

TAMPEREEN YLIOPISTO
Johtamiskorkeakoulu

**HEALTH 2.0 -PALVELUT
ASIAKKAAN ARJEN TUKENA
CASE IPANA ÄITIYS**

Markkinointi
Pro gradu -tutkielma
Toukokuu 2014
Ohjaaja: Hannu Saarijärvi

Tuomas Plattonen

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamiskorkeakoulu, markkinointi
Tekijä:	PLATTONEN, TUOMAS
Tutkielman nimi:	Health 2.0 -palvelut asiakkaan arjen tukena Case Ipana Äitiys
Pro gradu -tutkielma:	89 sivua, 2 liitesivua
Aika:	Huhtikuu 2014
Avainsanat:	Arvonluonti, palvelulogiikka, asiakastieto, valtaistuminen

Terveystenhoito on perinteinen palvelutoimiala, jonka sisäisiä prosesseja on osuoptimoitu tehokkaan terveydenhuoltokoneiston toivossa vuosikymmeniä. Näiden kustannus- ja tehokkuusoptimointien seurauksena asiakkaan tai potilaan rooli on jäänyt hyvin passiiviseksi ja palvelun laatu on kärsinyt. Terveystenhoito on kuitenkin siirtymässä kohti terveyden edistämistä aktivoimalla asiakkaita ottamaan yhä enemmän vastuuta omasta terveydentilastaan. Ilmiötä, jossa asiakkailla on aktiivinen rooli terveyden edistämisessä, kutsutaan nimellä Health 2.0, jossa uusilla Web 2.0 -teknologioilla ja asiakastiedon palauttamisella takaisin asiakkaalle on merkittävä rooli.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on analysoida Health 2.0 -palveluiden käyttäjien arvonluontia. Markkinointitieteellisestä näkökulmasta ei Health 2.0 -ilmiötä ole aikaisemmin käsitelty, jonka johdosta ilmiö on tiedeyhteisölle uusi. Tämän lisäksi tutkimuksia asiakastiedon uusista käyttömahdollisuuksista ja asiakastiedon merkityksestä valtaistumisen prosessissa on vielä verrattain vähän. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on osaltaan jatkaa näiden uusien tutkimussuuntausten tutkimusta ja muodostaa holistinen ymmärrys Health 2.0 -ilmiöstä, jonka ominaispiirteitä mainitut tutkimussuuntaukset ovat.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tapaustutkimuksena, jonka kohteena oli Mediware Oy:n kehittämä ja tuottama Ipana Äitiys -palvelu. Tutkimuksen metodiksi valikoitui puolistrukturoitu haastattelu, jota ohjasi osaltaan ääneen ajattelun -metodi. Tutkimusaineisto koostui seitsemästä Ipana Äitiys -palvelun käyttäjän haastattelusta. Aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui sisällönanalyysi, jota ohjasi luonteeltaan abstraktimpi deskriptiivisen kuvauksen analyysistrategia. Teoreettisen viitekehyksen avulla pystyttiin tunnistamaan kolme arvonluonnin pääluokkaa, joiden sisältö tarkentui empirian avulla ja pystyttiin tunnistamaan niiden muodostuvan yhteensä kahdeksasta arvonluonnin prosessista.

Tutkimuksen merkittävimmäksi havainnoiksi nousi asiakastiedon merkittävä rooli asiakkaiden itsenäisissä arvonluonnin prosesseissa sekä emotionaalisten hyötyjen painottuminen. Palvelunkäyttäjien arvonluonnin prosessit olivat hyvin monimuotoisia ja niistä ilmenevät hyödyt vaihtelivat subjektiivisesti prosesseittain. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että asiakastiedon asiakaslähtöisen hyödyntämisen jatkotutkimusmahdollisuudet ovat laajat. Jatkossa Health 2.0 -palveluiden arvonluontia tulisi lähestyä ottamalla tutkimukseen mukaan uusia sovelluksia ja palveluita uusien arvonluontiprosessien ja niistä koettujen hyötyjen tunnistamisen vuoksi.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
1.1	Askel kohti digitaalista terveydenhuoltoa	5
1.2	Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset	8
1.3	Tutkimuksen rajaukset	10
2	ARVONLUONTI HEALTH 2.0 -PALVELUISSA	13
2.1	Health 2.0	13
2.2	Arvonluonnin viitekehys	17
2.2.1	Yrityksen prosesseista kohti asiakkaan prosesseja	18
2.2.2	Palvelulogiikka	20
2.2.3	Ilmenevä arvo ja koetut hyödyt	25
2.3	Asiakastiedon merkitys	28
2.3.1	Asiakastiedon evoluutio	28
2.3.2	Asiakastieto asiakkaan prosessien tukena	30
2.4	Kuluttajan valtaistuminen.....	32
2.4.1	Vallan merkitys	32
2.4.2	Tiedon ja internetin rooli	33
2.4.3	Valinnanvapaus	35
2.4.4	Valtaistuminen ja Health 2.0	36
2.5	Palveluloooginen näkökulma Health 2.0 -palveluihin	37
3	TUTKIMUSSTRATEGIA	39
3.1	Kvalitatiivinen tapaustutkimus.....	39
3.2	Tieteenfilosofiset lähtökohdat	40
3.3	Teorian ja empirian vuoropuhelu	41
3.4	Tutkimuksen kohde	42
3.5	Aineiston luonnin menetöt	43
3.5.1	Äänen ajattelu	44
3.5.2	Puolistrukturoitu haastattelu	46
3.6	Aineiston analysointi ja tulkinta.....	47
3.6.1	Analyysistrategia	47
3.6.2	Sisällönanalyysi	48
4	IPANA ÄITIYS -PALVELUN KÄYTTÄJIEN ARVONLUONTI	51
4.1	Ydinpalvelun käyttö	52
4.1.1	Hoitotietojen tarkastelu.....	52
4.1.2	Sähköinen asiointi	56
4.2	Luovutetun asiakastiedon käyttö	58
4.2.1	Asiakastiedon jakaminen sosiaalsiin verkostoihin	58
4.2.2	Asiakastiedon käyttö tiedonhaun tukena	62
4.2.3	Asiakastiedon jakaminen muihin palveluihin.....	64
4.3	Kuluttajan voimaantuminen	65
4.3.1	Hallinta	65
4.3.2	Reagointi.....	67
4.3.3	Tiedon tuottaminen.....	70

4.4	Arvonluontiprosessien kokonaiskuva	71
4.5	Koettujen hyötyjen kokonaiskuva	73
5	TERVEYDENHOIDOSTA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN	75
5.1	Johtopäätökset	75
5.2	Tutkimuksen kontribuutio	77
5.3	Liikkeenjohdolliset päätelmät	79
5.4	Tutkimuksen kritiikki	80
5.5	Jatkotutkimusmahdollisuudet	82
	LÄHDELUETTELO	83
	LIITTEET	90
	LIITE 1: Haastattelutilanteet	90
	LIITE 2: Haastattelurunko	91
	TAULUKOT	
	Taulukko 1 Health 2.0 -ilmiön pääteemat	16
	Taulukko 2 Arvonluonnin prosesseista koetut hyödyt	74
	KUVIOT	
	Kuvio 1 Health 2.0 -ilmiön moniulotteiset näkökulmat	11
	Kuvio 2 Arvonluonnin sfäärit	23
	Kuvio 3 Health 2.0 -palvelujen käyttäjien arvonluonnin prosessit	37
	Kuvio 4 Aineiston analyysiprosessi	49
	Kuvio 5 Arvonluonnin prosessien kokonaiskuva	72
	Kuvio 6 Tutkimuksen kontribuutio	78

1 JOHDANTO

1.1 Askel kohti digitaalista terveydenhuoltoa

Sähköisen terveydenhuollon edistysaskeleet ovat olleet huimia viimeisten vuosien aikana ja yhä kasvavassa määrin potilaiden nähdään siirtyvän terveydenhuoltokoneiston syrjäseuduilta kohti sen keskustaa. Tämä on nähtävissä henkilökohtaisten elektronisten potilastietojärjestelmien yleistymisenä, jonka ajurina toimii kuitenkin usein tarve kulujen karsimiseen potilaan aktivoitumisen tukemisen sijasta (The Economist 2009). On kuitenkin selvää, että terveydenhuollon prosessien sähköistyessä asiakkaiden mahdollisuudet ja tätä kautta halu vaikuttaa omaan terveydenhuoltoon kasvavat. Tämä näkyy konkreettisesti Sitran (2013a) tekemässä tutkimuksessa, jonka mukaan yli 70 prosenttia suomalaisista uskoo uusien sähköisten terveystalveluiden lisäävän asiakkaiden tyytyväisyyttä sekä helpottavan terveydenhuollon palveluiden käyttöä. Suomessa kansalaisten myönteinen suhtautuminen sähköisiin hyvinvointipalveluihin ei kuitenkaan yksinään ole riittänyt palveluiden määrän merkittävään kasvuun (Sitra 2013b).

Terveystalveluiden sähköistyessä kriittisimpänä muutoksena suhteessa perinteiseen malliin voidaan pitää tiedon määrän kasvua, mutta tämän lisäksi tiedonsiirron suunnan muutos on merkittävä. Perinteisesti tiedonkulku on nähty yksisuuntaisena ja yksipuolisena monologina lääkäriltä potilaalle, mutta yhä enemmän ja enemmän tieto kulkee useampaan suuntaan (The Economist 2009). Tietenkään tiedon määrä saati suunta eivät itsessään sairauksia paranna, mutta on selvää, että potilaat käyttävät sähköisiä ratkaisuja tiedonhakuun sekä sosiaalisten verkostojen tuen saamiseen ja antamiseen yhä enemmän ja enemmän. Abstraktimmalla tasolla voidaan ajatella painopisteen siirtyvän sairauksien hoidosta terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn (Sitra 2013b) sekä aktiiviseen itsehoitoon terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Sitra 2013c). Usein sähköisistä terveystalveluista puhuttaessa, puhutaan Health 2.0 -ilmiöstä, joka voidaan yksinkertaisesti määritellä fokuksen siirtymisenä pois terveydenhuollon ammattilaisten prosesseista kohti terveyden edistämistä, palveluiden tarjoamista

kansalaisten kotona sekä kansalaisten kannustamista ottamaan vastuuta omasta terveydestään (Eysenbach 2008). Sähköisillä terveydenhuoltoratkaisulla näyttäisi olevan edessään valoisa tulevaisuus. Topol ja Cook (2014) puhuvat digitaalisen lääketieteen vallankumouksesta, jossa lääketiede tulee tarjoamaan henkilökohtaisia ratkaisuja uniikkeihin ongelmiin ottamalla tarkasteluun mukaan geeniperimän. Tällä tasolla ratkaisut eivät kuitenkaan vielä ole, mutta askeleita kohti terveydenhuollon digitalisoitumista on otettu aktiivisesti.

Kansainvälisesti Health 2.0 -sovellusten määrä on kasvanut viimeisten vuosien aikana vauhdilla ja myös sijoittajat ovat heränneet terveydenhuollon uuteen asiakaslähtöiseen aaltoon: Forbesin (2014) julkaiseman parhaat sijoituskohteet vuodelle 2014 -listalta löytyy niin laajemmat terveydenhuollon IT- kuin kuluttajille suunnatut mobiilipalvelutkin. Esimerkkeinä kansainvälisistä Health 2.0 -sovelluksista voitaisiin nostaa PatientsLikeMe (www.patientslikeme.com) ja 23andMe (www.23andme.com). PatientsLikeMe on sosiaalinen palvelu, jonka avulla palvelunkäyttäjät voivat jakaa oireita, hoitohistoriaa, lääkkeiden sivuvaikutuksia, sairaalakäyntejä, testituloksia ja tuntemuksia toisten käyttäjien kanssa. Palvelu muokkaa näistä käyttäjien antamista tiedoista graafeja ja taulukoita, joiden avulla käyttäjät saavat käsityksen omasta terveydentilastaan. Tämän lisäksi palvelu ehdottaa käyttäjilleen toimenpiteitä perustuen muiden käyttäjien samankaltaisiin oireisiin ja kokemuksiin. 23andMe on DNA:n testaukseen erikoistunut yritys, jolle kuluttajat voivat lähettää sylkinäytteensä. Yritys analysoi näytteen ja antaa asiakkaalleen raportin mahdollisista riskeistä ja perinnöllisistä sairauksista. Vaikka nämä kaksi esimerkkiä ovat melko kaukana toisistaan haastavat ne yhtäläillä perinteisen terveydenhuollon prosesseja aktivoimalla kuluttajia ottamaan itse vastuuta omasta terveydestään sähköisten palveluiden avulla.

Health 2.0 -ilmiössä tiedon merkitys ja kuluttajan aktivoituminen ovat avainasemassa. Markkinointitieteen kannalta tutkimus on ajankohtainen koska asiakastiedon uusia käyttömahdollisuuksia, kuten asiakastiedon palauttamista asiakkaalle, ei ole tutkittu juuri lainkaan ja näin ollen arvonluontimahdollisuudet ovat tuntemattomia (Saarijärvi, Karjaluoto & Kuusela 2013, 584–585). Mitchellin (2012, 326) mukaan markkinointitieteen tulee pyrkiä ymmärtämään asiakastiedon käyttöä asiakkaan prosessien tukemisessa yrityksen prosessien tukemisen sijasta.

Marketing Science Institutun (MSI Research Priorities 2014) tutkimusprioriteetin viisi mukaan tarvitaan lisää tutkimusta ihmisten ja instituutioiden välisestä luottamuksesta ja sen muodostumisesta. Luottamus sinällään ei ole tämän tutkimuksen pääfokuksena, mutta se on jatkuvasti läsnä puhuttaessa asiakas- ja/tai potilastiedon luovuttamisesta ja täydentämisestä sekä terveydenhuollon prosessien läpinäkyvyyden lisäämisestä. Asiakastiedon määrän kasvaessa ja käyttömahdollisuuksien lisääntyessä tulee kuluttajien ja muiden instituutioiden välisen luottamuksen merkitys kasvamaan. Prioriteetissaan kuusi MSI korostaa Big Datan ja asiakassuhteiden hallinnan merkitystä tulevaisuudessa. Nämä aiheet tulevat olemaan lähivuosien aikana relevantteja kun hyvinvointipalveluiden tiedon määrä jatkaa eksponentiaalista kasvuaan.

Tiedon määrän kasvaessa valtavasti herää kysymys siitä, kuka tiedon oikeastaan omistaa. Monet yritykset näkevät omistavansa asiakkaistaan keräämänsä tiedot ja suurin osa yrityksistä kerääkin asiakastietoa omaan käyttöönsä ja vain pieni osa luovuttaa tietoja eteenpäin (Yle 2012). Yleisimmät syyt kerätä asiakastietoa ovat tehokkaamman suoramarkkinoinnin tavoittelu tai kanta-asiakkaiden profilointi (Taloussanomien 2012). On selvää, ettei asiakastiedon asiakaslähtöisten käyttömahdollisuuksien potentiaalia ole vielä saavutettu ja Thaler (2011) kannustaakin yrityksiä luovuttamaan asiakkaistaan keräämänsä tiedot takaisin asiakkailleen – asiakkaista peräisinhän nämä tiedot kuitenkin ovat.

Ajatus asiakastiedon palauttamisesta takaisin asiakkaalle on saanut jalansijaa Iso-Britanniassa, jossa valtio kannustaa yrityksiä jakamaan asiakkaistaan keräämänsä tiedon takaisin asiakkaille rikkaammassa ja relevantimmassa muodossa, joka auttaa asiakkaita tekemään parempia valintoja. Ne yritykset, jotka tarjoavat parasta palvelua ja parhaita tuotteita, tulevat hyötymään asiakastiedon luovuttamisesta uusien asiakkaiden muodossa (MyData 2011). Yhdysvaltalaisilla on oma vastineensa, jonka tarkoituksena on myös palauttaa asiakastieto takaisin asiakkailleen helpottaen heitä tekemään parempia valintoja. Tämän lisäksi he kannustavat kolmansia osapuolia asiakastietoa hyödyntäen innovoimaan ja kehittämään uusia työkaluja, jotka auttavat kuluttajia tekemään parempia päätöksiä (Smart Disclosure 2013). Näiden valtioiden päättäjät kannustavat yrityksiä luovuttamaan asiakastiedon takaisin asiakkaille, koska he näkevät siitä seuraavat hyödyt.

Kuluttajien muuttuessa passiivisista tiedonkeräyksen kohteista aktiivisiksi tiedon omistajaksi ja käyttäjiksi voidaan asiakastietoa käyttää hyödyksi parempien valintojen tekemiseen sekä uusien palvelujen luomiseen. Toisin sanoen asiakastiedon palauttaminen takaisin asiakkaalle ei vain helpota asiakkaan arkea, mutta luo myös uusia liiketoimintamalleja uusien sovellusten muodossa sekä tarjoaa asiakastiedon kerääjille uuden mahdollisuuden oppia asiakkaastaan lisää. Näin ollen yhteiskunnan tehokkuus ja talous kasvavat innovaatioiden lisääntyessä (Smart Disclosure 2013). Vaikka MyData (2011) ja Smart Disclosure (2013) eivät ole terveydenhuollon alalle keskittyviä aloitteita ovat ne kuitenkin perusidealtaan rinnasteisia tämän tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön. Health 2.0 -ilmiössä asiakastiedon, tai tosin sanoen potilastiedon, palauttamisella takaisin asiakkaalle on fundamentaalinen merkitys voimaannuttaen, mahdollistaen ja aktivoiden kuluttajia ottamaan vastuuta omasta terveydestään.

Tässä tutkimuksessa syvennyttään erityisesti terveydenhuoltoalalle ja tutkitaan Ipana Äitiys -palvelua, sähköistä äitiyskorttia, joka tukee palvelunkäyttäjää arjen tasolla ja jossa palvelunkäyttäjät saavat omat hoitotietonsa itselleen sähköisessä muodossa. Palvelunkäyttäjillä on aktiivinen rooli myös hoitotietojen tuottamisessa ja täydentämisessä. Ipana Äitiys -palvelu onkin hyvä kotimainen esimerkki Health 2.0 -ilmiöstä, jonka tarkoituksena on nostaa potilas aktiiviseksi tekijäksi terveydenhuollon prosesseissa. Toisin sanoen potilaat, palvelunkäyttäjät tai kansalaiset ottavat vastuuta omasta terveydestään ja terveydenhuollon ammattilaiset tukevat tätä voimaantumista erilaisin sähköisin palveluin. Ipana Äitiys -palvelu on osa laajempaa Taltioni ekosysteemiä (www.taltioni.fi), jonka tarkoituksena on luoda sähköisille hyvinvointipalveluille yhtenäinen alusta. Kyseessä on kansalaisen oma sähköisen hyvinvointitiedon tallennuspaikka, jota kansalainen hallinnoi.

1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on analysoida Health 2.0 -palveluiden käyttäjien arvonluontia. Tutkimuksen tavoite on luonnoltaan abstrakti, jota pyritään konkretisoimaan alle kerättyjen tutkimusta ohjaavien tutkimuskysymysten avulla.

- Minkälaisia ovat Health 2.0 -palveluiden käyttäjien arvonluontiprosessit?
- Minkälaisia hyötyjä Health 2.0 -palveluiden käyttäjille ilmenee palvelun käytöstä?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena on selvittää, minkälaisia palvelunkäyttäjien arvonluontiprosesseja on tunnistettavissa aiemmin tehdyn ja tämän tutkimuksen perusteella. Tutkimuksessa pyritään toisin sanoen selvittämään, mitkä palvelunkäyttäjien prosessit luovat heille arvoa ja millä tavalla. Tutkimuksessa pyritään ottamaan kaikki palvelunkäyttäjien arvonluonnin prosessit huomioon. Tämä tarkoittaa ennen kaikkea sitä, että tutkimuksessa tiedostetaan myös arvonluontiprosessit, jotka eivät suoranaisesti liity ydinpalvelun konkreettiseen käyttöön, vaan enemmänkin palvelusta saadun hoitotiedon hyödyntämiseen. Koska tutkittava ilmiö on verrattain uusi, on odotettavaa, että empirian avulla pystytään tunnistamaan ennestään tuntemattomia arvonluonnin prosesseja, joita ei teoreettisen viitekehyksen muodostamisen yhteydessä ole pystytty tunnistamaan.

Toinen tutkimuskysymys nähdään luonnollisena jatkumona ensimmäiselle ja sen tarkoituksena on syventää arvonluonnin prosessien ymmärtämistä analysoiden prosesseista ilmeneviä hyötyjä palvelunkäyttäjille. Sen avulla pyritään konkretisoimaan ilmenevää arvoa eli toisin sanoen pyritään ymmärtämään tarkemmin, miten palvelunkäyttäjät hyötyvät palvelusta ja sen käytöstä. Niin kuin arvonluonnin prosesseja selvitetessä, pyritään hyötyjen tunnistamista jatkamaan myös saadun hoitotiedon hyödyntämisen prosesseihin ydinpalvelun konkreettisen käytön lisäksi.

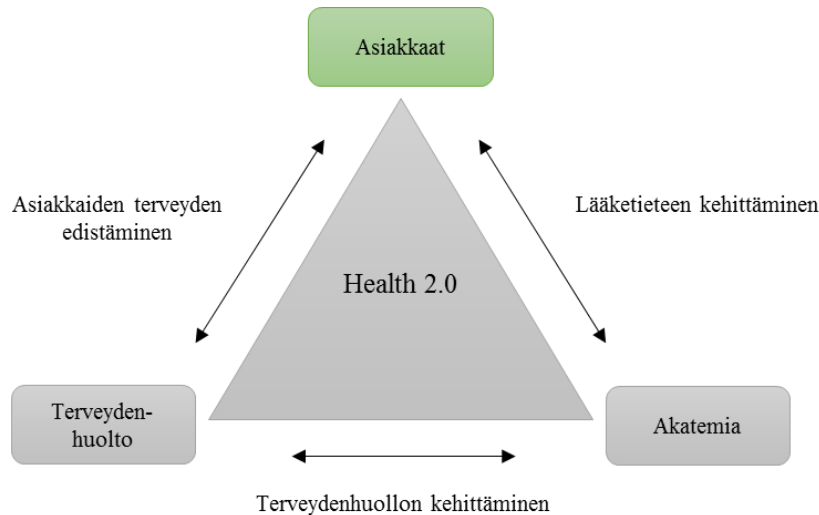
Näihin tutkimuskysymyksiin vastataan osittain teoreettisen viitekehyksen ja osittain tutkimuksessa luodun empirian avulla. Tutkimusprosessissa luodaan ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä teoreettisen viitekehyksen työkalujen ja tässä tutkimuksessa muodostetun empirian avulla. On kuitenkin huomioitavaa, että nämä kaksi tutkimuksen helposti erillään nähtävät osa-alueet ovat tiiviissä yhteistyössä toistensa kanssa; valitut teoriat auttavat hahmottamaan luotua aineistoa ja luotu aineisto auttaa luomaan relevantin teoreettisen viitekehyksen. Tämän lisäksi myös tutkittava ilmiö vaikuttaa vahvasti teoreettisen viitekehyksen ja empirian muodostamiseen.

Tämän tutkimuksen kohteena olevan ilmiön pohjan voidaan nähdä rakentuvan palvelulogiikan, asiakastiedon uusien käyttömahdollisuuksien sekä kuluttajan voimaantumisen teoreettisista komponenteista. Tässä tutkimuksessa pyritään myös kuroma näiden teoreettisten komponenttien ja tosielämän välistä rakoja umpeen soveltamalla näitä teoreettisia työkaluja. Vaikka tutkittava ilmiö on selkeästi terveydenhuollon toimialalle alisteinen, on tutkimuksessa pyritty ottamaan huomioon myös laajemmin markkinointitieteen edistäminen näiden kolmen teoreettisen peruspilarin osalta. Toisin sanoen tutkimuksessa pyritään luomaan uutta tietoa näiden valittujen teoreettisten työkalujen osalta myös abstraktimmalla tavalla, jotta niitä voitaisiin soveltaa myös muissa konteksteissa.

1.3 Tutkimuksen rajaukset

Tämä tutkimus on luonnoltaan ilmiölähtöinen ja tutkimusstrategian muodostaa intensiivinen case- eli tapaustutkimus. Tämä tarkoittaa ennen kaikkea sitä, että tutkimus rajataan koskemaan vain yhtä ilmiötä ja tutkimuksessa pyritään luomaan holistinen ymmärrys valitusta ilmiöstä valittuja työkaluja ja näkökulmia hyväksikäyttäen. Koska kyseessä on verrattain uusi ilmiö oli vaihtoehdot tutkimuksen kohteelle rajoitetut. Ipana Äitiys -palvelu valittiin tutkittavaksi tapaukseksi sen relevanttiuden, vakiintuneiden käyttäjämäärien sekä spesifisyytensä takia.

Tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa ja analysoida Health 2.0 -sovellusten käyttäjien arvonluonnin prosesseja, joten ilmiötä rajaa konkreettisesti valittu asiakasnäkökulma. Tässä tutkimuksessa tullaan keskittymään vain ja ainoastaan kuluttajien näkökulmaan pitäen sisällään kuluttajien arvonluontiprosessit sekä heille ilmenevät hyödyt. On kuitenkin huomioitava, että Health 2.0 -ilmiö kattaa myös laajemmassa mittakaavassa terveydenhuollon ammattilaiset, kuten lääkärit ja hoitohenkilökunnan, sekä lääketieteen akateemiset tutkijat muodostaen yhdessä osan laajempaa yhteiskuntaa. Health 2.0 -ilmiön näkökulmien moniulotteisuutta on selvennetty kuviossa 1.



Kuvio 1 Health 2.0 -ilmiön moniulotteiset näkökulmat, mukailen Eysenbach 2008.

Valitusta näkökulmasta riippuen voivat palveluiden käytön kannusteet ja koetut hyödyt olla huomattavan erilaisia. Terveydenhuollon ammattilaisten tasolla Health 2.0 -sovellukset voidaan nähdä muuttavan perinteistä lääkärin ja potilaan välistä dyadista suhdetta, jossa potilaiden rooli on usein ollut passiivinen. Valtaistunut asiakas haluaa olla terveydenhuollon prosesseissa mukana ja osallistua aktiivisesti oman terveytensä edistämiseen esimerkiksi tuottamalla omatoimisia mittauksia kotona, johon terveydenhuollon ammattilaiset eivät aina ole valmiita tai halukkaita (Pires, Stanton & Rita 2005). Lääketieteen tiedeyhteisön voidaan nähdä hyötyvän asiakkaiden aktiivisuudesta asiakkaiden jakaessa heistä itsestään kertovia tietoja kasvavassa määrin omilla ehdoillaan. Tiedon määrän kasvaessa ja laadun parantuessa lääketieteen tiedeyhteisön mahdollisuudet löytää puuttuvia linkkejä erilaisten tekijöiden välillä kasvaa ja potilaita voidaan hoitaa yhä spesifimmin ja kokonaisvaltaisemmin. Terveydenhuollon ammattilaiset hyötyvät luonnollisesti akateemisen ymmärryksen kehittyessä ja palveluiden tehostuessa, joka välittyy asiakkaille tai potilaille uusina keinoina edistää ja ylläpitää terveyden tasoa, mutta myös ennaltaehkäistä tulevia sairauksia.

Yhteiskunnan tasolla nämä kaikki näkökulmat nitoutuvat yhteen ja hyödyt ovat nähtävissä esimerkiksi kansalaisten parempina mahdollisuuksina vaikuttaa omaan hoitoihinsa, terveydenhuollon prosessien läpinäkyvyytenä, prosessien tehostumisena ja parempana ymmärryksenä kansalaisten terveydestä. Tällä perusteella ilmiötä voidaan

pitää huomattavan laajana. Ilmiön laajuudesta johtuen myös verkostonäkökulma on jätetty pois sen tuoman turhan kompleksisuuden takia (Grönroos & Voima 2013, 2). Asiakaslähtöisyydestä johtuen tullaan tutkimuksen empiirinen aineisto luomaan haastattelemalla palvelunkäyttäjiä eli asiakkaita tai potilaita, jolloin myös yrityksen, tässä tapauksessa terveydenhuollon ammattilaisten ja/tai palvelun kehittäneen yrityksen, näkökulma jätetään huomioitta.

2 ARVONLUONTI HEALTH 2.0 -PALVELUISSA

Tässä luvussa tullaan luomaan tämän tutkimuksen kannalta relevantti teoreettinen viitekehys arvonluontiin liittyen. Aluksi määritellään mitä tämän tutkimuksen puitteissa tarkoitetaan Health 2.0 -ilmiöllä. Tämän jälkeen tullaan selventämään tutkimuksessa käytettyä arvonluonnin viitekehystä, joka toimii linssinä tutkimuksen kohteena olevan ilmiön tarkastelulle. Arvonluonnin prosessia määriteltäessä on myös määriteltävä, mitä tarkoitetaan arvolla tai konkreettisemmin ilmenevällä hyödyllä. Koska Health 2.0 -ilmiöön liittyy läheisesti asiakastieto ja sen uudet käyttömahdollisuudet syvennyttään asiakastietoon palvelunäkökulman puitteissa pääfokuksen ollessa asiakastiedon luovuttamisessa takaisin asiakkaalle. Tämän lisäksi tullaan käsittelemään kuluttajan voimaantumista markkinointitieteellisestä näkökulmasta. Luvun lopussa luodaan teoreettisen viitekehysten yhteenveto; synteesi, joka helpottaa tutkimuksen kohteena olevan ilmiön hahmottamista.

2.1 Health 2.0

Tämän tutkimuksen puitteissa on kriittistä pystyä tunnistamaan Health 2.0 -ilmiön ominaispiirteet. Tämä on osittain haasteellista, koska yleistä konsensusta Health 2.0 -ilmiön määritelmästä ei ole pystytty luomaan (Van De Belt, Engelen, Berben & Schoonhoven 2010). Health 2.0 -ilmiön ominaispiirteiden määrittelyn vaikeutta kuvaa hyvin samankaltaisten termien Medicine 2.0 ja eHealth esiintyminen. Eysenbachin (2008) mukaan Medicine 2.0 on luonnoltaan yleisempi termi, joka pitää sisällään kuluttajaorientoituneen Health 2.0 -termin. Tämän tutkimuksen kuluttajaorientoituneisuudesta johtuen on loogista käyttää kuluttajien prosesseihin läheisemmin liittyvää termiä Health 2.0. Medicine 2.0 -termin käyttö olisi perusteltavaa, mikäli terveydenhuollon ammattilaisten ja lääketieteen tiedeyhteisön edustajien prosessit sisältyisivät tutkimukseen. eHealth-termi pitää sisällään paljon samoja elementtejä kuin Health 2.0, mutta eroaa kuitenkin tiedon avoimuuden, asiakkaiden aktiivisen sisällöntuottamisen, verkostojen ja yhteistyön tärkeyden sekä henkilökohtaisen terveydenhuollon osalta (Hughes, Joshi & Wareham 2008). Koska

nämä elementit ovat tässä tutkimuksessa kriittisiä, on perusteltua jättää myös eHealth-termi käyttämättä. Tässä tutkimuksessa tullaankin jatkossa käyttämään vain termiä Health 2.0 kuvaamaan käsillä olevaa ilmiötä. Ilmiön määrittelyä kompleksisuutta lisää myös keskeisesti teknologiseen kehitykseen ja kuluttajien roolin aktivoitumiseen verkossa liittyvä termi Web 2.0.

Web 2.0 -termiä käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 2004, jolla pyrittiin kuvaamaan uutta tapaa käyttää internetiä ohjelmienkehittäjien ja palvelunkäyttäjien keskuudessa. Web 2.0 nähdään alustana, jossa sovelluksia ja sisältöä ei enää luoda ja julkaista yksittäisten ihmisten toimesta, vaan sovelluksia ja sisältöä luodaan kaikkien käyttäjien toimesta osallistavassa ja yhteistyömäisessä ympäristössä (Kaplan & Haenlein 2010, 61). Giustinin (2006, 1283) mukaan Web 2.0 voidaan nähdä alustan lisäksi myös arkkitehtuurina osallistumiselle; Web 2.0 tuo ihmiset yhteen dynaamisessa ja interaktiivisessa tilassa. Health 2.0 -ilmiö nojaa vahvasti Web 2.0 -työkalujen käyttöön (Hughes ym. 2008; Van De Belt ym. 2010), joten Web 2.0:n ominaispiirteitä voidaan hyödyntää myös Health 2.0 -ilmiön määrittelyssä. Eysenbachin (2008) mukaan viimeaikaisten teknologisten edistysaskeleiden ansiosta sovellusten muotoilu, ulkoasu ja muokattavuus ovat muuttuneet ja tämä on vaikuttanut käyttäjiin sekä heidän tapoihin käyttää sovelluksia. Tämän lisäksi Web 2.0 on mullistanut ihmisten tavat tehdä yhteistyötä, tunnistaa potentiaaliset yhteistyön tekijät sekä ystävät, viestiä toistensa kanssa sekä tunnistaa relevanttia tietoa. Hessen, O'Connellin, Augustsonin, Choun ja Shaikhin (2011) mukaan Web 2.0 -teknologia luo puitteet aktiiviselle osallistumiselle ja tiedon jakamiselle, joka vaikuttaa potilaiden suhtautumiseen terveyden edistämiseen.

Eysenbachin (2008) mukaan Web 2.0 ja Health 2.0 -ilmiöt jakavat toistensa kanssa viisi tärkeää teemaa: sosiaalisen verkottumisen, osallistumisen, tiedonhaun, yhteistyön sekä avoimuuden. Sosiaalinen verkottuminen nähdään tärkeänä trendinä (Hughes ym. 2008) ja se on keskeistä monille Web 2.0 ja Health 2.0 -sovelluksille. Sosiaalisella verkottumisella tarkoitetaan yhteyksiä ihmisten välillä, jotka muodostavat komplekseja verkostoja. Nämä verkostot mahdollistavat yhteistyön käyttäjien välillä. Potentiaalista yhteistyötä voi olla toisten käyttäjien toiminnan seuraaminen, oman toiminnan jakaminen tai kollektiivinen tiedonhaku (Eysenbach 2008). Terveystieteiden tutkimuksessa sosiaalisen verkottumisen sovelluksia (esim. Facebook) on käytetty kuluttajien välisen

kommunikoinnin hallintaan, sen parantamiseen tai henkisen tuen antamiseen kuluttajalta kuluttajalle (Grajales, Sheps, Ho, Novak-Lauscher & Eysenbach 2014).

Osallistuminen on yksi Health 2.0 -ilmiön ydinarvoista. Internet on toiminut työkaluna käyttäjilleen ja mahdollistanut kuluttajien valtaistumisen sekä toimintaan osallistumisen. Osallistuminen näkyy esimerkiksi hoitotietojen luovuttamisena potilaalle sekä hoitotietojen tuottamisena ja täydentämisenä potilaan toimesta (Eysenbach 2008). Potilaat nähdään yhä kasvavassa määrin aktiivisina kuluttajina, jotka osallistuvat terveydenhuollon prosesseihin (Van De Belt ym. 2010). Osallistuminen ja potilaiden aktivoituminen nähdään yleisesti hyvänä asiana, mutta ne herättävät kysymyksen tietojen luotettavuudesta. Lääketieteen tutkijoiden mukaan itse tuotetut hoitotiedot eivät aina päde ja ne ovat vähemmän luotettavia kuin kliinisissä olosuhteissa tuotetut hoitotiedot (Wyatt, Harris, Adams & Kelly 2013). Myös Steinbrook (2008, 1655) esittää huolen omien hoitotietojen hallitsemisesta. Mahdollisiksi ongelmiksi hän tunnistaa epätarkan tai epätäydellisen datan, edellä mainitut luottamus- sekä yksityisyys- ja tiedonhallintaongelmat.

Tiedonhaun elementit Health 2.0 ja Web 2.0 -ilmiöissä ovat lähellä toisiaan. Eysenbach (2008) erottaa toisistaan kolme erilaista tapaa hakea relevanttia ja luotettavaa tietoa. Ensimmäinen tapa on käyttää välikäsiä, esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisia tai viranomaisten internetsivuja, joiden avulla relevantti tieto jaetaan potilaalle. Toinen tapa on ohittaa nämä välikädet ja hakea tietoa aktiivisesti itse verkosta. Kolmas tiedonhaun keino on käyttää hyväksi muiden palvelunkäyttäjien ja ystävien neuvoja hyväkseen perinteisten asiantuntijoiden sijasta. Usein välikädet, kuten viranomaiset, ovat itse tuottaneet tiedon, mutta muut palvelunkäyttäjät ja ystävät välittävät tiedonhakijan tiedon lähteille riippumatta siitä, kuka tiedon on alkuperäisesti tuottanut. On kuitenkin korostettava, että usein välikäsien tai ystävien ja internetissä toimivien sosiaalisten verkostojen käyttäjien neuvojen käyttö on vahvasti tilanne- ja kuluttajakohtaista.

Yhteistyöllä Eysenbach (2008) tarkoittaa erilaisten ryhmien yhdistymistä ja yhteistyöhön kannustamista. Tämä voidaan nähdä esimerkiksi potilaan ottamisena mukaan terveydenhoitoon liittyvään päätöksentekoon tai potilaiden aktivoitumisena lääketieteellisessä tutkimuksessa. On korostettava, että Health 2.0 -aikakaudella potilaat

osallistuvat aktiivisesti oman terveytensä hoitoprosesseihin terveydenhuollon ammattilaisten kanssa; potilaiden rooli nähdään aktiivisena terveydenedistäjänä perinteisen passiivisen toimijan sijasta (Van De Belt ym. 2010). Tämä voidaan nähdä myös aktiivisena hoitotietojen tuottamisena ja täydentämisenä.

Avoimuus on Web 2.0 -konseptissa tärkeä elementti viestien läpinäkyvyyttä, avointa dataa ja avoimia käyttöliittymiä (Eysenbach 2008). Health 2.0 -konseptissa tämä nähdään potilaiden vaatimuksina päästä omiin hoitotietoihinsa kiinni sekä avaamalla terveydenhuollon prosesseja potilaille nähtäviksi. Myös Hughesin ym. (2008) mukaan avoimuus ja avoin data ovat yksi Health 2.0 -ilmiön peruspilareista.

Vaikka nämä teemat esitetään tässä raportissa erillisinä punoutuvat ne vahvasti toisiinsa ja yhdessä luovat Health 2.0 -ilmiölle pohjan. Teemat tukevat toinen toisiaan ja abstraktimmalla tasolla voidaan puhua terveydenhuoltojärjestelmien fokuksen siirtymisenä sairaaloihin keskittyneistä prosesseista kohti terveyden edistämistä, palveluiden tarjoamista kansalaisten kotona sekä kansalaisten kannustamista ottamaan vastuuta omasta terveydestään (Eysenbach 2008). Taulukkoon 1 on kerätty Health 2.0 -ilmiön pääteemat ja annettu esimerkki asiakkaan eli tässä tapauksessa potilaan prosessista.

Taulukko 1 Health 2.0 -ilmiön pääteemat.

Health 2.0 -ilmiön pääteemat	Esimerkki asiakkaan prosessista
1) Sosiaalinen verkottuminen	Hoitotietojen jakaminen sosiaalisesti
2) Osallistuminen	Hoitotietojen hallinta ja täydentäminen
3) Tiedonhaku	Luotettavan tiedon hankinta
4) Yhteistyö	Osallistuminen päätöksentekoon
5) Avoimuus	Hoitotietojen luovuttaminen asiakkaalle

Lähteet: Eysenbach 2008, Van De Belt ym. 2010 & Hughes ym. 2008.

Niin kuin taulukosta 1 voidaan huomata, on asiakastiedolla ja asiakkaan prosesseilla suuri merkitys Health 2.0 -ilmiössä. Ilman näitä elementtejä ei voitaisi puhua perinteisestä terveydenhuollosta erillään olevana ilmiönä. Tämän lisäksi Health 2.0 -

ilmiössä potilas nähdään enemmän asiakkaana ja kuluttajana (Hardey 2001) kuin perinteisessä lääkäri-potilas-suhteessa. Myös Moliner (2009) näkee potilaat terveydenhuollon asiakkaina, jolloin fokus siirtyy palvelunlaadun, lojaaliuden ja luottamuksen hallintaan terveyden edistämisen ohella. Tämän tutkimuksen kannalta Health 2.0 -ilmiö määritellään Eysenbachia (2008) ja Hughes ym. (2008) mukailten seuraavaan muotoon:

Health 2.0 -sovellukset, -palvelut ja -työkalut ovat internetpohjaisia palveluita terveydenhuollon asiakkaille, ammattilaisille ja tutkijoille. Sovellukset käyttävät Web 2.0 -teknologioita hyväkseen mahdollistaakseen ja helpottaakseen sosiaalista verkottumista, osallistumista, tiedonhakua, yhteistyötä ja avoimuutta näiden käyttäjäryhmien välillä pääfokuksen ollessa terveydenhuollon prosessien edistämisessä.

2.2 Arvonluonnin viitekehys

Vargon, Maglion ja Akakan mukaan (2008, 145) arvonluonti on taloudellisen vaihdannan päätarkoitus ja ydinprosessi. Grönroosin ja Ravaldin (2011, 15) mukaan asiakkaiden arvonluonti nähdään perimmäisenä lopputulemana; onnistuneen liiketoiminnan seurauksena. Arvonluonti terminä on dominoinut palvelukeskeisen markkinoinnin kirjallisuutta jo pitkään, mutta tästä huolimatta ei ole pystytty luomaan yhtenäistä ymmärrystä arvonluonnista (Grönroos & Voima 2013, 1). Arvonluonti on käsitteellisesti monimutkainen johtuen pitkälti sen laajasta käytöstä eri konteksteissa sekä sen värikkäistä ulottuvuuksista (Saarijärvi, Kannan & Kuusela 2013). Tämän tutkimuksen kannalta on kriittistä kuitenkin ymmärtää arvonluonnin nykyisiä erilaisia ulottuvuuksia, jotta pystytään valitsemaan korrekti näkökulma tutkittavan ilmiön tarkastelua varten. Ilmiötä tulisi tarkastella monesta eri näkökulmasta, jotta pystytään valitsemaan se näkökulma, joka tarjoaa parhaimman ikkunan ilmiön tarkastelulle tai näkökulma, joka vastaa parhaiten kysytyihin kysymyksiin (O'Shaughnessy & O'Shaughnessy 2009, 791). Tässä luvussa käydään läpi palvelukeskeinen logiikka, asiakaskeskeinen logiikka sekä palvelulogiikka.

2.2.1 Yrityksen prosesseista kohti asiakkaan prosesseja

Arvonluontia on puitu markkinointitieteessä pitkään, mutta eräänlaisena alkusysäyksenä nykyisille arvonluonnin teorioille voidaan pitää Journal of Marketing -lehdessä julkaistua Vargon ja Luschin (2004) artikkelia. Artikkelissaan he käyvät läpi markkinoinnin evoluutiota ja erottavat tuotokeskeisen ja *palvelukeskeisen logiikan* toisistaan. On kuitenkin korostettava, ettei palvelu- ja tuotokeskeisen logiikan erottelussa ole kyseessä palveluiden ja tuotteiden konkreettisesta erottelusta toisistaan. Gummessonin (1995, 250) ja Grönroosin (2006, 325) mukaan perinteinen tuotteiden ja palveluiden erottelu toisistaan ei enää ole ajankohtaista saati relevanttia.

Palvelukeskeisessä logiikassa korostetaan palvelun, toisin sanoen sovellettavien tietojen ja taitojen, merkitystä vaihdannassa tuotteiden sijasta (Vargo & Lusch 2008, 4). Palvelu nähdään asiakaslähtöisenä näkökulmana arvonluontiin ja arvonyhteisluontiin asiakkaiden kanssa (Edvardsson, Gustafsson & Roos 2005, 118) tai ajattelutapana, linssinä, jonka avulla sosiaalisia ja taloudellisia ilmiöitä voidaan tarkastella (Vargo & Lusch 2008, 8). Palvelu nähdään viitekehyksenä, jossa niin asiakkaan kuin palveluntarjoajankin tulee olla prosessissa aktiivisesti mukana, jotta palvelu ylipäättään toteutuu. Arvonluonti on siis interaktiivinen prosessi jossa molempien tulee olla läsnä (Vargo & Lusch 2008, 8). Yrityksen kannalta fokuksen siirtyminen tuotteista palveluihin tarkoittaa siirtymistä tuottajan näkökulmasta kohti asiakkaan näkökulmaa (Gummesson 1995, 250). Palvelukeskeisen logiikan tarkoituksena on tiedostaa asiakkaan aktiivinen rooli ja pyrkiä muokkaamaan tarjontaa niin, että se täyttää asiakkaan tarpeet ja auttaa asiakasta arvonluontiprosesseissaan (Vargo & Lusch 2004, 12).

Palvelukeskeinen logiikka nähdään yleisesti askeleena kohti asiakasta; logiikkana, jossa asiakkaalla on aktiivinen rooli arvonluojana. Heinosen, Strandvikin ja Mickelssonin (2010, 532–533) mukaan palvelukeskeinen logiikka on kuitenkin hyvin tuottajalähtöinen ja keskittyy liikaa interaktioihin. Heidän mukaan palvelukeskeinen logiikka edustaa edistyksellistä yrityslähtöistä logiikkaa, jossa asiakas nähdään vain kumppanina arvonyhteisluonnissa. He ehdottavat tilalle *asiakaskeskeistä logiikkaa*, jossa asiakkaan elämää, käytäntöjä ja kokemuksia pyritään ymmärtämään

holistisemmin. Tuottajalähtöiset logiikat eivät ota Mickelssonin (2013, 537) mukaan huomioon kuin asiakkaan ydinaktiviteetit. Asiakaskeskeisessä logiikassa asetetaan asiakas toiminnan keskiöön, palvelun, palveluntuottajan, interaktioiden tai systeemin sijasta. Näkökulmassa ei siis keskitytä siihen, miten saadaan tuotettua sellaisia palveluita, joita asiakkaat pitävät parempina, vaan siihen mitä asiakkaat tekevät palveluilla saavuttaakseen omat päämääränsä. Yritysten tulisi ymmärtää, mitä asiakkaat tekevät tai mitä he pyrkivät tekemään ja miten yrityksen tarjoama palvelu tähän soveltuu (Heinonen ym. 2010, 534–535).

Arvo nähdään ilmenevän kun asiakkaan käyttämä palvelu sulautuu asiakkaan arjen aktiviteetteihin, käytäntöihin ja kokemuksiin. Arvo ilmenee usein yrityksen ja asiakkaiden välisten interaktioiden ulkopuolella. Tästä syystä tulisikin keskittyä asiakkaan arkipäivän aktiviteetteihin interaktioiden sijasta (Mickelsson 2013, 540). Syntynyt arvo voi pitää sisällään myös muiden palveluiden käyttöä ennen ja jälkeen ydinprosessin. Yritysten tulisi pyrkiä olla mukana asiakkaiden elämässä, eikä saada asiakkaita mukaan yrityksen prosesseihin. Ymmärtääkseen palvelunkäyttöä ja siitä mahdollisesti seuraavaa arvon ilmenemistä tulisi yrityksen ymmärtää asiakkaiden elämää aktiviteetteineen, kokemuksineen ja konteksteineen (Heinonen ym. 2010, 537–538). Heinosen, Strandvikin ja Voiman (2013, 114) mukaan asiakas tietää aina itse parhaiten, miten arvo ilmenee heidän elämässään. Huomionarvoista on, että arvoa ei niinkään luoda, vaan arvon nähdään ilmenevän (Heinonen ym. 2013, 113).

Tässä tutkimuksessa ei ole relevanttia keskittyä tarkemmin palvelu- ja asiakaskeskeisen logiikan semanttisiin eroihin, vaan pyrkiä löytämään tutkimuksen kannalta käyttökelpoinen viitekehys ilmiön tutkimiseen. Grönroos (2006, 324) ehdottaa näkökulmaa, jossa palvelukeskeisen logiikan sijasta, puhuttaisiin *palvelu- ja tuotelogiikasta*. Tuotelogiikalla hän tarkoittaa sitä, että yritys tekee tuotteita resursseiksi asiakkaan kulutusprosesseihin ja tuotteita käyttämällä asiakkaat voivat luoda arvoa itselleen omissa arvonluontiprosesseissaan. Yritys toimii resurssien tarjoajana ja asiakas arvonluojana. Palvelulogiikassa palvelut nähdään prosesseina, jossa yrityksen resurssit vuorovaikuttavat asiakkaan resurssien kanssa luoden arvoa asiakkaalle hänen arjen prosesseissaan. Toisin sanoen palvelut ovat asiakkaan arvonluontia tukevia prosesseja ja tuotteet asiakkaan arvonluontia tukevia resursseja.

Palvelulooginen näkökulma painottaa asiakkaan omien kulutusprosessien merkitystä sivuuttamatta kuitenkaan yrityksen ja asiakkaiden välisiä interaktioita. Tästä syystä palvelulooginen viitekehys soveltuu tämän tutkimuksen viitekehyykseksi palvelukeskeistä ja asiakaskesteistä logiikkaa paremmin. Askel kohti holistisempaa ymmärrystä voidaan ottaa fokuksittomalla, niin asiakkaan ja yrityksen välisten interaktioiden prosesseihin, kuin asiakkaan omiin yrityksestä riippumattomiin prosesseihin. Tämän lisäksi palvelulooginen näkökulma tarjoaa konkreettisemmän mallin ymmärtää käsillä olevaa ilmiötä asiakaskesteisen logiikan toimiessa hyvänä ohjenuorana palvelulogiikalle. Palveluloogista mallia käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa.

2.2.2 Palvelulogiikka

Grönroosin ja Voiman (2013, 138) mukaan on tärkeää ymmärtää asiakkaan rooli arvonluojana, koska muuten yrityksen roolin merkitys korostuu liikaa. Grönroosin ja Ravaladin (2011, 15) mukaan asiakkaat toimivat aina arvonluojina. Käyttäessään heille yrityksen tarjoamia ja muualta saatuja resursseja, kuten tuotteita ja palveluita, luovat he arvoa itselleen. Yrityksen pääasialliseksi rooliksi jää tarjota nämä resurssit, toimien arvonluonnin mahdollistajana. Tämän lisäksi yritykset voivat osallistua arvon yhteisluonnin prosessiin, mikäli interaktioita yrityksen ja asiakkaan välillä esiintyy. Interaktiot toimivat mahdollisuuksina vaikuttaa asiakkaan arvonluonnin prosesseihin. Näin ollen yritykset toimivat asiakkaiden kanssa yhdessä arvon yhteisluojina tukien asiakkaan prosesseja arvoa luovalla tavalla. Nämä teesit siirtävät automaattisesti fokuksen pois yrityksen arvonluonnista, koska yrityksellä ei ole koskaan mahdollisuuksia luoda arvoa itsekseen. Interaktioiden esiintyessä yritys saa vain mahdollisuuden osallistua arvonluontiin tukien asiakkaan arvonluonnin prosesseja. Arvoa ei siis tuoteta ja vaihdeta, vaan pikemminkin luodaan puitteet arvon ilmenemiselle (Grönroos 2008, 305).

Arvonluonnin laajuudesta puhuttaessa siirrytään yritysälhtöisestä kaiken kattavasta prosessista kohti asiakkaan prosesseja (Grönroos & Voima 2013, 138). Helkkula, Kelleher ja Pihlström (2012, 67) näkevät arvon kokemuksellisena ilmiönä, joka muodostuu sisäisesti ja subjektiivisesti, sosiaalisesta vuorovaikutuksesta sekä tilanteesta

ja kontekstista riippuen. Ihmiset siis tekevät selkoa kokemastaan arvosta subjektiivisesti ajatuksen tasolla ottaen myös huomioon, mikä on sosiaalisesti hyväksyttävää. Näitä kokemuksia jaetaan sosiaalisissa verkostoissa toisten ihmisten kanssa. Arvokokemus nähdään määrittävän konkreettisesti elämässä, mutta myös mielikuvituksen tasolla. Arvoa siis ilmenee käytännön tasolla tuotteiden ja palveluiden käytön yhteydessä, mutta arvoa voi myös ilmetä sosiaalisten verkostojen välisten tarinoiden välityksellä. Arvokokemuksen nähdään rakentuvan menneisiin, tämän hetkisiin ja tulevaisuuden kokemuksiin. Tämä voidaan nähdä ajan kautta muuttuneina arvokokemuksina, kun esimerkiksi mennyt tapahtuma nähdään uudella tavalla. Arvo on siis myös ajasta riippuva käsite ja alistainen muutoksille. Tämän kaiken lisäksi, on huomioitavaa, että arvoa ei määrittele palveluntarjoaja, vaan se määrittyy asiakkaan kontekstissa aina uniikilla tavalla. Myös Grönroosin (2011, 282) mukaan arvo ilmenee aina henkilökohtaisella tasolla, joka tekee siitä vaikeasti tavoiteltavan.

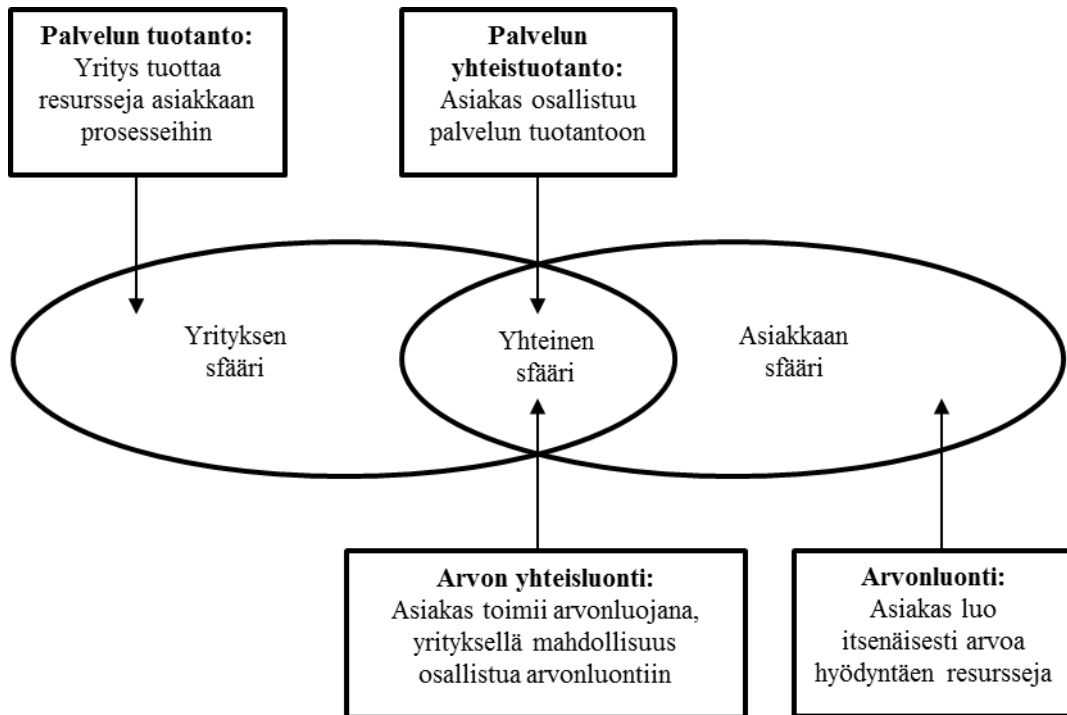
Arvonluonnin ilmenemistavoilla tarkoitetaan kaikkia niitä yksin tai sosiaalisissa konteksteissa ilmeneviä asiakkaan fyysisiä, henkisiä ja omistavia aktiviteetteja, käytänteitä ja kokemuksia, joilla on arvoa luova vaikutus (Grönroos & Voima 2013, 138). Eri palvelutieteelliset näkökulmat ovat ainakin yhteneviä siltä osin, että arvon nähdään muodostuvan tuotteiden ja palveluiden käytön yhteydessä (Vargo & Lusch 2004, 2008). Tämän lisäksi on kuitenkin huomioitava, että myös tuotteen omistaminen jo itsessään voi luoda arvoa asiakkaalleen tai palvelun käyttö voi luoda puitteet muiden palveluiden käytölle näin ollen luoden arvoa käyttäjälleen epäsuoralla tavalla (Grönroos & Ravald 2011). Toisin sanoen itse palvelun käyttö, esimerkiksi autolla ajaminen, ei aina luo arvoa käyttäjälleen itsessään vaan luo mahdollisuuden esimerkiksi vierailu uusissa paikoissa. Heinosen ym. (2010, 539) mukaan asiakkaan arvonluonnin prosessi ei aina ole näkyvä yritykselle, koska arvonluonti tapahtuu asiakkaan arkielämän prosesseissa asiakkaan käyttäessä palveluita ja tuotteita. Tämä johtuu arvon ilmenemisen ajasta riippuvasta luonteesta, mutta myös arvon ilmenemisen henkisestä luonteesta. Arvoa ilmenee siis niin henkisissä kuin fyysisissä aktiviteeteissa.

Asiakkaan roolin, arvon laajuuden ja ilmenemistapojen määritelmien perusteella voidaan todeta, että arvonluonnin kannalta tärkein rooli on asiakkaalla. Arvonluontiprosessi nähdään kokemuksellisena ja kontekstiriippuvaisena ilmiönä arvon

ilmentyessä asiakkaiden henkilökohtaisissa, fyysisissä ja henkisissä aktiviteeteissa. Tämän tutkimuksen kannalta on loogista fokuoittaa arvonluonnin ilmenemiseen ja pyrkiä luomaan viitekehys, jonka avulla Health 2.0 -sovelluksia pystytään tutkimaan arvonluonnin viitekehuksesta. Koska asiakkaan arvonluonti on tämän tutkimuksen kannalta ydinfokuksena, on luonnollista korostaa asiakkaan omissa aktiviteeteissa ilmeneviä arvonluontiprosesseja. Toisaalta myös interaktiot asiakkaan ja yrityksen välillä ovat merkityksellisiä, joten interaktioita ei voida jättää huomioimatta.

Grönroosin ja Voiman (2013, 139) mukaan analysoidaksemme arvonluontia, sekä arvon yhteisluontia, on määriteltävä yrityksen ja asiakkaan roolit ja tarkemmin asiakkaan sekä yrityksen sfäärit. Arvonluonnin sfääreillä tarkoitetaan kaikkia yrityksen ja asiakkaan aktiviteetteja ja prosesseja. Nämä sfäärit voivat olla toisistaan erillisiä, jolloin yrityksen ja asiakkaan välillä ei esiinny interaktioita eli suoria vaikutussuhteita. Toisaalta sfäärit voivat olla osittain päällekkäisiä, jolloin interaktioita esiintyy ja yritys sekä asiakas vaikuttavat toistensa prosesseihin. Interaktioilla tarkoitetaan molemminpuolisia tai vastavuoroisia tilanteita, joissa kahdella tai useammalla taholla on vaikutus toisiinsa (Grönroos 2011, 289). Interaktiot muodostuvat fyysisistä, virtuaalisista tai henkisistä yhteyksistä, joissa palveluntuottajalla on mahdollisuus osallistua asiakkaiden käytäntöihin ja näin vaikuttaa palvelun lopputulemaan (Grönroos & Voima 2013, 140). Interaktiot luovat mahdollisuuden yritykselle osallistua uniikkien kokemusten luontiin asiakkaiden kanssa (Pralhad & Ramaswamy 2004b, 7). Arvonluonnin sfäärejä on hahmoteltu kuvioon 2.

Yrityksen sfääri nähdään muodostuvan pääosin resurssien, kuten tuotteiden ja palveluiden, tuottamisesta, suunnittelusta ja kehittämisestä. Suunnitelluilla ja tuotetuilla resursseilla on kuitenkin vain potentiaalista arvoa, joka realisoituu tosiasialliseksi arvoksi vasta käytön yhteydessä asiakkaan omissa arvonluonnin prosesseissa. Yrityksen tehtävänä on mahdollistaa asiakkaan arvonluonti luomalla resursseja pystymättä kuitenkaan luomaan arvoa itsenäisesti. (Grönroos & Voima 2013, 141).



Kuvio 2 Arvonluonnin sfäärit, mukailten Grönroos & Voima 2013, 141.

Yhteinen sfääri muodostuu asiakkaiden ja yritysten välisistä suorista interaktioista. Näiden interaktioiden aikana yrityksellä on mahdollisuus osallistua arvonluonnin prosessiin toimien arvon yhteisluojana asiakkaan kanssa. Arvonluonnin prosessista yhteisessä sfäärissä vastaa kuitenkin aina asiakas toimien arvonluojana. Interaktioilla ei kuitenkaan ole aina arvoa automaattisesti luova tai sitä mahdollistava funktio. Interaktioiden aikana yritys voi vaikuttaa asiakkaan arvonluontiin positiivisesti, mutta myös negatiivisesti. Siirtyessään arvonluonnin mahdollistajasta arvon yhteisluojaksi, tulee yrityksen ymmärtää asiakkaan käytäntöjä ja prosesseja.

Yhteinen sfääri on luonnoltaan dynaaminen, jossa yritys voi kutsua asiakkaan palvelun yhteistuottajaksi. Tämä voi pitää sisällään palvelun suunnittelua tai kehittelyä tuotannon eri vaiheissa. Tämä laajentaa sfääriä entisestään luoden puitteita arvonyhteisluonnille. Asiakas voi aktivoitua ja siirtyä yrityksen sfääriin, jossa interaktioiden merkitys kasvaa entisestään. Näin asiakas voi vaikuttaa yrityksen itsenäiseen tuotantoprosessiin. Toisaalta myös yritys voi kasvattaa sfääriään siirtymällä asiakkaiden arkipäivän prosesseihin tarjoten niille tukea uusien interaktioiden avulla. Näin sfäärit lähestyvät toisiaan ja interaktioiden määrän kasvaessa arvon yhteisluonnin sekä palvelun yhteistuotannon

määrät kasvavat. (Grönroos & Voima 2013, 141–142). Teoriassa sfäärit voitaisiin nähdä täysin päällekkäisinä, jolloin yritys ja asiakas toimisivat yhdessä kaikissa arvonluonnin ja palveluntuotannon prosesseissa.

Asiakkaan sfääri on tämän tutkimuksen kannalta kaikkein mielenkiintoisin, koska jo aikaisemmin määritellyllä tavalla arvonluonti tapahtuu usein yritykselle näkymättömissä asiakkaiden arjen aktiviteeteissa, käytännöissä ja prosesseissa. Tämä sfääri on myös usein sivuutettu kokonaan ja keskitytty yrityksen sfääreihin ja myöhemmin interaktioihin (Vargo & Lusch 2004, 2008). Asiakkaan sfääri on yritykselle suljettu, joten yrityksen rooli on passiivinen. Asiakkaan sfäärissä asiakkaan arvonluonnin prosessit ovat itsenäisiä. Näissä prosesseissa asiakas käyttää hyväkseen yritykseltä saatuja resursseja, muttei ole millään tavalla tekemisissä yrityksen prosessien kanssa (vrt. yhteinen sfääri). Asiakas yhdistelee saamiaan resurssejaan arvoa luovalla tavalla omissa konteksteissaan. Tämän lisäksi asiakkaan sfääreissä ilmeneviin arvonluonnin prosesseihin liittyy myös laajempi asiakkaiden verkosto, joka koostuu muista kuluttajista (Grönroos & Voima 2013, 142). Asiakkaan arkielämän prosessien selvittäminen on yritykselle suotuisaa, koska niistä ja niiden muutoksista oppimalla yritys voi tunnistaa yhä useampia mahdollisuuksia arvon yhteisluonnille (Payne, Storbacka & Frow 2008, 88–89).

Tässä luvussa esiteltiin palvelulogiikan teesien mukaisesti malli, joka kääntää katset yrityksen prosesseista kohti asiakkaan prosesseja ja tunnistaa myös interaktioiden merkityksen. Koska arvonluonti on aina kontekstiriippuvaista ja määrittyy asiakkaiden arjen aktiviteeteissa on tutkimuksessa otettava huomioon kaikki asiakkaan arvonluonnin prosessit; myös ne, jotka ovat yritykselle näkymättömissä. Yrityksen roolia ei tässä tutkielmassa tulla käsittelemään tämän yksityiskohtaisemmin. Tässä tutkimuksessa yrityksen rooli on tuottaa resursseja asiakkaiden arvonluonnin prosesseihin sekä pyrkiä tukemaan asiakkaan prosesseja, mikäli interaktioita yrityksen ja asiakkaan välillä esiintyy. Tässä tutkimuksessa interaktiot määritellään asiakkaan ja yrityksen väliseksi suoriksi vaikutussuhteiksi, jossa asiakkaan toiminnalla on vaikutusta yrityksen toimintaan ja päinvastoin.

2.2.3 Ilmenevä arvo ja koetut hyödyt

Arvonluontia analysoitaessa on kiinnitettävä huomiota arvon määritelmään, jotta syntynyttä arvoa tai koettuja hyötyjä pystytään tyypittelemään ja erittelemään. Vaikka arvonluonti nähdään keskeisenä markkinointitieteen fokusalueena (Vargo ym. 2008, 145; Grönroos & Ravald 2011, 15) ei arvon teoriasta, konseptista tai määritelmästä ole pystytty kuitenkaan luomaan konsensusta (Gallarza, Gil-Saura & Holbrook 2011). Arvoa voidaan määritellä yksiulotteisesti, jolloin koettua arvoa tarkastellaan utilitäärisestä näkökulmasta; asiakas määrittelee koettua arvoa tarkastelemalla hyötyjä ja kustannuksia taloudellisen ja kognitiivisen päättelyn avulla. Tällöin hyötyjä vertaillaan niistä maksettuun hintaan tai kuluttajan tekemiin uhrauksiin. Toisaalta arvoa voidaan tarkastella moniulotteisesti, jolloin hyötyjen ja taloudellisten uhrauksien lisäksi otetaan huomioon esimerkiksi emotionaalisia, sosiaalisia, hedonistisia tai symbolisia tekijöitä (Sánchez-Fernández & Iniesta-Bonillo 2007). Grönroos (2008, 303) tyytyy määrittelemään arvon abstraktilla tavalla: asiakkaan arvonluontiprosessin jälkeen asiakas tuntee tai kokee olevansa jollain tapaa paremmassa asemassa kuin ennen.

Rintamäki, Kuusela ja Mitronen (2007) tunnistivat tutkiessaan asiakkaan arvolupauksia neljä arvon ulottuvuutta: taloudellisen, funktionaalisen, emotionaalisen sekä symbolisen arvon. Taloudellisella arvolla tarkoitetaan tuotteiden alhaisesta hinnasta syntyvää arvoa kuluttajalle, funktionaalisella arvolla kaupankäynnin sujuvuudesta tai kätevyyydestä syntyvää arvoa, emotionaalisella arvolla ostokokemuksiin liittyvää arvoa ja symbolisella arvolla itsenä ilmaisemisesta kulutuksessa syntyvää arvoa. Rintamäki, Kanto, Kuusela ja Spence (2006) lähestyvät ilmenevää arvoa abstraktimmalla tavalla analysoidessaan asiakkaalle ilmenevän arvon muodostuvan utilitäärisestä, hedonistisesta ja sosiaalisesta arvosta.

Utilitääriinen arvonäkökulma painottaa funktionaalisia, tuotekeskeisiä ja asiakkaiden päätöksentekoprosessiin vaikuttavia tekijöitä (Rintamäki ym. 2006, 12). Utilitäärisen arvon ulottuvuuden ilmeneminen liittyy työntekijöihin aktiviteetteihin, joissa päämääränä on saada jokin tietty asia tehtyä (Babin, Darden, & Griffin 1994, 646). Hedonistinen arvo painottaa arvon abstraktia ja subjektiivista luonnetta. Hedonistista arvoa tavoittelevat ihmiset eivät suorita aktiviteettejaan tietyn tuloksen toivossa, vaan

itse aktiviteetin takia (Rintamäki ym. 2006, 14). Tässä tutkimuksessa arvo nähtiin määrittävän aina subjektiivisesti, joten hedonistisessa arvon ulottuvuudessa subjektiivisuuden nähdään korostuvan (Babin ym. 1994, 646). Sosiaalinen arvon ulottuvuus liittyy statukseen sekä itsetuntoon. Tuotteiden ja palveluiden käyttö nähdään statusta parantavana ja/tai itsetuntoa kohentavana aktiviteettina (Rintamäki ym. 2006, 15). Arvon tyypittelemisen ulottuvuuksien perusteella on käyttökelpoinen malli arvon analysointiin. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan ole tarkoituksena pyrkiä tyypittelemään arvoa ulottuvuuksittain, vaan tarkoituksena on pyrkiä analysoimaan käyttäjälle palvelunkäytöstä syntyneitä hyötyjä kokonaisvaltaisemmin, jolloin ei oteta kantaa eri ulottuvuuksiin. Arvon ulottuvuudet ovat kuitenkin toimineet tutkimuksessa alustavana viitekehyksenä hyötyjen ilmenemisen analysoinnissa.

Gutmanin (1982) mukaan palveluiden- tai tuotteiden käyttöön vaikuttavat tuotteiden ominaisuudet, palveluiden ja tuotteiden käytön seuraukset sekä asiakkaiden henkilökohtaiset arvot. Palveluiden ja tuotteiden käyttö nähdään siis keinoina päästä asiakkaalle suotuisaan lopputulemaan asiakkaiden toimiessa päämäärätietoisina. Zeithaml (1988) jatkaa arvon määrittelyä tyypittelemällä arvon neljään luokkaan: alhaisesta hinnasta syntyvä arvo, tuotteen tai palvelun ominaisuuksista syntyvä arvo, tuotteen tai palvelun laadusta syntyvä arvo ja arvo, jonka asiakas saa uhrattuaan omia resurssejaan. Yhteenvetona voidaan todeta, että määritelmän mukaan arvo nähdään aina antamisen ja saamisen, tai toisin sanoen hyötyen ja uhrauksien, tasapainoiluna tai vaihtokauppana.

Tämän tutkimuksen kohteena on palvelunkäyttäjälle ilmainen palvelu, joten asiakkaiden hyötyjä ei voida vertailla palvelusta maksettua hintaan. Hyötyjä ei siis esiinny perinteisessä muodossaan kustannussäästöinä. Tämän lisäksi terveydenhuollon osalta voidaan puhua uhrauksien vähentymisenä, joka näkyy esimerkiksi palvelunkäytön helppoutena, käytännöllisyytenä tai palvelunkäytöstä syntyvänä mahdollisena ajan tai vaivannäön säästönä (Ball & Lillis 2001, 2). Uhrauksien vähentyminen voidaan nähdä esimerkiksi siten, että aikaisemmin traditionaalisessa paperimuodossa olleen palvelun muuttaminen sähköiseen muotoon on jo itsessään osalle käyttäjistä arvoa luova prosessi sähköisen asioinnin helpottaessa asiakkaiden arkea tuomalla palvelun käytettäväksi paikasta ja ajasta riippumatta.

Terveydenhuollon kontekstista johtuen palvelunkäyttäjien palvelun käytön syinä on myös emotionaalisia syitä. Emotionaalisia hyötyjä Health 2.0 -palvelujen käytön seurauksena voitaisiin nähdä esimerkiksi hallinnan ja valtaistumisen tunteina, kykynä vaikuttaa tai huolien vähentymisenä. Nämä hyödyt eivät suoranaisesti liity terveydenhuollon ydintavoitteeseen, terveyden edistämiseen, mutta ovat silti asiakkaille merkittäviä ja rakentuvat tunteiden tasolla.

Eysenbach (2008) tunnisti sosiaalisen verkottumisen yhtenä Health 2.0 -palveluiden ominaispiirteenä, joten emotionaalisten hyötyjen lisäksi myöskään sosiaalisia hyötyjä ei voida jättää huomioimatta. Sosiaalisia hyötyjä voidaan nähdä esimerkiksi tiedon sosiaalisesta jakamisesta, muiden ihmisten aktiviteettien seuraamisesta tai sosiaalisen verkon tiedonhakuprosessista syntyneinä hyötyinä. Sosiaalisissa hyödyissä pääpaino on luonnollisesti asiakkaan sosiaalisissa verkostoissa, mutta sosiaalisten hyötyjen voidaan nähdä ilmenevän myös muiden hyötyjen kanssa rinnakkain. Asiakas voi esimerkiksi jakaa omia potilastietojaan sosiaalisessa verkostossa pyrkiessään löytämään ratkaisua ongelmaan (Hardey 2001), mutta samalla pyrkiessään etsimään muita samankaltaisia potilaita. Tässä tapauksessa hyödyt realisoituvat jakamisen tarpeen tyydyttymisenä, tiedonhaun helpottumisena sekä mahdollisesti itsetunnon kohentumisena.

Rintamäen ym. (2006) arvon ulottuvuuksien malli siirtää katseen pois kustannus- ja/tai ajan säästöinä ilmenevistä hyödyistä ottaen huomioon myös arvon emotionaalisen ja sosiaalisen luonteen. Toisin sanoen malli ottaa huomioon yksiulotteisen arvonäkökulman lisäksi muita ulottuvuuksia tarkasteluun. Arvon ulottuvuuksien malli on vaikuttanut tämän tutkimuksen hyötynäkökulmaan laajentaen Gutmanin (1982) ja Zeithamlin (1988) yksiulotteisia teorioita hyötyjen ilmenemisestä. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan arvon ulottuvuuksia pyritä tutkimaan sinällään, vaan ne ohjaavat hyötyjen tarkastelussa tutkijaa huomioimaan myös konkreettisten hyötyjen, esimerkiksi ajan säästön, lisäksi henkisellä ja sosiaalisella tasolla ilmenevät hyödyt. Tässä tutkimuksessa arvonluontiprosesseista asiakkaille ilmenevä kokonaisarvo nähdään muodostuvan subjektiivisesti koettavista hyödyistä ja uhrauksien vähentymisestä, joita ilmenee konkreettisella ja henkisellä tasolla.

2.3 Asiakastiedon merkitys

Tässä tutkimuksessa on otettu askel yrityksen prosesseista kohti asiakkaan prosesseja palvelulogiikan perusteiden mukaisesti. Asiakastiedon roolin tärkeys Health 2.0 -ilmiössä on aiemmin määritellyllä tavalla relevantti, joten tässä luvussa otetaan askel kohti asiakaslähtöisempää asiakastiedon käyttöä. Asiakastiedon käyttöä lähestytään asiakaslähtöisestä näkökulmasta, jolloin tutkitaan asiakastiedon merkitystä asiakkaan omien prosessien tukemisessa. Health 2.0 -palveluiden kontekstissa on luontevaa puhua hoito- ja/tai terveystiedoista asiakastiedon sijaan, mutta teorian markkinointiorientoituneisuudesta johtuen käytetään tässä luvussa termiä asiakastieto.

2.3.1 Asiakastiedon evoluutio

Saarijärven, Karjaluodon ja Kuuselan (2013, 594) mukaan asiakastiedon evoluutio koostuu neljästä aikakaudesta. Ensimmäisellä aikakaudella fokuksessa oli teknisten sovellusten kehittäminen, joiden avulla yrityksen ja asiakkaan rajapintaa pyrittiin hallitsemaan paremmin, kehittämään palveluita ja myyntiprosessien tehokkuutta. Kerätyn asiakastiedon räjähdysmäinen kasvu 1980-luvulla haastoi yritykset miettimään uusia keinoja organisoida ja analysoida kerättyä tietoa. Laitteistoja ja ohjelmistoja hyödyntäen tietoa analysoitiin ja termi CRM (*Customer Relationship Management*) lanseerattiin. Termillä viitattiin asiakastiedon keräyksen prosessiin sekä yrityksen ja asiakkaan välisen rajapinnan hallintaan (Boulding, Staelin, Ehret & Johnston 2005, 156).

Toisella aikakaudella fokuksena oli asiakastiedon tehokkaampi organisointi ja analysointi, jonka avulla yritysten sisäisten prosessien tukeminen tehostui. Hyödyt ilmenivät kustannusetuina ja asiakaskokemuksen paranemisena (Saarijärvi, Karjaluoto & Kuusela 2013, 594). Asiakastietoa käyttämällä yritykset alkoivat keskittyä uusien asiakkaiden hankintaan ja nykyisten asiakkaiden säilyttämiseen. Asiakassuhteita kehitettiin räätälöimällä markkinointiviestintää, panostamalla lisämyyntiin ja segmentoimalla asiakkaita sen perusteella, kuinka arvokkaita asiakkaat yritykselle olivat (Payne & Frow 2005).

Kolmannella aikakaudella asiakastieto nähtiin yrityksen omistamana resurssina, pääoman muotona, joka loi kilpailuetua erilaisten kanta-asiakasohjelmien käytön seurauksena. Kanta-asiakasohjelmia käytettiin asiakassuhteiden parempaan hallintaan ja CRM nähtiin strategisempaa aatteena, joka vaikutti koko organisaation toimintaan. Asiakastietoa käytettiin asiakkaiden käyttäytymisen ennustamiseen, kulujen leikkauksiin ja voiton kasvattamiseen sekä yleisesti kilpailuedun tavoitteluun (Saarijärvi, Karjaluoto & Kuusela 2013, 594). Digitaalisen tekniikan kehittyminen on tarjonnut yrityksille yhä kehittyneempiä ratkaisuja kerätä asiakkaistaan tietoa. Kerättyä asiakastietoa on käytetty asiakkaiden käyttö- ja ostopäätösprosessien ymmärtämiseen, tukena tuotteiden ja palveluiden asemointiin sekä asiakkaille räätälöityjen palvelukokonaisuuksien tarjoamiseen (Kumar, Chattaraman, Neghina, Skiera, Aksoy, Buoye & Henseler 2013, 332).

Asiakastiedon kolmen aikakauden perusteella on nähtävissä, että asiakastietoa on käsitelty perinteisesti vain yrityksen omia prosesseja hyödyttävänä resurssina (Saarijärvi 2011, 42), jolloin asiakastiedon asiakaslähtöiseen käyttöön ei ole kiinnitetty huomiota tai toisin sanoen asiakastiedon hyödyntämisen täyttä potentiaalia ei ole vielä saavutettu. Neljäntenä aikakautena asiakastiedon mahdollisuus asiakkaan prosessien tukemisessa tunnistetaan, asiakastietoa jalostetaan ja luovutetaan takaisin asiakkaalle. Asiakastiedon luovuttamisen aikakaudella fokus on asiakkaiden arvonluontiprosessien tukemisessa sekä asiakkaiden valtaistumisessa (Saarijärvi, Karjaluoto & Kuusela 2013, 594). Tässä tutkimuksessa paneudutaan erityisesti asiakastiedon luovuttamiseen, jolloin asiakastiedon rooli asiakkaan omien arvonluontiprosessien tukena tunnistetaan.

Asiakastiedon käytön ohella, myös asiakastiedon muodot ovat uudistuneet. Kumar ym. (2013, 333) tunnistavat asiakasdatan koostuvan digitaalisesta, perinteisestä sekä neurofysiologisesta datasta. Digitaalinen data muodostuu esimerkiksi hakukoneiden, sosiaalisen median, blogien ja foorumeiden perusteella. Perinteinen data nähdään asiakastutkimusten, kuten kyselyiden ja havainnoinnin, tuote-/palveluarviointien sekä transaktiotietojen summana. Neurofysiologinen data nimensä mukaisesti ottaa huomioon hermostollisia tekijöitä kuten silmän liikkeitä. Saarijärvi (2011, 29–30) määrittelee asiakastiedon asiakasdatan prosessoituna muotona, jolla on merkitystä asiakkaalle ja joka on luonnoltaan tarkkaa, konkreettista ja yksityiskohtaista tietoa sekä

seurausta asiakkaan välittömästä toiminnasta. Tämän tutkimuksen puitteissa voidaan asiakastieto määritellä perinteisestä ja digitaalisesta asiakasdatasta prosessoituna tarkkana ja yksityiskohtaisena tietona asiakkaan prosesseista, jolla on merkitystä asiakkaalle arvonluonnin viitekehyksestä tarkasteltaessa.

2.3.2 Asiakastieto asiakkaan prosessien tukena

Asiakastiedon yrityslähtöisestä käytöstä siirryttäessä asiakastiedon jakamiseen, avautuu yritykselle ja asiakkaille uusia arvonluonnin mahdollisuuksia (Saarijärvi, Karjaluoto & Kuusela 2013, 595). Niin kuin jo aiemmin tässä raportissa on todettu, ovat asiakastiedon asiakaslähtöiset sovellukset vielä harvinaisuuksia. Fokus on kuitenkin siirtymässä asiakkaiden prosessien tukemiseen myös asiakastiedon osalta, joka näkyy konkreettisesti MyData (2011) ja Smart Disclosure (2013) -aloitteina, joiden tarkoituksena on kannustaa yrityksiä asiakastiedon jakamiseen asiakkaiden kanssa asiakastiedon hamstraamisen sijasta. Näistä aloitteista huolimatta ei akateemista tutkimusta asiakastiedon käytöstä resurssina asiakkaan prosesseissa ole juurikaan tutkittu (Saarijärvi, Karjaluoto & Kuusela 2013, 593).

Thalerin (2011) mukaan yritysten tulisi palauttaa asiakkailleen versio asiakastiedosta, joka olisi hyödynnettävissä ja eteenpäin jaettavassa muodossa. Kuluttajat voisivat hyödyntää asiakastietoa esimerkiksi arkisten palveluiden kuten puhelin- tai sähköliittymien kilpailutuksessa säästämällä rahaa ja saaden paremman kuvan kulutusprosesseistaan. Thalerin ja Tuckerin (2013, 54) mukaan teknologiset edistysaskeleet ovat antaneet yhteiskunnalle mahdollisuuden helpottaa kuluttajien tekemiä valintoja. Avainasemassa on asiakastiedon käyttö asiakkaiden valtaistumisen välineenä. Asiakkaat hyötyvät parempien tuotteiden ja hintojen avulla ja ne yritykset, jotka tarjoavat korkealaatuisia tuotteita ja palveluita maltilliseen hintaan ovat etulyöntiasemassa.

Mitchellin (2012, 325–326) mukaan asiakkailla on ollut asiakastiedon käytön osalta passiivinen rooli; kuluttajat on nähty tiedon subjekteina, eli kenestä tiedot ovat peräisin, sekä markkinointitoimenpiteiden, kuten suoramarkkinoinnin, kohteina. Tämä on tosin muuttumassa kuluttajien valtaistuessa ja tullessaan oman asiakastiedon omistajiksi.

Yritysten palautettua asiakastiedot asiakkailleen muuttuu asiakkaiden rooli passiivisesta tiedon keräyksen kohteesta aktiiviseksi tiedon hallitsijaksi ja portinvartijaksi, joka päättää mitä tietoa jaetaan ja kenelle. Tämä kääntää asiakastiedon käytön fokuksen yrityksen päämääristä kohti asiakkaiden päämääriä.

Mitchell (2010, 157–158) näkee asiakkaiden roolin muuttuessa myös asiakastiedon kohteesta aktiiviseksi asiakastiedon tuottajaksi ja täydentäjäksi. Asiakkaat kertovat itsestään tietoja yrityksille, mikäli näkevät siihen hyvän syyn. Asiakkaiden itse kertomat tiedot voivat sisältää tietoja esimerkiksi tulevaisuuden suunnitelmista, päämääristä, prioriteeteista tai preferensseistä. Hardeyn (2001) mukaan terveydenhuollon kontekstissa potilaat jakavat ja tuottavat omia hoitotietojaan internetin välityksellä ja pyrkivät sitä kautta löytämään ratkaisuja ongelmiinsa. Ideaalitulanteessa asiakas tarjoaa tietoja itsestään terveydenhuollon ammattilaisille tukien arvonluonnin, arvon yhteisluonnin sekä palvelun yhteistuotannon prosesseja palvelulogiikan mallin mukaisesti. Asiakkaat nähdäänkin yhä enemmän aktiivisina toimijoina, jotka osallistuvat yrityksen toimintaan sekä arvonyhteisluonnin prosessiin (Pralhad & Ramaswamy 2004b).

Saarijärvi (2011, 44) määrittelee käänteisen asiakastiedon käytön prosessina, jossa asiakkaista kerättyä tietoa käytetään asiakkaan arvonluonnin tukena. Toisin sanoen asiakas hyödyntää yritykseltä saamaansa luovutettua asiakastietoa omissa arjen prosesseissaan arvoa luovalla tavalla. Tässä tutkimuksessa arvonluonnin prosesseja tunnistettiin niin asiakkaan, yrityksen kuin yhteisissäkin prosesseissa. Saarijärvi, Mitrola ja Yrjölä (2013, 6) tunnistivat mobiilipalveluiden osalta ruokakaupan kontekstissa asiakkaan arvonluonnin prosesseja ennen ja jälkeen tuotteiden oston. Näitä prosesseja yritys tuki luovuttamalla prosesseihin ylimääräisiä resursseja. Interaktioiden määrän kasvaessa kasvavat myös mahdollisuudet yritykselle tukea asiakkaan prosesseja arvoa luovalla tavalla.

Yritysten on haastavaa tunnistaa yritykselle näkymättömiä asiakkaiden arjen arvonluontiprosesseja, jolloin näiden prosessien tuki jää usein antamatta. Luovutettu asiakastieto nähdään kuitenkin resurssina, joka toimii resurssina asiakkaan arvonluonnin prosesseissa riippumatta siitä, pystyvätkö yritys nämä prosessit tunnistamaan vai ei.

Tästä syystä asiakaslähtöisten asiakastiedon käyttö- ja sovellusmahdollisuudet ovat rajattomat. Kuluttajien aktivoituessa ja valtaistuessa tulee yritysten pyrkiä tukemaan kaikkia asiakkaan arvonluonnin prosesseja, eikä vain keskittyä omiin sisäisiin prosesseihin. Health 2.0 -ilmiössä hoitotietojen luovutus on tärkeässä roolissa. Asiakastiedon luovuttaminen luo mahdollisuuden tukea asiakkaiden henkilökohtaisia aktiviteetteja, tarjoaa läpinäkyvyyttä terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan sekä tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden osallistua oman terveytensä edistämiseen yhä aktiivisemmin.

2.4 Kuluttajan valtaistuminen

Tässä tutkimuksessa kuluttajan valtaistuminen on ollut läsnä niin Health 2.0 -ilmiön, palvelulogiikan kuin asiakastiedon teorian osalta. Kuluttajan valtaistuminen (*empowerment*) liittyy kuluttajan roolin muutokseen passiivisesta aktiiviseksi, mutta termiä ei tule sotkea kuluttajan sitoutumiseen (*engagement*) yrityksen toimintaan. Sitoutuminen nähdään liittyvän vahvasti palvelukeskeiseen logiikkaan (Vargo & Lusch 2004, 2008) ja suhdemarkkinointiin sen korostaessa asiakkaan ja yrityksen interaktioita, arvon yhteisluontia ja asiakkaan osallistumista (Brodie, Hollebeek, Juric & Ilic 2011). Tässä luvussa syvennyttään kuluttajien valtaistumiseen selvittämällä kuluttajien valtaistumisen prosessia tarkemmin sekä siihen vaikuttavia ja mahdollistavia tekijöitä. Harrisonin, Waiten ja Hunterin (2006) mukaan kuluttajien valtaistuminen rakentuu vallan, tiedon sekä valintojen elementeistä. Näiden kolmen elementin lisäksi perehdytään internetin merkitykseen kuluttajien valtaistumisen prosessissa sen merkittävästä roolista johtuen.

2.4.1 Vallan merkitys

Valtaistumisen termi itsessään viittaa voimaan sekä valtaan. Valtaistumisen aktiviteetti viittaa vallan tai auktoriteetin antamiseen, mutta myös havaintoon, jossa valtaistunut kuluttaja tiedostaa saaneensa lisää valtaa ja pystyvänsä käyttämään tätä valtaa (Harrison ym. 2006, 974). Valtaistumista ei tulisi kuitenkaan nähdä kiinteänä lopputulemana, johon päästään vallan tai auktoriteetin antamisen kautta. Valtaistumista ei voida pakottaa, vaan se on aina kuluttajalähtöistä (Starkey 2002, 279–280). Yritykset ja muut

toimijat voivat kuitenkin tukea ja auttaa kuluttajien valtaistumista tarjoamalla tarvittavia työkaluja, resursseja ja prosesseja, mutta vain kuluttaja itse voi laittaa valtaistumisen alulle etsiessään valtaa tai aktivoituessaan (Simon 1990). Osallistumisen mahdollisuuksien lisääminen yksinään ei riitä kuluttajien valtaistumiseen, mikäli kuluttajat eivät ole tietoisia omista intresseistään (Starkey 2002, 275). Valtaistuminen vaatii mekanismeja, joilla kuluttajat voivat saada heitä kiinnostavia asioita hallintaan sekä mahdollisuuksia kehittää ja harjoittaa tarvittavia taitoja käyttää tätä hallintaa hyväkseen (Pires ym. 2006, 938). Ball ja Lillis (2001, 2) painottavat potilaiden henkilökohtaista vastuunottamista omasta terveydestään. Potilaat valtaistuvat hakiessaan terveydenhuollon ammattilaisten lausuntojen tueksi lisäresursseja internetistä ja toimivat aktiivisina kumppaneina ammattilaisten rinnalla.

Rezabakshs, Bornemann, Hansen ja Schrader (2006, 6) ehdottavat vallan käsitteen valtaistumisen kontekstissa muodostuvan asiantuntija-, seuraamus- ja oikeutetusta vallasta. Asiantuntijavallalla viitataan asiantuntijoiden hallussa pitämään tietoon, joka usein tarkoittaa läpinäkyvyyden puutetta ja tiedon asymmetristä jakaantumista kuluttajien ja yritysten kesken. Seuraamusvallalla viitataan asiakkaan keinoihin rankaista yrityksiä niiden huonosta käytöksestä esimerkiksi lopettamalla asiakassuhde. Oikeutetulla vallalla tarkoitetaan kuluttajien kykyä vaikuttaa markkinointiin, tuotteisiin ja palveluihin sekä hinnoittelupolitiikkaan. Yrityksiä kiinnostaa yhä enemmän asiakkaiden aktiviteetit sosiaalisissa verkostoissa, jotka eivät suoranaisesti liity tuotteiden ja palveluiden ostamiseen. Näissä verkostoissa kuluttajat toimivat interaktioissa toistensa kanssa vaikuttaen samalla yritysten prosesseihin (Verhoef, Reinartz & Krafft 2010, 248). Näin valtaistuneet asiakkaat voivat siis vaikuttaa yrityksen toimintaan yhä enemmän verrattuna tilanteeseen, jossa ainoa keino saada ääni kuuluviin on vaihtaa palveluntuottajaa.

2.4.2 Tiedon ja internetin rooli

Tiedon suuri merkitys on ilmeinen kuluttajien ja yritysten suhteissa, niin kuin terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden suhteissa. Ammatilliset ovat asiantuntijoita heidän hallussa pitämän tiedon ja ymmärryksen takia. Tämä johtaa kuitenkin usein tiedon hallinnan asymmetriaan; tilanteisiin, jossa ammattilainen

dominoi ja toimii tiedon portinvartijana. Sijoituspalveluiden kontekstissa tämä on johtanut tilanteisiin, joissa kuluttajat hylkivät ammattimaisia neuvoja ja ovat kyynisiä neuvojen luotettavuudesta (Harrison ym. 2006, 975). Starkeyn (2002) mukaan ammattilaisten pimittämä tietotaito voi valtaistumisen estämisen lisäksi vaikuttaa negatiivisesti valtaistumiseen. Myös Harrisonin ym. (2006, 987) mukaan tiedon saannin puute vaikuttaa valtaistumiseen negatiivisesti. Internet on tarjonnut tiedon asymmetriaan ratkaisun tarjoamalla tiedon kaikkien saataville, jolloin internet itsessään on lisännyt kuluttajien valtaistumisen mahdollisuuksia. Tiedon kaikkialla läsnä olemisen lisäksi, internetin interaktiivisuuden ansiosta kuluttajat voivat itsenäisesti kontrolloida informaation virtaa sekä yritysten rooli tiedon portinvartijoina on vähentynyt (Rezabakshs ym. 2006, 12 & 27).

Vallan jakaminen muokkaa kuluttajien arkipäivän aktiviteetteja monella tavalla, mutta erityisesti internetissä tapahtuva valtaistuminen on muuttanut yritysten ja kuluttajien käytöstä. Kuluttajien valtaistumisen prosessi on hankalaa määritellä yhdellä ainoalla tavalla, mutta tietoliikennetekniikan kehittyminen näyttäisi ajavan prosessia eteenpäin (Pires ym. 2005, 943). Hakukoneet vaikuttavat tiedonjaon prosessiin, yksittäiset kuluttajat vaikuttavat muiden kulutusprosesseihin esimerkiksi blogien avulla sekä sosiaalisessa mediassa jaettavat tuotteiden ja palveluiden testaukset vaikuttavat ostopäätöksiin. Tämän lisäksi kuluttajien valtaistumista tapahtuu, kun kuluttajat pystyvät ilmaisemaan itseään ja omia mielipiteitään kehittyneiden Web 2.0 -työkalujen avulla paremmin (Labrecqu, vor dem Esche, Mathwick, Novak & Hofacker 2013, 258 & 261). Internetin moninaisista ominaisuuksista huolimatta suurin syy internetin valtaistumista edistävään vaikutukseen on tiedon saannin helpottuminen ja tätä kautta ymmärryksen lisääntyminen.

Perinteisesti lääkäri tai yleisesti terveydenhuollon ammattilainen on nähty tiedon lähteenä, joka suodattaa potilaalle relevantit tiedot aiemman tutkimuksen perusteella. Tieteellistä tietoa ja potilaan henkilökohtaisia tietoja yhdistelemällä on potilaalle ehdotettu käytössä olevat vaihtoehdot. Health 2.0 -sovellusten osalta tämä tilanne on muuttunut, kun potilaat ovat saaneet hoitotietonsa käyttöönsä ja pääsyn lääketieteelliseen tietoon internetin kautta, joten usein potilaalla on vaihtoehdot selvillä jo ennen lääkärin tapaamista (Eysenbach & Diepgen 2001, 12). Näin tiedon suunnan

vaihtuminen on muuttanut konkreettisesti potilaan ja lääkärin välistä suhdetta sekä luonut puitteet potilaan valtaistumiselle.

2.4.3 Valinnanvapaus

Keskeistä valtaistumisessa on valinnanvapaus, joka pääosin koostuu eri vaihtoehtoista saatavissa olevasta informaatiosta. Suuri valinnanvapaus voi aiheuttaa pelkoa tai sekaannusta kuluttajissa, mikäli heillä ei ole pääsyä luotettavaan informaatioon, joka auttaa päätöksentekoprosessissa. Toisaalta tietoon pääsyn lisäksi kuluttajien tulee pystyä ymmärtämään tietoa. Tiedon ymmärtäminen ei aina kaikissa konteksteissa ole itsestäänselvyys, esimerkiksi terveydenhuollossa, jolloin tietoja ei usein ymmärretä lainkaan (Harrison ym. 2006, 976). Valinnanvapautta kasvattamalla voidaan lisätä kuluttajien vastuuntuntoa, joka voi johtaa kuluttajien lisääntyneeseen vastuuseen tehdyistä valinnoista. Vastuun lisääntyessä kuluttajat syyttävät ongelmista helpommin itseään, kuin tilanteessa, jossa valinnanvapautta ei ilmene (Mattila & Cranage 2005, 276).

Jennerin (1994, 15) mukaan valinnanvapauden kasvu on lisännyt kuluttajien valtaa. Tuotteiden monipuolisuus on kasvanut, jolloin kuluttajat voivat valita tuotteet, jotka parhaiten sopivat heidän tavoitteisiinsa. Kuluttajien ei siis tarvitse tehdä valintoja, joista he eivät pidä, jolloin kuluttajien vallan määrän voidaan todeta kasvaneen. Tämä näkyy myös terveydenhoidon puolella, jossa asiakkaat valitsevat yhä enemmän vaihtoehtoisia toimenpiteitä perinteisten vaihtoehtojen sijasta sekä etsivät uusia vaihtoehtoja aktiivisesti (Ball & Lillis 2001, 2). Toisaalta Wathieun ym. (2002) mukaan valinnanvapauden kasvulla on myös negatiivisia vaikutuksia kuluttajiin. Negatiivisia vaikutuksia ovat itsehillinnän puute, jolloin kuluttajan toimesta tehdyllä valinnalla voi olla vakavia seuraamuksia (esimerkiksi alkoholin kasvanut käyttö), katumus, jolloin tehtyä valintaa kadutaan tai tehty valinta aiheuttaa erimielisyyksiä ja ylikuormitus, jolloin valinnanvapauksia on liikaa ja kuluttaja lykkää tai viivästyttää valintojaan.

2.4.4 Valtaistuminen ja Health 2.0

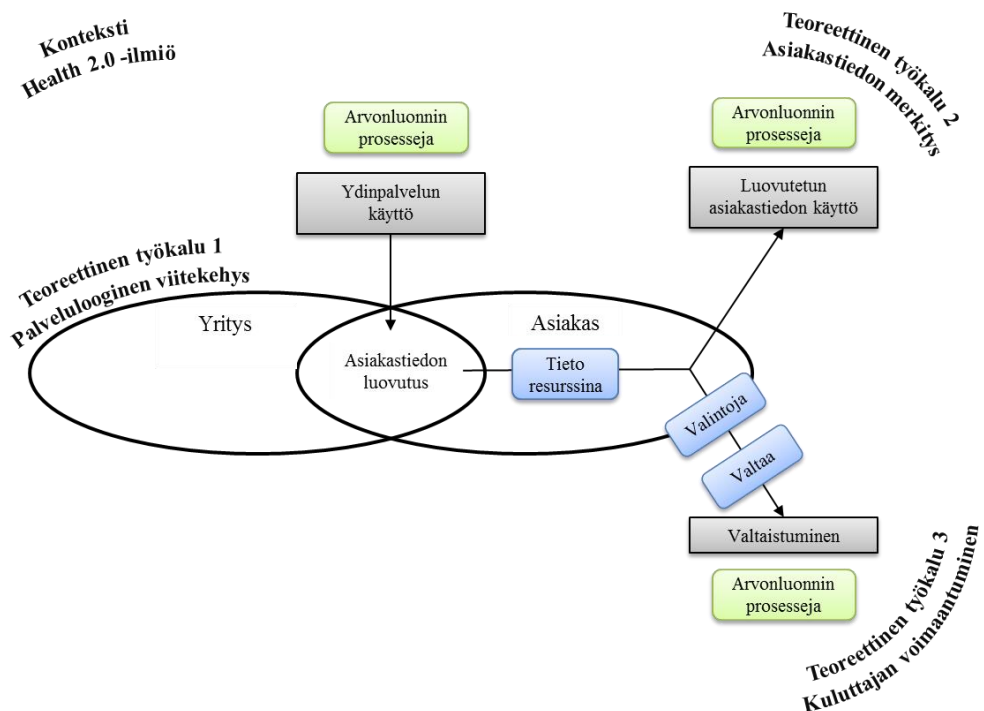
Health 2.0 -palveluissa tiedon asymmetriaa lähestytään modernisti terveydenhuollon ammattilaisten jakaessa tietoa takaisin potilaalle tai palvelunkäyttäjälle. Tämä on yksi tärkeimmistä tekijöistä palvelunkäyttäjien valtaistumisen puitteiden luomisessa. Valtaistumista ei voida pakottaa, mutta tarjoamalla resursseja asiakkaan prosesseihin voi valtaistumista tapahtua, mikäli palvelunkäyttäjä itse kokee sen tarpeelliseksi. Valtaistuminen koetaan aina subjektiivisesti; valtaistuneet kuluttajat kokevat hallinnan tunteita, ymmärtävät heidän yhteiskunnallisen asemansa sekä aktivoituvat tämän saadun vallan käyttämisessä (Zimmerman & Warschausky 1998, 6). Valtaistumisen subjektiivisuudesta johtuen on valtaistumisen muotoja rajaton määrä. Tässä tutkielmassa valtaistumista ja sen eri muotoja analysoidaan arvonluonnin prosessien näkökulmasta, jolloin valtaistuminen nähdään arvonluonnin prosessina. Toisin sanoen tässä tutkimuksessa oletetaan, että palvelunkäyttäjät käyttävät palvelusta saamiaan resurssejaan valtaistuakseen, mikäli valtaistumisella saavutetaan hyötyjä tai arvoa ilmenee.

Tiedon luovuttaminen takaisin palvelunkäyttäjille lisää myös terveydenhuollon ammattilaisten prosessien läpinäkyvyyttä tasoittaen valta-asemaa. Palvelusta ja muualta internetistä saadut resurssit lisäävät palvelunkäyttäjien valintojen määrää ja näin ollen mahdollisuuksia vaikuttaa oman terveytensä edistämiseen. Health 2.0 -palvelut ovat internet-pohjaisia, jolloin palvelut ovat jo valmiiksi ympäristössä, jossa tietoa haetaan jatkuvasti eri paikoista.

Kuluttajien valtaistumista ei ole pystytty tukemaan terveydenhuollon konseptissa riittävän hyvin. Potilaiden rooli on ollut passiivinen terveydenhuollon ammattilaisten toimiessa tiedon portinvartijoina. Yritysten kyvyttömyys siirtyä massatuotannosta massakustomoinnin aikakauteen näkyy rimpuiluna kuluttajien valtaistumisen hallinnan kanssa (Pires ym. 2005, 946). Rimpuilun sijasta, yritysten tulisi pyrkiä tukemaan tätä valtaistumista tarjoamalla erilaisia resursseja, kuten asiakkaistaan keräämäänsä tietoa, asiakkaille ja näin ollen kasvattaa valintojen määrää, luovuttaa valtaa sekä luoda puitteita kuluttajien valtaistumiselle

2.5 Palvelulooginen näkökulma Health 2.0 -palveluihin

Tämän tutkimuksen tarkoituksen oli analysoida Health 2.0 -palvelunkäyttäjien arvonluontia. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on rakennettu Health 2.0 -kontekstin, asiakkaiden prosesseja korostavan palvelulogiikan teorian, asiakastiedon näkemisen resurssina asiakkaan arvonluonnissa sekä kuluttajan valtaistumisen perusteella. Tutkimuksen teoreettista viitekehystä on havainnollistettu kuviossa 3.



Kuvio 3 Health 2.0 -palvelujen käyttäjien arvonluonnin prosessit.

Tässä tutkimuksessa käytettiin palvelulogiikan mallia linssinä ilmiön tarkastelulle. Mallin avulla tunnistettiin arvonluonnille kolme eri sfääriä: yrityksen, asiakkaan sekä yrityksen ja asiakkaan yhteinen sfääri. Tutkimuksen fokukseksi asiakaslähtöisyydestä johtuen päätettiin ottaa asiakkaan sekä asiakkaan ja yrityksen yhteinen sfääri. Yhteinen sfääri määriteltiin pitävän sisällään yrityksen ja asiakkaan välisiä interaktioita kun taas asiakkaan sfääri koostui asiakkaan arkisista yritykselle näkymättömistä aktiviteeteista. Arvonluonnin prosesseja pyritään tunnistamaan näissä sfääreissä Health 2.0 -ilmiön kontekstissa.

Teoreettisen viitekehyksen perusteella tunnistettiin alustavasti kolme erilaista arvonluonnin prosessia: ydinpalvelun käyttö interaktiossa yrityksen kanssa, luovutetun asiakastiedon käyttö sekä valtaistuminen. Ydinpalvelun käytöllä viitataan tässä tutkimuksessa palvelun konkreettiseen käyttöön. Health 2.0 -palveluiden osalta tämä tarkoittaa palvelun ominaisuuksien käyttöä eli tiedon oppimista, tarkastelua, tuottamista ja täydentämistä. Ydinpalvelu on palvelunkäytön pääasiallinen motiivi ja ajuri. Ydinpalvelun käytön lisäksi interaktiossa nähdään tapahtuvan asiakastiedon luovutus. Yritys siis luovuttaa asiakkaistaan ja heidän aktiviteeteistaan keräämänsä tiedon takaisin asiakkaan käyttöön valitsemassaan muodossa. Luovutetun asiakastiedon muoto voi olla raaka eli tässä tapauksessa numeerinen tai muoto voi olla informatiivisempi sisältäen kuvioita tai muita resursseja, joka auttaa asiakastiedon hahmottamista. Luovutettu asiakastieto nähdään tässä tutkimuksessa ennen kaikkea palvelusta saatuna resurssina, jota asiakas voi käyttää hyödykseen omissa arkipäivän prosesseissaan tai resurssina valtaistumiseen. Valtaistumisessa luovutetun asiakastiedon ohella havaittiin vaikuttavan koettu valta sekä valinnanvapaus.

Nämä kolme teoreettisen viitekehyksen perusteella tunnistettua arvonluonnin prosessia ovat luonnoltaan abstrakteja ja toimivat arkielämän prosessien kattona. Toisin sanoen, tutkimuksen empiirinen osuus tulee selvittämään, millä tavalla asiakastietoa hyödynnetään sen käytössä ja valtaistumisessa sekä kuinka nämä prosessit hyödyttävät palvelunkäyttäjiä. Jokaisen tunnistetun arvonluonnin prosessin kohdalla analysoidaan myös koettuja hyötyjä ja uhrauksien vähentymistä. Koettujen hyötyjen konkreettinen sisältö on ilman empirian luontia ja analysointia tuntematon. Teoreettisessa viitekehyksessä määriteltiin myös Health 2.0 -ilmiön pääteemat, joita oli sosiaalinen verkottuminen, osallistuminen, tiedonhaku, yhteistyö sekä avoimuus. Ilmiön pääteemat ovat osaltaan vaikuttaneet fokuksen asettamiseen tämän ilmiön kokonaisvaltaisen ymmärryksen luomiseksi.

3 TUTKIMUSSTRATEGIA

Tässä luvussa avataan tämän tutkimuksen strategiaa käymällä läpi tutkimuksen luonne ja kohde, valitut metodit sekä analysoinnin ja tulkinnan työkalut. Kyseessä on tapaustutkimus, joka tarjoaa henkilökohtaisen ja konkreettisen mahdollisuuden päästä tutkimaan komplekseja ja vaikeasti ymmärrettäviä ilmiöitä. Tapaustutkimus tulisikin ymmärtää enemmän tutkimusstrategiana kuin metodina (Eriksson & Kovalainen 2008, 116) ja tästä syystä tapaustutkimusta ei tässä tutkimuksessa käsitellä sinällään metodina, vaan enemmänkin viitekehyksenä tutkimuksen tekoon.

3.1 Kvalitatiivinen tapaustutkimus

Tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen tapaustutkimus. Kvalitatiivisten metodien ensisijainen tarkoitus on pyrkiä ymmärtämään monimutkaisia ja epäselviä ilmiöitä kokonaisvaltaisesti yksittäisten syy-seuraus-suhteiden sijasta; todellisuus on aina enemmän kuin osiensa summat (Gummesson 2005a, 312). Tässä tutkimuksessa pyritään siis lisäämään ymmärrystä kokonaisvaltaisesti Health 2.0 -ilmiöstä, pyrkimättä kuitenkaan yleistettävään tietoon. Vaikka tutkimuksessa ei pyritä yleistettävään tietoon, on kuitenkin pyrittävä tämän tapauksen tutkimuksen osalta lisäämään ymmärrystä kontekstista ja tapaustutkimuksesta laajemmassa mittakaavassa. Toisin sanoen tutkimuksen johtopäätöksissä tullaan analysoimaan, mitä tämä tutkimus voi opettaa vastaaville tutkimusprosesseille ja miten tutkimuksen tuloksia voidaan soveltaa muissa konteksteissa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Kvalitatiivinen tutkimus nähdään Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2005, 155) mukaan holistisena tiedon hankintana, jossa aineisto muodostetaan tosielämän tilanteissa. Tapaustutkimuksia käytetään usein markkinoinnin tieteenalalla kun pyritään selvittämään monimutkaisia ongelmia (Gummesson 2008, 16) ja ne ovat usein käytännönläheisiä ja normatiivisia (Eriksson & Kovalainen 2008, 116). Tässä tutkimuksessa pyritään kuitenkin välttämään turha normatiivisuus ja ymmärtämään ilmiö perin pohjin yksittäisten yrityslähtöisten ongelmien ratkaisun sijasta. Tutkimuksen

tulosten perusteella pyritään tekemään liikkeenjohdollisia päätelmiä, mutta ne eivät ole kuitenkaan tutkimuksen pääasiallinen tavoite.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija itse on tutkimuksen kannalta tärkein instrumentti tutkijan intuition vaikuttaessa analyysiin ja tulkintaan (Gummesson 2005a, 314). Tutkijan oma analyysi ja tulkinta ovat läsnä koko tutkimusprosessin ajan ja tästä syystä kvalitatiiviset tapaustutkimukset ovat aina uniikkeja. Tapaustutkimuksessa tutkija itse määrittää tutkittavan ilmiön rajat luomalla tutkimuskohteesta tulkintoja ja ymmärrystä (Eriksson & Kovalainen 2008, 117). Tässä tutkimuksessa ilmiötä on rajattu tutkimuksen edetessä ja kiinnitetty huomiota tutkimuksen kannalta mielenkiintoisiin asioihin. Tutkimus on luonteeltaan intensiivinen tapaustutkimus, jossa pyritään ymmärtämään yksi uniikki ilmiö luomalla holistinen kuvaus ilmiöstä. Toinen vaihtoehto olisi ekstensiivinen tapaustutkimus, jolloin pyrittäisiin vertailemaan useita tapauksia. (Eriksson & Kovalainen 2008, 118). Tämän tutkimuksen puitteissa tutkittava ilmiö ja valittu näkökulma ovat hyvinkin uniikkeja, joten ekstensiivisen tapaustutkimuksen mahdollisuudet ovat heikot.

3.2 Tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tutkimus on ontologialtaan subjektiivinen tutkimuksen keskittyessä ihmisten kokemuksiin ja oletuksiin. Ontologialla tarkoitetaan olemassa olevan todellisuuden luonteen, tämän todellisuuden rakentumisen ja todellisuuden entiteettien tutkimista (Tronvoll, Brown, Gremler & Edvardsson 2011, 563). Yleisesti subjektiivisuuden sijasta käytetään termiä konstruktivistinen, jolla kuvataan todellisuuden sosiaalista luonnetta. Sosiaalisessa konstruktivismissa oletetaan, että ihmiset luovat todellisuuttaan sosiaalisten interaktioiden kautta. Mielenpitoet ja ymmärrys todellisuudesta muuttuvat sosiaalisten interaktioiden kautta, ovat tilanneriippuvaisia ja muuttuvat ajan kanssa. (Eriksson & Kovalainen 2008, 13–14).

Tässä tutkimuksessa oletetaan, että maailmankuva rakentuu sosiaalisen konstruktivismiin kautta, jonka perusteella on valittu tutkimuksen tutkimusmetodit. Käytännössä todellisuudesta voidaan rakentaa erilaisia kuvauksia, selityksiä ja tarinoita, eikä elämässä ole olemassa absoluuttisia totuuksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka

2006). Epistemologialla tarkoitetaan keinoja löytää tai luoda tietoa ja ymmärrystä ympärillä olevasta maailmasta ja tästä johtuen myöskään yhtä ainoata oikeaa epistemologiaa ei ole olemassa (Tronvoll ym. 2011, 563). Tämän tutkimuksen viitekehyksenä toimii siis sosiaalinen konstruktivismi ja tutkimuskohteena on kieli, joka ymmärretään suhteelliseksi, henkilökohtaiseksi, tilannesidonnaiseksi, seurauksia tuottavaksi ja sosiaalisen elämän kannalta merkitykselliseksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

3.3 Teorian ja empirian vuoropuhelu

Tutkimuksessa hyödynnetään Dubois'n ja Gadden systemaattista yhdistelemistä (2002). Usein tapaustutkimukset nähdään lineaarisina prosesseina, mutta systemaattisessa yhdistelemisessä tutkimus etenee joustavasti siirtyen edestakaisin teorian ja empirian välillä sekä eri tutkimusaktiiviteettien välillä. Teoriaa ei voida ymmärtää ilman empiriaa, eikä empiriaa ilman teoriaa. Tämän takia systemaattinen yhdisteleminen tarjoaa mahdollisuuden laajentaa ymmärrystä niin teoriasta kuin ilmiöstäkin. (Dubois & Gadde 2002, 555).

Systemaattinen yhdisteleminen ei ole puhtaasti induktiivinen, muttei toisaalta deduktiivinenkaan prosessi. Systemaattisessa yhdistelemisessä noudatetaan abduktiivista päättelyä, joka nähdään asettuvan induktiivisen ja deduktiivisen lähestymistavan välimaastoon. Abduktiivinen lähestymistapa soveltuu käytettäväksi hyvin, kun pyritään löytämään uusia asioita (Dubois & Gadde 2002, 559). Erikssonin ja Kovalaisen (2008, 23) mukaan abduktiivisella päättelyllä tarkoitetaan prosessia, jossa liikutaan ihmisten arkipäiväisistä kuvauksista ja merkityksistä kohti luokitteluja ja konsepteja, jotka luovat pohjan ilmiön ymmärtämiselle ja selitykselle. Tässä tutkimuksessa abduktiivinen päättely nähdään kuitenkin lähempänä induktiivista kuin deduktiivista prosessia.

Jokaisen tutkimuksen päätarkoitus on yhdistää teoria empiiriseen ilmiöön ja tämä yhdisteleminen on jatkuva prosessi koko tutkimuksen ajan (Dubois & Gadde 2002, 555). Tästä johtuen tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys, tutkimuskysymysten lisäksi, on täydentynyt empirian muodostamisen aikana. Tutkimuksen rakenne on ollut

joustava eli teoreettinen viitekehys, aineiston muodostaminen ja analyysi sekä tutkimuskysymykset ovat tarkentuneet tutkimusprosessin edetessä. Rakenteen joustavuus on Erikssonin ja Kovalaisen (2008, 127) mukaan myös hyödyllistä jos tutkijan omat intressit muuttuvat tutkimuksen aikana. Tutkimuksen joustavuus ei kuitenkaan tarkoita, ettei tutkimusprosessi olisi systemaattinen (Eisenhardt 1989, 539), vaan antaa enemmänkin tutkijalle tilaa ja mahdollisuuden tarttua ilmiön ymmärtämisen kannalta mielenkiintoisiin asioihin.

Tutkimuksessa noudatetaan Gummessonin (2005a, 314–315) hermeneuttista kierrettä, joka laajentaa hermeneuttisen kehän käsitettä tuomalla siihen lisää ulottuvuuksia tarkasteluun. Hermeneuttisessa kiertessä painotetaan edistyksen merkitystä; samalla ymmärryksen tasolla pysymisen sijasta noustaan korkeammalle tasolle lisääntyneen ymmärryksen avulla. Hermeneuttisessa kiertessä liikutaan esiymmärryksestä ymmärrykseen edestakaisin yksittäisellä ja yleisellä tasolla. Tutkija tulkitsee aineistoa uudelleen ja uudelleen jatkuvan kokeilun ja epäonnistumisen prosessissa, jossa testataan aiempia teorioita, mutta myös luodaan uusia teorioita. Erikssonin ja Kovalaisen (2008, 121) mukaan tapaustutkimuksen tutkimusprosessi muistuttaa jatkuvaa vuorovaikutusta tai dialogia teorian ja empirian välillä. Tapaustutkimukset tarjoavat uniikkeja keinoja kehittää teorioita hyödyntämällä syvällisiä näkemyksiä empiiristä ilmiöistä ja niiden viitekehysistä.

3.4 Tutkimuksen kohde

Kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaisella tavalla myös tämän tutkimuksen kohde on valittu tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisotoksen menetelmää käyttäen (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2005, 155). Tapaustutkimuksessa tutkittava kohde voidaan kuitenkin valita sattumanvaraisesti, mutta se ei ole pakollista eikä edes suositeltavaa (Eisenhardt 1989, 537). Tutkimuksen kohde valittiin etsimällä kotimaisia Health 2.0 -sovelluksia, joiden käyttäjämäärät olivat tasaiset ja tutkimus oli realistisesti suoritettavissa haastattelemalla palvelunkäyttäjiä.

Tutkimuksen kohteeksi valikoitui Ipana Äitiys -palvelu, joka on Mediware Oy:n kehittämä selainpohjainen sähköinen äitiyskortti. Kyseessä on odottavan äidin palvelu, jonne äidit voivat kirjata ja täydentää raskausajan tietojaan sekä saada omat henkilökohtaiset hoitotiedot itselleen sähköisessä muodossa. Tietojen kirjauksen lisäksi äideillä on mahdollisuus suorittaa kotimittauksia terveydenhuollon ammattilaisten nähtäväksi. Palvelun tarkoituksena on tukea raskaana olevan äidin raskaana olemisen aikaa. Palvelunkäyttäjät omistaa kaikki palvelussa olevat tiedot. Hoitotiedot jaetaan automaattisesti sairaanhoitopiirin tasolla, jolla pyritään helpottamaan äitien, neuvolan ja synnytyssairaalan välistä asiointia. Jokaisella osapuolella on mahdollisuus lukea ja kirjata terveystietoja palveluun. Palveluun sisältyy myös sähköisesti täytettävät neuvolan esitieto- ja kyselylomakkeet, kalenteri raskausajan tapahtumista, tietoa raskausajan kehityksestä, päiväkirja äidin omia muistiinpanoja varten sekä vastauksia perheiden yleisimpiin kysymyksiin raskauteen liittyen. Palvelu oli tutkimuksen aikana pilottivaiheessa, joka alkoi huhtikuussa 2013 ja päättyi helmikuussa 2014.

Terveydenhuolto alana sopii tutkimuksen kohteeksi erinomaisesti, koska terveydenhuolto edustaa perinteistä palvelualaa, jossa palvelu tuotetaan yhdessä asiakkaan kanssa (Gummesson 2005b, 16). Asiakastiedon luovuttamisen näkökulmasta konteksti on mielenkiintoinen, koska terveydenhuoltojärjestelmän keräämät tiedot ovat hyvin henkilökohtaisia sekä peräisin potilaasta itsestään. Tämän lisäksi tietoja ei perinteisesti ole potilaille jaettu. Palvelulogiikan näkökulmasta terveydenhuollon asiakassuhteet on nähty yksinkertaisina suhteina asiakkaan ja sairaalan välillä, joissa asiakkailla on usein ollut hyvin passiivinen rooli.

3.5 Aineiston luonnin metodit

Aineiston keräämisen sijasta Gummesson (2005a, 312) puhuu aineiston luomisesta. Aineisto luodaan keräämisen sijasta, koska sosiaalisessa ympäristössä aineisto ei esiinny kerättävässä muodossa, vaan se luodaan tutkijan tulkinnan avulla. Tämän lisäksi aineisto muodostetaan usein interaktioissa, joten tutkijan tulkinta on mukana aineiston luonnissa jo varhaisessa vaiheessa. Aineisto konstruoidaan tutkijan ja haastattelijan välisessä interaktiossa, jotka usein muistuttavat jokapäiväistä keskustelua (Eriksson &

Kovalainen 2008, 80). Tässä tutkimuksessa aineisto luodaan puolistrukturoidun haastattelun avulla, jota tukee osittain ääneen ajattelun -metodi.

Palvelunkäyttäjät lähestyttiin sähköpostitse ja vapaaehtoiset ilmoittautuivat tutkijalle. Tutkimustilanteessa haastateltavia pyydettiin käyttämään tutkimuksen kohteena olevaa palvelua ja ajattelemaan ääneen ajatuksiaan käytön yhteydessä. Palvelun käytön yhteydessä suoritettiin myös puolistrukturoidut haastattelut. Haastateltavat kutsuttiin haastattelutilaisuuteen kahdessa aallossa. Ensimmäisessä aallossa kutsuttiin paikalle neljä palvelunkäyttäjää. Tämän jälkeen haastatteluissa pidettiin noin kahden viikon tauko, jonka aikana tutkimuskysymysten runkoa analysoitiin sekä yksittäisiä osa-alueita painotettiin. Tämän tauon tarkoituksena oli käyttää hyödyksi mahdollisia nousseita mielenkiintoisia teemoja, joita ei osattu ennalta odottaa. Eisenhardtin (1989, 539) mukaan tämän kaltainen lähestymistapa on ominainen tapaustutkimuksille, koska aineiston muodostamista ja analysointia ei nähdä lineaarisena prosessina, vaan analysointi on jatkuvasti läsnä. Toisessa aallossa paikalle kutsuttiin kolme palvelunkäyttäjää ja yhteensä haastatteluja tehtiin seitsemän kappaletta. Haastatteluita suoritettiin saturaatioon asti, eli pisteeseen, jonka jälkeen haastattelujen teemat ja sisällöt alkoivat toistaa itseään. Haastattelutilanteita on selvitetty liitteessä 1.

3.5.1 Äänen ajattelu

Tässä tutkimuksessa käytetään puolistrukturoidun haastattelun rinnalla osittain hyödyksi ääneen ajattelun metodia. Ääneen ajattelu, suullinen protokolla tai protokolla-analyysi on metodi, joka tarjoaa mahdollisuuden saada tietoa haastateltavan tai koehenkilön kognitiivisista prosesseista (Ericsson & Simon, 1980). Suullinen protokolla on Toddin ja Benpasatin (1987, 490) mukaan hyvä metodi ongelmien dynamiikan selvitykseen, hypoteesien muokkaamiseen ja tiedon etsimiseen epäselvissä konteksteissa; se tarjoaa erityisen rikasta tietoa päätöksiin johtavien aktiviteettien analysoinnissa.

Ääneen ajattelu on yksi suorimmista ja useimmiten käytetyistä metodeista kun halutaan saada tietoa haastateltavien ajatuksista (Ericsson & Simon 1980, 220). Ääneen ajattelun -metodia on myös hyödynnetty markkinoinnissa esimerkiksi yritysjohtajien päätöksentekoprosesseja selvittäessä (Read, Dew, Sarasvathy, Song & Wiltbank

2009). Metodia käytetään tässä tutkimuksessa hyödyksi soveltuvin osin, jolloin ei kuitenkaan voida sanoa sen olevan yksittäinen tutkimusmetodi, vaan ääneen ajattelu toimii enemmänkin puolistrukturoitua haastattelua ohjaavana toimenpiteenä. Tarkoituksena ei ole niinkään saada tietoa koehenkilön kognitiivista prosesseista, vaan ääneen ajattelu toimii enemmänkin tukena puolistrukturoidulle haastattelulle palauttaen palvelun hyödyt mieleen ja helpottaen hyötyjen realisoitumista koetilanteessa.

Ääneen ajattelun -metodia voidaan hyödyntää monin eri tavoin. Ericssonin ja Simonin (1980, 218) mukaan ääneen ajattelemisen voi olla koehenkilön päätehtävä tai se voi olla toisen tehtävän ohessa suoritettava tehtävä. Tämän lisäksi haastateltavaa voidaan pyytää ajattelemaan yksityiskohtaisemmin tai pyytää yleistämään ajatuksiaan. Näillä koetilanteen valinnoilla on suuri merkitys mitä suullista aineistoa haastateltava tuottaa ja miten tätä suullista aineistoa tulkitaan. Toddin ja Benbasatin (1987, 497) mukaan suullista aineistoa voidaan tuottaa tehtävän suorittamisen aikana tai takautuvasti sen jälkeen. Kuuselan ja Paulin (2000, 398) mukaan tehtävän kanssa samanaikaisesti tuotetun suullisen aineiston etu on saadun informaation määrä. Takautuva ääneen ajattelu altistuu tutkittavan henkilön muistin vääristymille, jolloin tuotettu aineisto on määrältään vähäisempää sekä laadultaan heikompaa.

Tämän tutkimuksen aineiston muodostamisessa haastateltavia pyydettiin ajattelemaan ääneen palvelun käytön aikana. Tutkijan rooli oli aktiivinen palvelun käytön aikana, jolloin tutkija kysyi aktiivisesti kysymyksiä puolistrukturoidun haastattelun avulla palvelunkäyttöön liittyen. Koehenkilöt käyttivät palvelua jatkuvasti haastatteluiden aikana. Palvelun käyttö koko haastattelutilanteen aikana toimi muistiin palauttamisen lisäksi myös haastattelutilannetta huomattavasti helpottavana, kun haastateltavat pystyivät konkreettisesti näyttämään tietokoneen ruudulta mistä palvelun ominaisuudesta he puhuivat tai mitä lukemaa tai kuviota he kommentoivat.

Koska ääneen ajattelu suoritettiin yhdessä puolistrukturoidun haastattelun kanssa, ei voida väittää, että ääneen ajattelun metodia käytettiin sinällään tässä tutkimuksessa. Toisaalta ilman osittaista ääneen ajattelu ja palvelun käyttöä haastattelun taustalla ei haastattelutilanteissa olisi saatu yhtä laajaa ymmärrystä ilmiöstä kuin näiden kahden metodin yhdistelmällä saatiin. Tämä huomattiin tilanteissa, joissa palvelunkäyttäjä

kommentoi tai puhui aihealueesta eri tavalla kuin hän oli vastannut aikaisemmin, kun tutkija kysyi haastateltavalta samasta aiheesta suoran kysymyksen. On myös painotettava, ettei kyseessä ole metoditriangulaatio, koska tuotettua suullista aineistoa ei myöskään analysoitu puolistrukturoidusta haastatteluaineistosta erillään.

3.5.2 Puolistrukturoitu haastattelu

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käytetään usein hyödyksi haastatteluja aineiston muodostamisessa, eikä tämä tutkimus ole tässä suhteessa poikkeus. Haastattelua käytetään, kun halutaan korostaa haastateltavien roolia ja antaa heille mahdollisuus tuoda heitä koskevia asioita esille vapaamuotoisesti. Tämän lisäksi tutkimuksessa on kysymyksessä vähän tutkittu alue, joten tutkijan on ollut vaikea ennalta arvata vastauksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 194).

Tässä tutkimuksessa haastateltiin Ipana Äitiys -palvelun käyttäjiä puolistrukturoiduin haastatteluin. Puolistrukturoidussa haastattelussa tutkija valmistelee etukäteen tutkimuksen kannalta relevantteja teemoja, aihepiirejä tai puheenaiheita, mutta kysymykset eivät ole muodoltaan tai järjestykseltään välttämättä samat jokaisen haastattelijan kohdalla (Eriksson & Kovalainen 2008, 82). Ääneen ajattelun -metodi vaikutti puolistrukturoidun haastattelun kysymysten järjestykseen huomattavasti ja kysymyksiä kysyttiin siinä järjestyksessä, kuin aihe tuli puheeksi palvelun käytön kautta.

Puolistrukturoitu haastattelu on joustava ja antaa siis tutkijalle vapauden muokata aineiston luonnin prosessia tilanteen mukaan. Puolistrukturoidun haastattelun keskustelumaisuus tarjoaa myös mahdollisuuden tarttua mielenkiintoisiin asioihin niiden noustessa keskustelunaiheeksi. Puolistrukturoitu haastattelu on joustavampi kuin strukturoitu haastattelu, jossa ennalta määritetyt kysymykset ja niiden järjestys ovat kaikille haastateltaville samat. Strukturoidussa haastattelussa pyritään vertailemaan haastateltavien vastauksia keskenään. Puolistrukturoitu haastattelu on kuitenkin rakenteeltaan kiinteämpi kuin täysin avoin haastattelu, jossa haastattelun teemat tai aihepiirit ovat laajempia. Avoimet haastattelut ovat myös luonteeltaan narratiivisia ja niiden annetaan rauhassa ottaa oma suuntansa. (Eriksson & Kovalainen 2008, 81–83).

Haastatteluissa käytettiin ennalta määritettyä haastattelurunkoa (liite 2) joustavasti. Haastattelurungon kysymykset pyrittiin esittämään kaikille haastateltaville ja kysymysten muoto, järjestyksen lisäksi, vaihteli haastateltavan palvelunkäytön ja ääneen ajattelun seurauksena. Kysymysrunon joustavuudella pyrittiin antamaan haastateltavalle mahdollisuus kertoa asioita, joita ei haastattelurunkoa muodostettaessa pystytty ottamaan huomioon. Osa haastattelurungon kysymyksistä kysyttiin uudelleen myöhemmin haastattelun edetessä, mikäli nähtiin, ettei ensimmäisellä kysymyskerralla saatu riittävää vastausta tai vastaus oli tutkijan mielestä puutteellinen. Haastattelurunkoa myös täydennettiin osittain ensimmäisten neljän haastattelun jälkeen, jolloin painotettiin merkityksellisiksi nousseita kysymyksiä enemmän ja osaa kysymyksiä priorisoitiin selkeästi. Tällä nähtiin olevan positiivinen vaikutus relevantin aineiston muodostamiseen, kun tutkija oli aktiivisempi tiettyjen teemojen suhteen.

3.6 Aineiston analysointi ja tulkinta

Kvalitatiivisessa tutkimusprosessissa tulkinnalla ja ymmärryksellä on suuri merkitys ja ne ovat läsnä koko tutkimusprosessin ajan (Eriksson & Kovalainen 2008, 20). Myös tässä tutkimuksessa aineiston analysointi ja tulkinta on ollut vahvasti läsnä koko aineiston muodostamisen prosessin aikana. Tämä on yleistä tapaustutkimuksille, jotka pyrkivät luomaan uusia tai kehittämään vanhoja teorioita (Eisenhardt 1989, 538). Aineiston analyysin ja tulkinnan voidaan nähdä alkaneen jo ensimmäisen haastattelun aikana ajatusten ja kenttämuistiinpanojen muodossa. Tämä alustava analyysi on osaltaan ohjannut tutkimusprosessin lopullista analyysiä sekä teoreettisen viitekehyksen muodostumista.

3.6.1 Analyysistrategia

Yin (2003, 111–116) erottaa toisistaan kolme yleistä analyysistrategiaa. Teoreettisessa analyysistrategiassa pyritään vastaamaan kausaalisiin kysymyksiin kuten miten ja miksi. Nämä kysymykset on muodostettu teoreettisen viitekehyksen avulla, joka on ohjannut tutkijan tapauksen äärelle. Toinen yleinen analyysistrategia on pyrkiä määrittämään ja

testaamaan kilpailevia selityksiä. Tätä analyysistrategiaa käytetään usein kun pyritään arvioimaan erilaisia tapaustutkimuksia keskenään. Kolmas, ja tässä tutkimuksessa hyväksikäytetty, analyysistrategia on kehittää deskriptiivinen kuvaus tapauksesta. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritä tuottamaan vain deskriptiivistä kuvausta tapauksesta, vaan deskriptiivisyys nähdään abstraktimpana työkaluna, analyysistrategiana, joka auttaa teemoittamaan ja tyypittelemään aineistoa sisällönanalyysin avulla (luku 3.6.2.).

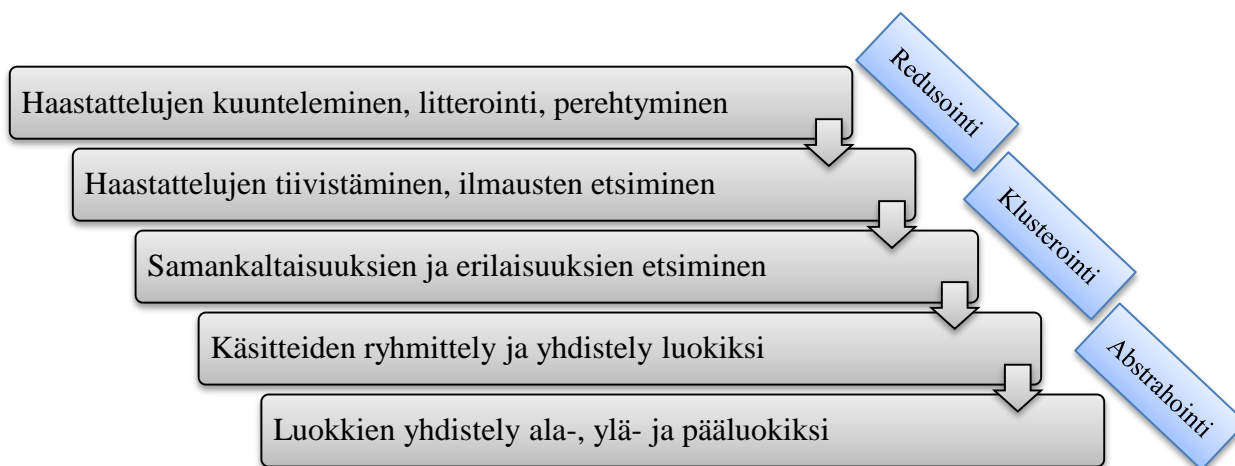
Tämä deskriptiivinen kuvaus toimii myös induktiivisesti pohjana asetettaville tutkimuskysymyksille. Tapauksen analyysi ei siis perustu ennalta määritetyn teoreettisen viitekehyksen testaukseen, mutta tämä ei tarkoita, etteikö teoreettisia konsepteja käytettäisi hyödyksi (Eriksson & Kovalainen 2008, 129). Eisenhardtin (1989, 536) mukaan tutkimuskysymysten ja mahdollisten käsitteiden tunnistaminen kirjallisuuden perusteella on hyödyllistä, mutta vasta alustavia tämän tyyppisessä tutkimuksessa. Toisaalta liiallinen perehtyminen teoreettisiin näkökulmiin altistaa tutkijan ennakkoluulojen alaiseksi ja rajoittaa mahdollisia löydöksiä. Ideaalitulanteessa tutkija muodostaa tutkimusongelman ja mahdollisesti määrittää muuttujia nykyisten teorioiden avulla mutta välttää muuttujien ja teorioiden välisten suhteiden käsittelemisen. Aikaisemman tutkimuksen perusteella muodostettu teoreettinen viitekehys nähdään siis apuna empiirisen aineiston analysoinnissa ja kuvauksessa (Eriksson & Kovalainen 2008, 129).

3.6.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on konkreettinen perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää hyväksi kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Tuomen ja Sarajärven (2002, 97–99) mukaan mahdollisia laadullisen analyysin muotoja ovat aineistolähtöinen, teorialähtöinen ja teoriasidonnainen analyysi. Aineistolähtöisessä analyysissä muodostetusta emperiasta luodaan teoreettinen kokonaisuus. Aineistolähtöisyydestä johtuen aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei ole vaikutusta analyysin toteuttamiseen. Teorialähtöistä analyysia ohjaa aikaisemmin luotu viitekehys ja tarkoituksena on testata teorioita uudessa kontekstissa. Teoriasidonnaisessa analyysissä analyysi on aineistolähtöistä, mutta analyysia ohjaavat aikaisemmat tiedot ja teoriat. Toisin sanoen analyysistä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, mutta

tarkoituksena ei kuitenkaan ole testata itse teoriaa, vaan avata uusia ajatuksia sekä teoriasta, että ilmiöstä yleisesti.

Tässä tutkimuksessa hyödynnetään teoriasidonnaista analyysia. Lähestymistapa on siis aineistolähtöinen, mutta teoreettiset käsitteet tuodaan kuitenkin teoriasta eikä niitä pyritä luomaan aineistosta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116). Toisaalta tässä tutkimuksessa hyödynnetään myös aineistolähtöistä analyysia, jolloin analyysimenetelmä muistuttaa teoriasidonnaisen ja aineistolähtöisen analyysin hybridiä. Aineistolähtöisessä analyysissa edetään aineiston pelkistämisestä eli redusoinnista aineiston ryhmittelyyn eli klusterointiin ja edelleen teoreettisten käsitteiden luomiseen eli abstrahointiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110). Aineistolähtöisen ja teoriasidonnaisen analyysin hybridiä on selvennetty kuviossa 4.



Kuvio 4 Aineiston analyysiprosessi, mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2002, 111.

Redusoinnissa aineisto pyritään tiivistämään, jota ohjaavat tutkimuskysymykset. Tiivistämisessä litteroiduista materiaalista etsitään tutkimuskysymyksen avulla niitä kuvaavia ilmaisuja. Aineiston klusteroinnissa pelkistetystä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia. Tämän jälkeen käsitteet ryhmitellään, yhdistetään luokiksi sekä nimetään luokka sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyy edelleen. Abstrahointi ja klusterointi ovat osittain päällekkäisiä prosesseja ja klusteroinnin katsotaan olevan osa abstrahointia. Abstrahoinnissa ala- ja yläluokat yhdistetään pääluokiksi, erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto sekä

luodaan valikoidun tiedon avulla teoreettisia käsitteitä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115).

Tässä tutkimuksessa teoreettiset käsitteet tulevat pääosin teoriasta, mutta abstrahoinnin avulla muodostettiin teoreettiset käsitteet niille yksiköille, joita ei pystytty teoreettisen viitekehyksen avulla tunnistamaan. Arvonluonnin prosessien osalta onnistuttiin teoreettisessa viitekehysessä tunnistamaan kolme pääluokka, mutta näiden luokkien sisältö oli jo aiemmin mainitulla tavalla tuntematon. Näin ollen teoreettinen viitekehys vaikutti käytettyyn termistöön tutkimuksen alkuvaiheessa, mutta muokkasi myös osaltaan käsitteiden ryhmittelyä luokittain empirian perusteella. Tämä tarkoittaa toisin sanoen sitä, että analyysiprosessi käynnistyi jo tutkimuksen alkuvaiheissa ja teoreettinen viitekehys täydentyi vasta empirian käsittelyn jälkeen, jolloin aineistolähtöisyys ja teoriasidonnaisuus toimivat koherenttina analyysimenetelmänä.

4 IPANA ÄITIYS -PALVELUN KÄYTTÄJIEN ARVONLUONTI

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida Health 2.0 -palveluiden arvonluontia. Tutkimuksen tavoitetta ohjasivat kaksi konkreettista tutkimuskysymystä. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli analysoida, minkälaisia ovat Health 2.0 -palveluiden käyttäjien arvonluontiprosessit. Tämän tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen mukaan tunnistettiin kolme arvonluontiprosessien pääluokkaa, jotka olivat ydinpalvelun käyttö, luovutetun asiakastiedon käyttö sekä valtaistuminen. Tutkimuksen empirian perusteella näiden kolmen arvonluontiprosessien pääluokkien sisältö pystyttiin tarkentamaan ja tunnistamaan pääluokkien rakentuvan yhteensä kahdeksasta arvonluonnin prosessista.

Ydinpalvelun kannalta tärkeimmiksi arvonluonnin prosesseiksi koettiin sähköinen asiointi sekä hoitotietojen tarkastelu. Luovutetun asiakastiedon käyttöprosessista tunnistettiin kolme sisäistä käyttöprosessia: asiakastietoa jaettiin sosiaalisiin verkostoihin, asiakastietoa käytettiin tiedonhaun tukena ja asiakastietoa jaettiin muihin palveluihin. Valtaistumisen prosessi piti sisällään hallinnan, reagoinnin sekä asiakastiedon itsenäisen tuottamisen prosessit. Empirian perusteella valtaistumisen prosessia päätettiin kuitenkin kutsua *voimaantumiseksi* valtaistumisen sijasta. Näitä prosesseja avataan luodun empirian avulla tässä luvussa tarkemmin.

Toisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli tutkia käyttäjille ilmeneviä hyötyjä Health 2.0 -palveluiden käytöstä. Teoreettisen viitekehyksen perusteella hyötyjä päätettiin analysoida konkreettisella ja henkisellä tasolla ottaen huomioon myös Health 2.0 -palveluille ominainen sosiaalisuuden elementti. Koettuja hyötyjä on analysoitu jokaisen tunnistetun arvonluonnin prosessin yhteydessä. Tämän luvun lopussa keskeiset tulokset vedetään yhteen ja esitetään arvonluonnin prosessien ja koettujen hyötyjen kokonaiskuva Health 2.0 -palveluiden kontekstissa.

4.1 Ydinpalvelun käyttö

Ydinpalvelulla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin palvelun varsinaista käyttöä eli hoitotietojen lukemista, kirjaamista ja täydentämistä sekä äitiyteen liittyvän tiedon etsintää palvelusta. Ydinpalvelun käytössä korostui kaksi palvelunkäyttäjien arkea helpottavaa ominaisuutta; palvelu toimi tiedon lähteenä niin hoito- kuin yleisesti äitiyteen liittyvien tietojen osalta ja tämän lisäksi palvelu toimi sähköisesti tarjoten mahdollisuuden käyttää palvelua aika- ja paikkariippumattomasti.

4.1.1 Hoitotietojen tarkastelu

Koska kyseessä on terveyden edistämiseen ja hyvinvointiin liittyvä palvelu oli odotettavaa, että palvelusta haettiin tietoa omasta terveydentilasta tai toisin sanoen varmennusta sille, että oma raskaus sujuu hyvin ja kaikki on, niin äidin kuin lapsen, terveyden kannalta kunnossa.

”Tässä palvelussa mulle tärkeintä tietoa on, että miten mun raskaus sujuu, että onko mitään vaivoja vaikka myrkytyksistä.” (Matilda)

Palvelusta haettiin ymmärrystä omasta terveydentilasta omia hoitotietoja tarkastelemalla. Tämä oli mielenkiintoista, koska nämä hoitotiedot kerrottiin palvelunkäyttäjille suullisesti myös neuvolakäynnin yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. Suurin osa haastatelluista piti kuitenkin palvelua primäärisenä hoitotiedon lähteenä, vaikka käyttöä olisi edeltänyt neuvolakäynti. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että usein oli vaikeaa ymmärtää ja muistaa terveydenhuollon ammattilaisen kertomaa terveyteen liittyvää informaatiota, joka on linjassa Harrisonin (2006) tekemien johtopäätösten kanssa. Tällöin palvelun kirjauduttiin neuvola- tai sairaalakäynnin jälkeen ja haettiin varmennusta suullisesti saaduille tiedoille.

”Enimmäkseen mua kiinnostaa nää vauvan koot ja tälläset, et niit ei välttämättä muista ku toinen sanoo ääneen. Tästäkin me luettiin sitten kotona, kun tultiin, oli miehelläkin vähän epäselvää, että mitä siellä (synnytyksessä) tapahtu.” (Matilda)

”Tavallaan se (sähköinen palvelu) pitää ne (tiedot) mielessä, kun tavallaan se on apuna ku ne on semmosia tietoja, et kyl se kertoo se sairaanhoitaja tai lääkäri kertoo sillä hetkellä, kun se tekee ne mittaukset, ne tulokset mulle, mut mä tuskin muistaisin niitä kaikkia ellei mul olis jotain missä ne olis ylhäällä mulla.” (Helmi)

Palvelu tuki käyttäjiä tarjoamalla toisen mahdollisuuden hoitotietojen saannille, mutta ennen kaikkea palvelu tuki palvelunkäyttäjien erilaisia tiedon omaksumisen ja ymmärtämisen prosesseja. Tämä on nähtävissä Grönroosin ja Voiman (2013) palvelulogiikan viitekehyksessä, jossa asiakkaat käyttävät heille tarjottuja resursseja omassa arkielämän prosesseissaan omasta viitekehyksestään parhaalla tavalla. Hoitotietojen tarkastelu jälkikäteen koettiin vahvasti arkea helpottavana ominaisuutena, koska neuvolakäynnin yhteydessä ei tarvinnut keskittyä tietojen muistamiseen ja toisaalta silloin tällöin keskittyminen koettiin vaikeaksi. Palvelu koettiin kuitenkin käyttäjäkohtaisesti eri tavoin ja osa palvelunkäyttäjistä koki palvelulla olevan enemmänkin neuvolakäyntiä tukeva vaikutus, jolloin hoitohenkilökunta toimi pääasiallisena hoitotiedon lähteenä käyttäjille.

”Neuvolakäynnin jälkeen mä muistan mitä mulle sanottiin, etten mä näitä täältä tarkasta. Tää (palvelu) vaan niinku tukee sitä (neuvolakäyntiä). Emmä toivois et mun pitäis kokoajan täältä kattoo. Kyllä mä haluan, että mulla on se ihminen siellä, keneltä voi kysyä.” (Olivia)

Palvelu koettiin myös käteväksi tiedon lähteeksi, kun tarkoituksena oli tarkastella historiallista tietoa neuvolakäynnin jälkeen saatujen uusien tietojen sijasta. Hoitotietoja siis vertailtiin kronologisessa järjestyksessä, jolloin palvelunkäyttäjille tarjottiin mahdollisuus tarkastella yksityiskohtaisia eroja mittaustuloksissa. Hoitotiedot muistuttavat tässä tapauksessa asiakastietoa, joka määritettiin yksityiskohtaiseksi, tarkaksi ja konkreettiseksi tiedoksi, jolla on merkitystä asiakkaalle (Saarijärvi 2011). Tietojen esitystapa auttoi palvelunkäyttäjiä hahmottamaan tapahtuneita muutoksia paremmin ja toisaalta se tarjosi mahdollisuuden käyttäjille yhdistää omat tuntemuksensa ja olotilat mittaustuloksiin.

”Ihan kiva on ollut huomata, et toi verenpaine on niinku melkein sama kokoajan et sillee on kiva et on sitä historiatietoa.” (Amanda)

Yksittäisten numeeristen mittaustuloksien lisäksi, palvelusta löytyy hoitotietoa graafin muodossa, jossa palvelunkäyttäjän hoitotiedot on suhteutettuna normaalikäyrään. Mielenkiintoista oli, että normaalikäyrään suhteutettuna hoitotiedoista koettiin saatavan palvelunkäyttäjien mielestä enemmän hyötyä verrattuna numeeriseen hoitotietoon, jolloin palveluntarjoaja oli onnistunut prosessoimaan asiakasdatasta käyttäjälleen mielenkiintoista informaatiota (Saarijärvi 2011). Tämä johtui pääosin siitä, että omia tuloksia oli helpompi vertailla normaaleihin arvoihin ja näin ollen turha huolehtiminen jäi käyttäjiltä tekemättä. Hoitotietojen informaatioarvoa siis kasvatettiin muokkaamalla tieto palvelunkäyttäjää tukevaan muotoon ja tämä helpotti tiedon omaksumista perinteisen neuvolassa tapahtuvan monologin sijasta.

”Ite on oppinut aika tarkkaan seurailee niitä käyriä. Mun on helpompi se lukee noin, tollasena graafina. Se hahmottuu paljon selkeemmin kuvana. Jos näyttäis siltä, että siellä olis jotain vialla, niin sit se huolestuttais mua, mut ku ne on niin tasaset ja tavallaan hyvät, ne arvot, niin on ollut tavallaan semmonen turvallinen olo.” (Helmi)

”Siinä jotenkin näki, että meneekö jossain normaaliuden rajoissa vai eikö. Siinä pysty jotenkin, ne tuli ne omat tulokset johonkin, sai jotain vertailukohtaa. Kai sitä jotenkin olettaa, että jos menee siellä keskiarvolla niin kaikki menee sujuvasti ja ok.” (Aurora)

Valtaosa haastateltavista oli yhtä mieltä siitä, että hoitotietojen lisäksi palvelusta löytyvä raskaana olemiseen ja synnytykseen liittyvä informaatio oli hyödyllistä ja vaivattomasti saatavilla. Pääasiallinen syy palveluun kirjautumiselle oli omien hoitotietojen tarkastaminen neuvolakäyntiä ennen tai sen jälkeen, mutta tämän lisäksi palvelusta haettiin yleistä tietoa raskauteen liittyen ja sen löytyminen samasta paikasta omien hoitotietojen kanssa koettiin positiiviseksi, aikaa säästäväksi ja helpoksi.

”Varsinkin siihen alkuun, ihan raskauden alussa, niin oli kiva, että tänne oli koottu näitä tietoja. Ei tarvinnut lähteä erikseen ettimään sitä muualta. Ne oli siinä niinku tavallaan, kun sä kerran kirjauduit niin täältä löyty sitten kaikki.” (Aurora)

Palvelusta löytyvä raskauteen liittyvä tieto nähtiin myös yleisesti internetistä löytyvää tietoa luotettavampana (Eysenbach 2008). Tällöin palvelunkäyttäjien ei tarvinnut olla lähdekriittisiä tai murehtia tiedon alkuperästä. Palvelun tiedot oli tarjottu viranomaisen toimesta, jolloin luotettavasta kanavasta tarjottu informaatio tuki käyttäjien arkea tarjoamalla tiedonhakuja helpottavan ratkaisun. Toisin sanoen käyttäjät loivat arvoa epäsuorasti (Grönroos & Ravald 2011); itse palvelun käyttö ei luonut arvoa käyttäjilleen vaan se loi puitteet luotettavan informaation saannille. Moni haastatelluista puhui internetistä löytyvän tiedon ongelmallisuudesta, joka liittyi usein vahvasti sen luotettavuuteen. Haastateltavat olivat tiedostaneet tämän ongelmallisuuden ja toimivatkin lähdekriittisesti muista palveluista tietoa etsiessään. Tässä palvelussa lähdekriittisyyteen ei uhrattu aikaa tai vaivaa, joka näkyi käyttäjien huolen vähentymisenä.

”Mä ainakin oletan, että nää (tiedot) olis vakavemmin otettavia, kun nää kuitenkin liittyy suoraan neuvolaan. Ei tarvii olla niin lähdekriittinen tässä. Tääl sanotaan näin, niin tällä mennään. En hirveesti epäilly sitä tietoa, mitä täältä sai.” (Aurora)

Kaiken kaikkiaan palvelun ydinominaisuus hoitotietojen tarkasteleminen koettiin positiivisesti. Palvelu tuki palvelunkäyttäjien arvonluonnin prosesseja tarjoamalla helpon, luotettavan, kätevän ja vaivattoman tavan saada varmennusta omasta terveydentilasta (Ball & Lillis 2011), jolloin voidaan puhua uhrauksien vähentymisestä. Hoitotietojen tarkastelun osalta palvelunkäyttäjien hyödyt konkretisoitui ajan säästönä ja käytön helppoutena eli palvelu tarjosi mahdollisuuden osallistua oman terveyden edistämiseen (Van De Belt ym. 2010) ja hoitotietojen tarkasteluun kätevästi. Toisaalta palvelun tarjoama lisäinformaatio helpotti käyttäjien tiedonhaun prosessia säästämällä aikaa ja vaivaa.

Henkisellä tasolla ilmenneet hyödyt realisoituivat huolien vähentymisenä, jota ei olisi yksiulotteisella (Zeithaml 1988) hyötyjen tarkastelulla pystytty analysoimaan. Käyttäjien huolet vähenivät kun he saivat hoitotiedot omaan käyttöön ja pystyivät saamaan paremman kokonaiskuvan terveydestään. Tämä vaihteli kuitenkin subjektiivisesti, joka on tyypillistä henkisellä tasolla koetuille hyödyille (Babin ym. 1994).

4.1.2 Sähköinen asiointi

Teoreettisen viitekehyksen perusteella osattiin odottaa, että palvelun sähköisyys oli jo itsessään palvelunkäyttäjien arvonluontia tukeva ominaisuus (Hessen ym. 2011). Palvelunkäyttäjät olivat tottuneet käyttämään sähköisiä palveluita ja osasivat myös vaatia niitä. Sähköisen palvelun hyödyt nähtiin monella eri tavalla, mutta sähköisten palveluiden hyötyinä korostui eniten aika- ja paikkariippumattomuus. Tämä koettiin vahvasti käyttäjien arkea helpottavana ominaisuutena, koska käyttäjien ei tarvinnut miettiä hukkaavansa tietoja ja toisaalta tietoihin pääsee käsiksi milloin ja mistä vaan. Palvelu sulautui siis asiakkaan arjen prosesseihin Mickelssonin (2013) teesien mukaisesti.

”Mä oon tosi hyvä hukkaamaan kaiken näkösiä asioita. Matkoilla pääsee kattelemaan tätä sitten netissä. Se äitiyskortti on siellä ja siihen pääsee käsiksi mistä vaan.” (Olivia)

”Mä oon semmonen hukkailija-persoona. Nettiä ei voi oikein hukata.” (Matilda)

Tämän lisäksi havaittiin, että palvelunkäyttäjät käyttivät palvelua usein muun internetin käytön yhteydessä, jolloin käyttö oli haastateltujen mukaan kätevää. Muutama haastatelluista mainitsi, että ilman sähköistä kanavaa ei hoitotietoja olisi tullut tarkasteltua samalla intensiteetillä tai frekvenssillä. Palvelua käytettiin myös mobiilisti, joka kuvaa palvelunkäyttäjien halua käyttää palveluita heille tutuilla laitteilla ja ominaisissa ympäristöissä Heinosen ym. (2010) tekemien havaintojen mukaisesti.

”Mä käyn paljon netissä päivisin, niin sit se on siinä lähellä ja onhan tää niinku helppo käyttää.” (Matilda)

Sähköiseen palveluun tallennettuihin hoitotietoihin suhtauduttiin myös positiivisesti siinä mielessä, että palvelunkäyttäjät arvioivat palaavansa tarkistamaan hoitotietojaan tulevaisuudessa. Tämä oli mielenkiintoinen huomio, koska henkilöiden palatessa takaisin hoitotietojensa äärelle vuosien jälkeen ei kyseessä ole enää omien terveystietojen tarkistaminen siinä mielessä, että onko kaikki terveyden kannalta kunnossa. Haastateltavat arvioivat haluavansa palata palvelun hoitotietoihin myöhemmin enemmänkin nostalgiamielessä ja pystyäkseen vertailemaan lukujaan mahdollisen toisen tai sosiaalisen verkoston jäsenen raskauden lukemiin.

”Tuntuu, että ne (tiedot) on täällä aina tallessa, että mä voin koska vaan palata tänne kattoo niitä. Varsinkin kun ajattelee muutama vuosi eteenpäin, niin mä voin käydä kattomassa.” (Aurora)

Palvelun sähköisyydestä johtuen on palvelu reaaliaikainen. Hoitotiedot saatiin palveluun yleisesti ottaen varsin nopeasti neuvolakäynnin jälkeen. Tämä koettiin haastateltavien puolesta hyvänä asiana, koska reaaliaikaisuus vähensi huolta tuloksista. Toisin sanoen palvelunkäyttäjät saivat varmennuksen sille, että kaikki on kunnossa nopeasti, jolloin tuloksien saamista ei tarvinnut jännittää pidempään. Muutama palvelunkäyttäjä joutui tosin odottamaan hoitotuloksiaan varsin pitkään neuvolakäynnin jälkeen, joka näkyi turhautumisena ja ärsyyntyneisyytenä. Reaaliaikaisuudella oli siis arvonaluontia tukeva rooli kun taas tietojen myöhästymisellä oli arvoa tuhoava vaikutus.

”Sillee se on kiva, että ne (tulokset) menee reaaliaikaisesti sinne. Just jos olis puolentoista viikon päästä se neuvola, niin sen tuloksen sais nopeesti sillee parin päivän ajalla. Vois sanoa jolleki että tulos oli ihan ok, ettei tarvii mitään enempää murehtia.” (Amanda)

Palvelun sähköisessä käytössä hyödyistä korostui eniten konkreettiset hyödyt. Palvelu tarjosi käyttäjilleen aika- ja paikkariippumattoman tavan tarkastella hoitotietoja. Eräs palvelunkäyttäjä käytti palvelua mm. mobiilisti bussimatalla, jolloin käyttäjälle

onnistuttiin tarjoamaan hänen aikaansa ja arkea konkreettisesti helpottava kanava hoitotietojen saannille. Tällöin sähköisyys mahdollisti arvon ilmenemisen (Grönroos 2008), sitä kuitenkaan takaamatta. Palvelun käyttö koettiin käteväksi muun internetin käytön yhteydessä, jolloin palvelun nähtiin sulautuvan arjen askareisiin. Toisin sanoen palvelun käyttö ei erottautunut muista käyttäjien aktiiviteeteistä, vaan oli yksi aktiviteetti monien muiden aktiviteettien joukossa. Henkisellä tasolla hyötyjä ilmeni käyttäjien huolen vähenemisenä esimerkiksi hukkaamisen pelon poistuessa tai käyttäjien saadessa hoitotiedot omaan käyttöön melkein reaaliaikaisesti. Henkisen tason hyödyt ilmenivät abstraktilla tavalla (Rintamäki ym. 2006) kun taas konkreettiset arvot funktionaalisella tavalla (Babin ym. 1994).

4.2 Luovutetun asiakastiedon käyttö

Luovutetun asiakastiedon käytöllä tässä tutkimuksessa tarkoitettiin palvelusta saatujen omien henkilökohtaisten hoitotietojen käyttöä jossain muussa asiakkaan arvonluonnin prosessissa kuin ydinpalvelun käytössä (Saarijärvi, Karjaluoto & Kuusela 2013). Toisin sanoen palvelunkäyttäjät saivat palvelusta hoitotiedot omaan käyttöönsä ja hyödynsivät tätä saatua resurssia omissa arjen aktiviteeteissään. Luovutetun asiakastiedon käytön prosesseja tunnistettiin kaikkiaan kolme: asiakastietoa jaettiin sosiaalisiihin verkostoihin, asiakastietoa käytettiin tiedonhaun tukena sekä asiakastietoa jaettiin muihin palveluihin.

4.2.1 Asiakastiedon jakaminen sosiaalsiihin verkostoihin

Näistä kolmesta tunnistetuista asiakastiedon uudelleenkäytön prosesseista merkittävin oli asiakastiedon jakaminen sosiaalisissa verkostoissa (Eysenbach 2008). Sosiaalisiksi verkostoiksi lasketaan tässä tutkimuksessa virtuaaliset sosiaaliset verkostot, joissa palvelunkäyttäjä voi esiintyä omalla nimellään tai nimettömänä sekä palvelunkäyttäjien konkreettiset sosiaaliset suhteet sukulaisiin, ystäviin ja perheen jäseniin. Suurin osa haastatelluista kertoi hoitotietonsa suoraan palvelusta omalle puolisolleen tai sukulaiselleen joko puhelimitse tai kasvotusten. Tämä palveli sosiaalisen verkoston jäsenten tiedonnälkää, tiedonjakoa sekä oman olon helpottumista.

”Näytin täältä, omallekin äidille, että oli hemoglobiini näin paljon aiemmin ja nyt se oli tippunut sitten tänne. Sit ku siellä oli jotain poikkeavaa, niin sitten näytti ja sitten vertailuna, että näin se oli aiemmin ja nyt se on näin, että mitäköhän pitäis tehdä. Sitä halus jakaa, ettei sitä miettinyt omassa päässään pelkästään, se oli saatu sit niinku pois mielestä, kun se oli toistenkin mielessä. Ei tarvinnut ite pelkästään miettiä.” (Aurora)

Palvelunkäyttäjät näkivät palvelun mahdollisuutena saada ja jakaa hoitotietojaan muille. Osa palvelunkäyttäjistä teki tiedonjakoa sosiaalisissa verkostoissa informatiivisessa mielessä ja osa jakoi tietoa purkaakseen omia tunteitaan, tuntemuksiaan ja mietteitään muille samassa tilassa oleville tai omassa elämässään tärkeille ihmisille. Nämä havainnot tukevat Grajalesin ym. (2014) väitteitä. Virtuaalisista verkostoista korostui eniten Facebook-yhteisöt, joihin palvelunkäyttäjät olivat liittyneet raskauden teeman tiimoilta. On huomioitava, ettei palveluun ole rakennettu konkreettista linkkiä Facebookiin, vaan palvelunkäyttäjät tekivät tämän täysin oma-aloitteisesti omia tarkoitusperiään tavoitellen.

”Meil on Facebookissa semmonen ryhmä, jossa on noin 50 naista ympäri Suomen, jotka kaikki odottaa toukokuussa syntyvää lasta. Sinne on vaan kerääntynyt semmonen random-joukko naisia. Jokanen ku käy neuvolossa niin kaikki aina jakaa ne tietyt tiedot. Mä vertaan siellä helposti sitten silleen et aijaa sulla on vähän hemoglobiini laskenut. Tavallaan siellä vertaillaan keskenään niitä tuloksia.” (Helmi)

Sosiaalista jakamista perusteltiin ennen kaikkea tarpeella jakaa tietoja omasta ja lapsen hyvinvoinnista. Kyseessä oli ennen kaikkea oman olotilan helpottaminen, mutta jakamisella pyrittiin myös helpottamaan muiden samassa tilanteessa olevien verkoston jäsenten olotilaa. Monelle haastatelluista raskaus oli ensimmäinen, joten tilanne oli kaikin puolin palvelunkäyttäjille uusi. Sosiaalisista verkostoista haettiin vertaistukea ja käyttäjiä helpotti oman tiedon jakaminen, mutta myös tieto siitä, ettei ole yksin oman raskautensa kanssa.

”Kaikki on niin uutta. Mä en oo koskaan ollut aikasemmin raskaana ja on aika yksin sen asian (raskauden) kanssa. Niin helpottaa, että tietää että on muitaki ihmisiä, jotka on samassa tilanteessa. Toisaalta joku hemoglobiinin lasku, joka vaan yksinkertaisesti kuuluu siihen raskauteen, mut tuntuu tosi epämiellyttävältä, niin jotenki helpottaa et tietää et aijaa sullaki on noin alhaalla hemppa (hemoglobiini) tai suaki pyörryttää ja ai sullaki on ollut tämmösiä oireita, niin se helpottaa sitä omaa olemista et ei ehkä murehdi niin paljon niitä oireita kun on joku viiteryhmä, jossa jakaa niitä sitten.”(Helmi)

Oman olotilan helpottuminen sosiaalisen jakamisen avulla oli havaittavissa melkein kaikilla sosiaalista jakamista harrastavilla palvelunkäyttäjillä. Palvelusta saatu hoitotieto toimi näin ollen resurssina aivan toiselle tarkoituserälle, kuin tutkimuksen alkuvaiheessa osattiin odottaa. Varsinkin ymmärrys palvelunkäyttäjien aktivoitumisesta sosiaalisen jakamisen osalta oli merkittävä, vaikka itsensä ilmaisu internetissä olikin huomioitu teoreettisen viitekehyksessä (Labrecqu ym. 2013). Sosiaalista jakamista harrastettiin oman olotilan helpottamiseksi, mutta se palveli myös pelkojen vähenemistä, maailmankuvan hahmottamista sekä oman tilanteen konkretisoitumista.

”Ehkä se on tavallaan mun tapa jäsentää asioita ja maailmaa enemmän se et mä puhun niistä, ku se et pitäisin niitä itelläni. Niiden sanojen ja sen jakamisen myötä se tilanne konkretisoituu kokoajan vahvemmin ja vahvemmin mulle itelleni myöskin. Ehkä se hälventää taas jälleen kerran jonkinlaisia pelkoja sitä (raskautta) kohtaan ku se on kuitenkin semmonen tuntematon alue. Niin se et siit puhuu niin se ainakin helpottaa mun oloa tosi paljon.” (Helmi)

Tutkimuksen alkuvaiheissa oli odotettavaa, että äidit aktivoituvat jollain tavalla virtuaalisissa keskustelupalstoille, kertovat omista tuntemuksistaan ja hakevat tietoa raskauteen liittyen (Eysenbach 2008, Van De Belt ym. 2008, Hughes ym. 2008). Mikä oli yllättävää, oli hoitotietojen jakaminen sosiaalisissa verkostoissa näin laajassa mittakaavassa. Tämän lisäksi on tunnistettavissa yhteistyön (Eysenbach 2008) merkitys sosiaalisessa jakamisessa; äidit ympäri Suomea liittyivät yhteisöön luodakseen arvoa

omasta näkökulmastaan parhaalla mahdollisella tavalla. Palvelusta saadut hoitotiedot tukivat tätä sosiaalisen jakamisen arvonluonnin prosessia tarjoamalla siihen lisäresursseja. Oman terveyden tilan ja raskauden etenemisen raportointi eteenpäin verkossa olisi ilman palvelua ollut täysin mahdollista, mutta haastatellut kertoivat palvelun helpottaneen tätä prosessia tarjoamalla hoitotiedot sähköisesti ja toisaalta, tarjoamalla hoitotiedot kanavassa (internet), jossa sosiaalista jakamista luonnostaan tapahtuu.

Koettuja hyötyjä tarkasteltaessa voidaan päätellä, että hoitotietojen sosiaalista jakamista ei voida perustella puhtaasti konkreettisin tai utilitäärisin syin. Palvelunkäyttäjät jakoivat tietoa verkossa omista henkilökohtaisista ja sosiaalisista tunneperäisistä syistä. Hyödyt henkisellä tasolla näkyivät oman olon helpottumisena, pelkojen hälventymisenä sekä jakamisen tarpeen tyydyttymisenä. Toisaalta on huomioitava, että henkisellä tasolla hyötyjen ilmenemisessä subjektiivisuus korostuu (Babin ym. 1994) ja tämä näkyi erään haastateltavan kommentoimissa sosiaalista jakamista ja aiheen ympärille rakentuneita yhteisöjä. Sosiaalista jakamista ei tässä tapauksessa harrastettu, koska sillä nähtiin olevan arvoa tuhoava vaikutus.

”Ne foorumit voi unohtaa heti. Sen jälkeen on ihan hysteerinen ja miettii mikä on vialla.” (Aurora)

Sosiaalisella tasolla prosessista ilmeni hyötyjä palvelunkäyttäjille oman itsetunnon kohentumisena (Rintamäki ym. 2006), kun palvelunkäyttäjät ymmärsivät, etteivät ole yksin asian kanssa. Oma olo helpottui henkisellä tasolla jakamisen ja oman ymmärryksen kasvun seurauksena. Toisaalta hyötyjä ilmeni myös, kun palvelunkäyttäjät seurasivat muiden verkoston jäsenien tarinoita ja suhteuttivat omia kokemuksiaan, tunteitaan ja hoitotietojaan näiden muiden samassa elämänvaiheessa olevien verkoston jäsenien kanssa. Myös nämä huomiot ovat yhteneviä Eysenbachin (2008) väitteiden kanssa, mutta tästä huolimatta sosiaalisen jakamisen prosessin merkityksen laajuus palvelunkäyttäjille koettiin yllättäväksi. Sosiaalisesta viitekehystä tarkasteltuna hyödyistä korostui yhteisöllisyys, jakamisen tarve ja oman maailmankuvan selkeyttäminen.

4.2.2 Asiakastiedon käyttö tiedonhaun tukena

Health 2.0 -ilmiön ominaispiirteitä määriteltäessä sovellusten merkitys tiedonhaun tukena korostui (Eysenbach 2008). Tämä oli myös havaittavissa haastateltavien arvonluonnin prosesseja määriteltäessä ja tiedonhakua suoritettiin aktiivisesti kaikkien haastateltavien toimesta. Omia hoitotietoja käytettiin pääosin vertailukohteena internetistä yleisesti löytävälle tiedolle ja omia arvoja suhteutettiin internetistä löytyvään tietoon. Mitchellin (2012) mukaan potilaiden rooli on muuttumassa tiedon objektista tiedon subjektista ja tämä oli nähtävissä myös Ipana Äitiys - palvelunkäyttäjien osalta.

Tiedonhaku tapahtui käyttäen hyväksi verkkopohjaisia hakukoneita eikä kukaan haastateltavista maininnut muista tiedonhaun kanavista internetin lisäksi. Palvelunkäyttäjät hakivat tietoa internetistä koska tilanne oli jo aiemmin mainitulla tavalla monelle uusi. Tämän lisäksi palvelunkäyttäjät kokivat hoitotietojen sähköisen muodon erittäin positiiviseksi, koska vertailu helpottui huomattavasti.

”Jos ei olis käyny ja vertaillut niin sitten mulla olis varmaan lista asioita mitä olisin kysynyt neuvolan tädiltä. Tuli ehkä niinku sellanen rauhattunut mieli siitä kun sai hakea sitä tietoa. Mä en olis malttanut odotella sinne neuvolaan että kyl sitten ku mulla oli jotain mielessä niin mä lähin läppärille. Mä aattelin, että en mä olis saanut nukuttua ennen ku mä oon selvittänyt asian. Alko muutenkin, vaikka jos mä olin netissä vaikka etin jotakin raskauteen liittyvää, niin sit mä yleensä avasin tän (palvelun) samalla. Tuli katottua rinnan niitä.” (Aurora)

Moni palvelunkäyttäjä aktivoitui tiedonhaun osalta, vaikka kysymyksiin olisi saanut vastauksen myös neuvolakäynnin yhteydessä. Tätä ei koettu kuitenkaan riittäväksi, vaan käyttäjät pyrkivät selvittämään mieltä askarruttavat asiat sitä mukaa kuin niitä ilmeni. Tiedonhakua suoritettiin kun haluttiin saada varmennusta sille, että kaikki on äidin ja lapsen kannalta hyvin.

”Tää muuttaa niin paljon jo varhasessa vaiheessa kaikkee niinku toimintoja kehossa, nii pystyy vähä seurailee ja kattoo että ai kuuluuks tää tähän juttuun tai sit ku kerkee jossain vaiheessa googletella nii aijaa tää onki ihan normaali juttu et se kuuluu olla täs vaiheessa.” (Amanda)

Palvelusta löytyvää aiheeseen liittyvää informaatiota ei myöskään koettu aina riittäväksi, jolloin internetistä haettiin lisätietoa aiheeseen liittyen. Näin tiedonhaku ei jätetty vain palvelusta saadun informaation tasolle.

”No alkuun oli noi usein kysytyt (palvelusta löytyy usein kysyt kysymykset - välilehti) jonkin verran hyödyllisiä. Sit mä vertasin niitä samoja tietoja niinku eri nettipalveluiden välillä, et mitä missäkin sanotaan.” (Olivia)

Tiedonhaku suoritettiin myös sosiaalisissa verkostoissa, kuitenkin osallistumatta keskusteluun. Tällöin nähtiin, että sosiaalisissa verkostoissa jaettu tieto oli palvelunkäyttäjälle mielenkiintoista, mutta palvelunkäyttäjät eivät halunneet osallistua itse keskusteluun. Näin ollen ei voida puhua sosiaalisesta jakamisesta, vaan sosiaaliset verkostot toimivat tiedon lähteenä palvelunkäyttäjälle.

”Mä oon yhdessä semmosessa ryhmässä (Facebook) mukana ku on just ekaa kertaa raskaana niin tota säästyy siltä, että tavallaan toiset selvittää sulle asiat ja voi sit bongata ne asiat, jotka on sulle sillä hetkellä akuutteja ja se on kauheen kätevää, että kaikilla on lasketut ajat about kuukauden sisään.” (Amanda)

Tiedonhaun arvonluonnin prosessi oli odotettavissa tutkimuksen alkuvaiheissa. Hoitotieto toimi lisäresurssina asiakkaan tiedonhaun prosessissa, jonka avulla tiedonhaku pystyttiin tarkentamaan ja vertailu internetistä löytyvän tiedon kanssa helpottui. Koetuista hyödyistä korostui henkisen tason hyödyt, jotka näkyivät stressin vähentymisenä, oman olon helpottumisena ja palvelunkäyttäjille avautuneena mahdollisuutena ymmärtää asioista enemmän. Omat henkilökohtaiset hoitotiedot antoivat internetistä löytyvälle tiedolle uutta näkökulmaa ja palvelunkäyttäjät vertailivat eri tietolähteistä löytyvää tietoa aktiivisesti. Toisaalta myös konkreettisia hyötyjä oli

havaittavissa, joskin pienemmässä määrin. Konkreettisia hyötyjä nähtiin ilmenevän kun palvelunkäyttäjät saivat vastauksia kysymyksiinsä riippumatta siitä, milloin seuraava neuvolakäynti oli tai, mikäli palvelusta löytyä tieto koettiin riittämättömäksi. Thaler (2011) ehdotti asiakastiedon palauttamista muodossa, joka oli hyödynnettävissä ja jaettavissa eteenpäin. Ipana Äitiys -palvelun osalta tieto oli nimenomaan tässä muodossa ja tästä syntyi arvonluonnin mahdollisuus. Toisin sanoen ajan säästöä oli havaittavissa siitä syystä, että hoitotiedot olivat jo valmiiksi sähköisessä muodossa jolloin hoitotieto tuki tiedonhakuja normaalin internetin käytön aikana.

4.2.3 Asiakastiedon jakaminen muihin palveluihin

Muilla palveluilla tässä tapauksessa tarkoitetaan palveluita, jotka eivät liity palvelunkäyttäjien sosiaaliseen jakamiseen tai tiedonhakuun. Ipana Äitiys -palvelu yhdisti neuvolan, synnytysairaalan ja äidin eli toisin sanoen näiden kolmen osapuolen tiedonvaihto oli kaikille läpinäkyvää. Näin ollen tarvetta luovuttaa tietoa toisiin palveluihin ei esiintynyt kovinkaan paljoa. Yksi haastateltava kommentoi, että hän oli palvelusta saamiaan tietojaan luovuttanut toiseen palveluun kuitenkin sujuvasti.

”Siellä SVO:lla (Synnytysvastaanotto), mä olin eilen siellä käymässä. Ne ekana aina kysyy tämmöset perustiedot, et kuinka mones viikko sulla on menossa, ja sitäköön ei aina ite pysty muistaa. Sen pystyy helposti tarkistaa tästä. Mä nään tästä suoraan, et okei et mun hemoglobiini on ollut tommonen viime kerralla. Tässä ne on selkeemmin näkyvillä. Mä en muuten pystyi muistamaan niitä.”(Helmi)

Tässä tapauksessa palvelunkäyttäjä hyödynsi saamiaan hoitotietojaan toisessa palvelussa, jota ei ollut integroitu Ipana Äitiys -palveluun. Palvelunkäyttäjä näki Ipana Äitiys -palvelun helppona ja käteväenä tiedon lähteenä omista tuloksistaan, koska ei olisi näitä muuten pystynyt muistamaan. Koska tietoa ei luovutettu muihin palveluihin kuin yhden haastateltavan osalta ei tätä arvonluonnin prosessia voida tämän otoksen kannalta pitää tämän kovinkaan merkittävänä. Toisaalta yleisesti ottaen tämä arvonluonnin prosessin tunnistaminen on merkittävää, koska se kuvaa hyvin Health 2.0 -sovellusten mahdollisuuksia toisessa kontekstissa, jossa integrointi ei ole vielä tämän palvelun

tasolla. Tässä tapauksessa palvelunkäyttäjä hyötyi luovuttaessaan hoitotietojaan muihin palveluihin ajan säästönä ja helppona palvelunkokemuksena. Mikäli Ipana Äitiys - palvelusta ei olisi löytynyt integroituja tiedonvälityskanavia muihin tahoihin, olisi tämä arvonluonnin prosessi korostunut todennäköisesti enemmän.

4.3 Kuluttajan voimaantuminen

Kuluttajan valtaistumista käsiteltiin teoreettisessa viitekehyksessä ja tunnistettiin, että luovutettu asiakastieto tai tässä tapauksessa hoitotieto vaikuttaa valtaistumiseen mahdollistaen valinnanvapauden kasvun, vallan kokemisen sekä valtaistumisen itsessään. Haastatteluiden perusteella pystyttiin tunnistamaan tässä tutkimuksessa valtaistumisen koostuvan hallinnasta, reagoinnista sekä henkilökohtaisen asiakastiedon tuottamisesta Merkittävänä yhteistekijänä näiden prosessien välillä voidaan pitää palvelunkäyttäjien aktivoitumista ja vastuun ottamista. Empirian perusteella valtaistuminen oli hyvin proaktiivista toimintaa ja palvelunkäyttäjät kokivat valtaistumisen sijasta enemmänkin *voimaantuvan*, joka näkyi pitkälle vietyinä henkilökohtaisina tekoina. Tästä syystä tuloksista puhuttaessa käytetään termiä voimaantuminen valtaistumisen sijasta.

4.3.1 Hallinta

Hallinnalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan palvelunkäyttäjän psyykkistä arvonluonnin prosessia. Toisin sanoen palvelunkäyttäjä on jollain tapaa paremmassa asemassa kuin ennen hallinnan tunteiden ilmaantumista. Teoreettisessa viitekehyksessä todettiin, että palvelunkäyttäjien valtaistuminen on vahvasti subjektiivista luovutetun hoitotiedon toimiessa pääosin resurssina käyttäjien valtaistumisen prosessissa (Starkey 2002). Hallinnan tunteista merkittäväksi nousi palvelunkäyttäjien tunne siitä, että hoitotiedot ovat läpinäkyviä ja itsellään hallussa.

”Tuntuu, että ne on mulla itsellä käytössä. Musta tuntuu, että ainakin jos mä koen, että jos siellä on jotain semmosta, mistä mä en oo samaa mieltä, nii mä voin niinku sanoo, niin mä saan oman mielipiteeni kuuluviin, että miten

se synnytys meni. Että vastaako tää sitä totuutta, minkä mä koin siellä sairaalassa. Tulee sellanen olo, että mulla on valinnanvapautta siitä asiasta, koska se on mua koskevaa tietoa ja mä voin päättää missä sitä jaetaan ja kelle.” (Aurora)

Tässä tapauksessa palvelunkäyttäjä koki vahvasti omistavansa hänestä kerätyn tiedon ja tämä näkyi hallinnan tunteena. Teoreettista viitekehysessä tunnistettiin, että valtaistumista voi myös tapahtua, kun asiakas kokee saaneensa lisää valtaa (Harrison ym. 2006). Palvelunkäyttäjä näki olevansa aktiivisessa roolissa koska hän pystyi vaikuttamaan hänestä kirjoitettuun tietoon. Tämän lisäksi palvelunkäyttäjä koki, että hänellä oli valinnanvapautta tiedon jakamisen suhteen, joka lisää hallinnan tunteita entisestään (Jenner 1994). On huomioitava, että palvelussa tiedot jaetaan automaattisesti neuvolan, synnytysairaalan ja äidin kesken, mutta merkittävää on tiedonjaon prosessin läpinäkyvyys, joka lisää hallinnan tunnetta.

”Kyl se tuo sellasta tiettyä turvallisuuden tunnetta, et jotenki ite muka hallitsee sitä tilannetta. Se on sellasta tietynlaista hallintaa tai semmosta. Tää raskaus on aika pitkälti semmonen asia mille mä en yksinkertaisesti voi mitään. Se valtaa mun kropan ja kaikki tapahtuu ja mä en voi mitään. Asioita vaan tapahtuu ja sit mä vaan elän niiden mukaan, niin ehkä mä saan semmosen pienen otteen siitä asiasta, et mä jotenki voin kokee itte vähän edes vaikuttavani tähän tai olevani jotenki niinku... Et mä voin niinku jotain tehdä tän hyväks, etten mä vaan oo ja istu ja ihmettele ja ohhoh nyt kävi näin.” (Helmi)

Tässä tapauksessa palvelunkäyttäjä koki turvallisuuden tunnetta siitä, että hän oli itse hallitsemassa tilannetta. Aktiivinen rooli näkyi uusina keinoina vaikuttaa omaan terveyteen ja proaktiivisuutena terveyden edistämisessä. Hoitotiedot saatuaan kontrollin ja valinnanvapauksien määrän nähtiin kasvavan. Tämän lisäksi eräs palvelunkäyttäjä koki helpottumisen tunnetta palvelun läpinäkyvyyden seurauksena Starkeyn (2002) väitteen mukaisesti.

”Tulee jotenkin niinku helpottunut olo. Se on vähän sama ku ihmiset puhuis selän takana susta niin samahan se on ku susta kirjoitetaan tuolla lääkäripapereissa eikä sulla oo mitään tietoa mitä susta sanotaan. Päästään taas siihen, että olinko mä samaa mieltä siitä tilanteesta. Jos ajatellaan asiakkaana niin mä voin sitten vaatia selitystä tai muuta jos siellä on jotain semmosta mikä ei pidä paikkaansa.” (Aurora)

Mielenkiintoista oheisessa palvelunkäyttäjän kommentissa on asiakas-termin käyttö, joka kuvaa konkreettisesti potilaan roolin transformaatiota ja tuli esille myös teoreettisessa viitekehyksessä (Hardey 2001, Moliner 2009). Palvelunkäyttäjä koki olevansa asiakas suhteessa, jossa molemmilla osapuolilla oli aktiiviset roolit terveyden edistämisessä. Toisin sanoen palvelunkäyttäjä koki olevansa oikeutettu tietojen virheellisuuden korjaukseen, mikäli hän koki tilanteen eri tavalla kuin terveydenhuollon ammattilaiset.

Hyötyjä analysoitaessa voidaan päätellä, että hallinnan tunteet liittyvät vahvasti palvelunkäyttäjien emotionaaliseen puoleen. Hallinnan arvonluonnin prosessilla ei ole suoranaista vaikutusta tämän tutkimuksen puitteissa terveyden edistämiseen vaan kyseessä on subjektiivisesti ilmeneviä hyötyjä, jotka näkyvät turvallisuuden tunteina ja olon helpottumisena. Toisin sanoen hallinnan tunteita ilmenee hoitotietojen läpinäkyvyyden ja palvelunkäyttäjän aktivoitumisen seurauksena. Kyseessä ei ole palvelunkäyttäjän pääseminen pyrittiyn lopputulemaan, vaan hallinnan prosessi itsessään helpottaa käyttäjän arkea kasvaneena turvallisuuden ja helpottuneisuuden tunteina, jotka ovat vahvasti subjektiivisia. On myös huomioitava, ettei voimaantumisen prosessia voida pakottaa (Simon 1990), vaan yrityksen on tyydyttävä tarjoamaan voimaantumisen prosessiin resursseja. Tässä tapauksessa osalle palvelunkäyttäjistä hoitotieto toimi voimaantumisen resurssina, joka hyödytti kuluttajia henkisellä tasolla.

4.3.2 Reagointi

Reagoinnilla tarkoitetaan arvonluonninprosessia, jossa palvelusta saadut hoitotiedot ovat jollain tapaa muuttaneet palvelunkäyttäjän toimintaa. Sosiaalista jakamista ja palvelunkäyttäjien aktiivista tiedonhakua voidaan pitää myös reagointina saatuun

tietoon, mutta tässä tapauksessa reagointi liittyy vahvasti voimaantumiseen. Reagointia havaittiin suoritettavan monien palvelunkäyttäjien toimesta, mutta reagoinnin tyypit vaihtelivat subjektiivisesti. Eräs palvelunkäyttäjä päivitti aktiivisesti omia tietojaan saadessaan uutta tietoa esimerkiksi omasta geneettisestä perimästään.

”Täällähän on kaiken maailman tietoja minusta ja mun puolisostani ja esimerkiksi suvussa kulkevista sairauksista, joista mäkään en ole oikein tarkkaan ollut kartalla aina, et onko ollu sairauksia vai ei. Niin mä oon pystynyt myöhemmin täyttämään tänne jos äiti on vaikka sanonut, että ainiin onhan meidän isovanhemmalla ollut tommonenki. Mä pystyn pitämään tän niinku oikeest ajantasolla.” (Helmi)

Mielenkiintoista esitietolomakkeen ajantasolla pitämisen kanssa on palvelunkäyttäjän aktiivisuus ja asian kokeminen omaksi vastuuksi, joka huomioitiin teoreettisessa viitekehyksessä (Ball & Lillis 2001). Tässä tapauksessa uusi päivitetty tieto oli tuotu palvelunkäyttäjän sosiaalisista verkostoista, mutta palvelunkäyttäjä koki uuden tiedon olevan merkityksellistä ja reagoi tilanteeseen päivittämällä omat tietonsa palvelun esitietolomakkeelle. Tämän lisäksi muutama palvelunkäyttäjä raportoi muuttaneensa ruokavaliotaan huomattuaan painon nousseen.

”Jos verenpaine on ollut koholla, niin mä on miettinyt mitä mä syön. Jos paino on ollut koholla niin mä oon miettinyt mitä mä syön.” (Matilda)

”Jos se paino oli noussut, niin sitten kyllä mä mietin, että aha no mitäköhän tällä välillä on tullut tehtyä, että oonko käynyt ehkä Mäkkärissä muutaman kerran liikaa. Kai sitä haluis pysyä jossain normaaliuden rajoissa.” (Aurora)

Näissä tapauksissa palveluun kirjatut historialliset hoitotiedot (paino ja verenpaine) toimivat kannustimina palvelunkäyttäjille käyttäytymisen muuttamiselle. Palvelunkäyttäjät halusivat pysyä hoitotietojensa osalta terveellisten raja-arvojen sisällä, jolloin he muuttivat käyttäytymistään ruokavalion osalta. Palvelu toimi tarjoten työkaluja ja resursseja tähän voimaantumisen prosessiin (Pires ym. 2006), jolloin

palvelunkäyttäjät saivat heitä kiinnostavia asioita omaan hallintaan. Merkittävää oli palvelunkäyttäjien reagointi ennen kaikkea painon tai verenpaineen muutoksiin eikä niinkään absoluuttisiin arvoihin. Hoitotietojen osalta myös hemoglobiini-arvoa seurattiin ahkerasti ja näihin tuloksiin reagoitiin myös vahvasti.

”Ittee nyt sinänsä toi hemoglobiini on kiinnostanut ja muistanki mitä se on ollut, että 110–120 välillä. Yleensä se on ollut 130. Vaikka on syönyt rautaa niin nyt se oli 105. Niin ihan sitten neuvolassa ehdotin, että varmaan siirryn nestemäistä rautaa syömään, enkä luota niihin rautatabletteihin. Kysyin apteekin tädiltä, että mikä olis tehokkaampi rauta ja minkä kanssa se pitäis syödä.” (Amanda)

Tässä tapauksessa palvelunkäyttäjä on huomannut palvelusta, että hemoglobiini on laskenut verrattuna edellisiin mittauksiin ja tehnyt itsenäisesti päätelmän, että hoito nyky muodossaan ei toimi. Palvelunkäyttäjä on ehdottanut vaihtoehtoista raudan lähdettä ja konsultoinut apteekin henkilökuntaa päämääränään saada hemoglobiiniarvo nousemaan ja tätä kautta oma olo kohentumaan. Palvelunkäyttäjän saatua hoitotiedon käyttöönsä, ja toisaalta muun lääketieteellisen tiedon, oli hänellä jo vaihtoehdot selvillä ennen neuvolassa käyntiä (Eysenbach & Diepgen 2001). Palvelunkäyttäjä on ottanut aktiivisen roolin oman terveytensä edistämiseen hoitotietojen toimiessa reagoinnin katalyyttinä. Tämän lisäksi on huomioitava, että palvelunkäyttäjä on myös ottanut vastuuta omasta terveydestään huomattavasti selvittäessään ja ehdottaessaan vaihtoehtoisia hoitomuotoja, jotka ovat merkkejä voimaantumisesta (Ball & Lillis 2001).

Tässä tutkimuksessa reagointi nähdään keinona päästä johonkin tiettyyn lopputulemaan, eli reagoinnin prosessista ilmenee konkreettisia hyötyjä terveyden tehokkuuden parantumisena. Saadessaan hoitotiedot itselleen ja huomattessaan kriittisiä muutoksia hoitotiedoissa palvelunkäyttäjät aktivoituvat ja yrittävät tehdä asialle jotain. Toisin sanoen toiminta tehostuu, kun palvelunkäyttäjät ottavat vastuuta terveyden edistämisestä ja ovat valmiita uhraamaan aikaa ja rahaa terveyden tilan kohentumiseen. Ruokavalioita oltiin valmiita muuttamaan ja vaihtoehtoisia hoitomuotoja harkittiin, mikäli nyky muoto ei toiminut. Havainnosta tekee merkittävän palvelunkäyttäjien

aktiivisuuden ja vastuunottamisen lisäksi se tosiasia, että palvelunkäyttäjät olivat valmiita myös haastamaan terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksen saatuaan hoitotiedot käyttöönsä ja etsivät muita mahdollisuuksia aktiivisesti. Wathieun ym. (2002) mainitsema valinnanvapauden kasvun haittapuolia ei tämän tutkimuksen puitteissa havaittu.

4.3.3 Tiedon tuottaminen

Asiakastiedon tuottamisella tässä tapauksessa tarkoitetaan hoitotietojen itsenäistä tuottamista vastakohtana neuvolassa tai sairaalassa otetuille mittauksille. Palvelu pitää sisällään mahdollisuuden syöttää omia mittaustuloksia, mikäli palvelunkäyttäjällä on korkea verenpaine tai diabetes. Tämän tutkimuksen puitteissa havaittiin vain yhden haastateltavan raportoivan kotimittauksista. Tiedon tuottamista pidetään kuitenkin merkittävänä arvonluonnin prosessina, koska se on konkreettinen aktivoitumisen ja vastuunottamisen mekanismi.

”Mulla on ajoittain korkea verenpaine. Mä oon sitä mittaillut, että pysyyks se hyvänä. Mua ei oo neuvolassa mitattu kertaakaan, koska jos mä jännitän niin rupee paineet nousemaan ja tänne mä oon niitä sitten laittanut. Sit ku mä oon niitä merkannut ylös, niin sitten näkee, että ne on oikeesti hyviä koska sitten ei välttämättä muista ku paine nousee, että ainii mulla on viikon ollut ihan hyvät, ettei tää oo vaarallista.” (Amanda)

Palvelunkäyttäjä teki itsenäisiä mittauksia hoitotietojen luotettavuuden parantamiseksi, mutta myös seuratakseen verenpainettaan paremmin. Teoreettisessa viitekehyksessä mainittiin potilaiden itse tuottamien hoitotietojen ongelmallisuus (Wyatt ym. 2013, Steinbrook 2008), mutta tässä tapauksessa itse tuotetut hoitotiedot olivat kliinisiä olosuhteita *tarkempia*. Palveluun tallennettu kronologinen itsetuotettu hoitotieto auttoi palvelunkäyttäjää kontrolloimaan tilannetta paremmin, vaikka samat mittaukset olisi voitu tehdä myös terveydenhuollon ammattilaisen toimesta. Merkittävää on palvelunkäyttäjän halu osallistua hoitotietojen tuottamiseen, mikäli sellainen mahdollisuus tarjotaan. Tämän lisäksi eräs palvelunkäyttäjä kirjasi tarkkaan hoitotietoja

itseään varten palvelun päiväkirja-osioon, jonka sisältö ei ole julkista kenellekään muulle kuin palvelunkäyttäjälle.

”Päiväkirjaa mä oon käyttänyt ihan omiin muistiinpanoihi, just sillee, et mitä missäkin vaiheessa et jos on jonkunlaisia kipuja tai uusia juttuja siinä raskauden edetessä nii niit on kirjannut ylös. Tyyliin et mitkä vaatteet on mahtunut ja tota mitkä lääkkeet on sopinut ja mitkä vitamiinit ja muuta mitä ne on aiheuttanut ja muuta.” (Amanda)

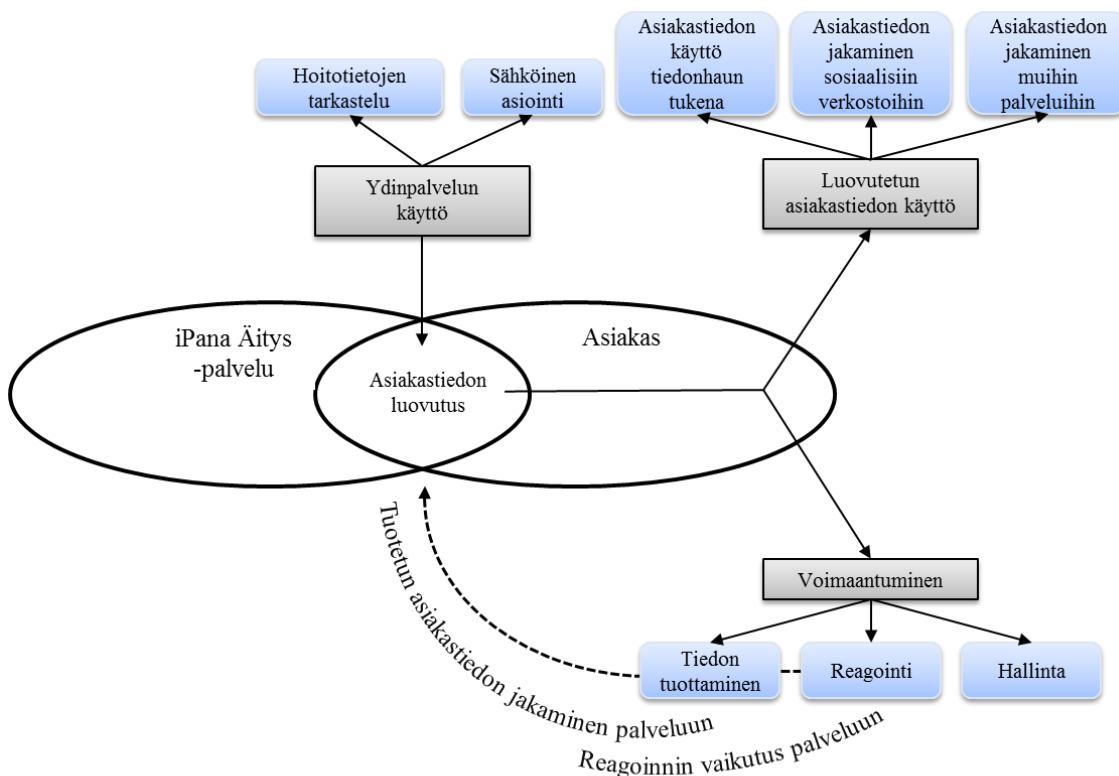
Huomionarvoista tässä tapauksessa on palvelunkäyttäjän aktiivisuus hoitotietojen tuottamisessa itseään varten. Toisin sanoen palvelunkäyttäjä pitää kirjaa ottamistaan lääkkeistä ja vitamiineista sekä voinneista, jotta huonolta voinnilta voitaisiin vältyä jatkossa. On korostettava, että tämä on täysin vapaaehtoista eivätkä terveydenhuollon ammattilaiset näe palvelunkäyttäjien henkilökohtaisia kirjauksia päiväkirjaan.

Niin kuin reagoinnin myös hoitotiedon tuottamisen osalta voidaan puhua palvelunkäyttäjien halusta päästä parempaan lopputulokseen. Hoitotietoa tuotettiin parempien mittaustuloksien ja paremman ymmärryksen toivossa. Toisin sanoen hoitotiedon tuottamisen prosessista ilmeni käyttäjilleen konkreettisia hyötyjä terveyden edistämisen tehostamisen muodossa. Tällä kertaa ei voida puhua ajan tai resurssien säästöstä, koska palvelunkäyttäjien aktivoitumisen seurauksena voidaan pitää todennäköisenä, että ajan ja resurssien määrä itseasiassa kasvoi. Toisaalta palvelunkäyttäjien osallistuttua hoitotietojen tuottamiseen ja niiden jakamiseen terveydenhuollon ammattilaiselle voidaan nähdä terveyden edistymisen tason nousseen tarkemman palvelunkäyttäjistä peräisin olevan tiedon seurauksena ja aktiivisten toimenpiteiden seurauksena.

4.4 Arvonluontiprosessien kokonaiskuva

Tämän tutkimuksen ensimmäisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia arvonluontiprosesseja Health 2.0 -palveluiden käyttäjillä ilmenee. Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen mukaan tunnistettiin kolme

arvonluontiprosessien pääluokkaa ja niiden sisältöä tarkennettiin empirian avulla tunnistamalla kahdeksan arvonluonnin prosessia. Empiriasta tunnistetut arvonluonnin prosessit on koottu kuvioon 5.



Kuvio 5 Arvonluonnin prosessien kokonaiskuva.

Arvonluonninprosesseja onnistuttiin tunnistamaan kaiken kaikkiaan kahdeksan kappaletta. Näistä kahden prosessin, hoitotietojen tarkastelu ja sähköinen asiointi, nähtiin tapahtuva palvelun ja asiakkaan yhteisessä sfäärissä. Toisin sanoen ydinpalvelu nähtiin rajapintana asiakkaan ja palvelun välillä. Tässä rajapinnassa palvelunkäyttäjälle tarjottiin resursseja, mutta myös laajemmin kokonaisvaltaista prosessia terveyden edistämiseen. Palveluloogisen viitekehyksen mukaisesti myös terveydenhuollon ammattilaisilla oli interaktioiden aikana arvoa yhteisluova vaikutus (Grönroos & Voima 2013). Palvelunkäyttäjät osallistui myös itse palveluntuotantoon tuottamalla resursseja terveydenhuollon muihin prosesseihin sekä reagoimalla ja ottamalla vastuuta omasta toiminnastaan

Arvonluontiprosesseista kuusi prosessia tunnistettiin olevan asiakkaan sfäärissä, jossa luovutettu tieto toimi resurssina näissä prosesseissa. Luovutettua asiakastietoa käytettiin tiedonhaun tukena, sitä jaettiin sosiaalisissa verkostoihin ja toisiin palveluihin. Voimaantuminen tunnistettiin asiakkaan arvonluonnin prosessiksi, joka koostui tiedon tuottamisesta, reagoinnista ja hallinnasta. Tiedon tuottamisen ja reagoinnin prosessien osalta tunnistettiin niillä olevan vaikutusta myös terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan. Nämä kaksi prosessia ovat siis vaikutussuhteessa itse palveluun uuden tiedon ja uuden käyttäytymisen perusteella.

Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että tutkimuksessa onnistuttiin tunnistamaan laajasti prosesseja niin palvelun ja käyttäjän yhteisessä sfäärissä, mutta ennen kaikkea palvelunkäyttäjän omassa sfäärissä, jotka ovat luonteeltaan näkymättömiä terveydenhuollon ammattilaisille. Tutkimuksen avulla pystyttiin tunnistamaan käyttäjien arkea merkittävästi helpottavia arvonluonnin prosesseja, joiden ilmeneminen oli pitkälti luovutetun hoitotiedon varassa. On huomioitava, että nämä palvelunkäyttäjän sfäärissä tunnistetut prosessit eivät ole palvelun ydintarkoitus, mutta niiden olemassaolo on silti tämän tutkimuksen perusteella todettavissa.

4.5 Koettujen hyötyjen kokonaiskuva

Tämän tutkimuksen toisen tutkimuskysymyksen tarkoituksena oli tutkia tunnistetuista arvonluonninprosesseista koettuja hyötyjä. Empirian perusteella tunnistetut arvonluonnin prosesseista koetut hyödyt on koottu taulukkoon 2. Teoreettisessa viitekehyksessä onnistuttiin luokittelemaan koettuja hyötyjä konkreettisten hyötyjen ja henkisten hyötyjen tasoille, joihin vaikuttivat myös sosiaalisuuden ja emotionaalisuuden elementit. Kaiken kaikkiaan hyötyjä tunnistettiin laajasti ja konkreettiset ja henkiset hyödyt vuorottelivat tasaisesti kattaen koko empirian. Konkreettisia hyötyjä nähtiin ilmenevän ajansäästönä, käytön helppoutena eli käytettävyytenä sekä kasvaneena tehokkuutena. Henkisiä hyötyjä ilmeni useista prosesseista, joka kuvaa hyvin arvon subjektiivista ja kontekstisidonnaista luonnetta. Henkisiä hyötyjä tunnistettiin olon helpottumisena, stressin vähentymisenä, turvallisuuden tunteina sekä pelkojen hälventymisenä. Hyötyjen sosiaalinen elementti tunnistettiin ilmenevän vain sosiaalisen

jakamisen prosessissa, joka näkyi itsetunnon kohentumisena sekä joukkoon kuulumisen tunteina.

Taulukko 2 Arvonluonnin prosesseista koetut hyödyt.

Arvonluonnin prosessi	Koetut hyödyt
Hoitotietojen tarkastelu	Ajansäästö, käytön helppous ja huolien vähentyminen
Sähköinen asiointi	Ajansäästö, käytön helppous, huolien vähentyminen ja pelkojen hälventyminen
Asiakastiedon jakaminen sosiaalisiin verkostoihin	Olon helpottuminen, pelkojen hälventyminen, itsetunnon kohentuminen ja joukkoon kuuluminen
Asiakastiedon käyttö tiedonhaun tukena	Ajansäästö, stressin vähentyminen ja olon helpottuminen
Asiakastiedon jakaminen muihin palveluihin	Ajansäästö ja käytön helppous
Hallinta	Turvallisuuden tunne ja olon helpottuminen
Reagointi	Toiminnan tehostuminen
Asiakastiedon tuottaminen	Toiminnan tehostuminen

Ennen empirian muodostamista oli olemassa riski, että tutkimuksessa pystytään tunnistamaan vain ydinprosessiin liittyviä arvonluonnin prosesseja ja tätä kautta vain konkreettisia hyötyjä. Oikein valittujen tutkimusmetodin avulla onnistuttiin kuitenkin laajentamaan arvonluonnin prosessien ja hyötyjen spektriä, jolloin saatiin ymmärrystä palvelunkäyttäjien henkisistä prosesseista huomattavasti enemmän kuin tutkimuksen alkuvaiheissa osattiin odottaa. Empirian perusteella tunnistettiin erilaisia hyötyjä laajasti ja mikä oli yllätyksellisintä, oli emotionaalisten hyötyjen painottuminen. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että palvelunkäyttäjille emotionaalisesti merkittäviä arvonluonnin prosesseja ovat prosessit, joiden seurauksena palvelunkäyttäjien olo helpottuu, stressi vähentyy, pelot hälvänevät sekä turvallisuuden tunne kasvaa. Tämän lisäksi oli mielenkiintoista huomata, että positiiviset tuntemuksien lisäksi palvelunkäyttäjät hakivat aktiivisesti negatiivisten tunteiden vähenemistä eli toisin sanoen oman henkisen hyvinvoinnin kasvamista.

5 TERVEYDENHOIDOSTA TERVEYDEN EDISTÄMISEEN

5.1 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa on ollut jatkuvasti läsnä asiakaslähtöinen transformaatio terveydenhoidosta terveyden edistämiseen. Tämä transformaatio kaikessa abstraktiudessaan on tämän tutkimuksen puitteissa tarkoittanut palveluiden asiakaslähtöistä suunnittelua, tarvittavien työkalujen ja resurssien tarjoamista asiakkaan arjen prosesseihin sekä tarjoamalla resursseja asiakkaiden valtaistumiseen, vastuunottamiseen ja roolin aktivoitumiseen. Tutkimuksen tavoitteena oli analysoida Health 2.0 -palveluiden käyttäjien arvonluontia. Tätä luonteeltaan abstraktia tavoitetta konkretisoi kaksi tutkimuskysymystä, johon haettiin vastausta teoreettisen viitekehyksen sekä empirian luonnin avulla. Näihin kahteen tutkimuskysymykseen onnistuttiin vastamaan ja näiden avulla myös tutkimuksen tavoite saavutettiin.

Teoreettisessa viitekehyksessä määritelty palvelulooginen viitekehys on ohjannut tutkijaa koko tutkimusprosessin ajan. Palvelulooginen viitekehys on pakottanut ottamaan huomioon yrityksen ja asiakkaiden erilaiset sfäärit. Näistä sfääreistä päätettiin fokuoittaa asiakkaan sfääriin ja asiakkaan sekä yrityksen yhteiseen sfääriin. Ilman tätä fokuoitumista olisi arvonluonnin prosessien tunnistaminen ollut haastavaa, koska tällöin palveluloogisesta viitekehyksestä saatua prosessien ja resurssien jakoa ei olisi pystytty hyödyntämään tässä mittakaavassa. Asiakkaan sfääri määritettiin olevan näkymätön yritykselle, jolloin tutkimuksellinen kontribuutio fokuoituu näiden tunnistamattomien prosessien analysoinnille. Tutkimuksessa onnistuttiin kuitenkin tunnistamana myös yhteisen sfäärin prosesseja, jotka eivät olleet kuitenkaan yllätyksellisiä, mutta tästä huolimatta ilmiön kokonaisvaltaiseen ymmärtämiseen pyrittäessä tärkeitä. Ydinpalvelussa arvoa luovia prosesseja olivat sähköinen asiointi ja hoitotietojen tarkastelu.

Palveluloogisen viitekehyksen avulla onnistuttiin tunnistamaan asiakastiedon toimiminen resurssina asiakkaiden omissa arvonluonnin prosesseissa. Asiakastieto tai toisin sanoen yrityksen luovuttama asiakastieto osoittautui tämän tutkimuksen kannalta hyvin kriittiseksi. Asiakastieto toimi resurssina sosiaalisessa jakamisessa, tiedonhaun tukena sekä muiden palveluiden resurssina. Nämä prosessit oli tunnistettavissa asiakkaan henkilökohtaisissa arjen prosesseissa eikä näiden prosessien tukeminen ollut tutkimuksen kohteena olleen palvelun ydintavoite. Palvelunkäyttäjät käyttivät saatuja resursseja hyödyksi omasta viitekehyksestään katsoen parhaalla mahdollisella tavalla pyrkien edistämään omaa terveyttään ja ottamaan siitä suurempaa vastuuta.

Teoreettisessa viitekehyksessä tunnistettiin asiakastiedon olevan merkittävä resurssi em. prosessien lisäksi valtaistumisen tai empirian perusteella uudelleennimetyn voimaantumisen prosessissa. Luovutettu asiakastieto tasasi tiedonjaon asymmetriaa tarjoamalla palvelunkäyttäjille läpinäkyvyyttä terveydenhuollon ammattilaisten prosesseista. Tiedon asymmetrian tasoittuminen toi mukanaan myös vallan tasoittumisen ja kasvaneen valinnanvapauden. Saatuaan uusia valinnanvapauksia palvelunkäyttäjät myös kartoittivat mahdollisia vaihtoehtoja aktiivisemmin. Voimaantuneet palvelunkäyttäjät aktivoituivat tämän tutkimuksen perusteella reagoinnissa ja asiakastiedon itsenäisessä tuotannossa, mutta voimaantuminen vaikutti myös merkittävästi palvelunkäyttäjien hallinnan kokemukseen.

Arvonluonnin prosessien tunnistamisen lisäksi tutkimuksessa pyrittiin analysoimaan palvelunkäyttäjille ilmenneitä hyötyjä Health 2.0 -palveluiden käytöstä. Arvonluontiprosesseja tutkittaessa onnistuttiin tunnistamaan hyötyjä syntyvän laajalta spektriltä aina konkreettisesta ajansäästöstä emotionaalisesti koettuihin hallinnan tunteisiin. Merkityksellisiä tuloksista teki niiden painottuminen henkisellem puolelle. Konkreettiset hyödyt olivat jo tutkimuksen alkuvaiheessa hyvin odotettavissa olevia tuloksia, kun taas emotionaaliset hyödyt ja niiden merkittävyys palvelunkäyttäjille olivat yllätyksellisiä tutkijalle. Yhteenvetona voidaan todeta, että Health 2.0 -kontekstissa palvelun konkreettisten ominaisuuksien lisäksi emotionaaliset hyödyt näyttelevät suurta roolia. Tämän lisäksi emotionaaliset hyödyt realisoituivat ennen kaikkea asiakkaan omassa sfäärissä verrattuna konkreettisiin hyötyihin, jotka ilmenivät asiakkaan ja yrityksen yhteisessä sfäärissä.

5.2 Tutkimuksen kontribuutio

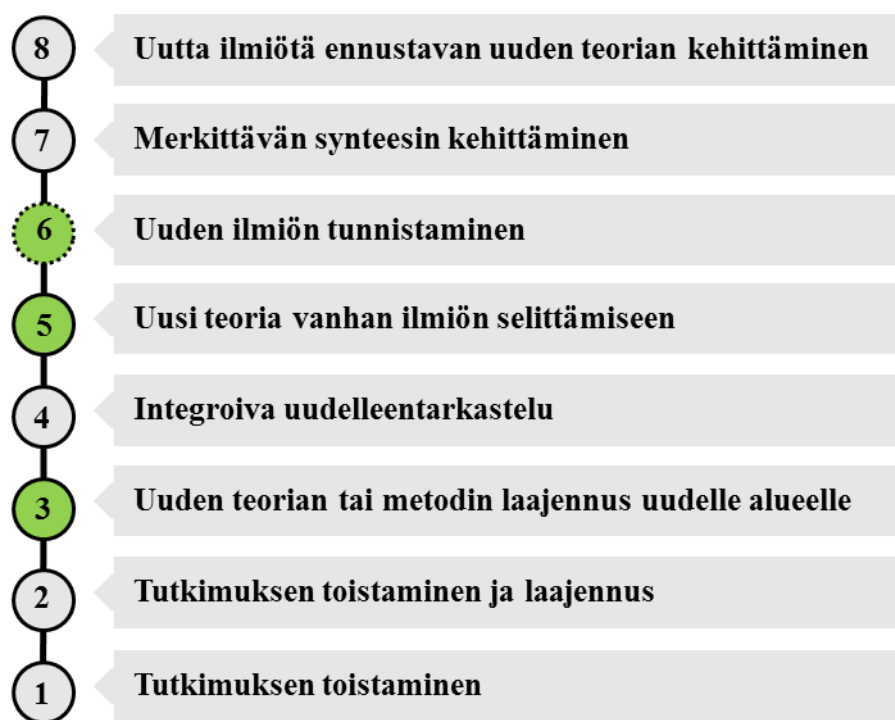
Tämän tutkimuksen kontribuutiota arvioidaan Ladikin & Stewartin (2008) viitekehyksellä, joka perustuu neljään teemaan: kohdeyleisöön, kontribuution subjektiivisuuteen, intohimoon tutkimuksen kohdetta kohtaan sekä yllätyksellisyyteen. Kohdeyleisöllä tarkoitetaan kaikkia niitä tahoja, joille tutkimuksesta uskotaan olevan hyötyä. Tässä tutkimuksessa jouduttiin aktiivisia tahoja rajoittamaan pro gradu - tutkielman puitteissa, mutta tästä huolimatta tutkimuksesta nähdään olevan hyötyä markkinoinnin tiedeyhteisölle ja yrityksille sekä kontekstista johtuen terveydenhuollon ammattilaisille ja päättäjille. Markkinoinnin tiedeyhteisöä tutkielma hyödyttää lisäksi ymmärrystä ilmiöstä, jota ei ole vielä tutkittu markkinoinnin näkökulmasta, hyödyntäen teoreettista viitekehystä (palvelulogiikka, asiakastiedon merkitys ja voimaantuminen), joka on luonnoltaan uniikki. Tämän lisäksi asiakastiedon arvonluonnin prosesseja on pidetty osaltaan tuntemattomina (Saarijärvi, Karjaluoto & Kuusela 2013), joten spesifisesti asiakastiedon osalta tutkielma tuo käyttöön relevantteja tuloksia asiakastiedon asiakaslähtöisestä käytöstä. Tutkielman liikkeenjohdollisia päätelmiä yrityksille, terveydenhuollon ammattilaisille ja päättäjille esitetään luvussa 5.3.

Kontribuutiota arvioidaan aina subjektiivisesti, joka tekee kontribuution arvioinnista erityisen haastavaa. Tämän tutkimuksen osalta voidaan kuitenkin todeta, että tutkimus on ilmiön tasolla merkittävä. Terveydenhuollon siirtyminen kohti asiakaslähtöisiä ratkaisuja on globaali megatrendi yrityselämässä ja kansalaisia pyritään aktivoimaan yhä enemmän uusilla asiakaslähtöisillä ratkaisuilla. Tähän ajavat kustannuspaineet, mutta myös vastuunantamisesta syntyvät hyödyt. Tutkimus on merkittävä ja ajankohtainen myös markkinoinnin megatrendien näkökulmasta; tutkimuksessa käytetään palvelulooogista mallia konkreettisella tavalla, jatketaan asiakastiedon uusien käyttömahdollisuuksien selvittämistä ja analysoidaan asiakastiedon roolia kuluttajien valtaistumisen prosessissa.

Tutkimuksen aiheeksi valikoitui Health 2.0 -ilmiö sen relevanttiuden ja ajankohtaisuutensa takia, mutta valintaprosessia ohjasi myös tutkijan mielenkiinto aihetta kohtaan. Ilman tätä mielenkiintoa valittua aihepiiriä kohtaan ei tutkimuksessa olisi välttämättä pystytty analysoimaan käsillä olevaa ilmiötä samalla intensiteetillä ja

syvyydellä. Tutkijan kiinnostus luo hyvät puitteet kontribuutiolle, sitä kuitenkin millään tapaa takaamatta.

Neljäs kontribuutioon vaikuttava teema Ladikin ja Stewartin (2008) mukaan on yllätyksellisyys. Tässä tutkimuksessa yllätyksellisyyden elementit löytyivät arvonluonnin prosessien tunnistamisesta sekä tunnistetuista hyödyistä. Niin kuin tässä tutkielmassa on jo aiemmin todettu olivat arvonluonnin prosessit pääluokkia lukuun ottamatta tutkijalle mysterejä. Ydinprosessin osalta osattiin odottaa saatuja tuloksia, mutta asiakkaan sfäärissä ilmenneet arvonluontiprosessit olivat yllätyksellisiä. Tämä johtui pääosin siitä, että vaikka näitä prosesseja oli sivuutettu Health 2.0 -ilmiön määrittelyn yhteydessä, päästiin tutkimuksessa syvemmälle kuin ennalta arvattiin. Hyötyjen osalta yllätyksellisyys näkyi emotionaalisten hyötyjen painottumisena asiakkaan sfäärin prosesseissa.



Kuvio 6 Tutkimuksen kontribuutio, mukailten Ladik & Stewart 2008.

Näitä kontribuution teemoja analysoitaessa on hyödynnetty Ladikin ja Stewartin (2008) kontribuutiojatkumoa ja selvennetty tutkimuksen luomaa kontribuutiota kuviossa 6. Tutkimuksessa onnistuttiin tuomaan luotu markkinointitieteellinen teorettinen

viitekehys Health 2.0 -kontekstiin jossa sitä ei ole aiemmin hyödynnetty, jolloin voidaan sanoa, että tutkimuksessa laajennettiin uutta teoriaa uudelle alueelle (kohta 3). Tämän lisäksi voidaan analysoida, onnistuttiinko tutkimuksessa selittämään vanhaa ilmiötä uudella teoriolla (kohta 5). Tämä tutkimus oli hyvin kontekstiriippuvainen ja ilmiön tuoreudesta johtuen ei voida puhua vanhasta ilmiöstä. Toisaalta spesifisti kuluttajien valtaistumista terveydenhuollon kontekstissa on käsitelty aiemmin, mutta markkinoinnin näkökulmasta asiakastiedon roolia valtaistumisessa ei ole käsitelty. Näin ollen voidaan arvioida tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen tuovan lisäymmärrystä vanhasta ilmiöstä.

Näiden kahden kontribuutiojatkumon kohdan lisäksi voidaan pohtia uuden ilmiön tunnistamista (kohta 6). Koska tämä kontribuutioluokka on merkittävä, tulee kontribuution arvioinnissa olla varovainen. Tässä tutkimuksessa onnistuttiin tutkimaan kokonaisvaltaisesti Health 2.0 -ilmiötä, joka on verrattain uusi ja varsinkin markkinointitieteen näkökulmasta merkittävä. Tämän uuden ilmiön tunnistamisen teki mahdolliseksi teoreettinen viitekehys, jolla ilmiötä pystyttiin analysoimaan ja hahmottamaan. Viitekehyksen avulla ilmiöstä tunnistettiin asiakastiedon ja valtaistumisen elementit, jotka olivat tutkimuksen kannalta kriittiset. On kuitenkin huomioitava, että uuden ilmiön tunnistamiseksi olisi näiden elementtien tutkimista jatkettava muiden Health 2.0 -palveluiden osalta, jotta pystyttäisiin hahmottamaan uuden ilmiön laajuutta paremmin.

5.3 Liikkeenjohdolliset päätelmät

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan sanoa, että yritysten ja palveluntarjoajien ei tulisi jättää huomioimatta asiakkaan sfääriä sen merkityksellisyyden takia. Yritysten tulisi pyrkiä määrittämään ja selvittämään aktiivisesti asiakkaan arjen prosesseja ja tarjota näihin prosesseihin asiakkaan arvonluontia helpottavia työkaluja ja resursseja. Näin ollen interaktioiden määrä asiakkaan ja yrityksen välillä lisääntyy ja yrityksen mahdollisuudet erottautua kilpailijoista kasvavat. Tämä lisää myös asiakkaiden mahdollisuuksia aktivoitua palvelun yhteistuotannossa ja korostaa asiakkaiden roolia arvonluoja.

Asiakkaan sfäärin tunnistamisen lisäksi tulisi yritysten nähdä asiakkaistaan keräämää asiakastieto mahdollisena resurssina asiakkaan arvionluonnin tukemisessa. Toisin sanoen yritysten tulisi aktiivisesti pyrkiä muokkaamaan asiakastiedosta asiakasta hyödyttävää informaatiota ja jakaa tätä informaatiota avoimesti asiakkaiden suuntaan. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että asiakastiedon jakaminen mahdollisti monia erilaisia arvionluonnin prosesseja asiakkaan sfäärissä, jotka eivät olisi olleet mahdollisia, mikäli asiakastietoa olisi varjeltu terveydenhuollon ammattilaisten siiloissa. Vaikka tämän tutkimuksen kohde oli terveydenhuollon alalta, voidaan viitekehystä laajentaa myös muihin konteksteihin. Monissa elämän eri konteksteissa kerätään asiakkaista yksityiskohtaista tietoa, mutta harva asiakastiedon kerääjä näkee asiakastiedon jakamisesta asiakkaalle, ja tätä kautta yritykselle, syntyviä konkreettisia hyötyjä.

Asiakastiedon jakaminen mahdollisti asiakkaiden arvionluonnin prosesseja, mutta tämän lisäksi se mahdollisti asiakkaiden valtaistumisen. Asiakastietoa tulisi siis jakaa myös valtaistumista silmällä pitäen. Tässä tutkimuksessa lisääntynyt läpinäkyvyys lisäsi luottamusta palveluntuottajia kohtaan ja antoi palvelunkäyttäjille mahdollisuuden osallistua aktiivisesti palvelutuotantoon, jolloin palvelutehokkuuden nähtiin kasvavan ja asiakastyytyväisyyden lisääntyvän. Yritysten tulisikin pyrkiä tukemaan asiakkaan valtaistumista asiakkaan omissa arjen prosesseissa, eikä pyrkiä saamaan asiakkaita mukaan yritysten prosesseihin. Aktivoituneet ja valtaistuneet asiakkaat osallistuvat yrityksen toimintaan, mikäli he kokevat sen omasta viitekehksestään hyödylliseksi ja tarpeelliseksi toiminnaksi. Tähän yritykset eivät voi vaikuttaa, mutta yritykset voivat kannustaa asiakkaitaan valtaistumaan tarjoamalla tarvittavia työkaluja ja muita resursseja, kuten asiakastietoa, asiakkaiden käyttöön.

5.4 Tutkimuksen kritiikki

Tämän tutkimuksen kritiikkinä voidaan mainita tutkimuksen kohteeseen, teoreettiseen viitekehukseen ja valittuihin metodeihin liittyvät haasteet. Tutkimuksen kohde asettaa tutkimukselle omat rajoitteensa. Kyseessä oli pilottivaiheessa oleva palvelu, jonka käyttäjämäärä oli tutkimuksen tekemisen vaiheessa noin 100 henkeä. Palvelu oli ollut käytössä noin vuoden, jonka aikana palvelua oli kehitetty jatkuvasti. Tästä syystä kaikki palvelunkäyttäjät eivät olleet tietoisia kaikista palvelusta löytyvistä ominaisuuksista.

Empirian luonnissa haastateltiin seitsemän palvelunkäyttäjää. Haastatteluiden määrä ei kvalitatiivisissa tutkimuksissa ole kynnyskysymys, mutta on silti tunnistettava pienen haastattelujoukon haasteet. Empirian luonnin aikana saavutettiin saturaatio, eli piste, jossa aineisto alkoi toistamaan itseään. Saturaatiopiste on kuitenkin hyvin subjektiivisesti määrittävä, joten tutkimuksen merkityksellisyyden kasvattamiseksi tulisi tutkimusta jatkaa ja pyrkiä haastattelemaan useampi henkilö. Tähän ei kuitenkaan pro gradu -tutkielman laajuuden puitteissa ole resursseja, eikä se välttämättä olisi edes tarkoituksen mukaista.

Teoreettisen viitekehyksen toimivuutta voidaan pitää myös rajoittavan tekijänä tutkimuksessa. Viitekehys syntyi kolmen teoreettisen pääkomponentin synteessä, jolloin yksittäisen pääkomponentin analyysi on rajallista. Toisaalta on otettava huomioon, että tutkimuksen tavoitteena oli luoda holistinen ymmärrys Health 2.0 -ilmiön arvonluonnista, jolloin syvempi fokuusoituminen ei tutkimuksen tavoitteen takia ollut mahdollista. Teoreettisen viitekehyksen toimivuus konkretisoitui saatuna vastauksina tutkimuksen aikana muokkautuneisiin tutkimuskysymyksiin sekä onnistuneena empirian ja teorian vuoropuheluna. Tästä huolimatta voidaan teoreettisen viitekehyksen toimivuutta kritisoida ja haastaa näiden teoreettisten komponenttien synteesiä Health 2.0 -kontekstissa.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimuksen kannalta tärkein instrumentti tulosten analyysin ollessa jatkuvasti läsnä. Tämän takia metodivalinnat asettavat omat haasteet tutkimuksen onnistumiselle. Tässä tutkimuksessa valittiin metodiksi puolistrukturoitu haastattelu, jota tuki ääneen ajattelun -metodi. Tästä huolimatta ei voida kuitenkaan puhua metoditriangulaatiosta jo aiemmin mainitulla tavalla. Tämän tutkimuksen tuloksien valossa voidaan todeta, että metodivalinnat olivat onnistuneita ja ilman ääneen ajattelun -metodin tukevaa vaikutusta ei puolistrukturoiduista haastatteluista olisi saatu luotua yhtä laadukasta aineistoa kuin nyt onnistuttiin luomaan. Tästä huolimatta metodivalinnat ovat tieteellisessä tutkimuksessa aina suurennuslasin alla ja muiden metodien toimivuutta voidaan spekuloida. Vaikkei tässä tutkimuksessa pyritty yleistettävyyteen sinällään on pyrittävä analysoimaan myös tutkimuksen onnistumisen mahdollisuuksia muissa Health 2.0 -ilmiön tapauksissa ja konteksteissa.

5.5 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Tässä tutkimuksessa pyrittiin jo aiemmin mainitulla tavalla luomaan holistinen ymmärrys käsillä olevasta ilmiöstä. Tästä johtuen ei tutkimuksessa pystytty fokuoitemaan yksittäiseen arvonluonnin prosessiin kovinkaan syvällisesti. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että jatkotutkimusmahdollisuuksia on runsaasti, kun fokusoidutaan yksittäiseen arvonluonnin prosessiin. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että varsinkin asiakastiedon luovuttamisen mahdollistamat prosessit asiakastiedon käyttö tiedonhaun tukena ja asiakastiedon jakaminen sosiaalisiin verkostoihin ovat riittävän laajoja yksittäisen tutkimuksen fokusalueeksi. Tämän lisäksi asiakastiedon merkityksestä valtaistumisen prosessissa on mahdollista tutkia huomattavasti spesifimmin.

Ipana Äitiys -palvelu on vain yksi Health 2.0 -sovellus monien joukossa. Tästä syystä luodun teoreettisen viitekehyksen toimivuutta tulisi pyrkiä testaamaan myös muissa Health 2.0 -palveluissa ja -sovelluksissa ja pyrkiä tunnistamaan mahdolliset eroavaisuudet, mutta myös samankaltaisuudet. Jo aiemmin mainitulla tavalla kotimaisia tutkimuksen kannalta relevantteja tutkimuskohteita on vielä vähän, mutta kansainvälisesti sovellusten laajuus on jo riittävällä tasolla, jotta luotua teoreettista viitekehystä on mahdollista soveltaa muissa palveluissa ja konteksteissa.

Tässä tutkimuksessa otettiin asiakaslähtöinen näkökulma Health 2.0 -ilmiöön. Tästä johtuen muita näkökulmia kuten yhteiskunnan, palvelun tuottaneen yrityksen, terveydenhuollon ammattilaisten saati lääketieteen tiedeyhteisön näkökulmia ei tutkimukseen voitu sisällyttää. Tästä syystä on kriittistä jatkaa tutkimusta muista näkökulmista ja pyrkiä tunnistamaan tässä tutkielmassa tunnistettujen palvelunkäyttäjien arvonluonnin prosessien lisäksi muiden sidosryhmien arvonluonnin prosesseja. Muiden sidosryhmien arvonluonnin prosesseja analysoitaessa on tärkeää kiinnittää huomiota arvon ilmenemiseen ja koettuihin hyötyihin. Muiden näkökulmien huomioiminen on askel kohti verkoston arvonluonnin viitekehyksen hahmottamista, joka kompleksisuutensa takia jätettiin tässä tutkimuksessa tekemättä. Kompleksisuutta ei tulisi kuitenkaan turhaan pelätä, vaan nähdä se mahdollisuutena hahmottaa terveydenhuollon siirtymistä kohti terveyden edistämistä koko yhteiskunnan tasolla.

LÄHDELUETTELO

Kirjallisuus

- Babin, B. J., Darden, W. R. & Griffin, M. 1994. Work and/or Fun: Measuring Hedonic and Utilitarian Shopping Value. *Journal of Consumer Research*, 20 (4), 644–656.
- Ball, M. J. & Lillis, J. 2001. E-health: transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61 (1), 1–10.
- Boulding, W., Staelin, R., Ehret, M. & Johnston, W. J. 2005. A Customer Relationship Management Roadmap: What Is Known, Potential Pitfalls, and Where to Go. *Journal of Marketing*, 69 (4), 155–166.
- Brodie, R. J., Hollebeek, L. D., Juric, B. & Ilic, A. Customer Engagement: Conceptual Domain, Fundamental Propositions, and Implications for Research. *Journal of Service Research*, 14 (3), 252–271.
- Dubois, A. & Gadde, L.E. 2002. Systematic combining: An abductive approach to case research. *Journal of Business Research*, 55 (5), 553–560.
- Cook, R. & Topol, E. 2014. How Digital Medicine Will Soon Save Your Life. *The Wall Street Journal*. Viitattu 18.4.2014.
<<http://online.wsj.com/news/articles/SB10001424052702303973704579351080028045594>>.
- Eisenhardt, K. M. 1989. Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14 (4), 532–550.
- Edvardsson, B., Gustafsson, A. & Roos, I. 2005. Service portraits in service research: a critical review. *International Journal of Service Industry Management*, 16 (1), 107–121.
- Ericsson K. A. & Simon H. A. 1980. Verbal Reports as Data. *Psychological Review*, 87 (3), 215–251.
- Eriksson, P. & Kovalainen, A. 2008. *Qualitative Methods in Business Research*. Sage, London.
- Eysenbach, G. 2008. Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (3).
- Eysenbach, G. & Diepgen, T. L. 2001. The role of e-health and consumer health informatics for evidence-based patient choice in the 21st century. *Clinics in dermatology*, 19 (1), 11–17.

- Gallarza, M. G., Gil-Saura, I. & Holbrook, M. B. 2011. The value of value: Further excursion on the meaning and role of customer value. *Journal of Consumer Behaviour*, 10 (4), 179–191.
- Giustini, D. 2006. How Web 2.0 is changing medicine. *British Medical Journal*, 7582 (333), 1283–1284.
- Grajales, F. J., Sheps, S., Ho, K., Novak-Lauscher H & Eysenbach G. 2014. Social Media: A Review and Tutorial of Applications in Medicine and Health Care. *Journal of Medical Internet Research*, 16 (2).
- Grönroos, C. 2006. Adopting a service logic for marketing. *Marketing Theory*, 6 (3), 317–333.
- Grönroos, C. 2008. Service logic revisited: who creates value? And who co-creates? *European Business Review*, 20 (4), 298–314.
- Grönroos, C. 2011. Value co-creation in service logic: A critical analysis. *Marketing Theory*, 11 (3), 279–301.
- Grönroos, C. & Ravald, A. 2011. Service as business logic: implications for value creation and marketing. *Journal of Service Management*, 22(1), 5–22.
- Grönroos, C. & Voima, P. 2013. Critical service logic: Making sense of value creation and co-creation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 41 (2), 133–150.
- Gummesson, E. 1995. *Relationship Marketing: Its Role in the Service Economy*. Teoksessa Glynn, W. J. & Barnes, J. G. *Understanding Services Management*. John Wiley & Sons. New York, 244–268.
- Gummesson, E. 2005a. Qualitative research in marketing. Road-map for a wilderness of complexity and unpredictability. *European Journal of Marketing*, 39 (3), 309–327.
- Gummesson, E. 2005b. *Many-to-many-markkinointi*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Gummesson, E. 2008. Extending the service-dominant logic: From customer centricity to balanced centricity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36 (1), 15–17.
- Gutman, J. 1982. A Means-end Chain Model Based on Consumer Categorization Processes. *Journal of Marketing*, 46 (1), 60–72.
- Hardey, M. 2001. ‘E-health’: The Internet and the Transformation of Patients Into Consumers and Producers of Health Knowledge. *Information, Communication & Society*, 4 (3), 2001, 388–405.

- Harrison, T., Waite, K. & Hunter, G. L. 2006. The internet, information and empowerment. *European Journal of Marketing*, 40 (9), 972–993.
- Helkkula, A., Kelleher, C. & Pihlström, M. 2012. Characterizing Value as an Experience: Implications for Service Researchers and Managers. *Journal of Service Research*, 15 (1), 59–75.
- Heinonen, K., Strandvik, T. & Mickelsson K-J. 2010. A customer-dominant logic of service. *Journal of Service Management*, 21 (4), 531–548.
- Heinonen, K., Strandvik, T. & Voima, P. Customer dominant value formation in service. *European Business Review*, 25 (2), 104–123.
- Hesse, B. W., O’Connell, M., Augustson, E. M., Chou, W. S. & Shaikh, A. R. 2011. Realizing the Promise of Web 2.0: Engaging Community Intelligence. *Journal of Health Communication*, 16 (1), 10–31.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Hughes, B., Joshi, I. & Wareham, J. 2008. Health 2.0 and Medicine 2.0: Tensions and Controversies in the Field. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (3).
- Jenner, R. A. 1994. Changing patterns of power, chaotic dynamics, and the emergence of a post-modern organizational paradigm. *Journal of Organizational Change Management*, 7 (3), 8–21.
- Kaplan, A. M. & Haenlein M. 2010. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business Horizons*, 53 (1), 59–68.
- Kumar, V., Chattaraman, V., Neghina, C., Skiera, B., Aksoy, L. Buoye, A. & Henseler, J. 2013. Data-driven services marketing in a connected world. *Journal of Service Management*, 24 (3), 330–352.
- Kuusela, H. & Paul, P. 2000. A comparison of concurrent and retrospective verbal protocol analysis. *The American Journal of Psychology*, 113 (3), 387–404.
- Labrecque, L. I., von dem Esche, J., Mathwick, C., Novak, T. P. & Hofacker, C. F. 2013. Consumer Power: Evolution in the Digital Age. *Journal of Interactive Marketing*, 27 (4), 257–269.
- Ladik, D. & Stewart, D. 2008. The contribution continuum. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36 (2), 157–165.
- Mattila, A. S. & Cranage, D. 2005. The impact of choice on fairness in the context of service recovery. *Journal of Services Marketing*, 19 (5), 271–279.
- Mickelsson, K-J. 2013. Customer activity in service. *Journal of Service Management*, 24 (5), 534–552.

- Mitchell, A. 2010. The rise of Volunteered Personal Information. *Journal of Direct, Data and Digital Marketing Practice*, 12 (2), 154–164.
- Mitchell, A. 2012. From data hoarding to data sharing. *Journal of Direct, Data and Digital Marketing Practice*, 13 (4), 325–334.
- Moliner, M. A. 2009. Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. *Journal of Service Management*, 20 (1), 76–97.
- O’Shaughnessy, J. & O’Shaughnessy, N. J. The service-dominant perspective: a backward step? *European Journal of Marketing*, 43 (5), 784–793.
- Payne, A. F. & Frow, P. 2005. A Strategic Framework for Customer Relationship Management. *Journal of Marketing*, 69 (4), 167–176.
- Payne, A.F., Storbacka, K. & Frow, P. 2008. Managing the co-creation of value. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36 (1), 83–96.
- Pires, G. D., Stanton, J. & Rita, P. 2006. The internet, consumer empowerment and marketing strategies. *European Journal of Marketing*, 40 (9), 936–949.
- Prahalad, C.K. & Ramaswamy, V. 2004a. Co-creating unique value with customers. *Strategy & Leadership*, 32 (3), 4–9.
- Prahalad, C.K. & Ramaswamy, V. 2004b. Co-creation Experiences: The Next Practice in Value Creation. *Journal of Interactive Marketing*, 18 (3), 5–14.
- Read, S., Dew, N., Sarasvathy, S. D., Song, M. & Wiltbank, R. 2009. Marketing Under Uncertainty: The Logic of an Effectual Approach. *Journal of Marketing*, 73 (3), 1–18.
- Rezapakshs, B., Bornemann, D., Hansen, U. & Schrader, U. 2006. Consumer Power: A Comparison of the Old Economy and the Internet Economy. *Journal of Consumer Policy*, 29 (1), 3–36.
- Rintamäki, T., Kanto, A., Kuusela, H. & Spence, M. T. 2006. Decomposing the value of department store shopping into utilitarian, hedonic and social dimensions: Evidence from Finland. *International Journal of Retail & Distribution Management*, 34 (1), 6–24.
- Rintamäki, T. & Kuusela, H. Identifying competitive customer value propositions in retailing. *Managing Service Quality*, 17 (6), 621–634.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 6.3.2014. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>.

- Saarijärvi, H. 2011. Customer Value Co-Creation through Reverse Use of Customer Data. Acta Universitatis Tamperensis 1666. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print.
- Saarijärvi, H., Kannan, P.K. & Kuusela, H. 2013. Value co-creation: theoretical approaches and practical implications. *European Business Review*, 25 (1), 6–19.
- Saarijärvi, H., Karjaluoto, H. & Kuusela, H. 2013. Customer relationship management: the evolving role of customer data. *Marketing Intelligence & Planning*, 31 (6), 584–600.
- Sánchez-Fernández, R. & Iniesta-Bonillo, M. A. 2007. The concept of perceived value: a systematic review of the research. *Marketing Theory*, 7 (4), 427–451.
- Simon, B. L. 1990. Rethinking empowerment. *Journal of Progressive Human Services*, 1 (1), 27–39.
- Starkey, F. 2003. The ‘empowerment debate’: consumerist, professional and liberational perspectives in health and social care. *Social Policy and Society*, 2 (4), 273–284.
- Steinbrook, R. 2008. Personally Controlled Online Health Data – The Next Big Thing in Medical care? *The New England Journal of Medicine*, 358 (16), 1653–1656.
- Thaler, R. H. 2011. Show Us The Data. (It’s Ours, After All). *The New York Times*, 23.4.2011. Viitattu 3.10.2013.
<http://www.nytimes.com/2011/04/24/business/24view.html?_r=1/>.
- Thaler, R. H. & Tucker, W. 2013. Smarter information, smarter consumers. *Harvard Business Review*, 91 (1), 44–54.
- Todd, P. & Benbasat, I. 1987. Process Tracing Methods in Decision Support Systems Research: Exploring the Black Box. *MIS Quarterly*, 11 (4), 493–512.
- Tronvoll, B., Brown, S. W., Gremler, D. D. & Edvardsson, B. 2011. Paradigms in service research. *Journal of Service management*, 22 (5), 560–585.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Van De Belt, T. H., Engelen L., Berben, S. & Schoonhoven L. 2010. Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 12 (2).
- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. 2004. Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68 (1), 1–17.

- Vargo, S. L. & Lusch, R. F. 2008. Service-dominant logic: Continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 36 (2), 1–10.
- Vargo, S. L., Maglio, P. P. & Akaka, M. A. 2008. On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal*, 26 (3), 145–152.
- Verhoef, P. C., Reinartz, W. J. & Krafft, M. 2010. Customer Engagement as a New Perspective in Customer Management. *Journal of Service Research* 13 (3), 247–252.
- Wathieu, L., Brenner, L. Carmon, Z., Chattopahyay, A., Wetenbroch, K., Drolet, A. Gourville, J., Muthukrishnan, A. V., Novemsky, N. Ratner, R. K. & Wu, G. 2002. Consumer control and empowerment: a primer. *Marketing Letters*, 13 (3), 297–305.
- Wyatt, S., Harris, A., Adams, S. & Kelly, S. E. 2013. Illnes Online: Self-reported Data and Questions of Trust in Medical and Social research. *Theory, Culture & Society*, 30 (4), 131–150.
- Yin, R. K. 2003. *Case study research: design and methods*. Sage, Thousand Oaks, California.
- Zeithaml, V.A. 1988. Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-end Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, 52 (3), 2–22.
- Zimmerman, M. & Warschausky, S. 1998. Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological issues. *Rehabilitation Psychology*, 43 (1), 3–16.

Muut painetut lähteet

- Mydata 2011. Better Choices: Better Deals. Consumers Powering Growth. Viitattu 5.3.2014.
<https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/31834/11-749-better-choices-better-deals-consumers-powering-growth.pdf />.
- Smart Disclosure 2013. Smart Disclosure and Consumer Decision Making: Report of the Task Force on Smart Disclosure. Viitattu 5.3.2014.
<http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/microsites/ostp/report_of_the_task_force_on_smart_disclosure.pdf/>.

WWW-sivut

- Forbes 2014. Top 10 Investor Interests For Technology 2014. Viitattu 5.3.2014.
<<http://www.forbes.com/sites/kaykoplovitz/2014/01/14/top-10-investor-interests-for-technology-2014/>>.

- MSI Research Priorities 2014. 2012-2014 Research Priorities. Viitattu 6.3.2014.
<<http://www.msi.org/research/msi-research-priorities/>>.
- Sitra 2013a. Gallup: Suomalaiset uskovat sähköisen asioinnin parantavan terveyspalveluja. Viitattu 4.3.2014.
<<http://www.sitra.fi/uutiset/omahoito/gallup-suomalaiset-uskovat-sahkoisen-asioinnin-parantavan-terveyspalveluja>>.
- Sitra 2013b. Suomalaiset haluavat lisää sähköisiä terveydenhoitopalveluja. Viitattu 4.3.2014. <<http://www.sitra.fi/artikkelit/terveyskioski/suomalaiset-haluavat-lisaa-sahkoisia-terveydenhoitopalveluja>>.
- Sitra 2013c. Ratkaisuja terveydenhuollon ahdinkoon. Viitattu 4.3.2014.
<<http://www.sitra.fi/uutiset/terveydenhoidon-rahoitus/ratkaisuja-terveydenhuollon-ahdinkoon>>.
- Taloussanomat 2012. Bonuskortin omistaja, tämä pimitetään sinulta. Viitattu 29.10.2013.
<<http://www.taloussanomat.fi/kauppa/2012/01/27/bonuskortin-omistaja-tama-pimitetaan-sinulta/201221949/12/>>.
- The Economist 2009. Health 2.0 – How far can interactive digital medicine go? Viitattu 4.3.2014. <<http://www.economist.com/node/13437940>>.
- Yle 2012. Tietosuojavaltuutettu löysi puutteita kanta-asiakasohjelmien tietojenkäsittelyssä. Viitattu 29.10.2013.
<http://yle.fi/uutiset/tietosuojavaltuutettu_loysi_puutteita_kanta-asiakasohjelmien_tietojenkäsittelyssa/5053691/>.

LIITTEET

LIITE 1: Haastattelutilanteet

Nimi	Ikä (v)	Kesto (min)	Ajankohta	Käyttänyt palvelua (kk)
Matilda	33	40	30.1.2014	9
Amanda	29	40	30.1.2014	7
Sofia	31	35	30.1.2014	7
Maria	36	35	30.1.2014	4
Aurora	26	35	11.2.2014	9
Olivia	33	35	11.2.2014	7
Helmi	32	45	11.2.2014	6

- Haastatteluiden pituuden keskiarvo 38 minuuttia.
- Palvelun käyttöajan keskiarvo seitsemän kuukautta.
- Haastateltujen iän keskiarvo 31 vuotta.
- Haastateltujen nimet muutettu raportissa.
- Haastattelut suoritettiin Mediware Oy:n tiloissa Tampereen Hervannassa.

LIITE 2: Haastattelurunko

Ääneen ajattelu

- Näyttäisitkö ystävällisesti mitä palvelun ominaisuuksia käytät ja puhut ääneen ajatuksiasi käytön yhteydessä

Asiakastieto Ipana Äitiys -palvelussa

- Kertoisitko ystävällisesti kaiken, mitä tulee mieleen Ipana Äitiys -palveluun liittyen?
- Mikä sinua kiinnostaa erityisesti palvelussa?
- Miksi käytät palvelua?
- Miksi tämä on tärkeää sinulle?
- Mitä hyötyjä koet saavasi palvelun käytöstä?
- Minkälainen tieto palvelussa hyödyttää sinua? Miten? Miksi?
- Mikä on mielestäsi kaikkein tärkeintä tietoa palvelussa? Miksi?
- Onko palvelu muuttanut käyttäytymistäsi äitiyteen liittyen? Miten? Miksi?
- Minkälaista muuta tietoa haluaisit saada äitiyteen liittyen?
- Miten palvelua voitaisiin kehittää?