



VAASAN YLIOPISTO

KATJA VALKAMA

Asiakkuuden dilemma

*Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon
asiakkuuteen*

ACTA WASAENSIA NO 267

SOSIAALI- JA TERVEYSHALLINTOTIEDE 7

UNIVERSITAS WASAENSIS 2012

Esitarkastajat

Professori Aila-Leena Matthies
Chydenius instituutti/
Kokkolan yliopistokeskus
PL 567
67701 Kokkola

Professori Vuokko Niiranen
Itä-Suomen yliopisto
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos
PL 1627
70211 Kuopio

Julkaisija Vaasan yliopisto	Julkaisupäivämäärä Lokakuu 2012	
Tekijä(t) Katja Valkama	Julkaisun tyyppi Artikkelikokoelma	
	Julkaisusarjan nimi, osan numero Acta Wasaensia, 267	
Yhteystiedot Vaasan yliopisto Filosofinen tiedekunta Sosiaali- ja terveyshallintotiede PL 700 65101 VAASA	ISBN 978-952-476-412-4	
	ISSN 0355-2667, 1796-9352	
	Sivumäärä 203	Kieli suomi
Julkaisun nimike Asiakkuuden dilemma – Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen		
Tiivistelmä <p>Tutkimuksessa analysoidaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuutta. Tavoitteena on lisätä ymmärrystä käytetyistä käsitteistä ja käsitteiden taustalla vaikuttavista ilmiöistä. Analyysin kautta tavoitellaan syvempää ymmärrystä käsitteiden käytön merkityksestä palvelunkäyttäjän näkökulmasta. Kielenkäytöllä on aina suuri merkitys sosiaalisen todellisuuden ja jaetun ymmärryksen rakentajana.</p> <p>Tutkimus rakentuu viidestä artikkelista ja yhteenveto-osasta. Artikkeleissa selvitetään asiakas-käsitteen käytön taustaa ja sen merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollossa asioivan kansalaisen näkökulmasta. Artikkeleiden empiirinen aineisto muodostuu dokumenteista, narratiivisista haastatteluista, sähköisestä kyselystä ja toimintatutkimuksellisesti kootusta aineistosta. Tutkimusta on ohjannut hermeneuttinen perinne, ja tieteenfilosofiset raamit perustuvat maltilliseen sosiaaliseen konstruktionismiin. Tutkimus on rakentunut hermeneuttisen spiraalin tavoin: jokainen artikkeli on osaltaan ohjannut tutkimuksen seuraavan vaiheen suuntaa sekä seuraavien artikkeleiden sisältöä.</p> <p>Asiakkuus käsitteenä on monisäikeinen ja kontekstisidonnainen. Asiakkaalta edellytetyt ominaisuudet ja kompetenssit vaihtelevat taholta toiselle. Yleensä asiakkuuteen liitetään ainakin seuraavat käsitteet: aktiivisuus, mahdollisuus valita ja vaikuttaa sekä osallisuus. Näiden käsitteiden merkitys yhdistettynä sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaaviin käytäntöihin sekä normeihin muodostavat asiakkuuden dilemman. Asiakkaalta odotetaan toisaalta aktiivisuutta, mutta toisaalta se tulkitaan liialliseksi vaativuudeksi ja niin sanotuksi hankalaksi asiakkuudeksi. Valinnanmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollossa ovat vielä melko vähäiset. Asiakas voi vaikuttaa jossakin määrin omiin palveluihinsa, mutta yleisellä tasolla vaikuttaminen on pääasiassa välillistä. Tämän vuoksi asiakkaan osallisuus jää usein näennäiseksi.</p>		
Asiasanat Asiakkuus, sosiaali- ja terveydenhuolto, aktiivisuus, osallisuus		

Publisher Vaasan yliopisto	Date of publication October 2012	
Author(s) Katja Valkama	Type of publication Selection of articles	
	Name and number of series Acta Wasaensia, 267	
Contact information University of Vaasa Faculty of Philosophy Social and health Management P.O. Box 700 FI-65101 VAASA FINLAND	ISBN 978-952-476-412-4	
	ISSN 0355-2667, 1796-9352	
	Number of pages 203	Language Finnish
Title of publication The Dilemma of the Customer – Perspectives of Customership in Social and Health Care		
Abstract <p>Customership in social and health care is analyzed in this study. The aim is to increase understanding about the concepts used and the phenomena behind these concepts. The analysis aims to deepen understanding of the meaning of the terms used from the service users' perspectives. The usage of language has a great impact on the construction of reality and shared understanding.</p> <p>The study consists of a summary and five previously published articles. In the articles the ideas behind the usage of the term “customer” (asiakas) and its meaning in social and health care is clarified. The data consists of documents, narrative interviews, an electronic questionnaire, and data gathered in action research. The study is guided by the hermeneutic tradition and the philosophical framework is based on contextual social constructionism. The research has proceeded as a hermeneutical spiral; every article has guided the next step of the study and the content of the following article.</p> <p>Customership as a concept is complex and context bound. The expectations and competence expected from the customer vary from place to place. Usually the following characteristics are connected to customership: activity, possibility to choose and influence, and involvement. The connotations of these concepts combined with the praxis and norms guiding social and health services create a dilemma. Activity is expected from the customer, but in some cases it is interpreted as too demanding or troublesome. The possibilities to choose are still minimal in social and health services. A customer can influence their own services up to a point, but at the general level influence is indirect. Hence the involvement of the customer remains a token.</p>		
Keywords Customership, social and health care, activity, involvement		

ESIPUHE

Tämä väitöstutkimus on pitkällisen prosessin tulos. Suunnitelmiini ei alun perin kuulunut tällaiseen ponnistukseen ryhtyminen, enhän edes uskonut olevani yliopistomateriaalia! Jotenkin tämä tutkimusenteko on kuitenkin imaissut mukansa. Olin myös ajatuksissani sijoittanut hallintotieteet kauas tavallisen kansalaisen arjesta. Olen aina työskennellyt hyvin lähellä tuota arkea ja ihmistä; suorassa kontaktissa ja konkreettisten asioiden parissa. Maisterinopintojeni aikana kuitenkin koin sosiaalipolitiikan olevan liian etäällä itse suunnitelmien ja strategioiden toteuttamisesta ja toimeenpanosta, siitä varsinaisesta toiminnasta. Perinteisen näkemyksen mukaan implementointi erotetaan poliittisesta päätöksenteosta, jolloin konkreettinen vaikuttaminen ja vastuu toteuttamisesta siirtyvät pois politiikan tasolta hallintoon. Tämä perinteinen näkökulma vallan kolmijaosta johdatti minut hallintotieteiden pariin.

Siirtyminen sosiaalipolitiikasta hallintotieteisiin ei ole ollut helppoa. Olen kokenut monia yksinäisiä hetkiä ja kyseenalaistanut tutkimusaiheeni merkitystä. Onneksi olen saanut riittävästi kannustusta professori Pirkko Vartiaiselta ja yliopistonlehtori Seija Ollilalta. Sydämellinen kiitos tuesta, joka auttoi syvimmän epätoivon hetkillä! Olen tehnyt hedelmällistä yhteistyötä Vaasan ammattikorkeakoulun yliopettaja Ulla Isosaaren, Vaasan yliopiston yliopistolehtori Kirsi Lehdon ja tutkija Rinna Ikola-Norrbackan kanssa. Kiitos yhteisistä iloisista palavereista, antoisista keskusteluista, tsemppauksesta ja ennen kaikkea ystävyydestä! HYMY-tutkijaryhmästä ja kahvihuoneesta olen löytänyt kaipaamaani vertaistukea, kiitos teille kaikille!

Lämmin kiitos työni esitarkastajille professori Aila-Leena Matthiekselle ja professori Vuokko Niiraselle. Ilman asiantuntevia ja selkeitä kommentteja työni loppuunsaattaminen olisi ollut mahdotonta! Kiitos myös Anna Martikaiselle englanninkielisten tekstien oikeinkirjoituksen korjaamisesta! Haluan myös kiittää tämän tutkimuksen mahdollistajia. Suomen Kulttuurisäätiön Etelä-Pohjanmaan rahaston ja Vaasan yliopistosäätiön apurahojen turvin olen voinut keskittyä pelkästään tutkimustyöhön. Vaasan yliopisto, Etelä-Pohjanmaan liitto, Vaasan yliopistosäätiö ja Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä ovat ystävällisesti tukeneet osallistumistani ulkomaisiin konferensseihin. Opintojeni aikana olen myös työskennellyt eri työnantajien palveluksessa. Työn ohessa opintojen suorittaminen on ollut haasteellinen tehtävä. Tutkimusenteko tuntui välillä jopa pysähtyvän, kun ei enää työpäivän päätteeksi jaksanut siihen syventyä. Autismi- ja Aspergerliitto ry ja Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, kiitos tuestanne, ymmärryksestä ja joustavuudesta. Vaasan yliopistolle kiitos niistä sijaisuuksista ja nyt tohtorikoulu-

VIII

tettavan pestistä, joiden aikana olen pystynyt panostamaan omaan tutkimukseeni lähes täysipäiväisesti.

Viimeisimpänä, mutta ei vähäisimpänä, haluan kiittää turvaverkkoani, ystäviäni ja perhettäni. Thank you Jenni for your everlasting all enduring friendship! Kiitos kaikille innokkaille koemaistajille illallisseurasta, maukkaista pizzailloista, herkullisista suklaakakuista, teekupillisista, jooga- ja zumbaseurasta, korvista ja olkapäistä. Kiitos Autismin kirjon pohjalaisille, olette pitäneet kirkkaana mielessä, minkä vuoksi hyvinvointipalvelut ovat olemassa ja miksi niitä tulee kehittää! Suurimmat kiitokset perheelleni; vanhemmilleni ja appivanhemmilleni tuestanne, aviomiehelleni vankasta uskosta kykyihini, rakkaudesta ja tästä mahdollisuudesta sekä lapsilleni, Lauralle, Anttonille ja Sofialle, kiitos siitä että muistutatte päivittäin, mistä elämässä onkaan kyse ja mikä on oikeasti tärkeää. Naapurin, nyt jo edesmenneelle, Maunolle, joka aina muisti ja jaksoi kysyä, miten väitöskirja etenee, nyt se on vihdoinkin valmis!

Jurvassa 24.8.2012

Katja Valkama

Sisällys

ESIPUHE.....	VII
ARTIKKELIT.....	XI
1 JOHDANTO.....	1
1.1 Tutkimuksen taustaa.....	1
1.2 Tavoite ja tarkoitus.....	4
1.3 Tutkimuksen rakentuminen	10
1.3.1 Yksittäiset artikkelit	11
1.3.2 Osista kokonaisuudeksi	15
2 METODOLOGISET VALINNAT	19
2.1 Sosiaalisen rakentuminen	19
2.2 Hermeneuttinen ymmärrys	21
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Dokumenttien analysointi.....	24
2.3.2 Kyselytutkimus	25
2.3.3 Narratiivisuus ja dialogisuus	28
2.3.4 Kriittinen toimintatutkimus kehittämishankkeessa.....	33
2.3.5 Tutkimusetiikkaan ja tutkijaposition liittyvää pohdintaa	38
3 ASIAKKUUDEN DILEMMA.....	41
3.1 Kansalaisesta asiakkaaksi	41
3.2 Ideologiat muutoksen taustalla	47
3.2.1 Perinteinen hyvinvointivaltio	47
3.2.2 Uusliberalismin nousu.....	50
3.3 Aktiivinen ja osallinen asiakas?.....	53
3.3.1 Aktiivisuus – etu vai este?.....	53
3.3.2 palvelunkäyttäjän osallistuminen ja osallisuus.....	57
3.3.3 Valinnan- ja vaikuttamismahdollisuudet.....	64
3.4 Kontekstisidonnainen ja hybridinen asiakkuus.....	68
4 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	77
4.1 Tutkimuksen tulokset	77
4.2 Pohdintaa ja jatkotutkimushaasteita	79
LÄHTEET	84
LIITTEET.....	104

Kuviot

Kuvio 1.	Tutkimuksen konteksti ja sijoittuminen	8
Kuvio 2.	Tutkimuksen rakentuminen tutkimuksen edetessä.	18
Kuvio 3.	Arnsteinin tikapuumalli osallistumisesta.....	59
Kuvio 4.	Vastaaajien käyttämien vaikuttamiskeinojen sijoittuminen Lyonsin ja Loweryn jaotteluun.....	66

Taulukot

Taulukko 1.	Artikkeleiden fokus, aineisto, metodi ja tulokset.....	16
Taulukko 2.	Artikkeleiden suhde tutkimuskysymyksiin.	17
Taulukko 3.	Kyselylomakkeessa käytetyt käsitteet ja niiden teoriapohja.....	26
Taulukko 4.	Narratiivisen tutkimuksen neljä erilaista lukutapaa.....	31
Taulukko 5.	Toimintatutkimusten jaottelua tiedonintressin, tavoitteiden, toiminnanmuotojen ja tutkijan rooli mukaan	36
Taulukko 6.	Asiakkuuteen liittyvä tekijä ja sen vaikutuksia sosiaali- ja terveystalouteen.....	69
Taulukko 7.	Yhteenveto erilaisista typologioista palvelunkäyttäjän vaikuttamismahdollisuuksista ja rooleista	73

ARTIKKELIT

[1] Valkama, K. (2009). Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Hallinnon tutkimus* 28: 2, 26–40.

[2] Valkama, K. (prosessissa *Scandinavian Journal of Public Administration*) The Active Customer? – The role of the service user and possibilities to influence and choose in Finnish social and health services.

[3] Valkama, K. & Isosaari, U. (2011). Intangible Labour – Informal Caregivers as a Hidden Resource of Social and Health Care Services. The Finnish Support for Informal Care. *Työelämän tutkimuspäivien konferenssijulkaisu 2/2011*, 190–200. Tampereen yliopisto. Työelämän tutkimuskeskus.

[4] Valkama, K. (2010). Palvelunkäyttäjien kokemukset kehittämistyön tienviittoa. *Premissi* 2, 52–57.

[5] Valkama, K. (2010). Participation through Narrative – A Case Study: Utilizing Service-Users' Narratives for Development. *International Journal of Arts and Sciences* 3: 13, 519–531.

Artikkelit on julkaistu copyright-oikeuksien omistajien luvalla; Suomen Hallinnon Tutkimusseuran [1], Förvaltningshögskolan [2], Työelämän tutkimusyhdistys ry:n [3], Sairaanhoidtajaliiton koulutus- ja kustannusyhtiön [4] ja International Journal of Arts and Sciences[5].

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen taustaa

Alkusysäyksenä käsillä olevalle tutkimukselle toimi lisensiaatintutkimukseni (Valkama 2008). Tutkimukseni aineistoksi keräsin autismin kirjon¹ lapsiperheiden kertomuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista narratiivisten haastatteluiden avulla. Perheet kertoivat kokemuksistaan elämänjanan avulla. Kertomuksissaan perheet kuvailivat kokemustensa lisäksi myös itseään suhteessa järjestelmään. Termit, joilla perheet kuvailivat itseään toimijoina, olivat muun muassa: taistelija, palveluidenvaattaja tai -perääjä, vaativa ja hankala. Ainoastaan yhden kerran yksi perhe kolmestatoista käytti itsestään termiä asiakas haastatteluiden aikana, vaikka juuri tuolla termillä lähes palvelussa kuin palvelussa sosiaali- ja terveydenhuollossa nykyään palvelunkäyttäjää nimitetään.

Asiakas-sanalla viitataan yleensä palvelujen tai tuotteiden ostajaan, joka valinnoillaan voi vaikuttaa niiden tuotantoon (Outinen, Holma & Lempinen 1994: 19). Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkuutta on hyvin monenlaista ja asiakkuuteen liitetään monia ominaisuuksia, odotuksia, oikeuksia ja velvollisuuksia. Voiko asiakas esimerkiksi kieltäytyä palvelusta? Yleisellä tasolla tarkasteltuna kieltäytyminen palvelusta on yksi keskeinen asiakkaan valinnanmahdollisuuksiin sisältyvä vaihtoehto. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on kuitenkin toimintoja, joissa asiakkaana olevan henkilön kieltäytyminen ei ole helppoa ja toisinaan täysin mahdotonta (esim. Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977, 42§).

Asiakkuus onkin monisärmäinen käsite, jonka käyttö voi olla toisinaan kovin ristiriitaista. Yhtenä ääriesimerkkinä käsitteen käytöstä mainittakoon tutustumismatka kehitysvammaisten henkilöiden asumisyksikköön, jossa meille esiteltiin muovilla päällystetyillä patjoilla vuorattu huone, jonne "asiakas" voidaan sulkea hankalissa tilanteissa. Auttamatta joutui pohtimaan, mitä käsitteellä tarkoitettiin ja

¹ *Autismin kirjo* on termi, jota käytetään sateenvarjonimityksenä autistisia piirteitä omaavista oireyhtymistä. Autismi kirjo termiä käytetään yleisesti kuvaamaan joukkoa neurobiologisia kehityshäiriöitä, joissa ilmenee samankaltaisuuksia niin oireissa kuin tukimuotojen tarpeessakin. Termin kuvaama ryhmä voidaan määritellä useilla tavoilla, mutta tässä tutkimuksessa kriteeriksi otettiin tuolloin käytössä ollut WHO:n (World Health Organisation) virallisessa tautiluokituksessa, International Classification of Diseases, ICD-10:ssä kuvattu ryhmä F84, laaja-alaiset kehityshäiriöt (Pervasive developmental disorder, lyh. PDD). Diagnostisesti kirjo, laaja-alaiset kehityshäiriöt, sijoittuu psyykkisen kehityksen häiriöihin. Hoito ja tuki edellyttävät lääketieteellisiin tutkimuksiin perustuvia diagnooseja. Saman diagnoosin saaneet henkilöt ovat hyvin eritasoisen toimintakyvyn omaavia yksilöitä, jolloin jokaisen hoito, kuntoutus ja tuki tulee myös olla yksilöllistä. (Ks. esim. Kielinen 2005.)

millaisia ominaisuuksia henkilön asiakkuuteen tässä yhteydessä liitettiin. Mitä termillä sosiaali- ja terveydenhuollossa oikeastaan tarkoitetaan ja millaisia merkityksiä sen käyttö luo? Käytetyt käsitteet eivät ole yhdentekeviä, vaan niillä ilmaistaan yhteiskunnassa vallitsevia arvostuksia, joiden kautta vaikutetaan lainsäädäntöön, suosituksiin ja konkreettiseen toimintaan. (Niiranen 2002: 65; Mälkiä 1998: 174.)

Sosiaali- ja terveysjärjestelmässä asioivasta kansalaisesta on yleisessä kielenkäytössä tullut asiakas. Sosiaalihuollon palveluissa kansalainen on lähes aina asiakas. Sairaanhoidollisten palveluiden tarpeessa olevaa kansalaista kutsutaan kuitenkin vielä pääasiassa potilaaksi. Siitä kuitenkin keskustellaan, tulisiko terveydenhuollonkin puolella siirtyä käyttämään asiakas-käsitettä, koska myös terveydenhuollossa edellytetään kansalaiselta autonomisempaa ja osallistuvampaa toimintaa (Beber, Kraetschmer, Urowitz & Sharpe 2005: 346).

Suomalainen yhteiskunta ja sen yksi tunnetuimmista tuotteista, hyvinvointivaltio, ovat olleet pitkään erilaisten myllerrysten kourissa. Valtionosuusjärjestelmän muutokset, PARAS-hanke² sekä lainsäädäntöön liittyvät uudistukset ovat vaikuttaneet monilla tavoilla suomalaiseen tapaan turvata kansalaistensa hyvinvointia. Hyvinvoinnin tuottamisvastuu on pääasiassa kunnilla ja kunnat tuottavat palveluita eri tavoin, joko kunnan omana palvelutuotantona, kuntayhtymien tai yhteistoiminta-alueiden palveluina tai ostopalveluina.

Hyvinvointivaltion kasvun katsotaan saavuttaneen äärirajansa. Hyvinvoinnin tuottaminen on valtion ja kuntatalouden näkökulmasta liian kallista ja tehotonta. Lisäksi ongelmat tuntuvat vain vuosi vuodelta kasvavan. (Julkunen & Heikkilä 2007: 92; Christiansen & Markkola 2006: 26–28; Kosonen 1995: 17–18.) Hyvinvointivaltiota on syytetty kustannusten jatkuvasta kasvusta, byrokraattisuudesta ja kansalaisten passivoinnista (Valkenburg 2007: 29). Perinteinen valtiokeskeinen hyvinvointivaltiomalli on jatkuvasti nauttinut kansalaisten suosiota (esim. Haavisto & Kiljunen 2011: 91–92; Siltaniemi, Perälähti, Eronen, Särkelä & Londén 2009: 223, 229; Blomberg-Kroll 1999: 19–23), mutta eliitin, muun muassa hallinnon ja poliittisen päätöksenteon, tasolla sen syyksi on vyörytetty mitä moninai-

² PARAS-hankeen puitelaki on voimassa vain vuoden 2012 loppuun saakka. Kehittämistyötä jatketaan pääministeri Kataisen hallituksen hallitusohjelman mukaisesti. Hallitusohjelmassa todetaan, että hallitus käynnistää kuntauudistuksen, jonka tavoitteena on vahvoihin peruskuntiin pohjautuva kestävä ja elinvoimainen kuntarakente. (Valtiovarainministeriö 2011.)

simpia negatiivisia piirteitä (Hautamäki 1997: 34–36). Toimivaa ratkaisua etsitään muun muassa järjestelmän rahoitukseen, väestön ikääntymiseen, kansalaisten aktivoimiseen ja yleensäkin sosiaalisen elämän aiemmin aliarvioituun moninaisuuteen.

Kansansuosioistaan huolimatta hyvinvointivaltiota on jatkuvasti pyritty kehittämään ja uudistamaan. Peruspohjavireenä toimivat maailmanlaajuisesti jalansijaa saaneet uusliberalismiin perustuvat aatteet, suuntaukset ja ideologiat. Nämä ideologiat siirtyvät eri puolille maapalloa hyvin nopeasti yhteiskunnassamme globalisaation ja tiedonvälityksen nopean kehityksen myötä (ks. Julkunen 2006: 64; Denhardt & Denhardt 2000: 550). Ainoana haittapuolena on niiden immuniteetti kulttuuriselle erilaisuudelle ja perinteille. Vallitseva käsitys on, että uusista virtauksista tulee ottaa oppia ja uudet mallit on otettava käyttöön mahdollisimman nopeasti (ks. Lehto 2001: 19).

Ollila ja Koivusalo (2009: 47) ehdottavat, että jatkossa, kun uudistetaan julkista sektoria, tulee virkamiesten edelleenkin seurata kansainvälistä kehitystä tarkasti ja ennakkoluulottomasti. Tuohon ennakkoluulottomuuteen tulee kuitenkin yhdistää kriittisempi tarkastelukulma, joka aikaisempina vuosina näyttää puuttuneen. Uusia ideologioita, ideoita ja toimintamalleja tulee puntaroida suomalaisten arvolähtökohtien valossa. Julkusen (2006: 41) mukaan hyvinvointipolitiikka ei voi olla vain yhden ideologian toteuttamista. Todellisuudessa hyvinvointipolitiikka on pragmaattista sovittelua vallitsevien käytäntöjen ja erilaisten uusien ja vanhojen uudelleen esiin tulevien ajatusten välillä. Se onkin kokonaan toinen seikka, miten hyvin eri suuntaukset täydentävät toisiaan vai tuovatko ne mukanaan palvelujärjestelmään ristiriitaisia näkemyksiä asiakkuudesta ja vastuusta.

Politiikoissa on aina tavoitteena yleinen hyvä; ne perustuvat kokemukseen, tutkimuksiin ja niillä pohjimmiltaan pyritään turvaamaan kaikkien kansalaisten hyvinvointi. Perinteinen hyvinvointiajattelu on perustunut vahvasti universalismin periaatteelle (Anttonen & Sipilä 2000: 147). Yksittäisen kansalaisen näkökulmasta asetelma on hieman ongelmallinen, koska se perustuu oletukselle, että koko kansan hyvä on aina hyvä yksilönkin näkökulmasta. Jonkun kustannuksella perusteltu yleinen hyvä ei sosiaali- ja terveydenhuollossa voi kuitenkaan olla eettisesti kestävä. Ei voida olettaa, että kansa koostuisi perustaltaan keskimääräisesti homogeenisestä ihmisjoukosta. Erilaisuuden poissulkevat yleistyksiset asettavat marginaaliin eniten tukea tarvitsevat kansalaiset, joiden turvaksi hyvinvointijärjestelmämme on alun perin rakennettu. Reilun ja oikeudenmukaisen kohtelun edellytyksenä on eroavaisuuksien tunnistaminen ja tunnustaminen (Minow 1990: 50).

Lainsäädännön tulkinta ja soveltaminen, hallinnollisten päätösten, strategioiden ja politiikkojen toimeenpano näkyvät kansalaisen jokapäiväisessä elämässä erityi-

sesti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallinnon tehtävä on vastata hyvinvoinnin tuottamisesta strategioiden ja suunnitelmien mukaisesti (Kettunen & Möttönen 2011: 59). Käytetyt käsitteet vaikuttavat siihen, miten palveluja käyttäviin kansalaisiin suhtaudutaan sekä millaiseen asemaan heidän asetetaan ja he itse asettuvat. Nämä määritykset vaikuttavat kansalaisen ja järjestelmän välisiin kohtaamisiin.

Hallintotieteellisiä väitöskirjoja tehdään Suomessa lähinnä hallinnon ja johdon lähtökohdista, toisinaan yhdistettynä tai täydennettynä työntekijöiden näkökulmilla. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskeva hallintotieteellinen tutkimus ei juurikaan poikkea tästä linjasta (esim. Ikola-Norrbacka 2010; Huotari 2009; Jylhäsaari 2009; Hujala 2008; Isosaari 2008; Laaksonen 2008; Rousu 2007; Tanttu 2007; Ollila 2006). Kansalaisnäkökulman ja erityisesti asiakkaan näkökulman vähäisyys on ollut viime vuosiin saakka silmiinpistävää, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta (esim. Silvennoinen-Nuora 2010; Tepponen 2009; Sainola-Rodriguez 2009; Jäntti 2008 ja Kvist 2004), joissa asiakas ja potilas on nostettu informantiksi johdon tai työntekijöiden rinnalle. Palvelunkäyttäjän näkökulman puuttuminen onkin yksi tämän tutkimuksen lähtökohtia. Kansalainen laajempänä yleisenä käsitteenä on noussut viimeisten vuosien aikana hallintotieteellisen tutkimuksen keskiöön erityisesti Vaasan yliopistossa. Tutkimus on keskittynyt kansalaismielipiteisiin ja -vaikuttamiseen (mm. Ikola-Norrbacka, Jokisuu & Lähdesmäki 2011; Raisio, Ollila & Vartiainen 2010; Salminen 2010). Yksittäinen potilas ja asiakas ovat paremmin edustettuina hoitotieteissä, sosiaalipoliitikassa, sosiaalityössä, sosiologiassa ja psykologiassa, mutta lähes näkymättömissä sosiaali- ja terveyshallintotieteissä.

1.2 Tavoite ja tarkoitus

Tämä tutkimus tarkastelee suomalaisen sosiaali- ja terveysjärjestelmän asiakkuutta. Tarkastelun lähtökohtana on erityisesti palveluja käyttävän asiakkaan näkökulma. Tutkimuksen tuloksilla pyritään lisäämään ymmärrystä sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevan ja käyttävän kansalaisen määrittelyistä. Määrittelyissä on tapahtunut viimeisten vuosikymmenien aikana selkeä muutos (ks. Pohjola 2010: 19). Näillä muutoksilla on eksplisiittisiä ja implisiittisiä vaikutuksia siihen, miten kansalaisia määritellään ja kohdellaan, kuin myös siihen, miten he itse määrittelevät roolinsa ja asemansa suhteessa palveluihin (ks. Niiranen 2002: 65; Mälkiä 1998: 174).

Tutkimuksen päätarkoitus on tarkastella mitä asiakkuus on? *Asiakas-termiä* käytetään viittaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävään kansalaiseen. Asiakkuuteen liitetään usein tiettyjä ominaisuuksia. Asiakas on subjekti, jolla on mahdollisuus tehdä valintoja sekä vaikuttaa omiin ja yhteisiin asioihin. Etymologisesti latinankielinen sana *clentum* kuvaa riippuvuutta toisista ihmisistä. (Pohjola 2010: 20; Beber ym. 2005: 347; Pohjola 1993: 62; El Nasr 1989: 312). Asiakkaalla on tarpeita, joiden tyydyttämiseksi hän tarvitsee toisia ihmisiä.

Tutkimuksen pääkysymys on:

Mitä asiakkuus on sosiaali- ja terveydenhuollossa?

Pääkysymykseen vastataan seuraavien alakysymysten kautta.

- 1) *Mitä asiakas-käsitteellä tarkoitetaan ja mihin sen käyttö perustuu sosiaali- ja terveydenhuollossa?*
- 2) *Millaisia määreitä asiakkuuteen liitetään?*
- 3) *Mitä seurauksia käsitteen käytöllä ja sen määreillä on erityisesti kansalaisen näkökulmasta?*

Asiakkaalla tarkoitetaan peruserkityksessään tuotteen tai palvelun vastaanottajaa, joka hyötyy käyttämästään tuotteesta tai saamastaan palvelusta sekä maksaa siitä. Suomen kielessä asiakas-termiä käytetään myös kaupankäynnin ja markkinoinnin kohteena olevasta henkilöstä (customer). Englanninkielinen customer-termi eroaa client-termistä siinä, että customer on selkeämmin kuluttajamaisiin valintoihin kykenevä, kun taas client on holhottavan objektin asemassa (Hasenfeld, Rafferty & Zald 1987: 401–403). Tämä asiakas-käsitteen kahtalainen sisältö aiheuttaa tulkintaeroavaisuuksia eri tilanteissa ja palveluissa.

Asiakkaan rooli voi pitää sisällään kaikkia yllä mainittuja ominaisuuksia joko yksittäin tai limittäin: palvelun välitön käyttäjä, hyödynsaaja tai maksaja. Sosiaali- ja terveysalan asiakkuus on monitahoisempaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa käyttäjä ja niiden maksaja ovat muita palveluja useammin eri tahoja. (Outinen ym. 1994: 19, 59.)

Asiakas-termillä voidaan viitata sekä yksilöön että ryhmään, esimerkiksi perheeseen. Asiakas-termillä kuvataan kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yksilö- ja ryhmäasiakkaita ja potilaita. Potilastermiä käytetään asiakkaasta, jolla on terveydentilaan liittyviä pulmia. (Ruotsalainen 2000: 15.) Sosiaalipalveluissa asiakkaana voi olla myös varsinaisen palvelunsaajan omainen. Esimerkkinä mainittakoon

lasten päivähoito, jossa lapsen vanhempien asiakkuus saattaa korostua jopa yli lapsen asiakkuuden. (Lehto 1998: 112.)

Asiakkaalla on palvelujärjestelmässä sekä asiakkaan että kansalaisen roolit. Roolit voivat seurata ajallisesti toisiaan tai esiintyä samanaikaisesti. Asiakkaat muodostavat olennaisimman osan palveluorganisaation yhteistyöympäristöstä. Ojurin (1995: 117) mukaan heidän tyytyväisyyttään on pidettävä organisaation toiminnan arvioinnin keskeisimpänä välineenä. Ojuri tarkasteli asiakkaiden ja henkilökunnan välistä vuorovaikutusta kehysanalyysin avulla eri ammattiryhmien ja johdettavien viranhaltijoiden kokemuksista ja näkökulmista käsin. Tutkimuksessa ilmeni, että asiakkaat ovat sekä subjekteja että objekteja. Rooli vaihteli jopa yhden käynnin aikana tilanteen perusteella. Yhteiskunnassamme on jo pitkään rakennettu hyvinvointijärjestelmää, jonka toiminta olisi asiakaslähtöisempää, joka pystyisi ennaltaehkäisemään syrjäytymistä ja ristiriitoja (Lehto 2000: 35–36) sekä hyödyntämään erilaisia ideologioita asettamatta niitä vastakkaiseen asemaan. Asiakas voidaan määritellä asiantuntijateksteissä myös kumppanina. Kumppanuus perustuu ajatukselle, ettei työntekijä yksin voi tuottaa palvelun tavoitteena olevan asiakkaan hyvinvointia. (Lehto 1998: 112.)

Kansalaisen ja sosiaali- ja terveysjärjestelmän välinen kohtaamistila rakentuu erilaisista osatekijöistä, joita tarkastelen väitöskirjaan sisältyvissä itsenäisissä artikkeleissa osittain konkreettisten esimerkkien avulla. Osatekijöiden kautta tarkastellaan rakentuvaa kokonaiskuvaa kansalaisen roolista järjestelmässä. Analysoimalla palvelunkäyttäjän käsityksiä roolistaan ja niitä kuvaavia käsitteitä on mahdollista, ainakin jossakin määrin, selvittää millaiset ideologiat vaikuttavat näkemyksiin asiakkaan vaikuttamis- ja valinnanmahdollisuuksista. Tutkimuksessa selvitän, mitä asiakas-käsitteellä ymmärretään ja mitä merkityksiä käsitteen käytöllä voi olla.

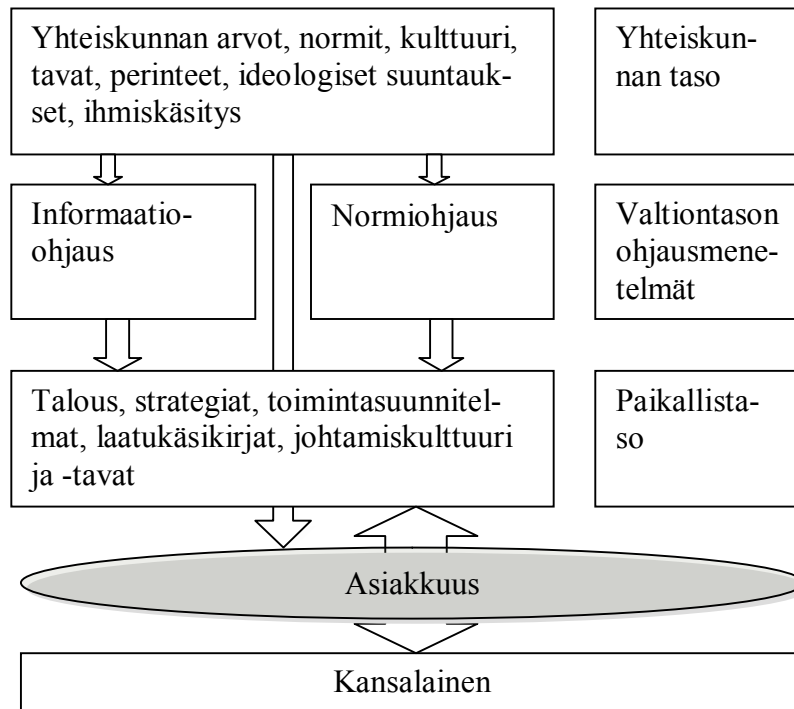
Tutkimuksen kautta pyrin tuottamaan uutta tietoa 2000-luvun sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuudesta Suomessa. Tutkimus seuraa kriittisen yhteiskuntatutkimuksen perinteitä ja suhtautuu kriittisesti tutkittavaan ilmiöön. Tutkimus pyrkii tarjoamaan myös suuntaviivoja kehittämistyölle ja palvelunkäyttäjien osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien vahvistamiselle.

Hallinto nähdään tutkimuksessa toimintana, jolla pyritään yhteisesti määriteltyihin tavoitteisiin. Julkinen hallinto on poliittisen päätöksenteon toteuttamista ja toimeenpanoa. (Salminen 2008: 11–12.) *Palvelukäyttäjä-termillä* viitataan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävään kansalaiseen. Käsitteenä termi on saanut kritiikkiä siitä, että kansalainen typistyy pelkäksi palvelujen käyttäjäksi, vaikka kansalaisen rooli järjestelmässä on hyvin moniulotteinen. Kansalainen osallistuu hyvinvoinnin tuottamiseen maksamalla veroja, vapaaehtoistoiminnalla, äänestämällä ja joissakin tapauksissa palvelu edellyttää asiakkaan aktiivista osal-

listumista muun muassa kuntoutuksessa. Tässä tutkimuksessa termillä viitataan ainoastaan palveluntarjoajan ja palvelunkäyttäjän väliseen erotteluun ja varsinaiseen palvelun loppukäyttäjään.

Suomalaiseen *sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään* viitataan kuin se olisi yksi ainoa selkeä järjestelmä, vaikka todellisuudessa se rakentuu paikkakuntakohtaisesti eri tavalla (Valkama 2008: 136, 157). Suomessa järjestelmä on toiminut vuodesta 1968 yhden, Sosiaali- ja terveysministeriön, hallinnon alaisuudessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Lisäksi lainsäädännön ja rakenteellisten uudistusten myötä on pyritty luomaan yhtenäisempi sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuus Suomeen. Sosiaali- ja terveysalan työ nähdään myös kokonaisuutena, jossa on useita yhteisiä tehtäviä ja toiminta-alueita (Mönkkönen 2002: 27). Tämän vuoksi tutkimuksessa käytetään järjestelmä-käsitettä yksikkönä monikon sijaan.

Yksinkertaistettuna sosiaali- ja terveydenhuolto voidaan jakaa hallinnollisesti kahteen toiminnalliseen tasoon, valtiolliseen tasoon ja kunnalliseen tasoon. Valtiolla sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjataan normi- ja informaatio-ohjauksella sekä vielä jossakin määrin valtionavustusten kautta. Erityisrahoitusta suunnataan erilaisiin kehittämishankkeisiin. (Möttönen & Niemelä 2005: 47–48.) Valtion hallinnon sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisimpiä ohjausmuotoja ovat normiohjaus, resurssiohjaus ja informaatio-ohjaus. Ohjauksen muita muotoja ovat myös valvonta, ohjelma- ja hankejohtaminen sekä asiakasohjaus. (Eduskunnan tarkastusvaliokunta 2008: 2.) Paikallistasolla kunnat ovat kuitenkin pääasiallisessa vastuussa riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä. Nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut järjestetään osin kuntien ja osin erilaisten kuntayhtymien ja yhteistoiminta-alueiden toimesta. Sekä valtion että kuntien tasolla vaikuttavat yhteiskunnassa vallalla olevat ideologiset suuntaukset, yhteiskunnan arvot, normit ja kulttuurilliset perinteet. Asiakastyö kehittyikin yhteiskunnan kulttuurisessa kontekstissa (Mönkkönen 2002: 27).



Kuvio 1. Tutkimuksen konteksti ja sijoittuminen.

Tutkimuskohde sijoittuu siihen rajapintaan, jossa kansalainen muuttuu palvelunkäyttäjäksi ja asiakkaaksi toisin sanoen asiakkuuteen (ks. kuvio 1). Rajapinnan muodostaa palvelunkäyttäjän kohtaaminen palveluntarjoajien kanssa, jolloin palvelu toteutetaan eri tasojen ohjeistuksen ja lainsäädännön mukaisesti. Julkisissa palveluissa hallinto muuttuu käytännöksi ja poliittiset päätökset toteutetaan. (Kannanoja 1997: 119; Vartiainen 1992: 35.) Tarkastelu tässä tutkimuksessa rajataan kahteen ohjauksen muotoon informaatio- ja normiohjaukseen. Normi- eli sää-döohjaus muodostuu laeista, asetuksista ja määräyksistä. Informaatio-ohjausta pidetään vielä melko jäsentymättömänä. Se perustuu erilaisiin oppaisiin, suosituksiin, poliittisten ohjelmien linjauksiin, koulutuksiin sekä tutkimus- ja tilastotietoihin. (Eduskunnan tarkastusvaliokunta 2008: 4–5; Stenvall & Syväjärvi 2006: 14.)

Asiakkuuteen vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon normi- ja informaatio-ohjauksen taustalla vaikuttavat yhteiskunnassa vallalla olevat ideologiat. Näitä ideologioita ja niissä tapahtuneita muutoksia tarkastelemalla taustoitetaan asiak-

kuutta ja sen ilmestymistä sosiaali- ja terveydenhuollon retoriikkaan³. Samalla pohditaan niiden vaikutuksia rajapinnassa tapahtuvaan kohtaamiseen. Informaatio-ohjaus, yhteiskunnalliset arvot ja lainsäädäntö ovat vielä nykyiselläänkin merkittäviä paikallistason toimintaa ohjaavia tekijöitä. Sen vuoksi määrittelyt, joita pääasiassa tarkastellaan, ovat joko yhteiskunnan tai valtion ja yksilön eli asiakkaan tasolla tapahtuvia. Pohjolan (2010: 19) mukaan hyvinvointipalveluiden asiakas ja hänen asiakkuutensa ovat arvolähtökohtien ja ideologioiden kautta tulkittuja.

Kielenkäytöllä ja sen analysoinnilla on keskeinen sija tutkimuksessa. Tutkimuksessa tarkastellaan sitä, miten kielenkäyttö on muuttunut sekä pohditaan millaisia seurauksia sillä on sosiaali- ja terveydenhuollossa. Saussuren (1983: 66–69) mukaan termi (signal) viittaa johonkin käsitteeseen (signification). Tämän johdosta on helppoa ymmärtää termin ja käsitteen välinen yhteys. Käsitteen sisältämä merkitys luodaan ja sovitaan sosiaalisessa kanssakäymisessä. Wittgenstein (1999: 25–26) jakaa sanan merkitykselliset selitykset sanallisiin ja ostensiivisiin määritelmiin. Sanalliset määritelmät ovat yksiselitteisiä, kun taas ostensiiviset määritelmät antavat sanalle merkityksen ja ne ovat kielessä sopimuksenvaraisia.

Wittgenstein (1999) myös jalosti ajatteluaan määritelmistä ja niiden käytöstä Ruskeassa kirjassa ihmisten väliseksi kielipeleiksi. Käytetty kieli ei koskaan ole neutraalia ja se pitää sisällään vallanelementin. Kieli ja käytetyt käsitteet kuvaavat ideologioita politiikkojen ja niiden implementoinnin taustalla. Kieli ja kielenkäyttö kytkeytyvät yksilöiden ja ryhmien välisten valta- ja vuorovaikutussuhteiden konstruointiin, ylläpitämiseen ja vahvistamiseen. Käytetyillä käsitteillä on merkitystä, kun työskentelemme ja palvelemme kansalaisia. (Julkunen 2006: 98; Fountain 2001: 56; Mälkiä 1998: 174–175.)

Kielen valtaa voidaan analysoida kolmella eri tasolla. Valta voidaan nähdä kokemustemme jäsentämiseen liittyvänä käsitteellisenä tai mentaalisenä valtana. Valta voi ilmetä kielelliseen viestintään liittyvänä vakuutteluna tai suostutteluna. Lisäksi kielen valta ilmenee sosiaalisen vuorovaikutuksen ehtoja ja rajoituksia luovana rakenteellisenä ja symbolisena valtana. (Mälkiä 1998: 175.)

³ Retoriikalla ei tässä työssä viitata antiikin näkemykseen retoriikasta kaunopuheisuuden oppina, vaan lähinnä hyvin yleisellä tasolla ns. uuden retoriikan tutkimuksen mukaiseen vakuuttamisen ja suostuttelun taitoon yleisöstä ja käsitellystä asiasta riippumatta (Perelman 1996: 11–12). Esimerkiksi käyttämällä asiakas-käsitettä luodaan tietynlainen kuva palveluja vastaanottavasta henkilöstä.

Käsillä olevassa tutkimuksessa kielen vaikutusta tarkastellaan *retoriikassa*, joka nähdään suostuttelun ja vakuuttelun keinona, toisin sanoen kielenkäyttönä. Tällä tavalla määritelty retoriikka on sisällöltään lähellä diskurssi-käsitettä. Kriittinen diskurssianalyysi määrittelee *diskurssin* myös kielenkäytöksi puheessa ja teksteissä. Diskurssi on tilannesidonnainen sosiaalinen käytäntö, jota sosiaaliset rakenteet muokkaavat. Kielenkäytöllä voi olla monia ideologisia vaikutuksia. Käytetyt käsitteet luovat ja uusintavat muun muassa epätasa-arvoisia valtasuhteita. (Fairclough & Wodak 1997: 258.) Käytetyt käsitteet antavat viitteitä sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden välisistä suhteista. Erityisesti aloilla, joissa tavoitteena on yksilön auttaminen, käsitteet asiakas, palvelujenkäyttäjä ja asukas voivat hämärtää toimintaan kiinteästi liittyvän henkilökohtaisen vastuun ja moraalisen toiminnan vaatimusta. Käytetyt käsitteen heijastavat myös yhteiskunnassa vallitsevia arvoja ja arvostuksia, jotka ohjaavat toiminnan organisointia ja johtamista (Viinamäki 2008: 3; Niiranen 2002: 65).

1.3 Tutkimuksen rakentuminen

Tämä tutkimus koostuu viidestä artikkelista ja niitä yhdistävästä yhteenveto-osasta. Artikkeleista kaksi on julkaistu referee-arvioituissa tieteellisissä aikakauslehdissä (2009 ja 2010) ja kaksi referee-arvoina konferenssijulkaisuissa (2010 ja 2011). Vaasan yliopistossa artikkeliväitöskirja koostuu vähintään kolmesta julkaistusta tai julkaistuksi hyväksytyistä artikkeleista. Tavoitteena on muodostaa tarkoituksenmukainen kokonaisuus väitöskirjaan sisällytetyistä artikkeleista. Tähän väitöskirjaan on sisällytetty artikkeli (2), joka on vielä arviointiprosessissa, koska se antaa oman merkityksellisen lisänsä kokonaistutkimukselle.

Yhteenveto-osiossa esitellään tutkimuksen teoreettisia ja metodologisia lähtökoh-
tia, yksittäisten artikkeleiden tuloksia sekä tehdään koko tutkimukseen liittyviä johtopäätöksiä. Yhteenveto perustuu aikaisempiin teorioihin ja tutkimuksiin sekä julkaisua odottavaan ja julkaistuihin artikkeleihin.

Ensimmäisessä luvussa kuvataan tutkimuksen taustaa, määritellään tutkimuksen kysymyksenasettelu, esitellään artikkeleiden sisältöä ja koko väitöskirjan rakennetta. Seuraavassa luvussa tarkennetaan tutkimuksen metodologiset ja tieteenfilosofiset raamit. Kolmannessa luvussa esitellään tutkimuksen teoreettinen viitekehys, kuvataan ideologisia muutoksia, pohditaan asiakkuutta ilmiönä ja sen eri osatekijöitä. Lisäksi luvussa yhdistetään yksittäisten artikkeleiden löydökset, tehdään johtopäätöksiä sekä esitetään tutkimuksen tulokset. Viimeisessä luvussa käydään loppukeskustelu.

1.3.1 Yksittäiset artikkelit

Väitöskirjaan sisältyy viisi erillisartikkelia, jotka muodostavat kukin oman osatutkimuksen. Artikkeleissa on käytetty erilaisia aineistoja, tutkimusmetodeita ja saavutettu itsenäisiä tuloksia, mutta yhdistävänä tekijänä on näkökulma sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Seuraavaksi esitellään jokaisen artikkelin sisältö lyhyesti. Artikkeleihin viitataan tekstissä jatkossa numeroilla.

ARTIKKELI 1:

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

Ensimmäisessä artikkelissa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon diskursseissa tapahtunutta muutosta asiakas-käsitteen käytössä. Siirtymää tarkastellaan pääasiassa lainsäädännössä tapahtuneiden muutosten kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä analysoitiin dokumenttiaineistona käsite- ja sisällönanalyysin avulla. Analysoidut dokumentit löytyvät liitteestä 1. Artikkelitarkastelee hyvinvointivaltiossa tapahtunutta muutosta kielenkäytössä ja ideologioita muutoksen taustalla. Artikkelin tavoitteena oli kuvata niitä haasteita, joita ideologiset ja retoriset muutokset asettavat sosiaali- ja terveydenhuollossa. Haasteiksi nähtiin kansalaisen muuttuminen asiakkaaksi, jolloin toiminnan tulisi olla asiakaslähtöistä eikä järjestelmälähtöistä. Aito asiakaslähtöisyys perustuu asiakkaan kanssa yhdessä tuotettuun määrittelyyn eikä niinkään paternalismille. Yksilöllisiä ratkaisuja tulee suosia universalismin sijaan kuitenkin tasa-arvoisuutta ja yhdenmukaista kohtelua unohtamatta. Tasa-arvoisuus ei tarkoita samaa kuin tasapäisyys.

Aineistosta käy ilmi, että asiakkuuteen liitetään yleensä tiettyjä ominaisuuksia. Asiakkaana kansalaisen täyttää tiettyjä asiakkuuteen liitettyjä kriteereitä, joista aktiivisuus on yksi merkittävämpi erityisesti osatoimintakykyisten yksilöiden kannalta. Aktiivisuus ja osallistuminen näkyvät erityisen vahvoina lainsäädännössä. Keskeinen tavoite lainsäädännön uudistamisella on ollut lisätä asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua, valita ja vaikuttaa. Valinnanmahdollisuus edellyttää vaihtoehtojen tarjontaa. Lisäksi tarvitaan tukea niille, jotka eivät kykene toimimaan järjestelmässä oman etunsa mukaisesti.

ARTIKKELI 2:

The Active Customer? – Possibilities for service users to influence and choose in Finnish social and health services. PROSESSISSA Scandinavian Journal of Public Administration

Toisessa artikkelissa tarkastellaan sitä, millaisena palvelunkäyttäjät kokevat roolinsa sekä valinnan- ja vaikuttamismahdollisuutensa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Artikkelin on referee-kirroksella Scandinavian Journal of Public Administration lehdessä. Artikkelin aineisto kerättiin kahdessa vaiheessa kahdella eri tavalla. Ensimmäinen osa muodostui vuosina 2006–2007 tehdyistä narratiivisista haastatteluista. Aineistosta tarkasteltiin tätä tutkimusta varten haastateltavien määrittelemiä rooleja ja heidän kuvailemia mahdollisuuksia tehdä valintoja ja vaikuttaa palveluihin. Aineiston toinen osa tehtiin lomakekyselyllä. Kyselyllä kerätty aineisto analysoitiin laadullisilla menetelmillä sen pienen koon vuoksi.

Haastatteluissa kävi ilmi, että haastateltavat eivät käyttäneet itsestään asiakas-termiä. Palvelunkäyttäjä-uran alkuvaiheessa toimintaa kuvattiin passiivissa, ammattilaisten toiminta hyväksyttiin mukisematta ja toimijaa kuvaa parhaiten tyytyväisen klientin käsite. Kun perheiden tieto autismin kirjosta, palveluista ja kuntoutuksesta lisääntyi, lisääntyi myös aktiivinen toiminta ja kertojasta muodostui toiminnan selkeä subjekti. Lisääntyneen tiedon kautta kertojat jopa kyseenalaistivat ammattilaisten toiminnan sekä etsivät vaihtoehtoisia palveluita tai kieltäytyivät kokonaan palveluista. Lisäksi erilaisista tuista ja etuuksista tehtiin kirjallisia valituksia. Haastateltavien roolia voisi parhaiten kuvata asiakas-termillä. Haastateltavat sijoittivat itsensä kertomuksissaan aktiivisen toimijuuden puolelle. Lyonsin ja Loweryn (1989; 1986) typologiassa pääasialliset toimintavaihtoehdot olivat mielipiteenilmaisuus tai valitukset (voice) ja erilaiset valinnat muun muassa palveluntarjoajan vaihtaminen tai kieltäytyminen (exit).

Kyselyyn sisällytetyt palvelut tarjosivat ainakin jossakin määrin tunteen valinnanmahdollisuudesta. Luonnollisesti eniten vaihtoehtoja oli tarjolla yksityisissä palveluissa. Yksityisten palveluiden haittapuolena koettiin olevan kuitenkin suomalaisille hyvinvointipalveluille epätavallisen korkea hinta, joka rajoittaa niiden käyttömahdollisuutta. Kolme neljästä vastaajasta koki, että he voivat vaikuttaa ainakin jossakin määrin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, kun niitä tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena. Parhaita vaikuttamiskeinoja vastaajien mielestä olivat palveluntarjoajan vaihtaminen, järjestötoimintaan osallistuminen sekä suora keskustelu palveluntarjoajan kanssa. Vaihtoehdot edustavat Hirschmannin (1970) sekä Lyonsin ja Loweryn (1989; 1986) typologioiden voice- ja exit-vaihtoehtoja. Yleisimmin käytettyjä vaikuttamiskeinoja olivat yleisesti ottaen erilaiset mielipiteenilmaukset, mutta myös äänestäminen, joka Lyonsin ja Loweryn

(1989; 1986) typologiassa edustaa lojaalisuuden vaihtoehtoa, oli käytössä yli 90 % vastanneista.

Suuri osa kyselyn vastaajista koki olevansa asiakas sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Asiakkuudesta onkin jo tullut arkipäivää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakassuhteen tulisi perustua tasavertaisuuteen ja tarjolla tulisi olla aitoja valinnanmahdollisuuksia. Näiltä osin suomalainen sosiaali- ja terveysjärjestelmä ei kuitenkaan pysty vielä täysin lunastamaan lupauksiaan. Monet vastaajat viittasivat palveluiden vaihtoehdottomuuteen, vaikka kokivatkin voivansa niihin vaikuttaa.

ARTIKKELI 3:

Intangible Labour - Informal Caregivers as a Hidden Resource of Social and Health Care Services. The Finnish Support for Informal Care. Työelämän tutkimuspäivien konferenssijulkaisuja 2/2011, 190–200. Tampereen yliopisto. Työelämän tutkimuskeskus. (Ulla Isosaari)

Kolmas artikkeli on kirjoitettu yhdessä yliopettaja Ulla Isosaaren kanssa. Artikkelissa tarkastellaan miten yhteiskunnallista vaadetta aktiivisesta asiakkuudesta toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Oma osuuteni artikkelissa keskittyi asiakkaan rooliin ja aktiivisuuden tarkasteluun juuri asiakkaan näkökulmasta. Sopimuksellisuus nähtiin yhtenä merkkinä aktiivisesta yhteisvastuullisesta kansalaisuudesta.

Esimerkkinä artikkelissa asiakkaan aktiivisuudesta käytetään omaishoidontukea. Omaistaan hoitava läheinen solmii sopimuksen kotikuntansa kanssa ja osallistuu omalla panoksellaan hyvinvoinnin tuottamiseen. Kunta puolestaan maksaa pienhköä korvausta sekä huolehtii hoitajan lomituksista mahdollisuuksien mukaan. Nykyisellä järjestelmällä halutaan mahdollistaa pitkäaikaissairaana tai iäkkään henkilön mahdollisimman pitkä kotona asuminen. Lisäksi järjestelmä tarjoaa jonkinlaista taloudellista turvaa hoitajalle. Järjestelmällä on sekä positiivisia että negatiivisia puolia, joita artikkelissa tarkastellaan lähemmin.

Erytislaatuinen sopimuksellinen toimintamalli ei vielä aukottomasti istu suomalaiseen hyvinvointijärjestelmään. Sopimuksellisuus toteutuu hyvin yksipuolisena, jolloin aktiivinen kansalainen ei ole tasaveroinen neuvottelukumppani. Kuntien taloudellinen tilanne vuonna 2009 johti monien sopimusten yksipuoliseen purkamiseen ja omaishoitajien aseman huononemiseen. Merkittävää on huomioida, että

suurin osa omaishoidosta tehdään järjestelmän ulkopuolella näkymättömänä hyvinvoinnin tuottamisena.

Aktiivista hyvinvointivastuuta tuetaan Suomessa jossakin määrin. Omaishoidontuki on organisoitu järjestelmä- ja viranhaltijakeskeisesti. Kansalainen, vaikkakin kantaa merkittävän vastuun läheisensä hyvinvoinnista, jää heikommaksi osapuoleksi, kun sopimuksen rajoja tarkastellaan tai kun niistä neuvotellaan.

ARTIKKELIT 4 ja 5:

Palvelunkäyttäjien kokemukset kehittämistyön tienviittona. Premissi 2010, 2, 52–57.

ja

Participation through Narratives - A Case Study: Utilizing Service-Users' Narratives for Development. International Journal of Arts and Sciences 2010, 3: 13, 519–531.

Neljäs ja viides artikkeli ovat sisällöiltään hyvin samankaltaisia. Neljäs artikkeli on julkaistu suomalaisessa tieteellisessä aikakauslehdessä ja viiden puolestaan ulkomaisessa konferenssijulkaisussa. Viidennen artikkelin kontribuutio painottuikin osallisuuden kuvaamiselle, kun taas neljännessä painopiste on kokemuksellisen tiedon (ts. narratiivien) hyödyntämisessä. Koska artikkelien sisältö on hyvin lähellä toistaan, niitä käsitellään tässä yhteenvedossa yhdessä. Molempien aineisto perustuu aikaisemmin toteutettuihin narratiivisiin haastatteluihin sekä toimintatutkimuksellisen kehittämishankkeen aikana kerättyyn laajaan aineistoon. Molemmissa artikkeleissa kuvataan palvelunkäyttäjän kokemuksellisen tiedon hyödyntämistä kehittämisprojektissa (Pohjanmaan maakuntien autismin kirjon palveluiden verkosto -hanke, PAKKI-hanke). Keskeisellä sijalla tiedontuotannossa on narratiivisuus; metodeina käytetään narratiivisia haastatteluita sekä kerronnallista tiedon tuottamista yhteistyöpalaverissa.

Neljännessä artikkelissa painopiste on kokemuksellisen tiedon hyödyntämisessä ja viidennessä artikkelissa tarkastellaan sitä, miten asiakkaiden osallisuutta voidaan lisätä käytettyjen menetelmien kautta. PAKKI-hankkeessa toimintatutkimuksellisella työotteella kehitettiin autismin kirjon henkilöiden elämänkaaren siirtymävaiheisiin toimiva palvelupolku. Toteutettu kokeilu tuotti kaikkien osallistujien mielestä positiivisia kokemuksia yhteisen ymmärryksen rakentamisesta kokemuksellista tietoa jakamalla. Palvelunkäyttäjän kokemuksellisen tiedon yhdistäminen ammattilaisten tietoon tarjoaa laajemman ja monipuolisemman näkö-

kulman käsiteltävään tai kehitettävään teemaan. Parhaiten yhteinen ymmärrys rakentuu tilanteissa, joissa kaikki voivat toimia samalla tasolla ja asiantuntijuuksien välille ei tehdä eroa, vaan kaikkien kokemusta ja tietoa arvostetaan samalla tavalla.

1.3.2 *Osista kokonaisuudeksi*

Tutkimuksen artikkeleista kolme on kirjoitettu englanniksi ja kaksi suomeksi. Yhteenvedo on kuitenkin tehty suomeksi. Syynä kielen valintaan on se, että tutkimuksessa tarkastellaan ainakin jossakin määrin kielellisiä ilmaisuja, joka onnistuu parhaiten juuri kyseisellä kielellä. Suomenkielessä käytetään palvelujenkäyttäjää asiakas-termiä, jonka merkitykset ovat monitulkintaisia ja tilannesidonnaisia. Englanniksi ja ruotsiksi asiakas-termistä on kaksi erisisältöistä vaihtoehtoa (client ja customer, klient ja kund), jolloin samaa ristiriitaa ei niin helposti synny käsitteen ja sen sisältämien konnotaatioiden välillä. Klient/client-termi viittaa suojatun, holhottavan palvelujen vastaanottajan asemaan, kun taas kund/customer-termillä viitataan kuluttajamaiseen, valintoja tekevään aktiivisempaan toimijaan.

Väitöstutkimukseen sisältyvien artikkeleiden pääkohdat on koottu lyhennettynä taulukkoon 1. Taulukosta löytyvät artikkeleissa esitelyjen osatutkimusten tavoitteet, käytetyt metodit ja aineistot sekä pääasialliset tulokset. Artikkelit löytyvät alkuperäisasussaan yhteenvedo-osan jälkeen. Kaikkia artikkelit julkaistaan uudelleen kustantajien luvalla. Prosessissa oleva artikkeli julkaistaan siinä muodossa, jossa se on lähetetty arvioitavaksi. Jokainen artikkeli käsittelee sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuutta eri näkökulmasta.

Ensimmäisessä artikkelissa tarkastellaan asiakas-termin käyttöä sekä siihen liitettyjä ominaisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa lainsäädännön analyysin ja aikaisempien tutkimusten valossa. Samalla jo raotetaan kielenkäytössä tapahtuneen muutoksen vaikutuksia. Toisessa artikkelissa tutkitaan palvelunkäyttäjien omaakohtaisia kokemuksia ja näkemyksiä asiakkuudesta. Miten itse asiakkaana oleva kansalainen kokee asiakkuuden ja siihen kiinteästi liitetyt ominaisuudet. Teoreettisena lähtökohtana on Hirschmanin (1970) teoria. Hirschmanin teoria esitellään luvussa 3.3.3.

Taulukko 1. Artikkeleiden fokus, aineisto, metodi ja tulokset

	Artikkeli 1	Artikkeli 2	Artikkeli 3	Artikkeli 4	Artikkeli 5
Fokus	Millaisia retorisia muutoksia on sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtunut? Millaisia haasteita nämä muutokset ovat tuoneet mukanaan?	Millaisena kansalaiset näkevät roolinsa ja vaikuttamis- sekä valinnanmahdollisuuteensa sosiaali- ja terveyspalveluis- sa?	Aktiivisen asi-akkuuden vaa- timus sekä so- pimuksellinen hoiva.	Miten hyödyn- tää palvelujen- käyttäjien ko- kemuksia ke- hittämistyössä kerronnalli- suuden kautta?	Miten lisätä palvelunkäyt- täjien mahdol- lisuuksia osal- listua kehittä- mistyöhön narra- tiivisilla me- todeilla?
Aineisto ja metodi	Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuol- lon lainsää- dännön sisäl- lönanalyysi.	Palvelunkäyt- täjien koke- muksia ja mie- lipiteitä kerät- tiin narratiivis- ten haastatte- luiden ja säh- köisen lomak- keen avulla. Aineistoa ana- lysoitiin laa- dullisilla.	Omaishoitoon liittyvää lain- säädännön ja sen kehityksen analyysi.	Aineistoa ke- rättiin narrati- ivisilla haastat- teluilla ja tu- loksia hyö- dynnettiin ke- hittämistyössä. Lisäksi toteu- tettiin narrati- ivisia keskuste- luja ja kokei- lua tarkastel- tiin toiminta- tutkimuksen avulla.	Narratiivisten menetelmien hyödyntämis- kokeilussa tar- kasteltiin me- netelmän osal- lisuutta lisää- vää vaikutusta. Informaatiota kokemuksista kerättiin kyse- lylomakkeilla ja fokusryh- mäkeskuste- luilla.
Tulokset	Muuttunut kie- lenkäyttö ai- heuttaa monia ennakoimat- tomia vaikut-uksia sosiaali- ja terveyspal- veluille. Asia- kas käyttäytyy asiakasmaises- ti ja edellyttää sen kaltaista kohtelua. Li- säksi asiak- kaalta edelly- tetään aktiivi- suutta.	Palvelunkäyt- täjät näkevät itsensä pää- sääntöisesti asiakkaina ja kokevat, että heillä on suh- teellisen paljon vaihtoehtoja sekä mahdolli- suuksia valita. Vaikuttamis- mahdollisuu- det eivät kuitenkaan ole kovin moni- naisia. Arn- steinin as- teikolla arvioi- tuna asiakkaat eivät nouse vielä kovin korkealle	Aktiivinen kansalaisuus nähdään yhte- nä vaihtoehto- na hyvinvoin- nin tuottami- ssa. Mutta sen vaikutuk- set yksilöön eivät aina ole pelkästään po- sitiivisia.	Narratiiviset metodit tarjoa- vat hyvä mah- dollisuuden hyödyntää palvelunkäyt- täjien koke- muksia kehit- tämistyössä ja lisätä jaettua ymmärrystä.	Narratiivisuus on yksi tapa li- sätä palvelun- käyttäjien osallisuutta kehittämistyö- hön.

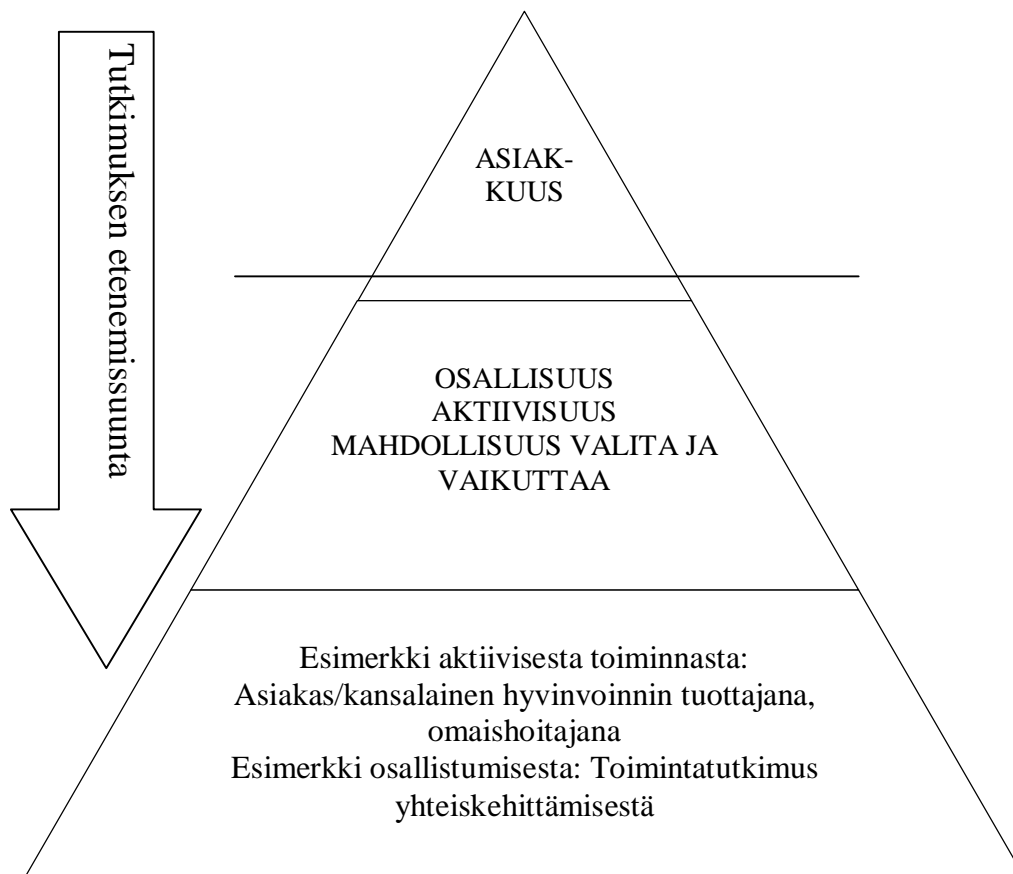
Kahden ensimmäisen artikkelin tarkoitus oli analysoida asiakas-käsitteen sisältöä, merkitystä ja taustaa (ks. taulukko 2). Tutkimuksen tulokset ohjasivat ja rajasivat asiakkuuteen liittyvää tarkastelua. Keskeisiksi tekijöiksi sekä analysoiduista dokumenteista että haastattelujen tuloksista muodostuivat asiakkuuteen liitetyt aktiivisuus sekä osallisuus. Seuraavissa kolmessa artikkelissa tarkastellaan aktiivisen ja osallistuvan asiakkaan asemaa ja mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Asiakkuuteen voidaan yhdistää myös monia muita määreitä. Tässä tutkimuksessa rajausta tehtiin tutkimuksen alkuvaiheessa painokkaimpina näyttäytyneisiin ominaisuuksiin: aktiivisuuteen ja osallisuuteen. Mahdollisuus valita ja vaikuttaa olivat merkittäviä aktiivisuuden osoituksia, jotka myös lisäsivät osallisuutta. Artikkeleissa vastataan alakysymyksiin, joiden kautta löytyy vastaus myös tutkimuksen pääkysymykseen.

Taulukko 2. Artikkeleiden suhde tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuskysymys	Artikkelin sisältö
Mitä asiakas-käsitteellä tarkoitetaan ja mihin sen käyttö perustuu sosiaali- ja terveydenhuollossa?	Artikkeli 1: Käsitteen käyttöönoton perusteita, käsitteen sisällön määrittely Artikkeli 2: Miten kansalaiset kuvaavat palvelunkäyttäjän rooliaan ts. asiakkuuttaan, mitä tekijöitä asiakkuuteen yhdistetään
Millaisia määreitä asiakkuuteen liitetään?	Artikkeli 1: Millaisia määreitä käsitteeseen sisältyy Artikkeli 2: Millaisia määreitä käsitteeseen sisältyy
Mitä seurauksia käsitteen käytöllä ja sen määreillä on erityisesti kansalaisen näkökulmasta?	Artikkeli 1: Käsitteen käyttöönoton seurausten pohdintaa Artikkeli 2: Kokemuksellista tietoa asiakkuudesta sekä mahdollisuuksista valita ja vaikuttaa Artikkeli 3: Arviointia asiakkaan aktiivisuuden ja sopimuksellisen hyvinvoinnin tuottajuuden seurauksista Artikkelit 4 ja 5: Toimintatutkimus aktiivisen asiakkaan osallistumisesta palveluiden kehittämiseen.

Artikkelit on sijoitettu yhteenveto-osaan etenemään loogisesti tutkimuskysymysten mukaisesti. Kokonaistutkimus on edennyt hermeneuttisen spiraalin tavoin.

Tutkimuksen lähtökohtana on ollut intressi ymmärtää mitä asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollossa oikein on? Asiakkuus muistuttaa jäävuoren huippua, joka pilkistää meren pinnalla (kuvio 2). Tutkimus sukeltaa tarkastelemaan pinnan alla olevia asiakkuutta määrittäviä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tarkastelu aloitettiin käsiteanalyysin kautta ja dokumenteista analysoitiin asiakas-käsitteen eri sisällöllisiä merkityksiä. Asiakkuuteen sisällytetyistä merkityksistä poimittiin useimmin esille tulleet määreet, joiden kautta avautui uusia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön. Lopuksi käsitetarkastelua laajennettiin ottamalla muutamia konkreettisia esimerkkejä aktiivisesta kansalaisesta ja osallistumisesta.



Kuvio 2. Tutkimuksen rakentuminen tutkimuksen edistyessä.

2 METODOLOGISET VALINNAT

Väitöstutkimus muodostuu viidestä erillisestä artikkelista ja yhteenvedosta. Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen taustalla vaikuttavia filosofisia oletuksia; käytettyjä menetelmiä sekä ontologisia ja tietoteoreettisia näkemyksiä. (Ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997: 117.) Jokaisen artikkelin aineisto on kerätty erilaisilla metodeilla, mutta koko tutkimus nojaa maltilliseen ja kontekstuaaliseen sosiaaliseen konstruktionismiin sekä hermeneuttis-fenomenologiseen tieteenfilosofiseen perinteeseen. Eri tarkastelukulmat asiakkuuteen sekä erilaisten aineistojen käyttö mahdollistavat aineistotriangulaation (Viinamäki 2007: 181–182). Tavoitteena on tarkastella toisiaan täydentäviä näkökulmia asiakkuudesta, jolloin tarjoutuu mahdollisuus laajempaa ja monipuolisempaan ymmärrykseen.

2.1 Sosiaalisen rakentuminen

Tutkimuksen tieteenfilosofisena kivijalkana toimii sosiaalinen konstruktionismi. Ilmaisuuksien sosiaalinen konstruktio nousi yleiseen tietoisuuteen Bergerin ja Luckmannin (1967) teoksen ”Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen” myötä. Sosiaalinen konstruktionismi on vakiintunut ihmistieteellinen tieteenfilosofinen suuntaus, joka on saanut vaikutteita erityisesti Schutzin (1967) ja Bergerin ja Luckmannin (1967) teoksista. Houston (2001: 846) määrittelee sosiaalisen konstruktionismin laajaksi tieteenfilosofioiden kirjoksi, joita yhdistävät tietyt epistemologiset ja ontologiset oletukset. Sosiaalinen maailma rakentuu sosiaalisesti vuorovaikutuksen ja kielen kautta. Sosiaalinen ymmärrys ja tulkinta ovat aina sidonnaisia historiallisesti ja kulttuurillisesti. Kaikki tieto sosiaalisista ilmiöistä on aina riippuvaisista niiden tulkinnasta ja tarkastelunäkökulmasta. Yksilöiden toiminta yhteiskunnassa on puolestaan sidoksissa heidän tulkintaansa ja ymmärrykseensä sosiaalisesta todellisuudesta.

Jo Houstonin (2001) määritelmästä käy ilmi, että sosiaalisen konstruktionismin sisällä on erilaisia suuntauksia. Jokinen (1999: 51) jaottelee suuntauksia seuraavasti; 1) sosiaalisten ongelmien konstruktionistinen perinne (esim. Spector ja Kitsuse), 2) sosiologinen konstruktionismi (esim. Berger ja Luckmann), 3) jälkistrukturalistinen (ranskalainen) sosiaalinen konstruktionismi (esim. Foucault), ja 4) sosiaalipsykologinen konstruktionismi (esim. Gergen ja Shotter). Yhtenä perusteena erilaisille jaotteluille on toisistaan poikkeavat käsitykset analyyttisistä oletuksista. Toisessa ääripäässä on jyrkkä konstruktionismi, jossa objektiivisesta todellisuudesta ei pitäisi tehdä mitään oletuksia. Analyysin tulee keskittyä täysin siihen mitä todellisuudesta kerrotaan, eikä lainkaan siihen, mitä todellisuus itse asiassa on.

Jyrkkä konstruktionismi ei tavoittele absoluuttista totuutta eikä pyri todistamaan väitteiden totuudenmukaisuutta tai luotettavuutta. (Best 1989: 245–246.)

Toisessa ääripäässä konstruktionismi ymmärretään todellisuuden ja sen konstruktion välisen eron todentamisena. Tällöin huomio keskittyy pelkästään konstruktion ja jonkun todellisuudesta muodostaman totuuden välisen ero selvittämiseen ja virheen esille tuomiseen. Pääosa tutkimuksesta tehdään näiden kahden ääripään välimaastossa. Tätä välimuotoa kutsutaan kontekstuaaliseksi konstruktionismiksi. Kontekstuaalinen konstruktionismi ottaa huomioon sen kontekstin, jossa yhteinen ymmärrys todellisuudesta on konstruoitu. (Best 1989: 246–247.) Lähestymistapa ei hyväksy jyrkkää konstruktionistista näkemystä siitä, ettei ole olemassa määrittelyjen ulkopuolista todellisuutta. Jyrkkä konstruktionismi nähdään rajoittuneena, koska se tekee nyky-yhteiskunnan kriittisen tarkastelun mahdottomaksi. (Goode & Ben-Yehuda 1994: 98). Kontekstuaalinen konstruktionismi ei kiellä objektiivista todellisuutta. Kontekstuaalinen konstruktionismi on melko lähellä kriittistä realismia. Kaidesoja (2009: 45) on väitöskirjassaan vertaillut konstruktionismia ja kriittistä realismia. Hänen mukaansa sosiaalisella konstruktionismilla on pitkät perinteet kielen merkityksen painottamisessa sosiaalisen todellisuuden rakentajana. Kielen avulla konstruoidaan merkityksiä ja yhteistä ymmärrystä. Kriittinen realismi on pääasiassa keskittynyt kielen deskriptiiviseen puoleen.

Sosiaalista konstruktionismia hyödynnetään tässä tutkimuksessa eri metodologisten suuntausten viitekehyksenä (ks. Jokinen 1999). Näkemysten mukaan todellisuus rakentuu sosiaalisesti, mutta hyväksyy sen, että on olemassa tiettyjä biologisia, kulttuurisia, sosiaalisia ja historiallisia reunaehtoja. Ilmiöitä ei voi tutkia erillään niitä ympäröivästä kontekstista. Ihminen nähdään aktiivisena toimijana, joka prosessoi ympäristönsä informaatiota kontekstissaan. Todellisuus saa merkityksensä tämän prosessin kautta. Prosessiin vaikuttavat ympäristö, ympäröivä kulttuuri sekä sen arvot ja uskomukset (Sarbin & Kitsuse 1994: 2.) Sosiaaliset ilmiöt perustuvat vuorovaikutukseen, suunnitelmallisuuteen ja järjestäytymiseen.

Asiakkuus nähdään tässä tutkimuksessa sosiaalisesti konstruoituna. Hyvinvointivaltion on institutionalisoitunut organisaatio, jonka toiminta toisintaa ja kuvastaa yhteiskunnan kulttuurisia ja normatiivisia rakenteita (Meyer & Rowan 1977: 346–350). Suomalaisen hyvinvointivaltion kansalaisella on laajat sosiaaliset oikeudet (Arajärvi 2008: 60–63; Anttonen & Sipilä 2000: 160–177). Hyvinvointivaltion makrotason tarkastelu siirtää keskustelun yksittäisen asiakkaan oikeuksista ja kelppoisuudesta kansalaistason abstraktimpaan tarkasteluun.

Kansalaisen rooli suhteessa palvelujärjestelmään riippuu viranhaltijan omaksumista toimintamalleista. Mallit puolestaan kuvastavat sitä toimintakulttuuria, joka organisaatiossa on muodostunut perustuen yhteiskunnallisiin ilmiöihin. (Hasen-

feld ym. 1987: 395, 39–399.) Asiakkuus siis konstruoituu kohtaamistilanteissa. Työntekijän ja kansalaisen välistä vuorovaikutustilannetta ohjaavat vallitseva kulttuuri ja sen arvot.

Ensimmäisessä artikkelissa pohdin asiakas-käsitteen alkuperää ja ilmestymistä sosiaali- ja terveydenhuollon retoriikkaan ja diskursseihin. Kielenkäytön ja sen merkityksen analysointi leimaavat myös muitakin artikkeleita. Pyrkimyksenä on ymmärtää kielenkäytön avulla luotuja rakenteita ja määreitä sekä niiden merkityksiä asiakkuudelle. Käytetyt käsitteet konstruoivat toiminnan kohteena olevaa ihmistä ja häneen liitettyjä ominaisuuksia. Käsitteiden kautta tavoitetaan taustalla vaikuttavia ideologioita sekä pyrkimyksiä.

2.2 Hermeneuttinen ymmärrys

Tieteen keskeinen tavoite on syventää meidän kykyämme ymmärtää todellisuutta ja erilaisten ilmiöiden välisiä suhteita. Positivistisessa perinteessä näitä suhteita selitetään kausaaliteetin kautta ja sillä on pragmaattinen merkitys. Positivismi on ollut pitkään tieteessä vallalla oleva perinne. Tämän suuntauksen mukaan tieteilisen tutkimuksen tulisi perustua aistihavaintojen kautta saavutettuihin tosiasioihin ja sitä kautta lisätä objektiivisen tiedon määrä ympäröivästä maailmasta. Suuntaus ei kiinnitä huomiota ilmiöiden sosiaaliseen rakentumiseen eikä tutkijan roolin merkitykseen tiedon tulkitsijana tai rakentajana. (Vaara & Laine 2006.)

Lähtökohtana ymmärtävälle perinteelle on ajatus, että toimijaa tulee tarkastella hänen omista lähtökohdistaan käsin. (Raatikainen 2004: 86). Fenomenologiassa painopiste on kokemuksissa, joiden kautta tulkitaan yksilön suhdetta ympäröivään todellisuuteen. Ihmiselämä ei ole pelkkä biologinen tosiasia, vaan se saa merkityksensä ja sisältönsä biologisten ja kulttuuristen ilmiöiden sekoittumisesta sosiaalisissa suhteissa. Kokemukset ovat keskiössä ja yksilön suhteita ympäröivään maailmaan ovat tavoitteellisia. Jokaisella teolla on oma merkityksensä tekijälle sekä ympäröivälle maailmalle. Todellisuus ei koskaan ilmene neutraalina; sitä leimaa havainnoijan pyrkimykset, intressi ja uskomukset. (Laine 2001: 26–27.) Artikkeleissa 4 ja 5 on tarkasteltu vastaajien ja kehittämistyöhön osallistuneiden henkilöiden kokemuksia narratiivien kautta. Toisessa artikkelissa puolestaan tiedusteltiin palvelunkäyttäjien kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sähköisen lomakkeen avulla.

Laine (2001: 29–31) määrittelee hermeneutiikan teoriana tulkinnasta ja ymmärryksestä. Pyrkimyksenä on yhdistää ymmärryksen eri tasoja. Termi on lähtöisin muinaisesta Kreikasta ja se viittaa tulkintaan. Yhä tänään tulkinta on her-

meneutiikassa keskeisellä sijalla. Näkemyksen mukaan jokaista tutkimusta leimavat tutkijan esiymmärrys sekä aikaisemmat kokemukset (Ödman 1994: 7–36, 42–43). Tutkimus fokuoittuu ihmisten väliseen kommunikaatioon. Kielen avulla kuvataan kokemuksia; se rakentaa todellisuutta ja sen avulla luodaan merkityksiä. Kielelliset ilmaisut yhdistettynä ilmeisiin ja eleisiin ovat osa tulkintaa. Käsitteet ja ilmaisut sisältävät tarkoituksia, jotka ovat löydettävissä tulkinnan ja ymmärryksen kautta. (Nousiainen 2004: 11; Laine 2001: 29–30.) Gadamerin (2004: 90–92, 95) mukaan kielellä ja kielenkäytöllä on keskeinen sija merkitysten tuottajana. Kielen avulla luodaan ihmisten välistä ymmärrystä. Hermeneutiikan tavoitteena ei ole selittää, vaan ymmärtää toimijoiden tekoja ja kokemuksia heidän omista lähtökohdistaan käsin. Tulkinta vaikuttaa tutkimukseen ja tutkija itse on aktiivinen subjekti, jonka vaikutusta on mahdotonta poistaa tutkimuksen tuloksista. (Nousiainen 2004: 11.)

Fenomenologis-hermeneuttisessa perinteessä metodi saa sovelletun muotonsa monien osatekijöiden ja tarkasteluiden kautta. Keskiössä on pyrkimys ottaa huomioon ilmiöiden ja tilanteiden ainutlaatuisuus. Tärkeintä on selvittää, millä tavalla on mahdollista tavoittaa ilmaisut mahdollisimman aitoina ja sitä kautta yksilöiden kokemuksen ydin. Tutkimus koostuu eri vaiheista, joissa jokaisessa tutkija joutuu kohtaamaan hermeneuttisen spiraalin ongelman. Spiraalin avulla kuvataan tutkimusaineiston kanssa käytävää dialogia. (Ks. Gadamer 2010: 270–272.) Kerätty aineisto ei itsessään tuota informaatiota, vaan se rakentuu tutkijan ja aineiston välisessä dialogissa. Dialogi on jatkuvaa paluuta aikaisempaan ymmärrykseen ja tutkimus etenee spiraalimaisesti. Eri vaiheet eivät kuitenkaan seuraa jatkumona toisiaan, vaan se voivat olla päällekkäisiä.

Hermeneuttisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan esiymmärrys (ks. Gadamer 2010; Heidegger 2000). Esiymmärrys koostuu tutkijan omista kokemuksista sekä yksityisessä että ammatillisessa elämässä (first-hand). Aihe voi olla myös ennestään tuttu muilta kultujen kokemusten, aikaisempien tutkimusten tai muiden kirjoituksiin perehtymisen vuoksi (second-hand). Tutkimuksen edetessä esiymmärrys karttuu jokaisen tutkimuksen eri vaiheen myötä. (Gummesson 2000: 67; 70–71.) Tässä tutkimuksessa jokainen artikkeli muodosti oman osansa tutkimuksesta ja siten myös oman tasonsa spiraalista. Jokaisella tasolla saavutettu uusi tieto lisäsi omaa ymmärrystä aiheesta ja kumuloitui seuraavan tason esiymmärrykseksi. Lisäksi vaiheittain etenevässä tutkimuksessa jokaisella spiraalin tasolla saavutettu ymmärrys ohjasi tutkimuksen seuraava vaihetta. Tutkimuksen lähtökohtana olivat asiakkuuden määritelmät ja siihen liitetyt ominaisuudet. Erillisten artikkeleiden tutkimustulokset vahvistivat tiettyjen ominaisuuksien merkitystä suhteessa toisiin, jolloin juuri niitä ominaisuuksien tarkastelua jatkettiin tutkimuksen edetessä.

Kriittinen reflektointi on tärkeää tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Reflektointi aloitetaan jo alkutilanteessa esiymmärryksen tarkastelulla. Tutkimuksen lähtökohdaksi oli aikaisempi lisensiaatintutkimus autismin kirjon lapsiperheiden kokemuksesta. Laajasta haastatteluaineistosta muodostui kuva jonkinlaisesta implisiittisestä asiakkuudesta, jota halusin tarkastella lähemmin. Keräsin tutkimuksen edetessä myös muutakin aineistoa. Aineisto sisälsi ilmaisia, joita tulkituin ja testasin tuloksia suhteessa aineistoon ja aikaisempiin tutkimuksiin. Kun saavutetaan yleispätevä näkemys, joka on koeteltu suhteessa aineistoon, saavutetaan selkeämpi ja monipuolinen näkemys ilmiöstä. Tuloksia tulee tarkastella suhteessa aikaisempiin tuloksiin ja erilaisiin teoreettisiin konteksteihin. (Laine 2001: 31–42; Ödman 1994: 77–85.)

Salmisen (1993: 185–186) mukaan hallintotieteissä hermeneuttinen näkemys painottaa seuraavia ajatuksia: 1) että hallintoa ja organisaatioita voidaan tarkastella antropologisten menetelmien kautta, jolloin keskiössä ovat yksilön kokemukset ja aikomukset 2) hallinto nähdään laadullisena ilmiönä, 3) hallintoa pyritään selittämään, ymmärtämään ja tulkitsemaan pyrkimysten ja tavoitteiden kautta ja 4) ilmiöiden ainutlaatuisuus ja monimuotoisuus ovat tutkimuksen keskiössä. Hallinto nähdään tässä tutkimuksessa toteuttajana, jonka toiminnan vaikutukset näkyvät suoraan yksittäisten palvelunkäyttäjien arjessa tavalla tai toisella sekä toisaalta myös kehittäjinä, jotka voivat hyötyä tutkimuksen tuloksista.

2.3 Metodologia

Perinteisesti tutkimukset jaotellaan kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin tutkimuksiin. Jaottelu perustuu tutkimuksessa tehtäviin tieteenfilosofisiin valintoihin. Kvantitatiivista tutkimusta leimaa hypoteettis-deduktiivinen ja eksperimentaalinen ote ja se yleensä perustuu positivismiin. Alkujuuret löytyvät luonnontieteistä ja monet menettelytavat ovat myös peräisin sieltä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001: 129.)

Kaikkien artikkeleiden aineisto on kerätty ja analysoitu laadullisilla menetelmillä. Laadulliset menetelmät soveltuvat hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan määrällisiä menetelmiä paremmin, koska tutkimuksessa on tarkoitus laajentaa ymmärrystä tutkittavasta kohteesta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeinen pyrkimys on selittämällä kausaalisuhteiden kautta. Tutkimuksen alkuvaiheessa tutkimuskysymykseen vastataan luomalla malli, jonka todellisuutta todennetaan testaamalla alussa asetetut hypoteesit. (Hirsjärvi ym. 2001: 135, 150.) Artikkelissa kaksi on jossakin määrin kerätty aineistoa ja esitelty tuloksia perinteisesti määrällisinä pidetyillä menetelmillä. Numeerista tietoa on käytetty pääasiassa deskriptiivisessä

tarkoituksessa kuvaamassa aineistoa ja tuloksia osana laadullista sisällönanalyysiä. Vastausten vähäisen lukumäärän vuoksi oli mahdotonta tehdä laadukasta tilastollista tutkimusta.

Kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa aidoista tilanteista. Kokeelliset asetelmat eivät kuulu laadulliseen tutkimukseen. Kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja aineisto voi olla hyvin monimuotoista. Tavoitteena on tutkittavien äänen esiintuominen. (Hirsjärvi ym. 2001: 155.)

2.3.1 Dokumenttien analysointi

Ensimmäinen artikkeli on teoreettinen ja perustuu pääasiassa aikaisempaan tutkimukseen. Artikkelissa syntetisoidaan erilaisia teoreettisia näkemyksiä asiakkuudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pienimuotoisen dokumentti- ja käsiteanalyysin kautta tarkasteltiin asiakas-käsitteen käyttöä ja siinä tapahtuneita muutoksia sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä. Analysoidut dokumentit olivat lakeja ja hallituksen esityksiä (liite 1), joissa käsiteltiin kansalaisen roolia suhteessa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä määriteltyihin tukiin ja palveluihin. Dokumenttianalyysin tulokset ja aikaisempien tutkimusten synteesi muodostavat kokonaisuuden, jonka kautta arvioitiin, miten asiakkuuteen liittyvät retoriset muutokset haastavat sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Myös kolmannen artikkelin aineisto koostuu dokumenteista. Tutkimuksessa on tarkasteltu lainsäädännön pohjalta tapahtuneita muutoksia omaishoidontuessa, jotka määrittelevät yksilön roolia ja vastuuta sekä omaishoidontukeen liittyviä yhteiskunnan tukimahdollisuuksia (liite 2). Lisäksi tarkasteltiin ajankohtaista uutisointia liittyen sen hetkisiin muutoksiin tuen toteuttamisessa eri kunnissa ja pohdittiin millaisia ongelmia aktiivinen kansalainen voi kohdata pyrkiessään tuottamaan hyvinvointia läheiselleen kunnan kanssa solmittuun sopimukseen perustuen. Artikkelissa tarkastellaan aktiivista kansalaista yhtenä mahdollisena hyvinvoinnin tuottajana sekä sitä millainen kuva rakentuu omaishoidontuesta esimerkkinä aktiivisen kansalaisen harjoittamasta sosiaalisesta hyvinvointivastuusta. Omaishoidontuki on yksi esimerkki sopimuksellisesti tuotetusta erilaisista sektorirajat ylittävästä yhteistyömallista, jossa hyvinvointia tuotetaan eri toimijoiden yhteistyössä (welfare mix).

Dokumenttianalyysi perustuu sosiaaliseen konstruktionismiin. Lähestymistapa tarjoaa monipuolisen näkökulman käsiteltävään ilmiöön (Tuominen 2001: 149). Analyysi on ottanut vaikutteita etnografisesta sisällönanalyysistä. Etnografisessa sisällönanalyysissä aineisto voi muodostua kaikesta sosiaalisesta interaktiosta tuotetusta materiaalista. Analyysille on tyypillistä tutkijan refleksiivinen ja vuo-

rovaikutteinen suhde käytettyihin käsitteisiin, aineistonkeräykseen ja analyysiin. (Altheide 1987: 66–68.)

Analyysi toteutettiin hermeneuttisen kehän tavoin, jolloin jokaisessa vaiheessa peilattiin aineistoa esiyymmärrykseen ja tulkinta tehtiin aineistolähtöisesti. Artikkeleissa lähteenä käytetty lainsäädäntö perustuu hallituksen esityksiin sekä niistä käytyihin keskusteluihin. Lisäksi kolmannessa artikkelissa tarkasteltiin uutisointia liittyen omaishoidontuessa tapahtuneisiin muutoksiin vuonna 2009. Rapleyn (2007: 111–113) mukaan dokumenttianalyysissä keskitytään siihen mitä sanotaan ja miten niitä perustellaan. Aineistosta tarkasteltiin mitä käsitettä kansalaisesta käytetään ja miten asiakas-käsitteen käyttöä perustellaan (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009: 123).

Analyysi on laadullista ja eroaa kvantitatiivisesta sisällönanalyysistä. Kvantitatiivisessa sisällönanalyysissä lasketaan muun muassa erilaisten käsitteiden ilmene-mislukumääriä. Kvalitatiivinen analyysi kohdistuu sisältöihin, merkityksiin ja niiden tulkintaan. Laadullisessa analyysissä on usein hyvin vaikeaa erottaa toisistaan eri vaiheita. Aineiston keruu, käsittely, analyysi ja raportointi ovat hyvin kiinteistä yhteenkietoutuneita. Laadullinen analyysi voidaan yksinkertaisesti tiivistää seuraaviin vaiheisiin; aineiston tiivistäminen ja yksinkertaistaminen sekä mysteerin ratkaiseminen. (Alasuutari 1993: 22, 211–213.) Analyysin päätteeksi tuloksia refleктоitiin aikaisempiin tutkimuksiin ja teorioihin.

2.3.2 *Kyselytutkimus*

Toisen artikkelin aineisto muodostui osittain sähköisellä nettilomakkeella kerätyistä tiedoista. Tutkimuksen osa-aineisto kerättiin kyselyn avulla. Kysely kohdennettiin erilaisten potilas- ja vammaisjärjestöjen⁴ nettisivuilla kävijöille. Kirjallisesti kysyttiin eri järjestöjen mielenkiintoa kyselyä kohtaan sekä valmiutta laittaa linkki sähköiselle lomakkeelle muutamaksi kuukaudeksi järjestön nettisivuille. Yhteydenottoa varten järjestöt valittiin Kansalaisyhteiskunta.fi nettisivuilta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestöjen alta. Järjestöistä poimittiin erilaiset potilas- ja vammaisjärjestöt, joilla on nettisivut. Potilas- ja vammaisjärjestöihin päädyttiin, koska haluttiin tutkia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja voidaan olettaa, että potilas- ja vammaisjärjestöjen jäsenet sekä järjestöjen tarjoamaa informaatio-

⁴ Kysely oli Allergia- ja Astmaliiton, Kehitysvammaisten tukiliiton, Hengityselinliiton, MS-liiton, Autismi- ja Aspergerliiton, Lyhytkasvuisten, Suomen Parkinson-liiton, Mielenterveysyhdistys Helmen, Papunetin, Finlands Svenska Handikappförbundin, Svenska Hörsel förbundet, Sydänliiton, Omaishoitajat ja läheiset nettisivuilla sekä Nivelklubin keskustelupalstalla.

ta hyödyntävät henkilöt ovat myös käyttäneet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Järjestöjen jäsenten tai nettisivuilla vierailevien voidaan myös olettaa olevan keskivertoa aktiivisempia, jonka voidaan olettaa vaikuttavan vastuksiin.

Yhteensä 44 järjestöön oltiin yhteydessä ja 14 vastasi tiedusteluun positiivisesti. Nämä järjestöt laittoivat nettisivuilleen tietoa kyselystä, sen tarkoituksesta (liite 3) sekä linkin e-lomakkeelle. Kysely toteutettiin sekä suomeksi että ruotsiksi ja linkit molempiin lomakkeisiin toimitettiin kaikille kyselyyn osallistuville järjestöille nettisivuille laitettavaksi. Kyselyn aineisto kerättiin sähköisellä lomakkeella (e-lomake), jossa kysymykset olivat sekä monivalintakysymyksiä että laadullisia, kokemuksellisia avoimia kysymyksiä. Suomenkielinen lomake on liitteessä 4. Avoimet kysymykset antoivat tilaa mielipiteille, ajatuksille ja kokemuksille. Analysoituja vastauksia kertyi 98 kappaletta. Vastauksia palautui 109 kappaletta, mutta analyysistä jätettiin pois selkeästi pilailumielessä tehdyt vastaukset ja kesken-eräiset lomakkeet. Tarkemmat tiedot aineistosta löytyvät toisesta artikkelista.

Taulukko 3. Kyselylomakkeessa käytetyt käsitteet ja niiden teoriapohja.

Käsite	Lähde
Hoidokki, potilas	Hasenfeld, Rafferty & Zald 1987; Evers 2006
Asiakas	Hasenfeld ym. 1987; Evers 2006
Kumppani	Lehto 1998; Evers 2006
Aktiivinen – passiivinen	Evers 2006; Valokivi 2008
Hankala, haasteellinen, helppo, mukautuvainen, vaativa	Niiranen 2002; Mattus 2001; Valkama 2008; Valokivi 2008
Kuluttaja	Hasenfeld ym 1987; Clarke, Newman, Smith, Vidler & Westmarland 2007
Palvelunkäyttäjä	Evers 2006
Asiantuntija	Kangas 2003
Tasa-arvoinen – eriarvoinen	Evers 2006

Lomakekysely, ja vielä toteutettuna sähköisellä lomakkeella, sulkee monia vastaajia ulkopuolelle. Yleensäkin lomakekyselyn toteuttaja olettaa, että vastaajat ovat luku- ja kirjoitustaitoisia, eikä heillä ole kirjoittamista vaikeuttavia esteitä. Sähköiseen lomakkeeseen vastaaminen edellyttää myös tietokoneen ja internetin käyttötaitoja. Kyselylomakkeessa kysymysten tulee perustua tutkimuksen viitekehukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 73, 75.) Käytetyt käsitteet ovat tässä tutki-

muksessa teoriapohjaisia. Esimerkiksi vastaajille tarjotut vaihtoehdot, joilla kuvata omaa rooliaan ovat suoraan aikaisemmista tutkimuksista. Taulukkoon 3 on kerätty joitakin keskeisimpiä lähteitä käytettyjen käsitteiden ja niiden määrittelyjen pohjalle.

Kyselyn kysymykset ryhmiteltiin eri otsakkeiden alle, joita olivat taustatiedot, valinnanmahdollisuudet, vaikuttamismahdollisuudet sekä vastaajan näkemys omasta roolistaan toimijana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Vastaajilta kysyttiin, ovatko he käyttäneet ennalta määriteltyjä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja sekä voivatko he valita itselleen tai läheiselleen sopivimman vaihtoehdon. Valinnanmahdollisuuksia tarkasteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kohdalta. Vastaajat saivat arvioida onko heillä mahdollisuus valita eri palveluja, voivatko he kieltäytyvät jostakin palvelusta sekä mitä kieltäytymisestä seuraa. Avoimissa kysymyksissä vastaajat saivat perustella vastausvaihtoehtojaan. Vastaajilta kysyttiin myös kokivatko he, että voivat vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollossa annettuihin palveluihin ja missä määrin. Lisäksi kysyttiin millä tavoin vastaajat mielestään vaikuttivat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ja miten tehokkaana tai toimivana he eri vaikuttamisvaihtoehdot kokivat.

Tarjotut vaikuttamisvaihtoehdot generoitiin Lyonsin ja Loweryn (1986; 1989) mallista. Malli perustuu Hirschmanin (1970) exit ja voice-malliin, jossa asiakkaalla oletetaan olevan kaksi vaihtoehtoa reagoida palvelujen tai yrityksen tuotteiden laadun huonontuessa. Tyytyväisyys palveluun tai tuotteeseen ylläpitää uskollisuutta organisaatiota kohtaan, mutta laadullisten tekijöiden heikentyessä asiakas voi joko ilmaista mielipiteensä (voice) tai vaihtaa (exit) palveluiden piiristä. Lyons ja Lowery lisäsivät malliin vielä neljännen reagoitivaihtoehdon sekä jaottelivat vaihtoehdot eri ulottuvuuksien mukaan⁵. Asiakaan reagoitivatavat voivat vaihdella aktiivisesta passiiviseen ja rakentavasta haitallisiin. Viimeiseksi tiedusteltiin vastaajilta millaisena he kokevat oman roolinsa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja kokevatko he olevansa palveluntarjoajien kanssa tasa- vai eriarvoisia.

Tutkimuksen aineisto kerättiin osittain kyselyn avulla, joka puolestaan on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä. Surveyllä tarkoitetaan sellaisia aineistonhankintamenetelmiä, joita yhdistää standardointi. Menetelmiä voivat olla esimerkiksi kysely, haastattelu tai havainnointi. Yleensä survey-tutkimuksen aineisto käsitellään kvantitatiivisesti, mutta avoimet ja strukturoimattomat kyselyt voidaan ana-

⁵ Lyonsin ja Loweryn mallin mukaelma löytyy tämän tutkimuksen luvusta 3.3.3.

lysoida myös laadullisesti, kuten tässä tutkimuksessa tehtiin. (Ks. Valli 2001: 110; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997: 180–181.)

Avoimien kysymysten vastauksia analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Lisäksi prosenttiosuuksien avulla kuvattiin eri näkemysten ja kokemusten osuutta kaikista vastauksista. Aineistoa kvantifioimalla voidaan kuvata, miten moni vastaajista on samaa mieltä asiasta (Tuomi & Sarajärvi 2009: 120). Tutkimuksen tulokset kuvaavat palvelunkäyttäjien näkemyksiä tietyssä historiallisessa ajankohdassa. Tuloksista ei voi tehdä yleistyksiä eikä tarkastella tilastollisesti, koska otantaa ei ole riittävän suuri eikä edustava.

2.3.3 *Narratiivisuus ja dialogisuus*

Neljäs ja viides artikkeli sekä toisen artikkelin osa-aineisto perustuvat osittain lisensiaatintutkimukseen⁶, jonka aineisto muodostui 13 narratiivisesta haastattelusta. Narratiivisuus on tapa välittää kokemuksellista tietoa (McIntyre-Mills 2010; Rea 2003). Narratiivisesta haastattelusta on muodostunut yksi aineistonkeruutapa. Metodien suosio perustuu siihen, että narratiivisuus on nousut yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen keskiöön viime vuosikymmenien aikana. Käsite narratiivisuus on peräisin latinan kielestä, jonka substantiivi *narratio* tarkoittaa kertomusta ja verbi *narrare* kertomista. Suomenkielessä käytetään käsitteitä kertomus, kerronnallisuus, tarina ja tarinallisuus rinnakkain ja toistensa synonyymeinä. (Heikkinen 2001a: 116.) Hänninen (1999: 15) käyttää väitöskirjassaan sanaa tarinallisuus narratiivisuuden synonyyminä. Hänninen tarkoittaa tarinallisella (narratiivisella) tutkimuksella kaikkea sellaista tutkimusta, jossa tarinoita, kertomuksia ja narratiiveja käytetään tiedonkeruun välineinä.

Yhteiskuntatieteissä ei aina tehdä eroa termien kertomus ja tarina välillä. Tässä tutkimuksessa on kuitenkin sovellettu Hyvärisen ja Löyttyniemen (2005: 189–190) käyttämää erottelua, jolloin tarina viittaa kertomuksen kuvaamaan tapahtumakulkuun ja kertomus tuotetaan aina jonkun välineen avulla (suullisesti, kirjallisesti, elokuvana) tietyllä tavalla ja tietyssä järjestyksessä. Tarinat, jotka sisältävät hyvin niukasti kokemuksellista tietoa, ovat minimaalisesti kerronnallisia. Hänninen (1999: 20) viittaa kertomuskäsitteellä tarinan esitykseen merkkien muodossa. Yksi kertomus puolestaan voi sisältää useita tarinoita, jotka voidaan tulkita mo-

⁶ Artikkelit perustuvat osittain 11.09.2008 tarkistettuun lisensiaatintutkimukseen ”Verkostoja, palveluketjuja vai palvelukokonaisuuksia? – Tapaustutkimus autismin kirjon lapsiperheiden kokemuksista hyvinvointijärjestelmässä.

nella tavalla. Edellä mainituissa artikkeleissa käytettiin käsitettä narratiivisuus suomenkielen kerronnallisuus-käsitteen synonyyminä.

Tutkimuksellinen narratiivisuus viittaa lähestymistapaan, joka kohdistaa huomionsa kertomuksiin tiedon välittäjinä ja rakentajina (Heikkinen 2001a: 116). Heikkinen (2000: 47) pitää narratiivisuutta hajanaisena muodostelmana kertomuksiin liittyvää tutkimusta, ei niinkään metodina tai koulukuntana. Tutkimus voi yhtäältä käyttää kertomuksia materiaalina ja toisaalta tutkimuksella voidaan ymmärtää kertomusten tuottamista ympäröivästä maailmasta (Heikkinen 2001a: 116). Narratiivisuuden käsitteellä voidaan viitata tieteellisessä keskustelussa ainakin neljässä eri merkityksessä. Ensiksi sillä voidaan viitata tiedonprosessiin sinänsä, tietämisen tapaan ja tiedon luonteeseen. Toiseksi termillä voidaan kuvata tutkimusaineiston luonnetta. Kolmanneksi termillä voidaan viitata aineiston analysointitapaan. Viimeiseksi narratiivisuuden käsite liitetään tarinoiden käytännölliseen merkitykseen. (Heikkinen 2001a: 118; Heikkinen 2000: 49–55.)

Narratiivinen tutkimus ei pyri yleistettävään tai objektiiviseen tietoon, vaan paikalliseen, hyvinkin henkilökohtaiseen ja subjektiiviseen tietoon (Vuokila-Oikkonen 2002: 37). Tutkimuksessa voidaan hyödyntää narratiivista tutkimusaineistoa yksinkertaisimmillaan. Tällöin aineisto on kerrontaa, jossa vastaajille annetaan mahdollisuus kertoa käsityksensä tutkittavasta ilmiöstä omin sanoin. Aineisto voi olla mitä tahansa kerrontaan perustuvaa, suullista tai kirjallista aineistoa, jossa ei välttämättä aseteta vaatimuksia eheiden, juonellisten kertomusten tuottamiseen. (Heikkinen 2001a: 121.) Narratiivista haastattelua käytetään yleensä elämäkerrallisissa tutkimuksissa. Haastattelun tavoitteena on kerätä tutkimuksen aineistoksi kertomuksia. Narratiivisen, toisin sanoen kerronnallisen haastattelun kohteena ovat kertomukset kokemuksesta. Tutkija kokoaa aineistokseen kertomuksia, joiden kautta voidaan ymmärtää menneisyyttä. Kertomuksen kautta jaetaan ja tehdään ymmärrettäväksi kokemuksia. (Hyvärinen & Löyttyniemi 2005: 189; Tiittula & Ruusuvuori 2005: 12.)

Narratiivisuutta hyödynnettiin kolmessa artikkelissa. Artikkelissa 2 analysoitiin jo aikaisemmin narratiivisilla haastatteluilla kerättyä aineistoa (ks. Valkama 2008). Aineistosta oli aikaisemmin analysoitu kohtaamisia palvelunkäyttäjän ja palveluntuottajien välillä, erityisesti kokemuksia niiden sujuvuudesta ja toimivuudesta sekä perheen tukiverkosta. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kertojan kuvausta omasta roolistaan ja toiminnastaan. Aineistosta analysoitiin sitä miten kertojat kuvasivat rooliaan ja sen kehittymistä kokemusten karttuessa. Lisäksi kahdessa viimeisessä artikkelissa (artikkelit 4 ja 5) pohdittiin tarinallisuutta tapana tuottaa yhteistä ymmärrystä ja jakaa kokemuksellista tietoa. Kehittämishankkeessa hyödynnettiin alkuvaiheessa toiminnan lähtökohtana narratiivisten haastatteluiden

avulla tehdyn tutkimuksen tuloksia, josta osa on raportoitu julkaisemattomassa lissensiaatintutkimuksessa (Valkama 2008).

Narratiivista työtettä jatkettiin kehittämishankkeen aikana. Työryhmiin osallistuneiden kokemusasiantuntijoiden kokemuksellisen tiedon lisäksi tutkija esitteli aina tarvittaessa aikaisemman tutkimuksen tuloksia, jolloin useamman palvelunkäyttäjän ääntä voitiin hyödyntää kehittämistyössä. Lisäksi eri vaiheissa koottiin sekä ammattilaisten että kokemusasiantuntijoiden keskusteluryhmiä käsittelemään kehittämistyön kohteena olevia asioita ja esittämään ajatuksiaan kehitettävään teemaan liittyen. Henkilöt, joille normaali kokoustaminen ei ollut mahdollista, tarjottiin muita mahdollisuuksia osallistua kehittämistyöhön, esimerkiksi sähköpostin tai netin välityksellä. Kehittämishankkeen aikana kerättiin eri tahoilta jatkuvaa palautetta.

Kehittämistyön aikana hankkeen etenemistä ja käytettyjä työmenetelmiä arvioitiin fokusryhmissä ja kyselylomakkeilla. Lisäksi hankkeen päättyessä kerättiin loppupalautetta. Tutkimuksessa hyödynnettiin toimintatutkimuksellisia elementtejä, joiden tarkoituksena oli tarjota osallistumismahdollisuuksia kaikille asianosaisille muutoksen toteuttamiseen. Toimintatutkimukselle on luonteenomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus sekä toiminnan kehittäminen. (Heikkinen 2001b, 170.)

Narratiivisen aineiston analyysi voi keskittyä aineiston eri tekijöihin. Tutkimuksessa voi keskeisellä sijalla olla kiinnostus kertomuksissa kuvatuista tapahtumista ja kokemuksista, jolloin analyysin painopiste on kertomusten *sisällössä*. Kertomusten sisällöllä ajatellaan olevan kaksi funktiota; ensinnäkin sisällön avulla kuvataan menneitä tapahtumia ja toiseksi arvioidaan tapahtuneita asioita ja niiden merkityksiä. Sisältöön keskittyvän analyysin vaihtoehtoja ovat kertomuksen *rakenteiden ja muodon* tarkastelu tai huomion keskittäminen narratiivien esiintymiseen ja funktion vuorovaikutuksellisissa ja institutionaalisissa konteksteissa. (Elliott 2005: 38; Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998: 12.) Edellä mainittujen lisäksi analyysi voi keskittyä kertomuksessa ilmenevään sosiaaliseen ulottuvuuteen (Mishler 1995: 90, 107–116). Tällöin kertomuksista analysoidaan joko kertomusten henkilöiden välisiä suhteita tai sitten kertomuksen ja ympäröivän sosiaalisen maailman välisiä suhteita (Elliot 2005: 50).

Analyysi voidaan jakaa myös luku- ja tulkintatavan mukaan kokonaisvaltaiseen laaja-alaiseen (holistic) ja luokittelevaan osittaiseen (categorical) lähestymistapaan. Kun aineistoa jaotellaan samalla tavalla kuin perinteisessä sisällönanalyysissä kategorisesti, alkuperäinen kertomus ositetaan, jaotellaan ja luokitellaan. Lähestymistapa on käyttökelpoinen esimerkiksi useamman henkilön kokemusten tarkasteluun suhteessa yhteen tiettyyn ongelmaan tai ilmiöön. Holistisen katsan-

tokannan mukaisesti yhden kertojan kertomusta tulkitaan kokonaisuutena, jolloin kertomuksen osia peilataan kokonaiskertomusta vasten. Holistista lähestymistapaa käytetään silloin, kun halutaan tarkastella yksilöä ja hänen elämäänsä kokonaisuutena. Yhdistämällä edellä mainittuja lähestymistapoja saadaan seuraavat neljä tapaa lukea narratiiveja (ks. taulukko 4): kokonaisvaltainen-sisällöllinen (holistic-content), kokonaisvaltainen-muotoon keskittyvä (holistic-form), kategorinen-sisällöllinen (categorical-content) ja kategorinen-muotoon keskittyvä (categorical-form). (Lieblich ym. 1998: 12.)

Taulukko 4. Narratiivisen tutkimuksen neljä erilaista lukiapaa (Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998: 13–14).

	Kokonaisvaltainen	Kategorinen
Sisältö	Kertomusta tarkastellaan kokonaisuutena, jolloin kertomuksen osia peilataan kokonaiskertomukseen	Muistuttaa perinteistä laadullista sisällönanalyysiä, tutkimuksen kannalta keskeiset aiheet luokitellaan ja ryhmitellään
Muoto	Kertomuksesta paikannetaan rakennetta tai juonta, esimerkiksi tragedia, komedia tai romanssi	Aineistosta tarkastellaan tyyllillisiä tai kielellisiä piirteitä

Kokonaisvaltainen sisältöön keskittyvä lukiapaa tarkastelee kertomusta kokonaisuutena sisällöllisesti jäsenettynä. Kokonaisvaltaisella muotoon keskittyvällä lukiavalla etsitään kertomuksesta juonta tai rakennetta. Kertomus voidaan tulkita esimerkiksi komediaksi, tragediaksi tai romanssiksi. Kategorinen sisällönanalyysi muistuttaa perinteistä sisällönanalyysiä, jolloin aineistosta poimitaan lauseita tai ilmaisuja, jotka luokitellaan ja kategorisoidaan. Toinen kategorinen lukiapaa keskittyy kertomuksessa ilmeneviin irrallisiin muotoseikkoihin, esimerkiksi millaisia metaforia kertoja käyttää, tai miten usein kertojan toimija on passiivissa tai aktiivissa. (Lieblich ym. 1998: 12.) Tutkimuksessa on käytetty kategorista sisällönanalyysiä narratiivisia haastatteluita analysoitaessa.

Bruner (1986: 45–53; 1987: 31) on selvittänyt kokemuksellisen kerronnan eri aspekteja erottelemalla ”objektiivisen” todellisuuden, subjektiivisen kokemuksen ja

sen miten kokemus puetaan narratiiviseen muotoon. Öberg (1997: 80) tarkasteli elämäkertomusten jaottelua Brunerin kanssa samaan tapaan ja määritteli seuraavat analytyttiset tasot: 1) eletyn elämän taso, 2) koetun elämän taso ja 3) kerrotun elämän taso. Tutkijan näkökulmasta voidaan lisätä vielä neljäskin taso eli tulkinnan taso. Objektiivinen todellisuus koostuu henkilön elämään liittyneistä tapahtumista esimerkiksi syntymästä, kävelemään oppimisesta, koulun aloittamisesta jne. Subjektiiivinen kokemus muodostuu henkilön elämyksistä ja tulkinnoista elämänsä tapahtumista. Kokemus on kuvia, tunteita, toiveita ja ajatuksia. Kerrottu elämä on elämäntarina, kertomus, joka muodostuu kulttuuristen reunaehtojen sallimissa rajoissa. Kertomuksessa esiintyy pyrkimys selittää tapahtunutta. Brunerin (1986: 18) kuvaa tätä taipumusta kausaliteettiin Kantiin tukeutuen yhtenä mielen mentaalisenä kategoriana. Kehittämistyössä työryhmissä kerrottiin eri palvelutilanteissa syntyneistä kokemuksista. Kertomusten avulla haluttiin kuvata ja selittää kokemuksia. Yhdessä myös pohdittiin mitkä tekijät olivat kenties vaikuttaneet tapahtumiin.

Kehittämistyö toteutettiin dialogisilla työmenetelmillä. Dialogisuutta korostavia näkökulmia löytyy asiakaskeskeisyyttä korostavista ja voimavarasuuntautuneista lähestymistavoista. Lähestymistavoissa etsitään voimavaroja asiakkaasta ja hänen verkostoistaan. (Arnkil & Erikson 1995; Seikkula 1995.) Voimavarakeskeisyys perustuu ihmiskuvan muutokseen yksilöllisestä ongelmakeskeisyydestä voimavaroihin ja vuorovaikutussuhteisiin. Huomio tulee kiinnittää asiakasta luokittelevaan kielenkäyttöön ja asiakkaan aktiiviseen osallistumiseen palveluprosessiin. (Arnkil, Seikkula & Erikson 2001: 98–100.) Näkemys on vastakkainen uusliberalistiselle suuntaukselle, jossa yksilö on kaiken ydin. Ongelmat nähdään yksilöön ja yksilöllisiin ominaisuuksiin liittyvinä ilmiöinä. (Pratt 2005: 12–13.)

Dialogissa pyritään jaettuun ymmärrykseen. Dialogisessa kommunikaatiossa osapuolet tarkistavat, koettelevat, kyseenalaistavat ja uudelleenmuotoilevat toistensa puhetta. Vuorovaikutuksellinen diskurssi tarjoaa mahdollisuuden suhteiden määrittelyyn sekä toimintojen tarkistamiseen. Dialogisuus voidaan nähdä myös yhteistoiminnallisen suhteena, jossa korkeimpana tasona on yhteistoiminta. Yhteistyösuhde edeltää yhteistoimintaa. Molemmissa suhteissa kaikki osapuolet ovat sitoutuneita samoihin päämääriin, tavoitteisiin ja työskentelevät yhdessä tavoitteiden saavuttamiseksi. Suhteiden erona on kuitenkin luottamus ja molemminpuolinen vaikuttaminen, jotka on mahdollista saavuttaa vain yhteistoiminnan tasolla. (Mönkkönen 2002: 34, 35–37, 41, 43.)

Kehittämishankkeessa työskentely vaihteli yhteistyöstä yhteistoimintaan. Työskentely eri ryhmissä vaihteli ryhmän kokoonpanon ja henkilökemioiden vuoksi. Vuorovaikutuksellinen dialogi ja kokemuksellinen kerronta loivat yhteistä ym-

märrystä. Asiakkaan ja ammattilaisen välisessä dialogissa tuotetaan rooleja eri osapuolille. Joissakin ryhmissä noiden roolien väliset valta-asetelmat aiheuttivat jännitteitä, mutta toisissa ryhmissä yhdenvertaisuus ja jaettu asiantuntijuus asettui ensimmäisen tapaamisen jälkeen keskiöön. Menetelmät koettiin loppuarvioinneissa rikastuttavina ja ymmärrystä laajentavina sekä ammattilaisten että palvelunkäyttäjien näkökulmasta.

2.3.4 *Kriittinen toimintatutkimus kehittämishankkeessa*

Kahden viimeisen artikkelin (artikkelit 4 ja 5) aineistona on kehittämishankkeessa kerätty aineisto. Aineisto koostuu työryhmämuistioista, muistiinpanoista, sähköposteista, kyselylomakkeista ja tutkimuspäiväkirjoista. Muutamia työryhmiä myös nauhoitettiin, mutta niistä luovuttiin koska muistiinpanojenkin avulla pystyttiin dokumentoimaan tapahtumien kulkua riittäväällä tarkkuudella. Tapaustutkimukselle on tyypillistä, että yksittäisestä tapauksesta tuotetaan hyvin yksityiskohtaista tietoa. Tarkoitus ei olekaan pyrkiä edustavuuteen, mutta aineiston keräyksessä on kuitenkin pyritty mahdollisimman suureen suunnitelmallisuuteen ja kurinalaisuuteen. (Ks. Saarela-Kinnunen & Eskola 2001: 159.)

Artikkeleissa tutkitun tapauksen muodostaa Pohjanmaan maakuntien autismin kirjjon palveluiden verkosto -hanke (jatkossa PAKKI-hanke), jonka hallinnoijana toimi Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Hanke alkoi 1.8.2007 ja päättyi 31.10.2009. Alueella oli jo pitkään ollut tarvetta autismin kirjjon henkilöiden palveluiden kehittämiseksi. Alueelle toivottiin selkeitä yhtenäisiä toimintatapoja autismin kirjjon henkilöiden diagnosoinnissa, kuntoutuksessa, ammattiin valmentavassa koulutuksessa ja palvelujen kehittämisessä. Autismin kirjjon suurimpana haasteena on tunnistaminen, diagnosointi sekä tarvittavien palvelujen koordinointi. Onnistunut ja tuloksellinen autismin kirjjon diagnosointi ja kuntoutus perustuvat monien organisaatioiden, ammattiryhmien ja autismin kirjjon henkilöiden lähipiiriin yhteistoimintaan. Pohjanmaan, Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan alueilla tiedettiin jo ennen hanketta olevan jonkin verran autismissaamista, mutta se oli epätasaisesti jakautunutta ja hajanaista. (Valkama 2009.) Autismin kirjjon henkilöitä arvioidaan maassamme olevan noin 50 000. Samassa suhteessa hankealueen kolmen maakunnan asukaslukuun suhteutettuna voidaan alueella arvioida olevan noin 4 400 autismin kirjjon henkilöä. (ks. Kielinen 2005.)

Autismin kirjjon moninaisuus, ongelmalliseksi koettu käytös ja arjen pulmien monimuotoisuus asettavat suuria haasteita työntekijöiden ammattitaidolle ja työssä

jaksamiselle. Uudenlaisten työmallien kehittäminen, osaajaverkoston luominen sekä kouluttautuminen nähtiin edesauttavan henkilökunnan työssä kehittymistä ja jaksamista. Hanke hyödynsi Autismi- ja Aspergerliitto ry:n AUNE-projektin⁷ ja muiden maassa meneillään olevien kehittämishankkeiden tuloksia ja kokeilemia toimivia käytäntöjä. Autismin kirjon henkilöiden kuntoutus tapahtuu arjessa, jolloin painopiste on perheessä, päiväkodissa, koulussa ja työ- ja päivä- toiminnassa. Tarvitaan erityisosaamista, jotta kyetään ohjaamaan ja tukemaan autismin kirjon henkilön ja hänen läheistensä arkea. Tämä vaatii onnistuakseen organisoitua ja toimivaa yhteistyötä eri kuntouttavien tahojen välillä koko autismin kirjon henkilön elämän ajan.

Hankkeen suunnittelusta vastasi asiantuntijatyöryhmä, jossa olivat mukana Pohjanmaan maakuntien keskeiset alan toimijat sekä Autismi- ja Aspergerliitto ry yhteistyössä alueen sosiaalialan osaamiskeskuksen SONet BOTNIA:n kanssa. Yhteistyöhankkeen lähtökohtana olivat autismin kirjon henkilöiden tuen tarve, kuntien tarpeet osaavasta henkilöstöstä sekä alueellisen palvelurakenteen puutteet sekä toiminnan kehittäminen ja selkiinnyttäminen. Lähtökohtana työlle käytettiin vuosien 2006–2007 aikana tehtyä tutkimusta autismin kirjon lapsiperheiden palvelu- ja tukiverkostoista (ks. Valkama 2008). PAKKI-hankkeen tavoitteina olivat pysyvät, alueellisesti yhteiset ja selkeät toimintamallit autismin kirjon henkilöiden ja heidän perheidensä palveluissa. Hankkeen päätavoitteita oli kolme: 1) selkeän kuntoutusväylän luominen kolmeen pohjalaismaakuntaan, palvelujen koordinointi ja palvelurakenteen kehittäminen eri sektorien yhteistyönä, 2) autismin kirjon moniammatillisen osaajaverkoston luominen ja 3) eri ammatti- ryhmien osaamisen ja yhteistyön vahvistaminen

Työskentely hankkeessa tapahtui työryhmissä. Kirjon henkilön elämäntahti jaoteltiin neljään keskeiseen siirtymävaiheeseen: diagnosointiin ja varhaiskuntoutukseen, varhaiskasvatukseen ja esiopetukseen, peruskoulun päättymiseen ja työelämään siirtymiseen sekä itsenäiseen asumiseen. Työryhmät koostuivat kolmen maakunnan toimijoista. Kutsu lähetettiin mahdollisimman laajasti ja työryhmiin pääsivät kaikki halukkaat. Jokaisessa työryhmässä oli myös vähintään yksi autismin kirjon henkilö tai heidän läheisensä mukana. Hankkeessa luotiin varhaiskasvatuksen ja esiopetuksen työryhmässä THL:n (entisen Stakesin) määritelmien

⁷ Autismi- ja Aspergerliitto ry:n Aune-projektissa luotiin uudenlainen verkostomainen yhteistyömalli, joka mahdollistaa sen, että eri ammattikuntien edustajat ja autismin kirjon henkilöiden kanssa työskentelevät saavat tarvitsemansa tiedot ja taidot käyttöönsä. Verkoston tarkoitus on lisätä autismin kirjon henkilöiden ja heidän perheidensä mahdollisuuksia tavoittaa ne tukimuodot ja palvelut, joita he tarvitsevat. Lisäksi verkostoitumalla pyritään helpottamaan eri toimijoiden yhteistyötä yli hallinto- ja kuntarajojen.

mukainen ”Hyvä käytäntö”, jota jopa ehdittiin testata hankkeen aikana. Hyvää käytäntöä muokattiin perheiltä ja työntekijöiltä saadun palautteen mukaan. Viimeistely toimintamalli löytyy Sosiaaliportin Hyvä käytäntö -sivustolta.

Työryhmissä kannustettiin kokemuksellisen tiedon vaihtamiseen. Jokaisessa työryhmässä mallinnettiin ideaalista palvelupolkua QPR-ohjelmalla⁸. Mallinnus koettiin kuitenkin mekaanisena ja mallinnosten tueksi laadittiin käsikirjat (PAKKI-hanke 2009a ja 2009b) sekä perheille että ammattilaisille. Työryhmätyöskentely oli dialogista kokemusten sekä mielipiteiden vaihtoa ja eri toimijat kokivat työskentelytavan tasa-arvoisena ja kannustavana. Hankkeessa haluttiin vahvistaa asiakkaan asemaa tasa-arvoisena asiantuntijana ja poistaa molemminpuolisia ennakkoluuloja.

Jokaisessa väitöstutkimukseen sisältyvässä artikkelissa on vaikutteita kriittisestä tutkimuksesta. Erityisesti artikkeleissa 4 ja 5 on käytetty hyväksi kriittistä perinnettä. Heikkisen (2001b) mukaan kriittisen teorian tavoitteena on ollut luoda yhteys tutkimuksen ja käytännön välille. Aineisto on kerätty toimintatutkimuksella työotteella ja kehittämistyössä on aktiivisesti tuettu palvelunkäyttäjien osallistumista palveluiden kehittämiseen. Yhteisten palaverien tuloksena osallistujien ymmärrys toisten työntekijöiden työstä ja toimenkuvasta lisääntyi, asiakkaiden tietoisuus vaihtoehtoista ja ammattilaisten ymmärrys asiakkaiden arjesta ja siihen liittyvistä ongelmista kasvoi. Palvelupolkua mallinnettaessa esitettiin erilaisia kokemuksia niin hyviä kuin huonoja ja vaihtoehtoja punnittiin tarkasti.

Hermeneuttinen tutkimus pyrkii selittämään ja ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa yhteiskunnallista ilmiötä. Habermas (1972) jaottelee tiedonintressin tekniseen, hermeneuttiseen ja emansipatoriseen. Tässä osatutkimuksessa hermeneuttinen ymmärrys yhdistyy emansipatoriseen eli kriittiseen tiedonintressiin. Tutkimus on ottanut vaikutteita kriittisestä yhteiskuntatutkimuksesta ja pyrkii ymmärryksen lisäksi tuottamaan kriittistä teoriaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuudesta. Kuvailemisen lisäksi tavoitteena oli toiminnan kautta pyrkiä muuttamaan olemassa olevaa asiantilaa. (Horkheimer 1991: 23–25.) Toimintatutkimuksenkin tiedonintressien jaottelu noudattelee yllä esiteltyä Habermasin (1972) jaottelua. Alla olevaan taulukkoon 5 on koottu toimintatutkimukseen sisältyvät tiedonintressit, niiden mukaiset päämäärät sekä tutkijan rooli.

⁸ QPR – Quality. Process. Results. QPR on kaupallinen prosessimallintamisohjelma.

Taulukko 5. Toimintatutkimusten jaottelua tiedonintressin, tavoitteiden, toiminnanmuotojen ja tutkijan rooli mukaan (mukaeltu Zuber-Skerritt 1996: 4).

Tiedonintressi	Päämäärä	Toiminnanmuoto	Tutkijan rooli
Tekninen	Lisätä toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta	Osallistujat omaksuvat ulkopuolisen asiantuntijan ajatukset (co-option)	Ulkopuolinen asiantuntija
Praktinen (hermeneuttinen)	Lisätä osallistujien ymmärrystä kehittämiskohteesta ja itsestään	Yhteistyö ja yhteistoiminta (co-operation)	Aktivoija ja konsultti
Kriittinen (emansipatorinen)	Vapauttaa osallistujat traditionaalisista, itsestään selvyytensä pidetyistä ajatus- ja toimintamalleista	Yhteistyö ja yhteistoiminta osallistujien ehdoilla (collaboration)	Osallistuva tutkija

Toimintatutkimus on helposti sijoitettavissa kriittiseen tutkimusperinteeseen. Kriittisissä teorioissa painotetaan tieteen merkitystä yhteiskunnan uusintajana. Traditionaalinen tutkimus pyrkii objektiivisuuteen ja ilmiöiden faktisiteettiin. Tämän vuoksi yhteiskunnan käytäntöjen reflektointi jää tieteen ulkopuolelle, puhutaan arvokeskustelun alueelle. Toimintatutkimuksessa reflektointi on kuitenkin keskeinen osa tutkimusta. Kriittinen teoria tulkitsee ilmiöitä inhimillisinä käytänteinä ja toimintoina. Kriittinen teoria ei kuitenkaan merkitse traditionaalisen tieteen hylkäämistä. (Noro 2000: 187–189.) Tieteellisten kriteerien vuoksi jokaisessa osatutkimuksessa on noudatettu laadulliselle tutkimukselle soveltuvia metodeita ja niiden käytäntöjä. Läpinäkyvyyttä on lisätty tutkimuksen avaamisella ja tehtyjen valintojen arvioinneilla.

Marginalisoivat rakenteet ja toimintatavat ylläpitävät rakenteellista sortoa. Sorto ei ole pelkästään näkyvää toisiin kohdistettua negatiivista vallankäyttöä, vaan se voi olla myös henkilökohtaisista ominaisuuksista johtuvaa taloudellista, sosiaalista ja psykologista vallan väärinkäyttöä (Gil 1998: 10). Sorto perustuu vallan epätasaiseen jakautumiseen. Valta-asemia ylläpidetään kielen ja käytettyjen käsitteiden avulla (ks. Julkunen 2006; Fountain 2001; Wittgenstein 1999). Sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelunkäyttäjät tarvitsee ammattilaisten osaamista ja myöntämiä palveluita sekä etuuksia, jolloin asiakkaan on vaikea itse vaikuttaa tai muut-

taa käytäntöjä. Erilaiset ideologiset ja kulttuuriset ilmiöt tukevat valtasuhteiden ylläpitoa. Asiakkaan mukautuvaan ja ennalta määriteltyyn rooliin asettuminen vahvistaa ammattilaisten valta-asemaa, koska toiminnan kyseenalaistaminen voi vaikeuttaa palvelujen saamista. (Ks. Granfelt 1998: 8.)

Yhteiskunnallisten rakenteiden ajatellaan vaikuttavan yksilöllisiin kokemuksiin. Ongelmien taustalla vaikuttavat aina yhteiskunnalliset rakenteet ja suhteet. Nämä rakenteet ja suhteet ovat ihmisten rakentamia, uusintamia ja ylläpitämiä, jolloin ihmiset voivat vaikuttaa ja muuttaa havaitsemiaan epäkohtia. (Kivipelto 2006: 57.) Kriittisten yhteiskuntateorioiden kautta pystytään tarkastelun kohteena olevat ilmiöt sijoittamaan historiallisiin, sosiaalisiin, poliittisiin ja kulttuurillisiin konteksteihin. Teorioiden kautta tuodaan tietoa siitä, miten erilaiset yksilölliset ominaisuudet tuottavat ja ylläpitävät rakenteellista sortoa. Tietoa puolestaan hyödynnetään kehittämisessä ja syrjäyttävien toimintojen ja ajattelun muuttamisessa. Toiminnan tavoitteena on tasa-arvo ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. (Schwandt 1997: 24–25.)

Toimintatutkimusta voidaan luonnehtia sosiaalisena prosessina, ei niinkään tutkimuksena. Toimintatutkimus perustuu refleksiiviseen ajatteluun. Reflektiivisessä prosessissa yksilö tarkastelee omaa subjektiviteettiaan, tapaansa ajatella ja kokemuksiaan. Tarkoitus on pyrkiä tarkastelemaan ja kyseenalaistamaan omaa toimintaa. Siihen pääseminen edellyttää toimintaa sosiaalisessa kontekstissa sekä diskurssia muiden toimintaan osallistuvien henkilöiden kanssa. (Heikkinen 2001b: 175–176.) Tällainen toimintatapojen tarkastelu ja uudelleenarviointi ovat tyypillisiä kehittämistyössä.

Artikkeleissa 4 ja 5 esitellyssä kehittämishankkeessa kehittämistyön yksi keskeinen elementti oli toimintatutkimuksellinen työote. Työntekijät ja palvelunkäyttäjät tekivät kehittämistyötä yhdessä ja jakoivat kokemuksiaan sekä tulkintojaan kokemuksistaan yhteisissä työkokouksissa. Käytyjen keskusteluiden kautta saavutettiin yhteinen näkemys ideaalisesta palvelupolusta autismin kirjon henkilön eri elämänvaiheisiin. Työryhmissä mukana olleet ammattilaiset testasivat osittain mallinnettuja toimintatapoja hankkeen aikana ja dokumentoivat kokemuksiaan. Myös kokeiluun osallistuneilta asiakkailta kerättiin kokeiluvaiheessa palautetta. Toimintamallien testauksen palaute jaettiin ryhmän kesken ja kehittämistä jatkettiin. Luodut mallit ovat nyt kaikkien halukkaiden käytössä.

Toimintatutkimus on laaja yleisnimitys erilaisille lähestymistavoille, joilla pyritään vaikuttamaan tutkimuskohteeseen. Tutkimus on tuolloin kiinteä osa käytäntöön kohdistuvaa interventiota. (Eskola & Suoranta 1998: 128.) Toimintatutkimuksella tuotetaan tietoa reaaliaikaisesti tutkittavasta kohteesta ja samalla pyritään kehittämään tutkittavaa kohteena olevaa ilmiötä (Kuula 1999: 11). Toiminta-

tutkimus nähdään itsereflektiivisenä kehänä, jossa toiminta, sen havaitseminen, havaintojen reflektointi ja toiminnan uudelleen suuntaaminen seuraavat toisiaan. Reflektiivisyys tarkoittaa tässä sitä, että ajatteleva subjekti tarkastelee itseään juuri ajattelevana subjektina. (Heikkinen 2001b: 175–176.) Toimintatutkimuksen eteneminen muistuttaa toiminnaltaan hermeneuttista spiraalia.

2.3.5 *Tutkimusetiikkaan ja tutkijaposition liittyvää pohdintaa*

Tutkimuksen eettisyyttä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Tutkimuksen eettiset kysymykset sisältävät tiedonintressin etiikan, tiedon hankkimisen etiikan ja tiedon tulkitsemisen etiikan. Lisäksi on pohdittava tiedon julkistamisen etiikkaa ja tiedon käyttämisen etiikkaa. (Pohjola 2007: 11–12.) Ihmistieteiden eettiset normit perustuvat neljään lääketieteeseen kehitettyyn periaatteeseen: hyötyperiaatteeseen, vahingon välttämisen periaatteeseen, autonomian kunnioituksen periaatteeseen ja oikeudenmukaisuuden periaatteeseen. Lisäksi normeihin sisältyy tietojen luottamuksellisuuden turvaamisen periaate. Eettisesti kestävä tutkimustapa lähtevät ihmisarvon kunnioittamisen periaatteesta, joka ilmenee pyrkimyksenä turvata tutkittavien itsemääräämisoikeus, vahingoittumattomuus ja yksityisyys. (Kuula 2006: 58–60.)

Tutkimusta ohjasi tutkijan oman tiedonintressin lisäksi tutkimuksella tuotetun tiedon hyödyntäminen kehittämistyössä. Tutkijanpositio vaihteli osatutkimuksesta toiseen. Asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollossa on tuttua lähes jokaiselle suomalaiselle, tavalla tai toisella. Itsekin olen ollut asiakkaana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, mutta toiminut myös palveluntuottajan puolella työskennellen muun muassa sosiaalityöntekijänä. Lisäksi olen erilaisissa kehittämishankkeissa tehnyt kehittämistyötä yhdessä ammattilaisten ja palvelunkäyttäjien kanssa. Omat kokemukset muodostavat sen esiyymmärryksen, joka toimii pohjana tutkimuksenteolle. Tutkijan on kuitenkin pyrittävä ainakin osittain irtautumaan ennakkokäsityksistään ja aineistolähtöisesti tarkasteltava tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Ks. Gadamer 2010: 271–279, 296–297.)

Kyselyyn vastanneiden anonymiteetti turvattiin erilaisin toimenpitein. Vastauksia esitellään yleisellä tasolla ja vaikka avoimissa kysymyksissä olisikin käytetty erisnimiä, ei niitä ole esitetty artikkeleissa tai yhteenveto-osiossa. Samoin artikkeleissa 4 ja 5 esiteltiin kehittämishankkeeseen osallistuneiden henkilöiden nimiä ei ole esitelty artikkeleissa tai yhteenveto-osiossa. (ks. Kuula 2006: 214.)

Tutkimuksen tarkoitus selvitettiin lomakekyselyyn sisältyneessä kirjeessä (liite 3). Lisensiaattitutkimuksessa (Valkama 2008) tehtyihin haastatteluihin osallistuneille selvitettiin tutkimuksen lähtökohdat sekä se, että tuloksia hyödynnetään alueen

palveluja kehittävässä projektissa (PAKKI-hanke). Projektin toimintatutkimuksessa tuotettu materiaali muodosti puolestaan artikkeleiden 4 ja 5 aineiston. Kehittämishankkeessa mukana olleiden osallistuminen arviointiin oli vapaaehtoista. Arvioinnin yhteydessä selvitettiin mitä tarkoitusta varten materiaalia kerättiin ja miten sitä käsitellään. Vastaajien anonymiteetti luvattiin säilyttää.

Ensimmäisessä, toisessa ja kolmannessa artikkelissa oli yksinkertaisempaa asemoitua ulkopuoliseksi aineiston tarkastelijaksi. Tutkimus perustui omiin ennakkokäsityksiini, jotka kuitenkin pyrin sulkemaan pois analyysivaiheessa. Ennakkokäsityksiini vaikuttivat omat kokemukseni asiakkuudesta, läheisten kerrotut kokemukset heidän asiakkuudestaan, mutta myös aikaisemmin tekemäni lisensiaatintutkimus. Jokaista aineistosta tekemääni tulkintaa peilasin aineistoon ja teoriaan useampaan kertaan ja vasta loppuvaiheessa tarkastelin niitä suhteessa ennakkokäsityksiini. Jotkut ennakkokäsitykseni kansalaisten asiakkuudesta jopa muuttivat tutkimuksen aikana. Esimerkkinä mainittakoon, että suuri osa kyselyyn vastanneista koki voivansa vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, vaikka ennako-oletuksena oli, ettei niihin juurikaan voi vaikuttaa. Monet palvelut kun perustuvat lainsäädäntöön sekä viimekädessä viranhaltijan harkintaan ja tulkintaan.

Neljäs ja viides artikkeli perustuvat toimintatutkimuksellisella työotteella toteutettuun kehittämishankkeeseen, johon osallistuin yhtenä aktiivisena toimijana jokaisessa työryhmässä. Projektilla oli varsinaiset projektityöntekijät, jotka huolehtivat projektin etenemisestä. Olin kuitenkin mukana projektityöskentelyn joka vaiheessa, ohjausryhmän jäsenenä, jokaisessa työryhmässä ja lisäksi tein projektin väli- ja loppuarvioinnin. Työryhmissä toimin sekä tutkijana, mutta myös asiakkaan äänen vahvistajana. Toin ryhmiin tietoa, jota olin kerännyt lisensiaatintutkimusta varten, perheiden kokemuksista. Lisäksi olen toiminut paikallisyhdistyksen (Autismin kirjon pohjalaiset ry) puheenjohtajan vuodesta 2007. Tukenani työryhmässä oli kuitenkin aina muitakin asiakkaiden edustajia. Työryhmätyöskentelyn arvio perustuu aktiivisen subjektin subjektiiviseen arviointiin, jolloin ulkopuolisen tarkkailijan rooli oli käytännössä mahdoton. Työryhmien ja muiden sidosryhmien kokemuksia ja arvioita kerättiin eri vaiheessa hanketta jonkinlaisen objektiivisuuden tavoittamiseksi.

Sorensen (1992: 53) jaottelee toimintatutkijan erilaiset roolit seuraavasti: tieteellinen asiantuntija, konsultti, aktivoija ja osallistuva tutkija. Hankkeessa esittelin itseni osallistuvana tutkijana (ks. myös taulukko 5). Kaikki osallistujat tiesivät tekeillä olevasta tutkimuksesta sekä tunsivat taustaani ja työhistoriaani. Tieteellisen asiantuntija ja konsultin roolit tunsin liian ulkokohtaisina, enkä halunnut nostaa itseäni muiden työryhmäläisten yläpuolelle. Projektityöntekijä Sonja Lehtimäki

otti luontevasti aktivoijan roolin ja osallisti työryhmäläisiä pohtimaan ja kehittämään ideaalisen palvelupolkua. Osallistuvana tutkijana en pitäytynyt pelkästään tutkijan roolissa, vaan osallistuin keskusteluun myös muista aktiivisen toimijan rooleista käsin hyödyntäen kokemustani.

Toimintatutkimuksissa organisaation ulkopuolelta tuleva tutkija voi kokea ulkopuolisuutta (Kuula 1999: 120–121). Ulkopuolisuuden tunnetta vähensi se, että hankkeeseen osallistui eri alojen toimijoita useista organisaatioista ja kahdesta maakunnasta. Hanketyöntekijät mahdollistivat sen, että tutkija pystyi sujahtamaan työryhmissä muiden kanssa lähes samanlaiseen ryhmäkehittäjän asemaan. Kuukaan ei ryhmissä ollut entuudestaan toisilleen kovinkaan tuttu, jolloin ryhmäläisillä ei ollut aikaisempaa tietämystä toisistaan ja eri organisaatioiden toimintatavoista. Alkuvaiheessa jokainen sai esitellä itsensä, jolloin esittelin itseni arviointitutkijana sekä kerroin myös muut sidonnaisuuteni ja asiantuntemukseni kehittämishankkeen teemasta.

Tutkijan neutraalisuus, erityisesti voimakkaita mielipiteitä tutkittaessa, voi olla viisas ratkaisu. Tutkijan täytyy pystyä objektiivisuuteen, koska yleensä tiedeyhteisöltä ja sen jäseniltä edellytetään sitoutumattomuutta, riippumattomuutta ja riskitiedoista erillään pysymistä. (Kuula 2006: 153–155). Toimintatutkimuksellisessa otteessa tietynlainen sitoutumattomuus ja neutraalisuus ovat kuitenkin mahdottomia. Jo metodillisesti tutkija on osa toimintaa ja sitä kautta myös vaikuttaa toiminnan tulokseen (Whyte 1991: 1–4). Tieteenfilosofiana sosiaalinen konstruktio-nismikin antaa olettaa, että todellisuus on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa rakentuva kokonaisuus, jota jokainen, jopa tutkija, tulkitsee omista ennakko-oletuksistaan ja kokemuksistaan käsin.

3 ASIAKKUUDEN DILEMMA

Yksilö on nykyisin monien erilaisten yhteiskunnallisten määritysten kohteena erityisesti, kun on kyse sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Jokainen termi pitää sisällään määrittelyn ihmisten välisistä suhteista, identiteeteistä ja käytännöistä (Hughes, Clarke, Lewis & Mooney 1998: 1–2). Hyvinvointivaltion kansalaisesta on kenties muotoutumassa hyvinvointipalveluiden asiakas. Millainen suhde asiakkuudella on kansalaisuuteen? Mitä seurauksia kansalaisen asiakkuudella on? Seuraavassa luvussa pohditaan tätä retorista siirtymää kansalaisesta asiakkaaksi sekä käsitteiden sisällöllisiä eroja ja merkitysten päällekkäisyyksiä ja yhtäläisyyksiä.

3.1 Kansalaisesta asiakkaaksi

Kansalaisuus kuvastaa egalitarismia, vapautta, tasa-arvoa ja solidaarisuutta. Kansalaisuus on läsnä julkisissa määrittelyissä ja käytännöissä. Jokaisen toiminnon tavoitteena on lisätä yhteistä hyvää yhteiskunnassa ja kansalaisen tulee täyttää velvollisuutensa hyvinvointivaltiolle saavuttaakseen yhtäläiset oikeudet ja etuudet. (Clarke ym. 2007: 2–3.) T. H Marshall (1964: 71–72) määritteli kansalaisuuden rakentuvat kolmesta elementistä. Kansalaisuus perustuu siviili-, poliittisiin ja sosiaalisiin oikeuksiin. Siviilioikeudet sisältävät yksilön vapauden kannalta tärkeitä elementtejä; sananvapauden, ajatuksen- ja uskonnon vapauden, yksilön koskemattomuuden ja oikeuden omistamiseen. Yksilöllä on myös vapaus harjoittaa poliittista valtaa. Sosiaalinen osatekijä sisältää yksilön oikeuden taloudelliseen hyvinvointiin ja turvaan sekä oikeuden elää sivistyneesti yhteiskunnan standardien mukaisesti.

Tämä tunnettu kolmijako vaikuttaa yhteiskunnassa vallitsevaan käsitykseen kansalaisuudesta. Vielä tänäänkin ajatellaan, että täysi kansalaisuus pitää sisällään poliittisia, sosiaalisia ja vapausoikeuksia. Mallia on kuitenkin kritisoitu puutteelliseksi siinä mielessä, että se keskittyy yksinomaan oikeuksiin, mutta ei velvollisuuksiin (Giddens 1999: 81). Valokivi (2008: 52) sisällyttää kansalaisuuteen myös velvollisuuksia sekä oikeuden osallistua päätöksentekoon omissa asioissaan. Osallistuminen ja oman äänen käyttö ovat esimerkkejä Hirschmanin (1970) voice-vaihtoehdosta (enemmän Hirschmanin teoriasta luvussa 3.3.3). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas kiinnittyy suomalaisessa kontekstissa hyvin läheisesti kuntaan, joka vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden organisoimisesta. Sosiaalinen kansalaisuus konkretisoituu siinä, miten hyvin paikallishallinto onnistuu tarjoamaan palveluita kuntalaisilleen. (Niiranen 2002: 65.)

Vuoden 1993 alussa valtionosuusjärjestelmä uudistettiin. Valtion ohjausta vähennettiin ja valta desentralisoitiin. Päätöksenteko ja resurssien allokointi siirtyi pääasiassa paikallistasolle kuntiin. (Vartiainen 2005: 167.) Valtion ohjaus muuttui pääosin informaatio-ohjaukseksi, ja vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon tuottamisesta jäi kuntiin. Aikaisemmin selkeästi korvamerkityt valtionosuudet poistuivat ja varat voitiin kohdentaa kuntien luottamuselinten harkinnan mukaisesti. Lainsäädäntö asettaa tiettyjä velvoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon toimille, mutta kuntien mahdollisuudet päättää, miten velvoitteisiin vastataan, kasvoi. Samalla hyvinvointivaltio järjestelmän siirtyi kohti hyvinvointiyhteiskuntaa, jolloin valtion vastuu siirtyi paikalliselle tasolle kunnille ja muille toimijoille (Julkunen 2006: 62; Möttönen & Niemelä 2005: 47–49).

Hyvinvointiyhteiskunnalla viitataan eri toimijoiden tuottamaan hyvinvoinnin sekamalliin (welfare mix). Perinteinen valtion hyvinvointivastuu on hajautettu eri toimijoiden, järjestöjen, yritysten, verkostojen, perheiden ja yksilöiden, kesken. Valtion pääasiallinen vastuu on siirtynyt enenevässä määrin muiden toimijoiden vastuulle. (Julkunen 2008b: 147; Matthies 2006a: 37; Matthies 2006b: 86; Anttonen & Sipilä 2000: 269; Matthies 1996: 17–19.) Vastuun uudelleenjakoa on yksi tapa reagoida Pohjoismaisen hyvinvointivaltion kohtaamaan kritiikkiin. Esimerkiksi Wolfe (1991: 89) on kritisoinut hyvinvointivaltiota kansalaisyhteiskunnan kutistumisesta ja poliittisen aktiviteetin marginalisoitumisesta. Tämä on johtanut yhteisvastuun heikentymiseen, moraalisen vastuuntunnon ohenemiseen ja passiiviseen kansalaisuuteen.

Universalismin periaate on ollut pitkään keskeisellä sijalla suomalaisessa hyvinvointietöksessä. Universalismi perustuu vahvaan lainsäädäntöön ja oikeuksiin, jotka koskevat koko väestöä, yhtäläisiin etuuksiin ja palvelujen saavutettavuuteen ja yhtenäiseen etuusjärjestelmään (Sainsbury 1996: 8). Universalisimin vastakohdat ovat partikularismi, diversiteetti, pluralismi ja relativismi. Universalismin voidaan ajatella viittaavan moninaisuuden sijaan ykseyteen ja yksiarvoisuuteen ja suhteellisuuden sijaan yhteen ainoaan oikeaan ratkaisuun. Universalismi on mahdollista vain, jos arvojärjestelmä on kohtalaisen yhtenäinen, palveluntarpeet yhdenmukaistetaan, asiantuntijoihin voidaan luottaa ja ihmiset nähdään yhteisöjen jäseninä. (Anttonen & Sipilä 2000: 161–162, 185.)

Universalismi onkin kohdannut edellä mainituista syistä kritiikkiä. Viimeaikaiselle kansalaiskeskustelulle on myös ollut tyypillistä individualismin korostaminen. Kollektiiviset demokraattiset arvot ovat saaneet väistyä aktiivisen kuluttajakansalaisuuden tieltä. Hyvinvointipalveluita ohjaava poliittinen päätöksenteko ja palveluista vastaava professionaalinen asiantuntija ovat saaneet rinnalleen kuluttajamaisesti käyttäytyvät, aktiivisesti valikoivan asiakkaan. Kansalaisyhteiskuntaa koske-

van diskurssissa keskustelu vaihtelee oikeudenmukaisuuden ja yhdenvertaisuuden sekä valinnanmahdollisuuksia omaavan kuluttajan välillä. (Niiranen 2002: 66.)

Alun alkaen asiakas-termillä viitattiin palvelun tai tuotteen vastaanottajaan, joka tavalla tai toisella tarvitsee kyseistä tuotetta tai palvelua, hyötyy siitä ja maksaa saamastaan hyödystä. Asiakkaalla on tuotteen tai palvelun sekä itse palveluprosessin suhteen erilaisia odotuksia, jotka liittyvät asiakkuuden sisältöön. Tuotteen tai palvelun tulee vastata odotuksia ja ainakin täyttää siitä maksettuun hintaan liittyvän odotusarvon. Jos kyseessä on palvelu, ei sen tuotosprosessia voida erottaa lopputuotteesta. Samalla myös asiakkaasta tulee osa tuota prosessia. (Nikkilä & Paasivaara 2007: 25–26.) Julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnossa palvelun käsitteellä ymmärretään organisaation toiminnan onnistuneisuutta kansalaisen tai yksittäisen asiakkaan näkökulmasta (Nikkilä 1994: 65–66).

Asiakasnäkökulma rantautui Suomeen 1970–80-lukujen taitteessa. Julkisessa hallinnossa pyrittiin pois perinteisestä byrokraattisesta katsantokannasta, jossa kansalainen nähtiin pääsääntöisesti hallintoalamaisena. (Huuskonen, Ijäs & Lehtoranta 1997: 10.) Perinteinen hallinnon auktoriteettiasema perustui keskitettyyn, kollektiiviseen ja persoonattomaan byrokraatiaan. 1980-luvulla Suomessa alettiin kiinnittää huomiota hallinnon laadulliseen kehittämiseen ja kansalaisten irtautumiseen alamaiskulttuurista. (Nousiainen 1983: 10–11.) Painopiste siirtyi hallinnon asiakaspalvelukyvyyn kehittämiseen. Vuonna 1980 toteutettiin laaja Byrokratiatalkoot-kampanja, jonka tarkoituksena oli vähentää hallinnon byrokraatiaa. (Viljanen 1982: 1–2.) Kampanjan loppuraportissa korostettiin tarvetta kehittää asiakaspalveluun liittyviä toimintoja. Hallinnon palvelukykyä selvitettiin monissa 1980-luvun alun tutkimuksissa ja selvityksissä. Aktiivinen palvelujen kehittäminen aloitettiin 1986, kun valtio ja kunnat käynnistivät yhteiskampanjansa Parempaa julkista palvelua. Kampanja päättyi 1988, jolloin myös julkistettiin Palvelujulistus, jossa yksi keskeinen kohta oli asiakaspalvelun kehittäminen. (Valtiovarainministeriö 1993: 9–11.)

Valtioneuvoston eduskunnalle 4.3.1990 antamassa selonteossa "Palvelevampaan hallintoon" julkisen hallinnon uudistamisesta, kehittämistyön lähtökohtana pidettiin tilanteita, joissa kansalainen kohtaa julkisen palvelun ja hallinnon asiakkaana. Uudistamisessa nostettiin asiakaslähtöisyys ja asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa kehittämistoiminnan keskiöön. Valtiovarainministeriön palveluhanke käynnistyi vuonna 1989. (Valtiovarainministeriö 1993: 13–17.)

Asiakas-käsitteestä on tullut vakiintunut osa nykyistä sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavaa lainsäädäntöä ja normiohjausta. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä kansalaista nimitetään kuntalaiseksi, asiakkaaksi, potilaaksi, palvelujenkäyttäjäksi ja joissakin yksittäisissä tapauksissa palvelujen maksajaksi (Ter-

veydenhuoltolaki 1326/2010; Lastensuojelulaki 417/2007; Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989, Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987; Sosiaalihuoltolaki 710/1982). Aluksi termiä käytettiin laeissa lähinnä asiakasmaksuja koskevien lisäysten yhteydessä. Asiakas-termi lisättiin Sotilasvammalakiin (404/1948) vuonna 1985, jolloin siihen liitettiin asiakasmaksuja käsittelevä kohta (6a§). Samoin kansanterveyslakiin (66/1972) asiakas-termi lisättiin vuonna 1992 asiakasmaksuista annetun lisäyksen yhteydessä. 2000-luvulle tultaessa asiakas-termillä kuvattiin kansalaisen suhdetta palveluihin aktiivisena ja valintoja tekevänä yksilönä. Tästä esimerkkinä sosiaalihuoltolakiin (710/1982) lisättiin asiakas-termi, joka kuvaa aktiivisesti valintoja tekevää asiakasta vuoden 2003 palveluseleitä koskevan uudistuksen yhteydessä.

Pohjolan (2010: 72) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa käsitteiden asiakas ja kansalainen merkityssisällöt ovat erilaisia. Asiakas on yksityisen mikrotason käsite, kun taas kansalaisella viitataan rakenteelliseen tasoon. Tasot eivät ole toisiaan poissulkevia ja kansalainen voi toimia molemmissa samanaikaisesti. Käsiteltäessä tuleekin huomioida molemmat tasot, jolloin näkökulmasta muodostuu riittävän kattava. Kenellä tahansa kansalaisella on mahdollisuus tulla jossakin vaiheessa elämää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaaksi.

Asiakas-käsitteen käyttö ei ole poistanut kansalaisen roolia. Jokainen on yhteiskunnassamme kansalaisen roolissa, joka toisinaan täydentyy tai muuntuu asiakkaan rooliksi. Kansalaisen ja asiakkaan näkökulmat poikkeavat kuitenkin toisistaan. Kansalainen tarkastelee sosiaaliturvaa ja terveyspalveluita hieman erilaisesta näkökulmasta yleisemmällä tasolla. Asiakkaan näkökulma on hyvin subjektiivinen, yksilöllinen ja henkilökohtainen. (Pajukoski 2004: 193.)

Perusturvan tarkoitus on paikata yksilön elämässä esiintyviä elämänhallinnan aukkoja tai puutteita sekä turvata jokaiselle henkilölle tietty elintaso ja hyvinvointi. Ollakseen oikeutettu joihinkin tukiin, palveluihin tai etuuksiin tulee kansalaisen todistaa täyttävänsä tietyt kriteerit. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisella on velvollisuus ja oikeus käyttää oman harkintaansa ja päättää osaamisensa turvin, täyttyvätkö kriteerit ja missä määrin. (Pajukoski 2004: 193.) Tästä syystä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus poikkeaa muiden julkisten palveluiden asiakkuudesta. Asiakkuutta määrittävät sekä erilaiset auttamis-, hoiva-, terapia-, kasvatusta- ja kuntoutusinstituutit että johtamismallit ja sopimusohjausjärjestelmä tilaaja-tuottaja-malleineen (Laitinen & Pohjola 2010: 12). Asiakas on auttamatta riippuvuussuhteessa palveluntarjoajaan sekä joutuu alistumaan palveluntarjoajan vallankäytölle (Outinen ym. 1994: 59). Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut perustuvat vahvaan ammatillisuuteen, professionalismiin. Professionalismin ydin perustuu asiantuntijuuteen, joka on saavutettu koulutuksen ja työkokemuksen

kautta. (Davies 2003: 194–195.) Palvelunkäyttäjän ja ammattilaisen välillä valta on jakautunut epätasaisesti. Asiakas voi hyväksyä epätasa-arvon osin ammattilaisen asiantuntijuuden vuoksi, mutta myös tuen menettämisen pelon takia (artikkeli 2).

Sosiaali- ja terveyspalveluissa on keskeistä asiantuntijoiden jatkuva läsnäolo koko palveluprosessin ajan. Esimerkkejä tällaisista asiantuntijakeskeisistä palveluista ovat mielenterveyspalvelut, lastensuojelu ja kuntoutuspalvelut. Tyypillistä näille palveluille on, ettei vastuuta voida luontevasti siirtää kokonaan asiakkaalle. Tämän vuoksi, kun muissa julkisissa palveluissa voidaan puhua asiakaskeskeisyydestä tai kuluttajuudesta, päädytään sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijaorganisaatioissa käytännössä tekemään kokonaisvaltaisten asiakaslähtöisten uudistusten sijaan pelkästään argumentaatiomuutosta tai helppoa asennemuutosta. (Suikkanen 2003: 51–52.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuden luonne vaihtelee tilanteesta toiseen. Osa hakeutuu palveluihin vapaaehtoisesti ja tietoisesti valikoiden esimerkiksi yksityisissä palveluissa. Osa joutuu etsimään palveluita ja osa asiakkaista haetaan palveluihin, joskus jopa vastentahtoisesti. Osassa palveluista yritetään löytää toimivia keinoja asiakkaiden löytämiseksi ja palveluiden piiriin saamiseksi esimerkiksi päihdetyössä ja etsivässä sosiaalityössä. Toisaalta taas hyvinvoinnin lisääntymisen myötä tavoitteena olisi palveluntarpeiden väheneminen. (Kettunen & Möttönen 2011: 59.)

Sosiaalihuollon palvelut ovat yhä edelleen pääasiassa järjestelmälähtöisiä, mikä on vaikeuttanut toiminnan lähtökohdan kääntämistä asiakkaiden elämään ja arkeen. Palvelujen markkinoistaminen painottaa toimintojen tehokkuutta, taloudellisuutta ja tuottavuutta, mikä puolestaan nostaa edelleen keskustelun keskiöön järjestelmäkokeskeiset toiminnot, kuten palvelutuotannon, tuotteistamisen, resurssien allokoinnin, kilpailuttamisen ja ohjaus- ja valvontakäytännöt. New Public Management-perinteen mukaisesti edellä mainittujen toimintojen arvellaan rakentavan hyvien palveluiden perustan, vaikka ideologioiden logiikat ovat kaukana sosiaalityön ja asiakkaiden arjen todellisuudesta. (Laitinen & Pohjola 2010: 13.)

Uudessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) lain tarkoituksena on vahvistaa terveydenhuollon asiakaskeskeisyyttä. Asiakaskeskeisyys ja asiakaslähtöisyys käyvät ilmi pääasiassa käytettävästä retoriikasta (ks. Lehto 2000: 35–36), mutta käytännön työssä muutos tapahtuu hitaasti (Pohjola 1993: 90). Asiakaslähtöisyydessä keskeistä on asiakassuhteen eteneminen asiakkaan määrittelemien ja esiin nostamien käsitteiden kautta. Palvelujen lähtökohtana tulisi olla asiakkaan tarpeet. (Ruotsalainen 2000: 16.) Pohjola (1992: 102) määrittelee asiakaskeskeisyyden järjestelmäkokeskeisyyden vastakohtana.

Jonkinlainen asiakaslähtöisyys sisältyy jo lähtökohtaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon eettisiin periaatteisiin. Näitä ovat asiakkaan äänen kuuleminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen (Kettunen & Möttönen 2011: 60). Tahdonvastaiset pakkotoimet ovat kuitenkin yhtä lailla osa sosiaali- ja terveydenhuollon arkipäivää. Vaikka pakkotoimet edellyttävät tahdonvastaisia ja yksilön yksityisyyttä rikkovia toimia, toiminnan perusmotiivi pysyy ennallaan. (Heino 1997: 66–69; Pohjola 1993: 90.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa suuri osa asiakastyöstä on hoivaa ja huolenpitoa. Tällöin työntekijän ja palvelunkäyttäjän suhde perustuu ainakin jossakin määrin riippuvuuteen ja toiminnan vastikkeettomuuteen. Huolenpitoa korostavan suhteen ongelmakohtiksi voivat muodostua liiallinen holhoavuus tai vallan väärinkäyttö. (Juhila 2006: 166–173.) Pahimmillaan tämä voi johtaa vastaantahtoiseen riippuvuuteen sekä ihmisarvon ja toimijuuden riistämiseen (Williams 2001: 478–479).

Asiakkuus-käsitteen käyttöönotto on nostanut esiin keskustelun yksilön oikeudesta, kyvyistä ja mahdollisuuksista hyödyntää asiakkuuttaan ja sen mukanaan tuomia vaihtoehtoja. Yhteiskunnan täysivaltainen osallisuus edellyttää tiettyjen kriteerien täyttymistä. Kriteerit ovat joko normatiivisia, lainsäädäntöön perustuvia tai äänettäviä yhteiskunnallisia sopimuksia. Yhteiskunnallinen osallisuus ja täysivaltainen asiakkuus edellyttävät täyttä toimintakykyä, kykyä päätöksentekoon sekä valtaa käyttää kykyjään. Oikeus kompetenssiin (kelpoisuuteen) on juuri keskeinen osa itsemääräämisoikeutta, joka on täysivaltaisen yhteiskunnallisen toiminnan edellytyksenä. Oikeustoimikelpoisuus alkaa täysi-ikäisyyden myötä. Ihmisoikeudellisen yleisperiaatteen mukaan jokaisen oikeudet tulee turvata tilanteissa, joissa yksilö ei pysty toimimaan omasta puolestaan. (Saarenpää 2010: 91–92.) Sosiaalihuollon asiakkaan oman tahdon selvittämisestä määrätään sosiaalihuollon asiakaslaissa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Potilaan itsemääräämisoikeus määritellään vastaavasti laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.

Kaikilla asiakkailla ei kuitenkaan ole kykyä ja valmiuksia ajaa omaa etuaan, jolloin vaarana on, että heidän äänensä jää kuulumattomiin. Heidän kuulluksi tuleminen edellyttää sitä, että joku kantaa vastuun heidän oikeuksistaan ja ajaa pyyteettömästi heidän etuaan. (Kettunen & Möttönen 2011: 60.) Toisen puolesta puhuminen herättää kuitenkin monenlaisia tunteita. Vammaisliikkeen motto "*Nothing about us without us*" on otettu monen eri (potentiaalisesti) marginaalisen ryhmän tunnuslauseeksi. Lause pitää sisällään ajatuksen, ettei kukaan pysty puhumaan tietyn ryhmän puolesta, paitsi ryhmän aito edustaja. Kun muut toimivat puolestapuhujina, ajatellaan siitä seuraavan riippuvuussuhde, joka perustuu taloudelliseen eriarvoisuuteen, institutionalismiin, paternalismiin ja nöyryytykseen. (Charlton 2000: 3.) Näkökulma on ongelmallinen ja marginalisoi edelleen sellai-

sia henkilöitä, joilta puuttuu esimerkiksi kyky kommunikoida puheen avulla. Jokainen voi tavalla tai toisella olla osallisena itseään koskevien asioiden käsittelyssä, jo pelkkä fyysinen läsnäolo muistuttaa henkilön osallisuudesta ja vaikuttaa asioiden käsittelyyn. (Clifford 2011: 11.) Lisäksi voidaan hyödyntää läheisten ihmisten kokemusta ja tietoa, ellei sen voida olettaa aiheuttavan eturistiriitoja.

Monet tekijät vaikuttavat yhteiskunnassa tapahtuviin retorisiin muutoksiin. Nämä käsitteiden määrytykset ja osittain myös määrittelemättä-jättämiset vaikuttavat yhteiskunnassa vallitseviin tulkintoihin asiakkuudesta. Pohjolan ja Laitisen (2010: 309) mukaan asiakkuutta määrittävät suoraan tai välillisesti taloudesta, politiikasta, laeista, palveluista, arvoista ja etiikasta käydyt diskurssit. Seuraavassa luvussa tarkastellaan joitakin keskeisiä tekijöitä retorisen muutoksen taustalla.

3.2 Ideologiat muutoksen taustalla

Suomessa on tapahtunut selkeä retorinen muutos ja kansalaisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa on alettu kutsua asiakkaiksi (ks. Beber ym. 2005: 346). Tämä perustuu ideologioissa tapahtuneisiin siirtymiin, jotka määrittävät uudelleen hyvinvointivaltion reunaehdoja ja muuttavat radikaalistikin perinteisen hyvinvointivaltion rakenteita. Muutokset kohdistuvat muun muassa vastuunjakautumiseen yksilön ja yhteiskunnan välillä, yhteiskunnalliseen ihmiskuvaan ja hyvinvointivaltioon.

Ideologioiden avulla kuvaillaan sosiaalista todellisuutta ja pyritään muuttamaan sitä. Kuvailut heijastelevat niitä arvoja, joihin ideologiat pohjautuvat. Ideologiat eivät ole stabiileja ajatuskulkuja, vaan ne alistetaan jatkuvalla tulkinnalle. Niiden ajatellaan kuvastavan koko elämää koskevia filosofioita. Yhteiskunnallisesti ideologioita harvoin ilmenee puhtaissa muodoissa, yleensä vallitseva ja yhteiskunnan toimintaa ohjaava ideologia on kombinaatio erilaisista ideologioista. (Taylor 2007: 1–4.) Asiakas-käsite on saanut julkishallinnossa vaikutteita kahdelta suunnalta. Toisaalta siihen ovat vaikuttaneet yritysmaailmasta lainatut mallit ja toisaalta vaikutteita on tullut suoraan osallistumiseen ja demokratiaan liittyvistä näkemyksistä, joiden mukaan kansalaisten vaikutusmahdollisuuksia tulee kasvattaa suhteessa julkishallinnon palveluihin. (Kettunen & Möttönen 2011: 57–58.)

3.2.1 Perinteinen hyvinvointivaltio

Keskeisinä hyvinvointivaltion tavoitteina on pidetty eriarvoisuuden poistamista ja taloudellisten riippuvuuksien vähentämistä (de-commodification). Hyvinvointivaltioiden ideaalimalleja on luokiteltu eri tavoin. Mallit pohjautuvat pääasiassa

Titmussin (1963: 42–43, 53–55) hyvinvoinnin kolmijakoon sekä Wilenskyin ja Lebeauxin (1958: 138–140) jaotteluun residuaalisiin ja institutionaalisiin malleihin. Residuaalisessa mallissa markkinat ja perheet kantavat pääasiallisen hyvinvointivastuun. Institutionaalisisissa malleissa valtio puolestaan on esisijaisesti vastuussa kaikkien kansalaistensa yhtäläisestä hyvinvoinnista. Esping-Andersenin (1999: 74–86, 1990: 26–27) jaottelu puolestaan perustuu saavutettuun sosiaaliturvaan ja sen tasoon. Esping-Andersenin jaottelee mallit kolmeen ryhmään: 1) liberaalisiin, 2) konservatiivis-korporatistisiin sekä 3) sosiaalidemokraattisiin hyvinvointivaltiomalleihin. Keskeisimpiä kriteereitä jaottelulle ovat painotetaanko markkinoita hyvinvoinnin tuottajana sekä yksilön vapautta ja vastuuta vai korostetaanko yhteisöllisyyttä, sosiaalisuutta, valtion vastuuta ja aktiivista roolia hyvinvoinnin tuottajana. Suomen hyvinvointimalli sijoitetaan ryhmään, jota kutsutaan sosiaalidemokraattiseksi, skandinaaviseksi tai pohjoismaiseksi malliksi.

Pohjoismaisen sosiaalidemokraattisen perinteen tavoitteena oli luoda tasa-arvoinen (egalitaarinen) yhteiskunta. Liberalistisen näkemyksen mukaan kapitalismi palvelee yhteistä hyvää tarjoamalla jokaiselle mahdollisuuden menestymiseen ja omien tavoitteidensa toteuttamiseen. Jokaisen yksilön pitäisi sallia kasvaa ja menestyä. Sosiaalidemokraattinen perinne piti kapitalismia epäoikeudenmukaisena järjestelmänä, joka pitäisi purkaa ja korvata humanimmalla ja oikeudenmukaisemmalla taloudellisella järjestelmällä. (Taylor 2007: 12–13, 52.)

Sosiaalidemokraattinen näkemys eroaa sosiaaliliberaalista näkemyksestä siinä, missä määrin demokraatit ovat valmiita käyttämään valtiota turvaamaan tasa-arvoisuuden ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden. Tasa-arvoisuuden nimissä valtion tulisi kontrolloida raaka-aineita ja perusteollisuutta, jotta kapitalismi voisi toimia täydellisesti jokaisen hyvinvointia turvaavalla tavalla. (Taylor 2007: 52–53.) Ajatus perustuu näkemykselle, jonka mukaan sosiaalidemokratian vahvuus ja elinvoimaisuus piilevät juuri valtion kyvyssä säännöstellä taloutta turvaamalla täyden työllisyyden, korkean investointitason sekä kontrolloimalla liiketaloutta (Esping-Andersen 1985: 35–36, 107).

Sosiaalidemokraattinen malli nähtiin avoimesti tasa-arvoisena. Vapautta ei pidetty puhtaasti yksilöllisenä omaisuutena, vaan jonakin, joka piilee yhteisössä. Vapaus perustuu jokaiselle yksilölle taattuihin sosiaalisiin, taloudellisiin ja poliittisiin oikeuksiin. Valtio toimii rakentavasti edistämässä sekä vapautta että tasa-arvoa. (Taylor 2007: 55.) Hyvinvointia ei pystytä turvaamaan ja ylläpitämään yhteiskunnassa, joka edellyttää epätasa-arvon ylläpitämistä. Liberalismi nostaa jokaisen yksilön vapauden keskeiselle sijalle, jopa tasa-arvoa korkeammalle. Jokaisella on oikeus toteuttaa kykyjään ja mahdollisuuksiaan mielensä mukaan, sillä poikkeuksella, ettei samalla riista toisen vapautta tehdä samoin. Jokaisella tulee olla samat

oikeudet ja mahdollisuudet itsensä toteuttamiseen, mutta liberalistit eivät kuitenkaan kannata materiaalista tasa-arvoa tai varallisuuden uudelleenjakoa. Tasapuolisin mahdollisuuksin varustettu yhteiskunta on riittävä keino taloudellisen hyvinvoinnin turvaamiseen yhteiskunnassa. Suomalainen hyvinvointipolitiikka ajautui uusille urille sodan jälkeisinä aikoina. (Friedman 1972: 243.) Perinteistä hyvinvointivaltiota kritisoitiin liiallisesta säätelystä, jonka seurauksena järjestelmästä oli tullut muun muassa paternalistinen, byrokraattinen ja tehoton (Valkenburg 2007: 28).

Keskustelu hyvinvointivaltion kriisistä alkoi muualla jo 1970- ja 1980-luvuilla. Siinä vaiheessa, kun muualla keskustelu oli jo siirtymässä kriisin jälkeiseen pohdintaan, alkoi keskustelu Suomessa vasta 1990-luvun laman myötä (Rahkonen 1995: 11–12). Hyvinvointivaltiota syytettiin muun muassa taloudellisesti kestävämmästä kustannusten noususta, työmarkkinoiden vinouttamisesta, kansainvälisen kilpailukyvyyn heikentämisestä ja kyvyttömyydestä vastata jälkiteollisen yhteiskunnan hyvinvointitarpeisiin (Ervasti 1996: 9–12). Samalla tapahtui retorinen siirtymä hyvinvointivaltiosta hyvinvointiyhteiskuntaan. Termin käyttö kuvastaa hyvinvointivastuun siirtymistä valtion vastuulta lähemmäs kansalaista; kuntiin ja lähiyhteisöön. Siirtymällä on sekä positiiviset että negatiiviset puolensa. Toisaalta se kannustaa kansalaisten yhteisöllistä toimintaa ja yhteisvastuuta toisistaan toisaalta se edellyttää kansalaisten aktivoitumista ja säilyttää yhä enemmän vastuuta yksittäisten kansalaisten harteille. (Kettunen 2006: 65.)

1970-luvulla sosiaalihuollon toimintaperiaatteiksi kirjattiin palveluhenkisyys, pyrkimys normaalisuuteen, valinnanvapauteen, luottamuksellisuuteen, ennaltaehkäisyyn ja omatoimisuuden edistämiseen. Kehityksen taustatekijöiksi Pohjola (2010: 25) nimeää yhteiskunnassa voimistuneen ajatuksen yhteisöllisestä vastuusta ja silloisen kansainvälisen ihmisoikeuskeskustelun. Auttamisretoriikasta haluttiin siirtyä palveluajatteluun. Vuonna 1982 säädetyssä sosiaalihuoltolaissa käsitteen käyttö pohjautui myönteisempään ja aktiivisempaan ihmiskuvaan. Samalla sosiaalityön luonnekin koki ideologisen käänteen rakenteellisesta sosiaalityöstä kohti yksilökohtaista sosiaalityötä. 1980–90-lukujen vaihdetta leimasi uusliberalistinen individualismin eetos (Aro 2001: 33). Sosiaalityössä tämä individualismi näkyy muun muassa asiakkuutta käsittelevässä diskurssissa ja ohjauksessa (mm. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Terveystieteiden lainsäädännössä asiakas-käsitettä ei ole otettu samassa mittakaavassa käyttöön kuin sosiaalihuollossa. Potilas-käsite on siellä edelleen käytössä, mutta siihen yhdistetään samanlaisia määreitä kuin sosiaalihuollon asiakkuuteen (ks. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

3.2.2 *Uusliberalismin nousu*

Liberalismi nousi uudelleen ajankohtaiseksi 1930- ja 40-luvuilla, jolloin joukko intellektuelleja alkoi kritisoida totalitaarisia valtioita. Kritiikin kohteena oli valtio, joka perustuu sosiaalisten tavoitteiden toteuttamiseen ja yhteiskunnalliseen suunnitteluun. Valtion oikeudenmukaisuuteen ja kehityksen ohjaamista tavoittelevien toimenpiteiden ajateltiin tuhoavan yksilön vapauden. Suuntauksen näkökulmasta todellinen vapaus voi perustua vain klassisen liberalismiin ajatuksille yksilönvapaudesta. Varsinainen uudelleen nousu ajoittuu kuitenkin 1970-luvulle, jolloin sitä alettiin kutsua uusliberalismiksi erotuksena klassisesta liberalismista. (Julkunen 2001: 48–49.)

Uusliberalismi syntyi tilanteessa, jossa joidenkin näkemysten mukaan taloudellinen ja hyvinvoinnillinen konsensus olivat nostaneet valtion sellaiseen asemaan, jossa yksilön oikeudet olivat joutuneet väistymään yhteisen hyvän vuoksi. Yksilön tulisi itse vastata hyvinvoinnistaan ja siksi uusliberalismi edustajat kannustavat paluuta individualismiin ja omaan apuun. Pyrkimyksenä on pelastaa yksilö valtion sosiaaliselta manipuloinnilta. Kollektivismi ideologiana halutaan hylätä laiskuuteen kannustavana. Uusliberaalit eivät voi hyväksyä sosiaaliliberaalien ajatusta valtiojohtoisesta taloudesta ja laajamittaisesta hyvinvointivaltiosta. Näkemysten mukaan valtiojohtoisuus on jo mennyt liian pitkälle yksilön oikeuksien kustannuksella. (Taylor 2007: 69, 70, 73; Valkenburg 2007: 29; Nozick 1974: 149.) Uusliberalismin mukaan julkisesti johdetut ja säännöstellyt palvelut tulee yksityistää ja kaikenlainen säännöstely on purettava. Marquandin (2004: 118) mukaan palveluiden markkinoistaminen ja yksityistäminen ovat uusliberalismin johtoajatuksia, joiden avulla julkisen sektorin toimintavajeita korjataan. Tämä ristiriidan eteen joutuivat myös Pohjoismaiset hyvinvointivaltiot, joissa jo pitkään oli otettu tiettyjä hyvinvointipalveluita pois markkinavoimien armoilta. Toimia perusteltiin sillä, että inhimillisten perustarpeiden tyydyttämistä ei voi altistaa markkinavoimille eikä niihin pääsy voi olla maksukyvystä kiinni. (Harvey 2005: 65, 71.)

Milton Friedmanin (1972) mukaan vapaus on arvo, jonka kautta peilataan ja arvioidaan sosiaalisia tilanteita. Uusliberaalit näkevät epätasa-arvon olemassaolon ja ylläpitämisen positiivisina asioina. Nozick (1974: 232–233) mielestä eriarvoisuus on hyväksyttävää, vaikka se ei toimitakaan jokaisen edun mukaisesti. Hyvinvointivaltion ei tulisi keskittyä ratkaisemaan sosiaalisia ongelmia, koska niiden alkuperä paikantuu yksilöön ja yksilön henkilökohtaiseen epäonnistumiseen. Tasa-arvo ja erilaisuus ovat luonnollisia ominaisuuksia ja yksilön tulee kantaa vastuunsa omasta hyvinvoinnistaan. (Taylor 2007: 74; Harvey 2005: 65.) Yksilöiden välinen kilpailu on ensiarvoisen tärkeää.

Suomessa julkinen sektori joutui muiden länsimaiden tavoin suurten myllerrysten kouriin 1990-luvulla. Hyvinvointivaltion kriisi koski sosiaalisen yhteiskuntasopimuksen lisäksi myös hyvinvoinnin organisointitapaa. Hyvinvoinnin organisointi perustui ennen kriisiä professionalismille ja byrokraattiselle hallinnolle. (Clarke & Newman 1997: 2.) Kritiikkiä saivat erityisesti julkisen sektorin koko ja kustannukset. Uudistukset kohdistuivat julkisen sektorin tehtäviin, ohjaus- ja johtamisjärjestelmiin sekä palveluiden tuottamistapoihin. Taustavaikuttajana reformeille pidetään johtamisdoktriinia, New Public Management (NPM). Reformien myötä uudet arvot ovat kyseenalaistaneet perinteiset julkisten palveluiden arvot. (Lähdesmäki 2003: 9; Haveri 2002: 9–15; Virtanen 2000: 333.)

Uudistuksia perusteltiin vaatimuksilla kustannustehokkuudesta sekä asiakastyytyväisyyden ja laadun lisäämisellä. Muutoksia legitimoivassa retoriikassa vilisee seuraavia käsitteitä: valtaistaminen, responsivisuus, kansalaislähtöisyys, joustavuus, valinta, osallisuus ja kuulluksi tuleminen (Clarke & Newman 1997). Keskeiseksi tekijäksi uudistusten toteuttamisessa nousi myös johtajuuden korostaminen. Yksityissektorin johtamisoppeja tuli soveltaa myös julkisella sektorilla ja muutenkin johtajien ammattitaitoa ja osaamista tuli kehittää. (Lähdesmäki 2003: 212; Pollitt 2003: 27–28; Hyyryläinen 1999: 29.) Anu Kantola (2002) tutki poliittisen eliitin puhetta 1990-luvun alussa ja havaitsi diskurssin muuttuneen todellisuuden ekonomisoitumiseksi. Taloudellisuus ja tehokkuus saivat itsestään selvän aseman eliitin puheessa.

Yhteiskunnassa uudistusten legitimoinnissa käytetty retoriikka painotti asiakkaiden valinnanmahdollisuutta, valtaistamista ja osallistumista, mutta todellisuudessa vaatimukset tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta tekevät mahdottomaksi asiakaan osallistumisen resurssien jakamiseen (Palfrey, Thomas & Phillips 2006: 60, 64). Marinker (1996: 13) suhtautuu kriittisesti näkökulman muutokseen kansalaisuudesta kuluttajuuteen ja demokratiasta markkinointiin. Individualismi ja valinnanvapaus nostettiin moraalisten imperatiivien tasolle. Asiakaan valinnanmahdollisuudet ovat lisääntyneet, mutta tutkimuksissa käy ilmi (esim. artikkeli 2; Jäntti 2008), että valinnanvapaus toteutuu paremmin yksityisellä kuin julkisella puolella.

Uusi julkisjohtaminen ilmenee eri tavoilla eri puolilla maailmaa. Pollitt ja Bouckaert (2004: 97–99) tutkivat 12 valtion hallinnossa tapahtuneita muutoksia. He erottelivat valtioita toisistaan New Public Managementiin pohjautuvien ajatusten implemetoinnin tason mukaan. Suomen he sijoittivat niin sanottuun uusweberiläisiin valtioihin (Neo Weberian State, NWS). Uusweberiläisille valtioille on tyypillistä esimerkiksi valtion roolin ja edustuksellisen demokratian vahvistuminen sekä siirtyminen byrokraatiasta kansalaislähtöiseen toimintaan. Siirtymää vah-

vistetaan kehittämällä kansalaisten suoria vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuuksia.

New Public Managementia uudempi julkisen hallinnon keskustelu tukee voimakkaasti hyvinvointivaltion perinteisiä valintoja ja responsivisuutta (Vigoda 2002: 527, 537). New Public Service (NPS) ideologiana on nostanut jälleen esiin palveluperiaatteen ja demokraattisuuden julkisessa toiminnassa. Keskeistä toiminnalle on palvelu, ei niinkään ohjaus tai valvonta. (Salminen 2008: 79; Denhardt 2004: 174–185.) NPS on kuitenkin saanut alkunsa jo paljon aikaisemmin kuin 2000-luvulla (vrt. Perry 2007: 3). Denhardt ja Denhardt (2001: 391) toteavat, että kansalaiset eivät enää tyydy passiivisen katselijan rooliin, vaan haluavat aktiivisesti olla mukana suunnittelemassa ja vaikuttamassa julkiseen toimintaan. Näkökulmien moninaisuus olisikin suotavaa julkisen toiminnan kehittämässä ja toimeenpanossa. Tämä edellyttäisi kuitenkin julkisen sektorin pääasiallisen palvelutuotannon siirtymistä muille toimijoille. Julkinen etu nähdään ensisijaisena yksilön etuun nähden, jonka vuoksi kansalainen nähdään kansalaisena, ei niinkään julkisten palveluiden asiakkaana. Asiakkuuden painottamisen ajatellaan johtavan sellaisen yhteiskunnan rakentumiseen, jonka toiminta ei pitkällä aikavälillä voi olla yhteisöllisesti kestävä. (Denhardt & Denhardt 2001: 392–393, 397.)

Keskusteluun on myös nostettu erityisesti englanninkielisissä maissa kuluttajakäsite. Käsite ei ole sosiaali- ja terveystaloudessa saanut kannatusta (Pohjola 2010: 21; Clarke ym. 2007: 126; Pajukoski 2004: 194). Artikkelissa 2 vastaajat eivät kokeneet termin kuluttaja kuvaavan asemaansa ja rooliansa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Kuluttajuus edellyttää mahdollisuutta tehdä laajamittaisia valintoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa kuluttajamainen toiminta ei ole pääasiassa mahdollista. Palveluilla ei ole olemassa vaihtoehtoja. (Artikkelit 1 ja 2.) Barnes (2009: 220–221) on listannut asioita, jotka sosiaali- ja terveystaloudessa rajoittavat kuluttajamaisuutta. Ensimmäiseksi palveluihin hakeudutaan yleensä tiettyjen olosuhteiden tai akuutin tarpeen vuoksi ja asiakas ei voi valita, tarvitseeko välttämättä palvelua vai ei. Palvelua on vaikea hahmottaa etukäteen ja palvelutilanteet ovat yleensä jatkuvia, jolloin asiakkaan asiantuntijuus kasvaa. Lisäksi asiakkaan aktiivinen osallistuminen palveluntuotantoon on yleensä välttämätöntä.

Monenlaisia käsitteitä on esitetty diskursseissa legitimoimassa keskustelua. Asiakas-käsite näyttää jääneen osaksi sosiaali- ja terveystaloudellisten palveluiden retoriikkaa. Hyvinvointivaltion retoriikkaan ovat Suomessa vaikuttaneet hyvin monet ideologiat ja suuntaukset. On hyvin vaikeaa tarkasti pystyä määrittelemään asiakas-käsitteen käyttöönoton taustalla olevia yksittäisiä tekijöitä. Todennäköisemmin sen käyttöä ovat legitimoineet eri ajankohtina vallinneet ideologiat, jotka perustaltaan voivat

olla asiakkaan kannalta hyvinkin vastakkaisia, mutta jotka tavalla tai toisella painottavat kansalaisten asiakkuutta.

Uusliberalistiset näkökulmat ovat nostaneet puhunnan keskiöön individualismin sekä yksilön vapauden ja vastuun. Jalansijaa saaneet johtamisdoktriinit ovat tuoneet mukanaan uudenlaisia käsitteitä. Käsitteet, jotka olivat tuntemattomia aikaisemmassa suomalaisessa hyvinvointivaltiodiskurssissa, kuten asiakas, asiakaskeskeisyys, asiakasasiantuntija ja demokraattinen deliberaatio, ovat ilmestyneet kielenkäyttöön. Yhteistä kaikille käsitteille on yhteys osallistumiseen ja osallisuuden-käsitteeseen. Kansalaisten ja asiakkaiden osallistumisesta ja osallisuudesta on tullut keskeisiä tavoitteita ja keinoja sosiaali- ja terveydenhuollossa. Läsäolo ja aktiivinen toimijuus ovat ensimmäisiä askeleita kohti osallistumista ja sitä kautta myös yhteiskunnallista osallisuutta.

3.3 Aktiivinen ja osallinen asiakas?

Asiakkaan vaihtelevia rooleja kohtaamisissa palvelujärjestelmän kanssa on pyritty tyypittelemään (esim. Niiranen 2002; Hasefeld ym. 1987). Tyypit jaotellaan palveluntarjoajan ja asiakkaan välisen valtasuhteen mukaan. Kansalaisen rooli asiakkaana voi tyypistyä pelkäksi toimenpiteiden kohteeksi, toisaalta asiakkuus voi edetä kuluttajuudeksi. Lisäksi asiakkuus voi olla aitoa palveluasiakkuutta, jolloin asiakas toimii kohdeasiakasta aktiivisemmin (Niiranen 2002: 69).

Aktiivisuudesta näyttää tulleen tavalla tai toisella keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuutta määrittelevä tekijä. Lainsäädäntö on täynnä käsitteitä, jotka liittyvät kansalaisen aktiiviseen toimintaa ja aktiivisuuteen. Asiakas voi muun muassa kieltäytyä (Sosiaalihuoltolaki 710/1982; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992), ottaa yhteyttä, esittää hakemuksia, omata riittävät voimavarat, hankkia (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista 380/1987) osallistua ja vaikuttaa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Toiminta edellyttää aktiivisuutta ja riittävää toimintakykyä.

3.3.1 Aktiivisuus – etu vai este?

Sosiaalisen kansalaisuuden ideaali on alkanut väistyä aktiivisen kansalaisuuden ihanteen tieltä. Osallistuminen, vastuu ja valinnanmahdollisuudet ovat olennainen osa aktiivista kansalaisuutta (Newman & Tonkens 2011b: 179). Ne muovaavat poliittista normistoa ja tavoitteita sosiaali- ja terveydenhuollon diskursseissa (Anttonen & Häikiö 2011: 67). Aktiivisuus voidaan toisaalta nähdä marginaalisten ryhmien voittokulkuna. Naisasialiike, vammaisten henkilöiden liikkeet ja seksu-

aalivähemmistöjen liikkeet ovat vaatineet enenevässä määrin kansalaisoikeuksia, osallisuutta ja mahdollisuutta valita ja vaikuttaa. Toisaalta taas kehityskulku voidaan tulkita äärimmäisenä hylkäämisenä tai sosiaalisten liikkeiden tuhoamisena. Aktiivinen kansalaisuus nähdään poliittisen päätöksenteon tuotteena, jolloin käsitettä käytetään vapauttamisen ja valtaistamisen sijasta rankaisemiseen. (Newman & Tonkens 2011a: 9–10).

Aktiivisuuden vaade lisääntyi 1990-luvun laman myötä Suomessa. Silloin perustettiin jopa aktiivisen sosiaalipolitiikan työryhmä, joka teki tiettyjä kansalaisen aktiivisuuden lisäämiseen tähtääviä ehdotuksia. Ehdotukset eivät alun perin perustuneet suomalaiseen perinteiseen hyvinvointivaltioeetokseen, vaan niiden juuret löytyvät kansainvälisestä yksilönvastuuseen ja kansalaisen aktivointiin liittyvästä keskustelusta. (Valkenburg 2007: 28; Korhonen 2004: 40; Giddens 1999: 8–9, 21–22.) Aktivointi on kuitenkin ollut tähän saakka yksisuuntaista. Se on keskittynyt pelkästään asiakkaan muuttamiseen. Muutos kohdistuu asiakkaaseen, ei niinkään palveluihin, järjestelmään tai instituutioihin. Asiakkailta ei myöskään ole mahdollisuuksia osallistua niiden kehittämiseen. (Toikko 2006: 13; Beresford 2001: 498–500.)

Aktiivisuuden vaade voi myös liittyä näkemykseen, jonka mukaan hyvinvointivaltiota pitää suojella kansalaisilta. Hyvinvointivaltion ajatellaan tarjoavan liian hyvän turvan kansalaisille. Tilanne on johtanut lisääntyviin kustannuksiin, byrokraatiaan, mutta toisaalta myös laskelmoiviin kansalaisiin, jotka edellyttävät valtiota ratkaisemaan kaikki henkilökohtaiset ongelmat, sen sijaan, että itse tuntisivat olevansa vastuussa omista asioistaan. (Ks. Valkenburg 2007: 29–30; Bauman 1998: 36–41.)

Yhteiskunnan vastuu ei enää perustu aikaisemmin vallinneeseen yhteiskuntasopimukseen, jonka pyrkimys oli turvata yksilö yleisten kehityskulkujen varalta. Yksilön oikeuksien perusteeksi ei enää riitä pelkkä yhteiskunnan jäsenyys, vaan oikeuttajaksi on muodostumassa yksilön aktiivinen toiminta; käytös, valinnat, motivaatio ja asenteet. Kollektiivinen vastuu on muuttumassa yksittäisen kansalaisen yksilölliseksi vastuuksi. Siirtymää perustellaan uusliberalistisilla ajatuksilla, joiden mukaan hyvinvointivaltio voi vastuuttaa kansalaisiaan, koska yksityistetyiltä markkinoilta löytyy riittävästi vaihtoehtoja tarpeiden tyydyttämistä varten. (Valkenburg 2007: 30–31.) Kansalaisuus vaihtuu aktivoinnin kautta yhteiskunnan jäsenyyteen. Marshallilainen oikeuksiin perustuva solidaarisuus on hiipumassa ja sen tilalle on hitaasti nousemassa durkheimiläinen ehdollinen solidaarisuus. Gilbertin (2002: 157–160) mukaan perusturvan muuttuminen ehdolliseksi on selkeä indikaattori tapahtumassa olevasta suunnanmuutoksesta. Oikeuksia painottava

diskurssi on enenevässä määrin antamassa tietä vastuuta painottavalle diskurssille. (Anttonen & Häikiö 2011: 70).

Asiakaskeskeinen ja markkinalähtöinen New Public Managementille tyypillinen kielenkäyttö korostaa vastuuta ja tilivelvollisuutta. Julkinen paine yksilön ja perheen vastuun lisäämiseen voidaan paikallistaa myös 1990-luvun retoriseen muutokseen. Julkinen valta alkoi korostaa yksilön omaa vastuuta elämästään ja hyvinvoinnistaan. (Julkunen 2008b: 155.) Uusliberalistisen näkökulman tavoitteena oli muuttaa riippuvaiset objektit itsenäisiksi kansalaisiksi (Miller & Rose 1997: 134). Yksilön vastuuta tuli lisätä ja poistaa mahdollisuus vapaamatkustajuuteen.

Hyvinvointipalveluiden individualisoinnin taustalla vaikuttavat monet eri motiivit. Ensinnäkin yksilöllisten palveluiden ajatellaan parhaiten vastaavan yksilön tarpeisiin. (van Berkel & Valkenburg 2007: 11.) Sosiaali- ja terveydenhuollon työn vaativuus ja pyrkimys toiminnan tehostamiseen edellyttävät käyttökelpoisten toimintatapojen kehittämistä ja käyttämistä. Usein päädytään luomaan suoravii-vaisia ja hyväksyttäviä toimintamalleja, jolloin asiakkuus ymmärretään yleistettynä standarditapauksena (esim. Pohjola 1993: 65; Pohjola 1991: 97–98). Järjestelmä vastaa tarpeeseen tarjoamalla asiakastyypin mukaisia kaavamaisia standardipalveluita. Mäntysaari (1998: 15) varoittaa palveluiden liian pitkälle viedystä standardoinnista, joka ei vastaa kenenkään tarpeita tai etua.

Yksilön vastuu istuu sekä aktiivisen hyvinvointivaltion että uuden julkisjohtamisen diskurssiin. Diskurssien taustalla toimintaa ohjaava motiivi ei kuitenkaan ole sama. Aktiiviseen hyvinvointivaltiolliseen ajatteluun liittyy käsitys siitä, että oikeudet, velvollisuudet ja vastuut tulee arvioida yksilökohtaisesti. Yksilöä seurataan ja hänen toimintaansa arvioidaan, kun päätetään oikeuksista. Julkisjohtamiskurssissa yksilön vastuulla on toinen merkitys. Yksilöllä tulisi olla vaihtoehtoja, mahdollisuus kieltäytyä tarjotuista palveluista ja oikeus mielipiteen ilmaisemiseen ja osallistumiseen. (van Berkel & Valkenburg 2007: 11–13.)

Humanistisen ideologian periaatteilla asiakas määrittyy aktiiviseksi, toimivaksi, tietoiseksi ja osallistuvaksi. Konkreettisesti palveluissa sama ideaalinen asiakas määrittyy pääsääntöisesti ongelmakielen kautta. Toiminnan kohteena ovat kuntoutujat, monivammaiset, päihdeäidit ja yksihuoltajat. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas mielletään jollakin tavalla poikkeavana ja erityisenä. Asiakas ei yleensä sovi normaaliuden määritteeseen. (Pohjola 1993: 65–66.)

Hyvinvointivaltio ottaa ainakin jossakin määrin vastuuta kansalaistensa hyvinvoinnista. Universalistisissa pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa yhteiskunnallinen vastuu on laava. Kansalaiset kantavat hyvinvointivastuuta toisistaan ja täyttävät moraalisen velvollisuutensa toistaan kohtaa maksamalla veroja valtiolle. Täl-

löin he välttyvät ainakin osittain omakohtaiselta ja henkilökohtaiselta vastuulta. (Julkunen 2001: 261.)

Monimuotoinen hyvinvointiajattelu (welfare mix) sai jalansijaa yhtenä mahdollisena hyvinvoinnin tuottamisen mallina. Suomessa hyvinvointivastuu jakautui julkisen sektorin, perheiden, järjestöjen ja markkinoiden kesken. Päävastuu kuitenkin säilyi julkisella sektorilla. (Julkunen 2008b: 147; Julkunen 2006: 25, 105–108; Matthies 2006a: 37; Matthies 2006b: 86; Julkunen 1994: 34.) Hyvinvointivaltio edellyttääkin asiakkailta entistä suurempaa aktiivisuutta. Aktiivisen asiakkaan tulee olla tietoinen palveluista ja vaihtoehdoista, mutta myös valinnanmahdollisuuksista. (Artikkeli 1: 36–37; Launis 1994: 110, 195.) Kansalaisilta edellytetään aktiivisuutta ja suurempaa vastuuta hyvinvoinnistaan. Samalla myös kansalaiset ovat entistä tietoisempia mahdollisuuksista, lainsäädännöstä ja julkisten palvelujen velvoitteista. He osaavat myös vaatia aikaisempaa enemmän. Palvelujärjestelmän tuki kohdennetaan yhteiskunnallisen intressin mukaan tarvitseville, oikeutetuille ja ansaitseville. Tällainen kehitys eriarvoistaa kansalaisia, koska vahvasta kyvystä hallita omia asioitaan ja ajaa omaa etuaan tulee palvelujen saavuttamisen edellytys. Asiakaslähtöisyyden paradoksiksi muodostuu asiakaslähtöisyyden riippuvuus siitä, millaisin edellytyksin asiakas pystyy omaa etuaan ajamaan. Asiakaslähtöisen palvelutarjonnan piiristä putoavat silloin huonoin toimintaedellytyksin varustetut kansalaiset. (Valokivi 2008: 78–80; Julkunen 2006: 28.)

Aktiivinen palvelunkäyttäjä näyttäytyy monilla eri tavoilla suomalaisessa hyvinvointivaltiossa. Aktiivisuuden vaadetta perustellaan moraalisiin, yhteiskuntavastuuseen liittyvin perustein tai sitten ne ovat sisäänrakennettuna järjestelmään, jolloin ollakseen oikeutettu johonkin tukeen tulee kansalaisen osoittaa aktiivisuutta. Näin on esimerkiksi työttömyyden kohdalla (ks. Bonvin & Moachon 2011). Kansalainen voi osallistua läheisten hyvinvoinnin tuottamiseen monilla eri tavoin, muun muassa perhevapaalla ja omaishoitajana. Omaishoitaja jopa solmii sopimuksen kotikuntansa kanssa läheisen hoitoon liittyen, jolloin voidaan jo puhua sopimuksellisesta hyvinvoinnin tuottamisesta. Sopimuksellisuuden näennäisyydestä ja aitoudesta voidaan olla montaa mieltä.

Artikkelissa 2 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunkäyttäjät kuvaavat itseään pääasiassa aktiivisina asiakkaina (ks. Valkama 2008). Asiakas-termiä käytetään usein kuvattaessa kansalaisen suhdetta hyvinvointipalveluihin. Terveystilaan liittyvissä asioissa käytetään puolestaan käsitettä potilas. (Clarke ym. 2007.) Usein aktiiviseen asiakkuuteen yhdistyy myös ajatus haasteellisuudesta, vaativuudesta ja hankaluudesta (Niiranen 2002: 70).

Aktiivisuus edellyttää tietyntäsoista autonomiaa, riittävää kompetenssia ja voimavaroja. Kaikilla näitä ei kuitenkaan ole. Taidot ja kompetenssi näyttävät myös

kumuloituvan. (Niiranen 1999: 65–66.) Jokaisella on kuitenkin oikeus osallistua, erityisesti itseään koskevaan päätöksentekoon. Habermas (1996: 11; 1984: 186) määrittelee osallistumisen osallistumiseksi keskustelun ja kielenkäytön kautta. Ajattelutapa sulkee ulkopuolelleen henkilöt, joiden kommunikointikyvyt ovat heikompia. Clifford (2011: 14–15) esittääkin, että jo ruumiillinen osallistuminen (embodied participation) on merkityksellistä erityisesti henkilöä itseään koskevassa päätöksenteossa.

3.3.2 *Palvelunkäyttäjän osallistuminen ja osallisuus*

Osallisuus ja osallistuminen ovat käsitteinä monitulkintaisia, riippuen tulkitsijasta ja kontekstista (Rowe & Shepherd 2002: 278). Osallisuus ja osallistuminen ovat käsitteitä, joita toisinaan käytetään lähes synonyymeinä, mutta jotka tässä tutkimuksessa nähdään erisältöisinä asiakaslähtöisyyteen liittyvinä käsitteinä. Osallisuus on osallistumista laajempi käsite, joka pitää sisällään ajatuksen palvelukäyttäjän vaikuttamisesta toimintaan tai palveluprosessiin. Osallistuminen pääasiassa kuvaa asiakkaan mukanaoloa, vaikka vain läsnäolona informointitilaisuudessa. Laajasti tulkittuna sillä voidaan myös tarkoittaa sosiaalista prosessia, jossa ollaan mukana muiden osallistujien kanssa. (Julkunen & Heikkilä 2007: 89; Kujala 2003: 47–49; Hickey & Kipping 1998: 4).

Koskiahon (2002: 36–37) mukaan osallisuus on osallistumista vapaaehtoisesti, jolloin osallistujan motiivit voivat olla ideologisia, kulttuurisia, taloudellisia tai sosiaalisia. Osallistumiselle on ominaisinta vapaaehtoisuus ja omaehtoisuus. Osallistaminen puolestaan kehottaa tai vaatii kansalaisia osallistumaan yhteiskunnalliseen toimintaan. Osallistamista sääntelevät yleisesti hyväksytyt säännöt ja määräykset. Osallistamisessa tarve osallistua syntyy osallistujien ulkopuolella, vaikka osallistuminen saattaakin olla osallistujien etujen mukaista. Osallisuus voi siten alkaa osallistamisesta, mutta se ei voi jäädä pelkästään siihen. Pitkäaikaiset muutokset edellyttävät omaehtoisuutta ja sitoutumista, joka voi syntyä vain aidon osallisuuden kautta.

Perinteisesti Pohjoismaissa on ajateltu, että riittävä kansalaisosallistuminen turvataan paikallisdemokratian kautta (Fotaki 2007: 1065). Syrjäytymis- ja syrjäyttämiskeskustelu ovat kuitenkin nostaneet kansalaisen tai palvelunkäyttäjän osallistumisen ja osallisuuden yhteiskunnalliseen hyvinvointia koskevaan keskusteluun (Tritter, Koivusalo, Ollila & Dorfman 2009: 9–11). Osallistuminen pitää sisällään ajatuksen *'tarpeesta tuottaa ja kehittää palvelunkäyttäjille erilaisia tapoja suoraan osallistumiseen'* (Evers 2006: 268). Perinteisesti kuntalainen osallistuu edustuksellisen demokratian kautta. Pelkkä edustuksellinen demokratia ei ole riittävä vaikuttamismuoto ja sen lisäksi tulee tarjota vaihtoehtoja suoraan osallistumiseen

sekä tukea kansalaisten oma-aloitteista toimintaa. Kuntalaisten osallistumista voidaan edistää muun muassa valitsemalla palvelunkäyttäjät kunnan toimielimiin, tiedottamalla kunnan asioista ja järjestämällä kunnan ja asukkaiden kuulemistilaisuuksia, mielipidekyselyitä sekä kansanäänestyksiä. Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaille tulee turvata aina mahdollisuus omien palveluidensa suunnitteluun. (Niiranen 2010: 102; ks. myös Niiranen 2002: 67.)

Kansalaisen osallistumisesta ja sen mahdollistamisesta säädetään muun muassa perustuslaissa ja kuntalaissa. Perustuslaissa (596/2007, 14§) säädetään julkisen vallan tehtäväksi yksilön osallistumismahdollisuuksien edistämisen. Jokaisella tulee olla mahdollisuus osallistua yhteiskunnalliseen toimintaa ja itseään koskevaan päätöksentekoon. Kuntalain (519/2007, 27§) mukaan kunnanvaltuusto on velvollinen huolehtimaan siitä, että kunnan asukkailla ja palvelunkäyttäjillä on mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan. Tarjolla tulee olla erilaisia osallistumisen muotoja ja kanavia sekä riittävästi tietoa eri vaikuttamis- ja osallistumistavoista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan ja potilaan asemaa määritellään Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Asiakkaalla on oikeus sosiaalihuollossa laadukkaaseen sosiaalihuoltoon sekä hyvään kohteluun. Asiakkaan tulee saada ymmärrettävä selvitys oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan ja sosiaalihuollon järjestämisestä tulee jokaisen saada kirjallinen päätös tai sopimus sekä suunnitelma järjestettävistä palveluista ja hoidosta. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.) Potilaalla on oikeus päästä hoitoon ja hoidon sekä kohtelun tulee olla hyvää. Potilaalla on oikeus saada tietoa itseään koskevista asioista ja hoidon tulee perustua suunnitelmaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Molemmissa laeissa painotetaan yksilön itsemääräämisoikeutta ja sen turvaamista. Osallistuminen omien palveluiden ja hoidon suunnitteluun ja niistä päättämiseen on myös keskeisessä asemassa molemmissa laeissa.

Osallistumisen vaatimus näkyy myös metodologisessa keskustelussa liittyen julkishallinnon kehittämistä. Erilaiset toimintatutkimukselliset suuntaukset ovat osoitus tästä diskurssista. (Toikko 2006: 19–20.) Asiakkaan osallisuutta voidaan edistää monista eri lähtökohdista. Hyvin keskeistä on lisätä asiakkaan osallistumista omaan hoitoon tai toimenpiteitä koskevaan päätöksentekoon. Tämä näkökulma eroaa palvelunkäyttäjän osallistumisesta palvelujen kehittämiseen tai palvelujen arviointiin. Lisäksi käyttäjän näkökulmaa on hyödynnetty ammattilaisten koulutuksessa. (Tritter 2009: 211.) Esimerkkinä mainittakoon kävelevien kirjastojen ja kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten koulutuksessa.

Palvelunkäyttäjien osallistuminen julkisiin palveluihin perustuu demokraattisiin ja konsumeristisiin malleihin. Konsumeristisessa mallissa asiakkaat osallistuvat järjestelmän ehdoilla ja arvioivat ainoastaan lopputulosta, palvelua tai tuotetta, osallistumatta lainkaan muuhun osaan prosessista. Järjestelmä tavoittelee asiakastyytyväisyyttä ja pyrkii lisäämään palveluiden responsivisuutta. Demokraattinen näkökulma painottaa asiakkaan äänen kuulemista, valtaistamista ja osallisuutta päätöksentekoon. (Laitila 2010: 7–8; Julkunen & Heikkilä 2007: 92–93; Thompson 2006: 1298; Hickey & Kipping 1998: 84.) Osallisuutta perustellaan ainakin kolmella eri tavalla: 1) halutaan tuottaa asiakaslähtöisiä ja laadukkaita palveluita (Heikkilä & Julkunen 2003), 2) korostetaan palveluidenkäyttäjien oikeutta olla mukana heitä koskevien asioiden päätöksenteossa (Valokivi 2008) ja 3) painotetaan osallisuuden voimaannuttavaa merkitystä (Niiranen 2002: 67).

Yksi siteeratuinta kansalaisen osallistumista kuvaavia malleja on Arnsteinin (1969) tikapuumalli (ks. kuvio 3). Arnstein kritisoi jo 1960-luvulla näennäisosallistumista, joka muistuttaa lähinnä manipulointia, mutta jonka oletetaan täyttävän riittävät kriteerit kansalaisten osallistumisesta päätöksentekoon. Typologiallaan Arnstein pyrki valottamaan osallistumisen ja osallisuuden eri muotoja, manipuloinnista aitoon aktiiviseen osallistumiseen.

Kansalaiskontrolli	Kansalaisten toimivalta
Jaettu valta	
Kumppanuus	
Suostuttelu/tyynnyttely	Näennäisvallan tasoja
Konsultointi	
Tiedottaminen	
Terapia	Osallistumattomuus
Manipulointi	

Kuvio 3. Arnsteinin tikapuumalli osallistumisesta.

Näennäisvalta (ks. kuvio 3) pitää sisällään erilaisia tiedotustilaisuuksia muutoksista, mielipidekyselyitä ja keskustelutilaisuuksia, joilla sinänsä ei välttämättä ole mitään vaikutusta päätöksentekoon. Tilaisuuksille on tyypillistä, että ne organisoitetaan kansan ulkopuolelta ja toiminta toteutetaan organisaattorin ehdoilla ja toivomassa järjestyksessä. Kansalaisten ajatukset ja mielipiteet ovat pääasiassa ohjeellisia, jotka voidaan jättää huomioimatta, vaikka jonkinasteista sitoutumista tavoitellaankin. Varsinainen aito osallistuminen on kumppanuutta, jolloin yhteistyön raamit asetetaan yhdessä. Lähtökohtana ei pidetä kansalaisten valistumattomuutta ja kansalaisten mielipiteitä ei pyritä jalostamaan opetuksen tai informoinnin kautta (ks. Tritter & McCallum 2006: 164).

Suomalainen osallistumiskeskustelu määrittelee osallistumisen tasoiksi tieto-osallisuuden, suunnitteluosallisuuden, päätösosallisuuden ja toimintaosallisuuden. Tieto-osallisuus on alin taso, jota yleensä eniten toteutetaan käytännössä. Siitä säädetään myös lainsäädännössä. Tiedottaminen on osa kunnan toimintaa. Tieto-osallisuus voi toimia pohjana muun tyyppiselle osallistumiselle. Osallistua voi myös päätösten valmisteluun ja itse päätöksentekoon. Toimintaosallisuus merkitsee sitä, että kansalaiset osallistuvat päätöksenteon lisäksi palvelujen tuottamiseen eli toisin sanoen myös varsinaiseen toimintaan. (Kohonen & Tiala 2002: 6; Salmikangas 1998: 3.)

Arnsteinin loi mallinsa kuvaamaan kansalaisen osallistumismahdollisuuksia. Mallia on kuitenkin sovellettu myös terveydenhuollossa. Mallin avulla on kuvattu potilaan osallistumista yleiseen päätöksentekoon, mutta myös omiin hoitopäätöksiin. (esim. Thompson 2007; Tritter & McCallum 2006; Coulter 1997; Charles & DeMaio 1993). Arnsteinin mallista on sovellettu potilaan osallistumismahdollisuuksia kuvaava yksinkertaistettu neliportainen malli, jossa potilaan valta vaihtelee matalasta korkeaan. Alimmalla portaalla potilas suljetaan kokonaan päätöksenteon ulkopuolelta. Paternalistinen toiminta kuvaa hyvin seuraavaa askelmaa. Kolmannella portaalla potilaalla on mahdollisuus jaettuun päätöksentekoon, mutta ammattilaisen rooli säilyy aktiivisena agenttina. Ylimmällä portaalla potilas saavuttaa tietoon perustuvan itsenäisen päätöksenteon tason. (Thompson 2007: 1299.) Arnsteinin malli on toiminut pohjana myös lasten osallistumista kuvaavalle mallille (Hart 1992: 8).

Arnsteinin mallia on kritisoitu sen yksiulotteisuudesta, joka tietenkin yksinkertaistetulle mallille on yleensä tavanomaista. Kritiikki kohdistuu pääasiassa vallan yksiulotteiseen tarkasteluun. Mallia on sovellettu palvelunkäyttäjiin sekä asiakaina että kansalaisina. Palvelunkäyttäjien vallan lisääntyminen näyttäisi poistavan valtaa palveluntarjoajilta, vaikka yleensä aito kumppanuus voisi johtaa sosi- ja terveydenhuollossa parempiin lopputuloksiin ja vallan molemminpuoli-

seen lisääntymiseen. Lisäksi, jos valta siirtyisi kokonaan palvelunkäyttäjille, voisi riskinä olla enemmistön tyrannia, jolloin tietyt hiljaisemmat, hyvin erityisiä palveluita tarvitsevat ryhmät, jäisivät sivuun. Kaikkien aito osallisuus edellyttää monien erilaisten vaikuttamistapojen mahdollisuutta, jolloin jokainen voi osallistua haluamallaan tavalla kompetenssiensa mukaan. (Tritter & McCallum 2006: 162–163.)

Palvelunkäyttäjän osallistumista pyritään lisäämään monin eri tavoin ja lainsäädäntökin tukee tätä pyrkimystä. Osallistuminen nähdään pääasiassa positiivisena asiana. Vaikka ammattilaiset pitäisivätkin osallistumista arvokkaana, monet tekijät vaikuttavat siihen, millaista osallistumista pidetään hyväksyttävänä. (Tritter 2009: 214.) Toisinaan asiakkaan aktiivinen käytös ja pyrkimys osallistumiseen määritellään hankalaksi käytökseksi (ks. Niiranen 2002: 70).

Suuri osa sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvasta palvelunkäyttäjien osallistumisesta on välillistä. Yleensä se on jonkinlaisen informaation keräämistä. Kerätyn informaation arvo ja hyödyntäminen riippuvat kuitenkin hallinnon ja henkilökunnan päätöksistä, jolloin palvelunkäyttäjä ei varsinaisesti voi mitenkään vaikuttaa antamiensa tietojen käyttöön. Suorassa ja aidossa osallistumisessa palvelunkäyttäjät osallistuvat palveluihin liittyvään päätöksentekoon ja resurssien allokointiin. (Tritter 2009: 212.) Yhteissuunnittelu, -kehittely ja palvelumuotoilu ovat tuttuja menetelmiä tuotteiden ja palveluiden suunnittelusta. Se on alkanut saada jalansijaa erityisesti Isossa Britanniassa julkisten palveluiden suunnittelussa. Toimintamallia on jonkin verran sovellettu ja kokeiltu myös Suomessa esimerkiksi PALMU - Palvelumuotoilu ikääntyville -hankkeessa. Toimintatavassa uusia palveluja tuottavan kehitysprosessin painopiste siirtyy asiakkaiden kanssa yhdessä tehtyyn luovaan ideointiin, jolloin palvelut vastaavat tarpeisiin ja perustuvat yhteiseen, kokemukselliseen näkökulmaan. (Miettinen 2010; Miettinen, Myllymaa & Jäppinen 2010; Sorsimo 2009; Leadbeater, Bartlett & Gallagher 2008.)

Asiakas voi osallistua hallinnollisesti kolmella eri tasolla; henkilökohtaisella tasolla, paikallistasolla tai valtakunnallisella tasolla. Henkilökohtaisella tasolla osallistuminen kohdistuu niihin palveluihin, joita palvelukäyttäjä juuri sillä hetkellä käyttää. Paikallistasolla vaikutetaan palveluihin yleisemmällä tasolla joko suoraan tai välillisesti. Valtion tasolla osallistuminen on pääasiassa yksittäisen kansalaisen näkökulmasta välillistä. (Burns, Hambleton & Hoggett 1994: 158–159.) Perinteistä paternalistista toimintaa tulee tarkastella kriittisesti. Hallinnollisia rakenteita ja toimintatapoja tulisi kehittää siten, että osallistuminen mahdollistuisi kaikilla eri hallinnollisilla tasoilla ja kehittämistyön eri vaiheissa. Pelkkä lopputuotoksen arviointi ei ole riittävää. (King, Feltey & Susel 1998: 320–321)

Yksi keskeinen tavoite PAKKI-hankkeessakin (artikkelit 4 ja 5) oli rikkoa palvelunkäyttäjien ja työntekijöiden välisiä raja-aitoja, jakaa kokemuksia ja rakentaa palvelunkäyttäjien ja työntekijöiden yhteistä jaettua ymmärrystä. Asiakkaiden asiantuntijuus nähtiin samanarvoisena ammattilaisten asiantuntijuuden kanssa. (ks. Tritter & McCallum 2006: 164.) Palvelunkäyttäjien osallisuus palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa vähentää leimaamista ja syrjintää. Kokemus osallisuudesta voi parhaimmillaan tukea yhteiskuntaan kiinnittymistä ja estää marginalisoitumista. (Truman & Raine 2002: 140, 142.) Osallisuuden kehittäminen on sosiaali- ja terveydenhuollossa erityisen tärkeää sellaisten asiakasryhmien kohdalla, joilla on muutekin puutteelliset vaikutusmahdollisuudet (Lester, Tait, England & Tritter 2006: 421–422).

Se, millä tavalla kansalainen voi vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon, perustuu hyvinvointivaltiota ja hyvinvointiyhteiskuntaa koskeviin määritelmiin ja näkemyksiin. Palvelunkäyttäjien osallistuminen on yleensä arvo sinänsä, mutta sen merkitys vaihtelee eri ideologioiden mukaan. Evers (2006) esitteli erilaisia hyvinvointipalveluissa esiintyviä ajattelumalleja palvelunkäyttäjän osallistumisesta. Hän jaottelee näkökulmat viiteen: hyvinvointivaltiolliseen malliin, professionalismiin, konsumerismiin, managerialismiin ja partisipatorismiin. Näkökulmat löytyvät myös eriteltynä luvun 3.4 taulukossa 7. Suuntaukset vaikuttavat hyvinvointiyhteiskunnan määrittelyyn sekä siihen millaisen roolin kansalainen yhteiskunnassa saa suhteessa hyvinvointipalveluihin. Ajattelumallit eivät kuitenkaan esiinny missään yhteiskunnassa puhtaina, ideaalisina muotoina, vaan ne ovat rinnakkaisia, sekoittuneita, vahvistaen ja osittain haastaen toisiaan (Evers 2006: 255–256, 271).

Hyvinvointivaltiollista mallia leimaa palvelunkäyttäjän minimaalinen rooli. Käyttäjillä ei juuri ole mahdollisuuksia vaikuttaa palveluihin, hyvinvoinnin tuottamiseen tai itseään koskeviin palveluihin liittyvää päätöksentekoon. Vastaanottajan roolia leimaa oikeuksien ja tasa-arvon retoriikka, jossa ei jää tilaa moninaisuudelle tai tarvelähtöisyydelle. Professionalismissa arvostetaan ammattilaisten asiantuntijuutta ja palvelut tuotetaan asiakkaille eikä yhdessä asiakkaiden kanssa. Paternalismi leimaa kansalaisen ja palveluntuottajan välistä suhdetta. Palveluja leimaa asiakkaan myöntyväisyys ja neuvotteluja palveluntarpeista ei käydä. (Evers 2006: 258–261.)

Konsumerismi puolestaan lupaa tehdä palveluista käyttäjälähtöisiä tarjoamalla käyttäjille vaihtoehtoja ja valinnanmahdollisuuksia. Valinnanmahdollisuudet perustuvat tuottajien väliseen kilpailuun. Konsumeristisessa yhteiskunnassa pyritään käyttäjän aseman parantamiseen. Tavoitteena on järjestelmä, jossa palvelunkäyttäjän osallistuminen minimoidaan ja maksimoidaan käyttäjän autonomia. Totali-

taarisena muotona konsumerismi jättää yksilölliset tarpeet, henkilökohtaisen palvelun ja yhteisen hyvän sivuraiteelle. (Evers 2006: 258–265.)

Managerialismia leimaa näkemys siitä, että julkiset palvelut ovat potentiaalinen markkina-alue. Yhteiskunnan varojen käyttö täytyy suunnitella tarkasti ja taloudellisesti, jolloin markkinatalouden lainalaisuudet ja pelisäännöt tarjoavat parhaat mahdolliset toimintatavat. Tavoitteena on tehdä hyvinvoinnin tuottamisen jokaisesta osa-alueesta kaupallisia tuotteita, jotka myös muuttavat palvelunkäyttäjien roolia. Palveluista tulee standardoituja, yksilön valitukset menettävät vaikutuksen, nettivälitteiset palvelut ja tuotteistetut palvelut korvaavat yksilöjen välisen dialogin. Partisipatorismissa hyvinvointipalvelut perustuvat luottamukselle ja vastuuseen. Partisipatorismi lisää yksilöllistä ja yhteisöllistä osallistumista hyvinvoinnin tuottamiseen esimerkiksi omaishoitajuutena, itseapuryhminä ja vapaaehtoisuutena. Partisipatorismia leimaa uskomus, että yksilöiden tulisi itse osallistua hyvinvointinsa tuottamiseen sen eri vaiheissa. Palveluissa korostuu paikallisuus ja monipuolisuus ja tasapäisyyttä vieroksutaan. Lisäksi eri järjestelyissä tukeudutaan yksilön lähiympäristön palvelutarjoomiin patenttiratkaisujen sijaan. (Ks. Evers 2006: 268–270.)

Osallistumisen merkityksellä ei ole juurikaan tieteellistä näyttöä. Ei ole tutkittu miten osallistuminen olisi vaikuttanut palveluihin, niiden tuottamiseen tai varsinkaan palveluiden vaikuttavuuteen. (Tritter 2009: 214–215.) Ehkä tuo tieteellisen näytön puute vaikuttaa myös resurssien puutteeseen. Osallisuutta edistävät mallit edellyttävät resursointia. Monet arvostetuiksi ja tuottaviksi arvioidut toimintatavat edellyttävät kunnollista ja riittävää resursointia. Toinen ongelma, joka tulee huomioida osallisuutta lisäävien toimintatapojen kehittämisessä, on se, että useat toimintatavat ylläpitävät ja toisintavat yhteiskunnassa vallitsevaa syrjäyttämisen kulttuuria. (Beresford 2009: 254.) Miten varmistetaan osallistumistapojen esteettömyys ja saavutettavuus?

Yhteiskunnallisen osattomuuden taustalla on yksilöiden välinen epätasa-arvo. Eriarvoisuus syntyi jälkiteollisen järjestelmän sivutuotteena ja siihen vaikuttavat monet eri tekijät, jotka liittyvät muun muassa yksilön taitoihin, yhteiskunnalliseen panokseen, auktoriteettiin ja valta-asemaan (Selznick 1998: 63). Syrjäytymistä voi näkyä ihmiselon kolmessa eri ulottuvuudessa: tuotantoelämän ulkopuolisuutena, sosiaalisen yhteisyyden ulkopuolisuutena ja vallan puutteena (Lehtonen, Heinonen & Rissanen 1986: 18–37). Marginalisaatio-käsite nousi 1990-luvulla suomalaisessa syrjäytymiskeskustelussa syrjäytymis-käsitteen rinnalle. Marginalisaatio-käsitettä käytetään usein syrjäytymis-käsitteen synonyyminä. Marginalisaatio määritellään kuitenkin laajempänä ja se kuvaa erinomaisesti ihmisen koke-

muksia ja elämän merkityksiä. Se kattaa sivullisuuden, erilaisuuden ja toiseuden kokemukset. (Järvinen & Jahnukainen 2001: 139; Granfelt 1998: 80.)

Osattomuus ja osallistumattomuus määritellään usein yksilöitä yhdistäviksi yhteisiksi ominaisuuksiksi, jotka perustuvat johonkin yksilöön liittyvään ominaisuuteen. (Juhila 2006: 55). Gaullierin (1992: 182–183) mukaan yksilön henkilökohdalliset ominaisuudet johtavat ulkopuolisuuteen ja osattomuuteen erityisesti työelämästä. Tällaisia ominaisuuksia ovat muun muassa: 1) normaalia heikompi kvaalifikaatiotaso, 2) ulkomaalaisuus, 3) nuoruus, 4) naissukupuoli ja 5) ulkopuolisuus yhteiskunnan määrittelemästä normaaliudesta (esimerkiksi rikolliset, päihteidenkäyttäjät ja vammaiset henkilöt). Jos osallisuutta lisäävien menetelmien toteuttamisessa ei huomioida osattomuutta aiheuttavia tekijöitä, voidaan toimintatavoilla vain lisätä eri ryhmien välisiä kuiluja ja lisätä osattomuutta hyvistä tarkoituksista huolimatta (Beresford 2009: 254–255).

3.3.3 *Valinnan- ja vaikuttamismahdollisuudet*

Osallisuuteen keskeisesti vaikuttavia tekijöitä ovat mahdollisuus vaikuttaa omiin asioihin sekä kuulluksi tuleminen tunne. Asiakkaiden valinnan- ja vaikuttamismahdollisuuksia käsittelevässä artikkelissa kaksi on hyödynnetty Albert Hirschmanin (1970) teoriaa lojaalisuudesta, valinnan- ja vaikuttamismahdollisuuksista (exit, voice ja loyalty). Hirschmanin mukaan kansalaisilla on kaksi vaihtoehtoa vaikuttaa organisaation tuottamien palveluiden laadun heikkenemiseen ja tyytymättömyyteensä. Nämä vaihtoehdot Hirschman nimesi voice (mielipiteenilmaisu) ja exit (poistuminen) vaihtoehdoiksi. Hirschmanin teoria on vaikuttanut vuosikymmeniä erityisesti markkinoilla toimivien organisaatioiden toimintaan sekä tieteelliseen tutkimukseen.

Albert O. Hirschman oli taloustieteilijä, joka 1970 teoretisoi asiakkaiden reagoitapoja organisaatioiden heikkenemiseen. Esimerkeissään hän käytti yritystä, joka tuottaa hyödykkeitä asiakkaille. Organisaation heikentyminen näkyy hyödykkeen, joka voi olla palvelu tai tavara, laadun heikkenemisenä. Toiminnan laadun huononeminen vaikuttaa asiakkaisiin kahdella eri tavalla. Ensimmäinen merkki heikkenemisestä on se, kun asiakkaat lopettavat tuotteen tai yrityksen tuottaminen palveluiden ostamisen. Tämä vaihtoehto on exit-vaihtoehto, jolloin asiakas käyttää valinnanvapauttaan ja vaihtaa palveluntarjoajaa. Palveluntarjoajan vaihtaminen on huomaamaton keino, jolloin käytetään oikeutta valita, mutta sen haittapuolen on kuitenkin se, että edellinen palveluntarjoaja jää ilman tarvittavaa tietoa toimintansa parantamiseksi. (Kettunen 2006: 63; Hirschman 1970: 4, 31.) Palveluntarjoajan vaihtaminen (exit) on valitsemista, mistä syystä vaihtoehdosta käy-

tään englanninkielessä myös choice-termiä (esimerkiksi Greve 2009; Fotaki 2007 ja Greener 2007).

Vaikuttaa voi siis lopettamalla organisaation palveluiden käytön tai ilmaisemalla tyytymättömyytensä saatuun palveluun. Mieli-piteenilmaisu (voice) on aktiivinen pyrkimys vaikuttaa asioihin ja aikaansaada asiakkaan kannalta positiivinen muutos. Toiminnan tarkoituksena on tuoda julki palvelun ongelmakohdat sekä mahdollisia parannusehdotuksia. Parhaaseen tulokseen päästään palveluntarjoajan ja palvelukäyttäjän dialogisella toiminnalla, jolloin asiakkaan mielipidettä kunnioitetaan ja palveluntarjoajalle jää aikaa kehittää toimintaansa parempaan suuntaan. Vaikuttaa voi myös yhdistelemällä näitä kahta vaihtoehtoa erilaisina kombinaatioina. (Hirschman 1970: 30–32.)

Voice-vaihtoehto (mieli-piteenilmaisu) nähdään liike-elämässä yleensä residuaalisena uuden palveluntarjoajan valitsemiselle. Mieli-piteenilmaisu on tyypillistä asiakkaille, joilla ei ole vaihtoehtoisia palveluntarjoajia, joiden palvelujen piiriin voisivat vaihtaa. Tällaisia ovat yleensä monet julkiset palvelut, jolloin mieli-piteenilmaisu tarjoaa ainoan mahdollisen vaihtoehdon palveluihin vaikuttamiseen. Palvelunkäyttäjän lojaliteetti on suoraan verrannollinen myös siihen, miten paljon hän uskoo mieli-piteellensä olevan vaikutusta organisaation toimintaan ja palveluun. Tällöin palveluntarjoajan vaihtaminen nähdään viimeisenä vaihtoehtona. Palvelujärjestelmälle tuottaa eniten ongelmia, jos kyvykkäimmät yksilöt valitsevat mieli-piteenilmauksen sijaan palveluntarjoajan vaihtamisen, jolloin huonontuneita palveluita jäävät käyttämään yksilöt, joilla ei ole mahdollisuutta valita muuta vaihtoehtoa. (Hirschman 1970: 33–34, 37–38.) Lyons ja Lowery (1989: 846) lisäsivät Hirschmanin typologiaan vielä neljännen tyypin, hylkäämisen (neglect). He myös jaottelivat toimintavaihtoehdot neljään: aktiivisiin, passiivisiin, rakentaviin ja hajottaviin (ks. kuvio 4).

Mieli-piteenilmaisu vaihtoehtoa on kritisoitu tehottomaksi ja tehokkaammaksi ratkaisuksi on ehdotettu vaihtoehtojen lisäämistä (esim. Le Grand 2007). Globalisaatio mahdollistaa taloudellisen kilpailun hyvinvointipalveluilla. 1990-luvun lama ja hallintoa ravisuttaneet muutokset vaikuttivat julkisen hallinnon järjestämistapoihin. Kantavaksi näkökulmaksi muodostui ajatus, että julkisen hallinnon tulisi liikkeenjohdollisen ajattelutavan mukaan muuttua tulosjohdetuksi järjestelmäksi (Niiranen 1994: 178). Kehityssuunta vaikutti myös näkemykseen hyvinvointipalveluiden tuottamisesta. Aberbachin ja Christensenin (2005: 226–227) mukaan hyvinvointipalveluiden tuottaminen tuli muuttaa johtamisjärjestelmän muutoksen myötä markkinalähtöiseksi toiminnaksi, jossa kansalaisen tulee toimia asiakkaan ominaisuudessa. Asiakkaan valinnanmahdollisuuksia onkin sosiaali- ja tervey-

denhuollossa pyritty lisäämään lainsäädännön ohjauksen ja erilaisten kehittämissankkeiden sekä kokeilujen kautta.

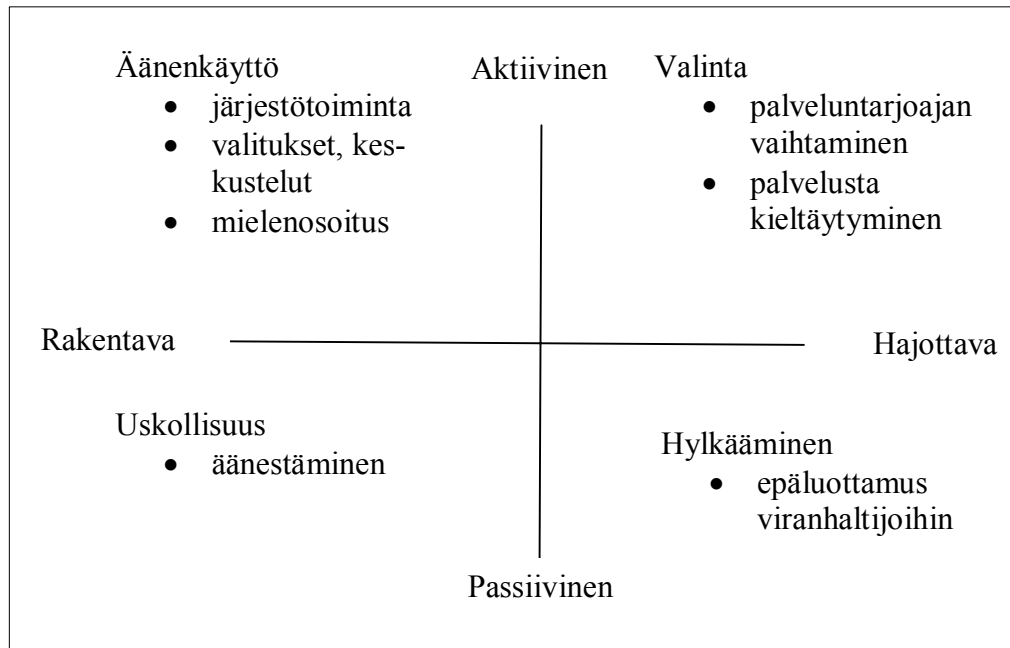
Muutamina esimerkkeinä pyrkimyksistä lisätä valinnanmahdollisuuksia mainittakoon uusi terveydenhuoltolaki, palveluseteli ja henkilökohtainen budjetointi. Uudessa terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) asiakas voi valita kiireettömässä hoidossa haluamansa terveystaseman tai -keskuksen sekä sieltä haluamansa laillistetun hoitohenkilön. Palvelusetelillä henkilö voi ostaa valitsemiin sosiaali- ja terveystaseluia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009). Lain tarkoitus on *"lisätä asiakkaiden valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta ja edistää kuntien sosiaali- ja terveystoimen sekä elinkeinotoimen ja yksityisten palvelujen tuottajien yhteistyötä"*. Kunta saa kuitenkin päättää mihin palveluihin asiakas seteleitään voi käyttää. Tämän vuoksi kunta hyväksyy ja ylläpitää listaa hyväksymistään palveluntuottajista.

Kehitysvammaliitossa on meneillään Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama projekti (2010–2013) Tiedän mitä tahdon. Projektissa on tarkoitus kokeilla henkilökohtaisen budjetoinnin ja yksilökeskeisen suunnittelun malleja eri puolilla Suomea. Kokeilu on tarkoitettu koskemaan kehitysvammaisia henkilöitä ja heidän läheisiään, työntekijöitä sekä kuntien ja palveluntuottajien edustajia. Budjetoinnin tarkoitus on lisätä kehitysvammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta ja valinnanmahdollisuuksia. (Kehitysvammaliitto 2011.)

Aikaisemmin hyvinvointipalvelut olivat kansallisia, jonka katsotaan lisänneen myös yhteenkuuluvaisuuden tunnetta. Uusien kansainvälisten yritysten esiinmarssi hyvinvointimarkkinoille heikentää yhteenkuuluvaisuutta ja me-henkeä. Hyvinvointipalveluiden kuluttaminen lisäsi aikaisemmin kansan hyvinvointia suoraan ja välillisesti. Nyt kansainvälisten suuryritysten palvelujen käyttäminen lisää jonkun muun varallisuutta, jopa toisella puolella maailmaa, jolloin kuluttaminen hyvinvointiin ei enää lisää kansallista hyvinvointia. (Kettunen 2006: 61–63.)

Asiakkuuteen kytkeytyy läheisesti mahdollisuus vaikuttaa palveluihin. Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä nähdään usein jäykkänä ja vaikuttamismahdollisuudet niukkoina. Artikkelissa kaksi esitellyn kyselytutkimuksen mukaan 73 % kyselyyn vastanneista koki, että he voivat ainakin jossakin määrin vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, kun niitä tarkastellaan kokonaisuutena. Yleisimmin käytetty vaikuttamistapa näyttäisi tutkimuksen mukaan olevan keskustelu palveluntarjoajan kanssa. Vaihtoehdottomissa palveluissa mielipiteenilmaisu onkin ainoa keino vaikuttaa (ks. Hirschman 1970: 33–34). Lisäksi palveluihin pyritään vaikuttamaan myös yleisellä tasolla äänestämällä eduskunta- ja kunnallisvaaleissa sekä osallistumalla järjestötoimintaan. Äänestäminen sijoittuu Lyonsin ja Loweryn (1989; 1986) luokittelun mukaan uskollisuus-

vaihtoehdon alle. Järjestötoiminta puolestaan on yksi tapa ilmaista mielipiteensä eli voice-vaihtoehto (ks. kuvio 4).



Kuvio 4. Vastaajien käyttämien vaikuttamiskeinojen sijoittuminen Lyonsin ja Loweryn jaotteluun.

Suomalaisessa sosiaali- ja terveystaloudessa eniten valinnanmahdollisuuksia on luonnollisestikin yksityisten palveluntarjoajien palveluissa. Myös työterveyshuollossa ja terveyskeskuksissa koettiin, että on mahdollisuus valita itselleen tai läheiselleen sopivimmat palvelut. Valinnanmahdollisuuden tunnetta toivat tutut ja turvalliset lääkärit, pitkään jatkunut hoitosuhde ja tunne kuulluksi tulemisesta (ks. artikkeli 2). Kokemus valinnanmahdollisuudesta on hyvin mielenkiintoinen suomalaisen järjestelmän toiminnan näkökulmasta, koska perinteisesti järjestelmä toimii tiukasti lainsäädännön asettamien ja ammattilaisten tulkitsemien reunaehtojen rajoissa. Palvelujen käyttäjän aito mahdollisuus valitsemiseen ei useinkaan ole käytännössä mahdollista.

Selityksenä vastaajien kokemukselle valinnan- ja vaikuttamismahdollisuuksista voi olla asiakaslähtöisen ja asiakasta kuuntelevan toimintatavan toteuttaminen. Monissa tutkimuksissa on tunne kuulluksi tulemisesta ja tasa-arvoisesta kohtelusta noussut palvelujen laatua tärkeämmäksi tekijäksi asiakkaan näkökulmasta (Muuri 2008; Kumlin & Rothstein 2005). Vähiten valinnanmahdollisuuksia koettiin olevan erityishuoltopiirissä ja kunnan sosiaalitoimen palveluissa. Vaihtoehdot-

tomuus, henkilökunnan asiantuntijuuden korostaminen ja asiakkaan asiantuntijuuden vähättely vähensivät tunnetta valinnanmahdollisuudesta.

Palvelunkäyttäjän mahdollisuuksilla valita palveluita on monenlaisia vaikutuksia. Mitä enemmän valinnat ohjaavat palveluita, sitä suuremmaksi myös kasvaa riski siitä, että palveluiden saatavuus perustuu yhä enenevässä määrin siihen mitä kansalaiset osaavat, haluavat ja pystyvät vaatimaan. (Koivusalo, Ollila & Alanko 2009: 276.) Järjestelmä, joka pyrkii takaamaan kaikille saavutettavissa olevat palvelut, ei voi perustua yksilölliseen kyvykkyyteen ja oikeuteen tehdä valintoja (Tritter 2009: 226). Ohjenuoraksi tulee nostaa Oikeus ja kohtuus raportissa Perustuslain 19 § 1. momentista johdettu eettinen periaate "*Mitä perustavammanlaatuiset inhimilliset tarpeet ovat uhattuina ja mitä heikommat ovat yksilöiden omat voimavarat selvitä, sitä vahvemmat ovat yksilön oikeudet ja sitä selkeämpi on julkisen vallan velvollisuus järjestää toimeentulo ja sosiaali- ja terveyspalvelut.*" (Oikeus ja kohtuus 2006: 26).

3.4 Kontekstisidonnainen ja hybridinen asiakkuus

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on asioivasta kansalaisesta tullut retorisesti asiakas. Monet yhteiskunnalliset ja ideologiset muutokset ovat ohjanneet retoriikkaa asiakkuutta korostavammaksi. Yksilönvapautteen keskittyvä uusliberalismi on tuonut mukanaan individualismia korostavan diskurssin. Yksilöllisyyttä pyrkivät myös korostamaan universalismia kritisoivat diskurssit. (Anttonen & Sipilä 2000.) Asiakas-käsite ja sen käyttö sosiaali- ja terveydenhuollossa on ongelmallista, koska sen sisältö vaihtelee tilanteesta ja käsitteen käyttäjästä toiseen. Erityisesti silloin, kun se yhdistetään tahdonvastaisiin toimiin. Tahdonvastaisuus kumoaa aina auttamattomasti asiakkuuden syvimmän olemuksen.

Julkunen (2008a: 183) kuvasi kansalaista hybridinä, jonka määrittely nojaa sekä sosiaalidemokraattiseen että kommunitaristiseen kansalaisnäkökulmaan, mutta ennen kaikkea uusliberalistiseen vapautettavaan yksilöön. Tässä tutkimuksessa asiakkuus näyttäytyy juuri samalla tavalla hybridisenä ominaisuuteen. Asiakkaan tulee tilanteen mukaan olla holhottava, passiivinen, aktiivinen tai valitseva. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa esiintyy laajaa vaihtelua. Toisaalla asiakas kokee tasa-arvoisuutta palveluntarjoajien kanssa, kun taas toisaalla paternalistinen asenne on edelleen osa palvelukulttuuria (ks. artikkeli 2). Asiakkaan aktiivisuuskäsitteeseen tulkitaan toisinaan toivottuna ominaisuuteen, jopa merkittävänä osana palvelua valtaistumisen mahdollistajana ja toisaalta se voidaan tulkita epätoivottavana itsekeskeisenä vaativuutena (Niiranen 2002: 70).

Taulukkoon 6 on koottu tässä tutkimuksessa käytettyjen määreiden merkityksiä asiakkaana olevalle kansalaiselle. Tämä tutkimuksen valossa asiakkuus näyttäisi edellyttävän jonkinasteista omavoimaista toimintakykyä ja *aktiivisuutta*. Asiantuntijoiden ja asiakkaiden välisissä kohtaamisissa välittyy taustalla vallitseva ajatus palvelunkäyttäjän roolista sekä muista siihen liitetystä ominaisuuksista. Oletetaanko palvelunkäyttäjän olevan aktiivinen ja voiko hän olla aktiivinen kaikilla tasoilla? Kansalainen kokee olevansa aktiivinen, mutta haluaa toteuttaa aktiivisuuttaan omilla ehdoillaan ja lähtökohdistaan. Tämän vuoksi tulisikin olla tarjolla sopivia osallistumismuotoja, jokaisen tahto ja voimavarat huomioon ottaen (ks. Lammers & Happell 2003: 390–391; Truman & Raine 2002: 142). Aito osallisuus edellyttää soveltuvia osallistumismahdollisuuksia ja jokaisen omakohtaisten voimavarojen tukemista.

Taulukko 6. Asiakkuuteen liittyvä tekijä ja sen vaikutuksia sosiaali- ja terveystalouteen.

Asiakkuuteen liittyvä tekijä	Huomioitavaa
Aktiivisuuden vaade	Yhteisvastuu – hylkääminen Yksilölliset ominaisuudet ja kompetenssit Sopimuksellisuuden merkitys Yksilön oman vastuun rajat
Osallisuus	Oman halun, tarpeiden ja kykyjen mukaan Vaihtoehtoja
Valinnanmahdollisuudet	Vaihtoehtoja Tietoa vaihtoehtoista Tukea valintoihin
Mahdollisuus vaikuttaa	Mahdollisuuksia kaikilla eri tasoilla

Osallistaminen, valtaistaminen ja vastuuttaminen voivat äärimmillään johtaa syrjäytymiseen (ks. Newman & Tonkens 2011a: 9–10). On tarkasti pohdittava minne

yksilön vastuun rajat voidaan yhteiskunnassamme vetää (ks. taulukko 6). Julkunen (2008a) puhuu hylkäämisestä ja Metteri (2004) puolestaan kohtuuttomista tapauksista. Kyse on tilanteista, joissa yhteiskunta ei vastaa asiakaan tarpeen tyydyttämisestä ja vastuu siirtyy yksilölle itselleen. Asiakas kokee jäävänsä yksin ongelmansa kanssa ja perää oikeuksiaan tai uupuu ja kenties syrjäytyy enemmän (artikkelit 2 ja 3; Valkama 2008).

Jotkut aktivointitoimenpiteet voivat perustua paternalismiin. Monilla sosiaalietuuksien vastikkeellistamisilla on pyritty lisäämään yksilön omaa vastuuta (muun muassa työmarkkinatuen käyttöönotto 1994, sen ehdollistaminen alle 20-vuotialta 1996 ja alle 25-vuotialta 1997, toimeentulotuen sanktiot 1996 ja kuntouttava työtoiminta 2001). Sosiaali- ja terveydenhuoltoon sisältyy palveluiden lisäksi niin sanottuja interventioita. Osaa toimenpiteistä on mahdollista toteuttaa ilman toimenpiteiden kohteen hyväksyntää. Tietyissä tilanteissa tällaiset tahdonvastaiset toimenpiteet voivat olla yksilön tai muiden turvallisuuden kannalta perusteltuja (esimerkiksi Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977, 42§ ja Mielenterveyslaki 1116/1990, toinen luku), mutta silloin asiakkuuskaan ei enää ole relevantti suhdetta määrittelevä termi.

Kansalaisten omasta aktiivisuudesta on tullut myös yksi tapa tuottaa hyvinvointipalveluita. Epäviralliselle tuelle annetaan enenevässä määrin sen ansaitsema arvo. Informaalinen tuki on merkittävä osa tukea tarvitsevien henkilöiden verkostoa (Valkama 2008: 144–146). Artikkelissa kolme analysoitiin kansalaisen roolia hyvinvoinnin (yhteis)tuottajana, omaishoitajana. Yhteiskunta osaltaan on pyrkinyt helpottamaan aktiivisten kansalaisten toimijuutta, mutta järjestelmä ei vielä ole täysin aukoton. Sopimukselliseen hyvinvoinnin tuottajuuteen perustuvat palvelut eivät täysin turvaa omaishoitajan asemaa ja oikeuksia. Sopimusosapuolena aktiivinen kansalainen näyttäisi vielä olevan lapsipuolen asemassa ammattilaisten hallinnan alla (taulukko 6). Entinen universalismiin perustuva järjestelmä ei vielä täysi kykene vastaamaan individualismiin suuntaavan yhteiskunnan vaateita. Tarvitaan selkeämpiä ja yhdenmukaisia pelisääntöjä, jolloin perinteinen kahdenelätäjän malliin perustuva perherakenne voi paremmin huolehtia läheisistään. Aktiiviset kansalaiset ovat tärkeä osa niin sanottua welfare mixiä (Julkunen 2008b: 147; Matthies 2006a: 37; Matthies 2006b: 86; Anttonen & Sipilä 2000: 269; Matthies 1996: 17–19).

Palvelunkäyttäjien ja asiakkaiden *osallisuutta* halutaan lisätä ja osallistumismahdollisuuksia tarjotaan mitä erilaisimmilla tavoilla 2000-luvun sosiaali- ja terveydenhuollossa. Omatoiminen ja vapaaehtoinen osallistuminen on kuitenkin onnistuneen yhteistoiminnan edellytys (ks. Koskiahho 2002: 36–37). Erilaisia menetelmiä kokeillaan, kehitetään ja testataan. Yhteissuunnittelua ja -kehittelyä on ko-

keiltu menestyksekkäästi muun muassa ikääntyvien palveluissa. Toimintaa ohjaavia kansalaisraateja on kokeiltu esimerkiksi Etelä-Pohjanmaan ja Pohjanmaan alueella (Raisio, Ollila & Vartiainen 2011; Vammaispalveluhanke 2011). Lisäksi erilaisissa hankkeissa on kokeiltu erilaisia osallistumismahdollisuuksia palvelunkäyttäjille. Palvelunkäyttäjän asiantuntemuksen hyödyntäminen lisää osallisuuden, valtaistumisen ja yhteiskuntaan kuuluvuuden tunnetta. Erilaisten näkökulmien yhdistäminen laajentaa ja monipuolistaa ymmärrystä, kiinnittää huomion asiakkaan kannalta relevantteihin asioihin ja parhaimmillaan tuottaa innovatiivisia kehittämissideoita ja ratkaisuja ongelmiin. (ks. artikkelit 4 ja 5). Aito osallisuus on tärkeää ja sitä vahvistavien menetelmien avulla sitä voidaan lisätä palveluprosessin eri vaiheissa niin suunnittelussa, kehittämisessä kuin toteuttamisessa.

Palveluja käyttäville asiakkaille on tarjolla erilaisia osallistumismahdollisuuksia. Arnsteinin (1969) jaottelun mukaan arvioituna nykyiset osallistumismahdollisuudet sijoittuvat pääasiassa näennäisvallan tasolle. Pääsääntöisesti osallistuminen tyypistyy erilaisiin asiakaspalautteisiin, tyytyväisyyskyselyihin ja gallupeihin. Varsinaiseen päätöksentekoon, suunnitteluun ja palvelujen toteutukseen on harvoin mahdollisuutta osallistua sosiaali- ja terveystaloudissa. Vaikka artikkelissa 3 esimerkkinä käytetty omaishoitaja ottaa suuren vastuun läheisensä hoidosta ja hyvinvoinnista, jää palveluihin ja tukitoimiin liittyvä päätöksenteko kuitenkin viranhaltijoille. Sopimuksellisuuden järjestelmän ja kansalaisen välillä tulee perustua hyvinvoinnin aitoon yhteistuottajuuteen eikä suinkaan yksipuoliseen saneluun ja riistoon, kuten kolmannen artikkelin esimerkissä näyttää käyneen. Sopimuksellisuuteen perustuva omaishoitajuus on vielä kaukana yhteistuottajuudesta. Hoivaa tuottava omainen ei useinkaan pysty määrittelemään sopimuksen ehtoja. Ne määräytyvät lainsäädännön ja kunnan tulkintojen mukaan.

Sosiaali- ja terveystaloudissa asiakkaan osallistumismahdollisuudet sijoittuvat eri tasoille eri palveluissa. Yhteissuunnittelussa palvelunkäyttäjät aktiivisesti osallistuvat palveluiden suunnitteluprosessiin, vaikka tässäkin tapauksessa ei yleensä edetä asiakkaan päätösosallisuuteen. Artikkeleissa 4 ja 5 on tarkasteltu kehittämishanketta, jossa palveluprosessin suunnittelutyöhön osallistuivat myös palvelunkäyttäjät sekä heidän perheenjäsenensä. Osallisuus suunnitteluun varmistettiin dialogisilla työtavoilla ja hyödyntämällä vapaata kerrontaa. Toimintamallin käyttöönottoa tukemaan laadittiin vastaavat käsikirjat niin työntekijöille kuin autismin kirjon henkilöille ja heidän läheisilleen. Molemmat palvelutapahtuman osapuolet ovat siten tietoisia suositeltavasta ideaalimallista, mutta malli otti myös huomioon mahdollisuudet varioida yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Perheenjäsenen kyky puhua asiakkaan puolesta on joutunut kriittisen tarkastelun kohteeksi. Samalla tavalla ammattilainen tekee päätöksiä asiakkaan palveluista ja

henkilökunnan toiminta saattaa muistuttaa asiakkaan puolesta puhumista ja toimimista. Vammaisjärjestöt ovat jo pitkään ajaneet jokaisen omaa osallisuutta. Tilanteissa tulee kuitenkin ottaa huomioon jokaisen yksilölliset kyvyt osallistua. Joskus asiakkaan etua ajavan henkilön osallistuminen voi olla perusteltua, mutta myös asiakkaan ruumiillisen osallistumisen merkitystä ei saa unohtaa (ks. Cliford 2011). Osallisuus ei voi olla pelkästään oikeus, joka riippuu yksilön kyvystä kommunikoida (perinteisillä menetelmillä). Toimintatutkimuksen kohteena olleessa kehittämishankkeessa tarjottiin monia vaihtoehtoisia osallistumistapoja sekä autismin kirjon henkilöille että heidän läheisilleen.

Suomalainen järjestelmä vaikuttaa vielä vaihtoehdottomalta, mutta tutkimuksen mukaan asiakkaat kokevat, että he voivat *valita* ainakin jossakin määrin tarjolla olevista palveluista (artikkeli 2). Mielikuva valinnanmahdollisuuksista täytyy olla seurausta itse palvelutilanteista syntyneestä vaikutelmasta, että asiakas voi valita ja vaikuttaa palveluihinsa. Tosiasiassa julkisessa terveyden- ja sairaanhoidossa ammattilaisilla on vielä vahva portinvartijan rooli, palvelut perustuvat ammattilaisen harkintaan ja asiakkaan tulee täyttää tietyt kriteerit ollakseen oikeutettu palveluihin. Selvityksen tulokset antoivat ennakoitua positiivisemmän kuvan asiakkaiden kokemasta valinnan- ja vaikuttamismahdollisuuksista.

Asiakkaan on tiedettävä eri vaihtoehtoista ja osattava valita itselleen kaikin tavoin edullisimman vaihtoehdon (ks. Kettunen & Möttönen 2011: 59; Valokivi 2008: 78). Jotta valitseminen olisi mahdollista, tulisi olla olemassa erilaisia vaihtoehtoja sekä luotettavaa tietoa eri vaihtoehtojen vertailun mahdollistamiseksi. Tällä hetkellä vaihtoehdot ovat kuitenkin vielä kovin vähäisiä sosiaali- ja terveyspalveluissa. (Artikkelit 2 ja 3.) Osittain se johtuu palveluiden perinteisestä luonteesta keskeisenä osana julkisia palveluita. Osittain on kysymys vielä muutosvaiheessa olevasta palveluiden organisointitavasta. Järjestelmää pyritään kehittämään ja vaihtoehtoja lisäämään sellaisten palveluiden osalta, jossa se on mahdollista esimerkiksi palvelusetelien avulla.

Asiakas voi päättää palveluistaan esimerkiksi hoitopäätöksissä, hoitotestamentissa tai käyttäessään palvelusetelitä. Uusliberalismi painottaa kansalaisen yksilöllisyyttä ja oikeuksia. Yksilöllisyyden huomioonottaminen ei ole huono vaihtoehto perinteisen hyvinvointietoksen näkökulmasta. Mutta liiallinen yksilökeskeisyys painottaa myös ongelmien yksilökeskeisyyttä ja yksilönvastuuta, jolloin ideologiaa alkaa sävyttää syrjäyttämiskeskustelu. Perinteinen hyvinvointietos on taas painottanut tasa-arvoa, jopa henkilön yksilöllisten tarpeiden kustannuksella. Tasa-arvo on kuitenkin merkittävä ihanne edelleen suomalaisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tasapuolinen kohtelu ja yhdenmukaiset oikeudet ovat edelleen

tärkeitä. Tasapuolisuus ja kuulluksi tulemisen tunne edesauttavat positiivisten kokemusten syntymistä kovin säännellyissä ja vaihtoehdottomissa palveluissa.

Vastaajat (artikkeli 2) olivat pyrkineet *vaikuttamaan* sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin sekä yleisellä että henkilökohtaisella tasolla. Käytössä olevat vaikuttamismahdollisuudet koettiin eri tavalla. Parhaiten ajateltiin voitavan vaikuttaa henkilökohtaisesti omiin palveluihin. Kohtaamisen dialogisuus ja kuulluksi tulemisen tunne lisäsivät tunnetta valinnanmahdollisuudesta. Palveluntarjoajan vaihtaminen arvioitiin parhaimmaksi keinoksi, mutta epätodelliseksi sellaiseksi suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Tarjolla ei ole riittävästi vaihtoehtoja ja ainoat todelliset vaihtoehdot löytyvät yksityisistä palveluista, jotka taas edellyttävät riittävää varallisuutta (vrt. taulukko 6).

Asiakaslähtöisyys on keskeinen tavoite sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (ks. Kettunen & Möttönen 2011: 60). Ongelmallista käsitteen käytössä on se, että hyvin harvoin sen konkreettinen toimintaa ohjaava sisältö määritellään (ks. artikkeli 1: 29). Asiakaslähtöisyyden esteenä on monien sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvien hoivaan ja asiantuntijuuteen perustuvien palveluiden luonne (Laitinen & Pohjola 2010: 13). Suurta osaa palveluista ohjaa lainsäädäntö ja ne sijoittuvat viranomaisen päätäntävällän alle. Lähtökohtana palvelulle on siten lainsäädäntö, sen tulkinta ja viime kädessä viranomaisen harkinta. Asiakkaan tarve ja määrätykset voivat jäädä järjestelmän jalkoihin.

Taulukkoon 7 on koottu Eversin (2006) typologian alle muita tutkimuksessa asiakkuutta kuvaavia teorioita, joita on hyödynnetty tutkimuksen eri vaiheissa. Taulukkoon on lisätty tutkimuksen tuloksena ollut hybridinen asiakkuus. Typologiat ja muut teoreettiset mallit ovat parhaimmillaankin yksiulotteisia ja yksinkertaisettuja kuvauksia todellisuudesta ja sen rakentumisesta. Taulukkoon 7 on koottu monenlaisia erilaisia tyypittelyjä ja jaotteluja, jolloin taulukossa on hyvin eri tasoilla toimivia käsitteitä. Kuvion tarkoitus on kuitenkin tiivistää aikaisemmin esiteltyä teoreettista keskustelua sekä tiivistää hybridisen asiakkuuden ominaisuudet yhteen ja samaan taulukkoon.

Taulukko 7. Yhteenvedo erilaisista typologioista palvelunkäyttäjän vaikuttamismahdollisuuksista ja rooleista

	Hyvinvointivaltio- malli	Professiona- lismi	Konsume- rismi	Manage- rialismi	Partisipa- torismi	Hybridi- nen asiak- kuus
Osallistu- mistavat, valinnan- ja vaikut- tamisen- mahdolli- suudet	Ei valin- nanmahdol- lisuutta Edustuksel- linen de- mokratia – ei varsinais- esta suoria vaikutus- mahdolli- suuksia.	Ei valin- nanmahdol- lisuutta Epäsuora demokratia Kansalaiset voidaan kouluttaa ja valmentaa tekemään oikeita va- lintoja.	Perustuu vaihtoehtoi- hin - valin- nanmahdolli- suus (exit) Suora vai- kuttamis- mahdolli- suus (voice) kuluttajan- suojan kaut- ta. Osaava ku- luttaja	Vaihtoeht- dot perus- tuvat mark- kinameka- nismeihin Voice ei ole henkilökohtai- nen, kansa- laiset (ve- ronmaksaj- at) ovat keskiössä.	Suora vai- kutusmah- dollisuus (voice) Vaihtoehtoi- sia mah- dollisuuksia Yksilön vastuu	Edustuksel- linen de- mokratia Mahdolli- suus valita ja vaikuttaa sekä asiak- kaana että kansalaise- na
Kuvaavia käsitteitä	Universa- lismi Paternalis- mi	Heikko pater- nalismi Asiakasty- tyväisyys Asiakas- keskeisyys	Palvelun- käyttäjä- keskeisyys Standar- doidut pal- velut	New Public Manage- ment Stand- ardoidut palvelut	Luottamus ja vastuu Suora, hen- kilökohtai- nen ja käytännöllinen osallistumi- nen	Konteksti- sodinnai- suus
Palvelun- käyttäjän rooli suhteessa pal- veluihin	Hoidokki Klientti Kohde- asiakas	Hoidokki Klientti Kohde- asiakas	Kuluttaja	Asiakas Kuluttaja	Asiakas Yhteistuot- taja Palvelu- asiakas	Asiakas Yhteistuot- taja Kohdeasiakas Palvelu- asiakas
Yksilö suhteessa pal- velutuottajiin	Eriarvoinen	Eriarvoinen	Tasa- arvoinen	Eriarvoinen	Tasa- arvoinen	Tasa- arvoinen ja eriarvoinen kontekstin mukaan
Yksilö suhteessa toisi- in palvelunkäyttäjiin	Tasa- arvoinen kaikille samalla mital- la periaat- teen mukaan, ei yksilöllisyyttä	Tasa- arvoinen, yksilöllises- ti ammattilais- harrastuksen mukaan	Eriarvoinen	Eriarvoinen	Tasa- arvoinen yksilölliset tarpeet huomioiden	Tasa- arvoinen ja eriarvoinen kontekstin mukaan
Palvelun- käyttäjän aktiivisuus	Passiivinen	Passiivinen	Aktiivinen individua- lismi	Aktiivinen	Aktiivinen kommunita- rismi	Aktiivinen

Eversin typologiaa täydennettiin Hirschmanin (1970) eri vaikuttamis- ja valinnanmahdollisuuksilla. Hasenfeld, Rafferty ja Zald (1987) sekä Niiranen (2002) tyypittelivät asiakkaan ja asiantuntijoiden kohtaamisia sen mukaan millaiseen asemaan palvelukäyttäjä asettuu suhteessa ammattilaisiin. Suhdetta kuvaavia tekijöitä olivat kansalaisen vapaus valita palvelujaan sekä viranomaisten liikkumatila palvelujen tarjoajana. Taulukossa on lisäksi arvioitu asiakkaan tasa-arvoisuutta suhteessa palveluntarjoajiin ja toisiin asiakkaisiin. Tasa-arvoisuutta on tulkittu joko tasamääräisen palvelun suhteen tai sitten tasa-arvoisuutena saada juuri tarvitsemiaan yksilöllisiä palveluita riippumatta varallisuudesta, asemasta työmarkkinoilla tai sosiaalisesta asemasta.

Hybridistä asiakkuutta kuvaavat käsitteet ovat tilanne- ja tapaussidonnaisia. Jotkut palvelut ovat edelleen universaaleja ja subjektiivisia. Toiset taas perustuvat viranhaltijoiden ja muiden ammattilaisten tulkintaan sekä asiakkaan tilanteesta etä lainsäädännöstä. Tutkimus osoittaa, että paternalismia ja professionalismia ylivaltaa esiintyy edelleen. Paternalismi saattaa olla vahvaa tai heikkoa, tapauksesta riippuen. Joskus asiakas jää kokonaan holhottavan asemaan riippuen palvelusta tai henkilökohtaisesta tilanteesta. Toisinaan asiakas nähdään kumppanina, jonka osallistuminen on edellytys palvelun onnistumiselle. (ks, artikkelit 2 ja 3.)

Palveluiden standardoiminen ja mallintaminen ovat arkipäivää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Standardoiduilla palveluilla pyritään tehokkuuteen, mutta myös laadukkaiden palveluiden tuottamiseen. Artikkeleiden 4 ja 5 lähtökohtana oli kehittämishanke, jossa palvelupolkua mallinnettiin. Pyrittiin siis standardoituihin palveluihin. Lisäksi luotiin Hyvä käytäntö yhdestä osasta palvelupolkua. Tällä toiminnalla pyrittiin luomaan tasa-arvoinen ja yhtäläinen kuntoutuspolku autismin kirjon henkilöille hankkeeseen osallistuneiden maakuntien alueelle. Keskusteluissa kuitenkin huomattiin, että mallin on oltava riittävän väljä, että se antaa tilaa yksilöllisyydelle. Tämän vuoksi mallien tueksi laadittiin erilliset käsikirjat, joiden avulla voitiin esitellä palvelujen koko laajuutta sekä erilaisia soveltamisvaihtoehtoja.

Asiakkaat haluavat vaikuttaa omiin palveluihinsa (artikkeli 2). Parhaimmaksi tavaksi koetaan suorat vaikuttamiskeinot. Vaihdetaan palveluntarjoajaa, jos se on mahdollista tai valitetaan tavalla tai toisella palvelusta. Keskustelu henkilökohtaisesti suoraan palveluntarjoajan kanssa on toimivin vaihtoehto erilaisista vaikuttamiskeinoista. Suorien vaikuttamiskeinojen puute korostui, koska palvelut ovat monesti vaihtoehdottomia ja valitukset eivät aina toimi. Moni tutkimukseen osallistunut oli kuitenkin käyttänyt erilaisia valituskanavia, koska halusivat jotenkin ilmaista tyytymättömyyttään viranhaltijan toimintaan tai jäätyään ilman etuusia tai palveluita (artikkeli 2; ks. Valkama 2008). Tällaiset kokemukset Metteri

(2004) on nimennyt kohtuuttomiksi tapauksiksi. Palveluiden kohdalla lainsäädäntö on parhaimmillaankin epämääräinen ja suuntaa-antava. Tuomioistuimista onkin tullut tärkeä palveluiden tason ja määrän määrittelijä (Valokivi 2008: 75; Muuri 2008: 56; Määttä & Kalliomaa-Puha 2006: 182; Sulkunen 2006: 27). Tämä näkyi myös artikkeleiden 2 ja 3 aineistossa. Asiakas voi kokea kohtuuttomat tapaukset hylkäämisinä ja hyvinvointijärjestelmän uskottavuus horjuu, koska sanojen ja tekojen välillä vallitsee ristiriita (Metteri 2004: 60–62).

Ovatko kaikki palvelunkäyttäjät samanarvoisessa asemassa suhteessa palveluihin tai toisiin palvelunkäyttäjiin? Erilaiset ideologiset painotukset vaikuttavat myös näihin määrytyksiin (ks. taulukko 7). Hybridisessä asiakkuudessa kontekstin merkitys korostuu. Konteksti koostuu vallitsevista yhteiskunnallisista arvoista, vallalla olevista ideologioista, johtamisopeista ja toimintamalleista. Hybridisen asiakkuuden reunaehdot muodostuvat muista typologian malleista yhdistettynä, vastakkaisina ja sekoittuneina.

Eversin (2006) typologiassa professionalismia, managerialismia ja konsumerismia yhdistää uusliberalistinen taustaideologia, joka on saanut hieman toisistaan poikkeavat ilmenemismuotonsa. Ideologiasta ja suuntautumisesta riippuen asiakkaan asema vaihtelee. Vaihtelua esiintyy myös sosiaali- ja terveydenhuollossa eri palveluiden välillä. Taustaideologiat vaikuttavat myös vallalla oleviin johtamisoppeihin. Uusliberalistiset painotukset vaikuttavat suoraan johdon näkökulmaan asiakkuudesta ja asiakkaan asemasta. Kilpailuttaminen, tilaaja-tuottaja-malli ja tulosityksiköt siirtävät toiminta-ajattelua pois palvelujen loppukäyttäjistä. Kilpailuttamisessa huomio tulisi kiinnittyä laatuun hinnan sijaan. Palvelujen tulisi perustua palvelunkäyttäjien tarpeisiin ja laadukkaiden palveluiden tulisi olla toiminnan keskeisimpiä tuloksia. Muiden maiden kokemuksista tulisi ottaa oppia ja kehittää järjestelmä, joka edesauttaa hyvinvoinnin ylläpitämistä eikä lisää yksilöiden välistä eriarvoisuutta. (Ks. Koskiaho 2008: 175–187.) Sosiaali- ja terveydenhuollolla on Suomessa lainsäädäntöön ja hyvinvointietokseen perustuva vastuu ja velvollisuus turvata jokaisen hyvinvointi.

Hyvinvoinnin tuottamisessa tulee huomioida asiakkuuden kontekstisidonnaisuus sekä käsitteen hybridisyys. Milloin asiakkaan oletetaan olevan aktiivinen toimija ja milloin taas passiivinen objekti. Tietoisuus käsitteen moniulotteisuudesta, siihen liitetystä odotuksista, vastuista ja velvollisuuksista puolin jos toisin selkeyttäisi järjestelmän toimintaa (ks. artikkeli 1). Asiakas-termin käyttöönotto ei vielä tee palveluista asiakaslähtöisempiä tai asiakkaan kannalta laadukkaampia.

4 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

4.1 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella asiakkuutta ja sen merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asiakkuudesta on tullut tämän päivän todellisuutta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Kansalaisia nimitetään asiakkaiksi ja kansalaiset mieltävät itsensä asiakkaiksi. Pohjola (2010: 19) onkin sitä mieltä, että asiakas ei ole käsitteenä viaton. Tutkimus osoittaa, että asiakkuuteen liittyy monia pulmallisia tekijöitä. Kielenkäytöllä ja käytetyillä käsitteillä on aina tietty merkitys. Ne vaikuttavat puhujan ja kuulijan ajatuksiin, mielikuviin ja toimintaan. Wittgensteinin (1999) kielipeli on tästä yksi klassisimpia esimerkkejä. Asiakkaista puhuminen luo illuusion asiakaslähtöisyydestä. Asiakas-käsite perustaltaan antaa kuvan aktiivisesta, valitsevasta subjektista, joka toiminnallaan voi vaikuttaa palveluihin. Näiden harhakuvien suhteen tulee olla kriittinen. Todellisuus suomalaisessa sosiaali- ja terveyspalveluissa on vielä toisenlainen. Termiä käytetään kuvaamaan lähes kaikkia palveluissa asioivia kansalaisia riippumatta siitä, onko asiakas pelkääjän toiminnan kohde, aktiivinen yhteistoimija, tahdonvastaisten toimien kohde vai kuluttaja. Palveluissa ei tehdä eroa erilaisten asiakkuuksien välillä.

Asiakas-termi on otettu käyttöön sosiaali- ja terveydenhuollossa muitakin julkisia palveluja ohjaavien trendien maihinnousun myötä. Ideologisesti on vaikea nimetä yhtä ainoaa vallitsevaa trendiä. Uusliberalistisiin aatteisiin perustuvat ideologiat ja johtamisopit ovat vaikuttaneet asiakas-diskursseihin ja käytettyyn retoriikkaan. Asiakaslähtöisyys ja -keskeisyys yhdistetään uusliberalistisen ideologian legitimointiin. Perinteinen universalistinen hyvinvointietos ei kuitenkaan ole poistunut kokonaan. Kommunitaristisia piirteitä on havaittavissa monissa osallisuutta lisäämään pyrkivissä diskursseissa. Termin sisältöön ja käyttöön vaikuttavat siis ristiriitaiset suuntaukset, jotka siirtävät saman ristiriidan käytäntöön. Eri suuntauksilla on erilaisia vaikutuksia termin sisällölliseen tulkintaa ja vaikuttamis- sekä valinnanmahdollisuuksiin.

Asiakkaan palveluista tulisi nykyretoriikan mukaan muodostua selkeä ja yhtenäinen palvelupolku. Rikkonaisuutta polkuun tuottaa monitoimijaisuus ja organisaatioiden välisen työnjaon selkiytymättömyys. Mutta yhtä haasteellista asiakkaan kannalta on asiakas-käsitteen sisällölliset vaihtelut eri tilanteiden ja toimijoiden välillä. Joidenkin palveluntarjoajien kanssa asiakas kokee olevansa yhdenvertaisessa asemassa, kun taas toisissa palveluissa valinnan- ja vaikuttamismahdollisuudet ovat käytännössä olemattomia. Asiakkaan on hankala sovittaa yhteen ja samaan rooliin liittyviä eritasoisia määrityksiä ja odotuksia sekä tulkita millaista

asiakkuutta missäkin palvelussa edellytetään. Ehkä asiakas-käsite tulee sosiaali- ja terveydenhuollossa ymmärtää suhteena palveluntuottajaan, koska käsite ei automaattisesti pidä sisällään perinteisesti asiakkuuteen liittyviä laadullisia ominaisuuksia.

Tutkimuksen keskiössä olivat myös asiakkuuteen liitetyt määreet. Keskeisimmiksi asiakkuutta määritteleviksi tekijöiksi aineistoissa korostuivat aktiivisuus, osallisuus sekä mahdollisuus valita ja vaikuttaa. Tutkimuksen mukaan asiakas itse kokee aktiivisen asiakkuuden keskeisimpänä palvelunkäyttäjänä rooleista. Aktiivisuuteen liittyy mahdollisuudet valita ja vaikuttaa, joiden kautta osallisuus lisääntyy.

Asiakkuuden paradoksiksi on kuitenkin muodostunut vaatimus aktiivisesta asiakkuudesta. Aktiivisuus tulkitaan joissakin tapauksissa hankaluutena (ks. Niiranen 2002: 70). Lisäksi aktiivisuutta edellyttävistä asiakaslähtöisistä palveluista putoavat ensimmäisenä pois huonoin toimintaedellytyksin varustetut asiakkaat (ks. Valokivi 2008: 78–80). Millä tavalla muuttuva hyvinvointijärjestelmä voi jatkossakin huomioida juuri eniten tukea tarvitsevien asiakkaiden tarpeita, kun aitoja vaikuttamismahdollisuuksia tuntuu olevan niin kovin vähän?

Aktiivisuus puolestaan edellyttää, että on otettava huomioon yksilöiden erilaiset kompetenssit. Hyvinvointiin liittyvien palveluiden saamisen edellytyksenä ei voi olla tietyn tasoinen toimintakyky tai riittävä tiedollinen osaaminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon huolenpitovastuu perustuu edelleen lainsäädäntöön. Äänekäs ja informoitu asiakkuus ei voi olla palveluiden edellytyksenä. Tämä johtaisi auttamatta tiettyjen ihmisten uupumiseen ja pahimmillaan marginalisaatioon (ks. Valkama 2008).

Aktiivisen asiakkaan vaade pitää sisällään sekä positiivisia että negatiivisia konnotaatioita. Aktiivinen osallistuminen lisää omavoimaisuutta. Osallistuminen ja vaikuttaminen lisäävät puolestaan osallisuutta ja sosiaalista pääomaa. Osallistuminen edellyttää kuitenkin tietynlaista kompetenssia. Nykyiset osallistumisvaihtoehdot toisintavat yhteiskunnassa olevia syrjäyttäviä tekijöitä. Näiden tekijöiden huomioiminen ja vaihtoehtoisten osallistumistapojen luominen lisäävät erilaisten ihmisten osallisuutta. Jokaiselle täytyy löytyä soveltuvat keino osallistua ja vaikuttaa henkilön niin halutessaan. Jokaisen asiantuntijuus omien asioiden hoidossa on arvokasta.

Aktiiviseen asiakkuuteen liittyy myös halu vaikuttaa palveluihin sekä yleisellä että henkilökohtaisella tasolla. Valinnanmahdollisuuksia ei vielä ole riittävästi, mutta sitä tärkeämpänä koetaan kuulluksi tuleminen omissa palveluissa. Asiakkaan asiantuntemusta tulisi kuitenkin hyödyntää toiminnan kehittämisessä (artikkelit 4

ja 5). Asiakaslähtöisyys on nykyään keskeisessä roolissa sosiaali- ja terveydenhuollon normiohjauksessa. Palveluiden ja hoidon lähtökohtana tulisi olla asiakkaan tarpeet.

Hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation johtamiseen kuuluu tietoisuus asiakas-käsitteen käyttöön liittyvistä ristiriitaisuuksista. Käsitteen käytön kautta on haluttu luoda kuvaa lisääntyneistä valinnan ja vaikuttamismahdollisuuksista, asiakaslähtöisestä toiminnasta ja asiakkaan kannalta laadukkaammista palveluista. Käytännön toiminnassa asiakkaan asiakasmainen toiminta ei kuitenkaan vielä istu kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollossa onkin hybridistä, alati vaihtuvaa. Tämä johtaa hyvin moninaiseen asiakkuuden olemukseen. Asiakkuus määrittyy palveluntarjoajan ja palvelunkäyttäjän kohtaamistilanteessa. Asiakkuus ja asiakkuuteen liittyvät odotukset vaihtelevat palvelusta ja palveluntarjoajasta toiseen. Asiakkuus ei kuitenkaan ole vastakkainen käsite kansalaisuudelle. Yksi osa asiakkuuden hybridisyyttä on myös kansalaisuuden sisällyttäminen asiakkaan rooliin. Palvelunkäyttäjä voi tarkastella palveluita kansalaisen kokonaisnäkökulmasta tai sitten hyvin henkilökohtaisesta asiakkaan näkökulmasta. Käsitteen käytön merkitys tulee siis huomioida palveluissa.

Kansalaisen mielikuva asiakkuudesta vaikuttaisi käsillä olevan tutkimuksen mukaan ainakin osittain muistuttavan markkinalähtöisten palveluiden asiakkuutta, joka myös heijastuu ajatteluun ja käytökseen. Retorisesta asiakkaasta näyttäisi tulleen myös kansalaisen näkökulmasta aito asiakas, joka haluaa vaikuttaa palveluihinsa ja mahdollisuuksien mukaan valita. Sairauteen liittyvissä asioissa kansalainen käyttää pääasiassa itsestään nimitystä potilas (ks. Clarke, Newman, Smith, Vidler & Westermarland 2007). Mutta myös potilassuhde lähestyy kansalaisen näkökulmasta luonteeltaan asiakassuhdetta. Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa on riippuvainen hyvin monesta eri tekijästä. Siihen vaikuttavat yhteiskunnassa ja organisaatiossa vallitsevat ideologiat, arvot, traditiot sekä palvelutilanteessa toimivien yksilöiden arvot ja toimintatavat.

4.2 Pohdintaa ja jatkotutkimushaasteita

Tutkimuksen kontribuutio hallintotieteelliselle, erityisesti sosiaali- ja terveyshallintotieteelliselle, tutkimukselle on näkökulman siirtäminen asiakkaana toimivaan kansalaiseen. Hallintotieteellinen tutkimus painottuu usein laajempiin tarkasteluihin tai hallinnon ja johdon tasoiseen toimintakentän tarkasteluun. Perimmäinen syy sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnalle on kansalainen ja hänen tarpeensa. Mikä funktion sosiaali- ja terveyshallinnolla olisikaan ilman asiakasta? Erityistä

huomiota tutkimuksessa on kiinnitetty asiakkuuteen liitettuihin määreisiin, jotka osaltaan voivat olla syrjäyttämässä heikommassa asemassa olevia henkilöitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävä on turvata jokaisen hyvinvointi. Itsestään selvien käsitteiden käytön takana saattaa piillä marginalisoivia asenteita ja käytäntöjä. Niiden kriittinen tarkastelu ja kyseenalaistaminen on erittäin tärkeää sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Tutkimus ei kuitenkaan ole mikään kaiken kattava selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuudesta. Se nostaa esiin joitakin merkittäviä retorisia muutoksia ja niiden seurauksia. Nimensä mukaisesti kyseessä on joidenkin näkökulmien tarkastelua. Tutkimusta on ohjannut aineisto ja sen kumuloituminen. Jossakin muussa tilanteessa joku toinen tutkija olisi voinut valita joitakin muita näkökulmia tässä esille tuotujen sijasta. Tutkimuksessa selvisi, että asiakkuus ilmiönä on edelleen hyvin monimerkityksinen ja vaikeasti hahmotettava. Asiakkaan ja asiakkuuksien määrittely on keskeisellä sijalla organisaatioiden toimintastrategista suunnittelua. Sosiaali- ja terveydenhuollonkin palveluissa käsitteiden avaaminen ja siirtäminen konkreettiseen toimintaan selkeyttäisi näkökulmia asiakkuuteen. Mitä asiakkaalla organisaatiossa tarkoitetaan? Millaisia ominaisuuksia asiakkaalla on, entä millaisia oikeuksia tai velvollisuuksia? Onko edes eettisesti oikein puhua joka tilanteessa ja tapauksessa asiakkaasta?

Tutkimus valottaa asiakkuuteen liittyviä ilmiöitä. Käytettävien käsitteiden merkitys tulisi ottaa huomioon erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, joissa suhdetta muutenkin leimaa vallankäyttö, eriarvoisuus ja paternalismi. Pelkkä käytettävien käsitteiden kautta syntyvä mielikuva asiakaslähtöisyydestä, valinnan- ja vaikuttamisenmahdollisuuksista ei ole riittävä, jos näitä puolia todella haluamme palveluissa kehittää. Toinen kysymys onkin miten pitkälle yksilöllisen asiakkuuden haluamme hyvinvointipalveluissa viedä? Milloin ylitämme sen hiuksenhienon rajan yksilön vastuusta yhteiskunnallisen hylkäämisen puolelle?

Tämän päivän asiakkuus edellyttää asiakasmaista aktiivista käytöstä. Aktiivisuuden sisältyy kuitenkin toisilleen vastakkaisia odotuksia. Toisaalta kansalaisten edellytetään toimivan aktiivisesti ja taas toisaalta aktiivisuus koetaan uhkana ammattilaisten näkökulmasta. Vaatimusten ristiriita vaikeuttaa asioivan kansalaisen toimintaa. Jos ajatuksena on, että kansalaiset ovat aktiivisia, ei kansalaisen aktiivisen toiminnan pitäisi tehdä asiakkaasta hankalaa ja vaativaa. Jos yhteiskunnan kansalaisuus edellyttää osallistuvaa ja aktiivista toimintaa, tulisi kaikkien kansalaisten osallistumismahdollisuutta ja aktiivisuutta tukea.

Jos hyvinvointipalvelut tai niiden saaminen perustuvat yksilön aktiivisuuteen ja toimintakykyyn, on vaarana, että juuri huonommalla toimintakyvyllä varustetut putoavat pois palveluiden piiristä. Yhteisvastuu voi helposti muuttua hylkäämi-

seksi (ks. taulukko 5; Julkunen 2006). Marginalisaatiota on pyritty ehkäisemään perinteisellä universalismilla ja paternalismilla. Universalististen palveluiden puutteena on kuitenkin selkeästi yksilöllisyyden huomioonottamattomuus. Tulevaisuudessa tulee löytää jonkinlainen tasapaino huolenpidon ja yksilöllisyyden välillä. Kumpikin äärimmäisyyteen vietyä lisää yksilöiden eriarvoisuutta ja syventää kuilua huono- ja hyväosaisten välillä.

Tasapaino tulisi myös löytää valtion, markkinoiden ja asiakkaiden osallistumisen välillä (Evers 2006: 272). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden ei myöskään pitäisi jo perustuslain mukaan olla riippuvaisia yksilön taloudellisesta tilanteesta. Suomalainen hyvinvointijärjestelmä on pyrkinyt tasaamaan tuloeroista aiheutuvaa eriarvoisuutta. Hyvinvointipalvelujen tulisi nimenomaan perinteisen pohjoismaisen eetoksen mukaan kaventaa tuota kuilua ja lisätä tasa-arvoisuutta.

Osallistuminen lisää osallisuutta. Pääsääntöisesti asiakkaat haluavat olla osallisina omia asioita koskevissa palvelutilanteissa. He haluavat tehdä päätöksiä, valita ja vaikuttaa. Kaikilla eri tasoilla tapahtuvaa asiakkaiden osallistumista tulisi lisätä (ks. Burns ym 1994). Asiakkaiden asiantuntijuutta tulee hyödyntää palveluita suunniteltaessa ja kehitettäessä, ei pelkästään valmiiden palveluiden arvioinnissa. Informaatio-osallisuus ei riitä, suunnittelu- ja toimeenpano-osallisuus voivat tarjota käytännöllisiä vaihtoehtoja hyvinvoinnin yhteistuottajuuteen (ks. Bovaird 2007).

Monituottajainen (welfare mix) hyvinvointi muodostuu eri toimijoiden yhteistyöstä. Hyvinvoinnin tuottamiseen osallistuvat julkisen sektorin lisäksi, yksityiset palveluntarjoajat, järjestöt ja perheet. Perheiden vastuu läheistensä hyvinvoinnista on hiljalleen kasvanut hyvinvointivaltioprojektin päättyessä (ks. Julkunen 2008b: 147; Matthies 2006a: 37; Matthies 2006b: 86). Osa perheenjäsenistä kantaa vastuuta läheisistään ja osallistuu hyvinvoinnin tuottamiseen. Tuotanto on sopimuksellista, mutta sopimuksellisuus kunnan ja kansalaisen välillä on osoittautunut ainakin artikkelissa kolme käytetyn esimerkin valossa puutteelliseksi. Aito tasaveroinen sopimuskumppanuus perustuu tasa-arvoon, molemminpuoliseen luottamussuhteeseen, jossa sopimuksen ehdot ovat molempien osapuolten neuvoteltavissa ja yksipuolinen toimijuus ei ole mahdollista. Kansalaisten tekemä näkymätön hyvinvointia lisäävä ja turvaava työ tulisi nostaa sille kuuluvaan arvoonsa. Welfare mix edellyttää onnistuakseen aitoa arvostavaa yhteistuottajuutta, ei jonkun osapuolen yksipuolista riistämistä.

Tutkimuksen tarkoitus oli lisätä ymmärrystä hermeneuttisen tutkimustradition mukaisesti. Tieteenfilosofisena näkemyksenä sosiaalinen konstruktionismi myös asettaa tietynlaiset ennako-oletukset tutkimukselle. Reliabilitetti-käsitteellä viitataan tutkimuksen toistettavuuteen ja tutkimustulosten pysyvyyteen. Validiteetilla

puolestaan tarkoitetaan tutkimuksen kykyä kuvata todellisuutta ja tulosten vastavuutta todellisuuden kanssa. (Elliott 2005: 22.) Termejä käytetään pääasiassa määrällisten tutkimusten yhteydessä. Reliaabelin tutkimuksen tulokset eivät muutu, vaikka tutkimuksen suorittaisi toinen tutkija tai sama tutkija tekisi tutkimuksen uudelleen, mutta käyttäisi toista menetelmää. (Hirsjärvi & Hurme 2001: 186–187.)

Laadullisessa tutkimuksessa käsitteiden käyttö ei ole ongelmatonta. Tutkimus jo lähtökohtaisesti pyrkii kuvailemaan ilmiöiden, kokemusten ja tilanteiden ainutlaatuisuutta. Tarkoitus on ymmärtää ja kuvata ilmiötä tietyssä historiallisessa hetkessä ja tietyssä näkökulmasta. Tämän vuoksi tutkimuksen tuloksilla ei pyritäkään toistettavuuteen. Tutkimuksen tulee kuitenkin täyttää tietyt tieteellisyyden kriteerit. Tutkijan tulee tarkasti dokumentoida tutkimuksenteon eri vaiheet. Tutkimuksen läpinäkyvyys on keskeistä laadulliselle tutkimukselle. Reliaabelius viittaa laadullisessa tutkimuksessa aineiston käyttö- ja käsittelytapaan. Tulosten tulee mahdollisimman tarkasti heijastaa haastateltavien tai vastaajien ajatusmaailmaa. Laadullisessa tutkimuksessa on kuitenkin keskiössä se tosiasia, että tutkimustulos on aina tutkijan ja aineiston dialogin tulos. (Hirsjärvi & Hurme 2001: 188–189.)

Tutkimukseen sisältyvät artikkelit muodostavat melko hajanaisen kokonaisuuden. Punaisena lankana tutkimuksessa kuitenkin on selkeästi asiakkuus ja siihen liittyvät erilaiset ominaisuudet. Tutkimuksen alkuvaiheessa tein tarkan suunnitelman millaisista artikkeleista kokonaisuus rakentuisi. Artikkeleiden julkaisemisessa on kuitenkin se vaikeus, että tekstiä tulee muokata lehden mukaiseksi ja lisäksi referee-kommenteista johtuen sisältö voi matkan varrella muuttua paljonkin aiotusta. Tämä on puolestaan vaikeuttanut kokonaisuuden hallintaa ja välillä on tuntunut siltä, että tutkimuksen sisältö ei ole ollenkaan omissa käsissä. Välillä monografian julkaiseminen tuntui houkuttelevalta vaihtoehdolta. Onneksi en kuitenkaan kokonaan heittänyt hanskoja tiskiini, vaikka se välillä olikin lähellä.

Tutkijaposition on liittynyt haasteita tässä monipolvisessa tutkimuksessa. Toimintatutkimuksessa tutkijan, osallistujan ja kehittäjän roolit sekoittuvat. Mikä toisaalta taas on toimintatutkimuksen tarkoitus. Se, että hankkeella oli omat työntekijät helpotti asiaa, koska hanketyön yhdistäminen tutkimukseen olisi vain lisännyt haastetta. Henkilökohtaiset kokemukset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuudesta ovat varmasti ohjanneet tutkimustani. Olen ollut monesti asiakkaana, mutta myös rajapinnan toisella puolella palveluntuottajana tai -kehittäjänä. Aineistonkeruun myötä tieto asiakkuudesta kumuloitui ja pyrin jatkuvasti reflektoimaan tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin ja teorioihin, vaikka pyrin varmistamaan, että tulkintani olivat aineistolähtöisiä.

Tämän väitöstutkimusprosessin aikana olen pohtinut mitä asiakkuus sosiaali- ja terveydenhuollossa oikein merkitsee? Samalla on mieleeni noussut kysymys siitä, mihin suuntaan haluamme yhteiskunnassamme viedä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuutta? Pitäisikö painottaa kansalaisuutta, yhteistä hyvää vai individualistista asiakkuutta? Suomalainen hyvinvointieetos perustuu yhteiselle hyvälle, yhteisvastuulle ja oikeudenmukaisuudelle. Onko näiden hyveiden kannatus vähentynyt vuosien saatossa? Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, miten kansalaiset itse haluaisivat asiakkuuden määrittää ja mihin suuntaan sitä tulisi sosiaali- ja terveydenhuollossa heidän mielestä kehittää?

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu asiakkuutta pääasiassa palvelunkäyttäjän näkökulmasta. Olisi mielenkiintoista laajentaa tarkastelukulmaan ja tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmia asiakkuuteen liittyen. Tutkimuksen voisi toteuttaa joko observoimalla, haastatteluilla tai näiden yhdistelmällä. Aineistosta voisi tarkastella sitä, miten työntekijöiden näkemykset peilautuvat asiakkaiden kokemuksiin.

Artikkelissa kaksi esiteltyä asiakkaiden valinnan- ja vaikuttamismahdollisuuksia kartoittava tutkimusta voisi laajentaa suuremmalle joukolle. Olisi mielenkiintoista selvittää, pysyisivätkö tulokset samankaltaisina laajemman ja systemaattisesti poimitussa satunnaisotoksessa koko väestöstä. Lisäksi voisi vertailla paljon palveluita käyttäneiden kokemuksia vähemmän palveluita käyttäneiden kokemuksiin. Vaikuttamismahdollisuuksien tutkimusta voisi myös laajentaa. Millä tavalla kansalaiset haluat jatkossa vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin? Voisiko ratkaisu löytyä erilaisista yhteissuunnittelu- ja palvelusuunnittelu-malleista, jotka ovat rantautuneet myös Suomeen? Niiden toimivuutta olisi myös syytä tarkastella eri näkökulmista.

LÄHTEET

- Aberbach, J. D. & Christensen, T. (2005). Citizens and consumers: An NPM dilemma. *Public Management Review* 7: 2, 225–245.
- Alasuutari, P. (1993). *Laadullinen tutkimus*. Tampere: Vastapaino.
- Altheide, D. L. (1987). Ethnographic content analysis. *Qualitative Sociology* 10: 1, 65–77.
- Anttonen, A. & Häikiö, L. (2011). From social citizenship to active citizenship? Tensions between policies and practices in Finnish elderly care. Teoksessa J. Newman & E. Tonkens (toim.). *Participation, Responsibility and Choice*. Summoning the Active Citizen in Western Europe Welfare States. Amsterdam: Amsterdam University Press. 67–85.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. (2000). *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa*. Tampere: Vastapaino.
- Arajärvi, P. (2008). Muuttuva kansaneläke – virtaviivaistettiin periaatteetkin. Teoksessa R. Hagfors, K. Hellsten & M. Sakslin (toim.). *Suomen kansan eläke*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 60–85.
- Arnkil, T. E. & Erikson, E. (1995). *Mukaan meneminen ja toisin toimiminen. Nuorisopoliklinikka verkostoissaan*. Tutkimuksia 51. Helsinki: Stakes.
- Arnkil, T. E., Seikkula, J. & Erikson, T. (2001). Avoimet dialogit ja ennakointi-dialogit. Sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä. *Yhteiskuntapolitiikka* 66: 2, 97–110.
- Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *JAIP* 35: 4, 216–224.
- Aro, J. (2001). Retoriikka, refleksiivisyys ja sosiologia. *Sosiologia* 38: 1, 51–57.
- Barnes, M. (2009). Authoritative consumers or experts by experience? User groups in health and social care. Teoksessa R. Simmons, M. Powell & I. Greener (toim.). *The Consumer in Public Services. Choice, Values and Difference*. Bristol: The Polity Press.
- Bauman, Z. (1998). *Work, Consumerism and the New Poor*. Buckingham: Open University Press.
- Beber, R. B. & Kraetschmer, N., Urowitz, S. & Sharpe, N. (2005). Patient, consumer, client, or customer: What do people want to be called? *Health Expectations* 8: 4, 345–351.

- Beresford, P. (2001). Service users, social policy and the future welfare. *Critical Social Policy* 21, 494–512.
- Beresford, P. (2009). Osallistumisen ja valinnan jännitteet terveydenhuollossa - palvelunkäyttäjän näkökulma. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.). *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus. 248–256.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1967). *The Social Construction of Reality*. Garden City, NY: Doubleday.
- Best, J. (1989). *Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems*. New York: Aldine de Gruyter.
- Blomberg-Kroll, H. (1999). *Kosta vad det kosta vill? Attitydmönster och attitydförändringar hos befolkningen och eliter beträffande välfärdsservicen i nedskärningarnas tid*. Akademisk avhandling. Vaasa: Åbo Akademi.
- Bonvin, J-M. & Moachon, E. (2011). Reframing the issue of legitimacy in workfare policies. Teoksessa H. Blomberg & N. Kildal (toim.). *Workfare and Welfare State Legitimacy*. NordWel Studies in Historical Welfare State Research I.
- Bovaird, Tony (2007). Beyond engagement and participation: User and community coproduction of public services. *Public Administration Review* 67: 5, 846–860.
- Bruner, J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1987). Life as narrative. *Social Research* 54: 1, 11–32.
- Burns, D., Hambleton, R. & Hoggett, P. (1994). *The Politics of Decentralisation: Revitalising Local Democracy*. Basingstoke: Palgrave Macmillan,
- Charles, C., & DeMaio, S. (1993). Lay participation in health care decision making: a conceptual framework. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 18: 4, 881–904.
- Charlton, J. I. (2000). *Nothing about us without us: disability oppression and empowerment*. Kalifornia: California University Press.
- Christiansen, N. F. & Markkola, P. (2006). Introduction. Teoksessa N. Finn Christiansen, K. Petersen, N. Edling & P. Haave (toim.). *The Nordic Model of Welfare. A Historical Reappraisal*. Kööpenhamina: Museum Tusulanum Press. 9–29.
- Clarke, J. & Newman, J. (1997). *The Managerial State*. Lontoo: SAGE Publications.

Clarke, J., Newman, J., Smith, N., Vidler, E. & Westmarland, L. (2007). *Creating Citizen-Consumers: Changing Publics & Changing Public Services*. Lontoo: SAGE Publications.

Clifford, S. A. (2011). Making disability public in deliberative democracy. *Contemporary Political Theory* 11: 2, 211–218.

Coulter, A. (1997). Partnerships with patients: The pros and cons of shared clinical decision making. *Journal of Health Services Research and Policy* 2, 112–121.

Davies, C. (2003). Worker, professions and identity. Teoksessa J. Henderson & D. Atkinson (toim.). *Managing Care in Context*. London: Routledge, The Open University. 189–210.

Denhardt, R. B. (2004). *Theories of Public Organization*. Fifth edition. United States: Thomson Wadsworth.

Denhardt, R. B. & Denhardt, J. V. (2000). The new public service: Serving rather than steering. *Public Administration Review* 60: 6, 549–559.

Denhardt, R. B. & Denhardt, J. V. (2001). The new public service: Putting democracy first. *National Civic Review* 90: 4, 391–400.

Eduskunnan tarkastusvaliokunta (2008). *Informaatio-ohjauksen toimivuus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. [Verkkodokumentti] Tarkastusvaliokunnan mietintö 5/2008. [Viitattu 22.3.2012] Saatavissa: [http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/trip?\\${APPL}=utpvm&\\${BASE}=utpvm&\\${THWIDS}=0.31/1332753391_467003&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw/trip?${APPL}=utpvm&${BASE}=utpvm&${THWIDS}=0.31/1332753391_467003&${TRIPPIFE}=PDF.pdf).

Elliot, J. (2005). *Using Narrative in Social Research: Qualitative and Quantitative Approaches*. Lontoo: SAGE.

El Nasr, M. A. (1989). The term 'client' in the social work profession. *International Social Work* 32: 4, 311–318.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

Ervasti, H. (1996). *Kenen vastuu?* Tutkimuksia hyvinvointipluralismin legitimitetin näkökulmasta. Tutkimuksia 62. Helsinki: Stakes.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Esping-Andersen, G. (1985). *Politics Against Markets: The Social Democratic Road to Power*. New Jersey: Princeton University Press.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

- Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Evers, A. (2006). European perspective and future challenges of welfare services. Teoksessa A-L. Matthies (toim.). *Nordic Civic Society Organisations and the Future of Welfare Services. A model for Europe*. TemaNord 517. 255–276.
- Fairclough, N. & Wodak, R. (1997). Critical discourse analysis. Teoksessa T. Van Dijk (toim.). *Discourse Studies: A Multidisciplinary Introduction*. Vol. 2. Lontoo: Sage. 258–284.
- Fotaki, M. (2007). Patient choice in health care in England and Sweden: from quasi-market and back to market? A comparative analysis of failure in unlearning. *Public Administration* 88: 4, 1059–1075.
- Fountain, J. E. (2001). Paradoxes of public sector customer service. *Governance: An International Journal of Policy and Administration* 14: 1, 55–73.
- Friedman, M. (1972). *Kapitalism & frihet. En konstruktiv analys av den moderna kapitalismen*. Tukholma: Aldusserien.
- Gadamer, H-G. (2004). *Hermeneutiikka. Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa*. Tampere: Vastapaino.
- Gadamer, H-G. (2010). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Gesammelte Werke, Band 1. Mohr Siebeck Tübinge.
- Gaullier, X. (1992). La machine à exclure. *Le débat* 69, 168–188.
- Giddens, A. (1999). *Tredje vägen. Om förnyelsen av socialdemokratien*. Tukholma: Atlas.
- Gilbert, N. (2002). *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Gil, D. G. (1998). *Confronting Injustice and Oppression: Concepts and Strategies for Social Workers*. New York: Columbia University Press.
- Goode, E. & Ben-Yehuda, N. (1994). *Moral Panics. The Social Construction of Deviance*. Oxford UK & Cambridge USA: Blackwell.
- Granfelt, R. (1998). *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Greener, I. (2007). Choice and voice. *Social Policy and Society* 7: 2, 255–265.
- Greve, B. (2009). Can choice in welfare state be equitable? *Social Policy & Administration* 43: 6, 543–556.

Gummesson, E. (2000). *Qualitative Methods in Management Research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Haavisto, I. & Kiljunen, P. (2011). *Maailman paras maa*. EVAn kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2011. Helsinki: Taloustieto Oy.

Habermas, J. (1972). *Knowledge and Human Interests*. Boston: Beacon Press.

Habermas, J. (1984). *The Theory of Communicative Action*. Boston: Beacon Press.

Habermas, J. (1996). *Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy*. Cambridge: MIT Press.

Hart, R. (1992). *Children's Participation: From Tokenism to Citizenship*. UNICEF International Child Development Centre.

Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.

Hasenfeld, Y., Rafferty, J. & Zald, M. (1987). The welfare state, citizenship, and bureaucratic encounters. *Annual Review of Sociology* 13, 387–415.

Hautamäki, A. (1997). Hyvä elämä kansalaisten Suomessa. Teoksessa K. Kajaste (Toim.). *Suomalainen mahdollisuus. Näkökulmia hyvinvointimme tulevaisuuteen*. Helsinki: Edita. 32–51.

Haveri, A. (2002). Uusi julkisjohtaminen kunnallishallinnon reformeissa. *Hallinnon tutkimus* 21: 1, 4–19.

Heidegger, M. (2000). *Oleminen ja aika*. Tampere: Vastapaino.

Heikkinen, H. L. T. (2000). Tarinan mahti: Narratiivisuuden teemoja ja muunnelmia. *Tiedepolitiikka* 4, 47–58.

Heikkinen, H. L. T. (2001a). Narratiivinen tutkimus - todellisuus kertomuksena. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Jyväskylä: PS-kustannus. 116–132.

Heikkinen, H. L. T. (2001b). Toimintatutkimus – enemmän kuin tutkimusta? Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä, PS-kustannus. 170–185.

Heikkilä, M. & Julkunen, I. (2003). *Obstacles to an increased user involvement in social services*. A commissioned background document. Council of Europe. Group of specialists in social services.

Heino, T. (1997). *Asiakkuuden hämäryys lastensuojelussa: Sosiaalityöntekijän tuottama määrittäjä lastensuojelun asiakkaaksi*. Helsinki: Stakes.

- Hickey, G. & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing* 7: 1, 83–88.
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, P., Remes, P. & Sajavaara P. (1997). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Horkheimer, M. (1991). Traditionaalinen ja kriittinen teoria. Teoksessa J. Kotkavirta (toim.). *Järjen kritiikki*. Tampere: Vastapaino, 5–57.
- Houston, S. (2001). Beyond Social Constructionism: Critical Realism and Social Work. *British Journal of Social Work* 31: 6, 845–861.
- Hughes, G., Clarke, J., Lewis, G. & Mooney, G. (1998). Reinventing ‘the Public’? Teoksessa G. Hughes (toim.). *Imagining Welfare Futures*. Lontoo: Routledge. 152–165.
- Hujala, A. (2008). *Johtamisen moniäänisyys. Johtaminen vuorovaikutuksena ja puhuntana hoivayrityksissä*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Huotari, P. (2009). *Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa - neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta*. Acta Universitatis Tamperensis, 1382. Tampere: Tampere University Press.
- Huuskonen, J., Ijäs, N. & Lehtoranta, O. (1997). *Julkisten palvelujen laadun arviointi. Arviointikehikko ja näkökulmia*. Helsinki: Tilastokeskus.
- Hyvärinen, M. & Löyttyniemi, V. (2005). Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa J. Ruusuvoori & L. Tiittula (toim.). *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino. 189–222.
- Hyryläinen, E. (1999). *Reformit, hallinto ja yhdenmukaistuminen: Vertaileva tutkimus neljän Euroopan valtion 1980- ja 1990-lukujen hallintopoliittisen päätöksenteon yhdenmukaistumisen edellytyksistä*. Acta Wasaensia, Hallintotiede 5. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Hänninen, V. (1999). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ikola-Norrbacka, R., Jokisuu, J. & Lähdesmäki, K. (2011). *The Profile of a Decent Citizen: Self-Evaluations of Citizens*. Working papers of University of Vaa-

sa. Faculty of Public Administration, Public Management. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Ikola-Norrbacka, R. (2010). *Johtamisen eettisyys terveydenhuollossa: Esimiestyön ja hallinnon eettiset arvot julkisen terveydenhuollon kahdessa professionissa*. Acta Wasaensia No 222. Julkisojohtaminen 14. Vaasa: Vaasan yliopisto

Isosaari, U. (2008). *Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatiossa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta*. Acta Wasaensia No 188. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 4. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Jokinen, A. (1999). Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.). *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino. 37–53.

Juhila, K. (2006). *Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina - sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat*. Tampere: Vastapaino.

Julkunen, I. & Heikkilä, M. (2007). User involvement in personal social services. Teoksessa R. van Berkel & B. Valkenburg (toim.). *Making it personal*. Individualising activation services in the EU. Bristol. The Policy Press. 87–103.

Julkunen, R. (1994). Hoivabisnekseen vai nyrkin ja hellan väliin? Teoksessa L. Simonen (toim.). *Hyvinvointivaltion murros ja hoivan uudelleenorganisointi*. Raportteja 94. Helsinki: Stakes. 32–47.

Julkunen, R. (2001). *Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Tampere: Vastapaino.

Julkunen, R. (2006). *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki: Stakes.

Julkunen, R. (2008a). Sosiaalipoliittikan kansalainen: Aktivoitu, valtaistettu, vastuutettu, hylätty? Teoksessa P. Niemi & T. Kotiranta (toim.). *Sosiaalialan normatiivinen perusta*. Helsinki: Palmenia, Helsinki University Press. 183–220.

Julkunen, R. (2008b). Yhteisvastuusta julkisen vastuun prioriteetteihin. Teoksessa P. Niemi & T. Kotiranta (toim.). *Sosiaalialan normatiivinen perusta*. Helsinki: Palmenia, Helsinki University Press. 146–182.

Jylhäsaari, J. (2009). *Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa: Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista?* Acta Wasaensia No 212. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Jäntti, S. (2008). *Kansalainen terveyspalveluja valitsemassa: Kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 154. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Järvinen, T. & Jahnukainen, M. (2001). Kuka meistä onkaan syrjäytynyt? Marginalisaation ja syrjäytymisen käsitteellistä tarkastelua. Teoksessa M. Suutari (toim.). *Vallattomat marginaalit. Yhteisöllisyyksiä nuoruudessa ja yhteiskunnan reunoilla*. Nuorisotutkimusverkoston julkaisuja 20. 125–151.

Kaidesoja, T. (2009). *Studies on Ontological and Methodological Foundations of Critical Realism in the Social Sciences*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kananoja, A. (1997). Julkisten palvelujen ydintehtävät asiakaspalautteen viitekehystenä. Teoksessa T. Salmela (toim.). *Autetaanko asiakasta - palvelaanko potilasta*. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy. 109–123.

Kangas, I. (2003). Sairaalan asiantuntijuus - tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa M.-L. Honkasalo, I. Kangas & U. Seppälä (toim.). *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura. 73–95.

Kansanterveyslaki 66/1972

Kantola, A. (2002). *Markkinakuri ja managerivalta - Poliittinen hallinta Suomen 1990-luvun talouskriisissä*. Helsingin yliopisto, Viestinnän laitos, Viestinnän julkaisuja 6.

Kehitysvammaliitto (2011). *Tiedän mitä tahdon - Henkilökohtaisen budjetoinnin kehittämisprojekti*. Saatavissa 28.8.2011: <http://kehitysvammaliitto.fi/koulutus/kehittamishankkeet/tiedan-mita-tahdon.html>

Kettunen, P. & Möttönen, S. (2011). Asiakkuuden rajat ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveystaloudessa. *Kansalaisyhteiskunta* 1: 1, 57–68. Saatavissa 28.8.2011: <http://kans.jyu.fi/lehti/2011-1>

Kettunen, P. (2006). The Power of International Comparison - A Perspective on the Making and Challenging of the Nordic Welfare State. Teoksessa N. F. Christiansen, K. Petersen, N. Edling & P. Haave (toim.). *The Nordic Model of Welfare. A Historical Reappraisal*. Kööpenhamina: Museum Tusulanum Press. 31–65.

Kielinen, M. (2005). *Autism in Northern Finland*. Oulu: Oulun yliopisto.

King, C. S., Feltey, K. M. & Susel, B. (1998). The Question of Participation: Toward Authentic Public Participation in Public Administration. *Public Administration Review* 58: 4, 45–56.

Kivipelto, M. (2006). *Sosiaalityön kriittinen arviointi. Sosiaalityön kriittisen arvioinnin perustelut, teoriat ja menetelmät*. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

Kohonen, K. & Tiala, T. (2002). Johdanto. Teoksessa K. Kohonen & T. Tiala (toim.). *Kuntalaiset ja hyvä osallisuus: Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallis-*

tumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 5–8.

Koivusalo, M., Ollila, E. & Alanko, A. (2009). Lopuksi – valinnat ja vastuu terveydenhuollossa. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.). *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus. 276–288.

Korhonen, J. (2004). *Näkökulmia ehkäisevään sosiaalipolitiikkaan. Lähtökohtiin, linjauksiin, toteutukseen ja haasteisiin*. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Koskiahho, B. (2002). Onko osallisuus vahvaa demokratiaa? Maankäyttö- ja rakennuslain soveltamisesta. Teoksessa P. Bäcklund, J. Häkli & H. Schulman (toim.). *Osalliset ja osaajat*. Helsinki: Gaudeamus. 36–57.

Kosonen, P. (1995). *Eurooppalaiset hyvinvointivaltiot*. Helsinki: Gaudeamus.

Kujala, E. (2003). *Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen*. Acta Universitas Tampereensis 914. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kuntalaki 519/2007

Kumlin, S. & Rothstein, B. (2005). Making and breaking social capital: The impact of welfare state institutions. *Comparative Political Studies* 38: 4, 339–365.

Kuula, A. (1999). *Toimintatutkimus: Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä*. Tampere: Vastapaino.

Kuula, A. (2006). *Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Vastapaino.

Kvist, T. (2004). *Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?* Yhteiskuntatieteet 111. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Laaksonen, H. (2008). *Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Mallin testaus sosiaali- ja terveydenhuollon dementiayksikössä*. Acta Wasaensia No 187. Sosiaali- ja terveydenhallintotiede 3. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Laine, T. (2001). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Jyväskylä: PS-kustannus. 26–43.

Laitila, M. (2010). *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa*. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Laitinen, M. & Pohjola, A. (2010). Asiakkuus – sosiaalityön ydinteema. Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.). *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus. 7–15.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987

Lammers, J. & Happell, B. (2003). Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 385–392.

Lastensuojelulaki 417/2007

Launis, K. (1994). *Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa: Käsitteitä ja arkikäytäntöjä*. Tutkimuksia 50. Helsinki: Stakes.

Leadbeater, C., Bartlett, J. & Gallgher, N. (2008). *Making it personal*. [Verkkodokumentti] Demos. [Viitattu 21.8.2011]. Saatavissa: http://www.demos.co.uk/files/Demos_PPS_web_A.pdf?1240939425.

Le Grand, J. (2007). *The Other Invisible Hand*. Woodstock: Princetown University Press.

Lehto, J. (1998). Asiakkaan omainen - asiakas, kumppani ja palvelutarpeen aiheuttaja. Teoksessa R. Haverinen, L. Simoinen & I. Kiiikkala (toim.). *Kohtaamisia sosiaali- ja terveysareenoilla*. Raportteja 221. Helsinki: Stakes. 112–120.

Lehto, J. (2000). Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiiikkala (toim.). *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Helsinki: Tammi. 33–48.

Lehto, M. (2001). *Sosiaalipolitiikka edistyksen asialla*. Tampere: Vastapaino.

Lehtonen, H., Heinonen, J. & Rissanen, P. (1986). *Syrjäytymiskäsitteen käytön ongelmia*. Sosiaalihuollon julkaisuja 12/1986. Helsinki.

Lester, H., Tait, L., England, E. & Tritter, J. (2006). Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *British Journal of General Practise* 56: 527, 415–422.

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative Research: Reading, Analysis, and Interpretation*. Kalifornia: SAGE Publications.

Lyons, W. E. & Lowery, D. (1986). The organization of political space and citizen responses to dissatisfaction in urban communities. *Journal of Politics* 48: 2, 321–346.

Lyons, W. E. & Lowery, D. (1989). Citizen responses to dissatisfaction in urban communities: A partial test of general model. *Journal of Politics* 51: 4, 841–868.

Lähdesmäki, K. (2003). *New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen: Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun*. Acta Wasaensia No 113. Vaasan yliopisto.

Marinker, M. (1996). *Sense and sensibility in healthcare*. Lontoo: BMJ Publishing Group.

Marquand, D. (2004). *The Decline of the Public*. Cambridge: Polity Press.

Marshall, T. H. (1964). *Class, Citizenship, and Social Development: Essays by T. H. Marshall*. Garden City, NY: Doubleday & Co., Inc.

Matthies, A-L. (1996). Hyvinvoinnin sekatalous ja suomalaiset välittävät organisaatiot. Teoksessa A-L. Matthies, U. Kotakari & M. Nylund (toim.). *Välittävät verkostot*. Tampere: Vastapaino. 11–29.

Matthies, A-L. (2006a). Introduction. Teoksessa A-L. Matthies (toim.) *Nordic Civic Society Organisations and the Future of Welfare Services. A model for Europe*. TemaNord 517. 31–44.

Matthies, A-L. (2006b). Selected aspects of the area of citizens' organisations. Teoksessa A-L. Matthies (toim.) *Nordic Civic Society Organisations and the Future of Welfare Services. A model for Europe*. TemaNord 517. 59–94.

Mattus, M-R (2001). *Valtaistava ja yhteistyötä avaava haastattelumenetelmä perhelähtöisessä interventiossa*. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

McIntyre-Mills, J. (2010). Participatory design for democracy and wellbeing: narrowing the gap between service outcomes and perceived needs. *Systemic Practice and Action Research* 23: 1, 21.

Metteri, A. (2004). *Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset*. Helsinki: Edita.

Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *The American Journal of Sociology*, 83: 2, 340–363.

Mielenterveyslaki 1116/1990

- Miettinen, S. (2010). *Hyvinvointia edistävät käyttöliittymät ja palvelualustat matkailussa ja vapaa-ajassa*. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu ja Kuopion muotoiluakatemia.
- Miettinen, S., Myllymaa, O. & Jäppinen, T. (2010). Britanniassa käyttäjät kehittävät palveluitaan itse. *Kuntalehti* 12/2010, 50–51.
- Minow, M. (1990). *Making All the Difference: Inclusion, Exclusion, and American Law*. Ithica: Cornell University Press.
- Miller, P. & Rose, N. (1997). Köyhiä ohjelmoimassa: köyhyyslaskelma ja asiantuntijatieto. Teoksessa T. Helne & M. Laatu (toim.). *Biovallan kysymyksiä*. Tampere: Gaudeamus. 111–149.
- Mishler, E. G. (1995). Models of narrative analysis: A typology. *Journal of Narrative and Life History*, 5: 2, 87–123.
- Muuri, A. (2008). *Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin*. Stakesin tutkimuksia 178. Helsinki: Stakes.
- Mälkiä, M. (1998). Kieli, vuorovaikutus ja valta tietoyhteiskunnassa. *Hallinnon tutkimus* 17: 3, 173–191.
- Mäntysaari, M. (1998). The risks of using TQM philosophy in developing the quality of social welfare services. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 7: 1, 9–16.
- Määttä, M. & Kalliomaa-Puha, L. (2006). Sopivaksi kasvattava yhteiskunta. Teoksessa K. Rantala & P. Sulkunen (toim.). *Projektiyhteiskunnan kääntöpuoli*. Helsinki: Gaudeamus. 179–193.
- Mönkkönen, K. (2002). *Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 94. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Möttönen, S. & Niemelä, J. (2005). *Kunta ja kolmas sektori: Yhteistyö uudet tuulet*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Newman, J. & Tonkens, E. (2011a). Introduction. Teoksessa J. Newman & E. Tonkens (toim.). *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western Europe Welfare States*. Amsterdam: Amsterdam University Press. 9–28.
- Newman, J. & Tonkens, E. (2011b). Active Citizenship. Responsibility, choice and participation. Teoksessa J. Newman & E. Tonkens (toim.). *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western Europe Welfare States*. Amsterdam: Amsterdam University Press. 179–200.

Niiranen, V. (1994). *Sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus: tutkimus sosiaali-johtajien johtamistyöstä, johtajatyypeistä ja vapaakuntakokeilusta sosiaalitoimen reformina*. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Niiranen, V. (1999). Municipal Democracy and Citizens' Participation. Citizens' Views on Municipal Decision-Making and Possibilities to Affect Local Social Policies. Teoksessa L. Rouban (toim.). *Citizens and the New Governance. Beyond New Public Management*. EGPA Yearbook. Amsterdam: IOS Press. 55–67.

Niiranen, V. (2002). Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityösäkin. Teoksessa K. Juhila, H. Forsberg & I. Roivanen (toim.). *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: SoPhi. 63–80.

Niiranen, V. (2010). Hallinto ja ohjaus. Teoksessa: *Hyvinvointipolitiikka*, 90–106. P. Niemelä (toim.). Helsinki: WSOYpro Oy.

Nikkilä, J. (1994). *Hallintotyön ympäristö. Kohti tuloksellista ja palvelevaa hallintoa*. Helsinki: Valtionhallinnon kehittämiskeskus.

Nikkilä, J. & Paasivaara, L. (2007). *Arjen johtajuus - rutiinijohtamisesta tulkintataitoon*. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto.

Noro, A. (2000). Traditionaalinen ja kriittinen teoria. Teoksessa R. Heiskala (toim.). *Sosiologisen teorian nykysuuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus. 173–191.

Nousiainen, J. (1983). Suomen poliittinen kulttuuri. *Politiikka* 25: 1, 6–15.

Nousiainen, K. (2004). *Lapsistaan erillään asuvat äidit*. Helsingin yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitoksen julkaisusarja 3. Jyväskylä: SoPhi.

Nozick, R. (1974). *Anarchy, State, and Utopia*. Oxford: Blackwell.

Oikeus ja kohtuus (2006). Arvioita ja ehdotuksia yksityisestä ja julkisesta hyvinvointivastuusta. Helsinki: Stakes.

Ojuri, A. (1995). *Ammatillista yhteistyötä – keiden kanssa ja keiden ehdoilla?: Tapaustutkimus eri toimijoiden yhteistyöstä Varsinais-Suomen erityishuoltopiirin kehitysvammaneuvoissa*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 21. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Ollila, E. & Koivusalo, M. (2009). Hyvinvointipalvelusta liiketoiminnaksi - terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.). *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus. 21–47.

Ollila, S. (2006). *Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä organisaatioissa*. Acta Wasaensia No 156, Sosiaali- ja terveyshallinto 1. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Outinen, M., Holma, T. & Lempinen, K. (1994). *Laatu ja asiakas: Laatusyöskentely sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: WSOY.

Pajukoski, M. (2004). Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa - oikeudellinen näkökulma. Teoksessa M. Heikkilä & M. Roos (toim.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Helsinki: Stakes. 176–204.

PAKKI-hanke (2009a). Aukes. *Autismin kirjon henkilöiden elämän siirtymävaiheet. Käsikirja perheille*. [Viitattu 22.3.2012]. Saatavissa: http://www.eskoo.fi/documents/Valmis%20kirja.Perhelle_low.pdf.

PAKKI-hanke (2009b). Aukes. *Autismin kirjon henkilöiden elämän siirtymävaiheet. Käsikirja työntekijöiden käyttöön*. [Viitattu 22.3.2012]. Saatavissa: http://www.eskoo.fi/documents/Valmis%20kirja.Ty%C3%B6ntekij%C3%A4lle_low.pdf.

Palfrey, C., Thomas, P. & Phillips, C. (2006). Health Services Management: What Are the Ethical Dimensions? *International Journal of Public Sector Management* 19: 1, 57–66.

Perelman, C. (1996). *Retoriikan valtakunta*. Tampere: Vastapaino.

Perry, J. L. (2007). Democracy and the New Public Service. *The American Review of Public Administration* 37: 1, 3–16.

Perustuslaki 596/2007

Pohjola, A. (1991). Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Teoksessa: L. Hokkanen, P. Kinnunen, A. Pohjola, K. Urponen & R. Väärälä (toim.). *Palvelutilkuista yhteiseen työhön. Kemijärven hyvinvointipalveluprojektin osaraportti*. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 111–126.

Pohjola, A. (1992). Myyttinen asiakkuus. Teoksessa L. Hokkanen & R. Väärälä (toim.). *Rajojen ylityksiä ja yhteistoimintaa. Kemijärven hyvinvointipalveluprojektin osaraportti 2*. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja no 35. Rovaniemi: Lapin yliopisto. 99–115.

Pohjola, A. (1993) Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa R. Granfelt, H. Jokiranta, S. Karvinen, A.-L. Matthies & A. Pohjola (toim.). *Monisärmäinen sosiaalityö*. Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto. 53–95.

Pohjola, A. (2007). Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa L. Viinamäki & E. Saari (toim.). *Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen*. Helsinki: Tammi. 11–31.

Pohjola, A. (2010). Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.). *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus. 19–74.

- Pohjola, A. & Laitinen, M. (2010). Pohdintaa asiakkuuden punoksista. Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.). *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus. 309–320.
- Pollit, C. & Bouckaert G. (2004). *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C. (2003). *The Essential Public Manager*. Philadelphia: Open University Press.
- Pratt, A. (2005). Neoliberalism and social policy. Teoksessa M. Lavalette & A. Pratt (toim.). *Social Policy: Theories, Concepts and Issues*. Lontoo: Sage. 9–25.
- Raatikainen, P. (2004). *Ihmistieteet ja filosofia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rahkonen, K. (1995). Hyvinvointivaltion tragedia: Rajallinen järjestelmä ja rajattomat tarpeet. Teoksessa R. Eräsaari & K. Rahkonen (toim.). *Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivaltiosta*. Helsinki: Gaudeamus. 7–15.
- Raisio H., Ollila S. & Vartiainen P. (2010). Tavoitteena aito osallisuus: Tarkastelussa Suomen ensimmäinen deliberatiivinen nuorisoraati. *Kansalaisyhteiskunta* 1: 1, 92–102.
- Raisio, H., Ollila, S. & Vartiainen, P. (2011). Do youth juries enhance youth political and societal participation? Lessons from the Vaasa experiment. *Scandinavian Journal of Public Administration* 15: 3, 41–59.
- Rapley, T. (2007). *Doing Conversation, Discourse and Document Analysis*. Lontoo: SAGE.
- Rea, A. (2003). Doing the analysis differently: using narrative to inform understanding of patient participation in contract tracing for sexual transmissible infections. *Journal of Health Organisation and Management* 17: 4, 280–326.
- Rousu, S. (2007). *Lastensuojelun tuloksellisuuden arviointi organisaatiossa. Näkymätön tuloksellisuus näkyväksi*. Helsinki: Kuntaliitto.
- Rowe, R. & Shepherd, M. (2002). Public Participation in the New NHS: No Closer to Citizen Control? *Social Policy & Administration* 36: 3, 275–290.
- Ruotsalainen, P. (2000). Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (toim.). *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Helsinki: Tammi. 7–32.
- Saarela-Kinnunen, M & Eskola, J. (2001). Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä: PS-kustannus. 158–169.

Saarenpää, A. (2010). Kansalainen, yksilö oikeudellisesti kaiken keskipisteenä. Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.). *Asiakkuus sosiaalityössä*. Helsinki: Gaudeamus. 75–137.

Sainola-Rodriguez, K. (2009). *Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus*. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Sainsbury, D. (1996). *Gender, equality, and welfare state*. Cambridge: Cambridge University Press.

Salmikangas, A-K. (1998). *Osallisuus suomalaisessa yhteiskunnassa - kokemuksia osallisuushankkeista*. Helsinki: Sisäministeriö.

Salminen, A. (1993). *Hallintotiede: organisaatioiden hallinnolliset perusteet*. Helsinki: Painatuskeskus.

Salminen, A. (2008). *Julkisen toiminnan johtaminen: Hallintotieteen perusteet*. Toinen painos. Helsinki: Edita.

Salminen, A. (2010). *Ethical Governance. A Citizen Perspective* (ed). Proceedings of the University of Vaasa, Research Papers 294. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Sarbin, T. R. & Kitsuse, J. I. (1994). A Prologue to Constructing the Social. Teoksessa T. R. Sarbin & J. I. Kitsuse (toim.). *Constructing the Social*. London: SAGE Publications. 1–18.

de Saussure, F. (1983). *Course in General Linguistics*. Chicago: Open Court.

Schwandt, T. A. (1997). *Qualitative Inquiry*. Lontoo: SAGE.

Seikkula, J. (1995). *Sosiaaliset verkostot ammattiauttajan voimavara kriiseissä*. Helsinki: Kirjayhtymä.

Selznick, P. (1998). Social justice: a communitarian perspective. Teoksessa A. Etzioni (toim.). *The essential communitarian reader*. Oxford: Rowan and Littlefield. 61–72.

Schutz, A. (1967). *Phenomenology of the Social World*. Evanston: Northwestern University Press.

Siltaniemi, A., Perälahti, A., Eronen, A., Särkelä, R. & Londén, P. (2009). *Kansalaisbarometri. Suomalaisten arvioita hyvinvoinnista, palveluista ja PARAS-uudistuksesta*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Silvennoinen-Nuora, L. (2010). *Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa – Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin*. Tampere: Tampere University Press.

Sorensen, A. B. (1992). *Evaluering av norsk arbeidsliv og aksjonsforskning. Fokus på Arbeidsinstituttet (AFI) og Institutt for industriell miljøforskning (IFIM)*. Oslo: Noras.

Sorsimo, J. (2009) Palvelutuotanto käyttäjästä ohjautuvaksi. *Kuntalehti* 16/2009.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011). *Suurruhtinaskunnasta hyvinvointiyhteiskuntaan*. Saatavissa 20.8.2011: <http://www.stm.fi/stm/historia>.

Sotilasvammalaki 404/1948

Stenvall, J. & Syväjärvi, A. (2006). *Onks' tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvinvointitehtävissä*. Tutkimukset ja selvitykset3/2006. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

Suikkanen, A. (2003). Sosiaalipolitiikan yksilölähtöinen tulkintatapa? Teoksessa M. Laitinen & A. Pohjola (toim.). *Sosiaalisen vaihtuvat vastuut*. Jyväskylä: PS-kustannus. 35–58.

Sulkunen, P. (2006). Projektiyhteiskunta ja uusi yhteiskuntasopimus. Teoksessa K. Rantala & P. Sulkunen (toim.). *Projektiyhteiskunnan käänköpuoli*. Helsinki: Gaudeamus. 17–38.

Tanttu, K. (2007). *Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta*. Acta Wasaensia No 176. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 2. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Taylor, G. (2007). *Ideology and Welfare*. Houndsmills, Basinstoke: Palgrave Macmillan.

Tepponen, M. (2009). *Kotihoidon integrointi ja laatu*. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Thompson, A. G. H. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine* 64, 1297–1310.

Tiittula, L. & Ruusuvaori, L. (2005). Johdanto. Teoksessa J. Ruusuvaori & L. Tiittula (toim.). *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino. 9–21.

Titmuss, R. M. (1963). *Essays on 'The Welfare State'*. Lontoo: Unwin University Books.

Toikko, T. (2006). Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. *Työpoliittinen Aikakausikirja* 3, 13–22.

- Tritter, J., Koivusalo, M., Ollila, E. & Dorfman, P. (2009). *Globalization, Markets, and Health Care Policy: Redrawing the Patient as Consumer*. Lontoo: Routledge.
- Tritter, J. & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76: 2, 156–168.
- Tritter, J. (2009). Vallankumous vai hidas muutos - Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistuminen?. Teoksessa M. Koivusalo, E. Ollila & A. Alanko (toim.). *Kansalaisesta kuluttajaksi. Markkinat ja muutos terveydenhuollossa*. Helsinki: Gaudeamus. 210–226.
- Truman, C. & Raine, P. (2002). Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. *Health and Social Care in the Community* 10: 3, 136–143.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tuominen, K. (2001). *Tiedon muodostus ja virtuaalikirjaston rakentaminen; konstruktionistinen analyysi*. [Verkkojulkaisu]. Academic dissertation Acta Electronica Tamperensis 113. [Viitattu 15.10.2009]. Saatavissa: <http://acta.uta.fi>.
- Vaara, E. & Laine, P-M. (2006). Kriittinen diskurssianalyysi metodologiana strategiatutkimuksessa. Teoksessa K. Rolin, M-L. Kakkuri-Knuuttila & E. Henttonen (toim.). *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia*. Helsinki: Gaudeamus. 155–173.
- Valkama, K. (2008). *Verkostoja, palveluketjuja vai palvelukokonaisuuksia? Tapaustutkimus autismin kirjon lapsiperheiden kokemuksista hyvinvointijärjestelmässä*. Julkaisematon lisensiaatintutkimus.
- Valkama, K. (2009). *Arviointiraportti*. [Verkkodokumentti]. PAKKI-hanke. [Viitattu 25.3.2012]. Saatavissa: <http://www.eskoo.fi/documents/Loppuarviointi261009%20%282%29.pdf>.
- Valkenburg, B. (2007). Individualising activation services: thrashing out an ambiguous concept. Teoksessa R. van Berkel & B. Valkenburg (toim.). *Making it personal. Individualising activation services in the EU*. Bristol: The Policy Press. 25–43.
- Valli, R. (2001). Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä: PS-kustannus. 100–112.
- Valokivi, H. (2008). *Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikköjen osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Valtiovarainministeriö (1993). *Tuloksena palvelu: palveluhankkeen loppuraportti*. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

Valtiovarainministeriö (2011). *Kuntien vastaukset kunta- ja palvelurakennemuutostusta koskevaan kyselyyn saapuneet – neuvotteluja ei tässä vaiheessa käynnistetty*. [Verkkodokumentti] Tiedote 086/2011. [Viitattu 01.11.2011]. Saatavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/03_tiedotteet_ja_puheet/01_tiedotteet/20110901Kuntie/n_ame.jsp.

Vammaispalveluhanke (2011). *Kansalaisraati "Osallisena omassa elämässä. Loppuraportti*. [Verkkodokumentti]. [Viitattu 28.10.2011]. Saatavissa http://files.kotisivukone.com/kastetesti.kotisivukone.com/2011_9_6_kansalaisraad_oppuraportti.pdf.

van Berkel, R. & Valkenburg, B. (2007). The individualisation of activation services in context. Teoksessa R. van Berkel & B. Valkenburg (toim.). *Making it personal. Individualising activation services in the EU*. Bristol: The Policy Press. 3–21.

Vartiainen, P. (1992). *Tuottava päivähoito? Tutkimus kunnallisten päivähoitopalvelujen määrästä ja laadusta Vaasan läänissä*. Tutkimuksia No 159. Hallintotiede 8. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Vartiainen, P. (2005). Wicked Health Care Issues: An analysis of Finnish and Swedish health care reforms. Teoksessa G. T. Savage, J.A. Chilingerian, M. Powell & Q. Xiao (toim.). *International Health Care Management. Advances in health care management*. Vol. 5. Oxford: Elsevier Ltd. 159–182.

Vigoda, E. (2002). From Responsiveness to Collaboration: Governance, Citizens, and the Next Generation of Public Administration. *Public Administration Review* 62: 5, 527–540.

Viinamäki, L. (2007). Triangulatiivisen tutkimusasetelman soveltamismahdollisuudet. Teoksessa L. Viinamäki & E. Saari (toim.). *Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen*. Helsinki: Tammi. 173–197.

Viinamäki, O-P. (2008). *Julkisen sektorin arvoympäristön kompleksisuus. Tutkimus julkisten organisaatioiden arvojen, johtamisteorioiden ja arvojohtajuuden erityisyydestä*. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Viljanen, R. (1982). *Byrokratiatalkoot. Loppuraportti*. Helsinki: Valtiovarainministeriö.

Virtanen, T. (2000). Changing Competences of Public Managers: Tensions in Commitment. *The International Journal of Public Sector Management* 13: 4, 333–341.

Vuokkila-Oikkonen, P. (2002). *Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset*. Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 704. Oulu: Oulun yliopisto.

Whyte, W. (1991). *Social Theory for Action. How Individuals and Organizations Learn to Change*. Lontoo: Sage.

Wilensky, H. L. & Lebeaux, C. N. (1958). *Industrial Society and Social Welfare*. New York: Russel Sage Foundation.

Williams, F. (2001). In and Beyond New Labour: Towards a New Political Ethics of Care. *Critical Social Policy* 21: 4, 467–493.

Wittgenstein, L. (1999). *Sininen ja ruskea kirja*. Juva: WSOY.

Wolfe, A. (1991). Welfare society and moral obligation, The case of Scandinavia. Teoksessa: *Forvitring eller fornyelse?* Rapport fra 6. nordiske sosialpolitiske forskerseminar. Oslo: INAS-rapport 7. 89–113

Zuber-Skerritt, O. (1996). Introduction: New Directions in Action Research. Teoksessa O. Zuber-Skerritt (toim.). *New Directions in Action Research*. Lontoo: Falmer Press. 3–10.

Öberg, P. (1997). *Livet som berättelse: Om biografi och åldrande*. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 62.

Ödman, P-J. (1994). *Tolkning, förståelse, vetande: Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm : Almqvist & Wiksell Förlag AB.

LIITTEET

Liite 1

Lait ja asetukset

Asetus kehitysvammaisten erityishuollosta 988/1977

Asetus omaishoidontuesta 318/1993

Asetus raskauden keskeyttämisestä 359/1970

Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 759/1987

Asetus yksityisestä terveydenhuollosta 744/1990

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989

Hallinto-oikeuslaki 430/1999

Henkilökorttilaki 829/1999

Kansaneläkelaki 568/2007

Kansanterveyslaki 66/1972

Kunnallinen eläkelaki 549/2004

Laki eläkkeensaajan asumistuesta 571/2007

Laki julkisesta työvoimapalvelusta 1295/2002

Laki kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566/2005

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977

Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003

Laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta 1128/1996

Laki lasten päivähoidosta 36/1973

Laki omaishoidontuesta 937/2005

Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta 1184/1988

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta 811/2000

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000

Laki tapaturmavakuutuslain perusteella korvattavasta kuntoutuksesta 625/1991

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994

Laki vammaisuuksista 570/2007

Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/1996

Lastensuojelulaki 1116/1990
Lastensuojelulaki 417/2007
Liikennevakuutuslaki 279/1959
Mielenterveysasetus 1247/1990
Mielenterveyslaki 1116/1990
Perusopetuslaki 628/1998
Sairasvakuutuslaki 1224/2004
Sosiaalihuoltoasetus 607/1983
Sosiaalihuoltolaki 710/1982
Sotilasvammalaki 404/1948
Tapaturmavakuutuslaki 608/1948
Työttömyysturvalaki 1290/2002
Vammaistukiasetus 989/1988
Vammaistukilaki 124/1988

Hallituksen esitykset

HE 37/1992 Hallituksen esitys Eduskunnalle lapsilisälainsäädännön muuttamisesta

HE 38/1992 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi lasten kotihoidon tuesta ja lasten päivähoitosta annetun lain 11 a §:n muuttamisesta

HE 324/1992 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi tapaturmavakuutuslain muuttamisesta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 102/1993 Hallituksen esitys Eduskunnalle työvoimapalvelulainsäädännön muuttamisesta

HE 236/1993 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 11 §:n muuttamisesta

HE 205/1994 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain muuttamisesta

HE 317/1994 Hallituksen esitys Eduskunnalle laitoshoidon koskevan lainsäädännön muuttamisesta

HE 22/1996 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta

HE 61/1996 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi näkövammaisten kirjastosta

HE 178/1997 Hallituksen esitys Eduskunnalle työvoimapolitiittisen järjestelmän uudistamiseen liittyväksi lainsäädännöksi

HE 66/1998 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta

HE 228/1998 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta

HE 230/1998 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta

HE 137/1999 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaalihuoltolain muuttamisesta ja eräksi niihin liittyviksi laeiksi

HE 33/2000 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta

HE 134/2000 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi toimeentulotuesta annetun lain muuttamisesta

HE 149/2000 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain 14 ja 49 §:n, erikoissairaanhoidon lain 59 §:n ja mielenterveyslain 34 §:n muuttamisesta

HE 184/2000 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kuntouttavasta työtoiminnasta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 169/2001 Hallituksen esitys Eduskunnalle vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden työllistymistä edistäväksi lainsäädännöksi

HE 188/2001 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 7 a §:n muuttamisesta

HE 9/2002 Hallituksen esitys Eduskunnalle Kansaneläkelaitoksen toimeenpanemiin etuuksiin liittyviin tietojen saamista ja luovuttamista koskevien säännösten muuttamiseksi

HE 164/2002 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 225/2002 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi julkisesta työvoimapalvelusta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 236/2002 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi väestötietolain ja henkilökorttilain muuttamisesta

HE 74/2003 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain 4 §:n, sosiaalihuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta

HE 50/2004 Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi

HE 76/2004 Hallituksen esitys Eduskunnalle asumiseen perustuvan sosiaaliturvalainsäädännön soveltamisesta annetun lain ja eräiden siihen liittyvien lakien muuttamisesta

HE 77/2004 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta

HE 164/2004 Hallituksen esitys Eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi annetun hallituksen esityksen

HE 221/2004 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta

HE 226/2004 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista

HE 45/2005 Hallituksen esitys Eduskunnalle työntekijän eläkelain ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 95/2005 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta

HE 131/2005 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi omaishoidon tuesta, laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta sekä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta

HE 164/2005 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi julkisesta työvoimapalvelusta annetun lain muuttamisesta ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 69/2006 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 15 ja 19 luvun muuttamisesta

HE 155/2006 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta

HE 183/2006 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta annetun lain muuttamisesta

HE 234/2006 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kansanterveyslain muuttamisesta

HE 252/2006 Hallituksen esitys Eduskunnalle lastensuojelulaiksi ja eräiksi siihen liittyviksi laeiksi

HE 253/2006 Hallituksen esitys Eduskunnalle sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevaksi lainsäädännöksi

HE 34/2007 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain 29 b §:n ja kansanterveyslain muuttamisesta

HE 119/2007 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi toimeentulotuesta annetun lain muuttamisesta

HE 120/2007 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Kansaneläkelaitoksen oikeudesta saada elatusturvaa koskevia asiakastietoja

HE 37/2008 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain sekä sosiaalihuoltolain 29 b ja 29 d §:n muuttamisesta

HE 128/2008 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain 40 a §:n muuttamisesta

HE 166/2008 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta

HE 188/2008 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain ja kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännösten muuttamisesta

Liite 2

Lait ja hallituksen esitykset

Asetus omaishoidontuesta 318/1993

Laki omaishoidontuesta 937/2005

Sosiaalihuoltolaki 710/1982

HE 74/2003 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain 4 §:n, sosiaalihuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta

HE 40/2004 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta

HE 95/2005 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta

HE 131/2005 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi omaishoidon tuesta, laiksi sosiaalihuoltolain muuttamisesta sekä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta

HE 133/2005 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi perhehoitajalain 2 §:n muuttamisesta

HE 136/2006 Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi omaishoidon tuesta annetun lain 4 ja 6 §:n muuttamisesta

HE 34/2007 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain 29 b §:n ja kansanterveyslain muuttamisesta

HE 37/2008 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain sekä sosiaalihuoltolain 29 b ja 29 d §:n muuttamisesta

HE 166/2008 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 4 §:n muuttamisesta

HE 20/2009 Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta

Informaatio-ohjaus:

Aaltonen, E. (2004). Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004: 3.

Antikainen, E. & Vaarama, M. (1995). Kotihoidon tuesta omaishoidon tukeen: Valtakunnallinen selvitys omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna. Raportteja 172. Helsinki: Stakes.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). Omaishoidontuki. Opas kuntien päättäjille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 30.

Voutilainen, P., Kattainen, E. & Heinola, R. (2007). Omaishoidontuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidontuesta ja sen vaihteluista 1994–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: 28.

Liite 3

Miten sinä vaikutat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin?

Olen hallintotieteiden lisensiaatti (sosiaali- ja terveyshallintotiede) ja teen artikkeliväitöskirjaa asiakkuudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkin asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia ja sitä varten tarvitsen kansalaisten kokemuksia valinnan- ja vaikuttamismahdollisuuksista sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tutkimukseen voi osallistua täyttämällä nettilomake, joka turvaa vastaajan anonymiteetin. Vastausaikaa on huhtikuun loppuun. Jokainen vastaus on tärkeä!

Ystävällisin terveisin,

Katja Valkama, katja.valkama@uwasa.fi, gsm 040 7383 071

Vaasan yliopisto

Hur påverkar du social- och hälsovårdstjänster?

Jag är förvaltningslicentiat (social och hälsovårdsadministration) och håller på att skriva doktors avhandling om hur man bemöter kunder i social och hälsovården. Jag undersöker medborgarnas möjligheter att påverka och därför behöver jag deras erfarenheter om val- och påverkansmöjligheter inom social och hälsovården. Du kan delta i undersökningen genom att fylla i ett e-frågeformulär, som försäkrar anonymiteten. Besvarningstid är till 30.4.2010. Varje svar har betydelse!

Med vänliga hälsningar,

Katja Valkama, katja.valkama@uwasa.fi, gsm 040 7383 071

Vasa universitet

Liite 4

Asiakkaan ääni

Tällä lomakkeella kerätään tietoa kansalaisten/asiakkaiden vaikuttamismahdollisuuksista suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Taustatiedot

Sukupuoli

Mikä on syynä jäsenyyteenne yhdistyksessä ?

Onko kyseessä

- oma sairaus/vamma
- läheisen sairaus/vamma
- ammatillinen kiinnostus
- muu syy

Valinnanmahdollisuudet

Koetteko, että voitte valita seuraavien tahojen tarjoamista palveluista tai tukimuodoista itsellenne tai läheisellenne sopivimman vaihtoehdon ?

	Kyllä	En	En ole käyttänyt	Miksi?
Terveyskeskuksessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Keskussairaalassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Erityishuoltopiirissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kunnallisessa sosiaalitoimessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kelassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Yksityisellä lääkäriasemalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Työterveyshuollossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Yliopistollisessa sairaalassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Yksityisissä palveluissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Oletteko joskus kieltäytyneet jostakin palvelusta, tuesta tai hoidosta?

- Kyllä
- Ei

Jos olette, mistä ja mitä siitä seurasi?

Vaikuttaminen

Koetteko voivanne vaikuttaa omaan tai läheisenne hoitoon, kuntoutukseen tai palveluihin? ?

	Kyllä, paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Ei ole kokemusta palveluntarjoajan palveluista
Terveyskeskuksessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erikoissairaanhoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erityishuoltopiirissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunnallisessa sosiaalitoimessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kelassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityisellä lääkäriasemalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työterveyshuollossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityisissä palveluissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Oletteko joskus yrittäneet vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin? Arvioikaa käyttämänne keinon toimivuutta kouluarvosanalla 4-10. ?

	Kyllä	Ei	Kouluarvosana
Keskustelemalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Suullisella valituksella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kirjallisella valituksella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kirjallisella oikaisupyynnöllä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Osoittamalla mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Allekirjoittamalla nimilistoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Osallistumalla järjestötoimintaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Äänestämällä kunnallisvaaleissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Äänestämällä eduskuntavaaleissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Vaihtamalla palveluntarjoajaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Kieltäytymällä palvelusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Ottamalla yhteyttä kunnallisiin päättäjiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Ottamalla yhteyttä kansanedustajaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Kirjoitamalla mielipidekirjoituksia

Tekemällä kuntalaisaloitteen

Muulla tavalla, miten? Arvioi toimivuutta.

Rooli

Millaisena näette itse roolinne sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujenkäyttäjänä?
Voitte valita useampia vaihtoehtoja.

- Aktiivinen
- Passiivinen
- Kumppani
- Potilas
- Hoidokki
- Asiakas
- Asiantuntija
- Hankala
- Haasteellinen
- Helppo
- Mukautuvainen
- Vaativa
- Kuluttaja
- Käyttäjä
- Tasa-arvoinen
- Epätasa-arvoinen

Millaisena ajattelette, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat näkevät teidät?
Voitte valita useampia vaihtoehtoja.

- Aktiivinen
- Passiivinen
- Kumppani
- Potilas
- Hoidokki
- Asiakas
- Asiantuntija

- Hankala
- Haasteellinen
- Helppo
- Mukautuvainen
- Vaativa
- Kuluttaja
- Käyttäjä
- Tasa-arvoinen
- Epätasa-arvoinen

Keiden palveluntarjoajien kanssa koette olevanne tasa-arvoinen?

Keiden kanssa ette koe olevanne tasa-arvoinen?

Lopuksi

Muuta kommentoitavaa?

Kiitos vaivannäöstänne!!

Tietojen lähetys

Kiitos arvokkaasta vastauksestasi!

Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa

Katja Valkama

ABSTRACT

The Finnish welfare system has encountered radical changes, for example the central government transfer system was rearranged and the legislation regulating municipalities was altered. Economic difficulties together with ideas adapted from the private enterprises and neo-liberalism have challenged the system to alter. Simultaneously there has been great emphasis towards a client/customer centered approach. Welfare policies change according to the societal values. The instrument for change is language. Terms used shape images and change attitudes towards citizens, and the way the organization functions and perceives customership. The aim with this article is to examine the change that has taken place in the defining of the citizen in the legislation and other official documents directing and guiding social and health services. Different laws, reports, state guidelines comprise the data. Finally the ways these changes challenge the present social and health sector are deliberated.

The citizen, needing and using social- and health services, is called "asiakas". The Finnish term "asiakas" refers to two English terms; client and customer. The double meaning of the Finnish term makes the rhetoric ambiguous. The use of the term creates an illusion for the citizen to behave as a customer and expect customer oriented services. For the service providers the

use of the term creates an image of customer centered activity.

The social and health managers are responsible and accountable for the adequate provision of social- and health services regulated by the legislation. To be able to provide the best possible services the managers should be aware of the changes behind the rhetoric and its effects on the citizens and service providers. The different connotations create diverse understandings concerning the services. Efforts should be taken to synchronize the different understandings to make co-operation easier with the client-customer.

JOHDANTO

Suomalainen sosiaali- ja terveysjärjestelmä on viimeisten vuosikymmenien aikana läpikäynyt suuria muutoksia. Muutoksen käsitteellä kuvataan muutuvia organisointitapoja, rakenteita ja toimintatapoja. Muutos sinällään kuvaa vain olosuhteiden ja ihmisten olomuodossa tapahtunutta siirtymää, mutta ei ota kantaa ilmiön laatuun. Muutos voi siis olla siirtymää parempaan tai huonompaan. Joku näkee tapahtuneet muutokset kehityksenä, joku toinen taas Pohjoismaisen hyvinvointivaltion murentumisena (Julkunen 2006a, 56–61).

Järjestelmän muuttuessa on virinnyt keskustelu siitä, miksi palveluja, hoitoa ja tukea tarvitsevia kansalaisia tulisi nimittää. Järjestelmän asiakkaana voi

olla lastenneuvolapalveluja käyttävä odottava äiti tai pieni lapsi, katkaisuhoidossa oleva päihteiden väärinkäyttävä, toimeentulotukea hakeva kansalainen, kauneusleikkauksia ostava asiakas tai suljetulla osastolla oleva mielenterveysongelmainen. Sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkuus on siis hyvin monimuotoista. Yhteiskunnassa on tapahtunut rakenteellisia, hallinnollisia ja retorisia muutoksia, jotka määrittävä kansalaiset asiakkaiksi (client, customer), potilaiksi (patient), palvelujen käyttäjiksi (user) ja jopa kuluttajiksi (consumer). Pääsääntöisesti asioivista kansalaisista käytetään sosiaali- ja terveydenhuollossa termejä asiakas ja potilas. Artikkelissa potilaskin tiivistetään asiakkaaksi, jonka asiointi terveyspalveluissa perustuu terveydenhuollon erityisosaamisen tarpeeseen terveydentilansa vuoksi (ks. Ruotsalainen 2000, 15). Asiakastietoja koskevassa laissa (159/2007, 3§) asiakkaaksi määritellään sekä asiakas että potilas.

Hyvinvointipolitiikka muuttuu yhteiskunnallisen eettisen arvonperustan muutoksen kautta. Muutoksen välineenä toimii kieli. Käytettävät käsitteet muokkaavat mielikuvia ja vaikuttavat sitä kautta järjestelmän toimintaan sekä organisaation ja sen henkilöstön suhtautumiseen kansalaisiin (Fountain 2001, 56; Julkunen 2006a, 98). Retorinen muutos voi tapahtua nopeasti, mutta saman muutoksen sisäistäminen käytännön ja toiminnan tasolla ei tapahdu samaan tahtiin (Pohjola 1993, 90). Ajatuksena asiakkuus ja kuluttajuus ovat liberalistisen ja kapitalistisen yhteiskunnan näkökulmasta varsin positiivisia määreitä, mutta yhdistettynä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin niihin liittyy muita, kenties negatiivisiakin, konnotaatioita ja seurauksia.

Nimitysten moninaisuus saa tutkijan pohtimaan asiakkaan erilaisia rooleja, niissä tapahtuneita muutoksia ja niiden vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa, sen organisoinnissa ja hallinnassa. Tässä artikkelissa¹ pohditaan muuttuneen ja alati muuttuvan asiakkuuden vaikutuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tarkastelu rajataan yksittäisen kansalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät siten sosiaali- ja terveydenhuollon muut asiakkaat, muun muassa toiset organisaatiot ja organisaatioiden sisällä toimivat yksiköt. Vastauksia haetaan siihen miten asiakkuus on muuttunut erityisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavan lainsäädännön ja normiohjauksen retoriikassa sekä suhteessa muuhun asiakkuuteen ja miten muutokset haastavat nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon.

Analyysi keskittyy viime vuosikymmenien aikana tapahtuneeseen asiakkuuden määrittelyyn sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavassa lainsäädännön ja ohjeistuksen retoriikassa. Analyysissä haettiin dokumenteista kansalaisen roolia määrittäviä termejä, laskettiin määriä ja analysoitiin sisällöllisesti termien käyttötarkoitusta ja asiayhteyttä. Lisäksi aineistona käytettiin aikaisempia tutkimuksia asiakkuudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa, lainsäädäntöä sekä kirjoittajan lisensiaatintutkimuksen² tuloksia.

KANSALAISEN MÄÄRITELMÄ

Sosiologi T. H. Marshall (1963) pohti kansalaisuuden käsitettä ja sen kehittymistä Englannissa luentosarjansa ensimmäisessä osassa taloustieteilijä Alfred Marshallin muistojuhlissa Cambridgessa vuonna 1949. Luennossaan T. H. Marshall määritteli kansalaisuuden yhteisön täysivaltaisille jäsenille suotuna statuksena ja kuvasi kansalaiskäsitteen kehittymistä seuraavien vaiheiden kautta. Yleinen kansalaisuus (civil citizenship), johon Marshall yhdistää henkilökohtaiseen vapauteen liittyvät oikeudet mm. sanavapauden ja omistusoikeuden, kehittyi 1700-luvulla. Seuraavalla vuosikymmenellä kansalaisten poliittisten oikeuksien lisääntyessä voitiin puhua poliittisesta kansalaisuudesta (political citizenship). Länsimaisen hyvinvointivaltion myötä 1900-luvulla kehittyi sosiaalinen kansalaisuus (social citizenship). Kansalaisuuden poliittinen ja sosiaalinen aspekti ovat kuitenkin kehittyneet pääasiassa rinnakkain ja limittäin, joten jako eri vuosisadoille ei noudata loogista vaan historiallista järjestystä. (T. H. Marshall 1963, 71–72, 78–79, 84.)

T. H. Marshallin kansalaisuuden kolmijako on antanut vaikutteita nykyäänkin käytössä olevaan käsitykseen kansalaisuuden sisältämisestä poliittisista, sosiaalisista ja vapausoikeuksista. Kansalaisuutta määrittävät kansalaisen oikeuksien lisäksi velvollisuudet ja osallisuus omia asioita koskevaan päätöksentekoon (Valokivi 2008, 52). Osallisuus ja oman äänen kuuluville saaminen voidaan ymmärtää Hirschmanin (1970) voice vaikuttamismahdollisuutena. Toinen vaikuttamismuoto, exit, puolestaan kytkeytyy yleisimmin asiakkuuteen, jolloin tyytymättömyyden ilmaus ilmenee asiakassuhteesta poistumisena.

Lainsäädännössä kansalainen määritellään muun muassa asiakkaaksi, potilaaksi, palvelujen käyttäjäksi ja joissakin tapauksissa palvelujen maksajaksi

(ks. esim. Lastensuojelulaki 417/2007, Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989, Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987). Näkökulma poikkeaa perinteisestä byrokraattisesta katsantokannasta, jossa kuntalainen nähtiin lähinnä hallintoalamaisena. Huuskonen, Ijäs ja Lehtoranta (1997, 10) määrittelevät hallintoalamaisuuden kansalaisuuden käänköpuoleksi. Kansalaisuus merkitsee oikeuksia, kun taas hallintoalamaisuus velvollisuuksia. Alamainen on alistainen jollekin itseään vahvemmalle vallalle yleensä hallitsijalle. Suomessa 1900-luvun vaihteeseen saakka valtio ja kirkko ylläpitivät hallitsijan ja alamaisten yksityisoikeudellista ja paternaalista suhdetta. Perinteinen suomalainen auktoriteettiasetelma perustuu keskitettyyn, kollektiiviseen ja persoonattomaan byrokraatiaan. Poliittinen kulttuuri muuttuu hitaasti ja vasta 1980-luvulle ajoittuu kansanvaltaistuminen ja kansalaisten irtautuminen alamaiskulttuurista. Samalla valtion esivaltarooli pieneni ja muuttui yhteiskunnalliseksi palvelulaitokseksi. (Nousiainen 1983, 10–11.)

ASIAKKUUDEN RETORINEN MUUTOS

Asiakaslähtöisyydestä on muodostunut toimintaa määrittävä tekijä sosiaali- ja terveydenhuollossa ja asiakas-termin käyttö on vakiintunut osaksi sektorin arkipäivää. Etymologisesti latinankielinen sana *clentum* ilmentää riippuvuutta toisista ihmisistä. (Pohjola 1993, 62; Beber, Kraetchmer, Urowitz & Sharpe 2005, 347). Asiakkaalla on tarpeita, joiden tyydyttämiseksi hän tarvitsee toisia ihmisiä. Suomenkielessä asiakas-käsitettä käytetään myös kaupankäynnin ja markkinoinnin kohteena olevasta henkilöstä (*customer*). Englanninkielinen *customer* eroaa *client*-termistä siinä, että *customer* määritellään kuluttajamaisiin valintoihin kykeneväksi, kun taas *client* on selkeästi suojatin asemassa (Hasenfeld, Rafferty & Zald 1987, 401–403). Tämä asiakas-termin kahtalainen merkitys aiheuttaa eroja tulkinnoissa.

Asiakkaalla tarkoitetaan perusmerkityksessään tuotteen tai palvelun vastaanottajaa, joka hyötyy käyttämästään tuotteesta tai saamastaan palvelusta sekä maksaa siitä. Asiakkaalla on monenlaisia odotuksia palvelua kohtaan, joista osa pohjautuu asiakkuuteen retorisesti liitettyihin oletuksiin. Palvelu määritellään aineettomaksi prosessiksi tai toimintasarjaksi, joka tuotetaan, kulutetaan ja koetaan osittain samanaikaisesti. Asiakas eli palvelun vastaan-

ottaja on aina osallisena palveluprosessissa. (Nikkilä & Paasivaara 2007, 25–26.) Julkiset palvelut puolestaan muodostavat sen konkreettisen rajapinnan, jossa hallinto muuttuu käytännöksi. Julkinen hallinto on suomalaisen poliittis-hallinnollisen jaon mukaan velvollinen huolehtimaan poliittisen päätöksen teon implementoinnista. (Vartiainen 1992, 35; Kananoja 1997, 119; Metteri 2000.) Julkisessa hallinnossa palvelun käsitteellä viitataan organisaation toiminnan onnistuneisuuteen asiakkaan tai kansalaisen näkökulmasta. Palvelukykyä arvioidaan palvelujen riittävyden, oikean kohdentumisen, päätösten oikeellisuuden ja palvelujen laadun perusteella (Nikkilä 1994, 65–66, 97).

Asiakas-termiä käytetään aktiivisesti nykyisessä sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavassa lainsäädännössä ja normiohjauksessa. Ensimmäiseksi termi lisättiin lakeihin asiakasmaksuista koskevien lisäysten yhteydessä. Asiakas-käsite ilmestyi Sotilasvammalakiin (404/1948) vuonna 1985, jolloin siihen lisättiin asiakasmaksuja käsittelevä kohta (6a§). Kansanterveyslakiinkin (66/1972) asiakas-termi lisättiin asiakasmaksuista annetun lisäyksen yhteydessä vuonna 1992. Vuonna 2004 lisättiin kansanterveyslakiin kohtia, joissa kotihoitoa saava henkilö määriteltiin asiakkaaksi (13 f § ja 13 g §).

Kuvaavaa 2000-luvulla on ollut asiakas-termin käyttö yhä useammin valintoja tekevänä ja aktiivisesti toimivana yksilönä suhteessa palveluihin. Esimerkiksi sosiaalihuoltolakiin (710/1972) kansalaista kuvaava asiakas-termi lisättiin vuonna 2003 palveluteleitä koskevan uudistuksen yhteydessä. Luvussa 3 a olevassa pykälässä 29 a asiakas voi kieltäytyä tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunta on velvollinen ohjaamaan asiakkaan muulla tavoin järjestettyjen palvelujen piiriin. Kansalaisen oletetaan toimivan aktiivisesti valitsevana asiakkaana.

Lastensuojelulaissa näkyy selkeästi tapahtunut muutos asiakkuus-käsitteen käytössä. Kumotussa lastensuojelulaissa (683/1983) ei käytetty termiä asiakas, mutta uudessa, voimassa olevassa lastensuojelulaissa (417/2007) huostaan otettuja lapsia nimitetään lastensuojelun asiakkaiksi ja vanhempia/huoltajia epäsuorasti asiakkaiksi. Negatiivisten ja tahdonvastaisten toimenpiteiden kohteena olevaa vajaavaltaista kansalaista kutsutaan tässä tapauksessa asiakkaaksi. Asiakassuhteen alkamista kuvataan kuitenkin positiivisessa hengessä asiakkaaksi tulemisena tai valikoitumisena (ks. Heino 2007). Asiakas-termin käyttö kuvastaa termin käsitteellistämistä suhteena, ei niinkään suhteen laatua kuvaavana terminä. Lain tarkoituksena on tur-

vata lapsen kasvuympäristön turvallisuus, lapsen normaali kehitys ja erityinen suojelu. Pakkotoimet lastensuojelun yhteydessä toteuttavat pienimmän pahan periaatetta (Heino 1997, 68).

Terveydenhuoltoon liittyvissä laeissa kansalaisia pääsääntöisesti nimitetään potilaaksi. Lisäksi mielenterveyslaissa (1116/1990) ja vammaisuuteen liittyvissä laeissa (esim. Vammaistukilaki 124/1988, Laki vammaisetuksista 570/2007) ei käytetä termiä asiakas lainkaan. Palvelujen ja hoidon kohteena olevaa henkilöä kutsutaan muun muassa vammaiseksi, pitkäaikaissairaaksi tai mielisairaaksi. Vammaisten kohdalla sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuissa ja oppaissa on kuitenkin käytössä asiakas-termi mm. vammaispalvelujen asiakasmääriä kuvaavissa yhteyksissä, työhallinnon asiakkuutta kuvaavissa yhteyksissä ja viitattaessa lakiin sosiaalipalvelujen asiakkaan asemasta ja oikeuksista (esim. STM 2006, STM 2003).

ASIAKASLÄHTÖISYYS JA ASIAKKUUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Pyrkimys palveluiden asiakaslähtöisyyteen on ollut näkyvissä sosiaali- ja terveydenhuollon normiohjauksessa 1990-luvulta lähtien. Ensimmäisen keran asiakaslähtöisyys kirjattiin osaksi sosiaalihuoltoa jo 1970-luvulla (Valokivi 2008, 20). Asiakaskeskeinen näkökulma syntyi Yhdysvalloissa 1930-luvulla. Aluksi puhuttiin persoonakeskeisyydestä, mutta myöhemmin termi muutettiin asiakaskeskeiseksi ja tämä käsite alkoi levitä eri palveluamattien keskuudessa. Ajatuksena oli, että asiakassuhteessa tuli edetä asiakkaan esiin nostamalla käsitteillä eikä työntekijän omien tulkintojen kautta. (Dryden & Mytton 1999, 57–67.)

Retorisesti asiakaslähtöisyydestä on tullut keskeinen tavoite (Lehto 2000, 35–36). Asiakaslähtöisyydellä voidaan viitata kuluttajamaisesti toimivaan subjektiin, jonka tarpeisiin palveluilla pyritään vastaamaan. Kun julkisten palvelujen käyttäjä nimitetään asiakkaaksi, hänet määritellään yksilöksi, jonka suhde yhteiskuntaan perustuu henkilökohtaisien tarpeiden tyydytykseen julkisten palveluiden kautta. Asiakkaan palvelujen hakeminen perustuu pelkästään yksilön oman edun tavoitteluun (Aberbach & Christensen 2005, 226). Kansalaisen määrittely asiakkaaksi johtaa ajatukseen oikeuksista, mahdollisuudesta esittää toiveita, valita, vaatia ja valittaa huonosta palvelusta tai kokemuksesta.

Julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyy

asiantuntijoiden jatkuva läsnäolo, jota ilman koko palveluprosessia ei olisi. Esimerkkeinä asiantuntijapalveluista mainittakoon mielenterveyspalvelut, lastensuojelu, kuntoutus ja terveydenhuollon palvelut. Näissä palveluissa vastuuta ei voida luontevasti siirtää kokonaan asiakkaana olevalle kansalaiselle. Tämän vuoksi, kun muissa julkisissa palveluissa puhutaan asiakaskeskeisyydestä tai kuluttajuudesta, päädytään asiantuntijaorganisaatioissa käytännössä tekemään pelkästään argumentaatiomuutosta tai helppoa asennemuutosta. (Suikkanen 2003, 51–52.) Asiakaslähtöisyys ilmenee käytetävissä retoriikassa, vaikka kohtaaminen pysyy entisellään. Monet tarpeelliset toiminnot ovatkin ristiriidassa asiakaslähtöisyyden kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on pystyttävä toimimaan monenlaisissa haastavissa ja ristiriitaisissakin tilanteissa, jopa tahdonvastaisesti. Tämä edellyttää moraalista päätöksentekokykyä, johon vaikuttavat organisaation toimintapolitiikka, muut toimijat ja yksilön oma ammattietiikka ja moraalit. Vaikka pakkotoimet edellyttävät tahdonvastaisia ja yksilön yksityisyyttä rikkovia toimia, toiminnan perusmotiivi pysyy ennallaan. (Heino 1997, 66–69.) Sosiaali- ja terveydenhuollon perustehtävänä on yhteiskuntarauhan ja turvallisuuden säilyttäminen sekä kansalaisten hyvinvointi. Asiakaslähtöisyys on vahvasti mukana sosiaali- ja terveydenhuollon normiohjauksessa, mutta sitä joudutaan soveltamaan sektorin alan eettisen normiston, toiminnan tavoitteiden ja päämäärien mukaan.

Asiakkaan ja palvelun tuottajan suhde sosiaali- ja terveysalalla poikkeaa muusta julkisesta palvelun tuotannosta, koska palvelujen käyttäjä on pulmiensa vuoksi riippuvaisempi palvelujen antajasta kuin palvelusektorin asiakkaat yleensä (Outinen ym. 1994, 59). Palvelun saaminen perustuu julkisessa palveluntuotannossa viranhaltijan päätökseen (Pajukoski 2004, 193). Laadukkaat palvelut nähdään asiakaslähtöisinä, mutta sitä, millaisista tekijöistä asiakaslähtöisyys syntyy, ei normiohjauksessa pääsääntöisesti määritellä. Julkishallinnon informaatio-ohjaus on muodoltaan yleisluontoista. (Sulkunen 2006, 27). Ohjeistuksen yleisluontoisuuden vuoksi tuomiovallasta on tullut tärkeä palveluiden laissa epämääräisesti mainittujen tarpeiden tasojen määrittelijänä (Alavaikko 2006, 44–45). Ruotsalainen (2000, 16) tulkitsee, että asiakaskeskeisyydellä viitataan asiakkaan keskeiseen asemaan palveluja järjestettäessä. Palveluiden ja hoidon lähtökohtana tulisi olla asiakkaan tarpeet.

Asiakkuus on kuitenkin ominaisuus, joka helpos-

ti yleistetään, vaikka retorisesti pyritään painottamaan palveluissa yksilökohtaisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Palveluiden näkökulmasta asiakkuus kuitenkin määrittää yksilön. Järjestelmä havaitsee ja määrittelee toimintansa kannalta keskeiset kiinnostuksen kohteet, jota kautta määrittyy asiakkaan rooli. Asiakkuuden roolista tulee helposti hallitsevin ja järjestelmän kannalta ainoa yksilöä määrittävä käsite. (Pohjola 1993, 65.)

Humanistisen ideologian periaatteilla asiakas määrittyy aktiiviseksi, toimivaksi, tietoiseksi ja osallistuvaksi. Konkreettisesti palveluissa sama ideaalinen asiakas määrittyy pääsääntöisesti ongelmakie- len kautta. Toiminnan kohteena ovat kuntoutujat, monivammaiset, päihdeäidit ja yksinhuoltajat. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas mielletään jollakin tavalla poikkeavana ja erityisenä. Asiakas ei yleensä sovi normaaliuden määritteeseen. (Pohjola 1993, 65–66.) Työn vaativuus ja pyrkimys toiminnan tehostamiseen edellyttävät käyttökelpoisten toimintatapojen kehittämistä ja käyttämistä. Luodaan suoraviivaisia ja hyväksyttävä toimintamalleja, jolloin asiakkuus ymmärretään yleistettynä standarditapauksena. Järjestelmä vastaa tarpeeseen tarjoamalla asiakastyypin mukaisia kaavamaisia standardipalveluita. Mäntysaari (1998, 15) varoittaa palveluiden liian pitkälle viedystä standardoinnista, joka ei vastaa kenenkään tarpeita tai etua.

Kansalaisilta edellytetään aktiivisuutta ja suurempaa vastuuta hyvinvoinnistaan. Samalla myös kansalaiset ovat entistä tietoisempia mahdollisuuksista, lainsäädännöstä ja julkisten palvelujen veloitteista. He osaavat myös vaatia aikaisempaa enemmän. Palvelujärjestelmän tuki kohdennetaan yhteiskunnallisen intressin mukaan tarvitseville, oikeutetuille ja ansaitseville. Tällainen kehitys eriar-

voistaa kansalaisia, koska vahvasta oman asianhallinnasta ja kyvystä ajaa sitä tulee palvelujen saattamisen edellytys. Asiakaslähtöisyyden paradoksisiksi muodostuu asiakaslähtöisyyden riippuvuus siitä, millaisin edellytyksin asiakas pystyy omaa etuaan ajamaan. Asiakaslähtöisen palvelutarjonnan piiristä putoavat silloin huonoin toimintaedellytyksin varustetut kansalaiset. (Julkunen 2006b, 28; Valokivi 2008, 78–80.)

ASIAKAS KULUTTAJANA?

Voiko sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevaa ja käytävää kansalaista nimittää kuluttajaksi? Asiasta on sosiaali- ja terveydenhuollossa keskusteltu jo pitkään. Kuluttaja-termi kuvastaa toimijoiden välisen suhteen taloudellista luonnetta. Kuluttaja vaihtaa rahaa tarvitsemiinsa kulutushyödykkeisiin. Tämän suhteen kautta syntyy kuluttajan asiakkuus hyödykkeitä tuottavaan tahoon. Kuluttaja on vapaa valitsemaan markkinoilta varojen mukaisesti tarvitsemansa ja haluamansa hyödykkeet. Kansalaisen määrittelemisen kuluttajana suhteessa sosiaali- ja terveyspalveluihin haastaa asiantuntijuuteen perustuvan paternalismin. Kansalainen hyötyisi kuluttajana joustavammista markkinoista ja responsiivisemmasta tarjonnasta. (Clarke, Newman, Smith, Vidler & Westmarland 2007, 2.)

Hasenfeld, Rafferty ja Zald (1987, 401–403) ovat tyypitelleet kansalaisen ja sosiaalipalveluja tuottavien viranomaisten suhdetta nelikentän muodossa. Taulukon 1 nelikentässä jaottelun perusteina ovat molempien osapuolten mahdollisuudet valintoihin. Nelikentällä kuvataan millaisissa kansalaisen ja viranomaisen suhteissa kansalaista kuvaavat käsitteet syntyvät.

Taulukko 1. Kansalaisen ja viranomaisen suhteessa konsturoituja kansalaista kuvaavia käsitteitä (Hasenfeld, Rafferty & Zald 1987, 402).

Viranomaisten liikkumatila palvelujen tarjoajana	Kansalaisen vapaus valita palvelujaan		
		Pieni	Suuri
	Pieni	Hoidokki (inmate)	Kuluttaja (consumer)
Suuri	Saaja, suojatti (Client)	Asiakas (customer)	

Tyypillistä perinteisille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille ovat tilanteet, joissa palvelujen tarvitsijan valinnanvapaus on pieni, mutta viranomaisilla säilyy laaja harkintavaltia. Tällöin syntyy saajan ja suojatin suhde. Kun sekä kansalaisen että viranomaisen valinnanvapaudet ovat vähäiset, syntyy tilanne, jossa palvelujen saaja on hoidokki tai erilaisten laitosten asukki (Hasenfeld ym. 1987, 401). Vielä nykyäänkin löytyy hoidokkimaisia kansanryhmiä, esimerkiksi vaikeasti kehitysvammaiset tai demen-toituneet vanhukset ovat vajaavaltaisia ja kyvyttömiä ajamaan omaa etuaan tai vaikuttamaan palveluihinsa (Ketola 1996, 172–176). Niiranen (2002, 67) on tarkastellut kansalaisen rooleja suhteessa sosiaalipalveluihin. Kun kansalaisella on pieni mahdollisuus valita palveluja (hoidokin ja suojatin asemassa) voidaan suhdetta kuvata myös käyttämällä kohdeasiakkaan käsitettä.

Aito asiakassuhde syntyy silloin, kun sekä tuottajalla että kansalaisella on mahdollisuus valita useista vaihtoehdoista. Asiakas valitsee omista lähtökohdistaan parhaan vaihtoehdon palveluista ja tuottajat puolestaan suuntaavat palvelunsa niille ryhmille, jotka sopivat parhaiten heidän palveluideologiaansa ja -tyyliinsä. Asiakkaan asemassa kansalainen voi toimia pääasiassa asioidessaan yksityisellä sektorilla (Hasenfeld ym. 1987, 401, 403.) Yksityisessä terveydenhuollossa kuluttaja-käsitettä voisi käyttää esimerkiksi plastiikkakirurgisia toimenpiteitä ostavasta asiakkaasta, silloin kun toimenpide perustuu pelkästään asiakkaan haluun muuttaa ulkomuotoaan, jolloin asiakas itse maksaa kokonaisuudessaan toimenpiteestä aiheutuvat kulut.

Kuluttajan roolissa kansalainen voi tehdä itse valintoja ja palveluja tuottavan tahon valinnanvapauksia on rajoitettu. Tämä koskee joitakin sosiaalipalveluja, esimerkiksi lasten päivähoitopalveluja. Kuluttajasuhteelle on tyypillistä, että viranomaiset joutuvat ottamaan vastaan kaikki palveluja haluavat. Kuluttajan roolissa toimiva asiakas kasvattaa menoja ja on julkisen organisaation kannalta epätoivottu asiakas. (Hasenfeld ym. 1987, 401–403.) Kuluttajamaisessa suhteessa kansalainen on esimerkiksi hakiessaan päivähoitoa alle kouluikäisille lapsilleen tai käyttäessään palveluseteleitä tarvitsemiensa palveluiden ostamiseen.

Kuluttajamaisiin valintoihin pystyvältä henkilöltä edellytetään tietoa tarjolla olevista palveluista ja lainsäädännön suomista oikeuksista sekä kykyä vertailla. Kuluttajan aktiivisuus kohdistuu ensisijaisesti omiin palvelutarpeisiin ja niiden tyydyttymi-

seen. Jos hyvinvointijärjestelmää kehitetään kuluttajalähtöisesti, toiminta keskittyy johonkin palveluun tai palvelukokonaisuuteen sen sijaan, että tarkasteltaisiin järjestelmän oikeudenmukaisuutta tai palvelujen vaikutuksia käyttäjään tai käyttäjäryhmään. Kehittämisen keskiössä on tällöin palvelujen responsiivisuus ja asiakastyytyvyyden lisääminen. (Niiranen 2002, 68.)

Kuluttajuus on kuitenkin kansalaisille vieras käsite. Kansalaiset kuvaavat itseään potilaaksi asioidessaan terveydentilaansa liittyvissä asioissa terveydenhuollossa. Asiakas-termiä käytetään kuvattaessa suhdetta muihin hyvinvointipalveluihin, erityisesti sosiaalitoimen alaisiin palveluihin. (Clarke ym. 2006, 121–138.) Suomalainen julkinen sosiaali- ja terveysjärjestelmä ei nykyisellään tarjoa juurikaan mahdollisuutta kuluttajamaiseen toimintaan. (Pajukoski 2004, 194.)

TULOSJOHTAMISTA, KILPAILUTUSTA JA LAADUKKAITA PALVELUJA

Asiakkuuteen ja sen käsitteellistämiseen vaikuttavat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä ja sen hallinnassa tapahtuneet muutokset. Asiakkuuden määrittelyt, niissä tapahtuneet muutokset ja muutoksien lähtökohdat ovat suoraan riippuvaisia yhteiskunnassa tapahtuneista ideologisista muutoksista, joita lyhyesti tarkastellaan seuraavaksi. Suurin muutoksen alulle panija oli 1980-luvulla alkanut huoli hyvinvointivaltion kriisistä. Julkinen sektori oli kasvanut hallitsemattomiin mittoihin ja sen kasvua haluttiin rajoittaa. Julkista hallintoa ja palveluita haluttiin tehostaa, kehittää asiakaslähtöisemmiksi ja lisätä kansalaisten mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa. Toimintamalleja haettiin yrity maailmasta liiketaloustieteen puolelta. Muutosten kautta on pyritty irrottamaan julkinen hallinto perinteisestä hallintoviranomais-hallintoalaimais-suhteeseen perustuvasta traditiosta. (Ryynänen 1993, 40.)

Julkinen hallinnon tulee liikkeenjohdollisen ajattelutavan mukaan muuttua byrokraattisesti johdetusta järjestelmästä tulosjohdetuksi järjestelmäksi (Niiranen 1995, 178). Tällainen ajattelutapa haastaa sekä perinteisen hyvinvointivaltion käsitteen että kansalaisen käsitteen. Uusi retoriikka on kyseenalaistanut perinteisen hyvinvointivaltiodiskurssin. Hyvinvointivaltion tulisi muuttua markkinoiden kaltaiseksi tuotantosysteemiksi ja kansalaisen puolestaan toimia asiakkaana monipuolistuvilla

hyvinvointimarkkinoilla. (Eriksen & Loftager 1996, 8; Aberbach & Christensen 2005, 226–227.)

Julkiseen hallintoon kohdistuneet vaatimukset tiivistyivät uusliberalistisiin ajatuksiin perustuvaan julkisjohtamiseen (esim. New Public Management). Asiakkuus/kuluttajuus ja yksilön vapaus valita ovat keskeisiä tekijöitä legitimoimassa uusliberalistista ajattelua. Suuntauksen keskeisinä tavoitteina ovat muun muassa pyrkimys julkisen sektorin kasvun hillitsemiseen ja sektorin palvelujen tuottamista-pojen moninaistamiseen. (Hood 1991, 3–4.)

Käsitteet asiakas ja kansalainen eroavat sisällöltään toisistaan, koska kansalainen tarkastelee lähtökohtaisesti yhteiskunnallisia ilmiöitä, esimerkiksi palveluita, yleisen hyvän näkökulmasta huomioiden asioiden tilan pitkällä aikavälillä. Asiakkaalla tarkastelun lähtökohtana ovat hänen omat toivensa ja tarpeensa ja se, miten ne voisi tehokkaimmin ja nopeimmin tyydyttää. (Denhardt & Denhardt 2001, 397.) Asiakkuus on käsite, joka on lähtöisin markkinoilla toimivasta yritysmaailmasta. Asiakas on yrityksen toiminnan kannalta merkittävä osapuoli, jonka toimintaan yritys pyrkii omalla toiminnallaan vaikuttamaan. Yrityksen pääasiallinen funktio on kuitenkin viimekädessä tuottaa voittoa omistajilleen, ei niinkään asiakkaan tarpeisiin vastaaminen. Tähän pyritään optimoimalla panostuksella saavutettava tuotos. Tuotosta lisätään pyrkimällä tyydyttämään asiakkaiden tarpeita ja haluja tiettyyn pisteeseen saakka. (Cox 1995, 93.) Käsitteen siirtymisellä arkipäiväiseen retoriikkaan on käytännöllisiä vaikutuksia, koska käsitteet luovat mielikuvia ja sitä kautta vaikuttavat kaikkien osapuolten toimintaan.

Uusi julkisjohtaminen on saanut erilaisia ilmentymiä eri puolilla maailmaa. Pollit ja Bouckaert (2004, 97–99) tarkastelivat 12 valtiota ja ryhmittelivät maiden hallinnossa tapahtuneet muutokset neljään eri tyyppiin. Konservatiiviset säilyttäjät pyrkivät ylläpitämään tasapainoa parantamalla nykyisen järjestelmän toimintaa ja rakennetta. Modernisoijat puolestaan uskovat valtion keskeiseen rooliin, mutta haluavat perusteellisesti muuttaa hallinnollista rakennetta. Muutokset liittyvät pääasiassa budjetointiin, tuloksellisuuteen, desentralisointiin ja laadun parantamiseen asiakkaan näkökulmasta.

Markkinavetoiset valtiot uskovat vapaaseen kilpailuun ja haluavat tuoda julkiselle sektorille niin paljon kilpailua kuin mahdollista. Valtiot suosivat näennäismarkkinoita, laajamittaista sopimuksellisuutta, suoriteperusteisia palkkiojärjestelmiä ja tekniikoita, jotka ovat suoraan yksityiseltä sektorilta.

Minimalistisen mallin suosijat haluavat yksityistää julkista sektoria niin pitkälle kuin se on mahdollista. Vain sellaiset toiminnot, joita yksityiset eivät halua tai pysty hoitamaan säilyvät julkisen sektorin hallinnassa. (Pollit & Bouckaert 2004, 97–99.)

Pollit ja Bouckaert (2004, 99–100) tekevät eron valtioiden New Public Managementiin pohjautuvien ajatusten implementoimisen tason mukaan. Suomi lukeutuu niin sanottuihin uusweberiläisiin valtioihin (Neo Weberian State, NWS), jotka eivät ole suinkaan pudonneet NPM vetoisesta kehittämisestä. NWS-modernisoijille on tyypillistä muun muassa valtion roolin ja edustuksellisen demokration vahvistaminen sekä siirtyminen byrokraatiasta kansalaislähtöiseen toimintaan kehittämällä kansalaisten suoria vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuuksia. Suomessakin on NPM vaikuttanut toimintatapoihin, mutta muutos on ollut huomattavasti maltillisempaa ja suunnaltaan poikkeavaa markkinamekanismeja suosiviin valtioihin verrattuna. Muutos on kuitenkin selkeä aikaisempaan verrattuna ja huoli sosiaalipolitiikan muuttumisesta eissosiaalipolitiikaksi on aiheellinen (Koskiahho 2008, 15, 169–172).

Julkiset palvelut perustuvat julkisen sektorin tehtävään yhteiskuntajärjestyksen turvaajana ja hyvinvoinnin tuottajana. Lainsäädäntö ohjaa ja velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita. Perustuslain mukaan kunta on velvollinen järjestämään riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (Perustuslaki 731/1999). Palvelujen laatua ja määrää määritellään säännöksiin, mutta osittain ohjaus on pelkätään suuntaa-antavaa (Sulkunen 2006, 27). Johtamisella on organisaatiossa sama tehtävä kuin hallinnolla yhteiskunnassa, se vastaa lainsäädännöllisten velvoitteiden ja normiohjauksen edellyttämien tavoitteiden ja tehtävien implementoinnista (Nikkilä & Paasivaara 2007, 53).

Uusi julkisjohtaminen voidaan nähdä yläkäsitteenä kilpailutusta hyödyntävälle toiminnalle ja talousohjaukselle julkishallinnossa. Managerialismia ja tulosvastuullisuutta painottavan johtamiseksi taustaoletuksena on ajatus, että soveltamalla yksityisen sektorin johtamiskäytäntöjä ja kilpailuttamalla tuotantoa voidaan tuottaa asiakkaan kannalta laadukkaampia palveluita. (Niiranen 2002, 75; Ihalainen 2007, 59.) Kansalainen toimii palvelumarkkinoilla vaativan kuluttaja-asiakkaan ominaisuudessa, valiten itselleen tarpeelliset ja sopivimmat vaihtoehdot (Eräsaari 2006, 89, 93).

Julkista hallintoa tulee NPM:n tehokkuusperiaatteen mukaisesti arvioida tehokkuuden, taloudel-

lisuuden ja vaikuttavuuden kriteeristöjen kautta (Lähdesmäki 2003, 284). Markkinaliberalismin soveltaminen kutistaa sosiaali- ja terveydenhuololle tyypillistä professionaalisen tiedon roolia, asiantuntijuuteen perustuvaa harkintaa sekä kontrollia ja vastaavasti lisää johtajien valtaa, tulos-, kustannus- ja vaikuttavuusvastuuta sekä ulkoiseen arviointiin liittyviä toimintoja. (Julkunen 2006a, 99.)

Tulosjohtamisen lisäksi huomio kiinnittyi palvelujen laatuun. Laatujohtaminen (Total Quality Management) tiivistyy johtamisfilosofian keskiöön eli laatuun, erityisesti asiakkaiden rooliin laadun määrittelijänä. Tärkeitä kriteereitä palvelujen laadulle ovat vastaavuus asiakkaiden tarpeisiin ja vaatimus palvelujen yhdenmukaisuudesta ja virheettömyydestä. Laadun kehittämiseen osallistuvat kaikki organisaation toimijat johdosta työntekijöihin. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 27, 49–54.)

Laatujohtamisideologiaa ja perinteisiä sosiaali- ja terveyspalveluja yhdistää asiakasnäkökulman painottaminen. Laatujohtamisen sisäänrakennettu uusliberalistinen ajatus asiakkaasta kuluttajana aiheuttaa kuitenkin eroavuuksia. Sosiaali- ja terveyspalveluissa palvelujen vaihtoehdottomuus, valinnanvapaudettomuus, resurssien niukkuudesta johtuva priorisointi ja vähäiset vaikuttamismahdollisuudet palveluihin rajoittavat kuluttajaksi määrittelyä. (Mäntysaari 1998, 13.) Kuluttajan oletetaan myös haluavan ja pystyvän maksamaan kuluttamansa hyödykkeen tai palvelun (Lähdesmäki 2000, 32) mikä sosiaali- ja terveyspalveluissa johtaisi kansalaisten jaottelun taloudellisista syistä eriarvoiseen asemaan. Uudistusten myötä julkisen sektorin johdon vastuu on lisääntynyt. Julkinen toiminta on perinteisesti nähty hallinnontina, mutta palveluvastuu on merkinnyt huomion kiinnittämistä asiakkuuteen ja asiakaslähtöisyyteen yhä enenevässä määrin. Palveluvastuu on osa tulosvastuuseen liittyvää vaikuttavuusvastuuta. Palveluajattelu on osoitus kansalaisen aseman vahvistumisesta ja toimintojen pyrkimyksestä asiakaslähtöisyyteen (Kivelä 1993, 44–47.)

1990-luvun laman myötä kunnat ryhtyivät säästötalkoisiin. Laskettiin yksikkökustannuksia ja verrattiin eri palvelumuotojen kustannuksia toisiinsa. Tarjouskilpailuttamista kunnissa ovat säästämisen lisäksi motivoineet palvelujen hankintalain velvoitteet, lisääntyvä palvelujen tarve sekä tietoisuus uusista mahdollisuuksista. Tilaaja-tuottajamallista on muodostunut Suomessa käytetyin malli kilpailuttamiselle. Tilaaja-tuottajamallia on käytetty pitkään muissa maissa, esimerkiksi Iso-Britanniassa suoravii-

vainen tilaaja-tuottajamalli hylättiin jo 1990-luvun alussa heikkona kilpailutuksen keinona, joten maiden kokemuksia olisi ollut syytä tarkastella analyttisesti ennen mallin suoraa kopioimista. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat vaikeasti määriteltävissä ja asiakkaan näkökulmasta tilaaja-tuottajamallin soveltaminen ei tuo parhaiten tarpeisiin vastaavia vaihtoehtoja. (Koskiahho 2008, 175–187.)

HAASTEITA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Merkittäviä muutoksia on tapahtunut sosiaali- ja terveyspalveluiden hallinnossa ja palveluita käyttävien kansalaisten määrittelyissä. Hallinnollisilla muutoksilla on pyritty tehostamaan toimintaa ja lisäämään tuottavuutta. Lisäksi asiakkuutta painottavalla retoriikalla pyritään lisäämään toiminnan asiakaslähtöisyyttä ja sitä kautta laatua. Yksilöllisyyttä ja yksilön omaa vastuuta painottava kulttuuri on saanut jalansijaa Suomessakin. Edellä mainittujen seikkojen lisäksi johdon vastuulla on organisaation perustehtävän suorittamisesta lainsäädännön ja strategioiden mukaisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavat lainsäädännön lisäksi eettiset normit ja Pohjoismaiseen hyvinvointiyhteiskuntaan liittyvät arvot. Pohjoismaiselle hyvinvointietokselle tyypillisiä arvoja ovat oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, inhimillisuus, ihmisarvon kunnioittaminen ja heikompien tukeminen. Kansalaisen näkökulmasta sosiaali- ja terveysalan johtajalta edellytetään vahvaa sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen koodin, yhteiskunnallisten arvojen ja johtamistyön osaamista. Alati muuttuva asiakkuus haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon sektoria monella eri tavalla. Tärkeimpiä haasteita kansalaisen näkökulmasta ovat (ks. taulukko 2) asiakkaaksi nimeämisen seurauksien ymmärtäminen, asiakaslähtöisyyden implementointi ja toiminnan muuttaminen retoriikan mukaiseksi, aktiivisen asiakkaan ja kuluttaja-kansalaisen toiminnan edellytysten tunnistaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eettisen arvoperustan säilyttäminen.

Kansalaisesta asiakkaaksi

Lainsäädännössä, suosituksissa ja ohjeistuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävää kansalaista nimitetään yleensä asiakkaaksi. Asiakkuus on monelta elämän alueelta tuttu käsite, joka on

Taulukko 2. Asiakkuudessa tapahtuneita muutoksia ja haasteita.

Muutos asiakkuudessa	Muutoksen aiheuttama haaste	Kehittämisehdotuksia
Kansalaisesta asiakkaaksi	<ul style="list-style-type: none"> asiakkaaksi nimeämisen pakkoasiakkuus asiakkuuden moninaisuus 	<p>Tiedostettava, että kansalaisten nimeäminen asiakkaaksi aiheuttaa asiakasmaista käyttäytymistä.</p> <p>Terminologiaa tulisi uudistaa, jolloin asiakkuutta ei yhdistetä pakko- tai tahdonvastaisiin toimenpiteisiin.</p> <p>Erilaiset asiakkuudet ja niiden merkitykset toiminnalle sekä toimintaa ohjaaville normeille ja arvoille tulee tunnistaa.</p>
Asiakslähtöisyys	<ul style="list-style-type: none"> asiakkaan asiantuntijuus toiminnan järjestelmäkeskeisyys asiakkaiden tasa-arvoinen ja oikeudenmukainen kohtelu 	<p>Toiminnan tulee perustua dialogiin ja asiakkaan kunnioittamiseen. Asiakkaan omalle äänelle tulee antaa tilaa. Palvelujärjestelmässä toimivien tulee tunnistaa ammattiin liittyvä vallankäyttö ja sen seuraukset.</p> <p>Toimintaa tulee kehittää aidosti asiakaslähtöiseksi purkamalla rakenteita ja piintyneitä käyttäytymismalleja.</p> <p>Kriteeristöjen tulee olla selkeitä. Alueellisia eriarvoisuuksia voidaan poistaa alueellisella yhteistyöllä. Standardoituja toimia tulee tarkastella kriittisesti ja kehittää sekä suosia asiakaskohtaisia palveluja.</p>
Aktiivinen asiakas	<ul style="list-style-type: none"> asiakkaiden osaamisen ja tiedon lisääntyminen heikot ja näkymättömät asiakkaat toiminnan eettisyys aktiivisuuden tulkitseminen haitalliseksi 	<p>Asiakkaan osaamista tulee arvostaa ja erheelliset tiedot pyrkiä korjaamaan tarjoamalla luotettavaa ja asiallista tietoa vaihtoehtoista.</p> <p>Jokaisen perusturvallisuudesta ja hyvinvoinnista tulee huolehtia.</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja palveluja ohjaa vahva arvoihin perustuva ammatillinen etiikka.</p> <p>Asiakkaiden aktiivisuutta tulee tukea, jos aktiivisuus on uudenlaisen järjestelmän yksi edellytys. Lisäksi ei-aktiivisten asiakkaiden palvelut tulee turvata.</p>
Kuluttaja-asiakas	<ul style="list-style-type: none"> heikot ja näkymättömät asiakkaat priorisointi laatu toiminnan eettisyys 	<p>Jokaisen perusturvallisuudesta ja hyvinvoinnista tulee huolehtia.</p> <p>Priorisointi tulee tehdä ammatilliseen osaamiseen perustuen lainsäädäntö ja suomalainen hyvinvointieteen huomioiden, ei taloudellisiin seikkoihin nojaten.</p> <p>Laadun määrittelyssä on huomioitava asiakkaiden ja kansalaisten mielipiteet. Laadun mittaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on vaikeaa, joten asiakasystävällisten kriteerien luominen on ensiarvoisen tärkeää. Lisäksi johdolta edellytetään kilpailusosaamista yhdistettynä vankkaan alakohtaiseen asiantuntijuuteen.</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja palveluja ohjaa vahva arvoihin perustuva ammatillinen etiikka.</p>

helppo käsittää ja omaksua. Kansalainen kuva-
tessaan kokemuksiaan palvelujärjestelmän kanssa
nimeää itsensä palvelujen käyttäjänä asiakkaaksi
ja toivoo järjestelmän toimivan hänen tarpeidensa
mukaisesti. Kansalaisten ajatusmaailmaan asiak-
kuus ja asiakaslähtöisyys ovat jo juurtuneet ja näky-
vät kansalaisten arjen toimissa yhä enenevässä
määrin. Aito asiakkuus edellyttää yksilöllisten vaih-
toehtojen tarjoamista.

Asiakas-termiä käytetään myös viitattaessa vel-
voittaviin tai tahdonvastaisiin toimenpiteisiin. Yh-
den ja saman termin käyttö kahdessa vastakkaisessa
merkityksessä hämärtää aidon asiakaslähtöisyy-
den käsitettä. Jos sosiaali- ja terveydenhuollossa
pyritään asiakaslähtöisyyteen, olisi kenties hyvä
käyttää asiakas-termin sijaan jotakin muuta termiä
kuvaamaan tahdonvastaisten toimien kohteena
olevaa kansalaista. Käsitteellä ja sen käytöllä on
väliä.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on haasteellista
tunnistaa eri asiakkuudet ja niiden merkitykset or-
ganisaation toiminnalle. Organisatoristen ja hallin-
nollisten uudistusten myötä sosiaali- ja terveyden-
huollon johdon näkemys asiakkaista on monimuo-
toistunut. Ostopalveluja ostava kunta nähdään
asiakkaana ja johdon näkökulmasta yksittäinen
henkilöasiakas voi jäädä kaukaiseksi. Tavallinen
kansalainen on se asiakas, jonka hyvinvoinnin ja
turvallisuuden vuoksi sosiaali- ja terveydenhuolto-
järjestelmä on aikoinaan rakennettu. Organisaat-
ion johdon vastuulla on huolehtia, että jokainen
asiakasryhmä tulee huomioiduksi oikeudenmukai-
sella tavalla sekä lainsäädännön ohjeistuksen mu-
kaan.

Palveluita organisoitaessa on huomioitava so-
siaali- ja terveysalan henkilöasiakkuuden moni-
hoisuus muuhun asiakkuuteen verrattuna: asiak-
kaan roolissa sekoittuvat käyttäjän, edunsaajan ja
maksajan roolit. Sosiaali- ja terveydenhuollon pal-
velujen käyttäjä ja niiden maksaja ovat muita pal-
veluja useammin eri tahoja. Lisäksi palveluja tarvit-
seva henkilö on usein riippuvainen palvelujen tar-
joajasta ja myöntäjistä. (Outinen ym. 1994, 19,
59.)

Asiakaslähtöisyys

Hyvinvointivaltion tehtävä on huolehtia kaikista
kansalaisistaan. Tehtävän hoitoa rajoittaa taloudel-
linen todellisuus, joten palveluja ja niistä aiheutu-
via kustannuksia rajoitetaan myöntämällä hoitoa,

tukea ja palveluja vain syyperusteisesti tai/ja viran-
omaisen harkinnan perusteella. Toimintaan kuu-
luu kiinteänä osana asiakkaan epäilyksen alaisuus,
jonka muodot vaihtelevat aikakauden ja taloudel-
lisen tilanteen myötä. (Julkunen 2006a, 235–238.)
Asiakaslähtöinen toiminta ottaa huomioon organi-
saation eri asiakkuudet sekä yksittäisen asiakkaan
tarpeet. Asiakaslähtöisyyttä tulee edistää pohti-
malla selkeitä toimintalinjauksia ja -tapoja miten
yksittäisiä henkilöasiakkaita tulee kohdata ja koh-
della. Johdon tulee kyetä yhdistämään sisäisen ja
ulkopuolisen ja erilaisen informaation yhdistämi-
seen. uusien ajatusten implementointi käytäntöön
edellyttää osallistuvaa johtamista. (Niiranen 1995,
30.)

Retorisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa ilme-
nee pyrkimys asiakaslähtöiseen ja asiakaskeskei-
seen palvelujen tuottamiseen, mutta käytännössä
järjestelmä ei toimi retoriikan mukaisesti (Pohjola
1993, 1992). Suomalainen sosiaali- ja terveysjärjes-
telmän palveluja käyttävä kansalainen ei koe saa-
vuttavansa asiakkuuden mukanaan tuomia vaihto-
ehtoja. Aito asiakaslähtöisyys merkitsee asiakkaan
tarpeiden ja merkitysten kuulemista. Huomionar-
voisia ovat tutkimustulokset kansalaisten halusta
tulla kuulluksi. Tutkimusten mukaan tarpeiden tyy-
dytystä ja palvelujen laatua tärkeämpiä tekijöitä
ovat asiakkaiden näkökulmasta tunne kuulluksi tu-
lemisesta ja tasa-arvoisesta kohtelusta (Kumlin &
Rothstein 2005, 16–19, 26–28; Muuri 2008, 63;
Ulbig 2008, 535–536; Valkama 2008, 73, 140).
Tämä on erityisen tärkeää sosiaali- ja terveyden-
huollossa, jossa lainsäädäntökin painottaa asiak-
kaan ja potilaan kuulluksi tulemistä palvelujensa
kohdalla (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta
ja oikeuksista 812/2000; Laki potilaan asemasta ja
oikeuksista 785/1992). Asiakkaat haluavat olla
oman asiansa asiantuntijoita. Asiakkailta on ajan-
kohtaisin tieto omasta tilanteestaan, mutta myös
entistä enemmän tietoa hoidoista, palveluista ja
etuuksista. (Muuri 2008, 61; ks. myös Pohjola
1993, 1992; Valkama 2008.)

Universaalit etuudet ja palvelut ovat tarpeelli-
sia, mutta yksinään ne eivät turvaa oikeudenmu-
kaiseksi koettua kohtelua. Lisäksi universaalit pal-
velut voivat olla kalliita ja tehottomia toimintoja,
jotka johtavat sekä asiakkaiden holhoamiseen ja
heitteille jättöön (Hautamäki, Mäkelin, Savaspuro,
Seppänen & Vepsäläinen 1990: 246). Universaali-
isuus yleisenä tasapuolisuutta kuvaavana käsitte-
nä on suotavaa. Standardisoitujen palvelujen rin-
nalla tulee olla palveluja, jotka mahdollistavat erilai-

suuden, muuttuvien elämäntilanteiden ja eriytyneiden tarpeiden huomioimisen. (Niemi 2006, 73; Valkama 2008, 168–170.) Onnistunut palveluprosessi edellyttää tasapainon löytymistä universaalien palvelutarjonnan ja yksilöllisten palvelujen välillä (Muuri 2008, 61). Asiakaskohtaisien valikoivien palveluiden tarve on siis selkeä, vaikka ne eivät Julkusen (2006b, 57) mukaan olekaan pohjoismaisen universalistisen hyvinvointivaltion hengen mukaisia.

Stereotypioilla ja standardoiduilla palveluilla pyritään nopeuttamaan ja helpottamaan organisaation toimintaa. Samalla kuitenkin rajoitetaan yksilön itsemääräämisen vapautta sekä valinnanmahdollisuuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa työntekijät ovat tottuneet käyttämään asiakkaaseen kohdistuvaa valtaa ja uudenlainen asiakaslähtöinen toiminta edellyttää osittaista vallasta ja kontrollista luopumista. Jos asiakaslähtöisyyttä halutaan pitää toiminnan perustana, joudutaan asiakastyössä luopumaan kansalaisen asioiden hallinnasta ja suuntautumaan yhä enemmän neuvonantoon ja palvelunohjaukseen. (Koskiahho 2008, 140.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita ovat kaikki kansalaiset. Palvelutoiminnassa on huomioitava jokaisen yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus ja ihmisarvo. Eritystä huomiota tulee kiinnittää toimintakyvyltään, tiedoiltaan ja taidoiltaan heikompien yksilöiden, muun muassa lasten, vajaakuntoisten, vammaisten, sairaiden ja vanhusten, kohtaamiseen ja palvelujen turvaamiseen. Tällöin keskeisiksi tekijöiksi nousevat yhteiskunnan yleiset eettiset normit, hyvinvointiyhteiskuntaa ylläpitävät arvot sekä inhimillisyyden kunnioittaminen, joiden varaan toiminnan ja johtamisen tulee rakentua.

Järjestelmän toimijat käyttävät asiakas-termiä suhdetta kuvaavana käsitteenä, kun taas kansalainen toimii asiakas-käsitteen sisällöllisten merkitysten mukaisesti. Kansalaisen ja järjestelmän asiakas-käsitteen sisällölliset erot voidaan nähdä negatiivisia kokemuksia aiheuttavien kohtaamisten taustalla. Jos toiminnan normatiivisena tavoitteena on asiakaslähtöisyys, tulee johdon huolehtia aidon asiakaslähtöisyyden soveltamisesta käytäntöön pelkän retorisen muutoksen sijaan.

Markkinoiden mukanaan tuomaa asiakaslähtöisyyttä on perustelluista syistä kyseenalaistettu niin kauan kuin julkisen sektorin toimintaa on pyritty kehittämään liiketaloudellisten mallien ja käsitteiden kautta. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas on edelleen ammattilaisten ja julkishallinnon en-

nalta määrittelemien palvelujen saaja, ei aktiivinen toimija, joka voisi määritellä omien tarpeidensa ja elämäntilanteensa kautta mitä palveluja valitsee. (Fountain 2001, 56; Bolzan & Gale 2002, 364.)

Asiakkaan tarpeet voivat olla helpostikin tyydytettävissä, joskin se edellyttää luovaa, ennakkoluulotonta, oikeudenmukaista sekä tasa-arvoista ajattelua ja toimintaa. Innovatiivisen toiminnan ja asiakkaan asiantuntijuuden kunnioittamisen kautta järjestelmän responsivisuutta on mahdollista lisätä. Perinteisiä toimintatapoja tulee kyseenalaistaa ja uudenlaisia hyviä käytäntöjä tulee kehittää ja käyttää. Hallinnossa tulee panostaa kaikkien toimijoiden, jopa asiakkaankin, innovatiivisuuden ja kokemusten hyödyntämiseen aidon asiakaslähtöisyyden saavuttamiseksi.

Aktiivinen asiakas

Nykyinen aktiiviva hyvinvointipolitiikka edellyttää yhä suurempaa kansalaisen omaa aktiivisuutta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen markkinoistamista on legitimoitu valinnanvapauden ja osallisuuden lisääntymisellä. Aktiivinen asiakkuus edellyttää asianmukaista tietoa palveluista, aitojen valinnanmahdollisuuksien ja vaihtoehtojen olemassaoloa.

Kansalaisten tietoisuus omista oikeuksistaan on myös lisääntynyt. Ihmisten vaatimukset ja toiveet ovat myös kasvaneet. Näihin haasteisiin pystytään vastaamaan varmistamalla, että palvelut ovat tasa-arvoisia ja valikoivien palveluiden kohdalla kriteeristö tulee olla mahdollisimman yksiselitteinen ja alueellisia eriarvoisuuksia poistavaa. Ongelmia aiheuttaa epämääräinen, suuntaa-antava lainsäädäntö palvelujen oikeasta määrästä ja tasosta. Jos toivottuja tukia tai palveluita ei saada, aktiiviset asiakkaat hakevat oikeuksiaan erilaisten valitusten ja oikaisupyyntöjen kautta. Tuomioistuinta on tullut tärkeä subjektiivisten ja harkinnanvaraisten palveluiden oikean tason ja määrän määrittelijä. (Sulkunen 2006, 27; Määttä & Kalliomaa-Puha 2006, 182; Muuri 2008, 56; Valokivi 2008, 75.) Tällainen kehitys eriarvoistaa kansalaisia, sillä palvelujen saaminen edellyttää aktiivista ja vahvaa toimijuutta, jolloin asiakaslähtöisyys surkastuu vain toimintakykyisten ja riittävin resurssein varustettujen kansalaisten palvelujen perustaksi. (Valokivi 2008, 80.) Toiminta tulee järjestää siten, etteivät heikkojen ja erityistä tukea tarvitsevien kansalaisten tarpeet jää tyydyttämättä joka puolestaan voi lisätä syrjäytymistä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut perustuvat lainsäädäntöön, mutta se ei yksistään turvaa eettistä toimintaa. Yksilön eettiset periaatteet antavat suuntaviivoja yksilön toiminnalle, mutta organisaation toiminnan sovittaminen sekä lainsäädännön että yhteisön eettisiin vaatimuksiin edellyttää eettisen koodiston luomista. (Martinez 1998, 692–694.) Eettiset koodit koostuvat organisaation toiminnan tarkoitusta määrittelevistä arvoista ja periaatteista. Eettinen koodisto on pohjana konkreettisille käytännön koodeille ja toimintaohjeille. (Sinkkonen 2008, 5.) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöinen ja hyvinvointia tuottamaan pyrkivä toiminta edellyttävät vankasti arvoihin perustuvaa eettistä johtamista. Johtamisessa korostuvat johtajan eettisyys ja oikeudenmukaisuus. Lisäksi johtajan tulee toimia työyhteisön esimerkkinä. (Ollila 2006, 216, 221.)

Aktiivisesti toimiva asiakas nähdään usein hankalana, vaativana tai muuten toimintaa haittaavana. Asiakkaan osaamista ja tietämystä ei tule pitää uhkana, vaan arvokkaana resurssina, jota voidaan käyttää kehittämällä osaamista hyödyntäviä toimintatapoja. Myös tässä johdon esimerkki on ensiarvoisen tärkeää. Jos toiminnasta tulee paljon valituksia tai oikaisupyynnöitä, tulee pohtia, mihin ongelmallisiksi koetut kohtaamiset tai palvelujen epäämiset perustuvat ja millaisilla toimilla valituksia voitaisiin vähentää. Tässäkin asiakkaan kuuleminen on keskeisellä sijalla.

Kuluttaja-asiakas

Asiakkuuden määrittely kuluttajamaisena toimintana sosiaali- ja terveyssektorilla sisältää useita paradoksaalisia piirteitä. Julkinen sosiaali- ja terveyspalvelutarjonta on vaihtoehdoiltaan niukkaa ja asiakkaalla ei yleensä ole mahdollisuutta kilpailuttaa palveluita tai edes valita hänelle sopivinta vaihtoehtoa (Ruotsalainen 2000, 10). Sosiaali- ja terveyspalveluiden toiminta eroaa markkinalähtöisten palveluiden toiminnasta myös siinä, että asiakkaan kulutus pyritään minimoimaan, mistä johtuen valitsevan sekä hyödyketietoisien kuluttajan rooli on usein mahdoton. (Pohjola 1993, 62.) Kuluttajamaisesti käyttäytyvä asiakas, joka valikoi tai käyttää valitusoikeuttaan määritellään usein järjestelmän näkökulmasta hankalaksi (Niiranen 2002, 70; Valkama 2008, 151).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on meneillään palvelujen uudelleenorganisointi kunta- ja palvelu-

rakenne uudistuksen myötä. Sosiaali- ja terveyspalveluja tulee tuottaa 20 000 asukkaan väestöpohjalle. (Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007.) Uusia kuntayhtymiä, kuntien liikelaitoksia, kuntayhtymien liikelaitoksia ja liikelaitoskuntayhtymiä on perustettu ja perustetaan (Kuntalaki 365/1995). Järjestämisvastuu säilyy kunnilla, mutta palveluita voidaan tuottaa omalla toimintana, ostopalveluina kunnan omissa liikelaitoksissa tai yksityisten yrittäjien toimesta tai kuntayhtymissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen muuntuu liiketoimintamaisemmaksi muutosten myötä, jolloin edellytetään perinteisen professionaalisen asiantuntijuuden lisäksi liikkeenjohdollista osaamista tehokkuuden, tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden turvaamiseksi. Liikejohtaminen valtaa sellaisia yhteiskunnallisia alueita, joilla hyvinvointietoksen mukaisesti palveluja on tarjottu pyyteettömästi ja todellisten hoitokustannusten hinnalla (Koskiahho 2008: 87). Erilaiset vaatimuksen muodostavat yhdessä kompleksisen toimintakentän, jossa toimijoiden tulee löytää tasapaino ristiriitaisilta vaikuttavien vaateiden välillä.

Tehokkuus, taloudellisuus ja vaikuttavuus ovat kuitenkin määreitä, jotka aiheuttavat eettisiä ongelmia sosiaali- ja terveyspalveluissa. Mitä sairauksia ja millaisia henkilöitä kannattaa hoitaa tai auttaa? Lääkäriliitto (2005, 122) on ottanut kantaa tehokkuuteen liittyvään terveydenhuollon priorisointikeskusteluun. Priorisointia tarvitaan ja sen tulee perustua eettisesti hyväksytyihin periaatteisiin, mutta lääkärin ammattietiikka sallii priorisoinnin, joka perustuu pelkästään lääketieteellisiin syihin. Kilpailuttamisesta seuraa, että hankintalain hengenkainainen toiminta vahvistaa sellaista yhteiskuntapolitiikkaa, jossa päätöksiä perustellaan laadunmittaamisella, järjestelmän rakenteella ja palvelutuottajien sloganeilla eikä laadulla sinänsä tai ihmisten tarpeilla ja niihin vastaamisella (Koskiahho 2008: 226). Sosiaali- ja terveydenhuollossa työntekijät joutuvat usein tekemään päätöksiä, joilla on moraalisia ja eettisiä seurauksia. Alaa ohjaavatkin arvot, moraaliset normit, eettiset säännöt sekä erilaiset näyttöön perustuvat käytännöt ja koodistot. Sosiaali- ja terveydenhuollon arvopohjaisia päämääriä ovat hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja turvallisuus. (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale 2003, 218.)

Aikaisemmin laatu merkitsi sitä, kuinka moni apua tai hoitoa tarvitseva pääse palveluiden piiriin ja miten hyvin toimenpiteet ovat hoitaneet tai poistaneet sosiaalisen tai terveydellisen ongelman. Ny-

kyisten tehokkuus ja laatuvaatimusten myötä edellytetään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilta uudenlaista mitattavuutta ja yleispäteviä laatukriteereitä. Suurin osa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on yksilöllistä, jolloin vaatimukset ovat absurdeja. Yksilöllisiä, nopeasti vaihtuvia tilanteita, laadullisia ja moraalisia tekijöitä on mahdotonta ottaa huomioon kustannuslaskennassa. (Koski-aho 2008, 169, 185.) Kilpailuttaminen ja tilaaja-tuottaja-mallin käyttö edellyttävät vankkaa liiketalousosaamista, mutta myös sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemusta. Asiakaspalautte tuottaa tietoa asiakkaiden kokemasta palveluiden laadusta. Asiakkaiden tarpeet ja palaute koetaan johtamistyössä tärkeinä, mutta ne eivät kuitenkaan ole keskeisellä sijalla johdon toiminnassa (Aaltonen 1999, 73). Asiakaspalautemenetelmiä tulee kehittää ja palautetta on hyödynnettävä toiminnan kehittämiseksi.

Sosiaali- ja terveystalouden ja niiden johtamisen etiikka eivät voi yhdenmukaistua yksityisen sektorin etiikan kanssa. Jo nyt käytössä oleva epärealistinen uusliberalistinen retoriikka aiheuttaa epäjohtamismukaisuutta sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtävän asiakastyön kanssa. (Julkunen 2006a, 99–101.) Sosiaali- ja terveydenhuollon huolenpito- ja hoivavastuu ei voi koskaan alistua taloudellisuuden ja tehokkuuden markkinavaltaisille ajatuksille laiminlyömättä samalla lakisäätteistä ja hyvinvointietokseen perustuvaa velvollisuuttaan. Haasteellisinta on eri näkökulmien yhdistäminen parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi sekä organisaation, asiakasorganisaation että yksittäisen palveluja tarvitsevan asiakkaan näkökulmista.

VIIITTEET

¹ Artikkelin perustuu Hallinnon tutkimuksen päivillä 10.12.2008 esitettyyn paperiin.

² Lisensiaatintutkimus Verkostoja, palveluketjuja vai palvelukokonaisuuksia tarkastettiin 11.9.2008.

LÄHTEET

Aaltonen, Elli: Sosiaalitoimen johtaminen – byrokratiaa vai tulosjohtamista? Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja Nro 38 1999.
Aberbach, Joel D. & Tom Christensen: Citizens and Consumers: An NPM dilemma. *Public Management Review* 7 (2005): 2, s. 225–245.
Alavaikko, Mika: Valtakunnallisen sosiaalipolitiikan lop-

pu – keskitetystä ohjauksesta alueellisiin kehittämishankkeisiin. Teoksessa: *Projektiyhdistyksen kääntöpuoli*, 39–55. Toim. Kati Rantala & Pekka Sulkunen. Helsinki, Gaudeamus 2006.

Beber, Raisa B., Nancy Kraetschmer, Sara Urowitz & Natasha Sharpe: Patient, consumer, client, or customer: What do people want to be called? *Health Expectations* 8 (2005): 4, s. 345–351.

Bolzan, Natalie & Fran Gale: The Citizenship of Excluded Groups: Challenging the Consumerist Agenda. *Social Policy & Administration* 36 (2002):4, s. 363–375.

Clarke, John, Janet Newman, Nick Smith, Elizabeth Vidler & Louise Westermarland: *Creating Citizen-Consumers: Changing Publics and Changing Public Services*. London, SAGE Publications 2007.

Cox, Raymond W. Getting Past the Hype: Issues in Starting a Public Sector TQM Program. *Public Administration Quarterly* 19 (1995): 1, s. 89–103.

Denhardt, Robert B. & Janet V. Denhardt: The New Public Service: Putting Democracy First. *National Civic Review* 90 (2001): 4, s. 391–400.

Dryden, Windy & Jill Mytton: *Four Approaches to Counseling and Psychotherapy*. Lontoo, Routledge 1999.

Eriksen, Erik Oddvar & Jørn Loftager: Introduction: Challenging the Normative Foundation of the Welfare State. Teoksessa: *The Rationality of the Welfare State*, 1–11. Toim. Erik Oddvar Eriksen & Jørn Loftager. Oslo, Scandinavian University Press 1996.

Eräsaari, Risto: Elämisen käytännöt ja hyvinvointivaltio. Teoksessa: *Lasten erityishuolto ja -opetus Suomessa*, 387–396. Toim. Markku Jahnukainen. Helsinki, Lastensuojelun Keskusliitto 2001.

Fountain, Jane E.: Paradoxes of Public Sector Customer Service. *Governance: An International Journal of Policy and Administration* 14 (2001): 1, s. 55–73.

Hasenfeld, Yeheskel, Jane A. Rafferty & Mayer N. Zald: The welfare state, citizenship, and bureaucratic encounters. *Annual Review of Sociology* 13 (1987), s. 387–415.

Hautamäki, Antti: *Tehokkaat palveluorganisaatiot*. Palvelustrategioiden suunnittelumenetelmät ja työkirja. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki, VAPK-kustannus 1992.

Hautamäki, Antti, Matti Mäkelin, Timo Savaspuro, Tapani Seppänen & Ari Vepsäläinen: *Palvelustrategiat julkisessa hallinnossa*. Hyvinvointi 1990-luvulla. Helsinki, SITRA 1990.

Heino, Tarja: *Asiakkuuden hämäryys lastensuojelussa*. Tutkimuksia 77. Helsinki, Stakes 1997.

Heino, Tarja: *Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat?* Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. Stakesin työpapereita 30/2007.

Hirschman, Albert: *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge, Harvard University Press 1970.

Hood, Christopher: A Public Management for All Seasons? *Public Administration* 69 (1991): 1, s. 3–19.

- Huuskonen, Juha, Niko Iljäs & Olavi Lehtoranta: *Julkisten palvelujen laadun arviointi*. Helsinki, Tilastokeskus 1997.
- Ihalainen, Rauno: Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1234. Tampere, Tampereen yliopisto 2007.
- Julkunen, Raija: *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Helsinki, Stakes 2006a.
- Julkunen, Raija: Universalismista köyhyyspolitiikkaan? Teoksessa: *Vääryyskirja*, 43–59. Toim. Tuula Helne & Markku Laatu. Helsinki, Kelan tutkimusosasto 2006b.
- Kananoja, Aulikki: Julkisten palvelujen ydintehtävät asiakaspalautteen viitekehystenä. Teoksessa: *Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta*, 109–123. Toim. Tuula Salmela. Jyväskylä, Atena Kustannus Oy 1997.
- Ketola, Outi: Sosiaalihuollosta sosiaaliin oikeuksiin ja sosiaalipalveluasiakkuuteen. Teoksessa: *Sosiaalipalvelujen Suomi*, 157–187. Toim. Jorma Sipilä, Outi Ketola, Teppo Kroger & Pirkko-Liisa Rauhala. Porvoo, WSOY 1996.
- Kivelä, Juhani: Esimiehen vastuun ulottuvuudet. Teoksessa: *Julkisen toiminnan eettisiä kysymyksiä*, 44–61. Helsinki, Valtionhallinnon kehittämiskeskus 1993.
- Kiviniemi, Markku: *Julkiset palvelut ja organisaatio-rakenteet*. Helsinki: Valtion koulutuskeskus 1987.
- Koskiahho, Briitta: *Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa*. Tampere, Vastapaino 2008.
- Kumlin, Staffan & Bo Rothstein: Making and Breaking Social Capital: The Impact of Welfare State Institutions. *Comparative Political Studies* 38 (2005): 4, 339–365. Saatavissa 17.3.2008: <http://www.pol.gu.se/Person.asp?PersonId=82&PageContent=2>
- Lehto, Juhani: Saumaton palveluketju mosaiikkimaaisessa järjestelmässä. Teoksessa: *Hyvinvointivaltion palveluketjut*, 33–48. Toim. Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala. Helsinki, Tammi 2000.
- Lehto, Juhani, Aulikki Kananoja, Simo Kokko & Vappu Taipale: *Sosiaali- ja terveydenhuolto*. Helsinki, WSOY 2003.
- Lumijärvi, Ismo & Jussi Jylhäsaari: *Laatujohdaminen ja julkinen sektori: Laadun ja tuloksen tasapaino johtamis-haasteena*. Helsinki, Gaudeamus 1999.
- Lähdesmäki, Kirsi: New Public Management julkisjohtamisen uudistajana: Paikallisen elinkeinopolitiikan johtamiskysymykset NPM:n näkökulmasta. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 28 (2000): 1, s. 30–43.
- Lähdesmäki, Kirsi: Lectio praecursoria: New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. *Hallinnon tutkimus* 22 (2003): 3, s. 283–284.
- Lääkäriliitto: *Lääkärin etiikka*. 6. painos 2005. Saatavissa 18.11.2008 <http://www.laaka-riliitto.fi/files/Etiikka05.pdf>
- Marshall, Thomas H.: *Class, Citizenship, and Social Development: Essays by T. H. Marshall*. (Reprint 1973). Westport, Connecticut, Greenwood Press, Publishers 1963.
- Martinez, J. Michael: Law versus ethics: Reconciling two concepts of public service ethics. *Administration & Society* 26 (1998): 6, 690–722.
- Metteri, Anna: Palvelujärjestelmän väliinpuotoajat. Teoksessa: *Potilaan asema ja oikeudet*, 87–95. Toim. Eila Sundman. Helsinki, Tammi 2000.
- Muuri, Anu: *Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää?* Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Stakesin tutkimuksia 178. Helsinki, Stakes 2008.
- Mäntysaari, Mikko: The risks of using TQM philosophy in developing the quality of social welfare services. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 7 (1998): 1, s. 9–16.
- Määttä, Mirja & Laura Kalliomaa-Puha: Sopivaksi kasvattava yhteiskunta. Teoksessa: *Projektiyhteiskunnan kääntöpuoli*, 179–193. Toim. Kati Rantala & Pekka Sulkunen. Helsinki, Gaudeamus 2006.
- Niemi, Riikka: Pitääkö hyvinvointivaltio lupauksensa? Universalismi ja ihmisten yksilölliset elämänkohtalot. Teoksessa: *Vääryyskirja*, 61–75. Toim. Tuula Helne & Markku Laatu. Helsinki, Kelan tutkimusosasto 2006.
- Niiranen, Vuokko: Sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus. Helsinki, Sosiaaliturvan keskusliitto 1995.
- Niiranen, Vuokko: Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa: *Marginaalit ja sosiaalityö*, 63–80. Toim. Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivanen. Jyväskylä, SoPhi 2002.
- Nikkilä, Juhani & Leena Paasivaara: *Arjen johtajuus – rutiinjohdamisesta tulkintataitoon*. Helsinki, Sairaanhoidotaliitto 2007.
- Nousiainen, Jaakko: Suomen poliittinen kulttuuri. *Poliittikka* 25 (1983): 1, s. 6–15.
- Ollila, Seija: *Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa*. *Acta Wasaensia* No 156, Sosiaali- ja terveyshallinto 1. Vaasa, Vaasan yliopisto 2006.
- Outinen, Maarit, Tupu Holma & Kristiina Lempinen: *Laatu ja asiakas: Laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki, WSOY 1994.
- Pajukoski, Marja: Asiakkaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa – oikeudellinen näkökulma. Teoksessa: *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*, 176–204. Toim. Matti Heikkilä & Milla Roos. Helsinki, Stakes 2004.
- Pohjola, Anneli: Myyttinen asiakkuus. Teoksessa: *Rajojen ylityksiä ja yhteistoimintaa*, 99–115. Toim. Liisa Hokkanen & Reijo Väärälä. Kemijärven hyvinvointipalveluprojektin osaraportti 2. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja no 35. Rovaniemi, Lapin yliopisto 1992.
- Pohjola, Anneli: Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa: *Monisärmäinen sosiaalityö*, 53–95. Toim. Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola. Helsinki, Sosiaaliturvan Keskusliitto 1993.
- Pollit, Christopher & Geert Bouckaert: *Public Management Reform. A Comparative Analysis*. Oxford, Oxford University Press 2004.

- Ruotsalainen, Pekka: Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa: *Hyvinvointivaltion palveluketjut*, 7–32. Toim. Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala. Helsinki, Tammi 2000.
- Ryynänen, Aimo: Virkatoiminnan etiikka rajoittavat oikeudelliset säännökset ja hyvän hallinnon periaatteet. Teoksessa: *Julkisen toiminnan eettisiä kysymyksiä*, 30–43. Helsinki, Valtionhallinnon kehittämiskeskus 1993.
- Sinkkonen, Merja: Johtamisen etiikka sosiaalialalla. Teoksessa: *Johda sosiaalialaa! Puheenvuoroja ja näkökulmia*. Toim. Arja Jämsén. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen verkkojulkaisu 2008. Saatavissa 20.12.2008 http://www.isonetti.net/julkaisut/Verkkojulkaisu_2008.pdf
- STM: *Vammaisten asumispalveluiden laatusuositus*. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003: 4.
- STM: *Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 9.
- Suikkanen, Asko: Sosiaalipolitiikan yksilölähtöinen tulkintatapa? Teoksessa: *Sosiaalisen vaihtuvat vastuut*, 35–58. Toim. Merja Laitinen & Anneli Pohjola. Jyväskylä, PS-kustannus 2003.
- Sulkunen, Pekka: Projektityhteiskunta ja uusi yhteiskuntasopimus. Teoksessa: *Projektityhteiskunnan kääntöpuoli*, 17–38. Toim. Kati Rantala & Pekka Sulkunen. Helsinki, Gaudeamus 2006.
- Ulbig, Stacy G.: Voice is not enough: The importance of influence in political trust and policy assessments. *Public Opinion Quarterly* 72 (2008): 3, s. 523–539.
- Valkama, Katja: *Verkostoja, palveluketjuja vai palvelukokonaisuuksia*. Tapaustutkimusautismin kirjon lapsiperheiden kokemuksista hyvinvointijärjestelmässä. Julkaisematon lisensiaatintutkimus. Vaasan tiedekirjasto Tritonia 2008.
- Valokivi, Heli: *Kansalainen asiakkaana*. Tutkimus vanhus- ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Tampere, Tampereen yliopisto 2008.
- Vartiainen, Pirkko: *Tuottava päivähoito?* Tutkimus kunnallisten päivähoitopalvelujen määrästä ja laadusta Vaasan läänissä. Tutkimuksia No 159. Hallintotiede 8. Vaasa, Vaasan yliopisto 1992.

THE ACTIVE CUSTOMER? - The role of the service user and possibilities to influence and choose in Finnish social and health services

Abstract

There are many words to describe people's relationship with social and health care. The term 'customer' is slowly replacing other terms in the rhetoric of Finnish social and health care. A customer is an active, choosing agent, who has possibilities to influence services. This article examines whether Finnish service users experience these possibilities to choose and influence and how they define their role in the system.

The theoretical aspect in this study relies mostly on Hirschman's (1970) theory of voice and exit. The data was collected in two phases; through narrative interviews and an e-form questionnaire. The data was analyzed in order to find illustrations of the role of a service user and respondents' experiences of possibilities to choose and have an influence on services.

The role of the service user is an evolving and changing feature which varies from time to time. The experiences of the possibilities to choose and influence vary; the main force might be the role the service user has adapted: the content client is more willing to accept and settle on the professional's opinions, when the active customer wants to be heard and tries to have an influence on the services in different ways.

KEYWORDS: Voice and exit, social and health services, customer, client

1. Introduction

The Finnish welfare system has encountered radical changes in the past decades. The central government transfer system was rearranged, the legislation regulating municipalities was altered, and the work distribution between basic and specialized services was re-divided; these are just a few examples of these drastic changes. Economic difficulties have also challenged the system to develop. Simultaneously, the emphasis towards a customer centered approach has arisen. These changes are affecting all welfare services. (Julkunen, 2001: 117.) The universal Finnish welfare state has shifted towards a more liberal, selective and activating welfare society. One indicator of this shift is the appearance of the term 'customer' in the rhetoric of social and health services.

Welfare is a multifaceted concept and it is produced through the co-ordination and co-operation of different public and private actors in a welfare society (Julkunen, 2006: 105–8; Julkunen, 1994: 34). In this study, the social and health sector creates the framework for examination. There is an on-going trend in Finnish social and health care services towards customer-oriented services. The norms and laws emphasize citizens' possibilities to be heard and to choose services according to their needs (Act on the Status and Rights of Patients 785/1992; Act on the Status and Rights of Clients of the Social Welfare 812/2000).

In society, there have been structural, administrative, and rhetorical changes which define citizens as customers and service users. Citizens have evolved from subjects to active customers. A customer is an active agent who makes decisions and chooses the most suitable services for her/himself. The customer centered approach became central in the debates in Finland in the 1990's. (Mönk-könen, 2002: 124). The present legislation in social and health care urges customer-oriented activities. This view differs from the traditional bureaucratic perspective where citizens are perceived as administrative subjects. At least in the rhetoric, customer orientation has become a central objective (Lehto, 2000: 35–36, see Act on the Status and Rights of Patients 785/1992; Act on the Status and Rights of Clients of the Social Welfare 812/2000; The Ministry of Social Affairs and Health 2008a and b.) The intended customer-orientation is defined as a part of citizens' rights, which is added up by increasing choices, and the means to participate in and have an influence on services. (e.g. The Ministry of Social Affairs and Health 2008b). Anttonen and Häikiö (2011: 67) argue that the ideal of social citizenship is slowly being replaced with more active citizenship.

This article seeks answers to following questions. Firstly, what is the customer-ship like in Finland in the beginning of the 21st century? This question is answered through analyzing how the citizens define their role as service user in social and health services. Secondly, this paper examines what attributes the citizens' couple with their role? Language is a powerful tool. Labeling and categorization may hold added significance in the delivery of public services (Rosenthal & Peccei, 2006: 1634). Language and rhetoric construct and maintain the power relations between individuals and groups (e.g. Julkunen, 2006: 98). The active citizenship, customership, creates a more complex and diverse relationship between the state and individual, which in turn leads to new strategies on both parts. Some strategies reinforce the practices which marginalize or exclude some groups, while other strategies may create more inclusive forms of welfare governance. (Johansson & Hvinden, 2005: 101.) This article tries to increase understanding of how language use affects the service delivery in social and health care.

This article is based on the opinions of service users in social and health care. The Finnish equivalent for the terms 'client' and 'customer' is in both cases 'asiakas'. A few decades ago the equivalent term for client was 'suojatti' which today is not seen as politically correct. The usage of the term was terminated and replaced with 'asiakas'. This differs from other languages where client/klient and customer/kund have different connotations. The usage of different terms makes it easier to differentiate the roles and attributes included to them. In Finland some attempts have been made to tell apart the different roles a service user has in social and health care. For example Niiranen (2002: 67–68) named the different roles as object-client, consumer and democratic citizenship. These terms have not reached the everyday language use. In hospital care the term 'patient' (potilas) is also preferred. In the Western discourse the service users is also referred as consumer (e.g. Newman & Tonkens, 2011; Clarke, Newman, Smith, Vidler & Westmarland, 2007; Scourfield, 2007; Gilliatt, Fenwick & Alford, 2000). This term is not a popular term amongst the service users (e.g. Clarke, Newman, Smith, Vidler & Westmarland, 2007) and it has not found its place in the Finnish rhetoric yet. In this article the term 'service user' (palvelunkäyttäjä) is used as a neutral term referring to the citizen using social and health services.

2. From citizen to customer

There has occurred an apparent shift to defining the citizens as customer in Finnish social and health care services. The shift is based on the ideological and rhetoric changes in viewing welfare state, divisions of responsibility between society and individual and the view on individuals. T. H Marshall (1964: 71–72) divided citizenship into three parts or elements. These are civil, political and social. The civil element includes the individual right necessary to freedom; freedom of speech, thought and faith, individual liberty, the right to ownership. The political element composes the right to exercise political power. The social element include right to economic welfare and security, to live a life as a civilized being according to the standards of the society.

This famous division has influenced today's conception of citizen and citizenship. Even today a full citizenship is argued to include political, social and freedom rights. Valokivi (2008: 52) includes obligations to the definition of citizenship as an important part as well as the right to participate to decision making in matter concerning the person. Participation and expressing own voice can be seen as expression of Hirschman's (1970) voice-option. The citizen represents egalitarianism, liberty, equality and solidarity. The citizen is present in public identifications and practices. The goal in every action is to promote public good and fulfill the

obligations of the collective welfare state in order to gain the equal rights and entitlements. Through a very abstract scope, the citizen is a political construct. Citizens are key figures in the liberal social imaginary in Western capitalist democracies. (Clarke, Newman, Smith, Vidler, Westmarland, 2007: 2–4.)

The strive towards customer orientation became apparent in the information steering in social and health care in the 1990's (Valokivi, 2008: 20). At the beginning the discourse was about person orientation, but later on the term customer orientation was adopted in the service sector. The idea was to create and precede in customer relationship through customers definitions instead of employees interpretations. (Dryden & Mytton, 1999: 57–67.) The active subject has a central role in customer orientation. The aim in service delivery is to fulfill the needs of the customer. The relationship between the public services and a customer is based on individual needs of the person. (Aberbach & Christensen, 2005: 226.) When a citizen is defined as customer, this implies the possibility to wish, choose, demand and complain of the services (e.g. Pohjola, 1993: 65–66).

It is often argued that the private sector customer model is inappropriate to the public sector (e.g. Alford 2002; Pegnato 1997). The relationship between the service user and service provider differs in social and health services from other public service provision due to customer's interdependence to the service provider (Outinen 1994: 59). Good quality in public services is argued to be produced through customer orientation, but neither the customer nor the customer orientation are ever defined. The information steering is typically very general (Sulkunen, 2006: 27). The customer-orientation has become a paradox, that is dependent on the ability the customer has to wheel and deal to his own benefit (Valokivi, 2008: 79). Due to the vagueness of the steering the jurisdiction has become an important definer of the needs and entitlements. (Alavaikko, 2006: 44–45).

3. Theoretical framework

The theoretical framework for this study is constructed from two different perspectives which illuminate the concept of the role of the citizen and the possibilities to participate in social and health services. The sought for participation of citizens is examined through the roles available in encounters in social and health services, as well as through the possibilities to choose and have an influence on services. These attributes, possibility to choose and influence, are drawn from previous research and are often connected to the term customer.

These theories are current in Finnish social and health care because of the ongoing and prolific inclination to copy ideas from market-based administration and leadership of organizations into public services (Lähdesmäki, 2003: 9, 212). In this article I will examine how these theories can be used to construe the possibilities Finnish citizens have to influence and choose social and health care services and the way citizens view their role as service users in relation to the service provision system.

3.1. Ways to influence and choose

Customer choice is also the starting point for competition in public services. When choice is emphasized instead of the competitive aspects of markets, attention is concentrated on the customer. It emphasizes peoples' possibilities to control their services instead of being treated as clients. Choice is also far more lucrative for the individual and freedom emphasizing society than terms like equality and welfare. (Dowding & John, 2011: 288.) One of the most influential theories of citizens' possibilities to influence services is based on Albert Hirschman's (1970) theory of exit, voice, and loyalty. Hirschman concludes that citizens have two possibilities to react to the decline in organizations or service production; voice and exit. The exit and voice options are customer reactions in market-centered organizations. Hirschman's theory has been very influential over the years (Lee & Whitford, 2007: 647).

Albert O. Hirschman is an economist who, in 1970, theorized how customers react to organizational decline. His example describes a firm producing saleable goods for customers. The deterioration in performance in firms and other organizations is manifested in the absolute or comparative deterioration of the quality of the output (service or good). The failure in provision becomes apparent in two different ways. The first is when some customers stop buying the products or stop using the company's services. This is the exit option. This is also interpreted as the option for choice (e.g. Wilson, 2009: 571–572; Dowding & John, 2008: 288–290). The other option is when customers or other members of the organization express their dissatisfaction directly. These customers choose to use their option for voice. (Hirschman, 1970: 4.) Commentators have often equated exit with economic mechanisms and voice with political choices. Loyalty has nevertheless not been paid much attention. (Powell, Doheny, Greener & Mills, 2009: 3.) The possibility to choose is not always free of conflict. There might be conflict between choice and equity, or conflict between choosing the alternative we want and what actually would work the best, based on the evidence (Clarke, 2009: 159–161).

It is often seen as a normal state of affairs that customers have an exit option in competitive markets. The exit option is seen as a powerful mechanism to influence the organization in question, although according to Hirschman, it has been left without the attention it would deserve. In a market economy, organizations operate in an effort to produce revenue through the production of services or goods needed in the society. Organizations have customers—inert and alert customers—who react to the decline of the quality or price increases. The alert customers will quickly use their exit choice and stop buying or using the product of the organization. The inert customers give the organization the recovery time needed, exiting much slower so the organization has time to make the required alterations. (Hirschman, 1970: 22–25.)

The voice option can complement the exit option or completely substitute it. The use of the voice option is the customers' efforts to change the current practice and production of the organization. Voice is an active attempt to change things and to make an impact instead of just quietly trading the organization for a new one. Voice is traditionally connected to all political systems and understood as an articulation of interests. The alternatives to the voice option are acquiescence, indifference or exit. (Hirschman, 1970: 30–31.)

According to a simplistic view, a customer encountering a decline in service first decides whether to stay with or leave the organization. If staying seems to be the right option, then the customer considers whether to try to affect the state of affairs by complaining or to stay quiet. This view makes the voice option subordinate to the exit option. Hirschman (1970: 37) argues that actually the decision whether to exit or not is usually based on the prospects for the effectiveness of the voice. If customers believe that they have a distinct possibility to influence the service provision, then they may postpone exit. In some situations, the exit choice may be seen as the last resort of action.

The downside of the voice option is that it is always time consuming and costly both to the organization and the citizen choosing to use voice. In cases where there are no real options to exit, the only way to influence is to choose voice. If the plentitude of the goods makes exit easy, there is a risk that the development of the art of voice will atrophy. The problem with combining exit and voice rises when the ones to be the most informed, active and influential to use voice choose to exit. If there are enough alternatives to choose from, the ones who probably could do best with their voice are the first ones to leave. Customers choose to stay, because they believe that they can influence and that the quality will get better. Others may have trust in the power of the ones using their voices and complaining while they stay loyal to the organization. Then there are always people

that stay just simply out of loyalty, which is the least rational choice to make. (Hirschman, 1970: 37–38, 40–46.)

Lyons and Lowery (1986) further developed the threefold model to a fourfold classification of response types. The model consists of four types of possible responses to dissatisfaction. These are voice, exit, loyalty and neglect. The reactions are categorized between active and passive and constructive and destructive. Figure 1 illustrates the four types of responses. Voice responses are, for example, contacting officials, discussions, participation in organized activities or demonstrations. The Exit response includes changing the service provider. Loyalty includes voting and supporting the ongoing activities, and neglect non-voting, distrusting officials, and feeling that activities do not have any real impact. (Lyons & Lowery, 1989: 843.)

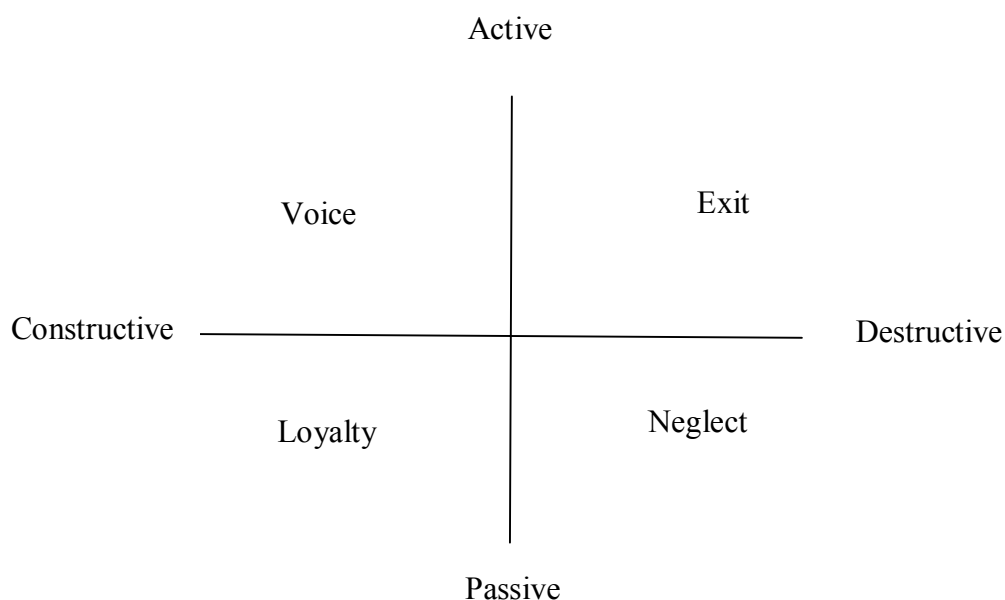


Figure 1. Dimensions of response and response types (Lyons & Lowery 1989: 843).

3.2. The role of the citizen

The welfare state is an institutional organization in which bureaucracies are structured to reflect and reaffirm the wide cultural, normative and symbolic justifications of the welfare state (Meyer & Rowan, 1977: 346–348). The encounters be-

tween the citizen and bureaucracies reflect these justifications. Social rights are not universally granted to all citizens and bureaucracies function as gate-keepers for the distribution of services and entitlements (see e.g. Anttonen & Häikiö, 2011: 68).

The encounter in social and health services between a citizen and service system can be seen as a bureaucratic encounter. This encounter is an exchange of information and a negotiation and conflict management process. The professional processing the encounter constitutes the core of the process. It encompasses several bureaucratic activities: 1) determining the organizational jurisdiction over applicants and their needs, 2) determining the eligibility for the services; and 3) determining the amount of services the applicant is entitled to. In these determinations the interests of the professional and the citizen often conflict and collide. (Hasenfeld, Rafferty & Zald, 1987: 401.)

These encounters between different welfare professionals and citizens vary in the degree they have a choice concerning the encounter. Hasenfeld et al. (1987) have drafted a typology classifying the citizen's role according to the levels of freedoms both the professionals and citizens have (see table 1).

Table 1. Types of encounters between the professional and the citizen (Hasenfeld, Rafferty & Zeld, 1987: 402).

Professional's discretion	Citizen's freedom of choice	
	High	Low
High	Customer	Client
Low	Consumer	Inmate

Customers are free to choose the service provider most suitable to their needs and the providers try to attract customers who are amenable and responsive to their services. This search expends a significant amount of resources from both parties. The consumers exhaust the services with a vast demand that is controlled by cooling out tactics in an effort to eliminate undesirable applicants. The client is a typical role for citizens in traditional social services. The citizen in this role has very little choice, because the services are often monopolized and the professionals have the power to determine eligibilities, entitlements, amounts and coercive methods according to the organizational and legislative criterion. The typology

inmate describes most of means-tested welfare state bureaucracies. The rate of utilization of these services is usually low and some coercion is included. (Hasenfeld et al., 1987: 402–403.)

Saunders (1986: 345) argues that customers can exercise power within markets through their use of money. This is not possible for the client in public services. Clients have the possibility to complain and demand, but as they have no possible alternative services and no choice but to accept what they are offered, the dependence is far greater than customers in a competitive market.

3.3. Organizing social and health care in Finland

Social and health care has ‘gone public’ in Finland. There are care related rights and benefits, which do not automatically guarantee access to care and benefits, because of targeting and professional assessment. (Anttonen & Häikiö, 2011: 68.) Finnish social and health care is one variation of the Nordic welfare model characterized by a high level of social service provision and the principle of universalism (Anttonen, 2002; Kautto et al., 1999)

The municipalities have a central role in the provision of social and health services. The frames are set in the legislation, but the local, municipal provision is not controlled in detail (Anttonen & Häikiö, 2011: 68.) Primary health care services are arranged in health centers run by local authorities or local authority federations. Local authorities are required to arrange medical care services, school health care for residents and dental care for persons under 17. Patients can choose between public and private health care services, both of which are reimbursed through health insurance. Occupational health care became statutory in 1979 when a duty was imposed upon employers to arrange preventive occupational health care for all of their employees. Coupled with the Occupational Health Care Act, the Primary Health Care Act and the Health Insurance Act together ensure access to both public and private health care services.

Hospital districts formed by municipalities are responsible for arranging specialized medical care. There are 20 hospital districts, and each municipality must belong to one of these. Health services are mainly funded by municipalities with tax revenue. 43 per cent of health care is funded with local tax revenue, 17 per cent with central government grants financed by national taxes and 16 per cent with health insurance revenue. The proportion of service users is 20 per cent. The law does not concern detailed questions of the scope, content or organization of services. There are, therefore, differences in health service provision from one mu-

municipality to another. The legislation does, nevertheless, prescribe the main primary health care and specialized medical services which all local authorities must provide. Public health care is supplemented by private health care, especially in the larger municipalities. The national system of health insurance reimburses the client for part of the charges for private health care (Ministry of Social Affairs and Health 2004).

Professionals function as gatekeepers to most of the services. Public health care is sometimes criticized for having long waiting times. Citizens have the option to choose private health services. Some people might have private insurance that covers the extra costs, which makes private services easily accessible. Employers are obligated to provide occupational health care, which is usually organized through private clinics. These services are free for employees.

Social services are either free or the service user has to pay according to usage. If the service user is entitled to certain benefits and services the pricing is calculated according to different methods depending on the service. Some fees may be collected and sometimes service vouchers are provided and they can be used according to one's choices. The Social Insurance Institution of Finland's (Kela) mission is 'to secure the income and promote the health of the entire nation, and to support the capacity of individual citizens to care for themselves' (Kela 2012). National Health Insurance provides coverage for expenses resulted from sickness. Kela also provides disabled and chronically ill persons with Disability Allowances and Pensioners' Care Allowances. The allowances help them to cope better with the challenges in their lives. The amount of the allowances depends on the graduated scale according to the degree of handicap experienced and the amount of expenses incurred. Kela covers some of the cost of vocational and medical rehabilitation, and provides financial assistance towards other rehabilitation services financed with an annual grant from Parliament. Rehabilitation Allowances are available to provide financial security during participation in rehabilitation. (Kela 2012) As a last resort the municipality is obligated to provide the amount of rehabilitation a person needs. The legislation, the service forms and the ways the legislation is interpreted varies.

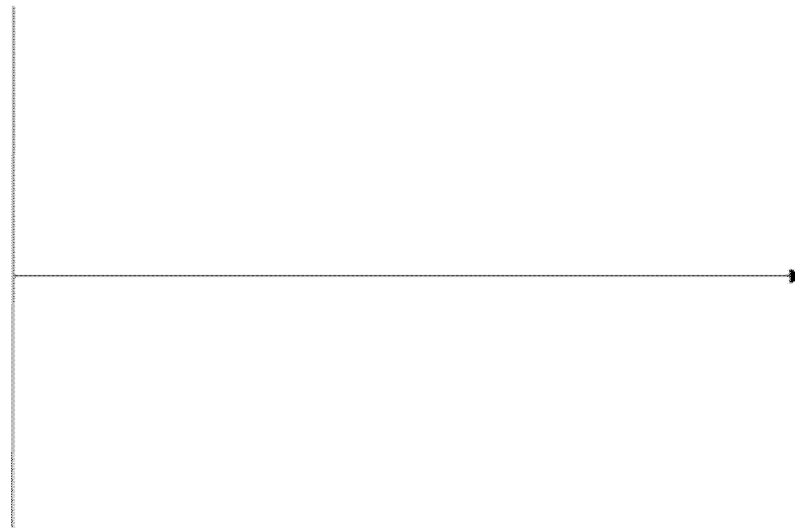
4. Research methods and the data

This study was partly conducted in one area of Finland. The first part of the data consists of 13 narrative interviews and egocentric networks. Due to the large amount of data this article only discusses one aspect of this material. The examination in this article is concentrated on a few specific issues. The other part of the

data was gathered with an electronic questionnaire. The main question in this article is how the service users describe their role and possibilities to choose and influence upon the service system in social and health care.

One geographic area of Finland with two hospital districts and one special care district was chosen and volunteers were invited in several ways to participate in the first part of the study. An advertisement looking for volunteers was published in the journal of the Finnish Autism and Asperger's Syndrome Association (Autismi) and a written invitation was included in the newsletter to the members of the local association operating in the area. Also the rehabilitation advisers in the area informed families about the study and gave information to those interested. The criterion for participation was that there had to be a child with autism spectrum disorder (ASD) younger than 16 years old in the family. The statutory services and benefits were quite similar for this age group.

+



-

Figure 2. The table for drawing a life-line.

Altogether 16 families enrolled in the study, but finally 13 families' interviews were completed and analyzed. Three families dropped out for personal reasons.

The interviews were carried out in 2006 and 2007. Three out of the thirteen families were single parent families and the mother was the sole carer. In the other families either just the mother or both parents were interviewed depending on the family, their timetable and desires. The families were interviewed using narrative interviews. The family was asked to describe their experiences as a family with ASD child/children and their en-counters with the welfare system. A life-line (figure 2) was used as a tool to initiate and help narration.

The family started the drawing from the birth of the child with ASD and continued describing their experiences with a line until the present time. If the life line was placed above the 0-line the experience was positive and if below the 0-line the experience was perceived as negative. Figure 3 presents one imaginary example of a life-line.

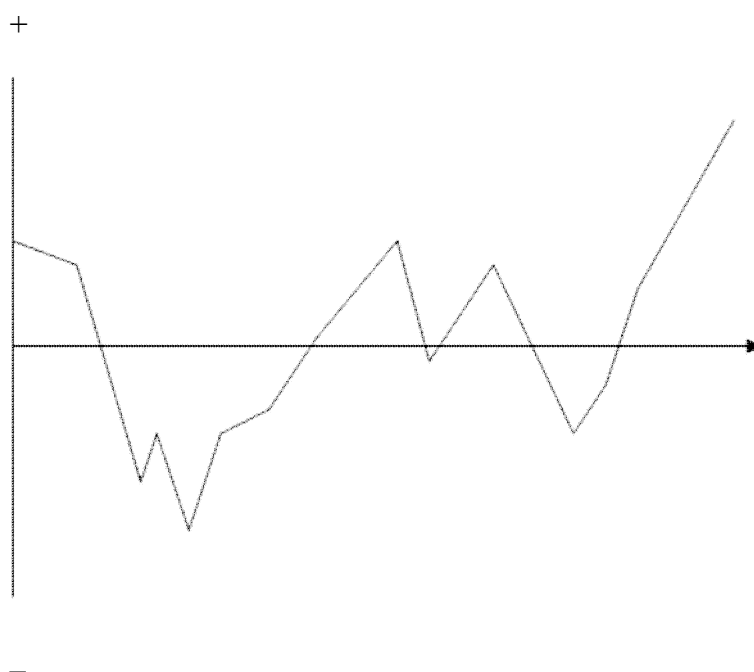


Figure 3. An example of a life-line.

The interviews were recorded and transcribed with the interviewees' permission. The data consists of 288 pages transcribed with double spacing. The analysis can either concentrate on the content of the narratives or the structure and form of the narratives (Elliot, 2005: 38; Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber, 1998: 12). In this study the narratives were analysed according to their content and the method resembles content analysis. Also attention was directed towards the terms interviewees used to illustrate deeds and describing who was active.

Supplementary data was gathered with a questionnaire, an e-form (e-lomake). Families with a child with ASD are a specific group. The aim with the questionnaire was to see if the findings from the interviews could find support from a broader variety of respondents. Members of different patient and disability organizations were asked to describe their experiences by answering this questionnaire during one month's time in 2010. The reason for turning to these organizations was to find the opinions of people who could also have a lot of experiences with different services in social and health care. The connection with the associations also implies that the respondents may be more active than average.

A letter of invitation was sent to different organizations which decided if they were willing to participate in the study and where they wanted to advertise the research. The majority of the organizations that wanted to take part and inform about the research put information about the study on their website. A link to the questionnaire was included in the invitation. The organizations contacted are listed on the website Kansalaisyhteiskunta.fi, under social and health associations. Altogether, 44 organizations were contacted, and 15 of them answered positively and put the information on their websites. Finland is a bilingual country and the questionnaire was in both Finnish and Swedish. The questions were grouped into background information, possibilities to choose, possibilities to influence, and the respondent's conception of their role. Questions were both multiple-choice and open-ended. The content of the qualitative data was analyzed through content analysis and some results will be presented in percentages to better illustrate the distribution of different opinions and experiences.

The questionnaire was answered by 98 respondents, 23 per cent of which were male and 77 per cent female. Two thirds of the respondents were members of the association of the website they found the questionnaire on. The distribution of the respondents is presented in figure 4. Nearly a third of the respondents were not members of the patient and disability organizations that purveyed the questionnaire on their website. Sixteen per cent of the respondents were persons who had a connection to respiratory illnesses, as well as neurological disorders.

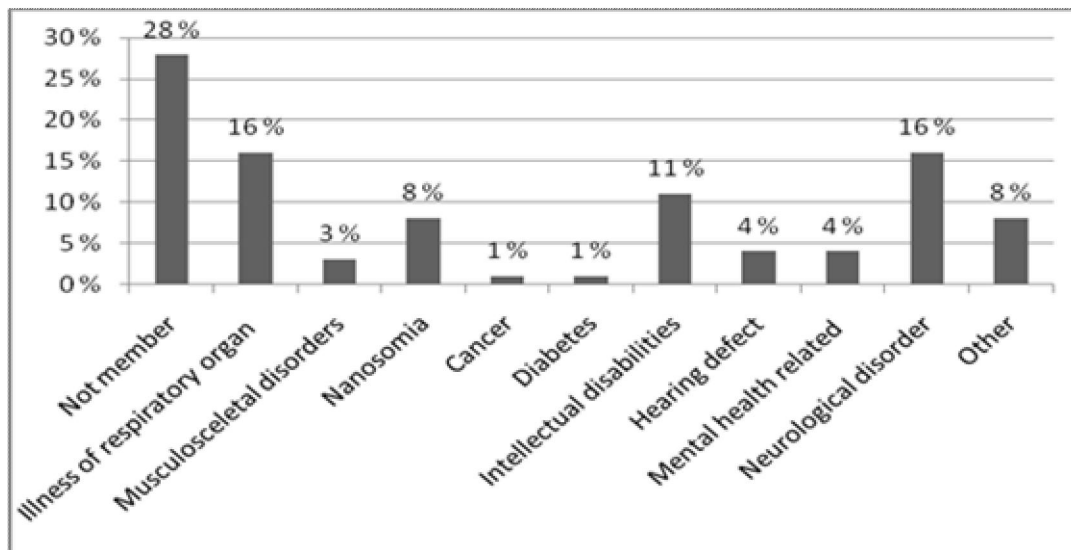


Figure 4. The distribution of the respondents.

The majority (60 %) of the respondents answered the questionnaire due to their own illness or dis-order. One third answered from the experiences of a family member’s illness or disorder. Figure 5 illustrates how large a percentage of the respondents had used the services. Close to 90 per cent of the respondents had used the services provided by health centers and the social insurance institution. Over half of the respondents had used the services provided by central hospitals, municipal social services, private clinics, occupational health care, and other private services. The answers presented are only by those who have used and had experiences of a service and service-provider.

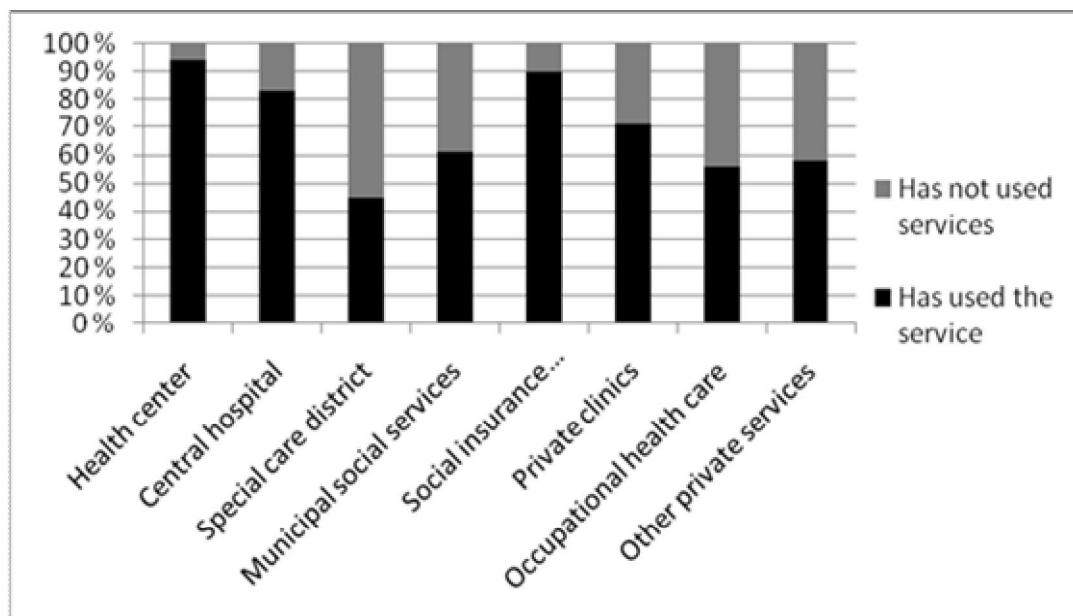


Figure 5. The percentage of the respondents that had used the services.

This study is qualitative in nature. The multiple-choice questions were completed with several open-ended questions that gave space for opinions, ideas and experiences. The possibility to choose was asked through a question concerning certain pre-chosen social and health services and a question concerning the refusal of intended services. The respondents were asked to evaluate the services they had used, and if they felt they had the possibility to choose the suitable services from each service provider. There was also room to explain the chosen alternative. They were also asked to tell if they had ever refused an intended service and what this choice had resulted in. The respondents were further asked if they felt they could influence the service given to them or their family members and how much. The possible alternatives given were generated from Lyons and Lowery's (1986; 1989) model. Respondents were asked to choose the ones they had used and to evaluate how effective these alternatives are on a scale of 4–10, which is the commonly used grading scale used in Finnish elementary schools and known to Finns.

Lastly, the experiences of their role in social and health services were inquired about. The respondents could choose the alternatives they thought best described their role and also the alternatives that best described, according to their view, the way the professionals and service providers perceive the citizens using services.

The alternatives presented were collected from different previous studies describing the role of the citizen in social and health services (ex. Valkama, 2008;). Valokivi, 2008; Clarke, Newman, Smith, Vidler & Westmarland, 2007; Evers, 2006; Niiranen ,2002; Mattus ,2001; Hasenfeld, Rafferty & Zald, 1987.)

5. The results of the studies

5.1. The roles of the service-users

The families described their experiences in and with social and health services. The term customer (*asiakas*) was mentioned by only one family once in the analyzed 13 interviews and 288 pages. Family 6 stated that ‘We are customers in special care district...’. But, it was implied in several places that the conduct, actions and expectations referred to customer orientation and treatment as customer for example ‘I think that we were entitled to receive the care...’ (Family 1).

The questionnaire supported the findings that service users perceive themselves as customers; 70 per cent chose to describe themselves with the term ‘customer’. Service users also chose to describe themselves as active (65 %), demanding (42 %), service users (41 %), patients (40 %) and challenging (40 %). The term patient was used in health services. The respondents also estimated that the professionals perceive them as customers (52 %), active (50 %), patients (45 %), demanding (45 %), challenging (45 %) and troublesome (38 %).

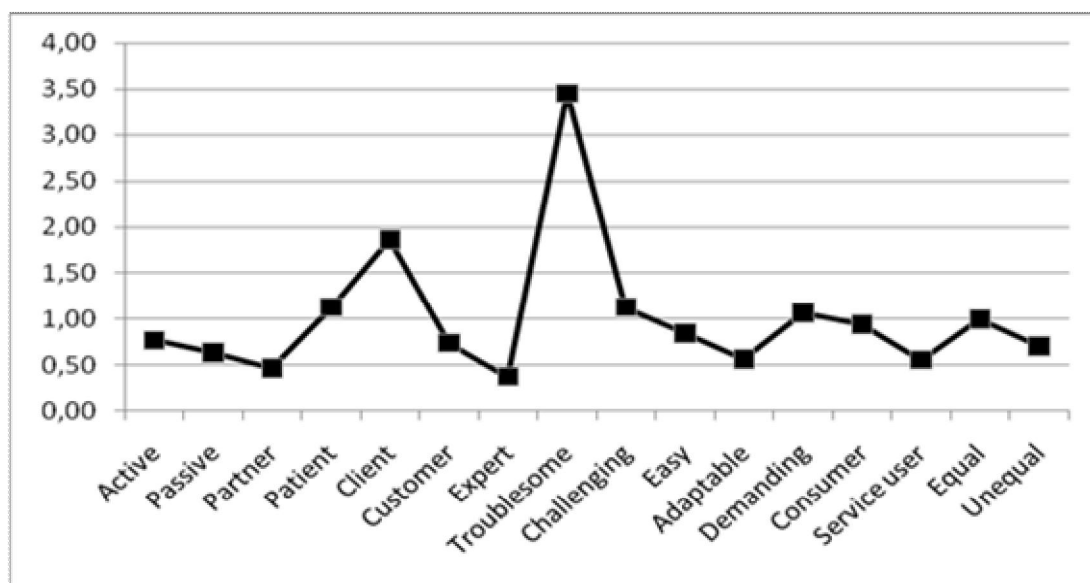


Figure 6. The difference between respondents' own opinions and estimations of professionals' perceptions of service users.

The terms, that the respondents did not consider describing them, were consumer (17 %), easy (13 %), passive (11 %), troublesome (11 %) and client (7 %). Likewise they estimated that the service providers did not see them as partners (8 %), easy (11 %), clients and experts (13 %). Figure 6 presents the difference between what respondents experience and their estimation of how the professionals in social and health services perceive them. The more the number differs from number one the more different the estimations are. The biggest differences were in customer, troublesome and expert. Respondents estimated that they are perceived as customers and troublesome by the service providers, and they defined themselves as experts, partners, adaptable and service users more often than they estimated that professionals would perceive them as such.

The difference between the evaluated conception of service users themselves and the professionals is also apparent in the interviews. Almost all families tell about situations where they think they are labeled as troublesome as they feel they are just acting according to their rights. 'I've only in the past ten years learned to become assertive and to fight back, and now I have this terrible reputation' (Family 13).

5.2. The development of the role

It is very clear that the role of the service user is not a stable, never-changing feature. The development is apparent in all narratives. In the beginning, the story flows in the passive; it is not always clear who the agent is although it is clear that the teller is not the agent. The child or the family was sent, (lähetettiin) diagnosed (diagnosoitiin), studied (tutkittiin) and treated (hoidettiin). The decisions or the actions of the professionals were hardly ever contested. The role was described as passive, expectant and worried. The professionals were often described as experts. The role of the service user could be defined in the beginning as content client. The client is often situated in the context of professionalism (Powell & Greener, 2009: 100). The relationship between service users and providers is usually very loyal in the beginning.

But slowly as the story goes on along the child's lifeline, the parents become more active and assertive. The decisions of the professionals are questioned, and this is often justified by an accumulation of knowledge. After getting the first diagnosis, one family stated that 'I was not happy with it, could not understand it (the diagnosis), then decided, after I heard about the special care district, to get the child in there for diagnosis.' (Family 2) Parents acquire knowledge from different sources, re-habilitation courses, other parents, patient associations, books, the Internet and other professionals. The increase in the amount of information available has led to more active clients, and even to agential consumers as choosers away from the traditional trusting and compliant client (Laing, Hogg, Newholm & Keeling, 2009: 79–82). Then I had the courage to question more... and ask for services.' (Family 2).

This empowerment and knowledge has also lead to feelings of guilt. One parent describes the feelings like this 'I've been timid, quiet and compliant, agreeable.... Now I'm sorry that I was so weak, the child has suffered for it.' (Family 13) The families often felt that they had failed their child by being too compliant. 'I trusted those people; they were supposed to be professionals. Completely. And I'm so sorry now that I had to learn that you should never trust blindly anyone if your own children are at stake.' (Family 11).

The empowerment of the client and assertive conduct was often seen as negative from the professionals' and service-providers' point of view. One family thought that they felt that 'from the professionals' direction we are demanding too much' (Family 6)

What is evident in both data samples is the clear difference between the meanings of the service in the context of the service users' lives. The traditional way of professionalism is accepted as long as it seems to offer the best way or the most important thing in the service user's life (e.g. Barnes, 2009: 224). The families did not feel that they were demanding anything extraordinary; they were not asking to be treated as consumers, but as people who are struggling hard against stigma, mental problems, exhaustion and the right to normal citizen's rights. They were asking for the necessary support for normal everyday life and in some cases just to survive (see Barnes, 2009: 225). They just wanted to have the right not for services, but to share activities usually taken for granted as rights of full citizenship, like employment and education. 'They have learned that I don't pester unnecessarily.' (Family 1).

One family illustrates their feelings when requesting for after school care in order for full employment for both parents: It was a terrible disappointment that I was seen as stupid, mother whining for benefits everywhere. The worst difficulties we experienced were with going and coming from school, and after school care with going to work. (Family 4). This is an example of a situation when the idea or intentions of the professional clashes with the service user's needs and interpretations of their situation, the role of the content client shifts to a complaining, more active client and maybe even to customer using voice or exit. The ones that do not give in, start to fight the system by demanding their rights. If the results from the activism does not lead to the wished for effects and confronted totalitarian exercise of professional power, the customer/client is repressed to its passive position. This alternative is neglect in Lyons and Lowery's (1989) typology.

5.3. Possibilities to influence and choose

The interviewed families had tried to influence the services they received in different ways. The most common alternative was discussing with the service providers and professionals. 'I called the social worker and tried to discuss about the matter (child's day care)' (Family 4). This is seen as a typical example of the voice option. Voice provides a method for negotiation (Simmons, 2009: 58). The respondents of the questionnaire were asked to estimate how much influence they have on their or their next of kin's treatment or the services given by each service provider. According to the respondents to the questionnaire, private services give the most possibilities to influence the given treatments and services.

When the interviewed parents gained more information, they were more willing to contradict the professionals and their decisions. Since there are no real alternatives for exit, the majority seems to be expressing the voice option (e.g. Hirschman, 1977; Lyons & Lowery, 1986). Voice is often perceived as less influential than choice (Simmons, 2009: 57). The responses the parents gave indications that the effectiveness of Voice option varies. In some cases it was enough ‘...after I really complained about the matter, they made a referral to the psychology...’ (Family 4), but in other cases it resulted nothing ‘I’ve never received support, although I have asked support for a long time..’ (Family 2). It has become more common to complain and write appeals. The juridical system has become a way to influence services and exercise social rights. Almost all of the families had done written appeals or complaints concerning the benefits or services.

The possibility to choose implies, according to Hasenfeld et al. (1987), either the customer or consumer role for the citizen. The choices the interviewed families had made often concerned the denial of a specific treatment, care or rehabilitation. As Family 1 describes ‘I just stopped going to re-habilitation, because I thought that they resulted nothing but sinking spirits’ The reasons for denial were too much travelling due to long distances, too much time consuming or difficulties with scheduling all the daily activities. Some families who were not happy with the treating doctor or long waiting times sought help from private clinics. This was possible due to private insurance that, after a small deductible, covered all costs of the care. The best possibilities for choice were offered in the private clinics and other private services. The only problem with this alternative is that it is perceived as expensive and limiting the possibilities to use the services due to the high costs. Private services are a genuine possibility for more wealthy persons and persons with extensive insurance. This presents the dilemma portrayed by Hirschman (1970: 46) that if the most influential ones choose exit from the services the possibility to achieve change deteriorates.

Private services can also be seen as consumer services and the high cost is one cooling out tactic (Hasenfeld et al., 1987: 402). Even if the majority of the services in social and especially health care are based on professional evaluation and their expertise, over half of the respondents of the questionnaire experienced that they had the possibilities to choose the suitable alternatives for them or their next of kin in health centers and occupational health care. None of the mentioned services were experienced as totally lacking possibilities to choose even if, for example, the services provided by the social insurance institution are statutory and thus based solely on the law and the discretion of the professionals. The encounter is highly influenced by the experience of how the needs and fears of the customer

were treated and if the encounter gives a feeling that these concerns were heard (e.g. Brogan & Knussen, 2003: 43–44; Kumlin & Rothstein, 2005: 26–28).

These results are interesting as Finnish social and health care represents a typical Nordic welfare model often perceived as lacking in choice and as being professionally controlled. The experiences of the respondents imply that the actual face to face contact has somehow managed to give the impression of the possibility to choose. Or, on the other hand, it might be an implication of the content loyal clients, who settle with what they get, because there are no alternatives to turn to.

6. Conclusions

This study aims to examine how service users perceive their role within social and health services and whether they experience possibilities for choice and influence. The aim for more customer-centered services has been central in social and health services for decades. The experiences of the service using citizens might illuminate how these services are actually perceived.

The terminology and its usage have changed, but people still find and situate themselves in the traditional role of client. Professional superiority is accepted, especially in health care where people define themselves as patients. It is very common to settle into the role of content client, who is loyal to the professionals. The concept ‘customer’ is multifaceted and varies from time to time, person to person, but also in different times in one person’s life. With accumulated information and experiences some service users become more active and assertive, trying to gain more control and say over the services they receive. The service users chose often to use their voice, which is understandable in services that do not really offer so much choices and possibilities to exit. Some families chose to change municipalities in order to get more services or stopped accepting some services that they felt were not adequate. The empowerment of the service user is often seen as problematic or challenging by professionals. Some service users feel that their activity is labeled as troublesome or difficult. The empowerment of the customer has affected social services more. The rise in appeals and complaints indicates that people are using the juridical system to define the limits of rights and entitlements (e.g. Alavaikko 2006). Only few families showed symptoms of neglect, total withdrawal from the service system due to their emotional exhaustion.

In the questionnaire the most accepted term was the customer, 70 % of the respondents thought that it described their role in social and health services. Approximately 40 % of the respondents felt that they also were patients. Only 17 % chose the term consumer (e.g. Clarke, Newman, Smith, Vidler & Westmarland, 2007) and 7 % client to describe their role. All social and health services included in the questionnaire had some sense of choice. The different private services reached the highest percentage of offering possibilities to choose. The only weakness of this alternative is the unfamiliarly high cost. Traditionally, Nordic welfare services are free or low cost services and thus the high cost limits the prospects of using these services. Private insurance enables the usage of private services. The respondents who experienced that there was no choice gave reasons for their answer. They argued that there are no alternatives and the system is professionally controlled.

Nearly three fourths of the respondents experienced that they could influence social and health services when examined en bloc, at least to some extent. The best possibilities for influence were again in private services, but also at health centers and occupational health care. The best ways to influence the services according to their evaluated effectiveness were changing service provider, participating in patient or disability associations and discussing directly with the service provider. Changing the service provider represents Hirschman's (1970) exit option and the two other possibilities different types of voice options. The respondents described their role as active customers although they experienced some differences between their own view and the estimated professional view.

References:

Alavaikko, Mika (2006) 'Valtakunnallisen sosiaalipolitiikan loppu – keskitetystä ohjauksesta alueellisiin kehittämishankkeisiin' in Kati Rantala & Pekka Sulkunen (eds.) *Projektityhteiskunnan kääntöpuoli*, Gaudeamus, Helsinki.

Alford, John (2002) 'Defining the Client in the Public Sector: A Social-Exchange Perspective', *Public Administration Review* 62 (3): 337–346.

Anttonen, Anneli & Liisa Häikiö (2011) 'From social citizenship to active citizenship? Tensions between policies and practices in Finnish elderly care' in Janet Newman & Evelien Tonkens (eds), *Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western European Welfare State*, Amsterdam University Press, Amsterdam.

Barnes, Marian (2009) 'Authoritative consumers or experts by experience? User groups in health and social care services', in Richard Simmons, Martin Powell &

Ian Greener (eds) *The consumer in public services. Choice, values and difference*, Policy Press, Bristol.

Bouma, Ruth & Robert Schweitzer (1990) 'The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis', *Journal of Clinical Psychology* 46 (6): 722–730.

Brogan, Clare & Christina Knussen (2003) 'The disclosure of a diagnosis of an autistic spectrum disorder', *Autism*, 7 (1): 31–46.

Clarke, John (2009) 'The people's police? Citizens, consumers and communities' in Richard Simmons, Martin Powell & Ian Greener (eds) *The consumer in public services. Choice, values and difference*, Policy Press, Bristol.

Clarke, John, Janet Newman, Nick Smith, Elizabeth Vidler & Louise Westmarland (2007) *Creating Citizen-Consumers: Changing Publics & Changing Public Services*, SAGE Publications, London.

Dowding, Keith & Peter John (2008) 'The Three Exit, Three Voice and Loyalty Framework: A Test with Survey Data on Local Services', *Political Studies*, 56: 288–313.

Dryden, Windy & Jill Mytton (1999) *Four Approaches to Counseling and Psychotherapy*, Routledge, London.

Dunn, Michael, Tracy Burbine, Clint Bowers, & Stacey Tantleff-Dunn (2001) 'Moderators of Stress in Parents of Children with Autism', *Community Mental Health Journal*, 37 (1): 39–52.

Elliott, Jane (2005) *Using Narrative in Social Research: Qualitative and quantitative Approaches*. SAGE Publications, London.

Evers, Adalbert (2006), 'Complementary and Conflicting. The different meanings of 'user involvement' in social services' in Aila-Leena Matthies (ed), *Nordic civic society organisations and future of welfare services. A model for Europe? TemaNord 2006:517*, Nordic Council of Ministers, Copenhagen.

Gilliatt, Stephen, John Fenwick & Daniel Alford (2000) 'Public Services and the Consumer: Empowerment or Control?', *Social Policy & Administration*, 34 (3): 333–349.

Goffman, Erving (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Penguin Books, London.

Green, Sara, Christine Davis, Elana Karshmer, Pete Marsh, & Benjamin Straight (2005) 'Living Stigma: The Impact of Labeling, Stereotyping, Separation, Status Loss, and Discrimination in the Lives of Individuals with Disabilities and Their Families', *Sociological Inquiry*, 75 (2): 197–215.

Hasenfeld, Yeheskel, Jane A. Rafferty & Mayer N. Zald (1987) 'The welfare state, citizenship, and bureaucratic encounters', *Annual Review of Sociology* 13: 387–415.

Hirschman, Albert (1970), *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Johansson, Håkan & Bjørn Hvinden (2005), 'Welfare governance and the remaking of citizenship' in Janet Newman (ed.), *Remaking Governance*, The Policy Press, Bristol.

Julkunen, Raija (1994) 'Hoivabisnekseen vai nyrkin ja hellan väliin?' in Leila Simonen (ed), *Hyvinvointivaltion murros ja hoivan uudelleen organisointi*, Raportteja 94, Stakes, Helsinki.

Julkunen, Raija (1994) 'Suomalainen sukupuolimalli – 1960-luku käänteenä', in Anneli Anttonen, Lea Henriksson & Ritva Nätkin (eds), *Naisten hyvinvointivaltio*, Vastapaino, Tampere.

Julkunen, Raija (2001) *Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*, Vasta-paino, Tampere.

Julkunen, Raija (2006) *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*, Stakes, Helsinki.

Kangas, Ilka (2003) 'Saira-an asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa', in Marja-Liisa Honkasalo, Ilka Kangas & Ullamaija Seppälä (eds), *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*, Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki.

Kela (2012) 'Benefits and services', online 14.3.2012 <http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf/NET/130608115721HS?OpenDocument>

Kumlin, Staffan & Bo Rothstein (2005) 'Making and Breaking Social Capital: The Impact of Welfare State Institutions' *Comparative Political Studies* 38. online 17.3.2008: <http://www.pol.gu.se/Person.asp?PersonId=82&PageContent=2>

Laing, Angus, Gill Hogg, Terry Newholm & Debbie Keeling (2009) 'Differentiating consumers in professional services: information empowerment and the emergence of fragmented consumer', in Richard Simmons, Martin Powell & Ian Greener (eds), *The consumer in public services. Choice, values and difference*, Policy Press, Bristol.

Lee, S.-Y. & Whitford, A. B. (2007), *Exit, voice, loyalty, and pay: evidence from the Public Work-force*. *Journal of Public Administration Research and Theory* 18: 647–71.

Lehto, Juhani (2000) 'Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä' in Susanna Nouko-Juvonen, Pekka Ruotsalainen & Irma Kiikkala (eds), *Hyvinvointivaltion palveluketjut*, Tammi, Helsinki.

Lieblich, Amia, Rivka Tuval-Mashiach & Tamar Zilber (1998) *Narrative Research: Reading, Analysis, and Interpretation*, SAGE Publications, California.

Lyons, William E. & David Lowery (1986) 'The organization of political space and citizen responses to dissatisfaction in urban communities', *Journal of Politics*, 48 (2): 321–346.

Lyons, William E. & David Lowery (1989) 'Citizen responses to dissatisfaction in urban communities: A partial test of a general model', *Journal of Politics*, 51 (4): 841–868.

Lähdesmäki, Kirsi (2003) *New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen: Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun*. Acta Wasaensia 113. PhD thesis, Vaasa University.

Meyer, John W. & Brian Rowan (1977) 'Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony', *The American Journal of Sociology*, 83 (2): 340–363.

The Ministry of Social Affairs and Health (2004) *Health care of Finland. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2004*: 11

The Ministry of Social Affairs and Health (2008a) *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011*, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008.

The Ministry of Social Affairs and Health (2008b) *Uusi terveydenhuoltolaki Terveydenhuoltolaki-työryhmän muistio*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 28.

Mattus, Marjo-Riitta (2001) *Valtaistava ja yhteistyötä avaava haastattelumenetelmä perhelähtöisessä interventiossa*. PhD Thesis, University of Lapland.

Mönkkönen, Kaarina (2002) *Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena*, Kuopion yliopiston julkaisu E. yhteiskuntatieteet 94. PhD thesis, Kuopio University.

Newman, Janet & Evelien Tonkens (2011) 'Introduction' in Janet Newman & Evelien Tonkens (eds.), *Participation, Responsibility and Choice: Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*, Amsterdam University Press, Amsterdam.

Niiranen, Vuokko (2002) 'Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin' in Kirsi Juhila, Hannele Forsberg & Irene Roivanen (eds.), *Marginaalit ja sosiaalityö*, SoPhi, Jyväskylä.

Outinen, Maarit, Tupu Holma & Kristiina Lempinen (1993) *Laatu ja asiakas: Laatumetallintely sosiaali- ja terveystalalla*, WSOY, Helsinki.

Pegnato, Joseph (1997). 'Is a Citizen a Customer?' *Public Productivity Management Review* 22 (2): 220–231.

Pohjola, Anneli (1993) 'Asiakas sosiaalityön määrittäjänä' in Riitta Granfelt, Harri Jokiranta, Synnöve Karvinen, Aila-Leena Matthies & Anneli Pohjola (eds.), *Monisärmäinen sosiaalityö*, Sosiaaliturvan Keskusliitto, Helsinki.

Powell, Martin, Shane Doheny, Ian Greener & Nick Mills (2009) 'Introduction: managing the 'un-manageable consumer' in Richard Simmons, Martin Powell & Ian Greener (eds), *The consumer in public services. Choice, values and difference*, Policy Press, Bristol.

Powell, Martin & Ian Greener (2009) 'The healthcare consumer' In Richard Simmons, Martin Powell & Ian Greener. (eds), *The consumer in public services. Choice, values and difference*, Policy Press, Bristol.

Rosenthal, Patrice & Riccardo Peccei (2006). 'The social construction of clients by service agents in reformed welfare administration', *Human Relations* 59 (12): 1633–1658.

Sanders, John L. & Sam B. Morgan (1997) 'Family Stress and Adjustment as Perceived by Care-givers of Children with Autism and Down syndrome: Implications for Intervention', *Child and Family Behaviour Therapy*, 19 (4): 15–32.

Saunders, Peter (1986) *Social theory and the urban question*, Hutchinson, London.

Scourfield, Peter (2007) 'Social Care and the Modern Citizen: Client, Consumer, Service User, Manager and Entrepreneur', *British Journal of Social Work* 37: 107–122.

Sivberg, Bengt (2002) 'Family system and coping behaviour', *Autism*, 6 (4): 397–409.

Sulkunen, Pekka (2006) 'Projektityhteiskunta ja uusi yhteiskuntasopimus' in Kati Rantala & Pekka Sulkunen (eds.), *Projektityhteiskunnan kääntöpuoli*, Gaudeamus, Helsinki.

Valkama, Katja (2008) *Verkostoja, palveluketjuja vai palvelukokonaisuuksia? Tapaustutkimus autismin kirjon lapsiperheiden kokemuksista hyvinvointi järjestelmässä*. Unpublished licenciate thesis, Vaasa University.

Valokivi, Heli (2008) Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista, PhD Thesis, Tampere University.

Weiss, Mary J. (2002) 'Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation', *Autism*, 6 (1): 115–130.

Wilson, Deborah (2009) 'Exit, Voice and Quality in the English Education Sector', *Social Policy & Administration*, 43 (6): 571–584.

INTANGIBLE LABOUR – Informal Caregivers as a Hidden Resource of Social and Health Care Services. The Finnish Support for Informal Care

Katja Valkama¹ & Ulla Isosaari²

¹ Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, VammaisKASTE-hanke

² Diakonia-ammattikorkeakoulu

Abstract

The provision of welfare services is undergoing drastic changes in Finland. The global neo-liberal rhetoric has entered the welfare discourse and is affecting the concrete service provision. The individual responsibility and more active citizenship are debated. Some argue that a shift towards contractual society has become apparent. The contracts between society and the active citizen illustrate the possibilities in welfare provision. The support for informal care is based on an agreement between citizen and municipality concerning the care of a next of kin. This enables combining work and caring or possibly giving up the work for caring. The aim with this article is to examine the support for informal care as an important but invisible part of social and health care system. Is the informal care used as hidden resource in the municipalities? How are the invisible work compensated and how the position of the caregivers could be improved?

The care based on contract has many positive qualities, but the shortcomings in the system seem to overshadow the good in the Finnish example. Caregivers with a contract receive many benefits out of reach of other caregivers. However most caregivers do not qualify for the support and recent developments have proven that the contracts are not respected as fully binding agreements from the society's perspective. The power is still distributed according the traditional paternalism and active citizenship is diminished to a passive object.

Keywords: Finnish welfare state, support for informal care, contractual society

Introduction

The Finnish welfare state is often described with terms like universalistic, institutionalistic, paternalistic or democratic. The benefit system covers everyone and has been very generous. During the era of constant growth and the development of the welfare state, some welfare provision forms traditionally seen as the family's responsibility became public responsibility in order to secure everyone's participation in the labour markets. In Finnish households today are economically dependent on breadwinners. But there is also a growing need in the society to offer alternatives to the institutional care for the people with disabilities, severely ill and elderly which has been (and still is) dismantled.

The recession in the 1990s and the fiscal crisis which followed led to passionate debates on the risk of dependency and irresponsibility. In general the whole idea of a universalistic model was questioned especially by the power elites. A strong trend towards more activating measures was introduced and the responsibility of the citizens was emphasized. The rhetoric of New Public Management (NPM) and neo-liberalism has brought concepts like customer, free choice, and individual responsibility into the discussions. Individual responsibility and the freedom to choose have slowly altered the ways to perceive care in Finland. The characteristics of a good citizen have been re- and de-constructed and the demand for controlling the new aspects of active citizenship is overflowing. The concept of an active citizen has become hybrid where the social democratic and communitarian conceptions of the citizen are dominated by the neo-liberal emphasis on liberating the citizen from the state (Clarke 2005, 448).

Active citizenship is apparent when an individual picks up the baton to care for a family member. This care is typically informal and intangible. However, there is an active effort from the society to create a support system to enable this informal care. The support is based on legislation and delivered according to an agreement. Some argue that there is a shift towards contractual society taking place (Sulkunen 2006, 17–18). In contractual society welfare provision is defined in agreements between organisations and organisations and individuals. This article examines what this shift can actually mean. In this article the role of the active citizen is examined as well as the usage of the intangible care.

The changes in the traditional Finnish welfare state

The core idea of the welfare state is based on T. H. Marshall's (1950) proposition of social citizenship. Esping-Andersen (1992, 105) argues that social citizenship involves the granting of social rights which entail a decommodification of the status of individuals in relation to the markets. The welfare system is built on the assumption of promoting the welfare of the citizens. It also involves social stratification, the status as a citizen will compete with or replace one's class. Lastly, the welfare state is created in the interface between the market, the family and the state.

In Finland, the majority of health and social services are publicly provided. These services have been decentralized to the local governments in the municipalities which finance, answer for and also provide the majority of the services. The services are mostly financed through taxation but also through compulsory health insurance. (Lehto et al. 2001, 177.) The welfare is collective, created by the will of the citizens, which enhances wide solidarity and volition to take care of the more unfortunate members of society (Anttonen & Sipilä 2000, 20). The aim with the system is to protect citizens from unexpected social or health risks related to certain phases of life, like for example disability, parenthood and ageing. The public system is justified with its ability to secure the society as whole through the redistribution of resources and even the differences between income groups and geographic areas. (Lehto et al. 2001, 172.)

The universalistic Nordic welfare state has a broad social responsibility. Through the state, citizens care for strangers and fulfill the moral obligation for one another, although by paying high taxes we get rid of some of the personal responsibility. (Julkunen 2001, 261.) Universalism is the basis of the Nordic welfare state but it can also cause problems by blinding the actors from the plurality of differences. Individuality is lacking and the system is unable to fulfil the rhetoric promise of care for all. (Murto 2006, 135.)

The Nordic welfare state shares the everyday life risks with families, but also secures the continuity of life by transforming the care of the children and the elderly as a common interest. Such circumstances are provided, that they enable families to fulfil their obligations

for welfare (Julkunen 2006, 109) and by doing that it has diminished the responsibility of the family (Anttonen 2003). The Anglo-Saxons have described this Nordic conduct of practise by referring to 'the family goes public'. (Julkunen 2008, 151).

Social services provide the care needed in the society and the social insurance ensures continuing livelihood. The new social policy promoting a work- based society assumes that social services should be un-stigmatizing. (Anttonen & Sipilä 2000, 107.) The welfare state is based on principles of the equality and justice. Many dilemmas concerning equality have been conquered, but the care work seems to remain as an unsettled question. (Anttonen 1994, 217.)

Demand for active citizens – The shift in the debate

Neo-liberals argue that the control of economy should be transferred from the public sector to the private market sector. Neo-liberal ideas have influenced the rhetoric concerning social and health care in Finland. Terms, unfamiliar to traditional Finnish welfare rhetoric, like customer, activation, citizen participation and service-user expertise have entered the discourse. The rhetoric has become more and more common in the debates (Tritter et al. 2009, 9–11). Traditionally, it has been considered in the Nordic countries that citizen participation has become realized in the local democracy (Fotaki 2007, 1065).

NPM is a trend highly influenced by the neo-liberalism. The customer centred and market related language of NPM emphasizes responsibility and accountability. Neo-institutionalism is more or less the basis for past decades' administrative rhetoric of NPM. The core dilemma in neo-institutionalism is how to gain the trust that others take care of their responsibilities and do not subject themselves as free riders. Welfare pluralism gained a foothold in the 1980s because it offered something for everyone. The conservatives were worried about the welfare state's crowding out hypothesis, market factors seemed relevant for the neo-liberals and local sovereignty appealed to the green party. Welfare pluralism is actualized in Finland through four producers: the public sector, families, voluntary associations and the market sector. (Julkunen 2006, 25, 105, 108.)

The public appeal to the responsibility of individuals and families can be located in the 1990s when the welfare rhetoric shifted. The state became a top-down actor making people take responsibility for their own lives. (Julkunen 2008, 155.) The neo-liberal society pursues to transform dependent subjects into independent citizens. (Miller & Rose 1997, 134). Also the participation of Finnish females (especially mothers of small children) in labour markets was questioned. Women's withdrawal from labour markets seemed to be one solution for many problems (unemployment, overgrown public sector, and expensive care work). The term welfare pluralism came to mean multiple choices in service production and an emphasis on citizens' own responsibility. Unpaid work at home became a part of the service structure. (Julkunen 1994, 34.)

This has led to the rise of a neo-familistic trend in Finland. The trend also has its starting point in neo-liberal ideology. Some publicly provided services, like home service for the elderly, have been diminished and the responsibility for caring for the next of kin has grown. The model of responsibility has shifted towards families being responsible for their members and gathering the suitable services from the services available. However, the structure of the society has not changed according to these changes and it is not flexible enough to enable full-time care. (Julkunen 2006, 109–110.) Also the support system has become more binding and the criteria for benefits have become more demanding.

The tradition of caring in Finland

Care is social reproduction apparent in actions expressing moral and ethical values. These actions depend on the situation, social context, norms and rules of good care. Care can be initiated through altruistic motives, but also from the need to meddle or to control others. (Sevenhuijsen 1998, 19, 22.) Care is an activity in which the understanding of needs is central. It is the ability and willingness to see and hear needs, interpret them and to take responsibility that those needs are met. Wærness (1984, 70–71) delimits care giving work to services, help and support rendered to persons who cannot take care of themselves. Defining the term in this manner results in that care giving work mainly concerns children, ill, disabled, and the elderly. Care offered to adults, (healthy and normally functioning people), is defined as personal services or balanced reciprocity.

In the agrarian society women were bound to the home to do all the caring needed. Women entering the labour markets created several issues concerning care which had to be solved: the care of the children, the ill, the elderly and the other groups in need of care. The public care giving systems have absolved women from their heavy caring duties and given them more choice. However, due to its character, the care has been rather difficult to subordinate to market forces. One solution to the problem was seen to be publicly financed home care. (Anttonen 1989, 32, Kosonen 1998, 24.)

Knijn and Kremer (1997, 328–329) define care as paid or unpaid work including psychological, emotional and physical provision for those in need of assistance. Care is both invisible unpaid work at home (informal care), provided for by the next of kin and neighbors and paid social reproduction (formal care) (Anttonen 1994, 217). A great deal of care is provided informally by the households. Because of this informality it is difficult to draw the line to what is care and what is not, and where the caring starts or ends. (Anttonen & Sipilä 2000, 104.)

Table 1. Formal and informal care compared according to the working conditions (Ungerson 1990, 24).

Formal care	Informal care
Division of labour	Very limited division of labour depending on provision of support services
Dispersed responsibility	Total responsibility
Limited working hours	'On call' at all times
Substitutability and cover when ill	No substitutability or cover when ill
Multiplicity of clients	Very few clients (usually only one)
Social networks with other workers at workplace	No social network at workplace; possible isolation
Potential for economic and union organization at workplace	Limited potential for organization and only through political process
Accountability and hierarchy	Almost complete autonomy
Waged	No payment, except through benefit system

Today all forms of informal care are provided by altruistic persons; next of kin, friends, neighbours and volunteers. Table 1 presents the characteristics of informal and formal care. Informal care seems to be a limiting and solitary task for the caregiver. In public debate the issue about the stress caused by the compensated caring work to the national economy has entered the scene. Especially problematic are considered the expenses from child care and costs for the care of the elderly. (Anttonen & Sipilä 2000, 143.) In the 1990s public

responsibility narrowed down due to retrenchments and broader responsibility was expected from individuals. The support for informal care was seen as one solution to execute the needs to widen the service alternatives, and to solve the shortage of open care services.

The support for informal care as an example of making intangible visible

In the 1980s and 1990s the new contractualism entered the public sphere as a form of regulation, starting from the English-speaking countries. Some form of contracts with different grades of legal obligation, increasingly affirm and authenticate several forms of relations. The starting point for agreements has been in the world of commerce, but as with so many other ideas and ideologies, this tendency has also been applied in the public sector. (Ramia 2002, 50.) Contractualism manifests itself in national policies, inside organizations, between organizations and between organizations and individuals (Hyyryläinen 2004, 80–95).

The responsibility for welfare can be based on legislation, agreements or a moral sense of responsibility. Same tasks can be performed in families, by the welfare state or by private enterprises. (Julkunen 2008, 150.) The traditional welfare state can be seen as a social contract between the state and its citizens. Actual contracts between the state and an individual have not been part of the welfare rhetoric before. The terminology has entered public administration through neo-liberal ideas and it has also penetrated the Finnish social and health care system. Concrete signed agreements have become a means of control which can be seen as a shift towards a more liberal society (Ramia 2002, 50).

The development of the support for informal care

In Finland there has been legislation covering close relatives and care giving dating from the 19th century. In 1879, the statute for caring for poor persons obliged close relatives to care for their family members. The care aid law in 1956 still put relatives under an obligation to care for their next of kin. (Järnstedt 2001, 4.) After the Wars there was a period of institutionalization both in health and social care. Changes in the labour market led to a situation where it became more difficult to take care of the ones in need at home. Care giving was time consuming and it was difficult to combine intensive care giving with a full time job. The need for state organized institutional care grew. In practice this care was still provided by women, but for wages. The growth of the welfare state is often considered as women's transition from private informal care work to state owned formal care work. (Kosonen 1998, 24.)

The tradition of monetarily compensating public services started in Sweden during the time between the World Wars (Anttonen & Sipilä 2000, 136). This idea where the state is the primary provider of welfare was adopted in Finland in the 1970s when some of the municipalities started to pay subsidies to relatives who took care of the elderly, disabled or chronically diseased. (Palomäki 1994, 39.) To subsidize the caring relative is a very meaningful choice (Anttonen & Sipilä 2000, 137).

The first trials of support for informal care of the elderly, disabled and chronically sick people were executed in Finland in 1980s. The homecare allowances were enclosed in the Social Welfare Act as a part of home care (710/1982, § 27a). It was complemented with a decree (Social Welfare Decree 607/1983) which defined one model for home care being a contract with a private person who takes care of an elderly, disabled or chronically ill person at home. (Antikainen & Vaarama 1995, 14.) There was no statutory obligation for the municipalities to pay these subsidies, but in five years all municipalities had introduced this form of social service. (Anttonen & Sipilä 2000, 137.)

Because of the problematic juridical position and the position outside the social security system of the caregiver, the decree was struck down and replaced with an amendment to the Social Welfare Act in 1992 (1365/1992). The concept of home care allowance was replaced with the concept of support for informal care.

The amendment was legitimized by stating that the focus on development has been on demolishing institutional care and in developing the outpatient care system. The support for informal care became included in statutory social services and it was wider than the concept of home care allowance including services ensuring the care and possibility to receive the benefit also for short term illnesses. Also a pension scheme for the caregivers was introduced. (Government proposal 174/1992.)

The law was originally meant to be much more comprehensive, but due to the recession in the 1990s the obligating services, support forms and regulations concerning the days-off were transformed to mere recommendations presented in the complementing Social Welfare Decree 318/1993. The decree enacts the contract between the caregiver and the municipality and the plan for care and services.

The compensation and the off-duty periods were scaled by how binding and demanding the care was. However, municipalities had quite broad freedom to decide the amount of the compensation despite the minimum fee. The contract had to be supplemented with a plan for care and services. (Social Welfare Decree 318/1993.) The results of the law reform were that the compensation fees rose, caregivers gained pension scheme and the number of clients diminished. It was also detected that the comprehensive home care scheme was still mainly direct payments for people taking care of their relatives. The work was actually lonely and unpaid nursing. (Antikainen & Vaarama 1995, 86.)

In 1997, the Social Welfare Act was further altered by an increment 27b whereby the caregivers doing the most binding work received the statutory right to have one day off a month (1109/1997). In 2002, the right for off-duty days increased to two days per month (1134/2001). The municipality was responsible for the care of care-receiver during the off-duty period, and the daily bed charges were lower (457/2004).

In 2005, the parliament enacted an act providing support for informal care (937/2005). The aim was to strengthen the position of home care as a part of the municipal service system. On the one hand it was meant to increase citizens' equality and on the other hand to give municipalities the possibility for local discretion. The compensation for home care was meant to provide variety in the services for the elderly and disabled. However it was not meant to replace all existing services entirely. (Government proposal 131/2005.)

Contents of support for informal care

The municipalities make agreements with the service users in social and health care. An agreement is drawn up to clarify the support for informal care, the compensation to be reimbursed to the caregiver and the other forms of services agreed upon. (Julkunen 2006, 213.) The support for informal care consists of services delivered to care-receiver and financial compensation, off-duty periods and supporting services to the caregiver. The provider of the scheme is the municipality of residence. The lowest compensation is € 347,41 a month from the beginning of 2010. During the heavy transition period there can be a higher compensation fees minimum € 694,83. Municipalities can define several categories for the fees. The fee is taxable income. (STM 2009)

The caregivers are entitled to a pension program, if the contract is made before they reach the age of 68. The caregiver has no employment with the municipality nor the cared for. This

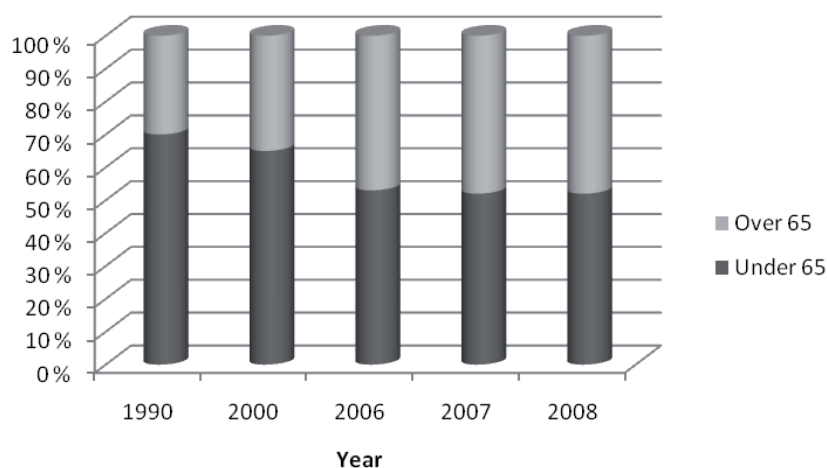
was stated in the Social Welfare Act §27b and also in the Act for Support for Informal Care § 10. The caregiver is also entitled to three days off-duty per every month they are tied to caring continuously with only minor interruptions. The off-duty days can be aggregated to a longer period of time. During the leave of absence the municipality has the duty to take care of the care receiver, and it can cost no more than € 9,90 per day. (Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry 2008, 6–7.)

The comprehensive home care scheme includes social- and health services for the care-receiver. The services are written down in the care and service plan. The municipality has to nominate a contact person who gives guidance and advice. The care and service plan can also contain rehabilitation or other services for the caregiver. The service fees for the home care client are the same as for other clients, but the municipality can reduce the fees or give free access to the services. (Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry 2008, 7.)

The caregivers and the cared for in Finland

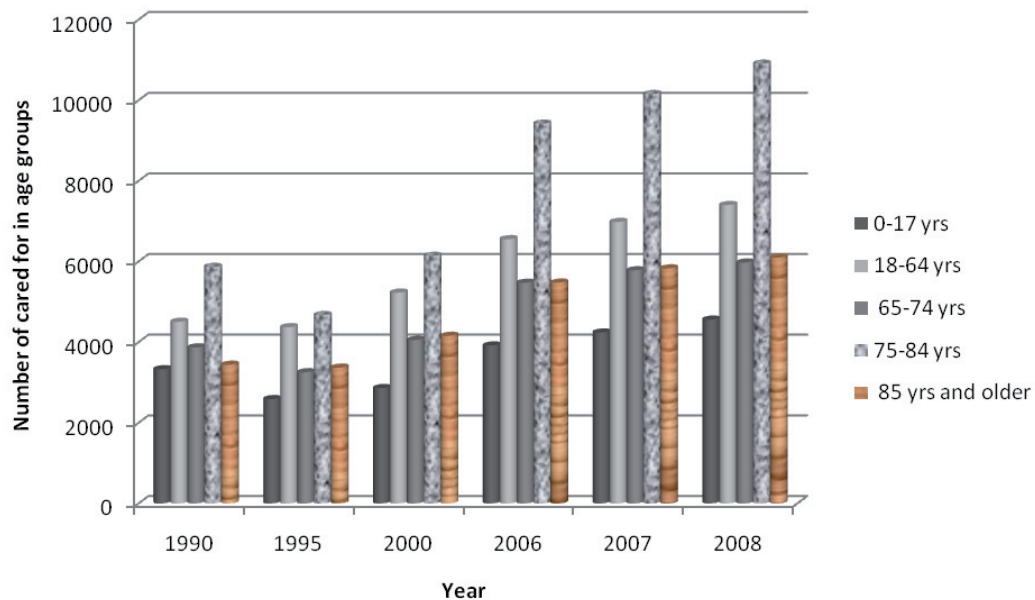
In 2008, there were 34,940²⁷ caregivers in Finland with a municipal contract (SOTKANet 2010). In 2006, almost half (48%) of the caregivers were spouses. The amount has been steadily growing since 1994 when it was only 31 per cent. Both children and parents form 20 per cent of the carers. Of all caregivers, 75 per cent are women although the amount of men caregivers has been slowly growing. (Voutilainen, Kattainen & Heinola 2007, 32–33.) The proportion of caregivers over 65 years old has been growing over time (Figure 1) and stabilized in recent years to over half (66% in 2008) of the caregivers on municipal Support for Informal Care. This is the reason why so many caregivers are already on retirement pension. Figure 2 presents the number of cared for whose care is compensated by the municipalities. 13 per cent of all cared for were minors in need of special care.

Figure 1. The proportion of caregivers over 65 from all caregivers 1990–2008 (SOTKANet 2010).



²⁷ According to the Statistics Finland (www.stat.fi), the number of the cared for was 33,632 in 2007.

Figure 2. The amount of the cared for in different age groups 1990–2008 (SOTKANet 2010).



Informal care was easier to arrange when the caregiver and cared for lived in the same household. Today families do not live in the same town or even in the same area due to work related migration. The ability to provide informal care in the family has actually diminished as the need has grown. (Aaltonen 2004, 27.) The demand for a greater responsibility for the welfare of individuals and their next of kin has been placed on the citizens.

Informal care has become a very important societal issue in the 21st century Finland. In a society where citizenship strongly depends on full-time employment the division of unpaid work can influence the power balance. (Johansson 1996, 67.) The persons staying at home from wage work lose their income, and position. Simultaneously the power structures can alter in the family and society and therefore equality is questioned.

Recent developments

When the recent recession hit Finland many municipalities were still struggling with economic scarcity and the effects from the re-arrangements in the social and health sector. The restructuring project (PARAS) was launched in 2005. The goal is to create a system to ensure high-quality municipal services for all in the future. The central focus of the project is on the possibilities of local authorities to provide services, i.e. on the structural and financial foundation of the system. This process means drastic changes in social and health care in many municipalities. Primary health care and clearly associated social services are normally to be provided by a local authority or partnership area with a population base of at least 20,000. (Act on Restructuring Local Government and Services 169/2007.) But the system is still under construction and in the middle of the development the new recession hit and forced decision makers to evaluate once again the expenditure in the municipalities.

During 2009 many municipalities tried to find expenditures to cut. In some places the support for informal care became one of the services to undergo scrutiny and alterations. Since the

support is not a statutory subjective right, it was an easy target. In some municipalities the contracts with caregivers were unilaterally terminated and new contracts had to be negotiated. The criteria were also altered so it became harder to get the support (e.g. Espoo 4691/217/2009, Kokemäki 269/032/2008 and Vantaa 18.05.2009.) Also the amounts were adjusted in municipalities, especially if they had been slightly higher than other neighboring areas (e.g. Mäntsälä PETU § 45, 19.03.2009, § 76, 07.05.2009 and § 85, 28.05.2009). No alternative services were offered. These mass redundancies resulted in several complaints to the municipalities and to Administrative Courts and also a complaint to the Parliamentary Ombudsman (Omaishoitajat ja Läheiset–Liitto ry 30 September 2009.)

Contractual care – Alternative welfare provision?

Contracts enable an alternative form of care for the next of kin. Caregivers with contract get compensation for their informal care and vacation. The support for informal care also takes individual needs better into account compared to the universalism in the traditional welfare services. From the surface the contractual welfare provision appears appealing, but a deeper analysis reveals some flaws that may undermine the attractiveness. At the municipal level the economic situation has dictated the actions and heavy municipal independency has done the rest. The main flaws of the support system are inequality and in-sufficiency. The municipalities organize the support within the limits of their resources and every municipality has its own criteria and methods to evaluate the needs of the care. This means that people living in different municipalities do not have an equal opportunity to get compensation.

The majority of informal care is still intangible. The estimate of the real number of informal carers is around 300,000. When it was concluded that only 10 per cent of the persons taking care of their relatives are within the benefit scheme, there is a great deal to be done in this area. (Lahtinen 2008, 109–110.) Also about 60,000 of the cared for are potentially in need of heavy institutional care (Aaltonen 2004, 32). This all results in that the majority of the caregivers work without a supporting contract. The increase in the compensation rates led to fewer beneficiaries than earlier. The criteria are diverse and the recent developments and current economic situation has lead to further tightening of the criteria.

The issue that makes the intangible caregivers' situation problematic is that informal care takes time and physical and emotional strengths as can be seen in Table 1. Therefore the stress of combining paid work with informal care can be too much. Cutting working hours is one solution, but this has an affect on salary based compensations, for example unemployment benefits, and maybe also pensions, not to mention on everyday livelihood.

Julkunen (2006, 215–216) questions the voluntariness and equality of the parties if the other party is a public organisation or an official. The caregivers usually have very little if any possibility to influence the content of the agreement. Also the power is unequally divided between these partners; the one is dependent on the services and the other one is determining the level of the services.

When the contract is not equated with an employment contract (The Act for Support for Informal Care 937/2005 §10) this results in that the caregiver has difficulties with unemployment benefits after the caring relationship is terminated (Rulings of the Insurance Court 8.5.2003/378:2002). A person that becomes unemployed after a work contract ends is entitled to unemployment benefits. The caregiver receiving support for informal care becoming unemployed has to face many months long curfew due to unrecognised working relation prior the unemployment.

The question is how much is a proper amount of voluntary work, or how much of the caring work can and should be left to good will of altruistic individuals can be seen. How much is it

in human nature to take care for individuals close to us? Although the welfare state takes care of its citizens, it is an economic impossibility to take care of everything. The more the state cuts down its welfare responsibilities the more citizens take responsibility naturally. It is a shift from welfare state to welfare society. Julkunen (2006, 152–156) calls it assumed collectivity.

The compensation of informal care is a sign from the society of the appreciation of the caring work. The welfare and social capital are based on reciprocal care and it is and should remain an important part of a modern welfare state. However, agreements and contracts should be equally respected and valued by both parties. As a contract means a mutual agreement, it is not in the spirit of the law to treat the other party of the contract as a spare resource to be used to balance the economic fluctuation in a municipal economy. The unilateral rescinding of the agreements in some municipalities implies that the value of the contract is undermined. A contract is supposed to be binding for both parties, and notice is supposed to be given in time, to enable planning for other alternatives. Equality and fairness are and should remain the backbones to build the trust between the state and its citizens.

References

- Aaltonen, E. (2004) Valtakunnallinen omaishoidon uudistaminen, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:3.
- Antikainen, E. & Vaarama, M. (1995), Kotihoidon tuesta omaishoidon tukeen: Valtakunnallinen selvitys omaishoidon tuesta sosiaalipalveluna, Raportteja 172. Helsinki, Stakes.
- Anttonen, A. (1989) Hyvinvointivaltion feministinen ymmärtäminen [Feminism and the welfare state]. Julkaisussa Sosiaalipoliittinen 1989, Naistutkimus. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisu 14, 23–35.
- Anttonen, A. (1994) Hyvinvointivaltion naisystävälliset kasvot. Teoksessa Anttonen, A., Henriksson, L. & Nätkin, R. (toim.) Naisten hyvinvointivaltio, Tampere, Vastapaino, 203–226.
- Anttonen, A. (2003) Lastenhoidon kaksi maailmaa. Teoksessa Forsberg, H. & Nätkin, R. (toim.) Perhe murroksessa. Kriittisen perhetutkimuksen jäljillä., Helsinki, Gaudeamus, 159–185.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. (2000) Suomalaista sosiaalipoliittikkaa, Tampere, Vastapaino.
- Clarke, J. (2005) New Labour's citizen: Activated, empowered, responsabilized, abandoned? *Critical Social Policy* 25, 4, 447–463.
- Esping-Andersen, G. (1992) The three political economies of the welfare state. Teoksessa Kolberg, J. E. (toim.), *The Study of Welfare Regimes*, New York, M. E. Sharpe Inc., 92–123.
- Fotaki, M. (2007) Patient choice in health care in England and Sweden: From quasi-market and back to market? A comparative analysis of failure in unlearning. *Public Administration* 85, 4, 1059–1075.
- Government proposal 174/1992.
- Government proposal 131/2005.
- Hyyryläinen, E. (2004) Sopimuksellisuus, talous ja johtaminen. New Public Management sopimusohjauksessa ja julkisten organisaatioiden sopimustenhallinnassa. Vaasan yliopiston julkaisuja 256, Vaasa, Vaasan yliopisto.
- Johansson, V. (1996) Vem gör vad, när och var? Omsorgens organiseringsformer i kommunerna och kvinnors och mäns omsorgsarbetsdelning. Stockholm, Publika.
- Julkunen, R. (1994) Hoivabisnekseen vai nyrkin ja hellan väliin? Teoksessa Simonen, L. (toim.) Hyvinvointivaltion murros ja hoivan uudelleenorganisointi, Raportteja 94, Helsinki, Stakes, 32–47.
- Julkunen, R. (2001) Suunnanmuutos, Tampere, Vastapaino
- Julkunen, R. (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu, Helsinki, Stakes.

- Julkunen, R. (2008) Yhteisvastuusta julkisen vastuun prioriteetteihin. Teoksessa Niemi, P. & Kotiranta, T. (toim.) Sosiaalialan normatiivinen perusta. Helsinki, Palmenia, Helsinki University Press, 146–182.
- Järnstedt, P. (2001) Omaishoito vanhus- ja vammaispoliittisissa ohjelmissa, Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry:n julkaisuja 1.
- Knijn, T. & Kremer, M. (1997) Gender and the caring dimension of welfare states: Towards inclusive citizenship, *Social Politics* 4, 3, 328–361.
- Kosonen, P. (1998) Pohjoismaiset mallit murroksessa, Tampere, Vastapaino.
- Lahtinen, P. (2008) Omaishoitajan kasvu: Omaisen auttajana, Helsinki, SMS-tuotanto.
- Lehto, J., Kananoja, A. & Taipale, V. (2001) Sosiaali- ja terveydenhuolto, Helsinki, WSOY.
- Marshall, T. H. (1950) *Citizenship and Social Class*, Cambridge, Cambridge University.
- Miller, P. & Rose, N. (1997) Köyhiä ohjelmoimassa: köyhyyslaskelma ja asiantuntijatieto. Teoksessa Hänninen, S. & Karjalainen, J. (toim.) Biovallan kysymyksiä, Tampere, Gaudeamus, 111–149.
- Murto, L. (2006) Ilkeät ongelmat haaste hyvinvointipalveluille. Teoksessa Helne, T. & Laatu, M. (toim.) Vääräyyskirja, Helsinki, Kelan tutkimusosasto, 135–143.
- Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry (2008), 2008–2009 palveluopas: Tiedä, taida, selviydy, Helsinki.
- Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry (2009), Eduskunnan oikeusasiamiehelle. <http://www.omaishoitajat.com/index.html>. (luettu 27.11.2009.)
- Palomäki, T. (1994) Vanhusten kotihoidon tuen järjestelmän kehitys Suomessa. Teoksessa Sipilä, J. (toim.) Rakkaudesta, velvollisuudesta ja rahasta, Helsinki, Sosiaaliturvan keskusliitto, 39–43.
- Ramia, G. (2002) The "new contractualism", social protection and the Yeatman thesis. *Journal of Sociology* 38 (1), 49–68.
- Sevenhuijsen, S. (1998) *Citizenship and the Ethics of Care: Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics*. London, Routledge.
- SOTKANet (2010), The SOTKANet Indicator Bank. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> (luettu 25.3.2010.)
- STM (2009), Kuntainfo 9/2009
- Sulkunen, P. (2006) Projektiyhteiskunta ja uusi yhteiskuntasopimus. Teoksessa Rantala, K. & Sulkunen, P. (toim.) Projektiyhteiskunnan käänköpuolia, Helsinki, Gaudeamus, 17–38.
- Tritter, J., Koivusalo, M., Ollila, E. & Dorfman, P. (2009) *Globalization, Markets, and Healthcare Policy: Redrawing the Patient as Consumer*. London, Routledge.
- Ungerson, C. (1990) *The Language of Care: Crossing the Boundaries*. Teoksessa Ungerson, C. (toim.) *Gender and Caring: Work and Welfare in Britain and Scandinavia*, New York, Harvester Wheatsheaf, 8–33.
- Voutilainen, P., Kattainen, E. & Heinola, R. (2007) Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:28. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Wærness, K. (1984) *Caring as Women's Work in the Welfare State*. Teoksessa Holter, H. (toim.) *Patriarchy in a Welfare Society*, Oslo, Universitetsforlaget, 67–87.

Tieteellinen artikkeli

Katja Valkama

Hallintotieteiden lisensiaatti, yhteiskuntatieteiden maisteri, apurahatutkija, Vaasan yliopisto, sosiaali- ja terveyshallintotiede, katja.valkama@uwasa.fi

Palvelunkäyttäjien kokemukset kehittämistyön tienviittona

Esimerkinä narratiivien hyödyntäminen alueellisessa kehittämishankkeessa

Tiivistelmä

TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS: Asiakaslähtöisyys ja -osallisuus ovat keskeinen osa tämän päivän sosiaali- ja terveydenhuollon retoriikkaa. Artikkelissa arvioidaan palvelunkäyttäjien kerrotun kokemuksellisen tiedon hyödyntämismahdollisuuksia asiakaslähtöisyyttä ja -osallisuutta lisäävinä elementteinä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyössä.

TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄ: Tutkimuksen aineisto koostuu alueellisen kehittämishankkeen yhteydessä tuotetusta aineistosta: narratiivisista haastatteluista, työryhmien pöytäkirjoista, observointiaineistoista, muutamista nauhoitteista ja työryhmiin osallistuneiden kyselyistä. Kyseessä on toimintatutkimus, jossa arviointia ovat tehneet projektityöntekijä, tutkija sekä työryhmiin osallistuneet henkilöt.

KESKEISET TULOKSET: Palvelunkäyttäjien kokemuksellinen tieto antaa selkeän kokonaiskuvan laajan ja monitoimijaisen palvelujärjestelmän toiminnasta sekä osoittaa kehittämis-kohteet palvelujen tuotannossa. Haastatteluiden tuottamaa tietoa täydennettiin jatkuvalla kokemusasiantuntijoiden osallistumisella koko kehittämisprosessin ajan.

PÄÄTELMÄT: Palvelunkäyttäjien kokemuksen hyödyntäminen laajentaa ammattilaisten tietoa ja tuottaa uusia näkökulmia kehittämistyöhön. Narratiivit antavat yksityiskohtaisen kuvan yksittäisen asiakkaan kokemuksista sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudessa. Samalla tarjoutuu mahdollisuus tunnistaa sekä toimivat käytännöt että mahdolliset epäkohdat ja kehittämistarpeet

ASIASANAT: palvelunkäyttäjä, narratiivisuus, kehittämis-työ, sosiaali- ja terveyspalvelut

Abstract

The experiences of service users as guidelines in development – Utilization of narratives in an areal project

BACKGROUND AND AIM: Customer orientation and user involvement are a central part of the rhetoric in social and health care. In this article the utilization of service users' narratives to enhance customer orientation and involvement is studied in the development of social and health services.

DATA AND METHOD: The empirical data consists of narrative interviews, the records of the work groups, observations, several recordings and survey of the work groups collected in an areal development project. This is an action research, where the evaluation was conducted by project workers, the researcher, and members of the work groups.

CENTRAL RESULTS: The experimental knowledge of the service users gives a clear and detailed picture of the wide multi-actor service system's operations and points out the targets for improvement in the services provided. The knowledge attained through the narrative interviews was completed with the constant participation of experienced experts throughout the whole development process.

CONCLUSIONS: Using the experiences of the service users widens the professionals' knowledge and generates new perspectives on development. The narratives portray a clear and detailed picture of the individual client's entire experience of social and health services. At the same time they offer an opportunity to find both the best practice and the possible defects and areas for development.

KEYWORDS: service user, narrative, development, social and health services

Hyvinvointipalvelujen hallintoa on uudistettu monella tavalla viimeisten vuosikymmenien aikana. Korvamerkityt valtionavustukset poistuivat ja yksityiskohtainen ohjaus korvattiin informaation-ohjauksella. Kehittämisestä tuli selkeä ja erityisesti laman myötä elintärkeä osa peruspalvelujen turvaamista. Projekteja toteutettiin paikallisten tarpeiden lisäksi tarjontalähtöisesti. Ohjelmakehittäminen on vakiintunut yleiseksi sosiaali- ja terveyspalvelujen ohjauskeinoksi. (Alasoini 2006, Arnkil 2006.)

Julkisissa palveluissa ja niiden kehittämisessä on jo pitkään tavoiteltu asiakaslähtöisyyttä ja -osallisuutta. Erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa on ohjauksella pyritty kehittämään palveluita laadukkaammiksi, tehokkaammiksi, asiakasystävällisemmiksi ja asiakkaan tarpeisiin pohjautuviksi (esim. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 ja Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Asiakaslähtöisyys edellyttää tietoisuutta asiakkaiden tarpeista sekä mielipiteistä palveluiden toiminnasta ja laadusta. Tämä

on lisännyt sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvetta osallistaa käyttäjiä palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Asiakaspalautte on yksi tapa tuottaa kehittämistyön pohjaksi tarvittavaa informaatiota. Arnkil ym. (2002) arvostelevat kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon palautejärjestelmiä kehittymättömiksi. Alalla onkin aktiivisesti etsitty ja kehitetty tasavertaisempia ja osallistavampia menetelmiä esimerkiksi mainittakoon Bikva-arviointi (ks. Krogstrup 2004). Artikkelissa tarkastellaan ja arvioidaan narratiivisuutta tapana välittää kansalaisten kokemuksia ja sitä kautta lisätä osallistumista ja asiantuntijuuden hyödyntämistä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä.

Artikkelissa käytetään termejä asiakas ja palvelunkäyttäjä synonyymeinä viittaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävään kansalaiseen, vaikka termien rajoituksista ollaankin tietoisia. Termien käyttö perustuu niiden yleisyyteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kumpikaan termi ei täysin kuvaa kansalaisen roolia suhteessa sosiaali- ja terveyspalveluihin. Asiakas käsitteenä sisältää positiivisia oletuksia muun muassa valinnanmahdollisuudesta, jotka monenlaista pakkoa ja kriiteerejä edellyttävässä sosiaali- ja terveydenhuollossa usein jää toteutumatta (Valkama 2009a). Palvelujenkäyttäjä puolestaan jättää dialogisuusnäkökulman huomioimatta ja kansalainen typistyy pelkäksi kuluttavaksi loppukäyttäjäksi.

ASIAKASLÄHTÖISYYS JA -OSALLISUUS

Yhteiskunnassa on tapahtunut rakenteellisia, hallinnollisia ja retorisia muutoksia, jotka määrittävät aikaisemmin hallintoalmaisiksi käsitetyt kansalaiset asiakkaiksi ja palvelunkäyttäjiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollossa normiohjaus on määrittänyt asiakkaan toiminnan lähtökohdaksi jo pitkään. Asiakaslähtöinen näkökulma syntyi Yhdysvalloissa 1930-luvulla. Ajatuksena oli, että asiakassuhteesta tuli edetä asiakkaan lähtökodista käsin asiakkaan esiin nostamien käsitteiden eikä työntekijän omien tulkintojen kautta. (Dryden ja Mytton 1999.) Asiakaslähtöisyys nousi suomalaisen keskusteluun vasta 1990-luvulla (Mönkkönen 2002). Sosiaali- ja terveydenhuollon nykyinen lainsäädäntö tukee ja kannustaa asiakaslähtöiseen toimintaan. Näkökulma poikkeaa perinteisestä byrokraattisesta katsantokannasta, jossa kuntalainen nähdään lähinnä hallintoalmaisena. Ainakin retorisesti asiakaslähtöisyydestä on tullut keskeinen tavoite (Lehto 2000, ks. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, b.)

Asiakaslähtöisyys määrittää kansalaisen oikeuksiin kuuluvaksi ominaisuudeksi, joka kasvaa muun muassa lisäämällä valinnanvapautta ja kansalaisen mahdollisuuksia osallistua sekä vaikuttaa omiin palveluihinsa (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b). Postmodernia aikakautta on leimannut professionaalisen asiantuntijuuden arvovallan osittainen ja vähittäinen kyseenalaistaminen. Asiakkaana olevan henkilön omaa tilaansa koskevan asiantuntijuuden kehittymistä on tutkittu ja havaittu, että asiantuntijuus kasvaa arjen kokemusten myötä ja on laadultaan sängen yksityiskohtaista ja konkreettista. Tällainen asiantuntijuus on täydentävä voimavara, jota voidaan ja tulee hyödyntää professionaalisen asiantuntijoiden rinnalla. (Kangas 2003.) Järjestelmä- ja asiantuntijakeskeisyydestä luopuminen edellyttää kollektiivisen ja jaetun asiantun-

tijuuden tietoista kehittämistä (Metteri 2003b).

Päätöksentekijöiden ja hallinnon tulisi tietää, miltä tapa toimia näyttää toiminnan kohteina tai vastaanottavina olevista kansalaisista. Usein heillä on hallussaan vain osittaista tai yksipuolista tietoa järjestelmän toiminnan vaikutuksista. Palvelunkäyttäjien kokemuksista olisi mahdollista saada välitöntä palautetta palveluista ja palvelukokonaisuuksista sekä niiden organisoinnista. Käyttäjien kokemuksia hyödyntäen voidaan järjestelmäkeskeistä palvelurakennetta kehittää asiakaslähtöisempään suuntaan (Beresford ja Croft 2001, Metteri 2003a).

Arnstein (1969) kuvaa kansalaisten osallistumista tikapuumallin avulla. Tikkaissa on kahdeksan puolaa, jotka on ryhmitelty kolmeen eri tasoon. Alimman tason muodostavat kaksi alinta puolaa, joita ovat manipulointi ja terapia. Erilaiset mielipidekyselyt ja konsultaatiot muodostavat keskimmäisen tason, jossa kansalaisen valta on lähinnä symbolisella tasolla. Kansalaisille tarjotaan mahdollisuuksia osallistua ja vaikuttaa, mutta osallistumistavat sekä niiden vaikutukset ovat täysin mahdollisuudentarjoajien käsissä. Aito kansalaisvalta perustuu tasa-arvoiseen kumppanuuteen, joka saavutetaan vasta kolmannella tasolla. Malli tarjoaa selkeän ja yksikertaisen teoreettisen mallin osallisuuden eri muotojen analysoimiseen. Arnsteinin malli on kestänyt vuosikymmenien tarkastelun ja säilyttänyt käyttökelpoisuutensa eri puolilla maailmaa tehdyissä tutkimuksissa joko sellaisenaan tai sovellettuna (esim. Goberman-Hill ym. 2008, Hansen ja Mäenpää 2008, Tregeagle ja Manson 2008).

Kansalaisten osallistumisella palveluiden kehittämiseen pyritään varmistamaan palvelujen kohderyhmän näkemyksen, kokemusten ja toiveiden huomioiminen toiminnassa. Palvelunkäyttäjien osallistuminen perustuu ajatukseen, että käyttäjillä on ensikäden tietoa palveluista ja kyky tunnistaa ongelmakohdat sekä esittää ratkaisuja ongelmien poistamiseksi. Pahimmillaan osallisuus voi typistyä pelkäksi valinnanmahdollisuudeksi muutaman vaihtoehdon välillä, esimerkiksi mainittakoon palveluseteli. (Tritter ym. 2010.)

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA METODI

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan palvelunkäyttäjien kokemusten hyödyntämistä ja osallistumista kehittämishankkeessa. Tutkimuksessa on elementtejä toimintatutkimuksesta, jonka tarkoituksena on osallistaa asianosaisia muutoksen toteuttamiseen. Toimintatutkimukselle on luonteenomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus sekä toiminnan kehittäminen. (Heikkinen 2001b.) Kerronnallisen informaation hyödyntämistä arvioitiin kolmen pohjalaismaakunnan PAKKI-hankeessa (Pohjanmaan maakuntien autismin kirjon palveluiden verkosto -hanke). Alueella koettiin, ettei autismiosaaminen ollut ajantasaista eivätkä palvelut vastanneet alueellisia tarpeita. Alueella oli kuitenkin vahva halu kehittää toimintaa ja osaamista sekä tuottaa laadukkaampia palveluja autismikirjon henkilöille ja heidän läheisilleen.

Hankesuunnitelmaa työstivät sekä julkisen sektorin työntekijät että vapaaehtoistoimijat. Mukana olivat muun muassa Autismi- ja Aspergerliitto ry, SONetBOTNIA (Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus), Autismin kirjon pohjalaiset ry, erityishuoltopiiriin, sairaanhoitopiiriin ja alueen kuntien toimijoita. Hankkeeseen haettiin kaiken kaikkiaan kolmesti rahoitusta, ja hanke sai valtiovastusta vuonna

2007 Länsi-Suomen lääniltä. Hankkeessa pyrittiin 1) luomaan selkeä kuntoutuspolku ja 2) autismin kirjon moniammatillinen osaajaverkosto sekä 3) vahvistamaan eri ammattiryhmien osaamista ja yhteistyötä. Hanke toimi 1.8.2007–31.10.2009, ja sitä hallinnoi Eskoon sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.

Narratiivisuus

Narratiivisuus on noussut yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen keskiöön viime vuosikymmenien aikana. Käsite narratiivisuus on peräisin latinan kielestä, jonka substantiivi *narratio* tarkoittaa kertomusta ja verbi *narrare* kertomista. Kantasanat ovat kääntyneet englanninkielisiksi substantiiviksi *narrative* ja verbiksi *narrate*. Suomen kieleen ei ole vakiintuneita nimityksiä, vaan käsitteitä kertomus, kerronnallisuus, tarina ja tarinallisuus käytetään toisinaan rinnakkain ja toistensa synonyymeinä. (Hänninen 1999, Heikkinen 2001a.)

Bruner (1986, 1987) erottelee kokemuksellisesta kerronnasta seuraavia aspekteja: objektiivisen todellisuuden, subjektiivisen kokemuksen ja sen miten kokemus puetaan narratiiviseen muotoon. Öberg (1997) tarkasteli elämäkertomusten jaottelea Brunerin kanssa samaan tapaan ja määritteli seuraavat analyttiset tasot: 1) eletyn elämän taso, 2) koetun elämän taso ja 3) kerrotun elämän taso. Objektiivinen todellisuus koostuu henkilön elämään liittyneistä tapahtumista esimerkiksi syntymästä, kävelemään oppimisesta, koulun aloittamisesta jne. Subjektiivinen kokemus muodostuu henkilön elämyksistä ja tulkinnoista elämänsä tapahtumista. Kokemus on kuvia, tunteita, toiveita ja ajatuksia. Kerronnalla pyritään selittämään tapahtunutta. Bruner (1986) kuvaa tätä taipumusta kausaalisuuteen yhtenä mielen mentaalisenä kategoriana.

Narratiivisuudessa ei pyritä yleistettävään tai objektiiviseen tietoon, vaan paikalliseen, hyvinkin henkilökohtaiseen ja subjektiiviseen tietoon (Vuokila-Oikkonen 2002). Narratiivisuus yksikertaisimmillaan muodostuu kerronnasta tilanteissa, joissa kertojalle annetaan mahdollisuus kertoa käsityksensä tutkitavasta ilmiöstä omin sanoin. Aineisto voi siten olla mitä tahansa kerrontaan perustuvaa, suullista tai kirjallista aineistoa, jossa ei välttämättä edellytetä eheiden, juonellisten kertomusten tuottamiseen. (Heikkinen 2001a.)

Narratiivisuutta on käytetty sosiaali- ja terveydenhuollossa jo pitkään erityisesti terapiamuotona (esim. Yarhouse 2008, Lambie ja Milsom 2010) ja kokemuksellisen tiedon välittäjänä tarpeista (esim. Rea 2003, McIntyre-Mills 2010). Asiakkaiden kokemuksia on hyödynnetty myös kehittämistyössä aikaisemminkin, esimerkiksi Erityisryhmien palvelujen ja järjestötoiminnan seuranta -projektin puitteissa haastateltiin yksittäisiä palvelunkäyttäjää kohtuuttomaksi koetuissa tilanteissa (Meteri 2003a).

Narratiivisuutta hyödynnettiin tässä kehittämishankkeessa kokemuksellisen tiedon välittäjänä kahdella tavalla. Ensinnäkin kehittämistyön lähtökohdaksi ja aineistoksi kerättiin palvelujen käyttäjien kokemuksellisia narratiiveja haastatteluiden avulla alueellisista palveluista. Lisäksi työryhmissä työtapana käytettiin kokemuksellisen tiedon jakamista palvelupolun mallintamisessa. Asiakaslähtöisyys varmistettiin avaamalla työryhmät palvelunkäyttäjille ja haastattelujen tuottamaa tietoa täydennettiin käyttäjien aktiivisella osallistumisella kehittämistyöhön.

Kokemusten kerääminen

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli vastata alueellisiin tarpeisiin. Hankkeen alussa kartoitettiin eri tahojen tarpeita internet- ja postikyselyillä. Lisäksi yksityiskohtaisempaa informaatiota kerättiin palvelunkäyttäjiltä narratiivisten haastattelujen avulla.

Narratiivinen haastattelu muistuttaa eniten strukturoimatonta avointa haastattelua. Haastattelu tehtiin yhden erityishuoltopiirin alueella. Osallistujiksi kutsuttiin vapaaehtoisia autismin kirjon lapsiperheitä, joita tutkimukseen osallistui yhteensä 13. Perheessä tuli olla autismin kirjon lapsi ja autismin kirjo -diagnoosi määriteltiin ICD-10-luokituksen mukaisesti F84-alkuisiksi diagnooseiksi. Haastatteluhetkellä perheet olivat olleet autismin kirjon liittyvien palveluiden piirissä puolesta vuodesta jopa 13 vuoteen saakka. Tutkimus kokonaisuudessaan on julkaisematon lisensiaatintutkimus "Verkostoja, palveluketjuja vai palvelukokonaisuuksia – Taupaustutkimus autismin kirjon lapsiperheiden kokemuksista hyvinvointijärjestelmässä" (Vaasa Tiedekirjasto Tritonia).

Haastattelut suoritettiin vuosien 2006 ja 2007 aikana. Järjestelmän toimintaa selvitettiin haastattelemalla vanhempia, koska vanhemmilla oletettiin olevan lapsia parempi tietämys sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnasta. Autismi kirjo asettaa myös haasteita yksilön kyvyille kommunikoida ja sieittää uusia sosiaalisia tilanteita. Haastattelujen lisäksi kerättiin muilta perheiltä lomakkeiden avulla tietoa kehittämistarpeista ja alueellisista palveluista. Lomakkeen palautti yhteensä 20 perhettä.

Narratiivinen haastattelu tuottaa kertomuksia kokemuksista, joiden kautta voidaan tarkastella tutkittavaa ilmiötä subjektiivisesti (Flick 2002, Hyvärinen ja Löyttyniemi 2005). Narratiivinen haastattelu eroaa perinteisestä haastattelusta tiedonintressin luonteen vuoksi. Perinteisessä haastattelussa tavoitellaan tietoa jostakin haastattelijaa kiinnostavasta aiheesta haastattelijan näkökulmasta laadittujen kysymysten avulla. Narratiivisessa haastattelussa lähtökohdaksi on se, mitä haastateltava haluaa kertoa omasta elämästään ja kokemuksestaan tiettyyn aihealueeseen liittyen. Narratiivinen haastattelu antaa tilaa haastateltavan omalle äänelle ja kokemukselle. Tarinoiden avulla ihminen organisoii sosiaalista elämäänsä ja antaa elämälle rakenteen. Niillä kuvataan ajatuksia, havaintoja, kuvitteluja ja tehtyjä moraalisia päätöksiä. Kertomuksissa tulkitaan kokemusta ja selitetään tapahtumia. Haastattelijalla ei ohjaa vastaajan kertomusta valmiilla kysymyksillä ennalta valittujen teemojen tai käsitteiden suuntaisesti. (Bruner 1987, Fay 1996.)

Vallalla on kaksi eri näkemystä siitä, millä tavalla haastattelijalla osallistuu haastattelun etenemiseen. Toisessa ääripäässä koko haastattelun perustuu yhteen laajaan kertomusta tuottavaan narratiiviseen kysymykseen ja sitä seuraavaan vastaukseen. Toista tapaa edustaa näkemys, jossa haastattelijalla osallistuu aktiivisesti tarinan tuottamiseen. (Flick 2002, Rosenthal 2004.) Kertomus muodostuu aina joka tapauksessa kertojan ja kuulijan yhteistoiminnasta. Narratiivinen haastattelu tuleekin nähdä dialogisena yhteistyönä. Haastattelijalla ja vastaajalla tuottavat yhdessä informaatiota tutkittavasta ilmiöstä. Tieto nähdään vuorovaikutuksessa syntyvänä informaationa ja kokemuksen vuorovaikutuksellisenä tulkintana. Kerrontaa

voidaan ylläpitää kehotuksilla, mutta tässä tutkimuksessa kerrotaan motivoitui pelkillä äännähdyksillä, jotka sinällään eivät keskeytä, vaan vahvistavat vastaajan puhetta. (Flick 2002.) Toteutetussa haastattelussa vastaajia pyydettiin kertomaan lapsen elämänsä aikana eri elämäntapa- ja elämäntilanteista autismin kirjaan liittyvistä kohtaamisista palvelujärjestelmän kanssa. Tutkimuksessa käytettiin Jokirannan (2003) väitöstutkimuksessa hyödyntämää Alasuutarin (1986) ratkaisua haastateltavan elämänsä piirtämisestä. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla, ja litteroitua aineistoa tuli yhteensä 288 sivua.

Narratiivisen aineiston analyysissä voidaan käyttää samantyyppisiä menetelmiä kuin muunkin laadullisen aineiston analyysissä. Analyysissä voidaan painottaa aineiston eri puolia. Analyysi voi keskittyä kertomusten sisältöön. Sisällönanalyysin vaihtoehtoina ovat kertomuksen rakenteiden ja muodon tarkastelu tai huomion keskittäminen narratiivien esiintymiseen ja funktioon vuorovaikutuksellissa ja institutionaalisissa konteksteissa. (Lieblin ym. 1998, Elliott 2005.)

Analyysi jakautuu myös narratiivisen aineiston luku- ja tulkintatavan mukaan kokonaisvaltaiseen laaja-alaiseen (holistic) ja luokittelevaan osittaiseen (categorical) lähestymistapaan. Kun aineistoa työstetään kategorisesta perspektiivistä, kuten esimerkiksi perinteisessä sisällönanalyysissä, alkuperäinen kertomus ositetaan ja jaotellaan, jonka jälkeen se luokitellaan. Lähestymistapa soveltuu esimerkiksi useamman henkilön kokemusten tarkasteluun tietyn ongelman tai ilmiön suhteen. Holistisen näkemyksen mukaan yhden kertojan kertomus tulkitaan kokonaisuutena, jolloin kertomuksen osia tarkastellaan kokonaiskertomusta vasten. Lähestymistapaa käytetään, kun halutaan tarkastella yksilöä kokonaisuutena ja hänen elämänsä kehittymistä silloiseen pisteeseen. Yhdistämällä edeltävät lähestymistavat saadaan neljä narratiivisen lukemisen tapaa: kokonaisvaltainen–sisällöllinen (holistic–content), kokonaisvaltainen–muotoon keskittyvä (holistic–form), kategorinen–sisällöllinen (categorical–content) ja kategorinen–muotoon keskittyvä (categorical–form) (Lieblin ym. 1998).

Aineiston lukutapana tässä tutkimuksessa oli kategorinen sisältöön keskittyvä lukutapa. Kategorinen sisällönanalyysi muistuttaa perinteistä sisällönanalyysiä, jolloin aineistosta poimitaan lauseita tai ilmaisuja, jotka luokitellaan ja kategorisoidaan. Aineiston kategorisointi aloitettiin aineistolähtöisesti etsimällä perheiden kuvauksia palvelujärjestelmästä. Ilmaukset pelkistettiin helpommin käsiteltävään muotoon. Pelkistettyjen ilmausten ja niiden nimeämisen kautta etsittiin samankaltaisuuksia tiettyä järjestelmän toimijaa tai ilmiötä koskien. Ilmaisuja kategorisoiittiin ja kategorioita yhdistettiin kokonaisuuksiksi peilaten aikaisempiin tutkimuksiin ja teorioihin. Aineistosta etsittiin perheiden kokemuksia muun muassa palveluista, palvelukokonaisuuksista, palvelujen ketjumaisuudesta, toimijoiden välisestä yhteistyöstä, vastuun jakautumisesta sekä verkoston toiminnasta kokonaisuutena.

Kokemuksellisen tiedon hyödyntäminen

Perheiden kertomukset kuvasivat perheen senhetkistä mieltä, tunteita ja ymmärrystä heidän kokemuksestaan. Metodi tarjosi mahdollisuuden tarkastella alueellista palvelujärjestelmää ja sen toimintaa 13 perheen näkökulmasta. Kokonaisuudessaan

palvelujärjestelmä oli perheen näkökulmasta joustamaton, järjestelmä- ja asiantuntijalähtöinen, asiakkaan kokonaisuutta huomioimaton monimutkainen systeemi.

Kehittämishankkeessa toiminnan tavoitteena oli luoda alueelle selkeä ja yhtenäinen kuntoutuspolku autismin kirjon henkilöille. Lisäksi pyrittiin lisäämään ammattilaisten osaamista ja yhteistyötä sekä luomaan alueellinen osajaverkosto. Perheiden kokemuksen mukaan kuntoutuspolut olivat pirstaleisia, tiedonsiirto eri tahojen välillä ei ollut toimivaa, työnjako ja vastuu epäselviä ja erityisesti siirtymävaiheet koettiin ongelmallisiksi. Perheiden kokemus tilanteesta oli melko negatiivinen, ja jatkuva tuen etsintä vei turhaan perheen vähäisiä resursseja. (Valkama 2008.)

Selvitystyön tuloksena kehittämishankkeessa päädyttiin panostamaan erityisesti siirtymävaiheisiin (Valkama 2009b). Varsinaisten mallien luominen aloitettiin kokoamalla työryhmä jokaista siirtymävaihetta varten. Siirtymävaiheet jaoteltiin luonteiden elämäntapa- ja elämäntilanteiden mukaisesti: 1) diagnosointi ja ensitieto, 2) varhaiskasvatus ja esiopetus, 3) opiskelu ja työllistyminen sekä 4) asuminen. Ryhmät olivat kooltaan 8–20 hengen ryhmiä, mutta suurin, diagnosointiryhmä, jakautui myöhemmässä vaiheessa kolmeen pienempään ryhmään. Työryhmissä pyrittiin siihen, että jokaisessa ryhmässä oli edustaja jokaisesta hankemaakunnasta ja kyseisessä siirtymävaiheessa oleellisesti mukana olevat tahot edustettuina. Ryhmiä täydennettiin asiantuntijoilla tarpeen mukaan.

Haastattelututkimuksen suorittanut tutkija osallistui jokaisen ryhmän työskentelyyn tuoden esiin perheiden kokemuksia tutkimustulosten kautta. Käyttäjänäkölmuua vahvistettiin kutsumalla autismin kirjon henkilöitä ja heidän perheenjäseniään työryhmiin, joissa he jakoivat kokemuksiaan muiden ryhmäläisten tavoin käsiteltävänä olevasta aiheesta. Jokaisessa ryhmässä oli mukana 1–4 autismin kirjon henkilöä tai heidän perheenjäseniään tuomassa keskusteluun ajantasaisia ja yksilöllistä kokemusasiantuntijuutta (ks. Tritter ym. 2010). Perheiden osallistumisella varmistettiin aidon kokemuksen suora välittäminen ilman tutkijan suorittamaa tulkintaa tai suodattamista. Kerronta tapahtuu kuitenkin dialogisesti tilannesidonnaisesti (Flick 2002), joten kokonaan puhtaan, kaikesta riippumattoman tiedon tavoittaminen olisikin ollut mahdotonta.

Työryhmien toiminta käynnistettiin käymällä läpi alueellisia toimintatapoja siirtymävaiheittain ja ensimmäiset kokoukset nauhoitettiin toiminnan tarkempaa kirjaamista varten. Ryhmille esiteltiin narratiivisten haastattelujen tuloksena syntynyttä kuvaa alueellisista palveluista, niiden vahvuuksista ja heikkouksista, erityisesti työryhmän teemaa korostaen. Työryhmissä jäsenet kertoivat kokemuksistaan koskien polun eri vaiheita. Tämän jälkeen ryhmässä mietittiin niitä tilanteita ja toimintoja, joihin kaivattiin toimivampia ratkaisuja sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulmasta. Ryhmissä pohdittiin kehittämisehdotusten realistisuutta ja käytännön toteuttamismahdollisuuksia. Ideoimalla haluttiin mahdollisimman käytännöllisiä, ja siksi huomioitiin lainsäädännön tarjoamat raamit, kunnalliset resurssit, ammattilaisten asiantuntijuus ja käyttäjien tarpeet.

Kuntoutuspolut mallinnettiin QPR-ohjelmalla, mutta teknisen ohjelman tueksi laadittiin myös käsikirjat sekä am-

mattilaisten että perheiden käyttöön. Käsikirjat ja kuntoutuspolku löytyvät sähköisinä osoitteesta www.eskoo.fi/default.aspx?id=255. Kokemuksia hyödynnettiin mallinnuksen jokaisessa vaiheessa ja erityistä huomiota kiinnitettiin ongelmallisiksi koettuihin toimintoihin, yhteistyön puutteisiin ja epäselvään työnjakoon. Työryhmäläiset työstivät malleja myös taustayhteisössään, ja autismin kirjon henkilöt ja heidän perheensä paikallisyhdistyksen vertaistapaamisissa, jolloin hanke osallisti myös työryhmiin kuulumattomia henkilöitä kehittämiseen. Lisäksi paikallisyhdistyksen kautta välitettiin työstettäviä malleja jäsenistölle arvioitavaksi ja kommentoitaviksi, jolloin osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuus tarjottiin myös sellaisille henkilöille, joille fyysinen osallistuminen ei ollut mahdollista. Varhaiskasvatus- ja esiopetusryhmän mallista työstettiin myös Hyvä käytäntö, joka löytyy THL:n internet-sivuilta.

Työskentely ryhmässä oli aktiivista, jokaisen näkemyksille annettiin tilaa ja eri vaihtoehtoista keskusteltiin avoimesti. Työskentelytapaa arvioitiin keskustelemalla prosessin edetessä ja kyselylomakkeilla projektin päättyessä. Ryhmien ”keskusteltavaa” työtappaa pidettiin ”avoimena ja rehtinä”, ”dialogisena ja kokemusten vertailuun perustuvana” ja työtapa ”tarjosi laajaa näkemystä” käsiteltävään asiaan.

Hankkeen päättyessä työryhmiin osallistuneilta kysyttiin lomakkeella mielipiteitä palvelunkäyttäjien osallistumisesta aktiivisesti ryhmätyöskentelyyn ja mallin työstämiseen. Käyttäjien osallistuminen kehittämistyöhön nähtiin välttämättömänä. Kokemusasiantuntijoiden ajateltiin tuovan tärkeää käytännöllistä tietoa arjen sujumisesta. Tutkimustulokset ja käyttäjien kokemukset toivat uusia näkökulmia käsiteltävään asiaan ja lisäsivät ammattilaisten ymmärrystä autismin kirjon henkilöiden yksilöllisistä tarpeista.

POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

Asiakkaiden aktiivista osallistumista kehittämistyöhön pidettiin hyvin tärkeänä. Narratiivisuus tiedon tuottamistapana tarjosi aidon tavan tuottaa informaatiota ja lisätä osallisuuden tunnetta. Kertomukset avaavat mahdollisuuden tarkastella palvelujärjestelmää kokonaisuudessaan; sen eri osien yhteistyötä, toimivuutta ja palveluketjun jatkuvuutta asiakkaan kokemuksellisesta näkökulmasta. Haastatteluaiheisto tarjosi myös laaja-alaisen kuvan perheen arjenhallintaan liittyvistä ongelmista ja avuntarpeista. Vammaisen lapsen perheen avun ja tuentarpeen arviointiin on kehitetty kattavia haastattelulomakemalleja, esimerkiksi HMI-haastattelumenetelmä interventiona (ks. Mattus 2001). Lomakkeissa on valmiiksi määriteltynä asioita, joita perheen kanssa käydään läpi lomakkeen lähtökodista käsin.

Narratiivinen haastattelu puolestaan perustuu kokonaan perheen omiin näkemyksiin arjestaan ja tarpeistaan. Perhe nostaa lähtökohdistaan esille sillä hetkellä ajankohtaisia asioita, jolloin tarpeen määrittely perustuu perheen kokemukseen. Menetelmää voisi hyödyntää palvelu- ja hoitosuunnitelmia laadittaessa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kerronnallisuus sisältyy jo jossakin määrin perustyöhön. Mutta esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa asiakas on alisteisessa asemassa tarpeidensa takia suhteessa palveluntarjoajaan, milloin tilanteessa ei voi syntyä tasa-arvoista dialogia. Kehittämishankkeessa tavoitteena oli ideaalimalli, jolloin kyseessä ei ollut kenenkään henkilökohtainen kuntoutuspolku, ja kes-

kustelua käytiin hypoteettisesta asiakkaasta ja vaihtoehtoja kuvattiin omiin tai muiden kokemuksiin viitaten.

Narratiivisuuden yhtenä haittana voidaan pitää sitä, että se edellyttää kykyä pukea kokemus kerronnalliseen muotoon. Vaikeuksia syntyy, jos vastaaja ei ole tottunut tai halukas laajaan omaehtoiseen kerrontaan. (Flick 1998.) Menetelmän hyödyntäminen edellytti suurta aktiivisuutta ja mielenkiintoa kehittämistyötä kohtaan. Hankkeessa pyrittiin huomioimaan palvelunkäyttäjien moninaisuus ja mahdollistamaan laaja ja monella tavalla toteutettu osallistuminen (vrt. Beresford ja Croft 2001, Cowden ja Singh 2007). Osallistumista edistettiin käyttämällä eri sidosryhmien verkostoja ja tarjoamalla osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia kaikille halukkaille hyödyntämällä vaihtoehtoisia osallistumistapoja.

Käyttäjien kokemukset vaikuttivat kehittämishankkeen tavoitteisiin, tavoitteiden uudelleenmäärittelyyn ja koko kehittämisprosessiin. Työryhmissä asiakkaat ja tutkijan esiin nostamat kokemukset toimivat tasaveroisina informantteina ammattilaisten rinnalla. Autismin kirjon henkilöiden ja perheiden asiantuntemusta hyödynnettiin ammattilaisten osaamisen rinnalla. Jokainen näkökulma otettiin huomioon ja niistä keskusteltiin ja pohdittiin, miten ne tuodaan näkyviksi mallinnettavaa polkuun ja kirjataan käsikirjaan. Työryhmätyöskentely oli sekä ammattilaisten että perheiden edustajien mielestä antoisaa ja tarjosi tilaa kaikkien mielipiteille. Työryhmien tuottama ideaalimalli perustuikin kokemusasiantuntijoiden sekä ammattilaisten kokemusten ja tietojen yhdistämiseen.

Narratiivinen haastattelu tarjoaa lomakkeilla kerätylle taustatiedolle täydentävän tai jopa vaihtoehtoisen menetelmän. Jo muutamalla palvelunkäyttäjän haastattelulla saadaan selville erilaisia vaihtoehtoja palvelujentuottamiseen. Samalla saadaan tietoa hyvistä ja toimivista käytännöistä, kenties innovatiivisista paikallisista ratkaisuista sekä kehittämistarpeista. Laajamittainen narratiivinen haastattelu edellyttää aikaa ja resursseja, mutta kerrottuja kokemuksia voidaan hyödyntää myös työskentelemällä siten, että asiakkaat voivat osallistua koko kehittämisprosessiin sen eri vaiheissa. Tällä tavoin varmistetaan hankkeen asiakaslähtöisyys. Asiakkaiden osallistumista tulisi hyödyntää entistä enemmän erityisesti kehittämishankkeissa, ja aito osallistuminen edellyttää tasapuolisen ja dialogisen suhteen syntymistä.

Arnsteinin (1969) osallisuusmittarilla arvioituna työskentely työryhmissä perustui tasa-arvoiseen kumppanuuteen, jossa jokainen sai sanoa ajatuksensa julki ja vaikuttaa ideaalimallin mallinnukseen. Tulevaisuus kuitenkin näyttää, miten ideaalimalli tulee toimimaan käytännössä ja miten tehokkaasti sitä hyödynnetään autismin kirjon henkilöiden palvelujen tuottamisessa.

KIITOKSET

Lämpimät kiitokset Vaasan yliopistosäätiölle työskentelyn mahdollistavasta apurahasta.

LÄHTEET

- Alasoini T. 2006. Ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa: Seppänen-Järvelä R, Karjalainen V, (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Helsinki, Stakes, 35–54.
- Alasuutari P. 1986. Työmiehen elämäntarina ja alkoholismi. Tutkimus alkoholismin suhteesta emokulttuuriin. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos, tutkimuksia, series A, 9. Tampere, Tampereen yliopisto.
- Arnkil TE. 2006. Okavango-kehittäminen – Välittääkö kukaan jatkuvuudesta? Teoksessa: Seppänen-Järvelä R, Karjalainen V, (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Helsinki, Stakes, 75–88.
- Arnkil TE, Erikson E, Arnkil R. 2002. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa: Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Raportteja 253. Helsinki, Stakes.
- Arnstein S. 1969. A Ladder of citizen participation. *JAIIP* 35 (4), 216–224.
- Beresford P, Croft S. 2001. Service user's knowledge and the social construction of social work. *Journal of Social Work* 1(3), 295–316.
- Bruner J. 1986. *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner J. 1987. Life as narrative. *Social research* 54(1), 11–32.
- Cowden S, Singh G. 2007. The "user": Friend, foe or fetish? : a critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical Social Policy* 27(1), 5–23.
- Dryden W, Mytton J. 1999. *Four approaches to counseling and psychotherapy*. Lontoo, Routledge.
- Elliott J. 2005. *Using narrative in social research: Qualitative and quantitative Approaches*. Lontoo, SAGE.
- Fay B. 1996. *Contemporary philosophy of social science: a multicultural approach*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Flick U. 2002. *An introduction to qualitative research*. Toinen painos. Lontoo, SAGE.
- Goberman-Hill R, Horwood J, Calnan M. 2008. Citizens' juries in planning research priorities: process, engagement and outcome. *Health expectations* 11(3), 272–281.
- Hansen H, Mäenpää M. 2008. An overview of the challenges for public participation in river basin management and planning. *Management of Environmental Quality: An International Journal* 19(1), 67–84.
- Heikkinen HLT. 2001a. Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa: Aaltola J, Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä, PS-kustannus, 116–132.
- Heikkinen HLT. 2001b. Toimintatutkimus – enemmän kuin tutkimusta? Teoksessa: Aaltola J, Valli R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä, PS-kustannus, 170–185.
- Hyvärinen M. 1994. Viimeiset taistot. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Julkaisu 6/1994. Tampere, Vastapaino.
- Hyvärinen M, Löyttyniemi V. 2005. Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa: Ruusuvoori J, Tiittula L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere, Vastapaino, 189–222.
- Hänninen V. 1999. Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampere, Tampereen yliopisto.
- Jokiranta H. 2003. Se on miehen elämää: Maaseudulla asuvia miehiä elämänsä kertomassa. Tampere, Tampereen yliopisto.
- Kangas I. 2003. Sairaana asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa: Honkasalo M-L, Kangas I, Seppälä U. (toim.) Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen. Helsinki, Suomalaisen kirjallisuuden seura, 73–95.
- Krogstrup H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi. Bikva-malli. Helsinki, Stakes.
- Lambie G, Milsom A. 2010. A narrative approach to supportin students diagnosed with learning disabilities. *Journal of Counseling & Development* 88, 196–203.
- Lehto J. 2000. Saumaton palveluketju mosaikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa: Nouko-Juvonen S, Ruotsalainen P, Kiikkala I, (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki, Tammi, 33–48.
- Lieblich A, Tuval-Mashiach R, Zilber T. 1998. *Narrative research: reading, analysis, and interpretation*. Kalifornia, SAGE.
- Mattus MR. 2001. Valtaistava ja yhteistyötä avaava haastattelumenetelmä perhelähtöisessä interventiossa. Rovaniemi, Lapin yliopisto.
- McIntyre-Mills J. 2010. Participatory design for democracy and wellbeing: narrowing the gap between service outcomes and perceived needs. *Systemic Practice and Action Research* 23(1), 21.
- Metteri A. 2003a. Asiakkaan näkökulma ja kokemus. Kohtuuttomat tilanteet toimintatutkimuksen kohteena. Teoksessa: A. Metteri (toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdistista kehittämisohjelmiksi. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki, Edita, 16–23.
- Metteri A. 2003b. Osallistava toimintatutkimus kansalaiskeskeisen kehittämisen menetelmänä. Luottamus, vastavuoroisuus ja verkostot. Teoksessa: A. Metteri (toim.) Asiakkaan ääntä kuunnellen. Kitkakohdistista kehittämisohjelmiksi. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki, Edita, 156–175.
- Mönkkönen K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 94. Kuopio, Kuopion yliopisto.
- Rea A. 2003. Doing the analysis differently: using narrative to inform understanding of patient participation in contact tracing for sexual transmissible infections. *Journal of health Organisation and Management* 17(4), 280–326.
- Rosenthal G. 2004. Biographical research. Teoksessa: Seale C, Gobo G, Gubrium JF, Silverman D. (toim.) *Qualitative research practice*. Lontoo, SAGE, 48–64.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001, 11.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Uusi terveydenhuoltolaki: Terveydenhuoltolakiyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 28.
- Tregeagle S, Manson J. 2008. Service user experience of participation in child welfare case management. *Child and Family Social Work* 2008(13), 391–401.
- Tritter J, Koivusalo M, Ollila E, Dorfman P. 2010. *Globalisation, markets and health care policy*. London, Routledge.
- Valkama K. 2008. Verkostoja, palveluketjuja vai palvelukokonaisuuksia? – Tapaustutkimus autismin kirjon lapsiperheiden kokemuksista hyvinvointijärjestelmässä. Julkaisematon lisensiaatintutkielma. Tiedekirjasto Tritonia.
- Valkama K. 2009a. Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hallinnon tutkimus28(2), 26–40.
- Valkama K. 2009b. PAKKI-hanke. Arviointiraportti. www.eskoo.fi/documents/Loppuarviointi_261009%20%282%29.pdf (20.1.2010).
- Vuokila-Oikkonen P. 2002. Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 704*. Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos. Oulu, Oulun yliopisto.
- Yarhouse M. 2008. Narrative sexual identity therapy. *The American Journal of Family Therapy* 36, 196–210.
- Öberg P. 1997. Livet som berättelse: om biografi och åldrande. *Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences* 62.

Participation through Narratives – A Case Study: Utilizing Service-Users' Narratives for Development

Katja Valkama, University of Vaasa, Finland

Abstract: Customer orientation and user involvement are a part of today's rhetoric in Finnish social and health care. In this article, the utilization of service users' narratives to enhance user involvement is evaluated in a development project. The empirical data consists of narrative interviews, the records of the work groups, observations, several recordings, and surveys of the work groups. This is a subjective evaluation conducted by project workers, the researcher, and members of the work groups. The experiential knowledge of the service users gives a clear and detailed picture of the wide multi-actor service system's operations and points out the targets for improvement in the services provided. The knowledge attained through the narrative interviews was completed with the constant participation of experienced experts throughout the whole development process. The narratives present a clear and detailed picture of the individuals' entire experience of social and health services. Using the experiences of the service users widens the professionals' knowledge and generates new perspectives on development.

Keywords: service user, narrative interview, development, social and health services

Introduction

The administration and management of the welfare services has undergone drastic changes over the past decades. The state subsidy system was altered from earmarked subsidies to total amounts that could be used as municipalities decide. The usage was controlled with information. Projects became a more common way of securing basic services, especially during the recession in the 1990's. Projects were and are implemented to fulfill the local needs but are also based on the supply. Program development has stabilized as a common steering tool in Finnish social and health care. (Alasoini 2006, 35; Arnkil 2006, 76.)

Customer/client centeredness and participation have been a goal in public services and their development. A lot of effort has been made, especially in social and health services, to produce services which are of better quality, and are effective, customer friendly, and based on needs. This is regulated through legislation and guidance. (e. g. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 ja Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). To be able to offer services based on the needs of the users it is necessary to know their needs, as well as their opinions of the services and their quality. This has multiplied the need to include service users in planning, developing and evaluating the services. Service user feedback is one way to acquire information to enable

development. Arnkil, Erikson and Arnkil (2002, 233) criticize the feedback system in social and health care, saying that it is underdeveloped. There has been an active effort to develop more equalizing and participatory methods, e. g. Bikva-evaluation (Krogstrup 2004). In this article narratives are evaluated as a means of promoting participation and enabling citizen expertise in developing social and health services.

In this article the terms customer and service user are used to describe citizens who use and need social and health services. The author is fully aware of the limitations of both terms, but the usage of the terms is based on the commonality of the terms in the rhetoric of social and health care. Neither term quite encapsulates the role of citizens in relation to social and health services. In the Finnish language the equivalent for both terms client and customer is “*asiakas*”. The term has a positive connotation of choice that often can be overshadowed by the coercion or strict criterion associated with social and health services. (see Valkama 2009a). The term service user foresees the dialogic relation between the citizen and the service system and the citizenship is diminished to only the consuming end user.

Customer orientation and participation

There have been structural, administrative and rhetoric changes in society that define citizens as customers and service users. Citizens have evolved from subjects to active consumers. In social and health care norm steering has defined customer centeredness as the starting point for a very long time. The customer-centered approach developed in the 1930's. The main idea was that the customer relationship should evolve through the concepts presented by the customer and not through the professional's own interpretations. (Dryden & Mytton 1999, 57–67.) The customer centered approach became central in the debates in Finland in the 1990's. (Mönkkönen 2002, 124). The present legislation in social and health care urge customer-oriented activities. This view differs from the traditional bureaucratic viewpoint where citizens were perceived as administrative subjects. At least in the rhetoric customer orientation has become a central objective (Lehto 2000, 35–36, see Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000; The Ministry of Social Affairs and Health 2008a and b.)

The intended customer-orientation is defined as a part of citizens' rights, which is added up by increasing choices, and the means to participate in and have an influence on services. (e.g. The Ministry of Social Affairs and Health 2008b). The post-modern era is stamped by a gradual and slow progressive questioning of the authority of experts. The expertise developing in the everyday life of the service user has been studied and it is acknowledged that the expertise grows through the everyday experiences and its quality is very detailed and concrete. This kind of expertise should be seen as a complimentary resource which is utilized side by side with professional expertise. (Kangas 2003, 73–81, 91.) To fully control the whole care and service entirety it is crucial to appreciate the expertise and opinions of the customer and create situations where authentic participation is possible.

Political decision-makers and administrators should be aware of how the service system appears to the service users. Usually the information of the possible effects of the services decision-makers have is partial. The experiences of the service-users provide immediate feedback on the services and service entireties as well as of the system producing the services. Through service user participation it is possible to develop the system centered service structure in a customer-oriented direction. (Beresford & Croft 2001, 299–302).

Arnstein (1969) describes citizen participation using a ladder model. There are eight bars on the ladder, which are grouped into three categories. The lower category includes the two lowest bars, which are manipulation and therapy. Different opinion polls and consultations form the middle category and the power citizens' exercise is merely on the symbolic level. The citizens are granted a possibility to participate and influence but the means to do this and the end result is totally under the control of the initiators. True citizen power is based on equality and partnership that can be reached on the third level of Arnstein's ladder model.

The aim of activating citizens is to ensure the value of the service users' opinions, experiences and wishes in operation. The participation of the service users is based on the idea that the users have firsthand knowledge of the services and the ability to recognize the problems and present solutions to solve the problems. In the worst case scenario, participation can be reduced to mere choice between a few options like in the matter of service vouchers. (Tritter, Koivusalo, Ollila & Dorfman 2010, 6, 15, 167.)

The aim and method of the research

This study focuses on the utilization of the experiences of the service users and how to include users in development projects. The case in this study is a project called PAKKI in the area of three counties in Ostrobothnia (Pohjanmaan maakuntien autismin kirjon palveluiden verkosto-hanke). There was a need to add the knowledge of autism spectrum disorders in the area and to develop the service system to meet the needs. There was a high aspiration in the area to develop the operations, to offer professional possibilities to further educate themselves and to produce services with high quality to persons with ASD (autism spectrum disorder) and their families. This aspiration was concretized in an active effort to start a project. A project plan was drafted three times and finances were applied for, and finally the project was granted state subsidy in 2007. The aim in the project was: 1) to develop a clear habilitation path, 2) to create a multidisciplinary network of professionals, and 3) to strengthen the expertise and co-operation between different occupational experts. The project operated between 1.8.2007 – 31.10.2009.¹

The aim of the project was to fulfill the areal needs. The needs of the professionals in the area as well as the needs of the service users were identified at the beginning of the project. The service users' needs were surveyed using an e-form and questionnaire. Also

¹ More information about the project in Finnish in: <http://www.eskoo.fi/default.aspx?id=165>.

more detailed information was gathered through narrative interviews. With the interview the experiences of the users were collected about things of importance to them from their point of view. The results of the interviews were utilized actively in the project, especially in the beginning but also throughout the whole developmental project. The view points of the service users were strengthened by inviting persons with ASD and their family members to participate in the working groups where they shared their experiences with other group members about the matters under discussion.

Participation was evaluated by using Arnstein's previously presented ladder model. The model offers a clear and simple theoretical framework to analyze different levels of participation. Arnstein's model has endured decades of scrutiny and remained usable around the world in several studies. (e.g. Goberman-Hill, Horwood & Calnan 2008; Hansen & Mäenpää 2008; Tregeagle & Manson 2008).

Narratives

Narratives were utilized in this developmental project in two different ways. Firstly the starting point of the project was to collect the experiences of the service users about the existing services and systems as a whole. This information was gathered through narrative interviews. Secondly the method to work in the working groups was to use free narratives, sharing experiences of the different phases in the service path while modeling the ideal path with QPR-program².

Narratives have entered the social sciences during the last decades. Every day speech is small pieces of a story, which are connected by the listener into a comprehensible entirety (Korhonen & Oksanen 1997, 55). The term narrative originates from Latin and the noun "narration" implies a story and the verb "narrare" to tell. The original words have been translated to the English noun "narrative" and the verb "narrate". (Heikkinen 2001, 116; Hänninen 1999, 15.)

Bruner (1986, 45–53; 1987, 31) has defined different forms of narratives by separating the objective reality, the subjective experience and how the experience is told in narrative form. Öberg (1997, 80) reviewed life stories' classification the same way as Bruner did and defined the following analytical levels; 1) the level of lived life, 2) the level of experienced life, and 3) the level of narrated life. Objective reality is composed of the happenings related to a person's life for example birth, learning to walk, starting school, etc. Subjective experience consists of the experiences and the interpretations of the life events of the person. The experience is composed of pictures, feelings, wishes and thoughts. Narratives aspire to explain what has happened. Bruner (1986, 18) describes this tendency to causality as one category of mind.

The knowledge acquired through narratives cannot be generalized or objectified. The information is local and very personal and subjective. (Vuokila-Oikkonen 2002, 37). The aim with narrative inquiries is not similar to positivistic methods to reach descriptive realism (Reissman 1993, 21–11). The simplest form of narrative is formed in situa-

² QPR – Quality.Process. Results. QPR process modeling software is a tool for modeling processes.

tions where the narrator is offered a possibility to tell her or his conception of the studied phenomenon in their own words. The data can consist of any form of narrated oral or literal material, if there are no distinct requirements for the reproduction of solid stories with a plot. (Heikkinen 2001, 121.)

Collecting experiences

The starting point of the project was the gleaning of service users' narratives of the areal services. The narrative interview most resembles an unstructured open interview. The interviews were conducted in the area of one special care district. The participants were voluntary families with children with ASD. Altogether thirteen families took part. The criterion for family with a child with ASD was that there had to be at least one child under 16 years old with an ASD diagnosis. In this study, ASD was defined according to the ICD-10 classification diagnosis starting with F84. During the interviews, the age of the children in the families varied between 5–15 years.³

The interviews were conducted during 2006 and 2007. The operation of the service system was canvassed by interviewing the parents of the families. The parents were interviewed, because it was assumed that they would have a clearer picture of the support system in the social and health sectors, and because ASD sets limitations on the ability to communicate and tolerate new social situations. The interviews were complemented with information collected through questionnaires. The questionnaire was completed by 20 families.

The intention of the narrative interviews is to capture the narrated experiences that can be studied as subjective viewpoints on the phenomenon under scrutiny (Flick 2002, 103; Hyvärinen & Löyttyniemi 2005, 189). The narrative interview differs from a traditional interview due to the nature of the desire for knowledge. A traditional interview is based on the researcher's desire to accumulate knowledge on a matter of her own interest. The acquiring is based on pre-determined themes from the interviewer's viewpoint.

In the narrative interview the starting point is what the interviewees desire to tell about their lives and their experiences concerning the research topic. The narrative interview gives space to the interviewee's own voice and experiences. Through stories a human being organizes their social life and gives structure to their lives. Stories are used to describe thoughts, perceptions, imaginings, and moral decisions. The experiences and events are interpreted and explicated. The interviewer does not steer the narration with predefined questions according to predefined themes or concepts. (Fay 1996, 197; see also Bruner 1987, 11.)

There are two different opinions of the way the interviewer should participate in the interview process. At one end are the opinions that the whole interview consist of one wide question and the answer to that one question. The interview starts with a narrative producing wide question and the answer that follows the question. The question is for-

³ The study is an unpublished licentiate thesis "Verkostoja, palveluketjuja vai palvelukokonaisuuksia – Tapaustutkimus autismin kirjon lapsiperheiden kokemuksista hyvinvointijärjestelmässä". Vaasa University Library Tritonia.

mulated in such way that the respondents can decide themselves what, how and in which order they want to tell. At the other end is the view that the interviewer is an active participant in the narration. (Flick 2002, 96–97; Rosenthal 2004, 49). The narrative is constructed in any case during the co-operation between the interviewee and the interviewer. The narrative interview is a form of dialogic collaboration. The experience of the interviewee is constructed in interaction with the interviewer. Knowledge is perceived as a collaborative interpretation of the information and experience constructed in co-operation. The narration can be maintained through encouragements, but in this particular case the narration was motivated with simple sounds that did not interrupt the telling but rather confirmed the telling. (Flick 2002, 101.)

In the conducted narrative interviews the interviewees were asked to tell about their experiences with the service system with the help of their child's life line.⁴ The interviews were recorded with the permission of the interviewees and then transcribed to the 288 pages to be analyzed. Narrative data can be analyzed with similar methods as other qualitative data. The analysis can emphasize to different sides of the data. The researcher can be interested in the events and experiences described in the narratives, and then the analysis concentrates on the *content* of the narratives. The content of the narratives has two functions; firstly it describes the past events and secondly it values the events. Alternatives to content analysis are reviewing the *structures* and the *form* of the stories or to focus on the occurrences and functions of the narratives in *interactive and institutional* contexts. (Elliott 2005, 38; Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998, 12.) The analysis can also focus on the *social dimension* of the narrative (Mishler 1995, 90, 107–116). The analysis focuses either on the relationships between the characters or on the relationship between the narrative and the world around it. (Elliot 2005, 50).

The data utilized in the development was analyzed with categorical-content analysis (Lieblich et al. 1998, 13–14). Categorical-content analysis resembles traditional content analysis (see Table 1), where expressions are taken from the data and classified and categorized. The categorization of the data was conducted by groping the descriptions of the service system from the families' narratives. The expressions were reduced to forms which were easier to deal with. The reduced expressions were compared in order to find similarities and differences concerning the actors and specific services in the service system. The expressions were categorized and categories were united and reflected against theories and previous studies. The categories are the families' experiences: of the services, the service entireties, the service paths, collaboration with the various professionals, how the responsibilities were divided, and how the network functions as a whole.

⁴ In the study Alasuutari's (1986) solution to draw the interviewee's life line was implemented, which was also utilized by Jokiranta (2003) in his doctoral thesis.

Table 1. The four ways of reading narratives (Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 1998: 13–14).

	Holistic	Categorical
Content	The story is analyzed as a whole and the parts of the story are reflected to the whole story.	Content analysis, the relevant topics are categorized.
Form	The aim is to identify the structure or plot of the story, e. g. tragedy, comedy or romance.	The style or the linguistic characters of the story are analyzed.

Participation through narratives

The aim in the developmental project was to create a clear and cohesive rehabilitation path for persons with ASD. In addition, the intention was that the know-how and collaboration between the professionals would increase. Also an areal network of experts was to be established. The experiences of the families described the rehabilitation paths as fragmented, the exchange of information as unworkable, the distribution of work and responsibility as unclear, and especially the transitions from one provider or support form to another were really problematic. The experiences were relatively negative and the constant search for support abated the little resources the families had left. The families' narratives described the image and understanding of their experiences at the time of interviewing. This method offered a possibility to examine the thirteen families' comprehensive opinion of the service system and its operation. The experiences had both positive and negative elements in them. The service system as a whole appears to the families as a rigid, organization and professional oriented complex system that does not pay attention to the service users' situation as a whole. (Valkama 2008.)

The focus in the project was set to especially develop the transitions according to the opinions of the families and the professionals. (Valkama 2009b). The creations of models for transitions were started by gathering a working group for each transition phase. The phases were divided according to the natural life course: 1) diagnosis and first hand information, 2) early rehabilitation and education, 3) education and employment, and 4) housing. The working groups had 8–20 members, but the largest group diagnosis was later divided into three smaller groups. The aim in every working group was to have a representative of every area and occupational group actively working with families in the phase in question. The groups were supplemented with experts if there was a need for that.

The researcher who conducted the narrative interviews participated in every working group, presenting the results from the interviews. Every working group had one to four

service users; either a person with ASD or a family member bringing real time and individual expertise through experience into the discussions (see Tritter et al. 2010). The participation of service users complemented the research results, but also ensured direct information from the users without the researcher's interpretation or filtering. Narration is always dialogical and context bound (Flick 2002), so it is impossible to attain information totally independent and pure from everything.

The working groups started their work by going through the different ways of operating in different areas. The first meetings were audio recorded and transcribed to capture the current situation in detail. The groups were presented the results from the narrative interviews; the strengths and weaknesses of the areal service system, concentrating on the phase the group was working with. As the rehabilitation path was modeled, the members of the group shared their own experiences throughout the different transitions during the modeling work. Then the working methods and situations were improvements where desired by the service users and/or the professionals were discussed. The model was constructed to be as realistic as possible to be realized in practice. The model acknowledges the framework regulated by legislation, municipal resources, the expertise and the needs of the professionals and the service users.

The ideal model was modeled by QPR-program, but specific manuals were drafted to support the very technical program. Two manuals were produced; one for professional use and one for the families⁵. The experiences of the service users were utilized throughout the modeling process. Special attention was paid to the phases seen as problematic, to the lack of work division and collaboration. The working groups also worked with the models in their organizations; professionals at their work with their colleagues and experts by experience with their families and in the meetings of the local autism spectrum association. This way the project activated people not included in the working groups, thereby multiplying the relevant information and usable experiences. Also all the members in the local association were included by informing them of the project and sending drafts of the models and guides to the members to comment on. This way the project made participation possible for people who could not physically participate in the development.

The working of the working groups was active, but offered space for all opinions and different alternatives were carefully discussed and pondered. Sharing narratives enables forming a joint understanding of the matter at hand. The way to conduct the project was constantly evaluated through discussions in the working groups and by sending questionnaires during and after the process. The work was evaluated as conversational, open and honest, dialogical and experience based and it offered a wide view on the matter at hand.

When the project ended the members of the working groups were questioned on their views about including the service users in the development. The participation of the service users was seen as indispensable. The experts by experience were seen as informants of important practical information of everyday life. The research results combined with

⁵ The manuals and the ideal rehabilitation path can be found in Finnish at:
<http://www.eskoo.fi/default.aspx?id=255>

the experiences of the participating service users brought new views to the discussions and added to the professionals understanding of the individual needs of persons with ASD.

Conclusions

The utilization of narrative interviews offered a possibility to review the service system as a whole; the collaboration between different actors and the continuity of the rehabilitation path from the users' perspective. The interviews offered an extensive picture of the problems and special needs the families encounter in their everyday lives. The narrative interview concentrates on the issues that the families see as acute and important in their lives at that specific moment. The interviews concentrate on the families' views on their needs and experiences in their everyday lives without preconditioned opinions or attitudes from the researcher's side.

One disadvantage with narrative interviews is the requirement from the respondents to be able to express their experiences in an oral form. Difficulties can emerge if the respondent is not accustomed or willing to wide un compelled telling. (Flick 1998, 101–102.) The way respondents were sought after required activity from the interviewees who themselves felt that they could and wanted to participate in the interview. Also participating in the work of the working groups required activity and interest towards the work at hand. This project aspired to take into consideration the diversity of the service users by enabling wide and different ways of realized participation. (cp. Beresford & Croft 2001; Cowden & Singh 2007).

In this particular case the users' experiences affected the aims of the project, the redefinition of the aims and the whole developmental process. In the working groups the research results and the experts by experience acted as equal sources of information along with the different professionals. The ideal model produced by the working groups is based on a shared understanding of the experiences and information of the different experts.

With client participation the customer orientation of the project was ensured. The expertise of the service users was equal to the expertise of the professionals when developing the ideal model. Every point of view was taken into consideration and it was discussed in detail how to make them visible in the model path and the guidebook. Both the professionals and the service users experienced this way of working as rewarding and productive. It also made room for all different voices. The project also wanted to ensure as wide participation as possible through utilization of participant organizations and the local association. According to Arnstein's ladder the work in the working groups was based on equal partnership, where everyone could express their thoughts and ideas and affect the modeling of the ideal model. The third level of the ladder model was reached in this project. The future will tell how this ideal model will be utilized in practice when improving the services for the persons with ASD.

Acknowledgments

The author is thankful for the Vaasa University Foundation, Eskoo Joint Municipal Authority for Social Services and Social and Health Management in University of Vaasa.

References

- Alasoini, T. (2006). Ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa [Program development in information society]. In: R. Seppänen-Järvelä, & V. Karjalainen (Eds.), *Kehittämistyön risteysiä* (pp. 35–54). Helsinki, Finland: Stakes.
- Alasuutari, P. (1986). *Työmiehen elämäntarina ja alkoholismi. Tutkimus alkoholismin suhteesta emokulttuuriin* [The Working Man's Life-Story and Alcoholism. A Study on the Relation of Alcoholism to Its Parent Culture]. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos, tutkimuksia, series A, 9. Tampere, Finland: Tampereen yliopisto.
- Arnkil, T. E. (2006). Okavango-kehittäminen – Välittääkö kukaan jatkuvuudesta? [Okavango-development – Does anyone care for continuity?] In: R. Seppänen-Järvelä, & V. Karjalainen (Eds.) *Kehittämistyön risteysiä* (pp. 75–88). Helsinki, Finland: Stakes.
- Arnkil, T. E., Erikson, E. & Arnkil, R. (2002). *Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa: Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin*. [Dialogic development of services in municipalities – from sector orientation and project chaos towards flexible networking]. Raportteja 253. Helsinki, Finland: Stakes.
- Arnstein, S. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *JAIIP*, 35(4), 216–224.
- Beresford, P. & Croft, S. (2001). Service User's Knowledge and the Social Construction of Social Work. *Journal of Social Work*, 1(3), 295–316.
- Bruner, J. (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1987). Life as Narrative. *Social research*, 54 (1), 11–32.
- Cowden, S. & Singh, G. (2007). The “User”: Friend, foe or fetish? : A critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical Social Policy*, 27(1): 5–23.
- Dryden, W. & Mytton, J. (1999). *Four Approaches to Counseling and Psychotherapy*. London: Routledge.

Elliott, J. (2005). *Using Narrative in Social Research: Qualitative and quantitative Approaches*. London: SAGE.

Fay, B. (1996). *Contemporary Philosophy of Social Science: A Multicultural Approach*. Oxford: Blackwell Publishing.

Flick, U. (2002). *An Introduction to Qualitative Research*. (2nd ed.). London: SAGE.

Goberman-Hill, R., Horwood, J. & Calnan, M. (2008). Citizens' juries in planning research priorities: process, engagement and outcome. *Health expectations*, 11(3), 272–281.

Hansen, H. & Mäenpää, M. (2008). An overview of the challenges for public participation in river basin management and planning. *Management of Environmental Quality: An International Journal*, 19(1), 67–84.

Heikkinen, H. L. T. (2001). Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena [Narrative research – reality as a story]. In: J. Aaltola & R. Valli (Eds.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II* (pp. 116–132). Jyväskylä, Finland: PS-kustannus.

Hyvärinen, M. (1994). *Viimeiset taistot*. [The most recent struggles]. Yhteiskuntatieteiden tutkimuslaitos. Julkaisu 6/1994. Tampere, Finland: Vastapaino.

Hyvärinen, M. & Löyttyniemi, V. (2005). Kerronnallinen haastattelu [Narrative interview]. In: J. Ruusuvoori & L. Tiittula (Eds.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus* (pp. 189–222). Tampere, Finland: Vastapaino.

Hänninen, V. (1999). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos* [Inner narrative, life and change]. Tampere, Finland: Tampereen yliopisto.

Jokiranta, H. (2003). *Se on miehen elämää: Maaseudulla asuvia miehiä elämäänsä kertomassa* [It's a Man's Life - Men in Rural Areas Narrating Their Lives]. Tampere, Finland: Tampereen yliopisto.

Kangas, I. (2003). Sairaasaniantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa [The expertise of the ill – knowledge and experience in everyday life]. In: M.-L. Honkasalo, I. Kangas & U. Seppälä (Eds.) *Sairas, potilas, omainen, Näkökulmia sairauden kokemiseen* (pp. 73–95). Helsinki, Finland: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Korhonen, I. & Oksanen, K. (1997). Kertomuksen semiotiikkaa [The semiotics of the story]. In: P. Sulkunen & J. Törrönen (Eds.) *Semioottisen sosiologian näkökulmia: Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen ja ymmärrettävyys* (pp. 54–71). Helsinki, Finland: Gaudeamus.

Krogstrup, H. (2004). *Asiakaslähtöinen arviointi. Bikva-malli* [Customer oriented evaluation. BIKVA-model]. Helsinki, Finland: Stakes.

Lehto, J. (2000). Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä [Seamless service chain in mosaic service system]. In: S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (Eds.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut* (pp. 33–48). Helsinki, Finland: Tammi.

Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative Research: Reading, Analysis, and Interpretation*. San Francisco, CA: SAGE.

The Ministry of Social Affairs and Health. (2001). *Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet* [The position and rights of the customer in social welfare]. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen oppaita 2001, 11.

The Ministry of Social Affairs and Health. (2008a). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011* [The national development plan for social and health services KASTE 2008 – 2011]. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2008: 6.

The Ministry of Social Affairs and Health. (2008b). *Uusi terveydenhuoltolaki* [The new act for public health care services]. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2008: 28.

Mishler, E. G. (1995). Models of Narrative Analysis: A Typology. *Journal of Narrative and Life History*, 5(2), 87–123.

Mönkkönen, K. (2002). *Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena* [Dialogical interaction as a means of communication and relationship]. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 94. Kuopio, Finland: Kuopion yliopisto.

Reissman, C. K. (2004). *Narrative Analysis*. San Francisco, CA: Sage.

Rosenthal, G. (2004). Biographical Research. In: C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium & D. Silverman (Eds.) *Qualitative research practice* (pp. 48–64). London: SAGE.

Tregeagle, S. & Manson, J. (2008). Service user experience of participation in child welfare case management. *Child and Family Social Work*, 391–401.

Tritter, J., Koivusalo, M., Ollila, E. & Dorfman, P. (2010). *Globalisation, Markets and Health Care Policy*. London: Routledge.

Valkama, K. (2008). *Verkostoja, palveluketjuja vai palvelukokonaisuuksia? – Tapaustutkimus autismin kirjon lapsiperheiden kokemuksista hyvinvointijärjestelmässä* [Networks, service chains or service entireties . A case study of the experiences of families with children with ASD in the welfare system]. Julkaisematon lisensiaatintutkielma. Vaasa University Library Tritonia.

Valkama, K. (2009a). Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. [The challenges caused by the change of customer to social and health services]. *Helsingin tutkimus*, 28(2), 26–40.

Valkama, K. (2009b). *PAKKI-hanke. Arviointiraportti* [PAKKI-project. An evaluation rapport]. http://www.eskoo.fi/documents/Loppuarviointi_261009%20%282%29.pdf (20.01.2010).

Vuokila-Oikkonen, P. (2002). *Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset* [Narratives unfolding in cooperative team meetings in acute psychiatric care]. Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 704. Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos. Oulu, Finland: Oulun yliopisto.

Öberg, P. (1997). *Livet som berättelse: Om biografi och åldrande* [Life as a story: of autobiography and ageing]. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 62.