

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

”Palvelukyky, palveluhalu, ammattitaito, niistähän se tulee”

Työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välinen asiakkuus ja asiakassuhteen
kehittäminen keskisuomalaisissa kunnallisissa työterveyspalveluissa

Pro gradu -tutkielma
Leila Koskela
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Toukokuu 2011

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

KOSKELA, LEILA: ”*Palvelukyky, palveluhalu, ammattitaito, niistähän se tulee*”.

Työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välinen asiakkuus ja asiakassuhteen kehittäminen keskisuomalaisissa kunnallisissa työterveyspalveluissa

Pro gradu -tutkielma, 107 s. + 19 liitesivua

Ohjaajat: Professori Juhani Lehto, Tampereen yliopisto

Terveystieteiden maisteri Hanna Hakulinen, Työterveyslaitos

Kansanterveystiede

Toukokuu 2011

Työterveyshuollon asiakkuus jakautuu henkilöasiakkuuteen ja yritysasiakkuuteen. Yritysasiakkuudessa on liiketalouden asiakkuuden piirteitä terveydenhuollon asiakkuuden lisäksi, mutta työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välistä asiakkuutta on tutkittu toistaiseksi vähän. Tässä tutkielmassa tutkittiin, mitkä asiat ovat keskeisiä työterveyshuollon ja asiakasyrityksen välisessä asiakkuudessa ja asiakassuhteen kehittymisessä kunnallisissa työterveyspalveluissa.

Tutkimus oli poikkileikkaustutkimus, jonka aineistot saatiin Työterveyslaitoksen *SEITTI-Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä* -tutkimus- ja kehittämishankkeesta. Tutkimusaineisto koostui 62:lle työterveystoimijalle suoritetusta kyselystä sekä 12:sta teemahaastattelusta asiakasyritysten edustajille. Määrällisen aineiston pääasialliset analyysit tehtiin suorien jakaumien, ristiintaulukoinnin ja tilastollisen testauksen avulla. Haastatteluaineiston analyysissä käytettiin teorialähtöistä laadullista sisällönanalyysia.

Tutkimuksen tulosten mukaan keskeisiä asioita työterveyshuollon yritysasiakkuuden kehittymisessä ovat luottamus, vuorovaikutus, asiakaslähtöisyys ja hyvä laatu. Myös työterveyshuollon perusprosessit mielletään sekä palvelutuottajien että asiakasyritysten keskuudessa osaksi asiakkuutta. Lisäksi asiakkuuskirjallisuudesta poiketen asiakkuuksien johtaminen ja markkinointi eivät ole yhtä keskeisiä tekijöitä. Asiakasyrityksille tärkeä tekijä on myös palveluiden saatavuus ja työterveystoimijoille toiminnan suunnitelmallisuus.

Kunnallisissa työterveyspalveluissa asiakkuusajattelun ja -osaamisen kehittämiseen näyttää tutkimuksen perusteella olevan tarvetta. Myös asiakasyrityksissä tarvitaan työterveyshuollon asiakkuuden selkiyttämistä. Asiakkuuksien johtamista ja resursointia tulisi kehittää työterveysyksiköissä asiakkuuksien kehittämiseksi. Lisätutkimusta tarvitaan muiden muassa työterveyspalveluiden asiakkuuden erityislaatuudesta teoreettisella tasolla ja asiakkuuksien johtamisen käytännöistä sekä työterveyshuollon asiakkuudesta muissa konteksteissa. Työterveyspalveluiden rakennemuutoksen myötä asiakkuusajattelun kehittymisen seuranta ja työterveysyhteistyön lisäämiseen tähtäävien suositusten toteutumisen seuranta ovat myös jatkotutkimusta edellyttäviä teemoja.

Asiasanat: asiakas, asiakkuus, asiakassuhde, työterveyshuolto, asiantuntijapalvelut

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
School of Health Sciences

KOSKELA, LEILA: *"Service ability, service willingness, professional skills, that's what it is about"*. The customership and its development between occupational health care units and client enterprises at municipal occupational health care services in Central Finland region

Master's thesis, 107 pages, 19 appendix pages

Supervisors: Professor Juhani Lehto, Tampere University

Master of Health Sciences Hanna Hakulinen, Finnish Institute of Occupational Health

Public Health

May 2011

The customer relationship in occupational health care services (OHS) consists of the personal customership and the enterprise customership which is much like the other business-to-business customerships. There is only a little research on the customership between OHS units and client enterprises. The aim of this study was to study which factors are central in the customership between OHS units and customer enterprises and in developing the customership in municipal occupational health care services.

This study was a cross-sectional study and the data consisted of a survey for 62 occupational health professionals and of the theme interviews of 12 representatives of client enterprises at the Central Finland region in a research and developing project of Finnish Institute of Occupational Health. The quantitative data were analysed by straight distributions and crosstabulation with the statistical testing and the theory based content analyse was used in the analysis of the interview material.

The main result was that the central factors are trust, interaction, customer orientation and good quality of the services in the OHS customerships. The basic processes of occupational health care were also perceived as part of customership. Neither marketing nor customer relationship management were perceived as central distinct from the customership literature. Furthermore, the availability of the services was central to enterprises, and the OHS professionals considered the planning of the services important.

There seems to be a need for developing the customership thinking and customership skills among the OHS professionals. The clarifying of the customership concept in the customer enterprises is also needed. The practices of customer relationship management and resources in the OHS units should be developed for better customerships. The further research is needed on the special aspects of the OHS customership and OHS customership management and also on OHS customership at other OHS contexts. There is going on a structural change at the OHS services which might affect on the OHS customership, too. Research is also needed on those affects as well as on the affects of the new recommendations of OHS co-operation.

Keywords: client, customer, customership, customer relationship, occupational health care, professional services

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 PALVELUT JA NIIDEN HANKINTA SEKÄ TYÖTERVEYSHUOLTO OSANA PALVELUJÄRJESTELMÄÄ.....	8
2.1 PALVELUT JA ASiantuntijapalvelut	8
2.2 YRITYKSET JA KUNNAT ASiantuntijapalveluiden hankkijoina	10
2.3 ASiantuntijapalveluiden kehittäminen.....	14
2.4 TYÖTERVEYSHUOLTO TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN OSANA.....	15
2.4.1 Työterveyshuoltotoiminnan perusta	15
2.4.2 Työterveyshuollon erityspiirteet.....	16
2.4.3 Työterveyshuollon palvelutuottajat.....	18
3 ASIAKKUUS JA ASIAKASSUHDE.....	20
3.1 ASIAKAS JA POTILAS.....	20
3.2 ASIAKKUUS, ASIAKASSUHDE JA KUMPPANUUS.....	21
3.3 ASIAKKUUS PROSESSINA	23
3.4 TYÖTERVEYSHUOLLON ASIAKKAAT JA ASIAKKUUSPROSESSI	24
3.5 ASIAKASSUHTEEN KESKEISIÄ ELEMENTTEJÄ	26
3.5.1 Luottamus ja sitoutuminen	26
3.5.2 Asiakkuuksien johtaminen.....	27
3.5.3 Asiakaslähtöisyys	28
3.5.4 Vuorovaikutus.....	29
3.5.5 Palveluiden laatu ja asiakastyytyväisyys	30
3.6. ASIAKASSUHTEEN KESKEISET ELEMENTIT TYÖTERVEYSHUOLLOSSA.....	32
4 YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA.....	39
5 TUTKIMUSASETELMA JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	41
5.1 TUTKIMUSKYSYMYKSET	41
5.2 TUTKIMUKSEN AINEISTOT	41
5.3 ANALYYSIMENETELMÄT	44
5.3.1 Tilastolliset analyysit.....	44
5.3.2 Laadulliset analyysit	45
5.3.3 Eettiset näkökulmat	47

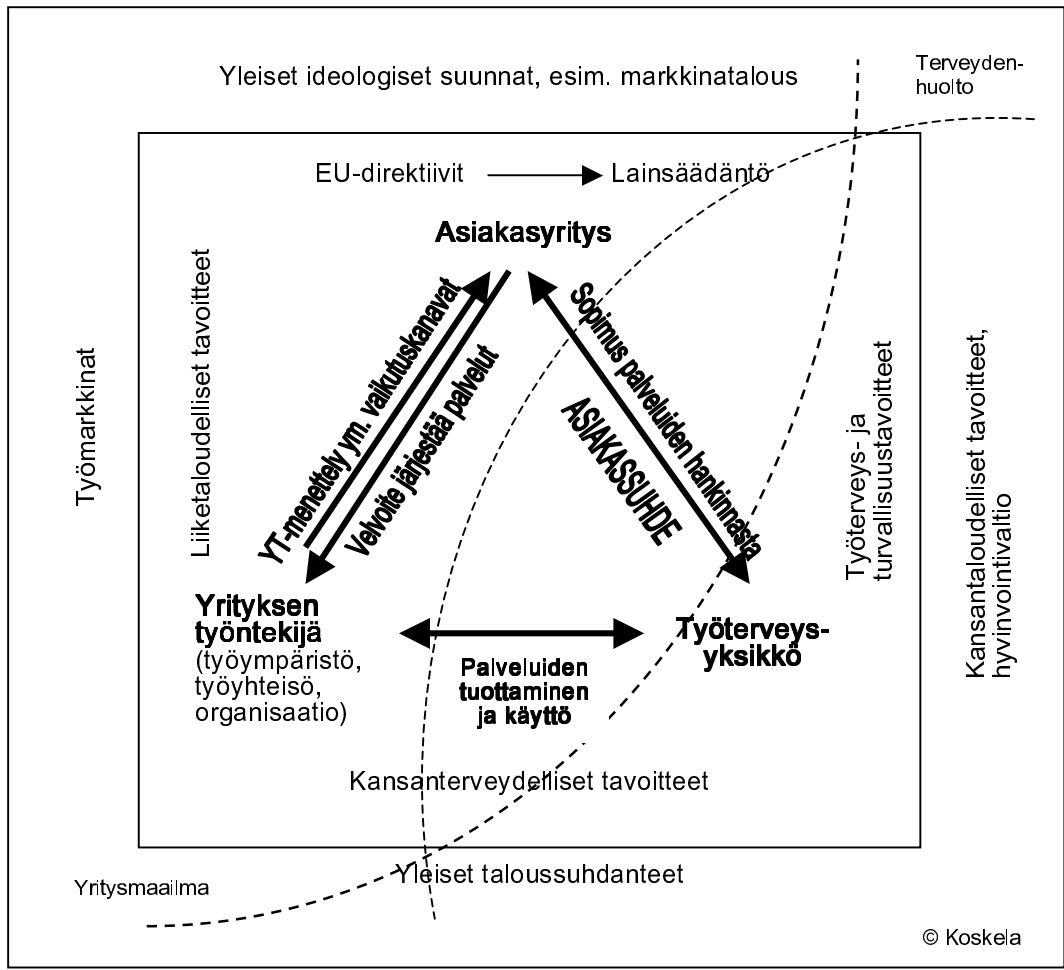
6 TULOKSET	49
6.1 TYÖTERVEYSTOIMIJOIDEN KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET	49
6.1.1 Työterveystoimijoiden ryhmän kuvailu ja taustamuuttajat	49
6.1.2 Asiakassuhteen luonnetta määrittävät tekijät	51
6.1.3 Keskeiset tekijät asiakassuhteen kehittämisessä	52
6.1.4 Faktorianalyysi ja summamuuttajat.....	59
6.2 ASIAKASYRITYSTEN EDUSTAJIEN TEEMAHAASTATTELUIDEN TULOKSET	62
6.2.1 Yleiskuvaus haastatteluista	62
6.2.2 Työterveyspalveluiden hankinta.....	63
6.2.3 Keskeiset tekijät asiakkuudessa.....	65
6.2.4 Kumppanuus ja palvelutuotannon perusnäkökulmat	75
7 TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	78
7.1 TYÖTERVEYSPALVELUIDEN ASIAKASSUHDE KUNNALLISTEN TYÖTERVEYSPALVELUIDEN KONTEKSTISSA	79
7.2 TYÖTERVEYSPALVELUIDEN ASIAKASSUHDE ASiantuntijapalveluiden KONTEKSTISSA	82
7.3 PALVELUTUOTTAJAN, MAKSAJAN JA PALVELUIDEN KÄYTTÄJÄN KOLMINAISUUS ASIAKASSUHTEESSA	84
7.4 TYÖTERVEYSASIAKASSUHDE MUIDEN ASIAKASSUHTEIDEN KONTEKSTISSA	85
7.5 JOHTOPÄÄTÖKSET KÄYTÄNNÖN TYÖTERVEYSTOIMINNAN KEHITTÄMISEKSI.....	89
8. POHDINTA	92
8.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA TULOSTEN YLEISTETTÄVYYS.....	92
8.2 TULOSTEN POHDINTA JA JATKOTUTKIMUSAIHEITA.....	95
LÄHTEET	98
LIITTEET	108
LIITE 1. ASIAKASKESKEISEN STRATEGIAN PÄÄPIIRTEET. (GRÖNROOS 2009, 520.)	108
LIITE 2. KYSELYLOMAKE TYÖTERVEYSTOIMIJOILLE.	109
LIITE 3. ASIAKASYRITYSTEN EDUSTAJIEN TEEMAHAASTATTELUN HAASTATTELURUNKO.	117
LIITETAULUKOT	119

1 JOHDANTO

Työterveyshuoltopalveluiden kehittäminen ja niiden vaikuttavuuden lisääminen sekä palvelutarjonnan kilpailutilanteessa toimiminen edellyttävät työterveysyksiköiltä toimivaa yhteistyötä asiakasyritysten kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) suosittelee työterveyspalveluiden uudelleen suuntaamista työterveysyhteistyön periaatteiden mukaiseksi. Yhteistyön onnistumiseksi tulee puolestaan asiakassuhteiden olla toimivia. Työterveyshuoltopalveluiden asiakassuhteista on tähän mennessä tehty vain vähän tutkimusta, mutta tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että erityisesti yritysasiakkuuden tasolla asiakassuhteiden toimivuutta tulisi lisätä (Hakulinen & Pirttilä 2010; Rokkanen & Launis 2005). Yrityshaastatteluiden perusteella työterveysyhteistyöltä odotetaan liiketalouden periaatteiden ymmärtämistä, aktiivisuutta ja asiakaslähtöisten vaikuttavien kokonaisratkaisujen etsimistä ja siten lisäarvoa yrityksille (Heikkinen 2007).

Työterveyshuollon asiakkuus on moniportaista ja moniulotteista, ja sitä on kuvattu kaikki toimintaprosessit läpäiseväksi molemminpuoliseksi vuorovaikutusprosessiksi, jossa palveluiden saavutettavuus, luottamus ja arvostus luovat pohjan molemmin puolin aktiiviselle yhteistyölle (Hakulinen 2009). Oman sävynsä asiakassuhteeseen tuo se, että työterveyshuollon asiakkuus on yrityksille lakisääteistä. Moniportaisuus tarkoittaa muun muassa sitä, että asiakassuhde muodostuu sekä työterveysyksikön ja henkilöasiakkaiden että työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välille.

Työterveyshuolto on osa muuttuvaa palvelujärjestelmää ja monimutkaista toimintaympäristöä. Se on osa yritysmaailmaa ja terveydenhuoltoa, myös osa eurooppalaistuvaa palvelukenttää, ja sen toimintaan vaikuttavat eritasoiset säädökset. Tässä tutkielmassa keskitytään työterveysyksikön ja asiakasyrityksen väliseen asiakkuuteen, joka on tuloksellisen työterveystoiminnan ytimessä ja johon vaikuttaa edellä mainittu toimintaympäristö (kuvio 1). Tutkielman tavoite on selvittää, mitkä tekijät ovat keskeisiä työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välisessä asiakkuudessa ja asiakassuhteen kehittymisessä työterveystoimijoiden ja asiakasyritysten edustajien näkökulmasta kunnallisten työterveyspalveluiden toimintaympäristössä. Tutkielman aineistot ovat Työterveyslaitoksen *SEITTI- Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä* -tutkimus- ja kehittämishankkeesta.



Kuvio 1. Työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välinen asiakassuhde osana monisyistä toimintaympäristöä

2 PALVELUT JA NIIDEN HANKINTA SEKÄ TYÖTERVEYSHUOLTO OSANA PALVELUJÄRJESTELMÄÄ

2.1 Palvelut ja asiantuntijapalvelut

Terveydenhuollosta puhuttaessa puhutaan palveluista, niiden tuotannosta, hankinnasta ja palvelujärjestelmistä. Palvelut ovat nykyisin osa kaikkea yritysten ja julkisten toimijoiden toimintaa joko päätoimintana tai osana tuotteiden markkinointia. Palvelut voivat olla kilpailutekijä tai myös sisäistä toimintaa. (Lahtinen & Isoviita 1994, 108.) Asiakkaat puolestaan ostavat palveluita, jotka tuottavat niille arvoa, joka syntyy niiden omissa perustoimintojen arvontuotantoprosesseissa, kun ne hyödyntävät palvelua. (Grönroos 2009, 25; Forsyth 2003, 7.) Palvelu on siten ”asiakkaiden toimintojen ja prosessien tukemista” (Grönroos 2009, 25).

Palvelut eroavat tuotteista useammalla tavalla. Palvelut ovat aineettomia ja niitä tuotetaan ja kulutetaan samanaikaisesti. Siksi niiden laadun arviointi on vaikeaa, ja laatu voi vaihdella yksittäisissä palvelutilanteissa suurestikin. Palvelun hankinnan myötä asiakas on suoraan mukana palvelutoiminnassa, mutta hän ei voi saada sitä omakseen. (Forsyth 2003, 6–7; Lahtinen & Isoviita 1994, 108–109.) Myytyä palvelua ei voi myydä uudelleen ja palveluiden kopiointi on vaikeampaa kuin tuotteiden, minkä vuoksi palvelut ovat usein kilpailutekijä (Lahtinen & Isoviita 1994, 108–109). Kilpailuetua voidaan tavoitella alhaisemmalla hinnalla tai räätälöidyillä tuotteilla, kuten palveluiden eriyttämisellä asiakaskunnan mukaan, ja oman osaamisen markkinoinnilla (Kivelä, Koponen, Vahvaselkä & Vedenkannas 2008, 15).

Palveluita voidaan luokitella esimerkiksi vakiopalveluiksi ja räätälöidyiksi palveluiksi, henkilö- ja yrityspalveluiksi sekä henkilökohtaisiksi ja ei-henkilökohtaisiksi palveluiksi (Lahtinen & Isoviita 1994, 110). Palvelutuottajan mukaan luokiteltuina ne voidaan jakaa julkisiin ja yksityisiin palveluihin. Yrityspalveluita ovat erilaiset asiantuntijapalvelut kuten koulutuspalvelut, konsultointi- ja neuvontapalvelut ja tietopalvelut (Boedeker, Hurmerinta-Peltomäki & Nummela 1995). Tällaisista osaamisintensiivisistä liike-elämän palveluista, joita pääasiassa yksityiset yritykset tuottavat toisille yrityksille, käytetään lyhennettä KIBS (knowledge-intensive business services) (Toivonen 2005). Yritysten hankkimia henkilöstöpalveluita ovat puolestaan esimerkiksi terveydenhuolto, asuntoasioihin liittyvät

palvelut, työpaikkaruokailu, loma- ja virkistystoiminta, harrastustoiminta ja opiskelutoiminta (Laitinen, Vuorinen & Simola 2009, 291; Helsilä 2009, 263–265).

Tyypillisiä henkilökohtaisia palveluita ovat terveydenhuollon palvelut, joissa palvelun saaja on yksittäinen kansalainen. Terveystoimintapalveluiden erityispiirteitä muihin palveluihin nähden ovat muun muassa kysynnän vaihtelu ja asiakkaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen puuttuminen yksilöpalveluissa sekä kuoleman tai vammautumisen riski. Näiden piirteiden vuoksi myös palvelutuottajan asemaan liittyy muihin palveluihin verrattuna erityisiä eettisiä kysymyksiä varsinkin, kun puhutaan voittoa tavoittelevasta terveydenhuollon liiketoiminnasta. Tulosorientoituneen liiketoiminnan ja terveydenhuollon etiikan ristiriidan onkin katsottu aiheuttavan asiakkaan aseman heikentymistä. (Okko, Björkroth, Koponen, Lehtonen, & Pelkonen 2007, 30–34.)

Palveluita tuottavat yritykset voivat Grönroosin (2009) mukaan toimia neljän erilaisen perusnäkökulman mukaisesti. *Palvelunäkökulma* korostaa hyvän ydintuotteen ohella asiakkaan näkökulmaa. Siinä on tavoitteena asiakkaalle arvoa tuottava kokonaisvaltainen palvelukokonaisuus, jossa huomioidaan myös laskuttamattomat piilopalvelut. *Ydintuotteenäkökulmassa* asiakassuhde jää ydintuotteen laadunkehityksen varjoon, minkä vuoksi ratkaisu ei ole Grönroosin mukaan kestävä. *Hintanäkökulmassa* tavoite on kilpailijoiden hintaa edullisempi hinnoittelu, ja *imagonäkökulmassa* on keskeistä markkinointiviestintä, jolla ydintuotetta tuetaan kuvitteellisten arvojen avulla. (Grönroos 2009, 27–28.) *Palvelunäkökulma* on näistä tavoiteltavin asiakaskeskeisyyden ja kokonaisvaltaisuuden vuoksi.

Asiantuntijapalvelut ovat erikoisosaamista sisältäviä aineettomia palveluita tai prosesseja, ohjeita, neuvoja tai ideoita, jotka tuottavat konkreettisia lopputuloksia. Keskeistä asiantuntijapalveluissa on lopullisen palvelutuotteen syntyminen yhteistyössä asiakkaan kanssa asiakkaan tarpeiden perusteella. Koska asiakas ei välttämättä pysty tarkasti määrittelemään, mitä palvelua tarvitsee, korostuu tarvearvioinnin merkitys, erityisesti monimutkaisia ongelmia ratkottaessa. (Lehtinen & Niinimäki 2005, 9–11.) Asiantuntijatyössä tarvitaan siten alan keskeisen tietotaidon hallinnan lisäksi kykyä soveltaa tietoa ja viedä toimintaprosesseja eteenpäin oppimisen mahdollistamiseksi. Myös vuorovaikutusosaaminen on yhteisen ymmärryksen rakentamisen edellytys asiakassuhteessa. (Mönkkönen 2007, 31.)

Terveydenhuollon palveluiden voidaan katsoa olevan asiantuntijapalveluita, sillä terveydenhuollon asiakasprosessit ovat tyypillisesti ohjausta ja neuvontaa sisältäviä sekä yhteistyössä asiakkaan kanssa eteneviä, tilannearviosta lähteviä toimintaketjuja. Lisäksi terveydenhuollon markkinoilla on tyypillistä palveluiden tuottajan (= asiantuntijan) toimiminen asiakkaan agenttina, koska asiakkaalla on vähemmän tietoa esimerkiksi terveydentilan edellyttämistä hoidoista, niiden saatavuudesta ja hinnoista (Sintonen & Pekurinen 2006, 117).

2.2 Yritykset ja kunnat asiantuntijapalveluiden hankkijoina

Asiantuntijapalveluita hankitaan palveluiden tilaajan ja palvelutuottajan välisten sopimusten perusteella. Sopimus on keskeinen tekijä, jonka kautta ohjataan liiketoimia ja jaetaan riskiä. Sopimusprosessissa neuvotellaan molempia osapuolia tyydyttävä sopimus, mikä edellyttää tilaajalta riittävää autonomiaa. Terveydenhuollossa palvelusopimuksia tehdään valtiotasolla, alueellisella tasolla ja paikallisella tasolla. (Robinson, Jakubowski & Figueras 2005, 13–18, 31.)

Palveluiden hankinnassa palvelusopimuksen tekijä edustaa jotakin henkilöryhmää, joka voi vaikuttaa palveluiden hankintaan poliittisin, hallinnollisin tai lainsäädännöllisin keinoin tai sitten kilpailullisten markkinoiden mukaisen kuluttajan valinta -periaatteen mukaisesti. Terveydenhuollossa näitä molempia mekanismeja huomioidaan periaatteessa, mutta käytännössä valinnanmahdollisuudet ovat vähäiset ja vaikutuskanavien vaikuttavuutta pidetään kyseenalaisena useimmissa Euroopan maissa. (Robinson ym. 2005, 29–30.)

Yritysten ulkopuolisia asiantuntijapalveluita hankitaan tutkimusten mukaan yrityksen asiantuntemustason nostamiseksi (Toivonen 2005). Palveluita hankitaan perusosaamisen ja -resurssien kehittämiseen, tilannekohtaisiin tarpeisiin sekä avuksi menestystekijöiden tunnistamiseen, kehittämiseen ja tukemiseen (Boedeker ym. 1995, 52–53). Esimerkiksi Boedekerin ym. (1995) tutkimuksessa yritysten asiantuntijapalveluiden hankinnasta toivottiin erityisesti yrityksen tarpeisiin ja toimialalle räätälöityjä palveluita sekä tehokkaita, selkeitä ja käytännönläheisiä palveluita, joissa ymmärretään pienten ja keskisuuren yritysten (pk-yritysten) toimintaa. Lisäksi yritykset arvostivat palveluiden läheisyyttä ja helppoutta, joustavuutta ja pitkäjänteistä kokonaisuutta. (Boedeker ym. 1995, 137–141.)

Myös henkilöstöjohtamisen alueella tavoitteena on pitkäjänteinen kumppanuus ulkopuolisten palvelutuottajien kanssa, sillä henkilöstöasioissa tarvitaan yrityksen kulttuurin ja toiminnan hyvää tuntemusta (Viitala 2009, 264). Henkilöstöpalveluilla pyritään lisäämään yrityksissä henkilöstön turvallisuutta, terveyttä ja viihtyvyyttä. Usein henkilöstöpalvelut myös liittyvät yritysten palkitsemiskäytäntöihin. (Helsilä 2009, 263.) Strategisesti keskeisiä työsuhdeasioita, kuten suoriutumisen ja suorituskyvyn johtamista ja johdon palkitsemista, ei yleensä nähdä mielekkäiksi ulkoistaa, mutta muutoin lähes kaikkia yritysten henkilöstötoimintoja ja -tehtäviä on nykyisin ulkoistettu. (Viitala 2009, 263.)

Terveydenhuollon palveluiden järjestäminen henkilöstölle on työterveyshuoltolain perusteella pakollista niille yrityksille, joilla on työsuhteessa olevia työntekijöitä. Yritysten tulee järjestää työterveyshuollon ehkäisevät palvelut joko omana toimintana, yritysten yhteisenä toimintana tai terveyskeskuksesta tai muulta säännökset täyttävältä palvelutuottajalta hankittuna. (Työterveyshuoltolaki 1383/2001.) Käytännössä muut säännökset täyttävä palvelutuottaja tarkoittaa pääosin lääkärikeskuksia sekä muita yksityisiä palvelutuottajia ja ammatinharjoittajia (Manninen, Peurala, Pulkkinen-Närhi, Rautio & Husman 2007). Työnantaja voi halutessaan järjestää myös sairaanhoitoa ja muita palveluita henkilöstölleen (Työterveyshuoltolaki 1383/2001).

Kunnat toimivat nykyisin myös terveystalouden hankkijoina, ja näillä julkisilla hankinnoilla on katsottu olevan keskeinen merkitys terveydenhuollon palvelumarkkinoilla. (Laakoli 2008, 5.) Julkisia hankintoja säätelevä hankintalaki velvoittaa kunnat kilpailuttamaan hankittavat palvelut, jos määritellyt hankintasummien kynnsarvot ylittyvät. Monet kunnat tekevät hankintoja erilaisten hankintarenkaiden ja muiden yhteistyöjärjestelyiden kautta riippuen kunnan hankintatoimen (esim. yhteistoiminnan laajuus) ja palvelutuotannon strategioista (oma tuotanto vai ulkoistus). Yleisestä kilpailutussäännöstä poiketen kunta voi hankkia palveluita ilman kilpailutusta kunnan itse omistamalta liikelaitokselta, vaikka se toimisi markkinoilla (Kuusniemi-Laine & Takala 2008, 1–2, 8, 31.) Mahdollisia ovat myös julkisen ja yksityisen sektorin yhteiset yritykset eli niin sanottu public private partnership (Kuusniemi-Laine & Takala 2008, 34). Tätä toimintamallia on kokeiltu esimerkiksi Savonlinnassa, jossa työterveyshuollon kunnallinen ja yksityinen palvelutuottaja yhdistyivät ry-muotoiseksi yritykseksi. (Pulkkinen-Närhi, Hakulinen, Jalonen & Manninen 2008, 28.)

Kuntien palveluiden hankinnassa valintaperusteena on joko kokonaistaloudellinen edullisuus tai halvin hinta. Terveyspalveluiden hankinnassa korostuu kokonaistaloudellinen edullisuus, jolloin hankittaville palveluille asetetaan myös laadulliset perusteet. Terveyspalveluiden osalta on huomioitava erityisesti palvelun loppukäyttäjää, mikä korostaa palvelun laatuun ja osaamiseen liittyviä näkökulmia, ja tavoitteena on paras mahdollinen hyöty. Tämä edellyttää puolestaan sitä, että hankittava palvelu on tunnettava hyvin. (Laakoli 2008, 6–8, 31–32.) Riskin laadulle voivat tuottaa määräaikaiset sopimukset, sillä tiheä kilpailuttaminen voi heikentää palvelun laatua. Usein kuntien hankintasopimukset ovat neljä-viisi vuotta pitkiä, mutta on mahdollista tehdä myös toistaiseksi voimassa olevia sopimuksia. (Kuusniemi-Laine & Takala 2008, 166.) Yritysten ja kuntien välillä on siis eroavaisuuksia palveluiden hankinnassa. Taulukossa 1. esitetään näitä yritysten ja kuntien terveyspalveluiden ja yritysten muiden henkilöstöpalveluiden hankinnan eroja ja yhtäläisyyksiä.

TAULUKKO 1. Yrityksen ja kunnan terveyspalveluiden ja yrityksen muiden henkilöstöpalveluiden hankinnan eroja ja yhtäläisyyksiä¹

	Yritys terveydenhuollon palveluiden hankkijana	Kunta terveydenhuollon palveluiden hankkijana	Yritys muiden henkilöstöpalveluiden hankkijana
Perusta	Työnantajilla lakisääteinen velvoite järjestää työterveyshuolto (ehkäisevät lakisääteiset palvelut); sairaanhoito ja muut palvelut em. lisäksi vapaaehtoisesti (kokonaisvaltaiset palvelut);	Kunnilla lakisääteinen velvoite järjestää palvelut kuntalaisille, sisältää perusterveydenhuollon (ehkäisevä terveydenhuolto ja sairaanhoito) ja erikoissairaanhoidon; velvoite järjestää työterveyspalveluita kunnan alueella toimivien yritysten käyttöön; kunta työnantajana vastaavassa asemassa kuin muut työnantajat työterveyshuollon suhteen	Työnantajilla osittain lakisääteinen velvoite (esim. vakuutukset), pääosin vapaaehtoisesti mahdollisuus järjestää henkilöstöpalveluita (esim. koulutus- ja ravitsemuspalvelut)
Sopimus	Lakisääteinen sopimus, tavoitteena pitkäjänteinen yhteistyö; kilpailutus tai muu haluttu valintamenettely	Ostopalveluissa hankintalakiin perustuva kilpailutus ja määräaikaiset sopimukset (yleensä noin 5 vuotta); julkisen ja yksityisen yhteisyhteisöissä kumppanuussopimus (myös kilpailutettava)	Erimittaisia sopimuksia riippuen palvelusta, osassa pitkäkestoista yhteistyötä, osa kertaluonteisia
Intressi/ tavoite	Henkilöstön työkykyisyys ja sitä kautta tuottavuuden ylläpito ja kasvattaminen; lain kirjaimen täyttäminen (lakisääteiset palvelut); henkilöstöetuus (kokonaisvaltaiset palvelut)	Kuntalaisten terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito; kustannusten hallinta; yrityspalveluiden järjestäminen	Henkilöstöetuuskien tarjoaminen (esim. rekrytointivalttina); osaamisen ja sitä kautta tuottavuuden varmistaminen

(jatkuu)

TAULUKKO 1 (jatkuu)

	Yritys terveydenhuollon palveluiden hankkijana	Kunta terveydenhuollon palveluiden hankkijana	Yritys muiden henkilöstöpalveluiden hankkijana
Maksut	Yritys maksaa markkinahinnan palvelutuottajalle	Kunta maksaa oman tuotannon ulkopuolisista palveluista sairaanhoitopiirin määrittämät hinnat (erikoissairaanhoito) tai kilpailutuksen perusteella määräytyvän hinnan (yksityiset palvelut)	Yritys maksaa markkinahinnan
Rahoitus	Työterveyspalveluiden rahoitus työnantajien, yrittäjien ja palkansaajien työtulovakuutusmaksuilla (94 %), kompensatio työnantajille: hakemuksella kela-korvaus 50-60 % hyväksytyistä kuluista, loput yrityksen omakustanteisia	Palveluiden rahoitus verovaroilla pääosin; säädetty käyttäjämaksut	Yrityskohtainen oma rahoitus; yksittäistapauksissa esim. TE-keskuksen tai vakuutusyhtiöiden tarjoama rahoitustuki
Palvelutuottajat	Kunnalliset työterveysyksiköt, yksityiset lääkärikeskukset, työnantajien omat työterveysyksiköt, työnantajien yhteiset työterveysyksiköt	Terveyskeskukset, jotka voivat olla kunnan omia, kuntayhtymän tai isäntä-kunnan hallinnoimia; erikoissairaanhoitopiirit, joihin kuntien on kuuluttava; kunnat voivat ostaa palvelut myös yksityiseltä palvelutuottajalta	Yritysten omat yksiköt, muut yksityiset yritykset, julkisen sektorin (jatkuu) palvelutuottajat, yhdistykset jne.
Palvelun saaja	Työsuhteessa yritykseen oleva työntekijä (lakisääteisesti) suoraan tai välillisesti silloin, kun toiminta kohdentuu työyhteisöön, työympäristöön tai organisaatioon; jolloin välittäjänä voi olla esimies, johto, työsuojeluhenkilöstö	Kuntalainen, yksilö suoraan tai esim. perheeseen kohdistuvan toiminnan kautta; yritykset työntekijöineen, jos ostavat työterveyspalvelut kunnallisesti järjestettynä	Työntekijät työnantajan harkinnan mukaan.
Palvelun saajan asema	Työntekijä saa maksuttomat palvelut palveluyrityksestä, jonka työnantaja valitsee, työnantaja myös määrittelee palveluiden laajuuden ja maksaa palvelut; työntekijällä osin velvollisuus osallistua (esim. lakisääteiset terveys-tarkastukset); Yrityksen koko ja toimintapaikkakunta vaikuttavat palveluiden tarjontaan, mikä synnyttää eriarvoisuutta	Palveluiden saanti pääosin sidottu asuinkuntaan; osassa palveluista niiden käyttö on edellytyksenä sosiaalietuuksiin (mm. äitiyshuolto); käyttäjä maksaa säädetyn käyttömaksun; perustuslaki turvaa riittävät terveyspalvelut - subjektiivinen oikeus vain ensiapuun ja kiireelliseen hoitoon, alueellista eriarvoisuutta olemassa palvelutarjonnan ja/tai kunnan maksukyvyn mukaan	Työntekijä saa palvelun, jonka työnantaja järjestää ja maksaa (esim. koulutus); pääosin maksutonta palvelun saajalle; yrityskohtaiset erot suuria
Palvelun saajan vaikutusmahdollisuudet	Työnantajalla lakisääteinen yhteistyövelvoite palveluiden järjestämisen suunnittelusta, vaikutusmahdollisuus yt-neuvottelumekanismin/edunvalvonnan kautta	Kunnallisen päätöksentekojärjestelmän kautta; potilasasiamiestoiminnan kautta	Työntekijä voi esim. yt-neuvottelumekanismin kautta vaikuttaa, työnantajalla ei sitovia velvoitteita

¹ Taulukko laadittu hyödyntäen lähteitä: Työterveyshuoltolaki 1383/2001, Kansanterveyslaki 66/1972, Kuusniemi-Laine & Takala 2008, Laakoli 2009, Viitala 2009, Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, Sutela 2003, Boedeker ym. 1995, Laitinen ym. 2009, Helsilä 2009, Narikka 2008.

2.3 Asiantuntijapalveluiden kehittäminen

Asiantuntijapalveluissa osaamisen kehittäminen ja oppiminen ovat menestyksen avaimia jatkuvasti muuttuvassa toimintaympäristössä erityisesti julkisen sektorin organisaatioissa (Kivelä ym. 2008, 14–16). Myös asiakassuhteen kehittymiselle jatkuva keskinäinen toiselta oppiminen on tärkeä edellytys (Grönroos 2009, 376). Uusia toimintatapoja ja uutta ajattelua synnyttävä yhteistyö edellyttää asiantuntijoilta asiakkaan ja asiantuntijan välisten rajojen, organisaatioiden hierarkkisten rajojen sekä asiantuntemusalueiden sisäisten reviirirajojen ylittämistä. Puhutaan yhteisen kielen saavuttamisesta, mikä edellyttää yhteisiä ajatusmalleja ja erilaisen osaamisen hyödyntämistä. (Launis 1997, 129–132.)

Asiantuntijapalveluiden yhteisen kehittämisen perusedellytyksiä ovat muun muassa valtakeskittymien välttäminen, tasa-arvo ja keskinäinen luottamus (Stähle 2004, 250–251). Nonaka ja Takeuchi (1995, 62, 70) ovat esittäneet teorian, jonka mukaan uutta tietoa luodaan vaiheittaisessa ja jatkuvassa hiljaisen ja ilmitiedon vuorovaikutuksessa ajan toimiessa kolmantena ulottuvuutena. Tiedon uudelleen muotoutuminen edellyttää mahdollisuutta säännölliseen henkilöiden väliseen sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja dialogiin sekä erilaisten raja-aitojen ylittämiseen. Uuden tiedon syntyminen on teorian mukaan mahdollista myös organisaatioiden välillä, kunhan sille luodaan edellytykset. Organisaation etulinjassa olevilla on erityisasema ylläpitäessään dialogia markkinoiden kanssa. Mitä kypsemät markkinat ovat, sitä enemmän siellä on hiljaista tietoa, ja sitä intensiivisempää ja tiiviimpää vuorovaikutusta tarvitaan markkinoiden kanssa laadukkaan tiedontason ylläpitämiseksi. (Nonaka & Takeuchi 1995, 225–226, 230–231.)

Palveluita tuottavassa yrityksessä henkinen pääoma tulisi pyrkiä saattamaan osaksi yrityskulttuuria, rakenteelliseksi pääomaksi yksilöihin sidotun yksilöllisen pääoman sijaan. Rakenteellinen pääoma takaa tietämyksen säilymisen yksilöiden vaihtuessa ja se sisältää enemmän juurtunutta tietämystä kuin yksilöiden mukana kulkevaa siirtyvää tietämystä. Osaavan henkilöstön lisäksi osaavat ja vaativat asiakkaat edesauttavat palveluiden kehittämistä, ja siksi niiden asiakkuuksia on hoidettava hyvin. (Grönroos 2009, 30–32.) Tässä tarvitaan tiedon keruuta asiakkaista, mutta myös asiakkaiden hiljaisen tiedon ja julkilausumattomien tarpeiden selvittämistä. Se edellyttää keskustelua, kahdensuuntaista kommunikaatiota eli sosiaalista kokemusta, jotta oppimista todella tapahtuisi. (Nonaka & Takeuchi 1995, 234; Kivelä ym. 2008, 12–13.)

2.4 Työterveyshuolto terveystalvelujärjestelmän osana

2.4.1 Työterveyshuoltotoiminnan perusta

Työterveyshuoltotoiminnan juuret ovat Suomessa teollisuuslääketieteessä ja suurten teollisuuslaitosten omaehtoisessa toiminnassa. Lakisääteiseksi työterveyshuollon järjestäminen tuli vuonna 1978, ja laki uudistettiin vuonna 2002. Nykyinen laki on myös sovitettu vastaamaan EU:n puitedirektiiviä (Framework Directive 89/391/EEC), joka määrittelee minimistandardit työpaikkojen terveyttä ja turvallisuutta koskeville seikoille EU-maissa (Hämäläinen 2008, 148, 154).

Työterveyshuoltolain 1383/2001 mukaan työterveyshuolto on

työnantajan järjestettäväksi säädettyä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintaa, jolla edistetään työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyttä ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä.

Maailman terveysjärjestö WHO:n ja Kansainvälisen työjärjestö ILO:n suositukseen perustuva määritelmä puolestaan kuvaa työterveyshuollon työmarkkina-asemaan sidotuksi sosiaalisiksi etuudeksi, jonka tavoitteena on parantaa työntekijöiden elämää hyvinvointivaltioissa (Hämäläinen 2008, 16). Määritelmä korostaa työterveyshuoltopalveluiden valikoitunutta kohderyhmää, mikä korostuu erityisesti eurooppalaisessa kontekstissa, jossa palveluiden kattavuus vaihtelee ja niiden järjestäminen on sidoksissa myös työpaikan kokoon (Hämäläinen 2008, 268, 286).

Yritysten näkökulmasta työterveyshuolto osa terveyden edistämistoimintaa työpaikoilla. EU:ssa työpaikkojen terveyden edistäminen on määritelty toiminnaksi, jota tehdään yhdessä työnantajien, työpaikkojen ja yhteiskunnan kanssa tavoitteena työssä olevien terveyden parantaminen ja hyvinvointi. Toimintamuotoja ovat työorganisaatioiden ja työympäristöjen kehittäminen, työntekijöiden osallistumisen edistäminen ja henkilökohtaiseen kehittymiseen rohkaiseminen. (ENWHP 2010.) Työterveys- ja turvallisuustoiminta työpaikoilla on osa vastuullisen yrityksen sosiaalista vastuullisuutta ja eettistä toimintaa henkilöstön ja muiden tahojen suhteen, mikä luo perustaa taloudelliselle tuottavuudelle, joka puolestaan on yritystoiminnan elinehto. Toiminta lisää myös työmotivaatiota ja työpaikkaan sitoutumista ja on siten osa hyvää johtamiskulttuuria. (Laitinen, Vuorinen & Simola 2009, 35, 54–55).

Työterveyshuolto on tähän kokonaisuuteen liittyvää osaamisintensiivistä eli KIBS-tyyppistä asiantuntijapalvelua, jossa pyritään kehittämään hyviä käytäntöjä asiakasyritysten työterveyden kehittämiseksi, ja yhteistyötä tehdään useiden asiakasyritysten kanssa (vrt. Toivonen 2005).

Suomessa työterveyspalveluiden tuottamista säätelevät työterveyshuoltolain lisäksi asetukset ja useat muut lait, muun muassa työsuojelu- ja sairausvakuutuslainsäädännössä ja yksityisyyden suojaa koskevista asioista. Työterveyshuoltotoimintaa tulee työterveyshuoltolain mukaan toteuttaa hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti. Toiminnan periaatteet on kuvattu yksityiskohtaisesti Työterveyslaitoksen ja sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -oppaassa (Manninen, Laine, Leino, Mukala & Husman 2007). Hyvässä työterveyshuoltokäytännössä keskeistä on toiminnan perustuminen yhteistyössä toteutettuihin työpaikkakäynteihin ja -selvityksiin ja niiden pohjalta asiakasyrityksen ja työterveystoimijoiden yhdessä laatimaan toimintasuunnitelmaan sekä toiminnan toteutumisen säännöllinen seuranta ja arviointi. (Työterveyshuoltolaki 1383/2001).

2.4.2 Työterveyshuollon erityispiirteet

Työterveyspalveluiden hankinnasta yrityksiin on Suomessa tehtävä kirjallinen sopimus (Työterveyshuoltolaki 1383/2001). Yritysten työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa palvelutuottajan valintaan ja palvelulaajuuteen lain velvoittaman yhteistoimintamenettelyn kautta. Lisäksi työterveyshuollon sopimukset ja toimintasuunnitelmat tulee käsitellä työsuojelutoimikunnassa, työsuojeluvaltuutetun tai muuten henkilöstön kanssa. (Työterveyshuoltolaki 1383/2001). Työnantajat voivat kuitenkin viime kädessä määrittellä tarjoamiensa muiden kuin lakisääteisten työterveyspalveluiden laajuuden, mikä aiheuttaa suurta vaihtelua eri työnantajien tarjoamien palveluiden laajuudessa (Vuorenkoski, Mladovsky & Mossialos 2008, 57).

EU:n talous-, kauppaa- ja teollisuuspolitiikat sekä läheinen yhteistyö työmarkkinaosapuolten kanssa muokkaavat Hämäläisen (2007, 229, 135) mukaan työterveyshuollon toimintaympäristöä enemmän kuin EU:n terveyspoliittiset linjaukset. Sisämarkkinoiden syveneminen, hyvinvointivaltiojärjestelmän uudistaminen ja työmarkkinajärjestöjen vaikutusmahdollisuuksien muutokset vaikuttavat työsuojelusuojelu- ja työterveysjärjestelmiin EU-tasolla. Maakohtaisesti työterveyshuoltoon ja -suojeluun vaikuttavat yhteiskunnan

rakenteelliset tekijät sekä maakohtaiset toimintalinjaukset ja lainsäädäntö. Yritysten tasolla taas asenteet työterveysasioita ja työsuojelua kohtaan, yritysten taloudelliset tilanteet ja käytössä olevat järjestelmät vaikuttavat työsuojelun ja -terveyden kehittämismahdollisuuksiin. (Hämäläinen 2007, 135, 138.) Työterveyshuoltopalveluiden kehittyminen riippuu siten poikkeuksellisen monista tekijöistä muihin terveyspalveluihin verrattuna.

Muusta terveydenhuollosta poiketen verorahoituksen osuus työterveyshuollon rahoituksessa on vähäinen. Vuonna 2011 muista kuin työnantajien maksamista työterveyshuollon kuluista 94 % rahoitetaan työnantajien ja työntekijöiden maksamien sairausvakuutusmaksujen tuotosta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Kansaneläkelaitos korvaa työnantajille palvelukuluista 50–60 %, ja työntekijöille palvelut ovat maksuttomia (Sairausvakuutuslaki 1224/2004). (Taulukko 1.)

Suomessa työterveyshuolto on terveydenhuollon palvelujärjestelmässä osa perusterveydenhuoltoa ja työsuojelujärjestelmää, mutta toisaalta myös perusterveydenhuollon rinnakkainen palvelukanava. Työterveyshuollon palvelut on rajattu vain työsuhteessa oleville (Vuorenkoski ym. 2008, 1), jotka ovat kuitenkin oikeutettuja myös muihin perusterveydenhuollon palveluihin. Parempiosaiseen työlliseen väestöosaan kohdistuvana palveluna työterveyshuollon onkin todettu tuottavan sosiaalista eriarvoisuutta (Vuorenkoski ym. 2008, 146). Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon päällekkäisyys on nähty ongelmallisena myös kansantaloudellisesti, sillä kunnilla on rinnakkaisuuden vuoksi ollut intressi siirtää terveydenhoitokuluja sairausvakuutusjärjestelmän maksettavaksi ja korvata terveyskeskuskäynnit työterveyshuollon käynneillä (Teperi, Porter, Vuorenkoski & Baron. 2009, 101). Työterveyshuoltoa on toisaalta haastettu kansantalouden ja hyvinvointivaltion tulevaisuuden turvaajaksi nimenomaan siksi, että toimiva työterveyshuolto tukee työssäkäyvän väestöosan terveyttä ja työurien jatkumista (ks. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi 2010).

Palvelutuottajan näkökulmasta työterveyshuollon erityispiirteenä on asiakkaiden monimuotoisuus, sillä työterveyspalveluiden asiakaskunta muodostuu erilaisista organisaatioista ja asiakasyrityksistä, yritysten työntekijöistä henkilöasiakkaina sekä yrittäjistä ja itsenäisistä ammatinharjoittajista. Toiminnan kohdentuminen yksilöiden lisäksi myös muihin tahoihin, kuten työympäristöön, työyhteisöihin ja työoloihin poikkeaa muusta terveydenhuollosta kouluterveydenhuoltoa lukuun ottamatta. (Manninen, Peurala ym. 2007.)

Kun yksi asiakasryhmä (työnantajat) maksaa palvelut, jotka toinen asiakasryhmä (yritysten työntekijät) saa, on työterveyspalveluissa muista terveystalvakuista poikkeava perusasetelma.

Suomen työterveyshuollon erityispiirre Euroopan tasolla on erittäin hyvä palvelukattavuus: vuonna 2007 työsuhteessa olevista 87 % (1,87 miljoonaa henkilöasiakasta) oli palveluiden piirissä (Manninen ym. 2009, 74). Palvelukattavuus oli kuitenkin alhaisempi pienissä (alle 10 työntekijää) yrityksissä sekä yrittäjien ja maatalousyrittäjien keskuudessa (Perkiö-Mäkelä ym. 2010.) Pienten ja keskisuurten yritysten työterveyshuollon toimintamallien kehittäminen on haaste kansainvälisestäikin (Hämäläinen 2008, 174; Froneberg 2007).

2.4.3 Työterveyshuollon palvelutuottajat

Työterveyshuoltolaissa *työterveyshuollon palvelujen tuottajalla* tarkoitetaan ”sitä organisaatiota tai henkilöä, joka tämän lain 7 §:n mukaisesti huolehtii työnantajan järjestettäväksi kuuluvasta tai työnantajan vapaaehtoisesti järjestämästä työterveyshuollosta” (Työterveyshuoltolaki 1383/2001). Suomessa työterveyshuoltopalveluita tuottavat kunnat, yksityiset palvelutuottajat sekä yritysten omat tai yhdessä toisten yritysten kanssa omistamat yksiköt. Kuntien velvollisuus järjestää kunnan alueella toimiville yritykselle työterveyspalveluita on määritelty kansanterveyslaissa (Kansanterveyslaki 66/1972). Kunnallisia palvelutuottajia ovat yksittäiset kunnat ja kuntayhtymät sekä kunnalliset liikelaitokset ja osakeyhtiöt. Useissa Euroopan maissa palveluita tuottavat pääasiassa yksityiset tai yrityskohtaiset palvelutuottajat sekä vakuutusyhtiöt, jotka eivät puolestaan osallistu Suomessa lainkaan työterveyspalvelutuotantoon (Hämäläinen 2008, 196–198).

Vuonna 2007 Suomessa toimi 663 työterveysyksikköä. Niistä lääkärikeskuksia oli 39 %, kunnallisia yksiköitä 29 %, yritysten omia työterveysyksiköitä 26 % ja työnantajien yhteisiä yksiköitä 6 %. Yksityisten palvelutuottajien markkinaosuus on noussut niin, että lähes puolet henkilöasiakkaista sai palvelunsa niistä vuonna 2007. Kunnallisten yksiköiden markkinaosuus on puolestaan laskenut eniten, ja vuonna 2007 se oli 32 % henkilöasiakkaista. (Manninen ym. 2009, 12–15.)

Työnantajien palvelutuottajan valintamahdollisuus on lisännyt työterveyshuollon sisäisillä markkinoilla olevaa palvelutuottajien laatu- ja hintakilpailua EU-tasolla (Hämäläinen 2008, 249). Myös Suomessa kilpailu palvelutuottajien välillä on lisääntynyt, sillä yli puolella

työterveysyksiköistä oli 1–8 kilpailijaa ja neljänneksellä yli 9 kilpailijaa toimintapaikkakunnallaan vuonna 2007. Toisaalta noin 18 % työterveysyksiköistä toimi paikkakuntansa ainoana palvelutuottajana. (Manninen ym. 2009, 12–15.) Varsinkin kauempana asutuskeskuksista terveyskeskusten kansanterveislain perusteella tuottama työterveyshuolto on edelleen tärkeä palvelumuoto. Nämä haja-asutusalueiden yksiköt ovat kuitenkin usein pieniä ja niiden palveluvalikoima on rajallinen. (Manninen, Peurala ym. 2007, 530.)

Työterveyshuollon palvelutuottajien keskuudessa on menossa rakennemuutos, jossa yksityiset palvelutuottajat ketjuuntuvat (Mäkitalo 2006, 23), ja kunnallisista yksiköistä muodostetaan suurempia yhteenliittymiä, joiden tavoitteina ovat alueen väestö- ja elinkeinorakennetta sekä työssäkäyntialueita vastaavat kokonaisuudet (Fagerlund ym. 2008). Tämä kunnallisten työterveyspalveluiden liikelaitostuminen ja yhtiöittäminen on toisaalta osa EU-tasolla hyvinvointivaltioissa meneillään olevaa muutosta niiden palveluiden liiketoiminnallistamiseksi, joiden kohdalla se on mahdollista (Hämäläinen 2007, 144–145).

Työterveyshuollon palveluita toteuttavat moniammatilliset tiimit, joiden ydinryhmän muodostavat työterveyslääkäri, -hoitaja, -fysioterapeutti ja -psykologi. Laaja-alaisessa työterveyspalvelussa käytetään lisäksi tarpeen mukaan lain määrittelemiä muita asiantuntijoita kuten työhygienian, ergonomian tai maatalouden asiantuntijoita, joilla on säädösten edellyttämä lisäkoulutus. (Manninen, Peurala ym. 2007, 530.) Henkilöstöresurssit ovat vuoden 2007 tilastojen mukaan parhaimmat lääkärikeskuksissa, mutta erityisesti maaseudun terveyskeskuksissa on ollut pulaa lääkäreistä. Kunnallisissa liikelaitoksissa resurssit olivat paremmat kuin pienissä kunnallisissa yksioissä. (Manninen ym. 2009, 75–76, 121.)

3 ASIAKKUUS JA ASIAKASSUHDE

3.1 Asiakas ja potilas

Liiketaloudessa asiakas on palvelun ostaja ja maksaja (Selin & Selin, 2005, 17). Asiakas voi siis olla sopimussuhteessa oleva henkilö tai yritys (Ventovuori, Kankainen & Pekkanen 2002, 9). Julkisella sektorilla asiakas on se taho, jonka kanssa toiminta tapahtuu, koska kyse ei ole yleensä tavaroiden myynnistä. Julkisella sektorilla asiakas-käsitettä voidaankin käyttää useissa merkityksissä, kuten asiakas, kansalainen, alamainen ja toimeksiantaja (Selin & Selin 2005, 18–19.)

Asiakas-käsite liittyy nykyisin terveydenhuoltoon niin, että sitä käytetään lähinnä avoterveydenhuollon palveluiden käyttäjistä potilas-käsitteen rinnalla. Laki potilaan asemasta (785/1992) määrittelee potilaaksi terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttävän tai palveluiden kohteena olevan henkilön. Potilas-sanankäytön on kuitenkin todettu viittaavan lääkäri-potilas -asetelman paternalistisuuteen (Tuorila 2006, 11–15). Potilas-sanankäytön tilalla käytetyt asiakas- tai potilaskuluttaja-sana sen sijaan kuvaavat aktiivista, itsenäistä ja omista oikeuksistaan tietoisista palveluiden käyttäjää (Tuorila, 2006, 11–15; Nikkilä & Mikkola 1998, 6).

Terveydenhuollossa asiakas mielletään pääosin yksilöasiakkaaksi, vaikka Stakesin (2002) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanastossa asiakas määritelläänkin palveluiden tai tuotteiden vastaanottajaksi, joka voi olla yksittäinen henkilö, ryhmä tai organisaatio. Palvelutuottajan näkökulmasta asiakkaita ovat sanaston mukaan ”sekä todelliset (faktiset asiakkaat) että mahdolliset palvelujen vastaanottajat (potentiaaliset asiakkaat), jotka yhdessä muodostavat palvelujen tuottajan asiakaskunnan. Samoin palvelujen tuottajan näkökulmasta asiakkaita ovat palvelun maksajat, kuten kunta, kuntayhtymä, valtio, vakuutusyhtiöt ja yksityiset säätiöt.” (Stakes 2002.) Kuitenkin asiakas on peruserkityksessään palveluita tarvitseva palveluiden todellinen käyttäjä.(ks. Nikkilä & Mikkola 1998.)

Terveydenhuollon asiakkuutta ei voida määritellä palvelun maksajan kautta sillä tavoin kuin liiketaloudessa, sillä terveydenhuollossa useimmiten palvelun käyttäjä ja maksaja ovat eri

taho erilaisten vakuutusjärjestelmien kautta (Kinnunen 1995). Terveysthuollon asiakkaan määrittelyyn liittyykin moniselitteisyys, joka syntyy tästä palveluiden tuottajan, käyttäjän sekä palveluiden maksajan ja järjestäjän muodostamasta kokonaisuudesta (Nikkilä & Mikkola 1998, 6). Muissa liikesuhteissa kolminaisuuden tuottavat yleensä myyjä, ostaja ja tuote. Ventovuori ym. (2002, 37) ovat tosin esittäneet mallinnuksen projektituotannon asiakkuudesta, jossa urakoitsija ottaa huomioon sekä tilaajan että käyttäjän näkökulmat, mutta tässäkin asiakkuudessa tilaajan ja käyttäjän välillä on normaali myyjä-ostaja-suhde toisin kuin terveydenhuollossa.

3.2 Asiakkuus, asiakassuhde ja kumppanuus

Asiakkuus on monisyinen käsite, jonka määrittely ei ole yksinkertaista. Useimmiten asiakkuus on määritelty liiketaloudessa tuottajaorganisaation ja asiakasyrityksen väliseksi prosessiksi, joka koostuu asiakaskohtaamisista ja jonka tavoitteena on molemminpuolinen arvotuotanto (esim. Storbacka & Lehtinen 2005, 15; Selin & Selin, 2005, 29; Grönroos 2009, 63). Toisaalta eri yhteyksissä asiakkuutta ja asiakassuhdetta käytetään synonyymeinä, jolloin asiakkuus on yritysten tai yrityksen ja henkilön välistä yhteistyötä ja vaihdantaa (Mattinen 2006, 249) tai, kuten Stakes (2002) määrittelee sosiaali- ja terveydenhuollon asiakassuhteen, palvelun käynnistämisen seurauksena syntyvä asiakkaan ja palvelutuottajan välinen vuorovaikutussuhde. Terveysthuollossa asiakkuutta voidaan määritellä myös joko kapeammin palveluiden käyttöön liittyvänä tai laajemmin kuntalaisten potentiaalisena asiakkuutena (Nikkilä & Mikkola 1998, 7). Yhteiskunta- ja sosiaalipoliittisessa hyvinvointipalveluiden kontekstissa asiakkuus nähdään usein negatiivisena, asiantuntijan vallankäyttöä sisältävänä ja leimaavana, odotusten, arvolatausten ym. yhdistelmänä, mikä kuvastaa asiakkuuden sosiaalista luonnetta (Pohjola 1993, 41, 48).

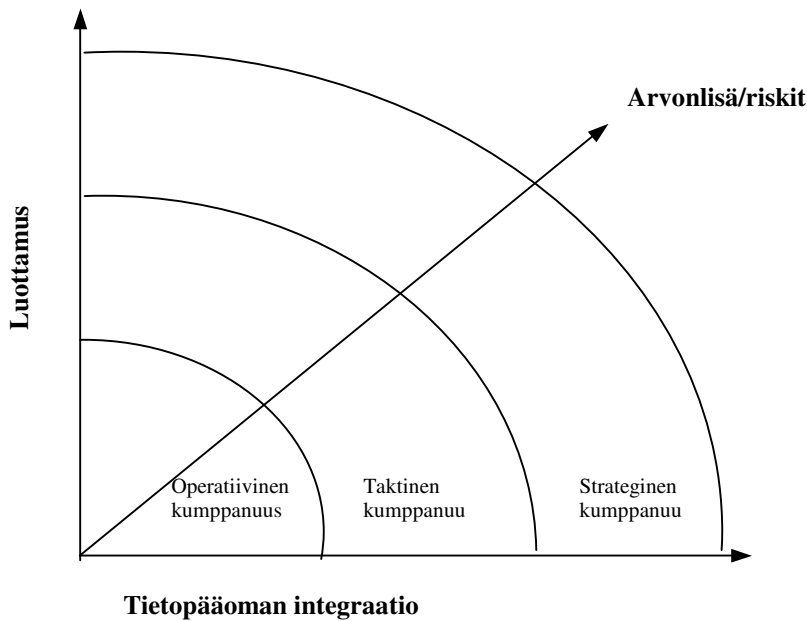
Asiakassuhteet sijoittuvat yritys- ja kuluttajamarkkinoille. Yritysmarkkinoilla asiakassuhde on nimenomaan yritysten välistä asiakasyhteistyötä (business to business), jossa ostopäätöksiä on tekemässä useampia tasoja yrityksessä, mikä tarkoittaa myös asiakassuhteen monitasoisuutta. (Ventovuori ym. 2002, 19.) Yritysmarkkinoiden asiakkuusajattelussa keskeisiä käsitteitä ovat asiakkaan arvotuotanto, prosessimaisuus ja palvelutuottajan vastuu asiakkuuden kehittämisestä. Arvotuotannon tavoite on tuottaa lisäarvoa sekä palvelutuottajalle että asiakasyritykselle. Prosessiajattelussa irrottaudutaan kaupankäyntiajattelusta ja pyritään sen sijaan kohti kokonaisvaltaista kehitystä ja jatkuvuutta. Tavoite on sovittaa palvelutuottajan ja

asiakasyrityksen prosessit yhteen niin, että molemmat osapuolet hyötyvät. (Storbacka & Lehtinen 2005, 19–21; Grönroos 2009, 57–62.) Terveysthuollossa tämä tavoiteltava arvo on terveys (Porter & Teisberg 2006; Manninen ym. 2007, 15).

Asiakassuhteen molempien osapuolten arvotuotantoon pyrkivässä asiakkuudessa puhutaan myös kumppanuudesta. Engeströmin (2006) mukaan kumppanuus syntyy tasavertaisten osapuolien pitkäaikaisen yhteistoiminnan tuloksena. Yhteisen strategisen tavoitteen eteen toimiminen edellyttää monien rajojen ylittämistä ja molempien osapuolten vastuunkantoa toiminnan kehittämisestä. Kumppanuudessa tarvitaan yhteistä tiedon hallintaa ja neuvottelukieltä sekä ennakoivia sopimuksia, joilla määritetään osapuolten vastuut sekä yhteistoiminnan tavoitteet ja toimintamuodot. Kumppanuus onkin vaativaa, ja se edellyttää vanhoista toimintatavoista luopumista, uusia välineitä sekä koko organisaation sitoutumista kumppanuuden mukaiseen toimintaan. (Engeström 2006, 20–22.)

Stähle ja Laento (2000) jakavat kumppanuuden eri malleihin sen mukaan millä ansainta- ja toimintalogiikalla ne toimivat. Jaon ulottuvuuksina ovat luottamus, joka syntyy toistuvista asiakaskohtaamisissa, tietopääoman integrointi eli osaaminen sekä lisäarvon tuottaminen, johon sisältyy myös riski ansainnan menetyksestä (Kuvio 2.). Kumppanuuden onnistuminen edellyttää ymmärrystä kussakin asiakassuhteessa olemassa olevasta kumppanuuden muodosta ja kumppanuuden rakentamisen tietotaitoa. (Stähle & Laento 2000, 76–81.)

Operatiivisessa kumppanuudessa tavoite on kustannusten hallinta keskittymällä omaan ydinbisnekseen. Osaaminen liittyy määriteltyihin palveluihin ja niiden vaihtosuhteeseen. Luottamus perustuu sopimukseen, jossa vastuut ja roolit on selkeästi määritelty ja jonka täyttäminen rakentaa luottamusta. *Taktisen kumppanuuden* tavoite on yhdistää osapuolten osaamista uudella tavalla, mikä tuottaa sekä säästöjä että uutta tietoa. Osaaminen liittyy toimintaprosesseihin ja toimintakulttuuriin, mikä edellyttää yhteistä ymmärrystä hyödyn tuottamisesta. Taktinen kumppanuus syntyy vähitellen dialogin tuloksena luottamuksen kasvaessa, ja se edellyttää hyvää johtamista. Eniten luottamusta ja tietopääoman yhdistämistä tarvitaan *strategisessa kumppanuudessa*, jossa tavoitteena ovat innovaatiot ja merkittävä strateginen etu. Riskit ovat suuret, mutta onnistuessaan kumppanuus voi tuottaa huomattavaa lisäarvoa. Verkostomainen yhteistyörakenne on strategiselle kumppanuudelle tyypillistä, ja ylimmän johdon vahva sitoutuminen on siinä välttämätöntä. (Stähle & Laento 2000, 81–103.)



Kuvio 2. Kehittyvä kumppanuus (Stähle & Laento 2000, 102)

3.3 Asiakkuus prosessina

Asiakkuus syntyy silloin, kun asiakkuudesta sovitaan, riippumatta siitä tapahtuuko se epävirallisesti tai hyvin yksityiskohtaisesti kirjallisesti. Asiakkuuden synty voi perustua markkinointiin, mutta sen onnistuminen edellyttää, että asiakas on valmiiksi kiinnostunut. (Storbacka & Lehtinen 2005, 88–89.) Kyseessä on yhteistyöprosessi, jonka tavoitteena on tuottaa arvoa molemmille osapuolille, ei vain palvelun ja maksun vaihtotilanne (Grönroos 2009, 51, 63). Koska yritysmarkkinoilla asiakassuhteiden muodostuminen on monivaiheista ja monen toimijan toiminnan tulosta, on asiakkuuksien rakentumien hidasta (Ventovuori 2002, 21).

Asiantuntijapalveluiden markkinointi on nykyisin suhdemarkkinointia, ”vuorovaikutusta suhteiden verkostoissa” (Gummesson 2008, 5). Asiakassuhdemarkkinoinnissa pyritään pitkäaikaisiin ja taloudellisesti kannattaviin vuorovaikutteisiin asiakassuhteisiin, joissa molemmat osapuolet ovat sitoutuneet ja asiakassuhde hyödyttää kumpaakin osapuolta (Lahtinen & Isoviita 1994, 22). Asiakassuhdemarkkinoinnissa painottuvat asiakaskeskeisesti tuotteistetut palvelut ja asiakkuuksien johtaminen, jonka tavoitteena on koko organisaation sitoutuminen asiakkuusajatteluun. Asiakassuhdemarkkinoinnissa tarvitaan osaavaa, motivoitunutta ja vuorovaikutustaitoista henkilökuntaa, sillä onnistuneet

vuorovaikutustilanteet ovat keskeisiä asiakkuutta rakentavia elementtejä. (Lehtinen & Niinimäki 2005, 61, 91; Selin & Selin 2005, 88; Grönroos 2009.) Suhdemarkkinoinnissa asiakkuus on jatkuva tila, joka kattaa myös ne ajat, jolloin ostamista ei tapahdu (Grönroos 2009, 63), ja siihen sisältyy jatkuvaa oppimista (Gummesson 2008, 51).

Asiakassuhdemarkkinoinnissa on huomioitava, että kaikki asiakkaat eivät ole kiinnostuneita asiakassuhteen luomisesta (Grönroos 2009, 64). Jotta erilaiset asiakasryhmät ja niiden tarpeet tulisivat huomioitua mahdollisimman hyvin, tulisi rakentaa erilaisille ryhmille sovitettuja asiakkuusstrategioita (Storbacka & Lehtinen 2005, 121; Lahtinen & Isoviita 1994, 40; Gummesson 2008, 51). Toimintastrategioiden osana tulisi olla asiakasriskien tunnistaminen, ennakointi ja hallinta asiakastiedon avulla sekä lyhyellä että pitkällä aikajänteellä (Hellman & Värilä 2009, 133–158). Strategioiden rakentaminen edellyttää asiakkaiden hyvää tuntemista ja ajantasaista tietoa asiakasyrityksistä (Grönroos 2009, 58–59; Storbacka & Lehtinen 2005, 53). Tällöin voidaan puhua asiakkuusosaamisesta, jossa tiedon lisäksi mukana ovat vuorovaikutusosaaminen ja esiintymistaito, omien tuotteiden ja käytäntöjen tuntemus, määrätietoinen asiakkuusjohtajuus, tuloshakuisuus sekä taitoa ja kykyä kaiken edellä luetellun osaamisen ja tiedon soveltamiseen (Mattinen 2006, 183–186).

Asiakassuhteiden kehittäminen on jatkuvaa toimintaa ja siinä tulisi myös asiakkaan olla mukana (Selin & Selin 2005, 88), mutta vaikka asiakas ei olisikaan aktiivinen, hyvä palvelu kohdistuu jokaiseen samalla kunnioituksella. (Lahtinen & Isoviita 1994, 112.) Pitkäjänteinen kehittäminen tuo asiakkuuksiin lujuttua. Lujuuden laatuun vaikuttavat erilaiset asiakastasot ja asiakkuustyytyväisyys, asiakkaan sitoutuneisuus sekä asiakkaan ja yrityksen välillä olevat erilaiset sidokset. (Storbacka & Lehtinen 2005, 103.) Asiakkuuden onnistumista voivat selittää myös yhteistyön koettu tärkeys, asiakkaan tahto pysyä asiakkaana sekä palvelutuottajan sitoutuminen (Mattinen 2006, 150–158).

3.4 Työterveyshuollon asiakkaat ja asiakkuusprosessi

Työterveyshuollossa asiakkaiksi kutsutaan erityisesti työpaikkojen eri tasojen johtajia, joilla on konsultaatiotyyppinen asiakassuhde työterveyshuoltoon. Samoin asiakkaiksi kutsutaan sellaisia työpaikan edustajia, joiden kanssa neuvotellaan työpaikkaan ja työterveyshuoltoon liittyvistä asioista. Sairaanhoidossa ja terveystarkastuksissa kävijöillä on potilas-lääkärisuhde, minkä vuoksi näissä tilanteissa henkilöasiakas voidaan määritellä myös potilaaksi. Tyypillistä

on, että edellä mainituissa asiakas-rooleissa olevat henkilöt ovat yksityisasioidensa saman työterveysyksikön potilaita. (Verbeek ym. 2001.)

Työterveyshuollon asiakkuutta on kuvattu kaikki toimintaprosessit läpäiseväksi molemminpuoliseksi vuorovaikutusprosessiksi, jossa palveluiden saavutettavuus, luottamus ja arvostus luovat pohjan molemmin puolin aktiiviselle yhteistyölle (Hakulinen 2009). Työterveyshuollossa asiakkuus perustuu toisaalta lain määrittämään pakollisuuteen, toisaalta vapaaehtoiseen tahtoon kehittää työhyvinvointia ennalta ehkäisevän toiminnan avulla yritysten henkilöstöammattilaisten kumppanina (Viitala 2009, 232). Siksi kaikkiin asiakkuuteen liittyviin prosesseihin tulee kiinnittää huomiota. (Manninen ym. 2007, 14–15.)

Työterveyshuoltopalveluiden hankinta tarkoittaa asiakasyritykselle taloudellista riskinottoa, kun sijoituksen mahdollinen tulos näkyy vasta viiveellä, minkä vuoksi työterveyspalveluiden hankinnassa korostuvat asiakassuhteet ja luottamus (Lian & Laing 2007). Henkilöstöjohtamiskirjallisuudessa korostetaan onnistuneen yhteistyön edellytyksenä sitä, että työterveyshenkilöstö tuntee hyvin asiakasyrityksen toiminnan ja henkilöstön, että on jatkuva keskusteluyhteys johdon, esimiesten ja työterveyshenkilöstön kesken ja että toimintamallit hiotaan yrityskohtaisiksi jatkuvan ja pitkäjänteisen kehittämisen avulla. (Viitala 2009, 232–235).

Työterveyshuoltolaki edellyttää sopimusta työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välillä, joten voidaan ajatella, että asiakkuus alkaa sopimuksen laadinnalla. Toisaalta jo ennen sitä on yleensä ollut markkinointia, kilpailutusta, tiedottamista tai muuta keskustelua palveluista, joten periaatteessa asiakassuhde on alkanut muotoutua jo ennen sopimusta. Varsinainen yhteistyö alkaa Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan puolestaan toimintasuunnitelman laadinnasta ja suunnittelun perustaksi tehdystä työpaikkakäynnistä. Asiakassuhteen luomisessa tavoitellaan selkeitä sopimuksia ja jatkuvuutta. Markkinointivastuuta ja toimialakohtaista osaamista suositellaan keskitettäväksi. (Manninen ym. 2007, 15, 26, 75–76.)

Työterveyshuollossa kumppanuuden rakentamisessa työpaikkojen terveyden edistämässä korostuvat samat asiat kuin yleensäkin kumppanuudessa. Avoimuus ja osapuolten sitoutuminen ovat erityisen tärkeitä, samoin johtaminen ja riittävä resursointi. (Hämäläinen & the ENWHP network 2007, 22–25.) Aina kumppanuus ei kuitenkaan voi olla automaattisesti työterveyshuollon tavoite, vaan asiakkuuden toteutumismuoto vaihtelee asiakasyritysten

mukaan (Hakulinen 2009). Keskeistä olisi ymmärtää asiakasyritysten liiketoiminnallisia tavoitteita, jotta palveluissa pystyttäisiin tukemaan asiakasyritysten prosessien kehittämistä ja tuomaan terveyden huomioinnin kautta lisäarvoa (Martimo 2010, 231–232). Työterveys- ja turvallisuuskehittämisen vastuu on kuitenkin aina asiakasyrityksissä. Siksi työterveystoiminnassa tulee huolehtia selkeästä työnjaosta ja ottaa huomioon työterveyshuollon eettiset periaatteet ja terveydenhuollon arvot. (Martimo 2006, 283–284; Heikkinen 2007.)

Työterveyshuollon tuottama lisäarvo on ensisijaisesti terveyteen liittyvää (Manninen ym. 2007, 15). Tämä henkilöstön terveyden taloudellinen arvo tulisikin ennalta ehkäisevän työn pitkästä viiveestä huolimatta pystyä osoittamaan asiakasyrityksille, ja niissä puolestaan arvojohtamisen keinoin etsiä terveyttä edistäviä toimintatapoja (Porter & Teisberg 2006; Marson 2001). Muutoin on vaarana, että ennalta ehkäisy ja terveyden edistäminen jäävät sairaanhoidon ja taloudellisten mittareiden varjoon. (Martimo 2006.) Yhteistyö työterveyshuollossa ei välttämättä onnistu myöskään, mikäli vain hinta ohjaa palvelutuottajan valintaa (Liukkonen 2006, 271). Osa menestyvistä yrityksistä näkee työterveyshuollon yhtenä yrityksen kilpailukyvyyn rakentajana, jolloin työterveyshuollon ammattilaisten osaamista käytetään yrityksen tarpeisiin (Liukkonen 2006, 271–272; Froneberg 2007; Martimo 2010, 231), ja vaikuttavaksi osoitettuun toimintaan ollaan valmiita investoimaan (Heikkinen 2007). Ongelmallisempia ovat pienet ja keskisuuret yritykset, joilla työterveysnäkökulmat jäävät monista eri syistä huomioimatta. (Hämäläinen 2008, 174; Froneberg 2007.)

3.5 Asiakassuhteen keskeisiä elementtejä

3.5.1 Luottamus ja sitoutuminen

Asiakassuhteissa ja erityisesti kumppanuudessa keskeinen tekijä on luottamus (esim. Ståhle & Laento 2000, 54; Grönroos 2009, 67; Selin & Selin 2005, 163). Luottamus rakentuu asiakaskohtaamisissa yksilöiden välille, mutta voi laajentua yritystenväliseksi, mikäli yksilöt kykenevät luottamuksellisten suhteiden rakentamiseen. Luottamuksen elementtejä ovat usko toisten tietotaitoon, samankaltainen arvoperusta ja usko hyvään tahtoon ilman hyötymisaikeita. Siksi on ymmärrettävää, että luottamuksen rakentuminen vie aikaa. (Ståhle & Laento 2000, 54–55; Storbacka & Lehtinen 2005, 134.) Luottamuksen syntymiseen tarvitaan mm. aktiivista kuuntelua ja aitoa läsnäoloa asiakastilanteissa. Viestinnän tulee olla

kaikilta osa-alueiltaan johdonmukaista. (Selin & Selin 2005, 163–165.) Alkuvaiheessa maine ja ennakkotiedot luovat pohjaa luottamukselle, jota rakennetaan jatkossa erityisesti henkilökohtaisissa vuorovaikutustilanteissa tunteiden, kokemusten ja osaamisen tuloksena. Kokemukset toiminnan ja kumppanuuden onnistumisesta ylläpitävät luottamusta. (Stähle & Laento 2000, 56–64.)

Luottamukseen ja asiakassuhteiden onnistumiseen liittyy osapuolien sitoutuminen. Morganin ja Huntin (1994) teorian mukaan luottamus ja sitoutuminen ovat keskeiset välittävät tekijät suhdemarkkinoinnissa. Sitoutumisessa asiakassuhde koetaan erittäin tärkeäksi ja sen jatkumisen eteen ollaan valmiita tekemään kaikki mahdollinen. Grönroosin (2009, 62) mukaan sitoutuminen onkin ansaittava. Luottamus on varmuutta asiakassuhteen toisen osapuolen luotettavuudesta ja rehellisyydestä. Sitoutuminen tuo mukanaan haavoittuvuutta ja siksi luottamus vaikuttaa sitoutumisen määrään. Yhdessä luottamus ja sitoutuminen voivat Morganin ja Huntin teorian mukaan johtaa yhteistyökäyttäytymiseen ja sitä kautta menestyvään asiakassuhteeseen. (Morgan & Hunt 1994.)

3.5.2 Asiakkuuksien johtaminen

Asiakasosaamisen kehittämisessä korostuu johtamisen merkitys, sillä palvelukilpailussa tarvitaan johdon strategista näkemystä ja suhdemarkkinoinnin ymmärtämistä (Grönroos 2009, 28–30). Asiakkuuksien johtamisen tavoite on asiakkuuden arvonnousu (Storbacka & Lehtinen 2005, 29; Selin & Selin 2005, 29). Johdon tulee koordinoita asiakkuuksien syntymistä ja jalostumista (Storbacka & Lehtinen 2005, 139) sekä seurata asiakasosaamisen kehittymistä organisaatiossa (Selin & Selin 2005, 130). Asiakkuuksien johtamisessa onkin kyse pitkälti osaamisen johtamisesta, sillä kyse on yrityksen kilpailukyvyyn kannalta keskeisestä alueesta. Nykyisin käytetäänkin käsitteitä strateginen osaaminen ja ydinkyvykkyys, joilla tarkoitetaan elintärkeitä osaamisalueita ja lisäarvon tuottamiselle ratkaisevia resursseja ja pätevyyttä. (Viitala 2009, 173.) Osallistuva johtaminen tuottaa sellaista tietoa, joka kehittää toimintaa, ja hyvä johtaminen auttaa strategisesti tärkeän hiljaisen tiedon siirtymistä osaksi asiakkuuksien hallintaa (Mattinen 2006, 175–176, 231). Hyvä johtaminen näkyy esimerkiksi yrityskulttuurissa, joka heijastuu asiakaspalveluun ja sitä kautta asiakkaiden hyvinvointiin (Mattinen 2006, 235).

Kirjallisuudessa korostetaan asiakasrajapinnan onnistunutta organisointia. Asiakasrajapinnoilla tarkoitetaan ”kaikkia niitä yrityksen toimintoja, joiden kautta ollaan yhteydessä asiakkaaseen joko suoraan tai välillisesti” (Selin & Selin 2005, 15). Päätöksentekoa tulisi hajauttaa lähelle rajapintaa, jotta siinä toimivat henkilöt voivat toimia asiakkuutta rakentavasti (Grönroos 2009, 272). Erityisesti korostuu avoimuus asiakkuustiedon jakamisessa ja käytössä palveluita tuottavan yrityksen sisällä (Storbacka & Lehtinen 2005, 151; Mattinen 2006, 181). Uudenlaiset palvelukanavat kuten kehittyneet tietoverkostot helpottavat asiakastuntemuksen rakentamista sekä palvelutarjonnan ja yhteydenpidon kehittämistä asiakkaiden tarpeita ja odotuksia vastaavaksi. Tässä on kuitenkin huomioitava tietosuojasäännösten asettamat rajoitukset. (Ropponen 2006; Hellman & Värilä 2009, 38–40.) Esimerkiksi yksilötason tietojen siirto on säänneltyä, ja toisaalta myös asiakasyritysten liiketoiminnassa voi olla asioita, joiden käsittely on luottamuksellista asiakassuhteessa.

Palveluiden saatavuuden takaaminen on osa asiakkuuksien johtamista. Saatavuus mahdollistaa palveluiden joustavan käytön ja on siten osa asiakkuusprosessia. Terveyspalvelut niin kuin monet muutkin palvelut ovat sidottuja tiettyihin paikkoihin ja henkilöihin, joten sijaintipaikan valinnalla ja määrällä on merkitystä palveluiden saatavuudelle (Ylikoski 1999, 271–273.) Joissakin tapauksissa saatavuus on pyritty ratkaisemaan esimerkiksi alihankintasopimusten avulla. Näihin sopimukseen liittyy kuitenkin haastetta palveluiden laadun tasalaatuisuuden säilyttämisessä (Ylikoski 1999, 277).

3.5.3 Asiakaslähtöisyys

Liiketalouden nykykirjallisuudessa korostetaan oppimista pois tuotepainotteisuudesta kohti asiakaslähtöistä toimintaa (esim. Grönroos 2009, Selin & Selin 2005, Storbacka & Lehtinen 2005). Asiakaslähtöisyys on strateginen valinta ja asiakaskeskeisyyden tulee ohjata organisaation toiminnan suunnittelua (Grönroos 2009, 526-528). Kunnallisen palveluyksikön asiakaslähtöisyyden on määritelty olevan ”markkinatietouden tuottamista, levittämistä ja hyödyntämistä yksikön toiminnassa” (Heinonen 1997, 94), mihin kuuluvat myös kilpailukyky, yhteistyö yritystoiminnan kanssa sekä pyrkimys lisäarvon tuottamiseen asiakkaalle. Siihen tarvitaan organisaatioilta johdon sitoutumista, päätöksenteon joustavuuden lisäämistä sekä eri toimintojen välistä yhteistyötä, jolloin organisaation kaikki resurssit ovat käytössä (Heinonen 1997, 90–94, 117–118).

Asiakaslähtöisyys voi pinnallisesti tulkittuna jäykistää toimintaa ja pysäyttää kehityksen. Pelkästään asiakkaan tarpeisiin sopeutuminen voi johtaa vähitellen asiakkaiden armoilla toimimiseen. Hyvä lähtökohta ei ole myöskään se, että asiakkaan tulee mukautua vain palvelutuottajan toimintaan. Siksi tulisi toimia asiakkuuden rakentamisen pohjalta, jolloin molemmat voittavat. (Storbacka & Lehtinen 2005, 122–124.) Tällöin asiakaslähtöisyyttä tukevat aiemmin mainitut erilaisille asiakasryhmille suunnatut asiakkuusstrategiat. Erityisesti työlääät asiakkaat voivat pakottaa kehittämään toimintaa ja osaamista, mikä edellyttää kuitenkin molemmilta osapuolilta aktiivisuutta ja halua yhteiseen oppimiseen (Storbacka & Lehtinen 2005, 31). Mattinen (2006, 46, 222) korostaa asiakkaiden analyyttistä kuuntelua, jotta saataisiin syvämpi ymmärrys, jonka pohjalta on mahdollista paremmin tunnistaa asiakkaalle arvokkaita vaihtoehtoja. Joskus palvelutuottajan tulee myös pyrkiä muuttamaan asiakkaiden käsityksiä heidän omista tarpeistaan ja huolehtia, että tarjolla olisi uusia arvontuottotapoja (Storbacka & Lehtinen 2005, 29).

Myös terveydenhuollossa asiakaslähtöisyys on pitkään ollut toiminnan tavoite. Käsitteen mukaan palvelut ja toiminnot organisoidaan asiakkaan tarpeista lähtien niin, että asiakas olisi selvillä palveluketjun kokonaisuudesta ja hänellä olisi osallistumis- ja vaikutusmahdollisuus siihen. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2008, 38.) Asiakaskeskeisyyttä terveydenhuollossa on ollut pitkään, mutta asiakaslähtöisyyden edellyttämää yhteistyökumppanuutta ei ole ollut nähtävissä selvästi (Kujala 2003, 33–35).

3.5.4 Vuorovaikutus

Asiakaskohtaaminen on vuorovaikutustilanne, jossa vaikuttavat asiakkaat tunteineen, tietoineen ja tekoineen, palvelutuottajan henkilökunnan toiminta sekä kohtaamisen fyysinen ympäristö (Storbacka & Lehtinen 2005, 75; Ståhle & Laento 2000, 58–60). Vuorovaikutus toimintana voi olla monimuotoista sisältäen valtaa, vallankäyttöä, yhteistyötä, sosiaalisesti jaettuja sopimuksia ja sääntörakennelmia. (Mönkkönen 2007, 15.) Vuorovaikutustaitojen osaaminen korostuu erityisesti nykytyöelämässä, jossa ongelmat ovat monimutkaisia, ja niiden ratkaisu edellyttää yhteistyötä. Kuten palveluiden kuvauksen yhteydessä todettiin, vuorovaikutus on yritysten välisen uuden tiedon ja osaamisen kehittämisessä välttämätöntä.

Vuorovaikutus asiakastyössä voidaan Mönkkösen (2007, 17) mukaan jakaa asiantuntijakeskeiseen, asiakaskeskeiseen ja dialogiseen vuorovaikutukseen.

Asiantuntijakeskeisessä vuorovaikutuksessa toimintaa ohjaavat asiantuntijoiden tai järjestelmän määrittämät tavoitteet. *Asiakaskeskeinen* vuorovaikutus korostaa asiakkaan kokemusmaailmaa, mutta asiakas ei ole aina oikeassa, vaan tarvitaan myös asiantuntijuutta, ja vuorovaikutus edellyttää molempien ehdoilla toimimista (Mönkkönen 2007, 38–45, 63–69). *Dialogisessa* vuorovaikutuksessa tavoite on rakentaa jaettua ymmärrystä asiakkaan tilanteesta ja sen hoidosta tasapuolisella vastavuoroisuudella. Kumpikin osapuoli on kiinnostunut toistensa näkökulmista, ja heillä on valmiutta kehittää yhdessä uutta. (Mönkkönen 2007, 86–87, 100, 185.) Sosiaalisen vuorovaikutuksen tasoista (tilanteessa olo, sosiaalinen vaikuttaminen, peli, yhteistyö, yhteistoiminta) yhteistoiminnallisuuden taso on kehittynein taso, jossa vuorovaikutuksen osapuolet tiedostavat yhteisen päämäärän ja luottavat toistensa sitoutumiseen siihen, mikä mahdollistaa dialogisen vuorovaikutuksen (Mönkkönen 2007, 109, 120–123).

Asiakassuhteessa toiminnan ydin on Grönroosin (2009) mukaan ns. totuuden hetkissä eli kahdenvälisissä kohtaamisissa, jotka tulee hoitaa hyvin. Se edellyttää, että asiakkuutta johdetaan oikein, henkilöstö saa tukea ja tekniset valmiudet ovat hyvät (Liite 1). (Grönroos 2009, 519–520.) Onnistunut kumppanuus rakentuukin ennen muuta näiden kahdenvälisen kohtaamisen eikä niinkään sopimusten tai kumppanuusrakenteiden varaan (Stähle & Laento 2000, 60). Parhaassa tapauksessa yritysten välisessä asiakassuhteessa osapuolten välille syntyy dialogi, jonka tavoitteena on yhdessä ymmärtää ja ratkaista ongelmia. Se edellyttää osapuolilta halukkuutta kuunnella toista, kykyä keskustella sekä aktiivista osallistumista. (Grönroos 2009, 374–375.)

3.5.5 Palveluiden laatu ja asiakastyytyväisyys

Palveluiden laadulla on suuri merkitys asiakassuhteiden onnistumiselle. Tavoite on kehittää palveluita, joissa palvelun ominaisuudet ja palvelun käytön seuraukset tuottavat tyytyväisyyttä ja siten myös lisäarvoa asiakkaalle (Ylikoski 1999, 151–153). Laatu koostuu asiakkaan odotuksista, yrityksen imagosta ja palvelukokemuksesta, joita verrataan keskenään. Odotuksiin vaikuttavat markkinointi ja suhdetoiminta sekä asiakkaan tarpeet. (Grönroos 2009, 105–106.) Asiakkaan odotukset joustavatkin palvelun tärkeyden mukaan, ja odotuksissa on myös eri tasoja. Riittävä palvelu on minimitaso ja haluttu palvelu on maksimitaso. Näiden väliin jää hyväksyttävä palvelu, jonka ylläpitäminen on palveluntuottajalle usein

kannattavinta. (Ylikoski 1999, 122–123.) Viime kädessä palvelun laadun määrittävät siis asiakkaat, ja laatua on kaikki mikä laaduksi koetaan (Grönroos 2009, 100).

Laadun perusulottuvuuksia ovat tekninen ja toiminnallinen laatu, toisin sanoen se, mitä saadaan ja miten saadaan, ja imago toimii kokemusten suodattimena. (Grönroos 2009, 101–102.) Gummesson (2008, 223) puhuu vastaavasti sisäisestä ja ulkoisesta laadusta, joissa sisäinen viittaa tuotteen tai palvelun laadun kehittämiseen ja ulkoinen markkinointiulottuvuuteen, jossa painottuu asiakkaan näkökulma. Palveluiden laadun osatekijöiksi on tutkimuksissa todettu luotettavuus, reagointialttius, palveluvarmuus, empatia ja palveluympäristö (Ylikoski 1999, 132–133). Lisäksi asiantuntijapalveluissa myös hinta voidaan kokea laatuksiteeriksi niin, että hyvä laatu rinnastuu korkeampaan hintaan (Grönroos 2009, 123).

Myös terveystalveluiden kokonaislaatu muodostuu tutkimusten mukaan useista tekijöistä, joita ovat palveluiden saatavuus suhteessa tarpeisiin ja kysyntään, asiakassuhteen jatkuvuus, tiedon kulku hoitojärjestelmän sisällä ja asiakkaaseen päin, asiakkaan vaikutusmahdollisuudet, henkilökunnan ammattitaito, palveluiden turvallisuus ja luotettavuus. Suuri merkitys on vuorovaikutuksen laadulla, johon sisältyvät muiden muassa palveluhalukkuus, joustavuus ja ystävällisyys. (Nikkilä & Mikkola 1998, 31–32; Verbeek ym. 2001; Kujala 2003, 26.) Kunnallisten terveystalveluiden osalta laatuun liittyvät tekijät tulisi määrittellä palvelustrategian yhteydessä. Näitä laatuksiteijöitä ovat esimerkiksi henkilöstön määrä ja ammattitaitotaso sekä palveluiden tuotantotiloihin, johtamiseen ja asiakkaan osallistumismahdollisuuksiin liittyvät tekijät. (Narikka 2008, 101–102.)

Palvelutuottajan suoriutumisen arvioinnissa käytetään nykyisin sekä laadun arviointia että asiakastytyväisyysmittauksia, joiden kohdalla pitää huomioida laadun ja tyytyväisyyden käsitteiden erot. Tyytyväisyys on tunneperäinen reaktio, kun taas laatu liittyy yksittäisiin tekijöihin ja määreisiin kognitiivisena komponenttina. (Simola 2001, 43; Verbeek ym. 2001.) Asiakastytyväisyyttä voidaan seurata tutkimuksin ja suoran palautejärjestelmän avulla sekä yksittäisten palvelutapahtumien että kokonaistyytyväisyyden tasolla (Ylikoski 1999, 155). Terveystalveluollossa mitataan sekä asiakas- että potilastytyväisyyttä toimintakontekstista riippuen, ja potilaiden ja yleisön osallistumista terveystalveluoltopalveluiden kehittämistyöhön pidetään tavoiteltavana (Kujala 2003, 85; Wensing & Elwyn 2003). Asiakas- ja potilastytyväisyyden ongelmana on Simolan (2001, 43–44) mukaan ollut muun muassa

kyselyiden tuottama suuri tyytyväisyys, minkä vuoksi enemmän huomiota tulisikin kiinnittää tyytymättömyyteen. Tiedon epätasaisen jakautumisen vuoksi asiakkaan on myös vaikea kaiken kaikkiaan arvioida hoitopalveluiden laatua ja vaikuttavuutta (Sintonen & Pekurinen 2006, 118). Toistuva asiakaspalaute voi kuitenkin parhaimmillaan toimia arkisen toiminnan osana ja laadun parantamisen välineenä (Kujala 2003, 148; Verbeek ym. 2001). Kyselyt voivat myös helpottaa asiakkaan tekemää vertailua eri palvelutuottajien välillä. (Verbeek ym. 2001).

3.6. Asiakassuhteen keskeiset elementit työterveyshuollossa

Työterveystoiminnassa **luottamuksellisuus** on hyvän työterveyshuoltokäytännön eettinen peruseriaate, johon liittyvät asiantuntijatoiminnan luotettavuus, palvelutuottajan riippumattomuus ja salassapitokysymykset. Lähtökohtana ovat oikeudenmukaisuus ja tasavertaisuus. Erityisesti eettiset periaatteet tulee huomioida tilanteissa, joissa käsitellään tietosuojan alaisia asioita. Työterveyshuollon rooli on toimia ulkopuolisena asiantuntijana, mikä edellyttää perusteltuja kannanottoja ja näyttöön perustuvia toimintaohjeita vaikuttavan toiminnan aikaansaamiseksi. (Manninen ym. 2007, 16–19, 34–36; Kujala 2010, 280–281.)

Sitoutumisen ja luottamuksen merkitys onnistuneelle yhteistyölle työterveyspalveluissa tuli esiin Peltomäen ja Husmanin (2002) tutkimuksessa työterveyspalveluiden yhteistyöverkostosta tietotekniikka-alan asiakasyritysten kanssa. Heikkinen (2007) tutki puolistrukturoiduilla haastatteluilla asiakasyritysten edustajien odotuksia kumppanuusyhteistyöltä työterveyshuollon kanssa ja totesi, että yhteistyöltä odotettiin nimenomaan molemminpuolista pitkäjänteistä sitoutumista aktiiviseen yhteistyöhön.

EU-tason työterveyspalveluita koskevassa tutkimuksessa työterveyshuollon eettiset standardit arvioitiin hyväksi ja niitä koettiin pääosin noudatettavan hyvin. Lisähuomiota kuitenkin kaivattiin joissakin maissa hyvän suhteen luomiseen työterveyshuollon asiakasyrityksen ja työntekijöiden välille. (Hämäläinen 2008, 163.) Heikkisen (2008) tutkimuksessa yksityisen työterveysaseman työterveyslääkäreitä ja -hoitajia sekä heidän asiakasyrityksiään haastateltiin muun muassa asiakasyhteistyön eettisistä periaatteista. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää osapuolten arvoperustoja, sillä niiden tulisi olla yhteisiä, jotta yhteistyö voisi sujua kitkatta. Työterveyshuolto koettiin haastatteluissa luotettavaksi, ja asiakasyritysten edustajat korostivat kaikkien työterveysaseman edustajien käytöksessä ammatillista yhteistyösuhdetta.

(Heikkinen 2008.) Lian ja Laing (2007) totesivat puolestaan isobritannialaisessa työterveyspalveluita koskevassa tutkimuksessaan, että läheinen suhde asiakasyritykseen voi tuottaa eettisiä ongelmia terveydenhuollon riippumattomuuden suhteen.

Työterveystoimijat ovat katsoneet parhaaksi työmuodoksi luottamuksellisten asioiden käsittelyssä työpaikoilla niin sanotut kolmikantaneuvottelut, joissa kaikki osapuolet ovat läsnä. Tällöin työterveyshuollon edustajilla on mahdollisuus luoda oma käsityksensä tilanteesta. Kolmikantaneuvotteluiden toimivuus havaittiin esimerkiksi Heikkisen, Wickströmin, Leino-Kilven ja Katajiston (2007) tutkimuksessa. Siinä kuitenkin työterveyshuollon edustajat kokivat toimivansa enimmäkseen työntekijöiden edustajina ja puolesta puhujina ongelmatilanteissa, ja työnantajan etua ajavia kannanottoja oli vähemmän. Tutkijat totesivat, että työkokemuksen tueksi tarvitaan enemmän etiikkaa sekä eettisten toimintatapojen oppimista ja käyttöä yksityisyyden suojaan liittyvien asioiden käsittelyssä. (Heikkinen, Wickström, Leino-Kilpi & Katajisto 2007.)

Eettistä pohdintaa työterveyshuollossa tarvitaan myös silloin, kun palvelutuottajan kaupalliset intressit yhdistetään laadullisiin tavoitteisiin asiakassuhteissa (Manninen ym. 2007, 40–41), sillä työterveyshuollossa, jossa työnantaja maksaa palvelut työntekijöilleen, on tiedon epäsymmetrian seurauksen syntyvän agenttisuhteen kautta mahdollisuus moraaliseen vaaraan: on mahdollista, että asiakkaan kysyntä kasvaa tai palveluiden tarjoaja lisää palvelutarjontaansa suuremmaksi kuin asiakkaan terveydentila sinänsä edellyttäisi (Sintonen & Pekurinen 2006, 75–78). Lusenius havaitsi (2009, 39) moraalisen vaaran mahdollisuuden työterveyspalveluiden asiakassuhteissa lisensointityössä. Tulosten mukaan haastatellut lääkärit rinnastivat työterveyshuollon sopimuksen vakuutukseen, tosin sillä rajoituksella, että työnantaja valvoo työterveyspalveluiden käyttömääriä. Tutkimuksen mukaan sekä asiakkaat että lääkärit toimivat herkemmin, kun vakuutus oli voimassa. (Lusenius 2009, 71.)

Asiakkuuksien johtaminen tulisi hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan olla mukana työterveyspalveluiden koko asiakkuusprosessissa. Palveluista tiedottaminen ja markkinointi onnistuvat parhaiten, kun siihen on yhtenäiset ohjeet ja käytännöt työterveysyksikön sisällä. (Manninen ym. 2007, 75–76.) Samoin asiakassuhteen kehittämisen toimintatapojen tulisi olla suunnitelmallisia, jolloin kyseessä on jatkuva oppimisprosessi, jonka tavoitteena on yksilöllinen ajattelu ja ongelmanratkaisu eivätkä rutiinimaiset työsuoritukset (Ropponen 2006).

Työterveyshuollon toimivuuteen vaikuttavat palveluiden saatavuus ja tasokkuus (Laitinen ym. 2009, 266), jotka liittyvät asiakkuuksien johtamiseen. Jotta työterveysyksikkö pystyisi tuottamaan hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisia palveluita ja kehittämään niitä, tulisi yksikön resursoinnin olla riittävää ja moniammatillista (Pulkkinen-Närhi ym. 2008, 41). Kun kyseessä ovat henkilökohtaiset palvelut, on tärkeää, etteivät välimatkat palveluyksiköihin ole liian pitkiä (Ylikoski 1999, 278–279). Työterveyspalveluiden tuottamisessa lähipalvelut ovat tärkeitä, mutta palveluyksiköiden sijoittumisessa tulee huomioida myös käytettävien tukipalveluiden, kuten laboratorio- ja röntgenpalveluiden saatavuus. Yritysasiakkuuden tasolla välimatkojen merkitys on jossain määrin vähäisempi, koska yhteistyötapaamisia on suhteessa harvemmin ja ne tapahtuvat usein asiakasyrityksen tiloissa.

Tarve asiakkuuden hallinnan suunnitelmallisiin ja johdettuihin toimintamalleihin on tullut tutkimuksissa esille (esim. Hakulinen & Pirttilä 2010; Pulkkinen-Närhi ym. 2008; Heikkinen 2008). Työterveystoimijoiden ilmaisema johdon puutteellinen osaaminen työterveysasioissa ja kiinnostuksen puute tulivat esiin kunnallisia työterveyspalveluita koskevassa selvityksessä (Forma, Harkonmäki, Pekka & Saarinen 2008, 33). Kunnallisten työterveyspalveluiden kehittämishankkeessa havaittiin, että kunnallisissa yksiköissä yritysasiakkuuden hallinta oli passiivista. Yritysasiakkuuden kannalta toimivammaksi muodoksi todettiin yksityisen ja julkisen palvelutuotannon yhdistäminen ry-muotoisesti, jolloin yritysasiakkaat olivat aktiivisia toimijoita ja kumppaneita. Haasteena oli kuitenkin silloin säilyttää henkilöasiakkaiden luottamus, kun yritystaso oli vahvasti mukana työterveysyksikön toiminnassa. (Pulkkinen-Närhi ym. 2008, 41–42).

Työterveyshuollon asiakasrajapinnan onnistunut organisointi on tutkimuksissa osoittautunut tarpeelliseksi. Esimerkiksi Lianin ja Laingin (2007) tutkimuksessa asiakassuhteen rakentumisprosessissa keskeisiksi henkilöiksi osoittautuivat rajojen laajentajat (boundary spanners), jotka rakentavat yhteistyötä asiakasrajapinnassa. Heidän oli helpompi tunnistaa asiakkaan tarpeita ja edesauttaa siten palveluiden koordinoitua ja räätälöintiä tarpeiden mukaisiksi, mikä tuotti asiakastytyväisyyttä. Palvelutuottajapuolella rajapinnassa toimivat nähtiin osa-aikaisina markkinoijina ja pitkäkestoisten asiakassuhteiden rakentajina palvelutuottajaroolinsa ohessa. Hakulisen ja Pirttilän (2010) tutkimuksessa ja Anderssonin, Laringin, Åtegin ja Rosénin (2006, 26) ruotsalaisessa tutkimuksessa erityisesti työterveyshoitajilla näytti olevan keskeinen asema palveluottajien ja asiakasyritysten yhteistyön rakentajana ja ylläpitäjänä.

Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan työterveyshuollon keskeinen periaate on **asiakaskeskeisyys**, joka perustuu sopimukseen ja luottamukseen. Asiakas nähdään yhteistyösuhteessa aktiivisena toimijana. Asiakaskeskeisen toimintatavan peruseriaatteita ovat palveluiden saavutettavuus sekä fyysisesti että ymmärryksen tasolla, vuorovaikutteisuus ja arvotuotanto. Toimittaessa hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti toiminta on **suunnitelmallista**, ja toiminnan perustana oleva toimintasuunnitelma laaditaan yhteistyössä työpaikan edustajien kanssa työpaikkaselvitysten perusteella, jolloin kaikki toiminta lähtee työolosuhteista ja muista työpaikan tarpeista. (Manninen ym. 2007, 14–16.) Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että työterveyshuollon nykyiset toimintatavat eivät vastaa muuttuneen työelämän vaatimukseen ja niillä ei saada aikaiseksi työterveyttä edistäviä muutoksia. Asiakaslähtöisyys ei ole toteutunut ja toiminnan tavoitteen asettelua täytyy muuttaa. (Esim. Launis & Gerlander 2005; Ropponen 2006; Lie 2002.)

Hakulisen ja Pirttilän (2010) etnografisessa tutkimuksessa seurattiin vuoden ajan työterveysyksikön ja asiakasyrityksen asiakassuhteen kehittymistä. Alussa suhde oli pitkälti lakikeskeinen, mutta kehittyi tuottajapainotteisen tuottaja-tilaaja-mallin kautta asiakkaan tarpeisiin perustuvaksi tilaaja-tuottaja-malliksi, työterveystoimijoiden mielestä kumppanuudeksikin. Ongelmaksi asiakassuhteen kehittämisessä todettiin asiantuntijalähtöisyys, joka ylläpitää informaatioepäsymmetriaa osapuolten välillä. Välttämättömiksi asiakassuhteen kehittymiselle nähtiin muun muassa yhteinen tarpeiden määrittely ja tavoitteiden asettaminen, mitkä vähentäisivät palveluiden tuottajalähtöisyyttä. (Hakulinen & Pirttilä 2010.) Kunnallista työterveyshuoltoa koskevassa tutkimuksessa todettiin lisäksi, että työterveyspalveluiden ulkoistamisessa tulisi asiakasnäkökulma huomioida sopimuksia tehtäessä, jotta palvelut voisivat jatkua mahdollisimman häiriöttöminä (Forma ym. 2008, 47).

Hämäläisen (2008) tutkimuksessa viidentoista EU-maan työterveyshuollon dokumenteista ja kussakin maassa suoritetuista eritasoisten vaikuttajien haastatteluista havaittiin, että vain harvassa maassa oli työterveys- ja turvallisuustoiminnan taloudellisen hyödyn osoittamisen välineitä. Erityisesti työnantajaorganisaatiot ovat toivoneet selkeämpää näyttöä kulujen ja hyötyjen yhteydestä. (Hämäläinen 2008, 206–208; Heikkinen 2007.) Metso Oyj:ssä tehdyssä tutkimuksessa (Parvinen, Windischhofer & Gustafsson 2010) analysoitiin arvoon perustuvaa terveydenhuoltoa työterveyspalveluiden johtamisessa (ks. Porter & Teisberg 2006). Tutkimus osoitti, että arvoon perustuvalla mallilla oli mahdollista saavuttaa taloudellista etua

nimenomaan toiminnan tuottaman terveydentason paranemisen kautta. Onnistumisessa oli tärkeää oikeanlaisen tiedon saaminen käyttöön työterveystoimijoilta, mikä edellytti asiakaslähtöistä tiedonkeruujärjestelmien kehittämistä. (Parvinen ym. 2010.)

Työterveyspalveluiden tilaajilla olisi oltava riittävästi tietoa siitä, mitä ollaan tilaamassa, jotta palvelut olisivat todella arvoa tuottavia ja asiakaslähtöisiä. Tämä edellyttää sitä, että asiakasyrityksen johdon pitäisi hallita hankintaprosessia ja terveysasioiden johtamista (Parvinen ym. 2010.) Yritysten tueksi asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi asiakkuusprosessissa on kehitetty joitakin malleja. Esimerkiksi hollantilaisessa tutkimuksessa (Willy van der Drift 2002) selvitettiin työterveyspalveluiden hankintaan asiakasyritysten yhteistyön tueksi kehitetyn menettelytapamallin toimivuutta. Yrityksiä ohjattiin arvioimaan esimerkiksi työterveyshenkilöstöä sen suhteen, ymmärtävätkö he asiakasorganisaation visiota, ovatko neuvot käyttökelpoisia ja voiko heihin luottaa. Pienellä aineistolla tehdyn tutkimuksen mukaan toimintamalli auttoi määrittelemään tavoitteet realistisemmin ja kommunikoidaan sujuvammin. (Willy van der Drift 2002.) Myös Suomessa on kehitetty vastaavantyyppinen työterveyshuoltopalveluiden hankintaopas (ks. Rautio 2009).

Työterveyshuoltotoiminnassa **vuorovaikutteisuuden** on katsottu edesauttavan asiakkaan tarpeiden tunnistusta. Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan vuorovaikutteisuus edellyttää erilaisten vuorovaikutustilanteiden ja -välineiden sekä -kanavien kehittämistä tiedon, osaamisen ja palveluiden vaihtamisen mahdollistamiseksi. Vuorovaikutus on edellytys yhteistyölle eri tason asiakkaiden kanssa heidän vaihtuvissa rooleissaan. Tavoitteena on kahdensuuntainen viestintä ja yhteydenpito. (Manninen ym. 2007, 14.) Yhteistyö tulisi nähdä jatkumona, jossa jokainen asiakaskontakti on tärkeä ja jossa toimintakäytäntöjen tulisi olla läpinäkyviä eri suuntiin (Rokkanen & Launis 2005).

Terveyskeskuksen työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välistä sopimusneuvottelua mallinnettiin Rokkasen ja Launin (2005) tutkimuksessa kehittävän työtutkimuksen lähestymistavalla kahden toimintajärjestelmän vuorovaikutustilanteena. Tutkijat totesivat neuvottelevan yhteistyön historian olevan dokumenttiaineiston perusteella sangen lyhyt. Neuvottelutilanteissa painottuivat tiedon välitykseen liittyvät aloitteet, ja yhteistoimintaan kutsuvia aloitteita oli vähän. Tämä korosti tutkijoiden mukaan koordinaatiotyypistä yhteistyötä, jossa toimijat pysyvät omissa rooleissaan. Lisäksi asiakaslähtöinenkin eteneminen ei johtanut yhteistoiminta-malliseen vuorovaikutukseen. (Rokkanen & Launis

2005.) Myös Anderson, Laring, Åteg ja Rosén (2007, 30) totesivat työympäristön kehittämisen työmuotoja koskevassa tutkimuksessaan Ruotsissa, että työterveysyksiköiden ja asiakasyritysten välillä oli vain vähän dialogisia ja yhteistä ongelmanratkaisua sisältäviä työmuotoja.

Tutkimuksissa on todettu, ettei asiakasyrityksen ja työterveysyksikön välillä ole riittävästi yhteistä kieltä. Siksi työterveysyksiköillä ei ole esimerkiksi keinoja esittää toiminnan vaikuttavuutta termein, jotka ymmärretään yrityksissä hyvin (Peltomäki & Husman 2002; Heikkinen 2007; vrt. Parvinen ym. 2010). Myös suunnitelmallisia kontakteja asiakasyritysten kaikille tasoille tarvittaisiin tutkimusten mukaan nykyistä enemmän tiiviin vuorovaikutuksen aikaansaamiseksi (Hakulinen & Pirttilä 2010; Heikkinen 2008; Heikkinen 2007; Muukkonen & Rokkanen 2009). Lian ja Laing (2007) tutkivat työterveyspalveluita Iso-Britanniassa, ja tässä tutkimuksessa korostuivat henkilökohtaiset epäviralliset sosiaaliset suhteet onnistuneen asiakassuhteen rakentumisessa, sillä tutkijoiden mukaan sosiaaliset suhteet tukivat kommunikaatiota.

Asiakastyytyväisyys on tärkeä **laadun** indikaattori työterveyshuollossa ja sen merkityksen on ennustettu kasvavan meneillään olevan palvelurakenteen muutoksen myötä. (Verbeek ym. 2001.) Hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaan toiminnan laadukkuus ja vaikutusten arviointi eri tasoilla on eettinen asia. Kyse on jatkuvasta laadun parantamisen prosessista, jossa arviointitietoa hyödynnetään toiminnan kehittämisessä (Manninen ym. 2007 34–36, 62, 70–71). Työterveyshuollossa asiakastyytyväisyyden mittauksessa on huomioitava asiakasrakenteen jakautuminen työntekijä- ja yritysasiakkaisiin, joilla voi olla palveluiden suhteen erilaiset odotukset. Sen vuoksi työterveyshuollon asiakastyytyväisyyden mittauksessa tulee huomioida myös liike-elämään sopivia elementtejä potilastyytyväisyysnäkökulmien lisäksi. (Verbeek ym. 2001.)

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö korostaa prosessimaista jatkuvaa laadun parantamista, mihin sisältyy esimerkiksi laatumittareiden ja asiakaspalautejärjestelmän käyttö (Manninen ym. 2007, 62–66). Viime vuosina Työterveyslaitos on tuottanut työterveysyksiköiden käyttöön asiakaskyselyitä sekä henkilö- että yritysasiakkaiden mielipiteiden kartoittamista varten (Manninen ym. 2007, 70). Vuonna 2007 työterveyshuoltoyksiköistä 61 % olikin käynyt palautekeskusteluja asiakasyritystensä kanssa ja asiakastyytyväisyyskyselyitä oli tehnyt noin

puolet yksiköistä. Lääkärikeskukset olivat tehneet oman toiminnan arviointia enemmän kuin muut palvelutuottajat. (Manninen ym. 2009, 62.)

Asiakastyytyväisyyden näkökulma oli mukana valtakunnallisesti toimivan yksityisen työterveysosakeyhtiön muutosprosessin jälkeistä tuloksellisuutta tutkittaessa vuonna 2001. Vastaajina olivat potilaiden lisäksi työterveyshuollon yhdyshenkilöt ja päättäjätason edustajat asiakasyrityksissä. (Simola 2001, 63.) Tutkijan arvion mukaan yhteistyökumppaneilla tyytyväisyydessä painottuivat yhteistyön toimivuus ja päättäjillä organisaation saama hyöty suhteessa kustannuksiin. Tyytyväisyyttä selittivät yhteyshenkilöiden kohdalla työterveysyksikön pieni koko ja päättäjien osalta kontaktien määrä työterveyshuollon kanssa. Asiakastyytyväisyys oli yhteydessä myös työterveysyksikön johtamiseen, työilmapiiriin ja sisäisen tiedonkulun tehokkuuteen. (Simola 2001, 112–114.)

Kunnallista työterveyshuoltoa koskevissa tutkimuksissa on todettu jossain määrin ristiriitaisesti, että toisaalta kuntien henkilöstövastaavien yhteistyö työterveysyksiköiden kanssa sujuu hyvin, erityisesti terveyskeskusten tai omien työterveysasemien kanssa (Forma ym. 2008, 33; Forma, Harkonmäki, Saari & Väänänen 2007, 8), mutta toisaalta huolimatta yleisestä tyytyväisyydestä työterveyspalveluihin yhteistyössä koettiin olevan puutteita. Erityisesti kaivattiin henkilöstöhallinnon käyttöön tietoa henkilöstön hyvinvoinnista. (Forma ym. 2007, 16.) Keski-Suomen kunnallisten työterveysyksiköiden yritys- ja henkilöasiakkaiden asiakastyytyväisyyskyselyssä todettiin puolestaan, että laaja työterveys sopimus lisäsi asiakastyytyväisyyttä, mutta isoissa yrityksissä odotettiin enemmän vaikuttavuuden osoittamista. Myös asiakasyrityksen koolla oli vaikutusta tyytyväisyyteen niin, että pienet yritykset kokivat toiminnan vastaavan hyvin yrityksen tarpeisiin. Kuntatyönantajat ja yksityiset yritykset olivat kriittisempiä kuin valtio-, järjestö-, säätiö- ja yhdistysasiakkaat. (Hakulinen & Kantola 2011.)

4 YHTEENVETO KIRJALLISUUSKATSAUKSESTA

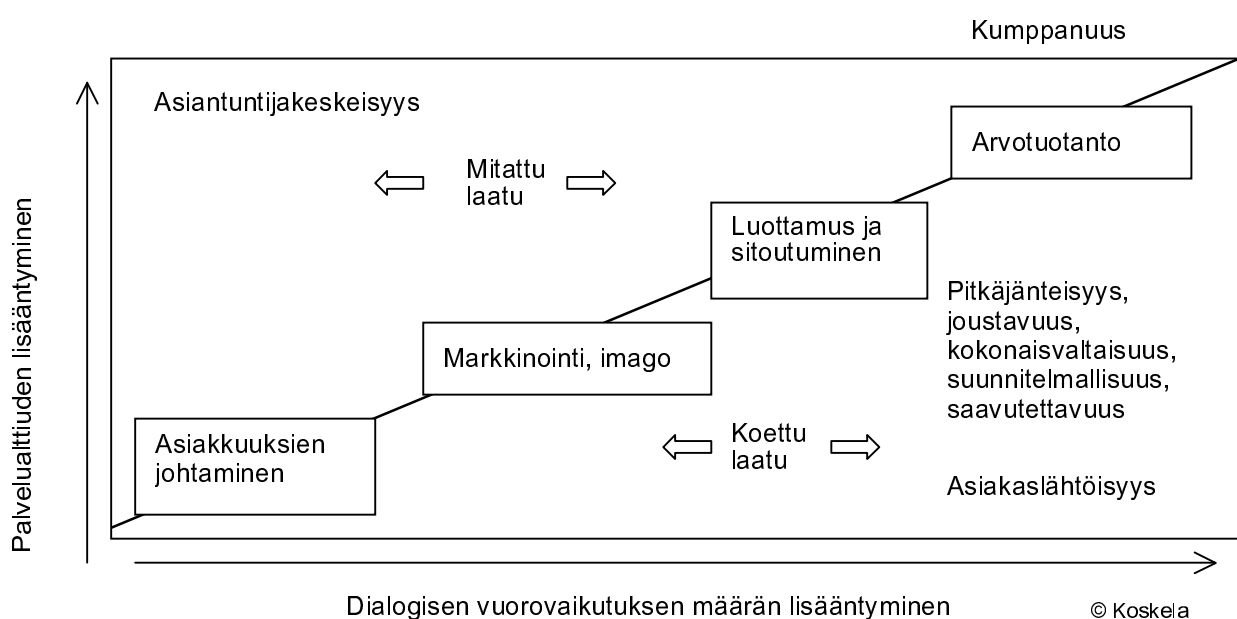
Nyky-Suomesta puhutaan palvelu- ja asiantuntijayhteiskuntana, mikä kuvastaa palveluiden suurta merkitystä niin taloudessa kuin arjessa muutoinkin. Esimerkiksi terveydenhuollossa se näkyy siinä, että ”huollon” sijasta puhutaan yhä enemmän terveystaloudesta. Huollon käsitteen voidaan ajatella sisältävän asiantuntijakeskeisen lähtökohdan, jossa huollon kohde, useimmiten yksilö, on vain toimintojen vastaanottaja. Palvelun käsite sen sijaan sisältää implisiittisesti ajatuksen tasavertaisemmasta palveluiden tuottajan ja ostajan/käyttäjän välisestä suhteesta.

Asiakkaan ja varsinkin asiakkuuden määrittely ei ole yksiselitteistä terveydenhuollossa. Palvelusuhde palvelutuottajan ja palvelun hankkijan vaihtotilanteena näkyy terveydenhuollossa puhtaimmillaan vain yksityisissä terveystalouksissa, ja niissäkin on mukana sairausvakuutuskorvauksen tuottama lisäelementti. Muissa terveystalouksissa mukana on kolmas osapuoli eli maksaja, joka useimmiten on kunta, joka hankkii terveystalouksia kaikille kunnan asukkaille. Työterveystalouksissa maksaja on työnantaja, joka hankkii palvelut työsuhteessa oleville työntekijöilleen, mikä sulkee näiden palveluiden ulkopuolelle ei-tösuhteessa olevan väestönosan. Työterveystalouksien palvelutuottajille syntyy tästä asetelmasta kaksi asiakassuhdetyyppiä: yksilötason terveydenhuollon asiakassuhde palveluita käyttävien työntekijöiden kanssa ja yritystason liike-elämän asiakassuhteita muistuttava asiakassuhde palvelut hankkivan ja maksavan yrityksen kanssa. Viimeksi mainittuun sisältyvät lisäksi yritystason palvelut, jotka kohdistuvat työpaikkaan kokonaisuutena, esimerkiksi työolojen ja työhyvinvoinnin kehittämiseen tähtäävät toiminnot.

Asiakkuuksien ja asiakassuhteiden onnistumisen merkitys on kasvanut palvelutoiminnan lisääntyessä. Liiketalouden teoriat ja mallit asiakassuhteista siirtyvät vähitellen muiden muassa terveydenhuoltoon, vaikka alan erityisvaateet asiakkaan asemasta, luottamuksellisuudesta ja etiikasta poikkeavatkin yritysmaailmaa koskevista yleisistä mielikuvista ja odotuksista. Asiakkuuksien hoidon ja asiakassuhteiden kehittämisen ydin on rakentaa palveluorganisaatioihin asiakkuuslähtöinen strategia, joka läpäisee koko toiminnan. Erityisesti asiakasrajapinnassa toimivien henkilöiden tulee sisäistää asiakkuuslähtöinen ajattelu, sillä luottamus ja sitoutuminen rakennetaan pitkälti toistuvissa asiakaskohtaamisissa, joista muodostuvat asiakkuuksien prosessit.

Asiakkuuden ja asiakassuhteen kehittymisessä on pyrkimys pois asiantuntijakeskeisyydestä. Asiakassuhdemarkkinoinnin avulla kehitetään myönteistä imagoa ja asiakassuhdetta, joka hyvällä asiakkuuksien johtamisella, dialogisen vuorovaikutuksen lisääntymisen myötä jalostuu asiakaslähtöiseksi toiminnaksi. Toistuvissa asiakaskohtaamisissa rakennetaan luottamusta, joka johtaa sitoutumiseen. Palvelualltiuden lisääntyminen edellä mainittujen asioiden lisäksi lisää mahdollisuuksia siihen, että asiakas kokee palvelun hyvälaatuisena. Asiakassuhteen kehittyminen johtaa parhaimmillaan osapuolten tasavertaiseen kumppanuuteen, jossa tuotetaan arvoa molemmille osapuolille (kuvio 3.).

Työterveyspalveluiden asiakassuhde asiakasyritysten kanssa muistuttaa yritysten muita palveluiden hankinnan asiakassuhteita. Sitä on kuitenkin tutkittu erittäin vähän, minkä vuoksi ei tiedetä kuinka samanlainen se on, ja missä suhteessa se erityisesti poikkeaa muista asiakassuhteista. Tutkimukset ovat osoittaneet sen, että työterveyshuollon asiakkuuden hallintaa ja asiakassuhdetta tulisi kehittää nykyistä enemmän asiakaslähtöiseen suuntaan strategisten valintojen kautta. Tarkemmin ei ole kuitenkaan tutkittu, miten työterveystoimijat näkevät yritysasiakkuuden ja mitkä asiat edesauttavat heidän mielestään asiakassuhteen kehittymistä. Asiakasyritysten näkökulmasta on tutkittu odotuksia ja tyytyväisyyttä palveluihin, mutta asiakasyritysten kokonaisnäkemystä asiakkuudesta työterveyspalveluissa ei tunneta. Näiden asiakassuhteen molempien osapuolten näkemysten selvittäminen on tärkeää tässä murrosvaiheessa, joka kunnallisissa palveluissa on meneillään, ja jossa suunta näyttäisi olevan liiketaloudellisten asiakassuhteiden suuntaan.



KUVIO 3. Asiakassuhteen kehittymisen elementtejä kirjallisuuden perusteella

5 TUTKIMUSASETELMA JA TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuskysymykset

Tässä tutkielmassa kuvataan työterveyshuollon ja asiakasyrityksen välistä asiakkuutta ja asiakassuhteen kehittämistä. Tutkimuskysymyksenä on

mitkä tekijät ovat keskeisiä työterveyshuollon asiakkuudessa ja sen kehittämisessä

- a) työterveystoimijoiden näkökulmasta (määrällisen aineiston analyysi) ja
- b) asiakasyritysten edustajien näkökulmasta (laadullisen aineiston analyysi)?

5.2 Tutkimuksen aineistot

Asiakkuuden tutkiminen edellyttää asiakassuhteen molempien osapuolten näkemyksen tarkastelua, jotta ilmiöstä saadaan kokonaiskuva. Siksi tässä tutkielmassa tutkitaan työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välistä asiakkuutta sekä työterveystoimijoiden että asiakasyritysten näkökulmasta.

Määrällisen tutkimuksen välineet edellyttävät yleisesti aiempaa käsitystä ilmiöstä. Sen avulla ei voida saada täydellistä kuvaa, mutta sillä tavoitetaan systemaattisesti mitattavissa olevat ilmiön ulottuvuudet. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 20.) Työterveyshuollon ja asiakasyrityksen välisessä asiakassuhteessa on nykymuodossaan paljon muiden palvelutuotantoon liittyvien asiakassuhteiden kaltaisia piirteitä. Siksi asiakkuutta ja asiakassuhdetta koskevaa teoretietoa voidaan soveltaa myös työterveyshuollon asiakassuhteeseen palveluiden tuottajien osalta. Työterveystoimijoiden näkemyksiä tutkitaankin tässä tutkielmassa edellä mainitun teoria- ja tutkimustiedon perusteella laaditun kyselyn avulla.

Asiakasyritysten näkemyksiä työterveyspalvelutuottajan ja yrityksen välisestä asiakkuudesta ja asiakassuhteesta tunnetaan toisaalta huonosti. Ei tiedetä, poikkeako työterveyspalveluiden asiakkuus muista asiakassuhteista asiakasyritysten mielestä. Ei myöskään tiedetä, mitkä asiat asiakasyrityksissä nähdään keskeisinä tässä asiakassuhteessa. Asiakasyritysten edustajien näkemysten selvittämiseksi tehtiin yritysten edustajille teemahaastattelut.

Molemmat käytettävät aineistot ovat poikkileikkausaineistoja, joiden kautta saadaan kuva asiakkuudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä tutkimusajankohtana. Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen lähestymistavan yhdistäminen on yksi monistrategisista lähestymistavoista, jota voidaan käyttää niin, että strategiat täydentävät toisiaan, jolloin tutkimuksen osat kattavat eri alueita tutkimuksesta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 32). Tässä tutkimuksessa määrällinen aineisto tuottaa työterveystoimijoiden näkemykset ja laadullinen aineisto työterveyshuollon asiakasyritysten edustajien näkemykset asiakkuudesta, ja nämä yhdistämällä muodostuu kokonaiskuva kunnallisen työterveyshuollon yritysasiakkuudesta Keski-Suomessa.

Tutkielma tehtiin Työterveyslaitoksen toimeksiannosta osana Työterveyslaitoksen Keski-Suomen maakunnassa toteutettavaa kunnallisiin työterveysyksiköihin keskittyvää *SEITTI-Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä* -hanketta. Hanke on sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehittämishanke, jonka tavoitteena on kunnallisen työterveyshuollon kehittäminen alueellisesti verkostotoiminnan keinoin (Työterveyslaitos 2010). Asiakkuuden hallinnan kehittäminen oli yksi hankkeen teemoista. Koska työterveyshuollon asiakkuutta ei ole laajasti aiemmin tutkittu, ovat hankkeen asiakkuustutkimukset eräänlaista peruskartoitusta. Sen vuoksi tämän tutkielman tulosoissa on tietoisesti käytetty jäsenystä, joka tuottaa pro gradu -tutkielmaksi melko laajan tulososion.

Tutkimuksen tekoaikana vuonna 2010 SEITTI-hankkeen alueella toimi 12 kunnallista työterveyspalvelutuottajaa, joista yksi oli kunnallinen liikelaitos, yksi osa usean kunnan muodostamaa perusturvaliikelaitosta ja loput kunnallisia palvelutuottajia, jotka toimivat osana perusterveydenhuoltoa. Vuoden 2010 aikana käynnistyi kahdeksan palvelutuottajan yhteistyö, jonka seurauksena kunnallinen liikelaitos laajensi toimintaansa vuoden 2011 alussa. Yhteensä SEITTI-hankkeen työterveyspalvelutuottajilla oli sopimus 6199 asiakasyrityksen kanssa ja lakisääteisten palveluiden piirissä oli 51204 henkilöasiakasta vuoden 2007 lopun tilanteen mukaan. Sopimusten määrä oli pienimmällä työterveyspalveluiden tuottajalla 111 sopimusta ja suurimmalla 1245. Henkilöasiakkaiden määrä vaihteli välillä 572–16157 asiakasta palvelutuottajaa kohti lakisääteisten palveluiden osalta. Yli 60 % asiakkaista oli myös sairaanhoitopalveluiden piirissä.

Tämän tutkielman aineisto koostui työterveysyksiköiden henkilöstölle suunnatusta kyselytutkimuksesta ja yritysten edustajien teemahaastatteluista. Käytetty kysely laadittiin

tätä tutkimushanketta varten, koska vastaavaa työterveyspalveluiden asiakkuutta koskevaa kyselyä ei ole aiemmin tehty. Suurin osa kysymyksistä laadittiin alusta alkaen tätä kyselyä varten, vain osassa taustamuuttujista käytettiin Työterveyslaitoksen aiemmin käyttämiä kysymysmalleja. Lomakkeen laadintaan osallistui pitkän linjan työterveyshuollon ammattilaisia ja Työterveyslaitoksen tutkijoita. Lomake pilotoitiin pienellä työterveyshuollon ammattilaisten ryhmällä, minkä jälkeen siihen tehtiin tarvittavia korjauksia.

Työterveyshuollon asiakkuutta koskevat kysymyskokonaisuudet sisälsivät kysymyksiä asiakasyritysten tapaamistiheydestä, asiakassuhteen luonnetta määrittävistä tekijöistä, asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavista tekijöistä ja toimijoiden rooleista asiakassuhteessa. Osa työterveystoimijoiden osaamista kartoittavan osion muuttujista oli asiakkuuden hallintaan liittyviä. Kaikissa vastaajien mielipidettä kartoittavissa kysymyksissä käytettiin viisiportaista Likert-asteikkoa (eri mieltä, osittain eri mieltä, siltä väliltä, osittain samaa mieltä ja samaa mieltä). Lomakkeen lopussa kysyttiin lisäksi avokysymyksillä työterveystoimijoiden näkemystä asiakkuuden koostumisesta sekä asiakkuudessa hyvin toteutuvista ja eniten kehittämistä edellyttävistä tekijöistä. Kyselylomake on tutkielman liitteenä 2, ja tutkielmassa analysoidut muuttujat ovat siinä lihavoituina.

Kysely toimitettiin lokakuussa 2010 kaikille työsuhteessa oleville 145:lle SEITTI-hankkeen kunnallisten työterveysyksiköiden työntekijöille (pois lukien ostopalvelulääkärit) henkilökohtaisesti joko koulutustilaisuuden yhteydessä (82 kpl) tai postitse (63 kpl). Koulutustilaisuudessa vastauksia saatiin 48 kappaletta ja postitse 14 kappaletta. Kolme lomaketta palautettiin lisäksi tyhjänä. Vastausprosentti oli 42,8 % (n = 62).

Teemahaastattelu tehtiin 12:lle yritysten edustajalle Keski-Suomen maakunnassa toimivissa yrityksissä. Haastateltavat yritykset valikoituivat työterveysyksiköiden kautta niin, että työterveysyksiköt nimesivät avainasiakasyrityksiään tutkimukseen. Haastatteluajoja sovittaessa yrityksille annettiin vielä lisätietoa tutkimuksesta ja sen tavoitteista sekä SEITTI-hankeesta. Haastateltavat henkilöt toimivat henkilöstöhallinnon ja/tai työsuojeluorganisaation ja/tai johdon tehtävissä niin, että kaikilla oli päätäntävaltaa työterveysasioissa ja myös kokemusta yhteistyöstä työterveysyksikön kanssa. Haastateltavista henkilöistä viisi toimi isoissa yrityksissä (yli 250 työntekijää), neljä keskisuurissa (50–250 työntekijää) ja kolme pienyrityksistä (alle 50 työntekijää). Yrityksistä seitsemän toimi julkisella sektorilla ja loput viisi yksityisellä sektorilla. Erilaisia palveluita tuottavia

yrittäjistä oli kuusi, muut toimivat teollisen tuotannon eri sektoreilla, ja yritykset sijaitsivat eri puolilla hankealuetta.

Haastattelun teemoina olivat työterveyspalveluiden asiakkuuden luonne, asiakkuuden hallinta, asiakassuhteen kehittäminen ja toimijoiden roolit, joista tässä tutkielmassa keskityttiin asiakkuuden luonteeseen ja asiakassuhteen kehittämiseen (liite 3). Haastattelurunkoa kommentoivat Työterveyslaitoksen SEITTI-hankkeen tukijat. Kysymyksiä muokattiin hieman myös kahden esihaastattelun tuottaman tiedon mukaan; esihaastatteluita ei otettu mukaan aineistoon. Haastattelut tehtiin yritysten omissa tiloissa ja ne suoritti Työterveyslaitoksen tutkimushaastattelija, paitsi yhden, jonka suoritti tämän kirjoittaja. Haastattelut kestivät 10–43 minuuttia, ne nauhoitettiin ja nauhoitukset litteroitiin sanatarkasti ulkopuolisen yrityksen toimesta.

5.3 Analyysimenetelmät

5.3.1 Tilastolliset analyysit

Kyselyaineistoa kuvailtiin ja vastauksia tutkimuskysymyksiin haettiin suorilla jakaumilla ja ristiintaulukoinnilla. Tilastollista testausta tehtiin Pearsonin χ^2 -testillä tai Fisherin eksaktilla testillä, silloin kun χ^2 -testin ehdot eivät täytyneet. Merkitsevyystasona käytettiin $p < 0,05$. Tilastollista testausta varten vastausluokkia myös yhdistettiin suorien jakaumien perusteella kaksiluokkaisiksi (eri mieltä - siltä väliltä omaksi luokakseen ja osittain samaa mieltä ja samaa mieltä omaksi luokakseen; en osaa sanoa vaihtoehto luokiteltiin puuttuvaksi tiedoksi). Taustamuuttujina kaikissa analyyseissä käytettiin ammattinimikettä, työkokemuksen pituutta, ikää ja työyksikön henkilömäärää.

Ristiintaulukoinnin lisäksi tietoa tiivistettiin asiakassuhteen kehittymiseen liittyvien muuttujien ja asiakkuuden osaamiseen liittyvien muuttujien osalta myös faktorianalyysillä pienelle ja ei-normaalisti jakautuneelle aineistolle sopivalla yleistettyjen neliösummien ekstrakointimenetelmällä ja suorakulmaisella rotaatiolla (vrt. Nummenmaa 2004, 345, 349). Faktorianalyysin avulla muodostettiin summamuuttujia, joiden reliabiliteetti tarkistettiin Cronbachin alphan avulla (raja-arvona 0,7) (vrt. Alkula ym. 1994, 101). Summamuuttujien ryhmämediaanien eroja tutkittiin taustamuuttujittain epäparametrisillä testeillä. Kaksiluokkaisten muuttujien osalta käytettiin Mann-Whitneyn U -testiä ja useampiluokkaisten

muuttujien kohdalla Kruskal-Wallis -testiä (vrt. Nummenmaa 2004, 250, 255). Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS 18.0 for Windows -ohjelmalla.

Lisäkuvailumenetelmänä asiakassuhteen kehittämistä koskevien muuttujien välistä keskinäistä tärkeysjärjestystä havainnollistettiin niin, että vastaukset koodattiin uudelleen asteikolle -2 → +2 (en osaa sanoa: puuttuva tieto; eri mieltä: -2; osittain eri mieltä: -1, siltä väliltä: 0, osittain samaa mieltä: +1, samaa mieltä: +2). Näistä arvoista laskettiin muuttujakohtainen keskiarvo (0–2), ja keskiarvojen perusteella muuttujat asetettiin järjestykseen, jossa suurimman keskiarvon saanut muuttuja eli muuttuja, jossa vastaukset olivat yksimielisimmin väittämästä samaa mieltä olevia, ovat ylimpinä. Vastaavat tärkeysjärjestystä kuvaavat keskiarvot laskettiin myös taustamuuttujittain, jolloin pystyttiin kuvaamaan eri taustamuuttujaryhmien sisäistä muuttujien välistä tärkeysjärjestystä. Tavoite ei ollut testata ryhmien välisiä tärkeysjärjestysten eroja, vaan ainoastaan kuvailla vastaajaryhmien yksimielisyyttä kunkin muuttujan keskeisyydestä tässä kysymyssosiassa.

5.3.2 Laadulliset analyysit

Asiakassuhteen kehittymiseen liittyvistä tekijöistä työterveystoimijoita pyydettiin kysymyslomakkeessa avokysymyksellä nimeämään kolme tärkeintä. Nämä vastaukset luokittelin asiakassuhteen kehittymistä koskevan kysymyssarjan pääluokkien mukaan, sillä suurin osa vastaajista nimesi suoraan kyselyn muuttujien nimiä, ja osa vastaajista viittasi myös muuttujanumeroihin. Lomakkeen lopussa olevien erillisten avokysymysten vastaukset luokittelin teorialähtöisesti, mutta analyysissä syntyi myös muita luokkia (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2006, 116). Esimerkiksi tässä kysymykseen ”mitkä asiat asiakkuuden hoidossa toteutuvat hyvin?” annetussa vastauksessa tulkitsin vastaajan viittaavan useampaan asiakkuuden osatekijään: ”*pitkällinen yhteistyö (vuorovaikutus), jonka seurauksena luottamukselliset suhteet (luottamus); tth:n perusprosessit (työterveyshuollon perusprosessit) on sujuvia*”. Asiakkuusteorian ulkopuolelta muodostui siis luokka ”työterveyshuollon perusprosessit”, johon luokittelin vastaukset, joissa viitattiin esimerkiksi työterveystarkastuksiin, työpaikkakäynteihin tai sairaanhoitoon. Laskin lopuksi pääluokkatasolla kuhunkin luokkaan kuuluvien vastausten lukumäärät.

Asiakasyritysten edustajien litteroidut haastattelut sain sähköpostilla ja tallensin ne yrityksen henkilömäärän mukaiseen järjestykseen. Koska tein vain yhden haastattelun itse, luin

litteroidut tekstit läpi useita kertoja, jotta saisin kokonaiskuvan haastatteluiden sisällöstä. Haastatteluissa näyttivät nousevan esiin asiakkuuskirjallisuudessa keskeiset asiat, minkä vuoksi päädyin teorialähtöiseen analyysiin. Laadin teoriaosuuden pohjalta karkean matriisiin, johon keräsin otsikkotasolla asiakkuudessa olevia keskeisiä asioita, kuten palvelutuotannon näkökulmat Grönroosin (2009, 27–28) jaotteluun perustuen, hankintaan ja hankintamotivaation liittyvät tekijät, kumppanuuteen ja asiakassuhteen kehittämiseen liittyvät tekijät sekä teorian mukaan yksittäiset asiakkuuteen liittyvät tekijät (asiakaslähtöisyys, luottamus, vuorovaikutus, markkinointi, asiakkuuksien johtaminen, laatu). Tein lisäksi itselleni muistiinpanot niistä päätekijöistä, jotka kirjallisuuden mukaan liittyvät edellä mainittuihin otsikoihin. Erimerkiksi työterveyspalvelutuottajan tietotaitoon viittaavat ilmaisut liitin luottamukseen, koska kirjallisuuden mukaan usko asiantuntemukseen on luottamuksen keskeinen elementti asiakassuhteessa.

Kävin haastattelut läpi niin, että merkitsin niihin eri väreillä sanoja, lauseita tai katkelmia, joiden tulkitsin edustavan jotakin edellä mainittua asiakkuuteen liittyvää tekijää. Merkitsin myös erikseen asiat, joissa työterveyshuollon asiakkuus vastaajien mielestä poikkeaa muista asiakassuhteista. Pyrin lukemaan haastattelut avoimin mielin niin, että sellaisetkin tekijät, jotka teoriassa eivät tulleet esille, tulisivat myös huomioiduiksi (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999). Siirsin kuhunkin käsitteeseen liittyvät asiat omiksi tiedostoikseen, luokittelin kunkin tiedoston sitaatit aineistolähtöisesti väliotsikoiden alle ja yhdistin lopuksi näin syntyneet alaluokat vielä yläluokiksi. Pyrin valitsemaan esimerkkisitaatteihin aineistossa esiin tulleet ääripäät kunkin tekijän kohdalla, jos ilmaisujen välillä näytti mielestäni olevan vaihtelua. Tulososiossa kirjasin kunkin käsitteen kohdalle sisäänottokriteereiksi muodostamani ala- ja yläluokat. Taulukossa 2 on esimerkkinä katkelma analyysiketjusta asiakaslähtöisyyden osalta.

Karkeaa analyysimatriisia käyttäessäni havaitsin, että osa haastatteluilmaisuuksista sopi useampaan luokittelukohtaan, jolloin tein merkinnän usealla värillä samaan kohtaan. Esimerkiksi seuraava katkelma oli mielestäni tulkittavissa sekä luottamukseen (tietosuoja), vuorovaikutukseen että asiakaslähtöisyyteen liittyväksi:

Toki siinä on kaks asiaa, et heillä on sitte omat rajotteensa tietysti niistä asioista puhua ja käydä läpi. Mut jotenkin, jos halutaan parantaa ja vaikuttaa niihin asioihin, niin kyl sit täytyis niistä jotain tietääkin.(H5)

Vaikka pääasiallisia analyysiyksiköitäni olivat sanat, lauseet ja haastattelukatkelmat, katsoin haastatteluita myös kokonaisuuksina, jolloin oli mahdollista tehdä varovaista tulkintaa myös

luokittelutekijöiden välisistä suhteista. Tästä esimerkkinä on haastattelu, jossa tuli esiin luottamuksen menetys palvelutuottajan toimintaan, palveluiden arviointi kalliiksi ja palvelutuottajan vaihdon harkinta. Tulkitsin näiden asioiden liittyvän jollakin tavalla toisiinsa, sillä vain tässä haastattelussa palvelu arvioitiin kalliiksi, ja esille tuli aktiivinen palvelutuottajan vaihtamisen pohdinta:

Luottamuspuola on henkilöstölle muodostunu. ----

--- Kallista on siihen hyötyyn nähden.

--- En oo kerenny hinnastoja vertaamaan enkä kattomaan, --- Annan mahdollisuuden vielä, kattoo että mitä, sen verran otan selvää, että mitä on muiden palvelujen hinnat.

--- en ole ihan varma, että missä me jatketaan työterveyshoitoa.(H3)

5.3.3 Eettiset näkökulmat

Tutkielmassa käytettyjen aineistojen keräämisessä noudatettiin hyvää eettistä käytäntöä, ja tutkimussuunnitelmasta pyydettiin lausunto eettiseltä toimikunnalta. Työterveystoimijat ja haastatellut yritysten edustajat informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta, aineistojen käytöstä ja niiden säilytyksestä suullisesti lomakkeiden jaon tai haastatteluiden alla sekä kirjallisesti kyselylomakkeessa olleella saatekirjeellä ja haastateltaville jaetuilla hankkeen esitteillä. Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heitä pyydettiin allekirjoittamaan haastattelusuostumus. Haastatteluvastaukset koodattiin lisäksi niin, ettei niistä voida tunnistaa haastateltavia.

Tieteellisessä tutkimuksessa pyritään objektiivisuuteen ja puolueettomuuteen, mutta niiden tavoittaminen on käytännössä mahdotonta, sillä tutkijalla on aina väistämättä omat asenteensa ja käsityksensä tutkittavasta ilmiöstä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tätä tutkimusta teen työterveyshoitajana, jolla on pitkä työkokemus kunnallisesta työterveyspalveluiden tuottamisesta. Olen työssäni nähnyt ja kokenut työterveyspalveluiden kehittymisen asiantuntijakeskeisestä lakisääteispainotteisesta toiminnasta liikelaitosmuotoiseksi kokonaisvaltaiseksi palvelutarjonnaksi. Asiakkuuksien hallinnan tai sen puutteen merkityksen olen havainnut käytännössä, kun kilpailu työterveyspalveluissa on lisääntynyt. Tutkielman aihepiiri ja konteksti ovat siten minulle sangen tuttuja, mikä on sekä hyöty mutta mahdollisesti myös haitta tutkimustyölle, vaikka subjektiivisuuden riskin kuinka tiedostaisinkin.

TAULUKKO 2. Esimerkki analyysiketjusta: osa asiakaslähtöisyyden analyysitaulukosta

haastattelusitaatit	alaluokka	yläluokka	teoreettinen käsite
<p>--- työterveyshuollon tulisi olla huomattavasti aktiivisemmin esittämässä, et heidän pitäis aktiivisemmin haluta tietää, mitä yrityksessä on tai siellä työpaikalla on tapahtumassa ja miten he voisivat linkittää sitä omaa toimintaansa tukemaan sitä yrityksen ydintekemistä ja menestymistä (H8) --- ja toimialatunteminen, työympäristön tunteminen on aika avainasemas, et tiedetään vähän oikeasti, et mitä se työ tuolla on ja mitä mahdollisuuksia on. (H5)</p>	asiakaslähtöisyyden odotus toiminnan peruslähtökohtana	asiakaslähtöisyyden odotus	asiakaslähtöisyys
<p>--- kaipaisin tällöisiä ratkasukeinoja (H6).</p> <p>--- et kyllä se nyt jos on useita haavatapauksia niin pitää selvittää, miks tulee ---. Se on paljo fiksumpaa kuin se, että pysähtyy aina vaan, että tulee se lappu eikä analysoida niitä, et mistä ne on johtunu.(H2)</p> <p>--- niitten osalta kellä on paljon sairauspoissaoloja, että tehtäs sille jotain.(H9)</p> <p>Ongelma tulee oikeastaan silloin esille, kun työntekijä on pitkällä sairaslomalla ja sen paluu työhön on epävarmaa -- -, ja tällänen uudelleensijotustoiminta ---.</p> <p>Työterveyshuollon pitäis pystyä jollakin tavalla tukeen sitä toimintaa. (H12)</p>	asiakasyrityksen ongelmatilanteisiin puuttuminen/ niiden ratkaisussa tukeminen		
<p>Et aina kun joku asia nousee esille, niin kyllä ne siihen tarttuu, kun me vaan tuodaan se asia esille (H12)</p> <p>- siitä se on kehittynyt siihen suuntaan että on tätä ennaltaehkäisevää toimintaa, TYKY-toimintaa, tehään yhdessä nää suunnitelmat, tehään yhdessä kehitysprojekteja, (H6)</p> <p>--- työterveyshuollon toimintasuunnitelmasta, niin me tehdään se yhdessä (H12)</p>	yhteinen suunnittelu asiakkaan tarpeiden pohjalta	asiakaslähtöisyyden toteutuminen	
<p>meillä on kuitenkin pysynyt se meidän kontaktihenkilö lähinnä samana tän koko ajan, et on aika pitkällekin sisällä tässä, tuntee väen pitkän ajan takaa.(H5)</p> <p>on ne nimetyt avainhenkilöt siellä, jotka pitävät huolta siitä, että nämä peruslakisääteiset, niin ne tulee hoidettua kyllä.(H8)</p>	asiakasyrityksittäin nimetty henkilöstö		
<p>me tiedetään ja tunnetaan tosi paljon tavallaan toisiamme ja toistemme toimintaa (H7)</p> <p>--- siellä on tieto meidän toiminnasta, ne tietää että minkälaisia, minkälaista henkilökuntaa meillä on, ja ne, niin ku mä sanoin et ne tuo sitä palautetta niin hyvässä kun pahassakin että mitä meidän väelle kuuluu ja, pystyy vastaamaan niihin, on pystynyt vastamaan niihin tarpeisiin ja toiveisiin mitä meillä on ollu. (H11)</p>	asiakasyrityksen toiminnan, toimialan ja henkilöstön tunteminen		

6 TULOKSET

6.1 Työterveystoimijoiden kyselytutkimuksen tulokset

6.1.1 Työterveystoimijoiden ryhmän kuvailu ja taustamuuttajat

Työterveystoimijoihin liittyviä taustamuuttujia tarkasteltiin aluksi suorilla jakaumilla, joiden tulokset on esitetty taulukossa 3. Ammattiryhmät eriteltiin koulutuksen ja myös työterveyslain edellyttämän pätevytymiskoulutuksen suorittamisen mukaan. Kyselyyn saatiin vastauksia kaikista ammattiryhmistä, mutta joistakin vastasi vain yksittäinen henkilö. Yli puolet vastanneista oli työterveyshoitajia, mikä tulee huomioida vastauksia arvioitaessa. Työfysioterapeutteja vastaajista oli 11 %, työterveyslääkäreitä 8 % ja työpsykologeja 2 %. Työterveyshuoltoon pätevyityneitä joko erikoislääkärikoulutuksen tai työterveyshuollon pätevytymiskoulutuksen kautta oli 73 % vastanneista.

Vastaajista yli 79 % oli 41–60-vuotiaita. Ikärakenne heijastui myös työkokemuksen pituuteen, sillä 74 %:lla vastaajista oli työkokemusta yli viisi vuotta, ja heistä noin kolmanneksella oli yli 15 työkokemusvuotta työterveyshuollossa. Suhteessa eniten kokeneita työntekijöitä oli lääkäreissä (43 %:lla yli 15 vuotta työkokemusta) ja vähiten työkokemusta omaavia oli fysioterapeuttien ja psykologien ryhmässä (88 %:lla alle 15 vuotta työkokemusta). Lähes kaikki vastanneet olivat vakituisessa työsuhteessa ja työskentelivät kokoaikaisesti työterveyshuollossa. Lähes 40 % vastanneista työskenteli työterveysyksikössä, jonka kokonaishenkilömäärä oli alle 10 työntekijää ja hieman yli puolet yksikössä, jossa oli 10–50 työntekijää.

Ristiintaulukointia ja ryhmien vertailua varten taustamuuttujien vastausluokkia yhdistettiin. Ammattiryhmiä yhdistettiin niin, että yhdistettiin kaikki lääkärit yhdeksi ryhmäksi (n = 7) ja terveydenhoitajat omaksi ryhmäkseen (n = 33). Fysioterapeutit ja psykologit tekevät työterveyshuollossa asiantuntijatyötä, joten heidät yhdistettiin yhdeksi ryhmäksi (n = 9). Sairaanhoidaja (yksi vastaaja), lähihoitajat, vastaanottoavustajat ja sihteerit yhdistettiin ammattiryhmäksi muut (n = 12). Tässä ryhmässä olivat mukana myös ammattinimikkeen kohdalla vastausvaihtoehdon ”muu” valinneet lähinnä hallinnollisissa tehtävissä toimivat henkilöt.

TAULUKKO 3. Taustamuuttajat ja niiden prosenttijakaumat (n = 61)

Taustamuuttaja	%
ammattinimeke	
työterveyshuollon erikoislääkäri	5
työterveyslääkäri (pätevöitynyt) ¹	3
muu lääkäri	3
työterveyshoitaja (pätevöitynyt) ¹	53
terveydenhoitaja	2
työfysioterapeutti (pätevöitynyt) ¹	11
fysioterapeutti	2
sairaanhoitaja	2
työterveyspsykologi (pätevöitynyt) ¹	2
psykologi	-
lähihoitaja	3
vastaanottoavustaja/terveyskeskusavustaja	8
palvelusihteeri/sihteeri	3
muu	3
työkokemuksen pituus	
alle 1 vuosi	-
1–4 vuotta	26
5–14 vuotta	44
15–24 vuotta	21
25 vuotta tai enemmän	8
ikä	
alle 20 vuotta	-
21–30 vuotta	3
31–40 vuotta	15
41–50 vuotta	38
51–60 vuotta	43
yli 60 vuotta	2
työsuhteen muoto (n = 60)	
vakituinen työsuhde	95
sijainen tai määräaikainen	5
muu	-
työterveyshuollon osuus työajasta	
päätoiminen (vähintään 20 h/viikko)	95
osa-aikainen (alle 20 h/viikkoa)	5
työterveysyksikön työntekijöiden henkilömäärä	
1–9 henkilöä	38
10–49 henkilöä	56
50–249 henkilöä	7
250 tai enemmän	-

¹Suorittanut työterveyshuoltolain edellyttämän työterveyshuollon ammattihenkilön tai asiantuntijan lisäkoulutuksen.

Ikäluokkia yhdistettiin niin, että saatiin 3-luokkainen ikämuuttuja: 40 vuotta tai nuorempi ($n = 11$), 41–50-vuotiaat ($n = 23$) ja yli 50-vuotiaat ($n = 27$). Työkokemuksen mukaan käytettiin suoraan lomakkeen neljää luokkaa (alle 5 vuotta; 5–14 vuotta, 15–24 vuotta ja 25 vuotta tai enemmän), mutta myös luokitusta, jossa kaksi vanhinta ikäryhmää yhdistettiin yhdeksi yli 15 vuotta -luokaksi. Työterveysyksikön henkilöstömäärän mukaan tarkasteltiin eroja alle 10 hengen ($n = 23$) ja yli 10 hengen ($n = 38$) ryhmissä.

6.1.2 Asiakassuhteen luonnetta määrittävät tekijät

Vastaajia pyydettiin arvioimaan erilaisten asiakassuhteen luonnetta määrittävien tekijöiden merkitystä asiakassuhteen luonteelle. Tärkeimpiä asiakassuhteen luonnetta määrittäviä tekijöitä olivat vastaajien mielestä asiakasyrityksen aktiivisuus työterveysasioissa, työterveyshuollon sopimuksen laajuus ja asiakasyrityksen koko sekä jossain määrin tärkeitä asiakasyrityksen toimiala ja asiakasyrityksen antama asiakaspalaute. Sen sijaan 27 % vastaajista arvioi, ettei asiakasyrityksen tuottama taloudellinen tulo erityisesti määritä asiakassuhteen luonnetta. (Taulukko 4.)

Ammattiryhmässä muut (sairaanhoitaja, lähihoitajat, vastaanottoavustajat, sihteerit ja muut) 80 % vastaajista piti toimialan merkitystä asiakassuhteen luonteelle suurena, kun taas 43 % lääkäreistä ei pitänyt toimialan merkitystä erityisen suurena. Ero ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,014$). Yli 10 hengen työterveysyksiköissä 40 % vastaajista arvioi asiakaspalautteen asiakassuhteen luonnetta määrittäväksi tekijäksi, kun taas pienemmissä yksiköissä sen merkityksestä 50 % oli vain osittain samaa mieltä ($p = 0,024$). Kun muuttuja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi, muodostui ammattiryhmien välille merkitsevä ero ($p = 0,015$) asiakaspalautteen merkityksestä asiakassuhteen luonteelle: kaikkien fysioterapeuttien ja psykologien mielestä asiakaspalaute määrittää voimakkaasti asiakassuhteen luonnetta, kun taas terveydenhoitajista 55 % ei pitänyt asiakaspalautteen merkitystä erityisen suurena.

Kaikki lääkärit vastasivat sopimuksen laajuuden olevan merkittävä asiakassuhteen luonnetta määrittävä tekijä, mutta alle viidennes heistä piti asiakasyrityksen tuottamaa taloudellista tuloa asiakassuhteen luonnetta määrittävänä tekijänä. Yli 10 hengen työyksiköissä toimialaa pidettiin tärkeämpänä kuin pienissä työterveysyksiköissä. Kaikki lääkärit ja ammattiryhmä muut arvioivat asiakasyrityksen koon merkityksen suureksi, kun muissa ammattiryhmissä

vastaavasti ajatteli noin kolme neljäsosaa. Nämä erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 4. Asiakassuhteen luonnetta määrittävät tekijät vastaajien mielipiteen mukaan (n = 59)

Asiakassuhteen luonnetta määrittävä tekijät	Vastaajan mielipide siitä, määrittääkö tekijä asiakassuhteen luonnetta (%)					
	Eri mieltä	Osittain eri mieltä	Siltä väliltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	En osaa sanoa
asiakasyrityksen koko	3	7	7	31	49	3
asiakasyrityksen tuottama taloudellinen tulo työterveyshuollolle	12	15	19	29	19	7
asiakasyrityksen toimiala	9	17	7	29	32	7
asiakasyrityksen antama asiakaspalaute	5	15	17	31	25	7
asiakasyrityksen aktiivisuus työterveysasioissa	-	2	3	24	68	3
työterveyshuollon sopimuksen laajuus	-	5	10	25	56	3

6.1.3 Keskeiset tekijät asiakassuhteen kehittämisessä

Työterveystoimijoita pyydettiin arvioimaan asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä siltä osin, että vaikuttavatko esitetyt tekijät keskeisesti asiakassuhteen kehittymiseen. Tekijät oli luokiteltu useita muuttujia sisältäviin ryhmiin: vuorovaikutus, asiakaslähtöisyys, luottamus, suunnitelmallisuus, palveluiden saatavuus, markkinointi ja asiakkuuksien johtaminen. Tämän kysymyssarjan päätteeksi oli avokysymys, jossa vastaajia pyydettiin nimeämään kolme tärkeintä tekijää asiakassuhteen kehittämisessä. Kyselylomakkeen lopussa oli lisäksi kolme avokysymystä, joissa työterveystoimijoita pyydettiin määrittelemään, mistä työterveyshuollon asiakkuus heidän mielestään koostuu, mikä siinä sujuu hyvin ja missä olisi eniten kehitettävää. Joko kaikkiin tai osaan avokysymyksistä vastasi 50 vastaajaa (81 % kyselyyn vastanneista). Liitetaulukoissa 4–7 on nähtävissä avokysymysten vastausten luokittelut laadullisen analyysin tuloksena.

Lähes kaikki vastaajat pitivät useimpia esitettyjä asiakassuhteen kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä keskeisinä asiakassuhteen kehittymiselle (liitetaulukko 1). Taustamuuttujittain tehty ristiintaulukointi toi esille vähän eroja, mutta vain pieni osa niistä oli tilastollisesti merkitsevää tasoa. Asiakassuhteen kehittämistä koskevien muuttujien välinen tärkeysjärjestys vastauksista lasketuilla keskiarvoilla on esitetty liitetaulukossa 2. Ammattiryhmien muuttujakohtaisia eroja keskiarvoissa on kuvattu kuvioissa 4 ja 5 esimerkkeinä taustamuuttujien välisistä eroista. Seuraavassa esitetään tulokset asiakokonaisuuksittain yleisesti, ristiintaulukoinnissa esiin tulleet tilastollisesti merkitsevät erot, kunkin taustamuuttujaryhmän tärkeysjärjestyksessä ylimmiksi nousseet muuttujat sekä avokysymysten merkittävimmät tulokset.

Vuorovaikutus, luottamus ja asiakaslähtöisyys olivat työterveystoimijoiden mielestä tärkeimpiä asiakassuhteen kehittämiseen liittyviä tekijöitä niin kyselyn, avokysymysten kuin tärkeysjärjestystenkin perusteella (liitetaulukot 1, 2, 4 ja 5, kuvio 4). **Vuorovaikutuksen** osalta hyvin keskeisiksi tekijöiksi nousivat hyvä tiedonkulku sekä työterveysyksikön ja asiakasyrityksen säännölliset tapaamiset (liitetaulukot 2 ja 4). Nämä muuttujat olivat tärkeimpiä ammattiryhmällä muut, yli 50-vuotiailla, alle 5 vuotta ja yli 25 vuotta työskennelleillä sekä yli ja alle 10 henkilön työterveysyksiköissä.

Vuorovaikutusmuuttujista asioiden esittäminen talouden kielellä oli vastausprofiililtaan muista muuttujista poikkeava, ja se jäi useimmilla taustamuuttujaryhmillä tärkeysjärjestyksessä loppupäähän. Ristiintaulukoinnissa ammattiryhmä muut arvioi talouden kielen käytön tilastollisesti merkitsevästi ($p = 0,042$) vähemmän keskeiseksi kuin muut ammattiryhmät, joista kaikki lääkärit sekä fysioterapeutit ja psykologit arvioivat talouden kielen käytön keskeiseksi asiakassuhteen kehittymisessä. Avokysymysten vastuksissa koettiin yhteistyön suhteen olevan eniten kehittämisen varaa, vaikka sen toisaalta koettiin toteutuvan hyvin. Esimerkiksi säännöllistä ja aktiivista yhteydenpitoa sekä parempaa tiedonkulkua asiakasyrityksistä työterveysyksikköön päin pidettiin tärkeinä kehittämisen kohteina. (Liitetaulukot 5–7.)

Vuorovaikutuksen tiiviyyttä asiakasyritysten kanssa tutkittiin työterveystoimijoiden ja asiakasyritysten edustajien tapaamistiheyden avulla. Vastausten mukaan isojen yritysten (yli 250 työntekijää) edustajia tavattiin yleensä joko viikoittain tai kuukausittain. Keskisuurten yritysten (50–250 työntekijää) kanssa tapaamisia oli yleensä kuukausittain tai vuosittain.

Pienyrityksissä (10–50 työntekijää) tapaamisia oli eniten vuosittain tai sitä harvemmin. Mikroyritysten (alle 10 työntekijää) kohdalla tapaamistiheys painottui vuosittaisiin ja erityisesti sitä harvemmin tapahtuviin tapaamisiin. (Taulukko 5.)

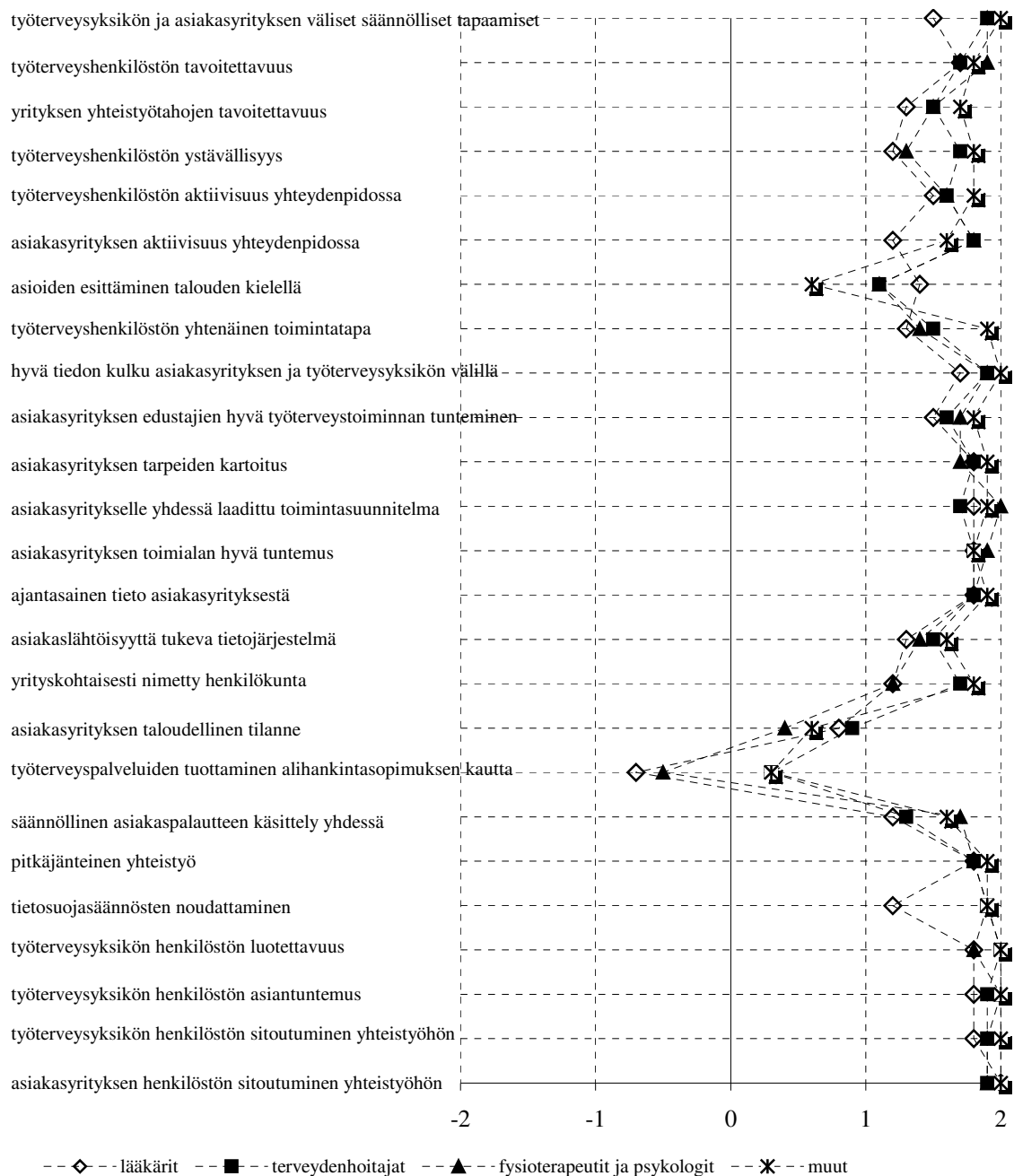
Yleislinjana ilman tilastollista merkitsevyyttä havaittiin, että aktiivisimmin eri kokoisia yrityksiä tapasivat työterveyshoitajat ja 15–24 vuotta työterveyshuollossa työskennelleet sekä yli 50-vuotiaat. Yli 10 työntekijän työterveysyksiköiden edustajat tapasivat isoja yrityksiä merkitsevästi useammin kuin pienempien työterveysyksiköiden edustajat ($p = 0,028$). Kun muuttujan luokat yhdistettiin kaksiluokkaiseksi (viikoittaiset ja kuukausittaiset tapaamiset sekä vuosittain ja sitä harvemmin tapahtuvat tapaamiset) nähtiin, että tapaamistiheydessä oli merkitsevä ero myös keskisuurten asiakasyritysten kohdalla yli 10 henkilön työterveysyksiköiden hyväksi ($p = 0,045$).

TAULUKKO 5. Työterveysyksikön ja asiakasyritysten tapaamistiheys kokouksissa ja puhelinneuvotteluissa lukuun ottamatta potilasasioita yrityksen koon mukaan ($n = 58–60$)

Yrityksen koko	Tapaamistiheys (%)					
	viikoittain	kuukausittain	vuosittain	joka toinen vuosi	harvemmin	eos
isot yritykset (yli 250 työntekijää)	26	31	19	-	-	24
keskisuuret (50–250 työntekijää)	8	33	35	3	-	20
pienyrietykset (10–49 työntekijää)	2	7	40	8	23	20
mikroyritykset (1–9 työntekijää)	2	3	29	5	37	24

Luottamukseen liittyvissä väittämissä olivat vastaukset kaikkein yksimielisimpiä ja lähes jokaisen mielestä esitetyt tekijät, kuten osapuolten sitoutuminen ja pitkäjänteinen toiminta, olivat keskeisiä asiakassuhteen kehittymiselle (liitetaulukko 1, 2 ja 5). Yleisestä linjasta poiketen lääkäreistä 33 % ei pitänyt tietosuojasäännösten noudattamista erityisen keskeisenä asiakassuhteen kehittymiselle, kuin taas muissa ammattiryhmissä siitä oltiin yksimielisiä ($p = 0,009$) (kuvio 4). Tärkein tekijä asiakassuhteen kehittämisessä oli lääkäreillä asiakasyritysten sitoutuminen yhteistyöhön, terveydenhoitajilla ja 41–50-vuotiailla työterveysyksikön henkilöstön luotettavuus sekä 5–14 vuotta työskennelleillä työterveysyksikön henkilöstön asiantuntemus. Luottamusta ei avokysymyksissä nimetty asiakassuhteessa hyvin toteutuvien

asioiden, mutta ei myöskään eniten kehittämistä edellyttävien asioiden joukkoon. (Liitetaulukot 6–7.)



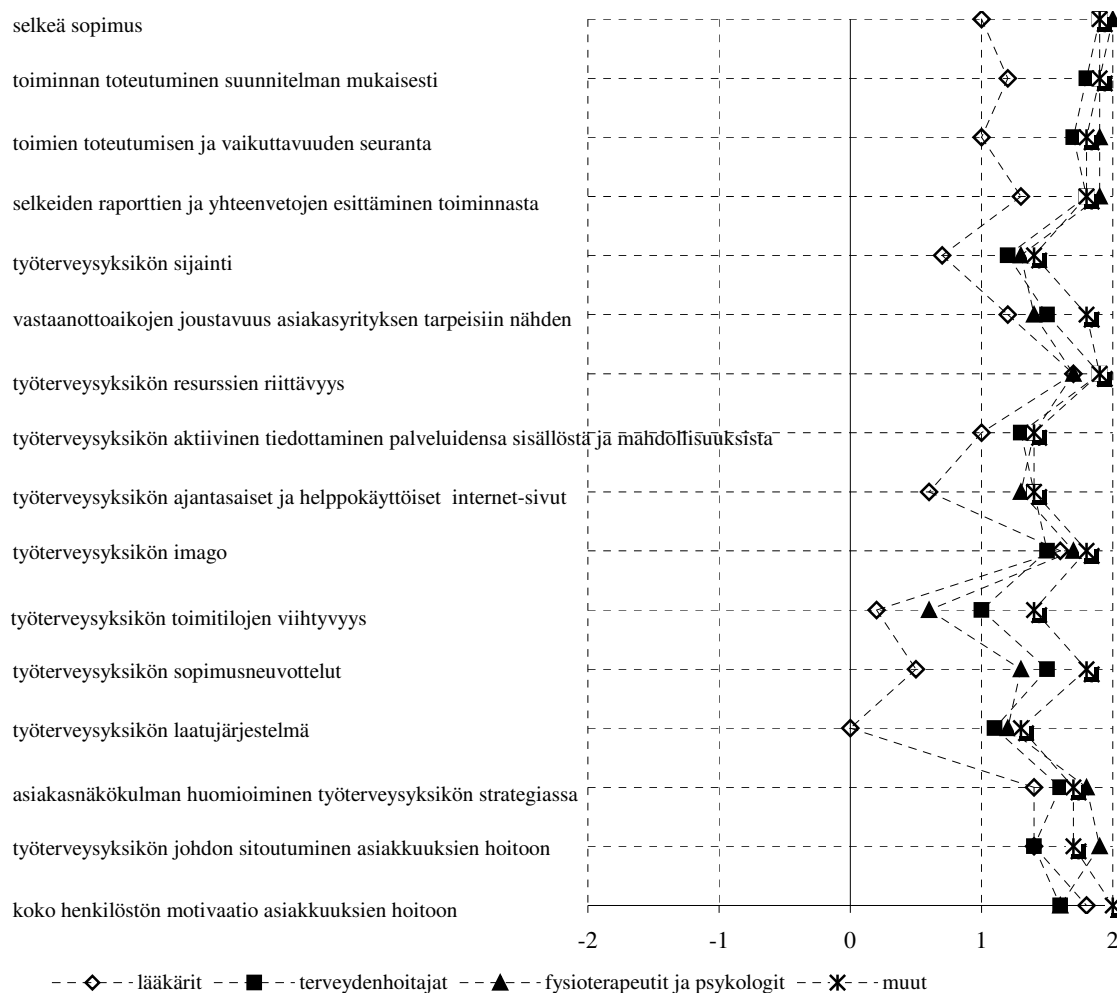
KUVIO 4. Asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavien tekijöiden keskeisyys vastaajien mielestä. Muuttujakohtaiset vastausten keskiarvot ammattiryhmittäin vuorovaikutus-, asiakaslähtöisyys- ja luottamusmuuttujien osalta (asteikolla -2 = ei keskeinen – 2 = hyvin keskeinen).

Asiakaslähtöisyyteen liittyvät tekijät arvioitiin myös hyvin keskeisiksi asiakassuhteen kehittymisessä. Poikkeuksen tekivät asiakasyrityksen taloudellinen tilanne ja työterveyspalveluiden tuottamisen alihankintasopimuksen kautta, joiden katsottiin olevan koko kyselyn tekijöistä vähiten keskeisiä asiakassuhteen kehittymiselle (liitetaulukko 2). 49 % vastaajista ei pitänyt alihankintaa asiakassuhdetta erityisesti kehittävänä (liitetaulukko 1). Yhteisesti laadittu toimintasuunnitelma oli fysioterapeuttien ja psykologien ryhmässä ja alle 40-vuotiailla tärkein asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttava tekijä (kuvio 4). Ristiintaulukoinnissa kaikki terveydenhoitajat ja ryhmä muut arvioivat yrityskohtaisesti nimetyn henkilökunnan keskeiseksi asiakassuhteen kehittymiselle, kun taas lääkäreistä 33 % ei ollut samaa mieltä ($p = 0,007$). Yli 15 vuotta työterveyshuollossa työskennelleistä jokainen piti asiakaspalautteen säännöllistä yhteistä käsittelyä keskeisenä asiakassuhteen käsittelylle. Ero 5–14 vuotta työskennelleisiin oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,026$). Avokysymyksissä asiakaslähtöisyys ei noussut esiin asioissa, jotka sujuvat hyvin asiakasyrityksen kanssa. Asiakaslähtöisyyden suhteen nähtiin parantamisen varaa asiakkaiden tarpeiden huomioinnissa ja pienten yritysten työterveystoiminnan aktivoinnissa sekä asiakasyritysten aktiivisuudessa ja vastuunkannossa. (Liitetaulukot 6–7.)

Suunnitelmallisuuden osalta selkeää sopimusta pidettiin tärkeänä, samoin toiminnan toteutumista suunnitelman mukaisesti (liitetaulukko 1). Kolmannes lääkäreistä ei kuitenkaan pitänyt seuranta- ja raportointia erityisen keskeisinä asiakassuhteen kehittymiselle muista ammattiryhmistä poiketen, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä (kuvio 5). Suunnitelmallisuus nimettiin yhdeksi asiakkuuden osatekijäksi, ja työterveystoimijoiden mielestä sopimusten tarkistus ja raportointi sujui asiakasyhteistyössä hyvin. Suunnitelmallisuudessa nähtiin kuitenkin myös kehittämistarpeita esimerkiksi toiminnasta raportoinnin osalta. (Liitetaulukot 5–7.)

Palveluiden saatavuudessa keskeiseksi ja melko yksimielisesti asiakassuhteen kehittymistä edesauttavaksi tekijäksi katsottiin työterveysyksikön resurssien riittävyys (liitetaulukko 1). Avokysymyksissä palveluiden saatavuutta ei nimetty asiakkuuden osatekijäksi eikä hyvin toteutuvaksi tekijäksi, mutta resursointia pidettiin tärkeänä kehittämistä edellyttävänä tekijänä asiakkaiden hoidossa (liitetaulukot 4–7). **Asiakkuuksien johtamista** ei nähty niin keskeisenä kuin monia muita osa-alueita asiakkaiden kehittämisessä. Koko henkilöstön motivaatiota pidettiin tästä osiosta tärkeimpänä tekijänä (liitetaulukko 1).

Markkinointiin liittyviä tekijöitä pidettiin aiemmin mainittujen alihankintasopimusten ja asiakasyritysten taloudellisen tilanteen lisäksi vähiten keskeisinä asiakassuhteen kehittymiselle. Kuitenkin noin 85 % vastaajista piti työterveysyksikön imagoa sekä sopimusneuvotteluita ja tiedottamista palveluista melko keskeisinä (liitetaulukko 1). Avokysymyksissä markkinoinnin kehittäminen nähtiin tarpeelliseksi, vaikka osa koki sen sujuvan hyvin (liitetaulukot 6–7). Lääkärit suhtautuivat selvästi muita ammattiryhmiä kriittisemmin näihin muuttujiin (kuvio 5), ja ristiintaulukoinnin mukaan puolet lääkäreistä ei pitänyt työterveyshuollon sopimusneuvotteluita keskeisinä asiakassuhteen kehittymiselle toisin kuin muut ammattiryhmät ($p = 0,016$).



Kuvio 5. Asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavien tekijöiden keskeisyys vastaajien mielestä. Muuttujakohtaiset vastausten keskiarvot ammattiryhmittäin suunnitelmallisuus-, palveluiden saatavuus-, markkinointi- ja asiakkuuksien johtamismuuttujien osalta (asteikolla -2 = ei keskeinen – 2 = hyvin keskeinen).

Vaikka asiakassuhteen tärkeimmiksi tekijöiksi nimettiin luottamus, vuorovaikutus ja asiakaslähtöisyys, työterveystoimijat kokivat onnistuneensa parhaiten **työterveyshuollon perusprosessien** toteuttamisessa, ja niitä myös nimettiin asiakkuudessa keskeisiksi seikoiksi ja asiakassuhteen kehittämiskohteiksi (liitetaulukot 4–7). Muiksi työterveyshuollon asiakkuudessa keskeisiksi asioiksi työterveystoimijat nimesivät avokysymyksissä **laatutekijöitä** (laadukas palvelu, myönteinen asenne) ja asiakassuhteen **rakennetekijöitä**, kuten asiakassuhteen osapuolia. Asiakkuuden prosessiluonne tuli esille muutamassa vastauksessa, joissa kuvattiin toiminnan yhteistä suunnittelua, toteuttamista ja arviointia sekä luottamusta ja sitoutumista. Esimerkkinä tästä on vastaus kysymykseen ”mistä asiakkuus koostuu?”:

”yhteistyöstä, jossa työterveyshuollon ammattilainen tuo pöytään tietämyksensä työn /yhteisön terveysvaikutuksista ja asiakasyritys oman tuottamuksen ketjunsä erityispiirteiden tuntemuksen ja yhteisesti etsitään pitkän tähtäimen tuottavuutta lisäävää/ylläpitävää työterveyshuoltotoimintaa”.

Asiakasyrityksen näkeminen työterveystoiminnan kehittäjänä jakoi mielipiteitä. Noin 32 % vastaajista oli väittämstä ainakin osittain eri mieltä. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna kriittisimmin asiakasyritysten toimimiseen kehittäjänä suhtautuivat työterveyshoitajat ja myönteisimmin ryhmään muut kuuluvat sekä fysioterapeuttien ja psykologien ryhmä. Lääkäreiden oli vaikeinta ottaa asiaan kantaa. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Asiakasyrityksen kokeminen työterveystoiminnan kehittäjänä ammattiryhmittäin.

Ammattiryhmä	Asiakasyritys on työterveystoiminnan kehittäjä (%) .			
	Eri mieltä tai osittain eri mieltä	Siltä väliltä	Samaa mieltä tai osittain samaa mieltä	En osaa sanoa
lääkärit	-	43	43	14
terveydenhoitajat	42	12	36	9
fysioterapeutit ja psykologit	33	11	56	0
muut	25	8	58	8

Työkokemuksen ja iän lisääntymisen myötä näytti lievästi lisääntyvän käsitys, ettei asiakasyritys ole työterveystoiminnan kehittäjä, sillä 59 % yli 15 vuotta työskennelleistä ja 60 % yli 50-vuotiaista arvioi, ettei asiakasyritystä voi pääosin pitää asiakassuhteen kehittäjänä, mutta nämä tulokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Sen sijaan työyksikön koko tuotti

merkitsevän eron ($p = 0,042$) alle 10 henkilön ja yli 10 henkilön työterveysyksiköiden välille niin, että isommissa yksiköissä asiakasyritys nähtiin useammin työterveystoiminnan kehittäjänä.

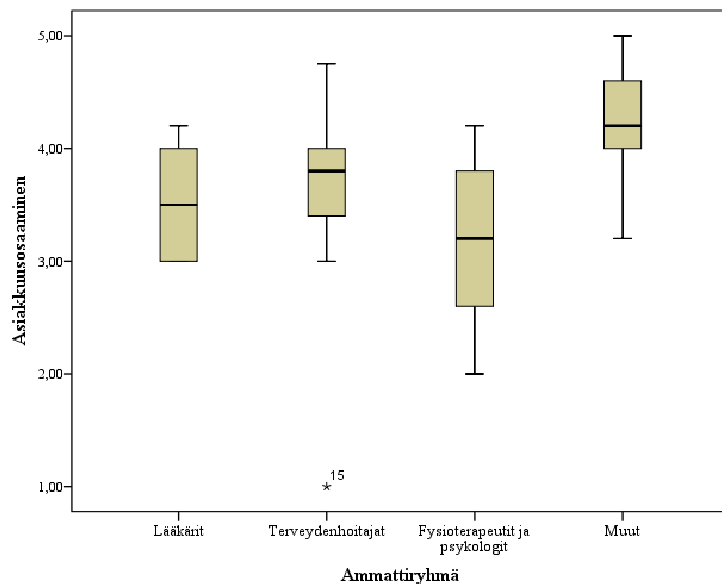
Asiakkuuden osaamista kuvaaviksi muuttujiksi valittiin kirjallisuuden perusteella kyselyn osaamista koskevasta mittarista osaaminen sopimusneuvotteluiden, asiakassuhteen kehittämisen, asiakkuuden johtamisen, asiakasyhteistyön vuorovaikutusosaamisen sekä palveluista ja muusta työterveystoiminnasta tiedottamisen ja markkinoinnin suhteen. Osaamistasoa analysoitiin vertailun vuoksi myös työterveyshuollon perusprosessien (työpaikkaselvitykset, terveystarkastukset, sairaanhoito) kohdalla. Työterveystoimijat arvioivat asiakkuuksiin liittyvä osaamisen työyksikössään hieman huonommaksi kuin työterveyshuollon perusprosessien osaamisen (liitetaulukko 3).

6.1.4 Faktorianalyysi ja summamuuttujat

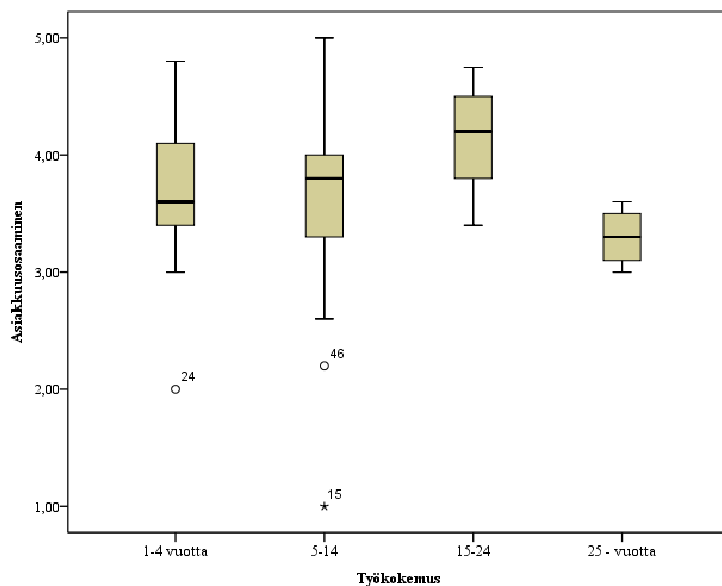
Asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavien tekijöiden keskeisyyttä koskevia tuloksia tiivistettiin ja taustamuuttujaryhmien välisiä eroja tutkittiin myös faktorianalyysin perusteella lasketuilla summamuuttujilla. Vastaavasti tutkittiin työterveystoimijoiden arviota asiakkuusosaamisen riittävydestä omassa työterveysyksikössä. Asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavissa tekijöissä vuorovaikutus- ja asiakaslähtöisyysosioissa muuttujat latautuivat kahdelle faktorille ja muissa kehittymistekijäosioissa (luottamus, suunnitelmallisuus, palveluiden saatavuus, markkinointi, asiakkuuksien johtaminen) yhdelle faktorille. Osaamisosiossa summamuuttujat muodostettiin viidestä muuttujasta, jotka kuvaavat asiakkuusosaamista ja jotka latautuivat keskenään samalle faktorille, sekä kolmesta keskenään samalle faktorille latautuvasta perusprosessiosaamista kuvaavasta muuttujasta (taulukko 7). Summamuuttujien taustamuuttujakohtaisia ryhmämediaaneja testattiin tilastollisesti. Asiakassuhteiden kehittymistä koskevien summamuuttujien ryhmämediaaneissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja taustamuuttujaryhmien välillä.

Osaamiseen liittyvissä summamuuttujien ryhmämediaaneja tutkittaessa havaittiin, että ammattiryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0,006$): ryhmä muut (sairaanhoitaja, lähihoitajat, vastaanottoavustajat, sihteerit ja muut) koki osaamisen olevan riittävämpää asiakkuusosaamisessa kuin lääkärit, terveydenhoitajat, fysioterapeutit ja psykologit. Kriittisimmin osaamistasoa arvioivat fysioterapeutit ja psykologit (kuvio 6).

Lisäksi eri pituinen työkokemus tuotti tilastollisesti merkitsevän ($p = 0,027$) eron ryhmien välille: yli 25 vuotta työskennelleet arvioivat asiakkuusosaamisen heikoimmaksi ja 15–24 vuotta työskennelleet parhaimmaksi (kuvio 7). Perusprosessimuuttujien kohdalla ei ryhmämediaaneissa ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.



KUVIO 6. Arvio asiakkuusosaamisesta ammattiryhmittäin, $p = 0,006$
(1 = osaaminen heikkoa – 5 = osaaminen hyvätasoista)



KUVIO 7. Arvio asiakkuusosaamisesta työkokemusryhmittäin, $p = 0,027$
(1 = osaaminen heikkoa – 5 = osaaminen hyvätasoista)

TAULUKKO 7. Asiakassuhteen kehittämiseen liittyvistä tekijöistä ja osaamistason arviointimuuttujista faktorianalyysin perusteella muodostetut summamuuttujat.

summamuuttuja	Cronbachin alfa	Mediaani	min / max
työterveysyksikkökeskeinen vuorovaikutus työterveysyksikön ja asiakasyrityksen väliset säännölliset tapaamiset; työterveyshenkilöstön tavoitettavuus; yrityksen yhteistyötahojen tavoitettavuus; työterveyshenkilöstön ystävällisyys; työterveyshenkilöstön aktiivisuus yhteydenpidossa; hyvä tiedon kulku asiakasyrityksen ja työterveysyksikön välillä; asiakasyrityksen edustajien hyvä työterveystoiminnan tunteminen	0,96	4,9	3,9 / 5,0
asiakasyrityskeskeinen vuorovaikutus asiakasyrityksen aktiivisuus yhteydenpidossa; asioiden esittämien talouden kielellä; työterveyshenkilöstön yhtenäinen toimintatapa	0,77	4,3	3,3 / 5,0
työterveysyksikkökeskeinen asiakaslähtöisyys asiakasyrityksen tarpeiden kartoitus; asiakasyritykselle yhdessä laadittu toimintasuunnitelma; asiakasyrityksen toimialan hyvä tuntemus; ajantasainen tieto asiakasyrityksestä; asiakaslähtöisyyttä tukeva tietojärjestelmä; yritysکوhtaisesti nimetty henkilökunta	0,91	4,8	3,8 / 5,0
asiakasyrityskeskeinen asiakaslähtöisyys asiakasyrityksen taloudellinen tilanne; työterveyspalveluiden tuottaminen alihankintasopimuksen kautta; säännöllinen asiakaspalautteen käsittely yhdessä	0,79	4,0	2,3 / 5,0
luottamus pitkäjänteinen yhteistyö; tietosuojasäännösten noudattaminen; työterveysyksikön henkilöstön luotettavuus; -asiantuntemus; - sitoutuminen yhteistyöhön; asiakasyrityksen henkilöstön sitoutuminen yhteistyöhön	0,96	5,0	4,2 / 5,0
suunnitelmallisuus selkeä sopimus; toiminnan toteutuminen suunnitelman mukaisesti; toimien toteutumisen ja vaikuttavuuden seuranta; selkeiden raporttien ja yhteenvetojen esittäminen toiminnasta	0,88	5,0	2,3 / 5,0
palveluiden saatavuus työterveysyksikön sijainti; vastaanottoaikojen joustavuus asiakasyrityksen tarpeisiin nähden; työterveysyksikön resurssien riittävyys	0,85	4,7	3,3 / 5,0
markkinointi työterveysyksikön aktiivinen tiedottaminen palveluidensa sisällöstä ja mahdollisuuksista; - ajantasaiset ja helppokäyttöiset internetsivut; - imago; - toimitilojen viihtyvyys; - sopimusneuvottelut; - laatujärjestelmä	0,88	4,4	2,3 / 5,0
asiakkuuksien johtaminen asiakasnäkökulman huomioiminen työterveysyksikön strategiassa; työterveysyksikön johdon sitoutuminen asiakkuuksien hoitoon; koko henkilöstön motivaatio asiakkuuksien hoitoon	0,85	5,0	3,0 / 5,0
asiakkuusosaaminen sopimusneuvottelut; asiakassuhteen kehittäminen; asiakkuuden johtaminen; asiakasyhteistyön vuorovaikutusosaaminen; palveluista ja muusta työterveystoiminnasta tiedottaminen ja markkinointi	0,91	3,8	1,0 / 5,0
perusprosessiosaaminen työpaikkaselvitykset; terveystarkastukset; sairaanhoito	0,84	4,3	2,7 / 5,0

6.2 Asiakasyritysten edustajien teemahaastatteluiden tulokset

Tässä teemahaastatteluiden tulososion alussa kuvaan haastatteluista esiin tulevia lähtökohtia työterveyspalveluiden asiakkuutta koskeville vastauksille sekä hankintaan liittyviä näkökulmia, sillä hankinta on asiakkuusprosessin alku ja siihen liittyvät tekijät vaikuttavat myös itse asiakassuhteeseen. Sen jälkeen kuvaan analyysin tuloksia asiakkuuden osatekijöiden osalta. Otsikot ovat teorialähtöiset ja esitysjärjestys sekä esityksen laajuus mukailee sitä painoarvoa, joka kullakin osatekijällä tulkintani mukaan aineistossa on. Viimeisinä kohtana esitän teoriataustan ulkopuolelta muodostuneet luokat. Luvun lopussa ovat lisäksi tulokset kumppanuutta ja palveluprosessin perusnäkökulmia koskevista vastauksista. Haastattelusitaatit ovat muutoin sanatarkkoja, mutta joitakin olen hieman lyhentänyt jättämällä sanoja pois. Sitaaateissa on käytetty seuraavia merkintöjä: --- vastausta lyhennetty, [kirjoittajan lisäys/täsmennys], (Hx) haastattelun numero, K (kysyjä), V (vastaaja)

6.2.1 Yleiskuvaus haastatteluista

Haastatellut asiakasyritysten edustajat ovat toimineet työterveyshuollosta vastaavassa tehtävässään hyvin erilaisia aikoja, ja osalla kokemus yhteistyöstä työterveysyksikön kanssa on lyhyt. Haastateltavien asennoituminen työterveysasioihin on pääosin myönteinen, ja asiakassuhteen koetaan pääosin muuttuneen vähitellen parempaan suuntaan *"Kyl mä sanon et se on positiivisempaan suuntaan muuttunu"*(H6). Osalla on kuitenkin palvelutuottajaan kohdistuvaa kritiikkiä. Lisäksi haastateltavien aktiivisuudessa ja kiinnostuksen asteessa työterveysasioissa näyttäisi olevan suuret erot.

Haastateltavat näyttävät kokevan asiakkuuden ja asiakkuuden hallinnan käsitteinä melko hankaliksi, *"oppikirjatekstiä"*(H5) toteaa yksi haastateltava, ja moni pyytää haastattelijaa täsmentämään kysymyksiään: *"tarkenna vähän, on vaikee teema."*(H12). Joidenkin on myös vaikea hahmottaa työterveyshuoltoa ja työsuojelutoimintaa erillisiksi, minkä vuoksi on vaikeaa kohdittain erottaa mikä työterveyspalveluissa on keskeistä heidän mielestään, kuten esimerkiksi seuraavassa katkelmassa on havaittavissa.

*K: Miten tässä yrityksessä näkyy työterveyshuolto? Miten se täällä työpaikalla näkyy?
V: --- näkyy hyvinkin. Ja sitte se, että kun on kierrätetty tätä työsuojeluasiasia koko aika, niin jäsenyys on vaihtunu niin, työntekijät on tietosia ja hyvinkin nopeesti tarttuu kaikki. --- Ollaan valveutuneita siitä.(H3)*

Monilla haastateltavista on lisäksi pääosin hyvin yksilökeskeinen näkemys työterveyshuollon asiakkuudesta, mikä näkyy siinä, että monet heidän käyttämänsä esimerkit koskevat yksilöiden työkykyasioiden käsittelyä, sairausloma-asioita, lääkärille pääsyn vaikeuksia ynnä muita.

K: --- mitkä on teidän toimintatavat sen työterveyshuollon kanssa?

V: Siis yrityksen toimintavat?

K: Niin.

V: --- mun mielestä se on ollu tämmönen vakio yksilötoimintatapa. (H1)

Muutamassa haastattelussa on kuitenkin pääpaino yritystason asiakkuudessa, jolloin puhutaan enemmän palvelukokonaisuuksista, palveluiden sujuvuudesta ja saatavuudesta laajemminkin kuin yksilövastaanottojen tasolla. Nämä haastateltavat vaikuttavat myös näkevän eron yksilö- ja yritystason asiakkuuksille: ”*puhutaanko tässä nyt yritystasolla vai yksilötasolla?*”(H8).

Haastateltavat näyttävät mieltävän työterveyspalvelut asiantuntijapalveluiksi. Sitä kuvaavat ilmaisut, joissa viitataan yhteiseen ratkaisujen etsintään, kuten ”*on onnistuttu sitten yhteistyössä työterveyden kanssa viemään niitä asioita eteenpäin*” (H7), yhteisesti suunniteltuihin hankkeisiin tai suoraan työterveyshuollon asiantuntemuksen käyttöön. Moni asiantuntijapalveluihin viittaavista ilmaisuista liittyy kuitenkin enemmän yksilötason asioihin kuin yritystason yhteistyöhön.

--- samalla lailla ku muutkin palvelut niin, kun me maksetaan valtavat euromäärät tietysti, ja me käytetään hyvää palvelua, niin me halutaan, et sillä on just se, ammattitaito, mikä siellä on, niin se pitää olla sitä kehittävää ennemmin ku sitä narinaa ja valittamista joka asiasta.(H2)

6.2.2 Työterveyspalveluiden hankinta

Työterveyspalveluiden hankintaan motivoivat useat tekijät, joilla on vaikutusta myös asiakassuhteen luonteeseen. Hankinnan motivaatiotekijöihin haastatteluissa viittaavat palveluiden lakisääteisyteen, työntekijöiden työkykyyn ja tuottavuuteen liittyvät vastaukset, sekä ilmaukset, joissa viitataan työterveystoiminnan tuottamiin kustannussäästöihin. Lakisääteisyys, ”*juridiset perusteet*” (H8), on tekijä, joka haastateltavien mielestä erottaa työterveyspalvelut muiden palveluiden hankinnasta. Lakisääteisyteen tuo oman sävynsä kunnallisen palvelutuotannon erityispiirre eli toiminta osana muuta kunnallista palvelutuotantoa.

Joskus se mielletään, et se osa meidän organisaatio, vaikka se on kuitenkin vain sopimukseen perustuvaa ostopalvelua, tosin tietyllä tavalla pakollista, että työnantajan on ne palvelut jollakin tavalla hankittava.(H12)

Moni haastateltava tuo kuitenkin esiin, että palveluilta odotetaan myös tukea työ- ja tuottavuuskyvyille ja työssä jaksamiselle. Sitä kautta työterveyspalveluiden nähdään tuottavan parhaimmillaan myös kustannussäästöjä.

--- meillä on budjetoitu sinne paljon rahaa ja, edelleen, mitä terveempiä meidän työntekijät on niin me säästetään se, sijotettu euro tulee kyllä takasin siitä (H2)

Hankintanäkökulmiin kuuluviksi luokittelin myös ilmaukset, joissa viitattiin työterveyspalveluiden tuottamaan hyötyyn suhteessa kustannuksiin. Yritysten koetaan saavan rahalleen hyvän vastineen, ja kulujen merkitys yrityksen kokonaistilanteessa on vähäinen: ”--- ne pienet laskutukset--- sitä vastaan he tekee ihan hyvää työtä.”(H1) Kuitenkin yhden vastaajan mielestä palvelu on kallista ja yksi vastaaja pohtii sairaanhoitokulujen kannattavuutta. Lisäksi kaivataan keinoja osoittaa taloudellinen hyöty konkreettisesti.

Niin mikä sen kustannushyöty sitten on, kun satsataan x euroa nyt, niin säästetään tulevaisuudessa arviolta y euroa. Niin tämänkaltaista analyysiähan tarvittaisiin.(H8)

Työterveyspalveluiden hankinnan arkea kuvaaviksi luokittelin sitaatit, jotka liittyivät kilpailutukseen, palvelutuottajan vaihtamiseen ja kilpailuun työterveysmarkkinoilla sekä palvelusopimukseen liittyvät maininnat. Useimpien asiakasyritysten toimintapaikkakunnilla ei ole kilpailua, koska pienissä kunnissa on vain yksi palvelutuottaja, ”--- näin pienellä paikalla --- palveluntarjoajat on aika vähissä.”(H5). Samasta syystä usealla pienellä paikkakunnalla toimivilla työnantajilla on myös useita työterveyshuollon kumppaneita, mitä pidetään jossain määrin ongelmallisena. Kilpailun puute erottaakin työterveyspalveluiden hankinnan muista yritysten käyttämistä palveluista.

--- tätähän tehään niinku suorahankintana ilman kilpailuttamista. Kun täällä ei oo meidän alueella sitä oikeeta kilpailua.(H10)

--- vaikka nää työterveyshuollon toimintasuunnitelmat meillä on aika lailla yhtenevät, niin [luettelee 6 paikkakuntaa], eli näitä yksiköitä, jotka näitä palveluja tuottaa niin, niitä on yritetty yhdenmukaistaa. Siitä huolimatta se toimintatapa on aika lailla erilainen.(H12)

Haastatteluiden perusteella hankintasopimukset ovat pitkiä, ”--toistakymmentä vuotta tää sama työterveysasema---” (H4), ja kynnys palvelutuottajan vaihtamiseen korkea, jos siihen mahdollisuuksia olisi ”---kumppanin vaihtaminen on aika iso ja työläs operaatio.”(H8).

Lisäksi hankintaan saattaa vaikuttaa kunnallisten työnantajien kohdalla paine ylläpitää asiakassuhdetta kunnallisen palvelutuottajan kanssa.

Niin se on vähän siltä, et siinä on tietenkin syytä tukea tätä suurimman omistajan strategiaa, sanotaan näin.(H12)

Kunnallisen palvelutuotannon ja palveluhankinnan tapahtuminen samassa organisaatiossa voi tuottaa myös ongelmia hahmottaa asiakassuhdetta.

--- me ollaan myös, tietenkin työnantajana, ollaan me myös --- asiakkaan roolissa sinne työterveyshuoltoon vaikka se nyt meneeki et, miten sen nyt selittää, miten voidaan olla yhtä aikaa osa samaa perhettä ja sitten ikään kuin tuottaa sille samalla, itsellemme niitä palveluita.(H11)

6.2.3 Keskeiset tekijät asiakkuudessa

Luottamus

Luottamukseen liitin ilmaisut, joissa viitattiin suoraan luottamukseen asiakassuhteen keskeisenä tekijänä, puolueettomuuteen ”täysin neutraali” (H9), tietosuojasäännöksiin ja sitoutumiseen pitkäjänteiseen yhteistyöhön, ”me ollaan valmiita panostaan (H1). Myös työterveyspalveluiden asiantuntemukseen ja ammatilliseen pätevyyteen luottamiseen liittyvät ilmaukset liitin luottamukseen, ”on --- luottamus siihen että ---, siellä on ammattitaitoiset ihmiset” (H6).

Luottamus on haastatteluiden perusteella erittäin keskeinen työterveyspalveluiden asiakassuhteen elementti, ja se tulee esiin jokaisessa haastattelussa. Sitä pidetään itsestään selvänä perusedellytyksenä, ja se rakentuu odotukseen asiantuntemuksesta ja pitkäjänteisestä yhteistyöstä, kuten on tulkittavissa seuraavasta vastauksesta ”mistä hyvä asiakassuhde syntyy?” -kysymykseen.

Mun mielestä se kyllä lähtee, no luottamus on ihan semmonen ja --- se henkilöitten tietyllä tavalla pysyvyys, et sit se helpottaa niit keskusteluja ja toimialatunteminen, työympäristön tunteminen on aika avainasemas--- (H5)

Luottamukseen liittyy myös ajatus osapuolten yhteisten tavoitteiden eteen tehtävästä työstä, ”---tuntemus siitä että ollaan yhteisellä asialla, --- on --- erityisen tärkeä...” (H7), johon työterveyshuolto tuottaa puolueettomia kannanottoja ongelmatilanteissa asioiden eteenpäin viemiseksi.

--- ei tartte miettiä että kumpikaan yrittäis toisistaan hyötyä, toisen kustannuksella.(H11)

--- työterveyshuollon rooli siinä tietynlaisena linkkinä, --- ikään kun puolueettomanakin, kumppanina siinä keskustelussa --- että ikään kuin ymmärtää näitten molempien osapuolten näkökulmia siihen asiaan (H7)

Luottamus näyttäisi myös käytännössä vallitsevan asiakassuhteessa. Työterveystoimijoiden asiantuntemusta käytetään ja arvostetaan, koska tämänkaltainen asiantuntemus ei kuulu asiakasyritysten omiin osaamisalueisiin. Asiantuntemukseen liittyvät ammattitaidon lisäksi myös sosiaaliset taidot ja sitoutuminen yhteistyöhön, ”*et miten ne henkilöt siihen lähtee ja suhtautuu*”(H5). Toisaalta nähdään, että myös yrityksen oma sitoutuminen on tärkeää.

--- hyvin vahvasti se asiantuntijuus, joka siellä on, niin sitä ei yleensä löydy meiltä niinku minkäänmoisena. (H8)

--- työterveyshuolto ei pysty yksin sitä hommaa hoitamaan että --- miten me ollaan valmiit sitte yhteistyöhön ja kehittämään (H11)

Luottamukseen toteutumiseen liittyy sekin, että palveluihin liittyvä tietosuoja hyväksytään, koska työterveysasioiden koetaan olevan muihin asiakassuhteisiin verrattuna henkilökohtaisempia, ”*intiimimpää*”(H9). Toisaalta tietosuojan koetaan tuottavan myös ongelmia. Asioiden käsittelyn avoimuus on odotuksena, jolloin ristiriitaa tulee, kun työpaikoilla koetaan, ettei tieto kulje riittävästi tietosuojasäännösten vuoksi.

---tää potilassuoja--- olis hyödyllistä välillä saada jotakin, semmosiakin potilaita koskevia tietoja että se, vois itekki olla auttamassa sitä työntekijää enemmän ehkä. Kun se tietojen kulku, olis, mahdollista.(H10)

Tätä taustaa vasten on ymmärrettävää, että useat haastateltavat kokivat niin sanonut kolmikantaneuvottelut (työnantajan, työterveyshuollon ja asianomaisen työntekijän yhteinen keskustelu) erittäin toimivana työmuotona, koska niissä asioista pystytään puhumaan avoimemmin.

--- on hirveen hyväks koettu nää tämmöset yhteiset keskustelut, missä on työntekijä, työterveyshuollon ihminen, esimies ja sitte mahdollisesti työsuojeluvaltuutettu, henkilöstöjohtaja, tarpeen mukaan mukana.--- niissä saadaan asioita eteenpäin. (H8)

Luottamuksen keskeisyyttä kuvaa se, että sen menetetykseen esimerkiksi tietoturvan rikkoutumisen vuoksi näyttää liittyvän enemmän kriittisyyttä palvelutuottajaa kohtaan, ja silloin ei esimerkiksi arvosteta asiantuntijuutta. Näissä yhteyksissä näyttäisivät korostuvan yksittäisten henkilöiden toimintatavat, joiden kautta sitten koko palvelutuottajan toimintaa arvioidaan.

He [työntekijät] on kokenu, että he ei saa työterveydestä mitään vastaavaa hyötyä

---omista asioista on kuullu kylällä---

--- et mä toivon, et sen sais ---luottamuksen etsittyä. Musta tuntuu, että joidenkin henkilöiden täytyy vaihtua ennen kun se on mahdollista. (H3)

Näyttäisi myös siltä, että luottamuksen syntyminen edellyttää melko paljon vuorovaikutusta. Jos sitä on vähän esimerkiksi suppean palvelusopimuksen myötä, ei välttämättä synny luottamusta siihen, että se mitä saadaan, olisi asianmukaista.

---kun puhutaan tavallaan tästä lakisääteisestä, mikä nyt ei hirveästi velvoita ketään mihinkään, niin eihän siltä nyt kauheasti voi vaatiakaan, mut kyllä saattais kuvitella, että paljon enempikin voitais jossain mielessä saaha. --- meillä on vähän heikot eväät kaiken kaikkiaan kuitenkin. Että jos ei ne nyt työterveyshuollollakaan ole kovin kummoset niin, meillä on vielä huonommat. (H4)

Vuorovaikutus

Vuorovaikutukseen liittyviä teemoja haastatteluissa ovat vuorovaikutuksen onnistumisen osatekijät, kuten työterveyshenkilöstön tavoitettavuus, vuorovaikutustaidot, tiedon kulku ja eri vuorovaikutusmuodot sekä osapuolten aktiivisuus vuorovaikutuksessa ja yhteinen kieli. Vuorovaikutukseen liitin myös sen tiiviyyttä ja tasoja kuvaavat ilmaukset.

Asiakasyrityksissä vuorovaikutus nähdään hyvin keskeisenä tekijänä asiakassuhteessa. Onnistuneeksi koetussa vuorovaikutuksessa työterveyshenkilöstö on hyvin tavoitettavissa ”työterveyshoitaja, jonka kyllä saa kiinni” (H1), ja heidän vuorovaikutustaitonsa ovat hyvät, ”lääkäriin tulee olla kykenevä myös sanomaan ja puhumaan”(H5). Onnistunut vuorovaikutus tuottaa yhteistä kieltä, joka helpottaa asioiden käsittelyä.

Tavallaan se, että se hirveesti helpottaa oikeastaan ajankäytöllisesti sitä asiaa, jos puhutaan siinä mieles samaa kieltä (H5)

Vuorovaikutusmuotoina ja -kanavina työterveyshuollon asiakkuudessa haastatelluissa yrityksissä ovat erilaiset tapaamiset ja keskustelut, puhelut ja erityisesti sähköposti. Henkilökohtaisia kontakteja pidetään hyvin tärkeinä, ja osa näkee myös yrityksen omalla aktiivisuudella olevan merkitystä: ”--- mitä aktiivisempi on ite niin sitä enemmän sieltä saa”(H10). Hyvää tiedonkulkua odotetaan, ja siihen liittyvät tietosuojan tuomat rajoitukset koetaankin jossain määrin ongelmallisina.

Kehittymistä mun mielestä ilman muuta lisää semmonen henkilökohtanen, että ollaan yhteydessä.(H9)

---jos halutaan parantaa ja vaikuttaa niihin asioihin, niin kyl sit täytyis niistä jotain tietääkin.(H5)

Vuorovaikutuksen tiiviyyteen luokittelin ilmaukset vuorovaikutuksen läheisyydestä, ”hyvät suhteet, yhteistyö toimii molemmin puolin” (H12), avoimuudesta sekä tapaamistiheydestä. Haastatteluiden perusteella vuorovaikutuksen tiiviys on vaihtelevaa. Osassa yrityksistä yhteydenpitoa on vähintäänkin viikoittain, mutta osassa selvästi harvemmin, ja tiiviimpää vuorovaikutusta odotetaan.

--- tuotannon esimiehet --- on tietyissä tapauksissa viikoittain yhteydessä, --- mä nyt en oo --- viikottain, mut varmaan kerran kahessa viikossa oon yhteydessä sitte.(H6)

Mutta tietysti yhteisiä palavereita vois olla enemmänkin.(H10)

Kun vuorovaikutusta on paljon, koetaan työterveyshuoltokin läheiseksi asiakasyritykselle. Tämä asiakassuhteen läheisyys on osan mielestä keskeinen tekijä, jossa työterveyspalvelut poikkeavat muista yrityksen hankkimista palveluista. Avoimuuden koetaan lisäävän asiakassuhteen läheisyyttä.

Meillä on hirveen matala kynnyks mun mielestä puolin ja toisin --- elikkä, se varmaan tää molemminpuolinen tuntemus tekee sen kynnyksen aika matalaksi.(H7)

--- et ne henkilösuhteet että se täytyy olla semmonen toimiva ja mutkaton ja avoin sillä tavalla ja asiat puhutaan semmosena kun ne on (H6).

Vuorovaikutuksen määrää näyttäisivät lisäävän yrityksen koon kasvu, ja jossain määrin yrityksen sopimuksen laajuus ”--- että eihän se yhteistyö nyt päivittäistä likimainkaan ole. Paremminkin harvinaista.”(H4, lakisääteiset palvelut). Suurin merkitys näyttäisi olevan kuitenkin asiakasyrityksen omalla aktiivisuudella, sillä pienessäkin yrityksessä vuorovaikutus voi olla tiivistä ja suuressa vähemmän tiivistä.

---jo vuosia voi sanoa että viikottain keskusteltu aina tilannetta, miten se menee (H1, alle 50 työntekijää, lakisääteiset palvelut)

--- työterveyshoitaja käy täällä ehkä kerran, pari vuodessa,---. Että ei se juurikaan näy tässä meidän päivittäisessä toiminnassa, ei millään tavalla (H9, yli 250 työntekijää, myös sairaanhoitopalvelut)

Kirjasin myös erikseen ilmaisia, jotka kuvastavat työterveysyksikön ja asiakasyritysten välisen vuorovaikutuksen eri tasoja eli asiantuntijakeskeisyyttä, asiakaskeskeisyyttä ja dialogisuutta. Näitä eri tasoja näyttää vuorovaikutuksessa olevan. Asiantuntijakeskeisyys

näky esimerkiksi työterveyshuollon perusprosessien kohdalla ja asiakaskeskeisyys taas yhteydenottoina erilaisissa ongelmatilanteissa.

--- työpaikkakäynnit, --- ne on niissä aktiivisia, eli ne oma-alotteisesti ottaa yhteyttä tänne ja kertoo, että me nyt on suunniteltu, että me mennään sinne ja siinä ilmottaa kellonajat ja osallistujat ja kysyy, sopiiko.(H12)

--- esimiehet käyttää paljon työterveyshuoltoa tällasena sisäisenä, ikään kuin sisäisenä konsulttina työyhteisön asioihin.(H11)

Dialogisuutta kuvastavat useat viittaukset toimiviin keskusteluihin, mutta dialogia myös tarvitaan ilmeisesti enemmän, sillä yhteistä ymmärrystä ei välttämättä ole muodostunut *--- se lähestymistapa on erilainen,(H9).*

Mutta kyllä se musta helpottaa, jos on sillai hyvät suhteet, niin se keskusteluyhteys --- on huomattavasti helpompi, ja silloin moni asia yhteistuumin pystytään hoitaa ja avoimemmin puhumaan --- kun ihmiset on samalla aaltopituudella niin, --- ne asiat kuitenkin menee sitte vähä jouhevammin eteenpäin.(H5)

Koska asiakkuusprosessi syntyy toistuvassa vuorovaikutuksessa, luokittelin myös prosessimaisuutta kuvaavat ilmaisut vuorovaikutukseen liittyviksi. Vaikka prosessimaisuus ei tule kovin selvästi esille, on kuitenkin haastatteluita, joissa kuvataan toiminnan pitkäjänteistä yhteistä kehittämistä ja yhteistyötä, jossa on ollut paljon vuorovaikutusta.

K: Mistä tekijöistä sun mielestä syntyy hyvä asiakassuhde?

V: Kyllä se on varmaan semmonen pitkäjänteisen yhteistyön tulos sikäli että, --- meil on pitkään ollu tää sopimussuhde ja tavallaan ne työterveyshuollon toimijat on pitkään ollu tekemisissä meidän työyksikköjen ja esimiesten kanssa, et heillä on hyvin vahva se tuntemus ja taju että mitä täällä tapahtuu ja minkälaisia ihmisiä täällä on töissä ja minkälaisia ongelmia täällä mahdollisesti tulee vastaan että, se on ehkä mun mielestä semmonen keskeinen juttu.(H7)

Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys on haastateltujen mielestä kolmas erittäin keskeinen tekijä työterveyspalveluiden asiakkuudessa, ja sitä kuvaavia ilmaisuja haastatteluissa oli runsaasti. Sellaisiksi luokittelin ilmaukset, joissa asiakaslähtöisyyttä toivotaan, asiakaslähtöisyyden toteutumista kuvaavat ”*Et aina kun joku asia nousee esille, niin kyllä ne siihen tarttuu, kun me vaan tuodaan se asia esille.*”(H12) ja asiakaslähtöisyyden toteutumattomuutta kuvaavat ilmaukset ”*Mää vaan teen niinku ne sanoo.*”(H9).

Työterveyspalveluiden asiakaslähtöisyyttä odotetaan niin ennalta ehkäisevänä toimintana, toimialatuntemuksena, aktiivisuutena yrityksen tilanteiden muutoksissa kuin riittävänä palvelulaajuutena, joka vastaa yrityksen tarvetta.

--- työterveyshuollon --- pitäis aktiivisemmin haluta tietää, mitä yrityksessä on tai siellä työpaikalla on tapahtumassa ja miten he voisivat linkittää sitä omaa toimintaansa tukemaan sitä yrityksen ydintekemistä ja menestymistä (H8)

Aktiivinen tarttuminen asiakasyrityksen ongelmatilanteisiin on useiden haastateltavien toive. Erityisesti haastatteluista tulee esille tarve saada tukea ja ratkaisuvaihtoehtoja työntekijöiden pitkittyvissä sairauspoissaoloissa ja niiden ehkäisyssä sekä muutoinkin sairauspoissaolojen asiakaslähtöisessä arvioinnissa.

--- niitten osalta kellä on paljon sairauspoissaoloja, että tehtäs sille jotain.(H9)

Ongelma tulee oikeastaan sillon esille, kun työntekijä on pitkällä sairaslomalla ja sen paluu työhön on epävarmaa ---, ja tällänen uudelleensijotustoiminta ---. Työterveyshuollon pitäis pystyä jollakin tavalla tukeen sitä toimintaa.(H12)

Asiakaslähtöisyyden toteutumiseen liitin maininnat toiminnan yhteisestä suunnittelusta, viittaukset nimettyyn henkilökuntaan sekä maininnat toimialan, yrityksen toiminnan ja henkilöstön tuntemisesta ”*me tiedetään ja tunnetaan --- toisiamme ja toistemme toimintaa*” (H7). Asiakaslähtöisyys näyttää toteutuvan hyvin joidenkin yritysten kanssa. Se näkyy työterveystoiminnan yhteisenä suunnitteluna, ”*tehään yhdessä kehitysprojekteja*” (H6) ja siinä, että toimenpiteissä on huomioitu asiakasyrityksen tilanne. Yrityskohtaisesti nimettyä henkilöstöä pidetään hyvänä asiakkuuden hoitona, koska sitä kautta yleensä yrityksen tilanne ja toimialan tuntemus on hyvällä tasolla, mitä haastateltavat pitävät erittäin tärkeänä asiana.

--- siellä on tieto meidän toiminnasta, ne tietää että minkälaisia, minkälaista henkilökuntaa meillä on, ja ne ---, on pystynyt vastamaan niihin tarpeisiin ja toiveisiin mitä meillä on ollu. (H11)

--- ja toimialatunteminen, työympäristön tunteminen on aika avainasemas, et tiedetään vähän oikeasti, et mitä se työ tuolla on ja mitä mahdollisuuksia on. (H5)

Osassa yrityksistä asiakaslähtöisyys ei kuitenkaan toteudu, mihin liittyviksi luokittelin viittaukset palvelutuottajien passiivisuuteen tai palvelutarjontaan, joka ei täytä asiakasyrityksen tarpeita.

Pienet yksiköt, tai pienemmät yksiköt keskittyy ehkä enempi siihen sairausvastaanottoon. Niitä ei niin hirveesti varmaan kiinnosta, kummosissa työtiloissa ihmiset työskentelee, kummoset työolosuhteet niillä muuten on, kummonen ilmapiiri, henki siellä työpaikoilla on.--- Eli tavallaan tää ennalta ehkäisevä, ennakoiva toiminta on siellä ehkä vähän huonommin hoidettu--- (H12)

Osassa vastauksista näkyy selvästi toiminnan asiantuntijalähtöisyys, johon asiakas on tyytynyt tai sitten niin, että asiakas on yrittänyt aktivoida työterveysyksikköä asiakaslähtöisempiä palveluita saadakseen.

--- niin ne hyvin pitkälti määrittää ne että miten täällä toimitaan. Eihän meillä oo sanan sijaa sen suhteen.(H9)

--- me on muutaman kerran yritetty oikein kaivaa niitä sieltä kuopistaan niitä työterveyshuoltoihmisiä---, et ne on vähän hitaasti lähtee liikkeelle. (H12)

Palveluiden saatavuus

Työterveyspalveluiden saatavuus nousee haastatteluissa myös keskeiseksi tekijäksi asiakassuhteessa. Teemaan liitin ilmaisut, joissa mainittiin työterveysyksikön resurssien riittävyys ja palvelutarjonnan laajuus, ”---lääkärille ei taho päästä---(H6), lähipalveluiden tarjonta ja pätevän resurssin saatavuus. Palveluiden saatavuuteen liittyviä ilmaisia on paljon.

Työterveyspalvelutuottajien resurssien riittävyyteen liittyvät erityisesti sairaanhoidon ja lääkäreiden saatavuus, pienen yksikön palveluiden niukkuus sekä ajankäyttö asiakasyrityksen tarpeille. Työterveysyksiköiden resurssivajeen vuoksi asiakasyritykset eivät aina saa sellaista palvelukokonaisuutta tai sellaista määrää palveluita kuin toivoisivat.

---laajempaa sopimusta ei oo saatu resurssien vähäisyydestä johtuen ---. (H1)

--- tavallaan varmasti yritystä on, mut onko sitte mahdollisuuksia siihen että, ehtii oikeesti paneutuu niihin yrityksen asioihin siitä oikeesta näkökulmasta.(H5)

Lääkärivaje koetaan isoksi ongelmaksi sekä yksilöasiakkaiden että myös laajemmin palvelukokonaisuuden kannalta. Kun lääkärivaje on korjattu, saatetaan kokea koko palvelun tason nousevan. Toisaalta mikä tahansa resurssi ei täytä odotuksia, vaan toimivaan asiakkuuteen odotetaan kuuluvan asiantuntevat toimijat, ”ettei vaan repäistä jostain jotain keikkalääkäriä” (H5).

--- varsinkin nyt kun --- on sitte muutaman vuojen ajan ollu käytettävissä myös työterveyslääkäri, niin se on vielä erityisen hyvin minusta onnistunu että --- kaikki on kyllä ollu varsin tyytyväisiä siihen työterveyshuollon palvelutoimintaan että, saamme sitä mitä ostamme.(H7)

Lisäksi palveluiden sujuvuuden kannalta niitä odotetaan saatavan kohtuulliselta etäisyydeltä, ”Et kyl ne palvelut pitää saaha samasta paikkaa mahdollisimman pitkälle--- ” (H6), minkä haasteellisuus kyllä tunnustetaan, kun toimitaan laajalla maantieteellisellä alueella. Siksi osa haastatelluista pitääkin hyvänä ratkaisua, jossa vastaanottoa pidetään yrityksen tiloissa.

Aineistossa oli kuitenkin yksi haastattelu, jossa palveluiden saatavuus ei tule esille lainkaan, vaikka vastaajan näkemys työterveyshuollosta on hyvin sairaanhoitopainotteinen.

Laatu

Työterveystoiminnan laatuun liittyviksi tulkitsin ilmaisut, joissa tulee esiin asiakastyytyväisyys eri tavoin ”kyllä näitä on hyviä kokemuksia” (H10), laadun puutteet tai työterveystoimijoiden palvelualltius ”löytyy semmosta innostusta ja kiinnostusta” (H6). Kaiken kaikkiaan laatuun liittyviä ilmauksia on runsaasti. Ongelmana on erottaa, milloin arvioidaan pelkästään asiakassuhdetta ja milloin toiminnan sisällön laatua.

Työterveyspalveluiden hyvä laatu koetaan tärkeäksi asiaksi. Kun haastateltavat arvioivat yhteistyön toimivuutta he ottavat huomioon oman näkemyksensä lisäksi yrityksen esimiesten ja muun henkilöstön mielipiteet, ”--- henkilöstö ei oo ainakaan valittanu” (H1), mutta viittaavat jossain määrin myös muiden työnantajien tekemiin arvioihin, ”Harvat varmaan kehuu”(H2).

Ja se viesti mitä meille taas meille lähiesimiehiltä on niin, on kuitenkin, on ollu se että työterveyshuolto on ollu, tiivis kumppani--- (H11)

Haastattelussa kysyttiin erikseen haastateltavien tyytyväisyyttä yhteistyöhön, ja vastausten mukaan haastateltavat ovat pääosin melko tyytyväisiä ”--- vois sanoa et ihan keskimäärin ok.”(H5) tai erittäin tyytyväisiä yhteistyöhön. Kuitenkin on nähtävissä, että jos luottamus on menetetty, on tyytyväisyyskin huonoa. Lisäksi tyytyväisyyden ja toiminnan muukin arviointi on vaikeaa, jos yhteistyötä on vähän.

Luottamuspuola on henkilöstölle muodostunu. ---

--- ei kovin tyytyväinen --- (H3)

Kyllä me varmaan on koko lailla oltu tyytyväisiä tähän palveluun sitte kuitenkin. Jos ei oltais oltu niin varmaanhan se ois vaihtunu tässä jo moneen kertaan ---

--- Ja ei mulla sen kummempaa kuvaa tossa.

Mutta ei se nyt kuitenkaan niin ihmeellistä oo. (H4, lakisäätteiset palvelut)

Laadun puutteeksi yleisellä tasolla koetaan laadun vaihtelu joko yhden palvelutuottajan toiminnassa tai sitten vaihtelu palvelutuottajien välillä, jos asiakassuhde on useampaan yksikköön, ”--- palvelutaso --- pitäis olla sillä tasolla jatkuvasti, mitä siit maksetaan”.(H5) Hyvälaatuiselta työterveystoiminnalta odotetaan palvelualltiutta, ja sen puuttuminen näytetään

koettavan huonoksi laaduksi. Tässä kohtaa moni viittaa yksittäisten henkilöiden merkitykseen asiakassuhteen onnistumisen rakentamisessa.

--- palvelukyky, palveluhalu, ammattitaito, niistähän se tulee, (H6)

Se on aika paljon kyllä kiinni henkilöistä. Jos on semmonen aktiivinen, ulospäin suuntautunut työterveyshoitaja, asiat sujuu tosi upeesti. Et sitä voi tehdä niin monella tavalla (H12)

Asiakkuuksien johtaminen

Asiakkuuksien johtamiseen liittyviä mainintoja aineistossa oli vähän, joten se ei ilmeisesti näy asiakassuhteessa. Asiakkuuksien johtamiseen liitin vastaukset, joissa mainittiin resurssien järjestäminen työterveyshuollon toimintaan ja erilaiset yhteydenotot työterveysyksikön johtoon asiakkuusasioissa. Asiakkuuksien johtamista kunta-alalla hankaloittaa yhteistyö kuntien kanssa, mikä näkyy esimerkiksi käytettävissä olevien resurssien laadussa ja määrässä, millä on vaikutusta asiakkuuksiin: *--- kunnallinen organisaatio ei oo halunnu ohjata niitä resursseja sinne riittävästi (H1).*

Markkinointi

Markkinointiin liitin ilmaukset, joissa viitataan markkinoinnin odotukseen tai sen puutteeseen *”he ei oo markkinoinu” (H1)*, toteutuvaan markkinointiin sekä markkinoinnin tuottamiin odotuksiin palveluiden tuottamisessa. Vain yksittäiset haastateltavat ilmaisevat odottavansa tai kokeneensa säännöllistä ja aktiivista markkinointia, joten markkinointi ei näytä olevan kovin keskeinen tekijä kunnallisten työterveyspalveluiden asiakkuudessa.

Työterveysyksiköt tiedottavat toiminnastaan jonkin verran, mutta tiedotus on enemmän perustoimintaan liittyvää kuin markkinointia. Markkinoinnin puutteen yritykset ovat tulkinneet johtuvan resurssipulasta tai markkinointiosaamisen puutteesta: *”onko tavallaan sitä osaamista tai tavallaan sitä ajatusmalliakaan siihen suuntaan että pitäis enempi myydä ja markkinoida niitä palveluita” (H6)*. Kun markkinointia ja tiedottamista on meneillään olleen työterveyspalveluiden organisaatiomuutoksen yhteydessä tehty, on se lisännyt odotuksia tulevan toiminnan suhteen: *”---odotan mielenkiinnolla, että mitä sieltä alkaa kuulumaan”(H3)*. Toisaalta markkinoinnilla luotuihin odotuksiin tulisi pystyä vastaamaan, jotta asiakassuhde palvelutuottajaan säilyisi.

”--- me on kaks vuotta kokeiltu jotain muuta--- tää palveluitten tarjoaminen, myynti, markkinointi oli tällä [hyvällä] tasolla verrattuna sitten tähän kunnalliseen, mut sitten taas ammattitaito ja palvelujen tuotto oli päinvastoin, ---(H6)

Suunnitelmallisuus

Yrityksen työterveystoiminnan suunnitelmallisuuteen liittyviä ilmauksia aineistossa on melko vähän, minkä perusteella se ei näyttäisi olevan kovin keskeinen tekijä asiakassuhteessa yritysten näkökulmasta. Liitin tähän teemaan vastauksia, joissa puhuttiin yhteisestä suunnittelusta, suunnittelun pitkäjänteisyydestä, suunnitelmallisuuden puuttumisesta sekä raportoinnista. Osassa haastatteluista ei mainita toiminnan suunnittelua lainkaan tai esimerkiksi toimintasuunnitelma mainitaan ikään kuin rutiinina ilman ajatusta yhteisestä suunnittelusta.

Kun suunnittelua on, näyttää siltä, että yhteistä työterveystoiminnan suunnittelua tehdään joko vuosisuunnitelmatasolla tai sitten pitkäjänteisesti niin kuin tuli esille jo asiakaslähtöisyydenkin kohdalla. Työterveys- ja työsuojeluasioissa aktiivisissa yrityksissä suunnitelmallisuutta näyttäisi olevan enemmän kuin passiivisissa yrityksissä. Osassa yrityksiä toiminta *”on mennyt niin sanotusti ---, vanhalla painollaan,---*” (H3), mutta toisaalta osa haastateltavista kyllä kaipaa lisää suunnitelmallisuutta ja raportointia. *”---tilastointia ja, raportointia työnantajan suuntaan--- yleisellä, tasolla --- että, mihkä kannattais työnantajana kiinnittää huomioo.”*(H10).

Neuvotteluvoima ja työterveyshuollon perusprosessit

Asiakkuusteeman teoriakäsitteiden ulkopuolelta haastatteluista löytyy myös muita työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välisessä asiakassuhteessa keskeiseksi koettuja asioita. Yhdessä haastattelussa työterveyspalveluiden asiakassuhteeseen elementtinä on yritysten yhteinen edunvalvonta, ja yhteistyöllä neuvotteluvoiman kartuttaminen kuntaan päin hyvien työterveyspalveluiden saamiseksi alueen yrityksille.

--- me ollaan valmiita panostaan ja käymään debattia sitten omasta ja sitten myös muitten yritysten puolesta siitä että mitä ne tarpeet todella on, että ku on eri tyyppisiä yrityksiä, eri näkösiä tarpeita varmaan niillä (H1)

Teorian tuottaman analyysirungon ulkopuolella syntyy myös työterveyshuollon perusprosessit -luokka, koska useat haastateltavat nimeävät keskeisiksi asiakkuuden osatekijöiksi yhden tai useampia työterveyshuollon perusprosesseista eli esimerkiksi terveystarkastukset, työpaikkakäynnit tai sairaanhoidon.

K: Millainen on asiakkuutenne työterveyshuollon kanssa? ---

V: --- hyvin pitkältihän ne on näitä lakisääteisiä tapaamisia, työpaikkaselvitykset, työsuojelutoimikunnan kokouksissa käydään, työterveystarkastukset, lähinnä yhteydenpidot on näitten tiimoilta.(H5)

V: Mun mielestä se on hyvin pitkälti sitä, eliä [työntekijät] ku sairastuu, niin sieltä haetaan sit se sairastodistus. Mun mielestä se kiteytyy siihen, 90-prosenttisesti.(H9)

Työterveyshuollon perusprosesseihin viitataan sekä kysyttäessä millainen asiakkuus on, mistä se koostuu ja joissakin tapauksissa myös kysyttäessä, mitkä asiat asiakassuhteessa sujuvat hyvin. Monet viittaavat näiden toimintojen lakisääteisyteen tai siihen, että ne ovat ”*ne tietyt rutiinit mitkä hoidetaan rutiininomaisesti ja ne toimii siellä taustalla*” (H6).

6.2.4 Kumppanuus ja palvelutuotannon perusnäkökulmat

Tutkin haastatteluista myös sitä, nähdäänkö työterveyshuollon asiakassuhde kumppanuutena tai tuleeko kumppanuus muutoin esille. Kumppanuuteen suoraan viittaavia ilmaisuja, on haastatteluissa melko vähän. Sellaisiksi luokittelin ilmaukset, joissa kumppanuus nähdään tavoitteena, ”*ainakin sen tulisi olla kumppani*” (H8), sekä joissa viitataan kumppanuuden toteutumiseen tai sen toteutumattomuuteen ”*--- meillä se on todellista kumppanuutta*” (H11).

Kumppanuus on joidenkin yritysten mielestä työterveystoiminnan suhteen tavoiteltava tila, jolloin toimintoja yhteen sovitettaisiin molempia osapuolia hyödyttävällä tavalla:

---linkittää sitä omaa toimintaansa tukemaan sitä yrityksen ydintekemistä (H8)

--- että nähtäs, että siitä vois olla lisäarvoa myös työterveyshuollolle, ---, niin siinähan opitaan silloin puolin ja toisin varmaan lisää (H8)

Nyt ehkä voi olla toistepäinkin, että ne tarttee joskus meiltäkin apua,--- (H2)

Osa haastatelluista kokee kumppanuuden toteutuvankin työterveyspalveluissa, jolloin on saavutettu yhteinen kieli tai ymmärrys toiminnan suunnasta ja tavoitteista, vaikka suurin osa ei puhukaan kumppanuudesta suoraan tässä yhteydessä.

---ei tartte miettiä että kumpikaan yrittäis toisistaan hyötyä, toisen kustannuksella.(H11)

--- et näillä on hyvin samanlainen tapa ajatella asioista, miten saahaan edistettyä niitten työntekijöitten terveyttä.(H2)

Toisaalta osan kohdalla asiakassuhteessa ei juuri ole tapahtunut kehitystä tai yhteistä ymmärrystä ei ole saavutettu, ”*--- meil on tämmönen näkemys näistä asioista*” (H9). Tällainen näkemys näyttäisi liittyvän asiakassuhteisiin, joissa on vähemmän vuorovaikutusta.

K: Onko asiakassuhde työterveysyksikköön muuttunut?---

V: Ei se varmaan tässä oo oikeestaan muuttunu viimeeseen yli kymmeneen vuoteen mitenkään.(H4)

Kirjasin haastatteluista myös viittauksia laajempiin työterveystoimijoiden palvelutuotannon perusnäkökulmiin eli palvelunäkökulmaan, ydintuotenäkökulmaan, hinta- ja imagonäkökulmaan (ks. sivu 8). Palvelunäkökulmaa edustavaksi luokittelin kaikki sellaiset sekä positiiviset että negatiiviset maininnat, joissa tulee laajasti esille asiakkaan näkökulma tai asiakkaan arvotuotanto ”*siinä on ajateltu justiin sitte työnantajan taloudellistakin näkökulmaa*”(H7). Tulkitsin myös tähän osioon kuuluviksi palveluiden kokonaisuuteen liittyvät ilmaisut ”*--- niin joka paikkakunnalla pitäis olla mielellään saman tasoset palvelut.*”(H1). Sellaiset kohdat, joissa viitataan yksityiskohtaisiin toiveisiin, liitin asiakaslähtöisyyteen.

Työterveyspalveluilta toivotaan pääosin kokonaisvaltaista palvelua, tarvittaessa verkostoissa toteutettuna, jolloin vastataan asiakasyrityksen tarpeisiin ja palveluita kehitetään johdonmukaisesti. Tarpeita ovat esimerkiksi yrityksen toiminnan sujuvuus ja mahdollisuus kilpailla osaavasta henkilökunnasta.

--- kokonaisvaltanen kehittäminen tietysti sitten tuolla hyvinvoinnin ja jaksamisen puolella... (H6)

--- me --- haluttas --- että meillä ois ihan, vähintään samanlaiset palvelut, jotta meidän työnantajat kykenee hyvistä työntekijöistä kilpaileen sitäkin kautta (H1).

Asiakkaan arvotuotannon aikaansaamiseksi osa toivoo myös vastuunottoa niin, että hyvään työpaikkatuntemukseen perustuen pystyttäisiin löytämään monimuotoisia ja kokonaisnäkemystä sisältäviä ratkaisuja:

--- et kuinka paljon näitä tämmösiä peukalo paketissa –ihmisiä meillä oikeen on sitte viikkoja pois työelämästä, sen vuoksi että ei vaan kukaan tajua, että tässä vois joitakin muita vaihtoehtoja olla sitte.(H8)

Ainakin yhden haastattelun perusteella näyttäisi siltä, että jos haastateltavan käsitys työterveyspalvelusta on kovin sairaanhoitopainotteinen, koetaan palvelutuottajan ja asiakasyrityksen näkökulmien olevan erilaiset.

--- me ehkä mietitään sitä, että kaikki menis mahollisimman sujuvasti ja ois mahollisimman vähän poissaoloja,--- Ja tietysti taas työterveyshuolto haluaa hoitaa sitä ihmisen terveyttä, että meil on tämmönen näkemysero näistä asioista.(H9)

Lisäksi erityisesti yksityisten yritysten näyttäisi olevan jossain määrin vaikea ymmärtää, etteivät ne saa riittävästi palveluita, vaikka niistä on hankintasopimus, jolloin palvelunäkökulma ei toteudu. Ylipäänsä yrityksissä nähdään keskeisenä, että työterveyspalveluista saadaan aikaa riittävästi yrityksen tarpeille vastaavasti kuin sitä odotetaan muissakin palveluissa, ja myös verkostoyhteistyötä odotetaan.

Mutta taas sit sen verran täytyy olla asiakas, --- että jos ostetaan palvelu niin mehän odotetaan sieltä myös, että meille löytyy aikaa ja palvelua--- Ihan samahan se on kaikkialla pankis ja muualla, et kuin paljon sulle on aikaa-- (H5)

Et siinä mielessä se ajan löytäminen sille asiakkuuden hoitamiseksi olis varmaan se keskeinen asia. Et jos työterveyshuollossa ei sellaiseen ole allokoitu aikaa, niin vaikea nähdä, et kuinka asiakkuutta voitaisiin oikeesti hoitaa.(H8)

Ydintuotenäkökulmaa edustaviksi luokittelin ilmaiset, joissa viitattiin työterveyspalveluyksikön omiin tuotteisiin keskittyvään palveluajatteluun. Monissa haastatteluissa mainitaan erilaisia työterveyshuollon perusprosesseja, kun kysytään, mitä työterveyshuollon asiakkuus sisältää, mutta tulkitsin niin, että siinä yhteydessä ne mainittiin eri merkityksessä. Ydintuotenäkökulmaan viitataan silloin, kun asiakasyrityksen edustaja on kokenut, että palvelutarjonta lähtee palvelutuottajan intresseistä:

--- eikä niinpäin, että meillä on nyt tällanen toimintamalli, et haluattehan tekin ottaa tämän nyt käyttöön. --- et ne omat toiminnat ympäröivät asiakkaille. Vaikkei ne asiakkaille edes sopisi, niin se on minusta vähän semmonen kummallinen lähtökohta kaikkeen toimintaan tänä päivänä. (H8)

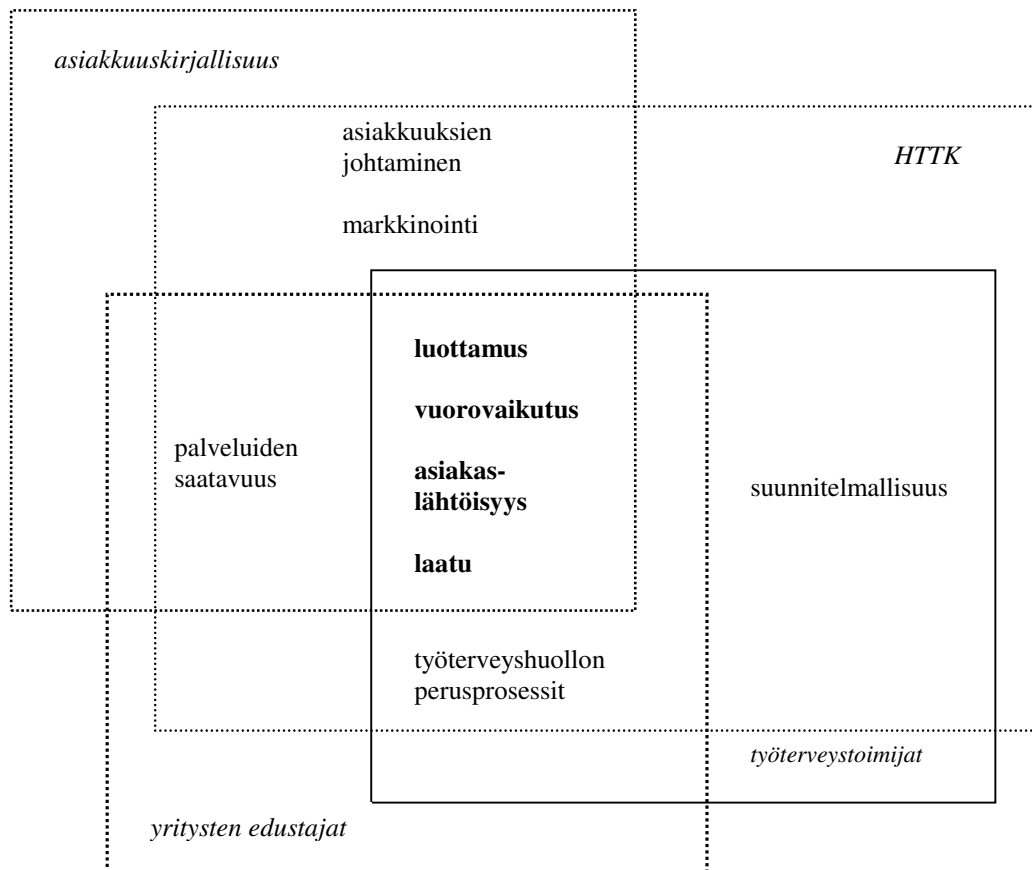
Ne haastateltavat, jotka toivovat kokonaisvaltaista työterveyshuollon toimintaa, nostavat esille sen, ettei ydintoimintoihin keskittyminen ole riittävä, ”että se ei ois ikään ku sellasta mekaanista terveystarkastusta--- (H7), vaan se on ikään kuin minimitaso, josta palveluiden tulisi kehittyä.

Et kyllähän sen perus työterveyshuollon ja tän sairaudenhoidon ja nää lakisäätteiset asiat, niin kyllähän ne saa hoidettua minkä kumppanin kans hyvänsä. (H8)

Haastatteluissa ei tule esille palvelutuotannon hintanäkökulma lukuun ottamatta yhtä mainintaa, jossa palvelutuottajan vaihtoa harkitseva kriittinen haastateltava toteaa ” sen verran otan selvää, että mitä on muiden palvelujen hinnat”(H3). Varsinaisesti hinnoilla kilpailua ei tule kuitenkaan esiin. Myöskään imagonäkökulma ainakaan brändinrakennus -mielessä ja markkinoinnin välineenä ei tule mielestäni mitenkään esille.

7 TULOSTEN YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkielmassa selvitettiin, mikä on keskeistä työterveyspalveluiden asiakkuudessa ja asiakassuhteen kehittämässä. Tutkimuksessa käytettiin kahta aineistoa, työterveystoimijoille tehtyä kyselyä ja yritysten edustajien teemahaastatteluita. Molempien aineistojen analyysit tuottivat tuloksen, jossa luottamuksen, vuorovaikutuksen ja asiakaslähtöisyyden keskeisyys määritteli asiakkuutta. Lisäksi suuri merkitys oli laadulla ja palveluiden saatavuudella, jota erityisesti yritysten edustajat pitivät tärkeänä. Työterveystoimijat pitivät hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti suunnitelmallisuutta melko keskeisenä, mutta haastatteluissa suunnitelmallisuus ei tullut kovin vahvasti esille. (Kuvio 8).



KUVIO 8. Työterveystoimijoiden ja asiakasyritysten edustajien sekä hyvän työterveyshuoltokäytännön (HTTK) ja asiakkuuskirjallisuuden perusteella muodostuneen asiakkuuskäsityksen mukainen näkemys keskeisistä asioista asiakassuhteessa.

Sekä yritysten edustajat että työterveystoimijat näkivät keskeiseksi osaksi asiakassuhdetta myös työterveyshuollon perusprosessit (terveystarkastukset, työpaikkakäynnit, sairaanhoito), joita ei esiinny yleisessä asiakkuuskirjallisuudessa, mutta joiden rooli hyvässä työterveyshuoltokäytännössä on suuri. Asiakkuuskirjallisuudesta poiketen myöskään asiakkuuksien johtaminen ja markkinointi eivät nousseet yhtä keskeisiksi tekijöiksi kuin edellä mainitut tekijät. Työterveystoimijoiden iällä ja työkokemuksella, työyhteisön henkilömäärällä ja ammattiryhmällä oli hieman vaikutusta kyselytuloksiin, mutta pääosin erot taustamuuttujaryhmien välillä olivat vähäisiä. Kuviossa 8 kuvataan työterveystoimijoiden ja asiakasyritysten edustajien vastausten sijoittumista suhteessa toisiinsa, hyvään työterveyshuoltokäytäntöön ja asiakkuuskirjallisuudesta muodostuneeseen käsitykseen asiakkuudesta.

7.1 Työterveyspalveluiden asiakassuhde kunnallisten työterveyspalveluiden kontekstissa

Kunnallisia työterveyspalveluita tuotettiin tutkimusalueella ja tutkimusajankohtana Keski-Suomessa suomalaisittain hyvin tyypillisillä järjestelyillä. Suurin osa palvelutuottajista oli pieniä yksiköitä, jotka toimivat osana paikallista terveyskeskusta. Yksiköiden koon jakauma painottui valtakunnalliseen tasoon nähden hieman enemmän pieniin alle 1000 henkilöasiakkaan ja keskisuuriin 1000–4000 henkilöasiakkaan yksiköihin. Pienillä yksiköillä on harvoin omaa työterveyspalveluihin keskittyvää johtoa, ja palvelutuottajat ovat usein kuntansa ainoita palvelutuottajia. Lisäksi suuri osa sopimuksista koskee vain lakisääteisiä palveluita. (vrt. Manninen ym. 2009, 12–16, 108.)

Tähän kunta- ja palvelurakennetta kuvastavaan asetelmaan liittynevät tässäkin tutkimuksessa esille tulleet pienten yksiköiden ongelmat, kuten resurssien riittämättömyys ja palveluiden huono saatavuus osalla paikkakunnista. Asiakkuuskirjallisuudessa lähdetään pääosin oletuksesta kilpailutilanteesta (esim. Grönroos 2009; Selin & Selin 2005; Lahtinen & Isoviita 1994), mutta siitä poiketen tällä tutkimusalueella, kuten pienillä paikkakunnilla muutoinkin, kilpailu on toistaiseksi ollut vähäistä. Hinta- ja imagonäkökulmien vähyys liittyy kilpailun puutteeseen, vaikka kyselyssä työterveystoimijat pitivätkin imagoa melko keskeisenä tekijänä. Työterveystoimijoiden imagonrakennus liittyykin ehkä enemmän hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen toiminnan imagoon kuin markkinointi-imagoon. Toisaalta asiakasyritykset eivät pitäneet työterveyspalveluita kalliina, joten hintakysymykset eivät ole ehkä olleet senkään vuoksi esillä.

Palveluiden saatavuutta on asiakkuuskirjallisuudessa käsitelty lähinnä palvelupisteiden sijoittamisen ja niiden palveluympäristön kehittämisen tai erilaisten palvelukanavien luomiseen liittyvänä asiana (esim. Ylikoski 1999; Grönroos 2009). Tämä näkökulma tulee esille myös tämän tutkielman haastatteluissa, mutta keskeisempiä kysymyksiä niissä ovat kuitenkin palveluiden määrän ja laajuuden ongelmat. Resurssien niukkuus näyttäisi jossain määrin herättävän epäilystä myös palveluiden laadusta. Erityisesti lääkäreiden saatavuus on kriittinen tekijä asiakasyritysten mielestä, ja myös ammattitaitoon kiinnitettiin huomiota. Myös työterveystoimijat kokevat resurssien vähyyden ongelmaksi asiakassuhteen kehittämisessä. Isommissa työterveysyksiköissä on kyselyn perusteella enemmän asiakasyritysten tapaamisia kuin pienissä alle 10 työntekijän yksiköissä. Tämä viittaa siihen, että isoissa työterveysyksiköissä olisi paremmat resurssit toimia, niin kuin Mannisen ym. (2009) selvityksessään on todettu. Haasteeksi muodostuu pienten yritysten tapaamistiheyden lisääminen kaikenkokoisissa työterveysyksiköissä.

Joissakin asiakasyrityksistä herättää haastatteluiden perusteella kummastusta se, etteivät kunnat ole olleet valmiita ohjamaan resursseja työterveyspalveluihin kysyntää vastaavasti, ja osa yrityksistä onkin pyrkinyt vaikuttamaan tilanteeseen aktiivisesti. Vastaavanlaista yhteisvoimin vaikuttamista on kokemukseni mukaan ollut muillakin alueilla Suomessa. Palvelutuottajan vaihtaminen ei ole yleensä realistinen vaihtoehto, sillä pienet asiakasyritykset niukoilla sopimuksillaan eivät houkuttele yksityistä palvelutarjontaa alueelle. Jonkin verran yksityiset palvelutuottajat tekevät alihankintasopimuksia kunnallisten palvelutuottajien kanssa. Asiakassuhteen kehittymisen kannalta on haasteellista, että työterveystoimijat pitävät alihankintasopimuksia vähiten asiakassuhdetta kehittävänä tekijänä, ja monien on vaikea ylipäänsä arvioida niiden merkitystä asiakassuhteessa. Se selittyy ainakin osaksi sillä, että alihankkijoina työterveysyksiköillä ei ole välttämättä kovin suurta neuvottelumahdollisuutta palveluiden asiakaslähtöiseen kehittämiseen.

Asiakkuuskirjallisuudessa markkinointi, ja palveluiden osalta nimenomaan asiakassuhdemarkkinointi, on keskeinen tema ja olennainen osa koko asiakkuusprosessia (esim. Grönroos 2009; Lahtinen & Isoviita 1994). Työterveyspalveluiden markkinoinnin puute tutkimusalueella on siten selkeästi teoriasta poikkeava tulos. Sitä selittänee osittain resurssien niukkuus: ei voida markkinoida, kun ei pystytä vastaamaan kunnolla nykyisenkään kysyntään, ja toisaalta markkinointia ei ole tarvittu, kun asiakkaita riittää joka tapauksessa kilpailun puutteen vuoksi. Toisaalta työterveystoimijat eivät näytä pitävän markkinointiin

liittyviä tekijöitä kokonaisuutena niin keskeisinä asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavana tekijöinä kuin muita tutkittuja tekijöitä. Myös markkinointiosaaminen arvioitiin riittämättömäksi, mikä selittynee ainakin osittain sillä, että terveydenhuollon henkilöstön koulutukseen ei ole juurikaan kuulunut markkinointikoulutusta.

Lääkäreiden näkemys markkinointitekijöiden pienemmästä tärkeydestä kuvastanee heidän toimenkuvansa painottumista enemmän potilastyöhön kuin asiakassuhteen rakentamiseen. Fysioterapeutit tunnistavat markkinoinnin osaamispuutteet parhaiten kenties siksi, että ammattiryhmässä on paljon yritystoiminnassakin mukana olevia henkilöitä. Kokeneimmat työntekijät taas ovat mahdollisesti nähneet käytännön työssä markkinointiosaamisen puutteiden seuraukset esimerkiksi asiakasmenetyksinä. Vähäiselläkin markkinoinnilla näyttää olevan merkitystä, mikä puolestaan korostaa sitä, että kun herätetään odotuksia, niihin tulisi pystyä myös vastaamaan.

Työterveyspalveluiden hankkiminen asiakasyrityksiin pelkän lakisääteisyyden vuoksi on osa tätä kunnallisten työterveyspalveluiden kontekstia, ja yritykset mainitsivatkin lakisääteisyyden olevan muista asiakassuhteista poikkeava piirre. Kunnallisella yksiköllä on velvollisuus ottaa asiakkaaksi kaikki palveluita haluavat (Kansanterveyslaki 66/1972), myös ne, joiden tavoite on vain täyttää lain määräämä minimivelvoite, jolloin motivaatio yrityksen oman työterveystoiminnan kehittämiseen saattaa olla vähäinen. Työterveysyksiköissä on ehkä osaltaan tehty niukkojen resurssien käytön priorisointia, ja yhteistyöaktiivisuus on keskitetty suurempiin asiakasyrityksiin, niin kuin kyselyvastaukset viittaisivat. Asiakasyrityksen aktiivisuus nähdään kuitenkin työterveysyksiköissä tärkeimpänä asiakkuuteen vaikuttavana tekijänä, ja erityisesti pienten yritysten aktiivisuuden lisääntymistä toivotaan. Myös haastattelutulokset viittaavat siihen, että asiakasyrityksen oma aktiivisuus on merkittävämpi asia kuin asiakasyrityksen koko asiakassuhteen tiiviydessä.

Kunnallisen työterveystoiminnan kilpailuttomaan kontekstiin liittyy myös se havainto, että työterveystoimijat eivät pidä talouteen liittyviä tekijöitä kovin keskeisinä asiakassuhteen kehittymiselle: asiakasyrityksen tuottamaa tuloa, asiakasyrityksen taloudellista tilannetta ja talouden kielen käyttöä asiakassuhteessa ei pidetty erityisen keskeisinä seikkoina. Myös Marson (2001) ja Hämäläinen (2008) ovat tutkimuksissaan todenneet ongelmaksi sen, etteivät työterveystoimijat osaa kuvata toimintansa arvoa taloudellisin termein. Haastatteluiden perusteella asiakasyritykset kuitenkin odottavat taloudellisten näkökulmien huomioimista ja

taloudellisen vaikuttavuuden osoittamista, mikä on myös havaittu aiemmissä tutkimuksissa (Heikkinen 2007). Toisaalta työterveyspalveluiden liikelaitostaminen tulee nostamaan kaikki taloudelliset näkökulmat nykyistä enemmän esille kunnallistenkin työterveysyksiköiden arjessa.

Työterveysyksikön resursointi, markkinointi ja osaamisen riittävydestä huolehtiminen liittyvät asiakkuuksien johtamiseen, joka ei juurikaan haastatteluissa tule esiin, vaikka kirjallisuudessa se on keskeinen osa asiakkuuksien rakentamista (esim. Grönroos 2009; Storbacka & Lehtinen 2005; Ylikoski 1999). Työterveystoimijat pitävät johtamista melko keskeisenä tekijänä asiakassuhteen kehittymiselle varsinkin yli 10 työntekijän yksiköissä, joissa yksikkökoko muutoinkin edellyttäneen enemmän johtamista. Pienissä yksiköissä niukoilla resursseilla toimittaessa ei asiakkuuksien johtamiseen ole välttämättä paneutunut kukaan, varsinkaan johtoporras, joka todennäköisesti vastaa koko terveyskeskuksen toiminnasta. Ammattiryhmistä johtamista pitää tärkeimpänä ryhmä muut ja vähiten tärkeänä lääkärit, mikä heijastanee toimenkuvia ja erityisesti ammattiryhmien autonomia-astetta ja lääkäriprofession valta-asemaa, mikä havaittiin myös Hakulisen ja Pirttilän (2010) tutkimuksessa.

7.2 Työterveyspalveluiden asiakassuhde asiantuntijapalveluiden kontekstissa

Asiantuntijapalveluiden hankinnan tavoite yleisesti on asiakkuuskirjallisuuden mukaan arvotuotanto, joka toteutuu esimerkiksi henkilöstön ja toimintaprosessien kehittämisen kautta (esim. Boedeker ym. 1995). Henkilöstöpalveluilla on myös palkitsemisvaikutuksia, ja niin osana toimivat työterveyspalvelut ovat osa hyvää henkilöstöjohtamista (esim. Viitala 2009; Laitinen ym. 2009). Haastatteluiden perusteella nämä näkökulmat ovat lakisääteisyysden lisäksi myös työterveyspalveluiden hankinnan motivaatiotekijöitä keskisuomalaisissa yrityksissä. Työterveyspalveluita hankitaan siis asiantuntijapalveluna työkykyisyyteen ja työhyvinvointiin liittyvän tiedon lisäämiseksi yrityksessä. Asiantuntijan vastuuta lisää palvelutuottajan ja palveluiden hankkijan välillä vallitsevan informaatioepäsymmetrian tuottama palvelutarjoajan valta (Manninen ym. 2007, 40). Tällöin työterveystoimijoiden näkemys asiakassuhteesta ja palvelutoiminnasta on kriittinen tekijä palveluiden kehittämisessä. Haastatteluissa yrityksissä näytävät toiminnan ohjat olevan enemmän työterveysyksiköissä kuin asiakasyrityksissä.

Asiakkuuskirjallisuuden mukaan tavoitteena ovat asiakkuusprosessit, joissa pyritään pois palvelutuottajan omiin tuotteisiin keskittyvästä toiminnasta, mikä on ollut perinteinen malli (esim. Storbacka & Lehtinen 2005; Grönroos 2009). Työterveyshuollon perusprosessien keskeisyys tässä tutkimuksessa viittaa siten väistymässä olevaan toimintatapaan. Työterveyshuollon perusprosessien korostuminen sekä työterveystoimijoiden että asiakasyritysten näkemyksissä asiakkuudesta viittaa siihen, että asiakassuhde on asiantuntijakeskeinen, jolloin asiantuntijan toiminta on keskiössä. Myös Hakulisen ja Pirttilän (2010) tutkimuksessa vahvimpia diskursseja olivat muiden muassa työterveyshuollon prosessit sisältävät työterveystoiminta-diskurssi ja professionalismi-diskurssi, jotka liittyivät asiantuntijuuteen. Toisaalta kaikki asiakasyritykset eivät tämän tutkielman haastatteluissa pidä perusprosesseja riittävänä tasona, vaan odottavat lisää asiakaskeskeistä kokonaisvaltaista palvelua. Asiantuntijakeskeisissä palveluissa kumppanuuden tavoittelu on vaikeaa, eikä se Keski-Suomessakaan näytä olevan kovin tavallinen näkemys työterveyspalveluiden asiakassuhteen laadusta. Paremminkin vuorovaikutus näyttäisi toteutuvan Rokkasen ja Launisen (2005) havaitsemana koordinaatiotyypisenä yhteistyönä, jossa raja-aitoja ei ylitetä.

Kumppanuuden syntyminen edellyttää osapuolilta toistensa näkemistä työterveystoiminnan kehittäjänä. Kyselyn perusteella kuitenkin työterveyshoitajat, kokeneimmat ja vanhimmat työterveystoimijat sekä pienten työterveysyksikköjen työntekijät suhtautuvat kriittisesti asiakasyrityksen kehittäjän rooliin ja asiakaspalautteen merkitykseen. Lääkäreiden oli vaikeinta arvioida asiakasyritysten kehittäjän roolia, ja toisaalta he vastasivat ammattiryhmistä myönteisimmin tähän kysymykseen. Tätä saattaa selittää heidän yksilöasiakaspainotteinen toimenkuvansa, kun taas konkreettista kehittämistyötä tekevät käytännössä enemmän työterveyshoitajat ja fysioterapeutit. Perinteinen asiantuntijarooli ja roolijako, johon sekä Rokkanen ja Launis (2005) että Hakulinen ja Pirttilä (2010) viittaavat, selittänee kokeneiden kriittistä näkemystä asiakasyritysten kehittäjänä toimimisesta. Työterveyshoitajilla puolestaan asiakasrajapinnan keskeisinä toimijoina saattaa olla pienten asiakasyritysten passiivisuuden vuoksi käsitys, ettei asiakasyritys voisi toimia kehittäjänä. Haastatteluissa kuitenkin tuli esiin, että ainakin osassa asiakasyrityksissä kehittämisaktiivisuutta olisi koosta riippumatta.

Tutkimuksen mukaan yhteistä ratkaisujen etsintää ja kehittämistä pitävät molemmat asiakassuhteen osapuolet tärkeänä ja tavoiteltavana, mutta jotta se onnistuisi, näyttää

asiakasyrityksen tietämys työterveysasioista keskeiseltä niin kuin Parvinenkin tutkimusryhmineen (2010) totesi. Työterveystoimijat pitävät suunnitelmallisuutta tärkeänä sopien hyvään työterveyshuoltokäytäntöön (vrt. Manninen ym. 2007), mutta haastatteluiden perusteella se näyttäisi olevan ainakin osittain rutiineihin liittyvää eikä kaikilta osin sellaista pitkäjänteistä ja dokumentoitua toimintaa, jollaista Heikkisen (2007) tutkimuksessa asiakasyritykset ilmaisivat odottavansa kumppanuusyhteistyöltä. Yritykset näyttävät odottavan myös raportointia henkilöstönsä hyvinvoinnista, minkä myös Parvinen ym. (2010) totesivat olevan keskeinen tekijä työterveystoiminnan kehittämisessä.

Aktiivisten yritysten kanssa näyttää Keski-Suomessa kuitenkin olevan asiakaslähtöistä yhteistä suunnittelua, ja osan kohdalla voidaan puhua kumppanuudestakin, kun toiminnassa on yhteinen ymmärrys tavoitteista ja molemminpuoleista arvon tuottamista (vrt. Engeström 2006; Ståhle & Laento 2000). Kumppanuuden on todettu aiemmissakin tutkimuksissa toteutuvan työterveyspalveluissa, kun molemmat osapuolet ovat sitoutuneet yhteiseen kehittämiseen ja vastuunjako on selkeä (Lian & Laing 2007; Heikkinen 2007; Parvinen ym. 2010). Vaikuttaa siltä, että kumppanuus on eniten operatiivista ja joidenkin yritysten kohdalla taktistakin kumppanuutta, mutta suurta molemminpuolista sitoutumista edellyttävästä strategisesta kumppanuudesta ei viitteitä näytä olevan näiden yritysten työterveyshuollon kohdalla (vrt. Ståhle & Laento 2000). Kaikki yritykset eivät toisaalta näytä tavoittelevankaan kumppanuutta, mikä on todettu aiemminkin (esim. Hakulinen 2009 ja yleisemmällä tasolla Grönroos 2009).

7.3 Palvelutuottajan, maksajan ja palveluiden käyttäjän kolminaisuus asiakassuhteessa

Terveystuotopalveluissa oleva asetelma, jossa asiakassuhteen muodostaa palveluiden maksajan, käyttäjän ja tuottajan kolminaisuus, tekee asiakkuuden käsitteestä haasteellisen, mikä tulee selvästi esiin haastatteluissa. Työterveyspalveluissa se on vielä erityisempi, koska työnantaja-maksajan rooli on näkyvämpi kuin esimerkiksi kunnan rooli palveluiden hankkijana, ja toisaalta siksi, että palvelutuottajan näkökulmasta asiakkuus jakautuu sekä yritystasolle että yksilötasolle.

Tämä asiakkuus-käsitteen haasteellisuus näkyi yritysten edustajien haastatteluissa, ja työterveyshuollon asiakkuus mielletään helpommin yksilötason käsitteeksi kuin yritysten väliseksi, mikä on havaittu aiemminkin (Hakulinen & Pirttilä 2010). Kun myös monien

työterveystoimijoiden toimenkuva on yksilötason työhön keskittyvää, on mahdollista, että myös he ovat vastanneet kyselyssä enemmän yksilöasiakkuuden kuin yritysasiakkuuden kannalta. Tähän viittaisi esimerkiksi talousnäkökulmien arviointi vähemmän keskeiseksi. Lisäksi se, että parhaiten toteutuvaksi asiaksi asiakkuudessa mainitaan työterveyshuollon perusprosessit, viittaa siihen, etteivät asiakkuuden käsite ja asiakkuuden hallinta ole selvää työterveystoimijoillekaan. Kaiken kaikkiaan vaikuttaisi siltä, että asiakkuutta ja asiakkuuden hallintaa ei ole kummallakaan asiakassuhteen puolella todella jouduttu perinpohjin miettimään ja arvioimaan, kun kilpailua on ollut vain vähän. Siksi käsitteetkin lienevät epäselviä ja niiden selkiyttämisen tarve on suuri, jos kilpailu lisääntyy jatkossa.

Työterveyspalveluiden maksajan ja palveluiden käyttäjän erilliset roolit tuottavat luottamuksen ja vaitiolovelvollisuuden suhteen haasteita asiakassuhteen osapuolille. Tietoa haluttaisiin työterveystoiminnan kehittämiseksi, mutta yksilönsuoja estää tiedonkulkua. Haastattelutulokset osoittavat, että aiemmassa tutkimuksessa (Heikkinen ym. 2007) työterveystoimijoiden hyväksi toimintatavaksi toteama kolmikantaneuvottelumalli on myös työnantajanäkökulmasta hyvä tapa hoitaa tilanteita, joissa käsitellään luottamuksellisia yksilötason asioita.

Näyttää siltä, että asiakassuhteen kehittymisessä asiakasyrityksen aktiivisuus työterveys- ja turvallisuusasioissa laajemminkin kuin työterveyshuollon osalta on tärkeämpi kuin yrityksen koko, toimiala tai sopimuksen laajuus. Silloin käsitteetkin ovat selvempiä, ja näissä aktiivisissa yrityksissä nähdään työkykyisyyden merkitys tuottavuudelle ja hyvien palveluiden merkitys yrityksen imagolle ja henkilöstön rekrytoinnille, niin kuin Hämäläinenkin (2008) totesi omassa tutkimuksessaan.

7.4 Työterveysasiakassuhde muiden asiakassuhteiden kontekstissa

Huolimatta esille tulleista edellä kuvatuista kunnallisten työterveyspalveluiden erityispiirteistä, näyttää työterveyshuollon asiakassuhteessa kuitenkin keskeisimpinä tekijöinä olevan samoja tekijöitä kuin kirjallisuuden mukaan liiketaloudelliseenkin asiakkuuteen kuuluu. Toisin sanoen sekä asiakasyritysten edustajien haastatteluiden että työterveystoimijoiden kyselyn perusteella työterveyspalveluiden asiakassuhteen kehittymisessä keskeisiä tekijöitä ovat luottamus, vuorovaikutus ja asiakaslähtöisyys.

Asiakkuuskirjallisuudessa luottamuksen syntyyn liitetään esimerkiksi osapuolten sitoutuminen, usko tietotaitoon, arvoperusta sekä johdonmukainen vuorovaikutus (esim. Ståhle & Laento 2000; Grönroos 2009; Morgan & Hunt 1994). Työterveyspalvelut eivät haastatteluiden perusteella näytä tässä suhteessa poikkeavan muista asiakassuhteista. Pääosin haastateltavat pitävät palveluiden luotettavuutta hyvänä, mikä vastaa aiempiakin tutkimuksia (esim. Heikkinen 2008). Luottamuksen menetys on tekijä, jonka perusteella koko asiakassuhde saatetaan kyseenalaistaa, ja kuten esimerkiksi Peltomäki ja Husman (2002) ovat todenneet, luottamuksen rakentaminen uudelleen on hankalaa.

Luottamuksen synty edellyttää pitkäjänteistä toimintaa, jossa henkilöstön vaihtuvuus on ongelmallista. Luottamuksen osatekijä on myös sopimusten pitävyys. Lähtökohtaisesti odotus on, että tehty sopimus täytetään. Ei olekaan ihme, että yrityksissä ei oikein ymmärretä sitä, että työterveysyksiköt tekevät sairaanhoitosopimuksia, joita ei sitten pystytä kuitenkaan täyttämään. Jos luottamus palvelutuottajaan menetetään paikkakunnalla, jossa ei ole vaihtoehtoista palvelutuottajaa, ja kun palvelut on lakisääteisesti järjestettävä, toiminnan ei voida odottaa olevan erityisen vaikuttavaa, vaan todennäköisesti lain velvoite täytetään nimellisesti.

Yksilön tietosuoja liittyy kaikkiin terveystalouteihin, mutta asiakkuuskirjallisuudessa se ei muutoin nouse esiin. Myös haastatteluiden yritysten edustajien mielestä työterveyspalveluiden suuri luottamuksellisuus henkilökohtaisiin asioihin liittyvänä on piirre, jossa ne poikkeavat muista asiakassuhteista. Työterveystoimijoiden keskuudessa luottamusta näytettäisiin puolestaan pidettävän hyvin itsestään selvänä, koska sen suhteen ei nähdä kehittämisen tarvetta eikä sitä nostettu hyvin toteutuvien asioiden joukkoon, vaikka se muuten arvioitiin erittäin keskeiseksi tekijäksi asiakassuhteen kehittämisessä. Lääkärit arvioivat vaitiolovelvollisuuden vähemmän keskeiseksi kuin muut ammattiryhmät, mikä voi johtua siitä, että sitä pidetään peruslähtökohtana, jota ei kyseenalaisteta ja sen vuoksi se ei olisi niin keskeinen asiakassuhteen kehittämisessä. On myös mahdollista, että tietosuoja koetaan joskus jopa yhteistyön esteeksi. Toisaalta Heikkisen tutkimusryhmän (2007) tutkimuksessa todettiin, että juuri lääkärit olivat olleet eniten valmiita joustamaan esimerkiksi sairauslomien syistä kertomisessa työnantajille.

Asiakkuusprosessi näyttää molempien aineistojen perusteella rakentuvan tiiviistä vuorovaikutuksesta osapuolten välillä, mikä vahvistaa myös Hakulisen ja Pirttilän (2010)

havaintoja. Haastatteluissa korostuvat osapuolten aktiivisuus ja hyvä tavoitettavuus sekä erityisesti henkilökohtaiset kohtaamiset ja yksilötason vuorovaikutus, joiden suuri merkitys asiakassuhteen onnistumiselle on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa (Hakulinen & Pirttilä 2010; Lian & Laing 2007), ja mitä asiakkuuskirjallisuuskin korostaa (esim. Grönroos 2009; Storbacka & Lehtinen 2005). Yritystason asiakkuus näyttää siis rakentuvan yksilötason vuorovaikutuksen kautta, mikä tuottaa analyysille oman haasteensa. Kuitenkaan haastatteluiden perusteella ei voida vahvistaa Lianin ja Laingin (2007) Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen niitä tuloksia, joiden mukaan rajapinnassa työskentelevien henkilökohtaiset suhteet asiakasyritykseen saattoivat muodostua tärkeämmiksi kuin yritystason suhteet, vaan enemmänkin näytettäisiin arvostavan ammatillista asiantuntemukseen perustuvaa yhteistyösuhdetta niin kuin Heikkinenkin (2008) totesi. Kyse saattaa olla kulttuurisista eroista. Tiiviin kanssakäymisen toteutuessa yhteistyösuhde saatetaan kokea hyvin läheiseksi, missä suhteessa työterveyshuollon asiakassuhde nähdään myös erilaisena kuin muut asiakassuhteet.

Työterveysyksikön ja asiakasyrityksen vuorovaikutuksessa näyttää olevan asiantuntijakeskeisyyttä, asiakaskeskeisyyttä ja myös dialogisuutta sopien asiakassuhteiden erilaisiin luonteisiin muutenkin. Vuorovaikutuksessa näyttäisi kuitenkin olevan tarvetta dialogisuudelle nykyistä enemmän (vrt. Mönkkönen 2007). Työterveystoimijoiden mielestä vuorovaikutus sujuu hyvin, mutta sen suhteen on kehittämisen varaa, mitä haastatteluvastaukset vahvistavat. Yhteisen kielen löytäminen näyttäisi olevan jossain määrin haaste, sillä talouden kieltä työterveystoimijat eivät pidä niin keskeisenä kuin yritykset ehkä sen toivoisivat olevan. Vuorovaikutusta on eniten kokeneilla ja pätevoityneillä työntekijöillä sekä ammattiryhmistä työterveyshoitajilla, mikä sopii aiempiin tutkimustuloksiin, joiden mukaan juuri työterveyshoitajien merkitys asiakasrajapinnassa on suuri (Hakulinen & Pirttilä 2010; Andersson ym. 2006).

Haastattelujen perusteella asiakaslähtöisyys on myös hyvin keskeinen tekijä asiakassuhteessa. Kaiken toiminnan odotetaan lähtevän yrityksen tarpeista (vrt. Grönroos 2009; Storbacka & Lehtinen 2005; Mattinen 2006), varsinkin silloin kun yritys on itsekin aktiivinen työterveysasioissa. Asiakaslähtöisyyden koetaan toteutuvan, kun yrityksen toimiala, toiminta ja henkilöstö tunnetaan hyvin työterveyshenkilöstön pysyvyyden kautta. Asiakaslähtöisyys on periaatteellinen lähtökohta työterveystoiminnalle myös työterveystoimijoiden mielestä (vrt. Lian & Laing 2007), vaikka haastatteluissa tuli esiin, ettei asiakaslähtöisyys aina toteudu.

Siihen liittyviä tekijöitä eivät työterveystoimijatkaan nimenneet hyvin toteutuvien tekijöiden joukkoon, ja sen suhteen nähtiin haastatteluihin sopien parantamisen varaa, erityisesti pienten yritysten tarpeiden huomioinnin osalta, mikä vahvistaa myös aiempien tutkimusten tuloksia (vrt. Hämäläinen 2008).

Eroa näyttäisi olevan siinä, mitä asiakaslähtöisyydellä ymmärretään. Ilmeisesti sekä yritysten edustajat että työterveystoimijat näkevät jossain määrin yrityksen olosuhteisiin liittyvät perusprosessit asiakaslähtöisyytenä (vrt. Hakulinen & Pirttilä 2010), mutta osa yrityksistä odottaa sen olevan enemmän asiakkaan tarpeiden kuuntelua lakisääteisten velvoitteiden päälle. Asiakkuusstrategiat eivät tule kovin selkeästi esille, mutta työterveystoimijat kuitenkin nimeävät erilaisia asiakasryhmiä, joiden kanssa yhteistyö sujuu hyvin. Yli 10 henkilön työyksiköissä toimialaa pidettiin tärkeänä asiakassuhteen luonnetta määrittävänä tekijänä, mikä voisi myös viitata siihen, että niissä on tehty toimialakohtaista työnjakoa. Se selittäisi myös sen, että ammattiryhmä muut, johon kuuluvat hoitavat ajanvarausta ja muuta työnorganisointia pitivät toimialaa keskeisesti asiakassuhdetta määrittävänä tekijänä.

Asiakaslähtöisyyden lisäämisen tarve näytettäisiin työterveysyksiköissä tunnistettavan pienyritysten kohdalla. Oma haasteensa on kuitenkin se, että kyselyn mukaan työterveystoimijoista eniten yritysten kanssa toimivat juuri ne kokeneet ammattilaiset, joista moni toisaalta ei näe asiakasyritystä työterveystoiminnan kehittäjänä, niin kuin aiemmin todettiin. Tällöin informaatioepäsymmetria pysyy yllä (vrt. Hakulinen & Pirttilä 2010), kun vastapuolellakaan ei ole osaamista tai kiinnostusta toimintaa kehittää. Tätä kuvastaa yhden työterveystoimijan maininta, jonka mukaan työterveystoimijat edelleen saavat vastauksia, joissa todetaan ”*tehkää niin kuin haluatte, kun teidän tiedätte*”, silloinkin kun toimintaa pitäisi yhdessä suunnitella ja kehittää.

Laatuun liittyvät tekijät ovat myös melko keskeisiä työterveyshuollon asiakassuhteessa. Haastatteluiden perusteella näyttää siltä, että haastatellut ovat yhteistyön sujumuuteen yleisellä tasolla tyytyväisiä. Arvioitua laatua alentaa luottamuksen puute ja vähäinen vuorovaikutus sekä palveluiden laadun vaihtelu. Palvelualttius, joka tulee esiin yksilötason vuorovaikutuksessa, on haastattelujen perusteella olennainen hyvän laadun kokemuksen muotoutumisessa, mikä havaittiin myös Heikkisen (2008) tutkimuksessa. Vaikka suoraan kysyttäessä asiakastytyväisyys arvioidaan hyväksi, tuovat haasteltavat muissa yhteyksissä esiin kritiikkiäkin. Kyse lienee siis yleisemminkin asiakastytyväisyyden mittaamisen

ongelmasta, jonka mukaan tulokset ovat helposti todellista tilannetta positiivisempia, jos kysytään suoraan tyytyväisyyttä. Tulokset vahvistavat myös aiemman havainnon (Heikkinen 2007) siitä, että työnantajat huomioivat henkilöstön palautteen työterveyspalveluita arvioidessaan. Työterveyspalveluissa laatuun näyttävät siten liittyvän asiakkuuskirjallisuudessa esiintyvät palveluiden kehittäminen ja ulkoinen laatu, sekä asiakkaan odotukset ja omat ja kuullut kokemukset, mutta kirjallisuudesta poiketen ei niinkään palveluyrityksen imago (vrt. Grönroos 2009, Gummesson 2008).

Asiakastyytyväisyys on yksi seurantamittari laadulle (esim. Ylikoski 1999). Tässä tutkimuksessa työterveystoimijat arvioivat asiakaspalautteen vaikuttavan jonkin verran asiakassuhteen luonteeseen erityisesti yli 10 hengen työterveysyksiköissä, mutta eivät mainitse asiakastyytyväisyyttä suoraan avokysymyksissä. Laatuun liittyviä tekijöitä luetellaan kuitenkin asiakkuudessa hyvin toteutuissa asioissa. Haastatteluissa positiivinen asiakastyytyväisyys näyttäisi liittyvän jossain määrin yrityksen sopimuksen laajuuteen ja yhteistyön määrään, mikä havaittiin myös SEITTI-alueella toimiville yrityksille (n = 329) aiemmin tehdyssä erillisessä asiakastyytyväisyyskyselyssä (Hakulinen & Kantola 2011). Sen tulosten mukaan pienet yritykset myös arvioivat työterveyshuollon toiminnan olevan hyvin yrityksen tarpeita vastaavaa, mikä ei kuitenkaan tule tämän tutkielman haastatteluissa niin selvästi esiin. Kuntatyönantajien tyytyväisyys on tutkielman haastatteluissa suurta, mutta aiemmassa asiakastyytyväisyyskyselyssä ne olivat kriittisempiä (Hakulinen & Kantola, 2011). Eroja selittänee tähän tutkielmaan haastateltujen yritysten valikoituminen työterveysyksiköiden avainasiakkaista.

7.5 Johtopäätökset käytännön työterveystoiminnan kehittämiseksi

Työterveyshuollon asiakkuus kunnallisen palvelutuottajan ja asiakasyrityksen välillä Keski-Suomessa näyttää poikkeavan tyypillisestä liiketalouden asiakkuudesta siinä suhteessa, että siihen ei sisälly juurikaan markkinointia eikä kilpailua ja asiakkuuksien johtaminen näyttää vähäiseltä, mutta muutoin työterveyshuollon asiakkuudessa on paljon liiketalouden asiakassuhteiden piirteitä.

Työterveystoimijoiden näkemys työterveyshuollon asiakkuuksien hoidon keskeisyydestä on edelleen jossain määrin normatiivinen, jolloin asiakkuusajattelua ja palvelunäkökulmaa ei ole kaikilta osin sisäistetty. Yhteistä kehittävää keskustelua ei ole riittävästi, mikä kuvastaa sitä,

että kunnallisten työterveyspalveluiden markkinat eivät ole kovin kypsiä (vrt. Nonaka & Takeuchi 1995). Asiakasyrityksissäkään ei työterveyspalveluiden asiakkuus ole selkeä, minkä vuoksi työterveystoimijoiden ydintuotteisiin keskittyvä asiantuntijakeskeinen näkemys painottuu asiakassuhteessa. Työterveyspalveluiden asiakkuuden selkiyttämistä tarvitaan molemmilla asiakassuhteen osapuolilla esimerkiksi kaikkien ammattiryhmien työterveys- ja työsuojelukoulutuksissa.

Asiakassuhteissa tämän tutkimuksen mukaan vallitseva luottamus luo pohjan dialogisen vuorovaikutuksen lisäämiselle ja asiakaslähtöisyydelle ja sitä kautta asiakasyrityksen näkemiselle toiminnan kehittäjänä. Talouden kielen käytön omaksuminen asiakasyhteistyössä on tärkeää työterveyspalveluiden arvon osoittamiseksi nykyistä paremmin, mikä erityisesti pienyritysten kohdalla on tarpeellista. Erilaisten asiakasyritysten tarpeiden perusteella tulisi myös rakentaa asiakaslähtöisyyttä tukevia asiakkuusstrategioita.

Asiakkuusosaaminen on työterveysyksiköiden ydinosaamista (vrt. Viitala 2009, 176), ja sen kehittäminen on yhtä tärkeää kuin työterveyshuollon perusprosessien ja työhyvinvointia edistävän toiminnan kehittäminen. Asiakkuusajattelun juurruttamisessa perinteiseen asiantuntijakeskeisesti toimivaan yksikköön tarvitaan nykyistä enemmän asiakkuuksien johtamista, sisäistä markkinointia ja aikaa. Suuntaus kohti nykyistä suurempia kunnallisia työterveysyksiköitä ja työterveystoimijoiden verkostoituminen turvannee paremmin resurssit. Riittävät voimavarat ja henkilöstön pysyvyys mahdollistavat laadukkaan yhteistyön, jos samalla toimintaa johdetaan asiakkuusajattelun periaatteiden mukaan. Myös ulkoinen markkinointi edellyttää resursseja, jotta pystytään täyttämään syntyneet odotukset.

Kunnallisissa yksiköissä ei ehkä koeta toimittavan kilpailullisilla markkinoilla, minkä vuoksi markkinointi on ollut vähäistä. Sen lisäksi, että markkinoinnin opetusta tulisi olla pätevyyskoulutuksissa, työterveysyksiköissä tarvittaisiin mahdollisesti markkinoinnin ammattilaisia sekä sisäisen että ulkoisen markkinoinnin kehittämiseen. Toisaalta asiakkuusajattelun sisäistäminen sinänsä tuottaa markkinointihenkisyyttä asiakassuhteisiin. Markkinointi ei kunnallisessa toiminnassa tarkoita välttämättä taloudellisen tuloksen kasvattamista, vaan enemmänkin työterveystoiminnan hyötyjen ja lisäarvon osoittamisen osaamista asiakassuhteessa, ja sitä kautta pohjan luomisesta vaikuttavalle toiminnalle.

Hankealueen asiakasyrityksissä työterveyspalvelut on ulkoistettu, joten työterveysasiat eivät näytä olevan niille sellainen strateginen tekijä, joka huomioitaisiin yrityksen toiminnassa erityisesti arvoa tuottavana (vrt. Viitala 2009). Isoissa yrityksissä työterveys- ja turvallisuustoiminnan arvo saatetaan nähdä paremmin, mutta pienissä yrityksissä työterveysasioita hoidetaan usein yhtenä yrityksille määrättyä velvoitteena ilman henkilöstöhallinnollista näkökulmaa. Kokonaisuutena näyttääkin siltä, että onnistuneen ja toimivan työterveyspalveluiden asiakkuuden syntyminen edellyttää sitä, että työterveyspalveluita tuotetaan aidosti hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisesti, ja että palveluita hankitaan aktiivisen hyvän henkilöstöjohtamiskäytännön mukaan toimien.

8. POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja tulosten yleistettävyys

Denzinin (1978) mukaan tutkimuskysymyksiä tulisi tutkia mahdollisimman monesta metodologisesta näkökulmasta (triangulaatio), jotta pystyttäisiin tuottamaan ilmiöistä mahdollisimman kattava teoreettinen kokonaisuus. Tässä tutkielmassa tutkin työterveyspalveluiden asiakkuuden eri osapuolia eri menetelmillä. Määrällinen ja laadullinen aineisto täydensivät tutkimuksessa toisiaan (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2000, 32), ja triangulaatiota käytettiin aineistojen kohtaavilla alueilla. Metodi- ja aineistotriangulaatio (ks. Denzin 1978, 291–297) lisäävät tutkimuksen luotettavuutta, kun tavoite oli kuvata työterveyspalveluiden asiakkuutta kokonaisena ja rikkaampana ilmiönä eikä vain yhdestä näkökulmasta.

Tässä tutkielmassa haastatteluaineiston analyysissä olin kiinnostunut vastaajien mielipiteistä, vastausten ilmisällöstä, kuten Kyngäs ja Vanhanen (1999) ovat asian ilmaisseet, ja tosiasioista enkä niinkään kulttuurisista jäsennyksistä. Analyysi perustuu siis faktanäkökulmaan, jonka tuottamien tulosten yhdistäminen tai vertailu kyselytutkimuksen tuottamiin myös faktanäkökulmisiin tuloksiin on yksinkertaisempaa kuin merkityksiin keskittyvän sisällönanalyysin kohdalla olisi.

Teorialähtöinen lähestymistapa oli puolestaan perusteltu, koska kyseessä ei ollut täysin tuntematon ilmiö, vaan asiakkuus-ilmiön tutkiminen uudessa sovelluskohteessa. Teorialähtöisyyttä tuki myös se, että aineistossa näytti toistuvan pitkälti asiakkuuskirjallisuuden mukainen asiakkuuden jäsennyys, lukuun ottamatta työterveyshuollon perusprosessien keskeisyyttä. Toisaalta väljä analyysirunko mahdollisti myös teoriakäsitteiden ulkopuolisten seikkojen esille nostamisen (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999). Onkin oletettavaa, että myös induktiivisella sisällönanalyysillä olisi saatu melko samanlainen tulos.

Kysely laadittiin SEITTI-hanketta varten, ja sitä ei ole validoitu. Kyselyn laadinta perustui kuitenkin laajaan kirjallisuuskatsaukseen sekä aiempaan laadulliseen tutkimukseen aihepiiristä, joten käsitteistö muodostui selkeäksi (vrt. Alkula ym. 1994, 75), ja muiden

tutkijoiden kommentit varmistivat, ettei se syntynyt subjektiivisen näkemyksen mukaiseksi. Ongelmallista kysymysten muotoilussa oli se, että osa asiakkuuden osatekijöistä voi joissakin yhteyksissä toimia asiakassuhdetta kehittävänä ja toisessa yhteydessä sitä heikentävänä tekijänä. Pilotoinnin myötä kysymysten muotoilua täsmentyi, ja vain työterveysyksiköiden asiakasmääriä koskevat kysymykset tuottivat taustatietoihin nähden ristiriitaisia vastauksia, minkä vuoksi niiden tuloksia ei raportoitu.

Tutkimuksen määrällinen aineisto oli melko pieni, ja siksi pääasiallinen tarkastelutapani oli ristiintaulukointi. Faktorianalyysin edellytykset täyttyivät niukasti (vrt. Nummenmaa 2004, 342-343), ja sillä vain tiivistin tietoa enkä raportoinut sen konkreettisia tuloksia pitemmälle. Faktorianalyysiä, samoin kuin muuttujien tärkeysjärjestyksiä, käytin ainoastaan tiedon lisäkuvailumenetelmänä. Muuttujien ristiintaulukoinnissa tilastollisen testauksen ehtoja pyrin täyttämään yhdistämällä taustamuuttuja- ja vastausluokkia, mutta silti monessa kohtaa ehdot eivät täytyneet. Taustamuuttujaryhmien väliset erot ovat siten usein vain viitteellisiä. Kuitenkin on mahdollista, että oikeitakin eroja on. Kokonaisuutta katsoen kriittisimmin vastasivat lääkärit ja työterveyshuollossa yli 25 vuotta työskennelleet. Myönteisimmin vastasi ammattiryhmä muut, jossa suurimmalla osalla työtehtävät keskittyvät yksilötason asiakkuuksien hoitoon tai hallinnollisiin tehtäviin. Nimenomaan yritysasiakkuustyötä muita enemmän tekevät ryhmät kuten terveydenhoitajat ja fysioterapeutit ja jossain määrin lääkärit ovat vastanneet ehkä enemmän sen mukaisesti, kuinka arjessa yleensä toimitaan. Sen sijaan ammattiryhmä muut sekä nuoremmat, lyhyen työkokemuksen omaavat ovat vastanneet ehkä enemmän sen mukaan, miten asioiden ajatellaan asiakkuudessa parhaiten olevan, sekä toimenkuvansa mukaisesti yksilöasiakkuuden näkökulmasta.

Tarkastelin eroja myös sen suhteen olivatko vastaajat suorittaneet työterveyshuollon pätevyyskoulutuksen. Jako pätevyityneisiin ja ei-pätevyityneisiin tuotti kuitenkin suurimmalta osalta jaon eri ammattiryhmien välille eikä niiden sisälle, niin kuin oli alkuperäinen ajatus. Ryhmien välisiä eroja selittikin todennäköisesti enemmän ammatti kuin pätevyyskoulutus, minkä vuoksi en raportoinut näitä tuloksia. Pätevyityneiden ja ei-pätevyityneiden tuloksia olisi mielekkäintä tutkia lääkäreiden, terveydenhoitajien, fysioterapeuttien ja psykologien kesken, joilla pätevyitymisvaade on lakisääteinen. Tässä aineistossa ei-pätevyityneiden osuus oli kuitenkin näissä ammattiryhmissä liian pieni, jotta mielekästä vertailua olisi voitu tehdä.

Teemahaastattelu rajoittui asiakkuuteen liittyviin teemoihin, mutta antoi strukturoitua haastattelua väljemmän mahdollisuuden tuoda esiin teoriataustan ulkopuolelta nousevia näkökulmia. Melko tiiviisti haastattelurungon mukaan eteneminen haastatteluissa mahdollisti sen, että vaikka yhden haastattelun teki eri henkilö kuin muut, ei sillä oletettavasti ollut merkittävää vaikutusta lopputulokseen. Haastatteluaineistoa analysoi myös Työterveyslaitoksen tutkija induktiivisesti, ja hän kommentoi minun analyysiani (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999). Kommenttien perusteella tarkensin ja tiivistin analyysia joiltakin kohdin. Tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää, että toisen tutkijan tulkinta ei ollut ristiriidassa oman tulkintani kanssa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös analyysiprosessin vaiheiden kuvaus, jonka avulla lukija voi seurata ajatuksenkulkuani. Toisaalta oma työterveyshoitajataustani on väistämättä muokannut näkemyksiäni, ja sillä on voinut olla vaikutusta tulkintoihini kummankin aineiston analyysissä, vaikka olenkin tiedostanut tämän riskin ja pyrkinyt etäännyttämään itseäni ammattiroolistani.

Haastateltavien valikoituminen työterveysyksiköiden avainasiakkaista on saattanut aiheuttaa sen, että ryhmässä oli tavallista myönteisemmin ja aktiivisemmin työterveyspalveluihin suhtautuvia yrityksiä. Kuitenkin kriittisiäkin näkökulmia esitettiin, joten kun yritykset edustivat montaa eri kokoluokkaa, lukuun ottamatta alle 10 hengen yrityksiä, eri toimialoja ja sekä yksityistä että julkista sektoria, voidaan ajatella, että saatu kuvaus on melko kattava. Haastatteluissa noudatettiin hyvää tutkimuskäytäntöä. Haastateltavat toimivat asiantuntijainformanteina, jolloin heidän vastaamiseensa kohdistui jossain mielessä ristiriitaisia paineita, koska he edustivat tutkimuskontekstissa yritystä eivätkä henkilökohtaisesti itseään. Oletettavasti he ovat kuitenkin vastanneet aidon näkemyksensä mukaisesti, jolloin tuloskin on luotettava. Haastattelutilanteen eettiset näkökulmat ovat kuitenkin hieman erilaiset kuin henkilökohtaisia asioita käsittelevissä haastatteluissa (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2000, 20).

Kyselyn vastausprosentti (42,8 %) vastasi melko hyvin muiden SEITTI-hankkeessa työterveystoimijoille tehtyjen kyselyjen vastausaktiivisuutta. Koska kyselyyn sisältyi muitakin kuin tässä tutkielmassa käsiteltyjä kysymysosoita, tuli siitä melko pitkä, millä saattoi olla vastausprosenttia alentava vaikutus. SEITTI-hankkeessa on tehty joitakin kyselyitä ja muuta kehittämistyötä tukevaa selvittelyä, mikä on saattanut aiheuttaa vastausväsymystä. Myös tutkimusajankohtana meneillään ollut liikelaitoksen laajentumisen suunnittelu oli oletettavasti lisännyt kiirettä, mikä saattoi vaikuttaa vastausaktiivisuuteen.

Lisäksi asiakkuus voitiin kokea aiheena vaikeaksi. Toisaalta tietoisuus asiakkuudesta oli ehkä hankkeeseen osallistuvilla hieman parempi kuin kunnallisilla työterveystoimijoilla yleensä, sillä työterveyshenkilöstöllä oli jo ennen kyselyä ollut asiakkuuteen liittyvien käytäntöjen kartoitusta ja koulutusta. Vastaajilta ei kysytty yksikkökohtaista tietoa, koska sen katsottiin mahdollisesti alentavan vastausprosenttia.

Tämä tutkimus oli poikkileikkaustutkimus, joten syy-seuraussuhteiden arviointia sen perusteella ei voida tehdä, ja esittämäni oletukset perustuvatkin kirjallisuuden ja kokemuksen pohjalta muodostuneeseen arviooni. Valtakunnallisesti ajatellen Keski-Suomessa kunnallisten työterveysyksiköiden koko ja jakauma vastaa kohtalaisen hyvin suomalaista kunnallisten yksikköjen tilannetta koko maassa. Kyselyn vastaajissa olivat lääkärit ja psykologit jossain määrin aliedustettuina ja toisaalta toimistohenkilökunta ja terveydenhoitajat hieman yliedustettuina suhteessa henkilöstörakenteeseen. Kokonaisuutena tulos heijastaa eniten työterveyshoitajien näkemystä, koska heitä oli yli puolet vastaajista. Nämä seikat huomioiden tulokset ovat kuitenkin melko hyvin yleistettävissä vastaamaan koko Keski-Suomen kunnallisen työterveyshuollon henkilöstön näkemystä ja jossain määrin myös koko Suomen kunnallisiin työterveyspalveluihin lukuun ottamatta suuria kaupunkeja.

Tässä tutkielmassa niukahko määrällinen aineisto täydentyi rikkaalla haastatteluaineistolla, joten yhteistuloksen voidaan katsoa tuottaneen hyvän kuvan kunnallisten työterveyspalveluiden asiakkuudesta. Asiakassuhdetta koskeva kysely ja haastattelu ovat myös interventioita, jotka saattavat herättää vastaajia miettimään aihepiiriä. Haastateltaville on mahdollisesti syntynyt odotuksia asiakassuhteen kehittymiselle, mikä on hyvä huomioida niissä työterveysyksiköissä, joiden asiakasyritysten edustajia haastateltiin.

8.2 Tulosten pohdinta ja jatkotutkimusaiheita

Tämä tutkielma tuotti uutta tietoa kunnallisten työterveysyksiköiden ja niiden asiakasyritysten välisestä asiakkuudesta ja asiakassuhteen kehittämisessä keskeisistä asioista sekä työterveystoimijoiden että asiakasyritysten edustajien näkökulmasta. Se vahvisti aiempia havaintoja luottamuksen, vuorovaikutuksen ja asiakaslähtöisyyden keskeisyydestä sekä toiminnan asiantuntijavetoisuudesta. Uutena tietona vahvistuivat käytännön työterveystoiminnassa syntyneet käsitykset, että kilpailua on edelleen melko vähän, vaikka se onkin lisääntymässä, ja että markkinointi on vähäistä.

Tutkielma osoitti, että työterveyshuollon asiakassuhde on lähellä yritysmaailman muita asiakassuhteita, minkä vuoksi tätä liiketalouden käsittein toteutettua lähestymistapaa voidaan pitää perusteltuna. Toisaalta tuli esiin, että tässä kontekstissa asiakassuhteessa on myös erityispiirteitä, jotka johtuvat sekä terveydenhuollon asiakassuhteiden erityisyydestä että palveluiden lakisääteisydestä. Kyselyssä vähintäänkin osa työterveystoimijoista on viime kädessä vastannut yksilöasiakkuuden näkökulmasta yritysasiakkuuden sijaan, ja haastatteluissa asiakassuhteen sijasta onkin puhuttu esimerkiksi palveluiden sisällöstä yksilöasiakkaan näkökulmasta. Tällöin puhutaan siis eri asiasta kuin yritysasiakkuutta käsittelevässä teoriassa, ja siksi sen käsitteiden soveltaminen voi olla ongelmallista. Asiakkuuden kaksijakoisuus tuottaa siten haasteellisen teoreettisen asetelman, jota tulisi tutkia lisää asiakassuhteen kehittämiseksi.

Tämä tutkimus on poikkileikkaus kunnallisten yksiköiden tilanteesta, sillä yksityisiä työterveysyksiköitä ei ollut mukana SEITTI-hankkeessa. Nimenomaan kunnallisella puolella on viime vuosina käynnistynyt nopea muutoskehitys, joka on ulottunut organisaatiorakenteiden muutoksesta myös toimintasisältöjen ja -tapojen kehittämiseen. Nyt juuri murrosvaiheen alkupuolella kerättyä aineisto voikin tarjota hyvän vertailukohdan myöhemmin muutosprosessien jälkeen tehtäville mittauksille. Lisäksi vastaavantyyppisen tutkimuksen toteuttaminen yksityisten työterveyspalveluiden kontekstissa toisi lisänäkemystä työterveyspalveluiden asiakkuudesta. Myös ammattiryhmien asiakkuuskäsitysten rakentumista olisi hyvä selvittää lisää asiakkuusajattelun kehittämisen perustaksi.

Suomessa oleva suuntaus, jossa työterveysyksiköitä yhdistetään nykyistä suuremmiksi yksiköiksi, on hyvä muun muassa resurssien ja moniammatillisen hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen toiminnan turvaamiseksi (ks. Pulkkinen-Närhi ym. 2008). Toisaalta pienet lähipalveluyksiköt olisi ehkä hyvä säilyttää, sillä niin kuin Simola (2001, 113) totesi, yhteistyökumppaneiden tyytyväisyys asiakassuhteeseen oli parhain pienten työterveysyksiköiden kohdalla. Lisäksi asiakasyritysten suhteellinen neuvotteluvoima heikkenee entisestään, jos työterveysyksiköt kasvavat, mikä saattaa ylläpitää asiantuntijakeskeisyyttä ja haitata asiakassuhteen kehittymistä (vrt. Lehto 2010, 419). Toisaalta työterveysyksiköiden koon kasvu tarkoittaa kuitenkin todennäköisesti myös asiakkuuksien johtamiseen panostamista, jolloin toiminnan asiakaslähtöisyyden edellytykset olisivat paremmat.

Asiakkuuksien johtamista kehittämällä voidaan asiakkuusajattelua kehittää työterveysyksiköissä teoreettisen palveluiden ostamisen ja myymisen kontekstin suuntaan. Samoin yritys- ja yksilötason asiakkuuden erojen ymmärtäminen asiakassuhteen kehittymisessä voi kehittyä pitkäjänteisellä asiakkuusajattelun kehittämällä, jolloin tämä ymmärrys välittyy myös neuvottelutilanteisiin asiakasyrityksen kanssa. Tämä kehitys mahdollistaa osaltaan vaikuttavien asiakaslähtöisten työterveystoimintojen kehittämisen yhdessä asiakasyritysten kanssa. Elinkeinoelämän keskusliiton EK:n (2006, 61) raportissa palveluiden kehityssuunnista ja haasteista todetaan yksityisen sektorin, säätiöiden ja järjestöjen tarjoamien terveyspalveluiden kohdalla keskeisimmiksi osaamistarpeiksi palvelu- ja johtamisosaaminen. Mikään ei anna aihetta ajatella, ettei näin olisi myös kunnallisten palveluiden kohdalla. Asiakkuuksien johtamista työterveyspalveluissa tulisi kuitenkin tutkia lisää keskeisimpien kehittämiskohteiden kartoittamiseksi.

Työterveyshuollon vaikuttavuuden parantamiseksi muuttuvan työelämän haasteissa on kehitetty työlähtöisen työterveyshuollon toimintamallia, jossa työterveystoiminta tukee työyhteisöissä meneillään olevia kehittämis- ja oppimisprosesseja tuoden niihin terveyteen liittyvää asiantuntijatietoa. Malli edellyttää työterveyshuollolta oman toiminnan kehittämistä, mutta erityisesti yhteistyötä asiakasyritysten kanssa. (Mäkitalo 2010, 184, 194.) Tätä työterveyshuollon ja asiakasyritysten yhteistyön kehittämistä tukee vuoden 2011 alussa voimaan tullut sairausvakuutuslain muutos (13 luku 5 §), jonka mukaan korkeamman korvauksen edellytyksenä on yhteisistä käytännöistä sopiminen toimintasuunnitelmassa erityisesti sairauspoissaolojen hallinnan ja varhaisen tuen kohdalla (Sairausvakuutuslaki 1224/2004).

Yhteistyötavoite on myös keskeinen sosiaali- ja terveysministeriön (2011) laatimassa selvityksessä, johon on kirjattu työterveyshuollon uudelleen suuntaamiseen liittyvät seikat. Pienyritysten osalta on esitetty selvityksen tekoa työterveyspalveluiden yhteishankintaorganisaatioiden mahdollistamisesta ja pienyrityksille tarkoitettujen toimintamallien kehittämisestä. Samoin on esitetty työterveyspalveluiden hankintaopastuksen toteuttamista yrityksille (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 18–19). Näillä toimilla luotaneen pohjaa asiakkuuden rakentamiselle ja yhteistyöverkostoille, joiden avulla työterveystoiminnan vaikuttavuus paranisi pienten yritysten kohdalla. Seurantatutkimusta tarvitaankin erilaisten yhteistyön kehittämistoimien vaikuttavuudesta niin työterveysyksiköiden ja asiakasyritysten väliseen asiakassuhteeseen kuin toiminnan tuloksellisuuteenkin.

LÄHTEET

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki: WSOY.

Andersson, I.-M., Laring, J., Åteg, M. & Rosén, G. 2006. Arbetsmiljöfrågans väg. Samverkan mellan kundföretag och företagshälsovård. Arbete och hälsa, vetenskaplig skriftserie 2006:20. Arbetslivsinstitutet. Viitattu 16.9.2010
https://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/4360/1/ah2006_20.pdf.

Boedeker, M., Hurmerinta-Peltomäki, L. & Nummela, N. 1995. Asiantuntijapalvelut nyt ja tulevaisuudessa -yrittäjän näkökulma. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja Keskustelua ja raportteja 8:1995.

Denzin, N. K. 1978. The research act. 2. painos. New York: McGraw-Hill.

Ehdotuksia työurien pidentämiseksi 2010. Työelämäryhmän loppuraportti 1.2.2010. Viitattu 6.3.2010 http://www.tek.fi/ci/pdf/tyo_ura/tyohyvinvointi/TEResitys010210.pdf.

Fagerlund, M., Lappi, J., Pulkkinen-Närhi, P., Manninen, P., Lamberg, M. & Partinen, R. 2008. Kunnallisten työterveysyksiköiden määrä vähenemässä. Suomen Lääkärilehti 63 (15), 1419–1422. Viitattu 8.10.2009 <http://helios.uta.fi:2105/ci/laakarilehti/pdf/2008/SLL152008-1419.pdf>.

Forma, P., Harkonmäki, K., Pekka, T. & Saarinen, A. 2008. Kunnallinen työterveyshuolto 2008. Työterveyshuollon organisointi ja toiminta henkilöstöasioista vastaavien ja työterveyshuollon arvioimana. Kuntien eläkevakuutuksen raportteja 4/2008. Helsinki. Luettu 11.5.2010. http://www.keva.fi/Table_pict/cid2/News_txt/id1334/Kunnallinen_tthuolto_2008_raportti.pdf.

Forma, P., Harkonmäki, K., Saari, P. & Väänänen, J. 2007. Kolme näkökulmaa työterveyshuoltoon. Kuntatyö 2010 -tutkimuksen raportteja 1/2007. Kuntien eläkevakuutus.

Helsinki. Viitattu 11.5.2010

http://www.keva.fi/Table_pict/cid2/cid2/Info_txt/id5063/kolme_nakokulmaa_tth.pdf.

Forsyth, P. 2003. Marketing & selling professional services. 3. painos. Lontoo: Kogan Page.

Froneberg B. 2007. Occupational health services in adaptation to the challenges of global market competition – new needs, new strategies, new partnerships. *Industrial Health*, 45, 3–7.

Engeström, Y. 2006. Kaksikäinen asiantuntijaorganisaatio. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 2/2006. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Viitattu 24.7.2010

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b2.pdf.

ENWHP 2010. Workplace health promotion. The European Network for Workplace health promotion. Viitattu 4.11.2010 <http://www.enwhp.org/the-enwhp.html>.

Grönroos, C. 2009. Palvelujen johtaminen ja markkinointi. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.

Gummesson, E. 2008. Total relationship marketing. 3. painos. Amsterdam: Elsevier.

Hakulinen, H. 2009. Asiakassuhde yhteistyön siltana. *Työterveyshoitaja* 34 (2), 16–17.

Hakulinen & Kantola 2011. Kunnallisen työterveyshuollon asiakastyytyväisyys henkilö- ja yritysasiakkaiden arvioimana. *Työterveyshoitaja* 36 (1), 18–19.

Hakulinen, H. & Pirttilä, I. 2010. Millainen on työterveyshuollon asiakkuus? Julkaisuarvioinnissa Suomessa.

Heikkinen, A. 2007. Työterveyshuollon asiakasyritykset odottavat kumppanuusyhteistyöltä merkittävää vaikuttavuutta. *Suomen Lääkärilehti* 62 (46), 4333–4337.

Heikkinen, A. 2008. Onko meillä yhteiset arvot? Haastattelututkimus yritysten ja työterveyshuollon käsityksistä yhteistyön perustasta. *Työterveyslääkäri* 26 (4), 27–29.

Heikkinen, A.M., Wickström, G.J., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2007. Privacy and dual loyalties in occupational health practise. *Nursing Ethics* 14 (5), 675–690.

Heinonen, J. 1997. Asiakaslähtöisyys ja kunnallisen yksikön kilpailukyky – Käsitteellisen ajattelun ja empiirisen havainnoinnin dialogi. Turun kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja D-2. Turku: Turun kauppakorkeakoulu.

Hellman, K. & Värilä S. 2009. Arvokas asiakas. Asiakaspääoman, asiakaskannattavuuden ja asiakasriskien johtaminen. Helsinki: Talentum.

Helsilä, M. 2009. Henkilöstöhallinto: työsuhdeasiat ja henkilöstöpalvelut. Teoksessa Helsilä, M. & Salojärvi, S. (toim.) Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Helsinki: Talentum, 235–266.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.

Hämäläinen, R.-M. 2007. Työsuojelu- ja työterveysjärjestelmät useiden Euroopan unionin toimintalinjausten puristuksessa. Teoksessa Kasvio, A. & Tjäder, J. (toim.) Työ murroksessa. Helsinki: Työterveyslaitos, 135–149.

Hämäläinen, R.-M. & the ENWHP network (toim.) 2007. Value of partnership for workplace health promotion - Guideline for partnership building. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Hämäläinen, R.-M. 2008. The Europeanisation of occupational health services: A study of the impact of EU policies. *People and Work Research Reports* 82. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Kansanterveyslaki 66/1972. Viitattu 22.9.2009
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.

Kinnunen, J. 1995. Ovatko terveystaluiden käyttäjät potilaita, asiakkaita vai kuluttajia? *Hyvinvointikatsaus* 4/95, 33–37.

Kivelä, S., Koponen, I., Vahvaselkä, I. & Vedenkannas, M. 2008. Johdanto. Teoksessa Kivelä, S., Koponen, I. & Vahvaselkä, I. (toim.). *Opimmeko asiakassuhteista - Oppivan asiakassuhteen mahdollisuudet ja rajoitukset hyvinvointialan palveluita kilpailutettaessa*. Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja B-28. Vantaa, 7–22.

Kujala, E. 2003. *Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteiden tutkimukseen*. Acta Universitatis Tamperensis 914. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press.

Kujala, S. 2010. *Etiikka ja tietosuojat*. Teoksessa Martimo, K.-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) *Työstä terveyttä*. Helsinki: Duodecim, 277–288.

Kuusniemi-Laine, A. & Takala, P. 2008. *Julkiset hankinnat*. Käsikirja. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. *Sisällön analyysi*. *Hoitotiede* 11 (1), 3–11.

Laakoli, K. 2008. *Julkiset hankinnat ja kokonaistaloudellinen edullisuus erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluhankintojen näkökulmasta*. School of Business and Economics. Working paper N:o 354/2008. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Lahtinen, J. & Isoviita, A. 1994. *Customer Relationship Marketing*. Tampere: Avaintulos.

Laitinen, H., Vuorinen, M. & Simola, A. 2009. *Työturvallisuuden ja -terveyden johtaminen*. Tietosanoma Oy.

Launis, K. 1997. *Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä*. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P. & Eteläpelto, A. (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus*. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos Jyväskylän yliopisto, 122–133.

Launis, K. & Gerlander, E.-M. 2005. *Worklife changes challenge the object formation of occupational health services*. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 1, 19–22.

- Lehtinen, U. & Niinimäki, S. 2005. Asiantuntijapalvelut. Tuotteistamisen ja markkinoinnin suunnittelu. Helsinki: WSOY.
- Lehto, J. 2010. Harvardin opeilla terveydenhuollon rakennemuutoksia? Yhteiskuntapolitiikka 75 (4), 411–421.
- Lian, P.C.S. & Laing, A.W. 2007. Relationships in the purchasing of business to business professional services: The role of personal relationships. *Industrial Marketing Management* 36, 709–718.
- Lie, A. 2002. Trends and development of occupational health services in Norway. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 15 (2), 159–163.
- Liukkonen, P. 2006. Työhyvinvoinnin mittarit. Menetelmät, eurot, päätelmät. Helsinki: Talentum.
- Lusenius, R. 2009. Lääkärien näkemyksiä erityisturvavakuutusten vaikutuksesta lääkäripotilas -hoitosuhteessa. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Sarja D: 2/2009 Sosiaalivakuutuksen ammatilliset lisensiaattitutkielmat. Viitattu 30.10.2009 <http://www.soc.utu.fi/projektit/sosiaalipolitiikka/topsos/pdf/julkaisut/Riitta%20Lusenius.pdf>.
- Manninen, P. (toim.) ym. 2009. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007 ja kehitystrendi 1997–2007. Helsinki: Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukala, K. & Husman, K. (toim.) 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos.
- Manninen, P., Peurala, M., Pulkkinen-Närhi, P., Rautio, M. & Husman, K. 2007. Työterveyshuolto osana perusterveydenhuoltoa. *Suomen Lääkärilehti* 62 (6), 529–533.
- Marson, G. K. 2001. The 'value case' for investment in occupational health. *Occupational Medicine* 51(8), 496–500.

- Martimo, K.-P. 2010. Yhteistyön periaatteet. Teoksessa Martimo, K.-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim, 226–234.
- Martimo, K.-P. 2006. Työterveyshuollon eettiset periaatteet. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K.-P. & Husman, K. (toim.) 2006. Työterveyshuolto, 2. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 279–284.
- Mattinen, H. 2006. Asiakkuusosaaminen. Kuuntele asiakastasi. Helsinki: Talentum.
- Morgan, R. M. & Hunt, S. D. 1994. The Commitment-Trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing* 58, 20–38.
- Muukkonen, R. & Rokkanen, T. 2009. Tilastotiedon välityksestä kohti strategista kumppanuutta. Johdon ja työterveyshuollon tapaamiset Helsingin kaupungin opetusvirastossa. *Työterveyshoitaja* 34 (1), 4–8.
- Mäkitalo, J. 2010. Työn muutos ja työhyvinvointi. Teoksessa Martimo, K.-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim, 179–195.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Narikka, J. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden järjestäminen ja hankinta. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Nikkilä, J. & Mikkola, T. 1998. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Terveydenhuollon kehittämisprojekti. Selvitysmiesraportti 1. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö
- Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. *The knowledge-creating company*. New York: Oxford university press.
- Nummenmaa, L. 2004. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.

- Okko, P., Björkroth, T., Koponen, A., Lehtonen, A. & Pelkonen, E. (toim.) 2007. Terveyspalveluiden hierarkiat ja markkinat. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissäätiö.
- Parvinen, L.A., Windischhofer, R. & Gustafsson, M. 2010. Competitive advantage through value-based health care: The case of Metso Corporation. *European Management Journal* 28 (3), 195–207.
- Peltomäki, P. & Husman, K. 2002. Networking between occupational health services, client enterprises and other experts: difficulties, supporting factors and benefits. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 15 (2), 139–145.
- Perkiö-Mäkelä, M., Hirvonen, M., Elo, A.-L. ym. 2010. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Helsinki: Työterveyslaitos. Viitattu 11.10.2010
http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf.
- Pohjola, A. 1993. Asiakassuhteen piilokäytäntöjä. Teoksessa Hokkanen, L. (toim.) Näkökulmia hyvinvointipalvelujen tutkimukseen. Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja N:o 39. Rovaniemi: Lapin yliopiston täydennyskoulutuskeskus, 39–49.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. 2006. Redefining health care. Creating value-based competition on results. Boston: Harvard business school press.
- Pulkkinen-Närhi, P., Hakulinen, H., Jalonen, P. & Manninen, P. 2008. Kunnallisen työterveyshuoltojärjestelmän kehittäminen. Erilaisten organisointi- ja toimintamallien arviointia (SEUTU-hanke). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:3. Verkkojulkaisu. Luettu 7.5.2010
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3665.pdf.
- Rautio, M. 2009. Tilaa taiten: työterveyshuoltopalvelujen hankintaopas. Työterveyslaitos.
- Robinson, R., Jakubowski, E. & Figueras, J. 2005. Organization of purchasing in Europe. Teoksessa Figueras, J., Robinson, R. & Jakubowski, E. (toim.) Purchasing to improve health

systems performance. European observatory on health systems and policies series. Maidenhead : Open University Press, 11–43.

Rokkanen, T. & Launis, K. 2005. Yhteistyö haasteena – analyysi yrityksen ja työterveyshuollon sopimusneuvottelusta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 42 (4), 327–341.

Ropponen, T. 2006. Työterveyshuollon haasteina asiakasnäkökulma ja johtaminen. Työterveyslääkäri 24 (4), 54–55.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Viitattu 5.5.2011 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Sairausvakuutuslaki 1224/2004. Viitattu 26.4.2011
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>.

Selin, E. & Selin, J. 2005. Kaikki on kiinni asiakkaasta. Avaimia asiakasrajapintojen hallintaan. Helsinki: Tietosanoma.

Simola, A. 2001. Työterveyshuolto-organisaation toiminta, sen henkilöstön henkinen hyvinvointi ja toiminnan tuloksellisuus. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 188. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Työterveyshuolto ja työkyvyn tukeminen työterveysyhteistyönä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.5.2011 http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1554348.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön talousarvioehdotus vuodelle 2011. Liite 1. Sosiaalivakuutusmaksut. Viitattu 17.10.2010
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1867711&name=DLFE-12019.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Terveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön internet-sivut. Viitattu 24.10.2010 http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:23. Viitattu 18.10.2010
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf.

Stakes 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Verkojulkaisu. Viitattu 25.9.2009 http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/0C799961-C977-45DE-B0F6-7C92DA1D38B9/4016/http___wwwstakesfi_oske_terminologia_sanastot_aspo.pdf.

Storbacka, K. & Lehtinen, J. R. 2005. Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla, 6. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Ståhle, P. 2004. Itseuudistumisen dynamiikka: Syteemiajattelu kehitysprosessien ymmärtämisen perustana. Teoksessa Sotarauta, M. & Kosonen, K.-J. (toim.). Yksilö, kulttuuri ja innovaatioympäristö. Tampere: Tampere University Press, 222–255.

Ståhle, P. & Laento, K. 2000. Strateginen kumppanuus - avain uudistumiskykyyn ja ylivoimaan. Helsinki: WSOY.

Sutela, M. 2003. Sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkoistaminen. Oikeudelliset reunaehdot. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Teperi, J., Porter M. E., Vuorenkoski, L. & Baron, J. F. 2009. The Finnish health care system: A value-based perspective. Sitra reports 82. Helsinki: Sitra. Viitattu 20.7.2010
<http://www.sitra.fi/julkaisut/raportti82.pdf?download=>.

Toivonen, M. 2005. Asiantuntemus liiketoimintana. Osaamisintensiivisten liike-elämän palvelujen (KIBS) pitkän aikavälin kehitys ja tulevaisuudennäkymät. Futura 24 (1), 164–168.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuorila, H. 2006. Onnistunut lääkäriissäkäynti. Potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. Viitattu 16.7.2010
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>.

Työterveyslaitos 2011. SEITTI - Alueellisella yhteistyöllä kohti parempaa työterveyttä.
Työterveyslaitoksen internet-sivut. Viitattu 26.5.2011
<http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/seitti/Sivut/default.aspx>

Verbeek, J., van Dijk, F., Räsänen, K., Piirainen, H., Kankaanpää, E. & Hulshof, C. 2001.
Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occupational and Environmental Medicine* 58, 272–278.

Ventovuori, T., Kankainen, J. & Pekkanen, J. 2002. Projektituotannon asiakkuus. Teknillisen korkeakoulun rakentamistalouden laboratorion raportteja 206.

Viitala, R. 2009. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Vuorenkoski, L., Mladovsky, P. & Mossialos, E. 2008. Finland: Health system review. *Health systems in transition* 10 (4), 1–168.

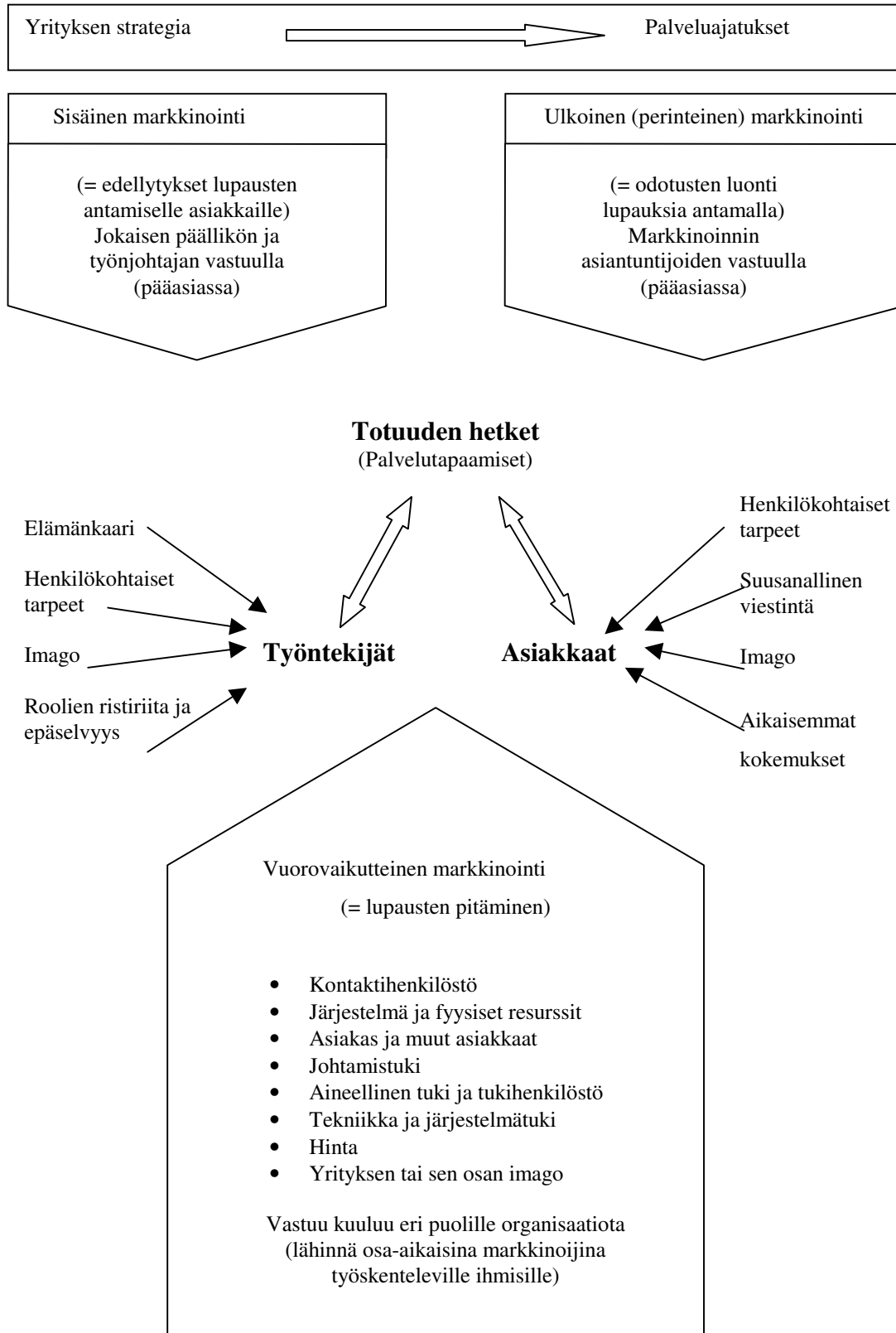
Wensing, M. & Elwyn, G. 2003. Improving the quality of health care. Methods for incorporating patients' views in health care. *BMJ* 326, 877–879.

Willy van der Drift, D. 2002. Towards an effective co-operation between companies and occupational safety and health services. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 15 (2), 179–183.

Ylikoski, T. 1999. Unohtuiko asiakas? 2. uudistettu painos. Helsinki: KY-Palvelu Oy.

LIITTEET

LIITE 1. Asiakaskeskeisen strategian pääpiirteet. (Grönroos 2009, 520.)



LIITE 2. Kyselylomake työterveystoimijoille.

(Tutkimassa analysoidut muuttajat lihavoitu.)

Hyvä SEITTI-hankkeen osallistuja!

Hyvä työterveyshuoltokäytäntö korostaa työterveysyksiköiden ja asiakasyritysten välistä yhteistyötä ja asiakaslähtöistä työskentelyotetta. Asiakkuuksien hallinnan on todettu toteutuvan hyvin henkilöasiakkaiden kohdalla, mutta tutkimuksissa ja myös SEITTI-hankkeen auditoinneissa on todettu, että yritysasiakkuuksien hallinnassa on kehittämisen tarvetta. Hyvien käytäntöjen rakentaminen asiakkuuksien hallintaan onkin yksi SEITTI-hankkeen tavoitteista.

Hyvien käytäntöjen kehittäminen edellyttää tietoa työterveystoimijoiden käsityksistä asiakassuhteesta ja asiakkuuksien hoidosta työterveysyksiköiden ja asiakasyritysten välillä. Pyydämme sinua vastaamaan oheiseen kyselyyn, jolla kartoitetaan käsityksiä yritysasiakkuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, toimijoiden rooleista sekä työterveyshenkilöstön osaamisesta. Vastauksesi on tärkeä kehittämistyön apuväline!

Kyselyyn vastataan nimettömänä, ja kaikki tulokset raportoidaan yleisellä tasolla, ettei kenenkään yksittäisen vastaajan mielipidettä tai tietoja ole mahdollista tunnistaa. Työterveyslaitos kerää ja säilyttää kaiken tutkimustiedon. Laki velvoittaa Työterveyslaitoksen tutkimushenkilöstön täydelliseen vaitioloon yksittäistä henkilöä koskevissa asioissa.

Tutkimusaineisto arkistoidaan ja säilytetään viiden vuoden ajan Työterveyslaitoksessa osoitteessa Neulaniementie 4, 70210 Kuopio, minkä jälkeen se tuhotaan. Aineiston käyttöoikeus on vain Työterveyslaitoksen hankeryhmällä.

Kiitos vastauksestasi!

Hanna Hakulinen
projektipäällikkö
SEITTI-hanke

Leila Koskela
työterveyshoitaja
terveystieteiden opiskelija

Ole ystävällinen ja kirjoita vastaukset niille merkittyihin kohtiin. Monivalintakysymyksissä ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto.

A. TAUSTATIEDOT

1. Ammattinimikkeesi

1. työterveyshuollon erikoislääkäri
2. työterveyslääkäri (pätevöitymiskoulutuksen käynyt)
3. muu lääkäri
4. työterveyshoitaja (pätevöitymiskoulutuksen käynyt)
5. terveydenhoitaja
6. työfysioterapeutti (pätevöitymiskoulutuksen käynyt)
7. fysioterapeutti
8. sairaanhoitaja
9. työterveyspsykologi (pätevöitymiskoulutuksen käynyt)
10. psykologi
11. lähihoitaja
12. vastaanottoavustaja /terveyskeskusavustaja (terveydenhuollon koulutus)
13. työterveyssihteeri/sihteeri (kaupallinen koulutus)
14. muu, mikä? _____

2. Työkokemuksesi pituus työterveyshuollossa yhteensä?

1. alle 1 vuosi
2. 1–4 vuotta
3. 5–15 vuotta
4. 15–24 vuotta
5. 25 vuotta tai enemmän

3. Ikäsi

1. alle 20 vuotta
2. 21–30 vuotta
3. 31–40 vuotta
4. 41–50 vuotta
5. 51–60 vuotta
6. yli 60 vuotta

4. Työsuhteesi muoto

1. Vakituinen työsuhde
2. Sijainen tai määräaikainen
3. Muu, mikä? _____

5. Työterveyshuollon osuus koko työajastasi

1. Päätoimisesti työterveyshuoltoa (vähintään 20 h/viikko)
2. Osa-aikaisesti työterveyshuoltoa (alle 20h/viikko)

6. Työterveysyksikkösi (= kaikki toimipisteet) henkilökunnan määrä

1. 1–9 henkilöä
2. 10–49 henkilöä
3. 50–249 henkilöä
4. 250 tai enemmän

7. Yksikkösi henkilöasiakkaiden määrä

1. 1–999
2. 1000–3999
3. 4000–

8. Yksikkösi asiakasyritysten määrä (työnantajat, yksinyrittäjät, maatalousyrittäjät yhteensä)

1. 1–99
2. 100–299
3. 300–499
4. 500–

9. Arvioi asiakasyritystenne jakauma koon mukaan

1. 1–50 työntekijän yrityksiä _____ %
2. 50–250 työntekijän yrityksiä _____ %
3. yli 250 työntekijän yrityksiä _____ %

10. Mikä on ollut työterveysyksikkösi asiakasmäärän muutossuunta viimeisen kolmen vuoden aikana?

	lisääntynyt	pysynyt ennallaan	vähentynyt	en osaa sanoa
Asiakasmäärä on	1	2	3	9

B TYÖTERVEYSYKSIKKÖÖN JA SEN TOIMINTAAN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

1. Kuinka usein työterveysyksikkösi ja asiakasyritysten edustajat keskimäärin tapaavat (=kokouksessa, puhelinneuvottelussa) eri asioiden merkeissä lukuun ottamatta potilasasioita?

	viikoittain	kuukausittain	vuosittain	joka toinen vuosi	harvemmin	en osaa sanoa
1. isot yritykset (yli 250 työntekijää)	1	2	3	4	5	9
2. keskisuuret (50 - 250)	1	2	3	4	5	9
3. pienet yritykset (10-49 työntekijää)	1	2	3	4	5	9
4. mikroyritykset (1-9)	1	2	3	4	5	9

2. Sisäiset roolit. Kuinka merkittäväksi arvioit kunkin ammattiryhmän roolin asiakasyrityksen kanssa tehtävän yhteistyön toteuttamisessa?

Ammattiryhmä	rooli erittäin merkittävä	rooli melko merkittävä	rooli ei juurikaan merkittävä	ei osallistu yhteistyöhön	en osaa sanoa
1. työterveyslääkäri	1	2	3	4	9
2. työterveyshoitaja	1	2	3	4	9
3. työfysioterapeutti	1	2	3	4	9
4. työterveyspsykologi	1	2	3	4	9
5. työterveyssihteeri	1	2	3	4	9
6. työterveysyksikön johtaja, joka ei ole nimetty yritystä hoitamaan tiimiin	1	2	3	4	9
7. joku muu, kuka?	1	2	3	4	9

3. Kuvaa omaa ammattirooliasi asiakassuhteessa: _____

C ASIAKASSUHTEESEEN LIITTYVÄT KYSYMYKSET

1. Seuraavassa on lueteltu tekijöitä, jotka voivat määrittää työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välisen asiakassuhteen luonnetta. Arvioi miten eri tekijät määrittävät asiakassuhteen luonnetta.

Asiakassuhteen luonnetta määrittää	Eri mieltä	Osittain eri mieltä	Siltä väliltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	En osaa sanoa
1. Asiakasyrityksen koko	1	2	3	4	5	9
2. Asiakasyrityksen tuottama taloudellinen tulo työterveyshuollolle	1	2	3	4	5	9
3. Asiakasyrityksen toimiala	1	2	3	4	5	9
4. Asiakasyrityksen antama asiakaspalautte	1	2	3	4	5	9
5. Asiakasyrityksen aktiivisuus työterveysasioissa	1	2	3	4	5	9
6. Työterveyshuollon sopimuksen laajuus	1	2	3	4	5	9

2. Asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavat tekijät

Seuraavassa on lueteltu tekijöitä, jotka pohjautuvat mm. hyvään työterveyshuoltokäytäntöön ja jotka saattavat vaikuttaa työterveysyksikön ja asiakasyrityksen välisen asiakassuhteen kehittymiseen ja syvenemiseen. Arvioi, miten lueteltu tekijä vaikuttaa keskeisesti asiakassuhteen positiiviseen kehittymiseen.

2.1 Asiakassuhteen kehittymiseen keskeisesti vaikuttaa	Eri mieltä	Osittain eri mieltä	Siltä väliltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	En osaa sanoa
Vuorovaikutus						
1. työterveysyksikön ja asiakasyrityksen väliset säännölliset tapaamiset	1	2	3	4	5	9
2. työterveyshenkilöstön tavoitettavuus	1	2	3	4	5	9
3. yrityksen yhteistyötahojen tavoitettavuus	1	2	3	4	5	9
4. työterveyshenkilöstön ystävällisyys	1	2	3	4	5	9
5. työterveyshenkilöstön aktiivisuus yhteydenpidossa	1	2	3	4	5	9
6. asiakasyrityksen aktiivisuus yhteydenpidossa	1	2	3	4	5	9
7. asioiden esittäminen talouden kielellä	1	2	3	4	5	9

8. työterveyshenkilöstön yhtenäinen toimintatapa	1	2	3	4	5	9
9. hyvä tiedon kulku asiakasyrityksen ja työterveysyksikön välillä	1	2	3	4	5	9
10. asiakasyrityksen edustajien hyvä työterveystoiminnan tunteminen	1	2	3	4	5	9
Asiakaslähtöisyys						
11. asiakasyrityksen tarpeiden kartoitus	1	2	3	4	5	9
12. asiakasyritykselle yhdessä laadittu toimintasuunnitelma	1	2	3	4	5	9
13. asiakasyrityksen toimialan hyvä tuntemus	1	2	3	4	5	9
14. ajantasainen tieto asiakasyrityksestä	1	2	3	4	5	9
15. asiakaslähtöisyyttä tukeva tietojärjestelmä	1	2	3	4	5	9
16. yrityskohtaisesti nimetty henkilökunta	1	2	3	4	5	9
17. asiakasyrityksen taloudellinen tilanne	1	2	3	4	5	9
18. työterveyspalveluiden tuottaminen alihankintasopimuksen kautta	1	2	3	4	5	9
19. säännöllinen asiakaspalautteen käsittely yhdessä	1	2	3	4	5	9
Luottamus						
20. pitkäjänteinen yhteistyö	1	2	3	4	5	9
21. tietosuojasäännösten noudattaminen	1	2	3	4	5	9
22. työterveysyksikön henkilöstön luotettavuus	1	2	3	4	5	9
23. työterveysyksikön henkilöstön asiantuntemus	1	2	3	4	5	9
24. työterveysyksikön henkilöstön sitoutuminen yhteistyöhön	1	2	3	4	5	9
25. asiakasyrityksen henkilöstön sitoutuminen yhteistyöhön	1	2	3	4	5	9
Suunnitelmallisuus						
26. selkeä sopimus	1	2	3	4	5	9
27. toiminnan toteutuminen suunnitelman mukaisesti	1	2	3	4	5	9
28. toimien toteutumisen ja vaikuttavuuden seuranta	1	2	3	4	5	9
29. selkeiden raporttien ja yhteenvedojen esittäminen toiminnasta	1	2	3	4	5	9
Palveluiden saatavuus						
30. työterveysyksikön sijainti	1	2	3	4	5	9

31. vastaanottoaikojen joustavuus asiakasyrityksen tarpeisiin nähden	1	2	3	4	5	9
32. työterveysyksikön resurssien riittävyys	1	2	3	4	5	9
Markkinointi						
33. työterveysyksikön aktiivinen tiedottaminen palveluidensa sisällöstä ja mahdollisuuksista	1	2	3	4	5	9
34. työterveysyksikön ajantasaiset ja helppokäyttöiset internet-sivut	1	2	3	4	5	9
35. työterveysyksikön imago	1	2	3	4	5	9
36. työterveysyksikön toimitilojen viihtyvyys	1	2	3	4	5	9
37. työterveysyksikön sopimusneuvottelut	1	2	3	4	5	9
38. työterveysyksikön laatu järjestelmä	1	2	3	4	5	9
Asiakkuuksien johtaminen						
39. asiakasnäkökulman huomioiminen työterveysyksikön strategiassa	1	2	3	4	5	9
40. työterveysyksikön johdon sitoutuminen asiakkuuksien hoitoon	1	2	3	4	5	9
41. koko henkilöstön motivaatio asiakkuuksien hoitoon	1	2	3	4	5	9

2.2 Valitse 3 tärkeintä asiakassuhteen kehittämiseen vaikuttavaa tekijää. Kirjaa tekijät tähän:

3. Toimijoiden roolit asiakassuhteessa

3.1 Arvioi toimijoiden rooleja asiakassuhteessa

	Eri mieltä	Osittain eri mieltä	Siltä väliltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	En osaa sanoa
1. Asiakasyritys vastaa pääosin yhteydenpidosta työterveysyksikön ja yrityksen välillä	1	2	3	4	5	9
2. Asiakasyrityksen tehtävä on olla aloitteellinen toimintasuunnitelmia tehdessä	1	2	3	4	5	9
3. Asiakasyritys toimii työterveysyksikköön päin vain tarpeen vaatiessa	1	2	3	4	5	9
4. Asiakasyritys on työterveystoiminnan kehittäjä	1	2	3	4	5	9
5. Asiakasyrityksessä on nimetty yhteyshenkilö hoitamaan yhteydenpitoa työterveysyksikköön	1	2	3	4	5	9
6. Työterveysyksikkö vastaa pääosin yhteydenpidosta työterveysyksikön ja yrityksen välillä	1	2	3	4	5	9

7. Työterveysyksikön tehtävä on olla aloitteellinen toimintasuunnitelmia tehdessä	1	2	3	4	5	9
8. Työterveysyksikkö toimii asiakasyritykseen päin vain tarpeen vaatiessa	1	2	3	4	5	9

3.2 Kuvaile asiakasyritysten edustajien osuutta työterveystoiminnassa:

3.3 Luettele asiakasyritysten henkilöstöstä/henkilöryhmistä **keskeiset toimijat** työterveysasioissa:

D TYÖTERVEYSYKSIKÖN OSAAMINEN

Arvioi työyksikkösi osaamista seuraavilla osa-alueilla.

Osaaminen on riittävää osa-alueella	Eri mieltä	Osittain eri mieltä	Siltä väliltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	En osaa sanoa
Organisaation ydinosaminen						
1. lainsäädännön tuntemus	1	2	3	4	5	9
2. Kelan korvauskäytännöt	1	2	3	4	5	9
3. toimialakohtainen tietotaito	1	2	3	4	5	9
4. sopimusneuvottelut	1	2	3	4	5	9
5. asiakassuhteen kehittäminen	1	2	3	4	5	9
6. asiakkuuden johtaminen	1	2	3	4	5	9
7. vuorovaikutustaidot asiakasyhteistyössä	1	2	3	4	5	9
8. palveluista ja muusta yksikön toiminnasta tiedottaminen ja markkinointi	1	2	3	4	5	9
9. moniammatillinen tiimityö	1	2	3	4	5	9
10. työterveysyksikön talouden hallinta	1	2	3	4	5	9
Yksilöllinen ammattiosaaminen						
11. työpaikkaselvitysten teko	1	2	3	4	5	9
12. riskien arviointi	1	2	3	4	5	9
13. toimintasuunnitelmien laadinta	1	2	3	4	5	9

14. terveystarkastusten toteuttaminen	1	2	3	4	5	9
15. raportointi asiakasyrityksen työterveystilanteesta	1	2	3	4	5	9
16. työhyvinvoinnin edistämisen tukeminen	1	2	3	4	5	9
17. ammattitautien ja työperäisten sairauksien tunnistaminen	1	2	3	4	5	9
18. ensiapuvalmiuden arviointi	1	2	3	4	5	9
19. työyhteisöongelmien ratkaisussa avustaminen ja työyhteisöjen toimivuuden edistäminen	1	2	3	4	5	9
20. työkykyä ylläpitävän toiminnan suunnitteluun osallistuminen	1	2	3	4	5	9
21. työkuormituksen arviointi	1	2	3	4	5	9
22. työkykyarviot	1	2	3	4	5	9
23. pitkältä sairauslomalta työhön paluun tukeminen	1	2	3	4	5	9
24. lääkinnällinen kuntoutus	1	2	3	4	5	9
25. ammatillinen kuntoutus	1	2	3	4	5	9
26. eläkekäytännöt	1	2	3	4	5	9
27. työterveyspainotteinen sairaanhoito	1	2	3	4	5	9
Kehittymisosaaminen						
28. tiedonhakutaidot	1	2	3	4	5	9
29. viestintätaidot	1	2	3	4	5	9

C 4. Työterveyshuollon asiakkuus. Vastaa seuraaviin kysymyksiin vapaamuotoisesti, jatka tarvittaessa kääntöpuolelle.

a) Mistä työterveyshuollon asiakkuus mielestäsi koostuu?

b) Mitkä asiat asiakkuuden hoidossa toteutuvat hyvin?

c) Missä olisi mielestäsi eniten kehitettävää asiakkuuksien suhteen?

LIITE 3. Asiakasyritysten edustajien teemahaastattelun haastattelurunko.

Teemahaastattelu yritysten edustajille Keski-Suomessa
(Ensisijaisesti yhdyshenkilö, jolla on päätäntävaltaa)

Taustakysymykset:

Yrityksenne koko ja toimiala? Kerro myös onko jotakin erityistä tai muutoksia tulossa lähiaikoina.

Teemat:

Asiakkuuden luonne

Millainen on asiakkuuttenne työterveyshuollon kanssa? Kuvaa asiakkuutta työterveyshuollon kanssa.

Miten sujuu asioiden hoito?

Mikä on tyypillistä yrityksenne asiakkuudessa työterveyshuollon kanssa?

(Apukysymykset tarvittaessa:

kuvaa jokin yksittäinen hyvin sujunut tilanne yrityksen ja työterveyshuollon välillä

kuvaa jokin yksittäinen ongelma yrityksen ja työterveyshuollon välillä)

Mistä työterveyshuollon asiakkuus koostuu?

Poikkeaako työterveyshuollon asiakassuhde mielestäsi muista hankkimistanne palveluista ja jos poikkeaa, miten?

(Apukysymykset tarvittaessa:

mitä olennaisia elementtejä kuuluu työterveyshuollon asiakkuuteen?

mistä tekijöistä syntyy hyvä asiakassuhde?)

Mikä merkitys on taloudellisilla näkökulmilla? *(Aputäsmennyksenä tarvittaessa: toiminnasta koituvat kulut, rahalle saatava vastine)*

Miten tyytyväinen olet yleensä ottaen ollut yhteistyöhön työterveyshuollon kanssa?

Asiakkuuden hallinta

Miten kuvaisit työterveyshuollon asiakkuuden hallintaa yleisesti?

Miten yrityksessäsi näkyy

- a) työterveyshuolto
- b) asiakkuuden hallinta

(jatkuu)

Mitkä ovat toimintatapanne työterveyshuollon kanssa?

(Apukysymykset tarvittaessa:

Miten asioita hoidetaan asiakassuhteessa?

Miten arvioisit työterveyshuollon menettelytapoja?

Miten yhteistyö on järjestetty työterveyshuollon kanssa?)

Asiakassuhteen kehittäminen

Mitkä tekijät vaikuttavat työterveyshuollon asiakassuhteen kehittymiseen yleensä? Mitkä estävät kehittymistä?

Onko asiakassuhde työterveysyksikköön muuttunut ja jos on, kerro miten asiakkuus on muuttunut mielestäsi ajan mittaan?

- a) mitkä tekijät ovat tuottaneet muutosta?
- b) millaista kehitystä toivoisit tapahtuvan?

Toimijoiden roolit

Millaisia rooleja koet sinulla olevan työterveyshuollon asiakkuudessa?

millaisia tehtäviä sinulle kuuluu (tehtävällä ei tarkoiteta välttämättä konkreettista tehtävää)?

Mitä muita rooleja tunnistat työterveyshuoltoon liittyen organisaatiossasi?

Ketkä muut toimivat organisaatiossanne työterveyshuollon kanssa ?

Kuvaa johdon, työsuojelun ja työterveyshuollon keskinäistä yhteistyötä?

Kuvaa työterveyshuollon toimijoiden rooleja asiakassuhteessa ja sen hoidossa.

(Kysytään, mikäli haastateltava on yhdyshenkilö)

Lopuksi

Haluaisitko sanoa vielä jotakin työterveyshuollon ja asiakasyrityksesi välisestä asiakassuhteesta ja asiakkuudesta ?

LIITETAULUKOT

LIITETAULUKKO 1. Vastaajien mielipiteet asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavien tekijöiden keskeisestä vaikutuksesta asiakassuhteen kehittymiselle.

Asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavat tekijät	Vastaajan mielipide tekijän keskeisestä vaikutuksesta asiakassuhteen kehittymiselle				
	Eri mieltä tai osittain eri mieltä	Siltä väliltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	En osaa sanoa
	%	%	%	%	%
Vuorovaikutus					
työterveysyksikön ja asiakasyrityksen väliset säännölliset tapaamiset	-	2	10	87	2
työterveyshenkilöstön tavoitettavuus yrityksen yhteistyötahojen tavoitettavuus (n = 58)	-	-	25	74	2
työterveyshenkilöstön ystävällisyys	-	9	31	57	3
työterveyshenkilöstön aktiivisuus yhteydenpidossa	-	5	26	67	2
asiakasyrityksen aktiivisuus yhteydenpidossa	-	5	25	69	2
asioiden esittäminen talouden kielellä	-	2	28	67	3
työterveyshenkilöstön yhtenäinen toimintatapa	4	13	52	25	7
hyvä tiedon kulku asiakasyrityksen ja työterveysyksikön välillä	-	5	31	59	5
asiakasyrityksen edustajien hyvä työterveystoiminnan tunteminen	-	-	10	89	2
työterveystoiminnan tunteminen	2	2	26	67	2
Asiakaslähtöisyys					
asiakasyrityksen tarpeiden kartoitus	-	3	15	80	2
asiakasyritykselle yhdessä laadittu toimintasuunnitelma	-	2	16	80	2
asiakasyrityksen toimialan hyvä tuntemus (n = 60)	-	-	20	78	2
ajantasainen tieto asiakasyrityksestä	-	-	16	82	2
asiakaslähtöisyyttä tukeva tietojärjestelmä	-	5	38	53	5
yrittäjäkohtaisesti nimetty henkilökunta	2	3	30	62	3
asiakasyrityksen taloudellinen tilanne	5	26	44	16	8
työterveyspalveluiden tuottaminen alihankintasopimuksen kautta	28	21	15	13	23
säännöllinen asiakaspalautteen käsittely yhdessä	-	15	25	49	12
Luottamus					
pitkäjänteinen yhteistyö	-	-	15	84	2
tietosuojasäännösten noudattaminen	2	2	10	84	3

(jatkuu)

(liitetaulukko 1 jatkuu)

Asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavat tekijät	Vastaaajan mielipide tekijän keskeisestä vaikutuksesta asiakassuhteen kehittymiselle				
	Eri mieltä tai osittain eri mieltä	Siltä väliltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	En osaa sanoa
	%	%	%	%	%
työterveysyksikön henkilöstön luotettavuus	-	-	7	92	2
työterveysyksikön henkilöstön asiantuntemus	-	-	7	92	2
työterveysyksikön henkilöstön sitoutuminen yhteistyöhön	-	-	8	90	2
asiakasyrityksen henkilöstön sitoutuminen yhteistyöhön	-	-	7	92	2
Suunnitelmallisuus					
selkeä sopimus	2	-	8	89	2
toiminnan toteutuminen suunnitelman mukaisesti	2	-	13	84	2
toimien toteutumisen ja vaikuttavuuden seuranta	2	3	18	74	3
selkeiden raporttien ja yhteenvedojen esittäminen toiminnasta	-	7	12	79	3
Palveluiden saatavuus					
työterveysyksikön sijainti	2	12	48	36	3
vastaanottoaikojen joustavuus asiakasyrityksen tarpeisiin nähden	2	7	33	57	2
työterveysyksikön resurssien riittävyys	-	-	16	82	2
Markkinointi					
työterveysyksikön aktiivinen tiedottaminen palveluidensa sisällöstä ja mahdollisuuksista	-	12	36	46	7
työterveysyksikön ajantasaiset ja helppokäyttöiset internet-sivut	5	12	35	41	8
työterveysyksikön imago	-	7	25	62	7
työterveysyksikön toimitilojen viihtyvyys	5	26	28	34	7
työterveysyksikön sopimusneuvottelut (n = 60)	3	7	30	55	5
työterveysyksikön laatujärjestelmä	5	15	36	31	13
Asiakkuuksien johtaminen					
asiakasnäkökulman huomioiminen työterveysyksikön strategiassa	-	3	26	62	8
työterveysyksikön johdon sitoutuminen asiakkuuksien hoitoon	2	2	34	54	8
koko henkilöstön motivaatio asiakkuuksien hoitoon	-	5	18	69	8

LIITETAULUKKO 2. Asiakassuhteen kehittämiseen vaikuttavat tekijät tärkeysjärjestyksessä vastauksista lasketun keskiarvon mukaan järjestettyinä (vaihteluväli -2,0 – +2,0).

Asiakassuhteen kehittämiseen vaikuttavat tekijät	Keskiarvo
työterveysyksikön ja asiakasyrityksen väliset säännölliset tapaamiset	1,9
hyvä tiedon kulku asiakasyrityksen ja työterveysyksikön välillä	1,9
pitkäjänteinen yhteistyö	1,9
työterveysyksikön henkilöstön luotettavuus	1,9
työterveysyksikön henkilöstön asiantuntemus	1,9
työterveysyksikön henkilöstön sitoutuminen yhteistyöhön	1,9
asiakasyrityksen henkilöstön sitoutuminen yhteistyöhön	1,9
selkeä sopimus	1,9
työterveyshenkilöstön tavoitettavuus	1,8
asiakasyrityksen tarpeiden kartoitus	1,8
asiakasyritykselle yhdessä laadittu toimintasuunnitelma	1,8
asiakasyrityksen toimialan hyvä tuntemus	1,8
ajantasainen tieto asiakasyrityksestä	1,8
tietosuojasäännösten noudattaminen	1,8
toiminnan toteutuminen suunnitelman mukaisesti	1,8
työterveysyksikön resurssien riittävyys	1,8
työterveyshenkilöstön aktiivisuus yhteydenpidossa	1,7
asiakasyrityksen aktiivisuus yhteydenpidossa	1,7
asiakasyrityksen edustajien hyvä työterveystoiminnan tunteminen	1,7
toimien toteutumisen ja vaikuttavuuden seuranta	1,7
selkeiden raporttien ja yhteenvedojen esittäminen toiminnasta	1,7
koko henkilöstön motivaatio asiakkuuksien hoitoon	1,7
työterveyshenkilöstön ystävällisyys	1,6
työterveyshenkilöstön yhtenäinen toimintatapa	1,6
yrityskohtaisesti nimetty henkilökunta	1,6
työterveysyksikön imago	1,6
asiakasnäkökulman huomioiminen työterveysyksikön strategiassa	1,6
yrityksen yhteistyötahojen tavoitettavuus	1,5
asiakaslähtöisyyttä tukeva tietojärjestelmä	1,5
vastaanottoaikojen joustavuus asiakasyrityksen tarpeisiin nähden	1,5
työterveysyksikön johdon sitoutuminen asiakkuuksien hoitoon	1,5
säännöllinen asiakaspalautteen käsittely yhdessä	1,4
työterveysyksikön aktiivinen tiedottaminen palveluidensa sisällöstä ja mahdollisuuksista	1,4
työterveysyksikön sopimusneuvottelut	1,4
työterveysyksikön sijainti	1,2
työterveysyksikön ajantasaiset ja helppokäyttöiset internet-sivut	1,2
työterveysyksikön laatujärjestelmä	1,1
asioiden esittäminen talouden kielellä	1
työterveysyksikön toimitilojen viihtyvyys	1
asiakasyrityksen taloudellinen tilanne	0,8
työterveyspalveluiden tuottaminen alihankintasopimuksen kautta	0

LIITETAULUKKO 3. Vastaajien mielipiteet osaamisen riittävydestä työterveyshuollon asiakkuusosaamisen ja perusprosessien osa-alueilla.

Työterveyshuollon osaamisalue	Vastaajan mielipide osaamisen riittävydestä				
	Eri mieltä tai osittain eri mieltä	Siltä väliltä	Osittain samaa mieltä	Samaa mieltä	En osaa sanoa
	%	%	%	%	%
sopimusneuvottelut	5	16	56	16	7
asiakassuhteen kehittäminen	8	23	43	21	5
asiakkuuden johtaminen	7	34	46	7	7
vuorovaikutustaidot asiakasyhteistyössä	5	7	47	40	2
palveluista ja muusta yksikön toiminnasta tiedottaminen ja markkinointi	25	34	26	10	5
työpaikkaselvitysten teko	3	7	46	41	3
terveystarkastusten toteuttaminen	-	3	31	62	3
työterveyspainotteinen sairaanhoito	8	23	43	22	3

LIITETAULUKKO 4. Kolmeksi tärkeimmäksi asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttavaksi tekijäksi nimettyjen tekijöiden lukumäärät luokiteltuina.

Tärkeimmiksi asiakassuhteen kehittymiseen vaikuttaviksi tekijöiksi nimetyt tekijät luokiteltuina	mainintojen lukumäärä
Vuorovaikutus	
säännöllinen yhteydenpito ja hyvä tiedonkulku	15
säännölliset tapaamiset	7
työterveyshenkilöstön tavoitettavuus	5
onnistunut vuorovaikutus	4
asiakasyritysten hyvä työterveystoiminnan tuntemus	2
yhteensä	33
Luottamus	
asiantuntemus	14
luottamuksellisuus	12
pitkäjänteinen yhteistyö	5
työterveyshenkilöstön sitoutuminen	2
yhteensä	33
Asiakaslähtöisyys	
asiakaslähtöisyys	15
yhteinen suunnittelu	6
toimialan hyvä tuntemus	3
palveluiden joustavuus	3
yhteensä	27
Suunnitelmallisuus	
selkeät sopimukset	8
toiminnan toteutuminen suunnitelman mukaisesti	4
suunnitelmallisuus	5
selkeät toimintamallit	1
toiminnan toteutumisen ja vaikuttavuuden seuranta	1
varhaisen puuttumisen tuloksellisuus	1
yhteensä	20
Palveluiden saatavuus	
resurssien riittävyys	9
palveluiden saatavuus	7
yhteensä	16
Asiakkuuksien johtaminen	
johdon sitoutuminen	1
yhteensä	1
Muut	
työterveyshenkilöstön asenne	3
asialliset työtilat	1
yhteensä	4

LIITETAULUKKO 5. Työterveystoimijoiden mielestä työterveyshuollon asiakkuutta koostavat tekijät luokiteltuina

Tekijät, joista työterveyshuollon asiakkuus vastaajien mielestä koostuu	mainintojen lukumäärä
Toimiva vuorovaikutus	
yhteistyö	17
säännöllinen yhteydenpito	10
vuorovaikutus	7
tiedon kulku (molemmin puolin, sisäisesti)	6
hyvä alkuyhteydenotto- ja palaveri, tarjoukset	3
yrittäjien työterveyspalveluiden ja sisällön tuntemus	1
henkilökemiat	1
yhteensä	45
Asiakaslähtöisyys	
asiakaslähtöisyys/-läheisyys	10
toimintasuunnitelman teko yhdessä	9
yhteensä	19
Luottamus	
asiantuntemus	6
sitoutuminen molemmin puolin	3
avoimuus	2
luottamuksellisuus	1
yhteensä	12
Asiakassuhteen rakennetekijät	
asiakassuhteen osapuolet (työyhteisö- ja yksilöasiakkaat, työterveyshuolto)	6
luodusta asiakassuhteesta	3
yhteensä	9
Suunnitelmallisuus	
suunnitellun toiminnan toteutuminen ja arviointi	6
sopimus	3
yhteensä	9
Laatu	
laadukkuudesta (tyytyväisyys, hyvä palvelu, työterveysperusteisuus)	5
myönteinen asenne työhyvinvoinnin edistämiseen	4
yhteensä	9
Työterveyshuollon toiminta	
tuotteet, toimintamallit, työterveyshuollon perusprosessit	8
laskutus	1
yhteensä	9
Muut	
markkinointi	2
työnantajan velvoite järjestää palvelut	1
yhteensä	3

LIITETAULUKKO 6. Asiakkuuksien hoidossa hyvin toteutuvat asiat työterveystoimijoiden mielestä.

Mainitut asiat, jotka vastaajien mielestä toteutuvat hyvin asiakkuuden hoidossa	mainintojen lukumäärä
Työterveyshuollon perusprosessit	
terveystarkastukset, työpaikkaselvitykset, sairaanhoito	15
laskutus	2
yhteensä	17
Vuorovaikutus	
yhteistyö	10
yhteydenpito	3
yhteensä	13
Laatu	
moniammatillisuus	4
asiantuntijatoiminta	4
toiminnan joustavuus, sujuvuus	1
yhteensä	9
Suunnitelmallisuus	
sopimusten tarkistus	3
raportointi	3
yhteensä	6
Markkinointi	
tiedottaminen	2
tunnettavuus	1
yhteensä	3
Muut	
kaikki	3
saatavuus, tavoitettavuus	2
asiaksläheisyys	2
luottamus	2
kehitettävää on aina	1
yhteensä	10

LIITETAULUKKO 7. Asiakkuuksissa kehittämistä edellyttävät asiat työterveystoimijoiden mielestä.

Mainitut tekijät, joiden suhteen työterveyshuollon asiakkuuksissa on vastaajien mielestä eniten kehitettävää	mainintojen lukumäärä
Vuorovaikutus	
säännöllinen, aktiivinen yhteydenpito asiakasyrityksiin	9
hyvä tiedonkulku asiakasyrityksistä työterveysyksikköön	4
moniammatillinen yhteistyö	3
yhteisen kielen löytäminen	1
yhteensä	17
Asiakaslähtöisyys	
asiakkaiden tarpeiden huomiointi	4
yhteistyön parantaminen pienten yritysten kanssa	4
työnantajan roolin korostaminen/aktivoiminen	4
yhteensä	12
Suunnitelmallisuus	
arvioinnin, seurannan ja raportoinnin kehittäminen	5
sopimusten mukainen toiminta, suunnitelmallisuus	3
yhteensä	8
Palveluiden saatavuus	
työterveysyksikön resursointi	8
yhteensä	8
Markkinointi	
työnantajien informointi työterveyshuollon perusteista ja mahdollisuuksista asiakassuhteen eri vaiheissa	4
markkinointi	3
monikanavainen tiedottaminen	1
yhteensä	8
Työterveyshuollon perustoimintakäytännöt	
perusprosessit (työpaikkaselvitykset, tarkastukset, sairaanhoito)	4
laadukkaat toimintamallit ja niiden jalkauttaminen	3
yhteensä	7
Muut	
vaatimusten mukainen osaaminen	1
johdon kiinnostus asiakkuuksien hoitoon	1
työterveyshenkilöstön uusi asenne	1
yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa	1
yhteensä	4