

Joel Kontiainen

**TULOKSELLISUUSTIETO
PERUSTERVEYDENHUOLLON
VASTAANOTOLLA**

Johtamisen ja talouden tiedekunta
Kandidaatintutkielma
Tammikuu 2022

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO, Johtamisen ja talouden tiedekunta, Hallintotiede,
Kandidaatinseminaari ja -tutkielma 2020, 10 op

KONTIAINEN, JOEL: Tuloksellisuustieto perusterveydenhuollon vastaanotolla

Kandidaatintutkielma, 30 sivua, 1 liite (1 sivu)

Tutkielman ohjaaja: Mika Luhtala

Tammikuu 2021

Väestön ikääntyessä Suomen julkishallinnon ikäsidonnaisten kulujen ennustetaan kasvavan, mikä luo haasteita hyvinvointiyhteiskunnan palvelulupaukselle. Muiden yhteiskunnan palveluiden tavoin terveydenhuoltoon on viime vuosina kohdistunut reformeja, joiden yhtenä tavoitteena on ollut tuloksellisuuden parantaminen. Jatkossa niukkenevilla resursseilla tulisi tuottaa yhä parempaa terveyttä yhä suuremmalle joukolle ihmisiä.

Tämän kandidaatintutkielman tavoitteena on selvittää, miten tuloksellisuustietoa hyödynnetään perusterveydenhuollon avopalveluissa. Tutkimuskysymykseen pyritään vastaamaan tarkastelemalla sitä, miten perusterveydenhuollon yksiköissä tuotetaan tuloksellisuustietoa ja miten saatua tietoa hyödynnetään osana organisaatioiden johtamista. Lisäksi tarkastellaan, mitä haasteita tuloksellisuustiedon hyödyntämiseen liittyy.

Tutkielman metodi on aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Aineistona tutkimuksessa käytetään perusterveydenhuollon avopalveluita johtaville ylläkkäreille tehtyjä puolistrukturoituja teemahaastatteluita.

Tulosten perusteella käytetyimpiä tuloksellisuustietoja perusterveydenhuollossa ovat erilaiset suoriteindikaattorit, kuten käyntimäärät ja toimenpiteiden määrät. Lisäksi yksiköissä seurataan tiiviisti erilaisia työkuormaindikaattoreita, kuten potilaiden jonotusaikoja ja yhteydenottojen määrää. Tulostietoa käytetään erityisesti työpanoksen johtamiseen siten, että ruuhkautuneisiin tai ruuhkautumassa oleviin toimintoihin pyritään lisäämään resursseja. Lisäksi jossain määrin tuloksellisuustiedon perusteella tehdään osaamisen johtamista eli järjestetään koulutusta sektoreille, joissa asiakaspalautteen tai erikoissairaanhoidon läheteiden perusteella tarvitaan osaamisen vahvistamista.

On ilmeistä, että tuloksellisuustiedon hyödyntämiseen liittyy perusterveydenhuollossa myös merkittäviä haasteita. Tuloksellisuustiedon käytön koetaan usein pelkistyvän vain helposti saatavilla olevien suoritelmien raportoinniksi sen sijaan, että yksiköissä pystyttäisiin mittaamaan ja johtamaan toiminnan vaikuttavuutta. Osittain tähän vaikuttaa se, että terveydenhuollossa organisaatiokulttuuri ei ole kovin otollinen tulosjohtamiselle: tuloksellisuuden kehittämisen ei katsota olevan keskeinen toiminnan painopiste sen enempää työntekijöiden kuin organisaatioiden johdonkaan mielestä. Tämän puolestaan katsotaan johtavan ongelmiin tuloksellisuusinformaation oikeellisuuden ja toisaalta tuloksellisuuden johtamiseen käytettävissä olevien resurssien suhteen.

Myös perusterveydenhuollon tulosjohtamisen prosessit kuvautuvat osittain puutteellisina. Tutkituissa organisaatioissa ei ollut esimerkiksi pääsääntöisesti tehty suunnitelmaa siitä, mitä tuloksellisuusinformaatiota halutaan tuotettavan tai asetettu organisaatiolle tulostittareihin liittyviä tavoitteita.

Avainsanat: tuloksellisuus, perusterveydenhuolto, johtaminen

Sisällys

1 JOHDANTO	1
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS	3
2.1 Tuloksellisuuden käsitteistö on monitulkintainen	3
2.1.1 Tuloksellisuus koostuu taloudellisuudesta, tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta	3
2.1.2 Suomen julkishallintoon tuloksellisuus rantautui uuden julkisjohtamisen paradigman myötä	5
2.2 Tuloksellisuuden tavoittelu on keskeinen osa nykyaikaista julkisjohtamista	7
2.2.1 Tuloksellisuuden mittaaminen on prosessi	8
2.2.2 Tulosjohtaminen on tuloksellisuusinformaation käyttöä	9
2.2.3 Tuloksellisuusinformaation käytöllä on funktioita ja dysfunktioita	10
2.3 Terveydenhuollon tuloksellisuuden mittaaminen on haastavaa	12
3 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET VALINNAT JA EMPIIRINEN KULKU	14
3.1 Aineisto koostuu ylläkäriemien teemahaastatteluista	14
3.2 Sisällönanalyysi vastaa siihen, miten tuloksellisuustietoa hyödynnetään	15
4 TULOKSET	17
4.1 Perusterveydenhuollon tuloksellisuustiedossa painottuvat suoritteet	18
4.2 Tuloksellisuustietoa hyödynnetään työpanoksen johtamisessa	21
4.3 Terveydenhuollon organisaatiokulttuuri ei ole otollinen tulosjohtamiselle	24
5 JOHTOPÄÄTÖKSET	27
6 LÄHTEET	29
Kuvat ja taulukot	
Kuva 1: Tuloksellisuuden käsitteellinen jäsentyminen	4
Kuva 2: Valtiovarainministeriön tulosprisma	7
Kuva 3: Tulokset kaaviomuodossa	17
Taulukko 1: Tuloksellisuuden dysfunktiot	12
Taulukko 2: Haastateltavien taustamuuttujat	14

1 JOHDANTO

Vuonna 2019 Suomen terveydenhuollon menot olivat noin 22 miljardia euroa, mikä on 9,2 prosenttia maan bruttokansantuotteesta. Edelliseen vuoteen verrattuna menot kasvoivat 3,0 prosenttia. Vaikka kasvua oli tuolloin kaikissa terveydenhuollon toiminnoissa, kasvoivat menot eniten reseptilääkkeiden (10,1%), perusterveydenhuollon (4,5%) ja pitkäaikaishoivan (4,2%) osalta. Vuodesta 2000 lähtien terveydenhuollon menot ovat kasvaneet reaalisesti 61,2 prosenttia. (Matveinen, 2021)

Terveydenhuollon menojen kasvu aiheuttaa haasteen hyvinvointivaltion palvelulupaukselle. Suomen Pankin (2019) mukaan Suomen julkisen talouden kestävyysvaje on nykyisellään noin 4,7 prosenttia suhteessa bruttokansantuotteeseen. Kestävyysvajeella tarkoitetaan julkisen talouden välitöntä ja pysyvää sopeuttamistarvetta, jotta julkisyhteisöjen velan suhde bruttokansantuotteeseen vakiintuisi. Merkittävin yksittäinen tekijä Suomen julkistalouden kestävyysvajeen taustalla on väestön ikääntyminen, jonka johdosta ikäsidonnaisten menojen, kuten eläkkeiden ja terveydenhuollon menot kasvavat. Suomen Pankki ennustaa, että terveyden- ja pitkäaikaishoidon menojen BKT-suhteen kasvavat vielä noin 5 prosenttiyksikköä vuoteen 2070 mennessä. (Jalasjoki, 2019) Ei ole yllättävää, että terveydenhuollon menot ja niille saatava vastine ovat vuodesta toiseen poliittisen kiinnostuksen kohteena. Yhteinen tavoite on, että jatkossa pienemmillä panoksilla tuotettaisiin yhä enemmän terveyttä yhä useammalle.

Terveydenhuollon kustannukset ja vaikuttavuus on kuitenkin osoittautunut haastavaksi kokonaisuudeksi. Tuloksellisuuden tavoittelua terveydenhuollossa on kutsuttu jopa Graalin maljan etsimiseksi (Alban & Christianson, 1995). Terveydenhuollon toteuttaminen kustannustehokkaasti on haaste, jota myös Suomessa on pyritty ratkaisemaan vähintään 2000-luvun alun Kansallisesta terveyshankkeesta ja hoitotakuu-uudistuksesta lähtien (Raisio, 2009). Viime vuosina vaatimukset paremmasta tuloksellisuudesta eivät ole suinkaan vähentyneet. Esimerkiksi vuonna 2015 käynnistetyllä Juha Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistuksella tavoiteltiin aikaisempaa yhdenvertaisempia sote-palveluita ja hyvinvointi- ja terveystarpeiden vähentämistä samalla, kun tavoitteena oli vuoteen 2029 mennessä säästää vuositasolla sote-kustannuksista kolme miljardia euroa (Manssila & Mattsson, 2019). Myös

Suomen Pankki on todennut sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutoksen olevan tärkeässä roolissa terveyden- ja pitkäaikaismenojen kasvun hillitsemisessä (Jalasjoki, 2019).

Tämän kandidaatintutkielman tavoitteena on laadullisen tutkimuksen keinoin selvittää niitä käytäntöjä, näkökulmia ja haasteita, joita perusterveydenhuollon avopalveluiden tuloksellisuusinformaation tuottamiseen ja hyödyntämiseen liittyy.

Terveydenhuollon sektoreista kohteeksi valittiin perusterveydenhuolto, sillä erityisesti perusterveydenhuollon toimivuudesta on viime vuosina esitetty kriittisiä puheenvuoroja (mm. Vihavainen, 2019). Perusterveydenhuollon kustannukset olivat myös viime vuonna kasvaneet terveydenhuollon sektoreista toiseksi eniten (Matveinen, 2021). Siitä huolimatta perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan tuloksellisuutta on tutkittu suhteellisen vähän. Suomesta puuttuu myös yhtenäinen käsitys siitä, millaisia tuloksellisuusmittaristoja perusterveydenhuollon johtamisen tukena käytetään. Tarkastelu on rajattu perusterveyden avopalveluiden vastaanottoimintaan, sillä vastaanottoja tarkastellaan terveyskeskuksissa usein yhtenä hallinnollisena kokonaisuutena. Tavoitteena ei niinkään ole keskittyä mittaustoiminnan tuloksiin, vaan tarkastella mittarien rakenteita, asemaa terveydenhuollon yksiköissä sekä mittauksen roolia johtamisen työvälineenä.

Päätutkimuskysymys on:

Miten perusterveydenhuollon avopalveluissa hyödynnetään tuloksellisuustietoa?

Tutkimuskysymystä lähestytään kolmen apututkimuskysymyksen kautta:

- 1. Millaisia tuloksellisuusmittareita perusterveydenhuollon yksiköillä on käytössä?*
- 2. Miten mittareilla saatavia tuloksia hyödynnetään terveydenhuollon johtamisessa?*
- 3. Mitä haasteita perusterveydenhuollon tuloksellisuustiedon käyttöön liittyy?*

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Tuloksellisuuden käsitteistö on monitulkintainen

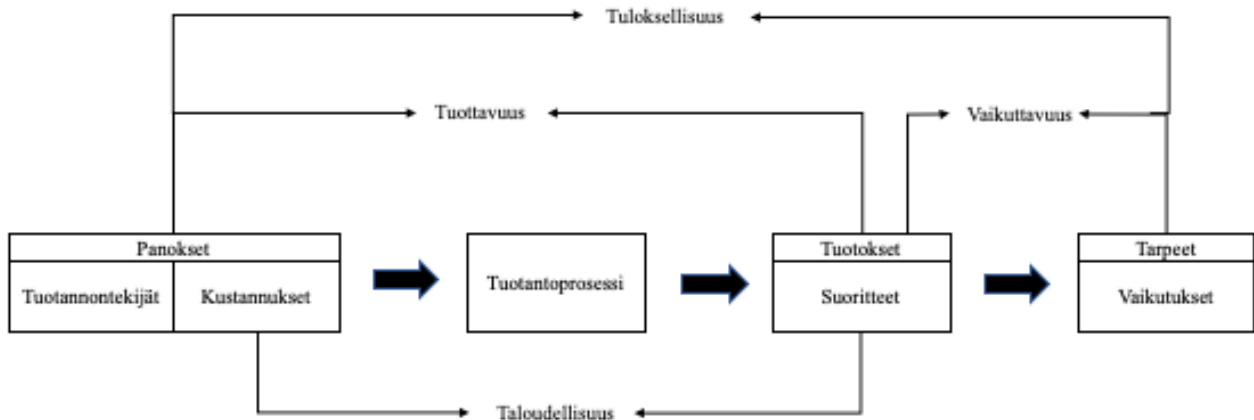
2.1.1 Tuloksellisuus koostuu taloudellisuudesta, tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta

Suomalaisessa julkishallinnossa tuloksellisuus-käsitteen käyttö sai alkunsa 1980-luvun loppupuolella, kun valtiovarainministeriö vuonna 1988 määritteli tuloksellisuuden ja sen lähikäsitteiden sisällön. Tuolloin tuloksellisuuden katsottiin, useiden myöhempien tulkintamallien tavoin, tarkoittavan organisaation onnistumista tavoitteissaan. Uuden julkisjohtamisen paradigmasta (New Public Management, NPM) ammentavan ajattelun mukaan organisaatio onnistui toiminnassaan silloin, kun se toteutti tehtävänsä niin, että annetuilla resursseilla saavutettiin mahdollisimman paljon tavoiteltuja vaikutuksia. Valtiovarainministeriön tuloksellisuusmääritelmän voidaankin katsoa olevan panos-tuotosmallin sovellutus, eli tuloksellisuus nähtiin ennen kaikkea panosten ja tuotosten suhteen onnistumisena. Valtiovarainministeriön ohjeessa määriteltiin tuloksellisuuden alakäsitteiksi *taloudellisuus*, *tuottavuus* ja *vaikuttavuus*. Kyseiset käsitteet on poimittu birttiläisestä kolmen E:n mallista, jossa osatekijät olivat vastaavasti economy, efficiency ja effectiveness. (Meklin, 2009, 35–37, 47–48) Kolmen E:n malli on yksi esimerkki pyrkimyksestä ”kaiken teoriaan” eli organisaation toiminnan kokonairationaalisuutta kuvaavaan käsitteistöön. Kolmen E:n mallissa tuloksellisuus ymmärretään kattokäsitteeksi, jolle muut mainitut käsitteet ovat alisteisia (Vakkuri & Virtanen, 2019, 118).

Valtiovarainministeriön hyödyntämää panos-tuotos-ajattelua voidaan pitää laajemminkin tuloksellisuuden perustana, johon suurin osa kokonairationaalisuuden malleista pohjaa. Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa tuloksellisuudesta käytetään pääsääntöisesti englanniksi termiä performance. Tuloksellisuus käsitetään tuotantoprosessin ominaisuutena, jossa tuloksellisuus on haluttujen vaikutusten (outcomes) tai suoritteiden (outputs) suhde panoksiin (input) (Van Dooren ym., 2015, 21). Myös suomalaisessa tutkimuskirjallisuudessa tuloksellisuus esitetään käytännössä aina panos-tuotos-ajattelun sovellutuksena. Ehkä tunnetuimman suomalaisen jäsennyksen tuloksellisuuskäsitteistöstä on tehnyt Pentti Meklin hahmotellessaan tuloksellisuuden kattokäsitteeksi, jonka alakäsitteitä ovat kolmen E:n mallia mukaillen tuottavuus (suoritteet/panokset), vaikuttavuus (vaikutukset/tuotokset) ja

taloudellisuus (suoritteet/kustannukset) (Meklin, 2002, 83). Meklinin jäsenitys noudattelee pitkälti edellä mainittua valtiovarainministeriön ja kansainvälisen tutkimuksen käsitteistöä.

Kuva 1: Tuloksellisuuden käsitteellinen jäsentyminen (Meklin 2002, 83.)



On kuitenkin syytä huomata, että organisaation kokonaisrationaalisuus voidaan esittää myös muilla tavoin kuin tuloksellisuutta kattokäsitteenä käyttämällä. Kulloinkin käytettävä kattokäsite ja sen suhde käytettäviin alakäsitteisiin on yksi keskeisistä ongelmista julkisen toiminnan tuloksellisuuskeskustelussa. Organisaation kokonaisrationaalisuutta voidaan tarkastella myös siten, että kattokäsitteenä pidetään tehokkuutta, joka edelleen jaetaan teknistä tehokkuutta, allokatiiivista tehokkuutta tai kustannustehokkuutta kuvaaviin teemoihin (Vakkuri & Virtanen, 2019, 118). Tehokkuutta kattokäsitteenä käytettäessä tehokkuus nähdään laajasti tavoitteiden ja keinojen välisen jännitteen tarkasteluna, jonka taustalla vaikuttaa vahvasti rajallisten resurssien eli niukkuuden ongelma. Organisaation tehokkuus rakentuukin sen kyvyille sovittaa mahdollisimman hyvin yhteen rajattomat tarpeet ja rajalliset keinot. (Vakkuri, 2009, 14–15) Toisaalta kokonaisrationaalisuuden kattokäsitteenä voidaan pitää myös tuottavuutta. Erityisesti tuotannon talousteoreettinen tutkimus ja osa makrotalousteorian piirteistä määrittelee kokonaisrationaalisuuden tuottavuutta kattoterminä käyttämällä. Tuottavuudessa rationaalisuutta tarkastellaan vahvasti panosten ja tuotosten tasapainon kautta siten, että järjestelmän kykyä muuttaa panokset tuotoksiksi eli uhraukset aikaansaannoksiksi kuvaavat organisaation toiminnallista kokonaisrationaalisuutta. (Vakkuri, 2009, 15; Vakkuri & Virtanen, 2019, 121)

Käytännön hallintotoiminnassa tuloksellisuuden käsite on osoittautunut monitulkintaiseksi ja

usein sekaannusta aiheuttavaksi. Se on syytä erottaa esimerkiksi *tuloksen* käsitteestä, jolla pääsääntöisesti tarkoitetaan toiminnan myötä aikaansaatuja suoritteita tai vaikutuksia, kuten liiketaloudessa omistajille jäävää voittoa tai urheilijan aikaansaamaa urheilutulosta. Tuloksen käsitettä käytetään nykyisin laajasti myös julkishallinnossa: puhutaan tulosohjauksesta ja tulosjohtamisesta. Tuloksen erottaa tuloksellisuudesta kuitenkin se, että tuloksellisuudessa huomioon on aina otettava myös tuloksen saavuttamiseen käytetyt panokset – tuloksellisuudessa kyse on siis tuloksen ja panosten suhteesta. (Meklin, 2009, 37) Tuloksellisuus voi siis parantua, vaikka toiminnon myötä saadut tulokset vähenisivät, jos tulosten aikaansaamiseen käytetyt panokset vähenevät vielä enemmän (Van Dooren ym., 2015, 21).

Organisaation kokonaisrationaalisuutta voidaan siis kuvata useilla eri käsitteillä, jotka ovat suurelta osin limittäisiä, mutta jotka saavat eri yhteyksissä hiukan erilaisia merkityksiä. Tässä tutkielmassa organisaation kokonaisrationaalisuuden kuvaajan käytetään Meklinin vuoden 2002 jäsenyyksen mukaista tuloksellisuuskäsitteistöä, jossa tuloksellisuus nähdään vaikutusten (outcome) suhteena panoksiin (input)

2.1.2 Suomen julkishallintoon tuloksellisuus rantautui uuden julkisjohtamisen paradigman myötä

Organisaatioissa vaatimuksen toiminnan tuloksellisuudesta aiheuttaa pohjimmiltaan tavoitteiden ja keinojen välinen ratkaisematon jännite. Tämä *niukkuudeksi* kutsuttu ilmiö on yksi talous- ja hallintotieteiden keskeisistä perusongelmista. Niukkuudella tarkoitetaan sitä, että ihmisillä ja organisaatioilla on aina enemmän tarpeita kuin keinoja tarpeiden tyydyttämiseen, eikä kaikkia olemassa olevia tarpeita ole mahdollista koskaan tyydyttää. Niukkuuden vuoksi organisaatiot ovat jatkuvasti tilanteessa, jossa niiden tulee taloudellisessa toiminnassaan tehdä valintoja, jotka maksimoivat käytettävissä olevilla resursseilla aikaansaattavan hyvinvoinnin. (Vakkuri, 2009, 14)

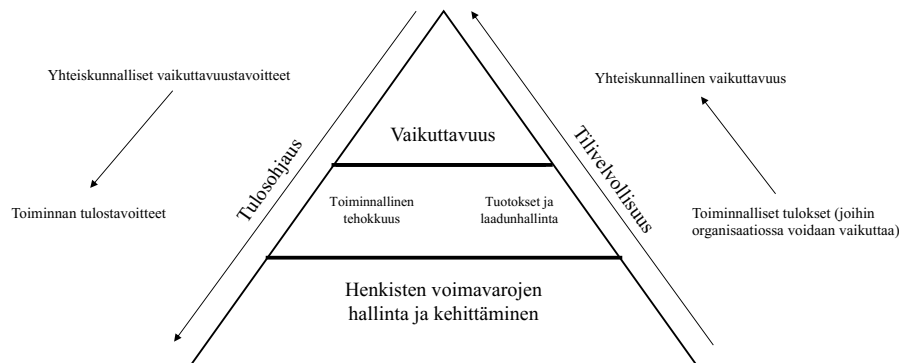
1980-luvulla OECD-maissa voimistui kritiikki julkisen sektorin tehottomuutta kohtaan. Huomiota kiinnitettiin yhä enemmän siihen, miten rajallisilla resursseilla saataisiin aikaan enemmän haluttuja vaikutuksia. Osana kritiikkiä kehittyi uuden julkisjohtamisen paradigma eli New Public Management (NPM). Kansainvälisessä tuloksellisuuskeskustelussa vaikutti vahvasti ”value for money” (VFM) eli vastiketta verovaraille -periaate. Uuteen

julkisjohtamiseen on yleisesti liitetty julkisen sektorin rajojen hälventyminen ja markkinamekanismien käyttöönotto julkisten palveluiden tuotannossa. (Meklin, 2009, 35) Suomeen uuden julkisjohtamisen paradigman katsotaan rantautuneen 1980-luvun lopulla ennen kaikkea siksi, että sille ei nähty vaihtoehtoja, vaan nopea julkinen velkaantuminen pakotti supistamaan ja uudistamaan kansalaisten palveluita. Uuden julkisjohtamisen paradigman mukaiset hallinnon periaatteet jäivät kuitenkin vaikuttamaan suomalaiseen hallintoon hyvin pitkäaikaisesti ja Suomen julkisen hallinnon voidaan katsoa nykyisin olevan ”perin juurin NPM-ajattelun muokkaamaa”. (Hyyryläinen ym., 2020, 31)

Kuten aikaisemmassa luvussa todettiin, määritteli tuloksellisuuskäsitteistön Suomessa ensimmäisenä valtiovarainministeriö. Osittain NPM-kulttuurin innoittamana valtiovarainministeriö käynnisti vuonna 1988 laajan uudistustyön, jonka tavoitteena oli parantaa julkisten palveluiden tuloksellisuutta tulosohjauksen käyttöönotolla. Vuonna 2005 valtiovarainministeriö täsmensi tuloksellisuuden peruskriteerit Tulosohjauksen käsikirja - ohjeessa. Kyseisessä ohjeessa esiteltiin myös niin kutsuttu valtionhallinnon tulosprisma, joka on tarkoitettu jäsentämään tuloksellisuutta valtionhallinnossa. (Valtiovarainministeriö, 2005) Valtionhallinnon tulosprisman taustalla on nähtävissä muita kansainvälisesti tutkittuja kokonaisrationaalisuuden sovelluksia, kuten tulosohjausmalli ja tasapainotetun mittariston - malli (Meklin, 2009, 43).

Valtiovarainministeriön tulosprismasta (kuva 2) on kolmion sivuilta nähtävissä kaksi erillistä vaikuttavuuden peruskriteeriä: yhteiskunnallinen vaikuttavuus ja toiminnallinen tehokkuus. Tuloksellisuuden katsottiin koostuvan näiden eri osa-alueiden yhteisvaikutuksesta. Yhteiskunnallisella vaikuttavuudella tarkoitettiin toimintapolitiikan tavoitteita kuten esimerkiksi työllisyyden paranemista tai laadukasta terveydenhuoltoa. Yhteiskunnallinen vaikuttavuus (outcome) on toiminnan päämäärä, mutta yksittäistä virastoa tai laitosta ei voida pitää vastuullisena koko tavoitteen toteutumisesta, vaan toimintayksiköt vaikuttavat yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen välillisesti. Toiminnallisella tehokkuudella (output) puolestaan tarkoitettiin tavoitteita, joihin virasto tai laitos voi omalla toiminnallaan suoraan vaikuttaa. Toiminnallisen tehokkuuden katsottiin jakautuvan edelleen toiminnan tehokkuuteen, tuotoksiin ja laadunhallintaan sekä henkisten voimavarojen hallintaan ja kehittämiseen. (Salminen, 2005, 24)

Kuva 2: Valtiovarainministeriön tulosprisma (mukailtu lähteestä Valtiovarainministeriö, 2005, 26)



2.2 Tuloksellisuuden tavoittelu on keskeinen osa nykyaikaista julkisjohtamista

Tuloksellisuuskäsitteistön käyttöönoton luonnollisena seurauksena organisaatioissa heräsi tarve tuloksellisuuden parantamiselle, eli tarve johtaa organisaatiota tulosorientoituneesti ja tuloksellisuustietoon pohjaten. Tiedolla johtamista, tuloksellisuuden mittaamista ja niiden merkityksen kasvua voidaankin pitää yhtenä uuden julkisjohtamisen vahvistumisen seurauksista (Van Dooren ym., 2015, 32). Muun muassa aikaisemmassa luvussa mainittujen paradigmanmuutosten vuoksi tuloksellisuuden johtamisesta ja mittaamisesta on viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana tullut niin keskeinen julkisten organisaatioiden toimintoja, että sitä on pidetty jopa välttämättömänä osana julkista johtamista (Bouckaert & Peters, 2002, 359).

Määritelmällisesti tulosmittaamisella (performance measurement) tarkoitetaan niitä toimia, joilla organisaatio pyrkii saamaan tietoa omasta tuloksellisuudestaan eli tulostietoa. Tiedolla johtaminen tai tulosjohtaminen (performance management) on johtamisen suunta, jossa tulostiedon hyödyntäminen päätösten tukena on keskeisessä roolissa. Tulosjohtamisella on läheisiä yhtymäpintoja muihin tavoitteellisen johtamisen muotoihin, kuten strategiseen johtamiseen, tulosbudjetointiin ja tavoitejohtamiseen. (Van Dooren ym., 2015, 20) Erityisesti julkisten organisaatioiden johtamisessa puhutaan myös tuloksellisuusarvioinnista, jolla tarkoitetaan toisaalta tulosmittauksen tavoin organisaation ilmiöiden kvantifiointia, mutta toisaalta myös laajemmin myös sitä, miten arviointien ja mittausten avulla saatua informaatiota hyödynnetään konkreettisissa päätöksenteon prosesseissa (Vakkuri & Virtanen, 2019, 16–18).

2.2.1 Tuloksellisuuden mittaaminen on prosessi

Tulosjohtamisen ja -mittaamisen suhde on määritelmällisesti suhteellisen suoraviivainen. Haasteeksi on kuitenkin muodostunut se, että organisaatioissa usein aliarvioidaan tulosmittaamisen kompleksisuutta. Van Dooren ym. (2005) toteaa, että julkisessa johtamisessa keskeinen tuloksellisuuteen liittyvä haaste on se, että tulosjohtamisen pohjana olevan tulosinformaation olemassaolo oletetaan itsestään selväksi ja automaattiseksi osaksi organisaation toimintaa. Kun julkisen sektorin reformeja tehdään, oletetaan lähtökohtaisesti, että päätökset perustuvat virheettömälle tulosinformaatiolle. Tällöin jää ymmärtämättä, että onnistunut tulosjohtaminen vaatii pohjaksi tuloksellisuuden mittaamisen tavat, jotka on varta vasten sovitettu organisaation tarpeisiin. (van Dooren ym., 2005, 363)

Virtasen ja Vakkurin (2019) käyttämän määritelmän mukaan mittaaminen on mittalukujen tehokasta liittämistä relevantteina pidettyihin kvantiteetteihin empiiristen operaatioiden avulla. Määritelmä ottaa kantaa kahteen asiaan. Ensinnäkin mittaamisen kohteena olevan mitattavan määrään pitää kuitenkin olla jollain tapaa relevantti eli tarkasteltavan ilmiön kannalta oleellinen. Toiseksi mittaaminen on empiirinen operaatio eli prosessi, jossa rakennetaan yhteys mitattavan ilmiön ja sitä kuvaavien mittalukujen välille. Mittauksen vaatimuksena on kvantitatiivisen tiedon hankkiminen ilmiöstä ja sen käsitteellistäminen siten, että sen perusteella on mahdollista luoda mittareita. Esimerkiksi tuloksellisuus on lopulta abstraktio, jota ei voi kuvata ennen kuin on luotu riittävä käsitteistö siitä, millaisilla määrällisillä termeillä tuloksellisuutta voidaan tarkastella. Ennen tuloksellisuuden arviointia tarvitaan siis organisaation itsensä tekemä määritelmä siitä, mitä tuloksellisuus organisaatiossa tarkoittaa. (Vakkuri & Virtanen, 2019, 18-19)

Ei siis ole yhdentekevää, miten organisaation tuloksellisuutta kuvaavat mittarit määritellään. Valtiovarainministeriö on ohjeissaan (2005 ja 2012) ottanut kantaa onnistuneen tulosmittaamisen edellytyksiin julkissektorilla. Ohjeissa huomautetaan, että tulosohjauksen yksi haaste on löytää riittävän selkeät ja luotettavat mittarit. Toisaalta tulosten mittaamista pidetään puutteistaan huolimattakin välttämättömänä, sillä parhaimmillaan ne tuottavat selkeää ja havainnollistavaa tietoa organisaation toiminnasta. Myös eduskunta on osaltaan edellyttänyt tuloksellisuusarvioiden konkretisointia tunnuslukujen avulla. Valtiovarainministeriö mainitseekin hyvän tulosmittareiden ominaisuuksiksi seuraavat tekijät:

lisättäväksi esimerkiksi tuloksellisuustiedon käyttöä suunnittelun ja päätöksenteon tukena, mutta hän itse pitää edellä mainittuja alisteisina budjetoinnille ja parantamiselle. Toisaalta olisi perustelua sanoa tuloksellisuustietoa kerättävän aina toiminnan parantamista varten ja että listan muiden seitsemän kohdan pitäisi olla tälle alisteisia. (Behn, 2003, 588)

Van Dooren ym. (2015) on puolestaan hahmotellut julkisorganisaation tuloksellisuusinformaatiolle yli 40 käyttötarkoitusta. Näihin lukeutuvat muun muassa resurssien allokointi, strateginen suunnittelu, kustannusten säästäminen ja raportointi. Van Dooren jakaa käyttötarkoitukset edelleen kolmeen kategoriaan: oppimiseen, ohjaukseen ja kontrollointiin sekä tilivelvollisuuteen. Kategorioista ensimmäisessä tuloksellisuustietoa käytetään tulevaisuusorientoituneesti tulevan toiminnan parantamiseen, keskimmaisessä nykyhetken johtamiseen ja jälkimmäisessä menneen toiminnan tarkasteluun. (Van Dooren ym., 2015, 118–120) Voidaankin hyvin sanoa, että tuloksellisuusinformaatiota voidaan soveltaa käytettäväksi hyvin suuressa osassa johtamisen osa-alueita.

Tuloksellisuusinformaation käyttötapa riippuu myös sen käyttäjästä. Julkisissa organisaatioissa tuloksellisuustietoa käytetään laajasti myös organisaation ulkopuolella. Virtanen ja Vakkuri (2019) toteavat, että tuloksellisuustiedon tarve voidaan jopa ensisijaisesti nähdä olevan ulkoisen kontrollin tarpeessa eikä organisaation omaehtoisessa tuloksellisuuden parantamisessa. (Vakkuri & Virtanen, 2019, 102) Tällaiseen tuloksellisuustiedon käyttöön voidaan ajatella tähtäävän myös aikaisemmin mainitut valtiovarainministeriön ohjeiden vuosilta 2005 ja 2012.

2.2.3 Tuloksellisuusinformaation käytöllä on funktioita ja dysfunktioita

Klassinen esimerkki mittaamisen vaikutuksesta ihmisten käyttäytymiseen on Elton Mayon ryhmineen vuonna 1933 tekemä tutkimus, jossa tutkittiin valaistuksen ja eräiden muiden työympäristön muuttujien vaikutusta tehdastyöntekijöiden tehokkuuteen Hawthornen tehtailla. Tutkimuksessa havaittiin tehokkuuden nousevan sekä valaistuissa että ei-valaistuissa työpisteissä tutkimuksen alussa, mutta palaavan jonkin ajan kuluttua ennalleen. Tutkimuksen tekopaikan mukaan nimetty Hawthorne-ilmiö tarkoittaa ihmisten käytöksen muutosta silloin, kun nämä tietävät olevansa arvioinnin kohteena. Nykyisin pidetäänkin selvänä, että erilaisten arviointimethodien ja mittareiden käytöllä on aina behavioristisia vaikutuksia organisaatioon. Nämä saattavat olla tilanteesta riippuen joko hyödyllisiä (funktionaalisia) tai

haitallisia (dysfunktionaalisia). (Van Dooren ym., 2015, 175) Hawthornen esimerkissä tehokkuuden paranemista voidaan pitää tuloksellisuuden näkökulmasta funktionaalisenä eli hyödyllisenä ulkoisvaikutuksena. Toisaalta kuvaus ei anna vastausta siihen, olisiko tarkastelulla ollut myös dysfunktioita, kuten tutkittavan suorituksen osaoptimoiminen siten, että muita suoritteita jää epätarkoituksenmukaisesti tekemättä.

Tuloksellisuuden mittaamisen ei-tavoiteltuja vaikutuksia on käsitelty laajasti tutkimuskirjallisuudessa. Peter Smith (1993) on luokitellut tuloksellisuusinformaation käytön negatiiviset vaikutukset seitsemään luokkaan, jotka ovat tunnelinäkemys, lyhytnäköisyys, osaoptimointi, konvergenssi, tylsistyminen, pelaaminen ja mispresentaatio eli luova laskentatoimi. (Smith, 1993, 140–149) Dysfunktiot on tarkemmin selvennetty taulukossa 1.

Vakkuri ja Virtanen (2019) huomauttavat, että Smithin negatiiviset vaikutukset eivät kuitenkaan ole ehdottomia, ja käyttävät dysfunktio-käsitettä korostamaan käyttäytymisvaikutusten ehdollista luonnetta: dysfunktioiden realisoituminen riippuu kulloisestakin organisaatioympäristöstä, käytettävistä arviointitavoista ja mittaristoista sekä tuloksellisuusinformaation käyttötarkoituksista. (Vakkuri & Virtanen, 2019, 213) Vakkuri ja Virtanen ovat myös koonneet tutkimuskirjallisuuteen perustuen keinoja, joilla organisatorisesti voidaan pyrkiä hallitsemaan Smithin dysfunktioita (Vakkuri & Virtanen, 2019, 223–224).

Taulukossa 1 on koottu yhteen Smithin tuloksellisuusmittauksen dysfunktiot sekä Vakkurin & Virtasen keinot dysfunktioiden hallitsemiseksi.

Taulukko 1: Tuloksellisuusmittarien dysfunktiot (Smith, 1993; Virtanen ja Vakkuri, 2019)

Dysfunktio	Määritelmä (Smith, 1993)	Hallintakeino (Virtanen ja Vakkuri, 2019)
Tunnelinäkemys	Organisaatioissa ei ole mahdollista kokonaisvaltaisesti mitata koko toimintaa. Sen sijaan usein mitataan sitä, mikä on helpointa: vaikuttavuuden sijaan esimerkiksi panoksia ja prosesseja. Tämä johtaa vain osittaiseen käsitykseen eli tunnelinäkemyskseen tuloksellisuudesta.	Mieti, missä laajuudessa tuloksellisuusarviointia voi kehittää vain mittaamisen helppouden nimissä. Jos on valittu helppouden perusteella, varmista, että tunnelinäkemysriski tiedostetaan.
Osaoptimointi	Toiminnassa keskitytään parantamaan kiinnostukseen kohteena olevien mittareiden tuloksia ja yksiköiden omia tuloksia koko organisaation strategisten tavoitteiden kustannuksella	Vältä luomasta tulosmittareita, jotka saavat aikaan kilpailuasetelman eri yksiköiden välille osa-alueilla, jossa niiden kuuluisi tehdä yhteistyötä.

vaikutuksia onkin katsottu voitavan mitata muun muassa sairauksiin liittyvillä biologisilla markkereilla, kuten muutoksilla verenpaineessa, verensokeritasossa ja muissa laboratoriokoetuloksissa. Nykyaikaisessa lääketieteellisessä tutkimuksessa suuri osa keskittyykin tämänkaltaisten suureiden käyttämiseen tarkasteltavana muuttujana. On kuitenkin huomionarvoista, että biomarkerit kuvaavat usein taudin vaikutuksia elimistössä ilman, että niillä välttämättä on mitään vaikutusta henkilön koettuun terveyteen. (Morris ym., 2014, 263)

Jos ja kun terveydenhuollon vaikuttavuutta halutaan tarkastella ihmisten koetun terveyden tai toimintakyvyn muutoksien suhteen, on terveydenhuollossa ollut välttämätöntä kehittää mittareita, joiden kautta pystytään suoraan mittaamaan koettua elämänlaatua. Tällaisia mittareita ovat erilaiset elämänlaatumittarit, kuten terveyteen liittyvä elämänlaatu (health-related quality of life, HRQOL), laatu-painotteiset elinvuodet (quality-adjusted life years, QALY). Tyypillisesti näitä muuttujia mitataan useita eri elämänlaatutekijöitä kattavilla laajoilla kyselyillä kuten EQ-5D. (Morris ym., 2014 264–273). Tämänkaltaisten mittarien käyttö on kuitenkin toistaiseksi rajoittunut tiettyjen hoitomenetelmien kuten leikkausten elämänlaatuvaikutusten arviointiin, eivätkä ne ole helposti sovellettavissa esimerkiksi perusterveydenhuollon väestötason vaikuttavuuden mittareiksi. Yksi syy mittareiden rajoittuneisuudelle on se, että ne ovat suhteellisen monimutkaisia ja mittausten tekeminen vaatii runsaasti resursseja.

Terveydenhuollon tuloksellisuuden arvioinnossa painottuvatkin tehokkuusmittarit, tuotokset ja suoritteet vaikuttavuuden sijaan. Esimerkiksi Peter Husseyn (2009) ryhmineen tekemässä meta-analyysissä tarkasteltiin terveydenhuollon tuloksellisuuteen liittyviä artikkeleita vuosilta 1990–2008. Hussey ym. löysivät kaikkiaan 265 terveydenhuollon tuloksellisuuteen liittyvää mittaria, joista vain viidessä (1,9 %) terveydentilan muutos oli pääasiallinen selitettävä muuttuja. Yleisimmin selitettävänä muuttujana toimi terveydenhuollon prosesseihin liittyvät suureet, kuten kotiuttamisten määrä ja lääkärin käyntimäärät. Panosmittareina käytettiin usein työmäärää kuten lääkärin työtunteja tai suoria kustannuksia. (Hussey ym., 2009)

3 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET VALINNAT JA EMPIIRINEN KULKU

3.1 Aineisto koostuu ylläkärien teemahaastatteluista

Tämä kandidaatintutkielma toteutettiin soveltaen laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään erilaisia tarkasteltavan ilmiön ympärillä vallitsevia näkökulmia ja mielipiteitä. Hirsjärven ja Remeksen (2010) mukaan kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä on tavoite kokonaisvaltaisen tiedon hankinnasta ja aineiston kokoamisesta luonnollisissa vuorovaikutustilanteissa. Kvalitatiiviselle tutkimukselle ominaista on myös ihmisten käyttäminen tiedon lähteenä, jolloin aineisto usein kerätään kerrotussa muodossa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei lähtökohtaisesti pyritä tutkimustulosten yleistettävyyteen, vaan aineiston yksityiskohtaisen tarkastelun kautta pyritään tuomaan esiin tutkittavien näkökulmia. Kohdejoukon tarkoituksenmukainen valinta on kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeisessä roolissa, sillä kohdejoukon koostumus vaikuttaa keskeisesti aineiston sisältöön. (Hirsjärvi ym., 2010)

Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla, joka sijoittuu formaaliudessaan lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimaastoon. Teemahaastattelu etenee tyypillisesti ennalta suunniteltujen laajahkojen kysymysten muodostamien teemojen kautta aiheesta toiseen. Kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat. Teemakysymyksiä voidaan tarvittaessa täydentää apukysymyksillä. Haastattelussa pyritään antamaan tilaa haastateltavien tulkinnoille ja heidän merkityksellisinä pitämilleen asioille. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006) Haastattelukysymykset on esitetty liitteessä 1.

Tutkimuksessa pyrittiin haastattelemaan vähintään neljää terveydenhuollon organisaation avovastaanottoiminnasta vastaavaa henkilöä. Haastattelukutsut lähetettiin avopalveluiden ylläkkäreille, mutta haastateltavia ei lähtökohtaisesti rajattu pelkästään lääkäreihin. Oleellista oli, että henkilöt työssään hyödyntävät työssään tuloksellisuustietoa.

Haastattelun kolme teemaa olivat apututkimuskysymyksiä noudatellen 1. terveydenhuollon tuloksellisuusmittarit, 2. tulostittauksen käyttö terveydenhuollon johtamisessa ja 3. tuloksellisuuden mittaamisen haasteet. Tutkimuskysymykset on esitetty liitteessä 1.

Haastattelut toteutettiin Teams-verkkohaastatteluina, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin. Yhteensä aineistoa saatiin 18 sivua (fonttikoko 12, riviväli 1,0). Haastateltavien johtamien yksiköiden profiilit olivat seuraavat:

Taulukko 2: Haastateltavien profiilit ja numerointi

	Väestövastuu	Palveluiden järjestämistapa
H1	40 000	Kuntayhtymä (3 kuntaa)
H2	20 000	Kokonaisulkoistus
H3	33 000	Kunnan oma tuotanto
H4	227 000	Kunnan oma tuotanto

3.2 Sisällönanalyysi vastaa siihen, miten tuloksellisuustietoa hyödynnetään

Saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan laadullisen tutkimuksen menetelmää, jossa tarkastellaan muodostetun aineiston sisällön merkityksiä. Sarajärven ja Tuomen (2018) mukaan sisällönanalyysiä voidaan pitää analyysimetodin lisäksi myös väljänä teoreettisena kehyksenä, jolle erilaiset analyysikokonaisuudet pohjaavat. (Sarajärvi & Tuomi, 2018) Sisällönanalyysi eroaa esimerkiksi diskurssianalyysistä siten, että kiinnostuneita ollaan nimenomaan aineiston sisällöllisestä merkityksestä sen ilmaisutavan sijaan.

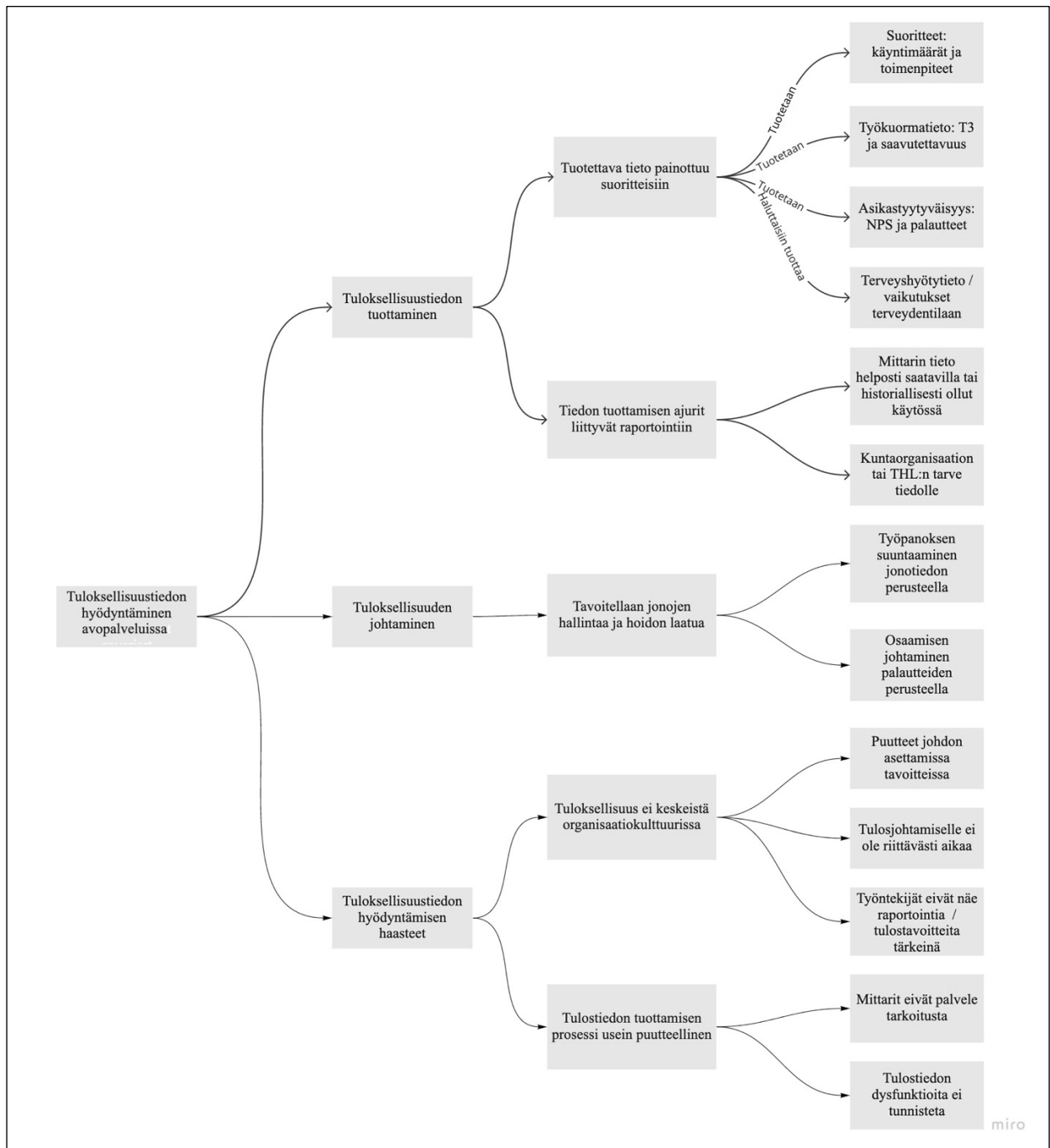
Aineiston analysoinnissa noudatettiin Sarajärven ja Tuomen (2018) esittämää menetelmää, jossa ensin päätettiin tutkimuskysymys ja aineistossa kiinnostava asia. Tässä tutkimuksessa aineiston analyysia ohjaava kysymys on ”mistä haastateltavat puhuvat, kun he puhuvat tuloksellisuustiedon hyödyntämisestä perusterveydenhuollon avopalveluissa”. Haastatteluiden jälkeen koko haastattelujen sisältö litteroitiin. Tämän jälkeen aineisto käytiin

läpi ja kaikki edellä mainittuun kysymykseen vastaavat kohdat merkattiin ja niille luotiin pelkistetty ilmaus. Lopulta pelkistettyjen ilmausten avulla koodatut kohdat teemoiteltiin. Tämän jälkeen analyysin tuloksena syntyneiden havaintojen pohjalta kirjoitettiin yhteenveto.

Aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöistä analyysitapaa noudatellen. Aineistolähtöisessä analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun perusteella. Aineistolähtöisellä metodilla pyritään luomaan aineiston perusteella eheä teoreettinen kokonaisuus. Puhtaassa aineistolähtöisessä analyysissä aikaisemman kirjallisuuden ja tiedon roolin tulisi olla lähinnä metodologiaa ohjaava, eikä niillä pitäisi olla vaikutusta analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa. (Sarajärvi & Tuomi, 2018) Käytännössä puhdas aineistolähtöinen analyysi on hyvin haastava toteuttaa ja yleensä aikaisempi tieto aihepiiristä ohjaa vähintään käytettävää käsitteistöä ja väistämättä myös luo ennakkokäsityksiä tutkittavasta teemasta. Tässä tutkimuksessa aikaisemman tutkimustiedon ja teorioiden vaikutus näkyy erityisesti käytetyssä käsitteistössä sekä haastattelurungon rakenteessa, minkä voidaan ajatella jossain määrin ohjaavan aineistoa ja myöhempää analyysiä.

4 TULOKSET

Kuva 3: Tulokset kaaviomuodossa



4.1 Perusterveydenhuollon tuloksellisuustiedossa painottuvat suoritteet

Aineiston perusteella käytettyimpiä tuloksellisuustietoja perusterveydenhuollon avopalveluissa ovat erilaiset käynti- ja suoritemäärät. Nämä mainittiin keskeisenä mitattavana asiana jokaisessa haastattelussa. Käyntimäärien osalta mitattiin sekä yksittäisen ammattihenkilön että ammattiryhmien (lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti) tasolla. Lisäksi yksittäisistä suoritteista mitattiin esimerkiksi vastattujen puheluiden määrää, vastaanotettujen sähköisten palvelupyyntöjen määrää ja kiireellisten vastaanottojen määrää suhteessa kaikkiin vastaanottoihin. Lisäksi kaikissa haastatteluissa nousi esille vähintään jollain tasolla asetettujen diagnoosien ja käyntisyiden määrä suhteessa käynteihin tai vastaaviin suoritteisiin. Tällä tarkoitetaan sitä määrää terveydenhuollon käyntiteksteistä, joissa oli erikseen rakenteisesti ja käyntisyys- tai diagnoosikoodia hyödyntäen merkitty käynnille spesifi syy vapaan tekstikirjauksen lisäksi. Edellä mainitut suoritteisiin liittyvät informaatiot koostettiin yleensä automaattisesti potilastieto- tai asiakastietojärjestelmästä, jonka tiedot taas perustuvat potilaita hoitavien ammattihenkilöiden tekemään tilastointiin jokaisen käynnin yhteydessä.

Toinen keskeinen avopalveluissa mitattava tulosinformaatio oli potilaiden odotusajat, jonotilanne ja muut yksiköiden tulevaisuuden työkuormaa kuvaavat mittarit, kuten yhteydenottojen määrä ja puheluiden vastausajat. Tärkeimpänä esimerkkinä jonomittareista nousee esille valtakunnallisesti kerättävä T3-aikamittari, joka kuvaa yksikössä toimivien ammattilaisten ajanvarauskirjoilla kolmansien varattavissa olevien kiireettömien vastaanottoaikojen mediaania. Niissäkin yksiköissä, joissa T3-lukua ei ollut käytössä potilaiden jonotilannetta seurattiin jollain sitä lähes vastaavalla mittarilla. Puheluiden osalta odotusaikojen lisäksi seurattiin puheluiden vastaamisen nopeutta esimerkiksi laskemalla prosenttilukua siitä, kuinka moneen puheluun saadaan vastattua heti ilman takaisinsoittoa.

Suorite- ja työkuormamittareihin verrattuna aineistossa nousee esille huomattavasti vähemmän mittareita, jotka mittaisivat terveydenhuollon yksiköiden antaman hoidon laatua tai vaikutuksia. Keskeisimpinä laatua ja vaikuttavuutta kuvaavina mittareina pidettiin erilaisia asiakastyytyväisyyteen liittyviä mittareita. Lähes kaikilla terveysasemilla oli käytössä tavanomaisten asiakastyytyväisyys- ja palautelomakkeiden lisäksi erilaisia palveluita, joissa potilailta kysyttiin palautetta. Yksi mainittu palvelu on kaupallisten tahojen tarjoama Net Promoter Score (NPS), jossa asiakkaalta kysytään, kuinka todennäköisesti suosittelisi palvelua asteikolla 1–10. Niilläkin asemilla, jossa vastaavaa palvelua ei ollut käytössä, sen

käyttöönottoa oli harkittu. NPS:n lisäksi erilaisten oikaisuvaatimusten ja valitusten määrää seurattiin kaikissa yksiköissä. Asiakaspalautteiden ja -valitusten katsottiin olevan välillinen hoidon laadun kuvaaja.

Sen sijaan varsinaisia hoidon vaikutuksia kuvaavia vaikuttavuusmittareita oli käytössä vain vähän. Joissakin aineiston haastatteluissa vaikuttavuutta katsottiin voitavan epäsuorasti mitata esimerkiksi sen perusteella, paljonko potilaille oli tehty pitkäaikaisen hoidon hoitosuunnitelmia. Lisäksi yksittäisiä hoidon vaikuttavuutta väestötasolla kuvaavia mittareita mainitaan, näistä yhtenä esimerkkinä diabeteksen laaturekisteri, joka kokoaa valtakunnallisesti yhteen erilaista diabeteksen hoitoon liittyviä biomarkkereita. Vaikuttavuusmittarien puuttumista perusteltiin muun muassa sillä, että vaikuttavuuden mittaaminen on vaikeaa muun muassa siksi, että aikajänne toimenpiteiden ja odotettujen vaikutusten välillä on pitkä.

No toki siis ne hoidon vaikuttavuuden mittarit pitkälti perusterveydenhuollosta puuttuvat ja sen takia osittain, että se aikajänne on niin pitkä kun nämä asiakkaat on meidän asiakkaina. Se on paljon helpompi tehdä näitä mittareita lonkkaleikkauksista tai operatiivisella alalla.

(H4)

Vaikka vaikuttavuutta kuvaavia mittareita on toistaiseksi käytössä vähän, olisi terveysasemilla kuitenkin halukkuutta vaikuttavuutta kuvaavien mittareiden käyttöönottoon. Aineistossa nousee toistuvasti esille toive siitä, että terveysasemilla olisi käytössä jokin helppokäyttöinen ja yksiselitteinen hoidon vaikuttavuutta kuvaava ”terveyshyötymittari”, jonka perusteella voitaisiin tehdä hoidon kohdentamista. Useammassa yksikössä oli myös suunnitteilla erilaisia vaikuttavuusmittareita esimerkiksi pitkäaikaissairauksien biomarkkereihin tai hoitoprosesseihin liittyen. Tällaisia ovat esimerkiksi diabeteksen hoidon tasapainoa kuvaava HbA1c-verikoearvo ja hoidon jatkuvuutta kuvaava Koki-indeksi.

Niin, mitään yksittäistä terveyshyötymittaria meillä ei ole, millä me pystyttäis jonkun toimenpiteen vaikutukset yksilön terveyteen tai kokonaisväestön terveyteen todentamaan. Mun mielestä hoitosuunnitelmien määrä on sellainen. Hoitosuunnitelma on tutkitusti tehokas monisairaiden ja paljon palveluita käyttävien potilaiden elämänlaadun ja jopa kuolleisuuteen vaikuttava toimintamalli. Suurin osa meidän asiakkaista on monipalveluasiakkaita tai paljon

*palveluita käyttäviä tai monisairaita. Se on ehkä sellainen, joka meidän asiakaskuntaa
tutkitusti hyödyttää. (H1)*

*Tässä on pari mittaria tulossa, mutta semmoinen mikä tavallaan pitäisi olla, mutta ei ole..
Sitä terveyshyötyä meidän pitäisi pystyä mittaamaan konkreettisemmin. Siihen on varmasti
niitä mittareita joo, mutta meillä ei ole arkikäytössä sellaista vielä. (H2)*

Aineiston vastauksissa on vaihtelua sen suhteen, millaisella prosessilla käytössä olevat tuloksellisuusmittarit oli koottu. Suurimmassa osassa yksiköitä mittarit olivat muovautuneet sen perusteella, mitä on ajan saatossa satuttu ottamaan käyttöön. Yksiköistä pääsääntöisesti puuttuivat prosessit, jossa tuloksellisuusmittaristot olisi määritelty sen perusteella, millaisia strategisia tavoitteita yksiköillä on. Ainoastaan yhdessä haastatelluista terveyskeskuksista oli yhdessä kuntaorganisaation kanssa tehty suunnitelma siitä, mitä tuloksellisuusmittareita käytetään ja tehty tavoitteenasettelua mittarien tulosten suhteen. Tässä tapauksessa määrittelyn apuna oli käytetty myös ulkopuolista konsultaatioapua.

Osittain terveydenhuollossa käytössä olevia tuloksellisuusmittareita määritteli se, millaisia tietoja ulkoiset tahot perusterveydenhuollolta haluavat. Esimerkiksi kuntaorganisaatioon terveysasemilta raportoidaan käyntitietoja ja panoslukuja. Esimerkiksi kiirevastaanottojen ja tavallisten vastaanottojen määrät sekä täytettyjen virkojen määrä ovat tietoja, joita terveysasemilta toivotaan. Aineiston perusteella kunnille raportoitavissa tiedoissa painottuvat suorite- ja työkuormamittarit. Tyypillisesti kunnat käyttävät tietoa paitis sosiaali- ja terveystoimialansa johtamiseen ja näkyvyyden saamiseen, myös esimerkiksi kunnan tilinpäätöksen tiedoiksi. Suuren raportointivastuun muodostaa myös THL:lle ja tilastokeskukselle hoidosta toimitettavat tiedot. Aineiston perusteella erityisesti THL:lle toimitettaviin avohilmo- ja diagnoositietoihin kiinnitetään tällä hetkellä huomiota, sillä soteuudistuksen myötä suuri osa hyvinvointialueiden rahoituksesta perustuu väestön sairastavuuteen, joka osittain lasketaan diagnoosijakauman perusteella. Näihin koetaankin kohdistuvan tällä hetkellä erityistä painetta, mistä johtuen kyseisten lukujen raportointiin kiinnitetään paljon huomiota, vaikka sitä ei aina terveysaseman oman toiminnan kannalta koeta tarkoituksenmukaiseksi.

Mulle ei tuoteta, eikä mua tueta tuottamaan sellaisia raportteja, jotka ohjaisi mun toimintaa tai auttaisi mua tekemään sille jotain. Että joo, on ihan kiva tietää, että taas diagnoosittomia kirjauksia tai kirjauksia joissa diagnooseja on tosi vähän, että niitä unohdetaan tehdä tai on jotain epämääräisiä juttuja liittyen diagnosiraporttiin. Ihan kiva ja mielenkiintoista, mutta mitä mä siitä tiedosta ihan oikeasti lopulta hyödyn? (H3)

Panosmittareina aineistoissa mainitaan keskeisimpänä ja samalla lähes ainoana mitattavana asiana esille käytettyjen työtuntien ja niistä koituvien kustannusten määrä. Muut panosmittarit, kuten muut hoitotyön muuttuvat ja kiinteät kulut, eivät nousseet aineistossa esille. Käytettyä työpanosta ei myöskään yleensä suoraan suhteutettu esimerkiksi suoritteisiin siten, että järjestelmällisesti laskettaisiin vaikkapa yhden vastaanottokäynnin kustannusta tai sitä kohden käytettyä työmäärää. Myöskään kustannusten suhdetta toiminnan vaikutuksiin ei vaikuttavuusmittarien puuttuessa ole juurikaan tehty.

4.2 Tuloksellisuustietoa hyödynnetään työpanoksen johtamisessa

Tuloksellisuustiedon käyttö kulminoituu perusterveydenhuollon avopalveluissa työpanoksen johtamiseen. Terveystieteiden avopalveluiden johtajat pitivät käyntimäärä- ja suoritemittareita keskeisinä tuloksellisuusmittareina siksi, että käyntimääriin ja odotusaikoihin liittyvä data on yleensä helposti saatavilla. Jokaisella terveysasemalla oli käytössä potilastietojärjestelmään liitetty automatisoitu raportointi, jonka avulla tämän tulostiedon saaminen koettiin suhteellisen helpoksi. Keskimäärin käyntimäärien raportointiin arvioitiin kuluvan aikaa vain joitakin tunteja kuukaudessa. Käyntimäärien koettiin myös yleisellä tasolla kuvaavan hyvin toiminnan volyymia ja tekevän resurssien kohdentamisen näkyväksi.

Toisaalta käyntimääriin katsottiin kohdistuvan epätarkoituksenmukaistakin huomiota. Käyntimäärien tarkan seuraamisen ongelmana pidettiin muun muassa sitä, että käyntimäärien tulkinta vaatii tietoa organisaation taustoista: eri ammattilaisten käyntimäärien vertailulla voi päätyä harhaanjohtaviin johtopäätöksiin, jos ei tiedä eri ammattilaisten työn käytännön sisältöä. Esimerkiksi psykiatrisia potilaita hoitavan lääkärin käyntimäärät saattavat olla huomattavan alhaiset verrattuna päivystysvastaanottoon, vaikka työtä tehtäisiin jollain muulla mittarilla

tarkastellen samalla tehokkuudella. Pelkkinä lukuina raportoitujen suoritemäärien yhteydessä tämä taustoitus jää usein tekemättä.

Suoritemäärä ei myöskään yleisesti koettu kovin hyvänä mittarina kuvaamaan toiminnan onnistumista, sillä suuremman määrän suoritteita ei katsottu takaavan suurempaa vaikuttavuutta. Suoritemäärien tarkan seuraamisen voidaan katsoa jopa olevan ristiriidassa organisaatioiden vaikuttavuustavoitteiden kanssa, sillä aineistossa pidempiä ja kokonaisvaltaisempia vastaanottoja pidettiin yleisesti lyhyitä vastaanottoja ja suurempaa suoritemäärää tavoiteltavampana toimintatapana. Tämä ristiriita korostui erityisesti niissä yksiköissä, joissa henkilöstöä palkittiin tai oli aikaisemmin palkittu vastaanottokäynneistä erillisellä suoritekorvauksella.

Lääkäreiden käyntimäärät putoaa syystä, joka on itseasiassa hoidon laadun parantamista. Vielä 10 vuotta sitten lääkärit hoitivat vartin ajoilla aina yhden asian per käynti, jolloin suoritteita oli paljon. Näennäisesti kauhean tehokasta! Nyt meillä saattaa potilasajat olla 30–60 minuuttia, eli hoidetaan monta asiaa yhdellä käynnillä ja käyntimäärät on siksi pudonneet. Tämähän kertoo oikeastaan laadusta, mutta sitten tällaista tulkitsee ulkopuolinen taho, niin kyllä niitä sitten joudutaan kertomaan ja selittämään miksi näin on. (H2)

Nii ja sitten kun se [käyntimäärät] on huono mittari muutenkin. Jos niitä käyntejä on paljon, niin kuinka moni niistä oli hyödyllinen tai edes tarpeellinen? Mulla on yksi kollega, jolla on vartin ajat. Hänellä oli tosi hyvät käyntipalkkiot silloin kun niitä vielä maksettiin. Mut sit ku ne potilaat tulee takas ja totee, että sain sen yhden asian hoidettua, mutta sitten jäi nämä kolme muuta asiaa vielä. (H3)

Käyntimäärien ja muiden suoritemittareiden rooli terveysasemien johtamisessa näyttäytykin kaksijakoisena: toisaalta käyntimäärät ovat seuratuimpia ja parhaiten saatavilla olevia mittareita terveydenhuollossa, mutta toisaalta saatavan mittaustiedon ei kuitenkaan katsota suoraan kuvaavan organisaation onnistumista, eikä käyntimäärien perusteella katsottu voitavan tehdä kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä siitä, miten organisaatiota tulisi jatkossa johtaa.

Toisena keskeisenä mitattavana asiana aineistossa nousevat esille odotusajat ja muut terveyskeskusten tulevaa työmäärää kuvaavat mittarit. Terveydenhuollon saatavuuden

katsottiin olevan tärkeä toiminnan tavoite, jonka mittaamiseen erilaisten odotusaikojen katsottiin soveltuvan hyvin. Tätä tavoitetta korostaa entisestään organisaation ulkopuolelta odotusaikoihin kohdistuva paine, kuten velvollisuus raportoida T3-ajat julkisesti ja palveluiden saatavuuteen liittyvä poliittinen kiinnostus. Odotusaikoihin liittyy myös muuta sääntelyä, sillä terveydenhuoltolain mukaan terveysasemalle on saatava virka-aikaan välittömästi yhteys.

Aineistossa nousee esille, että nimenomaan terveysasemien odotusajat ja jonotilanne on mitattava suure, jota pyritään johtamisen keinoin parantamaan. Keskeisin keino odotusaikojen lyhentämiseksi oli henkilöstöresurssin siirtäminen eniten ruuhkautuneisiin tai ruuhkautumassa oleviin palveluihin. Odotusaikojen pitenemistä pyrittiin myös ennakoimaan esimerkiksi ottamalla huomioon käynnissä olevia infektiopidemieitä ja arvioimalla seuraavan vuoden aikana neuvolapalveluita tarvitsevien lasten määrää. Mahdollisuuksia työpanoksen kohdentamiseen kuitenkin heikensi se, että ainakin osalla organisaatioista oli vaikeuksia rekrytoida työvoimaa, jolloin mahdollisuuksia työvoiman kohdentamiseen ei välttämättä ollut.

Kyllähän se on tosi tärkeä tieto se jonotilanne tai odotusaikatieto. Et sehän on mulle tosi tosi tärkeä ja se, et montako ihmistä meillä on faktuaalisesti siellä jonossa ja moniko ihmistä odottaa sitä lääkäriaikaa. Et jos mä haluaisin purkaa jonon, niin montako lääkäriaikaa siihen tarvittaisiin. – – Siis mä tarvitsen sitä tietoa siitä T3- tai jonotilanteesta, mä tarvitsen sitä, että mä tiedän, että jos mun resurssien ohjaus on ihan päin jotain. Ja myöskin se, että voidaan miettiä millä tavalla niitä tulipaloja voidaan sammuttaa. (H3)

Suoritteiden ja odotusaikojen lisäksi avopalveluissa hyödynnetään tuloksellisuustietoa osaamisen johtamiseen. Aineiston perusteella lähes kaikissa terveydenhuollon yksiköissä seurattiin asiakaspalautetta sekä numeroarvon tuottavilla mittareilla (kuten NPS) että avoimilla asiakaspalautteilla. Lisäksi kaikissa terveydenhuollon yksiköissä tarkasteltiin erikoissairaanhoidon tehtävien läheteiden määrää. Läheteiden perusteella katsottiin voitavan arvioida organisaation osaamista. Läheteistä tarkasteltiin esimerkiksi sitä, tehdäänkö yksiköstä läheteitä erikoissairaanhoidon sellaisen syiden vuoksi, jotka hoitosuosituksen mukaan pitäisi pystyä hoitamaan perusterveydenhuollossa. Tämän perusteella voitiin sitten tarvittaessa kohdentaa henkilökunnan koulutusta osaamisvajeen alueille. Toisaalta erityisesti kiireellisten erikoissairaanhoidon läheteiden katsottiin osittain kuvaavan sitä, ajautuuko

erikoissairaanhoidon potilaita siksi, että vaivoja ei ole saatu aikaisemmin hoidettua perusterveydenhuollossa.

No sitten päivystyslähetteiden määrä, se nyt vähän tuohon erikoissairaanhoidon liittyen, mutta kyllä sekin, että miten meillä ohjautuu ensiapuun potilas, joka pitäisi hoitaa kiirevastaanotto- tai kiireajoilla vastaanotolla tai tarjota muita vaihtoehtoja. Eli sitä hoidon saatavuudestaan sekin meillä kertoo. (H2)

4.3 Terveysthuollon organisaatiokulttuuri ei ole otollinen tulosjohtamiselle

Aineiston perusteella näyttää ilmeiseltä, että perusterveydenhuollon avopalveluissa tuloksellisuustietoa ei pystytä aina hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla. Tuloksellisuustiedon tehokkaalle käytölle on useita organisaatioiden kulttuurista ja toiminnasta nousevia haasteita, joiden korjaaminen on osoittautunut vaikeaksi.

Yksi keskeinen aineistossa esille nouseva ongelma on se, että terveydenhuollon työntekijät eivät pidä tuloksellisuutta kovin keskeisenä toiminnan tavoitteena. Toisin sanoen työntekijät eivät olleet kiinnostuneita tulostittareiden tuottamasta informaatiosta tai organisaation tavoitteiden saavuttamisesta. Sen sijaan tuloksellisuustiedon pohjana oleva tilastointi ja raportointi näyttäytyi henkilökunnalle pakollisena pahana, johon käytetty työpanos pyrittiin minimoimaan. Vaikuttaa siltä, että terveydenhuollon työntekijät eivät yleisesti hahmota, mihin tuotettua tuloksellisuustietoa käytetään ja miten se vaikuttaa organisaation käytännön toimintaan. Organisaation toiminnassa tämä konkretisoitui esimerkiksi siten, että potilaskäyntien tilastointeihin ei kiinnitetty huomiota, jolloin keskeisimpänä tuloksellisuustittarina käytettävät suoritemittarit eivät tuota todellisuutta kuvaavia tuloksia eikä niiden perusteella pysty tekemään johtopäätöksiä. Haasteet tuotetun tulostiedon oikeellisuudessa nousee aineistossa esiin toistuvasti.

Vaikka se on yksi meidän terveysasema, sanotaan tosi hyvin omaksunut meidän toimintatavat ja mallit, niin edelleen sieltä tulee ruohonjuuritasolta se viesti, että mitä me näillä mittareilla tehdään, kun ei ne vaikuta mihinkään. Meidän ammattilaisilla on edelleen paljon työtä siinä, että he kiinnostuisi siitä että mitä sillä työllä saadaan aikaiseksi. (H4)

Mun mielestä kaikki mitä meiltä tulee ulos on täyttä paskaa. - - Ja tilastoinnin lääkärit tunnetusti tekee tosi tosi tunnontarkasti ja tosi oikein. Mikä tarkoittaa sitä, että sieltä tulee ihan mitä sattuu. Niin teoriassa mulla on työkaluja, mutta käytännössä sellaisia, mitä voin hyödyntää, on todella vähän. (H3)

Kiinnostuksen puute tuloksellisuustietoa kohtaan ei kuitenkaan rajoittunut pelkästään työntekijöihin, vaan myös organisaation johdon koettiin osittain olleen epäkiinnostuneita siitä, millaisia tuloksia terveysasemalla tuotetaan. Lähes kaikilla terveysasemilla tuloksellisuustietoa kuten käyntimääriä ja odotusaikoja raportoitiin kunta- tai tuottajaorganisaatiossa ylöspäin, mutta usein raportoitavien asioiden katsottiin olevan vaikuttavuuden kannalta toissijaista resurssi- tai suoritettietoa. Aineistossa nousee esille myös se, että kuntaorganisaatiot eivät pääsääntöisesti olleet asettaneet terveysasemalle mielekkäitä tuloksellisuustavoitteita, jotka liittyisivät toiminnan vaikuttavuuteen ja joiden saavuttamiseen organisaation johdolta olisi saanut tukea. Näin ollen tulosjohtamisen koettiin pelkistyvän monessa paikassa vain helposti saatavien lukujen tai esimerkiksi palvelutuotosopimuksessa määriteltyjen suureiden raportoimiseksi sen sijaan, että aidosti kyettäisiin tekemään tuloksellisuutta parantavia päätöksiä esimerkiksi hoidon vaikuttavuutta kuvaavien mittareiden perusteella. Poikkeuksen muodosti yksi aineiston terveysasema, jossa yhdessä kuntaorganisaation kanssa oli määritelty seurattavat tulosmittarit ja niiden tavoitteet.

Musta tuntuu, että lautakuntaakaan ei kiinnosta meidän mittarit. Että ne mittarit, mitä me käytetään tai mitä esimerkiksi lautakunta johonkin.. meillä on esimerkiksi käytössä tuottavuusohjelma, joka määrittää, että meidän täytyy parantaa ja tehostaa toimintaa, jotka on sitten ihan niin kuin tosi irrallisia, ei niin mitattavia asioita, vaan enemmän sellaisia poliittisia tahtotiloja. (H3)

Joo on se siinä mielessä, että ne mittaristot on tehty vuosia sitten ja ne on nimenomaan niitä käyntimääräpainotteista ja semmoista, että pitää olla x määrä lääkäreitä tuossa tehtävässä, vaikka maailma muuttuu. Tavoitteet on nyt vähän erilaiset, on sähköisiä palveluja, pitäisi pystyä kehittämään. Että pikkuisen ne saattaa ne mittarit kehittämistä hidastaa. (H2)

Osittain ongelmana nähtiin myös se, että terveysasemilla ei ollut käytössään tulosjohtamiseen riittävästi aikaa ja resursseja. Ylilääkäreillä koetaan olevan runsaasti työtehtäviä, joilta ei jää

riittävästi aikaa tuloksellisuuden johtamiselle. Aineistossa nousee esille myös näkemys, jonka mukaan terveydenhuolto on muun muassa käynnissä olevan koronaviruspandemian vuoksi niin kuormittunut, että käytännön mahdollisuuksia tuloksellisuuden johtamiselle ei ole, vaan johtaminen on päivästä seuraavaan ”selviytymistä”. Näyttää siltä, että niissä organisaatioissa, joissa tulosjohtamiseen oli panostettu, se oli tapahtunut yksittäisen henkilön oman kiinnostuksen tai esimerkiksi opintoihin liittyvän osaamisen hyödyntämisen vuoksi eikä siksi, että kuntaorganisaatio olisi mahdollistanut ja luonut edellytyksiä tulosjohtamiselle.

Varsinaisia tuloksellisuustiedon dysfunktioita aineistossa nousee esille suhteellisen vähän. Esimerkiksi osaoptimointia tai mittareiden suhteen pelaamista ei tunnisteta. Sen sijaan aineistossa nousee esiin vahva luottamus henkilökunnan ammattietiikkaan, minkä katsotaan suojaavan terveydenhuoltoa epätarkoituksenmukaiselta toiminnalta. Kokemus on, että henkilökunnalle on ensisijaista potilaan hyvä hoitaminen, vaikka se tarkoittaisi heikompia tuloksellisuuslukuja. Toisaalta kiinnostuksen puutteen tuloksellisuustietoa kohtaan koetaan olevan yksi syy sille, että myöskään pelaamista mittareiden suhteen ei tapahdu. Poikkeuksen muodostaa aineiston yksi terveystasema, jossa henkilöstöllä pieni osuus palkasta muodostui aikaisemmin käyntipalkkioista, sillä pienen osan henkilöstöstä on tässä yksikössä koettu pyrkivän lisäämään käyntimääriään kokonaisuuden kustannuksella.

Jonkin verran haitallista käyttäytymistä siihen liittyy. Ne lääkärit, jotka katsoi erittäin paljon potilaita tiheällä frekvenssillä, niin he vähän protestoi sitä, että se tiimikorvaus on heille huonompi kuin mitä jos he tekisi potilastyötä ja pelaavat sitä kautta sitten ehkä hiukan sillä, että tiimissä en sitten hoida tuota puhelua, kun tiimiaikana en saa siitä palkkiota mutta jos teen sen tiimiajan ulkopuolella, niin saan. Mutta ne jäi kyllä alle yhden käden sormin, että näistä jouduttiin keskustelemaan. (H4)

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän kandidaatintutkielman tavoitteena oli selvittää, miten tuloksellisuustietoa hyödynnetään perusterveydenhuollon avopalveluissa. Taustan tutkimukselle luo se, että väestön ikääntyminen luo yhä suurempia haasteita yhteiskunnan palvelulupaukselle, mistä johtuen terveydenhuollon tuloksellisuuden kehittymiseltä odotetaan lähivuosina ja vuosikymmeninä paljon.

Tuloksellisuustietoa hyödynnetään perusterveydenhuollossa erityisesti työpanoksen johtamisessa siten, että jonotilanteesta ja muista työkuormamittareista saatavien indikaattorien perusteella resursseja pyritään kohdentamaan tarkoituksenmukaisesti. Lisäksi erilaisilla suoritemäärillä, kuten käyntimäärillä ja toimenpiteiden määrillä on keskeinen rooli terveydenhuollon volyymin kuvaajana. Edellä mainitut tuloksellisuustieto myös raportoidaan usein eteenpäin joko kunnan organisaatiossa tai kansallisiin tietokantoihin. Lisäksi asiakaspalautteista ja läheteistä saatavaa tietoa hyödynnetään organisaation oppimisen tukemiseksi siten, että esimerkiksi koulutusta suunnataan saadun tuloksellisuustiedon perusteella. Robert D. Behn (2003) määrittelemistä tuloksellisuustiedon käyttökohteista tietoa käytetään ainakin osittain organisaation toiminnan arviointiin, kontrollointiin, budjetointiin, ulkoisten tahojen vakuuttamiseen ja oppimiseen ja toiminnan parantamiseen.

Mikäli tuloksellisuustiedon hyödyntämistä perusterveydenhuollossa peilataan aikaisemmin esitettyyn valtiovarainministeriön tulosprismaan, voidaan tuloksellisuustiedon hyödyntämisen katsoa painottuvan toiminnallisen tehokkuuden varmistamiseen. Terveysasemilla pyritään siis hoitamana sinne kohdistuva työmäärä varsin tehokkaasti samalla, kun käytettävät tuloksellisuusmittarit keskittyvät kuvaamaan tehtyjä suoritteita. Sen sijaan tulosprisman toinen kylki, eli yhteiskunnallinen vaikuttavuus, jää perusterveydenhuollon tuloksellisuustiedon hyödyntämisessä vähemmälle huomiolle.

Vaikka tuloksellisuusinformaatiolla on perusterveydenhuollossa tärkeitä käyttötarkoituksia, näyttää siltä, että tuloksellisuus ei ole perusterveydenhuollon organisaatioiden johtamisessa niin keskeisessä roolissa kuin mitä se on muualla julkisorganisaatioissa ja mitä esimerkiksi valtiovarainministeriö on julkishallinnolle suunnatuissa ohjeissaan edellyttänyt. Empiiriset havainnot tukevat käsitystä siitä, että perusterveydenhuollon osalta tuloksellisuutta eivät pidä

keskeisenä toiminnan tavoitteena sen enempää organisaation johto kuin työntekijätäkään. Käytännön toiminnan tasolla tämä heijastuu siihen, että tuloksellisuuden johtamiselle ei usein ole yksiköissä osoitettu riittävästi työaikaa tai organisaation johdon tukea. Toisaalta organisaation suorittavan tason vähäinen kiinnostus toiminnan tuloksellisuutta kohtaan voi johtaa siihen, että tuloksellisuusinformaation pohjana olevaan raportointiin ei kiinnitetä huomiota, jolloin tulosjohtamisen pohjana toimiva tuloksellisuusinformaatio on osittain heikkolaatuista.

Kuitenkin jopa suuremman ongelman tuloksellisuusinformaation hyödyntämisen kannalta muodostaa se, että joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta tuloksellisuusinformaation hyödyntämistä ei perusterveydenhuollon organisaatioissa hahmoteta Van Doorenin, Virtasen ja Vakkurin mallien mukaisena prosessina, joka on syvästi kytköksissä organisaation strategisten päämäärien saavuttamiseen ja joka lähtee organisaatiolle sopivien mittareiden valinnasta. Tutkituissa organisaatioissa ei ollut esimerkiksi pääsääntöisesti tehty suunnitelmaa siitä, mitä tuloksellisuusinformaatiota halutaan tuotettavan, saati asetettu käytettäville mittareille tavoitteita. Näin ollen organisaatioissa ei ollut myöskään arvioitu, ovatko mittarit esimerkiksi valtiovarainministeriön asettamien hyvän tulosohjauksen mittarien ominaisuuksien mukaisia. Osittain tästä voi johtua se, että terveydenhuollon organisaatioissa mitattiin pääsääntöisesti suoritteita ja työkuormia, vaikka samaan aikaan organisaatiot itse toivoivat pystyvänsä käyttämään paremmin hoidon vaikuttavuutta kuvaavia tulostuloksia johtamisen pohjana. Mittarien määrittelyn puutteesta voi kertoa myös se, että tuloksellisuuden mittaamiseen liittyviä dysfunktioita ei terveysasemilla juuri tunnustettu, vaikka esimerkiksi mittarien painottuminen helposti saatavilla oleviin käyntimääriin ja suoritustietoihin on esimerkki tunnelinäkömyksestä.

Kaikkiaan tuloksellisuustiedon hyödyntäminen vaikuttaa perusterveydenhuollossa keskittyvän tehtyjen toimintojen raportointiin ja käytännön arjen järjestämiseen siten, että palvelut eivät liiaksi ruuhkautuisi. Terveydenhuollon vaikuttavuudesta kertovien tuloksellisuustietojen hyödyntäminen on vähäisempää, eikä terveysasemilla ole strategisista tavoitteista johdettuja tulostuloksia, joiden toteutumista seurattaisiin. Nämä löydökset ovat toisaalta linjassa aikaisemman kansainvälisten tutkimustulosten kanssa, joiden perusteella terveydenhuollon osalta on ylipäätään vähän tarjolla vaikuttavuutta kuvaavia mittareita. Osittain tähän vaikuttaa se, että terveydenhuollon tavoitteena on tuottaa parempaa terveyttä ja toimintakykyä, jotka ovat vahvasti subjektiivisia ja erityisesti väestötasolla vaikeasti mitattavissa oleva muuttujia.

6 LÄHTEET

Alban, A., & Christianson, T. (1995). *The Nordic Lights. New Initiatives in Health Care System*. Odense University Press.

Behn, R. D. (2003). Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures. *Public Administration Review*, 63(5), 586–606. <https://doi.org/10.1111/1540-6210.00322>

Bouckaert, G., & Peters, B. G. (2002). Performance Measurement and Management: The Achilles' Heel in Administrative Modernization. *Public Performance & Management Review*, 25(4), 359–362. <https://doi.org/10.1080/15309576.2002.11643672>

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P., & Sinivuori, E. (2010). *Tutki ja kirjoita*. Tammi.

Hussey, P. S., de Vries, H., Romley, J., Wang, M. C., Chen, S. S., Shekelle, P. G., & McGlynn, E. A. (2009). A Systematic Review of Health Care Efficiency Measures. *Health Services Research*, 44(3), 784–805. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00942.x>

Hyyryläinen, E., Lehto, K., & Pekkola, E. (2020). Millaisen hallinto- ja johtamisajattelun tulevat julkisjohtajat perivät aikaisemmilta sukupolvilta? Teoksessa *Governance V – Hallintaa ja yhteistyötä 2020*. Toim. Ilari Karppi, Kirsi Lehto ja Niina Mäntylä. Tampereen yliopisto, Johtamisen ja talouden tiedekunta.

Jalasjoki, P. (2019). Kestävyyssvaje aiempaa arviota suurempi. *Suomen Pankki*, 27(5/2019). <http://urn.fi/URN:NBN:fi:bof-201912171711>

Manssila, S., & Mattsson, L. (2019). *Maakunta- ja sote-uudistuksen loppuraportti Kokemuksia valmistelutyöstä, oppeja sekä johtopäätöksiä* (s. 172). Valtiovarainministeriö. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161656/VM_40_2019_Maku_sote_loppuraportti.pdf

Matveinen, P. (2021). *Terveystalouden menot ja rahoitus 2019* (Tilastoraportti Nro 5/21; Suomen virallinen tilasto, Terveystalouden menot ja rahoitus. THL.). THL. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>

Meklin, P. (2002). *Valtiontalouden perusteet*. Edita.

Meklin, P. (2009). Muuttuuko mikään? Tuloksellisuuden käsitteen monitulkintaisuus

julkishallinnossa. Teoksessa *Paras mahdollinen julkishallinto?* (Vsk. 2009, s. 235). Helsinki: Gaudeamus.

Morris, S., Devlin, N., Parkin, D., & Spencer, A. (2014). *Economic analysis in health care*. John Wiley Inc.
<https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1938272>

Raisio, H. (2009). Pirulliset ongelmat terveydenhuollossa – esimerkkeinä Kansallinen terveyshanke ja hoitotakuu-uudistus. Teoksessa *Paras mahdollinen julkishallinto?* (ss. 73–91). Gaudeamus Helsinki University Press.

Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. (2006). Teemahaastattelu. Teoksessa *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

Sarajärvi, A., & Tuomi, J. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Vsk. 2018). Tammi.

Smith, P. (1993). Outcome-related Performance Indicators and Organizational Control in the Public Sector1. *British Journal of Management*, 4(3), 135–151. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.1993.tb00054.x>

Vakkuri, J. (2009). Julkisen sektorin tehokkuus monitulkintaisena ongelmana – käsitteet ja lähestymistavat. Teoksessa *Paras mahdollinen julkishallinto?* (ss. 11–50). Gaudeamus Helsinki University Press.

Vakkuri, J., & Virtanen, P. (2019). *Julkisen toiminnan tuloksellisuusarviointi*.

Valtiovarainministeriö. (2005). *Tulosohjauksen käsikirja*. Valtiovarainministeriö, Hallinnon kehittämisosasto : Edita [distrib.].

van Dooren, W. (2005). What Makes Organisations Measure? Hypotheses on the Causes and Conditions for Performance Measurement. *Financial Accountability and Management*, 21(3), 363–383. <https://doi.org/10.1111/j.0267-4424.2005.00225.x>

Van Dooren, W., Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). *Performance management in the public sector*.

Vihavainen, S. (2019, marraskuuta 4). Terveyskeskukset ovat historiansa suurimmassa kriisissä, sanoo Lääkäriliitto. *Helsingin sanomat*. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006295045.html>

Liite 1: Haastattelukysymykset

Teema 1: Tulostittarit

1. Mitä vastaanottotyöhön liittyviä mittareita yksikössänne on käytössä?
2. Mitkä ovat keskeiset mittarinne
 - a. Työkuorman suhteen? (esim. väestövastuu, T3, jonotilanne, takaisinsoittoaika, tulleiden puheluiden määrä)
 - b. Työsuoritteiden suhteen? (esim. vastaanottojen, puheluiden ja muiden yhteydenottojen määrät, läheteiden määrä)
 - c. Asiakaskokemuksen suhteen? (esim. NPS, kyselytutkimuksen, palautteet)
 - d. Lääketieteellisen laadun suhteen? (esim. oikaisuvaatimukset, palautetut läheteet)
 - e. Panosten suhteen? (esim. työtuntikertymä, ostopalveluiden määrä, kulut)
3. Mitkä näistä mittareista mittaavat mielestänne parhaiten yksikön tuloksellisuutta?
4. Puuttuuko jokin mittari? Miksi?

Teema 2: Tuloksellisuustiedon käyttö osana johtamista

5. Miten tulostietoa käytetään johtamisessa?
6. Ketkä organisaatiossanne tai sen ulkopuolella hyödyntävät saatua informaatiota?
7. Mitkä käyttämistänne mittareista ovat mielestänne tärkeimpiä?
8. Onko yksikössänne tehty erityistä suunnitelmaa mittareiden käyttöönotosta tai seurannasta? Onko mittareiden valintaan ollut mahdollista vaikuttaa itse?

Teema 3: Tuloksellisuustiedon haasteet

9. Mitä haasteita tuloksellisuustietoon ja mittareihin mielestänne liittyy?
10. Mitataanko yksikössä mielestänne oikeita asioita?
11. Tehdäänkö yksikössä mielestänne asioita vain mittaustulosten saavuttamiseksi?
12. Onko käytössä mittareita, joista on enemmän haittaa kuin hyötyä?
13. Onko kaikki mittarien tuottama tieto hyödynnettävissä?