



# KOTIHOIDON ULKOISTUKSEN VAIKUTUKSET JA VAIKUTTAVUUS – TAPAUSTUTKIMUS LAHTI

Lea Hennala ja Tuomo Uotila



# LAHTI

Kirjoittajat:

Lea Hennala ja Tuomo Uotila

Graafinen suunnittelu, taitto ja kuvitus:

Vinkeä Design Oy, Petri Hurme

Lappeenrannan teknillinen yliopisto

LUT Lahti

LUT Scientific and Expertise Publications

Tutkimusraportit – Research Reports 73

Kotihoidon ulkoistuksen vaikutukset  
ja vaikuttavuus – tapaustutkimus Lahti

Työsuojelurahaston hanke nro 115168

ISSN-L 2243-3376

ISSN 2243-3376

ISBN (painettu julkaisu): 978-952-335-174-5

ISBN (sähköinen julkaisu): 978-952-335-175-2

Paino: Lahden Työn Paikka Oy

Lahti 2017

# SISÄLLYS

<b>Alkusanat ja kiitokset</b>	<b>4</b>
<b>1 Johdanto</b>	<b>7</b>
1.1 Ulkoistamisilmiön tausta	7
1.2 Hankkeen tavoite ja tutkimustehtävät	8
1.3 Keskeiset käsitteet	9
1.4 Ulkoistus palvelujen järjestämistapana	10
1.5 Kotihoito ulkoistamisen kohteena	14
1.6 Markkinavuoropuhelu osana ulkoistamisprosessia	15
<b>2 Tutkimuksen toteutus</b>	<b>20</b>
2.1 Tutkimusympäristö: Launeen kotihoidon ulkoistus	20
2.2. Tutkimusasetelma ja metodologia	21
2.3 Tutkimuskysymykset ja -aineistot	23
<b>3 Ulkoistuksen vaikutukset henkilöstön ja asiakkaan näkökulmiin</b>	<b>27</b>
3.1 Henkilöstö ulkoistuksen pyörteissä	27
3.2 Ulkoistus asiakkaan ja omaisen kokemana	35
3.2.1 Ennen ulkoistusta ja ulkoistuksen siirtymä- ja ensi askel -vaihe	35
3.2.2 Ulkoistuksen jälkeen -vaihe	43
<b>4 Ulkoistuksen vaikuttavuus mitattuna palvelun laadulla ja tuottavuudella sekä johtamisen näkökulma</b>	<b>46</b>
4.1 Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden kohoamisen tavoite	47
4.2 Tuottavuuden kasvun tavoite	53
4.3 Ulkoistus johtamisen ja vertaiskehittämisen näkökulmista	60
<b>5 Tiivistelmät tuloksista</b>	<b>65</b>
<b>6 Johtopäätökset ja pohdinta</b>	<b>69</b>
<b>Liite: Tutkimusaineistot</b>	<b>72</b>
<b>Lähteet</b>	<b>76</b>

## ALKUSANAT JA KIITOKSET

### Miten hankkeen saa alkuun?

Tunnetun sanonnan mukaan sattuma suosii valmistautunutta mieltä. Sattumalla oli sormensa pelissä tämänkin tutkimusprosessin käynnistymisessä. Vuoden 2014 keväällä olimme erään julkisia hankintoja käsittelevän hankkeen ohjausryhmän kokouksessa Lahden tiedepuistossa. Siellä Lahden kaupungin silloinen Vanhusten palvelut ja kuntoutus -vastuualueen johtaja Ismo Rautiainen kertoi, että Lahden kaupunki on ulkoistamassa kotihoitopalvelunsa yhden kotihoitoalueen, Launeen, osalta. Muutamaa päivää myöhemmin pidimme LUT Lahden yksikössä tutkimuspalaveria, jossa mietimme uusia mahdollisia hankeideoita. Kun palaverissa nousi sote-sektori esille, muistimme Ismon kommentin Launeelle tulevasta muutoksesta. Soitimme hänelle saman tien ja sanoimme, että meitä kiinnostaisi tämä muutosprosessi tutkimusmielessä. Ismo suhtautui asiaan positiivisesti ja voilä; idea oli toteutusta vaille valmis. Rahoituksen hankkiminen ajatuksen toteuttamiseksi sitten olikin hiukan työläämpi tehtävä, mutta onnistui loppujen lopuksi Työsuojelurahaston myötävaikutuksella.

Ulkoistuksen vaikutusten arviointi kotihoidossa -tutkimushanke (USVAKO) käynnistyi 1.6.2015 ja päättyi 30.11.2017. Hankkeen tutkimuksellinen osuus pääsi alkamaan varsinaisesti vuoden 2015 elokuussa. Hankkeen toteuttajana oli Lappeenrannan teknillisen yliopiston Lahden yksikkö (LUT Lahti). Tutkimusryhmään kuuluivat professori Tuomo Uotila (vastuullinen johtaja, tutkija), erikoistutkija Lea Hennala (projektipäällikkö, tutkija) sekä puoli vuotta hankkeen alussa myös erikoistutkija Martti Mäkimattila (tutkija). Hanketta tukivat työllään myös projektikoordinaattori Hilikka Laakso ja osastosihteeri Raija Tonteri. Hankkeen rahoittajina olivat Työsuojelurahasto, Lahden kaupunki ja Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Tutkijat haluavat kiittää tutkimushankkeen rahoittajia tutkimustyön mahdollistamisesta.

Tutkimushankkeessa tehtiin tiivistä yhteistyötä Lahden kaupungin Vanhusten palvelut ja kuntoutus -yksikön kanssa ja toimintojen siirryttyä vuoden 2017 alussa Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymään yhteistyötä jatkettiin Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan kanssa. Erityiskiitokset palvelupäällikkö Marja Laamaselle, toimialajohtaja Ismo Rautiaiselle, asiakasohjauksen tulosaluejohtaja Corinne Soinille, sekä Medi-IT:n sovellusasiantuntija Matti Seppälälle. Kiitokset myös suunnittelija (RAI) Tiina Lehtiselle, johtava controller Anu Mäkelälle ja Pirjo Väistöle.

Hankkeen ohjausryhmän puheenjohtajana toimi Kuntaliiton tutkimus- ja kehitysjohtaja Kaija Majoinen kesäkuuhun 2017 ja hänen jäätyään eläkkeelle tutkimuspäällikkö Marianne Pekola-Sjöblom samasta organisaatiosta. Ohjausryhmän

muina jäseninä olivat toimialajohtaja Ismo Rautiainen ja asiakasohjauksen tulos-  
aluejohtaja Corinne Soini Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymästä, järjestöpäällikkö  
Terhi Jussila ja (hänen jäätyään pois) järjestöjohtaja Mailis Salmi Vanhustyön  
keskusliitosta sekä rahoittajan edustajana tutkimusasiantuntija Mikael Saarinen  
Työsuojelurahastosta. Kiitos kaikille yhteistyökumppanuudesta ja ohjauksesta.

Tutkimusryhmä kiittää lämpimästi tutkimukseen osallistuneita Launeen koti-  
hoitoalueelta vuonna 2015 siirtynyttä henkilöstöä, Launeen kotihoitoalueen  
asiakkaita ja asiakkaiden omaisiaan, ulkoistetun kotihoitoalueen yksityisiä pal-  
veluntuottajia Debora Oy:tä ja Mainio Vire Oy:tä (yritys siirtyi 6/2016 osaksi  
Mehiläinen konsernia).

Toivomme, että raportista on hyötyä sote-reformin ja maakuntaudistuksen  
suunnittelijoille, sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamista ja järjestämistä poh-  
tivilla toimijoille sekä muutoksia toimeenpaneville tahoille.

Lahdessa 2.11.2017

*USVAKO-hankkeen tutkijat*



# 1 JOHDANTO

## 1.1 Ulkoistamisilmiön tausta

Suomalaisessa yhteiskunnassa on meneillään ikäihmisten palveluiden rakenteellinen uudistaminen. Uudistamisen tavoitteena on palvelurakenteen muutos laitospainotteisesta avopainotteiseksi. Ensimmäisistä kotona tapahtuvan hoivan ja hoidon korostuminen valtakunnallisella politiikkatasolla sekä muun muassa kuntatalouden tasapaino-ongelmat, ammattitaitoisen henkilöstön vähyys ja ikärakenteen muutoksesta johtuva palvelutarpeen lisääntyminen ovat edelleen vahvistaneet paineita uudistaa julkista kotihoitoa. Uudistamisaineet ovat kohdistuneet muun muassa kotihoidon käytössä oleviin toimintatapoihin ja kotihoitoa tukevan teknologian hyödyntämiseen. Palvelujärjestelmätasolla on puolestaan harkittu ja kokeiltu erilaisia palvelujen järjestämisen ja tuotantotapojen ratkaisuja. (Hennala 2014.)

Yksi sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapa on palvelun ostaminen yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta. Alkujaan julkiset toimijat ovat ostaneet palveluja lähinnä olosuhteiden pakosta paikkaamaan omaa tuotantoaan (Rannisto ja Tienhaara 2016). Laajemmat ulkoistukset on nähty ratkaisuuina esimerkiksi terveyskeskuspalveluihin. Tutkimushankkeen alkaessa suurista kaupungeista kotihoidon palveluja oli laajemmassa mittakaavassa järjestetty ostopalveluina Tampereella, Kuopiossa, Hämeenlinnassa, Oulussa ja Jyväskylässä. Tämän tapaustutkimuksen kohteena ollut Lahden kotihoidon ulkoistus tehtiin vuoden 2015 toukokuussa ja sen ensimmäinen sopimuskausi oli kahden vuoden mittainen päättyen vuoden 2017 toukokuussa.

Mahdollinen valtakunnallinen sosiaali- ja terveyspalvelujen reformi (sote-uudistus) tulee toteutuessaan muuttamaan markkinoiden ja eri toimijoiden toimintalogiikoita. 1970-luvulla ja 1980-luvun alkupuolella nopeasti laajentunut kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä rakennettiin ajatukselle, että palvelujen tuottajat ovat pääsääntöisesti kunnallisia organisaatioita – näin myös vanhuspalveluissa. Ei edes 1990-luvun alun raju, mutta verrattain lyhyeksi jäänyt lama vaikuttanut palvelutuotannon rakenteisiin, vaikka esimerkiksi Kokon ja Lehdon (1993) mukaan Suomeen kantautui Englannista ja Ruotsista viestejä ”tilaaja-tuottajamalleihin” siirtymisestä myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomessa katsottiin, ettei ollut mahdollista riskeerata kunnan budjettikuria ryhtymällä palvelujen ulkoistuksiin. Samalla myös haluttiin turvata kunnan oma palvelutuotanto ja kuntatyöntekijöiden työllisyys. (Miettinen, Junnila ja Lehto 2012.) Erilaisten lainsäädäntö- ym. uudistusten myötä (esimerkiksi VALTAVA-uudistus 1980-luvulla sekä hankintalaki- ja kilpailulainsäädännön uudistukset 1990-luvulta lähtien) kunnilla on ollut kuitenkin kohtuullisen vapaat kädet järjestää ja tuottaa vanhuspalveluja haluamallaan tavalla.

Tätä raporttia kirjoitettaessa sote-uudistus on vielä valmisteluvaiheessa, joten varmaa tietoa sen sisällöstä ei voida sanoa. Vanhuspalvelujen, ja laajemminkin sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistyön haasteena on kehittämisestä käytävän keskustelun poliittinen latautuneisuus, jossa kehittämistä ohjaavat toisistaan poikkeavat ja jopa erisuuntaiset tavoitteet ja toiveet (Rannisto ja Tienhaara 2016). Näyttäisi kuitenkin siltä, että yksityinen palvelutoiminta tulee pysyvästi hyväksytyksi osaksi julkisten palvelujen järjestämistä (Rannisto ja Tienhaara 2016).

## 1.2 Hankkeen tavoite ja tutkimustehtävät

Tämän tutkimushankkeen tavoitteena on lisätä laajasti tietoa ja ymmärrystä kotihoidon ydinpalvelun ulkoistamisen vaikutuksista ja vaikuttavuudesta. Tutkimuksen ensimmäisenä tutkimustehtävänä on tunnistaa ja arvioida palvelujen järjestämistavassa tapahtuneen muutoksen positiivisia, neutraaleja ja negatiivisia vaikutuksia, joilla arvioidaan olevan kytkentä ulkoistamiseen. Vaikutuksia tarkastellaan henkilöstön, asiakkaan ja johtamisen näkökulmista. Tutkimuksen toisena tutkimustehtävänä on arvioida, miten palvelujen järjestämistavan muutokseen päätöksentekotilanteessa kohdistetut positiiviset odotukset todentuvat noin kahden vuoden seurantajaksolla (ulkoistamisen vaikuttavuus). Tavoitteet liittyvät palvelujen laatuun, kotihoidon vaikuttavuuteen, tuottavuuteen ja vertaiskehittämiseen. Ulkoistamisen vaikutusten ja vaikuttavuuden tutkiminen muodostavat systeemisen kokonaisuuden, jossa tulokset osin leikkaavat ja täydentävät toisiaan.

Tutkimus on perustaltaan tapaustutkimus (case study, esim. Yin 1999; 2009), jossa aineistojen hankinnassa hyödynnetään laadullisia (kvalitatiivisia) ja määrällisiä (kvantitatiivisia) tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty Lahden kaupungin kotihoidosta seurantatutkimuksena 8/2015–6/2017. Aineistojen kerääminen ja analyysi kohdentuvat seuraaviin ajanjaksoihin:

1. aika ennen ulkoistusta
2. ulkoistuksen siirtymävaihe
3. ulkoistuksen ensi askel -vaihe eli ulkoistuksen ensimmäinen puolivuotiskausi
4. aika ulkoistuksen jälkeen -vaihe eli ulkoistus ensimmäisen sopimuskauden lopussa (noin kaksi vuotta ulkoistuksesta).

Tutkimus on saanut asianomaisilta tahoilta luvat käyttää tässä raportissa tunnistetietoja: Lahden kaupunki, Launeen kotihoitoalue, Debora Oy ja Mainio Vire Oy.



### 1.3 Keskeiset käsitteet

*Ostopalveluissa* kunta ostaa palvelua kunnan ulkopuoliselta taholta, joka voi edustaa julkista, kolmatta tai yksityistä sektoria (Junnila ja Fredriksson 2012). *Ulkoistaminen* puolestaan (outsourcing/externalization) tarkoittaa sitä, että kunnan itsensä aikaisemmin tuottama palvelu siirretään joko kokonaan tai osittain kunnan oman organisaation ulkopuolella olevan tuotantoyksikön tuotettavaksi ja on siten ostopalvelua laajempi prosessi. Palvelun ulkoistus ei kuitenkaan poista kunnan lakisääteistä palvelujen järjestämis- ja viranomaisvastuuta eikä valvontavollisuutta esimerkiksi palvelujen saatavuudesta ja laadusta. Palvelujen *yksityistämisestä* voidaan puhua vain niiden palvelujen kohdalla, jotka kunta on ottanut vapaaehtoisesti hoidattavakseen. Yksityistäessään toimintojaan kunta luopuu paitsi tuotannosta, myös tuotannon järjestämis- ja rahoitusvastuusta. (Junnila ja Fredriksson 2012; Valkama ym. 2008.)

Palvelun siirto kunnalta ulkopuoliselle palveluntuottajalle tapahtuu yleensä *kilpailutuksen* kautta. Tieteellisessä kilpailuttamistutkimuksessa kilpailuttamiseen liitetään usein sopimisen (contracting) tai *sopimustoiminnan* käsite. Kilpailuttamisen päätyttyä kunta laatii sopimuksen kilpailun voittaneen tahon kanssa. Tämän jälkeen palvelujen tuotanto jatkuu sopimuksenvaraisesti, minkä vuoksi sopimusjohtamisella (ks. esim. Ihalainen 2007) on tärkeä rooli palvelutuotannon häiriöttömässä jatkumisessa. (Valkama ym. 2008.)

Nykyisin yhä merkittävämpi osuus Suomen julkisen sektorin käyttämistä tavaroista ja palveluista hankitaan yksityisiltä yrityksiltä kilpailuttamalla, ja tämä aiheuttaa erilaisia haasteita muun muassa johtamiselle ja sopimuksille organisaatioissa (Pekka 2014). Loppukäyttäjien ja yritysten vähäinen osallistaminen esimerkiksi markkinavuoropuhelun muodossa ja hankinnan näkeminen yksinkertaisena vaihdantaprosessina vaikeuttavat onnistuneiden sopimussuhteiden ja toimivien ratkaisujen syntyä (Länsimies 2014).

Kotihoidon ulkoistuksen *vaikutukset* esimerkiksi työntekijöiden työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin voivat olla lyhyellä aikavälillä myönteisten vaikutusten ohella neutraaleja tai negatiivisia (Goss 1979; Rogers 1983; Damanpour 1990). Osa ulkoistamisen vaikutuksista voi seurata suoraan järjestämistavan muutoksesta, osa voi olla systeemisiä. Systeemisillä vaikutuksilla tarkoitetaan toisistaan riippuvia, joskus hankalastikin ennakoitavia muutoksia, jotka voivat vaikuttaa toisiinsa myös epäsuorasti ja/tai aiheuttaa niin sanotun takaisinkytkennän muutoksen kohteena olevaan asiaan.

*Vaikuttavuudella* tarkoitetaan yleisesti sitä, miten hyvin organisaatio, tai kuten tässä, muutos palvelujen järjestämistavassa (ulkoistaminen) saavuttaa tavoitteensa (esim. Klassen, Russell ja Chrisman 1998). Tässä tutkimuksessa vaikuttavuutta arvioidaan suhteessa ulkoistamiselle asetettuihin tavoitteisiin, jotka liittyivät talouteen, palvelujen laatuun ja oman toiminnan kehittämiseen.

*Tuottavuutta* mitataan yleisesti tuotoksen ja panoksen suhteella tuotos per panos. Julkisessa palvelutuotannossa tuottavuuden käsite ja sen mittaaminen ovat monitulkintaisia. Tuottavuutta pohditaan tarkemmin luvussa 4.2.

#### 1.4 Ulkoistus palvelujen järjestämistapana

Kunnat näkevät palvelujen ulkoistamisen yhtenä keinona uudistaa kunnallisen palvelutuotannon perinteisiä toimintatapoja. Palvelujen ulkoistamisen tulisi olla strategisesti ohjattua. Esimerkiksi kaupungin/kunnan palvelustrategiassa voidaan määritellä sen järjestämisvastuulla olevien palvelujen järjestämistapa ja konkretisoida palvelujen kehittämistä koskevat linjaukset sekä osoittaa toiminnot, joiden tuotanto tapahtuu ulkopuolisin voimin. (THL 2012.)

Verrattuna tavarahankintoihin julkisen sektorin tuottamat sosiaali- ja terveystalvet sisältävät joitakin erityispiirteitä, joilla on merkitystä palvelujen ulkoistamisessa. Aikaisemmin tuotiin jo esille, että kunta ei voi lakisääteisissä palveluissa ”ulkoistaa” viranomaisvastuita. Palvelujen järjestämisvastuuseen perustuva vastuu palvelujen laadusta ja saatavuudesta säilyy ulkoistamisesta huolimatta kunnalla. (Junnila ja Fredriksson 2012.) Toinen erityispiirre liittyy palvelujen luonteeseen. Palveluja kuvataan usein kolmen luonteenpiirteen avulla (Brax 2007; Grönroos 2000):

1. Palvelujen aineettomuudesta seuraava palvelujen katoavaisuus (eli niitä ei voida varastoida)
2. Palvelujen syntyminen usein samanaikaisesti niiden kuluttamisen kanssa
3. Palvelujen heterogeenisyys, josta seuraa, ettei palvelujen tuotantoa voida standardoida yhtä pitkälti kuin teollista tavarantvalmistusta.

Erityisesti palvelujen standardisoinnin vaikeus tulee haasteena esille palvelujen kilpailutuksessa ja palvelujen ostosopimuksissa. Palvelun laadun arviointia vaikeuttaa puolestaan palvelun syntyminen usein samanaikaisesti sen kuluttamisen kanssa. Ulkoistettaessa sosiaali- ja terveystalvet neljänneksi erityispiirteeksi nousee se, että palvelujen ostaja, tuottaja ja käyttäjä ovat toisistaan erillisiä. Palvelujen loppukäyttäjillä, kuntalaisilla, on tällä hetkellä vielä suhteellisen heikot mahdollisuudet vaikuttaa palvelun tuottajan valintaan. Samanaikaisesti viimeaikaisessa lainsäädännössä kuntalaisen asemaa ja vaikutusmahdollisuuksia

on parannettu esimerkiksi ikälaeissa. (Junnila ja Fredriksson 2012; THL 2012.) (Ks. lisää kuntalaisen osallistumisen mahdollisuuksista ja haasteista Hennala 2011; Hennala ym. 2012.)

Ulkoistamista koskevan kirjallisuuden mukaan kunnat ilmaisevat eri yhteyksissä palvelujen ulkoistuksiin liittyviä tavoitteita hyvin samankaltaisina, vaikka tärkeysjärjestys voi vaihdella kunnittain sekä myös poliittisten päättäjien ja virkamiesten kesken. Junnila ja Fredriksson (2012; ks. myös Linna ja Pihkala 2008) kiteyttävät kuntien ulkoistamiselle asetetut tavoitteet viideksi kokonaisuudeksi:

- kustannusten hillintä
- palvelujen turvaaminen
- elinkeinopoliittiset tavoitteet
- palvelujen tuotantotapojen uudistaminen
- palvelujen monipuolistaminen ja monituottajuus.

Palvelujen kustannusten alentaminen on yleinen ulkoistusten peruste (Junnila ja Fredriksson 2012). Palvelujen kilpailutuksella ajatellaan olevan hintoja alentava vaikutus, koska tuottajat joutuvat tehostamaan toimintaansa pärjätäkseen kilpailussa (ks. kilpailutuksen hintoja alentavasta mekanismista lisää esim. Valkama ym. 2008), mikä edellyttää toimivia markkinoita. Baileyn (1995) mukaan yksityisen sektorin palvelutuottajien kilpailukiinnostukseen vaikuttavat käsitykset siitä, millaiset ovat taloudellisen voiton mahdollisuudet ja miten tehottomaksi yksityiset palvelutuottajat arvioivat kunnallisen palvelutuotannon.

Tutkittua ja yksiselitteistä näyttöä kilpailutuksen kustannushyödyistä palvelujen järjestäjälle on niukasti. Ulkoistettavien palvelujen kilpailutuksista ja sopimusten valvonnasta aiheutuvat lisäkustannukset, transaktiokustannukset, vähentävät kilpailutuksesta saavutettavia kustannushyötyjä (Junnila ja Fredriksson 2012; Linna ja Pihkala 2008). Högberg ym. (2008) ovat tutkimuksissaan saaneet transaktiokustannusten osuudeksi 2 prosenttia hankintahinnoista. Kustannuksissa on huomioitava näiden lisäksi palautuskustannukset, jos ulkoistettu palvelu siirretään myöhemmin takaisin kunnan organisaation tuotettavaksi. Toisaalta ruotsalaistutkimuksen (Almqvist ja Högberg 2005) mukaan tietoisuus (uhka) kilpailuttamisesta voi lisätä oman organisaation tehokkuusponnistelua. (Valkama ym. 2008.)

Palvelujen ulkoistusta on usein perusteltu myös vertailutiedon saamisella oman tuotannon kehittämiseen. Vertailutiedon saaminen ja sen hyödyntäminen kunnan oman palvelutuotannon kehittämiseksi edellyttävät omien ja ulkoistettujen palvelujen tuotteistamista yhteismitallisiksi sekä molemmilla tavoilla tuotettujen palvelujen luotettavaa kustannus- ja laatuvertailua. (THL 2012.) Merkittävässä asemassa on myös yhteistyö palvelun järjestäjän ja ulkoistetun palvelun

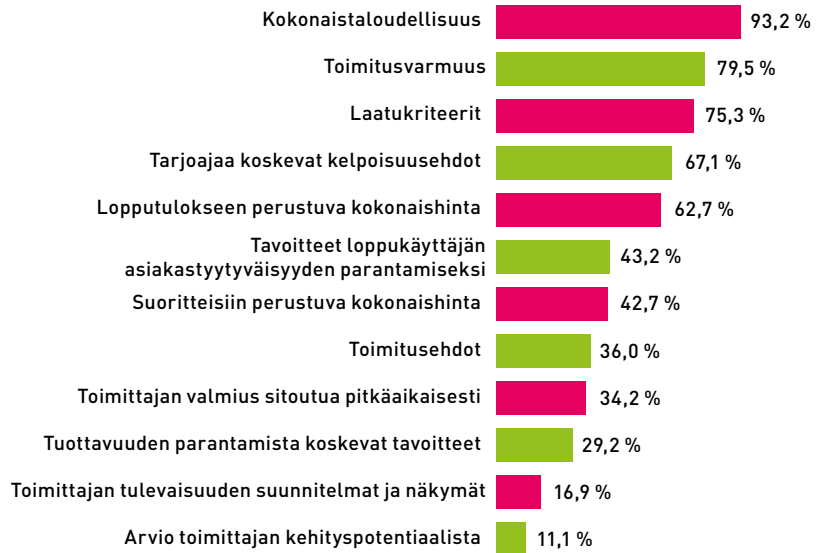
tuottajan kesken. Linnan ja Pihkalan (2008) tutkimuksen mukaan yhteistyö jää usein kuitenkin vähäiseksi. Sosiaali- ja terveystoimialalla yleisin yhteistyön muoto tarjouspyyntö- ja sopimusprosessien ulkopuolella on reklamaatioiden käsittely yhdessä (65 prosenttia). Sen sijaan esimerkiksi keinojen etsiminen organisaatorajojen ylittävään oppimiseen jää selkeästi vähäisempään asemaan (37 prosenttia). (Linna ja Pihkala 2008.)

Kähkönen ja Volk (2008) tuovat haasteena esille tilaajan ja käyttäjän tai tuottajan ja käyttäjän väliset informaatioon liittyvät ongelmat eli niin sanotun tiedon epäsymmetrian. Käyttäjillä voi olla puutteellinen informaatio palvelujen hinnoista ja laadusta, jolloin tilaajan olisi informoitava käyttäjiä. Jos palvelun tuottajilla on enemmän informaatiota palvelusta kuin tilaajalla tai palvelua on esimerkiksi vaikea mitata, tuottaja voi yrittää tilaisuuden sattuessa käyttää tätä hyväkseen ja toimia tilaajan edun vastaisesti. Epäsymmetrisen informaation ongelma asettaa vaatimuksia sopimusten laadinnalle ja riskien jakamiselle tilaajan ja tuottajan välillä. (Kähkönen ja Volk 2008.)

Ulkoistamiselle asetetut tavoitteet on huomioitava ulkoistettavan palvelun kilpailutuksessa. Kriteerien asettamisella ostajalla on mahdollisuus optimoida haluamiaan tekijöitä teettämässään palvelussaan (Linna ja Pihkala 2008). Linnan ja Pihkalan (2008) tekemän tutkimuksen mukaan kuntien sosiaali- ja terveystoimien kilpailuttajat painottavat palvelun kilpailuskriteereinä kokonaistaloudellisuutta, toimitusvarmuutta, laatuksikriteereitä, tarjoajaa koskevia kelpoisuusehtoja ja lopputulokseen perustuvaa kokonaishintaa. Vähemmälle painotukselle jäävät esimerkiksi tavoitteet palvelun loppukäyttäjän tyytyväisyyden parantamiseksi ja tuottavuuden parantamista koskevat tavoitteet. (Kuva 1, Linna ja Pihkala 2008.) Loppukäyttäjän asiakastyytyväisyyteen vaikuttaa vahvasti koettu palvelun laatu. Kilpailutuksen näkökulmasta palvelun laatua on vaikea selvittää etukäteen vertailemalla palvelutuottajien tarjouksia keskenään. Kilpailuttava toimintatapa edellyttää kuitenkin aikaisempaa parempaa tietoisuutta laadun mittaamisen ja seurannan tarpeellisuudesta. (Valkama ym. 2008.)

Julkisten hankintojen kestävyys on noussut esiin erilaisissa strategioissa ja lainsäädännöissä niin kansallisella kuin EU-tasollakin. Vuonna 2007 voimaan tullut laki julkisista hankinnoista mahdollistaa erilaisten ympäristö-, sosiaalisten ja eettisten näkökohtien huomioon ottamisen hankintasopimuksissa, jolloin kilpailutuskriteerinä ei tarvitse olla yksinomaan halvin hinta, vaan myös hankintojen ekologisuus ja sosiaaliset vaikutukset. Esimerkiksi heikossa asemassa olevien henkilöiden työllistäminen voi toimia yhtenä kilpailutuksen kriteerinä. Tämä antaa kunnille mahdollisuuden toimia esimerkillisenä kuluttajana ja markkinoiden luojana ja käyttää tehokkaasti julkisia varoja. Tämä myös tarjoaa mahdollisuuksia uudelleenlaiselle yritystoiminnalle, kuten sosiaalisille yrityksille, toimia kuntien palvelujen tuottajina. (Hämäläinen 2013; ks. myös Khan ym. 2015)

**Kuva 1. Tarjouspyyntökriteerien tärkeys sosiaali- ja terveystoimessa (vastaa erittäin hyvin %), (Linna ja Pihkala 2008, muokattu)**



Kunnan kaavailema palvelutoiminnan kilpailuttaminen/ulkoistaminen voi herättää kunnan omassa henkilöstössä epätietoisuutta ja jopa pelkoja. Lisäksi ulkoistaminen voi vähentää työntekijöiden työttyytyväisyyttä ja työmotivaatiota sekä lisätä sairauspoissaoloja (esim. Ahonen 1998, Lehtonen 1994). Työntekijöiden kokeman pahoinvoinnin ohella Valkama ym. (2008) lisäävät, että näistä aiheutuu kunta-työnantajalle suorien kustannusten lisäksi usein myös välillisiä kustannuksia muun muassa työtehon ja työn laadun heikentymisen kautta.

Toisaalta esimerkiksi Tiilikan ym. (2009) kuntien terveysaseman ulkoistamista käsittelevän tutkimuksen mukaan ”ulkoistettujen”, mutta organisaatioon jäävien työntekijöiden kokemukset olivat pääosin myönteisiä, koska tilanteet kunnissa ovat olleet erittäin vaikeita lääkärivajeen vuoksi. Ulkoistamisen hyötyinä koettiin asiakastyytyväisyyden kasvu, kustannussäästöt ja kohonnut palvelujen laatu. Työntekijät myös arvostivat sitä, että heillä oli mahdollisuus vaikuttaa oman työn järjestelyihin ja työn sisältöön. Ulkoistaminen herätti kuitenkin pelkoa siitä, että voi syntyä epäselvyyttä, kenellä on vastuu työntekijöiden hyvinvoinnista ja työtiloista. Myös Tolkki (2008) on saanut perusterveydenhuoltoja koskevassa tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia työntekijöiden myönteisistä kokemuksista.

## 1.5 Kotihoito ulkoistamisen kohteena

Kähkönen ja Volk (2008) ovat tutkineet kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. Kotihoidossa oli kilpailutettu lähinnä tilapäistä tai lisäpalvelua (yöhoito) tai erityisen kalliiksi osoittautuneita kaupungin keskusta-alueita (Tampereen Kaleva ja Jyväskylän ydinkeskusta). Tutkimustulosten mukaan kilpailuttamisilla oli saatu palvelutuotannon sopimushinta laskemaan yli puolessa tapauksista. Kilpailuttaminen kotihoidon tukipalveluissa oli pitänyt hintakehityksen kurissa, mikä oli ollut kilpailuttamisen tavoitteenakin. Kilpailuttamisella oli saatu palvelutuotanto tehostumaan useissa tapauksista, mutta joistakin tuottajista on saatu myös huonoja kokemuksia (Riihimäki). Yksittäisenä esimerkkinä epäonnistuneeksi koetusta tapauksesta on Sonkajärvi, missä palvelu haluttiin ulkoistaa ja kilpailutettiin, mutta se johti toiminnan päällekkäisyyksiin ja laadun heikentymiseen, minkä jälkeen palvelu haluttiin jälleen kunnallistaa. (Kähkönen ja Volk 2008.)

Kansainvälisesti kotihoidon ulkoistusta on tutkittu muun muassa strategisista näkökulmista, palvelun laadun näkökulmasta, sekä palveluiden kehittämisen näkökulmasta (Drake ja Davies 2006; Davies ja Drake 2007; Randall 2008). On olemassa myös paljon tutkimusta erilaisista asiakkaita auttavista teknologioista, jotka voivat helpottaa palveluiden tuottamista osittain ulkoistettuina (Lluch 2011; Reeder ym. 2013; Bossen ym. 2013). Tutkimustulokset korostavat sujuvan yhteistyön ja oppimisen merkitystä palveluiden tuottajien ja käyttäjien välillä tarkoitustenmukaisten ratkaisujen kehittämiseksi.

Yleisesti voidaan sanoa, että tutkimuskirjallisuudessa on pääosin käsitelty kehitettyjä teknologisia ratkaisuja kotihoidon tukemiseksi, sekä kotihoidon tukipalvelujen kilpailuttamista ja ulkoistamista. Sen sijaan tietoa ja ymmärrystä varsinaisten kotihoidon ydinpalvelujen kilpailuttamisesta ja ulkoistamisesta on niukasti. Tämä tuli konkreettisesti esiin esimerkiksi Lahden kaupungin hakiessa tietoa kokonaisen kotihoitoalueen ydinpalvelujen ulkoistamisesta. Myös tutkijoiden Internetin kautta tehdyissä etsinnöissä tietoa kuntien tekemistä kotihoidon kokonaisvaltaisesta kilpailuttamisesta löytyi vain vähän ja silloinkaan tutkimustuloksia ei ollut raportoitu nimenomaan tarkasteltavan alueen näkökulmasta.

Tässä syväluotaavassa tapaustutkimuksessa ulkoistamisprosessia seurattiin yhden kotihoitoalueen kokonaisvaltaisena ulkoistamisprosessina. Aineiston keruu tapahtui lähes reaaliaikaisesti ulkoistamisprosessin alussa, sen aikana ja päättyessä, jolloin tutkijoiden näkemyksen mukaan on mahdollista saada aidompi ja laajempi tieto ja ymmärrys tarkasteltavasta ilmiöstä, kuin pelkässä ex post -tarkastelussa.

## 1.6 Markkinavuoropuhelu osana ulkoistamisprosessia

Lahden kaupungin kotihoitopalvelujen ja potentiaalisten palveluntuottajien vuoropuhelu aloitettiin elokuussa 2014 pidetyllä markkinavuoropuhelutilaisuudella. Tilaisuus haluttiin pitää mahdollisimman keskustelevana ja avoimena. Tämän tyyppinen ja laajuinen ulkoistamisprosessi oli kaupungin kotihoidolla uusi. Markkinavuoropuhelulla haluttiin yhteistyössä potentiaalisten palveluntuottajien kanssa pohtia uusia näkökulmia ja saada tietoa asioista, joita kilpailutuksessa tulisi huomioida.

Tilaisuus järjestettiin yhden iltapäivän pituisena työpajana. Tilaisuudessa oli kaikkiaan 46 osallistujaa yhteensä 27 eri organisaatiosta. Lisäksi mukana oli henkilöitä kaupungin kotihoitopalveluista, asiakasohjauksesta, RAI-asiantuntija, ICT-asiantuntija kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmästä ja sähkölukoista sekä LUT Lahden tutkijoita, jotka olivat osallistuneet myös tilaisuuden toteutuksen suunnitteluun. Kaupungin toimijat olivat etukäteen miettineet kuusi teemaa, joiden ajateltiin olevan kilpailutuksen kannalta tärkeitä. Kuhunkin teemaan oli mietitty etukäteen joitain kysymyksiä keskustelua herättelemään. Teemat ja osallistujille annetut kysymykset olivat:

### Teema 1. Kilpailutusasetelma:

Yksi vai kaksi palveluntuottajaa alueella, alihankinta?

### Teema 2. Palvelun sisältö:

Mitä palveluita sisällytetään kilpailutettavalle kotihoitoalueelle tai miten palvelut muuten hoidetaan (esim. lääkäri, fysioterapeutti)?

### Teema 3. Henkilöstö:

Siirtyykö henkilöstö palveluntuottajalle /-jille ja mitä se tarkoittaa palveluntuottajalle /-jille?

### Teema 4. Hinnoittelu:

Tuntihinta, asiakashinta/kk, väestövastuu. Kuntoisuuden huomioiminen; arki-, ilta-, viikonloppu- ja arkipyhien hinnoittelu?

### Teema 5. Teknologia:

RAI-toimintakykymittari, Hilikka-toiminnanohjausjärjestelmä ja sähkölukko, mitä ajatuksia herättää?

### Teema 6. Henkilöstö (luottamushenkilö-ryhmä):

Minkälaisia vaikutuksia, jos tehdään liikkeenluovutus tai palveluntuottaja rekrytoi itse (vaikutus, yhteistyö jne.)?

Ennakkoon tilaisuuteen ilmoittautuneet osallistujat oli jaettu teemapöytiin ja tilaisuudessa käytiin ensin teemakohtainen pöytäkeskustelu, jossa kunkin organisaation osallistujat saivat tuoda esiin omia näkökulmiaan. Kussakin pöydässä oli mukana myös Lahden kaupungin edustaja vastaamassa potentiaalisten palveluntarjoajien esittämiin kysymyksiin. LUT Lahden tutkijat toimivat pöydissä käydyin keskustelun muistiin merkitsijöinä. Pöytäkunnittaisen keskustelun jälkeen tutkijat esittivät kaikille osallistujille yhteenvedon pöydissä käydyistä keskusteluista. Tässä yhteydessä kaikilla osallistujilla oli vielä mahdollisuus esittää omat kommenttinsa käytyyn keskusteluun. Pöytäkunnittaisissa keskusteluissa teemoista nostettiin esiin muun muassa seuraavia asioita (tekstit ovat tilaisuudesta tehdystä koosteesta):

**Teema 1. Kilpailutusasetelma:** Launeen alueen jakaminen kahden palveluntuottajan kesken sai ryhmässä kannatusta, koska sen ajateltiin pitävän palvelun laadun korkealla. Kilpailutuksessa toivottiin painotettavan laatuksiteereitä. Alueen todettiin olevan logistisesti haastava pitkien välimatkojen takia, joten alueen jakamista kahdeksi hinnoittelualueeksi kannatettiin. Kilpailutuksessa haluttiin tuotavan esille, miten hinnassa otetaan huomioon matkoihin ja siirtymiin käytetty aika sekä lääkäriin saattamiset, apteekkikäynnit, näytteiden viennit, ambulanssin odotukset, turvapuhelinkäynnit jne. Alihankinnan toivottiin olevan mahdollista, koska harvalla kotihoitoyrittäjällä on erityispalveluita.

**Teema 2. Palvelun sisältö:** Keskustelussa nostettiin esille erilaisia mahdollisia palveluja sisällytettäväksi kilpailutukseen, kuten lääkäripalvelut 24/7, fysioterapia-, toimintaterapia- ja kuvapuhelinpalvelut. Teeman keskusteluissa painotettiin laadun merkitystä ja osuutta kilpailutuksessa. Yhtenä ehdotuksena ryhmässä tuli esille suhde: 40 prosenttia hinta ja 60 prosenttia laatu. Lisäksi ehdotettiin yhteisiä (laatu)mittareita, jos kilpailutettavan kotihoitopalvelun tuottajia valitaan useampi ulkoistettavalle alueelle. Kaupungin edustajalle esitettiin myös kysymyksiä siitä, miten Lahden kotihoidossa on järjestetty lääkäripalvelut, tukipalvelut (mm. ateria, saattopalvelu) ja ovatko palvelusetelit käytössä. Lisäksi osallistujat halusivat tietää, haetaanko kilpailutuksessa kaupungin omaan toimintaan rinnastettavaa palvelua ja edellytetäänkö, että palvelutuottajat ovat mukana kaupungin kotihoidon kehittämishankkeissa.

**Teema 3. Henkilöstö:** Keskustelussa nostettiin esiin, että jos kaupungin henkilöstöä siirtyy uusille palvelutuottajille, haasteena on määrittää ja päättää ketkä siirtyvät. Yleisenä käsityksenä tuotiin esiin, että iso osa työntekijöistä haluaisi pysyä Lahden kaupungilla, eikä siirtyä uudelle työnantajalle. Syynä mainittiin muun muassa oletetut kulttuurierot yksityisen ja julkisen toimijan välillä. Osallistujat nostivat esiin kysymyksiä muun muassa hyötyjen saavuttamisesta ja kenen näkökulmasta niitä arvioidaan sekä miten erilaiset rajapinnat muodos-



tuvat esimerkiksi uusien kehitettävien järjestelmien yli, kun kotihoitopalvelussa on kyse paljon muustakin kuin perustyöstä ja päivittäisistä hoivaprosesseista. Lisäksi teemassa nostettiin esiin kysymys, mistä neuvotellaan ensin: palveluntuottajista, laadusta ja hinnasta, kehityspotentialista vai mistä? Keskusteluissa peräänkuulutettiin, kumpi on tärkeämpi, asiakas- vai työntekijänäkökulma. Asiakkaiden näkökulmasta todettiin olevan tärkeää, että sama henkilöstö jatkaisi.

**Teema 4. Hinnoittelu:** Ryhmässä todettiin raflaavasti, että ”*ulkoistamis-caseista puolet on räikeitä alihinnoittelutapauksia, joissa tarjouksen tekijöillä ei ole ollut ymmärrystä siitä, mistä hinta loppukädessä koostuu*”. Jotkut pitivätkin parempana menettelyä, että ”kaupunki antaa hinnan ja ne palveluntuottajat vastaavat, jotka hintaan pystyvät”. Perusteena voisi olla esimerkiksi kaupungin oma hinta –15 prosenttia. Hoito- ja hoivatarpeiden kotihoitoalueella todettiin muuttuvan ajan myötä. Esimerkiksi käyntien määrä voi muuttua rajusti ja sen myötä aluksi kannattava sopimus voi muuttua palvelun tuottajalle tappiolliseksi. Lisäksi, jos alueelle valitaan useita tuottajia, kasvaa riski, ettei toiminnasta saa kannattavaa, kun käyntejä tulee sikin sokin. Riskinä pidettiin myös sitä, että jos palvelu alihinnoitellaan, iso toimittaja luopuu alueesta tiukkojen keskustelujen jälkeen, pieni toimija taas menee konkurssiin. Pöydässä myös haluttiin tietää, kuinka paljon tulee vertailua ulkoistetun Launeen kotihoitoalueen ja kaupungille jäävien alueiden välille, ja voiko sitä jotenkin ottaa hinnoitteluperusteisiin.

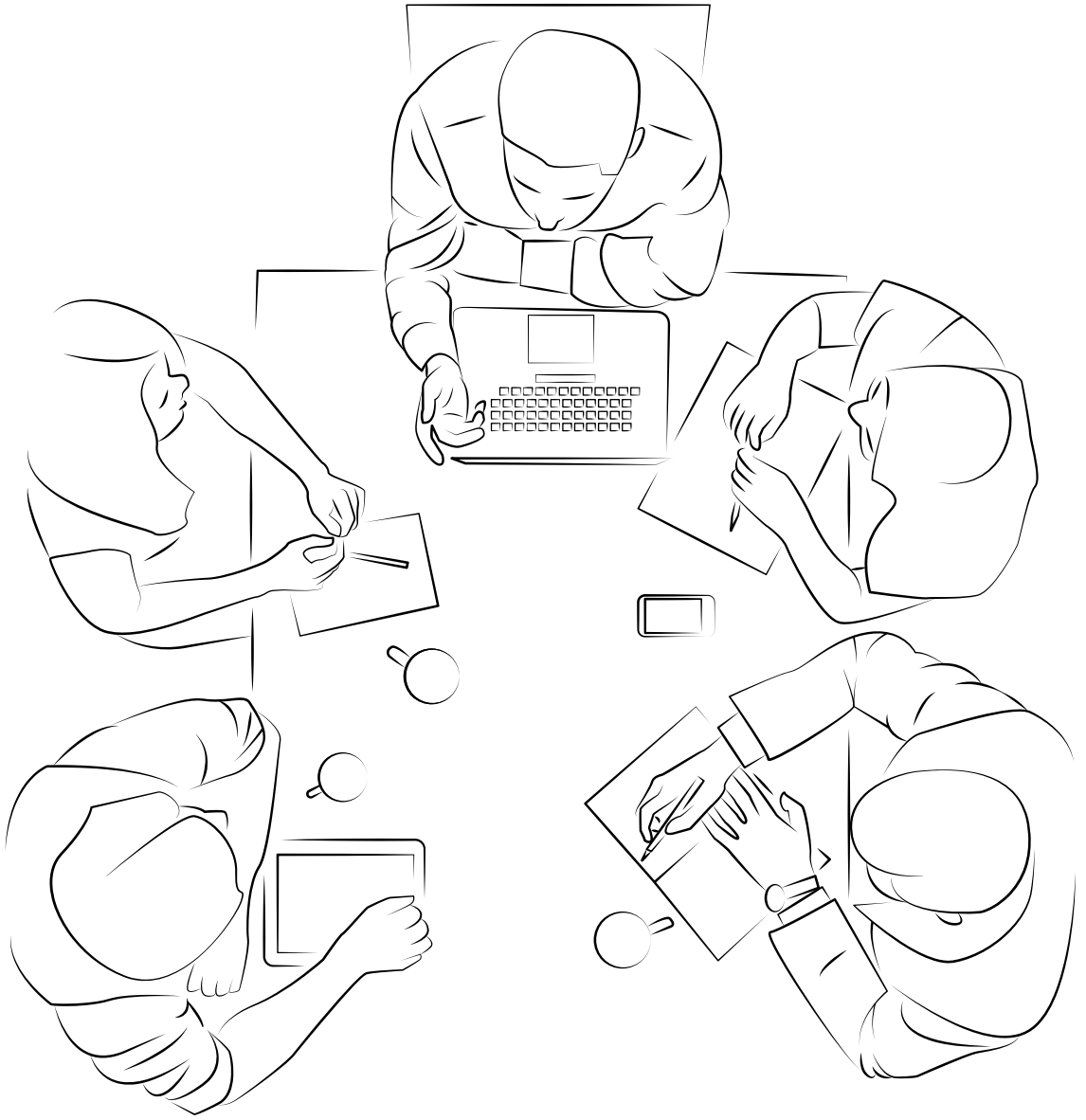
**5. Teknologia:** Pöydässä käytiin keskustelua eri teknologioiden yhteensopivuudesta. Lahden kaupungin kotihoidon todettiin käyttävän jo runsaasti erilaista teknologiaa, joka monilla palveluntarjoajilla on jo käytössä, mutta ei välttämättä kaikilla. Esitettiin kysymys, pitääkö tarjous sisältää tuottajan käyttämät omat teknologiat, vai onko oletuksena, että liitytään kaupungin järjestelmiin? Esiin nostettiin myös koulutusasiat ja kuka kouluttaa järjestelmien käyttöön. Teknologiaratkaisuissa todettiin, että asiakasturvallisuuden lisäämisen lisäksi on hyvä huomioida myös työntekijäturvallisuuden parantaminen. Kysyttiin, kuinka paljon toiminta pysyy palveluntuottajan omissa käsissä, ja kuinka paljon on kaupungin ohjaamaa. Toivottiin käyttöön mahdollisimman paljon taustatietoa tarjouksen tekemisen tueksi, esimerkiksi asiakkaiden toimintakyvystä.

**6. Henkilöstö (luottamushenkilö-ryhmä):** Pöydässä keskusteltiin siitä, toteuttaanko ulkoistus liikkeenluovutuksena, vai rekrytoiko palvelun tuottaja henkilöstönsä ”vapailta markkinoilta”. Yhtenä isona asiana esiin nostettiin eläkevastuut eli miten palvelussuhteen muutos kaupungilta yksityiselle työnantajalle vaikuttaisi eläkkeeseen. Työntekijälle oleellinen merkitys on sillä, katkeaako eläkesuhde kunnalliseen eläkejärjestelmään. Henkilöstön kannalta liikkeen luovutuksessa todettiin olevan hyviä ja huonoja puolia. Hyvinä nostettiin esiin se, että työsuhteen ehdot siirtyvät uuteen työsuhteeseen sellaisinaan ja että myös kunnallinen

yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES) on voimassa ”*jonkin aikaa*”, esimerkiksi 5 vuotta. Kuitenkin todettiin voitavan myös sopia, että siirtymässä säilytetään KVTES:n mukaiset paremmat ehdot.

Jälkikäteen saadun palautteen perusteella tilaisuus oli onnistunut. Osallistujat arvostivat tilaisuuden dialogisuutta, toisin sanoen sitä, että kaupunki pyrki aidosti kuulemaan myös palveluorganisaatioiden näkökulmia ulkoistamisprosessista, eikä tyytynyt ainoastaan ”*yksipuolisesti jakamaan informaatiota*” osallistujille. Voidaan arvioida, että markkinavuoropuhelun aikana onnistuttiin myös rakentamaan kaupungin ja tulevien palvelutuottajien välille sellaista sosiaalista pääomaa, joka ei ainakaan ole vaikeuttanut asioiden hoitoa ulkoistusprosessin myöhemmissä vaiheissa, esimerkiksi kun on ratkottu prosessin aikana esiin nousseita haasteita. Lahden kaupungin ikääntyneiden palveluissa ja kuntoutuksessa oli pidetty markkinavuoropuheluita aikaisemminkin hankintaprosesseissa ja toimintamalli oli vakiinnutettu osaksi hankintoja. Teemapöydittäin toteutettu Launeen kotihoitoalueen kilpailutusta koskeva markkinavuoropuhelu oli kuitenkin uutta.

Markkinavuoropuhelutilaisuudessa nostettiin esiin myös toimintamallin parannuskohteita tulevaisuutta ajatellen. Markkinavuoropuhelua pohjustavan tietopakettin toivottiin olevan kattavampi ja selkeämmin jäsennelty. Esiin nostettuja kuutta teemaa pidettiin sinällään onnistuneina, mutta mukaan joukkoon olisi toivottu joitain täydennyksiä. Tällaisena mainittiin muun muassa transitio- eli siirtymävaiheen käsittely, jonka aikana kaupunki luovuttaa toiminnan ja siihen liittyvät vastuut palvelutuottajalle. Myöhempien kokemusten valossa tämä osoitautui erittäin perustelluksi kehittämissuhteeksi. Lisäksi osallistujat toivoivat, että jollain tasolla olisi pystytty sivuamaan ulkoistetun palvelutuotannon laajentamismahdollisuuksia Lahdessa, koska se luonnollisesti vaikutti myös Launeen kotihoitoalueen kiinnostavuuteen. Markkinavuoropuhelulla pyrittiin myös rohkaistamaan pienempiä organisaatioita laatimaan kaupungille yhteistarjouksia. Tässä pyrkimyksessä ei kuitenkaan loppujen lopuksi onnistuttu, sillä yksikään konsortio ei yhteistarjousta kaupungille jättänyt.



## 2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 2.1 Tutkimusympäristö: Launeen kotihoidon ulkoistus

Tutkimuksen tutkimusympäristönä on Lahden kaupungin kotihoitopalvelujen järjestämistavassa tapahtunut muutos. Muutoksella tarkoitetaan tässä tilanteessa sitä, kun Lahden kaupungin yksi kotihoitoalue (Laune) kilpailutettiin ja se siirtyi 11.5.2015 alkaen kahdelle yksityiselle palveluntuottajalle. Ulkoistaminen koski alueen kotihoidon palveluja (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) joka päivä kello 7.00–22.00, alueen asiakkaiden turvapuhelinhälytyksiin liittyviä käyntejä arkisin kello 7.00–22.00 ja alueen kotihoitoasiakkaiden lääkäripalveluja. Muun muassa kotihoiton tukipalveluista esimerkiksi kauppa- ja ateriapalvelu jäivät ulkoistuksen ulkopuolelle, kuten myös kotihoiton yöhoito. Lisäksi asiakasohjaus ja asiakkaan palvelutarpeen määrittely tapahtuvat kaupungin asiakasohjaajien toimesta. Myös muutokset asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa tapahtuvat kaupungin asiakasohjaajien toimesta yhteistyössä valittujen palveluntuottajien kanssa.

Vuoden 2014 kesällä Lahden sosiaali- ja terveyslautakunta teki päätöksen Launeen kotihoitoalueen kotihoitopalvelujen ulkoistamisesta (Pöytäkirja 3.6.2014) ja talvella 2014 päätöksen Launeen palveluntuottajien valinnasta (Pöytäkirja 18.12.2014). Launeen kotihoitoalueen valintaa ulkoistuksen kohteeksi lautakunta perusteli päätöksessään alueen laajuudella ja hajanaisuudella. Lisäksi alueen henkilöstön sairauspoissaolojen määrä oli muita kaupungin kotihoitoalueita korkeampi. Alueella oli 150 asiakasta ja heitä hoitamassa noin neljäkymmentä työntekijää, joista osa oli määräaikaista. Koettiin myös, että yhdelle kotihoiton esimiehelle henkilökuntamäärä oli liian suuri. Koko ulkoistamisprosessin alusta lähtien oli epäselvää, tuleeko henkilöstön kohdalla kyseeseen liikkeenluovutus. Lopulta liikkeenluovutukseen ei päädytty, joten Launeen silloinen kotihoiton henkilöstö ei jatkanut alueella. Vakinaisessa työsuhteessa ollut henkilöstö siirtyi pääosin Lahden kaupungin muille kotihoitoalueille avoimna oleviin toimiin. Heillä oli myös mahdollisuus hakea töihin valituille palveluntuottajille ja muille työmarkkinoille.

Launeen kotihoitopalvelujen kilpailutus tehtiin vuoden 2014 loppupuolella. Ennen varsinaista kilpailutusta pidettiin sosiaali- ja terveyslautakunnan päätöksen mukaisesti markkinavuoropuhelu, jonne kutsuttiin laajasti yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluntuottajia (markkinavuoropuhelusta lisää luku 1.6). Lautakunnan päätöksessä määriteltiin, että palveluntuottajia valitaan alueelle kaksi ja tiukat laatukriteerit täyttävistä palveluntuottajista valitaan kaksi edullisinta tarjousta. Lautakunta perusteli alueen jakamista kahdelle palveluntuottajalla sillä, että syntyvällä kilpailulla uskottiin olevan myönteinen vaikutus palvelun laatuun.

Launeen kotihoitopalvelut siirtyivät 11.5.2015 ostettavaksi kahdelta yksityiseltä palveluntuottajalta – Debora Oy:ltä (<https://www.debora.fi/>) ja Mainio Vire Oy:ltä

(<http://www.mainiovire.fi/>). Sopimus laadittiin kaksivuotiseksi, minkä jälkeen käytettävissä olisi vielä 2+2 vuoden lisäoptiot. Lähtötilanteessa toinen uusista palveluntuottajista sai 60 prosenttia asiakkaista ja toinen 40 prosenttia. Kaupunki määrittäi miten asiakkaat jakautuvat palveluntuottajien kesken. Jakoperusteet liittyivät muun muassa asiakkaiden palvelutarpeisiin, mutta ei maantieteellisiin perusteisiin. Näin koko ulkoistetulla kotihoitoalueella tulisivat toimimaan molemmat palveluntuottajat rinnan. Asiakkaille annettiin kuitenkin mahdollisuus halutessaan vaihtaa palveluntuottajaa määräajan jälkeen, jos he olisivat tyytymättömiä palveluun. Tulevat Launeen kotihoitoalueen uudet asiakkaat puolestaan saivat itse ratkaista, kumman palveluntuottajan haluavat tai pyytää asiakasohjaaja tekemään valinnan, jolloin asiakasohjaaja valitsee vuorotellen kummankin palveluntuottajan.

## 2.2. Tutkimusasetelma ja metodologia

Tutkimuskohteena ovat kotihoidon palvelujen ulkoistamisen vaikutukset ja vaikuttavuus. Tutkimus on perustaltaan tapaustutkimus (case study, esim. Yin 1999; 2009). Tutkimuskontekstina on Lahden kaupungin yhden, Launeen kotihoidon ulkoistus kahdelle yksityiselle palveluntuottajalle ajalle 11.5.2015–10.5.2017.

Valitun asian vaikutuksia voidaan arvioida lyhyellä ja pidemmällä aikavälillä. Neutraalilla vaikutuksella tarkoitetaan sitä, että tilanne on pysynyt ennallaan – oli se sitten koettu hyvänä tai huonona aikaisemmassa vaiheessa. Positiiviset vaikutukset kertovat siitä, että tilanne on vertailtavasta lähtötilanteesta kehittynyt myönteisempään suuntaan ja negatiivisissa vaikutuksissa puolestaan huonompaan suuntaan. Jotkin myönteisistä/positiivista, neutraaleista tai kielteisistä/negatiivisista vaikutuksista voivat johtua suoraan muutoksesta ja osa voi olla systeemisiä- tai seurannaisvaikutuksia. Vaikutukset voivat myös vaihdella (kohde)ryhmittäin. (Hennala 2011)

Tässä tutkimuksessa ulkoistuksen vaikutuksia tutkitaan kotihoidon asiakkaiden (mukaan lukien myös omaiset ja omaishoitajat), ulkoistetulta kotihoitoalueelta siirretyn henkilöstön sekä johtamisen näkökulmista noin kahden vuoden seurantajaksoilla. Ulkoistuksen vaikutusten tunnistamisessa henkilöstön ja asiakkaan näkökulmatarkasteluissa hyödynnetään muun muassa kokemuksen sävyn ja kertomisen tunnetilan käsitteitä. Miten ja minkä sävyisenä kokemuksena esimerkiksi asiakas haastattelussa puhuu ulkoistetun alueen työntekijöistä suhteessa aikaisempiin kaupungin kotihoidon työntekijöihin? Haastattelussa on myös pyydetty haastateltavia nimeämään myönteiseen ja kielteiseen suuntaan menneitä asioita ulkoistuksen alettua tai mitkä asiat ovat samalla lailla kuin ennen ulkoistusta.

Vaikuttavuudella tarkoitetaan yleisesti sitä, miten hyvin organisaatio saavuttaa tavoitteensa (esim. Klassen, Russell ja Chrisman 1998). Tässä tutkimuksessa

ulkoistuksen vaikuttavuutta tutkitaan ja arvioidaan suhteessa ulkoistamiselle asetettuihin tavoitteisiin. Tavoitteiden asetanta on otettu tähän tutkimukseen Lahden sosiaali- ja terveystalouden pöytäkirjoista (3.6.2014, 18.12.2014). Ulkoistuksen vaikuttavuutta arvioidaan seuraavin mittarein ensimmäisen ulkoistuskauten päätyttyä (noin kaksi vuotta ulkoistuksesta):

- tuottavuuden kasvu, tavoite 5–10 prosenttia (kustannussäästöt)
- palvelujen laadun kohoaminen
- kotihoidon palvelujen vaikuttavuus lisääntyy, tavoite 75 vuotta täyttäneistä 92 prosenttia asuu kotona (lähtötilanne 91 prosenttia)
- vertaiskehittämisen toteutuminen.

Tutkimuksessa on tiedostettu epävarmuus syy-seuraus -suhteiden ja väliin tulevien tekijöiden osalta ulkoistamisen vaikutuksia ja vaikuttavuutta arvioitaessa. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi tutkimuksessa on käytetty tutkijatriangulaatiota ja monimenetelmällistä lähestymistapaa. Lisäksi tutkimustuloksista on käyty palautekeskusteluja palvelujen järjestäjän ja tuottajien kanssa sekä henkilöstönäkökulmaa edustaneen henkilöstön kanssa. Myös asiakkailta ja asiakkaiden omaisilla on ollut mahdollisuus antaa palautetta tutkimustuloksista.

Ulkoistuksen vaikutusten ja vaikuttavuuden tutkimus on tehty vertailevana pitkittäistutkimuksena. Vertailussa keskitytään kahteen ulkoistuksen vaiheeseen:

1. ennen ulkoistusta ja ulkoistuksen siirtymä- ja ensi askel -vaihe sekä
2. jälkeen ulkoistuksen -vaihe (vajaa kaksi vuotta ulkoistuksen alkamisesta).

Ensi askel -vaiheella tarkoitetaan aikaa ulkoistuksen alkamisesta noin puoli vuotta eteenpäin. Tutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty 8/2015–6/2017 välisenä aikana. Tutkimushankkeen rahoituksellisista syistä ulkoistuksen vaikutuksien ”*ennen ulkoistusta*” -vaiheen laadullisten aineistojen, kuten kotihoidon asiakkaiden ja henkilöstön haastatteluaineistojen kerääminen voitiin aloittaa elokuussa 2015, ja se päättyi joulukuussa 2015. Tästä syystä laadullisten aineistojen keruussa hyödynnettiin myös retrospektiivista tutkimusotetta (retrospective study). Lisäksi tutkimuksessa on käytetty aineistoja (asiakastytyväisyyskysely, talouslukuja) vuodelta 2014. ”*Jälkeen ulkoistuksen*” -vaiheen laadulliset aineistot kerättiin huhti–kesäkuussa 2017.

Tutkimuksessa on hyödynnetty osin monimenetelmällistä lähestymistapaa. Esimerkiksi ulkoistuksen vaikutuksista asiakkaan näkökulmaan -tutkimuksessa on kerätty aineistoja asiakkaiden ja omaisten teemahaastatteluilla, määrällisillä ja määrällis-laadullisilla asiakastytyväisyyskyselyillä. Lisäksi esimerkiksi ulkoistuksen tuottavuuskysymykseen vastaamisessa on merkittävässä roolissa ollut

Lahden kaupungin kotihoidon, tietohallinnon ja talouden asiantuntijoiden sekä tutkijoiden muodostama Talous-ryhmä. Ryhmän työskentelyä voidaan kuvata tulkitsevaksi prosessiksi, joka kesti ajallisesti noin puolitoista vuotta. Tuottavuus-teeman tutkimusprosessin aikana on tehty valintoja, ja näin ollen sen tuloksia on tarkasteltava näiden valintojen kehikossa. Ulkoistuksen tuottavuutta koskevat tulokset kertovat enemmän suhteista kuin absoluuttisista talousluvuista.

### 2.3 Tutkimuskysymykset ja -aineistot

Tutkimuksessa on kaksi päätutkimuskysymystä. Näistä ensimmäisessä vastataan siihen, millaisia positiivisia, neutraaleja ja negatiivisia vaikutuksia ulkoistamisella on asiakkaiden, henkilöstön ja johtamisen näkökulmista. Toisessa päätutkimuskysymyksessä selvitetään, miten poliittisessa päätöksenteossa ulkoistukselle asetetut tavoitteet toteutuvat ulkoistuksen ensimmäisellä sopimuskaudella. Tavoitteet liittyvät palvelujen laatuun, kotihoidon vaikuttavuuteen, tuottavuuteen ja vertaiskehittämiseen/oppimiseen.

Tutkimuksen pää- ja alakysymykset ovat:

#### 1. Millaisia vaikutuksia ulkoistamisella on seuraaviin näkökulmiin

- 1.1 Ulkoistetulta alueelta pois siirtynyt henkilöstö?
- 1.2 Asiakas ja omainen?
- 1.3 Kotihoidon johtaminen?

#### 2. Miten ulkoistamiselle päätöksenteossa asetetut tavoitteet toteutuvat (=ulkoistamisen vaikuttavuus) ulkoistuksen ensimmäisen sopimuskauden aikana?

- 2.1 Palvelun laatu: Onko havaittavissa eroja ulkoistetun ja kaupungin oman kotihoitopalvelun laadussa?
  - » Tavoite: Laadun kohoaminen
- 2.2 Kotihoidon palvelujen vaikuttavuus: Millainen on ulkoistetun alueen 75 vuotta täyttäneiden kotona asuvien henkilömäärän kehitys suhteessa laitoksissa asuviin?
  - » Tavoite: 91 prosentista 92 prosenttiin
- 2.3 Tuottavuuden näkökulma: Sosiaali- ja terveystaloutta määritteli tuottavuuden paranemisella tarkoitettavan "toimintamenojen hillintää sekä palvelujen laadun ja vaikuttavuuden paranemista".
  - » Tavoite: Kustannussäästöt

*Tähän tutkimukseen Talous-ryhmän määrittelemä tuottavuutta koskeva tutkimuskysymys on seuraava:*

*Mikä on ulkoistetun kotihoitopalvelun suunnitellun hoitotunnin hinta verrattuna kaupungin oman palvelutuotannon suunnitellun hoitotunnin hintaan jälkeen ulkoistuksen -tilanteessa ja vuoden 2014, eli ennen ulkoistusta -tilanteen vertailuarvoon?*

#### 2.4 Vertaiskehittäminen

- » *Miten ja missä asioissa vertaiskehittäminen käytännössä on toteutunut, ja mitä hyötyä siitä on ollut?*

Tutkimuskysymyksiin vastaaminen on tapahtunut 11 aineiston perusteella. Aineistoista on kerrottu tarkemmin raportin liitteessä. Kootusti aineistot ovat seuraavat:

#### *Henkilöstönäkökulma*

- a. Laadullinen teemahaastattelu henkilöstölle elokuussa 2015.
- b. Laadullinen kyselytutkimus syksyllä 2017.

#### *Asiakasnäkökulma*

- c. Määrällinen asiakastyytyväisyyskysely Lahden kaupungin kaikille kotihoitoalueille joulukuussa 2014.
- d. Määrällinen asiakastyytyväisyyskysely ulkoistetun kotihoitoalueen asiakkaille joulukuussa 2015.
- e. Laadullinen teemahaastattelututkimus Launeen kotihoidon asiakkaille syys–joulukuussa 2015.
- f. Yhdistelmäaineisto; kohdissa c ja d mainitun asiakastyytyväisyyskyselyn toteuttaminen vuoden 2015 teemahaastattelun (kohta e) yhteydessä.
- g. Laadullinen teemahaastattelututkimus Launeen kotihoidon asiakkaille huhti–toukokuussa 2017.
- h. Yhdistelmäaineisto; kohdissa c ja d mainitun asiakastyytyväisyyskyselyn toteuttaminen vuoden 2017 teemahaastattelun (kohta g) yhteydessä.

#### *Palvelun laatu*

- i. RAI-ryhmän tapaamisista syntynyt aineisto ja RAI-arviointiaineisto 2016.



### *Palvelujen vaikuttavuus*

- j. Kaupungin seurantajärjestelmän tuottama tieto.

### *Tuottavuus*

- k. Talous-ryhmän työpaja- ja tapaamisissa syntynyt aineisto sekä toiminta- ja talousjärjestelmien tuottama aineisto.

### *Johtamisen näkökulma ja vertaiskehittäminen*

- l. Teemahaastattelu ajalla 8/2015–2/2016
- m. Teemahaastattelu ajalla 4–6/2017.

Lisäksi havainnointiaineisto ulkoistetun alueen ohjausryhmän kokouksista (9 kpl).

Laadullisten aineistojen pääasiallinen analyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysillä on muun muassa vaikutusten arvioinnissa tunnistettu ja luokiteltu tai kategorisoitu säilyttään toisistaan poikkeavia kokemuksia. Kvantitatiivisen tutkimusaineiston analyysi perustuu kuvaamiseen ja tulkitsemiseen numeroiden avulla.



### 3 ULKOISTUKSEN VAIKUTUKSET HENKILÖSTÖN JA ASIAKKAAN NÄKÖKULMIIN

Luvussa 3 kerrotaan, millaisia vaikutuksia kotihoitoalueen ulkoistamisella on henkilöstön ja asiakkaan näkökulmiin (tutkimuskysymykset 1.1 ja 1.2). Kotihoitoalueen ulkoistuksen vaikutukset voivat olla näissä näkökulmissa positiivisia/myönteisiä, neutraaleja ja negatiivisia/kielteisiä. Se mitä näillä tarkoitetaan henkilöstön ja asiakkaan näkökulmissa kerrotaan kyseessä olevan alaluvun alussa.

Tekstissä esiintyvät lainaukset ovat henkilöstön/asiakkaan tai asiakkaan omaisen kertomaa ja lainausten lopussa olevalla numerolla viitataan aineistoista tehtyyn koodaukseen. Tekstissä viitataan tutkimusaineistoihin aakkostunnisteilla.

#### 3.1 Henkilöstö ulkoistuksen pyörteissä

Henkilöstönäkökulmaa tutkimuksessa edustavat ulkoistamisen takia Launeen kotihoitoalueelta Lahden kaupungin muille kotihoitoalueelle siirtyneet vakituiset työntekijät. Kotihoidon ulkoistuksen vaikutuksia henkilöstön näkökulmassa on tutkittu kahdella laadullisella aineistolla (a ja b).

Henkilöstön näkökulmassa positiivisella vaikutuksella tarkoitetaan sitä, että jokin asia tai asiantila ulkoistuksessa on koettu positiivisesti tai vastaanotettu myönteisesti. Negatiivisella vaikutuksella tarkoitetaan päin vastaista tilannetta. Neutraalin vaikutuksen tilanteessa asia tai asian tila ei ole aiheuttanut tunteuksia myönteiseen eikä kielteiseen suuntaan.

#### **Näkemykset ulkoistamisen syistä ja ensireaktiot; piiloagendaepäily sekä työnarvo ja omantunnonarvo koetuksella**

Henkilöstö arvioi, että Lahden kaupunki päätyi yhden kotihoitoalueen ulkoistamiseen taloudellisista ja resurssiperustaisista syistä. Ulkoistamisella tuettaisiin uuden työvoiman saantia muille kotihoitoalueille ja pystyttäisiin osin ratkaisemaan sijaisongelma. Nämä ulkoistamisen syyt todettiin neutraalisti, mutta taloudellisten syiden kohdalla henkilöstö myös spekuloi, että *”kyllä ne ittekin ehkä tietää, ettei siitä mitään säästöjä tule”* (nro 14).

Launeen kotihoitoalueen ulkoistus oli sen henkilöstölle yllätys. Yksi haastatettava totesi, että *”...aina ajateltiin, ettei se me olla, sitten pamahti, että se on Laune”* (nro 11). Alueella koettiin olleen kehittyneet toimintatavat ja toimiva työyhteisö. Useat haastatelluista toivat esille piiloagendan mahdollisuuden, ja että heiltä salattiin

todelliset syyt. Launeen valikoitumista ulkoistettavaksi alueeksi oli perusteltu henkilöstölle alueen laajuudella. Perustelu herätti henkilöstössä epäuskoa, koska he arvioivat yhden toisen alueen olleen vielä isompi. Yksi haastatelluista pohti henkilöstöltä ”salattuja” syitä seuraavasti: ”*Me pidettiin paljon älämölöä, tehtiin valituksia ja ehkä ulkoistus oli se tapa millä kaupunki reagoi*” (nro 312). Osa myös koki, ettei heille ollut perusteltu mitenkään ulkoistusta ja henkilöstö oli sitä keskenään miettinyt paljon.

Ulkoistuksen kohdentuminen omalle työalueelle oli monelle pettymys. Tieto ulkoistuksesta vahvisti yhteishenkeä, mutta samanaikaisesti työilmapiirin koettiin huonontuneen ja jaksamisongelmien sekä poissaolojen lisääntyneen. Työstä koettiin kadonneen iloa ja sen sijalle tulleen työn suorittamista. Haastateltavat olivat myös kokeneet, että ulkoistuksen kohdentuminen omalle työalueelle mitätöi heidän aikaisemmin tekemänsä työn.

*Launeella oli ollut aktiivista kehittämistä, monia asioita oli viety eteenpäin ja tämä oli kiitos. Tuntui, että tehdyttä työltä oli viety arvo: miksi me? Tässäkö tää meidän työ nyt oli? (Nro 318)*

Luottamus työntajaa kohtaan samoin kuin koettu omanarvon tunne joutuivat myös koetukselle. Eräs haastatelluista kuvasi hylätyksi tulemisen tuntojaan sanoen ”*arvottomuuden tunne, kun kaupunki hylkää ja että toimiva alue revitään*” (nro 15). Vaikka luottamus työnantajaa kohtaan joutui koetukselle, työntekijöistä useat halusivat jatkaa kaupungin työntekijöinä, koska ”*...tiesi, mitä kaupungilla hyvää ja mitä huonoa*” (nro 18). Myös palkat ja lommat arvioitiin paremmiksi julkisella työnantajalla.

Launeen kotihoitoalueen ulkoistus herätti myös alueen asiakkaisissa ja asiakkaiden omaisissa kysymyksiä ja pelkoja, joihin henkilöstö kotikäynneillään joutui vastaamaan. Tilanteet aiheuttivat ristipaineita; kertoako omista tuntemuksista vai ollako herättämättä asiakkaisissa epäluuloja ja pelkoa. Eräs haastatelluista kertoi asiasta seuraavasti:

*Ei saatu sanoa asiakkaille – ei voitu muutakaan kuin vakuutella, että homma toimii – se tuntui kurjalta. (Nro 73)*

### **Liikkeenluovutus vai ei? Huolestumista omasta kohtalosta ja kosintatoiveita**

Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksen varmistuttua kaupunki ei ollut tehnyt päätöstä mahdollisesta liikkeenluovutuksesta. Epätietoisuus ja ristiriitainen tieto tulevasta koettiin raskaana. Eräs haastateltu kuvaa tuntemuksiaan seuraavasti:

*Pelko, miten itse sijoittuu, pian tieto, että ketään ei irtisanota, sitten tuli huhu, myydäänkö meidät liikelaitoksena uusille yrittäjille, jos yrittäjätkään eivät halunnut liikkeenluovutusta. Silloin tuli kyllä kurja olo kun ajatteli, että luovutetaan ja mietin, että haluavatko nekään minua. (Nro 48)*

Kun tieto siirtymisestä Lahden kaupungin toisille kotihoitoalueille varmistui, useat odottivat ja toivoivat, että uudet palveluntuottajat lähestyisivät heitä rekrytoinnin merkeissä. Toiveen takana ei niinkään näyttänyt olevan halu vaihtaa työnantajaa vaan halu enemmänkin testata työmarkkinahoukuttelevuutta ja kohottaa omanarvontunnetta. Uusien palveluntuottajien passiivisuus rekrytoida otettiin vastaan närkästyneinä ja palveluntuottajien arvioitiin tehneen virheen, koska he olisivat tunteneet alueen ja asiakkaat. Myöhemmin haastattelussa palveluntuottajien edustajat kertoivat, että korrektiussyistä eivät halunneet lähtökohtaisesti rekrytoida kaupungilta työntekijöitä.

#### **Luopuminen ja uusi työyhteisö;**

**”Tuntui karulta kun joutui lähtemään siltä työalueelta, missä oli ollut vuosia, toisaalta olin tyytyväinen, kun sain vielä kaupungilta töitä.”**

Launeen kotihoidon henkilöstö sai esittää toiveita siitä, haluaako työskennellä Lahden kaupungin kotihoidossa tai esimerkiksi palveluasumisen tehtävissä. Sen sijaan toiveita uudesta kotihoitoalueesta ei pyydetty esittämään. Tämä ja koetut epäselvyydet uudelleensijoittamisen kriteereistä ja epäilyt työntekijöiden epätasa-arvoisesta kohtelusta närkästyttivät osaa henkilöstöstä.

Siirtyminen uudelle kotihoitoalueelle sujui osalla myönteisessä ilmapiirissä. He kokivat olleensa tervetulleita ja uskoivat viihtyvänsä uudella alueella. Uusi työyhteisö oli tuonut tullessaan huojennusta työhön, kuten eräs haastatelluista totesi, että *”nyt pienempi alue ja vähemmän työkuormaa”* (nro 312). Osan tuntemukset olivat päinvastaisia. Uuden työyhteisön ulkopuolelle eristäminen, vastaamattomuus avunpyyntöihin ja kuormittavimpien töiden jakautuminen tulokkaalle koettiin ahdistavana. Myös esimerkiksi työvälineiden, kuten puhelimen puuttuminen ensimmäisenä päivänä tai että kukaan ei ollut ottamassa vastaan koettiin jonkinlaisena torjuntana tulokkaalle.

Launeen kotihoidon henkilöstö toi haastatteluissa selkeästi esille ylpeytensä kehittämistään toimintatavoista. Positiivisesti ajatellen siirtyminen uudelle alueelle antoi tilaisuuden hyvien käytänteiden levittämiseen. Osalla alku uudella alueella oli ollut lupaavaa, mutta käytäntö osoittautui toiseksi, ja helpommaksi tavaksi oli arvioitu mukautuminen.



*Sanottiin, että kiva kun tulitte, saadaan Launeen osaamista, mutta eivät ottaneet niistä oppia... enkä ole jaksanut enää. (Nro 84)*

*Vähän hankala on ollut tuoda kokemuksia Launeelta... olen sitten mukautunut uuteen ympäristöön. (Nro 311)*

### **Siirtymävaiheen muutto ja perehdytys; kaaosta ja huolta asiakkaan palvelun laadusta**

Haastattelu- (a) ja myös kyselyaineiston (b) perusteella ulkoistuksen kohdentuminen omalle työalueelle, julkisesti tuotetun kotihoidon poismuutto Launeen kotihoitoalueelta ja uusien palveluntuottajien perehdytys olivat kolme vahvimmin henkilöstöä kuohuttanutta asiaa. Muutamaa henkilöä lukuun ottamatta henkilöstön kokemus muutto- ja uusien palveluntuottajien henkilöstön perehdytysvaiheesta oli vahvasti negatiivinen. Henkilöstö koki puutteita vaiheiden suunnittelussa, johtamisessa, valvonnassa ja vastuunotossa. He myös harmittelivat sitä, ettei heidän osaamistaan hyödynnetty näiden vaiheiden talon sisäisessä eikä tulevien palveluntuottajien kanssa tehdyssä suunnittelussa.

Henkilöstö koki, että heidät jätettiin yksin selviytymään Launeen kotihoitoalueen muutosta. Henkilöstölle muutto näyttäytyi prosessina, jota ei koordinoitu, johdettu eikä ollut suunniteltu ylemmällä taholla. Muuton kiireisimpään ajankohtaan ajoittunut lähiesimiehen sairauspoissaolo todennäköisesti lisäsi henkilöstön negatiivisia tunteita. Henkilöstö myös koki, etteivät he saaneet tarvitsemaansa tukea:

*Oltiin tuuliajolla, se oli ihan kauheeta. Muutto tehtiin työn ohessa, kaikki pakkaukset, siivottiin...itsenäisesti päätettiin itse mitä heitetään pois, ohjeita ei tullut... Meille luvattiin alussa, että tulee muuttoon apuja, ei sitä tullut. (Nro 91)*

Uusien palveluntuottajien henkilöstön perehdytykseen oli kaupungin suunnitelmassa varattu aikaa kaksi viikkoa. Aika kuitenkin lyheni viikkoon muun muassa viikolle sattuneen juhlapyhän ja poissaolojen takia. Henkilöstö koki huolta perehdytyksen kattavuudesta ja vaikuttavuudesta perehdytysajan lyhyden, mutta myös sen takia, että uusilla palveluntuottajilla ei henkilöstön mielestä ollut perehdytysvaiheessa riittävästi työntekijöitä eikä tarvittavia varusteita. Lisäksi perehdytystä hankaloitti epätietoisuus käytännön asioista, esimerkiksi onko vielä opiskelijana olevalla työntekijällä pistos- ja lääkkeenantolupa – ja edellytetäänkö sitä, kuten kaupungin työntekijöiltä edellytettiin. Eräs haastatettava kuvaili tilannetta seuraavasti:

*Perehdyttämisestä jäi huono maku. Kaupungin puolen suorittava porras jätettiin yksin sen asian kanssa, lähiesimies eikä isommat pomot käyneet kertaakaan katsomassa sen viikon aikana. Kaikki kaatui assistentin päälle. Perehdytysviikko oli kaottinen, kävi sääliksi uusia työntekijöitä ja asiakkaita. Meillä oli käsitys, että me kuljemme heidän mukanaan, ja he olisivat olleet täysinä työntekijöinä, ja heillä oli taas ihan päinvastainen käsitys. Heillä ei ollut mitään työvälineitäkään siinä vaiheessa – siellä varmaan ihminen ensimmäistä kertaa kotihoitossa. Kun meidän piti perehdyttää asiakkaisiin, niin se menikin työhön perehdyttämiseen, vaikka oman firman olisi sen pitänyt hoitaa. Puolien ja toisin oli hankaluuksia...nyt homma on alkanut pelittää. (Nro 310)*

Henkilöstö oli arvioinut, etteivät uudet palveluntuottajat olleet määräpäivänä vielä valmiita ottamaan vastuulleen kotihoitoaluetta asiakkaineen. He olivat myös toivoneet, että asiaa olisi kysytty heiltä. Henkilöstö pohti hoivan ja hoidon toteutumisessa myös, tietävätkö uudet työntekijät, mistä he saavat asiakkaiden tarvitsemat ja heille luvatut hoitotarvikkeet. Tämä huoli ei osoittautunut turhaksi, koska asiakkaiden haastattelussa tämä asia tuli ongelmana esille. Palveluprosessien sujuvuus rajapinnoilla mietitytti henkilöstöä myös siksi, etteivät kaikki asiakkaiden palveluun kuuluvat tukipalveluyksiköt olleet sisäistäneet Launeen kotihoitoalueen ulkoistusta yksityisille palveluntuottajille, vaikka asiasta oli kaupungin mukaan tiedotettu.

*Sinne ei ollut ne suhteet kunnossa, nekin oli ihan puulla päähän lyödyt, että mikä ihmeen Debora, Mainio Vire. (Nro 12)*

Yksi haastatteluissa esille tullut sana perehdytyksen yhteydessä oli vastuunkanto. Henkilöstö koki jääneensä yksin perehdytyksen toteuttamisessa. Lisäksi he kokivat, että heillä ei ollut ollut mahdollisuutta tehdä uusien työntekijöiden perehdytystä parhaalla mahdollisella tavalla. Arvio perehdytyksen kesken­eräisyydestä nosti henkilöstössä esille kysymyksen ”Kenellä vastuu, siitä käytiin ihan viimeiseen keskustelija...eikä oikein tiedetty onko vastuu meillä [kaupungilla] vai heillä [uudet palveluntuottajat], siitä ei saanut koskaan selvää vastausta” (nro 12). Kysymys työntekijöiden vastuusta ja syyllisyydestä nousi esille myöhemmin palveluntuottajan asiakasreklamaatioon antaman perustelun sisällössä:

*Sieltä [asiakkailta] on kantelu lähtenyt ja perusteena on ettei ole perehdytetty. Sekin kyllä kalskahti. Meidän henkilöstö koki, että varmasti anto kaikkensa. Siitäkin olisi hyvä puhua, että minkälaisesta tilanteesta se on lähtenyt. Sais tietoo, että ihmiset vois ite ajatella, olisko me voitu hoitajina tehdä toisin, vai onko jonkun toisen vika. Meitä on vähän kuin syyllistetty, vaikka meille ei annettu mahdollisuutta tehdä sitä hommaa oikein. (Nro 15)*



Haastatteluisissa henkilöstö esitti vastuu-kysymyksen ohella kuka valvoo -kysymyksen. Tämä sama kysymys täydennettynä kysymyksellä ”*miten laatus valvotaan*” esitettiin Lahden kaupungin kotihoiton johdolle vielä noin vuosi ulkoistuksen alkamisesta. Samassa tilaisuudessa kävi myös ilmi, että osa Launeella ollutta henkilöstöä seurasi vielä tiiviisti Launeen tapahtumia.

### Ulkoistusprosessin loppuun vieminen

Launeen kotihoitoalueen entinen henkilöstö oli hyvin tuotunut ulkoistuksesta ja siihen liittyneistä asioista vielä kolmen kuukauden jälkeen ulkoistuksen alkamisesta tämän tutkimuksen haastattelujen aikaan. Omalle työalueelle osuneen ulkoistuksen sekä muutto- ja perehdytysvaiheiden ikävien kokemusten rinnalla neljäs syy henkilöstön voimakkaaseen reagointiin näytti olevan se, että henkilöstö koki asioiden kohdallansa jääneen kesken. Henkilöstö toivoi kiitoksen ohella, että heillä olisi ollut mahdollisuus keskustella työnantajan kanssa muutto- ja perehdytysvaiheiden tapahtumista. Lahden kaupungin kotihoito oli järjestänyt Launeen työntekijöille kahvituksen kiitoksineen, mutta henkilöstö ei huomionnut sitä kovin merkityksellisenä eikä kaikilla työvuorojen takia ollut myöskään mahdollista osallistua siihen. Henkilöstö oli oma-aloitteisesti organisoitunut esimerkiksi Facebook-ryhmän ja järjestäneet omia tilaisuuksia.

Haastattelututkimuksessa mukana ollut Launeen henkilöstö siirtyi Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän työntekijöiksi vuoden 2017 alussa eli runsas puolitoista vuotta Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksen jälkeen. Vuoden 2017 kyselytutkimuksessa (b) henkilöstöltä kysyttiin, miten nämä kaksi kokemusta vertautuivat ja suhteutuivat toisiinsa. Kyselyyn vastanneet toivat esille, että siirtyminen hyvinvointiyhtymään oli ”*sujunut lähes huomaamattomasti*” (nro 1). Perusteluina olivat, että nyt muutos kosketti kaikkia kotihoiton työntekijöitä, ei tullut tunnetta siitä, että he olisivat jotenkin epäonnistuneet tehtävässään, ja he saivat pitää tutut työympäristöt. Vuoden alussa tapahtunut työnantajamuutos ei myöskään sisältänyt pitkiä epätietoisuuden jaksoja eikä saatu tietoa aiheuttanut samanlaista henkistä painetta kuin henkilöstö oli kokenut Launeen ulkoistus-muutoksessa. Kyselyyn (b) vastanneet kokivat edelleen, että Launeen kotihoitoalueen ulkoistus vuonna 2015 hoidettiin ”*vasemmalla kädellä*” (nro 3).

Henkilöstönäkökulman tutkimuksessa tuli esille, että henkilöstö piti tärkeänä päästä kertomaan ulkoistuskokemuksistaan, kuten eräs totesi haastattelun yhteydessä ”*vihdoinkin joku on kiinnostunut meistä*” (nro 341). Haastatteluisissa henkilöstö kertoi kokemuksistaan ja tunnoistaan hyvin avoimesti ja osin myös hyvin värikkäin sanakäntein.



## 3.2 Ulkoistus asiakkaan ja omaisen kokemana

Asiakkaan näkökulmaa tutkimuksessa edustavat kotihoidon ikääntyneet loppuasiakkaat ja asiakkaiden omaiset. Kotihoidon ulkoistuksen vaikutuksia asiakkaan näkökulmassa on tutkittu kuudella aineistolla. Aineistoista kaksi on määrällisiä (c, d), kaksi laadullisia (e, g) ja kaksi näiden yhdistelmiä, joista käytetään tekstissä nimitystä ”yhdistelmäaineisto” (f, h). Omaisten näkökulma on mukana aineistoissa e, g, f ja h. Tutkimustulokset esitetään kahdessa alaluvussa: Ennen ulkoistusta ja ulkoistuksen siirtymä ja ensi askel -vaiheet (3.2.1) ja Ulkoistuksen jälkeen -vaihe (3.2.2).

Asiakkaiden ja asiakkaiden omaisten kohdalla positiivisella vaikutuksella tarkoitetaan sitä, että ulkoistukseen palvelujen järjestämistapana on suhtauduttu myönteisesti tai jokin asia tai asiantila koetaan olevan paremmin ulkoistetussa kotihoidossa kuin kaupungin kotihoidossa. Negatiivisella vaikutuksella tarkoitetaan päinvastaista kokemusta ja tilannetta. Neutraalilla vaikutuksella tarkoitetaan puolestaan sitä, että jokin asian tai asiantilan koetaan pysyneen ennallaan ulkoistuksesta huolimatta – oli se sitten koettu hyvänä tai huonona kaupungin kotihoidon aikana.

### 3.2.1 Ennen ulkoistusta ja ulkoistuksen siirtymä- ja ensi askel -vaihe

#### *Tieto ulkoistuksesta; iloitsemista, hermoilua ja epäilyjä*

Asiakkaiden suhtautuminen tietoon ulkoistuksesta vaihteli. Teemahaastatellut (e) asiakkaat ja asiakkaiden omaiset kertoivat, että useiden kohdalla tieto ulkoistuksesta oli herättänyt hermoilua, ahdistusta ja jännitystä. Samalla lailla kuin Launeen kotihoitoalueelta siirtynyt henkilöstö kertoi rauhoitelleensa asiakkaita, myös asiakkaiden omaiset olivat rauhoitelleet asiakasta sanomalla, että ”hyvä se x on”. Eräs asiakas kuvaili tunnelmiaan, että ”*en ollut tyytyväinen, ajattelin, että menee pommiin*” (nro 20). Eräs omainen puolestaan kertoi isästään, että

*Tieto vaihdoksesta pelotti isää ja myös ahdisti. Isä ymmärsi muutoksen, mutta ei hyväksynyt sitä. (Nro 9)*

Muutama haastatelluista iloitsi palveluntuottajan vaihtumisesta ja muutama puolestaan kuvaili tuntemuksiaan, ”*ettei tuntunut missään*”. Muistisairaiden asiakkaiden kohdalla heidän omaisensa arvioivat, että palvelunjärjestämistavan vaihtumisella ei välttämättä ollut isoa merkitystä jos palvelun toimittaminen jatkuu entisenlaisena.

Muutama asiakas ja asiakkaan omainen kertoivat olleensa hyvin tyytyväisiä, kun Lahden kaupunki oli valinnut x-palveluntuottajan, koska olivat kuulleet yri-

tyksestä hyvää. Lisäksi kummankin yrityksen valintaan oltiin tyytyväisiä niihin yhdistettyjen laatutekijöiden takia. Eräs omainen kuvasi tilannetta seuraavasti:

*Kun tieto tuli, kävin katsomassa netissä yritykset. Näiden tietojen perusteella tuli kuva, että kyse isoista yksiköistä, jotka varmasti ajan tasalla ja hoitaa varmasti hommansa hyvin. (Nro 14)*

Muutama omainen esitti kuitenkin huolensa Lahden kaupungin vastuullisesta toiminnasta. Mietityttäviä asioita olivat esimerkiksi, että oliko Lahden kaupunki perehtynyt syvällisesti valittuihin palveluyrityksiin, oliko kaupungilla riittävästi sopimusosaamista ja miten sopimuksen toteutumista ja ulkoistetun alueen toimintaa valvotaan. Eräs omainen ennakoï tilannetta seuraavasti:

*Kaupungin pitäisi valvoa, että saa mitä on tilannut. Omaisen ei pitäisi asettua käyttäjän asemaan. Se on äärimmäisen inhottava paikka... (Nro 12)*

Lähinnä asiakkaiden omaiset tekivät eron julkisen ja yksityisen kotihoidon toiminnan perustasta ja logiikasta. Tutuksi käyneen julkisen kotihoidon intresseihin ja toimintaan lähtökohtaisesti luotettiin. Sen sijaan yksityisten palvelutuottajien toimintaa pohdittiin muun muassa seuraavasti:

*Tässä on tarkoitus tehdä vain bisnestä. (Nro 101)*

*Nyt filmataan. (Nro 118)*

*On kuherruskuukausi ja tarve näyttää, mutta entä pidemmällä tähtäyksellä? (Nro 99)*

Epäilyjä herätti myös yksityisten palvelutuottajien mahdollisuudet tai halu samanlaiseen joustavuuteen, mitä koettiin olleen julkisen palvelutuottajan aikana. Toisaalta muutama arveli, että yksityiset palvelutuottajat yrittävät luoda asiakastarpeita lisää, jotta saisivat enemmän volyyymia liiketoimintaansa.

### ***Kotihoidon "saattaen vaihtaen" vaihe asiakkaan ja omaisen kokemana; sujui hyvin, mutta huolta hoidon turvallisesta jatkumisesta***

Monet haastatelluista (e) asiakkaista ja asiakkaiden omaisista kertoivat neutraalisti "saattaen vaihtaen" tilanteesta asiakkaan kotona. Eräs omainen kuvaili tapahtumaa seuraavasti:

*Vaihto meni hyvin, viikon olivat yhdessä tai mitä se nyt oli, muutaman päivän. Olin silloin kotona, halusin nähdä ja tulla tuntemaan ne henkilöt,*

*jotka meillä käy. Kävivät jonkun kerran yhdessä. Ihan hyvä kokemus ja tuntuma, ihan mukavasti tulivat toimeen keskenään. (Nro 12)*

Muutamia asiakkaita tilanne oli kuitenkin jännittänyt. Jännittämisen aiheesta eräs asiakas sanoi, että *”siirto jännitti etukäteen, mutta se meni ohi, kun uusiin työntekijöihin tutustui hyvin nopeasti”* (nro 40).

Vaikka tilanteen koettiin sujuneen hyvin, useat omaiset ja muutama asiakas toivat esille huolensa siitä, ettei uusilla palveluntarjoajilla näyttänyt olevan hoi-  
van/hoidon kannalta tarpeellisia tietoja asiakkaista. Myös uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja perehtyminen asiakkaisiin herätti kysymyksiä. Nämä samat huolenaiheet Launeelta siirtynyt henkilöstö toi myös esille haastatteluissa (a).

### **Asiakastyytyväisyys ennallaan siirtymä- ja ensi askel -vaiheissa – vai eikö sittenkään?**

Kotihoidon ulkoistuksen vaikutuksista asiakkaan näkökulmaan ulkoistuksen siirtymä- ja ensi askel -vaiheessa saadaan tutkimuksessa jossakin määrin ristiriitaisia tuloksia eri aineistonkeruunmenetelmillä. Vuosien 2014 ja 2015 määrällisten asiakastyytyväisyyskyselyiden (c, d) tulosten mukaan Launeen kotihoidon ulkoistuksella oli neutraali vaikutus alueen kotihoidon asiakkaiden asiakastyytyväisyyteen ensimmäisen puolen vuoden ajanjaksolla. Vertailuun on käytetty kaikkien asiakastyytyväisyyttä mittaavien tekijöiden keskiarvoa; ulkoistettu kotihoito vuonna 2015 ka. 8,6 ja kaupungin kotihoito vuonna 2014 sekä vuonna 2015 ka. 8,5. Lisäksi tulosten mukaan ulkoistettuun kotihoitoon ja kaupungin kotihoitoon oltiin lähes yhtä lailla tyytyväisiä kunkin asiakastyytyväisyyttä mittaavan asian suhteen. Asiakastyytyväisyyttä mittaavat muuttujat olivat: luottamuksen toteutuminen, henkilökunnan käyttäytyminen, henkilökunnan ammattitaito, saatu ohjeistus ja neuvonta, avun saanti esimerkiksi sairauteen, mahdollisuus saada yhteys työntekijöihin, työntekijän käyttämä aika edellisellä kerralla, mahdollisuus vaikuttaa hoitoon liittyviin asioihin ja käytäjäjankohta (lisäksi vuoden 2015 kyselyssä yleisarvosana).

Edellä lueteltuja asioita arvioitiin lähes samana ajankohtana joulukuussa 2015 yhdistelmäaineistotutkimuksessa (f). Tutkimustulokset osoittivat kriittisempää suhtautumista ulkoistettuun kotihoitoon. Tutkimuksessa mukana olleet kotihoidon asiakkaat ja asiakkaiden omaiset arvioivat yleisarvosanalla kaupungin kotihoidon hieman useammin paremmaksi kuin ulkoistetun kotihoidon. Kaupungin kotihoito arvioitiin paremmaksi myös silloin, kun käytettiin kaikkien asiakastyytyväisyyttä mittaavien tekijöiden keskiarvoa; ulkoistettu kotihoito ka. 7,8 ja kaupungin kotihoito ka. 8,5. Näiden tulosten mukaan kotihoidon ulkoistuksella oli jonkin verran asiakastyytyväisyyttä heikentävä vaikutus ulkoistuksen ensimmäisellä

puolivuotiskaudella. Ulkoistetun kotihoidon arviointia näytti selvästi vaikeuttavan se, että kotihoitopalvelun koettiin vaihdelleen ulkoistuksen siirtymävaiheen ja arviointiajankohdan aikana – huonommasta parempaan suuntaan. Asiakkaiden ja asiakkaiden omaisten antamat arviot olivat lähes yhteneviä asiakastyytyväisyyttä mittavien eri tekijöiden suhteen.

Vuoden 2015 yhdistelmäaineiston tutkimustuloksissa (f) tuli eroja kaupungin kotihoidon ja ulkoistetun kotihoidon välille erityisesti luottamuksen toteutumisessa, mutta myös työntekijöiden ammattitaidossa, yhteyden saamisessa ja mahdollisuudessa vaikuttaa hoitoon liittyviin asioihin. Tulosten mukaan palveluntuottajan vaihtuminen kesken kotihoidon asiakkuuden aiheutti selkeän negatiivisen epäjatkuvuuskohdan luottamuksen toteutumisen kokemuksessa ulkoistuksen siirtymä- ja ensi askel -vaiheissa. Näin näytti käyvän myös silloin, kun aikaisemmalla ja uudemmalla palveluntuottajalla koettiin olevan samoja epäluottamusta aiheuttavia tekijöitä, kuten käyntiaikojen vaihtelu, mutta tällöin uusi palveluntuottaja joutui painavammin ”*rangaistuksi*” näistä tekijöistä. Kuitenkin jokaista asiakastyytyväisyyttä mittaavan tekijän kohdalla uusi palveluntuottaja teki positiivisen vaikutuksen vähintäänkin kolmeen arvioitsijaan, arvioitsijoiden määrän vaihdellessa välillä 12–19.

Omaisten luottamusta asiakkaan uuteen palveluntuottajaan heikensivät erityisesti siirtymä- ja ulkoistuksen alkuvaiheiden ongelmat. Omaiset tunnistivat ongelmia rutiininomaisen hoidon/hoivan saumattomassa jatkumisessa (esimerkiksi insuliinipistos); harvoin toistuvissa asiakkaan palveluissa (esimerkiksi verikokeet); monitoimijapalveluverkoston hallinnassa (esimerkiksi kuntoutusjaksot, fysioterapia); työntekijöiden ammattitaidossa (esimerkiksi muistisairaat ja haavanhoito); lääketurvallisuudessa; palveluun kuuluvien tarvikkeiden toimittamisessa; yhteyden saamisessa palveluntuottajaan ja kuulluksi tulemisessa (tarkemmin myöhemmin tässä alaluvussa). Sen sijaan sairaanhoito- ja lääkäripalvelujen saatavuuden koettiin parantuneen ulkoistuksen ensimmäisen puolen vuoden ajanjaksolla. Voidaan arvioida, että asiakkaiden omaisten kokemien ongelmien taustalta voidaan löytää useita ja erityisesti systeemiluonteisia tekijöitä.

Asiakkaiden arvioita luottamuksen – ja myös muiden asiakastyytyväisyyttä mittaavien asioiden – arvioinnissa sävytti muun muassa varovaisuus ”*En ole vielä päässyt tutustumaan minulla käyvään yritykseen*” (nro 18); hyvät käytöstavat ”*En ilkeä sanoa, kuinka...*” (nro 23) ja oman mielen suojaaminen ”*Jos niitä alkais luettelemaan niin rötköllään sitä murheen alla olisi*” (nro 33).

Luottamuksen ohella ulkoistuksen siirtymä ja ensi askel -vaiheissa asiakastyytyväisyyttä heikentänyt tekijä oli uusien työntekijöiden koettu ammattitaito. Osa kotihoidon asiakkaista ja asiakkaiden omaisista koki työntekijöillä olevan puutteita hoidon/hoivan perusasioista lähtien. Usein syyksi arveltiin työntekijöiden

nuori ikä ja sitä myöten kokemattomuus tehtävissä. Uusien ja vanhojen palveluntuottajien työntekijöiden käyttäytymisen asiakasarvioinneissa ei ollut isoja eroja, sen sijaan eroja nähtiin käyttäytymisen luonteessa – kaupungin kotihoidon työntekijöitä kuvattiin esimerkiksi kohteliaiksi ja uusien palveluntuottajien työntekijöitä puolestaan iloisiksi. Omaiset olivat uusien työntekijöiden käyttäytymisen arvioinneissaan hieman kriittisempiä kuin kotihoidon asiakkaat. Lisäksi sekä asiakkaat ja asiakkaan omaiset kokivat, että työntekijöiden käyntiajat vaihtelivat enemmän ulkoistuksen kuin kaupungin kotihoidon aikana.

Asiakkaan näkökulmasta neutraalimpi vaikutus ulkoistuksella oli ”*saatu ohjeistus/neuvonta*” ja ”*saatu apu sairauteen*” -mittareiden tuloksiin – varsinkin siirtymävaiheen jälkeen.

### *Iloja ja ongelmia hoivassa ja hoidossa*

Teemahaastattelun (e) tutkimustulosten mukaan lähes kaikki haastatellut kotihoidon asiakkaat ja asiakkaiden omaiset kokivat sairaanhoitaja- ja lääkäripalvelujen saatavuuden parantuneen ulkoistuksen siirtymä ja ensi askel -vaiheissa. Muutama asiakas koki myös myönteisenä työntekijöiden suhtautumisen asiakkaiden hoitoon. Eräs asiakas kertoi, että

*Työntekijä kuuntelee, mitä vaivaa minulla on ja merkkäävät sen tietokoneelle ja kysyvät seuraavalla kerralla, onko vaivaa vielä ollut. (Nro 35)*

Erytisesti kotihoidon asiakkaiden omaiset toivat esille puutteita hoivan ja hoidon saumattomassa jatkumisessa ulkoistuksen ensimmäisen puolivuotiskauden aikana. Esimerkiksi käyntiaikojen vaihtelujen – joista myös kaupungin kotihoito sai moitteita – koettiin heikentävän lääkehoidon vaikutuksia. Eräs omainen kertoi, että

*Todettiin, että lääke joka piti antaa kello 7, tultiin antamaan vasta kello 11... lääkitys meni sekaisin ja tämän seurauksena potilas sekaisin. (Nro 61)*

Lääkkeet tulivat haastatteluaineistossa muutoinkin esille, jopa turvallisuutta heikentävänä asiana. Omaiset olivat kiinnittäneet huomiota esimerkiksi siihen, etteivät työntekijät olleet varmistaneet, että asiakas oli ottanut lääkkeensä tai että lääkkeet pääsivät loppumaan. Eräs omainen kertoo lääkkeiden jakeluvirheestä seuraavasti:

*Ihmettelin kun lääkkeet oli pitänyt jakaa, mutta lääkkeitä dosetissa vähän; selvisi ettei hoitaja ollut kääntänyt lääkelistaa ja toinen puoli lääkkeitä oli jäänyt jakamatta... en pysty luottamaan heidän lääkejuttuihin. (Nro 17)*

Ulkoistuksen siirtymä- ja ensivaiheen haastattelututkimuksen (e) tulosten mukaan uusilla palveluntuottajilla koettiin olleen kaupungin kotihoitoa enemmän ongelmia hallita asiakkaan monitoimijapalveluverkosta. Esimerkiksi jos asiakas oli välillä muualla kuin kotona hoidossa, tieto tästä ei tavoittanut työntekijöitä tai asiakkaan peseytyminen jäi väliin ennen fysioterapiakäyntiä. Näitä samoja ongelmia tuotiin esille vähäisemmässä määrin myös jälkeen ulkoistuksen haastattelututkimuksessa. Tarvike- ja vaippajakelussa koettiin olleen tietovajeita siitä, mitkä kuuluvat julkiseen hoitoon, ja mitkä puolestaan asiakkaan on itse kustannettava. Myös tarvikkeiden, vaippojen ja lääketilausten ennakkoinnissa saumattoman palvelun jatkumiseksi koettiin olleen vaikeuksia. Kuten aikaisemmin jo mainittiin, ongelmien takaa löytynee useita tekijöitä. Ulkoistuksen aikana kaupungin kotihoito tarkisti ja täsmensi ohjeitaan myös kaupungin tuottamassa kotihoidossa.

Asiakkaan palvelusuunnitelmassa olevat, harvemmin toistuvat palvelut saattoivat jäädä pois ulkoistuksen siirtymä- ja ensi askel -vaiheissa. Näistä palvelujen poisjäämisistä ja muista palvelupoikkeamista muistuttaminen koettiin hankalana. Asiakkaat ja omaiset pelkäsivät ottaa yhteyttä palveluntuottajaan epäkohdista, koska siitä pelättiin koituvan ongelmia kotihoidon asiakkaalle – tämän saman pelon ottaa asioissa yhteyttä palveluntarjoajaan koettiin olleen olemassa myös kaupungin kotihoidon kohdalla. Eräs omainen purki tuntojaan ulkoistetusta kotihoidosta seuraavasti:

*X:ltä joutuu pyytämään niin usein, että tulee kerjäämisen tunne... ennen asia hoitui kaupungilla automaattisesti, mutta nyt sanoivat [yritys] että heillä ei ole tietoja – mä sanoin, että pitää teillä olla kun kaupunki on antanut nää asiakkaat, ei ne tiedot varmaan hukkunutkaan ole. (Nro 196)*

### **Asiakkaiden uudet "2.0 hoitajat"**

Teemahaastattelu- ja yhdistelmäaineiston (e, f) tulosten mukaan kotihoidon asiakkaat ja asiakkaiden omaiset tunnistivat eroja kaupungin kotihoidon työntekijöiden ja uusien palveluntuottajien työntekijöiden välillä kotihoidon ulkoistuksen siirtymä- ja ensi askel -vaiheessa. Eroja koettiin olevan käyttäytymisessä, ikärakenteessa, kokeneisuudessa ja ammattitaidossa. Kaupungin kotihoidon työntekijöiden kohdalla haastatteluissa painotettiin hyvää käyttäytymistä ja ammattitaitoa, niin uusista työntekijöistä puhuttiin "iloisina ja reippaina tyttöinä ja poikina".

Muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta asiakkaat ja heidän omaisensa kokivat työntekijöiden ammatillisuuden heikentyneen kaupungin kotihoidon aikaan verrattuna. Uusien työntekijöiden sanottiin olevan nuorempia ja siten kokemattomia. Toisaalta jotkut mainitsivat, että heillä on halu ottaa asioista selvää, kuten yksi haastateltu omainen siteerasi uuden työntekijän lausumaa: "Vitsi, en osaa



laittaa tätä kalvoa, mutta mä opettelen sen” (nro 201). Joidenkin kohdalla koettu työntekijöiden ammattitaidon puute sai tuskastumisen piirteitä:

*Olen tyttäreille välillä sanonut, että väliin tuntuu, että ne on suoraan kadulta otettu. Ei ne osaa mitään. Minä koko ajan puhun, että niin ja niin pitää tehdä. (Nro 115)*

Useat asiakkaat kuitenkin pitivät työntekijöiden ikää ja kokemattomuutta syinä puutteelliseen ammattitaitoon ja tavallaan näin he ikään kuin selittivät ammattitaidon puutteet neutraaliksi asiaksi. Eräs asiakas totesi uusista työntekijöistä, että ”pääosin mukavia ihmisiä, mutta ei sille voi mitään, jos henkilö ei osaa” (nro 30). Omaiset arvioivat työntekijöiden nuoren iän olevan pulmallinen myös iäkkäitten asiakkaiden ja työntekijöiden välisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Samoin omaiset kommentoivat uusien palveluntuottajien työntekijöiden pukeutumistyyliä. Heidän mielestään esimerkiksi työntekijöiden näkyvät lävistykset ja tatuoinnit olivat merkkejä ammatillisuuden puutteesta, mutta myös asiakkaan arvostamisen puutteesta. Asiakkaat eivät tuoneet negatiivisessa merkityksessä esille hoitajien mahdollista ulkomaalaistaustaa.

Useat omaiset toivat huolestuneena esille uusien työntekijöiden muistisairausosaamisen. He arvioivat, että uudet työntekijät liian herkästi uskoivat asiakkaan kertomusta esimerkiksi ruokailusta ja hygienianhoidosta tai eivät kiinnittäneet valppaasti huomiota muistisairauden mukanaan tuomiin ilmiöihin, kuten ruuan kasautumiseen ja pilaantumiseen jääkaapissa. Eräs omainen kertoo kokemuksestaan seuraavaa:

*Uudet hoitajat eivät ole saaneet isää pesulle ja hän on sanonut hoitavansa pesut itse. Näin ei kuitenkaan ole käynyt ja isä ollut ilman pesua pitemmän aikaa. (Nro 9)*

Yhdistelmäaineistossa (f) tuli selkeästi esille uusien palveluntuottajien henkilöstön ”ne hyvät” ja ”ne huonot” työntekijäarviot. Arvioitsijat kokivat, että kaupungin kotihoidon työntekijöiden käyttäytyminen ja ammattitaito olivat tasalaatuisempia kuin uusien palveluntuottajien työntekijöiden. Seuraava katkelma kotihoidon asiakkaana olevan äidin ja hänen tyttärensä käymästä keskustelusta antaa kuvaa koetusta työntekijöiden erilaisuudesta, mutta kuvastaa myös määrällisten asiakastyytyväisyyskyselymittausten ongelmallisuutta:

*Asiakas: En minä kehtaa sanoa kuinka huonoa.  
Omainen: Etkö muista kun sanoit, että toiset huitasee ja toiset hyvin.  
Asiakas: Ketkä tekee paremmin saa vähintään 8 tai 9. Ne jotka huonommin, niin 6. (Nro 98)*

### Omaisiet asiakkaan hoivaverkostossa

Siirtymä- ja ensi askel -vaiheiden haastatteluiissa (e) useat omaiset ottivat esille ”omaisena olemisen” kotihoidon asiakkaan palvelukokonaisuudessa. Lisääntynyt tuen ja tiedon tarve kumpusivat pääsääntöisesti ulkoistuksesta seuranneesta epäjatkuvuuskohdasta, mutta vähäisemmässä määrin myös asiakkaan muuttuneesta tilanteesta. Osa omaisista koki tulleen ulkoistuksen aikana enemmän huomioituksi asiakkaan lähiomaisena ja asiakkaan hoito- ja palveluverkoston jäsenenä kuin kaupungin kotihoidon aikaan. Osa koki tulleen laiminlyödyksi tai syrjäytetyksi. Seuraavassa kahden omaisen vastakkaiset kokemukset asiasta:

*On ollut mukava jutella äidin tilanteesta ja yleisestikin. Olen tullut hyvin juttuun heidän kanssaan, ei kenestäkään ikävää tunnetta. Ilman muuta turvaan heihin, kun olen yksin ja kun ei ole sisaruksia. (Nro 53)*

*Johtamisen organisointi tuonut tosi paljon ongelmia, kun sanotaan, että yhteinen asia jos omaisia...olemme omaisena tosi hyvin hoitaneet asiat, mutta sieltä ei tieto kulje. Tälläkin viikolla kolmesti soitettiin. Se mikä puuttuu, on yhteinen numero. On päivystys, mutta vastaaja ei tiedä asioista mitään. En saa kiinni puhelimelle tällä viikolla ketään. Jätän viestin ja niihinkään ei ole vastattu. (Nro 64)*

### Palveluntuottajan vaihtaminen

Ulkoistuksen ensi askel -vaiheessa 90 prosenttia määrälliseen asiakastytyväisyyskyselyyn (d) vastanneista halusi jatkaa silloisen palveluntuottajan asiakkaana ja 10 prosenttia oli harkinnut palveluntuottajan vaihtamista. Palveluntuottajan vaihtamisesta kysyttiin asiakkailta ja omaisilta myös tämän asiakastytyväisyyskyselytutkimuksen jälkeen haastattelututkimuksessa (e). Haastatteluiissa tuli ilmi, ettei kaikilla ollut tietoa palveluntuottajan vaihtomahdollisuudesta. Lisäksi omaiset kokivat vaihtamisen vaikeaksi, koska saatavilla ei ollut vertailukelpoista tietoa toisesta palveluntuottajasta. Palveluntuottajan vaihtaminen koettiin myös vaivalloisena, kuten eräs omainen kertoi: ”Ajattelin, että se on sitten niin kurjaa opetella kaikki alusta” (nro 15). Osa asiakkaista puolestaan ajatteli skeptisesti, että ”mihin se tästä vaihtamalla paranee” (nro 8).

Jälkeen ulkoistuksen haastateltavista (g) asiakkaista kaksi oli vaihtanut palveluntuottajaa. Kummassakin tapauksessa syynä oli asiakkaan tai hänen omaisensa kokemat, jopa asiakkaan turvallisuutta vaarantaneet virheet kotihoitopalvelussa. Yhdistelmäaineistotutkimuksen (h) tulosten mukaan palveluntuottajaa vaihtaneet olivat tyytyväisempiä nykyiseen palveluntuottajaan kuin aikaisempaan palveluntuottajaan.

Ulkoistuksen siirtymävaiheessa kotihoidon asiakkaiden ja heidän omaistensa tekemien valitusten lukumäärä palvelun järjestäjälle lisääntyi, mutta laski myöhemmin lähes kaupungin aikaisen kotihoidon tasolle. Omaiset kertoivat ulkoistuksen aikana miettineensä valituksen tekoa, mutta olivat kokeneet, etteivät heidän voimansa riittäneet siihen. Lisäksi tuotiin esille tyytymättömyys siihen, miten ulkoistetusta kotihoidosta oli vastattu tehtyihin valituksiin.

### 3.2.2 Ulkoistuksen jälkeen -vaihe

#### *Asiakastyytyväisyyden ennallistuminen?*

Jälkeen ulkoistuksen -yhdistelmäaineistotutkimuksessa (h) arvioitiin ulkoistetun kotihoidon asiakastyytyväisyyttä samalla tavalla kuin ulkoistuksen siirtymä- ja ensiaskel vaiheessa. Asiakastyytyväisyyttä mittaavat asiat olivat: yleisarvio, luottamuksen toteutuminen, henkilökunnan käyttäytyminen, henkilökunnan ammattitaito, saatu ohjeistus ja neuvonta, avun saanti esimerkiksi sairauteen, mahdollisuus saada yhteys työntekijöihin, työntekijän käyttämä aika edellisellä kerralla, mahdollisuus vaikuttaa hoitoon liittyviin asioihin sekä käyntiajankohta.

Tutkimuksessa mukana olleet kotihoidon asiakkaat ja asiakkaiden omaiset arvioivat yleisarvosanojen keskiarvolla mitattuna ulkoistetun kotihoidon niukasti heikommaksi kuin kaupungin kotihoidon; vertailuarvoina ulkoistettu kotihoito vuonna 2017 ka. 7.0 ja kaupungin kotihoito 2015 ka. 7.9. Tilanne näyttäytyi vielä hieman kielteisempänä, kun asiakastyytyväisyyttä arvioitiin kaikkien asiakastyytyväisyyttä mittaavien tekijöiden keskiarvolla; ulkoistettu kotihoito vuonna 2017 ka. 7.3 ja kaupungin kotihoito vuonna 2015 ka. 8,5. Lukujen tuottamaan tietoon on otoksen pienuuden takia kuitenkin suhtauduttava varovaisesti ja lähinnä suuntaa kuvaavana. Yhteenvetona edellä esitetyistä tutkimustuloksista voidaan sanoa, että kun ulkoistuksen siirtymä- ja ensi vaiheessa ulkoistuksen vaikutus kotihoidon asiakkaiden ja asiakkaiden omaisten asiakastyytyväisyyteen oli lähes neutraali tai niukasti kielteinen, niin jälkeen ulkoistuksen tilanteessa se oli jonkin verran negatiivinen, kun asiakastyytyväisyyttä mitattiin kotihoidon yleisarvosanalla ja kaikkien asiakastyytyväisyyttä mittaavien tekijöiden keskiarvolla.

Kotihoidon ulkoistuksen ensimmäisellä puolivuotiskaudella asiakkaiden ja asiakkaiden omaisten luottamuksen kokemus uuden palveluntuottajan kotihoitoon muodosti negatiivisen epäjatkuvuuskohdan palvelussa. Jälkeen ulkoistuksen yhdistelmäaineistotutkimuksen (h) tulosten mukaan asiakkaiden ja asiakkaiden omaiset kokivat luottamuksen voimistuneen positiiviseen suuntaan lähelle kokemusta kaupungin kotihoidosta. Myös työntekijöiden ammattitaidon koettiin kohonneen hieman positiiviseen suuntaan ulkoistuksen alkuvaiheesta, mutta

tässäkin asiakastytyväisyyden osatekijässä kaupungin kotihoidolle annetut arviot olivat positiivisemmat.

”Käyntiajankohta”-tekijän kohdalla ulkoistetun kotihoidon ja kaupungin kotihoidon arvioiden keskiarvot olivat vertailussa lähellä toisiaan, eli ulkoistuksella oli neutraali vaikutus ”käyntiajankohta”-tekijään. Asiakastytyväisyyttä mittaavista tekijöistä henkilökunnan käyttäytyminen, saatu ohjeistus/neuvonta, työntekijän käyttämä aika ja mahdollisuus vaikuttaa hoitoon liittyviin asioihin arvioitiin yhdistelmäaineistotutkimuksessa (h) heikommaksi ulkoistetussa kotihoidossa kuin kaupungin kotihoidossa (erotus keskiarvoissa enemmän kuin 1,0). Lisäksi mielenkiintoista oli, että vuonna 2017 ulkoistetun kotihoidon asiakastytyväisyysarvioinneissa oltiin kriittisempiä kuin vuoden 2015 arvioinneissa.

Yhteenvetona edellä kerrotuista tutkimustuloksista voidaan sanoa, että ulkoistuksella oli jossakin määrin negatiivinen vaikutus ”käyntiajankohtaa” lukuun ottamatta kaikkiin asiakastytyväisyyden eri osatekijöihin verrattuna kaupungin kotihoitoon. Ulkoistetussa kotihoidossa oli asiakkaiden ja omaisten arvioimana kuitenkin edetty positiiviseen suuntaan siirtymä ja ensi askel -vaiheiden jälkeen.

#### *Jotain hyvää, jotain vanhaa ja jotain uutta jälkeen ulkoistuksen -vaiheessa*

Asiakkaiden ja asiakkaiden omaisten kokemusten mukaan ulkoistuksen siirtymä- ja ensi askel -vaiheeseen sisältyi useita mieltä kuohuttavia tai ongelmallisia piirteitä. Jälkeen ulkoistuksen haastatteluissa (g) ja yhdistelmäaineistotutkimuksessa (h) osaa näistä asioista ei enää otettu esille, mutta osan koettiin jatkuneen – yksi tuli myös uutena esiin.

Kotihoidon asiakkaat ja asiakkaiden omaiset eivät jälkeen ulkoistuksen haastatteluissa (g) ottaneet kantaa ulkoistetun kotihoitoalueen työntekijöiden ikään ja pukeutumiseen tai työntekijöiden habitukseen toisin kuin ennen ulkoistusta haastatteluissa (e). Kokonaisuutena työntekijöiden ammattitaito ei myöskään saanut laajempaa negatiivista huomiota, mutta haavanhoito- ja muistisairaana asiakkaan hoiva tuli edelleen pulmallisena asiana esille muutamassa omaishaastattelussa. Omaisten kokemusten mukaan joiltakin työntekijöiltä tuntui haavanhoidossa puuttuvan ammattimainen ote ja myös haavanhoitohygieniassa koettiin olevan parantamisen varaa. Ongelmia muistisairaana henkilön hoidossa ja hoivassa omaiset kuvailivat näin:

| *Ne jättää lääkkeen pöydälle ja sanovat että ota sitten myöhemmin. (Nro 85)*

| *Kun äiti ei syö, ne sanoo, että ruoka on jääkaapissa ja lämmitä se mikrossa. (Nro 86)*

Ulkoistuksen siirtymä- ja ensi askel -vaiheessa kotihoidon asiakkaat ja asiakkaiden omaiset kokivat sairaanhoitaja- ja lääkäripalvelujen saatavuuden parantuneen kaupungin kotihoidon aikaan verrattuna. Jälkeen ulkoistuksen haastatteluissa (g) kanssakäyminen sairaanhoitajien kanssa tuli myös positii-visesti esille. Muutama haastateltu kuitenkin koki tulleen tylysti kohdelluksi sairaanhoitopalvelujen yhteydessä, mutta niitä ”*ihaniakin*” sairaanhoitajia tunnistettiin. Verrattuna kaupungin kotihoidon aikaan ulkoistetun kotihoidon sairaanhoitajista näytti tulleen omaisille tärkeä väylä päästä osallisiksi kotihoidon asiakkaan hoitoon ja halutun viestin eteenpäin välittymiseen.

Myös lääkäripalveluja moitittiin jonkin verran ulkoistuksen jälkeen tehdyissä tutkimuksissa. Muutama haastateltu kertoi, ettei asiakkaalla tai hänen omaisellaan ole ollut mahdollisuutta asioida kotihoidon lääkärin kanssa suoraan, vaan yhteydenpito tapahtui sairaanhoitajan kautta. Myös kotihoidon lääkäreiden ammatillinen huolellisuus sai jonkin verran moitteita lähinnä kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyen. Tutkimusten perusteella näytti siltä, että monet esimerkiksi tiedonpuutteesta johtuneet ongelmat näyttivät asettuneen, kuten mitkä tarvikkeet kuuluvat asiakkaan saamaan palveluun. Kuitenkin muutama omainen oli kokenut niissä ongelmia edelleen.

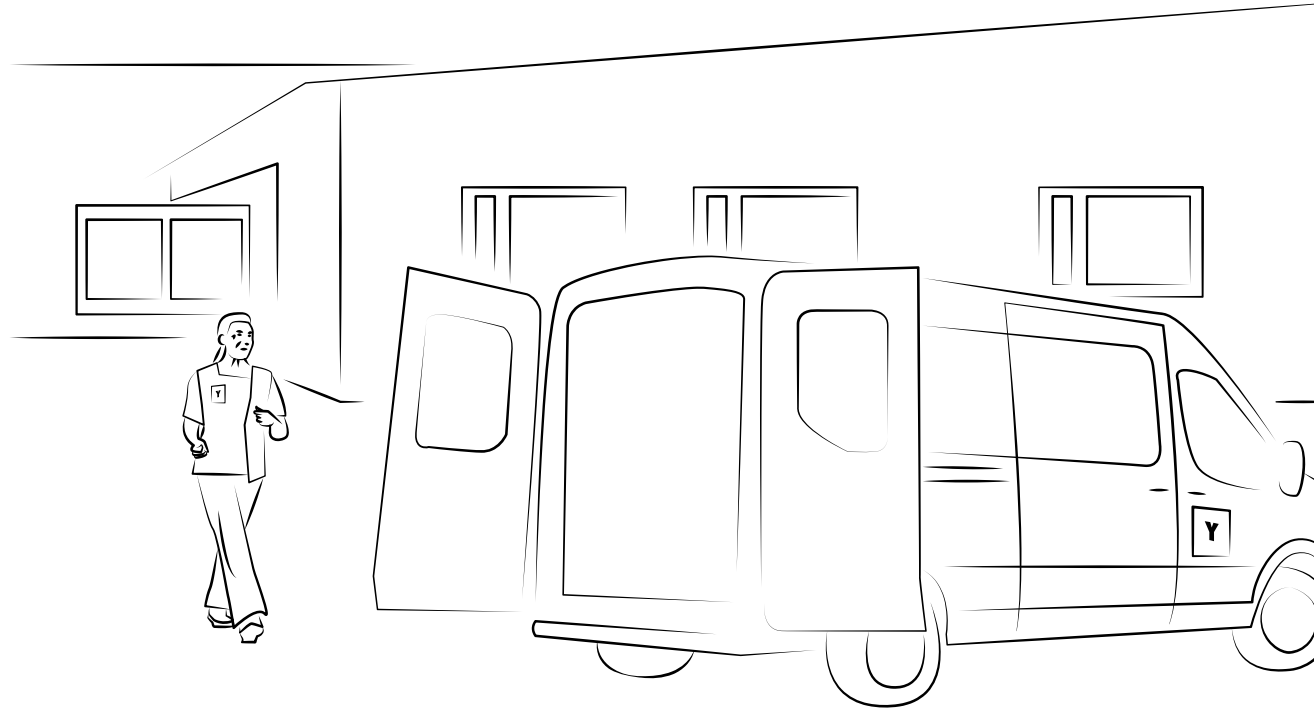
Sen sijaan uutena asiana haastatteluissa tuli esille asiakkaan ja asiakkaan omaisten tarve korostaa kotihoidon asiakkaan ja hänen kotinsa yksityisyyttä. Muutama asiakas toivoi, että heille tulnaisiin sovitussa aikaraamissa, koska ”*meillä on muutakin elämää*” (nro 79). Lisäksi taloudessa saattoi asua omainen tai olla vieras, joka koki kiusallisena jos kotihoidon työntekijä ilmestyi asiakkaan kotiin sovitusta aikataulusta poiketen. Haastateltujen joukossa oli myös sellaisia omaisia, jotka eivät asuneet kotihoidon asiakkaan kanssa samassa taloudessa, mutta esimerkiksi viikonloppuisin kävivät läheisensä kanssa muun muassa saunassa. Säännöllisistä vierailuista ja tapahtumista oli ilmoitettu kotihoitoon, mutta tieto siitä ei ollut saavuttanut kotihoidon työntekijää, joka saattoi ilmestyä varoittamatta paikalle kesken riisuuntumistoimien. Asiakkaan ja hänen kotinsa yksityisyyttä korostettiin myös kertomalla, kuinka kotiin saatetaan tulla koputamatta, kenkiä pyyhkimättä, tervehtimättä tai hyvästejä jättämättä.



## 4 ULKOISTUKSEN VAIKUTTAVUUS MITATTUNA PALVELUN LAADULLA JA TUOTTAVUUDELLA SEKÄ JOHTAMISEN NÄKÖKULMA

Luvussa 4 kerrotaan kotihoitoalueen ulkoistuksen vaikuttavuuden toteutumisesta (tutkimuskysymys 2). Lisäksi luvussa kerrotaan kotihoidon ulkoistuksesta johtamisen näkökulmasta (tutkimuskysymys 1.3)

Vaikuttavuudella tarkoitetaan yleisesti sitä, miten hyvin organisaatio saavuttaa asettamansa tavoitteensa. Tässä tutkimuksessa vaikuttavuudella tarkoitetaan sitä, miten kotihoidon ulkoistukselle päätöksenteossa asetetut tavoitteet toteutuvat noin kahden vuoden seurantajaksolla. Ulkoistuksen vaikuttavuutta arvioidaan palvelun laadun, kotihoitopalvelun vaikuttavuuden, tuottavuuden ja vertaiskehittämisen näkökulmista.



#### 4.1 Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden kohoamisen tavoite

Lahden sosiaali- ja terveyslautakunta määritteli Launeen kotihoitoalueen ulkoistuspäätöksessään, että ulkoistamisella haetaan taloudellisten hyötyjen lisäksi muun muassa palvelujen laadun paranemista ja kotihoitopalvelujen vaikuttavuuden tehostumista. Ulkoistetun kotihoitopalvelun tulee olla vähintään kunnallisen palvelutuotannon tasoista palvelua. Palvelujen laadun seuraamiseksi ja vertaiskehittämisen viitekehikseksi palveluntuottajilta edellytettiin RAI-järjestelmän käyttöä. Lisäksi ulkoistetulle kotihoidolle tuli asettaa niiden palvelun laatua mittavat laatuindikaattorit.

##### Palvelujen laatu

RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument, potilaan arviointiväline) on kansainvälisesti standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö erilaisten asiakkaiden/potilaiden pitkäaikaishoidon tarpeisiin. Kotona asuvien henkilöiden palvelujen arviointiin käytetään RAI-HC (Home Care) sovellutusta. Kotihoidon RAI-HC:ssä, kuten muissakin RAI-järjestelmän sovellutuksissa, on kyse tiedolla johtamisen välineestä. Arvioinnista saatua tietoa voidaan hyödyntää:

- asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa, hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa ja toteutumisessa sekä kuntoutumisen seurannassa
- yksiköiden/organisaatioiden toiminnan kehittämässä ja laadun sekä kustannusvaikuttavuuden seurannassa
- kansallisessa ja kansainvälisessä vertailussa sekä tutkimuksissa. (THL)

RAI-välineiden käyttöperiaatteiden mukaan säännöllistä palvelua saavan henkilön tarpeista tulee tehdä kokonaisarviointi hoidon alkaessa sekä hoidon aikana puolivuosittain. Kuitenkin jos henkilön vointi muuttuu oleellisesti, tehdään uusi RAI-arviointi. RAI-arviointi on systemaattinen ja monipuolinen arviointiprosessi, joka toteutetaan ainakin osittain yhdessä asiakkaan kanssa. RAI-arvioinnissa selvitetään muun muassa arjesta suoriutumista, psyykkistä ja kognitiivista vointia, sosiaalista toimintakykyä ja hyvinvointia, terveydentilaa, ravitsemusta ja kipua. Arvioinnin tekijöiltä (hoitajat) edellytetään hoitotyön tietoperustan hyvää hallintaa, kykyä tehdä eettisesti hyväksyttäviä päätöksiä sekä osaamista RAI-arvioinnin tekemiseen. (THL) RAI-arviointitieto luokitellaan valtakunnalliseen laatuindikaattoritietoon ja palauteraporteista saatavaan muuhun tietoon. Laatuindikaattoreiksi on valittu asiakkaisiin tai hoitokäytäntöihin liittyviä kielteisiä tiloja, kuten kaatuilu ja haavat.

Tietoja tehdyistä arvioinneista kokoaa ja ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Suomen suurimmista kaupungeista vain Kuopio on järjestelmän ulkopuolella kotihoidon osalta. Julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajat, jotka ovat sitoutuneet RAI-järjestelmän käyttöön, voivat saada THL:n koostamia tiimi-, yksikkö- ja organisaatiotason palauteraportteja sekä valtakunnallista vertailutietoa (esimerkiksi vuoden 2016 kahdessa arvioinnissa yhteensä 44 057 arvioitua henkilöä kotihoidossa). Näiden tietojen pohjalta voidaan nähdä oman tiimin/yksikön tilanne suhteessa muihin saman organisaation yksiköihin ja valtakunnalliseen vertailuarvoon. Tässä tutkimuksessa hyödynnetään näitä palauteraporttitietoja.

Lahden kaupungin kotihoidossa RAI-järjestelmä on otettu koulutuksineen käyttöön vuonna 2014. Kun Launeen kotihoito ulkoistettiin, tehtiin ensimmäinen RAI-arviointi ulkoistetulla alueella syksyllä 2015. Lautakunnan päätöksessä mainitut ulkoistetun alueen RAI-järjestelmään pohjautuvat laatuindikaattorit ovat samat laatuindikaattorit, jotka ovat käytössä Lahden kaupungin omassa palvelutuotannossa. Laatuindikaattorit ovat seuraavat:

- ravitsemus; riittämättömät ateriat
- lääkitys; lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä
- lääkitys; psykoosilääkkeiden käyttö
- turvallisuus; kaatuminen edellisen 90 vuorokauden aikana



- osallisuus; sosiaalinen eristäytyminen
- sairaalahoito tai käynti päivystyksessä edellisen 90 vuorokauden aikana
- ei kuntoutusta; vaikka kuntoutumisen mahdollisuus.

Tässä tutkimuksessa palvelun laatua RAI-järjestelmällä pohti RAI-ryhmä. Ryhmään kuuluivat Lahden kaupungin vanhusten palveluiden ja kuntoutuksen RAI-asiantuntija, kotihoidon johtoa ja tutkijat, yhteensä 5–8 henkilöä. Ryhmä kokoontui kaksi kertaa. Lisäksi tuloksia pohdittiin yhdessä ulkoistetun alueen palveluntuottajien kanssa. Ryhmän tehtävänä oli määritellä tähän tutkimukseen tulevat laatuindikaattorit ja tehdä tulkinta tutkimusaineistosta. Ryhmä määritteli, että ennen-jälkeen Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksen tutkimisen sijaan tutkimus tehdään poikittaisleikkauksena vuoden 2016 toisesta, syksyn arvioinnista.

Syynä tutkimusasetelman muutokseen oli, että RAI-arviointi oli otettu käyttöön kaupungin kotihoidossa vuonna 2014 (ennen ulkoistusta tilanteessa), mutta tuolloin arviointia vasta opeteltiin ja harjoiteltiin, joten arvioinnin tulokset eivät olleet vielä luotettavalla tasolla tutkimuksen näkökulmasta. Vastaavasti myös ulkoistetun kotihoitoalueen palveluntuottajat opettelivat RAI-arviointia vuoden 2015 viimeisessä ja vuoden 2016 ensimmäisessä arvioinnissa. Kaupungin kokemuksen mukaan RAI-arvioinnin sisäistäminen vaatii useita arviointikertoja. Lisäksi arviointeja tekevä henkilökunta ei ollut vielä kaikilta osin niin vakiintunutta ulkoistetulla alueella – etenkin vuoden 2015 arviointien aikaan – että heidän arviointinsa pohjautuisi pitempiäaikaiseen työskentelyyn ja kokemukseen arvioitavista asiakkaista. Vuoden 2017 ensimmäisen arvioinnin tulokset puolestaan valmistuivat ajallisesti liian myöhään otettavaksi tähän tutkimukseen kuvaamaan jälkeen ulkoistuksen tilannetta.

Ryhmä pohti tutkimukseen nimettäviä laatuindikaattoreita monesta näkökulmasta. Indikaattoreiden tuli olla sellaisia, että ulkoistetun alueen palveluntuottajilla oli omalla toiminnallaan mahdollisuus vaikuttaa arvioitavan asian laadulliseen tasoon. Joidenkin indikaattoreiden kohdalla arvioitava asia saattoi olla seurausta jostakin muusta asiasta tai voitiin tunnistaa mahdollisia väliin tulevia tekijöitä. Esimerkiksi kaatumiset saattoivat olla seurausta epätarkoituksenmukaisesta lääkityksestä eivätkä esimerkiksi kuntouttavan työotteen puutteista. Ryhmä katsoi myös tarkoituksenmukaiseksi, että valittavat indikaattorit ovat sellaisia, ettei niiden arvioiminen edellytä asiakkaan arviota.

RAI-arvioiden luotettavuus tutkimuksellisesta näkökulmasta herätti laajemminkin ryhmässä keskustelua. Osa RAI-indikaattoreista on faktapohjaisia eli arvioitava asia voidaan esimerkiksi tarkistaa muista tietolähteistä, kuten sairaalahoitajaksot. Osa puolestaan sellaisia, jotka perustuvat arvioitsijan osaamiseen ja ammattitaitoon, kuten käytöshäiriöiden arvioiminen. Indikaattoreissa on myös kysymyksiä, joiden tulkinnassa koettiin olleen virhemahdollisuus niiden

muotoilusta johtuen. Arviointitulosten tuli kohdella kahta palveluntuottajaa tasa-puolisesti esimerkiksi asiakkaiden hoitoisuuden ja asiakasprofiilien suhteen. Ulkoistetulla kotihoitoalueella oli pieniä alueellisia eroja asiakasprofiileissa. Ryhmässä kuitenkin todettiin, että koska asiakkaat jakautuvat palveluntuottajille muilla tavoin kuin maantieteellisesti, asiakasprofiili- ja hoitoisuustekijät eivät muodosta kovin merkittävää pulmaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Tutkimuksen palvelun laadun indikaattoreiksi ryhmä valitsi:

- lääkitys; lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä
- monilääkitys; lääkkeiden lukumäärän keskiarvo
- sairaalahoido tai käynti päivystyspoliklinikalla tai äkillisen hoidon tarve 90 vuorokauden aikana
- osallisuus; asiakas ei itse osallistu arviointiin.

Tutkimukseen valituista laatuindikaattoreista ”*Lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä*” ja ”*Sairaalahoito tai käynti päivystyspoliklinikalla tai äkillinen hoidon tarve*” sisältyivät myös ulkoistetun ja kaupungin kotihoitoalueiden palveluntuottajien laatukriteereihin, ja palveluntuottajat tiesivät niiden seurannasta. Sen sijaan ”*Lääkkeiden lukumäärä*” ja ”*Asiakas ei itse osallistu arviointiin*” olivat uusia palvelun laadun arvioinnin kriteereitä. Tutkimuksessa ulkoistetun kotihoitoalueen valittujen indikaattoreiden RAI-arvioita verrataan kaupungin muiden kotihoitoalueiden RAI-arvioiden keskiarvoon sekä valtakunnalliseen vertailuarvoon. Indikaattoriarvo kertoo kyseessä olevan asian esiintyvyyso prosentista joko koko asiakaskunnassa tai osassa, paitsi monilääkityksen kohdalla lääkkeiden keskimääräisen lukumäärän. Peruseriaatteena on, että mitä korkeampi luku on, sitä enemmän on kehitettävää.

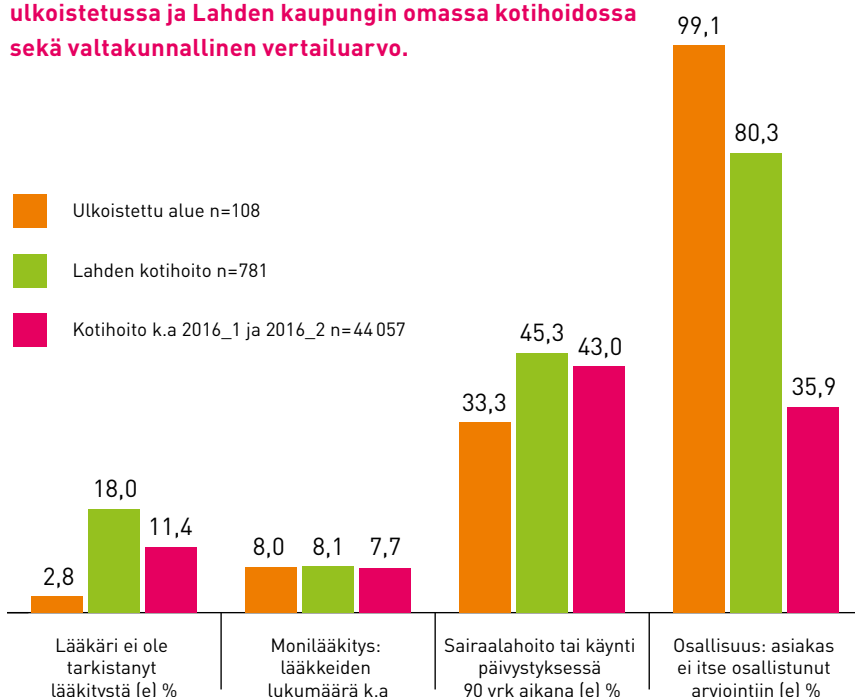
### **Tulokset**

Kuvassa 2 on esitetty tutkimuksessa käytetyt RAI-indikaattorit ja indikaattoreiden saamat arvot.

#### ***Lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä***

Tällä indikaattorilla tarkoitetaan niiden asiakkaiden osuutta (prosenttia), joilla on vähintään kaksi lääkettä ja joiden lääkitystä lääkäri ei ole tarkistanut kokonaisuudessaan viimeisten 180 vuorokauden aikana. Ulkoistetulla kotihoitoalueella lääkäri oli tarkistanut lääkitykset lähes kaikilta asiakkailta arviointiajanjakson aikana (palveluntuottajien keskiarvo 97,2 prosenttia). Palveluntuottajien välillä ei ollut lääketarkastusten suhteen merkittävää eroa. Kaupungin kotihoitoalueilla lääkäri oli tarkistanut lääkityksen 82 prosentilta asiakkaista. Valtakunnallinen vertailuarvo oli 89,6 prosenttia. Ulkoistetulla kotihoitoalueella lääkäri oli tarkistanut asiakkaiden lääkitykset kattavammin kuin kaupungin kotihoitoalueilla ja valtakunnan tasolla keskimäärin.

**Kuva 2. RAI-laatuindikaattorit tutkimuksessa sekä niiden saamat arvot (%) vuoden 2016 syksyn arvioinnissa ulkoistetussa ja Lahden kaupungin omassa kotihoidossa sekä valtakunnallinen vertailuarvo.**



### *Monilääkitys; lääkkeiden lukumäärän keskiarvo*

Lääkkeiden lukumäärä ei ole mukana RAI-järjestelmän varsinaisissa laatuindikaattoreissa, mutta tieto on mukana palauteraporteissa. Arvioitaessa monilääkitystä huomioon otetaan kaikki asiakkaalle määrätyt lääkkeet ja muut hoitoon määrätyt tuotteet, kuten perusvoiteet ja vitamiinit. Monilääkityksen lääkkeiden lukumäärään arvioidaan mukaan asiakkaat, joilla on lääkelistan mukaisesti käytössä arviointihetkellä vähintään kaksi lääkettä. Monilääkitys on noussut puheenaiheeksi monissa yhteyksissä. Monilääkityksen arvioinnin tavoitteena RAI-järjestelmässä ei kuitenkaan ole vähentää määrällisesti asiakkaan lääkkeitä, vaikka monilääkityksen raja-arvona pidetään THL:n määrittelemää 9 lääkettä. Jos henkilölle on määrätty 12 lääkettä hänen sairautsiensa hoitoon, ja hänen lääkityksensä on tarkastettu, arvioinnin näkökulmasta asiakkaan monilääkitys on asianmukaisella tasolla.

Tulosten mukaan asiakkaiden lääkkeiden lukumäärän keskiarvot olivat lähes samat, eli 8 lääkettä, ulkoistetussa ja kaupungin omassa kotihoidossa, kun valtakunnallinen vertailuarvo oli hieman alempi eli 7,7 lääkettä. Myöskään palveluntuottajien välillä ei ollut eroja indikaattorin arvojen suhteen. Tulos on

mielenkiintoinen, kun tiedetään, että ulkoistetulla alueella oli hyvin laajasti tarkastettu asiakkaiden lääkitykset.

### *Sairaalahoito tai käynti päivystyspoliklinikalla 90 vuorokauden aikana.*

Tällä indikaattorilla on selkeä yhteys asiakkaan palvelujen kokonaiskustannuksiin ja tämän seurantaan RAI-ryhmässä kannatettiin vahvasti. Indikaattorin arvo ilmoittaa prosentteissa niiden asiakkaiden osuuden, jotka ovat olleet sairaalahoitossa yön yli tai käyneet päivystyspoliklinikalla viipymättä sairaalassa yön yli tai jotka ovat tarvinneet äkillistä hoitoa (sisältäen suunnittelemattomat hoitajan, lääkärin tai toimintaterapeutin käynnit vastaanotolla tai kotona) viimeisten 90 vuorokauden aikana. Indikaattorin arvojen mukaan ulkoistetulla kotihoitoalueella oli asiakkailla selkeästi vähemmän yön yli sairaalakäyntejä tai päivystyspoliikkakäyntejä tai äkillistä hoidon tarvetta kuin kaupungin omassa kotihoidossa keskimäärin. Indikaattorin arvo ulkoistetussa kotihoidossa oli 33,3 prosenttia, kaupungin oman kotihoidon keskiarvo 45,3 prosenttia ja valtakunnallisen vertailuarvo 43 prosenttia. Palveluntuottajien välillä oli selkeä ero tässä arvioitavassa indikaattorissa. Tutkimusaineiston ulkopuolelta voidaan kertoa, että vuoden 2017 ensimmäisessä RAI-arvioinnissa ulkoistetun kotihoidon asiakkailla oli hieman enemmän sairaala- tai päivystyspoliikkakäyntejä tai äkillistä hoidon tarvetta kuin kaupungin kotihoidossa. Lisäksi julkisen ja yksityisten palveluntuottajien indikaattoriarvot olivat korkeampia kuin valtakunnallinen vertailuarvo.

### *Osallisuus; asiakas ei itse osallistunut arviointiin*

RAI-arvioinnin periaatteisiin kuuluu, että arviointia tehdään ainakin osittain arvioitavan kotona ja mahdollisesti myös omaiset voivat osallistua arviointiin. Asiakailta itseltään kysyttäviä asioita ovat esimerkiksi kipuun ja ravitsemukseen liittyvät asiat. Tutkimuksessa neljästä arvioitavasta laatuindikaattorista asiakkaan osallistuminen arviointiin oli arvioituista asioista heikoimmalla tasolla ja myös ainut, joka oli ulkoistetussa kotihoidossa huonommalla tasolla kuin kaupungin kotihoidossa keskimäärin. Kaupungin kotihoidossa keskimäärin 19,8 prosenttia asiakkaista oli osallistunut RAI-arviointiinsa ja ulkoistetun alueen asiakkaista 0,9 prosenttia. Valtakunnallinen vertailuarvon oli 64,1 prosenttia.

Yhteenvedona voidaan todeta, että palvelujen laatu ulkoistetulla kotihoitoalueella oli paremmalla tasolla kuin kaupungin kotihoidossa tutkimusajankohtana, kun laatua arvioitiin lääkitysten tarkistuksilla sekä sairaalahoito tai käynti päivystyspoliklinikalla tai äkillinen hoitotarve -mittareilla. Ulkoistetun ja kaupungin kotihoidon asiakkaiden lääkkeitä lukumäärien keskiarvot eivät sen sijaan poikenneet toisistaan. Selvin laatuero oli asiakkaan osallistumisessa omaan

RAI-arviointiinsa. Yksityiset palveluntuottajat eivät tienneet tästä laatumittarista. Tämä laatuindikaattori kohentui ulkoistetussa kotihoidossa vuoden 2017 ensimmäisessä arvioinnissa kaupungin kotihoidon kanssa samalle tasolle, mutta jäi selkeästi kuitenkin alle valtakunnallisen vertailuarvon – kuten myös kaupungin kotihoidon.

RAI-arviointi ei ole ainoa ulkoistetun kotihoidon ja koko Lahden kotihoidon laatua mittaava menetelmä. Lahden kaupunki on arvioinut kotihoidon palvelun laatua muun muassa määrällisellä asiakastyytyväisyyskyselyllä useita vuosia. Asiakastyytyväisyyskyselyä ja sen tuloksia on hyödynnetty myös tässä tutkimuksessa asiakkaan näkökulman tutkimuksessa (ks. luku 3.2).

### Palvelujen vaikuttavuus

Lahden kotihoitoon tuli ulkoistuksen alkaessa vuonna 2015 vuosittain noin 100 uutta asiakasta. Valtakunnallisen tavoitteen mukaisesti Lahden kaupungin ensisijaisena tavoitteena oli ja on edelleen Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymässä ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistaminen. Tutkimuksessa kotihoitopalvelujen vaikuttavuutta on mitattu ulkoistetun alueen 75 vuotta täyttäneiden kotona asuvien henkilömäärää kuvaavalla prosenttiluvulla. Ulkoistuksen alkaessa vähintään 75 täyttäneistä henkilöistä asui kotona 91 prosenttia. Ulkoistuksen ensimmäisen kauden päätyttyä vuonna 2017 vastaava määrä oli 92 prosenttia, mikä oli tavoitearvo. Tulos vastaa myös valtakunnallista tavoitetta.

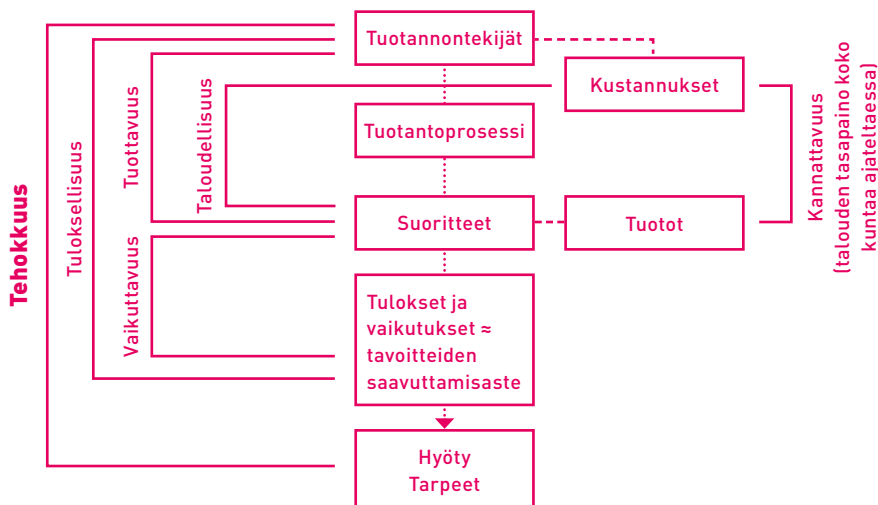
## 4.2 Tuottavuuden kasvun tavoite

Lahden sosiaali- ja terveyslautakunta asetti päätöksessään tavoitteeksi, että ulkoistuksen avulla Launeen kotihoitoalueella saavutettaisiin vähintään 5–10 prosentin tuottavuuden paraneminen ensimmäisellä, kahden vuoden ulkoistuskaudella. Tässä yhteydessä lautakunta määritteli tuottavuuden paranemisella tarkoitettavan ”*toimintamenojen hillintää sekä palvelujen laadun ja vaikuttavuuden paranemista*”. Ulkoistamisella haettiin myös ylläalueellisia vaikutuksia, sillä tuottavuuden paranemisen ajateltiin heijastuvan Launeen alueelta myös muille kotihoitoalueille yksityisten palveluntuottajien kanssa tehtävän vertaiskehittämisen ja sitä kautta tapahtuvien toimintatapojen muutoksien välityksellä.

Tuottavuuden käsite ja tuottavuuden mittaaminen eivät kuitenkaan ole julkisella sektorilla mitenkään itsestään selviä asioita. Kuntasektorilla arvioinnin kohteina ovat usein aineettomat palvelut, joilta puuttuu selkeä hinta. Esimerkiksi Rautiainen (2004) on tutkimuksissaan käsitellyt laajasti erilaisia käsitteistöjä tehokkuuden ja tuloksellisuuden arvioimiseksi kuntasektorilla ja päätynyt syntetisoimaan oman näkemyksensä kuvan 3 esittämällä tavalla.



**Kuva 3. Tuloksellisuus osana pyrkimystä laajasti ymmärrettyyn tehokkuuteen (Rautiainen 2004, 34).**



Hänen mukaansa tuottavuuskäsite kytkee tuotannontekijät ja niihin liittyvät kustannukset tuotantoprosessin kautta suoritteisiin ja niihin liittyviin tuottoihin. Rautiainen mukaan vaikuttavuus-käsite kuitenkin ulottuu tuottavuuden käsitettä laajemmalle kytkien edelleen tuotantoprosessin suoritteet niiden aiheuttamiin tuloksiin ja vaikutuksiin. Tuottavuuden ja vaikuttavuuden yhdistävänä yläkäsitteenä Rautiainen käyttää tuloksellisuuden käsitettä.

Sovitellessa Lahden kaupungin kotihoitopalvelua esimerkinomaisesti kuvaan 3 yhden kotihoitoalueen eli Launeen osalta, voidaan todeta, että palvelun tilaaja eli Lahden kaupunki seuraa palvelun tuottamisesta aiheutuneita kustannuksia ja tuotantoprosessin seurauksena saamiaan suoritteita ja niiden tuloksia (esimerkiksi RAI-arviointitulokset, asiakastyytyväisyys), mutta varsinaisesta tuotantoprosessista vastaavat yksityiset palvelutuottajat. Toisaalta voitaneen perustellusti sanoa, että jos tarkastelutasoksi valitaan yhden kotihoitoalueen sijasta Lahden kaupungin kotihoitopalvelujen järjestämisen taso, niin palvelun järjestäjä edelleen vastaa (lakisääteisesti) koko kotihoitopalvelujen tuotantoprosessista, mutta sillä on kaksi vaihtoehtoista tapaa toteuttaa tuotantoprosessi: oma ja ulkoistettu tuotantoprosessi. Helpoimmin seurattavia ja valvottavia suuria palvelujen tuotantoprosessissa ovat kustannukset ja suoritteet, mutta erityisesti niiden tulosten ja vaikutusten seuranta onkin jo merkittävässä määrin haasteellisempi tehtävä. Launeen kotihoitoalueen tapauksessa tavoitteeksi asetettua toimintamenojen hillintää kyetään ainakin jossain määrin mittaamaan kvantitatiivisesti, mutta palvelujen laadun ja sen vaikuttavuuden mittaaminen erityisesti tuottavuuden viitekehityksessä on huomattavasti vaikeampaa, ainakin selkein kvantitatiivisin mittarein. Näin ollen sosiaali- ja terveystalouden asettamaa tavoitetta voitaneen siis pitää varsin rohkeana, ainakin siinä mielessä, että sen todentaminen ja ylipäänsä ”*tukevalla pohjalla*” tapahtuva arvioiminen on erittäin haasteellista.

Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksen tuottavuusvaikutuksia (ulkoistuksen vaikuttavuus) koskevassa tutkimuskysymyksessä tuottavuustarkastelun perusajatus voidaan tiivistää tässä tutkimuksessa seuraavasti: kehitys on ollut tavoitellun suuntaista, mikäli ulkoistetulla kotihoitoalueella aiempaa pienemmillä kustannuksilla on saatu sellainen palvelutuotos, joka määrällisesti vastaa palvelun ostajan eli Lahden kaupungin tarpeita ja jonka laadussa ei ole havaittavissa heikkenemistä verrattuna aiempaan, kaupungin omana tuotantona tuotettuun kotihoitopalveluun. Oikean terminologian valinta kuvaamaan ulkoistuksen tuottavuutta ei kuitenkaan ole yksiselitteistä. Voidaanko puhua positiivisista tuottavuusvaikutuksista kotihoidon kokonaisuuden kohdalla, kun esimerkiksi kotihoitoalueen ulkoistuksen yhteydessä Launeen alueen entiset kaupungin työntekijät siirtyivät kaupungin muille kotihoitoalueille? Kenties turvallisinta on puhua kustannusten kasvun kulmakertoimen loivenemisestä, joka sekin luonnollisesti on positiivinen asia.

### *Tarkasteluprosessi ja sen tulokset*

Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksen tuottavuusasioihin liittyvien asioiden tarkastelu aloitettiin jo syksyllä 2015 Lahden kaupungin (kotihoidon johto, kotihoiton ostopalvelut, taloushallinto, tietohallinto) ja tutkijoiden muodostamassa Talous-ryhmässä. Aloitustapaamisessa ryhmä mietti, miten tarkastelu tulisi suorittaa ja miten eri kustannuslajit ja -erät tulisi ryhmitellä, jotta tarkastelussa päästäisiin mahdollisimman suureen yhteismitallisuuteen verrattaessa kaupungin omaa kotihoitopalvelujen tuotantoa yksityisten palvelutarjoajien vastaavaan. Mietintää jatkettiin useissa työryhmäpalaverissa vuosien 2016 ja 2017 aikana.

Pohdintojen jälkeen työryhmä valitsi tutkimuksessa tuottavuutta osoittavaksi mittariksi kotihoidon suunnitellun hoitotunnin hinnan. Launeen alueen kotihoidon suunnitellun hoitotunnin hinnaksi määriteltiin ulkoistussopimukseen hyväksyty hinta, johon lisättiin sopimusohjauksesta ja valvonnasta syntyvää kustannusta. Tätä hintaa verrattiin Lahden kaupungin muiden kotihoitoalueiden suunnitellun hoitotunnin hinnan keskiarvoon. Tuloksia arvioitaessa on huomioitava, että euromääräisen vertailun tulos ei kerro absoluuttisista eroista; tulos on pätevä vain tunnistettujen ja kuvattujen reunaehtojen vallitessa eli mihin euromäärät perustuvat. Kotihoidon kustannusten kehityksen tarkastelua ja vertailua varten kerättiin aineistoja kotihoitoalueittain kolmelta ajanjaksolta (taulukko 1); ajalta ennen ulkoistusta eli vuodelta 2014 (kesä–joulukuu), heti ulkoistuksen jälkeiseltä ajanjaksolta 2015 (kesä–joulukuu) sekä tuoreimmat tiedot vuodelta 2016 (kesä–joulukuu). Kolmeen eri ajankohtaan kohdistuvilla aineistoilla uskottiin saatavan käsitys siitä, mihin suuntaan kustannuskehitys koko kotihoidossa kulkee ja erityisesti millaisena ulkoistetun Launeen kotihoitoalueen kustannuskehitys näyttäytyy verrattuna kaupungin omien alueiden kustannuksiin.



Kuten edellä mainittiin, ulkoistetun alueen suunnitellun hoitotunnin hintana on sopimushinta ja siihen lisätty palkkaerä sopimusohjauksesta ja valvonnasta. Lahden kaupungin omien kotihoitoalueiden hoitotyötunnin laskemisessa tehtiin rajauksia. Ensinnäkin omasta palvelutuotannosta aiheutuneiden työntekijöiden palkkakustannusten lisäksi eri alueiden kustannuksiin sisällytettiin seuraavat kustannukset:

- työnjakokustannukset
- työterveyshuolto
- joitakin tietotekniikkaan liittyviä ohjelmistokustannuksia
- lääkäripalvelut.

Toiseksi, kustannusvertailuun ei sen sijaan ole laskettu seuraavia kulueria:

- yöhoito (kaupunki tuotti tämän myös ulkoistetulle alueelle)
- tukipalvelut
- palvelusetelit
- sähköluket
- potilastietojärjestelmä- ja rajapintamaksut
- RAI-maksut
- konsernivyörytykset
- KuEL/eläkemenoperusteinen maksu.

Taulukosta 1 käy ilmi, että ensimmäisellä tarkasteluajanjaksolla (6–12/2014), Launeen alueen ollessa vielä kaupungin oman kotihoitopalvelun piirissä, alueen kotihoitopalvelun kokonaiskustannukset olivat noin 1,2 miljoonaa euroa ja suunnitellun hoitotunnin hinta hieman yli 56 euroa. Toisella tarkasteluajanjaksolla (6–12/2015), joka oli ensimmäinen ulkoistetun kotihoidon tarkastelujakso, kotihoitopalvelun kokonaiskustannukset olivat Launeen alueella noin 855 000 euroa ja suunnitellun hoitotunnin hinta hieman alle 42 euroa. Kolmannella tarkasteluajanjaksolla (6–12/2016) kustannuskehitys Launeen alueella oli edelleen laskeva, joskaan ei yhtä selkeästi kuin edellisellä tarkastelujaksolla. Kotihoitopalvelujen kokonaiskustannukset olivat tällä tarkastelujaksolla hieman yli 795 000 euroa ja suunnitellun hoitotunnin hinta vajaa 42 euroa.

Ulkoistetun Launeen alueen kotihoitopalvelujen suunniteltuja hoitotunnin hintoja tarkasteltaessa havaitaan, että ensimmäisellä tarkastelujaksolla 2014, jolloin kaupunki tuotti alueen kotihoitopalvelut, alueen hoitotunnin hinta oli kaupungin kotihoitoalueista kallein, yli 5 euroa kalliimpi kaikkien alueiden keskimääräistä tuntihintaa. Toisella tarkastelujaksolla 2015, jolloin alueen kotihoitopalvelut oli jo ulkoistettu, Launeen alueen hoitotyön tuntihinta oli vertailtavaan ensimmäiseen jaksoon verrattuna laskenut lähes 14,50 eurolla ja alueen hoitotunnin hinta oli selvästi alhaisin kaikista kaupungin järjestämisvastuulla olevista kotihoitoalueista. Eroa kaupungin oman ja yksityisen palvelutuotannon suunnitellun hoitotunnin

hinnoissa oli yli 14 euroa. Kolmannella tarkasteluajanjaksolla vuonna 2016 erot ulkoistetun ja kaupungin oman palvelutuotannon kotihoidossa olivat jokseenkin samaa luokkaa kuin toisella tarkasteluajanjaksolla.

Ulkoistetun alueen hoitotunnin hinta oli siis tilanteessa ”*jälkeen ulkoistuksen*” noin 26 prosenttia alhaisempi kuin kaupungin oman tuotannon tuntihinta samana tarkasteluajanjaksona. Jos vertailukohtaksi otetaan tilanne ”*ennen ulkoistusta*” (vuoden 2014 tarkasteluajanjakso, kaikkien alueiden hoitotyötunnin hinnan keskiarvo 51,21 euroa), niin ulkoistetun kotihoidon suunnitellun hoitotunnin hinta oli noin kaksi vuotta myöhemmin vajaa 20 prosenttia edullisempi.

Launeen kotihoitoalue oli kaupungin kotihoitoalueista ainoa, jossa suunnitellun hoitotunnin hinta oli koko ajan laskevaa tutkimusajankohtana eli vuosien 2014 ja 2016 välisenä aikana. Kaupungin kotihoitoalueilla 2 (Jamet), 3 (Ahmu), 4 (Möysä), 5 (Asemansettu), 7 (Keskusta) ja 8 (Satama) vastaava luku samana ajankohtana oli nouseva. Alueen 6 (Paavola) hoitotunnin hinta oli ensin nouseva, mutta kääntyi myöhemmin laskevaksi. Yhteenvetona voidaan todeta, että hoitotunnin hinnan – ja myös kokonaiskustannusten (ks. taulukko 1) – osalta ulkoistetun Launeen alueen kehitys näytti erittäin suotuisalta verrattuna kaupungin omassa tuotannossa olevien alueiden kehitykseen.

Launeen alueen ulkoistusta suunniteltaessa ennakkokäsityksenä oli, että asiakasmäärät kotihoitoalueella nousisivat seuraavina vuosina. Näin ei kuitenkaan käynyt. Vuoden 2014 tarkasteluajanjaksolla alueella oli keskimäärin 144 asiakasta kuussa (asiakasmäärän keskiarvo on laskettu poikkileikkauksena kunkin kuukauden viimeisen päivän asiakasmäärän mukaan) ja asiakkaan keskimääräinen suunniteltujen hoitotuntien määrä oli hieman yli 21 tuntia. Vuoden 2015 tarkasteluajanjaksona keskimääräinen asiakasmäärä oli 125 asiakasta kuukaudessa ja heille suunnitelman mukainen hoitotuntien määrä oli keskimäärin 23 tuntia kuukaudessa. Vuoden 2016 tarkasteluajanjaksona asiakasmäärä kääntyi kasvuun, mutta ei saavuttanut vuoden 2014 lukuja. Asiakasmäärä oli keskimäärin 131 asiakasta kuukaudessa ja heille suunnitelman mukainen hoitoaika oli keskimäärin 21 tuntia kuukaudessa.

Tutkimustulosten valossa näyttää siltä, että Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksella onnistuttiin merkittävästi hillitsemään kotihoidon toimintamenojen kasvua tarkastellulla alueella. Näin ollen kehitys oli selvästi tavoitellun suuntaista. Kuitenkin lopullinen vastaus siihen kysymykseen, millainen tuottavuuden paraneminen (tavoite 5–10 prosenttia) ulkoistuksen myötä saavutettiin, jäi antamatta. Tähän vaikuttaa sekä tämän tutkimuksen tutkimukselliset rajoitteet, että se tapa, miten tuottavuustavoite oli määritelty toimintamenojen hillintänä, palvelujen laadun ja vaikuttavuuden ”*yhteistuotoksena*”.

**Taulukko 1. Lahden kaupungin kotihoitoalueiden suunniteltujen hoitotuntien määrä (h), kokonaiskustannukset (€) ja suunniteltujen hoitotuntien hinnat (€) tarkastelujaksosittain.**

Kotihoito- alue	2014 KK6	2014 KK7	2014 KK8	2014 KK9	2014 KK10	2014 KK11	2014 KK12	Hoito- tunnit yht.	Kustan- nukset	Hoito- tunnin hintaa
1. Laune	2 909	3 183	3 096	2 925	3 077	3 047	3 081	21 318	1 202 706 €	56,42 €
2. Jamet	2 480	2 567	2 810	2 757	2 946	2 826	2 759	19 145	908 585 €	47,46 €
3. Ahmu	2 782	2 956	2 977	2 909	3 019	2 783	2 656	20 083	1 009 417 €	50,26 €
4. Möysä	2 442	2 821	2 761	2 744	3 043	2 750	2 875	19 438	892 761 €	45,93 €
5. Aseman- seutu	2 243	2 330	2 567	2 545	2 533	2 422	2 382	17 023	866 858 €	50,92 €
6. Paavola	2 390	2 404	2 474	2 558	2 630	2 477	2 525	17 458	936 440 €	53,64 €
7. Keskusta	2 238	2 298	2 417	2 468	2 459	2 370	2 403	16 653	887 897 €	53,32 €
8. Satama	2 516	2 648	2 675	2 622	2 712	2 434	2 762	18 369	950 185 €	51,73 €
<b>Yhteensä (oma)</b>	<b>20 001</b>	<b>21 208</b>	<b>21 777</b>	<b>21 528</b>	<b>22 420</b>	<b>21 110</b>	<b>21 444</b>	<b>149 487</b>	<b>7 654 848 €</b>	<b>51,21 €</b>
Kotihoito- alue	2015 KK6	2015 KK7	2015 KK8	2015 KK9	2015 KK10	2015 KK11	2015 KK12	Hoito- tunnit yht.	Kustan- nukset	Hoito- tunnin hintaa
1. Laune	2 944	2 914	2 856	2 860	3 060	2 828	2 903	20 365	854 991 €	41,98 €
2. Jamet	2 616	2 869	2 753	2 776	2 800	2 948	3 000	19 763	1 024 223 €	51,82 €
3. Ahmu	2 844	2 948	2 947	2 862	2 856	2 807	2 895	20 160	1 108 363 €	54,98 €
4. Möysä	2 988	3 018	2 956	3 068	3 157	3 154	3 164	21 505	1 076 263 €	50,05 €
5. Aseman- seutu	2 285	2 193	2 215	2 126	2 216	2 168	2 329	15 533	947 312 €	60,99 €
6. Paavola	2 378	2 328	2 224	2 124	2 287	2 237	2 540	16 117	1 037 046 €	64,34 €
7. Keskusta	2 141	2 266	2 364	2 470	2 546	2 422	2 522	16 731	947 199 €	56,61 €
8. Satama	2 548	2 514	2 461	2 479	2 592	2 448	2 646	17 688	1 018 660 €	57,59 €
<b>Yhteensä (oma)</b>	<b>17 798</b>	<b>18 136</b>	<b>17 920</b>	<b>17 906</b>	<b>18 454</b>	<b>18 185</b>	<b>19 097</b>	<b>127 496</b>	<b>7 159 066 €</b>	<b>56,15 €</b>
<b>Yhteensä (osto)</b>	<b>2 944</b>	<b>2 914</b>	<b>2 856</b>	<b>2 860</b>	<b>3 060</b>	<b>2 828</b>	<b>2 903</b>	<b>20 365</b>	<b>854 991 €</b>	<b>41,98 €</b>
Kotihoito- alue	2016 KK6	2016 KK7	2016 KK8	2016 KK9	2016 KK10	2016 KK11	2016 KK12	Hoito- tunnit yht.	Kustan- nukset	Hoito- tunnin hintaa
1. Laune	2 633	2 655	2 814	2 701	2 742	2 730	2 872	19 146	795 288 €	41,54 €
2. Jamet	2 812	2 826	3 086	3 182	3 148	3 070	2 931	21 055	1 192 674 €	56,65 €
3. Ahmu	3 225	3 253	3 262	3 230	3 263	3 073	3 023	22 329	1 243 752 €	55,70 €
4. Möysä	3 103	2 907	3 139	3 142	3 421	3 290	3 016	22 018	1 199 029 €	54,46 €
5. Aseman- seutu	2 429	2 531	2 573	2 478	2 503	2 410	2 474	17 396	1 016 907 €	58,45 €
6. Paavola	2 417	2 475	2 524	2 379	2 469	2 546	2 586	17 396	1 068 066 €	61,40 €
7. Keskusta	2 640	2 777	2 698	2 717	2 798	2 855	2 807	19 291	1 102 997 €	57,18 €
8. Satama	3 010	3 206	3 303	3 270	3 363	3 241	3 268	22 660	1 161 298 €	51,25 €
<b>Yhteensä (oma)</b>	<b>19 635</b>	<b>19 974</b>	<b>20 583</b>	<b>20 398</b>	<b>20 965</b>	<b>20 486</b>	<b>20 105</b>	<b>142 145</b>	<b>7 984 723 €</b>	<b>56,17 €</b>
<b>Yhteensä (osto)</b>	<b>2 633</b>	<b>2 655</b>	<b>2 814</b>	<b>2 701</b>	<b>2 742</b>	<b>2 730</b>	<b>2 872</b>	<b>19 146</b>	<b>795 288 €</b>	<b>41,54 €</b>

### 4.3 Ulkoistus johtamisen ja vertaiskehittämisen näkökulmista

Lahden kaupunki päätyi Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksessa kahden palveluntuottajan malliin. Mallissa kotihoitoalueen asiakkaat jaettiin sopimuskauden alussa niin, että kilpailutuskauden täyttäneen halvimmalla tarjouksen antanut palveluntarjoaja sai 60 prosenttia alueen asiakkaista ja toiseksi halvimmalla tarjouksen antanut 40 prosenttia. Tämän jälkeen uudet asiakkaat saivat valita kahdesta palveluntuottajasta haluamansa. Asiakkaille annettiin myös mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaa 6 kuukauden jälkeen. Ulkoistuksen alkuvaiheessa kaupunki kuitenkin mahdollisti palveluntuottajan vaihtamisen jo ennen 6 kuukauden määräaika.

Lahden kaupunki perusteli moninaisesti ja perusteellisesti kahden palveluntuottajan mallin käyttöönottoa ulkoistettavalla Launeen kotihoitoalueella. Mallilla ajateltiin olevan positiivinen vaikutus kotihoidon palveluprosessin laadun tuottokykyyn kokonaisuudessaan. Vertaiskehittämisellä, yksityisten ja julkisten palveluntuottajien vuorovaikutteisella oppimisella ajateltiin saavutettavan myös hyötyjä, jotka välittyisivät Launeen kotihoitoalueen lisäksi kaupungin omille kotihoitoalueille. Lisäksi kahden palveluntuottajan mallin ajateltiin lisäävän asiakkaiden valinnanvapautta. Mallin valinnalla pyrittiin vähentämään myös sitä riskiä, että valittu palveluntuottaja ei kykenisikään jostain syystä tuottamaan ostopalvelua alueelle sopimuskauden ajan, koska malli mahdollistaisi palvelunostajalle joustoa järjestää palvelutuotanto uudestaan.

Tutkimuksessa tehdyissä teemahaastatteluuissa Lahden kaupungin kotihoidon sekä ulkoistetun kotihoidon palveluntuottajien edustajat toivat esille sopimuksen tiukaksi laaditun sisällön ja sen vaikutukset yhteistyön mahdollistumiseen ja muotoutumiseen. Haastateltavien näkemysten mukaan tiukka sopimussisältö oli haasteellinen toiminnan joustavalle kehittämiselle ja toiminnan sopeuttamiselle mahdollisissa toimintaympäristömuutoksissa.

Lahden kaupungin hankinta-asetelma Launeen kotihoidon ulkoistamisessa poikkesi aikaisemmista kotihoidon hankinta-asetelmista. Kotihoidossa ei ollut aikaisemmin tehty näin laaja-alaista ulkoistushankintaa. Näin ollen kaupungin pyrkimys yksityiskohtaiseen sopimukseen oli hyvin ymmärrettävä. Kaupunki vähensi ulkoistamisesta aiheutuvia riskejä mahdollistamalla ulkoistetun toiminnan kattavamman ja yksityiskohtaisemman valvonnan sekä kontrollin.

Palveluntuottajien edustajat puolestaan korostivat haastatteluuissa tiukan sopimussisällön palveluntuottajille aiheuttamia toiminnallisia jäykkyksiä. Haastatellut kokivat, että tiukassa sopimusraamissa ja lyhyenä sopimuskautena on vaikea löytää aitoa insentiiviä toiminnan kehittämiseen ulkoistetulla kotihoitoalueella – ei

silloinkaan, kun toimintaympäristö ja muun muassa teknologian kehittyminen mahdollistaisivat toimintatapamuutoksia. Esimerkiksi joissain asiakastapauksissa osa kotikäynneistä olisi voitu korvata virtuaalisilla etäkäynneillä. Tällöin taloudellisten ja ympäristöllisten vaikutusten ohella matkoihin käytettävä aika lyhenisi ja vapauttaisi aikaa varsinaiseen asiakastyöhön.

Puhuttaessa asiakastyytyväisyyden paranemisesta ulkoistamisen tavoitteena ulkoistetun kotihoitoalueen palveluntuottajat kokivat ristiriitana sen, että heidän toimintansa odotettiin tuottavan aikaisemmasta korkeampaa asiakastyytyväisyyttä, mutta heidän liikkumarajansa palvelun tuottamistavassa oli vähäinen. Esimerkiksi asiakastyytyväisyyttä olisi pystytty mahdollisesti parantamaan varioimalla kotikäyntien pituutta ja rytmitystä käytännön hoitotyöntasolla asiakkaiden tarpeiden muuttuessa.

Ulkoistamisen alussa oli kuitenkin käytäntö, että ulkoistetun kotihoitoalueen palveluntuottajat – toisin kuin kaupungin kotihoidossa – eivät voineet oma-aloitteisesti kokeilla muutoksia asiakkaan palvelussa esimerkiksi kahden viikon ajan, vaan muutosehdotukset tuli esittää asiakaspalveluohjaukseen, joka myös laati uusien asiakkaiden palvelusuunnitelmat. Käytäntö kuitenkin yhtenäistettiin ulkoistetulla kotihoidossa samanlaiseksi kuin kaupungin kotihoidon luottamuksen lisääntyessä.

Asiakastyytyväisyyteen liittyen yksi ulkoistetun kotihoidon palveluntuottajan edustaja esitti haastattelussa pohdinnan siitä, voiko palvelun ostajalla olla intressi pitää asiakasaika mahdollisimman pienenä, koska palveluntuottajalle maksettava korvaus perustui asiakkaalle palvelusuunnitelmassa merkittyyntä asiakasaikaan. Jos näin oli, vastuu asiakastyytyväisyyden mahdollisesta heikkenemisestä lankeaisi palveluntuottajalle. Yhtenä haasteena ulkoistetun kotihoidon palveluntuottajat pitivät sitä, että ostamisen helppous, palvelujen tuotteistamisen ja määrittämisen mahdollisuus muodostuvat tärkeämmiksi tekijöiksi ulkoistuksessa kuin palveluntuottajan todellinen mahdollisuus tuottaa palveluja asiakkaita tyydyttävällä tavalla.

Palveluntuottajien näkemysten mukaan julkisten palvelujen ulkoistamistapauksissa on tärkeää ymmärtää, että mitä enemmän ostettavan palvelun kuvaus perustuu palvelun ostajan ja/tai aikaisemman palveluntuottajan toiminnan tiukkaan kuvaukseen, sitä enemmän uusi ostettava palvelu muistuttaa ostajan aikaisemmin tuottamaa (ostamaa) palvelua. Näin ei myöskään synny tilannetta, jossa vertaiskehittämiselle syntyisi hedelmällinen maaperä. Tutkimuksessa haastatellut totesivatkin vertaiskehittämisen jääneen vähäiseksi, ainakin niin ymmärrettynä, että Launeen kotihoitoalueen ulkoistamisella olisi ollut positiivisia vaikutuksia kaupungin muille kotihoitoalueille. Kenties tämän tyyppisiä

vaikutuksia voi ilmetä pidemmän ajan kuluessa, mutta tämän hankkeen aikana ei muodostunut sellaisia prosesseja tai ”*keskusteluareenoita*”, joilla vertaiskehittämistä olisi pyritty tietoisesti ja systemaattisesti edistämään.

Yhteenvetona voidaan arvioida, että ulkoistussopimuksen sisältöjen tulisi olla sellaisia, että ne mahdollistavat palvelun ostajan puolelta tapahtuvan toiminnan arvioinnin, kontrollin ja vertaiskehittämisen ja palvelun tuottajan puolelta tapahtuvan toiminnan aktiivisen kehittämisen asiakaskeskeisesti ja kustannustehokkaasti. Millaisen prosessin seurauksena tällainen sopimus kytetään aikaansaamaan, on jo erittäin vaikeasti vastattava kysymys.

Tässä hankkeessa ei kerätty erillistä tutkimusaineistoa siitä, miten kaupunki johti omaa kotihoidon palvelutuotantonsa. Näin ollen vertailua kaupungin tavasta johtaa omaa ja ulkoistettua kotihoidon palvelutuotantoa ei voida tehdä. Voidaan todeta, että kaupungin ja palveluntuottajien välisessä suhteessa oleva ”*asiakkuus*”-elementti tarjosi kaupungille voimakkaan johtamisinstrumentin. Instrumentti mahdollisti kaupungille nopean puuttumisen ulkoistetun alueen palveluntuottajien toimintaan. Esimerkiksi kaupunki seurasi suunniteltujen ja toteutuneiden hoitotuntien suhdetta kuukausitasolla ulkoistetussa ja omassa palvelutuotannossa. Näistä käytiin myös ohjaavia keskusteluja ulkoistetun alueen palveluntuottajien kanssa – mahdollisesti herkemmin kuin oli ollut johtamiskäytäntönä oman kotihoidon palvelutuotannon kohdalla.

Launeen kotihoitoalueen johtamisessa tiedolla johtaminen oli merkittävässä roolissa. Edellytyksenä tälle oli, että kaupungin oma tietotuotanto oli ajantasaista ja tarkkaa. Kun kaupungin tietotuotanto oli hyvällä tasolla, nopea puuttuminen ja korjaavien toimenpiteiden toteutuminen olivat mahdollisia. Kahden palveluntuottajan tapauksessa toiminnan seuranta luonnollisesti aiheutti kaupungille palvelun ostajana jonkin verran enemmän työtä, kuin jos ulkoisia palveluntuottajia olisi ollut vain yksi. Kovin merkittävänä lisätyönä haastatellut kaupungin edustajat tätä eivät pitäneet.

Launeen kotihoitoalueen ulkoistamisen alkuvaiheessa perustettiin Launeen ohjausryhmä prosessin seuraamista ja ohjaamista varten. Ohjausryhmään kuuluivat Lahden kaupungin (1.1.2017 lähtien Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä) puolelta ulkoistamisprosessista vastanneet henkilöt, ulkoistetun kotihoitoalueen palveluntuottajien edustajat sekä tämän tutkimuksen tekijät. Tutkijat osallistuivat kokouksiin havainnoijina ja tutkimuksessa tuotetun tiedon levittäjinä. Lisäksi kokouksiin kutsuttiin kaupungin asiantuntijoita aina kulloisenkin tarpeen ja käsiteltävien asioiden mukaan. Ohjausryhmän kokouksia järjestettiin säännöllisesti.

Kokouksissa käsiteltävät asiat liittyivät muun muassa ostosopimuksen sisältöön, kuten mitä kuuluu sopimushintaan ja mikä erikseen korvattaviin asioihin;

eri kotihoitoalueilla olevien asiakkaiden tasapuoliseen kohteluun ja palvelujen tasalaatuisuuteen, kuten haavanhoito ja vaippapalvelu; ajankohtaisiin asioihin, kuten influenssarokotuksiin tai muutoin ilmenneisiin ongelmiin. Tutkijoiden havaintojen mukaan ohjausryhmä näyttäytyi toimivana areenana ja kokouksia leimasi *”hyvähenkinen ratkaisukeskeisyys”*. Myös kaupungin ja palveluntuottajien haastatteluissa korostettiin hyvää yhteishenkeä toimijoiden välillä. Lisäksi haastateltujen kokemuksena oli, että *”kaikki ovat aktiivisesti halunneet onnistua prosessissa, kokonaisuus on ollut kirkkaana toimijoiden mielessä, eikä detaljien ole annettu sitä hämärtää”*.

Haastatteluissa kaupungin edustajat totesivat, että käsitys kaupungin kotihoitopalvelun kokonaisuudesta oli selkiytynyt ja tullut läpinäkyvämmäksi ulkoistus- ja tutkimusprosessin aikana. Tutkimuksessa käytetty vertailuasetus ulkoistetun ja kaupungin oman kotihoidon välillä sekä ulkoistetun kotihoitoalueen pulmatilanteet pakottivat kaupungin miettimään asioita aikaisempaa perustellummin ja uudella tavalla. Näkemys kotihoitopalvelusta nimenomaan palvelukokonaisuutena erilaisine sisäisine ja ulkoisine rajapintoineen piirtyi selkeämmin esiin. Ulkoistetun kotihoidon palveluntuottajat antoivatkin haastatteluissa kaupungille tunnustusta siitä, että nämä *”rajapintaongelmat tai -epäselvyydet”* ratkaistiin nopeasti, sitä mukaa, kun niitä ilmeni, eivätkä ne jääneet pitkäksi aikaa vaikeuttamaan palveluntuottajien toimintaa.

Esimerkkinä tällaisesta näkyviin tulleesta rajapinnasta voidaan mainita kotihoidon ja suun terveydenhuollon välinen yhteistyö, jossa kotihoidon ulkoistamisen jälkeen tapahtui selvä tietokatkos Launeen alueella. Alueen kotihoidon asiakkaat jäivät joksikin aikaa palvelukatveeseen julkisen suun terveydenhuollon osalta. Toisena esimerkkinä voi mainita kolmannen sektorin tarjoaman ulkoiluttamispalvelun, josta Launeen kotihoitoalueen asiakkaat niin ikään jäivät joksikin aikaa osattomiksi.

Kotihoitopalvelun kokonaisuuden näkyväksi tulemisesta aiheutuvat hyödyt eivät luonnollisestikaan rajoittuneet vain Launeen kotihoitoalueelle, vaan niillä oli vaikutuksensa kehitettäessä toimintaa myös kaupungin muilla kotihoitoalueilla. Esimerkiksi seurannaisvaikutuksena ulkoistetun alueen palveluntuottajien kysymykset haavanhoitotarvikkeista toivat esiin asian tarkentamisen tarpeellisuuden myös kaupungin omilla kotihoitoalueilla. Aikaisemmin tässä luvussa todettiin, että tietoinen ja systemaattisuuteen perustuva vertaiskehittäminen jäi vähäiseksi tutkimusajanjaksona. Tästä huolimatta Launeen kotihoitoalueen ulkoistamisella oli jonkin verran positiivisia vaikutuksia kaupungin muiden kotihoitoalueiden käytäntöihin ja alueiden asiakkaille.





## 5 TIIVISTELMÄT TULOKSISTA

### Henkilöstö ulkoistuksen pyörteissä

Tutkimustulosten mukaan henkilöstön kokemus kotihoitoalueen ulkoistuksesta oli muutamalla neutraali ja muilla lähempänä negatiivista kuin positiivista koke-  
musta. Erityisiksi henkilöstön kipupisteiksi tutkimuksessa tunnistettiin: ulkois-  
tuksen kohdentuminen omalle työalueelle, kotihoidon poismuuton ja uusien  
työntekijöiden perehdytyksen johtaminen ja toteutus sekä henkilöstön riittämätön  
huomioiminen siirtymävaiheen uurastuksen jälkeen. Henkilöstö myös toivoi, että  
heitä olisi osallistettu siirtymävaiheen suunnitteluun.

Ulkoistustiedon tultua ja ulkoistuksen siirtymävaiheessa henkilöstö koki yksin  
jäämisen ja hyljätyn tulemisen tunteita sekä oman työn arvostuksen ja omanar-  
vontunteen heikentymistä. Toisaalta ulkoistus, ainakin hetkellisesti, lisäsi työyh-  
teisön yhteenkuuluvuuden tunnetta. Lisäksi osalla myös työkuorma väheni uudella  
kotihoitoalueella. Tulosten mukaan oman työalueen ulkoistus koettiin ahdistavam-  
pana kuin myöhemmin tapahtunut ”pelkkä” työnantajan vaihtuminen. Ulkoistuk-  
sen koettiin olleen enemmän rangaistusluonteinen ja kohdentuneen henkilö- ja  
työyhteisötasoilla työntekijöiden osaamiseen ja työn laadukkaaseen hoitamiseen.

### Ulkoistus asiakkaan ja omaisen kokemana

Asiakkaiden ja asiakkaiden omaisten suhtautuminen tietoon kotihoitoalueen  
ulkoistuksesta vaihteli ilahtumisesta jännittämiseen ja pelkoon. Kotihoidon  
siirtymisen julkiselta palveluntuottajalta yksityiselle palveluntuottajalle koettiin  
sujuneen hyvin asiakkaan kotona. Tutkimuksen mukaan kotihoidon ulkoistuk-  
sella oli kuitenkin jonkin verran asiakastyytyväisyyttä heikentävä vaikutus lop-  
puasiakkaiden ja heidän omaisensa arvioimana siinä vaiheessa, kun ulkoistus  
oli kestänyt 5–8 kuukautta. Palveluntuottajan vaihtuminen kesken kotihoidon  
asiakkuuden aiheutti selkeän negatiivisen epäjatkuvuuskohdan luottamuksel-  
lisuuden toteutumisen kokemuksessa. Näin näytti käyvän myös sellaisessa  
tapauksessa, jossa aikaisemmalla ja uudemmalla palveluntuottajalla koettiin  
olevan samoja epäluottamusta aiheuttavia tekijöitä.

Omaisten luottamuksellisuutta asiakkaan uuteen palveluntuottajaan heikensivät  
erityisesti siirtymä- ja ulkoistuksen alkuvaiheiden ongelmat. Omaiset tunnistivat  
ongelmia: rutiininomaisen hoidon ja hoivan saumattomassa jatkumisessa, har-  
voin toistuvissa asiakkaan palveluissa, monitoimijapalveluverkoston hallinnassa,  
työntekijöiden ammattitaidossa, lääketurvallisuudessa, palveluun kuuluvien  
tarvikkeiden toimittamisessa, yhteyden saamisessa palveluntuottajaan ja kuul-  
luksi tulemisessa. Sen sijaan sairaanhoito- ja lääkäripalvelujen saatavuuden  
koettiin parantuneen ulkoistuksen ensimmäisen puolen vuoden ajanjaksolla.

Voidaan arvioida, että asiakkaiden omaisten kokemien ongelmien taustalta voidaan löytää useita tekijöitä. Ulkoistetun alueen kotihoitopalvelun arviointia vaikeutti selkeästi se, että sen koettiin vaihdelleen ulkoistuksen siirtymävaiheen ja arviointijankohdan aikana.

Kun ulkoistuksesta oli kulunut vajaan kaksi vuotta, asiakkaat ja asiakkaiden omaiset kokivat luottamuksellisuuden voimistuneen positiiviseen suuntaan lähelle kokemusta kaupungin kotihoidosta. Myös työntekijöiden ammattitaidon koettiin kohonneen positiiviseen suuntaan ulkoistuksen alkuvaiheesta. Kaikkiaan voidaan sanoa, että jälkeen ulkoistuksen -tilanteessa arviot ulkoistetusta kotihoidosta olivat lähellä kaupungin aikaisen kotihoidon arvioita, mutta ulkoistettuun kotihoitoon liitettiin ulkoistuksen jälkeen -tilanteessa jossakin määrin myös kielteisiä asioita, joita kaupungin kotihoidossa ei koettu olleen.

### Palvelun laadun ja vaikuttavuuden kohoamisen tavoite

Ulkoistetulle kotihoidon palvelutuotannolle asetettiin samat seitsemän palvelun laatua mittaavaa, RAI-järjestelmään pohjautuvaa laatuindikaattoria, jotka olivat käytössä myös kaupungin omassa palvelutuotannossa. Tässä tutkimuksessa palvelun laatua RAI-järjestelmällä mitattuna pohti RAI-ryhmä. Ryhmä määritteli, että ennen-jälkeen Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksen tutkimisen sijaan tutkimus tehdään poikittaisleikkauksena vuoden 2016 syksyn arvioinnista. Tutkimuksen palvelun laadun indikaattoreiksi RAI-ryhmä valitsi seuraavat: lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä, lääkkeiden lukumäärän keskiarvo, sairaalahoito tai käynti päivystyspoliklinikalla tai äkillinen hoitotarve, ja asiakas ei itse osallistu arviointiin.

Yhteenvedona voidaan todeta, että palvelujen laatu ulkoistetulla kotihoitoalueella oli paremmalla tasolla kuin kaupungin kotihoidossa tutkimusajankohtana, kun laatua arvioitiin lääkitysten tarkistuksilla sekä sairaalahoito tai käynti päivystyspoliklinikalla tai äkillinen hoitotarve -mittareilla. Ulkoistetun ja kaupungin kotihoidon asiakkaiden lääkkeiden lukumäärien keskiarvot eivät sen sijaan poikenneet toisistaan. Negatiivinen ja selvin laatuero oli asiakkaan osallistumisessa omaan RAI-arviointiinsa. Tämä laatuindikaattorin arvo kohentui ulkoistetussa kotihoidossa vuoden 2017 ensimmäisessä arvioinnissa kaupungin kotihoidon kanssa samalle tasolle, mutta jäi selkeästi kuitenkin alle valtakunnallisen vertailuarvon – kuten jäi myös kaupungin kotihoidon.

### Tuottavuuden kasvun tavoite

Launeen alueen ulkoistuksen yhteydessä Lahden kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunta oli asettanut tuottavuuden kasvun tavoitteeksi 5–10 prosenttia. Tuottavuuskäsitteen alle oli päätöksenteossa sisällytetty sekä ”*toimintamenojen hillintä*” että ”*palvelujen laadun ja vaikuttavuuden paraneminen*”. Siihen ei kuiten-

kaan ollut otettu kantaa, miten nämä osatavoitteet yhdistetään ja miten niitä yhdistettäessä ”arvotetaan”, jotta tuottavuutta kyettäisiin mittaamaan. Tuottavuuden määrittely ja sen mittaaminen julkisen sektorin palvelutuotannossa on usein hyvin monimutkaista.

Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista (eikä olisi jälkikäteen ollut tarkoituksenmukaistakaan) lähteä kehittämään mitään sofistikoitua tuottavuuden mittaria. Tuottavuustarkastelun perusajatus tutkimuksessa voidaan kuitenkin tiivistää seuraavasti: kehitys on ollut tavoitellun suuntaista, mikäli ulkoistetulla kotihoitoalueella aiempaa pienemmillä kustannuksilla on saatu sellainen palvelutuotos, joka määrällisesti vastaa palvelun ostajan eli Lahden kaupungin tarpeita ja palvelun laadussa ei ole havaittavissa heikkenemistä verrattuna aiempaan, kaupungin omana tuotantona tuotettuun kotihoitopalveluun.

Kustannustarkastelua varten perustetussa työryhmässä päädyttiin vertailemaan eri alueiden kustannuskehitystä tarkasteluun valittuina kolmena ajanjaksona suunnitellun hoitotunnin hinnan perusteella. Kustannustarkastelua varten ulkoisen palvelutuotannon kustannukset pyrittiin yhteismitallistamaan kaupungin oman kotihoidon palvelutuotannon kustannusten kanssa.

Tutkimustulosten valossa näyttää siltä, että Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksella on merkittävästi onnistuttu hillitsemään kotihoidon toimintamenojen kasvua alueella. Vuoden 2014 tarkasteluajanjaksolla, jolloin Launeen kotihoitoalue oli vielä kaupungin omassa tuotannossa, suunnitellun hoitotunnin hinta Launeen alueella oli 56,42 euroa ja kaupungin kaikkien kotihoitoalueiden suunnitellun hoitotunnin keskiarvo oli 51,21 euroa. Vuoden 2015 tarkasteluajanjaksolla, jolloin Launeen kotihoito oli jo ulkoistettu, suunnitellun hoitotunnin hinta Launeen alueella oli 41,98 euroa ja kaupungin omien kotihoitoalueiden suunnitellun hoitotunnin keskiarvo oli puolestaan 56,15 euroa. Kolmannella tarkasteluajanjaksolla vuonna 2016, niin sanotussa ”jälkeen ulkoistuksen” -tilanteessa, Launeen kotihoitoalueen suunnitellun hoitotunnin hinta oli 41,54 euroa ja kaupungin omien kotihoitoalueiden hoitotunnin keskihinta oli 56,17 euroa. Lisäksi kaupungin järjestämistä vastaavalla olevista kahdeksasta kotihoitoalueesta Launeen kotihoitoalue oli ainoa, jonka kokonaiskustannuskehitys oli laskeva kaikilla kolmella tarkasteluajanjaksolla.

### **Ulkoistus johtaminen ja vertaiskehittämisen näkökulmista**

Launeen kotihoitoalueen ulkoistuksessa päädyttiin kahden palveluntuottajan malliin, jolla ajateltiin olevan positiivinen vaikutus kotihoidon palveluprosessin laadun tuottokykyyn kokonaisuudessaan. Lisäksi kahden palveluntuottajan mallilla pyrittiin vähentämään toiminnan ulkoistukseen liittyviä riskejä. Johtamisen ja kehittämisen osalta yhtenä merkittävänä haasteena sekä kaupungin

että palveluntuottajien puolelta tuotiin esille se, miten saavuttaa *”toimiva tasapaino”* valvonnan ja kehittämisen välillä. Palvelun tilaajan taholta intressissä oli luonnollisesti saada aikaan sellainen palvelukuvaus ja sopimusrakenne, joka mahdollistaa palveluntuottajan toiminnan arvioinnin selkeiden kriteerien perusteella ja myös tarvittaessa nopeat korjaavat toimenpiteet. Palveluntuottajan intressissä oli puolestaan säilyttää palvelukuvaus ja sopimus niin yleisellä tasolla, että toimintaa kyettiin kehittämään esimerkiksi hyödyntämällä teknologiaa uudella tavalla. Miten nämä erilaiset intressit – kontrollin ja kehittämisen dilemma – voidaan tarkoituksenmukaisella tavalla sovittaa yhteen, ei ole helppo kysymys ratkaistavaksi.

Ulkoistamisen myötä myös kaupungin käsitys sen oman kotihoitopalvelun kokonaisuudesta selkiintyi. Ulkoistetun ja oman palvelutuotannon vertailuasetelman myötä näkemys kotihoitopalvelusta nimenomaan palvelukokonaisuutena erilaisine sisäisine ja ulkoisine rajapintoineen piirtyi selkeämmin esiin. Rajapinnat tulivat usein näkyviin erillisten pulmatilanteiden yhteydessä. Ulkoistetun kotihoitopalveluntuottajat antoivat haastatteluissa kaupungille tunnustusta siitä, että nämä *”rajapintaongelmat tai -epäselvyydet”* ratkaistiin nopeasti, eivätkä ne jääneet pitkäksi aikaa vaikeuttamaan palveluntuottajien toimintaa. Tiedolla johtamisen merkitys näytti ulkoistamistilanteessa korostuvan, mikä luonnollisesti edellytti kaupungin oman tietotuotannon olevan ajantasaista ja tarkkaa.

## 6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Hyvinvointipalvelut ja niiden tuotanto ovat maassamme tällä hetkellä todellisessa murroksessa. Tämänkin, ajallisesti verrattain lyhyen tutkimusprosessin kuluessa tutkimuskontekstissa tapahtui iso muutos Lahden kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelujen siirtyessä osaksi Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymää. Sote-keskustelu käy kuumana ja tunteita herättävänä ja juoksuhaudat tuntuvat syviltä. Uuden Tuntematon sotilas -elokuvan hengessä monet keskusteluun osallistuvat tuntuvat ottaneen ohjenuorakseen lauseen *”Näistä asemista ei lähdetä, niihin kaadutaan”*. Tässä tutkimuksessa on pyritty tuomaan lisäaineiksia keskusteluun tarkastelemalla sosiaali- ja terveyspalvelujen yhtä osa-aluetta, kotihoitopalveluja ja kotihoitopalvelujen ulkoistamisprosessia seurausvaikutuksineen. Kyseessä on tapaustutkimus, joka on kohdistunut Lahden kaupungin Launeen kotihoitoalueen ulkoistamisprosessiin. Tässäkin tapauksessa tulosten yleistettävyyteen on syytä suhtautua niillä varauksilla, joita tapaustutkimusten tulosten yleistettävyyteen aina liittyy.

Tutkimuksen tavoitteet ovat olleet laaja-alaiset ja kunnianhimoiset. Miten ne on onnistuttu saavuttamaan, jää osaltaan lukijoidenkin arvioitavaksi. Tutkimusta ja tutkimusaineistojen keruuta on pyritty tekemään mahdollisimman *”reaaliaikaisesti”*, ulkoistamisprosessin edetessä markkinavuoropuheluvaiheesta aina ensimmäisen sopimuskauden loppuun. Tutkimusta on viety eteenpäin osallistuvalla tutkimusotteella vahvassa vuorovaikutuksessa prosessiin osallistuvien eri toimijatahojen kanssa. Tutkimusasetelma kokonaisuutena osoittautui haasteelliseksi, mutta samalla erittäin mielenkiintoiseksi. Mielenkiintoa luonnollisesti lisäsi aiheen ajankohtaisuus. Tutkimuksessa ulkoistamisprosessia ja sen seurausvaikutuksia arvioitiin seuraavista näkökulmista:

- a. Miten ulkoistamisen ovat kokeneet ulkoistetulta alueelta pois siirtynyt henkilöstö, asiakkaat ja omaiset ja millaisia vaikutuksia ulkoistamisella on ollut kotihoidon johtamiseen ja hallintaan?
- b. Miten ulkoistamiselle päätöksenteossa asetetut tavoitteet (palvelun laatu, palvelujen vaikuttavuus, tuottavuuden kohoaminen ja vertaiskehittäminen toteutuminen) ovat toteutuneet ulkoistuksen ensimmäisen sopimuskauden aikana?

Tuloksia tarkasteltaessa voidaan todeta, että ulkoistamisprosessissa on selkeästi erotettavissa vaiheita, joissa onnistuttiin hyvin, ja toisaalta sellaisia vaiheita, joissa olisi kiistatta ollut parantamisen varaa. Voidaan arvioida, että laaja-alainen ja osallistava markkinavuoropuhelutyöskentely ennen ulkoistamisprosessin käynnistämistä *”maksoi itsensä takaisin”* prosessin myöhemmissä vaiheissa. Se tuotti Lahden kaupungille uutta näkemystä potentiaalisista palveluntuottajista, antoi aineksia esimerkiksi kilpailutusasiakirjojen palvelukuvauksen laadintaan ja

oli osaltaan rakentamassa dialogista työskentelytapaa, jota tarvittiin prosessin myöhemmissä vaiheissa esiin nousseita ongelmia ratkaistaessa.

Selkeä parannuksen paikka puolestaan oli siirtymävaiheen suunnittelu ja toteutus. Siirtymävaihe jäi suunniteltua lyhyemmäksi ja jossain määrin pintapuoliseksi. Kun siirtymävaiheen yhtenä merkittävänä tavoitteena oli nimenomaan se, että uusien palvelutuottajien työntekijät tutustuisivat uusiin asiakkaisiinsa, tässä ei onnistuttu tavoitellulla tavalla. Palvelun laadussa tapahtunut negatiivinen notkahdus ulkoistuksen ensi askel -vaiheessa (1–7 kuukautta ulkoistuksesta) oli mitä todennäköisimmin seurausta siirtymävaiheessa tehtäväksi suunnitellun perehdytyksen epäonnistumisesta. Palvelujen laatu alkoi kuitenkin nousta kohti entistä tasoaan pian ensi askel -vaiheen jälkeen, joten kovin pitkäaikaisia vahvoja negatiivisia vaikutuksia palvelujen laadun notkahduksella ei liene ollut.

Launeen kotihoitoalueella työskennellyt Lahden kaupungin henkilöstö koki ulkoistuksen ja siirtymävaiheen toteutuksen hyvin epämotivoivana. Tässä tutkimuksessa ei varsinaisesti seurattu heidän myöhempiä vaiheitaan kaupungin muilla kotihoitoalueilla, mutta on ehkä perusteltua väittää, että kaupungin ”*työnantajaimago*” ulkoistamisprosessin toteutus ei heidän silmissään ainakaan parantanut, vaikka suurin osa työntekijöistä jäikin kaupungin palvelukseen. Tätä kautta ulkoistamisen toteutuksella on saattanut olla omat heijastusvaikutuksensa myös kaupungin muille kotihoitoalueille, esimerkiksi heikentyneen työmotivaation kautta.

Palvelujen ulkoistamiselle asetettujen tavoitteiden osalta on aiheellista korostaa, että tavoitteiden tulee olla selkeitä ja selvästi mitattavia. Vain silloin ulkoistamisprosessin onnistumista kyetään jälkikäteen arvioimaan. Erityisen tärkeää tämä on silloin, kun ulkoistamisella haetaan muitakin kuin kustannussäästöihin liittyviä hyötyjä. Tästähän oli kyse myös Launeen kotihoidon ulkoistuksessa. Mikäli ulkoistukselle asetetut laadulliset tavoitteet on asetettu niin, että niiden arviointi jälkikäteen on vaikeaa ja epävarmalla pohjalla, on vaarana, että jälkikäteisarvioinnissa keskitytään liikaa tarkastelemaan ja korostamaan helpommin mitattavia rahallisia suureita.

Ulkoistuksen tavoitteiden selkeys auttaa päätöksentekijöitä ja muita toimijoita myös ”*arvottamaan ja vertailemaan*” tavoitteita keskenään esimerkiksi siinä tapauksessa, että ulkoistuksella saavutetut tuotokset kehittyvät eri suuntiin. Ulkoistuksella voidaan saavuttaa esimerkiksi kustannussäästöjä, mutta palvelun laatu heikkenee, tai päinvastoin. Tutkimuksen kohteena olleen Launeen kotihoidon ulkoistuksella saavutetut kustannussäästöt olivat merkittäviä (ks. taulukko 1) ja lisäksi palvelun laatua mittaamaan valitut, tietyt RAI-indikaattorit (neljä kappaletta) kehittyivät yhtä lukuun ottamatta positiivisesti ulkoistamisen aikana (mittausajankohta syksy 2016), joten tämän tyyppistä ”*arvottamisongelmaa*” ei Launeen tapauksessa ilmennyt.

Vaikka tältä ongelmalta tässä tapauksessa vältyttiinkin, voi ulkoistamiselle tehtyä tavoitteenasettelua kokonaisuudessaan pitää ongelmallisena – erityisesti myös siksi, että hankinta-asiakirjoissa ei myöskään ollut selvästi määritelty, millä aikajänteellä tavoitteiden tuli toteutua. Tavoitekombinaatio koostui sekä määrällisistä että laadullisista tavoitteista, joiden yhteensovittaminen on hyvin haasteellista. Lisäksi yhdeksi tavoitteeksi asetettu kaupungin oman kotihoitopalvelun ja yksityisten palvelutuottajien vertaiskehittäminen jäi tämän tutkimuksen valossa tällä tarkasteluajanjaksolla varsin vaatimattomaksi.

Yksi tämänkin tutkimuksen tulosten valossa pohdinnan arvoinen asia on, miten palveluntilaaaja ja -tuottaja(t) kykenevät laatimaan yhteistoiminnalleen sellaiset sopimukset ja säännöt, että ne sallivat toisaalta tilaajan taholta sopimukseen perustuvan toiminnan riittävän valvonnan, mutta samalla mahdollistavat sen, että palvelun tuottaja kykenee joustavasti kehittämään toimintaansa (yhteisesti sovitulla) tarkoituksenmukaisella tavalla. Yksi palveluntuottajien viesti, joka ei koske ainoastaan Launeen tapausta oli, että sopimuksissa asiat ja toimintatavat usein *”lukitaan paikoilleen, vaikka maailma ympärillä muuttuu”*. Esimerkiksi teknologia kehittyi huimaa vauhtia ja vaikkei uuden teknologian käyttöönotto mikään itsetarkoitus olekaan, sen tarjoamat mahdollisuudet tulisi kuitenkin tarkoituksenmukaisella ja joustavalla tavalla pystyä hyödyntämään sopimuskausien ajanakin.

Tapauksitutkimuksessa ei voi unohtaa tutkimuskontekstin vaikutusta tutkimustuloksiin. Tässäkin tapauksessa on vaikea arvioida ilmiötä ja prosesseja kytkemättä niitä niihin toimijoihin, ihmisiin, jotka prosesseja eteenpäin veivät. Launeen tapauksessa prosessiin osallistuneiden, eri organisaatioita edustavien henkilöiden toimintaa voi luonnehtia sanoilla tavoitetietoisuus, ratkaisuhakuisuus ja rakentava dialogi.

Launeen ulkoistamisprosessia on koko ajan viety eteenpäin riskit tiedostaen, mutta siinä hengessä, että prosessissa *”onnistutaan”*, *”kokeilumielellä”* ei liikkeelle lähdetty. Prosessilla olikin selkeä poliittinen ja virkamiesjohdon tuki. Ratkaisuhakuinen henki näkyi esimerkiksi prosessin ohjausta varten perustetussa Launeen ohjausryhmässä. Ohjausryhmän kokouksissa hankalistakin asioista kyettiin keskustelemaan korkealla ammattitaidolla, sortumatta *”syyllisten hakemiseen”*, ja niin rakentavassa hengessä, kuin se ylipäänsä oli mahdollista, kun otetaan huomioon, että eri toimijoilla oli luonnostaan mukana erisuuntaisia intressejä.

Tämä tutkimus ei anna eikä ole tapauksitutkimuksena edes yrittänytkään antaa mitään lopullisia vastauksia koskien *”parasta”* kotihoitopalvelujen järjestämisen tapaa tai ulkoistamisen toteutustapaa. Lukija, joka tästä raportista etsii *”10 askelta onneen”*, ei etsimäänsä näiltä sivuilta löydä. Toivomme kuitenkin, että tästä tutkimuksesta on hyötyä ja apua niille, jotka työssään palvelujen ulkoistamiseen liittyviä pohdintoja harjoittavat ja että he tästä tutkimuksesta löytävät ainakin joitain niistä oleellisista kysymyksistä, jotka on ratkaistava ja joihin on vastattava hyvään lopputulokseen pääsemiseksi. Tarkoituksenmukaiset vastaukset voi jokainen löytää vain itse.

## LIITE: TUTKIMUSAINEISTOT

### Henkilöstönäkökulma; luku 3.1

#### *Ennen ulkoistusta ja ulkoistuksen siirtymävaiheet*

- a. Laadullinen teemahaastattelu henkilöstölle elokuussa 2015. Teemat käsittelivät esimerkiksi aikaa ennen ulkoistusta ja ulkoistustiedon tultua, siirtymistä uudelle alueelle sekä näkemyksiä ulkoistamisen syistä ja arvioita ulkoistuksen siirtymävaiheesta. Haastattelupyyntö lähetettiin 27 henkilölle, joista haastateltiin 20 henkilöä. Haastatelluista noin 50 prosentilla oli 5–14 vuoden ja noin 20 prosentilla yli 15 vuoden kokemus Lahden kaupungin kotihoidosta. Vastaajien keski-ikä oli 43 vuotta.

#### *Jälkeen ulkoistuksen -vaihe*

- b. Laadullinen kyselytutkimus aikaisemmin syksyllä 2015 haastatellulle henkilöstölle kesäkuussa 2017 ja uusintakysely elokuussa 2017. Kysely toteutettiin henkilökohtaisena sähköpostikyselynä. Kyselyssä henkilöstöä pyydettiin arvioimaan Launeen ulkoistustapahtumaa jälkikäteen, vertaamaan ulkoistustapahtumaa vuoden 2017 alussa tapahtuneeseen muutokseen, jossa Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön siirtyi uuden työnantajan, Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän palvelukseen sekä millaisin mielin suhtautuu tulevaan. Kyselyyn vastasi 3 henkilöä.



## Asiakkaan ja omaisen näkökulma; luku 3.2

### Ennen ulkoistusta, ulkoistuksen siirtymä ja ensi askel -vaiheet

- a. Määrällinen asiakastyytyväisyyskysely Lahden kaupungin kaikille kotihoitoalueille joulukuussa 2014. Kysely toteutettiin Lahden kaupungin kyselypohjalla. Kyselyssä asiakastyytyväisyyttä mitattiin yhdeksällä muuttujalla asteikolla 4–10: luottamuksen toteutuminen, henkilökunnan käyttäytyminen, henkilökunnan ammattitaito, saatu ohjeistus ja neuvonta, avun saanti esimerkiksi sairauteen, mahdollisuus saada yhteys työntekijöihin, työntekijän käyttämä aika edellisellä kerralla, mahdollisuus vaikuttaa hoitoon liittyviin asioihin ja käyntiajankohta. Vertailuarvoksi aineistosta laskettiin kaikkien Lahden kaupungin kotihoitoalueiden keskiarvo. Asiakastyytyväisyyskyselyyn vastasi 289 henkilöä, joista 70 prosenttia oli 76 vuotta tai vanhempia. Vastaajista hieman yli puolet täytti kyselylomakkeen itse ja 25 prosenttia avusti kotihoidon henkilökunta ja 25 prosenttia vastaamisessa avusti omainen.
- b. Määrällinen asiakastyytyväisyyskysely ulkoistetun alueen eli Launeen kotihoitoalueen asiakkaille joulukuussa 2015. Kysely toteutettiin noin puoli vuotta ulkoistuksen alettua. Kyselypohjana käytettiin samaa kyselypohjaa kuin vuonna 2014 tehdyssä kyselyssä (kohta c), mutta muuttujiin lisättiin yleisarvosana-kohta ja vastaajia pyydettiin antamaan asiakastyytyväisyysarvio kahteen arviointiajanjaksoon: *”ennen vanhaan kaupungin aikaan”* ja *”nyt uusien yksityisten palveluntarjoajien aikaan”*. Vertailuarvoiksi tästä aineistosta laskettiin yleisarvosanojen keskiarvot sekä muuttujien keskiarvot muuttujittain kummassakin arviointiajanjaksossa.
- c. Kysely lähetettiin kaikille Launeen kotihoidon asiakkaille (N=136) pois lukien vain turvapuhelinpalveluja saavat asiakkaat. Kyselyyn vastasi 46 henkilöä. Vastausprosentti oli 34. Lähes 70 prosenttia vastaajista oli 76 vuotta tai vanhempia. Vastaajista 21 henkilöä oli Debora Oy:n asiakkaita ja vastaajien määrä vastasi 36 prosenttia Debora Oy:n Launeen asiakaskunnasta. Vastaajista 25 henkilöä oli Mainio Vire Oy:n asiakkaita ja vastaajien määrä vastasi 50 prosenttia Mainio Vire Oy:n Launeen asiakaskunnasta. Vastaajista yhdeksällä ei ollut kokemusta kaupungin kotihoidosta.
- d. Laadullinen teemahaastattelututkimus Launeen kotihoidon asiakkaille syys-joulukuussa 2015. Tutkimus kohdentui ajankohtaan, jolloin uudet palveluntuottajat olivat tuottaneet asiakkaiden kotihoitoa 4–7 kuukautta. Teemahaastattelussa haastateltavia pyydettiin vertaamaan *”ennen vanhaan kaupungin aikaan”* ja *”nyt syksyllä uusien palveluntarjoajien aikaan”* hyväksi ja huonoksi koettuja sekä parannusta kaipaavia asioita; siirtymävaiheen kokemuksia ja tulevaisuuden odotuksia. Aineiston analyysissä käytettiin

sisällönanalyysiä (ryhmittely, kategorisointi). Aineisto sisältää 19 haastattelua. Haastatelluista 7 oli kotihoidon asiakasta ja 12 kotihoidon asiakkaan omaista. Haastateltavat jakautuivat kahden palveluntuottajan välillä suhteessa 30/70, kun Launeen asiakaskunnan jakaantuminen palveluntuottajien välillä oli tutkimusajankohtana noin 40/60.

- e. Yhdistelmäaineisto; kohdassa c kuvatun asiakastytyväisyyskyselyn toteuttaminen vuoden 2015 teemahaastattelun (kohta e) yhteydessä. Tässä tutkimuksessa haastateltavat saivat myös perustella ja pohtia numeerisia arvioitaan (vrt. kohdissa c ja d yksiomaan numeerinen arviointi). Lisäksi haastateltavilta pyydettiin antamaan yleisarvosana kaupungin ja yksityisten palveluntarjoajien aikaisesta kotihoidosta. Aineisto on laadullisen ohella määrällinen, mutta koska asiakastytyväisyysarvioitsijoiden määrä oli pieni, tulkitaan myös määrällisiä tuloksia laadullisen tutkimuksen kehikossa.

#### *Jälkeen ulkoistuksen -vaihe*

- f. Laadullinen teemahaastattelututkimus Launeen kotihoidon asiakkaille huhti–toukokuussa 2017, jolloin ensimmäinen ulkoistuksen sopimuskausi oli lopuillaan. Haastatteluteemoina olivat seuraavat: onko kaivannut kaupungin tarjoamaa kotihoitoa; mitkä asiat ovat ulkoistuksen aikana muuttuneet positiiviseen tai negatiiviseen suuntaa ja miksi; onko harkinnut palveluntarjoajan vaihtamista ja onko vaihtanut tai miksi ei ole vaihtanut palveluntarjoajaa. Aineiston analyysissä käytettiin sisällönanalyysiä (ryhmittely, kategorisointi). Haastattelupyynnö lähetettiin 56 henkilölle, jotka olivat saaneet Launeen kotihoitoalueella julkisia kotihoidon palveluja viikoilla 20/2015 ja 12/2017. Tutkimusaineisto koostuu 8 henkilön haastattelusta, joista neljä on asiakkaan ja neljä omaisen haastattelua. Haastatelluista 3 oli Debora Oy:n asiakkaita ja 5 Mainio Vire Oy:n asiakkaita. Haastatelluista 3 oli osallistunut vuoden 2015 haastattelututkimukseen (e). Lisäksi 2 henkilöä oli vaihtanut palveluntuottajaa ulkoistuksen aikana.
- g. Yhdistelmäaineisto; kohdassa c kuvatun asiakastytyväisyyskyselyn toteuttaminen vuoden 2017 teemahaastattelun yhteydessä (kohta g). Haastateltavat saivat perustella ja pohtia numeerisia arvioitaan. Lisäksi pyydettiin yleisarvosana ulkoistuksen aikana tapahtuneesta kotihoidon palvelusta. Aineisto on laadullisen ohella määrällinen, mutta koska asiakastytyväisyysarvioitsijoiden määrä oli pieni, tulkitaan myös määrällisiä tuloksia laadullisen tutkimuksen kehikossa.

## Johtaminen ja kehittäminen; luku 4.3

### Ennen ulkoistusta ja ulkoistuksen siirtymävaihe

- a. Teemahaastattelu ajalla 8/2015–2/2016 sisältäen määrällisen yleisarvosana-arvioinnin. Teemahaastattelun teemat olivat: markkinavuoropuhelu, sopimusprosessi, kotihoidon siirtymävaihe sekä odotukset ja huolenaiheet tulevaisuutta ajatellen. Lisäksi haastattelussa annettiin asteikolla 4–10 arvosana kolmeen edellä ensiksi mainittuun teemaan. Haastatteluaineiston analyysissä käytettiin sisällönanalyysia ja määrällisissä arvioinneissa keskiarvoa. Lahden kaupungilta haastateltavina oli 5 henkilöä. Haastateltavat edustivat kotihoidon johtoa sekä tietohallinnon ja hankintatoimen asiantuntijoita. Kaikki haastateltavat olivat olleet kaupungin palveluksessa 2–5 vuotta. Debora Oy:ltä ja Mainio Vire Oy:ltä haastateltiin 3 henkilöä kummastakin yrityksestä. Henkilöt edustivat yritysten strategista ja operatiivista johtoa. Toisen yrityksen kaikilla haastateltavilla oli alle 2 vuoden työkokemus nykyisellä työntajalla. Toisella yrityksellä puolestaan yhdellä haastatellulla oli alle 2 vuoden työkokemus nykyisellä työantajalla. Kaupungin ja yritysten haastatelluissa oli kussakin ryhmässä kaksi henkilöä, joilla oli yli 15 vuoden työkokemus kotihoitoalalta.

### Jälkeen ulkoistuksen -vaihe

- b. Teemahaastattelu ajalla 4–6/2017. Tutkimuksessa haastateltiin 3 Lahden kaupungin edustajaa, joita kaikkia oli haastateltu myös ”ennen ulkoistusta ja ulkoistuksen siirtymävaiheen” -teemahaastattelussa (kohta i). Haastatelluista kahdella oli yli 15 vuoden työkokemus kotihoitoalalta. Debora Oy:ltä ja Mainio Vire Oy:ltä haastateltiin kummaltakin 2 henkilöä. Neljästä haastatellusta yhtä oli haastateltu aikaisemmin ”ennen ulkoistusta ja ulkoistuksen siirtymävaihe” -teemahaastattelussa. Haastateltavista yhdellä oli yli 15 vuoden työkokemus kotihoitoalalta. Teemahaastattelussa kaikille haastateltaville yhteisiä haastatteluteemoja olivat muun muassa palvelun tuottaminen/järjestäminen kahdella palveluntuottajalla, vertaiskehittäminen ja ulkoistuksen vaikutukset kotihoidon asiakkaiden tasapuoliseen kohteluun (ulkoistettu vs. kaupungin muut kotihoitoalueet). Lisäksi kaupungin edustajilta kysyttiin esimerkiksi kotihoitopalvelun järjestämistavassa tapahtuneen muutoksen vaikutuksia Lahden kaupungin kotihoitokokonaisuuden johtamiseen ja hallittavuuteen sekä ulkoistetun alueen hallintaan. Palveluntarjoajilta kysyttiin esimerkiksi Launeen ulkoistuksen merkitystä palvelun järjestäjälle sekä ulkoistuksen aikana yllättäneitä ja hämmästyttäneitä asioita. Haastatteluaineiston analyysissä käytettiin sisällönanalyysia.

Lisäksi havainnointiaineisto ulkoistetun alueen ohjausryhmän kokouksista (9 kpl).

## LÄHTEET

Ahonen, G. 1998. Henkilöstötilinpäätös: Yrityksen ikkuna menestykselliseen tulevaisuuteen. Gummerus, Helsinki.

Almqvist, R. & Högberg, O. 2005. Public-private partnerships in social services – the example of the City of Stockholm. Teoksessa Graeme, H. & Garsten G. (toim.) *The Challenge of Public-Private Partnerships. Learning from International Experience*. Edward Elgar, Cheltenham.

Bailey, S. 1998. Assuring the Quality of UK Local Government Services: A Case Study of School Meals Catering. *Public Policy and Administration* 13 (1), 95–106.

Bossen, C., Christensen, L., Grönvall, E. & Vestergaard, L. 2013. CareCoor: Augmenting the coordination of cooperative home care work. *International Journal of Medical Informatics* 82, 189–199.

Brax, S. 2007. Palvelut ja tuottavuus. *Teknologiakatsaus 204/2007*. Tekes, Helsinki.

Damanpour, F. 1990. Innovation effectiveness, adoption and organizational performance. Teoksessa West, M. & Farr, J. (toim.) *Innovation and creativity at work*. Wiley, Chichester, 125–141.

Davies, B. & Drake, P. 2007. Strategies for achieving best value in commissioned home care. *International Journal of Public Sector Management* 20 (3), 206–225.

Drake, P. & Davies, B. 2006. Home care outsourcing strategy. *Journal of Health Organization and Management* 20 (3), 175–193.

Goss, K. 1979. Consequences of diffusion of innovation. *Rural Sociology* 44, 754–772.

Grönroos, C. 2000. Service management and marketing. A customer relationship management approach. 2. painos. John Wiley & Sons, Chichester, UK.

Hennala, L. 2011. Kuulla vai kuunnella – käyttäjää osallistavan palveluinnovoinnin lähestymistavan toteuttamisen haasteita julkisella sektorilla. *Acta Universitatis Lappeenrantaensis* 453. Lappeenranta University of Technology, Lahti School of Innovation. (Väitöskirja).  
<http://www.doria.fi/handle/10024/72622>

Hennala, L. 2014. Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja – ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa. *Gerontologia* 28 (2), 67–82.

Hennala, L., Konsti-Laakso, S. & Harmaakorpi, V. 2012. Challenges of bringing citizen knowledge into public sector service innovation. Teoksessa Melkas, H. & Harmaakorpi, V. (toim.) *Practice-based innovation: Insights, applications and policy implications*. Springer, Heidelberg.

Hämäläinen, R-M. 2013. Palveluinnovaatiot ja sosiaaliset näkökulmat julkisissa hankinnoissa. Teoksessa Kostainen, H. & Pättiniemi, P. (toim.) *Avauksia yhteiskunnallisen yritystoiminnan tutkimukseen*. FinSERN1.

Högberg, O., Almqvist, R. & Jonsson, E. 2008. Ten years of Compulsory Competitive Tendering: What are the experiences? Esitelmä. *Competition and Choice in Local Public Services. An International Joint Seminar by Glasgow Caledonian University, University of Stockholm and University of Tampere*. University of Tampere, Finland. Friday 18 January 2008.

Ihalainen, R. 2007. Sopimusohjaus erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisen ohjauksessa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1234. Väitöskirja. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Junnila, M. & Fredriksson, S. 2012. Palvelujen ulkoistus. Tilaaminen ja tuottaminen terveyspalveluissa. KIDE 19. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Khan, R., Pekkarinen, S., Konsti-Laakso, S. & Melkas, H. 2015. How the social enterprises support social sustainability. *International Journal of Information Systems and Social Change* 6 (4).

Klassen, K., Russell, R. & Chrisman, J. 1998. Efficiency and productivity measures for high contact services. *The Service Industries Journal* 18 (4), 1–18.

Kokko, S. & Lehto, J. 1993. Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella. *Raportteja* 96. Stakes, Helsinki.

Kähkönen, L. & Volk, R. 2008. Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. *Kunnat ja kilpailu -sarja* nro 4. Kunnallisalan Kehittämissäätiö. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.

Lehtonen, V-M. 1994. Henkilöstövoimavarojen hallinta ja sitä tukevat laskentajärjestelmät. *Painatuskeskus*, Helsinki.

Linna, P. & Pihkala, T. 2008. Kilpailutus ja toimittajayhteistyö kunnissa. Kunnat ja kilpailu -sarja nro 5. Kunnallisan kehittämissäätö. Helsinki.

Lluch, M. 2011. Healthcare professionals' organisational barriers to health information technologies—A literature review. *International Journal of Medical Informatics* 80, 849–862.

Länsimies, A. 2014. Market dialogue in public procurement. Defining market dialogue with service-dominant logic. [http://tuta.aalto.fi/en/midcom-serveattachmentguid-1e4755a02f7f0dc755a11e48b73b504d37e71187118/final\\_asta\\_lansimies.pdf](http://tuta.aalto.fi/en/midcom-serveattachmentguid-1e4755a02f7f0dc755a11e48b73b504d37e71187118/final_asta_lansimies.pdf)

Miettinen, S., Junnila, M. & Lehto, J. 2012. Kohti tilaaja–tuottaja-toimintatapaa. Julkaisussa Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja–tuottaja -toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Raportti 42. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Pekka, T. (2014). Kevan toimintaympäristötutkimus 2014. <http://docplayer.fi/8674365-Kevan-toimintaymparistotutkimus-2014.html>

Pöytäkirja 3.6.2014. Lahden sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 3.6.2014 § 56. Yhden kotihoitoalueen palvelujen järjestäminen ostopalveluna ja palvelun hankinnan käynnistäminen.

Pöytäkirja 18.12.2014. Lahden sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja 18.12.2014 § 131. Kotihoitopalvelujen hankinta Launeen kotihoitoalueelle.

Randall, G. 2008. The impact of managed competition on diversity, innovation and creativity in the delivery of home-care services. *Health and Social Care in the Community* 16 (4), 347–353.

Rannisto, P-H. & Tienhaara, P. (toim.) 2016. Sote-palvelut markkinoilla – tavoitteita, toiveista ja ristiriitoja. Tekes. Tampereen yliopistopaino, Tampere.

Rautiainen, A. 2004. Kuntien suorituksen mittausta ja tuloksellisuuskäsitteistö: arviointi ja kehittäminen. *Taloustieteiden tiedekunta julkaisu nro 140*. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Reeder, B., Meyer, E., Lazar, A., Chaudhuri, A., Thompson, H. & Demiris, G. 2013. Framing the evidence for health smart homes and home-based consumer health technologies as a public health intervention for independent aging: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics* 82 (7), 565–579.

- Rogers, E. 1983. Diffusion on innovations. Free Press, New York.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja-tuottaja -toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystaloudessa. Raportti 42. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- THL. Tietoa RAI-järjestelmästä. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>.
- Tiilikka, T., Palukka, H. & Tolkki, H. 2009. Kilpailulliset toimintatavat perusterveydenhuollossa – argumentit ja narratiivit. Loppuraportti. Työsuojelurahasto. Tampereen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Tolkki, H. 2008. Perusterveydenhuollon ulkoistaminen – lääke ja oire.
- Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto. Sosiologian pro gradu -tutkielma.
- Valkama, P., Kallio, O., Haatainen, J., Laurila, H. & Siitonen, P. 2008. Kuntapalvelujen kilpailuttamisen taloudelliset vaikutukset. I osa: Käsitteet, teoreettiset lähestymistavat, metodologia ja aikaisemmat tutkimustulokset. Kunnat ja kilpailu -sarja nro 9. Kunnallisan Kehittämässätiö. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.
- Yin, R. 1999. Enhancing the quality of case studies in health services research. Health Services Research 34 (5), Part II, 1209–1224.
- Yin, R. 2009. Case study research: Design and methods. Applied social research methods series 5. 4. painos. Sage Publications, London.

