

# Asiakasymmärryksestäkö avain palveluennakointiin? Markkinalähtöisen asiakasymmärryksen käsitteen jäljillä – kirjallisuuskatsaus kansainväliseen terveystalvelujen tutkimukseen

Minna Kaarakainen & Aino Syrjänen

## ABSTRACT

**Is understanding the client the key to service anticipation? The market based concept of client understanding – a literature review on international health services**

The organisation and financing of social and healthcare services for the elderly constitute a challenge, and will become even more challenging in the years to come. When considering new modes of service provision, discussion typically concerns changes in consumption behavior and increased demand. In the planning and organisation of services, client needs and wishes must be taken into account in order to achieve client satisfaction. Client orientation, clientcentricity service and care chains and other similar terms are often used when discussing client orientation in Finnish social and health care. The client's needs are often defined from the system point of view, and social and health care workers face difficulties in carrying out clients' wishes. Initially, the article approaches client understanding through patient orientation and understanding the supply-driven health care sector. The article moves from patient orientation to the patient centered approach and demand based care focusing on the client's needs and wishes.

Keywords: client understanding, market based social and health services

## JOHDANTO

Ikääntymisen tuomat haasteet ovat ajankohtaisia erityisesti tulevien vuosien sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisessä ja rahoittamisessa. Talveluiden järjestämisen haastavuuteen vaikuttavat monet seikat, kuten esimerkiksi kulustottumusten muutokset, tarpeiden lisääntyminen ja markkinalähtöisyyden hyödyntäminen sosiaali- ja terveystalveluiden tuottamisessa. Tarpeiden ja toiveiden huomioonottaminen talveluiden suunnittelussa ja järjestämisessä ovat olennaisia asiakastytyväisyyden kannalta. Useimmiten tämän ajatellaan lisäävän talvelujärjestelmän kustannuksia, mutta näin ei välttämättä ole. Keskeinen kysymys on, voiko talvelujärjestelmä vastata ikäihmisten tarpeisiin ja toiveisiin. Miten tämä olisi mahdollista? Sosiaali- ja terveydenhuollossa puhutaan paljon asiakaslähtöisyydestä, asiakaskeskeisyydestä ja hoitoketjuista. Asiakkaiden tarpeet määritellään usein järjestelmästä käsin, ja sosiaali- ja terveystalveluiden työntekijät näkevät vaikeuksia aidosti toteuttaa asiakkaiden toiveita nykyisissä rakenteissa. Tämän artikkelin tarkoitus on avata uusia näkökulmia etenkin terveystalveluiden tuottamiseen siten, että asiakkaiden tarpeet ja toiveet olisivat talveluiden tuottamisen keskiössä.

Tämä toteutetaan etsimällä kansainvälisestä tutkimuskirjallisuudesta erilaisia näkemyksiä asiakasymmärryksestä ja sen ottamisesta huomioon talveluntuotannossa. Tämä antaa mahdollisuuksia laajentaa ja tarkentaa asiakasym-

märrystä koskevia näkemyksiä myös Suomessa. Asiakasta koskevat näkemykset ovat ajankohtaisia, sillä sosiaali- ja terveystalvet eivät säästy tehokkuusvaatimuksilta, ja markkinalähtöisten toimintaperiaatteiden soveltamiselle on siten yhä suurempia paineita.

Tutkimuksen aineisto kerättiin talvella 2010–2011 Ebsco- ja PubMed -tietokannoista. Kirjallisuuskatsauksen hakutermeinä ovat olleet potilaslähtöisyys ja potilasymmärrys (*patient orientation, patient understanding*) sekä asiakaslähtöisyys ja asiakasymmärrys (*client orientation, client understanding, customer orientation, customer understanding*). Hakutulokset tietokannoista olivat seuraavat:

- Patient orientation OR patient understanding (Ebsco 56 artikkelia)
- Client orientation OR client understanding (Ebsco 58 artikkelia)
- Client orientation OR client understanding (Ebsco 58 artikkelia, PubMed 23 artikkelia)
- Patient orientation (PubMed 29 artikkelia)
- Patient understanding (PubMed 81 artikkelia)
- Customer orientation OR customer AND understanding (PubMed 20 artikkelia)

Eri tietokantojen artikkelit olivat osittain päällekkäisiä. Tässä artikkelissa käsitellään kattavasti hakutulosten kautta valittuja artikkeleita. Artikkelissa olemme säilyttäneet alkuperäiset termit, vaikka se voi luettavuutta osittain häiritä. Alkuperäisten termien säilyttäminen on kuitenkin välttämätöntä asiakasymmärrys-käsitteen monimuotoisuuden ilmentämiseksi. Aluksi lähestymme asiakasymmärrystä potilaslähtöisyyden ja -ymmärryksen kautta terveydenhuollon kontekstissa, jossa näkökulma on järjestelmä-lähtöinen. Länsimaisen kehitystrendin mukaan siirrytään potilaslähtöisyydestä potilasta valtuuttavaan potilaskeskeisyyteen (*patient-centred*), jossa tarjontalähtöinen näkökulma muuttuu kysyntälähtöiseksi (*demand-based care*) hoi- van järjestämiseksi asettaen potilaiden tarpeet ja toiveet keskiöön. Lähikäsitteitä ovat asiakas- keskeisyys (*client-centred*), potilaskeskeinen hoito (*patient-centred care*), yksilökeskeinen hoiva (*person-centred care*), kysyntäsuuntautunut hoi- va (*demand-oriented care*) ja kysyntävetoinen

hoiva (*demand-led care*). Potilaskeskeisyydessä myös hoitoympäristöllä katsotaan olevan ter- veyttä edistäviä vaikutuksia, mitä esimerkiksi Planetree-ajattelu ajaa terveydenhuollon organi- saatioihin (ks. Dubbs 2006; Eagle 2007; Gearon 2002; Nolon 1999; Morrissey 1998; Mycek 2007; Spatz 2000).

Koska haun tuloksena syntynyt aineisto painottui vahvasti terveydenhuoltoon, artikkelis- sa ei tehdä johtopäätöksiä sisällöllisesti hyvin moniulotteisesta sosiaalipalveluiden alueesta. Tämän alueen kattaminen olisi vaatinut laa- jentamaan hakutermistöä aineiston analyysin kannalta liikaa. Joissain tapauksissa aineistossa puhutaan kuitenkin yleisemmin sosiaali- ja ter- veyshoivasta, minkä vuoksi analyysi ei koh- distu yksinomaan terveyshoivatuksiin.

## TARJONTA- JA KYSYNTÄLÄHTÖINEN NÄKÖKULMA ASIAKKUUTEEN

Lääke- ja hoitotieteessä puhutaan potilassuun- tautuneisuudesta (*patient orientation*), jossa lääkäri tai sairaanhoitaja omalla kommuni- koivalla työotteellaan edistää potilaan ym- märrystä tehokkaan hoidon edesauttamiseksi. Potilassuunteutuneisuus on kuitenkin syste- maattista ja ennalta määrättyä, jolloin potilaan ääni ei välttämättä tule kuulluksi hoitosuhtees- sa (ks. esim. Hellige & Stemmer 2005, 176). Potilasymmärryksellä (*patient understanding*) tarkoitetaan potilaan omaa ymmärrystä hä- nen omasta terveydentilastaan ja hoidostaan. Potilasymmärrystä voi lisätä lääkärin ja sairaan- hoitajan potilassuuntautuneisuudella eli kom- munikoimalla potilasta riittäväillä tiedoilla hänen terveydentilastaan. (Walter ym. 2010; Davis ym. 2006; Herndon ym. 2006, Kessler ym. 2006, 137, 141, Rothman ym. 2006, 394, Alexander 1999, 153). Sosiaalipalveluissa asiakaslähtöinen työ- kulttuuri on vähitellen kehittynyt ja se on saanut vaikutteita asiakkuuden erityisyyttä määrittelevistä näkökulmista. Sosiaalipalveluiden järjestel- mäkeseisessä käytännössä asiakkaan näkökul- ma jää usein etuuksien, palveluiden, säädöksen, järjestelmän rakenteiden ja työntekijän toimin- nan varjoon. (Pohjola 2010, 19, 22.)

Asiakasymmärryksen syntymisessä suuri merkitys on kommunikaatiolla, jonka luonne riippuu sekä asiakkaasta että ammattilaisesta. Ammattilaisilta vaaditaan riittävää ja selkeää

tietoa asiakkaiden tilanteesta, jotta asiakkaat voivat osallistua päätöksiin koskien omaa hoitoansa ja palveluitansa. Asiakkailla ei kuitenkaan välttämättä ole riittävästi ymmärrystä omasta tilastaan ja tuen tarpeestaan tai keinoja kuvata omia hoito-, hoiva- ja palvelumieltymyksiään. Asiakkaan oma ymmärrys sairaudesta, hoidosta ja riskeistä lisää asiakkaan itsevarmuutta osallistua aktiivisemmin päätöksentekoon. Ammattilainen voi parantaa kommunikaatiota antamalla sekä suullista että kirjallista tietoa asiakkaalle. Puutteellinen tieto lisää asiakkaan tyytymättömyyttä saamiaan palveluita kohtaan. Ammattilaisten epävarmuus tiedon antajina ja asiasisällön tuottajina voi olla puutteellisen tiedon saamisen taustalla. Ammattilaisten, asiakkaiden ja asiakkaiden omaisten voi olla haastavaa keskustella sensitiivisistä aiheista keskenään, mikä osaltaan haittaa asiakasymmärryksen ja yhteisymmärryksen muodostumista. (Wagner ym. 2010, 531–532; Newman 2008, 3; Barker ym. 2007, 380–383; Herndon ym. 2006, 25–26; McGaughey 2004, 240–241; Heisler ym. 2002, 244, 249; Alexander 1999, 154; Price 1993, 130.)

Asiakaskeskeisyys (*client-centred*) käsitteään aineiston perusteella monella eri tavalla: potilaskeskeinen hoito (*patient-centred care*), potilas- ja asiakassuuntautunut hoiva (*patient/client oriented care*), yksilökeskeinen hoiva (*person-centred care*), kysyntäsuuntautunut hoiva (*demand-oriented care*), kysyntävetoinen hoiva (*demand-led care*), kysyntään perustuva hoiva (*demand-based care*), kysyntäjohtoinen hoiva (*demand-driven care*) ja kuluttajalähtöinen terveydenhoito (*consumer driven health care*). Keskeistä onkin huomata näiden eri näkökulmien asiakaskeskeisyyden asteen erot hoidossa ja palveluissa. Kaikki nämä käsitteet näkevät asiakkaan tarpeet ja toiveet keskeisinä hoitoprosessissa ja palvelussa ja asiakkaan autonomia nähdään hoidon ja palvelun lähtökohtana. Sosiaalipalveluissa asiakaslähtöisyyden käsite alkoi yleistyä vasta 2000-luvulla, kun huomattiin asiakaskeskeisyyden olevan riittämätön nostamaan asiakas toimivaksi subjektiksi. Asiakaslähtöisyyden toteutumiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa liittyy olennaisesti itsemääräämisoikeus, josta säädetään sosiaalihuollon asiakaslaissa ja terveydenhuollon potilaslaissa. Asiakkuudet sosiaali- ja terveyspalveluissa perustuvatkin kansalaisuuteen ja hyvinvointival-

tiassa kaikki kansalaiset ovat oikeutettuja palveluihin. Sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjiä ei voi rajata, mutta yhteiskunnallisten muutosten myötä ideologian muuttuminen kansalaisista kuluttajiksi on tehnyt myös yhä enemmän oikeuksistamme valintoja. (Pohjola 2010, 46–47; Viinamäki 2008, 29; Weissman & Rosenberg 2008, 512.) Oikeuksien muuttuminen ideologialla tasolla valinnoiksi vaatii tuekseen asiakkaiden roolin aktivoimista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Asiakaskeskeisyys (*client-centred*) perustuu yksilöiden ja heidän tarpeidensa ainutlaatuisuuteen. Asiakaskeskeisyydessä korostuvat asiakkaiden tarpeet ja asiakkaiden mahdollisuudet oman hoidon ohjaukseen. Hoitohenkilökunnan tulee tukea asiakkaan autonomiaa antamalla objektiivista ja ymmärrettävää tietoa asiakkaan päätöksenteon tueksi. (Ks. esim. Bosman ym. 2008, 519, 523; De Blok ym. 2009, 68–70.) Bosmanin ym. (2008) mukaan ammattilaiset eivät ole vastuussa yksilön päätöksestä, vaan heidän vastuullaan on tiedottaa asiakasta riittävästi eri vaihtoehdoista. De Blok ym. (2009) ovat tutkineet kysyntään perustuvia (*demand-based care*) vanhusten asumisen, hyvinvoinnin ja hoidon palveluita. Ikäihmisten palveluiden tuottamisen painopiste on siirtynyt Euroopassa tarjontaperusteisesta kysyntäpohjaiseen palveluiden tuottamiseen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa on alettu kiinnittää enemmän huomiota ihmisen tarpeisiin, toiveisiin ja itsemääräämisoikeuteen järjestelmän sijaan. Kysyntään perustuvien näkemysten mukaan ikäihmisten palveluiden tulisi edistää heidän elämänlaatuaan. De Blok ym. (2009) väittävät, että kysyntäorientoituneessa (*demand-oriented*) terveydenhuollossa lääkärillä on viimeinen vastuu hoidosta. Ammattilainen ottaa päätöksenteossa asiakkaan tarpeet ja toiveet huomioon, kohtelee asiakasta kunnioittavasti ja tarjoaa tarvittavaa tietoa eri vaihtoehdoista. (De Blok ym. 2009.) Kysyntälähtöisessä (*demand-driven*) terveydenhuollossa asiakkaalla puolestaan on vastuu ja viimeinen sana hoidosta. Asiakas määrittelee tarpeensa ja toiveensa. Kun ammattilainen on informoinut asiakasta tarpeeksi, asiakkaalla on vapaus tehdä itse päätös. (Bosman ym. 2008, 519, 523; De Blok ym. 2009, 68–70.)

Kysyntään perustuvista palveluista esimerkkinä on henkilökohtainen budjetti (*personal*

*budget*), jonka avulla asiakkaat voivat valita haluaminsa palveluita. Suomessa palveluseteli edustaa henkilökohtaista budjettia. Osalle asiakkaista budjetti voi olla hyvän elämän mahdollistaja, mutta osalle se on puolestaan lisätaakka. Henkilökohtainen budjetti soveltuu asiakkaille, joilla on kroonisia sairauksia, kehitysvammaisille ja ikäihmisille. (kts. esim. Bosman ym. 2008, 519, 523; De Blok ym. 2009, 68–70; Rijckmans ym. 2007, 49, 59.) Kysyntään perustuvilla sosiaali- ja terveyspalveluilla on omat riskinsä. Kysyntäorientoituneen ja -lähtöisen lähestymistavan välillä voi olla suuria eroja vastuun ja kontrollin kysymyksissä. Ammattilaisten antama tieto ja osallisuus asiakkaan tarpeenmäärittelyssä vaihtelevat asiakkaiden oman autonomian vaihdellessa. Päätöksenteon jakamiseen ja vastuun antamiseen tilanteen mukaan vaikuttavat ammattilaisten lähestymis- ja työtavat. Usein se, jolla katsotaan olevan tietoa, omistaa myös valtaa. Kysyntään perustuvissa palveluissa asiakkaalla katsotaan olevan olennaista tietoa koskien omia tarpeitaan ja toiveitaan. Sosiaalipalveluissa puhutaan oman elämän asiantuntijuudesta ja ammattilaisten kanssa jaetusta asiantuntijuudesta.

Rijckmans ym. (2007) tuovat typologiassaan esille elementtejä, jotka ovat esillä sekä kysyntäorientoituneessa (*demand-oriented*) että kysyntälähtöisessä (*demand-driven*) käsitteessä. Kummassakin näkökulman painopiste on asiakkaassa: vastuu (asiantuntija vs. asiakkaat), kontrolli (asiantuntija vs. asiakkaat), tarpeenmäärittely (asiantuntija vs. asiakas), upottamisen tapa organisaatiossa (informaalit asenteet vs. formaalit asiakirjat) ja valinta (toimituksen asettama vs. vapaa valinta). Kysyntäorientoituneen ja -lähtöisen näkökulman ero tulee esille asiakkaan vastuun ja kontrollin kohdalla: kysyntäorientoituneessa ne ovat ammattilaisella ja kysyntälähtöisessä puolestaan asiakkaalla. (Rijckmans ym. 2007, 49, 59.)

Sekä kysyntäorientoituneet että -lähtöiset sosiaali- ja terveyspalvelut vaativat asiakkailta aktiivisuutta palveluprosessiin osallistumisessa ja aiempaa suurempaa vastuuta omista valinnoistaan. Asiakkaiden oma näkemys itsestään asiakaina on monen tekijän summa. Siihen vaikuttavat esimerkiksi muuttuvat henkilökohtaiset toiveet, vaikutusmahdollisuudet hoidon ja hoivan suunnitteluun ja järjestelyyn, elämäntilanne ja

sosiodemografiset tekijät. Osallistumista kehittyneempi muoto asiakassuhteessa on asiakkaan tasaveroinen osallisuus palveluissa. (Bosman ym. 2008, 518–519, 523–524; Douglas & Douglas 2004, 72; Pohjola 2010, 57–58.) Tasaveroinen osallisuus palveluissa edellyttää asiakkaan oman elämän asiantuntijuuden arvostamista yhtä arvokkaana tiedon lähteenä kuin asiantuntijuuden kautta välitetty tieto.

Kysyntään perustuva hoiva (*demand-based care*) antaa yksilön tarpeille ja toiveille keskeisen sijan. Se edellyttää palveluiden kehittäjiltä ja työntekijöiltä asiakkaiden tarpeiden hahmottamista ja niiden laittamista palveluiden tuottamisessa ja kehittämisessä keskiöön. Ikäihmisten tarpeet vaihtelevat samalla tavalla kuin muidenkin asiakasryhmien, mikä tulisi ottaa huomioon myös palveluiden tuottamisessa ja kehittämisessä. Tarpeet vaihtelevat terveydentilasta, elämäntilanteesta, oman asiantuntijuuden voimaantumisesta, mieltymyksistä ja toiveista johtuen. Omien tarpeiden pohjalta määritetty ikäihmisen oma henkilökohtainen terveys- ja hyvinvointitavoite, jonka yksilö haluaa saavuttaa tarjolla olevien palveluiden avulla ja tukemana. Kun koettu kuilu terveydentilan ja halutun tilan välillä vähenee, ikäihmisen palvelutarve saattaa vähentyä tai loppua kokonaan. Jos ikäihminen kokee oman tilansa ja tavoitteen välisen kuilun kasvavan, esille saattaa nousta uusia tarpeita hoivan, asumisen ja hyvinvoinnin suhteen. (De Blok ym. 2009, 70–71.)

Kuluttajalähtöisten (*consumer driven health care*) sosiaali- ja terveyspalveluiden suosio johtuu organisaation kyvystä keskittyä ja vastata asiakkaiden tarpeisiin. Kuluttajalähtöiseen palveluideologiaan siirtyminen on tuonut uudenlaisia strategioita sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstiin, kuten esimerkiksi taiteen, arkkitehtuurin, musiikin ja valaistuksen hyödyntäminen palveluympäristössä. Asiakkaiden, heidän perheidensä ja ammattilaisten välillä on kumppanuussuhde. Kuluttajalähtöinen lähestymistapa haastaa sosiaali- ja terveyspalveluiden organisaatiot markkinalähtöiseen asiakaslähtöisyyteen ja sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan palvelamaan asiakkaita heidän uusissa rooleissaan. (ks. esim. Dubbs 2006, Gearon 2002.) Planetree-malli on yksi hyvä esimerkki kuluttajalähtöisestä ja kokonaisvaltaisesti asiakasta ymmärtävästä hoitoympäristöstä. Moni terveydenhuollon

organisaatio on juurruttanut Planetree-mallin osaksi organisaatiokulttuuriaan ja palveluiden tuottamistapaansa. Planetree-ajattelu näkee yksilön hyvinvoinnin kokonaisvaltaisena asiana, joten hyvinvointia tulee edistää myös yhteisöllisyyden, taiteen, arkkitehtuurin, valaistuksen ja henkisen kokemusmaailman välityksellä (ks. Dubbs 2006; Eagle 2007; Gearon 2002; Nolon 1999; Morrissey 1998; Mycek 2007; Spatz 2000). Onnistuisiko meillä Suomessa kokonaisvaltaisuus yhdessä toimipaikassa vai haluammeko hoitaa terveyttämme ja hyvinvointiamme eri paikoissa? Voiko Planetree-ajattelu lisätä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa käyntejä hyvän olon hakemisen nimissä? Perinteisesti sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasta ei kannusteta palveluiden lisäkäyttämiseen, vaan tarpeellisen avun saamiseen. Kannustaisiko tämä sosiaali- ja terveyspalveluiden kuluttamiseen?

#### **KULUTTAJALÄHTÖISYYS EDELLYTTÄÄ PALVELUIDEN JOUSTAVUUTTA**

Tulevaisuuden ikäihmisten tarpeet ovat erilaisia asumisen, hoidon ja hyvinvoinnin palveluille, sillä palveluilta odotetaan kokonaisvaltaista hyvinvoinnin ja terveyden kohtaamista ja hoitamista. Tämä vaatii organisaatioilta responsiivisuutta asiakkaiden muuttuvia tarpeita ja toiveita kohtaan. Responsiivisuus (*responsiveness*) määritellään palvelujärjestelmän eli systeemin vaatimukseksi muuttua sen ulkoisen ympäristön antamista paineista johtuen. Nopeiten muuttuvat systeemit pystyvät vastaamaan ympäristön paineisiin paremmin. Slackin (1987) mukaan joustavuus (*flexibility*) tuotteiden tuotannossa sisältää neljä tasoa: tuote, sekoitus, määrä ja toimitus (Reichhart & Holweg 2007, 1149). Tuotteen tulee olla joustavasti uusittavissa tai vaihdettavissa ja tuotevalikoiman vaihtamisen ja muuttamisen tulee olla joustavaa. Volyymin joustavuus on tuotosten muuttamista joustavasti ja toimituksen tulee muuttaa tarvittaessa toimitussopimuksia. Responsiivisuus koostuu siis systeemin ulkoisista joustavuustekijöistä (*product, mix, volume, delivery*), mutta myös responsiivisuuden pituudesta (lyhyt, keskipitkä ja pitkäaikainen). (Ks. esim. De Blok ym. 2009; Reichhart & Holweg 2007, 1149, 1164.) Voisiko joustavuutta myös sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannossa kehittää keskittymällä palve-

lun, palveluvalikoiman, palveluiden määrän ja palveluiden välityksen joustavuuteen?

De Blok ym. (2009) näkevätkin, että organisaatioiden tulee kehittää järkeviä, toimivia ja joustavia prosesseja, jotta ne voivat tarjota optimaalista hoivaa ja palvelupaketteja ikäihmisille täyttääkseen heidän moninaiset tarpeensa. Tutkijat puhuvat tuotantotaloudesta (*operations management*) toimintapolitiikan ja käytännön välittäjänä. Tuotantotalous on lisännyt ymmärrystä organisaatioiden strategioista ja parantanut niiden soveltamisesta käytäntöön, työmenetelmiin ja prosesseihin. (De Blok ym. 2009, 68–70.) Strategiatason puhe asiakasläh- töisyydestä on hyvä saada toimimaan myös itse palveluiden tuottamisessa asiakkaille, mikä on markkinalähtöisyyden yksi päätarkoitus.

Narver ja Slater (1990, 20–21) näkevät markkinalähtöisyyden (*market orientation*) olevan kestävän ja erinomaisen arvon luomista asiakkaalle. Kestävää kilpailuetua edustavat tilanteet, joissa asiakas ostaessaan tuotteen tai palvelun saa odotetun kokemuksen tai hänelle ehdotettu tuote tai palvelu ylittää vaihtoehtoisen tuotteen tai palvelun arvon. Markkinalähtöisyys on organisaatiokulttuuria, joka luo haluttua asiakkaiden käyttäytymistä ylläpitäen markkinoita. Laadukkaiden palveluiden ja tuotteiden tuottaminen vaatii jatkuvaa asiakkaiden tarpeiden seuranta ja palveluiden responsiivisuutta niihin vastaamiseksi. Markkinasuuntautuminen viittaa koko organisaation kattavaan markkinatietouteen, sen jakamiseen eri osastojen välillä ja koko organisaation responsiivisuuteen markkinoihin vastattaessa.

Sosiaalipalveluissa normaalisti valtaistetaan (*empower*) asiakkaita, kuitenkin antamatta työntekijöille ja johtajille riittävästi mahdollisuuksia muuttaa toimintaympäristöään. Markkinalähtöisyys haastaakin toimintaympäristön ja organisaatioiden muuttamiseen responsiivisemmiksi. Niiranen (2002, 63) tuo esille nykyisten sosiaalipalveluiden haasteen, jossa tavoitellaan asiakasläh- töisyyttä ja asiakkaiden hyvinvointia, mutta samalla työtävät ja vuoroaikutuksen muodot eivät tunnista ja anna sijaa asiakkaiden osallistumiselle ja omatoimisuudelle. Hybridijohtamisen mallissa avoimen asiantuntijuuden ja yhteisen osaamisen vahvistaminen nähdään keskeisenä johdon tehtävänä. Sosiaalipalveluita tuottavien organisaatioiden

ja niiden johdon vaikutusmahdollisuuksien kasvattaminen edesauttaa laadukkaiden ja tehokkaiden palveluiden tuottamista. (Niiranen 2002, 63; Niiranen ym. 2010, 162.)

Kotihoito on siirtymässä yhä yritysmäisemmäksi toiminnaksi esimerkiksi Alankomaissa. Yhtenä syynä markkinalähtöisyyden lisääntymiselle kotihoidossa Breedveldin tutkijaryhmä (2006) näkee työvoiman tarjonnan, mikä on yksi tärkeimmistä markkinavoimista kotihoidon alalla. Tutkijat analysoivat muutoksia 1990-luvulta asti ja alan makroympäristöä Porterin viiden kilpailuvoiman (*five forces*) mallin mukaan. Kotihoidon alan organisaatioiden markkinalähtöisyys lisää niiden responsiivisuutta, jota tarvitaan organisaation asiakasymmärryksen lisäämisessä. Kotipalvelualan organisaatiot näkevät, että niiden tulee ennakoida asiakkaiden muuttuvat tarpeet ja vastata niihin. Siten organisaatioiden tulee tarjota joustavia palveluita. Johtajien markkinasuuntautuneisuus lisää organisaation herkkyyttä reagoida markkinoiden tarpeisiin ja työntekijöiden valtaistamisella on organisaation responsiivisuutta lisäävä vaikutus. (Breedveld ym. 2006, 153–154.) Organisaatio on siten jatkuvassa oppivassa tilassa.

Markkinasuuntautuneisuus (*market orientation*) Jaworskia ja Kohlia (1993) mukailleen onkin oppimisprosessi. Organisaatio oppii kaikilta ympäristönsä toimijoilta sekä asiakkailtaan että kilpailijoiltaan ja organisaatio oppii huomioimaan lyhyt- ja pitkäaikaisia tavoitteitaan markkinoilla. Reagoitokyky muuttuviin asiakkaiden tarpeisiin vaatii usein uusien palveluiden ja tuotteiden kehittämistä vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita. Uusien tuotteiden ja palveluiden kehittäminen ja käyttöönotto vaativat organisaation työntekijöiltä riskinottoa, sillä uusilla tuotteilla ja palveluilla on omat riskinsä epäonnistua. Ylimmän johdon halukkuus riskien ottamiseen, satunnaisten virheiden pitäminen luonnollisina ja virheiden hyväksyminen kannustavat työntekijöitä kehittämään tuotteita ja palveluita asiakkaiden tarpeiden tyydyttämiseksi. (Jaworski & Kohl 1993.) Sosiaali- ja terveystaloudessa asiakkaan ja potilaan asema ja oikeudet ovat useilla laeilla suojattuja, mutta sen ei tulisi estää organisaation oppimista ja halua kehittää uusia työmenetelmiä ja palveluita.

Sosiaali- ja terveystaloudessa asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden tarpeisiin vastaami-

nen eivät riitä, vaan tarvitaan myös asiakkaan kohtaamista ja tarpeiden ja toiveiden kuuntelemista itse asiakaskontakteissa. Sosiaali- ja terveystaloudessa asiakkaaksi hakeutuminen tarkoittaa avun ja tuen tarvetta ja asiakkuutta leimaavat usein erilaiset kaksoismerkitykset ja erityisyys.

### ASIAKASLÄHTÖISYYS AVAIN ASIAKASYMMÄRRYKSEEN

Työntekijöiden motivaatiolla palvella asiakkaita työssään on yhteys koko organisaation asiakasorientaatioon. Hogan ja kumppanit (1984) kutsuvat tätä työn ei-tekniikkaa ja sosiaalista osuutta palveluorientaatioksi, joka koostuu työntekijöiden asenteista ja käyttäytymisestä. Työntekijän palveluorientaatio vaikuttaa potilas- ja asiakasvuorovaikutukseen. Palveluorientaation keskeisiä piirteitä ovat keskinäinen kunnioitus ja asiakkaan ja hänen tarpeidensa huomioonottaminen. Palveluorientaation on tutkittu vaikuttavan hoidon laatuun ja sairaaloiden suoriutumiskykyyn markkinoilla. (Hogan ym. 1984, 167, 173.) Asiakasorientaatio on Liaon ja Subramonyn (2008, 318–319) mukaan yksilön asenteellinen muuttuja. Oikealla asenteella työntekijät osuvat vastata asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin lisäten samalla asiakkaan tyytyväisyyttä ja luottamusta palveluun. Narver ja Slater (1990, 21) puolestaan näkevät asiakasorientaation asiakkaiden arvon ymmärtämisenä, luomisena ja säilyttämisenä. Asiakaslähtöisyys käsittää asiakkaan koko palveluketjun ymmärtämisen alusta loppuun saakka, mutta myös asiakkaan palvelun tarpeen ennakoivan muuttumisen ajan myötä. (Narver & Slater 1990, 21.)

Asiakaslähtöisyys on palveluntarjoajan kykyä ottaa huomioon asiakkaan olosuhteet (ks. esim. Daniel & Darby 1997, 272, 278–279). Suomalaisen Paula Naumanen-Tuomelan (2001, 538, 543) tutkimuksessa ilmeni, että asiakkaiden mielestä terveydenhuollon työntekijät ovat muuttuneet asiakaslähtöisemmiksi viimeisen 20 vuoden sisällä. Tutkimuksessa tutkittiin työterveyshoitajien toimintoja, ominaisuuksia, kehittämisalueita ja ammattitaitoa asiakaslähtöisyyden näkökulmasta (*client orientation*). Työntekijöiden asiakaslähtöisen työtöiden lisäksi Daniel ja Darby (1997, 272, 278–279) näkevät asiakasorientaation olevan koko organisaatio-

kulttuurissa, jossa myös organisaatiorakenteen ja johtamisen tulisi tukea asiakasorientaation toteutumista.

### AVAIMIA ASIAKASYMMÄRRYKSEN TOTEUTTAMISEEN ORGANISAATIOISSA

Organisaatiokulttuurilla, johtamisella ja työntekijöiden työtavoilla on suuri merkitys asiakasymmärryksen lisäämisessä organisaatioissa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa markkinalähtöinen asiakasymmärrys-käsite on vieraampi kuin markkinasuuntautuneimmista ja kysyntälähtöisemmissä organisaatioissa. Haluamme selvittää muiden alojen asiakasymmärrys-käsitteen soveltuvuutta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin. Sosiaali- ja terveysalan organisaatioissakin on uuden julkisjohtamisen (*New Public Management*) myötä noussut esiin hybridijohtaminen ja asiakaslähtöiset hybridiorganisaatiot, joissa yhdistyvät julkinen palvelutehtävä ja markkinaperusteinen organisaatiorakenne (Niiranen ym. 2010, 158). Siten asiakasymmärryksen hahmottaminen markkinaperusteisesti voi tuoda uusia innovaatioita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen.

Asiakaskontakti on yksi lähestymistapa asiakasymmärryksen teemaan. Chase ja Tansik (1983) ehdottavat omassa korkea–matala-asiakaskontaktimallissaan organisaatioita, joilla on paljon asiakaskontakteja sisältäviä palveluita, kiinnittämään huomiota asiakastyötä tekevien työntekijöiden ihmissuhdetaitoihin (Syed & Roozbeh 1995, 37). Täten asiakkaiden tarpeet ja odotukset tulisivat paremmin kuulluiksi. Albrecht ja Zemke (1985) loivat myös mallin ”korkeasta–matalasta asiakaskontaktista” ja kaiken sen ensisijaisiin palvelutyöntekijöihin, joilla on suoria ja suunniteltuja suhteita asiakkaisiin. Sekundaarisilla palvelutyöntekijöillä on satunnaisia kohtaamisia asiakkaiden kanssa ja tukityöntekijöillä ei ole ollenkaan suoria kontakteja asiakkaisiin. (Syed & Roozbeh 1995, 37.) Kumpikin malleista nostaa esille suoraan asiakaskontaktissa olevien työntekijöiden ihmissuhdetaitojen tärkeyden. Syed ja Roozbeh (1995, 37) nostavat esille myös asiakkaiden ihmissuhdetaitojen tärkeyden varsinkin pitkissä asiakassuhteissa. Schneider, White ja Paul (1998, 151–160) näkevät tukipalveluiden olevan olennaisia tarjottaessa laadukkaita palveluja asiak-

kaille, sillä tukipalvelut ovat asiakaskontakteissa olevien työntekijöiden tukena, kun he kohtaavat asiakkaita. Palveluympäristö (*service climate*) nojaakin tukipalveluihin, joita ovat resurssit, koulutus, johtaminen ja apupalvelut. Tutkijat paikantavat palveluympäristön käsittävän samoja elementtejä kuin markkinalähtöisyys.

Työntekijöiden asiakaslähtöisyys (*employee customer orientation, ECO*) ja läheisyys asiakkaaseen organisaatiorakenteessa näyttävät olevan suorassa yhteydessä toisiinsa. Työntekijät lähellä asiakkaita ovat asiakasorientoituneempia ja asiakkaat puolestaan tyytyväisempiä saamiinsa palveluihinsa (ks. esim. Liao & Subramony 2008, 317–319, 323; Susskind ym. 2003, 184). Johtajien asiakaslähtöisyys (*leadership team’s customer orientation, LCO*) vaikuttaa positiivisesti myös työntekijöiden asiakaslähtöisyyteen koko organisaatiossa. Työntekijän asiakaslähtöisyys on hyvä ennuste asiakaslähtöiseen käyttäytymiseen ja asiakastyytyväisyyteen. Asiakaslähtöiset työntekijät ovat merkittävässä roolissa organisaatiossa palveluiden ja toimivien innovaatioiden kehittämisessä. Innovaatiot ovat myös paremmin käytönotettavia itse työssä, jos työntekijät ovat asiakassuuntautuneita. Laatujohtaminen (*total quality management*) on palveluiden ja tuotteen valmistuksen kehittämistä koko organisaatiossa, mikä vaatii kaikilta organisaation työntekijöiltä asiakasymmärrystä, ennakoivaa työotetta, innovatiivisuutta palveluiden ja tuotteiden kehittämisessä ja käyttöönotossa. (Liao & Subramony 2008, 317–319, 323.) Sosiaali- ja terveyspalveluissa työntekijöillä on usein rutinoituneita malleja kohdata ihmisiä. Nämä kohtaamista määrittävät tavat ovat luotu siksi, koska organisaatiot arvostavat varmuutta ja ennustettavuutta, mutta nämä tavat eivät rohkaise ihmissuhde-työntekijöitä innovaatioihin tai ainutlaatuisiin tapoihin työskennellä. (Glisson 2008, 202.) Asiakasymmärryksen mahdollistuminen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa vaatii työntekijöiden vapautumista asiakaslähtöisyyttä estävistä rutiineista, jotka haittaavat uusien ja paremmin asiakkaiden tarpeisiin vastaavien toimintatapojen käyttöönottamista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimukset antavat viitteitä siitä, että työntekijöiden asiakaslähtöisyyttä edistävät sitoutuminen työhön, asiakassuuntautuneisuus (*customer orientation, CO*) ja kiinnostus asiakkaiden palvelutytyväi-

syteen. Työntekijän vahva sitoutuminen työhön (*high-performance work systems, HPWS*) ja asiakassuuntautuneisuus vaikuttavat työntekijän ja asiakkaan käsityksiin palvelun laadusta ja asiakkaan tyytyväisyydestä. Asiakkaan kokemus palvelun laadusta on yhteydessä työntekijöiden kokemukseen laadukkaasta palvelutarjonnasta ja tekemästään työstä asiakkaiden kanssa. (Scotti ym. 2007, 109, 119.) Danielin ja Darbyn työryhmän mukaan (1999, 132, 134, 143–144) asiakaslähtöisyys (*customer orientation, CO*) perustuu potilaan tekemään päätelmään saamastaan hoidosta. Potilas on saanut kokemuksensa ollessaan vuorovaikutuksessa hoidon tarjoajan eli yleensä hoitajien kanssa, sillä asiakas ei yleensä ymmärrä hoidon teknistä ulottuvuutta. Tutkimuksen perusteella asiakaslähtöisyyttä voidaan tehostaa terveydenhuollossa kattavalla asiakaslähtöisyyttä organisaatiokulttuurissa edistävällä ohjelmalla ja kouluttamalla henkilökuntaa. (Grizzle ym. 2009, 1227–1229, 1239.) Palveluiden kustannustehokkuuteen vaikuttavatkin hinnan ja laadun lisäksi asiakastytyväisyys (Scotti ym. 2007, 107, 119).

Laatu ei sosiaali- ja terveydenhuollossa johdu panosten ja tuotosten sääntelystä, vaan prosessin kehittämisestä systeemin sisällä. Potilastytyväisyys (*patient satisfaction*) on tullut yhä enemmän yhdeksi kuluttajälhtöiseksi laadun mittariksi terveydenhuollossa, tosin sen teoreettinen tarkastelu on jäänyt ohueksi. Tyytyväisyysmittaristo ei ota huomioon tyytymättömyyttä. Lisäksi nykyiset mittaristot ovat pääasiassa johdon ja ammattilaisten asettamia kuin asiakaslähtöisiä. (Sitzia & Wood 1997, 1829, 1840–1841.) Sosiaalialalla laatu työtä edistämässä ovat kehittäjäasiakkaat ja kokemuskouluttajat, joiden tarkoituksena on osallistaa asiakkaat prosessin kehittämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden oppiminen ja laatujohtaminen edellyttävätkin myös huomion kiinnittämistä niihin asiakkaisiin, jotka jäävät palveluiden ulkopuolelle.

Asiakaslähtöisyys on osa organisaatiokulttuuria, mikä näkyy organisaation työntekijöiden asenteina ja toimintatapoina. Työntekijöiden asiakaslähtöisyys ei ole vain tärkeä laadun tekijä, vaan myös asiakastytyväisyyden edellytys. Uusi julkisjohtaminen on omalta osaltaan merkittävästi lisännyt asiakaslähtöisyyttä, mutta onko se tapahtunut yhteydessä työntekijöi-

den työelämän laadun parantumisen kanssa? Uudessa julkisjohtamisessa yksityisen sektorin johtamiskäytänteitä juurrutetaan julkisen sektorin toimintaan. Uusi julkisjohtaminen korostaa individualismia, yksilöä rationaalisia valintoja tekevänä asiakkaana, poliittisen ohjauksen terävöittämistä julkisessa hallinnossa ja resurssien käytön tehostamista. Koettu asiakaslähtöisyys on yhteydessä työn luonteeseen sekä työntekijän työelämän laatuun. Kun organisaation muutoksessa kiinnitetään huomiota työntekijöiden työelämän laatuun, lisätään samalla työntekijöiden asiakaslähtöisyyttä. Asiakaslähtöisyyden tavoitteet on helpompi saavuttaa, kun työntekijät kokevat työelämänsä laadun olevan tyydyttävä, kun he kokevat ryhmätyön positiivisena ja saavat tarpeellista tukea uuden muutoksen alla. (Viinamäki 2008, 47; Korunka ym. 2007, 307–309, 314.)

### ASIAKASYMMÄRRYS IKÄIHMISTEN PALVELUIDEN TUOTTAMISESSA

Jokaisen asiakkaan mieltymysten mukainen palvelupaketti ei ole toteuttamiskelpoinen suurimmassa osassa organisaatioista. Kuitenkin erilaisten vaihtoehtojen tarjoaminen parantaa asiakastytyväisyyttä, mutta ei aina välttämättä asiakkaiden hyvinvointia. Vaihtoehtojen tarjoaminen vaatii palveluiden tarjoajalta moninaisia ja erilaisia palveluita asumisen, hyvinvoinnin ja hoivan suhteen, jotta asiakkaiden erilaiset tarpeet tulisivat kohdatuiksi. (De Blok ym. 2009, 71–73.) Vaikka valinnanmahdollisuus ohjaisikin palvelujen kehittämistä asiakkaiden mielen mukaisiksi, vain osa asiakkaista pystyy tekemään rationaalisia valintoja johtuen epäsymmetrisestä informaatiosta. Hyvinvointimarkkinat ja yksityiset sosiaalivakuutukset monipuolistavat tarjolla olevia vaihtoehtoja. (Julkunen 2008, 201–203.)

Bowen ja Youngdahl (1998) ajattelevat palveluorganisaatioiden hyötyvän valmistusorganisaatioiden tekniikoista ja filosofioista. Yhteinen paradigma sekä valmistus- että palveluorganisaatioissa on massaräätälöinti. Se on joustavan prosessin ja rakenteen hyödyntämistä tuottamalla monipuolisia ja jopa yksilöllisesti räätälöityjä tuotteita ja palveluita matalalla hinnalla standardisoidulle asiakaskunnalle. Massaräätälöinti (*mass customization*) tunnistaa jokaisen asiak-



kaan yksilönä ja tarjoaa jokaiselle räätälöityjä palveluita, joista asiakas valitsee omiin tarpeisiinsa parhaiten soveltuvimmat palvelut. (Shamsuzzoha ym. 2008, 57–58). Soveltuisiko massaräätälöinti sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstiin?

Massaräätälöinnissä on kyse one-of-a-kind tuotteesta, joka valmistetaan asiakkaan toiveiden mukaan tinkimättä mittakaavaeduista. Siten asiakkaat voivat ostaa räätälöidyn tuotteen massatuotteen hinnalla. Duray ym. (2000) tuovat keskusteluun sen, kuinka organisaatiot voivat toteuttaa massaräätälöintiä omille tuotteilleen. Duray ym. tuovat tutkimuksessaan esille massaräätälöinnin asettamia vaatimuksia organisaatiolle, joilla etsitään keinoja sisällyttää jokaisen asiakkaan toiveet itse valmistusprosessiin. (Duray ym. 2000, 605–608, 623.) Sosiaali- ja terveyspalveluiden massaräätälöinnissä asiakas olisi mukana itse oman ainutlaatuisen palvelukokonaisuuden suunnittelussa jo mahdollisimman alusta alkaen.

Räätälöity palvelupaketti ikäihmisille voisi olla linjamodulaarisuutta (*bus modularity*) mukaileva, missä on mahdollisuus lisätä omavalintaiset palvelut eli eri moduulit olemassa olevaan pohjaan (*platform*) (Duray ym. 2000, 609). Tärkein panos onnistuneeseen tuoteperheeseen on tuotealusta, josta palveluita johdetaan lisäämällä, poistamalla tai korvaamalla yksi tai useampia osia. Tämä tuotealusta eli palvelupohja voisi olla kunnan tarjoamat lakisääteiset peruspalvelut, joihin ikäihminen saisi valita lisäpalveluita eri palveluntuottajilta markkinoilta. Modulaarisuuden hyödyntäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa nostaa esille seuraavia kysymyksiä. Mikä taho toimisi lisäpalveluiden välittäjänä ja ihmisrajapintana asiakkaan ja palveluiden välillä? Miten peruspalvelut ja lisäpalvelut saadaan yhteensovitettua saumattomiksi kokonaisuuksiksi? Miten tarpeita vastaavien vaihtoehtoisten palveluiden valintaprosessi yhdessä ikäihmisen kanssa tapahtuu? Kuinka paljon ikäihminen on itse mukana palveluiden suunnittelussa? Lisäisikö modulaarisuus sosiaali- ja terveyspalveluiden omakustanteisuutta ja lisääkö valinnanvapaus epätasa-arvoa? Toisaalta valinnanvapautta voitaisiin suunnata myös niille, joilla sitä ei ole aiemmin ollut ja siten lisätä tasa-arvoa (Julkunen 2008, 202). On selvää, että massaräätälöintiä ei voi senkaltaisena kopioida

sosiaali- ja terveysalalle, mutta voisiko käsitteen avulla saada uusia ajatuksia asiakasymmärryksen toteuttamiseen sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa?

Konfiguraatioprosessi (*configuration process*) on teollisuudessa laajasti käytöön otettu työmenetelmä, jolla koordinoidaan informaation vaihtoa asiakkaiden ja yritysten välillä. Tuotteen räätälöinnissä asiakkaan integroiminen suunnitteluprosessiin tapahtuu konfiguraatio-vaiheessa. Konfiguraatio yhdistää suunnitteluvaiheessa tuotteet täsmäämään asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden kanssa. Asiakkaat ovat sen avulla vuorovaikutuksessa suoraan organisaatioiden suunnitteluarkkitehtuurin kanssa, ehdottaen ja modifioiden arkkitehtuuria heidän vaatimustensa mukaan. (Shamsuzzoha 2010, 1–2, 4, 13, 20–21, 24, 54.) Sosiaali- ja terveydenhuollon yksittäisen palvelun räätälöiminen voi olla hankalaa, mutta ei mahdotonta. Konfiguraatioprosessissa asiakas voisi listata tarpeensa ja tietotekninen sovellus etsisi niihin vastaavat palvelut, joiden räätälöintiin asiakas voisi palveluiden tarjoajien antamien mahdollisuuksien mukaan osallistua.

Eri palveluiden tarjoajat voivat osallistaa asiakasta suunnitteluun ja räätälöintiin haluamallaan asteella. Massaräätälöivän organisaation on mietittävä, missä vaiheessa asiakas on osallisena tuotesuunnittelussa. Jos asiakas on osallisena jo suunnittelun alusta alkaen, räätälöinti asiakkaiden tarpeiden mukaan on korkeaa. Jos asiakkaan preferenssit tulevat esille vasta lopussa, ei räätälöinnin taso ole niin korkea. Ikäihmisen valitessa palveluita vastaamaan hänen omia tarpeitaan hänelle tulisi näyttää optimaalinen ja suositeltu palvelukokonaisuus, josta hän voisi valita eri kriteerien perusteella itselleen sopivimman palvelukokonaisuuden. Ikäihmisten tarpeiden ennakointi ja markkinoiden asiakasymmärrys tulisi näkyä myös sellaisten asumisen-, hoivan ja hyvinvoinninpalveluiden suosittelemisena, mitä asiakas ei edes itse osaa kysyä ja ennakoita tarvitsevana. Kuka pitää yllä eri lisäpalvelutarjoajien listaa ja palveluita, miten koordinoidaan ikäihmisten palveluiden valintaa ja kuka hallinnoi ikäihmisten kokonaisvaltaisia palveluiden tarpeita ja palvelupaketteja, ovat tärkeitä kysymyksiä, jotka vaikuttavat ikäihmisten palveluiden markkinoihin ja painopisteeseen.

Kuluttajälähtöisyys haastaa sosiaali- ja terveysalan organisaatiot responsiivisuuteen ym-

päristöönsä ja sen tarpeisiin nähden ja sosiaali- ja terveyspalveluita joustavuuteen, jotta asiakkaat saavat vaihtaa ja kehittää niitä omien mieltymyksiensä mukaisiksi (Bosman ym. 2008; Salvador ym. 2002; Reichhart & Holweg 2007). Responsiivisuutta edistää markkinalähtöisyys (Jaworski & Kohli 1993), joka on lisääntynyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannossa (Breedveld ym. 2006; Rijckmans ym. 2007; De Blok ym. 2009). Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä osana markkinalähtöisyyttä ja organisaation yhteisenä ajattelu- ja toimintatapana (Despande ym. 1993, 27). Siten asiakaslähtöisyys on myös palvelujärjestelmän keskiössä eikä vain asiakkaiden kohtaamisen kulmakivi.

Kysyntälähtöisessä ajattelussa asiakastytyväisyydellä on merkitystä, joten organisaatioiden työntekijöiden ja johtajien asiakaslähtöisyys (Daniel & Darby 1997; Daniel & Darby 1999; Grizzle ym. 2009; Korunka ym. 2007; Liao & Subramony 2008; Scotti ym. 2007) ja asiakastytyväisyyskyselyt (Oja ym. 2010; Sitzia & Wood 1997) nousevat merkityksellisiksi laadun mittareiksi (Syed & Kangari 1995; Schneider 1994; Susskind ym. 2003). Laatujohtaminen kehittää organisaatiota vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeisiin (Syed & Kangari 1995) ja laatujohdettu organisaatio haluaa koko ajan oppia vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeisiin (Drury 1997; Love ym. 2004). Organisaatiossa tiedon asiakasymmärryksestä tulee kulkeutua kaikille työntekijöille, myös tukityöntekijöille, joilla ei ole suoria kontakteja asiakkaisiin (Olson ym. 1995, 48; Schneider ym. 1998, 151–160; Huber 1991, 100–106). Asiakaslähtöisissä organisaatioissa syntyy suotuisammin innovaatioita (Lukas & Ferrell 2000), mutta liian asiakaslähtöinen organisaatio saattaa menettää kyvyn ennakoita tarpeita, kun se mukautuu intensiivisesti vain nykyisiin tarpeisiin (Christensen & Bower 1996, 198; Lukas & Ferrell 2000, 239–244). Organisaation hitaus vastata ympäröiviin muutoksiin on luonnollista systeemiteorian näkökulmasta, mikä nostaa esille abstraktilla tasolla modulaarisuuden mahdollisuudet vastata asiakkaiden heterogeenisiin tarpeisiin responsiivisemmin (Schilling 2000, 312–317). Modulaarisuudessa asiakkaiden tarpeita ryhmitellään samanlaisten tarpeiden klustereiksi menettämättä kuitenkaan asiakkaiden tarpeiden ainutlaatuisuutta, mutta onko tämä liian

teknistä sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiselle?

Valmistusorganisaatioille tutuimmista tekniikoista modulaarisuudesta (*modularity*) ja massaräätälöinnistä on kuitenkin haettu mallia, kun on kehitetty ikäihmisten palveluita vastaamaan paremmin heidän tarpeisiin (Bowen & Youngdahl 1998, De Blok ym. 2009; Duray ym. 2000). Modulaariset palvelut ikäihmisille mahdollistaisivat yhteensopivat palveluvaihtoehdot, joita voisi joustavasti tarpeiden mukaan ja niiden muuttuessa vaihtaa ja poistaa omasta palvelukokonaisuudestaan (De Blok ym. 2009, 75–80; Carliss & Kim 1997, 84–85). Nykyisin erilaiset asiakas- ja potilassuunnitelmat sosiaali- ja terveyspalveluissa toimivat tällä idealla, jossa asiakkaan eri palvelut yhdistyvät yhtenä kokonaisuutena. Jokaiselle asiakkaalle oman mielen mukainen palvelukokonaisuus vaatii kuitenkin ikäihmisten yhteneväisten tarpeiden luokittelua (De Blok ym. 2009, 71–73). Asiakastiedon kehittäminen (*customer knowledge development*) tarkoittaa ymmärryksen kehittämistä asiakkaan tarpeista, minkä katsotaan olevan uuden tuotesuunnittelun ja innovaatioiden edellytys (Joshi & Sharma 2004; Hargadon & Sutton 2000, 158). Ikäihmisten tulisi voida olla mukana palveluiden suunnittelussa sen eri vaiheissa ja osallistumisen eri asteissa (Duray ym. 2000, 623) ilman, että järjestelmä asettaisi asiakkaiden osallistumisen ehdot.

## JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä artikkelissa tarkasteltiin asiakasymmärrystä subjektiivisesta näkökulmasta eli siitä, mitä palvelujärjestelmältä edellytetään, jotta sen palvelut olisivat asiakkaan tarpeista ja toiveista lähteviä. Asiakasymmärryksen lähtökohdat nousevat asiakkuuden eri osa-alueista. Asiakasymmärryksen kehittäminen ja ylläpitäminen organisaatiossa vaativat ensisijaisesti työntekijöiden kouluttamista informaation välittämiseen sekä järjestelmän kehittämistä asiakaslähtöisyyttä tukevaksi. Nämä yhdessä tukevat asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtevää toimintaa. Myös tulevaisuuden ikäihmiset ovat korkeammin koulutettuja, joten vaatimukset laadukkaille palveluille kovenevat myös asumisen, hoivan ja hyvinvoinnin palveluissa. Siten markkinalähtöisyys ja sen mukanaan tuoma asiakas-

lähtöisyys antavat avaimia asiakasymmärryksen hahmottumiselle sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa. Saari (2011, 358) kysyykin, kuinka laajalle hyvinvoinnin kenttään tuotteistaminen etenee, ja mitä toivottuja ja ei-toivottuja vaikutuksia sillä on ihmisten elämässä ja organisaatioiden toiminnassa. Väestön ikääntymisen myötä palveluiden kysyntä tulee kuitenkin kasvamaan entisestään.

Markkinalähtöisen asiakasymmärrys-käsitteen määrittäminen sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa tarvitsee enemmän lisätutkimusta. Systemaattista käsitteanalyysiä tulisi tehdä kysyntälähtöisestä terveydenhuollosta ja hoivasta (*demand based care*) ja sen lähikäsitteistä, joissa asiakkaan tarpeet ja toiveet nähdään hoidon ja palveluiden tuottamisen keskiössä. Modulaarisuutta ja massaräätälöinnin mahdollisuuksia ikäihmisten asumisen, hoivan ja hyvinvoinnin palveluissa on syytä tarkastella enemmän. Ainakin abstraktilla tasolla modulaarisuus voi tuoda mukanaan monia etuja sosiaali- ja terveysalan organisaatioihin, esimerkiksi joustavuutta rakenteisiin, jolloin organisaatio voisi vastata asiakkaan tarpeisiin paremmin tai joustavuutta palveluiden tuottamiseen ja järjestämiseen. Modulaarisuus ideana mahdollistaa ikäihmisten tarpeiden näkemisen moninaisina ja muuttuvina tarjoten heterogeenisiin tarpeisiin ennakoivia ja monipuolisia vaihtoehtoja jokaisen asiakkaan omien mieltymysten mukaisesti.

Asiakasymmärryksen viemistä käytännön tasolle kuvastaa esimerkiksi valinnan vapauden

lisääminen eri tavoin. Palvelusetelit ja henkilökohtaiset budjetit mahdollistavat asiakkaan omista lähtökohdista ja tarpeista nousevia, kysyntälähtöisiä palveluita. Vaikka palveluseteliä on kehitetty ja vaikka se on ollut osassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista käytössä jo pitkään, ovat palvelut pääsääntöisesti tarjontalähtöisiä. Tähän ymmärrettävästi vaikuttavat julkisen sektorin ja palvelun tuottajien resurssit tuottaa palveluita. Yhtenä kehittämiskohtena voisi olla artikkelissa esiin nostetut modulaariset palvelumallit ja responsiiviset palvelut.

Kirjallisuuskatsaus markkinalähtöisen asiakasymmärryksen käsitteestä selvensi sitä amerikkalaisten ja eurooppalaisten terveyspalveluiden tuottamisen osalta. Organisaatio, joka toimii asiakasymmärrystä edistävästi, asettaa asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset keskeiselle sijalle palveluiden tuottamisessa. Tällöin tarkoituksena on tuottaa palveluita asiakkailleen, joihin asiakkaat voivat olla tyytyväisiä ja organisaatio toimii sopivan asiakaslähtöisesti reagoiden esille nouseviin asiakkaiden tarpeisiin. Tavoitteena on suunnitella ennakolta joustavia palvelukokonaisuuksia, joita asiakkaat voivat räätälöidä omien muuttuvien tarpeidensa mukaisesti itselleen sopivaksi palvelukokonaisuudeksi. Tämän artikkelin tuloksena voidaan todeta, että nykyisin palvelutarjonta on hyvin usein tarjontalähtöistä eikä kysyntälähtöistä. Kuitenkin suunta kohti kysyntälähtöisiä, asiakasta ymmärtäviä palveluita on olemassa.

## LÄHTEET

- Alexander, R.E. (1999). Patient understanding of postsurgical instruction forms. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontology*, 87(2), 153–158.
- Baker, G.C. & Newton, D.E. & Bergstresser, P.R. (1988). Increased readability improves the comprehension of written information for patients with skin disease. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 19(6), 1135–1141.
- Barker, Holly & Crockett, Rachel & Uus, Kai K. & Bamford, John J. & Marteau, Theresa (2007). Why don't health professionals check patient understanding? A questionnaire-based study. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 380–385.
- Bosman, Rachel & Bours, Gerrie & Engels, Jeanny & Witte, Luc (2008). Client-centred care perceived by clients of two Dutch homecare agencies: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 518–525.
- Bowen, David & Youngdahl, William (1998). Lean's service: In defense of a production-line approach. *International Journal of Service Industry Management*, 9(3), 207–225.
- Bowen, D. & Siehl, C. & Schneider, B. (1989). A framework for analyzing customer service orientations in manufacturing. *Academy of Management Review*, 14(1), 75–95.
- Breedveld, Elly & Meijboom, Bert & Roo, Aad

- (2006). Labour supply in the home care industry: A case study in a Dutch region. *Health Policy*, 76(2), 144–155.
- Carliss, Baldwin & Kim, Clark (1997). Managing in an age of modularity. *Harvard Business Review*, 75(5), 84–93.
- Chase, Richard B. & Tansik, David A. (1983). The customer contact model for organization design. *Management Science*, 29(9), 1037–1050.
- Christensen, Clayton & Bower, Joseph (1996). Customer power, strategic investment, and the failure of leading firms. *Strategic Management Journal*, 17(4), 197–218.
- Daniel, Kerry & Darby, David (1997). A dual perspective of customer orientation: A modification, extension and application of the SOCO scale. *International Journal of Service Industry Management*, 8(2), 131–147.
- Daniel, Kerry & Darby, David (1999). Factors that influence nurses' customer orientation. *Journal of Nursing Management*, 7(2), 271–280.
- Davis, Terry & Fredrickson, Doren & Potter, Linda & Brouillette, Rose & Bocchini, Anna & Williams, Mark & Parker, Ruth (2006). Patient understanding and use of oral contraceptive pills in a southern public health family planning clinic. *Southern Medical Journal*, 99(7), 713–718.
- De Blok, Carolien & Meijboom, Bert & Luijckx, Katrien & Schols, Jos (2009). Demand-based provision of housing, welfare and care services to elderly clients: From policy to daily practice through operations management. *Health Care Anal*, 17(1), 68–84.
- Despande, Rohit & Farley, John & Webster, Frederick (1993). Corporate culture, customer orientation and innovativeness in Japanese firms: A quadrad analysis. *Journal of marketing*, 57(1), 23–27.
- Doran, Desmond (2003). Supply chain implications of modularization. *International Journal of Operations & Production Management*, 23(3), 316–326.
- Douglas, Calbert & Douglas, Mary (2004). Patient-friendly hospital environments: Exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7(1), 61–73.
- Drury, Colin (1997). Ergonomics and quality movement. *Ergonomics*, 40(3), 249–264.
- Dubbs, Dana (2006). The test of time. As health care evolves, so does Planetree. *Health facilities Management*, 12(4), 29–33.
- Duray, Rebecca & Ward, Peter & Milligan, Glenn & Berry, William (2000). Approaches to mass customization: Configurations and empirical validation. *Journal of Operations Management*, 18(1), 605–625.
- Eagle, Amy (2007). On a higher plane. Medical center advances with Planetree model. *Health Facilities Management*, 20(11), 14–19.
- Gearon, Christopher (2002). Planetree. *Hospitals & Health networks*, 1(9), 41–43.
- Glisson, Charles (2008). Organizational climate and culture. In Patti, Rino. (Ed.), *The handbook of social welfare management* (pp. 195–218). California: Sage Publications.
- Grizzle, Jerry & Zablah, Alex & Brown, Tom & Mowen, John & Lee, James (2009). Employee customer orientation in context: How the environment moderates the influence of customer orientation on performance outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 94(5), 1227–1242.
- Hargadon, Andrew & Sutton, Robert (2000). Building an innovation factory. *Harvard Business Review*, 44(5), 157–166.
- Heisler, Michele & Bouknight, Reynard & Hayward, Rodney & Smith, Dylan & Kerr, Eve (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision-making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine*, 17(4), 243–252.
- Hellige, Barbara & Stemmer, Renate (2005). Klinische Behandlungspfade: Ein Weg zur Integration von standardisierter Behandlungsplanung und Patientenorientierung? *Pflege*, 18(3), 176–186.
- Herndon, Leon & Brunner, Thomas & Rollins, Jane (2006). The glaucoma research foundation patient survey: Patient understanding of glaucoma and its treatment. *American Journal of Ophthalmology*, 141(1), 22–27.
- Hogan, Joyce & Hogan, Robert & Busch, Catherine (1984). How to measure service orientation. *Journal of Applied Psychology*, 69(1), 167–173.
- Huber, George (1991). Organizational learning: The contributing processes and the literatures. *Organization Science*, 2(1), 88–115.
- Jaworski, Bernard & Kohli, Ajay (1993). Market orientation: Antecedents and consequences. *Journal of Marketing*, 54(4), 53–70.
- Joshi, Ashwin & Sharma, Sanjay (2004). Customer knowledge development: Antecedents and impact on new product performance. *Journal of Marketing*, 68(10), 47–59.
- Julkunen, Raija (2008). Sosiaalipolitiikan kansallainen: aktivoitu, valtaistettu, vastuutettu, hylätty? Teoksessa Niemi, Petteri & Kotiranta, Tuija (toim.), *Sosiaalialan normatiivinen perusta* (s. 183–220). Helsinki: Gaudeamus.
- Kaplan, Robert & Norton, David (1992). The balanced scorecard – measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 36(1), 71–79.
- Kessler, Romain & Ståhl, Elisabeth & Vogelmeier, Claus & Haughney, John & Trudeau, Elyse &

- Löfdahl, Claes- Göran & Partridge, Martyn (2006). Patient understanding, detection, and experience of COPD exacerbations, an observational, interview-based study. *Chest Journal*, 130(1), 133–142.
- Korunka, Christian & Scharitzer, Dieter & Carayon, Pascale & Hoonakker, Peter & Sonnek, Angelika & Sainfort, Francois (2007). Customer orientation among employees in public administration: A transnational, longitudinal study. *Applied Ergonomics*, 38(3), 307–315.
- Liao, Hui & Subramony, Mahesh (2008). Employee customer orientation in manufacturing organizations: Joint influences of customer proximity and the senior leadership team. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 317–328.
- Love, Peter & Huang, Jimmy & Edwards, David & Irani, Zahir (2004). Nurturing a learning organization in construction: A focus on strategic shift, organizational transformation, customer orientation and quality centered learning. *Construction Innovation*, 4(2), 113–126.
- Lukas, Bryan & Ferrell, O.C (2000). The effect of market orientation on product innovation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(2), 239–247.
- McGaughey, Ingrid (2004). Informed consent and knee arthroscopies: an evaluation of patient understanding and satisfaction. *The Knee*, 11(3), 237–242.
- Morrissey, John (1998). Planetree model gets new caretaker. *Modern Healthcare*, 28(16), 45.
- Mycek, Shari (2007). Under the spreading Plane tree. *Trustee*, 60(3), 22–25.
- Narver, John & Slater, Stanley (1990). The effect of a market orientation on business profitability. *Journal of Marketing*, 54(4), 20–35.
- Naumanen-Tuomela, Paula (2001). Finnish occupational health nurses' work and expertise: The clients' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 538–544.
- Newman, Byron (2008). Assessment of patient understanding. *American optometric association. Health Notes*, 79(1), 3–4.
- Niiranen, Vuokko (2002). Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa Juhila, Kirsi & Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene (toim.), *Marginaalit ja sosiaalityö* (s. 63–80). Jyväskylä: SoPhi.
- Niiranen, Vuokko & Seppänen-Järvelä, Riitta & Sinkkonen, Merja & Vartiainen, Pirkko (2010). *Johdaminen sosiaalialalla*. Helsinki: Gaudeamus.
- Nolon, Anne (1999). Creating a new environment of ambulatory care: Community health centers and the Planetree philosophy. *Journal of Ambulatory Care Management*, 22(1), 18–26.
- Oja, Paula & Kouri, Timo & Pakarinen, Arto (2010). Health centres' view of the services provided by a university hospital laboratory: Use of satisfaction surveys. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(1), 24–28.
- Olson, Eric & Walker, Orville & Ruekert, Robert (1995). Organizing for effective new product development: The moderating role of product innovativeness. *Journal of Marketing*, 59(1), 48–62.
- Pohjola, Anneli (2010). Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli. (toim.), *Asiakkuus sosiaalityössä* (s. 19–74). Helsinki: Gaudeamus.
- Price, John (1993). Teaching communication skills. Putting it on paper helps patient understanding. *BMJ*, 307(10), 130.
- Reichhart, Andreas & Holweg, Matthias (2007). Creating the customer-responsive supply chain: A reconciliation of concepts. *International Journal of Operations & Production Management*, 27(11), 1144–1172.
- Rijckmans, Madeleine & Bongers, Inge & Garretsen, Henk & Van De Goor, Ien (2007). A client's perspective on demand-oriented and demand-driven health care. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(1), 48–62.
- Rothman, Russell & Housam, Ryan & Weiss, Hilary & Davis, Dianne & Gregory, Rebecca & Gebretsadik, Tebeb & Shintani, Ayumi & Elasy, Tom (2006). Patient understanding of food labels. The role of literacy and numeracy. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(5), 391–398.
- Saari, Juho (2011). *Hyvinvointi suomalaisen yhteiskunnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus.
- Salvador, F. & Forza, C. & Rungtusanatham, M. (2002). Modularity, product variety, production volume, and component sourcing: Theorizing beyond generic prescriptions. *Journal of Operations Management*, 20(5), 549–575.
- Schilling, Melissa (2000). Toward a general modular systems theory and its application to interfirm product modularity. *Academy of Management review*, 25(2), 312–334.
- Schneider, Benjamin (1994). HRM – a service perspective: Towards a customer-focused HRM. *International Journal of Service. Industry Management*, 5(1), 64–76.
- Schneider, Benjamin & White, Susan & Paul, Michelle (1998). Linking service climate and customer perceptions of service quality: Test of a causal model. *Journal of Applied Psychology*, 83(2), 150–163.
- Scotti, Dennis & Harmon, Joel & Behson, Scott (2007). Links among high-performance work environment, service quality, and customer

- satisfaction: An extension to the healthcare sector. *Journal of Health Care management*, 52(2), 109–124.
- Shamsuzzoha, Ahm (2010). *Modular product development for mass customization*. University of Vaasa. Acta Wasaensia, 220.
- Shamsuzzoha, Ahm & Helo, Petri & Kekäle, Tauno (2008). Applying design structure matrix (DSM) method in mass customizations. *Operations and Supply Chain Management*, 1(1), 57–71.
- Sitzia, John & Wood, Neil (1997). Patient satisfaction a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829–1834.
- Slack, Nigel (1987). The flexibility of manufacturing systems. *International Journal of Operations & Production Management*, 7(4), 35–45.
- Spatz, Michele (2000). Providing consumer health information in the rural setting: Planetree health resource center's approach. *Bulletin of the medical library association*, 88(4), 382–328.
- Susskind, Alex & Kacmar, Michele & Borchgrevink, Carl (2003). Customer service providers' attitudes relating to customer service and customer satisfaction in the customer–server exchange. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 179–187.
- Syed, Ahmed & Kangari, Roozbeh (1995). Analysis of client – satisfaction factors in construction industry. *Journal of Management in Engineering*, 11(2), 36–44.
- Vallerand, Warren & Vallerand, April & Heft, Marc (1994). The effects of postoperative preparatory information on the clinical course following third molar extraction. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 52(11), 1165–1170.
- Viinamäki, Olli-Pekka (2008). *Julkisen sektorin arvoympäristön kompleksisuus. Tutkimus julkisten organisaatioiden arvojen, johtamisteorioiden ja arvojohtajuuden erityisyydestä*. Vaasan yliopiston julkaisuja, tutkimuksia 283.
- Wagner, Glenn & Riopelle, Deborah & Steckart, Jillisa & Lorenz, Karl & Rosenfeld, Kenneth (2010). Provider communication and patient understanding of life – limiting illness and their relationship to patient communication of treatment preferences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3), 527–534.
- Walter, Fiona & Humphrys, Elka & Tso, Simon & Johnson, Margaret & Cohn, Simon (2010) Patient understanding of moles and skin cancer, and factors influencing presentation in primary care: A qualitative study. *Family Practice*, 11(62), 1–10.
- Weissman, Andrew & Rosenberg, Gary (2008). Health care and social work: Dilemmas and opportunities. In Patti, Rino (ed.), *The handbook of social welfare management* (pp. 511–519). California: Sage Publications.