

ANNA-AURORA KORK

Asiakasresponsiivisuudella tehokkuutta julkisiin palveluihin?

Terveyskioski perusterveydenhuollon
kehittämisinstrumenttina





ANNA-AURORA KORK

Asiakasresponsiivisuudella
tehokkuutta julkisiin palveluihin?

Terveyskioski perusterveydenhuollon
kehittämisinstrumenttina



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
johtamiskorkeakoulun johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Pinni A:n
Paavo Koli -salissa, Kanslerinrinne 1, Tampere,
9. päivänä joulukuuta 2016 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

ANNA-AURORA KORK

Asiakasresponsiivisuudella
tehokkuutta julkisiin palveluihin?

Terveyskioski perusterveydenhuollon
kehittämisinstrumenttina

Acta Universitatis Tamperensis 2237
Tampere University Press
Tampere 2016

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto
Johtamiskorkeakoulu

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla
Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2016 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 2237
ISBN 978-952-03-0289-4 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1737
ISBN 978-952-03-0290-0 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2016



Kiitokset

“What can be talked about cannot always be translated into action, and what can be done cannot always be talked about” (Brunsson 1993, 490).

Tutkimustyötä verrataan usein salapoliisityöhön, jossa tutkija kerää johtolankoja, punnitsee eri näkemyksiä ja tulkintoja tehden niistä johtopäätöksiä. Lopuksi tutkija ”tulee ulos” esittäen mysteeriiin jonkun tolkullisen ratkaisun. Tässä väitöskirjaprosessissa on ollut paljon samaa: olen löytänyt monia mielenkiintoisia johtolankoja, yrittänyt epätoivon vimmallalla ymmärtää kokonaisuutta, joutunut kyseenalaistamaan valintojani, aloittamaan alusta ja sinnikkäästi jatkamaan etsimistä. Toki tieteellinen pääomani ja osaamiseni on karttunut prosessin myötä, mutta enemmän se on ollut minulle oman ammatillisen identiteetin etsimisen prosessi, johon on liittynyt kosolti epävarmuutta: ahdistusta, tuskaa ja epätoivoa. Välillä on tehnyt mieli jättää koko kirja sikseen, mutta vuonna 2009 Härmälän kesäillan hämärässä asetettu tavoite on onneksi jaksanut kantaa loppuun asti. Hesseä mukaillen: rohkeus vahvistaa, omapäisyys on hauskaa ja kärsivällisyys tuo rauhan. Vihdoin on kiitosten aika.

Minulla on ollut onni saada itselleni tieteentekemisestä innostunut (ja sille omistautunut) ohjaaja. Suurin kiitos työni edistämisestä kuuluu professori *Jarmo Vakkurille*, joka on uskonut ”bipolaariseen” väitöskirjatyoşkentelyyni kannustaen ja antaen tukea oikeaan aikaan oikeassa paikassa, pitänyt vastaanottoaan auki ja suitsinut pois pahimmilta sivuraiteilta. Minulla oli ilo ja kunnia saada tutkimukseni esitarkastajiksi alan asiantuntijanaiset professori *Vuokko Niiranen* ja professori *Leena Turkki*. Kiitokset kannustavista kommenteista ja Vuokolle erityiskiitos lupautumisesta vastaväittäjäkseni.

Minulla on ollut mahdollisuus työskennellä kiinnostavissa tutkimusprojekteissa. Olen kiitollinen kaikille Ylöjärven ja Lahden terveystieteiskioskiprojekteissa mukana olleille ihmisille ja hoitoalan asiantuntijoille. Väitöstyötäni on rahoitettu terveystieteiskioskiprojekteissa, JKK:n tohtoriohjelmassa, Tampereen toimintamallin arviointitutkimuksessa sekä Tampereen kaupungin tiederahaston tuella. Väitöskirjaani olen viimeistellyt eArvonluonti-hankkeessa. Olen kiitollinen joustavasta yhteistyöstä ja yhteisistä pohdintoista professori *Jan-Erik Johansonille*, johtaja *Päivi Husmanille* sekä tutkijakollegalleni *Inka Koskelalle*.

Kuluva vuosi on ollut minulle merkittävä monella tapaa, ja laulun sanoin ajat ankeimmat selvittää kuka viereesi jää. Hedelmällisistä ja kriittisistä keskusteluista, ikimuistoisista seminaarimatkoista ja psykososiaalisesta tuesta haluan kiittää erityisesti kollegaani *Kristiina Enghlom-Pelkkälää*. Olen saanut sinusta ystävän. Saman

tuskan ja väitöskirjavaiheen jakaminen on ollut mittaanmattoman arvokasta. ”In spe”-kahvilatapaamiset ja tohtori *Sanna Tuurnas* on aina onnistunut piristämään minua ja johdattamaan (tiede)ajatukseni sujuvasti eri sfääreihin, olen saanut apua aina tieteenfilosofisista kysymyksistä vaatemuotiin tai submittauksesta seurapiireihin! Lämmin kiitos kaikille muillekin älykkäille akateemisille naisille ja ”retkikumppaneilleni”: *Elina, Riikka* (suurkiitos oikoluvusta!), *Piia, Ulriika* (kiitos punaisesta langasta!), *Kaisa, Anniina, Lotta-Maria* ja *Trinh*. Kiitos myös kaikki naapurikollegat, erityisesti ”toimiston pojat” *Jari, Pasi* ja *Lauri* sekä muut ”extaltilaiset”, töihin on ollut ihan kiva tulla.

Ihanaa, että elämää on väitöskirjan, yliopiston ja työn ulkopuolellakin. Jo yli 20 vuotta olen saanut nauttia Ämmyjeni (*Jouhi, Karju, Kurki, Mylksi, Oidis, Pippo, Santsu* ja *Stigge*) hullusta seurasta, jossa arkihuolet todellakin unhoittuu ja laulu kiirii Vihnusrantaa... Kiitos ihanaiset, että olette!

Lopuksi suurin kiitos koko perheelleni. Lapsuudenkodistani olen saanut kriittisen lukemisen mallin sekä perustan sille, että unelmat kantaa ja niiden tavoittelemisen vie elämässä eteenpäin. Erityinen kiitos vanhemmilleni *Aila Nyberg-Korkille* ja *Hannu Korkille*, jotka ovat aina lujasti uskoneet minuun, jaksaneet tukea ja kannustaa minua eteenpäin ja lukea kirjoituksiani. Se on ollut minulle tärkeää. Olen joutunut tekemään tätä väitöskirjaa hyvinkin päämäärärationaalisesti. Riittämättömyyden tunne on ollut seuranani ainakin viimeiset viisi vuotta, välillä työpäiväni ovat venyneet iltaan ja välillä työ on pitänyt lopettaa kesken parhaan kirjoitusmoodin ennen päiväkodin sulkeutumista. Mutta onneksi on rakkaus <3 Olen kiitollinen siitä, että mieheni *Joni* ja tyttäreni *Lydia* sekä karvakamut *Helge, Obama* ja *Roni* ovat pitäneet minut kiinni elämän realiteeteissa ja muistuttaneet siitä, mikä on arvokasta. Kotiintuleminen on ollut mukavaa. (Lydialle tiedoksi, että kyllä äiti rakastaa enemmän sinua kuin väitöskirjaansa!) Kiitos myös appivanhemmilleni *Tarjalle* ja *Pentille*, jotka ovat auliisti pitäneet ”hoitolaansa” auki matalalla kynnyksellä!

Ilman unelmia elämä olisi vailla suuntaa. Omistan tämän väitöskirjan kaikille rohkeille naisille, äidilleni, tyttärelleni ja edesmenneelle siskolleni. Itsensä kehittäminen kannattaa aina, sillä moottoritie on kuuma...

*”Mä oon tehny töitä vaan apinana. Mul on sotkunen grilli ja takapiba.
Ja mä päätän et tää on nyt Costa Rica” (Vesala.)*

Vuohenojalla, synkkänä ja myrskyisenä marraskuun yönä vuonna 2016

Anna-Aurora Kork

Tiivistelmä

Asiakasresponsiivisuutta vaaditaan julkishallinnon reformipolitiikassa, jossa tavoitellaan asiakaslähtöisiä, asiakkaiden tarpeisiin vastaavia matalan kynnyksen palveluja. Tavoitteen operationalisointi julkispalveluissa on kuitenkin ongelmallista. Responsiivisuudella tarkoitetaan hallinnon kykyä vastata kansalaisten toiveisiin ja tarpeisiin, mutta rajallisten inhimillisten ja taloudellisten resurssien muutospainneessa periaatteen soveltaminen käytännön kehittämistyössä voi muotoutua toisenlaiseksi.

Tämä tutkimus tuottaa tietoa responsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan yhteensovittamisen jännitteistä päätöksenteossa. Terveyskioskikokeilujen avulla konkretisoin millaisia ongelmia asiakasresponsiivisuuden parantamisesta voi syntyä voimavarojen tehokkaalle hallinnalle.

Julkispalvelujen asiakasorientaation kehittämisideologia näyttää tematisoituvan hallinnon tehottomuuden ongelmana. Uuden julkisjohtamisen doktriinissa on vaadittu, että julkispalvelujen tulisi tuottaa asiakkailleen enemmän vastinetta verorahoille. Kustannusten hallinnasta ja yksilön oikeuksista on hyvinvointivaltion talouskriisin myötä tullut keskeisiä argumentteja kansainvälisessä reformiretoriikassa.

Tarkastelin julkispalvelujen asiakas- ja kustannusajattelun dilemmaa erityisesti perusterveydenhuollon kehittämisessä; kuinka vastata kansalaisten tarpeisiin helposta pääsystä ja silti hillitä kasvavia kustannuksia. Asiakasnäkökulmasta hoitoonpääsyn ongelmana ovat pitkät odotusajat ja hankala tavoitettavuus. Tutkimuskohteenani olivat terveyskioskit, jotka ovat esimerkki ennaltaehkäisevästä, matalan palvelukynnyksen toimintamallista. Terveyskioski toimi tutkimuksessa eräänlaisena ikkunana kehittämisen jännitteisiin. Artikkeleissani havainnollistin empiirisesti terveydenhuollon asiakasresponsiivisuuden ja kustannushallinnan problematiikkaa

Tutkimukseni on luonteeltaan ymmärrystä avaavaa. Se perustuu neljään terveyskioskia käsittelevään osajulkaisuun ja tutkimuksen kokoavaan teoreettiseen johdantolukuun julkispalvelujen kehittämiseen sisältyvistä jännitteistä ja ristiriidoista. Julkishallinnon uudistuksilla etsitään ratkaisuja rajallisten voimavarojen tehokkaaseen hallintaan. Uudistamisen tavoitteiden, keinojen, kehittämispuheen ja -toiminnan välisten ristiriitojen ja monitulkintaisuuden esiin nostaminen auttaa ymmärtämään päätöksenteon rajoittunutta rationaalisuutta ja

asiakasresponsiivisuuden parantamisesta syntyviä yllättäviäkin seurauksia. Uudistustarpeiden legitimoinnin retorinen tarkastelu kertoo siitä, miten poliittis-hallinnollisia ongelmia kehystetään ja perustellaan. Tulkinta asiakasresponsiivisuudesta kielellisenä ilmiönä kuvaa taustaolettamuksia, joihin idea julkishallinnon tehokkaasta hallinnasta perustuu.

Osajulkaisujen perusteella hoitoon pääsyn helpottamisella oli välillisiä vaikutuksia palvelujen kustannusrakenteeseen ja voimavarojen allokaatioon. Asiakastyytyväisyys heijastui korkeana käyttöasteena, mutta palvelujen suurkäyttäjät ja pitkäaikaissairaat käyttivät kioskia lisäpalveluna, mikä suuntasi ennaltaehkäisevää toimintaa sairauksien hoitoon.

Asiakasresponsiivisuuden parantamista ohjaa pikemminkin palvelujärjestelmän hallinnan kuin asiakkaiden tarpeiden näkökulma. Asiakasnäkökulmasta tarvetta on ennaltaehkäiseville, helppopääsyisille palveluille ja psykososiaaliselle tuelle, mutta kustannustehokkuuden paine voi ohittaa asiakasresponsiivisuuden ja johtaa palvelukynnysten korottamiseen. Voimavarojen hallinnan ja palvelujen toimivuuden kannalta terveydenhuollon järjestämismallia ratkaisevampaa on tunnistaa suurimmat hoitopääsyn esteet, paikalliset palvelutarpeet ja resurssit yli sektorirajojen.

Tutkimukseni tekee näkyväksi päätöksenteossa syntyviä todellisia valintatilanteita. Tutkimuksen perusteella julkishallinnon päätöksentekoon ja erityisesti julkispalvelujen kehittämiseen liittyy epävarmuutta tavoitteiden ja keinojen suhteesta. Uudistamisen ideat eivät välttämättä muutu käytännön toiminnaksi. Tehokkuuden parantamisen ratkaisut ovat monitulkintaisia ja voivat johtaa uudenlaisiin ongelmiin tai kehittämistavoitteet korvataan uusilla päämäärillä. Julkispalvelujen kehittäminen tapahtuu niukkojen voimavarojen ja poliittisen päätöksenteon kehyksessä, jossa tehdään arvovalintoja ja kompromisseja palvelutason, tarpeisiin vastaamisen, kustannustehokkuuden ja poliittisen kannatuksen suhteen.

Asiakasresponsiivisuus muuttaa perinteistä poliittista ja hallinnollista vastuukäsitystä horisontaalisemmaksi, jossa on yritettävä vastata sekä äänestäjien että asiakkaiden tarpeisiin. Toisin kuin liiketoiminnassa, verorahoitteisessa järjestelmässä päätöksentekoa ja responsiivisuutta määrittävät universalismin ja oikeudenmukaisuuden periaatteet. Yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen ja palvelujen segmentointi on ongelmallista, koska yhden ryhmän asiakasresponsiivisuuden parantaminen voi tarkoittaa asiantilan heikentämistä toisaalla.

Tämä tutkimus osoittaa, että asiakasresponsiivisuus on kiistanalainen tavoite eikä vielä itsestään paranna julkisten palvelujen tehokkuutta, vaan sen toteutuminen edellyttää laajempien yhteiskunnallisten tavoitteiden ja pitkällä aikavälillä realisoituvien välillisten vaikutusten pohtimista.

Abstract

Customer responsiveness is emphasized in public management reform policy. The aim is to develop customer-oriented public services that respond to public demand in facilitating access. However, the operationalizing this objective is problematic. Responsiveness is understood as the ability of public administration to respond to the desires and needs of citizens. The pressure for change and the limited human and economic resources may complicate putting customer responsiveness into practice.

This study provides information about the decision-making tensions between responsiveness and efficient management of resources while improving public services. Using walk-in clinics to demonstrate these tensions, I illustrate the problems that may arise from customer responsiveness to cost control.

Customer orientation in public services is part of the management ideology, with the issue appearing to relate to public sector inefficiency. The New Public Management doctrine argues that public services should provide customers more value for their tax money. With the economic crisis of the welfare state, cost containment and individual rights have become the central arguments in international reform policy rhetoric.

The tensions of customer responsiveness are examined in the context of developing primary care; the dilemma is how to facilitate access while controlling costs. From the customer perspective, the major barriers to primary care access are long waiting times and availability difficulties. The subject of the study is the novel walk-in clinics, an example of the preventative and easy accessible service model. The walk-in clinic as a case study exemplifies the tensions of development in practice. The articles empirically reflect the healthcare problems between improving customer responsiveness and cost containment.

The study is interpretive in its nature. It consists of four sub-studies on walk-in clinics and the theoretical introduction to the tensions and contradictions of public services improvement. Reforms are efforts to search for solutions in managing scarce resources more efficiently. The aim is to understand the conflicts and ambiguity between the means and ends of reforms and between the reform rhetoric and action. Tensions bring understanding to the bounded rationality in decision-

making and unintended consequences when improving customer responsiveness. A rhetorical analysis of reform arguments and their legitimization describes how political-administrative problems are framed and justified. Interpreting customer responsiveness as a linguistic phenomenon represents the underlying assumptions on which the idea of efficient public administration is based.

The results show that facilitating access had indirect effects on service cost structure and resource allocation. Customer satisfaction indicated a high utilization. However, the frequent users of health services and patients with chronic diseases used a walk-in clinic as supplementary care, which directed the clinic's preventative actions antithetically to the treatment of diseases.

Responsiveness is promoted from the organizational perspective of service system rather than the perspective of the clients' needs. From the customers' viewpoint, there is a need for accessible, preventative services and psychosocial support. Instead of improving access, the pressure for cost efficiency may paradoxically lead to increased barriers in accessing these services. More critical than the healthcare organization model is identifying the main barriers to care access, local service needs, and resources across the welfare sectors in ensuring the efficient use of resources and the functionality of services.

This study makes visible real-world decision-making situations. The study argues that the uncertainty about the means and ends is the distinctive feature of public administration decision-making, especially in public service development. Reform ideas do not necessarily turn into action. Solutions in improving efficiency are ambiguous and may cause new problems, and new development goals replace the original goals. Scarce resources and policy-making determine the development of public services, bringing value judgment and compromises among the desired service level, responsiveness, cost efficiency, and political support.

The aim of customer responsiveness is to transform the traditional political and administrative accountability in a horizontal direction, satisfying both the voters and the customers. However, unlike in business, in the publicly funded system, the key principles of decision-making and responsiveness are universalism and equality. Responding to individual needs and segmenting services is problematic since improving responsiveness of one group might deteriorate the status quo of another group.

This study demonstrates that customer responsiveness is a highly contested aim and does not yet improve the efficiency of public services. For this to materialize, the wider societal goals and the indirect effects of actions that would be realized in the long term should be acknowledged.

Tutkimuksen osajulkaisut

- I Kork, A-A., Kosunen, E., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. (2013). Terveyskioskikokeilut: jotain uutta, jotain vanhaa. *Suomen Lääkärilehti*, 68(21), 1581–86.
- II Kork, A-A. (2016). Portinvartija vai sisäänheittäjä? Terveydenhuollon kustannushallinnan ja asiakasresponsiivisuuden dilemma. Realistinen synteesi terveystioskeista Englannissa, Yhdysvalloissa ja Suomessa. *Hallinnon Tutkimus*, 35(2), 94–116.
- III Kork, A-A. & Vakkuri, J. (2016). Improving access and managing healthcare demand with walk-in clinics: convenient, but at what cost? *International Journal of Public Sector Management*, 29(2), 148–63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1108/IJPSM-07-2015-0137>
- IV Kork, A-A., Mänttari, P. & Vakkuri, J. (2015). Complexities of productivity policies in the Finnish public sector: knowing how to do more with less. *Financial Accountability & Management*, 31(4), 395–414. DOI: 10.1111/faam.12062

Sisällys

1	Johdatus tutkimukseen.....	15
1.1	Lähtökohdat ja tutkimustehtävä.....	16
1.2	Tutkimuksen rakenne.....	23
2	Tutkimuksen konteksti: asiakasorientaatiota korostava reformipolitiikka	27
2.1	Asiakaslähtöisyyden kehittämisideologia.....	30
2.1.1	Asiakas- ja kustannusajattelun yhtensovittaminen	32
2.1.2	Matalan kynnyksen retoriikka perusterveydenhuollossa	37
2.1.3	Julkishallinnon asiakasorientaatio hallintotieteellisessä keskustelussa.....	42
2.2	Responsiivisuuden käsite	46
3	Päätöksenteon jännitteet teoreettisen tutkimuskirjallisuuden valossa.....	52
3.1	Voimavarojen tehokas hallinta: optimaalisen toiminnan etsintä	54
3.2	Kokonaisrationaalisuus päätöksenteossa: soveltamisen jännitteet	61
4	Tutkimuksen metodologiset valinnat.....	69
4.1	Tieteenfilosofiset valinnat.....	69
4.2	Käytetyt menetelmät	74

5	Tulosten yhteenveto.....	79
5.1	Osajulkaisu I: Terveyskioski perusterveydenhuollon kehittämisinstrumenttina.....	81
5.2	Osajulkaisu II: Asiakas- ja kustannusajattelun universaali jännite terveydenhuollossa.....	82
5.3	Osajulkaisu III: Palvelukysynnän hallinnan kompleksisuus terveydenhuollossa.....	83
5.4	Osajulkaisu IV: Terveyskioski monitulkintaisen tuottavuuspolitiikan instrumenttina.....	84
6	Päätelmät.....	85
6.1	Julkispalvelujen asiakasresponsiivisuuden ja tehokkuuden jännite	85
6.2	Terveyskioski asiakasresponsiivisuuden kehittämisinstrumenttina.....	89
6.3	Pohdinta.....	92
	Lähteet.....	96
	Alkuperäisartikkelit.....	109

Kuviot ja taulukot

Kuvio 1.	Tutkimuksen rakenne ja ongelmanasettelu	26
Kuvio 2.	Tasapainottelu julkisten ja yksityisten intressien välillä	36
Kuvio 3.	Julkishallinnon responsiivisuutta määrittävät tekijät	51
Kuvio 4.	Tutkimusasetelma julkisten palvelujen asiakasresponsiivisuudesta ja taloudellisten voimavarojen hallinnan jännitteestä.....	53
Kuvio 5.	Oletus organisaation toiminnan kokonaisrationaalisuudesta: tuloksellisuuskäsitteistö 3E:n mallin mukaisesti	59
Kuvio 6.	Terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden toimintalogiikka ja siihen liittyvät jännitteet.....	80
Taulukko 1.	Näkökulmia julkishallinnon responsiivisuuteen.....	45
Taulukko 2.	Vigodan typologia kansalaisen ja hallinnon roolien ja vuorovaikutussuhteen kehittymisestä	48
Taulukko 3.	Yhteenveto osajulkaisujen metodologisista valinnoista	78

1 Johdatus tutkimukseen

Julkishallinnon reformikeskusteluissa nousee esiin tarve tehokkaampaan julkispalvelujen organisointiin palvelutarpeiden lisääntyessä ja voimavarojen niukentuessa. Julkisten palvelujen halutaan olevan asiakasorientoituneita ja responsiivisia eli reagoivan herkästi kansalaisten muuttuviin tarpeisiin tarjoamalla vaihtoehtoja ”asiakkailleen”. Retoriikassa toistuvat asiakaslähtöisyyden, yksilöllisten tarpeiden ja valinnanvapauden vaatimukset. Reformipolitiikan¹ taustalla on yhtäältä pyrkimys kehittää järjestelmäkeskeistä palvelukulttuuria asiakaslähtöisemmäksi, jolloin painotetaan asiakastyytyväisyyden, osallisuuden ja palvelujen laadun parantamista. Toisaalta muutospainetta perustellaan niukkkenevan julkistalouden reunaehdoilla: julkisen talouden epätasapainolla, väestöllisen huoltosuhteen heikkenemisellä ja palvelukysynnän kasvulla – erityisesti sosiaali- ja terveystaloudessa.

Tutkimukseni korostaa jännitteitä ja ristiriitoja, jotka liittyvät julkishallinnon uudistamisen tavoitteisiin ja keinoihin. Ongelmiin löydetty ratkaisut voivat ilmetä ei-toivottuina vaikutuksina, yllätyksinä tai epäjohtonmukaisena toimintana (vrt. Hood 1991; Hood & Peters 2004; Brunsson 1989b). Rakenteellisia uudistuksia selitetään julkistalouden kestävyuden, palvelutuotannon tehokkuuden ja kustannushallinnan argumenteilla. Tehokkuuden ihannoinnin takana on kokonaisrationaalisuutta tavoitteleva ajatus siitä, että samat keinot ja rationaalisuussäännöt pätevät kaikkialla (Vakkuri 2009a). Julkishallinnon asiakasajattelussa oletetaan, että parempi asiakasresponsiivisuus on itsessään keino tehostaa julkista palvelutuotantoa.

Julkishallinnon asiakasorientaatiosta syntyy ristiriitoja (ks. Lipsky 1980; Hood 2000; Fountain 2001), kun liiketoiminnan johtamisoppeja sovelletaan julkisiin palveluihin. Julkisten hyvinvointipalvelujen perusta ja rahoitustapa on erilainen kuin yrityksissä: julkispalveluissa ”asiakas” ei välttämättä ole proaktiivinen palvelujen valitsija, maksaja tai kuluttaja, kuten yrityksen asiakas. Päätöksenteossa ja toiminnan onnistuneisuuden arvioinnissa on huomioitava, että julkisen toiminnan perustehtävänä on kansalaisten hyvinvoinnin edistäminen. Yksityisen ja julkisen

¹ Reformipolitiikalla ymmärrän tässä intentioita, reformistrategioita tai innovaatioita, jotka pyrkivät modernisoimaan, tehostamaan, integroimaan tai rationalisoimaan julkishallintoa. (ks. Hood 1998; 194–199; Margetts 2010; 36–40, Margetts ym. 2010, 234.)

toiminnan yhteisenä pyrkimyksenä on tehokkuus eli tehdä asiat parhaalla mahdollisella tavalla käytettävissä olevilla voimavaroilla. Valitettavasti lyhyen tähtäimen taloudellisesta ajattelutavasta on tullut julkishallinnonkin päätöksentekoa leimaava tekijä.

Tällä hetkellä ajankohtaisena julkishallinnon kehittämisen agendana on terveydenhuollon järjestäminen, rahoittaminen ja palvelujen tehokas tuottaminen. Terveydenhuollossa nivoutuu konkreettisella tavalla asiakas- ja kustannusajattelun jännite. Julkisten terveydenhuollon organisaatioiden yksi keskeinen ongelma on tarpeiden ja voimavarojen jännite. Kyse on siitä, miten yhdistää niukkojen taloudellisten voimavarojen hallinta poliittisesti asetettuihin toiminnan päämääriin eli miten taloudellisten ja inhimillisten näkökulmien välillä tasapainoillaan. Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut ovat taloudellisesti merkittävä kokonaisuus, minkä vuoksi päätöksenteossa joudutaan tasapainottelemaan responsiivisten pyrkimysten ja rajallisten resurssien välillä.

Jonottaminen, ajanvaraus ja odottaminen ovat olleet perinteisiä terveystalouden kysynnän hallinnan keinoja (Sintonen & Pekurinen 2006, 228). Yhtenä ratkaisuna perusterveydenhuollon saatavuuden ongelmiin on osassa kuntia kokeiltu matalan kynnyksen toimintamallin mukaisia terveystalouksia. Matalan kynnyksen käsite hoitojärjestelmäretoriikassa kuvaa palveluja ja toimintatapoja, joilla pyritään helpottamaan palvelujen saantia ja joiden oletetaan madaltavan käyttäjien kynnystä hakeutua palveluun (Törmä 2009, 54).

Samalla kun terveystalouksia uudenaikaisena perusterveydenhuollon kehittämisinstrumenttina pyrkii helpottamaan asiakkaiden hoitoon pääsyä ja lisäämään asiakastyytyväisyyttä, sen menestymiseen liittyy taloudellisia edellytyksiä. Helppo pääsy saattaakin esimerkiksi lisätä palvelujen käyttöä. Uuden toimintamallin onnistuminen riippuu siis siitä, mistä näkökulmasta toiminnan tavoitteita arvioidaan – asiakkaan, hoitojärjestelmän vai kustannustehokkuuden?

1.1 Lähtökohdat ja tutkimustehtävä

Asiakasorientaatiota korostetaan kansainvälisessä reformipolitiikassa. Asiakasajattelu yleistyi uuden julkisjohtamisen (New Public Management) ja managerialismin myötä, eivätkä julkishallinnon uudistusten teemat ole juurikaan 1990-luvun jälkeen muuttuneet (ks. Pollitt & Bouckaert 2004; Christensen & Lægreid 2007a; Simonet 2011). Responsiivisten palvelujen odotetaan vastaavan herkemmin asiakkaiden tarpeisiin sekä parantavan julkispalvelujen laatua ja tehokkuutta (Hood 2000).

Tutkimusta tarvitaan siitä, millaisia seurauksia asiakasajattelulla voi käytännössä olla ja mitä sen onnistuminen julkisissa palveluissa edellyttää. Responsiivisuudella viitataan hallinnon kykyyn vastata kansalaisten toiveisiin ja tarpeisiin (ks. Saltzstein 1992; Vigoda 2000; Koppel 2014), mutta kasvavat palvelutarpeet ja niukkenevat resurssit määrittävät julkispalvelujen kehittämistyön mahdollisuuksia.

Tutkimuksessani tarkastelen asiakasresponsiivisuuden tavoitteen toteutumiseen kytkeytyviä ristiriitoja taloudellisten voimavarojen hallinnan näkökulmasta². Tutkimukseni tavoitteena on *ymmärtää paremmin niitä jännitteitä, joita syntyy yhteensovitettaessa asiakasresponsiivisuuden ja kustannushallinnan pyrkimyksiä.*

Asiakasresponsiivisuuden vaade näkyy julkishallinnon uudistamispyrkimyksissä, joissa tavoitellaan ennaltaehkäiseviä, asiakaslähtöisiä ja kustannustehokkaita lähipalveluita (STM 2013), mutta julkissektorin taloudellinen tilanne asettaa rajat kehittämiselle. Valintoja tehdään palvelukysynnän hallitsemisen ja asiakastarpeisiin vastaamisen välillä. Nämä jännitteet asiakasorientaation ja kustannushallinnan tavoitteiden välillä tulevat ilmi voimavarojen allokatiosta päätettäessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon reformikeskustelu tekee tutkimusaiheestani erityisen ajankohtaisen, sillä palvelurakenteen uudistuksella halutaan parantaa sekä palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta että hillitä kustannuksia (VN 2015). Asiakasorientaation näkökulmasta ongelma on erityisesti perusterveydenhuollon palvelujen vaikea saatavuus ja saavutettavuus. Myös voimavarojen hallinnan näkökulmasta perusterveydenhuollon nykyinen asema suhteessa erikoissairaanhoidon on ongelmallinen. Sairauksien ennaltaehkäisyllä voitaisiin merkittävästi vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin tulevaisuudessa.

Empiirisenä tutkimuskohteenani ovat terveystioskit, joilla pyritään vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin helposta pääsystä sekä parantamaan perusterveydenhuollon ennaltaehkäiseviä palvelumuotoja. Tutkimuksessani yhdistyvät nämä molemmat ulottuvuudet: palvelutarpeisiin vastaamisen ja voimavarojen hallinnan kysymykset.

Kohde ja rajaus

Julkisissa palveluissa periaatteessa rajaton määrä tarpeita pitäisi pystyä tyydyttämään rajallisilla resursseilla. Tutkimukseni aihepiiri liittyy julkishallinnon uudistamiseen ja

² Tässä tutkimuksessa käytän rinnakkain käsitteitä tehokkuus, taloudellisten voimavarojen hallinta ja kustannushallinta. Tehokkuudella kuvaan laajasti julkisen hallinnon ylintä päämäärää tehdä asiat parhaalla mahdollisella tavalla. Taloudellisten voimavarojen hallinta puolestaan viittaa tutkimukselliseen näkökulmaani, jossa rajallisilla resursseilla pyritään vastaamaan moninaiisiin tarpeisiin. (Ks. luku 3.1) Kustannushallinnan käsitettä käytän kuvaamaan konkreettista tavoitetta vastaparinä asiakasresponsiivisuuden tavoitteelle (esim. luku 2.1.1).

julkisten palvelujen kehittämiseen. Tarkastelen julkishallinnon asiakasorientaatiota voimavarojen hallinnan näkökulmasta.

Asiakaslähtöisyys on poliittinen käsite ja tavoite, josta on helppo olla yhtä mieltä. Käsitteen määrittelemättömyys kuitenkin mahdollistaa sen, että asiakaslähtöisyyttä voidaan käyttää perusteluna eri yhteyksissä erilaisten agendojen edistämiseen. Poliittisissa ohjelmissa ja hallinnollisissa suunnitelmissa korostettu asiakasajattelun *policy-retoriikka*³ (ks. Palonen & Summa 1996, 11) voi ilmetä käytännön kehittämistyössä toisenlaisena, kun päätöksenteossa joudutaan huomioimaan rajalliset taloudelliset sekä inhimilliset voimavarat.

Tutkimani ilmiö on julkispalvelun asiakasresponsiivisuuden soveltamiseen liittyvät jännitteet. Tässä tutkimuksessa asiakasresponsiivisuudella viitataan yleisesti sellaisiin julkispalvelujen uudistamispyrkimyksiin, joilla korostetaan vastaamista herkemmin kansalaisten, palvelunkäyttäjien tai asiakkaiden tarpeisiin.

Lähtökohtanani on oletamus, että julkistaloudessa asiakasresponsiivisuuden mekanismit eroavat liiketalouden asiakasajattelusta, joka perustuu yritysten ansaintalogiikkaan, kannattavuuteen ja voiton maksimointiin (ks. Gröönroos 1987; Storbacka & Lehtinen 1997). Julkistaloudessa tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden vaatimukset tarkoittavat verorahojen tehokasta käyttöä kansalaisten hyvinvoinnin turvaamiseksi. Suomessa julkisten hyvinvointipalvelujen perusarvona on tarvelähtöisyys ja universaalisuuden idea. Perustuslailla (1999/731) on esimerkiksi turvattu jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Lisäksi näen julkispalvelujen asiakkaan roolin eroavan yrityksen asiakkuudesta. Verorahoitteiseen julkisen palvelun asiakkuuteen liittyy monia rooleja, sillä palvelujen käyttäjä on myös toiminnan rahoittaja ja päätöksentekijä (ks. Kananoja 1997; Fountain 2001; Niiranen 2002; Pohjola 2010).

Tarkastelen asiakasresponsiivisuuden ja voimavarojen hallinnan jännitettä terveydenhuollon kontekstissa, koska tutkimuksen empiirinen kohde liittyy perusterveydenhuollon kehittämiseen. Responsiivisuuden näkökulmasta yksi

³ Ymmärrän tässä retoriikan kaunopuheisuuden sijasta kielellisenä konstruktiona ja sosiaalisena toimintana, jonka pyrkimyksenä on vakuuttaa kuulijat tai lukijat näkökantojen oikeellisuudesta käytetyn argumentaation avulla (ks. Summa 1996; Mälkiä 1997). Puhetapa ja käytetyt käsitteet ovat aina retorisia valintoja, joilla tehostetaan argumentin uskottavuutta. Retoriikan tutkimusta voidaan luokitella kielenkäytön mukaan esitystaidon retoriikkaan, argumentoinnin retoriikkaan tai kielikuvien retoriikkaan (Palonen & Summa 1996, 10). Uuden retoriikan mukaisesti keskityn analyysissä teksteissä käytettyihin asiakasresponsiivisuuden argumentteihin, näiden väitteiden ja arvopäätelmien perusteisiin ja oletuksiin (ks. Summa 1996, 63; analyysimetodista luku 4.2). Lähestymistapa mahdollistaa tarjoiltujen totuuksien kyseenalaistamisen ja yhteiskunnallisen keskustelun edistämisen. Kieli ja kielenkäyttö ohjaavat sosiaalista toimintaa ja määrittävät sosiaalisia vuorovaikutus-, valta- ja vaikutussuhteita (Mälkiä 1997, 19–20).

julkisten terveystalvelujen suurimmista ongelmista on palvelujen heikko saatavuus ja saavutettavuus, minkä vuoksi nykyinen järjestelmä ei tunnu kohtaavan käyttäjien tarpeita (ks. Klavus 2010; Manderbacka ym. 2012; Lehto 2012a).

Terveydenhuollon uudistaminen on relevantti poliittinen keskusteluaihe sen yhteiskunnallisten, mutta myös taloudellisten vaikutusten vuoksi. THL:n (2015) tilastotietojen mukaan terveydenhuollon kokonaismenot vuonna 2013 olivat 18,5 miljardia euroa (9,1 % suhteessa bruttokansantuotteeseen) eli jokaista asukasta kohden 3 395 euroa. Jo palvelusektorin laajuus edellyttää yhteiskunnallisten resurssien tehokasta käyttöä.

Hallituksen ohjelmissa (2015) sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen tarvetta on perusteltu sosiaalisten perusoikeuksien toteutumisen sekä kustannusten hallinnan näkökulmista. Nykyisin hoidon painopiste on korjaavassa hoidossa ennaltaehkäisevän toiminnan sijaan. Asiakkaan näkökulmasta hoitopääsyn kynnyks on korkealla, henkilöstöresursseista on pulaa, nykyinen palvelujärjestelmä on pirstaleinen ja sektoroitunut, eikä asiakas välttämättä löydä oikealle ”luukulle”. Tämän seurauksena apua haetaan sieltä, missä kynnyks on matalin; usein päiväystalveluista ja kun ongelmat ovat jo kärjistyneet vakaviksi.

Terveyskioski on esimerkki ennaltaehkäisevästä, matalan palvelukynnyksen toimintamallista, jolla pyritään vastaamaan terveydenhuollon hoitopääsyn, kustannustehokkuuden ja asiakasresponsiivisuuden ongelmiin. Matalan palvelukynnyksen eli terveyskeskusta pidempien aukioloaikojen, ajanvarauksettomuuden ja uudenlaisen sijainnin uskotaan houkuttelevan ihmisiä ja riskiryhmiä. Terveyskioski perustuu kansainväliseen konseptiin, jossa perusterveydenhuollon hoitajavastaanotto tuodaan asiakaslähtöisesti kauppakeskukseen (ks. Kork 2016).

Suomessa terveyskioskin palveluihin kuuluvat esimerkiksi terveysneuvonta, terveysmittaukset, rokotukset ja pienimuotoiset hoitotoimenpiteet. Kioskia saavat käyttää myös ulkopaikkakuntalaiset. Toiminta-ajatuksena on ongelmien varhainen tunnistaminen ja tuki. Sairauksien ennaltaehkäisy odotetaan vähentävän sairaanhoitopalvelujen käyttöä ja kustannuksia.

Terveyskioskissa yhdistyvät terveydenhuollon uudistusretoriikassakin korostetut asiakaslähtöisyyden, valinnanvapauden, ennaltaehkäisy ja kustannushallinnan tavoitteet. Terveyskioski on osa kunnan terveystalvelujen kokonaisuutta, mutta toiminnan olemassaolo riippuu voimavarojen allokaatiopäätöksistä. Terveyskioskissa kiteytyy siten hedelmällisesti tutkimukseni teema asiakas- ja kustannusajattelun välisistä jännitteistä.

Tutkimustehtävä

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata julkispalvelujen asiakasresponsiivisuutta taloudellisten voimavarojen hallinnan näkökulmasta, ja näin ymmärtää paremmin päätöksentekoprosessiin kytkeytyviä jännitteitä ja ristiriitoja (vrt. esim. Merton 1936; Brunsson 1989b; Hood & Jackson 1991; Hood ym. 2010). Päätöksenteon rationaalisuus eli se, miten päätökset tukevat päämääriä, on hallinnollisen teorian ydinkysymyksiä (Simon 1957, 240). Se on myös tämän tutkimuksen keskeinen teoreettinen kehys. Tutkimuksellinen lähtökohtani on julkishallinnon asiakasorientaatioon liittyvä problematiikka (ks. Lipsky 1980; Hood 2000; Fountain 2001; Koppel 2005). Havainnollistan asiakasresponsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan välistä jännitettä terveydenhuollon kehittämisen kontekstissa (vrt. Scott ym. 2000; Blomgren & Sahlin 2007; Taylor-Gooby 2008; Suhonen & Paasivaara 2010; Fotaki 2010; Simonet 2011; Kaltakari ym. 2011) terveystieteiden koskevan tapaustutkimuksen avulla.

Olen kiinnostunut siitä, miten asiakasresponsiivisuuden tavoitteen toteuttaminen onnistuu taloudellisten voimavarojen hallinnan näkökulmasta ja millaisia ristiriitoja se synnyttää päätöksentekoprosessissa. Tarkastelen jännitteitä sekä hallintoteoreettisesti että empiirisesti terveydenhuollon kontekstissa, joka perustuu terveystieteiden tutkimuksiin. Tutkimuskysymykseni ovat

- *miten responsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan yhteensovittamisen jännite ilmenee pyrittäessä parantamaan julkisia palveluja?*
- *miten terveystieteet ovat ratkaisseet asiakasresponsiivisuuden ongelmaa ja millaisia uusia ongelmia ratkaisu on synnyttänyt voimavarojen hallinnan näkökulmasta?*

Tutkimukseni on luonteeltaan laadullinen ja rakentunut induktiivisesti eli aineistosta teoriaan. Kyseessä on artikkeliväitöskirja, joka koostuu neljästä osajulkaisusta ja tutkimuksen kokoavasta johdannosta. Osajulkaisujen tutkimusaineistona ovat Suomen ensimmäiset terveystieteiden tutkimukset Ylöjärvellä vuosina 2009–2013 ja Lahdessa vuosina 2010–2012. Olen kerännyt aineistoni toimiessani terveystieteidenprojekteissa vastuullisena tutkijana. Tutkimuskimmokkeena toimi (ääneen)ihmettelyni siitä, mikä kioskien toiminnasta tekee varsinaisesti ”*asiakaslähtöistä*”, ja miten sen onnistumista voitaisiin tutkimuksellisesti arvioida. Tästä ihmettelystä syntyi neljä tieteellistä artikkelia, jotka toimivat väitöstudiumini empiirisenä osana.

Osajulkaisut ilmentävät terveydenhuollon kehittämiseen liittyvää asiakasresponsiivisuuden ja kustannushallinnan soveltamisen dilemmaa käytännössä: kehittämisinstrumentin onnistuneisuutta suhteessa sen päämäärään, uudistamispuheen ja toiminnan välistä jännitettä sekä julkilausuttuihin tavoitteisiin tai odotettuihin seurauksiin liittyviä ambivalensseja. Teoreettisesti tarkasteltuna erisuuntaisten pyrkimysten yhtensovittaminen päätöksenteossa tuo esiin hallinnon ja politiikan välisen jännitteisen suhteen, jossa politiikka ymmärretään tahdon ilmaisuina ja hallinto politiikkatoimien toteuttamisena (vrt. Goodnow 1900; Simon 1957; Stivers 2001). Tämän vuoksi väitöstutkimuksen johdantoluvussa taustoitan asiakas- ja kustannusajattelua sekä julkishallinnon reformipolitiikassa että hallintotieteellisessä tutkimuksessa.

Palvelutarpeiden ja niukkojen voimavarojen hallinnan tasapainottelu on yksi keskeinen julkishallinnon päätöksenteon ongelma. Teoreettisena viitekehyksenä, jolla jäsenän tutkimuskohdetta, on päätöksenteon rationaalisuus. Voimavarojen tehokas hallinta kertoo julkishallinnon yrityksestä löytää parasta mahdollista toimintatapaa (vrt. Simon 1957; Vakkuri 2009b). Responsiivisuuden ja tehokkuuden tavoitteiden samanaikainen yhtensovittaminen tuo kuitenkin esiin kokonaisrationaalisuuden soveltamisen ongelmat. Tarkastelen julkishallinnon asiakasresponsiivisuutta tietämisen ja soveltamisen ongelmina (ks. Vakkuri 2006): yhtäältä miten responsiivisuus osana voimavarojen tehokkaampaa hallintaa käsitteellistyy sekä toisaalta millaisia jännitteitä eri näkökulmien yhtensovittaminen luo päätöksenteossa. Toimijoiden erilaiset rationaliteetit, arvot, merkitykset ja tulkinnat päämääristä määrittävät valintojen onnistuneisuutta, mutta luovat myös ristiriitoja (Etzioni 1964; March 1978; March & Olsen 1995). Näitä päätöksenteon jännitteitä ovat esimerkiksi tavoitteiden ja keinojen välinen ristiriita, puheen ja toiminnan, julkilausutun ja todellisen tavoitteen jännitteet sekä tavoiteltujen ja eitävoiteltujen vaikutusten ristiriidat (vrt. esim. Merton 1936; Brunsson 1989b; 6 2010; Hood ym. 2010). Käsiteteoreettisen argumentaation j osajulkaisuista koostuvan empiirisen aineiston avulla pyrin vastaamaan tutkimuskysymyksiin.

Merkitys ja asemointi

Tutkimusaiheeni on yhteiskuntatieteellinen sisältäen hallinto-, politiikka-, talous- ja terveystieteiden aineksia. Julkispalvelujen kehittäminen liittyy kysymyksiin julkishallinnon muutoksesta, johtamisesta sekä kansalaisen, hallinnon ja politiikan välisistä suhteista, mutta myös sosiologisiin sekä sosiaali- ja terveystieteisiin keskusteluihin hyvinvoinnista, palvelujen oikeudenmukaisuudesta ja

yhteiskunnallisesta perustehtävästä. Väitöstutkimukseni sijoittuu hallintotieteen tutkimustraditioon, sillä keskeinen tematiikka käsittelee julkishallinnon uudistamista, päätöksentekoa ja tehokasta hallintaa. Tavoitteenani on asiakasresponsiivisuuteen liittyvien jännitteiden avulla tarjota uusia näkökulmia ja tulkintahorisontteja.

Tarkastelen julkispalvelujen asiakasresponsiivisuuden tutkimusilmiötä hallinnon tutkimuksessa taloushallintotieteellisen⁴ ja terveyshallintotieteellisen näkökulmien välimaastossa. Tutkimusorientaationi on ensisijaisesti taloushallintotieteellinen. Lähestyn asiakasresponsiivisuuden ilmiötä hallintoteoreettisesti voimavarojen tehokkaan hallinnan pyrkimyksenä, mutta empiirisenä tutkimuskohteena on terveydenhuollon kehittäminen. En tutki terveystieteen terveyden ehdoilla, vaan pyrin ymmärtämään sen kautta terveyden ilmiötä yhteisöllisten ja yksilöllisten tarpeiden rajapinnoilla: yhtäältä käsittelen asiakasresponsiivisuutta terveydenhuollon poliittis-hallinnollisessa kontekstissa ja osana voimavarojen hallintaa sekä toisaalta kansalaisten tarpeisiin ja odotuksiin vastaamisen näkökulmasta. (Ks. Vuori 2005, 26–30; Lammintakanen & Rissanen 2011, 45–47.)

Tutkimukseni tarkoituksena on lisätä ymmärrystä siitä, mitä julkispalvelujen asiakasresponsiivisuus merkitsee erityisesti rajallisten voimavarojen hallinnan näkökulmasta. Julkishallinnon kehittäminen on Suomessa koskenut yleensä kuntapalveluja. Kunnallistalouden näkökulmasta on tärkeä ymmärtää, miten kuntalaisten tarpeisiin vastataan ja mihin asiakasorientaatiolla pyritään vaikuttamaan: halutaanko parantaa ensisijaisesti kuntalaisten hyvinvointia vai palvelutuotannon kustannustehokkuutta?

Vaikka asiakas on alettu nähdä aktiivisena palvelutoiminnan kehittämiseen osallistuvana yksilönä (ks. Niiranen 2002; Pohjola 2010), on uusia palvelujen järjestämistapoja yhdessä uudenlaisen julkishallinnon asiakkuuden kanssa tutkittu vasta vähän (Rajala & Tammi 2009). Nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän ongelmana on monimutkaisuus ja toimintojen päällekkäisyys eli palvelujen suunnittelussa ei ole painotettu asiakkaiden tarpeita vaan palvelukokonaisuutta (Rissanen & Lammintakanen 2011, 31). Palvelujen saatavuutta on tutkittu sosiaali- ja hoitotieteissä lähinnä palvelun käyttäjän tai hoitojärjestelmän näkökulmasta (ks. Törmä 2009; Mäntyselkä ym. 2007; Pulkki 2012; Harjula 2015), ja alan taloustieteellinen tutkimus on keskittynyt terveyspalvelujen tuottamisen vaikutus- ja

⁴ Taloushallintotiede tutkii esimerkiksi tehokkuusongelmia, niiden keinoja ja ratkaisuja, ja hallinnon muutosta. Lähtökohtana on klassinen taloustieteen tehokkuudenongelma, että resurssit ovat aina niukat suhteessa kansalaisten rajattomiin tarpeisiin. Tarpeiden tyydyttämisen keinoja voidaan taloushallintotieteellisesti tarkastella esimerkiksi strategisen valinnan, johtamisen tai taloudellisen ajattelun kysymyksinä. (Johanson ym. 2011.)

kustannuskysymyksiin (esim. Sintonen & Pekurinen 2006; Hujanen ym. 2008; Peltola ym. 2011). Yhdistän tutkimuksessani asiakas- ja kustannusajattelun näkökulmat.

Tarkastelen asiakasresponsiivisuutta poliittis–hallinnollisessa kontekstissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen on käynnissä. Asiakasajattelua korostava reformipolitiikka edellyttää tutkimusta uudistusten tavoitteista ja keinoista sekä ymmärrystä siitä, miten uudet toimintamallit voivat onnistua pyrkimyksissään tai millaisia seurauksia niillä on voimavarojen allokaatioon, toiminnan rahoitukseen, suunnitteluun tai tuloksellisuuteen (Johanson ym. 2011).

Terveyskioskit ovat tutkimuksellisesti kiinnostavia, koska perusterveydenhuollon palvelu tarjotaan asiakkaalle helposti: uudessa ympäristössä, palvelua saa yli kuntarajojen, ilman ajanvarausta ja laajemmilla aukioloajoilla kuin terveyskeskuksessa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseksi. Terveyskioskeja ei ole myöskään tutkittu Suomessa aiemmin, mikä lisää tutkimukseni relevanssia.

1.2 Tutkimuksen rakenne

Väitöskirjan johdantoluku ja osajulkaisut käsittelevät yhtenäistä tieteellistä ongelmakokonaisuutta: julkisten palvelujen asiakasresponsiivisuutta voimavarojen hallinnan näkökulmasta. Johdantoluvulla tässä tarkoitetaan väitöskirjan itsenäistä kokonaisuutta – yhteenvetoa, jossa käsitellään tutkimustehtävää, teoreettista taustaa, menetelmiä sekä tutkimuksen keskeisiä tuloksia ja päätelmiä. Tämän tutkimuksen empiirinen osuus muodostuu neljästä osajulkaisusta, joista kolme on yhteisjulkaisuja.

Osajulkaisu I ”*Terveyskioskikokeilut: jotain uutta, jotain vanhaa*” (Kork, Kosunen, Rimpelä & Vakkuri 2013) on julkaistu Suomen Lääkärilehdessä. Se käsittelee terveyskioskia perusterveydenhuollon kehittämisinstrumenttina terveydenhuollon institutionaalisessa kontekstissa. Ensisijaisena kirjoittajana olin päävastuussa tutkimustyön suunnittelusta ja ideoinnista sekä käytännön toteutuksesta. Aineisto oli kerätty aiemmista arviointitutkimusprojekteista. Osallistuin tulosten analyysiin ja tulkintaan. Käsikirjoituksen kirjoittaminen ja sen muokkaaminen oli vastuullani. Kaikki tekijät hyväksyivät artikkelin lopullisen julkaisuversion.

Osajulkaisu II ”*Portinvartija vai sisäänheittäjä? Terveyskioskeista Englannissa, Yhdysvalloissa ja Suomessa*” (Kork 2016) on julkaistu Hallinnon tutkimus -journaalissa. Kyseessä on laadullinen tutkimuskatsaus kansainvälisiin terveyskioskitutkimuksiin.

Se kuvaa terveydenhuollon asiakas- ja kustannusajattelun universaalia jännitettä. Artikkelini on kirjoitettu itsenäisesti.

Osajulkaisu III *“Improving access and managing healthcare demand with walk-in clinics: convenient, but at what cost?”* (Kork & Vakkuri 2016) on julkaistu International Journal of Public Sector Management -journaalissa. Artikkelini tarkastelee palvelukysynnän hallinnan kompleksisuutta terveydenhuollossa. Ensisijaisena kirjoittajana olin päävastuussa tutkimustyön suunnittelusta, aineiston keruusta ja käytännön toteutuksesta. Käsikirjoituksen kirjoittaminen ja sen muokkaaminen kuului vastuulleni. Tulosten analysointi ja tulkinta tehtiin yhdessä, ja molemmat tekijät hyväksyivät artikkelin lopullisen julkaisuversion.

Osajulkaisu IV *“Complexities of productivity policies in the Finnish public sector: knowing how to do more with less”* (Kork, Mänttari & Vakkuri 2015) on julkaistu Financial Accountability and Management -journaalissa. Artikkelissa terveystieteiden analysointia osana monitulkintaista tuottavuuspolitiikkaa⁵. Vastasin käsikirjoituksen terveystieteiden osiosta. Osallistuin tutkimustyön suunnitteluun, ideointiin sekä tulosten analyysiin ja tulkintaan. Tutkimusryhmän yhdyshenkilönä olin vastuussa artikkelin käytännön toteutuksesta ja muokkaamisesta julkaistavaksi. Kaikki tekijät hyväksyivät artikkelin lopullisen julkaisuversion.

Tutkimusprosessini on rakentunut aineistolähtöisesti, mutta väitöskirjan yhteenvedo on luonteeltaan ja analyysiltään teoreettinen. Väitöstutkimuksen kokoavassa johdantoluvussa käsittelen julkishallinnon asiakasorientaation kehittämiskontekstia sekä asiakasresponsiivisuuden ja kustannushallinnan luomia jännitteitä päätöksenteossa.

Kuviossa 1 olen kuvannut tutkimukseni rakennetta ja ongelmanasettelua. Tutkimus alkaa johdattelulla aiheeseen, jossa kerron yleisesti tutkimukseni lähtökohdista ja tutkimustehtävästä. Luku 2 kuvaa tutkimukseni kontekstia ja on asiakasresponsiivisuuden ilmiötä kehystävä ja tulkitseva. Hallintotieteellisessä tutkimusperinteessä asiakasorientaatio kytkeytyy uuden julkisjohtamisen ideologiaan

⁵ Tuottavuuspolitiikka (*productivity policy*) ymmärretään tässä poliittis-hallinnollisina tuottavuuden parantamiseen tähtävinä toimina, joilla yritetään ratkaista julkisen sektorin kestävyysvajeen ongelmaa eli julkisen talouden heikentynyttä kykyä rahoittaa hyvinvointipalveluja. Tuottavuusinstrumentit voivat olla tavoitteita sinällään tai keinoja laajempien tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvinvointipalvelujen uudistamisagendassa tuottavuuspolitiikan instrumentteja ovat esimerkiksi sote- ja aluehallinnon rakennemuutokset, uudet toimintatavat ja palvelutuotantomallit, johtamis- ja mittarijärjestelmät sekä digitalisaation ja sähköisen hallinnon kehittämishankkeet. Tuottavuuspolitiikkaan liittyy terminologinen retoriikka: voidaan puhua kestävästä tuottavuudesta, tuottavuusloikasta tai hyvinvointituottavuudesta. (Ks. Vakkuri ym. 2012.) Tuottavuuspolitiikka tarkoittaa tässä palvelujärjestelmän organisointia ja julkispalvelujen tuottamista siten, että kansalaisten tarpeisiin pystytään vastaamaan hyödyntämällä olemassa olevia resursseja aiempaa tehokkaammin.

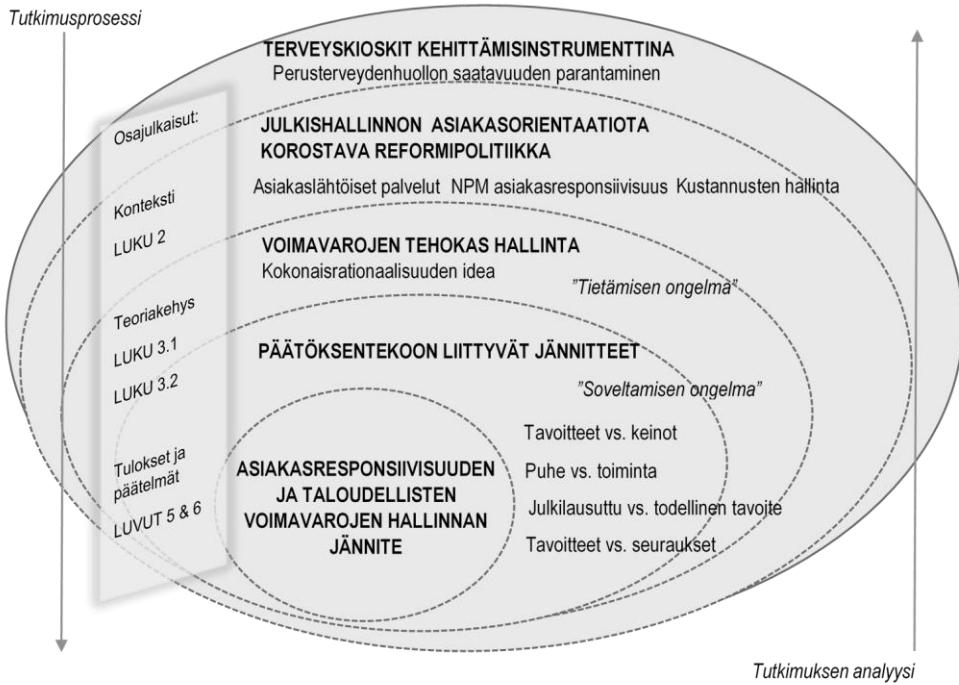
managerialistisesta ja tehokkaasta julkishallinnosta, julkisten palvelujen asiakasajattelusta ja responsiivisuudesta. Luku käsittelee julkishallinnon asiakasajattelua korostavaa reformipolitiikkaa ja palveluparadigman muutosta, jonka taustalla on lisääntyvien palvelutarpeiden ja niukentuneiden taloudellisten resurssien ongelma. Tätä problematiikkaa tarkastelen erityisesti terveydenhuollon uudistamisretoriikan kontekstissa, joka korostaa asiakaslähtöisyyttä, joustavaa palveluun pääsyä ja valinnanvapautta. Matalan kynnyksen terveystietokioski on yksi esimerkki tällaisesta pyrkimyksestä.

Luvuissa 3 ja 4 kuvaan tutkimuksen teoreettisia ja metodologisia valintoja. Lähtökohtanani on, että asiakasresponsiivisuus on osa julkishallinnon pyrkimystä hallita voimavaroja tehokkaammin. Kansalaisten ja asiakkaiden näkökulmaa sekä julkisten palvelujen laatua ja vaikuttavuutta korostetaan tärkeinä voimavarojen hallinnan insentiveinä, mitkä vaikuttavat myös päätöksentekoon. Näiden optimaaliseen toimintaan tähtäävien tavoitteiden toimeenpaneminen kuitenkin tuo esiin päätöksenteon rajoittuneen rationaalisuuden: yhtäältä ristiriidat ja ambivalenssit monitulkintaisten tavoitteiden ja arvovalintojen välillä, mutta myös valintoihin ja ratkaisukeinojen löytämiseen sekä niiden käytännön soveltamiseen liittyvät ongelmat. Tähän päätöksenteon problematiikkaan on yhteydessä näkemykseni tiedon tulkinnallisuudesta ja toiminnan historiallis-kulttuurisuudesta. Luku 4 esittelee tutkimukseni tieteenfilosofisia ja metodologisia lähtökohtia.

Tutkimustehtävän empiirisen analyysin tulokset on kuvattu tiivistetysti luvussa 5, jossa vedän yhteen osajulkaisujen keskeiset johtopäätökset ja niiden kontribuution väitöstutkimukseen (ks. taulukko 3, s. 78). Julkisten terveystietokioskien ongelmana on koettu hoitoon pääsyn vaikeus ja heikko asiakasresponsiivisuus. Analysoin, miten terveystietokioski on tätä ongelmaa ratkaissut ja millaisia jännitteitä syntyy, kun hoitoonpääsyä helpotetaan, miten päätös heijastuu esimerkiksi terveystietokioskien kustannusten ja kysynnän hallintaan tai asiakkaiden tyytyväisyyteen ja potilasrakenteeseen. Yhdistän osajulkaisujen johtopäätökset tutkimukseni teoreettiseen viitekehykseen luvussa 6, jossa teen päätelmiä asiakasresponsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan välisestä jännitteestä julkisten palvelujen uudistamisessa sekä perusterveydenhuollon kehittämisessä. Lopuksi arvioin tutkimukseni onnistuneisuutta.

Tutkimusprosessini voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Ensiksi terveystietokioskia on tarkasteltu osajulkaisuissa sen keskeisten tavoitteiden – asiakasresponsiivisuuden, kysynnän ja kustannusten hallinnan sekä palvelujen saatavuuden parantamisen – näkökulmasta. Nämä teemat ovat ohjanneet tutkimuksen kontekstointia julkishallinnon muutokseen. Uudistamistavoitteiden retorisen-poliittisen analyysin

jälkeen teoreettiseksi viitekehyykseksi ovat valikoituneet julkishallinnon tehokkuuden ja kokonaisrationaalisuuden pyrkimysten soveltamiseen liittyvät jännitteet päätöksenteossa. Lopuksi olen käsitteellistänyt asiakasresponsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan yhteensovittamisen jännitteitä.



Kuvio 1. Tutkimuksen rakenne ja ongelmanasettelu

2 Tutkimuksen konteksti: asiakasorientaatiota korostava reformipolitiikka

Suomen talouskasvu on Euroopan alhaisinta ja talous on supistunut pitkään. Missään muussa Euroopan maassa työttömyys ei kasva yhtä nopeasti kuin Suomessa. Suomalainen työ ja tuotanto ovat menettäneet kilpailukyönsä. Olemme velkaantuneet nopeammin kuin muut EU-maat keskimäärin. Valtion ja kuntien menot ovat selvästi tuloja suuremmat. Työllisyysasteemme on kaukana kilpailijamaidemme tasosta. -- Säästämme, koska rahat uhkaavat loppua. Teemme suuret rakenteelliset uudistukset turvataksemme peruspalvelut. (Pääministeri Juha Sipilän puhe 17.9.2015.)

Pääministerin puheen retoriikka korostaa palvelurakennemuutoksen⁶ tarvetta ja taloustilanteen vakavuutta. Taloudellisesti elinvoimaisen yhteiskunnan ja peruspalvelujen säilyminen edellyttää tietoista hallinnon muutosta ja uudelleenorganisointia. Hallinnon uudistamista ajatellaan keinona sosioekonomisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Puheen perusteella hyvinvointi on ansaittava, minkä vuoksi peruspalvelujen turvaamiseksi on säästettävä ja uudistuttava.

Julkishallinnon uudistuskeskustelua ohjaavat vahvasti poliittiset ohjelmat, talouden reunaehdot sekä julkisten palvelujen responsiivisuuspyrkimys (Niiranen ym. 2013, 29). Hyvinvoinnin takaaminen edellyttää, että palvelut vastaisivat paremmin nykyisiä palvelutarpeita. Tutkimukseni kohdistuu kansalaisille keskeiseen hyvinvointipalveluun, perusterveydenhuoltoon, jonka tarkoitus on väestön terveyden edistäminen ja hyvinvoinnin ylläpitäminen. Uudistamispolitiikassa puhutaan palvelujen joustavuudesta ja asiakaslähtöisyydestä, joita perustellaan kansalaisten hyvinvoinnilla, mutta samaan aikaan etsitään kustannussäästöjä. Pääministerin reformiretoriikassa puhe peruspalveluista näyttää korvanneen hyvinvointipalvelujen käsitteen. Rajavaaran (2009) mukaan peruspalvelujen käsitteellä rajataan kansalaisen oikeuksia sekä perustellaan kustannussäästöjä ja leikkauksia. Peruspalvelut ymmärretään hyvinvointipalvelujen ”ydinpalveluiksi”, jotka tulisi pystyä aina tarjoamaan kansalaisille. Tällaisia palveluja ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuolto ja koulutus. (Rajavaara 2009.)

⁶ Palvelurakenteen uudistuksilla viitataan laajoihin rakenteellisiin uudistuksiin, jotka liittyvät esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen, kunta- ja aluehallinnon tai eläkejärjestelmän uudistamiseen.

Kansainvälisestikin julkishallinnon uudistuksilla⁷ tavoitellaan taloudellisia säästöjä, palvelujen laadun parantamista, toisin sanoen tehokkaampaa ja vaikuttavampaa julkishallintoa (Pollitt & Bouckaert 2004, 6). Muutokset kertovat siitä, että hallinnon on sopeuduttava uusiin olosuhteisiin, vaatimuksiin ja mahdollisuuksiin. Leemansin (1976) mukaan poliittinen arena institutionalisoituu ja mukaan tulee yhä enemmän uusia intressiryhmiä, joiden vaatimuksiin on vastattava. Myös professionalisoituminen ja erikoistuminen pakottaa hallinnollisten rakenteiden ja prosessien muuttamiseen. Uudistuksissa yleensä korostetaan palvelujen laadun ohella kansalaisten elämän laadun parantamista. Monilla yhteiskunnallisilla alueilla kuitenkin kehittämistä leimaa suuruuden ekonomia, jossa skaalaetujen tuottaminen edellyttää palvelutuotannon volyymin kasvattamista. Asiakasnäkökulmasta tämä ei välttämättä ole se ihanteellisin vaihtoehto, kun palvelut keskitetään yhteen suureen keskuksen. Yleisesti muutokset byrokratian roolissa, kansalaisten arvoissa ja asenteissa sekä osallisuudessa vaikuttavat hallinnon uudistamistarpeeseen. Taustalla on rationaalisuuden ihanne (Leemans 1976, 2–4.) Reformeilla ylläpidetään rationaalisen organisoinnin toivoa (Brunsson 2006a, 52).

Tässä luvussa käsitelen poliittis–hallinnollisessa viitekehyksessä julkishallinnon uudistamisen tavoitteita. Kansainväliset ja kansalliset julkissektorin toimintapolitiikat pyrkivät julkishallinnon modernisointiin, johon yhdistyvät vaatimukset taloudellisesti tuotetuista julkisista palveluista ja palvelujen responsiivisuudesta (Niiranen 2006, 193–194). Koska olen kiinnostunut julkishallinnon asiakasresponsiivisuudesta voimavarojen hallinnan näkökulmasta, on asiakasorientaation kehittämistä tarkasteltava osana talous- ja hyvinvointipolitiikan agenda ja linjauksia.

Taloudellisten, yhteiskunnallisten ja inhimillisten näkökulmien yhteensovittaminen on keskeinen reformeihin ja julkiseen toimintaan yleisesti liittyvä jännite. Responsiivisuuden ja tehokkuuden tavoitteet ovat paitsi reformipolitiikan elementtejä, myös julkisen toiminnan ja päätöksenteon periaatteita, kun etsitään keinoja talouden tasapainottamiseksi. Resurssinäkökulmasta palvelujen responsiivisuus liittyy keskusteluun voimavarojen tehokkaasta käytöstä; mihin ja miten verorahoja kohdennetaan. Tarvenäkökulmasta kansalaisten tarpeiden

⁷ Hallinnon tutkimuksissa muutoksen käsite usein ymmärretään tietoisena muutoksena eli hallinnon uudistuksena tai reformina (Vartola 1979, 72; Niiranen 1994, 40). Reformeilla voidaan tarkoittaa hallintojärjestelmän uudelleen organisointia, jonka tarkoitus on vahvistaa valta-asemia toteuttamalla poliittisia ja hallinnollisia muutoksia ylhäältä alas (Leemans 1976, 8). Lisäksi reformeilla on usein normatiivinen painotus; niistä puhutaan parannuksena, kehittämisenä tai muutoksena parempaan. Kansalaisten luottamus legitimoit reformit (Taylor-Gooby 2008), joten ei ole aivan sama, miten palvelujen käyttäjien tarpeisiin reagoidaan. Reformit toimivat eräänlaisina institutionaalisina sääntöinä, jotka määrittävät hyväksyttävää puhetta ja haluttua tulevaisuuden suuntaa (ks. Pollitt & Bouckaert 2004, 15; Brunsson 2006a, 42; Margetts 2010, 18).

tydyttäminen liittyy puolestaan demokratian ja oikeudenmukaisuuden toteutumiseen keskusteltaessa palvelujen saatavuudesta, laadusta ja vaikuttavuudesta. Uudistamista ohjaavien päämäärien, käsitysten ja toiminnan tulosten yhteensovittaminen on monitasoinen prosessi (Niiranen 1994, 40–41), minkä vuoksi näen tarpeellisena tarkastella hallinnollisen näkökulman lisäksi reformipolitiikkaa.

Seuraavaksi tulkiten julkishallinnon asiakasorientaatiota reformipolitiikan, terveydenhuollon kehittämisen ja uuden julkisjohtamisen doktriinin konteksteissa *retoris-poliittisella ulottuvuudella* (vrt. Billig 1987; Palonen 1996; Pollitt & Bouckaert 2004; Finlayson 2007; ks. metodista luku 4.2). Uudistustarpeen legitimoinnin tarkastelu retorisesti ja poliittisesti kertoo siitä, miten yhteiskunnalliset ongelmat kehystetään ja millaisia erilaisia rationaliteetteja niihin liitetään (Finlayson 2007). Näiden tarkasteleminen antaa mahdollisuuden analysoida uudistamisohjelmien toteuttamiseen liittyviä ongelmia päätöksenteon, hallinnon tai asiakasresponsiivisuuden näkökulmasta (Niiranen 1994, 46).

Olen kiinnostunut siitä, miten päätöksiä tehdään, millaisin argumentein kehittämistä perustellaan ja millaisia ideoita, uskomuksia ja merkityksiä asiakasresponsiivisuuteen liitetään. Uudistusretoriikan itsestäänselvyksien paikallistaminen ja tutkiminen on tärkeää myös siksi, että ne ovat keskeisiä vallankäytön tapoja (Mälkiä 1997, 20; Lappalainen 1997, 88). Ristiriitaisuuksien ja jännitteiden osoittamisen lisäksi asiakasorientaatio on osa poliittista argumentointia, ja siksi suhteessa myös poliittiseen historiaan ja universaaliin politiikan diskurssiin. Asioiden painottaminen ja argumenttien muotoilu voi toimia myös perusteluna muille politiikoille. (Vrt. Finlayson 2007.) Esimerkiksi terveydenhuollon kehittämisen painopisteet kertovat terveyspolitiikasta, mutta lisäksi niillä voidaan tukea yleisempiä hallinnollisia uudistuspolitiikan tavoitteita.

Reformipolitiikan korostamat tavoitteet asiakaslähtöisyydestä, kustannushallinnasta ja palvelujen saatavuudesta liittyvät läheisesti uuden julkisjohtamisen doktriiniin, joka korostaa julkishallinnon kustannustehokkuutta, managerialismia ja asiakasresponsiivisuutta. Terveydenhuollon kehittämisretoriikassa vastaavasti matalan kynnyksen palvelut on nostettu esiin keinona perusterveydenhuollon hoitoonpääsyn ja asiakaslähtöisyyden parantamiseksi. Luvun lopuksi jäsenän julkishallinnon responsiivisuuden käsitettä hallintotieteellisessä keskustelussa.

2.1 Asiakslähtöisyyden kehittämisideologia⁸

Keskeisenä julkishallinnon kehittämistarpeena toimintapolitiikoissa nähdään järjestelmälähtöisen palvelujärjestelmän uudistaminen vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (Kaste) keskeisiä periaatteita ovat osallisuus ja asiakslähtöisyys, joilla tarkoitetaan ihmisten kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä itseä koskevassa päätöksenteossa ja palvelujen kehittämisessä (STM 2012, 19). Pirstaleinen ja passivoiva palvelujärjestelmä halutaan muuttaa asiakslähtöiseksi palvelukokonaisuudeksi, joka aktivoi asiakkaita huolehtimaan itsestään.

Tavoitteena ovat asiakslähtöiset, omatoimisuutta tukevat toimintaprosessit sosiaali- ja terveydenhuollossa ja tarkoituksenmukainen sosiaaliturva (Hallituksen toimintasuunnitelma 2015, 45).

Asiakslähtöisyyden käsite on ongelmallinen julkishallinnon kontekstissa, koska ajattelutapa perustuu markkinaperusteisesti toimivien organisaatioiden toimintalogiikkaan. Asiakslähtöisyys korostaa palvelutoiminnan kehittämistä asiakkaan näkökulmasta, jossa palvelu on organisoitu käyttäjän tarpeita ja mieltymyksiä vastaavaksi taloudellisen hyödyn tuottamiseksi. Kielitoimiston sanakirjan (2014) mukaan asiakslähtöinen tarkoittaa *asiakkaiden toiveista ja tarpeista lähtevää, asiakkaat huomioon ottavaa*. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakslähtöisesti toimiva organisaatio ymmärretään sellaiseksi, jonka toiminnassa palveluja saavan tarpeet ja voimavarat ovat keskiössä, ja asiakas osallistuu palvelun suunnitteluun, toteutukseen sekä palvelun tarpeiden, vaikutusten ja laadun arviointiin (STM 2013, 60). Asiakslähtöisyys on siten enemmänkin organisatorisen toiminnan suunnittelun lähtökohta ja asiakas toiminnan kohde.

Asiakkaan roolia ja osallisuutta korostetaan sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä sekä kuntalaissa. Lainvalmisteluissa asiakslähtöisyys liitetään mahdollisuuteen tehdä valintoja, osallistua ja vaikuttaa aktiivisesti omaan palveluketjuun. Se käsitetään esimerkiksi oikeutena avun- ja tiedonsaantiin, itsemääräämisen periaatteena. Kuitenkin asiakslähtöisyyden lähtökohtana on jälleen

⁸ Ideologialla tässä tarkoitetaan näkemyksiä, joita organisaatioissa julistetaan (Brunsson 1989b, 5). Ideologia on joukko uskomuksia siitä, mitä pitäisi tehdä ja miten. Kyse ei ole niinkään ideoiden totuudesta tai että ideat itsessään olisivat ideologisia, vaan käytetystä diskurssista eli miten valtaa pitävät ryhmät niitä käyttävät (Burr 2003, 85). Ideologinen kehystäminen on tyypillistä politiikkaohjelmille, joille haetaan julkista hyväksyntää ja joilla perustellaan reformin tarvetta (Béland 2005), yleensä hyvin lyhytnäköisesti. Ideologiset uskomukset liittyvät kognitiivisiin ja sosiaalisiin rakenteisiin, jotka pitävät niitä yllä lyhyen aikavälin kokemuksen avulla (March & Olsen 1995, 230).

palvelujen organisoinnin näkökulma, jota tosin perustellaan dialogilla, yksilöllisillä tarpeilla, nopealla palveluun pääsillä ja lyhytkestoisella asiakkuudella. (HE 90/2010; HE 164/2014.) Asiakaslähtöisyyden rinnalla käytetään myös käsitettä asiakaskeskeisyys, jolla viitataan toiminnan inhimilliseen arvoperustaan ja palvelun laatuun (ks. terveydenhuoltolaki 1326/2010, 2§; sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 1§; laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; vanhuspalvelulaki 980/2012).

Asiakaslähtöisyys on noussut 1990- ja 2000-luvuilla sosiaali- ja terveystieteissä keskeiseksi teemaksi niin anglosaksisissa maissa kuin pohjoismaissakin (Helén 2011, 153). Julkishallinnon uudistuspuheessa korostetaan tehokkaampia asiakaslähtöisiä palveluja, jotka olisivat joustavia, lähellä asiakasta ja saatavilla mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (STM 2012, VM 2012). Ristiriitaiseksi pyrkimyksen tekee se, että asiakaslähtöisyyden toteuttamiskeinona nähdään palvelutuotannon keskittäminen suurempiin kokonaisuuksiin, mikä voi tarkoittaa laajempaa palveluvalikoimaa, mutta asiakkaalle kauempaa fyysistä ja psyykkistä etäisyyttä tai entistä vaikeammin hahmotettavaa palvelukokonaisuutta.

Huolimatta asiakkaan tarpeiden ensisijaisuutta korostavasta kehittämisideologiasta, julkisten palvelujen ongelma näyttää toimintapolitiikassa tematisoituvan ensisijaisesti tehottomuuden ongelmaksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksessa⁹ palvelujen järjestämisvastuu halutaan siirtää kuntaa suuremmille itsehallintoalueille tukien aluehallinnon uudistusta. Reformin kärkihankkeiden tavoitteena on asiakaslähtöisyyden lisäksi vähentää hyvinvointi- ja terveystarpeita sekä parantaa kustannusten hallintaa. (Hallitusohjelma 2015; VNK 2015, 9.) Uudistusten perusteluissa käytetään kustannustehokkuuden ja laadun parantamisen retorikkaa. Asiakaslähtöisyyttä perustellaan julkisen talouden heikentymisellä, jossa palvelutarpeiden kasvu pakottaa miettimään niukentuvien voimavarojen kohdentamista ja kustannustehokkaampia keinoja tuottaa palveluja (HE 164/2014; Hallitusohjelma 2015).

Asiakaslähtöisyyden nähdään myönteisellä tavalla ratkaisevan nykyisen järjestelmän ongelmia ja puutteita. Sitä käytetään retorisenä argumenttina moninaisten agendojen ja intressien edistämiseen. Raitakari ym. (2012, 52) puhuvatkin asiakaslähtöisyydestä yhteiskuntapolitiittisena avainterminä ja tavoitteena, jolle on ominaista monitulkintaisuus ja ristiriitaisuus. Käsitteen abstraktiivisuus voi selittää sitä, että käsitettä käytetään monissa yhteyksissä. Asiakaslähtöisyyden sisältöä tai keinoja ei useinkaan täsmennetä, mikä tekee siitä diffuusin, tulkinnanvaraisen ja käyttökontekstiin sidotun.

⁹ Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamisesta eli ns. sote-uudistuksesta tuli osa aluehallintouudistusta, kun hallitus päätti itsehallintoalueista 7.11.2015

Suomessa asiakaslähtöisyydestä on tullut 2000-luvulla julkisen palvelujärjestelmän kehittämisprojektien muotitermi. Tutkimuskirjallisuudessa julkisten palvelujen asiakaslähtöisyys ymmärretään monin tavoin. Tehdyt tutkimukset ovat luonteeltaan usein soveltavia, normatiivisia ja selvitystyyppisiä. Käsiteanalyttisen tarkastelun sijaan asiakaslähtöisyyttä on käsitelty enemmän kehittämistä tai toimintaa ohjaavana periaatteena¹⁰. Asiakaslähtöisyys on ilmiö, jonka toteuttaminen nähdään problemaattisena. Näkökulma yleensä ei ole ensisijaisesti asiakkaan vaan kehittäjän: toimintaa ohjaa asiakaslähtöisen kehittämisen mantra asiakaslähtöisyyden ideaalista palvelujen laadun ja tehokkuuden parantajana, mutta toisaalta törmätään järjestelmän hierarkkisuuteen, professio- ja medikalisaatiopainotteisuuteen (ks. Helén 2011, 173; Järnström 2011, 255-256; Raitakari ym. 2012, 75).

Asiakaslähtöisyys näyttäytyy johtamistrendinä eikä niinkään julkisen hallinnon uudistamisen ensisijaisena päämääränä. Julkisen johtamisen trendit heijastavat usein yksityisen sektorin johtamismalleja, jotka korostavat asiakassegmenttien tarpeisiin vastaamista ja kulutustottumusten muuttamista (Niiranen 1994, 72–73). Johtamismallien popularisoitumista ja suosiota selittävät ideoiden universaalisuus, epämääräisyys ja tulkinnallisuus. Käytettyjen käsitteiden monitulkintaisuus mahdollistaa ideoiden sovittamisen eri tavoitteisiin ja toimijoiden omiin intresseihin. (Sahlin-Andersson & Engwall 2002, 20; Blomgren & Sahlin 2007, 159.)

Seuraavaksi tarkastelen asiakasorientaation ja kustannushallinnan yhteyttä, sen jälkeen perusterveydenhuollon asiakaslähtöistä kehittämisretoriikkaa terveydenhuollon institutionaalisessa kontekstissa ja lopuksi asiakasorientaatiota hallintotieteellisessä NPM-ajattelussa.

2.1.1 Asiakas- ja kustannusajattelun yhteensovittaminen

Asiakasnäkökulman korostumisen taustalla on palveluparadigman muutos. Viimeisten vuosikymmenien aikana julkisia palveluja on kehitetty liiketoimintaoppien mukaisesti. Julkishallinnossa on alettu puhua asiakkaista kansalaisen ja kuntalaisen sijaan, vaikka asiakkaan rooli julkishallinnossa on moniulotteisempi kuin pelkkä palvelujen kuluttaja (ks. esim. Fountain 2001; Niiranen 2002, 67–69; Engblom-Pelkkala 2012, 261). Hyvinvointivaltion talouskriisin ja kasvavien tarpeiden myötä myös terveystaloudellinen painotus on siirtynyt yksilön

¹⁰ Sosiaali- ja terveydenhuollon kontekstissa asiakaslähtöisyyttä on tarkasteltu muun muassa asiakkuuden, osallisuuden, palvelujen laadun ja asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksen näkökulmista (ks. esim. Holma 1999; Kiikkala 2000; Sorsa 2002; Niiranen 2002; Kettunen & Möttönen 2011; Helén 2011; Järnström 2011; Virtanen ym. 2011; Raitakari ym. 2012; Valkama 2012; Engblom-Pelkkala 2012).

oikeuksia ja vastuuta korostavaan suuntaan ja kustannusten hallinnasta on tullut keskeinen politiikkatoimien perustelu ja toimintaa ohjaava periaate. 1990-luvun taloudellisen laman myötä hallitusohjelmissa on näkynyt selkeästi taloudellisen ajattelun, kilpailukyvyn ja taloudellisten ohjauskeinojen korostuminen. Kiristynyt taloustilanne kiihdyttää puhetta rakenneuudistusten, tehostamisen, leikkausten ja keskittämisen tarpeesta. (Anttonen & Sipilä 2000, 89–91; Kantola 2004, 8–9; Harjula 2015, 314–318.)

Samankaltainen kehitys on nähtävissä kansainvälisestikin. Uudistusten taustavoimana ovat olleet pikemminkin kustannustehokkuuden kuin demokraattisen hallinnan pyrkimykset. Hallinnon uudistukset on perinteisesti yhdistetty taloustieteen tehokkuusnäkemykseen, jossa tavoitteena on kustannusten vähentäminen (Leemans 1976, 28; Pollitt & Bouckaert 2004, 6; Christensen & Læg Reid 2007a, 4). Päätöksiä perustellaan tehokkuuteen vedoten eikä kansalaisilla ole juurikaan mahdollisuuksia vaikuttaa heitä koskeviin päätöksiin (Sjöblom 1999, 15).

Reformipolitiikan taustalla on paine julkisen toiminnan tehostamiseen niukkenevien taloudellisten ja inhimillisten voimavarojen sekä lisääntyvien palvelutarpeiden myötä. Julkisen talouden tasapaino-ongelma on Suomessa koskettanut erityisesti kuntia, jotka ovat vastuussa julkisten hyvinvointipalvelujen järjestämisestä, ainakin vielä toistaiseksi¹¹. Väestön ikärakenteen muutos lisää palvelutarvetta, minkä vuoksi lähivuosina kuntatalouden toimintamenot kasvavat tuloja nopeammin.

Reformien perusteluina käytetään taloudellisuuden argumentteja: kuntauudistusta perusteltiin aikoinaan skaalatuottojen eduilla ja palvelutuotannon tehostamisella, sote-uudistusta kustannusten hallinnalla ja kuntien tehtävien karsimista tuottavuuden nimissä. Esimerkiksi vuoden 2016 talousarviossa uudistamisen päämääräksi mainitaan valtiontalouden tuottavuuden parantaminen, mihin tarvitaan palvelurakenteen uudelleenorganisointia (Talousarvio 2016, 724). Asiakaslähtöisyys ja palvelurakenneuudistus olisivat siten tulkittavissa lähinnä uudistamisen lähtökohdiksi tai osatavoitteiksi kuin reformin julkilausutuksi päämääräksi. Siksi on perusteltua tarkastella julkishallinnon reformeja osana tuottavuuspolitiikkaa ja erityisesti julkisen toiminnan kustannustehokkuuden parantamisen keinoina (Meklin 2012). Tätä jäsenystä tukee vielä se, että vuoden 2015 talousarviossa valtiovarainvaliokunta korosti, että

¹¹ Meneillään olevan sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen mukaan uusi palvelurakenne perustuisi itsehallintoalueisiin, jotka olisivat vastuussa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä (<http://alueuudistus.fi/etusivu> 14.1.2016)

”sote-uudistuksen onnistunut läpivienti on aivan ehdoton edellytys kuntatalouden vahvistamiseksi ja julkisen talouden kestävyysvajeen vähentämiseksi. On myös välttämätöntä luoda uusia kustannustehokkaita toimintatapoja, lisätä ennaltaehkäiseviä palveluja ja varhaista puuttumista, parantaa tietojärjestelmien hyväksikäyttöä sekä levittää parhaita käytäntöjä.” (Talousarvio 2015, 34.)

Esimerkeissä käytetty retoriikka kuvaa, että reformit palvelevat moninaisia päämääriä ja välillisiä tavoitteita, mutta legitimitetin kannalta niillä on myös symbolista merkitystä (Brunsson 1989a; Pollitt & Bouckaert 2004, 6). Reformipolitiikassa on otettava huomioon toiminnan poliittis–hallinnollinen ja oikeudellinen ohjaus sekä kansalaisten tarpeet ja odotukset, jotka legitimoivat uudistukset.

Yhteisöllisten ja yksilöllisten tarpeiden yhteensovittaminen

Teoreettisemmin uudistamisessa on kyse tarpeiden ja voimavarojen hallinnan ristiriidasta. Verorahoituksen riittämättömyys, vanheneva väestö, työttömyys, lääketieteen ja teknologian kehitys sekä palvelujen saatavuuden kasvava eriarvoisuus lisäävät palvelujen kysynnän hallitsemattomuutta. Voimavarojen niukkuuteen ja kasvaviin palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää joko lisää voimavaroja veroja ja palvelumaksuja korottamalla ja toimintoja tehostamalla tai palvelujen supistamista palvelutasoa heikentämällä. Uudistamisen tarpeista ja tavoitteistakin näyttäisi vallitsevan poliittinen konsensus, mutta erimielisyys vallitsee ongelmien ratkaisutavoista ja miten valitut keinot palvelevat julkilausuttujen tavoitteiden saavuttamista. (Ks. Anttonen & Sipilä 1993, 455–457; Meklin 2012.) Lisäksi uudistusten tavoitteiden asettajat ovat usein eri tahoja kuin niiden toteuttajat, mikä tekee uudistusten toteuttamisesta monisävyisten tarpeiden ja tavoitteiden määrittämää (Airaksinen & Nyholm 2011).

Julkishallinnolla on taloudellisen tavoitteen lisäksi oikeudenmukaisuuden tavoite ja olemassa olevien voimavarojen hyödyntäminen parhaalla mahdollisella tavalla. Simonin (1957, 175) mukaan julkisten organisaatioiden tehokkuusongelmaa tulisi lähestyä yleisen tasapainon näkökulmasta. Tasapainossa on kyse tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutumisesta. Voimavarojen tehokas hallinta edellyttää julkisten ja yksityisten intressien yhteensovittamista, kuten tarpeiden, talouden ja hyvinvoinnin tasapainoa (kuviot 2).

Taloudellisen oikeudenmukaisuuden kysymyksiä voidaan tarkastella taloustieteellisestä tai hallintotieteellisestä näkökulmasta. Taloustieteessä hyvinvointiteoreettinen keskustelu käsittelee normatiivisia kysymyksiä, kuten resurssien tehokasta kohdentamista ja hyödykkeiden oikeudenmukaista

jakautumista¹². Taloushallintotieteessä puolestaan oikeudenmukaisuusnäkökulma liittyy läheisesti yhteiskuntatieteelliseen keskusteluun hyötyjen ja haittojen tasapuolisesta ja yhdenvertaisesta jakautumisesta toimeksiantotaloudessa (ks. Sinervo 2011, 151). Esimerkiksi kuntatalous perustuu siihen, että tuloilla katetaan menot ja palvelujen käyttäjät ovat myös toiminnan rahoittajia. Voimavarojen kohdentamisessa on huomioitava perustuslain (731/1999) turvaama ihmisten yhdenvertaisuus selvittämällä palvelutarpeet. Julkisten palvelujen oikeudenmukaisuus ymmärretään lainperusteluissa (HE 90/2010; HE164/2014) toimintaa ohjaavana päämääränä, lupauksena vastata ihmisten tarpeisiin ja noudattaa yhtenäisiä myöntämisperusteita.

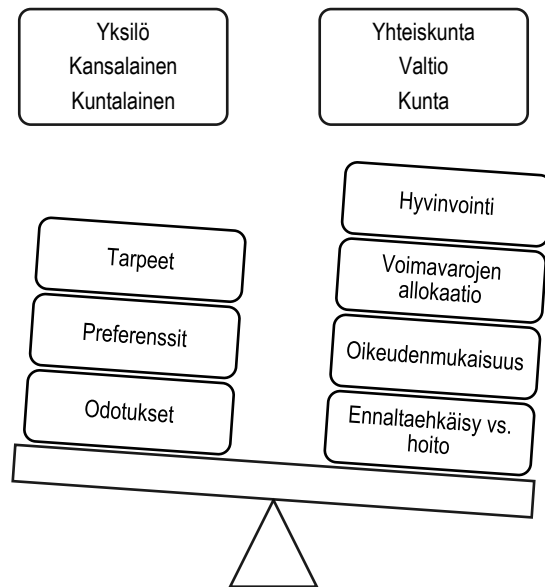
Yhteiskunnan ja yksilön välisen jännitteen ja tasapainon hallinta on keskeisiä julkisen johtamisen ja demokratian dilemmoja (Temmes 1994, 41). Yhteisen edun ja yksilön tarpeiden yhteensovittaminen kietoutuu aina myös vallan kysymyksiin. Uudessa kuntalaissa (410/2015, myös edellisessä 365/1995) kunnan perustehtäväksi mainitaan palvelujen järjestämisen lisäksi asukkaiden hyvinvoinnin ja kunnan elinvoiman edistäminen. Perustuslaissa (731/1999) määritellään subjektiiviset oikeudet saada palveluja. Yksilön sosiaalisten oikeuksien toteutumisen ja kunnallisen itsehallinnon välisen vastakkainasettelun taustalla ovat yhteiskuntafilosofiset kysymykset yhteisön ja yksilön välisistä suhteista, joihin ei ole olemassa yksiselitteisiä ratkaisuja. (Palola & Parpo 2011, 49.) Yhteiskuntapolittiset tavoitteet sitovat päätöksentekoa ja ohjaavat voimavarojen allokaatiota. Asiakasnäkökulmaan liittyy kunnallispoliittinen jännite: palvelujen käyttäjillä on erilaisia elämäntilanteisiin ja tarpeisiin liittyviä ristikkäisiäkin intressejä. Päätöksenteossa arvokeskustelut ja talouden ehtojen ensisijaisuus suhteessa pitkän aikavälin vaikutusten arviointiin kertovat teorioiden ja käytännön kuilusta. (Niiranen 1994, 66.)

Toisin kuin yrityksissä, joissa päätöksentekoa ohjaavat liiketoiminnalliset seuraukset, on julkisessa hallinnossa punnittava päätösten vaikutuksia yhteiskunnallisten arvojen laajassa järjestelemässä (Simon 1957, 69). Hyvinvointipolitiikka edellyttää erilaisten toimijoiden ja toimintalogiikoiden yhteensovittamista: julkishallinnon, politiikan, markkinoiden ja kansalaisyhteiskunnan intressejä (Kananoja ym. 2008, 15; Palola & Parpo 2011, 53).

Kansalaisosallistumisen keskustelussa korostuu kaksi erilaista näkökulmaa: yksilön oikeudet ja kollektiivisuus eli ideat palvelujen käyttäjästä kuluttajana ja kansalaisesta yhteisön jäsenenä (Niiranen 1999, 59). Asiakkaan perinteiset keinot

¹² Hyvinvointiteorian mukaan resurssien kohdentaminen on pareto-tehokasta silloin, kun kenenkään hyvinvointia ei voida lisätä heikentämättä jonkun toisen tilaa. Pareto-tehokkuus perustuu individualismiin eikä esimerkiksi vastaa kysymyksiin hyvinvoinnin jakautumisesta. (Ks. esim. Tuomala 2009, 35–36.)

vaikuttaa organisaation toimintaan ovat olleet äänestämisen jaloillaan (*exit*) tai tyytymättömyyden osoittaminen asiakaspalautteen (*voice*) muodossa (Hirschmann 1970, 4). Julkishallinnon uudistamisessa tämä tarkoittaisi, että asiakasorientaation olisi kyettävä yhdistämään markkinoiden korostama valinnanvapauden näkökulma (*exit*) demokratian osallisuuden näkökulmaan (*voice*).



Kuvio 2. Tasapainottelu julkisten ja yksityisten intressien välillä

Kuviossa 2 olen kuvannut päätöksenteon tasapainottelua julkisten ja yksityisten intressien välillä. Julkishallinnon on suhteutettava kansalaisten ja kuntalaisten yksilölliset tarpeet yhteiskunnan (valtion/kunnan) tarpeisiin. Kuvio ilmentää, että näkemykset eivät ole tasapainossa, vaan painotus instituutioiden suuntaan on vahvempi. Palvelun tarve määrittyy aina suhteessa johonkin¹³. Perinteisesti tarpeenarvioinnin tekee professiot, mutta voimavarojen kohdentaminen edellyttää poliittista päätöstä: mihin ja miten kuntalaisten tarpeisiin vastataan sosiaalisesti oikeudenmukaisella ja taloudellisesti kestäväällä tavalla?

¹³ Esimerkiksi terveyden näkökulmasta tarve voi viitata terveyspalveluista saatavaan terveydelliseen hyötyyn, mutta voimavarojen näkökulmasta tarve voidaan määritellä terveydenhuollon kustannuksiksi. Yksilön tarpeen arvioinnissa asiakkaan ja ammattilaisen näkökulmat voivat poiketa toisistaan huomattavasti. (Ks. Sintonen & Pekurinen 2006, 58–59.)

Taloustieteen näkökulmasta voimavarojen tehokas allokaatio tarkoittaa, että rajallisilla voimavaroilla saadaan aikaan maksimaalinen hyöty ja tarpeisiin vastataan oikeudenmukaisesti (esim. Sintonen & Pekurinen 2006, 11). Kuntatalouden näkökulmasta optimaalisuus voi tarkoittaa, että palvelut tuotetaan taloudellisesti, ovat kuntalaisen helposti saatavilla ja joihin kuntalaiset ovat tyytyväisiä (Jäppinen 2011, 97). Kyse on poliittisesta ja sosiaalisesta allokoinnista, palvelujen vaikuttavuudesta, kattavuudesta ja peittävyyydestä eli miten tarpeet tulevat tyydytetyksi, miten päätökset vähentävät hyvinvointieroja tai vaikuttavat äänestäjiin (Vuori 2005, 66–67). Terveystieteiden kontekstissa tämä tarkoittaa, että päätöksenteossa on punnittava terveyshyötyä yksilön ja kansanterveyden näkökulmista. Esimerkiksi lääketieteen medikalisaatio¹⁴ voi lisätä yksilöllisiä terveystarpeita tai luoda kohtuuttomia odotuksia, mikä puolestaan vaikeuttaa voimavarojen kohdentamista, hoidon priorisointia ja rajan vetämistä sairauksien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn.

2.1.2 Matalan kynnyksen retoriikka perusterveydenhuollossa

Terveystieteiden kehittämisen lähtökohdat liittyvät yhteiskunnallisiin muutoksiin, talouden tilaan ja kansalaisten osallisuuden vahvistamiseen omasta hyvinvoinnista. Keskeinen tavoite julkisen terveydenhuollon uudistamisessa on ollut kustannusten hallinnan lisäksi palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden turvaaminen (ks. esim. Jylhäsaari 2009). Asiakasnäkökulmasta suurin ongelma on palvelujen saatavuudessa, pitkät odotusajat ja hankala tavoitettavuus. Hoitoon pääseminen on ollut erityisen ongelmallista perusterveydenhuollon palveluissa (Klavus 2010; Manderbacka ym. 2012; Lehto 2012a).

Suomen perusterveydenhuollon kehityksen kulmakivenä pidetään 1970-luvulla säädettyä kansanterveyslakia (66/1972), jonka myötä terveyspolitiikan painopiste siirtyi avoterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuoltoon keskittyivät terveyskeskukset organisoitiin, ja vanha kunnanlääkäri- ja terveysjärjestelmä lakkautettiin. Avosairaanhoidon, ehkäisevän terveydenhuollon ja terveyden edistämisen yhteensovittaminen yhteen organisaatioon ja tuominen koko väestön ulottuville on

¹⁴ Medikalisaatio eli lääketieteellistyminen kuvaa prosessia, jossa ei-lääketieteellisiä ongelmia aletaan määrittää lääketieteellisinä ongelmina kuten sairauksina tai häiriöinä (Conrad 1992). Medikalisaatio ilmenee käsitteellisellä, institutionaalisella ja hoitosuhteen tasolla. Asiantuntijatiedon lisääntyminen mahdollistaa sen, että lääketieteellinen hoito ulottuu yhä uusiin ja arkipäiväisiin ilmiöihin, mutta toisaalta hyvinvointivaltion kasvun rajat rajoittavat medikalisaatiota. (Ks. Lahelma 2003.) Hoidon priorisoinnissa on pohdittava, mihin kansalaisten tarpeisiin julkisen terveydenhuollon on vastattava.

ollut kansainvälisestäikin poikkeuksellista (ks. Anttonen & Sipilä 2000, 74; Lehto 2012b, 372).

Terveyskeskusten ennaltaehkäisevän työn uskottiin hillitsevän palvelujen kysynnän kasvua ja turvaavan pääsyn palveluihin. (Isosaari 2004, 17; Erhola ym. 2013, 9; Harjula 2015, 261–264.) Toisaalta keskitetty perusterveydenhuollon palvelutuotanto ja terveyskeskuksen toimintakulttuuri ohjasi toimintaa kauemmas asiakkaista (Tiirinki 2014, 73). Perusterveydenhuollon tila ja terveyskeskusten asema terveydenhuollon kokonaisuudessa heikkeni 1990-luvulla, kun voimavarojen allokoinnin painopiste siirtyi ehkäisevästä terveydenhuollosta sairaanhoitoon.

Vuonna 1993 valtiosuusuudistuksessa kunnan itsenäinen päätösvalta terveydenhuollon voimavarojen allokoinnista lisääntyi ja vuonna 1995 perusoikeusuudistuksen myötä perustuslailla määritettiin jokaiselle taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet. Perustuslain (731/1999, 19§) perusteella oikeus sosiaaliturvaan tarkoitti, että julkisen vallan oli turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Vastaanotolle pääsy on kuitenkin edelleen vaikeaa eivätkä perusterveydenhuollon palveluita eniten tarvitsevat saa niitä riittävästi. (Erhola ym. 2013, 9.)

Palvelujen saatavuus, asiakaslähtöisyys ja oikeudenmukaisuus ovat palvelujärjestelmän toimivuuden ominaisuuksia (Erhola ym. 2014, 16). Terveydenhuoltoa on uudistettu 2000-luvulla kansallisilla terveystaloudellisten kehittämissuunnitelmilla ja hankkeilla sekä lakimuutoksilla (ks. esim. Terveys 2015; Kaste; Toimiva terveyskeskus; terveydenhuoltolaki 1326/2010). Tavoitteena on ollut väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja määrän turvaaminen. Keinoina on nähty perusterveydenhuollon ehkäisevän työn vahvistaminen ja hoitoon pääsyn parantaminen¹⁵.

Kustannusten hallinta, hyvinvoinnin edistäminen, ongelmien ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen ovat yleisiä terveydenhuollon kehittämisen periaatteita. Kansainvälisesti terveydenhuollon reformeilla pyritään parantamaan palvelujen saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta. Porterin ja Teisbergin (2006, 95–98) mukaan terveydenhuollon uudistamisen lähtökohtana tulisi olla arvionluominen asiakkaalle kohdistamalla huomio hoitokokonaisuuteen, laatuun ja tuloksiin eikä vain kustannuksiin.

¹⁵ Palvelujen saatavuuden näkökulmasta merkittävä kehitysaskel oli vuonna 2005 kiireettömän hoitopääsyn eli hoitotakuun voimaantuleminen, jossa hoitoon pääsulle määriteltiin määrääjat (ks. terveydenhuoltolaki 1326/2010, 51§). Hoitotakuun toteuttaminen on kuitenkin ollut perusterveydenhuollossa ongelmallista. Hoitoon pääsyn ongelmat liittyvät palvelujärjestelmän hajanaisuuteen, hoidolliseen painopisteeseen, ajanvarauksen ja yhteydenaannin vaikeuksiin sekä lääkäripalvelujen saatavuuteen (HE 90/2010).

Nykyinen palvelurakenne on hoito- ja järjestelmäkesekeinen eikä huomioi väestön erilaisia tarpeita. Palvelujärjestelmän kehittämisen perusongelma on se, miten sovitetaan yhteen julkisen talouden niukkenevat resurssit ja asiakaslähtöiset, yhdenvertaiset verovaroin rahoitetut sosiaali- ja terveystalvet koko maassa. Palvelujärjestelmän sisällöllinen ongelma on sen monimutkaisuus ja toimintojen päällekkäisyys, sillä organisoimnin perustana eivät ole olleet asiakkaiden tarpeet, vaan pyrkimys suhteellisen stabiiliin palvelukokonaisuuteen (Rissanen & Lammintakanen 2011, 31).

Palvelujen saatavuus

Perusterveydenhuollon kehittämishaasteita on palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen¹⁶. Mahdollisuutta saada palveluja voidaan jäsentää yksilön tai järjestelmän näkökulmista: prosessina, rakenteena tai käytäntöinä. Palveluun pääsyä helpottavat keinot voivat olla palvelujen fyysisiin, maantieteellisiin tai resursointiin ja kustannuksiin liittyviä tekijöitä, tai järjestelmän ja palvelujen toiminnan organisointiin ja käytäntöihin vaikuttavia tekijöitä. (Pulkki 2012, 17–20.)

Hoitoon pääsyn helpottamista voidaan tarkastella neljästä näkökulmasta: kustannusten, käytön, tarpeiden ja oikeudenmukaisuuden (Chapman ym. 2004). Palvelujen saatavuus kytkeytyy tarveperusteiseen terveystalvet tarjontaan ja resurssien allokointiin, jossa huomioidaan myös potilaalle kertyvät suorat ja välilliset kustannukset. Palvelujen käyttö puolestaan kuvaa sitä, miten järjestelmä mukautuu käyttäjien tarpeisiin (ts. kysyntään). Käytön näkökulma liittyy myös palvelujen käytettävyyteen eli missä määrin talvet mukautuvat potilaan ja yhteisön tarpeisiin.

Normatiivisen tarpeen lisäksi tulisi huomioida myös potilaan omat odotukset, käsitykset ja terveystietämys. Palvelujen relevanssi ja vaikuttavuus kuvaavat siitä, miten talvet vastaa väestön terveystarpeita ja miten palvelujen kehittämisessä huomioidaan sosiokulttuurinen konteksti. Palvelujen pääsyn helpottamista voidaan tarkastella myös sosiaalisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta eli missä määrin voimavarat on mobilisoitu vastaamaan väestön tarvetta. Tämän arviointi on

¹⁶ Hoitoon pääsyä ja palvelujen saatavuutta on terveydenhuollon tutkimuksissa määritelty eri näkökulmista (ks. esim. Aday & Andersen 1974). Palvelujen saatavuudella yleensä viitataan kysynnän ja tarpeen tasapainoon eli palvelujen määrä on oikeassa suhteessa väestön tarpeisiin ja odotuksiin, ja palvelujen saavutettavuudella puolestaan fyysistä mahdollisuutta käyttää talvet eli vastaanotolle pääsy on helppoa, yhteydensaanti vaivatonta ja odotusajat lyhyitä (Kivinen & Hilander-Sihvonen 1997, 20–21). Käytän tässä saatavuuden käsitettä kuvaamaan hoitoon pääsyn (access to care) problematiikkaa.

ongelmallista, koska onnistumisessa on huomioitava erilaiset tarpeet, maantieteelliset sijainnit, sosiokulttuuriset ja taloudelliset tekijät. (Chapman ym. 2004.)

Matalan kynnyksen palvelut

Hoitoon pääsyn helpottaminen liittyy terveydenhuollon kehittämisen retoriikkaan, jossa on alettu korostaa matalan kynnyksen palveluja sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuuden, yhdenvertaisen saatavuuden ja kattavuuden turvaamiseksi. Lääkäriliiton (2015) tekemien kyselyjen mukaan terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolle pääsyn ongelmia ovat pitkät odotusajat eivätkä niinkään asiakasmaksut tai etäisyydet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa yhtenä riskiryhmien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toteuttamiskeinona nähdään matalan kynnyksen palvelut, joihin on helppo hakeutua (STM 2012, 19–21). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisretoriikassa palvelujen matala kynnyks on osa hallituksen asiakaslähtöistä kehittämissuunnitelmaa.

Uudistus tuottaa asiakaslähtöiset, matalan kynnyksen moniammatilliset ja sähköiset palvelut. Palvelut räätälöidään asiakkaiden tarpeiden ja valmiuksien mukaan. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla varmistetaan oikea-aikainen ja koordinoitu hoito/palvelu. Asiakkaiden kokemukset ja palaute otetaan huomioon palveluiden kehittämisessä ja ohjauksessa. (Hallituksen toimintasuunnitelma 2015, 46.)

Helppo pääsy nähdään hyödyllisenä myös kustannusten hallinnan kannalta.

Valiokunta painottaa, että palvelun parantamiseksi ja kustannusten hillitsemiseksi kaikessa sosiaali- ja terveydenhuollossa on edelleen lisättävä ennaltaehkäisevien ja matalan kynnyksen palvelujen tarjontaa. Ehkäisevien terveyspalvelujen järjestäminen on kunnille edullista, kun taas korjaavien palveluiden kustannukset ovat moninkertaiset ehkäisevien palvelujen kustannuksiin verrattuna, vaikka ne kohdistuvat usein melko pieneen ryhmään. Parhaita käytäntöjä ja kuntien kehittämiä hyviä toimintamalleja on myös hyödynnettävä entistä tehokkaammin. (Valtiovarainvaliokunnan mietintö VaVM 37/2014 vp (12.12.2014); talousarvioesitys 2015.)

Hoitojärjestelmässä matala kynnyks sisältää oletettaman, että käyttäjien on helppo käyttää palveluja, jos palveluorganisaatio toimii tietyllä tavalla. Kysymys on kahden toimijan välisestä suhteesta ja kynnyksen mataluus määritetty tässä relaatiassa. Suomessa matalan kynnyksen palveluista on hyvin vähän akateemista tutkimusta. Tutkimukset eivät kerro kenen kannalta kynnyks on matala: hoitojärjestelmän vai käyttäjien. Kynnyksen mataluus todentuu käytännössä (Törmä 2009, 43–48).

Matalan palvelukynnyksen idea perustuu siihen, että palvelun käyttö tehdään mahdollisimman helpoksi. Palveluun ei vaadita ajanvarausta, lähetettä tai maksusitoumusta, lisäksi yksiköt voivat toimia avoimien ovien -periaatteella ja olla auki virka-ajan ulkopuolella. Kynnysmetafora kuvaa vaivatonta käyttöä, helppoa ja nopeaa pääsyä. (Kaakinen ym. 2003, 59–60; Törmä 2009, 34–35; Jalava & Koiso-Kanttila 2013, 172.)

Taustalla on ajatus asiakaslähtöisestä palvelutuotannosta, jossa sekä palvelun saavutettavuus että saatavuus ovat mahdollisimman hyviä, ja palvelun käyttö toteutuu asiakkaan omilla ehdoilla (Törmä 2009, 20; Vakkuri 2011). Asiakaslähtöisyys ymmärretään moniongelmaisen ihmisen kokonaisvaltaisena kohtaamisena, jossa pyritään psykososiaaliseen tukeen ja ongelmien varhaiseen puuttumiseen tai osallistavaan toimintaan (Jalava & Koiso-Kanttila 2013, 172).

Kynnysten madaltamisen ongelma on, että toiminta keskittyy marginaaliseen väestöön, jonka tavoittaminen voi olla vaikeaa leimautumisen pelon vuoksi. Jalavan ja Koiso-Kanttilan (2013, 191) mukaan matalan kynnyksen dilemmana on, että toiminta hyödyttää lukumääräisesti pientä paikallista väestöryhmää. Toisaalta yhdenkin ihmisen hyvinvoinnin parantamisella voi olla kansantaloudellisesti merkitystä, mutta sen osoittaminen päätöksentekijöille on vaikeaa.

Matalan kynnyksen ideologia on peräisin päihdehuollosta¹⁷. Nyt matalan kynnyksen palveluista on alettu puhua erityisesti perusterveydenhuollon ennaltaehkäisevissä palveluissa. Yksi soveltamisen esimerkki ovat terveystioskit. Matalan kynnyksen periaatteet sopivat sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämislinjauksiin. Tulkitsen matalan kynnyksen yhdeksi keinoksi toteuttaa julkishallinnon asiakaslähtöisyyden kehittämisideologiaa: kynnystä madaltamalla voidaan edistää palveluihin pääsyä, ennaltaehkäistä ongelmia, tavoittaa riskiryhmiä ja samalla parantaa asiakkaiden tyytyväisyyttä.

¹⁷ Euroopassa matalan kynnyksen palvelujen kehittämisen lähtökohta liittyy päihdehaittojen vähentämisen politiikkaan ja hoitojärjestelmässä huumeiden käyttäjien kokemuksiin korkeisiin hoitokynnyksiin. Matalan kynnyksen avulla halutaan aktiivisesti tavoittaa tiettyä kohderyhmää. Hoitojärjestelmäretoriikassa tämä on tarkoittanut huono-osaisille tarkoitettuja palveluja, kuten ensisuoja, päiväkeskus- ja yökahvilatoimintaa, tai huumeiden ongelmakäyttäjille tarkoitettuja terveysneuvontapisteitä. Suurin osa matalan kynnyksen palveluista on ollut kolmannen sektorin toimintaa. (Törmä 2009, 29–32.)

2.1.3 Julkishallinnon asiakasorientaatio hallintotieteellisessä keskustelussa

Asiakasnäkökulman korostuminen tuli julkishallinnon kehittämiseen 1980-luvulla uuden julkisjohtamisen oppien myötä. Hallinnon jäykkää byrokratiaa ja virkavaltaiskeskeisyyttä kritisoitiin. Julkisiin palveluihin haluttiin tuoda asiakasorientaatiota, palveluajattelua ja tehokkuutta. Myös sosiaali- ja terveystalouden kehittämisessä alettiin korostaa yksilön näkökulmaa, asiakkaan tarpeita ja toiveita. Esimerkiksi avohoidon kehittämistä perusteltiin edullisuudella ja asiakkaiden omilla toiveilla.

Puhetapojen muutos, lainsäädännölliset ja hallinnolliset uudistukset sekä julkisen sektorin uudet organisaatorakenteet heijastivat toiminnan siirtymää suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen. (Alasuutari 2004, 14–15; Lähdesmäki 2003; Jylhäsaari 2009.) Hallinnon kehittämisideologiassa pyrittiin yhdistämään suomalainen legalistinen hallintoperinne uuden julkisjohtamisen tehokkuuden diskurssiin. Julkisen talouden kriisin kärjistyttyä taloudelliseksi lamaksi uudistaminen sai vauhtia. Erityisesti talouspolitiikan opit omaksuttiin kansainvälisistä taloustieteellisistä ja talouspoliittisista doktriineista. (Ks. Stenvall 2000, 250; Tiuhonen 2004, 5–7; Wilenius 2004, 7).

Uusi julkisjohtaminen eli New Public Management on kansainvälinen poliittishallinnollinen doktriini, joka sisältää kokoelman toisiinsa kytkeytyviä uudistusideoita ja politiikkatoimia¹⁸. Uuden julkisjohtamisen ja managerialismin reformiretoriikka korosti julkishallinnon tehostamista, responsiivisuutta ja vastuuta (Osborne & Gaebler 1993). Byrokratia nähtiin hallinnon tehottomuuden syynä ja vanhat julkishallinnon periaatteet piti uudistaa, mutta suurin osa NPM:n keskeisistä argumenteista, kuten tehokkuuden ja asiakaskeskeisyyden vaateet, ovat olleet klassisia poliittishallinnollisia debatteja jo vuosikymmenien takaa. (Ks. Hood 1991; Lane 1997, 189; Hood 1998; 2000; Pollitt 2003; 35, Pollitt & Bouckaert 2004, 99; Christensen & Lægreid 2007a, 1–2; Romzek 2000; Lægreid 2014.)

Tavoitteena oli kehittää rationaalisesti ja tehokkaasti toimiva hallintojärjestelmä. NPM-ajattelu liittyi 1980-luvun poliittiseen muutokseen, joka korosti uusliberalistista talousajattelua ja hyvinvointivaltion tehottomuutta ja kyvyttömyyttä hoitaa sille annettuja tehtäviä (Temmes 1998; Stenvall 2000, 244).

Uusi julkisjohtaminen korostaa kansalaisten sijaan asiakkaan näkökulmaa. Julkisen palvelutuotannon tulisi tarjota asiakkailleen vastinetta verorahoille (*value for*

¹⁸ NPM:n elementtejä ovat muun muassa tuloksien korostaminen prosessien sijaan, markkinamekanismien hyödyntäminen sekä palvelun laadun ja asiakasorientaation korostaminen julkisten palvelujen tuottamisessa (ks. esim. Christensen & Lægreid 2007a, 4).

money) eli olla 3E:n oppien mukaisesti taloudellista, tehokasta ja vaikuttavaa. NPM-ajattelussa yksityissektorin johtamismalleja ja käytäntöjä haluttiin tuoda julkisiin palveluihin (Hood 1991; Christensen & Læg Reid 2008).

Managerialismin soveltaminen julkiselle sektorille ei ole ongelmatonta, sillä toimintalogiikat ovat erilaisia. Uudessa julkisjohtamisessa painottuu kollektiivisen vastuun sijaan yksilöllinen vastuu ja poliittinen päätöksenteko halutaan erottaa selvemmin hallinnosta. Vaikka markkinamekanismien lisääminen julkisissa palveluissa mahdollistaa valinnanvapauden (*exit*) ainakin osalle kansalaisia, niin kansalaisnäkökulman typistymisen pelkäsi palvelun käyttäjäksi kaventaa osallistumisen (*voice*) mahdollisuuksia. (Vigoda & Golembiewski 2001; Læg Reid 2014, 324–326.) Kansalaiset nähdään ensisijaisesti palvelujen kuluttajina eikä perinteisen julkishallinnon käsityksen mukaan poliittiseen päätöksentekoon osallistuvina. Tämä muuttaa kansalaisen roolia.

Suomalaisessa reformipolitiikassa on NPM-tyyppistä asiakasajattelua: palvelutarpeisiin vastaamisen varhaisessa vaiheessa nähdään parantavan julkisten palvelujen tehokuutta ja laatua. Julkissektorin organisaatioiden ongelma liitetään palvelukulttuuriin ja palvelukykyyn: joustamattomuuteen, heikkoon responsiivisuuteen, asiakaspalveluun sekä tiedon- ja yhteydensaantiin. (Karisto 1990, 374–377; Lähdesmäki 2003, 17; Jylhäsaari 2009, 62–64). Argumentteina on käytetty asiakkaiden holhoamista, palvelutuotannon järjestelmälähtöisyyttä ja raskautta, valinnanvapauden ja omavastuun puutetta, jäykkyyttä ja heikkoa tuottavuutta (Hautamäki 1994, 145). Uudistukset heijastavat kansainvälistä kriisikeskustelua hyvinvointivaltion legitimitetistä, rahoituksesta sekä julkisten palvelujen tehokkuudesta ja tuottavuudesta (Julkunen 1992, 13; Lähdesmäki 2003, 18).

Julkisen hallinnon asiakasorientaatio ei ole mikään uusi palveluideologia. Jo 1930-luvun lopussa korostettiin asiakastyytyväisyyttä, ja 1960-luvulla esitettiin mallia, jossa asiakkaiden valinnat määrittävät resurssien kohdentamista (ks. Pollitt 2003, 35; Etzioni 1964, 102). 1980-luvulla asiakaskeinen laatujohtaminen tuli julkisen sektorin kehittämiseen (ks. esim. Lumijärvi 2005).

Asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin vastaaminen perustuu yritysten taloudelliseen perustarkoitukseen, jossa elinehto on asiakkaiden palvelu. Etzionin (1964, 94–95) mukaan asiakkaan rooli julkisissa palveluissa ei ole niin suora kuin taloustieteen klassisessa mallissa, sillä julkisia palveluja tuotetaan yhteiseksi hyväksi. Termi ”*public*” viittaakin mielikuvaan yhdestä ja samanlaisesta kansasta, joka käyttää verorahoillaan maksamiaan palveluja, mutta ”yleisöjä” on monia, ja rahoittajat usein ovat vain osittain samoja kuin palveluita kuluttavat (mt., 95). Julkishallinnon asiakasorientaatio

kaipaisi tarkempaa määrittelyä siitä, mitä asiakkaiden tarpeisiin vastaamisella tarkoitetaan.

2010-luvulle tultaessa uudelle julkisjohtamiselle on annettu erilaisia määritelmiä, mutta yhteistä näille uusille hallinnan muodoille on kansalaisten korostunut rooli. Yhden näkökulman mukaan puhe on *post-NPM-reformeista*, joiden ideat täydentävät aiempaa uuden julkisjohtamisen retoriikkaa ja reformivälineistön diskurssia (ks. Christensen & Lægread 2008). Toisen näkemyksen mukaan kyse on uudesta hallinnasta (*New Public Governance*, esim. Osborne 2006), joka painottaa verkostojen ja kumppanuuden merkitystä julkisten palvelujen johtamisessa. Puhutaan myös arvopohjaisesta johtamisesta (*public value management*, ks. Moore 1995). Palvelutuotannon asiakasorientaation näkökulmaa korostetaan uuden julkispalvelun periaatteissa (*New Public Service*, ks. Denhardt & Denhardt 2000; 2015). Lisäksi palvelujen vuorovaikutteisuutta ja osallisuutta painottavat *co-production*, *co-creation* tai *public service-dominant logic* -tyyppiset keskustelut (esim. Bovaird 2007; Alford 2015; Suomessa esim. Virtanen & Stenvall 2014; Tuurnas 2016).

Taulukossa 1 esitetään asiakasorientaation näkökulmasta kolme julkishallinnon kehittämisen normatiivista mallia. Taulukon ei ole tarkoitus kuvata toteutunutta kehityskaarta tai -suuntaa, vaan se kuvaa erilaisia ideaalityyppejä tulkintoja julkishallinnosta, kansalaisen ja hallinnon välisestä vuorovaikutussuhteesta.

Taulukossa esitetyt näkemykset ovat osin päällekkäisiä ja ristikkäisiäkin. Voidaan kyseenalaistaa, ovatko esimerkiksi uuden julkispalvelun perusideat ”uusia” vai onko kyse vain perinteisten julkishallinnon periaatteiden uudenaikaisesta paketoinnista tai jopa uudesta jargonista? Käsitteet julkishallinnosta heijastavat lähinnä sitä, miten politiikka–hallinto -dikotomia kulloinkin ymmärretään. Reforminäkökulmasta on tarpeellista tarkastella julkishallinnon asiakasresponsiivisuuden käsitettä tarkemmin ja millaisiin käsitteellisiin olettamuksiin se pohjautuu.

Taulukko 1. Näkökulmia julkishallinnon responsiivisuuteen (Denhardt & Denhardt 2000, mukaillen)

	Perinteinen ”vanha julkishallinto	Uusi julkisjohtaminen (NPM)	Uusi julkispalvelu (New Public Service)
Responsiivisuuden kohde	Äänestäjät ja edunsaajat (<i>clients</i>)	Asiakkaat	Kansalaiset
Responsiivisuus	Hierarkkinen, hallinto- viranomaiset vastuussa demokraattisesti valituille poliittisille päättöksentekijöille	Markkinasuuntautunut, itseintressien kumuloituminen tuo tuloksia, joita ryhmä kansalaisia tai asiakkaita haluaa	Monitahoinen, viranhalti- joiden responsiivisuus perustuu lakiin, yhteisön arvoihin, poliittisiin normeihin, ammatillisiin standardeihin ja kansalaisten etuun
Käsitys julkisesta edusta	Poliittisesti ja oikeudellisesti määritelty	Yksilöiden etujen edustaminen	Dialogin tuloksena yhteisesti jaetut arvot
Hallinnon rooli	Politiikkatoimien suunnittelu ja implementointi, poliittisesti muotoillut tavoitteet (<i>rowing</i>)	Katalyyttina toimiminen, markkinavoimien vapauttaminen (<i>steering</i>)	Kansalaisten palvelemi- nen, yhteisöjen ja intres- sien yhteensovittaminen, yhteisten arvojen luominen (<i>serving</i>)
Tavoitteiden saavuttaminen	Toimintaohjelmat, joita virastot toteuttavat	Insentiivien rakentaminen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden avulla	Yhteistoiminta julkisen, kolmannen sektorin ja yksityisten toimijoiden kanssa, yhdessä määritellyt tarpeet
Rationaalinen toimija	Instrumentaalinen rationaalisuus, hallinnollinen päättöksentekijä (<i>administrative man</i>)	Tekninen ja taloudellinen rationaalisuus, itseintres- si, talousihminen (<i>economic man</i>)	Strateginen rationaalisuus, monta rationaali-teettia (poliittinen, taloudellinen ja organisatorinen)
Teoreettinen konteksti	Politiikan teorat, yhteiskunnalliset ja poliittiset selitykset	Talusteoriat, positivistinen yhteiskuntatiede	Demokratiateoriat, plura- listinen tiedonintressi (positivistinen, tulkinnallinen, kriittinen, postmoderni)

2.2 Responsiivisuuden käsite

Responsiivisuus ymmärretään pyrkimyksenä huomioida päätöksenteossa kansalaisten preferenssit, tarpeet ja arvot (May 1978; Cope 1997; Niiranen 1999, 59; Mulgan 2000; Setälä 2003, 33). Julkishallinnon responsiivisuutta on tulkittu sosiaalitieteissä, taloustieteessä, politiikan ja hallinnon tutkimuksessa monin tavoin, erilaisin käsittein ja eri näkökulmista¹⁹. Managerialistinen lähestymistapa korostaa responsiivisen toiminnan taloudellisuutta ja tehokkuutta, poliittinen näkökulma edustuksellisuutta ja poliittista vastuuta ja legaalinen lähestymistapa hallinnon proseduureja ja perusoikeuksien näkökulmaa (Rosenbloom 1983).

Näkemykset vaihtelevat usein sen mukaan, miten hallinnon suhde politiikkaan ymmärretään, miten hallinnon rooli käsitetään ja mihin hallinnon responsiivisuuden nähdään kohdistuvan. Responsiivisuus voi olla luonteeltaan epäsuoraa, jossa hallinto toteuttaa poliittisten päättäjien tulkintoja kansan toiveista. Toisen näkemyksen mukaan responsiivisuus on luonteeltaan suorempaa ja hallinnon funktio on itsenäisempi eli hallinto vastaa suoraan kansalaisten ilmaisemiin tarpeisiin. Tällöin korostuu hallinnon ja kansalaisen tai asiakkaan välinen suhde. Asiakasorientaation liittyvällä asiakasresponsiivisuudella ymmärretään erityisesti hallinnon edustuksellisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja kansalaisten osallisuutta päätöksentekoon. (Ks. Saltzstein 1992; Stivers 1994; Vigoda 2000; Bryer 2007; Yang & Callahan 2007.)

Tässä tutkimuksessa julkispalvelujen responsiivisuutta tarkastellaan julkishallinnon uudistamiseen ja julkisjohtamisen asiakasorientaatioon liittyvänä tavoitteena. Ei ole yhdentekevää, millä tavoin uudistuksia asiakasresponsiivisuuden nimissä perustellaan, koska julkinen keskustelu vaikuttaa kansalaisten käsityksiin, preferensseihin ja odotuksiin julkishallinnon toiminnasta (ks. Setälä 2003, 91). Esimerkiksi terveydenhuoltopolitiikassa responsiivisuuden tavoite voi liittyä hoitoon pääsyn helpottamiseen, palvelujen tasapuolisuuteen, hoidon jatkuvuuteen tai kykyyn vastata potilaiden tarpeisiin (Vuori 2005, 36).

Responsiivisuuden käsitteellistäminen on ongelmallista, sillä siihen kietoutuu kysymykset vallasta, vastuusta ja eri toimijoiden – hallinnon, politiikan, virkamiesten ja kansalaisten – välisistä keskinäisistä suhteista. On epäselvää, millaista responsiivisuutta kulloinkin vaaditaan ja kenen tarpeisiin pitäisi vastata herkemmin.

¹⁹ Responsiivisuudella voidaan tarkoittaa poliittisten päättäjien ja virkamiesten välisiä vastuumekanismeja, toimintapoliittisia neuvotteluja, päätöksenteon demokraattista kontrollia tai suppeammin liittyy responsiivisuus hallinnollisiin ja ammatillisiin proseduureihin. Esimerkiksi laatujohtamisessa korostetaan asiakkaan tarpeiden ja odotusten kohtaamista tuloksellisen toiminnan edellytyksenä.

Politiikan ja hallinnon suhde

Hallinnon ja politiikan dikotomia on keskeinen responsiivisuuden pyrkimyksissä. Responsiivisuus kansalaisten toiveita kohtaan korostaa poliittisen päätöksenteon ja lainsäädännön merkitystä. Byrokratian responsiivisuus puolestaan painottaa asiantuntijuuteen perustuvaa rationaalista toimintaa (Saltzstein 1992). Poliitikka ja hallinto nähdään erillisinä. Taustalla on weberiläinen ajattelu rationaalis–legaalista hallintojärjestelmästä, jossa hallinto toimii poliittisen päätöksenteon alaisena ja poliittiset päättäjät ovat vastuussa kansalle (Uhr 2014, 227). Hallinnon responsiivisuus muistuttaa oikeudellista ja poliittista tilivelvollisuutta.

Edustuksellisen demokratian näkökulmasta responsiivisuudessa on kyse julkisen vallan legitimitetistä ja kontrollista: julkishallinnon on oltava responsiivinen poliittisille päätöksille ja samalla tapaa virkamiesten tehtävä on edustaa kansan tahtoa takaamalla hyvä hallinto asiakkailleen (Saltzstein 1992; Peters 2014, 214). Kansalaiset ovat antaneet poliittisen mandaatin päätöksentekijöille, ja tehokasta hallintoa tarvitaan kansalaisten tarpeisiin vastaamiseksi.

Hallinnon responsiivisuus ymmärretään osana poliittista vastuuta ja prosessia, jonka tehtävänä on kansalaisten intressien yhteensovittaminen. Viranhaltijat toimivat kansalaisten tarpeiden ja preferenssien mukaisesti. (Sjöblom 1999, 20.) Vigoda (2002) mukaan poliittinen responsiivisuus voi ruokkia päätöksentekijän itseintressiä. Kansalaisten tyytyväisenä pitäminen voi mennä asiantuntijuuden edelle ja johtaa lyhyen aikavälin päätöksiin.

Poliittisissa puheissa usein vedotaan responsiivisuuteen ja päätöksenteon kansanvaltaisuuteen. Käytännössä responsiivisuus voi tarkoittaa, että kansalaisten preferenssejä koskeva informaatio on vain jollain tapaa huomioitu päätöksenteossa. Responsiivisuus on demokratian ehto, mutta se ei takaa päätöksentekojärjestelmän demokraattisuutta tai kansalaisten valtaa suhteessa päätöksentekijöihin. (Setälä 2003, 32.) Vigoda (2002) on jäsentänyt evolutiivisesti kansalaisen ja julkishallinnon välistä suhdetta (taulukko 2). Julkishallinnon ja kansalaisen välinen vuorovaikutussuhde ja roolit kehittyvät jatkumossa, jossa sukupolvittaiset kehityskaaret ovat osittain limittäisiä, rinnakkaisia ja asteittaisia (ks. Vigoda 2002). Kansalaisen roolin muuttuminen alamaisesta kumppaniksi ja omistajaksi edellyttää hallinnon ja kansalaisen välisen suhteen kehittämistä pakottavasta kansalaislähtöiseksi. Jäsennyksen perusteella kansalaisen ja hallinnon vuorovaikutuksen responsiivisuus ei vielä tarkoita tasavertaista kumppanuutta, vaan pikemminkin asiakkuuden johtamista.

Taulukko 2. Vigodan (2002, mukailen) typologia kansalaisen ja hallinnon roolien ja vuorovaikutussuhteen kehittymisestä

	Kansalaisen rooli	Hallinnon rooli	Vuorovaikutuksen luonne
~1700-luku	alamainen	hallitsija	pakottava
1800–1970	äänestäjä	edunvalvoja	valtuuttava
1980–2000	asiakas	manageri	responsiivinen
2000->	kumppani	kumppani	yhteistyö
ideaali	<i>omistaja</i>	<i>alamainen</i>	<i>kansalaislähtöinen</i>

Asiakasresponsiivisuus

Responsiivisuus asiakkaalle merkitsee eri asiaa kuin perinteinen käsitys edustuksellisesta, oikeudellisesta tai poliittisesta responsiivisuudesta kansalaiselle. Responsiivisuus asiakkaiden tarpeita kohtaan kumpuaa yritysten markkinalogiikasta, jossa sensitiivisyys tarkoittaa vastaamista kuluttajan vaatimuksiin ja tarpeisiin. Tällaista managerialistista julkishallinnon asiakasresponsiivisuutta korostetaan julkisjohtamisen kirjallisuudessa ja reformeissa, joiden keskeisenä periaatteena on asiakaslähtöisyys tai asiakastyytyväisyys. Asiakasresponsiivista palvelujen kehittämistä ohjaavat usein taloudelliset insentiivit. Asiakkaiden tarpeet on tyydytettävä kustannustehokkaasti, mutta palvelut tuotettava laadukkaasti poliittisen tahdon mukaisesti. Tulkitsen asiakasresponsiivisuuden liittyvän tarpeiden ja resurssien suhteeseen järjestelmätasolla, kun taas asiakastyytyväisyys liittyy preferensseihin ja palveluprosessin vuorovaikutustilanteeseen.

Asiakasresponsiivisuus sisältää moniulotteisen vastuun. Julkishallinnon asiakasresponsiivisuus ymmärretään perinteistä legaalishierarkkista vastuuta laajemmin responsiivisuutena palveluntuottajille ja asiakkaille. Managerialistiset johtamisopit painottavat professionaalien vastuuta tuloksista eikä niinkään prosesseista. Hallinnon odotetaan vastaavan sekä ylös- että ulospäin asiakkaiden ilmaisemiin tarpeisiin. Asiakasorientaatio ja asiakasresponsiivisuus korostaa hallinnon horisontaalista vastuuta, jossa tuloksellisuutta mitataan tyypillisesti asiakastyytyväisyyskyselyillä. (Cope 1997; Romzek 2000; Mulgan 2000; Romzek & Johnston 2005; Koppell 2014, 379.)

Koppell (2005) erottaa asiakasresponsiivisuuden hierarkkisesta vastuusta ja kontrollista. Yhtäältä se voidaan tulkita vastaamisena palveluja käyttävien

mieltymyksiin ja preferensseihin, ja toisaalta tarpeisiin vastaamisena organisaation tavoitteen täyttämiseksi. Ero on painotuksissa: preferensseihin vastaaminen liittyy asiakastyytyväisyyden funktioon, mutta tarpeisiin vastaaminen kertoo organisaation tuloksellisuudesta. Molempia responsiivisuuden muotoja voidaan arvioida siitä näkökulmasta, täyttääkö organisaatio sille oleelliset odotukset, kansalaisten tyytyväisyyden ja julkisen toimintapolitiikan tavoitteet. (Koppell 2005.)

Thomasin ja Palfrey'n (1996) mukaan asiakasresponsiivisuus on tärkeä osa tuloksellisuutta, koska responsiivisuus kertoo, miten nopeasti ja täsmällisesti palvelut vastaavat asiakkaiden palvelutarpeisiin, oikea-aikaisesti ja oikealla tavalla. Ongelmallista on, että eri toimijoilla on erilaiset käsitykset siitä, miten palvelut vastaavat tarpeita: päätöksentekijät, professiot ja käyttäjät tulkitsevat niitä omista näkökulmistaan. Toisin kuin yksityissektorilla, julkisen sektorin toiminnan kohdentumisen tarkkuus liittyy yhteiskunnallisiin kysymyksiin hyvinvoinnin, tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden jakautumisesta.

Vigoda'n (2002) mukaan responsiivisuus on synteesi liiketaloutta, politiikkaa ja inhimillisiä voimavaroja. Yhtäältä pitää olla kiinnostunut asiakastyytyväisyydestä ja -tarpeista, julkisuudesta ja huomiosta. Toisaalta toiminnan demokraattisuudesta, koska responsiivisuus on hallinnon legitimitietin perusta, lainsäädännöstä kumpuava velvoite. Se voi olla myös viranhaltijan ominaisuus, kyky tunnistaa ja kuulla kansalaisten tarpeita.

Asiakasresponsiivisuus ei tarkoita tilivelvollisuutta, vaan se on pikemminkin poliittinen imperatiivi palvelujen parantamiseksi. Palvelujen responsiivisuuden pyrkimys voi luoda palveluntuottajille insentiivejä ottaa asiakkaiden toiveet paremmin huomioon, mikä voi parantaa palvelua, mutta se ei tee tuottajista poliittisesti vastuullisempia. (Mulgan 2000; Damgaard & Lewis 2014, 269.) Tiukka taloudellinen ajattelu voi johtaa populistisiin ja lyhytnäköisiin päätöksiin ja vähentää palvelujen tasoa ja laatua. Toisaalta asiakasresponsiivisuuden korostaminen voi vahvistaa kansalaisten mielikuvia tehokkaasta julkishallinnosta ja verovarojen käytöstä. (Vigoda 2000; 2002.)

Responsiivisuuden operationalisoinnin ongelmat

Vaikka responsiivisuuden näkökulma olisikin jollakin tapaa mahdollista määrittää, ongelmana on käsitteen operationalisointi, mikä edellyttää vastausta kysymyksiin responsiivinen kenelle tai minkä suhteen ja missä muodossa (Saltzstein 1992). Juhlapuheissa responsiivisuutta korostetaan, mutta esimerkiksi Setälä (2003, 53) kyseenalaistaa päätöksenteon responsiivisuuden toteutumisen edustuksellisessa

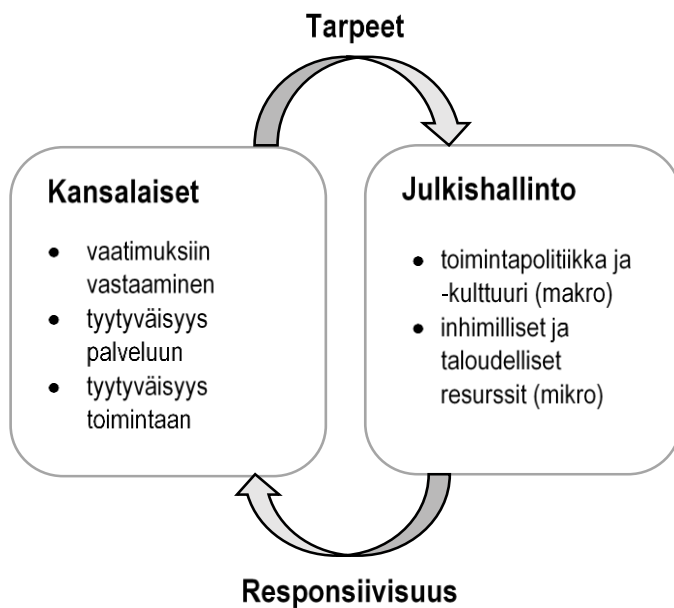
demokratiassa. Responsiivisen hallinnan idea perustuu ajatukseen, että poliittiset päätökset ovat riippuvaisia kansalaisten preferensseistä, mutta eri preferenssien yhdistäminen on ongelmallista. Kansan tahtoa korostavat teoriat ovat tietynlaisia tulkintoja päätöksenteon responsiivisuuden periaatteista, jotka vaativat tarkennusta siihen, kenen preferenssejä preferoidaan ja millä laajuudella toimintojen pitäisi vastata eri intressiryhmien tarpeita ja vaatimuksia. Myös responsiivisuuden ja tuloksellisuuden suhde on ristiriitainen. Reformeissa usein jää epäselväksi, mitä pidetään parannuksena ja kenen etuja parannetaan. Responsiivisuus sinällään ei tarkoita parempaa hallintoa. (Stivers 1994; Setälä 2003, 33; Lægreid 2014, 328–330.)

Responsiivisuus on pyrkimys hallita organisaation ulkoisia ja sisäisiä odotuksia, mutta tämä synnyttää jännitteitä. Julkishallinnon on etsittävä toiminnassaan tasapainoa poliittisen responsiivisuuden ja manageriaalisen asiakasresponsiivisuuden välillä. Reformipolitiikan asiakas- ja kustannusajattelu hämärtää poliittista ja hallinnollista vastuuta muuttamalla proseduraalista vastuukäsitystä tulosvastuuta korostavaan suuntaan (Lægreid 2014, 326–327; Uhr 2014, 233–234). Suppeasti responsiivisuus tarkoittaa työntekijöiden palvelukykyä, henkilöstön johtamistapaa ja asiakkaiden palvelukokemusta, mutta yleisemmällä tasolla responsiivisuus viittaa palvelujärjestelmän kykyyn vastata palvelun käyttäjien tarpeisiin; miten ja millaisia palveluja tarjotaan (Stivers 1994; 2001, 159–162; Vigoda 2000). Professioneille asiakasresponsiivisuus on kyky kuunnella asiakkaita, mutta erilaiset tulkinnat responsiivisuudesta luovat jännitteitä, sillä ”asiakkaat” voidaan nähdä ryhmänä yksilöllisiä kuluttajia eikä kollektiivisina päätöksentekijöinä. Uudet mekanismit responsiivisuuden lisäämiseksi ja epäselvät vastuusuhteet voivat olla keinoja hallita järjestelmää, mutta merkitysten moninaisuus voi luoda epävarmuutta ja epäselvyyttä niin hallinnossa kuin sen asiakkassakin (Lægreid 2014, 328–330; Peters 2014, 221).

Responsiivisuus on yhteydessä hallinnolliseen legitimizeettiin ja kontrolliin, minkä vuoksi käsitteeseen liittyy läheisesti hallinnon tilivelvollisuuden näkökulma, josta on viime aikoina tullut julkisen palvelutuotannon mekanismeihin ja sääntelyyn liittyvä muotisana (ks. Bovens ym. 2014, 4–6). Näissä *accountability* -keskusteluissa responsiivisuus on yksi julkishallinnon vastuuta laajentavista ulottuvuuksista. Responsiivisuus tulisi kuitenkin erottaa tilivelvollisuudesta, kontrollista ja hierarkkisista vastuusuhteista, sillä responsiivisuus viittaa hallinnon ylös- ja ulospäinsuuntautuvaan toiminnalliseen vastuuseen. Jännitteet syntyvät, kun organisaatio yrittää vastata sekä äänestäjien että asiakkaiden tarpeisiin. Perinteinen vertikaalinen vastuu täydentyy horisontaalisella responsiivisuudella asiakkaita ja palvelujen käyttäjiä kohtaan, mikä edellyttää julkishallinnolta entistä enemmän huomiota asiakkaiden signaaleihin. Vastuun korostaminen voi olla keino tehdä

viranhaltijat responsiivisiksi kansan tahtoa ja toiveita kohtaan, eikä vain pitää heitä vastuussa. Toisaalta eron tekeminen vastuun ja responsiivisuuden välille voi kertoa pyrkimyksestä vahvistaa kansalaisten oikeutta saada viranhaltijat ja päättäjät vastuuseen oikeudellisten ja poliittisten vaikutuskanavien avulla. (Mulgan 2000; Koppell 2014, 379; Lægreid 2014, 324–326.)

Responsiivisuutta voidaan jäsentää monista näkökulmista. Manageriaalinen näkökulma korostaa tuloksellisuutta, toiminnan tulosta ja laadun parantamista, byrokraattis-hallinnollinen näkökulma edustuksellisuutta ja tilivelvollisuutta. Poliittinen näkökulma korostaa demokraattisuutta, laajempaa vaikuttavuutta kansalaisiin. Responsiivisuuden eri ulottuvuudet ovat osittain ristiriitaisia ja osin päällekkäisiä. Olennainen kysymys asiakasresponsiivisuuteen liittyen on, kuinka hyvin asiakasjattelu ylipäätään istuu julkishallintoon? Ja jos niin, mistä näkökulmasta responsiivisuuden toteutumista tulisi arvioida: onko tarkoituksena toimintojen tehostaminen, kustannussäästöt vai palvelujen vaikuttavuus ja asiakastytyväisyys? Makrotasolla asiakasresponsiivisuutta määrittävät poliittiset ja kulttuuriset tekijät, mutta mikrotasolla taloudelliset ja inhimilliset voimavarat (ks. kuvio 3).



Kuvio 3. Julkishallinnon responsiivisuutta määrittävät tekijät (mukaiillen Vigoda 2000)

3 Päätöksenteon jännitteet teoreettisen tutkimuskirjallisuuden valossa

Tässä luvussa tarkastelen teoreettisesti asiakasresponsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan yhteensovittamisen jännitteitä päätöksenteossa, kun pyritään parantamaan julkisia palveluja. Edellä olen kuvannut tutkimuksen kontekstuaalista kehystä eli millaisiin reformipoliittisiin keskusteluihin julkishallinnon asiakasorientaation ja tehokkaan hallinnan pyrkimykset kytkeytyvät.

Uudistustavoitteiden ja palvelujen kehittämisen yhteinen päämäärä on tehokkuus. Uudistuksilla pyritään löytämään ”parhaat” toimintatavat rajallisten resurssien kohdentamiseksi Kuviossa 4 tietämisen ja soveltamisen ongelmiin liittyvät kehät kuvaavat teoreettista viitekehystäni. Hallinnon uudistamisen päämääränä on kokonaisuutenaan idea (luku 3.1), joka perustuu taloudelliseen rationaalisuuteen optimaalisesta ja mahdollisimman tehokkaasta voimavarojen hallinnan²⁰ mallista. Tätä puolta tarkastelen *tietämisen ongelmana* eli millaisiin oletuksiin julkishallinnon tehokas hallinta perustuu. Käytännössä uudistamisideoita on mahdollista soveltaa vain rajoitetusti ja ratkaisut edellyttävät valintoja. *Soveltamisen ongelma* puolestaan kuvaa erisuuntaisten tavoitteiden tulkintaa konkreettisessa päätöksentekotilanteessa. Päätöksenteossa syntyy jännitteitä uudistamisen tavoitteiden, keinojen, puheen ja toiminnan sekä tehtyjen valintojen seurausten välille (ks. luku 3.2). Tätä taustaa vasten pystyn käsitteellistämään tutkimusilmiötä asiakasresponsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan välisestä jännitteestä.

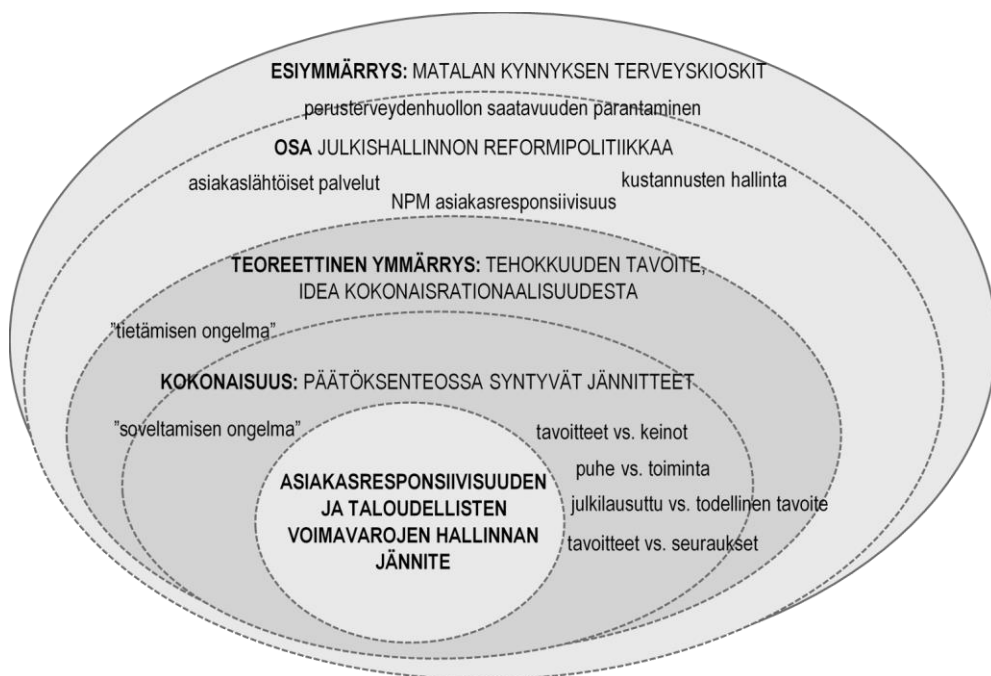
Teoreettisessa tarkastelussani pyrin tieteenfilosofisten lähtökohtieni mukaisesti ymmärtämään, millaisia ristiriitoja ja uusia ongelmia tavoitteiden ja ratkaisujen soveltaminen voi synnyttää päätöksenteossa. Hermeneuttisen kehän (ks. lisää luku 4) tavoin kuvio 4 kuvaa tutkimusasetelmaani, mutta myös tutkimusprosessiani edeten ulkokehältä ytimeen. Ensin minulla on ollut esiyymmärrys matalan kynnyksen terveystieteistä. Terveystieteitä käsittelevät osajulkaisut ovat tutkimusasetelmaani tutkimuksen empiirinen konteksti. Osajulkaisujen kautta olen

²⁰ Voimavarojen tehokas hallinta tarkoittaa tässä parhaan mahdollisen aikaansaamista tietyntyylisissä olosuhteissa (vrt. Simon 1957, 186–187). Rajalliset resurssit pyritään käyttämään kansalaisten tarpeiden tyydyttämiseen parhaalla mahdollisella tavalla.

aineistolähtöisesti pohtinut tutkimukseni aihepiiriä ja ilmiötä, ikään kuin kuorimalla sipulia kerros kerrokselta. Terveyskioskien matalan kynnyksen malli liittyy terveydenhuollon saatavuuden problematiikkaan, mikä puolestaan on osa julkishallinnon reformipolitiikkaa, joka painottaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja kustannushallintaa. Reformeihin kytkeytyy hallintotieteellinen keskustelu uuden julkisjohtamisen korostamasta asiakasresponsiivisuudesta.

Terveyskioski on toiminut eräänlaisena ikkunana asiakasresponsiivisuuden jännitteisiin. Tutkimuskohteenani olisi voinut olla terveystulos-instrumentti sinällään, mutta halusin ymmärtää kehittämissyönteiksiä teoreettisemmalla tasolla. Ilman empiriaa ymmärrykseni päätöksentekoon liittyvistä jännitteistä olisi varmasti vajanaisempi. Kuvion kehien välillä on tapahtunut jatkuvaa vuorovaikutusta sen eri osien välillä.

Vaikka tutkimusprosessi on ollut induktiivinen, on tutkimus luonteeltaan ja analyysiltään deduktiivinen. Osajulkaisut ovat paljastaneet jotain jännitteiden olemassaolosta, mutta teoreettista tulkintaa on tarvittu asiakasresponsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan välisen jännitteen käsitteellistämiseksi.



Kuvio 4. Tutkimusasetelma julkisten palvelujen asiakasresponsiivisuudesta ja taloudellisten voimavarojen hallinnan jännitteestä

3.1 Voimavarojen tehokas hallinta: optimaalisen toiminnan etsintä

Yksi julkishallinnon uudistusten keskeinen pyrkimys on etsiä ratkaisua siihen, miten hallita rajallisia voimavaroja mahdollisimman tehokkaasti. Tämä klassinen ongelma kumpuaa tarpeiden ja voimavarojen ristiriidasta, jonka mukaan tarpeita on rajattomasti ja voimavaroja niukasti. Julkishallinnon pitäisi pystyä tasapainottelemaan näiden välillä: ottamaan huomioon talouden reunaehdot, mutta myös taata kansalaisten erilaisia tarpeita vastaavat palvelut.

Taloustieteet perustuvat rationaalisuuden olettamukselle, että on mahdollista löytää kaiken kattava rationaalinen malli tai käsite, joka selittäisi tehokkuutta. Neoklassisen taloustieteen käsitys rationaalisuudesta liittyy ajatukseen tavoitteen asettamisesta ja tehokkaiden keinojen valinnasta. Se perustuu hyödyn maksimointiin, jossa tiedetään kaikki parhaat mahdolliset toiminnan vaihtoehdot ja niiden seuraukset sekä valintoja ohjaavat preferenssit ja näiden järjestys (Simon 1957, 80; Elster 1989, 28–30; Smelser 1998; March & Olsen 1994, 82).

Objektiivista optimaalista valintaa ohjaa *kokonaisrationaalisuuden*²¹ ihanne. Se pohjautuu olettamukseen, että on olemassa joukko annettuja vaihtoehtoja, joista voidaan valita, joiden seurausten todennäköisyys tiedetään ja joiden valintaa ohjaa stabiili arvohierarkia (Simon 1957, 67; Simon 1997, 291–293). Kokonaisrationaalisilla valinnoilla pyritään käyttämään rajalliset resurssit optimaalisesti eli löytämään paras mahdollinen vaihtoehto, jossa taloudelliset, poliittiset ja eettiset näkökulmat sekä sidosryhmien odotukset olisi huomioitu ihanteellisella tavalla (Vakkuri 1998, 51; 2009a, 13).

Rationaalisuus on tavoitteellisuutta ja kytkeytyy tavoite-keinoajatteluun. Rationaalinen valinta on kiinnostunut parhaiden keinojen valinnasta halutun päämäärän saavuttamiseksi (Elster 1989, 24). Tavoitteet toimivat standardeina, joilla voidaan arvioida organisaation onnistumista (Etzioni 1964, 5). Rationaalinen malli ei ole vain haave paremmasta asioiden tilasta, vaan se on toiminnan ideaalityyppi, jota määrittää ideoiden ja toiminnan kausaalisuus ja päätöksenteon instrumentaalinen luonne. Organisaatioiden toimintojen uskotaan olevan rationaalisia, koska organisaatioiden odotetaan saavuttavan haluttuja tuloksia. (Ks. Thompson 1974, 11; Brunsson 1989b, 174; Brunsson 2006a, 17.) Valinta nähdään etukäteen määriteltyjen preferenssien, vaihtoehtojen ja näitä yhdistävien tekniikoiden tuotoksena.

²¹ Simon käyttää taloustieteen rationaalisuudesta useita erilaisia määritelmiä kuten *global rationality*, *substantive rationality*, *the rationality of neoclassical theory*, *objective rationality*, *maximization*, *optimization*, *perfect rationality*, *strict rationality* (Barros 2010).

Ongelmallista on se, minkä tavoitteiden ja kenen arvojen suhteen toiminta on rationaalista. (Simon 1957, 75–76; March & Olsen 1994, 82.)

Tehokkuus ymmärretään rationaalisuutena

Julkishallinnon toimintaa ja reformipolitiikkaakin keskeisesti ohjaava periaate on tehokkuus²². Reformeissa tehokkuus usein yhdistetään kustannusten karsimiseen, mutta se voidaan ymmärtää laajemminkin rationalisoinnin tavoitteena (Leemans 1976, 29). Rationaalisen toiminnan ideaalityypinä pidetään taloudellista tehokkuutta, ja taloudellisesta ajattelutavasta on tullut päätöksentekoa keskeisesti määrittävä tekijä.

Uudistamisen keinona taloudellinen tehokkuus ymmärretään usein insentiiviksi ja instrumentiksi (Margetts ym. 2010, 222). Tehokkuuden käsite liitetään yleensä talouden kasvuun, resurssien täydelliseen allokaatioon (ns. Pareto-optimaalisuuteen) tai tieteellisen liikkeenjohdon mekaaniseen ja voitto-orientoituneeseen käsitykseen tehokkuuden maksimoinnista suljetussa ympäristössä (Thompson 1974, 15; Le Grand 1990).

Julkisen hallinnon tehokkuus ei kuitenkaan tarkoita taloudellisuutta tai kustannustehokkuutta, vaan ollakseen rationaalinen päätöksentekijän tulisi toimia tehokkuuskriteerien mukaisesti. Julkishallinnon päätöksenteossa tehokkuuskäsite on analoginen taloustieteen hyödyn maksimoinnin kanssa siinä mielessä, että rajallisilla keinoilla ja resursseilla pyritään saavuttamaan organisaation tavoitteet maksimaalisesti. (Simon 1957, 121, 182.)

Tässä tutkimuksessa tehokkuus terminä edustaa ylintä päämäärää, johon rationaalisesti toimivan julkishallinnon pitäisi pyrkiä, ja asiakasresponsiivisuus periaatetta, jota päätöksenteossa pitäisi noudattaa.

Tehokkuuskriteeri määrää valittavaksi sen vaihtoehdon, joka antaa maksimaaliset tulokset käytettävissä olevilla resursseilla. Näin tehokkuus voidaan ymmärtää lyhimmän tien ja parhaiden keinojen valintana pyrittäessä haluttuihin päämääriin.

²² Tässä tutkimuksessa tehokkuus ymmärretään laajasti julkishallinnon päätöksentekoa ohjaavana periaatteena (vrt. Simon 1957, 14), toisin sanoen pyrkimyksenä tehdä tyydyttäviä valintoja rajallisesta keinovalikoimasta ja käyttää voimavarat parhaalla mahdollisella tavalla. Tehokkuus liittyy päätöksenteon jännitteisiin: tavoitteet ovat moninaisia, mutta keinot ja resurssit niiden toteuttamiseksi rajallisia (ks. Vakkuri 2009a, 14; Sinervo 2011, 146). Ymmärrän tehokkuudella toiminnan onnistumista, hyvyyttä ja menestystä, mutta yhtä hyvin sitä voisi kuvata tuloksellisuuden, tuottavuuden tai laadun käsitteillä (vrt. Meklin 2009, 31).

Tehokkuuskriteeri on neutraali suhteessa siihen, mitkä tavoitellut päämäärät²³ ovat. (Simon 1957, 14.)

Rationaalisuus on helppo sovittaa tehokkuuden ideoihin, että rationaaliset päätökset johtavat tehokkaiisiin toimiin haluttujen vaikutusten aikaansaamiseksi (ks. Brunsson 2006a, 19). Jos rationaalisuus liittyi tavoite-keinoajatteluun, kytkeytyy tehokkuus keinojen määrittelyyn. Julkinen palvelu voi olla tehokas suhteessa moniin tavoitteisiin. Simonin (1957, 184–185) mukaan arvokysymykset kuuluvat tieteen ulkopuolelle, minkä vuoksi tehokkuus on päätöksenteon tosiasiallinen kriteeri ja eettiset kriteerit puolestaan määrittävät valintojen arvottamista.

Tehokkuuden prinssiippi on vain yritys rationaalisesti maksimoida tiettyjä toiminnan tavoitteita käyttämällä rajallista keinovalikoimaa, mutta tehokkuus itsessään ei kerro, miten valittu päämäärä maksimoidaan. Tehokkuus kuvaa päämäärää ja on pikemminkin hyvän toiminnan määritelmä kuin periaate, joka luonnehtii niin taloustieteen kuin hallintotieteenkin teoriaa. Kuten Simon (1946) toteaa:

Actually, the "principle" of efficiency should be considered a definition rather than a principle: it is a definition of what is meant by "good" or "correct" administrative behavior. It does not tell how accomplishments are to be maximized, but merely states that this maximization is the aim of administrative activity, and that administrative theory must disclose under what conditions the maximization takes place. (Simon 1946, 64.)

Optimaalisuus vs. kompleksisuus

Klassisen rationaalisuuskäsityksen mukaan päätöksenteossa etsitään optimaalista toimintamallia, parasta mahdollista organisointitapaa. Organisaatiot kuitenkin etsivät optimaalisen sijasta tyydyttävää, riittävän hyvää ja kelpollista ratkaisua (March & Simon 1964, 140; Etzioni 1964, 30). Koska inhimillinen tiedollinen kapasiteetti on rajallinen ja ongelmat usein kompleksisia, merkitsee rationaalisuus yksinkertaistettuja ratkaisumalleja. Ongelma, toiminta ja keinot ovat vain löyhästi toisiinsa sidottuja (*loosely coupled*) ja valittu toimintamalli soveltuu rajattuihin tilanteisiin rajatuilla seurauksilla. Inhimillisessä päätöksenteossa rationaalisuus on rajoitettua²⁴ ja vain

²³ Vielä 1800-luvun lopulla termejä *efficiency* (tehokkuus, teho) ja *effectiveness* (hyödyllisyys, vaikuttavuus, tehollisuus) pidettiin lähes synonyymeinä, mutta myöhemmin tehokkuudella on tarkoitettu useimmiten panoksen (*input*) ja tuotoksen (*output*) suhdetta, jossa panokset kuvaavat käytettyjä voimavaroja ja tuotos liittyy organisaation päämäärään. (Simon 1979, 210; Simon 1957, 180; Etzioni 1964, 8.)

²⁴ Rationaalinen toiminta tarkoittaa rajallisten komponenttien käsittelemistä yhdellä kertaa (March & Simon 1964, 169). Inhimillinen toiminta on rajoittuneesti rationaalista. Sitä rajoittavat tietämyksen epätäydellisyys, ennustamisen vaikeudet ja toimintamahdollisuuksien laajuus. Rajoitettu rationaalisuus

harvoin pystytään parantamaan montaa asiaa samanaikaisesti. (March & Simon 1964, 169; Weick 1976.)

Tehokkuuden maksimoinnin idea pohjautuu yksiselitteisyyden ja universaalisuuden oletukseen optimaalisesta valinnasta. Julkishallinnon uudistamisessa tehokkuusperiaatteen yksitulkintaisuudelle on erityinen tilaus, sillä hallinnon legitimizeettiin vaikuttavat politiikkatoimien lisäksi myös niihin käytetty argumentaatio (Vakkuri 2009b, 206). Esimerkiksi terveydenhuoltouudistusta perustellaan kustannustehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden argumenteilla, mutta käsitteiden sisältöön liittyy moninaisia tulkintoja ja ongelmien ratkaisuun monenlaisia käsite- ja uskomusjärjestelmiä. Terveystieteiden ongelmien ratkaisut ovat monenlaisia, vaikeasti määriteltäviä ja ratkaisut toisistaan riippuvia (ks. Raisio 2009, 90; Vartiainen 2009, 173).

Esimerkkejä julkishallinnon kokonaisrationaalisuuden määritelmistä

Julkishallinnon reformeilla pyritään edistämään tehokkuutta ja mukautumaan kompleksiseen ympäristöön. Uudistuksilla haetaan ratkaisuja kasvaviin palvelutarpeisiin ja kustannusten hillitsemiseksi. Tehokkuuden rinnalla puhutaan tuottavuudesta, taloudellisuudesta, kustannustehokkuudesta ja vaikuttavuudesta (Meklin 2012). Rationaalisia toimintatapoja etsitään teoreettisilla, käsitteellisillä ja metodologisilla määrittelyillä ja johtamismalleilla, joihin otetaan mallia muiden maiden reformipolitiikasta (Vakkuri 2009a, 27). Esimerkiksi uuden julkisjohtamisen käsitykset asiakasresponsiivisuudesta ja toiminnan kustannustehokkuudesta levisivät 1990-luvulla laajalti länsimaisiin julkishallintoihin. Rationaalisia malleja pidetään hyödyllisinä uudistamisessa, mutta ne ovat yksinkertaistavia eivätkä heijasta todellisuuden kompleksisuutta (Brunsson 2006a, 47–78).

Julkishallinnon toiminnassa pyritään lähtökohtaisesti rationaalisuuteen, jolle annetaan eri aikoina erilaisia määritelmiä, kuten tuottavuus, vaikuttavuus, laatu tai tuloksellisuus. Käsitteillä yritetään määrittää julkishallinnon kokonaisrationaalisuutta ja kuvata päämäärää, johon rationaalisesti toimivan julkishallinnon pitäisi pyrkiä (vrt. Vakkuri 2009a, 16; Meklin 2009, 34–35). Käsitteillä, luokituksilla ja periaatteilla hallitaan sosiaalista todellisuutta; ne ovat eräänlaisia uskomuksia hyväksyttävästä ja rationaalisesta toiminnasta.

johtuu päätöksentekijän kyvyttömyydestä ottaa samanaikaisesti huomioon kaikki päätökseen liittyvät arvot, tieto ja käyttäytyminen. Inhimillinen rationaalisuus toimii psykologisen ympäristön asettamissa rajoissa. (Simon 1957, 108.)

Tuloksellisuuden käsite suomalaisessa hallinnon tutkimuksessa on esimerkki kokonaisrationaalisuuden ajatuksesta. Tuloksellisuus kuvaa organisaation kokonaistavoitteiden saavuttamista, toiminnan aikaansaannosta ja onnistumista kolmesta näkökulmasta: taloudellisuuden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden ulottuvuuksista (ks. esim. Vakkuri 2006; Meklin ym. 2009, 248). Tuloksellisuus kertoo, että oikeita asioita tehdään oikein. Käsitteen käyttöönottamisella haluttiin kehittää julkisten organisaatioiden toiminnan arviointiin laaja-alaisempaa ja moniulotteisempaa näkökulmaa kuin pelkkä talousnäkökulma (Kuusela 2001, 64). Tuloksellisuuden käsite pohjautuu vastinetta verorahoille -ajatteluun (*value for money*) ja 3E:n malliin (*Economy, Efficiency, Effectiveness*), jossa pyritään nostamaan esiin toiminnan laajemmat vaikutukset asiakkaisiin ja kansalaisiin (esim. Kuusela 2001, 53; Meklin 2009, 36; Vakkuri 2009a, 16).

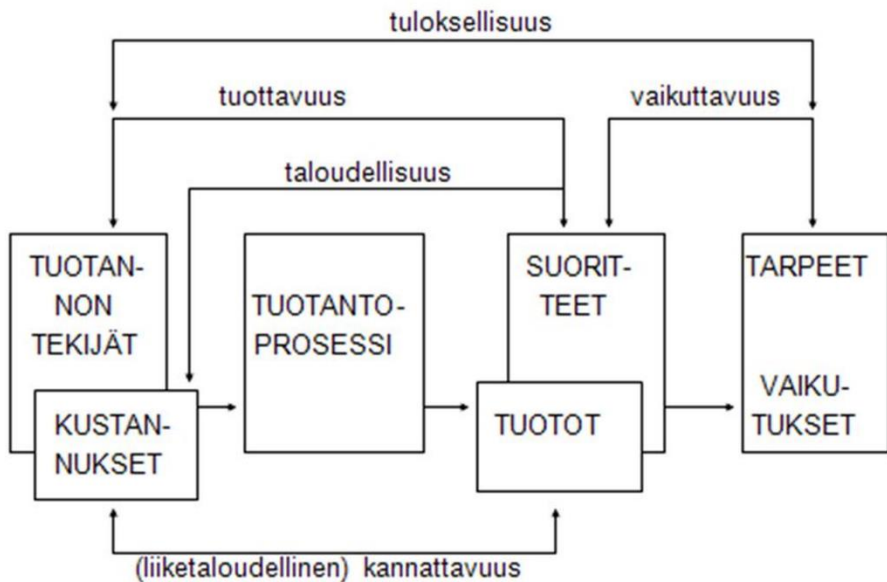
Kuvio 5 jäsentää erilaisia tuloksellisuuden tulkintoja ja kokonaisrationaalisuutta tavoittelevia käsitteitä, joilla pyritään saamaan toiminnan onnistumista kuvailevat kriteerit ja näkökulmat yhden kokonaisuuden alle. Tarkastelen tässä suomenkielisiä käsitteitä ja miten ne mallintavat kokonaisrationaalisuutta.

Tuottavuus kuvaa optimaalista tuotosten ja panosten välistä suhdetta, ja käsite voidaan siten ymmärtää pyrkimykseksi jäsentää julkisen toiminnan kokonaisrationaalisuutta. Tuotos-panosjärjestelmässä tuottavuus tarkoittaa toiminnallista rationaalisuutta eli kykyä muuntaa panokset tuotoksiksi (Vakkuri 2009a, 15–16). Tuottavuus ja taloudellisuus ovat suhdekäsitteitä: pyrkimyksenä on tuottaa samoilla panoksilla enemmän tuotoksia tai vastaavasti samat tuotokset pienemmillä panoksilla. Tuottavuudessa panokset ilmaistaan tuotannon tekijöinä, mutta kun panokset ilmaistaan raha-arvossa, esimerkiksi yksikkökustannuksina, on kyse taloudellisuudesta. (Meklin 2009, 35–36.) Tuottavuudella voidaan tarkoittaa myös prosessien tehokkuutta tai työn tuottavuuden johtamista, mutta julkisessa tuottavuuskeskustelussa puhutaan usein taloudellisuudesta (Pakarinen 2009). Taloudellisuus ja tuottavuus eivät kuitenkaan kuvaa onnistumista tarpeiden tyydytyksessä eli sitä, tehtiinkö oikeita asioita oikein (Meklin ym. 2009, 249). Esimerkiksi terveyspalvelut voivat olla taloudellisia ja tuottavia, vaikka ne eivät vastaisikaan käyttäjien tarpeita ja odotuksia.

Vaikuttavuus kuvaa aikaansaatuja vaikutuksia ja tavoitteiden saavuttamista erityisesti asiakas- ja kansalaisnäkökulmasta. Esimerkiksi terveydenhuollon uudistuksissa kansalaisten osallistuminen ja osallisuus nähdään tarpeellisenä, jotta vältetään professionaalisten näkemysten liiallinen korostuminen (Vartiainen 2009, 179). Vaikuttavuuden käsite pyrkii määrittämään julkisen toiminnan kokonaisrationaalisuutta kuvaamalla tuotosten ja tarpeiden tyydytyksen välistä

suhdetta aikaansaaduilla vaikutuksilla. Vaikuttavuus viittaa organisaation onnistumisen asteeseen; kuinka hyvin se pääsee tavoitteisiinsa (Etzioni 1964, 17). Tätä voidaan tarkastella tavoitteiden saavuttamisen asteena eli miten toimenpiteet vastaavat poliittisesti asetettuja tavoitteita, tai tarpeiden tyydytyksen asteena tai kykyinä aikaansaada vaikutuksia. Vaikuttavuus liittyy siihen, miten onnistuneita palvelut ovat suhteessa asiakkaiden tarpeisiin tai miten toiminta vaikuttaa kansalaisiin ja yleisemmin yhteiskuntaan: saako toiminta aikaan haluttua muutosta, tavoiteltuja vaikutuksia ja täyttääkö se asetetut odotukset. (Vakkuri 2006; Meklin ym. 2009, 249; Pakarinen 2009; Sinervo 2011, 33.) Vaikuttavuuden lähikäsitteinä voidaan pitää esimerkiksi yhteiskunnallista vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta, palvelukykyä tai palvelujen laatua (Meklin 2009, 38–39).

Toiminnan tuloksellisuuteen liittyvät 3E:n käsitteet ovat saman sisältöisiä, vaikka niissä korostetaan eri asioita. Ajatusmallin perustana on panos-tuotosmalli, mutta käsitteet painottavat eri osia: yhdellä voidaan kuvata kokonaisrationaalisuutta ja toisella sen osa-alueita. Käsitteet pyrkivät tarjoamaan rationaalisen mallin, jonka mukaan organisaation tulisi toimia onnistuakseen. (Brunsson 2006a, 43; Meklin 2009, 46; Vakkuri 2009a, 17.



Kuvio 5. Oletus organisaation toiminnan kokonaisrationaalisuudesta: tuloksellisuuskäsitteistö 3E:n mallin mukaisesti (Meklin 2002, 85; Meklin 2009, 46)

Tehokkuus viittaa usein toiminnan rationaalisuuteen, mutta tehokkuudenkin käsite voidaan ymmärtää yhtenä kokonaisrationaalisuuden mallina²⁵. Esimerkiksi terveystaloustieteessä tehokkuus kuvaa resurssien ja hyvinvointivaikutusten suhdetta, jossa terveydenhuollon resurssit on allukoitu optimaalisesti kansalaisten hyvinvointia tuottaviksi. Kustannus-vaikuttavuusanalyseilla pyritään määrittämään terveydenhuollon tehokkuuden kokonaisrationaalisuutta ja löytämään tehokkain vaihtoehto. Päätöksenteon tueksi terveysvaikutusten kokonaisarviointiin on kehitetty laukupainotteisia elinvuosia kuvaava mittari QALY (*Quality Adjusted Life Years*), jota pidetään parhaana terveydenhuollon vaikuttavuuden mittarina. Mallin tarkoitus on kuvata ”oikein” terveydentilassa vietetyn ajan arvokkuutta kansalaiselle. Elämänlaadun ja elämän pituuden välillä oletetaan olevan vaihtosuhte; pidempi elinaika ja parempi terveys asetetaan lähtökohtaisesti arvokkaammiksi kuin huonossa terveydentilassa vietetty aika. Taustalla on rationaalinen ajatus siitä, että terveydentilan määrittely, hoidon vaikutukset ja kansalaisten preferenssit on mahdollista selvittää empiirisesti. (Ks. Valtonen 2006, 115–116; Sintonen & Pekurinen 2006, 254–255.) Malli ei kuitenkaan ota huomioon ihmisten erilaisia näkemyksiä elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä tai terveyshyödyn arvosta eri elämänvaiheissa.

Maksimointi ei ole ongelmallista silloin, kun valintoja voidaan tehdä yksiuolotteisesti (ts. valita terveyden ja sairauden väliltä), mutta jännitteitä ilmenee moniuolotteisissa valintatilanteissa (ts. edistetäänkö terveyttä vai hyvinvointia). Käytännössä valinnat eivät tapahdu absoluuttisten arvojen välillä, vaan eri tasojen välillä. (Thompson 1974, 107–108.) Poliittinen toiminta on enimmäkseen päätöksentekoa, jossa rationaalisen toiminnan sijaan tehtävänä on tuoda esiin erilaiset päämäärät, vaihtoehdot ja seuraukset. Keskustelu parhaasta mahdollisesta vaihtoehdosta sisältää eri ideologioita, ristiriitoja ja konflikteja, joissa ei olla kiinnostuneita niinkään ratkaisusta kuin ongelmista, joihin usein ei edes ole löydettävissä ratkaisua (Brunsson 1989b, 22–23).

²⁵ Esimerkiksi allokatiivinen tehokkuus kuvaa panosten kohdentumisen optimaalisuutta ja tuotosten jakautumisen rationaalisuutta eri kohderyhmille. Kustannustehokkuudella puolestaan viitataan panosten ja tuotosten optimaalisuuteen eli valitaan kustannuksiltaan paras mahdollinen vaihtoehto. (Ks. Vakkuri 2009a, 15.) Hallintotieteellisessä kirjallisuudessa taloudellisuus ja tuottavuus luokitellaan usein toiminnan sisäiseksi tehokkuudeksi ja vaikuttavuudella kuvataan ulkoista tehokkuutta (Meklin 2009, 37).

3.2 Kokonaisrationaalisuus päätöksenteossa: soveltamisen jännitteet

Käsitteet ja mallit, joilla pyritään määrittämään julkisen toiminnan kokonaisrationaalisuutta, muuttuvat ongelmallisiksi, kun niitä yritetään soveltaa päätöksenteossa. Päätöksenteossa on epävarmuutta tavoitteista, keinoista ja valintojen seurauksista. Tarkastelen päätöksenteon jännitteitä neljästä näkökulmasta. Ensinnäkin *tavoitteista ja keinoista voi olla epäsehyttä*: tavoitteiden ja keinojen suhde on arvosidonnainen, tavoitteet ovat usein puutteellisesti muotoiltuja ja keinot niiden saavuttamiseksi monitulkintaisia. Toiseksi *päätöksenteko, puhe ja toiminta voivat olla ristiriidassa keskenään*: reformipuhetta ja päätöksiä voidaan tuottaa ilman konkreettisia toimia tai toiminnan legitimoinniksi ulkopuolelle. Vastaavasti toiminta ei aina vastaa puhetta ja päätöksiä. Kolmanneksi sisäisten ristiriitojen välttämiseksi *julkilausuttu tavoite voi poiketa todellisesta tavoitteesta*. Lopuksi jännitteitä aiheuttavat myös *päätöksistä syntyvät ennakoimattomat seuraukset*, jotka voivat olla tavoitteeseen nähden vastakkaisia tai odottamattomia tuloksia synnyttäen jälleen uusia ongelmia ratkaistavaksi. Käsitelen näitä päätöksenteossa syntyviä jännitteitä kokonaisrationaalisuuden soveltamisen ongelmina.

Organisatorisia paradokseja on tutkittu johtamisen näkökulmasta organisaation menestymiseen ja muutokseen liittyvänä ilmiönä, jossa korostuu toiminnan staattisuuden ja dynaamisuuden välinen ristiriita (esim. Cameron 1986; Quinn 1988; Ford & Backoff 1988; Poole & van de Ven 1989). Tutkimuksessani en ole niinkään kiinnostunut organisaatiojohtamisen kysymyksestä. Olen kiinnostunut siitä, millaisia jännitteitä julkishallinnon uudistamispolitiikan tavoitteet synnyttävät päätöksentekoprosessissa. Yhteiskunnallisten ongelmien toimintapolitiikkaan liittyvän tutkimuksen täytyy keskittyä toimintasuuntien eri vaihtoehtojen moniin funktioihin ja dysfunktioihin.

After all, research bearing upon general policies dealing with socially defined problems in and of society must focus on multiple functional and dysfunctional consequences of alternative courses of action for a variety of social units (e.g. varied groups, strata, regions) and the more comprehensive social systems. This is the case even though no scientific calculus of course exists for assessing, choosing among, and integrating such diverse consequences. (Merton 1976, 171.)

Tarkastelen voimavarojen hallintaan liittyviä jännitteitä teoreettisesti kahdella tasolla. Tehokkaan toiminnan etsinnän ongelma liittyy sen käsitteellistämiseen, mistä tiedetään, mikä on tehokasta eli miten rationaalista toimintaa pyritään jäsentämään erilaisilla malleilla, mittareilla ja käsitteillä. Soveltamisen ongelma liittyy siihen, miten

pitäisi toimia näiden tehokkuusoppien käsityksen mukaisesti eli miten tehokkuusoppien käyttö tulkitaan ja ymmärretään päätöksenteossa ja millaisia jännitteitä se synnyttää (ks. Vakkuri 2006). Edellisessä luvussa käsitelin tietämisen ongelmana julkisen toiminnan tehokkuustavoitetta ja käsitteitä, joilla toimintaa pyritään parantamaan. Reformien tavoitteet konkretisoituvat tosiasiallisesti poliittisessa päätöksenteossa, jossa sovitetään yhteen erilaisia preferenssejä, intressejä ja päämääriä. Tässä luvussa tarkastelen kokonaisrationaalisuuden soveltamisesta päätöksenteossa syntyviä jännitteitä.

Tavoitteiden ja keinojen välinen ristiriita

Rationaaliseen tavoite-keinoajatteluun liittyy rajoituksia. Rationaalinen päätöksenteko edellyttäisi kaikkien vaihtoehtoisten keinojen vertailua ja täydellistä tietämystä valintojen seurauksista. Todellisuudessa tavoitteet ovat usein epätäydellisesti muotoiltuja ja päätöksentekijällä on vain rajoittunut näkemys toimintaympäristöstä, keinojen lainalaisuuksista ja niiden tulevista seurauksista (Simon 1957, 81; Elster 1989, 32). Tavoitteiden ja keinojen välinen suhde on nykytietämyksellä epävarmaa, minkä vuoksi oikeiden keinojen löytäminen päämäärän saavuttamiseksi on hankalaa. Lisäksi valinnat ovat arvolatautuneita, ja keinojen erottaminen tavoitteista voi olla käytännössä mahdotonta.

Valinnoilla voi olla toisenlaisiakin seuraamuksia. Keinojen valintaan vaikuttaa myös toivotun tilan toteuttamiseen liittyvä aikajänne eli odotukset siitä, mitä tavoitteista toteutetaan kullakin hetkellä. Yhdellä hetkellä voidaan parantaa vain yhtä asiantilaa, mutta laajemmalla ajanjaksolla monia. Tämä tuottaa päätöksentekoon kaksi ongelmaa: ensiksikin sen, mitä tavoitetta preferoidaan yhtenä ajankohtana ja mistä toisista on tällöin luovuttava, ja toiseksi sen, miten valittu tavoite mahdollisesti rajoittaa myöhemmin saavutettavia tavoitteita? (Simon 1957, 65.)

Rationaalisessa päätöksenteon mallissa oletetaan arvoilla olevan pysyvä arvohierarkia. Toimintapolitiikkaa ei voida arvioida vain yhden tavoite-keinoketjun näkökulmasta, vaan samalla toiminnalla voi olla seurauksia useampiin arvoihin eli tavoite-keinoketjuihin. Tavoitteet ja keinot eivät vastaa tosiasioita ja arvoja, mutta ne liittyvät toisiinsa. Tavoite-keinoketjussa arvo liittyy sitä toteuttaviin tilanteisiin, jotka puolestaan määrittävät aiheutunutta toimintaa. Jokainen tämän ketjun elementti voi siten olla joko keino tai tavoite riippuen siitä, painotetaanko seuraamuksia vai arvojen toteuttamista. Poliittisessa päätöksenteossa arvot ja toiminta eivät ole erillisiä, vaan ongelman ratkaisussa kietoutuneet yhteen. Koska täydellinen rationaalinen valinta on mahdoton, toteutetaan tyydyttävän vaihtoehdon periaatteita, ja jaksoittaisessa

päätösprosessissa huomiota kiinnitetään tavoitteiden sijaan keinoihin ja riittävän hyvään nykytilaan. (Simon 1957, 74–75; Lindblom 1959; 1979; Elster 1989, 35; Simon 1997, 295.) Terveysthuollon uudistamisessa uudistuksen tavoitteiden laaja-alaisen pohtimisen sijaan on etsitty terveydenhuollon järjestämisen ongelmiin osittaisia ratkaisuja. Uudistusprosessissa on ollut tärkeämpää ”jotenkuten eteenpäin rämpiminen”, mikä hämärtää päämäärän, vaikeuttaa tavoitteiden yhtensovittamista ja lisää tulkintojen määrää keinoista.

Tavoitteiden ja keinojen tärkeysjärjestyksen vaihtuminen on yksi tavoitteiden syrjäytymisen (*goal displacement*) muoto, joka muuttaa uudistuksen päämäärää. Toisia tavoitteita korostetaan toisten kustannuksella. Tavoitteiden priorisointi voi vähentää konflikteja, mutta joskus osatavoitteesta voi tulla tärkeämpi kuin alkuperäisestä päämäärästä. Keinoista saattaa tulla tavoitteita tai tavoitteista keinoja, kun asiantilan säilyttämisestä tulee tärkeämpää kuin alkuperäisestä päämäärästä. Organisaatiot alkavat tavoitella sellaista, mikä sopii paremmin niiden tarpeille. (Ks. Etzioni 1964, 14–16; Merton 1976; Hood 1998, 212.)

Vakiintuneiden menettelytapojen noudattamista saatetaan pitää tärkeimpänä päätöksenteon kriteerinä. Institutionaalisoituneista säännöistä tulee ”rationalisoituja myyttejä”, jotka määrittävät organisaation tosiasiallista keinovalikoimaa ja toimintaa (ks. Etzioni 1964, 12; Meyer & Rowan 1977, 343–345; Brunsson 2006a, 19). Esimerkki myytistä ovat erilaiset tehokkuuden parantamista kuvaavat mallit ja käsitteet, jotka eivät suurista lupauksista huolimatta yksinään pysty varmistamaan tehokkuutta tai ottamaan huomioon kaikkia näkökulmia.

Tavoitteiden ja keinojen välistä ristiriitaa on myös tutkittu monitulkintaisuuden koulukunnassa. Monitulkintaisuus on organisaatiotoiminnan ydinelementti, joka liittyy osittain yksilöllisiin preferensseihin, mutta ennen kaikkea kollektiivisen päätöksenteon ongelmiin: päämäärien ja valintojen epävarmuuteen ja epäjohtonmukaisuuteen (ks. Cohen ym. 1972; Weick 1976; March 1978; March & Olsen 1994; Alvesson & Sveningsson 2011).

Suomessa monitulkintaisuutta on tutkittu esimerkiksi julkishallinnon taloudellisten voimavarojen viitekehyksessä (ks. esim. Vakkuri 2006; Sinervo 2011; Autero 2012), jossa monitulkintaisuus kuvaa julkisten tehokkuuspolitiikkojen epäselviä päämääriä, rajallisia keinoja sekä ongelmien ymmärtämisen, organisoinnin ja arvioinnin vaikeuksia. Tavoitteiden ja keinojen välinen ristiriita näkyy terveydenhuollossa voimavarojen kohdentamiseen liittyvänä epävarmuutena: yhtäältä ihmisten terveyspalvelujen tarvetta on vaikea ennustaa ja toisaalta myös terveydenhoitamiseen käytettyjen keinojen ja palvelujen vaikutukset ovat epävarmoja.

Puheen ja toiminnan välinen jännite

Tavoitteiden monitulkintaisuus voi joskus olla myös tarkoituksenmukaista toimintaa, joka palvelee organisaation legitimitettä. Esimerkiksi organisaatio voi esiintyä vastuullisena liiketoimijana kasvattaakseen myyntiänsä ja imagoansa. Tavoitteista saatetaan tietoisesti puhua eri tavoin, koska organisaatiot pyrkivät korostamaan menestymistään ja näin saamaan huomiota institutionaalisessa toimintaympäristössään. Organisaation olemassaolo riippuu sen ympäristöstä, resursseista ja toiminnan hyväksyttävyydestä. Puhe, päätöksenteko ja toiminta ovat organisaation keinoja legitimitetin ja tuen aikaansaamiseksi. (ks. Etzioni 1964, 7; Thompson 1974, 124; Brunsson 1989b, 27).

Puheen ja käytännön toiminnan välillä voi olla merkittäviä ristiriitoja. Juhlapuheet suuntautuvat tulevaisuuteen, mutta toiminta nykyisyyteen. Todellisten pyrkimysten naamiointi voi olla valtaa käyttävien tietoinen tavoite, jolla pyritään turvaamaan toiminnan jatkuvuus (Thompson 1974, 198). Ero puheen ja toimintamahdollisuuksien välillä luo organisoidun hurskastelun (*organized hypocrisy*, Brunsson 1989b). Olemassa olevia käytäntöjä jatketaan esittämällä ne vain toisenlaisessa muodossa. Puhe yhteen suuntaan mahdollistaa toimimisen toiseen suuntaan. Hurskastelu kuvaa ristiriitaisia arvoja ja ideoita (Brunsson 1989b, 50). Se on tyypillistä erityisesti poliittisissa organisaatioissa, joiden toimintaa, rakenteita ja prosesseja luonnehtivat konfliktit ja ristiriidat. Organisaation pitää tyydyttää monia ideologioita säilyttääkseen legitimitetinsä (Brunsson 1989b, 31–32; Krasner 2004).

Rationaalisessa ajattelussa ideoiden ja toiminnan välisen yhteyden oletetaan olevan suora, mutta yhteys ideoiden ja toiminnan välillä on pikemminkin löyhä. Brunsson (1989b, 168–169) erottaa ideoiden (puheen) ja toiminnan (tuotteet/palvelut) järjestelmän. Ideat ja toiminta voivat toteutua joko toisistaan erillisinä tai ideat hallitsevat toimintaa, toiminta hallitsee ideoita tai ne voivat kompensoida toinen toisiaan.

Puheen ja toiminnan välinen jännite aiheuttaa toimeenpanon ongelmia eli ideat eivät muutu käytännössä toiminnaksi. Tämä voi johtua siitä, että ideat eivät adaptoidu, ne eivät joko sovellu käytäntöön tai ovat liian abstrakteja. Toisaalta myös toiminta voi hallita ideoita. Puhetta käytetään kuvailemaan toimintaa, joka on jo realisoitunut. Tätä käytetään yleensä legitimoititarkoituksessa yhdistämään toiminta yleisesti hyväksytyihin normeihin. Ideoiden ja toiminnan systemaattinen ristiriita syntyy, kun puhetta sovitetaan yhteen normiin ja toimintaa toiseen. Tätä kutsutaan hurskasteluksi: johto yrittää puheella tyydyttää vaatimuksia, joihin toiminta ei vastaa. (Brunsson 1989b, 170–173.) Kompleksisessa ympäristössä ideat harvoin on

käännettävissä toiminnaksi, vaan puhe ja päätökset lähinnä liittyvät tulevaisuuteen tukeakseen johtoa ja kannattajajoukkoa (Brunsson 2002; Krasner 2004; Nickell & Roberts 2014).

Hurskastelulle on tyypillistä tulevaisuusorientoituneisuus. Puhe tulevasta tarkoittaa jotakin, mitä ei vielä ole olemassa. Ristiriitojen hallitsemiseksi on hyödyllistä perustella muutoksia parannuksina. (Brunsson 1989b, 172–173.) Puheen ja toiminnan yhtymäkohta on päätöksenteko. Organisaation puhe, päätöksenteko ja toiminta voivat olla keskenään ristiriidassa, mutta eivät välttämättä toisistaan täysin irrallisina (*decoupled*), vaan pikemminkin toisiansa kompensoivina (*counter-coupled*) (Brunsson 2002; Lipson 2007); puhetta ja päätöksiä voi tapahtua ilman toimintaa, ja toiminnat eivät aina välttämättä vastaa puhetta tai ole seurausta päätöksistä.

Reformiretoriikassa toistuu puheen ja toiminnan välinen kuilu, jossa sanotaan yhtä ja tehdään toista. Reformit ovat pyrkimyksiä sovittaa yhteen tahto, puhe ja käytännöt. Ne voivat olla hyödyksi organisaation legitimitetille, toimia toiveikkaana puheena, mahdollisuutena muutokselle ja toivona paremmalle tulevaisuudelle (Leemans 1976; March & Olsen 1983; Brunsson 1989a, 2006b; Christensen ym. 2013). Reformi voi olla keino hallita toimintaympäristön ristiriitaisia vaatimuksia. Reformeilla on kuitenkin taipumus epäonnistua, koska epärealistiset ideat eivät välttämättä tavoita käytännön toimintaa. Epäonnistumiset puolestaan johtavat uusiin reformeihin, joissa kuitenkin harvoin esitetään uusia ideoita. Toive paremmasta maailmasta pysyy huolimatta siitä, ettei aiempikaan reformi realisoitunut. (Brunsson 2006a, 27–28.) Tästä hyvänä esimerkkinä on jo vuodesta 2005 jatkunut keskustelu kunta- ja palvelurakenteen uudistamisesta, joka lähinnä saa uusia nimiä ja muotoja eri hallitusohjelmissa. Uudistamisesta tulee itseisarvo, vaikka alun perin reformin tavoitteena oli eheä palvelurakenne ja julkisten palvelujen saatavuuden turvaaminen.

Julkilausutun ja todellisen tavoitteen jännitteestä

Uudistuksissa usein luvataan monen suuntaisia tavoitteita. Päätöksenteossa on vaikea toteuttaa useampaa tavoitetta yhtäaikaaisesti, jos eri tavoitteiden välistä tärkeysjärjestystä ei ole tarkemmin määritelty. Hallinnollisessa päätöksenteossa rationaalisuus määrittyy vasta jälkikäteisesti, kun ristiriitaisille arvoille on annettu suhteelliset painoarvot, joko tietoisesti tai tehtyjen päätösten seurauksena. Toisaalta julkista toimintaa ohjaavat arvot ovat harvoin konkreettisesti määriteltävissä tai sovellettavissa päätöksenteko-ongelmiin. (Simon 1957, 175–177.)

Päätöksentekoon vaikuttavat myös ”piilostrategiat” eli julkilausuttujen tavoitteiden taustalla olevat todelliset pyrkimykset ja se, mikä jätetään sanomatta.

Organisaatio voi pyrkiä sellaisiin päämääriin, jotka eroavat sen todellisista tavoitteista. Se voi olla tahatonta; tavoitteista voidaan olla täysin tietämättömiä, koska todellinen pyrkimys halutaan salata ristiriitojen välttämiseksi. Tavoitteet kytkeytyvät toisiinsa ja laajempiin päämääriin, ja tavoitteiden hierarkiassa jokainen tavoite voi olla keino yläpuolellaan oleviin tasoihin nähden. Välitavoitteet saattavat ohjata toimintaa, vaikka ne eivät välttämättä olisi tarkoituksenmukaisin keino päämäärään pääsemiseksi. Organisaatio voi esimerkiksi toteuttaa valittua toimintalinjaa vain siksi, että toiminta on tullut aloitettua ja on parempi yrittää jatkaa sitä kuin luopua siitä. Yleensä organisaation toiminnan ja sen päämäärän suhde onkin epäselvä, tavoitteet ovat epätäydellisesti muotoiltuja ja niiden toteutumiskeinoihin liittyy sisäisiä ristiriitaisuuksia. (Simon 1957, 63–64; Etzioni 1964, 7.)

Julkilausuttujen ja todellisten tavoitteiden välinen jännite tulee erottaa tavoitteiden seurauksista. Tavoitteilla on aina tarkoitus, mutta tavoitteen mukaisen toiminnan tuloksena voi olla ei-tavoiteltuja, tahattomia tai odottamattomia seurauksia.

“The distinction between real and stated goals should not be confused with the important difference between intended and unintended consequences widely used in sociology. Goals are always intended: the difference is between stated intentions and real ones. Unintended consequences are strictly unplanned, unexpected results of action oriented toward some goal.” (Etzioni 1964, 7.)

Tavoitellut ja ei-tavoitellut seuraukset: ambivalenssit, dysfunktiot

Tavoitteellisella toiminnalla voi päätöksenteon toimeenpanossa olla ei-tavoiteltuja ja odottamattomia²⁶ seurauksia, jotka eivät vastaakaan päätöksentekijän preferenssejä tai ulottuvat laajemmalle kuin ajateltiin. Mertonin (1936) mukaan odottamattomat tekijät kuvaavat ”rationaalisesta” toiminnan poikkeamia, jotka ilmenevät inhimillisessä toiminnassa ja syntyvät toimijoiden rajallisesta tietämyksestä ja resursseista, kuten virheistä, eri intresseistä, perusarvoista sekä itsensä kumoavista/toteuttavista ennustuksista. Inhimillisen toiminnan ei-tavoiteltuja seurauksia ovat käsitelleet eri konteksteissa ja erilaisin termein muun muassa Machiavelli, Adam Smith, Karl Marx, Vilfredo Pareto ja Max Weber.

²⁶ Merton käyttää termiä *unanticipated consequences*, mutta kirjallisuudessa käytetään usein myös synonyymeina käsitteitä *unintended, unexpected, unforeseen, undesired, unwelcome, unrecognized, unacknowledged consequences/effects/ outcomes/results* (ks. Merton 1936; 6, 2010; Mica ym. 2011, 11.) Käytän tässä vapaasti suomennettuna odottamattomia/ennakoimattomia/ei-tavoiteltuja seurauksia, joilla viitään rationaaliseksi ajatellun tavoitteellisen toiminnan rajoitteisiin, ts. tavoitteen ja sen toteuttamisesta syntyvään jännitteeseen. Toiminnan seuraus on ikään kuin ”yllätys”: se voi olla odottamaton, ennakoimaton, tavoittelematon, joko positiivinen tai negatiivinen tulos.

Kausaalisuhteiden sijaan yhteiskunnallisten rakenteiden ja subjektiivisten prosessien nähtiin vaikuttavan sosiaalisiin ilmiöihin tavalla, joka voi johtaa ennakoimattomiin, positiivisiin tai negatiivisiin seurauksiin. (Merton 1936; Sztompka 1996, 9–10; 6 2010, 45.) Vaikka tavoitteen suuntaisesti olisikin aidosti pyritty toimimaan, käytännön toteutuksessa voi syntyä seurauksia, joita ei alun perin tavoiteltu tai osattu ennakoida. Merton (1976, 173; 1996) on eritellyt odottamattomia seurauksia ilmi- ja piilofunktioihin, mutta dysfunktion käsite kuvaa suunnitelmallisen toiminnan ei-toivottuja haittavaikutuksia.

Ei-tavoitellut seuraukset ovat toiminnan tuloksia, joita ei olisi syntynyt ilman sosiaalista toimintaa. Koska toiminta ei tapahdu psykologisessa tai sosiaalisessa tyhjiössä, voi tavoitteellisella toiminnalla olla laajempia vaikutuksia muihin arvoihin ja intresseihin. Tulevista seurauksista ei välttämättä olla kiinnostuneita, koska toiminta koetaan velvollisuutena tai välttämättömänä perusarvojen kannalta. Tästä klassinen esimerkki on Weberin tutkimus protestanttisen etiikan ja kapitalismin ristiriitaisesta suhteesta, jossa uskonnollisen rationaliteetin mukainen asketismi johtaa paradoksaalisesti vaurauden kasautumiseen, tuottavaan toimintaan ja alentuneeseen kuluttamiseen. Weberin analyyseissa seurausten ristiriita (*Paradoxie der Folgen*) liittyi inhimilliseen toimintaan ja länsimaisen yhteiskunnan modernisaation seurauksiin. (Ks. Merton 1936; Symonds & Pudsey 2008.) Esimerkiksi syntyvyyden sääntelyllä on ollut vaikutuksia ikärakenteeseen, väestön kasvuun ja sisarusten määrään, jolla voi edelleen olla psykologisia ja sosiaalisia seurauksia (Symonds & Pudsey 2008).

Tavoiteltujen ja ei-tavoiteltujen seurausten ristiriita kuvaa hyvin poliittisen päätöksenteon problematiikkaa: hyvistä aikomuksista, odotuksista ja toiveista huolimatta uudistukset voivat saada aikaan toisenlaisen ja jopa päinvastaisen lopputuloksen. Hood (1998, 211) tekee eron sivuvaikutusten ja vastakkaisten vaikutusten välille: sivuvaikutukset kuvaavat politiikkatoimien odottamattomia vaikutuksia ja vastakkaiset vaikutukset alkuperäisen tavoitteen vastakohtaisia seurauksia. Hirschmanin (1991, 195) esittämiä poliittisten uudistusten reaktioiden retoriikkateesejä (*perversity, futility, jeopardy*) on hyödynnetty poliittisen päätöksenteon ei-tavoiteltujen seurausten selittämiseksi. Näitä ovat ensiksikin päämäärän vastakkainen tai ei-toivottu lopputulos, toiseksi päätöksenteon tuloksettomuus tai kosmeettiset parannukset, ja kolmanneksi päätöksentekijän arvostamien asiantilojen kurjistuminen uuden pyrkimyksen tuloksena. Kyse ei ole siis vain tiedon puutteesta, vaan päätöksentekijän rajallisesta kapasiteetista: tavoiteltujen ja ei-tavoiteltujen seurausten ongelmaa ei ole mahdollista ratkaista. (Ks. March & Olsen 1995, 249; Hood 1998, 185; 6 2014.)

Asiakasresponsiivisuuden toteutuminen voi olla palvelujärjestelmän tehokkuuden näkökulmasta tavoiteltavaa, mutta käytännössä sillä voi olla ennakkoimattomia seurauksia tai dysfunktioita. Asiakasresponsiivisuudesta voi seurata parempi asiakastyytyväisyys, mutta sillä voi olla ei-tavoiteltuja negatiivisia vaikutuksia palvelujen kustannusrakenteeseen tai se voi aiheuttaa ammatillisia normiristiriitoja. Asiakasresponsiivisuuden tavoite on viranhaltijalle ambivalenttinen, koska yhtäältä on huomioitava asiakastarpeet yksilöllisesti, mutta toisaalta huolehdittava asiakkaiden tasavertaisesta ja puolueettomasta kohtelusta. Molempien toteuttaminen yhtäläisesti on mahdotonta. Mertonin (1976) käsite sosiologisesta ambivalenssista liittyy normatiivisten odotusten yhteensopimattomuuteen. Ambivalenssi on rakennettuna sosiaaliseen rakenteeseen eli esimerkiksi ammatillisiin positioihin, statuksiin ja rooleihin. (Merton & Barber 1976, 7–8.) Uudet järjestelyt voivat toimia tietyille ryhmille, mutta olla dysfunktionaalisia toisille (Sztompka 1996, 13–14). Esimerkiksi terveystietokone on hyödyllinen ennaltaehkäisevässä mielessä riskipotilaiden tavoittamiseksi, mutta suurikäyttäjien ja pitkäaikaissairauksien hoidossa voi piristää hoitoa.

4 Tutkimuksen metodologiset valinnat

Hallintotieteiden alaan lukeutuvan väitöskirjani tutkimusilmiö käsittelee julkisten palvelujen asiakasresponsiivisuutta voimavarojen tehokkaan hallinnan näkökulmasta. Yhteiskuntatieteellisen tutkimusperinteen mukaisesti olen pyrkinyt selittämisen sijasta ymmärtämään ja tulkitsemaan tutkimusilmiön merkityksiä. Edellä olen tarkastellut ilmiötä teoreettisessa viitekehyksessä tietämisen ja soveltamisen ongelmana: yhtäältä *tulkinnut* poliittis–hallinnollisessa kontekstissa sitä, millaisiin periaatteisiin ja taustaolettamuksiin idea julkishallinnon asiakasresponsiivisesta kehittämisestä ja tehokkaasta hallinnasta perustuu, ja toisaalta hallintoteoreettisesti analysoinut ideoiden soveltamisesta syntyviä päätöksenteon jännitteitä. Empiirisenä tutkimuskohteenani ovat terveystieteiden tutkimukset, joiden avulla ja kautta *ymmärrän* asiakasresponsiivisuuden jännitteitä ja millaisia uusia ongelmia ratkaisusta voi syntyä voimavarojen tehokkaalle hallinnalle.

4.1 Tieteenfilosofiset valinnat

Tutkimuksellisenä lähtökohtanani ilmiön ymmärtäminen tarkoittaa sitä, että tulkitseminen tiedon ja yhteiskunnallisen todellisuuden rakentuvan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, kulttuurisesti ja historiallisesti muovautuneena. Tämä tieteenfilosofinen näkökulma näkyy metodologiassani esimerkiksi siinä, että olen kiinnostunut siitä, millaisia kielellisiä tulkintoja ja argumentteja julkishallinnon reformiretoriikassa tuotetaan.

Sosiokulttuurinen näkökulma tutkimuksen ontologisena lähtökohtana

Tutkimuksen luonteeseen sekä käsitteen- ja teorian muodostukseen vaikuttaa ontologia eli oppi olevasta, missä pohditaan todellisuuden perimmäistä olemusta. Nojaudun ontologisesti pääasiassa sosiaaliseen konstruktionismiin, jonka mukaan todellisuus on sosiaalisesti rakentunut (ks. Berger & Luckmann 1994). Inhimillistä toimintaa ja myös yhteiskunnallisia ilmiöitä on mahdollista ymmärtää tutkimalla sosiaalisesti jaettu merkityksiä. Tutkija on siten osa tutkimaansa todellisuutta.

Sosiaalinen konstruktioismi on yleinen paradigma yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa, jossa sille voidaan antaa toisistaan eroavia käsitelmäärittelyjä²⁷. Yhteistä lähestymistavoille on *sosiokulttuurinen näkökulma, jossa sosiaalinen todellisuus ja toiminta ymmärretään kielellisesti, kulttuurisesti ja historiallisesti rakentuneena* (Kuusela 2000, 21). Ilmiöitä tulkitaan sosiaalisen ja kielellisen vuorovaikutuksen kautta. Organisaatiotutkimuksessa konstruktioismi on tapa ymmärtää organisoitumista siten, että toiminta konstruoituu toimijoiden tulkinnan ja toiminnan kautta (ks. Czarniawska 2014, 6).

Sosiokulttuurinen näkökulma sopii tutkimukselliseksi lähtökohdakseni, koska se mahdollistaa itsestäänselvyyksien kriittisen tarkastelun. Sosiaalisen konstruktioismin mukaan mukaan käsityksemme on aina suhteellista ja syntyy historiallis–kulttuurisessa kontekstissa (vrt. Burr 2003, 2–5).

Tutkimuksessani ymmärrän sosiaalisen konstruktioismin väljästi siten, että todellisuus, tieto ja totuus rakentuvat kulttuurisina puhetapoina. Tämän lisäksi todellisuutta voi olla olemassa myös ihmisten representaatioista huolimatta²⁸. Heikko konstruktioismi näkyy tutkimuksessani esimerkiksi siinä, että yksi osajulkaisu on kriittisen realistisesti orientoitunut.

Ajattelen, että on olemassa kielestä riippumaton todellisuus (esimerkiksi aineelliset ja fyysiset oliot), mutta näille annetaan sosiaalisen konstruktioismin mukaisesti käsitteellisiä merkityksiä kulttuurin, kielen ja sosiaalisen ympäristön vaikutuksena. Sosiaalisen konstruktioismin paradigmassa todellisuus voidaan tulkita hyvin monella tapaa: totuutena, materiaana tai perusolemuksena (vrt. Edley 2001; Burr 2003, 101–102).

Tutkimuksessani sosiaalinen konstruktioismi käsitetään tässä mielessä enemmän ontologisesti kuin episteemisesti. Tutkimukseni ontologisena perustana sosiokulttuurinen näkökulma kuitenkin vaikuttaa myös tutkimukseni tietoteoreettisiin lähtökohtiin.

²⁷ Jotkut tekevät eron konstruktivismiin ja konstruktioismin välille. Konstruktivismilla voidaan viitata esimerkiksi oppimisteoriaan tai taidesuuntaukseen, mutta myös sosiaalisesta konstruktioismista puhutaan sosiaalisena konstruktivismina (vrt. Miettinen 2000). Yhteiskuntatieteissä sosiaalinen konstruktioismi on laaja monitieteinen ajatteluperinne, johon voidaan lukea niin sosiaalisten ongelmien konstruktioistinen tutkimusperinne, sosiologinen konstruktioismi, poststrukturalistinen sekä sosiaalipsykologinen sosiaalinen konstruktioismi, kuin myös hermeneuttisen filosofian tai fenomenologian edustajia (ks. esim. Kuusela 2000, 15–17; Jokinen 2002, 51).

²⁸ Todellisuuden ja totuuden välinen suhde on jakanut sosiaalisia konstruktioisteja realismiin ja relativismiin leireihin, vaikka kyse ei ole niinkään selvistä rajanvedoista kuin painotuseroista (ks. esim. Burr 2003, 88). Kärjistetysti voidaan luonnehtia, että relativismissa todellisuus nähdään suhteellisena ja kulttuurisesti riippuvaisena kielestä, kun taas kriittisessä realismissa väitteitä on mahdollista jossain määrin rinnastaa todellisuuteen.

Tulkinnallisuus tietoteoreettisena pohjana

Tutkimukseni epistemologiset juuret ovat laadulliselle tutkimukselle tyypillisessä, tulkinnallisuutta korostavassa interpretivismissä. Yhteiskuntatieteissä perinteinen tutkimusote on hermeneuttinen eli tietoa ja tutkimusta tehdään tulkitseamalla. Objektiivisuus ja positivistinen tiedonnäkemys on hylättävä, koska tieto on kontekstuaalista ja sidoksissa kieleen, kulttuuriin ja historiaan.

Tietomme on aina jostain näkökulmasta tuotettua. Se on sosiaalisesti rakentunutta ja siten subjektiivista (ks. Hay 2011). Tässä mielessä tutkimuksessani korostuu relativistinen tietokäsitys, jonka mukaan yksiselitteistä totuutta ei ole mahdollista saada, vaan tiedon ja totuuden muodostumiseen vaikuttavat tiedon tuottamisen konteksti ja ilmiön tarkastelunäkökulma (Lähdesmäki ym. 2009).

Merkitykset ovat mahdollisia vain laajemmassa kontekstissa. Tulkinnallisuus on tutkimuksessani analyttinen lähtökohta, koska tutkimusprosessi on edennyt aineistolähtöisesti. Empiirisen tutkimusaineiston perusteella olen pyrkinyt ymmärtämään ja käsitteellistämään asiakasresponsiivisuuden ilmiötä ja siihen liittyviä päätöksenteon jännitteitä.

Jännitteiden avulla on mahdollista tulkita julkishallinnon asiakasresponsiivista kehittämistä ja toisaalta ymmärtää sitä, miksi kehittäminen voikin synnyttää täysin toisenlaisia seurauksia kuin alun perin tavoiteltiin tai jopa luoda uusia ratkaistavia ongelmia. Interpretivismissä hyvä teoria on sellainen, joka auttaa tutkijaa ymmärtämään tutkimuksen kohteen merkityksiä ja tarkoituksia (Myers 2009, 39–40). Sosiaalisen todellisuuden rakenne on liian kompleksinen pelkän havainnoinnin kohteena, minkä vuoksi sitä täytyy tulkita (Delanty 1997, 40).

Koska inhimillinen toiminta rakentuu jaetuista merkityksistä ja käytännöistä, ovat myös poliittinen toiminta, organisatoriset toiminnan säännöt ja käytännöt sosiaalisesti rakentuneita (ks. March & Olsen 1995, 30). Institutionaalinen ympäristö vaikuttaa tulkintoihin, toimijoiden ideoihin ja uskomuksiin. Interpretivismillä on siten yhteys institutionaaliseen ajatteluun (Hay 2011).

Institutionalismi on läsnä teoreettisessa viitekehyksessäni, sillä instituutiot legitimoivat poliittisen päätöksenteon. Uuden sosiologisen institutionalismin käsitys toiminnasta eroaa rationaalisesta valinnan käsityksestä siinä, että institutionaalista toimintaa muovaa yhteinen kulttuuri ja historia sosiaalisen konstruktionismin ontologiakäsitykseni mukaisesti. Valintoihimme vaikuttavat kulttuuriset säännöt ja normit, ja päätöksentekoa ohjaa seurausten sijasta paremminkin soveliaisuuden logiikka (vrt. Meyer & Rowan 1977; March & Olsen 1995; Schmidt 2009).

Hermeneuttinen kehä metodologisena perusasenteena

Metodologisesti tutkimukseni perustuu hermeneutiikkaan eli merkityskokonaisuuden käsittämiseen. Hermeneutiikka on tieteenfilosofia, joka merkitsee ymmärtämistä ja tulkintaa (Gadamer 2004, 129). Kriittinen hermeneuttinen ote näkyy tutkimuksessani asiakasresponsiivisuuteen liittyvänä ideologikritiikkinä (ks. Siljander 1988, 101), joka tuo esiin monitulkintaisten poliittisesti latautuneiden tavoitteiden yhteensovittamisen ongelmat ja seuraukset käytännössä. Merkitysten sijasta tulkinnan tehtävä on tässä tehdä ymmärrettäväksi asiakasresponsiivisuuden jännitteisiin liittyvää problematiikkaa politiikan ja hallinnon maailmojen kietoutuessa yhteen päätöksenteossa ja tehdä tietoiseksi se, mitä näissä käytännöissä tapahtuu (ks. Gadamer 2004, 139). Ymmärtäminen edellyttää toimintoihin ja käytäntöihin liittyvien ideoiden, merkitysten ja uskomusten paljastamista (Hay 2011). Olen pyrkinyt ymmärtämään päätöksenteon jännitteitä kuvaamalla reformipolitiikasta esiin nousevia uskomuksia ja mitä näiden toteuttaminen saa aikaan käytännön toiminnassa. Olen tarkastellut asiakasresponsiivisuuteen liittyviä yhteiskunnallisia, poliittisia ja eettisiäkin аспекteja.

Tutkimuksessani hermeneutiikka on tapa analysoida ja tulkita empirisen aineiston merkitystä teoreettisesti eli tutkin terveystieteitä sekä terveydenhuollon että asiakasresponsiivisuuden kehittämisinstrumenttina. Hermeneuttinen menetelmä sopii tutkimusasetelmaani ja tutkimusstrategiaani, koska olen pyrkinyt ymmärtämään ja tulkitsemaan julkishallinnon asiakasresponsiivisuuden ilmiötä empirian ja teorian vuoropuheluna, hermeneuttisen kehän tavoin.

Tutkimusprosessini muistuttaa hermeneuttista kehää, jonka ideana on ymmärtää kokonaisuutta tulkitsemalla sen osia. Ensin on luotava esiyymmärrystä kokonaisuudesta, jotta eri osia voidaan identifioida, ja toisaalta vasta osien avulla ja niiden kautta pystytään konstruoimaan kokonaisuutta. (Kusch 1986, 39; Siljander 1988, 115–117.) Väitöstutkimuksessani tämä näkyy siten, että osajulkaisuilla ymmärretään kokonaisuutta, mutta myös siten, että yhteenvedossa kokonaisuuden osia, kuten asiakasresponsiivisuuden tavoitetta ja käsitettä, pyritään ymmärtämään kokonaisuuden taustaa vasten ja päinvastoin. Olen edennyt yksityiskohdista kokonaisuuden tarkasteluun: ensin pohtinut terveystieteitä terveydenhuollon asiakasresponsiivisuuden kehittämisen ja voimavarojen hallinnan instrumenttina, ja vastaavasti ymmärryksen syventyessä asiakasresponsiivisuuden ilmiötä osana julkishallinnon uudistamista ja päätöksentekoa. Tavoitteena on ollut ymmärtää tutkimusilmiötä kontekstissa, sillä ilmiön merkitys riippuu sen kontekstista ja määrittää sitä (Myers 2009, 39–40).

Metodina hermeneuttinen kehä rakentuu dialogisesti, mutta kyseessä on pikemminkin tutkimuksellisen orientoitumisen tapa kuin tekninen tutkimusmetodi (Siljander 1988,10). Tietämykseni terveystieteistä on syventynyt artikkeli artikkelilta, ja vastaavasti ymmärrykseni asiakasresponsiivisuuden ja tehokkuuden jännitteistä on kasvanut osajulkaisujen myötä. Kokonaisuuden hahmottaminen syntyy esiyymmärryksestä, kokonaisuuden eri osien merkityksestä ja näiden välisistä suhteista (Delanty 1997, 42–43; Myers 2009, 186). Ennakkokäsitykseni terveystieteiden toiminnan jännitteistä vaikutti siihen, miten ymmärsin ja tulkitin päätöksenteon jännitteiden problematiikkaa julkispuolelujen uudistamisen kontekstissa.

Tulkintaan tarvitaan vuoropuhelua tutkimusilmiön ja sen empiirisen aineiston välillä. Tulkintaprosessissa esiyymmärrys muuttuu ja tieto tutkimusilmiöstä syvenee hermeneuttisen kehän mukaisesti spiraalimaisesti: esiyymmärrys vaikuttaa tulkintojen tekemiseen ja saatu käsitys puolestaan täydentää tai korjaa esiyymmärrystä, mikä edelleen vaikuttaa tulkintoihin (Siljander 1988, 115–117). Tutkimuksessani tutkimusilmiön tematisointi ja empiirinen toteutus ovat kulkeneet rinnakkain. Esiyymmärryksestäni ja aineistosta tehtyjen havaintojen myötä on syntynyt teoreettinen viitekehys. Samalla kun ymmärrykseni terveystieteisiin liittyvistä jännitteistä on kasvanut, on käsitykseni vahvistunut siitä, että samankaltaiset päätöksenteon jännitteet liittyvät laajemminkin julkishallinnon uudistustavoitteisiin ja julkispuolelujen kehittämiseen. Hermeneuttinen kehä sopii mielestäni erityisen hyvin ristiriitaisuuden analysointiin, koska se mahdollistaa sosiaalisten ja organisatoristen ilmiöiden syväanalyysin (Myers 2009, 182). Sen avulla voidaan ymmärtää, mitä sanotaan, mitä tehdään ja miksi.

Hermeneuttinen metodologia tukee myös monimenetelmällisyyttä ja aineistotriangulaatiota. Hermeneutiikassa usein painotetaan kielellistä lähestymistapaa sosiaalisen todellisuuden kuvaamiseksi (Kusch 1986, 39). Kielen merkitys korostuu metodivalinnoissani: tarkastelen pääasiassa laadullisin menetelmin asiakasresponsiivisuutta julkishallinnon uudistusretoriikassa. Retoriikan analysointi kertoo uudistustarpeiden argumenteista ja siten myös ideoista ja uskomuksista, joihin julkishallinnon asiakasresponsiivisuuden parantaminen perustuu. Asiakasresponsiivisuuden tarkastelu kielellisenä ilmiönä antaa mahdollisuuden tulkita kriittisesti sille annettuja merkityksiä (vrt. Mälkiä 1997). Retoriikka ja hermeneutiikka liittyvät kiinteästi toisiinsa, sillä molemmissa on kyse puhumis- ja ymmärtämiskyvyn hallinnasta eikä ymmärtämisen käytännön pohdintaa voida erottaa retoriikan traditiosta (Gadamer 2004, 134–139).

4.2 Käytetyt menetelmät

Hermeneuttisen kehän mukaisesti tutkimusprosessini on rakentunut induktiivisesti. Aineistolähtöinen tutkimusote, jossa ilmiön jäsentäminen rakentuu aineiston analyysin tuloksena, on tyypillistä kielellisille lähestymistavoille (Jokinen 2002, 38–39). Väitöskirjan teoreettinen johdantoluku on muodostunut empiirisen terveystieteiden aineiston hyvän tuntemisen kautta, mikä auttoi jäsentämään ja rajaamaan tutkimuskirjallisuutta (ks. esim. Lappalainen 1997, 81).

Olen lähestynyt asiakasresponsiivisuuden ilmiötä kahdesta tulokulmasta, yhtäältä terveystieteiden aineistosta nousseiden teemojen ja tulkintojen kautta, ja toisaalta julkishallinnon reformipolitiikan tavoiteretoriikan ja päätöksenteon jännitteiden kautta. Johdantoluvussa tulkitsen asiakasresponsiivisuuden kehittämisideologian taustaoletuksia, ideoita, argumentointia ja merkityksiä retoriikan keinoin. Kielenkäytöllä on retorinen luonne, jolla perustellaan ja oikeutetaan toimintaa sekä tuotetaan todellisuutta (ks. Billig 1987; Palonen 1996; Burr 2003; Kuusela 2000, 26). Tekstuaalinen yhteiskunnallisten ja poliittisten käytäntöjen analyysi on usein luonteeltaan induktiivista. Tekstianalyysi toimii tulkinnan avaimena toiminnan ymmärtämiselle ja tuo esiin perusteluja, selittää tapahtumia tai instituutioiden tehottomuutta (vrt. Suhonen ym. 2008; Schmidt 2009, 131; Hay 2011).

Teoreettiseen analyysiin ei ole varsinaista metodologiaa (Tuomi & Sarajarvi 2002, 20), mutta tulkinnallinen metodini muistuttaa *retoris-poliittista analyysiotetta* (vrt. Billig 1987; Palonen 1996; Pollitt & Bouckaert 2004; Finlayson 2007). Sen avulla kuvaan hallinnon uudistamisen poliittis-hallinnollista kontekstia. Tarkoitukseni ei ole niinkään paljastaa tai kritisoida responsiivisuuden päämäärää, vaan pikemminkin ymmärtää, miten julkispalvelujen asiakasresponsiivisuutta kehystetään ja tulkitaan; mihin ongelmaan se nähdään ratkaisuna. Analyysi kietoutuu institutionaaliseen ympäristöön, rationaaliseen toimintaan ja päätöksentekoon. Retoriset lausunnot eivät ole vain kommentteja, vaan toimintaa sinällään. (Ks. Finlayson 2007.)

Poliittis-hallinnollisen kontekstin kuvaaminen on mielestäni tärkeää, koska se kertoo institutionaalista ympäristöstä ja päätöksenteossa keskenään kilpailevista vaihtoehtoisista näkemyksistä, tavoitteista ja valinnoista. Retoris-poliittisen analyysin avulla voin tulkita muutoksen perusteluita, yhteiskunta- ja terveystieteellisiä painotuksia, uudistamisen päämääriä ja keinoja sekä kehittämistavoitteisiin liitettyjä käsitteitä. Retoriikan tarkastelu mahdollistaa saman asian ristiriitaiset perustelut, jotka voivat olla yhtä oikeutettuja.

Julkishallinnon reformipolitiikalla viitataan kansallisiin kehittämislinjauksiin ja -periaatteisiin. Hyödynnän hallituksen esityksiä ja ohjelmia, valiokuntien mietintöjä ja

kansallisia kehittämissuunnitelmia virallisina narratiiveina, jotka toimivat paitsi ajankuvauksina myös konstruoivat toivottua tulevaisuudensuuntaa: uudistamisen lähtökohtia, perusteluita ja sosiaalisten ongelmien ratkaisuja suuren yleisön vakuuttamiseksi (ks. Pollitt 2003, 30; Alasuutari 2004, 32; Finlayson 2007; Lehto 2012a; Pollitt 2013). Päätösten perustelut ovat osa odotusten tuottamista: ne kuvaavat, mitä asioita on preferoitu ja miten arvotetut asiat on esitetty (Lappalainen 1987, 84). Institutionaalisen analyysin sijasta haluan kuvata poliittisen päätöksenteon strategista luonnetta ja jännitteitä eli miten institutionalisoidut ideat, arvot ja uskomukset ilmenevät päätöksenteon prosesseissa, joissa valintoja ja päätöksiä tehdään. Poliitikassa ei voi vain valita parasta ideaa, vaan päätöksentekoa määrittävät dilemmat, traditiot ja epävarmuus maailmasta ja muista toimijoista. (Finlayson 2007.)

Osajulkaisujen menetelmät

Terveyskioskia koskevan tapaustutkimus auttaa ymmärtämään, millaisia uusia ongelmia asiakasresponsiivisuus voi synnyttää voimavarojen hallinnalle, kun tavoitetta sovelletaan käytännössä. Olen kriittisesti reflektoinut terveyskioskin käytäntöjä, sen tavoiteasetantaa ja tuloksia. Tulkinnallinen tapaustutkimus antaa empiriaa päätöksentekoon liittyvistä jännitteistä käytännön organisaatiotoiminnassa. Terveyskioski olisi voinut olla myös tutkimusilmiö itsessään, mutta halusin ymmärtää asiakasresponsiivisuuden ilmiötä ja jännitteitä laajemmin.

Osajulkaisuissa tutkimusaineisto ohjasi tutkimusprosessin etenemistä. Induktiivinen tutkimusote on samankaltainen kuin *grounded theory* -ajattelutavassa, jossa empiirisen aineiston perusteella muodostetaan teoriaa käytännön ilmiöistä. Lähestymistapa sopii hyvin aineiston käsitteellistämiseen ja sellaisten ilmiöiden tutkimiseen, joista on vähän aikaisempaa tietoa tai teoriaa (ks. Glaser 2002; Janhonen & Latvala 2003, 166–167; Airaksinen 2009, 66–69). Osajulkaisujen kirjoittamisprosessin aikana olen systemaattisesti etsinyt tutkimusaineistooni sopivaa ydinilmiötä ja yhteistä nimittäjää. Systemaattinen analyysi sopii ilmiöiden käsitteellistämiseen, ajatusrakennelmien ja kokonaiskuvan muodostamiseen tutkimuksen kohteesta (ks. Törmänen & Paasivaara 2009).

Terveyskioskin tutkimusaineistoa luonnehtii *mixed methods* -tyyppinen lähestymistapa (ks. Brewer & Hunter 2005). Tapaustutkimuksessa voidaan yhdistää laadullista ja määrällistä tutkimusta, aineistoja ja analyysimenetelmiä, vaikkakin evidenssi tulisi lähinnä haastatteluista ja dokumenteista. (Vrt. Yin 1994, 1–3; Myers 2009, 76.) Monimenetelmällisen tapaustutkimuksen erityispiirre on, että yhdestä tutkimuskohteesta on monia eri aineistoja, joita on kerätty erilaisin menetelmin.

Etuna ei ole aineiston suuri määrä, vaan aineiston monimuotoisuus, joka mahdollistaa tutkimuskohteen tulkitsemisen eri näkökulmista eri aineistoilla. (Brewer & Hunter 2005, 64.) Monimenetelmällistä tutkimusstrategiaa voidaan kutsua myös *triangulaatioksi* (ks. Jick 1979). Yhteistä on laadullisten ja määrällisten metodien näkeminen vastakkainasettelun sijasta toistensa täydentäjinä. Triangulaatio voi tarkoittaa erilaisten aineistojen, keruumenetelmien, analyysimenetelmien tai metoditekniikoiden yhdistelemistä samasta tutkimuskohteesta (Jick 1979).

Osajulkaisuissa on käytetty erityisesti *aineisto- ja menetelmätriangulaatiota*. Aineisto koostuu haastatteluista, tilastotiedoista ja terveystietokoneen kansallisesta dokumentaatiosta ja kansainvälisestä tutkimuskirjallisuudesta. Aineistoa on kerätty teema- ja fokusryhmäkeskusteluilla sekä terveystietokoneiden kustannus- ja käyntitilastoista, potilastietojärjestelmästä ja asiakaskyselyistä. Osajulkaisujen monimenetelmällisyys tarkoittaa laadullisten ja määrällisten analyysimenetelmien hyödyntämistä, esimerkiksi sisällönanalyysia, teemoittelua, kuvailevaa tilastoanalyysia ja ristiintaulukointia. Olen tavoitellut triangulaatiolla holistista kuvaa tutkimuskohteesta ja kontekstista, mutta monimenetelmällisyys voi myös vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 141–142).

Osajulkaisuilla pyrin havainnollistamaan terveystietokoneen tavoitteisiin, keinoihin ja seurauksiin liittyvää asiakasresponsiivisuuden problematiikkaa. Taulukossa 3 vedän yhteen osajulkaisujen menetelmävalinnat ja kontribuution väitöstutkimukseeni.

Osajulkaisu 1 kuvasi terveystietokoneen roolia suomalaisessa perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa ja kuvata uuden kehittämisinstrumentin mahdollisuuksia. Kartoittava ote sopii uusien näkökulmien ja vähän tunnettujen ilmiöiden selvittämiseen (Hirsjärvi ym. 2009, 138–139). Empiirinen aineisto kerättiin yhdistelemällä sekundääriaineistoa: Ylöjärven ja Lahden terveystietokonekokeilujen arviointitutkimusdokumenteja, haastatteluja ja asiakaskyselyjen tuloksia sekä käyntitilastoja ja kustannustietoja. Aineistoa analysoitiin monimenetelmällisesti. Määrällisessä aineistossa käytettiin tilastollisesti kuvaavia tunnuslukuja, ja laadullisessa käytettiin sisällönanalyysia ja teemoittelua.

Osajulkaisu 2 selvitti asiakas- ja kustannusajattelun välistä jännitettä terveydenhuollon kehittämisessä kuvaamalla terveystietokoneen asiakasresponsiivisuuden toteuttamista eri maissa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selittää terveystietokoneen yleisiä toimintamekanismeja ja testata tietokoneen asiakasresponsiivisuuden ohjelmateoriaa. Selittävä tutkimus voi etsiä selitystä ongelmaan vaikuttavista tekijöistä tai ilmiön syy-seuraussuhteista (Hirsjärvi ym. 2009, 138–139). Yhteiskuntatieteissä syiden ja mekanismien selittäminen on tyypillistä kriittisessä realismissa ja realistisessa arviointiperinteessä, jossa ollaan kiinnostuneita

siitä, miten ja miksi interventiot sosiaalisessa todellisuudessa toimivat (ks. Pawson & Tilley 1997; Töttö 2004). Osajulkaisussa selvitettiin terveystieteiden toiminnan tavoitteita ja toimintaperiaatteita erilaisissa terveydenhuoltojärjestelmien konteksteissa. Aineistonkeruumenetelmänä oli kirjallisuuskatsaus, ja analyysimenetelmänä käytettiin laadullista meta-analyysia. Aineistona olivat yhdysvaltalaiset ja englantilaiset terveystieteiden tutkimukset monitieteisestä viittaus- ja tiivistelmätielästä. Tutkimuksista tehtiin realistinen synteesi, jossa teoriaohjaavasti testattiin terveystieteiden ohjelmateoriaa. Realistinen synteesi sopii kompleksisten interventioiden onnistumisen ja vaikutusten selittämiseen, minkä vuoksi analyysille on tyypillistä iteratiivinen tutkimusstrategia (Pawson 2006). Meta-analyysin tuloksena uudelleen muotoiltiin asiakasresponsiivisuuden ohjelmateoriaa.

Osajulkaisu 3 tarkasteli kriittisesti terveystietoa kysynnän ohjaamisen välineenä terveydenhuollon johtamisen näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla terveydenhuollon palvelukysynnän hallinnan kompleksisuutta ja arvioida terveystieteiden seurauksia terveystieteiden käytölle. Ennustava tutkimus on kiinnostunut ilmiön seurauksista, tuloksista ja vaikutuksista tulevaisuudessa tai jossakin toisessa kontekstissa (Hirsjärvi ym. 2009, 138–139). Kyseessä oli kvantitatiivinen tapaustutkimus, jonka aineisto saatiin potilastietojärjestelmän seuranta-tiedoista. Aineisto muodostui Ylöjärven terveystieteiden suurikäyttäjien anonyymeista käyntitiedoista vuosina 2011 ja 2012. Terveystieteiden suurikäyttäjäksi laskettiin sellaiset henkilöt, joilla oli yli 10 terveystietokäyntiä vuodessa. Määrällisen analyysin avulla tutkittiin, miten terveystieteiden helppo pääsy vaikuttaa palvelujen suurikäyttöön. Kyse oli harkinnanvaraisesta näytteestä, jonka analyysissa keskityttiin luokittelemaan ja kuvaamaan tilastollisesti terveystieteiden suurikäyttäjien palvelujen käyttöä.

Osajulkaisu 4 kuvasi terveystietoa poliittis-institutionaalisisessa kontekstissa yhtenä julkissektorin tuottavuuden parantamisen instrumenttina. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tuottavuuspolitiikkien argumentointia ja monitulkintaisuutta. Kuvailevassa tutkimuksessa esitetään ilmiöiden tarkkoja kuvauksia, kiinnostavimpia tai näkyvämpiä ominaisuuksia (Hirsjärvi ym. 2009, 138–139). Osajulkaisussa kahden tapaustutkimuksen avulla kuvattiin parhaiden ratkaisujen etsinnän ja soveltamisen ongelmaa palvelurakenteen uudistamiseksi. Aineistona käytettiin kahden arviointitutkimuksen dokumentaatiota. Niiden sisällön analyysissa korostui laadullinen ja hermeneuttinen ote. Aineiston analyysia voisi luonnehtia teoriaohjaavaksi argumentaatioanalyysiksi, jossa kuvattiin tuottavuuspolitiikkien argumentteja, uudistamisen tuloksia ja käytännön tuloksia.

Taulukko 3. Yhteenvedo osajulkaisujen metodologisista valinnoista

	Osajulkaisu 1	Osajulkaisu 2	Osajulkaisu 3	Osajulkaisu 4
Tutkimus-tehtävä	Kuvata kioskin potentiaalista roolia suomalaisessa terveydenhuollon institutionaalisessa kontekstissa käyttäjien, kysynnän sekä kustannusten näkökulmista	Selvittää kioskin toimintamekanismeja eri maissa ja testata asiakasresponsiivisuuden ohjelmateoriaa kuvaamalla terveydenhuollon asiakas- ja kustannus-ajattelun jännitteitä	Tarkastella kriittisesti kioskia kysynnän ohjaamisen instrumenttina terveyspalvelujen käytön, kysynnän hallinnan ja johtamisen näkökulmista	Kuvata kioskia julkissektorin tuottavuuspolitiikan instrumenttina tietämisen ja tekemisen ongelmina (tulkinnat ja seuraukset)
Tutkimus-kysymys	Mikä on terveystietokioskin rooli osana suomalaista perusterveydenhuoltoa? Millä edellytyksillä kioskki voi onnistua?	Miten terveystietokioskin asiakasresponsiivisuuden idea toteutuu eri konteksteissa, liittyykö helpon pääsyn dilemma hoitojärjestelmään?	Mitä terveystietokioskin helppo pääsy merkitsee palvelujen käytölle ja kysynnälle? Ovatko kioskia eniten käyttävät palvelujen suurkäyttäjät?	Miten tuottavuuden parantamisen monitulkintaisuus ilmenee julkisissa politiikoissa? Miten tuottavuusinstrumenttien käyttöä perustellaan?
Aineisto	Perusterveydenhuollon tilastot, kioskien asiakaskyselyt, kustannusraportit, asiantuntijoiden teema-haastattelut (n=33)	Yhdysvaltalaiset ja englantilaiset kioskkitutkimukset Scopus-tietokannasta (n=65)	Potilastietojärjestelmän anonyymit käyntitiedot Ylöjärven kioskin suurkäyttäjistä (yli 10 käyntiä v. 2011 tai 2012, n=107)	Arviointitutkimusten dokumentaatio: Case 1 Paras-hanke, Case 2 Ylöjärven ja Lahden kioskit (2009–2013)
Metodit	Monimenetelmällinen tapaustutkimus. Aineiston analyysissa tilastollisesti kuvaavaa analyysia, sekä teemoittelua ja sisällönanalyysia	Laadullinen meta-analyysi: realistinen synteesi. Aineiston teoriaohjaava analyysi ohjelmateorian ja toimintamekanismien selvittämiseksi	Kvantitatiivinen tapaustutkimus. Harkinnanvaraisen näytteen tilastollisesti kuvaava analyysi ja luokittelu	Kvalitatiivinen tapaustutkimus. Aineiston teorialähtöinen sisällönanalyysi ja argumentaatioanalyysi
Kontribuutio väitös-tutkimukseen	Kehittämisen seuraukset terveydenhuollon institutionaalisessa ympäristössä, kioskikokeilujen tavoitellut ja ei-tavoitellut seuraukset, miten kehittämisspuhe realisoitui käytännön toiminnassa	Responsiivisuuden käsitteellistäminen, terveydenhuollon kustannushallinnan ja saatavuuden universaali dilemma, tavoitteiden yhteensovittamisen ja toteuttamisen ongelmat, puheen ja toiminnan/tavoitteiden ja keinojen jännitteet	Terveydenhuollon palvelukysynnän hallinnan käsitteellistäminen, tavoitteiden ja keinojen ristiriita, kioskin tavoitellut ja ei-tavoitellut seuraukset kysynnän hallitsemiseksi.	Tuottavuuspolitiikan monitulkintaisuus ja poliittis–hallinnollinen konteksti, tietämisen ja tekemisen ongelma, uudistamispolitiikan tavoitteiden ja instrumenttien sekä reformipuheen ja käytännön toiminnan väliset jännitteet

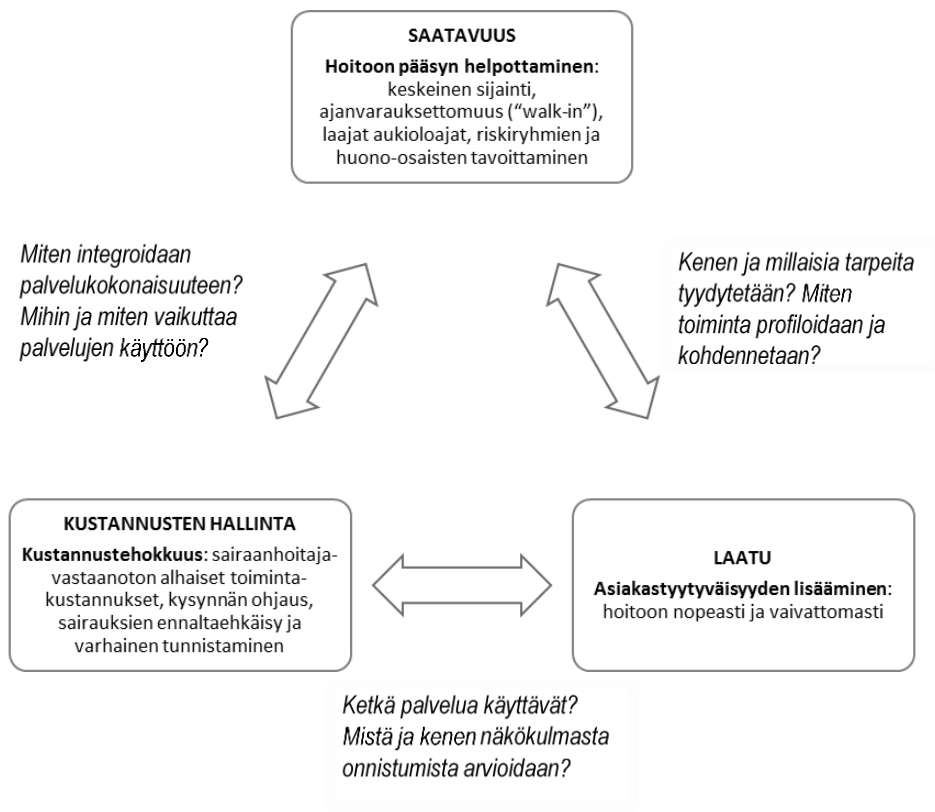
5 Tulosten yhteenveto

Kasvavat palvelutarpeet ja niukkenevat resurssit ovat julkishallinnon uudistamisen lähtökohta. Siihen kiteytyy myös hallintotieteellinen tutkimusperinne: kysymykset toiminnan tehokkaasta organisoinnista, rationaalisesta päätöksenteosta, hyvästä johtamisesta ja kansalaisten palvelemisesta (Salminen 2011, 2). Terveystieteiden tutkimusperinne on ollut keskeinen tutkimusperinne: kysymykset palvelujen kehittämisessä näkyvät jännitteet asiakasresponsiivisuuden ja rajallisten resurssien välillä. Palvelut pitäisi tuottaa tehokkaasti ja samanaikaisesti parantaa hoitopääsyä ja palvelujen laatua, mutta käytännössä valintoja tehdään kustannushallinnan ja asiakasajattelun väliltä. Sosiaali- ja terveydenhuollon reformipolitiikassa korostetaan ongelmien ennaltaehkäisyä, palvelujen saatavuuden, kustannustehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden parantamista. Yhtenä ratkaisuna on esitetty matalan kynnyksen toimintamallien käyttöönottoa. Terveyskioski on yksi esimerkki perusterveydenhuollon kehittämispyrkimyksistä. Tässä luvussa vedän yhteen sen keskeiset tulokset.

Vuonna 2009 perustettiin Suomen ensimmäinen julkisen terveydenhuollon terveystieteiden tutkimuskeskus Ylöjärven kaupunkiin. Terveystietokokeilu aloitettiin Sitran aloitteella, ja myöhemmin mukaan tulivat Lahden ja Kotkan kaupungit. Terveystietokioskia pidettiin asiakasresponsiivisena, matalan kynnyksen palveluinnovaationa (ks. Kork ym. 2013), koska kauppakeskuksessa sijaitsevalla terveystietokioskilla oli terveyskeskusta laajemmat aukioloajat ja mahdollisuus asioida ilman ajanvarausta, alkuun jopa anonyymisti. Toiminnan vakiintuessa terveystietokioskin toimintaa suunnattiin terveyden edistämiseen jalkautuvan teemapäivätoiminnan myötä.

Terveystietokioski nähtiin ratkaisuna perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden ongelmaan, ja näin sen uskottiin parantavan sekä palvelujen asiakastyytyvyyttä että kustannusten hallintaa (kuviot 6). Terveystietokioskien tavoitteet ovat olleet samansuuntaisia myös kansainvälisesti (ks. Kork 2016). Terveystietokioski on yksi käytännön soveltamisesimerkki terveydenhuollon kehittämisen rautaisesta kolmiosta (ks. Kissick 1994), jonka kärjet muodostuvat kustannushallinnasta, saatavuudesta sekä laadusta. Muutos yhdessä ulottuvuudessa vaikuttaa muihinkin osiin, minkä vuoksi kehittämisessä joudutaan tekemään kompromisseja ainakin yhdellä kolmion osa-alueista. Esimerkiksi terveystietokioskissa pyrkimys helpottaa hoitopääsyä voi

parantaa asiakastyytyväisyyttä, mutta myös lisää palvelujen käyttöä ja kustannusten kasvua (ks. Kork & Vakkuri 2016).



Kuvio 6. Terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden toimintalogiikka ja siihen liittyvät jännitteet (mukaillen Kissickin 1994 terveydenhuollon rautaista kolmiota)

Väitöskirjan osajulkaisuissa olen tarkastellut terveyskioskin tavoitteiden ja asiakasresponsiivisuuden toteuttamisen problematiikkaa: osajulkaisut 1 ja 2 tarkastelevat kioskia asiakasresponsiivisuuden näkökulmasta ja osajulkaisut 3 ja 4 voimavarojen tehokkaan hallinnan näkökulmasta. Kolmion idean mukaisesti terveyskioskien voidaan nähdä ratkaisevan osittain responsiivisuuden ongelmaa helpottamalla hoitopääsyä, mutta samalla aiheuttaen uusia ongelmia esimerkiksi kysynnän, kustannusten tai resurssien hallinnan näkökulmista (ks. Kork ym. 2015). Toisaalta asiakasresponsiivisuuden parantaminen pakottaa jo sinällään valintoihin ja pohtimaan responsiivisuuden sisältöä, rajoja, kohdentamista, integrointia tai suhdetta kunnan muuhun palvelukokonaisuuteen.

5.1 Osajulkaisu I: Terveyskioski perusterveydenhuollon kehittämisinstrumenttina

Terveyskioskien perustamisen lähtökohtana on ollut julkisten terveyspalvelujen asiakastyytyväisyyden ja kustannushallinnan parantaminen panostamalla nopeampaan hoitoon pääsyyn, sairauksien ennaltaehkäisyyn ja riskiryhmien varhaiseen tavoittamiseen. Osajulkaisu ”*Terveyskioskikokeilut: jotain uutta, jotain vanhaa*” kuvasi Ylöjärven ja Lahden terveystioskikokeilujen kautta terveystioskin potentiaalista roolia perusterveydenhuollon palvelukokonaisuuden ja terveydenhuollon institutionaalisessa kontekstissa. Artikkelin tarkoituksena oli kartoittaa terveystioskitoiminnan edellytyksiä perusterveydenhuollon toimintatapojen uudistamiseksi.

Empiirisenä aineistona käytettiin Ylöjärven ja Lahden terveystioskien arviointitutkimuksen materiaaleja, joita yhdistelemällä ja joiden tuloksia vertaamalla pyrittiin saamaan systemaattinen käsitys terveystioskin toiminnasta. Molempien terveystioskien toimintaa oli arvioitu itsenäisesti, mutta niiden keskinäistä vertailua ei ollut toteutettu. Artikkelin kokosi yhteen kokeilujen keskeiset tulokset ja kuvasi terveystioskin onnistuneisuutta palvelujen sisällön, palvelujen käyttäjien ja kustannusten näkökulmista. Terveystioski-instrumentin käyttöä ja käytön seurauksia tarkasteltiin kahdessa sosioekonomiselta taustaltaan erilaisessa toimintaympäristössä. Kyseessä oli monimenetelmällinen tutkimus, jonka aineiston analyysissa käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä analyysimenetelmiä.

Terveystioskin toimintatapa muistutti vanhanajan terveyssisar-toimintaa. Asiakkaan näkökulmasta helppopääsuisille ja ennaltaehkäiseville terveyspalveluille on tarvetta. Ajanvarauksettomuus, rajallinen palveluvalikoima ja palveluun hakeutumisen vaivattomuus selittivät terveystioskin suosiota ja edullisia kustannuksia. Terveystioskin toiminnan fokus vaihteli kunnan palvelutarpeiden mukaan ja määritteli terveystioskin roolia kunnan palvelukokonaisuudessa. Terveystioskin kehittäminen oli kiinni ammattilaisten innostuksesta ja motivaatiosta kehittää toimintaa oman työn ohessa. Tutkimustulokset osoittivat, että erillisenä instrumenttina terveystioski ei edistä hoitojärjestelmän tehokkuutta, vaan edellyttää integrointia suhteessa kunnan muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Parhaimmillaan terveystioski voi olla yksi avoterveydenhuollon matalan kynnyksen palvelumuoto.

Osajulkaisu antaa kansallisen kehittämisen näkökulman terveystioskeihin. Se tuo esiin sen, miten uudistamisen retoriikka realisoitui käytännön toiminnassa ja millaisia tavoiteltuja ja ennakoimattomia seurauksia kehittämistoiminnalla voi olla.

5.2 Osajulkaisu II: Asiakas- ja kustannusajattelun universaali jännite terveydenhuollossa

Terveyskioskeilla on pyritty ratkaisemaan keskeistä terveydenhuollon ongelmaa: kuinka parantaa kansalaisten pääsyä palveluihin ja silti hillitä kasvavia kustannuksia? Terveyskioski ei ole suomalainen konsepti. Yhdysvalloissa kioskit ovat olleet uusi liiketoimintamahdollisuus ja Iso-Britanniassa osa terveydenhuoltouudistusta. Osajulkaisussa ”*Portinvartija vai sisäänbeittäjä? Terveydenhuollon kustannushallinnan ja asiakasresponsiivisuuden dilemma. Realistinen synteesi terveyskioskeista Englannissa, Yhdysvalloissa ja Suomessa*” terveyskioskia tarkasteltiin kansainvälisessä terveydenhuollon kehittämiskontekstissa. Artikkelissa selvitettiin terveyskioskin toimintalogiikkaa eli etsittiin selitystä siihen, miten ja miksi terveyskioski onnistuu tai ei onnistu kansalaisten tarpeisiin vastaamisessa muissa maissa ja kytkeytykö toteuttamiseen samankaltaisia jännitteitä kuin suomalaisessa kontekstissa.

Kyseessä oli laadullinen meta-analyysi yhdysvaltalaisista ja englantilaisista terveyskioskitutkimuksista. Metodologisesti artikkeli muistuttaa realistista arviointia, jossa interventiota selitetään kontekstin, mekanismien ja tulosten avulla. Realistisen synteessin avulla pohdin terveyskioskin ohjelmateoriaa eli asiakasresponsiivisuuteen vaikuttavia toimintamekanismeja eri konteksteissa. Sen lisäksi testattiin ja uudelleen muotoiltiin terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden ohjelmateoriaa kuvaamalla kehittämiseen liittyvää asiakas- ja kustannusajattelun välistä jännitettä.

Terveyskioskien tavoitteet liittyvät terveyspalvelujen saatavuuden, laadun ja kustannushallinnan parantamiseen. Terveydenhuoltojärjestelmien eroista huolimatta terveyskioskeissa on samankaltainen idea asiakasresponsiivisuudesta; tarjota nopea ja vaivaton ensikontakti hoitojärjestelmään. Asiakasnäkökulmasta helpompi hoitoon pääsy on tervetullut, mutta voimavarojen hallinnan kannalta problemaattinen, jos sen seurauksena on terveydenhuollon kysynnän ja kustannusten kasvu.

Terveyskioskien monien tavoitteiden yhteensovittaminen ja niiden samanaikainen toteuttaminen on ongelmallista. Tosiasiallisesti yhdellä instrumentilla voidaan ratkaista yhtä ongelmaa kerrallaan. Tutkimus osoitti, että asiakasresponsiivisuus on alisteinen kustannusten hallinnalle. Terveydenhuollon kehittämisessä asiakasresponsiivisuuden ja kustannushallinnan dilemma on universaali terveydenhuollon kehittämisiongelma, eikä vain julkisen tai suomalaisen kuntapohjaisen toiminnan ilmiö. Tätä näkökulmaa ei ole ymmärretty yleisesti julkisen hallinnon reformipolitiikassa tai terveyspalvelujen tutkimuksessa. Tämä osatutkimus tähdentää, että terveydenhuollon järjestämismallia tärkeämpää olisi palvelujen organisoimisessa tunnistaa palvelutarpeet ja paikalliset resurssit.

5.3 Osajulkaisu III: Palvelukysynnän hallinnan kompleksisuus terveydenhuollossa

Terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden taustalla oli myös odotus voimavarojen tehokkaammasta hallinnasta ja palvelujen paremmasta segmentoinnista. Kun osa terveyskeskuksen palvelukysynnästä ohjattaisiin matalan kynnyksen terveyskioskiin, voitaisiin asiakasvirtojen uudelleen organisoinnilla vahvistaa muiden palvelujen ydinkompetenssialueita ja siten lisätä palvelutuotannon tehokkuutta. Tasapainoilu tarpeisiin vastaamisen ja rajallisten resurssien välillä kuvaa terveydenhuollon kompleksista johtamista, johon kysynnän hallinta on yksi strategia.

Osajulkaisussa *“Improving access and managing healthcare demand with walk-in clinics: convenient, but at what cost?”* terveyskioskia tarkasteltiin kriittisesti voimavarojen hallinnan instrumenttina terveydenhuollon johtamisen näkökulmasta: kuinka hallita kysyntää ja parantaa saatavuutta? Analysoin kysynnän hallinnan (*demand management*) strategioita terveyspalvelujen tutkimuksessa ja arvioin kioskia terveyspalvelujen palvelukysynnän ohjaajana. Kiinnostuin terveyskioskia paljon käyttävien terveyspalvelujen käytöstä ja siitä, mitä terveyskioskin helppo pääsy merkitsee muiden palvelujen käytölle. Artikkelin oli kvantitatiivinen tapaustutkimus, jonka aineisto koostui Ylöjärven terveyskioskin suurkäyttäjistä (yli 10 käyntiä vuodessa). Potilastietojärjestelmästä saatiin suurkäyttäjien anonymisoidut käyntitiedot, ja aineiston tilastollisesti kuvaavan analyysin pohjalta kuvattiin terveyskioskin käyttöä.

Terveyspalvelujen tutkimuksissa kysynnän hallinta ymmärretään strategiaksi, jossa terveydenhuollon kysyntää ja kustannuksia voidaan hallita palvelujen epätarkoituksenmukaista (tehotonta) käyttöä vähentämällä. Vaikka oikea-aikainen hoitopaikka ja kysynnän ohjaaminen ovat perusterveydenhuollon ydintehtäviä, on kysynnän hallinnan strategioiden vaikuttavuudesta vain vähän tutkimusta. Artikkelin havainnollisti, mitä ongelmia kynnyksen madaltaminen synnyttää sosiaali- ja terveyspalvelujen voimavarojen hallinnalle. Ainutlaatuisen terveyskioskin suurkäyttäjätiedon avulla tutkimus korostaa, kuinka tärkeää terveyspalvelujen johtamisessa on palvelukokonaisuuden koordinointi ja palvelujen käyttötapojen tunnistaminen yli sektorirajojen. Terveyskioski näytti tarjoavan lähinnä lisäpalvelua terveyspalvelujen suurkäyttäjille, joista monilla oli pitkäaikaissairaus. Voimavarojen tehokas hallinta edellyttäisi tiedolla johtamista. Osajulkaisu tuo esiin kysynnän hallintastrategioiden kompleksisuuden: kynnyksen madaltaminen parantaa asiakasresponsiivisuutta, mutta sillä voi olla odottamattomia seurauksia palvelujen käytölle tai potilasrakenteelle. Asiakasresponsiivisuuden parantamiseksi tehty ratkaisu synnyttääkin uusia ongelmia voimavarojen tehokkaalle hallinnalle.

5.4 Osajulkaisu IV: Terveyskioski monitulkintaisen tuottavuuspolitiikan instrumenttina

Tuottavuuden parantamista pidetään ratkaisuna julkisen palvelutuotannon kestävyysvajeen ongelmaan, jossa pitäisi tuottaa enemmän vähemmällä resursseilla. Julkisten voimavarojen taloudellinen käyttö on perusteltua, mutta käytännössä hyvin kiistanalainen tavoite. Osajulkaisussa *“Complexities of productivity policies in the Finnish public sector: knowing how to do more with less”* terveystuotannosta havainnollistettiin poliittis-institutionaalisisessa reformipolitiikan kontekstissa yhtenä tuottavuuden parantamisen instrumenttina.

Artikkelissa käsitteellistettiin julkishallinnon tuloksellisuuden ja tuottavuuden parantamisen monimutkaisuutta ja monitulkintaisuutta. Kahden laadullisen tapaustutkimuksen avulla kuvattiin tuottavuuspolitiikan periaatteita, perusteluja sekä näiden käytännön tulkintoja ja kokeilujen tuloksia suomalaisessa paikallishallinnossa ja palvelurakenteen uudistamisen kontekstissa. Suuruuden ekonomian olettamusta kuntaliitoksissa tarkasteltiin Paras-hankkeen arviointitutkimusaineiston avulla. Terveystuotannosta arviointitutkimusaineistoa kuvasi pyrkimys parantaa julkisten palvelujen laatua tarjoamalla vaivaton pääsy perusterveydenhuollon palveluun. Näitä kahta erilaista tuottavuusinstrumenttia analysoitiin tuottavuuspolitiikan soveltamisen välineinä.

Terveystuotannosta helppo pääsy ja ongelmien varhainen tunnistaminen olivat palvelujen laadun ja tuottavuuden parantamisen periaatteina. Perusidea on yksinkertainen ja houkutteleva, mutta kynnyksen madaltaminen aiheuttaa jännitteen asiakasresponsiivisuuden ja kustannushallinnan välille. Tuloksellisuus riippuu asiakkaiden valinnoista ja tyytyväisyydestä, mutta kustannustehokkuuden paine voi johtaakin kynnyksen korottamiseen, mikä on paradoksaalista asiakasnäkökulmasta.

Tapausten samankaltaisten ristiriitaisuuksien avulla on mahdollista käsittää toimintapolitiikkojen tietämisen ja tekemisen kompleksisuutta. Ymmärsin terveystuotannosta liittyviä jännitteitä poliittis-hallinnollisessa viitekehyksessä, jossa voimavarojen hallinnan parantamiseen liittyvillä instrumenteilla on tavoiteltuja ja eivä tavoiteltuja seurauksia. Osajulkaisu tuo esiin, kuinka monitulkintaisia uudistuspolitiikan tavoitteet ja keinot ovat. Ratkaisujen etsintää vaikeuttaa epävarmuus tehokkaimmista ratkaisuista ja valintoja ohjaavista olettamuksista. Soveltamisen ongelma kuvaa reformipuheen ja käytännön toiminnan välistä kuilua. Vasta toiminnan kautta näemme, miten tuottavuuspolitiikat oikeasti toimivat ja niiden tuloksellisuuden arvioinnin tulkintaongelmat.

6 Päätelmät

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli ymmärtää asiakasresponsiivisuuden ja kustannushallinnan tavoitteiden välisiä jännitteitä julkis palvelujen, ja erityisesti perusterveydenhuollon, kehittämisessä. Tarkastelin jännitteitä kahdella tasolla: yhtäältä asiakasresponsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan yhteensovittamisen jännitettä päätöksenteossa, ja toisaalta näiden tavoitteiden soveltamisesta syntyviä jännitteitä empiirisessä terveydenhuollon kontekstissa. Osajulkaisuissa kuvasin tätä problematiikkaa terveystieteiden tutkimusten valossa. Palvelutarpeisiin vastaaminen ja niukkojen voimavarojen tehokas hallinta on julkishallinnon keskeinen päätöksenteon ongelma, johon yritetään löytää paras mahdollinen tasapaino. Erisuuntaisten päämäärien yhteensovittaminen synnyttää useita jännitteitä ja ristiriitoja päätöksentekoprosessissa, minkä vuoksi unelma julkisen hallinnon kokonaisuutena toiminnasta on hylättävä. Käytännössä julkishallinnon asiakasorientaation ja kustannushallinnan pyrkimysten soveltaminen on ongelmallista, mikä tekee asiakasresponsiivisuuden onnistuneisuuden arvioinnista monitulkintaista. Tässä luvussa pohdin asiakasresponsiivisuuteen liittyviä jännitteitä voimavarojen hallinnan näkökulmasta ja pyrin vastaamaan tutkimuskysymyksiini.

6.1 Julkispalvelujen asiakasresponsiivisuuden ja tehokkuuden jännite

Miten responsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan yhteensovittamisen jännite ilmenee pyrittäessä parantamaan julkisia palveluja?

Responsiivisuus on julkisen hallinnon legitimitietin ydintä, sillä järjestelmän tarkoituksena on ymmärtää kansalaista ja asiakasta. Palvelujärjestelmä on lähtökohtaisesti rakennettu tyydyttämään kansalaisten tarpeita, mutta responsiivisuuden maksimointia rajoittavat niukat voimavarat. Asiakasresponsiivisuuden ja kustannushallinnan tavoitteiden samanaikainen yhteensovittaminen tuo esiin sen, kuinka mahdotonta on löytää julkisen toiminnan tehokkuutta selittävä kokonaisuutena malli. Pyrkimys tehokkaaseen toimintaan tuo ilmi tavoitteiden soveltamiseen liittyvät ongelmat. Näitä ovat

esimerkiksi tavoitteiden ja keinojen välinen ristiriita, puheen ja toiminnan, julkilausutun ja todellisen tavoitteen väliset jännitteet sekä tavoiteltujen ja ei-tavoiteltujen vaikutusten ristiriidat.

Erisuuntaisten tavoitteiden yhteensovittaminen kuvaa hallinnon ja politiikan välistä jännitteistä suhdetta (vrt. Goodnow 1900; Simon 1957; Stivers 2001). Uudistamisessa politiikka ja hallinto kietoutuvat yhteen ne eivät ole erillisiä toimintoja. Keinojen määrittäminen on politiikkaa, mutta soveltaminen eli asioiden saaminen tehdyksi on hallinnon ydintä. Hallinnon uudistamiseen liittyy paljon mielenkiintoisia jännitteitä ja paradokseja (vrt. Hood & Peters 2004). Tutkimuksessani en ole tarkastellut pelkästään uudistamistavoitteisiin liittyviä poliittisia jännitteitä, vaan toimintapolitiikan soveltamisen konteksti auttaa ymmärtämään paremmin julkishallinnon kehittämistä ja konkreettisesti päätöksentekotilanteessa syntyviä jännitteitä.

Hallinnon uudistamisen tarpeista ja tavoitteista voi olla helppoa olla samaa mieltä, mutta kiistanalaisempaa on se, millaisin toimenpitein uudistamista tulisi toteuttaa. Päätöksentekijöiden rajoitettu tietämys reformin tavoite-keinosuhteista ja valintojen vaikutuksista vaikuttaa siihen, miten reformit käytännössä toimivat (ks. Lægreid 2014, 335). Ongelmien ratkaisut voivatkin johtaa uusiin ongelmiin tai uudistamisen julkilausuttu tavoite voi olla täysin toinen kuin todellinen päämäärä. Nykyisen sote-uudistuksen eksplisiittisenä tavoitteena on palvelurakenteen parantaminen yhdenvertaisemmaksi, mutta julkisessa keskustelussa esimerkiksi perusterveydenhuollon palvelujen horisontaalisesta integraatiosta ei ole juurikaan keskusteltu, vaan olennaisempi kiistanaihe näyttää olevan kuntien, maakuntien ja valtion välisen järjestämisvastuun määrittäminen. Uudistuksiin liittyikin usein piilofunktioita. Olemassa oleviin ongelmiin ei välttämättä niinkään etsitä ratkaisuja, vaan valmiisiin ratkaisuihin sopivia ongelmia.

Rajanveto-ongelma asiakasresponsiivisuuden ja voimavarojen tehokkaan hallinnan välillä

Asiakasresponsiivisuuden pyrkimys kuvaa sitä, kuinka vaikeaa on asettaa julkisen toiminnan kehittämisen rajoja eli määrittää, mihin responsiivisuus ulottuu poliittishallinnollisissa organisaatioissa. Uuden julkisjohtamisen korostama dogmi asiakaslähtöisistä julkispalveluista on todellisuudessa ongelmallinen tavoite toteuttaa, koska ensin olisi määriteltävä, kenen ja millaisia preferenssejä tyydytetään sekä miten ja missä rajoissa se tehdään (ks. esim. Romzek 2000; Koppell 2005). Kehitetäänkö responsiivisuutta suhteessa kansalaisiin vai markkinoihin? Näiden rajojen

asettaminen tuo päätöksentekoon jännitteitä, kun erilaisia rationaliteetteja, arvoja ja tulkintoja sovitetaan yhteen.

Julkishallinnon asiakasresponsiivisuuteen liittyy poliittinen orientaatio, jossa erilaiset intressit ja ideologiat kamppailevat. Responsiivisuuden parantaminen kytkeytyy yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden ja legitimitietin kysymyksiin. Asiakslähtöisyyden ideaali painottaa yksilöllisiin tarpeisiin vastaamista ja palvelujen segmentointia, mutta ongelmallista on, miten yksilöllisyyden vaateet pystytään sovittamaan universalismin ja oikeudenmukaisuuden periaatteisiin päätöksenteossa (ks. kuvio 2, s. 36). Asiakasresponsiivisuuden vaatimus näyttää yhdistyvän lyhyen tähtäimen tehokkuusajatteluun, mikä voi heikentää pitkäntähtäimen demokratian ja oikeudenmukaisuuden näkökulmaa (March & Olsen 1995, 151). Toisaalta, mitä enemmän kustannushallinnan paineet kasvavat, sitä vähemmän on mahdollisuuksia toteuttaa asiakasresponsiivisuuden tavoitetta.

Kun taloudelliset resurssit määrittävät kehittämisen rajoja, korostuu symbolisten juhlapuheiden merkitys, kuinka asiakkaiden tarpeita yritetään huomioida tulevaisuudessa. Rationalisoitujen myyttien, symboliikan ja imagon avulla yritetään luoda vaikutelma aktiivisesta toiminnasta ja siten etsiä legitimitettä toiminnalle (esim. Meyer & Rowan 1977; Brunsson 1989b; Christensen & Lægread 2007b). Vaikka uudistusretoriikassa luvataan panostaa asiakasresponsiivisuuden kehittämiseen, niin käytännössä on vaikea arvioida, mikä osa on todellista satsausta ja mikä vain kaunista puhetta. Asiakasresponsiivisuuden toteuttaminen ei tapahdu lineaarisesti, vaan monivaiheisen ja iteratiivisen prosessin tuloksena (ks. Kork 2016). Uudistukset ovat emergentejä ja kompleksisia muutoksia (vrt. Weick & Quinn 1999; Kickert 2010), minkä vuoksi asiakasresponsiivisuuden toteuttamisella voi olla ennakoimattomia ja ei-tavoiteltuja seurauksia. Jännite syntyy, kun tavoitteen toteuttamiseksi tehdään tosiasiallisesti jotain muuta tai tavoitteen mukainen toiminta synnyttää toisenlaisia seurauksia kuin odotettiin.

Responsiivisuuden kehittäminen voi osittain tuottaa parempaa asiakastytyväisyyttä, mutta yhden ryhmän responsiivisuuden parantaminen saattaa aiheuttaa tyytymättömyyttä toisaalla tai heikentää toisen asiakasryhmän tarpeisiin vastaamista. Esimerkiksi perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottotoimintaa järjestetään sekä kunnallisessa terveyskeskuksessa että työterveydenhuollossa, mikä saattaa lisätä palvelujen rinnakkaiskäyttöä ja palvelujärjestelmän eriarvoisuutta. Helppopääsyiset työterveyshuollon palvelut kohdistuvat suhteellisen hyvinvoivalle työssäkäyväälle väestölle. Voimavarojen hallinnan näkökulmasta tällainen monikanavaisuus on erittäin ongelmallista, mutta nykyiseen järjestelyyn liittyy eri tahojen intressejä, myös taloudellisia, eivätkä

palvelujen käyttäjätäkään tuskin ole valmiita luopumaan saavutetusta edustaan tarpeenmukaisemman perusterveydenhuollon kehittämiseksi (ks. Virtanen & Mattila 2011).

Asiakasresponsiivisuuden puhe jää helposti yleiselle tasolle, jos tavoitetta ei pohdita julkisten voimavarojen hallinnan näkökulmasta: missä suurimmat tarpeet on ja kenelle responsiivisuutta kohdennetaan. Yritysten liiketoiminnallinen logiikka perustuu siihen, että tuotteet ja palvelut ovat tarkasti segmentoituja. Tavoitteena ei olekaan tarjota kaikille kaikkea, vaan panostaa liiketoiminnallisesti merkittäviin asiakasryhmiin. Tämä on lähtökohtainen ero verrattuna julkishallinnon periaatteeseen, jossa yritetään vastata mahdollisimman monen tarpeisiin. Julkispalveluissa on ongelmallisempaa priorisoida, kenen responsiivisuutta tulisi parantaa. Myös vaikutusten arviointi on epävarmaa ja monitulkintaista. Kun responsiivisuutta kehitetään, niin missä asiakasryhmissä tai taloudellisten voimavarojen hallinnan viitekehyksessä parantaminen tosiasiallisesti toteutuu ja näkyy?

Poliittinen järjestelmä asettaa rajat sille, miten julkisissa palveluissa voidaan ylipäätään ”segmentoida”. Voimavarojen hallinnan näkökulmasta julkishallinnon asiakasresponsiivisuuden parantaminen on ennen kaikkea poliittinen prosessi, koska verot kerätään ja allokoidaan poliittisilla päätöksillä. Poliittiseen retoriikkaan on kuitenkin hankalaa tuoda ajatusta vain yhden ryhmän etujen edistämisestä. Kannatuksen vuoksi on vedottava mahdollisimman monien tarpeisiin. Asiakaslähtöisyyttä on helppo julistaa, mutta yksilöllisiin tarpeisiin on vaikea vastata verorahoitteisissa palveluissa, joissa voimavarojen allokointia ohjaa poliittinen päätöksenteko. Vaikka poliittisesti voi olla mahdoton rajoittaa responsiivisuutta, tosiasiallisesti päätöksentekijä joutuu asettamaan responsiivisuuden rajat valintoja tehdessään.

Tarpeisiin vastaaminen edellyttää laajempien yhteiskunnallisten tavoitteiden ja vaikutusten huomioon ottamista. Toisin kuin liiketoiminnassa, hyvinvointivaltion logiikka ja periaatteet määrittävät julkisten palvelujen responsiivisuutta ja sen lisäämisen mahdollisuuksia. Tämä tutkimus osoittaa, että asiakasresponsiivisuus ei yksin lisää julkisten palvelujen tehokkuutta. Ristiriitoja syntyy jo siinä, miten monitulkintaisesti responsiivisuuden parantamisesta puhutaan, mutta uusia jännitteitä voimavarojen tehokkaalle hallinnalle syntyy, kun asiakasresponsiivisuutta yritetään tosiasiallisesti parantaa.

6.2 Terveyskioski asiakasresponsiivisuuden kehittämisinstrumenttina

Miten terveyskioskit ovat ratkaisseet asiakasresponsiivisuuden ongelmaa ja millaisia uusia ongelmia ratkaisu on synnyttänyt voimavarojen hallinnan näkökulmasta?

Osajulkaisuissa kuvasin asiakasresponsiivisuuden ja voimavarojen hallinnan rajanveto-ongelmaa konkreettisessa palvelutuotannon ympäristössä ja kompleksisessa terveydenhuollon kehittämisen viitekehyksessä. Havainnollistin terveyskioskia perusterveydenhuollon saatavuuden parantamisen ja matalan kynnyksen kehittämisretoriikan kontekstissa. Terveyskioski on yksi mahdollinen asiakasresponsiivisuuden instrumentti, joka ratkaisee osittain responsiivisuuden ongelmaa: se vastaa asiakkaiden tarpeisiin päästä helpommin perusterveydenhuoltoon ja näin voidaan hallita tehokkaammin terveydenhuollon voimavaroja. Samalla terveyskioskin asiakasresponsiivisuus voi aiheuttaa uusia ongelmia kustannushallinnan suhteen. Terveyskioski kuvaa asiakasresponsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan yhteensovittamisen problematiikkaa: kun yhdessä osassa vastataan asiakkaiden tarpeisiin madaltamalla hoitopääsyn kynnystä, niin ratkaisulla on vaikutusta järjestelmän muihin osiin. Ratkaisu luo uudenlaisia ongelmia voimavarojen allokoinnille, mutta myös responsiivisuudelle siinä, mihin matalan kynnyksen toiminta kohdentuu.

Osa hyvinvointiyhteiskunnan uudistamiskeskustelua on se, missä palveluissa kynnyksiä voidaan madaltaa ja missä niitä joudutaan jopa korottamaan (Vakkuri 2011). Kun kaikkiin tarpeisiin ja toiveisiin ei voida vastata, joudutaan järjestelmän tehokkuuden näkökulmasta pohtimaan sitä, missä hoitopääsyn helpottaminen olisi voimavarojen käytön kannalta rationaalisinta. Pääsyn rajoittaminen on sekä poliittisesti että responsiivisuuden ja yksilöiden hyvinvoinnin näkökulmastakin ongelmallista. Kun responsiivisuutta parannetaan, on arvioitava, kuka matalasta kynnyksestä eniten hyötyisi, kenen tarpeita preferoidaan, mikä monista asiakasryhmistä tarvitsisi mahdollisimman varhaista interventiota tai mihin raja sairauksien hoidon ja ennaltaehkäisyn välillä vedetään. Matala kynnyksi ei itsessään ole pelkkä palvelumalli, joka olisi suoraan siirrettävissä mihin tahansa palveluympäristöön (Kaakinen 2003, 59).

Palveluun pääsyn helpottaminen voi aiheuttaa uudenlaisia responsiivisuuden ongelmia ja tuottaa ei-toivottuja vaikutuksia. Terveyskioskin asiakasresponsiivisuus ilmeni asiakastyytyväisyytenä ja korkeana käyttöasteena, mikä saattoi lisätä terveydenhuollon kysyntää ja sitä kautta vaikuttaa kunnan perusterveydenhuollon kustannuksiin ja laajemmin kuntatalouteen. Perusterveydenhuollon saatavuuden

parantamisella on yleensä seurauksia myös palvelujen laadun ja kustannushallinnan kysymyksiin (vrt. Kissick 1994). Terveyskioskin helppo pääsy synnytti uudenlaisia responsiivisuuden ongelmia ratkaistavaksi. Koska muihin palveluihin oli korkeampi palvelukynnys, palvelujen suurkäyttäjät ja pitkäaikaissairaat käyttivät terveystioskia lisäpalveluna, mikä lisää palvelujen kysyntää ja siten kustannuksia, mutta myös ohjaa toimintaa ennaltaehkäisystä sairauksien hoitoon.

Asiakasresponsiivisuuden kehittäminen julkisessa perusterveydenhuollossa tapahtuu niukkojen voimavarojen ja poliittisen päätöksenteon kehyksessä, johon liittyy arvovalintoja ja kompromisseja palvelujen tason, tarpeiden, kustannushallinnan ja poliittisen kannatuksen suhteen. Julkilausutun ja todellisen tavoitteen jännite näkyi terveystioskikokeilujen jatkoa koskevassa päätöksenteossa. Terveystioski nautti enemmän poliittista kuin hallinnollista luottamusta: poliittisten päätöksentekijöiden näkemys kioskin tarpeellisuudesta oli positiivisempi kuin johtavien viranhaltijoiden, ei niinkään terveystioskin tuottaman terveyshyödyn vaan kunnan imagoarvon näkökulmasta. Responsiivisuuteen kytkeytyy inhimillisten ja taloudellisten voimavarojen näkökulma, joka edellyttää päätöksenteossa huomiota kuntalaisten tarpeiden lisäksi kunnan elinvoimaisuuteen. Asiakasresponsiivisuus voi olla käytännön todellisuuden sijaan osa palveluideologiaa, jossa taloudelliset intressit ja toimintapolitiikan rationaliteetin vahvistaminen voivat olla tärkeämpiä kuin todellisten tarpeiden analysointi (ks. Etzioni 1964; Brunsson 1989b; Saltzstein 1992).

Julkiset palvelut vastaavat moninaisiin tarpeisiin. Päätöksenteossa on punnittava, vastataanko äännekkäimpien vaatimuksiin vai niiden, jotka eivät saa tai jaksaa saada ääntänsä kuuluviin, entä tyydytetäänkö nykyisten vai potentiaalisten palvelun tarvisijoiden tarpeita? Tiedolla johtaminen voi tukea asiakaslähtöistä kehittämistä. Ainakin tarvitaan tarkempi kuva palvelukokonaisuuden hoitopääsyn esteistä ja väestön suurimmista palvelutarpeista. Toinen asia on, mitä toiveita ja tarpeita preferoidaan ja miten yksilöiden tarpeet tiedetään ja kuinka tämä informaatio välittyy päätöksentekoon (ks. Vakkuri 2011). Nykyiset terveydenhuoltojärjestelmät eivät näytä vastaavan kovin hyvin tiedolla johtamisen tarpeisiin. Puhe asiakaslähtöisyydestä ei vielä johda parempiin palveluihin, jos poliittis-hallinnollisessa suunnittelu- ja päätöksentekojärjestelmässä ei pystytä hyödyntämään systemaattisesti kerättyä tietoa ja asiakkaiden kokemuksia palvelujen kehittämiseksi (ks. Bäcklund 2007, 109–110).

On sattumanvaraista, ketkä palvelun löytävät ja omaksuvat. Ongelmallista on, jos ei huomioida paikallisia palvelutarpeita, toiminnan kohdentumista, palvelukokonaisuuteen integrointia tai fyysisen sijainnin merkitystä, millä on vaikutuksia muiden palvelujen käyttöön. Palveluntarjoaja voidaan valita palvelun

laadun sijasta saatavuuden ja saavutettavuuden takia. Profiloituminen puolestaan voi rajata muita asiakasryhmiä ulkopuolelle. Terveyskioskin todellinen käyttäjäryhmä muotoutui toisenlaiseksi kuin sen alkuperäinen kohderyhmä (riskiryhmät ja huono-osaiset). Kioski ei tavoittanutkaan niitä, joilla on suurimmat terveystarpeet. Toimeenpanon perustana ei ollut kuntalaisten palvelutarpeiden analyysi, vaan perusterveydenhuoltoon haluttiin matalan kynnyksen terveysneuvontaa, vaikka esimerkiksi mielenterveyspalvelujen kysyntä oli jatkuvasti kasvussa (ks. Kork & Vakkuri 2016).

Matalan kynnyksen mallin vahvuuksia on, että ongelmiin voidaan tarttua ajoissa ja asiakas tulee kohdatuksi. Tutkimuksen perusteella terveyskioski on irrallinen ratkaisu perusterveydenhuollon saatavuuden parantamiseksi, mutta se tuo esiin hoitopääsyn epäkohtia ja järjestelmän puutteita: asiakasnäkökulmasta tarvetta on helpolle ja nopealle hoitoon pääsulle, ohjaukselle ja psykososiaaliselle tuelle (ks. Kork & Vakkuri 2013). Onkin ironista, että asiakkaiden tarpeisiin mukautuvan reagoinnin ja ”sisäänheiton” sijasta terveyskioskin matalan kynnyksen haluttiin toimivan järjestelmän portinvartijana ja hillitsevän muiden palvelujen kysyntää. Voimavarojen tehokas hallinta olisi edellyttänyt palvelukokonaisuuden koordinoitua sekä analyysia palvelujen esteistä ja avun hakemisen tavoista.

Tämä tutkimus osoittaa, että asiakasresponsiivisuuden ja taloudellisten voimavarojen hallinnan yhteensovittaminen ja soveltaminen käytäntöön tuottaa jännitteitä, ristiriitoja ja monitulkintaisia seurauksia. Asiakasresponsiivisuuden, palvelujen saatavuuden ja vaikuttavuuden parantamisen kannalta olennaista on, millaisiin palvelutarpeisiin ja terveysongelmiin tarvitaan helpompaa pääsyä ja miten matalan kynnyksen toiminta niveltyy osaksi muuta järjestelmää. Voimavarojen tehokkaan hallinnan kannalta toiminnan onnistuneisuuden arvioinnissa olisi huomioitava varhaisen puuttumisen ja ongelmien ennaltaehkäisyn mahdolliset yhteiskunnalliset ja välilliset hyödyt, jotka realisoituvat vasta pitkällä aikavälillä. Perusterveydenhuollon kehittämistarpeiden ja terveyskioskikokeilun taustaa vasten voimme ymmärtää laajemminkin hyvinvointipalvelujen kehittämisen problematiikkaa. Palvelunkäyttäjille helpompi hoitopääsy voi parhaimmillaan tarkoittaa laadukkaampia palveluja, jotka vastaavat oikeassa paikassa oikeaan aikaan yksilöllisiin tarpeisiin. Voimavarojen tehokas hallinta puolestaan edellyttää, että samalla tällainen asiakasresponsiivisuus vähentää kysyntää muualla. Tätä viitekehystä vasten on mahdollista ymmärtää konkreettisemmin responsiivisuuden parantamiseen kytkeytyviä jännitteitä ja soveltamisen problematiikkaa kuin pelkän teoreettisen tarkastelun, julkisjohtamisen asiakasresponsiivisuuden tai reformiretoriikan eetoksen kautta.

6.3 Pohdinta

Tämä tutkimus on antanut minulle aihetta teoreettisesti pohtia mielenkiintoisia teemoja: asiakasresponsiivisuuden tematiikkaa, päätöksenteon problematiikkaa ja kehittämisen dilemmoja. Uudistusretoriikassa ja kehittämisspuheissa luvataan hyvää ja kaunista, mutta jännitteiden tutkiminen tekee näkyväksi todellisen maailman valintatilanteita. Reformeja ja julkishallinnon modernisointia on hedelmällistä tutkia paradokseina, retorisina lupauksina, narratiiveina, fantasioina ja uskomuksina (vrt. Pollitt 2013; Hood & Peters 2004; Fotaki 2010; Finlayson 2007) sen sijaan, että tyydyttäisiin pelkästään kritisoidaan uudistamisen periaatteita tai piirtämään keinotekoisia rajoja eri julkisjohtamisen doktriinien välille.

Jännitteet tuovat esiin julkishallinnon moninaisiin tarpeisiin vastaamisen kompleksisuuden. Päätöksentekijöiden ja palvelujärjestelmän tulisi toimia kansalaisten tarpeiden vastaamiseksi, mutta eri asiakasryhmien tarpeiden ja intressien sovittaminen yhdenmukaiseen toimintapolitiikkaan on ongelmallista. Kilpailevien ideologioiden lisäksi kamppailua käydään heikkojen ja vahvojen asiakas- ja ammattiryhmien välillä. Huomiota on kiinnitettävä siihen, mihin, miten ja kenelle responsiivisuus toteutuu (Saltzstein 1992). Jatkotutkimusta tarvitaan *asiakasresponsiivisuuden kohdentumisesta*: mitkä voimavarojen hallinnan kannalta olisivat merkityksellisimmät asiakasryhmät, ja millaisin reunaehdoin heidän tarpeisiinsa voidaan vastata. Ideat voivat olla hyvinkin responsiivisia, mutta asiakasresponsiivisuuden soveltaminen ja sen toteutumisen arviointi on vaikeaa. On hyväksyttävä tulkintojen moninaisuus.

Toinen tärkeä tutkimusteema liittyy *tuloksellisuuden, tilivelvollisuuden ja asiakasresponsiivisuuden jännitteiseen suhteeseen*. Julkishallinnon reformit pyrkivät korostamaan yhdenlaista vastuuta toisten kustannuksella. Responsiivisuus eroaa tilivelvollisuudesta siten, että perinteisen vertikaalisen vastuun lisäksi asiakasresponsiivisuudella on myös horisontaalinen ulottuvuus. Moniulotteinen vastuu tekee responsiivisuuden toteuttamisesta problemaattista. Pitäisikö asiakasresponsiivisuus julkisissa palveluissa kohdistua kaikkiin palvelutuotannon asiakkaisiin, organisaation sisäisiin ja ulkoisiin, eikä vain tyydyttää palvelujen loppukäyttäjien, veronmaksajien tai kansalaisten tarpeita, vaan ulottaa responsiivisuus myös laajemmin tilaajiin, tuottajiin ja sidosryhmiin? Jos demokraattinen kansalaisresponsiivisuus korvataan managerialistisella asiakasresponsiivisuudella, niin mihin asiakkuuden rajat tällöin oikeastaan vedetään? Asiakasresponsiivisuus hämärtää julkissektorin ydintehtävää sekä kansalaisten oikeuksien ja velvollisuuksien välisiä rajoja. Se muuttaa hallinnon vastuusuhteita ja

tuloksellisuuden arviointitapoja, minkä vuoksi on tärkeää määritellä, millaista responsiivisuutta milloinkin edellytetään. (Vrt. Romzek 2000; Læg Reid 2014.)

Kolmas jatkotutkimuksen aihe liittyy *responsiivisuuden operationalisointiin*. Julkishallinnon responsiivisuutta olisi mielenkiintoista arvioida myös toimintapolitiikan, vastuun, professioiden, käyttäjien tai vaikutusten näkökulmasta (vrt. Saltzstein 1992). Tutkimukseni perusteella uudistusretoriikan tavoitteiden ja hallintokulttuurin välillä on jännitteitä. Nykyinen julkishallinnon uudistuspolitiikka korostaa markkinahenkistä asiakasorientaatiota, liiketalouden asiakasajattelunäkökulmaa, jossa responsiivisuus typistyy lähinnä asiakastyytyväisyydeksi eikä näyttäydykään demokratian edellytyksenä ja yhteiskunnan etuna (tosin säästötalkoisiinhan on kaikkien osallistuttava yhteisön hyväksi). Kun perinteinen poliittinen responsiivisuus muuttuu ja täydentyy ulkoisilla mandaateilla, on asiakasresponsiivisuuden toteuttamisessa professioilla keskeinen rooli asiakkaiden palvelutarpeiden tunnistamisessa, tulkinnassa sekä vaikutusten ennakoinnissa. Tutkimusta tarvitaan siitä, miten uudenlainen asiakasresponsiivisuus istuu *byrokraattisen responsiivisuuden* ideaan: miten eri professioiden ääni pääsee esiin yhteiskehittämisessä, mitä asiakasresponsiivisuuden soveltaminen edellyttää professionaaleilta (vrt. Tuurnas 2016) ja onko heillä riittävästi asiakasresponsiivisuuteen tarvittavaa itsenäistä päätösvaltaa? Tutkimuksellisesti on tärkeää tarkastella laajemminkin, millaisia tavoiteltuja ja ei-tavoiteltuja seurauksia voimavarojen tehokkaan hallinnan ratkaisuilla on, miten uudet käsitteet ja toimintamallit muuttavat julkishallinnon käytäntöjä, vai syntykö niiden soveltamisesta aina vain uusia ratkaistavia ongelmia?

Tutkimuksen onnistuneisuuden arviointi

Kuten tieteellisessä tutkimuksessa yleensä, tämäkin väitöskirja sisältää rajoitteita, jotka liittyvät lähinnä laadullisen tutkimuksen metodologiin rajoitteisiin. Laadullinen tutkimus on aina kokonaisuus, jossa käytetyt menetelmät ja tulkinta kietoutuvat toisiinsa ja saatu tieto on riippuvaista tutkijasta. Tieto on tässä mielessä subjektiivista. Tutkimuksen luotettavuus palautuu siten tieteenfilosofisiin kysymyksiin siitä, miten voimme ymmärtää toisiamme tai maailmaa ja miten tämä ymmärrettävyys on saavutettavissa. Ymmärtäminen ei ole varsinainen tieteellinen metodi, vaan edellytys sosiaalisen maailman ilmiöiden tieteelliselle selittämiseksi (ks. Siljander 1988, 126). Ajattelen fundamentaalisesti niin, että teknisten metodien validiteetin tai tutkimustulosten toistettavuuden kuvaamisen sijasta laadullisen tutkimuksen onnistuneisuuden arviointi on yhteydessä ennen kaikkea tutkimuksen ontologisiin ja

metodologisiin lähtökohtiin ja siihen, miten tutkija tuo ne tutkimuksessaan esille (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 71).

Puolueettomuus on laadullisessa tutkimuksessa vaikea määritellä, koska tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131–134.) Aineistolähtöisessä tutkimuksessa tutkijan ennakkokäsitykset vaikuttavat tuloksiin. Analysoinnissa korostuvat ennen kaikkea oivalluskyky ja keksimisen logiikka: ei ole olemassa metodia, joka takaisi totuuden, vaan tutkija itse tuottaa analyysinsä viisauden. Tutkimustulosten pysyvyyden näkökulmasta tehdyt tulkinnat ja käsitykset ovat luonteeltaan väliaikaisia. Hermeneuttisen kehän mukaisesti tulkintaprosessilla ei ole mitään absoluuttista päätepestettä (Siljander 1988, 115–117). Tulosten luottavuus riippuu siitä, miten luotettavasti tutkija on tavoittanut ja kuvannut tutkimusilmiön. Uskottavuus on sisäistä johdonmukaisuutta; tutkimuksen on oltava uskottava ja vakuuttava argumenteiltaan ja lähdeaineistoltaan. (Yin 1994; Myers 2009; Tuomi & Sarajärvi 2002, 101–102; 124; Latvala & Vanha-Nuutinen 2003, 36; Janhonen & Latvala 2003, 195.)

Olen johdannossa (luku 1.1) kuvannut omat sitoumukseni tutkijana, perustellut sen, miksi aihe on minulle tärkeä ja mitkä ovat olleet olettamukseni tutkimusta aloittaessani. Lisäksi olen selostanut tutkimusprosessiani ja tutkimukseni tieteenfilosofisia ja metodologisia lähtökohtia. Tutkimuksen eettisyys osajulkaisujen aineistoa kerätessä on hyväksytetty Tampereen alueen ihmistieteiden eettisessä toimikunnassa ja tutkimuslupa on saatu myös kohdeorganisaatioilta.

Vaikka metodeilla luotettavuuden perustelu on toissijaista tulkinnallisessa tutkimuksessa, voi triangulaatio parantaa tutkimuksen uskottavuutta. Olen pyrkinyt tarkastelemaan ilmiötä monista näkökulmista erilaisilla aineistonkeruu- ja analyysimenetelmillä. Tutkimuksessani aineistotriangulaatio liittyy laadullisen ja määrällisen tutkimuksen yhdistämiseen mixed methods -tyyppisesti. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että osajulkaisut on vertaisarviointiprosessein julkaistu tieteellisissä jurnaaleissa, ja yhteisjulkaisuissa on ollut useampi tutkija muodostamassa käsitystä terveystieteistä. Tutkijatriangulaation lisäksi aineistoa on kerätty eri tiedonantajilta: henkilöstöltä, johdolta, asiakkailta ja asiantuntijoilta.

Tulkinnallisessa tutkimuksessa tulokset ymmärretään kokonaisiksi merkityksen mielessä eikä kaikkien näkökulmien yhdistämisenä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 145). Tutkimukseni vakuuttavuutta voi lisätä se, että olen lähestynyt julkishallinnon uudistamista hallintoteoreettisen ulottuvuuden lisäksi reformipoliittisesta näkökulmasta. Triangulaatio on liittynyt väitöstutkimuksessani tutkittavan ilmiön kokonaisuuden ymmärtämiseen, systemaattisen kokonaiskuvan hahmottamiseksi. Olen pyrkinyt kuvaamaan yhteyden empiirisen aineiston ja johtopäätösten välillä.

Hermeneuttisen kehän avulla olen pystynyt rikastuttamaan tulkintaani ja muodostamaan esiyymmärryksestäni ilmiökokonaisuuden. Tutkimusilmiötä olisi voinut rajata vielä kapeammaksi, mutta yhden jännitteen tai pelkän asiakasresponsiivisuuden käsitteen tutkiminen ei olisi mielestäni vastannut asetettuun tutkimustehtävään.

Olen tietoinen tutkimukseni rajoista. Ymmärtävä ja tulkinnallinen tutkimus on kielellinen konstruktio, jossa tutkija tulkitsee ilmiötä tietyssä viitekehyksessä. Tulkintani asiakasresponsiivisuudesta voimavarojen hallinnan kehyksessä ja osana julkishallinnon uudistusretoriikkaa lienee erilainen kuin mitä se olisi ollut esimerkiksi terveystieteellisessä tutkimuksessa terveydenhuollon saatavuuden problematiikkaa vasten. On eri asia tutkia palvelujen saatavuutta julkishallinnon tavoiteasetannan näkökulmasta kuin esimerkiksi reaalista muutosta palvelujen saatavuudessa. Terveystaloustieteellistä tutkimusta puolestaan dominoi talousteoria, jossa instituutioiden rooli on häivytetty. Tässä suhteessa tutkimukseni on ennemminkin mikrotasolla päätöksentekojärjestelmässä, koska kyseessä on julkisia palveluja koskeva hallintotieteellinen tutkimus. Sosiologisen institutionaalisen ajattelun mukaisesti en usko universaaleihin rationaalisuussääntöihin, vaan päätelmien tekeminen on mahdollisia lähinnä tuomalla esiin eroja tai yhtäläisyyksiä institutionaalisessa ympäristössä, kulttuurisissa identiteeteissä tai normeissa. Toisaalta tällainen institutionaalinen makronäkemykseni voi helposti unohtaa yksilöt ja saada päätöksenteon näyttämään toiminnalta ilman toimijoita. (Ks. Schmidt 2009.) Käytännön organisaatioissa päätöksenteko rakentuu toimijoiden toiminnasta.

Lopuksi

Tutkimukseni on luonteeltaan ymmärrystä avaavaa ja toivon sen antavan välineitä tulkintojen tekemiseen, eikä niinkään todentavan yhtä kuvaa siitä, miten asiat ovat. Tutkimusilmiöni on kokonaisuus, jota voidaan ymmärtää suhteessa sen osiin ja tutkimuksen kontekstiin. Päätöksenteon jännitteiden kuvaaminen tuo esiin uudenlaisia näkökulmia julkisten palvelujen kehittämistyöhön ja voi siten antaa päätöksentekijöille ja asiantuntijoille laajemman perspektiivin tarkastella kehittämistä: asiakasresponsiivisuuden kehittäminen kietoutuu talouden, politiikan ja hallinnon monimutkaisiin suhteisiin. Lisäksi asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden tulkitseminen kytkeytyy laajempiin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin. Uudistamisen tavoitteiden, keinojen, retoriikan ja toiminnan ristiriitojen sekä monitulkintaisuuden esiin nostaminen voi auttaa ymmärtämään päätöksentekoprosessia ja sen yllättäviäkin seurauksia.

Lähteet

- 6, P. (2010). When forethought and outturn part. Types of unanticipated and intended consequences. In H. Margetts, P. 6. & C. Hood (eds.), *Paradoxes of modernization: unintended consequences of public policy reform* (pp. 44–60). New York: Oxford University Press.
- 6, P. (2014). Explaining unintended and unexpected consequences of policy decisions: comparing three British governments, 1959–74. *Public Administration*, 92(3): 673–691.
- Aday, L. & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3): 208–220.
- Airaksinen, J. (2009). *Hankala hallintouudistus*. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1397.
- Airaksinen, J. & Nyholm, I. (2011). Kuntahallinnon uudistaminen arvioinnin kohteena. *Hallinnon tutkimus*, 30(4), 297–312.
- Alasuutari, P. (2004). Suunnittelutaloudesta kilpailutalouteen: miten muutos oli ideologisesti mahdollinen? Teoksessa *Artikkelikokoelma tutkimushankkeesta sosiaaliset innovaatiot, yhteiskunnan uudistumiskyky ja taloudellinen menestys*. (s. 1–47). Sitra. <http://www.sitra.fi/julkaisut/Heiskala.pdf> viitattu 10.12.2015.
- Alford, J. (2015). Co-production, interdependence and publicness: Extending public service-dominant logic. *Public Management Review*, 18(5), 673–691.
- Alvesson, M & Svingsson, M. (2011). Management is the solution: Now what was the problem? On the fragile basis for managerialism. *Scandinavian Journal of Management*, 27(4), 349–361.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. (1993). Julkinen, yhteisöllinen ja yksityinen sosiaalipolitiikassa – sosiaalipalvelujen toimijat ja uudenlaiset yhteensovittamisen strategiat. Teoksessa O. Riihinen (toim.), *Sosiaalipolitiikka 2017: näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen* (s. 435–462). Porvoo: WSOY.
- Anttonen, A. & Sipilä, J. (2000). *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa*. Tampere: Vastapaino.
- Autero, A. (2012). *Ambiguity of performance management in the fire safety policy of Finland*. Acta Universitatis Tamperensis 1773.
- Bäcklund, P. (2007). *Tietämisen politiikka: kokemuksellinen tieto kunnan hallinnassa*. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Barros, G. (2010). Herbert A. Simon and the concept of rationality: boundaries and procedures. *Brazilian Journal of Political Economy*, 30 (3), 445–472
- Béland, D. (2005). Ideas and Social Policy: An Institutional Perspective. *Social Policy & Administration*, 39(1), 1–18.
- Berger, P. & Luckmann T. (1994). *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen: tiedonsosiologinen tutkielma* (suom. Vesa Raiskila). Helsinki: Gaudeamus.
- Billig, M. (1987). *Arguing and thinking: a rhetorical approach to social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Blomgren, M. & Sahlin K. (2007). Quests for transparency: Signs of a new institutional era in the health care field. In T. Christensen & P. Læg Reid (eds.), *Transcending New Public Management* (pp. 155–177). Aldershot: Ashgate.
- Bovaird, T. (2007). Beyond Engagement and Participation: User and Community Coproduction of Public Services. *Public Administration Review*, 67(5), 846–860.
- Bovens, M., Schillemans, T. & Goodin R.E. (2014). Public accountability. In M. Bovens, R.E. Goodin & T. Schillemans (eds.), *The Oxford handbook of public accountability* (pp.1–20). Oxford: Oxford University Press.
- Brewer, J. & Hunter, A. (2005) *Multimethod Research: A Synthesis of Styles*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.
- Brunsson, N. (1989a). Administrative reforms as routines. *Scandinavian Journal of Management*, 5(3): 219–28.
- Brunsson, N. (1989b). *The organization of hypocrisy: talk, decisions and actions in organizations*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Brunsson, N. (1993). Ideas and Actions: Justification and Hypocrisy as alternatives to control. *Accounting, Organizations and Society*, 18(6): 489–506.
- Brunsson, N. (2002). *The organization of hypocrisy: talk, decisions and actions in organizations*. 2nd ed. Copenhagen Business School Press.
- Brunsson, N. (2006a). *Mechanisms of Hope: Maintaining the Dream of the Rational Organization*. Kristianstad: Copenhagen Business School Press.
- Brunsson, N. (2006b). Reforms, organization, and hope. *Scandinavian Journal of Management*, 22(3), 253–5
- Bryer, T.A. (2007). Toward a Relevant Agenda for a Responsive Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 17(3), 479–500.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism*. 2nd ed. London: Routledge.
- Cameron, K. (1986). Effectiveness As Paradox: Consensus and Conflict in Conceptions of Organizational Effectiveness. *Management Science*, 32(5), 539–553.
- Chapman, J.L., Zechel, A., Carter, Y.H. & Abbott, S. (2004). Systematic Review of Recent Innovations in Service Provision to Improve Access to Primary Care. *British Journal of General Practice* 54(502), 374–381.
- Christensen, L.T., Morsing, M. & Thyssen O. (2013). CSR as aspirational talk. *Organization*, 20(3), 372–393.
- Christensen, T & Læg Reid P. (2007a). *Transcending New Public Management: The Transformation of Public Sector Reforms*. Hampshire: Ashgate Publishing.
- Christensen, T. & Læg Reid, P. (2007b). The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform. *Public Administration Review*, 67(6), 1059–1066.
- Christensen, T. & Læg Reid P. (2008). NPM and beyond — structure, culture and demography. *International Review of Administrative Sciences* 74(1), 7–23.
- Cohen, M.D., March, J.G. & Olsen, J.P. (1972). A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1), 1–25.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232.
- Cope, G.H. (1997). Bureaucratic Reform and Issues of Political Responsiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 7(3): 461–471.
- Czarniawska, B. (2014). *A theory of organizing*. 2nd ed. Cheltenham: Edward Elgar.

- Damgaard, B. & Lewis, J.M. (2014). Accountability and citizen participation. In M. Bovens, R.E. Goodin & T. Schillemans (eds.), *The Oxford handbook of public accountability* (pp. 258–272). Oxford: Oxford University Press.
- Delanty, G. (1997). *Social science: beyond constructivism and realism*. Buckingham: Open University Press.
- Denhardt, J.V. & Denhardt, R.B. (2015). The New Public Service Revisited. *Public Administration Review*, 75(5), 664–672.
- Denhardt, R.B. & Denhardt, J.V. (2000). The New Public Service: Serving Rather Than Steering. *Public Administration Review*, 60(6), 549–559.
- Edley, N. (2001). Unravelling Social Constructionism. *Theory & Psychology June* 11(3), 433–441.
- Elster, J. (1989). *Nuts and Bolts for the Social Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Engblom-Pelkkala, K. (2012). Minne katosi kuntalainen asiakaslähtöisiä kuntapalveluita kehitettäessä? Teoksessa L-M Sinervo & J. Vakkuri (toim.), *Inhimillinen kuntatalous* (s. 259–274). Tampereen yliopisto.
- Erhola, M., Jonsson, P.M., Pekurinen, M. & Teperi, J. (2013). Jonottamatta hoitoon: THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Tampere: THL.
- Erhola, M., Vaarama, M., Pekurinen, M., Jonsson, P. M., Junnila, M., Hämäläinen, P., Nykänen, E., & Linnosmaa, I. (2014). *SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi*. Tampere: THL.
- Etzioni, A. (1964). *Modern organizations*. Englewood Cliffs (N.J.): Prentice-Hall.
- Finlayson, A. (2007). From Beliefs to Arguments: Interpretive Methodology and Rhetorical Political Analysis. *The British Journal of Politics & International Relations*, 9(4), 545–563.
- Ford, J. & Backoff, R. (1988). Organizational change in and out of dualities and paradox. In R.E. Quinn & K. Cameron (eds.), *Paradox and transformation: Toward a theory of change in organization and management*, (pp. 81-121). New York: Ballinger Publishing Co/Harper & Row Publishers.
- Fotaki, M. (2010). Why do public policies fail so often? Exploring health policy-making as an imaginary and symbolic construction. *Organization* 17(6), 703–720.
- Fountain, J.E. (2001). Paradoxes of Public Sector Customer Service. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 14(1), 55–73.
- Gadamer, H-S. (2004). *Hermeneutiikka ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa*. (suom. I. Nikander) Tampere: Vastapaino.
- Glaser, B.G. (2002). Conceptualization: On theory and theorizing using grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 23–38.
- Goodnow, F.J. (1900). *Politics and administration; a study in government*. New York: The Macmillan Company. (Book contributor University of British Columbia Library) <https://archive.org/details/politicsadminis00good> Viitattu 27.11.2015.
- Grönroos, C. (1987). *Hyvään palveluun: palvelun kehittäminen julkishallinnossa*. (suom. L. Sopenlehto) Helsinki: Valtionhallinnon kehittämiskeskus.
- Harjula, M. (2015). *Hoitoonpääsyn hierarkiat: terveyskansalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.
- Hautamäki, A. (1994). Spontaaniin yhteiskuntaan – hyvinvointia ilman valtiota. Teoksessa *Hyvinvointivaltio ristiaallokossa*. Juva: Sitra.
- Hay, C. (2011). Interpreting Interpretivism Interpreting Interpretations: The New Hermeneutics of Public Administration. *Public Administration*, 89(1), 167–182.

- Helén, I. (2011). Asiakaslähtöisyys: eli miten mielenterveystyön ajatus epäpolitisoitui. Teoksessa I. Helén (toim.), *Reformin pirstaleet: Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen* (s. 153–182). Tampere: Vastapaino.
- Hirschman, A.O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Hirschman, A.O. (1991). *The rhetoric of reaction: perversity, futility, jeopardy*. Cambridge (Mass.): Belknap Press of Harvard University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2009). *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Holma, T. (1999). Asiakaslähtöiset palveluprosessit – laadun perusta. Teoksessa T. Holma (toim.) *Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Perusta laadulle vanhustyön kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä* (s. 23–29). Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19.
- Hood, C. (1998). *The art of the state: culture, rhetoric, and public management*. Oxford: Clarendon Press.
- Hood, C. (2000). Paradoxes of Public-Sector Managerialism, Old Public Management and Public Service Bargains. *International Public Management Journal* 3(1), 1–22.
- Hood, C. & Jackson, M. (1991). *Administrative argument*. Aldershot: Dartmouth.
- Hood, C. & Peters, G. (2004). The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox? *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14 (3), 267–282.
- Hood, C., Margetts, H. & 6, P. (2010). The drive to modernize: a world of surprises? In H. Margetts, P. 6 & C. Hood (eds.), *Paradoxes of modernization: unintended consequences of public policy reform* (pp. 3-16). New York: Oxford University Press.
- Hujanen, T., Kapiainen, S., Tuominen, U. & Pekurinen, M. (2008). *Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006*. Helsinki: Stakes.
- Isosaari, U. (2004). *Perusterveydenhuolto koetuksella: tutkimus kunnallisesta perusterveydenhuollosta 1997–2003*. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Jalava, J. & Koiso-Kanttila, S. (2013). RAY -rahoitteisten järjestöorganisaatioiden haasteet ja matalan kynnyksen dilemma. Teoksessa M. Niemelä & J. Saari (toim.), *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa* (s. 172–193). Tampere: Juvenes Print.
- Janhonen, S. & Latvala, E. (2003). Hoitaminen sosiaalisessa yhteydessään: grounded theory –tutkimusmetodologia. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.), *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä* (s. 165–207). Helsinki: WSOY.
- Jäppinen, T. (2011). *Kunta ja käyttäjälähtöinen innovaatiotoiminta*. Väitöskirja. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Järnström, S. (2011). *"En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni" : etnografinen tutkimus asiakuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa*. Acta universitatis Tamperensis 1635.
- Jick, T. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, 24(4), 602–611.
- Johanson, J-E., Oulasvirta L., & Vakkuri J. (2011). Taloushallintotieteiden asema ja tulevaisuus : tapausesimerkinä Tampereen yliopisto. Teoksessa T. Virtanen (toim.), *Suomalainen ballinon tutkimus: mistä, mitä, minne?* Tampere: Tampere University Press.
- Jokinen, A. (2002). Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.), *Diskurssianalyysi liikkeessä* (s. 37–53). 2. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Julkunen, R. (1992). *Hyvinvointivaltio käännekohtassa*. Tampere: Vastapaino.

- Jylhäsaari, J. (2009). *Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista?* Acta Wasaensia 212.
- Kaakinen, J., Törmä, S., Huotari, K. & Inkeroinen, T. (2003). *RAY:n rahoittaman huumeiden vastaisen työn ja matalan kynnyksen palvelujen merkitys*. Helsinki: Sosiaalikehitys oy.
- Kaltakari, S., Suhonen, M. & Paasivaara, L. (2011). Tilaaja-tuottajamalli: huomioita johtamisen haasteista sosiaali- ja terveyspalveluissa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 39 (2), 121–135.
- Kananoja, A. (1997). Julkisten palvelujen ydintehtävät asiakaspalautteen viitekehystenä. Teoksessa Salmela, Tuula 1997 (toim.), *Autetaanko asiakasta, palvelaaneko potilasta?* Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.
- Kananoja, A., Niiranen, V. & Jokiranta, H. (2008). *Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Osallisuutta ja yhteistä vastuuta*. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Kantola, A. (2004). Suomea trimmaamassa - strategiset retoriikat yrityksissä, politiikassa ja ay-liikkeessä 1980 – 2003. Teoksessa *Artikkelikokoelma tutkimushankeesta sosiaaliset innovaatiot, yhteiskunnan uudistumiskyky ja taloudellinen menestys*. (s. 1–118). Sitra. <http://www.sitra.fi/julkaisut/Heiskala.pdf>, viitattu 10.12.2015.
- Karisto, A. (1990). Hyvinvointivaltio ja uusi palvelukulttuuri. Teoksessa O. Riihinen (toim.), *Suomi 2017* (s. 355–380). Jyväskylä: Gummerus.
- Kettunen, P. & Möttönen, S. (2011). Asiakkuuden rajat ja mahdollisuudet sosiaali- ja terveyspalveluissa. *Kansalaisyhteiskunta*, 1, 57–68.
- Kickert, W. (2010). Managing emergent and complex change: the case of Dutch agencification. *International Review of Administrative Sciences*, 76(3), 489–515.
- Kiikkala, I. (2000). Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (toim.), *Hyvinvointivaltion palveluketjut* (s.112–121). Helsinki: Tammi.
- Kissick, W. (1994). *Medicine's Dilemmas: Infinite Needs versus Finite Resources*. New Haven (Conn.): Yale University Press.
- Kivinen, T. & Hilander-Sihvonen, A. (1997). *Asiakkaat ja terveyspalveluiden laatu*. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Klavus, J. (2010). Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio, S. Karvonen (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: THL.
- Koppell, J.G. (2005). Pathologies of Accountability: ICANN and the Challenge of “Multiple Accountabilities Disorder”. *Public Administration Review*, 65(1), 94–108.
- Koppell, J.G. (2014). Accountable global governance organizations. In M. Bovens, R.E. Goodin & T. Schillemans (eds.), *The Oxford handbook of public accountability* (pp. 370–386). Oxford: Oxford University Press.
- Kork, A-A. (2016). Portinvartija vai sisäänheittäjä? Terveystieteiden tutkimuksen kustannushallinnan ja asiakasresponsiivisuuden dilemma. Realistinen synteesi terveyskioskeista Englannissa, Yhdysvalloissa ja Suomessa. *Hallinnon Tutkimus*, 35(2), 124–145.
- Kork, A-A, Kosunen, E., Rimpelä, A. & Vakkuri, J. (2013). Terveyskioskikokeilut - jotain uutta, jotain vanhaa. *Suomen Lääkärilehti* 21(68), 1581–1586.
- Kork, A-A., Mänttari, P. & Vakkuri, J. (2015). Complexities of productivity policies in the Finnish public sector - knowing how to do more with less? *Financial Accountability & Management*, 31(4), 395–414.

- Kork, A.-A. & Vakkuri, J. (2016). Improving access and managing healthcare demand with walk-in clinic: Convenient, but at what cost? *International Journal of Public Sector Management*, 29(2), 148-163.
- Krasner, S. (2004). Sharing Sovereignty: New Institutions for Collapsed and Failing States. *International Security*, 29(2), 85–120.
- Kusch, M. (1986). *Ymmärtämisen haaste*. Oulu: Kustannusosakeyhtiö Pohjoinen.
- Kuusela, P. (2000). Sosiaalisen konstruktionismin liike sosiaalitieteissä. Teoksessa P. Kuusela & M. Saastamoinen (toim.), *Ruumis, minä ja yhteisö. Sosiaalisen konstruktionismin näkökulma*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Kuusela, P. (2001). *Julkisen sektorin modernisaatio, tuloksellisuus ja arviointi. Realistisen sosiaalitieteen ja arvioinnin näkökulma*. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Lægreid, P. (2014). Accountability and New Public Management. In M. Bovens, R.E. Goodin & T. Schillemans (eds.), *The Oxford handbook of public accountability* (pp. 324–338). Oxford: Oxford University Press.
- Lähdesmäki, K. (2003). *New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen*. Acta Wasaensia 113.
- Lähdesmäki, T., Hurme, P., Koskimaa, R., Mikkola, L. & Himberg, T. (2009). *Menetelmäpolkuja humanisteille*. Jyväskylän yliopisto, humanistinen tiedekunta. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmäpolkuja> Viitattu 18.10.2015.
- Lahelma, E. (2003). Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 119(19), 1863–1868.
- Lammintakanen, J. & Rissanen, S. (2011). Poliitikka ja strategia sosiaali- ja terveysjohtamisessa. Teoksessa S. Rissanen. & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s. 39–58). Helsinki: WSOYpro Oy.
- Lane, J.-E. (1997). Public sector reform in the Nordic countries. In J.-E. Lane (ed.), *Public sector reform : rationale, trends and problems* (pp. 188-208). London: Sage.
- Lappalainen, P. (1997). Aineistokeskeinen politiikan tutkimusprosessi. Teoksessa P. Lappalainen (toim.), *Politiikan paikat*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. (2003). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.), *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä* (s. 21–43). Helsinki: WSOY.
- Le Grand, J. (1990). Equity versus efficiency: the elusive trade-off. *Ethics*, 100(3), 554–568.
- Leemans, A.F. (1976). Overview. In A.F. Leemans (ed.), *The management of change in government* (pp. 1–64). The Hague: Nijhoff.
- Lehto, J. (2012a). Kysymys on hyvinvointivaltion rakenneuudistuksesta. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 40(4), 290–300.
- Lehto, J. (2012b). Mitä perusterveydenhuolto potee? Teoksessa A. Anttonen ym. (toim.), *Julkisen ja yksityisen rajalla: julkisen palvelun muutos* (s. 370–387). Tampere: Tampere University Press.
- Lindblom, C. (1959) The science of “muddling through”. *Public Administration Review*, 19(2), 79–88.
- Lindblom, C. (1979). Still muddling, not yet through. *Public Administration Review*, 39(6), 517–526.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual on Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lipson, M. (2007). Peacekeeping: Organized Hypocrisy? *European Journal of International Relations*, 13(1), 5–34.

- Lumijärvi, I. (2005). Laatujohtaminen ja tasapainotettu mittaristo terveydenhuollossa. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Terveys ja johtaminen: terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä* (s. 278–302). Helsinki: WSOY.
- Manderbacka, K., Muuri, A., Keskimäki, I., Kaikkonen, R. & Elovainio, M. (2012). Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 49(1), 4–12.
- Mäntyselkä, P., Halonen, P., Vehviläinen, A., Takala, J. & Kumpusalo, E. (2007). Access to and Continuity of Primary Medical Care of Different Providers as Perceived by the Finnish Population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 27–32.
- March, J.G. (1978). Bounded Rationality, Ambiguity, and the Engineering of Choice. *The Bell Journal of Economics*, 9(2), 587–608.
- March, J.G & Simon H.A. (1964). *Organizations*. 5. pr. New York: Wiley.
- March, J.G. & Olsen J.P. (1994). *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget. 2. painos, 4. kopio.
- March, J.G. & Olsen, J.P. (1995). *Democratic governance*. New York: Free Press.
- Margetts, H. (2010). Modernization dreams and public policy reform. In H. Margetts, P. 6 & C. Hood (eds.), *Paradoxes of modernization: unintended consequences of public policy reform* (pp. 17-43). New York: Oxford University Press.
- Margetts, H., 6, P. & Hood, C. (2010). Modernization, balance and variety. In H. Margetts, P. 6 & C. Hood (eds.), *Paradoxes of modernization: unintended consequences of public policy reform* (pp. 221-236). New York: Oxford University Press.
- May, J.D. (1978), Defining democracy: a bid for coherence and consensus. *Political Studies*, 26(1), 1–14.
- Meklin, P. (2002). *Valtiontalouden perusteet*. 4. uud. p. Helsinki: Edita.
- Meklin, P. (2009). Muuttuuko mikään? Tuloksellisuuden käsitteen monitulkintaisuus julkishallinnossa. Teoksessa J. Vakkuri (toim.), *Paras mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat* (s. 31–50). Helsinki: Gaudeamus.
- Meklin, P. (2012). Vahva peruskunta yhdenvertaisten palvelujen turvaajana? *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, 40(3), 273–278.
- Meklin, P., Rajala, T., Sinervo, L-M. & Vakkuri, J. (2009). Kunta hyvinvointipalvelujen järjestäjänä – rajallisten voimavarojen tehokkaan hallinnan ongelma. Teoksessa I. Karppi & L-M. Sinervo (toim.), *Governance: uuden hallintatavan jäsentyminen* (s. 237–277). 2., korjattu painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*, 1(6), 894–904.
- Merton, R.K. (1976). *Sociological ambivalence and other essays*. New York: Free Press.
- Merton, R.K. (1996). Social dysfunctions. In P. Sztompka (ed.), *Robert K. Merton: On Social Structure and Science* (pp. 96-100). Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Merton, R.K. & Barber, E. (1976). Sociological ambivalence. In R.K. Merton, *Sociological Ambivalence and Other Essays* (pp. 3-31). New York: Free Press.
- Meyer, J. & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340–363.
- Mica, A., Peisert, A. & Winczorek, J. (2011). *Sociology and the Unintended: Robert Merton Revisited*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Miettinen, R. (2000). Konstruktivistinen oppimisenäkemus ja esineellinen toiminta. *Aikuiskasvatus* 20(4), 276–292.

- Moore, M.H. (1995). *Creating public value: strategic management in government*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Mulgan, R. (2000). 'Accountability': An Ever-Expanding Concept? *Public Administration*, 78(3), 555–573.
- Myers, M.D. (2009). *Qualitative research in business & management*. London: Sage.
- Mälkiä, M. (1997). Kieli, yhteisöllisyys ja valta. Näkökulmia alan tutkimusperinteen kehittämiseksi. Teoksessa M. Mälkiä & J. Stenvall (toim.) *Kielen vallassa. Näkökulmia politiikan, uskonnon ja julkishallinnon kieleen* (s. 17–48). Tampere: Tampere University Press.
- Nickell, E. & Roberts R.W. (2014). Organizational legitimacy, conflict, and hypocrisy: An alternative view of the role of internal auditing. *Critical Perspectives on Accounting*, 25(3), 217–221.
- Niiranen, V. (1994). *Sosiaalitoimen moniulotteinen johtajuus. Tutkimus sosiaalijohtajien johtamistyöstä, johtajatyypeistä ja vapaakuntakokeilusta sosiaalitoimen reformina*. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Niiranen, V. (1999). Municipal democracy and citizens' participation. Citizens' views on municipal decision-making and possibilities to affect local social policies. In L. Rouban (ed.), *Citizens and the new governance: beyond new public management* (pp. 41–54). Amsterdam: IOS Press.
- Niiranen, V. (2002). Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa K. Juhila, H. Forsberg, & I. Roivainen (toim.), *Marginaalit ja sosiaalityö* (s. 63–80). Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto SoPhi.
- Niiranen, V. (2006). Johtamisen kausaaliset voimat ja mekanismit. Teoksessa P. Kuusela & V. Niiranen (toim.), *Realismin haaste sosiaalitieteissä* (s.193–218). Kuopio: Unipress.
- Niiranen, V., Puustinen, A., Zitting, J. & Kinnunen, J. (2013). *Sosiaali- ja terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksissa*. Paras-ARTTU-ohjelman tutkimuksia 25. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1993). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. New York (N.Y.): Plume.
- Osborne, S.P. (2006). The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3), 377–387.
- Pakarinen, T. (2009). Henkilöstöjohtaminen ja tuottavuus kunnallisissa palveluissa. *Talous & Yhteiskunta* 4, 38–44.
- Palola, E. & Parpo, A. (2011). Kunnallista sopeutumisen sosiaalipolitiikkaa. Teoksessa E. Palola & V. Karjalainen (toim.), *Sosiaalipolitiikka: Hukassa vai uuden jäljillä?* (s. 47–78). Helsinki: THL.
- Palonen, K. (1996). Retorinen käänne poliittisen ajattelun tutkimuksessa. K. Palonen & H. Summa (toim.), *Pelkkää retoriikkaa: tutkimuksen ja politiikan retoriikat*. Tampere: Vastapaino.
- Palonen, K. & Summa, H. (1996). Johdanto: retorinen käänne? Teoksessa K. Palonen & H. Summa (toim.), *Pelkkää retoriikkaa: tutkimuksen ja politiikan retoriikat* (s. 7-21). Tampere: Vastapaino.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. London: Sage.
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.
- Peltola, M., Juntunen, M., Häkkinen, U., Rosenqvist, G., Seppälä, T.T. & Sund, R. (2011). A methodological approach for register-based evaluation of cost and outcomes in health care. *Annals of Medicine*, 43(1), 47–53.

- Peters, G.B. (2014). Accountability in public administration. In M. Bovens, R.E. Goodin & T. Schillemans (eds.), *The Oxford handbook of public accountability* (pp.211-225). Oxford: Oxford University Press.
- Pohjola, A. (2010). Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen, M. & Pohjola A. (toim.), *Asiakkaus sosiaalityössä*. (s. 19–74) Helsinki: Gaudeamus.
- Pollitt, C. (2003). *The essential public manager*. Maidenhead: Open University Press.
- Pollitt, C. (2013). The Evolving Narratives of Public Management Reform. *Public Management Review*, 15(6), 899–922.
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Poole, M.S. & Van de Ven, A.H. (1989). Using Paradox to Build Management and Organization Theories. *The Academy of Management Review*, 14(4), 562–578.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston (Mass.): Harvard Business School Press.
- Pulkki, J. (2012). *Aluetason kuntoutusjärjestelmä - Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta*. Acta Universitatis Tamperensis: 1703.
- Quinn, R.E. (1988). *Beyond Rational Management: Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc.
- Raisio, H. (2009). Pirulliset ongelmat terveydenhuollossa – esimerkkeinä Kansallinen terveyshanke ja hoitotakuu-uudistus. Teoksessa J. Vakkuri (toim.), *Paras mahdollinen julkisballinto? Tebokuuden monet tulkinnat* (s. 73–91). Helsinki: Gaudeamus.
- Raitakari, S., Juhila, K., Günther, K., Kulmala, A. & Saario, S. (2012). Asiakaslähtöisyydet asiakas-ammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa A. Anttonen ym. (toim.), *Julkisen ja yksityisen rajalla: julkisen palvelun muutos* (s. 47–80). Tampere: Tampere University Press.
- Rajala, T. & Tammi, J. (2009). Asiakkuus kuntapalvelujen järjestämisen keskiössä. Teoksessa T. Rajala, L-M. Sinervo & J. Vakkuri (toim.), *Talouden perusteista julkisjohtamisen käytäntöihin* (s. 214–231). Tampereen yliopisto.
- Rajavaara, M. (2009). Sosiaalipalveluista hyvinvointipalveluihin – käsitehistorian tarkastelua. *Janus*, 17(4): 346–351.
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (2011). Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. teoksessa S. Rissanen. & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (s.15–38). Helsinki: WSOYpro Oy.
- Romzek, B.S. (2000). Dynamics of Public Sector Accountability in an Era of Reform. *International Review of Administrative Sciences*, 66(1), 21–44.
- Romzek, B.S. & Johnston, J.M. (2005). State Social Services Contracting: Exploring the Determinants of Effective Contract Accountability. *Public Administration Review*, 65(4), 436–449.
- Rosenbloom, D. (1983). Public Administrative Theory and the Separation of Powers. *Public Administration Review*, 43(3), 219–227.
- Sahlin-Andersson, K. & Engwall, L. (2002). *The Expansion of Management Knowledge: Carriers, Flows, and Sources*. Stanford: Stanford University Press.
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppisiin ja ballintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja.
- Saltzstein, G.H. (1992). Bureaucratic Responsiveness: Conceptual Issues and Current Research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2(1), 63–88.

- Schmidt, V.A. (2009). Comparative institutional analysis. In T. Landman & N. Robinson (eds.), *The SAGE handbook of comparative politics* (pp. 125–143). Los Angeles: Sage.
- Scott, W.R., Ruef, M., Mendel, P.J. & Caronna, C.A. (2000). *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: University of Chicago Press.
- Setälä, M. (2003). *Demokratian arvo: teorian, käytännöt ja mahdollisuudet*. Helsinki: Gaudeamus.
- Siljander, P. (1988). *Hermeneuttisen pedagogiikan pääsuuntauksset*. Oulu: Oulun yliopisto.
- Simon, H.A. (1946). The Proverbs of Administration. *Public Administration Review*, 6(1), 53–67.
- Simon, H.A. (1957). *Administrative behavior: a study of decision-making processes in administrative organization*. 2. ed. with new introduction. New York: Macmillan.
- Simon, H.A. (1979). *Päätöksenteko ja hallinto* (suom. P. Rajala). Espoo: Weilin+Göös.
- Simon, H.A. (1997). *Models of Bounded Rationality*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- Simonet, D. (2011). The New Public Management Theory and the Reform of European Health Care Systems: An International Comparative Perspective. *International Journal of Public Administration* 34(12), 815–826.
- Sinervo, L-M. (2011). *Kunnan talouden tasapaino monitulkintaisena ilmiönä*. Acta Universitatis Tamperensis 1628.
- Sintonen, H. & Pekurinen, M. (2006). *Terveystaloustiede*. Porvoo: WSOY.
- Sjöblom, S. (1999). Transparency and citizen participation. In L. Rouban (ed.), *Citizens and the new governance: beyond new public management* (pp. 15–28). Amsterdam: IOS Press.
- Smelser, N.J. (1998). The rational and the ambivalent in the social sciences. *American Sociological Review*, 63(1), 1–16.
- Sorsa, M. (2002). *Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Stenvall, J. (2000). *Käskyläisestä toimijaksi*. Acta Universitatis Tamperensis 759.
- Stivers, C. (1994). The Listening Bureaucrat: Responsiveness in Public Administration. *Public Administration Review*, 54(4), 364–369.
- Stivers, C. (2001). *Democracy, bureaucracy, and the study of administration*. Boulder: Westview.
- Storbacka, K. & Lehtinen, J. (1997). *Asiakkuuden ehdoilla vai asiakkaiden armoilla*. Porvoo: WSOY.
- Suhonen, M., Paasivaara, L. & Stenvall, J. (2008). Tekstianalyysin mahdollisuudet ja käytännön sovellukset terveyshallintotieteellisessä tutkimuksessa. *Hallinnon tutkimus* 27(2), 3–14.
- Suhonen, M. & Paasivaara, L. (2010). Inhimilliset voimavarat projekteissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47(2), 123–135.
- Summa, H. (1996). Kolme näkökulmaa uuteen retoriikkaan. Teoksessa K. Palonen & H. Summa (toim.), *Pelkkää retoriikkaa. Tutkimuksen ja politiikan retoriikat* (s. 51–83). Tampere: Vastapaino.
- Symonds, M. & Pudsey, J. (2008). The Concept of 'Paradox' in the Work of Max Weber. *Sociology*, 42(2), 223–241.
- Sztompka, P. (1996). *Robert K. Merton: On Social Structure and Science* (pp. 96-100). Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Taylor-Gooby, P. (2008). Trust and Welfare State Reform: The Example of the NHS. *Social Policy & Administration*, 42(3), 288–306.
- Temmes, M. (1994). *Julkinen johtaminen*. Helsinki: Vap-kustannus.

- Temmes, M. (1998). Finland and New Public Management. *International Review of Administrative Sciences* 64(3), 441–456.
- Thomas, P. & Palfrey, C. (1996), Evaluation: Stakeholder-focused Criteria. *Social Policy & Administration*, 30(2): 125–142.
- Thompson, J.D. (1974). *Miten organisaatiot toimivat* (suom. Juha Näsi). Helsinki: Weilin+Göös.
- Tiihonen, S. (2004). Poliittisen hallitsemisen ja julkisen hallinnon kehitys 1980–2003. Teoksessa *Artikkelikokoelma tutkimushankeesta sosiaaliset innovaatiot, yhteiskunnan uudistumiskyky ja taloudellinen menestys.* (s. 1–92). Sitra. <http://www.sitra.fi/julkaisut/Heiskala.pdf> viitattu 10.12.2015.
- Tiirinki, H. (2014). *Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla: terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta.* Acta Universitatis Ouluensis D 1241.
- Tuomala, M. (2009). *Julkistalous.* Helsinki: Gaudeamus.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Helsinki: Tammi.
- Tuurnas, S. (2016). *The Professional Side of Co-Production.* Acta Universitatis Tampereensis 2163.
- Törmä, S. (2009). *Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys.* Väitöskirja. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy.
- Törmänen, O. & Paasivaara, L. (2009). Systemaattinen analyysi tutkimusmenetelmänä: sovellus tekstiaineistoon terveyshallintotieteellisessä tutkimuksessa. *Hallinnon tutkimus* 28(5), 13–27.
- Töttö, P. (2004). *Syvällistä ja pinnallista: teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa.* Tampere: Vastapaino.
- Uhr, J. (2014). Accountable civil servants. In M. Bovens, R.E. Goodin & T. Schillemans (eds.), *The Oxford handbook of public accountability* (pp.226–241). Oxford: Oxford University Press.
- Vakkuri, J. (1998). *Tehokkuuden rajoilla.* Acta Universitatis Tampereensis 635.
- Vakkuri, J. (2006). Miksi älykkäät organisaatiot tekevät vain rajoittuneesti rationaalisia ratkaisuja? Monitulkintaisuuden ongelma tehokkuusoppien soveltamisessa. *Hallinnon tutkimus* 25(3), 30–46.
- Vakkuri, J. (2009a). Julkisen sektorin tehokkuus monitulkintaisena ongelmana – käsitteet ja lähestymistavat. Teoksessa J. Vakkuri (toim.), *Paras mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat* (s. 11–30). Helsinki: Gaudeamus.
- Vakkuri, J. (2009b). Kohti parasta mahdollista – Miksi esteitä ei voi ylittää? Miten niiden kanssa voi elää? Teoksessa J. Vakkuri (toim.), *Paras mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat* (s. 206–210). Helsinki: Gaudeamus.
- Vakkuri, J. (2011). Kynnykset matalaksi. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 39(1): 5–7.
- Vakkuri, J., Kivimäki, R., Kork, A-A., & Mänttari, P. (2012). Tuottavuusongelma julkisrahoitteisissa palveluissa -mitä tiedetään, mitä tehdään ja mitä vaikutuksia tekemisellä on? Teoksessa A. Anttonen ym. (toim.), *Julkisen ja yksityisen rajalla: julkisen palvelun muutos* (s. 138–173). Tampere: Tampere University Press.
- Valkama, K. (2012). *Asiakkuuden dilemma - Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen.* Acta Wasaensia 267.
- Valtonen, H. (2006). Mitä taloustieteelle on olemassa? Teoksessa P. Kuusela & V. Niiranen (toim.), *Realismin haaste sosiaalitieteissä* (s. 109–136). Kuopio: Unipress.
- Vartiainen, P. (2009). Kansalaiset terveydenhuollon uudistajina. Teoksessa J. Vakkuri (toim.), *Paras mahdollinen julkishallinto? Tehokkuuden monet tulkinnat* (s. 172–185). Helsinki: Gaudeamus.

- Vartola, J. (1979). *Valtionhallinnon rakenteellisen muutoksen ongelmasta*. Acta Universtatis Tamperensis 103.
- Vigoda, E. (2000). Are You Being Served? The Responsiveness of Public Administration to Citizens' Demands: An Empirical Examination in Israel. *Public Administration*, 78(1), 165–191.
- Vigoda, E. (2002). From Responsiveness to Collaboration: Governance, Citizens, and the Next Generation of Public Administration. *Public Administration Review*, 62(5), 527–540.
- Vigoda, E. & Golembiewski, R.T. (2001). Citizenship Behavior and the Spirit of New Managerialism: A Theoretical Framework and Challenge for Governance. *The American Review of Public Administration*, 31(3), 273–295.
- Virtanen, P. & Mattila, K. (2011). Työterveyslääkärin potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin. *Suomen Lääkärilehti* 47(66), 3583–3588.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen*. Helsinki: Tekes.
- Virtanen, P. & Stenvall, J. (2014). The evolution of public services from co-production to co-creation and beyond: New Public Management's unfinished trajectory? *International Journal of Leadership in Public Services*, 10(2), 91–107.
- Vuori, J. (2005). Terveysjohtaminen ja -hallinto tieteenalana. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Terveys ja johtaminen: terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisössä* (s. 10–33). Helsinki: WSOY.
- Weick, K. (1976). Educational Organizations as Loosely Coupled Systems. *Administrative Science Quarterly*, 21(1), 1–19
- Weick, K. & Quinn R. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50, 361–386.
- Wilenius, M. (2004). Yhteiskunnallisen ennakoinnin rooli tulevaisuuden haasteiden tunnistamisessa. *Artikkelikokoelma tutkimushankkeesta sosiaaliset innovaatiot, yhteiskunnan uudistumiskyky ja taloudellinen menestys*. (s. 1–61). Sitra. <http://www.sitra.fi/julkaisut/Heiskala.pdf> Viitattu 10.12.2015.
- Yang, K. & Callahan, K. (2007). Citizen Involvement Efforts and Bureaucratic Responsiveness: Participatory Values, Stakeholder Pressures, and Administrative Practicality. *Public Administration Review*, 67(2), 249–264.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research: design and methods*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.

Muut lähdeaineistot

- Hallituksen toimintasuunnitelma 2015. Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi. <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma> Viitattu 30.11.2015.
- Hallitusohjelma 2015. Ratkaisujen Suomi Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. <http://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma> Viitattu 30.11.2015.
- Kaste 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kaste 2012 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Kielitoimiston sanakirja. (2014). ”asiakaslähtöinen”. Kotimaisten kielten keskuksen verkkojulkaisu 35. Helsinki: Kotimaisten kielten keskus. <http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/> Viitattu 20.11.2015.
- Lääkäriliitto (2015). Lääkäriliiton näkemykset terveydenhuollon keskeisistä kehittämiskohteista 2015–2019.
- Pääministeri Juha Sipilän puhe 17.9.2015. Yle. Saatavilla http://yle.fi/uutiset/katso_ja_lue_sipilan_puhe_tasta_kokonaisuudessaan/8311098 Viitattu 13.1.2016.
- STM (2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3358-3> Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Viitattu 3.9.2015.
- STM (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3> Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Viitattu 3.9.2015.
- Talousarvio 2015. Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2015 Valtiovarainvaliokunnan mietintö VaVM 37/2014 vp.
- Talousarvio 2016. Hallituksen esitys eduskunnalle valtion talousarvioksi vuodelle 2016. HE 30/2015 vp.
- Terveys 2015 (2001). Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- THL (2015). Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013. THL.
- Toimiva terveyskeskus (2009). Toimiva terveyskeskus. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Valtiovarainvaliokunnan mietintö (2014). VaVM 37/2014 vp (12.12.2014). Saatavilla https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/mietinto/Documents/vavm_37+2014_vp.pdf Viitattu 30.11.2015.
- VM (2012). Julkisen hallinnon asiakkuusstrategia 2012. Valtiovarainministeriön hanke. Saatavilla http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/0235_asiakkuusstrategia/index.jsp Viitattu 17.8.2016.
- VN (2015). Hallituksen linjaus: aluejaon perusteet, sote-uudistuksen askelmerkit. Saatavilla <http://vnk.fi/documents/10616/1865308/Hallituksen+linjaus+aluejaon+perusteet+%2C+sote-uudistuksen+askelmerkit+ja+aluejakomalli.pdf/0e5e4239-01b0-401b-b683-f82a9cb4ddb7> Viitattu 4.1.2016.
- VNK (2015). Kärkihankkeet: hyvinvointi ja terveys sekä reformit. Valtioneuvoston kanslia. Saatavilla <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/321857/HYTE+ja+Reformit-030915.pdf/a0b449b1-7a38-4730-b7f1-a3d6597318ff> Viitattu 30.11.2015.

Lait ja asetukset

- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66
- Kuntalaki 10.4.2015/410; alkuperäinen 17.3.1995/365
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Perustuslaki 11.6.1999/731
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326
- Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980 (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista)

Alkuperäisartikkelit

ANNA-AURORA KORK
HM, tutkija
Tampereen yliopisto,
johtamiskorkeakoulu
anna.kork@uta.fi

ELISE KOSUNEN
LT, yleislääketieteen professori
Tampereen yliopisto,
lääketieteen yksikkö

ARJA RIMPELÄ
LT, kansanterveystieteen
professori
Tampereen yliopisto,
terveystieteiden yksikkö
TAYS, nuorisopsykiatrian
vastuualue

JARMO VAKKURI
HT, kunnallistalouden professori
Tampereen yliopisto,
johtamiskorkeakoulu

Terveyskioskikokeilut – jotain uutta, jotain vanhaa

Lähtökohdat

Terveyskioski on perusterveydenhuollon palvelu, jossa hoitajavastaanotto on sijoitettu kauppa-keskukseen. Toiminnan tavoitteena on terveyden edistäminen. Kuka tahansa voi ilman ajanvarausta ja maksutta saada ehkäiseviä palveluja sekä pieniä hoitoja. Ensimmäiset terveyskioskikokeilut aloitettiin vuonna 2009 Ylöjärvellä ja 2010 Lahdessa. Niiden toimintaa on arvioitu erikseen, mutta keskinäistä vertailua ei ollut tehty. Arvioimme terveyskioskin roolia perusterveydenhuollossa näiden kahden tapausesimerkin valossa.

Menetelmät

Kyseessä oli monimenetelmällinen tutkimus, jonka aineistona käytettiin tilastotietoja, haastattelu-materiaalia, asiakaskyselyitä sekä kustannusraporttitietoja.

Tulokset

Terveyskioskikäyntien yleisin syy oli terveydentilan arviointi. Ylöjärvellä osa terveyskeskuksen hoitajapalveluista ohjattiin terveyskioskiin, Lahdessa sen avulla purettiin patoutunutta palvelukysyntää. Terveyskioskien palveluvalikoima poikkesi toisistaan mm. terveystutkimusten ja teemapäivien osalta. Käyntitavoitteet ylittyivät molemmissa kioskeissa ja asiakkaat olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Kioskeihin tehtiin toistuvia käyntejä, ja monet asiakkaista kävivät kioskissa terveyskeskuksen lisäksi. Kioskia käyttivät vanhemmat ikäluokat ja naiset. Ilman kioskia noin 15 % asiakkaista olisi ohjautunut lääkärin vastaanotolle. Terveyskioskikäynnin yksikkökustannukset olivat pienemmät kuin kunnan muiden sairaanhoitajavastaanottojen.

Päätelmät

Terveyskioskin toteutustapa ja toiminnan luonne vaihtelivat kunnan palvelutarpeiden mukaan. Palveluvalikoima, keskeinen sijainti ja palveluun hakeutumisen helppous selittivät suosiota. Toiminnan painopisteen valinta määritteli terveyskioskin roolia palvelujärjestelmässä. Koska kioskin palvelumuodot ovat rajalliset eikä ajanvarausta tai lääkärivastaanottoa tarvita, on toiminta suhteellisen edullista. Yksikkökustannukset eivät kuitenkaan kerro toiminnan vaikutuksista. Erillisenä instrumenttina terveyskioski ei edistä palvelujärjestelmän tehokkuutta, vaan parhaimmillaan kioski voisi toimia osana perusterveydenhuoltoa, yhtenä matalan kynnyksen palvelumuotona.

Terveydenhuollon palvelurakennemuutostusta koskeissa keskusteluissa on korostettu asiakaslähtöisiä ja ennaltaehkäiseviä palveluja, hoitoon pääsyn helpottamista sekä kustannusten hillintää. Sitran osittain rahoittamalla terveyskioskikokeilulla pyrittiin parantamaan perusterveydenhuollon saatavuutta, tavoitettavuutta ja kustannustehokkuutta (www.sitra.fi/terveyskioski). Hanke pohjautuu yhdysvaltalaiseen konseptiin, jossa hoitajatasoinen vastaanotto toimii arkisessa asiointiympäristössä, kuten ostoskeskuksessa.

Hoitajien toteuttama ennaltaehkäisevä työ ei kuitenkaan ole uusi toimintamalli Suomessa.

Kunnalliset terveyskeskukset ovat antaneet terveysneuvontaa kotikäynneillä jo 1920-luvulta lähtien (1,2). Kansanterveyslain voimaantulon (1972) jälkeen terveydenhoitajat ovat jatkaneet itsenäisen työn perinnettä neuvoloissa sekä pitkäaikaissairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyvissä tehtävissä.

Yhdysvalloissa ensimmäiset terveyskioskit (retail clinic, convenient care clinic) perustettiin 2000-luvun alussa. Vuoteen 2011 mennessä niitä oli noin 1 200 (3). Terveydenhuoltouudistuksen uskotaan lisäävän kioskien kysyntää, koska vakuutettujen määrä kasvaa ja lääkäreistä on pulaa (4). Britanniassa terveyskioskit (walk-in



KIRJALLISUUTTA

- 1 Huhtela P. Sairaanhoidajien koulutuksen suunnittelu ja toteutus Suomessa vuosina 1945–1957: Terveysisäntäkirjat – portti uusille ideoille. *Acta Universitatis Oulensis D Medica* 1036, 2009.
- 2 Pessa K. Terveyskeskusten viitekehys tutkimuskohteena. *Acta Universitatis Tamperensis* 2004.
- 3 Weinick RM, Pollack CE, Fisher MP, Gillen EM, Mehrotra A. Policy implications of the use of retail clinics. Santa Monica: RAND Corporation 2010.
- 4 Mehrotra A, Lave J. Visits to retail clinics grew fourfold from 2007 to 2009, although their share of overall outpatient visits remains low. *Health Aff* 2012;31:2123–29.
- 5 Salisbury C. Do NHS walk-in centres in England provide a model of integrated care? *Int J Integr Care* 2003;3:e18. Epub 2003 Aug 21.
- 6 Desborough J, Forrest I, Parker R. Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review. *J Adv Nurs* 2012;68:248–63.
- 7 Salisbury C, Munro J. Walk-in centres in primary care: a review of the international literature. *Br J Gen Pract* 2003;52:53–9.
- 8 Kork A-A, Kivimäki R, Rimpelä A, Vakkuri J. Julkinen terveyspalvelu kauppakeskuksessa. Ylöjärven terveyskeskuksen loppuarviointi. Sitran selvityksiä 56, 2011.
- 9 Kork A-A, Kivimäki R, Rimpelä A, Vakkuri J. Matalan kynnyksen sairaanhoidajavastaanotto: perusterveydenhuollon palvelua kauppakeskuksessa. Lahden terveyskeskuksen loppuarviointi. Sitran selvityksiä 66, 2012.
- 10 Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population. *Scand J Prim Health Care* 2007;25:27–32.

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajat ovat ilmoittaneet sidonnaisuutensa seuraavasti (ICMJE:n lomake): Sitra ja Ylöjärven kaupunki ovat rahoittaneet tutkimusta. Anna-Aurora Kork, Arja Rimpelä, Jarmo Vakkuri: ei muita sidonnaisuuksia. Elise Kosunen: Seminaarin puheenjohtajuus (GSK).

centres) ovat osa kansallisia terveyspalveluja ja palvelurakenteen uudistusta. Tavoitteena on nopeuttaa hoitoonpääsyä, lisätä asiakasresponsiivisuutta kanssa sekä uudistaa lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa (5). Terveyskeskeisiä on myös Australiassa, Kanadassa ja Etelä-Afrikassa (6,7).

Terveyskeskimallissa olennaisia ovat pitkät aukioloajat, keskeinen sijainti, asiointi ilman ajanvarausta ja rajatut palvelut. Kioskeissa hoidetaan yleisimpiä infektiosairauksia, tehdään pieniä hoitotoimenpiteitä sekä annetaan rokotuksia ja terveysneuvontaa. Ongelmat terveyspalvelujen saatavuudessa ja niiden korkeat kustannukset ovat olleet niin meillä kuin muualla terveyskeskusten perustamisen lähtökohtana. Suomessa tavoitteena oli kustannusten kasvun hillintä, sairauksien ennaltaehkäisy, riskiryhmien tavoittaminen ja asiakastyytyväisyyden lisääminen.

Tässä artikkelissa hahmotetaan, mikä terveyskeskusten rooli voisi olla osana suomalaista perusterveydenhuoltoa. Tarkastelemme kysynnän, käyttäjien sekä kustannusten näkökulmista, millä edellytyksillä kioski voi vastata asetettuihin tavoitteisiin. Vertaamme kauppakeskuksiin sijoitettuja terveyskeskeisiä Ylöjärvellä ja Lahdessa. Ylöjärvi on hyvinvoiva Tampereen kehyskunta, jossa sairastavuus on vähäistä ja sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset pienet. Lahti on vanha teollisuuskaupunki, jossa on paljon työttömyyttä sekä sosiaalisia ongelmia, lääkärripulaa ja epätarkoituksenmukaista päivystyspalvelujen käyttöä.

Tampereen yliopisto on arvioinut vuosien 2009–2012 terveyskeskikokeiluja kolmessa vaiheessa. Niistä on tuotettu erilliset raportit (8,9), mutta Ylöjärven ja Lahden kokeilujen välistä systemaattista vertailua ei ole tehty. Tämä artikkeli kokoaa yhteen kokeilujen keskeiset tulokset.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa käytettiin useita aineistoja. Terveyskeskusten käytännötiedot sekä asiakkaiden ikä- ja sukupuolirakenne haettiin kuntien potilastietojärjestelmästä (Pegasos), Ylöjärveltä myös terveyskeskusten omasta Excel-tiedostosta. Kioskikäynnit suhteutettiin terveyskeskusten hoitajavastaanottojen käytännöihin, jotka saatiin kuntien potilastietojärjestelmästä sekä valtakunnallisista perusterveydenhuollon rekistereistä (Sotkanet, AvoHilmo, Notitia-sovellus).

Kustannustiedot saatiin kuntien tilinpäätöksistä ja terveyspalvelujen kustannusraporteista.

Terveyskeskusten toimijoita ja päättäjiä haastatellaan selvitettiin näkemyksiä terveyskeskuksesta osana palvelujärjestelmää. Ylöjärvellä tehtiin 21 ja Lahdessa 11 haastattelua. Teemahaastattelut tehtiin kioskitoiminnan alkaessa ja arvioinnin lopussa (Ylöjärvellä 2009 ja 2011, Lahdessa 2010 ja 2012).

Asiakaskunnan rakennetta ja tyytyväisyyttä kartoitettiin kyselyillä. Asiakkaat vastasivat anonyymisti 29 kysymystä sisältävään lomakkeeseen neljänä ajankohtana: Ylöjärvellä 7.–19.9.2009 (n = 103, vastausprosentti 31 % ajankohdan kokonaiskännyneistä), 1.–15.12.2009 (n = 55, 23 %), 9.–21.8.2010 (n = 46, 12 %), 7.–19.3.2011 (n = 139, 38 %); Lahdessa 17.–31.3.2010 (n = 175, 32 %), 9.–21.8.2010 (n = 141, 30 %), 7.–19.3.2011 (n = 225, 25 %), 13.–25.2.2012 (n = 206, 48 %). Lomakkeet olivat terveyskeskusten odotustilassa. Viimeisissä kyselyissä niitä jaettiin myös vastaanotolla, mikä nosti vastaajien määrää.

Uusia sairauksikiini viittaavia löydöksiä ja uusintakäyntipyyntöjä seurattiin Ylöjärvellä terveyskeskusten Excel-tilastossa (löydökset 1.3.2010–31.5.2011, uusintakäynnit 11.–16.4.2011). Lahdessa molemmat tilastoitiin 5.10.2011–9.3.2012 työntekijöiden täyttämään lomakkeeseen.

Aineistot analysoitiin SPSS-ohjelmalla kuvail Levin tunnusluvuin. Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulokset

Tavoitteet

Terveyskeskusten toiminta muotoiltiin paikallisten tarpeiden mukaan. Ylöjärvellä tavoitteena oli terveyskeskuskäyntien vähentäminen siirtämällä hoitajapalveluja terveysasemilta kioskiin. Palvelut painottuivat terveysmittauksiin, pieniin hoitotoimiin (esim. korvahuuhtelut, haavat) ja rokotuksiin. Lahdessa tavoitteena oli ongelmien varhainen ehkäisy ja patoutuneen kysynnän purkaminen. Palvelut keskittyivät terveys-, ruokavalio- ja liikuntaneuvontaan sekä aktiiviseen teematoimintaan, jolla motivoitiin ihmisiä huolehtimaan terveydestään.

Molemmat kioskit palvelivat ilman ajanvarausta, myös iltaisin ja viikonloppuisin. Palvelu oli ilmaista asiakkaan kotikunnasta riippumatta. Terveyskeskeisissä työskenteli sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja fysioterapeutteja.

Käyntimäärät ja käyttäjäprofiili

Käyntitavoitteeksi asetettiin Ylöjärvellä 6 000 ja Lahdessa 9 000 käyntiä vuodessa. Ensimmäisenä toimintavuonna Ylöjärvellä oli 7 480 (päiväkeskiarvo 27) ja Lahdessa 12 439 (päiväkeski-

arvo 37) käyntiä (taulukko 1). THL:n mukaan perusterveydenhuollon avohoitokäynnit (muilla kuin lääkäreillä) kasvoivat molemmissa kunnissa jakson aikana.

Kioskia käyttivät eniten yli 60-vuotiaat, alle 30-vuotiaita oli vain 7 %. Naiset käyttivät kioskin palveluita miehiä enemmän. Ylöjärvellä miesten osuus oli huomattavasti suurempi kuin Lahdessa, ja neljäsosa kävijöistä oli vieraspaikkakuntalaisia (taulukko 2).

Asiakaskyselyjen mukaan enemmistö asiakkaista oli eläkeläisiä (taulukko 3) ja suorittanut enintään ammatillisen koulutuksen. Työttömiä osuus oli Lahdessa 10 %, Ylöjärvellä 2 %. Terveyskioskissa asioivat käyttivät myös terveyskeskuksen palveluja. Suurella osalla yli kolme kertaa viimeisen vuoden aikana kioskissa asioineilla oli myös terveyskeskuskäyntejä enemmän kuin kolme (Ylöjärvi 44 % n = 41, Lahti 50 % n = 40).

Terveyskioskiin tehtiin toistuvia käyntejä. Lahdessa 18 % ja Ylöjärvellä 19 % kaikista käynneistä olivat tehneet henkilöt, jotka olivat asioineet kioskissa yli 10 kertaa. Potilastietojärjestelmän mukaan nämä kioskipalvelujen suurkäyttäjät tekivät Lahdessa yhteensä 4 052 ja Ylöjärvellä 1 196 käyntiä kahden vuoden aikana.

Koko asiakaskunnan yleisimmät käyntisyynä liittyivät sairauksien ehkäisyyn ja terveydentilan arviointiin (taulukko 4). Tosin kaikkia käyntejä (teemapäivät, itsehoito- ja palveluohjausasiakkaat) ei kirjattu. Kirjaukskäytännöissäänkin oli eroja. Lahdessa käyntisyynä kirjattiin potilastietojärjestelmään ja yhdellä käynnillä oli monta syytä. Terveydentilan arvioinneiksi kirjattiin mm. verenpaineen mittaukset omahoitopisteessä. Ylöjärvellä käytettiin omaa Excel-tilastoa ilman ICPC-koodia, ja vain osa käyntisyistä kirjattiin potilastietojärjestelmään (taulukko 5).

Molemmissa kioskeissa työntekijät kutsuivat asiakkaita uusintakäynneille esim. korkeiden verenpaine-, verensokeri- tai kolesteroliarvojen takia. Uudet löydökset koskivat kohonnutta verenpainetta, diabetesta ja sydänsairauksia, joiden määristä ei merkintöjen perusteella kuitenkaan voida antaa tarkkoja lukuja.

Kysynnän ohjaus

Ylöjärvellä ohjattiin alusta asti osa toimenpiteistä (verenpaineen mittaus, ompeleiden poisto, korvahuuhtelut) terveysasemilta kioskiin, mikä näkyy käyntisyissä. Lahdessa terveyskioskiin ei

TAULUKKO 1.

Terveyskioskikäynnit sekä käynnin yksikkökustannukset Ylöjärvellä (2009–2011) ja Lahdessa (2010–2012).

	Ylöjärvi	Lahti
Terveyskioskikäyntejä yhteensä, n	16 327	22 415
Asukasluku 31.12.2011	30 942	102 308
Terveyskioskikäynnit/1 000 asukasta/vuosi	264	110
Käynnin yksikkökustannukset (sis. vyörytykset)	14,78 eur (v. 2010)	23,69 eur (v. 2011)
Henkilötyövuodet	2	3,5

TAULUKKO 2.

Terveyskioskin asiakasprofiili Ylöjärvellä (2009–2011) ja Lahdessa (2010–2012).

	Ylöjärvi		Lahti	
	n	%	n	%
Ulkopaikkakuntalaisten osuus	4 082	25	2 242	10
Miesten osuus	7 021	43	7 173	32
Asiakkaiden keski-ikä	58 v		61 v	
Alle 30-vuotiaita	1 069	7	1 467	7
30–39-vuotiaita	971	6	766	3
40–49-vuotiaita	1 529	10	1 269	6
50–59-vuotiaita	2 976	19	2 563	11
60–69-vuotiaita	5 621	35	6 559	29
yli 70-vuotiaita	3 848	23	9 799	44
Yhteensä	16 014		22 423	

TAULUKKO 3.

Asiakaskyselyihin vastanneiden (Ylöjärvi 08/2010 ja 03/2011, Lahti 02/2012) sosioekonominen tausta.

	Ylöjärvi (n = 180)		Lahti (n = 206)	
	n	%	n	%
Eläkeläinen	127	70	101	50
Työssäkäyvä	31	17	56	28
Yrittäjä	12	7	4	2
Työtön	4	2	20	10
Opiskelija	3	2	19	9
Muu	3	2	3	1

TAULUKKO 4.

Terveyskioskien yleisimmät käyntisytyt (ICPC-2-luokitus) potilastietojärjestelmän mukaan.

ICPC-2	Ylöjärvi 2009–2011		Lahti 2010–2012	
	n	%	n	%
Sairauden ennaltaehkäisy, terveydentilan arviointi (A98, A31)	2 020	37	113 560	65
Kohonnut verenpaine ja verenpaine-tauti (K85, K86)	2 406	44	10 984	6
Korvaoireet ja -vaivat (H81, H13, H29, H01)	196	4	7 224	4
Ihoon liittyvät vammat ja vaivat (S18, S15, S21, S29)	142	3	4 992	3
Anemia (B80–82)	192	4	88	0
Tutkimustulosten kuuleminen (60–61)	0	–	3 032	2
Muut yksittäiset syyt	529	10	34 800	20
Yhteensä	5 485¹	100	174 680²	100
Kaikki käynnit yhteensä	16 327		22 415	

¹ Ylöjärvellä vain osa käynneistä kirjattiin potilastietojärjestelmään
² Lahdessa kirjattu useampi käyntisyty yhdellä käynnillä

TAULUKKO 5.

Ylöjärven terveystietokioskissa tehdyt toimenpiteet kioskin oman Excel-pohjaisen käyntitilaston mukaan.

Toimenpide	n	%
Verenpaineen mittaus	5 569	34
Terveysneuvonta	2 578	16
Kolesterolimittaus	2 366	15
Injektio tai rokote	1 959	12
Verensokerin mittaus	1 342	8
Haavanhoitotehtävät	698	4
Lähetä eteenpäin tai ajanvaraus	386	2
Korvahuuhtelu	539	3
Palveluneuvonta	287	2
Hemoglobiini	234	1
Fysioterapia	201	1
Muut yksittäiset	168	1
Yhteensä	16 327	100

systemaattisesti ohjattu kysyntää. Kioskin yksi tehtävä oli palveluohjaus, sillä terveyskeskuksen vastaanottoaikojen heikko saatavuus oli johtanut päivystyksen runsaaseen käyttöön. THL:n mukaan Lahdessa oli 43 % enemmän päivystys-

käyntejä kuin maassa keskimäärin vuonna 2010. Terveystietokioskit toiminnan aloittamisen jälkeen (2010–2012) päivystyksen lääkäri- ja sairaanhoitajakäynnit vähenivät.

Asiakaskyselyn perusteella 15 % kioskissa asioineista olisi käynyt lääkärillä, jos kioskia ei olisi ollut. Ylöjärvellä tämä säästäisi noin 1 200 ja Lahdessa 1 700 lääkärikäyntiä vuodessa. Suurin osa terveystietokioskin asiakkaista (Ylöjärvi 65 % ja Lahti 56 %) olisi ensisijaisesti käynyt terveystietokioskin terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla.

Asiakastyytyväisyys

Asiakkaat olivat tyytyväisiä terveystietokioskin palveluvalikoimaan, sijaintiin ja henkilökunnan palveluallttiuteen. Kyselyissä palvelujen laatu arvioitiin kiitettäväksi (keskiarvo 8,9–9,3 asteikolla 4–10). Asiakkaat olisivat olleet valmiita maksamaan kunnallisesta palvelusta keskimäärin viisi euroa. Vastauksissa korostuivat nopea hoitoon pääsy ja asioinnin helppous.

Kustannukset

Terveystietokioskin välittömät kustannukset (henkilöstö, tilat, laitteet) olivat vähäiset. Sen yksikkökustannukset (taulukko 1) olivat pienemmät kuin terveysasemien hoitajavastaanoton. Ylöjärvellä terveysasemien hoitajakäynnin yksikkökustannukset vyörytettyine hallintokuluineen olivat 27,26 € ja terveystietokioskissa alle 15 € vuonna 2010. Lahdessa vastaavat luvut olivat 51,11 € ja alle 24 € vuonna 2011.

Pohdinta

Tulosten perusteella terveystietokioskikokeilu oli kaivattu avaus perusterveydenhuollon kehittämiseksi ja osoitus siitä, että toimintatapoja on tarpeen uudistaa. Terveystietokioskin kaltaiselle ennaltaehkäisevälle palvelumuodolle on kysyntää. Asiakkaat olivat tyytyväisiä palveluun ja käyntitavoitteet ylittyivät molemmissa kioskeissa.

Kioskit toimivat muita hoitajavastaanottoja vähäisemmin kustannuksin ja saattoivat säästää osan lääkärikäynneistä. Kuntatalouden hallinnan näkökulmasta kioskien merkitys riippuu kuitenkin muun palvelukysynnän ohjautumisesta ja terveyspalvelujen käytön rakenteesta.

Terveystietokioskien toiminnassa oli eroja. Ylöjärvellä kioskiin ohjattiin terveysasemilta potilaita pieniä toimenpiteitä varten. Lahdessa haluttiin helpottaa palveluihin pääsyä, ja osa avoito-

Kioskin matala kynnys voi tavoittaa riskiryhmiin kuuluvaa väestöä.

käyntien lisääntymisestä saattoi selittyä patoutuneella kysynnällä. Ylöjärvellä ulkopaikkakuntalaisten suurehko osuus vaikeuttaa palvelujen resursointia ja kustannusten kohdistamista.

Kioskit onnistuivat tavoittamaan melko pienin resurssein suuren määrän asiakkaita. Jää kuitenkin epäselväksi, kohdistuiko kysyntä väestön tarpeen mukaan oikealla tavalla. Asiakkaat olivat pääosin eläkeläisiä ja monet heistä käyttivät runsaasti myös terveyskeskuksen palveluja. Kävijöiden koulutustaso oli matala. Lahdessa työttömien osuus (10 %) asiakkaista heijasti kaupungin korkeaa työttömyysastetta (13 %). Terveyden edistämisen kannalta on myönteistä, että kioski tavoitti riskiryhmiin kuuluvaa väestöä, sillä sosioekonomisella asemalla on yhteys elintapoihin, hyvinvointiin ja palvelujen käyttöön.

Kansanterveyden näkökulmasta on huomionarvoista, että Ylöjärvellä lähes puolet kävijöistä oli miehiä eli kioski tavoitti miehet muita terveyspalveluja paremmin. Sairauksien varhaisen toteamisen kannalta tämä on merkittävää, sillä monet miesten terveysongelmista liittyvät elämäntapoihin. Molemmissa kioskeissa kirjattiin uusia löydöksiä, joten kioskin matala kynnys ja ennaltaehkäisevä työtapo saattavat edistää terveysongelmien varhaista toteamista.

Asiakasprofiili poikkesi kansainvälisistä tutkimuksista, joiden mukaan terveiskioskia käyttivät eniten nuoret sekä työikäiset (3,5). Suomesakin arveltiin kokeilun alussa kioskin tavoittavan kauppakeskuksessa lapsiperheitä. Maamme kattava työterveyshuolto ja neuvolapalvelut selittänevät kävijäprofiilin eroja ulkomaisiin tutkimuksiin verrattuna. Toisaalta kohdennetun markkinoinnin ansiosta Lahden syksyllä 2011 avatussa kioskissa (ei mukana arvioinnissa) kävi lapsiperheitä, ja kävijöiden keski-ikä oli 36 vuotta, kun muissa kioskeissa se oli noin 60 vuotta.

Perusterveydenhuollolta odotetaan nopeaa hoitoon pääsyä ja hoidon jatkuvuutta (10). Nämä tavoitteet näyttävät toteutuvan terveiskioskissa, ja selittänevät asiakkaiden tyytyväisyyttä. Madalletun palvelukynnyksen ansiosta kioskit voi kysyä apua pieniinkin huoliin ilman erillistä ajanvarausta. Tutkimusjaksolla kioskeissa työskentelivät niihin erikseen nimetyt hoitajat ja heidän vaihtuvuutensa oli tavanomaista vähäisempää. Asiakastytyväisyyteen on saattanut vaikuttaa myös henkilökunnan motivaatio ja innostus uuteen työhön.

Terveyskioskien pienet yksikkökustannukset kuvaavat kioskissa tehtävien toimenpiteiden edullisuutta, mutta verrattaessa kustannuksia terveysasemiin on huomioitava kioskien suppea palveluvalikoima, ajanvarauskäytännön puuttuminen, käyntien luonne ja asiakaskunta. Välittömät kustannukset eivät kerro sitä, millaisia vaikutuksia kioskin asiakkaiden tekemillä valinnoilla on kunnan muiden terveyspalvelujen käyttöön. Kokonaiskustannuksiin vaikuttavat olennaisesti välilliset kustannukset eli se, miten kunnan terveydenhuoltojärjestelmää hallinnoidaan.

Molemmissa kunnissa terveiskioskitoimintaa jatkettiin kokeilun jälkeen. Ylöjärven kioski integroitui hyvin osaksi kunnan terveyspalveluja, sillä kioskiin suunnattiin osa terveysasemien kysynnästä. Lahden kioskin tärkeä rooli oli terveysneuvonta ja sektorirajat ylittävä teematoiminta.

Terveyskioskin matalan kynnyksen malli muistuttaa aiempien vuosikymmenien terveys-sisar-, kunnanlääkäri- tai terveysbussitoimintaa. Parhaimmillaan terveiskioski voi tukea avohoidon palveluja mahdollistamalla hoidontarpeen arvioinnin ja koordinoinnin. Yksilötason terveysneuvonta ja väestötason terveysvalistus puolustavat terveiskioskin roolia perusterveydenhuollossa.

Lopuksi

Terveyskioski voi tuntua houkuttelevalta ratkaisulta kunnan terveyspalvelujen organisointi-ongelmiin, mutta potentiaalisten hyötyjen toteutuminen riippuu siitä, mikä on kioskin strateginen merkitys ja rooli kunnan palveluverkossa sekä millä tavoin kioski voi tehostaa palvelutuotantoa. Esimerkiksi pitkäaikaispotilaat näyttivät asioivan toistuvasti terveiskioskissa, vaikka tätä ei kokeiluissa tavoiteltu. Kioskin käyttö pitkäaikaissairaiden omahoidon tukemiseen on mahdollisesti järkevää, mutta hoidon kokonaisvaltainen seuranta vaatisi toisentasoista resursointia ja osaamista. On myös syytä pohtia, millaista terveyshyötyä tavoitellaan: tuotetaanko lisäpalvelua jo aktiivisille terveyspalvelujen käyttäjille vai toteutetaanko palveluohjausta.

Jotta terveiskioskillä olisi haluttuja vaikutuksia, sen tulisi olla suunniteltu osa palvelujärjestelmää. Toiminnan kustannustehokkuutta ei voida arvioida vain teknisten suoritteiden (kuten käyntimäärien) avulla, vaan myös sen pe-

rusteella, miten hyvin palveluohjaus ja palvelujärjestelmän hallinnointi toteutetaan. Välilliset kustannukset paljastavat, mitä matalan kynnyksen toimipiste merkitsee kunnan perusterveydenhuollon organisoinnille. Säästöjä saattaa syntyä lääkärikäyntien vähenemisestä, mutta toisaalta avohoitokäyntien kokonaismäärä ja ulkopaikkakuntalaisten käynnit voivat lisääntyä, mikä vaatii kuntien yhteistoiminnan ja kustannusten jaon kehittämistä.

Kokonaiskuvan saaminen terveystioskin toiminnasta ja sen vastaamisesta väestön tarpeisiin vaatii tarkentavaa tutkimusta asiakkaiden terveystiospalvelujen käytöstä. Syytä on myös selvittää, voiko terveystioski vähentää palvelujen suurkäyttäjää vai tuoko se heille vain yhden käyntipaikan lisää. ■

Tästä asiasta tiedettiin

- Terveystioski on matalan kynnyksen hoitajavastaanottopiste kauppakeskuksessa.
- Tyypillistä kioskille ovat pitkät aukioloajat ja asiointi ilman ajanvarausta sekä rajatut palvelut.
- Terveystioskeja on perustettu 2000-luvulla mm. Yhdysvaltoihin, Britanniaan ja Australiaan helpottamaan terveystiospalveluihin pääsyä.

Tämä tutkimus opetti

- Helppopääsuisille ja ennaltaehkäiseville terveystiospalveluille on kysyntää.
- Terveystioskit muistuttavat entisajan ilmaisia ja ilman ajanvarausta toimineita terveydenhoitajan vastaanottoja.
- Uusia terveystioskeja suunniteltaessa on tärkeää integroida ne osaksi kunnan palvelujärjestelmää.

■ **ENGLISH SUMMARY** WWW.LAAKARILEHTI.FI > IN ENGLISH

Something old, something new? Walk-in clinics in the Finnish health care system

ENGLISH SUMMARY

Something old, something new? Walk-in clinics in the Finnish health care system

ANNA KORK
Researcher, School of
Management at University of
Tampere
anna.kork@uta.fi

ELISE KOSUNEN
ARJA RIMPELÄ
JARMO VAKKURI

Background

Improved client responsiveness, cost-effectiveness and accessibility of public services have been goals of many health care reforms. So-called walk-in clinics have been regarded as one solution for easing access to health care services. Walk-in clinics (also known as retail clinics, convenient care clinics or walk-in centres) have been established in many countries, and they have become quite popular among citizens. The clinics, mostly staffed by nurse practitioners, are typically located in shopping centres, and they offer extended opening hours and walk-in access. The clinics provide advice and simple treatments for minor illnesses.

The Finnish Innovation Fund (Sitra) wanted to test the idea of low-threshold entry points. Walk-in clinics (in Finnish “Terveyskioski”) were conceived of as an answer to the problem of long waiting times and high demand for health care services. In the Finnish context, the clinics are part of the public primary care system and it was assumed that they would improve cost efficiency and customer satisfaction.

The object of this study was to examine the Finnish walk-in clinic experiments. The first clinics were established in the town of Ylöjärvi in 2009 and in Lahti 2010. Both clinics had been previously evaluated separately, but comparative results had not been provided. This paper concludes the assessment of the role of Finnish walk-in clinics on the basis of the two cases. The study also discusses possible further uses of walk-in clinics in the context of the Finnish health care system.

Methods

Various research methods and materials were used. Data consisted of statistics obtained from the patient information system and national health registers, cost accounting reports, patient satisfaction surveys and thematic interviews of decision makers.

Results

Patients attending walk-in clinics were usually elderly people and frequent users of health care services. Typical patients were females over 60 years who came in for health assessment. The numbers of visits were high and patients were consistently satisfied with the services provided. The walk-in clinics seemed to redirect some of the health care service demand in both cities although the range of services was slightly different. About 15 percent of patients would have consulted a physician if the walk-in clinic had not existed. The unit cost per visit in clinics was lower than that in other outpatient services.

Conclusions

The service mix, location and easy access explained the popularity of walk-in clinics. The clinics used economic resources fairly efficiently due to the limited range of services and the nurse-led service model. Based on the number of visits, there was demand for the service. However, essential questions for further development of clinics are whether they can reach those population groups that are most in need of services and whether clinics can be successfully integrated into the entire primary care system of the city. The experience of walk-in clinics provides a good starting point for developing a more comprehensive low-threshold service model in the Finnish social and health care system.

Portinvartija vai sisäänheittäjä? Terveysthuollon kustannushallinnan ja asiakasresponsiivisuuden dilemma



Realistinen synteesi terveysthuolkeista Englannissa,
Yhdysvalloissa ja Suomessa

Anna-Aurora Kork

TIIVISTELMÄ

Artikkelissa tarkastellaan asiakas- ja kustannusajattelun välistä jännitettä tunnistamalla terveysthuolkeiden toimintamekanismeja, ja muotoiluun teoriaa terveysthuollon asiakasresponsiivisesta kehittämisestä. Terveysthuollon uudistamisessa palvelujen halutaan vastaavan asiakkaiden tarpeisiin aiempaa kustannustehokkaammin. Perusterveysthuollon yksi keskeinen ongelma liittyy palvelujen heikkoon saatavuuteen. Terveysthuolkeilla ('walk-in centres', retail clinics') on pyritty helpottamaan asiakkaiden hoitoon pääsyä. Yhdysvalloissa terveysthuolkeet olivat 2000-luvun palveluinnovaatio ja uusi liiketoimintamahdollisuus. Iso-Britanniassa huolkeet liittyivät kansalliseen terveysthuolkeuudistukseen, mutta sittemmin osa huolkeista on suljettu liian suosittuina. Suomessa terveysthuolkeita kokeiltiin kunnallisessa perusterveysthuolkeossa uutena asiakaslähtöisenä ja ennaltaehkäisevänä palvelumallina. Terveysthuolkeojärjestelmien eroista huolimatta eri maiden terveysthuolkeiden teoreettinen perusta pohjautuu asiakasresponsiivisuuden ideaan tarjoten nopean ja vaivattoman ensikontaktin palvelujärjestelmään. Kvalitatiivisen meta-analyysin ja realistisen synteessin avulla pyrin ymmärtämään miten ja miksi terveysthuolkeet Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa ja Suomessa toimivat tai eivät toimi. Tutkimus osoittaa, että asiakasresponsiivisuus on alisteinen kustannushallinnan tavoitteeseen nähden. Asiakasresponsiivisuuden onnistuminen edellyttää paikallisten tarpeiden

ja resurssien aiempaa parempaa tunnistamista suunniteltaessa sosiaalisia interventioita.

Avainsanat: Terveysthuolke, asiakasresponsiivisuus, realistinen synteesi, Suomi, Iso-Britannia, USA

ABSTRACT

The gatekeeper or barker? The dilemma of cost control and responsiveness in healthcare – realist synthesis of walk-in clinics in the UK, the USA and Finland

Many countries struggle with the accessibility problems to healthcare. To facilitate the access to primary care so called walk-in clinics (*known as walk-in centers or retail clinics*) have been introduced. In the USA, the first clinics were established in the beginning of 2000s as novel business opportunity. In the UK instead, clinics were launched as part of NHS reform, but now some of them has been closed down for being too popular. The first Finnish walk-in clinic was piloted in 2009 as a new client-focused service model for delivering municipal healthcare. Although the healthcare systems vary, the fundamental idea of client responsiveness is similar. By presenting the realist synthesis of walk-in clinics in Finland, England and in the USA, we seek to understand how and why clinics works for whom and under what circumstances. The aim is to reveal the underlying mechanisms of walk-in clinic and to build theory of client responsiveness in developing healthcare by exam-

ining the tensions related to desired outcomes. The study demonstrates the importance of identifying the local needs and resources when planning social interventions.

Keywords: Walk-in clinic, responsiveness, realist synthesis, Finland, UK, USA

JOHDANTO JA TUTKIMUSASETELMA

Asiakaslähtöisyydestä on tullut yleisesti hyväksytty poliittinen tavoite ja julkishallinnon keskeinen kehittämisteema. Palvelujen uudistamisessa on yhtäältä pyrkimys vastata paremmin kansalaisten tarpeisiin, ja toisaalta tehostaa palvelutuotantoa. Tämä laadun parantamisen ja kustannushallinnan välinen suhde on yksi keskeisiä reformipolitiikan jännitteitä (Pollitt & Bouckaert 2004). Hallinnon asiakasresponsiivisuutta korostetaan useissa uudistustavoitteissa (Winblad & Ringard 2009), ja uuden julkisjohtamisopin mukaan responsiivisuus parantaa julkispalvelujen laatua ja tehokkuutta (Hood & Dixon 2013; Andrews & Van de Walle 2013). Responsiivisuus tarkoittaa kykyä vastata kansalaisten tarpeisiin (ks. Vigoda 2002), mutta niukat voimavarat vaikeuttavat tavoitteen toteutumista käytännössä. Tämä dilemma ilmenee terveydenhuollon uudistamisessakin: kuinka parantaa kansalaisten pääsyä palveluihin ja samaan aikaan hillitää kasvavia kustannuksia?

Terveyspalvelujen saatavuuden ja laadun parantamiseen liittyvät reformitrendit korostavat asiakaslähtöistä palveluja (ks. Valkama 2009). Suomessa perusterveydenhuollon ongelmana on palvelujen vaikea saatavuus ja saavutettavuus: pitkät jonotusajat tai maantieteelliset etäisyydet (Vuorenkoski ym. 2008). Asiakasnäkökulmasta ajanvaraukselliset ongelmat ovat merkittäviä palveluun pääsyn esteitä (Mäntyselkä ym. 2007). Yhtenä ratkaisuna on kokeiltu matalan kynnyksen terveyskioskeja, joiden toimintaidea muistuttaa vastaavia terveyskioskikonsepteja mm. Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa. Matalan kynnyksen palveluilla pyritään parantamaan palvelujen saatavuutta, asiakaslähtöisyyttä ja tehokkuutta tarjoamalla vaivaton ensikontakti palvelujärjestelmään (ks. Törmä 2009). Tyypillisesti terveyskioskit tarjoavat sairaanhoitajatasoista avohoitoa ilman ajanvarausta, toimivat pidenetyillä aukioloajoilla ja sijaitsevat suurten asiakasvirtojen lähellä. Suomessa terveyskioski on

maksuton kunnallinen sairaanhoitajavastaanotto, joka sijaitsee kauppakeskuksessa.

Terveyskioskin saama suosio tekee siitä poliittisesti houkuttelevan kehittämisinstrumentin parantaa palvelujen asiakasresponsiivisuutta. Se vetoaa kansalaisten toiveisiin nopeammasta hoitoonpääsystä tehden asiakkaista tyytyväisiä. Konseptiin kuitenkin kombinoituu kustannus- ja asiakasajattelun välinen dilemma: matala kynnyks on asiakasnäkökulmasta mieluisa, mutta voimavarojen hallinnan kannalta problemaattinen. Helppo pääsy saattaa lisätä palvelujen käyttöä, ja siten kysyntää ja kustannuksia.

Tämä artikkeli käsittelee hallintotieteellisestä tarkastelunäkökulmasta terveydenhuollon asiakasresponsiivista kehittämistä kansainvälisten terveyskioskikokemusten valossa. Suomen terveyskioskeja on enimmäkseen tutkittu suomalaisessa kuntakontekstissa ja perusterveydenhuollon palvelujärjestelmässä (esim. Kork ym. 2011; 2012; 2013), mutta vertailu muihin maihin on puuttunut. Kansainvälissä terveyskioskitutkimuksissa näkökulma on ollut lääke- ja hoitotieteellinen tarkastellen kioskia erillisenä instrumenttina, usein ilman teoreettista kontekstointia. Systemaattisissa katsauksissa sitä on käsitelty lähinnä osana terveydenhuollon palvelujen käyttöä tai palveluinnovaationa. Laadullisen meta-analyysin avulla selvitetään kuinka terveyskioskikonsepti kansainvälisesti onnistuu vastaamaan kansalaisten tarpeisiin ja ratkaisemaan perusterveydenhuollon¹ palvelutuotannon ongelmia.

Tausta: terveyskioski terveydenhuollon kehittämisinstrumentina

Terveyskioski on yleensä sairaanhoitajavastaanotto, jossa hoidetaan yleisimpiä infektiosairauksia, tehdään pienimuotoisia hoitotoimenpiteitä, annetaan rokotuksia ja terveysneuvontaa. Terveyskioskeja on ainakin Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa, Australiassa, Etelä-Afrikassa ja Kanadassa, ja niillä on pyritty parantamaan

terveydenhuollon saatavuutta ja hallitsemaan kasvavaa terveydenhuollon kysyntää ja kustannuksia (Salisbury & Munro 2003). Terveyskioskeilla halutaan nopeuttaa hoitopääsyä perusterveydenhuoltoon ja korvata kalliimpien palvelumuotojen käyttö. Toimintaperiaatteet ovat verrattain samankaltaisia: keskeinen sijainti, pitkät aukioloajat, rajattu palveluvalikoima ja asiointi ilman ajanvarausta. Kioskeihin viitataan usein 2000-luvun innovaationa, vaikka samantapaista vastaanottotoimintaa on ollut jo 1970-luvulla Kanadassa ja USA:ssa päivystystyyppisenä lääkäripalveluina (Miller & Nantes 1989). Seuraavaksi kuvataan Yhdysvaltojen, Iso-Britannian ja Suomen terveyskioskien pääpiirteet (ks. taulukko 1).

Yhdysvalloissa terveyskioski (*'retail clinic, convenient care clinic, in-store clinic'*) perustuu kuluttajakeskeiseen ansaintalogiikkaan, ja on kasvava liiketoiminta-alue (*'retail health industry'*). Kioski vastaa kuluttajien toiveisiin markkinalähtöisesti tarjoamalla edullisempaa ja joustavampaa hoitoa kuin muut palveluntarjoajat. Osassa on lääkärin konsultointimahdollisuus. Terveyskioskien odotettiin tavoittavan erityisesti vakuuttamattomia potilaita, vähentävän päivystyskäyttöä ja siten terveydenhuollon kustannuksia (Cassel 2012). Kioskien määrä kasvoi voimakkaasti 2000-luvulla (Weinick ym. 2010), ja niitä on ostoskeskusten lisäksi apteekki- ja kauppaketuilla sekä sairaaloissa. Myös vakuutusyhtiöt ja valtion sosiaalivakuutusohjelmat suosittavat kioskia. Terveidenhuoltouudistuksen uskotaan lisäävän terveyskioskin kysyntää, koska vakuutettujen määrä kasvaa ja lääkäreistä on pulaa (Mehrotra & Lave 2012). Laajemmin terveyskioski voidaan nähdä pyrkimyksenä kehittää perusterveydenhuoltoa ja yhdenvertaisempaa terveydenhuoltoa, mutta kioskin liiketoimintaidea ja vaikutukset terveydenhuoltoon on kyseenalaistettu.

Iso-Britanniassa terveyskioskit (*'NHS walk-in centres'*) perustettiin osana terveydenhuoltouudistusta 2000-luvun alussa, ja ne ovat osa kansallisia verorahoitteisia terveyspalveluja. Englantilaiset terveyskioskit (=NHS England) ovat kaikille ilmaisia, toimivat ilman rekisteröitymistä ja osassa on myös lääkäripalveluja. Kioskit sijoittuvat perusterveydenhuollon ja päivystyksen väliin tarjoamalla terveysneuvon-

taa ja hoitoa pienimuotoisiin akuutteihin sairauksiin. Terveyskioskien odotettiin tavoittavan omalääkärille (*'local GP'*) rekisteröitymättömät sekä erityisesti pendelöijät sijaitsemalla asemien ja kauppakeskittymien lähellä. Sen uskottiin parantavan perusterveydenhuollon saatavuutta, lisäävän valinnanvapautta ja vähentävän kysyntää muista palveluista (Monitor 2014; Salisbury 2003). Laajemmin terveyskioski voidaan nähdä osana julkishallinnon modernisaatiota, joka täydentää palveluverkkoa ja vastaa kansalaisten toiveisiin lyhyemmistä jonotusajoista. Vaikka terveyskioskeille on kysyntää, niitä on suljettu tehottomina ja osa siirretty päivystyspalvelujen yhteyteen (Monitor 2014).

Suomessa terveyskioskikoikeilu aloitettiin vuonna 2009 Sitran tukemana (ks. Kork ym. 2011). Tavoitteena oli tarjota parempia palveluja kansalaisille ja uudistaa terveydenhuollon palvelutarjontaa sijoittamalla kunnallinen terveyspalvelu kauppakeskukseen. Kioskin painopiste on ennaltaehkäisevässä työssä. Terveystenhoitajat, sairaanhoitajat tai fysioterapeutit antavat kioskissa terveystneuvontaa, tekevät terveystmittauksia ja pienimuotoisia hoitotoimenpiteitä. Terveyskioskin uskottiin parantavan julkisen terveydenhuollon saatavuutta, asiakaslähtöisyyttä ja kustannustehokkuutta tarjoamalla joustava pääsy palveluun. Hoitoon pääsee vuoroperiaatteella, ja kioski on auki myös iltaisin ja lauantaisin. Osa terveystkeskuksen kysynnästä ohjattiin terveystkioskiin, ja kioskilla tavoiteltiin riskiryhmiä, lapsiperheitä ja palvelujen ulkopuolella olevia. Suomen ensimmäisissä terveystkioskeissa (Ylöjärvellä ja Lahdessa) myös ulkopaiikkuntalaiset saivat käyttää palvelua ilmaiseksi. Nykyiset terveystkioskit ovat kuntien omaa toimintaa. Toimintamallin hyötyinä on korostettu asiakastytyvääisyyttä ja kustannussäästöjä.

Tutkimuksen tavoitteet

Terveystkioskin odotetaan samanaikaisesti vastaavan asiakkaiden tarpeisiin ja ongelmien varhaisen tunnistamisen myötä paremmin hallitsemaan sairaanhoidollisia kustannuksia. Artikkelikuva terveydenhuollon asiakasresponsiiviseen kehittämiseen liittyvää asiakas- ja kustannusajattelun välistä jännitettä. Tutkimuksella on kahden

Taulukko 1. Terveyskioskien toimintaympäristön yhtäläisyydet ja erot.

KONTEKSTI	FIN	UK	USA
Terveysterveysthuollon järjestelmä Perusterveydenhuollon palvelut Keskeinen ongelma	Julkinen Kunta (terveyskeskus) Saatavuus, saavutettavuus	Julkinen NHS/CCG (yleislääkäri) Saatavuus	Markkinat Vakuutus (perhelääkäri) Saatavuus, kattavuus (Perusterveydenhuollon heikko asema)
Kioskien määrä	~30	~230	~1200
Profession rooli	Sairaanhoidtajien tunnustettu ja itsenäinen asema vastaanottotyössä. Terveyskioskin "uhkana" lähinnä muiden hoitajien asenteet, kioskin sijainti erillään terveyskeskuksesta	Hoitotyön pitkä perinne ja hoitajien itsenäinen ammatillinen status. Terveyskioskin uhkana hoidon pirstaloituminen.	Lääkärien vahva professio, osassa osavaltioissa laki rajoittaa sairaanhoitajan työn autonomiaa. Terveyskioskin uhkana kilpailu ja lääkärin vastustus (työnjaollinen reviiritaistelu, hoidon jatkuvuus)
Terveyskioskin kohderyhmä	Riskiryhmät, palveluiden ulkopuolella olevat, lapsiperheet	Omalääkäriä vailla olevat, pendelöijät, riskiryhmät	Ilman vakuutusta olevat, kiireiset lapsiperheet, nuoret aikuiset
Tarpeisiin vastaaminen	Terveysmittaukset, neuvonta, haavojen hoito, injektiot/rokotukset	Yleiset infektioaudit, tapaturmat, ihottumat terveysneuvonta	Yleiset infektioaudit, allergiat, tapaturmat
Asiakkaalle aiheutuvat kustannukset	Ei asiakasmaksua, myös ulkopaikkakuntalaisille	Ilmainen	Hinnasto esillä, 30–40% edullisempi kuin lääkäri
Kustannustehokkuuden idea	Pieni palveluvalikoima ja organisaatorakenne sellittävät suhteellisen pieniä kokonaiskustannuksia	Hoitajien roolin maksimointi ja sähköiset hoidon arviointiohjelmistot tehostavat hoitojärjestelmää.	Ketjuille (esim. apteekit, kaupat, sairaalat) hyvä kilpailu- ja markkinointikeino. Sellaisenaan kannattamatonta.
Kysynnän hallinnan idea	Pienet toimenpiteet, terveystarkastukset ja -neuvonta terveyskeskuksesta kioskiin (ydinkompetenssin ajatus)	Kiireettömien, ennakoimattomien käyntien ohjaaminen kioskiin, hoidon tarpeen arviointi, ensimmäinen kontakti ("portinvartija")	Terveysthuoltoreformin vaikutus kysyntään, (vakuuttamattomien) päivystyskäytön vähentäminen, kuluttajien vaatimukseen vastaaminen (konsumerismin ajatus).

tasoiset tavoitteet. Ensiksikin tavoitteena on selvittää terveyskioskin toimintamekanismeja ja tavoitteiden toteutumiseen liittyviä jännitteitä. Toiseksi tavoitteena on terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden idean testaaminen ja uudelleenmuotoilu. Taustalla on ajatus toiminnan kehittämisestä kansainvälisten kokemusten avulla.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. *Miten terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden idea toteutuu eri konteksteissa, millä tavoin terveyskioski pyrkii ratkaisemaan terveydenhuollon ongelmia?*
2. *Ovatko asiakasresponsiivisuuteen liittyvät jännitteet yhteydessä terveydenhuoltojärjestelmään? Toisin sanoen, miten voisimme ymmärtää paremmin asiakasresponsiivisen kehittämisen mekanismeja?*

Terveysthuollon kehittämiseen liittyvää asiakasresponsiivisuuden ilmiötä on mahdollista ymmärtää paremmin, kun sitä tarkastellaan eri konteksteissa. Saman ilmiön tarkastelu eri konteksteissa voi auttaa paljastamaan asioiden keskinäisiä suhteita (Komu ym. 2011). Koska terveydenhuollon käsitteillä on omat kulttuuriset ja kielelliset merkitykset, ja taustalla olevat yhteiskunnalliset ongelmatkin voivat olla erilaisia, pitää vertailtavien konseptien olla kohtalaisen universaaleja (Salminen & Lehtinen 1982). Terveyskioskin toimintakonsepti on verrattain samanlainen.

Tutkimuksen aineisto muodostuu englantilaisista ja yhdysvaltalaisista terveysthuollon tutkimuksista, koska näistä maista löytyy eniten aihealueen tutkimusta. Tuloksia jäsenetään suhteessa siihen, mitä tiedetään suomalaisista terveysthuollon tutkimuksista (Kork ym. 2011; 2012; 2013; Kork & Vakkuri 2013). Vaikka terveydenhuoltojärjestelmät ovat erilaisia ja kioskeilla on erilainen rooli eri maissa, on mahdollista oppia samankaltaisten asiakasresponsiivisuutta korostavien matalan kynnyksen palvelumallien kokemuksista. Terveysthuollon vertailu on siis avain ilmiön ymmärtämiseen, selittämiseen ja tulkinnalle (Ragin 1987).

Sen sijaan, että vertailtaisiin eri maiden terveysthuollon tuloksia tai vaikutuksia toisiinsa, tutkimuksen tarkoitus on selittää terveysthuollonkonseptin toimintamekanismeja, jotka eri konteksteissa tuottavat tietynlaisia tuloksia. Realistisen lähestymistavan mukaisesti sosiaaliset interventiot nähdään teorioina (ks. Pawson 2006), ja realistisen synteessin avulla kuvaan terveysthuollon asiakasresponsiivisuuden idean toteutumista.

Perustelut realistiselle synteessille

Kriittisessä realismissa ja realistisessa arviointiperinteessä pyritään kausaalisesti selittämään syitä tai mekanismeja, miten ja miksi interventiot sosiaalisessa todellisuudessa toimivat (ks. Pawson & Tilley 1997; Töttö 2004; Pakarinen 2008). Realistinen synteessi on tämän logiikan mukainen tapa tehdä systemaattinen katsaus kompleksista sosiaalisista interventioista (Pawson ym. 2005; Pawson 2006;). Koska primääritutkimus

yleensä kattaa jo intervention dokumentaation sekä prosessien ja tulosten arvioinnin, realistisessa synteessissä kehitetään ns. 'keskitason' teorioita (Merton 1968), jotka ovat lähellä empiiristä tutkimusilmiötä, mutta joista voidaan tehdä yleistyksiä.

Realistisessa synteessissä selvitetään, miten interventio toimii tai ei toimi tunnistamalla sen taustalla vaikuttavat ohjelmateoreettiset ideat ja toiminnan mekanismit. Ohjelmateoria viittaa intervention teoreettisiin perusoletuksiin, että tietynlainen toiminta tuottaa haluttuja tuloksia. Pyrin ymmärtämään terveysthuollon toiminnan logiikkaa tunnistamalla, testaamalla ja uudelleenmuotoilemalla sen taustalla vaikuttavaa ohjelmateoriaa (ks. Pawson ym. 2014; Sims ym. 2015).

Realistisen synteessin avulla voidaan tunnistaa terveysthuollon asiakasresponsiivisuuteen vaikuttavat toimintamekanismit. Lisäksi odotusten ja käytännön toiminnan vertailu auttaa ymmärtämään paremmin, miten ja miksi terveysthuollon ohjelmateoreettinen logiikka toimii eri konteksteissa. Pawsonin (2006) mukaan realistisen synteessin tavoitteena voi olla ohjelmateorian eheyden ja intervention epäkohtien osoittaminen, kilpailevien teorioiden paljastaminen, saman teorian vertaileminen eri olosuhteissa tai ohjelmateoriaan liittyvien odotusten vertaaminen saatuihin tuloksiin.

Tutkimukseni tavoitteena on luoda ja testata teoriaa terveysthuollon asiakasresponsiivisuudesta. Teoriaohjaava lähestymistapa tarjoaa analyttisen keinon intervention toimintamekanismien, kontekstuaalisten tekijöiden ja saatujen tulosten tunnistamiseen (vrt. Molnar ym. 2015). Systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa pyritään usein tilastolliseen yleistettävyyteen, jossa konteksti häivytetään ja interventiot pelkistyvät yksittäisiksi toimenpiteiksi. Realistisen synteessin avulla voidaan paremmin selittää kompleksisten interventioiden menestymistä, epäonnistumista tai vastakkaisia vaikutuksia eri konteksteissa. Realistisen käsityksen mukaan interventiot ovat avoimia järjestelmiä ja ne voivat tuottaa myös odottamattomia vaikutuksia toimintaympäristönsä, minkä vuoksi iteratiivista tutkimusstrategiaa tarvitaan. (Pawson 2006; Rycroft-Malone ym. 2012.)

AINEISTO JA MENETELMÄT

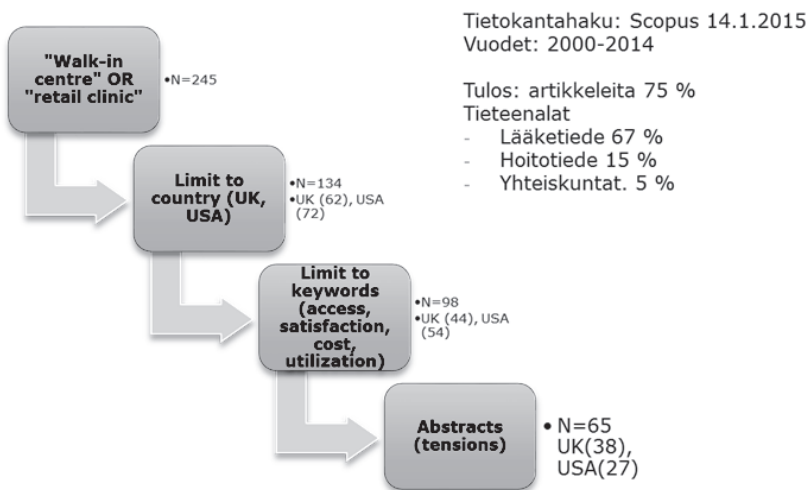
Kansainvälistä terveystieteiden tutkimusta löytyy 2000-luvulta lähtien. Aineiston keruumenetelmänä on kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on ilmiön systemaattinen tarkastelu, kriittinen arviointi ja aiemman tietämyksen syntetisoiminen. Eri tutkimusaineistojen tuloksien yhdistämistä lähdeaineistoksi ja tutkimuksen tekemistä tutkimuksista voidaan arviointinäkökulmasta riippuen kutsua meta-evaluatiksi tai meta-analyysiksi (ks. Pawson & Tilley 1997; Kallio 2006; Salminen 2011).

Kvalitatiivisen meta-analyysin yksi metodi on metasynteesi, joka voi sisältää erilaisia metodologisia lähestymistapoja. Metodien valinta riippuu katsauksen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Tavoitteena voi olla teorian kehittäminen, tutkimustulosten yleistäminen, ilmiön ymmärtäminen, selittäminen tai uudelleentulkinta. Yhteistä on, että katsaus toteutetaan vaihevaiheelta ja tulkitaan moniulotteisesti. Metasynteesi on tulkitsevampi ja kuvailevampi meta-analyysimenetelmä kuin määrällisiä menetelmiä painottava metayhteenveto. (ks. Salminen 2011; Korhonen et al 2013.) Laadullinen metasynteesi on vielä suhteellisen uusi ilmiö lääke- ja terveystieteellisessä tutkimuksessa, jossa perinteisesti on luotettu systemaattiseen, kvantitatiiviseen näyttöön perustuvaan tutkimustietoon (*evidence based*

practice’, ks. Walsh & Downe 2005; Zimmer 2006; Greenhalgh ym. 2011).

Realistinen synteesi mahdollistaa terveystieteiden kriittisen tarkastelemisen laajan tutkimuskirjallisuuden avulla sekä teorian kehittämisen siitä, kuinka tällainen interventio toimii. Tutkimus olisi voitu toteuttaa vertailevana tapaus-tutkimuksenakin, mutta halusin ymmärtää holistisemmin terveystieteiden asiakasresponsiivisuuden idean onnistumista. Realistisessa synteesissä hahmotetaan aluksi intervention ohjelmateoria eli taustaoletukset miten intervention oletettiin toimivan (Pawson 2006). Realistinen synteesi sisältää kuusi metodologista vaihetta: 1) ohjelmateorian alustava muotoilu, 2) kirjallisuuskatsauksen hakustrategia, 3) tutkimusten arviointi, 4) tiedon poiminta, 5) analyysi ja synteesi sekä 6) ohjelmateorian uudelleen muotoilu (vrt. Pawson 2006; Wong ym. 2014; Molnar ym. 2015).

Yhdysvaltalaisista ja englantilaisista terveystieteiden tutkimuksista koostuva aineisto kerättiin (kuvio 1) Scopus-tietokannasta, koska monitieteellinen viittaus- ja tiivistelmätietokanta sisältää myös terveys- ja lääketieteen Medline-viitekannan. Kaiken tyyppiset julkaisut hyväksyttiin mukaan, ja niihin haettiin kokotekstit lehtitietokannoista (mm. PubMed ja Ebsco) sekä internetistä. Katsauksen valittiin lopulta 65 lääke-, terveys-, sosiaali- tai johtamistieteellistä julkaisua (USA=38; UK=27; julkaisut liitteessä 1).



Kuvio 1. Tutkimuskatsauksen hakustrategia.

Taulukko 2. Tutkimuskatsauksen aineistoa rajaavat teemat ja hakutermit.

Tutkimusteemat (ohjelmateoriasta)	Tietokannan asiasanat (MeSH)
Palvelun saatavuus	"Health care access", "Health Services Accessibility"
Laatu	"Health care quality", "Patient Satisfaction", "Patient satisfaction", "Consumer Satisfaction"
Kustannushallinta	"Cost control", "Economic aspect", "Health care cost", "Health Services Needs and Demand", "Health care utilization", "Utilization review", "Patient referral", "Decision making"

Hakua fokusoiitiin terveystietokannan ohjelmateoriasta muotoiltuihin teemoihin ja avainkäsitteisiin (taulukko 2). Julkaisujen otsikoista ja abstrakteista etsittiin terveystietokannan asiakasresponsiivisuuteen (*laatu, saatavuus*) ja kustannushallintaan (*kustannukset, kysyntä*) viittaavia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteet ja fokus ohjasivat aineiston valintaprosessia. Tutkijalla oli oma esitietämys ja kokemus suomalaisista terveystietokannoista tutkimushankkeissa (esim. Kork ym. 2011, 2012) joissa oli alustavasti tutustuttu kansainväliseen terveystietokannatutkimukseen, eli tutkija ei ollut täysin vapaa tutkimukseen liittyvistä ennako-oletuksista.

Realistinen synteesi alkaa ohjelmateorian alustavalla muotoilulla, jota kehitetään synteessin avulla. Ensin esitellen terveystietokannan alustavan ohjelmateorian, joka kuvaa intervention oletettua toimintalogiikkaa. Seuraavissa analyysi- ja synteessiprosessia esittelevissä luvuissa keskityn terveystietokannan mekanismeihin rakentaen iteratiivisesti terveystietokannan asiakasresponsiivisuuden teoriaa. Synteessin lopuksi arvioidaan tuloksia, miten eri mekanismit toimivat erilaisissa konteksteissa. (ks. Pawson 2006, Rycroft-Malone ym. 2012.)

Terveystietokannan ohjelmateoreettiset lähtökohdat

Terveystietokannan rooli terveydenhuoltojärjestelmässä on ollut kiistanalainen ja jäsentymätön. Yhtäältä kioskit voivat parantaa kansalaisten pääsyä perusterveydenhuoltoon ja oikea-aikaiseen hoitoon. Toisaalta kioskin on kritisoitu sekoittavan järjestelmää ja avun hakemista, tuotavan ei-toivottua kysyntää itsehoidollisiin vaihtoihin, johtavan palvelujen rinnakkaiskäyttöön

ja siten nostavan terveydenhuollon kokonaiskysyntää ja kustannuksia (Salisbury ym. 2002; Chalder ym. 2003; Thygeson ym. 2008). Terveystietokannoja koskevissa tutkimuksissa kioskeja pidetään käyttäjänäkökulmasta hyödyllisinä, mutta voimavarojen hallinnan näkökulmasta ongelmallisina. Englantilaisissa terveystietokannatutkimuksissa korostuu järjestelmänäkökulma, kun taas yhdysvaltalaisissa professionäkökulma. Esimerkiksi Englannissa terveystietokannan nähdään parantavan julkisen terveydenhuollon saatavuutta, mutta osa terveystietokannoista on lopetettu vetoamalla tarpeettoman kysynnän tuottamiseen (Arain ym. 2013). Yhdysvalloissa on pohdittu, onko kyse perusterveydenhuollon uudesta mallista vai kaupallisesta innovaatiosta (Cassel 2012). On kyseenalaistettu, onko kioskioikea tapa vastata perusterveydenhuollon ongelmiin vai pitäisikö keskittyä nykyisten palvelujen kehittämiseen (Mehrotra ym. 2009).

Tutkimusten perusteella intervention keskeisimmät ongelmakohdat liittyvät siihen, miten terveystietokanna vaikuttaa 1) *hoidon pirstaloitumiseen ja jatkuvuuteen* (esim. Boulton ym. 2006; Pollack ym. 2010; Garbutt ym. 2013), 2) *palvelujen kysyntään ja ammatilliseen työnjakoon* (esim. Hsu ym. 2003; McKinlay & Marceau 2012; Kaissi & Charland 2013) sekä 3) *eriarvoisuuteen* (esim. O’Cathain ym. 2009; Pollack & Armstrong 2009; Langer ym. 2013). Hoidon jatkuvuuden näkökulmasta kioskin on pelätty heikentävän potilas-lääkärisuhdetta, hoidon koordinoitua ja integroitua vaarantamalla hoidollisen kokonaisvastuun (*medical home*). Yhdysvalloissa kioskioikea koetaan myös liiketaloudelliseksi uhaksi. Erityisesti lääkärien edunvalvontaorganisaatiot ovat huolissaan hoidon pirstaloitumisesta, mutta hoitajille kioskioikea on ammatillisen

kehittämisen mahdollisuus (Pope ym. 2005; Rudavsky & Mehrotra 2010; Wilson ym. 2010), varsinkin jos kioskin palveluja laajennetaan rokotuksiin ja pitkäaikaissairauksien hoitoon. Lääkärijärjestöjen mukaan sairaanhoitajien itsenäinen vastaanotto toiminta heikentää hoidon laatua, johtaa väärin diagnooseihin ja lääkemääräyksiin sekä jättää vaikeimmat tapaukset lääkäreille. Toisena uhkana on kaupallisten ja terveydenhuollollisten intressien sekoittuminen, jos lääkkeiden (esimerkiksi antibioottien) määräämisellä pyritään lisäämään muun toiminnan liikevaihtoa. (Garbutt ym. 2013.)

Kysynnän hallinnan perspektiivistä terveyskioskin volyyymi on pieni suhteessa muihin vastaanottoihin. Kioskin ei uskota vähentävän kysyntää, vaan pikemminkin johtavan palvelujen rinnakkaiskäyttöön. Ongelmallista myös profiloitumisen ja toiminnan kohdentumisen näkökulmasta on se, pystyykö kioski tavoittamaan huono-osaisimpia ja kohdistuvatko resurssit käyttäjien tarpeita vastaaviksi (Salisbury & Munro 2003; Chapman ym. 2004). Erityisesti Yhdysvalloissa kioskin on kritisoitu syventävän palvelujen eriarvoisuutta ja kahtiajakoa houkuttelemalla vakuuttamattomia ja alivakuutettuja edullisella ja yksinkertaisemmalla hoitomuodolla. Toisaalta vakuutusjärjestelmän ulkopuolella olevilla ei välttämättä ole minkäänlaista hoitosuhdetta tai mahdollisuutta oikea-aikaiseen hoitoon, mikä voi näkyä päivystyspalvelujen kuormittumisena (Wang ym. 2010).

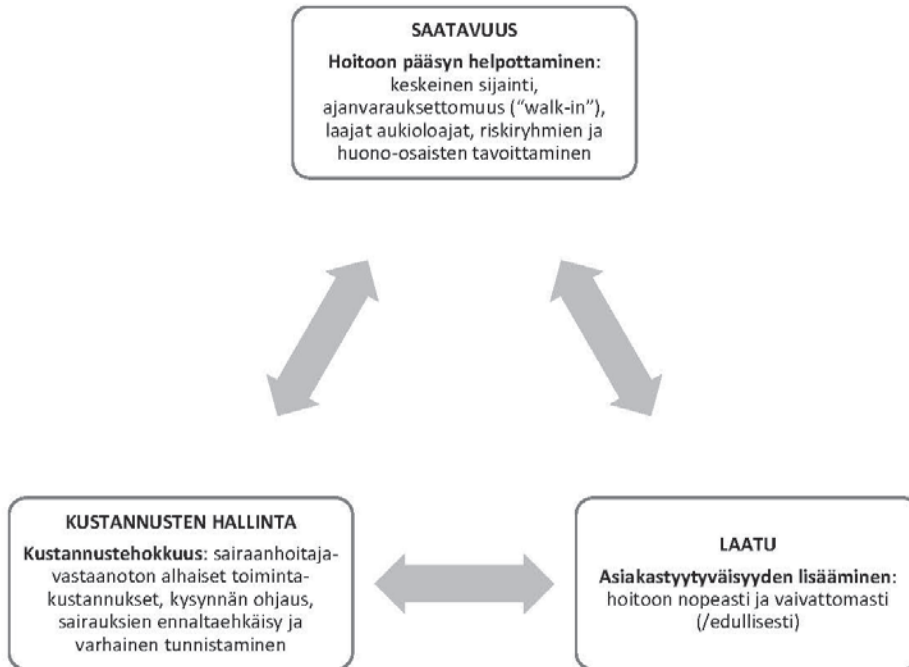
Terveyskioskin oletetun toimintalogiikan ja tahattomien seurausten välinen suhde muistuttaa terveydenhuollon rautaista kolmiota (*'the iron triangle of health care'*; Kissick 1994), jonka muodostavat terveydenhuollon kustannukset, saatavuus ja laatu. Kioskien julkitavoitteet palvelujen saatavuuden ja laadun parantamisesta sekä tehokkaammasta voimavarojen hallinnasta kuvaavat terveydenhuollon kehittämiseen liittyvä problematiikkaa ja tavoitteiden välistä universaalia jännitettä. Kissickin (1994) mukaan yhden osa-alueen muuttaminen heijastuu myös kolmion muihin osa-alueisiin, yleensä negatiivisesti. Esimerkiksi saatavuuden parantaminen yleensä lisää kustannuksia. Vaikka terveyskioski ei ole varsinaisen toimintapoliittinen ohjelma, liittyy se kuitenkin keskeiseen politiikkaongelmaan eli terveydenhuollon huonoon saatavuuteen. Molempien maiden terveyskioskien

toiminta-ajatus eli ohjelmateoreettinen logiikka (kuvio 2) heijastaa yleistä terveydenhuollon reformipolitiikan asiakas- ja kustannusajattelun agendaakin Suomessa: palvelujen joustavuus ja parempi segmentointi tarpeita vastaaviksi lisäävät palvelujen kustannustehokkuutta ja laatua (esim. STM 2011).

Olen muotoillut terveyskioskin ohjelmateoreettiset lähtökohdat primääritutkimuksissa kuvatuista terveyskioskien yleisistä tavoitteista sekä esiteoreettisen ymmärryksen avulla. Tulkitseen hoitopäätösten helpottamisen ja asiakastyytyväisyyden tavoitteet terveyskioskin *asiakasresponsiivisuuden* ideaksi, ja vastaavasti kustannustehokkuuden ja kysynnän hallinnan tavoitteet *kustannushallinnan* pyrkimyksiksi. Terveyskioskeilla on lähtökohtaisesti yritetty vastata kansalaisten tarpeisiin ja toiveisiin helpommasta ja nopeammasta hoitopäätöksestä, minkä puolestaan uskotaan tuottavan asiakastyytyväisyyttä, terveydellisiä ja taloudellisia hyötyjä vähentäen sairaanhoidollisia kustannuksia. Taustalla on ajatus paremmasta voimavarojen hallinnasta tunnistamalla eri palvelumuotojen ydinkompetensseja, esimerkiksi helpottamalla lääkäri- ja päivystyspalvelujen² patoutunutta kysyntää ohjaamalla vähemmän kiireelliset käynnit kioskiin. Terveydenhuollon kehittämiseen liittyy aina valintoja ja kompromisseja. Ohjelmateoreettisena kehyksenä olisi siksi voinut toimia myös palvelujen saatavuuden, kustannustehokkuuden, tai kansanterveyden näkökulma, mutta asiakasresponsiivisuuden käsitteen alla pystyn tarkastelemaan näiden näkökulmien välisiä jännitteitä.

Analyyysin ja synteessin toteuttaminen

Analyyysin ja synteessin tarkoituksena on kehittää terveyskioskin ohjelmateoriaa. Ohjelmateoriaa kehitetään CMO-asetelman (*'context-mechanism-outcome'*) mukaisesti tunnistamalla ja liittämällä kontekstit, mekanismit ja tulokset toisiinsa sekä analysoimalla tuloksia kriittisesti suhteessa teoriaan (Pawson 2002; Wong ym. 2013). Konteksti viittaa tässä eri maiden terveyskioskien toimintaympäristöihin, ja mekanismit ovat tekijöitä, rakenteita tai prosesseja, jotka tuottavat intervention tavoiteltuja tai tahattomia tuloksia (vrt. Pawson & Tilley 1997).



Kuvio 2. Terveyskioskien ohjelmateoreettinen logiikka: mitä, miten, kenelle? (Kissickin 1994 terveydenhuollon rautaista kolmiota mukaillen).

Terveyskioskin ohjelmateorian kolmen teeman (*saatavuus, laatu, kustannushallinta*) ympärille muodostettiin analyttiset tutkimuskysymykset, jotka ohjasivat analyysia sekä synteisiin muodostamista. Tiedon poiminnan (*'data extraction'*) tarkoitus on avustaa analyysia ja synteisiä. Julkaisuista käytiin läpi abstrakti, johdanto sekä päätelmät. Tuloksista muodostettiin maakohtainen sitaattikokoelma, ns. raaka-aineisto. Aineiston analyysissa kiinnitettiin huomiota sellaisiin tutkimustuloksiin, jotka tuovat esiin tavoitteiden ja käytännön välisiä jännitteitä. Tuloksena syntyivät maakohtaiset synteetit. Tästä aineistosta etsittiin yhteisiä ja yleisiä mekanismeja kuvaamaan terveyskioskin toiminnan onnistuneisuutta eri konteksteissa. Analyysiprosessi oli samaan aikaan induktiivista että deduktiivista, mutta retroduktiivisen päättelyn avulla selvitettiin mekanismeja, joilla pintatason ilmiöt kytketään syvemmällä tasolla oleviin kausaalisiin syihin (Lawson 1997; Pakarinen 2008). Koska analyysin kohteena on intervention sijaan sen ohjelmateoria, aineistoa

voi täydentää analyysivaiheessakin (Korteniemi & Borg 2008.). Analyysin pohjalta syntyi synteisi terveyskioskien toimintamekanismeista sekä ohjelmateorian teemoista 'nousevat' teoriat (*'emerging theories'*, ks. Pawson 2002).

Synteetin perustehtävänä on jalostaa ohjelmateoriaa, mutta metodologisissa oppaissa (esim. Wong ym. 2014) ei varsinaisesti määritellä kuinka synteisi muodostetaan, vaan lähinnä minkä suhteen synteisiä tehdään. Se muodostuu vertailemalla *'miten ohjelman piti toimia'* suhteessa *'empiiriseen evidenssiin käytännön erilaisissa tilanteissa'* mukaillen CMO-asetelmaa (Wong ym. 2014). Tein synteetin vertailemalla terveyskioskeille asetettuja tavoitteita terveyskioskitutkimusten tuloksiin. On huomattava, että jonkinlaista synteisiä on jouduttu tekemään jo alkuperäisissä tutkimuksissa, myös maakohteisessa katsauksessa ja varsinaisen tutkimuskatsauksen päätelmissä. Metasynteisi on tulkinnan tulkintaa: primääritutkimuksen tutkija on tullut tuloksia oman ymmärryksensä ja analyysinsä perusteella, ja metasynteetin tutkija

tulkitsee näitä primääritutkimuksia tehdessään synteesiä (ks. Korhonen ym. 2013).

Vaikka Pawson (2006) painottaa lumipalloonmenetelmän ja konsultaation merkitystä, ei tässä tutkimuksessa ollut tutkimusekonomista syistä mahdollista laajentaa hakua. Iteratiivisen prosessin mukaisesti tehtiin analyysivaiheessa joitakin täydentäviä täsmähakuja (vrt. Wong ym. 2013; 2014) ja saturaatiopiste saavutettiin. Koska tämä artikkeli on kirjoitettu yksin ja osana tutkijan väitöskirjaa, on synteesin laajuutta ja syvyyttä jouduttu rajaamaan. Haku rajoittui vain yhteen tietokantaan ja intervention toiminnan onnistuneisuutta tarkasteltiin yhdestä käsitteellisestä näkökulmasta, vaikka analyysivaiheessa siihen olisi voitu ottaa mukaan esimerkiksi terveystieteiden ja päätöntekijöiden näkemyksiä.

ANALYYSI

Saatavuus: kenen pääsyä terveydenhuoltoon terveystietokioski helpottaa?

Terveystietokioskin tavoitteena oli riskiryhmien ja palvelujen ulkopuolella olevien tavoittaminen. Esimerkiksi Yhdysvalloissa kioskien odotettiin vastaavan vakuutusjärjestelmän ulkopuolella olevien tarpeeseen helpommasta ja edullisemmasta hoitopäätöksestä. Yhteiskunnallisen vaikeavuuden näkökulmasta sijainnilla on tärkeä merkitys. Kioskit niin Yhdysvalloissa kuin Englannissakin sijaitsevat hyvin toimeentulovien asuinalueilla eikä sosiaalisesti tai taloudellisesti deprivoituneimmilla alueilla. Kioskia käyttävät pääsääntöisesti terveen nuoret, valkoiset keskiluokkaiset potilaat, jotka tiesivät mitä tarvitsevat (Chapman ym. 2004; Jackson ym. 2005). Helppo pääsy voi olla heille preferenssi sinällään. Kioski tavoittaa parhaiten keskiluokkaisen urbaanin väestön eikä niinkään palvelujen ulkopuolella olevia (Pollack & Armstrong 2009; Rudavsky & Mehrotra 2010). Siksi tutkimuksissa kyseenalaistetaan se, mihin tarpeeseen kioski vastaa, millä tavalla se parantaa terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta, kustannustehokkuutta tai vaikuttavuutta (Chapman ym. 2004; Langer ym. 2013).

Järjestelmän näkökulmasta toinen tärkeä kysymys on millaiseen palvelujen käyttöön terveystietokioskilli halutaan vaikuttaa. Terveyspal-

velujen organisoimisen ongelmia ovat ennakoimattomat (*unscheduled care*) ja väärin ohjautuneet käynnit. Esimerkiksi pitkäaikaissairaat saattavat käyttää päivystyspalveluja saadakseen tarvitsemaansa hoitoa (Langer ym. 2013). Vakuutusperusteisessa terveydenhuollossa ongelmallista on palvelujen rajoittunut kattavuus ja patoutunut päivystyspalvelujen kysyntä. Päivystystä käytetään väärin syistä (Cassel 2012), koska se ottaa vastaan kaikki potilaat ja on auki myös vastaanottoaikojen ulkopuolella. Terveystieteisiin ei pystytä puuttumaan varhaisessa vaiheessa, jolloin ongelmia hoidetaan väärässä paikassa kalliisti. Perusterveydenhuollon heikosta asemasta johtuen yksi kioskin tulevaisuuden mahdollisuus voisi olla yhteistyö julkisten terveyspalvelujen kanssa, mutta kioskin ansaintalogiikkaan kuuluu mahdollisimman laajan maksukykyisen asiakassegmentin tavoittaminen (Pollack & Armstrong 2009; Rudavsky & Mehrotra 2010). Terveystietokioskilli haluttiin vähentää päivystyskäyttöä, mutta se toikin vaihtoehdoisen paikan lisää. Päivystyspalveluissa pääsyä ja kysyntää pyritään yleensä rajoittamaan, mutta terveystietokioski toimii täysin vastakkaisella logiikalla. Julkisessa terveydenhuollossa ihmisten houkuttelemisen 'kävelemään sisään' sopii toki yksilöllisiin vaatimuksiin helposta hoitopäätöksestä, mutta vaikuttaakseen muihin järjestelmän osiin tarvittaisiin kulttuurista asennemuutosta koko järjestelmään (Salisbury ym. 2007). Kioski heijastaa ideologiaa, joka korostaa valinnanvapautta ja asiakasresponsiivisuutta, mahdollisimman joustavia ja palvelujen käyttäjien erilaiset preferenssit huomioonottavia vaihtoehtoja (Boulton ym. 2006). Kioskit lähinnä kiinnittävät huomiota hoitopäätöksen ongelmiin ja voivat siten edistää muiden palvelujen saatavuutta ja asiakasresponsiivisuutta (Starfield 2009). Tutkimusten perusteella kioskin integrointi järjestelmiin on tuottava. Kioski helpottaa hoitopäätöksiä, mutta ei välttämättä niiden, joilla on suurimmat terveystarpeet.

Laatu: miksi käyttäjät ovat tyytyväisiä?

Palvelujen laatu on laaja käsite, jolla ymmärretään näkökulmasta riippuen eri asioita. Laatu voidaan määritellä palvelun sopivuutena asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin, tai laatu voi viitata virheettömyyteen, prosessiin, kokonaisuuteen

tai yhteiskunnallisiin vaikutuksiin (ks. Lumijärvi & Jylhäsaari 1999). Terveyskioskitutkimuksissa laatu korostuu usein tuotantokeskeisesti mitaten asiakastyytyväisyyttä tai diagnosoinnin täsmällisyyttä. Asiakasresponsiivisuuden ideaa vasten asiakkaiden tyytyväisyyttä on erityisen kiinnostavaa tarkastella laadullisena ominaisuutena, eli kykynä tyydyttää asiakkaan tarpeet. Mitkä ovat ne terveyskioskin toimintamekanismit, jotka johtavat tyytyväisyyteen tai mitä tyytyväisyys kertoo nykyisen järjestelmän puutteista?

Asiakastyytyväisyys näyttäisi olevan ainoita terveyskioskin tuottamia kiistattomia hyötyjä, joista tutkimukset ovat yhtä mieltä. Käyttäjien tyytyväisyyden tärkeimpinä syinä pidetään nopeaa ja vaivatonta hoitoonpääsyä (Arain et al. 2013), mutta tyytyväisyys on suhteutettava odotuksiin, kustannuksiin ja siihen kenen tai millaisiin tarpeisiin terveyskioski vastaa. Tutkimuksissa otetaan esiin kysymykset potilaan valinnanvapaudesta ja kyvystä valita oikea hoitopaikka (Wilson ym. 2010). Vaikka responsiivisuus ja potilaiden preferenssit on asetettu muodollisesti etusijalle, ei kuitenkaan paikallisia tarpeita ole tutkittu etukäteen (Chapple ym. 2001; Chalder ym. 2007). Asiakasnäkökulma voi jäädä professionaalisten näkemysten alle, jos kioskia kehitetään yhtenäisen brändin eikä paikallisiin tarpeisiin (Salisbury ym. 2002).

Julkisen terveydenhuollon kontekstissa helpon pääsyn pelätään nostavan kansalaisten odotuksia tai potilaiden pettyvän suppeaan palveluvalikoimaan (Pope ym. 2005). Markkina-perusteisessa järjestelmässä kioskin on jo lähtökohtaisesti kyettävä vastaamaan kuluttajien tarpeisiin ja odotuksiin pärjätäkseen markkinoilla. Kioskin idea perustuu asiakassegmentointiin ja liiketaloudellisiin intresseihin (McKinlay & Marceau 2012). Terveyskioskin käyttäjät ovat tyytyväisiä ajanvarauksettomuuteen, helppoon sijaintiin, selkeään ja edulliseen hinnoitteluun (Wang ym. 2010). Kuluttajalle palvelun pääsemiseen käytetty aika on myös kustannuskysymys, sillä maksava asiakas laskee omalle ajallensa arvon. Julkispalveluissa puolestaan arvoa määritetään optimaalisena resurssien käyttönä.

Kioski hoitaa pikkuvaivat ja huolet käyttäjille sopivana aikana ja kätevässä paikassa. Käyttäjien tyytyväisyys kertonee siten myös epäkohdista hoitojärjestelmässä, joka voi näyttäytyä palvelujen käyttäjille hyvinkin monimutkaisena.

Tutkimusten mukaan pitäisi enemmänkin pohdita sitä, miksi kioski on niin suosittu palvelumuoto (Hsu ym. 2003). Esimerkiksi Englannissa helpompi pääsy saattoi vähentää potilaiden ahdistuneisuutta ja huolta (Jackson ym. 2005), kun taas Yhdysvalloissa kioskia käyttivät ne, joilla on varaa valita helpompi pääsy hoitoon. Tutkimustulokset nostavat esiin terveydenhuollon responsiivisuuden ja eriarvoisuuden jännitteen, mutta myös sen, millaisiin odotuksiin terveydenhuollon halutaan vastaavan.

Kustannushallinta: miten terveyskioski vaikuttaa kustannuksiin ja muiden palvelujen käyttöön?

Julkishallinnossa saatavuuden parantaminen ja terveydenhuollon kustannusten parempi hallinta ovat tärkeitä poliittisia imperatiiveja. Pelkkien kustannusten vertailu ei olisi mielekäästä eikä edes mahdollista järjestelmäeroista johtuen. Iso-Britannia ja Suomi muistuttavat toisiaan siten, että niissä on valtion subventoima universaali julkinen terveydenhuolto, mutta Britanniassa palvelujen järjestämisvastuu on erilainen ja terveyspalvelujen käyttäminen edellyttää kansalaisten rekisteröitymistä. Molemmissa maissa terveyskioski on ilmainen ja avoin kaikille. Tutkimusasetelman kannalta on kiinnostavampaa tarkastella välittömien kustannusten sijaan terveyskioskin kustannushallinnan ideaa eli miten tutkimuksissa jäsennetään kioskin mahdollinen vaikutus terveydenhuollon kysynnän ja menojen kasvun hillitsemiseen.

Englantilaisissa tutkimuksissa (Hsu ym. 2003; Chapman ym. 2004; Pope ym. 2005; Barnes ym. 2013) nousee esiin voimavarojen allokointiin liittyvät jännitteet eli mitä kioskin resursseilla voitaisiin tehdä muualla. Vaikuttavuutta korostavien tutkimusten mukaan kioskin tuottamia hyötyjä pitäisi tarkastella kokonaisvaltaisesti ja pitkällä aikaperspektiivillä. Englannissa terveyskioskilla on suhteellisen korkeat kustannukset verrattuna muihin vastaanottoihin eikä se ole vähentänyt odotetusti muiden lähipalveluiden kysyntää (Salisbury ym. 2007; O’Cathain ym. 2009). Kustannushallinnan näkökulmasta tulisi täsmentää kioskin rooli järjestelmässä ottamalla paremmin huomioon paikalliset tarpeet, prioriteetit ja taloudelliset tekijät (Salisbury ym. 2002; Chapman ym. 2004). Rajalliset voimavarat

pakottavat tarpeiden priorisointiin, joten kioskin kustannustehokkuus riippuu siitä, miten koko järjestelmä toimii, kuinka hyvin käyttäjien tarpeet ja odotukset tunnistetaan.

Terveydenhuollon kokonaiskustannusten kannalta olennaista on myös se, miten kioski vaikuttaa muihin palveluihin, korvaako vai lisäksi se muiden palvelujen käyttöä. Osa Englannin kioskeista on suljettu, koska ne eivät vähentäneet NHS:n palvelukysyntää (Arain ym. 2013). Yhdysvalloissa puolestaan terveydenhuoltouudistuksen uskotaan lisäävän kioskien kysyntää, koska perusterveydenhuollon palveluista ja yleislääkäreistä on pulaa. Matalan kustannusrakenteen vuoksi kioski pystyy tarjoamaan huomattavasti edullisempaa hoitoa kuin muut palveluntuottajat (Ashwood ym. 2011), mutta kapean palveluvalikoiman ja asiakassegmentin vuoksi kioskitoiminta on vaikeasti kannattavaa. Kioskit ovat ketjuuntuneet ja luo- neet kumppanuussuhteita sairaaloihin ja lääkäreihin. Volyymiltaan kioski on vielä pieni, joten kokonaisvaikutus kysyntään ja kustannuksiin on vähäinen. (Weinick ym. 2010; Mehrotra & Lave 2012.) Kioskit voivat ohjata kysyntää kahdessa mielessä: korvaamalla vaikeapääsyisen lääkärikäynnin tai tarpeettoman päivystyskäynnin (Wang ym. 2010). Kysynnän hallinnassa ensisijaista on se, mihin potilaat olisivat menneet jos kioskia ei olisi ollut. Kioski voi toimia hoitojärjestelmän 'sisäänheittäjänä' tai 'varaventtiilinä', esim. julkista palveluverkkoa täydentävänä palveluna (Burns ym. 2011; Ashwood ym. 2011). Laajempi välillisiin kustannuksiin ja vaikuttavuuteenkin liittyvä kysymys on se, korvaako terveystioski käynnin muualla vai hoidetaanko kioskissa etupäässä itsehoidollisia sairauksia (Ashwood ym. 2011). Kriittisimpien näkemysten mukaan terveystioski tarjoaa episodityypistä hoitoa pikkuvaivoihin eikä siten voi vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksia alentavasti (Thygeson ym. 2008; Burns ym. 2011). Potilaat eivät halua korvata lääkäriään, vaan kioskia käytetään muiden palvelujen rinnalla (Chalder ym. 2003; Jackson ym. 2005; Maheswaran ym. 2007; Wang ym. 2010).

Kustannushallinnan ja vaikuttavuuden arvioinnissa näkökulmalla on merkitystä. Potilaalle terveystioskikäynti ei välttämättä ole turha, vaikka se sitä lääketieteellisesti olisikin. Psykososiaalisen tuen tarve (O'Cathain ym.

2007; Salisbury 2007) voi kertoa myös vastaamattomasta kysynnästä (Maheswaran ym. 2009). Lievien äkillisten sairauksien hoitaminen heti on yhteiskunnallisestikin tärkeää, koska kansalaisten hyvinvointi on tuottavuuden edellytys (Morgan ym. 2012). Palveluun käytetty aika on kustannus paitsi asiakkaalle, myös työnantajalle ja vakuutusyhtiölle, minkä vuoksi nopeampaa pääsyä pidetään tehokkaana ratkaisuna. Terveydenhuollossa tarpeet ja voimavarat ovat epätasapainossa. Siksi terveystioskin kustannushallinnankin arvioinnissa on kiinnitettävä huomio voimavarojen käyttöön, palvelukokonaisuuteen ja eri käyttäjäryhmien erilaisiin palvelunkäyttötapoihin.

SYNTEESI: META-ANALYYSIN PÄÄTELMÄT

Synteesi tiivistää meta-analyysin tulokset ja havainnollistaa terveystioskin konteksti-mekanismi-tulos -asetelmaa. Tutkimustehtävänä oli selvittää, kuinka terveystioski onnistuu vastaamaan kansalaisten tarpeisiin ja ratkaisemaan perusterveydenhuollon palvelutuotannon ongelmia. Terveystioskien ohjelmateoreettisena lähtökohtana oli terveystiospalvelujen asiakasresponsiivisuuden parantaminen. Kansainvälisistä terveystioskitutkimuksista analysoimalla etsittiin terveystioskin asiakasresponsiivisuuden idean toteutumiseen liittyviä jännitteitä. Päätelmät ovat kahden tasoisia: analyysin tulosten synteesi ja siitä johdetut teoreettiset metodologiset johtopäätökset.

Terveystioskin toimintamekanismit: miten asiakasresponsiivisuuden idea toteutuu?

Yhtenä tavoitteena oli selvittää terveystioskin toimintamekanismeja ja sen tavoitteiden toteutumiseen liittyviä jännitteitä. Terveystioski perustuu ajatukseen, että hoitopääsy parantuu, kun muutetaan tapaa tarjota palveluja: lisätään avointa vastaanottoa ja madalletaan palvelukynnystä sijainnin ja hinnan avulla. Kioskin ideaalisena tavoitteena on palvelujen saatavuuteen liittyvän eriarvoisuuden ja marginaalisuuden vähentäminen. Terveystioski on yritys tavoittaa riskiryhmiä ja huono-osaisia, mutta kioski ensisijaisesti helpottaa suhteellisen hyvinvointien hoitopääsyä. Tutkimusten perusteella terveystioskia pidetään irrallisena ratkaisuna

terveyspalvelujen saatavuuden ongelmaan ja perusterveydenhuollon vahvistamiseen. Kioski tuo pääasiassa esiin sen, kuinka tärkeänä asiana asiakkaat arvostavat helppoa ja nopeaa pääsyä hoitoon. Englannissa kyseenalaistetaan terveyskioskin vaikutus muiden palvelujen kysyntään (*'demand-side'*), kun taas Yhdysvalloissa tulee esiin kioskin vaikutus muiden palvelujen tarjoamistapoihin (*'supply-side'*). Saman tyyppistä matalan kynnyksen toimintaa voisi tuoda jo olemassa oleviin palveluihin. Saatavuuden ja vaikuttavuuden näkökulmasta olennaista on, kenen pääsyä terveyskioski ensisijaisesti parantaa ja millaisiin terveysongelmiin se vastaa. Hyötyjen arvioinnissa on huomioitava laajemat yhteiskunnalliset hyödyt, ja kiinnitettävä huomio sairauksien ennaltaehkäisyyn ja aikaiseen tunnistamiseen, mikä saattaa tuottaa välillisiä vaikutuksia (ks. Barnes ym. 2013).

Asiakasnäkökulmasta terveyskioskin suosiota ja asiakastytyväisyyttä näyttäisi eniten selittävän palvelun tarjoamistapa. Tässä mielessä terveyskioski onnistuu matalan kynnyksen palvelumallina, jossa hoitoa saa nopeasti ja joustavasti. Kioskien lähtökohtana pidetään kansalaisten palvelutarpeisiin vastaamista, mutta tutkimuksissa korostuu perinteinen järjestelmäkeskeinen ajattelutapa. Englantilaisissa tutkimuksissa kritisoidaan, että NHS:n kioskilte asettamat sentralisoidut tavoitteet eivät ota huomioon paikallisia tarpeita, ja Yhdysvalloissa arvostellaan kioskin lisäävän konsumerismia eikä vähentävän terveydenhuollon eriarvoisuutta. Asiakastytyväisyys nähdään vasta toissijaisena palvelujen integraation ja kysynnän hallinnan kannalta, vaikka käyttäjänäkökulmasta tyytyväisyys voi kertoa nykyisen järjestelmän puutteista.

Kustannushallinnan näkökulmasta kioskin mekanismit eroavat eniten. Englannissa kioskin käyntikustannukset ovat korkeat, mutta asiakkaalle käynti ilmainen. Yhdysvalloissa kioskin käyntikustannukset ovat alhaiset ja myös asiakkaalle hinta edullisempi kuin muualla. Julkisirahoitteisessa terveydenhuollossa asiakasresponsiivisuuden parantaminen kytkeytyy niukkoihin resursseihin, poliittiseen päätöksentekoon ja kompromisseihin, jossa valintoja on tehtävä poliittisen kannatuksen, kustannussäästöjen, hyväksyttävän palvelutason ja kansalaisten odotusten välillä. Hoitoonpääsyn helpottaminen voi tulla kalliiksi, jos se ei vähennäkään

muiden palvelujen käyttöä. Vakuutus pohjaisessa terveydenhuollossa asiakasresponsiivisuus kytkeytyy konsumerismiin, palvelujen kattavuuteen ja kannattavuuteen: kioski vastaa vain kapeaan markkinasegmenttiin, jolla ei ole laajempaa kansantaloudellista merkitystä. Molemmissa maissa kioski lähinnä täydentää palveluverkostoa eikä korvaa muiden palvelujen käyttöä, mutta sijainniltaan erityyppisillä kioskeilla voi olla erilaisia vaikutuksia muihin palveluihin.

Kysynnän hallinnan näkökulmasta matalan kynnyksen odotetaan nostavan kynnystä muiden palvelujen käyttöön eli toimivan sisäänheitäjän sijasta järjestelmän portinvartijana. Jotta se onnistuisi, olisi ymmärrettävä avun hakemisen esteitä: mihin käyttäjät olisivat menneet tai mitä tehneet, jos kioskia ei olisi ollut? Olisivatko he käyttäneet päivystystä tai myöhentäneet hoitoon hakeutumista? Kioski näyttäisi vastaavan ainakin nykyisten käyttäjien tarpeisiin, mutta järjestelmän näkökulmasta toiminta kohdistuu ongelmallisesti, jos se vähentää itsehoitoa ja lisää palvelukysyntää.

Ohjelmateorian testaaminen: liittyvätkö asiakasresponsiivisuuden jännitteet terveydenhuoltojärjestelmään?

Tutkimuksen toisena tavoitteena oli terveyskioskin asiakasresponsiivisuuden idean testaaminen ja uudelleenmuotoilu. Tutkimuskatsauksen evidenssi antaa aihetta muotoilla terveyskioskin ohjelmateoriaa. Analyysin pohjalta on muotoiltu terveyskioskien asiakasresponsiivisuutta selittävät mekanismit ja tulokset (taulukko 3). Koska sosiaalinen toiminta perustuu säännönmukaisuuteen, voidaan olettaa, että samantapaiset toiminnan mekanismit toimivat myös toisenlaisissa konteksteissa (vrt. Pawson ym. 2014, Pawson ja Tilley 1997).

Asiakasresponsiivisuuden onnistumisen ja erityisesti yhteiskunnallisen vaikuttavuuden näkökulmasta hoitoonpääsyn keskeinen mekanismi on se, miten hyvin paikallisiin palvelutarpeisiin kyetään vastaamaan. Palvelukynnyksen madaltamisen mekanismi toimii asiakasnäkökulmasta tuottaen asiakastytyväisyyttä, mutta terveydenhuoltojärjestelmän ja -politiikan vaikuttavuuden näkökulmasta ratkaisu on monisyisempi. Terveyskioski ei tavoittanut niitä, joilla on suurimmat terveystarpeet. Kustannus-

Taulukko 3. Terveyskioskien asiakasresponsiivisuuden toteutumisen keskeiset elementit ja toiminnan mekanismit.

Konteksti	Mekanismi	Tulos
Terveyskioskien toimintaympäristöt, johon vaikuttavat mm. terveydenhuoltojärjestelmä ja -politiikka (yks./julk., rahoitus, kattavuus, järjestämisvastuut, professioiden roolit, sairaanhoitajan asema), palvelurakenne (esh/ pth, työnjako, institutionaalinen integraatio), terveyspalvelujen käyttö, käyttäjät, terveysriskit jne.	Toiminnan fokusointi, kohderyhmän valinta ja tarpeiden tunnistaminen	Hoitoonpääsy (<i>vaikuttavuus/terveyshyöty?</i>)
	Palvelukynnyksen madaltaminen, toimintamallin muuttaminen: sijainti, aukioloajat, ajanvaraus	Asiakastyytyväisyys
	Kysynnän ohjaus, työnjaon uudistaminen, asiakas- ja toimintakustannusten alentaminen (hintaa asiakkaalle, matala organisaatio ja suppea palveluvalikoima), sairauksien ennaltaehkäisy)	Kustannushallinta

hallinnan onnistuminenkin riippuu siitä, millaisiin tarpeisiin vastataan, miten kioskki vaikuttaa muiden palvelujen käyttöön ja miten se on integroitu osaksi muuta järjestelmää.

Terveydenhuoltojärjestelmien eroista huolimatta asiakasresponsiivisuus on alisteinen kustannushallinnan tavoitteeseen nähden. Kontekstuaaliset tekijät näyttäisivät tuottavan mekanismeja, joissa järjestelmäkeskeisyys korostuu ja käyttäjänäkökulma jää kapeaksi. Tämä voi heijastaa terveydenhuollon paternalistista ja hierarkkista suhdetta käyttäjään. Kioskin vaikutus hoitoon pääsyyn määritettiin suhteessa nykyisiin palvelurakenteisiin ja käytäntöihin. Asiakasresponsiivisuus käsitteellistyi terveyskioskitutkimuksissa joko liiketoimintaa vahvistavaksi asiakasajatteluksi (*customer convenience*) tai vastaavasti palvelun organisoititavaksi, palvelumalliksi, joka tarjoaa matalan kynnyksen järjestelmään (*easy accessible*). Toimintapolitiittisesti terveyskioskin asiakasresponsiivisuus liittyi Iso-Britanniassa terveydenhuollon modernisoinnin (saatavuuden parantaminen, valinnanvapaus) ja voimavarojen hallinnan (kasvaneet tarpeet ja odotukset, priorisointi) välisiin jännitteisiin. Yhdysvalloissa responsiivisuus kietoutui yhteen terveydenhuollon konsumerismin (asiakkaiden odotuksiin ja markkinakysyntään vastaaminen), kustannushallinnan ja eriarvoisuuden ristiriitoihin. Terveyskioskin uskottiin olevan 'käänteentekevä'

palveluinnovaatio (*disruptive innovation*), joka edistää terveydenhuollon uudistamista laadukkaammaksi tarjoamalla edullista, yksinkertaista ja asiakkaille sopivaa palvelua (ks. esim. Christensen 2000; Hwang & Mehrotra 2013).

Yksi intervention selkeä seuraus on, että terveyskioski kiinnittää huomion hoitoonpääsyn epäkohtiin. Kioskin käyttö voi kertoa vaikeasta hoitoonpääsystä muualla, ohjauksen puutteesta tai psykososiaalisen tuen tarpeesta (ks. Kork & Vakkuri 2013). Oleellista on tällöin toiminnan kohdentuminen, mihin ja millaisiin tarpeisiin pyritään herkemmin vastaamaan. Asiakasresponsiivisuuden onnistuminen vaatii palvelukokonaisuuden ja -tarpeiden laaja-alaista tarkastelua, ts. missä tarvitaan helpompaa pääsyä, joka tuottaisi maksimaalisen terveyshyödyn. Terveyskioskien asiakasresponsiivisuuden idea on kunnianhimoinen yritys ratkaista samanaikaisesti monitasoisia kompleksisia terveydenhuollon ongelmia: saatavuutta, laatua, kustannustehokkuutta. Tämä herättää kysymyksen asiakasresponsiivisuuden päämäärästä: mitä sillä itseasiassa tavoitellaan? Hoitoonpääsyn helpottaminen on tavoiteltavaa, erityisesti jos tuloksena ovat paremmat palvelut, jotka vastaavat oikea-aikaisesti palvelujen käyttäjien kokemuksiin tarpeisiin. Voimavarojen hallinnan kannalta asiakasresponsiivisuuden taas odotetaan vähentävän painetta ja tarvetta muihin raskaampiin palveluihin. Nämä jännitteet selittävät osaltaan

mahdollisuuksia, miten terveystioski voi onnistua tavoitteessaan tai miksi sen ohjelmateoria tuottaa ristiriitaisia tuloksia eri konteksteissa.

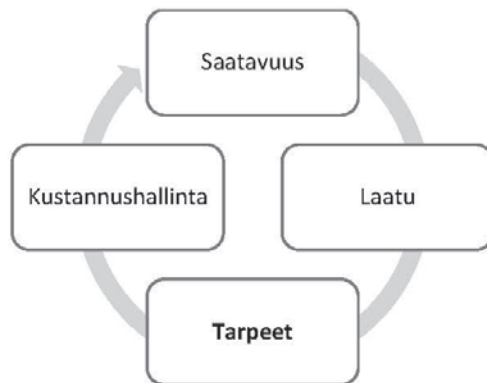
Implikaatio: miten voisimme ymmärtää paremmin terveydenhuollon asiakasresponsiivista kehittämistä?

Realistinen synteesi tarjoaa kokonaisvaltaisen tulkinnan terveystioskin asiakasresponsiivisuudesta eri konteksteissa eikä politiikasta erillisenä instrumenttina. Synteesi ei kuitenkaan voi sisältää kaikkia mahdollisia tutkimuksia, kaikkea tietoa ei ole saatavissa eikä intervention vaikuttavuuden rajoja tai toiminnan olosuhteita voida täysin ennakoita. Osa meta-analyysia on valintojen ja priorisoinnin tekeminen, minkä vuoksi tehtyihin tulkintoihin liittyy epävarmuutta ja toimintasuosituksiakin on tulkittava varovaisesti (Pawson 2006). Sen sijaan, että olisi arvioitu toimiiko kioski, on tässä pyritty tuomaan esiin asiakasresponsiivisuuden kompleksisuus ja mekanismeihin liittyvä jännitteisyys. Tämä tietämys voi hyödyntää asiakasresponsiivisten interventioiden toimeenpanossa ja kohdentamisessa.

Terveydenhuoltouudistuksissa palvelujen halutaan vastaavan tehokkaammin kansalaisten tarpeisiin. Vaikka responsiivisuuden idea on julkisten hyvinvointipalvelujen ytimessä, on palvelun oltava taloudellisesti perusteltavissa. Onko palvelujen asiakasresponsiivisuuden parantamisessa siis kyse ensisijaisesti perusterveydenhuollon laadullisesta kehittämisestä vai voimavarojen tehokkaammasta käytöstä? Makrotasolla

asiakasresponsiivisuutta määrittävät poliittiset ja kulttuuriset tekijät, mutta mikrotasolla taloudelliset ja inhimilliset voimavarat (Vigoda 2000). Terveystioski on vain yksi esimerkki asiakasresponsiivisten palvelumuotojen kehittämisestä. Sen ohjelmateoreettinen malli muistuttaa terveydenhuollon palvelujen saatavuuden, laadun ja kustannushallinnan kehittämisen rautaista kolmiota (ks. Kissick 1994), jossa yhden kolmion kärjen parantaminen vaikuttaa heikentävästi muihin.

Tämän tutkimuksen perusteella kolmion kärkien välinen suhde on puutteellinen ja riittämättömän kuvaamaan terveydenhuollon asiakasresponsiivisuuden kehittämistä. Ensiksikin, analyysi antoi viitteitä siitä, että asiakasresponsiivisuuden perusasetelma on terveystioskitutkimuksissa käsitetty suppeasti. Kolmiomallinen ajattelutapa voi heijastaa yleisesti terveydenhuoltotutkimuksen positivistista maailmankuvaa, jossa ollaan ensisijaisesti kiinnostuneita mitattavista seurauksista. Asiakasresponsiivisuutta määrittävät myös muut tekijät kuin saatavuuden, laadun ja kustannustehokkuuden elementit. Siihen kietoutuu yhteen terveystioskitikka, terveydenhuoltojärjestelmä, väestön terveystioskit, palvelunkäyttötavat ja asiakastyytyväisyys (Aday & Andersen 1974). Kehittäminen ei toteudu kolmion asetelman mukaisena lineaarisena mallinnuksena, vaan interventioilla on ristikkäisiä, laajoja ja pitkän aikavälin vaikutuksia. Kolmion sijaan asiakasresponsiivisuutta olisi tarkasteltava monimuotoisina, vuorovaikutteisina toimintaketjuina.



Kuvio 3. Terveydenhuollon asiakasresponsiivisen kehittämisen kehä.

Toisekseen näen, että terveydenhuollon asiakasresponsiivinen kehittäminen on pikemmin iteratiivinen ja syklinen prosessi (Kuvio 3). Uudistukset ovat emergentejä ja kompleksisia muutoksia (vrt. Weick & Quinn 1999; Kickert 2010), joita eri toimijat tulkitsevat eri tavoin eri näkökulmista. Palvelutarpeisiin vastaamista ja mahdollisuutta saada palveluja pitäisi tarkastella resurssi- ja tulonäkökulmien lisäksi yksilön ja järjestelmän näkökulmista (Pulkki 2012). Päätöksenteko on luonteeltaan inkrementaalista, ja muotoutuu peräkkäisistä strategisista arvovalinnoista.

Lopuksi, jotta asiakasresponsiivisuus saavutettaisiin, on palvelujen laadun ja saatavuuden parantamisen tavoitetta täsmennettävä. Terveystieteiden tutkimuksissa laatu typistyy asiakastyytyväisyydeksi ja responsiivisuus palvelujen saatavuudeksi. Asiakasresponsiivisuuden kehittäminen edellyttää tarkempaa määrittelyä siitä, *mihin ja kenen tarpeisiin* halutaan herkemmin vastata (*responsiveness to whom/what*, kuvio 3). Tätä mekanismia ei ole riittävästi mietitty asiakaslähtöisyyttä yleisesti korostavassa reformiretoriikassa. Terveydenhuollon uudistamisessa lähtökohtana on usein palvelujen rajoittaminen ja kustannusten siirtäminen eikä arvon luominen asiakkaalle (vrt. Porter & Teisberg 2006). Interventioiden vaikuttavuus jää

pakostakin heikoksi, jos palvelun relevanssia eli kohderyhmää, väestön terveystarpeita ja sosio-kulttuurista ympäristöä ei ole spesifioitu (ks. Chapman ym. 2004). Asiakasresponsiivisuuden kehittämisessä tulisi keskittyä kansalaisten hoitopaikkaan edistäviin käytäntöihin. Erityisesti perusterveydenhuollossa ennaltaehkäiseviin palveluihin tarvitaan lisää asiakasresponsiivisia palvelumalleja. Ei ole yllätys, että asiakkaat ottavat terveystieteiden vastaan positiivisesti, koska se tarjoaa jotakin sellaista, mitä järjestelmä ei ole aiemmin pystynyt heille tuottamaan.

VIITTEET

¹ Perusterveydenhuollolla on erilaisia merkityksiä, käsitteitä ja rooleja eri maissa. Käytän tässä Starfieldin (1994) määritelmää. Sen mukaan perusterveydenhuolto on ensiasteen kontakti, joka tarjoaa väestön tarpeisiin kokonaisvaltaista hoitoa potilaskeskeisesti ja ongelmalähtöisesti (ei vain diagnoosin perusteella), ja jossa korostuu hoidon saatavuuden, koordinoinnin ja jatkuvuuden elementit.

² Tässä artikkelissa käytetään yhteisnimityksenä päivystyspalvelut vastineena englanninkielisille termeille 'emergency department', 'accident and emergency', 'out-of-hours services', 'minor injuries units' ja 'urgent care'.

LÄHTEET

- Aday L. & Andersen R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3): 208–220.
- Andrews R & Van de Walle S. (2013). New Public management and citizens' perceptions of local service efficiency, responsiveness, equity and effectiveness. *Public Management Review*, 15(5): 762–783
- Arain, M., J. Nicholl, and M. Campbell. (2013). Patients' Experience and Satisfaction with GP Led Walk-in Centres in the UK; A Cross Sectional Study. *BMC Health Services Research* 13 (1).
- Ashwood, J. S., R. O. Reid, C. M. Setodji, E. Weber, M. Gaynor, and A. Mehrotra. (2011). Trends in Retail Clinic use among the Commercially Insured. *American Journal of Managed Care* 17 (11): e443–e448.
- Barnes, K., P. Longfield, K. Jones, G. Littlemore, C. McDonough, A. McIntyre, J. Robertson, N. Turton, K. Urdhin, and M. McLaughlin. (2013). Evidence Based Commissioning: Calculating Shift Potentials for Paediatric Services. *Clinical Governance* 18 (1): 39–48.
- Boulton, M., C. Tarrant, K. Windridge, R. Baker, and G. K. Freeman. (2006). How are Different Types of Continuity Achieved? A Mixed Methods Longitudinal Study. *British Journal of General Practice* 56 (531): 749–755.
- Burns, L. R., G. David, and L. A. Helmchen. (2011). Strategic Response by Providers to Specialty Hospitals, Ambulatory Surgery Centers, and Retail Clinics. *Population Health Management* 14 (2): 69–77.
- Cassel, C. K. (2012). Retail Clinics and Drugstore Medicine. *JAMA – Journal of the American Medical Association* 307 (20): 2151–2152.
- Chalder, M., A. Montgomery, S. Hollinghurst, M. Cooke, J. Munro, V. Lattimer, D. Sharp, and C. Salisbury. (2007). Comparing Care at Walk-

- in Centres and at Accident and Emergency Departments: An Exploration of Patient Choice, Preference and Satisfaction. *Emergency Medicine Journal* 24 (4): 260–264.
- Chalder, M., D. Sharp, L. Moore, and C. Salisbury. (2003). Impact of NHS Walk-in Centres on the Workload of Other Local Healthcare Providers: Time Series Analysis. *British Medical Journal* 326 (7388): 532–534.
- Chapman, J. L., A. Zechel, Y. H. Carter, and S. Abbott. (2004). Systematic Review of Recent Innovations in Service Provision to Improve Access to Primary Care. *British Journal of General Practice* 54 (502): 374–381.
- Chapple, A., B. Sibbald, A. Rogers, and M. Roland. (2001). Citizens' Expectations and Likely use of a NHS Walk-in Centre: Results of a Survey and Qualitative Methods of Research. *Health Expectations* 4 (1): 38–47.
- Christensen CM, Bohmer R, Kenagy J. (2000). Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review*, 78(5): 102–12, 199.
- Garbutt, J. M., K. M. Mandrell, R. Sterkel, J. Epstein, K. Stahl, K. Kreusser, H. Sitrin, ym.(2013). Pediatric Providers' Attitudes Toward Retail Clinics. *Journal of Pediatrics* 163 (5): 1384–1388.
- Greenhalgh T, Wong G, Westhorp G, Pawson R. (2011). Protocol – Realist and Meta-narrative Evidence Synthesis: Evolving Standards (RAMESES). *BMC Medical Research Methodology* 11(115)
- Hood C & Dixon R, (2013). A Model of Cost-Cutting in Government? The Great Management Revolution in UK Central Government Reconsidered, *Public Administration*, 91(1): 114–134
- Hsu, R. T., P. C. Lambert, M. Dixon-Woods, and J. J. Kurinczuk. (2003). Effect of NHS Walk-in Centre on Local Primary Healthcare Services: Before and After Observational Study. *British Medical Journal* 326 (7388): 530–532.
- Hwang Jason & Mehrotra Ateev (2013). Why Retail Clinics Failed to Transform Health Care? *Harvard Business Review*, 25.12.2013. <https://hbr.org/2013/12/why-retail-clinics-failed-to-transform-health-care/>
- Jackson, C. J., M. Dixon-Woods, R. Hsu, and J. J. Kurinczuk. (2005). A Qualitative Study of Choosing and using an NHS Walk-in Centre. *Family Practice* 22 (3): 269–274.
- Kaissi, A. and T. Charland. (2013). The Evolution of Retail Clinics in the United States, 2006–2012. *Health Care Manager* 32 (4): 336–342.
- Kallio T. (2006). Laadullinen review-tutkimus metodina ja yhteiskuntatieteellisenä lähestymistapana. *Hallinnon tutkimus* 25(2): 18–28.
- Kickert W. (2010). Managing emergent and complex change: the case of Dutch agencification. *International Review of Administrative Sciences*, 76: 489–515,
- Kissick W. (1994). *Medicine's Dilemmas: Infinite Needs versus Finite Resources*. New Haven (Conn.): Yale University Press.
- Komu H, Vuori J, Rissanen S (2011). Julkisten ja yksityisten hoitokotien vertailu. Tutkimus vanhustenhuollon tehostettujen palveluasumisyksiköiden toiminnan eroista ja yhtäläisyyksistä. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 39(3), 233–249.
- Korhonen A, Hakulinen-Viitanen T, Jylhä V, Holopainen A (2013). Meta-synthesis and evidence-based health care – a method for systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27: 1027–34
- Kork, A, Kosunen E, Rimpelä, A, Vakkuri, J. (2013). Terveyskioskikokeilut – jotain uutta, jotain vanhaa. *Suomen Lääkärilehti*, 68(21), 1581–1586.
- Kork A & Vakkuri J (2013). *Matalan kynnyksen palvelumalli perusturvan palvelualueella*. Ylöjärven terveystieteiden jatkokutkimus. Ylöjärven kaupunki.
- Kork, A & Kivimäki, R, Rimpelä, A, Vakkuri, J. (2012). *Matalan kynnyksen sairaanhoitajavastaanotto: perusterveydenhuollon palvelua kaupapakeskuksessa*. Lahden terveystieteiden loppuarviointi. Helsinki: Sitra.
- Kork, A & Kivimäki, R, Rimpelä, A, Vakkuri, J. (2011). *Julkinen terveystieteiden kaupapakeskuksessa*. Ylöjärven terveystieteiden loppuarviointi. Helsinki: Sitra.
- Korteniemi P & Borg P. (2008). *Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä?* Työpapereita 23. Helsinki: Stakes.
- Langer, S., C. Chew-Graham, C. Hunter, E. A. Guthrie, and P. Salmon. (2013). Why do Patients with Long-Term Conditions use Unscheduled Care? A Qualitative Literature Review. *Health and Social Care in the Community* 21 (4): 339–351.
- Lawson T. (1997). *Economics and reality*. London: Routledge.
- Lumijärvi I & Jylhäsaari J (1999). *Laatujohtaminen ja julkinen sektori*. Helsinki: Gaudeamus.
- Maheswaran, R., T. Pearson, and M. Jiwa. (2009). Repeat Attenders at National Health Service Walk-in Centres – a Descriptive Study using Routine Data. *Public Health* 123 (7): 506–510.
- Maheswaran, R., T. Pearson, J. Munro, M. Jiwa, M. J. Campbell, and J. Nicholl. (2007). Impact of NHS Walk-in Centres on Primary Care Access Times: Ecological Study. *British Medical Journal* 334 (7598): 838–841.

- McKinlay, J. B. and L. D. Marceau. (2012). From Cottage Industry to a Dominant Mode of Primary Care: Stages in the Diffusion of a Health Care Innovation (Retail Clinics). *Social Science and Medicine* 75 (6): 1134–1141.
- Mehrotra, A. and J. R. Lave. (2012). Visits to Retail Clinics Grew Fourfold from 2007 to 2009, although their Share of overall Outpatient Visits Remains Low. *Health Affairs* 31 (9): 2123–2129.
- Mehrotra, A., H. Liu, J. L. Adams, M. C. Wang, J. R. Lave, N. M. Thygeson, L. I. Solberg, and E. A. McGlynn. (2009). Comparing Costs and Quality of Care at Retail Clinics with that of Other Medical Settings for 3 Common Illnesses. *Annals of Internal Medicine* 151 (5): 321–328.
- Merton, R. K. (1968). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Miller GB, Nantes S (1989). Walk-in Clinics and Primary Care: Review of the Literature. *Canadian Family Physician*, 35:2019–22.
- Molnar A, O'Campo P, Ng E, Mitchell C, Muntaner C, Renahy E, St. John A, Shankardass K. (2015). Protocol: Realist synthesis of the impact of unemployment insurance policies on poverty and health, *Evaluation and Program Planning*, 48: 1–9,
- Monitor (2014). *Walk-in Centre Review: Final Report and Recommendations*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/283778/WalkInCentreFinalReportFeb14.pdf
- Morgan, S. R., M. A. Smith, S. R. Pitts, R. Shesser, L. Uscher-Pines, M. J. Ward, and J. M. Pines. (2012). Measuring Value for Low-Acuity Care Across Settings. *American Journal of Managed Care* 18 (9): e356–e363.
- Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A, Takala J, Kumpusalo E. (2007). Access to and Continuity of Primary Medical Care of Different Providers as Perceived by the Finnish Population. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (25), 27–32.
- O'Cathain, A., E. Knowles, J. Munro, and J. Nicholl. (2007). Exploring the Effect of Changes to Service Provision on the use of Unscheduled Care in England: Population Surveys. *BMC Health Services Research* 7.
- O'Cathain, A., J. Coster, C. Salisbury, T. Pearson, R. Maheswaran, and J. Nicholl. (2009). Do Walk-in Centres for Commuters Work? A Mixed Methods Evaluation. *British Journal of General Practice* 59 (569): 934–939.
- Pakarinen T (2008). Realistinen arviointi ja organisaatiotutkimus -näkömätön näkyväksi? *Hallinnon tutkimus* 27(4): 104–111
- Pawson R. (2002). Evidence and Policy and Naming and Shaming, *Policy Studies* 23(3): 211–230
- Pawson R. (2006). *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. London: Sage.
- Pawson R & Tilley N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.
- Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. (2005). Realist review--a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(1): 21–34.
- Pawson R, Greenhalgh J, Brennan C, Glidewell E (2014). Do reviews of healthcare interventions teach us how to improve healthcare systems? *Social Science & Medicine* 114: 129–137.
- Pollack, C. E. and K. Armstrong. (2009). The Geographic Accessibility of Retail Clinics for Underserved Populations. *Archives of Internal Medicine* 169 (10): 945–949.
- Pollack, C. E., C. Gidengil, and A. Mehrotra. (2010). The Growth of Retail Clinics and the Medical Home: Two Trends in Concert Or in Conflict? *Health Affairs* 29 (5): 999–1003.
- Pollitt, C & Bouckaert G. (2004). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Pope, C., M. Chalder, L. Moore, and C. Salisbury. (2005). What do Other Local Providers Think of NHS Walk-in Centres? Results of a Postal Survey. *Public Health* 119 (1): 39–44.
- Porter M & Teisberg E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, Harvard Business School Press.
- Pulkki J. (2012). *Aluetason kuntoutusjärjestelmä -Rakenne, organisaatio ja toiminta palvelujen saatavuuden näkökulmasta*. Acta Universitatis Tamperensis: 1703
- Ragin, C. C. (1987). *The Comparative Method: Moving beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley: University of California Press
- Rubin, G. (2012). Unscheduled Care Following Attendance at Minor Illness and Injury Units (MIU): Cross-Sectional Survey. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18 (1): 100–103.
- Rudavsky, R. and A. Mehrotra. (2010). Socio-demographic Characteristics of Communities Served by Retail Clinics. *Journal of the American Board of Family Medicine* 23 (1): 42–48.
- Rycroft-Malone J, McCormack B, Hutchinson AM, DeCorby K, Bucknall TK, Kent B, Schultz A, Snelgrove-Clarke E, Stetler CB, Titler M, Wallin L, Wilson V. (2012). Realist synthesis: illustrating the method for implementation research, *Implementation Science*, 7(33).

- Salisbury C (2003). Do NHS Walk-In Centres in England Provide a Model of Integrated Care? *International Journal of Integrated Care* 3(18).
- Salisbury, C. (2007). NHS Walk-in Centres. *British Medical Journal* 334 (7598): 808–809.
- Salisbury, C., M. Chalder, T. M. Scott, C. Pope, and L. Moore. (2002). What is the Role of Walk-in Centres in the NHS? *British Medical Journal* 324 (7334): 399–402.
- Salisbury, C. and J. Munro. (2003). Walk-in Centres in Primary Care: A Review of the International Literature. *British Journal of General Practice* 53 (486): 53–59.
- Salisbury, C., S. Hollinghurst, A. Montgomery, M. Cooke, J. Munro, D. Sharp, and M. Chalder. (2007). The Impact of Co-Located NHS Walk-in Centres on Emergency Departments. *Emergency Medicine Journal* 24 (4): 265–269.
- Salminen A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. Vaasan yliopiston julkaisuja.
- Salminen A., Lehtinen S. (1982). *Hallintotiede ja vertaileva tutkimus*. Vaasan korkeakoulu.
- Sims S, Hewitt G, Harris R. (2015). Evidence of collaboration, pooling of resources, learning and role blurring in interprofessional health-care teams: a realist synthesis. *Journal of Interprofessional Care* 29(1): 20–25
- Starfield B. (1994). Is primary care essential? *Lancet* 344(8930): 1129–1133.
- Starfield, B. (2009). The Geographic Accessibility of Retail Clinics for Underserved Populations: Commentary. *Archives of Internal Medicine* 169 (10): 950–951.
- STM (2011). *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020: sosiaali- ja terveystieteiden strategia*. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Thygeson, M., K. A. Van Vorst, M. V. Maciosek, and L. Solberg. (2008). Use and Costs of Care in Retail Clinics Versus Traditional Care Sites. *Health Affairs* 27 (5): 1283–1292.
- Törmä S. (2009). *Kynnyskysymyksiä. Huono-osaimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnyks.* Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy.
- Töttö P (2004). *Syvälistä ja pinnallista: teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa*. Tampere: Vastapaino
- Valkama, K (2009). Muuttuneen asiakkuuden haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Hallinnon tutkimus* 28(2), 26–40.
- Vigoda, E. (2000). Are You Being Served? The Responsiveness of Public Administration to Citizens' Demands: An Empirical Examination in Israel. *Public Administration*, 78: 165–191.
- Vigoda, E. (2002). From Responsiveness to Collaboration: Governance, Citizens, and the Next Generation of Public Administration. *Public Administration Review*, 62: 527–540.
- Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E. (2008). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition* 10(4): 1–168.
- Walsh D & Downe S. (2005). Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2): 204–11
- Wang, M. C., G. Ryan, E. A. McGlynn, and A. Mehrotra. (2010). Why do Patients Seek Care at Retail Clinics, and what Alternatives did they Consider? *American Journal of Medical Quality* 25 (2): 128–134.
- Weick K & Quinn R. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50: 361–386.
- Weinick RM, Pollack CE, Fisher MP, Gillen EM, Mehrotra A. (2010). *Policy Implications of The Use of Retail Clinics*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Weinick, R. M., R. M. Burns, and A. Mehrotra. (2010). Many Emergency Department Visits could be Managed at Urgent Care Centers and Retail Clinics. *Health Affairs* 29 (9): 1630–1636.
- Wilson, A. R., X. T. Zhou, W. Shi, H. Rodin, E. P. Bargman, N. A. Garrett, and T. J. Sandberg. (2010). Retail Clinic Versus Office Setting: Do Patients Choose Appropriate Providers? *American Journal of Managed Care* 16 (10): 753–a761.
- Winblad U & Ringard Å. (2009). Meeting rising public expectations: the changing roles of patients and citizens. Teoksessa Magnussen, Vrangbaek and Saltman (eds.). *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire, GBR: McGraw-Hill Education.
- Wong G, Greenhalgh T, Westhorp G, Pawson R. (2014). Development of methodological guidance, publication standards and training materials for realist and meta-narrative reviews: the RAMESES (Realist And Meta-narrative Evidence Syntheses – Evolving Standards) project. *Health Services and Delivery Research* 2(30).
- Wong G., Greenhalgh T., Westhorp G., Buckingham J. & Pawson R. (2013) RAMESES publication standards: realist syntheses. *Journal of Advanced Nursing* 69(5): 1005–1022.
- Zimmer, L. (2006). Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing*, 53: 311–318.

LIITE 1 TUTKIMUSKATSAUKSEN AINEISTO

TEKIJÄT	VUOSI	JULKAISU	OTSIKKO	TEEMAT		
				SAATA-VUUS	TYTYVÄISYYS	KUSTANNUS-HALLINTA
ISO-BRITANNIA						
Arain et al.	2013	BMC Health Services Research	Patients' experience and satisfaction with GP led walk-in centres in the UK		X	X
Barnes et al.	2013	Clinical Governance	Evidence based commissioning: Calculating shift potentials for paediatric services			X
Boulton et al.	2006	British Journal of General Practice	How are different types of continuity achieved? A mixed methods longitudinal study	X		
Cervoni	2008	Family Medicine	An audit of choosing and using the NHS walk-in centre in Skelmersdale, Lancashire, UK			X
Chalder et al.	2007	Emergency Medicine Journal	Comparing care at walk-in centres and at accident and emergency departments: An exploration of patient choice, preference and satisfaction		X	
Chalder et al.	2003	British Medical Journal	Impact of NHS walk-in centres on the workload of other local healthcare providers: Time series analysis			X
Chapman et al.	2004	British Journal of General Practice	Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care	X		X
Chapple et al.	2001	Health Expectations	Citizens' expectations and likely use of a NHS walk-in centre: Results of a survey and qualitative methods of research	X	X	X
Coleman et al.	2001	Emergency Medicine Journal	Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency?			X
Gerard & Lattimer	2005	Family Practice	Preferences of patients for emergency services available during usual GP surgery hours: A discrete choice experiment		X	
Gerard et al.	2004	Emergency Medicine Journal	Reviewing emergency care systems 2: Measuring patient preferences using a discrete choice experiment		X	
Grant et al.	2002	British Medical Journal	An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice and NHS direct using standardised patients		X	
Hsu et al.	2003	British Medical Journal	Effect of NHS walk-in centre on local primary healthcare services: Before and after observational study			X
Jackson et al.	2005	Family Practice	A qualitative study of choosing and using an NHS Walk-in Centre	X		X
Langer et al.	2013	Health and Social Care in the Community	Why do patients with long-term conditions use unscheduled care? A qualitative literature review	X		
Maheswaran et al.	2009	Public Health	Repeat attenders at National Health Service walk-in centres - a descriptive study using routine data			X

Maheswaran et al.	2007	British Medical Journal	Impact of NHS walk-in centres on primary care access times: Ecological study	X		X
O’Cathain et al.	2009	British Journal of General Practice	Do walk-in centres for commuters work? A mixed methods evaluation	X		X
O’Cathain et al.	2007	BMC Health Services Research	Exploring the effect of changes to service provision on the use of unscheduled care in England: Population surveys			X
Pope et al.	2005	Public Health	What do other local providers think of NHS walk-in centres? Results of a postal survey	X		X
Rubin	2012	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Unscheduled care following attendance at Minor Illness and Injury Units (MIU): Cross-sectional survey			X
Salisbury	2007	British Medical Journal	NHS walk-in centres	X		X
Salisbury & Munro	2003	British Journal of General Practice	Walk-in centres in primary care: A review of the international literature		X	X
Salisbury et al.	2007	Emergency Medicine Journal	The impact of co-located NHS walk-in centres on emergency departments	X		X
Salisbury et al.	2002	British Journal of General Practice	Questionnaire survey of users of NHS walk-in centres: Observational study	X	X	
Salisbury et al.	2002	British Medical Journal	What is the role of walk-in centres in the NHS?		X	X
Weiss et al.	2004	Family Practice	Perceptions of patient expectation for an antibiotic: A comparison of walk-in centre nurses and GPs			X
YHDYSVALLAT				SAATA-VUUS	TYTYT-VÄISYYS	KUSTANNUS-HALLINTA
Ahmed & Fincha	2011	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners	Patients’ view of retail clinics as a source of primary care: Boon for nurse practitioners?		X	X
Ahmed & Fincha	2010	Annals of Family Medicine	Physician Office vs Retail Clinic: Patient Preferences in Care Seeking for Minor Illnesses		X	
Angstman et al.	2012	Population Health Management	Repeat retail clinic visits: Impact of insurance coverage and age of patient		X	X
Ashwood et al.	2011	American Journal of Managed Care	Trends in retail clinic use among the commercially insured	X		X
Bachman	2006	Family Practice Management	What do retail clinics mean for family medicine? These clinics may be clearing a permanent space for themselves in the health care landscape			X

Burns	2011	Population Health Management	Strategic response by providers to specialty hospitals, ambulatory surgery centers, and retail clinics		X	X
Cassel	2012	JAMA - Journal of the American Medical Association	Retail clinics and drugstore medicine	X	X	X
Garbutt et al.	2013	JAMA Pediatrics	Parents' experiences with pediatric care at retail clinics		X	X
Garbutt et al.	2013	Journal of Pediatrics	Pediatric providers' attitudes toward retail clinics	X	X	X
Hunter et al.	2009	Journal of the American Academy of Nurse Practitioners	Patient satisfaction with retail health clinic care		X	
Kaissi	2013	Journal of Healthcare Management	How satisfied are hospital systems with their ownership of retail clinics?	X		X
Kaissi	2010	Journal of Healthcare Management	Hospital-affiliated and hospital-owned retail clinics: Strategic opportunities and operational challenges		X	X
Kaissi	2010	Health Care Manager	The future of retail clinics: In a volatile health care environment	X		
Kaissi & Charland	2013	Health Care Manager	The evolution of retail clinics in the United States, 2006-2012	X		X
Kochar	2010	Annals of Internal Medicine	Comparing costs and quality of care at retail clinics with those of other medical settings: Comment on			X
Leppel	2010	Health Care Management Review	Factors influencing willingness to use convenient care clinics among baby boomers and older persons	X	X	X
McKinlay & Marce	2012	Social Science and Medicine	From cottage industry to a dominant mode of primary care: Stages in the diffusion of a health care innovation (retail clinics)	X	X	X
Mehrotra & Lave	2012	Health Affairs	Visits to retail clinics grew fourfold from 2007 to 2009, although their share of overall outpatient visits remains low			X
Mehrotra et al.	2009	Annals of Internal Medicine	Comparing costs and quality of care at retail clinics with that of other medical settings for 3 common illnesses		X	X
Mehrotra et al.	2008	Health Affairs	Retail clinics, primary care physicians, and emergency departments: A comparison of patients' visits		X	X
Morgan et al.	2012	American Journal of Managed Care	Measuring value for low-acuity care across settings			X
Pauly	2011	Health Affairs	Analysis and commentary: The trade-off among quality, quantity, and cost: How to make it-if we must			X

Pines et al.	2013	Health Affairs	Strategies for integrating cost-consciousness into acute care should focus on rewarding high-value care			X
Pollack & Armstrong	2009	Archives of Internal Medicine	The geographic accessibility of retail clinics for underserved populations	X	X	X
Pollack et al.	2010	Health Affairs	The growth of retail clinics and the medical home: Two trends in concert or in conflict?		X	X
Reid et al.	2013	Journal of General Internal Medicine	Retail clinic visits and receipt of primary care	X		X
Rohrer et al.	2009	Population Health Management	Impact of retail medicine on standard costs in primary care: A semiparametric analysis			X
Rudavsky & Mehrotra	2010	Journal of the American Board of Family Medicine	Sociodemographic characteristics of communities served by retail clinics	X		X
Smith & Laws	2009	Archives of Internal Medicine	The geographic accessibility of retail clinics for underserved populations: Invited commentary	X	X	
Spetz et al.	2013	Health Affairs	Scope-of-practice laws for nurse practitioners limit cost savings that can be achieved in retail clinics			X
Starfield	2009	Archives of Internal Medicine	The geographic accessibility of retail clinics for underserved populations: Invited commentary	X	X	X
Sussman et al.	2013	American Journal of Managed Care	Retail clinic utilization associated with lower total cost of care			X
Thygeson et al.	2008	Health Affairs	Use and costs of care in retail clinics versus traditional care sites			X
Uscher-Pines et al.	2012	American Journal of Preventive Medicine	The growth of retail clinics in vaccination delivery in the U.S.		X	
Wang et al.	2010	American Journal of Medical Quality	Why do patients seek care at retail clinics, and what alternatives did they consider?		X	
Weinick et al.	2010	Health Affairs	Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics		X	X
Wilson et al.	2010	American Journal of Managed Care	Retail clinic versus office setting: Do patients choose appropriate providers?			X
Young	2010	Annals of Internal Medicine	Comparing costs and quality of care at retail clinics with those of other medical settings: Comment on			X

Improving access and managing healthcare demand with walk-in clinic

Convenient, but at what cost?

Anna-Aurora Kork and Jarmo Vakkuri

School of Management, University of Tampere, Tampere, Finland

148

Received 21 July 2015
Revised 10 November 2015
Accepted 20 December 2015

Abstract

Purpose – Poor access to healthcare and increasing demand for services represent a management dilemma how to balance between needs and costs. Scrutinising the concept of demand management and using a case study from Finnish primary care, the purpose of this paper is to examine the complexities of managing demand for health services.

Design/methodology/approach – Convenience has explained the popularity of walk-in clinics (WIC), making it an attractive demand management tool. By analysing the quantitative service utilisation data of frequent attenders at WIC, the paper exemplifies what enhanced access to care means for demand management of public welfare services.

Findings – High user rates and satisfaction indicate demand for this type of service; however, the establishment of WIC provided supplementary care for the high users of health services, most suffering chronic diseases.

Research limitations/implications – Better understanding of the structure of service demand is needed in order to develop a more coordinated service system and to manage demand for public welfare services.

Practical implications – The study demonstrates the importance of identifying service utilisation patterns in managing demand. Instead of single solutions, a wider system-level perspective is essential.

Originality/value – Managing demand and facilitating access are core primary care attributes but there is little evidence about the impact of demand management strategies. The paper ties together important healthcare management issues: how to control demand and improve the access? Moreover, few studies have examined the frequent attendance at WIC. This paper presents a practical illustration of demand management tool and indicates some demand management problems to be considered in healthcare management.

Keywords Finland, Access, Primary care, Demand management, Walk-in clinic

Paper type Research paper

1. Introduction

Due to the mismatch between evolving needs and scarce economic resources, the main impetus for reforming public welfare services seems to be similar: to make public services cost effectiveness and more responsive to citizen needs by increasing consumer choice (cf. Sanderson, 1996; Bolton, 2002; Krasnik and Paulsen, 2009). To balance the tensions between resource scarcity and citizen responsiveness, demand management has been considered as a one possible healthcare management strategy. It is premised on an assumption that patient empowerment and health promotion are the key issues to reduce inappropriate use and thus healthcare costs (Vickery and

This research was partially supported by the town of Ylöjärvi. The authors wish to thank local professionals for support and assistance with data collection. The authors also acknowledge participants of the demand management thematic session in European Health Management Annual Conference 2013.



Lynch, 1995; Mohler and Harris, 1998). Nonetheless, as we argue, the adoption of those solutions may still be problematic in practice: how to curb demand on one hand and on the other respond to citizens' expectations for timely access to care?

Consequently, understanding the complexities related to managing demand and facilitating access to public services becomes essential. One solution introduced to this dilemma is the walk-in clinic (WIC) (walk-in centre, retail clinic, *terveyskioski*), which provides health counselling and treatments for minor illnesses. Located in shopping centres, WICs offer extensive opening hours and easy walk-in access. There is a longer tradition of WICs, especially in the USA and Britain, but in Finland, clinics are novel, local healthcare services provided by nurse practitioners free at the point of use and without the need for an appointment unlike in traditional community health centres. The initial purpose to establish WICs were to enhance accessibility, user satisfaction, promote health and redirect minor illnesses from health centre to WIC. However, WICs attracted a group of regularly visiting users (Kork *et al.*, 2015).

On the evidence of the Finnish WIC, we exemplify the ambiguity of such a demand management tool. The aim of this paper is to critically explore the complexities of healthcare demand management in local government. More specific research questions are the following:

- RQ1. How is demand management understood in health services research?
- RQ2. What does the walk-in access in one point local service system mean for service utilisation and demand management as a whole?
- RQ3. As only a small part of the population uses most healthcare resources, what do we know about the frequent attenders using the WIC and how is this information utilised in management?

Previous studies on demand management in health services have called for further research examining the effectiveness of demand management strategies by using multidimensional approaches (cf. Mohler and Harris, 1998; Mark and Shepherd, 2004; Brogan *et al.*, 2008; Jack and Powers, 2009; Fryer and Smellie, 2013). Instead of focusing on the success of a single management tool as such, we seek to understand the complexity of managing demand for health services by examining WICs from a public management perspective in the context of healthcare demand management. Although WICs have been studied since the early 2000s, the literature concerning the impact of WICs on other services has been relatively scarce and the evidence of the effects on demand has been mixed (cf. Mehrotra and Lave, 2012; Desborough *et al.*, 2012; Arain *et al.*, 2015). Research is therefore needed to explore WICs effectiveness within the framework of primary care demand management and accessibility, for instance, by scrutinising the reasons for repeat attendance at WICs (Maheswaran *et al.*, 2009). To demonstrate the (conflicting) outcomes of implementing a form of demand management strategy in local government, we explored frequent attenders and their usage of other services.

Accessibility has explained the popularity of WICs. Accordingly, the major objectives of WICs have been very similar in many countries: to improve access, cost efficiency and patient satisfaction (Salisbury and Munro, 2003; Mehrotra and Lave, 2012; Desborough *et al.*, 2012). The Finnish version of the WIC is built on the same idea, albeit the context and the practices are slightly different. WICs are part of the primary healthcare services organised by the municipality. By the support of the Finnish Innovation Fund (Sitra), the first WIC was piloted in 2009 in Ylöjärvi, a fast growing

small town with a stable economy and where the well-being and health of citizens are highly prioritised. As the proportion of children and elderly is estimated to rise creating the demand for welfare services, it was assumed that the early detection of diseases and walk-in access to care would increase citizen satisfaction to public services as well as help manage demand: diverting minor treatments from the community health centre to the WIC would allow general practices to focus on more complicated cases. A previous study (Kork *et al.*, 2015) has shown that patient volume and satisfaction with the WICs were high but urged evaluating the effectiveness of WICs more broadly, particularly whether they had increased the demand for services. On one hand WIC offers better access for citizens, but on the other hand it seems to increase the total number of municipal outpatient visits[1]. Moreover, the trend of the same regularly consulting patients indicate a long-term client relationship, which was an antithetical purpose for providing the facility (“quick and easy to drop by”). For these reasons, more specific data of the frequent attenders and their service utilisation are needed.

The paper is structured as follows: next we present the conceptualisations of demand management as theoretical and practical approaches in the healthcare literature. Then in Section 3, we illustrate the Finnish demand management policy in the local government context and its practical implications by characterising the frequent attenders and their service utilisation at Finnish WIC. In the discussion section, we reflect the results of case analysis to theoretical argumentations regarding healthcare demand management and highlight the problems of managing local demand.

2. Demand management in healthcare

Demographic changes, rising healthcare costs and increasing demand for welfare services put many governments under pressure to reform public services. Financial constraints force local authorities to find innovative ways to control cost and demand. Instead of cutting healthcare services, demand management is seen as a solution to healthcare cost reduction, quality improvement and managing demand fluctuations (Brogan *et al.*, 2008; Jack and Powers, 2009; Eitel *et al.*, 2010; Lee *et al.*, 2013). However, these compounded problems reflect the complex and dynamic nature of healthcare and thus call for examining interconnections of complex interventions (Zimmerman *et al.*, 1998; Clark, 2013).

Conceptualisation of demand management

Demand management covers range of approaches. As a concept, demand management varies across academic disciplines and also reflects the cultural and political background of healthcare system. Healthcare demand management originated in the USA where it is connected to market perspective. To ensure appropriate requesting through price and availability it is often related to utilisation management (Mohler and Harris, 1998; Plebani *et al.*, 2014). In public health systems, for example in Britain, orientation has been in public policies aimed at improving service supply or access through reorganisation and demarketing of health services (Laing and Shiroyama, 1995; Mark, 2005). Managing demand means not only limiting the utilisation, but to shape the demand so that the needs are matched (Pencheon, 1998).

Theoretically demand management refers to managing the balance between supply and demand. In economics it implies managing prices or supplied quantity, for instance in health economics discussion has concerned issues of allocating scarce healthcare resources. Controlling the demand for healthcare is considered problematic as there are

factors such as uncertainty, information asymmetry, externalities or market failure affecting supply and demand for health services (cf. Mooney, 2003). Some economists have argued that public policies often aim at managing the supply side, controlling the utilisation of healthcare services rather than managing demand or the patients' needs for services (Rice and Unruh, 2009; Ensor and Cooper, 2004; Mark *et al.*, 2000).

In local demand management the distinction of the terms “need” and “demand” becomes especially relevant. Limited resources means a dilemma for healthcare managers: how to respond to citizens' expectations with the available resources? According to Vickery and Lynch (1995) demand consists of four elements: morbidity, perceived need, patient preference and non-health motives, of which the perceived need and patient preference are considered the most potential elements of managing demand. But this requires understanding how the demand is initiated and to what desires public services should respond to (Sheaff *et al.*, 2002).

However, health services research is mostly interested in finding management strategies to ensure appropriate use of services and clinical resources. Demand management became a key development theme in the late 1990s when Vickery and Lynch (1995) framed the basic premises. They stated that the inappropriate use of medical care could be reduced through informed choice and self-care (Vickery and Lynch, 1995). In the first phases, the focus was more on the supply side – curtailing and controlling clinical activities; but subsequently patient choice, empowerment and participation were emphasised (Rogers *et al.*, 1998; Mark *et al.*, 2000). In healthcare management research, managing demand has meant controlling patient flows, supply chains and waste by utilising lean approach, queuing theories, simulation modelling and process mapping (cf. Towill and Christopher, 2005; Eitel *et al.*, 2010; Cheng *et al.*, 2015) whereas more business-oriented studies relying on marketing theory emphasise the identification of activities needed, e.g. for coordination, patient grouping or market segments (Rohrer and Culica, 1999; Klassen and Rohleder, 2001; Lillrank *et al.*, 2010).

All the perspectives above reflect the dictionary definition for demand management: “an approach to the allocation of scarce resources that is based on minimizing wastage, restricting supply, and educating people to use less of the resource and use it more carefully” (Park, 2007). Behind these educational and demarketing demand management strategies (Mark, 2005) is the economic rationale for the delivery of healthcare efficiency: if people were only better informed, they would use services appropriately. It is thus based on the assumption of consumers' ability to make rational choices about their health and services needed (Rice and Unruh, 2009). However, little is known about the impacts of such demand management strategies.

Ways to manage demand

Managing demand is often understood as deployment of various methods, models and strategies and are analysed mostly intervention based (Pawson *et al.*, 2014). The literature is mainly focused on pragmatic management techniques, clinical processes and organisational solutions lacking a coherent conceptual or theoretical framework. Making the conceptualisation more problematic, relatively little research has been conducted on the effectiveness of demand management strategies (Mark and Shepherd, 2004; Jack and Powers, 2009; Fryer and Smellie, 2013). Evaluation is focused on questions what works rather than how demand management strategies actually work. Many studies emphasise solving the specific capacity management issues, while some stress the multi-disciplinary view, shared decision making and whole system approach in managing demand (cf. Mark *et al.*, 2000; Brogan *et al.*, 2008; Mackenzie, 2011).

One of the few comprehensive literature reviews was taken by Jack and Powers (2009) who synthesised healthcare demand management and capacity management studies from 1986 to 2006. According to Jack and Powers (2009) the difference between techniques is the way they respond to the problem of demand. While capacity management concerns capability issues, such as the modelling of procedures, workforce, facilities and operation scheduling (Jack and Powers, 2009), demand management is considered a strategy for identifying the demand and optimising the timing or setting of care (Klassen and Rohleder, 2001). Studies explore health maintenance organisations, organisational integration or multi-hospital systems (Jack and Powers, 2009). Nevertheless, the distinction between approaches is blurred. Tools for managing demand (e.g. utilisation reviews, clinical guidelines, prior approval and referral procedures) may also be utilised in tactical issues of capacity management such as controlling laboratory test utilisation, hospital admissions or number of beds (Brogan *et al.*, 2008; Jack and Powers, 2009). Both approaches claim to ensure appropriate use of resources, only the perspective may be slightly different.

It seems that many studies in health services research assume demand management as an instrumental managerial tool (cf. Mort, 1998; Brogan *et al.*, 2008; Fryer and Smellie, 2013) that can be applied similarly anywhere resolving the problems of healthcare: it leads to the better integration and coordination of care, a more efficient and equitable healthcare system and increased patient choice and participation. But what is often missing is the whole system understanding that the development of healthcare services requires complex interventions, there are no universal panaceas for “wicked” healthcare problems (Rittel and Webber, 1973; Pawson *et al.*, 2014). The critics see demand management as a policy arguing that the true motive for managing demand is cost constraint and all the rest is rhetoric. The financial incentives are over-emphasised, and the purpose of self-care and user empowerment is only to reduce service utilisation and to reshape services so that they respond to what policy makers or managers desire to finance (Mohler and Harris, 1998; Sheaff *et al.*, 2002; Mackenzie, 2011; Carlisle, 2007).

Policy perspective

To understand complexities of managing demand for health services it is necessary pay attention to interrelationships of various demand management strategies. Mark *et al.* (2000) compared healthcare demand management strategies in Britain and in the USA. The American healthcare system is market-oriented, and even the term “demand management” has been trademarked for business purposes (Mark *et al.*, 2000); it is about getting the right and timely treatment in the right place for the right price. Demand management strategies strive to regulate service utilisation and costs. In the USA these interventions may be referred to rationing by exclusion of specific services or treatments from insurance coverage, but in Britain rationing at the supply-demand interface (“the gatekeeping”) is traditionally left to the medical profession possessing power to define population needs and hence control demand although supply of services is regulated by the state (Klein, 1998; Salter, 1998).

Furthermore, demand management strategies are connected to public policies advocating competition, market mechanisms and consumer choice in delivering healthcare (Enthoven, 1993; Bryant, 2007). For instance, managed care is seen as a way to improve cost efficiency by reducing overutilisation and waste in the system as well as sharing the risk and responsibility between insurance companies, physicians and hospitals (Mort, 1998; Scott *et al.*, 2000; Rice and Unruh, 2009). Similar demand

management strategies are employed in the countries with publicly funded healthcare albeit the normative emphasis is on citizen equity and shared responsibility (Laing and Shiroyama, 1995; Mark *et al.*, 2000). To enhance client choice and competition among providers, strategies reflect the new public management ideas where demand management interventions were introduced as part of the national healthcare policies to improve the efficiency and the quality of public services (Rogers *et al.*, 1998). Purchasing agencies were then given the responsibility of the needs assessment and resource allocation (Klein, 1998). For optimising appropriate care, demand management was developed as a process of “identifying where, how, why and by whom demand for healthcare is made” (Pencheon, 1998).

One intention is thus to better understand the demand – why people use services, when and for what reasons – and finding alternative ways of responding to need (Rogers *et al.*, 1998). Another underlying motive is to identify those services that must be publicly provided (Mark *et al.*, 2000). Although the approach resembles managed care in the USA, the emphasis is yet on developing partnerships, organisational integration and cooperation. That is, healthcare policies promote a more graduated care system by reorganising care facilities, location and service mix (Pencheon, 1998) and by underlining the role of primary care, evidence-based medicine and disease prevention (Mackenzie, 2011). For instance, initiatives like telephone advice service, walk-in centres and minor injuries units were launched as part of the demand management scheme of the NHS.

3. WIC as demand management instrument in Finland

A key challenge for Finnish health policy is how to manage financial difficulties related to the ageing of the population, increasing demographic dependency ratio and demand for welfare services. Due to long-term sustainability gap in public finance, the Finnish government is currently reforming the structure of social welfare and healthcare services. The reform seeks solutions to balance the growing demand for services and the shortage of the resources. Demand management has become an important instrument for these reform objectives.

In Finland, the ways to manage demand are dispersed due to decentralised decision making. Local governments are responsible for providing public services, meaning that municipalities have extensive autonomy in organising the healthcare services and hence managing demand would require rather local solutions. The adoption of demand management policies varies between municipalities and depends on the competence and reformist attitudes of local authorities. The present healthcare system is fragmented, causing problems of service accessibility and equality. There are disparities between municipalities in the availability, in the scope of services and at the service level. As Finland is a sparsely populated country, in managing service delivery and local demand the demographic and geographical aspects need to be considered too. There is a great local variation in healthcare resource allocation. This is because there is no direct governmental steering of resources (Vuorenkoski *et al.*, 2008, pp. 65-66).

At the health policy level, health in all policies has been a priority and the new legislation such as Public Health Act 2010 imposes municipalities to promote health and cooperate with service providers (Melkas, 2013). The national development programmes and plans (e.g. Finnish Government, 2015; Kaste, 2012; Mieli, 2011) encourage municipalities to develop intersectoral collaboration and seamless service chains, one-stop-shops and low-threshold services. The proposed actions include improving outpatient services, early identification of problems, service voucher system and the use of health technology, care guidelines and service plans.

In order to manage demand the government has highlighted preventative services based on customer needs: "An emphasis will be placed on early support, preventive methods and effective customer-oriented service chains across administrative boundaries" (Finnish Government, 2015, p. 21). This is achieved by implementing best practices, reinforcing self-care, informal care and home care for older people and promoting citizens' greater choice and responsibility for their own health (Finnish Government, 2015, pp. 21-22).

From the perspective of the patient, long waiting times and access to primary care are considered major problems. In 2005, the government set the maximum waiting times for health services (Vuorenkoski *et al.*, 2008). This had implications for municipalities since public primary healthcare services are mostly provided at the municipal health centres. A needs assessment should be conducted either on the phone or at the appointment within three days. In practice, nurses now act as gate-keepers to the physician appointment (Vuorenkoski *et al.*, 2008) and a needs assessment has turned into an efficient demand management tool instead of facilitating citizens' access to care. In nonurgent specialised care the guidelines and scoring systems are used to limit the statutory care guarantee.

At the system level, the dominant problem of public healthcare services relates to the socioeconomic inequalities in utilisation. Attention is paid to the procedures that facilitate access to care and ensure that patients are directed to the appropriate place for care according their need. This is assumed to require a functionally integrated service system (Mieli, 2011). Moreover, the minor section (10 per cent) of population is using the majority (80 per cent) of social and healthcare resources (MSAH, 2015). This risk group has been the focus of recent policy.

Complex frequent attendance

Managing demand is based on idea of reducing overutilisation and educating people to use healthcare resources appropriately. Therefore, the high use of health services can be considered as a demand management problem where only a small group of patients, called frequent attenders, use a substantial proportion of primary care resources, making 30-50 per cent of all contacts (Vedsted and Christensen, 2005). Frequent attendance might be interpreted as inappropriate use of resources by increasing the workload and costs of healthcare (Smits *et al.*, 2013). Besides having physical, mental or social problems, frequent attenders are usually high users of other services, too (Neal *et al.*, 2001; Byrne *et al.*, 2003). The definitions vary across the studies. Frequent attendance is either perceived by absolute numeric definitions (ranging from two to 24 contacts) or by percentiles (range 3-25 per cent) (Vedsted and Christensen, 2005). Given that frequent attenders contribute high expenditures, the medical problems alone still do not explain their high use of services (Smits *et al.*, 2013). Even though activity may be practice driven, e.g. diseases that require regular monitoring, it may be persistent patient-created demand (Foster *et al.*, 2006). With this in mind, we were interested to study frequent attenders at WIC and their service utilisation to understand how demand management intervention works.

Improving access to and managing demand for healthcare have been issues on the political agenda and also are primary goals of WICs. Few studies have previously examined frequent attendance at WICs in the context of primary care access (e.g. Maheswaran *et al.*, 2009). In this paper, demand management is understood as management of complex healthcare interventions by scrutinising what constitutes the demand for WIC and how this evidence could be deployed in managing and developing

public services. As outlined by Brogan *et al.* (2008), managing demand consists of analysing both the costs and the thresholds of care by using a systems approach. This means the evaluation of activities, including needs and demand. Given that demand management can be applied at different levels, here our standpoint is particularly on whole system perspective, although we illustrate the outcomes of managing demand on the organisational level.

Data and methods

Demand management has been studied at different empirical extents. The literature includes qualitative case studies, literature reviews as well as quantitative studies using patient registers, surveys and time series. In this paper, we use a case study of the Finnish WICs to exemplify what enhanced access in one point of service system means for management of local demand. We examine the demand structure of the WIC: what constitutes the demand and whether the WIC offer supplementary service.

The high use of services has a complex nature that increases healthcare costs. As previously noted, we chose frequent attendance to represent a demand management issue. Since there is no universal definition of frequent attendance (Vedsted and Christensen, 2005), we examined the frequent consulters with ten or more yearly contacts with a WIC in the town of Ylöjärvi in 2011 or 2012. To explore the patterns of health service utilisation, we analysed the characteristics of frequent attenders by using the administrative data from electronic patient records. The local administrator of the medical information system conducted the collection of the anonymised data of the frequent attenders at WIC including home visits and contacts with other care units. The printed records were sent to the researcher via post. The information of the visits contained the date of birth and gender of the patient as well as the date, setting, urgency and nature of the contact. To ensure patient privacy, the system administrator replaced the social security numbers with specifying research code numbers. The study was approved by the executive group of municipal welfare services in Ylöjärvi (12 November 2012) and the Ethics Committee of the Tampere region (University of Tampere 28 January 2013).

In the records, the reasons for the visits were classified according to the International Classification of Primary Care, 2nd Edition (ICPC-2) or the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10). Medical procedures were encoded under the Finnish primary care classification for outpatient activities and follow-up treatments (SPAT). The research data were recorded and analysed with SPSS Statistics 20.

Results of the study

During the study period (48 months, 2011-2012), 107 frequent attenders (≥ 10 contacts/year) at WIC represented 2 per cent of all the users but they accounted for 16 per cent of all contacts. Furthermore, 24 (42 per cent) of 57 frequent attenders in 2011 continued their frequent consulting in the second year.

Frequent attenders were typically elderly people over 60-year old (median 68 years, range 14-86 years), and the majority were male (54 per cent). In addition, these frequent consulters at WIC proved to be high utilisers of other healthcare services too (Table I), such as at general practices or out-of-hours services, having on average 25 visits per year to municipal health services (contact visits ranging between 10 and 58).

In primary healthcare some morbidities, such as mental, endocrine and circulatory disorders, are considered prevalent among frequent attenders (Foster *et al.*, 2006).

As the diagnoses were found only in 53 per cent of the cases and those were encoded to the system by using either ICPC-2 or ICD-10 codes, we decided to combine the reasons for an encounter into more general categories (Table II). Consequently, the frequent attenders at WIC used all health services mostly for problems related to circulatory, musculoskeletal or general and unspecified symptoms.

From the very beginning the WIC was integrated into the local healthcare system as some of the treatments, like blood pressure measurements, stiches and ear wax removal, were diverted from the local health centre to a WIC. The most typical reasons to visit WICs have been health counselling and measurements (Kork *et al.*, 2015). For frequent attenders, however, the reason more often related to the treatment of a previously diagnosed problem. In comparison with other patients at WIC, the focus of activity was thus primarily on treatments rather than the prevention of illnesses (Table III). On the basis of SPAT codes, injections and guidance related to disease management were most common procedures, and 7 per cent of the cases were requested to revisit a WIC or GP. Most importantly, only 11 per cent (12 users) of the frequent attenders used WIC exclusively, whereas 41 per cent (44) proved to be high users also of out-of-hours services (4-18 visits yearly), mostly for rheumatoid arthritis, chronic skin ulcer and type 2 diabetes.

These results present one picture of the frequent attenders' service utilisation patterns indicating that improving access in one part of the care system may have unintended consequences for managing the local demand for health services. In the following sections we reflect on these outcomes in the framework of healthcare management.

Care unit	% of contacts	Contacts <i>n</i> = 3,303
Walk-in clinic	60.3	1,991
Health centre (GP/NP)	17.3	570
Out-of-hours services	13.9	459
Home nursing	2.8	93
Mental health services	1.9	64
Diabetes nurse	1.4	47
Physiotherapy	1.2	41
Other	1.2	38

Table I.
Service utilisation of
frequent attenders at
WIC 2011-2012

Category (ICPC-2, ICD-10)	% of contacts	<i>n</i> = 1,741
Circulatory	29.8	518
Musculoskeletal	22.1	384
General and unspecified	11.7	203
Endocrine, metabolic and nutritional	9.1	159
Skin	7.7	134
Psychological and social problems	5.5	95
Blood and blood-forming organs	4.0	69
Ear	2.6	45
Respiratory	2.2	38
Genitourinary	1.3	22
Digestive	1.0	18
Neurological	0.7	12
Other (individual findings)	2.5	44

Table II.
Frequent attenders'
reasons for
encounters in all
practices 2011-2012
(ICPC and ICD codes
combined)

4. Discussion

Problems of responsiveness, uncoordinated processes and inappropriate requesting compounded by financial austerity are common motives to implement various demand management strategies. The mutual aim of such initiatives is on the one hand to control costs and service utilisation and on the other hand to encourage activity and collaboration (Mohler and Harris, 1998; Bryant, 2007). In practice, these key objectives, cost containment and customer responsiveness, may conflict and create new problems.

Easy access and convenience have made Finnish WICs popular among citizens and hence an attractive demand management tool for healthcare administrators. Despite the image and general outcomes being positive, our empirical evidence demonstrate the complex interrelationships of managing demand. At least three kinds of demand management aspects can be considered, namely acquiring adequate knowledge in diverting demand, defining the focus for the activity taken and identifying the service utilisation and setting where facilitating access would be most beneficial.

Complexity of diverting demand

Appropriate use of resources is one of the main principles of demand management (cf. Vickery and Lynch, 1995; Pencheon, 1998). Our data show that a small minority of the users, i.e. frequent attenders at WIC accounted for 16 per cent of all visits and that a WIC was used to complement rather than substitute for their primary care. That is, the availability of a WIC increased service demand by creating an extra setting for the high utilisers of health services. The literature has shown that frequent attendance in primary care is associated with age and gender, being typically elderly females (Vedsted and Christensen, 2005; Smits *et al.*, 2013), and this also applies to Finnish primary care (Jyväsjarvi *et al.*, 2001; Koskela *et al.*, 2010). However, the most frequent attenders at a WIC were elderly male. On the one hand, engaging men is significant for public health and early disease detection. On the other hand, these men tend to have chronic diseases and high use of out-of-hours services implying inappropriate use of services. Similar to the easy access at a WIC, the utilisation of out-of-hours services also arises from convenience and walk-in access but may lead to misuse of emergency services. As demonstrated by Hansagi *et al.* (2001) and Byrne *et al.* (2003), the high users of emergency departments are also high users of all care and often have psychosocial problems and increased morbidity. These findings correspond to frequent attenders at WIC. From the demand management and resource allocation perspective, this kind of service usage raises questions as to whether a WIC is an appropriate setting for frequent attenders giving the psychosocial support needed and controlling chronic diseases, or should these needs be met primarily elsewhere in the system? It appeared that the redirection of

Reason for encounter (ICPC-2)	Frequent attenders, contacts		All users, contacts	
	%	<i>n</i> = 1,010	%	<i>n</i> = 4,470
Elevated blood pressure/hypertension (K85-87)	25.2	255	24.6	1,098
Rheumatoid/seropositive arthritis (L88)	20.1	203	4.6	207
Health maintenance/prevention (A98)	12.8	129	44.8	2,003
Endocrine/metab./nutrit. disease/type 2 diabetes (T99, T90)	3.3	33	1.5	65
Psychological problem (P70-99)	1.7	17	0.4	19
Other	36.9	373	24.1	1,078

Table III.
Most common
reasons for
encounters in WIC
among frequent
attenders and all
users 2011-2012

demand was made without the preliminary knowledge of the actual service users and their needs. The outcome has relevance to the accessibility and managing demand as a whole: what kind of access barriers exist inside the service system and how high must the thresholds be? Moreover, it is important to consider what implications this better access to one unit means for other services.

Focus for activity

Demand management strategies emphasise the activities targeted at primary care, health promotion and integrated services (Mark and Shepherd, 2004; Mackenzie, 2011). Conversely, frequent attendance is usually associated with chronic diseases, multi-problems or somatisation (Vedsted and Christensen, 2005; Jyväsjärvi *et al.*, 2001; Norton *et al.*, 2012). The frequent attenders used WIC mostly for monitoring their chronic diseases, i.e. having injections for rheumatoid arthritis or blood pressure measured. Apart from the fact that frequent attenders use a considerable proportion of healthcare resources, it has been estimated that over one-third continue to be persistent high users of services (Vedsted and Christensen, 2005). These findings are similar to WIC as 42 per cent were persistent frequent attenders. Although frequent consulters may be considered as “problem patients” who increase the workload and use services inappropriately, these patients may as well indicate malfunctioning chronic disease management or unmet patient needs (Malone, 1996; Foster *et al.*, 2006; Norton *et al.*, 2012; Lee *et al.*, 2013). In the case of the WIC, the emphasis was put on primary prevention despite chronic diseases being prevalent. However, activities aimed at prevention may turn out to be the management of chronic diseases (albeit this depends how the preventive action is defined). Moving the focus from cure to prevention may denote demand management that only aim to curb demand by stipulating users on self-management. This development has recently taken place at WICs, too. It remains to be seen whether this is an appropriate or successful way to manage local demand. It is therefore legitimate to ask how much of WIC capacity can be allocated, for instance, to treatments or chronic care management without compromising the principles of easy access and health promotion.

Scrutinising service utilisation more extensively

WICs may be one way to offer support, guidance and preventive services, but a more effective demand management strategy would require multi-professional cooperation and a wider perspective of access barriers. Of concern has been how demand management tools impact on the utilisation behaviour of patients, organisation or delivery of other services (cf. Mark *et al.*, 2000). To ensure the right timing and setting of care, the big picture of the system and its users is needed. To identify users' demands or utilisation patterns is an ambitious mission. It is uncertain whether there is available adequate information and if so, whether it is at all utilised in management or decision making (Sheaff *et al.*, 2002). Instead of focusing on one single intervention, attention should be paid on the larger pattern of service utilisation. Therefore, identifying frequent attendance is essential in managing demand: who are the patients using most of the resources and for what reason?

In our case, implementing demand management strategy was considered an easy solution to complex issues. Local authorities seemed to pursue distinct objectives simultaneously: encouraging demand for health services while pursuing economic efficiency. At the same time they strive for facilitating access, reducing waiting times as

well as improving organisational performance and the cost effectiveness of care. However, to solve these compounded problems of service delivery a more holistic approach is needed where not only financial but also social and environmental aspects are taken into account (Mackenzie, 2011). So far, the strong emphasis on pragmatism has guided the management and development of healthcare. Technocrats have relied on the ideal of economic rationality solving the practical aims of rational policies – that is, providing a technical fix to the problem of scarce resources without considering bureaucratic or political pressures (Porter, 2008). In reality, these “novel” strategies (such as managing demand) contain very little new science although they are often promoted as something new. It seems that the pursuit of an efficient healthcare delivery discussion has focused on methods rather than on the teleological arguments of rationing healthcare resources (Klein, 2005). This also applies to demand management strategies.

5. Conclusion

Easy access to primary care is convenient from the clients’ point of view. However, from the perspective of demand management, it is more problematic if increased demand is the consequence of facilitating the access. As our study demonstrates, WIC offers supplementary rather than substitutive care for frequent users of healthcare services. In managing demand it is thus important to understand the demand more precisely by identifying the high users of services, their preferences and their utilisation patterns. More systematic demand management would thus include surveying the barriers for access and better management of chronic diseases. There is no single demand management tool for solving the dilemma of healthcare provision – resource scarcity and citizen needs. Instead of a linearly developed theoretical concept or coherent discussion, demand management in healthcare service management is more an unsystematic collection of pragmatic solutions to the prevailing health policy issues of the time.

Note

1. The outpatient medical visits in primary healthcare include the patient visits to practitioners other than physicians. Outpatient care is a service provided by the municipality to treat the health problems without or by appointment, such as the monitoring of chronic illnesses. (Sotkanet Indicator Bank, National Institute for Health and Welfare).

References

- Arain, M., Campbell, M. and Nicholl, J. (2015), “Impact of a GP-led walk-in centre on NHS emergency departments”, *Emergency Medicine Journal*, Vol. 32 No. 4, pp. 295-300.
- Bolton, S.C. (2002), “Consumer as king in the NHS”, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 15 No. 2, pp. 129-139.
- Brogan, C., Lawrence, D. and Mayhew, L. (2008), “Clinical-outcome-based demand management in health services”, *Public Health*, Vol. 122 No. 1, pp. 84-91.
- Bryant, C. (2007), “Demand management and case management”, *Professional Case Management*, Vol. 12 No. 5, pp. 272-280.
- Byrne, M., Murphy, A., Plunkett, P., McGee, H., Murray, A. and Bury, G. (2003), “Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics”, *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 41 No. 3, pp. 309-318.
- Carlisle, D. (2007), “Critics claim money is the force behind demand management”, *Health Service Journal*, Vol. 117 No. 6044, pp. 14-15.

- Cheng, S.Y., Bamford, D., Papalexi, M. and Dehe, B. (2015), "Improving access to health services – challenges in lean application", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 28 No. 2, pp. 121-135.
- Clark, A. (2013), "What are the components of complex interventions in healthcare? Theorizing approaches to parts, powers and the whole intervention", *Social Science & Medicine*, Vol. 93, pp. 185-193.
- Desborough, J., Forrest, L. and Parker, R. (2012), "Nurse-led primary healthcare walk-in centres: an integrative literature review", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 68 No. 2, pp. 248-263.
- Eitel, D., Rudkin, S., Malvey, M., Killeen, J. and Pines, J. (2010), "Improving service quality by understanding emergency department flow: a white paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine", *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 38 No. 1, pp. 70-79.
- Ensor, T. and Cooper, S. (2004), "Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side", *Health Policy and Planning*, Vol. 19 No. 2, pp. 69-79.
- Enthoven, A. (1993), "The history and principles of managed competition", *Health Affairs*, Vol. 12 No. S1, pp. 24-48.
- Finnish Government (2015), *Finland, a Land of Solutions. Strategic Programme of Prime Minister Juha Sipilä's Government*, Government Publications, available at: http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_EN_YHDISTETTY_netti.pdf/8d2e1a66-e24a-4073-8303-ee3127fbfcac (accessed 6 February 2016).
- Foster, A., Jordan, K. and Croft, P. (2006), "Is frequent attendance in primary care disease-specific?", *Family Practice*, Vol. 23 No. 4, pp. 444-452.
- Fryer, A.A. and Smellie, W.S.A. (2013), "Managing demand for laboratory tests: a laboratory toolkit", *American Journal of Clinical Pathology*, Vol. 66 No. 1, pp. 62-72.
- Hansagi, H., Olsson, M., Sjöberg, S., Tomson, Y. and Göransson, S. (2001), "Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services", *Annals of Emergency Medicine*, Vol. 37 No. 6, pp. 561-567.
- Jack, E. and Powers, T. (2009), "A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services", *International Journal of Management Reviews*, Vol. 11 No. 2, pp. 149-174.
- Jyväsjärvi, S., Joukamaa, M., Väisänen, E., Larivaara, P., Kivelä, S. and Keinänen-Kiukaanniemi, S. (2001), "Somatizing frequent attenders in primary health care", *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 50 No. 4, pp. 185-192.
- Kaste (2012), "Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, Kaste 2012-2015 (The national development programme for social welfare and health care, The Kaste Programme 2012-2015)", Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.
- Klassen, K. and Rohleder, T. (2001), "Combining operations and marketing to manage capacity and demand in services", *The Service Industries Journal*, Vol. 21 No. 2, pp. 1-30.
- Klein, R. (1998), "Why Britain is reorganizing its national health service – yet again", *Health Affairs*, Vol. 17 No. 4, pp. 111-125.
- Klein, R. (2005), "A middle way for rationing healthcare resources", *BMJ*, Vol. 330 No. 7504, pp. 1340-1341.
- Kork, A.A., Mänttari, P. and Vakkuri, J. (2015), "Complexities of productivity policies in the Finnish public sector: knowing how to do more with less?", *Financial Accountability & Management*, Vol. 31 No. 4, pp. 395-414.

- Koskela, T., Ryyanen, O. and Soini, E. (2010), "Risk factors for persistent frequent use of the primary health care services among frequent attenders: a Bayesian approach", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Vol. 28 No. 1, pp. 55-61.
- Krasnik, A. and Paulsen, B. (2009), "Reforming primary health care", in Magnussen, J., Vrangbaek, K. and Saltman, R. (Eds), *Nordic Health Care Systems*, McGraw-Hill Education, Maidenhead, pp. 233-254.
- Laing, A. and Shiroyama, C. (1995), "Managing capacity and demand in a resource constrained environment: lessons for the NHS?", *Journal of Management in Medicine*, Vol. 9 No. 5, pp. 51-67.
- Lee, A., Blank, L., Payne, N., McShane, M. and Goyder, E. (2013), "Demand management: misguided solutions?", *British Journal of General Practice*, Vol. 63 No. 613, pp. 589-591.
- Lillrank, P., Groop, P. and Malmström, T. (2010), "Demand and supply-based operating modes – a framework for analyzing health care service production", *Milbank Quarterly*, Vol. 88 No. 4, pp. 595-615.
- Mackenzie, J. (2011), "The old care paradigm is dead, long live the new sustainable care paradigm: how can GP commissioning consortia meet the demand challenges of 21st century healthcare", *London Journal of Primary Care*, Vol. 4 No. 1, pp. 65-69.
- Maheswaran, R., Pearson, T. and Jiwa, M. (2009), "Repeat attenders at national health service walk-in centres – a descriptive study using routine data", *Public Health*, Vol. 123 No. 7, pp. 506-510.
- Malone, R. (1996), "Almost 'like family': emergency nurses and 'frequent flyers'", *Journal of Emergency Nursing*, Vol. 22 No. 3, pp. 176-183.
- Mark, A. (2005), "Organizing emotions in health care", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 19 Nos 4/5, pp. 277-289.
- Mark, A. and Shepherd, I. (2004), "NHS direct: managing demand for primary care?", *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 19 No. 1, pp. 79-91.
- Mark, A., Pencheon, D. and Elliott, R. (2000), "Demanding healthcare", *International Journal of Health Planning Management*, Vol. 15 No. 3, pp. 237-253.
- Mehrotra, A. and Lave, J. (2012), "Visits to retail clinics grew fourfold from 2007 to 2009, although their share of overall outpatient visits remains low", *Health Affairs*, Vol. 31 No. 9, pp. 2123-2129.
- Melkas, T. (2013), "Health in all policies as a priority in finnish health policy: a case study on national health policy development", *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 41 No. 11, pp. 3-28.
- Mieli (2011), "Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015: Toimeenpanosta käytäntöön vuonna 2010 (National plan for mental health and substance abuse work 2009-2015: from implementation to practice in 2010)", Report No. 006/2011, National Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki.
- Mohler, M. and Harris, J. (1998), "Demand management: another marketing tool or a way to quality care?", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 4 No. 2, pp. 103-111.
- Mooney, G. (2003), *Economics, Medicine, and Health Care*, 3rd ed., Harvester Wheatsheaf, New York, NY.
- Mort, E. (1998), "Managing the demand for vascular surgery: the imperative, the opportunity", *Journal of Vascular Surgery*, Vol. 28 No. 2, pp. 361-364.
- MSAH (2015), "Social welfare and healthcare reform", presentation, Ministry of Social Affairs and Health, available at: www.slideshare.net/stmslide/social-welfare-and-health-care-reform-9-2015 (accessed 6 February 2016).

- Neal, R., Wickenden, G., Cottrell, D., Mason, J., Rugiano, J., Clarkson, P. and Bearpark, A. (2001), "The use of primary, secondary, community and social care by families who frequently consult their general practitioner", *Health & Social Care in the Community*, Vol. 9 No. 6, pp. 375-382.
- Norton, J., David, M., de Roquefeuil, G., Boulenger, J., Car, J., Ritchie, K. and Mann, A. (2012), "Frequent attendance in family practice and common mental disorders in an open access health care system", *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 72 No. 6, pp. 413-418.
- Park, C. (2007), "Demand management", *A Dictionary of Environment and Conservation*, Oxford University Press, Oxford, available at: www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780198609957.001.0001/acref-9780198609957-e-1951
- Pawson, R., Greenhalgh, J., Brennan, C. and Glidewell, E. (2014), "Do reviews of healthcare interventions teach us how to improve healthcare systems?", *Social Science & Medicine*, Vol. 114, pp. 129-137.
- Pencheon, D. (1998), "Managing demand: matching demand and supply fairly and efficiently", *BMJ*, Vol. 316 No. 7145, pp. 1665-1667.
- Plebani, M., Zaninotto, M. and Faggian, D. (2014), "Utilization management: a European perspective", *Clinica Chimica Acta*, Vol. 427, pp. 137-141.
- Porter, T. (2008), "Locating the domain of calculation", *Journal of Cultural Economy*, Vol. 1 No. 1, pp. 39-50.
- Rice, T. and Unruh, L. (2009), *The Economics of Health Reconsidered*, 3rd ed., Health Administration Press, Chicago, IL.
- Rittel, H. and Webber, M. (1973), "Dilemmas in a general theory of planning", *Policy Sciences*, Vol. 4 No. 2, pp. 155-169.
- Rogers, A., Entwistle, V. and Pencheon, D. (1998), "A patient led NHS: managing demand at the interface between lay and primary care", *BMJ*, Vol. 316 No. 7147, pp. 1816-1819.
- Rohrer, J. and Culica, D. (1999), "Identifying high-users of medical care in a farming-dependent county", *Health Care Management Review*, Vol. 24 No. 4, pp. 28-34.
- Salisbury, C. and Munro, J. (2003), "Walk-in centres in primary care: a review of the international literature", *British Journal of General Practice*, Vol. 53 No. 486, pp. 53-59.
- Salter, B. (1998), *The Politics of Change in the Health Service*, Macmillan, Houndmills, Basingstoke and Hampshire.
- Sanderson, I. (1996), "Evaluation, learning and the effectiveness of public services: towards a quality of public service model", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 9 Nos 5/6, pp. 90-108.
- Scott, R.W., Ruef, M., Mendel, P.J. and Caronna, C.A. (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, University of Chicago Press, Chicago, IL.
- Sheaff, R., Pickard, S. and Smith, K. (2002), "Public service responsiveness to users' demands and needs: theory, practice and primary healthcare in England", *Public Administration*, Vol. 80 No. 3, pp. 435-452.
- Smits, F., Brouwer, H., Zwinderman, A., Mohrs, J., Smeets, H., Bosmans, J., Schene, A., Van Weert, H. and ter Riet, G. (2013), "Morbidity and doctor characteristics only partly explain the substantial healthcare expenditures of frequent attenders: a record linkage study between patient data and reimbursements data", *BMC Family Practice*, Vol. 14 No. 138, pp. 1-8.

-
- Towill, D. and Christopher, M. (2005), "An evolutionary approach to the architecture of effective healthcare delivery systems", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 19 No. 2, pp. 130-147.
- Vedsted, P. and Christensen, M. (2005), "Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations", *Public Health*, Vol. 119 No. 2, pp. 118-137.
- Vickery, D. and Lynch, W. (1995), "Demand management: enabling patients to use medical care appropriately", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 37 No. 5, pp. 551-557.
- Vuorenkoski, L., Mladovsky, P. and Mossialos, E. (2008), "Finland: health system review", *Health Systems in Transition*, Vol. 10 No. 4, pp. 1-168.
- Zimmerman, B., Lindberg, C. and Plsek, P. (1998), *Edgework: Lessons from Complexity Science for Health Care Leaders*, VHA Inc., Irving, TX.

About the authors

Anna-Aurora Kork is a Researcher and a PhD Candidate in Public Financial Management at the School of Management, University of Tampere. Her research interests include public service responsiveness and improvement of healthcare services. As a responsible researcher, she has evaluated the Finnish walk-in clinics. Kork holds her Master's Degree in Public Administration from the University of Tampere. Anna-Aurora Kork is the corresponding author and can be contacted at: anna.kork@uta.fi

Jarmo Vakkuri is a Professor of Local Public Economics and the Head Professor in the Public Financial Management discipline at the School of Management, University of Tampere. Vakkuri leads research projects concerning productivity improvement in healthcare and institutional change in the public sector. He is partner in several international research projects, for instance on public sector auditing in the Nordic countries, public sector performance measurement and international performance rankings in educational policy.

For instructions on how to order reprints of this article, please visit our website:

www.emeraldgroupublishing.com/licensing/reprints.htm

Or contact us for further details: permissions@emeraldinsight.com

Complexities of Productivity Policies in the Finnish Public Sector: Knowing How to Do More with Less?

ANNA-AURORA KORK, PIETU MÄNTTÄRI AND JARMO VAKKURI*

Abstract: This paper examines public sector productivity policies as complexities between what is 'known' in policy principles and what is 'done' in everyday policy practice. Such complexities are explored in two productivity policy cases within Finnish local government: municipal amalgamations, and the low-threshold concept of healthcare service. Utilising quantitative and qualitative data from Finnish local government the paper demonstrates the tensions between productivity policy principles, interpretations for productivity improvement (*'knowing'*) and final outcomes for actually applying (*'doing'*) productivity policy. The paper argues in favour of a new understanding for the research and practice of public policy and management.

Keywords: productivity policy, complexity, knowing, doing, the public sector

INTRODUCTION

Productivity appears to be the panacea for dealing with difficult challenges within the public service system in Finland. Demographic changes, evolving needs of the social and healthcare services and problems of long-term financial sustainability have all been addressed as major challenges. This development is similar to that in many other European countries, although the problems of long-term financial sustainability may vary. The perceived solution is 'doing more with less', that is, economising the uses of public finances. While this appears straightforward, it is a highly contested aim in practice.

Policy instruments have intended and unintended consequences. The research tradition on public sector performance is still seeking to conceptualise

*The first and second authors are Researchers and Ph.D. students at the School of Management, University of Tampere. The third author is Professor in local public economics, School of Management, University of Tampere.

Address for correspondence: Anna-Aurora Kork, University of Tampere, School of Management, FI-33014 University of Tampere, Finland.
e-mail anna.kork@uta.fi

complexities and ambiguities of public sector economising policies (cf. Moynihan, 2002; Noordegraaf and Abma, 2003; and Pollitt and Hupe, 2011). We aim to enhance this understanding by discussing such complexities within the conceptual framework of productivity policies. In terms of productivity policies, the 'knowing' question is relevant: how do we identify the most efficient practices or public organisations? Which conceptual assumptions guide policy choices? Moreover, policymakers attempt to solve the 'doing' question by asking how can productivity policies actually enact and enable high performance in public administration (Vakkuri, 2010; Hood and Dixon 2013; Boltanski and Thévenot, 2006; and Pfeffer and Sutton, 2000).

We examine productivity policies in the Finnish public sector. These policies are not only explored as solutions to the problems of knowing and doing *per se*, but also as complexities between what is 'known' in policy principles and what is 'done' in everyday policy practice. Understanding the tensions therein is fundamental for the research and practice of public policy and management.

More specifically, the paper asks:

- 1) How do productivity policies address the knowing problem? How can the ambiguities of policy principles, conceptualisations and measurements of performance be understood in the Finnish public sector?
- 2) How do policymakers aim to respond to the doing problem with productivity policies? How are productivity policies justified in two specific cases in the Finnish local government?
- 3) How can we understand productivity policies in the public sector as complexities between knowing and doing problems?

We focus on two illustrative cases. On the one hand, we analyse the assumption of scale economies in reforming local government whereby municipal amalgamations are seen as an important solution (cf. Boyne, 1992; and Andrews and Boyne, 2009). This constitutes an explicit starting point for the Finnish local government reform policy, including 'PARAS reform' (political reform to reorganise the local government structure and public services) which was started in 2006, and the 'new' local government reform based on the Government Programme of 2011 (Act 169/2007). On the other hand, we discuss the attempts of the Finnish local governments to improve service quality. So-called walk-in clinics have been introduced to facilitate access to healthcare services.

These cases provide an interesting avenue to explore two different types of productivity policies. However, they also incorporate common contradictory elements which help us to more fully understand the complexities between what Finnish policymakers know (or assume to know) and what they actually do to improve productivity in the public sector. We use case analysis to create a reflective synthesis of theoretical argumentations regarding the ambiguities

of productivity policies and performance information uses in policy making and design.

We utilise different sources of data collected for several research projects in Finland, including documentary, interview and statistical data. Regarding municipal amalgamations, we use statistical data and case material collected for the follow-up research program of the Finnish PARAS reform of 2006–2012 (Vakkuri et al., 2010; and Meklin and Pekola-Sjöblom, 2013). One author of this paper has been involved in this research program ('ARTTU program') as a director of a research stream. This paper concludes and theorises some of the most important empirical observations of that program. In the case of walk-in clinics, the research data consists of our earlier evaluation research projects (2009–2012 in the towns of Ylöjärvi and Lahti) concerning the implementation of the Finnish walk-in clinics. This data includes thematic interviews with relevant actors, patient satisfaction surveys, cost accounting reports and statistical data obtained from patient information systems. Further, we have collected information regarding frequent attenders to explore the patterns of health service usage. In analysing the data, we have used both qualitative and quantitative methods to provide a comprehensive outlook on the cases.

The paper proceeds as follows: first, we provide the politico-institutional framework for productivity policies in the Finnish public sector by reflecting on the history and role of local government in public service design and delivery. We also describe the most important concrete activities of the Finnish government to foster productivity. The third section includes a synthesis of our theoretical considerations as well as the setting for the empirical analysis. The fourth and fifth sections include a discussion on two specific applications of productivity policies in the Finnish public sector. The final section includes a conclusive discussion.

PRODUCTIVITY POLICIES IN THE FINNISH PUBLIC SECTOR: INSTITUTIONAL PERSPECTIVES

Productivity policies have a history of more than 25 years in the Finnish public sector. Finland can be considered an early adopter of several performance-related reforms such as steering by objectives, accrual based accounting, budgeting, cost accounting and performance evaluation. Many reforms were initiated under the government which was established in 1987. The performance reform agenda was further propelled by the deep macroeconomic recession of the early 1990s. At that time, Finland underwent significant austerity policies and cutback management in order to balance government revenues and expenditures and to create resilient, long-term policy strategies (cf. Bozeman, 2010; and Pandey, 2010).

Already twenty years prior to the current financial crisis, the Finnish government was forced to adopt coping mechanisms to deal with extreme

macro-economic volatility and to avoid leading the Finnish welfare society into calamity (cf. Pandey, 2010, p.566; see also Dunsire and Hood, 1989). The risk was obvious. According to Kiander (2002), the recession of the early 1990s was worse than any other recession in Finland since the 1860s. Moreover, it was the worst economic crisis in industrialised countries after the Second World War. Consequently, economic turmoil indeed presents the contextual institutional conditions for productivity policies in the Finnish government.

Productivity policies are particularly relevant for local government because municipalities organise and produce a large proportion of public services in Finland, for instance, in social and healthcare, and education. The role of the central government is important in controlling the equality of services. Nevertheless, Finnish municipalities are not easy objects of external control because of the extensive autonomy of local government. They are also extremely autonomous financially: 80% of their funding comes from locally determined sources (taxes and fees), and the remainder comes from central government subsidies. However, the regulatory basis for local government funding is not decided locally, but through laws and regulations by parliament. Thus, an important policy discussion concerns the regulation of the local government tax base. Parliament may set new service standards without considering the actual costs of providing the services in local government. This has been one rationale for reforms in productivity-based steering mechanisms between central and local government.

There is ambiguity in how productivity control should be exercised in central government and how productivity improvement ought to be understood and implemented in local government. There is a strong interest in the sector-based model, a policy-bound model of productivity steering. For instance, the Ministry of Social Affairs and Health is interested in steering 'social and healthcare services', and not necessarily municipalities as such.¹

Knowing Local Government Productivity

The information base of local government productivity has been based on a statistical system maintained by Statistics Finland. According to these statistics, local government productivity has systematically fallen during the last ten years (Statistics Finland, 2010). Given this 'fact', the policy discussion has been concerned with what exactly is meant by productivity. For example, patient visits indicate the number of customers that have used the service, not the outcomes (Pakarinen, 2009). The question, therefore, is whether it makes sense to allocate incentives for local government to maximise the number of customers without paying attention to final impacts. The large number of visits may reflect the insufficient quality and ineffectiveness of service provision, and customers have to return with a problem that could have been solved in a previous stage.

Knowing about productivity is associated with concepts, data and measurements. In the Finnish public sector, there is an inclination towards global rationality, towards an overarching concept to discuss public affairs. Following Pollitt and Hupe (2011, p. 643), these 'magic' concepts have to be:

- 1) Broad enough, covering many overlapping and conflicting definitions;
- 2) Normative enough, representing the sense of institutional progress and modernity;
- 3) Consensual enough, implying that there may be social and professional groups able to reach consensus on how the concept should be modified and revised;
- 4) Marketable enough, including the possibility of conceptual diffusion across countries, professions and academic tribes.

Productivity has been adopted as such a concept (cf. Ministry of Finance, 2009). In the model, a public organisation, policy or program is understood as an input-output system. Global rationality is the ability to transform inputs into outputs, and there are potential productivity gains to be achieved if 'all the public organisations would operate as efficiently as the best ones' (Vakkuri, 2010).

There are two ways of using the magic concept of productivity in the Finnish policy discourse. The first considers it as a synonym for global rationality. Here, all the problems of public service provision are, by definition, 'productivity problems'. The important question is what is understood by 'output'. If one takes an output to include all the effects and impacts of the public service – a strong assumption in any reform policy of the public sector – it is possible to conceptualise an optimal common good. Secondly, productivity is also conceptualised as part of a more comprehensive conceptual system. Here, productivity is not understood as an end in itself, but rather, as a means to an end. In this paper, our use of the concept of productivity reflects the first alternative; the concept is used in the search for global rationality in the Finnish public sector.²

An intense policy debate concerns how to distinguish the 'productivity' and 'effectiveness' of public services. The time span may be different. Many policy interventions are designed for long-term purposes. It is much easier to justify short-term achievements (productivity) instead of long-term impacts and effects (effectiveness). In fact, there is no clear-cut rule which associates productivity with short-term purposes and effectiveness with long-term purposes. However, the short-term productivity data is usually more easily available, which is why there is a tendency for policymaking to pay attention to the short term.

Doing Productivity in (and for) Local Government

The Finnish system requires institutional solutions to balance the interests of central and local government. One such solution is the Basic Public Services Program and Budget (BSP and BSB). This is part of the state's budget preparation, including the consultation process between the ministries and local governments. The BSP aims to evaluate the tasks of local government with respect to the expenditures and revenues of municipalities. This BSB follows with a broad assessment of the local government economy and its future prospects. This budget is made on the basis of the BSP (Act 1375/2007). The Municipal Finance and Advisory Board has an important role as a consultative body between the central and local government by providing measurement information.

The policy development has indicated that there is a need for the productivity control of local governments (Ministry of Finance, 2011b). However, it is indeed complicated to enforce binding regulatory rules, for instance, nation-wide objectives for productivity improvement (Ministry of Finance, 2011a). Based on recent changes, it appears obvious that procedures for productivity control will be built into the BSP and into the negotiation process between the central and local government. The documentation also highlights the inadequacy of key instruments for control (Basic Public Services Programme, 2009). Even if the idea is to create centralised targets, the unique feature of Finnish local governments – self-government – is politically appreciated (Ministry of Finance, 2011b).

According to plans in the BSP, the Finnish Ministry of Finance has implemented the productivity program for local government, especially for the 20 largest municipalities. Here, the policy discussion rests on three arguments. First, due to extensive local government autonomy the problem of financial sustainability should be solved within local governments. Second, the largest cities account for the major share of local government expenditures, and therefore, the special focus ought to be on 'large cities'. Third, in order to be implemented the productivity policy requires a reasonably uniform system for tracking productivity as well as a system of performance indicators. The problem is not necessarily the absence of measurement instruments, but rather, the ways in which instruments are exploited. The objective is to consolidate and standardise classification and measurement methods.

The topics of the productivity program are very broad and could well be included in any other program with another title, as can be seen in the following list of key themes relating to productivity improvements (Ministry of Finance, 2009):

- 1) The well-being of personnel and work satisfaction in public organisations;
- 2) Public service systems, service processes, and e-government services;

- 3) The service network, infrastructure and facilities in local government;
- 4) Organisational structures;
- 5) Management systems;
- 6) The development of productivity measures, uses of research and innovation.

Arguably, in the Finnish public sector 'productivity' provides a persuasive conceptual milieu. First, it is broad especially since the instruments mentioned above include almost every aspect of organisational life. Second, by its nature productivity has become normative. In times of shrinking resources, it is difficult for public agencies to argue against the imperatives for productivity improvements. Third, it can be used to reach consensus because professional groups, for instance, are able to agree on highly general and abstract issues. Finally, it is marketable. The concept can be diffused – albeit not without problems – into different public affairs settings.

UNDERSTANDING PUBLIC SECTOR PRODUCTIVITY POLICIES: THEORETICAL CONSIDERATIONS

It is dubious to regard productivity policy as neat and pre-programmable (Lindblom, 1959; and Abrahamson and Freeman, 2006). Actually, it is never fixed and neither are the instruments to support the process. Instead, according to Quade (1989, p.44):

there are principles and procedures that offer considerable guidance, but they are not so firmly grounded in theory or experience that they can be followed to success by rote . . . The successful application of analysis to policy problems is an art.

The theoretical literature provides several considerations that aim to understand the complexities of productivity policies in public administration. This paper employs notions of knowing and doing in policy design (Pfeffer and Sutton, 2000; Moynihan, 2002; and Vakkuri, 2010). It is important for policymakers to possess knowledge on productivity in order to 'know' what is going on, and what the current level of government performance is. For instance, Finnish policymakers need to justify themselves (and others) about the role of municipal amalgamations in the productivity improvements of local government. According to Orlikowski (2000), these theories-in-practice serve as important inputs to decision making on productivity policy. Policymakers have to enquire about the most efficient mechanisms for organising public services.

However, the 'doing' problem also needs to be solved: how do actors of policy processes act upon the knowledge of efficient practices? How do they use knowledge that is subject to inconsistencies, ambiguities, and ritualistic political uses (Johnsen et al., 2001)? There may be an understanding of what 'should' be done, but given the case in which policy practices are situated,

there are limitations as to how to apply them to actual problems (Cook and Brown, 1999). For this reason, policy instruments do not remain stable during the policy process. In fact, it is necessary to understand productivity policies as a process in which public organisations, managers and politicians constantly reinterpret them. The actual impacts of productivity policies, therefore, have to be examined through interpretations given by the relevant actors involved in designing, implementing and evaluating the policy process. These interpretations contribute to final policy outcomes. Productivity policies are thus transformed and reshaped in order to meet the local rationalities of policy problems (cf. Lindblom and Cohen, 1979).

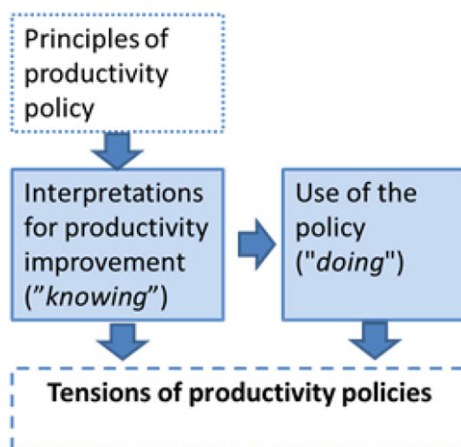
The reshaping process is associated with the interpretive schemes of public policymaking. Schemes create meaning for policy actors by providing the behavioural schemata necessary to understand the world of 'productivity' in public administration. They are a set of explicit and implicit assumptions providing explanations for the reason things happen as they do and what should be done to influence the course of events in different policy arenas (Bartunek, 1984, pp.355–56). Schemes are conditioned by the past. Current productivity policies of the Finnish public sector are influenced by previous ones: the rhetoric of 'urgent necessities' is powerful due to the austerity policies of the 1990s. Moreover, Finnish productivity policies are influenced by the policies of other relevant 'peer' countries. In the current European setting, it is not difficult to justify productivity policies in the Finnish government using the risk scenarios of public debt or financial unsustainability of other governments in Europe. Such peer pressure is what makes policymakers tick (Pollitt, 2003, pp.127–49).

Finally, productivity policies are projects that involve specific organisational and managerial structures, cultures, budgets and timetables. For one policymaker or public agency, productivity programs are a means to an end, whereas for another they may constitute an end in themselves. Consider the Finnish Ministry of Finance using local government productivity as a solution to the problem of long-term financial sustainability, and a city manager searching for solutions to the design of a performance measurement system for her organisation. This dynamic significantly contributes to the final modes of productivity policies in the public sector. Furthermore, it also explains why productivity policy outcomes may be far from what was initially anticipated (cf. Power, 1997; and Miller, 2008).

This paper explores complexities in using two kinds of instruments for productivity policy purposes in the Finnish public sector (Figure 1). We use our theoretical setting and empirical cases to understand the conditions in which public sector productivity policies may succeed or fail, not necessarily only because of policy principles as such, but also because of how they are locally interpreted and how such interpretations are manifested in the uses of productivity policies. We are especially interested in scrutinising the tensions between what is known in principle and what is done in policy practice.

Figure 1

Interaction between Knowing and Doing in Productivity Policy



IS BIG BEAUTIFUL IN PRODUCTIVITY POLICY? REFORMING STRUCTURES IN LOCAL GOVERNMENT

Changing the Local Government Structure in Finland: An Overview

The Finnish local government structure is under rapid change. In 1966, there were 545 municipalities in Finland, and in 2013 this figure reduced to 320. The 50-year development has included two waves of mergers, the first, 1967–1977 (63 mergers), and the second, 2005–2013 (78 mergers), when most attempts to reorganise local government policy were associated with the PARAS (Political reform to reorganise the local government structure and public services) reform³ (cf. Table 1). With the government appointed in 2011, we expect to see a new emphasis on municipal mergers in Finland (Government Programme, 2011). A recently introduced proposal for the new local government structure indicates that the total number of municipalities would dramatically reduce to 66–70 (Ministry of Finance, 2012, p. 191).

The policy debate has emphasised municipal amalgamations as the most effective solution to the productivity problem. According to this policy assumption, there are potential improvements and substantial scale economies to be achieved by increasing the size of municipalities. This has constituted an explicit starting point for the two local government reforms after 2006. Accordingly, there should be fewer municipalities and further collaboration between local government units and organisations. Thus, this heated political debate concerns the ‘optimal number’ of municipalities in Finland.

Table 1

Municipal Amalgamations during the Finnish Local Government
Reforms (2005–2013)

<i>Year</i>	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Number of municipalities (at the beginning of the year)	432	431	416	415	348	342	336	336	320
Number of mergers (effective as of the beginning of the year)	10	1	14	1	32	4	6	0	10

The Dilemma of Getting Big: The Policy Discussion on Scale Economies in Local Government

Arguments for and against amalgamations

The optimal size of municipalities has been extensively studied. One general observation of the research tradition is that there is no evidence of a direct link between the size and performance of local government organisations (Boyne, 1992, p.355). This particularly applies when ‘size’ is measured as the population of a municipality. On the contrary, it can be argued that a municipality may be too small, but also too large to be efficient. Capello and Camagni (2000) discuss, not the ‘optimal’, but the ‘efficient’ size of municipalities for two reasons.

First, it is difficult to apply a universal production function to municipal organisations because the service characteristics or the properties of production functions may differ significantly. Therefore, in the Finnish context there would be several ‘optimal’ sizes for municipalities with respect to the public service in question. It makes sense to exploit increasing the economies of scale in local infrastructure services; however, a smaller, more flexible structure may be more efficient in some social services. In capital-intensive services, a larger size may be useful in decreasing average unit costs (in Finland this refers, for instance, to the energy companies of municipalities). In labour-intensive organisations a bigger size entails additional costs of coordination and control as well as other transaction costs. Therefore, the size should be ‘fit for purpose’.

Second, municipalities are not only service providers; they also constitute a geographical space and location for people, companies and other organisations. This is another dimension of optimal size. The externalities that municipalities create for society are too complicated to be included in a uniform model of optimal size. With the assumption of a universal optimal size for Finnish municipalities, we would need to assume that external effects are uniform.

Given wide circumstantial variation, such as physical locations and distances, of Finnish municipalities, it is unrealistic to make such an assumption.

Impacts of structural changes on local government service provision

According to many studies, there is some evidence of a u-form in local government costs (Holzer et al., 2009; and cf. Andrews and Boyne, 2009). Service provision costs are the highest among the largest and smallest municipalities. Based on a Finnish study, this seems to apply to basic education, secondary education and day care, and to some extent, to primary healthcare (Vakkuri et al., 2010). The disadvantages of becoming larger are associated with some classic inefficiency problems of inertia, controllability and problems in client responsiveness. Furthermore, the theoretical discussion refers to an accumulation of social problems in large cities, which again, may increase costs. Thus, the policy conclusion would be that increasing the size of municipalities would improve efficiency to a certain extent, after which, potential gains in efficiency may be difficult to achieve.

As discussed, the Finnish local government reform assumes size to be defined as the number of inhabitants. This may be a reasonable and standardised way of cross-comparisons of municipalities, but in terms of productivity improvements it is a limited approach. Let us consider two arguments.

First, Finland is a fairly large country in geographical size, but small in population. The population density is very low compared to many other countries. In Finland, municipal mergers may not only increase the number of people in a certain municipality, but also expand the geographical space of municipalities. For some rural areas in northern Finland, physical access to municipal services may be significantly impaired by municipal mergers. Thus, with the policy of 'big is beautiful' it makes sense to concentrate on the tension between municipal mergers and the physical infrastructure of local government service provision. As Boyne (1992, p.352) concludes using the theories of economies of scale and scope, the benefits of amalgamations may be outweighed by the disincentives of municipalities for fiscal migration and for addressing the local preferences of citizens. Therefore, there may, in fact, be rationales for more geographically fragmented and de-concentrated systems of local government.

Second, what are the sources of productivity improvements in municipal mergers? They are not related to increasing the population of municipalities *per se*. Instead, they pertain to how the cost structure of service provision may be impacted. The service costs of municipalities mostly emanate from organisational structures and the network of service organisations. Municipal amalgamations do not have a specific impact on local government performance unless these cost structures are influenced. The city of Helsinki (the largest municipality in Finland) may have a diversified, fragmented service provision system in some areas, whereas a small municipality may have large units of service provision.

Joint provision and political problems of municipal amalgamations

Not all municipalities are necessarily too small. Therefore, the current reform struggles with the problem of how to justify municipal mergers in some areas as opposed to how to encourage further collaboration between municipalities in other areas. So far, there have been no forced mergers by the Finnish government (Laamanen, 2007). However, it is no surprise that the further collaboration or 'joint provision model' has been popular in local government (Act 169/2007). Local identities have been used as one reason for joint provision without a municipal merger.

The Finnish local government reform includes two major methods for expanding size: municipal mergers and the arrangements for joint provision of municipal services. While amalgamations are based on merging two (or more) municipalities, including service provision, politico-administrative systems and geographical space, the arrangements for joint service provision aim to increase collaboration (most often in social and healthcare, and education) without merging politico-administrative systems and geographical spaces.

Policy instruments have different implications for local economic development in different Finnish regions. Municipal amalgamations expand the size of a municipal organisation as well as the system of local economic development. Municipalities employing the joint provision model keep the system of local economic development unchanged. This has an impact on the development policies of municipalities. The potential advantages of scale economies cover different aspects. In municipalities with the joint provision model, the advantages can be seen only in organising and producing services, whereas municipalities that go through amalgamations may also enjoy advantages, for instance, in housing policy, local economic development, and town planning. Table 2 concludes our discussion on municipal amalgamations.

REFORMING ACCESSIBILITY OF HEALTHCARE SERVICES IN THE FINNISH
PUBLIC SECTOR

Walk-in Clinics in Local Government: An Overview⁴

Problems with long waiting times and higher demand for public healthcare services have prodded many countries to improve access to services by creating low-threshold entry points. Low threshold refers to better access to services. To improve access, service agencies are centrally located and offer extensive opening hours. One solution is the so-called walk-in clinics ('WIC', also known as *walk-in centre, retail clinic, convenient care clinic, in-store clinic*).

WICs, mostly organised by nurse practitioners, are located in shopping centres or other places with a large number of customers. These clinics provide advice and simple treatments for minor illnesses, help people to manage problems themselves and direct people to the most appropriate healthcare provider for their needs (Salisbury, 2003). The principal aim of WICs is to improve access to primary healthcare and to reduce pressure on general practices. Several

Table 2
Economies of Scale in Finnish Local Government: Perspectives of Knowing and Doing

'PRINCIPLES' of Productivity Policy	'KNOWING' Interpretations for Productivity Improvement	'DOING' Use of the Policy	'TENSIONS' of Productivity Policy
Municipal amalgamations	Larger population and geographical size of the municipality	Number of municipalities has decreased from 432 to 320 (2005–2013)	No evident relationship between size and performance. The important questions are what is meant by size and how it fits the purpose (for example, tensions between geographical distance and service accessibility). The Finnish discussion on local government reform is primarily associated with the optimal size of the population within a municipality and the efficient number of municipalities.
Structural changes	Positive impacts on organisational processes and costs of service provision	Contrasting evidence of u-form in local government costs (especially in education and day care)	The size has to be larger, but according to the u-form, the size of a unit cannot be expanded too much. Otherwise, potential benefits are highly uncertain and may cause problems in service responsiveness.
Joint provision	Collaboration and co-production of services without mergers	Municipal self-government is considered important for local identities; joint provision has been a popular instrument against municipal amalgamations	Joint production may enhance quality and effectiveness of public services, for instance, access to services, citizen participation and local democracy. However, possible advantages mainly concern the service production, whereas impacts on local economic development are uncertain.

countries have WICs, including the USA, the UK, Canada, Australia and South Africa. Convenience and receiving care without an appointment also explain their popularity (Tu and Cohen, 2008).

In the Finnish context, clinics are part of the public healthcare system and are assumed to make services more effective and responsive to citizens' needs. This approach is used to promote the client responsiveness of public services.

Productivity Policies and Walk-in Clinics

Public service provision includes tension between scarce economic resources and service responsiveness to citizens. In Finland, this has raised discussions on where, how and when healthcare services should be provided (Ministry of Social Affairs and Health, 2010, p. 31).

The development of low-threshold services is not new in Finland. One historical example from the 1920s is district nurses who visited patients in their homes to provide advice and care. A more recent example is 'the health bus' where services are taken into rural areas to ease access to public health services. These models are being reinvented in the shape of WICs.

A recent policy study indicates three potential ways of using WICs in productivity improvement (Kork et al., 2011 and 2012). The first argument stems from quick and convenient use of services. In principle, clinics should reduce some of the service demand and improve accessibility as well as client satisfaction. Furthermore, the 'lean' organisation of nurses is assumed to account for the cost control of healthcare services. Thus, it should contribute to the efficiency of the whole system. Second, the reorganisation of patient flows could improve productivity. This is based on the assumption of core competence, the idea that the existing system of healthcare organisations would be able to concentrate on more effective services. Third, as WICs focus on preventive action it is possible to identify diseases at an early stage, and hence, reduce healthcare costs in the long term. This argument emphasises the early identifications of illnesses, that is, WICs may not only help service providers to control long-term healthcare costs, but also, to improve patients' quality of life.

However, there are many contradictory elements. Clinics have also been a subject of policy debate and controversy (Rudavsky and Mehrotra, 2010; and Keckley et al., 2009). If the clinic is based purely on easing access to care, it can cause perverse incentives for healthcare service providers, the subject of the following sub-sections.

Demand management

The experience of Finnish WICs is relatively positive, and there are indications of service improvements. Furthermore, based on our interview data there appears to be strong politico-administrative support for them. The subjective experience and high satisfaction index of users was the most evident measure of outcomes and effectiveness (Kork et al., 2011 and 2012). There was demand for this kind of service. On the other hand, WICs may have increased the total demand for

Table 3
Walk-in Clinics in the Productivity Policies of Finnish Local Government

'PRINCIPLES' of Productivity Policy	'KNOWING' Interpretations for Productivity Improvement	'DOING' Use of the Policy	'TENSIONS' of Productivity Policy
Demand management	Quick and easy access to healthcare services	Number of visits and user satisfaction were high. Easy access created a new group of frequent users	<i>The popularity of the service may cause problems such as increased demand and frequent attendance. Inadequate information about demand structure and patient flows makes it difficult to manage demand. The benefits of easier access should be balanced with marginal costs due to additional service demand. Otherwise, customer satisfaction will be affected.</i>
Core competence	Focus on preventive care and the treatment of minor illnesses	Part of routine treatments was directed from health centres to walk-in clinics	<i>The reorganisation of routine treatments should enable other parts of the system to focus on more effective treatments. However, the effect of reducing pressure from other services remains unclear. The potential benefits are realised only if there is systematic resource reallocation and the integration of clinics into the entire primary care system.</i>
Early intervention	Investing in prevention and health promotion	Patients were elderly people with chronic diseases and frequent users of health services	<i>The purpose was to identify diseases in the early stages. Yet, WICs offered better access for existing users with chronic diseases. The possible health benefit of WICs has not yet been identified. The focus is on the control of short-term costs instead of long-term impacts. Preventive work should also be the focus of other services; otherwise, WICs will become obsolete.</i>

services. Evidence shows (Kork and Vakkuri, 2013) that easy access created new groups of frequent attenders: two percent of patients contributed to sixteen percent of overall visits and many of them had frequent use of other health services. In providing an additional service, clinics may increase the use of economic resources (per output) and thus reduce the overall efficiency of the system.

Core competence

Although WICs are supposed to supplement other primary healthcare services, as opposed to replacing them, some of the demand in general practices was redirected to WICs (Kork et al., 2011 and 2012). In the long run, such a development could lead to a situation where general practices may focus on more competence-based treatments instead of routine measurements. This depends on whether and how the strategic objectives of the clinic are achieved. It requires identification and the development of core competences more precisely, and subsequently, the reallocation of resources. This is not easy, as almost every professional group considers itself part of the 'core competence'.

Early intervention

If increasing service demand is something that a municipality seeks (e.g., to reach the groups at risk), it may be considered a benefit. The identification of diseases at an early stage may reduce healthcare costs in the long term (Ministry of Social Affairs and Health, 2010, p.32). From the perspective of effectiveness, it would be significant for WICs to reach patients with no easy access to services. However, WICs have so far failed to reach their target groups. The majority of users have been elderly people with chronic diseases (Kork and Vakkuri, 2013), which is antithetical to the initial rationale for the early identification of illnesses. Furthermore, although preventive care is an essential part of the clinics' work, existing performance indicators measure short-term costs or outputs, such as the number of admissions or costs per visits, instead of focusing on long-term economic impacts or patients' quality of life.

The focus on the number of visits and satisfaction indices ('the popularity argument') may encourage decision makers to forget the simple question of what constitutes demand. The strategy to promote easier access runs the risk of providing services on the basis of demand rather than according to need (Salisbury, 2003). WICs do not provide better access for marginal groups, but primarily for existing users with chronic illnesses. The challenge is to find the balance between client responsiveness and economic resources. If service demand increases, it may account for problems in short-term cost control and long-term productivity improvement. It is important to consider whether WICs create new demand that was not previously observed at all, or whether the demand was being neglected because of problems with access to healthcare.

Table 3 concludes the discussion regarding the use of WICs in productivity policy.

CONCLUSIONS AND DISCUSSION

The paper has examined productivity policies in the Finnish public sector as complexities between what is 'known' in policy principles and what is 'done' in everyday policy practice. We argue that understanding such tensions provides a useful research approach for public policy and management.

We discussed two cases of productivity policies in the Finnish local government system. Local government reforms rest on the assumption of scale economies and the benefit of municipal amalgamations: the larger the municipalities, the more efficient and high quality the service provision. This, in effect, is the essence of the policy discourse. It is important to understand the underpinnings of the doctrine in terms of exactly what we mean by size, how to influence the costs of service provision and how to address the effects of structural changes in municipalities on local economic development. With no systematic and unambiguous evidence of actual cost savings, such an analysis is inherently about the tensions of productivity policies. The actual size of municipalities is indeed always a political and institutional compromise.

The complexities also apply to the idea of low-threshold systems in the public service. We have investigated the development of walk-in clinics as a mechanism for creating easy access to healthcare services as well as a device for the early identification of healthcare problems. The basic idea is simple and persuasive: who could resist 'easier' access to healthcare services? However, the important tension lies between the client responsiveness and cost control of services. The use of performance indicators has a significant role in defining the popularity, productivity and effectiveness of the concept. The final impacts on service provision are dependent on customer choices. Given budget constraints and pressures on cost efficiency, it may be tempting for municipalities to make access 'more difficult', making it paradoxical for customers.

Our study demonstrates three important implications for research on public sector productivity policies. First, it is necessary to generate a new understanding of the roles and tensions between different levels of government in designing and implementing productivity policies. The Finnish context is an example of a strong emphasis on local government. Consequently, the relationship between central and local government is an important factor determining the steering mechanisms, productivity and performance measurement systems and final impacts of public services. The question, therefore, is how to organise local government productivity-based steering without losing the strengths of decentralisation, local identities, and the flexibility of public service systems.

Second, concepts significantly define productivity policies. We have discussed the use of productivity as a magic concept in the public sector. However, the manner in which conceptualisations influence different stages of productivity policy cycles should be explored further. Our approach suggests that it is

important to study concepts as the principles of productivity policies, as interpretations for knowing about the applicability of productivity instruments, and as methods for actually doing productivity policy. Complexities in such productivity policy dynamics should be investigated more comprehensively.

Finally, as is usually the case with institutional analyses, there are several context-specific features that help understand productivity policies. In the Finnish context, the previous history of austerity policies has contributed to the ways in which current productivity policies are conceptualised and implemented. Tensions between what is 'known' to be part of an intelligent productivity policy and what is actually 'done' to enable such a policy are contingent upon local institutional conditions. Doing more with less may include a vast repertoire of abstract law-like principles, but – as the paper demonstrates – it requires much more to understand how these principles apply to policy action.

NOTES

- 1 There are also other institutions involved in the direct or indirect steering of local government. The most important is the Association of Finnish Local and Regional Authorities, which serves as a representative and an interest group in attempts to influence the role, activities and finances of local government.
- 2 'Productivity' is not the only terminological candidate for this purpose. 'Efficiency' would be another. Theoretically, it is based on the means-ends framework and the assumption of scarce resources. Public organisations are required to provide optimal means to achieve unlimited ends. The third alternative is what is habitually called 'performance'. This defines global rationality as a chain of effects between resources, activities, outputs and outcomes. In the Finnish discussion, the concept of performance is divided into pieces according to three Es' principle with the emphasis on economy, efficiency and effectiveness (Vakkuri and Meklin, 2006).
- 3 PARAS reform is an acronym for the political reform to reorganise the local government structure and public services. It was based on Act 169/2007. In the Finnish language, 'paras' means 'the best'. Who could resist the best of possible worlds?
- 4 The Finnish walk-in clinic (in Finnish, 'terveyskioski') is, in practice, different from the notion of 'walk-in centre' in the UK or 'retail clinic' in the USA. The general idea may be similar, but the context and uses of the idea in the Finnish healthcare system are different.

REFERENCES

- Abrahamson, E. and D.H. Freedman (2006), *A Perfect Mess. The Hidden Benefits of Disorder* (Wiedenfield and Nicolson, London).
- Act on Restructuring Local Government and Services 169/2007.
- Act on the Amendment of Local Government Regulation 1375/2007.
- Andrews, R. and G.A. Boyne (2009), 'Size, Structure and Administrative Overheads: An Empirical Analysis of English Local Authorities', *Urban Studies*, Vol. 46, No. 4, pp. 739–59.
- Bartunek, J.M. (1984), 'Changing Interpretive Schemes and Organizational Restructuring: The Case of a Religious Order', *Administrative Science Quarterly*, Vol. 29, No. 3, pp. 355–72.
- Basic Public Services Programme (2009), *Peruspalveluohjelma 2010–2013* (Ministry of Finance, Helsinki).
- Boltanski, L. and L. Thévenot (2006), *On Justification. Economies of Worth* (Princeton University Press, Princeton and Oxford).
- Boyne, G.A. (1992), 'Local Government Structure and Performance: Lessons from America?', *Public Administration*, Vol. 70 (Autumn), pp. 333–57.

- Bozeman, B. (2010), 'Hard Lessons from Hard Times: Reconsidering and Reorienting the "Managing Decline" Literature', *Public Administration Review*, Vol. 70, No. 4, pp. 557–63.
- Capello, R. and R. Camagni (2000), 'Beyond Optimal City Size: An Evaluation of Alternative Urban Growth Patterns', *Urban Studies*, Vol. 37, No. 9, pp. 1479–96.
- Cook, S.D.N. and J.S. Brown (1999), 'Bridging Epistemologies: The Generative Dance between Organizational Knowledge and Organizational Knowing', *Organization Science*, Vol. 10, No. 4, pp. 381–400.
- Dunsire, A. and C. Hood (1989), *Cutback Management in Public Bureaucracies. Popular Theories and Observed Outcomes in Whitehall* (Cambridge University Press, Cambridge).
- Government Programme (2011), *Programme of Prime Minister Jyrki Katainen's Government* (Prime Minister Office, Helsinki).
- Holzer, M., J. Fry, E. Charbonneau, G. vanRyzin, T. Wang and E. Burnash (2009), *Literature Review and Analysis Related to Optimal Municipal Size and Efficiency* (Rutgers University School of Public Affairs and Administration, Newark).
- Hood, C. and R. Dixon (2013), 'A Model of Cost-Cutting in Government? The Great Management Revolution in the UK Central Government Reconsidered', *Public Administration*, Vol. 91, No. 1, pp. 114–34.
- Johnsen, Å., P. Meklin, L. Oulasvirta and J. Vakkuri (2001), 'Performance Auditing in Local Government. An Exploratory Study of Perceived Efficiency of Municipal Value for Money Auditing in Finland and Norway', *The European Accounting Review*, Vol. 10, No. 3, pp. 583–99.
- Keckley, P.H., H.R. Underwood and M. Gandhi (2009), *Retail Clinics: Update and Implications* (Deloitte Center for Health Solutions, Washington).
- Kiander, J. (2002), *1990s Economic Crisis. The Research Programme on the Economic Crisis of the 1990s in Finland*, VATT Publications 27:7 (Government Institute for Economic Research, Helsinki).
- Kork, A. and J. Vakkuri (2013), *Matalan kynnyksen palvelumalli perusturvan palvelualueella. Ylöjärven terveyskioskin jatkotutkimus* (Sitra, Ylöjärvi), [Low threshold in social and health services. The follow-up study of the walk-in clinic in the city of Ylöjärvi].
- , R. Kivimäki, A. Rimpelä and J. Vakkuri (2011), *Julkinen terveysterveyspalvelu kaupakeskuksessa: Ylöjärven terveyskioskin loppuarviointi* (Sitra, Helsinki), [Public healthcare service in shopping centre: the final evaluation report of the walk in clinic experiment in the city of Ylöjärvi].
- (2012), *Matalan kynnyksen sairaanhoitajavastaanotto: perusterveydenhuollon palvelua kaupakeskuksessa. Lahden terveyskioskin loppuarviointi* (Sitra, Helsinki), [Nurse-led low threshold services: primary care in the shopping centre. The final evaluation report of the walk-in clinic experiment in the city of Lahti].
- Laamanen E. (2007), *Vapaaehtoiset pakkoliitokset? Diskurssianalyttinen tutkimus kuntarakennetta koskevasta julkisesta keskustelusta* (Acta Electronica Universitatis Tampereensis 632, Tampere), [Voluntary forced mergers? A discourse analysis of the public discussion on local government structures]
- Lindblom, C.E. (1959), 'The Science of Muddling Through', *Public Administration Review* Vol. 19, No. 2 (Spring), pp. 79–88.
- and D.K. Cohen. (1979), *Usable Knowledge. Social Science and Social Problem Solving* (Yale University Press, New Haven).
- Meklin, P. and M. Pekola-Sjöblom (eds.) (2013), *The Reform to Restructure Municipalities and Services in Finland: A Research Perspective*, Evaluation Research Program ARTTU Studies No. 23 (Local and Regional Authorities, Helsinki).
- Miller, P. (2008), 'Calculating Economic Life', *Journal of Cultural Economy*, Vol. 1, No. 1, pp. 51–64.
- Ministry of Finance (2009), *20 suurimman kunnan ja valtion tuottavuusohjelmatyö* (Valtiovarainministeriö, Helsinki), [Productivity program for 20 largest municipalities].
- (2011a), *Kuntia, kuntayhtymiä ja muita palvelujen järjestäjiä koskevat valtakunnalliset tuottavuustavoitteet* (http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/20110517Kuntia/Kuntia%2c_kuntayhtymia_e_tuottavuustavoitteet.pdf), [National objectives for the productivity of municipalities, joint authorities and other service providers].
- (2011b), *Toimintaympäristö muuttuu - Keinoja kuntien ja kuntayhtymien tuottavuuden parantamiseksi* (http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/20110606Toimin/tuottavuusopas_low.pdf), [Instruments to improve local government productivity in a changing environment].
- (2012), *Elinvoimainen kunta- ja palvelurakenne. Kunnallishallinnon rakennetyöryhmän selvitys, Osa I* (Helsinki), [Working group on local government structures].

- Ministry of Social Affairs and Health (2010), *Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen*, Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän väliraportti (Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki), [Legislation on reforming social and health care service provision, development and control].
- Moynihan, D.P. (2002), 'Ambiguity in Policy Lessons: The Agencification Experience', *Public Administration*, Vol. 84, No. 4, pp. 1029–50.
- Noordegraaf, M. and T. Abma (2003), 'Management by Measurement? Public Management Practices amidst Ambiguity', *Public Administration*, Vol. 81, No. 4, pp. 853–71.
- Orlikowski, W.J. (2000), 'Using Technology and Constituting Structures: A Practice Lens for Studying Technology in Organizations', *Organization Science*, Vol. 11, No. 4, pp. 404–28.
- Pakarinen, T. (2009), 'Henkilöstöjohtaminen ja tuottavuus kunnallisissa palveluissa', *Talous & Yhteiskunta*, Vol. 4, pp. 38–44, [Productivity and the management of human resources in local government].
- Pandey, S.K. (2010), 'Cutback Management and the Paradox of Publicness', *Public Administration Review*, Vol. 70, No. 4, pp. 564–71.
- Pfeffer, J. and R.I. Sutton (2000), *The Knowing-Doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action* (Harvard Business School Press, Boston).
- Pollitt, C. (2003), *The Essential Public Manager* (Open University Press, New York).
- and P. Hupe. (2011), 'Talking about Government. The Role of Magic Concepts', *Public Management Review*, Vol. 13, No. 1, pp. 641–58.
- Power, M. (1997), *The Audit Society* (Oxford University Press, Oxford).
- Quade, E.S. (1989), *Analysis for Public Decisions* (Elsevier, New York).
- Rudavsky, R. and A. Mehrotra (2010), 'Sociodemographic Characteristics of Communities Served by Retail Clinics', *The Journal of the American Board of Family Medicine*, Vol. 23, No 1, pp. 42–48.
- Salisbury, C. (2003), 'Do NHS Walk-in Centres in England Provide a Model of Integrated Care?', *International Journal of Integrated Care*, Vol. 21, No. 3.
- Statistics Finland (2010), Kuntien ja kuntayhtymien tuottavuustilasto 2008 (http://www.stat.fi/til/kktu/2008/kktu_2008-07-15_tie_001_fi.html), [Local government productivity statistics].
- Tu, H.T. and G.R. Cohen (2008), 'Checking Up on Retail-Based Health Clinics: Is the Boom Ending?', *The Commonwealth Fund*, Vol. 48, pp. 1–11.
- Vakkuri, J. (2010), 'Struggling with Ambiguity – Public Managers as Users of NPM-Oriented Management Instruments', *Public Administration*, Vol. 88, No. 4, pp. 999–1024.
- and P. Meklin. (2006), 'Ambiguity in Performance Measurement – A Theoretical Approach to Organisational Uses of Performance Measurement', *Financial Accountability & Management*, Vol. 22, No. 3, pp. 235–50.
- , O. Kallio, J. Tammi, P. Meklin and H. Helin (2010), *Matkalla kohti suuruuden ekonomiaa? Kunta- ja paikallistalouden lähtökohdat Paras-hankkeessa* (Suomen Kuntaliitto, Helsinki), [On the way to increasing economies of scale? The starting point for local government reform (PARAS) in Finland].