



Inka Lappalainen, Ilmari Lappeteläinen,
Erja Wiili-Peltola & Minna Kansola

MULTIPRO

Vertaileva arviointikonsepti julkisen ja yksityisen
hyvinvointipalvelun arviointiin

MULTIPRO

Vertaileva arviointikonsepti julkisen ja yksityisen hyvinvointipalvelun arviointiin

Inka Lappalainen, Ilmari Lappeteläinen,
Erja Wiili-Peltola & Minna Kansola



ISBN 978-951-38-7702-6 (nid.)

ISSN 1235-0605 (nid.)

ISBN 978-951-38-7703-3 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

ISSN 1455-0865 (URL: <http://www.vtt.fi/publications/index.jsp>)

Copyright © VTT 2011

JULKAISIJA – UTGIVARE – PUBLISHER

VTT, Vuorimiehentie 5, PL 1000, 02044 VTT

puh. vaihde 020 722 111, faksi 020 722 4374

VTT, Bergsmansvägen 5, PB 1000, 02044 VTT

tel. växel 020 722 111, fax 020 722 4374

VTT Technical Research Centre of Finland, Vuorimiehentie 5, P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland
phone internat. +358 20 722 111, fax +358 20 722 4374

Inka Lappalainen, Ilmari Lappeteläinen, Erja Wiili-Peltola & Minna Kansola. MULTIPRO. Vertaileva arviointikonsepti julkisen ja yksityisen hyvinvointipalvelun arviointiin [MULTIPRO. Concept for parallel evaluation of public and private well-being services]. Espoo 2011. VTT Tiedotteita – Research Notes 2578. 64 s.

Avainsanat public and private services, multiple supplier models, well-being, benchmarking

Tiivistelmä

Kunnissa käynnissä oleva palvelurakenteen muutos ja monituottajamalleihin siirtyminen on monitahoinen mutta yhä laajempaa kannatusta saava kehityssuunta sosiaali- ja terveystaloudissa. Tilaaaja-tuottaja-ajattelun omaksuminen edellyttää entistä yhtenäisempiä palvelutuottajien arviointikriteerejä sekä entistä vuorovai- kuttaisempia arviointitapoja palvelujen kilpailuttamiseen, ohjaukseen sekä kehit- tämiseen.

VTT:n asiantuntijat kehittivät yhteistyössä kumppaneidensa kanssa palvelu- tuottajia vertailevan ja kehittävän arviointikonseptin. Se tarjoaa moniäänisen arviointiprosessin palvelutuottajien sisäiseen uudistumiseen, toisilta oppimiseen sekä tilaaaja-tuottajayhteistyöhön.

Julkaisu taustoittaa ja esittelee arviointikonseptin sekä kaksi sen sovelluskoh- detta, jotka kohdistuivat kunnallisen ja yksityisen palvelumallin rinnakkaiseen arviointiin. Toisessa pilotissa arviointikohteena oli terveysasematoiminta Tam- pereella ja toisessa vanhusten tehostettu palveluasuminen Porissa. Osallistujilta saadun palautteen mukaan arviointityö tarjosi monipuolista arviointitietoa, arvi- ointikriteerejä ja -menetelmiä sekä hyviä käytäntöjä ja oppimismahdollisuuksia.

Kiteytetysti Multipron vertaileva, moniääninen ja kehittävä arviointikonsepti hyödyttää siten tilaaaja-tuottajayhteistyötä palvelujärjestelmän eri tasoilla sekä kunnallista päätöksentekoa esim. ulkoistuspäätösten tukena tai niiden vaikutus- ten arvioimisessa.

Tarkoituksena on herättää ajatuksia hyvinvointipalvelujen arvioinnin monita- hoisuudesta ja hyödyistä tilaaaja-tuottajamalleja kehitettäessä mutta myös tarjota selkeä toimintamalli arviointityöhön tarttumiseksi. Julkaisu on kohdennettu eri- tyisesti hyvinvointipalvelujen kuntatilaajille ja tuottajaorganisaatioille sekä kun- tapäätäjille mutta myös kaikkien aiheesta kiinnostuneiden hyödynnettäväksi.

Inka Lappalainen, Ilmari Lappeteläinen, Erja Wiili-Peltola & Minna Kansola. MULTIPRO. Vertaileva arviointikonsepti julkisen ja yksityisen hyvinvointipalvelun arviointiin [MULTIPRO. Concept for parallel evaluation of public and private well-being services]. Espoo 2011. VTT Tiedotteita – Research Notes 2578. 64 p.

Keywords public and private services, multiple supplier models, well-being, benchmarking

Abstract

The service structure change currently going on in municipalities, involving the adoption of multi-supplier models, is a complex yet increasingly favoured trend in social welfare and health care services. Adopting the purchaser-provider approach requires more coherent service provider evaluation criteria and more interactive evaluation methods for competitive tendering, managing and development of services.

VTT experts, working with partners, developed an evaluation concept to compare and develop service providers, offering a multi-voiced evaluation process for internal reform by service providers, for learning from other parties, and for purchaser-provider cooperation.

This publication explains the background to the evaluation concept and describes the concept itself and two pilot applications featuring parallel evaluation of a municipal service model and a private one. One of the pilots focused on a primary health care in Tampere and the other on intensive residential services for the elderly in Pori. Feedback from participants indicates that the evaluation generated a variety of data, evaluation criteria and methods, and good practices and learning opportunities.

In short, the comparative, multi-voiced and development-oriented evaluation concept in Multipro benefits purchaser-provider cooperation at various levels of the service system and supports local authorities for instance in deciding on outsourcing or in evaluating its impact.

Its purpose is to highlight the complexity of evaluating well-being services and the benefits the process affords in developing purchaser-provider models, but also to offer a clear and simple operating model for conducting evaluations. The publication is primarily intended for purchasers of well-being services at local authorities, for provider organisations and for decision-makers in local government, but is also suitable for anyone interested in the subject.

Esipuhe

Tämä julkaisu perustuu VTT:n ja sen yhteistyökumppaneiden kanssa yhdessä toteuttamaan Multipro-hankkeeseen (2009–2011), jonka tavoitteena oli hyvinvointipalvelujen kokonaisvaltainen arviointi ja kehittäminen monituottajamalleihin siirryttäessä. Hanke kohdistui yksityisen ja kunnallisen palvelutuottajan vertailevaan arviointiin kahdessa kunnassa; Tampereella terveysasematoimintaan ja Porissa tehostettuun palveluasumiseen.

Hankkeen projektipäällikkönä toimi Inka Lappalainen VTT:ltä. Hänen lisäseen tutkijaryhmän VTT:ltä muodostivat Ilmari Lappeteläinen, Annika Heikkilä, Heli Riikonen ja Minna Kansola. Lisäksi hyvinvointi- ja terveyspalvelujen asiakaspäällikkö Erja Wiili-Peltola, tutkija Kimmo Jaakkola sekä teknologiapäällikkö Heli Talja sparrasivat tutkijaryhmää arviointityössä. Tutkimuskumppanina hankkeessa toimi projektitutkija Mervi Vähätalo Turun yliopiston kauppa- ja kauppatieteiden korkeakoulun Porin yksiköstä.

Hanke perustui kuntatoimijoiden ilmaisemiin käytännön tarpeisiin käynnissä olevan muutoksen tukemiseksi. Hankkeen edetessä ymmärsimme sen osaltaan palvelevan myös puuttuvaa palaa, etenkin arviointiotteemme muodossa. Tämän vertailevan, moniäänisen ja kehittävän arviointiotteen ja sen käytännön kokemukset halusimme jakaa kaikille kiinnostuneille tämän julkaisun muodossa.

Kiitokset hankkeeseen osallistuneille organisaatioille, rahoittajille ja tutkijoille! Erityisesti haluamme kiittää antoisasta yhteistyöstä Tampereen tilaajapäällikköä Erkki Lehtomäkeä, Tampereen Lielahden ja Omapihlajan väkeä sekä Porin vanhustyönpäällikkönä toiminutta Sanna-Mari Pudas-Tähkää, vanhuspalvelujohtaja Pirjo Rehulaa, palvelupäällikkönä toiminutta Sirkku Huhdanmäkeä sekä Jokirannan ja Porin suomalaisen palvelukodin väkeä. Hanketta on osallistuvien organisaatioiden ja VTT:n ohella rahoittanut Työelämän kehittämisohjelma (Tykes, nykyisin osa Tekesiä), jolle myös haluamme kohdistaa kiitokset tämän hankkeen mahdollistamisesta. Lopuksi kiitokset tutkimuskumppanillemme Mervi Vähätalolle,

jonka paikallinen tietämys sekä hoitoalan monipuolinen osaaminen oli arvokas
lisä monitieteiseen tutkimustiimiimme. Myös VTT:n sisäisesti moni tutkija on
tietämättäänkin keskusteluissa sparrannut meitä, mistä on kiittäminen monialais-
ta sekä vuorovaikutteista tutkijayhteisöämme.

Espoossa huhtikuussa 2011

Tekijät

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	3
Abstract	4
Esipuhe	5
1. Johdanto	8
2. Käynnissä oleva palvelurakennemuutos ja monituottajamalleihin siirtyminen ...	10
2.1 Muutospaineet ja -vaikuttimet	10
2.2 Kohti monituottajamalleja ja sopimusohjausta	12
2.3 Tutkimus- ja arviointitiedon tarpeet	14
3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi	17
3.1 Hyvinvointipalvelujen laadun arviointi ja kehittäminen	17
3.2 Hyvinvointipalvelujen taloudellinen tarkastelu	21
3.3 Tarve palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden rinnakkaiseen arviointiin ja kehittämiseen	25
4. Vertaileva, moniääninen ja kehittävä arviointiprosessi	28
5. Sovellus: terveysasematoiminnan laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Tampereella	32
5.1 Lähtökohta ja tavoitteet	32
5.2 Lielahden terveysasema	33
5.3 Pihlajalinnan terveysasema	34
5.4 Terveysaseman tasapainotettu arviointi ja vertailuasetelma	35
5.5 Arviointiprosessin toteutus	37
5.6 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset	38
6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa	43
6.1 Lähtökohta ja tavoitteet	43
6.2 Jokirannan palvelukoti	44
6.3 Porin suomalainen palvelukoti	46
6.4 Vanhusten tehostetun palveluasumisen arviointimalli	47
6.5 Arviointiprosessien eteneminen	48
6.6 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset	50
Yhteenveto	55
Lähdeluettelo	58

1. Johdanto

Kunnissa käynnissä oleva palvelurakenteen muutos ja monituottajamalleihin siirtyminen on monitahoinen, mutta yhä laajempaa kannatusta saava kehityssuunta sosiaali- ja terveystaloudessa. Tilaaja-tuottaja-ajattelun omaksuminen edellyttää entistä yhtenäisempiä palvelutuottajien arviointikriteerejä sekä entistä vuorovaikutteisempia arviointitapoja palvelujen kilpailuttamiseen, ohjaukseen sekä kehittämiseen.

Toimijoiden taholta tulee esiin tarve arvioida palvelutuottajien suorituskykyä kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon laatu ja taloudelliset tekijät. Tähän on kehitetty monenlaisia arviointimenetelmiä, mutta laatu ja talousnäkökulmat ovat kehittyneet varsin erillään. Viimeisen kymmenen vuoden aikana onkin kehitetty kansallisen tason integroivia arviointimalleja ja -menetelmiä (ks. esim. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus 2005). Niitä *täydentämään* tarvitaan kuitenkin moniäänistä ja laadullista arviointitietoa *perustelevaan ja konkreettiseen* tilastollisia tunnuslukuja sekä organisaatiokohtaisia eroja ja yhtäläisyyksiä. Tämä tarve on koettu erityisen tärkeänä paikallisella tasolla tilaaja-tuottajayhteistyössä sekä palvelutuottajatasolla.

Arvioinnin funktio ja tavoitteet ovat siten moninaistuneet. Perinteistä kuvailevaa itsearviointia ja normatiivissävyistä arviointia on pyritty laajentamaan moniääniseen, vertailevaan ja kehittäväan arviointiotteeseen. Arvioinnissa otetaan huomioon myös eri sidosryhmät, jotka voidaan määrittellä palvelujärjestelmän kolmena eri tasona: loppukäyttäjät, palvelutuottajat (sisäinen kehitystyö) sekä tilaaja-tuottajayhteistyö (palvelutuottajien kesken sekä tilaajan kanssa).

Monituottajamalleihin siirtyminen on monitahoinen muutosprosessi, joka edellyttää palvelusisältöjen, palvelutuotantomallien sekä ohjaustapojen yhteistä määrittelyä ja uudistamista kaikilla näillä tasoilla. Etenkin kilpailutuksen suunnittelu, tilaaja-tuottajayhteistyön kehittäminen sekä ulkoistuspäätökset ovat tilanteita, joissa ulkopuolisen arvioinnin ja tuen tarve korostuu. Multipro-hankkeessaan

VTT:n asiantuntijat kehittivät yhteistyössä kumppaneidensa kanssa palvelutuottajien vertailevan ja kehittävän arviointikonseptin. Se tarjoaa moniäänisen arviointiprosessin palvelutuottajien sisäiseen uudistumiseen, toisilta oppimiseen sekä tilaaja-tuottajayhteistyöhön.

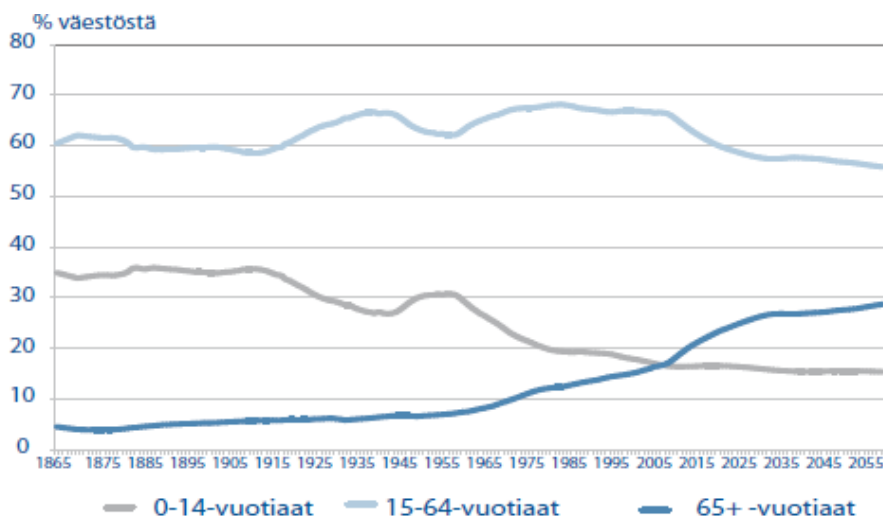
Tämä julkaisu taustoittaa ja esittelee arviointikonseptin sekä kaksi sen sovel-luspilottia, jotka kohdistuivat kunnallisen ja yksityisen palvelumallin rinnakkai-seen arviointiin. Toisessa pilotissa arviointikohteena oli terveysasematoiminta Tampereella ja toisessa vanhusten tehostettu palveluasuminen Porissa. Molem-pien esimerkkien osalta kuvataan niissä hyödynnetty arviointimalli, arviointipro-sessin tavoitteet, osapuolet ja toteutus sekä keskeiset tulokset ja hyödyt eri osa-puolille. Yhteenvetoluvussa esitetään kiteytys arviointikonseptimme tarpeista ja hyödyistä peruspalvelujen rakennemuutoksessa ja monituottajamallien kehittä-misessä.

Tämän julkaisun tarkoituksena on herättää ajatuksia hyvinvointipalvelujen ar-viointin monitahoisuudesta ja hyödyistä tilaaja-tuottajamalleja kehitettäessä, mutta myös tarjota selkeä toimintamalli arviointityöhön tarttumiseksi. Julkaisu on kohdennettu erityisesti hyvinvointipalvelujen kuntatilaajille ja tuottajaorgani-saatioille sekä kuntapäätäjille, mutta myös kaikkien aiheesta kiinnostuneiden hyödynnettäväksi.

2. Käynnissä oleva palvelurakennemuutos ja monituottajamalleihin siirtyminen

2.1 Muutospaineet ja -vaikuttimet

Suomessa niin kuin useimmissa OECD-maissa väestön ikääntyminen on yksi merkittävimmistä pitkän aikavälin yhteiskuntapolitiikan haasteista. Suomen väestö ikääntyy muita EU-maita nopeammin (Parkkinen 2002a). Vuonna 2008 ikääntyneiden osuus oli noin 17 prosenttia väestöstä; vuonna 2060 sen ennustetaan olevan jo liki 30 prosenttia (kuva 1., Loikkanen & Nivalainen 2010).



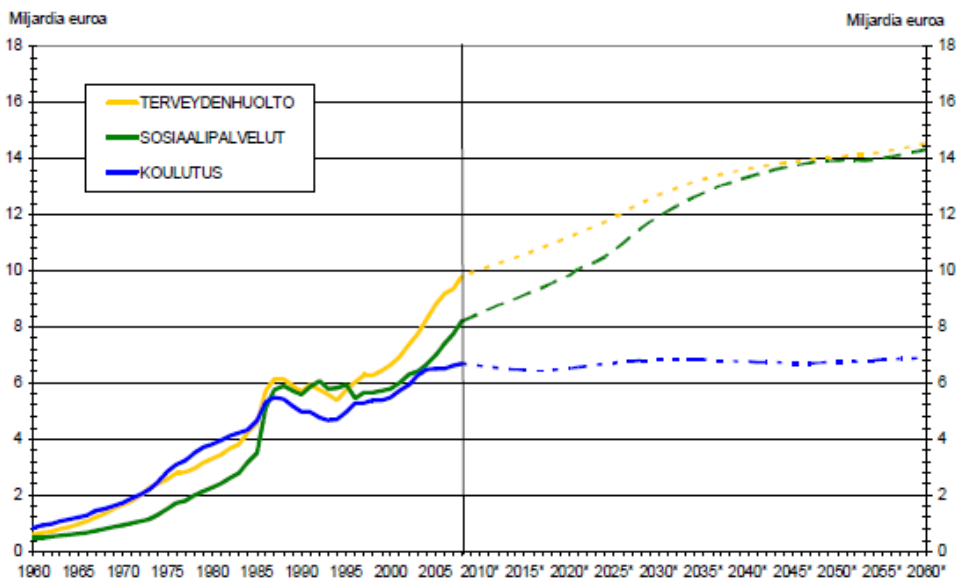
Kuva 1. Suomen väestön ikärakenteen kehitys vuosina 1865–2060.

Ikääntyminen on usein yhteydessä muistihäiriöihin. Muistihäiriösairaudet johtavat yleisesti toimintakyvyn alenemiseen ja palvelutarpeen voimakkaaseen kasvuun.

2. Käynnissä oleva palvelurakennemuutos ja monituottajamalleihin siirtyminen

Suomessa noin kahdeksan prosenttia yli 65-vuotiaista ja 35 prosenttia yli 85-vuotiaista kärsii vähintään keskivaikeasta dementiaista. Ennusteiden mukaan määrä tulee kasvamaan yli 50 000:lla vuoteen 2030. (Viramo & Sulkava 2001.)

Sosiaali- ja terveystalouden menojen osuuden bruttokansantuotteesta on ennustettu kasvavan vuoteen 2060 saakka, vaikkakin kasvu hieman loivenee vuoden 2045 jälkeen (Loikkanen & Nivalainen 2010, kuva 2.)



Kuva 2. Kuntien terveys-, sosiaali- ja koulutussektorien kokonaismenot vuosina 1960–2008 (vuoden 2003 hinnoin) sekä ennuste puhtaan ikärakenteen muutoksen synnyttämistä menopaineista vuosina 2009–2060, miljardia euroa.

Toiminta- ja talousympäristön muutoksen vuoksi kunnissa ja kuntayhtymissä on kasvavia paineita ja tarpeita hyvinvointipalvelujen rakenteellisiin uudistuksiin, jotka koskevat sekä uusia palvelutuotanto- ja ohjaustapoja että palvelun sisältöjä. Vielä muutama vuosikymmen sitten kunnat tarjosivat lähes kaikki palveluistaan omana tuotantona, jonka rinnalla palvelutarjontaa järjestettiin kuntayhtymien avulla. Nykyisin palveluita ostetaan paitsi muilta kunnilta ja kuntayhtymiltä myös yksityiseltä ja niin sanotulta kolmannelta sektorilta. Kuntien ulkoistetut palvelut ovat kasvaneet erityisesti 2000-luvulla, ja varsinkin yksityisten ostopalveluiden käyttö on lisääntynyt. (Loikkanen & Nivalainen 2010.)

Käynnissä olevaan muutokseen on vaikuttanut osaltaan yleiset ”new public management” -tyyppiset hallinnonuudistukset, jotka korostavat markkinaehtoisia

2. Käynnissä oleva palvelurakennemuutos ja monituottajamalleihin siirtyminen

ratkaisuja julkisen talouden ongelmiin (Suoniemi et al. 2005). Tätä suuntaa vahvistavat osaltaan uusi Terveydenhuoltolaki ja sen myötä korostuva asiakkaiden valinnan vapaus (STM tiedote 432/2010). Myös palvelusetelien käyttöön ottaminen vahvistaa valinnan vapautta sekä erilaisten palvelutarjoajien tarvetta.

Valtakunnallisen linjauksen mukaan ikääntyneiden palveluissa painopistettä ollaan muuttamassa laitoshoidosta kodinomaisempiin palvelumuotoihin (Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden 2010). Valviran (2010) selvityksessä suurin osa laitoshoidosta oli julkisen sektorin tuottamaa, mutta tehostetussa palveluasumisessa yksityisten tuottajien osuus oli julkisia tuottajia suurempi (taulukko 1). Saman selvityksen mukaan julkisen sektorin yksiköt täyttivät hyvän hoidon kriteerejä yksityisiä huonommin kaikilla asetetuilla kriteereillä.

Taulukko 1. Palvelutuottajien vertailu palvelualoittain.

	Sosiaali- huollon laitohoito	Tehostettu palvelu- asuminen	Muu ympärivuoro- kautisen hoidon/ hoivan yksikkö	Monta palvelualaa	Kaikki yhteensä
Julkinen	168	309	80	65	622
Yksityinen	20	461	54	79	*614
Kaikki yhteensä	188	770	134	144	*1236

*yhden julkisen sektorin yksikön kohdalta tieto palvelutyypistä puuttuu

Kaikki tämä kehitys haastaa erityisesti kunnat tunnistamaan väestön ja toimintaympäristön muutoksen suuntaa sekä pohtimaan keinoja, joilla erityisesti ikääntyneiden palvelut turvataan ja järjestetään laadukkaasti: arvokkaasti ja asiakasta kunnioittaen, vaikuttavasti ja taloudellisesti kestävästi (STM 2008).

Monissa terveyden- ja vanhustenhuollon yksiköissä olisi mahdollista parantaa toiminnan tuottavuutta. Tähän voidaan pyrkiä parantamalla panosten laatua (henkilökunnan koulutustaso), prosessien laatua (saumattomuus, nopeus, ehkäisy, sairauksien hoito ajoissa, yhteistyö) ja johtamisen laatua (koulutettu johto, työn organisointi, palvelujen käytön seurantarjestelmät) (Luoma et al. 2003).

2.2 Kohti monituottajamalleja ja sopimusohjausta

Kuntapalvelujen järjestäjän, tilaajan ja tuottajan erottavat toiminnan organisointi- ja ohjaustapojen sovellukset ovat yleistyneet sekä suurten ja keskisuurten kaupunkien johtamis- ja ohjausjärjestelmissä että myös pienempien kuntien toiminnassa.

2. Käynnissä oleva palvelurakennemuutos ja monituottajamalleihin siirtyminen

Tilaaaja-tuottaja-toimintatavan synty sekä kuntien oman että ulkopuolisen palvelutuotannon järjestämisessä voidaan nähdä eräänä keskeisenä markkinasuuntatuneiden toimintamallien käytännön sovelluksena ja todellisenä tähän liittyvänä organisatorisena muutoksena Suomen kuntakentällä. Toimintatavasta ei ole olemassa yhtä ideaalimallia, vaan kokoelma toisistaan poikkeavia sovelluksia. (Kehittyvät tilaaaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa 2011.)

Erilaiset sovellukset sisältävät erilaisia toimintatapoja ja tavoitteita. Joissakin kunnissa on tilaaaja-tuottajamallin sijasta päädytty ns. sopimusohjauksen soveltamiseen. Sopimusohjauksen taustalla on teoreettinen käsitys terveydenhuollon ohjauksesta, joka korostaa kumppanuutta kilpailuttamisen sijasta (Stakes 2008; Ihalainen 2007). Monituottajamallilla tarkoitetaan tässä julkaisussa eri toimijoiden verkostoa, joissa tuottajina voi toimia joko julkinen tai yksityinen tuottaja.

Ulkoisten tuottajien käyttöä kutsutaan usein ostopalvelujen käytöksi. Julkisen hallinnon ostopalvelut tarkoittavat siis lähinnä niitä toimenpiteitä, joilla kunnat ja muut viranomaiset ostavat paitsi viranomaisten itsensä tarvitsemia palveluita, erityisesti kuntalaisten tarvitsemia palveluita silloin, kun viranomainen ei toteuta palvelua itse oman henkilökunnan voimin. Ostopalveluja koskevat hankinnat toteutetaan noudattaen julkisista hankinnoista annettua lakia. (Kehittyvät tilaaaja-tuottajamallit... 2011.)

Kähkösen (2007) mukaan kilpailun aiheuttama epävarmuus heijastuu tuottaja-organisaatioihin ja henkilöstöön heikentäen kokonaistehokkuutta, mikäli palvelujen tilaaajan ja tuottajan välinen luottamus menetetään. Tilaaaja-tuottajamallia voidaan soveltaa kuntasektorilla, jos tilaaaja panostaa riittävän pitkiin sopimusjaksoihin, strategisesti oikein mitoitettuun kilpailuttamiseen sekä puitesopimusten ja palvelusetelin kaltaisiin ratkaisuihin. Toisaalta eri palvelutuottamistavat, kuten monituottajamallit, voivat tukea myös kunnan itsehallinnollista asemaa. Tutkimuksen mukaan aidossa tilaaaja-tuottajamallissa luottamushenkilöiden roolit ovat selkeämpiä, sillä heidän on helpompaa keskittyä ulkoistetun palvelun seurantaan ja kehittämiseen, kun tilaaminen ja tuottaminen eivät ole samalla toimielimellä. (Komulainen 2010.)

Kuntaliiton selvityksessä tuli esiin, että palvelujen laatuksereississä, joilla tilaaaja voi seurata tuotannon laatutasoa on hyvin paljon kehittämistarpeita (Kehittyvät tilaaaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa 2011). Tarve kokonaisvaltaiseen, vertailevaan arviointitietoon eri palvelutuotantomalleista on tunnistettu yleisesti tilaaaja-tuottajamalleja kokeiltaessa ja kehitettäessä (vrt. Vohlonen et al. 2010; Vohlonen et al. 2009; Keinänen et al. 2010; Savolainen 2010; Ikääntyneiden...2005, Kehittyvät tilaaaja-tuottajamallit...2011).

2. Käynnissä oleva palvelurakennemuutos ja monituottajamalleihin siirtyminen

Kunnallisella ja yksityisellä palveluntuottajalla on rahoitus- ja omistuspohjan kannalta jo lähtökohtaisesti erilaiset strategiset lähtökohdat palvelujensa johtamiseen ja kehittämiseen. Suomessa kunnalla on kuitenkin vastuu sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja rahoittamisesta huolimatta siitä, mikä taho palvelut viime kädessä tuottaa. Näin ollen kunta on myös velvollinen arvioimaan ja ohjaamaan palvelutuotantonsa toteutumista sekä oman palvelutuotantonsa että ostopalvelujensa osalta. Tämä tapahtuu tilaaja-tuottajamallissa sopimusohjauksen kautta. (ks. esim. Liukko 2007; Vohlonen et al. 2009.) Ennen kaikkea kuntien on linjattava, mitä palveluja kannatta tuottaa itse ja mitä on tarkoituksenmukaista tuottaa muilla palveluntuottajilla.

2.3 Tutkimus- ja arviointitiedon tarpeet

Nykyisellään kunnat ovat tilaaja-tuottajamallien kehittämisessä pitkälti vielä kokeiluvaiheessa. Useissa kunnissa on rakenteilla erilaisia sopimusohjauksen ja tilaajatuottajamalleja, joita on tutkittu vielä hyvin vähän (Komulainen 2010; Kehittyvät tilaaja-tuottajamallit...2011). Teknisen toimen ja liikenteen osalta tietoa on jo enemmän, mutta perusturvapalvelujen osalta vähemmän, etenkin monitieteistä tutkimusta (Suoniemi et al. 2005; Kähkönen 2007).

Muissa pohjoismaissa (Ruotsi ja Tanska) on jo laajempi kokemus kilpailuttamisesta ja ulkoistamisesta myös ikääntyneiden palvelujen kohdalla (Komulainen 2010; SITRA 2010; Suoniemi et al. 2005). Niin ikään esimerkiksi Uudessa Seelannissa kustannuksiin, palvelumääriin ja palveluiden laatuun liittyvän kunnallisen informaation puuttuminen osoittautui ongelmaksi. Laatumittareiden sisällyttäminen sopimukseen vaikutti siellä myönteisesti palvelutuotantoorganisaatioiden laatukuluttuuriin kehittämiseen. (Lillrank & Haukkapää-Haara 2006.) Vertailtaessa eri maita keskenään on kuitenkin huomioitava kansalliset (poliittiset, lainsäädännölliset, institutionaaliset ja kulttuuriset) erot.

Palvelurakenteen kestävä uudistaminen ja palvelujen kilpailutuksen edellytyksenä ovat yhtenäiset arviointikriteerit ja -menetelmät, joita sovelletaan myös oman palvelutuotannon arviointiin (vrt. Kehittyvät tilaaja-tuottajamallit... 2011). Samalla kun tuotetaan arviointitietoa eri osapuolille, tulisi myös arviointikriteerejä ja -menetelmiä kehittää yhteistyössä eri palveluntuottajien ja kuntatilaajan kanssa. Tällä tavoin edesautetaan palvelujen reunaehtoisten yhteisten määrittelyä sekä kysynnän ja tarpeiden yhteensovittamista tulevaisuusorientoituneesti. Näin edistetään myös sopimusohjauksen toimintaperiaatteiden läpinäkyvyyttä sekä tuottajien keskinäistä tasavertaisuutta tilaaja-tuottajayhteistyössä.

2. Käynnissä oleva palvelurakennemuutos ja monituottajamalleihin siirtyminen

Arviointi- ja seurantatiedon vähäisyyteen hyvinvointipalvelujen ulkoistusten vaikutuksista on havahduttu valtakunnallisesti (ks. esim. Savolainen 2010; Vohlonen et al. 2010). Tuoreet selvitykset sekä palveluasumisen että perusterveydenhuollon palveluiden ulkoistuksista osoittavat ulkoistusvaikutusten *monitahoisuuden ja tapauskohtaisuuden*. Yksityisiltä ja kolmannelta sektorilta ostettavat palvelut eivät ole yksiselitteisesti ja kaikissa tutkituissa tapauksissa osoittautuneet kustannustehokkaammaksi tuotantotavaksi verrattuna kunnan omaan tuotantotapaan (ks. Sinervo et al. 2010; Vohlonen et al. 2010; Keinänen et al. 2010). Esimerkiksi Lahdessa tiettävästi kunnan oma palveluasumisen tuotanto on osoittautunut edullisemmaksi ostopalveluihin nähden (Liukko 2007).

Niin ikään tutkimukset palvelutuottajien välisistä eroista hoidon laadun sekä henkilöstön hyvinvointiin liittyvien tekijöiden osalta ovat ristiriitaisia. Esimerkiksi Kouvolassa *ulkoistetun avosairaanhoidon* monitahoinen arviointi osoitti, että kunnan tuottamaan palveluun verrattuna ulkoistaminen ei johtanut talouden eikä myöskään terveyshyödyn kannalta eroihin. Toisin sanoen ulkoistuksen jälkeen ei kahden seurantavuoden aikana havaittu kasvua erikoissairaanhoidon käytössä ja kustannuksissa eikä vastaavasti terveyshyötyjen vähentymistä. Arvioinnin perusteella Kouvolassa ulkoistaminen ja sen sopimuksellinen ohjaaminen toimivat ja tuottivat tuloksia ainakin yhtä hyvin kuin vastaava kunnallinen palvelujen tuotanto. (Vohlonen et al. 2010.) Sen sijaan vastaavalla arviointitavalla toteutettu selvitys osoitti, että Vantaan kaupungin terveyskeskuspäivystyksen ulkoistuksen myötä potilasohjaus ja henkilöstöressurssien käyttö tehostuivat. Samanaikaisesti henkilöstön sairaspöissaolot vähenivät, ja hoidon laatu asiakaskäyntien toistuvuuden vähentymisenä ja jonotusaikojen lyhentymisenä mitattuina parantui. (Keinänen et al. 2010.)

Palveluasumisen tuotantotapoja vertailevan laajan ja juuri julkaistun tutkimuksen mukaan yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välillä oli eroja, mutta selkeää paremmuusjärjestystä tuotantotapojen kesken ei voitu tehdä. Esimerkiksi asukasrakenne oli kunnan yksiköissä moninaisempi, mutta hieman kevyempi verrattuna yksityisten palvelutalojen asukasrakenteeseen. Hoidon laatutekijöitä vertailtaessa muun muassa yksityisissä palvelutaloissa käytettiin vähiten lääkkeitä verrattuna muihin tuotantotapoihin ja vastaavasti kunnan yksiköissä oli käytössä enemmän apuvälineitä. Vastaavasti henkilöstön hyvinvoinnin osalta kuntien palvelutaloissa johtaminen, työtyytyväisyys ja työn hallinta olivat hyvällä tasolla, mutta kuormitus suurta, ja yksityisten palvelutaloissa nämä tulokset olivat päinvastaisia. Lisäksi kustannukset, asukasrakenne, hoidon laatu sekä henkilöstön

2. Käynnissä oleva palvelurakennemuutos ja monituottajamalleihin siirtyminen

hyvinvointiin liittyvät tekijät vaihtelevat selvästi enemmän vertailtujen *palvelumuotojen sisällä* kuin niiden välillä. (Sinervo et al. 2010.)

Tarvitaankin lisää konkreettisia tuloksia ja käytännön kokemuksia monituottajamalleihin siirtymisen hyödyistä, ongelmista sekä ratkaisukeinoista. Tämän julkaisun taustalla olleella Multipro-hankkeella haluttiin osaltaan lisätä ymmärrystä tilaaja-tuottayhteistyöstä, yksityisen ja julkisen palvelutuotannon eroista ja yhtäläisyyksistä sekä keskinäisistä vertailukehittämisen mahdollisuuksista.

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi

Palvelujen laatu ja tuottavuus liittyvät keskeisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen murrokseen ja uusien palvelumuotojen käyttöönottoon. Palvelujen kilpailuttamisen ja tilaaja-tuottajamallin tueksi tarvitaan yhtenäisiä arviointikriteerejä, jotka palvelevat myös palvelutuottajia toimintansa kehittämisessä.

Seuraavassa luvussa teemme lyhyen katsauksen laadun ja tuottavuuden keskeisten ulottuvuuksien arviointiperinteeseen sekä näiden perusteella tunnistettuun tarpeeseen kehittää ja soveltaa *integröivä* arviointitapoja.

3.1 Hyvinvointipalvelujen laadun arviointi ja kehittäminen

Kokonaisvaltaisen laatukäsityksen ja sille pohjautuvien arviointi- ja johtamismallien kehittämisessä sosiaali- ja terveyspalveluissa voidaan tunnistaa ainakin kaksi merkittävää kehitystrendiä: 1) henkilöstön ja johdon näkökulmaa korostavat laatujohtamiselle pohjautuvat laatujärjestelmät ja laatupalkintokriteeristöt sekä 2) palvelun laatu suhteessa asiakkaan toimintakykyyn ja hoidon tarpeeseen sekä asiakaskokemukseen.

Laatujohtaminen ja laatujärjestelmät sosiaali- ja terveyspalveluissa

Elinkeinoelämästä ja teollisuudesta omaksutut laatujohtamisen periaatteet ja laatujärjestelmät ovat levinneet laajasti kunta- ja julkishallinnon organisaatioissa viimeisten parinkymmenen vuoden aikana. Sosiaali- ja terveyspalveluissa on otettu käyttöön kansainvälisiä sekä kansallisia toimialakohtaisia sovelluksia, joista tunnetuimpia lienevät Suomen ja Euroopan laatupalkintokriteerit (EFQM), ISO 9000-standardit, King's Fund (ks. Peiponen 2004) sekä lisäksi itsearviointimenetelmien sovellukset, kuten CAF- ja ITE-arviointi (Holma 2003).

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi

Näiden laatujärjestelmien taustalla on TQM- eli kokonaisvaltaisen laatujohtamisen filosofia. Sen keskeisiä periaatteita ovat asiakaslähtöisyys, prosessiajattelu sekä laadun kytkeminen strategiseen suunnitteluun ja jatkuvaan kehittämiseen. Lähtökohtana on pyrkimys ymmärtää ja kehittää laatua organisaation kaikissa ilmenemismuodoissaan. (Peiponen 2004; Lillrank 1998.)

Sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ymmärretäänkin monitahoisena, joka ilmenee kiteytetysti

- asiakkaiden kokonaisvaltaisena terveydentilana ja toimintakykynä
- hoito- ja hoivaprosessien tavoitteellisuutena ja toimivuutena
- henkilöstön ammattitaitona sekä työyhteisön hyvinvointina ja uudistumiskykynä
- yhteiskunnallisena vaikuttavuutena (ks. esim. Peiponen 2004; Kvist 2004).

Laatujohtaminen voidaan ymmärtää ja omaksua organisaatioissa eri tavoin, kuten:

- itseohjautuvien tiimien ja visionäärisen johtajuuden periaatteiden kautta
- laatujärjestelmille tyypillisenä normatiivisena tehtävänä
- kokonaisvaltaisena johtamistapana.

Viimeksi mainittu näkökulma painottaa organisaation kulttuurin merkitystä ja yhteensovittamista laatujohtamisen periaatteisiin sekä sitä tukevaa systeemiä ja osallistavaa kehittämisotetta (ks. Peiponen 2004.)

Laatujohtamisella tavoitellaan organisaatioiden ja niiden palvelujen suorituskyvyn, tehokkuuden ja joustavuuden parantamista. Näkökulman soveltuvuudesta julkiselle sektorille ja etenkin sosiaali- ja terveystalvelujen laadun arviointiin ja kehittämiseen on oltu montaa mieltä. Yhtäältä sen on todettu tuoneen uusia välineitä kokonaisvaltaisen laadun ymmärtämiseen ja kehittämiseen julkisissa hyvinvointipalveluissa.

Toisaalta soveltamisen ongelmiksi on nostettu muun muassa julkisten organisaatioiden toiminnan monimutkaisuus, mikä johtuu taustalla vaikuttavista keskenään ristiriitaisista intresseistä työnjohdollisen, ammatillisten sekä (poliittisen) päätöksenteon ja menettelytapojen kesken. Tämä perusjännite heijastuu puolestaan riippuvuutena poliittisesta päätöksenteosta, palveltavien sidosryhmien ja asiakkaiden moninaisuutena sekä siten tavoitteiden monitahoisuutena. Niin ikään ongelmaksi on nähty laadun arvostus johdon prioriteeteissa, henkilöstön sitoutuminen sekä ylipäättään monimuotoisten palvelujen vaikea mitattavuus.

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi

Myöskään toiminnan muita reunaehtoja, kuten prosesseja ja tuotantopanoksia, ei usein ole tarkasti määritelty eikä seurattu. (Peiponen 2004; Dey & Hariharan 2006; Rantanen et al. 2007; Fryer et al. 2007.)

Kokonaisvaltaisille laatujohtamisen malleille ja järjestelmille on kuitenkin tarpeita, ja niitä on kehitetty entistä paremmin vastaamaan myös sosiaali- ja terveyspalvelujen reunaehtoja ja erityispiirteitä. Esimerkiksi vanhusten laitoshoidossa palvelujen laadun varmistamista ja kehittämistä on pyritty ohjaamaan valtakunnallisten laatusuosituksen sekä informaatio- ja resurssiohjauksen keinoin (STM 2008). Organisaatiokohtainen laatujohtaminen alkaa olla perusedellytys perusturvapalvelujen tuottajilla, mutta palvelujen laadun jatkuva arviointi ja kehittäminen osana hoito- ja hoivatyötä sekä sen johtamista on edelleen haastavaa. (ks. esim. Laatu laatusuosituksella 2007; Peiponen 2004; Kvist 2004.)

Hoito- ja hoivapalvelujen sisällön mittaaminen (asiakkaan näkökulmasta)

Hoito- ja hoivapalvelun sisällön arviointiin on kehitetty hyvinkin yksityiskohtaisia mittaristoja, joilla voidaan saada täsmällistä ja kokonaisvaltaista tietoa asiakkaan hoidon ja hoivan laadusta. Toisin sanoen niiden avulla voidaan arvioida yksittäisen asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksia. Tietoja voidaan hyödyntää monella tavalla sekä asiakaskohtaisen hoidon suunnitteluun että hoitohenkilöstön resursoinnin suunnitteluun ja ohjaukseen. Vanhusten laitoshoidossa tunnetuimpia asiakkaiden toimintakykyä ja hoidon tarvetta arvioivia mittaristoja ovat tällä hetkellä RAI, RAVA ja Rafaela (Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus 2005). Näiden lisäksi toimintakyvyn eri osa-alueiden ja eri kohderyhmien arvioimiseen on lukuisa joukko mittareita esim. TOIMIVA, Barthelin indeksi, Lawton, Katzin-index jne. Suomessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) pitää yllä kattavaa listaa lukuisista mittareista (käyttötarkoituksineen) TOIMIA-tietokannassa (www.thl.fi). Perusterveydenhuollon puolella on käytössä sekä osin samoja että muita vastaavia hoidon /asiakaskäynnin sisällön mittareita ja luokitusjärjestelmiä. Uusia mittausjärjestelmiä ollaan edelleen kehittämässä (Brommels & Elonheimo 2007).

Laatukeskustelu on myös nykyisin laajentunut *vaikuttavuusnäkökulmalla*. Vaikuttavuuden mittaaminen nähdään vieläkin haastavampana, koska myös sitä voidaan lähestyä hyvinkin eri näkökulmista, kuten henkilön toimintakyynä, terveys biolääketieteellisenä tilana ja terveys kokemuksellisenä tilana. Myös sen ilmeneminen voidaan todeta vasta viiveellä, joten suorien kausaalisuhteiden osoittaminen on vaikeaa. Erityisesti perusterveydenhuollossa keskeinen huomio

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi

on siirtynyt *ennaltaehkäisevään ja omavastuun suuntaan*, mikä haastaa entisestään hoidon laadun ja vaikuttavuuden indikaattoreiden kehittämistä.

Monituottajamalleihin siirtyminen tarjoaa myös palvelutuottajille mahdollisuuden erottautua entistä asiakaslähtöisemmällä palveluillaan. Myös valmisteilla olevassa uudessa terveydenhuoltolaissa korostetaan asiakkaan valinnanvapauden lisäämisen tarvetta. Asiakkaan *kokemukselle* hoivan ja hoidon laadusta annetaan yhä enemmän arvoa. Sen mittaamiseen on kehitetty paljon eri sosiaali- ja terveystoimen aloja palvelevia kysely- ja haastattelumittareita. Suuntana on entistä asiakas- ja käyttäjälähtöisten palvelujen ja niiden kehittämistä tukevien menetelmien kokeilu ja hyödyntäminen. Myös etnografisia menetelmiä, kuten osallistuvaa havainnointia tai päiväkirjoja ja muuta elämäkerrallista aineistoa, on hyödynnetty esim. vanhusten hoito- ja hoivatyön kehittämisessä (ks. Ala-Nikkola 2003).

Yhteenvetona palvelujen laatu sosiaali- ja terveystaloudissa ymmärretään monitahoisena tavoitteellisena toimintana. Se ilmenee käytännössä palvelun sisällön, prosessin ja rakenteiden sekä toimijoiden osaamisen, kokemusten ja osallisuuden ulottuvuuksien kautta. Tässä laajassa määritelmässä yhdistyvät asiakkaan, henkilöstön ja johdon sekä julkisen sektorin viranhaltijoiden ja päätöksentekijöiden näkökulmat.

Viimeisten parinkymmenen vuoden ajan on kokonaisvaltaisen laatuikäsitteen pohjalta kehitetty ja otettu käyttöön erilaisia toimialakohtaisia arviointimalleja ja -menetelmiä. Toimialakohtaisten, alueellisten ja jopa organisaatiokohtaisten laadun arviointimallien vahvuutena on niiden hyödynnettävyys aidosti kohdeorganisaation toiminnan ja johtamisen tukena. Toisaalta yhtenäisten laadun arviointikriteeristöjen ja -menetelmien puuttuessa haasteeksi muodostuu sosiaali- ja terveystaloudia tuottavien organisaatioiden vertailu ja ohjaus tilaajan näkökulmasta, mikä puolestaan on edellytys monituottajamalleihin siirryttäessä.

Muun muassa THL ja Kuntaliitto ovat tehneet pitkäjänteistä tutkimus- ja kehittämistyötä ikääntyneiden laitoshoidon osalta hoito- ja hoivapalvelujen laadun yhtenäisten mittareiden ja niiden käyttöönoton eteen sekä koonneet ainutlaatuisia kansallista arviointitietoa (ks. esim. Kunnalliset palvelut 2003; Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus 2005; Sinervo et al. 2010).

Multipro-hankkeen keskeisenä tavoitteena oli osaltaan kehittää ja kokeilla toimialakohtaisia arviointikriteerejä ja -menetelmiä *paikallisesti* yhteistyössä kuntatilaajan sekä kunnan oman palvelutuottajan ja yksityisen palvelutarjoajan kesken. Tarkoituksena oli kehittää *kansallista arviointitietoa hyödyntävä ja täydentävä* palvelutuottajien kokonaisvaltainen ja vertaileva arviointikonsepti. Siinä

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi

yhdistyvät edellä käsitelty monitahoinen laatonäkökulma sekä seuraavaksi käsiteltävä talousnäkökulma.

3.2 Hyvinvointipalvelujen taloudellinen tarkastelu

Hyvinvointipalvelujen arvioinnissa taloudellinen tarkastelu on nostettu laadullisen tarkastelun lisäksi vahvasti esille osana meneillään olevaa muutosta kohti monituottajamalleja. Julkisella sektorilla, jota hyvinvointipalvelut edustavat, arviointi on tähän mennessä tapahtunut pääasiassa tuottavuutta tarkastelemalla, mikä ei yksin riitä taloudellisen arvioinnin mittariksi. Tuottavuuden mittaaminen ei ole aivan yksinkertaista, ja sille läheisiä käsitteitä löytyy useita: tehokkuus, taloudellisuus, tuloksellisuus ja vaikuttavuus. Seuraavassa on tarkoitus avata näiden käsitteiden määritelmiä, niiden heikkouksia ja vahvuuksia sekä käsitteiden välisiä suhteita.

Tuottavuus-käsite voidaan määritellä aikaansaadun tuotoksen ja tuotoksen aikaansaamiseksi käytettyjen panosten väliseksi suhteeksi (Hjerppe & Luoma 2003; Rusila 2010). Tämä tuottavuuden määritelmä kuulostaa yksinkertaiselta, mutta tuottavuuden mittaamisessa sosiaali- ja terveystaloudissa on useita ongelmakohtia (taulukko 2).

Taulukko 2. Tuottavuuden mittaamisen ongelmakohtia sosiaali- ja terveystaloudissa. (Mukaiillen Kunnalliset palvelut. Terveystalouden- ja vanhustenhuollon tuottavuus 2003.)

Ongelma	Mitä käytännössä tarkoittaa?
Laajuus	Tuottavuutta voidaan tarkastella useilla tasoilla (kansantalous, toimiala, organisaatio)
Arvonlisäys	Tuotannosta kehittyvän arvonlisäyksen määrittely ei ole yhtä helppoa kuin yksityisellä sektorilla
Hinnoittelu	Vertailuhintojen saaminen julkisella sektorilla on vaikeaa ja hinnat usein säädeltyjä
Tuottavuuden nosto vaikuttamatta laatuun	Jos tuottavuutta mitataan ainoastaan yksikkökustannuksin, esim. hoitotakuun noudattaminen nostaa kustannuksia ja siten alentaa tuottavuutta
Muutokset tuottavuuden kohteissa eli asiakkaissa	Asiakkaiden kunnan heikkeneminen vaatii enemmän hoitopäiviä, jolloin tuottavuuden pitäminen samalla tasolla edellyttäisi myös henkilöstömäärän pitämistä samalla tasolla
Tuotoksen määrittely	Tuotoksen määrittely perustuu hoitopäiviin tai asiakasmääriin, jolloin laatu ja hoidon intensiteetti eivät näy
Panoksen määrittely	Panoksen määrittely perustuu kuntien tilinpäätöksiin ja tuloslaskelmiin, joissa laskentakäytäntöjen kirjallisuus aiheuttaa vertailtavuus-ongelman

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi

Ensinnäkin tuottavuuden mittaamisessa ongelmallista on käsitteen laajuus, koska sitä voidaan mitata useilla eri tasoilla. Tuottavuustarkastelussa tasona voi olla koko kansantalous, toimiala, kuten terveydenhuolto, tai yksittäinen organisaatio, kuten terveyskeskus. Ongelmalliseksi tuottavuuden mittaamisen sosiaali- ja terveyspalveluissa tekee myös tuottavuus -tulosten vertailu yksityiseen sektoriin. Sosiaali- ja terveyspalvelujen, kuten muidenkin julkisten palvelujen, tuottavuuden mittaamisessa pitäisi pystyä arvioimaan perinteisen tuotos/panos -suhteen lisäksi tuotannosta kehittyvä arvonlisäys, mikä yksityisellä puolella on helpommin määritettävissä. Lisäksi vertailuhintojen saaminen julkisella sektorilla on yksityistä sektoria ongelmallisempaa, ja käytössä ovat lähes poikkeuksetta säädellyt hinnat. (Parjanne 2003.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa kehitystrendinä (vuosituhannen vaihteessa) on ollut tuottavuuden lasku mm. vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa, mikä on osaltaan selitettävissä asiakasrakenteen muuttumisella huonokuntoisemmaksi ja enemmän hoitoa vaativaksi (Kunnalliset palvelut 2003; VATT 2010). Tulevaisuudessa suurten ikäluokkien ikääntymisen myötä tilanne muuttuu entistä haastavammaksi palvelujen laadun ja tuottavuuden näkökulmasta. Vanhusten ja heidän hoidon ja avun tarpeen lisääntyessä sekä palvelujen laatuksien tiukentuessa, paineita on kasvattanut henkilöstöresursseja, joka ainakin tilapäisesti heikentäneet tuottavuutta. Toisaalta tutkimuksissa ei ole yksiselitteisesti pystytty osoittamaan laadun ja tuottavuuden välisiä yhteyksiä; panostaminen tuottavuuteen ei välttämättä heijastu laadun heikkenemisenä ja päinvastoin (Laine 2005).

Tuotos ja panos -mittareiden määrittely on sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottavuutta mitattaessa ollut hyvin kaavamaisista. Tuotosta on mitattu Tilastokeskuksen ja hallituksen raportteja mukaillen hoitopäivinä tai asiakasmäärinä, jolloin laatu ja hoidon intensiteetti jäävät mittauksen ulkopuolelle, mikä saattaa vääristää tuottavuustulosta. Samoin panos on laskettu kuntien tilinpäätöksistä ja tuloslaskelmista, joiden vertailtavuutta heikentää laskentakäytäntöjen kirjavuus. (VATT 2010, Lahtinen & Laine 2003.)

Tuottavuus sosiaali- ja terveyspalveluissa ei siis ole yksinkertaisesti mitattavissa. Näin ollen olennaista on ymmärtää ja tehdä entistä läpinäkyvämmäksi palvelujen ja palvelurakenteiden monitahoisia panos-tuotos-vaikutus -suhteita, jotta voitaisiin entistä paremmin arvioida ja kehittää hyvinvointipalveluja sekä laadun että tuottavuuden kannalta asiakaslähtöisesti ja inhimillisesti. Asiakkaalla voidaan ymmärtää sekä palvelujen tilaajaa että loppukäyttäjää eli viime kädessä kansalaisia.

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi

Tehokkuus-käsite on tuottavuutta suppeampi käsite, ja sitä mitataan aina suhteessa parhaaseen mahdolliseen tuottavuuteen. Mitä lähempänä suurinta mahdollista tuottavuustasoa yksikkö toimii, sitä tehokkaampi se on. Tuotannollinen tehokkuus kuvaa siis sitä, kuinka paljon panoksia kulutetaan yhden tuotosyksikön aikaansaamiseen. (Hjerpe & Luoma 2003.) Rantanen (2005) määrittelee tehokkuuden yrityksen tai muun tarkasteluyksikön kyvyksi saavuttaa asetetut tavoitteet annetussa ajassa. Tehokkuus jaetaan usein kahteen alakäsitteeseen; allokatiiviseen tehokkuuteen ja kustannustehokkuuteen. Allokatiivinen tehokkuus kuvaa sitä, kuinka hyvin tuotettujen palvelujen rakenne vastaa palvelun käyttäjien mieltymyksiä. Kustannustehokkuus kuvaa nimensä mukaisesti kykyä tuottaa määrättyt palvelumäärät mahdollisimman alhaisin kustannuksin. (Hjerpe & Luoma 2003.)

Tehokkuutta on sosiaali- ja terveystaloudessa hankalaa vertailla luotettavasti eri tarkasteluüksiköiden välillä, ellei asiakasrakennetta pystytä vakioimaan. Tässä vakioinnissa on vanhuspalveluissa käytetty hyväksi asiakkaiden toimintakykyä kuvastavaa RAVA- tai RAI-indeksiä ja perusterveydenhuollossa jonkin verran APR-indeksiä. Tehokkuuden mittaamisessa, kuten tuottavuudenkin mittaamisessa, ongelmallista on vertailtavuuden lisäksi laadun huomiointi. Tehokaskaan toiminta ei ole hyväksyttävää, jos hoito on huonolaatuista. Hoidon laatua kuvaavien tietojen yhdistämisellä tarkasteluüksikön toimintaa ja kustannuksia kuvaaviin tietoihin voidaan tarkastella tehokkuuden, laadun, toimintaympäristön sekä henkilöstömäärän keskinäisiä yhteyksiä. (Lahtinen & Laine 2003.)

Taloudellisuus kuvaa sitä, kuinka edullisesti jokin tuotos saadaan aikaan. Taloudellisuutta voi olla saada aikaan suurempi tuotos nykyisillä kustannuksilla tai haluttu tuotos aiempaa alhaisemmilla kustannuksilla. (Rantanen 2005.) Mikä sitten on taloudellisuuden ja tuottavuuden välinen suhde? Mikäli taloudellisuudessa panoksia ja tuotoksia mitataan teknis-fyysisin mittarein, taloudellisuus vastaa täysin tuottavuuden määritelmää. Käsitteiden välinen ero tulee esiin siinä tilanteessa, jos taloudellisuuden määrittelyssä panosta mitataan rahamääräisin mittarein eli kustannuksin. (Neilimo 1972.)

Vaikuttavuus tarkoittaa saavutettujen vaikutusten ja tuotosten välistä suhdetta. Vaikuttavuuden ongelmana on se, että se näkyy usein vasta pidemmällä aikavälillä ja saattaa siksi jäädä havainnoimatta. (VATT 2010; Pekkola et al. 2008; Rautiainen 2004.)

Tuloksellisuus on yläkäsite tuottavuudelle, taloudellisuudelle ja vaikuttavuudelle. Tuloksellisuudella tarkoitetaan vaikutusten ja panosten välistä suhdetta.

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi

Toiminta on siis sitä tuloksellisempaa, mitä lähempänä tuotos on asetettua tavoitetta. (Pekkola et al. 2008; Rautiainen 2004.)

Kuten edellisestä käsitteiden vertailustakin saimme huomata, terveystaloustieteellisessä tutkimuksessa tuottavuutta ja siihen läheisesti liittyviä käsitteitä on kritisoitu etenkin operatiivisen hoito- ja hoivatyön johtamisen tasolla siitä, että ne ovat varsin yksioikoisia, eivätkä kuvaa todenmukaisesti hoito- ja hoivatyön monitahoisia panos-tuotos-vaikutus-suhteita. Näiden tilastollisten tunnuslukujen taakse kätkeytyy paljon toiminnan taloudelliseen suoriutumiseen keskeisesti vaikuttavia tekijöitä, kuten hoito- ja hoivatyön organisointi sekä henkilöstön keskinäinen työnjako.

Monituottajamalleihin siirryttäessä kunnissa sekä palvelutuottajien tasolla on kasvavia tarpeita systemaattisen kustannus seurannan toteutukseen ja hyödyntämiseen ohjauksen välineenä tilaaja-tuottajayhteistyön eri tasoilla. Tämä edellyttää palvelujen kustannusrakenteen erittelyä erityisesti kuntapuolella palvelujärjestelmän eri tasoilla, kuten toimialan (avoterveydenhuolto, vanhustyö) ja tuotantoyksikköjen (terveysasemat, palvelutalot) osalta. Samalla mahdollistuu henkilöstön kustannustietoisuuden lisääminen, kun taloudellinen seuranta otetaan luontevaksi osaksi toimintasuunnittelua ja seurantaa palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla.

Tilastollisten tunnuslukujen taakse kätkeytyneiden taloudelliseen suoriutumiseen vaikuttavien tekijöiden esille tuomisen ja systemaattisemman kustannus seurannan tarpeisiin pyrittiin vastamaan Multipro-arviointikonseptia kehitettäessä. Palvelujen arviointiin sisällytettiin laadullisen näkökulman ohella pelkkää tuottavuuden mittaamista laajempi taloudellinen tarkastelu. Taloudellinen tarkastelu toteutettiin *toimintoperusteisen kustannuslaskennan (Activity-Based Costing, ABC)* avulla, jossa on kyse prosessien aikaansaamiseksi tarvittavista toiminnoista ja niiden kuluttamista resursseista sekä näistä aiheutuvista kustannuksista. Toimintoperusteisessa kustannuslaskennassa kohdeorganisaatioiden toimintaa tarkastellaan erilaisina prosesseina, jotka kuluttavat eri tavoin resursseja. Toimintoperusteinen kustannuslaskenta valittiin projektissa menetelmäksi, koska sen avulla saadaan perinteistä kustannuslaskentaa paremmin huomioitua laajuus ja laskentakäytäntöjen kirjavuusongelmat taloudellisessa tarkastelussa. ABC-laskennan avulla kustannuksia saadaan kohdistettua aiheuttamisperiaatetta noudattaen juuri sille toiminnolle, joka niitä on kuluttanut, ja sitä kautta tarkemmat kustannustiedot kaikilta toimintatasoilta organisaatiossa. (Uusi-Rauva et al. 1994.) Toimintoperusteinen kustannuslaskenta, ja varsinkin sen operatiivinen hyödyn-

täminen, edellyttää hyvin tehtyä resurssitarkastelua, joka arviointityössä toteutettiin työajanseurannan avulla.

Toimintoperusteisella kustannuslaskennalla ja työajanseurannalla päästään hoito- ja hoivatyön taloudelliseen vertailtavuuteen vaikuttavien tekijöiden ääreen, eli *millainen on kohdeorganisaatioiden organisointitapa ja miten hoitohenkilöstön työaika jakautuu*. Esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa laatusuosituksen mukaiset henkilöstömitoitukset ja rakenteet voivat käytännössä toteutua varsin eri tavoin riippuen siitä, miten hoitohenkilöstön työaika todellisuudessa jakaantuu asukkaaseen kohdistuvan hoitotyön (perushoiva, viriketoiminta, saattohoito, saattajapalvelu, sairaanhoito, lääkehoito), muun välittömän työn (siivous, ruokailu, vaatehuolto) sekä välillisen työn (hoidon suunnittelu, toiminnan kehittäminen, raportointi) kesken. Palvelujen kustannusrakenteita ja hinnoittelua tulee siis avata sekä suhteuttaa yhtäältä toiminnan organisointiin ja työnjakoon sekä toisaalta toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin ja reunaehtoihin.

3.3 Tarve palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden rinnakkaiseen arviointiin ja kehittämiseen

Kuten edellä on kuvattu kiteytyneesti, hyvinvointipalvelujen laatu- ja tuottavuuskeskustelua on käyty paljon toisistaan irrallaan, ja myös kehitetyt arviointi- ja johtamismenetelmät ovat paljolti eriytyneet. Riskinä organisaatiossa saattaa olla, että tuottavuutta kehitetään laadun kustannuksella, tai toisinpäin (ks. Laine 2005).

Tarvetta on laadun ja taloudellisen suoriutumisen kokonaistarkasteluun. Viime vuosina onkin suuntauduttu nämä näkökulmat integroivien arviointi- ja johtamismallien kehittämiseen ja niiden käyttöönoton tutkimukseen.

Yksi kuntasektorilla paljon hyödynnetty johdon työkalu on tasapainotettu mittaristo (Balanced Scorecard, BSC), jossa yhdistyvät prosessi-, henkilöstö-, asiakas- ja talousnäkökulmat. Tasapainotettu mittaristo on alun perin ollut liikeyritysten strategisen johtamisen työkalu täydentämään perinteisiä rahataloudellisia mittareita, mutta nykyisin se on laajasti käytössä myös julkisella sektorilla sekä kuntatason strategiatyössä että toimialakohtaisesti esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluissa. Balanced scorecardin vahvuus on mittariston keksijöiden, Kaplanin ja Nortonin (1996), mukaan sen kyky muodostaa pelkästä mittaamissysteemistä johtamisjärjestelmä, jota voidaan käyttää erilaisten organisaatioiden strategian kirkastamiseen ja viestimiseen koko organisaatioille, strategian sekä henkilökohdainten ja osaston tavoitteiden yhdistämiseen, strategiseen arviointiin sekä oppimiseen ja strategian parantamiseen.

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tasapainotetun mittariston vahvuudet ovat siinä, että työkalu lisää toiminnan läpinäkyvyyttä, selkeyttä ja vastuuta potilaista, sekä tukee henkilökunnan toimintaa (Hasu 2009; Kuntatyönantajat 2008, Simonen 2004, Niskanen & Tuomi 2000). Myös tuoreissa perusterveydenhuollon eri tuotantotapoja vertailevissa arviointitutkimuksissa BSC-malli todettiin toimivaksi arviointimalliksi, joskin soveltuvien mittareiden ja indikaattorien suhteen tunnistettiin vielä kehittämistarpeita (Keinänen et al. 2010; Jylhäsaari 2009; Vohlonen et al. 2010).

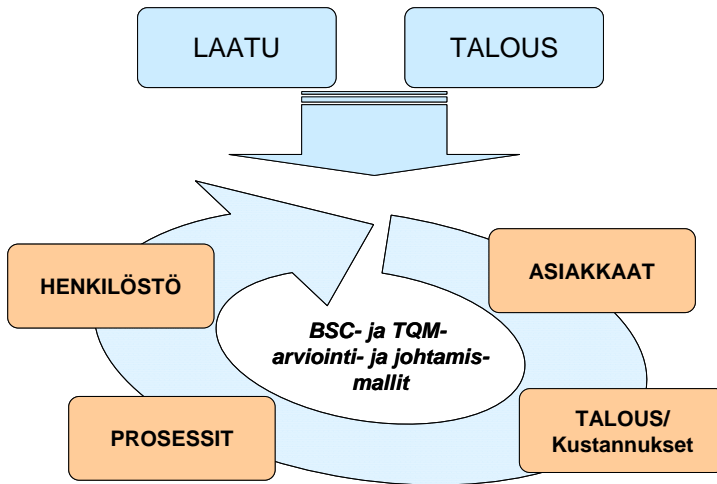
Tasapainotettua mittaristoa sovellettiin myös Multipro-hankkeessa terveys- asemapalvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arvioinnissa, jonka kuvaamme luvussa 5.

Vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa muun muassa, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella, on tehty pitkäjänteistä tutkimus- ja kehitystyötä integroivan lähestymistavan kehittämisessä pohjautuen edellä mainittuihin RAI-, tuottavuus- sekä hoitotyön organisointia ja henkilöstön työhyvinvointia koskeviin ulottuvuuksiin (Pekkarinen et al. 2004; Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus 2005; Sinervo et al. 2010). Toisen esimerkin *toimialakohtaisesta* palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden integroivasta arviointikehyksestä tarjoaa Peiposen (2004) vanhusten ympärivuorokautisen laitoshoidon laatukriteeristö, joka sisältää myös taloudellisen tarkastelun. Arviointimalli pohjautuu aiemmin kuvattuihin laatujohtamisen periaatteisiin ja Euroopan laatupalkinto-kriteereihin. Siihen on myös sisällytetty aiemmin kuvatut asiakkaiden hoitoisuutta ja toimintakykyä mittaavat RAVA- ja RAI-indikaattorit.

Tätä integroivaa arviointikehystä sovellettiin toisessa Multipro-hankkeemme kohteessa, eli tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisen tekijöiden arvioinnissa, jonka kuvaamme luvussa 6.

Kuvaan 3 on kiteytetty kokonaisvaltaisen arviointimallimme keskeiset käsitteet, joista arviointikriteerit ja -indikaattorit on johdettu tarkempien viitekehysten ja arviointikohteiden mukaisesti (ks. luvut 5 ja 6).

3. Palvelujen laadun ja taloudellisten tekijöiden arviointi



Kuva 3. Kokonaisvaltaisen arviointimallin keskeiset käsitteet.

4. Vertaileva, moniääninen ja kehittävä arviointiprosessi

Palvelujen kilpailutuksen ja monituottaja-ajattelun omaksumisen myötä myös arvioinnin tarkoitus ja tavoitteet ovat moninaistuneet: perinteistä kuvailevaa itsearviointia ja normatiivissävyyistä arviointia tulee laajentaa moniääniseen, vertailevaan ja kehittäväan arviointiotteeseen.

Palvelujen osto yksityisiltä ja kolmannen sektorin palvelutuottajilta luo mahdollisuuksia ja myös paineita kehittää kunnan omaa palvelutuotantoa. Multipro- arviointityön kaltainen *ulkopuolisen toteuttama ja eri palvelutuotantotapoja vertaileva arviointi* tarjoaa arviointitiedon ja kehittäväan arviointiprosessin lisäksi arviointikonseptin, joka kattaa koko palveluverkoston eri osapuolet kuntatilaa- jasta palvelutuottajien omiin yhteistyökumppaneihin ja loppuasiakkaaseen asti. Eri palvelutuottajia ja tuotantotapoja hyödyntävän monituottajamallin tavoitteena on vastata entistä paremmin asiakkaiden moninaisiin palvelutarpeisiin. Haaste on erityisen ajankohtainen kahdessa tässä julkaisussa kuvatussa sovelluskohteessa; yhtäältä tehostetussa palveluasumisessa ikääntyvän väestön kasvaessa ja toisaalta avoterveydenhuollon palveluissa kunnallisten terveysasemien lääkäri- vajeen vuoksi. Kunnallisten ja yksityisten palvelutuottajien vertailevalla ja kehittä- vällä arvioinnilla sekä entistä läpinäkyvämmällä tilaaja-tuottajayhteistyöllä pystytään parhaiten vastaamaan näihin tulevaisuuden haasteisiin.

Vertaileva ja rinnakkainen arviointi

Kuten edellä on kuvattu, monituottajamallien soveltaminen lisää tarvetta palvelu- tuottajien väliseen vertailuun. Vertailua tarvitaan alueellisella tasolla palvelu- jen kilpailuttamisen ja tilaaja-tuottajayhteistyön tueksi sekä valtakunnallisella tasolla seurannan ja poliittisen päätöksenteon tueksi.

Palvelutuottajien keskinäinen vertailu on todettu hyödylliseksi tavaksi arvioida omaa suoriutumista ja toimintatapoja sekä niiden kehittämistarpeita suhteessa

4. Vertaileva, moniääninen ja kehittävä arviointiprosessi

vastaaviin palvelutuottajiin. Sen ei kuitenkaan tulisi olla perinteinen auditointi, vaan pikemmin *jatkuva käytäntö osana palvelujen arviointia ja uudistamista* (Kay 2007). Sinervo ym. puhuvatkin vertailukehittämisestä (Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus 2005). Vertaileva arviointi tukee siten avointa ja kriittistä työtettä sekä lisää ymmärrystä organisaation toimintatapojen perusteista, syy-yhteyksistä ja reunaehdoista. Se edesauttaa erilaisten vaihtoehtoisten toimintatapojen arviointia sekä oppimiskokemusten jakamista niin organisaation sisäisesti kuin palvelutuottajien kesken. Oppimalla muiden virheistä ja onnistumisista kyetään paremmin kohdistamaan kehityspanokset ja edesauttamaan uudistusten toteuttamista (Kay 2007.) Kuten edellä todettiin, vertaileva arviointi edellyttää ensinnäkin *yhtenäisiä arviointikriteerejä* ja -menetelmiä. Lisäksi se edellyttää *monenkeskistä avoimuutta* ja sitoutumista vertailutietojen jakamiseen osapuolten kesken. Samalla esimerkiksi alueellisella tasolla se luo edellytyksiä näiden kriteerien ja palvelutason *yhteiselle (uudelleen) määrittelylle* kuntatilaajan ja palvelutuottajien kesken. Järjestäjävastuullisena kuntatilaajan on kuitenkin varmistettava, että palvelutaso on lain ja säädösten mukaista (vrt. Kay 2007).

Monitasoinen ja moniääninen arviointi

Monituottajamallien soveltaminen edellyttää rakenteellisia ja toimintatavallisia muutoksia läpi palvelujärjestelmän kuntatilaajasta palvelutuottajiin, mikä loppuasiakkaille eli kuntalaisille, voi käytännössä näyttäytyä palvelutason heikkene misenä tai parantumisena. Tämän *systemisen* muutoksen vuoksi on perusteltua, että palvelujen arviointi ja uudistaminen ulotetaan palvelujärjestelmän kaikille tasoille (ks. Kivisaari et al. 2009). Arviointiin tulisi sisällyttää kaikki keskeiset osapuolet, intressi- ja toimijatahot, jotta voidaan muodostaa kokonaiskuva nykyisestä palvelutasosta, mutta myös nostaa *esiin ristiriitaiset näkemykset* ja seikat, jotka estävät asetettujen tavoitteiden saavuttamisen palvelujärjestelmän eri tasoilla. Samalla tavoin moniääninen arviointi edesauttaa ymmärtämään osapuolten näkemyksiä sekä *jakamaan kehitysideoita* ja -mahdollisuuksia (ks. Kivisaari et al. 2009.) Palvelutuottajien vertailevassa arvioinnissa keskeisiä osapuolia ovat loppuasiakkaat, palvelutuottajien henkilöstö ja johto, sekä kuntaorganisaation linjajohto, tilaajataho ja kuntapäätäjät. Viimeksi mainitut viime kädessä luovat edellytykset arvioinnin toteuttamiselle eri tasoilla.

4. Vertaileva, moniääninen ja kehittävä arviointiprosessi

Kehittävä arviointiprosessi

Tilaaaja-tuottajayhteistyön eri osapuolet voidaan sitouttaa ja valtuuttaa arvioimaan ja kehittämään toimintaansa kehittävän arviointiprosessin avulla. Osapuolet eivät siten ole ainoastaan arviointitiedon tuottajia, vaan heidän tehtävänä on myös arviointitiedon *työstäminen vaiheittain ja eri tasoilla* uusien ratkaisujen suunnittelemiseksi, kokeilemiseksi ja omaksumiseksi osana päivittäistä toimintaa. Monipuolisen arviointitiedon lisäksi opitaan siis samalla entistä vuorovaikutteisempaa ja suunnitelmallisempaa *arviointi- ja kehittämistapaa* sekä arviointimenetelmiä. (vrt. Syvänen et al. 2008; Lappalainen & Nuutinen 2010.) Näin luodaan edellytyksiä myös radikaalimmille ja monitahoisemmille uudistuksille (vrt. Kivisaari et al. 2009).

Arviointi on siten pikemminkin *tulevaisuusorientoitunutta*, vaikka siinä hyödynnetään myös historiatietoa. Arviointitieto on aina aikasidonnaista, mikä koo-rostuu käynnissä olevassa kuntapalvelujen muutoksessa. Siten arviointia ei voi rajoittaa nykyisen palvelutason arviointiin, vaan se tulee suhteuttaa tulevaisuuden asiakastarpeiden, muuttuvien reunaehtojen ja avautuvien mahdollisuuksien tarkasteluun (vrt. Lappalainen & Nuutinen 2010.) Tällaisessa ennakoivassa arvioinnissa voidaan hyödyntää tilastotietoa vaihtoehtoisista alueellisista pitkän jätteen skenaarioista. Niin ikään roadmapping-työskentelyn keinoin voidaan yhdessä tunnistaa tulevaisuuden palvelukysynnän muutoksia sekä niihin vastaavia vaihtoehtoisia palvelustrategioita ja palvelumalleja (vrt. Kallio et al. 2011; Petäkoski-Hult & Kanto-Hannula 2007).

Kiteytetysti Multipron vertailevaa, moniäänistä ja kehittävää arviointityötä voidaan **hyödyntää** seuraaviin tilanteisiin:

- ulkoistuspäätösten tueksi tai niiden vaikutusten arvioimiseen
- tilaaaja-tuottajayhteistyön kehittämiseen
 - palvelutuottajien keskinäiseen vertailuun ja oppimiseen
 - arviointikriteerien ja -menetelmien yhtenäistämiseen
 - seuranta- ja ohjauskäytäntöjen kehittämiseen
 - palvelutarjoaman kehittämiseen suhteessa kysynnän muutoksiin
- kunnan omien palvelutuottajien keskinäiseen vertailuun
- yksityisen palvelutuottajien omien yksiköiden rinnakkaiseen vertailuun.

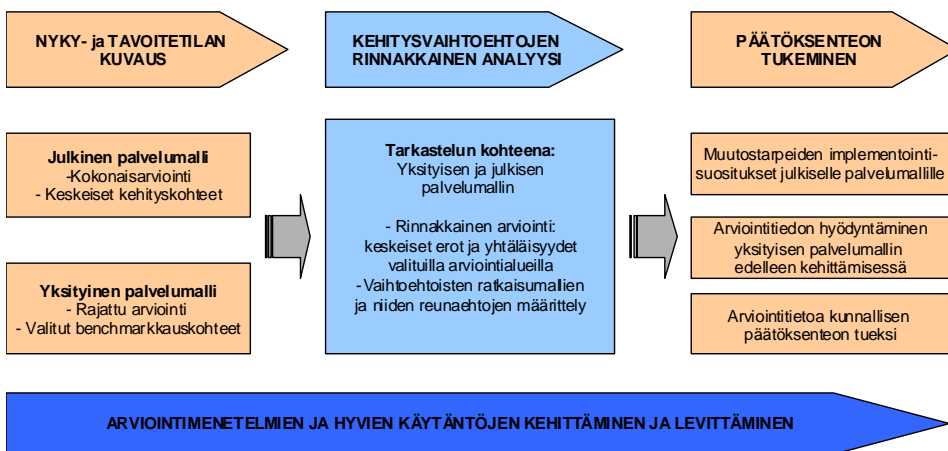
Multipro-hankeessamme kehitettiin ja kokeiltiin tällaista arviointiotetta kahdessa erityyppisessä kohteessa terveysasemapalveluissa sekä tehostetussa palveluasumisessa. Vaikka kohteena ovat erilaiset palvelut, taustalla on yhtenäinen ar-

4. Vertaileva, moniääninen ja kehittävä arviointiprosessi

viointiasetelma. Fokus on yksityisen ja julkisen palvelumallin vertailevassa arvioinnissa ja tilaaja-tuottajayhteistyön tukemisessa.

Arviointityön **toteutustapa on** karkeasti seuraava:

- 1) valittujen palvelumallien arviointi: julkisen palvelumallin kokonaisarviointi ja yksityisen palvelumallin rajatumpi arviointi
- 2) palvelumallien rinnakkainen tarkastelu sekä kehityskohteiden ja vaihtoehtoisten ratkaisujen yhteistoiminnallinen määrittely
- 3) palvelutuottajien uudistumisen tukeminen arviointiprosessilla sekä siinä syntyneellä arviointitiedolla ja kehitysehdotuksilla/suunnitelmalla
- 4) tilaaja-tuottajayhteistyön edistäminen sekä kunnallisen päätöksenteon tukeminen arviointitiedon ja vuorovaikutteisen arviointiprosessin avulla
- 5) samanaikaisesti nykyisten arviointimenetelmien ja hyvien käytäntöjen kehittäminen ja levittäminen (ks. kuva 4).



Kuva 4. Arviointiote yksityisen ja julkisen palvelumallin vertailevaan arviointiin.

Seuraavassa kuvataan tämän Multipro-arviointikonseptin kaksi sovellusta sekä niiden keskeiset opit ja hyödyt. Ensin esitellään Tampereen kaupungin kanssa toteutettu terveysasematoiminnan vertaileva arviointi ja tämän jälkeen Porin kaupungin kanssa toteutettu tehostetun palveluasumisen vertaileva arviointi.

5. Sovellus: terveysasematoiminnan laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Tampereella

5.1 Lähtökohta ja tavoitteet

Tampereen kaupungin terveysasemat ovat saamassa uusia tiloja Länsi-Tampereella lähivuosina, ja samalla terveysasemien toimintaa organisoidaan uudelleen työparimallin mukaiseksi. Tällä hetkellä oman palvelutuotantonsa lisäksi Tampereen kaupunki tilaa terveyskeskuspalveluita myös kahdelta yksityiseltä palvelutuottajalta. Toinen näistä on Pihlajalinnan omistama Omapihlajan terveysasema, joka sijaitsee Tampereen keskustassa. Omapihlaja toimii jo tällä hetkellä työparimallilla (lääkärin ja hoitajan muodostama työpari) ja panostaa sen jatkuvaan kehittämiseen. Tästä syystä Tampereen kaupunki palvelujen tilaajana oli erityisen kiinnostunut arvioimaan Omapihlajan toimivuutta ja haasteita.

Näistä lähtökohdista käynnistettiin keväällä 2009 projekti, jonka tavoitteena oli arvioida terveysasemien vaihtoehtoisia toimintamalleja sekä arvioida yksityisen palveluntuottajan ja kaupungin yhteistyön toimivuutta. Tarkastelun kohteeksi valittiin Omapihlajan terveysaseman lisäksi samankokoinen Lielahden terveysasema, jossa lääkäreillä ja hoitajilla on itsenäisemmät roolit perinteisen toimintamallin mukaisesti. Julkiseen palvelutuotantomalliin pohjautuva Lielahden terveysasema toimii hankkeen pilottikohteena edustaen kaupungin omaa palvelutuotantoa. Yksityinen Pihlajalinnan terveysasema toimii vertailukohteena, josta haettiin hyviä toimintatapoja sovellettavaksi myös julkisella terveysasemalla. Vertailuasetelmaa tukee yksiköiden lähes yhtä suuri väestövastuu ja ikäjakaumaltaan lähes samanlainen asiakasprofiili. Arviointityö käynnistyi toukokuussa 2009 ja päättyi marraskuussa 2010.

5. Sovellus: terveysasematoiminnan laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Tampereella

Arviointi kohdistettiin erityisesti kolmeen päänäkökulmaan:

- julkiseen ja yksityiseen palvelutuotantoon
- työparityöskentelyyn ja perinteiseen terveysaseman toimintatapaan
- keskitetyn ja terveysasemakohtaisen ajanvarausjärjestelmän arviointiin asiakkaan näkökulmasta.

5.2 Lielahden terveysasema

Tampereen kaupungissa asuu noin 210 000 kaupunkilaista. Tilaaja-tuottajamallin mukaisesti palvelun tuotanto on eriytetty siten, että kaupungin tilaajapuoli tilaa tarvittavat palvelut ja tuottajapuoli tuottaa palvelusopimusten mukaiset palvelut. Tämä toimintatapa mahdollistaa palveluiden tilaamisen myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Palvelutuotantoa ohjaa palvelusopimus, jossa määritellään palvelut perustuen keskeisiin lakeihin ja viranomais määräyksiin sekä kaupungin strategioihin ja ohjelmiin.

Tampereella on 11 omaa ja 2 ulkoistettua terveysasemaa, jotka vastaavat omien alueidensa asukkaiden perusterveydenhuollon palveluista. Valtaosa Tampereen terveysasemista on edelleen kuntaomistuksessa, kuten myös Lielähti, joka edustaa tässä tutkimuksessa julkista palvelutuotantoa. Julkinen terveysasema on sidoksissa koko kaupungin palveluorganisaatioon. Yksittäisellä terveysasemalla on vastaava lääkäri ja vastaava hoitaja, jotka vastaavat toiminnasta terveysasemalla. Koko kaupungin vastaanotto toimintaa ohjaa vastaanotto toiminnan hallinto, johon kuuluu ylilääkäri, apulaisylilääkärit sekä ylihoitaja. Vastaanotto toiminta puolestaan kuuluu osaksi avopalveluiden organisaatiota, jonka hallinnossa työskentelee noin 40 henkilöä. Kaupungin palvelutuotannon ylemmällä tasolla vastaanotto toiminta lasketaan osaksi hyvinvointipalveluiden organisaatiota. Suuri organisaatio edellyttää säännöllistä raportointia asetettujen mittareiden ja budjet-tiseurannan suhteen.

Terveysasemien toimintaan liittyy olennaisesti myös Terveyspalveluiden neuvonta (myöhemmin TPN). Tämä on keskitetty puhelinpalvelu, joka tarjoaa neuvonta- ja ajanvarausnumeron kaikille terveysasemilla asioiville potilaille. Terveyspalveluiden neuvonnan kautta tapahtuu myös päivystysaikainen hammashuollon ajanvaraus.

Lielahden terveysasema palvelee Tampereella Lielahden, Lintulammen, Ryydynpohjan, Pohtolan, Niemen ja Lentävänniemen asukkaita. Lielahden väestövastuu on 10 890 henkeä (2009). Terveysasemalla on ”perinteinen toimintatapa”

5. Sovellus: terveysasematoiminnan laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Tampereella

eli tiimityömalli, jossa lääkäri-hoitaja työpareja ei ole nimetty. Ajanvaraus tapahtuu soittamalla terveystalouden neuvontaan. Asemalle voi saapua myös ilman ajanvarausta, jolloin potilas ohjataan sairaanhoitajan vastaanotolle ja tätä kautta tarvittaessa lääkärin vastaanotolle. Lielahden terveysaseman henkilökuntaan kuuluu viisi omalääkärinä, kaksi sairaanhoitajaa, kaksi terveyskeskusavustajaa ja välinehuoltaja sekä saneluiden käsittelijä.

5.3 Pihlajalinnan terveysasema

Osa Tampereen kaupungin perusterveydenhuollon palveluista ostetaan yksityisiltä lääkäriasemilta. Tällä hetkellä julkisten terveysasemien lisäksi on kaksi ulkoistettua terveysasemaa, joista toinen on Omapihlajan terveysasema. Omapihlaja on osa Pihlajalinnaa Oy:tä, joka on käynnistänyt toimintansa vuonna 2001. Yrityksellä on useita lääkäriasemia eri puolilla Suomea. Pihlajalinnan yhtenä tavoitteena on uusien toimintamallien kehittäminen suomalaisen terveydenhuoltoon. Omapihlaja aloitti toimintansa huhtikuussa vuonna 2007. Tampereen kaupungin kanssa on tehty kolmevuotinen sopimus yhden lisävuoden optiolla siitä, että Omapihlaja tuottaa sairaanhoitaja- ja yleislääkäripalvelut sopimuskauden ajan määritellylle väestön osalle, joka oli vuonna 2009 yhteensä 11 107 henkeä. Omapihlajan väestövastuualue on koottu eri puolilta kaupunkia, millä on pystytty keventämään olemassa olleiden asemien suurta kuormitusta. Omapihlaja sijaitsee Kehräsaarella, Tampereen keskustassa.

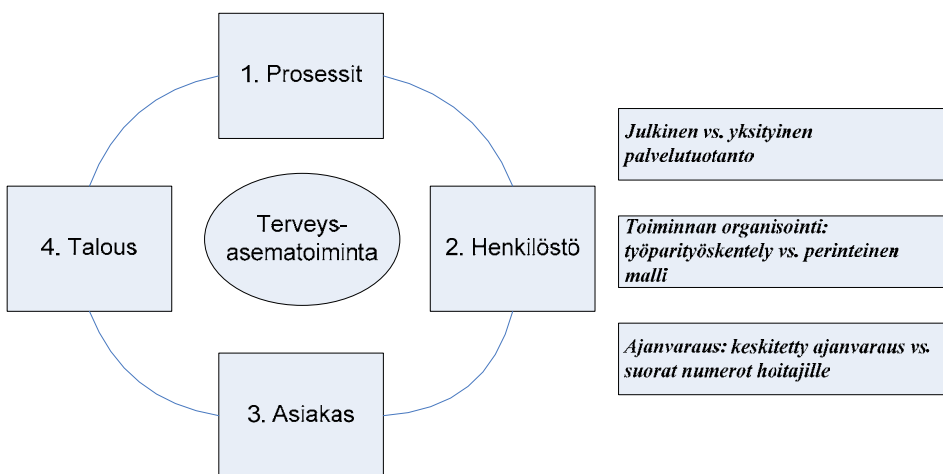
Omapihlajan lääkäriasemalla työskennellään työparityöskentelynä. Hoitaja ja lääkäri työskentelevät työparina, ja kuntalainen voi listautua haluamalleen työparille edellyttäen, että lääkäriä on tilaa. Omapihlajassa perustoimintayksikkö on hoitaja-lääkäri työpari, joka määrittää potilaslistansa pituuden ja sitoutuu hoitamaan listapotilaansa itse laatimallaan työaikataululla ja -rytmillä. Omapihlajassa työskentelee yhteensä neljä työparia. Vastaava lääkäri ja vastaava hoitaja huolehtivat toiminnan koordinoimisesta ja budjetin toteutumisesta.

Samassa kiinteistössä toimii myös Pihlajalinnan yksityinen lääkäriasema. Yksiköillä on mm. yhteinen ilmoittautuminen sekä välinehuolto. Neljän lääkärin ja neljän sairaanhoitajan lisäksi Omapihlajan organisaatioon kuuluu yksi terveydenhuollon assistentti. Omapihlajan toimintaa ohjaavat yksikön arvot ovat toiminnan eettisyys, innovatiivisuus, edelläkävijäisyys, hoitokohtaamisen vaaliminen ja henkilökunnan hyvinvointi.

5.4 Terveysaseman tasapainotettu arviointi ja vertailuasetelma

Terveysasemien toiminnan arviointi ja terveysasemien keskinäinen vertailu edellyttää tiedon jäsentämistä suurempiin kokonaisuuksiin. Arvioinnissa haluttiin tarkastella terveysasemien toimintaa kokonaisuutena ja tunnistaa eroja ja näihin johtavia syitä, ottaen huomioon eri organisaatioiden tasoilla vaikuttavat tekijät. Lähestymistavaksi valittiin tasapainotettuun mittaristoon liittyvä jäsentely. Tämä monikäyttöinen ja laajasti kunta- ja julkishallintoon levinnyt johtamistyökalu ottaa huomioon toiminnan eri tasoilla strategiaan ja tavoitteisiin vaikuttavia tekijöitä. Tampereen terveysasemien vertailevassa arviointityössä tasapainotetun mittariston kaltaiseen tarkasteluun päädyttiin, koska haluttiin nostaa eri näkökulmia esiin.

Tasapainotettu arviointi terveysasematoiminnassa tähtää erilaisten toimintatapojen tarkasteluun ja parhaiden toimintamallien etsimiseen sekä toiminnan kehittämiseen ja parantamiseen. Pääpainona tarkastelussa on henkilöstöllä ja työelämän kehittämisellä. Hyvin usein tasapainotetun mittariston jaottelussa ensimmäiseksi asetetaan taloudelliset tavoitteet, jotka ohjaavat muita tavoitteita. Tässä arviointikohteessa tarkastelujärjestykseksi valittiin 1) prosessit, 2) henkilöstö, 3) asiakas, ja 4) talous. Järjestys edustaa etupäässä tarkastelujärjestystä, ei niinkään sitä, mitkä tavoitteet ohjaavat muita tavoitteita. (ks. kuva 5).



Kuva 5. Terveyspalveluiden tasapainotettu arviointi.

5. Sovellus: terveysasematoiminnan laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Tampereella

- 1) Prosessinäkökulmassa korostuu, miten palveluntuotanto on järjestetty. Karkeasti ajatellen terveysaseman on tuotettava tietyt palvelut, ja prosessinäkökulmasta voidaan tarkastella, miten palveluntuotanto on organisoitu. Huomioitavia asioita ovat mm.
 - työn organisointi terveysasemalla ja työnjakoon liittyvät tekijät
 - toimintatapojen tarkoituksenmukaisuus ja tehokkuus
 - tukiprosessien toimivuus ja yhteistyö muiden sidosryhmien kanssa
 - toiminnan kehittämiseen liittyvät näkökulmat.
- 2) Terveysasemapalvelujen tuottaminen on henkilöstön tuottamaa työtä, joten henkilöstön rooli edustaa tärkeintä osaa palvelutuotannosta. Se liittyy voimakkaasti myös muihin näkökulmiin, kuten prosessinäkökulmaan ja asiakkaan näkökulmaan. Huomioitavia asioita ovat mm.
 - työilmapiiri ja -kulttuuri
 - johtamiskäytännöt ja palautteen antaminen työntekijöille
 - työnkuormittavuus ja työaikojen joustavuus
 - työn palkitseminen
 - työssä kehittyminen ja kouluttautuminen.
- 3) Asiakkaan näkökulma eli potilaan näkökulma tarkastelee asiakkaan saamaa palvelua ja käyttäjäkokemuksia. Monesti tärkeää asiakkaalle on hoidon saatavuus ja jatkuvuus. Vertailuasemien kohdalla merkittävä asiakaskokemuksiin vaikuttava tekijä on ajanvarauskäytäntö, joka on järjestetty Omapihlajassa ja Lielahdessa eri tavoin. Huomioitavia asioita asiakkaan näkökulmasta ovat mm.
 - hoidon saatavuus ja jatkuvuus
 - hoitoon hakeutuminen ja ajanvaraus
 - hoidon tuloksiin liittyvä asiakastyytyväisyys
 - asiakkaalle aiheutuvat kustannukset.
- 4) Talousnäkökulma on myös terveydenhuollossa merkittävä. Niukat resurssit ohjaavat myös kuntataloutta, ja monesti joudutaan tekemään kompromisseja tavoitteiden ja kustannusten välillä. Talouden näkökulmasta tässä arviointityössä huomioitiin
 - hoitopalvelujen terveysasemakohtaiset kustannukset ja kustannuserät
 - kustannuseroihin vaikuttavat tekijät.

5. Sovellus: terveysasematoiminnan laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Tampereella

Arvioinnin kohteiksi valittiin kaksi terveysasemaa, jotka ovat kävijämäärältään ja henkilöstöltään samansuuruiset ja toimivat samassa kaupungissa. Terveysasemien välisen mielenkiintoisen tarkasteluasetelman muodostavat kuitenkin seuraavat keskeiset erot.

Julkinen vs. yksityinen palvelutuotanto

Julkiset rakenteet etenkin terveydenhuollossa on monesti mielletty jäykiksi. Tämä johtuu osittain siitä, että organisaatioiden koko on monesti suuri. Yhtäältä koko mahdollistaa mittakaavaetuja, ja toisaalta julkisten terveysasemien toimintakäytännöissä saattaa olla suuria keskinäisiä eroja. Yksityinen palveluntarjoaja pystyy usein toimimaan joustavasti julkisiin toimijoihin nähden. Yksityinen yritys on myös voittoa tavoitteleva yksikkö.

Toiminnan organisointi: työparityöskentely vs. perinteinen malli

Yksityisten palvelutuottajien (kunnan sisällä tai kuntien välillä) tuottaman tai julkisten palvelutuottajien tuottaman (kunnan sisällä ja kuntien välillä) terveysasematoiminnan organisoinnissa saattaa olla suuria eroja. Eroja voi olla esimerkiksi siinä, toteutetaanko lääkäri-hoitaja-työparimallia vai toimitaanko väestövastuullisella. Vertailuasetelmassa nämä toiminnalliset erot olivat keskeisiä arvioinnin kohteita.

Ajanvaraus: keskitetty ajanvaraus vs. suorat numerot hoitajille

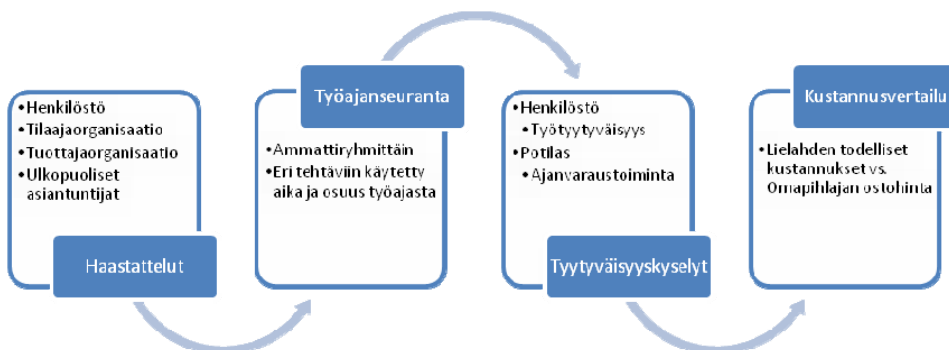
Kolmas merkittävä vertailuasetelma on asemien erilaiset ajanvarauskäytännöt. Omapihlajassa nimetään potilaille omalääkärin lisäksi omahoitaja, jonka suorat yhteydet annetaan käyntikortilla potilaalle ensimmäisen hoitokäynnin yhteydessä. Lielahdessa ajanvaraus tapahtuu keskitetyn ajanvarausnumeron kautta. Vaikka vertailuasetelma on perusteltu, tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon, että asemilla on mm. erilainen omistajuus, erilainen historia, erilaiset tilat ja eri väestöalueet.

5.5 Arviointiprosessin toteutus

Arviointi toteutettiin vertailemalla kahta terveysasemaa laadullisin ja määrällisin mittarein. Arviointityö käynnistyi kesällä 2009 ja päättyi marraskuussa 2010. Terveysasemien toimintaan tutustuttiin haastatteluin sekä perehtymällä olemassa

5. Sovellus: terveysasematoiminnan laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Tampereella

olevaan materiaaliin. Haastatteluiden ja hankkeen tavoitteiden pohjalta suunniteltiin aineiston keruu (kuva 6). Henkilöstön osalta toteutettiin työajanseuranta sekä työtyytyväisyyskysely. Asiakkaan näkökulmasta suoritettiin kysely liittyen ajanvarauskäytäntöihin sekä hyödynnettiin olemassa olevaa asiakastytytyväisyyden tutkimusaineistoa vuodelta 2008. Kustannusvertailuun, ja vertailuun ylipäänsä, kerättiin aineistoa talousorganisaatiosta sekä tietojärjestelmistä.



Kuva 6. Terveysasemien rinnakkaisen arvioinnin toteutus päävaiheittain.

Arviointityön tuloksia käsiteltiin prosessin kuluessa palvelutuottajien hoitohenkilöstön ja johdon kesken tutkijoiden järjestämissä tilaisuuksissa sekä kunnan tilaajapäällikön kanssa. Erityisesti tulosten pohjalta käytiin aktiivista ja toimintatapoja vertailevaa keskustelua kunnan tilaajapäällikön, Omapihjalan vastaavan lääkärin sekä tutkijoiden kesken.

5.6 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Arviointityön tulokset raportoitiin BSC-mallin mukaisesti neljästä näkökulmasta: prosessien, henkilöstön, asiakkaan ja talouden näkökulmasta. Arviointiin otettiin siten mukaan keskeiset sidosryhmät, kuten terveysasemien henkilöstö, johto, asiakkaat sekä tilaajan edustajat. Tulosten pohjalta molempien toimintamallien todettiin sisältävän etuja ja haasteita. Seuraavassa kuvataan keskeisiä tuloksia arvioinnin rajattujen näkökulmien osalta, kuten työparimallin toimivuudesta ja haasteista, ajanvarauskäytännöistä sekä julkisen ja yksityisen palvelutuotannon eroista ja yhtäläisyyksistä. Nämä ovat yleisiä haasteita myös monessa muussa kunnassa terveysasematoimintoja ulkoistettaessa ja työparimalliin siirryttäessä.

Työparityöskentely ja ajanvarauskäytännöt

Tampereella terveysasemat ovat siirtymässä terveysasema kerrallaan työparityöskentelyyn uusien tilojen valmistuessa, kuten myös monessa muussa kunnassa Suomessa. Toistaiseksi ei ole vielä päätetty tarkalleen, miten ajanvaraus jatkossa tullaan järjestämään. Omapihlajassa ajanvaraus toimii työparin hoitajan kautta. Asema haluaa toimia näin, vaikka mahdollisuus olisi käyttää myös keskitettyä ajanvarauspalvelua. Omapihlajan mukaan listautuminen on osa asiakaslähtöistä toimintatapaa.

Kunnan terveysasemat sekä terveystaluiden neuvonta on oppinut toimimaan nykyisellä toimintatavalla, ja myös asiakkailta on ollut oma oppimiskäyränsä. Vieläkään kaikille ei ole selvää, mihin sairastuessa pitäisi soittaa, ja syntyy turhia soittoja. Toimintatapojen sisäistäminen vie aikaa. Jos puhelintyö halutaan jatkossa siirtää asemille ja omahoitajille, on tarpeen selvittää miten hoitajien työnkuva muuttuu, perehdyttää hoitajat uusiin tehtäviin, ottaa mallia muista ja miettiä, miten esimerkiksi toimitaan, jos tarvitaan lisäkapasiteettia. Työparityöskentelyssä on riski joutua kestävämpään tilanteeseen, jos väestömäärät kasvavat liian suuriksi (ks. mm. Vierula 2010).

Omapihlajassa työparityöskentelyä on harjoiteltu jo useamman vuoden, ja kehitystyö on edelleen käynnissä. Myös mm. Helsingin kaupungilla on kokemuksia työparityöskentelyyn siirtymisestä kaupungin omassa palvelutuotannossa (Puustinen et al. 2010). Puhelintyön on todettu vaativan erityistä huomiota. Siirrettäessä ajanvaraustoimintaa asemille hoitajien työssä jaksamista on tuettava. Ajanvaraustoimintaa kannattaa suunnitella jatkossa yhteistyössä terveystaluiden neuvonnan kanssa. Pilotoinnin avulla voidaan testata vaihtoehtoja, mutta myös asiakkailta menee aikaa omaksua uusia toimintamalleja.

Jos keskitetty ajanvaraustoiminta halutaan säilyttää, pitää miettiä, voitaisiinko asiakastyytyväisyyttä vielä parantaa, ja miten keskitetty ajanvaraus soveltuu yhdessä työparityöskentelyn kanssa. Työparityöskentelyssä toimiva malli saattaisi olla myös yhdistelmä hoitajan ajanvarauksesta ja keskitetystä neuvontanumerosta, ainakin alkuvaiheessa. Asiakastyytyväisyys liittyy ajanvarauksessa lähinnä jonotusaikoihin puhelimesta. Lisäksi Omapihlajan tarjoamalla listautumispalvelulla, ja siten pitkäjänteisen hoitosuhteen mahdollistamisella heti ensikontaktista lähtien, saattaa olla yhteys saamiinsa asiakastyytyväisyyskyselyn parempiin tuloksiin. Myös Omapihlajan henkilöstö ja johto näkevät tämän asiakaslähtöisen palvelun keskeisenä tekijänä. Pohdittavana on miten paljon tälle annetaan painoarvoa kunnan terveysasemien palveluja kehitettäessä.

5. Sovellus: terveysasematoiminnan laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Tampereella

Tulevaisuudessa tilaratkaisut pitää suunnitella tukemaan työparimallia. Tilaratkaisuissa on hyvä huomioida myös henkilöstöryhmien toivomukset tilojen suhteen. Esimerkiksi ilmoittautumistilat kannattaa suunnitella uudistettavien prosessien pohjalta. Arvioinnissa havaittiin puutteita jonotuskäytännöissä sekä luukulla asiointissa. Huomionarvoista on myös, että Omapihlajassa tilojen muuttaminen työparityöskentelyyn sopivaan muotoon tuli odotettua kalliimmaksi.

Omapihlajan prosesseissa kehitystyötä kannatta jatkaa sairaanhoitajien työnkuvan kanssa. Puhelintyöhön liittyvä kuormitus ja päätöksenteko sekä myös puhelinlinjan tukkiutuminen on havaittu haasteeksi myös muualla Suomessa, jossa työparityöskentelyä on hyödynnetty (Puustinen et al. 2010; Vierula 2010).

Henkilöstöön liittyvät päätelmät

Henkilöstökyselyn perusteella molemmilla asemilla työilmapiiri on erittäin hyvä, mikä antaa hyvät lähtökohdat myös toiminnan kehittämiseksi. Sen sijaan palkkaukseen oltiin molemmilla terveysasemilla varsin tyytymättömiä. Muutoin tyytymättömyyttä aiheuttavat seikat vaihtelivat asemien välillä. Jatkossa tulisi miettiä, miten voitaisiin parantaa heikoimmiksi arvioituja osa-alueita. Tuloksia tulokittaessa on kuitenkin syytä myös huomioida kysymyskohtaiset keskihajonnat; osa kysymyksistä jakoi mielipiteitä etenkin Lielahdessa. Tästä syystä työntekijöiden henkilökohtaisia näkemyksiä työstään ja työyhteisöstä, niiden epäkohdista ja kehitysideoista, tulisi kuunnella systemaattisemmin ja kehityskeskusteluja pitäisi käydä niin lääkäreiden kuin muidenkin henkilöstöryhmien edustajien kanssa. Säännöllisten, esimerkiksi viikoittaisten, palaverikäytäntöjen avulla voidaan edesauttaa yhteisten tavoitteiden määrittelyä ja seurantaa sekä keskinäistä tiedonvaihtoa, tarvittaessa myös konsultointia. Ne tukevat toiminnan tavoitteellisuutta sekä jatkuvaa kehittämistä, mikä on välttämätöntä niin kunkin oman työn kuin terveysaseman kokonaisuohjauksen kannalta.

Henkilöstöpula uhkaa sekä lääkäreiden että hoitajien saantia terveysasemille tällä hetkellä. Työtyytyväisyys on keskeinen keino vaikuttaa nykyisten henkilöstöresurssien pysyvyyteen sekä uusien työntekijöiden saamiseen. Tämä tuli keskeisesti esille muun muassa Lepäntalon (2008) kollegoidensa kanssa tekemässä tutkimuksessa, jonka mukaan terveyskeskuslääkärien työtyytyväisyyteen olivat yhteydessä työn yksinäisyys ja konsultaatiomahdollisuuksien heikkoudet sekä lääkäreiden kokemus kiire ja resurssipula. Omapihlajan menestyminen paremmin henkilöstökyselyssä kuin Lielähti saattaa osittain selittyä tiiviimmällä ja vuorovaikutteisemmalla työyhteisöllä. Lielahdessa vaihtuvuutta on ollut paljon ja joh-

taminen hajautettu useammalle tasolle. Haaste johtuu varmasti osittain siitä, että kaupungin palveluntuotanto-organisaatio on yksinkertaisesti merkittävästi suurempi kuin Omapihlajan organisaatio.

Eräs mahdollisuus päästä lähemmäksi yksittäisiä työntekijöitä ja heidän tarpeita ja työoloja on jalkauttaa johtamista terveysasemille. Terveysasema voisi toimia tavallaan matriisiorganisaation osana, missä esimerkiksi hoitajilla olisi hoitotyönpäällikkö esimiehenä, mutta lähiesimiehenä toimisi terveysaseman vastaava lääkäri, eli terveysaseman johtaja. Eräs haaste on se, että johtamistehtävä ei näytä olevan kovin houkutteleva. Tämä voi johtua tällä hetkellä siitä, että tehtävä tuo vastuuta, mutta ei riittäviä resursseja ja kannusteita panostaa johtamistyöhön asiakastyön ohessa.

Julkinen vs. yksityinen palvelutuotanto

Terveysasemien toimintaa arvioitaessa todettiin yksityisen Omapihlajan terveysaseman toiminta tavoitteiden ja vaatimusten mukaiseksi sekä asiakas- että henkilöstönäkökulmasta, eikä yksityisen palveluntuottajan toiminnasta tai yhteistyöstä kaupungin kanssa löytynyt moitittavaa. Myös kaupungin oman terveysaseman toiminta vaikuttaa toteutetun arvioinnin perusteella tavoitteiden ja odotusten mukaiselta tunnistettuine kehitysalueineen. Kaupungin omilla terveysasemilla tulevaisuus on varsin stabiili, kun vastaavasti yksityisen palveluntuottajan on osoitettava hyvytensä uusien sopimuksien tavoittelemiseksi.

Yksityisen terveysaseman toiminta, tilat ja resurssit on suunniteltu vastaamaan suunnilleen nykyisen kaltaista tilannetta, toisin kuin tarkastelun kohteena olevan julkisen aseman kohdalla. Julkinen asema saa lähivuosina uudet tilat, mikä varmasti lisää myös asiakas- ja henkilöstötyytyväisyyttä. Uusiin tiloihin siirtyminen tarkoittaa myös mahdollisuutta ottaa käyttöön mm. työparityöskentely. Yksityisellä terveysasemalla havaittiin hankkeen aikana hyvin aktiivinen ote kehitystyöhön. Myös yksikön toiminta kokonaisuutena oli tiivistä ja tavoitteellista. Yleisesti on tiedossa, että kilpailu lisää palvelutuotannon kehittämistä (ks. esim. Mikkola 2010).

Tilaaajana ja palvelujen järjestämistä vastaavalla kunnan haasteena on jatkossa ensinnäkin varmistaa, että sama aktiivinen ja asiakaslähtöinen ote säilyy yksityisten palveluntuottajien toiminnassa läpi tulevien sopimuskausien. Toiseksi haasteena on ratkaista, miten kaupungin omien terveysasemien toimintaan saadaan samanlainen asiakas- ja henkilöstölähtöinen kehitysaktiivisuus sekä entistä tavoite- ja tulosorientoimempi johtamiskulttuuri. Nykyinen kunnallisten palvelujen

5. Sovellus: terveysasematoiminnan laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Tampereella

johtamisjärjestelmä ei suosi tai kannusta riittävästi terveysaseman toiminnan systemaattista uudistamista, eivätkä hyvät työsuoritukset yksilö- ja organisaatio-tasoilla näy kovin selvästi.

Uusiin tiloihin siirtyminen luo kaupungin omalle palvelutuotannolle mahdollisuuden vaikuttaa kaikkiin arvioinnissa tarkasteltuihin osa-alueisiin. Arviointityöllä palvellaan siten useita tavoitteita. Ensinnä se tarjoaa kokonaisvaltaista ja vertailevaa arviointitietoa kohteena oleville terveysasemille niiden toiminnan edelleen kehittämisessä. Toiseksi projektin vaikuttavuus ulottuu Lielahden terveysaseman lisäksi välillisesti kaupungin koko terveyspalvelukenttään. Tampereelle tullaan lähivuosina investoimaan uusiin terveysasemiin Tesomalla, Pyynikillä ja Lielahdessa, joten projektin tavoitteena oli tuottaa tietoa strategisen päätöksenteon tueksi. Vertailevan arvioinnin keskeisiä tuloksia esiteltiin jo hankkeen aikana terveyspalveluista vastaavassa lautakunnassa, ja niistä tullaan edelleen viestimään kuntaorganisaatiossa sekä myös kuntalaisille.

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

6.1 Lähtökohta ja tavoitteet

Porissa, kuten valtakunnallisestikin, on etenkin viime vuosina panostettu suurten ikäluokkien eläköitymisen myötä kasvavien ja moninaistuvien vanhusväestön palvelutarpeiden täyttämiseen. Kehityssuuntana on pitkäaikaisten laitospaikkojen vähentäminen (tavoite alle 3% laitoshoidossa), ja vastaavasti vanhusten kotona asumisen tukeminen mahdollisimman pitkään sekä palveluasumisen lisääminen ja kehittäminen. Keinoina ovat olleet sekä uudisrakentaminen että palvelumallien uudistaminen. (Salakari & Lehtoranta 2006; Kankaanpää & Mäkilä 2008.)

Tällä hetkellä Porissa sekä Porin ja naapurikuntien muodostaman yhteistoiminta-alueen kesken on meneillään perusturvapalvelujen laajamittainen uudelleen organisointi ja kehittäminen. Samalla on tarpeen yhtenäistää myös vanhuspalvelujen hoito- ja hoivalinjauksia, palvelujen sisältöjä, kriteerejä sekä hinnoittelua. Jo aiemmin vanhuspalvelujen tuotteistamisessa on yhteistoiminta-alueen kuntien kesken tehty pitkäjänteistä kehittämistyötä (ks. Salakari & Lehtoranta 2006). Nyt käynnissä olevassa muutosprosessissa tavoitellaan lisää tehokkuutta, joustavuutta sekä monipuolisempaa palvelutarjontaa. Niin ikään pyritään edistämään kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksia heille tarkoituksenmukaisten palvelujen valinnassa ja kehittämisessä.

Myös tilaaja-tuottajayhteistyön kehittämiseen panostetaan, sillä pelkästään tehostetun palveluasumisen tarjonnassa yksityisten palvelutuottajien ja erityisesti kolmannen sektorin palvelutuottajien osuus on merkittävä. Vuonna 2008 Porin kaupunki osti yksityisiltä ja kolmannen sektorin palvelutuottajalta 470–500 tehostetun palveluasumisen paikkaa, ja oman tuotannon osuus oli noin 136 paikkaa. Käynnissä olevien laaja-alaisten perusturvapalvelujen uudistustyön sekä

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

tilaaja-tuottajayhteistyön kehitystoimien tueksi tarvittiin monipuolista vertailutietoa myös *tehostetun palveluasumisen* eri tuotantotavoista.

Porin kaupungin keskustan tuntumaan, Karjarannan uudelle asuinalueelle, on ollut suunnitteilla lähivuosina kuusi palvelutaloa, joista kolme on avattu viimeisten vuosien aikana. Tässä vaiheessa tehostetun palveluasumisen kehittämisessä nähtiin tarpeelliseksi kunnallisen ja yksityisen palvelumallin vertaileva arviointi. Tämän pohjalta voitaisiin kehittää kohteena olevien palvelutalojen toimintaa sekä suunnitella laajemmin kunnan palveluasumisen rakennetta ja linjauksia. Osaltaan näihin tarpeisiin vastaamiseksi käynnistettiin Multipro-arviointityö yhteistyössä Porin kaupungin, VTT:n sekä paikallisena tutkimuskumppanina toimineen Turun yliopiston kauppakorkeakoulun Porin yksikön kanssa.

Porin arviointityön tavoitteet täsmentyivät seuraavasti:

1. Jokirannan, kunnan omana palvelutuotantona toteutettavan palvelukodin, palvelujen kokonaisvaltainen arviointi
2. vastaavan yksityisen palvelutuottajan, Porin suomalaisen palvelukodin, toiminnan ja palvelujen arviointi
3. kunnallisen ja yksityisen palvelukodin arviointitulosten vertailu sekä hyvien käytäntöjen banchmarkkaus yksiköiden toiminnan ja palveluiden kehittämisen tueksi
4. tilaaja-tuottajayhteistyön kehittämisen tukeminen
5. arviointi- ja benchmarkkaustiedon tuottaminen kunnallisen päätöksenteon tueksi.

Arviointityö käynnistyi toukokuussa 2009 ja päättyi joulukuussa 2010. Seuraavassa esitellään arvioinnin kohteena olevat palvelutalot. Sen jälkeen kuvataan arviointiprosessi sekä sen myötä syntyneet keskeiset tulokset ja johtopäätökset yleisellä tasolla.

6.2 Jokirannan palvelukoti

Keväällä 2008 avatun palvelukoti Jokirannan on rakennuttanut Porin YH-Asunnot. Asukkaat ovat vuokrasuhteessa ja Porin kaupungin perusturvakeskus tuottaa palvelut. Palvelukodin toimintaperiaatteet on kuvattu seuraavasti. Päämääränä on vanhuksen yksilöllisyyttä kunnioittava hyvä hoito yhteistyössä

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

omaisten kanssa. Arviointihetkellä tehostetun palveluasumisen palvelukonsepti sisälsi asumispalvelut, hoito- ja hoivapalvelut, ateriapalvelut sekä muut palvelut, sisältäen muun muassa tarvikkeet ja välineet sekä asukkaiden avustamisen ja yhteydenpidon omaisten, viranomaisten sekä muiden sidosryhmien kanssa.

Terveyskeskuslääkäri käy säännöllisesti talossa, ja konsultaatiomahdollisuus on jatkuvasti. Palvelukodissa toteutetaan vanhusten toimintakykyä ylläpitävää kuntouttavaa työtettä. Yksilöllisten hoiva- ja palvelutarpeiden kartoitus, suunnittelu ja seuranta toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman avulla. Se tehdään yhdessä omaisten ja läheisten kanssa sekä päivitetään puolivuositain ja hoidon tarpeen muuttuessa. Yksilöllisen hoidon turvaamiseksi toteutetaan omahoitaja-käytäntöä.

Palvelujen kohderyhmä ja asukasaines on heterogeeninen ryhmä vanhuksia, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoivaa. Tyypillisesti he ovat liikkumisessa apuvälineitä tarvitsevia sekä muistiongelmaisia. Asukkaiden RAVA-hoitoisuusindeksi on keskimäärin 2–3. Jokirannassa on 56 asukashuonetta, joissa jokaisessa inva-WC. Lisäksi asukkaiden käytössä on oleskelu- ja ruokailutilat sekä tilavat parvekkeet ja aidattu piha ulkoilukäyttöön. Kuntosali on alakerrassa. Palvelukoti muodostuu neljästä lähes identtisestä kerroksesta (Paju, Koivu, Tuomi, Leppä), joissa jokaisessa on 14 asukaspaikkaa.

Henkilöstömitoitus oli arviointihetkellä (syksy 2009) n. 0,57. Henkilöstön kokonaismäärä 37 (htv.) jakautui seuraavasti: neljä sairaanhoitajaa, 28 hoitajaa, osastohoitaja, toimistohoitaja, ruokapalveluvastaava sekä kaksi laitospalveluvastaavaa. Koulutettu hoitohenkilökunta on kaikissa työvuoroissa. Lisäksi talossa oli viisi palkkatuella palkattua henkilöä avustavissa tehtävissä sekä harjoittelijoita. Tehostetun palveluasumisen palvelupäällikkö toimii Jokirannan johtajana.

Jokirannan käynnistymisvuonna sen toimintaympäristössä ja kunnan perusturvapalveluissa on ollut käynnissä perustavanlaatuisia muutoksia. Ne ovat heijastuneet monella tapaa palvelukodin käynnistymiseen ja tulevat myös jatkossa vaikuttamaan sen toimintaan. Karjarannan alueen edelleen kehittämiseksi on myös monenlaisia suunnitelmia; alue on määritelty eräänlaiseksi Living lab -kohteeksi. Palvelutaloissa tullaan toteuttamaan erilaisia kehittämishankkeita ja kokeiluja, ja Jokirannasta kertynyttä oppia tullaan jatkossa hyödyntämään muita vastaavia palvelutaloja käynnistettäessä.

6.3 Porin suomalainen palvelukoti

Porin suomalaisen palvelukodin nähtiin soveltuvan hyvin yksityiseksi verrokki-kohteeksi, koska reunaehdoiltaan se (toimintaperiaatteet, asukas- ja henkilöstörakenne, kehitystilanne sekä toimintaympäristön haasteet) vastaa hyvin Jokirannan palvelukotia.

Porin suomalaisen palvelukodin toimintaperiaatteena on tarjota ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista kodinomaisessa ympäristössä. Tehostetun palveluasumisen palvelukonsepti sisältää asumispalvelut, hoiva- ja hoitopalvelut, ateriapalvelut sekä muut palvelut, sisältäen muun muassa tarvikkeet ja välineet sekä asukkaiden avustamisen ja yhteydenpidon omaisten, viranomaisien sekä muiden sidosryhmien kanssa. Tavoitteena on tarjota asukkaille hoitoa ja hoivaa loppuun asti niin, että palvelukoti olisi asukkailleen viimeinen koti. Yksiköllä on kotisairaanhoidon luvat ja henkilökunta tekee myös saattohoitoa. Käytössä ei ole omahoitajajärjestelmää, vaan kaikki hoitajat hoitavat kaikkia asukkaita. Palvelu- ja hoitosuunnitelmia otetaan paraikaa käyttöön. Palvelukodilla on myös oma geriatriaan erikoistunut yksityislääkäri, joka käy keskimäärin viikoittain ja tarvittaessa useammin.

Palvelukodissa on 54 asukaspaikkaa, joista 53 on käytössä. Asukasrakenne on moninainen; asukkailla on monia sairauksia ja lähes kaikki tarvitsevat apua päivittäisissä askareissa. Asukkaiden keskimääräinen RAVA-hoitoisuusindeksi on noin 2–3. Henkilöstömitoitus oli arviointihetkellä (kevät 2010) 0,49. Henkilöstön kokonaismäärä 32 (htv.) jakautui seuraavasti: kolme sairaanhoitajaa, 23 perus- tai lähihoitajaa, yksikön johtaja, toimistohoitaja, neljä keittiötyöntekijää, laitoshuoltaja ja siivoaja. Koulutettu hoitohenkilökunta on kaikissa työvuoroissa.

Palvelukodin U-muotoisessa ja kahdessa tasossa olevat tilat on remontoitu vuonna 2000, mutta vanha rakennus asettaa omat reunaehdonsa toiminnan ja palvelujen kehittämiseksi. Tilojen saneeraus ja laajentaminen onkin tarkoitus käynnistyä 2011. Pääosalla asukkaista on omat huoneet, joissa osassa myös omat saniteetitilat. Lisäksi asukkailla on käytössään yhteisiä saniteetitiloja, sauna sekä ruokailutila ja oleskelutilat. Palvelukodin suojaisalla pihalla on mahdollisuus ulkoiluun ja kesäaikaan yhteisten tapahtumien järjestämiseen. Henkilöstölle on omat toimisto- ja aputilat. Palvelukodin ruoka valmistetaan omassa keittiössä.

Palvelukodilla on pitkälinen historia 1960-luvulta yhdistyksen ylläpitämänä, mutta se ajautui viime vuosina taloudellisiin vaikeuksiin. Vuoden 2009 alussa nykyisen toiminnanjohtajan, Taru Anttilan, omistama Dagmaaria Oy osti palvelutoiminnan. Ensimmäinen toimintavuosi käytiin läpi omistajavaihdoksen aiheutta-

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

maa muutosprosessia. Uusi toiminnanjohtaja on taloon hyvin tutustuttuaan lähtenyt määrätietoisesti kehittämään toimintaa ja palveluja. Palvelukodilla on kesään 2011 asti voimassa oleva puitesopimus Porin kaupungin kanssa. Tällä hetkellä kaupunki ostaa kaikki käytössä olevat asukaspaikat.

6.4 Vanhusten tehostetun palveluasumisen arviointimalli

Arviointi kohdistui palvelutalojen *toiminnan* sekä *tulosten* arviointiin. Arviointimallin rungon muodosti Peiposen (2004) lisenssiaattityössään kehittämä vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatukriteeristö. Arviointikehystä muokattiin edelleen arviointityötämme paremmin palvelevaksi (ks. kuva 7).



Kuva 7. Vanhusten tehostetun palveluasumisen arviointimalli: arviointialueet ja tiedonhankintamenetelmät (ks. Peiponen 2004).

Arviointikehysten nähtiin soveltuvan hyvin arviointityön pohjaksi, koska se mahdollistaa tavoitellun kokonaisvaltaisen arviointiotteen ja on räätälöity juuri vanhusten ympärivuorokautiseen laitoshoidon. Se perustuu luvussa kaksi lyhyesti kuvattuun TQM- eli kokonaisvaltaisen laatujohtamisen filosofiaan sekä Euroopan laatu-palkintomalliin (ks. EFQM Excellence model 2010). Peiponen (2004) yhdistääkin arviointikehityksessään toiminnan laadullisen arvioinnin sekä toiminnan tuloksellisuuden arvioinnin, mikä sisältää myös taloudellisen tarkastelun sekä RAI- ja RAVA-indikaattorit. Samalla hän laajentaa arvioinnin funktion organisaation itsearviointista asiakasnäkökulman huomioon ottamiseen sekä

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

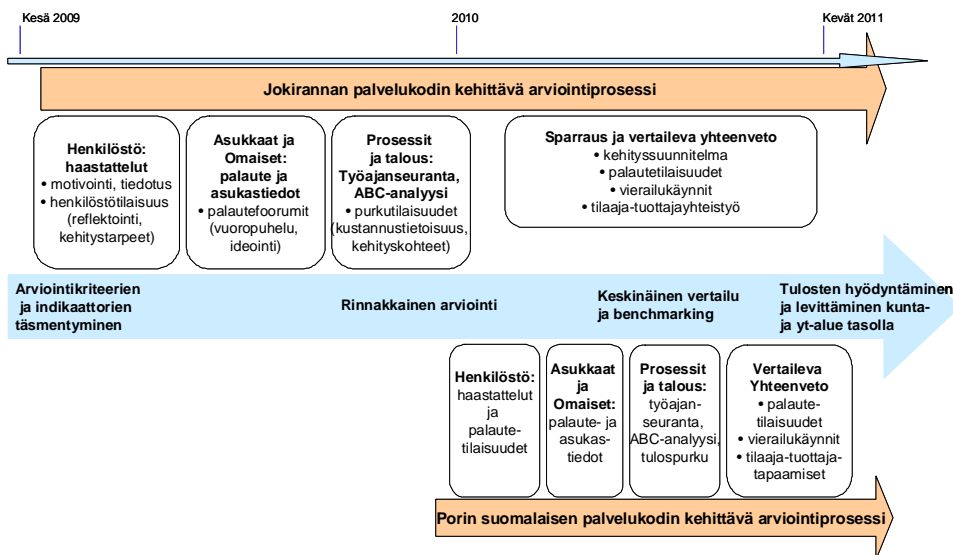
edelleen tilaaja-tuottajamallien edellyttämien vanhuspalvelujen kilpailuskriteerien muodostamiseen. Nämä eri tarkastelutasot, eli *asiakas- ja omaisnäkökulma*, *organisaatio* (henkilöstö, johto) sekä *tilaaja-tuottajayhteistyö*, olivat kohteena myös Porin arviointityössä.

6.5 Arviointiprosessien eteneminen

Arviointiprosessi käynnistyi arviointimallin ja kriteerien täsmentämisellä sekä arvioinnin kohteena olevien palvelukotien valinnalla. Käytännössä arviointityö aloitettiin ensin kunnallisessa Jokirannan palvelukodissa toukokuussa 2009. Vaiheittain etenevä arviointitiedonkeruu ja käsittely yhteistyössä palvelukodin asiakkaiden, henkilöstön ja johdon sekä vanhustyönpäällikön kanssa ajoittui pääosin syksylle 2009. Yhteenvetoa tuloksista ja niihin pohjautuvaa *kehityssuunnitelmaa* työstettiin yhteistyössä tutkijoiden ja palvelukodin henkilöstön kanssa kevään 2010 aikana. Yksityisen, Porin suomalaisen palvelukodin arviointityö käynnistyi keväällä 2010 ja päättyi koko arviointiprosessin kanssa samaan aikaan syksyllä 2010 (ks. kuva 8).

Palvelukotien toiminnan arvioinnissa menetelminä olivat avainhenkilöhaastattelut, työajanseuranta ja tutustuminen kohdeorganisaatioihin tapaamiskäynneillä. Lisäksi täydentävänä aineistona hyödynnettiin organisaatiokohtaisia ja julkisia kirjallisia dokumentteja. Asiakkaiden ja omaisten tyytyväisyydestä kerättiin tietoa molemmissa palvelutaloissa asiakashaastattelulla ja omaiskyselyllä. Asukas- ja omaispalautteen lisäksi hyödynnettiin palvelutalojen tilastotietoa asukarakenteesta ja asukkaiden hoitoisuudesta. Henkilöstötulosten osalta hyödynnettiin yksikköjen henkilöstöraportointia. Yhteiskunnallisten tulosten arvioinnin pohjana olivat viranhaltijoiden (vanhustyönpäällikkö, perusturvajohtaja) ja luottamushenkilön (perusturvalautakunnan puheenjohtaja) haastattelut. Taloudellinen tarkastelu perustui toimintoperusteiseen kustannuslaskentaan, jossa resurssien kohdistaminen toteutettiin kolmen viikon työajan seurannalla. Lisäksi yksiköistä kerättiin kustannusdataa, esim. tuloslaskelmasta (materiaali- ja palveluostot, investointilistat sekä kiinteä työn kustannukset). Tulosten analysoinnissa ja johdtopäätöksissä hyödynnettiin myös tulosten käsittelytilaisuuksien keskustelua ja välitehtäviä sekä arviointityöhön liittyviä kirjallisia dokumentteja, vertailutietoja ja tutkimuksia.

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa



Kuva 8. Arviointiprosessin toteutusvaiheet ja -tasot.

Tutkijat seurasivat ja sparrasivat palvelukodeissa sovittujen toimenpiteiden toteutumista aina alkusyksyllä 2010. Palvelutalojen vertaileva arviointi ja hyvien käytäntöjen benchmarkkaus toteutettiin sekä palvelutalojen johdon kesken että palvelutalokohtaisissa henkilöstötilaisuuksissa. Arviointiprosessin päättivät palvelukotikohtaiset palaute-tilaisuudet henkilöstölle sekä yhteenvetoraportit. Lisäksi kehittävän arvioinnin sekä toisilta oppimisen jatkuvuuden tueksi suositeltiin keskinäisiä vierailukäyntejä henkilöstölle.

Palvelukotikohtaisten tulosten lisäksi vertailevan arviointityön keskeisiä tuloksia käsiteltiin vanhustyöpäällikön, eli kuntatilaajan edustajan, sekä palvelutuottajien kesken. Lisäksi päätulokset tilaaja-tuottajayhteistyön kannalta kiteytettiin ns. tilaaja-tuottajayhteistyön Top10-listaan, jota voitiin hyödyntää samaan aikaan käynnistyneessä tehostetun palveluasumisen kilpailutuksen suunnittelussa. Prosessi toteutettiin tällä kertaa entistä vuorovaikutteisemmin kuntatilaajan ja palvelutuottajien kesken. Niin ikään suunnitteilla on avoin, alueellinen seminaari tulosten ja oppimiskokemusten jakamiseen Porin ja sen yhteistoiminta-alueen kuntien kesken. Näin arviointi palvelee tehostetun palveluasumisen kehittämistä palvelujärjestelmän eri tasoilla.

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

6.6 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Palvelukotien arviointiprosessien keskeiset tulokset raportoitiin kohdassa 6.2 kuvatus arviointimallin pohjalta. Käsiteltävät arviointialueet olivat siten 1) toimintaperiaate ja strategia, 2) johtamismalli ja johtajuus, 3) henkilöstö ja toiminnan organisointi, 4) asiakaslähtöisten prosessien hallinta ja kehittäminen, 5) kumppanuuDET ja resurssit sekä toimitilat, 6) asiakasnäkökulma, 7) talous sekä 8) yhteiskunnallinen vaikuttavuus. Seuraavassa kuvataan keskeisiä havaintoja palvelukotien toiminnan ja tulosten keskeisistä eroista ja yhtäläisyyksistä. Ne havainnollistavat arviointitulosten monipuolisuutta ja kattavuutta sekä samalla niiden yhteyksiä tehostetun palveluasumisen ajankohtaisiin kehittämishaasteisiin ja -mahdollisuuksiin palvelujärjestelmän eri tasoilla monituottajamalleja kehitettäessä.

Palvelukotien toiminnan ja tulosten keskeiset erot ja yhtäläisyydet

Uudistuva terveydenhuoltolaki ja valtakunnalliset vanhustyön linjaukset, käynnissä oleva Porin kunnan ja yhteistoiminta-alueen perusturvapalvelujen uudelleen organisointi, kasvavan vanhusväestön moninaistuvat palvelutarpeet sekä huoltosuhteen muutos tulevaisuudessa luovat molemmille palvelutaloille sekä uusia paineita että mahdollisuuksia toimintansa ja palvelujensa kehittämiseksi. Nämä liittyvät mm. toiminnan kustannustehokkuuteen, asukasrakenteen kehittymiseen sekä palvelujen profiloitumiseen ja hinnoittelun uudistamiseen. Yksityisten palvelutuottajien kohdalla selviytymis- ja kasvustrategiaksi nostetaankin enenevässä määrin asiakaspohjan laajentamismahdollisuudet ja -painet (Kettunen 2005 ja 2007).

Arvioinnin kohteena olevilla palvelutaloilla oli tunnistettavissa organisatiokohtaiset vahvuudet sekä edellytykset kehittää toimintaansa ja uudistua. Tätä yhteistä tahtotilaa ja tavoitetietoisuutta Multipro-arviointityö osaltaan pyrki edesauttamaan. Kunnan ja yhteistoiminta-alueen perusturvan ollessa muutoksessa vanhuspalvelujen strategiset linjaukset odottavat päivittämistä. Tämä vaikeuttaa palvelutalojen pitkänjänteen suunnittelua ja kehittämistyötä. Strategiatyön ohella molemmissa palvelutaloissa keskeisenä kehityskohteena tunnistettiin palvelutalon toiminnan suunnitteluun ja ohjaukseen panostaminen henkilöstön kanssa yhteisesti täsmennettyjen konkreettisten mittareiden (talous, henkilöstö, hoito- ja hoivatyö) avulla. Nämä ovat keinoja sitouttaa koko henkilöstö oman työnsä ja palvelujen jatkuvaan arviointiin ja kehittämiseen.

Arvioinnin kohteena olevat palvelutalot ovat toimintaympäristön, perustointaperiaatteiden, asukasrakenteen sekä henkilöstömäärän suhteen varsin sa-

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

mankaltaisia ja siten vertailukelpoisia. Palvelutalojen kesken tunnistettiin myös keskeisiä *eroja niiden palvelu- ja johtamismalleissa sekä toiminnan organisoinnissa*. Palvelumallien keskeisimmät erot liittyivät palvelujen profiloitumiseen (saattohoito, erikoislääkäripalvelut ja sairaanhoidolliset toimenpiteet) sekä lääkäripalvelujen järjestämiseen joko kunnallisen terveystalouden tai yksityisen palvelumallin kautta. Kuitenkaan lääkäripalvelumalleja ei sinällään suoraan voi verrata näiden arviointitietojen pohjalta. Mallien laatu- ja kustannusvaikutusten arvioimiseksi tarvitaan lisäselvityksiä muun muassa niiden heijastevaikutuksista sairaalapäivystykseen ja erikoissairaanhoidon.

Esimerkiksi Porin suomalaisessa palvelukodissa yksityinen lääkäripalvelu yhdistettynä palvelukodin vahvaan sairaanhoidon osaamiseen ja saattohoitopalveluun on haastattelujen mukaan terveystalouden lääkäripalveluun verrattuna kalliimpaa, mutta vaikuttaisi puolestaan vähentävän tarvetta lähettää asukkaita päivystykseen ja palvelukodin ulkopuoliseen erikoissairaanhoidon. Tuoreessa tutkimuksessa on todettu, että iäkkäitä siirretään runsaasti hoitopaikasta toiseen viimeisinä elinvuosinaan (Aaltonen et al. 2010), mutta siitä aiheutuvia kustannusvaikutuksia ei ole selvitetty. Kun vielä huomioidaan valtakunnalliset saattohoitosuosituksen (STM 2010), voidaan pitää perusteltuna suosia palvelumallia, joka mahdollistaa myös sairaanhoidollisia toimenpiteitä tehostetun palveluasumisen yksikössä ja vähentää siten asukkaan siirtämisen tarvetta. Lääkäripalvelut osoittavat myös konkreettisesti *verkostoituneen palvelumallin* haasteet ja mahdollisuudet; yhteistyökumppaneiden mieltämisen avainresurssina sekä proaktiivisen yhteistyömallien kehittämisen tarpeen.

Molemmissa palvelutaloissa oli arviointihetkellä käynnissä eräänlainen *siirtymävaihe* uuden yksikön käynnistämisen ja omistajavaihdoksen muodossa, joihin liittyi monia muutostilanteille tyypillisiä ja yhteisiä johtamishaasteita. Samalla organisaatioiden johtamismallit olivat muutoksessa; molemmissa palvelukodeissa oli omaksuttu ns. kahden johtajan malli, jota pyrittiin uudistamaan henkilövaihdosten ja organisaation kokonaisohjauksen kannalta tarkoituksenmukaisemmaksi. Henkilöstön epätietoisuus muutostilanteesta oli heijastunut muun muassa henkilöstön ja johdon välisen luottamuksen koetteluna sekä henkilöstön hyvinvoinnissa esim. sairauspoissaolojen korkeana määränä. Arviointityön aikana tilanteen todettiin kuitenkin parantuneen molemmissa palvelutaloissa, mutta henkilöstön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukemiseen todettiin olevan tarpeita panostaa myös jatkossa.

Fyysisesti ja psyykkisesti raskaassa vanhusten pitkäaikaisessa hoito- ja hoivatyössä työyhteisön toimivuuden, johtamisen oikeudenmukaisuuden sekä henki-

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

löstön vaikutusmahdollisuuksien on todettu vaikuttavan keskeisesti henkilöstön motivaatioon, sitoutumiseen ja viihtymiseen (Pekkarinen et al. 2004; Sinervo et al. 2010). Aiemmissä tutkimuksissa näiden edellytysten on todettu osaltaan entisestään heikentyneen, ja siten hoitohenkilöstön hyvinvoinnin huonontuneen muihin toimialoihin verrattuna (ks. esim. Laine et al. 2006).

Arviointitulokset myös valottivat yksikkömuotoisen ja osastomuotoisen toiminnan organisointitapojen erojen ohella, miten ruokahuollon organisointierot ovat yhteydessä hoito- ja hoivatyön organisointiin, henkilöstörakenteeseen ja -mitoituksiin sekä lopulta kudurakenteeseen ja kustannustehokkuuteen. Lisäksi fyysiset tilaratkaisut osoittautuivat määrittävän keskeisesti toiminnan organisoinnin ja siten kustannustehokkuuden parantamisen ja toiminnan uudistamisen reunaehtoja. Näin ollen tilaratkaisujen muunneltavuuteen on syytä kiinnittää erityistä huomiota uusia palvelukoteja suunniteltaessa ja vanhoja saneerattaessa. Tästä esimerkkinä on yövalvonnan organisoinnin ja resursoinnin erot vertailukohteina olevien palvelukotien kesken, mikä on merkittävä kustannustekijä, mutta myös laatu- ja turvallisuusseikka. Tämänkaltaisen vertailevan arvioinnin pohjalta kohteena olevat palvelukodit sekä niitä vastaavat palveluntuottajat voivat kehittää entistä tarkoituksenmukaisempia ja joustavampia palvelumalleja sekä niiden organisointi- ja johtamistapoja.

Arviointitulosten pohjalta voidaan myös tehdä positiivinen johtopäätös, että molemmissa palvelukodeissa *asiakkailla sekä henkilöstöllä* vaikuttaisi olevan varsin yhtenäinen näkemys palvelukotien tarjoamasta laadukkaasta, eli kokonaisvaltaisesta hoidosta ja hoivasta, kodinomaisesta tunnelmasta ja asumisympäristöstä sekä asiakaslähtöisestä palvelusta. Myös näkemykset keskeisistä kehitystarpeista ja -toimenpiteistä olivat päälinjoiltaan varsin yhdenmukaisia henkilöstön, asukkaiden ja omaisten kesken. Omaiset kokivat jonkin verran puutteita tiedon ja palvelujen saannissa. Tiedonsaanti on tyypillinen haaste terveydenhuollossa (esim. Rankinen et al. 2007), mikä on kuitenkin huomioitava toiminnan laatua arvioitaessa. Hoidon suunnittelukokoukset ja tiivis yhteistyö omaisten ja henkilöstön välillä voivat parantaa omaisten kokemusta tiedonsaannista.

Lisäksi asukkaat ja omaiset kokivat hieman puutteita kuntoutus- ja viriketoiminnassa. Myös henkilöstön esiin nostamat kuntouttavan työotteen puutteet ja viriketoiminnan vähäisyys saattavat osaltaan olla yhteydessä työajan jakautumisen haasteisiin, mikä vaikuttaa olevan yleinen haaste vanhusten pitkäaikaisessa hoito- ja hoivatyössä (vrt. Laine et al. 2006; Carean HOT-projekti 2010). Kuitenkin näillä toimilla nähdään olevan keskeinen merkitys vanhusten toimintakyvyn ylläpitämiseen ja elämänlaatuun sekä sitä kautta myös hoiva- ja palvelutar-

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

peiden ennakkointiin pitkällä jännteellä (STM 2008; Muurinen 2003; Muurinen et al. 2006).

Molemmissa palvelutaloissa laadun ja kustannusten arviointiin oli käytössä vaihtelevia menetelmiä, joskin asukkaiden tarpeen arviointiin oli käytössä osin yhteneviä mittareita, esim. RAVA. Laajoja yhtenäisiä arviointi- ja mittaristovaihtimuksia ei kuntatilaajalla vielä ollut käytössä. Tulevaisuudessa kuitenkin edellytetään toiminnalta entistä parempaa laadun raportointia, kustannusten läpinäkyvyyttä, palvelukohtaista hinnoittelua ja suositusten ja standardien noudattamista (Boemer 2005). Yhtenä keinona vastata edellä mainittuihin haasteisiin on julkaisun alussa kuvattu RAI-järjestelmä. Se on monipuolinen mittari, joka edellyttää systemaattisen ja pitkäjänteisen käyttöönoton sekä näin ollen strategisen päätöksen siitä, miten alueella iäkkäiden hoitoa halutaan toteuttaa, seurata ja arvioida.

Yksilölliset hoito- ja palvelusuunnitelmat mahdollistavat tavoitteellisen ja yksilöllisen hoidon ja hoivan, mutta niiden (täysipainoisessa) hyödyntämisessä etenkin omaisten ja henkilöstön kesken vaikuttaisi olevan kehittämisen varaa. Verrattavien palvelukotien kesken on nähtävissä myös sähköisen raportoinnin kehitystilanne; uusissa yksiköissä se muotoutuu luontevasti osaksi hoito- ja hoivatyön käytäntöjä, mutta vanhemmissa yksiköissä esim. tilarajoitteet hidastavat ja hankaloittavat sen käyttöönottoa. Myös tiukassa taloustilanteessa niiden suhteen joudutaan tekemään priorisointeja ja pidemmän jännteen investointisuunnitelmia sekä yksityisen palveluntuottajan että kunnan taholla.

Tilaaja-tuottajayhteistyön Top 10

Keskeistä onkin hoito- ja hoivatyön kokonaisuuden kehittäminen sekä samalla toiminnan entistä systemaattisempi ja vuorovaikutteisempi arviointi ja arviointitiedon hyödyntäminen. Edellytyksenä on kaikkien osapuolten sitoutuminen ja yhteisvastuu kehitystoiminnasta.

Pori seutukuntineen on pitkäjänteisesti tehnyt vanhuspalvelujen tuotteistamis- ja laadun kehittämistyötä, mitä myös tässä Multipro-arviointityössä hyödynnettiin ja pyrittiin viemään eteenpäin myös arviointikriteerien ja -menetelmien osalta. Arviointimalliin yhdistettiin laadun ja talouden arviointikriteerit sekä kehitettiin monipuolisia tiedonkeruumenetelmiä ja monenkeskisiä kehittämismenetelmiä.

Huomioitavaa kuitenkin on, että arviointitulokset eri yksiköiden välillä eivät ole koskaan suoraan vertailukelpoisia, vaan toimintaympäristö, toiminnan profiili jne. on otettava huomioon tulosten tulkinnassa. Toisaalta tulosten läpinäkyvyydellä voitaisiin tuottajia kannustaa hyödyntämään alueen parhaita käytäntöjä ja

6. Sovellus: tehostetun palveluasumisen laadun ja taloudellisten tekijöiden vertaileva arviointi Porissa

toisaalta tällä voitaisiin nostaa asukkaiden ja omaisten laatutietoisuutta. Tulosten läpinäkyvyys myös omaisille edellyttää tietysti avointa keskustelua ja tulosten purkua palvelukodeissa, jotta omaiset voivat ymmärtää, miksi tulokset poikkeavat toisistaan eri yksiköissä.

Arviointityön keskeisenä johtopäätöksenä tilaaja-tuottajayhteistyön näkökulmasta nostettiin esiin kymmenen tärkeää asiaa vanhusten tehostetun palveluasumisen laadun ja tuottavuuden kehittämisessä. Näitä käsiteltiin kuntatilaajan ja palvelutuottajien kesken arviointityön loppuvaiheessa käynnistyneessä tehostetun palveluasumisen kilpailutuksen suunnittelussa.

Arviointityön pohjalta nousseet kehityskohteet koskivat mm.:

- henkilöstömitoituksen ja -rakenteen yhdenmukaisia laskentaperiaatteita
- ostohintaa vs. vaadittua palvelutasoa ja riittävän pitkiä sopimuskausia
- palvelusisältöjä ja -kriteerejä: perus- ja erityispalvelujen erittely
- hinnoittelumallien läpinäkyvyyttä ja kannustavuutta palvelusisältöjen mukaisesti
- kokonaisvaltaista palvelutuottajan suorituskyvyn arviointia ja ohjausta säännöllisesti, mikä edellyttää täsmällisempien ja yhtenäisten arviointikriteerien ja indikaattorien kehittämistä
- RAI-järjestelmän käyttöönottoa (ks. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus 2005.)
- yhteisiä asukas- ja omaispalautelomakkeita, yhteisesti sovittuja raportointikäytäntöjä ja aikatauluja yhteistoiminta-alueen laajuisesti
- arviointimenetelmien sekä raportointi- ja ohjauskäytäntöjen kehittämistä yhteistyössä loppuasiakkaiden, palvelutuottajien sekä tilaajatahon kanssa
- palvelujen kilpailutuksen varsinaisessa toteuttamisessa avointa tiedottamista ja prosessin läpinäkyvyyttä kaikille palvelutuottajille (vrt. Liukko 2007).

Kaiken kaikkiaan tarvitaan palvelutuottajien kyvykkyyttä monipuolisesti määrittellä, arvioida ja kehittää kriteeristöä, joka tulisi olla yhdenmukainen myös *oman palvelutuotannon* kriteeristön kanssa. Palvelujen osto yksityisiltä ja kolmannen sektorin palvelutuottajilta luo siten samalla mahdollisuuksia ja myös paineita kehittää kunnan omaa palvelutuotantoa sekä tilaaja-tuottajayhteistyötä. Päämääränä on siten entistä avoimempi tilaaja-tuottajayhteistyö ja asiakaslähtöisempien palvelujen kehittäminen palvelutuottajasta riippumatta.

Yhteenveto

Hyvinvointipalvelujen laatu- ja tuottavuuskeskustelu sekä arviointimenetelmät ja ohjauskäytännöt ovat pitkään olleet varsin eriytyneitä, mikä herkästi johtaa osa-optimointiin niin käytännön toiminnassa kuin strategisessa päätöksenteossa. Laatu- ja tuottavuusnäkökulmat integroivien lähestymistapojen arvo on kuitenkin entistä laajemmin tiedostettu kuntapäätöksenteossa ja palvelujen kehittämisessä. Nämä systemiset arviointi- ja johtamismallit tarjoavat kokonaisvaltaisen ja tavoitteellisen viitekehyksen, jonka pohjalta voidaan määrittää keskeisiä tavoitteita ja tulosindikaattoreita palvelujärjestelmän eri tasoille aina kuntastrategiasta yksittäiseen työntekijään. Tällöin myös palvelun laatu ja taloudellinen suoriutuminen ymmärretään monitahoisesti asiakaslähtöisen hoito- ja hoivatyön, henkilöstön ammattitaidon, työyhteisön uudistumiskyvyn ja hyvinvoinnin sekä tuottavan kokonaispalvelun ulottuvuuksista muodostuvaksi.

Tässä julkaisussa esiteltiin VTT:n yhteistyökumppaneidensa kanssa kehittämä arviointikonsepti ja sen kaksi sovellusta perusterveydenhuollon sekä vanhusten tehostetun palveluasumisen arviointiin. Osallistujilta saadun palautteen mukaan arviointityö tarjosi monipuolista arviointitietoa, arviointikriteerejä ja -menetelmiä sekä hyviä käytäntöjä ja oppimismahdollisuuksia palvelujärjestelmän eri tasoilla.

Valitsemalla Multipro-arviointityön lähtökohdaksi integroivat arviointikehykset ja toimialakohtaiset indikaattorit tuettiin osaltaan kohteena olevien organisaatioiden jatkuvaa arviointi- ja kehittämistyötä. Samalla edistettiin yhtenäisten arviointikriteerien sekä arviointi- ja johtamismenetelmien kehittämistä. Vertailevassa, moniäänisessä ja kehittävässä arviointiprosessissa toimijoille tarjoutui mahdollisuuksia ymmärtää toistensa näkökantoja paremmin ja oppia toisilta niin asiakasyhteistyössä, palvelutuottajien sisäisesti sekä monenkeskisesti tilaajan ja tuottajien kesken. Arviointitulosten pohjalta voitiin havaita, etteivät eri toimijoiden esittämät näkemykset tai tiedot olleet keskenään varsinaisesti ristiriidassa. Sen sijaan näkemys- ja painotuseroja oli havaittavissa sekä organisaatioiden

sisäisesti että palvelutuottajien ja tilaajatahoa edustavien kesken. Tämä on varsin luonnollista käynnissä olevissa muutosprosesseissa, ja olennaista onkin tarjota kanavat niiden käsittelyyn rakentavasti.

Nämä ovat kiistatta Multipro-arviointikonseptin keskeisiä etuja, jotka perustelevat sen luotettavuutta ja monipuolista hyödynnettävyyttä. Lisänsä tähän tuovat arviointikriteerien teoreettinen perusteltavuus ja käytännön relevanssi sekä arviointikohteiden vertailtavuus. Toki muun muassa arviointitiedon aikasidonaisuus sekä osittain eri menetelmillä kerätyn arviointitiedon vertailtavuus asettavat rajoitteensa, jotka on otettava huomioon tuloksia tulkittaessa. Arviointi on myös aina kontekstisidonnaista, ns. tapaustutkimusta, joten tulosten yleistettävyyttä on arvioitava huolella. Kahden palvelutuottajan keskinäisellä vertailulla saadut tulokset tarjoavat suuntaa-antavaa kuvaa kohteena olevien palvelujen tasosta etenkin kuntatasolla, jossa sama palvelujen tilaaja määrittelee palvelujen keskeiset reunaehdot. Samalla ne tarjoavat karkeampaa vertailutietoa, jota voidaan suhteuttaa vastaaviin yksityisiin ja kunnallisiin palvelutuottajiin.

Kiteytetysti Multipron vertailevaa, moniäänistä ja kehittävää arviointityötä voidaan **käyttää seuraaviin tilanteisiin:**

- ulkoistuspäätösten tueksi tai niiden vaikutusten arvioimiseen
- tilaaja-tuottajayhteistyön kehittämiseen
 - palvelutuottajien keskinäiseen vertailuun ja oppimiseen
 - arviointikriteerien ja -menetelmien yhtenäistämiseen
 - seuranta- ja ohjaukikäytäntöjen kehittämiseen
 - palvelutarjooman kehittämiseen suhteessa kysynnän muutoksiin
- kunnan omien palvelutuottajien keskinäiseen vertailuun
- yksityisen palvelutuottajien omien yksiköiden rinnakkaiseen vertailuun.

Edellisissä luvuissa kuvattiin tapausesimerkkien kautta arvioinnin monitasoisia **hyötyjä eri osapuolille**. Ne voidaan kiteyttää seuraavasti:

- arviointityö räätälöidään asiakkaan tarpeiden mukaisesti
- vaihtoehtoiset toteutustavat sekä arviointimenetelmät
- tuki tulosten käsittelyyn eri osapuolten kesken sovittu
- arviointityön aikataulutus ja osapuolten panostus sovittavissa
- tuloksena vertailevaa ja monipuolista arviointitietoa, kehitysehdotuksia, hyviä käytäntöjä sekä arviointimenetelmiä
 - kohteena oleville palvelutuottajille
 - tilaaja-tuottajayhteistyöhön
 - kunnalliseen päätöksentekoon

- laatu- ja kustannustietoisuutta, kehittämistoiminnan suuntaamista sekä yhtenäiset ja vuorovaikutteiset arviointimenetelmät palvelujärjestelmän eri tasoilla

Toivomme tämän julkaisun jo antavan lukijalleen eväitä vertailevan, moniäänisen sekä kehittävän arviointiotteen omaksumiselle osana hyvinvointipalvelujen uudistamista ja monituottajamalleihin siirtymistä. Ulkopuolisen asiantuntijan apu tämän prosessin käynnistäjänä ja puolueettomana luotsina ei ole välttämätön, mutta mahdollinen, *joten otathan tarvittaessa yhteyttä.*

Lähdeluettelo

- Aaltonen, M., Forma, L., Rissanen, P., Raitanen, J. & Jylhä, M. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *European Journal of Ageing* 7, s. 91–100.
- Ala-Nikkola, M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. *Acta Universitatis Tamperensis*. Tampere 2003.
- Boemer, R. 2005. Medicine's service challenge: Blending custom and standard care. *Health care management review* 30(4), s. 322–330.
- Brommels, M. & Elonheimo, O. 2007. Hoito-, palvelu- ja toimintaprosessien suunnittelua ja seurantaan tukevat mittarit. http://www.phsotey.fi/heimo/easydata/customers/heimo/files/prosessit/Liite_10_Mittariohjeisto.pdf.
- Carean HOT-projekti: Hoitajien työajasta iso osa kuluu muuhun kuin hoitamiseen. 2010. Keski-Uusimaa 2.9.2010.
- Dey, P.K. & Hariharan, S. 2006. Integrated approach to healthcare quality management: a case study. *The TQM Magazine* Vol. 18, No. 6, s. 583–605.
- EFQM Excellence model 2010. EFQM Publications.
- Fryer, K.J., Antony, J. & Douglas, A. 2007. Critical success factors of continuous improvement in the public sector. *The TQM Magazine*, Vol. 19, No. 5, s. 497–517.
- Hasu, S. 2009. Evaluating the suitability of applying the Balanced Scorecard to public health care organisation. The case of Medical District of Helsinki and Uusimaa (HUS). Väitöskirja.
- Helsingin yliopiston työilmapiirikysely 2009. <https://elomake.helsinki.fi/lomakkeet/18353/lomake.html>. Luettu 30.8.2010.
- Hjerppe, R. & Luoma, K. 2003. Tuottavuuden mittaaminen – Käsitteet. Teoksessa: Hjerppe, R., Kangasharju, A. & Vuorento, R. (toim.). *Kunnalliset palvelut. Terveysten ja vanhustenhuollon tuottavuus*. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010: 28. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Holma, T. 2003. ITE 2 – opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamentelmän käyttöön. Suomen Kuntaliitto. Hakapaino Oy. Helsinki.

- Ihalainen, R. 2007. Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. Acta Universitatis Tamperensis; 1234, Tampere University Press, Tampere 2007.
- Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. 2005. Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) STAKES. Helsinki.
- Jylhäsaari, J. 2009. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? Acta Wasaensia No. 212. Vaasan yliopisto.
- Kallio, K., Lappalainen, I., Kuure, E. & Lindström, A. 2011. A learning perspective for managing service innovation process in a value network. Paper for the Encounters Conference, Porvoo Finland, April 2011.
- Kankaanpää, R. & Mäkilä, P. 2008. Vanhusten pitkäaikaishoito- ja hoiva. Palvelutyöryhmän raportti 4.12.2008. Porin kaupunki.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P. 1996. The Balanced Scorecard: Translating strategy into action. Harvard Business School Press. Boston. Massachusetts.
- Kay, J. 2007. Health Care Benchmarking. *Medical Bulletin*, Vol. 12, No. 2, February 2007.
- Kehittyvät tilaaja-tuottajamallit suomalaisissa kaupungeissa. Raportti Toimi 2010 -verkostohankkeen tuloksista. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Suomen Kuntaliitto, Helsinki, 2011.
- Keinänen, M., Kujala, S. & Palmunen, J. 2010. Vantaan terveyskeskuspäivystyksen ulkoistaminen Peijaksen sairaalassa – arviointi. Loppuraportti osa ½. Finnish Consulting Group.
- Kettunen, R. 2005. Sosiaalipalvelut. Toimialaraportti 16/2005. Kauppa- ja teollisuusministeriön julkaisu.
- Kettunen, R. 2007. Sosiaalipalvelut. Toimialaraportti 15/2007. Kauppa- ja teollisuusministeriön julkaisu.
- Kivisaari, S., Kokkinen, L., Lehto J & Saari, E. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon systemisen innovaation johtaminen. Kahden tapaustutkimuksen opetuksia. VTT Tiedotteita 2504. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2009/T2504.pdf>.
- Komulainen, M. 2010. Ulkoistaminen kunnissa: Oikeudellinen tutkimus ulkoistamisen ilmenemismuodoista ja vaikutuksista sekä ulkoistamisen rajoituksista ja sille

- asetettavista vaatimuksista yhtenä kunnallisten palvelujen tuottamismuotona. Acta Electronica Universitatis Tampensis; 1008. Tampere University Press.
- Kunnalliset palvelut. Terveyden- ja vanhustenhuollon tuottavuus. 2003. Hjerppe, R., Kangasharju, A. & Vuorento, R. (toim.) Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Kuntatyönantajat. 2008. Tuloksellisen toiminnan kehittämistä koskeva suositus. <http://www.kuntatyönantajat.fi/fi/sopimukset/työelämänkehittäminen/henkilöstöjohtaminen-tuloksellisuus-ja-osaaminen/Sivut/tuloksellisen-toiminnan-kehittamista-koskeva-suositus.aspx>.
- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta hoitotieteen laitos ja terveyshallinnon ja -talouden laitos.
- Kähkönen, L. 2007. Näennäismarkkinoiden tehokkuuden rajoitteet ja mahdollisuudet paikallishallinnon palveluissa. Acta Universitatis Tampensis; 1277. Tampere University Press.
- Laatua laatusuosituksella 2007. Voutilainen, P. (toim.). Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Raportteja 2/2007. STAKES.
- Lahtinen, Y. & Laine, J. 2003. Vanhustenhuollon tuottavuus ja tehokkuus. Teoksessa: Hjerppe, R., Kangasharju, A. & Vuorento, R. (toim.) 2003. Kunnalliset palvelut. Terveyden- ja vanhustenhuollon tuottavuus. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Laine, J. 2005. Laatua ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhuslaitoshoidosta. Stakes tutkimuksia 151. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- Laine, M., Wickström, G., Pentti, J., Elovainio, M., Kaarlela-Tuomaala, A., Lindström, K., Raitoharju, R. & Suomala, T. 2006. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, Tampere.
- Lappalainen, I. & Nuutinen M. 2010. Teollisen palvelukyvyn ja -kulttuurin arviointimenettely. Julkaisussa: Hyötyläinen, R. & Nuutinen, M. (toim.) Mahdollisuuksien kenttä, palveluliiketoiminta ja vuorovaikutteinen johtaminen. Teknologiateollisuuden julkaisuja 1/2010. Tammerprint Oy, Tampere. S. 208–238.
- Lepäntalo, A. Heponiemi, T. Sinervo, T. Vänskä J. Halila, H. & Elovainio, M. 2008. Terveyskeskuslääkärin työhön sitoutuminen ja työstälähtöaika sekä niihin yhteydessä olevat työn psykososiaaliset riskitekijät. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008, 45, s. 279–292.

- Lillrank, P. 1998. Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa 1998.
- Lillrank, P. & Haukkipää-Haara, P. 2006. Terveystalouden tilaaja-tuottaja-malli. KTM Rahoitetut Tutkimukset 1/2006. Edita Publishing Oy, Helsinki.
- Liukko, M. 2007. Sosiaali- ja terveystalouden ulkoistaminen ja kilpailuttaminen: kokemuksia Lahden kaupungista. Suomen lääkärilehti 62(5), s. 431–434.
- Loikkanen, H.A. & Nivalainen, H. 2010. Suomen kuntatalouden kehitys: miten tähän on tultu? Kuntien takauskeskukselle tehty raportti.
- Luoma, K., Rätty, T., Moisio, A., Parkkinen, P., Vaarama, M. & Mäkinen, E. 2003. Seniori Suomi – Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset. Sitran raportteja 30. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Mikkola, H. 2010. Toimiiko kilpailu lääkäripalveluissa? Kunnallisan alan kehittämistätiön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 15. Pole-Kuntatieto Oy.
- Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Acta Universitas Tamperensis 936.
- Muurinen, S., Vaarama, M., Haapaniemi, H., Mikkola, S., Hertto, P. & Luoma, M.-L. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdennustehokkuus. Care Keys -projekti / Helsinki-tiimi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:2.
- Niskanen, J. & Tuomi, V. 2000. Balansoituun mittaristoon pohjautuva laadunhallinta. Esimerkkimalli perusterveydenhuoltoon. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4/00, s. 283–298.
- Neillimo, K. 1972. Tutkimus tuotanto- ja kustannusteorian sekä rahoituksen teorian yhdistämismahdollisuuksista yritysentaloustieteelliseksi yrityksen teoriaksi. Tampere, Tampereen yliopisto, Yrityksen taloustieteen laitos, julkaisu N:o A 2.
- Parjanne, R. 2003. Kuntatalous ja tuottavuus. Teoksessa: Hjerpe, R., Kangasharju, A. & Vuorento, R. (toim.) 2003. Kunnalliset palvelut. Terveystalouden ja vanhustenhuollon tuottavuus. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Parkkinen, P. (2002) Suomen ja muiden unionimaiden väestörakenne 2050. VATT-keskustelualoitteita 265.
- Peiponen, A. 2004. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatuvaatimukset. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2004:2.

- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Laine, J. 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes aiheita 11/2004.
- Pekkola, S., Linna, P., Melkas, H., Rantanen, H., Ukko, J. & Annala, U. 2008. Päijät-Hämeen tuottavuusohjelma. Tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden asialla. Lahti: Päijät-Hämeen liitto. 61 s. A173/2008.
- Petäkoski-Hult, T. & Kanto-Hannula, T. 2007. Scenarios as a Tool for Developing New Services and Technologies for Older People. IAHSA 7th International Conference & Exposition, June 2007. St Julian's, Malta.
- Puustinen, R., Kauppinen, T., Saarinen, L. & Eskola, A. 2010. Työparimallin pilotointi Helsingin terveysasemilla. Kehittämiprojektin loppuraportti. Helsingin kaupunki. Terveyskeskusasemat-osasto.
- Rankinen, S., Salanterä, S. Heikkinen, K., Johansson, K., Kaljonen, A., Virtanen, H. & Leino-Kilpi H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care* 19 (2), s. 113–119.
- Rantanen, H. 2005. Tuottavuus suorituskyvyn analysoinnin kentässä. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lahden yksikkö. Työpapereita 3.
- Rantanen, H., Kulmala, H. I., Lönnqvist, A. & Kujansivu, P. 2007. Performance measurement systems in the Finnish public sector. *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 20, No. 5, s. 415–433.
- Rautiainen, A. 2004. Kuntien suorituksen mittaus ja tuloksellisuuskäsitteistö: arviointi ja kehittäminen. Lisensiaatin tutkimus. Jyväskylän yliopisto, taloustieteiden tiedekunta. Jyväskylä.
- Rusila, P. 2010. Suorituskyvyn mittaaminen sosiaali- ja perusterveydenhuoltotoimialalla. Diplomityö. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Tuotantotalouden osasto. Lappeenranta.
- Salakari, S. & Lehtoranta, H. 2006. Vanhusten laitoshoidon tuotteistus. *Karhukuntien julkaisu* 3/2006.
- Savolainen, J. 2010. Ongelmia ei pidä ulkoistaa. *Helsingin Sanomat* 16.9.2010, A13.
- Simonen, O. 2004. Tasapainotettu tuloskortti (BSC) hoitotyön johtamisen viitekehyksenä – käytössä olevat mittarit ja niiden yhteys strategioihin. HYKS, Jorvin sairaalan julkaisuja. Sarja A 03/2004.

- Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen L.-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R. & Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 34/2010. Helsinki.
- SITRA 2010. Tukholman Vårdval-järjestelmä. Lähtökohdat, toteutus ja kehitysajatukset. Tammikuu 2010.
- Suoniemi, I., Syrjä, V. & Taimio, H. 2005. Vanhusten asumispalvelujen kilpailuttaminen. Palkansääjien tutkimuslaitos. Tutkimuksia 97. Helsinki.
- Stakes 2008. Sopimusohjauksen kehittämistyöryhmä: Suositus sopimusohjauksen toteuttamiseksi. Stakesin työpapereita 11/2008.
- STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Yliopistopaino, Helsinki 2008.
- STM tiedote 432/2010. Terveydenhuoltolaki lisää asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia.
- STM 2010. Hyvä saattohoito suomessa. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2010:6.
- Syvänen, S., Erätuli, P., Kokkonen, A., Nederström R. & Strömberg, S. 2008. Hyvinvoinnin ja tuloksellisuuden tekijät yhteistoiminnallisen kehittämisen ideat ja aatteet. Tykes raportteja 61. Helsinki.
- Uusi-Rauva, E., Paranko, J. & Viloma, H. 1994. Toimintoperusteinen kustannuslaskenta – Activity Based Costing. Tampereen teknillinen korkeakoulu – Technical university of Tampere. Tampere.
- Valvira. Selvityksiä 3:2010. Vanhusten ympärivuorokautisen sosiaalihuollon palvelut. Toimintayksiköihin tehdyn kyselyn tulokset ja valvonnan jatkotoimenpiteet.
- VATT 2010. Vaikuttavuuden huomioon ottava tuottavuus vanhuspalveluissa. Kangasharju, A., Mikkola, T., Mänttari, T., Tyni, T. & Valta, M. VATT tutkimuksia 160.
- Vierula, H. 2010. Työparityö muuttaa terveyskeskuksia. Suomen lääkärilehti 42/2010, vsk 65, s. 3387–3388.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2001. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Vohlonen, I., Komulainen, M., Vehviläinen, A. & Vienonen, M. 2010. Ulkoistetun avosairaanhoidon toimivuus ja tulokset Kouvolassa. Suomen Lääkärilehti 65 (9), s. 817–827.

Vohlonen, I., Komulainen, M., Vehviläinen, A. & Vienonen, M. 2009. Ulkoistettuja ja kunnan omia palveluja voi vertailla. Suomen Lääkärilehti 48 (64), s 4130–4131.



Tekijä(t) Inka Lappalainen, Ilmari Lappeteläinen, Erja Wiili-Peltola & Minna Kansola		
Nimeke MULTIPRO Vertaileva arviointikonsepti julkisen ja yksityisen hyvinvointipalvelun arviointiin		
Tiivistelmä Kunnissa käynnissä oleva palvelurakenteen muutos ja monituottajamalleihin siirtyminen on monitahoinen mutta yhä laajempaa kannatusta saava kehityssuunta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tilaaaja-tuottaja-ajattelun omaksuminen edellyttää entistä yhtenäisempiä palvelutuottajien arviointikriteerejä sekä entistä vuorovaikutteisempia arviointitapoja palvelujen kilpailuttamiseen, ohjaukseen sekä kehittämiseen. VTT:n asiantuntijat kehittivät yhteistyössä kumppaneidensa kanssa palvelutuottajia vertailevan ja kehittävä arviointikonseptin. Se tarjoaa moniäänisen arviointiprosessin palvelutuottajien sisäiseen uudistumiseen, toisilta oppimiseen sekä tilaaja-tuottajayhteistyöhön. Julkaisu taustoittaa ja esittelee arviointikonseptin sekä kaksi sen sovelluskohdetta, jotka kohdistuivat kunnallisen ja yksityisen palvelumallin rinnakkaiseen arviointiin. Toisessa pilotissa arviointikohteena oli terveysasematoiminta Tampereella ja toisessa vanhusten tehostettu palveluasuminen Porissa. Lopuksi esitetään kiteytys arviointikonseptin tarpeista ja hyödyistä peruspalvelujen rakennemuutoksessa ja monituottajamallien kehittämisessä. Tarkoituksena on herättää ajatuksia hyvinvointipalvelujen arvioinnin monitahoisuudesta ja hyödyistä tilaaja-tuottajamalleja kehitettäessä mutta myös tarjota selkeä toimintamalli arviointityöhön tarttumiseksi. Julkaisu on kohdennettu erityisesti hyvinvointipalvelujen kuntatilaajille ja tuottajaorganisaatioille sekä kuntapäätäjille mutta myös kaikkien aiheesta kiinnostuneiden hyödynnettäväksi.		
ISBN 978-951-38-7702-6 (nid.) 978-951-38-7703-3 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)		
Avainnimeke ja ISSN VTT Tiedotteita – Research Notes 1235-0605 (nid.) 1455-0865 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)		Projektinnumero 36832
Julkaisuaika Huhtikuu 2011	Kieli Suomi, engl. tiiv.	Sivuja 64 s.
Projektin nimi Multipro-hanke		Toimeksiantaja(t) Tykes, VTT, organisaatiot
Avainsanat public and private services, multiple supplier models, well-being, benchmarking		Julkaisija VTT PL 1000, 02044 VTT Puh. 020 722 4404 Faksi 020 722 4374



Series title, number and
report code of publication

VTT Research Notes 2578
VTT-TIED-2578

Author(s) Inka Lappalainen, Ilmari Lappeteläinen, Erja Wiili-Peltola & Minna Kansola		
Title MULTIPRO Concept for parallel evaluation of public and private well-being services		
Abstract <p>The service structure change currently going on in municipalities, involving the adoption of multi-supplier models, is a complex yet increasingly favoured trend in social welfare and health care services. Adopting the purchaser-provider approach requires more coherent service provider evaluation criteria and more interactive evaluation methods for competitive tendering, managing and development of services.</p> <p>VTT experts, working with partners, developed an evaluation concept to compare and develop service providers, offering a multi-voiced evaluation process for internal reform by service providers, for learning from other parties, and for purchaser-provider cooperation.</p> <p>This publication explains the background to the evaluation concept and describes the concept itself and two pilot applications featuring parallel evaluation of a municipal service model and a private one. One of the pilots focused on a primary health care in Tampere and the other on intensive residential services for the elderly in Pori. Feedback from participants indicates that the evaluation generated a variety of data, evaluation criteria and methods, and good practices and learning opportunities.</p> <p>In short, the comparative, multi-voiced and development-oriented evaluation concept in Multipro benefits purchaser-provider cooperation at various levels of the service system and supports local authorities for instance in deciding on outsourcing or in evaluating its impact.</p> <p>Its purpose is to highlight the complexity of evaluating well-being services and the benefits the process affords in developing purchaser-provider models, but also to offer a clear and simple operating model for conducting evaluations. The publication is primarily intended for purchasers of well-being services at local authorities, for provider organisations and for decision-makers in local government, but is also suitable for anyone interested in the subject.</p>		
ISBN 978-951-38-7702-6 (soft back ed.) 978-951-38-7703-3 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)		
Series title and ISSN VTT Tiedotteita – Research Notes 1235-0605 (soft back ed.) 1455-0865 (URL: http://www.vtt.fi/publications/index.jsp)		Project number 36832
Date April 2011	Language Finnish, Engl. abstr.	Pages 64 p.
Name of project Multipro		Commissioned by Tykes, VTT, organisations
Keywords public and private services, multiple supplier models, well-being, benchmarking		Publisher VTT Technical Research Centre of Finland P.O. Box 1000, FI-02044 VTT, Finland Phone internat. +358 20 722 4404 Fax +358 20 722 4374

Kunnissa käynnissä oleva palvelurakenteen muutos ja monituottajamalleihin siirtyminen on monitahoinen mutta yhä laajempaa kannatusta saava kehityssuunta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tilaaja-tuottaja-ajattelun omaksuminen edellyttää entistä yhtenäisempiä palvelutuottajien arviointikriteerejä sekä entistä vuorovaikutteisempia arviointitapoja palvelujen kilpailuttamiseen, ohjaukseen sekä kehittämiseen.

VTT:n asiantuntijat kehittivät yhteistyössä kumppaneidensa kanssa palvelutuottajia vertailevan ja kehittävän arviointikonseptin. Se tarjoaa moniäänisen arviointiprosessin palvelutuottajien sisäiseen uudistumiseen, toisilta oppimiseen sekä tilaaja-tuottaja-yhteistyöhön.

Julkaisu taustoittaa ja esittelee arviointikonseptin sekä kaksi sen sovelluskohdetta, jotka kohdistuivat kunnallisen ja yksityisen palvelumallin rinnakkaiseen arviointiin. Toisessa pilotissa arviointikohteena oli terveysasematoiminta Tampereella ja toisessa vanhusten tehostettu palveluasuminen Porissa. Lopuksi esitetään kiteytys arviointikonseptin tarpeista ja hyödyistä peruspalvelujen rakennemuutoksessa ja monituottajamallien kehittämisessä.

Tarkoituksena on herättää ajatuksia hyvinvointipalvelujen arvioinnin monitahoisuudesta ja hyödyistä tilaaja-tuottajamalleja kehitettäessä mutta myös tarjota selkeä toimintamalli arviointityöhön tarttumiseksi. Julkaisu on kohdennettu erityisesti hyvinvointipalvelujen kuntatilaajille ja tuottajaorganisaatioille sekä kuntapäätäjille mutta myös kaikkien aiheesta kiinnostuneiden hyödynnettäväksi.