleistymässä palveluiden järjestämisessä iäkkäille asiakkaille. Tässä artikkelissa tarkastellaan asiakaslähtöisyyden toteutumista iäkkäiden asiakas- ja palveluohjauksessa sekä tekijöitä, jotka edistävät asiakaslähtöisyyden toteutumista asiakasohjaajien näkökulmasta. Aineisto kerättiin kahden maakunnan asiakasohjaajille (n=45, 60 %) suunnatulla kyselyllä. Strukturoitujen kysymysten lisäksi lomake sisälsi avoimia kysymyksiä. Aineistoa tarkasteltiin keskiarvojen ja tunnuslukujen avulla sekä avoimet vastaukset analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan asiakaslähtöisyys toteutui asiakkaan osallistumisena palvelutarpeen arviointiin ja palvelujen suunnitteluun. Asiakaslähtöisyyttä edistäviä tekijöitä olivat esimerkiksi yhteydenoton helppous asiakasohjaukseen ja asiakkaan kotona tehty palvelutarpeen arviointi. Samaa asiakkaan aktiivista roolia ei selkeästi näkynyt palvelukokonaisuuksien koordinoinnissa ja seurannassa. Taloudellisessa resurssoinnissa korostui palvelujen myöntämisperusteet, joiden noudattamisessa asiakasohjaajat kokivat ristiriitaa asiakkaiden kohdalla, joiden selkeä palvelutarve ei näkynyt palvelutarpeen arvioinnin tuloksissa. Tutkimus tuotti käytäntöön soveltavaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää asiakasohjaajien toteuttamaa asiakas- ja palveluohjausta.

Avainsanat

asiakas- ja palveluohjaus, asiakasohjaaja, palvelut, ikäihmiset

Abstract

Care management and care coordination is becoming a standard in organizing services for older clients in Finland. In this article, we look at the implementation of client-centeredness in care management for the elderly, and factors that promote realization of client-centeredness from the perspective of care managers. The data was collected by a survey of the case managers (n=45, 60 %) of two regions. The questionnaire included structured and open questions. The material was analyzed using standard statistics, and open-ended questions were analyzed by content analysis.

According to the research results, client-centeredness was realized as the client's participation in the service needs assessment and service planning process. Factors that promoted client-cen-

teredness included, for example, the ease of contacting care management, and the assessment taking place in the client's home. The same active role of the client was not clearly visible in the process of coordination and monitoring of the services. Financial resourcing guidelines centered on the criteria for the services. Care managers sometimes felt it difficult to comply with such criteria, especially for clients whose clear need for services was not reflected in the results of the assessment of the need for services. The study produced practical information that can be used to develop care management.

Keywords

care manager, care management, services, older people, needs assessment

Johdanto

Kuntien vastuulla on ollut järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita riippumatta niiden väestöllisestä tai maantieteellisestä koosta tai heikentyneestä taloudellisesta tilanteesta (Haveri & Majoinen 2017). Palvelujen järjestämisestä on vaikuttanut kuntien toimintakulttuurin kehittyminen hierarkkisesta palvelujen järjestämisestä ensin tuottavuusajattelua, palvelujen ulkoistamista ja yksityistä palvelutuotantoa korostavaan markkinapohjaiseen uuteen julkisjohtamiseen (*New Public Management, NPM*), jota seurasi kansalaisyhteiskunnan uudistuksiin ja valintoihin sekä asiakaslähtöisyyteen perustuva uusi julkinen hallinta -mallin mukainen palvelujen kehittäminen (*New Public Governance, NPG*) (Bryson ym. 2014; Haveri & Anttiroiko 2009; Herranen 2015; Osborne 2006). Kuntien palvelutoiminnan järjestämiseen on vaikuttanut kansallisen tason poliittiset linjaukset hallitusohjelmineen ja niiden toimeenpanoon liittyvät ohjaukset, kuten riittävän vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta, palvelujen ja omaishoidon tukipalveluiden kehittäminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien alueellinen järjestäminen (Oikarinen ym. 2018; Valtioneuvoston kanslia 2006, 2011,

2015). Yksi esimerkki poliittisesta ohjauksesta on pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelmassa sote-uudistukseen sisältyvä poikkihallinnollinen Ikäohjelma, jonka yhtenä tavoitteena on palvelujen toteuttaminen sosiaalisesti ja taloudellisesti kestäväällä tavalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020:31). Ikäihmiset käyttävät paljon ja useita eri palveluja viimeistään siinä vaiheessa, kun toimintakyvyn ongelmat alkavat lisääntyä. (Noro & Karppanen 2019; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Palvelujen oikeudenmukainen järjestäminen edellyttää asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallisuutta (Leemann & Hämäläinen 2016; Ristolainen ym. 2020).

Asiakaslähtöisyys kuvaa ikäihmisten näkökulmasta kuulluksi, ymmärretyksi ja arvostetuksi tulemistä sekä tasavertaista kumppanuutta dialogisessa vuorovaikutuksessa ikäikäiden palveluja järjestävien asiakasohjaajien kanssa (Kiikkala 2000; Minas 2016; O'Donell ym. 1999). Tämä toteutuu asiakaslähtöisessä (*client/person-centered*) toimintatavassa, missä asiakasohjaaja huomioi asiakkaan tarpeet ja näkemykset sekä edistää asiakkaan itsenäisyyttä ja tarjoaa asiakkaalle eri vaihtoehtoja palvelujen räätälöintiin (deSilva 2014; Dubuc ym. 2013). Asiakaslähtöisellä toimintatavalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia

asiakkaan elämänlaatuun, tyytyväisyyteen ja henkilökohtaiseen hyvinvointiin (Joo 2014). Asiakaslähtöisten palvelujen toteuttamisen yksi tapa on asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli (ks. myös <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus/toimintamalleja-ja-menetelmia-tyon-tueksi/asiakas-ja-palveluohjaus>), jonka avulla pyritään kohdentamaan ja järjestämään palveluita ja palvelukokonaisuuksia asiakkaan tarpeen mukaisesti ja turvaamaan hoidon ja palveluiden jatkuvuus. Peruslähtökohtana on asiakaslähtöisyys ja ikäihmisten osallistuminen palveluidensa suunnitteluun ja niiden toteuttamiseen. (Noro & Karppanen 2019; Owlgroup 2018; Ristolainen ym. 2020.)

Asiakas- ja palveluohjausta toteuttavat asiakasohjauksessa toimivat asiakasohjaajat, joiden työstä on kertynyt vasta vähän tutkittua tietoa. Aiemmin on tutkittu asiakasohjaajan kokemuksia asiakasohjauksesta rajautuen esimerkiksi seuraaviin näkökulmiin, kuten palveluohjaajan työhön (Aarhus ym. 2019; Balard ym. 2016; You ym. 2016) ja työssä edellytettävään asiantuntijuuteen (Bertuol ym. 2020; Majjala ym. 2015). Tutkimukset osoittivat, että asiakasohjaajan työtä asiakkaan hoidon ja palveluiden järjestämisessä edesauttaa selkeästi laadittu toimenkuva, joka auttaa myös asiakasohjaajien rekrytoinnissa ja perehdyttämisessä. Asiakasohjaajan laajan asiantuntijuuden kasvattaminen on aikaa, sinnikkyyttä ja henkilökohtaisia taitoja vaativa prosessi, jonka aikana asiakasohjaaja oppii eri roolien ja tehtävien sisäistämisen kautta hyödyntämään tietoa käytännössä. (Aarhus ym. 2019; Balard ym. 2016; Bertuol ym. 2020; Majjala ym. 2015; You ym. 2016.) Tutkimuksia asiakasohjaajien kokemuksista asiakas- ja palveluohjausprosessin eri vaiheista ja asiakaslähtöisyyden toteutumisesta ei kuitenkaan ole löydetävissä. Tässä artikkelissa tarkastelemme asiakaslähtöisyyden toteutumista iäkkäiden asiakas- ja palveluohjauksessa sekä tekijöitä, jotka edistävät asiakaslähtöisyyden toteutumista. Aineistomme on asiakasohjaajien kokemuksia asiakas- ja palveluohjauksesta kahden maakunnan alueella. Tutkimus tuottaa tieteelliseen keskusteluun

asiakasohjaajien kokemuksellista tietoa asiakaslähtöisyydestä, lisäksi tutkimuksen tavoitteena on lisätä keskustelua asiakaslähtöisyydestä asiakas- ja palveluohjausprosessissa käytännössä. Artikkelissa kysytään 1) millaisia kokemuksia asiakasohjaajilla on asiakaslähtöisyyden toteutumisesta asiakas- ja palveluohjauksessa ja 2) miten asiakas- ja palveluohjaus mahdollistaa asiakaslähtöisten palveluiden tarpeenmukaisen kohdentamisen ja koordinoinnin.

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakas on oman hyvinvoinnin asiantuntijuuden kautta palvelujen kehittämisessä ja toteuttamisessa mukana. Asiakaslähtöisyyden synonyyminä käytetään käsitettä asiakaskeskeisyys (*client-focused*), jossa asiakas on palvelutoiminnan kohteena ilman aitoa dialogista vuorovaikutusta. (Koivunen 2017; Virtanen ym. 2011.) Asiakaslähtöisyyttä laajempia käsitteitä ovat asiakkaan aktiivista toimijuutta kuvaava käsite käyttäjälähtöisyys (*user-centered*) sekä ihmisen oman elämän ja palveluiden käytön asiantuntijuutta kuvaava käsite ihmislähtöisyys (*people-centered*) (Koivunen 2017; World Health Organization 2016).

Sosiaali- ja terveystaloudissa asiakaslähtöisyys nähdään institutionaalisen suhdekäsitteenä, joka rakentuu monitasoisesti asiakkaan ja ammattilaisen välisissä vuorovaikutteisissa suhteissa organisaatioiden sääntöjen ja toimintatapojen puitteissa siten, että asiakas osallistuu tasaveroisesti palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen (Laatusuositus 2020–2023; Poikela 2010; Ristolainen ym. 2020; Vanhuspalvelulaki 980/2012). Vuorovaikutuksessa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa siten, että asiakas hyödyntää tietämystään omasta tilanteestaan ja ammattilainen asiantuntijaosaamistaan palveluiden järjestämisessä. Tällöin asiakaslähtöisyys on työskentelytapa, jonka tavoitteena on asiakkaan itsemääräämisoikeuden huomioiminen,

ja tämä sisältää vaikuttamisen mahdollisuuksia. Asiakkaan osallistuminen voi olla mukana olemista ilman omaa toimintaa tai osallistuminen on toiminnan muoto edistäessään asiakkaan osallistumisen kokemusta. (Leemann & Hämäläinen 2015; Nivala & Ryyänen 2013; Pirhonen 2017; Raitakari ym. 2012.) On mahdollista, että ammattilaisen asema asiantuntijatietoa hallitsevana voi johtaa hienovaraiseen vallankäyttöön (Beresford 2012; Kulmala 2006; Mönkkönen 2002; Raitakari ym. 2012). Aito asiakaslähtöisyys rakentuu asiakkaan kuulemisesta ja yhteistoiminnallisuudesta asiakkaan ja ammattilaisen välillä (Kallio 2018; Kettunen 2018; Laatusuositus 2020–2023; Ristolainen ym. 2020; Ritvanen 2018; Vanhuspalvelulaki 980/2012).

Asiakaslähtöisyyttä voidaan tarkastella kolmen ulottuvuuden avulla, jotka ovat kokonaisvaltaisuus, yhteistyö ja yksilöllisyys. Kokonaisvaltaisuus tarkoittaa asiakkaan itsearvioimaa hyvinvointiaan, jossa hän arvioi esimerkiksi sosiaalisia suhteitaan, itsensä toteuttamista, onnellisuutta ja sosiaalista pääomaa. Ikäihmisellä sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen on keskeisessä asemassa hyvinvoinnin edistämässä, mutta voinnin huonontuessa läheisten rooli sosiaalisissa suhteissa voi korostua esimerkiksi avun antajana. Yhteistyö nähdään asiakkaan ja ammattilaisen tasavertaisena toimijuuksena ja kumppanuutena dialogisessa vuorovaikutuksessa. Yhteistyössä on usein mukana myös asiakkaan läheiset, ja läheisen rooli korostuu esimerkiksi huonokuntoisen tai muistisairaana asiakkaan yhteistyössä. (Sidani & Fox 2014; Noro & Karppanen 2019; Widmer ym. 2018.) Asiakaslähtöisyyden ja kumppanuuden toteutuminen rajoittuu herkästi hallinnolliseksi työskentelytavaksi, ja silloin ammattilaisen rooli asiakkaan rinnalla kulkijana jää vähäiseksi (Honkakoski ym. 2015). Yksilöllisyys tarkoittaa sitä, että suunnitellut palvelut vastaavat asiakkaan tavoitteisiin ja palvelutarpeeseen, huomioivat asiakkaan voimavarat, ovat lähellä sekä tukevat kestävästä palvelu- ja hoitosuhdetta (Diener 2000; Kiikkala 2000; Minas 2016; Sidan & Fox 2014; Vanhuspalvelulaki

980/2012). Lisäksi Ristolainen ym. (2020) ovat nostaneet asiakaslähtöisyyden neljänneksi ulottuvuudeksi asiakkaan palvelukokonaisuuden koordinoinnin ja integroinnin, missä nimetty työntekijä on vastuussa asiakkaan palvelujen suunnittelusta, integroinnista sekä asiakkaan tilanteen ja palveluiden jatkuvuuden seuramisesta (Ristolainen ym. 2020).

Asiakas- ja palveluohjaus toimintamallina

Erilaiset palvelujen järjestämis- ja tuottamistavat eri maissa vaikuttavat asiakas- ja palveluohjauksen ymmärtämiseen (Ristolainen ym. 2018). Palveluohjauksen (*case management*) juuret ulottuvat Yhdysvaltoihin, jossa sillä on ollut keskeinen asema koordinoitaessa hoitoa ja palveluita (Hänninen 2007). Kansainvälisessä kirjallisuudessa 1990-luvulla käsitettä *case management* alettiin nimittää *care managementiksi* palveluohjauksen tullessa sosiaalipalveluihin, jolloin koettiin ”care” (hoiva, huolenpito) kuvaavan sosiaalipalveluja paremmin kuin ”case” (tapaus). Palveluohjauksen käyttöönottoon liittyi keskusteluja sen luonteesta ja vaikutuksista sosiaalityöhön sekä käyttöönoton aikana tapahtuvasta luonteeltaan poliittisesta yhteiskunnallisesta prosessista. Suomessa päädyttiin käsitteeseen *case management* sen palvelujen kokonaisuuksien järjestämisen ja palveluohjauksen yksityiskohtaisemman kuvauksen vuoksi (Ala-Nikkola & Sipilä 1999; Orme & Glastonbury 1993; Payne 2000). Nykyisin *case managementin* suomennettu käsite on palveluohjaus, mutta myös käsitteitä asiakasohjaus sekä asiakas- ja palveluohjaus käytetään synonyymeina (Salminen 2013). Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä asiakas- ja palveluohjaus tarkasteltavan toimintamallin mukaisesti.

Asiakas- ja palveluohjauksella on päävastuu asiakkaan palvelujen koordinoimisesta ja seurannasta hoito- ja palveluketjussa (Noro & Karppanen 2019; Owalgroupp 2019; Ristolainen ym. 2020; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2016:32). Palvelujen koordinoimisessa tärkeää on yhteistyö asiakkaan hoitoon ja palve-

lujen toteuttamiseen osallistuvien tahojen kanssa soveltuvista palveluista ja niiden järjestelyistä (Aarhus ym. 2019; Kallio 2018; Kettunen 2018; Ritvanen 2018). Asiakkaan palvelujen suunnittelua ohjaavat alueen palvelujen myöntämisperusteet, sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kuntien muiden sektoreiden tuottamat palvelut ja myöntämät tuet, yksityisten yritysten ja palveluntuottajien palvelut ja sähköiset palvelut ja teknologiaratkaisut (Laatusuositus 2020–2023; Noro & Karppanen 2019; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Tavoitteena on taloudellisten resurssien kohdentaminen kustannusvaikuttavasti ja kustannusten kasvun hillitseminen Arvion mukaan asiakasohjaaja kohdentaa palveluita 20 000 euron arvosta jokaisena työpäivänä. (Ikäneuvo 2018; Noro & Karppanen 2019.) Asiakas- ja palveluohjauksen maakunnallisten kokeiluhankkeiden arvioinnin perusteella kokeilussa toteutetut toimintamallit eivät ole aivan suoraan siirrettävissä käytäntöön sellaisenaan, mutta kaikille yhteisiä asiakas- ja palveluohjauksen elementtejä on hyödynnettävissä, kuten palvelutarpeen arviointi, palvelu- ja hoitosuunnitelma, päätösten toteutustapa sekä sähköisten palvelujen hyödyntäminen. Digitalisaation ja teknologian hyödyntämistä hidastaa maakuntien erilaiset valmiudet ja mahdollisuudet kehittämistyössä. (Kallio 2018; Kettunen 2018; Noro & Karppanen 2019; Ritvanen 2018.)

Asiakasohjaus käynnistyy ”yhden luukun periaatteella”, joka tarkoittaa yhteydenottoa esimerkiksi puhelimitse, sähköisen yhteydenottolomakkeen avulla tai asioimalla fyysisessä toimipisteessä. Jos yhteydenottovaiheessa asiakkaan esittämään huoleen, ongelmaan tai tarpeeseen löydetään ratkaisu neuvonnan ja ohjauksen keinoin, päättyy asiakkaan ja asiakasohjaajan välinen keskustelu siihen. Tällöin on kyse matalan kynnyksen neuvontapalveluista, jotka vastaavat asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyviin kysymyksiin. Suuremman palvelutarpeen omaavien asiakkaiden, esimerkiksi muisti- ja monisairaiden, palvelutarpeeseen vastaa asiakas- ja palveluohjaus. (Kettunen 2018; Noro & Karppanen 2019; Owlgroup 2019.) Asiakas- ja palveluohjaus

on määritelty asiakaslähtöisen sosiaalityön ja sosiaalipalvelujen menetelmäksi, mutta sillä ei ole selkeää lainsäädännöllistä perustaa, vaan siihen liittyviä säädöksiä löytyy eri laeissa. Sosiaalihuoltolakiin (1301/2014) ja vanhuspalvelulakiin (980/2012) on kirjattu palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen lainsäädännöllinen perusta. Terveydenhuoltolain mukaan (1326/2010) terveydenhuoltohenkilöstön velvollisuus on osallistua moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin ja yhteistyöhön. Kuitenkaan lainsäädännöstä ei löydy yksityiskohtaisia periaatteita, miten asiakas- ja palveluohjaus tulee organisoida.

Asiakas- ja palveluohjausprosessi

Asiakas- ja palveluohjausprosessin tavoitteena on selvittää ikäihmisen palvelutarve keskustelemalla, ikäihmistä havainnoimalla ja arvioida tekemällä RAI (Resident Assessment Instrument) -arviointi. Näiden pohjalta asiakasohjaaja tunnistaa ikäihmisen toimintakyvyn, terveydentilan ja voimavarat. (Kettunen 2018; Noro & Karppanen 2019; Vanhuspalvelulaki 980/2012.) Asiakasohjaaja huomioi myös asiakkaan kotona asumisen riskitekijöitä, esimerkiksi yksinasumisen, aikaisempien sairaalajaksojen, alentuneen fyysisen toimintakyvyn (deStampa ym. 2019; Kehusmaa ym. 2018) tai alentuneen kognition sekä alhaisen sosioekonomisen aseman (Gaugler ym. 2007) näkökulmista. Keskeisenä osana asiakas- ja palveluohjausprosessia on asiakkaan palvelutarpeeseen perustuva palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon kirjataan tavoitteet ja niiden saavuttamiseen tähtäävät toimenpiteet. Palveluratkaisuja asiakkaan kotona asumisen tukemiseksi ovat esimerkiksi fyysisen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tukiohjelmat (Boland ym. 2017; Ferrand ym. 2020), lyhyet sairaalajakset ja ympärivuorokautisen hoivan jaksot (Mäkelä & Heikkilä 2016), puhelimen avulla annettu tuki ja seuranta (Lewin ym. 2016), digitaaliset palvelut (Jämsén 2018) tai asiakasohjaajan koordinoimat erilaiset valmennukset (Eichler ym. 2014; Granbom 2017). Toteutuksen seurannassa ja arvioinnissa koros-

tuu, miten hyvin suunnitellut ja toteutuneet toimenpiteet ja palvelut ovat vastanneet asiakkaan tarpeisiin. (Kettunen 2018; Noro & Karppanen 2019; Owalgroup 2019; Ristolainen ym. 2020.)

Asiakas- ja palveluohjausprosessin aikana asiakasohjaajalla voi olla päällekkäisiä ja samanaikaisesti suoritettavia rooleja. Hän voi toimia neuvonantajana ja fasilitaattorina (Balard ym. 2016), asiakasbudjettien hallinnoijana, portinvartijana, ongelmien ratkaisijana (You ym. 2016) sekä palvelujen koordinoijana (Aarhus ym. 2019). Asiakas- ja palveluohjausprosessi voi olla lyhyt- tai pitkäkestoinen. Lyhytkestoinen prosessi viittaa ajallisesti rajalliseen toimenpiteeseen, kun taas pitkäkestoisen prosessin tavoitteena on asiakkaan hyvinvointiin ja toimintakykyyn vaikuttaminen. (Ross ym. 2011.)

Tässä artikkelissa asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan ja asiakasohjaajan välistä yhteistoiminnallisuutta monitasoisen vuorovaikutuksen avulla. Asiakas- ja palveluohjauksella tarkoitetaan palvelujen järjestämisen vaiheita alkaen palvelutarpeen arvioinnista, edeten palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimiseen sekä palvelupäätösten tekemiseen, päätyen palvelujen koordinointiin ja seurantaan. Asiakas- ja palveluohjausprosessilla tarkoitetaan tavoitteellista asiakas- ja palveluohjauksen toteuttamista prosessimaisesti vaihe vaiheelta alkaen palvelutarpeen arvioinnista ja päätyen palvelujen järjestämiseen. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan edellä mainittuja asioita asiakasohjaajien näkökulmasta empiirisen aineiston avulla.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusympäristö

Tutkimuksen kohdejoukkona olivat kahdes-

sa maakunnassa toimivat asiakasohjaajat. Maakunnat valittiin alueellisen asiakas- ja palveluohjauksen toteuttamistavan sekä asukasluvun ja -tiheyden perusteella. Kainuu on asukasluvultaan toiseksi pienin maakunta ja erittäin harvaan asuttua (Sotkanet 2019; Suomen virallinen tilasto). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä alueellista asiakas- ja palveluohjausta on toteutettu vuodesta 2013 (Tolonen 2018). Pirkanmaa on asukasluvultaan toiseksi suurin maakunta ja tiheään asuttua (Sotkanet 2019; Suomen virallinen tilasto). Pirkanmaalla on ollut asiakas- ja palveluohjausta Tampere-Orivesi yhteistoiminta-alueella vuodesta 2008, mutta alueellisen asiakas- ja palveluohjauksen kehittäminen ja sen toteuttaminen alkoi Pirkanmaalla Ikäneuvohankkeessa 2016 (Kallio 2018). Tutkimukseen osallistui Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä ja Pirkanmaan maakunnan 22 kunnasta 15 kuntaa, joista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja järjestivät viisi kuntaa omana toimintanaan (Hämeenkyrö, Ikaalinen, Nokia, Valkeakoski, Ylöjärvi) ja viisi yhteistoiminta-alueena toisen kunnan kanssa (Akaa-Urjala, Kangasala-Pälkäne, Pirkkala-Vesilahti, Sastamala-Punkalaidun, Tamper-Orivesi).

Asiakasohjaajia oli Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä 17 ja Pirkanmaan osallistuvissa kunnissa 57,5. Tutkimukseen osallistuneet asiakasohjaajat olivat pääasiassa naisia ja heidän keski-ikänsä oli noin 46 vuotta. Kolmella viidestä asiakasohjaajasta oli sosiaalihuollon ammatillinen koulutus. Tyypillisin ammattinimike oli sosionomi. Sairaanhoidtajia, lähihoitajia tai terveydenhoitajia oli viidennes. Asiakasohjaajilla oli pitkä työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Asiakasohjaajien taustatiedot, %.

<i>Ikäryhmä(n=43)</i>	n (%)
alle 40-vuotiaat	10 (23)
40–49 vuotiaat	18 (42)
50 vuotta tai yli	15 (35)
<i>Ammatillinen koulutus (n=43)</i>	n (%)*
Sosiaalihajaaja/sosionomi	20 (47)
Geronomi	6 (14)
Lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja	17 (40)
<i>Sosiaali- ja terveydenhuollon työkokemus(n=45)</i>	n (%)*
alle 10 vuotta	13 (29)
10–19 vuotta	16 (36)
20 vuotta tai yli	16 (36)
<i>Asiakasohjauksen työkokemus (n=45)</i>	n (%)*
alle vuosi	17 (38)
1–3 vuotta	21 (47)
4 vuotta tai yli	7 (16)

*Sarakeprosentit eivät summaudu 100 johtuen prosenttilukujen pyöristyksistä

Kyselylomake

Tutkimusaineisto kerättiin tätä tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella, joka oli suunnattu asiakasohjaajille. Lomakkeen laatimisessa hyödynnettiin Ikäneuvo-hankkeessa kehitettyä *Asiakasohjaajan käsikirjaa* (Ikäneuvo 2018), itseohjautuvuuden määritelmiä kirjasta *Itseohjautuvuus: Miten organisoitua tulevaisuudessa?* (Martela & Jarenko 2017) ja yleisiä arkipäivän elämään liittyviä ongelmanratkaisutaitoja mittaavaa *Problem Solving Inventory, PSI*-mittaria (Heppner & Petersen 1982). Kyselylomake koostui kolmesta osiosta: 1) taustatiedot, 2) kokemukset asiakas- ja palveluohjauksesta ja 3) itsearvioitu asiakasohjausosaaminen. Tässä artikkelissa hyödynnetään kyselylomakkeen kahta ensimmäistä osiota, taustatietoja ja kokemuksia asiakas- ja palveluohjauksesta. Taustatiedoissa kysyttiin demografisia tietoja, kuten asiakasohjaajan ikää,

sukupuolta, ammatillista koulutusta ja työkokemusta. Asiakas- ja palveluohjauksen kysymykset liittyivät siihen, miten asiakasohjausprosessi käynnistyy, missä palvelutarpeen arviointi toteutetaan, mitä asioita ja tietoja asiakasohjaaja huomioi palvelutarpeen arvioinnissa, palveluja hoitosuunnitelman laadinnassa ja palvelupäätösten tekemisessä sekä palvelujen koordinoinnissa ja seurannassa. Asiakasohjaajien taustaa, palvelutarpeen arvioinnin toteutuspaikkaa, arvioinnissa ja palvelu- ja hoitosuunnitelmassa huomioitavia asioita sekä ilmoituksen tekijää asiakkaan voimien muutoksesta palvelu- ja asiakasohjaukseen koskevien kysymysten vastausvaihtoehdot olivat dikotomisia. Eri yhteydenottotapojen tiheyttä asiakasohjaajaan ja palvelupäätöksen tekemisessä huomioitavia asioita selvitettiin vastausvaihtoehdoilla 1) ei koskaan, 2) kerran vuodessa, 3) kuukausittain, 4) viikoittain, 5) päivittäin. Lisäksi vastaajilta kysyttiin avokysymyksillä ”mikä on mielestä-

si tärkeää palvelutarpeen arviointia tehdessä ja palvelu- ja hoitosuunnitelmaa laatiessa?”, ”mikä on mielestäsi vaikeaa palvelutarpeen arviointia tehdessä ja palvelu- ja hoitosuunnitelmaa laatiessa?” ja ”mikä on vaikeaa palveluja koskevassa päätöksenteossa?”. Avokysymykset kysyttiin palvelujen järjestämiseen liittyvistä vaiheista, joissa asiakas on osallisena. Avokysymyksiä ei esitetty yhteydenotosta asiakasohjaukseen eikä palvelujen koordinoinnista ja seurannasta, koska asiakaslähtöisyys korostuu palvelujen järjestämisessä asiakkaan ja asiakasohjaajan välisessä dialogisessa vuorovaikutuksessa. Asiakas voi ottaa yhteyttä asiakasohjaukseen, mutta yhteydenottoja tulee muualtakin. Palvelujen koordinointi ja seuranta on asiakasohjaajan työtä, mihin asiakkaat eivät osallistu aktiivisesti.

Kyselylomaketta esiteltiin neljä asiakasohjaajaa, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen. Lisäksi kaksi asiantuntijaa esiteltiin sähköisen lomakkeen ymmärrettävyyden, toimivuuden ja arvioi vastaamiseen käytetyn ajan. Palautteen mukaan lomake toimi hyvin ja suurin osa lomakkeen kysymyksistä oli selkeitä. Muutaman kysymyksen sanamuotoa selkiytettiin. Esitetauksen aineistoa ei otettu mukaan varsinaiseen tutkimukseen.

Aineiston keruun toteutus

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän vanhuspalvelujohtajalle ja Pirkanmaan osallistuneiden kuntien vanhuspalvelujohtajille lähetettiin sähköpostitse tietoa tutkimuksesta ja kysyttiin halukkuutta osallistua tutkimukseen. Tämän jälkeen pidettiin vanhuspalvelujohtajille ja asiakasohjaajille tiedotustilaisuuksia. Kainuun ja Pirkanmaan yhteyshenkilöt välittivät Webropol-linkin oman alueensa asiakasohjaajille. Kyselyn vastausaika oli 21.10–10.11.2019. Yhteyshenkilöt muistuttivat kaksi kertaa asiakasohjaajia kyselystä, johon vastasi Kainuusta 17 asiakasohjaajaa (vastausprosentti 94). Pirkanmaalta 28 asiakasohjaajaa vastasi kyselyyn (vastausprosentti 50). Vastausprosentti koko aineistossa oli 60.

Eettiset lähtökohdat

Tutkimuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkimusluvut haettiin ja saatiin kuntien tutkimuslupakäytäntöjen mukaisesti. Webropol-kyselyn alussa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus ja luottamusselisyys sekä pyydettiin asiakasohjaajalta suostumus osallistua tutkimukseen. Suostumuksen yhteydessä kerrottiin kyselyaineiston käytöstä, säilytyksestä sekä siitä, että kyselyaineistoa ei luovuteta ulkopuolisille. Tulokset raportoidaan ilman että vastaajien henkilöllisyys tulee ilmi. Tutkijan yhteystiedot mainittiin mahdollisia yhteydenottoja varten.

Aineiston analyysi

Määrällistä aineistoa tarkasteltiin keskiarvojen ja tunnuslukujen avulla. Keskiarvo määrää jakauman keskikohdan sijainnin, ja keskihajonta määrää jakauman leveyden ja kuvaa sitä, kuinka hajallaan arvot ovat keskiarvon ympärillä. Luottamustaso ilmaisee, kuinka todennäköistä on, että tulkinta on oikein. Yleisesti 95 %:n luottamustasoa pidetään riittävänä. (Heikkilä 2014; Taanila 2020.) Tilastoanalyysit tehtiin SAS-EG 7.1 tilastolaskentaohjelmalla.

Avoimet kysymykset koskien asiakas- ja palveluohjausprosessiin liittyviä tärkeiksi ja vaikeiksi koettuja tekijöitä analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä (Tuomi & Sarajärvi 2018). Alaluokkien ja yläluokkien nimeämisessä hyödynnettiin olemassa olevia käsitteitä ja luokitteluja asiakaslähtöisyydestä sekä asiakas- ja palveluohjauksesta ja sen prosessista. Avointen kysymysten analysointi alkoi vastauksien lukemisella ja sisältöön tutustumisella asiakas- ja palveluohjausprosessin palvelujen järjestämisen vaihe kerrallaan. Kuvaukset eli alkuperäisilmaukset, jotka esiintyivät aineistossa yksittäisinä lauseina tai lausekokonaisuuksina, pelkistettiin tiivistämällä niiden sisältöä. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin ja nimettiin niiden sisältämien merkitysyhteyksien pohjalta alaluokik-

si. Palvelutarpeen arvioinnissa korostuivat asiakaslähtöisyyden tekijät, kotona asumisen tuki ja palveluun vaikuttavat tekijät. Palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa korostuivat palvelutarpeisiin vastaaminen ja yhteistyö palvelujen toteuttamisessa. Palvelupäätöksen tekemisessä korostuivat puolestaan työtä ohjaavat tekijät ja toteutettavat palvelut. Luokittelun viimeisessä vaiheessa kunkin asiakas- ja palveluohjaus-

prosessin vaihe nimettiin hyödyntämällä vaihtetta ilmentäneitä alaluokkia. Tällä perusteella muodostettiin yläluokat *Monimuotoisen palvelutarpeen arvioinnin tekijät, Asiakaslähtöinen ja moniammatillinen palvelu- ja hoitosuunnitelma ja Palvelukokonaisuuden huomioiminen palvelupäätöksissä*. Esimerkki sisällönanalyysin luokittelusta on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkinä palvelutarpeen arvioinnin sisällönanalyysin toteutus.

Kysymysalue	Alkuperäisilmaus (tärkeäksi koetut asiat)	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
Palvelutarpeen arviointi	Kuunnella asiakkaan omaa näkemystä, kertoa hänen tarpeisiin ja toiveisiin sopivista palveluvaihtoehdoista. Olla asiakkaan ääni ja ajatella hänen etuaan.	Dialoginen vuorovaikutus	Asiakaslähtöisyyden tekijät	Monimuotoisen palvelutarpeen arvioinnin tekijät
	Kunnioittaa asiakkaan oma tahtoa ja ohjata häntä valitsemaan itselleen paras vaihtoehto. Synnyttää luottamus asiakkaaseen ja omaisiin.	Itsemääräämisoikeuden huomioiminen		
	Tärkeää on myös tehdä arvio asiakkaan kotona koska muulla lailla ei pääse kiinni asiakkaan arkeen.	Arjessa pärjääminen	Kotona asumisen tuki	
	Asiakas tulee kuulluksi ja annetaan aikaa asiakkaalle kertoa omista kokemuksistaan ja toimintakyvystään. Huomioidaan asiakkaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä tukiverkostot.	Palvelutarpeen kartoittaminen		
	Tukiverkoston kartoittaminen, miten omaiset ovat arjessa mukana/voivatko olla mukana/ ympäristö, naapurit/yhteisö.	Läheisavun kartoittaminen		
	Huomioida kokonaisuus, minkä verran asiakkaan sosiaalinen verkosto voi olla avuksi, tukea asiakkaan omia voimavaroja ja etsi yhdessä siihen keinoja ja ratkaisuja niin että hän kokisi olevansa mahdollisimman omatoiminen.	Sosiaalinen verkosto	Palveluun vaikuttavat tekijät	
	Mikäli arviointi tapahtuu muualla kuin asiakkaan kotona jää aina epäily, miten asiakas toimii kotona ja millaisissa asuinoloissa asuu.	Epäily kotona pärjäämisestä		
	Moniongelmaiset tilanteet, kuten muistisairas asiakas, päihteiden käyttö omaisella/ asiakkaalla.	Haasteelliset tilanteet		
Välillä on "puun ja kuoren" välissä, kun asiakkaan palvelutarve on suurempi kuin palveluiden tarjonta. Tämä tulee esille tilanteissa, kun asiakas asuu kymmenien kilometrien päässä taajamasta ja kotihoidon resurssit eivät riitä useisiin käynteihin päivässä asiakkaan luona eikä palveluntarjoajia käytännössä soten lisäksi ole.	Suppea palveluvalikko			

Kyselyn tulokset raportoidaan asiakas- ja palveluohjauksen prosessin vaiheiden mukaan siten, että sen ensimmäisen vaiheen *yhteydenotto asiakasohjaukseen* ja viidennen vaiheen *palvelujen koordinointi ja seuranta* tuloksia tarkastellaan vain määrällisen aineiston avulla. *Palvelutarpeen arviointia, palvelu- ja hoitosuunnitelman laadintaa sekä palvelupäätösten tekemistä* tarkastellaan sekä määrällisen aineiston että avovastausten avulla.

Tulokset

Yhteydenotto asiakasohjaukseen

Tyypillisimmillään asiakas- ja palveluohjausprosessi käynnistyi puhelimitse, hieman harvemmin sähköpostitse tai huoli-ilmoituksella ja sitäkin harvemmin asiakkaan tulemisella paikan päälle. Näiden muuttujien erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Tyypillisin yhteydenotto tuli muulta toimijalta tai ikäihmisen omaiselta. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Useimmin käytetyt yhteydenottotavat asiakasohjaajiin.

	Keskiarvo (asteikko 1–5)	Hajonta	95 % CL luottamusväli
Puhelimitse (n=45)	4,60	0,58	4,43–4,77
Sähköpostitse (n=45)	3,71	1,01	3,41–4,02
Muu (n=10) Huoli-ilmoitus, ikäihmisten neuvontapiste, tukihakemus	3,70	0,82	3,11–4,29
Asiakas tulee paikan päälle asiakasohjaukseen (n=44)	2,39	0,95	2,10–2,67
Muu toimija ottaa yhteyttä (n=45)	4,27	0,54	4,10–4,43
Omainen ottaa yhteyttä (n=45)	4,20	0,66	4,00–4,40

Asteikko: 1= ei koskaan, 2=kerran vuodessa, 3=kuukausittain, 4=viikoittain, 5=päivittäin

Palvelutarpeen arviointi

Asiakkaan palvelutarve arvioitiin lähes aina kotona, harvemmin puhelimitse tai muualla ja hyvin harvoin etäyhteydellä. Taulukossa 4 on esitetty asiakasohjaajien huomioimia asioita asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa. Asiakkaan osallistuminen omien palvelutarpeidensa arviointiin huomioitiin aina, melkein aina otet-

tiin huomioon asiakkaan näkemys palvelutarpeestaan tai asiakkaan omaisen osallistuminen palvelutarpeen arviointiin. Muuttujien väliset erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Tyypillisin arvioinnin kohde oli kodin turvallisuus. Harvemmin asiakkaan toimintakykyä arvioitiin hyödyntämällä olemassa olevia toimintakyvyn mittareita. Muuttujien väliset erot ovat tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 4. Asiakasohjaajien (n=45) huomioimat asiat asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa.

	Keskiarvo (asteikko 0–1)	Hajonta	95 % CL luottamusväli
Asiakas osallistuu palvelutarpeen arviointiin	1,00	0,00	
Asiakkaan näkemys palvelutarpeestaan	0,98	0,15	0,93–1,02
Omainen osallistuu palvelutarpeen arviointiin	0,98	0,15	0,93–1,02
Asiakkaan kodin turvallisuuden arviointi	1,00	0,00	
Asiakkaan toimintakyvyn arviointi kotihoidon RAilla	0,47	0,50	0,32–0,62
Asiakkaan toimintakyvyn arviointi muilla mittareilla	0,38	0,49	0,23–0,53
Asiakkaan toimintakyvyn arviointi RAI screenerilla	0,16	0,37	0,05–0,27

Asteikko: 1=kyllä, 0=ei

Avovastausten perusteella palvelutarpeen arvioinnissa korostuivat dialoginen vuorovaikutus ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden huomioiminen. Asiakasohjaajan oma eettinen näkemys ja organisaatiossa vallitsevat arvot tulivat näkyviin asiakkaan kohtaamisessa ja luottamuksellisen suhteen luomisessa. Tärkeää oli, että asiakas tuli kuulluksi palvelutarpeestaan ja toiveistaan, mutta esimerkiksi muistisairaana asiakkaan palveluiden suunnittelussa läheisen näkemys saattoi ohittaa asiakkaan näkemyksen. Asiakasohjaajat kokivat tällaiset tilanteet ristiriitaisina, koska niissä ei heidän näkemyksensä mukaan toteutunut eettisyys eikä asiakkaan itsemääräämisoikeus.

”Dialoginen vuorovaikutus. Asiakasohjaaja näkee laaja-alaisesti asiakkaan toimintakykyyn, voimavarat, minkä pohjalta nousevat asiakkaan palvelutarpeet. Kuunnella asiakkaan omaa näkemystä, kertoa hänen tarpeisiin ja toiveisiin sopivista palveluvaihtoehdoista. Olla asiakkaan ääni ja ajatella hänen etuaan.” (Asiakasohjaaja 36)

Avovastausten perusteella asiakkaan kotona asumista tuki arjessa pärjääminen sekä palvelutarpeen, läheisavun ja sosiaalisen verkoston kartoittaminen. Kotona toteutettu palvelutarpeen kartoittaminen mahdollisti sen, että asiakasohjaaja pystyi havainnoimaan asiakkaan kotona liikkumista ja arkiaskareista suoriutumista sekä kodin turvallisuutta. Asiakkaan läheisten osallistuminen asiakkaan palvelutarpeen arviointiin selvensi asiakkaan sen hetkistä arjessa pärjäämistä sekä auttoi kartoittamaan sosiaalisen verkoston mahdollisuutta tukea asiakkaan kotona asumista ja arjessa pärjäämistä. Varsinkin muistisairaiden kohdalla asiakasohjaajat kokivat läheisten osallistumisen olevan oleellista palvelujen suunnittelussa ja kokonaisuuden hahmottamisessa. Asiakkaan väsyminen palvelutarpeen arvioinnissa saattoi olla seurausta asiakkaan terveydentilasta tai suuren asiamäärän läpikäymisestä.

”Huomioidaan asiakkaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä tukiverkostot. Palvelutarpeen arviointi on tärkeää tehdä kaikille samansuuntaisesti ja tasa-arvoisesti ja oikea-aikaisesti. Kuullaan asiakkaan lisäksi läheisten huoli asiakkaan tilanteesta ja otetaan mahdollisimman paljon mukaan läheiset palvelutarpeen arviointiin asiakkaan luvalla.” (Asiakasohjaaja 5)

Avovastausten perusteella palvelujen saamiseen vaikuttavia tekijöitä olivat epäily kotona pärjäämisestä, haasteelliset tilanteet ja suppea palveluvalikko. Kotona toteutetussa palvelutarpeen arvioinnissa asiakkaan piilevät ongelmat arjessa pärjäämisessä, jotka esimerkiksi olivat seurausta muistisairaudesta tai mielenterveys- tai päihdeongelmasta, tunnistettiin. Tällaisissa tilanteissa asiakkaalla ei ollut sairautentunnetta, eikä hän kokenut tarvitsevansa minkäänlaisia palveluita. Läheiset eivät tunnistaneet asiakkaan piileviä ongelmia tai olivat väsyneitä asiakkaan tilanteeseen. Asiakasohjaajan ratkaisukeskeistä palvelujen suunnittelua rajoitti joidenkin alueiden suppea palveluvalikko palveluntuottajista tai palvelun tuottamistapa.

”Välillä on ”puun ja kuoren” välissä, kun asiakkaan palveluntarve on suurempi kuin palveluiden tarjonta. Tämä tulee esille tilanteissa, kun asiakas asuu kymmenien kilometrien päässä taajamasta ja kotihoiton resurssit eivät riitä useisiin käynteihin päivässä asiakkaan luona eikä palveluntarjoajia käytännössä soten lisäksi ole.” (Asiakasohjaaja 14)

Monimuotoisen palvelutarpeen arvioinnin tekijät muodostuvat asiakaslähtöisyyden tekijöistä, kotona asumisen tuesta ja palveluun vaikuttavista tekijöistä. Asiakkaan ja läheisen aktiivinen osallistuminen palvelutarpeen arviointiin mahdollisti asiakas- ja palveluohjausprosessin seuraavaan vaiheeseen siirtymisen joustavasti.

Palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinta

Palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa huomioitiin lähes aina asiakkaan palvelutarpeen arviointitietoa, hieman harvemmin sen pohjalta asetettiin tavoitteita, harvemmin hyödynnettiin tietoja asiakkaan sosiaali- ja terveyspalveluista

ja harvoin arvioitiin asiakkuuden kestoja. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Lähes aina palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisessa huomioitiin asiakkaan näkemystä omasta palvelutarpeestaan ja kartoitettiin läheisavun mahdollisuus, mutta tässä ei ole tilastollista eroa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Asiakasohjaajien (n=43) huomioimat asiat palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisessa.

	Keskiarvo (asteikko 0–1)	Hajonta	95 % CL luottamusväli
Asiakkaan palvelutarpeen arviointitieto	0,98	0,15	0,93–1,02
Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta asetetut tavoitteet	0,86	0,35	0,75–0,97
Tiedot asiakkaan kaikista sosiaali- ja terveyspalveluista	0,72	0,45	0,58–0,86
Arvio asiakkuuden kestoista	0,37	0,49	0,22–0,52
Asiakkaan näkemys omasta palvelutarpeestaan	0,98	0,15	0,93–1,02
Asiakkaan läheisten kartoitus ja mahdollinen läheisapu	0,98	0,15	0,93–1,02

Asteikko: 1=kyllä, 0=ei

Avovastausten perusteella palvelutarpeisiin vastaaminen edellytti asiakkaan omia tavoitteita ja odotuksia palveluista sekä palvelutarpeen määrittelyä ja tavoitteiden asetelua. Vuorovaikutteisesta palvelutarpeen arvioinnista saatu tieto selvensi asiakkaan palvelutarvetta ja pohjusti palvelu- ja hoitosuunnitelman tavoitteita, jotka tarkentuivat asiakkaan ja läheisen osallistumisessa palvelu- ja hoitosuunnitelman laadintaan. Asiakasohjauksen käytäntö, palvelu- ja hoitosuunnitelman laatiminen ennen palvelujen ja hoidon aloittamista, aiheutti välillä kiireen kokemuksen rajallisen ajan käytöstä olennaisen tiedon tiivistämisessä asiakaslähtöisiksi, selkeiksi ja ymmärrettäviksi tavoitteiksi kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien käyttöön.

”Tunnistaa asiakkaan voimavarat ja toimintakyky, joiden pohjalta on tärkeää muodostaa palvelu ja hoitosuunnitelman tavoitteet ja auttamismenetelmät. Tulee selvästi tuoda esiin asiakkaan kuntoutumisen tarpeet, hoivan ja hoidon tarpeet. Palvelu- ja hoitosuunnitelma tulisi laatia siten, että se on asiakkaan toimintakykyä edistävää ja siinä on kuntouttava näkökulma.” (Asiakasohjaaja 5)

Avovastausten perusteella yhteistyö palvelutuottajan kanssa palvelujen toteuttamisesta muodostui palvelujen suunnittelusta, palveluratkaisuista, palvelujen toteutussuunnitelmasta ja suunnitelman päivitystarpeesta. Yhteistyötä ohjasi palvelu- ja hoitosuunnitelman kirjaukset siitä, miten asiakkaan palvelut toteutetaan sovitusti ja lisäksi liitteenä oleva yhteenvedo asiakkaan palvelutarpeen arvioinnin keskeisistä asioista. Palvelu- ja hoitosuunnitelman päivitystarve konkretisoitui silloin, kun asiakkaan voinnissa tapahtui muutos. Asiakasohjaajat kokivat roolinsa asiakkaan rinnalla kulkijana ja tukijana, mikä mahdollisti sen, että asiakkaan voinnin muuttuessa asiakkaalla ja läheisillä oli tieto yhteyshenkilöstä asiakasohjauksessa.

”Kaikille osapuolille on selvää mitä on sovitettu, mitä asiakkaan palvelukokonaisuuteen kuuluu ja millaisia tavoitteita on asetettu. Tärkeää on myös, että asiakas tietää, kenen puoleen kääntyä, jos on kysyttävää tai toivoo tilannetta arvioitavan uudelleen. Hyvin tehdyt suunnitelmat tuovat asiakkaalle turvallisuutta ja luottamusta pärjäämiseensä.” (Asiakasohjaaja 7)

Asiakaslähtöinen ja moniammatillinen palvelu- ja hoitosuunnitelma rakentuu asiakkaan palvelutarpeisiin vastaamisesta ja yhteistyöstä palvelujen toteuttamisessa. Tämä on pohjana palvelupäätösten tekemisessä.

Palvelupäätösten tekeminen

Tyypillisimmillään palvelupäätöksissä asiakas-

ohjaaja hyödynsi asiakkaan palvelutarpeen arviointitietoja, hieman harvemmin julkisia ja yksityisiä palveluja ja harvemmin tietoa palvelutuottajista. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Asiakasohjaaja konsultoi pääasiassa toista asiakasohjaajaa, hieman harvemmin sairaanhoitajaa tai fysioterapeuttia ja vähiten lääkäriä tai edunvalvojaa. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Asiakasohjaajien useimmin huomioimat asiat palvelupäätöstä tehdessä.

	Keskiarvo (asteikko 1–5)	Hajonta	95 % CL luottamusväli
Hyödynnän asiakkaan palvelutarpeen arviointitietoja (n=45)	4,38	0,75	4,15–4,60
Hyödynnän julkisia palveluja (n=44)	4,27	0,69	4,06–4,48
Hyödynnän yksityisiä palveluja (n=45)	4,04	0,74	3,82–4,27
Hyödynnän palveluvalikkoa (n=45)	3,24	1,35	2,84–3,65
Huomioin asiakkaan maksukyvyn (n=45)	4,24	0,88	3,98–4,51
Konsultoin toista asiakasohjaajaa (n=45)	4,38	0,68	4,17–4,58
Konsultoin sairaanhoitajaa (n=45)	3,78	0,64	3,59–3,97
Konsultoin fysioterapeuttia (n=45)	3,44	0,62	3,26–3,63
Konsultoin lääkäriä (n=45)	2,64	0,88	2,38–2,91
Konsultoin edunvalvojaa (n=45)	2,53	0,66	2,33–2,73

Asteikko: 1= ei koskaan, 2=kerran vuodessa, 3=kuukausittain, 4=viikoittain, 5=päivittäin

Avovastausten perusteella palvelupäätösten tekoa ohjaavia tekijöitä olivat palvelujen myöntämisen perusteet, moniammatillinen yhteistyö, asiakasohjaajien sekä asiakkaiden ja läheisten erilaiset näkemykset palveluista. Moniammatillisen yhteistyön merkitys tuli näkyviin varsinkin muistisairaiden sekä mielenterveys- tai päihdeasiakkaiden kohdalla sopivien palvelujen järjestämisessä. Tästä huolimatta syntyi välillä tilanteita, että asiakas kieltäytyi hänelle suunnitelluista palveluista joko siitä syystä, että hän ei ymmärtänyt omaa palveluntarvettaan tai hänelle ei löytynyt sopivaa palvelua. Läheisellä saattoi olla eri näkemys asiakkaan tilanteesta ja palveluntarpeesta varsinkin silloin, kun hän asui kaukana toisella paikkakunnalla ja näki harvoin asiakkaan arkisuoriutumista kotona. Tällainen vuorovaikutustilanne edellytti asiakasohjaajalta ratkaisukeskeistä lä-

hestymistapaa ongelman ratkaisemisessa, jotta saatiin kaikkia osapuolia tyydyttävä ratkaisu.

”Asiakkaan kotona pärjäämisen haasteet voivat olla moninaisia ja moniammatillista yhteistyötä tarvitaan. Esim. mielenterveys- ja päihdetyössä pitäisi jalkautua enemmän asiakkaan kotiin ja mieltä sinne tarvittavia palveluja.” (Asiakasohjaaja 8)

Avovastausten perusteella palvelujen toteuttamisessa korostui palvelujen oikea-aikaisuus ja riittävyys sekä yhdenvertaisuus palveluissa. Yleensä saatiin sovittua palvelujen aloittamisen ajankohta asiakkaan ja läheisen kanssa. Avovastauksissa kuvattiin kuitenkin myös tilanteita, jossa asiakas siirsi palveluiden aloittamista myöhäisempään ajankohtaan, ja asiakas joutui hakemaan apua esimerkiksi päivystyksestä

heikentyneen terveydentilansa vuoksi. Tällöin hänen tilannettaan tarvitsi arvioida uudelleen. Yhdenvertaisuuden toteutuminen palveluiden järjestämisessä oli haasteellista tilanteissa, missä asiakas asui kaukana kuntakeskuksesta ja kotihoito oli alueella ainoa palveluntuottaja, mutta sen resurssit eivät riittäneet useampaan käyntiin päivässä. Tällöin läheisavun ja sosiaalisen verkoston merkitys kasvoi asiakkaan kotona pärjäämisen mahdollistajana.

”Selkeän tilannekuvan hahmottaminen, tasapuolisten palveluiden takaaminen kaikille kansalaisille, palveluiden saatavuus.”
(Asiakasohjaaja 12)

Kokonaisuuden huomioiminen palvelupäätöksissä on tärkeää ja siihen vaikuttaa työtä ohjaavat tekijät (moniammatillinen yhteistyö ja palvelujen myöntämisperusteet) ja toteutettavat palvelut (palvelujen riittävyys, palvelujen oikea-aikaisuus ja yhdenvertaisuus palveluissa).

Palvelujen koordinointi ja seuranta

Tyypillisimmillään asiakasohjaukseen otti yhteyttä asiakkaan tilanteen muuttuessa omainen, hieman harvemmin nimetty omatyöntekijä tai palveluntuottajan edustaja, harvemmin asiakkaan naapuri tai asiakas itse ja harvoin viranomainen. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Tiedon välittäjät asiakkaan voinnin muutoksesta palvelu- ja asiakasohjaukseen (n=45).

	Keskiarvo (asteikko 0–1)	Hajonta	95 % CL uottamusväli
Asiakkaan läheinen ilmoittaa	0,98	0,15	0,93–1,02
Nimetty omatyöntekijä ilmoittaa	0,73	0,45	0,60–0,87
Palveluntuottajan edustaja ilmoittaa	0,71	0,46	0,57–0,85
Asiakkaan naapuri ilmoittaa	0,67	0,48	0,52–0,81
Asiakas itse ilmoittaa	0,64	0,48	0,50–0,79
Muu, sairaala, viranomainen	0,44	0,50	0,29–0,60

Asteikko: 1=kyllä, 0=ei

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että asiakkaan läheiset seurasivat aktiivisesti asiakkaan arjessa pärjäämistä ja reagoivat tilanteen muuttumiseen herkästi. Vaikka nimetty omatyöntekijä käy sovitusti asiakkaan luona, käynnit ovat ajallisesti rajattuja ja sijoittuvat tiettyihin ajankohtiin päivässä. Sen sijaan läheinen saattaa olla pidempiä aikoja asiakkaan kanssa ja näin hänelle muodostuu laajempi kuva asiakkaan kotona pärjäämisestä kuin omatyöntekijälle.

Pohdinta

Tässä artikkelissa tarkastelimme asiakasohjauksen näkökulmasta asiakaslähtöisyyden toteutumista iäkkäiden asiakas- ja palveluohjauksessa

sekä tekijöitä, jotka edistävät asiakaslähtöisyyden toteutumista iäkkäiden asiakas- ja palveluohjauksessa. Tutkimustulosten mukaan asiakas- ja palveluohjausprosessi on pääsääntöisesti toimiva, ja siinä toteutuu palvelujen järjestäminen asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti. Asiakaslähtöisyys toteutui asiakkaan osallistumisena palvelutarpeen arviointiin ja palvelujen suunnitteluun. Samaa asiakkaan aktiivista roolia ei selkeästi näkynyt palvelukokonaisuuksien koordinoinnissa ja seurannassa.

Asiakaslähtöisyyttä kuvataan aikaisemman tutkimuksen mukaan siten, että ikäihminen tulee kuulluksi, ymmärretyksi ja arvostetuksi ja hän tuntee olevansa tasavertainen kumppani vuorovaikutussuhteessa ammattilaisen kans-

sa (Kiikkala 2000; Minas 2016; O'Donell ym. 1999). Tulosten perusteella asiakaslähtöisyyden elementit toteutuivat hyvin asiakasohjausprosessin vaiheissa palvelutarpeen arviointi ja palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinta. Asiakasohjaajat toivat esiin, että joidenkin asiakasryhmien osalta asiakaslähtöisyyden toteutumisessa oli vaikeuksia. Esimerkiksi muistisairaiden kohdalla asiakas ei aina itse pystynyt tuomaan omia toiveitaan ja näkemyksiään esiin, vaan hänen läheisensä kertoivat näistä. Myös palvelupäätösten tekemisen vaiheessa nousi esiin tilanteita, joissa asiakaslähtöisyys ei toteutunut edellä kuvatulla tavalla. Tähän vaikuttivat muun muassa saatavilla oleva palvelutarjonta ja sen puutteet.

Aikaisemman tutkimustiedon mukaan asiakaslähtöisyys rakentuu asiakkaan ja ammattilaisen välisessä vuorovaikutuksessa, ja se nähdään institutionaalisen suhteena. Vaarana on, että ammattilaisen rooli asiantuntijatietoa hallitsevana on voimakkaampi kuin asiakkaan, ja mahdollisuus vallankäyttöön on olemassa. Tällöin asiakaslähtöisyyden toteutuminen edellyttää asiakkaan itsemääräämisoikeuden huomioimista osana osallisuutta. (Beresford 2012; Kulmala 2006; Mönkkönen 2002; Poikela 2010; Raitakari ym. 2012; Ristolainen ym. 2020.) Tulosten perusteella asiakasohjaajien ja asiakkaiden suhde näyttäytyi tasa-arvoisena, jota ohjasi asiakas- ja palveluohjauksessa toteutettavat toimintaohjeet ja käytännöt. Näiden puitteissa asiakasohjaajat tekivät myönteisten palvelupäätösten lisäksi myös kielteisiä palvelupäätöksiä. Tämä voidaan nähdä vallankäyttönä, vaikka kyse on enemminkin asiakkaiden yhdenvertaisuudesta palvelujen järjestämisessä.

Asiakaslähtöisyyttä edistävä toimintakäytäntö asiakasohjauksessa on aikaisemman tutkimustiedon mukaan ns. ”yhden luokun periaate”. Tällöin yksi yhteydenotto, esimerkiksi puhelimitse, sähköisellä yhteydenottolomakkeella tai asioimalla fyysisessä toimipisteessä, käynnistää prosessin palvelutarpeen tunnistamisesta ongelman ratkaisuun asti. (Kettunen 2018; Noro & Karppanen 2019.) Tulosten perusteella yhteydenotto asiakasohjaukseen tapahtui yleisimmin puhelimitse. Tämä on ikäihmiselle tu-

tumpi yhteydenottotapa, mutta rinnalla on tarpeen kehittää ajasta ja paikasta riippumattomia sähköisiä palveluja. Tulevaisuudessa ikäihmiset ovat entistä valvutuneempia ja teknologisesti osaavampia sekä he odottavat asiakaslähtöisempiä ja paremmin omia tarpeitaan vastaavia palveluita.

Tulosten perusteella asiakaslähtöisyyden toteutumista edisti myös kotona tehty asiakkaan palvelutarpeen arviointi. Tällöin asiakas on hänelle tutussa ympäristössä tasavertaisemmassa asemassa asiakasohjaajan kanssa. Asiakasohjaajien pitkä työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollossa saattaa olla eduksi kyvyssä kohdata asiakas asiakaslähtöisesti ja arvioida hänen toimintakykyään sekä havainnoida kotona asumisen riskitekijöitä. Tuloksissa kiinnitti huomiota se, että harvemmin käytetään validoituja mittareita toimintakyvyn arvioinnissa. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella yhteistyössä vaarana on hallinnollinen työskentelytapa, jossa asiakasohjaajan rooli asiakkaan rinnalla kulkijana jää vähäiseksi. Tällöin esimerkiksi huonokuntoisen tai muistisairaana asiakkaan yhteistyössä korostuu asiakkaan läheisen rooli. (Honkakoski ym. 2015; Sidani & Fox 2014; Widmer ym. 2018.) Tulosten perusteella moniammatillinen yhteistyö tukee asiakkaan ja asiakasohjaajan palvelujen suunnittelua ja ajantasaista palvelu- ja hoitosuunnitelman laadintaa.

Aikaisemman tutkimustiedon mukaan asiakasohjaajien keskeisimmiksi työtehtäviksi on havaittu tarpeenmukaisten palvelujen kohdentaminen asiakkaille ja palvelukokonaisuuksien koordinoiminen palvelu- ja hoitoketjussa (Kallio 2018; Kettunen 2018; Noro & Karppanen 2019; Ristolainen ym. 2020). Tämä tarkoittaa sitä, että asiakasohjaajat hallitsevat myös taloudelliset resurssit palvelukokonaisuuksien koordinoimisessa. Tulosten perusteella taloudellisten asioiden hallinnassa ei selkeästi näy samaa vahvuutta kuin tarpeenmukaisten palvelujen kohdentamisessa. Taloudellisessa resurssoinnissa korostui palvelujen myöntämisperusteet, joiden noudattamisessa asiakasohjaajat kokivat ristiriitaa asiakkaiden kohdalla, joiden selkeä palvelutarve arjessa selviämässä ei näkynyt palvelu-

tarpeen arvioinnin tuloksissa. Asiakasohjaajan täytyy tuntea alueen palveluntuottajat, ja tämän toteutumista helpottaa palveluvalikko.

Tulosten perusteella asiakasohjaukseen otti yhteyttä asiakkaan tilanteen muuttuessa yleisimmin läheinen. Läheisten puuttuessa yhteyttä otti omatyöntekijä, joka tuntee asiakkaan hyvin. Tänä päivänä työntekijöiden vaihtuvuus on suuri, ja silloin on kiinnitettävä huomiota tiedonkulkuun esimerkiksi asiakkaan muuttuneesta palvelutarpeesta ja eri palveluntuottajien tuottamista palveluista. Aiemman tutkimustiedon perusteella palveluiden koordinointi helpottaa esimerkiksi paljon eri palveluita käyttävien asiakkuuden hallintaa (Noro & Karppanen 2019).

Luotettavuus ja vaikuttavuus

Tämän tutkimuksen tulokset perustuvat kahden maakunnan asiakasohjaajilta koottuun kyselyaineistoon, jossa vastausprosentti oli 60. Kyselyaineisto oli pieni (n=45), joten tutkimustulokset ovat suuntaa antavia, eikä niitä voi yleistää koskemaan kattavasti asiakas- ja palveluohjausta Suomessa. Tutkimusmaakunnat valittiin siten, että toinen maakunta edustaa tiheästi ja toinen harvaanasuttua aluetta. Molemmissa maakunnissa on kuitenkin asiakas- ja palveluohjausta toteutettu jo useamman vuoden ajan ja siten kyse on vakiintuneesta toiminnasta ja asiakasohjaajilla on kokemusta toiminnasta em. maakuntien alueella.

Kyselylomakkeen laadinnassa hyödynnettiin sekä tutkimuskirjallisuutta että aiemmin kehitettyä tiedonkeruun instrumenttia. Sellaisenaan kyselylomaketta käytettiin ensimmäistä kertaa tutkimustarkoituksessa. Pääsääntöisesti väittämät koettiin selkeiksi, josta kertoi lähes olematon puuttuvien havaintojen määrä. Myös avoimiin kysymyksiin oli vastattu hyvin. Ennen varsinaista tutkimusta lomaketta pilotoitiin, jonka perusteella tehtiin vähäisiä muutoksia väittämien sanamuotoihin.

Tutkimuksen menetelmällisenä vahvuutena on määrällisen ja laadullisen aineiston käyttö yhdessä. Monimenetelmätutkimuksen avulla oli mahdollista tuottaa laaja-alaisempi ymmärrys

asiakasohjaajien kokemuksista asiakas- ja palveluohjauksesta. Kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä, joihin asiakasohjaajat saivat itse kirjoittaa kokemuksistaan. Näin laadullinen aineisto on rajallinen eikä em. tavalla saatu välttämättä niin syvällistä tietoa eri näkökulmista kuin haastatteleamalla olisi saatu. Aineisto kuvaa kuitenkin asiakaslähtöisen asiakas- ja palveluohjauksen toimivuutta palvelujen järjestämisessä iäkkäiden asiakasohjauksessa hyvin. Tehdyt havainnot saavat tukea aikaisemmista tutkimuksista ja ovat samansuuntaisia tämän tutkimuksen määrällisen aineiston tulosten kanssa. Tutkimuksen rajoituksena sen sijaan voi pitää sitä, että tässä artikkelissa on tarkasteltu asiakas- ja palveluohjausprosessia ja asiakaslähtöisyyden toteutumista vain prosessin toisen osapuolen, asiakasohjaajan, näkökulmasta asiakkaan näkökulman jäädessä puuttumaan.

Sosiaali- ja terveystieteiden uudistuessa asiakasohjauksen rooli vahvistuu asiakasvirtojen ja palvelujen järjestämisessä. Palvelurakenteiden kehittämisen lisäksi on kiinnitettävä huomiota sisällön kehittämiseen asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Tähän kehittämistyöhön tämän tutkimuksen tulokset tuovat asiakasohjaajien näkökulman.

Lähteet

- Aarhus, R., Tørnhøj-Thomsen, T., Tarp, B., Vedsted, P. & Andersen, R.S. (2018). Coordinating objects of care: Exploring the role of case managers as brokers in cancer patient pathways. *European Journal of Cancer Care*, Vol. 28, No. 3, e13017.
- Ala-Nikkola, M. & Sipilä, J. (1999). Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) - Uusi ratkaisu palvelujen yhteen sovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Nurminen, Eija (toim.): *Sosiaalityö riskitilanteissa*. Helsinki: Helsingin yliopiston avoin yliopisto, 63–76.
- Balard, F., Gely-Nargeot, M.-C., Corvol, A., Saint-Jean, O. & Somme, D. (2016). Case management for elderly with complex needs: cross-linking the views of their role held by elderly people, their informal caregivers and the case managers. *Health Services Research*, Vol. 16, No. 1, 635. DOI: 10.1186/s12913-016-1982-6.

- Beresford, P. (2012). The Theory and Philosophy Behind User Involvement. Teoksessa Carr Sarah & Beresford Peter (toim.) *Social Care, Service Users and User Involvement*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, 21–36.
- Bertuol, M., di Niro, V., Tagliabue, C., Ventre, V., Cusenza, P., Taffurelli, C., Sarli, L. & Artioli, G. (2020). The process of developing the Professional Identity of the Nurse Case Care Manager: a Grounded Theory study. *Acta Biomed for Health Profession*, Vol. 91, No. 6, s. 19–27.
- Boland, L., Légaré, F., Perez, M.M.B., Menear, M., Garvelink, M.M., McIsaac, D.I., Guérard, G.P., Emond, J., Brière, N. & Stacey, D. (2017). Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews. *BMC Geriatrics*, Vol. 17, No. 1, 20. DOI 10.1186/s12877-016-0395-y
- Bryson, J.M., Crosby, B.C. & Bloomberg, L. (2014). Beyond Traditional Public Administration and the New Public Management. *Public Administration Review*, Vol 74, No. 4, s. 445–456.
- deSilva, D. (2014). *Helping measure person-centered care*. Evidence review. The Health Foundation, London.
- de Stampa, M., Bagaragaza, E., Cerase, V., Lys, E., Alitta, Q., Aegerter, P., Henrard, J.C. & Ankri, J. (2019). Predictive Factors Leading to Not Living at Home in a Very Frail Community Dwelling Older Population. *International Journal of Gerontology*, Vol. 13, No. 1, s. 23–27.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, Vol. 55, No. 1, s. 34–43.
- Dubuc, N., Bonin, L., Tourigny, A., Mathieu, L., Couturier, Y., Tousignant, M., Corbin, C., Delli-Colli, N. & Raïche, M. (2013). Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *International Journal of Integrated care*, Vol. 13, No. 2, DOI: 10.5334/ijic.976.
- Eichler, T., Thyrian, J.R., Dreier, A., Wucherer, D., Köhler, L., Fiß, T., Böwing, G., Michalowsky, B. & Hoffmann, W. (2014). Dementia care management: going new ways in ambulant dementia care within a GP-based randomized controlled intervention trial. *International Psychogeriatrics*, Vol. 26, No. 2, s. 247–256.
- Ferrand, C., Martinent, G., Bailly, N., Giraudeau, C., Pothier, K. & Agli, O. (2020). Change of depressive symptoms in a French nine-year longitudinal study of aging: Gender differences and relationships between social support, health status and depressive symptoms. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Vol. 89: 104059. DOI: 10.1016/j.archger.2020.104059.
- Gaugler, J.E., Duval, S., Anderson, K.A. & Kane, R.L. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics*, Vol. 19, No. 7, 13. DOI:10.1186/1471-2318-7-13.
- Granbom, M., Kristensson, J. & Sandberg, M. (2017). Effects on leisure activities and social participation of a case management intervention for frail older people living at home: a randomised controlled trial. *Health and Social Care in the Community*, Vol 25, No. 4, s.1416–1429.
- Haveri, A. & Anttiroiko, A.-V. (2009). Kuntajohtaminen: haasteena paikallisten kilpailu- ja yhteistyösuhteiden hallinta, s. 191–212. Teoksessa Ilari Karppi & Lotta-Maria Sinervo (toim.) *Governance – Uuden hallintatavan jäsentymisen*. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Haveri, A. & Majoinen, K. (2017). Miten tähän on tullu? Kunnallishallinnon muutos polkuriippuvana ja evolutionäärisenä kehityksenä, Teoksessa Nyholm, Inga, Haveri, Arto, Majoinen, Kaija & Pekola-Sjöblom, Marianne (toim.) *Tulevaisuuden kunta*. Acta 264. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Heikkilä, T. (2014). *Muuttujien väliset riippuvuudet* chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefndmkj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.tilastollinentutkimus.fi%2F5.SPSS%2FRiippuvuudet.pdf&clen=1517211&chunk=true
- Heppner, P.P. & Petersen, C.H. (1982). The development and implication of a personal problem solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 29, No.1, s. 66–75.
- Herranen, O. (2015). Uusi julkisjohtaminen ja valtion tuottavuusohjelman kova ydin. *Hallinnon tutkimus*. Vol. 34, No. 1, s. 27–42.
- Honkakoski, A., Kinnunen, P., Vuorijärvi, P. & Raappana, M. (2015). *Palveluohjaus – avain asiakastyöhön ja palveluhallintoon*. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskusten julkaisuja 39/2015.
- Hänninen, K. (2007). *Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin*. Stakesin raportteja 20/2007. Stakes: Helsinki.
- Ikäneuvo (2018). *Ikäneuvo – kotona asumiseen arvoa neuvonnalla ja asiakasohjauksella*. <http://www.pirkanmaa.fi>. Viitattu 18.4.2020.
- Joo, J.Y. (2014). Community-Based Case Management, Hospital Utilization, and Patient-Focused Outcomes in Medicare Beneficiaries, *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 36, No. 6, s. 824–844.
- Jämsén, A. (2018). Arvokasta vanhuutta, turvallista arkea. AVOT-hanke Pohjois-Karjalassa (2016–2018). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2018/48.
- Kallio, A. (2018). *Suunnitelma ikäihmisten yhteen sovi-*

- tetusta palvelukokonaisuudesta Pirkanmaan maakunnassa. Pirkanmaa – hyvä paikka ikääntyneille elää ja asua.* 11/2018.
- Kehusmaa, S., Mäkelä, M. & Heikkilä, R. (2018) Asiakasohjaus sairaalasta kotiutuessa – tarpeet ja palveluratkaisut. Tutkimuksesta tiiviisti 14, toukokuu 2018. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kettunen, M. (2018). *IkäOpastin asiakasohjaus Kymenlaaksossa*. Periaatteet ja toimintamalli. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 54/2018.
- Kiikkala, I. (2000). Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa S. Nouko-Juvonen & P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Helsinki: Tammi.
- Koivunen, K. (2017). *Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa*. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisu 6. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-597-141-8>.
- Kulmala, A. (2006). *Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta*. (Tohtorin väitöskirja), Tampereen yliopiston Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Julkaisu 1148, Tampere.
- Laki 1301/2014. *Sosiaalihuoltolaki*.
- Laki 1326/2010. *Terveydenhuoltolaki*.
- Laki 980/2012. *Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista nk. vanhuspalvelulaki*.
- Laatusuositus 2020–2023. *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29, Helsinki.
- Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. (2016). Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matkan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. *Yhteiskuntapolitiikka*, Vol. 81, No. 5, s. 586–594.
- Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. (2015). *Asiakasosallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke* (Sokra). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lewin, G., Concanen, K. & Youens, D. (2016). The Home Independence Program with non-health professionals as care managers: an evaluation. *Clinical of Aging*, Vol. 11, s. 807–817.
- Maijala, V., Tossavainen, K. & Turunen, H. (2015). Identifying nurse practitioners' required case management competencies in health promotion practice in municipal public primary health care. A two-stage modified Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 24, No. 17–18, s. 2554–2561.
- Martela, F. & Jarenko, K. (2017). *Itseohjautuvuus – Miten organisoitua tulevaisuudessa?* Helsinki: Alma Talent.
- Minas, R. (2016). The concept of integrated services in different welfare states from a life course perspective. *International Social Security Review*, Vol. 69, 3–4, <https://doi.org/10.1111/issr.12113>
- Mäkelä, M. & Heikkilä, R. (2016). *Muistisairaana hyvää elämää kotona asuvan palveluilla?* Tutkimuksesta tiiviisti 18, lokakuu 2016. Helsinki, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mönkkönen, K. (2002). *Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena*. (Tohtorin väitöskirja), Kuopion yliopiston Yhteiskuntatieteen laitos, Julkaisu 94, Kuopio.
- Nivala, E. & Ryyänen, S. (2013). Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. *Sosiaalipedagoginen aikakauskirja*, vuosikirja 14, 11–41.
- Noro, A. & Karppanen, S. (2019). *Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Tuloksia ja toimintamalleja*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 29/2019.
- O'Donnell, M., Parker, G., Proberts, M., Matthews, R., Fisher, D., Johnson, B. & Hadzi-Pavlovic, D. (1999). A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 33, No. 5, s. 684–693.
- Oikarinen, T., Voutilainen, T., Mutanen, A., Muukkonen, M. (2018). *Kunnallinen itsehallinto valtion puristuksessa*. Kunnallisanalyyttisen kehittämisyksikön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 107. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.
- Orme, J. & Glastonbury, B. (1993). *Case management: Task and workloads*. Macmillan, Basingstone.
- Osborne, Stephen P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, Vol. 8, No. 3, s. 377–387.
- Owalgroupp. (2019). *I&O-KÄRKIHANKKEEN ARVIOINTI 3/2019*. <https://stm.fi/documents/1271139/13111556/Raportti+IO+arviointi.pdf/02e969f4-eadb-63dc-df1f-8fe60f8b4d7e/Raportti+IO+arvio>.
- Payne, M. (2000). The politics of case management and social work. *International Journal of Social Welfare*, Vol. 9, No. 2, s. 82–91.
- Pirhonen, J. (2017). Good human life in assisted living for older people: what the residents are able to do and be. Tampere: Tampere University Press.
- Public Value Governance: Moving
- Poikela, R. (2010). *Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoitteellistamassa*. (Tohtorin väitöskirja), Helsingin yliopiston Sosiaalietieteen laitos, Julkaisu 5, Helsinki.
- Raitakari, S., Juhila, K., Günther, K., Kulmala, A. &

- Saario. (2012). Asiakaslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Anttonen Anneli, Haveri Arto, Lehto Juhani & Palukka Hannele (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla Julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampere University Press, 47–80.
- Ristolainen, H., Roivas, P., Mustonen, E. & Hujala, A. (2020). Asiakaslähtöinen palveluohjaus. Teoksessa Hujala Anneli & Taskinen Helena (toim.) *Uudistuva Sosiaali- ja terveysala*. Tampere University Press, Tampere, 241–266.
- Ristolainen, H., Tiilikainen, E. & Rissanen, S. (2018). Kotona asuvien ikäihmisten palveluohjauksen vaikuttavuus – kuvaileva kirjallisuuskatsaus. *Gerontologia*, Vol. 32, No. 4, s. 252–274.
- Ritvanen, J. (2018). *KompAssi-hanke. Maakunnallisen iäkkäiden asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin perustaminen Varsinais-Suomeen*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 53/2018.
- Ross, S., Curry, N. & Goodwin, N. 2011. *Case management: What it is and how it can best be implemented*. London: The King's Fund.
- Salminen, M. (2013). *Ikääntyneiden palveluohjaus kansallisilla ja paikallisilla kehittämisspoluilla*. Teoksessa Palveluohjauksen käsikirja (8–13). Artikkelikokoelma taustoista ja käytännöistä. Kanta-Hämeen Pitsi-hanke.
- Sidani, S. & Fox, M. (2014). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional care*, Vol. 28, No. 2, s. 134–141.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020). Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Tavoitteena ikävykyäs Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 31/2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162462/STM_2020_31_j.pdf. Viitattu 15.11.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2016). Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa 2016–2018. Hakujulistus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 32/2016.
- Sotkanet – verkkopalvelu. Tilasto- ja indikaattoripankki 2005–2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. URL: <https://sotkanet.fi>. Viitattu 21.3.2020.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkójulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 26.4.2020]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>
- Taanila, A. (2020). *Tilastollinen päättely*. chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjcgclcfndmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Ftaanila.fi%2Fpaattely.pdf&clen=758376&chunk=true
- Tolonen, E. (2018). Iäkkäiden maakunnallinen palvelukokonaisuus Kainuussa. Kainuun sote 2018. D:32. Tutkimuseettinen toimikunta TENK. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Painettu EU:ssa. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Valtioneuvoston kanslia. (2015). Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelma. Ratkaisujen Suomi. https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf. Viitattu 20.11.2020.
- Valtioneuvoston kanslia. (2011). Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelma. Avoin, oikeudenmukainen ja rohkea Suomi <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/147449/Kataisen+hallituksen+ohjelma/81f1c20f-e353-47a8-8b8f-52ead83e5f1a/Kataisen+hallituksen+ohjelma.pdf>. Viitattu 20.11.2020.
- Valtioneuvoston kanslia. (2007). Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. Vastuullinen, välittävä ja kannustava Suomi. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/368562/hallitusohjelma-vanhanen-II/2a27514c-b939-4bb6-9167-ce-886c358dff/hallitusohjelma-vanhanen-II.pdf>. Viitattu 20.11.2020.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen*. Tekesin katsaus 28/2011. Helsinki.
- Widmer, ED., Girardin, M. & Ludwig, C. (2018). Conflict structures in family networks of older adults and their relationship with health-related quality of life. *Journal of family issues*, Vol 39, No. 6, s. 1573–1597.
- World Health Organization (WHO). (2016). Framework on integrated, people-centered health service. Report by the Secretariat AA69/39.
- You, E., Dunt, D. & Doyle, C. (2015). What is the role of a case manager in community aged care? A qualitative study in Australia. *Health and Social Care in the Community*, Vol. 24, No. 4, s. 495–506.