

**VAASAN YLIOPISTO
KAUPPATIETEELLINEN TIEDEKUNTA
MARKKINOINNIN YKSIKKÖ**

Saara Nurmela

PSORIAASIPOTILAS LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLA

Arvon yhteisluontikäytänteiden yhteys koettuun arvoon potilas-lääkäri
vuorovaikutussuhteessa

Markkinoinnin johtamisen
koulutusohjelma

VAASA 2017

SISÄLLYSLUETTELO	sivu
TIIVISTELMÄ	7
1. JOHDANTO	9
1.1. Tutkimuksen tarkoitus ja rajaukset	11
1.2. Tutkimuksen rakenne	12
2. ARVON MUODOSTUMINEN KÄYTÄNTEIDEN KAUTTA	13
2.1. Arvo	13
2.1.1. Arvon käsite	13
2.1.2. Arvon muodot	15
2.2. Arvon syntyminen	17
2.2.1. Arvonluonti	17
2.2.2. Arvon yhteisluonti	19
2.2.3. Arvon tuhoutuminen ja arvoneutraalius	21
2.3. Arvon yhteisluontikäytännöt	22
2.3.1. Määritelmä	22
2.3.2. Asiakkaan käytännöt	24
2.3.3. Palveluntarjoajan käytännöt	26
2.4. Arvon yhteisluonnin onnistuminen	27
2.4.1. Onnistumiseen vaikuttavat tekijät	27
2.4.2. Asiakkaan käytänteiden suorittamiseen vaikuttavat tekijät	28
2.4.3. Arvon yhteisluonnin tukemiseen vaikuttavat tekijät	33
2.5. Yhteenvedo ja viitekehys	36
3. METODOLOGISET VALINNAT	41
3.1. Tutkimuksen tausta	41
3.2. Tutkimusmenetelmä	42
3.3. Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	43
3.4. Aineiston analysointi	45
3.5. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	46
4. TULOKSET	49
4.1. Vastaanotolle ohjautuminen	49

4.2. Arvon ilmeneminen	50
4.2.1. Toiminnallinen arvo	50
4.2.2. Emotionaalinen arvo	54
4.3. Potilaan käytänteet arvon yhteisluonnissa	56
4.3.1. Tiedon jakaminen ja rajojen asettaminen	56
4.3.2. Tiedon hankkiminen	57
4.3.3. Järkeily	58
4.3.4. Päätäminen	59
4.3.5. Vaatiminen ja lääkärin opastus	60
4.4. Lääkärin käytänteet arvon yhteisluonnissa	61
4.4.1. Kuunteleminen	61
4.4.2. Perehtyminen	61
4.4.3. Ohjaaminen	63
4.4.4. Voimaannuttaminen	64
4.5. Arvon yhteisluonnin onnistumiseen vaikuttavat potilaslähtöiset tekijät	64
4.5.1. Kyvyt	64
4.5.2. Motivaatio	66
4.6. Arvon yhteisluonnin tukemiseen yhteydessä olevia tekijöitä	68
4.6.1. Kyvyt	68
4.6.2. Motivaatio	71
5. JOHTOPÄÄTÖKSET	74
5.1. Tutkimuskysymykseen vastaaminen	74
5.2. Tutkielman arviointi ja jatkotutkimusehdotukset	77
LÄHDELUETTELO	79

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Arvon esiintymistavat.	16
Kuvio 2. Arvon syntymiseen yhteydessä olevat ulottuvuudet.	18
Kuvio 3. Tutkimuksen viitekehys.	40

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Arvon yhteisluonnissa ilmenevät käytänteet.	24
Taulukko 2. Potilaan käytänteiden omaksumiseen vaikuttavat tekijät.	32
Taulukko 3. Arvon yhteisluonnin onnistumiseen yhteydessä olevat tekijät.	35
Taulukko 4. Clear About Psoriasis -kyselytutkimuksen seulontakriteerit.	42
Taulukko 5. Haastateltujen henkilöiden kuvaus.	45

VAASAN YLIOPISTO**Kauppätieteellinen tiedekunta**

Tekijä:	Saara Nurmela
Tutkielman nimi:	Psoriaasipotilas lääkärin vastaanotolla – Arvon yhteisluontikäytänteiden yhteys koettuun arvoon potilas-lääkäri vuorovaikutussuhteessa
Ohjaaja:	KTT Hannu Makkonen
Tutkinto:	Kauppätieteiden maisteri
Oppiaine:	Markkinointi
Koulutusohjelma:	Markkinoinnin johtaminen
Aloitusvuosi:	2014
Valmistumisvuosi:	2017

Sivumäärä: 88

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ihopsoriaasipotilaan ja hänen lääkäriinsä vuorovaikutustilanteessa tapahtuvaa arvon yhteisluontia ja sen vaikutusta syntyvään arvoon. Kontekstina toimii julkinen terveydenhuolto ja tutkimusta varten on haastateltu keskivaikeaa tai vaikeaa psoriaasia sairastavia henkilöitä. Tutkimuksen tarve nousi esiin Novartiksen (2016a) tuottaman Clear About Psoriasis -kyselytutkimuksen tuloksista.

Tutkimuksen viitekehys lähtee liikkeelle arvonluonnista ja pureutuu syvällisemmin arvon yhteisluonnin mekanismeihin sekä sen toteuttamisen vaatimiin käytänteisiin. Arvon yhteisluontikäytänteiden suorittamiseen ovat yhteydessä yksilön omat kyvyt ja motivaatio. Potilaat pyrkivät käytänteiden avulla saamaan suurimman mahdollisen hyödyn tilanteesta ja lääkärit pyrkivät omien käytänteidensä avulla tukemaan potilaan arvonluontiprosessia. Tutkimuksen empiria kerättiin teemahaastatteluin, joiden teemat johdettiin tutkimuksen viitekehystä. Teemat olivat arvo, potilaan käytänteet, lääkärin käytänteet ja potilaiden käytänteisiin vaikuttavat tekijät sekä arvon yhteisluonnin tukemiseen vaikuttavat tekijät.

Tuloksissa havaitaan, että potilaat kokevat saavuttavansa erityisesti toiminnallista ja emotionaalista arvoa vastaanottokäynneistään. Henkilöiden suorittamia arvon yhteisluontikäytänteitä ovat tiedon antaminen ja rajojen asettaminen, tiedon etsintä, järkeily ja päättäminen. Lisäksi tunnistetaan vaatimisen käytänne, jonka ei uskota parantavan arvon yhteisluonnin onnistumista. Lääkärin käytänteiksi todetaan kuuntelu, perehtyminen, ohjaaminen sekä voimaannuttaminen.

Potilaiden tavat kokea lääkärin kyvyt ja motivaation vastaanottotilanteessa saattavat olla yhteydessä yhteistyön onnistumiseen. Ilman arvon yhteisluontikäytänteiden suorittamista, ei minkäänlaista arvoa voida saavuttaa.

AVAINSANAT: Arvon yhteisluonti, arvon yhteisluontikäytänteet, psoriaasi, potilas, lääkäri

1. JOHDANTO

”Ei oo mikkää fakkiiri sielä toisessa päässä – tietää tästä kaiken, mutta toisesta asiasta ei mitää.” (H2)

Vaikka sanana asiantuntijuus kuvaastaa jonkin aihepiirin syvällistä tuntemista, ei se kuitenkaan itsessään tarkoita aina oikeassa olemista. Asiantuntijuus on kuitenkin keskeinen tekijä, joka erottaa lääkärin palvelun suorittavasta palvelusta. Asiantuntijapalvelu perustuu täysin tarjoajansa tietämykseen, joten se on aineettomin palvelu (Ritsema van Eck-ban Peet, Broekhuis & Gruisen 1992). Lowendahl (2000:20) on esittänyt terveydenhuollon palveluiden lisäksi esimerkiksi arkkitehtuurin, konsultoinnin ja mainonnan kuuluvan samaan kategoriaan. Terveydenhuollon palvelut ovat kuitenkin oma lukunsa, sillä niiden keskiössä on asiakkaan elämä ja joihin hakeutumista ohjaa oma terveys sekä selviytymisen halu viihteellisyyden sijaan (Hogg, Laing & Winkelman 2003; Hau, Tram Anh & Thuy 2016; Berry & Bendapudi 2007). Muista palveluista erottavana tekijänä Berry & Bendapudi (2007) esittävät myös lääkärin tarjoaman palvelun olevan palvelu, jonka asiakas tarvitsee, mutta ei halua ja joka on henkilökohtainen, mutta ei yksityinen. Määrittely kuvastaa hyvin palvelun luonnetta.

Lääkärin vastaanotolla ilmenee helposti myös asiakkaan ja palveluntarjoajan välinen tiedon epäsymmetria (Berry & Bendapudi 2007; Hau, Anh & Thuy 2016). Se saattaa aiheuttaa Berryn & Bendapudin (2007) mukaan asiakkaissa negatiivisia tunteita, kuten haluttomuutta osallistua, pelkoa ja huolta. Mahdollisista asiakkaan kokemista negatiivisista tuntemuksista huolimatta, palvelulla saattaa kuitenkin olla valtava positiivinen vaikutus asiakkaan elämään.

Palvelun onnistumisen kannalta on huomioitava, että palvelu muodostuu nimenomaan osapuolten välisen vuorovaikutuksen kautta (John 1996). Vuorovaikutus viittaa osapuolten resurssien vaihtamiseen ja kehittämiseen sopeutumisen, koordinoinnin ja kommunikoinnin kautta, jonka määrään ja syvyyteen yksilöt pystyvät itse vaikuttamaan

(ks. Gummesson & Mele 2010; Håkansson & Snehota 1995; McColl-Kennedy, Vargo, Dagger, Sweeney & van Kasteren 2012).

Vuorovaikutusta esiintyy palveluissa aina jossain määrin, mutta sen sujuvuudessa on eroja eikä osallistuminen välttämättä ole riittävää parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi (Ballantyne & Varey 2006; Cegala, Street & Clinch 2007; Gallan, Jarvis, Brown & Bitner 2013). Tutkimuksissa on vahvistettu, että monimutkaisten, kuten kroonisiin ja pitkäaikaissairauksiin liittyvien palveluiden lopputuloksen kannalta hyödyllistä on, että asiakkaan vuorovaikutuksen taso on korkea eli asiakas etsii itse aktiivisesti tietoa ja antaa palautetta (Pralhad & Ramaswamy 2002; Hogg, Laing & Winkelman 2003; Ouschan, Sweeney & Johnson 2006; McColl-Kennedy ym. 2012; Hibbart 2016).

Haastetta aktiivisen osallistumisen aikaansaamiseksi asettaa, että terveydenhuollon asiakkaat useimmiten mieltävät itsensä enemmän apua tarvitseviksi potilaiksi kuin aktiivisiksi tekijöiksi (Goodrich & Cornwall 2008). Tämä voi johtaa siihen, etteivät asiakkaat koe tarvetta osallistua. Kuitenkin esimerkiksi Mayer & Cates (1999:1283) määrittävät selkeästi eron potilaan ja asiakkaan välillä: ”mitä enemmän vaakatasossa, sitä enemmän on potilas” sekä käänteisesti ”mitä enemmän pystyasennossa, sen enemmän asiakas”. Lähtökohtaisesti tutkimuksen keskiössä olevat psoriaasipotilaat voidaankin mieltää asiakkaiksi, jotka pystyvät itse vaikuttamaan arvokokemukseensa.

Tietointensiivisiin palveluihin liittyy myös niiden vaikea arvioitavuus asiakkaan näkökulmasta. Brown, Butow, Dunn & Tattersall (2001) tuovat esiin, että tällaisen palvelun arviointi on asiakkaille haastavaa myös palvelun saamisen jälkeen. Tästä johtuen palveluihin liitetään runsaasti uskomusominaisuuksia, mikä saa asiakkaan arvioimaan helpommin ymmärrettäviä osa-alueita, kuten palveluntarjoajan käytöstä, vuorovaikutustaitoja tai yleistä palveluympäristöä (ks. Lengnick-Hall, Claycomb & Inks 2000; Cheng, Yang & Chiang 2003; Berry & Bendapudi 2007; Dagger, Sweeney & Johnson 2007). Asiakas saattaa siis arvioida ja arvottaa täysin erilaisia asioita kuin palveluntarjoaja odottaa (Zifko-Baliga & Krampf 1997; Tang ym. 2013; Nelson, Chew-Graham, Griffiths & Cordingley 2013; Tang, Chan, Chan & Heng 2013; Ng, Yang, Liu,

R Lu, Yang, Yang & Huang 2015). Tämä palveluntarjoajan näkökulmasta saattaa asettaa omia haasteitaan ja vaatii tältä muutakin kuin palvelun ytimen asiantietämystä.

Lääkäripalveluiden kehittämisen ja suuremman arvon luomisen suhteen on tärkeää, että luodaan ymmärrystä siitä, mitä potilaat arvostavat palvelutilanteessa (Hardyman ym. 2015). Arvon yhteisluonnin tutkimuksessa on laajasti perehdytty siihen miten arvon yhteisluonti tapahtuu teoriassa (Vargo & Lusch 2004a,b, 2008, 2011; Grönroos 2000, 2001, 2004, 2008, 2011). Kuitenkin vähemmälle huomiolle on jäänyt *miten* ja *millä* keinoin arvon yhteisluonti tapahtuu (esim. McColl-Kennedy ym. 2012). Sen vuoksi työssä pyritään tunnistamaan miten psoriaasia sairastavien henkilöiden ja heidän lääkäreittensä välinen arvon yhteisluonti tapahtuu ja millaista arvoa palvelusta syntyy.

1.1. Tutkimuksen tarkoitus ja rajaukset

Tutkimus on jatkumoa maailmanlaajuisesti toteutettuun Clear About Psoriasis -kyselytutkimukseen (Novartis 2016a), jossa kartoitettiin monimuotoisen, kroonisen ja immunologisen ihoon ja niveliin kohdistuvan tulehdustaudin, psoriaasin, vaikutuksia sitä sairastavan henkilön arkielämään ja työhön sekä potilaan tyytyväisyyttä saamansa hoitoon. Tarkempi kuvaus esitetään luvussa 3.

Tämän tutkimuksen *tarkoitus* on syvällisemmin ymmärtää ihopsoriaasipotilaan ja hänen lääkäriensä vuorovaikutustilanteessa tapahtuvaa arvon yhteisluontia ja sen vaikutusta syntyvään arvoon. Tutkimuskysymykseksi siis muodostuu *Kuinka potilaan osallistuminen vaikuttaa vuorovaikutussuhteessa syntyvään arvoon?*

Tutkimuksen tarkoitukseen pyritään vastaamaan kolmen osakysymyksen avulla:

1. Miten arvo ilmenee?
2. Miten arvon yhteisluonti palvelukohtaamisessa ilmenee?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat osallistumisaktiivisuuteen ja arvon yhteisluonnin onnistumiseen?

Tutkimus tarkastelee terveydenhuollon palveluprosessista vain ihopsoriaasipotilaan ja lääkärin välistä henkilökohtaista palvelukohtaamista eikä ota huomioon ennen vastaanottokäyntiä tai sen jälkeen tapahtuvia tekijöitä, kuten ajanvarausta, ilmoittautumista tai hoitajan tapaamista. Toisaalta koska tutkimuksessa tarkastellaan arvon yhteisluontia psoriaasipotilaan ja lääkärin välillä, ei saatuja tuloksia voida yleistää koskemaan kaikkia potilas-lääkärikohtaamisia. Vaikka tutkimuksen pääpaino on asiakkaan osallistumistapojen vaikutuksissa, myös lääkärin osallistumiskäytänteet saavat osansa tarkasteltuna potilaan näkökulmasta. Tutkimuksessa keskitytään tutkimaan palvelukohtaamisia julkisessa terveydenhuollossa, eikä tuloksia voida yleistää suoraan yksityiseen terveydenhuoltoon. Huomioita jätetään myös kohtaamiset muun terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa sekä välillisten toimijoiden, kuten apteekkien tai lääketeollisuuden, vaikutus prosessiin.

1.2. Tutkimuksen rakenne

Tutkimus jakaantuu viiteen lukuun. Tutkimuksen ensimmäisessä luvussa johdatellaan lukija aiheeseen. Toisessa luvussa perehdytään aikaisempaan tutkimukseen arvosta, arvonluonnista ja sen yhteisluonnista yleisellä tasolla. Yleisestä tarkastelusta siirrytään kohti tutkimuksen kontekstia tutustuttaessa arvon yhteisluontikäytänteisiin ja niihin vaikuttaviin tekijöihin. Kirjallisuuskatsaus vedetään yhteen luvun kaksi lopussa, jossa tuodaan teoriassa esiintyneet asiat tutkimuksen kontekstiin ja esitellään tutkimuksen viitekehys.

Teoreettista osaa seuraa kuvaus tutkimuksen metodologisista valinnoista. Kolmannessa luvussa perustellaan tutkimusnäkökulma ja sen lähtökohdat. Luvussa myös esitellään aineistonkeruumenetelmä ja arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Empiirisestä tutkimuksesta saadut tulokset tuodaan esiin luvussa neljä ja verrataan niitä aiempaan kirjallisuuteen. Tutkimuksen viimeistely tapahtuu viidennessä luvussa johtopäätösten muodossa ja tarjotaan mahdollisuuksia myös jatkotutkimukselle sekä tutkimustulosten käytäntöönpanolle.

2. ARVON MUODOSTUMINEN KÄYTÄNTEIDEN KAUTTA

Tässä luvussa perehdytään tutkimuksen viitekehyksen muodostaviin teemoihin. Luku alkaa arvon konseptin tarkastelulle ja siirtyy siitä arvonluontiin perehtymiseen. Tutkimuksen tarkoitukseen vastataamiseksi ymmärrystä arvonluontista syvennetään tutustumalla arvon yhteisluonnin mekanismeihin ja sen onnistumiseksi vaadittaviin tekijöihin eli käytänteisiin. Lisäksi luvussa tuodaan esiin näiden käytänteiden toteuttamiseen vaikuttavia tekijöitä.

2.1. Arvo

2.1.1. Arvon käsite

Siitä huolimatta, että arvon käsite ja arvonluonti ovat markkinoinnin avainkonsepteja edelleen esitetään, että arvo on ehkä väärinmääritetyin ja epämääräisin konsepti palvelumarkkinoinnissa (Grönroos ja Voima 2013:134). Kuitenkin arvon käsite ja käsitys arvon muodostumisesta ovat muuttuneet ja tarkentuneet paljon vuosikymmenten aikana.

Tuotokeskeisessä logiikassa arvo on nähty transaktionaalisenä käsitteenä, joka voidaan siirtää tuottajalta asiakkaalle myynnin kautta (*value-in-exchange*) (Grönroos 2008). Tämän käsityksen mukaan arvo muodostuu tuotantoprosessin aikana tuotteeseen. Näin ollen asiakkaan ostaessa tuote, luotu arvo siirtyy hänelle. Siinä arvo nähdään vaihdannan kappaleena, joka syntyy yhdessä pisteessä ollen näin asiakkaan kokemien hyötyjen suhde uhrauksiin (Lapierre 2000). Arvon mittarina toimii hinta, jolloin jokaisen asiakkaan kokeman arvon suuruuden oletetaan olevan aina sama.

Sillä arvon lopullisena määrittäjänä toimii uniikisti ajatteleva ja toimiva asiakas (esim. Grönroos 2008; Vargo & Lusch 2008), ei luodulle arvolle voida antaa yhtenevää rahamääräistä mittaria. Tämän oivalluksen saamisen jälkeen arvonmuodostusteorioihin on tuotu vahvemmin osalliseksi palvelut, vuorovaikutuksellisuus sekä kyseenalaistettu arvon muodotumisen mekanismeja. Selvimmin esiin nousseet haastajat ovat olleet *Service-dominant logic* (SDL) (Vargo & Lusch 2004a) ja *Service logic* (SL) (Grönroos

2008). Ajatus palvelukeskeisestä logiikasta ei kuitenkaan ole uusi ja idea asiakkaasta arvon yhteisluojana on ollut esillä myös ennen näiden teorioiden syntyä (ks. Normann & Ramirez 1996; Wikström 1996).

Merkityksellisin muutos palvelulogiikoissa verrattuna tuotekeskeisyyteen on niiden suhtautuminen asiakkaan rooliin ja palvelukäsitteeseen. Palvelun uskotaan olevan läsnä kaikessa vaihdannassa – on kyseessä tuote tai palvelu (Vargo & Lusch 2004b). Asiakkaan rooli arvonluonnissa nähdään merkittävänä, sillä hän on lopulta se, joka arvon määrittää. Arvoa ei luoda yrityksen toimesta vaan se antaa vain arvoehdotuksen asiakkaalle, joka lopulta määrittää kokemansa arvon omista lähtökohdistaan (*value-in-context*) ja tavoitteistaan riippuen (*value-in-use*). (Vargo & Lusch 2008.)

On myös esitetty, että asiakkaan kokema arvo voi syntyä eri tavoin, kuten sosiaalisten kokemusten kautta (Edvardsson, Tronvoll & Gruber 2011; Ramaswamy 2011), sosiaalisissa konteksteissa (Edvardsson, Tronvoll & Gruber 2011), käytänteissä (Holtinen 2010; Korkman 2006) ja kokemuksissa (Voima, Heinonen, Strandvik 2010; Ramaswamy 2011; Helkkula, Kelleher & Pihlström 2012). Meyer & Schwager (2007) toteavat arvokokemukseen vaikuttavan lisäksi asiakkaan omasta mielikuvituksesta tai muiden kertomuksista muodostamat potentiaaliset ja tulevaisuuden palvelukokemukset. Se, millaisena asiakas kokee arvon voi siis erota.

Ng, Nudurupati & Tasker (2010) lisäävät, että asiakkaan kokema arvo voi myös ilmetä eri tavoin prosessin eri vaiheissa (kuviteltuna etukäteen, havaittuna palvelun aikana tai arvioituna palvelun jälkeen). Voidaan päätellä, että syntymisen konkreettinen paikka on asiakkaan fyysisissä, henkisissä tai omistamisaktiiviteeteissa, käytänteissä ja kokemuksissa erilaisissa itsenäisissä ja sosiaalisissa konteksteissa (Grönroos & Ravald 2011; Heinonen, Strandvik, Mickelsson, Edvardsson, Sundström & Andersson 2010).

Arvo käsitteen tarkentumisesta huolimatta palvelumarkkinoinnin kirjallisuudessa ole yksiselitteisesti pystytty vielääkään määrittelemään sitä mitä arvo konkreettisesti on ja mikä on sen merkitys asiakkaalle (esim. Piercy & Morgan 1997; Porter 2010; McColl-Kennedy ym. 2012; Grönroos & Voima 2013). Haasteita asettaa koetun arvon

dynaaminen muoto (Jaworski & Kohli 1993; Naumann 1995). Lapierre (2000) korostaa, että eri hetkinä mitattuna asiakkaan kokemus arvosta saattaa erota, sillä arvotasapaino muuttuu jatkuvasti.

McCull-Kennedy ym. (2012) esittävät, että arvo voidaan määrittää resurssien integraatiosta seuraavina hyötyinä asiakkaan palveluverkostossa. Echeverri & Skålén (2011) puolestaan väittävät, että arvo on osapuolten välisen vuorovaikutuksen funktio, joka on henkilökohtainen sekä kontekstista riippuva ja johon vaikuttavat myös asiakkaan tunteet, asenne, tyytyväisyys ja käytös. Yksiselitteisemmin voitaisiin myös määrittellä, että arvoa on muodostunut, jos asiakkaan on parempi olla palvelun jälkeen kuin sitä ennen (ks. Grönroos 2008:303). Joka tapauksessa tärkeämpää on mitä palvelulla voi saavuttaa kuin mikä palvelu itsessään on (Akaka, Vargo & Lusch 2012; Jaakkola and Alexander 2014).

Asiakasarvolle löytyy kaksi merkittävää suuntaa kirjallisuudesta: *asiakkaan kokema arvo*, joka määrittelee asiakkaan perusteen hyödyntää yrityksen tarjoamaa ja tunteen palvelun/tuotteen käytön jälkeen sekä *asiakkaan arvo yritykselle*, joka viittaa asiakkaan taloudelliseen kannattavuuteen yritykselle (Smith & Colgate 2007). Palveluntarjoajan kannalta on oleellista huomioida Grönroosin (2000:9) tekemä huomio, jonka mukaan asiakkaista tulee yritykselle arvokkaita vasta silloin, kun yritys pystyy tarjoamaan vastavuoroisesti arvoa asiakkailleen eli tarjoaa asiakkaalle arvoa tuottavia ratkaisuja tai tapoja helpottaa arvonluontia. Myös Bruhn & Georgi (2006:48) ovat samaa mieltä ja toteavat asiakkaan kokeman arvon tuovan useimmiten arvoa myös yritykselle. Näin ollen ymmärrys asiakkaan kokemasta arvosta auttaa yrityksiä tunnistamaan ja poistamaan myös kuiluja palveluntarjoajan ja asiakkaan kokeman välillä ja synnyttämään taloudellista arvoa myös itselleen.

2.1.2. Arvon muodot

Arvokokemus on yksilöllinen. Nordin & Kowalkowski (2010) esittävät, että arvo voi näyttäytyä funktionaalisenä, taloudellisenä, sosiaalisena, emotionaalisenä, eettisenä tai ympäristöllisinä hyötyinä. Myös Salomonson, Åberg & Allwood (2012) ovat havainneet, että arvo voi ottaa taloudellisen, sosiaalisen tai funktionaalisen muodon.

Rintamäki, Kuusela & Mitronen (2007) puolestaan esittävät, että arvo esiintyy taloudellisena, sosiaalisena, symbolisena, toiminnallisena tai emotionaalisena muotona. Myös Sheth, Newman & Gross (1991) ovat tukeneet arvon jakautuvan useaan ulottuvuuteen. Yleisimmin tutkimuksissa esiintyvät ulottuvuudet toiminnallinen, emotionaalinen, taloudellinen ja sosiaalinen (kuvio 1.). Vastaavasti samoissa ulottuvuuksissa voivat näkyä negatiiviset vaikutukset.



Kuvio 1. Arvon esiintymistavat.

Toiminnallinen arvo määritellään useissa konteksteissa sujuvuutena ja helppoutena. Sheth, Newman & Gross (1991: 160) mukaan esimerkiksi asiakas kokee tuotteen tai palvelun hyödylliseksi sen tarjoaman fyysisen tai toiminnallisen suorituskyvyn seurauksena. Rintamäki ym. (2007:627) lisää toiminnallisen arvon olevan yhteydessä asiakkaan tarpeiden tyydyttämiseen. Asiakas voi kokea, että esimerkiksi lipunmyyntipalvelu auttaa häntä näkemään haluamansa konsertin. Arvoon voi vaikuttaa tällöin se miten lipunmyynti sujui.

Hackbarth, Grover & Yi (2003) esittävät emotionaalisen arvon ilmenevän ilona ja tyytyväisyytenä. Myös Grönroos & Ravald (2011) sekä Heinonen ym. (2010) tukevat ajatusta emotionaalisen arvon tunteita herättävästä luonteesta. Asiakas voi esimerkiksi olla tyytyväinen uudesta hiusmallistaan kampaajalla käynnin jälkeen tai olla iloinen, kehityttyään uimahypyissä.

Sosiaalinen arvo syntyy myös ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, kuten emotionaalinenkin arvo. Sosiaalista arvoa voi esimerkiksi muodostua ystävyysuhteiden muodostumisesta. Myös vuorovaikutuksen kautta saavutettavien hyötyjen, kuten Crowford, Rutter, Manley, Weaver, Bhui, Flup & Tyrer (2002) määrittämän luottamuksen parantumisen voidaan esittää olevan sosiaalista arvoa. Taloudellinen arvo puolestaan kuvastaa rahallisia säästöjä (Rintamäki ym. 2007).

Arvo realisoituu omistamisen, käytön tai henkisen tilan kautta (Heinonen ym. 2010; Grönroos & Ravald 2011). Prosessin tuloksena syntyvä arvo voi kuitenkin eri konteksteissa eri asiakkaille näyttäytyä eri tavoin (Grönroos & Voima 2013:140). Asiakas voi kokea täysin samanlaisen tilanteen täysin eri tavoin. Parturissa käytäessä arvo voi esimerkiksi syntyä uudesta kampauksesta (toiminnallinen), keskustelusta henkilökunnan kanssa (sosiaalinen) tai se voi samassa tilanteessa ilmetä rentoutumisen tunteena ja irtautumisena arjesta (emotionaalinen). Jako neljään ulottuvuuteen on siis tulkinnanvarainen.

Kuten asiakkaalle, arvo realisoituu myös yrityksille näiden ulottuvuuksien kautta. Yritykselle arvo konkretisoituu esimerkiksi pienentyneinä kuluina (taloudellinen), prosessin tehokkuutena (toiminnallinen), parempina terveystuloksina (toiminnallinen/taloudellinen/sosiaalinen), kasvaneena luottamuksena ja sitoutumisena lääkäriin (sosiaalinen) sekä tyytyväisyytenä (emotionaalinen) (Jayawardhena & Foley 2000; Mitchie, Miles & Weinman 2003; McColl-Kennedy ym. 2012; Ouschan ym. 2006).

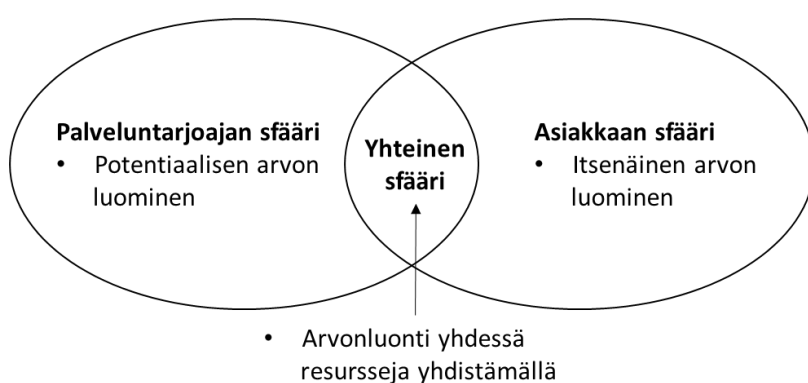
2.2. Arvon syntyminen

2.2.1. Arvonluonti

Kuten arvon käsitteestä ja sen muodoista, myös arvon syntymisen mekanismeista on erilaisia käsityksiä. Tuotekeskeisessä ajattelussa nähtiin, että asiakas vastaanottaa yrityksen tuottamaa arvoa (Grönroos 2008). Siirryttäessä asiakaslähtöisempään palvelulogiikkaan määriteltiin ensin, että asiakas liittyy yrityksen arvonluontiprosessiin saadakseen arvoa (Vargo & Lusch 2004a). Vargo & Lusch (2011) esittämä SD-logiikka ei näe asiakkaan pystyvän luomaan arvoa yksin.

Asiakaslähtöisyyttä viedään yhä edelleen jatkuvasti pidemmälle. Grönroos & Voima (2013) ovat Vargon & Luschin väitettä vastaan ja esittävät, ettei asiakas pelkästään määritä arvon määrää vaan asiakas on sen lisäksi itsenäinen arvonluoja, joka voi kutsua

muita arvonluontiprosessiinsa. He kuvaavat arvonluonnin prosessia kolmen dynaamisen sfäärin kautta (kuvio 2.) ja korostavat, että asiakas voi suorittaa koko arvonluontiprosessinsa itsenäisesti omassa sfäärissään (Grönroos & Voima 2013). Heinonen ym. (2010) kuvaavat, että tämä itsenäinen prosessi ulottuu asiakkaan elämään ja ekosysteemeihin, joihin kuuluu muita henkilöitä, kuten perhe ja ystävät. Palveluntarjoajan sfääri puolestaan esitetään eroavan toisista sfäreistä, sillä siinä ei luoda arvoa vaan palveluntarjoaja ainoastaan kerää resursseja, joita asiakas voi hyödyntää arvon yhteisluontiprosessin aikana (Grönroos 2008, 2011).



Kuvio 2. Arvon syntymiseen yhteydessä olevat ulottuvuudet (Mukaiilu Grönroos & Voima 2013:141).

Asiakkaan kutsuessa palveluntarjoajan omaan arvonluontiprosessiin prosessi muuttuu arvon yhteisluonniksi, jolloin palveluntarjoajalle tarjoutuu mahdollisuus vaikuttaa asiakkaalle syntyvään arvon yhteisluojana. Arvon yhteisluontiprosessi tapahtuu Grönroosin & Voiman (2013) mukaan yhteisessä sfäärissä ja vaatii siis palvelun käyttöä (ks. Payne, Storbacka & Frow 2008; Xie, Bagozzi & Troye 2008). Myös Grönroos & Voima (2013) tuovat esiin, ettei asiakas voi saada arvoa palvelusta ennen sen käyttöä. Lisäksi Heinonen ym. (2010) ovat esittäneet, että arvo ilmenee vasta käytön aikana.

Toisin sanoen palvelutilanteet vaativat palveluntarjoajan mukaan ottamista arvonluontiprosessiin, sillä arvon yhteisluonti vaatii osapuolten resurssien integrointia eli molemminpuolista oman panoksen antamista potentiaalisen arvon saavuttamiseksi (McCull-Kennedy ym. 2012; Grönroos & Voima 2013). Tämä voi tapahtua esimerkiksi

silloin, kun asiakas saapuu hammaslääkärin vastaanotolle varattuna aikana ja avaa suunsa vastaanottotuolilla ollessaan. Suoran vuorovaikutuksen avulla asiakas ja palveluntarjoaja voivat yhdistää resurssejaan (Grönroos & Voima 2013). Konkreettisemmin resurssien yhdistämisen aikana osapuolet voivat vastaanottaa ja antaa toisilleen esimerkiksi merkityksellistä tietoa, jonka avulla asiakas hyötyy.

Yrityksen tavoitteena on aina päästä osallistumaan asiakkaan arvonluontiprosessiin ja tuottaa ensisijaisesti arvoa asiakkaalle. Täten voidaan sanoa myös, että asiakas on aina *aktiivinen* palveluntuottamisen osapuoli, passiivisen vastaanottajan sijaan (Payne ym. 2008).

2.2.2. Arvon yhteisluonti

Arvon yhteisluontia kuvaa hyvin Wind & Rangaswamyn (2001:21) esittämä toteamus, jonka mukaan yritysten tulisi kysyä ennemmin ”mitä voimme tehdä kanssasi?” kuin ”miten voimme auttaa sinua?”. Arvon yhteisluontia voidaan kuvailla yhteisenä järkeilyprosessina, jonka avulla on mahdollista kasvattaa molempien osapuolen tietämystä (Sharma & Pattersson 1999; Salomonson ym. 2012). Yhteisen prosessin aikaansaamiseksi asiakas on päättänyt tietoisesti tai tiedostomattaan ottaa palveluntarjoajan mukaan omaan arvonluontiprosessiinsa. Palveluntarjoajan mukaanottaminen ei kuitenkaan ole tae positiivisesta arvosta, mutta luo mahdollisuuden siihen (Echeverri & Skålén 2011; Makkonen & Olkkonen 2017).

Grönroos & Gummerus (2014) ovat kuvanneet arvon yhteisluontia yhteiseksi prosessiksi, jossa palveluntarjoajan tuotantoprosessi ja asiakkaan kulutus- ja arvonluontiprosessit sulautuvat yhteen vuorovaikutuksen avulla. Arvon yhteisluontiprosessi onkin monimutkainen ja -tahoinen dialoginen konsepti. Siinä molemmat osapuolet ovat aktiivisia ja sen tulosta yksi mittari ei pysty määrittelemään. (Ballantyne 2004; Ballantyne & Varey 2006; Grönroos & Ravald 2011; Yi & Gong 2012.)

Konseptin dynaamisuudesta huolimatta Grönroos (2012:1522) kuitenkin esittää, että jokaisessa arvon yhteisluontiprosesseissa on yhteneviä osia. Asiakas voi ottaa osaa

palveluprosessissa useisiin eri vaiheisiin, joskin tilanteesta riippuen osa prosessin vaiheista saattaa jäädä pois. Arvonluonnin alkupisteen voidaan katsoa alkavan tarpeen syntymisestä ja arvon yhteisluonnin siitä, kun palveluntarjoaja pääsee asiakkaan arvonluontiprosessiin osalliseksi suoran vuorovaikutuksen kautta (Grönroos & Voima 2013).

Solomon ym. (1985) esittää, että vuorovaikutus on keino sopia asioista, oikaista väärinkäsityksiä ja jakaa mielipiteitä ja on täten oleellinen osa arvon yhteisluontia. Kun vuorovaikutus on tehokasta, päästään tutkimusten mukaan korkeampaan arvokokemukseen (Bettencourt, Ostrom, Brown & Roundree 2002; Mitchie ym. 2003; Ulaga 2003). Kuten ei palveluntarjoajan prosessiin mukaanottaminen, ei vuorovaikutukseen itsessään luo arvoa vaan se luo vain pohjan arvon syntymiselle (Gummesson & Grönroos 2012).

Suoran vuorovaikutuksen välttämättömyyttä arvon yhteisluontiprosessissa on myös haastettu. On esitetty väitteitä, ettei arvo synny pelkästään fyysisessä vuorovaikutuksessa vaan että se ilmenee myös näkymättömissä ja henkisissä toimissa (Heinonen ym. 2010; Voima ym. 2010). Helkkula ym. (2012) väittävät, ettei vuorovaikutuksen asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä aina tarvitse olla oikea vaan se voi olla myös kuviteltu tai epäsuora, kuten kuulopuhe (WoM), arvostelu tai mainos.

Toisaalta Helkkulan ym. (2012) esille tuomien tekijöiden voidaan ajatella olevan vain arvon yhteisluontiin välillisesti vaikuttavia tekijöitä, joihin suorassa vuorovaikutuksessa voidaan vaikuttaa. Näkökulmaa tukee Grönroosin & Voiman (2013) havainto, että arvon yhteisluonnin aikana sekä asiakkaalla että palveluntarjoajalla on aina mahdollisuus vaikuttaa toistensa arvonluontiprosessiin. McColl-Kennedy ym. (2012) esittävät, että arvon yhteisluontiin voi vaikuttaa muun muassa yksilön oma järkeily sekä vain välillisesti lähipiiri ja muut yritykset. Meyer & Schwanger (2007) jatkavat samoilla linjoilla tuomalla esiin, että asiakkaat muodostavat potentiaalisia tai tulevaisuden arvokokemuksia monista erilaista lähteistä, kuten heidän omasta mielikuvituksestaan tai muiden tarinoista. Asiakas voi esimerkiksi unelmoida lomamatkasta, vaikka mitään matkaa ei todellisuudessa ole varattu. Nämä haaveet tai kuvitelmat eivät kuitenkaan

välttämättä ole lopullisia ja ollessaan suorassa vuorovaikutuksessa palveluntarjoajan kanssa, asiakas voi muuttaa täysin mielensä. Tämä kuvaakin prosessin dynaamisuutta (Grönroos & Voima 2013).

Asiakas voi kokea saaneensa arvoa myös eri prosessin kohdissa. Salomonson ym. (2012) tuovat esiin, että asiakas voi kokea saaneensa hyötyä jo heti palvelun jälkeen. Tämä on ehkä yleisin tapa ajatella arvoa. On kuitenkin mahdollista, että osa palvelusta saatavista hyödyistä saattaa konkretisoitua vasta myöhemmin palvelukohtaamisen jälkeen. Arvonluonti voi jatkua asiakkaan omassa sfäärissä, jossa tämä voi hyödyntää arvon yhteisluonnin aikana yhdistämiään resursseja (fyysiset, virtuaaliset, henkiset, mielikuvitukselliset) ja luoda niiden avulla itsenäisesti arvoa (Grönroos 2008; Epp & Price 2011; Voima ym. 2010; Grönroos & Voima 2013). Arvon yhteinen luominen kuitenkin päättyy palveluntarjoajan ja asiakkaan yhteisen ajan päättyessä.

2.2.3. Arvon tuhoutuminen ja arvoneutraalius

Sana arvo itsessään viittaa positiivisen lopputulokseen, joka saattaa vaikuttaa siihen miksi kirjallisuudessa on lähinnä keskitytty millaista positiivista arvoa palveluiden käytön seurauksena voidaan saavuttaa (esim. Vargo & Lusch 2004ab, 2008; Grönroos 2008, 2011; McColl-Kennedy ym. 2012). Vasta hiljattain on tutkimuksen piiriin tuotu käsitteet, kuten arvon tuhoutuminen (*value destruction*) (Echeverri & Skålén 2011) ja arvoneutraalius (*no-creation*) (Makkonen & Olkkonen 2017).

Arvon yhteisluontiprosessin aikana voi yhtä hyvin tapahtua arvon tuhoutumista tai arvoa synnyttämätöntä toimintaa kuin arvon syntymistä. Echeverri & Skålen (2011) esittävät, että palveluntarjoajan ja asiakkaan välisten palveluodotusten erotessa toisistaan, ilman yhteisymmärrykseen pääsyä, arvoa tuhoutuu. Kumpikaan osapuolista ei arvon tuhoutumisen jälkeen koe saaneensa hyötyä ja kokemus tuntuu negatiiviselta. Puhelinmyyjät esimerkiksi koetaan usein negatiivisena, sillä asiakas harvoin on pyytänyt soittamaan eikä puhelun ajankohta välttämättä ole vastaanottajalle sopiva (Grönroos & Voima 2013). Echeverrin & Skålénin (2011) määrittelyä puoltavat sekä Solomon (1985) että Lengnick-Hall ym. (1996) havaitessaan, että arvon yhteisluontitilanteissa on tekijöitä, jotka saattavat vähentää koetun arvon määrää.

Makkonen & Olkkonen (2017) puolestaan esittävät, että palveluosapuolten resurssien integraation epäonnistuessa arvoa ei synny eikä asiakas näin ollen saa mitään hyötyä palvelusta, mutta toisaalta ei koe haittaakaan. Asiakas voi esimerkiksi pyytää mahdollisuutta vuokrata auto, jossa on lastenistuin. Jos palveluntarjoaja järjestää helposti sopivanlaisen auton, tapahtuu positiivista arvonmuodostusta. Jos palveluntarjoaja esittää, ettei vaihto ole mahdollista, asiakkaan arvoa saattaa tuhoutua. (Grönroos & Voima 2013.) Jos asiakas keksii vaihtoehtoisen tavan päästä tavoitteeseensa ilman autonvaihtoa, on kokemus neutraali.

2.3. Arvon yhteisluontikäytännöt

2.3.1. Määritelmä

Tutkimuksissa on esitetty, että arvon yhteisluontiprosessin aikana muodostuva arvo syntyy välillisten tekijöiden avulla (Reckwitz 2002; Korkman 2006; Vargo 2008; Voima ym. 2010; Edvardsson ym. 2011; Ramaswamy 2011; Helkkula ym. 2012). Välillisinä resurssien integraation mahdollistavina tekijöinä toimivat arvon yhteisluontikäytännöt (taulukko 1.).

Käytännöille on kirjallisuudessa annettu lukuisia määritelmiä, kuten yhteisymmärrystä ylläpitävien sosiaalisten ja menneisyyteen liittyvien resurssien jakaminen (Wenger 1998:5), rutinoituneiden toimien sarja, joilla kehoa liikutetaan, tavaroita käsitellään, henkilöitä kohdellaan, asioita kuvaillaan ja maailmaa ymmärretään (Reckwitz 2002:250) ja tavat ymmärtää, puhua ja tehdä (Schau ym. 2009:31). Perimmiltään käytännöiden kuitenkin kuvataan olevan erilaisia toimia, jotka liittyvät toisiinsa vuorovaikutuksen avulla (Schatzki 1996). McColl-Kennedy ym. (2012) korostavatkin käytännöiden olevan asioiden aktiivista tekemistä. Yksinkertaistettuna voidaan esittää, että käytännöiden avulla pyritään pääsemään parempaan lopputulokseen eli saavuttamaan korkeampaa arvoa.

Reckwitzin (2002) jalanjäljissä Payne ym. (2008) sekä Vargo & Lusch (2008) tukevat väitettä, että käytännöistä muodostuu sarjoja, joiden avulla asiakas pyrkii pääsemään

haluamaansa päämäärään. Korkman (2006) väittää, että arvo sisältyy asiakkaiden käytänteisiin ja että arvoa voidaan kasvattaa tai kehittää positiivisilla interventioilla. Palveluntarjoajan motivaation tulisikin olla asiakkaan käytänteiden kehittämisessä, että ne tukisivat jo itsessään paremmin asiakkaan omaa arvonluontia ja mahdollistaisivat palveluntarjoajalle arvokkaamman roolin asiakkaan toimissa.

Taulukko 1. Arvon yhteisluonnissa ilmenevät käytänteet

Tutkijat	Konteksti	Käytänteet
Elwyn ym. (2000)	Terveydenhuolto	Opastus
Ouschan ym. (2000)	Terveydenhuolto	Käytös, halu opettaa
Mitchie ym. (2003)	Terveydenhuolto	Potilaan neuvottelu- ja kyselytaitojen opettaminen
Hausman (2004)	Terveydenhuolto	Avoin kommunikointi, yksilöllinen huomiointi, välittäminen ja huolenpito
Auh ym. (2007)	Rahoituspalvelut ja terveydenhuolto	Avoin kommunikointi
Schau ym. (2009)	Online-yhteisöt	Tervehtiminen, empatisointi, määrääminen, evankelisointi, perustelu, arvostelu, merkkipäivien huomiointi, merkkipäivien muuttaminen symboleiksi, dokumentointi, huolehtiminen, kustomointi, lähestyminen
Chan ym. (2010)	Rahoituspalvelut	Tiedon jakaminen – ratkaisuehdotukset ja päätöksenteko
Echeverri & Skálén (2011)	Julkinen liikenne	Informointi, tervehtiminen, toimittaminen, rahastus ja auttaminen
McColl-Kennedy ym. (2012)	Terveydenhuolto	Yhteistyö, tiedon sisäistäminen, hoitojen yhdistäminen, oppiminen yhdessä, toimintatapojen muuttaminen, sosiaalisten suhteiden ylläpito, palvelun yhteistuottaminen ja järkeily
Yi & Gong (2013)	Yleinen alasta riippumaton	Tiedon etsintä, tiedon jakaminen, vastuullinen käytös ja vuorovaikutustaidot
Gallan ym. (2013)	Terveydenhuolto	Keskustelu omasta kunnosta, mieltymyksistä, tiedoista ja valitusta hoidosta tai annettujen ohjeiden hyväksyminen
Hau ym. (2016)	Terveydenhuolto	Räätälöity, vastavuoroinen ja voimaannuttava vuorovaikutus

2.3.2. Asiakkaan käytänteet

McColl-Kennedy ym. (2012) määrittelevät asiakkaan käytänteiden vaikeustason vaihtelevan alhaisen tason myöntyvyydestä korkean tason oppimiseen tai palautteenantoon. Korkean tason käytänteiden on havaittu vaikuttavan positiivisimmin

koettuun arvoon. Samat tutkijat tuovat myös esiin väitteen, jonka mukaan yksilön oma maailmankuva vaikuttaa siihen, miten hän käytänteitä suorittaa. (McColl-Kennedy ym. 2012.) Schau ym. (2009) ovat samoilla linjoilla ja korostavat, että maailmankatsomus vaikuttaa käytänteiden omaksumiseen.

Asiakkaat käyttävät palvelun aikana monia erilaisia käytänteitä integroidessaan resurssejaan palveluntarjoajan kanssa. Yksi tietointensiivisen palvelun lopputuloksen kannalta oleellinen käytänte on tiedon jakaminen. Muut osallistumiskäytänteet tukevat arvon yhteisluontia, mutta ilman tiedon jakamisen kautta saatavaa informaatiota, ei tietointensiivistä palvelua pystytä toteuttamaan (McColl-Kennedy ym. 2012; Gallan ym. 2013).

Rahoituspalveluita tutkineet Chan, Yim & Lam (2010) esittävät, että tiedon antaminen voi tapahtua esimerkiksi ratkaisuehdotuksina tai päätöksentekona. Vaikka tutkimuksen konteksti on erilainen, on todennäköistä, että samantapaisia käytänteitä esiintyy myös terveydenhuollon kontekstissa. Päätöksenteon lisäksi asiakkaan arvontuotokäytänteiksi Gallan ym. (2013) ja Auh, Bell, McLeod & Shih (2007) tuovat esiin avoimen kommunikaation sekä omien mielipiteiden esittämisen. Lisäksi tunnistetaan muita sosiaalisen vuoro vaikutuksen kautta ilmeviä käytänteitä, kuten asiallinen käytös (Schau ym. 2009; Echeverri & Skålén 2011). Asiallinen käytös voi ilmetä esimerkiksi Yi & Gong (2012) mukaan kunnioituksena, ystävällisyytenä tai kohteliaisuutena.

Asiallisen käytöksen ja avoimen kommunikaation voidaan myös katsoa kertovan asiakkaan yhteistyöhaluista. McColl-Kennedy ym. (2012) kuvaakin yhteistyön olevan yksi arvon yhteisluonnin onnistumista parantavista tekijöistä. Yhteistyöhaluista voi kertoa asiallisen käytöksen lisäksi myös Lapierrin (1997) esittämät annettujen ohjeiden tai resurssien väärinkäyttö tai käyttämättä jättäminen. Ohjeiden väärinkäyttö ei tue arvon yhteisluontia, ja näin ollen sen mahdollisesta ilmenemisestä huolimatta, se ei ole välttämätön.

2.3.3. Palveluntarjoajan käytänteet

Palveluntarjoaja pyrkii omia käytänteitään suorittamalla tukemaan asiakkaan arvonluontiprosessia. Sillä palvelukohtaukset ovat aina dynaamisia tilanteita, myös palveluntarjoaja käyttää tilanteissa monenlaisia käytänteitä.

Palveluntarjoajan käytänteet kuitenkin eroavat asiakkaan käytänteistä siinä, että niiden tavoitteena on aina pyrkiä kasvattamaan asiakkaan kokemaa arvoa. Asiakkaan käytänteiden tukeminen voi tapahtua kuitenkin vain, jos palveluntarjoaja pääsee liittymään asiakkaan arvonluontiprosessiin (esim. Grönroos 2008, 2011; Grönroos & Voima 2013). Tukeminen voi olla esimerkiksi jo asiakkaalla olevan tietämyksen laajentamista opetuksen kautta tai uskon kasvattamista voimaannuttamisella (Ouschan, Sweeney & Johnson 2000; Mitchie ym. 2003; Ouschan ym. 2006; Grönroos 2008, 2011; Elg, Engström, Witell & Poksinska 2012; Hibbart 2016).

Ouschan ym. (2006) esittävät oppimisen ja opettamisen olevan erityisen tärkeitä asiantuntijapalveluissa ja erityisesti kroonisten sairauksien parissa. Opitun kautta resurssien integrointi on tehokkaampaa, mutta se vaatii palveluntarjoajalta asiakkaan aikaisempien tietojen ja resurssien huomiointia, ettei arvokokemukseen vaikuteta negatiivisesti (Hibbart 2016). Xien ym (2008) mukaan opettaminen voi tapahtua esimerkiksi seminaarein, mainoksin tai oppaiden avulla. Myös McCann & Weinman (1996) ovat samoilla linjoilla esittäen, että opastus, kirjallinen materiaali, opetuspaketit ja tukiryhmiin osallistuminen parantavat potilaiden osaamista.

Opettamisen lisäksi tärkeiksi käytänteiksi Gaur, Xu, Quanzi & Nandi (2011) havaitsivat kuuntelun, perustelun ja kompetenssin sekä toisaalta ajan antamisen. He esittävät, että kuuntelu mahdollistaa paremman kuvan saamisen asiakkaan tilasta ja tarpeista sekä toisaalta sen kautta kuvastuu myös palveluntarjoajan aktiivinen läsnäolo. Asiakkaalle heidän mukaansa tulee antaa myös riittävästi aikaa selittää omasta tilastaan. (Gaur ym. 2011.)

Ajan antaminen ja perustelu tukevat myös potilaslähtöisempää näkökulmaa ja potilaan mahdollisuuksia päästä osaksi palvelun aikana tapahtuvaa päätöksentekoa (Mead,

Bower & Hann 2002). Arvon yhteisluontia tukeva lääkäri siis antaa potilaalle mahdollisuuden päättää hoidostaan, mutta haluaa myös keskustella eri vaihtoehdoista ja antaa perusteluja omien mielipiteidensä tueksi (Elg ym. 2012; Merz ym. 2013). Perustelut antavatkin Elwyn, Edwards, Kinnersley & Grol (2000) mukaan paremmat mahdollisuudet asiakkaalle tehdä valintoja ja saavuttaa enemmän arvoa. Perustelujen kautta asiakas arvioi myös palveluntarjoajan kompetenssia (Gaur ym. 2011).

Mead ym. (2002) korostavat, että terveydenhuollon kontekstissa lääkärin tulee keskittyä sairauden henkilökohtaiseen merkitykseen potilaalle sen sijaan, että potilasta kohdeltaisiin sairautena tai tutkimuskohteena. Asiakkaan yksilöllinen kohtelu vähentää asiakkaan epävarmuuden tunnetta ja lisää roolin selkeyttä, mutta parantaa myös tutkimusten mukaan henkilöiden välistä tutustumista. Osana yksilöllistä kohtelua voi olla voimaannuttaminen, joka voi parantaa yhteisymmärrykseen pääsyä sekä vähentää asiakkaan tilanteeseen liittämiä pelkoja ja epävarmuutta (Mohr & Bitner 1991; Ballantyne & Varey 2006; Ouschan ym. 2006; Cegala ym. 2007; Auh ym. 2007; Gaur ym. 2011; Gallan ym. 2013). Voimaannuttaminen voi siis parantaa asiakkaan kokemusta, kuten Hau ym. (2016) esittävät.

Lisäksi yksilöllinen huomioiminen luo pohjan pitkälle hoitosuhteelle, mikä mahdollistaa tehokkaamman arvon yhteisluonnin sekä potilaalle että lääkärille (Hausman 2004; Ballantyne & Varey 2006; Vargo 2009; Gaur ym. 2011). Pidemmillä hoitosuhteilla esitetään olevan positiivista vaikutusta potilaan motivaation kautta myös hoitoon sitoutumiseen (Hausman 2004; Ouschan ym. 2006; Berry & Bendapudi 2007; Gaur ym. 2011; Elg ym. 2012; Hau ym. 2016).

2.4. Arvon yhteisluonnin onnistuminen

2.4.1. Onnistumiseen vaikuttavat tekijät

Merz, Czerwinski & Merz (2013) esittävät käytänteiden suorittamisen vaativan motivaatiota ja kykyjä palveluprosessin molemmilta osapuolilta. Kirjallisuudesta löytyy muita samoilla linjoilla olevia, jotka lisäksi havaitsevat tehtävän selkeyden vaikuttavan

arvon yhteisluonnin onnistumiseen (Lengnick-Hall 1996; Meuter, Ostrom, Roundtree & Bitner 2005). Tässä työssä oletetaan, että tehtävän selkeys vaikuttaa motivaatioon osallistua, jolloin osallistumiseen vaikuttavat tekijät ovat motivaatio ja kyvyt. Käytänteiden suorittamisen tehokkuus on siis avainasemassa arvon yhteisluonnin onnistumisessa.

Kyvyt viittaavat tarpeellisiin taitoihin ja luottamukseen, joita tarvitaan jonkin tehtävän suorittamiseksi (Ellen, Bearden & Sharma 1991; Jayanti & Burns 1998). Toisin sanoen kyvyt viittaavat siihen mitä henkilö pystyy tekemään ennemminkin kuin mitä hän haluaa tai osaa tehdä, ja ne näyttäytyvät asiakkaan suorittamien käytänteiden laadussa (Meuter ym. 2005; Auh ym. 2007).

Motivaatio kertoo halusta ja se saattaa vaihdella ajan kuluessa. Siihen on esitetty vaikuttavan sekä sisäiset tekijät, kuten osallistumisesta saatava nautinto, saavutuksen tunne, kunnia ja henkilökohtainen kasvu (Becker 1970) että ulkoiset tekijät, kuten oman edun tavoittelu (Schneiden & Bowen 1995). Motivaatio saa esimerkiksi osan asiakkaista ottamaan aktiivisen roolin palveluntuottamiseen pelkästään osallistumisen houkuttelevuuden vuoksi, mutta toisten taas havaitaan osallistuvan aktiivisemmin vasta heidän tietämyksen kasvamisen jälkeen (Dabholkar 1996; Auh ym. 2007). Tämä voi johtua siitä, että tiedon kasvun myötä asiakas ymmärtää oman roolinsa ja sen vaatimat käytänteet paremmin. Samat syyt voidaan katsoa pätevän myös palveluntarjoajaan.

Arvon yhteisluonnin onnistumiseksi ei riitä, että vain toisella palvelun osapuolella on kykyjä ja haluja vaan niitä täytyy olla molemmilla. Ei esimerkiksi riitä, että asiakkaalla on hyvät vuorovaikutustaidot vaan palveluntarjoajan tulee olla myös valmis jakamaan valtaansa, sopeutumaan sekä opettamaan asiakastaan ja toisaalta olemaan valmis myös itse oppimaan asiakkaalta saatavista tiedoista (Elg ym. 2012; Merz ym. 2013).

2.4.2. Asiakkaan käytänteiden suorittamiseen vaikuttavat tekijät

Koska Ellen ym. (1991) toteaa kykyjen liittyvän siihen mitä yksilö pystyy tekemään, voidaan kykyjen uskoa myös kehittyvän. Asiakkaat eivät useinkaan ensimmäistä kertaa palvelua käyttäessään osaa toimia täysin oikealla tavalla eivätkä näin ollen myöskään

välttämättä onnistu integroimaan resurssejaan parhaalla mahdollisella tavalla palveluntarjoajan kanssa. Tällöin sopiva arvoehtoelma jää myös täydessä potentiaalissaan hyödyntämättä.

Kyvyt voidaan nähdä omana ryhmänään, mutta toisaalta ne voivat myös lisätä asiakkaan motivaatiota osallistua. Erityisesti kykyjä kasvattavat kokemukset vaikuttavat motivaatioon (Merz ym. 2013). Tarkemmin asiakkaan motivaatio voidaan kuvata haluna ja kiinnostuksena osallistua ja sen on havaittu lisäävän sitoutumista palveluun, halua kuunnella palveluntarjoajaa sekä ottaa asioista selvää (Auh ym. 2007). Korkealla motivaatiolla varustettu asiakas haluaa siis tehdä aktiivisesti yhteistyötä palveluntarjoajan kanssa suuremman arvon saavuttamiseksi.

Kirjallisuudessa on tunnistettu tekijöitä, joiden on todettu vaikuttavan asiakkaiden kykyihin ja motivaatioon suorittaa arvon yhteisluontikäytänteitä (taulukko 2.). Tekijöitä ovat esimerkiksi palveluntarjoajan tuttuus (Alden, Merz & Akashi 2012), sairauteen liittyvät tekijät, kuten sen vakavuusaste (Degner & Sloan 1992; Kinnersley, Stott, Peters & Harvey 1999; Hayashi, Hasui, Kitamura, Murakami, Takeuchi, Katoh & Kitamura 2000) ja muoto (Kinnersley ym. 1999; Alden ym. 2012) sekä kokemukset ja tietotaito (Alden ym. 2012; Merz ym. 2013; Grönroos & Voima 2013).

Tietämys on osallisena sekä asiakkaan käytänteiden suorittamiseen vaadittaviin kykyihin että motivaatioon. Alden ym. (2012) havaitsivat potilaiden aktiivisemmin pyrkivän luomaan arvoa yhdessä lääkärin kanssa, kun kyseessä on tuttu, matalan riskin sairaus, johon he tuntevat erilaiset hoitovaihtoehdot, kuten vilustuminen. Myös Degner & Sloan (1992) kannattavat havaintoa esittäessään, että vakavan sairauden kohdalla potilaat toivovat lääkärin ennemmin tekevän hoitopäätöksen heidän puolestaan. Mead ym. (2002) ja Elwyn ym. (2000) puolestaan nostavat esiin, että lääkärin tuttuus ja pidempi konsultaatioaika lisäävät tyytyväisyyttä sekä motivoivat potilaita osallistumaan aktiivisemmin. Huomiot viittaavat siihen, että riittävä tietämys mahdollistaa arvon yhteisluonnin onnistumiseen vaikuttavien käytänteiden tehokkaamman suorittamisen. Pidempi konsultaatioaika puolestaan mahdollistaa kattavamman osallistumisen ja sen vuoksi vaikuttaa potilaan motivaatioon.

Kinnersley ym. (1999) ovat tunnistaneeet, että sairauden muoto (itsestään paraneva vs. krooninen sairaus) voi vaikuttaa osallistumiskäytökseen. Hayashi ym. (2000) tukevat saatuja tuloksia. Tulokset osoittavat, että kroonisten sairauksien kohdalla potilaiden tietämys ajan kuluessa sairaudesta ja hoitovaihtoehtoista kasvaa, jolloin myös kyvyt käytänteiden suorittamiseen parantuvat. Samalla myös potilaan kokema päätöksenteosta johtuva riski voi laskea (Kinnersley ym. 1999).

Tietämyksen kasvun kautta tapahtuvaa kykyjen kehittymistä tukevat myös Grönroos & Voima (2013) havaitessaan asiakkaan aikaisempien kokemusten muokkaavan käytöstä uusissa palvelutilanteissa. Merz ym. (2013) toteavat kokemusten vaikuttavan lisäksi osallistumismotivaatioon ja myös Helkkula ym. (2012) tukevat väitettä. Kokemusten karttuessa asiakas voi esimerkiksi havaita tietyn kaavan, jolla palvelu etenee tai oppia tapoja vaikuttaa itse palvelun etenemiseen ja lopputulokseen.

Asiakkaan vuorovaikutustaidot vaikuttavat hänen antamansa tiedon selvyyteen sekä selvyyteen. Onkin myös havaittu, että asiakas voi omalla riittämättömällä tai sopimattomalla käyttäytymisellään estää arvon yhteisluonnin onnistumisen (Chan ym. 2010; Greer 2015; Seiders, Flynn, Berry & Haws 2015) ja näin ollen kasvattaa arvon tuhoutumisen riskiä. Asiakkaan tiedonjakamisen käytänteen tärkeyden kannalta olisi tärkeää, että hän pystyy kommunikoimaan palveluntarjoajalle selkeästi.

Myös tunteilla ja omalla järkeilyllä on havaittu olevan merkitystä. McColl-Kennedy ym. (2012) tuovat esiin, että itsenäinen järkeily voi parantaa potilaan motivaatiota ja auttaa käsittelemään tunteita. Salomonson ym. (2012) tukee esitettyä. Tämän vuoksi tärkeää osallistumismotivaation syntymisen kannalta on myös asiakkaan asenne, joka voi vaihdella tunteista riippuen (Auh ym. 2007; Salomonson ym. 2012).

Ylipäätään useat eri tutkijat korostavat potilailla olevan lääketieteellisen tai sairauteen liittyvän tiedon määrän merkitystä osallistumiseen ja tätä kautta resurssien integroinnin onnistumiseen (Guandognoli & Ward 1998; Meuter ym. 2005; Auh ym. 2007; McColl-Kennedy ym. 2012). Hausman (2004:413) väittääkin olevan mahdollista, että

osallistumishalustaan huolimatta potilas on kyvytön osallistumaan, jos hänellä ei ole riittävästi ymmärrystä aihepiiristä. Myös Guandognoli & Ward (1998) esittävät tietämyksen vähyyden aiheuttavan paitsi kyvyttömyyttä, mutta myös haluttomuutta osallistua. Engström (2012) tuo esiin, että terveydenhuollon kontekstissa sairauden asettamat rajoitteet voivat myös estää yhteistyön lääkärin vastaanotolla.

Ouschanin ym. (2000) esittävät, että asiakkaan kontrollintunteella on vaikutusta motivaatioon: Mitä enemmän potilaat kokevat olevansa kontrollissa tilanteesta, sen aktiivisemmin he tekevät yhteistyötä. Myös Berry & Bendapudi (2007) tukevat kontrollin merkitystä tuomalla esiin, että potilaan yhteistyöntekeminen estyy kontrollin menettämisen tunteen herätessä. Kontrollintunnetta kuitenkin voi tutkimusten mukaan lisätä asiakkaalla oleva selkeys oman roolinsa vaatimista käytänteistä (Lengnick-Hall ym. 2000) ja lääkärin antama opastus valintojen tekemiseksi (Elwyn ym. 2000; Elg ym. 2012).

Muita vaikuttavia tekijöitä asiakkaan kykyihin ja motivaatioon on esitetty olevan esimerkiksi vuorovaikutus muidenkin kuin palveluntarjoajan kanssa (Hausman 2004). Asiakas voi oppia tai saada lisää motivaatiota muun muassa järjestöjen tai muiden yritysten kautta, mutta nykypäivänä myös yhä enemmän internetin välityksellä (Hausman 2004; Laing 2004). Lisäksi Schau ym. (2009) korostavat, että jotkut yksilöt näkevät arvoa vain tiettyihin aktiviteetteihin osallistumisessa, kun taas toiset voivat valita aktiviteetit maailmankatsomuksensa mukaan, erityisesti miten he kokevat roolinsa resurssien integraattorina. Aktiivisuus on yksilöllistä.

Taulukko 2. Potilaan käytänteiden omaksumiseen vaikuttavat tekijät.

Tutkijat	Mihin vaikuttaa	Tekijät
Degner & Sloan (1992)	Kyky	Sairauden tyyppi ja vaikeusaste
Guandognoli & Ward (1998)	Kyky	Tietotaito
Kinnersley ym. (1999)	Kyky	Sairauden vaikeusaste, koettu riski
Elwyn ym. (2000)	Kyky/Halu	Opastus, vastaanottoajan pituus
Hayashi ym. (2000)	Kyky	Sairauden tila
Mead ym. (2002)	Motivaatio	Lääkärin tuttuus
Hausman ym. (2004)	Kyky	Vuorovaikutus useiden tahojen kanssa
Meuter ym. (2005)	Kyky/halu	Asiakkaan valmiustekijät: roolin selkeys, motivaatio (sisäinen ja ulkoinen) ja kyvyt (tieto ja taito)
Ouschan ym. (2006)	Motivaatio	Potilaan tuntema kontrolli
Auh ym. (2007)	Kyky/halu	Kommunikaation taso, asiakkaan kompetenssi ja kyvyt, motivaatio, tunteet palveluntarjoajaa kohtaan, palvelun sujuvuus
Berry & Bendapudi (2007)	Halu	Tunteet, yksityisyyden paljastaminen, kontrollin tunne
Alden ym. (2012)	Kyky	Sairauden tyyppi ja vaikeusaste, hoitovaihtoehtojen tuttuus
McColl-Kennedy ym. (2012)	Kyky	Oma järkeily ja tietotaito
Grönroos & Voima (2013)	Kyky/Halu	Aiemmat kokemukset
Merz ym. (2013)	Kyky/Halu	Oma terveys, tietämyksen taso ja kontrollin tunne

2.4.3. Arvon yhteisluonnin tukemiseen vaikuttavat tekijät

Kuten asiakkaankin kohdalla, myös palveluntarjoajan kyvyt ja motivaatio ovat avainasemassa arvon yhteisluonnin onnistumisen kannalta (taulukko 3.). Palveluntarjoajan asema on kuitenkin erilainen kuin asiakkaan, sillä hänen tavoitteenaan on tukea asiakasta arvon yhteisluonnin aikana niin, että tämän kokema arvo maksimoituisi (Vargo & Lusch 2004a). Hänen täytyy omien halujensa lisäksi huomioida asiakkaan tarpeet ja pyrkiä tavoittelemaan samoja päämääriä.

Terveydenhuollon kontekstissa lääkäreiden kyvyt viittaavat tarvittavaan tietämykseen, tietoon, taitoihin ja kokemukseen, joiden avulla potilaiden arvonluontia pystytään aktiivisesti tukemaan ja motivaatio siihen, kuinka paljon lääkäri haluaa osallistua arvon yhteisluontiin (Merz ym. 2013). Palveluntarjoajan kyvyistä ja motivaatiosta kertovia tekijöitä esitetään Taulukossa 3. Tukemalla asiakkaan arvonluontia, palveluntarjoajalle itselleenkin tarjoutuu mahdollisuuksia samalla kasvattaa asiakkaan arvon lisäksi myös omaansa. Sillä potilaiden on vaikea arvioida suoraan lääkärin ammattitaitoa, he arvioivat helpommin ymmärrettäviä osia palvelusta, kuten lääkärin puhetta tai käytöstä (Dagger ym. 2007). Vastaanottoaikojen ollessa usein hyvin rajalliset, lääkärin kyvyt arvon yhteisluomisen tukemiseksi korostuvat (Merz ym. 2013).

Palveluntarjoajan kyvyistä kertoo esimerkiksi millaista vuorovaikutustapaa hän tilanteissa käyttää. Ouschan ym. (2000) esittää, että lääkäriellä on valittavanaan tulosorientoitunut vuorovaikutustapa (lääketieteellinen konsultaatio, kuten diagnosointi ja ohjeistus, kysymysten kysyminen ja tiedon antaminen liittyen sairauksiin tai niiden ehkäisyyn) ja sosioemotionaalinen vuorovaikutustapa (ihmistenvälinen verbaalinen ja non-verbaalinen kommunikaatio, kuten tervehdykset, empatian ilmaisu, vakuuttelu, partneruutta kasvattavat kommentit, katsekontakti, vitsit tai sosiaalinen puhe). Mead ym. (2002) esittävät sosioemotionaalisen vuorovaikutuksen parantavan potilaalle annetun tiedon muistamista, hoitomyöntyvyyttä ja tyytyväisyyttä.

Hayashi ym. (2000) tuovat esiin, että potilaat kokevat tärkeäksi heidän päätöksiensä kunnioittamisen. Lääkärin kyvyt valita tilanteeseen sopiva kommunikaatiotyyli ja käytettävä sanasto liittyvät myös läheisesti kunnioituksen osoittamisen lisäksi lääkärin

sopeutumiskykyihin (Elwyn ym. 2000; Ouschan ym. 2000; Gaur ym. 2011). Ymmärrettävä kieli parantaa potilaan käsitystä omasta roolistaan, mikä auttaa saavuttamaan korkeamman kontrollin tunteen tilanteesta (Auh ym. 2007; Merz ym. 2013).

Mead ym. (2002) esittävät sairauden henkilökohtaisen merkityksen huomioimisen olevan potilaille myös tärkeää. Hau ym. (2016) tukevat väitettä. Yksilölliseen huomiointiin vaikuttavat toisaalta lääkärin kyvyt sopeutua kuhunkin tilanteeseen, mutta myös motivaatio olla kiinnostunut juuri kyseisestä potilaasta (Elwyn ym. 2000). Hausman ym. (2004) esittävät, että lääkärin tulee pyrkiä osoittamaan aitoa välittämistä ja huolenpitoa potilasta kohtaan, vaikka lääkäri tapaa hyvinkin monta potilasta päivässä. Salomonson ym. (2012:153) havaitsevat, että palveluntarjoaja pystyy tukemaan asiakkaan arvonluontia esimerkiksi läsnäolon, tarkkanäköisyyden ja vastaanottavaisuuden avulla.

Humaania käytöstä lääkärit voivat osoittaa myös sympatian ja aidon huolehtimisen kautta ottamalla huomioon potilaan toiveet ja pelot (Lorig & Holman 2003; Hausman 2004; Wirtz ym. 2006; McColl-Kennedy ym. 2012; Hau ym. 2016). Myös Berry & Bendapudi (2007) havaitsevat, että huomioimalla asiakkaan mielipiteet, toiveet ja henkinen tila päätöksiä tehtäessä tulokset paranevat. Nämä tekijät voidaan nähdä lähtökohtaisesti myös kertovan palveluntarjoajan motivaatiosta. Potilaat ovat mahdollisesti myös tunteellisempia, vaativimpia ja herkempiä kuin normaalisti olisivat asiakkaina ja arvon tuhoutumisen riskiä nostaa yksityisyyden aikainen paljastaminen (Berry & Bendapudi 2007). Tilanteen mahdollinen arkaluontoisuus vaatii lääkäriltä sekä kykyä että motivaatiota.

Taulukko 3. Arvon yhteisluontiin onnistumiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Tutkijat	Mistä riippuu	Tekijät
Elwyn ym. (2000)	Kyky	Oman tyylin sopeuttaminen potilaskohtaisesti
Ouschan ym. (2000)	Motivaatio	Käytös, halu opettaa
Mead ym. (2002)	Motivaatio	Yleinen herkkyys, käytös, konsultaatioaika, vallan jakamisen halu
Mitchie ym. (2003)	Kyky	Potilaan neuvottelu- ja kyselytaitojen opettaminen
Ulaga (2003)	Kyky/Motivaatio	Palveluntarjoajan tietotaito, tuki, laatu, sujuvuus (aikataulu, joustavuus, tarkkuus), markkinoilletuontiaika, henkilökohtainen vuorovaikutus, hinta, prosessin hinta
Hausman (2004)	Motivaatio	Avoin kommunikointi, yksilöllinen huomiointi, välittäminen ja huolenpito
Ouschan ym. (2006)	Motivaatio	Lääkärin tarjoama tuki
Berry & Bendapudi (2007)	Kyky	Tunteet, yksityisyyden paljastaminen, palveluntarjoajan humaanisuus ja yhteistyötaidot
Vargo ym. (2009)	Motivaatio	Palvelusuhteen syvyys
Chahal (2010)	Motivaatio	Palveluntarjoajan asenne, ystävällisyys, avuliaisuus ja vastaanottavaisuus
Gaur ym. (2011)	Kyky/Motivaatio	Palveluntarjoajan läsnäolo, tarkkanäköisyys, vastaanottavaisuus ja vuorovaikutustaidot; asiakkaan omat kognitiiviset ja emotionaaliset tuntemukset
Merz ym. (2013)	Kyky/Motivaatio	Potilaan ja lääkärit halut ja kyvyt, oma terveys, tietämyksen taso ja kontrollin tunne
Hau ym. (2016)	Kyky	Räätälöity, vastavuoroinen ja voimaannuttava vuorovaikutus

2.5. Yhteenveto ja viitekehys

Lääkärin vastaanotolle lähtöä ohjaa asiakkaan terveys (Hogg ym. 2003; Hau ym. 2016). Berry & Bendapudi (2007) ovatkin esittäneet palvelun erityispiirteenä olevan se, että asiakas sen tarvitsee, mutta ei halua. Palveluiden luonne asettaa jo lähtökohtaisesti omat haasteensa arvon yhteisluonnin onnistumiselle. Molemmilta palvelun osapuolilta odotetaan enemmän esimerkiksi motivaatiota kuin viihteellisissä palveluissa ja palveluntarjoajan ja asiakkaan välillä usein vallitsee suuri tiedon epäsymmetria. Tästä huolimatta erityisesti juuri terveydenhuollon palveluissa pyritään lisäämään asiakkaiden hyvinvointia (Hau ym. 2016).

Se mitä arvo on, missä se esiintyy ja näyttäytyy, on edelleen laajasta tutkimuksesta huolimatta epäselvää (esim. Heinonen ym. 2010; Ng ym. 2010; Edvarsson ym. 2011; Helkkula ym. 2012; Grönroos & Voima 2013). Siitä huolimatta nykypäivän tutkimuksissa korostuu näkemys asiakkaasta arvon määrittäjänä ja että palveluntarjoajien tulee pyrkiä kehittämään keinoja auttaa asiakasta tämän arvonluontiprosessissa, jolloin myös heille voi tarjoutua mahdollisuuksia saavuttaa arvoa itselleen (Grönroos 2008; Bruhn & Georgi 2006).

Palvelusta mahdollisesti seuraava arvo saattaa näyttäytyä eri henkilöille eri tavoin (Grönroos & Voima 2013). Potilaan kokema arvo voidaan luokitella kuuluvaksi johonkin neljään kirjallisuudessa selvimmin esiintyviin arvon ulottuvuuteen, jotka esitetään myös tutkimuksen viitekehyksessä (kuvio 3.). Ne ovat toiminnallinen, emotionaalinen, sosiaalinen ja taloudellinen ulottuvuus (Sheth ym. 1991; Rintamäki ym. 2007; Nordin & Kowalkowski 2010; Salomonson ym. 2012). Yhdestä palvelutilanteesta koitunut asiakkaan kokema arvo voi näyttäytyä monessa eri ulottuvuudessa myös samanaikaisesti.

Arvonluontiprosessin voidaan laajemmasta näkökulmasta tarkasteltuna nähdä koostuvan kolmesta sfääristä (Grönroos & Voima 2013). Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna arvonluontiprosessi alkaa kuitenkin hänestä itsestään ja tarpeen syntymisestä, kuten halusta selvittää mikä omaa terveyttä vaivaavaa. Asiakas voi viedä koko tämän prosessin loppuun itsenäisesti tai pyrkiä saavuttamaan lisäarvoa tukeutumalla

ammattilaisen apuun. Jos kyseessä on henkilölle tuttu asia, kuten päänsärky, hän pystyy mahdollisesti omalla järkeilyllään valitsemaan itselleen hoidon. Kuitenkin, jos kyseessä on henkilölle täysin uusi ja tuntematon oire, voi hän lähteä hakemaan apua lääkärin vastaanotolta.

Tällaisessa tilanteessa vastaanotolle mennessään henkilö kutsuu lääkäriä osallistumaan arvonluontiinsa ja lääkärille tarjoutuu mahdollisuus vaikuttaa potilaansa arvonluontiprosessiin ja siinä syntyvään arvoon. Normaalisti asiakas pystyisi valitsemaan itse paikan, josta apua lähtee hakemaan, mutta terveydenhuollon palveluiden kohdalla valinta ei toistaiseksi ole täysin vapaata. Tilanne näyttäytyy erityisesti julkisen terveyden puolella, jossa valinnanvaraa lääkärin valitsemiseksi ei välttämättä ole ja potilas menee lääkärille, jolla sattuu olla vastaanottoaikoja tarjolla.

Arvon yhteisluonti tapahtuu aina suorassa vuorovaikutuksessa asiakkaan ja palveluntarjoajan välillä ja arvon syntymiseksi osapuolten tulee yhdistää resurssiaan keskenään (Grönroos 2011). Lääkärin vastaanotto toiminta tapahtuukin edelleen valtaosin kasvatusten ja arvon yhteisluonnin vaatima resurssien vaihtaminen tapahtuu resurssien vaihtamisen kautta, jotka voivat olla esimerkiksi älyllistä toimintaa tai konkreettisia tekijöitä, kuten leikkaustoimenpide tai lääkehoito (Berry & Bendapudi 2007). Arvon yhteisluonnin aikana tarjoutuu aina mahdollisuus molemmille puolille oppia toisiltaan (Elg ym. 2012). Toisaalta juuri toisiltaan oppiminen kuvaa hyvin arvon yhteisluonnin luonnetta – ilman molempien yhteistä panosta ei maksimaalista saavutettavaa arvoa voida saavuttaa. Arvon yhteisluonnin ja resurssien integraation tavoitteena on aina tukea asiakasta saavuttamaan korkeampaa arvoa kuin hän olisi yksin onnistunut saamaan.

Hyvistä tarkoituksiperistä huolimatta on todettu olevan kuitenkin mahdollista, ettei palveluosapuolten yhteinen resurssien integrointi aina onnistu mikä johtaa arvoa synnyttämättömään tai tuhoavaan vuorovaikutustilanteeseen (Echeverri & Skålén 2011; Makkonen & Olkkonen 2017). Näin saattaa käydä esimerkiksi, kun lääkärin ja potilaan näkemykset eroavat toisistaan tai kummallakaan ei löydy motivaatiota arvon

saavuttamiseen (Zifko-Baliga & Krampf 1997; Tang ym. 2013; Nelson ym. 2013; Ng ym. 2015).

Arvon yhteisluonnissa tapahtuvan resurssien integraation esitetään tapahtuvan välillisten käytänteiden avulla, joihin viitekehyksessä kuviossa 3 (Korkman 2006; Vargo 2008; Voima ym. 2010; Edvardsson ym. 2011; Ramaswamy 2011; Helkkula ym. 2012). Käytänteet edustavat aktiivista asioiden tekemistä, joiden kautta suurempaa arvoa tavoitellaan (McColl-Kennedy ym. 2012). Palvelussa molemmilla osapuolilla on erilaisia käytänteitä, joita he voivat suorittaa eri tasoisesti. Toisaalta arvon yhteisluonnin dynaamisen luonteen vuoksi on myös mahdollista, että osapuolten käytänteet sekä suorittamisen taso vaihtelevat tilanteesta ja tapauksesta riippuen. Kuitenkaan kaikki suoritettavat käytänteet eivät tue arvon yhteisluonnin onnistumista. Siitä huolimatta niitä saattaa palvelun aikana esiintyä ja ne voivat vaikuttaa asiakkaan arvokokemukseen.

Tutkimusten mukaan asiakkaan tärkeimmät käytänteet tietointensiivisessä palvelussa jakautuvat kommunikaation ja erityisesti tiedon jakamisen ympärille (Auh ym. 2007; Chan ym. 2010; McColl-Kennedy ym. 2012; Gallan ym. 2013). Lääkärin vastaanotolla on tärkeää antaa tietoa itsestään, jotta lääkäri pystyy saamansa tiedon avulla paremmin auttamaan potilasta. Tiedon aktiivinen antaminen voi tapahtua paitsi avoimena kommunikaationa (Gallan ym. 2013), myös mielipiteinä (Auh ym. 2007) ja ratkaisuehdotuksina ja päätöksentekona (Chan ym. 2010). Kommunikaation kautta ilmenee myös asiakkaan asiallisuus ja yhteistyöhalut (Schau ym. 2009; Echeverri & Skålén 2011; McColl-Kennedy ym. 2012; Yi & Gong 2012). Potilas voi esimerkiksi asettaa hoidolleen rajoitteita, kertoa mielipiteitään lääkärin ehdotuksiin hoitotoimenpiteistä ja tekemällä päätöksiä siitä miten tilanteessa edetään.

Toiselta kantilta katsottuna myös lääkäriellä on käytänteitä. Monia niistä hän ei kuitenkaan voi täysipainoisesti suorittaa ilman potilaan aktiivista ja avointa tiedon jakamista. Tämä vaatii lääkäriltä ajan varaamista potilaalle kertoa asioistaan, mutta myös kuuntelua, ymmärrystä ja esitettämiensä asioiden perustelua sekä opettamista eli

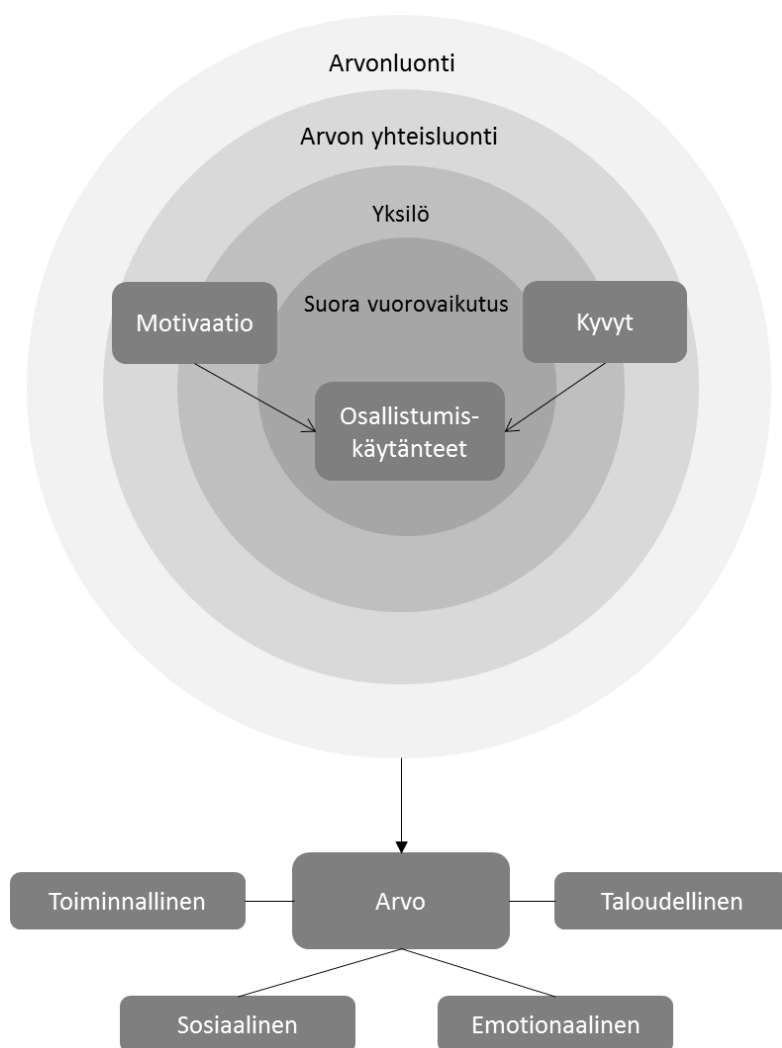
toisin sanoen osallistamista ja vastaanottavuutta (Elwyn ym. 2000; Gaur ym. 2011; Hau ym. 2016).

Arvon yhteisluomisen onnistumisen kannalta oleellista onkin ottaa huomioon molempien osapuolten kyvyt ja motivaatio (esim. Hausman 2004; McColl-Kennedy ym. 2012; Merz ym. 2013; Hibbart 2016). Tietämys on tärkeässä osassa molempia (Guandognoli & Ward 1998; Hausman 2004; Meuter ym. 2005; Auh ym. 2007; McColl-Kennedy ym. 2012). Ensimmäistä kertaa vastaanotolle mennessään potilasta todennäköisesti jännittää tai hän ei välttämättä osaa käyttää arvoa maksimoivia käytänteitä diagnoosin kuullessaan. Tämä saattaa johtua hänen tietotaitonsa riittämättömyydestä sillä hetkellä. Kokemuksen lisääntyessä potilaan tietämys kasvaa ja samalla myös kyvyt ja motivaatio arvon yhteisluonnin tehostamiseksi kehittyvät (Kinnersley ym. 1999; Hayashi ym. 2000; Alden ym. 2012; Grönroos & Voima 2013; Merz ym. 2013). Kokemusten myötä myös oma järkeily, asioiden yhdistely ja tiedon etsiminen saattava helpottua (McColl-Kennedy ym. 2012).

Tietämys tai se puute saattavat myös aiheuttaa monenlaisia tunteita potilaassa. Tästä johtuen potilaan asenne saattaa vaihdella ja vaikuttaa motivaatioon (Auh ym. 2007). Kroonisten sairauksien piirissä esiintyvä hoitoväsymys saattaa aiheuttaa negatiivista tunnetta, ja ellei lääkäri ymmärrä sitä, voi se vaikuttaa myös asenteeseen negatiivisesti. Sairauden vaikeusaste ja muoto ovat myös tekijöitä, joiden on todettu vaikuttavan käytänteiden suorittamiseksi vaadittaviin kykyihin vastaanottotilanteessa (Kinnersley ym. 1999; Hayashi ym. 2000; Engström 2012). Toisaalta myös omat vuorovaikutustaidot vaikuttavat tulokseen (Chan ym. 2010; Greer 2015; Seiders ym. 2015).

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä osassa myös lääkärin kykyjä. Vuorovaikutustilanteessa lääkäri voi tavoitteistaan ja kyvyistään riippuen käyttää joko tulosorientoitunutta tai sosioemotionaalista vuorovaikutusta (Ouschan ym. 2000). Potilas todennäköisemmin arvioi lääkärin kykyjä ja motivaatiota juuri sosioemotionaalisen vuorovaikutuksen kautta, sillä potilaan on vaikea arvioida lääkärin ammattitaitoa (Dagger ym. 2007).

Lääkäri voi parantaa arvon yhteisluonnin onnistumista kunnioittamalla potilasta, sopeutumalla kuhunkin tilanteeseen ja olemalla kiinnostunut juuri kyseisestä potilaasta (Elwyn ym. 2000). Huomiointi voi kasvattaa potilaan kokemaa kontrollin tunnetta ja lääkärin kykyjen mukaan tapahtua juuri esimerkiksi potilaan mielipiteitä ja toiveita kuuntelemalla sekä valitsemalla sopiva kieli (Elwyn ym. 2000; Ouschan ym. 2000; Auh ym. 2007; Berry & Bendapudi 2007; Gaur ym. 2011; Merz ym. 2013).



Kuvio 3. Tutkimuksen viitekehys.

3. METODOLOGISET VALINNAT

Tutkimuksen empiirisessä osuudessa tarkoituksena on syventää ymmärrystä kirjallisuuskatsauksessa käsitellyistä aihepiireistä sekä vastata tutkimuskysymykseen empiirisen tutkimuksen kautta. Tässä luvussa määritellään tutkimuksen taustan lisäksi metodologiset valinnat, aineistonkeruumenetelmä sekä analysointitavat. Huomioon otetaan myös tutkimuksen luotettavuuteen liittyvät seikat.

3.1. Tutkimuksen tausta

Tutkimus pohjautuu maailmanlaajuisesti toteutettuun Clear About Psoriasis -kyselytutkimukseen (Novartis 2016a), jossa kartoitettiin monimuotoisen, kroonisen ja immunologisen ihoon ja niveliin kohdistuvan tulehdustaudin, psoriaasin, vaikutuksia sitä sairastavan henkilön arkielämään ja työhön sekä potilaan tyytyväisyyttä saamansa hoitoon.

Kysely koostui neljästä validoiduista mittaristosta, jotka olivat PASI (Mease 2011), MOS unimittaristo (Hays & Stewart 1992), Stanfordin työmittaristo (Koopman, Pelletier, Murray, Sharda, Berger, Turpin, Hackleman, Gibson, Holmes & Bendel 2002) ja WHO:n hyvinvointimittaristo (Topp, Østergaard & Søndergaard 2015). Kaiken kaikkiaan kyselyyn vastasi 8 338 henkilöä, joista suomalaisten osuus on 227 henkilöä. Tutkimuksen sisäänottokriteerit esitetään taulukossa 4. Suomalaisten vastaajien keski-ikä oli 44 vuotta ja heistä 67 % oli työelämässä tutkimuksen aikaan. Kyselyyn pystyi vastaamaan lokakuun 2015 ja maaliskuun 2016 välisen ajan. Vastaajat saavutettiin potilasjärjestöjen toimesta sekä verkkopaneeleilla ja he vastasivat pääsääntöisesti sähköisesti. (Novartis 2016b.)

Kyselytutkimuksen tuloksissa nousi esiin muun muassa, ettei keskustelu lääkärin kanssa aina ole helppoa eikä hoitotyytyväisyys aina ole riippuvainen oireettoman ihon saavuttamisesta. Vastaajien hoito ei myöskään keskittynyt yhdelle hoitavalle taholle vaan he tapasivat tyypillisesti useita terveydenhuollon ammattilaisia ennen toimivan hoidon saamista. (Novartis 2016a.) Erityisesti kyselyn tuloksista koskien

hoitotavoitteita ja odotuksia nousi tarve tutkia miten potilas-lääkäri vuorovaikutususteessa arvon yhteisluonti tapahtuu ja mikä siihen vaikuttaa potilaan näkökulmasta. Tutkimuksen tekemiseen tutkija sai Novartis Finland Oy:ltä palkkion sekä koulutuksen mahdollisten tutkimuksen aikana ilmitulevien haittavaikutusten raportointiin.

Taulukko 4. Clear About Psoriasis -kyselytutkimuksen seulontakriteerit.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 18-vuotta tai vanhempi• Ei ole vastannut oireetonta tai lähes oireetonta ihoa koskeviin kyselyihin edellisten neljän viikon aikana• Sairauden muotona läiskäpsoriasis, johon myös lääketieteellinen diagnoosi• Sairauden vakavuusaste keskivaikea tai vaikea |
|---|

3.2. Tutkimusmenetelmä

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia asiakkaan suorittamien osallistumiskäytänteiden vaikutusta lääkäripalvelussa syntyvään arvoon. Tavoite voidaan tiivistää tutkimusilmiön, eli arvon yhteisluomisen, syvällisemmän ja kokonaisvaltaisemman ymmärryksen saavuttamiseen. Tavoitteen saavuttamista tukee kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän valinta, joka ei pyri todentamaan väittämiä vaan löytämään tai paljastamaan tosiasioita monimutkaisista ilmiöstä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 160-161).

Tutkimusta ohjaa tieteellinen paradigma, jonka Metsämuuronen (2006:84) määrittelee olevan tutkijan maailmankuvaa edustava peruskokemusten joukko. Paradigma auttaa lukijaa ymmärtämään tutkimuksen näkökulmaa. Tätä tutkimusta ohjaa fenomenologis-hermeneuttinen ote, jonka luonnetta kuvaa tulkinnallisuus (Tuomi & Sarajärvi 2002:34). Tavoitteena on ymmärtää tutkimusilmiötä asiakkaan kokemusmaailman kautta, mutta samalla ottaa huomioon myös se, että tutkimukseen liittyy väistämättä tulkinnallisuutta aiemmista tutkimuksista ja kokemuksista.

Fenomenologisen ajattelutavan mukaan kaikki toiminta on johonkin suunnattua ja yksilöllistä. Yksilöllisyys muodostuu ihmisten tavoista tulkita asioita, joita he havaitsevat ympärillään. (Tuomi & Sarajarvi 2002:34-35.) Ihmiset kuvaavat kokemuksiensa kautta kokemaansa sosiaalista maailmaa ja omaa suhdettaan siihen (Ulvinen 2012:50). Tulkitseminen tarpeen myötä myös hermeneutiikka astuu mukaan tutkimukseen. Hermeneuttinen ymmärtäminen kuvaakin ilmiön merkityksen oivaltamista ja siihen liittyy keskeisesti esiymmärrys ja hermeneuttinen kehä. (Tuomi & Sarajarvi 2002:34-35.)

Esiymmärryksellä tarkoitetaan tapaa, jolla tutkittava kohde ymmärretään ennestään. Jotta esiymmärrys saavutetaan, kuljetaan hermeneuttisen kehän kautta kehämäisenä liikkeenä kohti parempaa ymmärrystä aiheesta. Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimus voidaan esittää kulkevan kaksitasoisesti – esiymmärryksellä luodaan pohja empiiriselle tutkimukselle, jonka avulla pyritään saavuttamaan entistä syvällisempi ymmärrys ilmiöstä. Fenomenologis-hermeneuttisessa tutkimuksessa pyritään siis käsitteellistämään tutkittavan ilmiön merkitys ja näin tehdä jo tunnetut asiat myös tiedetyiksi. (Tuomi & Sarajarvi 2002:35.) Täten fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusmenetelmä asettuu puhtaan fenomenologisen ja hermeneuttisen menetelmän välille ja näin ollen mahdollistaa deduktiivisen päättelyn (Janhonen & Nikkonen 2001).

3.3. Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että siinä suositaan ihmisiä tiedunkeruun instrumenttina. Kohdejoukko valitaan harkiten, sillä heidän kertomuksiaan käsitellään ainutlaatuisina. Laadullisella tutkimuksella ei pyritä tilastollisiin yleisyyksiin vaan ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta valitusta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2009 160-161; Eskola & Suoranta 2003: 61.)

Syvällisempään ilmiön ymmärtämiseen pyritään pääsemään empiirisessä osuudessa haastattelemalla psoriaasipotilaita. Oleellista laadullisen tutkimuksen tulosten kannalta ei ole se, kuinka suuri joukko on haastateltu vaan kuten Eskola & Suoranta (2003:39) esittävät ”tulkintojen kestävyys ja syvyys”. Täten kohderyhmä valitaan

tarkoituksenmukaisesti. Tähän tutkimukseen valittiin henkilöitä, jotka sairastavat keskivaikeaa tai vaikeaa psoriaasia ja ovat sairastaneet sitä vähintään vuoden ajan (taulukko 5.). Tutkimushenkilöiden kriteerit ovat samassa linjassa Clear About Psoriasis -tutkimuksen kanssa. Henkilöiden valintaa kuitenkin tarkennettiin siltä osin, että haastateltujen henkilöiden tuli käyttää julkista terveydenhuoltoa, sillä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä hoitokäytänteissä saattaa olla eroja. Haastatellut tavoitettiin internetpohjaisen kyselylomakkeen avulla, joka julkaistiin Psoriasisliiton Facebook-sivujen lisäksi myös muutamilla yksityishenkilöiden Facebook-seinillä.

Että tutkimuksen avulla päästiin syvemmälle ymmärtämään potilaiden osallistumista ja sen yhteyttä syntyvään arvoon, aineistonkeruuneltemäksi valittiin teemahaastattelu. Se sopiikin Hirsjärven ym. (2009) mukaan hyvin silloin, kun tutkimuksessa on tavoitteena tunnistaa jotain uutta tai kun tarvitaan haastateltavalta tietoa hänen kokemuksistaan. Täysin fenomenologinen tutkimusote olisi vaatinut syvähaastatteluita, jotka puolestaan eivät olisi olleet linjassa tutkimuksen tavoitteiden kanssa.

Tämän vuoksi tutkimukseen valittiin aineistonkeruuneltemäksi teemahaastattelu. Se on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto, jossa tutkimuksen teoriasta nostetaan haastatteluiden teemat, jotka voivat auttaa myös aineiston analyysissä (Hirsjärvi ym 2009:208-209). Teemahaastattelu antaa haastatteluille mahdollisuuden kulkea vastaajasta riippuen eri polkuja, mutta kuitenkin asettaen rajoja ennalta valittujen teemojen muodossa. Haastattelutilanteen väljyys näkyy esimerkiksi haastateltavien vapautena kuvailla ja kertoa kokemuksistaan omin sanoin (Hirsjärvi & Hurme 2001:35-36,48). Menetelmän joustavuus mahdollistaa myös palaamisen jo käsiteltyihin teemoihin, joka parantaa syvällisempää aiheen ymmärtämistä ja antaa tilaa haastateltavalle tuoda asiat esiin omalla tavallaan (Hirsjärvi & Hurme 2001:64; Hirsjärvi ym. 2009:206).

Haastatteluissa käytävä dialogi vähentää myös väärinymmäryksien mahdollisuutta ja kasvokkain tapahtuvissa haastatteluissa myös kehonkielen tulkinta on mahdollista, toisin kuin puhelinhaastatteluissa (Hirsjärvi & Hurme 2001:34). Maantieteellisistä etäisyyksistä ja aikataulusyistä viidestä haastattelusta kolme tehtiin puhelinhaastatteluina, minkä vuoksi esimerkiksi kehonkielen tulkinta niissä on jäänyt

vähemmälle. Kasvokkain tehdyt haastattelut tehtiin rauhallisissa kahviloissa Helsingin keskustassa.

Taulukko 5. Haastateltujen henkilöiden kuvaus.

Haastattelu	Sairauden kesto (v)	Tautityyppi	Vakavuusaste	Hoitava taho
H1	22	Pisara- ja nivelpsoriaasi	Vaikea-asteinen	Erikoissairaanhoido
H2	17	Pisara- ja läiskäpsoriaasi	Keski-vaikea	Erikoissairaanhoido
H3	15	Pisarapsoriaasi	Keski-vaikea	Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido
H4	2	Pisarapsoriaasi	Vaikea-asteinen	Erikoissairaanhoido
H5	37	Läiskäpsoriaasi	Keski-vaikea	Erikoissairaanhoido ja työterveys

3.4. Aineiston analysointi

Richie & Lewis (2003:3-5) esittävät, että laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu, käsittely ja analyysi lomittuvat keskenään, joka mahdollistaa tutkittavan ilmiön hermeneutiikan mukaisen kokonaisvaltaisen tarkastelun. Tähän tutkimukseen kerätty aineisto pyrittiin analysoimaan mahdollisimman tarkasti, jolloin myös aineiston laatu korostuu sen määrän sijaan (Eskola & Suoranta 2003:18).

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin. Tuomen & Sarajärven (2002:110) mukaan analyysin tarkoituksena on saada tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kuvaus. Analyysin apuna käytettiin teemoittelua ja tyypittelyä. Tämän työn analysointia ohjaa deduktiivisuus eli teorialähtöisyys, jossa tiedon analysointi perustetaan aikaisemmsta tiedosta muodostettuun kehykseen. Haastatteluiden tarkoituksena oli löytää valittujen teemojen kautta erilaisia käytänteitä ja niihin vaikuttavia tekijöitä, joita potilaat ja lääkärit ottavat vastaanottokäynnin aikana ja tunnistaa millaista arvoa potilaat kokevat vastaanottokäynneistään saavansa.

Aineiston analysointi aloitettiin kuuntelemalla ja litteroimalla nauhoitetut haastattelut tarkasti päivän kuluessa jokaisesta haastattelusta. Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin läpi ja yliviivattiin tutkimuksen kannalta oleelliset seikat. Seikat teemoiteltiin haastatteluteemojen mukaan, jotka olivat arvo, potilaan käytänteet, lääkärin käytänteet ja potilaiden käytänteisiin vaikuttavat tekijät sekä arvon yhteisluonnin tukemiseen vaikuttavat tekijät. Eskola & Suoranta (2003:174-180) esittävät teemoittelun mahdollistavan juuri teemojen ilmenemisen tarkastelun sekä helpottavan käytännönläheisten ongelmien ratkaisussa. He myös esittävät teemoittelun onnistumisen vaativan teorian ja empirian välistä vuoropuhelua (Eskola & Suoranta 2003:175).

Sillä pelkkä teemoittelu ei mahdollista ilmiön syvällistä ymmärtämistä, vaatii analyysiä myös tyypittelyä. Tyypittely vaatii aina ensin teemoittelua, jonka avulla pääsemistä ilmiön syvällisempään ymmärtämiseen. (Eskola & Suoranta 2003:181.) Analyysissä otettiin huomioon myös nämä mahdollisesti teorian esittäjästä poikkeavat uudet teemat ja tyypit.

3.5. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tarkasteltaessa tutkimuksen luotettavuutta otetaan huomioon onko tutkimus johdonmukainen ja toistettavissa sekä pystytäänkö valitulla tutkimusmenetelmällä vastaamaan tarkastelunalaisten kysymyksiin. Näistä käsitteistä käytetään myös nimityksiä validiteetti ja reabiteetti. (Kirk & Miller 1986, 41–42.) Käsitteet on kuitenkin luotu kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin, joten niiden kyseenalaistaminen on paikallaan tehtäessä kvalitatiivista tutkimusta.

Tämän tutkimuksen luotettavuuden arviointiin valitaankin Lincoln & Guba (1985) esittämät luokittelut, jotka ovat luotettavuus (credibility), muunnettavuus (transferability), riippuvuus (dependability) ja varmistettavuus (confirmability). Kuten Kirk & Miller (1986) esittivät, myös Lincoln & Guba ovat olleet samaa mieltä luotettavuuden viittaavan tutkimuksen toistettavuuteen samalla aineistolla samoin tuloksin. Muunnettavuus puolestaan kertoo tutkimuksen liitettävyydestä aikaisempiin

tutkimuksiin ja tutkijan tietotaidon riittävydestä tulkintojen tekemiseksi. Riippuvuus liittyy tutkimuksen dokumentointiin, loogiseen toteutukseen ja viittausten jäljitettävyyteen. Varmistettavuus kuvaa teorian ja empirian välistä selkeää yhteyttä, joka on esitettävissä myös lukijalle. (Eriksson & Kovalainen 2008: 294.)

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan eri keinoin. Ennen tutkimuksen varsinaista toteuttamista pyrittiin mahdollisimman tarkasti suunnittelemaan, miettimään ja kartoittamaan tutkimuksen toteuttamiseksi tarvittavat asiat. Teoreettisen osuuden luomiseksi käytiin läpi merkittävä määrä kirjallisuutta sekä tutkimuskontekstin, terveydenhuollon sekä muiden alojen tutkimuksista. Teoreettisen viitekehyksen avulla luotiin teemat empiirisen osuuden haastatteluita varten. Täten pyrittiin myös varmistamaan tutkimuksen muunnettavuus siinä määrin kuin se on mahdollista. Muunnettavuutta tukee myös riippuvuuteen liittyvä selkeä lähteiden kirjaaminen.

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan myös noudattamalla hyviä tutkimuskäytäntöjä (ks. Mäkelä 1987:195). Niiden mukaan haastateltavalle esimerkiksi kerrotaan tutkimuksen kulusta ja häneltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta, jossa kerrotaan myös mihin tutkimuksen tuloksia käytetään. Haastatelluille ei kuitenkaan paljastettu haastattelukysymyksiä tarkasti etukäteen. Näiden tekijöiden lisäksi haastatelluille tuotiin ilmi, että haastatteluista syntyneet materiaalit tuhotaan tutkimuksen valmistumisen jälkeen ja että haastatellut pysyvät anonyymeina.

Koska tutkimuksen konteksti on arkaluontoinen, pyrittiin haastateltaville luomaan miellyttävä ja turvallinen ilmapiiri, jossa he pystyivät vapaasti kertoa kokemuksistaan. Luonnollisen ja turvallisen ilmapiirin luomiseksi sekä teemojen sopivuuden varmistamiseksi suoritettiin myös harjoitushaastattelu. Haastattelupaikoiksi valikoituivat paikat, jotka tuntuivat haastatelluille sopivilta. Kasvokkain tapahtuneet haastattelut suoritettiin kahviloissa. Puhelimitse suoritettavienkin haastatteluiden osalta sovittiin etukäteen aika ja päivä, joka antoi haastateltavalle mahdollisuuden miettiä itselleen sopiva paikka haastattelun suorittamiseksi. Sekä kasvokkain että puhelimitse tapahtuneet haastatellut sujuivat hyvin, joskin kasvotusten tehdyt haastattelut antoivat

mahdollisuuden myös tulkita haastateltavan kehonkieltä ja muita eleitä. Haastattelut kestivät 45 – 65 minuuttia.

Haastattelut nauhoitettiin, jonka lisäksi luotettavuutta pyrittiin lisäämään niiden litteroinnilla. Varmistettavuus pyrittiin takaamaan analysointivaiheessa aina teoriaan palaamalla, jotta onnistuttiin vastaamaan niihin kysymyksiin, jotka olivat tutkimuksen tavoitteina.

Kuten tutkimuksissa yleensäkin, myös tämän tutkimuksen tuloksiin saattaa vaikuttaa vääristäviä tekijöitä. Vääristymiä tutkimuksen tuloksiin saattavat aiheuttaa haastatteluihin ja tutkimusten osallistuneiden henkilöiden jo valmiiksi korkea aktiivisuus, heidän sairautensa vakavuuden asteiden erot sekä se, että hoitokäytänteet saattavat erota julkisessa terveydenhuollossa eri puolilla Suomea, mikä osaltaan voi vaikuttaa siihen miten haastatellut kokivat hoitonsa.

4. TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään empiirisen tutkimuksen tuloksia ja verrataan niitä teoriassa esiin tulleisiin näkökohtiin. Saatujen tuloksien analyysin tueksi esitetään lainauksia haastatteluista. Kaikki haastatellut henkilöt käyttävät julkisen terveydenhuollon palveluita, ovat täysi-ikäisiä ja sairastavat psoriaasia. Sairauden muoto ja vaikeusaste vaihtelee haastateltujen kesken – toisilla sairaus on ollut ärhäkkä jo alusta alkaen, toisilla puolestaan edennyt pikkuhiljaa ja muuttanut muotoaan vuosien varrella. Haastatellut sairastivat keskivaikeaa tai vaikeaa psoriaasia. Vakavuusasteen määritelmät oli antanut lääkäri, mutta psoriaasin vakavuutta kuvaavaa PASI-arvoa kaikki haastatellut eivät osanneet antaa. Suurin osa haastatelluista on saavuttanut ainakin jossain hoitonsa vaiheessa oireettoman tilan, jota ei kuitenkaan ole saatu pidettyä vakaana.

4.1. Vastaanotolle ohjautuminen

Syy miksi haastatellut hoitavat sairauttaan julkisen terveydenhuollon puolella vaihtelee – toisilla paikkakunnilla ohjaus on myös yksityiseltä puolelta suoraan julkiselle, toisilla henkilöillä taas taloudelliset syyt tai tiedon puute ovat perusteena julkisen sairaanhoidon käyttöön. Julkiseen sairaanhoitoon suhtaudutaan varauksella. Eräs haastatelluista kommentoi näin:

”Ainaki hinta, koska mä oon opiskelija ja mulla ei oo ollu kovin suuria tuloja niin se ohjaa siihen ja se että.. Tää on kuitenkin vielä suhteellisen uusi juttu niin mä oon halunnu nähdä mitä sieltä julkisen puolelta saa irti.” (H4)

Haastatteluista myös ilmeni, että lääkärin vastaanotolle hakeutumista ohjaa kaksi eri syytä. Toinen syytä on oireiden paheneminen ja toinen lääkityksen vaatima seuranta. Lääkityksen vaatiman seurannan myötä muodostunut säännöllisyys saattoi olla labroatoriokäyntejä ja mahdollista pikaista lääkärin konsultaatiota saaduista tuloksista, joko puhelimitse tai kasvotusten.

Vaikka osa haastatelluista henkilöistä käykin lääkärin vastaanotolla epäsäännöllisesti, löytyy myös heitä, joiden tilan seuranta on säännöllistä lääkityksestä riippumatta. Henkilöt joiden vastaanottokäynnit ovat epäsäännöllisiä tapaavat haastattelujen perusteella useampia lääkäreitä kuin he, joiden hoito on säännöllisempää.

4.2. Arvon ilmeneminen

4.2.1. Toiminnallinen arvo

Toiminnallinen arvo ilmenee esimerkiksi palvelun sujuvuutena ja vaivattomuutena. Terveystieteiden palveluiden tarkoituksena on parantaa asiakkaiden hyvinvointia ja terveyttä, kuten myös havaitaan käyvän haastattelujen perusteella, vaikka tilanteet saattavat olla kinkkisiä.

”Oma terveystietä se on se hyöty mikä siitä tulee.” (H2)

”On aina helposti päässyt takasi sinne.” (H1)

Sillä lääkäripalvelut eroavat tarkoitukseltaan huomattavasti palveluista, joihin hakeudutaan viihteellisyyden vuoksi, myös niistä saatavat hyödyt eroavat. Kuten Merz ym. (2013) havaitsivat, lääkärin vastaanotolle hakeutumisesta ohjaa oma terveys taikka tavallaan sen puuttuminen. Yksi haastatelluista totesi hyvin havainnollistaen tätä arvoa, joka oli seurausta toimivan lääkkeen löytymisestä *”Ei oo tarvinnut paljo käydä iho- ja allergiasairaalassa” (H1)*. Asiakkaille tuo siis arvoa tilanne, että palvelua ei tarvitse käyttää. Toisaalta myös toiminnallista hyötyä haastatellut kokivat saadessaan jotakin lääkettä tai hoitoa, jolla on mahdollisuus vaikuttaa positiivisesti heidän sairautensa tilaan.

”Kun löytyy tää [lääke]....sen jälkeen on elämä alkanu helpottaa.” (H1)

”Valohoito autto, autto ihan hyvin ja tietenkin nämä kortisonirasvat alkuvaiheessa.” (H2)

”Lääkäri anto mulle lähetteen, että menppäs tuonne PUVA-hoitoon. Ja se toiminkin ihan hyvin, et mä siinä kohdas tykkäsin et se oli hyvin toimittu.” (H3)

Lääkkeen tai hoidon saaminen vaatii osapuolten välistä suoraa vuorovaikutusta, mikä on arvon yhteisluonnin vaatimus (Grönroos 2008). Lähtökohtaisesti lääkäriellä on aina tiedossaan, että potilas tulee vastaanotolle tarkoituksenaan saada johonkin ongelmaansa hoitoa, ja tähän tarpeeseen vastaamiseksi lääkäriellä on koulutus.

Kun potilas tulee vastaanotolle, kutsuu hän lääkärin omaan arvonluontiprosessiinsa oman terveytensä parantamiseksi. Tällöin siirrytään osapuolten yhteiseen sfääriin ja arvon yhteinen luominen potilaan hyväksi on mahdollista. Lääkäri määrätessään hoitoa tai lääkettä, tai antaessaan arvion potilaan tilasta, antaa potilaalle arvoehdotelman, jonka hyödyt konkretisoituvat vasta käytössä. Hyötyjen konkretisoituminen esimerkiksi lääkkeen suhteen tarkoittaa sitä, että potilas voi omassa sfäärissään itsenäisesti tuottaa itselleen arvoa hakemalla ja käyttämällä määrättyä lääkettä. Lääkkeestä koituvaa hyötyä ei kuitenkaan olisi ollut mahdollista saavuttaa ilman lääkäreitä, vastaanottoa tai suoraa vuorovaikutusta, jossa potilas ilmaisee tarpeensa.

Toiminnallisen arvon syntymiseen havaitaan haastattelujen perusteella olevan yhteydessä merkittävällä tavalla lääkärin asiantuntemus ja ammattitaito. Ilman näitä hänen olisi mahdotonta tarjota potilaalle mahdollisesti arvoa tuottavia ehdotelmia. Lääkärin ammattitaito onkin tärkeä arvon kannalta (Gaur ym. 2011).

Haastatellut henkilöt kokivat saavansa lääkäriiskäynnistä erityisesti ammattilaisen antamaa ajantasaista tietoa sairauden tilasta, jota ei muualta voi saada. Toisaalta vastaanottokäynnistä koituvaa hyötyä kuvattiin myös lääkkeisiin tai hoitoihin liittyvien tarpeiden täyttämisenä, kuten reseptien uusimisena, lähetteen kirjoittamisena tai uuden lääkkeen tai hoidon kokeiluna.

”[Saan] sen realistisen tiedon, että missä mennään sen taudin kanssa lääkärin mielestä, sen lääkärin mielipiteen.” (H1)

”Sielä osittain saa myös niinku, sieltä saa niinkun tietoa siitä omasta tilasta, mutta myös perspektiiviä siihen miten tähän kuuluis suhtautua.” (H4)

”Oon tyytyväinen, että se kirjoitti ... tämän lausunnon mulle.” (H2)

Terveydenhuollon palvelun tuottamana toiminnallisena hyötynä voidaan pitää myös palvelun tarjoamaa seurantaan terveydentilasta. Jos toisaalta potilaat hyötävät parempana terveydentilana, on myös mahdollista, että hyöty näyttäytyy terveydentilan muutoksen huomaamisena. Seurantaan haastatellut kuvasivat näin:

”Seuraavat tilannetta että tuota.. osaavat reagoida tarpeeksi ajoissa niinku nopeasti, jos tilanne muuttuu.” (H2)

”Ihopolilla on must justiin se, että jos sielä on jotain oikeesti hälyttävää niin ne soittaa, että tuu käymään.” (H4)

Seurannan hyötyjä kuitenkin kuvasivat lähinnä ne haastatellut, jotka kävivät lääkärissä säännöllisesti. Epäsäännöllisemmin käyvät eivät kuvanneet samanlaisia hyötyjä. Kaikissa haastatteluisa ilmeni selkeä arvontunne hoidon kokonaisvaltaisuudesta – huomioitaisiin samalla myös muut vaivat ja lääkkeetön hoito sekä katsottaisiin ihmistä kokonaisuutena.

”Puhun ehkä vähä liikaakin, mutta sitte taas sieltä nousee semmosia asioita esiin, jotka tulee sit siinä samalla hoidettua... Viime käynnillä puhuin siitä, että mulla on muuten paise täällä kainalossa ja sitte se puhkastiin ja tuli antibiootit ja tuli useempaa eri antibioottia ja ne hoidettiin samalla, että se mun hoito on kokonaisvaltaista. Että hoidetaan myös semmosia asioita mitkä kuulus ehkä muuallekkii.” (H4)

”Jos mä meen niinku nilvekipujen takia sinne et ei katota vaan et onks mul reuma vai onks se niinku nivelissä, onks nivelet turvonnu vaan et mitkä muut syyt siihen voi vaikuttaa et tavallaan yhen pykälän siitä eteenpäin niin et tuijotetaan vaan siihen yhteen oireeseen niin sitä mä jotenki toivon sielä, et olis sitä monipuolisempaa näkemystä siitä, et kokonaisvaltaisesti sit huomioida myös muita. Et onhan tietenkin

sitä, että mulle vinkattiin et mee hammaslääkəriin että se voi olla yks syy mikä voi saada aikaa niitä tulehduskipuoireita.” (H3)

”Must tuntuu, että niillä on niin kiireinen se aikataulu et ne aika äkkii kattoo ihimsien ihon läpi ja on kiinnostunut vain tästä ihosta.” (H5)

Kokonaisvaltaisuuden puutteesta johtuva arvон tuhoutuminen voi näyttäytyä esimerkiksi niin, että eri sairauksia joutuu hoidattamaan usealla eri lääkerillä.

”Mä uusin tän suolilääkkeen ja nyt kun mulla on täälä tuola kesäkuussa tavannu tän ihotautien erikoislääkerin niin mä käyn ihosta sielä toisella lääkerillä. Mut seki olis niinku hyvä, ku vois saada sellasen lääkerin joka ymmärtäis, sellasen psoriasis lääkerin, joka ymmärtäis että psoriasis on tämmönen sairaus, johon saattaa liittyä liitännäissairauksia.” (H5)

Arvo voi ilmetä myös vaihteluna kroonisen sairauden hoidossa mikä saa potilaan tuntemaan sujuvuutta ja edistystä. Toisaalta vaihteluntarve voi kuvastaa nykyisen hoidon tehottomuutta. Haastatteluissa toistui, että paikallaan pysyminen ja saman hoidon käyttö ilman oireettomaan tilaan pääsyä, ei haastateltujen mielestä ole oikea vaihtoehto.

”Se ei ole semmosta se et ollaan vuosikausia samassa tilanteessa. Joku tommonen valohoitoki, jos sitä kymmenen vuotta ramppaa syksyllä ja keväällä niin kyllä se on aika.. aika tota.. rasittavaa, sanon suoraa.” (H2)

”Jos mennään niinku vähä samalla ku on tähänki asti menty, et se ei niinku etene se hoitohomma niin se on turhauttavaa et, jos tulee sellainen tunne, et mä kävin ihan turhaan sielä lääkerissä. Et sillee niin jos mä saan, saan jotenki niinku samat ohjeet, ku aikaisemminkin oon saanut... Lääkeri on sen verran niinku passiivinen et se ei niinku lähe viemään sitä asiaa eteenpäin et se ei niinku tuo sitä uutta tietoa, uutta semmosta hoitotoimenp.. Et kokeiltaisko tätä, tää on toiminu.” (H3)

Kuten Makkonen & Olkkonen (2017) tuovat esiin, on myös arvoneutraalius mahdollista. Tällöin kuitenkin ollaan hyvin lähellä arvon tuhoutumista.

”Et se oli joku tämmönen vähä pikapaikkaava, paikkaava lääkäri niin tuli vähä semmonen olo, et se meni näin ja olkoot, piste. Et se oli yks vähän turha homma, et siitä ei ollu hyötyä eikä haittaa et se oli vähä semmonen neutraali.” (H3)

4.2.2. Emotionaalinen arvo

Arvo voi ilmentyä myös asiakkaan kokemina tunteina ja tuntemuksina (Hackbarth ym. 2003; Grönroos & Ravald 2011; Heinonen ym. 2010). Emotionaalinen arvo on asiakkaalle palvelun aikana tai jälkeen siitä johtuen syntyvä positiivinen tunne. Haastatteluissa toistuivat selkeimmin haastateltujen kokemukset toivosta ja uskosta positiiviseen tulevaisuuteen, jota he saavat käyntien seurauksena. Eräs haastatelluista kuvasikin vastaanottokäyntejä eräänlaisina henkireikinä.

”Aina kun sinne sairaalarakennukseen menee ja ku sieltä tulee pois, niin tilanne on niinku jollain tavalla edenny ja että taas on uusia mahdollisuuksia, että ehkä tää tästä paranee” (H4)

Haastatellut myös selkeästi arvostivat, kun lääkärit huomioivat vastaanotolla ihmisen yksilöllisineen tarpeineen eivätkä vain hoida heidän sairauttaan.

”Se on tosi ihaanaa... että kyselee niinku tämän henkisen puolen ... se on semmonen kruunu sen vastaanoton päälle.. Arvostan sitä tosi paljon.” (H1)

”Se ottaa niinku tavallaan sen potilaan sillai niinkö ihmisenä eikä niinko eikä tavallaan pelkkänä sairautena. Oli tullu ero niihin aikoihin niin lääkäriä kiinnosti myös se asia.” (H2)

”En tiedä olisko joku lääkäri voinu sanoa, että niinkun unohda tommoset [raskausaikeet] tässä vaiheessa ja aloita tää joku toinen lääkitys, jossa on niinkun näitä rajoituksia just niinku sen lasten hankinnan suhteen.” (H4)

Toinen selkeä kokonaisuus emotionaalisesta arvosta muodostuu potilaan ja lääkärin välisen suhteen syntymisestä ja syvenemisestä, joka voidaan toisaalta nähdä myös sosiaalisena arvona. Osapuolten tuttuus myös kirjallisuuden mukaan helpottaa arvon yhteisluontia (Alden ym. 2012). Osapuolet tietävät toistensa käytöksen ja miten tilanne etenee, jolloin epävarmuus vähenee. Jotkut haastatelluista kuvailivat, että saman lääkärin kanssa toimiminen antaa rutiinia muuten niin dynaamisen sairauden hoitoon.

”Mä oon niiin tyytyväinen tähän.... Sama lääkäri, sama paikka, samat hoitajat niin se on vähä niinku kotiin menis.” (H1)

”Hoitosuhde on syventyny, että niinkun, emmää koe mitään tarvetta lähteä hakemaan muitakaan vaihtoehtoja tähän lääkitykseen.” (H4)

”Se on niinku ollu kans huono homma ja että että tota se on ihan sama et vaik mä asuisin samas paikkaa nii, että se voi silti vaihtua se lääkäri, et silläki on hirveen iso vaikutus siihen et aina joutuu jotenki selittämään alusta kaikki.” (H3)

4.2.3. Sosiaalinen arvo

Vastaanottokäyntien seurauksena potilas voi kokea saaneensa arvoa välittömästi (Salomonson ym. 2012). Esimerkiksi haastatteluissa esiintynyt tuen ilmaiseminen on yksi sosiaalisesta vuorovaikutuksesta syntyvä arvo. Tuen saaminen osaltaan tekee vastaanottokäynneistä miellyttävämpiä.

”Kysy ihan suoraa et miten vaikka pystyy nukkumaan yötä.” (H2)

”Hoitohenkilökunta ymmärtää mitä mulla on meneillään ja kuinka rankkaa se on.” (H4)

Vastaanottokäynnillä tapahtuva kohtaaminen tarjoaa siis potilaille jo mahdollisesti sosiaalista arvoa. Vastaanotolla ei pelkästään vastaajien mielestä hoideta sairautta vaan

ihmistä, jonka vuoksi ihmisten välinen kohtaaminen voidaan kokea kroonisen sairauden kohdalla tärkeämmäksi kuin itse lopputulos.

”Oikeestaan se lääkärissä käynnin prosessi on tärkeempi ku se itse lopputulos, ku jos mieltii, et tää kaikki tapahtuis aina vaan etäkontaktien kautta niin ei sillä olisi samanlaista vaikutusta. Kun se, että niinkun aina kun sinne sairaalarakennukseen menee ja ku sieltä tulee pois, niin tilanne on niinku jollain tavalla edenny ja että taas on uusia mahdollisuuksia, että ehkä tää tästä paranee. Että jos vertaan vaikka niitä, että kävisin paikan päällä tai sitte saisin vaan noita epikriisejä kotiin niin kyllä se käynti on tosi iso osa sitä lopputulosta myöski.” (H4)

4.3. Potilaan käytänteet arvon yhteisluonnissa

4.3.1. Tiedon jakaminen ja rajojen asettaminen

Keinot, joilla potilaat pyrkivät itse parantamaan palvelun lopputulosta ja siitä saatavaa hyötyä vaihtelivat. Haastatteluissa nousi esiin potilaiden vahva usko siihen, että heidän täytyy parhaan hoidon takaamiseksi kertoa kaikki mahdollinen avoimesti. Myös kirjallisuudessa on noussut esiin tiedon antamisen tärkeys (Hausman, 2004; Chan ym. 2010; Gallan ym. 2013; Yi & Gong 2013). Haastatellut saattoivat jopa uskoa jakavansa liikaa tietoa.

”Mä kerron totuudenmukaisesti siitä mitä mulle kuuluu ja miten mä oon ihoani hoitanu – oonko mä hoitanu sitä sen mukaan mitä niinkun, mitä on toivottu ja se, että niinkun ja just jos puhutaan lääkityksestä niin kerron sen miltä musta oikeesti tuntuu.” (H4)

”..Mä selvästi ja ytimekkäästi tuon esille sen miten mä oon pärjänny niinkun edellisen käynnin jälkeen, kuten onko lääkkeet vaikuttanu, miten paljon on ollut näitä huonoja kausia mitä mä kirjaan aina itelleni ylös ja kun on näitä kipujaksoja Että mä tuon sen selvästi esille, kaiken mahdollisen mikä on vaikuttanut minun terveydentilaan – nousut ja laskut, hyvät ja huonot päivät.” (H1)

”No se et mä informoin lääkäriä riittävästi ja joskus must tuntuu, että mä informoin liikaa.” (H3)

Tietointensiivisen palveluluonteen vuoksi ilman potilaan antamaa tietoa, ei lääkäri pystyisi kehittämään yhdessä potilaan kanssa vastaanotolle tuloa ohjanneeseen ongelmaan ratkaisua. Tiedonjakamisen seurauksena lääkäri voi saada tietoa, joka myös asettaa rajoitteita ratkaisunkeksimiselle.

”Siinä on justiinsa niinkun mukauduttu justiin siihen mun elämäntilanteeseen kiinnitetään huomiota ja siihen mitämä haluan tulevaisuudessa on se, että mä niitä lapsia haluaisin täs niinkun lähiaikoina saada.” (H4)

4.3.2. Tiedon hankkiminen

Kuten aiemmat tutkimukset (Guandognoli & Ward 1998; Auh ym. 2007; McColl-Kennedy ym. 2012; Merz ym. 2013) osoittavat, arvon yhteisluonnin kannalta on oleellista tietää asioita. Haastetelluista nousi vahvasti esiin paitsi oma kiinnostus, mutta myös oman panostuksen tärkeys tietämyksen karttamiseksi. Haastateltujen motivaatio oli korkea.

”Kaikki omaa hoitoa koskeva on hirveen kiinnostavaa. Sitä haluaa vaan osallistua parhaansa mukaan siihen, että saadaan hyvä hoitotulos.” (H4)

Haastatellut hankkivat tietoa useista eri kanavista, kuten ystäviltään, vertaistukiryhmistä ja internetin eri palstoilta. Tiedon avulla esimerkiksi yksi haastatelluista kuvasi saavansa enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa hoitonsa kulkuun:

”Jossei noilla reissuilla olisi käyny niin olis varmaan tuota ihan täysin niiden lääkäreiden ns. armoilla.” (H2)

Tavallaan oman tietämys koetaan myös vaatimuksena, jonka palvelu asettaa. Tämä saattaa johtua siitä, että palvelutulos vaikuttaa henkilön omaan henkilökohtaiseen terveyteen (ks. esim. Kinnersley ym. 1999; Berry & Bendapudi 2007). Haastatellut

myös itse aktiivisesti vastaanottotilanteen ulkopuolella pyrkivät edistämään vastaanotolla luotavan arvon todennäköisyyttä esimerkiksi kirjaamalla tuntemuksiaan tai hankkimalla tietoa, sillä oma tietämys koetaan tärkeäksi.

”Ja sen takia näinä kovina, erittäin huonoina jaksoina, mä oon pannu ihan paperille ylös niinku onhan mulla ne, oon oppinut pitämään näitä kipujaksoja ylhäällä. Se, että mulla on ne paperilla ylhäällä niitä kysymyksiä joita mun pitää kysyä.” (H1)

”Mä osallistun mielelläni, ku mä oon oppinu puhumaan. Joskus nuorempana mä en uskaltanu kauheesti informoida ittestäni mitään niin se oli varmaan vähä haasteellisempaa lääkärillekki..... Se tieto omasta sairaudesta vaikuttaa siihen, et miten hyvin mä pystyn sitte kommunikoimaan ja tuomaan sitä informaatiota.” (H3)

4.3.3. Järkeily

Järkeily kuvastaa tilannetta, jossa potilas käy päänsä sisällä keskustelua mikä on järkevää ja mikä ei, mistä asiat johtuvat, mihin saatuantama tieto linkittyy ja toisaalta kannustaa sekä pitää yllä positiivista asennettaan. Tämän itsenäisen prosessin seurauksena potilas voi myös kasvattaa tietämystään (McColl-Kennedy ym. 2012).

”Myöhemmin on ajateltu, et angiinalla olis joku yhteys psoriasikseen ja mullahan oli useesti angiinaa ja silmätulehdusta silloin” (H5)

”Psoriaasin kanssa, kun joutuu riisumaan ihan kokonaan itensä niin sit mä vaan ajattelen, et mä oon rannalla, mulla on bikinit päällä. Et mä vähä psyykkaan itteeni, jos semmonen tulee.” (H3)

Vaikka järkeily onkin potilaan itsenäinen prosessi, voidaan se nähdä oleellisena osana myös arvon yhteisluontia. Oma ymmärrys auttaa mahdollisesti myös ymmärtämään lääkärin käytänteitä arvon yhteisluonnin tukemiseksi.

4.3.4. Päätäminen

Sillä jokainen asiakas määrittää arvon omista lähtökohdistaan, on hänen oma valintansa miten paljon hän osallistuu valintojen tekemiseen lääkärin sen salliessa (McCull-Kennedy ym. 2012). Kuitenkin päätöksenteon voidaan katsoa olevan tärkeä käytänne arvon yhteisluonnin kannalta. Toisaalta jokainen tekee valinnan myös silloin, jos ei päättä. Tutkimuksen haastatellut kuitenkin kuvasivat olleensa kaikki osallisena päätöstenteeossa ja saaneensa mahdollisuuden tehdä päätöksiä omaan hoitoonsa liittyen. He myös toivat esiin, useimmiten ennen päätöstentekoa vaihtoehtoista keskusteltiin.

”Kyllähän se yhdessä katottiin, että alanko syömään [lääkettä] vai enkö ala syömään. Että se ehotti sillälailla vaan, että voitais kokkeilla tämmöstäki tai voidaan kokkeilla jatkaa sillä valohoiollaki ja tota.. mennä sillä. Sitte tavallaan yhdessä se päätettiin, että tuota että minä kokeilen sitä.” (H2)

”Lääkäri on mulle konsultti tietyllä tapaa, että se niinku selittää mitä mahdollisuuksia on ja mitä voidaan kokeilla, kokeillaanko tätä, ehdottelee ja mä oon sitte viime kädessä se joka päättää lähenks mä siihen vai en. Et et se on justiin tässä hiljattain ku mainitsin tästä yhestä, jolla oli kiire vapun rientoihin niin mä en oo kertaakaan hakenut sitä lääkettä minkä se mulle määräsi. Ihan vain sen takia, että hän ei malttanut ottaa perille asti sitä asiaa mitä mä sanoin et mä en rupee syömään sellasta lääkettä minkä jälkeen mä oon ihan tillin tallin enkä pysty tekee, toimimaan.” (H3)

Päätämisen voidaan katsoa olevan tärkeä osa arvon yhteisluonnin onnistumisen kannalta. Lapierre (1997) keskustelee annettujen ohjeiden tai resurssien väärinkäytöstä tai käyttämättä jättämisestä ja Gallan ym. (2013) keskustelusta tiedoista, valitusta hoidosta ja annettujen ohjeiden hyväksymisestä, joiden kaikkien voidaan olevan päätösten aikaansaamaa tai itse päättämistä. Ohjeiden noudattamatta jättäminen on päätös, samoin kuin annettujen ohjeiden hyväksyminen. Toisaalta päätöksen tekeminen ei välttämättä kuitenkaan potilaan näkökulmasta johda positiiviseen lopputulokseen.

4.3.5. Vaatiminen ja lääkärin opastus

Haastatteluissa ilmeni myös useaan otteeseen, että potilaat kokevat tarvetta vaatia asioita lääkäriltä päästäkseen tavoittelemaansa tulokseen. Haastatteluissa kuvattiin myös tilanteita, joissa haastateltu on joutunut kertomaan lääkärille mitä tarvitsee.

”Jos lääkäri haluaa määrätä [lääkkeen] niin sanon tuota, sanon ihan suoraa, että emmie ota [lääke] ja minä haluan jonku toisen lääkkeen. Sitä osaa itte vaatia ihan eri tavalla ku joku tommonen alottelija vaikka.” (H2)

”Mä oon päättänyt nyt vähän iskee nyrkin, et mä tarviin enemmän tukea, esimerkiksi fysioterapiaa et sitähan mulle ei kukaan koskaan oo tarjonnut.” (H3)

Voidaan kuitenkin miettiä tuottaako vaatiminen arvon kannalta toivotunlaista tulosta. Potilas kutsuu lääkärin arvonluontiprosessinsa saavuttaakseen paremman terveydentilan. Jos kuitenkin tässä prosessissa täytyy vaatia, arvon tuhoutumisen riski kasvaa. Lääkärin palveluntarjoajana lähtökohtaisesti tulisi aina pyrkiä tavallaan miellyttämään potilasta, asiakastaan ja näin pyrkiä kasvattamaan mahdollisuutta asiakkaan kokemaan arvoon.

Terveydenhuollon konteksti kuitenkin asettaa tällekin asetelmalle omat haasteensa, sillä palvelun osapuolten välisen tiedon epäsymmetrian vuoksi asiakas ei välttämättä ole kykenevä arvioimaan mikä on parasta hänen tavoitteidensa kannalta (Lengnick-Hall ym. 2000). Jos lääkäri suostuu potilaan vaatimuksiin, jotka eivät aina ole järkeviä, tuhlaantuu molemmin puolin aikaa ja rahaa eikä potilaan kokema arvo välttämättä nouse vaan voi myös laskea. Tämän vuoksi vaatiminen ei ole välttämätön saati toivottukaan käytänne arvon yhteisluonnin onnistumiselle.

4.4. Lääkärin käytänteet arvon yhteisluonnissa

4.4.1. Kuunteleminen

Vaikka kirjallisuudesta ei löytynyt kuuntelemisen käytännettä, se voidaan terveydenhuollon kontekstissa nähdä yhtenä tärkeimmistä elementeistä. Kuuntelu voi olla yhteydessä siihen osaako tarjota potilaalle oikeanlaisia vaihtoehtoja ja täyttää tämän tarpeita.

Voidaan päätellä, että ilman kuuntelua ei tietointensiivisessä palvelussa ole mahdollista tuottaa palvelua, jonka loppu tulos on positiivinen. Miten kohdata asiakkaan tarpeet ellei kuuntele tätä? Tavallaan kuunteleminen antaa myös pohjan potilaan yksilölliselle kohtelulle. Sen avulla lääkäri pystyy osoittamaan kiinnostuneisuuttaan potilaasta ja mahdollistamaan osapuolten välisen sujuvan keskustelun. Haastatellut tuovat myös esiin kuuntelun tärkeyttä.

”Mulle just viimesellä käynnillä sanottiin, et jos tuntuu siltä että oma jaksaminen ei riitä niin he voi kyllä järjestää mulle apua, että esimerkiksi vaikka mielenterveyshoitajalle, että ei se oo vaan hulluja varten. Ja mä vähä ihmettelinkin sitä siinä vaiheessa, ku mä tavallaan niinku avaudun heille ja mä en ainakaa koe sille ainakaa tällä hetkellä tarvetta, että menisin mihinkää mielenterveyshoitajalle. Että ku mä saan jo sieltä sen.. Mä saan avautua sielä jo rauhassa ja se helpottaa, kun saa puhua sielä.” (H4)

”Todellaki vaikuttaa siinä alussa siihen, et jos se on niinku hälläväliä tyyppi et hän ei heh, niinku kato silmiin ja ei kunnolla niinku kysele, ei paneudu siihen minun oireisiin ja ei ota huomioon sitä mitä minä sanon ja kerron, vaikka hän kyselee.” (H1)

4.4.2. Perehtyminen

Potilaan kuuntelemisen nähdään auttavan potilaan tarpeiden tunnistamisessa haastattelujen perusteella. Toisaalta tiedon vastaanottamisen jälkeen on lääkärin kyettävä käsittelemään tietoa potilasta hyödyttävällä tavalla. Tämä vaatii lääkäriltä ammattitaitoa ja vastaanottavuutta (Chahal 2010; Gaur ym. 2011). Haastatellut

arvostivat heidän yksilöllistä huomiointiaan ja heidän tilaansa perehtymistä. Ilman perehtymistä arvon tuhoutumisen riski myös kasvaa. Perehtyneisyydellä saattaa olla lisäksi vaikutusta potilaan motivaatioon suorittaa omia arvon yhteisluonnin kannalta tärkeitä käytänteitä nyt ja tulevaisuudessa (Alden ym. 2012; Grönroos & Voima 2013; Merz ym. 2013).

”Mainitsin tästä yhestä, jolla oli kiire vapun rientoihin, niin mä en oo kertaakaan hakenut sitä lääkettä minkä se mulle määräs. Ihan vain sen takia, että hän ei malttanut ottaa perille asti sitä asiaa mitä mä sanoin et mä en rupee syömään sellasta lääkettä minkä jälkeen mä oon ihan tillin tallin enkä pysty tekee, toimimaan. Et et et kyllä siinä mielessä pitää lääkärin myös huomioida niitä, mikä sitten oikeesti sopii mulle ja mikä ei.” (H3)

”Lääkäri on perehtynyt siihen mikä mun tilanne on ja on tosiaan valmis niinku selvittämään sen, että mikä mulla on sekä fyysinen että henkinen tilanne.” (H4)

Se, miten lääkäri hyödyntää perehtymistään ja ammattitaitoaan potilaan silmissä voidaan haastattelujen perusteella ajatella olevan perustelut, asioiden selittäminen ja lisätiedon antaminen. Chan ym. (2010) esiintuoma tiedon antamisen käytänne sopii siis myös lääkärin kohdalle.

”Sen lääkärinkin pitää osata ottaa kantaa siihen, että semmonenkin on ku hoitoväsymys koska niin. Tavallaan niinku tuota, ku sillan itekkää ei tienny koko sanna ku koki sen.” (H2)

”Lääkäri on mulle konsultti tietyllä tapaa, että se niinku selittää mitä mahdollisuuksia on ja mitä voidaan kokeilla, kokeillaanko tätä, ehdottelee ja mä oon sitte viime kädessä se joka päättää lähenks mä siihen vai en.” (H3)

”Mun mielestä lääkärin tehtäviin kuuluu myös kertoa näistä kaiken maailman kuntoutuksista ja tämmösistä (muut vaihtoehdot). Se että pidetään mahdollisimman hyvässä kunnossa se, et pystyis käymään töissä.” (H1)

Potilas arvioitavan vuoksi selkeä perustelu voi parantaa potilaan motivaatiota ja myös lisätä tietämystä paitsi omasta sairaudestaan, myös siitä miksi sitä tulee hoitaa säännöllisesti. Näin ollen perehtyminen on tärkeä lääkärin käytäntö.

4.4.3. Ohjaaminen

Osallistaminen tarkoittaa lääkärin toimia, jotka pyrkivät saamaan potilaan osallistumaan enemmän vastaanoton aikana. Elg ym. (2012) mukaan opettaminen on yksi keino osallistaa, ja jonka Ouschan ym. (2006) esittävät sen olevan erityisen tärkeää erityisesti kroonisten sairauksien parissa. Haastatteluissa havaittiin, että lääkärit ottavat potilaita mukaan keskusteluihin, mutta lääkärin sana on useimmiten lopulta se jota seurataan.

”Jos lääkäri mulle jotain sanoo, niin kyllä mä lääkäriä uskon. Vähä niinku kampaajallaki, et jos kampaaja sanoo, et mulle sopii jotku hiukset niin mä annan siinä vaiheessa vapaat kädet et olkoon, antaa mennä. Koska vaikka on ihan eri asioita kyse niin ne on silti ammattilaisia.” (H4)

”Mä niinkun kaipaen sitä hänen asiantuntemustaan ja kokemustaan eri potilaiden kanssa tästä lääkkeestä. Mut hän tuo ne, vaihtoehtoja kyllä hyvin esille ja sit yhdessä niistä sit keskustellaan ja mä kyselen niistä lääkkeistä aina sivuvaikutuksista ja kaikesta ja sitten niinkun kyllä sen melkein niinku vois sanoa, että yhdessä päätetään mutta mä luotan sitten paljon hänen arvioihin mitä hänellä on kokemuksiaan sitten muiden potilaiden kanssa näiden lääkkeiden tehosta.” (H1)

Tavallaan potilaat eivät edellä mainituissa tilanteissa juurikaan hyödynnä omia käytänteitään, vaan olettavat lääkärin tarjoavan heille ratkaisun valmiina. Kuitenkin kirjallisuudessa nousee esiin, että palveluntarjoajan tulisi osallistamisen lisäksi myös perustella valintansa (Gaur ym. 2011). Haastatteluissa ei selvinnyt, toimivatko lääkärit näin. Yksi haastatelluista toi kuitenkin esiin arvon yhteisluonnin lähtökohtaisen tarkoituksen – yhteistyön kautta saavutettavat hyödyt.

”Se on vähä sellai vähä semmosta tiimityöskentelyä kans .. Tarviin hänen ammattitaitoaan siihen et saadaan siihen joku ratkaisu.” (H3)

4.4.4. Voimaannuttaminen

Ohjaaminen on läheisesti yhteydessä myös voimaannuttamiseen, joka voi parantaa erityisesti potilaan motivaatiota. Voimaannuttamisen avulla potilas saa uskoa tekemiseensä ja se samalla parantaa potilas-lääkärisuhdetta (Ouschan ym. 2006). Voimaannuttaessaan lääkärin tulee ottaa potilaan tarpeet ja sen hetkisen tilan myös huomioon valinnoissa, joita vastaanoton aikana tehdään. Voimaannuttamisen merkitys näkyi erityisesti haastateltujen henkilöiden ilmaisemassa emotionaalisessa arvossa ja täten, sen voidaan esittää olevan merkityksellinen arvon yhteisluontia tukeva lääkärin käytänne.

”Mä saan semmosen uskon, että hyvin tässä mennään eteenpäin ja sit ku hän aina kertoo välillä, että on taas tullu uus lääke, jos tää vaikka lopettaa tai sit tästä loppuu tehovaste tästä biologisesta, uutta on taas tullu, että antaa semmosta uskoa, että vielä löytyy hoitoja et ei me heitetä hankskoja nurkkaan, et heh, homma jatkuu.” (H1)

”Keskustellaan niitä sitte tuota ja sitte niitä vaihtoehtoja käydään läpi, että tuota, mitä mitä otetaan ja onko valmis sitoutumaan semmoseen joka päiväiseen, aamulla ja illalla lääkettä ja pystyykö, pystyykö sitä tekemään ja näin pois päin.” (H2)

4.5. Arvon yhteisluonnin onnistumiseen vaikuttavat potilaslähtöiset tekijät

4.5.1. Kyvyt

Jos lääkäri voi valita erilaisten vuorovaikutustapojen käytöstä, kuten Ouschan ym. (2000) esittävät, voivat myös potilaat valita erilaisia vuorovaikutustapoja kykyjensä mukaan. Potilaan lääkärille antama tieto voi olla monen tasoista ja tätä kautta vaikuttaa siihen miten hyvin arvon yhteisluonti onnistuu. Haastatteluissa nousi esiin teema, jossa haastatellut puhuivat omasta ilmaisutavastaan. Omat ilmaisutaidot vaikuttavat haastattelujen mukaan annettavan tiedon laatuun.

”Mä en vaan ilmeisesti osannu ilmaista itseäni.” (H5)

”Mä tuon sen selvästi esille, kaiken mahdollisen mikä on vaikuttanut minun terveydentilaan – nousut ja laskut, hyvät ja huonot päivät.” (H1)

Vuorovaikutustaitojen lisäksi haastatellut toivat vahvasti esiin mistä ja kuinka paljon he ovat saaneet tietoa sairaudestaan. Potilaan osallistumiseen tunnistettiin haastattelujen perusteella vaikuttavan muun muassa potilaan oma tietämys, johon vaikuttavat sekä aiemmat kokemukset että erilaisista tietolähteistä saadut tiedot.

”Kun sieltä [aurinkopainotteiselta sopeutumisvalmennuskurssilta] sai niin valtavasti sitä tietoa et mä oon aktivoinut sillä tavalla.” (H5)

”Sitä kautta mie oon saanu aika paljon ystäviä sieltä reissulta...Meil on tuola Facebookissa tuommonen ryhmä, missä kaikki vaihtaa jos on kato jotain uutta tai että mikä on oma tilanne ja niin pois päin... Niiltä saa sitten tosi paljon sitä, käytännön ohjeita esimerkiksi tai sit kaikkia tämmösiä asioita.” (H2)

”Oon luku itteki näitä käypähoitosuosituksia mitä on psoriaasista, ihan vaan wikipedia-sivustoja, että mitä sielä siitä sanotaan ja sitte että vähä tutustunu justiinsa Psoriasisliiton sivuihin ja sitte seuraa Facebookin kautta näitä vertaistukiryhmiä, että mitä sielä ihmisillä on kokemuksia, mutta sieläki hyvin nopeesti tuli hyvin kriittiseksi sitä tietoa kohtaan mitä ihmiset sielä jakaa..... Ja sielä niinku hämmästyttää välillä niinku se ihmisten tiedon vähyys omasta sairaudesta - että eikö niinku kaikkia kiinnosta samalla tavalla, ku se kuitenkin on sairaus mikä sulla on, eikö sua kiinnosta mitä siihen kuuluu.” (H4)

On mielenkiintoista haastattelujen pohjalta huomata, ettei potilailla oleva tieto suinkaan tule vastaanottokäynnin seurauksena. Potilaat etsivät aktiivisesti tietoa internetin erilaisilta keskustelupalstoilta, Facebookin ryhmistä ja lukevat lehtiä. Näiden lisäksi vertaistuen ja aurinkopainotteisten valmennusjaksojen tärkeys korostui oman tietämyksen lisääntymisen kannalta. Vertaisilta saatiin merkittävästi tietoa esimerkiksi siitä, millaisia hoitokäytänteitä eri puolilla Suomea on, millaisia eri hoitovaihtoehtoja on

ja millaiset ei-lääkkeelliset hoidot voisivat auttaa. Vertaisten kautta potilaat kokivat saavansa myös lääkärisuosituksia. Kuitenkin aina tiedon luotettavuutta ei osattu arvioida.

Potilaan tietämysten yhteys arvon yhteisluonnin onnistumiseen saattaa tulla Alden ym. (2012) mainitseman tuttuuden kautta. Tuttuun asiaan on helpompi ottaa kantaa eli silloin potilaalla on kykyä osallistua. Oma tietämys haastattelujen mukaan kasvaa siis paitsi tiedonhaun kautta tai keskustelemalla, myös kokemusten kautta. Oman tietämysten kasvamisen seurauksena haastatellut kuvaavat saavansa perspektiiviä ja esimerkiksi osaavansa kieltäytyä, jos heille ehdotetaan jo kokeiltua huonosti toimivaa lääkettä, oppivansa parempia hoitotapoja ja pystyvänsä vaatia tiettyjä toimenpiteitä.

”Mä ite tiedän siitä sairaudesta paljon niin silloin mun on helpompi tuoda sitä.” (H3)

”Ja tietysti itellekin tullut tässä vuosien mittaan hirveesti tietoa lisää, lisää niinkun hoidoista ja kaikista muista.” (H1)

4.5.2. Motivaatio

Toisaalta, jos potilas haluaa kasvattaa tietämystään tulee hänellä olla myös motivaatiota. Motivaatioon hakea tietoa puolestaan voi vaikuttaa useita eri tekijöitä, kuten aiemmat kokemukset, joiden myös Grönroos & Voima (2013) ovat todenneet vaikuttavan tuleviin palvelutilanteisiin. Lisäksi myös opastaminen, tunteet ja asenne voivat olla yhteydessä motivaatioon.

Kirjallisuudessa esitetään, että asiakkaiden opastaminen on tärkeää (Hibbart 2016). Ei kuitenkaan tuoda esiin sitä, että eri asiakkaat saattavat tarvita erilaista opastamista. Yksi haastatelluista toi voimakkaasti esiin juurikin oman tiedon tason merkitystä vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta. Lääkärin tulee pystyä ottamaan huomioon potilaalla jo oleva tieto ja sen taso, sillä tällä saattaa olla yhteys potilaan motivaatioon.

”Se alkaa niinku selittää mulle jotenkin niinkun juurtajaksan niinku perusjuttuja eli se että, tavallaan se, että ne asiat jotka on mulla jo tiedossa.... Et kyl sen näkee ja kuulee potilaasta silloin sitte ku toinen on ihan pihalla et mistä on kyse, et ku mä en nyt oikein tiedä mistä täs on kyse niin silloin tarvitaan niinku abc:tä ja sitten ku on jo pitkään ollu tään kanssa niin sitte aletaan olla jo sielä xzy-osastolla, että et ei niinku enää, et sit voi vaan heittää kysymystä, että olitko tästä ja tästä tietoinen ja et nythän sulla varmaan on jo.. Et vähä se sellanen potilaan niinku tiedonkunnioittaminen niin se on kans aika tärkeetä.” (H3)

Tästä huomioinnista tai huomioimatta jättämisestä voi herätä potilaalle erilaisia tunteita. Yleensäkin ottaen havaitaan, että potilaiden tunteilla saattaa olla vaikutusta siihen, miten he osallistuvat käynnin aikana. Berry & Bendapudi (2007) antavat tälle tukea. Tuttuus tai huomiointi voivat esimerkiksi lisätä positiivisia tunteita, ja näin lisätä potilaan motivaatiota osallistua. Haastatteluista ilmeni myös yhteys tietämyksen ja osallistumismotivaation välillä.

”Et ei enää niin jännitä ja se, että kun tietää mistä on kyse.” (H3)

”Sitä osaa itte vaati ihan eri tavalla ku joku tommonen aloittelija vaikka. Kokemuksella on merkitystä.” (H2)

”Kun on aina käynyt samalla lääkäriillä niin on tottunu siihen, että sielä niinkun etenee tietyllä tavalla tilanne.” (H4)

Konkreettisesti palvelutilanteessa potilaan osallistumishalukkuudesta kertoo potilaan asenne. Haastatteluissa sen havaitaan olevan yhteydessä potilaan haluun tehdä yhteistyötä ja luoda arvoa lääkärin kanssa yhdessä. Haastatteluissa asenne lääkäriä kohtaan vaihteli kielteisestä hyvin positiiviseen.

”On tosi tärkeetä, että lääkäri hyväksyy myös sen et vaik hän tarjois mulle mitä, niin se ei tarkoita et mun on pakko tarttua niihin. Vaan se on vähä niinku kaupassa, että valitsen sielä vähä minkä suklaapatukan mä ottasin et tavallaan seon vähä niinku tuote-

esittelijä tavallaan et tätä on ja tällstä on ku se on aina se lääkehommi sitä, että sitä ei oikein tiedä ennen ku kokeilee ja yks sopii yhelle ja yks toiselle.” (H3)

”Oikeestaan en luota lääkäreihin.” (H5)

”Mä osaan arvostaa niitä tietoja mitä annetaan.” (H4)

Kuten tietämykseen, myös asenteeseen voivat vaikuttaa aiemmat kokemukset ja päämäärät. Negatiivisen asenteen taustalla voi vaikka olla arvoa tuhonnut palvelukohtaaminen. Haastatteluissa ilmeni myös selkeää asenteen kautta ilmenevä omien päämäärien vaikutus arvon yhteisluontiin osallistumiseen. Se millainen tavoite potilaalla oli, vaikutti hänen käytänteidensä suorittamisaktiivisuuteen vastaanotolla. Haastatellut eivät esimerkiksi kokeneet tarvitsevänsä vahvempia hoitoja.

”Mä oon jo tähän ikään mennessä kokeillu monen sortista niin se on niinku se, että kun mulle ei edes niinkun tarjota mitään vahvoja eikä mitään biologisia lääkkeitä eikä similaareja eikä mitään semmosia, koska mä en niihin, mä en tarvitse niitä et mä pärjään tällä nykyisellä” (H3)

”Mut mä olin vaan et ei tää oo mitää, on nää ollut pahemmatki – tää on parempi nyt kuitenkin” (H5)

”Se oli todella hyvin havaittavissa ihan kortisonivoiteilla pärjäsin.” (H1)

4.6. Arvon yhteisluonnin tukemiseen yhteydessä olevia tekijöitä

4.6.1. Kyvyt

Haastatellut arvioivat lääkärin kykyjä pääsääntöisesti tämän vuorovaikutustaitojen kautta. Ouschan ym. (2000) esittää, että lääkäreillä on käytössään tulosorientoitunut ja sosioemotionaalinen vuorovaikutustapa. Haastattelujen perusteella lääkäreille ei aina kuitenkaan ole selkeää, millainen vuorovaikutustapa sopii käytettäväksi esimerkiksi

esitettäessä kysymyksiä tai asioiden esiintuonnissa. Tällöin voidaan esittää, että lääkäreiltä saattaa puuttua sopeutumiskykyjä. Sanojen valinta voi toisaalta kertoa myös lääkärin motivaatiosta.

”Hän puhu näistä lääkkeiden hinnasta ja hän kertoi, että jos tää (lääke) ei auta ja mennään siihen ihan loppupäähän niin se maksaa sit, en muista sanoko se et kymmeniä tuhansia – ihan sillai niinku se olis mun vika, et yritä nyt sillai et se (lääke) auttaa sitte.” (H5)

”Hän määräs mulle jotain mietoja kortisoneja ja komensi, että älä raavi koska se vaan pahentaa niin siinä vaiheessa tuli vaan, et sä et voi tietää miltä tää tuntuu, että haista paska!” (H4)

”Myös tarvin sitä informaatiota, että lääkärin täytyy myös ymmärtää se, et mä en oo opiskellu lääketiedettä. Niin sillee, että se tulis niinku suomenkielellä eikä niinku puoliks latinaks.” (H3)

Vuorovaikutustavan voidaan katsoa myös läheisesti liittyvän lääkärin voimaannuttamisen käytänteeseen. Haastateltujen tavat kuvata lääkärin voimaannuttavaa, uskoa kasvattavaa käytöstä tuovat esiin lääkärin halun yksilöllisesti hoitaa potilastaan. Eri näkökulmasta katsottuna voimaannuttamisen voidaan katsoa vaativan lääkäriltä myös kykyjä esimerkiksi juuri sanojensa valintaan.

”Viimekskin hän sano just siihen tapaamisen loppuun et ”ei kannata vielä luovuttaa, että toivoo on ja vaihtoehtoja on, että tsemppiä vaan jatkoon”. Että se hoitohenkilökunta ymmärtää mitä mulla on meneillään ja kuinka rankkaa se on. Ja osaa valita sanansa oikein, että sieltä on vähän kevyempi ja parempi olo lähtee.” (H4)

”Antaa semmosta uskoa, että vielä löytyy hoitoja et ei me heitetä hanskoja nurkkaan, et heh, homma jatkuu. Ja semmonen, mä ainakin tuun aina hirmu hyvällä päällä sieltä pois lääkärin vastaanotolta ja on semmonen tunne, että minua on kuultu, uskottu ja tota.. otettu tosissaan ja tsempattu et kyl se tästä taas menee.” (H1)

Haastatellut saattavat myös vuorovaikutustapojen arvioinnin kautta arvioida lääkärin ammattitaitoa ja asiantuntijuutta koskien psoriaasia. Kuten potilaankin, lääkärinkin tietämys on tärkeää arvon yhteisluonnin onnistumiseksi. Haastatellut arvostivat kokemuksen tuomaa tietotaitoa ja neljä viidestä haastatellusta sitä, että lääkäri tuntee juuri tähän sairauteen liittyvät lainalaisuudet.

”Mä niinkun kaipaen sitä hänen asiantuntemustaan ja kokemustaan eri potilaiden kanssa.” (H1)

”Hän auttaa mua ratkasemaan [ongelman], ei niin et hän välttämättä ratkasee, hän auttaa mua yhdessä ratkasemaan sen. Niin, et se on vähä sellai vähä semmosta tiimityöskentelyä kans, että mulla on ongelma ja mä tarviin hänen apuasa siihen, että mä.. Hänen ammattitaitoaan siihen, et saadaan siihen joku ratkasu.” (H3)

”Mä en aktiivisesti oo tutustunu mihinkään tuoreeseen tutkimukseen vaan mulla on suuri luotto justiin, että niillä ihmisillä, ketkä sielä vastaanotolla on, tietää sen uusimman tutkimustiedon.” (H4)

Yksi haastatelluista toi kuitenkin vahvasti esiin sitä, etteivät lääkärit keskimäärin tiedä sairaudesta tarpeeksi ja toinen sitä, etteivät lääkärit tunne muita hoitokeinoja lääkehoitojen lisäksi.

”Et sieltä pitäis tulla tietoo [muikin kuin lääketieteellinen], mut ei, sitä tulee yllättävän vähän.” (H1)

”Jos lääkäri ei puhu.. niin mistäpä niitä vois tietää itekkää.” (H2)

Kontekstin aiheuttama haaste arvon yhteisluonnin onnistumiselle nostaa päätään lääkärin käytänteiden suorittamisen kautta. Palvelussa mahdollisesti määrättävien lääkkeiden vaikutus potilaaseen ei ole lääkärin hallittavissa, mutta potilaat saattavat

linkittää lääkityksen kohdalleensaamisen myös lääkärin ammattitaitoon. Kitkaa potilaan ja lääkärin välille voi aiheuttaa juuri lääkeshoidon toimimattomuus.

”Ollaan lähemmäs puol vuotta kokeiltu jotain lääkettä ja taas vaihdetaan ja taas ootetaan uusia sivuoireita... se pettymys.” (H1)

”Jos mennään niinku vähä samalla ku on tähänki asti menty, et se ei niinku etene se hoitohomma.” (H3)

”Jos hoitoja jatketaan vaikka todetaan että tuota, niistä ei ole hyötyä. Että se on vaan semmosta ajanhaaskausta, se on vähä niinku tekohengitys vaan.” (H2)

Toisaalta, vaikka lääkäri ei pysty vaikuttamaan lääkkeiden toimivuuteen, on hänen ammattitaitonsa mukaista olla perillä viimeisimmistä lääkevaihtoehdoista sekä lääkkeiden välisistä eroista. Voidaan ajatella, että hoitostrategioita suunniteltaessa on tärkeää aloittaa hoito tehokkaasti, jolla pystytään mahdollisesti saamaan potilaan iho hyvään kuntoon jo vähemmillä kokeiluilla. Tämä saattaa olla yhteydessä myös siihen miten potilas kokee lääkärin vastaanotolla käynnit ja lääkärin ammattitaidon ja samalla arvon yhteisluonnin onnistumisen todennäköisyyden.

4.6.2. Motivaatio

Lääkärin motivaatio kertoo siitä, miten paljon hän haluaa itse osallistua arvon yhteisluontiin tukemalla potilasta (Merz ym. 2013). Lääkärin halusta kertovia tekijöitä nousi muutamia haastatteluissa. Niitä olivat kiinnostuneisuus potilaan kohtaamisesta ja yksilöllisen tehokkaan hoidon valitsemisesta, asenne, käytös sekä potilaan kunnioitus.

Lääkärin aito kiinnostus potilaan tilasta ja hoidosta välittyy herkästi potilaalle tämän kehonkielen ja asenteen kautta, joita potilas herkemmin arvioi palvelutilanteessa (Lengnick-Hall ym. 2000). Tällaisen arvion perusteella potilas arvioi kannattaako osallistua – koituuko siitä hänelle arvoa. Monet haastatellut kuvasivat kokeneensa negatiivista asennetta vastaanottotilanteessa:

”Se tuli ja ”mikäs siulla ny on”... Isketään tota kortisonipiikki, että sitte ens kerralla pääset omalle lääkärille.” (H1)

”Jos mä en osaakkaa kertoo ja jos mä en kehtaa, tulee sit, ku mä oon joskus yrittäny työntää näitä niveloireita niin emmä tiedä onks se sitten niin, että ei lääkärit tiedä vai ei ne haluu tai ei ne ainakaa saa mua vakuuttuneeksi siitä, että mulla ei niinku olis mitää nivelongelmaa.” (H5)

”Lääkäri ei paljonkaan puhu, käskee vaan riisumaan, kattoo mua päältä päin ja kirjoittaa respetin ja heippa. ... Et sori et anteeks että oon olemassa oleva ihminen.” (H3)

Negatiivinen asenne voi luoda esteitä arvon yhteisluonnin osallistumiselle, sillä potilas ei välttämättä tällaisessa koe tulleen huomioiduksi eikä näe hyötyä omasta osallistumisestaan. Asenne voi näkyä myös potilaan sen hetkisen tietotason määrittäsen kautta. Tietotason huomioiminen on noussut esimerkiksi Hibbartin (2016) tutkimuksessa tärkeäksi asiakkaan osallistumisen kannalta.

”Selittää mulle jotenkin niinku juurtajakaen niinku perusjutut..ne asiat jotka on mulla jo tiedossa.” (H3)

”Than niinkö turhaa kyseltiin ja se on nimenomaan nii , että lääkärit ei ymmärrä sitä, esimerkiksi sitä hoitoväsymystä ollenkaa, että en usko että ne tietää mikä se on.” (H2)

Negatiivinen asenne voidaan tulkita kiinnostuksen puutteena, ja toinen esiin noussut tema, kunnioitus, puolestaan kiinnostuksen osoituksena ja yksilöllisen huomioinnin lähteenä. Kunnioitus ja potilaan ymmärtäminen tulee esiin lääkärin asioiden esittämistavoilla, mutta myös kehonkielellään.

”Lääkäriltä tulee semmosia tutkimustuloksia, joita mä arvostan sen takia, että kun siitä näkee, että se lääkäri ei aliarvioi mua, että ”ei se kuitenkaan tajua mitä nää vois tarkoittaa, niin turhaa mä niitä sille kerron.” (H4)

”Lääkäri ottaa mut niinku vakavasti, tosissaan, se että mitä mä sille kerron niin ne on niinku mun kokemusta ja mun oireita, että ei lähe heti ensimmäisenä vähättelemään tai torppaamaan niitä, että että niinku keksimään niinku että tämä johtuu siitä tai että tämä johtuu tästä, että ottaa sen niinku harkinnanpäälle sen asian.” (H3)

”Sillon oli, tai olikohan siitä aikaa, niin oli tullu ero niihin aikoihin niin lääkäriä kiinnosti myös se asia. Et miten niinku.. vaikuttaa ne ja.. Sitten niinku muuten menee elämässä ja näinpoispäin. Että sielä puhuttiin aika paljon muutakin asiaa ku sitä sairautta.” (H2)

5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen viimeisessä luvussa tuodaan tiivistetyssä muodossa esiin tutkimuskysymykseen vastaus. Vastaus annetaan osakysymyksiin vastaamalla. Tämän lisäksi päättävä luku tarjoaa ehdotuksia jatkotutkimukselle ja esittää arvion tutkielmasta.

5.1. Tutkimuskysymykseen vastaaminen

Tutkimuksen kenttänä toimi psoriaasipotilaan ja tämän lääkärin välinen yhteistyö. Tarkemmin tavoitteenaan ymmärtää paremmin miten potilaan näkökulmasta arvon yhteisluonti toimii ja millaisia tekijöitä siihen liittyy. Tavoite jaettiin osiin, jotka olivat arvon ilmenemisen, arvon yhteisluomisen mahdollistamiseksi käytettävien käytänteiden ja käytänteisiin vaikuttavien tekijöiden syvällisempi ymmärtäminen.

Empiiristä osiota varten haastateltiin viittä ihopsoriaasia sairastavaa henkilöä, joiden diagnoosista oli kulunut 2 – 27 vuotta. Henkilöiden psoriaasin muoto vaihteli pisara- ja läiskäpsoriaasista nivelpsoriaasiin ja heidän sairautensa oli keskivaikea tai vaikea. Haastatellut käyttivät pääsääntöisesti julkisen terveydenhuollon palveluita, mutta työelämässä tai opiskeluissa mukana olevat saattoivat käyttää lisäksi myös muita palveluita.

Haastatteluiden avulla saatiin syvällisempi ymmärrys siitä, millaista arvoa haastatellut kokivat saavansa lääkärin vastaanotolla käynneistään. Kirjallisuuden perusteella tutkimuksen arvoulottuvuuksiksi määriteltiin toiminnallinen, sosiaalinen, emotionaalinen ja taloudellinen (Sheth ym. 1991; Rintamäki ym. 2007; Nordin & Kowalkowski 2010; Salomonson ym. 2012). Toiminnallinen ja emotionaalinen ulottuvuus osoittautuivat merkittävimmiten arvoulottuvuuksiksi. Arvo sai toiminnallisia muotoja, kuten ammattilaisen arvio, seuranta ja kokonaisvaltainen hoito sekä emotionaalisia, kuten suhde ja toivo. Sosiaalista arvoa haastatellut kuvasivat saaneensa kanssakäymisestä. Taloudellinen arvo esiintyi parissa haastattelussa nimenomaan hoidon edullisuuden vuoksi.

Sillä tutkimuksen näkökulmaksi valittiin potilaan näkökulma, tarkastellaan sekä potilaan omia että lääkärin arvon yhteisluonnin onnistumiseksi suorittamia käytänteitä samasta näkökulmasta. Molemmilla osapuolilla esiintyi monia suoritettavia käytänteitä. Arvon yhteisluomisen näkökulmasta lääkärin tehtävänä on pyrkiä luomaan sellainen arvoehdotelma, jonka avulla hän pystyy pääsemään osalliseksi potilaan arvonluontiprosessia. Jos lääkäri pystyy tarjoamaan tällaisen potilasta kiinnostavan arvoehdotelman, tarjoutuu hänelle mahdollisuus päästä tukemaan paitsi potilaan myös oman arvonsa syntymistä. Potilaan itse määrittelemä ja kokema arvo näyttäytyy eri ulottuvuuksien kautta, mutta lääkärin tai toisaalta hänen edustamansa yrityksen saama arvo tässä tutkimuksessa nähdään pelkästään taloudellisena arvona.

Sillä terveydenhuollon palvelut eroavat monista palveluista sekä tietointensiivisyytensä että luonteensa vuoksi, nähdään tässä tutkimuksessa arvoehdotelma syntyvän vasta palvelukohtaamisen aikana, ei ennen. Ennen palvelukohtaamista tilanteen yksinkertaistamiseksi voidaan olettaa, että kaikki lääkärit nähdään samanarvoisina ammattilaisina ja vasta potilaan ja lääkärin kohdatessa määritetty se, mitä potilaalle tulee esittää tämän arvokokemuksen kasvattamiseksi.

Potilaan suorittamiksi käytänteiksi määritettiin viisi käytännettä: tiedon jakaminen ja rajojen asettaminen, tiedon hankkiminen, järkeily, päättäminen ja vaatiminen. Kuitenkin vain neljä ensimmäistä nähdään arvon yhteisluonnin onnistumisen kannalta hyödyllisinä. Jotta potilas saa suuremman hyödyn lääkärin ammattitaidosta, on hänen parhaansa mukaan pyrittävä avoimesti kertoa lääkärille tilastaan. Toisaalta potilas ymmärtää paremmin mitä lääkärin tarvitsee tietää, kun hän hankkii itsenäisesti tietoa eri lähteistä. Tutkimuksessa havaittiin potilaiden hankkivan tietoa esimerkiksi muilta psoriaasia sairastavilta ja internetistä. Vain yksi haastatelluista toi esiin saavansa merkittävästi tietoa lääkärin vastaanotolta.

Potilaan oman järkeilyn eli ajattelutyön tuloksena hän mahdollisesti pystyy paremmin käyttämään tietämystään ja liittämään asioita yhteen vastaanottotilanteen aikana ja sitä kautta myös paremmin tekemään päätöksiä. Haastattelujen perusteella tunnistettu vaatimisen käytänne ei tue arvon yhteisluonnin päämäärää, sillä potilaan joutuessa

vaatia voidaan päätellä vuorovaikutussuhteessa esiintyvän epätasapainoa tiedon antamisen ja tiedon saannin välillä.

Lääkärin käytänteistä tunnistettiin niitä tekijöitä, joilla haastattelujen mukaan on yhteyttä arvon yhteisluonnin onnistumiseen. Lääkärin käytänteiksi tunnistettiin neljä käytännettä: kuunteleminen, perehtyminen, ohjaaminen ja voimaannuttaminen. Ilman näiden käytänteiden suorittamista arvoa tuottavan yhteisluonnin todennäköisyys pienentyy ja riski arvon tuhoutumiseen tai syntymättömyyteen kasvaa. Kuuntelemalla potilasta lääkäri osoittaa olevansa kiinnostunut potilaan tilasta ja haluavansa osallistua arvon yhteisluontiin. Kuunteleminen myös mahdollistaa lääkärin perehtymisen potilaan tilaan, sillä ilman kuuntelua ei hän pysty hyödyntämään potilaan antamaa tietoa. Ohjaamalla potilasta lääkäri pystyy lisäämään potilaan kykyjä osallistua tietämyksen kasvamisen myötä. Voimaannuttavan vuorovaikutuksen avulla puolestaan lääkäriellä on mahdollisuus kasvattaa potilaan uskoa itseensä ja kykyihinsä, jolla on yhteyttä potilaan motivaatioon.

Esitetyt käytänteet tukevat McColl-Kennedyn ym. (2012) esittämää huomiota siitä, ettei arvon yhteisluominen voi tapahtua ilman resurssien integraatiota. Resurssien integraatiota ei voi tapahtua elleivät osapuolten suorittamat käytänteet tue sitä. Toisaalta sekä potilaan että lääkärin suorittamiin käytänteisiin havaitaan vaikuttavan niitä suorittavan henkilön kyvyt ja motivaatio. Potilaan käytänteiden suorittamiseen vaikuttavat tekijät tunnistettiin siltä kantilta, mitkä tekijät vaikuttavat kykyihin ja motivaatioon arvon yhteisluontikäytänteiden suorittamiseksi. Lääkärin käytänteitä kuvattiin niiden arvon yhteisluonnin tukevan luonteen kautta.

Potilaan kykyihin esitetään vaikuttavan tämän sosiaaliset taidot ja tietämyksen taso. Potilaan sosiaaliset taidot vaikuttavat siihen, miten hyvin käytänteiden suorittaminen onnistuu. Jos potilas ei esimerkiksi osaa ilmaista itseään hyvin, saattaa lääkäriltä mennä jokin hoidon kannalta merkityksellinen asia ohitse ellei myöskään tämä osaa sitä nimenomaan kysyä. Tietämyksen taso karttuu kokemuksen ja oppimisen kautta, jotka toisaalta saattavat lisätä potilaan tuntemaa kontrollia ja näin olla yhteydessä siihen miten hän arvon yhteisluontikäytänteitä suorittaa.

Kokemuksien havaittiin olevan yhteydessä myös motivaatioon. Jos esimerkiksi lääkäri jättää huomioimatta potilaan tietämyksen tason kerran, voi potilas olettaa kaikkien lääkäreiden toimivan samoin. Tämä tietotason huomiointi voi vaikuttaa paitsi sen hetkiseen myös tulevaan motivaatioon. Huomioinnin vaikutus motivaatioon voi välittyä haastattelujen perusteella myös sen luomien tunteiden välityksellä. Lisäksi potilaan omalla asenteella havaittiin olevan vaikutusta.

Lääkäristä motivaatiosta ja kyvyistä kertovia tekijöitä tunnistettiin pääsääntöisesti vuorovaikutustaitojen kautta. Epäonnistunut sanojen valinta miellettiin arvon tuhoutumisen riskitekijänä ja päinvastoin sopivien sanojen löytäminen arvon yhteisluonnin onnistumisen todennäköisyyden kasvuna. Vaikka lääkkeiden toimivuus ei olekaan lääkäristä riippuva tekijä, se saatetaan siitä huolimatta liittää lääkärin ammattitaitoon ja sairauskohtaiseen asiantuntemukseen. Motivaatiosta kertovina tunnistettiin kiinnostuneisuus, yksilöllinen hoidon valinta, asenne ja kunnioitus. Aidon kiinnostuksen todettiin välittyvän kehonkielen, hoitoasenteen ja kunnioituksen kautta.

5.2. Tutkielman arviointi ja jatkotutkimusehdotukset

Psoriaasin on todettu vaikuttavan sitä sairastavan henkilön elämään paitsi fyysisellä, mutta myös henkisellä tasolla (Novartis 2016a). Tämä tutkimus tarjoaa syvällisempää ymmärrystä siitä, miten psoriaasipotilaat kokevat vastaanottotilanteet lääkärin kanssa. Erityisesti tutkimus tunnistaa niitä tekijöitä, jotka ovat keskeisessä osassa vastaanotolla tapahtuvan arvon yhteisluonnin kannalta. Näiden tuloksien avulla pystytään tunnistamaan kohtaamisen sudenkuoppia ja niitä tekijöitä, joiden avulla palvelutilannetta voidaan kehittää potilaan hyvinvointia entisestään tukevampaan suuntaan. Tutkimuksen kannalta oleellisena nähdään myös se, että tulokset on kerätty potilailta ja ne kuvastavat heidän henkilökohtaisia tuntemuksiaan.

Sillä tutkimukseen valitut henkilöt sairastivat keskivaikeaa tai vaikeaa psoriaasia ja hoitivat sairauttaan julkisen sairaanhoidon piirissä, lähinnä erikoissairaanhoidossa, rajoittuvat tutkimustulokset näihin lääkäri-potilaskohtaisiin. Todennäköisesti

samantapaisia tuloksia saataisiin myös perusterveydenhuollosta, mutta on mahdollista, että lääkärien ammattiosaamisen suuntautumisen vuoksi tulokset eroaisivat.

Jotta tutkimuksen tuloksia jatkossa voitaisiin viedä pidemmälle ja arvon yhteisluontia tulisi tarkastella myös lääkärin näkökulmasta. Tätä varten voidaan haastatella psoriaasipotilaita hoitavia lääkäreitä ja peilata heidän vastauksiaan potilaiden vastauksien kanssa. Tällä tavoin voitaisiin löytää vastaanottotilanteista tarkemmin ne kohdat, jossa arvon tuhoutumisen riski on suurin. Samalla voitaisiin parantaa potilaiden ja lääkäreiden yhteisymmärrykseen pääsyä.

Lääkärin näkökulman lisäksi tutkimuksen jatkon kannalta tärkeää olisi tutustua syvällisemmin siihen, millaiset vastaanottotilanteen ulkopuoliset tekijät vaikuttavat arvon yhteisluontiin. Toisin sanoen, ottaa huomioon asiakkaan ekosysteemi ja perehtyä miten asiakkaat toimivat niissä arvon yhteisluontia tukevalla tavalla ja mikä todella on perheen, ystävien ja yritysten tuottaman materiaalin sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten, kuten sairaanhoitajien vaikutus. Näiden ehdotusten ohella tarkasteluun tulisi ottaa myös se, mitkä tekijät muodostavat esteitä tai ovat negatiivisesti yhteydessä arvon yhteisluontiin.

LÄHDELUETTELO

- Akaka, MA, SL Vargo & RF Lusch (2012). An exploration of networks in value cocreation: A service-ecosystems view. *Review of Marketing Research* 9, 13-50.
- Alden, DL, MY Merz & J Akashi (2012). Young adult preferences for physician decision-making style in Japan and the United States. *Asia Pacific Journal of Public Health* 24, 173-184.
- Auh, S, SJ Bell, CS McLeod & E Shih (2007). Co-production and customer loyalty in financial services. *Journal of Retailing* 83:3, 359-370.
- Ballantyne, D & RJ Varey (2006). Creating value-in-use through marketing interaction: The exchange logic of relating, communicating and knowing. *Marketing Theory* 6:3, 335-348.
- Ballantyne, D (2004). Dialogue and its role in development of relationship specific knowledge. *Journal of Business & Industrial Marketing* 19:2, 114-123.
- Berry, LL & N Bendapudi (2007). Health care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research* 10:2, 111-122.
- Bettencourt, LA (1997). Customer voluntary performance: Customers as partners in service delivery. *Journal of Retailing* 73:3, 383-406.
- Bettencourt, LA, AL Ostrom, SW Brown & RI Roundtree (2002). Client co-production in knowledge-intensive business services. *California Management Review* 44:4, 100-128.
- Bodenheimer, T, K Lorig, H Holman, K Grumbach (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 288:19, 2469-2475.
- Brown, RF, PN Butow, SM Dunn & MHN Tattersall (2001). Promoting patient participation and shortening cancer consultations: A randomized trial. *British Journal of Cancer* 85:9, 1273-1279.
- Bruhn, M & D Georgi (2006). *Services Marketing: Managing the service value chain*. Harlow: Prentice Hall Financial Times. 478 s.
- Cegala, DJ, RL Street Jr. & CR Clinch (2007). The impact of patient participation on physicians' information provision during a primary care medical interview. *Health Communication* 27:2, 177-185.
- Chahal, H (2010). Two component customer relationship management model for healthcare services. *Managing Service Quality: An International Journal* 20:4, 343-365.

- Chan KW, CK Yim, SS Lam (2010). Is customer participation in value creation a double-edged sword? Evidence from professional financial services across cultures. *Journal of Marketing* 74:3, 48–64.
- Chandler, JD & SL Vargo (2011). Contextualization and value-in-context: how context frames exchange. *Marketing Theory* 11:1, 35–49.
- Cheng, SH, MC Yang & TL Chiang (2003). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: Effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *International Journal of Quality in Health Care* 15:4, 345-355.
- Crawford, MJ, D Rutter, C Manley, T Weaver, K Bhui, N Fulop & P Tyrer (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 325, 1263-1265.
- Dabholkar, PA (1996). Consumer evaluations of new technology-based self-service options: An investigation of alternative models of service quality. *International Journal of Research in Marketing* 13:1, 29-51.
- Dagger, TS, JC Sweeney & LW Johnson (2007). A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of integrated model. *Journal of Service Research* 10:2, 123-142.
- Degner, LF & JA Sloan (1992). Decision making during serious illness: What role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology* 45, 941-950.
- Echeverri, P & P Skålén (2011). Co-creation and co-destruction: A practice-theory based study of interactive value formation. *Marketing Theory* 11:3, 351-373.
- Edvardsson, B, B Tronvoll & T Gruber (2011). Expanding understanding of service exchange and value co-creation: a social construction approach. *Journal of the Academy of Marketing Science* 39:2, 327–339.
- Elg, M, J Engström, L Witell & B Poksinska (2012). Co-creation and learning in healthcare service development. *Journal of Service Management* 23:3, 328-343.
- Ellen, PS, WO Bearden & S Sharma (1991). Resistance to technological innovations. An examination of the role of self-efficacy and performance satisfaction. *Journal of the Academy of Marketing Science* 19:4, 297-307.
- Elwyn, G, A Edwards, P Kinnersley, R Grol (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: The competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice* 50, 892-897.
- Engström, J (2012). Co-creation in healthcare service development: a diary-based approach. Väitöskirja. Linköping: Linköping University Electronic Press. 54 s.

- Epp, AM & LL Price (2011). Designing solutions around customer network identity goals. *Journal of Marketing* 75:2, 36-54.
- Eskola, J & J Suonranta (2003). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 6. painos. Tampere: Vastapaino. 266 s.
- Gallan, AS, CB Jarvis, SW Brown, MJ Bitner (2013). Customer positivity and participation in services: An empirical test in a health care context. *Journal of the Academic Marketing Science* 41, 338-356.
- Gaur, SS, Y Xu, A Quanzi & S Nandi (2011). Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. *Managing Service Quality: An international Journal* 21:1, 67-87.
- Goodrich, J & J Cornwall (2008). *Seeing the person in the patient: The point of care review paper*. Lontoo: The King's Fund. 76 s.
- Greer, DA (2015). Defective co-creation: developing a typology of consumer dysfunction in professional services. *European Journal of Marketing* 49:1:238–261.
- Grönroos, C & A Ravald (2011). Service as business logic: implications for value creation and marketing. *Journal of Service Management* 22:1, 5-22.
- Grönroos, C & J Gummerus (2014). The service revolution and its marketing implications: service logic vs service-dominant logic. *Managing Service Quality* 24:3, 206-229.
- Grönroos, C & P Voima (2013). Critical service logic: Making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science* 41:2, 133-150.
- Grönroos, C (2000). *Service management and marketing: A customer relationship approach*. 2. painos. Chichester: Wiley.
- Grönroos, C (2001). The perceived service quality concept – a mistake? *Managing Service Quality: An International Journal* 11:3, 150-152.
- Grönroos, C (2004). Creating a relationship dialogue: Communication, interaction and value. *The Marketing Review* 1:1, 5-14.
- Grönroos, C (2008). Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European Business Review* 20:4, 298-314.
- Grönroos, C (2011). Value co-creation in service logic: a critical analysis. *Marketing Theory* 11:3, 279–301.
- Guandagnoli, E & P Ward (1998). Patient participation in decision-making. *Social Science & Medicine* 47:3, 329-339.

- Gummesson, E & C Grönroos (2012). The emergence of new service marketing: Nordic School perspectives. *Journal of Service Management* 23:4, 479-497.
- Gummesson, E & C Mele (2010). Marketing as value co-creation: Through network interaction and resource integration. *Journal of Business Market Management* 4:4, 231-245.
- Hackbarth, G, V Grover & MY Yi (2003). Computer playfulness and anxiety: Positive and negative mediators of the system experience effect on perceived ease of use. *Information and Management* 40:3, 221-232.
- Håkansson, H & I Snehota (1995). *Developing Business Relationships*. 1. Painos. London: Routledge. 412 s.
- Hau, LN, PNT Anh, PN Thuy (2016). The effects of interaction behaviors of service frontliners on customer participation in the value co-creation: A study of health care service. *Service Business* 11:2, 253-277.
- Hausman, A (2004). Modeling the patient-physician service encounter: Improving patient outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science* 32:4, 403-417.
- Hayashi, M, C Hasui, F Kitamura, M Murakami, M Takeuchi, H Katoh & T Kitamura (2000). Respecting autonomy in difficult medical settings: A questionnaire study in Japan. *Ethics and Behavior* 10, 51-63.
- Hays, RD & AL Stewart (1992). Sleep measures. Teoksessa: *Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach*. 235-259. Stewart AL & JE Ware (toim.). Durham, NC: Duke University Press.
- Heinonen, K, T Strandvik, K-J Mickelsson, B Edvardsson, E Sundström & P Andersson (2010). A customer-dominant logic of service. *Journal of Service Management* 21:4, 531-548.
- Helkkula, A, C Kelleher & M Pihlström (2012). Characterizing value as an experience: Implications for service researchers and managers. *Journal of Service Research* 15:1, 59-75.
- Hibbart, JH (2017). Patient activation and the use of information to support informed health decisions. *Patient Education and Counseling* 100, 5-7.
- Hill CJ & WH Motes (1995) Professional versus generic retail services: new insights. *Journal of Services Marketing* 9:2, 22-35.
- Hirsjärvi, S & H Hurme (2001). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino. 213 s.

- Hirsjärvi, S, P Remes & P Sajavaara. (2009). *Tutki ja kirjoita*. 15. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 464 s.
- Hogg G, A Laing & D Winkelman (2003). The professional service encounter in the age of the Internet: An exploratory study. *Journal of Services Marketing* 17:5, 476-494.
- Holtinen, H. (2010). Social practices as units of value creation: theoretical underpinnings and implications. *International Journal of Quality and Service Sciences* 2:1, 95-112.
- Janhonen, S & M Nikkonen (toim.) 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. 1.painos. Juva: WSOY. 264 s.
- Jauhiainen, R & M Eskola (1994). *Ryhmäilmiö. Perustietoa ryhmän käytöstä ja ryhmätyöstä sosiaalityöhön sovellettuna*. 1. painos. Juva: WSOY. 170 s.
- Jaworski, B & AK Kohli (1993). Market orientation: Antecedents and consequences. *Journal of Marketing* 57, 53-70.
- Jayanti, RK & AC Burns (1998). The antecedents of preventive health care behavior: An empirical study. *Journal of the Academy of Marketing Science* 26:6, 6-15.
- Jayawardhena, C & P Foley (2000). Changes in banking sector – The case of internet banking in UK. *Internet research* 10:1, 19-31.
- John, J. (1996). A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based impression management guidelines for medical professional behavior. *European Journal of Marketing* 30:9, 60-57.
- Kinnersley, P, N Stott, TJ Peters & I Harvey (1999). The Patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *British Journal of General Practice* 49, 711-716.
- Kirk, J & ML Miller (1986). *Reliability and Validity in Qualitative Research*. 1. painos. Beverly Hills, CA: SAGE. 87 s.
- Koopman, C, KR Pelletier, JF Murray, CE Sharda, ML Berger, RS Turpin, P Hackleman, P Gibson, DM Holmes & T Bendel (2002). Stanford presenteeism scale: Health status and employee productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 44:1, 14-20.
- Korkman, O (2006). Customer value formation in practice: A practice-theoretical approach. Väitöskirja. Helsinki: Hanken.

- Laing, A, G Hogg & D Winkleman (2004). Healthcare and the information revolution: re-configuring the healthcare service encounter. *Health Services and Management Research* 17:3, 188-199.
- Lapierre, J (1997). What does value mean in business to business professional services? *International Journal of Service Industry Management* 8:5, 377-397.
- Lapierre, J (2000). Customer-perceived value in industrial contexts. *Journal of Business & Industrial Marketing* 15:2, 122-145.
- Lengnick-Hall CA, V Claycomb & LW Inks (2000). From recipient to contributor: Examining customer roles and experienced outcomes. *European Journal of Marketing* 34, 359-383.
- Lengnick-Hall, CA (1996). Customer contributions to quality: A different view of the customer-oriented firm. *Academy of Management Review* 21, 791–824.
- Lincoln, YS & EG Guba (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE. 416 s.
- Lorig, KR & HR Holman (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine* 26:1, 1-7.
- Lowendahl, BR (2000). *Strategic management of professional service firms*. 2. painos, Kööpenhamina: Copenhagen Business School Press. 191 s.
- Mäkelä, K (1987). Yhteiskuntatieteellisen tiedonhankinnan eettiset normit ja tietosuoja. Teoksessa: *Tieteen vapaus ja tutkimuksen etiikka*. 180–195. Mäkelä, K (toim.), Helsinki: Tammi. 212 s.
- Makkonen, H & R Olkkonen (2017). Interactive value formation in interorganizational relationships: Dynamic interchange between value co-creation, no-creation and co-destruction. *Marketing Theory*, 1-19.
- Mayer, T & RJ Cates (1999). Service excellence in health care. *JAMA* 282:13, 1281-1283.
- McCann, S & J Weinman (1996). Encouraging patient participation in general practice consultations: effect on consultation length and content, patient satisfaction and health. *Psychology and Health* 11:6, 857-869.
- McColl-Kennedy, JR, SL Vargo, TS Dagger, JC Sweeney & J van Kasteren (2012). Health care customer value cocreation practice styles. *Journal of Service Research* 15:4, 370-389.
- Mead, N, P Bower & M Hann (2002). The impact of general practitioners' patient-centredness on patients' post-consultation satisfaction and enablement. *Social Science & Medicine* 55, 283-299.

- Mease, PJ (2011). Measures of psoriatic arthritis. *Arthritis Care & Research* 63:11, 64-85.
- Merz, MY, D Czerwinski & MA Merz (2013). Exploring the antecedents for value co-creation during healthcare service. *Journal of Business and Behavioral Sciences* 25:2, 152-166.
- Metsämuuronen, J (toim.) (2006). *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. 1. painos. Helsinki: International Methelp Oy. 750 s.
- Meuter, ML, AL Ostrom, RI Roundtree & MJ Bitner (2000). Self-services technologies: Understanding customer satisfaction with technology-based service encounters. *Journal of Marketing* 64, 50-64.
- Meyer, C & A Schwager (2007). Understanding customer experience. *Harvard Business Review* 85:2, 116-126.
- Michie, S, J Miles & J Weinman (2003). Patient-centredness in chronic illness: What is it and does it matter? *Patient Education and Counseling* 51, 197-206.
- Mohr, B & MJ Bitner (1991). Mutual understanding between customers and employees in service encounters. Teoksessa: *Advances in consumer research* 18. 611-617. Holman RH & MR Solomon (toim.) Provo, UT: Association for Consumer Research.
- Naumann, E (1995). *Creating customer value: The path to sustainable competitive advantage*. Cincinnati, OH: International Thomson Publishing.
- Nelson, PA, Z Barker, CE Griffiths, CA Chew-Graham & L Cordingley (2013). "One the surface": a qualitative study of GPs' and patients' perspectives on psoriasis. *BMC Family Practice* 14:158, 1-10.
- Ng, ICL, SS Nudurupati & P Tasker (2010). *Value co-creation in the delivery of outcome-based contracts for business-to-business service* [online]. Lontoo: Advanced Institute of Management Research. [viitattu 3.9.2017] Saatavilla internetissä <URL:<https://ore.exeter.ac.uk/repository/bitstream/handle/10036/99859/valueB2Bservices.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>
- Normann, R & R Ramirez (1993). From value chain to value constellation: designing interactive strategy. *Harvard Business Review* 71:4, 65-77.
- Novartis (2016a). Clear about psoriasis -kyselytutkimus. [viitattu 11.6.2017] Saatavilla internetissä <URL:<https://www.novartis.com/news/media-releases/largest-global-psoriasis-survey-shows-84-people-face-discrimination-and>>
- Novartis (2016b). Clear about psoriasis -kyselytutkimus. [viitattu 11.6.2017] Julkaisematon aineisto.

- Ouschan, R, J Sweeney & L Johnson (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in health care consultations. *European Journal of Marketing* 40:9, 1068-1086.
- Ouschan, R, JC Sweeney & L Johnson (2000). Dimensions of patient empowerment. *Health Marketing Quarterly* 8:1-2, 99-114.
- Payne, A, KE Stocbacka & P Frow (2008). Managing the co-creation of value. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36:1, 83-96.
- Piercy, NF & NA Morgan (1997). The impact of lean thinking and the lean enterprise on marketing: Threat or synergy? *Journal of Marketing Management* 13:7, 679-693.
- Porter, ME (2010). What is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine* 363:26, 2477-2481.
- Ramaswamy, V (2011). It's about human experiences...and beyond, to co-creation. *Industrial Marketing Management* 40, 195-196.
- Reckwitz, A (2002). Toward a theory of social practices: A Development in culturalist theorizing. *European Journal of Social Theory* 5:2, 243-263.
- Richie, J & J Lewis (toim.) (2003). *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers*. Lontoo: SAGE. 336 s.
- Rintamäki, T, H Kuusela & L Mitronen (2007). Identifying Competitive Customer Value Propositions in Retailing. *Managing Service Quality: An International Journal* 17:6, 621-634.
- Ritsema van Eck-van Peet, HP, M Broekhuis & MJJ Gruisen (1992). Problems of Quality Management in the Professional Services. *International Journal of Quality & Reliability Management* 6:7,
- Salomonson, N, A Åberg & J Allwood (2012). Communicative skills that support value creation: A study of B2B interactions between customers and customer service representatives. *Industrial Marketing Management* 41, 145-155.
- Sawhney, M, RC Wolcott & I Arroniz (2006). The 12 different ways for companies to innovate. *Sloan Management Review* 47:3, 75-81.
- Schatzki, TR (1996). *Social practices: A Wittgensteinian approach to human activity and the social*. Cambridge: Cambridge University Press. 242 s.
- Schau, HJ, AM Jr Muñoz & EJ Arnould (2009). How brand community practices create value. *Journal of Marketing* 73, 30-51.

- Seiders K, AG Flynn, LL Berry & KL Haws (2015). Motivating customers to adhere to expert advice in professional services: a medical service context. *Journal of Service Research* 18:1, 39-58.
- Sharma, N & PG Patterson (1999). The impact of communication effectiveness and service quality on relationship commitment in consumer, professional services. *Journal of Services Marketing* 13, 151–170.
- Sheth, J, B Newman. & B Gross (1991). Why we buy what we buy: A theory of consumption values. *Journal of Business Research* 22, 159-170.
- Smith, J & M Colgate (2007). Customer value creation: A practical framework. *Journal of Marketing Theory and Practice* 15:1, 7-23.
- Solomon, MR, C Surprenant, JA Czepiel & EG Gutman (1985). A role theory perspective on dyadic interactions: The service encounter. *Journal of Marketing* 49:1, 99-111.
- Tang, MM, CC Chang, LC Chan & A Heng (2013). Quality of Life and Cost of Illness in Patients with Psoriasis in Malaysia: A Multicenter Study. *International Journal of Dermatology* 52, 314-322.
- Topp, CW, SD Østergaard & S Søndergaard (2015). The WHO-5 Well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84, 167-176.
- Tuomi, J & A Sarajärvi (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 1. painos. Jyväskylä: Tammi. 159 s.
- Uлага, W (2003). Capturing value creation in business relationships: A customer perspective. *Industrial Marketing Management* 32:8, 677-693.
- Ulvinen, V-M. (2012). Ymmärtävää sosiologiaa – fenomenologisen sosiologian näkökulma kokemuksen tutkimukseen. Teoksessa *Kokemuksen tutkimus III. Teoria, käytäntö, tutkija*. 49-71. Kiviniemi, L, K Koivisto, T Latomaa, M Merilehto, P Sandelin & T Suorsa (toim.). Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Vargo, SL & RF Lusch (2004a). Evolving to a new dominant logic for marketing. *Journal of Marketing* 68, 1-17.
- Vargo, SL & RF Lusch (2004b). The four service marketing myths: Remnants of a good-based, manufacturing model. *Journal of Service Research* 6:4, 324-335.
- Vargo, SL & RF Lusch (2008). Service-dominant logic: Continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science* 36:1, 1-10.
- Vargo, SL & RF Lusch (2011). It's all B2B...and beyond: toward: systems perspective of the market. *Industrial Marketing Management* 40, 181–187.

- Vargo, SL (2009). Toward a transcending conceptualization of relationship: A service-dominant logic perspective. *Journal of Business & Industrial Marketing* 24:5, 373-379.
- Voima, P, K Heinonen & T Strandvik (2010). Exploring customer value formation: A customer dominant logic perspective. Helsinki: Hanken.
- Wenger, E (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press. 318s.
- Wikström, S (1996). The customer as co-producer. *European Journal of Marketing* 30:4, 6–19.
- Wind, J & A Rangaswamy (2001). Customerization: The next revolution in mass customization. *Journal of Interactive Marketing* 15:1, 13-32.
- Xie, C, RP Bagozzi & SV Troye (2008). Trying to prosume: Toward a theory of consumers as co-creators of value. *Journal of Academy of Marketing Science* 36:1, 109-122.
- Yi, Y & T Gong (2013). Customer value co-creation behavior: scale development and validation. *Journal of Business Research* 66, 1279-1284.
- Zifko-Baliga, G & R Krampf (1997). Managing perceptions of hospital quality. *Marketing Health Services* 1, 28-31.