

PAREMPIA PALVELUITA VERKOSTO- MALLEILLA

Sote-järjestäjän työkalut

Aki Haukilahti (toim.)

2. uudistettu laitos



© Sitra 2021

Sitran selvityksiä 143
2. uudistettu laitos

PAREMPIA PALVELUITA VERKOSTOMALLEILLA

Sote-järjestäjän työkalut

Aki Haukilahti (toim.)

Työryhmä:

Kimmo Haahkola, johtava asiantuntija, Sitra
Aki Haukilahti, varatoimitusjohtaja, talousjohtaja, Tays Sydänsairaala
Ulla Harala, toiminnanjohtaja, Hämeenmaan Sydänpiiri ry
Arto Lemmetty, hallintoylilääkäri, Tampereen kaupunki
Kristiina Lumme, projektipäällikkö, Pirkanmaan liitto
Juha Vasala, suunnittelupäällikkö, Tampereen kaupunki
Ari Majanen, erikoissuunnittelija, Tampereen kaupunki
Marika Pakkanen, projektipäällikkö, Pirkanmaan liitto

Toimitussihteeri: Kirsi Suomalainen

ISBN 978-952-347-224-2 (PDF) www.sitra.fi
ISSN 1796-7112 (PDF) www.sitra.fi

SITRAN SELVITYKSIÄ -sarjassa julkaistaan
Sitran tulevaisuustyön ja kokeilujen tuloksia.

Sitran selvityksiä 143

Parempia palveluita verkostomalleilla

Sote-järjestäjän työkalut

Huhtikuu 2021

2. uudistettu laitos

Sisällys

Esipuhe	5
Tiivistelmä	7
Sammanfattning	8
Summary	9
Johdanto	10
1. Verkosto haastaa palveluiden ohjausjärjestelmät	11
2. Tavoitteena sote-palveluiden vaikuttavuus	13
3. Verkostomallien paikka hyvinvoinnin ekosysteemissä	15
Hoitoketjuissa on kehittämismahdollisuuksia	16
Potilas keskiöön yhteistyön edistämiseksi	18
Mihin verkostomalleja tarvitaan?	18
4. Hyvinvointiallianssissa tavoitteet saavutetaan yhteistyöllä	20
Hyvinvointiallianssin piirteitä	22
Hyvinvointiallianssin muodostaminen ja vaiheet	22
Valmisteluvaihe	23
Kilpailutusvaihe	24
Kehitysvaihe	24
Toteutusvaihe	26
Tesoman hyvinvointipalvelut tuotetaan allianssimallilla	27
5. Vastuullisessa hoito-organisaatiossa hoitopolusta vastataan yhdessä	30
VHO-yhteistyömallin piirteitä	31
VHO-yhteistyömallin muodostaminen ja vaiheet	32
Järjestäjän strategiavaihe	33
Valmisteluvaihe	34
Kehitysvaihe	38
Toteutusvaihe	39
Järjestäjän päätöksenteon vaiheet VHO-yhteistyömallissa	40
Järjestö sopimuskumppanina	42
Kumppanuusmallilla mukaan verkostoyhteistyön	42
Järjestö on osa monipuolista hoitopolkua	42

6. Verkostomallit perustuvat sopimukseen	51
Lainsäädäntö varmistaa sote-palveluiden erityispiirteiden huomioimisen	52
Hankintalainsäädännön vaikutus verkostomalleihin	53
Sopimusten erityispiirteitä verkostomalleissa	54
7. Kansainvälisiä esimerkkejä yhteistyömalleista	56
Kansainvälisiä käytännön sovelluksia	56
8. Suositukset ja askeleet verkostomallien hyödyntämiseen	59
Järjestäjän tarkistuslista verkostomallien hyödyntämiseksi	60
Sanasto ja lyhenteet	64
Lähteet	66
Liitteet	68
Liite 1: Case Tesoman hyvinvointikeskuksen toteutus allianssimallilla	68
Liite 2: Hyvinvointiallianssin kehitysvaiheen allianssisopimusmalli	68
Liite 3: Hyvinvointiallianssin toteutusvaiheen allianssisopimusmalli	68
Liite 4: VHO-yhteistyösopimusmalli	68

Esipuhe

Nivelvaihe perus- ja erikoissairaanhoidon välillä ontuu. Vastuutahot muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta ovat erillisiä organisaatiota. Saumattomat hoitoketjut ovat jääneet usein suunnitelmien tasolle, eivätkä suunnitelmat ole ulottuneet potilastyöhön.

Potilaalle tämä näkyy hoitoketjun ja tiedonkulun katkonaisuutena sekä viime kädessä jopa hoidon pitkittymisenä. Hoitoketjujen epätasaisuudesta aiheutuu myös merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Tunnistettujen ongelmien lisäksi valmisteilla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa monituottajamalli edellyttää uudenlaisia tapoja yhdistää eri tuottajien palvelut sujuviksi hoitoketjuiksi.

Sitra päätti Tampereen kaupungin ehdotuksesta perehtyä verkostomaisiin yhteistyömalleihin ja erityisesti muilta toimialoilta tutun allianssimallin soveltumiseen perus- ja erikoissairaanhoidon.

Verkostomaisen toimintamallin sopivuutta terveydenhuoltoon ryhdyttiin pilotoimaan käytännössä Tampereella keväällä 2017. Yhteistyökohteiksi valittiin Tesoman sote-keskuksen hyvinvointiallianssi ja sydämen vajaatoimintopotilaiden verkostomainen hoitoketju, VHO. Molemmista yhdistyvät julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut.

Hankkeissa rakennettiin sote-palveluverkon hallintaan konkreettisia työkaluja ja toimintamalleja. Tampereen Tesomalle perustettiin kaupungin, yksityisen terveydenhoitoyrityksen ja kolmannen sektorin toimijan yhteinen allianssipohjalta toimiva hyvinvointikeskus (sote-keskus). Keskukseen tuli sosiaali- ja terveystieteiden lisäksi myös muita palveluita, kuten kirjasto, yhteisökahvila ja nuorisotila.

VHO-hankkeessa sydämen vajaatoimintaa sairastavien tamperelaisten palvelut mallinnettiin hoito-organisaatioiden väliseksi sujuvaksi hoitoketjuksi. Myöhemmin käynnistyvässä toteutusvaiheessa uusi malli sovitetaan osaksi päivittäistä toimintaa. Kehitetty malli edellyttää, että mukana ovat keskeiset terveysalan toimijat, kuten Tampereen kaupungin terveyskeskukset, yksityiset terveysasemat, Tays Sydänsairaala ja Hämeenmaan Sydänpiiri. Mallia on tarkoitus pilotoida myöhemmin myös muiden kansansairauksien, kuten diabeteksen ja masennuksen hoitopolkujen parantamisessa.

Tulevaisuuden sote-palvelut tuotetaan entistä tiiviimmin julkisen, yksityisen ja järjestösektorin yhteistyönä. Tämä vaatii uudenlaista johtamista, uusia toimintamalleja ja -osaamista. Tampereen hankkeessa kehitetyt työkalut ja toimintamallit on koottu tähän julkaisuun myös muiden sote-alueiden arkeen sovellettavaksi.

Parempia palveluita verkostomalleilla -selvityksen uudistettuun laitokseen on koottu kokemuksia Tesoman hyvinvointiallianssin toiminnasta jo lähes kolmen vuoden ajalta. Kokemukset ovat olleet varsin positiivisia, kun asiakas on päässyt selvästi toiminnan keskiöön.

VHO-toimintamallia on viety eteenpäin kohti toteutusvaihetta, joka käynnistyy vuoden 2021 aikana. Julkaisun aiemmassa versiossa ei ollut syvällistä tarkastelua kolmannen sektorin tavasta toimia eli järjestömallia. Se on nyt mukana selventämässä järjestön osuutta ja roolia hoitoketjun toiminnassa.

Kiitämme erityisesti Tays Sydänkeskus Oy:n varatoimitusjohtaja Aki Haukilahtea, jota ilman julkaisua ei olisi koskaan tässä laajuudessa syntynyt. Hanketta oli toteuttamassa laaja joukko asiantuntijoita ja klinikoita Tampereen kaupungilta, Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä ja Sitrasta. Erityiset kiitokset Hämeenmaan Sydänpiiri Ry:lle ja Sydänliitolle perustuvanlaatuista työstä järjestömallin kehittämisessä.

Lämpimät kiitokset merkittävästä panoksesta ohjausryhmälle ja kaikille hankkeisiin osallistuneille.

23.4.2021

KIMMO HAAHKOLA

Johtava asiantuntija, Sitra

Tiivistelmä

Verkostomaisissa toimintamalleissa julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat työskentelevät yhdessä saavuttaakseen tehokkuutta ja vaikuttavuutta palvelutuotannossa. Malleja voidaan hyödyntää peruspalveluissa ja kansansairauksien nykyistä paremmassa ja asiakaslähtöisemmässä hoidossa. Yksittäinen palveluntuottaja ei pysty hallitsemaan asiakkaan kulkua palvelujärjestelmässä, vaan tämä edellyttää toimijoiden verkostomaista yhteistyötä.

Yhteistyö ja yhteinen tieto mahdollistavat aiempaa paremman hoidon laadun ja vaikuttavuuden. Verkostomalleissa sopimukset painottavat suoritteiden sijasta osapuolten välisiä suhteita yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Malli mahdollistaa myös sosiaali- ja terveystaloudessa tärkeän järjestösektorin osallistumisen. Kannustimena verkostomallien käyttöönottoon järjestäjällä on palveluiden laatu- ja kustannusnäkökulmat. Muilla toimijoilla kannustimena voivat toimia yhteiset tavoitteet, yhteiskehittäminen ja yhteistyöstä saatavat hyödyt.

Yksi esimerkki verkostomallista on rakennusalaalla tunnettu allianssimalli, jossa osapuolilla on yhteiset tavoitteet ja niitä sitoo sopimus yhteisestä vastuusta, suunnittelusta, toteuttamisesta, allianssiorganisaatiosta, hyötyjen ja riskien jakamisesta sekä avoimuusperiaatteen noudattamisesta. Mallissa noudatetaan hankkeen parhaaksi -periaatetta ja ratkaisut ja päätökset kokonaisuuden etua silmällä pitäen.

Allianssimallia on sovellettu Tampereella vuodesta 2018 lähtien Tesoman hyvinvointikeskuksessa. Palvelut tuotetaan yhdessä Tampereen kaupungin, Mehiläisen ja Setlementti Tampere ry:n kanssa. Sote-palveluja täydentävät kulttuuri- ja vapaa-aikapalvelut, kuten kirjasto, nuorisotila ja kahvila.

Hyvinvointipalvelujen tuottaminen tiiviissä yhteistyössä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kesken on osoittanut erittäin hyödylliseksi. Ennakkoluuloton ja organisaatorajat ylittävä yhteistyö sujuvoittaa asiakkaan palvelupolkua. Allianssin ensimmäiselle sopimusjaksolle vuonna 2017 asetetut tulostavoitteet ovat monelta osin täyttyneet hyvin koronapandemiasta huolimatta.

Toisessa esimerkissä verkostomallia on sovellettu Tampereella sydänpotilaiden laajaan, kalliiseen ja monimutkaiseen hoitopolkuun, joka edellyttää useiden toimijoiden yhteistyötä ja verkostoa. Vastuullisen hoito-organisaation (VHO) yhteistyömallin hybridimäinen rakenne ja sopimus pohja mahdollistavat osallistujien laventamisen julkisen ja yksityisen sektorin toimijoista vapaaehtoistyön ja hoitopolkujen kannalta tärkeisiin järjestöihin.

VHO-mallissa yhteistyö lähtee liikkeelle järjestäjän strategiasta yhteiseen valmisteluvaiheeseen ja etenee kehittämis- ja toteutusvaiheeseen. Monitahoisen hoitopolun järjestäminen edellyttää selkeää työnjakoa, hyvää tiedonkulkua, sopimusohjausta, seuranta sekä tarvittaessa kannusteita ja sanktioita. Toteutusvaihe sydänpotilaiden vastuullisesta hoito-organisaatiosta käynnistyy keväällä 2021 yhteistyössä Tampereen kaupungin, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Tays Sydänsairaalan, Mehiläisen ja Hämeenmaan Sydämpiirin kesken.

Molemmissa esimerkeissä kaivataan julkisen ja yksityisen sektorin rinnalle järjestöjä, jotka voivat osallistua verkostoyhteistyöhön palveluntuottajina tai järjestäjän osoittamina kumppaneina. Sydänjärjestön toiminta keskittyy terveyttä edistävien rakenteiden kehittämiseen ja potilaiden hoidon laadun varmistamiseen. Sydänpotilaiden hoito erikoissairaanhoidossa on Suomessa laadultaan erinomaista, mutta sairaalahoidon jälkeen hoitosuhde katkeaa liian usein. VHO-mallin mukaisen palvelun järjestäjän ja johtoryhmän on mahdollista ohjata järjestön osuutta ja kannustaa järjestöä toteuttamaan merkittävää rooliaan.

Sammanfattning

I nätverksbaserade verksamhetsmodeller arbetar offentliga och privata aktörer samt aktörer i den tredje sektorn tillsammans för att uppnå ändamålsenlighet och effektivitet i serviceproduktionen. Modellerna kan utnyttjas i basservicen och i en allt bättre och mer kundorienterad behandling av folksjukdomar. En enskild serviceproducent kan inte hantera kundens väg i servicesystemet, utan detta förutsätter nätverksbaserat samarbete mellan aktörerna.

Samarbete och gemensam information möjliggör bättre och effektivare vårdkvalitet än tidigare. I nätverksmodeller betonar avtalen i stället för prestationer förhållanden mellan parterna för att uppnå ett gemensamt mål. Modellen gör det även möjligt för organisationssektorn, som är viktig för social- och hälsovårdstjänsterna, att delta. Tjänsternas kvalitets- och kostnadsperspektiv utgör incitament för anordnaren av införandet av nätverksmodeller. För andra aktörer kan gemensamma mål, samutveckling och fördelarna med samarbete utgöra incitament.

Ett exempel på en nätverksmodell är alliansmodellen inom byggbranschen, där parterna har gemensamma mål och är bundna av ett avtal om gemensamt ansvar, planering, genomförande, en alliansorganisation, delning av fördelar och risker samt iakttagandet av öppenhetsprincipen. Inom modellen iakttas principen ”för projektets bästa”, och lösningar och beslut fattas med tanke på det kollektiva intresset.

Alliansmodellen har tillämpats sedan 2018 i välfärdscentret Tesoma i Tammerfors. Tjänsterna produceras tillsammans med Tammerfors stad, Mehiläinen och Setlementti Tampere ry. Social- och hälsovårdstjänsterna kompletteras av kultur- och fritidstjänster, såsom ett bibliotek, en ungdomslokal och ett café.

Tillhandahållandet av välfärdstjänster i nära samarbete mellan den offentliga, privata och tredje sektorn har visat sig vara mycket nyttigt. Ett fördomsfritt samarbete som överskrider organisationsgränser gör kundens servicestyg smidigare. De resultatmål som fastställts för alliansen under avtalsperioden 2017 håller i flera avseenden på att uppfyllas trots coronapandemin.

I det andra exemplet har nätverksmodellen tillämpats i Tammerfors på det omfattande, dyra och komplicerade vårdförloppet som ofta förutsätter samarbete och ett nätverk mellan flera aktörer. Den hybridbaserade strukturen och avtalsmodellen i den ansvarsfulla vårdorganisationen (VHO) gör det möjligt att utvidga deltagarna från aktörer i den offentliga och privata sektorn till organisationer som är viktiga med tanke på volontärarbete och vårdförlopp.

I VHO-modellen börjar samarbetet i arrangörens strategi och fortsätter till en gemensam förberedelsefas och därefter till utvecklings- och genomförandefasen. Anordnandet av ett mångfacetterat vårdförlopp förutsätter en tydlig arbetsfördelning, ett bra informationsflöde, avtalsstyrning, uppföljning samt vid behov incitament och sanktioner. Genomförandefasen av en ansvarsfull vårdorganisation för hjärtpatienter inleds under våren 2021 i samarbete med Tammerfors stad, Birkalands sjukvårdsdistrikt, Tays Hjärtsjukhus, Mehiläinen och Hämeenmaan Sydänpäiri.

I båda exemplen behövs vid sidan av den offentliga och privata sektorn organisationer som kan delta i nätverksarbetet som serviceproducenter eller partner som anordnaren har anvisat. Hjärtorganisationens verksamhet fokuserar på utveckling av strukturer som främjar hälsa och säkerställande av vård av patienter. I Finland är vården av hjärtpatienter högklassig, men ofta upphör vårdrelationen efter sjukhusvård. För anordnaren av service enligt VHO-modellen och ledningsgruppen är det möjligt att styra organisationens andel och uppmuntra organisationen till att genomföra sin betydande roll.

Summary

In network-based operating models, public, private and third-sector parties collaborate to achieve efficiency and impact in providing services. The models can be used in basic services and for the better and more customer-oriented care of endemic non-communicable diseases. An individual service provider cannot manage the customer's path through the service system; it requires network-based collaboration between all parties.

Co-operation and shared knowledge make better care quality and impact possible. In network models, the agreements have an emphasis on the relationships between the parties in order to achieve the common goal instead of mere outputs. The model also allows the engagement of the third sector, which is important for social welfare and healthcare. The incentives for the organiser to adopt network models include the quality and cost of services. From the point of view of other parties, the incentives can include common goals, joint development and the benefits derived from co-operation.

One example of a network model is the alliance model used in the construction industry, in which the parties have common goals and are bound by an agreement on shared responsibility, planning, implementation, alliance organisation, distribution of benefits and risks, and compliance with the principle of openness. The model follows the "for the best of the project" approach, and the solutions and decisions are made so that they are beneficial to the whole.

The alliance model has been applied at the Tesoma well-being centre in Tampere since 2018. The services are provided by way of co-operation between the City of Tampere, Mehiläinen (private health service) and Setlementti Tampere ry (NGO). Social welfare and healthcare services are supplemented by culture and leisure services, such as a library, youth centre and cafeteria.

Providing well-being services through close co-operation between the public, private and third sectors has proven to be very useful. Unprejudiced co-operation across organisational boundaries makes the customer's service journey smoother. The goals set for the first agreement period of the alliance in 2017 are about to be met in many respects in spite of the Covid-19 pandemic.

As another example, in Tampere, the network model has been used for the extensive, expensive and complicated treatment path of cardiac patients, which often requires co-operation and networking of several parties. The hybrid structure and agreements in the value-based healthcare model make it possible to expand the parties involved from those in the public and private sectors to NGOs and voluntary organisations, which are important to treatment paths.

In this model, the co-operation starts with the organiser's strategy before moving to a common preparation phase and then the development and implementation phase. Organising the complex treatment path requires a clear-cut distribution of work, a good flow of information, contractual control, follow-up and, if necessary, incentives and sanctions. The implementation phase of the care and treatment organisation in charge of cardiac patients will commence in spring 2021 as a co-operation between the City of Tampere, Pirkanmaa Hospital District, TAYS Heart Hospital, Mehiläinen and the NGO Hämeenmaan Sydänpiiri ry.

Besides the public and private sectors, both examples need NGOs that can take part in the network co-operation as service providers or partners designated by the organiser. The cardiac association's activities focus on developing structures that promote health and ensuring the quality of care. The quality of the care of cardiac patients in specialised healthcare is excellent in Finland, but the care relationship too often breaks up after discharge from hospital. The model's service organiser and steering group can guide an NGO's involvement and encourage it to fulfil its important role.

Johdanto

Suomalainen terveydenhuolto elää muutospaineiden keskellä. Syyt ovat sekä inhimillisiä että taloudellisia. Ennustettu terveydenhuollon kustannuskehitys on haaste Suomessa, mutta myös maailmanlaajuisesti. Se, mikä näyttäytyy tavallisille ihmisille rikkinäisenä hoitopolkuna ja päättäjille lisääntyvinä terveydenhuollon kustannuksina, on haaste, johon suomalaisen terveydenhuollon on vastattava.

Suomessa hoitoketjujen kehittämistä on 1990-luvulta lähtien pidetty yhtenä merkittävänä kehityskohteenä terveydenhuollon tehokkuuden lisäämiseksi, ja tutkimuksissa onkin tunnistettu, että hyvin toimiva verkosto pystyy myös kehittämään hierarkioita ja markkinoita joustavammin uusia laatu- ja tehokkuusratkaisuja. Lisäksi verkostoitumisen on todettu johtavan myös enenevässä määrin arvoperustaiseen toimintalogiikkaan.

Tampereen kaupunki on ollut kehittämässä ja onnistunut ottamaan käyttöön uusia terveydenhuollon verkostomalleja, jotka toimivat suunnannäyttäjinä kohti 2020-luvun asiakaslähtöisempiä, vaikuttavampia ja kustannustehokkaampia hyvinvointipalveluja.

Tesoman hyvinvointikeskuksessa on sovellettu allianssimallia laajaan hyvinvointipalvelujen kokonaisuuteen ja vastuullisessa hoito-organisaatiossa sydänpotilaiden hoitopolun ympärille on rakennettu uudenlainen ohjausjärjestelmä ja yhteistyömalli kansainvälisille malleja suomalaisen toimintaympäristöön sovitamalla. Allianssimalli on ollut käytössä vuodesta 2018 ja siitä on saatu hyviä kokemuksia.

Tampereella käyttöönotetut uudenlaiset asiakaslähtöiset ja verkostomallit voivat sopia hyvin juuri yhteiskunnallisesti tärkeiden sote-palveluiden ohjausjärjestelmäksi. Hybridimäisten rakenteidensa puolesta ne mahdollistavat osapuolten yhteistyön organisaatorajapinnoista riippumatta. Lisäksi yhteistyömallit mahdollistavat arvoperustaisen logiikan soveltamisen jaetun säästön -periaatteen avulla. Tämän kaltaista, vastuullisen hoito-organisaation mallia on kehitetty sydänpotilaille, ja sen käyttöönotto on alkamassa Tampereella vuonna 2021.

Uudet verkostomallit tuovat järjestäjän käyttöön arvoperustaisia hankinnan työkaluja ja parantavat järjestäjän kyvykkyyttä erityisesti monimutkaisten ja laajojen hoitopolkujen tai -kokonaisuuksien järjestämisessä vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti – asiakkaan parhaaksi.

Tampereella 23.4.2021

TARU KUOSMANEN

Sosiaali- ja terveystieteiden palvelualueen johtaja, Tampereen kaupunki

1. Verkosto haastaa palveluiden ohjausjärjestelmät

Laajojen ja monimutkaisten hoitopolkujen onnistunut integraatio edellyttää palveluntuottajilta verkostoyhteistyötä, joka haastaa perinteiset ohjausjärjestelmät. Eri ohjausjärjestelmillä on vahvuutensa ja heikkoutensa. Hybridin eli ohjausjärjestelmien yhteismallin avulla on mahdollista saada samanaikaisesti sekä tyytyväisiä asiakkaita että vaikuttavat sote-palvelut.

Julkisten sote-palveluiden järjestämiseen kohdistuu useita eri ohjausjärjestelmiä. Valtio käyttää järjestäjään resurssi- ja normiohjausta. Järjestäjä taas käyttää omaan toimintaansa konserniohjausta ja palveluntuottajiin esimerkiksi tavoite-, resurssi- ja sopimusohjausta. Lisäksi järjestäjän omaan toimintaan voi kohdistua ulkoista markkinaohjausta.

Pahimmillaan eri ohjausjärjestelmät aiheuttavat ristiriitaa, minkä vuoksi järjestäjän tulisi määritellä ohjausjärjestelmien keskinäiset suhteet riittävän tarkasti. Sote-palveluiden kirjo on laaja, eikä yhtä kaikkiin palveluihin sopivaa ohjausjärjestelmää ole olemassa. Tarvittavan integraation ja vaikuttavuuden aikaansaamiseksi järjestäjän onkin sovellettava eri ohjausjärjestelmiä eri toimintoihin, toisin sanoen oikeaa ohjausjärjestelmää oikeaan paikkaan.

Sosiaali- ja terveystalalla uusien ratkaisujen kehittäminen voi epäonnistua, koska kuntaorganisaatioiden yksiköiden väliset rajat estävät yhteisten ratkaisujen rakentamista. Samasta syystä kyky hyödyntää ulkopuolisten kumppanien – esimerkiksi yritysten, järjestöjen ja vapaaehtoisten – kehittämispotentiaalia voi olla heikko (Järvensivu, Nykänen, Rajala 2010). Verkostomalleissa on merkittävää potentiaalia integraation ja lisäarvon luomiseksi sote-palveluihin, erityisesti laajojen tai monimutkaisten hoitopolkujen kohdalla.

Verkostoja ei pitäisi nähdä siellä, missä niitä ei ole, eikä rakentaa silloin, kun jokin muu toimintamalli on parempi (Valkokari, Hyötyläinen, Kulmala, Malinen, Möller ja Vesalainen 2009, 17). Kuitenkin silloin, kun ne sopivat, niitä tulisi hyödyntää. Keskeisenä haasteena verkostomalleja hyödynnettäessä on se, miten verkoston toiminta ja kehittyminen asetettujen tavoitteiden mukaisesti voidaan varmistaa. Tämän vuoksi on syytä tunnistaa ohjausjärjestelmien perustyytit.

Ohjausjärjestelmien perustyyppinä ovat hierarkiat, markkinat ja verkostot sekä niiden yhdistelmä hybridit. Hierarkiassa toimintaa ja palveluiden määrittämistä koordinoi ja kontrolloi kolmas osapuoli (ns. näkyvä käsi) eli organisaation johto ja esimiehet. Markkinaohjausjärjestelmässä toimintaa ohjataan hintojen, kilpailun ja sopimusten avulla (ns. näkymätön käsi). Verkosto-ohjausjärjestelmän ohjausmekanismit perustuvat osapuolten vastavuoroisuuteen, yhteistoimintaan ja osapuolia täydentävään riippuvuuteen (Mitronen & Rintamäki 2012, 180–186).

Organisoinnin muotoja erottaa toisistaan toimijoiden välisten suhteiden luonne, ja ne soveltuvat eri tavoin erilaisiin tilanteisiin. Kunnallinen virkamiesorganisaatio on esimerkki hierarkiasta, jossa johtajilla ja esimiehillä on määräysvaltaa suhteessa

Taulukko 1.

Hierarkiat, markkinat ja verkostot ja niiden toimivuus eri tilanteissa

Muokattu lähteestä: Järvensivu ym. 2010

Organisointi	Työnjako	Organisaatiotyypin toimivuus eri tilanteissa
Hierarkia	Organisaation hierarkia määrittelee, kuka tekee/mitä tekee	Hyvä, kun tarvitaan tehokas, tasalaatuinen, erikoisosaamista vaativa palveluntuotantokoneisto. Mutta jos palvelu ei vastaa asiakkaan tarpeisiin, joko hierarkian täytyy muuttua tai asiakkaan täytyy mennä toisen organisaation asiakkaaksi.
Markkina	Osto- ja myyntisopimus määrittelee, kuka tekee/mitä tekee	Hyvä, kun asiakastarpeet ovat selkeitä ja palvelu helposti tuotettavissa. Asiakastarpeen muuttuessa sopimuksen muuttaminen voi olla vaikeaa, hidasta ja kallista.
Verkosto	Työnjako ratkaistaan joustavasti neuvotellen, luottamus pohjalta	Hyvä, kun pitää reagoida muuttuviin tarpeisiin eikä selkeitä ratkaisuja ole tarjolla (eli kun tarvitaan innovatiivisia ratkaisuja tai muutoin joustavia palveluita). Ei ole peruspalveluiden tuottamisessa yhtä tehokas kuin hierarkia tai markkinat.

Taulukko 2.

Arvoperustaisen toimintalogiikan haasteet ja mahdollisuudet julkisen sektorin palvelujohdusjärjestelmävalinnoissa

Muokattu lähteestä: Mitronen & Rintamäki 2012

Ohjaus	Kuvaus	Haasteet	Mahdollisuudet
Hybridi	Ohjausjärjestelmä, jossa julkisen vallan ohjauksessa julkisten organisaatioiden toiminta nivotaan pitkäjärjestyseen yhteistyöhön markkinoilla olevien toimijoiden kanssa. Hybridi on tasapainoinen toimintamalli, jossa yhdistyvät asiakasarvoa tuottava, kustannustehokas ja joustava toiminta.	Epäonnistuessaan hybridi-malli on ohjausjärjestelmien ja -mekanismien sekasikiö, jota on vaikea kenenkään hallita. Toimijoiden tavoitteiden erilaisuus, toiminta- ja ansaintalogiikoiden hajanaisuus sekä keskinäinen eripura hallitsevat, jolloin asiakkaasta aidosti välittäminen jää sivuseikaksi.	Nykyaikainen toimintamalli, jossa julkiset ja yksityiset toimijat voivat toimia yhdessä tehokkaasti ja joustavasti. Mallissa voidaan hyödyntää niukkoja resursseja sekä samalla maksimoida eri osapuolten osaamista asiakkaiden parhaaksi. Arvolupauksen tunnistamisessa voidaan hyödyntää markkinalähtöisyyttä, arvolupauksen toteuttamisessa verkostoa ja seurannassa hierarkiaa.

muihin työntekijöihin. Markkinoilla toimijoiden väliset suhteet ovat lyhytikäisempiä ja perustuvat kilpailutukseen ja ostosopimuksiin. Verkostoissa suhteet perustuvat puolestaan pääasiassa luottamukseen ja sitoutumiseen (Järvensivu ym. 2010).

Ohjausjärjestelmien eri mekanismien käyttäminen samanaikaisesti samaan toimintoon tai tilanteeseen on tunnusomaista hybrideille. Yhteismallin avulla on mahdollista saada samanaikaisesti tyytyväisiä asiakkaita, laadukas ja tehokas palvelutuotanto sekä yhdistää julkisen ohjauksen vaatimukset markkinoiden ja kilpailun luomaan tehokkuuteen sekä palveluiden kehittymiseen. Hybridin voidaan katsoa olevan oma järjestelmänsä, kun tarkastellaan esimerkiksi julkisten organisaatioiden johtamista (Mitronen & Rintamäki 2012, 188;189).

Hybridit eivät ole nykyajan keksintö, eivätkä ne kuulu selvästi julkisen politiikan

tai yksityisen yritystoiminnan piiriin. Hybridisyys voi olla tietoisien suunnitelmien tulos, usein myös ratkaisu esille tuleviin äkillisiin hallinnollisiin ongelmiin. Hybridihallinta yhdistää erilaisia arvonluonnin mekanismeja ja siksi siitä on tullut entistä merkittävämpi ratkaisumalli yhteiskunnan monimutkaisiin ongelmiin (Johanson & Vakkuri 2017; Vakkuri & Johanson 2018).

Verkostoituminen johtaa enenevässä määrin arvoperustaiseen toimintalogiikkaan ja tarkasteluun. Luottamuksen ja sitoutumisen kannalta tärkeää on yhteisen tekijän löytäminen verkostossa. Sote-palveluissa tämä kiteytyy useimmiten asiakkaaseen tai potilaaseen. Tämän yhteisen näkökulman eli asiakkaan tai potilaan kannalta asioita tarkasteltaessa on mahdollista synnyttää luottamusta ja edelleen sitoutumista eri osapuolten kesken asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

2. Tavoitteena sote-palveluiden vaikuttavuus

Sote-palvelut ovat olemassa vaikuttavuutta eli asiakkaille olennaisia vaikutuksia varten. Kustannusvaikuttavuus kertoo, millä rahalla näitä vaikutuksia aikaansaadaan. Koska yhtä oikeaa mittaria vaikuttavuuden mittaamiseen ei ole, tulisi vaikuttavuuden arvioinnin perustua eri näkökulmien tasapainoiseen tarkasteluun niin yksilö- kuin väestötasolla.

On kulunut yli 100 vuotta siitä, kun Ernest Codman aloitti hoitotulosten seurannan Bostonissa Yhdysvalloissa (A. Donabedian 1989). Sittemmin hoitotuloksia on alettu mitata ja vertailla maailmanlaajuisesti. Kuluneiden vuosien aikana on vähitellen ymmärretty, että olennaisia ovat ne hoitotulokset, joilla on vaikutuksia potilaille.

”Every hospital should follow every patient it treats long enough to determine whether or not the treatment has been successful, and then to inquire, if not, why not? With a view to preventing similar failures in the future”. (Ernest Codman 1914)

Sote-palvelut ovat olemassa potilaille ja asiakkaille aikaansaattavia vaikutuksia eli vaikuttavuutta varten. Vaikuttavuudella tarkoitetaan asiakkaalle tai potilaalle merkittäviä vaikutuksia, kuten hoidon aikaansaama muutosta toimintakyvyssä tai terveydentilassa. Kustannusvaikuttavuus taas kertoo, millä rahalla vaikuttavuutta saadaan

aikaan. Se voi olla yhteinen jaettu tavoite, koska kaikki hyötyvät sen paranemisesta eikä siihen liity suoria intressiristiriitoja samalla tavalla kuin esimerkiksi budjetti-ohjaukseen (Torkki 2018).

Kulloinkin tarkasteltavan toiminnan nykytila voidaan tunnistaa ja ennusteita luoda toiminnan mittaamista hyödyntämällä. Tarkasteltavan toiminnan kehittämisen potentiaalia voidaan puolestaan hahmottaa vertaisarvioimalla (engl. benchmark) nykytilaa ja ennustetta. Vaikuttavuuden mittaamiseen kiteytyvät useat eri näkökulmat, kuten asiakkaiden tyytyväisyys, elämänlaatu, kliiniset hoitotulokset ja palveluiden kustannukset. Vaikuttavuuden mittaaminen ei käytännössä onnistukaan vain yhdellä mittarilla tai näkökulmalla, vaan vaikuttavuutta täytyy tarkastella samanaikaisesti eri näkökulmista.

Tampereella tehdyn kehitystyön perusteella vaikuttavuuden mittaamisessa on suositeltavaa hyödyntää tasapainotettua vaikuttavuuden nelikenttää, joka varmistaa

Taulukko 3.

Vaikuttavuus

Muokattu lähteestä:
P. Torkki 2018

Vaikuttavuus	=	Asiakkaalle tai potilaalle relevantit vaikutukset
Kustannusvaikuttavuus	=	$\frac{\text{Vaikuttavuus}}{\text{Kustannukset}} = \frac{\text{Asiakkaalle tai potilaalle relevantit vaikutukset}}{\text{Kustannukset vaikutusten aikaansaamiseksi}}$

eri näkökulmien huomioimisen niin yksilö- kuin väestötasolla. Nelikentässä vaikuttavuuden mittaaminen jakaantuu yksilö- ja väestötasolla sekä potilaan raportoimiin että kliinisiin mittareihin. Jotta vaikuttavuuden mittaustulokset olisivat asiakkaille aidosti merkityksellisiä, tulisi vaikuttavuutta mitata yksilötasolla asiakassegmenteittäin ja yli kokonaisten palvelu- tai hoitopolkujen (Torkki 2018).

Kansainvälinen terveydenhuollon tulosten mittaamiseen keskittyvä

ICHOM-konsortio ja sen asiantuntijat ovat määrittäneet vakioidun mittariston jo yli puolelle maailman keskeisistä sairausryhmistä (Åkerman 2017). Väestötason mittarit ovat järjestäjälle olennaisia esimerkiksi palvelujärjestelmän ohjaamisen ja vaikuttavuuden pitkän aikavälin arvioinnin kannalta. Yksilötason mittarit taas ovat tärkeitä esimerkiksi palvelutuotannon ohjaamisen ja ohjausmallien lyhyen ja keskipitkän aikavälin kehittämisen kannalta.

Taulukko 4.

Vaikuttavuuden nelikenttä

Muokattu lähteestä: Torkki 2018

Näkökulma/ mittarit	Asiakkaan tai potilaan raportoimat	Kliiniset mittarit
Väestötaso	Väestötasolla aggregoidut (osin) potilaan raportoimat mittarit • Esim. Promis 10, QALY	Väestötason kliiniset mittarit • Esim. kuolleisuus, DALY
Yksilötaso	Potilaan raportoimat vaikutukset (PROMit) ja kokemukset (PREMit) • PROMit esim. kipu, osallisuus • PREMit esim. NPS	Potilaskohtaiset kliiniset mittarit • Esim. hoitotasapaino

Taulukko 5.

Vaikuttavuuden mittaamisen edistäminen

Vinkit vaikuttavuuden mittaamisen edistämiseksi (muokattu lähteestä: Torkki 2018).

1	Ota vaikuttavuusperusteisuus ohjenuoraksi – aseta visio ja tavoitteet
2	Segmentoi asiakkaat ja järjestä palvelut asiakkaan terveysongelman tai tarvekokonaisuuden ympärille
3	Valitse vaikuttavuusmittarit ja mittaa kustannusvaikuttavuutta (asiakkaalle tai potilaalle relevantteja vaikutuksia eli PROMeja, kliinisiä vaikutuksia sekä asiakastason kustannuksia)
4	Kytke vaikuttavuustieto palvelutuotannon ohjausmalliin

3. Verkostomallien paikka hyvinvoinnin ekosysteemissä

Asiakkaan polku palvelujärjestelmässä ei ole kenenkään yksittäisen palveluntuottajan täysin hallittavissa. Vaikuttavin palvelutuotanto laajoissa ja monimutkaisissa kokonaisuuksissa saadaan aikaan toimijoiden yhteistyönä verkostossa. Verkostomallit perustuvat joustavaan ja asiakkaille, verkostoyhteistyön osapuolille sekä yhteiskunnalle arvoa tuottavaan toimintaan.

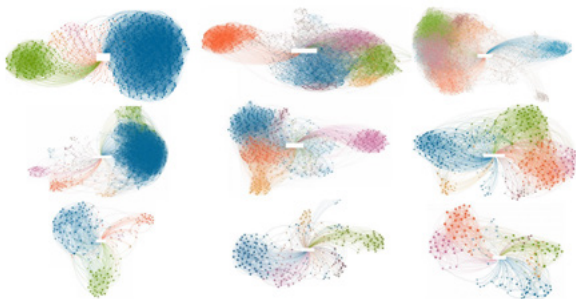
Asiakkaan rooliksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä jää usein palveluntuottajien sopiman työnjaon eli hoitoketjun välineenä oleminen. Hoitoketjua koordinoidaan palveluntuottajien välisenä ei-sitovana yhteistyönä, jota ohjaavat valtakunnalliset hoitosuosituksen ja laaditut paikalliset hoitoketjut sekä palveluntuottajien käytänteet.

Yksittäisen potilaan hoitopolku ei tosiasiassa ole kenenkään palveluntuottajan täysin hallittavissa, koska kukin asiakas tai hänen läheisensä toimii palvelujärjestelmässä saamaansa tai saatavilla olevaa tietoa ja ohjeistusta itsenäisesti soveltaen. Muun muassa tästä syystä hoitopolkuun tulee poikkeamia ammattilaisten sopimaan työnjakoon tai hoitoketjuun nähden.

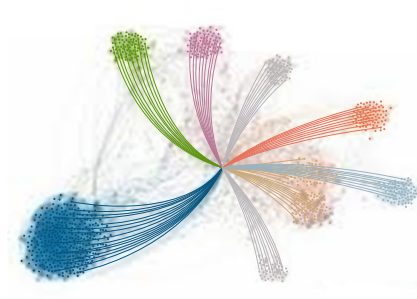
Kuva 1. Hoitoketjujen sattumanvaraisuus, Tampereen kaupungin sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitopolkuanalyysi

(muokattu lähteestä: Boston Scientific 2015).

Nykytila: lukuisia erilaisia hoitopolkuja



Esimerkki optimoidusta hoitopolusta



● Terveyskeskus

● Hatanpään sairaala

● Acuta (päivystys)

● Sydänsairaala

Taulukko 6.

Kurkiaura-hankkeen
havaintoja

Kurkiaura-hankkeen havaintoja

1. Kustannussäästöt syntyvät kokonaisuudesta, ei yksittäisten organisaatioiden sinänsä hyvien suoritteiden "ansiosta".
2. Nykyiset kustannukset ovat suuremmat kuin ideaalipolkujen kustannukset, vaikka ideaalipolut ovat potilaan kannalta sujuvat ja niissä on huomioitu sellaisia palveluita ja kustannuksia, joita nykykäytännössä ei huomioida lainkaan.
3. Asiakkuuspolkujen välillä voi olla huomattavia eroja kustannuksissa. Säästöjen kannalta olisi tärkeää tunnistaa paljon palveluja tarvitsevien ohella ns. omatoimiasiakkaat, joihin kulutetaan nykyisin turhaan resursseja. He hyötyisivät omahoidosta ja digitalisaation hyödyntämisestä.

Hoitoketjuissa on kehittämismahdollisuuksia

Hoitosuositukset ja -ketjut ovat kustannuskehityksen hallitsemiseksi nostettu sairaanhoitopiireissä kehityskohteeksi jo 1990-luvulla (M. Nuutinen 2000). Vaikka niiden merkityksestä hoidon vaikuttavuuden ja kustannusten hallinnassa on Suomessa niukasti tutkittua tietoa, viitteitä potentiaalista löytyy yksittäisistä tapaustutkimuksista ja selvityksistä.

Kustannussäästöt syntyvät kokonaisuudesta, ei yksittäisten organisaatioiden sinänsä hyvien suoritteiden "ansiosta".

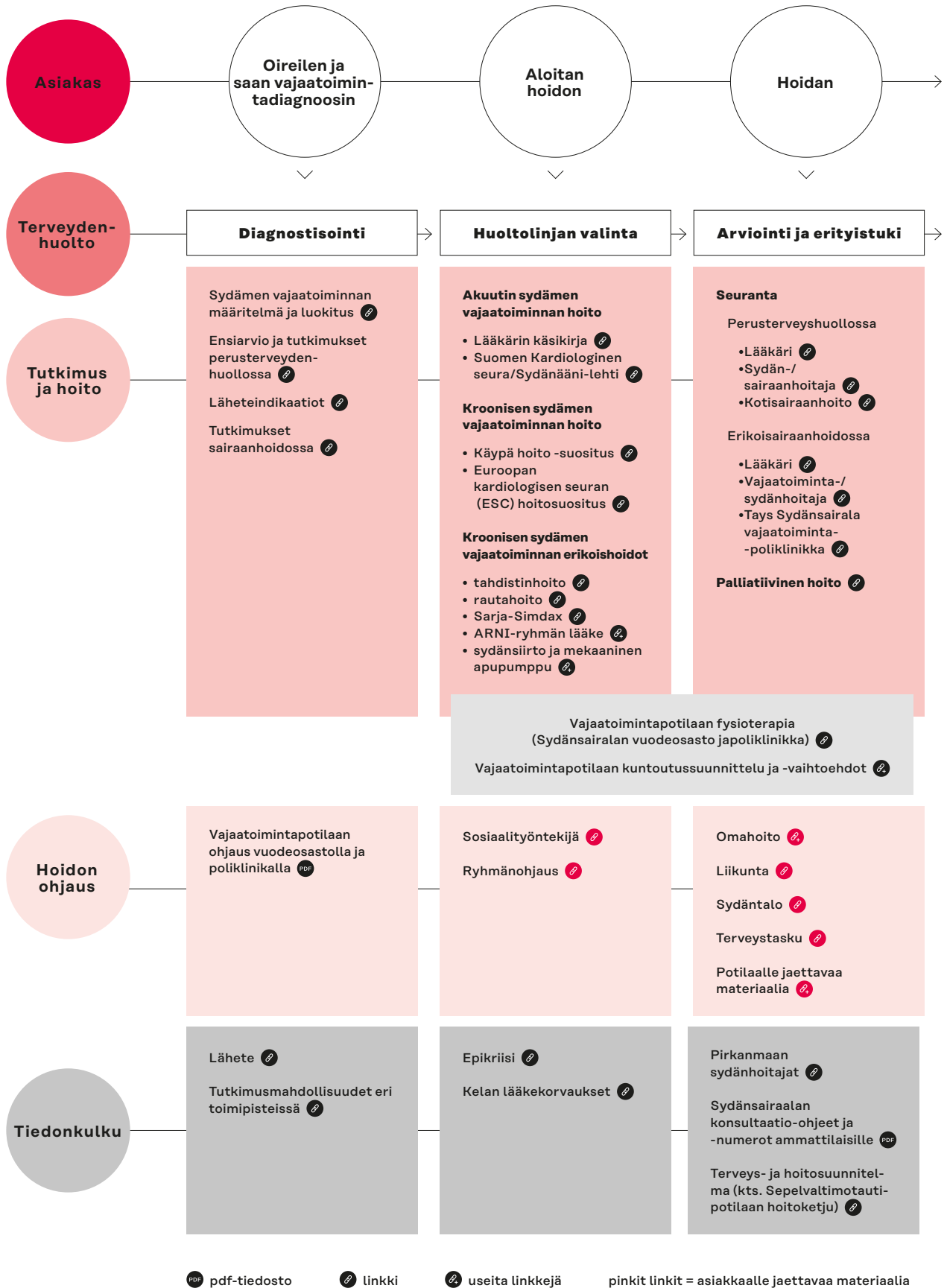
Esimerkiksi Hollannissa kuudessa sairaalassa toteutetussa tapaustutkimuksessa, jotka koskivat sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoketjun optimointia telemonitoroinnilla, hoitoketjun kustannukset laskivat 26 % verrokkikustannukseen samalla, kun potilaiden kokema lisäarvo oli keskimääräistä suurempi (Effective Cardio 2014). Samansuuntaisiin arvioihin päädyttiin Tampereella sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitopolkuihin vuosina 2011–2014 suoritettussa data-analyysissä (Boston Scientific 2015).

Samaisina vuosina 2011–2014 Pirkanmaalla toteutetussa Kurkiaura-hankkeessa vertailtiin sekä toteutuneita että mallinnetuihin asiakkuusstrategioihin pohjautuvien ideaalihoitoprosessien kustannuksia sepelvaltimotautipotilailla. Selvityksessä tarkastellut potilaat olivat olleet hoidossa Tays Sydän-sairaalassa vuonna 2012. Palveluiden käyttö ja hoitopolun kokonaiskustannukset laskettiin kaikista toimipaikoista kahden (2) vuoden ajalta erikoissairaanhoidosta kotiutumiseen. Selvityksen perusteella kustannukset olisivat ideaalimallissa voineet olla jopa 57 % toteutuneita kustannuksia matalammat (D. Holmberg-Marttila 2016).

Osa säästöistä olisi realisoitavissa nykyisessä palvelujärjestelmässä toimintatapoja muuttamalla ja yhteistyötä lisäämällä, mutta todella merkittävät säästöt voidaan saavuttaa vain hoitopolkujen johtamista muuttamalla. Sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoketjuesimerkissä (kuva 2) on perinteisen palveluntuottajien välisen työnjaon ja viestinnän lisäksi huomioitu myös asiakkaan prosessi.

Kuva 2. Sydämen vajaatoimintapotilaiden hoitoketju

(Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2018).



Potilas keskiöön yhteistyön edistämiseksi

Potilaan lääketieteellinen hoito ja vaikuttavuuden tavoittelu perustuvat Suomessa tutkimusnäyttöön ja Käypä hoito -suositukseen. Sote-palveluiden tulos ei kuitenkaan ole hoitosuorite eikä hoitoketjun avulla hahmoteltu palvelukokonaisuus, vaan siitä asiakkaalle syntyvä hyöty ja vaikuttavuus. Palveluiden itsetarkoitus ei siis ole hoitaa vain terveysongelmia, vaan antaa ihmisille myös eväitä sopeutua ja ohjata itse elämäänsä.

Tämä tulisi ottaa huomioon potilaskohdassa ohjauksessa ja segmentoinnissa.

Ohjauksen ei tulisi perustua esimerkiksi vain sairauden tai hoidon vaikeusasteeseen, vaan siinä tulisi huomioida potilaan omat kyvyt ja luottamus tai arvio pärjäämisestä. Kun nämä seikat huomioidaan koordinoitavasta ja -tahosta, vastaanototyypistä, interventioista ja ohjauskeinoista päätettäessä, on mahdollista tarjota aiempaa vaikuttavampia palveluja.

Toistaiseksi sote-palveluiden järjestäjät ovat ohjanneet palveluja lähinnä hierarkkisia ja markkinaehtoisia mekanismeja palveluntuottajiin kohdistuen. Kun palveluntuottajilla on hankaluuksia hallita ja hahmottaa hoito-

polkuja alueellisesti muutoin kuin oman toimintansa osalta, eivät siihen vielä nykyisin käytännössä tai laajamittaisesti kykene palveluiden järjestäjätäkään.

Kuluvalle vuosikymmenellä julkisen ja yksityisen sektorin yhteisyritykset ja tunnuspiirteiltään hybridimäiset yhteistyömallit julkisen sote-palvelutuotannon organisoimisessa ovat vauhdittuneet. Taustalla voi olla sote-palveluiden järjestäjien pyrkimys hallita kokonaisuuksia aiempaa paremmin esimerkiksi kokonaisulkoistusten keinoin. Ne saattavatkin auttaa hallitsemaan kokonaisuuksia ja niihin liittyviä kustannusriskejä aiempaa paremmin, mutta laajoissa ja monimutkaisissa kokonaisuuksissa ne eivät täysin poista kustannusvaikuttavuushaasteita.

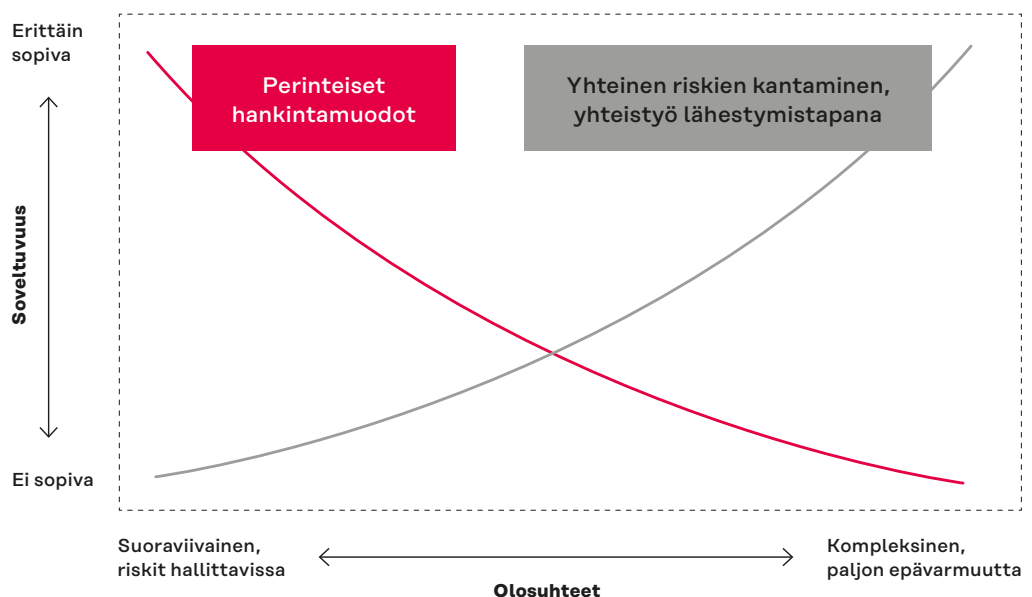
Yksi organisaatio ei yksin kykene täysin hallitsemaan asiakkaiden tarvitsemia tai odottamia tuotteita ja palveluja. Laajoissa kokonaisuuksissa kaikkien toimijoiden osaaminen ja voimavarojen hallinta sekä ohjaaminen ovatkin tärkeitä.

Mihin verkostomalleja tarvitaan?

Perus- ja tavanomaisissa sote-palveluissa tehokkain palvelutuotannon ohjauksjärjes-

Kuva 3. Allianssin soveltuvuus hankkeeseen

(Takamaa 2013).



telmä voi olla hierarkkinen tai markkinaehtoinen järjestelmä. Samoin hoitosuunnitelmien toteuttaminen ja ohjaaminen voi olla tehokkainta silloin, kun sen toteuttavat perusterveydenhuollon yksiköt. Vaikuttava palvelutuotanto laajoissa, kalliissa ja kompleksisissa hoitopoluissa tai kokonaisuuksissa saadaan kuitenkin aikaan useiden toimijoiden yhteistyönä erilaisissa verkostoissa, joissa verkostomallit voivat tuottaa laaja-alaisia hyötyjä.

Järjestäjän, julkisen ja yksityisen sektorin palveluntuottajien sekä järjestösektorin verkostoyhteistyö on asiakaslähtöisen, sujuvan ja vaikuttavan hoidon perusta erityisesti monimutkaisissa kokonaisuuksissa. Yhteinen tavoite ja hoitopolun tai kokonaisuuden parhaaksi -periaatteella toimiminen vähentävät osaoptimoimintia. Yhteisellä sopimuksella ja verkosto-organisaatiolla osapuolet sitoutuvat

hoitopolun tai kokonaisuuden suunnitteluun, toteuttamiseen ja ohjaamiseen tiedon avoimuuden periaattein. Sopimuksella voidaan lisäksi jakaa kehittämisen ja toteutuksen hyötyjä ja riskejä.

Verkostomallit perustuvat joustavaan, kustannustehokkaaseen ja asiakkaille arvoa tuottavaan toimintamalliin. Ne luovat taloudellista arvoa paitsi asiakkaille ja yhteistyön osapuolille, myös laajemmin yhteiskunnalle. Hybridirakenteen johdosta verkostomalleihin voi liittyä myös hierarkkisia piirteitä, jotka liittyvät järjestäjän vastuulla olevien tehtävien suorittamiseen, sekä markkinaehtoisia piirteitä markkinoilta hankittavien palvelujen näkökulmasta. Verkostomalleissa lähtökohtana onkin hyödyntää joustavasti eri ohjausjärjestelmien parhaita piirteitä tarpeeseen räätälöiden.

Verkostomallit perustuvat joustavaan, kustannustehokkaaseen ja asiakkaalle arvoa tuottavaan toimintamalliin.

Kuva 4. Verkostomallien arvioituja hyötyjä.

Asiakaslähtöisyys



Kun osapuolet ja hoitopolut toimivat potilaan parhaaksi, asiakasta ei pompotella. Hoito on saatavilla sujuvasti sairauden eri vaiheissa.

Vaikuttavuus



Kun vältetään turhat päällekkäisyydet ja katkokset palveluntarjoajien välillä, niin hoidon saatavuus ja laatu paranevat ja samalla integraatio vahvistuu.

Kustannustehokkuus



Kun palveluntarjoajat tekevät yhteistyötä hoitopolun parhaaksi, koordinaation paranevat ja lisäarvoa tuottamattomat päällekkäisyydet ja hukka vähenevät.

4. Hyvinvointiallianssissa tavoitteet saavutetaan yhteistyöllä

Hyvinvointiallianssilla tarkoitetaan hyvinvointipalveluiden tuottamista allianssimallilla. Allianssissa eri osapuolilla on yhteiset tavoitteet. Se perustuu sopimukseen yhteisestä vastuusta, suunnittelusta, toteuttamisesta, allianssiorganisaatiosta, hyötyjen ja riskien jakamisesta ja avoimuuden periaatteiden noudattamisesta yhteistoiminnassa.

Allianssi on järjestäjän ja ulkoisten tuottajien välinen suunnittelun, kehittämisen ja toteutuksen yhteistoimintamalli. Sitä on alkujaan käytetty vaativissa kiinteistö- ja rakentamisprojekteissa, joissa parhaisiin tuloksiin on arvioitu päästävän jakamalla yhteisesti riskejä ja asettamalla samat avaintulostavoitteet (Yli-Villamo & Petäjäniemi 2013). Allianssi mahdollistaa yhteistyön sopimusperusteisesti tavalla, jossa toimijat tähtäävät yhteisiin tavoitteisiin tiiviillä yhteistyöllä.

Allianssimallissa noudatetaan hankkeen parhaaksi -periaatetta. Se tarkoittaa, että

ratkaisut ja päätökset tehdään optimoimalla koko hankkeen etua yksittäisten osapuolten sijaan. Periaatteen tarkoitus on varmistaa yhteinen hyötyjen jakaminen.

Allianssi ei käytännössä toimi vain pelkkien visioiden ja periaatteiden pohjalta, vaan oleellisena osana allianssia on kaupallinen malli. Se perustuu kustannusten ja palveluntuottajien palkkion läpinäkyvyyteen sekä yhteiseen kannustin- ja riskinjakomalliin. Kaupallinen malli kannustaa palveluntuottajia toimimaan harmonisoidusti järjestäjän intressien kanssa (Takamaa 2013).

Allianssimallissa noudatetaan hankkeen parhaaksi -periaatetta eli ratkaisut ja päätökset tehdään optimoimalla koko hankkeen etua yksittäisten osapuolten sijaan.

Taulukko 7.

Allianssin piirteitä

Muokattu lähteistä:
Lahdenperä 2009,
Takamaa 2013

Allianssin rakenteellisia piirteitä

1) yhteinen sopimus

2) yhteinen organisaatio

3) riskien jakaminen

Allianssiyhteistyön piirteet

1) luottamus

2) sitoutuminen

3) yhteistyö

Allianssimallin hyödyt tulevat esiin kompleksisissa hankkeissa. Kaupallinen malli mahdollistaa tarvittaessa nopean reagoinnin toimintaympäristön muutoksille. Kompleksisille hankkeille on tyypillistä, että eri intressitahoja on useita ja hankkeen toteutuksessa piilee riskejä sekä järjestäjälle että palveluntuottajille.

Allianssimallin arvioidaan voivan soveltua hyvin esimerkiksi alueellisen sosiaali- ja/tai terveyspalvelukokonaisuuden toteutukseen sekä sote-palveluiden järjestäjän tavoitteiden saavuttamiseen keskipitkällä ja pitkällä aikavälillä. Hyvinvointiallianssi on toteutettu ensimmäisen kerran Tampereella Tesoman hyvinvointikeskuksessa (kuvaus liitteessä 1).

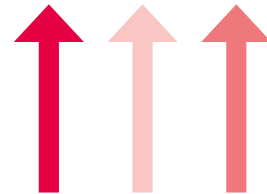
Kuva 5. Hankkeen osapuolten intressit tähtäävät samaan suuntaan allianssimallissa

(muokattu lähteestä: Takamaa 2013).

Perinteinen toteutusmuoto

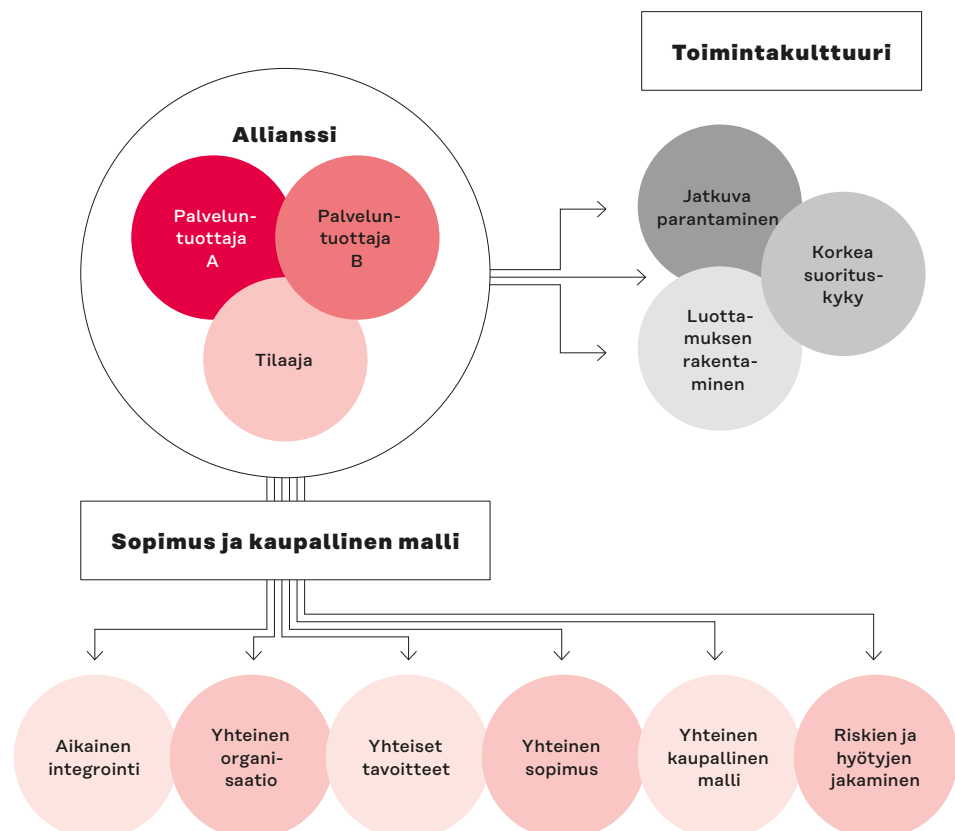


Allianssi toteutusmuotona



Kuva 6. Allianssimalli

(Vision Alliance Partners Oy 2016).



Hyvinvointiallianssin piirteitä

Hyvinvointiallianssissa sovelletaan suoravii-
vaisesti allianssimallia. Tietyn alueen sote-pal-
velut ja/tai muutoin rajatut palvelut kootaan
samaan loogiseen kokonaisuuteen. Palvelut
toteutetaan järjestäjän omien yksiköiden,
valitun yrityksen tai ryhmittymän sekä
kolmansien osapuolten yhteistyönä. Toteutuk-
seen voi sisältyä usean eri lautakunnan tai
johtokunnan tai hallituksen alaista toimintaa.
Allianssimallissa kolmannet osapuolet voivat
olla myös järjestösektorin toimijoita.

*Yhteinen vastuunkanto
asiakkaan hyvinvoinnista ja
ohjaaminen omatoimiseen
ennalta ehkäisevään toimintaan
korostuvat hyvinvointiallianssissa.*

Hyvinvointiallianssissa sopimus ja
yhteinen organisoituminen sitouttavat
osapuolet ja yhdessä asetetut tavoitteet
ohjaavat toimintaa kohti vaikuttavia palve-
luita. Toisilta oppiminen ja julkisen, yksityi-
sen sekä järjestösektorin yhteistyö mahdol-
listuvat uudella tavalla. Osaoptimointi
pyritään estämään yhteisellä kehittämis- ja
toteuttamisvastuulla sekä hyötyjen ja riskien
jakamisella. Kannustinjärjestelmä kannustaa
tavoitteiden toteutumiseen. Kun kustannuk-
set ovat läpinäkyviä, voi järjestäjä hyvinvoin-
tiallianssin toteutuksessa oppia myös mark-
kinoiden hinnoittelusta.

Hyvinvointiallianssissa vähemmällä
voidaan saada enemmän, koska muun muassa
Lean-toimintamalli kuuluu kiinteänä osana

hyvinvointiallianssiin. Kun toimintakulttuuri
kehittyy ja jatkuvan parantamisen ja kokeilu-
jen tuloksena aikaansaadaan laadukkaat ja
kustannustehokkaat palvelut, voi tarve esi-
merkiksi lisäresursointiin vähentyä. Parhaim-
millaan saavutetulla liikkumavaralla voidaan
vahvistaa järjestäjän muita yksiköitä ja levittää
tuloksia ja osaamista kokeiluja monistamalla.

Yhteinen vastuunkanto asiakkaan hyvin-
voinnista ja ohjaaminen omatoimiseen
ennalta ehkäisevään toimintaan korostuvat
hyvinvointiallianssissa. Järjestäjälle avautuu
myös mahdollisuus oman toimintansa
vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden vertai-
luun esimerkiksi eri tavoin järjestettyjen ja
ohjattujen toimintojen välillä.

Hyvinvointiallianssin muodostaminen ja vaiheet

Hyvinvointiallianssi alkaa valmisteluvaiheella,
jossa järjestäjä arvioi omaa toimintaansa
esimerkiksi data-analyysin tai tiedolla johta-
misen keinoin. Valmisteluvaihetta seuraa
kilpailutusvaihe. Sen tarkoituksena on kilpai-
luttaa, mutta erityisesti kehittää ja tarkentaa
hyvinvointiallianssilla toteuttavaa kokonai-
suutta. Vaihe toteutetaan vuorovaikutteisena
menettelynä julkisen hankinnan keinoin.
Allianssikumppani tai -ryhmittymä valitaan
kilpailutuksen tuloksena.

Varsinainen hyvinvointiallianssi toteute-
taan peräkkäisinä kehitys- ja toteutusvaiheina
allianssihankkeen tapaan. Kehitysvaiheessa
sopimusosapuolet suunnittelevat yhdessä
toteutusvaiheen ja sisällön sekä määrittävät
kokonaisuuden tavoitekustannuksen ja
avaintulosmittarit. Kehitysvaiheen tulosten
perusteella järjestäjä päättää erikseen siirtymi-
sestä pitkäaikaiseen toteutusvaiheeseen.

Kuva 7. Hyvinvointiallianssin vaiheet.



Valmisteluvaihe

Valmisteluvaiheessa järjestäjä pyrkii tunnistamaan ne sote-palveluiden kokonaisuudet, jotka ovat laajoja, joiden toteuttaminen on monimutkaista ja joihin liittyy lisäksi haasteita tai riskejä, kuten esimerkiksi pysyvän henkilöstön saatavuus. Kokonaisuuksien hahmottamisen ohella valmisteluvaiheessa huomioidaan järjestäjän strategiset tavoitteet. Niiden perusteella voidaan arvioida yksittäisen kokonaisuuden toteuttamiseen liittyviä alustavia tavoitteita ja tavoitetilaa pitkällä aikajänteellä.

Julkisen, yksityisen ja järjestösektorin toimijoiden yhteistyö voi parhaimmillaan vauhdittaa innovaatioita, kokeilukulttuurin omaksumista ja digitalisaatiota. Tämän vuoksi sote-palveluiden kokonaisuuksien itsenäisen arvioinnin ohella voidaan valmisteluvaiheessa kartoittaa markkinoita ja toimijoita esimerkiksi markkinavuoropuhelun tai muun vuorovaikutteisen menettelyn keinoin. Hyvinvointiallianssissa paikallisilla ja pienemmilläkin palveluntarjoajilla on parempi mahdollisuus menestyä hankinnoissa, ja se voi osallistaa järjestösektorin toimijoita ilman hankintamenettelyä.

Hankintakokonaisuuden ja alustavien tavoitteiden määrittely

Hankittava sote-palveluiden kokonaisuus on valmisteluvaiheessa suositeltavaa muodostaa ennalta arvioituun enimmäislaajuuteen loogiseksi, ei-lopulliseksi palvelukokonaisuudeksi. Myöhemmässä kilpailutusvaiheessa rajapinnoilla olevia palveluja voidaan tarkastella yhteisesti ja määrittellä allianssin parhaaksi -periaatteella. Näin menetellen järjestäjä voi tehdä päätökset lopullisesta kokonaisuudesta myöhemmässä kilpailutusvaiheessa prosessin edetessä saamiensa lisätietoja hyödyntäen. Kokonaisuudessa on syytä huomioida lisäksi mahdollisuus palveluiden sisällön ja laajuuden muutoksiin kesken sopimuskauden, tavoitteiden tai palvelutarpeiden muuttuessa.

Valmisteluvaiheeseen kuuluu alustavan hankintakokonaisuuden määrittelyn ohella

hyvinvointiallianssin alustavien tavoitteiden määrittely. Tavoitteet johdetaan esimerkiksi järjestäjän visio, tavoitteet ja strategia huomioiden. Tavoitteiden määrittelyssä on suositeltavaa hyödyntää apuna niin sanottua vaikuttavuuden nelikenttää (taulukko 2). Se varmistaa tasapainoisesti vaikuttavuuden tarkastelun eri näkökulmista asiakassegmenteittäin ja tarkasteltavan kokonaisuuden tasolla.

Vaatusmäärittely

Koska hyvinvointiallianssissa palveluntuottajat valitaan jo kilpailutusvaiheen aluksi, järjestäjän pitää jo valmisteluvaiheessa ryhtyä laatimaan vaatimusmäärittelyjä palveluntuottajille tarjouskilpailuun osallistumiseksi. Kuten palvelukokonaisuutta määriteltäessä, myös vaatimusmäärittelyissä on suositeltavaa ottaa huomioon alustavasti asetettavat tavoitteet, jotta niiden myöhempi toteutuminen ei esimerkiksi vaatimusmäärittelyjen johdosta estyisi.

Hankintakokonaisuuden valmisteluvaiheessa on suositeltavaa pyrkiä tasapainoon järjestäjän asettamien vaatimusten, rajausten ja reunaehtoien suhteen, jotta palveluntuottajien innovointimahdollisuudet säilyvät ja järjestäjän tavoitteet saavutetaan. Jos järjestäjän asettamat rajaukset ovat liian tiukat, voi osallistujien liikkumatila käydä ahtaaksi ja vaikuttaa negatiivisesti muodostamisvaiheen tuloksiin ja edelleen myöhempien tavoitteiden toteutumiseen esimerkiksi vaihtoehtoisten palveluiden tuottamistapojen rajallisuuden vuoksi. Tämän vuoksi valmisteluvaiheessa vaatimuksiin voi olla mielekästä jättää lopullista määrittelyä enemmän liikkumatilaa ja väljyyttä.

Toteutusmalli rakentuu valmisteluvaiheen tuloksena

Valmisteluvaiheessa järjestäjä voi vapaasti hyödyntää yksittäisiä tai useita, peräkkäisiä tai rinnakkaisia valmistelumenetelmiä tarpeen ja tilanteen mukaan. Kattavan tiedon kokoamisen hyvinvointiallianssin kohteesta jo valmisteluvaiheessa esimerkiksi data-analyysin ja henkilöstön osallistamisen keinoin on suositeltavaa. Valmisteluvaiheessa on suositeltavaa kiinnittää huomiota data-analyysin lisäksi

tiedon systemaattisen keräämisen mahdollisuuksiin ja edellytyksiin.

Henkilöstöä voi valmisteluvaiheessa osallistaa esimerkiksi erilaisilla keskustelutalouksilla, kyselyillä, tutkimuksilla tai seminaareilla. Näiden avulla, henkilöstön osallistamisen lisäksi, järjestäjä voi myös lisätä tietoaan hyvinvointialianssin kohteesta myöhemmän päätöksenteon tueksi. Palveluntuottajia voidaan puolestaan osallistaa esimerkiksi markkinavuoropuhelun tai muiden vuorovaikutteisten menetelmien keinoin. Hyvinvointialianssin alustava toteutusmalli muodostetaan valmisteluvaiheen tuloksena ja se päättää valmisteluvaiheen.

Kilpailutusvaihe

Valmisteluvaiheen jälkeen järjestäjä kilpailuttaa kumppaneiksi sopivimmat julkisen, yksityisen ja järjestösektorin toimijat suunnittelemaan ja kehittämään hyvinvointikeskuksen toimintaa yhdessä järjestäjän kanssa. Markkinavuoropuhelusta edetään kilpailutukseen julkisen hankinnan neuvottelumenettelynä tai vastaavana vuorovaikutteisena kilpailutusmenettelynä. Tarjouskilpailussa noudatetaan julkisista hankinnoista annettua lainsäädäntöä. Tarjouskilpailun ohjeellinen eteneminen voi olla esimerkiksi seuraavanlainen:

- Tilaajan osallistumispyyntö ja alustava tarjouspyyntö
 - Tarjoajien kommentit alustavaan tarjouspyyntöön
- Tarjoajien osallistumishakemukset
- Tilaajan päätös tarjoajien valinnasta
- Neuvottelukutsut valituille tarjoajille
 - Tarjoajien kommentit sopimusaineistoon
- Sopimusneuvottelut
 - Tarjoajien kommentit tarjouspyyntöön
 - Tilaajan lopullinen tarjouspyyntö
 - Tarjouspyynnön tarkennukset
- Tarjoukset
- Päätös tarjouskilpailun voittajasta

Kilpailutusvaiheen päättää järjestäjän hankintapäätös, jolla järjestäjä valitsee allianssikumppanit, kuten palveluntuottajaryhmittymän, hyvinvointikeskuksen palveluiden toteutukseen hyvinvointialianssilla.

Kehitysvaihe

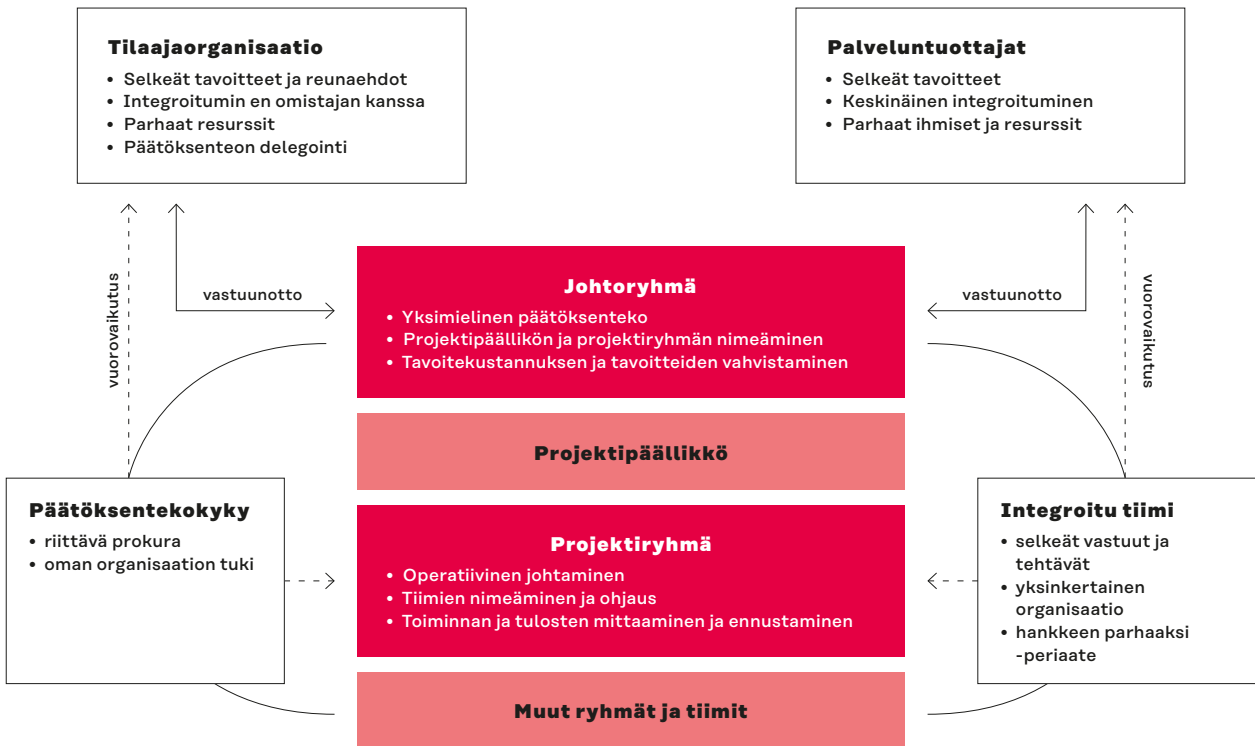
Allianssikumppanit valittuaan järjestäjä päättää kehitysvaiheeseen siirtymisestä. Kehitysvaihe on hankkeen osapuolten yhteinen suunnitteluvaihe, jossa osapuolet suunnittelevat kokonaisuuden palvelut ja toteuttamisen sekä määrittävät kustannukset ja tavoitteet. Kehitysvaiheeseen osallistuvien ja siihen suoraan tai välillisesti vaikuttavien sekä huomioon otettavien sidosryhmien määrä voi olla huomattava, mikä osaltaan korostaa kehitysvaiheen tärkeyttä. Järjestäjä maksaa palveluntuottajalle kehitysvaiheen aikaiset kaupallisen mallin mukaiset korvattavat kustannukset ja niitä vastaavan palkkion.

Kehitysvaiheen tehtävät:

- Sovitaan johtamisjärjestelmästä ja kaupallisen mallin yksityiskohdista.
- Sovitaan palvelukokonaisuudesta ja jakautumisesta sopimusosapuolten kesken.
- Asetetaan sopimuskauden avaintulostavoitteet ja niiden mittarit.
- Määritellään yhdessä tavoitehinta palvelutasovaatimusten ja kustannusraamin perusteella.
- Laaditaan toteutus suunnitelma ja asetetaan ensimmäisen toteutusvuoden tavoitekustannus ja tavoitteet sekä niihin liittyvät riski- ja mahdollisuus selvitykset.
- Kehitetään suunnitelmia ja etsitään aktiivisesti innovatiivisia ratkaisuja sekä tehokkaita toiminta- ja työtapoja, joilla voidaan saavuttaa mittavia kustannussäästöjä ja vaikuttavuutta.
- Luodaan yhteisymmärrystä ja keskinäistä luottamusta osapuolten välille sekä sitoudutaan toimimaan hankkeen parhaaksi.

Kuva 8. Hyvinvointiallianssin organisoituminen

(T. Koivumäki, M. Heikkilä 2016).



Yhteinen organisoituminen

Koska hyvinvointiallianssissa on kyseessä kokonaan uudentyypin palvelukokonaisuuden hankinta ja toteutusmallin käyttöönotto, edellytetään ehdokkailta vahvaa sitoutumista aktiiviseen kehittämiseen jo kilpailutusvaiheessa. Ehdokkailla tulee olla valmius osoittaa jo kehitysvaiheessa resursseja ja toimia yhteistyössä tilaajan eri toimintayksiköiden ja kehityshankkeiden sekä mahdollisten kolmansien osapuolien kanssa. Ehdokkaiden on esimerkiksi sitouduttava noudattamaan palvelusopimuksia ja käyttämään järjestäjän potilastietojärjestelmiä.

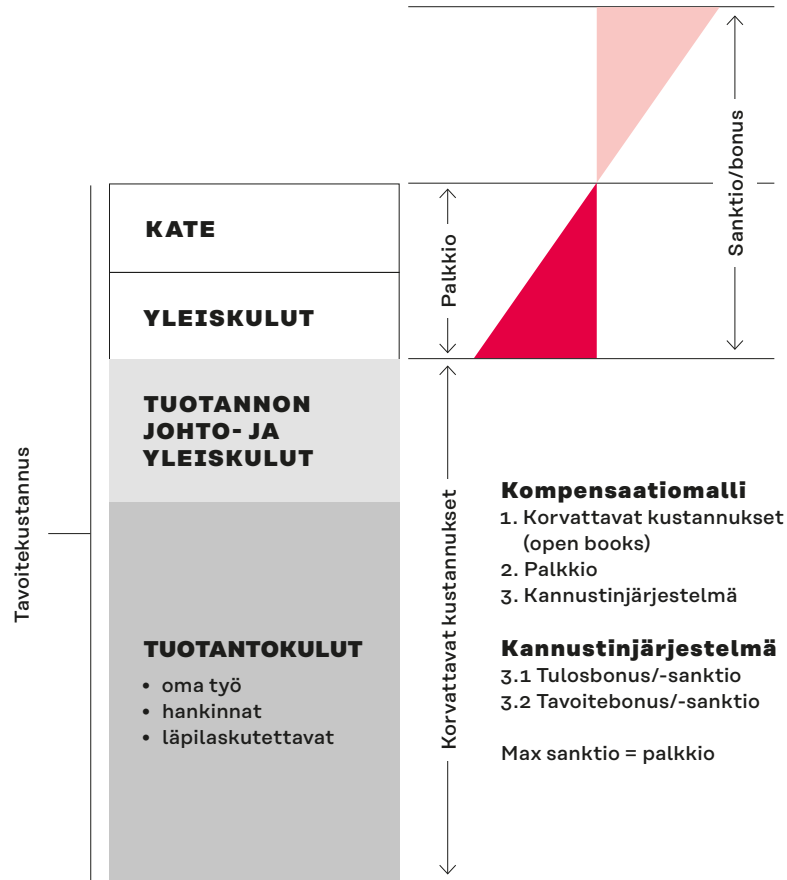
Allianssin johtamisfilosofia perustuu arvoa rahalle -ajatteluun, yhteistyöhön hankkeen parhaaksi-periaatteella sekä Lean-metodologiaan.

- Allianssin johtoryhmä (AJR) johtaa allianssia.
- Hyvinvointikeskuksen ohjausryhmä johtaa allianssin operatiivista toimintaa.

- Hyvinvointikeskuksen palveluista vastaava johtaa hyvinvointikeskuksen ohjausryhmää ja raportoi AJR:lle.
- Palveluvastaavat johtavat vastuullaan olevaa allianssin palvelua/palvelulinjaa.
- Asiakasryhmäpäälliköt vastaavat oman asiakasryhmänsä tarpeiden mukaisten palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointikeskuksessa.
- Linkkihenkilöt vastaavat paljon palveluja tarvitsevien yksittäisten asiakkaiden palvelujen yhteensovittamisesta hyvinvointikeskuksessa.
- Asiakasvastaavat vastaavat yksittäisistä asiakkaista ja heidän palvelupolustaan yhden palvelun sisällä (esimerkiksi lapsiperheiden palveluissa tai terveysasemalla).
- Kehitysryhmä (tulevaisuuspäällikkö ja muut kehitysvastaavat) koordinoi allianssin toiminnan kehittämistä.

Kuva 9. Allianssin kaupallinen malli

(muokattu lähteestä: Koivumäki & Heikkilä 2016).

**Sopimusten laatiminen ja tarkentaminen**

Hyvinvointiallianssissa tavoitteena on tehdä pitkäkestoinen sopimus palveluiden tuottamisesta. Kehitysvaiheen sopimuksen arvioitu kesto on noin yksi (1) vuosi. Palveluiden sisältöä ja kestoä täsmennetään tarjouspyynnössä ja lopullinen määrittely tehdään kehitysvaiheessa. Kaupallinen malli, riskinjakko sekä bonus ja sanktiot sisältyvät sopimukseen. Hyvinvointiallianssin kehitysvaiheen sopimusmalli (KAS) on kuvattu liitteessä 2.

Kehitysvaiheen tulosten tulisi osoittaa, että järjestäjän asettamat tavoitteet ja rahoituskelliset reunaehdot toteutuvat. Jos nämä eivät toteudu, järjestäjä voi keskeyttää kehittämisen ja vetäytyä hyvinvointiallianssista kehitysvaiheen päätteeksi. Kehitysvaiheen päätteeksi tilaaja päättää yksipuolisesti siirtymisestä toteutusvaiheeseen, mikä päättää kehitysvaiheen.

Toteutusvaihe

Varsinainen palveluiden tuottaminen käynnistyy toteutusvaiheessa, jolloin osapuolet organisoituvat ja ryhtyvät toteuttamaan hyvinvointiallianssia kehitysvaiheessa yhteisesti määritellyn mukaisesti. Kun järjestäjä kehitysvaiheen päätteeksi on päättänyt kehitysvaiheeseen siirtymisestä, vahvistetaan hyvinvointiallianssin toteutusvaiheen sopimus. Toteutusvaiheen sopimuksen kesto voi olla esimerkiksi noin 5–10 vuotta. Se on suositeltavaa jakaa tarkastelujaksoihin tai -pisteisiin, esimerkiksi 10 vuoden sopimuskaudella viiden ja seitsemän vuoden kohdalle.

Järjestäjällä on toteutusvaiheessakin oikeus keskeyttää ja lopettaa hyvinvointiallianssin toteuttaminen. Menettelytapana voi tällöin olla sopimuksen irtisanominen, keskeyttäminen tai poissulkeminen (koko allianssi tai joku osapuolista). Irtisanomis- ja poissulkemistapauksissa palveluntuottajalla on aina oikeus saada korvaus siihen

mennessä aiheutuneista niin sanotuista korvattavista kustannuksista ja kaupallisen mallin mukainen palkkio sekä irtisanomista aiheutuvat kustannukset.

Järjestäjä voi myös milloin ja mistä tahansa syystä sulkea palveluntuottajan jäsenyrityksen kirjallisesti pois osallistumasta jatkossa palvelun toteuttamiseen ja irtisanoa sopimuksen. Häiriöiden minimoimiseksi poissulku- tai irtisanomistilanteessa palveluntuottajan tulee palauttaa aineisto ja siirtää alihankintasopimukset tilaajalle tilaajan niin vaatiessa. Tilaaja korvaa irtisanomis- tai poissulkutilanteessa palveluntuottajalle siihen saakka kertyneet kustannukset ja palkkiot.

Järjestäjän on syytä kiinnittää erityistä huomiota siihen, että sen oikeudella päättää sopimus milloin ja mistä syystä tahansa voi olla negatiivisia vaikutuksia hyvinvointiallianssin valmisteluun ja toteutukseen. Tämän vuoksi järjestäjän ei lähtökohtaisesti tulisi maksimoida oikeuksiaan irtisanoa sopimusta vaan pikemmin pyrkiä rajaamaan hyvinvointiallianssin kokonaisuutta ja määrittää irtisanomisoikeuksiaan todennäköisten tarpeidensa ja riskiensä mukaan. Näin toimien hyvinvointiallianssin onnistumisen ja tavoitteiden saavuttamisen edellytyksiä ja todennäköisyyttä arvioidaan voitavan kasvattaa.

Hyvinvointiallianssin toteutusvaiheen sopimusmalli (TAS) on kuvattu liitteessä 3.

Tesoman hyvinvointipalvelut tuotetaan allianssimallilla

Tampereen kaupunki ja Mehiläinen ovat sopineet kymmenvuotisesta tiiviistä allianssisyhteistyöstä. Hyvinvointiallianssin jäsenet ovat sitoutuneet yhteisiin tavoitteisiin, jotka edistävät Tesoman alueen asukkaiden hyvinvoinnin ja aktiivisuuden lisääntymistä, hyvinvointipalveluiden tuotannon kannattavuutta ja tehokkuutta sekä palveluiden uudistumista ja asiakaslähtöisyyttä. Tarkempina vaikuttavuustavoitteina ovat esimerkiksi

potilaiden hoitotasapaino, erikoissairaanhoidon kustannukset ja kouluikäisten lasten kokema hyvinvointi.

Toimintaan liittyvät päätökset tehdään yksimielisesti yhteisessä johtoryhmässä noudattaen allianssin parhaaksi -periaatetta, ja talous perustuu hankkeen osalta avoimeen kirjapitoon ja yhteiseen kaupalliseen malliin. Tuloksia seurataan vaikuttavuus- ja tuottavuustavoitteille määritellyillä mittareilla, ja niin hyödyt kuin riskit ja mahdolliset tappiotkin jaetaan allianssikumppanien kesken.

Hyvinvointiallianssin tehtävänä on tuottaa Tesoman alueen noin 20 000 hengen väestölle terveysaseman ja suun terveydenhuollon vastaanottopalvelut. Näitä varten hyvinvointikeskuksessa toimii Mehiläisen terveysasema, ja yhteisessä hammashoitolassa Tampereen kaupungin työntekijät vastaavat lapsista ja nuorista, kun Mehiläisen työntekijät hoitavat yli 18-vuotiaat asiakkaat.

Lapsiperheille allianssi tuottaa äitiys- ja lastenneuvolan, kotipalvelun ja perhetyön palvelut ja ikäihmisille kotihoidon ja 2020 alkaen myös tehostetun palveluasumisen. Niin lapsiperheiden kuin ikääntyneidenkin palveluissa työskentelee molempien allianssikumppanien henkilöstöä. Palvelut on koottu pääasiassa Tesoman uuteen hyvinvointikeskukseen, joka valmistui keväällä 2018 liikekeskus Westerin tiloihin.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi allianssin kokonaisuuteen kuuluvat tärkeässä roolissa kulttuuri- ja vapaa-aikapalvelut kuten kirjasto, nuorisotila ja kahvila. Nämä ovat saaneet paikkansa Tesoman ”palvelusydämenä” ja asukkaiden yhteisenä olohuoneena. Juttuseuraa löytyy aina, kirjaston lehtiä voi lueskella kahvipöydässä ja nuorille on omat rennot tilat pelihuoneineen.

Tesomalla yhteisöllisyyden ja kolmannen sektorin toiminnan edistäminen on erityisessä asemassa. Allianssin palvelut tuotetaan julkisen, yksityisen ja 3. sektorin kumppanuutena, ja viimeksi mainitun osalta kau-

pungin ja Mehiläisen tärkeimpänä yhteistyökumppanina on Setlementti Tampere ry.

Setlementti Tampereen työntekijät hoitavat hyvinvointikeskuksen suosittua kahvilaa, järjestävät tapahtumia ja koordinoivat vilkasta yhteistyötä yhdistysten, järjestöjen ja alueen muiden toimijoiden kanssa. Hyvinvointikeskuksessa on järjestetty monenlaista toimintaa diabetespäivästä perhekerhoon ja pyörätuoliskosta kuntouttavaan työtoimintaan.

Kahvilassa ja palvelukioskissa eri alojen ammattilaiset tarjoavat asiakkaille matalan kynnyksen palveluja ilman ajanvarausta. Saatavilla on tarpeen mukaan esimerkiksi sosiaaliohjaajan, päihdesairaanhoidajan, liikuntaneuvojan tai työllisyyspalvelujen asiantuntijan apua ja osaamista.

Allianssin ensimmäiselle, vuoden 2021 lopussa päättyvälle, sopimusjaksolle asetetut avaintulostavoitteet ovat näillä näkymin monelta osin täyttyneissä hyvin. Joiltakin osin lopputulos tarkentuu myöhemmin.

Esimerkiksi työikäisten diabeetikoiden ja sepevaltimotautipotilaiden hoidon, kotihoidon sairaalapäivystyksen käytön sekä hyvinvointikeskuksen asiakastyytyväisyyden osalta tilanne näyttää hyvältä. Sen sijaan alueen väestön erikoissairaanhoidon kustannuksissa ja kotihoidon asiakkaiden sairaalapalvelujen kustannuksissa ei ole toistaiseksi saatu aikaan riittävää laskua. Erinomaiseen suuntaan kehittyneet lasten ja nuorten kokeman hyvinvoinnin mittarit saattavat pahimmillaan romahtaa pandemian myötä syksyn 2021 kyselyssä. Myös suun terveydenhuollon tavoitteille korona-aika on tuottanut valitett-

tavaa lisähaastetta palvelujen rajoittamisen ja sulkujen takia.

Ensimmäisten toimintavuosien aikana hyvinvointikeskuksessa on saatu hyviä tuloksia myös kehittämisessä, joka onkin yksi allianssin kulmakivistä. Periaatteena on toiminnan jatkuva, nopea parantaminen ilman raskaita kehityshankkeita.

Uusien matalan kynnyksen palvelujen ja kolmannen sektorin toiminnan käynnistäminen on onnistunut yli odotusten. Eri ammattilaisten välinen yhteistyö parantaa jo monen asiakkaan kokonaisvaltaista terveyttä. Alkuperäistä palvelukokonaisuutta on täydennetty erityisesti paikallisilla mielenterveys-, päihde- ja sosiaalipalveluilla, joille alueella on paljon tarvetta.

Digi- ja puhelinpalvelujen osuutta on lisätty niin, että sadat hoitajan ja lääkärin vastaanotot hoituvat kuukausittain etänä. Palvelujen saatavuus on ylipäätään hyvä, ja asiakkaiden antama palaute on pääosin erinomaisia. Tietotekniikkaa hyödynnetään ottamalla käyttöön ja kokeilemalla uusia sovelluksia, joiden käyttöä voidaan laajentaa myös muualle.

Verenohennuslääkitystä käyttävien potilaiden hoitoa on parannettu laboratoriotulosten käsittelyn ja lääkeannostuksen automatisoivalla tietotekniikkaratkaisulla. Kotihoidon piirissä olevilla sydämen vajaatoimintapotilailla on käytössään digiväät, joista seurantatiedot välittyvät kotoa suoraan sydänpoliklinikalle. Tesomalle luotu tiedolla johtamisen ratkaisu saatiin muutamassa kuukaudessa otettua käyttöön koko muunkin Tampereen terveysasemapalveluissa.

Hyvinvointipalvelujen tuottaminen tiiviissä yhteistyössä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kesken on osoittanut erittäin hyödylliseksi. Ennakkoluuloton ja organisaatorajat ylittävä toiminta asiakkaiden hyväksi näkyy käytännössä päivittäin esimerkiksi seuraavanlaisissa palveluketjuissa:

Ihmetekoja tai suuria investointeja ei tarvita – vain kokonaisuuksien hahmottamista, vastuunottoa, asiakaspalvelutahtoa ja yhteistyötä.

1. Keskusteltuaan asiakkaan kanssa palveluneuvoja ohjaa tämän terveysasemalle.
2. Lääkärin vastaanotolla asiakas huolestuu siitä, ettei hänellä ole varaa ostaa määrättyä lääkettä.
3. Lääkäri kutsuu paikalle sosiaalihoajaan, joka neuvoo asiakasta taloudellisiin tukiin liittyvissä asioissa, ottaa tarvittaessa tämän kanssa videoyhteyden Kelaan ja lähtee jopa mukaan apteekkiin auttamaan sähköisen reseptin ja maksusitoumuksen kanssa.
4. Seuraavalla käyntikerralla palveluneuvoja varmistaa asiakkaalta, saiko tämä asiansa hoidettua hyvin ja kutsuu tämän mukaan sopivaan 3. sektorin järjestämään ryhmätoimintaan.

Ihmetekoja tai suuria investointeja ei tarvita – vain kokonaisuuksien hahmottamista, vastuunottoa, asiakaspalvelutahtoa ja yhteistyötä.



5. Vastuullisessa hoito-organisaatiossa hoitopolusta vastataan yhdessä

Vastuullinen hoito-organisaatio on potilaskeskeinen yhteistyömalli monimutkaisten hoitopolkujen järjestämiseen. Se perustuu palveluntuottajien vapaaehtoisuuteen ja yhteiseen sopimukseen. Yhteistyömallissa osapuolet vastaavat yhteisesti hoitopolun suunnittelusta, toteuttamisesta ja ohjaamisesta hyötyjä ja riskejä jakaen sekä noudattavat tiedon avoimuuden periaatteita.

Vastuullinen hoito-organisaatio eli VHO on yhteistyömalli monimutkaisten ja laajojen hoitopolkujen järjestämiseksi ja tuottamiseksi asiakaslähtöisesti, vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Se perustuu yhteiseen sopimukseen, jolla VHO-yhteistyöhön osallistuvat osapuolet ottavat vastuun hoitopolun tai kokonaisuuden suunnittelusta, toteuttamisesta ja ohjaamisesta yhteisellä organisaatiolla, jakavat tuottamiseen liittyvät riskit ja hyödyt sekä noudattavat yhteistoiminnassaan tiedon avoimuuden periaatteita. Mallissa sovelletaan hybridimuotoista ohjausjärjestelmää ja jaetun arvon -periaatetta.

Vastuullinen hoito-organisaatio eli VHO on yhteistyömalli monimutkaisten ja laajojen hoitopolkujen järjestämiseksi ja tuottamiseksi asiakaslähtöisesti, vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti.

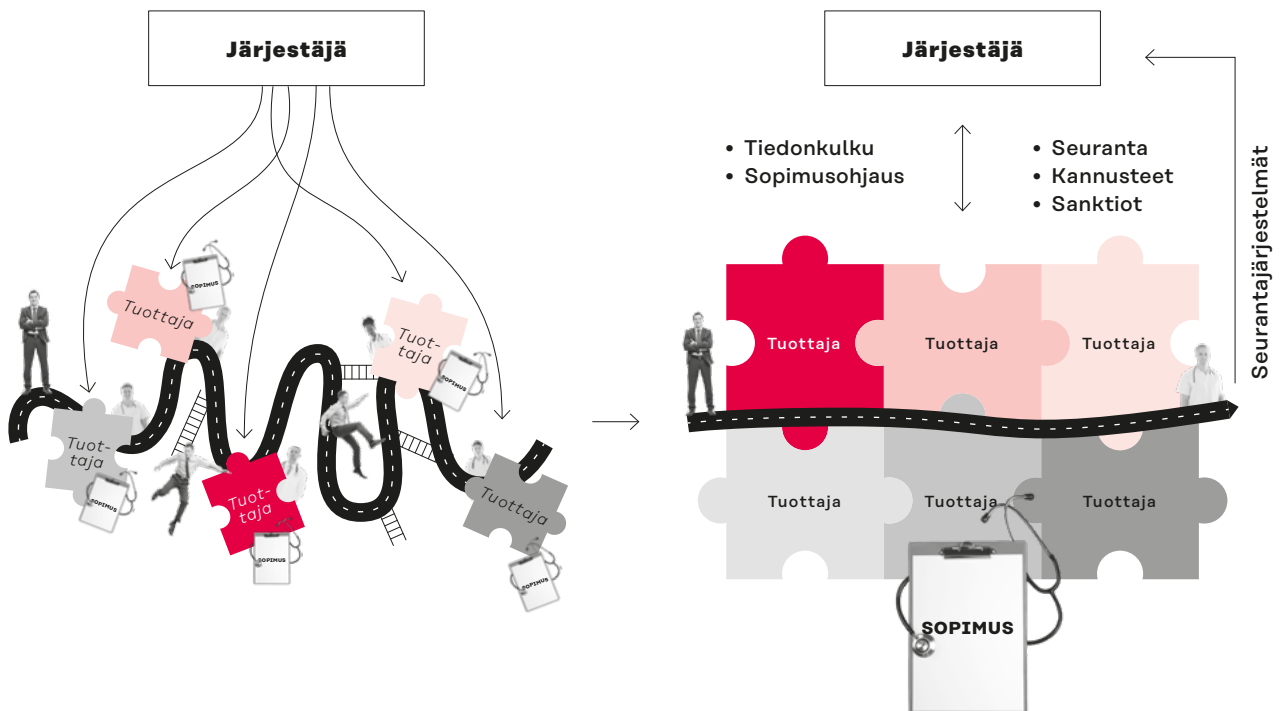
VHO-yhteistyömallissa monimutkaisella hoitopolulla tarkoitetaan sellaista hoitopolkua tai kokonaisuutta, johon kuuluu useita eri palveluita, palveluntuottajia ja jota yksit-

täisen palveluntuottajan on käytännössä mahdotonta yksin täysin hallita. Laajalla tarkoitetaan vuotuisesti tarkasteltuna vähintään noin 5 000 eri potilaan hoitopolkua. VHO-yhteistyömallin soveltamisalueita voivat olla esimerkiksi sydänsairauksien, diabeteksen tai mielenterveyspalveluiden hoitopolun järjestäminen tietyllä maantieteellisellä alueella.

Hybridimäisellä rakenteella tarkoitetaan palveluiden ohjausjärjestelmänä toimintamallia, jossa julkisen vallan ohjauksessa julkisten ja/tai markkinoilla olevien organisaatioiden toiminta nivotaan pitkäjänteiseen yhteistyöhön. Se mahdollistaa osapuolten yhteistyön organisaatorajapinnoista riippumatta. Arvoperustaisen logiikan soveltamisen mallissa mahdollistaa puolestaan jaetun säästön periaate. Sillä tarkoitetaan toimintamallia, joka lähtee taloudellisen arvon luomisesta yhteistyön osapuolille tavalla, joka luo arvoa myös yhteiskunnan tarpeisiin.

VHO-yhteistyömallin ovat kehittäneet Tampereella Tampereen kaupunki ja Tays Sydänsairaala yhteistyössä Taysin tutkimus-, kehitys- ja innovaatiokeskuksen ja alueen sydänjärjestö Hämeenmaan Sydänpiiri ry:n

Kuva 10. Monimutkaisen hoitopolun järjestäminen ja ohjaus perinteisessä toimintamallissa ja VHO-yhteistyömallissa.



kanssa. Järjestön roolin määrittelyssä on hyödynnetty Järjestöjen rooli maakunta- ja sote-uudistuksessa -raporttia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018). Lisäksi VHO-yhteistyömallin geneeristä kuvausta on tukenut ja laatimiseen osallistunut Suomen itsenäisyyden juhlarahasto Sitra. VHO-yhteistyömallia pilotoidaan Tampereella sydänpotilaiden hoitopolussa vuonna 2018.

VHO-yhteistyömallin kehittämisessä on hyödynnetty seuraavia kansainvälisiä toimintamalleja ja sovelluksia:

- Allianssimalli (erityisesti johtaminen ja organisointi)
- The New Care Models programme (erityisesti VHO:n muodostaminen)
- The Medicare Shared Savings program (arvoperustainen toimintalogiikka).

VHO-yhteistyömallin piirteitä

Terveydenhuollon ennustettu kustannuskehitys on ongelma Suomessa, mutta myös maailmanlaajuisesti. Suomessa hoitoketjujen kehittämistä on pidetty 1990-luvulta alkaen merkittävänä kehityskohteenä

vaikuttavuuden lisäämiseksi. Ongelmien on hoitoketjuissa arvioitu eri selvityksien mukaan liittyvän muun muassa hoitoketjun koordinointiin ja palveluntuottajien siilomaiseen organisoitumiseen, jotka voivat heikentää kustannusvaikuttavuutta ja asiakastyytyväisyyttä.

VHO-yhteistyömallia on kehitetty edellä mainittujen haasteiden lähtökohdista. Sen tarkoituksena on parantaa järjestäjän kyvykkyyttä, koska se tuo sote-palveluiden järjestäjän käyttöön arvoperustaisen hankinnan työkalun sovellettavaksi strategialähtöisesti valittuihin kokonaisuuksiin. Sen arvioidaan soveltuvan erityisesti monimutkaisten ja laajojen hoitopolkujen järjestämiseen kustannusvaikuttavasti ja siten, että huomioon otetaan osapuolten välillä tarvittava integraatio.

VHO-yhteistyömalli muodostetaan ensisijaisesti järjestäjään sopimussuhteessa olevien palveluntuottajaosapuolien vapaaehtoisena yhteenliittymänä. Toissijaisesti VHO voidaan muodostaa julkisen hankintamenettelyn kautta. Ensisijainen muodostus-

taminen vapaaehtoisen liittymisen kautta perustuu siihen, että kaikki järjestäjän hyväksymät kyseessä olevan hoitopolun tai kokonaisuuden sopimuspalveluntuottajat voivat halutessaan liittyä VHO-yhteistyömalliin yhteistyösopimuksella.

VHO-yhteistyömallin hybridimäinen rakenne ja sopimuksellisuus takaavat, että siihen voivat osallistua julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden lisäksi myös vapaaehtoistyön ja hoitopolkujen kannalta tärkeät järjestöt.

Mikäli sote-palveluiden järjestäjä aloittaa VHO-yhteistyömallin tietyssä keskeisessä hoitopolussaan, ei sopimuspalveluntuottajien ole pakko osallistua hoitopolun VHO:hon eikä tällä ole vaikutusta sopimuspalveluntuottajien ja järjestäjän välisiin sopimuksiin. Palveluntuottajien kannustimen VHO-yhteistyömalliin liittymiseen on arvioitu syntyvän esimerkiksi siitä, että palveluntuottajat pääsevät näin vaikuttamaan hoitopolun ohjaukseen ja kehittämiseen sekä saavat osallistumisesta imago- ja brändihyötyjä. Lisäksi osallistuessaan palveluntuottajat saavat mahdollisuuden ansaita kannustinpalkkioita VHO-yhteistyömallin kautta.

Kannustinpalkkio osapuolille voi VHO-yhteistyömallissa muodostua jaetun säästön periaatteella, mikäli osapuolet onnistuvat luomaan säästöjä suhteessa tavoitekustannukseen tavalla, joka luo arvoa myös yhteiskunnan tarpeisiin, eli täyttämällä tai saavuttamalla järjestäjän asettamat vaikuttavuustavoitteet.

Kannustimien ohella VHO-yhteistyömallin kaupalliseen malliin voidaan liittää myös yhteistä riskinjakoa. Näiden kannusteiden arvioidaan johtavan siihen, että suuri osa palveluntuottajista haluaa liittyä VHO-yhteistyömalliin, joka on myös järjestäjän intressissä.

VHO-yhteistyömallin hybridimäinen rakenne ja sopimuksellisuus mahdollistavat, että siihen voivat osallistua julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden lisäksi myös vapaaehtoistyön ja hoitopolkujen kannalta tärkeät järjestöt. Järjestöt voivat osallistua VHO-yhteistyömalliin kilpailuneutraalius huomioiden joko palveluntuottajina tai järjestäjän osoittamina niin sanottuna VHO-kumppaneina. Järjestön toimiessa VHO-kumppanina sillä ei kuitenkaan ole VHO-yhteistyömallissa kaikilta osin samoja oikeuksia tai velvollisuuksia kuin järjestäjällä ja palveluntuottajilla.

VHO-yhteistyömallin muodostaminen ja vaiheet

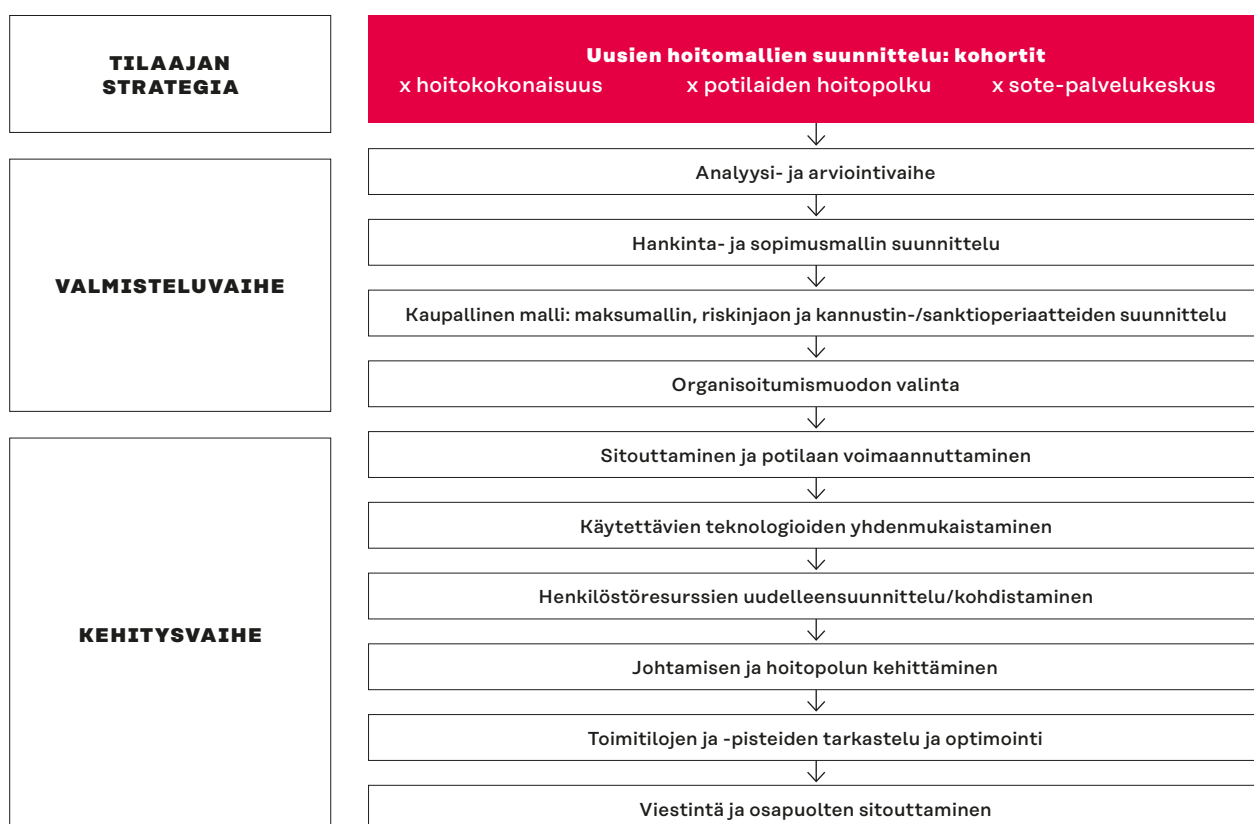
1. VHO-yhteistyömallin muodostaminen käynnistyy järjestäjän strategian tarkastelulla, minkä pohjalta järjestäjä määrittelee lähtökohdat.
2. Tätä seuraavaan valmisteluvaiheeseen kutsutaan kaikki vapaaehtoiset sopimuspalveluntuottajat ja muut keskeiset osapuolet mukaan
 - a. Keskeisenä sisältönä on kokonaisuuden analysointi ja määrittely, hankinta ja sopimuskokonaisuuden suunnittelu, kaupallinen malli ja organisoituminen.
3. Monimutkaisen hoitopolun ja epävarmuustekijöiden vuoksi valmisteluvaiheen jälkeen seuraa kehitysvaihe
 - a. Vapaaehtoiset sopimuspalveluntuottajat ja muut osapuolet aloittavat valmisteluvaiheessa sovitun mukaisesti hoitopolun kehittämisen ja siirtyvät potilas-keskeiseen toimintamalliin.
 - b. Osapuolet pyrkivät tarkentamaan määrittelyjä niin, että kokonaisuuden yhteistyömalli voidaan optimoida, luottamusta kasvattaa ja riskinjaosta sopia.
4. Toteutusvaiheessa huomioidaan kehitysvaiheen aikana tarkennetut muutostarpeet.

Kuva 11. VHO:n vaiheet



Kuva 12. VHO:n sisältö ja eteneminen

(muokattu lähteestä: The National Health Service 2015)

**Järjestäjän strategiavaihe**

VHO-yhteistyömallin toteutuksessa hoitopolun määrittely käynnistyy järjestäjän strategian tarkastelulla. Tällä varmistetaan se, että VHO-yhteistyömallilla toteuttava hoitopolku ja sen tavoitteet ovat linjassa järjestäjän vision sekä tavoitteiden kanssa. Järjestäjä suorittaa strategiavaiheen itsenäisesti tai yhdessä oman tuotannon, kaikkien vapaaehtoisten sopimuspalveluntuottajien sekä

muiden keskeisten osapuolten kanssa.

Strategiavaiheessa järjestäjä voi käyttää apunaan tarpeen mukaan myös ulkopuolisia asiantuntijatahoja esimerkiksi hoitopolun analysoinnissa ja määrittämisessä.

Strategiavaiheessa järjestäjän haasteena ovat hoitopolun määrittely sekä hoitopolun palvelutapahtuma-, kustannus- ja muiden tietojen kokoaminen. Ensivaiheen analyysissa on tärkeää huomioida myös mahdolliset

myöhemmässä vaiheessa mukaan liittyvät sopimuspalveluntuottajat ja näiden kanssa käytävä avoin dialogi. Strategisten tavoitteiden ja data-analyysin pohjalta tilaaja tunnistaa ne kokonaisuudet, joissa VHO-yhteistyömalli on soveltuvin palveluiden ohjausjärjestelmä.

Valmisteluvaihe

VHO-yhteistyömallin valmisteluvaihe suoritetaan yhteistyössä järjestäjän, järjestäjän oman tuotannon, kaikkien vapaaehtoisten sopimuspalveluntuottajien sekä muiden keskeisten osapuolten kanssa. Valmisteluvaiheessa hyödynnetään strategiavaiheessa laaditun analyysin tuloksia. Sopimuspalveluntuottajia ja mahdollisia muita keskeisiä osapuolia käytetään valmisteluvaiheessa käytännön kokemuksen ja näkemyksen hyödyntämiseksi analyysin ohella.

Järjestäjällä on valmis sopimussuhde vapaaehtoisten sopimuspalveluntuottajien kanssa, mikä tukee osapuolten saamista mukaan valmisteluun osana normaalia kanssakäymistä ja yhteistyötä. Valmisteluvaihe suoritetaan työpajatyypisellä työskentelyllä tai organisoitumalla suoraan jäljempänä kuvatun VHO-yhteistyömallin mukaisesti ohjausryhmään, joka valitsee edelleen hoitopolulle projektipäällikön sekä nimeää klinisen ryhmän. VHO-yhteistyömallin valmisteluvaiheeseen kuuluvat seuraavat teemat:

- Analyysi- ja arviointivaihe
- Hankinta- ja sopimusmallin suunnittelu

- Maksumallin sekä kannustin- ja riskin- jaon periaatteiden suunnittelu sekä
- Organisoitumuksen valinta

Analysointi ja arviointi

Analysointi- ja arviointivaiheessa hyödynnetään suoritettua data-analyysin tuloksia ja havaintoja sen määrittelyperiaatteista. Rajauksia suoritetaan esim. diagnoosien, suorituspaikeiden ynnä muiden olennaisten kriteerien perusteella siten, että tarkasteluun saadaan koko haluttu kokonaisuus. Rajauksia tehdään jo valmisteluvaiheessa, kuitenkin niin, että selkeästi kokonaisuuteen kuulumattomat suorituspaikeet tai vastaavat rajataan pois.

Analyysi- ja arviointivaiheen seurauksena syntyvät karkeat määritykset ja rajaukset tarkasteltavalle hoitopolulle. Määrittelyn tuloksena syntyvä niin sanottu vertailutaso toimii myös myöhemmän kehitysvaiheen tavoitekustannustason määrittelyn pohjana.

Vertailutason määrittelyn jälkeen suoritetaan keskeisten tavoitteiden ja suorituskyvyn mittarien (niin sanottujen avaintulomittarien) valinta huomioiden tilaajan strategiset tavoitteet, visio ja linjaukset. Valmisteluvaiheessa ei ole välttämätöntä aikaansaada yksityiskohtaisia mittareita, vaan esimerkiksi avaintulosalueet, joille määritellään tarkemmat mittarit ja painoarvot kehitysvaiheessa. Tilanne riippuu myös hoitopolun tai kokonaisuuden datan ja rajausten laadusta, saatavuudesta sekä osallistujien kypsyys- ja valmiusasteesta.

Taulukko 7.

Tampereen kaupungin sydänpotilaan VHO-pilotin valmisteluvaiheen rajauksia

Ketä koskee (alue tai alueet)?	Koskee Tampereen kaupungin kuntalaisilleen järjestämää sydänpotilaiden hoitoa.
Mitä ja ketkä kuuluvat mukaan (diagnoosiryhmät, suorituspaikeet ym.)?	Kehitysvaiheessa VHO:hon kuuluvat diagnoosikoodeilla I10-15, I20-25, I30-50 Tampereen terveysasemilla, Rauhaniemen sairaalassa, Sydän-sairaalassa ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin Tays Hatanpään sisätautien, yleislääketieteen ja geriatrian sekä neurologian yksiköissä, Acutassa sekä Toimialueilla 1 hoidettavat kaikki sydänpotilaat.
Mitä tarkoittaa keskeisin numeroin (asiakkaiden määrä, kustannukset ym.)?	Hoitopolku koostui vuonna 2016 em. rajauksin 17 431 eri asiakkaasta (95 % kaikista), 38 483 palvelusuoritteesta (96 % kaikista) ja 36 178 733 euron kokonaiskustannuksesta (86 % kaikista).

Taulukko 8.

Tampereen kaupungin sydänpotilaan VHO-pilotin kypsyys-analyysin tulosten keskiarvo McClellan ym. viitekehyksen mukaan

- nykytaso
- osittain toteutuu
- ei toteudu käytännössä
- ei toteudu lainkaan

Osallistujien kypsyysasteen määrittäminen

Kypsyysaste	Väestö	Tulokset	Mittaaminen	Maksut ja kannustimet	Palveluketjun koordinaointi
5	Toiminta ja seuranta huolellisesti suunniteltu ja järjestetty ryhmittäin	Tulokset/ tavoitteet, jotka ovat väestölle merkityksellisiä	Pitkäaikais-tulokset julkaistu julkisesti eri toimijoiden toimesta	Täysi kapitaatio minimilaatuvaatimuksilla, toimijoille maksut tulosten mukaan	Kliinisen ja muun tiedon täysi integraatio tuottajaverkoston kesken
4	Riskipotilaat/-ryhmät tunnistettu käyttäen tietojärjestelmiä	Fokus ennalta-ehkäisyssä ja hyvinvoinnissa	Tulokset jaettu potilaiden kanssa käytökelteisessä muodossa	Jaettu säästö 2-suuntainen tilaaja-tuottaja	Potilaat voimaannutettu itsenäiseen hoitoon (suunnitelma)
3	Väestötietojärjestelmä integroitu potilastietojärjestelmään: tiedonhallinta	Vertailukelpoiset tulokset	Tulokset jaettu tilaajan, tuottajien ja kliinikoiden kesken (yhteenveto)	Jaettu säästö: 1-suuntainen palveluntuottajille (vastuu potilaiden terveydestä, henkilöstön bonukset myös mukana)	Kliinikot sitoutettu tarkastelemaan suoritteiden sijaan tulosten parantamista (terveyshyöty)
2	Määritelty väestöryhmät (ikä, maantiede, potilasryhmä, maksaja)	Potilas-tyytyväisyyden huomiointi	Näyttöön perustuva johtaminen (kliiniset indikaatiot linkitetty tuloksiin)	Osittainen kapitaatio laatu- ja suoritemäärin	Moniammatilliset tiimitapaukset
1	Potilaslähtöinen näkökulma rahoitukseen ja toimijoihin (ei sairaus)	Peruskliiniset tavoitteet päätetty	Hallinnollista mittaamista (rajoitettu)	Suoritukseen perustuvaa (bonukset)	Tavanomaista tiedonjakoa toimijoiden kesken
0	Ei identifioitua kohdeväestöä	Ei tavoite-tuloksia	Ei mittaamista tai havaintoja	Tapahtumiin perustuvaa	Ei koordinoitu

Taulukko 9.

Tampereen sydänpotilaan VHO-pilotin valmisteluvaiheen avaintulosalueet.

Tavoite	KPI-mittari
Asiakkaiden hyvä elämälaatu	15D-mittaus käyttöön
Asiakkaat pääsevät tavoiteajassa hoitoon	Hoitoon pääsy: lähete - käynti (määrittely palvelukohtaisesti, vuorokautta)
Hyvä asiakastyytyväisyys	Asiakaskokemus (malli, jota käytetään kaupungin terveysasemilla)
Hoidon laatu paranee	Takaisinvirtaus (engl. re-admission) päivystykseen/sairaalaan (30 vrk:n kuluessa uloskirjauksesta, %)
Potilaan osallistaminen ja sitouttaminen paranee	Hoitosuunnitelman toteutuminen (%)
Kustannustehokkaampi hoito	Asiakaskohtainen keskekustannus vuodessa (kustannus/asiakas, euroa)
Vaikuttavampi hoito	Sydänhoitojen kokonaiskustannukset vuodessa (tehdyn määrityksen mukaan, euroa)

Jotta voidaan määritellä realistinen tavoitetaso ja tunnistaa kaupallisen mallin lähtökohdat, on osana analysointi- ja arviointivaihetta suositeltavaa suorittaa osallistujien kypsyysanalyysi. Tämä palvelee myöhempien vaiheiden (kehitys, toteutus) realistista tavoitteiden asettamista ja realistisen kaupallisen

mallin määrittelyä. Kypsyysanalyysi voidaan suorittaa esimerkiksi haastatteluna keskeisille toimijoille McClellan ym. 2014 luoman uusien potilaskeskeisten hoitomallien viitekehyksen pohjalta.

Sopimusmallin valmistelu

VHO-yhteistyömallin sopimusmalli on laadittu siten, että se painottaa enemmän yhteistä päämäärää kuin ehtoja ja on ytimekäs niin, että se edesauttaa myös vuorovai- kutusta osapuolten sidosryhmien kesken. Sopimuksen liitteet muodostuvat 1) Avain- tulosmittaristosta, 2) Kaupallisesta mallista ja 3) Yleisistä sopimusehdoista. Sopimuk- sen rakenne edellyttää hyvää kommunika- tiota ja riittävästi aikaa läpikäyntiin sopi- musta valmistevien kehitysvaiheen osa- puolien ja sidosryhmien kesken. Sidoryhmillä tarkoitetaan esimerkiksi osapuolten vastuuhenkilöitä, henkilöstöä sekä mahdollisia kumppaneita.

Osapuolet solmivat kehitysvaiheeseen siirryttäessä VHO-yhteistyösopimuksen, johon kehitysvaiheen yhteistyö perustuu. Sopimusmallin valmistelu painottuu laajalti hoitopolun, avaintulosmittareiden ja kauppal-

pahimmillaan haitata hoitopolun vaikutta- vuuden kehittämistä.

Olellaista on, että sopimusmalli vahvis- tetaan jo valmisteluvaiheessa, jotta hoito- polun kehittäminen voidaan käynnistää ja sopimus solmia kehitysvaihetta käynnistet- täessä. Kehitysvaiheessa mahdollisesti tarvittavat alihankinnat osapuolet suoritta- vat, mikäli yhteisesti niin sovitaan, käyttä- mällä omia sopimusaliyhankintojaan tai kilpailuttamalla tarvittavia resursseja.

VHO-yhteistyösopimusmalli on kuvattu liitteessä 4.

Kaupallisen mallin suunnittelu

Analyysi- ja arviointivaiheessa on suoritettu tarvittavat määritykset ja rajaukset sekä määritely alustava vertailutaso, tavoitteet tai tavoitealueet. Sopimus- ja hankintamal- lin periaatteiden läpikäymisen jälkeen siirrytään kaupallisen mallin eli maksu- ja kannustinmallin suunnitteluun. Riskinjako ja sanktioperiaatteita ei suositella sovelleta- van vielä kehitysvaiheessa. Suositeltavaa on kuitenkin jo kehitysvaiheessa simuloida alustavaa kaupallisen mallin ja tavoitteiden toteutumista.

VHO-yhteistyömallissa kaupallinen malli perustuu pitkälti Yhdysvaltaisen Medicare Shered Savings -ohjelman mukaiseen jaetun säästön malliin (Centers for Medicare & Medicaid Services 2015). VHO-yhteistyömal- lissa kaupallista mallia on räätälöity suomalai- siin olosuhteisiin niin, että voidaan soveltaa arvoperustaista logiikkaa. Jaetun säästön -malli ei edellytä järjestäjältä palvelujen laajaa määrit- telyä, yksilöimistä ja kilpailuttamista, vaan se soveltuu käytettäväksi myös tilanteessa, jossa järjestäjä tekee itsenäisesti tilaukset ja hankin- nat erikseen kultakin palveluntuottajalta.

VHO-yhteistyösopimuksen välityksellä suoritetaan osapuolten kesken hoitopolun tai kokonaisuuden tarkastelu tavoitekustannuk- sen ja laadullisten tavoitteiden asettamisen kautta. Toteutusvaiheessa voidaan valita yksi- tai kaksipuolinen malli, joka mahdollis- taa järjestäjälle toimijoiden kypsyysasteen huomioimisen. Yksipuolisessa sovelletaan

Sopimusmallin valmistelu painottuu hoitopolun, avaintulosmittareiden ja kaupallisen mallin määrittelyyn.

lisen mallin määrittelyyn. Kaupallisen mallin osalta kehitysvaiheessa voidaan osallistujien kypsyysasteesta ja hoitopolun tilanteesta tai datasta riippuen sopia, ettei kannustinpalk- kioita tai sanktioita vielä sovelleta.

VHO-yhteistyömallilla ei ole vaikutusta sote-palveluiden järjestäjän ja sopimuspalve- luntuottajien välisiin palvelusopimuksiin tai niiden perusteella suoritettaviin korvauksiin tuotetuista palveluista. Mikäli järjestäjä harkitsee VHO-yhteistyömallin soveltamista tiettyyn hoitopolkuunsa, on järjestäjän edellä mainitusta huolimatta syytä kiinnittää huomiota siihen, ettei sido palveluntuottaja- kohtaisia tilausmääriä esimerkiksi kiinteisiin maksuihin tai vastaaviin. Nämä voisivat

vain kannustimia ja kaksipuolisessa sekä kannustimia että riskinjako (sanktioita).

Tavoitekustannus sopimusvuosille johdetaan vertailukustannuksesta, huomioiden tavanomaiset muutostekijät. Sopimuskauden vuotuiset tavoitekustannukset yhteensä edustavat sopimuskauden tavoitekustannusta. Tavoitekustannusta voidaan vuosittain päivittää seuraavalle sopimusvuodelle sairastavuuden, väestön, kustannustason tai muiden tunnistettujen muutosten tai tarkennusten johdosta. Kannustimet, sanktiot ja riskinjako kytketään vuotuisen tavoitekustannukseen.

Organisointimuodon valinta

VHO-yhteistyömallin organisointumisen mukailee allianssimallin periaatteita. Allianssitiimin valinnassa on Takamaan (2013) mukaan syytä kiinnittää huomiota siihen, että organisaation avainhenkilöistä löytyisi avoimia ja innovatiivisia henkilöitä. Organisaatorakenteessa olennaista on, että kunkin yksittäisen henkilön tulee sitoutua edustamaan allianssia oman organisaationsa sijaan. Näin ollen henkilöiden tulisi luottaa siihen, että hoitopolun parhaaksi toimiminen on myös oman organisaation parhaaksi toimimista.

Taulukko 10.

Tampereen sydänpotilaan VHO-pilotin valmisteluvaiheen kaupallinen malli

VHO-yhteistyömalli: kannustin, sanktio ja riskinjako	Kehitysvaihe palveluntuottajien kannalta (yksipuolinen)	Toteutusvaihe palveluntuottajien kannalta (yksi- tai kaksipuolinen)
1. Maksut palveluntuottajille	Järjestäjä hankkii/tilaa suoriteperusteisesti (ei kiinteää tilausmäärää).	Kuten yksipuolinen
2. Vertailutaso	Viimeisin tarkasteluvuosi tai 3 edellistä vuotta painoin 10–30–60, 2 ensimmäistä kustannustason muutoksella korjattuna.	Kuten yksipuolinen
3. Tavoitekustannus	Vertailutaso (€) korjattuna sairastavuuden, väestön ja kustannustason kehityksellä sekä muilla olennaisilla muutoksilla.	Kuten yksipuolinen + säästöt
4. Säästön/ylityksen laskennan normaali vaihteluväli (kannustimia tai sanktioita ei tarkastella)	- 1 % vrt. tavoitekustannus, ei sanktiointia.	Kuten yksipuolinen tai +/- 1 % vrt. tavoitekustannus
5. Säästön/ylityksen laskennan maksimivaihteluväli (raja, johon huomioidaan enintään)	- 5 % vrt. tavoitekustannus, ei sanktiointia.	Kuten yksipuolinen tai +/- 5 % vrt. tavoitekustannus
6. Säästön/ylityksen jakosuhte	50 % säästöä (€), ei sanktiointia.	Kuten yksipuolinen, tai kaksipuolisessa 60–75 % (€)
7. KPI-tavoitteiden toteutuminen	+/- 100 %	+/- 100 %
8. Kannustinpalkkio/sanktio	Säästö (€) x KPI-toteuma (%), ei sanktiointia. Kannustinpalkkio, jos arvo positiivinen.	Kuten yksipuolinen tai säästö/ylityskustannus (€) x KPI-toteuma (%)
9. Maksimikannustin/-sanktio	Kannustin enintään 2 % tavoitekustannuksesta (€), ei sanktiointia.	Enintään 2 % tavoitekustannuksesta (€)10
10. Kannustimien/sanktioiden jako VHO-yhteistyömallin palveluntuottajien kesken	Kirjaus VHO-yhteistyösopimukseen.	Kirjaus VHO-yhteistyösopimukseen

- VHO-yhteistyömallin organisoitumisessa:
- Ohjausryhmä (allianssimallin johtoryhmää vastaava) on hankkeen ylin paikallinen päättävä elin, joka tekee vain yksimielisiä päätöksiä.
 - Jokaisella osapuolella on ohjausryhmässä edustettuna 1–2 jäsentä, jotka päätöksentekokyvyn varmistamiseksi voivat olla ainoastaan osapuolten päättävissä asemassa olevia henkilöitä.
 - Ohjausryhmässä voi olla valittuna VHO-kumppanijäseniä ilman päätösvaltaa.
 - Ohjausryhmä valitsee projektipäällikön, joka toimii kliinisen ryhmän puheenjohtajana ja esittelee asioita ohjausryhmässä.
 - Projektipäällikön rooli on keskeinen, koska hän koordinoi kliinisen ryhmän ja myös ohjausryhmän toimintaa.
 - Projektipäällikkö toimii tärkeänä kanavana ryhmien välillä.
 - Kliininen ryhmä (allianssimallin projektiryhmää vastaava) on operatiivisen toiminnan johtamisen ydin.
 - Kliiniseen ryhmään valitaan sellaisia osapuolten kliinisen toiminnan

vastuhenkilöitä, jotka vastaavat alueensa operatiivisista tehtävistä.

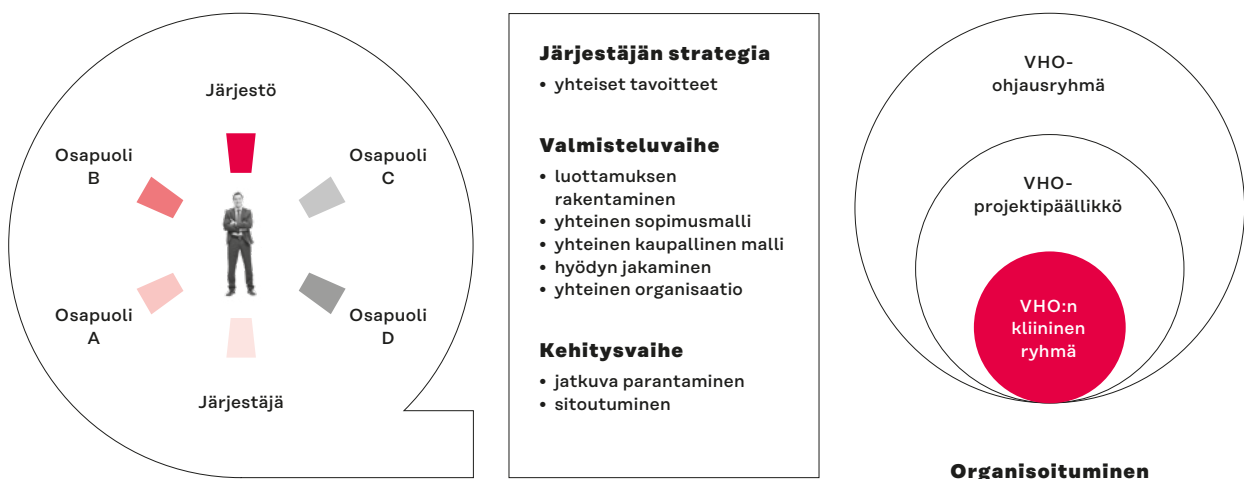
- Ryhmä voi käyttää apunaan asiantuntijoita käynnissä olevien tehtävien ja painopisteiden mukaan.
- Kliinisen ryhmän toiminta keskittyy yhteisen edun tavoitteluun ”potilas keskiössä” -periaatteella ja tekee yksimielisiä päätöksiä.
- Kliininen ryhmä kokoontuu noin yhden (1) kerran kuukaudessa ja sen toimintaa koordinoi projektipäällikkö.

Kehitysvaihe

Valmisteluvaiheen analyysin ja arvioinnin, hankinta- ja sopimusmallin, kaupallisen mallin sekä organisoitumisen tuloksena muodostuu VHO-yhteistyömallin ohjausjärjestelmä kehitysvaihetta varten. Kehitysvaiheen ohjausjärjestelmän ytimessä on siirtyminen potilaskeskeiseen toimintamalliin. Tämä edellyttää valmisteluvaiheen onnistunutta läpiviemistä, johon kuuluu kehitysvaiheen VHO-yhteistyösopimuksen solmiminen.

Kehitysvaiheen osapuolet kootaan vapaaehtois pohjalta järjestäjän omasta tuotannosta sekä vapaaehtoisista sopimus-

Kuva 13. VHO-yhteistyömallin valmisteluvaiheesta kehitysvaiheeseen siirtyminen.



palveluntuottajista ja mahdollisista muista osapuolista, joilla on keskeinen rooli hoitopolussa. Järjestäjä kutsuu osapuolet kehitysvaiheeseen. Kehitysvaiheen aikana tarvittavat asiantuntijapalvelut ja resurssit voidaan organisoida sopimuspalveluntuottajien alihankintana ja myös järjestäjä voi osoittaa resursseja kehitysvaiheeseen.

Kehitysvaiheessa tarkoituksena on välittömästi edistää sekä sydänpotilaan hoitopolun kehittämistä että hankkia kokemuksia ja valmistella VHO-yhteistyömallia toteutusvaiheeseen. Kehitysvaihe keskittyy suunnitteluun ja muutoksen käynnistämiseen, ja siinä syvennetään hoitopolkuanalyysissä päätettyjä kehittämiskohteita. Kehitysvaiheen ohjeelliset elementit:

- Sitouttaminen ja asiakkaiden tai potilaiden voimaannuttaminen
- Käytettävien teknologioiden yhdenmukaistaminen
- Henkilöstöresurssien uudelleen suunnittelu/kohdentaminen
- Johtamisen ja hoitopolun kehittäminen
- Toimitilojen ja -pisteiden tarkastelu ja optimointi
- Viestintä ja osapuolten sitouttaminen

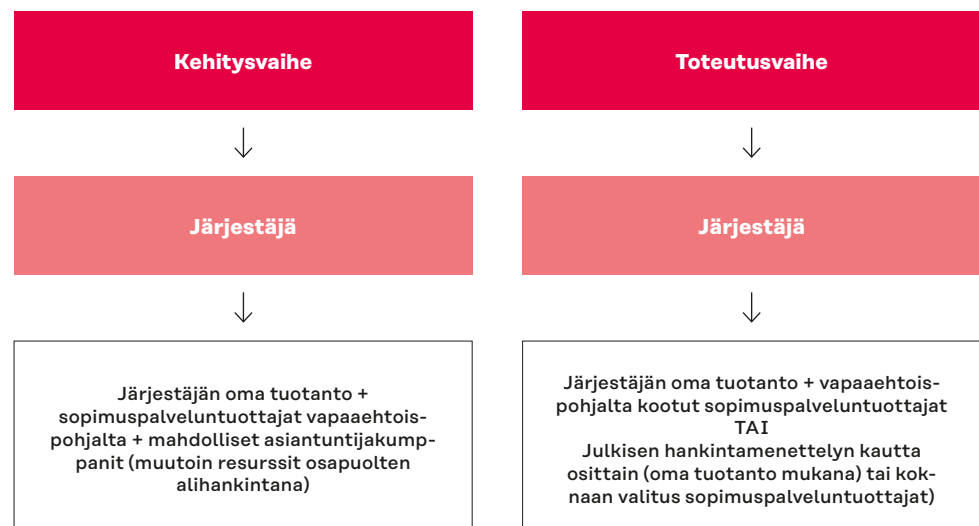
Valmisteluvaiheesta kehitysvaiheeseen siirtyminen kattaa tarkemman suunnittelun ja muutoksen käynnistämisen. Valmisteluvaiheen pohjalta valitaan teema-alueet hoitopolun tai kokonaisuuden kehitysvaiheeseen. Toteutus vaatii osapuolten yhdessä johtamaa muutosprosessia, joka sitouttaa muutoksiin.

Muutoksen tueksi otetaan käyttöön suorituskykyä mittaava vakioitu tiedon keruu- ja analysointimenetelmä. Kehitysvaiheessa lopulliset päätökset kehityskohteista määrittyvät viime kädessä VHO-osapuolten yhteisillä päätöksillä eikä ulkoa annettuna, koska paras osaaminen ja tieto on VHO:n osapuolilla.

Toteutusvaihe

Toteutusvaihe perustuu kehitysvaiheen määrityksiin, toimintaperiaatteisiin ja jatkovalmisteltuun toteutusvaiheen sopimusmalliin. Toteutusvaihe toteutetaan vapaaehtois-pohjalta siten, että VHO-yhteistyömalliin voivat liittyä kaikki halukkaat palveluntuottajat, jotka ovat solmineet ensin palvelusopimuksen järjestäjän kanssa VHO-yhteistyömallin piiriin lukeutuvien palvelujen tuottamisesta. VHO-yhteistyömalliin liittyessään

Kuva 14. VHO-yhteistyömallin järjestäminen kehitys- ja toteutusvaiheissa.



palveluntuottajien tulee hyväksyä VHO-yhteistyömallin toimintaperiaatteet ja ehdot. Toteutusvaiheen pituus on noin 3–5 vuotta, mutta palveluntuottajat sitoutuvat kerrallaan vähintään vuodeksi, joka on myös kaupallisen mallin tarkastelukausi.

VHO-yhteistyömalliin voi liittyä julkisen, yksityisen ja järjestösektorin palveluntuottajia. Sopimuksella kaikki VHO-yhteistyöhön sitoutuneet palveluntuottajat ja muut keskeiset osapuolet sitoutuvat toimimaan yhteistyössä ja kohti asetettuja tavoitteita. VHO-yhteistyömallissa ei edellytetä, että kaikki hoitopolun tai kokonaisuuden palveluntuottajat ovat mukana, eikä se olekaan todennäköistä. Kun vähintään noin puolet hoitopolun tai kokonaisuuden palveluntuottajista on edustettuna, kyetään parannusten suunnittelu ja toteutus aloittamaan ja vaikuttavuus- ja kustannustehokkuushyötyjä saavuttamaan hoitopolun tai kokonaisuuden tasolla.

Järjestäjän päätöksenteon vaiheet VHO-yhteistyömallissa

1. Järjestäjän strategiavaihe

- Vapaamuotoinen organisoituminen ja viestintä osapuolten kesken järjestäjän johdolla
- Järjestäjän päätös hoitopolun tai -kokonaisuuden analysoinnin ja määrittelyn toteuttamisesta (tarvittaessa ulkopuolisen asiantuntijatahon kilpailutus, jossa huomioidaan julkisista hankinnoista annettu lainsäädäntö, esim. avoin menettely)

2. Valmisteluvaihe

- Järjestäjän toteuttama vapaamuotoinen kutsu valmisteluvaiheen työparijoihin eri osapuolille (järjestäjä, järjestösektori, oma palvelutuotanto, olemassa olevat sopimuspalveluntuottajat) ja avoin viestintä

- Päätös hoitopolun tai -kokonaisuuden ohjausryhmästä, jos osapuolet haluavat organisoitua jo valmisteluvaiheessa VHO-yhteistyömallin mukaisesti

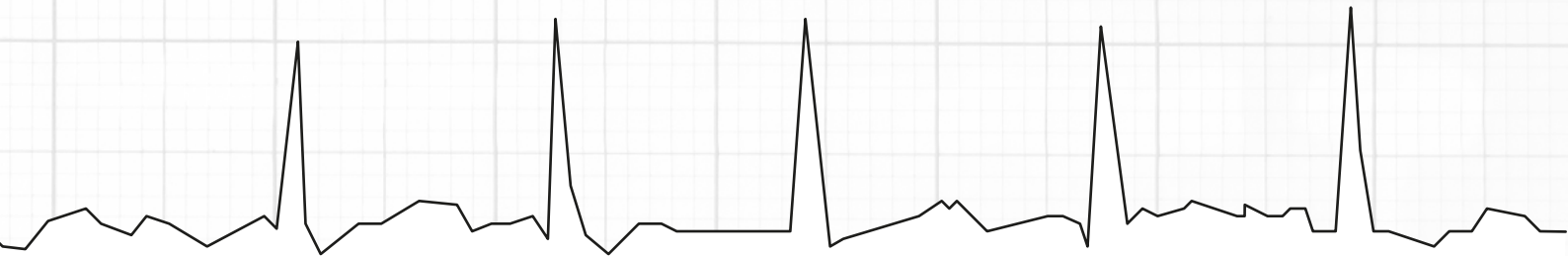
3. Kehitysvaihe

- Vapaamuotoinen kutsu kehitysvaiheeseen eri osapuolille (järjestäjä, järjestö, oma palvelutuotanto, olemassa olevat sopimuspalveluntuottajat) ja avoin viestintä
- Kehitysvaiheen VHO-yhteistyösopimuksen solminen osapuolten kesken (järjestäjä, järjestö, omat yksiköt, halukkaat olemassa olevat sopimuspalveluntuottajat)

4. Toteutusvaihe

- Päätös hoitopolun tai -kokonaisuuden toteutusvaiheeseen siirtymisestä (järjestäjän sosiaali- ja terveyspalveluiden hankinta- ja kilpailutus päätöksestä vastaava taho)
 - Oman palvelutuotannon ja järjestön roolien huomioiminen:
 - Oma palvelutuotanto järjestäjän rinnalla osapuolina tai sopimuspalveluntuottajina (osallistumishakemusmenettely)
 - Järjestö VHO-kumppanina (ei samoja oikeuksia ja velvollisuuksia kuin palveluntuottajilla) tai sopimuspalveluntuottajana (osallistumishakemusmenettely)
- Osallistumishakemusmenettelyn käynnistäminen muiden osapuolten liittymiseksi VHO-yhteistyömallin toteutusvaiheeseen, huomioitava julkisista hankinnoista annettu lainsäädäntö, esim. dynaaminen hankintajärjestely (mahdollistaa liittymisen myös kesken sopimuskauden):

- Dynaamisen hankintajärjestelmän perustaminen sopimuksen kestoajaksi ja osallistujien soveltuvuusvaatimusten määrittely (a. järjestäjän sopimuspalveluntuottaja ja b. VHO-yhteistyömallin sopimusehtojen hyväksyminen, tarvittaessa muut ehdot)
 - Joko järjestäjä yksin tai järjestäjä yhdessä sidosryhmiensä kanssa, kun siirtymisestä toteutusvaiheeseen on päätetty
- Osallistumispyyntö VHO-yhteistyömallin toteutusvaiheeseen sopimuspalveluntuottajille dynaamisen hankintajärjestelmän kautta ja avoin viestintä
- Osallistumishakemusten käsittely ja ehdokkaiden hyväksyminen (soveltuvuusehdot täyttävät)
- VHO-yhteistyömallin toteutusvaiheen sopimuksen allekirjoittaminen järjestäjän, oman palveluntuotannon osallistuvien yksiköiden, mahdollisen VHO-kumppanin (järjestö) ja hyväksytyjen sopimuspalveluntuottajien kesken sekä sopimuksen mukainen organisoituminen
- Sopimuskauden ja samalla VHO-yhteistyömallin toteutusvaiheen ajaksi perustetun dynaamisen hankintajärjestelmän aikana myös mahdollisten uusien, soveltuvuusehdot täyttävien ehdokkaiden hyväksyminen ja liittyminen osaksi sopimusta



Järjestö sopimuskumppanina

VHO-yhteistyömallin hybridimäinen rakenne ja sopimus pohja mahdollistavat osallistujien laventamisen julkisen ja yksityisen sektorin toimijoista vapaaehtoistyön ja hoitopolkujen kannalta tärkeisiin järjestöihin.

Järjestöt voivat osallistua joko palveluntuottajina tai järjestäjän osoittamina VHO-kumppaneina. Kumppanina toimiesseen järjestöllä ei ole kaikkia samoja oikeuksia ja velvollisuuksia kuin järjestäjällä ja palveluntuottajalla.

Kumppanuusmallilla mukaan verkostoyhteistyön

Tampereella kehitetyssä sydänpotilaiden hoitoon kehitetyssä VHO-mallissa sydänjärjestön toimimista kumppanina puoltaa muun muassa se, että järjestön yksi sääntömääräisistä tehtävistä on vaikuttamistoiminta.

Sydänjärjestön vaikuttamistoiminta keskittyy niin terveyttä edistävien rakenteiden kehittämiseen kuin sydänsairastuneiden hoidon laadun varmistamiseen. Sydänpotilaiden hoito erikoissairaanhoidossa on Suomessa laadultaan erinomaista, *mutta sairaalahoidon jälkeen hoito katkeaa liian usein.*

Sydänjärjestö täydentää vaikuttamistyöllään hoitopolkuja. Järjestö pyrkii muun muassa saamaan *sydänkuntoutuksen kiinteäksi osaksi hoitoa*, sillä oikeanlaisella kuntoutuksella voidaan säästää kustannuksia, lisätä elinvuosia ja parantaa elämänlaatua. Lisäksi sydänjärjestö *osallistuu hoitopolun kehittämishankkeisiin ja uusien mallien kehittämiseen.* Osallistuminen VHO-mallin kehittämiseen on yksi esimerkki vaikuttamistoiminnasta. Vaikuttamistehtävän kannalta on neutraalimpaa toimia kumppanina.

Toinen keskeinen peruste kumppanina toimimiseen on järjestön syvin ydin, joka pohjautuu vapaaehtoisuuteen ja kansalaistoiintaan. Muille yhteistyökumppaneille laadittujen kannustimien ja sanktioiden ohjaava vaikutus saattaa osin vinouttaa järjestötoiminnan toimintalogiikkaa. Järjestöllä voi kuitenkin olla toiminta-alueita,

jotka ovat lähempänä palveluntuottajan kuin kumppanin roolia.

Järjestö on osa monipuolista hoitopolkua

Sydänpotilaille suunnattuja palveluja ja toimintoja voidaan tarkastella nelikentässä, jossa on kaksi ulottuvuutta.

Onko järjestön palvelu tai toiminto jo määritelty osaksi hoitopolkua vai ohjataanko potilas tarpeen mukaan hoitopolulta palveluun, määrittää ensimmäisen ulottuvuuden. Toinen ulottuvuus kuvaa ajallista etenemistä hoitopolulla. Merkityksellistä on, onko yksittäinen palvelu tai toiminto sidottu hoitopolun ajalliseen vaiheeseen vai kattaako se koko hoitopolun ja arjen sairauden muuttamassa elämäntilanteessa. Näin syntyy nelikenttä, jossa kullakin osa-alueella on ajanjaksoon sopivia palveluita.

Järjestön tuottama lisäarvo hoitopolulla voi vaihdella yhteisöllisestä ja jäsenten keskinäiseen vuorovaikutukseen perustuvasta toiminnasta aina järjestölähtöisten yritysten markkinaehtoiisiin palveluihin. Näiden ääripäiden väliin jäävät järjestöjen vapaaehtoisten tarjoama vertaistuki, matalan kynnyksen palvelut ja varhainen tuki sekä järjestöjen yleishyödylliset ja markkinoille tuottamat palvelut. (Särkelä, 2017). Missä tahansa nelikentän osa-alueessa voi olla mitä tahansa edellä mainittua järjestön toimintaa. Käytännössä kuitenkin lähellä markkinoilla olevia palveluja ollaan nelikentän osa-alueessa yksi. Yhteisöllinen ja jäsenten keskinäiseen vuorovaikutukseen perustuva toiminta korostuu osa-alueessa neljä.

Pohdittaessa järjestöä kilpailuneutraliteetin näkökulmasta, ei voiton tavoittelu ole ratkaiseva tekijä. Se, että järjestö ei tavoittele palvelutuotannostaan voittoa tai sitoutuu käyttämään voittonsa yleishyödylliseen toimintaan tai palvelun kehittämiseen, ei vapauta järjestöä kilpailutukselta, mikäli muut seikat kilpailutusta edellyttävät.

Sydänjärjestön tarjoamat palvelut ja toiminnot tamperelaisille sydänpotilaille voidaan jakaa nelikenttään:

Sydänjärjestön palvelut ja toiminnot osana hoitopolkua

Sydänjärjestö osana hoitopolkua hoidon alkuvaiheessa

Osa hoitopolkua

OSA-ALUE 1

- Potilasoppaat: kirjallinen ja sähköinen materiaali
- Sopeutumisvalmennuskurssit
- Tulppa-ryhmät

Hoitopolun alkuvaihe

Tunnusmerkit

1. Palvelu on määritelty osaksi hoitopolkua ja se on myös ajallisesti hoitopolkuun sidottu.
2. Palvelu on terveydenhuollon ammattilaisen tiedossa (järjestelmässä).
3. Palveluun osallistuneet on kirjattu tekstinä potilaskertomukseen, mutta ei rakenteisessa muodossa.
4. Järjestöjen ammattilaiset tuottavat palvelun yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Vapaaehtoisista valmennetut vertaistukihenkilöt osallistuvat toteutukseen.
5. Pääosin palvelu tuotetaan järjestön omalla rahoituksella. Mukana voi olla yrityskumppaneita tai pieniltä osin ulkopuolista rahoitusta.
6. Palvelu on ainakin osittain terveydenhuollolle maksullinen.
7. Terveydenhuolto päättää palvelun saajista valintakriteeriensä pohjalta.

Palvelut

Potilasoppaat

Sydänliitto on tehnyt oppaita sydänpotilaille. Oppaisiin on koottu kuntoutumisen kannalta keskeisiä tietoja ja taitoja, ja ohjaus lisätiedon lähteille. Oppaat ovat saatavilla myös digiversioina. Sydänliitto toteuttaa oppaat pääosin omalla rahoituksella tai yhteistyössä yritysten kanssa. Oppaat ovat maksullisia. VHO-mallissa sopimusosapuolet ovat määrittäneet, missä vaiheessa hoitopolkua sairastunut saa hänelle merkitykselliset oppaat.

Sopeutumisvalmennuskurssit

Hämeenmaan Sydänpiiri toteuttaa sopeutumisvalmennuskursseja pirkanmaalaisille äskettäin sepelvaltimotautiin sairastuneille tai rytmihäiriötahdistimen saaneille sekä heidän läheisilleen. Sairastuminen voi aiheuttaa ahdistusta ja pelkoa sekä sairauden vaatimat elämäntapamuutokset tuen tarvetta. Sopeutuminen voi olla vaikeaa niin sairastuneelle kuin hänen läheisilleenkin. Sairaus voi aiheuttaa muutoksia koko perheen elämään.

Kurssit edistävät toipumista ja hyvinvointia. Kurssien tavoitteena on valmiuksien parantaminen sairauden aiheuttamien muutosten hallintaan, muutokseen sopeutumiseen ja arjen uudelleen suuntaamiseen. Muiden samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa keskustelulle on hyvin aikaa.

Kurssi on kolmen päivän lähikurssi. Kurseille osallistujat valitaan Tampereen Sydänsairaalassa. Kurssi on maksullinen terveydenhuollolle.

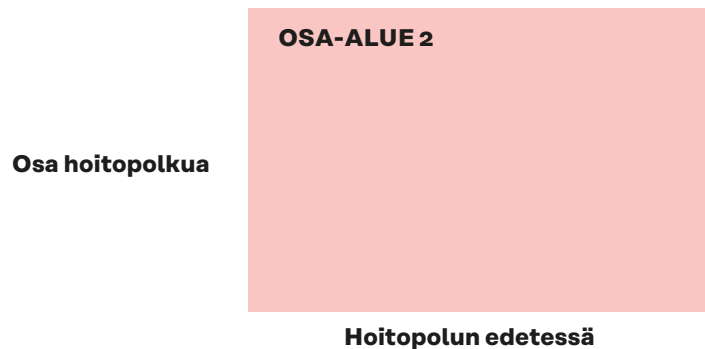
Tulppakuntoutus

Tulppakuntoutus on terveyskeskuksessa toteutettavaa ryhmäkuntoutusta, joiden tapaamisissa käsitellään sairastumista ja hoitoa yhdessä samankaltaisessa tilanteessa olevien kanssa. Ryhmänvetäjinä toimivat terveyden- tai sairaanhoitaja, fysioterapeutti tai liikunnanohjaaja sekä koulutettu vertaisohjaaja paikallisyhdistyksestä. Tulppakuntoutusta järjestetään jatkossa myös verkossa nimellä e-tulppa.

Tulppakuntoutus on esimerkki hybridimallista. Sen on kehittänyt ja omistaa Sydänliitto, joka kouluttaa ohjaajat. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA) on rahoittanut toimintaa. Toiminnan toteuttavat terveyskeskukset. Sydänpiiri tukee toimintaa järjestämällä ohjaajille tapaamisia ja edistämällä mallin sisällyttämistä kunnan palveluihin. Sydänyhdistykset tukevat toimintaa monin tavoin, esimerkiksi tarjoamalla oppaita ja järjestämällä yhteistä toimintaa. Osassa ryhmiä toimii vertaisohjaaja, joka on sydänyhdistyksen vertaistukihenkilö.

Terveyskeskukset valitsevat osallistujat Tulppakuntoutukseen.

Sydänjärjestö osana hoitopolkua hoidon edetessä



Tunnusmerkit

1. Palvelu on määritelty osaksi hoitopolkua, mutta sitä ei ole sidottu ajallisesti.
2. Palvelu on terveydenhuollon ammattilaisen tiedossa (järjestelmässä).
3. Palvelu on kirjattu tekstinä potilaskertomukseen, mutta ei välttämättä rakenteisessa muodossa.

Palvelut

Sydänjärjestöllä ei tällä hetkellä ole palveluja ja toimintoja, joita ei olisi määritelty ajallisesti, mutta jotka olisivat kiinteä osa hoitopolkua. Kun sairastumisen alkuvaiheen jälkeen tavoitteena on, että hoitopolun muiden palveluntuottajien kontaktit vähenevät ja elämä sairauden muuttamassa tilanteessa jatkuu, voisi järjestön rooli kasvaa.

Sydänjärjestön palveluihin ja toimintoihin ohjaaminen hoitopolulta alkuvaiheessa

Ohjaus hoitopolulta

OSA-ALUE 3

- Vertaistuen saaminen
- Vertaistukihenkilöksi valmentautuminen
- Sydänliiton kurssit

Hoitopolun alkuvaihe

Tunnusmerkit

1. Palveluun ohjataan hoitopolulta. Palvelu on osittain sidottu ajallisesti hoitopolkuun (esim. vertaistukihenkilöksi valmentaminen, Sydänliiton kursseille osallistuminen).
2. Terveystieteiden ammattilaisilla ei ole automaattisesti tietoa palvelusta.
3. Järjestöllä on tieto osallistujista tai osallistujamäärästä. Tieto ei siirry potilaskertomuksiin.
4. Järjestön ammattilaiset ja vertaistukihenkilöt tuottavat palvelun yhteistyössä.
5. Palvelu on maksuton asiakkaille ja terveydenhuollolle.
6. Järjestö toteuttaa palvelun osin omalla ja osin julkisella rahoituksella.
7. Järjestöllä on valintakriteerit osalle palveluista ja järjestö tekee päätökset osallistujista.

Toiminta

Vertaistuen saaminen

Sairauden alkuvaiheessa tukea tarvitaan sopeutumisessa uuteen elämäntilanteeseen. Sydänsairaudet ovat kroonisia, pysyviä ja eteneviä sairauksia, joten tukea tarvitaan myös sairauden eri vaiheissa.

Vertaistukihenkilöiden tuki tarjoaa mahdollisuuden jakaa sairastumisen herättämiä monenlaisia tunteita. Heidän kanssaan voi keskustella ja pidempään sairauden kanssa pärjänneiden kokemukset luovat toivoa tulevaisuuteen. Potilaat voivat hakea sopivaa vertaistukihenkilöä monin tavoin.

Tukea on saatavilla sekä henkilökohtaisesti että ryhmissä. Ryhmiä toimii myös yhä enemmän verkko välityksellä. Ryhmiä on sekä sairastuneille että läheisille. Useat valmentetut vertaistukihenkilöt ovat myös perustaneet Facebook-ryhmiä, joissa vertaistukea on saatavilla. Sydänjärjestöllä on myös valtakunnallinen verkkopohjainen etsi vertaistukihenkilö -haku.

Sairaalavertaistoiminta sisältyy VHO-malliin. Vertaistukihenkilöt vierailevat Sydänsairaan osastoilla säännöllisesti. Osastojen henkilökunta suosittelee vertaistukea asiakkaille. Osastojen henkilökunta voi tarvittaessa pyytää asiakkailleen henkilökohtaista räätälöityä vertaistukea Hämeenmaan Sydänpiiristä.

Vertaistukihenkilöksi kouluttautuminen

Vertaistukihenkilöt ovat sairastuneet sydänsairauteen tai ovat potilaan läheisiä. He ovat kouluttautuneet vapaaehtoistoiminnan tehtävään ja haluavat toimia kuuntelijoina, kokemusten jakajina, rohkaisijoina ja tiedonvälittäjinä. Vertaistukihenkilöt ovat eri-ikäisiä ja erilaisissa elämäntilanteissa.

Vertaistukihenkilöksi voi kouluttautua, kun omasta tai läheisen sairastumisesta on kulunut riittävästi aikaa ja henkilö on sopeutunut elämään sairauden muuttaneessa elämäntilanteessa. Hämeenmaan Sydänpiiri vastaa vertaistukehenkilön koulutuksesta, johon kuuluvat seuraavat vaiheet:

1. Rekrytointi
2. Peruskoulutus
3. Sopimus
4. Perehdytys
5. Täydennyskoulutus
6. Toiminnasta vastaavan tuki
7. Toiminnan seuranta
8. Työnohjaus
9. Toiminnan päättäminen

Sydänliiton kurssit

Sydänliitto toteuttaa kursseja STEA:n rahoituksella. Kursseja järjestetään eri puolilla Suomea vuosittain noin 100. Osa kursseista toteutetaan verkkokursseina. Hakija voi valita kurssipaikan. Kurssit sopivat sairastuneelle, joka etsii tukea, tietoa ja vinkkejä arkeen sopeutumisessa sydänsairauden kanssa.

Ryhmämuotoisilla kursseilla pääsee tapaamaan samassa elämäntilanteessa olevia, kuuntelemaan ammattilaisten luentoja sekä jakamaan kokemuksia yhdessä tekemisen ja oppimisen kautta. Osa kursseista on teemallisia kursseja, joissa käsitellään yhtä aihetta (esim. liikunta, ravitsemus, mielenhyvinvointi tai parisuhde). Kurssit ovat osallistujille maksuttomia.

Sydänjärjestön palveluihin ja toimintoihin ohjaaminen hoitopolulta koko hoidon ajan

Ohjaus hoitopolulta

OSA-ALUE 4

- Sydän.fi-palvelu
- Sydänmerkki.fi
- Vapaaehtoistoiminta: toiminnan järjestämiseen osallistuminen tai toimintaan osallistuminen
- Luennot ja tapahtumat
- Kerhot ja ryhmät
- Kulttuuri- ja retkitoiminta
- Hyvinvointia edistävät kurssit
- Ohjattu liikunta

Hoitopolun edetessä/ hoitopolun ajan

Tässä vaihtoehdossa on koko vapaaehtoisen toiminnan ydin: järjestö kulkee rinnalla ja tarjoaa osallistumisen paikkoja. Kaikki vapaaehtoiset pääsevät osallistumaan toiminnan toteuttamiseen. Aiemmin kuvatuissa kolmessa osa-alueessa vapaaehtoisina toimivat valmentetut vertaistukihenkilöt.

Tunnusmerkit

1. Palveluun ohjataan hoitopolulta. Palvelua ei ole määritelty ajallisesti.
2. Järjestössä työskentelee palvelua varten palkatut henkilöt (suunnittelu, valmennus, järjestäminen, palkitseminen), mutta vapaaehtoiset osallistuvat vahvasti toteuttamiseen.
3. Palvelun toteuttamiseen on monia eri rahoituskanavia. Toteutetaan osin omalla rahoituksella, osin yritys yhteistyöllä. Osin toiminta toteutetaan jäsenmaksujen ja saatujen avustusten turvin.
4. Palvelu on pääosin maksutonta osallistujille.
5. Järjestöllä on tieto osallistujien määristä, osin henkilöistä ja palvelun laadusta.
6. Osallistuminen sekä toimintaan että toiminnan järjestäminen on omahoidon kaltaista.

7. Tieto ei siirry potilaskertomukseen.

Palvelut ja toiminnot

Sydan.fi-palvelu

Sydan.fi on Sydänliiton hyvinvoinnin ja sydänterveyden verkkopalvelu. Palvelusta löytyy mm. tietoa sydänsairauksista ja niiden hoidosta sekä sydänterveyteen liittyvistä elintavoista. Palvelusta saa myös tietoa Sydänliiton tarjoamasta vertaistuesta ja sydänpotilaille tarkoitetuista kursseista sekä Sydänliitto järjestämistä tapahtumista ympäri Suomea. Palvelun kautta voi tutustua alueelliseen ja paikalliseen toimintaan sekä valtakunnallisten harvinaisia sydänsairauksia edustaviin jäsenjärjestöihin.

Palvelu on tehty kaikille sydänterveydestä kiinnostuneille. Palvelu on suomenkielinen ja siitä on olemassa hieman rajoitetumpi versio ruotsinkielisenä.

Palvelun kehittäminen ja ylläpitäminen rahoitetaan Sydänliiton varainhankinnalla ja muulla omarahoituksella sekä osittain mm. Kansanterveysyhdistyksen avustuksilla.

Sydänmerkki.fi

Sydänmerkki on elintarvikepakkauksista ja ravintoloista löytyvä merkki, joka osoittaa, että tuote tai ruoka-annos on terveyden kannalta hyvä vaihtoehto. Sydänmerkki helpottaa arkea. Valitsemalla Sydänmerkki-tuotteita tekee pieniä, terveyden kannalta edullisia muutoksia ruokavalioon ilman, että joutuu perehtymään tuoteselosteisiin tai ravintosisältöihin.

Sydänmerkki-järjestelmä perustuu tuoteryhmiin, joita on yli 50. Jokaisella tuoteryhmällä on omat ravitsemuskriteerinsä, joissa puututaan terveyden ja ravitsemuksen kannalta olennaisiin seikkoihin. Esimerkiksi leivässä olennaista on suolan ja kuidun määrä ja levitteissä pehmeän rasvan määrä. Kriteerit perustuvat tutkittuun ravitsemustietoon ja ravitsemussuosituksiin. Puolueeton asiantuntijaryhmä kehittää kriteereitä jatkuvasti tieteen ja ruokavalioiman kehittyessä.

Sydänmerkki on EU:ssa rekisteröity ravitsemusväite ja ainoa symboli Suomessa, joka kertoo tuotteen ravitsemuksellisesta laadusta. Sydänmerkin käyttö on elintarvikeyrityksille maksullista, mutta kuluttajalle maksuton. Sydänmerkki-järjestelmä on voittoa tavoittelematon. Tuotot käytetään merkkijärjestelmän ylläpitoon ja Sydänmerkki-tuotteiden markkinointiin. Elintarvikeyritys ei voi ostaa merkkiä tuotteelleen. Sydänmerkkiä pitää hakea ja sen voi saada vain, jos tuote täyttää oman tuoteryhmänsä ravitsemuskriteerit.

Vapaaehtoistoiminta: toiminnan järjestämiseen osallistuminen tai toimintaan osallistuminen

Tampereen Sydänyhdistys tukee toiminnallaan sydänsairaiden arkea ja edistää sydänterveyttä Tampereen alueella. Toiminta on suunnattu sydänpotilaille, sydän- ja verisuonitautien riskiryhmään kuuluville sekä kaikille omasta sydänterveydestään ja hyvinvoinnistaan kiinnostuneille.

Toimintaa johtavat ja koordinoivat palkatut työntekijät, mutta toiminnan ydin perustuu vapaaehtoisuuteen. Luentoja järjestetään erilaisista sydänterveyteen liittyvistä teemoista noin kerran kuukaudessa. Luennot järjestetään tarvittaessa verkkoluentoina.

Tampereen Sydänyhdistyksessä toimii lukuisia ryhmiä ja kerhoja, jotka kokoontuvat säännöllisesti. Osa ryhmistä voi kokoontua tarvittaessa verkossa. Kerho- ja ryhmätoiminnassa saa vertaistukea, yhdessä oloa, asiantuntijätietoa ja virkistytymistä. Kulttuuri- ja retkitoiminta on vilkasta. Kulttuuri & elämyksiä työikäisille -ryhmä kokoontuu ajoittain yhdessä toimintaa ideoiden. Ryhmä on suunnattu työikäisille.

Tampereen Sydänyhdistys toteuttaa tamperelaisille myös hyvinvointia edistäviä kursseja, kuten Sydänterveyttä ja Vinkkejä hyvinvoivaan arkeen. Kurssit toteutetaan yhteistyössä Tampereen Ammattikorkeakoulun kanssa. Tampereen Sydänyhdistyksellä on myös ohjattua liikuntaa, joka lavatanssiryhmän ja erilaisia kävelyryhmiä.

Järjestäjä ja sopimusosapuolet voivat ohjata järjestön osuutta hoitopolulla

VHO-mallin mukaisen palvelun järjestäjä ja johtoryhmä voivat ohjata järjestön osuutta ja kannustaa toteuttamaan merkittävää rooliaan ilman, että järjestön vaikuttamistointa vaarantuu tai vapaaehtoisuuteen ja kansalaistoimintaan liittyvä toimintalogiikka kärsii.

Pohdittavia näkökulmia palvelun järjestäjälle ja johtoryhmälle:

- Palvelujen ja toimintojen tasapaino:
 - Ovatko järjestön palvelut ja toiminnot tasapainossa suhteessa VHO-mallin tavoitteisiin?
 - Pitäisikö osa nykyisistä ohjaus hoitopolulta -toiminnoista olla osa hoitopolkua -palveluita?

- Ohjaus hoitopolulta:
 - VHO-mallissa sydänjärjestön toiminta on kuvattu prosessikaavioihin ja virallisiin hoitopolkuihin, mutta toimiiko ohjaus riittävän tehokkaasti?
 - Miten varmistetaan, että ohjaus on osa järjestelmää eikä riippuvainen terveydenhuollon henkilöstä?
- Vaikuttavuus ja kustannustehokkuus:
 - Vain pieni osa järjestön tuottamasta lisäarvosta näkyy suoraan avaintulosmittareissa.
 - Olisiko järjestön rooli tehtävä näkyväksi erillisillä kysymyksillä?

6. Verkostomallit perustuvat sopimukseen

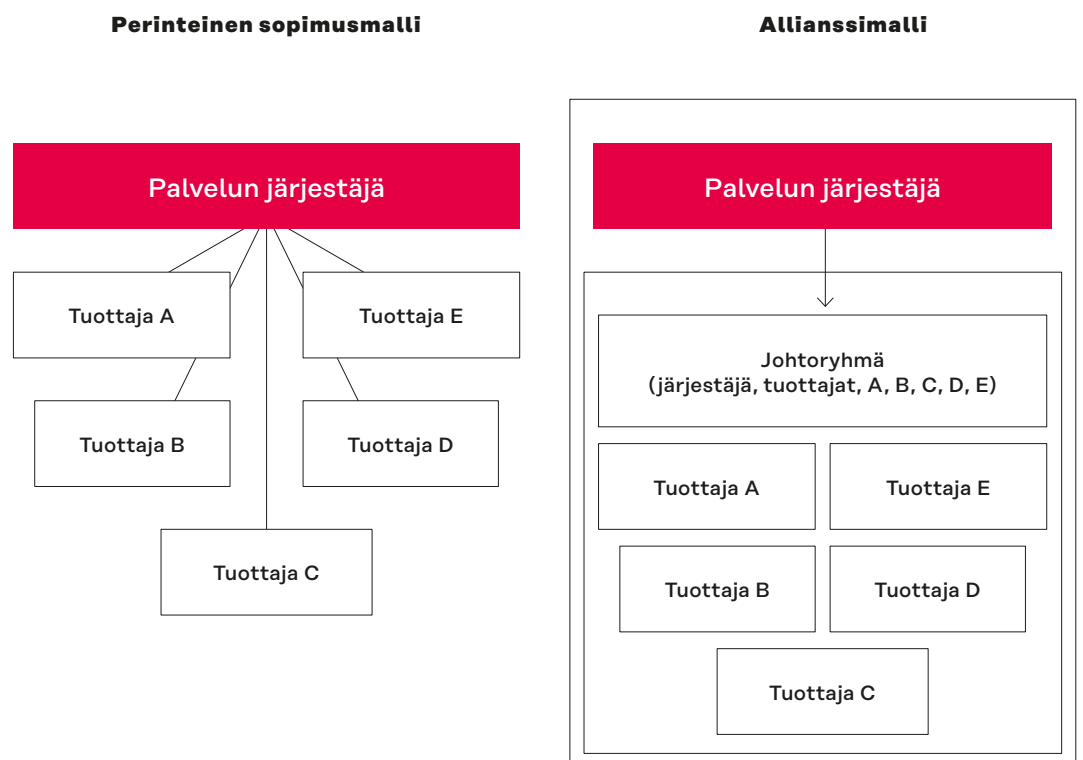
Organisoituminen ja hallintomallit perustuvat verkostomalleissa sopimukseen. Sopimukset painottavat enemmän osapuolten välisiä suhteita kuin suoritteita yhteisen päämäärän ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Sopimuksellisuus mahdollistaa sote-palveluissa tärkeän järjestösektorin osallistumisen verkoston toimintaan.

Verkostomallit, kuten hyvinvointialianssi ja VHO-yhteistyömalli, eivät ole juridisia oikeushenkilöitä, vaan organisoituminen ja hallintomallit perustuvat sopimukseen. Hyvinvointialianssissa päätösvaltaa käyttää johtoryhmä (AJR) ja VHO-yhteistyömallissa

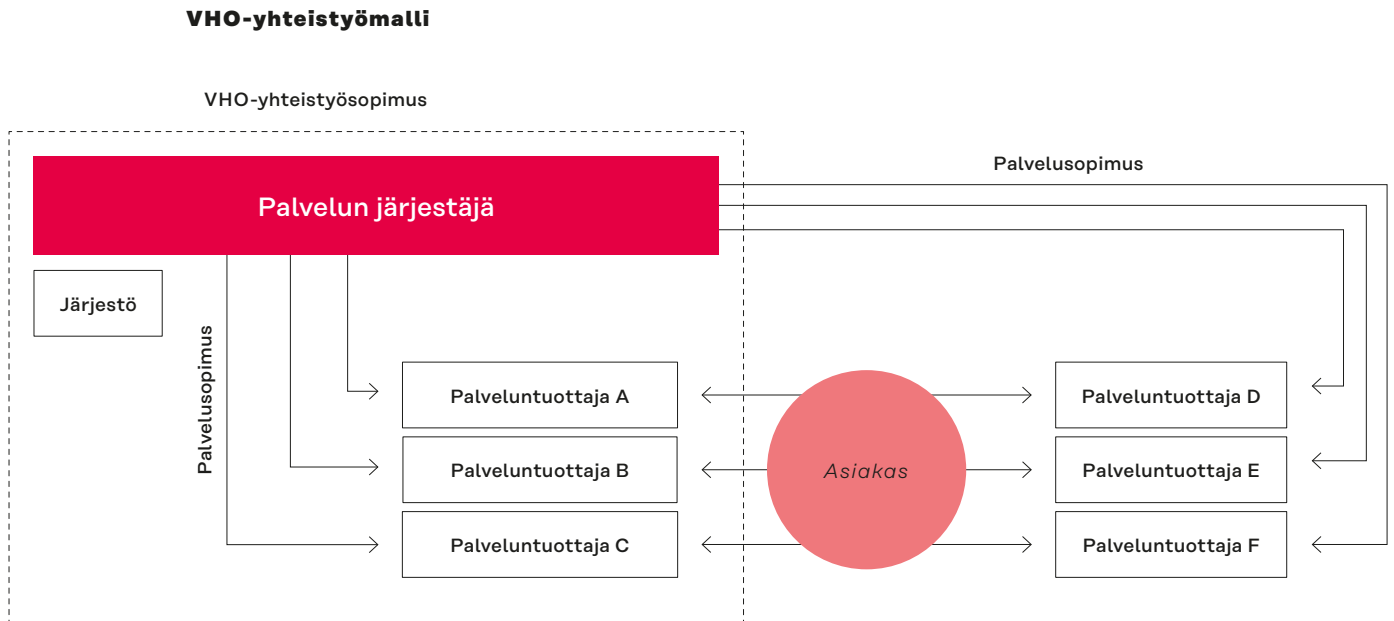
ohjausryhmä (VOR), joiden päätöksenteko perustuu yksimielisyyteen. Kukin osapuoli nimeää ryhmiin päätösvaltaisen edustajansa.

Operatiivista toimintaa johtaa puolestaan hyvinvointialianssissa projektiryhmä (APR) ja VHO:ssa kliininen ryhmä (VKR), joihin

Kuva 15. Yhteinen johtoryhmä erottaa allianssimallin perinteisestä sopimusmallista.



Kuva 16. Sopimuksellisuus VHO-yhteistyömallissa



kukin osapuoli nimeää edustajansa. Projekti-päällikkö toimii linkkinä ryhmien välillä ja vie ryhmien ratkaistavaksi muun muassa sellaiset asiat, joista ei muutoin päästä yksimielisyyteen.

Palveluiden hybridimäisen ohjausjärjestelmän johdosta sopimusten rooli verkostomalleissa korostuu. Erityisesti tämä heijastuu verkostomallien valmistelu- ja kilpailutusvaiheeseen. Tämän vuoksi järjestäjä joutuu kiinnittämään tavanomaista enemmän huomiota sopimuksiin verkostomalleja hyödynnettäessä. Lisäksi voi tulla tarkasteltavaksi, onko uusilla organisointitavoilla vaikutusta vallitsevan lainsäädännön kannalta palveluiden järjestämiseen ja hankintaan.

Samalla kun verkostomallien sopimuksellisuus lisää valmisteluvaiheiden työmäärää, toimii se kuitenkin merkittävänä mahdollistajana mm. organisoimisen, kannustamisen ja riskinjoen kannalta. Tavanomaista laajempi valmistelu pakottaa toimijat myös analysoimaan ja suunnittelemaan kokonaisuutta tavanomaista paremmin, mikä osal-

taan tukee myöhempiä tavoitteiden saavuttamista suhteessa perinteisiin toimintamalleihin. Hyvinvointiallianssin kehitys- ja toteutusvaiheiden ja VHO-yhteistyömallin sopimusmallit ovat esitetty liitteinä 2–4.

Lainsäädäntö varmistaa sote-palveluiden erityispiirteiden huomioimisen

Sote-palveluiden tuottamiseen liittyy kiinteästi toimialaa koskevan lainsäädännön ja luvanvaraisuuden huomioiminen. Järjestäjän tulee huomioida tämä uusia verkostomalleja sovellettaessa. Keskeistä on huomioida myös muu soveltuva substanssilainsäädäntö, kuten julkisrahoitteisten palveluiden järjestämiseen liittyvä hankintalainsäädäntö.

Substanssilainsäädännössä voi olla myös nimenomaisesti sote-palveluita koskevia erityissäännöksiä. Esimerkiksi julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annetun lain 108 §:ssä määritellään käyttäjien tarpeiden huomioiminen sote-

palveluissa – joka asiakaskeskeisissä verkostomalleissa erityisesti korostuu – seuraavasti:

”Sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnassa palvelun käyttäjien yksilöllisten ja pitkäaikaisten sekä toistuvien hoito- tai sosiaalipalvelujen turvaamiseksi hankintayksikön on otettava huomioon käyttäjien erityistarpeet ja kuuleminen siten kuin muualla laissa säädetään.

Sen lisäksi, mitä 1 momentissa säädetään, hankintayksikön on sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnassa otettava huomioon palvelujen laatuun, jatkuvuuteen, esteettömyyteen, kohtuuhintaisuuteen, saatavuuteen ja kattavuuteen, eri käyttäjäryhmien erityistarpeisiin, käyttäjien osallistumiseen ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseen sekä innovointiin liittyvät tekijät.

Pitkäkestoisia hoito- ja asiakassuhteita koskevan sosiaali- ja terveyspalvelun hankinnassa hankintayksikön on määrittävä sopimusten kesto ja muut ehdot siten, että sopimuksista ei muodostu kohtuuttomia tai epätarkoituksenmukaisia seurauksia palvelun käyttäjille.”

Sote-palveluiden keskeinen lainsäädäntö kattaa puolestaan seuraavat lait (sosiaali- ja terveysministeriö 2018):

- Perusoikeudet ja järjestämisvastuu
 - Suomen perustuslaki 731/1999
 - Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992
- Terveydenhuollon palvelujen käyttäjät
 - Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Sosiaalihuoltopalvelut
 - Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
 - Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000
- Terveyspalvelut
 - Terveydenhuoltolaki 1326/2010
 - Kansanterveyslaki 66/1972
 - Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989

- Sosiaali- ja terveyspalveluja koskeva erityislainsäädäntö
 - Lastensuojelulaki 417/2007
 - Varhaiskasvatuslaki 36/1973
 - Päihdehuoltolaki 41/1986
 - Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977
 - Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987
 - Laki omaishoidon tuesta 937/2005
 - Perhehoitolaki 263/2015
 - Laki kuntouttavasta työtoiminnasta 189/2001
 - Työterveyshuoltolaki 1383/2001
 - Mielenterveyslaki 1116/1990
 - Laki hedelmöityshoidoista 1237/2006
 - Tartuntatautilaki 1227/2016
 - Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013
- Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö
 - Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015
 - Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Verkostomallien hyödyntämisessä keskeinen muu lainsäädäntö mm.

- Laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista (1397/2016)
- Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999)
- Laki tilaajan selvitysvelvollisuudesta ja vastuusta ulkopuolista työvoimaa käytettäessä (1233/2006)
- Laki kaupallisten sopimusten maksuehdoista (30/2013)
- Arvonlisäverolaki (1501/1993)

Hankintalainsäädännön vaikutus verkostomalleihin

Hankintadirektiivin mukaan tilanteita, joissa kaikilla tietyt edellytykset täyttävillä toimijoilla on erotuksetta oikeus harjoittaa tiettyä toimintaa, kuten asiakkaan valinnanvapauden perustuvat järjestelmät ja palvelusetelijärjestelmät, ei olisi pidettävä hankintana vaan lupajärjestelminä. Hankintalain

hankintasopimusmääritelmää on edelleen täsmennetty siten, että asiakasvalintajärjestelmät, kuten palveluseteli tai vastaavat, eivät kuulu hankintalain soveltamisalan piiriin, jos ne on toteutettu tavalla, joka mahdollistaa markkinoille pääsyn.

Valinnanvapauteen perustuvassa järjestelmässä hankintayksiköt siirtävät päätöksentekovallan palveluntuottajan valinnasta asiakkaalle.

Näin ollen asiakasvalintajärjestelmiä, joissa hankintayksikkö ei itse käytä valtaa palveluntuottajien valinnassa muutoin kuin asettamalla vähimmäisvaatimuksia valittavien palveluntuottajien piiriin pääsemiseksi, ei pidetä hankintana eikä niihin sovelleta hankintalakia. Toisin sanoen niitä ei kilpailuteta. Mikäli asiakkaan valinnanvapautta rajoitetaan tai ohjataan jollain tavoin, kyse ei ole valinnanvapausjärjestelmästä vaan hankintalain mukaisesti kilpailutettavasta julkisesta hankinnasta.

Hankintayksiköt tekevät julkisia hankintoja tehdessään päätöksen siitä, kuka tai ketkä tarjouskilpailun voittaa tai voittavat. Valinnanvapauteen perustuvassa järjestelmässä hankintayksiköt taas siirtävät päätöksentekovallan palveluntuottajan valinnasta asiakkaalle. Asiakas valitsee siten itse täysin vapaasti haluamansa sopimuspalveluntuottajan.

Valinnanvapausjärjestelmää voidaan verrata toimilupaan, jossa kaikki lupaehdot täyttävät yritykset voivat tarjota palvelujaan ehtojen sallimissa rajoissa, eikä luvan myöntäjä käytä mitään tarkoituksenmukaisuus- tai tarvehankintaa yritysten määrän rajoittamiseksi. Hankintayksikkö ei siten vertaile keskenään palveluntuottajia eikä valitse

näistä kokonaistaloudellisesti edullisinta. Tällöin kyse ei ole julkisesta hankinnasta.

Verkostomalleissa järjestäjän toimintoja ja markkinoilla olevia toimintoja yhdistellään siinä määrin kuin järjestäjä katsoo tarpeelliseksi. Jos hankintayksikkö asettaa runsaasti itse lainsäädäntöön perustumattomia yksityiskohtaisia vaatimuksia palveluntuottajille, järjestely lähestyy luonteeltaan hankintasopimusta. Näin on esimerkiksi hyvinvointiallianssissa, jossa prosessi etenee määrittelyn kautta hankintasopimukseen. VHO-yhteistyömalli taas mahdollistaa osallistumisen tiettyyn VHO:hon yhteistyösopimuksella erotuksetta kaikille sopimuspalveluntuottajille näitä rajaamatta.

VHO-yhteistyömalliin voi kokonaisuuden mukaan liittyä vaihteleva määrä järjestäjän omia toimintoja ja markkinatoimintoja. Markkinoilla olevat toiminnot voivat olla esim. vapaan valinnan piirissä olevia palveluja, joihin palveluntuottajat ovat hakeutuneet tuottajiksi, ja ne voivat näin vapaaehtoisesti liittyä myös VHO:hon. Myös ei-markkinoilla olevat toimijat voivat liittyä vapaaehtoisesti VHO:hon, mikäli näillä on palvelusopimus järjestäjän kanssa.

Sopimusten erityispiirteitä verkostomalleissa

Sopimusten kannalta hyvinvointiallianssi ja VHO eroavat toisistaan, vaikka yleisten ehtojen puolesta niissä onkin runsaasti yhtäläisyyttä. Hyvinvointiallianssissa sopimus on hankintasopimus ja VHO:ssa yhteistyösopimus. Molempien verkostomallien sopimusten tarkoituksena on kuitenkin painottaa enemmän osapuolten välisiä suhteita kuin suoritteita yhteisen päämäärän ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Verkostomalleissa osapuolet sitoutuvat yhteisiin pelisääntöihin tavalla, joka parhaiten tukee kaikkia osapuolia saavuttamaan yhdessä hoitopolulle tai kokonaisuudelle parhaan lopputuloksen kaikilla tavoitealueilla.

Hyvinvointiallianssissa sopimuspalkkiot perustuvat palveluntuottajille korvattaviin kustannuksiin ja etukäteen sovittuun palkkio-

Taulukko 11.

Tampereen kaupungin sydänpotilaan VHO-pilotin yhteiset pelisäännöt

Peruseriaatteet:

1. Vaalimme osapuolten välistä yhteistyötä
2. Noudatamme tiedon avoimuuden periaatetta hoitopolun seurannassa ja ohjaamisessa
3. Teemme päätökset hoitopolun parhaaksi -periaatteella
4. Kannamme vastuun tuloksista yhdessä (voitamme tai häviämme yhdessä)
5. Emme tavoittele etua toisen osapuolen kustannuksella
6. Vaalimme osapuolten yhtäläisiä oikeuksia
7. Korostamme asiakkaille arvoa lisäävää työtä vaikuttavuuden ja asiakastyytyväisyyden parantamiseksi
8. Korostamme asiakkaille arvoa tuottamattoman työn poistamista kustannustehokkuuden parantamiseksi
9. Rohkaisemme innovatiiviseen kehittämiseen (tavoitteena erinomaiset tulokset)
10. Erimielisyyttä aiheuttavissa tilanteissa emme syyttele tai painosta ja teemme päätökset viivytyksettä

Lisäksi päivittäisessä toiminnassa:

- A. Kannustamme toisiamme ja henkilöstöä ajattelemaan vapaasti ja innovatiivisesti
- B. Keskustelemme avoimesti ja rehellisesti, kuuntelemme ja kunnioitamme toisten mielipiteitä
- C. Sitoudumme haastaviin tavoitteisiin tietämättä välttämättä etukäteen, kuinka niihin päästään
- D. Otamme vastuun teoistamme ja niiden vaikutuksista
- E. Annamme tunnustusta toisillemme ja henkilöstölle onnistumisista

tasoon. VHO-yhteistyömallissa osapuolet voivat saada kannustinpalkkioita tai sanktioita jaetun arvon (säästön) perusteella. Molemissa verkostomalleissa palveluntuottajille voi kohdistua riskinjakoja tai sanktiomaksua sopimusehtojen mukaan.

Verkostomallit mahdollistavat laajoissa ja monimutkaisissa hoitopoluissa tai kokonaisuuksissa järjestösektorin, kuten potilasjärjestöjen, osallistumisen ja vapaaehtoisuuden. Hyvinvointiallianssissa järjestön

osallistuminen toteutuu lähtökohtaisesti allianssiryhmittymän kautta alihankintana tai siihen verrattavana yhteistyönä.

VHO-yhteistyömallissa järjestö voi kilpailuneutraalius huomioiden toimia järjestäjän osoittamana niin sanottuna VHO-kumppanina tai palveluntuottajaosapuolena. Järjestön toimiessa VHO-kumppanina sillä ei kuitenkaan ole kaikkia samoja oikeuksia ja velvollisuuksia kuin järjestäjällä ja palveluntuottajilla.

7. Kansainvälisiä esimerkkejä yhteistyömalleista

Murros volyymiperusteisista arvoperustaisiin sote-palveluihin on käynnistynyt maailmanlaajuisesti. Kansainvälinen kehitys on johtanut sovelluksiin, joista yksinkertaisimmat ovat palveluiden paketoitua ja kehittyneimmät sote-kokonaisuuksien riskien yhteistä jakamista ja jaetun arvon periaatteiden noudattamista.

Hyvinvointialianssi ja VHO-yhteistyömalli liittyvät arvoperustaiseen terveydenhuoltoon (engl. *Value Based Healthcare, VBHC*).

VBHC:ssä arvossa on kyse ennen kaikkea hoidon tuloksista – tuloksista yksikkökustannusta kohden tietyn sairauden tasolla – ja siinä arvon muodostumista tulisi tarkastella koko hoitoketjun tasolla yksittäisen toimenpiteen, palvelun tai käynnin sijaan. Arvon luomisen katsotaan VBHC:ssä olevan terveydenhuollon perimmäinen tehtävä, joka voi yhdistää kaikki eri osapuolet.

Euroopassa arvoperustaisuuden soveltamista on tapahtunut vasta viime vuosina, vaikka useat valtiot ovat jo finanssikriisistä 2007–2008 alkaen etsineet keinoja saada enemmän vaikuttavuutta terveydenhuollon budjeteillaan.

Michael E. Porter ja Mark R. Kramer (2011) katsovat, että kestävä ratkaisun tulisi perustua taloudellisen arvon luomiseen yhteiskunnallista arvoa luomalla. Ratkaisuksi he ovat esittäneet jaetun arvon periaatetta, joka lähtee taloudellisen arvon luomisesta tavalla, joka luo arvoa myös yhteiskunnan tarpeisiin. Kyse on osapuolten luoman arvon

kohdistamisesta ja tekemisestä näkyväksi eri sidosryhmille, yhteiskunta mukaan lukien.

Euroopassa arvoperustaisuuden soveltamista on tapahtunut vasta aivan viime vuosina, vaikka useat valtiot ovatkin jo finanssikriisistä 2007–2008 alkaen etsineet keinoja saada enemmän vaikuttavuutta terveydenhuollon budjeteillaan (The Economist Intelligence Unit 2016). Terveydenhuoltojärjestelmätasolla kymmenien OECD-maiden terveysministerit työskentelevät vaikuttavuuden mittaamisen vakioimiseksi, joka johtanee lähivuosina mittaamisen standardointiin OECD-maissa (Åkerman 2017). Käytännön sovelluksia on lisäksi maailmanlaajuisesti tarkasteluna viety varsin pitkälle.

Kansainvälisiä käytännön sovelluksia

Arvoperustainen terveydenhuolto on johtanut pääasiassa kahdentyyppisiin käytännön pilotteihin ja sovelluksiin. Yksinkertaisimmat sovellukset ovat palvelukokonaisuuksien paketoitua (engl. *bundled payment*), jossa hoitokokonaisuus, kuten esimerkiksi tekonivelleikkauspotilaan hoitopolku, hinnoitellaan kokonaisuutena ja jossa vaikuttavuustuloksia voidaan sitoa palveluntuottajien korvaukseen.

Vaativimmat sovellukset liittyvät jaetun arvon soveltamiseen (engl. *shared value*), jossa hoitokokonaisuuden säästöt ja riskit jaetaan huomioiden aikaansaadut vaikuttavuustulokset. Varhaiset kokemukset käytännön

Taulukko 12.

Maakohtaisia kehitys-
askeleita arvo-
perustaisessa
terveydenhuollossa

Kehitysaskelaita	
Ruotsi	<p>Seitsemän maakuntaa ovat työskennelleet vuodesta 2013 saakka ns. SVEUS-konseptissa kehittämään arvoperustaisen terveydenhuollon yhteistä ohjaus- ja hallintajärjestelmämalleja.</p> <p>Selkäleikkauksissa on sovellettu Bundled Payment -mallia, jossa maakuntajärjestäjä määritteli leikkauksille pakettihinnat ja komplikaatiotakuun ja jossa korvaus perustui potilaiden hoidon tuloksiin ja vaikutuksiin sekä osittain (10 %) myös potilaan kokeman kivun vähentymiseen.</p> <p>Kun potilaat ymmärtävät eturauhassyövän hoitotuloksia, se on johtanut potilaiden hakeutumiseen Euroopan johtaviin eturauhassyövän hoitokeskuksiin.</p>
Hollanti	<p>Parlamentti kannustaa kehittämään hoitotuloksiin sidottuja terveydenhuollon maksumalleja.</p> <p>Vakuutusyhtiöt ovat kehittämässä mm. tekonivelleikkaushoitoihin palvelukokonaisuuskohtaisia hinnoittelumalleja (Bundled Payment), joka tukee hoidon integraatiota ja sisältää hoitojakson hoitotapahtumat.</p>
Yhdistynyt kuningaskunta	<p>NHS käynnisti vuonna 2015 The New Care Models (NCM) -ohjelman, jonka tavoitteena on vuonna 2014 julkaistun strategian ja vision mukainen terveydenhuollon kehittäminen sekä palvelujen parantaminen ja yhtenäistäminen Englannissa. NCM tavoittelee parempaa hoitoa, lähempänä potilaan kotia tapahtuvaa hoitoa sekä potilaan hoitoon ohjauksen selkeyttämistä. Pilotityksikköjen rahoitus vuosina 2015–2017 oli noin 226 miljoonaa puntaa. Valitut 50 vanguardia työskentelevät piloteissa uusilla hoitomalleilla parantaakseen yli viiden miljoonan ihmisen hoitoa.</p> <p>Walesin alueella Isossa-Britanniassa pilotoidaan kaihileikkausten hankintaa hoitotulosten perusteella.</p>
Australia	<p>Uuden Etelä-Walesin osavaltio Australiassa on uudistamassa terveydenhuoltojärjestelmäänsä volyymipohjaisesta arvoperustaiseen korvausmalliin.</p>
Yhdysvallat	<p>Yhdysvalloissa aloitti vuonna 2012 The Medicare Shared Savings -ohjelma, johon liittyy Accountable Care Organization (ACO) -malli. Mallin tavoitteena on tuottaa parempaa hoitoa potilaille, parempaa terveyttä väestölle sekä matalampia kustannuksia terveydenhuoltojärjestelmän parannusten kautta. Vuonna 2018 ACO-jen määrä oli tarkasteluhetkellä 561 ja niissä mukana olevia edunsaajia on 10,5 miljoonaa. Edunsaajien määrä on yli kolminkertaistunut kuuden toimintavuoden aikana. Toimintavuonna 2016 ACO:ista 56 % kerrytti säästöjä ja 31 % kerrytti jaettuja säästöjä. Kaikkien ACO-mallien yhteenlasketut säästöt vuonna 2016 olivat 836 M\$. ACO-mallien kokonaissäästöissä on havaittavissa kasvava trendi vuodesta 2012 vuoteen 2016.</p> <p>Yhdysvaltain liittovaltion Health and Human Services -yksikön tavoitteen mukaan 50 % sen alaisen Medicaren eli Yhdysvaltain liittovaltion yli 65-vuotiaille ja tietyille erityisryhmille tarkoitetun sairausvakuutusohjelman maksuista tulee olla sidottu laatuun tai arvoon vaihtoehtoisilla maksumalleilla vuoteen 2018 mennessä.</p>

sovelluksista ja piloteista ovat molemmissa ryhmissä olleet positiivisia.

Verkostomalleista käytännön sovelluksia löytyy muun muassa Isosta-Britanniasta ja Yhdysvalloista. The National Health Service (NHS) aloitti vuonna 2015 The New Care Models -ohjelman, jolla tarkoitetaan Englannissa alkanutta terveydenhuollon kehitysohjelmaa. Sen tavoitteena on terveydenhuollon kehittäminen ja yhtenäistäminen. Esimerkiksi vuonna 2015 aloitti 50 pilottiyksikköä (vanguard), jotka keskittyivät paikallisesti hoidon koordinointiin ja yhtenäistämiseen aina tehostetusta kotihoitodosta akuuttihoidon yhteistyöhön. Kunkin pilottiyksikön toimintamalli on sovitettu paikalliseen yhteisöön ja ympäristöön sekä suunniteltu yhdessä kuntien ja potilaiden kanssa (The National Health Service 2016).

Yhdysvalloissa Centers for Medicare & Medicaid Services aloitti vuonna 2012 The Medicare Shared Savings -ohjelman (MSSP). Medicare on Yhdysvaltain liittovaltion sairausvakuutusohjelma yli 65-vuotiaille ja tiettyihin erityisryhmiin kuuluville kansalaisille. MSSP-ohjelman tavoitteena on tuottaa parempaa terveyttä yksilö- ja väestötasolla sekä madaltaa terveydenhuollon kustannusten kasvuvauhtia. MSSP-ohjelmaan liittyy Accountable Care Organization (ACO) -malli, josta löytyy jo satoja käytännön sovelluksia (Centers for Medicare & Medicaid Services 2018).

ACO on vapaaehtoisuuteen perustuva ohjelma, joka antaa tuottajille eli sairaaloille, lääkäreille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille mahdollisuuden muodostaa uudenlainen terveydenhuollon vastuullinen

Taulukko 13.

The New Care Models
-ohjelman löydöksiä ja
oppeja

Muokattu lähteestä: The
Health Foundation 2017

1.	Aloita keskittymällä tiettyyn väestöön
2.	Ota alusta lähtien perusterveydenhuolto mukaan
3.	Mene sinne, missä on uudistushalua
4.	Käytä aikaa kumppaneiden kanssa ja muodosta yhteinen käsitys olemassa olevista haasteista
5.	Käsittele läpikotaisesti oletukset, miten tietyt toimet aikaansaavat tuloksia
6.	Etsi keinoja oppia muilta ja arvioi väliintulojen sopivuutta
7.	Aseta muutokselle tiimi, joka huolehtii projektihallinnosta, laadun parantamisesta, data-analyysistä ja viestinnästä
8.	Jaa päätöksenteon roolit
9.	Panosta henkilöstön kehittämiseen kaikilla tasoilla
10.	Testaa, arvioi ja omaksu, jotta kehitys on jatkuvaa

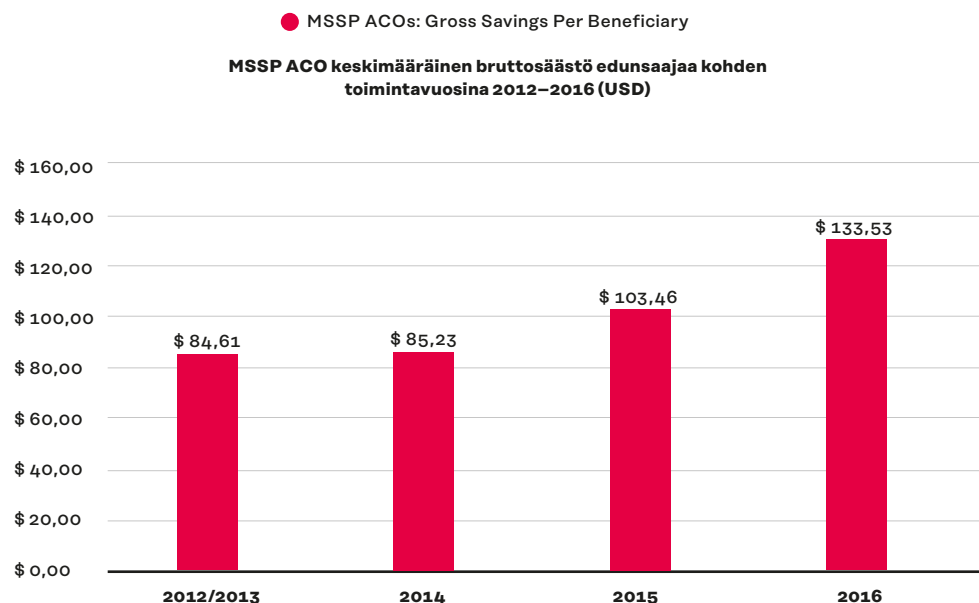
hoitoyksikkö (ACO). Mallissa palveluntuot-
tajista koostuva organisaatio ottaa yhdessä
vastuun tietystä hoitokokonaisuudesta,
kustannuksista sekä sairaskorvattujen
hoidon laadusta (Centers for Medicare &
Medicaid Services 2018).

ACO:ssa järjestäjä korvaa hankitut
palvelut ACO:lle osittain samoin kuin
suoriteperusteisessa mallissa. Riskinjoon
osalta ACO voi valita joko yksipuolisen tai

kaksipuolisen riskinjakomallin. Yksipuoli-
sessa mallissa ACO:n osapuolet voivat
saada osan aikaansaamastaan säästöstä
järjestäjältä jaetun säästön periaatteella,
mutta eivät ole velvollisia vastaamaan
tavoitekustannusten ylityksistä. Kaksipuoli-
sessa mallissa ACO jakaa aikaansaadut
säästöt tai vastaa kustannusylityksistä
yhdessä järjestäjän kanssa (Centers for
Medicare & Medicaid Services 2015).

Kuva 17. ACO-yksiköiden saavuttamia keskimääräisiä bruttosäästöjä edunsaajaa kohden 2012–2016

(muokattu lähteestä: National Association of ACOs 2017).



8. Suositukset ja askeleet verkostomallien hyödyntämiseen

Verkostomallit voivat merkittävästi parantaa sote-palveluiden järjestäjien kyvykkyyttä 2020-luvulla. Ne tarjoavat arvoperustaisen työkalun sote-palveluiden järjestämiseen asiakkaan parhaaksi tavalla, joka parantaa myös palveluiden vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Verkostoja ei pidä nähdä siellä, missä niitä ei ole, mutta niitä tulisi hyödyntää siellä, missä niitä tarvitaan.

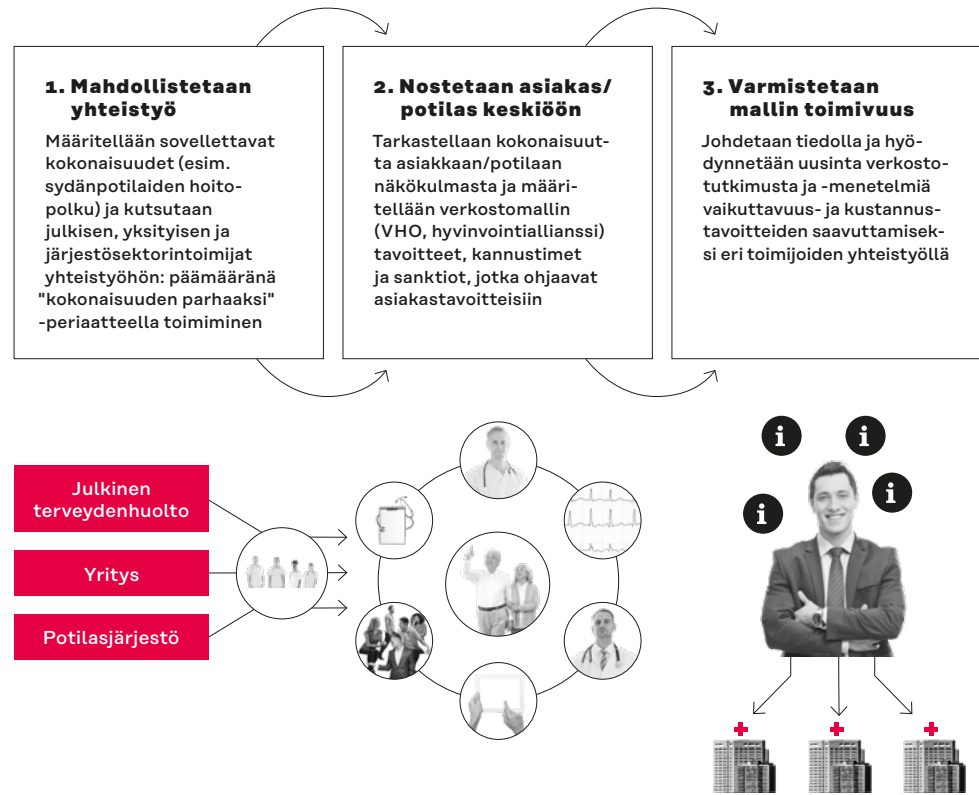
Tampereella käyttöönotetut verkostomallit pohjautuvat jo 1990-luvulla Suomessa aloitettuun hoitoketjujen kehitystyöhön, muilla toimialoilla jo laajasti sovellettuun allianssimalliin ja kansainvälisiin terveydenhuollon arvoperustaisiin yhteistyömalleihin. Sovelluksien avulla vaikuttavia palveluja monimutkaisiin ja laajoihin palvelukokonaisuuksiin voidaan tuottaa julkisen, yksityisen ja järjestösektorin yhteistyönä organisaatio-rajapinnoista huolimatta.

Mikäli verkostomalleilla pystytään hyödyntämään edes murto-osa siitä potentiaalista,

joka palvelukokonaisuuksissa kustannusvaikutavuuden näkökulmasta piilee, voidaan konkreettisesti tukea sote-uudistukselle asetettujen tavoitteiden saavuttamista, mutta myös siitä riippumatta tukea nykyisten järjestäjien tavoitteiden saavuttamista. Silloin kun palvelutarve on selkeästi määriteltävissä eikä merkittäviä integraatiohaasteita ole, järjestäjän todennäköisesti tehokkaimmat vaihtoehdot ovat järjestäjän oma tuotanto, palveluntuottajien kilpailuttaminen tai asiakasvalintajärjestelmät. Verkostomallit taas toimivat parhaiten silloin, kun tarvitaan yhteistyötä.



Kuva 18. Askeleet potilaskeskeisten verkostomallien hyödyntämiseen julkisen, yksityisen ja järjestösektorin yhteistyönä



Järjestäjän tarkistuslista verkostomallien hyödyntämiseksi

Verkostomallien hyödyntäminen vaikuttavuuden lisäämiseksi sote-palveluissa käynnistyi 2010-luvulla ajatusten tasolla, julistuksina ja käytännön kokeiluina.

Hyvinvointialianssi sopii hyvin laajoihin alueellisiin, selkeästi rajattavissa oleviin palvelukokonaisuuksiin, joissa palvelut sopivat ryhmittymän toteutettaviksi. Hyvinvointialianssi aloitti toimintansa vuonna 2018 Tampereen Tesomalla.

VHO-yhteistyömalli sopii puolestaan hyvin monimutkaisiin hoitopolkuihin, joissa on useita palveluntuottajia, mutta joista kukaan ei yksin kykene täysin hallitsemaan kokonaisuutta. Sydänpotilaiden hoitopolkuun aletaan soveltaa VHO-yhteistyömallia Tampereella eri toimijoiden yhteistyönä vuonna 2021.

Jäljempänä on esitetty näkökulmia sote-palveluiden järjestäjille verkostomallien hyödyllisyyden, toteutuskelpoisuuden ja toimeenpanon arvioimiseksi. On huomattava, että sote-järjestäjän tarvitsema ratkaisu voi tapauskohtaisesti löytyä verkostomalleja räätälöimällä. Tällainen voi tulevaisuudessa olla esimerkiksi vahvasti perusterveydenhuollosta ohjattava yhteistyömalli.

Tampereen yliopiston johtamiskorkeakoulun Hyper-tutkimusryhmä on syksyllä 2018 suorittanut Tesoman hyvinvointialianssin ja sydänpotilaan VHO-yhteistyömallin ulkopuolisen arvioinnin. Hypertutkimusryhmän vinkit hybridimuotoisten yhteistyömallien suunnitteluun on koottu taulukkoon 17. Lisäksi Nordic Healthcare Group (NHG) teki arvion VHO-yhteistyömallista keväällä 2021.

Taulukko 14. Järjestäjän verkostomallien hyödyntämisen itsearviointi.

<p>Vastuulla yli 5000 potilaan alueellisia tai sairauskohtaisia kokonaisuuksia, joissa järjestämis-, integraatio- tai kustannushaasteita?</p> <p>Kyllä Yksilöi (alueet ja/tai sairausryhmät, esim. sydänsairaudet, diabetes)</p> <p>Ei Tarkista ensin muiden kuin verkostomallien soveltuvuus</p>	<p>Tarkasteltavien kokonaisuuksien vaikuttavuus ja kustannukset tiedossa (eri palveluntuottajien osalta)?</p> <p>Kyllä Vakioi mittaamista ja altista tulokset vertaisarvioinnille</p> <p>Ei Kerää tietoa alueittain, hoitopoluittain tai kokonaisuuksittain ja analysoi</p>	<p>Laajojen ja/tai monimutkaisten kokonaisuuksien vaikuttavuudessa ja kustannusvaikuttavuudessa parannettavaa?</p> <p>Kyllä Harkitse verkostomallien hyödyntämistä</p> <p>Ei Vakioi mittaamista, vertaisarvioi ja julkaise tulokset</p>
<p>Valmiutta verkostomallin hyödyntämisen valmisteluvaiheeseen?</p> <p>Kyllä Analysoi kokonaisuuden dataa ja vuorovaikuta osapuolten kesken</p> <p>Ei Kerää tietoa ja/tai vertaisarvioi</p>	<p>Järjestäjän oma organisoituminen, roolit ja vastuut määritelty?</p> <p>Kyllä Valitse tarpeisiin parhaiten sopiva verkostomalli</p> <p>Ei Organisoidu ja valitse parhaiten sopiva toteutusmalli</p>	<p>Valmiutta toteutukseen ja verkostomallien hyödyntämiseen?</p> <p>Kyllä Aloita valmisteluvaihe heti</p> <p>Ei Kehitä ensin organisoitumista, etene kokeillen ja pilotoiden</p>

Taulukko 15.

Verkostotyökalujen eroja.

Elementti	Hyvinvointiallianssi	VHO-yhteistyömalli
Osallistuminen	Osallistumishakemusmenettely, julkinen hankintamenettely	Vapaaehtoinen liittyminen (sopimuspalveluntuottajat) tai julkinen hankintamenettely
Järjestäjän oman tuotannon rooli	Yhteistyö hyvinvointiallianssin valitun palveluntuottajan tai ryhmittymän kanssa	Osallistuminen VHO-yhteistyömalliin osapuolena järjestäjän rajaaman mukaisesti
Yksityisten palveluntuottajien rooli	Hankintamenettelyssä valitut palveluntuottajat ja hyvinvointiallianssin osapuolena	Vapaaehtoisesti liittyneet osapuolena, liittyminen ei pakollista (ts. voi olla palveluntuottaja VHO:n alaisissa palveluissa, vaikka ei haluaakaan liittyä VHO:hon)
Järjestön rooli	Mukana, jos järjestö hankintamenettelyn kautta osallistuu ja valitaan tai järjestäjä määritellyt mekanismin ja vaatimukset järjestön roolille tai hyvinvointiallianssi muutoin sopii yhteistyöstä valitsemansa järjestön kanssa	Järjestäjä voi osoittaa järjestön VHO-kumppanina osapuoleksi (ei samoja vastuita tai oikeuksia kuin palveluntuottajaosapuolilla) tai järjestö voi muutoin osallistua VHO-kumppanina (huom. kilpailuneutraalius)
Osallistujat	Hankintamenettelyssä valittu tai valitut palveluntuottajat sekä muut valitun palveluntuottajan tai ryhmittymän alihankkijoina	Halukkaat palveluntuottajat ja mahdolliset VHO-kumppanit
Kesto-aika ja sitoutuminen	Pitkän aikavälin verkostomalli, valmistelu + 5–10 vuoden sopimuskausi. Palveluntuottajaosapuolen vahva sitoutuminen, järjestäjä voi tietyin kriteerein irtautua	Keskipitkän aikavälin verkostomalli, valmistelu + 3–5 vuoden sopimuskausi. Kesken kauden voi osapuoli vuosittain erota tai uusi osapuoli liittyä
Sopimusmalli	Hankintasopimus	Yhteistyösopimus
Korvaukset	Pääasiassa kustannusten korvaus & palkkio (open book)	Kustannusten korvaus lähtökohtaisesti järjestäjän ja palveluntuottajien keskinäisten palvelusopimusten perusteella. Kannustimet ja riskinjako yhteistyösopimuksella (jaettu arvo)
Hankinta	Julkinen hankinta, vuorovaikutteinen menettely	Vapaaehtoisuus tai julkinen hankinta

Taulukko 16.

Järjestäjän verkostomallin valmistelun tarkistuslista.

Toiminto	Aloitettu	Valmistelu	Toimeenpano
1. Strategia, palvelustrategia			
2. Yli 5000 asiakkaan tai potilaan loogiset ja keskeiset kokonaisuudet, joissa perinteisillä ohjauksella haasteita			
3. Vaikuttavuuden ja kustannusten mittaus (data-analyysi, esim. läpileikkauksena tai tutkimuksena)			
4. Vaikuttavuuden (vertais)arviointi			
5. Tavoitteiden asettaminen huomioiden järjestäjän strategia ja päätös verkostomallien hyödyntämisalueista palvelutuotannon ohjauksessa			
6. Tiedonkeruun ja data-analyysin toimintamallin vahvistaminen (kokonaisuudet)			
7. Eri osapuolten ja näiden nykyroolien tunnistaminen ja kartoittaminen valituissa kokonaisuuksissa			
8. Oma organisoituminen, roolit, vastuut			
9. Verkostomallin valinta tai räätälöinti			
10. Verkostomallin valmistelun käynnistäminen (julkinen hankinta tai vapaaehtoisuuteen pohjautuva malli)			
11. Kokonaisuuksien vaikuttavuustavoitteiden yksilöinti vaikuttavuuden nelikentällä kehitysvaihetta varten sekä sopimusmallin räätälöinti			
12. Kehitysvaiheen käynnistäminen			

Taulukko 17.

Hyper-tutkimusryhmän vinkit hybridien suunnittelun tueksi

Muokattu lähteestä: J. Vakkuri, J-E. Johanson, P. Kokko, T. Rajala, H. Laiho-
nen 2018.

Strategiset opit	
1.	Kannusta ja kiinnitä huomiota: a) palvelujärjestelmän kokonaisuuksiin, b) asiakaslähtöisyyden monipuoliseen huomiointiin
2.	Hyvinvointiallianssi ja VHO ratkaisevat ongelmia eri tavoin: niiden käyttökohte ja hyödyllisyys on mietittävä tapauskohtaisesti
3.	Tavoitteiden rooli hybridien elinkaaren eri vaiheissa: verkostoon sitoutuminen vs. toiminnan strateginen ohjaaminen
4.	Sitoutuminen ja sitouttaminen keskeisessä roolissa: mahdollistaa toimintatapojen kestävän muutoksen, toisilta oppimisen, verkoston pitkän aikavälin toimivuuden
5.	Mittaamisen kehittäminen on edellytyksenä jaetun arvon periaatteen toteutumiselle ja sen hyväksyttävyydelle
Käytännön vinkit	
6.	Eritasoisiin tavoitteisiin riittävän selkeä fokus ja ketjutus/tarina
7.	Datan integraatiosta on huolehdittava
8.	Jokapäiväisten asioiden johtamisessa vastuunjakotaulukko on hyödyllinen

NHG:n suositukset ja arviot VHO-mallista

VHO-yhteistyömallin tavoitteena on parantaa vaikuttavuuden lisäksi hoidon asiakaslähtöisyyttä ja kustannustehokkuutta. Lähtötilanteessa vastuu hoidosta jakautuu useille eri organisaatioille, joiden välistä yhteistyötä VHO-yhteistyömallilla pyritään ohjaamaan.

Yleiset huomiot VHO-mallista:

- Valtaosa terveyspalveluista tuotetaan osana hoitoketjuja, joihin liittyy useiden organisaatioiden palvelutuotantoa. Hoitoketjujen ja yhteistyömallin kehittämiseksi mukaan tarvitaan vähintään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon edustajat.
- Tähänastisen valmistelutyön tuloksena on syntynyt merkittäviä yhteistyötä edistäviä pehmeitä rakenteita: yhteisiä keskustelufoorumeita, tavoitteita ja niiden toteutumista kuvaavia mittareita, jotka voivat olla hyvinkin kustannusvaikuttavia.
- Erityisesti mittaaminen kannustaa organisaatioita jo ilman siihen liitettävää kompensatiota. Mittaamista voidaan hyödyntää edelleen esimerkiksi yksiköitä vertailemalla tai optiokausien päätöksenteossa.
- Kaupallisen mallin kehittäminen ja toteuttaminen edellyttävät edelleen merkittävää jatkosuunnittelua, jotta mallista saadaan oikeudenmukainen ja organisaatioita mahdollisimman hyvin kannustava.
- Julkisesti omistetun tuottajan taloudellinen kannustaminen on harvinaista, ja vaikutuksia on vaikea ennakoida. Ohjausvaikutus ei oletettavasti ole yhtä vahva kuin yksityisellä sektorilla. Kannustimet on kokonaisvaikuttavuuden kannalta järkevintä rakentaa organisaatiokohtaisiksi ja ottaa huomioon toimijan koko vastuualue ja priorisoida tärkeimpiä vastuita.
- Luotuja yhteistyörakenteita kannattaa edelleen kehittää ja skaalata myös muihin potilasryhmiin.

Suosituksien jatkohyödyntämiseen:

- Tavoitteelliset yhteistyörakenteet, yhteiset tavoitteet sekä mittaaminen luovat informaatio-ohjaukseen perustuvan kannustinvaikutuksen, jota kannattaisi laajentaa myös muihin hoitoketjuihin.
- Järjestäjän näkökulmasta investointitarve on pieni, mutta potentiaaliset hyödyt varsin suuret.
- Mittareita voidaan hyödyntää yksiköiden vertailuun, mikä vahvistaa informaatio-ohjausta. Niitä voidaan hyödyntää myös sopimusohjauksen tukena.
- Velvoite osallistua järjestäjän tavoitteiden mukaiseen kehittämistyöhön on hyvä kirjata sopimuksiin.
- Kaupallista mallia kannattaa soveltaa palvelukokonaisuuksissa, joissa organisaatioilla on merkittävä rooli palvelutuotannossa ja mahdollisuus vaikuttaa mitattaviin lopputuloksiin.
- Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää muutoksia käytännön toiminnassa, joten rakenteiden lisäksi on syytä varmistaa, että yhteistyö tähtää konkreettisiin toimenpiteisiin.

Sanasto ja lyhenteet

15D Terveyteen liittyvää elämänlaatua mittaava yleiseen käyttöön soveltuva mittari, jolla terveydenhuollon asiakas voi itse arvioida elämänlaatuaan. Mittaria voidaan käyttää myös terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta arvioitaessa.

ACO Accountable Care Organization. Palveluntuottajista koostuva organisaatio Yhdysvalloissa terveydenhuollon Medical Shared Savings -ohjelmassa.

AJR Hyvinvointiallianssin johtoryhmä. Alianssin ylin päättävä elin, jossa osapuolilla on toimivaltainen edustus.

Allianssi Yhteenliittymä, jossa osapuolilla on yhteiset tavoitteet.

Allianssimalli Yhteistyömalli, joka perustuu yhteiseen sopimukseen vastuusta, suunnittelusta ja toteuttamisesta, yhteisestä allianssiorganisaatiosta, tuottamiseen liittyvien riskien ja hyötyjen jakamisesta ja avoimuuden periaatteiden noudattamisesta yhteistoiminnassa.

APR Hyvinvointiallianssin projektiryhmä. Johtaa ja koordinoi allianssin operatiivista toimintaa.

Avaintulosmittaristo Sopimusjaksolle asetettavat kannustinjärjestelmän keskeiset tavoitteet ja niiden mittarit.

DALY Disability Adjusted Life Years. DALY on menetettyjä toimintakykyisiä elinvuosia mittaava mittari. Yhtä DALY:n arvoa voidaan ajatella sairauden vuoksi menetettynä elinvuotena.

Hoitoketju Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen sopimus moniammatillisesta yhteistyöstä.

Hoitopolku Diagnoosein, suorituspaikoin tai muutoin määritelty ja rajattu looginen hoitokokonaisuus ja siinä asiakkaiden käyttämät palvelut.

Hybridi Palveluiden ohjausjärjestelmänä toimintamalli, jossa julkisen vallan ohjauksessa julkisten yksiköiden toiminta nivotaan pitkään- teiseen yhteistyöhön markkinatoimijoiden kanssa. Mallissa yhdistyvät asiakasarvoa tuottava, kustannustehokas ja joustava toiminta.

Hyper Tampereen yliopiston johtamiskorkeakoulun hybridihallinnan tutkimushanke.

Hyvinvointiallianssi Sosiaali- ja terveyspalvelujen tai muiden hyvinvointipalvelujen toteuttaminen allianssimallilla.

ICHOM International Consortium for Health Outcomes Measurement. ICHOM on voittoa tavoittelematon kansainvälinen asiantuntijoiden yhteenliittymä, jonka tavoitteena on muuttaa terveydenhuoltojärjestelmiä maailmanlaajuisesti mittaamalla ja raportoimalla terveydenhuollon tuloksia standardoidusti.

Jaettu arvo Periaate, joka lähtee taloudellisen arvon luomisesta tavalla, joka luo myös arvoa yhteiskunnan tarpeisiin.

Järjestäjä Sote-palveluiden järjestämisestä vastaava taho. Hyvinvointiallianssissa ja VHO:ssa ylin päättävä ja rahoittava taho.

Kapitaatio Sote-palveluiden korvausmalli, jossa korvaus toteutetaan kapitaatio- eli asukaslukuperusteisena niin, että siinä otetaan huomioon esim. sairastavuus ja ikärakenne.

Kaupallinen malli Tilaaajan tavoitteiden toteuttamiseen kannustava riskinjoon ja kannustamisen järjestelmä, jossa määritellään tavoitekustannus, kannustimet ja sanktiot.

KAS Kehitysvaiheen allianssisopimus.

KPI Key performance indicator, suorituskykymittari.

MSSP The Medicare Shared Savings Program. Yhdysvaltain liittovaltion Centers for Medicare & Medicaid Services -yksikön hallinnoima vapaaehtoinen ohjelma palveluntuottajille.

NHS National Health Service, terveydenhuollon rahoittamisen ja johtamisen organisaatio Englannissa.

NPS Net-Promoter-Score. NPS on suositte-
luhalukkuuteen perustuva asiakaskokemuksen ja -tyytyväisyyden mittaustyökalu.

Ohjausjärjestelmä Tapa organisoida palvelut ja niiden suunnittelu päämäärien saavuttamiseksi. Sisältää ne menettelytavat, joita noudatetaan sisäisessä ohjauksessa hallinnointiin ja muiden toimijoiden kanssa ulkoisessa ohjauksessa organisatorisiin ja johtamisen mekanismeihin.

Prem Patient Reported Experience Measures. Prem on mittari potilaan henkilökohtaisen kokemuksen arvioimiseksi saadusta hoidosta.

Prom Patient Reported Outcome Measures. Prom on mittari hoidon laadun arvioimiseksi potilaan näkökulmasta.

Promis 10 Patient Reported Outcomes Measurement Information System. Promis 10 on julkisesti saatavilla oleva maailmanlaajuinen terveydenhuollon mittari, joka sisältää 10 eri näkökulmaa. Se huomioi yleisiä terveys- ja toiminta-alueita, kuten yleinen fyysinen terveys, mielenterveys, sosiaalinen terveys, kipu, väsymys ja kokonaisvaltainen elämänlaatu.

QALY Quality-Adjusted Life-Year. Qaly on laaturapainotettuja elinvuosia mittaava mittari, jolla mitataan hoitojen terveysvaikutuksia ja joka yhdistää terveyteen liittyvän elämänlaa-

dun ja odotettavissa olevan elinajan. Yksi Qaly vastaa yhtä elinvuotta täydellisessä terveydentilassa.

TAS Toteutusvaiheen allianssisopimus.

Tavoitekustannus Tilaajan hyväksymä tavoitekustannus tietyille määrääjälle tai jaksolle.

Tilaaja Järjestäjän tilaajataho, hyvinvointialianssin tai VHO:n käytännön johtamiseen ja toimintaan osallistuva osapuoli, myös asiakas.

Vanguard Paikallinen uusien hoitomallien pilottiyksikkö The National Health Servicen käynnistämässä The New Care Models -ohjelmassa.

Verkosto Palveluiden ohjausjärjestelmänä toimintamalli, jossa palvelun määrittelyyn ja tuotantoon pääsevät osallistumaan toiminnan eri osapuolet. Yhteinen päämäärä ja asiakasmäärittely ohjaavat toimintaa ja resurssikäyttöä.

VHO-yhteistyömalli Vastuullinen hoito-organisaatio, potilaskeskeinen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyömalli. Perustuu yhteiseen sopimukseen, jolla yhteistyöhön osallistuvat osapuolet ottavat vastuun hoitopolun tai kokonaisuuden suunnittelusta, toteuttamisesta ja ohjaamisesta yhteisellä organisaatiolla, jakavat tuottamiseen liittyvät riskit ja hyödyt sekä noudattavat yhteistoiminnassaan tiedon avoimuuden periaatteita. Mallissa sovelletaan hybridimuotoista ohjausjärjestelmää ja jaetun arvon -periaatetta.

VKR VHO:n kliininen ryhmä, VHO:n operatiivisen toiminnan johtamisesta vastaava elin.

VOR VHO:n ohjausryhmä, VHO:n ylin päättävä elin, joka vastaa johtamisesta. Ryhmässä jokaisella osapuolella on toimivaltainen edustus.

Lähteet

Boston Scientific, 2015. Tampere Heart Failure Treatment Diagnostic. Final Report. 19.10.2015. 61 s.

Centers for Medicare & Medicaid Services, 2018. Accountable Care Organizations (ACOs).

Centers for Medicare & Medicaid Services, 2018. Medicare Shared Savings Program (MSSP).

Centers for Medicare & Medicaid Services, Center for Medicare, 2015. Medicare Shared Savings Program - Shared Savings and Losses and Assignment Methodology. Specifications. December 2015. 65 s.

Donabedian, A., 1989. The end results of health care: Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *Milbank Q.* 1989;67(2):233-56; discussion 257-67.

Effective Cardio, 2014. Long-term heart failure care. A practical study of the optimization of the chronic heart failure care path using telemonitoring. *Effective Cardio*, November 2014. 41 s.

Helminen, R., Kotilainen, R. 2018. Allianssimallilla toimivan Tesoman hyvinvointikeskuksen ensivaiheen kokemuksia. Sähköpostihaastattelu. 14.8.2018. Tampere, Mehiläinen Terveyspalvelut Oy, Tampereen Setlementti ry.

Holmberg-Marttila, D., 2016. Kurkiaura: Mitä teimme projektissa ja miten työ jatkuu? *Diaesitys*. 2.9.2016. Tampere, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Johanson, J-E., Vakkuri, J., 2017. *Governing Hybrid Organisations. Exploring Diversity of Institutional Life.* London/New York: Routledge.

Järvensivu, T., Nykänen, K., Rajala, R., 2010. *Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla.*

Koivumäki, T., Heikkilä, M., 2016. Allianssimalli Tesoman hyvinvointikeskuksen toteutusmallina. *Diaesitys*. 7.3.2016. Tampere, Tampereen kaupunki.

Kuosmanen, T., Helminen, R., 2018. Tesoman hyvinvointiallianssi. *Diaesitys*. 8.8.2018. Tampere, Tampereen kaupunki, Mehiläinen Terveyspalvelut Oy.

Lahdenperä, P. 2009. Allianssiurakka. Kilpailullinen yhden tavoitekustannuksen menettely. *VTT Tiedotteita* 2471.

Laki julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista 1397/2016, 2016. Finlex.

McClellan, M., Kent, J., Beales, S. J., Cohen, S. I. A., Macdonnell, M., Thoumi, A., Abdulmalik, M., Darzi, A., 2014. Accountable Care Around The World: A Framework To Guide Reform Strategies. *Health Affairs*. September 2014. Vol. 33 no. 9 1507-1515.

Mitronen, L., Rintamäki, T., 2012. *Arvopohjainen toimintalogiikka julkisen sektorin palvelujen ohjausjärjestelmissä.* Tampere University Press.

National Association of ACOs, 2017. 2016 Medicare ACO Results: Highlights.

- Nuutinen, M., 2000. Hoitoketju. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 2000;116(17):1821–1828.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, 2018. Sydämen vajaatoimintapotilaan hoitoketju.
- Porter, M. E., Kramer, M. R., 2011. Creating Shared Value. Harvard Business Review (January-February 2011), 62–77.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018. Lainsäädäntö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2018. Selvityshenkilön (Tuija Brax) raportti: Järjestöjen rooli maa- kunta- ja sote-uudistuksessa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 26/2018. 103 s.
- Särkelä, R., 2016. Järjestöt julkisen kumppanista markkinoiden puristukseen – Sosiaali- ja terveysjärjestöjen muutos sosiaalipalvelujen tuottajana vuosina 1990–2010, väitöskirja. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 40.
- Takamaa, J., 2013. Allianssimalli liikenteen infrahankkeen toteutusmuotona. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto. 84 s.
- The Economist Intelligence Unit, 2016. Value-based healthcare in Europe: Laying the foundation. February 2016. The Economist Intelligence Unit Limited. 17 s.
- The Health Foundation, 2017. Learning report (Anna Starling). Some assembly required implementing new models of care: Lessons from the new care models programme. November 2017. 36 s.
- The National Health Service, 2016. New Care Models: Vanquards – developing a blueprint for the future of NHS and care services. June 2016. National Health Service. 62 s.
- The National Health Service, 2015. The Forward View into Action: New Care Models: update and initial support. July 2015. National Health Service. 30 s.
- Torkki, P., 2018. Mitä on vaikuttavuus jonkun valitun kansansairauden (diabetes, sydänsairaudet jne.) ennaltaehkäisyssä ja hoidossa? Työpaja 1.6.2018. Tampere, Nordic Healthcare Group Oy.
- Vakkuri, J., Johanson, J-E., 2018. Taming the Monster – Understanding Hybrid Organizations and Governance. Public Money & Management 38(3), 162-163.
- Vakkuri, J., Johanson, J-E., Kokko, P., Rajala, T., Laihonon, H., 2018. Hybridihallinnan arviointihanke: Vastuullinen hoito-organisaatio ja Tesoman hyvinvointiallianssi. Diaesitys. 12.10.2018. Tampere, Tampereen yliopiston johtamiskorkeakoulu.
- Valkokari, K., Hyötyläinen, R., Kulmala, H. I., Malinen, P., Möller, K., Vesalainen, J., 2009. Verkostot liiketoiminnan kehittämisessä. Porvoo, WS Bookwell Oy. 241 s.
- Vision Alliance Partners Oy, 2016. Allianssimalli Tesoman hyvinvointikeskuksen toteutusmallina. Diaesitys. 7.3.2016.
- Yli-Villamo, H., Petäjäniemi, P., 2013. Allianssimalli. Rakennuttajan kalenteri 2013. Rakennustietosäätiö RTS, Rakennustieto Oy ja Rakennusmestarit ja insinöörit AMK RKL ry. 57–66.
- Åkerman, C., 2017. International Consortium for Health Outcomes Measurement – Global Update. Opening remarks. 25.10.2017. Washington D.C., ICHOM Conference.

Liitteet

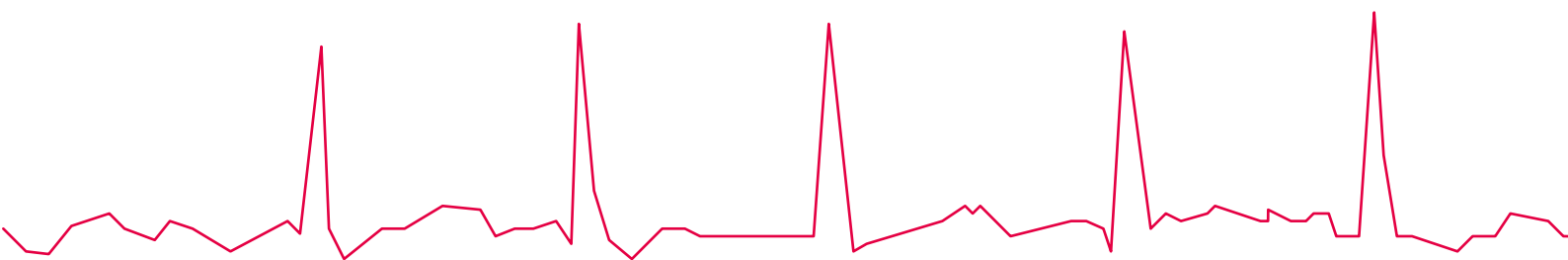
Liitteet voi ladata Sitran [verkkosivuilta](#).

Liite 1: Case Tesoman hyvinvointikeskuksen toteutus allianssimallilla

Liite 2: Hyvinvointiallianssin kehitysvaiheen allianssisopimusmalli

Liite 3: Hyvinvointiallianssin toteutusvaiheen allianssisopimusmalli

Liite 4: VHO-yhteistyösopimusmalli



SITRA

SITRAN SELVITYKSIÄ 143

Sitran selvityksiä -sarjassa julkaistaan Sitran tulevaisuustyön ja kokeilujen tuloksia.

ISBN 978-952-347-224-2 (PDF) www.sitra.fi


SITRA.FI

Itämerenkatu 11–13

PL 160

00181 Helsinki

Puh. 0294 618 991

 @SitraFund