

Laura Pitkänen, Paulus Torkki, Helena Tolkki,
Mikko Valtakari ja Riikka-Leena Leskelä

Reittiopas vaikuttavuuteen

Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa

Valtioneuvoston
selvitys- ja tutkimus-
toiminnan julkaisusarja

2020:1

ISSN 2342-6799

ISBN PDF 978-952-287-820-5

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:1

Reittiopas vaikuttavuuteen

Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa

Valtioneuvoston kanslia

ISBN PDF: 978-952-287-820-5

Tekijän organisaatio: Laura Pitkänen, Helena Tolkki, Riikka-Leena Leskelä: Nordic Healthcare Group.
Paulus Torkki: Helsingin yliopisto. Mikko Valtakari: MDI.

Helsinki 2019

Kuvailulehti

Julkaisija	Valtioneuvoston kanslia	21.1.2020
Tekijät	Laura Pitkänen, Paulus Torkki, Helena Tolkki, Mikko Valtakari, Riikka-Leena Leskelä	
Julkaisun nimi	Reittiopas vaikuttavuuteen Vaikuttavuusperustainen ohjaus sote- ja työllisyyspalveluissa	
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:1	
ISBN PDF	978-952-287-820-5	ISSN PDF 2342-6799
URN-osoite	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-820-5	
Sivumäärä	147	Kieli suomi
Asiasanat	Vaikuttavuus, ohjausmallit, sosiaali- ja terveystyö, työllisyyspalvelut, tutkimus, tutkimustoiminta	
Tiivistelmä	<p>Vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa palvelujärjestelmää tarkastellaan asiakkaista ja potilaista käsin. Tavoitteena on palvelurakenne, joka palvelee koko väestöä niin hyvin kuin niukkojen resurssien rajoissa on mahdollista. Vaikuttavuuden ohjaaminen perustuu tietoon: yksittäisiltä asiakkailta kerättävä tieto kanavoituu tuottajien kautta palvelujen järjestäjien käyttöön ja kansalliseen tietovarantoon. Laaja vaikuttavuustieto mahdollistaa selvityksessä tarkasteltujen sote- ja työllisyyspalvelujen ohjaamisen nykyistä vahvemmin järjestäjän tavoitteista käsin.</p> <p>Selvityksessä rakennetaan vaikuttavuusperustainen ohjausmalli. Sen taustana esitellään vaikuttavuuden ja ohjauksen peruserätykset sekä ohjaamisen toimintaympäristöä määrittävät rakenteet ja niiden haasteet sote- ja työllisyyspalveluissa. Ohjausmallin taustaksi kuvataan myös vaikuttavuusperusteisen ohjauksen sovelluksia, eli suomalaisia pilotteja ja kansainvälisiä esimerkkejä laajemmin vaikuttavuuteen perustuvista järjestelmistä. Itse ohjausmalli keskittyy siihen, miten järjestäjä voi ohjata vaikuttavuutta normi- resurssi- informaatio- ja vuorovaikutusohjauksen keinoin yleisellä ja yksityiskohtaisella tasolla: järjestäjä asettaa asiakasryhmittäisen tavoitteet, joita se ohjaa tuottajien kautta eri tavoin erityyppisissä ryhmissä. Ohjauksen sisältöä ja mekanismeja arvioidaan ja uudistetaan vaikuttavuustiedon perusteella. Lopuksi selvityksessä kuvataan kansallisen ja järjestäjän tason askeleet vaikuttavuusperustaisen ohjauksen laajamittaiseen toteuttamiseen.</p>	
	Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa. (tietokayttoon.fi) Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.	
Kustantaja	Valtioneuvoston kanslia	
Julkaisun myynti/jakaja	Sähköinen versio: julkaisut.valtioneuvosto.fi Julkaisumyynti: vnjulkaisumyynti.fi	

Presentationsblad

Utgivare	Statsrådets kansli	21.1.2020	
Författare	Laura Pitkänen, Paulus Torkki, Helena Tolkki, Mikko Valtakari, Riikka-Leena Leskelä		
Publikationens titel	Ruttkarta till värdebaserad styrning Värdebaserad styrning i social-, hälso- och sysselsättningstjänster		
Publikationsseriens namn och nummer	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 2020:1		
ISBN PDF	978-952-287-820-5	ISSN PDF	2342-6799
URN-adress	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-820-5		
Sidantal	147	Språk	Finska
Nyckelord	värdebaserad styrning, styrmodeller, social- och hälso-tjänster, sysselsättningstjänster, forskning, forskningsverksamhet		
Referat	<p>I värdebaserad styrning observeras tjänstesystemet från kundernas och patienternas synvinkel. Målsättningen är en tjänstestruktur som tjänar befolkningen i sin helhet så bra som möjligt med begränsade resurser. Värdebaserad styrning beror på information: information insamlats från enskilda kunder kanaliseras genom producenter till tjänsteorganisatörens användning och till nationella informationsresursen. Bred effektivitetsinformation möjliggör styrningen av social-, hälso- och sysselsättningstjänster granskat i denna utredningen för organisatörens målsättning ännu starkare än för närvarande.</p> <p>I utredningen byggs en värdebaserad styrningsmodell. Som bakgrund presenteras såväl effektivitetens och styrningens grundprinciper som strukturer för styrningens förutsättningar och dess utmaningar i social-, hälso- och sysselsättningstjänster. Som styrningsmodellens bakgrund beskrivs även värdebaserade styrnings tillämpningar, d.v.s. finska och internationella exempel på system som baserar sig på effektivitet. Styrningsmodellen fokuserar sig på hur organisatören kan styra effektiviteten med norm-, resurs-, informations och växelverkans styrningens medel på en generell och detaljerad nivå: organisatören sätter kundgruppenliga mål och styr dom via serviceproducenter på olika sätt i skilda grupper. Styrningens innehåll och mekanismer utvärderas och förnyas baserad på effektivitetsinformation. Till sist beskrivs stegen för att förverkliga en bred värdebaserad styrning på nationell och organisatörens nivå.</p>		
	Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan. (tietokaytoon.fi) De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt		
Förläggare	Statsrådets kansli		
Beställningar/distribution	Elektronisk version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Beställningar: vnjulkaisumyynti.fi		

Description sheet

Published by	Prime Minister's Office	21.1.2020	
Authors	Laura Pitkänen, Paulus Torkki, Helena Tolkki, Mikko Valtakari, Riikka-Leena Leskelä		
Title of publication	Route map to value-based steering Value-based steering in social and healthcare and in employment services		
Series and publication number	Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 2020:1		
ISBN PDF	978-952-287-820-5	ISSN PDF	2342-6799
Website address URN	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-820-5		
Pages	147	Language	Finnish
Keywords	value-based healthcare, outcomes, steering, social and healthcare services, employment services, research, research activities		
<p>Abstract</p> <p>In a value-based service delivery model, the main focus is on customers and patients. The aim of the model is to serve the whole population as well as possible, given the scarcity of resources. The steering is based on outcomes data collected from patients and customers by the service provider. The public body commissioning the services utilises the data, and channels it into a national database. Transforming this data into knowledge enables the steering structure to become more goal-oriented in both social and healthcare services and employment services.</p> <p>In this report, we introduce a value-based steering model. First, we describe the basic principles of a value-based service delivery model and introduce different means of steering. Next, we present the operational environment in social and healthcare services and employment services, and describe various cases, in which value-based steering has been applied, both in Finland and internationally.</p> <p>The steering model illustrates how the commissioner can steer value through setting norms, allocating resources, sharing information, and interacting with the service provider. The former sets goals for different customer segments, and the latter performs the tasks that eventually lead to achieving these goals. The content and process of steering is evaluated and renewed based on the outcomes data.</p> <p>Finally, we describe the steps the national and the regional level need to take to implement value-based steering on a larger scale.</p>			
<p>This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research. (tietokaytoon.fi) The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.</p>			
Publisher	Prime Minister's Office		
Publication sales/ Distributed by	Online version: julkaisut.valtioneuvosto.fi Publication sales: vnjulkaisumyynti.fi		

Sisältö

1	Johdanto	11
1.1	Selvityksen tausta ja tavoitteet.....	12
1.2	Aineisto ja menetelmät.....	15
2	Vaikuttavuus	17
2.1	Vaikuttavuuden mittaaminen ja haasteet sote-palveluiden kontekstissa.....	18
2.2	Vaikuttavuus ja sen mittaaminen työllisyyspalveluiden kontekstissa	21
3	Ohjaaminen.....	24
3.1	Ohjauskeinot	24
3.2	Ohjausmallit ja niiden sovellukset	25
3.2.1	Hierarkkinen ohjaus.....	26
3.2.2	Verkosto-ohjaus.....	27
3.2.3	Markkinaohjaus	27
3.2.4	Tilaaaja-tuottaja-mallit	29
3.2.5	Allianssimalli.....	29
3.3	Ohjauskeinojen ja -mallien soveltaminen käytännössä.....	30
3.4	Sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjaamista vaikeuttavat tekijät	32
3.4.1	Ristiriitaiset valta- ja vastuusuhteet	32
3.4.2	Eri suuntiin vetävät tilivelvollisuudet	35
3.4.3	Transaktiokustannukset.....	37
3.4.4	Monimutkaiset palveluprosessit.....	38
3.4.5	Tietojohtamisen haasteet	39
3.5	Ohjaamisen ja johtamisen erot ja yhteneväisyydet	41
3.6	Ohjaaja ja ohjattava sote-palveluissa	42
3.6.1	Valtionohjaus sotessa.....	44

3.7	Yhteenveto sote-ohjauksen, sen toimintaympäristön ja vaikuttavuuden ohjauksen suhteesta	45
3.8	Ohjaaja ja ohjattava työllisyyspalveluissa	46
3.8.1	Tavoitteiden asettaminen	48
3.9	Ohjaamisen toimintaympäristö työllisyyspalveluissa.....	49
3.9.1	Ohjauseinojen soveltaminen oman palvelutuotannon ohjaamisessa.....	49
3.9.1.1	Normiohjaus.....	50
3.9.1.2	Resurssiohjaus	50
3.9.1.3	Informaatio-ohjaus	51
3.9.2	Hankinnat ja ulkoisen palvelutuottajan ohjaaminen.....	52
4	Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen sovelluksia	54
4.1	Sovelluksia sote-palveluissa	54
4.1.1	Suomi: Tesoman hyvinvointikeskus	54
4.1.2	Suomi: Jyväskylän terveysasemat	56
4.1.3	Suomi: Imatran hyvinvointineuvola	56
4.1.4	Suomi: Kotitori	57
4.1.5	Suomi: Pohjola Vakuutus ja Pohjola Sairaala	59
4.1.6	Alankomaat: Santeon Hospitals	60
4.1.7	Iso-Britannia	61
4.1.8	Japani.....	62
4.1.9	Singapore.....	63
4.1.10	Suomi: sairaanhoitopiirien johdon näkemykset	65
4.1.11	Yhteenveto sote-palveluiden esimerkitapauksista	65
4.2	Sovelluksia työllisyyspalveluissa	67
4.2.1	Pirkanmaan työvoima- ja yrityspalvelujen kokeilu	67
4.2.2	Uudenmaan ostopalvelukokeilu.....	69
4.2.3	Työllisyys-SIB.....	71
4.2.4	Yhteenveto työllisyydenhoidon esimerkitapauksista.....	73
5	Vaikuttavuuden ohjaaminen	74
5.1	Vaikuttavuuden ohjaamisen reunaehdot sote-palveluissa	74
5.2	Vaikuttavuuden ohjaamisen mahdollisuudet työllisyyspalveluissa	75
5.2.1	Normiohjaus	75
5.2.2	Resurssiohjaus.....	76
5.2.3	Informaatio-ohjaus.....	76

5.3	Vaikuttavuuden ohjausmalli.....	77
5.4	Ohjauksen toimintaperiaate.....	79
5.4.1	Tieto kaiken keskellä	80
5.4.1.1	Tiedon kerääminen	80
5.4.1.2	Tiedon hyödyntäminen.....	81
5.4.1.3	Informaatio-ohjaus	81
5.4.2	Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen resurssiohjauksessa	82
5.4.2.1	Vaikuttavuustieto resurssien allokoinnin perustana	82
5.4.2.2	Resurssiohjaus ja kehittäminen	83
5.4.2.3	Kannustinkorvaukset.....	83
5.4.3	Normiohjaus	84
5.4.4	Dialogi kehystää ja täyttää ohjauksen aukot	86
5.4.4.1	Järjestäjän ja tuottajien välinen dialogi.....	86
5.4.4.2	Palveluketjuja tukeva dialogi.....	86
5.4.4.3	Dialogi asiakkaan kanssa.....	87
5.4.4.4	Mittaustiedon aukkojen täyttäminen.....	87
5.5	Ohjausprosessi	87
5.5.1	Tavoitteet.....	89
5.5.2	Asiakassegmentointi.....	89
5.5.2.1	Asiakassegmentointi sote-palveluiden näkökulmasta	90
5.5.2.2	Asiakasryhmien ja tuottajien ohjauksen limittyminen	91
5.5.3	Asiakasryhmän vaatiman tuottajaprofiilin ja tuottajan asiakasprofiilin arviointi.....	92
5.5.4	Palvelujen ja palveluketjujen integrointi ja koordinointi, paljon palvelua tarvitsevien asiakkaiden periaatteet ja tuotantoverkon kehittäminen	94
5.5.5	Seuranta ja arviointi.....	98
5.6	Ohjauksen työkalut.....	98

6 Toimijoiden roolit ja reittiopas 104

6.1	Kehittämiskohteet kansallisella tasolla	104
6.1.1	Informaatio-ohjauksen kehittäminen.....	104
6.1.2	Resurssiohjauksen kehittäminen.....	106
6.1.3	Normiohjauksen kehittäminen	107
6.1.4	Dialogin kehittäminen	108

6.2	Vaikuttavuuden reittiopas.....	109
6.2.1	Kansallisen tason reittiopas.....	110
6.2.1.1	Vaikuttavuuden tietopohjan rakentaminen.....	111
6.2.1.2	Vaikuttavuustiedon käytön ja käytettävyyden edistäminen.....	113
6.2.1.3	Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen päätöksentekotilanteissa.....	114
6.2.1.4	Resurssiohjaus tukemaan vaikuttavuuden kehittämistä.....	114
6.2.1.5	Alueellisten vaikuttavuuspilottien tukeminen.....	115
6.2.2	Järjestäjän reittiopas.....	115
6.2.2.1	Vaikuttavuusperustaisuuden vision ja tavoitteiden määrittäminen.....	116
6.2.2.2	Väestöperustainen asiakasryhmien segmentointi tarpeiden ja vaikuttavuustavoitteiden perusteella.....	117
6.2.2.3	Asiakasryhmien ja palvelutuottajien vaikuttavuustavoitteiden määrittäminen.....	118
6.2.2.4	Alueellisen tiedonkeruun ja hyödyntämisen organisointi.....	118
6.2.2.5	Pilotointi omassa tuotannossa.....	119
6.2.2.6	Vaikuttavuusperustaiset hankinnat.....	120
6.2.2.7	Vaikuttavuusperustaisen ohjaamisen, johtamisen ja kannusteiden kehittäminen.....	121
7	Yhteenveto.....	122
	Liitteet.....	124
	Lähteet.....	138
	Kirjalliset lähteet.....	138
	Haastattelut.....	147

LUKIJALLE

On helppo ymmärtää, että kustannusvaikuttavilla palveluilla tarkoitetaan asiakkaille mahdollisimman hyödyllisten ja yhteiskunnan näkökulmasta mahdollisimman kustannustehokkaiden palveluiden yhtymäkohtaa. Silti sekä vaikuttavuuden ohjaaminen että johtaminen on osoittautunut yllättävän vaikeaksi kaikkialla maailmassa palvelujärjestelmien rakenteista riippumatta. Käytännössä ohjaus on painottunut kustannuksiin, resursseihin tai tuotannon volyymeihin. Siksi kuvaamme tässä raportissa vaikuttavuuden ohjaamisen periaatteiden lisäksi käytännönläheisesti, miten vaikuttavuuden ohjaus toteutetaan ja millaiset askeleet vievät kohti vaikuttavuusperustaista ohjaamista.

Käsitlemme vaikuttavuuden ohjaamista ennen kaikkea palveluiden järjestäjän näkökulmasta. Sote-palveluiden kohdalla tämä tarkoittaa paikallisia ja alueellisia järjestäjiä, työllisyyspalveluissa ministeriötasolta alueelliselle ja paikalliselle tasolle ulottuvaa ohjausketjua. Ohjaamisen problematiikkaa ja ohjausprosesseja voidaan kuitenkin hyödyntää myös organisaatioiden sisäiseen johtamiseen.

Vaikuttavuuden ohjaaminen lähtee konkreettisten, mitattavissa olevien tavoitteiden asettamisesta. Vaikuttavuuden ohjaamisen ytimessä on vaikuttavuustieto ja sen hyödyntäminen ohjauksen sisältöä ja mekanismeja rakennettaessa. Vaikuttavuustietoa on ollut perinteisesti vaikea saada kattavasti kaikista palveluista ja asiakasryhmistä puhumattakaan väestötason vaikuttavuustiedosta – ellei tyydytä kuolleisuuslukuihin. Tämän vuoksi järjestäjillä on myös ollut hyvin vähän mahdollisuuksia harjoitella ja kokeilla vaikuttavuustiedon hyödyntämistä. Työkalut vaikuttavuustiedon keräämiseen ovat olemassa. On aika lähteä opettelemaan vaikuttavuustiedon hyödyntämistä. Siitä hyödyimme me kaikki tässä maassa asuvat.

Vaikuttavia lukuhetkiä!

Riikka-Leena Leskelä

Joulukuu 2019

1 Johdanto

Julkiset palvelut pyritään aina rakentamaan ja niitä pyritään ohjaamaan niin, että palvelut ovat mahdollisimman vaikuttavia sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta. Vaikuttavuus on mukana vähintään julkilausuttujen tavoitteiden taustalla, kun uusia organisaatioita rakennetaan tai vanhoja kehitetään. Vaikuttavuus onkin enemmän kuin pelkkä ismi: se poikkeaa monista hallinnon uudistamisen suuntauksista siinä, että juuri kukaan ei pidä sen lisäämistä huonona. Palvelutuotannon johtamisen ja ohjaamisen tasolla vaikuttavuuden hyödyntäminen ei ole yhtä suoraviivaista kuin yksilötasolla, mutta vaikuttavuuteen tulee kuitenkin pyrkiä koko palvelujärjestelmässä.

Käytännössä vaikuttavuutta ei tällä hetkellä juurikaan mitata ja seurata, jolloin vaikuttavuusperustainen ohjaaminen ja johtaminen jäävät hatariksi. Syitä on monia. Vaikuttavuus jää helposti yleisen periaatteen tasolle siksi, että sitä on vaikea määrittellä yksiselitteisesti. Tämän vuoksi tavoitteita ei pystytä konkretisoimaan. Siksi onkin helpompaa puhua palvelujärjestelmän osista (organisaatiot ja niiden rakenteet), suoritteista (tarkoituksenmukaiset ja tehokkaat toimenpiteet) ja prosesseista (eri organisaatioiden ja toimenpiteiden yhteensovittaminen) kuin kokonaisvaltaisesti vaikuttavista palveluista. Monivaiheisissa palveluketjuissa on lisäksi vaikea määrittää, mikä osuus kullakin toimijalla on kokonaisvaikuttavuuteen. Osa vaikuttavista tekijöistä myös sijaitsee palvelujärjestelmän ulkopuolella.

Vaikuttavuus on palvelutuotannolla aikaansaatu muutos: sote-palveluissa vaikuttavuus on myönteinen muutos asiakkaan terveydessä, toimintakyvyssä tai hyvinvoinnissa. Työllisyyspalveluissa vaikuttavuus on viime kädessä työllistymistä. Yhteiskunnan näkökulmasta työllisyyden hoitoon käytetään moninkertaisesti liian vähän resursseja suhteessa työttömyydestä aiheutuviin yhteiskunnallisiin kustannuksiin.

Vaikuttavuudesta puhuttaessa mukana onkin aina myös kustannusvaikuttavuus, jossa korostuu palveluiden yhteiskunnallinen näkökulma. Asiakkaille tuotettu hyöty on sidottu rajallisiin resursseihin. Siksi kustannustiedon linkittäminen asiakkaiden kokemaan hyötyyn muodostaa vaikuttavuusperustaisen ohjauksen ytimen. Koska kustannusten ohjaamisesta on jo enemmän kokemusta, tässä raportissa keskitytään vaikuttavuuden ohjaamiseen.

Vaikuttavuuden ohjaaminen perustuu tavoitteista käsin ohjaamiseen. Tämä tarkoittaa tavoitteiden ja välitavoitteiden asettamista ja niiden toteutumisen seuraamista soveltuvin mittarein. Etenkin sote-palveluissa mittarit pitää aina määrittellä erikseen asiakassegmenttikohteisesti, hyvään terveyteen tai toimintakykyyn ei ole universaalia mittaria.

Mittaaminen perustuu jatkuvaan palautejärjestelmään, jossa tiedon pohjalta muutetaan toimintaa, kehitetään tietopohjaa ja mittareita ja tarkennetaan tavoitteita. Ideaalitulanteessa päätöksentekijöillä on käytettävissä myös vertailutietoa muista organisaatiosta.

Mittaaminen ja siihen kytkeytyvä palautejärjestelmä vaativat tuekseen ohjausrakenteen. Ohjauskeinot, joita hyödynnetään (myös) vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa eri painotuksin ovat normiohjaus, resurssiohjaus, informaatio-ohjaus ja vuorovaikutukseen perustuva ohjaus. Tiedon kerääminen, varastointi ja hyödyntäminen muodostavat vaikuttavuuden ohjaamisen perustan. Kerätyn informaation perusteella toimintaa kehitetään, tavoitteita muokataan ja tietoa jaetaan tuottajille ja ammattilaisilla perinteisen informaatio-ohjauksen muodossa. Vaikuttavuustieto muokkaa myös muita ohjauskeinoja. Resurssiohjauksessa voidaan painottaa vaikuttaviksi arvoituja palveluita resurssien allokoinnissa tai suunnata erillisrahoitusta vaikuttavuusvajeesta kärsivien palveluiden kehittämiseen. Vaikuttavuustietoa käytetään myös hankintojen perustana sekä tuottajien kannustinjärjestelmien pohjana. Myös normiohjausta, eli säästöjen toimivuutta ja sopimusperusteita, arvioidaan vaikuttavuustiedon valossa. Tiedon keräämiseen, kulkuun ja arvioimiseen tarvitaan muutakin kuin mittaamista. Siksi järjestäjien ja tuottajien välillä, tuottajien kesken ja myös järjestäjän ja kansallisen tason välillä tarvitaan vuorovaikutusta ja siihen perustuvaa ohjausta.

Työllisyyspalveluiden ja sote-palveluiden ohjausrakenteet ovat keskenään erilaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa kansallinen taso ohjaa palveluita lainsäädännön, resurssien ja palvelujärjestelmän uudistamisen keinoin. Palvelun järjestäjänä on paikallis- tai aluetaso. Työllisyyspalveluita ohjataan kansalliselta tasolta käsin ja järjestäjänä toimii pääosin valtion aluehallinto eli TE-toimistot.

1.1 Selvityksen tausta ja tavoitteet

Tässä selvityksessä kuvaamme, mitä vaikuttavuuden ohjaus on, mitä järjestäjän vaikuttavuusperustaiseen ohjausmalliin kuuluu ja miten malli toteutetaan sote- ja työllisyyspalveluissa. Pyrimme siis tekemään näkyväksi keinoja, jotka lisäävät sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä työllisyyspalveluiden vaikuttavuutta, eli tuottavat lopulta mahdollisimman paljon toivottuja ja mahdollisimman vähän ei-toivottuja muutoksia yksittäisten ihmisten ja väestön tilassa.

Keskitymme järjestäjän ja tuottajan väliseen ohjaukseen. Selvitys tarjoaa järjestäjille välineitä vaikuttavuuden ohjaamisen käytäntöihin, eli siihen, miten asiakasryhmien

palveluita ohjataan tuottajia ohjaamalla. Selvitys myös tukee valtakunnallista vaikuttavuuden kehittämistä linjaamalla eri toimijoiden työnjakoa ja antamalla eväitä lainsäädännön valmisteluun.

Selvityksen taustalla ovat tarpeet selvittää ja kuvata, miten vaikuttavuusperustaista ohjausta on hyödynnetty, miten vaikuttavuudella ohjaaminen voi tehdä järjestäjästä vahvemman, miten ohjausmallia voidaan hyödyntää erilaisissa palvelutarpeissa ja millainen hallinnon tasojen työnjako tukee vaikuttavuusperustaista ohjausta parhaiten.

Suomessa on tehty lukuisia pilotteja vaikuttavuuden ohjaamisesta niin sote- kuin työllisyyspalveluissakin. Vaikuttavuuteen panostavan palvelujärjestelmän perusrakenteet ovat olemassa, tiedonkulku on toimivaa ja laajojen tietorekisterien ylläpitämisellä on pitkät perinteet. Tällä hetkellä kansalliselta tasolta puuttuvat kuitenkin pilottien tuottaman tiedon laajamittaista hyödyntämistä tukevat rakenteet. Kansainvälisesti on olemassa hyviä esimerkkejä vaikuttavuusperustaisesta ohjauksesta myös laajan väestöpohjan palvelutuotannossa. Kotimaiset pilotit ja kansainväliset esimerkit ovat osoittaneet, että vaikuttavuusperustaisella ohjauksella on mahdollista saavuttaa kaikkia sidosryhmiä hyödyttäviä tuloksia julkisesti rahoitetuissa palveluissa. Siksi näiden rakenteiden kehittäminen on kannattavaa. (KPMG 2014; Okunade ym. 2017; BCG 2018; Patronen ym. 2015; Porter & Guth 2012). Kuvaamme noita esimerkkejä, valotamme vaikuttavuuden ohjaamiseen käytössä olevia ratkaisuja ja käytämme niitä soveltuvin osin suomalaisen järjestelmän kehittämisen pohjana.

Sipilän hallituksen (2015-2019) sote- ja maakuntauudistuksessa palveluiden järjestäjä ja tuottaja oli tarkoitus erottaa toisistaan ja tuottaa nykyistä suurempi osa palveluista valinnanvapauteen perustuvan monituottajamallin avulla. Tuossa mallissa maakuntien tehtävänä oli järjestäjän roolissa ohjata palvelutuotantoa siten, että uudistukselle asetetut tavoitteet, muun muassa kustannusten kasvun hillitseminen, asiakaslähtöisyys, palveluiden yhdenvertaisuus, parempi laatu ja vaikuttavuus täytyisivät mahdollisimman hyvin. Uudistuksen kaaduttua sen keskeiset tavoitteet ovat kuitenkin edelleen voimassa. Myös samankaltaisia maakunnallisia järjestäjiä valmistellaan edelleen, tosin suppeammin tehtävin. Ensivaiheessa maakunnille siirtyy ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävät. Monialainen maakuntamalli toteutuu mahdollisesti myöhemmin. Rakenteeltaan suunniteltu malli eroaa Sipilän hallituksen kaavailemasta mallista niin, että laajaa valinnanvapautta ja lainsäädännöllistä järjestäjän ja tuottajan erottamista ei olla toteuttamassa.

Monituottajamalli on kuitenkin yhä keskeinen osa palvelutuotantoa, koska suuri osa palveluketjuista pitää sisällään monia sisäisiä ja ulkoisia tuottajia. Myös järjestäjän merkitys on ja pysyy. Sosiaali- ja terveyspalveluissa järjestäjiä ovat kunnat, sote-kuntayhtymät ja sairaanhoitopiirit, työllisyyspalveluissa valtio ja kunnat. Järjestämiseen

liittyvät tehtävät eroavat tuottajan tehtävistä silloinkin, kun niitä ei ole erotettu organisaatorakenteella toisistaan. Järjestäjä on se, joka asettaa tavoitteet, määrittelee tarvittavan palvelutuotannon ja hankkii palvelut. Kuitenkin silloin, kun järjestäjää ja tuottajaa ei ole selkeästi erotettu, niiden kentät menevät helposti sekaisin. Silloin hankitaan sitä mitä tuotetaan sen sijaan että määriteltäisiin palveluiden tavoitteet ja niiden kautta tarvittavat palvelut. Järjestäjän tehtäviä voidaan selkiyttää myös tulevassa mallissa, josta järjestäjän ja tuottajan rakenteellinen erottelu näillä näkymin puuttuu. Erottelua olennaisempaa on se, miten palveluja johdetaan strategisesti – vai johdetaanko – ja miten strategiset linjaukset ja päätökset viedään käytäntöön. (Taponen & Kiviniemi 2019, 41).

Kuvaamme tässä selvityksessä aikaisempien kokemusten ja vaikuttavuuden ohjaamisen teoreettisten mallien pohjalta rakentamamme vaikuttavuusperustaisen ohjausmallin, joka tukee järjestäjän mahdollisuuksia hankkia kustannusvaikuttavaa hyvinvointia suoritteiden sijaan.

Vaikuttavuuden ohjaamisella on mahdollista löytää ratkaisuja sote- ja työllisyyspalvelurakenteita tällä hetkellä hiertäviin ongelmiin, jotka liittyvät monen tuottajan palveluketjuihin ja hajanaiseen järjestämiseen. Vaikuttavuuden ohjaaminen tukee pyrkimyksiä sujuvoittaa palveluketjuja. Vaikuttavuusperustainen ohjausmalli tarjoaa myös keinoja keskittyä aiempaa paremmin olennaisiin elämänlaatuun sekä työllistymistä ja työvoiman kysynnän ja tarjonnan kohtaantoon parantaviin toimiin niiden kohdalla, jotka tarvitsevat montaa palvelua. Niukat resurssit voidaan kohdentaa sekä yhteiskunnan että ihmisen kannalta nykyistä paremmin, kun huomio ei hajaannu yhtä paljon eri tuottajien yksittäisiin ja usein kalliisiin toimenpiteisiin. Ohjausmallin yhteydessä kuvaamme, miten vaikuttavuusperustainen ohjaus toteutetaan käytännössä sekä kerta-luonteisissa palveluissa, pitkällistä seuranta vaativissa palveluissa, että monen tuottajan palveluissa.

Sipilän hallituksen kaavaileman maakuntauudistuksen valmistelussa päästiin myös alkuun neuvottelukentän luomisessa, jossa valtio näyttäytyi alueiden neuvottelukumppanina yhtenäisempänä kuin aiemmin. Siilo-ohjauksesta siirryttiin askel lähemmäs ministeriöiden yhteistä ohjausta (Aronkylä & Mäki 2019, 112).

Selvityksen tavoitteena on laatia järjestäjän vaikuttavuusperustainen ohjausmalli sekä kuvata vaikuttavuuden reittioppaan avulla päälinjat sille, mitkä vaikuttavuuden ohjaamiseen liittyvät keinot ja tavoitteet tulee hoitaa paikallisella tai aluetasolla ja mitkä valtakunnallisella tasolla.

Tutkimuskysymykset, joihin tämä selvitys vastaa, ovat siis:

- 1) Millaisia vaikuttavuuteen perustuvia elementtejä on otettu käyttöön sote- ja työllisyyspalveluiden ohjaamisessa Suomessa ja ulkomailla? Mitä kokemuksia näistä on?
- 2) Miten kustannusvaikuttavuutta voitaisiin käyttää järjestäjän ohjausmallin viitekehystenä ja tuottajien korvausmalleissa? Miten vaikuttavuutta voi hyödyntää eri ohjausmalleissa?
- 3) Miten vaikuttavuusperustainen ohjaus on sovellettavissa yksittäisiin palveluihin, pitkäaikaista seurantaan vaativiin palveluihin ja palveluketjuihin, joihin osallistuu monta tuottajaa?
- 4) Miten tulisi edetä vaikuttavuusperustaisuuden rakentamisessa? Mitä asioita tulisi määritellä ja ohjata kansallisella tasolla ja mitkä jättää järjestäjien itse päätettäväksi?

Kysymykset ovat päälinjoiltaan samat kuin hanketta aloitettaessa, mutta niitä on ohjausryhmän hyväksymänä viilattu vastaamaan nykytilannetta ja tukemaan tällä hetkellä käynnissä olevan uudistuksen linjaa sosiaali- terveys- ja työllisyyspalveluiden järjestämisessä.

Selvityksen on toteuttanut Nordic Healthcare Group yhdessä MDI:n ja Helsingin yliopiston kanssa, ja se on tehty valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan (VN TEAS) ”Kehittyvä ja kestävä julkishallinto”-kokonaisuuden osana.

1.2 Aineisto ja menetelmät

Selvitys on toteutettu vaikuttavuusperustaisen ohjauksen kotimaisten ja kansainvälisten kokemusten osalta dokumenttianalyyseinä, jossa aineistona ovat vaikuttavuusperustaisesta ohjauksesta laaditut raportit, selvitykset ja tutkimukset. Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen esimerkitapauksiin on tutustuttu myös julkisten asiakirjojen (mm. kilpailutusasiakirjat) ja haastatteluiden avulla. Taustoitusta varten haastateltiin sekä järjestäjiä että tuottajia edustavia asiantuntijoita ja vaikuttavuuteen perehtyneitä tieteen edustajia.

Ohjausmalli perustuu kokemuksiin vaikuttavuuden ohjaamisesta sekä vaikuttavuusperustaisesta ohjauksesta kuvaavaan tutkimukseen. Mallia on kehitetty konsortion sisäisissä asiantuntijatyöpajoissa ja validoitu yhteisissä työpajoissa yhteistyöalueiden kanssa.

Yhteistyöalueet ovat Pirkanmaa (Tampereen kaupunki; sekä sote- että työllisyyspalvelut) ja Keski-Suomi (Jyväskylän kaupunki ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiri; sote-palvelut).

Reittioppaan pohjaksi on tehty kysely sairaanhoitopiirien johdolle (toimitusjohtajat / sairaanhoitopiirien johtajat sekä johtajaylilääkärit). Lisäksi materiaalina on käytetty hankkeen tiimoilta järjestettyjen seminaarien (12.6.2019 sekä 25.9.2019) esityksiä ja paneelikeskusteluja.

2 Vaikuttavuus

Vaikuttavuudella voidaan tarkoittaa monia eri asioita. Tässä raportissa määrittelemme vaikuttavuuden jonkin tapahtuman aiheuttamaksi tilamuutokseksi. Järjestelmässä tilamuutoksia pyritään saamaan aikaan erilaisilla palveluilla. Tämä sopii yhteen arkikie- lenkäytön kanssa: vaikuttaminen on muutoksen aikaansaamista, vaikutus on aina jonkinlainen muutos. On huomattava, että vertailukohtia voi olla erilaisia: kyseessä voi olla muutos suhteessa lähtötilanteeseen tai muutos suhteessa odotettuun kehitykseen esimerkiksi tiloissa, joissa toimintakyky heikkenee väijäämättä.

Terveystaloustieteessä vaikuttavuudella tarkoitetaan toiminnalla aikaansaattua muu- tosta ihmisen terveydentilassa (Sintonen ja Pekurinen 2006, Drummond 2005, Malmi- vaara 2013). Kustannusvaikuttavuus puolestaan on vaikuttavuuden suhde kustannuk- siin, jotka vaikutuksen aikaansaamiseksi ovat syntyneet. Termejä kustannusvaikutta- vuus ja vaikuttavuus käytetään toisinaan myös ristiin ja synonyymeina – termiä kus- tannusvaikuttavuus voidaan käyttää erityisesti silloin, kuin kustannuspuolta halutaan korostaa. On kuitenkin selvää, että vaikuttavuutta voitaisiin lisätä lähes rajattomasti, jos kustannuksista ei tarvitsisi välittää. Niinpä kustannusten tarkastelun on aina oltava mukana tavalla tai toisella.

Vaikuttavuudesta puhuttaessa se rinnastetaan usein laatuun ja niiden määritelmät ris- teävät keskenään. Näkemyseroista johtuen vaikuttavuus voidaan nähdä osana laatua tai laatu osana vaikuttavuutta. Tässä raportissa käytämme yksinkertaisuuden vuoksi laadusta suhteellisen suppeaa määritelmää, jolloin laatu tarkoittaa mm. saatavuutta ja virheettömyyttä, mutta ei sisällä vaikuttavuutta. Näin ollen tässä yhteydessä laatu ja vaikuttavuus ovat erillisiä käsitteitä.

Vaikuttavuusperustaisella terveydenhuollolla (value-based healthcare) tarkoitetaan johtamisjärjestelmää, jossa kustannusvaikuttavuus on nostettu ensisijaiseksi tavoit- teeksi (Porter 2009). Porter käyttää kustannusvaikuttavuudesta termiä value (arvo) ja vaikuttavuusperustaisesta sotien johtamisjärjestelmästä termiä value-based healthcare, joka voidaan suomentaa myös arvoperustaiseksi tai tuloperusteiseksi terveydenhuolloksi. Britanniassa taas käytetään termiä outcomes-based healthcare, joka sekini suomentuu vaikuttavuusperustaiseksi terveydenhuolloksi (ks. esim. Tirro- nen & Rannisto 2016). Kansainvälinen kirjallisuus ei käsittele juurikaan sosiaali- ja ter- veyspalvelujärjestelmää kokonaisuudessaan, mutta kontekstissamme on syytä laajenta- ta tarkastelu vaikuttavuusperustaiseen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään ja toi- saalta työllisyyspalveluihin.

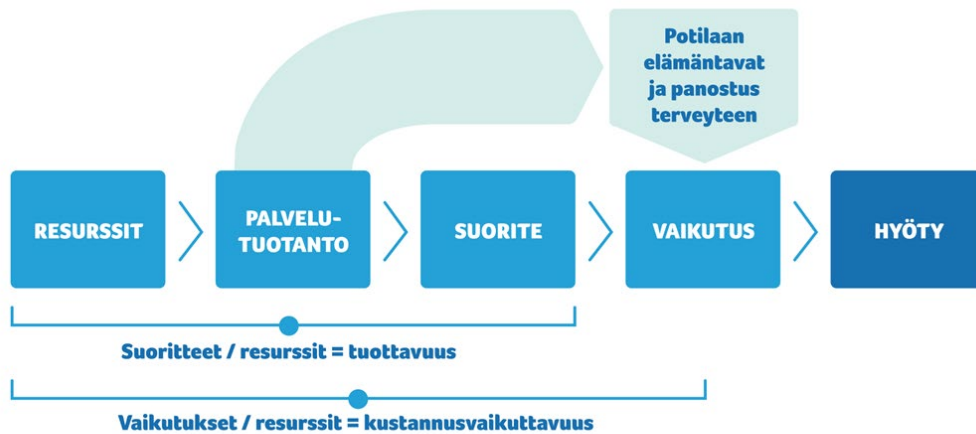
Tällöin vaikuttavuus on tapahtuman tai palvelun aikaansaama muutos asiakkaan/potilaan tilassa, jota tyypillisimmin arvioidaan hyvinvoinnin, elämänlaadun, terveyden ja/tai toimintakyvyn kautta - työllisyyspalveluissa työkyvyn tai työllistymisen kautta. Hyöty (utility, impact, benefit) taas on subjektiivisempi mittari: miten potilas hyödyntää vaikutusta omassa elämässään - esimerkiksi parantunut toimintakyky (outcome) voi edesauttaa palaamaan työelämään, mikä yhteiskunnan kannalta tarkoittaa korkeampaa työllisyysastetta (impact).

Vaikka vaikuttavuuden käsite on Porterin julkaisujen myötä saanut runsaasti huomiota (ks. esim. Porter & Teisberg 2004, Porter & Teisberg 2006, Porter 2009, Porter 2010, Porter & Guth 2012). Rinnakkaisia käsitteitä on lanseerattu myös ennen ja jälkeen Porterin (esim. Brimer 1997). Suomessa esimerkiksi Malmivaara (2013) on lanseerannut käsitteen arkivaikuttavuuden lääketiede (Real-Effectiveness Medicine), joka korostaa tiedon ja osaamisen merkitystä, kun pyritään tuottamaan mahdollisimman paljon terveyshyötyä potilaille arkitodellisuudessa (toisin kuin rajatuissa kliinisissä tutkimusasetelmissa). Terveystieteiden alalla on myös käynnissä laajempi trendi, jossa potilaan yksilöllisiä tarpeita pyritään huomioimaan, sekä lääketieteessä (personalized medicine) että räätälöityjen hoitopolkujen kautta (personalized healthcare). Vaikuttavuuskäsitteen nousu keskeisempään asemaan sote-johtamisen kontekstissa voidaan nähdä osana tätä megatrendiä, jossa pyritään huomioimaan potilaat yksilöinä, heidän yksilöllisten tarpeidensa ja tavoitteidensa myötä (Lindblad ym. 2017), verrattuna perinteiseen järjestelmään, jossa terveydenhuolto on suunniteltu palvelemaan potilasryhmiä diagnoosin tai demografian mukaan (esim. diabeetikot tai lapset). Vaikuttavuuskeskustelun kanssa rinnakkain kulkee myös keskustelu siitä, että potilas tulisi tulevaisuudessa tehdä aktiivisemmaksi omassa hoidossaan (McCull-Kennedy 2017).

2.1 Vaikuttavuuden mittaaminen ja haasteet sote-palveluiden kontekstissa

Vaikuttavuuden korostaminen ei tarkoita, etteikö muilla mittareilla olisi sotessa enää merkitystä. Vaikuttavuusperustainen johtaminen rakentuu aiemmin tehdyn päälle ja jalostaa mittaamista aiempaa pidemmälle. Terveystieteiden alalla on edelleen relevanttia mitata mm. prosessien laatua, asiakastyytyvyyttä, turvallisuutta, saatavuutta sekä tuottavuutta. Lisäksi tuottajat mittaavat sisäisen kehittämisen kannalta keskeisiä tekijöitä kuten esimerkiksi henkilöstön osaamista ja tyytyväisyyttä.

Kuva 1 esittää sosiaali- ja terveydenhuollon arvoketjun ja selvittää suoritteiden ja vaikutuksen sekä tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden suhteita.



Kuva 1: Sosiaali- ja terveydenhuollon arvoketju. (mukailtu Peltokorpi 2010).

Vaikuttavuusperustaisen soten johtamisen perusongelma on, että suoritteen ja vaikutuksen välinen suhde ei ole suoraviivainen. Väliin tulee joukko epävarmuustekijöitä kuten diagnoosin oikeellisuus, genetiikka, yksilöllinen hoitovaste sekä potilaan motivaatio ja hoitomyöntyvyys. Monissa sairauksissa potilaan elintavoilla on ratkaiseva merkitys. Huttunen (2018) jakaa terveyteen vaikuttavat tekijät kuuteen: perintötekijät eli geenit, sisäinen maailma (eli kokemukset, asenteet ja arvot), fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, elintavat, hoito- ja ehkäisytoimet ja sattuma. Lisäksi yhden potilaan tilan muutokseen vaikuttavat monet palvelut ja mahdollisesti monet eri palveluntuottajatkin, jolloin on vaikea määritellä, kenen tai minkä toiminnon ansiota tilanmuutos lopulta oli.

Vaikuttavuustieto koostuu aina yksilötason tiedoista. Yksilötason mittaustuloksia voidaan aggregoida, jolloin tietoa voidaan hyödyntää johtamisessa. Aggregaattitason tiedotkin koostuvat kuitenkin yksilöistä, vaikka tietoja monesti haetaan tilastoista, joissa yksilön osuus voi hämärtyä.

Vaikuttavuuden mittareita voidaan ryhmitellä monin tavoin. Seuraavassa taulukossa (taulukko 1) esitetään yksi tapa, jossa tiedon lähde on olennainen tekijä. Vaikutuksia voidaan siis mitata eri mittareilla ja eri näkökulmista, ja nämä palvelevat osittain eri informaatiotarpeita. Nykyään nähdään olennaisena mittaamisen laaja-alaisuus ja myös asiakkaan näkökulman huomioiminen.

	Potilaan raportoimat mittarit (PROM, Patient Reported Outcome Measure)	Kliiniset mittarit ja toimintakykytestit	Ammattilaisen raportoimat mittarit
Tiedon lähde	Asiakkaan arvio	Objektiivinen mittaus	Ammattilaisen arvio
Kuvaus	Asiakkaan raportoima hyvinvointi, toimintakyky, terveydentila	Esim. laboratoriotestit, kävelytesti, kuvantamistutkimus, puristusvoima	Ammattilaisen arviot asiakkaan terveydestä ja toimintakyvystä.
Esimerkki mittarista	EQ-5D, Kykyviisari	10 metrin kävelytesti	Työkykyarvio

Taulukko 1: Esimerkkejä sote-palveluiden vaikuttavuuden mittareista

Vaikuttavuustiedon keräämistä on pidetty sosiaali- ja terveydenhuollossa yleisesti haastavana. Asiakkaan raportoimat asiakaskokemus- ja vaikuttavuustiedot vaativatkin uusia tapoja tiedon keräämiseen digitalisaatiota hyödyntäen. Muita tietoja kertyy terveydenhuollossa jo nyt järjestelmiin, joskaan ei aina rakenteisesti, mikä on tiedon laajamittaisen hyödyntämisen edellytys. Sosiaalipalveluissa rakenteisen tiedon kertyminen on kaiken kaikkiaan vähäisempää.

Vaikuttavuusajattelun taustalla oleva value-based healthcare keskittyy terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon palveluista sovelluskohteina ovat usein selkeät, päättyvät, pitkälti yhden tuottajan tuottamat palvelut, joissa myös asiakasryhmä on selkeä ja yhtenäinen, sillä näiden asiakasryhmien palveluiden vaikuttavuuden mittaaminen ja sen nojalla tehtävä ohjaaminen on helpointa.

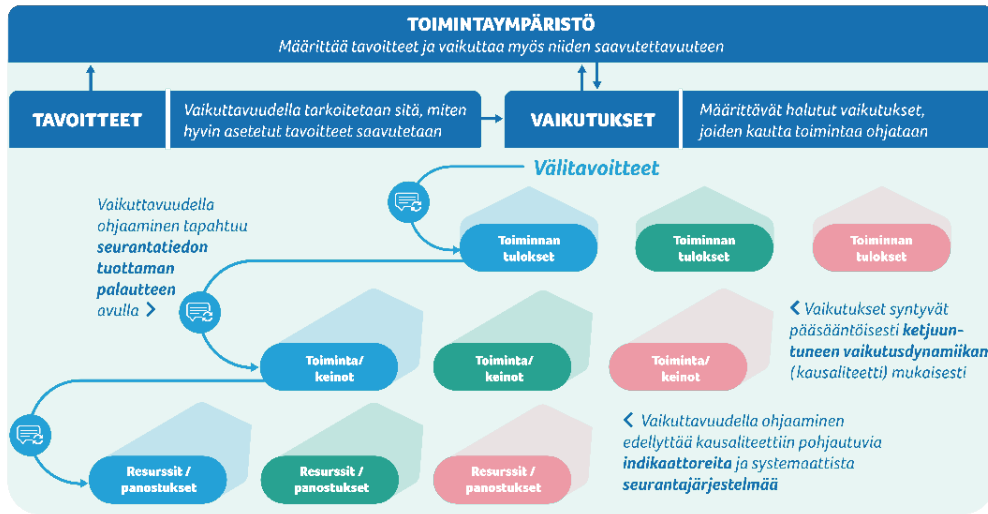
Jatkuvaa hoitoa tai seurantaa tarvitsevien asiakasryhmien, kuten monia kansansairauksia sairastavien tai useita eri sote-palveluita tarvitsevien ihmisten, palveluiden ohjaaminen on huomattavasti hankalampaa. Vaikeinta vaikuttavuuden ohjaus on erilaisissa monisairaiden asiakasryhmissä ja vaikuttavuuden mittaaminen ennaltaehkäisyssä palveluissa. Monen tuottajan palveluita tarvitsevien monisairaiden tai moniongelmaisten asiakasryhmät muodostavat epäyhtenäisiä asiakassegmenttejä, joiden sisällä ihmiset tarvitsevat erityyppisiä palveluita. Sosiaalipalveluiden vaikuttavuuden mittaamisessa asetelma on vastaava: selkeä, päättyvä palvelu, kuten sosiaalinen kuntoutus, on suhteellisen suoraviivainen mitattava. Hankalampia ovat jatkuvat palvelutarpeet ja moniongelmaiset asiakkaat, kuten terveydenhuollossakin. Ennaltaehkäisyssä vaikuttavuusperustaisen ohjauksen ongelmana ei ole niinkään ohjaaminen vaan vaikuttavuuden todentaminen: Ennaltaehkäisyssä jonkun, usein rajaamattoman ihmisryhmän tila ei huonone tai huononee vähemmän kuin ilman ennaltaehkäisyä. Parhaimmillaan ennaltaehkäisy toimii niin, että ihminen ei tule lainkaan palvelun piiriin, jolloin sen vaikuttavuutta ei päästä mittaamaan mitenkään.

Lisäksi on huomioitava, että vaikuttavuusperustainen terveydenhuolto on lähtöisin erilaisesta kontekstista, vakuutusrahoitteisesta järjestelmästä ja tehty palvelutuotannon näkökulmasta käsin. Kun tarkastellaan järjestämistä, pitää huomioida väestövastuu ja yhdistää kansanterveyden (public health) näkökulmat vaikuttavuusperustaisen terveydenhuollon kontekstiin. Käytännössä tämä tarkoittaa esim. koko väestötason tarkastelun pohtimista sekä prevention näkökulman lisäämistä palvelutuotannon vaikuttavuuden ohella.

2.2 Vaikuttavuus ja sen mittaaminen työllisyyspalveluiden kontekstissa

Tässä raportissa työllisyyspalveluiden yhteiskunnallisella vaikuttavuudella (impact) tarkoitetaan sitä, miten hyvin kansalliset työllisyyskehittämisen asetetut työ- ja työvoimapolitiittiset tavoitteet saavutetaan. Vaikuttavuus taas on työmarkkinoilla yksilötasolla tapahtuvia muutoksia työllisyysstatuksessa. Vaikutusten synnyn yleisen dynamiikan mukaisesti vaikutukset saavutetaan vaikutusketjun kautta, jonka lähtökohtana ovat toimintaan käytetyt panokset, itse toiminta ja siinä käytetyt keinot sekä toiminnalla aikaansaadut vaikutukset (outcome). Työllisyyden hoidon osalta panoksia kuvaavat esimerkiksi työllisyyden hoitoon käytetyt resurssit; toimintaa ja keinoja esimerkiksi työvoimapolitiittien tarjoaminen; tuloksia ja vaikutuksia muun muassa työnhakija-asiakkaiden työllistyminen ja työvoiman kysynnän ja tarjonnan kohtaannon paraneminen sekä vaikuttavuutta esimerkiksi tällä hallituskaudella keskeiseksi tavoitteeksi asetettu työllisyysasteen nouseminen.

Työllisyyden hoidon osalta vaikuttavuuslähtöisessä toiminnassa ja ohjauksessa vaikuttavuusketjua tulee tarkastella kokonaisuutena, lähtökohtana toiminnalle asetetut päämäärät sekä vaikutusten syntydynamiikka ja toiminnan ja tulosten välinen kausaliteetti. Lisäksi vaikuttavuudella ohjaus edellyttää seurantajärjestelmää, joka tuottaa palautetietoa toiminnasta, toiminnan tuloksista ja vaikutuksista sekä lopullisiin päämääriin johtavien välitavoitteiden saavuttamisesta (ks. kuva 2).



Kuva 2. Työllisyyden hoidon kausaaliketju yleisellä tasolla.

Yksilötasolla tapahtuva seuranta muodostaa perustan vaikuttavuuden laaja-alaisemmalle mittaamiselle työllisyydenhoidossa. Yksilötasoinen tarkastelu perustuu ennen kaikkea asiakkaan tilanteessa ja työmarkkina-asemassa tapahtuvien muutosten seurantaan työhallinnon asiakastietojärjestelmän (URA) avulla. Keskeinen tarkastelukohte tässä on asiakkaan sijoittuminen ja työmarkkina-asema tiettyjen keskeisten palveluiden jälkeen (pääsääntöisesti 3 kk, 6 kk ja 12 kk palvelun päättymisen jälkeen). Asiakastasoista vaikuttavuutta seurataan säännöllisesti myös TE-toimistojen asiakaspalautteen kautta sekä erilaisten ulkoistettujen palvelujen (esimerkiksi työvoimakoulutus) laatua ja vaikutuksia koskevien asiakaspalautekyselyjen kautta.

Vaikuttavuuden mittaamiselle on työhallinnossa pitkät perinteet. Työllisyydenhoidon vaikuttavuuden mittaamisen ja myös vaikuttavuustiedon kautta tapahtuvan ohjauksen lähtökohtana ovat yleisesti työllisyyden hoidolle asetetut tavoitteet (tavoitetasot) ja näiden tavoitteiden saavuttaminen. Tavoitteet voivat vaihdella vuosittain, joten myös vaikuttavuuden mittarit voivat vaihdella vuosittain. Vaikuttavuutta voidaan mitata usealla tasolla: valtakunnallisesti, ELY-keskuksittain sekä yksilötasolla.

Käytössä olevia työllisyyden hoidon vaikutuksia kuvaavia seurantamittareita on runsaasti ja niiden käyttötarkoitus määrittyy sen perusteella, millaista ilmiötä ollaan tarkastelemassa; esim. tarkastellaanko työllisyydenhoidon toimintaympäristöä, toiminnan suoria tuloksia vai laajemmin jonkin intervention tai muutoksen vaikutuksia. Näistä viimeisenä mainittu vaatii pääsääntöisesti useiden eri mittareiden käyttöä sekä erillisanalyysien tekemistä vaikutuksista. Yleisesti työllisyysvaikutusten kuvaamisessa ja mittaamisessa käytettyjä valtakunnallisia mittareita ovat mm. työttömien työnhakijoiden määrä, työllisyysaste, työttömyysaste, aktiivointiaste, pitkäaikaistyöttömien osuus

työttömistä, virrat eri kestoiseen työttömyyteen ja työttömyydestä ulos, työttömyysjaksojen määrä ja kesto, alkaneet ja päätyneet työttömyysjaksot, rekrytointiongelmat ja työvoimapula, työvoimapolitiisilta toimenpiteiltä sijoittuminen (esim. avoimille työmarkkinoille) sekä uudempina indikaattoreina eri mittareiden yhdistelmät, kuten kohtaantotehokkuus-indikaattori. Pääosin näistä mittareista koostuvat myös ELY-keskusten ja TE-toimistojen tulossopimuksissa sovittavat valtakunnallisia mittareita tarkemmat vuosittaiset tulosohjausmittarit.

Vaikuttavuuden mittaamisen keskeisenä haasteena voidaan tiedolla ohjaamisen näkökulmasta pitää sitä, että käytössä olevilla mittareilla ja menetelmillä on hankala tunnistaa asiakkaan työllistymisedellytyksissä ja työmarkkinavalmiuksissa tapahtuvia muutoksia. Olemassa oleva seurantajärjestelmä ja mittarit eivät myöskään tunnista ohjauksellisen työn tai palveluprosessin kokonais- tai yhteisvaikutuksia. Tämä on ongelma etenkin moniammatillisen (vaikutuksiltaan ketjuuntuneen) palveluprosessin vaikutusten tunnistamisella ja sitä kautta vaikuttavuudella ohjaamiselle monitoimijaisessa palvelukentässä.

3 Ohjaaminen

Ohjaaminen on organisaatorajat ylittävää johtamista, joka muuttaa resurssit toiminnaksi, tässä tapauksessa julkisiksi palveluiksi. Se on ytimeltään vallankäyttöä. Valta ohjaussuhteessa voidaan määritellä siten, että joku/jotkut saavat toiset toimimaan halumallaan tavalla, joka voi olla omaehtoista tai tahdonvastaista. Ohjaus vahvistaa joidenkin tahojen valtaa toisten kustannuksella. Ohjausjärjestelmään sisältyy virallista valtaa, joka perustuu dokumentteihin ja vakansseihin sekä piilovaltaa, joka kiinnittyy ohjauskulttuuriin eli totuttuihin ja hyväksytyihin toimintatapoihin. (Möttönen 2019, 59) Ohjauksen kautta pyritään saamaan toivottuja suuria ja kokonaisvaltaisia vaikutuksia palvelujärjestelmässä, väestössä ja yhteiskunnassa. Samalla sen avulla yritetään varmistaa, että yksittäisen asiakkaan tai potilaan yksittäisen palvelukohtaamiset ovat tarkoituksenmukaisia, tehokkaita, vaikuttavia ja kaikkien osapuolten kannalta kaikin tavoin myönteisiä. Toivotut asiat, joita ohjauksessa pyritään saamaan aikaan, määrittävät monen asian yhteisvaikutuksena. Erityisen huomion kohteena voi ohjauksessa olla esimerkiksi asiakaslähtöisyys, tehokkuus tai vaikuttavuus.

Vaikuttavuuden ohjauksen kannalta olennaisia ohjausjärjestelmän osia ovat ohjauksen tavoitteet, ohjauksen keinot ja ohjausmallit, ohjaavat yksiköt ja ohjattavat yksiköt (vrt. emt).

3.1 Ohjauskeinot

Ohjaus koostuu erilaisista keinoista, joita yhdistelemällä pyritään pääsemään toivottuihin päämääriin. Näitä ohjauskeinoja ovat normiohjaus, resurssiohjaus, informaatio-ohjaus ja dialogiin perustuva ohjaus. (ks. esim. Lundquist, 1977; Nyholm & Niiranen 2017; Laihonen ym. 2017)

Normiohjauksella tarkoitetaan yleisimmin lainsäädäntöä, joka ohjaa palveluntuotantoa. Paikallisella ja alueellisella tasolla normiohjausta ovat strategiat, poliittiset päätökset, ohjelmat ja kehittämishankkeet. Sosiaali- ja terveystaloudissa normiohjaukseksi voidaan tulkita myös järjestäjän asettamat sopimus- ja tulohjaukseen sisältyvät säännöt ja rajoitteet sekä tuottajille asetettavat kilpailuun osallistumisen ehdot ja edellytykset.

Resurssiohjauksessa ohjaus tapahtuu rahaa tai muita resursseja jakamalla ja niiden jakoperusteita säättämällä. Samalla saatetaan säännellä resurssien käyttötarkoitusta.

Julkisella sektorilla resurssiohjauksen tärkein työkalu on budjetti, muita välineitä ovat erilaiset kannustin- ja sanktiomallit, erilliset kehittämisrahat sekä laskutusperusteet.

Informaatio-ohjaus tarkoittaa tiedon tuottamista ja julkistamista eri osapuolille ilman, että siihen on liitetty suoraan velvoitteita tai sanktioita. Informaatio-ohjauksen muotoja ovat muun muassa tutkimus- ja arviointitiedon jakaminen, vertaistiedon välittäminen, oppaiden ja suositusten laatiminen, koulutus ja konsultointi, sekä lainsäädännön soveltamiseen liittyvän tiedon jakaminen. Informaatio-ohjaukseksi voidaan lukea myös toimintaa mittaavat indikaattorit ja standardit. Mittaamisen ja vertailtavan tiedon jakamisen vuoksi informaatio-ohjauksella onkin erityisen suuri painoarvo palvelujen vaikuttavuuden ohjaamisessa. (Tukia ja Wilskman 2011, Hansson 2002, Stenvall & Syväjärvi 2006, Jalonen 2008.)

Dialoginen, vuorovaikutukseen perustuva ohjaus pitää sisällään muun muassa erilaisissa työryhmissä, verkostoissa, neuvottelujärjestelmissä ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassa tapahtuvan vuorovaikutuksen ja tietojen vaihdon (Tukia ja Wilskman 2011). Olennaista dialogisessa ohjauksessa on se, että kyseessä ei ole mikä tahansa vuorovaikutus, vaan prosessi, joka perustuu ja jossa jatkuvasti luodaan ja tarkennetaan sekä järjestäjän että tuottajien käsitystä palvelujärjestelmän tavoitteista, mittareista ja toimenpiteistä, joilla tuloksia ja vaikuttavuutta parannetaan (vrt. Laihonen ym. 2017).

3.2 Ohjausmallit ja niiden sovellukset

Näistä ohjauskeinoista kolme ensimmäistä, normi- resurssi ja informaatio-ohjaus ovat klassisia ohjauskeinoja. Niitä painotetaan eri tavoin eri ohjausmalleissa. Ohjausmalleilla ja -sovelluksilla tarkoitetaan tässä tapoja yhdistellä ja soveltaa ohjauskeinoja.

Hierarkkisessa ohjauksessa pääasiallinen ohjauskeino on normiohjaus, markkinaohjaus perustuu ennen kaikkea resurssiohjaukseen ja verkosto-ohjaus ensisijaisesti informaatio-ohjaukseen. Dialogiin perustuva yhteistoiminta kuuluu luonteeltaan verkostojen ylläpitämiseen. Sitä käytetään ohjauksen osana sitä enemmän, mitä monimutkaisemmasta ohjausympäristöstä on kysymys.

Se, mitä ohjauskeinoja tai niistä koostuvia ohjausmalleja milloinkin sovelletaan, on määrittynyt ohjauksen toimintaympäristön mukaan (vrt. Lundquist 1977 2-3). Ohjausmallien soveltamista suuntaavat myös vallitsevat paradigmat ja ismit eli käsitykset siitä, mitä pidetään toivottujen lopputulosten kannalta sopivimpana ohjaustapana. Eri malleja yhdistellään eri painoituksin, koska toivotut tulokset ja sitä kautta huomion pääasiallinen kohde vaihtelevat. Painotukset muuttuvat yli ajan niin, että uusilla sisäl-

löillä pyritään korjaamaan aikaisempien paradigmojen valuvirheitä. Uusilla ohjausmalleilla yritetään myös saada ohjausvoimaa ajan tasalle tilanteissa, joissa käytössä olevat mallit eivät palvele tarkoitustaan muuttuneessa toimintaympäristössä. Monimutkaistuvassa toimintaympäristössä informaatio-ohjauksen ja vuorovaikutuksen roolit ovat korostuneet normi- ja resurssiohjaukseen nähden, mutta samalla informaatio-ohjauksen kenttä ja suhde normiohjaukseen ja resurssiohjaukseen on epäselvä (Stenvall & Syväjärvi 2006, Jalonen 2008). Ohjauksen yksisuuntaisuus on vähentynyt ja mukaan on tullut monitaso- ja monitaho-ohjaus, missä ohjaajiaakin on useita (Niiranen 2013).

3.2.1 Hierarkkinen ohjaus

Tausta, jota vasten uusia ohjausparadigmoja helposti heijastetaan, on hierarkkinen ohjaus. Organisaatioita on perinteisesti ohjattu hierarkian avulla. Se on ohjausmalli, jossa yksisuuntainen, vahva ja tarkka ohjaus on vahvimmin läsnä. Normiohjaus on sen vallitsevin ohjauskeino. Hierarkian oppikirjaversiossa säädellään tarkasti ylhäältä päin sekä sitä, mitä tehdään, että sitä, miten tehdään. Normit määrittävät miten resurssit valuvat organisaation tai kokonaisen palvelujärjestelmän eri osiin ja miten ne käytetään. Informaatio-ohjaus on sivuroolissa tukemassa normiohjausta, dialogista vuorovaikutteisuutta ei puhtaassa hierarkkisessa ohjauksessa tarvita. Hierarkkisessa ohjauksessa päätösvalta nojaa asemaan hierarkian portailla. Mitä ylemmällä portaalla olet, sitä enemmän päätösvaltaa sinulla on. Taustaoletuksena tässä mallissa on, että ylemmillä hierarkian portailla olevilla on mahdollisuus tietää, mitä pitää tehdä ja miten, jotta tavoitteet saavutetaan.

Hierarkkisen ohjauksen vahvuutena ovat selkeät valta- ja vastuusuhteet, jotka tuovat läpinäkyvyyttä. Auktoriteetin perustuminen asemaan tuo jatkuvuutta, kun ihmisten vaihtuminen ei vaikuta toiminnan sujuvuuteen. Samalle paikalle tulevalle uudella ihmisellä on samat oikeudet ja velvollisuudet kuin tointa aiemmin hoitaneella. Hierarkkisen ohjauksen haasteena ovat jäykkyys ja huono reagoitukyky. Päätöksentekoon pääsevät osallistumaan ainoastaan hierarkian yläportailla olevat, jolloin asiakasrajapinnassa olevilla on vähäiset tai olemattomat mahdollisuudet vaikuttaa toimintaan, eikä mallia voi yhteensovittaa asiakaslähtöisyyden kanssa. Hierarkkisessa ohjauksessa resurssiohjaus perustuu tuotantolähtöiseen budjetointiin, jolloin riskinä on huono kustannustietoisuus ja sitä kautta tehottomuus. (Ks esim. Vartola 2004, Schmidt 2013; Klijn & Edelenbos 2013, 632–265; Sørensen & Torfing; Leskelä ym. 2018).

3.2.2 Verkosto-ohjaus

Siinä missä hierarkkinen ohjaus perustuu vertikaalisiin suhteisiin, verkosto-ohjaus perustuu horisontaalisiin suhteisiin. Itsenäiset mutta toisistaan riippuvaliset toimijat muodostavat verkoston, joka ohjaa osiensa toimintaa. Informaatio-ohjaus on verkostojen merkittävin ohjaustyökalu. Verkostot ovat tyypillisesti avoimia, minkä vuoksi erityyppiset toimijat voivat osallistua päätöksentekoon. Niihin tulevat syötteet ovat moninaisia ja asioiden eteenpäin vieminen perustuu neuvotteluun ennemmin kuin määräyksiin. Verkostot luovat itse omat sääntönsä, mikä voi johtaa siihen, että päätöksenteon läpinäkyvyys kärsii. Verkosto-ohjaamisen vahvuus on joustavuuteen ja avoimuuteen perustuva valmius reagoida nopeasti ja uudistua tarvittaessa. Monimutkaisessa maailmassa nopea reagointi ja muutосkyky auttavat ratkaisemaan yllättäviä ja ilkeitä ongelmia paremmin, kuin mihin esimerkiksi hierarkkiset organisaatiot pystyvät.

Joustavuuden kääntopuolena on se, että toiminnan jatkuvuutta ei voi taata. Luottamukseen perustuvassa ohjausmallissa yksittäisten ihmisten rooli korostuu ja henkilövaihdokset voivat huonontaa verkoston toimintakykyä. Lisäksi ongelmiksi saattavat muodostua jatkuvan neuvottelutarpeen aiheuttama tehottomuus sekä selkeiden ohjauskanavien puuttuminen, mikä voi puolestaan aiheuttaa hankaluuksia tiedonkulkuun. Itsenäisillä verkostotoimijoilla on yleensä ainakin pääosin erilliset resurssit ja niiden tavoitteet eivät keskinäisestä riippuvuudesta huolimatta ole kaikissa asioissa yhtenevät. Tämä voi aiheuttaa osaoptimointia, eli oman hyödyn tavoittelua muiden verkostoon osallistuvien kustannuksella. Päätöksenteon ongelmana verkostoissa onkin erityisesti kyvyttömyys tehdä ratkaisuja konfliktitilanteissa, koska millään yksittäisellä toimijalla ei ole käskyvaltaa suhteessa muihin. Verkosto-ohjausta ei välttämättä tämän vuoksi voidakaan pitää verkostojen ohjaamisena, vaan verkostoilla ja verkostoissa tehtävänä jatkuvana ohjausprosessina. (Mathur & Skelcher 2007; Sørensen & Torfing 2005; Haveri & Pehk 2008, 19). Verkosto-ohjausta sovelletaan suomalaisessa julkishallinnossa esimerkiksi erilaisissa sosiaali- ja terveystalvotukuntayhtymissä.

3.2.3 Markkinaohjaus

Puhtaimmillaan markkinaohjauksessa ohjausta ei tapahdu lainkaan. Markkinat tarjoavat tuotteita, tässä tapauksessa julkisia palveluita, ja asiakkaat valitsevat tarjonnasta palvelun, joka sopii heidän tarpeisiinsa parhaiten. Ostajan ja myyjän suhde on juridinen suhde, jota säädellään kaupan ehdoilla tai osapuolten tekemällä keskinäisellä sopimuksella. Julkiset palvelut eivät kuitenkaan voi toimia puhtailla markkinoilla, koska asiakas ja maksaja ovat erilliset. Mitä kauempana palvelujen tilaaja on niiden käyttäjästä tai mitä vieraampi tilaaja on, sitä hankalampaa on asiakkaan toiveiden edistäminen. (Möttönen 2019, Fredriksson & Martikainen 2006) Lisäksi julkista palvelutuotant-

toa ohjaavat muutkin periaatteet kuin markkinalogiikka: palveluprosessit ovat moninaisia ja asiakkaan sujuva palvelu vaatii muutakin kuin irrallisten ostosten tekemistä. Julkisia palveluita ei kaikissa tapauksissa voi ylipäätään ajatella irrallisina palvelutapahumina, vaan asiakkaiden ja koko väestön kokonaisvaltaista hyvinvointia lisäämään pyrkivänä kokonaisuutena. Väestöaspekti tuo mukanaan poliittiset arvovalinnat, monisyiset resurssipriorisoinnit ja laajan tiedonkulun tarpeen.

Markkinaohjauksen on katsottu lisäävän tehokkuutta ja palkitsevan hyvistä suorituksista. Menestyminen kilpailussa edellyttää tuottajilta jatkuvaa pyrkimystä kohti tehokkaita ja herkästi reagoivia toimintatapoja, mikä edesauttaa niukkojen resurssien tehokasta käyttöä. Markkinaohjauksen käyttöä onkin perusteltu sillä, että se poistaa julkisissa organisaatioissa hierarkkisen ohjauksen haittavaikutuksia kuten hidasta päätöksentekoa, jäykkiä rakenteita ja huonoa sopeutumiskykyä muuttuviin olosuhteisiin. Markkinaohjaus tuo kuitenkin erilaista jäykkyyttä ja hitautta päätöksentekoon. Julkisissa toiminnoissa hankintojen tekeminen on yksi säädellyimmistä tehtävälueesta. Sääntelyllä varmistetaan hankintojen lakisääteinen ja määrämuotoinen toteutus. Markkinaohjaus lisää myös juridista sopimista ja sopimuskiistoja, joita joudutaan ratkomaan oikeudenkäynneissä. Lisäksi kilpailun vähäisyys voi johtaa monopolien synty-miseen ja markkinamekanismi johtaa helposti kermankuorintaan, palvelujen kohdistamiseen sellaisiin asiakkaisiin, joista tuottaja saa eniten taloudellista hyötyä (Möttönen 2019, 63, Fredriksson & Martikainen 2006, 11).

Olennaista näissä ohjauksen perusmalleissa on, että mitään niistä ei sovelleta puhtaassa muodossaan, mutta kaikkien julkisten palveluiden ohjaamisessa on elementtejä kaikista malleista. Ne ovat ideaalityyppejä, joita painotetaan eri ohjaussovelluksissa eri tavoin.

Todellisuudessa toteutettavaa ohjausta voi kuvata hybridiohjauksena, jossa ohjaavia tahoja on useita ja ne käyttävät eri ohjauslogiikoita yhdistäen palvelujärjestelmän kannalta keskeiset yhteistyötahot toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi. Siihen sisältyvät yksityisen ja julkisen toiminnan yhdistelmien lisäksi muun muassa monialaiset ja moniammatilliset organisaatiot, erilaisten toimintaprosessien hallinta sekä hajautetut organisaatiot (Niiranen 2013, 212)

3.2.4 Tilaaja-tuottaja-mallit

Markkinasuuntautuneet ohjausmallit ovat saaneet monia muotoja suomalaisessa julkishallinnossa. Keskeisimpiin markkina- tai hybridilogiikkaan perustuviin ohjausmalleihin kuuluvat järjestelmät, joissa esiintyy tilaaja-tuottaja- tai järjestäjä-tuottaja-asetelma tai joissa julkinen toimija on yhtiötetty.

Tilaaja-tuottaja-malleja on hyödynnetty Suomessa etenkin kunnissa ja kuntayhtymissä. Tilaajasta ja tuottajasta voidaan puhua tilanteessa, jossa julkinen toimija (esim. kunta tai kuntayhtymä) ostaa palveluja olemassa olevilta tuottajilta aidoilla markkinoilla. Toinen perusmalli on tilanne, jossa on suunnitellusti luotu tilaaja-tuottaja-asetelma. Näihin kuuluvat sekä ulkoinen, että sisäinen tilaaja-tuottaja-malli. Ulkoisessa tilaaja-tuottajamallissa julkinen toimija hankkii palveluja omilta yksiköiltään, markkinoilta toimivilta yrityksiltä tai kolmannen sektorin toimijoilta. Sisäisiin tilaaja-tuottajamalleihin kuuluvat esimerkiksi asetelmat, joissa toimijan keskushallinto ”tilaajana” voi tilata budjettivaroillaan esimerkiksi ”tuottajina” toimivilta yksiköiltä palveluja kuntalaisille, ohjaustyökäluna käytetään osapuolten välisiä sopimuksia. Lisäksi malliin kuuluvat palvelusetelimallit, joissa julkinen toimija päättää, kuka on oikeutettu saamaan palvelusetelin, ja setelin saaja päättää, miltä hyväksytyltä tuottajalta hän palvelun hankkii. (Fredriksson & Martikainen 2006, 12).

Sisäisissä tilaaja-tuottaja-malleissa neuvottelulla ja verkosto-ohjauksella on keskeinen rooli ohjausvälineenä, ulkoisissa malleissa ohjaaminen perustuu sitoviin sopimuksiin, jolloin resurssiohjaus on pääasiallinen ohjausväline. (Virtanen ym. 2016). Ulkoisessa mallissa toimivat ohjaus- ja valvontamekanismit ovat erityisen tärkeitä, koska ne vaikuttavat viime kädessä siihen, kuinka ulkoisen palveluntuottajan ohjaus ja sitä kautta myös itse palvelut toimivat (Komulainen 2010).

Sekä kuntien, sote-kuntayhtymien ja sairaanhoitopiirien järjestämissä sote-palveluissa että työllisyyspalveluissa hyödynnetään laajasti tilaaja-tuottaja-mallin perusasetelmaa, vaikka varsinaisesti tästä mallista ei olisikaan kyse. Sote- ja työllisyyspalveluissa tehdään paljon julkisia hankintoja, jotka voivat kattaa hyvin erilaisia kokonaisuuksia yksittäisistä palveluista laajoihin kokonaisulkoistuksiin.

3.2.5 Allianssimalli

Markkinalogiikan mukaan toimivissa malleissa pyritään pääosin erottamaan tilaaja ja tuottaja ja tuomaan siten selkeyttä eri toimijoiden tehtäväkenttään. Allianssimallissa tuodaan yksityinen toimija yhteiseen organisaatioon julkisen toimijan kanssa, eli toimintalogiikka on päinvastainen. Tämä aiheuttaa sen, että palveluiden järjestäjä on samaa organisaatiota kuin osa tuottajasta. Loppuosa tuottajaorganisaatioista koostuu

yhdestä tai useammasta yrityksestä, yhteisöstä tai kolmannen sektorin toimijasta. Mallin avulla pyritään tuomaan ulkoisen tuottajan palvelut lähemmäs järjestäjäorganisaatioita kuin perinteisessä palvelujen ulkoistamisessa tai muissa markkinaehtoisten palveluiden hankintamalleissa. Näin pyritään ylittämään järjestäjän ja ulkoisen tuottajan välinen kuilu, jossa etenkin taloudelliset intressit ovat helposti ristiriitaiset, vaikka yleiset päämäärät, kuten sujuvat palvelut olisivatkin yhteisiä. Keinona tähän käytetään esimerkiksi tuottajille yhteisiä kannustinpalkkiomalleja, jotka perustuvat palvelutuotantokokonaisuuden, ei yksittäisen tuottajan tuloksiin. Tämä tuo insenttiivin yhteiseen koordinointiin ja dialogiin, mikä on vaikeammin toteutettavissa erillisten tuottajien välillä.

Allianssimallista on hyviä kokemuksia esimerkiksi projektiluontoisista rakennushankkeista, mutta palvelusektorilla niiden käyttö on vähäistä. Käytössä olevista malleista ei ole myöskään saatavilla kattavaa arviointi- tai vertailutietoa siitä, onko malli lisännyt järjestäjän ohjausvoimaa verrattuna ulkoisiin hankintoihin niin, että ulkoisen tuottajan oletetut hyödyt ovat toteutuneet.

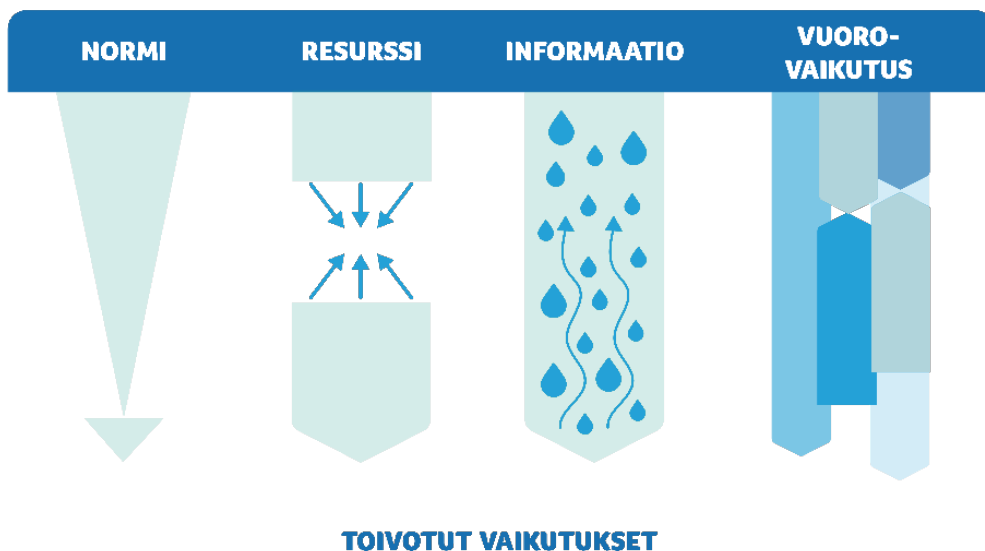
3.3 Ohjauskeinojen ja -mallien soveltaminen käytännössä

Yllä kuvatut ohjausmallit eivät kata kaikkia Suomessa käytössä olevia keskeisiä malleja, mutta ne kuvaavat erilaisia painotuksia, joilla hierarkiaa, markkinaohjausta ja verkosto-ohjausta yhdistellään käytännössä. Kun tavoitteena on vaikuttavat palvelut, mikään ohjausmalli ei sinällään tuo patenttiratkaisua, joka takaisi joustavan ja samalla vakaan, kustannustehokkaan palvelurakenteen ja tuottaisi tietoon perustuvia, palvelutarpeen ja toimintaympäristön muutokset huomioivia palveluita. Samalla kun eri ohjaussovellusten avulla yhdistellään eri ohjauskeinoja ja pyritään korjaamaan olemassa olevien ohjausmallien puutteita, luodaan uusia aukkoja, hidasteita ja esteitä ohjausjärjestelmiin.

Tämä juontaa juurensa siitä, että kaikissa ohjauskeinoissa on perustavanlaatuisia ominaisuuksia, jotka ovat tilanteesta riippuen vahvuuksia tai heikkouksia. Eri keinoja yhdistämällä sekä ongelmat että ratkaisut painottuvat eri tavoin. Normiohjauksen ja hierarkkisen ohjauksen leimaa-antava piirre on se, että ohjaus läpäisee yhdenmukaisena ohjausketjun. Ongelmana on, että lainsäädännössä tai muualla hierarkian yläpäässä määritellyt päämäärät eivät perille päästessään välttämättä sovellu asiakkaan, tuottajan tai edes järjestäjän tilanteeseen. Puhtaan resurssi- tai markkinaohjauksen vahvuus on se, että on mahdollista ostaa sopimuksin määritelty lopputulos ja jättää keinojen määrittäminen tuottajan harteille. Ongelmana on se, että ohjaustapa ei mahdollista korjausliikkeitä, jos haluttu asia onkin jotain, mitä sopimuksessa ei ole tarkasti

määritelty. Tarkka sopiminen vaatii myös runsaasti valmistelu- ja valvontaresursseja. Informaatio-ohjauksessa ohjaava taho voi jakaa tietoa laajasti, mutta ilman tiedonkulkua tukevaa muuta (esim. normatiivista tai resursseihin kytkettyä) ohjausta se ei voi olla varma siitä, että tietoa saavat sitä tarvitsevat tahot tai että tietoa hyödynnetään tarkoitetulla tavalla. Vuoropuhelu taas tukee muita ohjauskeinoja, mutta se ei sinällään sisällä ohjausrakennetta, jolloin ohjaus on puhtaasti yksilöiden ja ryhmien innon, motivaation ja luottamuksen varassa. Lisäksi siitä aiheutuu runsaasti transaktiokustannuksia.

OHJAAMISEN LOGIIKAT



Kuva 3. Kaikissa ohjauskeinoissa on ongelmia sen suhteen, miten ohjausvoima välittyy.

Tästä syystä eri ohjaussovellukset ja niiden yhdistelmät sopivat erilaisiin tarkoituksiin. Se, voiko järjestäjä ohjata tuotantoa hierarkkisesti vai kannattaako järjestäjän tehdä tuottajan kanssa yksityiskohtainen, korostetusti markkinaohjaukseen perustuva sopimus tai neuvotteluun perustuva väljä raami, riippuu palvelun luonteesta. Hierarkkinen ohjaus sopii tehtäviin, joissa normien noudattaminen, pysyvyys ja ennakoitavuus on oleellista, joissa tehdään asiakkaiden toimintaa rajoittavia päätöksiä. Hierarkkisissa malleissa asiakkailta on myös mahdollisuus testata ja tarkistaa päätösten oikeudenmukaisuus. Sopimusohjauksellisten raamien on nähty sopivan markkinaohjausta paremmin tilaajan ja tuottajan erotteleviin tilanteisiin, joissa tehtävät ovat hankalasti tuoteistettavissa, vaihtoehtoisia tuottajia on vähän, joissa haetaan monien toimijoiden yhteistyötä ja toiminnan joustavuutta ja joissa yhteisen arvopohjan ja eettisen perustan

merkitys on suuri (mm. osa sosiaalipalveluista, kuten päihde- ja mielenterveyshuolto). Neuvotteleva malli sopii myös tilanteisiin, joissa halutaan korostaa kehittämistä ja palveluinnovaatioita. Markkinaohjauksen edut ovat sen sijaan paremmin hyödynnettävissä sellaisissa tehtävissä, jotka ovat sovittavissa kahden keskeisillä sopimuksilla, tuotteille on määriteltävissä laatukriteerit, tuotanto ei vaarannu tuottajan vaihtuessa eikä sopimusosapuolten välillä ole eettisen perustan ja taloudellisen voitontavoittelun ristiriitaa. (Möttönen 2014.)

3.4 Sosiaali- ja terveystalvveluiden ohjaamista vaikeuttavat tekijät

Ohjauskeinojen sisäänrakennettujen ongelmien lisäksi ohjausympäristö tarjoaa runsaasti haasteita ja esteitä ohjausvoiman tielle. Esittelemme sote-palveluiden näkökulmasta keskeiset ohjaamista vaikeuttavat tekijät, eli ristiriitaiset valta ja vastuusuhteet, eri suuntiin vetävät tilivelvollisuudet, transaktiokustannukset, monimutkaiset palvelupolut ja tietojohdamisen haasteet. Nämä tekijät verottavat myös vaikuttavuusperustaisen ohjausmallin ohjausvoimaa. Vaikuttavuusperustainen ohjaus voi kuitenkin myös heikentää ohjauksen esteiden ja hidasteiden voimaa vähentämällä organisaatioiden sisäistä ja niiden välistä kitkaa.

3.4.1 Ristiriitaiset valta- ja vastuusuhteet

Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä on kehittynyt vähän kerrallaan niin, että kasvavien palvelumahdollisuuksien avulla on etsitty entistä laajempia ja samalla tarkempia vastauksia palvelutarpeisiin. Palvelut ovat erikoistuneet, hoidon tasoa ja nopeutta säännellään ja samalla pyritään kehittämään kokonaisuuden huomioivaa perusterveydenhuoltoa ja ennaltaehkäisyä sekä rakentamaan sosiaalipalveluita koko väestön tarpeisiin. Samalla kun sosiaali- ja terveystalvveluiden menetelmät ja mahdollisuudet ovat kehittyneet, organisaatioita on uudistettu, velvollisuuksia on lisätty ja siirretty toimijalta toiselle, palveluiden rahoitusmekanismeja on muokattu, toimintaympäristö ja demografia ovat muuttuneet ja palvelujen kysyntä on kasvanut. Näiden vähittäisten muutosten seurauksena keskeiset valta- ja vastuutekijät ovat monilta osin epäsuhdassa, jonka seurauksena ohjausvalta on pirstaloitunut ja ohjausvoima sen mukana.

Keskeinen epäsuhta etenkin terveystalvveluiden valta- ja vastuusuhteissa on se, että palveluita ohjaavat ja järjestävät tahot, jotka eivät vastaa palveluiden rahoituksesta. Kunnat eivät rahoittajina pysty aina tosiasiallisesti ohjaamaan palvelutuotantoa. Kuntien oma rahoitusosuus ei myöskään monissa tapauksissa riitä, jolloin palveluiden päärahoittaja on valtio. Järjestämistä vastuulliset tahot, eli kunnat, sote-kuntayhtymät tai

sairaanhoidopiirit eivät automaattisesti toimi kokonaisuuden kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. (vrt. STM 2015, 20; Aronkytö & Mäki 2019, 111).

Lisäksi terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä on kokonaisuutena monikanavaisesti monikanavainen. Tämä tarkoittaa sitä, että kokonaisuutta rahoittavat monet tahot: kunnat, valtio, palvelujen käyttäjät, Kansaneläkelaitos, työnantajat sekä yksityiset vakuutusyhtiöt. Julkisesti tuotettujen terveyspalvelujen lisäksi julkisesti tuetaan yksityisten terveyspalveluiden käyttöä ja korvataan lääkkeiden ostoa ja opiskelijaterveydenhuolto on pääosin ja työterveyshuolto pieneltä osin julkisin varoin rahoitettuja, vaikka niiden palvelut on suunnattu vain tietyille ryhmille. Rahoitusjärjestelmän on kritisoitu suosivan hyvätulaisia, ylläpitävän päällekkäistä palvelutarjontaa erityisesti työterveyshuollossa ja muussa perusterveydenhuollossa, luovan ylikapasiteettia erityisesti tutkimus- ja hoitopalveluissa, synnyttävän henkilöstön saatavuusongelmia perusterveydenhuollossa, lisäävän epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä ja kokonaiskustannuksia. (ks. esim. Heikkinen & Räsänen 2013). Monikanavaisuuden syyt ja vaikutukset ovat monisyisiä eikä sen hallittuun purkamiseen ole tämän seurauksena tois- taiseksi pystytty.

Monien rahoituskanavien lisäksi ohjaamista vaikeuttaa se, että suurella osalla asiakkaista palvelut koostuvat paitsi monien tuottajien tuottamista, myös monien järjestäjien järjestämistä palveluista. Järjestelmää siis yhtäältä rahoittavat monet julkisen sektorin tahot, toisaalta samat julkiset toimijat rahoittavat monia rinnakkaisia palvelutuottantorakenteita.

Sekä monikanavarahoitus että julkisen järjestelmän sisällä oleva rahoitusvastuun ja järjestämisvallan epäsuhta kannustavat siirtämään hoito- ja kustannusvastuuta maksajalta toiselle tai ainakin hidastavat kokonaisten palvelu- tai hoitoepisodien kehittämistä. Mitä kireämpi on rahatilanne, sitä voimakkaammin taloudelliset kannustimet ohjaavat päätöksiä. Taloudellisilla kannustimilla on merkitystä silloinkin, kun toimijana on yhteiskunnan omistama voittoa tavoittelematon organisaatio. Jokaisen yksikön on toteutettava omaa perustehtäväänsä ja huolehdittava vastuullaan olevista lakisääteisistä tehtävistä ja velvoitteista niillä rahoilla, jotka sillä on käytettävissään. Tämä kannustaa toimimaan kokonaisuuden kannalta epätarkoituksenmukaisesti ja osaoptimoimaan oman yksikön etua, vaikka se merkitsisi kokonaismenojen kasvua. (STM 2015, 20) Osaoptimointi heikentää kokonaisvaikuttavuutta, koska se siirtää palvelujen painopistettä ennaltaehkäisevästä viimekätiseen, yleisestä erikoistuneeseen ja parhaasta mahdollisesta hoitopaikasta tahoon, joka ei voi enää siirtää potilasta eteenpäin.

Epäselvien ohjausrakenteiden aiheuttama vallan ja vastuun epäsuhta aiheuttaa muitakin ohjausongelmia. Monet niistä kytkeytyvät päämies-agentti -asetelmaan liittyvään informaatio- ja kompetenssiasymmetriaan, mikä tarkoittaa sitä, että tuottajalla on

enemmän tietoa ja osaamista sekä tehtävän sisällöstä, asiakkaista että omasta kyvyttään hoitaa tehtävää kuin järjestäjällä. (Möttönen 2014 18-19). Tilanne näkyy erityisesti terveydenhuollon puolella sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Palvelut ovat informaatioasymmetrian vuoksi usein tuotantovetoisia, ei järjestäjäjohtoisia. Erikoissairaanhoidon resurssiohjauksessa tämä näkyy sairaanhoitopiirien ja maksajana toimivien kuntien välillä. Sairaanhoitopiirin johto pystyy esimerkiksi perustelemaan budjettiylitykset niin, että luottamushenkilöistä koostuva hallitus ei pysty kiistämään niitä (Leskelä ym. 2018, 37). Resurssiohjauksen vaikeus näkyy myös sairaanhoitopiirin roolissa järjestäjänä. Sairaanhoitopiiri ei pysty vaikuttamaan kuluihin, kuten palveluiden kysyntään kaikilta osin. Läheteiden tai päivystyspotilaiden määrää ei voi rajoittaa, kaikki potilaat pitää hoitaa. On epäselvää, mitä voidaan käyttää priorisointiperusteina rajallisia resurssien määrittämässä tilanteessa. Lisäksi ongelmana on, että sairaanhoitopiireillä on hyvin vähän tietoa tuotettujen palveluiden todellisista kustannuksista ja olematon tieto laadusta ja vaikuttavuudesta (Aronkytö & Mäki 2019 111).

Perusterveydenhuollon kuntayhtymissä järjestämisvastuu pysyy usein kunnalla ja kuntayhtymä vastaa tuotannosta. Informaatioasymmetria saattaa heikentää vaikuttavuutta eri tavoin. Jos kunnat ohjaavat palveluita voimallisesti, kuntayhtymä voi tuottaa kullekin kunnalle itsenäiset, läpilaskutettavat palvelut. Näin kuntien yhteistoiminta ei tarjoa skaalaetuja, kun mahdollisesti saatavilla olevaa informaatiota palveluiden kustannusvaikuttavuudesta ei hyödynnetä. Kunnat voivat myös vaatia kuntayhtymältä säästöjä ilmoittamatta säästökohteita tai vaatimalla säästöjä sellaisista palveluista, joista se ei lainsäädännön puitteissa onnistu. Tässä tilanteessa tilaajalla, jolla on mandaatti linjata toimintoja, ei ole tietoa, jonka perusteella linjaukset voisi tehdä. (Laine ym. 2011, 42-43). Huonoimmassa tilanteessa kunnalla tai muulla järjestäjällä on alueensa asukkaiden palveluissa ainoastaan maksajan rooli vailla tehokkaita laadun ja tulosten seurannan, ongelmiin puuttumisen ja palkitsemisen välineitä ja käytäntöjä. Tällöin palvelujen laatu todennäköisesti kärsii ja hinta nousee. (Taponen & Kiviniemi 2019, 41)

Vallan ja vastuun epäsuhtaan lisäksi kunnallisia ja alueellisia sote-palveluita määrittää usein myös vallan ja vastuun epäselvyys. Kun toimitaan mallissa, jossa sama taho sekä järjestää että tuottaa palvelut, järjestäminen jää helposti tuottamisen jalkoihin. Järjestäjän ja tuottajan roolit ovat kuitenkin erillisiä, vaikka niitä ei olisi erotettu organisaatorisesti toisistaan.

3.4.2 Eri suuntiin vetävät tilivelvollisuudet

Jos ajatellaan, että ohjaus kulkee ketjuna palvelujärjestelmän läpi, kaikkien osien tavoitteena on varmistaa mahdollisimman hyvien palvelujen tuottaminen. Yhteinen tavoite tarkoittaa kuitenkin käytännössä ohjausketjun eri osille eri asioita, eivätkä nämä osatkaan ole sisäisesti yhtenäisiä.

Selkeimmin näkyvä ero tulee organisaatorajoista. Tämä ilmenee muun muassa silloin, kun palvelut järjestäjää ja tuottaa eri organisaatio. Erityisesti ulkoisen tuottajan kohdalla ero on selvä. Raha kulkee organisaatiosta toiseen sopimuksissa määritellyin perustein ja tuottaja tekee sopimuksessa määritellyt asiat. Jos palvelujen tuottaja on markkinatoimija, sen tavoitteena on tuottaa palvelut niin, että se voi samalla tuottaa voittoa. Järjestäjän tavoitteena on taas tehdä mahdollisimman edulliset sopimukset, jotka kuitenkin turvaavat koko väestölle hyvät ja lain vaatimukset täyttävät palvelut. Hyvien palvelujen tuotanto on molempien tavoite, mutta talouteen kytkeytyvät intressit ovat vastakkaiset. Resursseihin liittyvät ristiriidat ovat olemassa sisäisessäkin ohjauksessa, mutta ne tulevat esiin esimerkiksi yksiköiden välisenä osaoptimointina. (ks. esim. Isosaari 2008,77-85)

Kuvitteellisen ketjun yläpäässä, poliittisessa ohjauksessa pyritään tuottamaan mahdollisimman paljon hyvinvointia niukoilla resursseilla. Huomion kohteena on koko väestö. Esimerkiksi kuntaperustaisen järjestämismallin perusominaisuus on, että samoilla resursseilla tehdään luonteeltaan hyvin erilaisia asioita. Kunnat tuottavat ensinnäkin hyvin erilaisia palveluita terveydenhuollosta koulutukseen. Palvelutuotannon ydinolemuksena on yhdenvertaisuuden varmistaminen ja heikompien tukeminen. Samasta budjetista tehdään investointeja, joilla pyritään rakentamaan tulevaisuutta ja joissa panostetaan nykyhetkessä vahvoilta näyttäviin hankkeisiin ja toimijoihin. Investoinneissa on mukana aina jonkinasteinen riskiulottuvuus. Ne ovatkin luonteeltaan päinvastaisia yhdenvertaisuuteen pyrkivän palvelutuotannon kanssa etenkin, kun pitkän ajan kuluessa vaikuttavia palveluita on usein helppo perustella mutta vaikea toteuttaa investointeina tulevaisuuteen. Yhteistä kaikille kunnan toiminnolle on, että niillä pyritään kunnan asukkaiden hyvinvointiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja kunnalliset työllisyydenhoidon palvelut ovat vain osa tätä kokonaisuutta. Poliittisen ohjauksen perustana ovat arvot. Siksi näkemykset siitä, miten asukkaille tuotetaan hyvää, muuttuvat poliittisten valtasuhteiden muuttuessa, mutta samalla poliittisen kentän pitää turvata jatkuvuutta etenkin palveluissa. Poliittinen kenttä tasapainoilee vaikeiden ja poliittisesti mahdollisten päätösten sekä omien tavoitteiden ja yhteisten kompromissien kanssa. (vrt. Klijn & Edelenbos 2013, 632, Torppa 2007, 77)

Ohjausketjun toisessa päässä palveluja tuottavat eri alojen ammattilaiset, joiden välityksellä ohjaus muuttuu palveluiksi. He ovat paikalla asiakaskohtaamisissa, muut ohjausketjun osat eivät ole. Tästä syystä he ovat tärkein osa ohjausketjua. Profession organisaatiossa ammattilaisilla on suuri itsemääräämisoikeus omaan työhönsä. He ovat pätevöityneet hankkimalla tietyn koulutuksen, minkä meritoimina he voivat työskennellä, kohdata asiakkaat ja tehdä suuri osa palveluun vaikuttavista päätöksistä itsenäisesti. Heillä on näin tiedollinen asymmetria sekä asiakkaaseen että organisaatioon päin. Asiakkaaseen nähden heillä on profession erityisalaan ja organisaatioon kytkeytynyttä epäsymmetrisyyttä luovaa tietoa, organisaation ja ohjausketjun suuntaan heillä on hallussaan asiakkaisiin liittyvää tietoa. Sosiaali-terveyspalveluissa merkittävä ja tutkittu professoryhmä ovat lääkärit, joihin sopivat sekä tiedon asymmetria että itsenäinen ja autonominen asema. Lisäksi lääkäriprofession on ominaista vahva kollegiaalisuus eli kiinnittyminen vahvemmin ammattiryhmään kuin esimerkiksi omaan organisaatioon. Ammattilaisten pääasiallinen huomio onkin ennen kaikkea ihmisissä, joiden kanssa he tekevät töitä ja ihmisissä, joita heidän työnsä palvelee. (Isosaari 2008 85, Virtanen 2010, 187-193).

Asiakkailla taas on palveluista oma näkemyksensä. Vaikka ihmisillä on selkeitä yksittäisiin palveluihin kytkeytyviä tarpeita, hyödyn kokemus painottuu kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, tasapainoiseen ympäristöön ja hyvään elämään. Tästä näkökulmasta kaikista vaikuttavimmat palvelut voivat olla sellaisia, jotka asettuvat selkeiden hallittavien palveluprosessien väliin.

Yhtenäisenä etenevän ohjausketjun esteeksi nousevatkin erisuuntaiset tilivelvollisuuksien muodossa sekä ohjausketjun varrella olevat organisaatorajat että organisaatioiden sisällä olevat ammatilliset ja toiminnalliset ryhmittymät. Eri organisaatioissa ja ryhmittymissä on erilaiset perusoletukset siitä, mitkä asiat ovat palvelutuotannossa kaikkein olennaisimpia. Nämä erot perustuvat nimenomaan erilaisiin ydintehtäviin ja toiminnan peruslogiikkaan, ei yksilöiden tai ryhmien kyvyttömyyteen ymmärtää kokonaisuutta. Poliittisen johtamisen perusteet ovat koko väestöön suuntautuvassa arvopohjaisessa johtamisessa, jossa pitää huomioida eri toimialojen resurssit, investoida tulevaisuuteen ja samalla varmistaa tämän päivän toimivat palvelut. Ammattijohtamisen huomio kiinnittyy oman toiminta-alueen kehittämiseen sekä resursseihin ja niiden allokointiin. Jos kyseessä on järjestäjän viranhaltijajohto, on huomio resurssien osalta siinä, miten niukkoja resursseja jaetaan mahdollisimman hyvin kokonaisuuden kannalta. Tuottajapuolen ammattijohto taas pyrkii maksimoimaan oman toimintansa käyttöresurssit ja/ tai saamaan toiminnasta voittoa. Profession tilivelvollisuus kohdistuu ennen kaikkea niihin ihmisiin, joihin heidän työnsä vaikuttaa suoraan ja niihin ihmisiin, joiden kanssa he tekevät töitä. Asiakkaiden kohdalla huomio palautuu taas kokonaisvaltaisesti hyvään elämään, mikä tarkoittaa jokaisen kohdalla eri asioita, erilaisia palveluita ja erilaista yhteiskunnallista tukea. (Härkönen & Airaksinen 2012, Torppa 2007, 77)

3.4.3 Transaktiokustannukset

Sosiaali- ja terveydenhuollossa transaktiokustannuksilla tarkoitetaan yleensä vaihdannan synnyttämiä kustannuksia, joille voidaan luonnollisella tavalla asettaa hintalappu (Koivuniemi & Simonen 2012). Ohjauksen näkökulmasta transaktiokustannukset syntyvät ohjaamista tukevista toiminnoista ja kohtaamisista, ja näitä kustannuksia on sitä enemmän, mitä enemmän kohtaamista tarvitaan. Ohjausmalleihin suhteutettuna tämä tarkoittaa sitä, että transaktiokustannuksia syntyy sitä enemmän, mitä vähemmän ohjaus perustuu hierarkkisudelle. Hierarkkisesta ohjauksesta voi kuitenkin aiheutua muita mallille ominaisia kuluja, jotka liittyvät tuotantoperusteiseen budjetointiin, mikä johtaa helposti siihen, että tehdään vähillä transaktiokustannuksilla kokonaisvaikutavuuden kannalta väärä asioita.

Markkinaoikeuden mukaisissa ohjausmalleissa transaktiokustannuksia syntyy etenkin kilpailuttamisesta, sen valmistelusta, toteutuksesta ja kilpailutusprosessiin liittyvistä oikeudenkäyntikuluista (vrt. Möttönen 2019). Markkinaohjauksen transaktiokuluihin kuuluvat myös sopimuksen noudattamisen seurannasta ja valvonnasta aiheutuvat kulut.

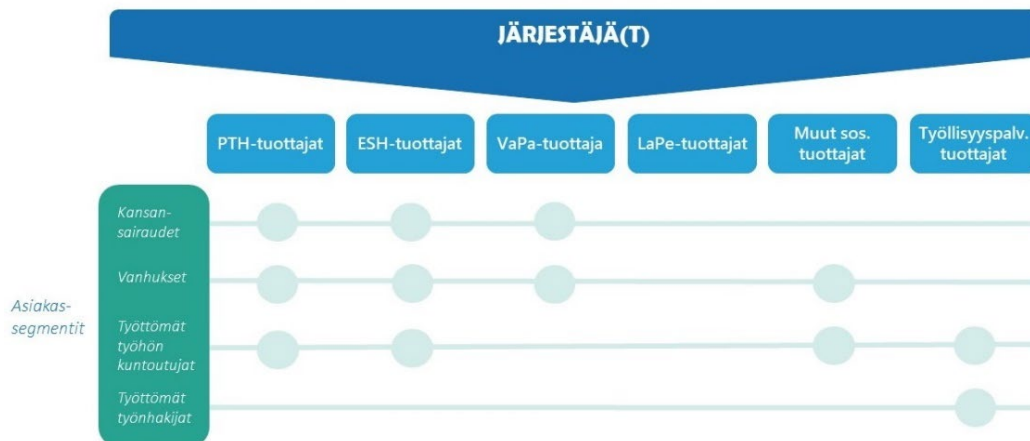
Informaatio-ohjauksessa transaktiokustannukset syntyvät tiedon keräämisestä, prosessoinnista, välittämisestä ja toiminnan muokkaamisesta saadun tiedon perusteella. Tietointensiivisyyden kasvaessa nämä transaktiokustannukset muodostuvat merkittäviksi. Kun kerättävä tieto on vaikuttavuuteen tähtäävää mittaustietoa, tiedon kerääminen, analysointi ja sen mukaan toimiminen on koko toiminnan perusta. Tieto muovaa paitsi ohjattavia toimintoja, myös koko ohjausrakennetta.

Vuorovaikutukseen perustuvassa ohjauksessa transaktiokustannukset syntyvät ennen kaikkea siitä, että ihmiset käyttävät aikaansa dialogiin, jotta kaikista muista ohjausmuodoista saataisiin esiin mahdollisimman paljon niiden hyviä puolia ja niiden negatiiviset ominaisuudet asettuisivat mahdollisimman vähän ohjauksen tielle. Transaktiokustannustenkin näkökulmasta dialogin ylläpitäminen on kuitenkin perusteltua: näennäisesti tehottomilta vaikuttavista toimintatapoista kannattaa käyttää, jos kaikki niiden vaihtoehdot ovat vieläkin tehottomampia. Monimutkaisissa ohjausrakenteissa vuorovaikutukseen nojaavaa ohjausta enemmän kustannuksia aiheuttaa se, että vuorovaikutusta ei ole.

3.4.4 Monimutkaiset palveluprosessit

Vaikka puhutaan ohjausketjuista, se ei aina tarkoita sitä, että ohjaus kulkisi yhtenäisen ketjun läpi. Asiakkaat kulkevat monimutkaisissa palvelupoluissa. Sote-palveluiden erityispiirteisiin kuuluu vielä se, että pieni osa väestöstä käyttää valtaosan sote-palveluista (Ks. esim. Aronkytä & Mäki 2019, 110). Siten palveluketjujen monimutkaisuus ei ole poikkeustapaus vaan se liittyy hyvin suureen osaan palvelutapahtumista. Nämä paljon palveluita tarvitsevat ihmiset käyttävät useita palveluita ja heidän palvelukokonaisuutensa ja –ketjunsä kulkevat usean organisaation läpi. Tämä tarkoittaa, että palvelukokonaisuuksien pitää olla koordinoituja ja rajapintojen sujuvia (Leskelä ym. 2018). Ohjauksen näkökulmasta monimutkaiset palveluketjut tarkoittavat sitä, että järjestäjä ohjaa montaa tuottajaa. Kun palveluihin kuuluu esimerkiksi perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen piiriin kuuluvia palveluita, tämä tarkoittaa useimmissa tapauksissa myös sitä, että järjestäjiä on monta.

Ohjaamisen kokonaisuuden onnistumisen kannalta tämä tarkoittaa sitä, että eri toimijoilla täytyy olla yhteiset tavoitteet ja samansuuntaiset insentiivit. Yhtenäisyyttä luovat kannustinjärjestelmät ja vaikuttavuuteen perustuva ohjaaminen, jonka avulla tavoitteiden toteutumisen seuranta on mahdollista.



Kuva 4. Esimerkkejä eri asiakasryhmien palvelupoluista.

Kustannusten kertyminen pienelle väestön osalle korostaa heidän kohdallaan yksilöllisen ohjauksen tärkeyttä vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi (Aronkytä & Mäki 2019, 110). Lisäksi se luo perspektiiviä ennaltaehkäisyn tärkeyteen. Monessa tapauksessa ongelmat ovat etukäteen havaittavissa. Ajoissa puuttamalla ongelmat ovat helpommin ja halvemmin ratkaistavissa kuin sitten, kun asiakas käyttää

laajasti raskaita palveluita. Ennaltaehkäisy on kuitenkin paljon muutakin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tehtäviä asioita, mikä lisää vaikuttavuuden ohjaamisen vaikeuskerrointa ja laajentaa sen sote-sektorin ja työllisyyspalveluiden ulkopuolelle: valtaosa ihmisten hyvinvoinnista ja ennaltaehkäisystä tuotetaan sote-sektorin ulkopuolella harrastuksissa, työyhteisöissä, perheissä, ruoka- ja liikuntatottumusten kautta jne. Tällöin asukkaiden ohjaaminen nousee keskiöön: miten voidaan vaikuttaa kuntalaisten elintapoihin ja elinympäristöihin, työkykyyn ja työhyvinvointiin? Julkisen sektorin toiminnassa tämä asettaa paineita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi: liikuntatoimelle, kulttuuritoimelle sekä kaavoitukselle ja yhdyskuntarakenteen suunnittelulle. (Leskelä ym. 2018, 30).

3.4.5 Tietojohtamisen haasteet

Vaikuttavuusperustainen ohjaaminen on tietojohtamisen logiikkaan perustuva tapa jäsentää sitä, mikä palvelutuotannossa on erityisen tärkeää ja mihin ohjauksessa tulee keskittyä. Molemmat keskittyvät tiedon keräämiseen ja hyödyntämiseen. Siksi tietojohtamisen haasteet ovat myös vaikuttavuuden ohjaamisen haasteita.

Tietojohtaminen on johtamisoppi, joka pohjautuu ajatukseen, että päätösten tulee pohjautua tietoon. Jotta tiedosta voi saada parhaan mahdollisen hyödyn, sitä tulee hankkia, kasvattaa, kehittää, suunnitella ja hyödyntää tehokkaasti (Nonaka & Takeuchi 1995, Leskelä ym. 2019). Tietojohtamisessa erotetaan usein tiedon johtaminen ja tiedolla johtaminen (Laihonen ym. 2013). Tiedon johtamisella tarkoitetaan esimerkiksi datan hallintaa eli sitä, miten päätöksentekoon tarvittavaa tietoa hankintaan, varastoidaan, siirretään ja suojataan. Jotta data tukee kaavaillun mukaista toimintaa, tietojärjestelmien täytyy olla tarkoituksenmukaisia ja keskenään yhteensopivia ja / tai tiedon täytyy olla koottavissa yhteisiin tietoaaltaisiin. Myös kirjauskäytäntöjen tulee tukea tiedon hyödyntämistä. Tiedolla johtamisen käsite liittyy toimintatapoihin, joilla tietoa jalostetaan ja hyödynnetään johtamisessa. Se kytkeytyy strategiseen suunnitteluun, päätöksentekoon ja toiminnan kehittämiseen, tietämyksen ja viisauden kasvattamiseen (Leskelä ym. 2019, Partanen ym. 2019)

Vaikuttavuuden ohjaamisessa mittareiden valinta, mittaaminen ja mittaustiedon saattaminen järjestäjän tietovarantoon ovat ennen muuta tiedon johtamista. Mittaustiedon hyödyntäminen päätöksenteossa, resurssien allokoinnissa ja koko järjestelmän arvioinnissa on tiedolla johtamista.

Suomessa on tehty paljon tietojohdamisen ja sen edellytyksenä olevien tietojärjestelmien kehittämisen eteen. Kokonaisuudessa on kuitenkin edelleen paljon ongelmia, yhteensopimattomuutta ja kehittämiskohteita. Tämä vaikuttaa myös siihen, millaiset edellytykset vaikuttavuusperustaisen ohjauksen toteuttamiseksi on kansallisesti ja alueellisesti.

Tiedon keräämisen yhteisiä valtakunnallisia periaatteita ei ole, minkä vuoksi kirjaamiskäytännöt ovat hyvin erilaisia, tiedon keräämisen periaatteet yksityisiltä tuottajilta puuttuvat, samoin periaatteet asiakastyytyväisyyden ja terveys- ja toimintakykytiedon keräämiseen asiakkailta. Erityisesti vaikuttavuustietoon kohdistuvia ongelmia ovat laadun ja vaikuttavuuden seurannan kansallisten periaatteiden puuttuminen: kansallisesti ei ole määritelty, miten vaikuttavuutta ja laatua tulisi arvioida. Tämä johtaa siihen, että toimijat valitsevat omia mittareitaan ja tuloksia ei voida verrata. Lisäksi tietosuojalain ja nykyisenkaltaisen monen järjestäjän mallin yhdistelmä aiheuttaa sen, että palvelu- alat ylittävän tiedon yhdistäminen ei ole mahdollista järjestäjä- ja tuottajatasolla. (Leskelä ym. 2019) Myös työllisyyspalveluissa tietosuojamääräykset vaikeuttavat vaikuttavien palveluiden järjestämistä: esimerkkinä tästä ovat työmarkkinatuen kuntaosuudet, jotka lankeavat kunnille maksettaviksi vailla asiakastietoja ja sitä kautta kohdennettua tietoa siitä, millaiset palvelut tukisivat työmarkkinatukiasiakkaita.

Alueellisen tason tietojohdamisen ongelmat kytkeytyvät kansallisen tason ongelmiin, kun ei tiedetä, mitä ratkaisuja kehitetään kansallisella tasolla ja mitkä jäävät alueellisten toimijoiden itse kehitettäväksi tai hankittaviksi. Järjestäjien tietojohdamisen käytännöissä on myös kehitettävää. Tietojohdamisen koko kehä kaipaa alueilla vahvistamista: datan käsittelyyn ja hyödyntämiseen ei ole riittävästi resursseja ja siihen liittyvä osaaminen ja kyvykkyys on rajallista. Päätöksenteossa ei hyödynnetä saatavilla olevaa tietoa riittävästi. IT-arkkitehtuurin ja -järjestelmien keskeinen kehittämiskohde on, että tieto saataisiin kerättyä yhteen paikkaan automatisoiduin prosessein, mikä vaatii tietojärjestelmäkentän harmonisointia ja päivittämistä. Raportointivälin lyhentäminen vaikuttaisi tiedon ajantasaisuuteen, mikä helpottaisi tietoperäistä nopeaa reagointia tarvittaessa. Lisäksi olennaisen tiedon esiin nostaminen ja visualisoiminen helposti ymmärrettäväksi parantaisi tiedon käytettävyyttä. Tällä hetkellä kerättävä ja käytettävä tieto on resurssi-, kustannus- ja suoriteperusteista. Jonkin verran seurataan myös laatua, kuten palveluiden saatavuutta, mutta vaikuttavuustietoa ei kerätä juurikaan (Leskelä ym. 2019).

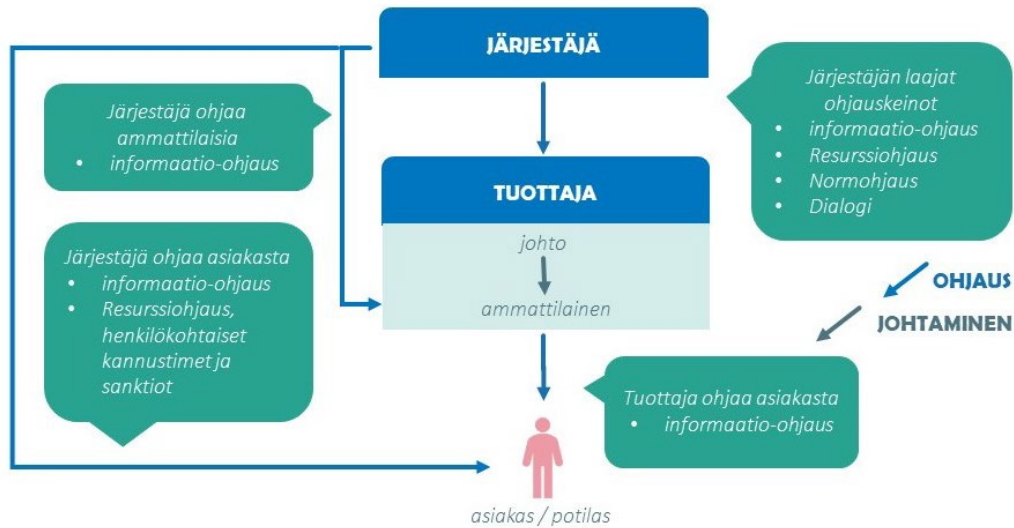
3.5 Ohjaamisen ja johtamisen erot ja yhteneväisyydet

Tässä selvityksessä ohjaamisen ja johtamisen suhde ymmärretään niin, että ohjaus on organisaatioiden välillä tapahtuvaa johtamista, johtaminen on organisaation sisäinen tapa saada tavoiteltuja asioita tehdyksi (ks. esim. Virtanen & Stenvall 2010, 13). Ohjaamisen ja johtamisen ero on periaatteessa selkeä, ohjaaminen kanavoi organisaatioiden välisiä, johtaminen organisaatioiden sisäisiä toimintatapoja ja resursseja. Kanavointimenetelmät tähtäävät siihen, että organisaatio tai järjestelmä toteuttaa perustehtävänsä mahdollisimman hyvin, saavuttaa asetetut tavoitteet ja tekee mahdollisimman vähän ei-toivottuja asioita.

Mikä on organisaation sisäistä ja mikä organisaatioiden välistä, ei kuitenkaan aina ole täysin yksiselitteistä. Ensinnäkin, yksiköiden välillä voidaan sekä johtaa että ohjata riippuen organisaation sisäisestä organisatorisista etäisyyksistä ja organisaation koosta. Esimerkiksi valtionhallinnossa yksiköitä pääosin ohjataan, kunnissa johdetaan.

Toiseksi, muutokset palvelutuotantorakenteessa aiheuttavat muutoksia ohjaus-johtaminen-akselilla. Kun esimerkiksi kunnallisen järjestäjän palveluissa aletaan soveltaa erilaisia markkina- tai verkostologiikkaan perustuvia malleja, toiminnan kanavointi muuttuu johtamisesta ohjaamiseksi. Kun taas esimerkiksi tilaaja-tuottaja-malli puretaan, painopiste siirtyy ohjaamisesta johtamiseen. Jotkut organisaatiouudistukset, kuten elinkaarimalliin siirtyminen, muokkaavat ohjaussiilojen keskinäisiä suhteita ja ohjaus ja johtaminen saattavat vaihtaa paikkaa palvelukokonaisuuden eri osien välillä.

Palvelujen ohjausketjussa järjestäjä ohjaa pääosin tuottajaa, tuottajan organisaation sisällä johto ohjaa ammattilaisia, jotka puolestaan ohjaavat asiakkaita tai potilaita palveluksessaan heitä. Järjestäjä jakaa myös tietoa, joka tukee ammattilaisten toimintaa, ohjaa heitä informaation avulla suoraan. Järjestäjä voi jakaa informaatiota suoraan myös asiakkaille. Lisäksi järjestäjä voi ohjata asiakkaita resurssein, esimerkiksi asettaa terveydenhuollossa henkilökohtaisia kannustimia hoitaa omaa terveyttään, tai sanktioita, kuten rajoittaa työllisyyspalveluissa asiakkaan työttömyysturvaa. Nämä ohjausmuodot erottuvat muusta asiakaspalvelusta siinä, että huomio keskittyy yleisiin väestötason perusoletuksiin enemmän kuin asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin.



Kuva 5. Ohjaamisen ja johtamisen erot ja yhteneväisyydet.

Merkittävin ohjaus suuntautuu järjestäjältä tuottajaan. Se tuottaako palvelut sisäinen vai ulkoinen taho, muokkaa käytössä olevien ohjauskeinojen valikoimaa. Ulkoisten tuottajien tapauksissa tehdään herkemmin sitovia sopimuksia ja sisäisten tuottajien kanssa nojaututaan sopimusperusteisiin ratkaisuihin. Hierarkkisen ohjauksen muodot soveltuvat vain sisäisen tuottajan ohjaukseen.

Edellä kuvatut esimerkit ohjauskeinojen soveltamisesta kertovat kuitenkin siitä, että ohjauksessa on mahdollista soveltaa erilaisia hierarkian, markkinan ja verkoston yhdistelmiä sekä sisäisesti että ulkoisesti tuotetuissa palveluissa. Laajan keinovalikoiman johdosta ohjaustavat voivat olla ydinmekanismeiltaan hyvin samankaltaisia, oli kyseessä ulkoinen tai sisäinen tuottaja. Sisäiset palvelutuottajat voidaan erotella keinoitekoisesti ulkoisen kaltaiseksi asetelmaksi rakentamalla tilaaja-tuottaja-malli, tai niistä voidaan tehdä ulkoisia yhtiöittämisen kautta. Toisaalta ulkoinen tuottaja voidaan tuoda osaksi yhteistä prosessia esimerkiksi allianssimallin avulla. Lisäksi ulkoinen tuottaja voi vastata järjestämisen kaltaisista ydintoiminnoista, kuten asiakasohjauksesta.

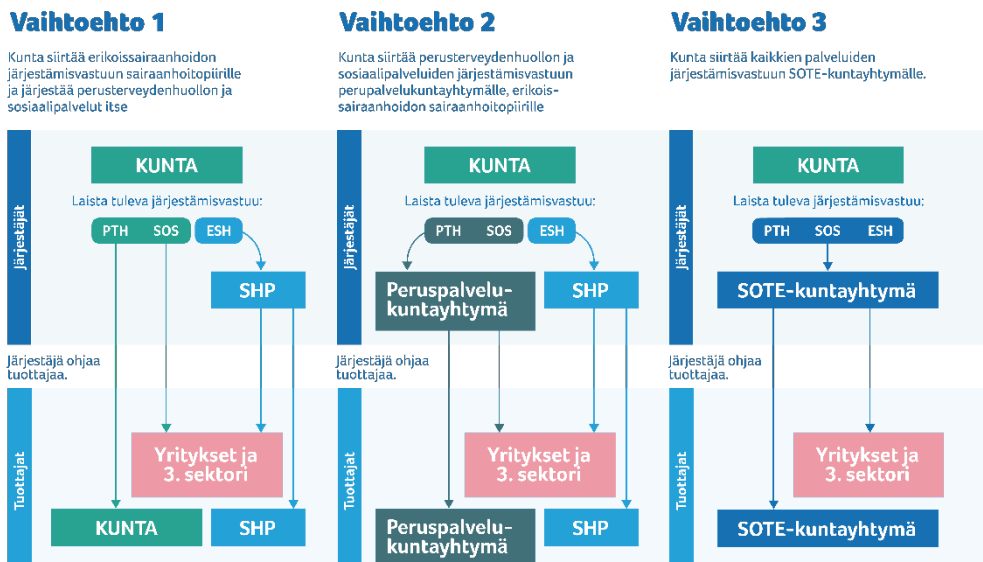
3.6 Ohjaaja ja ohjattava sote-palveluissa

Järjestäjän ja tuottajan tehtävät eroavat toisistaan silloinkin, kun niitä ei ole erotettu toisistaan erilaisten tilaaja-tuottaja- tai järjestäjä-tuottaja-mallien avulla ja järjestäjänä

ja tuottajana toimii monien palveluiden osalta sama taho. Järjestäjä asettaa palvelutuotannon tavoitteet, hankkii palvelut ja vastaa seurannasta, valvonnasta ja arvioinnista. Tuottaja tuottaa palvelut järjestäjän linjausten mukaan. Tehtävät menevät usein käytännössä sekaisin, minkä seurauksena palveluissa painottuu tuotantovetoisuus järjestäjän asettamien tavoitteiden sijaan. Näin myös vaikuttavuuden ohjaus kärsii.

Sote-palveluissa tuotannon ohjaajana on pääasiallisesti niiden järjestäjä ja ohjattavana palveluiden tuottaja. Kunnat ovat palvelujen ensisijaisia järjestäjiä. Erikoissairaanhoidossa järjestämisestä vastaa sairaanhoitopiiri, joidenkin palveluiden osalta yliopistosairaaloiden erityisvastuualue. Etenkin pienempien kuntien tapauksessa myös perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden järjestäminen on siirretty suuremman väestöpohjan yhteistoiminta-alueille, jotka voivat toimia kuntayhtymä- tai vastuukuntaperiaatteella. (STM 2019, Kuntaliitto 2018) Lisäksi joillain alueilla on perustettu sote-kuntayhtymiä, jotka järjestävät sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon että sosiaalipalvelut. Sote-kuntayhtymien toiminta-alue vastaa pääpiirteiltään toissa hallituksen suunnittelemaa maakunnallista mallia soten osalta tai tällä hetkellä kaavailtua sote-aluemallia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen voi siis jakaa kolmeen päätyyppiin, jotka on eritelty alla olevassa kuviossa



Kuva 6. Kunnallisten sote-palvelujen järjestämivaihtoehdot.

Eri järjestämisvaihtoehdot tuovat erilaisia taustaoletuksia vaikuttavuuden ohjaamiseen. Erot eivät kuitenkaan perustu vain järjestämismalleihin, vaan pikemminkin mallit eroavat siksi, että kunnat ja alueet ovat erilaisia ja niillä on erilaiset edellytykset järjestää palveluita.

Niinpä olennainen asetelma, jossa palvelun järjestäjä pyrkii ohjaamaan mahdollisimman vaikuttavia palveluita, on sama, oli järjestäjänä mikä tahansa. Käsittelmekin vaikuttavuuden ohjaamista yleisistä järjestäjän ohjaamisen edellytyksistä käsin ja lisäksi käsittelemme eri järjestäjien mukanaan tuomia erityisedellytyksiä. Ajatuksenä on, että mallia voidaan soveltaa, oli järjestäjä kuka tahansa.

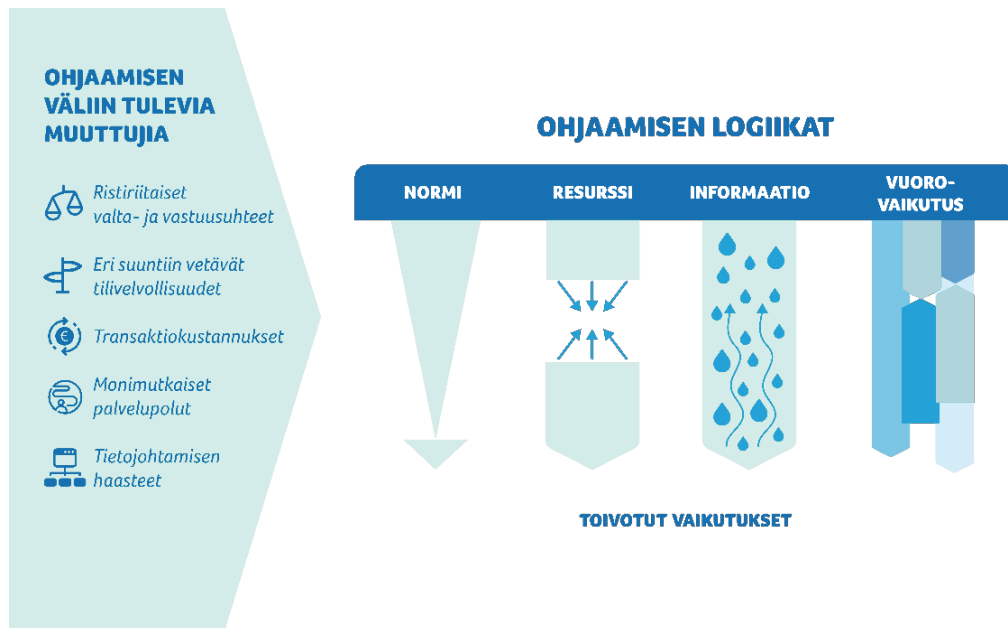
3.6.1 Valtionohjaus sotessa

Järjestämisen perustaso on kunta, mutta myös valtiolla on rooli sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaamisessa. Normiohjauksen perusta, lainsäädäntö tulee valtion tasolta. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee lainsäädännön ja ohjaa sen toteutumista. Koska sote-sektori on yksi säännellyimmistä hallinnonaloista, lainsäädännöllä on merkittävä ohjausvaikutus siihen mitä ja miten palveluita järjestetään ja tuotetaan ja toisaalta siihen, mitkä asiat huomioidaan vasta pakollisten tehtävien hoitamisen jälkeen. STM myös johtaa ja ohjaa sosiaaliturvan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämistä ja toimintapolitiikkaa muun muassa hallinnoimiensa virastojen ja laitosten kautta. Näihin kuuluvat esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lisäksi STM:n alaisuudessa on aluehallintovirastojen kunnallisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaaminen ja valvonta sekä kuntien peruspalveluiden saatavuuden ja laadun arviointi. (STM 2019)

Lisäksi valtiolla on merkittävä ohjausvalta sosiaali- ja terveyspolitiikan suuntaviivojen määrittämisessä ja uudistusten valmistelussa ja toimeenpanossa. Yhtenä ohjauskeinona normi- resurssi- ja informaatio-ohjauksen rinnalle onkin nostettu reformiohjaus, joka sisältää kaikki perinteiset ohjausmuodot, ja siihen kuuluu niiden lisäksi erimuotoisia soveltaen käytettäviä ja keskenään limittäisiä ohjauksen mekanismeja (STM 2019, Nyholm & Niiranen 2017). Esimerkkinä viime vuosina loppuunsaatetusta reformiohjauksesta soten osalta on sosiaali- ja perusterveydenhuollon järjestämistä muokannut PARAS-hanke. Kokonaisvaltaisemmin paikallis-, alue- ja keskushallinnon välistä suhdetta pyrkivät muuttamaan sekä kaatunut maakuntauudistus että käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus. Reformiohjauksessa on siis kyse paitsi erilaisten ohjauskeinojen päällekkäisestä soveltamisesta, myös metaohjauksesta, jossa muokataan ohjausjärjestelmää eli ohjaavia ja ohjattavia tasoja, ohjauskeinoja sekä ohjauksen tavoitteita.

3.7 Yhteenveto sote-ohjauksen, sen toimintaympäristön ja vaikuttavuuden ohjauksen suhteesta

Kaikissa ohjauskeinoissa ja niitä mukailevissa ideaalimalleissa on puutteita siinä, miten ohjausvoima välittyy. Yksittäiset normit eivät välttämättä ohjaa kokonaisuutta tarkoituksenmukaisesti. Puhdas resurssiohjaus pitää sisällään katkoksen, minkä vuoksi järjestäjä ja tuottaja ovat sopimuksen sitomia silloinkin, kun se ei palvele tarkoitustaan. Informaatio-ohjaus ei välttämättä saavuta kaikkia tarpeellisia tahoja ja ammattilaisia riittävästi. Dialogi ohjaa vain, jos sen osapuolten välillä vallitsee luottamus. Nämä esteet välittyvät eri painotuksin ohjaussovelluksiin. Käytännössä ohjausta mutkistavat vielä ristiriitaiset valta- ja vastuusuhteet, eri suuntiin vetävät tiivelvöllisyydet, transaktiokustannukset, monimutkaiset palvelupolut sekä tietojohdamisen haasteet. Ne ovat esimerkkejä ohjausvoimaa hidastavista tekijöistä, ohjauksen monista ja keskenään ristiriitaisista lähteistä sekä tasapainottelusta teoriassa kustannustehokkaan ohjauksen ja monimutkaisessa todellisuudessa vaikuttavien ohjaustapojen välillä.



Kuva 7. Jokaisessa ohjausmallissa on omat heikkoutensa siinä, miten ohjausvoima välittyy. Lisäksi ohjauksen toimintaympäristö luo esteitä ohjausvoiman tielle.

Sekä ohjauksen sisänrakennetuilla, ohjausvoimaa heikentävillä tekijöillä että monimutkaisen todellisuuden ohjausvoiman eteen asettamalla hidasteilla, on vaikutusta vaikuttavuuden ohjaamiseen ja toisinpäin: vaikuttavuusperustaisella ohjausmallilla on

vaikutusta niihin. Vaikuttavuusperustaisella ohjauksen kautta on mahdollisuus vahvistaa eri ohjauskeinojen ohjausvoimaa. Järjestelmällinen, tavoitteisiin perustuva mittaminen mahdollistaa normiohjauksen tiukentamisen (tai löyhentämisen) ja resurssien allokoinnin vaikuttavuusperustaisesti. Sen avulla voidaan rakentaa aikaisempaa yhtenäisemmän informaatio-ohjauksen rakenteet. Vaikuttavuuden ohjaamisen kylkeen tarvitaan edelleen luottamusta vaativaa ja sitä vahvistavaa vuorovaikutusohjausta.

Ristiriitaisten valta- ja vastuusuhteiden keskeinen osa, eli rahoituksen monikanavaisuus ja maksajan kyvyttömyys hillitä kokonaiskustannuksia vaikeuttavat myös vaikuttavuuden ohjaamisen laajamittaista toteuttamista nykymallissa. Siitä huolimatta vaikuttavuusperustainen ohjaus tukee järjestäjää myös hankalissa rahoitusolosuhteissa tuottamalla järjestäjälle tietoa, joka vähentää järjestäjän ja tuottajan välistä informaatioasymmetriaa. Tiedolla voi lisätä ymmärrystä kokonaistavoitteista eri ryhmien ja organisaatioiden rajojen yli, mikä vähentää eri suuntiin vetävien tilivelvollisuuksien haittoja. Edelleen, tavoitteisiin perustuvat mittarit ja mittaamisjärjestelmät vähentävät transaktiokustannuksia aiheuttavien ja kuormitusta lisäävien päällekkäisten vaikuttavuuteen tähtäävien projektien tuomaa taakkaa. Tämä kuitenkin vaatii sitä, että tietojohdamisen elementtejä kehitetään niin tietojärjestelmien, tiedon keräämisen kuin tiedon hyödyntämisenkin osalta. Kenties mikään ei ole yhtä hyvä kannuste sote-tietojärjestelmien kehittämiseen kuin mahdollisuus hyödyntää sitä kokonaisvaikuttavuuden saavuttamisessa. Vaikuttavuuden ohjaamisella pystytään myös sujuvoittamaan monia palveluja tarvitsevien asiakkaiden palvelupolkuja, koska sen tuottaman tiedon avulla voidaan painottaa polun olennaisia palveluita, ei ainoastaan kehittää polulla etenemistä helpottavia prosesseja. Vaikuttavuuden ohjaus ei korjaa mitään ongelmia itsessään tai itsessään, mutta se tarjoaa keinoja leventää järjestäjän harteita sisältäpäin.

3.8 Ohjaaja ja ohjattava työllisyyspalveluissa

Työnhakijoiden palveluprosessin keskeiset toimijat ovat valtion työhallinto (työ- ja elinkeinoministeriö, Ely-keskukset, TE-toimistot ja työ- ja elinkeinohallinnon asiakaspalvelukeskus, kunnat (kuntien työllisyyden hoidon yksiköt ja sosiaali- ja terveystoimi), ulkoiset palveluntuottajat (palveluyritykset ja järjestöt), Kela (työttömyysturva-asiat) sekä eri toimijoiden yhteiset moniammatilliset palvelupisteet ja -verkostot, kuten TYPit ja nuorten Ohjaamot.

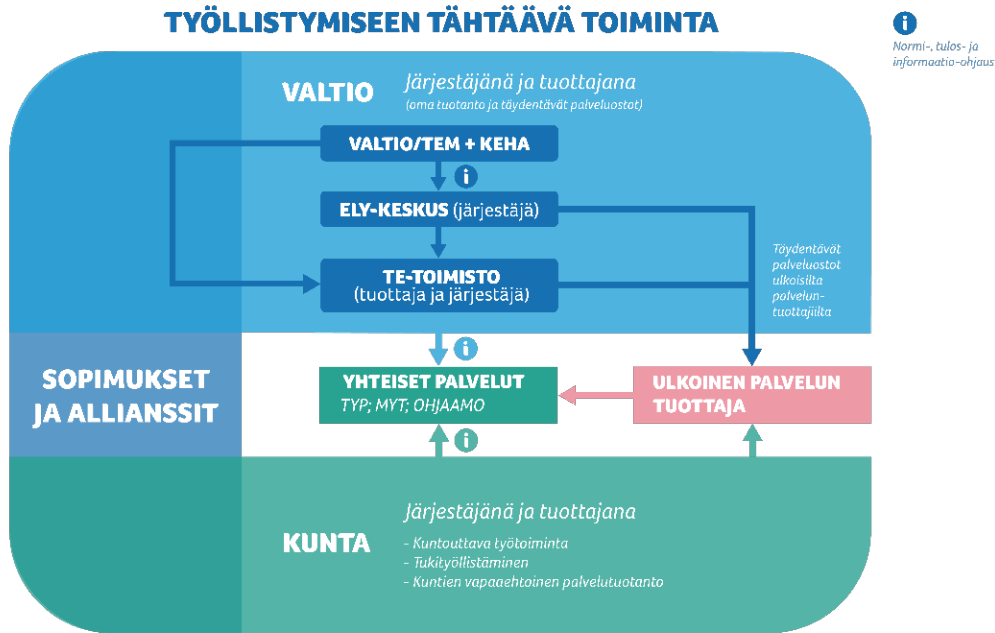
Valtion työhallinnossa työ- ja elinkeinoministeriö vastaa ELY-keskusten ja TE-toimistojen hallinnollisesta ohjauksesta sekä keskusten ja niiden alaisina toimivien työ- ja elinkeinotoimistojen (TE-toimistot) palvelujen ja toiminnan kehittämisestä. Ohjaus tapahtuu pääosin lainsäädännön sekä tulos- ja informaatio-ohjauksen kautta. Ministe-

riön rinnalla toimii myös KEHA-keskus, joka myötävaikuttaa ELY-keskusten ja TE-toimistojen tulostavoitteiden toteuttamiseen järjestämällä ja tuottamalla yhteisiä kehittämis- ja hallintopalveluita. KEHA-keskus myös ohjaa ja tukee ELY-keskuksia ja TE-toimistoja hallinnollisten menettelyjen yhdenmukaistamisessa ja toiminnan toteutumisen seurannassa. KEHA-keskuksen toiminnan strategista kehittämistä ohjaa sekä tavoitteista ja resursseista toiminnallisessa tulosneuvottelussa sopii TEM.

ELY-keskukset edistävät työmarkkinoiden toimivuutta ja työllisyyttä tukemalla aluetasolla TE-toimistojen toimintaa ja työvoimapalvelujen tuottamista. Työvoimapalvelut ovat TE-toimistojen henkilöasiakkaille, yrityksille ja yhteisöille tarjoamia TE-palveluja, joilla edistetään työmarkkinoiden toimivuutta turvaamalla osaavan työvoiman saatavuutta, työnhakijoiden työllistymistä sekä kansalaisten työllistymiskyvyn kehittymistä. Näiden osalta ELY-keskukset ohjaavat TE-toimistoja niiden tavoitteiden saavuttamisessa ja palvelujen kehittämisessä työ- ja elinkeinoministeriön työllisyys-, yrittäjyys- ja työvoimapolitiikan sekä maahanmuuttopolitiikan mukaisesti, ohjaavat ostopalveluna tuotettavien työvoimapalvelujen suunnittelua, seurantaa ja kehittämistä sekä hankkivat palveluja yhteistyössä TE-toimistojen kanssa.

Nykyisen lakisääteisen tehtäväjaon mukaan kunnat vastaavat mm. sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä sekä erikseen sovittavalla tavalla myös työllistymistä edistävästä palveluista. Kunnat ovat voineet omalla toiminnallaan vaikuttaa suoraan työmarkkinatukea saaneiden määriin mm. tukityöllistämisen, työkokeilun ja kuntoututtavan työtoiminnan kautta sekä erityyppisen projektitoiminnan avulla (mm. nuorten ja pitkäaikaistyöttömien työllisyysprojektit, työpajatoiminta, vajaakuntoisten työllistämispalvelut ym.). Lisäksi kunnat tuottavat omaehtoisesti lukuisia työllistymistä edistäviä palveluita (mm. yksilö- ja ryhmävalmennukset, rekrytointipalvelut työnantajille, rekrytointitapahtumat). Kuntaliiton arvion mukaan kuntien panostus erilaisiin työllistymistä edistäviin palveluihin, tukiin ja avustuksiin oli vuonna 2015 noin 400 miljoonaa euroa. Lisäksi kunnat maksoivat samana vuonna noin 408 miljoonaa euroa työmarkkinatukimaksuja. Vuonna 2016 vastaava summa oli 426 miljoonaa euroa. (Reina 2017).

Valtion ja kuntien oman palvelutuotannon ohella iso osa julkisista yritys- ja työvoimapalveluista tuotetaan tällä hetkellä ostopalveluina palveluyrityksiltä ja järjestöiltä (mm. vuonna 2015 reilulla 270 miljoonalla eurolla (Owal Group, 2017), mistä pääosa muodostui erilaisista kurseista ja koulutuksista). Palveluostoilla on haettu ratkaisuja mm. yritysten tarvitseman osaavan työvoiman saatavuuden parantamiseen ja työnhakijoiden tukemiseen, kuten lyhytkestoisen osaamisen kehittämiseen, työmarkkinavalmiuksien ja työnhakutaitojen kehittämiseen. Lisäksi palveluostojen avulla on pyritty panostamaan yrittäjiksi aikovien osaamisen ja yritysten liiketoimintaosaamisen vahvistamiseen.



Kuva 8. Toimijat työvoimapalvelujen ohjaukokonaisuudessa.

3.8.1 Tavoitteiden asettaminen

Työllisyydenhoidon ja työvoimapalvelujen ohjauksen toimintaa ohjaavat monivuotiset päätavoitteet määritellään hallitusohjelmassa ja niitä täsmennetään ministeriön strategisilla linjauksilla sekä vuosittaisen talousarviosuunnittelun yhteydessä.

Nykyisen hallituskauden hallitusohjelman tärkein työllisyystavoite on työllisyysasteen nostaminen 75 prosenttiin ja työllisten määrän lisääntyminen vähintään 60 000 henkilöllä ja työttömyysasteen aleneminen 4,8 prosenttiin vuoden 2023 loppuun mennessä. Työllisyyden hoidon toimintaa ja strategiaa ohjaavat yksityiskohtaisemmat linjaukset ovat vielä valmisteluvaiheessa.

Nykyiselle hallituskaudelle on ollut ominaista sidosryhmien, erityisesti työmarkkinajärjestöjen, vahva rooli strategisten linjausten muotoilussa. Parhailaan työskentelevien työryhmien tehtävänä on valmistella toimenpide-ehdotuksia hallitusohjelman linjausten toteuttamiseksi. Erityistä huomiota kiinnitetään ikääntyneiden ja vaikeasti työllistyvien työllisyyden lisäämiseen sekä pyrkimykseen kohti työelämän tasa-arvon parantamista. Työryhmien kannanotot ja ehdotukset tulevat vaikuttamaan työllisyyden hoidon strategiaan ja työvoimapalveluiden ohjaukseen. Työryhmien tehtävänä on uudistaa työ- ja elinkeinopalvelut tukemaan nopeaa työllistymistä ja lisätä niiden tuottavuutta,

saatavuutta, vaikuttavuutta ja monipuolisuutta sekä valmistella ehdotus palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta niin, että ohjauksella voidaan varmistaa palvelujen yhdenmukaisuus ja asiakaslähtöisyys. Valmistelutyössä tulee ottaa huomioon myös nykyiset yhteistyössä kuntien kanssa toteutettavat monialaiset palvelumallit. Työryhmän tehtävänä on myös selvittää henkilökohtaisen budjetin käyttöönottoa sekä vahvistamaan kuntien roolia ja kannusteita palveluissa sekä sopimuksellista yhteistyötä erityisesti suurimpien kaupunkien kanssa.

3.9 Ohjaamisen toimintaympäristö työllisyyspalveluissa

Työllisyyspalveluissa on edellä kuvattujen toimijoiden oman palvelutuotannon ohella paljon ostopalveluita. Ohjaamisen toimintaympäristö on erilainen ohjattaessa sisäistä tuottajaa verrattuna ulkoiseen. Seuraavassa käymme nämä tapaukset läpi.

3.9.1 Ohjauskeinojen soveltaminen oman palvelutuotannon ohjaamisessa

Työ- ja elinkeinoministeriö vastaa työvoimapalvelujen osalta ELY-keskusten ja TE-toimistojen hallinnollisesta ohjauksesta sekä ELY-keskusten ja niiden alaisina toimivien työ- ja elinkeinotoimistojen palvelujen ja toiminnan kehittämisestä.¹ Hallinnonalan ohjauksen lähtökohdat ovat vahvasti poliittisessa ohjauksessa, jossa toimintaa ohjaavat monivuotiset päätavoitteet määritellään hallitusohjelmassa ja niitä täsmennetään ministeriön strategisen linjausten kautta sekä vuosittaisen talousarviosuunnittelun yhteydessä.

¹ ELY-keskusten ohjausta toteutetaan yhteistyössä muiden hallinnonalojen kanssa. Yhteistyötä varten on perustettu ELY-keskusten johtoryhmä, joka koostuu ohjaavien ministeriöiden kansliapäälliköistä ja ELY-keskusten ylijohdajien edustajasta sekä lisäksi asiantuntijajäsenenä ovat hallinnonalojen määräämät johtajat ja virastopäälliköt. Aluehallintovirastoilla ja ELY-keskuksilla on nykyisin yhteinen strategia-asiakirja sekä lisäksi kullakin aluehallintovirastolla ja ELY-keskuksella sekä ELY-keskusten ja TE-toimistojen kehittämis- ja hallintokeskuksella (KEHA-keskus) on yksi tulossopimus. Strategia-asiakirja ja tulossopimukset laaditaan hallituksen toimikaudeksi ja niiden sisältö tarkistetaan tarvittaessa vuosittain ottaen huomioon valtiontalouden kehukset ja valtion talousarvio.

3.9.1.1 Normiohjaus

Maakunta- ja kasvupalvelu-uudistuksen kaatumisen jälkeen julkisten työvoimapalvelujen osalta ollaan edelleen ”vanhassa” mallissa ja rakenteessa, jossa julkiset työvoimapalvelut ja niiden tuottamisvastuut määräytyvät pitkälti julkisista työvoima- ja yrityspalveluista annetun lain (JTYPL) pohjalta.² Laki määrittää mm. asiakkaille tarjottavat julkiset työvoimapalvelut sekä palvelujen järjestämisvastuut. Lain mukaisesti valtion työhallinto voi tuottaa julkiset työvoimapalvelut itse tai hankkia ne osaksi tai kokonaan palvelujen tuottajilta palvelujen hankkimista varten osoitetulla määrärahalla. Kuntien lakisääteiset palvelut ja velvoitteet työllisyyden hoidossa liittyvät puolestaan ikääntyvien työllistämisveloitteeseen, alueveloitteeseen, kuntouttavaan työtoimintaan, työmarkkinatuen rahoitukseen, työttömien terveyden edistämiseen, vammaisten henkilöiden työllistymistä tukevaan toimintaan ja vammaisten henkilöiden työtoimintaan sekä yhteistoimintaveloitteeseen ja TYP-toimintaan.

Normiohjauksella on määritelty julkiset työvoimapalvelut ja eri toimijoiden roolit palvelujen järjestäjinä, mutta selkeitä vaikuttavuuden ohjauksen elementtejä tämänhetkinen työvoimapalveluita koskeva säädöspohja ei sisällä. Työttömyysturvan säädöspohjaa on aika ajoin uudistettu vaikuttavuusnäkökulma huomioiden, mutta kokemukset näistä eivät ole olleet erityisen hyviä. Työmarkkinatuen rahoitusuudistuksilla (mm. säädösuudistukset 2006 ja 2015) on muutettu työmarkkinatuen kustannusten jakoperusteita valtion ja kuntien kesken ja pyritty tehokkaaseen ja kannustavaan palvelujen ja etuuksien kokonaisuuteen. Vastaavasti vuoden 2018 alusta käyttöön otetulla työttömyysturvan aktiivimallilla on pyritty lisäämään työllisyyttä kannustamalla työttömiä aktiivisuuteen ja omatoimisuuteen työnhaussa. Kumpikaan uudistus ei ole onnistunut erityisen hyvin vaikuttavuustavoitteissaan - etenkin postitiivisten työllisyysvaikutusten synnyttämisessä.³

3.9.1.2 Resurssiohjaus

Julkisten työvoimapalveluiden resurssiohjaus tapahtuu käytännössä TE-toimistojen ja ELY-keskusten toimintamäärärahojen sekä työllisyysmäärärahojen vuotuisen budjetoinnin kautta. Työllisyysmäärärahat jaetaan ELY-keskuksille ja KEHA-keskukselle. Niitä käytetään mm. työvoimakoulutuksen, kotoutumiskoulutuksen ja valmen-

² Myös muiden hallinnonalojen lainsäädäntö vaikuttaa oleellisesti työvoimapalveluihin ja työttömien palveluprosessiin. Esimerkiksi kuntouttava työtoiminta on sosiaalihuoltolain (1301/2014) ja lain kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001) mukaista sosiaalipalvelua. Vastaavasti työttömyysturvaa (mm. työttömyysturvan ehdot) säännellään työttömyysturvalain (30.12.2002/1290) kautta. Myös erilaiset kokeilulait vaikuttavat oleellisesti palveluiden tuottamiseen ja tuottamisvastuisiin.

³ Aktiivimallin vaikutuksista enemmän mm. Kyyrä ym. (2019).

nusten hankintaan, palkkatuettuun työhön, starttirahaan sekä työllisyyspoliittisiin avustuksiin. Työllisyysmäärärahojen jakoperusteena ELY-keskuksille on työttömien määrä ja työttömyysaste.

TE-toimistoissa on lisäksi ollut käytössä erilaisia TE-toimistokohtaisia tulospalkkiomalleja. Näitä oli käytössä etenkin 2000-luvun alkuvuosina, mutta niiden tuloksellisuus ei tuolloin osoittautunut erityisen hyväksi. TEM on kuitenkin käynnistänyt vuoden 2019 alusta TE-toimistoille tulospalkkiomallin tehostamaan pitkäaikaistyöttömien työllistymistä. Palkkioiden maksu on sidottu pitkäaikaistyöttömien työllistymiseen, rakenneyöttömien määrään ja työttömyysjaksojen keskimääräiseen keston, joihin arvioidaan voitavan vaikuttaa suoraan muun muassa tehostamalla palveluun ohjausta ja työllistämällä henkilöitä palkkatuella tai starttirahalla⁴.

3.9.1.3 Informaatio-ohjaus

Ministeriön informaatio-ohjauksella on ollut perinteisesti erityisen tärkeä rooli työvoimapalvelujen operatiivisen toiminnan ohjauksessa ja toimeenpanon tukena ELY TE-toimistoissa (Tonttila 2015). Ministeriön informaatio-ohjaus (ohjeet, tiedotteet jne.) liittyy usein palvelujen tuottamistapaan sekä lakien ja asetusten yhdenmukaiseen soveltamiseen. Yhtenä selityksenä informaatio-ohjauksen keskeiseen rooliin voidaan pitää sitä, että monista muista maista poiketen Suomessa ei ole valtakunnallista keskitettyä työpolitiikasta vastaavaa virastoa, jonka kanssa ministeriö voisi määrittää ohjauksen työnjakoa. Vuonna 2020 käynnistyvät työllisyyden kuntakokeilut tulevat edelleen lisäämään informaatio-ohjauksen ja tiedolla johtamisen tärkeyttä. Haasteena on toimivien ohjauskeinojen rakentaminen niin, että ministeriö pystyy ohjaamaan työvoimapalvelujen järjestäjänä toimivia kuntia.

Keskeinen informaatio-ohjauksen keino työhallinnon sisällä on tulossopimusmenettely⁵. Vuoden 2019 osalta työllisyyden hoitoon liittyvissä tulostavoitteissa korostuvat mm. työnvälitystoiminnan tehostaminen, pitkäaikaistyöttömyyden kasvun pysäyttäminen, nuorisotyöttömyyden ehkäisy sekä maahanmuuttajien integroitumisen edistäminen. Tulostavoitteet ovat kaikille ELY-keskuksille samat, mutta niiden tavoitetasot

⁴ TE-toimisto, jonka kehitys omaan edelliseen vuoteen verrattuna olisi parempaa kuin valtakunnan tason kehitys, saisi palkkion. Maksettavan palkkion suuruus on enintään 3 % vuosipalkkasummasta ja se vastaa noin 1,5 viikon palkkaa. Valitut mittarit painottavat pitkäaikaistyöttömien työllistymistä, mutta ottavat huomioon myös TE-toimiston kokonaistoiminnan.. Tulospalkkiomallin toimivuutta tullaan arvioimaan. Arvioinnin pohjalta tehdään ehdotuksia mallin kehittämiseksi, suuntaamiseksi ja sen soveltamisen mahdolliseksi jatkamiseksi

⁵ Tulossopimukset noudattavat valtion tulosprismaa ja strategia-asiakirjan rakennetta. Sopimus sisältää ELY-keskusten toiminnan kannalta keskeisimmät sekä muutosta vaativat asiat, jotka perustuvat hallitusohjelmasta johdettuun strategia-asiakirjaan ja tukevat maakuntaohjelman tavoitteita.

määrityvät tulosneuvottelujen perusteella. ELY-keskusten tulostavoiteasiakirjat noudattavat valtion tulosprismaa ja raportointi tulostavoitteiden toteumista tapahtuu kaksi kertaa vuodessa Valtiokonttorin ylläpitämän tulostietojärjestelmän avulla. (TEM 2019).

3.9.2 Hankinnat ja ulkoisen palvelutuottajan ohjaaminen

Iso osa julkisista yritys- ja työvoimapalveluista tuotetaan tällä hetkellä ulkoisina ostopalveluina. Yksityisten yritysten ohella erityisesti järjestökentällä ja väli- ja siirtymätömarkkinoilla on ollut tärkeä rooli työskentelymahdollisuuksien, työllistymistä edistävien ja työssä selviytymistä tukevien palvelujen tarjoamisessa niille työnhakijoille, joilla on ollut vaikeuksia avoimille työmarkkinoille sijoittumisessa.

Palvelujen hankinta ja palveluntuottajan ohjaus tapahtuu valtaosin resurssiohjauksen sekä tilaajan ja tuottajan välisen vuoropuhelun keinoin. Pääsääntöisesti palveluntuottajalle maksetaan kiinteä palkkio palvelun tai palveluprosessin tuottamisesta ja palkkion suuruus määrittyy asiakasmäärien perusteella. Käytössä on ollut myös osittain tulosperusteisia malleja, joissa kiinteän palkkion lisäksi on maksettu tulosperusteista palkkiota esimerkiksi asiakkaan palvelun jälkeiseen tilanteeseen tai palvelun koettuun laatuun perustuen. Sen sijaan malleja, joissa palvelun hinta, ja sitä kautta ohjaus, määrittyvät pääosin tulosperusteisesti, on käytetty Suomessa TE-palveluiden hankinnassa toistaiseksi vähän. Kokemukset tulosperusteisista palveluhankinnoista TE-palvelujen hankinnassa perustuvatkin pitkälti viimeaikaisiin pilotteihin, joissa on kokeiltu erilaisia tuloperusteisia malleja (mm. black box ja hybridimallit) palvelujen hankinnassa.

Piloteista saatujen kokemusten perusteella näyttää siltä, että parhaiten palveluntuottajien näkökulmasta ohjausmalliksi sopisi tietynlainen hybridi- tai sekamalli, joka sisältäisi sekä kiinteän että tulosperusteisen palkkio-osan. Palkkiokriteereissä tulisi myös huomioida vahvasti asiakkaan tilanteen portaittainen kehittyminen sekä palvelun laatuun liittyvät tekijät. Erityisen kannatettavana menettelytapana palkkiomallien ja kriteereiden rakentamisessa sekä hinnan määrittelyssä pidetään palvelun tilaajan ja tuottajan välistä markkinavuoropuhelua. (mm. Valtakari ym. 2018).

Vaikka tuloksiin perustuvat palkkiomallit periaatteellisella tasolla ohjaavat palveluntuottajien tekemään asioita tehokkaasti ja niissä nähdään olevan toimintatapoja ja palvelujen vaikuttavuutta tehostavaa potentiaalia, liittyy niiden käyttöön isoja käytännön haasteita. Järjestäjän ja tuottajan välisestä markkinavuoropuhelusta huolimatta käytetyillä palkkiomalleilla ei ole pystytty riittävästi luomaan edellytyksiä ja kannusteita kannattavalle liiketoiminnalle, eikä palveluiden ja toimintatapojen uudistumiselle. Niillä ei myöskään olla saavutettu merkittävästi parempia tai kustannustehokkaampia työllisty-

mistuloksia kuin TE-toimistojen omassa palvelutuotannossa tai perinteisissä hankinnoissa. Haasteiksi ovat osoittautuneet mm. pienet asiakasvolyymit, jotka eivät ole mahdollistaneet skaalaetuja palvelutuotannossa; epäsuhta palvelun tuottajalta odotetuista tuloksista suhteessa niistä maksettaviin korvauksiin (ns. hintadeprivaatio-ongelma eli väärin määritetyt palkkiokriteerit, liian alhainen hinta); epätarkoituksenmukaisten palkkiokriteerien käyttö; tulosten ja vaikutusten todentamisen vaikeus ja seurantarjestelmien puute; asiakastiedon ja muun informaation heikko liikkuminen järjestäjän ja tuottajan välillä sekä eri toimijoiden tietojärjestelmien yhteensopimattomuus. (Valtakari & Nyman 2018; Oosi ym. 2017).

Yhteistä käytetyille tulosperusteisille palvelujen hankintamalleille on ollut se, että ohjauksen tulosperusteena niissä on käytetty palvelun aikaista tai sitä välittömästi seurannutta asiakastason tulosta (asiakkaan palvelun jälkeinen tilanne), ei vaikutuksen pysyvyyttä (esim. työssä pysymistä) tai erillisvaikutusta (mitä asiakkaalle olisi tapahtunut ilman palvelua). Lisäksi hankintahinnat on määritelty lähinnä aikaisempien hankintahintojen tai hankintaan budjetoitujen varojen perusteella. Viime aikoina hinnoittelun ja tulosperusteisiin palkkiomalleihin on pyritty rakentamaan myös elementtejä, joissa huomioidaan palvelun tuloksena syntyvä yhteiskunnallinen hyöty. Sen sijaan vähäiselle huomiolle palkkiomalleissa ovat jääneet palveluntuottajien liiketoiminnalliset realiteetit (mm. riskin ja vastuun jakautumisen huomioiminen) ja insentiivit tuottaa palveluja.

Työvoimapalvelujen hankinnassa käytettyjen tulospalkkiomallien ohjauslogiikka on perustunut markkinoiden hyödyntämiseen ja osittaiseen markkinaohjaukseen. Ongelmana tässä on kuitenkin se, että työllisyyspalvelujen markkinat etenkin pitkäaikais-työttömien osalta perustuvat kvasimarkkinoihin, jossa markkinaolosuhteet on luotu julkisen sektorin toimin. Pseudomarkkinoilla ja käytetyissä hankintamalleissa palvelun tuottamisen hinta, ja sitä kautta myös palvelun tuottajien toimintatavat, eivät tosiasiallisesti määräydy markkinalogiikan mukaisesti (mitä vaikuttavuudesta kannattaa maksaa ja millä hinnalla se kannattaa tuottaa), vaan järjestäjän käytössä olevien resurssien kautta.

Käytännössä resurssiohjausta toteutetaan käytettävissä olevien vuotuisten työllisyydenhoidon määrärahojen puitteissa, ei vaikuttavuuslähtöisesti. Työvoimapalvelujen tuotannon vaikuttavuuslähtöisessä ohjauksessa ja resursoinnissa tuleekin huomioida vahvemmin se, mitä yhteiskunnan kannattaa maksaa palveluista. Tässä tulee ottaa huomioon muun muassa palvelun tuottamisen kustannukset suhteessa sen aikaansaamiin yhteiskunnallisiin hyötyihin. Tällaisia ovat esimerkiksi työttömyyden aiheuttamien suorien ja epäsuorien kustannusten aleneminen sekä työllistymisestä seuraavat tuotot. Palvelujen hankinnan ja resursoinnin lähtökohtana tulee käyttää vahvemmin vaikuttavuussijoittamiseen perustuvaa ajattelutapaa, jossa resurssien kohdentamisen perustana ovat yksilön ja yhteiskunnan hyöty.

4 Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen sovelluksia

Vaikuttavuusperustaista sote- ja työllisyyspalveluiden ohjausta on toteutettu niin Suomessa kuin maailmallakin. Suomessa vaikuttavuusperustaisia malleja on toteutettu yksittäisinä kokonaisuuksina ja pilotteina, kansainvälisesti löytyy esimerkkejä laajemmasta vaikuttavuusperustaisesta palvelujen järjestämisestä ja tuotannosta. Tässä raportissa käsiteltävät esimerkitapaukset on valittu ensisijaisesti Suomesta, toissijaisesti muualta Euroopasta sen mukaan, missä sopivia ohjausmalleja on toteutettu.

Tässä esiteltävät sovellukset löytyvät taulukkomuodossa liitteistä.

4.1 Sovelluksia sote-palveluissa

Niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa toteutetut mallit löytyvät pääosin markkinaehtoisesta toimintaympäristöstä: Suomessa vaikuttavuusperustaista ohjausta on hyödynnetty lähinnä sote-palveluiden ulkoistuksissa ja vakuutusrahoitteisissa palveluissa.

Lisäksi mukaan on otettu joidenkin maiden koko terveystalouden palvelujärjestelmä. Iso-Britannia valittiin siksi, että siellä tiedetään olevan paljon vaikuttavuusperustaista ohjausta. Japani ja Singapore puolestaan ovat kansainvälisissä vertailuissa (The Economist Intelligence Unit 2016) näyttäneet erityisen kustannusvaikuttavilta, minkä vuoksi haluttiin selvittää, onko tämän taustalla systemaattista vaikuttavuusperustaista ohjausta vai muita tekijöitä.

4.1.1 Suomi: Tesoman hyvinvointikeskus

Tesoman allianssi on kevästä 2018 alkaen Tampereen Tesomalla toiminut monituotajamalli, jossa palvelut tuotetaan julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin yhteistyönä. Sopimus on 10-vuotinen ja tavoitteena on Tesoman alueen asukkaiden hyvinvoinnin lisääminen yhdessä kannattavuuden, tehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden kanssa. Tesoman hyvinvointikeskuksessa tarjottavat palvelut käsittävät terveysaseman, neuvolan, hammashoitolan, nuorisotilat, kirjaston sekä liiketiloja ja vieressä sijaitsevan asumispalveluyksikön. Vaikuttavuusperustaisen ohjausmallin alle kuuluu perusterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, nuorisotyö, tehostettu palveluasuminen ja kotihoito. Mallissa Tampereen kaupunki ohjaa järjestäjänä allianssia, johon kuuluvat

Tampereen kaupunki ja Mehiläinen Terveyspalvelut Oy: Mehiläinen tuottaa terveysaseman vastaanottopalvelut, aikuisten hammashoidon sekä tehostetun palveluasumisen, kaupunki puolestaan tuottaa mm. kotihoidon. Asiakkaina ovat Tesoman alueen asukkaat ja toiminnan tavoitteeksi on asetettu kansalaisten hyvä terveys taloudellisesti kestäväällä tavalla.

Vaikuttavuutta mitataan säännöllisesti ja asiakasryhmäkohtaisia avaintuloksia tarkastellaan vuosittain. Käytettäviksi mittareiksi on valittu mittareita, joiden laskeminen on mahdollista jo nykydatan perusteella. Sekä kaupunki että yksityinen palveluntuottaja toteuttavat mittaamista. Mittareita ovat koululaisten terveys, hoitosuunnitelmien kattavuus kansansairauksissa ja suun terveydessä, hoitotasapaino kansansairauksissa, kotihoitoasiakkaiden toimintakyky, ikääntyneiden päivystyksen ja sairaalapalveluiden käytön kustannukset, alueen asukkaiden erikoissairaanhoidon kustannukset, asiakkaiden asiakastytyväisyys (nettosuositeluindeksi NPS = Net Promoter Score) ja yhteistyökumppaneiden tyytyväisyys.

Vaikuttavuusperustainen ohjaus tapahtuu erityisesti dialogin keinoin eli aktiivisena ja jatkuvana vuoropuheluna: mm. allianssin johto muodostuu Mehiläisen ja kaupungin edustajista. Mallissa normiohjauksen piiriin kuuluvat sopimuksen kautta määritellyt tarjottavat palvelut ja käytettävät mittarit. Resurssiohjauksessa 2 % tuottajan palkkiosta on sidottu avaintulostavoitteisiin. Kannustimen osuus on alkuun asetettu pieneksi. Budjetin alittuessa ylijäämä jaetaan kaupungin, Mehiläisen ja työntekijöiden kesken. Informaatio- ja vuorovaikutusohjaus toteutuvat puolestaan siten, että avaintulostavoitteita käsitellään kerran vuodessa allianssin johtoryhmässä.

Tesoman allianssin toiminta on ensimmäisen vuoden aikana alittanut budjetin. Vaikuttavuusmittarien tuloksia ei vielä ole saatavilla (ensimmäiset tulokset julkaistaan 2021). Allianssimalli on koettu kontekstiinsa sopivaksi ja monistuskelpoiseksi myös muualle. Positiivisten talousvaikutusten kautta mallille on saatu myös poliittinen tuki ja vastustus ulkoistamista kohtaan on vähentynyt. Toisaalta mallin pystyttäminen on ollut raskasta ja vaatinut yhteisen maaperän löytämistä yksityisen toimijan ja julkisen sektorin välillä palkitsemisen kautta. Lisäksi kaupungin ja allianssin vastuunjaon selkiyttäminen ja uuden oppiminen ovat vaatineet aikaa.

Voidaan siis sanoa, että Tesoman hyvinvointikeskuksen vaikuttavuusperustainen ohjausmalli on suhteellisen kunnianhimoinen ja tulokset ovat ainakin taloudellisesti hyviä, mutta vaikuttavuustuloksia ei ole vielä saatavilla eikä ole varmaa, että taloudellinen tulos on yhteydessä vaikuttavuusperustaiseen ohjaukseen.

4.1.2 Suomi: Jyväskylän terveysasemat

Jyväskylän kaupunki ulkoisti vuonna 2015 kahden terveysasemansa (Korpilahti ja Tikkakoski) toiminnan ja vuonna 2016 vielä kolmannen (Säynätsalo). Kaikissa kolmessa palveluntuottajana toimii Mehiläinen Terveyspalvelut Oy. Ulkoistuksen piiriin kuuluvat terveysaseman avopalvelut sekä Säynätsalossa myös kotihoito ja suun terveydenhuolto.

Korvausmallin pohjana on kapitaatiokorvaus, minkä lisäksi sopimukseen sisältyy 3-10 % laatupantti, eli vastaava osuus kapitaatiokorvauksesta pidetään, kunnes sovittujen tavoitteiden saavuttaminen voidaan todentaa. Sovituista tavoitteista osa liittyy palvelun laatuun (mm. saatavuus), osa vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden osuus laatupantista on 35 %. Vaikuttavuutta mitataan erikoissairaanhoidon käytöllä, päivystyksen käytöllä ja hoitotasapainossa olevien pitkäaikaissairaiden (tyypin 2 diabetespotilaiden hoitotasapaino HbA1C:llä mitattuna sekä sepelvaltimotauti- ja T2D-potilaiden hoitotasapaino LDL:llä mitattuna) osuuksilla. Mittarit on määriteltävä sopimuksessa, mittausarvojen vertailukohdista sovitaan tilaajan ja tuottajan kesken - käytännössä vaikuttavuusmittareita on verrattu kaupungin oman toiminnan vastaaviin lukuihin. Vaikuttavuusperustaiseen ohjausmalliin on otettu vaikutteita Espoon kaupungin aiemmin toteuttamista vastaavatyypisistä ulkoistuksista, joista erityisesti Espoon torin ulkoistusta on tutkittu aiemmin (Malmström 2015).

Ohjauksen näkökulmasta siis sopimuksessa määritellään seurattavat vaikuttavuusmittarit (normiohjaus) ja niihin on sidottu myös rahallinen kannustin (resurssiohjaus), vaikkakin varsin pieni sellainen (n. 1-3,5 % kokonaisbudjetista). Informaatio-ohjausta ja dialogia toteutetaan jakamalla vaikuttavuustietoa tuottajan ja tilaajan kesken sekä keskustelemalla siitä säännöllisesti.

Tilaajan kokemuksen mukaan ulkoistetuilla terveysasemilla on nyt toimivat palvelut mm. hoidon saatavuuden, potilastyytyväisyyden ja lääkäri työvoiman saatavuuden näkökulmasta. Riippumattomia vaikuttavuustuloksia ei ole vielä julkaistu. Tuottajan oman analyysin perusteella hoitotasapainossa olevien osuus on kasvanut jonkin verran (Oma Lääkärisi... 2017). Vaikuttavuusperustaisen ohjausmallin toimivuudesta ei siis tässäkin tapauksessa ole (ainakaan vielä) selkeää näyttöä.

4.1.3 Suomi: Imatran hyvinvointineuvola

Imatran hyvinvointineuvola-mallin kehittämisen tavoitteina olivat palveluiden kustannusvaikuttavuuden lisääminen, häiriöihin liittyvien kustannusten laskeminen sekä pitkäaikaisen kustannusnousutrendin katkaiseminen ja kustannusten kääntäminen laskuun. Sosiaali- ja terveystaloutta lisäsi vuoden 2009 talousarvioon rahoituksen

kuuden uuden vakanssin perustamiseen. Vakanssit olivat perhetyöntekijöitä äitiys- ja lastenneuvolaan, josta kehitettiin hyvinvointineuvola.

Ajatuksena oli yhdistää perusneuvolatyö ja perhetyö sekä edistää ennaltaehkäisevää sosiaalityötä varhaisen puuttumisen keinoin. Imatralla luotiin 6 sosiaalityöntekijä + neuvolatyöntekijä –työparia, jotka tekivät kotikäyntejä. Lisäksi tarjolla oli maksutonta kodinhoitoapua, joita varten perustettiin 2 kodinhoitajan toimea.

Vaikuttavuutta mitattiin Voimavaramittarin ja erilaisten standardoitujen mittarien (EPDS, AUDIT) ja muiden lomakkeiden (sekvenssikartat, päivärytmikortit) avulla. Systemaattisesti sama mittaristo ei kuitenkaan ollut käytössä, vaan mittarit valittiin asiakaskohtaisesti. Mittaamista toteutettiin systemaattisesti ajan yli ja kaikilta raskaana olevilta, lisäksi perhetyöntekijä kävi kotikäynnillä jokaisen ensiodottajan kotona.

Vaikuttavuustietoa hyödynnettiin dialogin keinoin moniammatillisessa työyhteisössä. Vanhempien verkostot ovat muuttuneet yhteiskunnan muutoksen myötä ja neuvola pyrkii vastaamaan tähän muutokseen monipuolisen ryhmätoiminnan ja moniammatillisen verkoston avulla.

Vaikuttavuutta siis mitattiin ja tietoa hyödynnettiin yksittäisten asiakkaiden hoidossa, mutta saatavilla olevan tiedon valossa vaikuttaa siltä, ettei vaikuttavuustietoa juurikaan hyödynnetty johtamisessa tai ohjauksessa.

Toimintamalli on kuitenkin tuottanut sekä taloudellisia säästöjä että inhimillisesti katsoen hyviä vaikutuksia. Vuosittainen huostaanottojen määrä laski yhdeksästä kolmeen vuosina 2008-2013. Lastensuojelun laitoshoidon kulut laskivat 1,3M€ vuosina 2008-2013 (-52 %). Todellisia säästöjä on kuitenkin vaikea arvioida, sillä kaupunki perusti ohjelmaa varten kuusi uutta perhetyöntekijän virkaa, joista kaksi täytettiin kaupungin sen hetkisillä työntekijöillä.

4.1.4 Suomi: Kotitori

Tampereen Kotitorissa on kehitetty kokonaisvaltainen ja ratkaisukeskeinen työ- ja toimintatapa, joka kokoaa kotona asumista tukevia palveluita yhteen ikäihmisten kannalta selkeäksi kokonaisuudeksi niin julkiselta, yksityiseltä kuin kolmanneltakin sektorilta. Toiminnassa korostuu asiakkaiden kokemien tarpeiden, toiveiden ja tavoitteiden perusteella etsittävät ratkaisut. Ratkaisujen etsinnässä käytetään hyväksi mm. sähköistä järjestelmää, jonne laajasti eri aloja ja palveluja tarjoavat tuottajat ovat voineet rekisteröityä. Usein alkuvaiheen ja kevyen tuen tarpeeseen ratkaisu löytyy juuri näistä muista kuin julkisista palveluista.

Tampereen kaupunki järjestää Kotitori-toiminnan palveluintegraattorimallilla, jossa kaupunki toimii tilaajana ja palveluintegraattori palvelujen välittäjänä. Kaupunki on myös järjestämisvastuullaan olevien palveluiden rahoittaja. Palveluintegraattorina toimii konsortio, johon kuuluvat Luona Hoiva Oy (päävastuullinen puitesopimustaho) ja Nordic Healthcare Group Oy.

Luona Hoiva Oy vastaa koko Tampereen ja Oriveden ikäihmisten neuvonnasta, määritettyjen tukipalvelujen välittämisestä sekä Kotitorin vastuulle osoitetun ns. väestövastuualueen asiakasohjauksesta ja asiakkaiden palvelutarpeen selvittämisestä. Kyseisen alueen asukkaiden säännöllisen kotihoidon palvelut tuottaa Kotitorin alihankkijana Mehiläinen. Nordic Healthcare Group Oy:n vastuulla on Tampereen kaupungin rahoittamien palveluiden tuottajien kokonaishallinta, kilpailutus, laadunhallinta ja valvonta sekä kaupungin oman kotihoidon kehittäminen. Vaikuttavuusperustainen bonus-sanktio-malli kattaa 5 % kokonaiskustannuksista. Palvelutasosopimus (SLA, Service Level Agreement) mahdollistaa vaikuttavuusperustaisen normiohjauksen.

Palvelun laatua ja vaikuttavuutta mitataan erikseen neuvonta- ja asiakastoiminnassa, väestövastuualueen kotihoidon toiminnassa sekä verkostomaisessa toimintamallissa. Neuvonnassa ja asiakasohjauksessa mittareina ovat asiakastytyväisyys ja neuvonnan tavoitettavuus (mittarit: asiakastytyväisyys, neuvonnan ja ohjauksen vastaus-%, digitaalisten kanavien käytön määrä), väestövastuualueen kotihoidossa asiakastytyväisyys ja asiakkaan siirtymien väheneminen (mittari: asiakkaan pysyvä siirtyminen raskaampiin hoitomuotoihin kuten laitoshoittoon ja asumispalveluiden piiriin) sekä koko Kotitorin toimintamallin kokonaisuuteen liittyvä sidosryhmien tyytyväisyys (mittari: sidosryhmien asiakastytyväisyys). Näistä siirtymien väheneminen kuvastaa vaikuttavuutta, muut laatua. Tampereen kaupungin ja Kotitorin / Luona Hoiva Oy:n välisessä sopimuksessa käytössä on samat mittarit kuin Luona Hoivan ja väestövastuualueen palveluntuottaja Mehiläisen sopimuksessa, mutta bonus-sanktiomallin skaalaukset ovat sopimuksissa erilaisia.

Laatu- ja vaikuttavuustietoa hyödynnetään ohjausmallissa myös dialogin keinoin. Systemaattisesti toteutettava, jatkuva vuoropuhelu ja tiedon jakaminen asiakasohjauksen ja palvelutuotannon välillä on tuotu osaksi arkea. Prosessit ja tuotantomallit on koeteltu vuosien varrella ja niitä kehitetään jatkuvasti.

Kotitori-toiminnan myötä asiakkaiden ohjaaminen kevyempiin palveluihin on mahdollistunut, jolloin julkisen sektorin tarjoama kotihoidon palvelukäyttö on vähentynyt. Kotitorin väestövastuualueella kotihoidon peittävyys oli vuonna 2015 5,1 % ja vuonna 2017 7,8 % alhaisempi kuin muun kaupungin asiakasohjauksen ja palvelutuotannon alueella.

Kotitori-palveluintegraattorimallilla on myös saatu aikaan mittavia taloudellisia säästöjä. KPMG:n tekemän kustannusvaikuttavuusarvion mukaan Tampereen kaupunki säästää Kotitorin toiminta-alueella vuosittain noin 3,5 M€ Tampereen seudun demografisilta tekijöiltään samanlaisiin alueisiin verrattuna ja 2,0 M€ muuhun kaupunkiin verrattuna. Palvelutuotantoa on kehitetty vastaamaan tunnistettuja asiakastarpeita: hoitajien välitöntä työaika on onnistuttu nostamaan 60 %:iin, kun se on aikaisemmin ollut 44 %, ja Kotitorin väestövastuualueella käytössä olevaa tiimityömallia kehittämällä on asiakkaan kotona käyvien hoitajien vaihtuvuutta onnistuttu vähentämään. Vaikuttavuuden näkökulmasta ohjausmallin toimivuutta tukevat tulokset, joiden mukaan väestövastuualueen asukkaat pysyvät keskimäärin vuoden pidempään kotihoiton piirissä kuin muualla kaupungissa. Tulokset näyttävät siis olevan hyviä niin talouden kuin laadun ja vaikuttavuudenkin kannalta, joskin vaikuttavuuden osuus on mitta-ristossa varsin pieni.

4.1.5 Suomi: Pohjola Vakuutus ja Pohjola Sairaala

Pohjola Sairaala on suomalainen esimerkki mallista, jossa yksityinen toimija on lähtenyt keräämään vaikuttavuustietoa oma-aloitteisesti. Tavoitteena on kustannusvaikuttavampi toimintamalli, jossa Pohjola Vakuutus ohjaa Pohjola Sairaalan johtoa. Vaikuttavuuden hyödyntäminen osana ohjausta palvelee Pohjola Vakuutusta, jolla tavoitteena on taloudellisen lisäarvon tuottaminen. Pohjola Sairaala tukee tätä tavoitetta hidastamalla ja estämällä potilaiden työkyvyn alenemista/menetyistä ja sitä kautta lakisääteisiin tapaturmavakuutuksiin liittyviä vakuutuskorvauksia, sillä Pohjola Vakuutuksen korvattavaksi jää vamman hoidon lisäksi työkyvyttömyyden korvaaminen (sairauspoissaolot ja eläkkeet). Kohteena vaikuttavuusperustaisessa ohjausmallissa ovat työtapaturmien hoito ja kuntoutus. Asiakkaiksi näihin palveluihin hakeutuvat pääasiassa potilaat, jotka on vakuutettu Pohjola Vakuutuksessa työnantajansa kautta tai henkilöasiakkaana.

Vaikuttavuuden mittarina käytetään työkyvyttömyyden kestoa. Lisäksi mitataan asiakastytyväisyyttä nettosuositeluindeksillä (Net Promoter Score, NPS), joka kysytään sähköisesti kaikilta potilailta, ja työkyvyttömyyden kesto saadaan suoraan vakuutusyhtiön järjestelmästä.

Vaikuttavuusperustainen ohjaus pohjautuu tässä esimerkissä vahvasti normiohjaukseen, minkä mahdollistaa se, että ohjaava taho omistaa ohjattavan tahon: omistaja on asettanut työkyvyttömyysjaksojen lyhentämisen Pohjola Sairaalan keskeiseksi tavoitteeksi. Tätä tietoa myös seurataan ja käytetään dialogissa omistajan ja palvelutuottajan välillä.

Pohjola Sairaala puolestaan hyödyntää erityisesti asiakastytyväisyystietoa omassa johtamisessaan: työsuhteessa oleville henkilöille (pääasiallisesti hoitajille) NPS on asetettu osaksi kannustinmallin pohjana olevaa tuloskorttia, joka sisältää myös muita mittareita (ml. laatu). Lääkäreille ei ole asetettu taloudellisia kannustimia. Sen sijaan lääkäreille jaetaan heidän omien potilaidensa NPS-tieto. Tavoitteena on lääkärien toisiltaan oppimisen tukeminen. Julkisesti saatavilla on viimeisen neljän viikon rullaava NPS leikkauspotilaista asiakkaiden päätöksenteon tueksi. Tavoitteista käytävä keskustelu on keskeisessä roolissa edistämässä tavoitteisiin pääsemistä: dialogi henkilöstön kanssa alkaa jo rekryointivaiheessa, jossa kahta päätavoitetta pidetään aktiivisesti esillä.

Ohjausmallin hyödyntämisellä Pohjola Sairaalassa on saatu aikaan tuloksia. Pohjola Sairaalassa hoidetuilla potilailla on 18 % lyhyemmät sairauspoissaolot kuin muualla hoidetuilla Pohjola Vakuutuksen asiakkailla. Myös asiakastytyväisyyttä mittaava NPS on korkea kaikissa leikkausyksiköissä (94-98). Lisäksi hoitovaihtoehtojen valinnoissa on korostunut konservatiivisen hoidon valitseminen, jos tämän nähdään vähentävän työkyvyttömyyttä leikkausta paremmin. Seuraavaksi harkinnassa on mallin kehittäminen siten, että myös potilaan raportoimia mittareita (PROM) aletaan seurata systemaattisesti 2020 alusta ja lääkäreiden kannustimet kytketään hoitotuloksiin. Mallilla pyritään myös ohjaamaan potilaan valinnanvapautta siten, että hoitovaihtoehtoista valitaan niitä, jotka johtavat parempiin hoitotuloksiin.

Tässä esimerkkitapauksessa vaikuttavuusperustainen ohjaus toimii vahvasti omistajaohjauksen kautta, ohjauskeinoista tärkeimmäksi nousee normiohjaus. Tulokset vaikuttavat olevan hyviä.

4.1.6 Alankomaat: Santeon Hospitals

Santeon Hospitals on vuonna 2007 perustettu seitsemän sairaalan osuuskunta Alankomaissa. Se kattaa maan erikoissairaanhoidosta noin 11 %. Alankomaiden terveydenhuollon järjestelmä on vakuutus pohjainen ja eri palveluntuottajat kilpailevat potilaista. Santeon-sairaalat sijaitsevat kuitenkin eri puolilla Alankomaita eivätkä täten kilpaile suoraan keskenään.

Ohjausmallin mittarit on valittu nykydatan saatavuuden perusteella ja ne sisältävät tällä hetkellä klinisiä vaikuttavuusmittareita ja kustannusmittareita - vuonna 2020 tarkoituksena on lisätä mittaristoon myös PROM-mittareita. Vaikuttavuustieto jaetaan kahdesti vuodessa osallistuvien sairaaloiden kesken ja kerran vuodessa osallistuville vakuutusyhtiöille.

Vakuutusyhtiöt ovat sopimuksin normittaneet tiettyjä toimintatapoja. Ne ovat esimerkiksi asettaneet vaatimuksen rintasyövän hoidon aloittamisesta viiden viikon sisällä diagnoosista. Mittarit on määritelty samoiksi kaikissa Santeonin sairaaloissa. Santeonilla on myös vuodesta 2016 ollut kolmen vakuutusyhtiön (CZ, Multizorg ja Menzis) kanssa vaikuttavuusperustaiset sopimukset rintasyövän hoidosta: Santeon ansaitsee 95-105 % peruskorvauksesta riippuen omasta suoriutumisestaan laatu- ja vaikuttavuusmittareilla mitattuna. Tietoa jaetaan osallistuville vakuutusyhtiöille, mutta dataa ei vielä julkaistu julkisesti. Pehmeiden ohjaukeinojen rooli korostuu siten, että toiminta perustuu vahvalle luottamukselle, joka mahdollistaa datan jakamisen sairaaloiden kesken.

Rintasyövän hoidossa tällä mallilla on saatu aikaan tuloksia: 1,5 vuoden aikana tarpeettomat hoitajaksot ovat vähentyneet 30 % ja uusintatoimenpiteet komplikaatioiden takia ovat vähentyneet 74 % (BCG 2018). Lisäksi uusi malli on aikaansaanut kustannussäästöjä ja parantanut yhteistyötä vakuutusyhtiöiden kanssa. Toisaalta samanlaisesti hallinnollinen työmäärä on lisääntynyt ja lääkäreiltä kuluu enemmän aikaa vaikuttavuusmittareiden arviointiin ja validointiin.

Santeonin sairaaloissa vaikuttavuutta mitataan ja vaikuttavuusperustaista toimintaa kehitetään myös lukuisissa muissa sairausryhmissä siten, että tavoitteena vuoteen 2020 mennessä on laajentua 20-25:een potilasryhmään.

Santeon toimii esimerkkinä siitä, miten eri sairaalat ovat yhdessä lähteneet edistämään vaikuttavuusperustaisuutta ja saaneet aikaan parannuksia hoidon tuloksissa. Vaikuttavuusperustaisuus on Santeonille keskeinen periaate, ja mallin käyttöä ollaan laajentamassa.

4.1.7 Iso-Britannia

Ison-Britannian NHS (National Health Services) Outcomes Framework on esimerkki siitä, miten sote-järjestelmän tuottamaa laatua ja vaikuttavuutta mitataan koko maan tasolla, mutta tarvittaessa tarkastelua voidaan tehdä myös mm. alueittain tai demografisesti jaoteltuna. Tavoitteena on luoda läpinäkyvyyttä ja parempaa laatua ja vaikuttavuutta kaikille NHS:n asiakkaille.

Järjestelmässä valtiosihteeri (secretary of state) ohjaa NHS Commissioning Boardia NHS Outcomes Frameworking avulla. NHS Outcomes Frameworkissa on viisi painopistettä, joista neljä liittyy vaikuttavuuteen: ennenaikaisten kuolemien ehkäisy, kroonisia sairauksia sairastavien henkilöiden elämänlaadun parantaminen, parantuminen sairausepisodeista ja loukkaantumisista sekä potilaskokemus. Viides, laatuun liittyvä painopiste on turvallisuus. Sosiaalihuollolle on kehitetty oma viitekehysensä.

NHS Commissioning Board puolestaan ohjaa Clinical Commissioning Groupeja (CCG) Commissioning Outcomes Frameworkin kautta. CCG:t ovat perusterveydenhuollon palveluntarjoajista (general practice, GP) koostuvia alueellisia ryhmittymiä, jotka järjestävät palvelut alueensa väestölle (Forbes ym. 2017) ostamalla ne standardit täyttäviltä palveluntarjoajilta, esim. NHS:n sairaaloilta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta (NHS 2019).

NHS:n Quality and Outcomes Framework (QOF) on asetettu palkitsemaan perusterveydenhuollon palveluntarjoajat vaikuttavien palveluiden tarjoamisesta pitkäaikaissairaille. QOF:n mittarit mittaavat yleisimpien pitkäaikaissairauksien ja riskitekijöiden hallintaa sekä ennaltaehkäiseviä toimia. Vuodesta 2004 käytetty QOF on ollut yksi maailman laajimmista tulosperustaisista korvausmalleista perusterveydenhuollossa. Vaikka osallistuminen QOF-ohjelmaan on vapaaehtoista, noin 99 % palveluntuottajista osallistuu, ja niiden tuloista noin 10-15 % muodostuu QOF:n kannustinkorvauksista (Forbes ym. 2017).

NHS on myös velvoittanut palveluntuottajat keräämään PROM-tietoa tietyissä toimenpiteissä jo vuodesta 2009 (Nilsson ym. 2016). NHS käyttää PROM-tietoa mm. kartoitettaessa lonkan tekonivelleikkauksista saatavaa hyötyä eri puolilla Englantia (NHS England 2016).

Vaikuttavuustietoa hyödynnetään normiohjauksen kautta mm. paikallisessa auditoinnissa ja sopimusten seurannassa. Vaikuttavuustietoa hyödynnetään myös osana korvausmallia: mitattavien painopisteiden tulokset ovat julkisia ja informaatio-ohjauksen kautta ne ohjaavat sekä potilaita että klinikoita ja päättäjiä ymmärtämään paremmin, miten tuotetaan vaikuttavaa terveydenhuoltoa. Tuloksia on arvioitu useissa eri tutkimuksissa ja vaikuttavuus on parantunut erityisesti silloin, kun siihen on kannustettu korvausmallilla. Toisaalta NHS Outcomes Frameworkia on kritisoitu siitä, ettei se huomioi tarpeeksi resurssien riittävyyttä ja oikea-aikaista saatavuutta, jotta voidaan varmistaa laadukkaat ja vaikuttavat palvelut (Centene 2018).

Ison-Britannian esimerkissä merkittävää on vaikuttavuusperustaisen ohjauksen systemaattisuus. Resurssiohjaus ei ole ainoa ohjauskeino, mutta kannustinkorvausten on todettu parantavan hoidon vaikuttavuutta.

4.1.8 Japani

Japanissa terveydenhuollon kustannusvaikuttavuus on hyvä: Japanissa saadaan aikaan rahallisilla resursseilla keskimääräistä parempia vaikutuksia väestön terveydessä verrattuna muihin kehittyneisiin maihin (The Economist Intelligence Unit 2016). Japanin terveystenon osuus bruttokansantuotteesta on muihin korkean tulotason

maihin verrattuna pieni, kun taas eliniänodote ja terveystietoisuus ovat korkeat ja lapsikuolleisuus matala (Papanicolas ym. 2018). Japanissa myös julkisen sektorin osuus terveydenhuollon rahoituksesta on suuri: Japani on neljäntenä tarkasteltaessa, miten suuri osuus terveydenhuollon menoista katetaan julkisin varoin ja pakollisin maksuin (Sakamoto 2018). Terveyspalveluiden saatavuus on korkealla tasolla (The Economist Intelligence Unit 2016).

Vaikuttaa kuitenkin siltä, että hyvän kustannusvaikuttavuuden taustalla ei ole systemaattista vaikuttavuusperustaista ohjausta. Vaikuttavuus lienee hyvää muista syistä (The Economist Intelligence Unit (2016) mainitsee ruokavalion ja muut terveet elämäntavat), ja toisaalta tiukka kulukuri pitää kustannukset matalina. The Economistin selvityksen perusteella Japanissa vaikuttavuusperustaisuus on alhaisella tasolla eri ulottuvuuksilla tarkasteltuna ja korvaukset ovat pitkälti suoriteperusteisia. Japanin terveysministeriö on ottanut kustannusvaikuttavuuden ohjenuorakseen vuonna 2015, johon kehitys on vielä alussa (The Economist Intelligence Unit 2016).

4.1.9 Singapore

Singaporen terveydenhuoltojärjestelmä näyttäytyy kansainvälisissä tutkimuksissa erittäin kustannusvaikuttavana: mm. The Economist Intelligence Unitin (2016) vertailussa Singapore on kaikkein kustannusvaikuttavin 28:sta maasta (nämä 28 maata valittu vertailuun sillä perusteella, että ne 166 maan vertailussa parhaassa kuudenneksessä väestön terveyttä mitattaessa). Tavoitteena Singaporessa on kansalaisten hyvän terveyden ylläpitäminen mahdollisimman kustannustehokkaasti.

Singaporessa sairaanhoitomaksuja maksetaan terveystilin ja vakuutusten kautta. Erikoissairaanhoidon ja kansansairauksien hoito maksetaan Medisave-terveystililtä. Ansiotuloista 10 % menee suoraan terveystilille, ja valtio subventoi vastaavan summan. Terveystilien käyttö on perhekohtaista, eli henkilön terveystilin tyhjentyessä voidaan myös sukulaisen terveystiliä hyödyntää. Sairaaloissa on kolme palvelutasoa, ja Medisave maksaa 30-100 % kuluista palvelutasosta riippuen - subvention osuus laskee osaston mukavuustason mukaan. Medishield-vakuutuksesta maksetaan erikoissairaanhoidon siinä tapauksessa, että Medisave-tili on tyhjentynyt katastrofaalisen sairastumisen johdosta. Medishield-vakuutus on pakollinen ja maksaa noin 10-15 €/kk. Medifund on pienituloisille henkilöille tarkoitettu vakuutus, joka kattaa ainoastaan alimman palvelutason sairaalaosastot. Terveysministeriön hallinnoima Medifund otetaan käyttöön siinä vaiheessa, kun sekä Medisave että Medishield on käytetty loppuun. Terveystilin ja pakollisten vakuutuksien lisäksi työnantajien ottamien yksityisten lisävakuumien määrä on nousussa.

Laatutietoa kerätään systemaattisesti kaikissa sairaaloissa ja niillä terveysasemilla, joissa hoidetaan Medisave-korvauksen piirissä olevia kansansairauksia. Sairaalat määrittelevät itse käyttämänsä laatumittarit; yleisimmin mitataan komplikaatioiden määrää, uudelleen osastohoitoon tulevien määrää, uusintaleikkauksia, osastojakson pituuksia ja tulehduksia. Sairauskohtaisia vaikuttavuusmittareita on otettu käyttöön osassa sairaaloita, mutta esimerkiksi PROM:iien mittaaminen ei ole toistaiseksi laajaa tai systemaattista. Sen sijaan asiakastytyvyyttä mitataan systemaattisesti ja tulokset tehdään julkisiksi.

Erikoissairaanhoidon on Singaporessa tarkan ohjauksen piirissä, kun taas perusterveydenhuollon palveluntuottajia ohjataan kevyemmin. Ohjaus perustuu laajaan laatutietoon. Laatutietoa käytetään normiohjauksessa, sillä tuottajien hinnoittelu on tarkasti säänneltyä kansallisen DRG-pohjaisen hinnaston puitteissa. Hinnaston noudattamista ja hoidon laatua valvotaan tarkasti ja sairaalat voivat asettaa kuritoimenpiteitä klinikoille, joilla havaitaan laatueroja. Erikoissairaanhoidossa on sekä julkisia että yksityisiä sairaaloita, joista kansalaiset itse valitsevat tarvitsemansa palvelun ja haluamansa palveluntuottajan. Singaporen ohjausmallissa laatutietoa hyödynnetään myös informaatio-ohjauksessa sekä dialogin kautta. Terveysministeriö vertailee sairaalakohtaisia laatumittarituloksia, jakaa informaatiota sairaaloille sekä käy dialogia huonoja laatumittarituloksia saaneiden sairaaloiden kanssa. Tämän lisäksi julkisten sairaaloiden potilastytyvyysselvitysten vastaukset julkaistaan ministeriön verkkosivuilla.

Vaikuttavuuselementin ohjausjärjestelmään tuonee lähinnä potilaan laaja valinnanvapaus ja -vastuu: on arvioitu, että kansalaisen maksaessa itse käyttämistään palveluista, on kansalaisella kannustin käyttää palveluita vain todelliseen tarpeeseen. Terveystilijärjestelmää täydennetään valtion vakuutusjärjestelmällä raskashoitoisten sairauksien varalta. Järjestelmän haasteena onkin se, että terveystilien käyttäjiltä vaaditaan kurinalaisuutta, jotta terveystilejä ei tyhjennettäisi. Tämän lisäksi yhteiskunnan vastuulle jää se, miten tiukasti terveystilinsä tyhjentäneisiin suhtaudutaan ja miten heidän hoitoaan mahdollisesti rajataan.

Terveystilijärjestelmän hyvistä tuloksista kertoo se, että mm. The Economist (The Economist Intelligence Unit 2014) on arvioinut singaporelaisten terveyden suhteessa terveydenhuollon kustannuksiin olevan maailman toiseksi paras vuonna 2014. Ohjausmallissa vaikuttavuudella on kuitenkin minimaalinen rooli: kustannusvaikutavuuteen pyritään lähinnä tekemällä jokaisesta kansalaisesta omien palveluidensa järjestäjä. On myös tärkeää olla unohtamatta ympäristön ja elintapojen potentiaalista vaikutusta väestön terveydentilaan.

4.1.10 Suomi: sairaanhoitopiirien johdon näkemykset

Vaikuttavuusperustaisten sovellusten ohella haluttiin kartoittaa näkemyksiä vaikuttavuusperustaisen ohjauksen nykytilasta ja kehittämisestä. Koska sekä kansainvälisesti että Suomessa ensimmäiset askeleet on otettu erikoissairaanhoidossa, hankkeen aikana toteutettiin kysely sairaanhoitopiirien johtajille ja johtajaylilääkäreille. Vastauksia saatiin yhteensä 14. Sairaanhoitopiirien johto uskoi, että vaikuttavuustietoa käytetään sairaanhoitopiiritason ohjauksessa 3 vuoden päästä, mutta välttämättä tuolloin ei vielä kerätä kattavasti potilaiden raportoimia mittareita. Suurimpina rajoittavina tekijöinä nähtiin tiedon keruun kompleksisuus, keräämisestä ja raportoinnista aiheutuvat lisäkustannukset sekä haasteet saada tietoa kattavasti.

Vaikuttavuustiedon hyödyntämisessä ohjauksessa tärkeimpänä nähtiin informaatio-ohjaus. Myös vaikuttavuustietoon pohjautuva resurssi- ja normiohjaus olivat lähes yhtä tärkeitä koettuja, mutta dialogi ja muut pehmeät ohjauskeinot nähtiin selvästi vähiten tärkeiksi. Vaikuttavuustiedon rooli ohjauksessa koettiin olevan korkeimmillaan strategisen tason tai kansallisen tason ohjauksessa. Kokonaisuutenaan vastaukset heijastelivat sitä, että vaikuttavuustietoa tullaan käyttämään yhä enemmän tulevaisuudessa, mutta muutoksen toimijoiden roolit muutoksessa ja investointitarpeet systeemin muuttamiseen rajaavat muutosvauhtia.

4.1.11 Yhteenveto sote-palveluiden esimerkitapauksista

Edellä käsitellyistä kansallisista malleista (Singapore, Japani, Iso-Britannia) Iso-Britannia valittiin siksi, että siellä tiedettiin olevan käytössä suhteellisen laaja vaikuttavuusperustainen ohjaus, Japani ja Singapore taas siksi, että niiden palvelujärjestelmät näyttivät tulosten perusteella olevan varsin kustannusvaikuttavia. Näiden osalta ei tullut yllätyksiä: Japanin hyvät tulokset näyttävät johtuvan muista tekijöistä kuin tietoisesta vaikuttavuusperustaisesta ohjauksesta. Singaporen tapauksessa tilanne on osin sama, mutta vaikuttavuuden osatekijänä on myös laaturekisterien hyödyntäminen.

Suomalaisissa esimerkitapauksissa silmiinpistävää on, että neljä viidestä (Kotitori, Tesoma, Jyväskylä ja Pohjola) on toteutettu markkinaehtoisesti tai julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyönä: Pohjolan tapauksessa kyseessä on vakuutusrahoitteinen palvelu, muut perustuvat ulkoistamiseen tai allianssiin.

Markkinalogiikan hyödyntäminen tarjoaakin luontevan tavan sitoa osa tuottajan korvauksesta vaikuttavuuden mittareihin. Kun tuottaja on yrityksen, on kannustinkorvauksen

ohjaava vaikutuskin todennäköisesti melko suora. Kannustinkorvauksen osuus kokonaiskorvauksesta on kuitenkin useissa tapauksissa suhteellisen pieni (ks. taulukko 2), kun OECD-maissa sote-palveluiden kannustinkorvauksen osuus on vaihdellut (tarkasteltavasta palvelusta riippuen) välillä 0,5 % - 15 % (OECD 2016). Kannustinkorvauksen suuruus on luonnollisesti suhteutettava siihen vaivaan, joka tuottajan on nähtävä kannustinkorvauksen saadakseen. Teoriassa kannustinkorvauksen tulisi olla rahallista arvoltaan suurempi kuin vaivannäön hinta. Käytännössä asia ei ole sote-palveluiden kontekstissa näin yksinkertainen, vaan ammatillisilla on yleensä halu tehdä työnsä hyvin ja tuottaa terveyshyötyä potilaalle rahallisista kannustimista riippumatta. Myös tuottajaorganisaatiolla voi olla halu maineensa ja asiakassuhteidensa suojelemiseksi tuottaa hyvää palvelua vaikkei se lyhyellä tähtäimellä johtaisikaan voiton maksimointiin. Vaikuttavuustiedon jakaminen auttaa tuottajia tietämään, mitkä asiat tuottavat asiakkaalle eniten hyötyä.

Esimerkkitapaus	Vaikuttavuusperustaisen kannustinkorvauksen osuus	Vaikuttavuusmittarit
Tesoma	1,6 %	Alakouluikäisten elämään tyytyväisyys, terveydentilan kokeneminen, suun terveys; Yläkouluikäisten koettu terveys, oireet ja sairaudet, seksuaaliterveys ja suun terveys, perheen arjen toimivuus; Tehtyjen hoitosuunnitelmien %-osuus T2D- ja sepelvaltimotautipotilaista; Hoitotasapainossa olevien %-osuus 2-tyyppin diabeetikoista ja sepelvaltimotautipotilaista; Tehtyjen hoitosuunnitelmien %-osuus STH-potilaista; Kotihoidon asiakkaiden toimintakyky; Acutan käytön kustannukset per asiakas verrattuna koko Tampereeseen; Sairaalapalvelujen käytön kustannukset per asiakas verrattuna koko Tampereeseen; Kustannukset per asiakas verrattuna koko Tampereeseen
Jyväskylä	1 % / 3,5 %	Hoitotasapaino, muiden palveluiden (erikoissairaanhoidon ja päivystyksen) käyttö
Kotitori	2 %	Siirtymien väheneminen
Santeon	5 %	Sairauskohtaisesti, mm. rintasyövässä: 5-vuoden selviytyminen; Uusintaleikkaus positiivisen löydöksen jälkeen (%); Uusintaleikkaus leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden taakia (%); Ei-suunnitellut sairaalajaksot, poikkeama hoitosuunnitelmasta ja/ei sydämen vajaatoiminta systeemisen hoidon jälkeen (%); Elämänlaatu (hyvinvointi, toimintakyky, kipu jne.); Hoidon haittavaikutukset; Paikallinen uusiutuminen.

Taulukko 2. Yhteenveto vaikuttavuustiedon hyödyntämisestä esimerkkitapausten resurssiohjauksessa.

Nyt tarkastelluissa esimerkkitapauksissa resurssiohjaus ei välttämättä olekaan keskeinen ohjauskeino, vaan informaatio-ohjauksen ja dialogin rooli korostuu. Kuitenkin nämä esimerkit antavat osviittaa siitä, että varsin pienelläkin kannustinkorvauksella voidaan päästä alkuun: Korvausmallia ei siis tarvitse rakentaa vaikuttavuuden ympärille kokonaan, vaan korvauksesta pieni osa voidaan sitoa vaikuttavuusmittareihin. Myös Ison-Britannian esimerkki kannustaa tähän.

4.2 Sovelluksia työllisyyspalveluissa

Työllisyyspalveluiden puolella vaikuttavuusperustaista ohjausta on testattu erilaisten kokeilujen yhteydessä. Pirkanmaan työvoima- ja yrityspalveluiden kokeilussa kokeiltiin kokonaisvaltaista ohjausta, Uudenmaan kokeilussa tulosperusteisia palkkiomalleja. Lisäksi Työllisyys-SIB-hankkeessa kokeillaan vaikuttavuussijoittamista työllisyyspalveluiden rahoituskanavana.

4.2.1 Pirkanmaan työvoima- ja yrityspalvelujen kokeilu⁶

Juha Sipilän hallituskaudella toteutettujen työvoima- ja yrityspalvelujen alueellisten kokeilujen tavoitteena oli vähentää pitkäaikaistyöttömyyttä ja nostaa työllisyysastetta. Kokeilujen tarkoituksena oli myös valmistautua muuttuvaan tuottajarakenteeseen, kehittää asiakaslähtöisiä työllisyys- ja yrittäjyyspalveluja ja uudenlaisia palvelujen tuottamistapoja sekä lisätä asiakkaille tarjottavaa lähipalvelua.

Pirkanmaalla kokeilu toteutettiin Tampereen kaupunginhallituksen ohjauksessa työllisyydenhoidon kehitysohjelmana kaupungin työllisyyspalvelujen ja hyvinvoinnin palvelualueen psykososiaalisen tuen palvelulinjan yhteistyönä (yhteiset asiakkaat ja palvelujen keskinäisriippuvuus). Kokeilun kohteena olivat työttömät työnhakijat, joiden työttömyysetuus on Kelasta haettava työmarkkinatuki tai peruspäiväraha. Merkittävimpiä toimenpiteitä ja keinoja vaikutusten aikaansaamiseksi olivat palvelutarpeen selvittäminen ja palveluohjauksen tehostaminen sekä yhden luukun periaatteen toteuttaminen Oma-valmentajakonseptiin perustuen. Lisäksi Pirkanmaan kokeilussa uudistettiin toimintamalleja digitaalisesti poikkeuksellisen voimakkaalla tavalla.

Pirkanmaan kokeilussa käytettiin yksityisiä palveluntuottajia sekä kehitettiin vaikuttavuusperustaisia hankintoja. Tavoitteena oli voimistaa ostopalveluissa tuloksellisuutta, asiakkaiden etenemistä ja kustannustehokkuutta sekä lisätä työllistämisperusteista

⁶ Lähteet: Annala ym. (2019); Arnkil ym (2019).

hankintaa. Vaikuttavuusperustainen kilpailuttaminen toteutettiin pidättämällä osa kokonaispalkkiosta sopimuksen alussa ja maksamalla eri kohderyhmien tilanteen edistymisestä erityisillä kertoimilla palkkioita. Pirkanmaan mallilla kohderyhmän aktivointi ja työllistyminen avoimille työmarkkinoille paranivat. Hankintamalli auttoi suuntaamaan palveluntuottajien toimintaa oikeaan suuntaan sekä kehittämään työllisyyspalveluiden omia toimintaprosesseja (mm. lean-ajattelu).

Tiedolla johtaminen ja ohjaaminen Pirkanmaan kokeilussa perustui toiminnan tiheään monitorointiin (tilastollinen ja asiakastietokantojen palaute ja seuranta toimijoille) sekä tulostavoitteiden asettaminen eri toiminnoille painotetulla tuloskortilla (Balanced Scorecard, BSC). Vaikutusten seuranta ja raportointi oli systemaattista ja ne toteutettiin Wilma-asiakasrekisterin kautta asiakasjaksoja seuraamalla. Esimerkiksi kuntouttavan työtoiminnan ja sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaiden osalta kuntoutumisen tasoa mitattiin tarkastelemalla asiakkaiden pysyvää etenemistä kohti työelämää tai opintoja palvelujakson jälkeen (3 kuukautta). Toiminnan vaikuttavuuden seuranta osoittautui kuitenkin kokonaisuutena hankalaksi ja on edelleen iso haaste. Tämä johtuu mm. siitä, että muun kuin työhön tai koulutukseen menon tarkempi seuranta on puutteellista ja menetelmät vaativat paljon kehittämistä. Myös tietojärjestelmät ovat hajallaan.

Ohjauksen näkökulmasta mielenkiintoista Pirkanmaan kokeilussa oli etenkin se, että siinä lähdettiin kehittämään kokonaisvaltaista asiakkaiden ohjausta vahvistamalla koko palveluekosysteemiä erityisesti perinteisten työllisyyspalvelujen 'rajoilla'. Keskeisessä roolissa oli yrittäjyyden, osaamisen ja työ- ja toimintakyvyn lisääminen erilaisissa palveluissa ja toiminnassa Pirkanmaan seudulla. Poikkihallinnollisten ohjaushaasteiden ratkaisemiseksi pyrittiin rakentamaan vahvempi yhteistyöalusta ja kumppanuudet työllisyysneuvon eri toimijoiden välillä. Olennaista on ollut laajemmin yhteiskunnallisen vaikuttavuuden yhteinen ja yhteisesti ymmärretty tavoite työllisyyden ja elinvoiman lisäämiseksi. Keskeistä kokeilussa on ollut se, että yhdellä taholla on ollut vahva taloudellinen intressi ja toimintamandaatti rakentaa palveluekosysteemiä ja vastata asiakkaan koko prosessista ja lisätä myös vaikuttavuusperustaisuutta palveluhankinnoissa. Tärkeäksi onnistumista edistäväksi tekijäksi tässä nousi laaja vertikaalinen seudullinen ja poliittinen tuki, joka kytkee kokeilun normaaliin elinvoimastrategiaan ja toimintaan. Asiakastasolla keskeistä on ollut vahvistaa Oma-valmentajan avulla asiakkaan omaa osallisuutta ja toimijuutta palveluissa ja työkyvyn vahvistamisessa.

Kokeilu osoitti, että työllisyysneuvon hoito on vahvasti sidoksissa elinvoimaan ja palveluekosysteemiin. Vastaavasti kokonaisvaltainen ohjaus työllisyysneuvon hoidossa vaatii yhteistyötä, kannusteita ja toimintamandaattia, joita alueilla ei toistaiseksi ole. Kokeilussa kehitettiin mittava määrä yksittäisiä vaikuttavuutta lisääviä toimintatapoja, mutta erityisen merkittävänä Tampereella koetaan panostukset tehokkaaseen ja toiminnalliseen palvelutarpeen arviointiin ja asiakkaiden tilan seurantaan, jotta heidät osataan

ohjata tehokkaasti oikeisiin palveluihin, tehdä tarvittavia ja kohdennettuja palveluhan-
kintoja sekä kohdentaa resursseja ja henkilökuntaa oikeisiin tarpeisiin.

4.2.2 Uudenmaan ostopalvelukokeilu⁷

Uudenmaan vuonna 2017 alkaneen ostopalvelukokeilun tavoitteena oli ehkäistä työttömyyden pitkittymistä ja sitä kautta alentaa rakennetyöttömyyttä sekä luoda uudenlaisia malleja ja konsepteja työllisyyden hoitoon. Sen kohderyhmänä olivat TE-toimiston palvelulinjalla 1 yhtäjaksoisesti kolme kuukautta työttömänä olleet, avoimilta työmarkkinoilta työttömäksi jääneet henkilöt, joiden työmarkkinavalmiuksien arvioitiin olevan pääosin kunnossa. Kaikkiaan näitä osallistui kokeiluun 605 henkeä. Palvelun järjestäjinä toimivat ELY-keskus ja TE-toimisto ja palvelun tuottajina kilpailutuksen perusteella Manhemp Oy, ManPower Group Oy, Nortrain Oy, Opteam Yhtiöt Oy, Spring House Oy. Kilpailutus suoritettiin avoimella menettelyllä ratkaisuperusteena tarjouksen halvin hinta. Maksettavan tulospalkkion kriteerit ja reunaehdot määriteltiin puolestaan ministeriön linjauskirjeessä, eikä niistä voitu pilotin aikana poiketa.

Kokeilumallissa järjestäjänä toiminut TE-hallinto ohjasi palveluntuottajia ensisijaisesti resurssiohjauksella, eli tuloksesta palkitsemisella. Palkkioperusteena käytettiin yksikköhintaa avoimille markkinoille toistaiseksi voimassa olevaan työsuhteeseen työllistyvästä. Tämän määrittely tapahtui kilpailutuksen kautta palveluntuottajien toimesta nk. black box -periaatteella. Lisäksi palkkioon kuului kiinteä aloitus- ja loppuraportointimaksu, joka oli 200 euroa/asiakas. Kilpailutuksen valmisteluvaiheessa käytiin tilaajan ja potentiaalisten palveluntuottajien välistä markkinavuoropuhelua, mutta itse kilpailutuksessa ei sovellettu neuvottelumenettelyä tai muita ohjausmenettelyjä. Kilpailutetut yksikköhinnat vaihtelivat palveluntuottajasta riippuen 950 eurosta 1780 euroon /työllistetty. Palkkiota työllistymisestä maksettiin neliportaisesti: a) työllistyminen kokeilusta toistaiseksi voimassa olevaan työsuhteeseen = 100 % kilpailutetusta yksikköhinnasta, b) työllistyminen 12 kuukauden määräaikaiseen työsuhteeseen työllistyminen = 80 % kilpailutetusta yksikköhinnasta, c) työllistyminen 6 kuukauden määräaikaiseen työsuhteeseen työllistyminen = 50 % kilpailutetusta yksikköhinnasta sekä d) osa-aikaiseen työsuhteeseen työllistyminen (18 h/viikko) = 25 % kilpailutetusta yksikköhinnasta. Tuloksia mitattiin kokeilun keston ajan

Käytetyn palkkiomallin etujen katsottiin syntyvän markkinamekanismin aikaansaaman kilpailun ja taloudellisen hyötyajattelun kautta, minkä toivottiin ajavan palveluntarjoajat käyttämään ja kehittämään aiempaa tehokkaampia työllistämiskeinoja. Markkinaehtois-
sen kilpailun toivottiin ohjauskeinona tuottavan uusia palveluinnovaatioita työttömyy-

⁷ Lähteet: Valtakari ja Eskelinen (2016).

den pitkittymisen ehkäisyyn sekä synnyttävän uudenlaiseen liiketoimintaan perustuvan arvoverkoston palvelutoiminnan ympärille. Vaikka tulosperusteinen kokeilu lisäsi työllistymisen todennäköisyyttä (Uudellamaalla työllistymisprosentti kokeilusta oli 26 % ja verrokkiryhmällä n. 13–17 %) ja se ohjasi lähtökohtaisesti palveluntuottajia tekemään työllistymistuloksien näkökulmasta kannalta oikeita asioita, ei kokeilussa syntynyt uudentyyppisiä palvelumalleja tai innovatiivisia toimintatapoja. Vaikka työllistymisprosentti kokeilusta oli selvästi parempi kuin verrokkiryhmässä, ei kokeilussa käytetty palkkiomalli taannut käytetyillä hinnoilla ja saavutetuilla onnistumisprosenteilla liiketoiminnallista kannattavuutta mukana olleille palveluntuottajille (keskimääräinen palkkio/asiakas vaihteli palveluntuottajittain 300 eurosta 500 euroon). Syinä tähän olivat mm. skaalaetujen saavuttamisen näkökulmasta liian pienet asiakasvolyymit, osin epätarkoituksenmukaiset palkkioperusteet sekä tulosten ja vaikutusten todentamisen vaikeus.

Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen näkökulmasta haasteeksi Uudenmaan kokeilussa ja muissa viimeaikaisissa ostopalvelukokeiluissa on osoittautunut aidosti työllistymisprosessin dynamiikkaa ja vaikuttavuutta ilmentävien palkkiokriteerien (kuten työllistymispolulla eteneminen tai pidempiaikainen työllistyminen) käytön vaikeus. Perussyynä tähän on työllistymisen polkumainen vaikutusdynamiikka ja vaikutusten synnyn pitkä kesto, jota on vaikea mittaroida, todentaa ja integroida palkkiomalliin.

Viime aikoina kokeiluissa käytettäviin tulosperusteisiin palkkiomalleihin on pyritty rakentamaan myös elementtejä, joissa huomioidaan laajemmin toiminnan vaikuttavuus ja yhteiskunnallinen hyöty. Palkkion suuruuden perustana laskennassa on pyritty huomioimaan mm. julkiselle sektorille koituvat taloudelliset hyödyt suhteessa siihen, mitä olisi tapahtunut ilman palvelun toteuttamista yksityisen palveluntuottajan toimesta. Ts. palkkio maksetaan tavoitetason saavuttamisen (tuottajalla kaikkein riskipitoisimmassa mallissa vain tavoitetason ylittäneiden osalta) mukaisesti yhteiskunnan taloudellisten hyötyjen perusteella vain niistä asiakkaista, jotka eivät olisi työllistyneet ilman palvelun ulkoistamista. Lisäksi työllistymiselle on asetettu tavoitetasoja eri tyyppisissä asiakas-segmenteissä. Suoritemaksun ja työllistymisestä saadun palkkion lisäksi palkkioperusteina voivat olla asiakassegmenttikohtaisesti mm. työllistymisen tavoitetason portaittainen (%) saavuttaminen (maksu tavoitetason saavuttamisesta portaittain), tuloksen saavuttamisen nopeus (lisäpalkkio) ja työssä pysyminen (lisäbonus).

Työvoimapalvelujen hankinnassa käytettyjen resurssiohjausmallien ohjauslogiikka on perustunut markkinoiden hyödyntämiseen ja osittaiseen markkinaohjaukseen. Ongelmana tässä on kuitenkin se, että työllisyyspalvelujen markkinat etenkin pitkäaikais-työttömien osalta perustuvat kvasimarkkinoihin, jossa markkinaolosuhteet on luotu julkisen sektorin toimin. Pseudomarkkinoilla käytetyissä hankintamalleissa palvelun tuottamisen hinta, ja sitä kautta myös palvelun tuottajien toimintatavat, eivät tosiasiallisesti määräydy markkinalogiikan mukaisesti (mitä vaikuttavuudesta kannattaa maksaa ja

millä hinnalla se kannattaa tuottaa), vaan julkisen hallinnon/järjestäjän käytössä olevien resurssien (työllisyysdenhoidon budjetoidut määrärahat) kautta.

4.2.3 Työllisyys-SIB⁸

Vaikuttavuussijoittamisessa yhdistyy yhteiskunnallinen vaikuttavuus ja tuoton tavoittelu. Sen yleistymisen taustalla ovat kasvavat globaalit ympäristöön ja yhteiskuntaan kohdistuvat ongelmat, kuten ilmastonmuutos ja resurssiniukkuus sekä sosiaaliset ongelmat kuten mm. köyhyys, nälänhätä ja työttömyys. Tulosperusteinen rahoitussopimus eli SIB (Social Impact Bond) on yksi vaikuttavuusinvestoimisen muoto. Siinä julkinen sektori, sijoittajat, järjestöt ja yritykset yhdistävät voimansa yhdessä sovitun yhteiskunnallisen haasteen ratkaisemiseksi.

Työllisyys-SIB on Työ- ja elinkeinoministeriön hanke, jonka tavoitteena on vuosina 2019-2023 tarjota ja kehittää työllistymistä edistäviä palveluja pitkään työttömänä olleille eri puolella maata. Hankkeen tarkoituksena on tarjota työllistymistä edistäviä palveluja laajalle, pitkään työttömänä olleiden joukolle, testata aidon tulosperusteisuuden vaikutusta työllistymistuloksiin, saada sijoittajilta rahoitusta työllisyyspalveluihin yli 10 milj. euroa sekä luoda uutta markkinaa. Julkisen talouden arvioidaan hyötyvän hankkeen tuloksista suoraan kahta kautta: säästyneinä työttömyysetuuksina ja palkkatuloista maksettavien verojen kasvuna.

Mallissa on neljä osapuolta: (1) tilaajana toimiva julkisen sektorin edustaja, kuten ministeriö tai kunta, (2) palvelujen johtamisesta ja rahoituksen hankinnasta vastaava hankehallinnoija, (3) varsinaiset palveluntuottajat ja (4) toiminnan rahoittavat sijoittajat. Hankehallinnoijalla on SIB-mallissa varsin itsenäinen rooli. Tilaajana oleva organisaatio ei itse osallistu palvelujen tuottamiseen, vaan maksaa hankehallinnoijalle vain todennetuista tuloksista. Hankehallinnoija puolestaan kanavoi sijoittajien varat palvelutuotantoon ja asettaa palveluntuottajille omat tavoitteet. Taloudellinen riski siitä, saavutetaanko valittujen palveluntuottajien toiminnalla tavoitellut tulokset, jää pääosin sijoittajien ja palveluntuottajien kannettavaksi.

Työllisyys-SIB-hankkeen tuloksellisuus saadaan selville vertaamalla palveluihin osallistuvien toteutuneita palkkatuloja taustatekijöiltään samankaltaisten työttömien joukolle ennustettuihin palkkatuloihin. Tulospalkkio on sidottu tarjottujen palvelujen kautta työllistyvien henkilöiden bruttomääräisiin palkkatuloihin. Mitä vaikeammin työllistettävästä henkilöstä on kyse, sitä suurempi on työllistymisestä maksettava palkkio. Palkkiota maksetaan vain, mikäli palveluihin osallistuvien työttömien työllistymisen myötä

⁸ Lähteet: FVCA, Sitra ja Deloitte (2017); Epiqus (2018) ja Työ- ja elinkeinoministeriö (2018)

kertyvä palkkasumma on suurempi kuin verrokkiryhmän ennuste. Muussa tapauksessa maksetaan puolet sijoittajien rahaston kautta maksamista hankkeen palvelujen kuluista.

Työ- ja elinkeinoministeriöllä on valtion budjetin täydennyksessä 15.11.2018 myönnetty valtuus maksaa tulospalkkioita yhteensä enintään 23 milj. euroa vuosien 2020-2024 aikana. Mahdollinen vuosittainen tuotonmaksu interventiohallinnointi- ja rahoitusyhtiöön ajoittuu vuosiin 2020–2025 alkaen vuoden 2019 verotuksen, hankekokoaisuuden vaikuttavuuden arvioinnin ja valtiolle kertyneiden säästöjen laskelman valmistumisesta. Sijoittajat saavat pääomansa takaisin, jos palkkasumman perusteella maksettavat tulospalkkiot kattavat työllistymistä edistävien palvelujen kustannukset. Pääomille ei ole takauksia, joten riski pääomien osittaisesta menetyksestä on todellinen.

Työllisyys SIB -hanke on käynnistynyt vuonna 2019. Tarkempaa tietoa vaikuttavuussijoittamisen ja hankkeen toimintamallin toimivuudesta saadaan vasta hankkeen edetessä, eli 2020-luvun alkupuolella. Marraskuussa 2019 käytännön toiminta on saatu käynnistettyä Uudellamaalla, jossa ensimmäiset asiakkaat on saatu asiakasohjausprosessiin mukaan sekä ensimmäiset palvelutuottajat kilpailutettua hankehallinnoija FIM:n toimesta. Ensi vuoden puolella toiminnan odotetaan käynnistyvän myös Hämeen ja Pohjois-Pohjanmaan TE-toimiston alueilla ja lisäksi keskusteluja on käyty muiden toimistojen alueilla. Alueilla toiminnan keskeisiksi kriittisiksi tekijöiksi on tunnistettu mm. asiakashankinta ja onnistunut viestintä asiakkaiden sitouttamiseksi, asiakkaan palvelutarpeiden onnistunut kartoittaminen ja palvelujen räätälöinti asiakaskohtaisesti, FIM: tehtävänä on sitouttaa erityyppisiä ja osuvia palveluita tuottavia tahoja mukaan toimintaan sekä varmistaa asiakasohjauksen onnistuminen. Sijoituksia hankkeeseen hankitaan kolmivuotisella ajanjaksolla FIM:n toimesta. Ensimmäisen vuoden osalta rahoitusta on saatu kerättyä odotuksiin nähden onnistuneesti mm. työmarkkinajärjestöjen tekemillä sijoituksilla. Jatkon kannalta keskeistä on kuitenkin tunnistaa ja saada sitoutettua laajemmin myös muita potentiaalisia sijoittajatahoja, kuten kuntia, mukaan toimintaan.

Niin asiakkaiden, palveluntuottajien kuin sijoittajienkin kohdalla keskeinen oppi hankkeesta on ollut, että toimijoiden sitoutuminen vaatii merkittäviäkin panostuksia. Kriittinen tekijä on, että eri osapuolet kokevat ja ymmärtävät saavansa osallistumisesta riittäviä hyötyjä. Potentiaalisten hyötyjen ja mahdollisuuksien ymmärtäminen eri osapuolien näkökulmasta vaatii aikaa ja avointa yhteistä keskustelua. Tärkeää on myös yhteistyön toimivuus hankehallinnoijan, TE-toimistojen, kuntien ja työ- ja elinkeinoministeriön kesken eri toteutusalueilla.

4.2.4 Yhteenveto työllisyydenhoidon esimerkkitapauksista

Työllisyyspalveluiden ohjauksessa ei Suomessa toistaiseksi ole aidosti käytetty lähtökohtana vaikuttavuutta tai yhteiskunnallista lisäarvoa, vaan pikemmin yksittäisistä tuloksista palkitsemista. Käytännössä resurssiohjausta palvelujen hankinnassa tehdään käytettävissä olevien vuotuisten työllisyydenhoidon määrärahojen puitteissa, ei vaikuttavuuslähtöisesti. Vaikuttavuussijoittamiseen perustuva toimintatapa, jossa resurssien kohdentamisen perustana ovat yksilön ja yhteiskunnan hyöty, voi tarjota uuden tyyppisiä mahdollisuuksia vaikuttavuudella ohjaukseen resurssiohjauksen kautta.

Työllisyyspalvelujen järjestäjä-tuottajarakenne on sirpaleinen etenkin vaikeasti työllistytävien osalta. Toiminnan tavoitteet määrittyvät pääsääntöisesti kunkin toimijan omien päämäärien ja intressien kautta. Prosessin eri vaiheissa palvelutuotannon ohjauksessa käytetään jo mm. tulospalkkiomalleja. Sen sijaan moniammatillisen (vaikutuksiltaan ketjuuntuneen) prosessin kokonais- tai yhteisvaikuttavuuden huomioivia ohjauksimalleja eikä mittareita ole käytössä. Iso syy tähän on yhteisten tavoitteiden sekä kokonaisvastuun puuttuminen asiakasprosessista ja asiakkaan etenemisestä. Työvoima- ja yrityspalvelujen kokeilut ovat osoittaneet, että kokonaisvaltainen ohjaus työllisyyden hoidossa edellyttää palvelun järjestäjiltä yhteistyötä ja yhteisiä tavoitteita, kokonaisvaikuttavuuden huomioivia kannusteita ja selkeää toimintamandaattia sekä koordinaatiovastuuta tietyille taholle. Hajallaan olevien työllisyyden hoidon resurssien ja voimavarojen kokoaminen samansuuntaisten tavoitteiden alle on tärkein keino parantaa työllisyyden hoidon vaikuttavuutta tilanteessa, jossa resurssit eivät ainakaan merkittävästi ole lisääntymässä.

Alueelliset kokeilut kertovat myös siitä, että työvoima- ja työllisyyskysymykset ja niihin liittyvä palvelutuotanto on nähtävä vahvemmin alueellisten elinvoimatekijöiden osana tai osana alueiden elinvoimaekosysteemiä. Tämä vaatii nykyistä laajaa-alaisempaa ja eri hallinnonaloja integroivaa ohjausotetta. Tämä puolestaan edellyttää vahvaa ohjausmandaattia sekä poikkihallinnollista neuvotteluvoimaa, joita ei toistaiseksi ole millään taholla.

5 Vaikuttavuuden ohjaaminen

Vaikuttavuusperustaista tuotantoa ohjataan asiakkaiden tarpeista, ei organisaatioista käsin (Porter & Guth 2012, 223). Koska asiakasryhmien ohjaaminen tapahtuu pääosin tuottajia ohjaamalla, järjestäjän täytyy ohjata tuottajia niin, että ne pystyvät tuottamaan eri segmenteille vaikuttavia palveluita. Käytännössä tämä tarkoittaa asiakassegmenttien mukaan jaoteltua, mutta tuottajan kautta tapahtuvaa ohjausta, jossa keskeistä on ohjausrakenteen tarkasteleminen asiakkaasta, ei organisaatiosta käsin. Vaikuttavuusperustaisuus yhdistää asiakaslähtöisyyden ja tietojohdamisen ohjausmalliksi, jossa ne otetaan ohjauksen pääperiaatteiksi koko palvelujärjestelmän tasolla.

5.1 Vaikuttavuuden ohjaamisen reunaehdot sote-palveluissa

Palveluiden tuotanto- ja järjestämisrakennetta ei tarvitse muuttaa vaikuttavuusperustaisen tuotannon käynnistämiseksi, vaan vaikuttavuuden ohjauksen voi tuoda osaksi palveluiden järjestämistä vallitsevassa palvelurakenteessa. Pitkällä tähtäimellä ja laajasti toteutettuna vaikuttavuusperustaisuus vaatii kuitenkin lainsäädäntömuutoksia ja kansallisen tason toimia. (vrt. Porter & Guth 2012, 225). Laaja-alainen vaikuttavuusperustainen ohjaaminen tarvitseekin tuekseen sekä kansallisen tason järjestelmiä, mittareita ja reformeja, rahoituksen uudistamista, että valtakunnallisia tietovarantoja. Laajojen rekisteritietojen vuoksi vaikuttavuuden ohjauksen edellytykset ovat Suomessa sielläkin hyvät, missä vaikuttavuuden ohjaamista ei olla tehty esimerkiksi pilottien tai muiden vaikuttavuuden ohjaamisen nimellä kulkevien toimintatapojen kautta.

Vaikuttavuutta ohjataan tavoitteista käsin. Koska suomalaisessa järjestelmässä tavoitteet asettaa alueellinen tai paikallinen järjestäjä, järjestäjän tulee kyetä asettamaan tavoitteita ja ohjaamaan tuottajia ja palvelutuotantoa niiden mukaisesti. Tässä yhteydessä puhutaan usein vahvasta järjestäjästä. Vallan ja vastuiden epäsuhta, erityisesti tuotantovetoisuus, on yksi keskeisistä syistä siihen, ettei maksajilla ole nykyisessä mallissa riittävää valtaa terveydenhuollon kustannuksiin. Kustannuskasvun hillitseminen on ollut keskeinen tavoite kaikissa sosiaali- ja terveystalouden uudistamisyrityksissä. Vaikuttavuusperustainen ohjaaminen voi sekä osana nykyjärjestelmää että etenkin uuteen sote-malliin sisäänrakennettuna parantaa mahdollisuuksia vaikuttaa kustannuskehitykseen.

5.2 Vaikuttavuuden ohjaamisen mahdollisuudet työllisyyspalveluissa

Kuntien ja valtion työnjaosta, vastuista ja rooleista työllisyyden hoidossa on käyty viime vuosina kovaa keskustelua. Etenkin vastuuta vaikeammin työllistyvistä on siirretty kokeiluluonteisesti kunnille. Alueellisilla kokeiluilla on kehitetty mm. työttömille tarjottavia työllistymistä edistäviä palveluita sekä pyritty lisäämään niiden vaikuttavuutta. Piloteissa on myös kokeiltu erilaisia kuntalähtöisiä hallintomalleja ja -konsepteja sekä yhteistyömalleja (mm. allianssit) työllisyyden hoitoon. Kokeilut ovat osaltaan antaneet viitteitä myös siitä, millaisella mallilla, työnjaolla ja rakenteella työllisyysasioita on tarkoituksenmukaista hoitaa jatkossa.

Kuntien ja valtion roolit työllisyyden hoidossa ovat edelleen, maakunta- ja kasvupalvelu-uudistuksen kaatumisen sekä työllisyyden alueellisten kokeilujen päättymisen jälkeen, epäselvät. Selvyyttä tähän pyritään saamaan keväällä 2020 käynnistyvissä työllisyyden kuntakokeiluissa, joissa kunta vastaa TE-palveluiden tarjoamisesta. Tavoitteena kokeiluissa on edistää nykyistä tehokkaammin työttömien työnhakijoiden työllistymistä ja koulutukseen ohjautumista sekä tuoda uusia ratkaisuja osaavan työvoiman saatavuuteen. Vaikuttavuuden näkökulmasta uutta näissä kokeiluissa on se, että kokeiluille on tarkoitettu yhteinen arviointisuunnitelma ja yhteiset valtakunnalliset toiminnan vaikuttavuuden seurantamittarit. Kokeiluissa myös tavoitellaan vahvempaa vaikuttavuutta yhteensovittamalla valtion ja kuntien resursseja, osaamista ja palveluja.

5.2.1 Normiohjaus

Alueellisilla kokeiluilla (mm. kokeilulait) on annettu alueille enemmän vastuuta ja vapautta työllisyyden hoidossa. Vaikuttavuudella ohjaamisen näkökulmasta keskeinen oppi näistä on se, että etenkin vaikeimmin työllistyvien osalta työllisyyspalvelujen järjestäjä-tuottajarakenne on sirpaleinen ja järjestelmää vaivaa yhteisten tavoitteiden ja kokonaisvastuun puute asiakasprosessista. Onnistunut ohjaus edellyttää palvelujen järjestäjiltä yhteistyötä ja yhteisiä tavoitteita, kokonaisvaikuttavuuden huomioivia kannusteita ja selkeää toimintamandaattia ja keskitettyä koordinaatiovastuuta tietyille taholle.

Etenkin valtion ja kuntien keskinäiset vastuut sekä kustannusten ja hyötyjen jakosuhteet ovat työllisyyden hoidossa tällä hetkellä epäselvät. Normiohjauksella tuleekin selvittää kuntien roolia työllisyyden hoidossa, määrittää tarkemmin eri toimijoiden toimintamandaatti ja koordinaatiovastuu etenkin moniammatillisten asiakasprosessien osalta sekä luoda enemmän kannusteita palvelun järjestäjien keskinäiselle yhteis-

työlle ja uusien innovatiivisten palveluratkaisujen synnylle. Hajallaan olevien työllisyyden hoidon resurssien ja voimavarojen kokoaminen samansuuntaisten tavoitteiden alle on keskeisin keino parantaa työllisyyden hoidon vaikuttavuutta niukkojen resurssien tilanteessa.

5.2.2 Resurssiohjaus

Resurssiohjaus työhallinnossa perustuu ennen kaikkea työllisyysmäärärahojen vuositaiseen allokointiin, jonka ensisijaisena perusteena on työttömien määrä ja arvioitu palvelutarve. Vaikuttavuuteen perustuvassa taloudellisessa ohjauksessa (niin sisäisessä kuin ulkoisessa tuotannossa) lähtökohdana tulee huomioida vahvemmin se, mikä on palvelujen tuottamisen yhteiskunnallinen hyöty ja mitä yhteiskunnan kantaa siitä maksaa. Taloudellisen ohjauksellisen lähtökohdaksi tulisi työllisyyden hoidon yhteiskunnalliset kustannusvaikutukset (palvelun tuottamisen kustannukset suhteessa siitä koituviin yhteiskunnallisiin kustannussäästöihin) mallintaa nykyistä selkeämmin sekä käyttää vahvemmin kustannusvaikuttavuutta resurssien ohjauksen keinona, kun tavoitellaan sekä yksilöiden että yhteiskunnan hyötyä. Keinoina tässä voisivat olla ilmiökohtainen budjetointi (nuorten syrjäytyminen, rakennetyöttömyys tms.) ja henkilökohtainen aktivointi- ja työllistymisbudjetti, jonka käyttöä selvitetään tällä hetkellä mm. työministerin johtamassa työllisyystyöryhmässä.

5.2.3 Informaatio-ohjaus

TE-palvelujen ohjausrakennetta on arvosteltu siitä, että ohjausjärjestelmä on hajanainen, ohjaavien tahojen roolit ovat keskenään epäselvät ja ELYjen ja TE-toimistojen välinen ohjaussuhde on jäsentymätön ja epäselvä (mm. Oosi 2012; Tonttila 2015). Lisäksi ministeriöllä on rakenteessa epätavallisen paljon operatiivisia ohjaustehtäviä. Ohjausjärjestelmän haasteiksi on nähty tavoitteiden asettamisen ja resurssien asettamisen kohtaamattomuus (insentiivien puute) sekä kilpailun ja vertaisoppimisen puute eri TE-alueiden välillä. Näitä ohjauksen haasteita on pyritty viime vuosina korjaamaan erilaisin kehityshankkein sekä KEHA-keskuksen toimin (mm. paraikaa käynnissä oleva palvelu- ja ohjausrakenteen uudistustyö, jonka perustamisen yhtenä tarkoituksena oli selkiyttää palvelurakennetta). Tiedolla johtamisen kehittämiseen on TEM:n hallinnonalalla panostettu jo vuosia mm. KEHA-keskuksen toimesta. Lisäksi tietojärjestelmiä ollaan uudistamassa mm. TE-Digi-hankkeen tiimoilta. Uusi työnhakupalvelu Työmarkkinatori on osa tätä kehitystä.

Vaikuttavuuden mittaamisen keskeisenä haasteena voidaan tiedolla ohjaamisen näkökulmasta pitää sitä, että käytössä olevilla mittareilla ja menetelmillä on hankala tunnistaa asiakkaan työllistymisedellytyksissä ja työmarkkinavalmiuksissa tapahtuvia

muutoksia. Olemassa oleva seurantajärjestelmä ja mittarit eivät myöskään tunnista ohjauksellisen työn tai palveluprosessin kokonais- tai yhteisvaikutuksia. Tämä on ongelma etenkin moniammatillisen (vaikutuksiltaan ketjuuntuneen) palveluprosessin vaikutusten tunnistamisella ja sitä kautta vaikuttavuudella ohjaamiselle monitoimijaisessa palvelukentässä. Vaikutusten seurantaan on käytössä lukuisia yksittäisiä mittareita ja mittaristoja kuvaamaan prosessin eri vaiheiden asiakastuloksia. Sen sijaan olemassa olevat mittarit eivät riittävästi ohjaa palvelun järjestäjiä ja tuottajia kokonaisvaltaiseen asiakasajatteluun. Seuranta- ja palautetiedon puutteet johtavat helposti siihen, että toimijoilla ei ole yhteistä ymmärrystä siitä, mitä ollaan tekemässä ja miksi, miten resurssit ja toiminta kytkeytyvät (usein kaukana olevien) tavoitteiden toteutumiseen sekä tehdäänkö tavoitteiden saavuttamisen kannalta oikeita asioita ja tehdäänkö ne vielä tehokkaasti. Pahimmillaan tehdään hätiköityjä johtopäätöksiä toiminnan vaikuttavuudesta.

Vaikuttavuuslähtöisempi tiedolla ohjaaminen työllisyyden hoidossa edellyttää tuekseen seurantajärjestelmää, joka tuottaa mahdollisimman reaaliaikaista tietoa asetettujen (yhteiskunnallisten, aluetasoisien ja yksilötasoisien) tavoitteiden toteutumisesta perustuen vaikutusten ketjuuntuneeseen syntydynamiikkaan (kausaalisuhteet keinojen ja vaikutusten välillä) sekä tästä dynamiikasta mallinnettuihin vaikutuspolkuihin välitavoitteineen ja seurantaindikaattoreineen. Esimerkiksi vaikeimmin työllistyvien ja moniammatillista palvelua tarvitsevien asiakkaiden osalta tämä edellyttää koko palveluketjun ja palvelukokonaisuuden toimivuuden ja vaikuttavuuden seuranta. Seurantajärjestelmä tulee kytkeä osaksi työllisyydenhoidon johtamisjärjestelmiä ja integroida sen tuottama tieto myös yhteiseen oppimiseen sekä tiedon vaihdon ja hyvien käytäntöjen edistämiseen.

5.3 Vaikuttavuuden ohjausmalli

Vaikuttavuuden ohjausmalli ei ole sidottu mihinkään hallintomalliin tai organisaatiorakenteeseen. Malli etenee yleisestä ohjausperiaatteesta spesifeihin työkaluihin. Se pitää sisällään kolme osaa: ohjauksen toimintaperiaatteen, ohjausprosessin ja ohjauksen työkalut.

Ohjausperiaate käsittää sekä sote- että työllisyyspalveluiden yleisen ohjauslogiikan. Se määrittelee eri ohjauskeinojen eli informaatio-ohjauksen, normiohjauksen, resursiohjauksen ja dialogin suhteet vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa. Ohjausprosessilla tarkoitetaan vaikuttavuusperustaisen ohjausmallin järjestäjäkohtaisen suunnittelun, päätöksenteon ja seurannan kehää. Ohjaustyökalujen avulla kuvataan, miten yksittäisen asiakasryhmän ohjaus toteutetaan käytännössä.

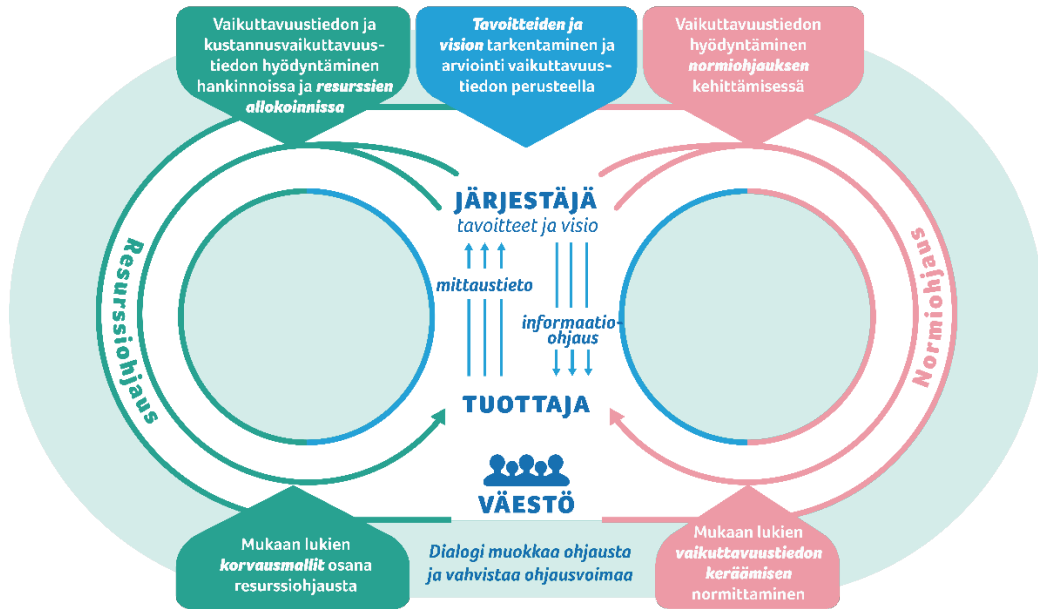
Tavoitteena on tuoda esiin 1) mistä elementeistä vaikuttavuuden ohjaaminen koostuu, 2) mistä asioista pitää päättää vaikuttavuuden ohjausta suunniteltaessa järjestäjän tasolla ja 3) missä järjestyksessä asiat pitää pääpiirteittäin päättää.

Esittelemämme ohjausmalli keskittyy vaikuttavuusperustaisen ohjauksen ydinasioihin: vaikka ohjaamisen kokonaisuus tähtää mahdollisimman vaikuttaviin palveluihin, kaikki ohjaaminen ei kuulu suoraan vaikuttavuuden ohjaamisen piiriin. Esimerkiksi henkilöstön hyvinvointi ja palveluiden saatavuus ovat merkittäviä vaikuttavuustekijöitä. Silti ne muodostavat monella tavoin erilliset ohjauskokonaisuudet. Henkilöstön hyvinvoinnin ohjaaminen jäsentyy omana, pääosin johtamisen piiriin kuuluvana kokonaisuutenaan. Palveluiden saatavuuden optimoimisessa taas voidaan hyödyntää vaikuttavuustietoa ja saatavuus vaikuttaa vaikuttavuuden kokemukseen, mutta se on myös oma, itsenäinen ohjauskokonaisuutensa. (vrt. esim. Syrjänen ym. 2019).

Toinen ohjausmallin soveltamista määrittävä tekijä on toimintaympäristö, jossa palveluita ohjataan. Kuvaamaamme ohjausmallia voidaan soveltaa erilaisissa ympäristöissä, mutta luvuissa 5.1 kuvatut ohjauksen olosuhteet vaikuttavat siihen, mitä ohjausmallilla voidaan saavuttaa. Esimerkiksi organisaatioiden keskinäiset valta- ja vastuusuhteet, kuten rahoitusvastuu ilman riittävää ohjausvoimaa sekä eri suuntiin vetävät tilivelvollisuudet ja tietojohdamisen haasteet vaikuttavat vääjäämättä ohjausmallin vipuvoimaan. Vaikuttavuusperustainen ohjaaminen on kuitenkin siitä erityinen väline palveluiden ohjaamiseen, että sitä voi soveltaa monenlaisissa organisaatorakenteissa eikä sen käyttöönotto sinällään vaadi hallinnon uudistamista. Monien ympäristötekijöiden muuttamisella on kuitenkin suotuisia seurauksia vaikuttavuusperustaisen ohjauksen soveltamiseen, näitä kuvaamme luvussa 6 reittioppaan yhteydessä.

Kaikkia ympäristötekijöitä ei kuitenkaan ole mahdollista käytännössä eikä ehkä edes teoriassa taklata vaikuttavuuden tieltä. Siksi ohjausmallin perusrakenteessa yksi olennaisimmista piirteistä on toimintaympäristön ja tiedon rajoitteiden tunnistaminen ja tunnustaminen. Tämä tarkoittaa ohjauksen sisällön ja ohjausmuotojen kehittämistä saadun tiedon perusteella, saadun tiedon jatkuvaa arviointia ja sen huomioimista, että osa asioista jää joka tapauksessa katveeseen. Tämä puolestaan tarkoittaa sitä, että katvealueiden etsiminen ja koko väestön sekä kaikkien asiakasryhmien tarpeiden karsoittaminen on jatkuvaa. Ohjausmalli kuvaa näin myös sitä, miten sekä ohjauskeinojen että ohjauksen sisällön jatkuva arviointi voidaan toteuttaa.

5.4 Ohjauksen toimintaperiaate

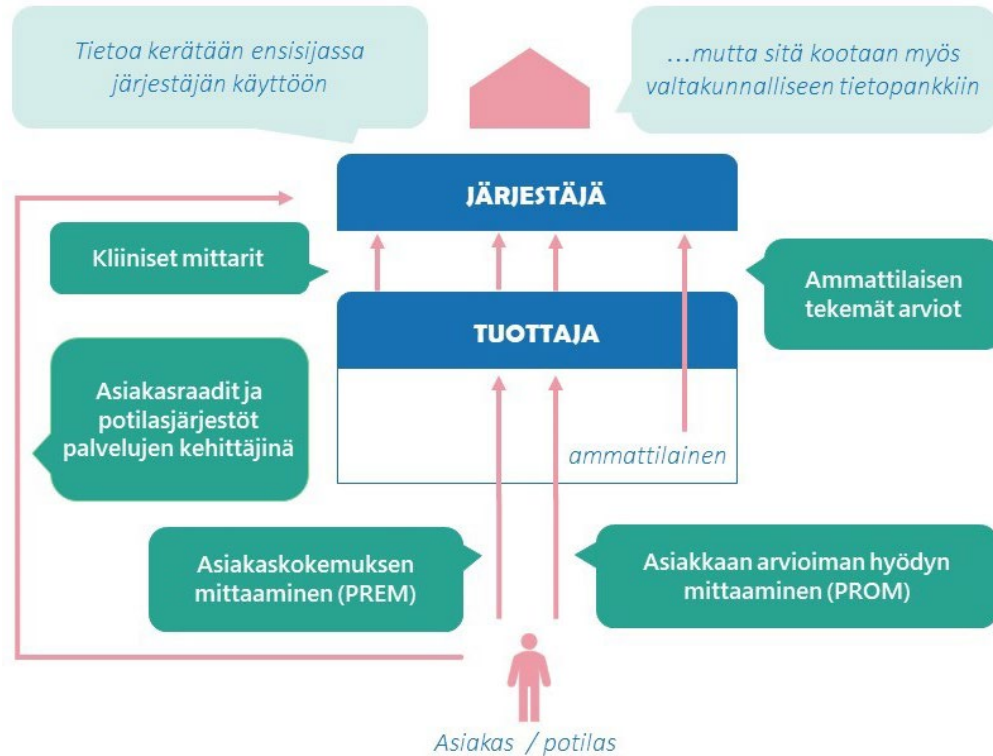


Kuva 9. Vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa ohjauskeinot muodostavat systeemin, jossa muut ohjauskeinot määrittävät suhteessa vaikuttavuustietoon

Vaikuttavuustiedon keskeinen asema näkyy siinä, miten ohjauksen toimintaperiaate ymmärretään. Vaikuttavuuden ohjaaminen perustuu korostetusti mittaustietoon, jota kerätään sekä kustannusten mittaamisen, asiakkaan raportoimien vaikuttavuusmittarien, että kliinisten vaikuttavuusmittarien avulla. Siksi ohjausta ei voi ajatella perinteiseen tapaan ylhäältä alas suuntautuvina nuolina, jossa ohjaus ja siihen liittyvä tieto joko menevät tai eivät mene toivotulla tavalla perille. Vaikuttavuustiedon kerääminen on ohjausjärjestelmän perusta ja tieto koko ohjausprosessin moottori.

Tässäkin ohjausmallissa järjestäjän pitää kuitenkin pitää moottori käynnissä eli asettaa tavoitteet, normittaa vaikuttavuustiedon keräämistä, arvioida tietoa, ylläpitää vaikuttavuustietovarantoa, hyödyntää tietoa resurssien allokoinnin perustana sekä normiohjauksen kehittämisessä ja lopulta myös uudelleenarvioida tavoitteita ja visiota vaikuttavuustiedon valossa.

5.4.1 Tieto kaiken keskellä



Kuva 10. Asiakaskohtainen mittaaminen muodostaa vaikuttavuuden ohjaamisen perustan.

Vaikuttavuusperustainen ohjaaminen on tietoon perustuva ohjausmalli. Siinä tiedon rooli jakaantuu kolmeen eri osa-alueeseen: tiedon keräämiseen, tiedon hyödyntämiseen ja informaatio-ohjaukseen. Tiedon kerääminen pitää sisällään mittaamisen ja datan varastoinnin. Tiedon hyödyntäminen mittaustiedon arvioinnin, seurannan ja hyödyntämisen päätöksenteossa sekä resurssiohjauksen, normiohjauksen ja informaatio-ohjauksen perustana. Tiedolla onkin mallissa rooli myös perinteisenä informaatio-ohjauksena.

5.4.1.1 Tiedon kerääminen

Koska vaikuttavuusperustainen ohjaus tarkastelee palvelujärjestelmää asiakkaasta käsin ja tuotannon ohjaaminen perustuu asiakassegmentteihin, ohjauksen perustana oleva tieto kerätään asiakailta. Mittaamisen aloittaminen onkin tärkein yksittäinen askel vaikuttavuusperustaiseen palvelutuotantoon siirryttäessä (Porter & Guth 2012, 225). Ei riitä, että tietoa kerätään tuottajien tai prosessien tasolla, vaan keskeisin mit-

tauksen kohde on yksittäisten asiakkaiden kohdalla tapahtuva muutos. Sote-palveluissa tämä tarkoittaa terveyden tai toimintakyvyn lisääntymistä, työllisyyspalveluissa työllistymistä.

Pääasiallinen ohjauksen perusta on asiakaskohtainen mittaaminen kliinisten testien, ammattilaisen tekemien arvioiden ja asiakkaan kokeman hyödyn sekä näitä kustannuksiin yhdistävän kustannusvaikuttavuustiedon avulla. Myös tietoa palveluprosessien toiminnasta tarvitaan edelleen tuottajien oman toiminnan seuraamiseen. Prosessitiedolla on paikkansa etenkin lyhyen tähtäimen kehittämisessä ja nopeaa reagointia vaativien muutosten pohjana (Kildal 2019, Porter & Guth 2012, 226).

Tiedon kerääminen organisoidaan vaikuttavuuden ohjauksessa niin, että yksittäisten asiakkaiden tiedot kanavoituvat ensisijaisesti järjestäjän käyttöön. Se, että vaikuttavuustietoa kerätään, ei tarkoita sitä, että vaikuttavuusperustainen ohjaus pitää aloittaa heti kaikissa asiakasryhmissä. Olennaisempaa on, että kullekin asiakasryhmälle määritetään tavoitteet ja käytetään tavoitteiden saavuttamista seuraavia mittareita kuin se, että kerätään mahdollisimman paljon tietoa kaikista asiakas- ja potilasryhmistä. Tämän vuoksi vaikuttavuuden ohjaus voidaan aloittaa – ja on tähän asti Suomessa aloitettukin – pilotoimalla merkittävässä asiakasryhmissä. Jos ja toivottavasti kun vaikuttavuusperustaista ohjausta aletaan toteuttaa laajassa valtakunnallisessa mittakaavassa, tiedot kerätään myös valtakunnalliseen tietovarantoon.

5.4.1.2 Tiedon hyödyntäminen

Mittaamisen arvo syntyy vasta, kun vaikuttavuustietoa hyödynnetään ja sitä käytetään päätöksenteon perustana, eli resurssien allokoinnin pohjana, normien määrittelyssä tai informaatio-ohjauksen tiedonlähteenä. Tietoa hyödynnettäessä pitää kuitenkin tiedostaa mittaustiedon rajoitteet: Mittaustieto on aina rajallista. Siksi vaikuttavuus ei aina näy siellä missä se tehdään vaan jossain muualla tai se muodostuu monen toimijan yhteisenä tuloksena. Kaikissa tapauksissa vaikuttavuutta ei voida mitata esimerkiksi siksi, että hyöty näkyy vasta pitkän ajan kuluttua tai siksi, että sen perimmäiset tekijät koostuvat mitattavien palveluiden lisäksi monen muun elämän osa-alueen osumisesta kohdilleen. Tiedon rajallisuudesta huolimatta päätökset täytyy kuitenkin tehdä sen tiedon perusteella, mitä on saatavilla.

5.4.1.3 Informaatio-ohjaus

Vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa informaatio-ohjauksella on myös perinteinen tiedon jakamisen ulottuvuus. Vaikuttavuustiedon jakaminen mahdollistaa käytäntöjen parantamisen, palvelujen vertailun ja benchmarkingin sekä saman järjestäjän sisällä että eri järjestäjien välillä.

Perinteisessä mielessä ymmärretyn informaatio-ohjauksen merkittävä rooli johtuu siitä, että pääosa ohjauksesta kohdistuu palveluorganisaation tärkeimpään resurssiin eli ihmisiin. Asiantuntijaorganisaatioissa päätökset tehdään pitkälti asiakasrajapinnassa ja ammattilaisten ohjaamisessa informaatio on usein paras keino. Informaatio-ohjauksen ohjausvoima paranee, kun se on linjassa muiden ohjauskeinojen kanssa. (Jalonen 2008). Siksi eri toimintojen ja käytäntöjen vaikuttavuuteen tai vaikuttamattomuuteen voidaan vaikuttaa niin, että informaatio-ohjauksella kerrotaan ammattilaisille vaikuttavista toiminnoista ja toimintatavoista. Olennaista on sekä pitkän aikavälin informaation jakaminen että lyhytaikainen palveluprosesseihin liittyvä tieto. Informaatio-ohjauksen ja siihen liitetyn dialogin avulla on mahdollista ylittää ainakin osa niistä kuiluista, joita muodostuu eri suuntaan vetävistä tilivelvollisuuksista. Näiden kuilujen ylittämistä helpottavien keinojen etsiminen on yksi keskeisistä vaikuttavuuteen vaikuttavista tekijöistä, koska asiakasrajapinnassa toimiva ammattilainen on se, jonka toiminnan seurauksena palvelujen vaikuttavuus viimekädessä syntyy. Tässä järjestäjän osana on etsiä sellaisia, etenkin informaatio-ohjaukseen ja dialogiin kytkeytyviä keinoja, jotka tukevat ammattilaisia vaikuttavuuden tavoittelussa.

Järjestäjällä on mahdollisuus vaikuttaa myös suoraan asiakkaaseen informaatio-ohjauksella. Preventio nojaa pitkälti juuri asiakkaiden informaatio-ohjaukseen.

5.4.2 Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen resurssiohjauksessa

Vaikuttavuustiedon soveltamisen peruseriaatteita on resurssiohjauksessa kolme. Vaikuttavuustiedon avulla allokoidaan resursseja panostaen erityisesti vaikuttaviksi todettuihin palveluihin. Toisessa resurssiohjauksen muodossa vaikuttavuudesta palkitaan määriteltujen korvausmallien mukaisesti. Tätä mallia sovelletaan etenkin hankinnoissa. Kolmannessa tapauksessa resursseja allokoidaan palvelujen vaikuttavuuden parantamiseen niin, että vaikuttavuuspuutteesta kärsivien palveluiden kehittämiseen osoitetaan erillisiä resursseja.

5.4.2.1 Vaikuttavuustieto resurssien allokoinnin perustana

Vaikuttavuustiedon ensisijainen tavoite resurssiohjauksessa on olla priorisoinnin väline. Sen avulla voidaan allokoida niukkoja resursseja sinne, missä niistä on eniten hyötyä. Yleisellä tasolla hyödyistä ja vaikuttavuudesta on helppo olla yksimielisiä, mutta käytännössä järjestäjän tehtävänä on määritellä tuo hyöty. Järjestäjällä tarkoitetaan tässä yhteydessä sekä poliittista että viranhaltijatason järjestäjää. Molemmilla on hyödyn määrittelyssä oma, hieman toisistaan poikkeava tehtäväkenttänsä. Järjestäjän poliittinen ohjaus keskittyy ennen kaikkea arvopohjaisiin linjauksiin, viranhaltijoiden

ohjaus operatiiviseen toimintaan. Mikäli osa-alueet ovat keskenään synkronissa, strateginen ohjaus muodostuu poliittisen ja virkamiesjärjestäjän rajapinnassa.

Tässä yhteydessä vaikuttavuus tarkoittaa kuitenkin paljon muutakin kuin puhdasta kustannusvaikuttavuutta. Jos vaikuttavuutta arvioitaisiin vain kustannusvaikuttavuuden näkökulmasta, sellaiset palvelut, joiden kustannusvaikuttavuuden voi todentaa, olisivat vahvemmassa asemassa kuin sellaiset, joiden mittaaminen on vaikeampaa. Näin esimerkiksi preventio jäisi helpommin mitattavien toimintojen jalkoihin. Joka tapauksessa kustannusvaikuttavuustieto on olennainen osa vaikuttavuuden arviointia.

Vaikuttavuusperustaisessa ohjausjärjestelmässä resurssiohjauksen keskeisin väline onkin sekä vaikuttavuus- että kustannusvaikuttavuustiedon kerääminen ja resurssien allokoiminen kerätyn tiedon mukaan. Näiden tietojen perusteella voidaan muokata sisäisiä toimintatapoja, kuten jättää vaikutukseltaan vähäisiä toimenpiteitä pois. Vaikuttavuustiedon avulla voidaan myös vertailla eri tuottajia, sekä ulkoisia että sisäisiä ja esimerkiksi jatkaa ulkoisen tuottajan sopimusoptiota tietoon perustuen.

5.4.2.2 Resurssiohjaus ja kehittäminen

Ilman kustannusvaikuttavuuden huomioimista vaikuttavuutta voitaisiin lisätä periaatteessa loputtomasti. Vaikuttavuustiedon käyttäminen päätöksenteon tukena tuo kuitenkin näkyviin myös toisen puolen vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden suhteesta: ilman asiakkaan kokemaa hyötynäkökulmaa ja sen tuomia yhteiskunnallisia kerrannaisvaikutuksia palveluita voitaisiin karsia silloin, kun ne eivät ole kustannusvaikuttavia, vaikka suurin yksilöille ja yhteiskunnalle aiheutuva hyöty tulisi lopulta siitä, että juuri heikon kustannusvaikuttavuuden palveluihin panostettaisiin. Heikon kustannusvaikuttavuuden palveluita ei välttämättä kannata karsia, koska laskennallinen kustannusvaikuttavuus on välinearvo, vasta kokonaisvaikuttavuus luo todellista arvoa.

Siihen, milloin vaikuttamattomia tai kustannusvaikuttamattomia palveluita kannattaa karsia ja milloin niihin kannattaa panostaa ei ole olemassa viisasten kiveä. Viisauden perustana on kuitenkin ymmärrys siitä, että molemmille on paikkansa. Myös karsiminen voi huonosta maineestaan huolimatta parantaa palveluita: niukkojen resurssien tilanteessa vaikuttamattomien palveluiden ylläpitämisellä on kääntöpuolena se, että jossain muualla joltain ihmiseltä jää vaikuttava palvelu saamatta (vrt. Kekomäki 2019).

5.4.2.3 Kannustinkorvaukset

Tuottajille suunnattujen kannustinkorvausten määrittäminen on osa resurssiohjausta. Se on keskeinen vaikuttavuuden ohjausväline etenkin palveluhankinnoissa. Kannustinkorvausten käyttäminen vaikuttavuuden ohjaamisessa perustuu eri logiikkaan kuin

vaikuttavuuden ohjaaminen resursseja allokoimalla: kannustinkorvaukset (ja/tai sanktiot) sidotaan vaikuttavuuden mittareihin, eli tuottajaa käytännössä palkitaan hyvästä vaikuttavuudesta tai sanktioidaan heikosta vaikuttavuudesta.

Kannustinkorvauksissa on huomioitava, että kokonaisuuden tulee olla tilaajalle kustannusneutraali: joko tilaajan tulee hyötyä vaikuttavuustavoitteiden saavuttamisesta vähintään yhtä paljon, kuin se maksaa tuottajalle kannustinkorvauksia, tai yhden tuottajan saaman kannustinkorvauksen tulee olla toiselta tuottajalta pois. Kannustinkorvausten käyttö on haasteellista silloin, kun maksaja ei hyödy paremmasta vaikuttavuudesta, vaan hyödyt koituvat kolmannelle osapuolelle. Tämä haaste nousee esiin silloin, kun palveluiden tai etuuksien järjestämisvastuu on hajautettu, niin kuin esimerkiksi sote-palveluiden järjestämisvastuun ja sairauspäivärahojen maksuvastuun tapauksessa. Näitä tapauksia ratkaisemaan tarvitaan sopimista järjestäjien välillä tai valtiotason väliintuloa.

5.4.3 Normiohjaus

Vaikuttavuuteen keskittyvää normittamista voidaan tehdä sekä valtakunnallisella lainsäädännön tasolla että järjestäjän tasolla. Normiohjaus on vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa itsenäinen ohjausmuoto, mutta se kytkeytyy myös olennaisesti vaikuttavuustietoon. Ensinnäkin, järjestäjä normittaa informaation keräämistä, raportointia ja jakamista. Lisäksi järjestäjä arvioi vaikuttavuustiedon perusteella, onko normiohjaukseen syytä tehdä muutoksia; onko syytä normittaa tuottajan toimintaa, jota ei ole aiemmin normitettu tai kannattaako joitain normiohjauksen keinoja, kuten yksityiskohdasta sopimista vähentää niin, että monimutkaisten asioiden ohjaamiseen jää enemmän ilmaa, eli esimerkiksi varaa keskinäiseen sopimiseen tai informaatio-ohjaukseen.

Normiohjauksen keinot eroavat kuitenkin sisäisen ja ulkoisen tuottajan välillä: sisäisen tuottajan normiohjausta ohjaavat valtuusto- ja hallitustason päätökset, ohjelmat ja kehittämishankkeet, ulkoisen tuottajan toimintaa säädellään sopimuksin. Järjestäjän johto myös määrittelee, millä ehdoin palveluntuottajaksi voi ylipäättään ryhtyä.

Perinteisesti normi määrittää mitä tehdään ja sitten toimitaan sen mukaisesti. Vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa myös normien määrittämisessä hyödynnetään vaikuttavuustietoa. Tuotannon sisältöä määrittäviä normeja tarkistetaan määrätyn väliajoin niin, että ne perustuvat tietoon ja todella tukevat vaikuttavuutta, eivätkä esimerkiksi mielipiteisiin tai tottumuksiin (Porter & Guth 2012, 228-229).

Sääntelyn perustana on esimerkiksi turvallisuuden takaaminen, joten hankaluudesta ja jäykkyydestä huolimatta normeja tehdään. Normeilla voidaan säätää tai sopia hyvin

erityyppisistä asioista: helpointa on normittaa resurssien määrää, koulutustasoa tai tekemistä. Tekemisen tuloksia (tai vaikutuksia) sitä vastoin on vaikeampi normittaa, koska toimija harvoin itse pystyy täysin vaikuttamaan lopputulokseen. Normin rikkomista olisi tässä tapauksessa esimerkiksi vaikea sanktoida tuottajaa. Kuvassa 11 on esitetty havainnollistava esimerkki, mitä eri vaihtoehtoja on ikäihmisten tehostetun palveluasumisen normiohjaukselle, ja mitä eri vaihtoehdot tarkoittaisivat vaikuttavuuden ohjaamisen näkökulmasta.



Kuva 11. Vaikuttavuus normiohjauksessa: esimerkkinä vaihtoehtoja tehostetun palveluasumisen vaikuttavuuden ohjaamisesta.

Resurssien, tekemisen tai tulosten normittamisella on vaarana päätyä tyypilliseksi esimerkiksi siitä, kuinka hyvän hoidon operationalisointi mitattaviksi suureiksi voi johtaa siihen, että tehdään asiat normien vaatimalla tavalla, mikä ei kuitenkaan takaa kokonaisvaltaisesti hyvän hoidon toteutumista. Informaation keräämisen normittaminen on keskeistä vaikuttavuusperustaisen ohjauksen kannalta. Nämä normit voivat koskea esimerkiksi:

- 1) Mittaamisen normittamista, jolloin tuottaja velvoitetaan keräämään tietoa asiakkaiden toimintakyvystä, elämänlaadusta, asiakaskokemuksesta ja asiakas-kohtaisista kustannuksista sekä
- 2) Vaikuttavuustiedon avoimuuden normittamista niin, että (ulkoinen) tuottaja ei voi pitää vaikuttavuustietoa esimerkiksi liikesalaisuuden perusteella itsellään, vaan se on käytettävissä järjestäjän ohjaustyökaluna ja vapaasti muille tuottajille ja asiakkaille jaettavana vertailutietona

Tässä normittamisen muodossa pyritään keräämään tietoa paitsi järjestäjän, myös tuottajan johdon ja ammattilaisten päätöksenteon tueksi.

5.4.4 Dialogi kehystää ja täyttää ohjauksen aukot

Koska kulttuuri syö tunnetusti organisaatorakenteet ja säännöt aamupalaksi silloin kun ne ovat ristiriidassa keskenään, on dialogilla suuri merkitys ohjausvoiman tukemisessa. Dialogin tasoja ja ohjausta tukevia tehtäviä on lukuisia, mutta vaikuttavuuden ohjaamisen näkökulmasta esiin voidaan nostaa neljä: Järjestäjän ja tuottajan välinen dialogi, palveluketjuja tukeva dialogi, asiakkaan kanssa käyty ohjausdialogi sekä mitaustiedon puutteita täydentävä dialogi.

5.4.4.1 Järjestäjän ja tuottajien välinen dialogi

Dialogin avulla voidaan rakentaa järjestäjän ja tuottajan kesken yhteistä kulttuuria vaikuttavuuden ympärille. Jatkuva katvealueiden täydentäminen ja ristiriitojen ratkominen tavoitteissa, mittareissa, ja sopimusten aukkokohtien selvittelyssä selkeyttää palvelukokonaisuutta ja lisää palveluiden vaikuttavuutta. Sopimuksia tai ohjausjärjestelmiä ei voi eikä kannata tehdä täysin ilmatiiviiksi. Esimerkiksi sote-kuntayhtymissä ohjausvoima on ollut vahvempi silloin, kun ohjausta ylläpidetään vuorovaikutuksen tuella kuin niissä tapauksissa, joissa ohjausrakenne on pyritty tiivistämään aukottomaksi (Laine ym. 2011) Dialogin ja sen mahdollistaman luottamuksen rooli tuotannon ohjaamisessa on erityisen suuri, kun kehitetään uutta ja kun ohjausmalleja ja mittareita päivitetään.

5.4.4.2 Palveluketjuja tukeva dialogi

Dialogi voi toimia palveluketjujen liimana. Suuri osa sosiaali- ja terveyspalveluista toteutetaan monen tuottajan yhteistyönä. Vaikka palveluita integroidaan suurempiin yksiköihin, kaikki asiakassegmentit tai palveluketjut eivät silti noudata palveluntuottajien eivätkä edes järjestäjien rajoja eikä kaikkia palveluita ole tarkoituksenmukaista integroida yhdeksi jättimäiseksi kokonaisuudeksi. Vuorovaikutus ja siihen liittyvät horisontaaliset ja verkostomaiset ohjausmallit tekevät siirtymistä sujuvampia sellaisissa palveluketjuissa, jotka eivät ole minkään yksittäisen tahon hallinnassa (Haukilahti 2018). Dialogin merkitys kasvaakin, mitä monimutkaisemmasta ohjausrakenteesta tai asiakasryhmästä on kysymys.

Vaikka järjestäjien kokoa ja tehtäväkenttää kasvatettaisiin, kaikki palvelut eivät tule jatkossakaan olemaan saman järjestäjän toimivallan piirissä. Tämän vuoksi monimutkaisten palvelupolkujen yhteydessä eri järjestäjien välinen dialogi on yhtä olennaista tai olennaisempaa kuin järjestäjän ja tuottajan välinen dialogi. Esimerkkinä tällaisia palveluita käyttävästä asiakasryhmästä ovat työkyvyttömät työhön kuntoutujat, jotka käyttävät laaja-alaisesti sekä sosiaali- ja terveys- että työllisyyspalveluita. Eri järjestäjien välisessä ohjauksessa dialogin rooli korostuu, koska suoraviivaisia ohjauskeinoja ei ole.

5.4.4.3 Dialogi asiakkaan kanssa

Montaa, päällekkäistä palvelua ja runsaasti tukea tarvitsevien asiakasryhmien kanssa voi olla kannattavaa, vaikuttavaa ja kustannusvaikuttavaa panostaa suoraan yksilölliseen asiakasohjaukseen eli asiakkaan kanssa käytävään dialogiin mittaustiedon keruun sijaan.

Vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa myös potilasjärjestöillä ja asiakasraadeilla on keskeinen asema palveluiden kehittämisessä. Yksittäisiltä asiakkailta kerätyn mittaustiedon lisäksi näiden ryhmien kokemusasiantuntijuutta hyödynnetään vaikuttavuuden määrittelyssä ja parantamisessa (Kildal 2019).

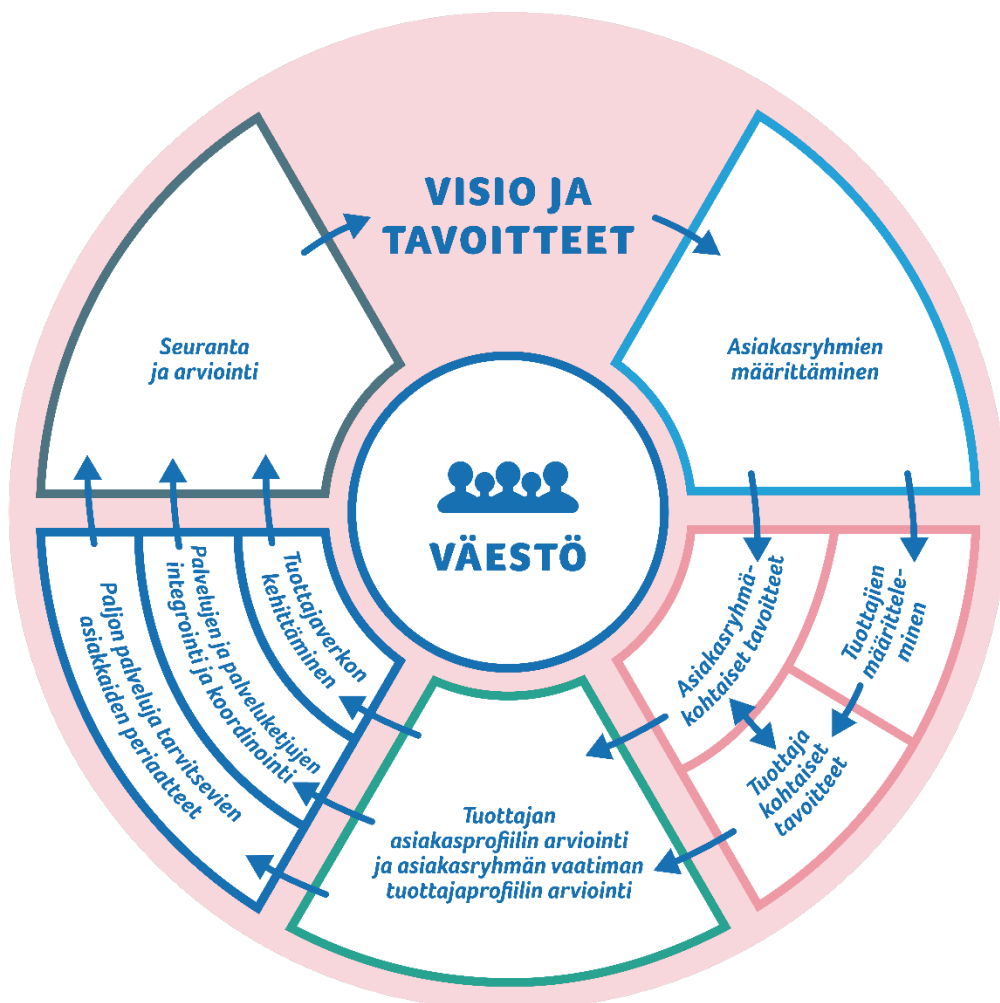
5.4.4.4 Mittaustiedon aukkojen täyttäminen

Vaikka mittaaminen ja tiedon kerääminen ovat vaikuttavuuden ohjaamisen keskeisin määrittävä tekijä, mittaustieto ei aina tarjoa tietämystä. Tiedon kerääminen pikemminkin kasvattaa kuin pienentää järjestäjän vastuuta siitä, miten sitä tulkitaan, arvioidaan ja hyödynnetään päätöksenteossa. Järjestäjällä on suuri vastuu tietämyksen kartoittamisesta ja ylläpitämisestä ja sen tiedostamisesta, että sekä asiakasryhmien sisällä että väestötasolla on katvealueita, joihin mittaustieto ei ulotu. Katvealueiden olemassaolon tiedostaminen mahdollistaa niiden etsimisen ja lopulta tunnistamisen niin, että tiedon puutteen tai mittausrinon kohteena olevat asiakasryhmät tai asiantilat eivät pääse kasvamaan. Mittaristossa oleva rinnoitus voi johtaa rinoutuneeseen palvelutuotantoon, jossa palvelu kohdistuu kokonaisvaikuttavuuden kannalta epäolennaisiin asioihin eli kaikkea muuta kuin vaikuttaviin palveluihin. Palvelun puutteesta tai rinoutuneesta palvelutuotannosta kärsivien väestöryhmien ja asiakasryhmien kasvaminen johtaa puolestaan helposti palvelutarpeen kasvamiseen jossain muualla. Strategisen päätöksenteon, tavoitteiden asettaminen ja niiden tarkistaminen ovatkin hyvin keskeisessä roolissa vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa. Järjestelmä, joka perustuu siihen, että toimintaa korjataan tiedon perusteella, vaatii toimiakseen jatkuvaa tiedon, sen keräämistapojen, mittareiden ja tulkinnan arviointia. Etenkin metatason arviointi, jossa arvioidaan menetelmiä ja tulkintatapoja, vaatii dialogia.

5.5 Ohjausprosessi

Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen prosessi kuvaa järjestäjän ohjausvaiheiden kehää asiakasryhmien ja tuottajien ohjauksessa. Ensin järjestäjä asettaa tavoitteet palvelutuotannon kokonaisuuden tasolla. Seuraava vaihe on asiakasryhmien määrittely. Asiakasryhmäkohtaisten tavoitteiden kanssa samaan aikaan määritellään tuottajat ja

tuottajakohtaiset tavoitteet. Tuottajakohtaisten asiakasprofiilien ja asiakasryhmäkohtaisten tuottajaprofiilien arviointi kytkeytyy myös toisiinsa. Kun profiilit ovat pääpiirteittäin selvillä, määritellään paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden periaatteet sekä integroidaan ja koordinoidaan palvelut ja palveluketjut. Samassa vaiheessa voidaan myös kehittää palvelutuotantorakennetta eli tarkastella sitä, onko joidenkin asiakasryhmien palvelu tarkoituksenmukaista tuottaa jonkun sellaisen tuotantorakenteen avulla, jota ei vielä ole. Lopulta prosessi palaa arvioinnin ja seurannan kautta tavoitteiden ja vision tarkistamiseen.



Kuva 12. Ohjauksen prosessissa järjestäjä asettaa tavoitteet ja jakaa väestön asiakasryhmiin, joiden palveluita se ohjaa tuottajien kautta. Asiakasryhmät ja tuottajat kulkevat näin prosessissa rinta rinnan. Seurannan perusteella sekä tuotantoa että tavoitteita arvioidaan uudelleen

5.5.1 Tavoitteet

Vaikuttavuuden ohjausprosessilla ei käytännössä ole välttämättä tiettyä alkupistettä, koska sen kuvainnolliset muna-kana-elementit voivat olla missä järjestyksessä tahansa: aiemmin kerätyn mittaustiedon avulla voidaan ryhtyä tavoittelemaan vaikuttavuutta tai seurannan perusteella voidaan asettaa vaikuttavuustavoitteet ja ryhtyä keräämään mittaustietoa niiden saavuttamiseksi. Jotta voidaan puhua vaikuttavuuden ohjaamisesta, olennaista on kuitenkin se, että tavoitteena on vaikuttavuuden lisääminen. Näin tavoitteiden asettaminen voidaan nähdä vaikuttavuuden ohjausprosessin alkupisteenä.

Tavoitteiden asettaminen on ennen kaikkea järjestäjän tehtävä. Ohjauksen päämääränä on tavoitteiden saavuttaminen tai nykytilan saattaminen lähemmäs niiden toteutumista. Tavoitteiden asettamisessa on kuitenkin ongelmia sekä sote- että työllisyyspalveluissa, mutta ongelmien peruslähtökohdat ovat erilaisia.

Tavoitteiden asettaminen on nähty yhtenä suurimmista ongelmista terveydenhuollossa sekä Suomessa että kansainvälisesti (ks. esim. Porter 2010). Suomessa tavoitteiden asettamisen ongelmallisuus juontaa juurensa etenkin hajanaisista valta- ja vastuusuhteista: järjestäjillä ei ole riittävästi vipuvoimaa, järjestäminen on hajaantunut monelle toimijalle tai se on erillään rahoitusvastuusta, minkä vuoksi tavoitteita ei pystytä asettamaan tai niiden saavuttamiseen ei ole riittäviä keinoja. Sopivan konkreettiset tavoitteet voivat jäädä asettamatta myös siksi, että poliittisella johdolla ei ole osamista ja viranhaltijajohdolla ei ole mandaattia asettaa niitä (vrt. Laine ym. 2011, 42-43).

Työllisyyspalveluissa tavoitteiden asettaminen on yleisellä tasolla yleensä hyvin selkeää ja niistä ollaan yhtä mieltä. Esimerkiksi tietyn työllisyysasteen asettaminen on tavoitteena sellainen, johon on helppo yhtyä. Sote-palveluiden valtakunnalliset tavoitteet ovat rakenteeltaan sikäli erilaisia, että niillä pyritään luomaan järjestäjätasolle edellytykset asettaa tavoitteita. Valtakunnallisten tavoitteiden ongelmana on kuitenkin molemmissa tapauksissa helposti se, että keinoja ei ole määritelty ja/tai se, ettei tavoitteita ole pilkottu riittävän pieniin osatavoitteisiin, joilla olisi käytännön ohjausvaikutusta. Ongelmista huolimatta ilman tavoitteiden asettamista niitä ei ainakaan voida saavuttaa.

5.5.2 Asiakassegmentointi

Seuraava vaihe ohjausprosessissa on asiakassegmenttien määrittäminen. Segmentoinnin lähtökohtana olennaista on, että sen ensimmäinen vaihe kattaa mahdollisim-

man hyvin järjestäjän koko väestön. Se, että kaikki, osin päällekkäin asettuvat järjestäjät hahmottavat oman alueensa väestön kokonaisuutena, lisää ymmärrystä erilaisista palvelutarpeista väestön keskuudessa. Näin esimerkiksi erikoissairaanhoidossa mielletään vahvemmin koko väestön olemassaolo ja tiedostetaan eri palvelujen tarpeet myös niiden osalta, jotka eivät käytä erikoissairaanhoidon palveluita. Ymmärryksen lisääminen kuulostaa helposti laimealta ohjauskeinolta, mutta juuri ymmärryksen lisääminen on esimerkiksi informaatio-ohjauksen keskeinen tehtävä. Ilman sitä toiminnan tavoitteiden näkeminen laajemmin niin, että ei tarkastella vain omaa toimintaa vaan myös muiden samalla alueella toimivien järjestäjien palveluita tai ihmisten kokonaisvaltaisia palveluntarpeita, ei muutu konkreettiseksi. Tämän ymmärryksen kautta on mahdollista vähentää osatoimintia niukkojen resurssien tilassa.

Koko väestön segmentointi toimii ennen kaikkea juuri ymmärryspohjan rakentajana, käytännön palvelutuotantoa näihin segmentteihin voi harvoin perustaa. Sitä varten asiakkaat täytyy jakaa segmentteihin niiden tarvitsemien yhteisten tekijöiden tai käytännön toimenpiteiden, kuten sairausryhmien, palveluntarpeen tai sosiaali- ja työllisyyspalveluissa etuuksien perusteella. Asiakasryhmille pitää myös määritellä omat tavoitteet. Ilman asiakasryhmäkohtaisia tavoitteita ylätasoa tavoitteita ei voida saavuttaa.

Asiakkaiden segmentointi on keskeinen osa vaikuttavuuden ohjaamista. Vaikuttavuuden ohjaamisessa ongelma on, että kaikkein relevantteimmat tavoitteet ja niistä seuraavat mittarit voidaan tehdä silloin, kun asiakasryhmät ovat mahdollisimman homogeenisia. Tämä tarkoittaa, että asiakasryhmät ovat pieniä ja niiden määrä suuri. Ohjaaminen taas onnistuu parhaiten, kun segmenttejä on hyvin rajallinen määrä segmenttejä, jolloin kokonaiskuva on helpompi muodostaa. Tämän vuoksi asiakassegmentointiin on panostettava organisaatioissa. Yhtä oikeaa mallia ei ole, koska esimerkiksi järjestäjän asiakasmäärät vaikuttavat oleellisesti segmentointimahdollisuuksiin.

5.5.2.1 Asiakassegmentointi sote-palveluiden näkökulmasta

Chong ym. (2019) on koonnut systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan terveyspalveluissa käytettyjä kysyntälähtöisiä väestön segmentointitapoja. Näistä vaikuttavuusperustaiseen toimintaan parhaiten sovellettava on Lynnin ym. (2011) lähestymistapaa hyödyntävä.

Vaikuttavuuden näkökulmasta soten segmentointia⁹ voidaan lähestyä terveydentilan ja toimintakyvyn eri tilojen kautta: 1) terveet ja toimintakykyiset, 2) kohonnut riski, 3) tilapäinen tarve ja 4) jatkuva palvelutarve. Kun edelleen tarkastellaan muita perinteisesti sote-palveluissa käytettyjä segmentointimalleja (Lynn ym. 2011, Peltokorpi ym.

⁹ ei sisällä etuustyyppistä toimintaa, ainoastaan palvelutuotannon

2015, Lillrank 2018), kuten kiireellisyys, vakavuus, kompleksisuus/yksi vai useita ongelmia, voidaan päätyä jakamaan tilapäiset tarpeet kolmeen ryhmään 1) lievät, 2) vakavat ja 3) avuntarpeet, joihin ei löydy ratkaisua sote-järjestelmästä ("helppi"). Lisäksi jatkuvat tarpeet on syytä jakaa 1) moniin palvelutarpeisiin ja 2) yksittäinen jatkuva palvelutarve, koska vaikuttavuuden mittaamisen logiikka on erilainen. Jälkimmäisessä voidaan käyttää ongelmakohtaisia mittaristoja (vrt. ICHOM Standard Sets), kun taas aiemmassa joudutaan mittaamaan enemmän yleistä terveyttä ja toimintakykyä.



Kuva 13. Esimerkki sote-palveluiden asiakkaiden vaikuttavuusperustaisesta segmentoinnista.

Vaikuttavuusperustaisessa segmentoinnissa on huomattava, että siihen sisältyy aina epävarmuus. Käsitteiden ihmisten tilasta pohjautuu siihen, mitä voidaan havainnoida. Esimerkiksi ihmiset, joiden tilasta ei ole tietoa, voivat tosiasiallisesti olla jatkuvan palvelun tarpeessa (esim. diabetes) tai heillä voi olla kohonnut riski sairastua. Vastaavasti kaikissa "lievemmissä" segmenteissä voi tosiasiallisesti olla korkeampia palvelutarpeita, joita ei ole tunnistettu. Tämä epävarmuus on otettava huomioon esimerkiksi preventiä suunniteltaessa.

Käytännössä kuvassa 13 esitetty teoreettinen segmentointirakenne on konkretisoitava ymmärrettäviksi asiakasryhmiksi esimerkiksi sosiaalipalvelutarpeiden ja terveysongelmien tai diagnoosiryhmien kautta. Oleellista on kuitenkin saavuttaa myös järjestäjän väestötason kattavuus, jotta koko väestön terveydestä ja toimintakyvystä saadaan käsitys. Muutoin esimerkiksi terveyserojen kaventaminen on vaikeaa.

5.5.2.2 Asiakasryhmien ja tuottajien ohjauksen limittyminen

Koska järjestäjä ei voi ohjata asiakasryhmiä suoraan, asiakasryhmäkohtaisten tavoitteiden asettamisen kanssa samaan aikaan täytyy määritellä, millaisia tuottajia kunkin asiakasryhmän palveluiden tuottamiseen tarvitaan. Tuottajille asetetaan omat osatavoitteet sen mukaan, millaista osaa asiakassegmentin kokonaistavoitteesta ne tuottavat.

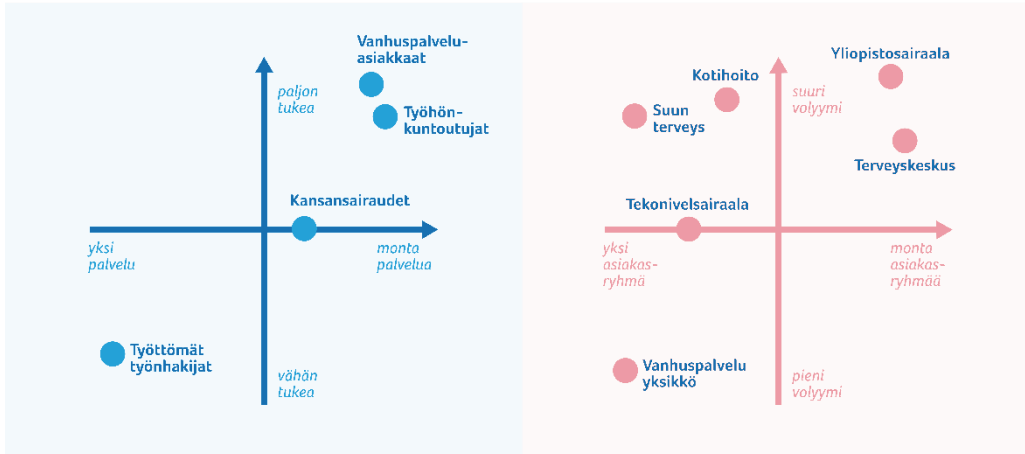
Kategoria	Lopullinen tavoite	Välitavoite	Tuottajat, jotka voivat vaikuttaa
Sote-palvelut	Vanhus pystyy asumaan kotona	Toimintakyky	PTH Kotihoito
		Lonkkamurtuman hyvä hoito	ESH Kuntoutus
		Hyvä suun terveys	STH
Työllisyyspalvelut	75 % työllisyys	Yksilön työllistyminen	TE-toimisto
		Yksilön työkyky	PTH

Taulukko 3. Esimerkkejä asiakasryhmäkohtaisten tavoitteiden jakamisesta tuottajakohtaisiin välitavoitteisiin.

Tavoitteiden asettamisessa on sekä olennaista että haasteellista se, että ne määräytyvät sekä asiakkaan tilanteen, asiakassegmentin että yksittäisen palvelutapahtuman mukaan. Lisäksi tavoitteeksi ei voi aina asettaa sitä, että asiakas poistuu palveluiden piiristä. Yllä kuvatussa vanhuspalveluita koskevassa esimerkissä tavoitteena on, että vanhuksen toimintakyky saadaan palautettua lähelle lonkkamurtumaa edeltänyttä tilaa niin, että ihminen pärjää asuinympäristössään eikä siirry raskaamman palvelutuotannon piiriin. Tavoitteena voi näin olla myös se, että asiakkaan tila heikkenee ja asiakas siirtyy palveluintensiviseen hoitoon mahdollisimman hitaasti.

5.5.3 Asiakasryhmän vaatiman tuottajaprofiilin ja tuottajan asiakasprofiilin arviointi

Asiakassegmentit ovat keskenään erilaisia, samoin tuottajat. Niiden yhteensovittamiseen niin, että saadaan aikaan vaikuttavia palveluita, ei voi olla yhtenäistä kaavaa. Yhteensovittamista on kuitenkin mahdollista lähestyä keskittyen sekä asiakasryhmien että tuottajien yleisiin ominaisuuksiin, joilla on vaikutusta ohjauksen näkökulmasta. Ohjauksen kannalta olennaisia asiakasryhmän ominaisuuksia ovat esimerkiksi, kuinka monta eri tuottajaa palvelutuotantoon osallistuu ja kuinka paljon tukea asiakasryhmä tarvitsee. Ohjauksen kannalta olennaisia tuottajan ominaisuuksia ovat, kuinka suuri asiakasvolyyymi niillä on ja kuinka montaa erilaista asiakasryhmää ne palvelevat.



Kuva 14. Vasen kuvio kuvaa neljän esimerkkiasiakasryhmän palvelutarpeita, oikea kuvio vanhuspalveluasiakkaiden palveluntuottajien ominaisuuksia. Kuva on viitteellinen.

Asiakasryhmien ominaisuudet vaikuttavat siihen, millaisia tuottajia tarvitaan ja miten palveluita ohjataan. Ylläoleva kuvio havainnollistaa sitä, millaisia erilaisia ohjaus- ja palvelutuotantomalleja paljon palveluita käyttävän asiakasryhmän ohjaukseen voi sisältyä.

Kuvan vasen puoli kuvaa neljän esimerkkiasiakasryhmän viitteellisiä reunaehtoja sille, mitä ominaisuuksia asiakasryhmä vaatii tuottajalta tai tuottajilta ja palveluketjulta: käyttääkö ryhmä yhtä vai useampaa palvelua ja tarvitseeko asiakasryhmä paljon tukea palveluprosessissa kulkemiseen ja ylipäätään toimimiseen, vai selviävätkö asiakasryhmään kuuluvat ihmiset pääsoin itsenäisesti. Ryhmien välillä on suuria eroja siinä, millaisiin tekijöihin niiden palvelutarve painottuu. Työttömät työnhakijat, joilla ei ole erityisiä tarpeita työnsaannin edellytysten parantamiseksi tarvitsee ensisijaisesti vain TE-toimiston palveluita yksittäisenä, kertaluonteisena ja kevyenä palveluna. Vanhuspalveluasiukkaat taas tarvitsevat merkittävää jatkuvaa tukea joko kotipalvelun tai palveluasumisen muodossa ja ryhmään kuuluvat ihmiset käyttävät usein lisäksi monia eri palveluita. Työttömien työhön kuntoutujien tuentarve ei ole yhtä jatkuvaa, mutta tuen ja eri palvelujen tarpeiden kirjo voi olla laaja. Erot ovat merkittäviä myös ryhmien sisällä. Erityisesti kansansairaudet-ryhmä on hajanainen, koska se pitää sisällään erityyppisiä sairauksia.

Oikeanpuoleinen kuva kuvaa yhden esimerkkiasiakasryhmän eli vanhuspalveluasiakaiden eri palveluiden tuottajien ominaisuuksia. Tuottajan ohjauksen kannalta on merkittävää, kuinka monen asiakasryhmän palveluista tuottaja vastaa ja millaiset asiakasvolyymit tuottajalla on. Mitä enemmän asiakasryhmiä on, sitä enemmän on myös asiakasryhmäkohtaisia vaikuttavuusmittareita, joilla tuottajan toimintaa pitää seurata. Ohjauksen rakentamisessa joudutaan silloin ottamaan kantaa eri asiakasryhmien painotukseen. Tuottajan kautta tapahtuvan asiakasryhmän ohjaamisen kannalta olennaista on myös se, kuinka suuri koko asiakasryhmä on: järjestäjän voi olla kannattavaa ja vaikuttavaa organisoida suuren volyymin potilaat saman tuottajan (tekonivelsairaala) tai yksityiskohtaisesti määriteltujen tuotantoperiaatteiden (kotihoito) alle.

5.5.4 Palvelujen ja palveluketjujen integrointi ja koordinaointi, paljon palvelua tarvitsevien asiakkaiden periaatteet ja tuotantoverkon kehittäminen

Palvelut vaativat integrointia ja koordinaointia, mutta se, kuinka paljon palveluketjujen yhteen liittämistä pitää tukea, riippuu yllä kuvatuista asiakasryhmän ja tuottajan ominaisuuksista.

Asiakassegmenttien ohjaamisessa on kuvan 13 oikeanpuoleisen nelikentän akselien mukaiset kaksi perusulottuvuutta: palveluun tarvittavien tuottajien määrä ja palvelun kokonaisvaltaisuus asiakkaan elämän kannalta. Molemmat tekevät lisääntyessään vaikuttavuuden ohjaamisesta vaikeammin toteutettavaa:

Kun palvelu tuotetaan yhden tuottajan voimin, asiakasryhmän ohjaaminen painottuu mittaamisen ja mittareiden hyödyntämiseen riippumatta siitä, tuottaako kyseinen tuottaja yhtä vai useampaa palvelua tai siitä, onko tuottaja sisäinen vai tuotetaanko palvelu hankkimalla se yritykseltä tai kolmannelta sektorilta. Sama tuottaja tekee vaikuttavuusindikaattoreiden mittaukset ja vastaa palveluketjun sujuvuudesta sisäisen johtamisen kautta. Resurssiohjauksessa on palveluhankintojen osalta mahdollisuus tehdä yksityiskohtaiset palkkio-sanktiorakenteet ja normiohjauksessa yksityiskohtaiset sopimukset. Sisäisen tuottaja ollessa kyseessä on mahdollisuus suoraviivaiseen normiohjaukseen. Dialogia tarvitaan sekä ulkoisen että sisäisen tuottajan tapauksessa suhteellisen vähän.

Selkeän, mutta monen tuottajan tai yksikön palveluihin nojaavan asiakasryhmän palvelut kannattaa joissain tapauksissa koota yhteen. Etenkin jos asiakasryhmä on suuri ja/tai palvelu on tuotteistettavissa tarkasti, voi olla sekä segmenttiin kuuluvien ihmisten, että järjestäjän kokonaisvaikuttavuuden kannalta hyödyllistä siirtyä malliin, jossa

palveluun tarvittavat tuottajat kootaan segmenttikohtaisen toimijan alle esimerkiksi sydänsairaalaksi, päänsärkykeskukseksi tai tekonivelsairaalaksi. Tällöin eri tuottajien koordinointi ja ohjaaminen muuttuu johtamiseksi ja dialogille syntyy luonteva tila.

Monen tuottajan palvelujen asiakasryhmät ovat keskenään hyvin erilaisia, joten palveluilla on monia erilaisia tuotantovaihtoehtoja. Monen tuottajan palvelut voidaan koota yhden vastuutahon alle, joka ei edellä kuvatussa segmenttikohtaisesta toimijasta poiketen kuitenkaan itse tuota koko palvelukokonaisuutta. Vastuutaho vastaa eri toimijoiden palveluiden yhteensovittamisesta ja siitä, että asiakasryhmän palveluintegrointi on toimivaa ja tuottajien välinen koordinaatio ja vuorovaikutus toimii. Tämä palveluista vastaava taho voi kuulua järjestäjän omaan palvelutuotantoon tai ulkoinen tuottaja voi vastata palvelusta.

Ohjausmekanismeiltaan palveluintegraatiota hoitava vastuutaho eroaa merkittävästi yhden asiakasryhmän palveluiden kokoamisesta saman katon alle: sisäisen vastuutahon malli on organisointitapa, joka vaatii raskaita ohjausmekanismeja. Sisäinen vastuutaho, eli esimerkiksi kunnan asiakasohjausyksikkö, soveltuu kalliiden ja paljon tukea tarvitsevien asiakkaiden ohjaukseen. Niissä asiakkaiden ohjaus painottuu henkilökohtaisten tarpeiden mukaan vaihtelevaan palveluun ja asiakkaan kanssa käytävään dialogiin, koska toiminnan normittaminen tai välttämättä myöskään mittaaminen ei ole moninaisten ja runsaiden palvelutarpeiden tilanteessa tarkoituksenmukaista. Sisäisen vastuutahon resurssiohjaus painottuu resurssien kokonaisallokointiin tai palvelujen kehittämiseen tarkoitettuun erillisrahoitukseen. Erillisrahoituksen perustana voi olla esimerkiksi tilanne, jossa kyseisen asiakasryhmän palveluketjut ovat olleet hajanaisia ja kärsineet koordinaation puutteesta niin, että palvelut on nähty parhaaksi tuottaa vastuutahon turvin kustannusvaikuttavuuden ja/tai kokonaisvaikuttavuuden parantamiseksi.

Myös ulkoinen vastuutaho soveltuu paljon tukea tarvitsevien ja montaa palvelua käyttävien asiakkaiden palveluiden organisaatiomalliksi. Vastuutaho voi olla joko yksi tuottajista tai erillinen koordinaattori, joka ei osallistu palvelujen tuottamiseen. Ulkoisen vastuutahon toimintaa normitetaan sopimuksin. Resurssiohjaukseen kytkeytyy tällaisissa tapauksissa sopimuksissa määritelty kannustinpalkkio tai sanktio, joka on kytketty vaikuttavuustavoitteiden toteutumiseen tai toteutumattomuuteen. Ulkoinen vastuutaho on nimensä mukaisesti vastuussa, joten se voi välillisesti mitata myös muiden tuottajien vaikuttavuutta välillisesti. Ulkoinen vastuutaho vastaa myös vuorovaikutuksesta eri tuottajien välillä.

Näiden yhdistelmä on malli, jossa järjestäjä tarjoaa palvelusateenvarjon, jossa eri vastuutahot huolehtivat asiakkaidensa palvelujen ohjaamisesta. Tällaisia ovat esimerkiksi nuorten palveluissa käytetyt Ohjaamot, joissa nuorten ongelmiin etsitään ratkaisua

monialaisessa eri alojen viranomaisten, yritysten ja kolmannen sektorin palveluja yhdistävässä kokonaisuudessa. Erityistä mallissa on se, että vaikka Ohjaamojen hallintomallissa eri toimijoiden (mm. kunta, TE-toimisto, oppilaitokset) palvelut on koottu yhteisen katon alle palvelukokonaisuudeksi, vastuu niiden tuottamisesta on kullakin taustaorganisaatiolla.

Järjestäjä voi myös normittaa ja mitata eri tuottajien välistä yhteistyötä. Tästä on esimerkkinä mm. Tampereen Kotitori-mallissa käytetyt sidosryhmäyhteistyömittarit, jossa järjestäjä velvoittaa tuottajat mittaamaan omaa vaikuttavuuttaan ja sen lisäksi arvioimaan keskinäistä yhteistyötä. Lisäksi palveluketjujen integroinnin keinona voidaan käyttää järjestäjän palveluketjulle asettamia yhteiset mittarit, jotka ovat kaikille tuottajille erilliset. Silti tuottajia käsitellään yhteisenä ryhmänä niin, että esimerkiksi kannustinpalkkiot tai sanktiota hyödyttävät kaikkia tai jäävät kaikkien tuottajien taakaksi. Mallissa tuottajien välinen vuorovaikutus muuttuu ylimääräisestä transaktiokustannuksesta kannattavuutta lisääväksi toiminnaksi.

Allianssimallissa järjestäjä yhdistää sopimuksin oman ja yksityisen tuotannon yhteiseksi kokonaisuudeksi. Sopimus toimii mallissa normiohjauksen välineenä, jossa myös tiedon kerääminen mittaamalla on normitettu. Resurssiohjauksessa budjettiallokaatioon voidaan linkittää kannustinosa, jossa ulkoinen ja sisäinen tuottaja saavat yhtenevät bonukset tai sanktiot. Järjestäjä jakaa tietoa ja vastaa dialogista, mutta sekä yksityisellä että julkisella toimijalla on insentiivi dialogiin, koska toiminnan sujuvuus ja sitä kautta saatavat bonukset ovat riippuvaisia yhteistyön toimivuudesta.

Yhteisvastuumallissa kaikki tuottajat ovat yhtä lailla vastuussa palvelukokonaisuuden toimivuudesta, mutta niitä ei ole koottu yhteen millään mekanismilla. Kaikkia normitaan erikseen samoilla tai yhtenevillä mittareilla, mutta lopputulemaa mitataan yhteisenä kokonaisuutena. Yhteistyö eri tuottajien välillä jää todennäköisesti ohueksi, jos bonusten tuoma hyöty jää vähäisemmäksi kuin vuorovaikutuksen aiheuttamat transaktiokustannukset.

	Sisäinen vas- tuutaho	Ulkoinen vas- tuutaho	Yhteistyön mit- taaminen	Allianssi	Yhteisvastuu
Kuvaus	Asiakasohjaus- yksikkö, henki- lökohtainen budjetti; sovel- tuu kalliiden ja paljon palvelua vaativien asiak- kaiden ohjauk- seen	Ulkoinen vas- tuutaho: joku tuottajista (tai erillinen koor- dinaattori) vas- taa asiakkaan palveluista	Järjestäjä nor- mittaa ja mit- taa yhteistyötä	Järjestäjän ja tuottajien sopi- mukseen pe- rustuva yhteis- työ	Kaikille tuotta- jille yhtenäiset mittarit, loppu- tulemaa mita- taan kokonai- suutena
Esi- merkki	KAAPO	Kotitori		Tesoma	
Normi- ohjaus	Vähän yhteis- mitallista sään- telyä, paljon asiakaskoh- taista variaa- tiota	Normitetaan sopimuksin	Yhteistyön nor- mittaminen	Allianssisopi- muksessa mää- ritellään mitta- rit ja yhteistyön muodot	Erilliset sopi- mukset tuotta- jien kanssa / si- säinen johtami- nen järjestäjän omien yksiköi- den kanssa
Re- surssi- ohjaus	Resurssien ko- konaisallokointi	Palkkiot/sank- tiot kohdistu- vat vastuuta- holle	Jaetut palk- kiot/sanktiot	Ylijäämän jaka- minen toimijoi- den kesken Bonus-/sank- tiomalli vaikut- tavuusmitta- rien perusteella	Vaatii suhteelli- sen suuren bo- nuksen, jotta tuottajien kan- nattaa tehdä yhteistyötä
Infor- maatio- ohjaus	Sisäinen vas- tuutaho vastaa informaatio- ohjauksesta	Ulkoinen vas- tuutaho vastaa informaatio- ohjauksesta	Järjestäjä vas- taa informaatio- ohjauksesta	Järjestäjä vas- taa informaatio- ohjauksesta, tietoa jaetaan allians- sin jäsenten kesken avoi- mesti	Järjestäjä vas- taa informaatio- ohjauksesta
Mittaa- misen muoto ja koh- teet	Vähän yhtenäi- siä mittareita, paljon asiakas- kohtaista vaihtelua	Mittaa oman tuotannon li- säksi mahdolli- sesti myös välil- lisesti muiden tuottajien vai- kuttavuutta?	Eri yksiköiden mittaamisen li- säksi mitataan yhteistyötä, ar- vosanat yhteis- työstä kaikkien tuottajien ta- solla	Yhteiset tavoit- teet, yhteiset mittarit	Samat tai yh- teismitalliset mittarit kaikille palveluntuotta- jille
Dialogi	Dialogi järjestä- jän vastuulla, suurella roo- lissa ohjauk- sessa	Vastaa dialo- gista tuottajien välillä	Dialogin ylläpi- ttäminen järjes- täjän + tuotta- jien vastuulla	Dialogi tärke- ässä osassa	Täysin tuotta- jien varassa

Taulukko 4. Vaihtoehtoisia tapoja ohjata monituottajamallia.

Monia palveluita käyttävien asiakasryhmien tuottajakohtaisten vaikuttavuusmittarien integrointi on haastavaa. Ryhmä, jonka palveluiden vaikuttavuuden mittaaminen ylipäätään on haastavaa, ovat paljon tukea tarvitsevat asiakkaat. Tähän ryhmään kuuluvat esimerkiksi erilaisten palveluasumisyksiköiden ja monien ikääntyneiden palvelujen asiakkaat. Näissä palvelun päätavoitteet voivat olla hyvin yleisluonteisia, kuten toimintakyvyn huononemisen hidastuminen tai hyvä elämänlaatu. Lisäksi asiakkaat ovat palvelun piirissä koko ajan, joten tavoitteiden pilkkominen mitattaviksi osatavoitteiksi ja etenkin osatavoitteiden normittaminen on hankalaa (ks. kuva 11). Erilaisia mittareita on kuitenkin usein tarpeellista rakentaa toiminnan seurannan ja valvonnan välineiksi. Valvontaa palvelee myös dialogi, joka keskittyy yksittäisten teknisten yksityiskohtien sijaan mielekkään elämisen turvaamiseen.

Kaiken kaikkiaan monimutkaisten palvelupolkujen ohjauksessa dialogin rooli korostuu verrattuna sellaisiin tilanteisiin, joissa mittaamalla saadaan yksittäisiltä tuottajilta järjestämisen ja ohjauksen muokkaamiseen soveltuvaa skaalauskelpoista tietoa.

5.5.5 Seuranta ja arviointi

Asiakasryhmien ja tuottajien tavoitteiden asettamisen ja niille sopivien ohjauskeinojen päättämisen jälkeen vaikuttavuusperustaisen ohjausprosessin kehässä seuraava vaihe on seuranta: mittaustiedon muuttumisessa ohjauksen perustana toimivaksi tiedoksi ensimmäinen vaihe on tarkastella tietoa monipuolisesti, arvioida milloin vaikuttavuus ontuu sen takia, että esimerkiksi resursseja ei ole riittävästi ja milloin siitä, että ne on kohdennettu väärin. Voiko informaatio-ohjauksen tai dialogin kehittäminen parantaa vaikuttavuutta? Voiko vaikuttavuutta kehittää jatkossa normittamalla sellaisia asioita, joita ei nyt normiohjata, vai ovatko jotkut normit jopa vaikuttavuuden esteenä?

Näin ohjaukseen kytkeytyvässä seurannassa eri ohjauskeinojen ja niiden keskinäisten suhteiden arviointi on olennaisessa asemassa. Seurantatiedon perusteella sekä tavoitteita että visioita, mutta myös ohjauskeinoja ja niiden keskinäisiä suhteita punnitaan ja tarvittaessa muokataan.

5.6 Ohjauksen työkalut

Ohjausmallin konkretisoimiseksi olemme käsitelleet hankkeeseen liittyvissä työpaajoissa muutamaa esimerkkiasiakassegmenttiä. Tässä yhteydessä käytämme esimerkiksi segmenttinä kansansairauksia sairastavia.

THL:n (2019) mukaan kansansairaudet ovat ei-tarttuvia sairauksia, joilla on suuri merkitys kansanterveydelle (joskaan sairauden merkittävyydelle ei ole tarkkaa määritelmää, tarkoitetaan sillä käytännössä, että sairaus on yleinen väestössä sekä yleinen kuolleisuuden aiheuttaja) ja kansantaloudelle (mm. työkykyvaikutusten ja runsaan palvelukäytön kautta). Käytännössä kroonisiksi kansansairauksiksi lasketaan sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet sekä mielenterveyden ongelmat. Kirjo on siis lääketieteellisesti laaja, minkä vuoksi täsmennämme segmenttiä edelleen. Tässä keskitymme nimenomaan kroonisiin kansansairauksiin, eli esimerkiksi syövästä vain kroonisiksi laskettavat kuuluvat tähän segmenttiin.

Kansansairauksien segmentti on tavoitteiden näkökulmasta mielekästä jakaa edelleen kansansairauksia sairastaviin ja kansansairauksien suhteen riskissä oleviin. Tällöin voimme asettaa tavoitteet ja mittarit ylätasolla esimerkiksi seuraavasti (taulukko 5).

Segmentti	Alasegmentti	Tavoite	Mittari
Kansansairaudet	Sairastuneet	Hoitotasapaino	Laboratoriotutkimusten tulokset
			Päivystyskäynnit
		Elämänlaatu	Esim. PROMIS-10/29
		Omahoidon tukeminen	PACIC
	Liitännäissairauksien ehkäisy	Uudet liitännäissairauksien diagnoosit	
Riskissä olevat	Sairastumisen ehkäisy	Uudet diagnoosit	

Taulukko 5. Kansansairaudet-segmentin vaikuttavuustavoitteet ja mittarit ylätasolla.

Jotta päästään tarkemmalle tasolle tavoitteiden ja mittarien suhteen, on määriteltävä tarkemmin mistä sairaudesta puhutaan - mittarit esimerkiksi selkäkipuun ja sepelvaltimotautiin ovat lähtökohtaisesti erilaisia. Tässä yhteydessä tarkennamme segmentiksi tyypin 2 diabeteksen. Voimme määritellä tämän segmentin tavoitteet ja mittarit esimerkiksi seuraavasti (taulukko 6).

Segmentti	Alasegmentti	Tavoite	Mittari
Kansansairaudet	Sairastuneet (diabetes)	Hoitotasapaino	HbA1C (tavoite < 7%)
			LDL (tavoite < 2,5 mmol/l)
			Päivystyskäynnit diabetesdiagnoosilla
		Elämänlaatu	PROMIS-10
		Omahoidon tukeminen	PACIC
Liitännäissairauksien ehkäisy	Uudet liitännäissairauksien diagnoosit		

Taulukko 6. Esimerkki vaikuttavuustavoitteista ja mittareista tyypin 2 diabeteksessa.

Seuraavaksi nämä tavoitteet ja mittarit on yhdistettävä eri ohjauskeinoihin: määriteltävä, miten kunkin ohjauskeinon kautta tavoitteita kohti pyritään ohjaamaan. Seuraava taulukko (taulukko 7) esittää esimerkin tästä vaiheesta.

	Resurssiohjauksen keinot	Normiohjauksen keinot	Informaatio-ohjauksen keinot	Dialogin keinot
Sisäinen tuottaja	Priorisointi kustannusvaikuttavuustiedon perusteella. "Bonusmalli": 5 % korva-merkitty kannustin, jos vaikuttavuustavoitteet saavutetaan, voidaan käyttää esim. henkilöstön kehittämiseen tai tutkimukseen. Kohdennetut kehittämissankkeet alueille, joissa vaikuttavuus on heikkoa.	Mittauksen normittaminen: PROMIS-10 ja PACIC säännöllisesti Hoitotasapainon seuranta kvartaaleittain Muut tiedot toimittava järjestäjälle vuosittain	Julkistetaan vaikuttavuusmittausten tiedot kvartaaleittain järjestäjän nettisivulla. Järjestäjä toimittaa potilaskohtaiset tiedot potilasta hoitaville ammattilaisille vähintään puolivuositin	Yhteiset kokoukset (järjestäjä, tuottajat, potilasjärjestöt) puolivuositin: benchmarkataan tuloksia ja etsitään keskustellen hyviä käytäntöjä
Ulkoisen tuottaja	Mittareihin sidottu bonus/sanktio-malli -5...+5 %			

Taulukko 7. Esimerkki vaikuttavuustiedon hyödyntämisestä eri ohjauskeinojen kautta.

Vaikuttavuuden kannalta normiohjauksen olennaisin tehtävä on mittauksen normittaminen. Järjestäjä voi toki normittaa myös esimerkiksi resursointia tai henkilöstön koulutusta, jos se uskoo tietävänsä tuottajaa paremmin, miten nämä tulee hoitaa mahdollisimman hyvän vaikuttavuuden aikaansaamiseksi. Informaatio-ohjaus ja dialogi taas liittyvät vahvasti vaikuttavuustiedon jakamiseen ja sen pohjalta tehtävään yhteiseen kehittämiseen.

Resurssiohjauksen kohdalla on mentävä vielä tarkemmalle tasolle. On määriteltävä, mikä on kunkin mittarin numeerinen tavoitetaso ja miten bonuksen tai sanktion määrä skaalautuu tämän tason ympärille. Tavoitetasojen määrittelyssä benchmarking on usein avuksi, joten voi olla järkevää kerätä ensin dataa esimerkiksi vuoden verran ja määrittää sen perusteella tavoitetasot. Esimerkiksi pitkän sokerin (HbA1C) tavoite on Käypä hoito -suosituksen mukaisesti <7 %, jolloin mittariksi voidaan asettaa osuus potilaista, jotka ovat tavoitetasolla. Jos sitten ilmenee, että alueella yleisesti tämä luku on esimerkiksi 30 %, voidaan se asettaa nollassa, josta ei makseta bonusta eikä peritä sanktiota. Maksimibonukseen oikeuttava taso voi olla esim. 40 %, mutta tässä on huomioitava, että jos taso ei ole riittävän haastava, lopattaa kannustinvaikutus, kun taso on saavutettu (eli teoriassa tuottajan ei kannata hoitaa diabeetikoita yhtään paremmin kuin siten, että 40 % on tavoitteessa. Käytännössä se olisi tietysti epäeettistä).

Bonus/sanktio-mallit voivat olla moninaisia, mutta olennaista niiden suunnittelussa on kustannusneutraalius: järjestäjän kannattaa maksaa bonusta asioista, jotka hyödyttävät järjestäjää enemmän kuin bonuksen verran. Tässä haasteeksi tulee järjestäjätahojen moninaisuus ja rahoituksen monikanavaisuus: säästö voi koitua aivan toiselle taholle kuin bonuksen maksajalle. Esimerkiksi perusterveydenhuolto voi hoitaa diabeetikoita hyvin, jolloin erikoissairaanhoidon tarve vähenee. Tämä korjaantunee sote-uudistuksen myötä, mutta vastaava tilanne voi syntyä muiden palveluiden välille, tai esimerkiksi tilanteessa, jossa hyödyt tulevat työnantajille ja kustannukset kohdistuvat julkisiin palveluihin.

Joka tapauksessa järjestäjän tulee kannustinkorvauksia suunnitellessaan varmistaa, että sillä on varaa kannustimien maksamiseen. Jos kannustimen määrä on edellisen taulukon mukaisesti määritelty prosenttiosuutena, tähän on helppo varautua. Jos taas kannustin on määritelty tyyliin x euroa per hoitotasapainossa oleva potilas, on menojen arviointi vaikeampaa.

Kansansairaudet-segmentin potilaiden hoitoon osallistuu monenlaisia tuottajia, joista useimmilla on muitakin potilasryhmiä. Esimerkiksi terveyskeskuksella (tai tulevaisuudessa sote-keskuksella) on paljon muitakin asiakasryhmiä, joista osaan voi kohdistua bonus/sanktio-mallin mittareita, toisiin ei. Sanotaan, että sote-keskuksella on 100 asiakasta, joista diabeetikoita on 30 ja dementikkoja 10, ja näille molemmille potilasryhmille on edellä esitettyyn tapaan luotu bonus/sanktio-malli, jossa kokonaismaksimibonus on 10 rahayksikköä. Miten siis painotetaan eri asiakasryhmiä kokonaisbonusta laskettaessa? Entä ne potilasryhmät, joihin ei kohdistu mittareita? Yksi vaihtoehto on painottaa potilasryhmien koon suhteessa, eli diabeteksen mittarit muodostaisivat 3/4 ja dementian mittarit 1/4 kokonaisuudesta (tässä ei ole merkitystä, vaikka osa potilaista kuuluu molempiin ryhmiin). Tällöin maksimibonuksesta diabeteksen mittareihin sidottaisiin 7,5 rahaa ja dementian mittareihin 2,5 rahaa.

Toinen vaihtoehto on jakaa kokonaisuus tasan (tässä esimerkissä diabetes 50 % ja dementia 50 %) ja sitten miettiä, onko perusteltuja syitä muuttaa osuuksia - esimerkiksi missä palvelussa tai asiakasryhmässä on odotettavissa suurimmat hyödyt (tästä näkökulmasta esim. lasten palveluita voitaisiin painottaa enemmän kuin vanhusten). Ennalta määritetyt painoarvot helpottavat niin tuottajan kuin tilaajankin näkökulmasta bonus/sanktio-mallin toteuman ennakoimista.

Tässä esimerkissä bonus/sanktio-malli on siis sidottu vain diabeteksen ja dementikkojen hoitoon liittyviin mittareihin. Teoriassa tämä kannustaa tuottajaa panostamaan näihin potilasryhmiin muiden kustannuksella. Ei olekaan merkityksetöntä, mitkä ryhmät sisältyvät bonus/sanktio-mallin piiriin, eli minkä ryhmien mittareihin resurssiohjaus perustuu. Muut ryhmät eivät kuitenkaan ole ohjauksen ulkopuolella, vaan niiden osalta

hyödynnetään muita ohjauskeinoja. Resurssiohjauksessa voi olla hyvä aloittaa yhdestä tai muutamasta potilasryhmästä, kerätä kokemusta ja laajentaa sitten muihin ryhmiin. Bonus/sanktio-malliin sisällytettävien segmenttien tulee kuitenkin olla sen verran suuria (potilasmäärältään tai kustannuksiltaan) että niiden mittaamisesta koituva vaiva ei ylitä mahdollisia hyötyjä.

Erikoissairaanhoidon ohjauksessa tavoitteet ja mittarit taas mietitään tässä esimerkiksi sen mukaan, mihin ajatellaan erikoissairaanhoidolla olevan mahdollisuus vaikuttaa. Kroonisissa kansansairauksissa erikoissairaanhoidon rooli liittyy usein hoidon aloitukseen tai komplikaatioiden hoitoon, joiden jälkeen hoitovastuu siirtyy usein takaisin perusterveydenhuoltoon. Esimerkiksi diabeteksen tapauksessa tällainen interventio voi olla verisuonikomplikaatioiden vuoksi tehtävä varpaan amputaatio. Tällöin tavoitteina voi olla esimerkiksi nopea kuntoutuminen toimenpiteen jälkeen ja mahdollisimman hyvä toimintakyky jäljelle jäävässä osassa jalkaa, mitattuna vaikkapa kävelynopeudella. Järjestäjän on siis mietittävä, mitä se erikoissairaanhoidolta haluaa: mikä on se vaikuttavuus, jota tekemisellä tavoitellaan.

Yksityisen tuottajan kohdalla rahallisen bonuksen ohjausvaikutus on selvä: jo osakeyhtiölaki sanoo, että osakeyhtiön tehtävä on tuottaa voittoa osakkeenomistajilleen, ja tuottajan johtamisjärjestelmä pitää huolen lopusta. Samoin on epäilemättä muunkin ulkoisen tuottajan kohdalla, organisaatiomuodosta riippumatta: lisäraha motivoi, on vain johtamisjärjestelmästä kiinni, kuinka vahvasti tämä motivaatio saadaan siirrettyä päivittäisen työn tekijöiden tasolle.

Kun tuottaja ja järjestäjä ovat samaa organisaatiota, bonuksen ohjausvaikutus ei ole yhtä selvä. Voikin olla aiheellista korvamerkitä bonus siten, ettei ylimääräinen raha valu ikään kuin samaan laariin kuin kaikki muukin raha. Korvamerkityn bonuksen käyttökohteita voivat olla esimerkiksi tutkimus- ja kehittämistoiminta tai henkilöstön virkistystoiminta.

Kuten edellä on todettu, ihanteellisessa tilanteessa vaikuttavuustiedon perusteella voidaan allokoida budjettia varsin korkealla tasolla ja siirtää resursseja vähemmän vaikuttavasta tekemisestä sinne, missä (terveys)hyötyä per resurssi saadaan enemmän. Tämä vaatii kuitenkin huolellista harkintaa ja myös eettistä pohdintaa, kuten priorisointi aina. Ei ole yksiselitteistä vastausta siihen, miten eri asiakassegmenttien tarpeita pitäisi keskenään arvottaa ja vertailla. Vaikuttavuuden rinnalla on tarkasteltava ainakin terveyseroja. Helpommin vaikuttavuustietoa voidaan hyödyntää vertailemalla saman sairauden eri hoitomuotoja keskenään.

Kevyin tapa hyödyntää vaikuttavuusperustaista resurssiohjausta julkisen palvelutuotannon ohjauksessa lienee vastaavan kaltainen bonusmalli, kuin mitä ulkoistuksissa joskus käytetään. Koska rahaa ei kuitenkaan lyhyellä aikavälillä tule systeemiin lisää,

tulee järjestäjän varata budjetista osa bonuksiin. Yksi vaihtoehto on pidättää jokin prosenttiosuus kaikkien yksiköiden budjetista ja maksaa bonuksia hyvin pärjänneille. Toinen vaihtoehto on, että kukin yksikkö saa joka tapauksessa saman summan, mutta vapausasteita bonusosan käyttöön on enemmän silloin, kun vaikuttavuustavoitteisiin on päästy – jos taas vaikuttavuus ei ole ollut hyvää, bonusosa käytetään esimerkiksi järjestäjän osoittamaan kehittämishankkeeseen, jolla tilanne pyritään korjaamaan.

6 Toimijoiden roolit ja reittiopas

Tässä luvussa kuvaamme hankkeen tuloksena syntyneen näkemyksen siitä, millaisia eri toimijoiden roolit ovat vaikuttavuusperustaisessa ohjausmallissa. Lisäksi esittelemme vaikuttavuuden reittioppaan, eli konkreettiset vaikuttavuuden ohjaamiseen vievät askelmerkit niin kansalliselle tasolle kuin järjestäjillekin.

6.1 Kehittämiskohteet kansallisella tasolla

Raportissa on keskitytty järjestäjän vaikuttavuusperustaiseen ohjaukseen. Järjestäjän toimintamahdollisuudet paranevat huomattavasti, mikäli kansallisella tasolla määritetään tiettyjä perusteita toiminnan kehittämiseksi vaikuttavuusperustaisemmaksi. Lisäksi kansallisella tasolla voidaan monin muinkin tavoin edesauttaa vaikuttavuusperustaiseen toimintamalliin siirtymistä.

6.1.1 Informaatio-ohjauksen kehittäminen

Informaatio-ohjauksen näkökulmasta (etenkin sote-palveluissa) tulee kansallisella tasolla kehittää ainakin seuraavia osa-alueita:

1. Yhtenevän asiakasryhmittelyn määrittäminen
2. Mittaamistapojen standardointi
3. Vaikuttavuustiedon julkaiseminen

Vastaavia kehittämistarpeita on myös työllisyyspalveluiden puolella, mm. tietopohjassa ja mittarien standardoinnissa on puutteita.

Sote-palveluiden puolella tarve yhtenevälle asiakasryhmittelylle on havaittu jo aiemmissa tutkimuksissa (esim. Torkki ym. 2017). Kuten aiemmin tässä raportissa on todettu, vaikuttavuuden arviointi tehdään aina asiakastasolla, mutta ohjauksen tai johtamisen kannalta parhaiten hyödynnettävää tietoa saadaan määrittämällä relevantteja asiakasryhmiä. Suomessa ei ole käytössä yhtenevää asiakas- tai potilasryhmittelyä. Erikoissairaanhoidossa laajasti käytetty NordDRG on tehty alun perin vuodeosastohoidon kustannuslaskennasta tai laskutuksesta lähtien ja se soveltuu varsin huonosti vaikuttavuuden arvioinnin perustaksi. Perusterveydenhuollossa tai sosiaalipalveluissa ei yhtenevää ryhmittelyä ole käytössä. Suomessa käynnistyneessä laaturekisterityössä - kuten myös ICHOM-standardeissa - on valittu tiettyjä diagnoosiryhmiä laaturekisterien pohjaksi, mutta diagnooseittain tai diagnoosiryhmittäin segmentoitaessa

asiakasryhmiä tulee jo terveyspalveluissa paljon ja sosiaalipalveluihin vastaava tarkastelu ei sovi. Lisäksi on huomioitava asiakasryhmittelyssä työllisyyspalveluiden näkökulma vähintään niiden asiakkaiden osalta, jotka tarvitsevat myös sosiaali- ja/tai terveyspalveluita esimerkiksi työkyvyn parantamiseksi. Asiakasryhmittely voi olla hierarkkinen, jolloin järjestäjätasolla ryhmiä on vähemmän, mutta sen alla on tarkempia ryhmiä, joiden avulla voidaan pureutua kehittämiskohtiin. Järjestäjällä on tarve saada kokonaiskuva tilanteesta, mutta liian karkeat ryhmät häivyttävät alleen konkreettiset kehittämiskohteet.

Mittaamistapojen standardointi on tärkeää tehdä kansallisella tasolla ja lisäksi niin, että kansainvälinen vertailtavuus huomioidaan. Kuten aiemmin on todettu, vaikuttavuuden määritelmä pitää konkretisoida, koska terveys, toimintakyky tai hyvinvointi ovat niin laajoja käsitteitä. Vastaavasti vaikuttavuusmittarit antavat suhteellisia arvoja, vaikka joillekin mittareille onkin määritetty viitearvoja tavoiteltaville tasolle. Menetelmät kehittyvät jatkuvasti ja vaikuttavuuden taso voidaan arvioida vain vertaamalla toimintaa systemaattisesti ja jatkuvasti eri toimijoiden ja myös järjestelmien välillä. Suomessa tulee ainakin merkittävimmissä asiakasryhmissä (volyymit, kustannukset, strategiset kehitysalueet) voida vertailla toiminnan vaikuttavuutta yhtenevillä mittareilla ja toivottavaa on, että mittarit ovat vertailukelpoisia myös järjestelmämme kannalta kiinnostaviin maihin. Laaturekisterityö on tässä kehittämiskohteessa hyvä alku. Myös järjestäjiltä vaadittava raportoitava tieto tulee määritellä kansallisesti. Tätä kehitystyötä on tehtykin jo aikaisemmassa sote-uudistuksessa mm. KUVA-mittaristossa ja maakuntien ohjauksen simulointihankkeessa (THL 2018), mutta tässä osa-alueessa on vielä paljon kehitettävää.

Vaikuttavuustiedon julkistamisella on myös merkittävä rooli. Ensinnäkin tulosten avoin julkaiseminen kannustaa toimijoita kehittämään toimintaansa. Toisaalta, vaikka valinnanvapautta ei nykyisessä sote-uudistuksessa kaavailla lisättävän samoin kuin aikaisemmassa, valinnanvapaus on jo osa järjestelmää. Vaikuttavuustiedon julkaisemiseen sisältyy aina riskejä, kuten "ovatko vaikeimmat tapaukset valikoituneet parhaisiin yksiköihin", "ymmärtävätkö asiakkaat tulkita monimutkaisia vaikuttavuustuloksia" tai "yrittääkö tuottaja kieltäytyä huonoennusteisista asiakkaista, jotta mittarit eivät heikentyisi". Näitä riskejä on havaittu systeemeissä, joissa tietoja on julkaistu, ja ne ovat todellisia. Niitä pitää hallita muilla keinoin, kuten kehittämällä case-mix-vakiointia ja toisaalta normittamalla tuottajia siten, että osaoptimointia voidaan hillitä. On huomioitava, että jos vaikuttavuustietoa ei voida julkaista, valitsevat asiakkaat jonkin muun tiedon pohjalta. Johtaako se parempaan lopputulokseen? Tavoitteena voitaneen kuitenkin pitää, että asiakkaat valitsisivat hoitopaikkansa mieluummin relevanttiin vaikuttavuustietoon kuin vaikkapa odotusaikoihin, etäisyyteen tai pelkkään palvelun laatuun pohjautuen.

Vaikuttavuustiedon avoimuuteen liittyy myös tietosuojaan kytkeytyviä kysymyksiä. Järjestäjien väliset rajat eivät näy vain rahoituksessa vaan myös tiedon kulussa. Tällä hetkellä vaikuttavuustiedon saaminen on vaikeaa ja vaatii monimutkaisen lupaprosessin silloin, kun asiakasryhmän palvelut järjestää useampi taho (Lehtinen 2019, Leskelä ym. 2019). Alueelliset sote-järjestäjät helpottavat tilannetta integroimalla useita järjestäjiä yhdeksi. Tiedonkulkua estäviä rajoja tulee kuitenkin olemaan edelleen, mikä on syytä huomioida kansallisessa kehittämisessä.

6.1.2 Resurssiohjauksen kehittäminen

Valtiotasoinen resurssiohjauksen kehittäminen tarkoittaa käytännössä kolmea asiaa 1) kuntien valtionosuuksia, 2) monikanavaisen rahoitusjärjestelmän yksinkertaistamista ja 3) hankemuotoista kehittämis- tai tutkimusrahoitusta.

Tällä hetkellä kuntien valtionosuusjärjestelmän tehtävänä on tasoittaa kuntien välillä olevia peruspalveluiden kustannus- ja tarve-eroja ja siten lisätä sairastavuudeltaan, väestörakenteeltaan ja tulopohjaltaan erilaisten kuntien asukkaiden yhdenvertaista kohtelua ja heidän tosiasiallisia mahdollisuuksiaan saada perusoikeuksien toteutumisen kannalta välttämättömiä palveluja. (PeVL 16/2014 vp ja siinä mainitut lausunnot PeVL 34/2013 vp, s. 2/I, PeVL 29/2009 vp, s. 2/I, vrt. PeVL 37/2006 vp, s. 2—3.) Ainakin teoriassa sairastavuuden huomioiminen valtionosuudessa toimii negatiivisena kannustimena vaikuttavuuden kehittämiseksi. Ongelmana on siis aiemmin raportissa kuvattu ristiriita yhdenvertaisuuden määrittämisessä. Yhtenä kehittämiskeinona on esitetty esimerkiksi hyte-kerrointa (Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kerroin), jolla voidaan kannustaa vaikuttavaan toimintaan (VM 2019). Tulevaisuudessa tulee arvioida, mitä keinoja valtionosuutta on kehittää siten, että resurssiohjaus tukee nykyistä paremmin vaikuttavuuden kehittämistä.

Monikanavainen rahoitus aiheuttaa aiemmin kuvattuja ongelmia vaikuttavuuden kehittämiseen. Vaikka nykyiset kuntien vastuulla olevat sote-palvelut integroitaisiinkin sekä taloudellisesti että toiminnallisesti nykyistä suurempaan järjestäjäorganisaatioon, jää rahoitukseen vielä useita kanavia, mikä voi hidastaa vaikuttavuuden kehittämistä. Esimerkkinä voidaan kuvata työikäisten palvelut, jossa työkyvyttömyyskustannukset maksavat työnantajat ja KELA. Toinen esimerkki on syövän lääkehoito, jossa osa lääkkeistä menee sairaanhoitopiiriin budjetista, osan maksaa KELA ja osan potilas. Tämä komplisoi myös esimerkiksi uusien lääkkeiden arviointi- ja korvattavuusprosesseja. Vastaavia ongelmia voi liittyä myös muihin kustannuksiin, kuten matkakuluihin. Tällöin järjestäjää voi tiukassa taloudellisessa tilanteessa ohjata enemmän omien hoitokustannusten kuin kokonaisketjun vaikuttavuuden ja kokonaiskustannusten optimointi. Pohjola Vakuutuksen ja Pohjola Sairaalan esimerkki näyttää, millaisia kannustavia

elementtejä vaikuttavuuden kehittämiseen voidaan saada, kun palveluketjun kokonaiskustannukset saadaan aidosti yhden toimijan vastuulle. Jos monta kanavaa joudutaan säilyttämään, on kanavien parempi olla asiakasryhmäsuuntaisia kuin asiakaspolkuja leikkaavia. Eli esimerkiksi syöpäpotilaat voitaisiin hoitaa julkisesti rahoitetulla ”syöpävakuutuksella” (vrt. lakisääteinen työtaturmavakuutus), jolloin järjestäjä voisi optimoida kaikkia syöpään liittyviä palveluita, vaikuttavuutta ja kustannuksia ja esimerkiksi investoida hoitomenetelmiin työkyvyttömyyden vähentämiseksi.

Valtio jakaa myös säännöllisesti rahaa tutkimus- ja kehittämishankkeisiin. Näillä voi olla merkittävä rooli vaikuttavuusperustaisuuden luomisessa. Esimerkiksi Hollannissa ministeriö on laatinut monivuotisen vaikuttavuusohjelman, jossa on sekä kansallisia hankkeita että paikallisia toimijoita vaikuttavuuden parantamisessa tukevia kehityshankkeita. (Zijnstra & Molenaar 2019). Esimerkkinä tällaisesta tutkimus- ja kehittämistoiminnasta on potilasjärjestöjen hyödyntämisen tutkiminen ja kehittäminen vaikuttavuusperustaisessa ohjauksessa. Maissa, joissa ohjausmalli on otettu laajasti käyttöön, asiakasraadeilla ja potilasjärjestöillä on mittaustiedon ohella keskeinen rooli informaation lähteenä. Suomessa potilasjärjestöjen hyödyntäminen asiantuntijoina on edelleen vähäistä.

6.1.3 Normiohjauksen kehittäminen

Normiohjauksessa kansallisella tasolla tulee palveluntuottajilta edellyttää vaikuttavuustiedon keräämistä ja toimittamista kansallisiin rekistereihin.

Ruotsiin on luotu esimerkiksi kansallisesti yli 100 laaturekisteriä, joihin kirjataan hoitotulemia, jotta osataan tunnistaa parhaat interventiot ja käytännöt (Emilsson ym. 2014). Ruotsin laaturekistereihin kerätään runsaasti myös potilaan raportoimaa dataa. Tosin Nilsson ym. (2016) huomauttavat, että kerättävän datan perusteella tehtävä kehitys on ollut vielä vähäistä. Eri palveluntuottajien hoitotulemien tekeminen julkiseksi edistää myös hoitokäytänteiden kehittämistä ja auttaa potilaita valitsemaan itselleen palveluntarjoajan. Lisäksi niin järjestäjä kuin tuottajakin voivat hyödyntää vaikuttavuustietoa vaikuttavuusperustaisissa hankinnoissa. Pelkät laaturekisterit eivät riitä, vaan on samalla kehitettävä yleisiä karkeampia mittareita tai mittaustapoja, jotta kokonaisuuksia voidaan arvioida. Tällaisia voivat olla esimerkiksi yleiset väestön terveyteen liittyvät indikaattorit.

Vastaavasti Englannissa NHS (National Health Service) on velvoittanut palveluntuottajat keräämään PROM-tietoa tietyissä toimenpiteissä jo vuodesta 2009 (Nilsson ym. 2016). NHS käyttää PROM-tietoa mm. kartoitettaessa lonkan tekonivelleikkauksista saatavaa hyötyä eri puolilla Englantia (NHS England 2016).

Haastattelujen ja kansainvälisten kokemusten pohjalta näyttää siis siltä, että tehokain tapa on normittaa kirjaaminen ja mittarien julkaisu/aineiston toimitusvelvollisuus tuottajille. Kansallisesti voidaan sitten THL:n tai muiden tahojen kautta kehittää tietojen julkaisutapoja ja käytettävyyttä.

Vallitsevat käytännöt hidastavat hankintojen kehittymistä vaikuttavuusperustaisiksi enemmän kuin hankintoja normittava hankintalaki. Toimijoilta puuttuu osaamista ja toimintamalleja edistää vaikuttavuusperustaista hankintaa. Kansallisella tasolla onkin hyödyllistä kehittää malleja ja ohjeistusta siitä, miten vaikuttavuusperustaista hankintaa voidaan toteuttaa.

6.1.4 Dialogin kehittäminen

Kansallisella tasolla tarvitaan myös dialogia, joka tukee kestävää ja jatkuvaa kehitystä vaikuttavuustiedon käyttämiselle järjestelmän ohjauksessa. Vertailukohtana voidaan käyttää esimerkiksi aikaisemmassa sote-uudistuksessa kokeiltua simulaatiokokeilua.

Erityisesti kehitysvaiheessa useilla toimijoilla on paljon samankaltaisia kysymyksiä tai ongelmia, joita voi olla kustannustehokkaampaa ratkaista kansallisella tasolla dialogia käyden kuin niin, että jokainen järjestäjä miettii samoihin ongelmiin ratkaisua erillään.

Lisäksi Sipilän hallituksen maakuntauudistuksen valmistelussa päästiin uudenlaiseen yhteistyöhön maakuntien, ministeriöiden ja sidosryhmien välillä. Tällaisia työmuotoja kannattaa kehittää jatkossa toimeenpanon, mutta myös säädösvalmistelun tueksi. Laajat palvelurakenteisiin liittyvät uudistukset edellyttävät sitä, että ministeriöt näkyvät kentälle yhtenäisenä valtioneuvostona. (Aronkylä & Mäki 2019, 112)

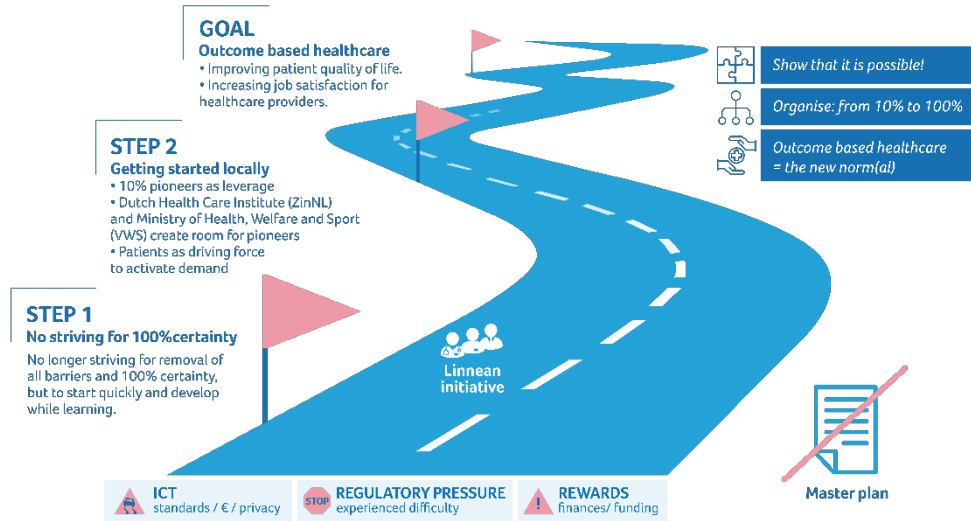
Suomesta puuttuu tällä hetkellä kansallinen vaikuttavuuteen keskittyvä taho, minkä vuoksi tieto, tutkimus ja kehitys on sirpaleista. THL:llä on osa tarvittavasta aineistosta ja tutkimusta ja julkaisutoimintaa aiheesta, KELA:lla osa ja Tilastokeskuksella osa. Ainealueen tutkimus on hajautunut useisiin eri yliopistoihin ja muihin tutkimuslaitoksiin ja näin varmasti tulee aina olemaan. Lisäksi on yksityisiä toimijoita, jotka haluavat kehittää ja hyödyntää vaikuttavuustietoa, kuten medtech-, lääke- tai analytiikkayritykset. Sekä informaatio-ohjausta että dialogia helpottaa, jos Suomeen perustetaan yksi taho verkottamaan näitä toimijoita toisiinsa. Sen tehtävänä olisi koordinoita ja kehittää järjestelmän kannalta oleellisen vaikuttavuustiedon käytettävyyttä eri osapuolille eli päätäjille, ammattilaisille, potilaille ja muille sidosryhmille. Myöhemmin tehtäviin voisi liittää vaikuttavuuden arvioinnin myös muilta sektoreilta. Esimerkinomaisena vertailukohteena voi pitää vaikka kansallista syöpäkeskusta.

Keskeinen valtakunnallisen dialogin paikka on myös legitimizeetin rakentaminen sellaiselle sote-rakenteelle, jossa raha ja ohjaus tulevat samalta tasolta ja taholta..

Ilman kansallisen tason kokoamaa aktiivista dialogia vaikuttavuusperustainen ohjaus ei kasva yhtä merkittäväksi ohjausjärjestelmäksi kuin sen kanssa. Dialogi voi olla käytännössä seminaareja, pilottien tukemista, kansallisen tason tavoitteiden kirkastamista järjestäjien kanssa tai ministeriöiden yhteistyön kehittämistä yhteisistä tavoitteista käsin. Tiedon jakaminen ja vuorovaikutus kannattelevat rakenteiden muuttamista suotuisiksi vaikuttavuusperustaisen ohjauksen toteuttamiseen. Vuorovaikutus tuo vaikuttavuuden ohjaamisen osaksi sekä kansallisen tason että järjestäjien arkiajattelua, työmuistia ja aktiivista toimintaa. Ilman dialogia vaikuttavuusperustaisen ohjauksen tukeminen jää luultavasti puolitiehen, jolloin vaikuttavuus jää sekä järjestäjien että valtakunnan tasolla asiaksi, joka tulee toisinaan mieleen ja johon olisi hyvä keskittyä sitten kun tärkeät ja kiireelliset asiat on ensin hoidettu.

6.2 Vaikuttavuuden reittiopas

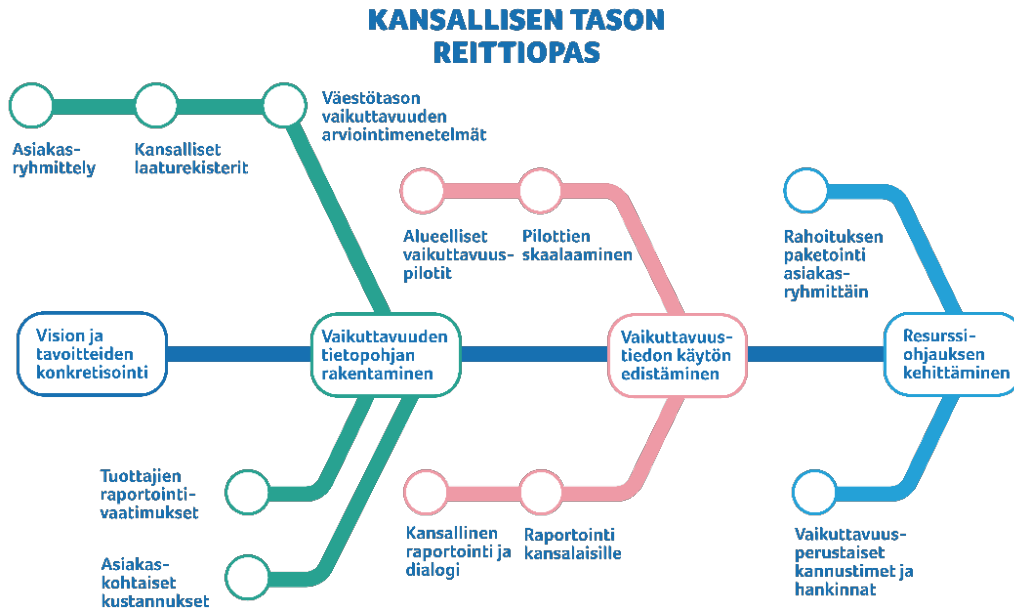
Kansallisen tason toimenpiteitä suunniteltaessa voidaan ottaa esimerkkiä Hollannin ministeriön vaikuttavuusohjelmasta (kuva 15), jossa kehitetään usean vuoden ajan systemaattisesti kyvykkyksiä vaikuttavuusperustaisten palveluiden aikaansaamiseksi. Hollannin ohjelmassa on 4 osakokonaisuutta: 1) Vaikuttavuustiedon roolin korostaminen, 2) Jaetun päätöksenteon (shared decision-making) lisääminen, 3) vaikuttavuusperustaisten kannustimien ja organisoinnin lisääminen sekä 4) parempi pääsy ajantasaiseen ja relevanttiin vaikuttavuustietoon.



Kuva 15. Hollannin terveystieteiden vaikuttavuuden tiekartta.

6.2.1 Kansallisen tason reittiopas

Suomessa kansallisella tasolla tulisi vastaavasti käynnistää ohjelma tai hanke, jonka avulla tuetaan järjestelmän muutosta kohti vaikuttavuusperustaisuutta. Oleellista on ohjelman pitkäkestoisuus ja pysyvän muutoksen tavoittelemine. Ohjelman osakokonaisuudet voisivat Hollantia mukailien olla esimerkiksi seuraavan kuvan (kuva 16) mukaiset.



Kuva 16: Kansallisen tason reittiopas

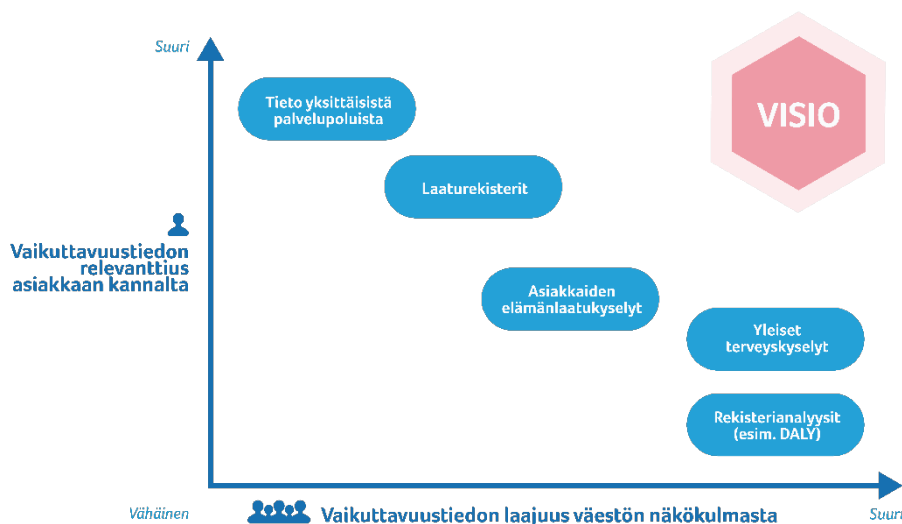
6.2.1.1 Vaikuttavuuden tietopohjan rakentaminen

Nykyisin ajantasaista vaikuttavuustietoa on saatavilla hyvin rajatusti etenkin sote-palveluissa. Työllisyyspalveluissa erityistä huomiota täytyy kiinnittää vaikeasti työllistävien henkilöiden palveluiden vaikuttavuuden seurannan kehittämiseen. Sotessa ensimmäiset laaturekisterit ovat rakenteilla ja niiden lisäksi Perfect-hankkeesta on syntynyt joitakin indikaattoreita muutamaaan potilasryhmään ja Syöpärekisterissä on seurattu esim. selviytyvyyttä ja kuolleisuutta syöpätaudeissa. Hollannissa tavoitteeksi on otettu, että vuoteen 2022 mennessä 50 prosentilla potilaista mitattaisiin systemaattisesti vaikuttavuutta. Suomen lähtötilanne on aavistuksen heikompi, mutta kansallisella tasolla tulee asettaa vastaavanlaiset tavoitteet vaikuttavuustiedon keruun kattavuudelle. Luonnollisesti tavoitteita tulee konkretisoida myös järjestelmän tavoiteltujen vaikutusten osalta: miten vaikuttavuutta ja sen kehittymistä aiotaan seurata kansallisella tasolla.

Samassa yhteydessä tulee ottaa mukaan toimijat (järjestäjät, potilasjärjestöt, tuottajat) mukaan kehittämään mittaristoja sekä arvioimaan tietojen keräämistä, käyttöä ja käytettävyyttä. Vaikka mahdollisuus kerätä tietoa aikaisempaa käytettävämmiin digitaalisten ratkaisujen avulla on lisääntynyt, on edelleen yhtenä keskeisenä haasteena saada tietoa niin kattavasti, että sen avulla voidaan luotettavasti arvioida palveluiden vaikuttavuutta. Tällä hetkellä tietojen keruu on useassa paikassa koettu työlääksi ja siihen on saatettu joutua jopa palkkaamaan erillistä henkilöstöä. Vaikuttavuustiedon keruu ei

ole integroitunut parhaalla mahdollisella tavalla. Lisäksi potilaiden vastaamatta jättäminen ei välttämättä tapahdu satunnaisesti vaan se voi aiheuttaa vinoumaa tuloksiin ja sen vuoksi arkivaikuttavuuden mittaamisessa on yritettävä löytää optimi mahdollisimman kattavan ja monipuolisen mittariston ja tiedon keruun helppouden ja taloudellisuuden välillä.

On myös määritettävä asiakasryhmittelyn perusteet kattaen koko soten ja myös koko väestön: miten asiakas- ja potilasryhmät jäsennetään eri tasoilla (esim. kansallinen, alueellinen järjestäjä, laaturekisterit). Sen lisäksi on määritettävä, missä asiakasryhmissä ja millä mittareilla vaikuttavuutta mitataan, jotta voidaan saavuttaa haluttu kattavuus sekä varmistaa tiedon vertailukelpoisuus. Vaikuttavuuden ohella myös kustannukset on mitattava asiakaskohtaisesti, jotta voidaan arvioida kustannusvaikuttavuutta ja sen kehittymistä eri asiakasryhmissä. On muistettava, että tutkimusten mukaan sote-palveluilla on vain rajallinen vaikutus ihmisten toimintakykyyn, terveyteen ja hyvinvointiin, joten laaturekisterityyppisen mittaamisen ohella tarvitaan väestölähtöistä mittaustapaa kokonaiskuvan hahmottamiseksi (kuva 17). Lisäksi esimerkiksi terveys- tai toimintakykyriskejä voidaan mitata huomattavasti nykyistä paremmin ja tehokkaammin tiedon laadun ja laajuuden kasvaessa.



Kuva 17. Esimerkkejä vaikuttavuustiedon lähteistä. Visiona on koota vaikuttavuustietoa, joka on relevanttia yksittäisille asiakkaille ja jota voidaan soveltaa laajasti.

Kuva 17 on yksinkertaistettu kuvaus joidenkin vaikuttavuusarviointien ominaisuuksista, joita voidaan käyttää pohjana, kun vaikuttavuuden mittaamistapaa kehitetään

kokonaiskuvan muodostamiseksi. Kuvassa on muutamia esimerkkejä, joten jo nykyisin on käytössä muitakin tapoja vaikuttavuuden arviointiin. Kuva hahmottaa vaikuttavuustavoitteet kattavuuden ja tiedon relevanttiuden näkökulmasta. Se auttaa muodostamaan käsityksen siitä, miten järjestäjä saa käytännössä kokonaiskuvan palveluiden ja järjestelmän vaikuttavuudesta eri tietolähteitä yhdistäen. Tämän jälkeen tehdään konkreettiset toimenpiteet eri mittaus- ja arviointitapojen kehittämiseksi.

Lisäksi on määritettävä tiedon keruun, hallinnan ja kehittämisen organisointi ja resursointi: mitkä ovat eri toimijoiden roolit ja miten tiedon keruu ja varastointi rahoitetaan.

6.2.1.2 Vaikuttavuustiedon käytön ja käytettävyyden edistäminen

Vaikuttavuusperustaisuus edellyttää, että eri toimijoilla on helposti käytettävissä relevanttia ja ajantasaista tietoa. Pelkästään se, että tietoa kerätään kansallisiin rekistereihin ei riitä, vaan sen ohella on tärkeä määrittää, mitä tietoa julkaistaan eri toimijoille ja miten. On esimerkiksi pohdittava, miltä osin järjestäjien tai tuottajien tietotarpeisiin vastaavat raportointiominaisuudet rakennetaan kansallisesti, miltä osin toimijoilla on pääsy tietoon ja miltä osin varsinainen raportoinnin rakentaminen jää toimijoille. Käytännössä on siis suunniteltava ja toteutettava vaikuttavuustiedon käyttötavat potilaille, järjestäjille, tuottajille ja yhteiskunnallisille toimijoille ml. päättäjät.

Yksi mahdollisuus vaikuttavuustiedon käytettävyyden näkökulmasta on Omatietovaranto, joka on Kanta-palveluihin kehitteillä oleva palvelu, johon kansalaiset voivat tulevaisuudessa tallentaa omia hyvinvointitietojaan. Kansalainen voi itse tarkastella tallentamia tietoja Omakanta-palvelussa, minkä lisäksi kansalainen voi antaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille luvan tarkastella tietoja, jolloin tiedot olisivat avoimen rajapinnan kautta kaikkien hyvinvointisovellusten ja -tietojärjestelmien käytettävissä. Näin mm. PROM-tiedot tallentuisivat kansalliseen tietovarantoon sen sijaan, että ne jäisivät kunkin palveluntuottajan tietojärjestelmään.

Tiedon käytettävyyden ohella on mietittävä dialogin ja informaatio-ohjauksen keinoja, jolla voidaan aikaansaada kestävä ja jatkuva kehitys vaikuttavuustiedon käyttämiseen järjestelmän ohjauksessa. Vertailukohtana voi käyttää esimerkiksi aikaisemmassa sote-uudistuksessa kokeiltua simulaatiokokeilua. Kuten aiemmin todettiin, myös vaikuttavuusperustaista hankintaa voidaan edistää kansallisesti informaatio-ohjauksen ja dialogin keinoin, esittämällä ja keskustelemalla ratkaisumalleista nykyisen lainsäädännön puitteissa.

6.2.1.3 Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen päätöksentekotilanteissa

Vaikuttavuustiedon käyttö erityyppisissä päätöksentekotilanteissa vaatii paljon uudenlaista oppimista ja kehittämistä. Jo havaittuja ongelmia ovat mm. aineistojen ”pienuudet” yksittäisten tuottajien osalta, ajallinen ulottuvuus (missä vaiheessa vaikuttavuustietoon voidaan luottaa ja mikä on riittävä aikajänne sen hyödyntämiseen) ja case-mi-xien rakentaminen siten, että voidaan varmistaa vertailukelpoisuus. Päätöksentekotilanteissa halutaan useimmiten käyttää mahdollisimman tuoretta tietoa. Palveluiden vaikuttavuus voidaan taas useimmiten arvioida täysin luotettavasti vasta kuukausien tai joissain tapauksissa vasta vuosien päästä. Lisäksi Suomessa toimijat ovat pieniä: useissa asiakas- tai potilasryhmissä kuukausittaiset volyymit saattavat olla vain kymmeniä potilaita. Muun muassa näistä tekijöistä aiheutuu lukuisia kysymyksiä, jotka koskevat järjestelmän kaikkia toimijoita. Tämän vuoksi on järkevää rakentaa kyvykkyyttä vaikuttavuuden ohjaamiseen kansallisesti, ettei kaikkien toimijoiden tarvitse ratkoa samoja kysymyksiä ja ongelmia erikseen. Vastaavia kysymyksiä toki esiintyy osittain myös kansainvälisesti, joten on tärkeää, että myös aiheen tutkijat jakavat ajantasaista tietoa jo kehitetyistä ratkaisuista.

Päätöksentekotilanteissa on huomioitava paitsi ammattilaisten (järjestäjä, tuottaja) tekemät päätökset myös asiakkaiden ja potilaiden osallistuminen päätöksentekoon Hollannin tapaan. Hollannin potilasjärjestöjen tekemän selvityksen mukaan 94 % potilaista haluaa osallistua päätöksentekoon hoitovaihtoehtoja, kun nykyisin vain 14% on kokenut, että heidän näkemyksensä on huomioitu riittävästi päätöksentekotilanteissa. (Zijnstra N. & Molenaar 2019) Luonnollisesti on huomioitava, että joka tapauksessa potilaan kyky osallistua päätöksentekoon vaihtelee ja ammattilaisella on asiantuntemuksensa kautta merkittävä rooli tulevaisuudessakin.

Kansallisella tasolla tätä voidaan edistää tutkimuksilla, koulutuksilla sekä esimerkiksi suunnatuilla kehittämisprojekteilla.

6.2.1.4 Resurssiohjaus tukemaan vaikuttavuuden kehittämistä

Kuten aiemmin todettiin, nykyisessä järjestelmässä saattaa olla resurssiohjauksesta johtuvia hidasteita vaikuttavuusperustaiselle kehittämiselle. Näitä ovat esimerkiksi monikanavainen rahoitus, monen järjestäjän läpi kulkevat palveluepisodit ja yksikkökohtainen budjettiohjaus. Näitä tekijöitä voidaan kehittää vain kansallisella tasolla. Välttämättä ensi vaiheen tavoitteena ei edes ole saavuttaa vaikuttavuusperustaisia kannustimia, mutta jo rajoittavien tekijöiden purkaminen vauhdittaa järjestelmän kehittämistä.

Olettaen, että sote-palvelut ja rahoitus saadaan integroitua yhden järjestäjän alaisuuteen, seuraavana askeleena voisi olla lääkkeiden monikanavaisen rahoituksen purka-

minen. Nykyisin kukaan ei edes tiedä esimerkiksi syöpään liittyvien lääkehoitojen kokonaiskustannuksia, koska osa tiedoista on sairaaloilla ja osa KELA:lla. Kun lääkekulut kasvavat nopeasti ja taloustilanne on tiukka, tämä johtaa usein osaoptimointiin kokonaiskustannusvaikuttavuuden sijaan. Sama ongelma liittyy muihinkin sairauksiin, joissa osa lääkkeisiin tarvittavista rahoista menee sairaalan, osa KELA:n ja osa potilaan tililtä.

Tärkeää on saada myös ainakin työkyvyttömyyteen liittyvät kustannukset integroitua sote-palvelutuottajille. Esimerkkien perusteella nopeampaan hoitoon ja kuntoutukseen investoiminen alentaa kokonaiskustannuksia, kun työkyvyttömyys vähenee. Kun vaikuttavuuden mittausta kytketään työkyvyttömyyskustannusten seurantaan, voidaan varmistua, että hoitoketjuja kehitetään sekä asiakkaan että maksajan kannalta tarkoituksenmukaiseen suuntaan.

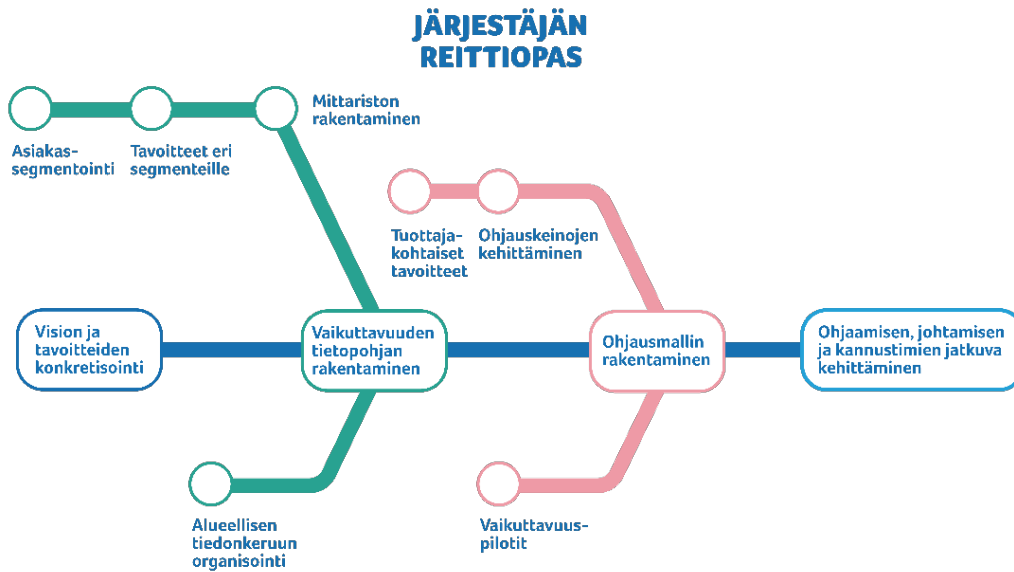
Laajin kysymys monikanavaisen rahoituksen osalta lienee muiden työllisyyskokonaisuuksien rahoitus suhteessa sote-rahoitukseen, mutta jo edellä mainittujen rahoitusten monikanavaisuuden vähentäminen parantaa rahoittajan toimintamahdollisuuksia kustannusvaikuttavuuden kehittämisessä merkittävästi.

6.2.1.5 Alueellisten vaikuttavuuspilottien tukeminen

Vaikuttavuusperustaisuuden kehittäminen vaatii usein investointeja. Toki investointien suuruus riippuu toiminnan luonteesta. Ongelmana voi olla, että hyödyt realisoituvat jopa vuosien viiveellä ja osa hyödyistä kohdistuu muihin toimijoihin. Esimerkiksi lasten ja perheiden palveluissa tai vaikkapa ikäihmisten palveluissa vaaditaan pitkäkestoista sekä rakenteisiin että toimintaan kohdistuvaa kehittämistä ja hyödyt saattavat alkaa realisoitua vasta 3-5 vuoden aikavälillä. Tämän vuoksi pitää kansallisella tasolla edistää vaikuttavuuden parantamiseen tähtäviä kestäviä ja skaalattavia hankkeita esimerkiksi tutkimus- ja kehittämishankkeilla.

6.2.2 Järjestäjän reittiopas

Kehittämisreitti perustuu yhtäältä oletukseen vahvasta järjestäjästä, jolla on ohjausvoimaa palvelutuottajiin, vaikka nykytilassa näin ei usein ole. Yksi nykyjärjestelmän suurimmista ongelmista on järjestäjien luvussa 3.4.1 kuvattu heikkous suhteessa palvelutuottajiin. Toisaalta, vaikuttavuusperustaisen ohjauksen toteuttaminen vahvistaa järjestäjää.



Kuva 18: Järjestäjän reittiopas

6.2.2.1 Vaikuttavuusperustaisuuden vision ja tavoitteiden määrittäminen

Tarpeet, resurssit, kyvykkyudet ja lähtötilanne vaihtelevat alueittain. Pelkästään se, että strategiassa on määritelty vaikuttavuus ja asiakaskeskeisyys keskeisimpinä tavoitteina, ei riitä. Lähtötilanteesta riippuen on konkretisoitava, mitkä ovat alueen tavoitteita vaikuttavuusperustaisuuden edistämiseksi. Yleisestä tavoitetilasta on voitava johtaa konkreettiset strategiset tavoitteet muutaman vuoden aikavälillä ja edelleen välitavoitteet siten, että niitä voidaan käytännössä lähteä edistämään. Tämä on sotessa erityisen vaikeaa useista sidosryhmistä ja erilaisista tahtotiloista johtuen. Kuitenkin, jos tavoitteita ei saada konkretisoitua, ei toiminnan seurannastakaan saada järkevää kokonaisuutta, sillä vaikuttavuus voidaan haluttaessa ymmärtää monella eri tavalla. Sitä voidaan myös arvioida sadoilla, ellei tuhansilla erilaisilla mittareilla, jotka kaikki voidaan perustella. Tällöin toiminnan kehittäminen ja johtaminen tulee kokonaisuuden kannalta mahdottomaksi.

Tavoitteiden määrittämisessä ja vaikuttavuusperustaisen ohjauksen käynnistämisessä järjestäjän sisäinen sekä järjestäjän ja keskeisten sidosryhmien välinen dialogi on keskeisessä osassa. Vuorovaikutuksen avulla vaikuttavuus saadaan nostettua prioriteetiksi jokapäiväisen työn keskellä paremmin kuin jos vaikuttavuus otettaisiin ohjenuoraksi pelkästään normittamalla tai kannustimilla. Vain normien ja kannustinten avulla toteutettuna siihen liittyvä mittaaminen näyttää helposti ylimääräisenä työnä tai valvontana, ei tavoitteisiin vievänä työkaluna. Dialogi toimii tavoitteiden eteenpäin

viejänä tilanteessa, jossa monien järjestäjien, rahoittajien ja monimutkaisten palveluketjujen seurauksena tilaisuus yksiselitteiseen, suoraviivaiseen ohjaukseen puuttuu useammin kuin sitä voidaan soveltaa.

Vuorovaikutusta tarvitaan järjestäjien välillä, jotta yhteisiä tavoitteita ja palvelupolkuja voidaan kehittää. Lähitulevaisuudessa dialogia tarvitaan myös siihen, että eri järjestäjien toimintoja saadaan yhdistettyä sujuvasti sote-alueiden muodostamista ajatellen. Uusilla sote-alueilla vaikuttavuus voidaan näin kytkeä osaksi toimintaa alusta alkaen. Järjestäjien ja tuottajien sekä eri tuottajien välinen vuorovaikutus tukee muiden ohjaukeinojen voimaa ja tuo vaikuttavuustavoitteet osaksi ydintoimintaa.

Vuorovaikutus on eri vaiheissa luonnollisesti erilaista. Tavoitteiden asettelussa järjestäjän voi olla hyödyllistä ottaa keskeisiä sidosryhmiä mukaan. Tavoitteita ja ylipäätään vaikuttavuusperustaista palvelujärjestelmää voidaan avata seminaareissa tai vastavilla kokoontumisissa puhtaasti tiedonannon sijaan. Palvelutuotannossa dialogilla on keskeinen paikka siinä, että asiakas pysyy keskipisteessä organisaatioiden ja niiden rajojen sijaan. Kun ihmiset ovat samassa huoneessa, informaatio-ohjaus muuttuu vuorovaikutukseksi. Jaetun tiedon hyväksyttävyyttä ja sitä kautta myös sen ohjausvoima kasvaa.

6.2.2.2 Väestöperustainen asiakasryhmien segmentointi tarpeiden ja vaikuttavuustavoitteiden perusteella

Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen edellyttää, että asiakasryhmät on segmentoitu tarkoituksenmukaisella tavalla. Segmentointimalleja voi olla, ja usein onkin, useita erilaisia samanaikaisesti. On siis huomattava, että järjestäjän vaikuttavuuden johtamiseen käyttämä segmentointimalli ei tarkoita välttämättä samaa kuin kansallinen asiakasryhmittely tai sitä, miten palvelut käytännössä organisoidaan. Joissakin asiakasryhmissä voidaan muodostaa niin sanottuja prosessiorganisaatioita, jossa asiakkaat kulkevat pääasiassa yhdessä organisaatiossa koko palvelupolun läpi, mutta joissain tapauksissa palveluihin tarvitaan monia eri tuottajia. Siitä huolimatta asiakasryhmän vaikuttavuutta halutaan seurata ja ohjata yli organisaatorajojen. Ajattelumallina voi käyttää aiemmin esitettyä ylätasoa vaikuttavuusperustaista segmentointimallia, joka voidaan konkretisoida käytännön toimintaan.

Kuitenkin esimerkiksi alueellinen organisointitapa, tarjottavat palvelut tai esimerkiksi toiminnan volyymit voivat jonkin verran vaikuttaa siihen, millainen jäsentäminen asiakasryhmiin on tarkoituksenmukaisin kullakin järjestäjällä. Nykyisessä mallissa pelkätään sote-palveluiden järjestäjiä voivat olla kunnat, sairaanhoitopiirit, sote-kuntayhtymät tai sote-alueet. Myös tästä aiheutuu tarpeita erilaisiin jäsenyyksiin, vaikka tavoitteena olisikin kaikilla vaikuttavuusperustaisuus. Vaikka sote- tai jopa sote- ja työll-

syyspalvelut integroitaisiin tulevaisuudessa yhden järjestäjän alle, alueelliset erot säilyvät esimerkiksi volyymeissa tai palveluntarjoajamarkkinoissa, millä voi olla vaikutusta tarkoituksenmukaisimpaan segmentointitapaan.

Myös alueellisella tasolla on tärkeä pitää mielessä, ettei segmentointi rajaudu palveluita käyttäviin vaan tarvitaan koko väestön kattava lähestymistapa. Riskinä on, että jos vaikuttavuutta arvioidaan vain terveysongelmista tai palvelutarpeista lähtien, järjestelmä muokkautuu reaktiiviseksi ja prevention näkökulma kärsii. Järjestäjän päätaivoite liittyy kuitenkin koko väestön terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin.

6.2.2.3 Asiakasryhmien ja palvelutuottajien vaikuttavuustavoitteiden määrittäminen

Asiakassegmentointiin pohjautuen, käytännössä ensimmäisessä vaiheessa on lähdettävä liikkeelle rajatusta määrästä asiakasryhmiä. Järjestäjän olisi syytä valita 3-5 asiakasryhmää, joissa vaikuttavuuden tavoitteita lähdetään konkretisoimaan. Tärkeää olisi valita asiakasryhmät kattavasti siten, että ymmärrys kasvaa erityyppisistä palveluoluista (esim. prosessit, monia eri palveluita käyttävät, jatkuvat palvelutarpeet). Toki valintaan saattaa vaikuttaa myös alueen lähtötilanteessa tunnistetut strategiset tarpeet.

Asiakasryhmien tavoitteiden määrittämisen jälkeen tulee johtaa tästä tavoitteet keskeisimmin palvelutuotantoon osallistuvien tuottajien tavoitteiksi. Palvelutuottajien tavoitteiden määrittämiseen vaikuttaa luonnollisesti integraatioaste: onko käytössä allianssityyppinen jaettu tavoite vai kunkin tuottajan erilliset osatavoitteet.

Kun palvelutuottajien rooli ja tavoitteet voidaan määrittää, voidaan seuraavaksi määrittää, miten ohjaaminen kohti vaikuttavuustavoitteita voidaan konkretisoida eri ohjauskeinoin. Tätä on esitetty tarkemmin raportissa ohjausmallin prosesseja ja työkaluja kuvattaessa.

6.2.2.4 Alueellisen tiedonkeruun ja hyödyntämisen organisointi

Vaikka kansallisella tasolla määriteltäisiinkin kansallisen tason seurantaan tarvittavat mittarit ja tietopohja sekä kansalliset laaturekisterit tukemaan sote-palveluita, järjestäjä tarvitsee vaikuttavuustietoa nopeammalla aikataululla sekä mahdollisesti yksityiskohtaisemmalla tasolla. Tarpeet myös vaihtelevat eri aikoina esimerkiksi kehityksen painopisteistä johtuen. Tietojohtamisen yleisiä periaatteita ja tietojohtamisen kehittämistoimenpiteitä on käsitelty aiemmassa VN TEAS-tutkimuksessa (Leskelä ym. 2018). On siis kehitettävä sekä tiedon että tiedolla johtamisen rakenteita ja toimintatapoja.

Järjestäjän tulee suunnitella, miten tiedonkeruu vastuutetaan tuottajille. Lähtökohtaisesti tämän tulisi rakentua asiakasryhmille ja tuottajille ensimmäisessä vaiheessa määritettyjen tavoitteiden ja mittareiden pohjalta.

6.2.2.5 Pilotointi omassa tuotannossa

Hankkeen aikana läpikäytyt esimerkit osoittavat, että onnistumisen kannalta on keskeistä, että muutos kohti vaikuttavuuteen perustuvaa ohjausta tehdään samanaikaisesti ylhäältä alaspäin suuntautuvana strategisena kehittämisenä ja asiakas/ammattilaistason pilotointina. Järjestäjän tuleekin jo varhaisessa vaiheessa alkaa pilotoita tai tukea pilotteja merkittävässä asiakasryhmissä. Luvussa 5.6 esitellyt ohjauksen työkalut muodostavat perusmallin pilotoinnin organisointiin. Pilotointi on kuitenkin erilaista oman tuotannon ja hankinnan kautta toteutettuna.

Omana tuotantona toteutettuna pilotoinnissa järjestäjällä on suoraan käytössään asiakasryhmää koskevat tiedot ja rekisterit. Se, mikä asiakasryhmä pilotointiin valitaan, riippuu järjestäjän asettamista tavoitteista: alueella voi olla tarve kiinnittää huomiota erityisesti jonkin asiakassegmentin palveluiden vaikuttavuuden parantamiseen, segmentti voi valikoitua kansallisen kehittämisrahoituksen kautta tai sillä perusteella, että sen hoidosta vastaava henkilökunta on erityisen kiinnostunut vaikuttavuudesta ja sen kehittämisestä.

Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa pilotointi tarkoittaa käytännössä sitä, että yhden potilasryhmän, kuten Santeon-esimerkissä esiin nostamamme rintasyöpäpotilaiden hoitoketju jäsenetään olemassa olevan tiedon perusteella. Asiakasryhmän hoitopolkujen olennainen tieto, eli hoitokaksot, resurssien käyttö, eri hoitomuodot ja lääkitykset, hoitovasteet, haitat ja kustannukset pystytään suurelta osin jäljittämään rekisteritietojen, potilasjärjestelmien ja kustannustietojärjestelmän perusteella. Koska tietoa on eri rekistereissä paljon, niistä valikoidaan soveltuvat osat asiantuntijoiden yhteistyönä. Tämä yhteistyössä tehty valmistelu on olennainen osa pilotointia, koska silloin asetetaan myös vaikuttavuustavoitteet. Valmisteluvaiheessa tulee myös huomioida luvat, joita tarvitaan, jos kootaan useamman järjestäjän hallussa olevaa tietoa (vrt. Lehtinen 2019).

Vaikuttavuustiedon tunnistamisessa ja validoinnissa käytetään apuna esimerkiksi ICHOM-standardeja tai kansallisia laaturekistereitä, joiden kanssa vertailemalla potilastieto yhdistetään laajempaan dataan (Lehtinen 2019). Siinä vaiheessa, kun kansallinen taso on määrittänyt käytettävät, kansainvälisesti vertailukelpoiset standardit, vertailukohde määrittäytyy niiden kautta eikä järjestäjän tarvitse arvioida vaihtoehtoja erikseen joka pilotissa.

Kun tietoa kootaan vaikuttavuustietovarannon prototyypiksi, saadaan omia rekisteritietoja ja edellä mainittuja standardeja vertaamalla käsitys siitä, millaista tietoa tarvitaan lisää ja miten tietojärjestelmää olisi syytä lähteä kehittämään. Sekä järjestäjän että kansallisen tason on syytä kerätä piloteista saatuja kokemuksia saatavan tiedon kattavuudesta tietovarantojen kehittämisen tueksi.

6.2.2.6 Vaikuttavuusperustaiset hankinnat

Oman tuotannon lisäksi vaikuttavuusperustaista palvelujärjestelmää voidaan lähteä kehittämään vaikuttavuuteen keskittyvien hankintojen kautta. Hankinnat kohdistuvat rajattuihin kokonaisuuksiin, joten ne ovat selkeä ja suhteellisen helppo tapa siirtyä kohti vaikuttavuusperusteisuutta olemassa olevain lainsäädännön ja palvelujärjestelmän puitteissa. Kokonaisuudet voivat kuitenkin olla laajoja (esimerkiksi perusterveydenhuollon kokonaisulkoistukset), joten vaikuttavuutta voi etenkin pilotointivaiheessa soveltaa vain joihinkin osiin hankintaa.

Vaikuttavuusperustaisissa hankinnoissa, kuten hankinoissa ylipäänsä, keskeistä on hankintaosaaminen ja panostus hankintamenetelmän valintaan, koska helppointa on kilpailuttaa hinnan, ei vaikuttavuuden perusteella. Vaikuttavuuden lisäksi kilpailutukseen voi määrittää muitakin kriteerejä, kuten saatavuuden.

Palveluiden kyseessä ollessa tuotteen laatua ja vaikuttavuutta ei voida asettaa valintakriteeriksi, kuten konkreettisten tuotteiden kohdalla. Sen sijaan palveluhankinnoissa tyypillisesti panostetaan vaikuttavuusperusteisiin kannustimiin. Käytännössä kilpailutusvaiheessa jo määritellään, mikä osuus kokonaiskorvauksesta tullaan sitomaan vaikuttavuusmittareihin – itse mittarit voidaan sopia yhdessä. Tällaisista hankinnoista on useita esimerkkejä luvussa 4.1.

Tuottaja veloitetaan keräämään tietoa, jonka perusteella maksetaan vaikuttavuustavoitteiden saavuttamisesta sopimuskauden aikana. Hankintoihin soveltuvat samat periaatteet ja vaikuttavuusmittarit kuin oman tuotannon ohjauksessa, mutta hankinnoissa kannustin- sanktio- tai niiden yhdistelmään nojaavan järjestelmän hyödyntäminen on selkeämpää kuin oman tuotannon palveluissa, koska ulkoisen tuottajan kohdalla bonuksen ohjausvaikutus on vahvempi. Mikäli hankinnan kohteena on laaja, useita potilasryhmiä koskeva kokonaisuus, kuten terveysaseman ulkoistaminen, vaikuttavuustietoa voidaan kerätä esimerkiksi vertaamalla ulkoistetun yksikön hoitamien potilaiden erikoissairaanhoidon käyttöä, päivystyksen käyttöä ja valikoitujen potilasryhmien hoitotasapainossa olevien pitkäaikaissairaiden osuuksia muihin alueen yksiköihin.

6.2.2.7 Vaikuttavuusperustaisen ohjaamisen, johtamisen ja kannusteiden kehittäminen

Raportissa on useassa eri kohdin nostettu esiin, millaista oppimista, osaamista ja kehittämistä vaikuttavuusperustainen johtaminen ja kehittäminen vaatii. Koska vaikuttavuuden kehittäminen on huomioitava osana kaikkia ohjauksen (ja johtamisen) muotoja, eli resurssi-, informaatio-, normi- ja dialogista ohjautu, vaatii tällaisen ohjausjärjestelmän kehittäminen pitkäkestoista askelittaista kehittämistä. Ihmiselle on paljon helpompi seurata konkreettisempia asioita, kuten suoritteita (mitä tehtiin?), kuin abstraktia vaikuttavuutta (mitä tapahtui pitkällä aikavälillä?). On erikseen panostettava ja investoitava siihen, että opitaan pois perinteisestä resurssi- ja suoriteohjauksesta ja niiden tilalle opitaan vaikuttavuusperustaisen ohjauksen menetelmät.

7 Yhteenveto

Vaikuttavuusperustaisen palvelujärjestelmän keskeisin tavoite on maksimoida väestön terveyttä, toimintakykyä, hyvinvointia ja autonomiaa sekä pienentää eroja väestöryhmien välillä mahdollisimman pienillä kustannuksilla. Nämä yleiset tavoitteet ovat olleet laajasti hyväksytyjä ja toivottuja jo pitkään, mutta niiden konkretisointi toimintaa ohjaaviksi tavoitteiksi on ollut ja on edelleen vaikeaa, koska päätöksenteko on hajautunut, sidosryhmiä paljon, järjestäjät ovat heikkoja tuottajiin nähden, rahoitus tulemonia reittejä pitkin ja kansallisella tasolla luodut edellytykset vaikuttavuuden mittaamiselle ovat rajalliset. Vaikka järjestämistä koottaisiin sotessa ja ohjausketjuja tiivistettäisiin työllisyyspalveluissa, päätöksenteko ja rahoitus tulevat jatkossakin olemaan monilta osin hajallaan ja olennaisia sidosryhmiä on edelleen paljon. Toimintaympäristö ei muutu yksinkertaiseksi, joten toimintatapojen ja ohjausmallien on sovellettava monimutkaiseen ympäristöön.

Esittelemämme vaikuttavuusperustainen ohjausmalli antaa konkreettiset välineet ohjauksen suuntaamiseksi niin, että tuloksena on palvelujärjestelmä, joka keskittyy nykyistä enemmän asiakkaaseen organisaatioiden sijaan ja jossa asiakkaiden kokema hyöty kumuloituu yhteiskunnalliseksi vaikuttavuudeksi.

Olemme taustoittaneet ohjausmallia vaikuttavuuden ja ohjauksen peruspalikoiden kuvauksella, tuoneet mukaan ohjaamisen toimintaympäristön haasteet ja esitelleet tapausesimerkkejä siitä, miten vaikuttavuusperustaisuutta on tähän mennessä pilotoitu Suomessa ja sovellettu laajemmin kansainvälisesti.

Itse ohjausmallissa olemme kuvanneet järjestämisen kannalta olennaiset ja sitä vahvistavat ohjauksen osat ja ominaisuudet. Mallin ensimmäinen osa on ohjausperiaate, jossa kuvaamme mittaustiedon keskeisen aseman ohjausjärjestelmässä sekä sen suhteet ja vaikutukset muihin ohjauskeinoihin. Keskeistä periaatteessa, on, että ohjaus ei ole ylhäältä alas suuntautuva ketju, vaan vaikuttavuustietoa moottorinaan käytävä palautejärjestelmä, jossa tietoa sovelletaan normi-, informaatio- ja resurssiohjauksessa sekä niitä tukevassa ja ylläpitävässä vuorovaikutuksessa. Toinen osa, ohjausprosessi, kuvaa vaikuttavuusperustaisen ohjausmallin rakentamisen ja ylläpitämisen päävaiheet: tavoitteiden konkretisoinnin, väestöperustaisen asiakasryhmien segmentoinnin, asiakasryhmien ja tuottajien yhteensovittamisen, seurannan ja raportoinnin sekä niiden perusteella tapahtuvan vaikuttavuusperustaisen ohjauksen ja johtamisen kehittämisen. Mallin kolmannen osan, työkalujen yhteydessä kuvaamme esimerkiksi asiakassegmentin avulla asiat, jotka on mietittävä ja päätettävä ohjausmallia toimeenpantaessa.

Vaikuttavuusperustaista ohjausmallia voidaan soveltaa suurten palvelujärjestelmäreformien keskeisenä periaatteena. Se poikkeaa kuitenkin monesta vastaavaan tarkoitukseen suunnatusta mallista siinä, että ohjausmalli ei lähtökohtaisesti vaadi tukseen suuria organisaatiomuutoksia. Tämä siksi, että se ei perustu organisaatorakenteisiin vaan ihmisiin ja ihmisten tarpeista käsin toimimiseen. Vaikuttavuusperustaisen ohjaamisen voi aloittaa yksittäisestä asiakasryhmästä yksittäisessä järjestäjä-, tai jopa tuottajaorganisaatiossa ja se voi tuoda merkittävässä määrin hyötyä niille ihmisille, jotka kuuluvat tuohon asiakasryhmään ja säästöjä palveluorganisaatiolle. Itse organisaatioihin tehtävät muutokset voivat olla tässä prosessissa yhtä hyvin seuraus kuin lähtökohta.

Toimintaympäristöä voidaan kuitenkin muokata ja muokkausta tehdään joka tapauksessa. Siksi olemme rakentaneet ohjausmallin yhteyteen reittioppaan vaikuttavuuteen, jossa määrittelemme sekä kansallisella että järjestäjän tasolla toimenpiteitä, jotka vievät ohjauksen toimintaympäristöä suuntaan, joka tukee vaikuttavuuden ottamista palvelutuotannon keskeiseksi ohjenuoraksi nykyisiä puitteita paremmin. Kuvamme toimenpiteet pitävät sisällään laajoja kokonaisuuksia, kuten rahoitusjärjestelmän muutokset, mutta myös yksittäisiä kehittämiskohteita.

Kansallisella tasolla tehtävillä linjauksilla on merkittävä rooli siinä, kuinka hyvin järjestäjät kykenevät järjestämään palvelut. Vaikuttavuusperustaisen ohjauksen edistämässä nämä toimenpiteet kytkeytyvät paljolti tietoon: miten mittaamista standardoidaan, tietojärjestelmiä kehitetään, tietoa kootaan ja sen hyödyntämistä edistetään. Järjestelmään tehtävien muutosten ja tietoon kytkeytyvien elementtien kehittämisen lisäksi painotamme kahta asiaa: tavoitteiden kirkastamista ja niistä käsin ja niiden muokkaamiseksi käytävää vuorovaikutusta alueellisten ja paikallisten järjestäjien välillä.

Täydellisyyden tavoittelun sijaan on korkea aika ottaa pieniä askelia eteenpäin – suuntaa kirkastaen.

Liitteet

Tesoma	
Kuka ohjaa ketä ja miksi	
Ohjaava taho	Tampereen kaupunki
Ohjattava(t) taho(t)	Tesoman Allianssi, sis. Mehiläinen Terveyspalvelut Oy, brändinimellä Oma Lääkärisi
Ohjaavan tahon tavoitteet	Kansalaisten hyvä terveys taloudellisesti kestävällä tavalla
Millaisista palveluista on kyse	PTH, STH, nuorisotyö, tehostettu palveluasuminen ja kotihoito. Allianssi aloitti toimintansa keväällä 2018.
Keitä ovat asiakkaat	Tesoman alueen asukkaat
Vaikuttavuuden mittaaminen	
Käytettävät mittarit	Koululaisten terveys, hoitosuunnitelmien kattavuus kansansairauksissa ja suun terveydessä, hoitotasapaino kansansairauksissa, kotihoitoasiakkaiden toimintakyky, ikääntyneiden päivystyksen ja ESH-palveluiden käytön kustannukset, alueen asukkaiden ESH-kustannukset, asiakkaiden NPS, yhteistyökumppaneiden tyytyväisyys
Mitataan systemaattisesti ajan yli	Kyllä. ”Avaintuloksia” tarkastellaan vuosittain.
Kuinka laajasti mitataan (kuinka suuri osuus potilaista)	Kaikki asiakkaat, alueen asukkaat
Kenen toimesta ja miten käytännössä	Sekä kunnan, että yksityisen toimesta. Kouluterveyskysely, asiakas- ja potilastietojärjestelmät, shp:n laskutus, NPS-tekstiviestikysely, yhteistyökumppanien tyytyväisyys –kyselylomake
Miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään...	
...normiohjauksen kautta	Sopimuksessa määritelty tarjottavat palvelut ja käytettävät mittarit
...resurssiohjauksen kautta	Vaikutuksiin sidottu bonus-sanktiomalli. Bonuspooli on 2% tavoitebudjetista. Lisäksi budjetissa pysymiseen sidottu bonus-sanktiomalli.
...informaatio-ohjauksen kautta	Allianssin johtoryhmässä on sekä Tampereen kaupungin, että Mehiläisen edustajia. Ohjausryhmässä on myös Settlementin edustajia. Jory kokoontuu joka kuukausi, ja avaintulostavoitteita käsitellään kerran vuodessa
...dialogin (pehmeiden ohjauskeinojen) kautta	”Allianssi perustuu yhteistyöhön” – tuottaja ja tilaaja käyvät aktiivista dialogia. Henkilöstöllä mm yhteinen taukotila, ja joryssä kummankin puolen edustajia.

Ohjausmallin toimivuus	
Mitä hyvää	Malli koetaan toimivaksi ja monistuskelpoiseksi. Alun poliittinen vastustus (yksityistämisen vastustus) on saatu käännettyä, ja toimintamallille on laaja poliittinen tuki.
Mitä huonoa	Malli oli raskas pystyttää, ja vaati paljon työtä: mm julkisen ja yksityisen toimijan toimintatapojen yhtenäistämistä (palkitseminen), kaupungin ja allianssin vastuun selkiyttäminen, uuden oppiminen.
Mitä tuloksia	Toistaiseksi toiminta on pysynyt budjetissa ja jopa alittanut sen. Avaintuloksia ei vielä ole tiedossa, sillä ne käsitellään vuosittain. Riippumattomia tuloksia ei ole vielä julkaistu. Mehiläisen oman ilmoituksen mukaan se on vastaavilla järjestelyillä saavuttanut 23-30% lisäyksen hoitotasapainossa olevien pitkäaikaissairaiden osuudessa.

Jyväskylä	
Kuka ohjaa ketä ja miksi	
Ohjaava taho	Jyväskylän kaupunki
Ohjattava(t) taho(t)	Mehiläinen Terveyspalvelut Oy
Ohjaavan tahon tavoitteet	Kansalaisten hyvä terveys taloudellisesti kestävällä tavalla
Millaisista palveluista on kyse	Perusterveydenhuolto. Jyväskylä ulkoisti ensimmäiset terveysasemansa vuonna 2015, minkä jälkeen toiminta on laajentunut.
Keitä ovat asiakkaat	Ulkoistettujen alueiden asukkaat
Vaikuttavuuden mittaaminen	
Käytettävät mittarit	Saatavuus: T3, puhelinpalvelun vastausprosentti (45%) Vaikuttavuus: ESH-käyttö, päivystyskäyttö ja terveydentila (35%) kliiniset mittarit: pitkäaikaissairaiden testitulokset laboratoriotuloksista (Fimlab) Laatu. Reklamaatioiden käsittely, lääkäreiden pysyvyys (20%)
Mitataan systemaattisesti ajan yli	Kyllä
Kuinka laajasti mitataan (kuinka suuri osuus potilaista)	Kaikki asiakkaat, alueen asukkaat
Kenen toimesta ja miten käytännössä	Tuloksia verrataan kaupungin omiin terveysasemiin. Mittarointi ulkoistettu kolmannelle osapuolelle. X-report, (Effica), hoidon saatavuus ajanvarauskirjoilta (tuottaja ilmoittaa, sokkotarkastukset),
Miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään...	
...normiohjauksen kautta	Vaikuttavuusmittarit määritelty sopimuksessa.

...resurssiohjauksen kautta	Kapitaatiomalli kuukausimaksulla, minkä lisäksi ”laatupantti” 3-10 % sidottu laatu-mittareihin. Kapitaationuppitaksa X eur, mistä pidätetään laatupantti Korpi-lahti/Tikkakoski 10%, Säynätsalo 3%. Pidätetään vuodeksi. Vuoden päästä osuus palautetaan, viimeisin vuodenvaihde: 90%...70%. Luvuissa vaihtelua alueittain ja ajan yli.
...informaatio-ohjauksen kautta	Pidetään 2x / v kehityskokouksia, joissa mittareiden kehityksestä keskustellaan. Valinnanvapauskokeilun yhteydessä kaikkia voidaan vertailla aseman tyytyväisyyden mukaan: NPS ja T3.
...dialogin (pehmeiden ohjauskeinojen) kautta	Tuottajaan hyvät keskusteluvälit. Potilaspalautteet selvitetään yhdessä.
Ohjausmallin toimivuus	
Mitä hyvää	Tuottajaan hyvät keskusteluvälit ja matala kynnyksellä olla yhteydessä. Jouhevasti asioita hoidetaan. Ulkoistus on onnistunut hyvin. Tuottaja tuottaa lyhyemmällä jonotusajoilla kuin kaupunki itse.
Mitä huonoa	-
Mitä tuloksia	Riippumattomia tuloksia ei ole vielä julkaistu. Mehiläisen oman ilmoituksen mukaan se on vastaavilla järjestelyillä saavuttanut 23-30% lisäyksen hoitotasapainossa olevien pitkäaikaissairaiden osuudessa. ”Vuosien ajan oli rekrytointivaikeuksia (Iri), nyt on toimivat palvelut.” Yhteistyö kotihoidon, palveluasumisen, neuvoloiden suuntaan toimii pääosin hyvin – ennen ulkoistusta oli erittäin haastavaa. Potilaan kokemus: potilaat ovat erittäin tyytyväisiä. Aiemmin tuli ikävää palautetta paljon enemmän – nyt jopa vähemmän kuin kaupungin omille asemille. Palveluntuotto lyhyemmällä jonotusajoilla kuin kaupungilla – tuntuma siitä, että tämän takia myös päivystyksen ja ESH käyttö vähentynyt.

Imatra	
Kuka ohjaa ketä ja miksi	
Ohjaava taho	Imatran kaupunki / sosiaali- ja terveyslautakunta
Ohjattava(t) taho(t)	Imatran kaupungin lasten ja perheiden palvelut (LAPE)
Ohjaavan tahon tavoitteet	Sosiaali- ja terveyslautakunta lisäsi vuoden 2009 talousarvioon rahoituksen kuuden uuden vakanssin perustamiseen. Vakanssit olivat perhetyöntekijöitä äitiys- ja lastenneuvolaan, josta kehitettiin hyvinvointineuvola. Tavoitteena palveluiden kustannusvaikuttavuuden lisääminen, häiriöihin liittyvien kustannusten laskeminen, pitkän kustannusten nousutrendin katkaiseminen ja kääntäminen. Lasten ja nuorten häiriöpalvelumenot kasvaneet Imatralla ~270% (200-2009), mutta
Millaisista palveluista on kyse	Perusneuvolatyö+perhetyö. Ennaltaehkäisevään sosiaalityöhön perustuva varhainen puuttuminen. 6 sosiaalityöntekijä + neuvolatyöntekijä –työparia, jotka tekevät kotikäyntejä (6 uutta toimea). Lisäksi tarjolla maksutonta kodinhoitoapua (kaksi kodinhoitajan toimea).

Keitä ovat asiakkaat	Imatran lapsiperheet
Vaikuttavuuden mittaaminen	
Käytettävät mitarit	Voimavaramittarit ja erilaiset lomakkeet (Esim. EPDS, AUDIT, sekvenssikartat, päivärytmikortit)
Mitataan systemaattisesti ajan yli	kyllä
Kuinka laajasti mitataan (kuinka suuri osuus potilaista)	Kaikki raskaana olevat
Kenen toimesta ja miten käytännössä	Raskauden aikainen kotikäynti perhetyöntekijän toimesta, jokaisen ensiodottajan kotiin
Miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään...	
...normiohjauksen kautta	
...resurssiohjauksen kautta	
...informaatiohjauksen kautta	
...dialogin (pehmeiden ohjauskeinojen) kautta	Jatkuva dialogi moniammatillisessa työyhteisössä. Vanhempien verkostot ovat muuttuneet yhteiskunnan muutoksen myötä ja neuvola pyrkii vastaamaan tähän muutokseen monipuolisen ryhmätoiminnan ja moniammatillisen verkoston avulla. Samalla perheitä osallistetaan toimintaan mukaan.
Ohjausmallin toimivuus	
Mitä hyvää	Lastensuojelun menot kääntyivät laskuun ja ennaltaehkäisevän ja varhaisen tuen palveluiden vaikutukset saatiin ensi kertaa näkyväksi myös numeroina. Vuonna 2009 Imatralla huostaanotetuista lapsista 40 prosenttia oli laitoshoidossa. 2015 heistä oli laitoksissa 33 prosenttia. Asiakkailla matala kynnyks ottaa yhteyttä.
Mitä huonoa	Hyvinvointineuvolassa vaikuttavien toimintamallien, kuten jaettu asiantuntijuus ja moniammatillisuus, omaksuminen työkäytäntöihin edellyttää jatkuvaa työn arviointia, koulutusta ja henkilöstöresurssien arviointia. Tässä yhteydessä keskeistä on hyljaisen tiedon tunnistaminen.
Mitä tuloksia	Vuosittainen huostaanottojen määrä on laskenut yhdeksästä kolmeen kappaleeseen (2008-2013). Lastensuojelun laitoshoidon kulut laskivat 1,3 M€ vuosina 2008–2013 (-52%). Todellisia säästöjä on kuitenkin vaikea arvioida. Kaupunki perusti ohjelmaa varten kuusi uutta perhetyöntekijän virkaa, joista kaksi täytettiin ”talonsisältä”

Kotitori	
Kuka ohjaa ketä ja miksi	
Ohjaava taho	Tampereen kaupunki järjestää Kotitori-toiminnan palveluintegraattorimallilla, jossa kaupunki toimii tilaajana ja palveluintegraattori palvelujen välittäjänä. Kaupunki on myös järjestämisvastuullaan olevien palveluiden rahoittaja. Palveluintegraattorina toimii konsortio, johon kuuluvat Luona Hoiva Oy ja Nordic Healthcare Group Oy. Luona Hoiva Oy on integraattorisopimuksen päävastuullinen puitesopimustaho. Luona Hoiva Oy:llä ja Nordic Healthcare Group Oy:llä on keskinäinen sopimus työn- ja vastuunjaosta.
Ohjattava(t) taho(t)	Luona Hoiva Oy vastaa koko Tampereen ja Oriveden ikäihmisten neuvonnasta, määritettyjen tukipalvelujen välittämisestä sekä Kotitorin vastuulle osoitetun ns. väestövastuualueen asiakasohjauksesta ja asiakkaiden palvelutarpeen selvittämisestä. Väestövastuualueen säännöllisen kotihoidon palvelut tuottaa Kotitorin ali-hankkijana Mehiläinen.
Ohjaavan tahon tavoitteet	Alueen asiakkaiden pysyminen kotihoidon piirissä
Millaisista palveluista on kyse	kotihoito + kotisairaanhoido + kotihoidon tuen palvelut (ateriat, siivous, kauppalvelu)
Ketä ovat asiakkaat	Mehiläisen väestövastuualueen kotihoidon asiakkaat
Vaikuttavuuden mittaaminen	
Käytettävät mittarit	SLA bonus/sanktiomalli, kattaen 5 % kokonaiskustannuksista. Mittarit: 1. Neuvonnan ja ohjauksen vastaus-%, asiakastytyvyisyys, digitaalisten kanavien käytön määrä; 2. Väestövastuualueen kotihoidossa asiakastytyvyisyys, asiakkaan siirtymien väheneminen; 3. Koko Kotitorin toimintamallin kokonaisuuteen liittyvä sidosryhmien tyytyväisyys
Mitataanko systemaattisesti ajan yli	Kyllä
Kuinka laajasti mitataan (kuinka suuri osuus potilaista)	Kaikki kotihoidon asiakkaat
Kenen toimesta ja miten käytännössä	Pysyvä siirtyminen raskaampiin hoitomuotoihin (laitoshoito, asumispalvelu): tiedot siirtymistä suoraan Pegasoksesta, Tampereen kaupunki hakee ja analysoi datan. Asiakastytyvyisyys – Vuosittainen tyytyväisyyskysely kaikille asiakkaille, vastausprosentti 50-60%. Tyytyväisyyskysely yhteistyönä ammattikorkeakoulun opiskelijoiden kanssa, nämä tekevät analyysin.
Miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään...	
...normiohjauksen kautta	Palvelutasosopimuksessa määritelty tarjottavat palvelut, laatu sekä vaikuttavuusmittaristo ja vaikuttavuusperustainen bonus-sanktiomalli.
...resurssiohjauksen kautta	Laatumittareihin sidottu "laatupantti", jossa sopimuksessa määritetyt painoprosentit. Tampereen kaupungin ja Luonan välisessä sopimuksessa käytössä samat mittarit kuin Luonan ja Mehiläisen (väestövastuualueen palveluntuottaja) sopimuksessa, mutta sanktiomallin skaalaukset ovat erilaisia.
...informaatio-ohjauksen kautta	Data + laadunseuranta aktiivisesti ja systemaattisesti

...dialogin (pehmeiden ohjauskeinojen) kautta	Jatkuva vuoropuhelu ja tiedon vaihtamista asiakasohjauksen ja tuotannon välillä.
Ohjausmallin toimivuus	
Mitä hyvää	Monipuolistaa palvelutuotantoa, etsii parempia keinoja asiakkaan kotona arjessa pärjäämiseksi. Kotitorin laadunseurantamittauksissa nähdään lopputulos siitä, että hoitajien toiminnan uudelleenjärjestely vaikutti positiivisesti asiakastyytyvyyteen.
Mitä huonoa	Kannustinjärjestelmässä porsaanreikiä löydettävissä sopimuksessa; jotta vastaava bonus ohjaisi toimintaa, bonuksen oltava suurempi. Lisätulo olisi sanktiomallia tehokkaampi kannustin. Haaste lainsäädännöstä: palvelu- ja hoitosuunnitelmassa määritetään tuntimäärä, ja tavoitteet kuvataan hoitosuunnitelmassa- asiakas maksaa näiden perusteella. Tämä määrittää sisältöä.
Mitä tuloksia	Kotitorin väestövastuualueella kotihoidon peittävyys oli vuonna 2015 5,1 % matalampi ja vuonna 2017 7,8 % matalampi kuin muun kaupungin asiakasohjauksen ja palvelutuotannon alueella. KPMG:n kustannusvaikutavuusarvion mukaan Tampereen kaupunki säästää Kotitorin toiminta-alueella vuosittain noin 3,5M€ Tampereen seudun demografisilta tekijöiltään samanlaisiin alueisiin verrattuna ja 2,0 M€ muuhun kaupunkiin verrattuna. Hoitajien välitöntä työaikaa on onnistuttu nostamaan 60 %:in, kun se on aikaisemmin ollut 44 %, ja Kotitorin väestövastuualueella käytössä olevaa tiimityömallia kehittämällä on asiakkaan kotona käyvien hoitajien vaihtuvuutta onnistuttu vähentämään.

Pohjola	
Kuka ohjaa ketä ja miksi	
Ohjaava taho	Pohjola Vakuutus
Ohjattava(t) taho(t)	Pohjola Sairaala
Ohjaavan tahon tavoitteet	Omistaja Pohjola Vakuutus pyrkii hyvään liiketulokseen, ja Pohjola Sairaala tukee tavoitetta madaltamalla potilaiden työkyvyn menetystä, ja sitä kautta lakisääteisiin tapaturmavakuutuksiin liittyviä vakuutuskorvauksia.
Millaisista palveluista on kyse	Ortopedinen kuntoutus ja leikkaukset. Lisäksi mm. ortopedinen päivystys.
Keitä ovat asiakkaat	Potilas on useimmiten vakuutettu Pohjola Vakuutuksessa joko henkilöasiakkaana, tai työnantajansa kautta.
Vaikuttavuuden mittaaminen	
Käytettävät mittarit	Ensisijaiset mittarit Pohjola Sairaalan johtamisessa ovat vammojen aiheuttaman työkyvyttömyyden aiheuttamat kustannukset, sekä leikkauspotilaiden NPS. Näistä NPS ei mittaa vaikuttavuutta, vaan sitä mitataan muista syistä Kahden päämittarin lisäksi mitataan myös monia muita asioita, kuten infektio- ja muiden haattatapahtumien määrää sekä uusintaleikkauksia. Suunnitteilla on myös PROM-mittareiden mahdollinen käyttöönotto.

Mitataan systemaattisesti ajan yli	Kyllä, mittareita seurataan säännöllisesti.
Kuinka laajasti mitataan (kuinka suuri osuus potilaista)	Lähes kaikki potilaat. NPS kysytään kaikilta. Lakisääteiseen tapaturmavakuutukseen liittyvät sairauspäivärahat: tilastoissa on mukana kaikki Pohjola Vakuutuksen vakuuttamat potilaat, joilla työkyvyttömyys johtuu kyseisestä vammasta ja johtaa sairaspäivärahoihin.
Kenen toimesta ja miten käytännössä	Kyseiseen vahinkoon liittyvä työkyvyttömyys: Pohjola Vakuutus toimittaa tiedon vakuutusasiakkaidensa työkyvyttömyydestä NPS onlinekyselyllä. Tuottaja lähettää NPS-kyselyt.
Miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään...	
...normiohjauksen kautta	Omistaja on asettanut lakisääteisen tapaturmavakuutukseen liittyvät korvaukset Pohjola Sairaalan keskeiseksi tavoitteeksi.
...resurssiohjauksen kautta	Lääkäreillä ei taloudellisia kannustimia. Työsuhteessa olevilla (lähinnä hoitajia) NPS on osana kannustinmallia – tuloskortissa myös muita mittareita, esim. laatu.
...informaatio-ohjauksen kautta	NPS viestitään kullekin lääkärille heidän omista potilaistaan – tavoitteena on tukea lääkärin omaa oppimista. Viimeisen 4 vko:n rullaava keskiarvo leikkauspotilaista NPS:stä pidetään julkisena.
...dialogin (pehmeiden ohjauskeinojen) kautta	Dialogi on ensisijainen keino edistää tavoitteisiin pääsemistä. Dialogi henkilöstön kanssa alkaa jo rekrytointivaiheessa, ja kahta päätavoitetta pidetään aktiivisesti esillä.
Ohjausmallin toimivuus	
Mitä hyvää	Turhat leikkaukset vähenevät – Pohjola Sairaalassa on tyypillistä valita konservatiivinen hoito, jos nähdään tämän vähentävän työkyvyttömyyttä leikkausta paremmin.
Mitä huonoa	Harkinnassa on mallin kehittäminen kytkemällä lääkäreiden kannustimet hoitotuloksiin. Malli myös tietoisesti rajaa potilaan valinnanvapautta parempien hoitotulosten saavuttamiseksi.
Mitä tuloksia	G3 tutkimuksessa todettiin, että Pohjola Sairaalassa hoidetuilla on 18% lyhyemmät sairaspöissaolot kuin Pohjola Vakuutuksen muilla kumppaneille hoidetuilla potilailla. Leikkauspotilaiden NPS 94-98 kaikissa leikkausyksiköissä

Santeon	
Kuka ohjaa ketä ja miksi	
Ohjaava taho	Kolme vakuutusyhtiötä Hollannissa: CZ, Multizorg ja Menzis. Alla kuvattu esimerkki koskee Menzis-vakuutusyhtiötä, mutta sopimukset CZ:n ja Multizorgin kanssa ovat samanlaiset.
Ohjattava(t) taho(t)	Santeon Hospitals eli allianssi (osuuskunta) 7 sairaalasta
Ohjaavan tahon tavoitteet	Vaikuttavuusperustainen palkitsemismalli vakuutusyhtiöiden kanssa, vaikuttavamman hoidon saavuttaminen ja siitä palkitseminen kompensaation kautta.
Millaisista palveluista on kyse	Erikoissairaanhoito ja pitkälle erikoistunut hoito (rintasyöpäpotilaat)
Keitä ovat asiakkaat	Santeonin rintasyöpäpotilaat. Potilaat ovat saaneet rintasyöpädiagnoosin Santeonin omassa sairaalassa (inclusion criteria).
Vaikuttavuuden mittaaminen	
Käytettävät mittarit	Santeon joutunut kehittämään omat scorecardit: sisältää hoitotulemat, kustannukset ja prosessit (alkaen heinäkuu 2016). ICHOM'n Standard Setin mukaisesti mm. 5 vuoden elossaoloaika, uudelleenoperoinnit, PROMs (QoL, tietyt oireet hoidon seurauksena, jne.). Kustannukset sisältävät mm. kalliit lääkkeet, OR aika, hoitopäivien määrän jne. Prosessimittarit käsittävät puolestaan hoitoon pääsyä koskevia mittareita.
Mitataan systemaattisesti ajan yli	Tietyin väliajoin osana mittaussykliä (sairauskohtaista noudattaen ICHOM-standardeja). 6 kk:n välein kerätään dataa koskien kustannuksia, prosesseja ja vaikutuksia.
Kuinka laajasti mitataan (kuinka suuri osuus potilaista)	Rintasyöpäpotilaat, ei mainittu tarkempaa rajausta rintasyöpäpotilaat-ryhmän sisällä.
Kenen toimesta ja miten käytännössä	Keskiössä on tiimi, joka koordinoi toimintaa ja mittausta eri sairaaloissa yhteneväisesti. VitalHealth käytössä NHG:n käsityksen mukaan.
Miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään...	
...normiohjauksen kautta	Vakuutusyhtiöt vaativat, että rintasyöpäpotilaiden hoidon alettava 5 viikon sisällä diagnoosista.
...resurssiohjauksen kautta	Vaikuttavuusperustaiset sopimukset vakuutusyhtiöiden kanssa: Menzisin kanssa Santeon tienaa 95%-105% tariffista riippuen performansistaan. Lisäksi bonus, jos suoritus paranee edellisvuoteen verrattuna mutta jos huononee, niin ei sanktiota. Jos performanssi pysyy samana, saavat osan bonuksesta. Ryhmän paras suorittaja saa bonuksen, jos pitää asemansa kisassa.
...informaatio-ohjauksen kautta	Informaation (ml. scorecardien) käyttäminen osana jatkuvaa vertaiskehittämistä, tiedon jakaminen sisäisesti ja improvement cyclet jokaiselle potilasryhmälle. (Ei tiedossa, onko tämä informaatio vakuutusyhtiöiden vaatimaa.)
...dialogin (pehmeiden ohjauskeinojen) kautta	Luottamuksen vahva rooli erityisesti datan jakamisen osalta sairaaloiden ja vakuutusyhtiön kesken.
Ohjausmallin toimivuus	

Mitä hyvää	Laaja-alainen mittaaminen, benchmarking, hoitotulemien parannus, case-mixien hyödyntäminen.
Mitä huonoa	Mittaaminen standardoidusti – erilaiset potilastietojärjestelmät sairaaloissa, joten viikottain validointi datankerulle.
Mitä tuloksia	Hoitotulemien seuraaminen on parantanut hoidon laatua, läpinäkyvyys vaikuttaviin toimenpiteisiin. 30% vähemmän ei-tarpeellisia hoitojaksoja ja 74 % uudelleen ope- rointia potilaissa 1,5 v aikana.

Pirkanmaan työvoima- ja yrityspalvelukokeilu	
Kuka ohjaa ketä ja miksi	
Ohjaava taho	Tampereen kaupunki, Työllisyyspalvelujen ja hyvinvoinnin palvelualueen psykososi- aalisen tuen palvelulinjan yhteisvalmistelu (yhteiset asiakkaat ja palvelujen keski- näisriippuvuus).
Ohjattava(t) taho(t)	Yksityiset palveluntuottajat
Ohjaavan tahon tavoitteet	Osa työllisyyspalvelujen strategiaa tavoitteena parantaa työllistämispalvelun kus- tannustehokkuutta ja asiakkaiden etenemistä. Yksityiskohtaisempaan tavoitteena luoda väyliä työhön ja koulutukseen tai muuhun työllistymistä edistävään palve- luun
Millaisista pal- veluista on kyse	Kuntouttavan työtoiminnan ja sosiaalisen kuntoutuksen osalta kahdenlaiset palve- lut: TUOTE 1 Kokonaisvastuupalvelut: 1A Työhön ja koulutukseen suuntaava kun- touttava työtoiminta, 1B Osallisuutta vahvistava kuntouttava työtoiminta ja 1C So- siaalinen kuntoutus TUOTE 2 Yksilöohjattu kuntouttava työtoiminta
Keitä ovat asi- akkaat	Työttömät työnhakijat, joiden työttömyysetuus on Kelasta haettava työmarkkina- tuki tai peruspäiväraha. Kuntouttavan työtoiminnan ja sosiaalisen kuntoutuksen asiakkaat
Vaikuttavuuden mittaaminen	
Käytettävät mit- tarit	Kuntoutumisen tasoa mitataan tarkastelemalla asiakkaiden pysyvää etenemistä kohti työelämää tai opintoja palvelujakson jälkeen (3 kuukautta).
Mitataan syy- systeemisesti ajan yli	Sopimuksen seuranta ja raportointi on systemaattista: Tampereella toteutuu Wilma-asiakasrekisterin kautta asiakasjaksoja seuraamalla (vaikuttavuuden seuran- tajaksot digitaalisesti tehtynä)
Kuinka laajasti mitataan (kuinka suuri osuus asiak- kaista)	Kaikki kokeilun asiakkaat
Kenen toimesta ja miten käytän- nössä	Järjestäjän toimesta. Palautteen keraaminen perustui toiminnan tiheään monito- rointiin (tilastollinen ja asiakastietokantojen palaute ja seuranta toimijoille) sekä tu- lostavoitteiden asettaminen Balanced Scorecardilla (BSC) eri toiminnolle

Miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään...	
...normiohjauksen kautta	
...resurssiohjauksen kautta	<p>Tuotteessa 1 on 85%:sti suoriteperusteinen korvaus, lisäksi Palkkionpidätysmalli + Bonusmalli</p> <p>Palveluntuottaja laskuttaa tilaajalta yhtä asiakkaan toimintapäivää kohden siis summan 0,85 x (tarjottu hinta).</p> <p>Suoriteperusteisen korvauksen lisäksi palveluntuottajille maksetaan vaikuttavuusperustaista korvausta asiakkaiden todennetusta pysyvästä etenemisestä seuraavin painotuksin (esimerkiksi tuotteessa 1A):</p> <p>Asiakas työllistyy avoimille työmarkkinoille: 70 x (tarjottu hinta).</p> <p>Asiakas suorittaa tutkintoon johtavaa koulutusta: 50 x (tarjottu hinta)</p> <p>Asiakas työllistyy palkkatuettuun työhön yritykseen: 30 x (tarjottu hinta)</p> <p>Asiakas työllistyy palkkatuettuun työhön julkiselle tai 3. sektorille: 20 x (tarjottu hinta)</p> <p>Asiakas osallistuu työkokeiluun tai suorittaa valmentavia koulutuksia tai osatutkintoja: 20 x (tarjottu hinta)</p> <p>Tuotteessa 2 pyrittiin helpottamaan pienten (ja uusien) toimijoiden mukaanpääsyä => perinteinen 100% suoriteperusteinen korvaus</p>
...informaatio-ohjauksen kautta	
...dialogin (pehmeiden ohjauskeinojen) kautta	
Ohjausmallin toimivuus	
Mitä hyvää	Avoimille työmarkkinoille työllistymisessä parannusta – hankintamalli suuntaa toimintaa oikeaan suuntaan. Saatiin laadukkuutta ja monipuolisempia. Hankinta auttoi kehittämään myös työllisyyspalveluiden omia toimintaprosesseja mm. lean-ajattelu
Mitä huonoa	Kokeilun toteutusaika oli liian lyhyt. Tilastollinen seuranta osoittautui haasteelliseksi puutteellisista tieto- ja seurantajärjestelmistä johtuen.
Mitä tuloksia	Kohderyhmän aktivointi ja työllistyminen avoimille työmarkkinoille paranivat. Hintataso osoittautui vanhaan verrattuna edullisemmaksi (- 4-5€/päivä). Säästöä myös työmarkkinatuen kuntaosuuksissa

Uudenmaan ostopalvelukokeilu	
Kuka ohjaa ketä ja miksi	
Ohjaava taho	Palvelun järjestäjä, eli ELY-keskus ja TE-toimisto
Ohjattava(t) taho(t)	Palvelun tuottajat: kilpailutuksen perusteella Manhelp Oy, ManPower Group Oy, Nortrain Oy, Opteam Yhtiöt Oy, Spring House Oy
Ohjaavan tahon tavoitteet	Ehkäistä työttömyyden pitkittymistä ja sitä kautta alentaa rakennetyöttömyyttä. Tavoitteena oli myös luoda uudenlaisia malleja ja konsepteja työllisyyden hoitoon.
Millaisista palveluista on kyse	Yksityisten palveluntuottajien työllisyyspalveluista, joita ohjaava taho ei määritä, mutta joiden avulla ja uusia palvelukonsepteja kehittämällä työttömiä työnhakijoita pyritään työllistämään ennen kaikkea avoimille työmarkkinoille. Palveluntuottamia palveluita olivat mm. yksilöohjaus, työnhakuasiakirjat, asiakkaan motivointi, asiakkaan aktiivinen työnhaku, työnantajaverkoston hyödyntäminen, muun yhteistyöverkoston hyödyntäminen, sosiaalisen median käyttö, ohjaus verkkopalveluissa, harjoitus/kotitehtävät, vertaistuki sekä ryhmämuotoinen toiminta.
Keitä ovat asiakkaat	TE-toimiston palvelulinjalla 1 yhtäjaksoisesti kolme kuukautta työttömänä olleet, avoimilta työmarkkinoilta työttömäksi jääneet henkilöt, joiden työmarkkinavalmiuksien arvioitiin olevan pääosin kunnossa (pl. vastavalmistuneet sekä palkkatukea tai starttirahaa saaneet).
Vaikuttavuuden mittaaminen	
Käytettävät mittarit	Tulospalkkioon oikeuttavat mittarit: työllistyminen kokeilusta toistaiseksi voimassa olevaan työsuhteeseen, 12 kuukauden määräaikaiseen työsuhteeseen työllistyminen, 6 kuukauden määräaikaiseen työsuhteeseen työllistyminen sekä osa-aikaiseen työsuhteeseen työllistyminen (18 h/viikko)
Mitataanko systemaattisesti ajan yli	Tuloksia, eli palvelutoiminnan vaikuttavuutta, mitattiin kokeilun keston ajan. Kokeilu kesti vuoden 2015. Itse palvelussa olon enimmäiskesto oli Uudellamaalla 3 kk (+2 kk:n lisäaika, jos rekrytointiprosessi oli kesken)
Kuinka laajasti mitataan (kuinka suuri osuus asiakkaista)	Kaikki asiakkaat, joita Uudenmaan kokeilussa oli yhteensä 605 henkeä
Kenen toimesta ja miten käytännössä	Palvelun tuottajan toimesta
Miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään...	
...normiohjauksen kautta	Palveluntuottajan toiminnan sisältöä eivät rajoittaneet JTYP-laissa määritellyt palvelut ja palveluntuottaja saattoi muuttaa palvelun sisältöä sen kestäessä tarpeen ja kokemusten mukaan. Myös palveluntuottajalle maksettavan tulospalkkion kriteerit ja reunaehdot määriteltiin ministeriön linjaukskirjeessä, eikä niistä voitu pilotin aikana poiketa
...resurssiohjauksen kautta	Tulosperusteinen palkkiomalli Uudenmaan pilotissa perustui ensisijaisesti resurssiohjaukseen, eli tuloksesta palkitsemiseen. Palkkioperusteena oli kilpailutettu yksikköhinta avoimille markkinoille toistaiseksi voimassa olevaan työsuhteeseen työllistyvästä + kiinteä aloitus- ja loppuraportointimaksu 200 e. Palkkion määrittelyperusteet olivat seuraavat: 1) työllistyminen kokeilusta toistaiseksi voimassa olevaan työsuhteeseen = 100 % kilpailutetusta yksikköhinnasta, 2) työllistyminen 12 kuukauden määräaikaiseen työsuhteeseen työllistyminen = 80

	% kilpailutetusta yksikköhinnasta, 3) työllistyminen 6 kuukauden määräaikaiseen työsuhteeseen työllistyminen = 50 % kilpailutetusta yksikköhinnasta sekä osa-aikaiseen työsuhteeseen työllistyminen (18 h/viikko) = 25 % kilpailutetusta yksikköhinnasta
...informaatio-ohjauksen kautta	Asiakkaiden hankinta ja asiakasohjaus tapahtui viestinnän ja tiedotuksen kautta (URAsta poimituille TE-hallinnon asiakkaille); viestinnästä ja asiakasohjauksesta vastasi järjestäjä.
...dialogin (pehmeiden ohjauskeinojen) kautta	Kilpailutuksen valmisteluvaiheessa käytiin tilaajan ja potentiaalisten palveluntuottajien välistä markkinavuoropuhelua, mutta itse kilpailutuksessa ei sovellettu neuvottelumenetettyä tms.
Ohjausmallin toimivuus	
Mitä hyvää	Tulosperusteinen palkkiomalli toimii lähtökohtaisesti ”oikealla tavalla”, eli malli ohjasi palvelun tuottajia tekemään tulosten kannalta oikeita asioita.
Mitä huonoa	Uudentyyppisiä palvelumalleja tai innovatiivisia toimintatapoja ei kokeilussa juuri käytetty tai syntynyt. Kokeilussa käytetty palkkiomalli ei taannut käytetyillä hinnoilla ja saavutetuilla onnistumisprosentteilla liiketoiminnallisesti kannattaa ansaintaa monillekaan palveluntuottajille
Mitä tuloksia	Kokeilu lisäsi työllistymisen todennäköisyyttä. Uudellamaalla työllistymisprosentti kokeilusta oli 26 % (verrokkiryhmä n. 13 – 17 %)

Työllisyys-SIB	
Kuka ohjaa ketä ja miksi	
Ohjaava taho	Työ- ja elinkeinoministeriö
Ohjattava(t) taho(t)	Toteuttajana on Epiqus Oy. Toteutuskumppaneina yksittäiset TE-toimistot, palveluntuottajina toimittajan valitsemat organisaatiot ja ohjausryhmänä SIB:n toimintaa valvova yhteistyöelin, jonka jäseninä ovat tilaajan, toimittajan sekä toteutuskumppanien edustajat.
Ohjaavan tahon tavoitteet	TEM:n tavoitteena on saada 3000 työnhakijaa hankkeen palveluiden piiriin viiden vuoden aikana (toisessa suunnitelmassa tavoitemääräksi on ilmoitettu 4500 ja minimitalvoitteeksi 1500.) Osallistujista 45% odotetaan työllistyvän.
Millaisista palveluista on kyse	Hankkeen tarkoituksena on tarjota työllistymistä edistäviä palveluja laajalle, pitkään työttömänä olleiden joukolla, testata aidon tulosperusteisuuden vaikutusta työllistymistuloksiin, saada sijoittajilta rahoitusta työllisyyspalveluihin yli 10 milj. euroa sekä luoda uutta markkinaa kasvupalvelujen tavoitteiden mukaisesti. Julkinen talous hyötyy hankkeen tuloksista suoraan kahta kautta: säästyneinä työttömyysetuuksina ja palkkatuloista maksettavien verojen kasvuna. Näiden lisäksi työllistymisen epäsuorat hyödyt ovat merkittävät sekä yksilöille että julkiselle taloudelle.
Keitä ovat asiakkaat	(Pitkäaikais)työttömät työnhakijat, joita TE-toimisto ohjaa hankkeeseen. Potentiaalisesti hankkeen piirissä on pelkästään yli 200 päivää työmarkkinatukea saaneiden ryhmässä runsaat 16 000 työtöntä eri puolilla Suomea, mutta palvelut tullaan kohdistamaan huomattavasti pienempään kohderyhmään.
Vaikuttavuuden mittaaminen	
Käytettävät mittarit	Bruttotulot, jotka kertyvät, kun työttömät työllistyvät. Vaikuttavuus saadaan selville vertaamalla palveluihin osallistuvien toteutuneita palkkatuloja taustatekijöiltään samankaltaisten työttömien joukolla ennustettuihin palkkatuloihin. Tiedot palkkatuloista saadaan vuosittain verohallinnolta. Tulospalkkio on prosenttiosuus palkkasummista, ja näiden osuuksien suuruuteen vaikuttaa työttömän ikä, koulutustaso ja työttömyyden kesto. Prosenttiosuuksien vaihteluväli on 20-40 %. Lisäksi käytetään kahta aluekerrointa, jotta palveluja tarjotaan kattavasti pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Tulospalkkio maksetaan vain, jos asiakkaiden työllistymisen myötä kertyvä palkkasumma ylittää taustatekijöiltään samankaltaiselle työttömien joukolla ennustetun tulojen kertymän. Muussa tapauksessa maksetaan puolet sijoittajien rahaston kautta maksamista hankkeen palvelujen kuluista. Taloudellisen riskin hankkeen tuloksellisuudesta kantavat siten sijoittajat. Työ- ja elinkeinoministeriöllä on valtion budjetin täydennyksessä 15.11.2018 myönnetty valtuus maksaa tulospalkkioita yhteensä enintään 23 milj. euroa vuosien 2020-2024 aikana.
Mitataan systemaattisesti ajan yli	Kyllä
Kuinka laajasti mitataan (kuinka suuri osuus potilaista)	Kaikki osallistujat
Kenen toimesta ja miten käytännössä	Mahdollinen vuosittainen tuotonmaksu interventiohallinnointi- ja rahoitusyhtiön ajoittuu vuosiin 2020 – 2025 alkaen vuoden 2019 verotuksen, hankekokonaisuuden vaikuttavuuden arvioinnin ja valtiolle kertyneiden säästöjen laskelman valmistumi-

	sesta. Sijoittajat saavat pääomansa takaisin, jos palkkasumman perusteella maksettavat tulospalkkiot kattavat työllistymistä edistävien palvelujen kustannukset. Pääomille ei ole takauksia, joten riski pääomien osittaisesta menetyksestä on todellinen. Lisäksi sijoittajille maksettavaa tuottoa rajataan. Jos tulospalkkiot ylittävät palvelujen kustannukset, rajoitetaan vuotuista tuottoa 8 %:iin asti kertoimella 0,9. Välillä 8-16 % kerroin on 0,3 ja sitä suuremmilla tuotoilla se on 0,1. Yli 16 %:n vuotuisesta tuotosta maksetaan sijoittajille siis 1/10.
Miten vaikuttavuustietoa hyödynnetään...	
...normiohjauksen kautta	
...resurssiohjauksen kautta	
...informaatiohjauksen kautta	
...dialogin (pehmeiden ohjauskeinojen) kautta	
Ohjausmallin toimivuus	
Mitä hyvää	Raha liikkuu vasta kun tulokset ovat todennettuja.
Mitä huonoa	Epäselvää, miten mallista tulee sijoittajalle houkutteleva, koska kyse on pitkäaikaisytyöttömistä, joiden työttömyys on kestänyt yli vuoden ja heidän tarvitsemat palvelut työllistymiseksi voivat olla hinnakkaita sekä pitkäkestoisia. Lisäksi on todellinen riski, ettei heidän saama palkkatulo ylitä baseline ennustetta.
Mitä tuloksia	Ei vielä tiedossa.

Lähteet

Kirjalliset lähteet

Annala, M., Hokkanen, L., Laasonen, V., Pyykkönen, J., Ranta, T., Sarkia, K. & Valtakari, M. (2019). Työvoima- ja yrityspalvelujen alueellisten kokeilujen toiminta- ja arviointitutkimus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 1/2019.

Arnkil, R., Spangar, T., Jokinen, E. & Moilanen, T. (2019). Kohti laajaa työelämä- ja ihmislähtöistä työvoimapalvelujen ekosysteemiä. Pirkanmaan työvoima- ja yrityspalvelujen alueellisen kokeilun tutkimus. Tampereen kaupunki, tutkimukset 1/2019.

Aronkylö T. & Mäki T. J. (2019). Seuraavan tuotantokauden keskeiset asiat. Teoksessa: T. Aronkylö & T. J. Mäki (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen - Sote-järjestäjän työkalupakki. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

BCG (2018). How Dutch Hospitals Make Value-Based Health Care Work. <https://www.bcg.com/publications/2018/how-dutch-hospitals-make-value-based-health-care-work.aspx>

Brimer, M. A. (1997). Value-Based Cost Management for Health Care: Linking Costs to Quality and Delivery. *Physical Therapy*, 77(2), 218.

Centene (2018). Evaluation of NHS and Social Care Outcomes Frameworks for Monitoring Quality, Performance and Accountability in Integrated Care Systems.

Chong JL, Lim KK. & Matchar DB. (2019). Population segmentation based on healthcare needs: a systematic review. *Syst Rev* 8, 202. doi:10.1186/s13643-019-1105-6

Drummond M.F., Sculpher M.J., Torrance G.W., O'Brien B.J., & Stoddard G.L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 3. painos. New York: Oxford University Press.

Duodecim (2019). Taloudelliset perustelut välttämättömiä terveydenhuollon valinnoissa, sanoo Martti Kekomäki uutuskirjassaan. Tiedotteet medialle - 9.10.2019 <https://www.duodecim.fi/2019/10/09/taloudelliset-perustelut-valttamattomia-terveydenhuollon-valinnoissa-sanoo-martti-kekomaki-uutuskirjassaan/>

Emilsson L., Lindahl B., Köster M., Lambe M., Ludvigsson J.F. (2014). Review of 103 Swedish Healthcare Quality Registries. *Journal of Internal Medicine*, 2015, 277; 94–136.

Epiqus (2018). Vaikuttavuusinvestointihanke – Tulosperusteiset työllistämispalvelut

Forbes, L.J., Marchand, C., Doran, T. & Peckham, S..(2017). The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 67(664):775-784

Fredriksson, S. & Martikainen, T. (2006). (toim.) Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnallisalan kehittämissäätiö, Helsinki.

FVCA, Sitra ja Deloitte (2017). Vaikuttavuussijoittamisen mahdollisuudet pääomasijoittamisessa – Työkalu tulevaisuuden kestävään liiketoimintaan.

Hansson, A-I. (2002). Selvitys sosiaali- ja terveyspalveluiden ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiota 8. Helsinki.

Haukilahti, A. (2018) (toim) Parempia palveluita verkostomalleilla. Sote-järjestäjän työkalut. Sitra.

Haveri, A. & Pehk T. (2008). Verkostokunta johtamisen ja demokratian haasteena. Kunnallistutkimuksia. Tampere University Press, Tampere.

Heikkinen, J. & Räsänen, H. (2013). Työterveyshuollon rahoitus – faktaa ja visioita. *Työterveyslääkäri* 31(2), 21-24.

Huttunen J. (2018). Mistä terveys syntyy? Lääkärikirja Duodecim 26.1.2018.

Härkönen, H. & Airaksinen, J. (2012). Johtajuuksien rajapinnat sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Kuntoutus-lehti* 1/2012. Kuntoutussäätiö.

ICHOM Standard Sets <https://www.ichom.org/standard-sets/>

Isosaari, U. (2008). Valta ja tilivelvollisuus terveydenhuollon organisaatioissa. Tarkastelu lähijohtamisen näkökulmasta. *Acta Wasaensia* no 188. Vaasan Yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Jalonen, H. (2008). Informaatio-ohjaus tietojohdamisen näkökulmasta. *Informaatiotutkimus* 27 (2).

- Kekomäki M. (2019). Etiikasta ekonomiaan - ja takaisin. Kustannus oy Duodecim.
- Kildal, M. (2019). Implementation of VBHC and experiences from Uppsala University hospital. PPT-esitys Kansallisessa vaikuttavuusseminaarissa Helsingissä 25.9.2019.
- Klijn E. H. & Edelenbos J. (2013). The Influence of Democratic Legitimacy on Outcomes in Govern-ance Networks. *Administration and Society*45(6); 627–650.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. (2012). Kohti asiakkuutta - Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Kustannus oy Duodecim.
- Komulainen, M. (2010). Ulkoistaminen kunnissa. Acta 222. Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- KPMG (2014). Kotitorin taloudellisten vaikutusten arviointi. https://www.sli-deshare.net/SitraHyvinvointi/2014-0930-kotitorintaloudellisetvaikutuksettampereseminaari?next_slideshow=1
- Kuntaliitto (2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2018. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestaminen-2018>
- Kyyrä, T., Naumanen, P., Pesola, H., Uusitalo, R. & Ylikännö.M. (2019). Aktiivimallin vaikutukset työttömiin ja TE-toimistojen toimintaan. VATT Tutkimukset 189.
- Laihonen, H., Hannula, M., Helander, N., Ilvonen, I., Jussila, J., Kukko, M., Kärkkäinen, H., Lönnqvist, A., Myllärniemi, J., Pekkola, S., Virtanen, P., Vuori, V., & Yliniemi, T. (2013). Tietojohdaminen. Tampereen teknillinen yliopisto, Tampere.
- Laihonen, H., Rajala, T., Haapala, P. & Vakkuri, J. (2017). Dialogia tuloksista. Kohti tuloksekasta julkisjohtamista. Tampereen Yliopisto, Johtamiskorkeakoulu. Juvenes Print, Tampere
- Laine, T. K., Airaksinen, J., Kyösti, A. & Härkönen, H. (2011). Raamit kaulassa? Rakenteet ja johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueilla. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Suomen kuntaliitto.
- Laki julkisesta työvoima- ja yrityspalvelusta 28.12.2012/916
- Lane, J. E. (2000). *New Public Management*. Routledge.

Lehtinen T. (2019). Vaikuttavuuden kehittäminen syöpäpotilaiden hoidossa – miksi ja miten? PPT-esitys Kansallisessa vaikuttavuusseminaarissa Helsingissä 25.9.2019.

Leskelä, R-L., Rissanen, A., Tolkki, H., Valtakari, M., Uusikylä, P. & Ranta, T. (2018). Maakuntien ohjausmallit – MOHJU, Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 33/2018

Leskelä, R-L., Haavisto, I., Rissanen, A., Lindh, M., Laasonen, V., Manu, S., Ranta, T., Helander, N., Jääskeläinen, A., Sillanpää, V. & Torkki, P. (2019). Tulevaisuuden tietojohdaminen maakunnissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta.

Lillrank P. (2018). The Logics of Healthcare: The Professional's Guide to Health Systems Science. Taylor and Francis; January 2018

Lindblad, S., Ernestam, S., Van Citters, A.D., Lind, C., Morgan, T.S. & Nelson, E. C. (2017). Creating a culture of health: evolving healthcare systems and patient engagement. QJM: An International Journal of Medicine, 110(3), 125-129.

Lundqvist, L. (1977). Förvaltningen i det politiska systemet. Studentlitteratur, Malmö. 2.uppl.

Lynn J., Straube B.M., Bell K.M., Jencks S.F. & Kambic R.T. (2007). Using population segmentation to provide better health care for all: The “Bridges to Health” model. Milbank Quarterly 85:2, pp. 185-208.

Malmivaara, A. (2013). Real-Effectiveness Medicine – pursuing the best effectiveness in the ordinary care of patients. Annals of Medicine 2013, 45:2, 103-106.

Malmström, T. (2015). Espoon terveysasemapiilotin arviointi. Aalto Yliopisto.

McColl-Kennedy, J. R., Snyder, H., Elg, M., Witell, L., Helkkula, A., Hogan, S.J. & Anderson L. (2017). The changing role of the health care customer: review, synthesis and research agenda. Journal of Service Management, 28(1), 2-33.

Mathur, N. & Skelcher, C. (2007). Evaluating Democratic Performance: Methodologies for Assessing the Relationship between Network Governance and Citizens. Public Administration Review. 67(2); 228–237.

Möttönen, S. (2014). Sosiaali- ja terveystalvelujen uusi ohjausjärjestelmä. Kuntaliiton verkkojulkaisu. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3077

Möttönen, S. (2019). Sote-uudistamisen anatomia. Yhteiskuntapoliittisia näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon reformista. Kunnallisan alan kehittämissäätöjen julkaisu 26.

NHS England (2016). The NHS Atlas of Variation in Healthcare – Reducing unwarranted variation to increase value and improve quality. Public Health England.

Niiranen, V. (2013). Hyvinvointijärjestelmät muuttuvassa toimintaympäristössä. Juhla-kirja professori Pirkko Vartiaisen 60-vuotisjuhlan kunniaksi. Teoksessa Ollila S. & Raisio H. (toim.) 2013. Acta Wasaensia 277. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 8. Vaasan Yliopisto.

Nilsson, E., Orwelius, L., Kristenson, M. (2016). Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers (Review). J Intern Med 2016; 279: 141–153.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). The knowledge creating company. Oxford University Press, New York.

Nyholm, I. & Niiranen, V. (2017). Kunta-valtiosuhde uudistuvassa kunnallishallinnossa. Teoksessa Nyholm, I., Haveri, A., Majoinen, K. & Pekola-Sjöblom, M. (toim.) 2017. Tulevaisuuden kunta. Suomen kuntaliitto. Helsinki. 119-134.

Nyman-Jokinen, H., Nummikoski, S., Partanen, S. & Taponen, S. (2019). Palvelu-integraatio vaikuttavan järjestämisen keinona. Teoksessa: T. Aronkytö & T. J. Mäki (Toim.) Sote-järjestäjän työkalupakki. Kuntaliitto. Helsinki.

OECD (2016). Better Ways to Pay for Health Care, OECD Health Policy Studies. <https://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>

Okunade, O., Arora, J. & Haverhals, A. (2017). Collaborating for value: the Santeon Hospitals in the Netherlands, June 2017. http://www.ichom.org/wp-content/uploads/2013/10/Santeon_Case_Study_Final.pdf

Oma Lääkärisi Jyväskylän vaikuttavuusseurannan tulokset vuodelta 2017 – potilaiden hoitotasapaino on parantunut (2017). <https://omalaakarisi.fi/toiminnan-tulokset/omalaakarisi-jyvaskylan-vaikuttavuusseurannan-tuloksia-v-2017-potilaiden-hoitotulokset-parantuneet>

Oosi, O., Keinänen, J., Jauhola, L., Kortelainen, J., Karinen, R. & Wennberg, M. (2017). Työnvälityksen kärkihankkeen pilottien toiminta- ja arviointitutkimus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 43/2017.

- Oosi, O. (2012). Työvoimapolitiikan suunnittelu-, ohjaus- ja organisaatiomallin arviointi. Työpoliittinen Aikakauskirja 2/2012 s. 64-77. Työministeriö.
- Owal Group (2017). Markkinavuoropuhelu kasvupalvelujen tueksi. Analyttisen tuen raportti. Työ- ja elinkeinoministeriö – Loppuraportti. <https://tem.fi/documents/1410877/3178243/markkinavuoropuhelu-raportti/7affd776-2cc6-4745-8fb3-dab77d3326be>.
- Papanicolas, I., Woskie, L. R., Jha, A. K. 2018. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA* 2018;319(10):1024-1039. doi:10.1001/jama.2018.1150.
- Partanen, S., Hakala, T., Joffe, G. & Näätänen, P. (2019). Tietojohtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa T. Aronkytö & T. J. Mäki (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen - Sote-järjestäjän työkalupakki. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2019
- Patronen, M., Hämäläinen, J., Sola, J., Leisio, J., Koistinen, T. & Holja, T. (2015). Palvelutori. Ohjaus- ja neuvontapalvelu ikäihmisille. Sitran selvityksiä 82. https://media.sitra.fi/2017/02/27174904/Selvityksia82_uud_p-2.pdf
- Peltokorpi, A. (2010). Improving efficiency in surgical services a production planning and control approach. Aalto-yliopisto.
- Pollit, C. (1993). Managerialism and the Public Services: Cuts or Cultural Change in the 1990s? Black-well Business.
- Porter, M. E. (2009). A strategy for health care reform—toward a value-based system. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 109-112.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363;26.
- Porter, M. E. & Guth, C. (2012). Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System. Springer.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2004). Redefining competition in health care. *Harvard business review*.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006). Redefining Healthcare - Creating Value-based Competition for Results. Harvard Business School Press, Boston.

Reina, T. (2017). Työvoimapalvelut maakuntaudistuksessa. Työelämä- ja tasa-arvovaliokunnan avoin kuuleminen 1.3.2017.

Räisänen, H. & Hämäläinen, H. (2015). Näkökohtia työvoimapolitiikan vaikuttavuudesta. Lausunto eduskunnalle 31.8.2015.

Sakamoto, H. et al. (2018). Japan Health System Review. Vol. 8 No. 1. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2018.

Schmidt, V. (2013). Democracy and Legitimacy in the European Union Revisited: Input, Output and 'Throughput' Political Studies. 61, 2–22

Stenvall, J. & Syväjärvi, A. (2006). Onks tietoo? Valtion informaatio-ohjaus kuntien hyvintointitehtävissä. Valtiovarainministeriö 3/2006.

Sintonen, H., Pekurinen, M. (2006). Terveystaloustiede. WSOY, Porvoo.

STM, (2015). Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys. STM:n raportteja ja muistioita 2015/19.

STM, (2019). <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>

Syrjänen, T., Syvärinen, K. ja Turpeinen, L. (2019). Sote-palvelustrategia ja -lupaus – Tarvelähtöisyyttä ja vaikuttavuutta osallistavalla yhteistyöllä. Teoksessa: T. Aronkytö & T. J. Mäki (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen - Sote-järjestäjän työkalupakki. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2019.

Sørensen, E. & Torfing, J. (2005). The Democratic Anchorage of Governance Networks. Scandinavian Political Studies, 28(3) 195–218.

Taponen, S. & Kiviniemi, E. (2019). Sote-palveluntuottajien ohjaus järjestäjä-tuottajamallissa: Mitä, miksi, miten? Teoksessa: T. Aronkytö & T. J. Mäki (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen - Sote-järjestäjän työkalupakki. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2019.

TEM (2019). ELY-keskusten tulossopimukset 2019

TEM (2018). Tiedote 20.12. 2018. TE-toimistoille tulospalkkiomalli tehostamaan pitkäaikaistyöttömien työllistymistä. https://tem.fi/artikkeli/-/asset_publisher/te-toimistoille-tulospalkkiomalli-tehostamaan-pitkaaikaistyottomien-tyollistymista

The Economist Intelligence Unit (2016). Value-based healthcare in Japan - An evolving concept. Available at: <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/ValuebasedhealthcareJapan.pdf>

The Economist Intelligence Unit (2014). Health outcomes and cost: A 166-country comparison. Available at: http://www.eiu.com/public/thankyou_download.aspx?activity=download&campaignid=Healthoutcome2014

THL (2019). <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista> (viitattu 14.11.2019)

THL (2018). <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/arviointi-ja-tietoikkuna/arviointi/arvioinnin-simulointi-kevat-2018->

Tirronen, A. & Rannisto, P-H. (2016). Tulosperusteinen hankinta Suomessa. Teoksessa: P-H. Rannisto & P. Tienhaara (toim.) Sote-palvelut markkinoilla – tavoitteita, toiveita ja ristiriitoja. Tampere University Press, Tampere

Tonttila, J. (2015). Työpolitiikan palvelurakennearviointi: ”Asiakaslähtoisempää ja tuloksekkaampaa palvelua”. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ- ja yrittäjyys 1/2015

Torkki, P., Leskelä, R-L., Linna, M., Torvinen, A., Klemola, K., Sinivuori, K., Larsio, A., Hörhammer, I. (2017). Ehdotus sosiaali- ja terveyspalveluiden uudeksi kansalliseksi mittaristoksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 36/2017. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

Torppa, K. (2007). Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Acta Univ. Oul. D 951, 2007.

Tukia, H. & Wilskman, K. (toim.) (2011). Informaatio-ohjaus kuntien tukena hyvinvoinnin ja terveyden edistämässä. THL

Työ- ja elinkeinoministeriö (2018). Vaikuttavuusinvestointihanke – tulosperusteiset työllistämispalvelut. Liite 1 - Hankekuvaus 29.11.201.

Valtakari, M. & Eskelinen, J. (2016). Yksityiset palveluntuottajat julkisen työnvälityksen täydentäjinä – Tuloksiin perustuvia hankintoja koskevan kokeilun arviointi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 12/2016.

Valtakari, M. & Nyman, J. (2018). Kasvuyritysten työllisyysohjelma ja kasvupalvelut - arviointiselvitys. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 17/2018; 6.;

Valtakari, M., Nyman, J., Haavisto, I., Leskelä, R-L, Mayer, M., Laasonen, V. & Ranta, T. (2018). Näkymiä tulevaan kasvupalvelumarkkinaan. Tutkimus yksityisistä palveluntuottajista kasvupalvelujen tuottajina. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Yritykset 34/2018.

Vartola, J. (2004). Näkökulmia byrokratiaan. Tampereen yliopisto, johtamistieteiden laitos, Tampere.

Wenzel, L. & Robertson, R. (2019). What is commissioning and how is it changing? <https://www.kingsfund.org.uk/publications/what-commissioning-and-how-it-changing>

Virtanen, J. V. (2010). Johtajana sairaalassa: johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa kes-kijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta. Talous-tieteellinen tiedekunta, Turun kauppakorkeakoulu. TuKKK A-2:2010

Virtanen, M., Järvelä, K., Kaakkola, J., Luukinen, A., Pöyry, L., Raijas, A., Saastamoinen, M., Tuorila, H. & Vuorio, L. (2016.) Kilpailun mahdollisuudet ja edellytykset sote-palveluissa. Kilpailu- ja kuluttajavirasto. Helsinki.

Virtanen, P. & Stenvall, J. (2010). Julkinen johtaminen. Tietosanoma, Helsinki

VM (2019). Kuntien valtionosuusjärjestelmän kehittämistarpeiden esiselvitys, Valtiovarainministeriön julkaisuja – 2019:18

Zijnstra N. & Molenaar K.(2019) Nationwide approach: Outcome based healthcare in the Netherlands. Esitys Kansallisessa Vaikuttavuusseminaarissa 25.9.2019.

Haastattelut

Yee Wei Lim, Associate Professor, National University of Singapore, School of Public Health

Anu Mutka, palvelujohtaja (avoterveydenhuolto), Jyväskylän kaupunki

Markus Torkki, toimitusjohtaja, Pohjola Sairaala

Anniina Tirronen, avopalvelujohtaja, Tampereen kaupunki

Paul Lillrank, professori, Aalto Yliopisto

Kirsi Leinonen, palvelupäällikkö, Eksote

Anne Kaarnasaari, vanhempi asiantuntija, NHG

Tarmo Martikainen, toimitusjohtaja, Tekonivelsairaala Coxa (30.9.2019 asti)

On behalf of Pieter de Bey (director Santeon) Paul van den Broek, Santeon Hospitals, Alankomaat

TIETOKAYTTOON.FI

