

RADIOLOGIAN PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISTAVAT

Monimenetelmätutkimus New Public Management-mallin ilmenemisestä
yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden toiminnassa ja
palveluiden tuottamisessa

Katja Sutinen

2632706

Pro gradu -tutkielma

35 op

Hoitotieteen ja

terveyshallintotieteen

tutkimusyksikkö

Terveyshallintotieteen maisterioh-
jelma

Oulun yliopisto

Maaliskuu 2021

Oulun yliopisto

LKT, Hoitotieteen ja Terveystieteiden tutkimusyksikkö/ Terveystieteiden maisteri

TIIVISTELMÄ

Katja Sutinen:

Monimenetelmätutkimus NPM-mallin ilmenemisestä yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian toiminnassa ja palveluiden tuottamisessa

Pro gradu -tutkielma: 53 sivua, 3 liitettä

Maaliskuu 2021

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla Suomen yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden toimintaa sekä palveluiden tuottamista ja kuvata NPM-mallin ominaispiirteiden ilmenemistä toiminnassa yksiköiden johtajien näkökulmasta.

Tutkimus tehtiin monimenetelmätutkimuksena. Tutkimusaineisto koostui kliinisen radiologian yksiköiden johtajien (N=12) haastatteluista. Aineisto analysoitiin käyttäen deduktiivista sisällönanalyysia ja analyysia täydennettiin vertailemalla yksiköiden toimintaluja.

Suomen yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden toiminnassa oli kaikkia NPM:n ominaispiirteitä lukuun ottamatta NPM:n mukaista hajauttamista ja pienten yksiköiden suosimista. Johtajat arvioivat tulevan soten myötä toiminnan integroituvan suuremmiksi yksiköiksi. Kaikissa yksiköissä mitattiin laatua, suorituskykyä ja tulosta, mutta mittarit tai mittaamisen tavat poikkesivat toisistaan. Kaikki yksiköt täydensivät ostopalveluilla omaa tuotantoaan, mutta tavoitteena oli saada palvelut tuotettua omana toimintana. Palkkauksessa käytettiin markkinamekanismia mahdollisuuksien mukaan. Asiakkaan rooli huomioitiin kliinisen radiologian toiminnassa ja sen nähtiin korostuvan tulevaisuudessa. Yksiköt erosivat toisistaan henkilökuntarakenteen, toimipisteiden lukumäärän, laitekapasiteetin, budjetin ja organisointitavan perusteella.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että Suomen yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian toiminnassa ilmenee NPM:n ominaispiirteitä. Yksiköiden johtajat hyväksyvät NPM:n ominaispiirteet osaksi johtamista, mutta eivät osaksi organisointia. Palveluiden saatavuudessa ja saavutettavuudessa on eroja eri sairaaloiden välillä. Kliinisen radiologian johtajat toivovat enemmän ja monipuolisempia mittareita käyttöönsä, kuten vaikutavuustiedon mittaamista. Toimintojen kilpailuttamiseen suhtaudutaan varovaisesti ja tulevaisuudessa toiminta yksityisen ja julkisen palvelun tuottajan välillä nähdään tiiviinä yhteistyönä.

Avainsanat: Kliininen radiologia, NPM, julkinen johtaminen

University of Oulu

Faculty of Medicine, Research Unit of Nursing Science and Health Management

Nursing Science/Health Management Science

ABSTRACT

Katja Sutinen:

Mixed method research on the emergence of the New Public Management model in the operation and in the provision of services of clinical radiology units in university hospitals

Pro Gradu Thesis: 53 pages, 3 appendices

March 2021

Aim of this study was to compare activities and the provision of services and describe the manifestation of the characteristics of the NPM model in action from the perspective of unit leaders in the clinical radiology units of Finnish university hospitals.

This study was mixed method research. The research material consisted of interviews with the leaders of clinical radiology units (N=12). The data were analyzed using deductive content analysis and the analysis was supplemented by comparing the operating figures of the units.

The clinical radiology units of Finnish university hospitals had all the characteristics of NPM, with the exception of decentralization and favoring small units in accordance with NPM. The leaders estimated that with the coming reform of health and social services, operations will be integrated into larger units. All units measured quality as well as performance and output, but the metrics and methods of measurement differ. All units supplemented their own production with purchasing services, but the goal is to have the services produced as their own operations. Remuneration used a market mechanism where possible. The role of the client had been taken into account in the operation of clinical radiology and is seen to be emphasized in the future. The units differed in terms of staffing structure, number of locations, equipment capacity, budget and organization.

As a conclusion can be said, the characteristics of NPM are evident in the activities of clinical radiology in Finnish university hospitals. Leaders of units accept the characteristics of NPM as part of management, but not into the organization. There are differences in the availability and accessibility of services between different hospitals. Leaders in clinical radiology want more versatile metrics for their use, such as measuring efficacy data. There is a cautious approach to tendering for operations and operations between private and public service provider will be seen as close cooperation in the future.

Keywords: Clinical Radiology, NPM, Public Management

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	3
3 NEW PUBLIC MANAGEMENT	4
3.1 Mallin taustateoriat.....	5
3.2 Mallin ominaispiirteet	7
3.3 Mallin vaikutus julkiseen hallintoon	10
3.4 Mallin kritiikki ja tulevaisuus.....	11
3.5 Aiempaa tutkimusta NPM:n vaikutuksista terveydenhuoltoon.....	13
4 YLIOPISTOLLISTEN SAIRAALOIDEN KLIINISEN RADIOLOGIAN YKSIKÖT SUOMESSA	16
5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
5.1 Monimenetelmätutkimus ja tieteenfilosofinen perusta	20
5.2 Tutkimusaineisto	21
5.3 Tutkimusaineiston analyysi.....	24
6 TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1 Kliinisen radiologian yksiköiden toiminnan organisointi ja palveluiden tuottaminen.....	28
6.2 NPM-mallin ilmeneminen kliinisen radiologian yksiköiden toiminnassa johtajien kokemuksen mukaan	34
6.3 NPM-mallin ilmeneminen kliinisen radiologian yksiköiden tulevaisuudessa johtajien näkemyksen mukaan	38
7 POHDINTA	41
7.1 Tutkimuksen eettisyys	44
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	46
7.3 Johtopäätökset	47
7.4 Ideoita jatkotutkimukseen	48
LÄHTEET.....	50
Liite 1	54
Liite 2	57
Liite 3	58

1 JOHDANTO

Koko läntinen maailma pohtii tällä hetkellä terveystalouden järjestämistä. Terveystalouden kustannukset kasvavat nopeasti, koska väestö ikääntyy, uusia hoitoja tulee koko ajan tarjolle ja teknologia kehittyy. Terveystalouden tuottamisesta tarvitaan tietoa. (Kämäräinen ym. 2015.) Suomessakin on valmisteltu pitkään sote-uudistusta eli sosiaali- ja terveystalouden palvelurakenteen uudistusta. Marinin hallitusohjelmassa (2019) linjataan, että sote-palveluiden uudistuksella on tarkoitus tasata epätasa-arvoa palveluiden saatavuudessa ja laadussa alueellisesti. Uudistuksessa on tarkoitus myös vahvistaa perusterveydenhuollon palveluita ja ennaltaehkäisevää työtä erikoissairaanhoidon kulujen hillitsemiseksi. Perustalouden ajatellaan uudistuksessa paranevan integroimalla perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelut entistä tiiviimmin yhteen.

Sosiaali- ja terveystalouden yksi ohjauskeino on kannustava ohjaus. Kannustava ohjaus on korostanut vertailuinformaatiota, jonka julkisella esittämisellä voi olla tuottavuutta lisäävä vaikutus. Tietoa on jaettava ja vertailtava enemmän sote-uudistuksen onnistumiseksi. (Möttönen 2019.) Sosiaali- ja terveystalouden ohjauksessa toimiva Terveystalouden ja hyvinvoinninlaitos tuottaa terveystalouden toiminnasta vertailutietoa, mutta ei kaikilta erikoisalueilta. Esimerkiksi kliinisen radiologian toiminnasta Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen ei tuota tilastotietoa. Vertailutietoa kuitenkin tarvitaan myös kliinisen radiologian palveluista, koska siitä on tullut viime vuosina entistä merkittävämpi osa potilaan hoitoa (Sequeiros ym. 2017) ja, jotta toimintaa voidaan kehittää sote-uudistuksen tavoitteiden mukaisesti. Tämä erikoisala on jäänyt myös terveystalouden tutkimuskentässä vähälle huomiolle.

Tekninen kehitys 2000-luvulla on muuttanut kliinistä radiologiaa perustavanlaatuisesti ja radiologia erikoisalana on yksi nopeimmin kehittyvistä erikoisaloista (Sequeiros ym. 2017). Kliinisen radiologian yksiköitä on julkisessa terveystaloudessa runsaasti ja julkiseen johtamiseen vaikuttaneet suuntaukset ja mallit, kuten New Public Management, ovat väistämättä vaikuttaneet myös julkisesti johdettujen kliinisten radiologian yksiköiden toimintaan.

NPM, New Public Management, eli uusi julkisjohtaminen on julkisjohtamisen malli, joka on vaikuttanut laajasti julkiseen johtamiseen Suomessa viime vuosikymmeninä. Suomea on pidetty kansainvälisestikin NPM:n mallimaana. Nykyisin NPM nähdään julkishallintomallina, jonka keskeinen piirre on liike-elämän toimintatapojen soveltaminen julkishallinnossa. (Pollitt & Bouckaert 2011.) NPM:n ja sen vaikutusten tutkimus Suomessa painottuu lähinnä 1970-, 80- ja 90-luvuille ja niiden tämänhetkinen ilmeneminen on epäselvää (Herranen 2015). Kansainvälisesti NPM:n vaikutusta terveydenhuoltoon on tutkittu runsaasti (esim. Campra ym. 2019; Torppa 2007; Sjögren & Fernler 2019; Nyland ym. 2020; Elkomy ym. 2019) ja Suomessa aihetta on tutkinut mm. Kaarina Torppa (2007) väitöskirjassaan, jossa hän käsitteli managerialismia suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. NPM-mallin vaikutusta ei ole tiettävästi tutkittu kliinisen radiologian kontekstissa Suomessa tai muuallakaan maailmassa. Pollitin sekä Bouckaertin (2011) mukaan NPM:n ilmenemisestä ja vaikutuksesta tarvitaan jatkuvasti tietoa, jotta toimintaa ja menetelmiä voidaan kehittää.

Tässä tutkimuksessa vertaillaan Suomen yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden toiminnan organisointia ja palveluiden tuottamista sekä kuvataan yksiköiden johtajien kokemuksia sekä näkemyksiä NPM:n ominaispiirteiden ilmenemisestä nyt ja tulevaisuudessa. Aihe on ajankohtainen sekä kotimaassamme että kansainvälisestikin. NPM:n ilmeneminen kliinisen radiologian palveluiden kontekstissa on jäänyt huomiotta terveyshallintotieteen tutkimuskentässä, eikä THL tuota vertailutietoa kliinisen radiologian palveluista. Kliinisen radiologian palvelut vaikuttavat potilaan hoitoon hoitopolun eri vaiheissa merkittävästi eikä ole samantekevää miten palvelut järjestetään ja tuotetaan eri puolella Suomea. Yhteiskunnallisesti on tärkeää saada kokonaiskuva suomalaisista julkisista kliinisen radiologian palveluista erikoissairaanhoidossa sekä vertailutietoa yksiköiden toiminnasta, jotta toimintaa voidaan kehittää tulevaisuudessa soten viitoittamaa tietä.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena on vertailla Suomen yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden toimintaa sekä palveluiden tuottamista ja kuvata NPM-mallin ominaispiirteiden ilmenemistä toiminnassa yksiköiden johtajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kuvailevaa ja yksiköiden toimintalukuihin pohjautuvaa vertailutietoa, jota voidaan hyödyntää oppimisessa muilta yksiköiltä, tiedolla johtamisessa ja toiminnan sekä johtamisen kehittämisessä.

Tutkimuskysymyksiä:

- a) Miten kliinisen radiologian palvelut on organisoitu ja millaisia palveluita järjestyksellä tuotetaan?
- b) Miten NPM-mallin ominaispiirteet ilmenevät johtajien kuvaamana?
- c) Miten johtajat näkevät NPM-mallin tulevaisuuden?

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastataan yksiköiden toimintalukuja kuvailemalla ja vertailemalla. Toiseen ja kolmanteen tutkimuskysymykseen vastataan kuvailemalla yksiköiden johtajien kokemuksia ja näkemyksiä omasta työstään.

3 NEW PUBLIC MANAGEMENT

Tässä tutkimuksessa käytän uudesta julkisjohtamisesta englanninkielistä käsitettä New Public Management eli NPM. Virtasen ja Stenvallin (2019) mukaan suomenkielinen käsite uusijulkisjohtaminen ei ole juurtunut suomenkieliseen teoriakeskusteluun vaan siellä käytetään yleisesti käsitettä NPM.

NPM on alun perin 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alkupuolella syntynyt julkishallintomalli, doktriini tai normatiivinen teoria, jonka mukaan julkista toimintaa on pyritty kehittämään. Nykyisin NPM nähdään julkishallintomallina, jonka keskeinen piirre on liike-elämän toimintatapojen soveltaminen julkishallinnossa. (Pollitt & Bouckaert 2011.) NPM:ää kuvataan myös julkishallintojen viime vuosikymmenten uudistusaaltoa kuvaavaksi yleiskäsitteeksi. Näin ajateltuna NPM on teoria, joka kokoaa yhteen piirteitä, jotka yhdistävät eri puolilla maailmaa tapahtuneita uudistuksia. NPM pitää sisällään hallinnon uudistamisen työkalupakiksi tai ostoskoriksi kutsutun valikoiman menetelmistä, joita on käytetty eri tavoin eri puolilla maailmaa. (Herranen 2015.)

Tässä tutkimuksessa NPM ymmärretään samoin kuin Pollitt ja Bouckaert (2011) ymmärtävät, eli nimenomaan julkishallintomallina, jonka yksi keskeinen ominaisuus on yksityisen liike-elämän toimintaperiaatteiden soveltaminen julkisessa hallinnossa. Julkishallintomalli kuvaa sitä, miten julkinen hallinto toimii ja miten sitä kehitetään. 2000-luvulla vaikuttaneita julkishallintomalleja ovat esimerkiksi New Public Management (NPM), New Public Governance (NPG) ja Digital-Era Governance. (Pollitt & Bouckaert 2011, 24-25; Stenvall ym. 2016, 35.)

Hallinto käsitteenä tarkoittaa valtion tai yhteisön toimintaa yhteisten tehtävien täyttämiseksi. Hallinnon toiminta on sekä yksilöiden toimintaa yhteisössä että yhteisöjen itsensä toimintaa. (Virtanen & Stenvall 2019, 35.) Hallinto käsitteen ulottuvuuksia valtaan kuvaavat sääntely ja pakkovalta. Julkisen intressin tai yleisen edun tavoittelua kutsutaan julkiseksi hallinnoksi ja se on yhteistoimintaa. Julkisen hallinnon toiminta tulee konkreettiseksi julkisyhteisöjen päätöksissä, palveluissa, sääntelyssä ja valvonnassa. Julkisen hallinnon tehtäviä on myös muutosten tarkastelu ja seuranta yhteiskunnassa. (Airaksinen ym. 2016, 296.)

Virtanen ja Stenvall (2019) määrittelevät julkista johtamista yksityisen ja julkisen johtamisen eroavaisuuksilla, koska julkisen sektorin johtamiseen vaikuttavat julkisen toiminnan ominaispiirteet. Tiivistetysti heidän mukaansa voidaan sanoa, että julkinen johtaminen on lainsäädännöllä määriteltyä julkisen vallan käyttämistä yhteiskunnassa.

Julkisessa johtamisessa on kolme erikoispiirrettä, jotka voi tunnistaa organisaation tehtävässä, monimutkaisessa päätöksentekojärjestelmässä ja tilivelvollisuudesta yhteiskunnalle. Julkisen organisaation tehtävä on tavoitella yhteistä julkista hyvää käyttämällä julkista valtaa. Sen tehtävänä ei ole taloudellisten voittojen kasvattaminen. Julkiseen johtamiseen kuuluu monimutkainen päätöksentekojärjestelmä ja päätöksissä on otettava huomioon useiden eri ryhmien tavoitteet ja odotukset, jotka ovat usein vielä ristiriidassa keskenään. Julkisessa johtamisessa päätöksiä tekevät virkamiehet ja poliitikot. Julkisen johtamisen odotetaan olevan yhteiskunnallisesti tuloksellista ja vaikuttavaa. Yksityissektorin johtamiselta odotetaan puolestaan taloudellista tulosta. (Virtanen & Stenvall 2019, 35.)

3.1 Mallin taustateoriat

NPM:n suhde itseensä liitettäviin käsitteisiin ja taustateorioihin on vakiintunut ja yleisesti hyväksytty (Herranen 2015). Pollittin ja Bouckaertin (2011) mukaan NPM:ään keskeisesti vaikuttavia käsitteitä ja teorioita ovat uusliberalismi, agenttiteoria, managerialismi, liiketoimintakustannusten taloustiede ja julkisen valinnan teoria. Heidän mukaansa myös käyttäjälähtöisyys, digitalisaatio ja kulttuurillinen muutos ovat yhdistettävissä NPM:ään.

Uusliberalismi on luottamusta markkinoihin ja yksityisomistukseen, missä valtion tehtäväksi katsotaan niiden tukeminen. Uusliberalismi korostaa kilpailua, jossa pyritään pärjäämään kovalla talouskurilla ja menoleikkauksilla. Kansalaisuus mielletään tässä ajattelussa asiakkuudeksi ja kuluttajuudeksi. (Pollitt 2003; Pollitt & Bouckaert 2011; Herranen 2015.)

Agenttiteoria kuvaa suhdetta, jossa toinen osapuoli eli päämies, delegoi työtä toiselle osapuolelle, eli agentille. Tähän yhteistyöhön tarvitaan sopimuksia eri toimijoiden välille ja

työntekijät palkataan usein määräaikaaisesti, koska sopimusten jatkuvuudesta ei ole ta-
keita. Agenttiteorian avulla pyritään keskittymään ydintehtävään, mutta suhteita korven-
taa epäluottamus. (Pollitt 2003; Pollitt & Bouckaert 2011; Herranen 2015.)

Managerialismia pidetään NPM:n ideologisenä alkuperänä ja käytännön sovelluksena. Managerialismin ideologisen ytimen muodostavat uskomukset, arvot, oletukset ja normit. Managerialismin keskeisin uskomus on, että toiminta julkisella sektorilla on by-
rookraattista sekä joustamatonta ja julkisella sektorilla ollaan kiinnostuneita ainoastaan
kontrolloimaan toimintaa ja vähentämään kustannuksia. Managerialismi arvostaa tehok-
kuutta, yksilön henkilökohtaista aktiivisuutta, luovuutta sekä kyvykkyyttä ja markkinoi-
den vapautta. Oletuksena managerialismissa on, että taloudellisen tuottavuuden
kautta saavutetaan yhteiskunnan kehitys. Siinä oletetaan myös, että innovaatiot ja tekno-
logia synnyttävät tuottavuudelle kasvua ja johtaminen on erillistä organisatorista toimin-
taa, johon kuuluu suunnittelua, implementointia ja tuottavuuden kehityksen mittaamista.
Managerialismin normeja ovat yksityissektorin organisaatiomallit ja johtamiskäytänteet,
joita pitää käyttää myös julkisen sektorin organisaatioissa. Normeina ovat myös tulosvas-
tuu ja kustannustietoisuus, jonka onnistuminen edellyttää mittaus- ja arviointimenetel-
miä, joita on jatkuvasti kehitettävä. (Pollitt 2003; Pollitt & Bouckaert 2011.)

Liiketoimintakustannusten taloustiede korostaa myös tuottavuusajattelua ja markkiname-
kanismeja toimintaa ohjaavina elementteinä. Tässä ajattelussa toimintojen ulkoistaminen
nähdään tuottavuutta parantavana toimintana ja mittaaminen keskittyy liiketoimintakus-
tannusten tarkasteluun. (Pollitt 2003; Pollitt & Bouckaert 2011; Herranen 2015)

Julkisen valinnan teorian keskeinen oletus on, että sekä työntekijät että poliitikot julki-
sella sektorilla priorisoivat yhteiskunnan edun henkilökohtaisen edun edelle. Toinen kes-
keinen oletus on, että yhteiskunnallisesti paras lopputulos saavutetaan, kun julkisen sek-
torin osuus tuotannosta pidetään maltillisena ja suurin osa tuotteista ja palveluista tuote-
taan markkinaehtoisesti. (Hughes 2003, 11.) Julkisen valinnan teoriassa on keskeistä jul-
kisten organisaatioiden välinen kilpailu. Siinä rinnastetaan markkinat ja politiikka, joiden
avulla pyritään luomaan kilpailuasetelma julkisten organisaatioiden välille. Julkisen va-
linnan teoria ohjaa toiminnan hajauttamiseen ja suosii pieniä yksiköitä. (Pollitt 2003; Pol-
litt & Bouckaert 2011; Herranen 2015.)

Taustateoriat liittyvät toisiinsa ja tukevat toisiaan. Teoreettisiin selityksiin tukeudutaan usein NPM:n yhteydessä, koska käsitteet ovat sisäisesti johdonmukaisia ja loogisia. NPM:n taustalla vaikuttavat teoriat kritisoivat perinteistä julkishallinnon toiminta- ja johtamistapoja, joiden puutteita NPM:n avulla on haluttu ratkaista. (Herranen 2015.)

3.2 Mallin ominaispiirteet

NPM:n keskeisin ominaispiirre on yksityiseltä sektorilta lainattujen toimintatapojen käyttäminen julkisessa hallinnossa. Pollitt ja Bouckaert (2011, 10) tarkastelevat NPM-mallia kahdella eri tasolla. Korkeammalla tasolla on menetelmiä, joiden avulla julkista sektoria voidaan parantaa liike-elämästä lainatuilla konsepteilla, tekniikoilla ja arvoilla. Arkipäiväisemmällä tasolla NPM-mallissa on heidän näkemyksensä mukaan joukko erityisiä konsepteja ja käytänteitä, joista muodostuu NPM:n ominaispiirteet (Pollitt & Bouckaert 2011, 10–11). NPM:n ominaispiirteitä on nähtävissä myös suomalaisessa terveydenhoitojärjestelmässä (Junnila ym. 2012). Pollittin ja Bouckaertin (2011, 10) mukaan NPM:n ominaispiirteitä ovat

- suorituskyvyn painottaminen ja tulosten mittaaminen.
- matalien, pienten ja pitkälle erikoistuneiden organisaatioiden suosiminen.
- johtamisen hajauttaminen.
- markkinamekanismien käyttö, kuten kilpailuasetelman luominen ja suoriteperusteinen palkitseminen.
- palvelun laadun ja standardien painotus sekä aktiivisen asiakkuuden korostaminen.

Suorituskyvyn korostaminen ja tuloksen mittaaminen tarkoittavat käytännössä menoleikkauksia, tiukkoja budjettiraameja ja resurssien kohdentamista. Hoodin (1991, 4–5) sekä Pollittin ja Bouckaertin (2011, 11–13) mukaan NPM on luonut toiminnan tehostamisen vaatimuksen julkiseen toimintaan. Hood (1991) on todennutkin, että taloudellisuuden rooli julkisella sektorilla on merkittävä ja siihen kuuluvat erityisesti niukkuus ja tarkkuus resurssien käyttämisessä ja entistä kilpailutetumpi toiminta. Samalla suoritteiden mittaaminen tehokkuuden ja taloudellisuuden varmistamiseksi kuuluvat NPM:n ominaispiirteisiin.

NPM-mallin mukaan suoritukset pitää olla mitattavissa ja arvioitavissa kvantitatiivisesti. (Hood 1991, 4; Pollitt & Bouckaert 2011, 10.) NPM:n mukaan johtajien on kyettävä johtamaan organisaatiota siten, että toiminta on tuloksellista. Tällöin korostuu erityisesti talousjohtamiseen liittyvät käytännöt, kuten kustannuslaskennan substanssiosaaminen. Tuloksellisuuden painottaminen pakottaa lähestymään johtajuutta entistä ammattimaisemmin, jolloin johtajilla on oma, erityisasiantuntijuudesta erotettavissa oleva, työura. (Stenvall & Virtanen 2019, 47–52.). Tämä vaatii johtamiselta resurssitietoisuutta ja kurinalaisuutta julkisella sektorilla (Pollitt & Bouckaert 2011, 10).

Laaja julkinen sektori ei ole NPM-mallin mukaan itsestäänselvyys (Hughes 2003). Pollittin ja Bouckaertin (2011, 10) mukaan NPM:n ominaispiirteisiin kuuluva hallintorakenteen hajauttaminen sekä pienempien yksiköiden suosiminen ohjaa toimintaa siihen, että tilaaja määrittää millaisia palveluita tuotetaan ja palveluntuottaja tuottaa halutun palvelun (Hughes 2003, 59). Suomessa tätä mallia kutsutaan sopimusohjausmalliksi tai tilaaja-tuottajamalliksi tai -toimintatavaksi. Toimintojen yksityistämistä on tapahtunut suomalaisessa terveydenhuollossa toimintojen ulkoistamisen kautta, missä hyödynnetään tilaaja-tuottajamallia, jolloin tilaaja on julkinen organisaatio ja tuottaja yksityinen toimija. (Junnila ym. 2012.) Yksityistäminen, yhtiöittäminen ja liikelaitostaminen ovat tilaaja-tuottajamallin ohella keinoja julkisen sektorin pienentämiseen (Lähdesmäki 2003, 216). Tämän on ajateltu johtavan siihen, että tuottamisesta vastaava organisaatio kykenee tuottamaan palveluja joustavammin, kun se on erotettu tilaajan vastuulla olevasta harkinnasta ja valinnoista, joita ohjaa politiikka. Palvelun tuotannon tehokkuuden ja laadun uskotaan paranevan, kun itsenäisyyttä lisätään. (Junnila ym. 2012.)

Sopimuksellisuus voidaan nähdä sopimusajatteluun pohjautuvaksi ohjausmalliksi. Suomalaisessa terveydenhuollossa sopimusohjausta käytetään esimerkiksi palvelun tuottajien ja tilaajien välisen toiminnan ohjaamiseen. Sopimuksellisuuden yksi muoto on tulosohjaus. Tulosoajauksella tavoitellaan toiminnan tehokkuutta ja laatua (Junnila ym. 2012). Tulosoajaus on ohjausjärjestelmä, joka on otettu käyttöön julkisen hallinnon tasojen välille myös terveydenhuollossa. Tulosoajauksen looginen seuraus on kilpailutus. Kilpailuttaja on suomalaisessa terveydenhuollossa palvelun tilaaja ja palvelun tuottajat kilpailevat sopimuksesta ja toimeksiannosta. (Junnila ym. 2012.)

Pollittin ja Bouckaertin (2011, 169) mukaan NPM-mallissa politiikkojen tehtävä on asettaa tavoitteet ja päämäärät julkishallinnolle, mutta heidän ei tulisi puuttua toimintatapoihin, joilla tavoitteisiin pyritään. Stenvall ja Virtanen (2019) ovat kuitenkin esittäneet näkemyksen siitä, että vuorovaikutus viranomaisten ja poliittisten päätöstentekijöiden välillä on merkittävää, koska poliitikot tarvitsevat viranomaisten asiantuntemusta päätösten tekemiseksi. NPM:lle on kuitenkin ominaista se, että poliittinen päätöksenteko ja toimeenpano erotetaan toisistaan (Virtanen & Stenvall 2019, 48–49; Pollitt & Bouckaert 2011, 169.)

Hallinnalla tarkoitetaan usein verkostoihin ja kumppanuuksiin perustuvia hallintakäytäntöjä, joilla pyritään tuottamaan uusia mahdollisuuksia yhteistyöhön (Pollitt & Bouckaert 2011). Hallinta tarkoittaa vuorovaikutusta ja yhteistyötä toimintaympäristön kanssa ja hallinnan tavoitteet asetetaan tässä vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutus ja yhteistyö perustuvat luottamukseen ja yhteistyötä ohjaavat säännöt. Valtio ohjaa välillisesti hallintaa ja siihen liittyviä verkostoja ja kumppanuuksia. (Rhodes 2016.)

Christopher Hoodin (1991, 4) mukaan myös tilivelvollisuus sisältyy NPM:n ominaispiirteisiin. Tilivelvollisuuden avulla lisätään johtajien toimintavapautta. Tilivelvollisuus edellyttää johtajilta selkeää vastuuta johtamiskäytännöissä. Myös täsmälliset mittarit ja standardit suorituksen mittaamisessa tuottavat itsessään tilivelvollisuutta, koska täsmällisten tavoitteiden laatiminen toiminnalle kuuluu keskeisesti NPM-malliin. (Hood 1991.) Vastuullisuus nähdään NPM:ssä samankaltaisena vastuuna kuin yksityisellä sektorilla, eli tulostavastuuna (Lähdesmäki 2003, 76).

NPM:n ominaispiirteisiin kuuluu myös näkökulma kansalaisista asiakkaina. Kansalaisten rooli asiakkaana on siirtynyt palveluiden käyttäjäksi, joka on oikeutettu saamaan palvelua maksamalleen rahalle. (Virtanen & Stenvall 2019.) Kansalaiset asiakkaana näkökulmaan liittyy myös palveluiden käyttäjälähtöisyys, mikä voidaan niin ikään liittää NPM:n ominaispiirteisiin (Herranen 2015).

3.3 Mallin vaikutus julkiseen hallintoon

Julkisen hallinnon ajatellaan usein olevan muuttumaton tai muutokset siinä ovat hyvin hitaita. Tämä kuitenkin näyttäisi olevan enemmänkin uskomus kuin todellisuutta. Julkinen hallinto on jatkuvassa muutoksessa, joka tapahtuu sekä nopeissa sykleissä että pitkällä aikavälillä. Muutos- tai kehitysvaiheiden tarkkoja alkamis- tai päättymisajakohtia on usein vaikea määritellä, koska usein siirtyminen uuteen kehitysvaiheeseen tapahtuu vähittäin ja näin eri vaiheet ja ideologiat limittyvät toisiinsa. (Stenvall ym. 2016, 33-35.)

Kansainvälisesti suuret reformit, joihin NPM on vaikuttanut, ovat alkaneet 1970- ja 1980-luvuilla (Pollitt & Bouckaert 2011, 5–6). NPM on vaikuttanut erityisesti 1980-luvulla alkaneeseen muutokseen. Tässä muutoksessa alkoi rakentua entistä joustavampi ja markkinaehtoisemmin toimiva julkinen hallinto (Hughes 2003, 10). NPM-mallin mukaiset muutokset lähtivät aluksi liikkeelle anglosaksista maista, mutta ne levisivät lopulta myös OECD:n kautta. 1980-luvulla OECD otti kannan, jonka mukaan markkinallistaminen, yksityistäminen ja sääntelyn vähentäminen olivat keinoja vaikuttaa kasvaviin julkisiin kustannuksiin. (Herranen 2015.)

Stenvallin ja kumppaneiden (2016, 33-35) mukaan NPM:n vaikutuksia suomalaisessa julkisessa hallinnossa on havaittavissa 1990-luvulta lähtien, kun taas Pollitt ja Bouckaert (2011, 266-267) näkevät NPM:n vaikutteita suomalaisessa julkisessa hallinnossa 1980-luvulta lähtien. Erityisesti NPM:n mukaisia toimia tehtiin Suomessa 1990-luvulla, jolloin julkista hallintoa hajautettiin ja kulujen kontrollia tiukennettiin. Palvelujen tuotannon laajaan yksityistämiseen ei tuolloin ollut innokkuutta, mutta sitä tehtiin valikoiden. (Pollitt & Bouckaert 2011, 266–267.) Suomalaisia esimerkkejä NPM:n käytännön sovelluksista tuolta ajalta ovat yksityistäminen, yhtiöittäminen, liikelaitoistaminen, tulosohjauksen uudistaminen ja hallinnon hajauttaminen (Lähdesmäki 2003).

Pollitt ja Bouckaert (2011, 11) näkevät NPM:n vaikuttaneen julkiseen hallintoon kolmessa eri aallossa. Heidän mukaansa ensimmäisessä aallossa 1960-1970-luvulla julkisen hallinnon muutokseen vaikuttivat rationaalisuus, hierarkkinen suunnittelu ja kustannus-hyöty-analyysit. Lisäksi tuolloin korostettiin heidän mukaansa tiedettä ja asiantuntemusta

kehityksen lähtökohtana. Toisessa aallossa 1970-1980-luvulla nousivat keskiöön yritysmaailman tekniikat tehokkuuden kehittämiseksi ja parempia johtamistapoja korostettiin useiden ongelmien ratkaisemiseksi. Kolmannessa aallossa 1990–2010-luvulla ei voida erottaa yksittäistä mallia kehityksen taustavoimana vaan tuolloin on korostettu useita avainkonsepteja, kuten hallintaa, verkostoja, kumppanuutta, läpinäkyvyyttä ja luottamusta. (Pollitt & Bouckaert 2011, 11.)

Stenvallin (2016, 35) ja kumppaneiden mukaan 2000-luvun alkupuolelta julkiseen hallintoon on vaikuttanut voimakkaasti verkostojen kausi (new public governance). Pollitt ja Bouckaert (2011, 7) mukaan 2000-luvulla hallinnon kehityksessä ja muutoksessa merkittävässä roolissa on ollut myös informaatioteknologian soveltaminen julkisen hallinnon toimintaan eli niin kutstuttu e-government-suuntaus. Molemmat suuntaukset voidaan nähdä NPM:n johdannaisiksi.

3.4 Mallin kritiikki ja tulevaisuus

NPM on saanut osakseen kritiikkiä niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa. Kritiikki kohdistuu erityisesti NPM-mallin oikeudenmukaisuuden puutteeseen, käsitteiden monitulkintaisuuteen (Volacu 2018), yksityistämiseen, ulkoistamiseen (Junnila 2012) ja työelämän laadun heikkenemiseen (Lehto & Viitala 2016). Lisäksi ei ole pystytty osoittamaan, että NPM-mallin avulla pystyttäisiin pienentämään julkisen sektorin kokoa tai kaaventamaan sen kustannuksia (Simonet 2015).

Kritiikki oikeudenmukaisuuden puutteesta kohdistuu erityisesti siihen, että NPM-malli on näkemys siitä, millaisia julkisen hallinnon rakenteiden ja prosessien tulisi olla, mutta sillä ei ole näkemystä siitä, miten vaikuttavuutta voitaisiin mitata tai todentaa oikeudenmukaisesti. Käsitteiden monitulkintaisuuteen liittyvän kritiikin mukaan taas NPM:n keskeisiin arvoihin kuuluvaa tuottavuutta ei ole määritelty riittävän selkeästi, vaikka NPM-malli itse kritisoi hyvinvointivaltion arvoja liian epämääräisiksi. (Volacu 2018.)

Suomessa NPM on nähty myös yhtenä syynä julkisen sektorin työpaikkojen työhyvinvoinnin kehnontumiseen. Kirsi Lehto ja Raija Viitala (2016) ottavat artikkelissaan *”Enemmän tulosta vähemmällä väellä”? Työhyvinvoinnin ja tuloksellisuuden väliset*

haasteet kuntasektorilla esimiesten, henkilöstöammattilaisten ja henkilöstön kokemana kantaa siihen, että NPM:n mukanaan tuomat tuloksellisuusvaatimukset ovat osaltaan heikentäneet työelämän laatua.

Myös yksityistäminen ja kilpailuttaminen ovat saaneet kritiikkiä osakseen. Suomessa erityisesti kuntien kykyä tehdä kilpailutuksia ja toiminnan ulkoistuksia on arvioitu riittämättömiksi, jolloin on syntynyt tilanteita, joissa yksityistäminen on nostanut palveluiden hintoja. NPM:n perusajatuksena kaikessa toiminnan kehittämisessä on markkinallistaminen tai yksityistäminen yhtenä palveluiden kehittämisideana. (Junnila ym. 2012.)

On epäselvää, että NPM-mallin mukaisella toiminnalla olisi saavutettu säästöä tai tuottavuuden lisääntymistä. NPM-malli on myös ongelmallinen demokratian kannalta, koska yksityisen toimijan toiminta ei ole yksinkertaista julkisessa hallinnossa. NPM-mallia on kritisoitu myös siitä, että NPM:n mukaisia toimia, kuten tilaaja-tuottajamallia ja ulkoistuksia, on hankala toteuttaa onnistuneesti käytännössä. Kritiikki kohdistuu myös mittaamisen haasteisiin julkisessa hallinnossa, koska tulokset voidaan aina esittää itselle edullisemmassa valossa, mikä mahdollistaa oman edun tavoittelua. (Volacu 2018; Simonet 2015.)

NPM:stä tuttua mittaamista ja mittareita on vuosien saatossa kehitetty ja niitä kehitetään edelleen. Erityisesti terveydenhuollossa ollaan siirtymässä perinteisestä suoritteiden mittaamisesta mittaamaan turvallisuutta ja asiakkaiden kokemusta. Myös entistä keskusteluvampi kulttuuri ja tiedon jakaminen nähdään toimintaa ja palveluita kehittävänä toimintana. (Lewis 2016, 388-389.) NPM:stä tuttua yksityistämisajattelua on myös jalostettu suuntaan, jossa julkinen ja yksityinen sektori nähdään pikemminkin kumppaneina palveluiden tuottamisessa kuin vastakkainasetteluna (Bishop & Waring 2016, 459-460).

NPM:n ominaispiirteisiin kuuluvat talous-, prosessi- ja laatuosaamisen näkökulmat korostuvat nyt ja tulevaisuudessa terveydenhuollon johtamisosaamisessa. Taloudellisuuden rinnalle nostetaan nykyisin myös vastuullisuuden näkökulma. Kansalaiset asiakkaina hyväksyvät entistä huonommin laatupoikkeamat palveluissa ja valtiot asettavat sanktioita

toimijoille, jos tavoitteisiin ei yllätä. (Vrangbæk & Brykjesflot 2016, 491-492.) Terveystenhuollossa tällaisia sanktioita ovat esimerkiksi sakot palveluiden järjestäjälle liian pitkistä hoitoon pääsyajoista.

Suomessa on 2000-luvulla tullut hallinnon uudistamiseen mukaan verkostohallintaa korostava malli NPM:n rinnalle. Asetelma näkyy poliittisissa puheissa, keskushallinnon linjauksissa sekä informaatio- ja resurssiohjauksessa, jolla kuntia kannustetaan yhä tiiviimpään yhteistyöhön. Pienten yksiköiden suosiminen sen sijaan ei ole enää viime vuosina saanut jalansijaa julkisen hallinnon uudistamisessa vaan hajautetusta järjestelmästä pyritään pois. Tästä on hyvä esimerkki toistaiseksi keskeneräinen sote-uudistus, jossa tavoitellaan entistä suurempia palveluiden järjestäjiä nykyisten pienien toimijoiden tilalle. (Airaaksinen ym. 2016, 276-282.)

Kritiikistä huolimatta NPM-mallin ominaispiirteitä on nähtävissä julkisessa hallinnossa edelleen. Osa NPM-mallin mukaisista toimista ei ole nykyisessä kehityksessä mukana, osa on ja osaa on jalostettu vastaamaan paremmin tämän päivän vaatimuksia.

3.5 Aiempaa tutkimusta NPM:n vaikutuksista terveydenhuoltoon

NPM:n oppien tämänhetkinen ilmeneminen suomalaisessa julkisessa hallinnossa on epäselvää. Argumentointi on perustunut pitkään kansainvälisiin tutkimuksiin ja kotimaiset kokemukset ovat jääneet vähemmälle huomiolle. (Herranen 2015.) NPM:n ilmenemistä ja vaikutusta terveydenhuoltoon on tutkittu erityisesti kansainvälisesti ja nämä tutkimukset kattavat usein kokonaisia järjestelmiä tai useita organisaatioita. Samaa linjaa ovat noudattaneet kotimaiset tutkimukset terveydenhuollon kontekstissa kuten Kaarina Torpan (2007) väitöskirja, jossa käsiteltiin sairaanhoitopiirejä.

Suomalaisessa terveydenhuollossa tehtyä tutkimusta NPM:n vaikutuksista edustaa Kaarina Torpan (2007) väitöskirja, jossa hän käsitteli suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisen ja toiminnan organisoimisen uudistamisessa käytetyn managerialismin soveltamista käytäntöön. Torppa (2007) käytti väitöskirjassa termiä managerialismi tarkoittaessaan NPM:n mukaista toimintaa. Torppa (2007) arvioi tutkimuksessaan, että managerialismin mukaista toimintaa oli sovellettu vaihtelevasti sairaanhoitopiirien toiminnan

organisoinnin uudistamisessa ja johtamisessa vuosina 1991–2005. Tutkimuksen mukaan yhdessä sairaanhoitopiirissä managerialismin mukainen uudistaminen korostui verrattuna muihin sairaanhoitopiireihin. Torpan (2007) tulosten perusteella managerialismin ideologiset piirteet johtamisen periaatteina hyväksyttiin johtajien keskuudessa julkisen erikoissairaanhoidon uudistamisen ohjaamisessa, mutta ei palvelurakenteiden uudistajina. Sairaanhoitopiirien vastuualueiden johdon ja ylimmän johdon arviot poikkesivat toisistaan managerialismin tehokkuutta ja markkinaperusteisuutta koskevien piirteiden sekä toimintatavan soveltuvuuden osalta erikoissairaanhoidon uudistamiseen. (Torppa 2007.)

2000-luvun alkupuolen tutkimukset NPM:n vaikutuksista kuvaavat usein enemmän käytettyjä toimenpiteitä kuin varsinaisia saavutettuja tuloksia. Kansainvälinen tutkimus ja keskustelu NPM:n vaikutuksista on tärkeää, jotta voidaan kuvata ja ymmärtää mitä on tapahtunut. Lisäksi NPM:n vaikutusten vertailu, vaikka se ei ole yksikertaista erilaisissa ympäristöissä ja järjestelmissä toimittaessa, voi vaikuttaa voimakkaasti ja saada aikaan muutosvoimia. (Pollitt & Bouckaert 2011.) Pollitt ja Bouckaert totesivat vuonna 2011, että tulevaisuuden tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa NPM:n vaikutuksista erilaisissa ympäristöissä, joissa NPM on vaikuttanut tai vaikuttaa ja viime vuosien tutkimus on mennytkin tähän suuntaan.

Viime vuosien NPM:n tutkimus terveydenhuollon kontekstissa, osoittaa että NPM:n mukaista toimintaa käytetään terveydenhuollon palveluiden tuottamisessa (Sjögren & Fernler 2019), mutta mittaamista ja tilastotietojen käyttöä vastustetaan, tietoja ei välttämättä käytetä päätösten tukena (Nyland ym 2020) ja ympäristö sekä kulttuuri, johon NPM:n mukaista toimintaa sovelletaan vaikuttavat implementoinnin onnistumiseen (Uddin ym. 2020; Errami & Cargnello 2018).

Tulosten valossa näyttää, että NPM:n aikaansaamat tulokset eivät ole riittäviä (Errami & Cargnello 2018), koska NPM:stä huolimatta terveydenhuollon kustannukset ovat nousseet (Nunes & Ferreira 2019). Toisaalta terveystulokset ovat kuitenkin parantuneet NPM:n myötä (Nunes & Ferreira 2019) ja tiedon tuottaminen sekä jakaminen ovat lisänneet läpinäkyvyyttä ja toiminnan taloudellisuutta (Campra ym. 2019).

Toimintojen yksityistämistä, ulkoistamista, kilpailuttamista ja laatua koskevat tulokset puolestaan osoittavat sen, että julkisesti tuotetuilla palveluilla näyttää olevan korkeampi laatu kuin yksityisesti tuotetuilla palveluilla useilla mittareilla (Elkomy ym. 2019; Winblad ym. 2017), mutta yksityisesti tuotetut palvelut pärjäävät paremmin, kun mittareina ovat prosessipohjaiset laatuindikaattorit (Winblad ym. 2017). Tutkimuksissa esitetään myös, että tällä hetkellä harjoitettu politiikka ei ole yrityspolitiikkaa, eikä tue yrittäjyyttä (Acs ym. 2016) ja toisaalta taas toimintojen kilpailuttamisessa pitää olla varovainen (Elkomy ym. 2019).

Terveydenhuollon ja NPM:n kontekstissa populismin tutkimus on ollut viime vuosina suosittua (Agartan & Kuhlmann 2019). Populismi voidaan määritellä diskurssiksi, joka pyrkii vastakkain asettelemaan ”korruptoituneen eliitin” ja ”tavallisen kansan” (Pavolini ym. 2018). Tämä vastakkain asettelu toimii perustana instituutioiden tai järjestelmien vastaiselle ajattelulle ja toiminnalle (Agartan & Kuhlmann 2019). Tutkimusten mukaan tapa, jolla NPM:n mukaisia uudistuksia tehdään mahdollistaa populismin kasvun ja terveydenhuollon ammattilaisten aseman heikentymisen tärkeänä sidosryhmänä (Agartan & Kuhlmann 2019). Maiden välillä on suuria eroja populismin suuntauksissa ja niiden ilmeneemisessä terveydenhuollossa. Terveydenhuollon hallinnolla ja ammattilaisten merkitystä populististen hyökkäysten torjumisessa. Hyökkäykset terveydenhuollon asiantuntemusta kohtaan, heikot resurssit, terveydenhuollon ammattilaisten ulkopuolisuus poliittisessa päätöksenteossa ja huono luottamus terveydenhuoltoon lisäävät populistista keskustelua (Pavolini ym. 2018).

4 YLIOPISTOLLISTEN SAIRAALOIDEN KLIINISEN RADIOLOGIAN YKSIKÖT SUOMESSA

Yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköt tuottavat kuvantamispalveluita erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tarpeisiin. Lisäksi ne vastaavat yliopistolliselle sairaalalle kuuluvasta alan tutkimuksesta ja opetuksesta. (HUS 2020; PPSHP; PSHP 2020; VSSHP 2019 & KYS 2020.) Tässä tutkimuksessa tutkitaan Yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköitä, koska niiden tehtävät ja tavoitteet ovat samanlaiset ja näin ollen niistä voi kerätä myös vertailutietoa.

Suomessa erikoissairaanhoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa Sosiaali- ja terveysministeriö. Erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan sairaaloissa. Erikoissairaanhoidon on sairaalassa tapahtuvaa erikoislääkärien tekemää tutkimusta ja hoitoa. Suomessa suurin osa sairaaloista on julkisia sairaaloita, jotka omistavat kunnat tai kuntayhtymät. Vaativimman erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan yliopistosairaloissa tai sairaanhoitopiirien keskussairaloissa. Lisäksi sairaanhoitopiireissä on myös alue- ja paikallisia sairaaloita. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Yksityiset terveydenhuollon palvelut täydentävät julkisia palveluita tarjoamalla esimerkiksi päiväkirurgisia leikkauksia (Sosiaali- ja terveysministeriö) ja kliinisen radiologian palveluita.

Terveydenhuoltolaissa säädetään sairaaloiden toiminnasta ja erikoissairaanhoidolaki määrittää sairaaloiden toiminnan järjestämisestä. Kuntien vastuulla on huolehtia asukkaidensa erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi Suomi on jaettu kahteenkymmeneen sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiiri vastaa sairaalapalveluiden tuottamisesta ja jokainen kunta kuuluu johonkin sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiireistä on muodostettu erityisvastuualueita eli erva-alueita, joita on viisi. Jokaisella erva-alueella toimii yliopistollinen sairaala. (Kuntaliitto 2019; Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Sairaaloiden toimintaa johtaa ja valvoo ylilääkäri. Jokaisella sairaalalla on myös hallitus ja sairaalan johto. Sairaalan johdon ja hallituksen valitsee liittovaltuusto, jolla on sairaanhoitopiirien korkein päätäntävalta. Sairaanhoitopiirien liittovaltuustot valitsevat puolestaan kuntien valtuustot. (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Tällä hetkellä yliopistosairaaloita, joissa annetaan erikoissairaanhoidoa, on viisi. Osa erikoissairaanhoidon palveluista on järjestetty erva-alueiden perusteella. Jokainen sairaanhoitopiiri on osa jonkun yliopistosairaalan erva-alueita. Valtioneuvon asetuksessa on säädetty yksityiskohtaisesti erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Yliopistosairaaloiden erityisvastuualueet on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueet ja niihin kuuluvien asukkaiden sekä kuntien määrä. (Kuntaliitto 2019).

Erityisvastuualue	Asukasluku	Kunnat
HYKS erva	2 173 797 as.	51 kuntaa
Helsinki ja Uusimaa	1 667 203	24
Etelä-Karjala	1 667 203	9
Kymenlaakso	166 623	6
Päijät-Häme	211 215	12
KYS erva	805 133 as.	65 kuntaa
Pohjois-Savo	245 602	18
Etelä-Savo	100 226	9
Itä-Savo	41 060	4
Keski-Suomi	252 676	21
Pohjois-Karjala	165 569	13
OYS erva	738 690 as.	68 kuntaa
Pohjois-Pohjanmaa	409 418	29
Kainuu	73 061	8
Keski-Pohjanmaa	77 689	10
Lappi	117 350	15
Länsi-Pohja	61 172	6
TAYS erva	900 724 as.	52 kuntaa
Pirkanmaa	535 044	23
Etelä-Pohjanmaa	194 316	18
Kanta-Häme	171 364	11
TYKS erva	869 786 as.	58 kuntaa
Varsinais-Suomi	481 478	28
Satakunta	218 624	17
Vaasa	169 684	13
Manner-Suomi	5 488 130 as.	294 kuntaa
Ahvenanmaa	29 789 as.	16 kuntaa
Koko maa	5 517 919 as.	310 kuntaa

Sairaanhoitopiirien tehtävät on määritelty terveydenhuoltolaissa (Kuntaliitto 2019). Kaikissa sairaanhoitopiireissä tarjotaan kiireellinen hoito ja ensiapu niitä tarvitseville asuinpaikasta riippumatta. Terveyskeskus- tai työterveyslääkärin läheteellä pääsee tarvittaessa erikoissairaanhoidon ja palveluja tarvitseva on oikeutettu valitsemaan sopivan hoitopaikan yhdessä lääkäriänsä kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Tämä koskee myös kliinisen radiologian palveluita.

Vastuu sairaaloiden toiminnasta on viranomaisilla. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimiva Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos eli THL on erikoissairaanhoidon asiantuntijaorganisaatio, jonka tehtäviin kuuluu esimerkiksi tilastotietojen tuottaminen palveluista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto eli Valvira sekä aluehallintovirastot puolestaan valvovat, ohjaavat ja suunnittelevat sairaaloiden toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Kliinisen radiologian palveluista THL ei kuitenkaan kerää tilastoja. Säteilyturvakeskus eli STUK on viranomaistaho, joka toimii sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa, ja valvoo Suomen säteily- ja ydinturvallisuutta (Säteilyturvakeskus). Säteilyturvakeskus on keskeinen valvova viranomainen kliinisen radiologian palveluissa, koska useissa kuvantamistutkimuksissa käytetään röntgensäteilyä, sähkömagneettista säteilyä tai ionisoivaa säteilyä. Säteilyturvakeskus tuottaa tilastoja ja ohjeita säteilynkäytöstä lääketieteellisissä tarkoituksissa.

Kliinisen radiologian tutkimuksia tehdään yliopistollisissa sairaaloissa elektiivisesti ja päivystyksellisesti. Kaikki yliopistolliset sairaalat tuottavat kliinisen radiologian palveluita ympärivuorokauden päivystyksellisiin tarpeisiin ja toimivat osana terveydenhuoltoa suuronnettomuus ja erityistilanteissa. (Kuntaliitto 2019.) Kliinisen radiologian palvelut ovat osa kaikissa terveydenhuoltolain määrittämässä sairaanhoitopiirin tehtävissä (Kuntaliitto 2019) ja ne ovat osana potilaan hoitoketjua valtaosassa erikoissairaanhoidon prosesseissa (Sequeiros ym. 2017).

Potilaan hoitopolku kliinisen radiologian yksikössä kulkee siten, että potilaasta saapuu lähete radiologian yksikköön, läheteen perusteella tehdään tutkimuksen toteuttamisesta suunnitelma, jonka pohjalta tutkimus suoritetaan, kuvat arvioidaan ja lausutaan ja lausunto lähetetään potilasta hoitavaan yksikköön. (Abujudeh ym. 2017.)

Kliinisen radiologian tehtävänä on tarjota potilaille turvallisia, tehokkaita ja potilaslähtöisiä radiologisia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Riippumatta siitä, mitä kuvantamismenetelmää käytetään, toiminta on aina moniammatillista tiimityötä. Tiimissä työskentelee tutkimuksesta tai toimenpiteestä riippuen esimerkiksi eri alojen erikoislääkäreitä, röntgenhoitajia, sairaanhoitajia, sairaalafyysikoita, sihteereitä, lähihoitajia, potilaskuljettajia ja laitoshuoltajia. (Abujudeh ym. 2017.)

Yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköt tuottavat kuvantamispalveluita monilla eri menetelmillä. Röntgensäteilyyn perustuvia menetelmiä ovat röntgen-, läpivalaisu-, angiografia- ja tietokonetomografiakuvaukset. Sähkömagneettista säteilyä käytetään magneettikuvauksessa, ääniaaltoja ultraäänikuvauksessa ja ionisoivaa säteilyä isotooppikuvauksissa. Nykytekniikka mahdollistaa myös erilaiset hybridimenetelmät, joissa käytetään useampia menetelmiä samassa tutkimuksessa. (Sequeiros & Lundbom 2017, 9.)

5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus tehtiin monimenetelmätutkimuksena, mikä mahdollistaa useampien tutkimusmenetelmien yhdistämisen (Mikkonen & Kyngäs 2020). Tutkimuksen aineisto kerättiin käyttäen strukturoitua ja puolistrukturoitua haastattelua tammi-maaliskuussa 2021 ja aineisto analysoitiin vertailemalla yksiköiden toimintalukuja ja deduktiivisellä sisällönanalyysillä helmi-maaliskuussa 2021. Tutkimuksessa yhdistettiin kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tieto, koska se mahdollistaa syvällisemmän tiedon saavuttamisen (Mikkonen & Kyngäs 2020).

5.1 Monimenetelmätutkimus ja tieteenfilosofinen perusta

Monimenetelmätutkimuksessa voidaan käyttää rinnakkain kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä. Tätä menetelmää voidaan käyttää, kun halutaan syvällisempää ymmärrystä kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksista tai halutaan ymmärtää syvällisemmin kvalitatiivisen tutkimuksen tulokseen vaikuttavia tekijöitä. Monimenetelmätutkimus mahdollistaa aiheen lähestymisen erilaisista tieteenfilosofisista lähtökohdista. (Mikkonen & Kyngäs 2020, 35 ja 39.) Toiminnan kuvaamiseen ja vertaamiseen käytettiin yksikkökohtaista määrällistä, eli kvantitatiivista, aineistoa keskeisistä toimintaluvuista. Laadullisia, eli kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä, käytettiin ymmärryksen syventämiseksi sekä toiminnan kuvaamiseen. Tietojen yhdistäminen eri lähteistä, tässä tutkimuksessa julkisten toimintalukujen ja haastatteluaineiston yhdistäminen, tarjoavat laajemman näkemyksen kompleksisesta ilmiöstä (Teddlie & Tashakkori 2017, 287).

Kvalitatiivisen tutkimuksen malli tulee humanistisista tieteistä ja hermeneuttisesta tutkimusotteesta (Dowling ym. 2016). Kvalitatiivisen tutkimuksen tieteenfilosofinen perusta on sosiaalisessa konstruktionismissa. Sosiaalisessa konstruktionismissa todellisuuden ajatellaan rakentuvan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Kyngäs 2020, 5; Moser & Korstjens 2017). Kvantitatiivisen tutkimuksen tieteenfilosofinen perusta on puolestaan positivistinen, koska taustalla on oletus yhdestä objektiivisesta todellisuudesta (Mikkonen & Kyngäs 2020, 32). Tutkimuksen tieteenfilosofinen perusta on pluralismissa, kun tutkimuksessa käytetään useita menetelmiä (Teddlie & Tashakkori 2017, 287), ja kriittisessä realismissa, jossa todellisuutta pidetään jossain määrin yhteisenä ja objektiivisenä,

mutta suhtautuminen on silti kyseenalaistava (Mikkonen & Kyngäs 2020, 32). Tämän tutkimuksen tieteenfilosofinen perusta on kriittisessä realismissa ja pluralismissa.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tarjota syvällisiä näkemyksiä ja ymmärtää reaalia maailman ilmiöitä. Tämä laadullinen tutkimus liittyy konstruktivistiseen paradigmaan. Konstruktivismiin mukaan todellisuudella on useita tulkintoja ja tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää, miten yksilöt rakentavat todellisuutta (Polit & Beck 2017; Moser & Korstjens 2017; Kyngäs 2020, 5). Kvalitatiivinen tutkimusote mahdollistaa myös puhutun tiedon ja kokemusten käyttämisen tutkimusaineistona (Kyngäs 2020, 8). Tässä tutkimuksessa keskitytään kliinisen radiologian yksiköiden johtajien kokemuksiin ja näkemyksiin siitä, miten NPM:n mukaiset toiminnot ilmenevät palveluiden tuottamisessa ja organisoinnissa, yksiköiden toiminnan kuvaamiseen sekä vertailuun ja siihen, miten johtajat näkevät NPM:n mukaisen toiminnan tulevaisuudessa.

5.2 Tutkimusaineisto

Tässä tutkimuksessa strukturoitu ja puolistrukturoitu haastattelu tarjosivat tutkimuskysymysten kannalta luontevan menetelmän vastausten saamiseksi. Strukturoitu haastattelu mahdollisti organisointia sekä toimintalukuja koskevien tietojen keräämisen systemaattisesti ja puolistrukturoitu haastattelu mahdollisti johtajien kokemusten sekä näkemysten keräämisen samoista aiheista jokaisessa haastattelussa (Mikkonen & Kyngäs 2020). Strukturoitu haastatteluaineisto on tutkimuksen kvantitatiivinen aineisto ja puolistrukturoitu haastatteluaineisto on kvalitatiivinen aineisto.

Haastateltavat valittiin tarkoituksenmukaisella otannalla ja haastatteluja voi kutsua asiantuntijahaastatteluiksi. Haastateltavat ovat tutkimuksen kvalitatiiviseen luonteen mukaisesti alansa parhaita asiantuntijoita ja heillä on tutkimusaiheesta paras mahdollinen kokemus ja näkemys. (Kyngäs 2020, 8.) Sisäänottokriteereinä haastatteluun oli työskentely yliopistollisen sairaalan kliinisen radiologian yksikössä keskijohdossa hoitaja- tai lääkärijohtajana. Haastatteluita varten jokaisesta yliopistollisesta sairaalasta haettiin tutkimuslupa kunkin sairaalan käytännön mukaisesti. Haastateltavia pyydettiin mukaan tutkimukseen sähköpostitse tai puhelimitse. Haastateltavat informoitiin tutkimustiedotteella ja

heiltä pyydettiin tutkimussuostumus ennen haastattelua. Tutkimustiedote on esitetty Liitteessä 1 ja tutkimussuostumus Liitteessä 2.

Strukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat ennalta laaditut, samat kysymykset esitetään kaikille ja kysymyksillä on mahdollista kerätä täsmällisiä lukuja, joita voi käyttää vertailuun (Roulin & Bangerter 2012). Puolistrukturoidussa haastatteluissa keskiössä ovat ennalta valitut teemat, joista haastattelija ja haastateltava keskusteleval. Puolistrukturoidussa haastattelussa ei tehdä tarkkoja ennalta määriteltyjä kysymyksiä vaan haastattelussa keskitytään keskusteluun ennalta määritellyistä aiheista eli teemoista, jotka ovat keskeisessä asemassa ja aiheiden tulee säilyä samoina haastattelusta toiseen. (Rubin & Rubin 2005.) Puolistrukturoidun haastattelun käyttö edellyttää tarpeen tunnistamisen puolistrukturoidun haastattelun käytölle, aikaisemman tiedon hankkimisen ja käyttämisen aiheesta, alustavan haastattelurungon laatimisen ja sen testaamisen sekä lopullisen haastattelurungon laatimisen (Kallio ym. 2016).

NPM-mallista on löydettävissä teemat (Pollit 2003; Pollit & Bouckaert 2011), joiden pohjalta haastattelujen toteuttaminen samoilla teemoilla kerrasta toiseen oli mahdollista. Haastateltavien lukumäärää ei asetettu tutkimuksen kvalitatiivisen luonteen mukaisesti etukäteen vaan haastatteluja tehtiin niin kauan, että aineiston saturaatio saavutettiin, eli samat aiheet alkoivat toistua haastateltavien vastauksissa, (Kyngäs 2020, 8) ja haastatteluja tehtiin yhteensä kaksitoista kappaletta.

Haastattelurunko on esitetty liitteessä 3. Alustava haastattelurunko esitettiin tutkimussuunnitelmassa lokakuussa 2020, mutta se sai lopullisen muotonsa vasta hieman ennen haastatteluja joulukuussa 2020. Haastattelurungon muodostumiseen vaikuttivat aiempi tieto NPM:stä ja kliinisen radiologian yksiköistä sekä haastattelurungon testaaminen yhdellä pilottihaastateltavalla. Pilottihaastateltava työskenteli kliinisen radiologian yksikössä lähijohdossa eikä keskijohdossa, joten tätä haastattelua ei sisällytetty aineistoon. Haastattelurungon teemojen järjestystä muutettiin pilottihaastattelun perusteella. Haastattelurungon ensimmäinen teema vastaa tutkimuskysymykseen, miten palvelut on organisoitu ja millaisia palveluita järjestelyillä tuotetaan ja tämä oli haastattelun strukturoitu osuus. Haastattelurungon teemat 2-6 vastaavat tutkimuskysymykseen NPM-mallin ominaispiirteiden ilmenemisestä ja NPM-mallin tulevaisuudesta johtajien kuvaamana (Pollitt

2003; Pollitt & Bouckaert 2011) muodostaen haastattelun puolistrukturoidun osuuden. Haastattelurungon teemat on muodostettu hyödyntäen NPM-mallin keskeisiä sisältöjä sekä kliinisen radiologian toimintaa kuvaavia elementtejä. NPM-mallin keskeiset sisällöt löytyvät julkishallintoa käsittelevistä perusteoksista *The Essential Public Manager* (Pollitt 2003) ja *Public Management Reform* (Pollitt & Bouckaert 2011) ja ne on esitelty luvussa 4.2. Mallin keskeinen sisältö korostaa suorituskykyä, tulosten mittaamista, pieniä pitkälle erikoistuneita organisaatioita, johtamisen hajauttamista, markkinamekanismin käyttöä, palvelun laatua ja standardeja sekä aktiivista asiakasta. Kliinisen radiologian toimintaa on puolestaan kuvattu perinteisesti suoritteiden, resurssien ja satavuuden avulla (Abujudeh ym. 2017).

Teknologian käyttö haastatteluaineiston keräämisessä, tallentamisessa ja analysoinnissa lisääntyvät jatkuvasti (Dowling ym. 2016). Haastattelut tehtiin tammi-helmikuussa 2021 Teams-haastatteluina, jotka nauhoitettiin haastateltavien luvalla, ja sähköpostihaastatteluina. Teams-haastattelut olivat kestoltaan 35 -60 minuuttia ja nauhoitettua aineistoa kertyi 364 minuuttia. Aineisto säilytettiin ulkoisella kovalevyllä tutkijan toimistossa lukitussa kaapissa, johon on pääsy ainoastaan tutkijalla. Kolme haastateltavaa vastasi haastattelukysymyksiin ainoastaan sähköpostitse, yhdeksän vastasi kysymyksiin Teams-haastattelussa ja neljä haastateltavaa halusi täydentää vastauksiaan sähköpostitse Teams-haastattelun jälkeen.

Puhutusta aineistosta tehtiin peruslitterointi, jossa puhe litteroitiin sana sanalta puhekieltä noudattaen, mutta siitä jätettiin pois merkityksettömät äännähdykset, kesken jääneet tavut, kesken jääneet sanat, toistot ja täytesanat. Myös selvästi aiheen ulkopuolinen puhe jätettiin litteroimatta harkinnan mukaan. Peruslitterointi sopii erityisesti analyysiin, jossa halutaan keskittyä puheen asiasisältöön kuten tässä tutkimuksessa. Litterointi tehtiin analysointia varten helmi-maaliskuussa 2021 ja litteroinnit toteutettiin siten, että yksikään haastateltava ei ole aineistosta tunnistettavissa. Haastattelut koodattiin haastattelujärjestyksen mukaan eli ensimmäinen haastateltu on aineistossa H1 ja viimeinen haastateltu on H12. Litteroitua aineistoa kertyi 112 sivua ja sähköpostihaastattelumateriaalia 32 sivua (Calibri 11, riviväli 1,5). Litteroidusta aineistosta nostettiin suoria lainauksia puolistrukturoidun haastatteluaineiston tulosten raportointiin. Litteroinnissa ja suorissa lainauksissa käytettiin seuraavia merkintöjä:

--- = Epäolennaiset asiat poistettu

... = Tauko puheessa

[] = puhetta selvennetty lukijaa varten

5.3 Tutkimusaineiston analyysi

Haastattelurungon ensimmäisessä teemassa strukturoitua haastattelua käyttäen kerättiin kvantitatiivinen aineisto, jonka avulla kuvataan ja vertaillaan yksiköiden vuoden 2020 keskeisiä toimintalukuja ja organisointia. Toimintalukuja raportoidaan kuvaamalla ja vertailemalla tutkimus-, henkilöstö-, laitteisto- ja toimipistemääriä sekä toimintakulujen suuruutta eri sairaaloiden kliinisen radiologian toiminnoissa. Kerättyjen toimintalukujen valintaan vaikutti jo aiemmin olemassa ollut tieto radiologian palveluista yleisesti kerättävistä toimintaluvuista (Kyingäs & Kaakinen 2020). Yksiköiden organisointitapakuvaukset pohjautuvat yksiköiden organisaatiokaavioihin, joita haastateltavat esittelivät haastattelun strukturoidussa osuudessa tai lähettivät sähköpostitse kuvioina.

Haastattelurungon teemoissa 2-6 puolistrukturoitua haastattelua käyttäen kerättiin tutkimuksen kvalitatiivinen aineisto, jonka avulla kuvataan johtajien kokemuksia ja näkemyksiä NPM:n mukaisesta toiminnasta. Aineisto analysoitiin käyttäen deduktiivista sisällönanalyysiä. Induktiivinen sisällönanalyysi on yleisimmin käytetty sisällönanalyysin muoto, kun halutaan tutkia kokemuksia ja näkemyksiä, mutta sen avulla ei voida selittää niitä (Kyingäs 2020). Tässä tutkimuksessa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä, koska tarkoituksena oli tutkia olemassa olevaa teoriaa ja kokemuksia uudessa kontekstissa (Kyingäs & Kaakinen 2020), jolloin deduktiivinen sisällönanalyysi on sopivampi menetelmä kuin induktiivinen sisällönanalyysi.

Deduktiivistä sisällönanalyysia ohjasivat Pollittin ja Bouckaertin (2011) ja Pollitin (2003) kuvaamat NPM-mallin ominaispiirteet, joiden pohjalta tiedonkeruu oli suunniteltu. Kynkään ja Kaakisen (2020) mukaan tiedonkeruu on suunniteltava deduktiivista sisällönanalyysia silmällä pitäen, koska aiempi tieto ja olemassa oleva teoria ohjaavat analyysia. Puolistrukturoidun haastattelun teemoille muodostettiin strukturoitu analyysirunko taulukkojen 7–8 mukaisesti. Tässä tutkimuksessa strukturoitu analyysirunko on muodostettu

NPM:n ominaispiirteiden pohjalta, mikä ohjasi myös haastattelurungon teemojen muodostamista yhdessä radiologian palveluista jo olemassa olevan tiedon kanssa. Aineistoa ei abstrahoitu eli pelkistetty yläkäsitteiksi, koska analyysi oli luonteeltaan deduktiivinen ja yläkäsitteet, jotka nousivat NPM-mallin ominaispiirteistä, ohjasivat analyysia (Kyngäs 2020).

Tavanomaisesti sisällönanalyysissä aineisto ryhmitellään tyypittelemällä, luokittelemalla tai teemoittelemalla. Sisällönanalyysi voidaan tehdä myös lähestymällä aihetta ennalta määriteltyjen teemojen kautta. Analyysiä ohjaa tällöin teoriasta nousevat käsitteet, jolloin analyysissä käytetään deduktiivista sisällönanalyysiä (Mikkonen & Kyngäs 2020.) Deduktiivisessä sisällönanalyysissä on mahdollista sisällyttää analyysiin myös teorian ulkopuolelta nousevia käsitteitä ja ulottuvuuksia (Kyngäs & Kaakinen 2020), mikä on tarpeellinen mahdollisuus kokemuksiin ja näkemyksiin tutkittaessa kuten tässä tutkimuksessa. Analyysissä tutkimusaineisto ryhmiteltiin haastattelun teemojen perusteella. Ryhmitelyssä keskiössä on se, mitä eri aiheista on sanottu. Analyysit tehtiin helmi-maaliskuussa 2021.

Taulukko 7. NPM-mallin ominaispiirteiden ilmenemisestä sanotut asiat ja niiden toistuminen. Suluissa olevat luvut kuvaavat frekvenssejä (N=12).

Miten NPM-mallin ominaispiirteet ilmenevät johtajien työssä?	Suorituskyvyn ja tulosten mittaaminen	Toiminnan ja johtamisen hajauttaminen	Markkinamekanismien käyttö	Laadun ja standardien paimittaminen	Kansalaiset asiakkaana
	Talouslukujen mittaaminen (12)	Pyrkimys keskittämiseen (10)	Ostopalveluiden käyttö (12)	Tekninen laadunvalvonta (12)	Asiakaspalautteet (12)
	Henkilöstölukujen mittaaminen (12)	Alueella useita julkisia kuvantamispalveluiden tuottajia (10)	Palkkaus TVA:n mukaan (10)	Auditoinnit (12)	Asiakastyytyväisyysmittarit (12)
	Tutkimusmäärien mittaaminen (12)	Alueella ei ollenkaan muita julkisia kuvantamispalveluiden tuottajia (2)	Suoritepalkkio (10)	Itsearviointit (12)	Asiakasraadit (10)
	Jonoutumisen mittaaminen (12)		Kannustepalkkaus (8)	HaiProt (10)	Kokemusasiantuntijat (9)
	Viive läheteestä lausuntoon (6)		Vuoden menestyjä palkinto (6)	Tutkimusten tekeminen indisoidusti (9)	Palvelumuotoilu (2)
	Tutkimusten saatavuuden mittaaminen (4)		Liikelaitosmalli organisoinnissa (4)	Modaliteetti ja tiimipalaverit (9)	
			Nopean palkitsemisen systeemi (2)	Lean (8)	
			Kertabonukset (2)	Laatutiimit (8)	
				Terveystieteellinen tutkimus (8)	
				Laatupäällikkö (6)	
				Radimetrics (5)	
				Laatuvastaavat (4)	
				Magneettisairaalamalli (1)	

Taulukko 8. Kliinisen radiologian johtajien näkemyksiä NPM-mallin tulevaisuudesta kliinisen radiologian palveluissa. Suluisissa olevat luvut kuvaavat frekvenssejä (N=12).

Miten johtajat näkevät NPM-mallin tulevaisuuden?	Suorituskyvyn ja tulosten mittaaminen	Toiminnan ja johtamisen hajauttaminen	Markkinamekanismien käyttö	Laadun ja standardien paimottaminen	Kansalaiset asiakkaana
	Hoitoprosessien läpimenoaikojen mittaaminen (8) Jonojen sulamisen mittaaminen (4) Rivihenkilöstön päiväkohdaiset tavoitteet (2)	Ei hajauteta vaan keskittää johtamista (12) Palvelut lähellä asiakasta (8)	Sote-ratkaisut vaikuttavat (12) Yksityisen ja julkisen toiminnan yhteistyö lisääntyy (8) Suoriteperusteinen palkkaus (6)	Vaikuttavuuden mittaaminen (9) Itsearviointit (2)	Asiakkaan valta korostuu (12) Asiakkaan osallistuminen ja omatoimisuus korostuvat (12) Palvelumuotoilu (4) Asiakasraadit (4) Kokemusasiantuntijat (4)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä tutkimuksessa haastateltiin kliinisen radiologian yksiköiden johtajia (N=12). Suurin osa johtajista oli naisia (n=10). Kaikki haastateltavat työskentelivät keskijohdossa ja kaikilla heillä oli kliininen tausta (hoitajataustaisia 6 ja lääkäritaustaisia 6). Haastateltavat olivat iältään 52-66-vuotiaita (keskiarvo 59 vuotta ja mediaani 60 vuotta) ja heillä oli työkokemusta johtamisesta 13-38 vuotta (keskiarvo 20 vuotta ja mediaani 24 vuotta). Koulutukseltaan haastateltavat olivat terveystieteiden maistereita tai tohtoreita (n=6) sekä lääketieteen dosentteja ja tohtoreita (n=6).

6.1 Kliinisen radiologian yksiköiden toiminnan organisointi ja palveluiden tuottaminen

Tässä luvussa kuvataan ja vertaillaan yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian toiminnan järjestämistapaa ja toimintalukuja. Taukukossa 9 on kuvattu yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian toimintalukuja vuodelta 2020. Kuvioissa 1-6 on vertailtu yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden toimintakuluja, tutkimusmääriä, toimipisteiden lukumääriä, kuvauslaitteiden lukumääriä ja kolmen keskeisen ammattiryhmän, lääkäreiden, hoitajien ja fyysikoiden, lukumääriä. Sihteereiden lukumääriä ei vertailla, koska sihteeripalvelut eivät ole kaikissa yksiköissä kliinisen radiologian toimintaa.

HUSin ja TAYSin kliinisen radiologian palvelut tuotetaan liikelaitoksissa, kun taas TYKS, OYS ja KYS tuottavat palvelunsa organisaationsa toimi- tai palvelualueen tai palvelukeskuksen osana. HUS Kuvantaminen, johon kliinisen radiologian palvelut kuuluvat, yhdistyi vuonna 2019 laboratoriopalveluja tarjoavan HUSLABin kanssa uudeksi HUS Diagnostiikkakeskukseksi. TAYSissa kliinisen radiologian palvelut tuotetaan Kuvantamiskeskus- ja apteekkiliikelaitoksessa, joka tuottaa radiologian palveluiden lisäksi kliinisen fysiologian, isotooppilääketieteen, kliinisen neurofysiologian, lääketieteellisen fysiikan, verisuonikeskuksen ja lääkehuollon palvelut. TYKS Kuvantamisen toimialue, OYS Diagnostiikka ja KYS Kuvantamiskeskus tuottavat kliinisen fysiologian ja isotooppilääketieteen, neurofysiologian, patologian ja radiologian tutkimuksia. Lisäksi yksiköt tarjoavat lääketieteellisen fysiikan palveluita.

HUS Diagnostiikkakeskuksen tehtävänä on koko erva-alueen palvelu ja alueella ei ole terveyskeskuksia tai sairaaloita, jotka tuottaisivat kliinisen radiologian palveluita itsenäisesti vaan kaikki kuvantamispalvelut ovat HUS Diagnostiikkakeskuksen toimintaa. Kaikkien muiden sairaanhoitopiirien alueella toimii yliopistollisen sairaalan kliinisen radiologian yksiköiden lisäksi aluesairaloita, keskussairaloita ja terveyskeskuksia, jotka vastaavat omasta kliinisen radiologian toiminnastaan.

HUSissa ja TAYSissa kliinisen radiologian toiminta on liikelaitoksessa oma vastuualueensa, jota johtaa vastuualuejohtaja. Vastuualuejohtajan alaisuudessa työskentelee ylihoitaja. HUSissa on lisäksi eri röntgenyksiköillä ylilääkärit, jotka toimivat vastuuyksiköiden päälliköinä.

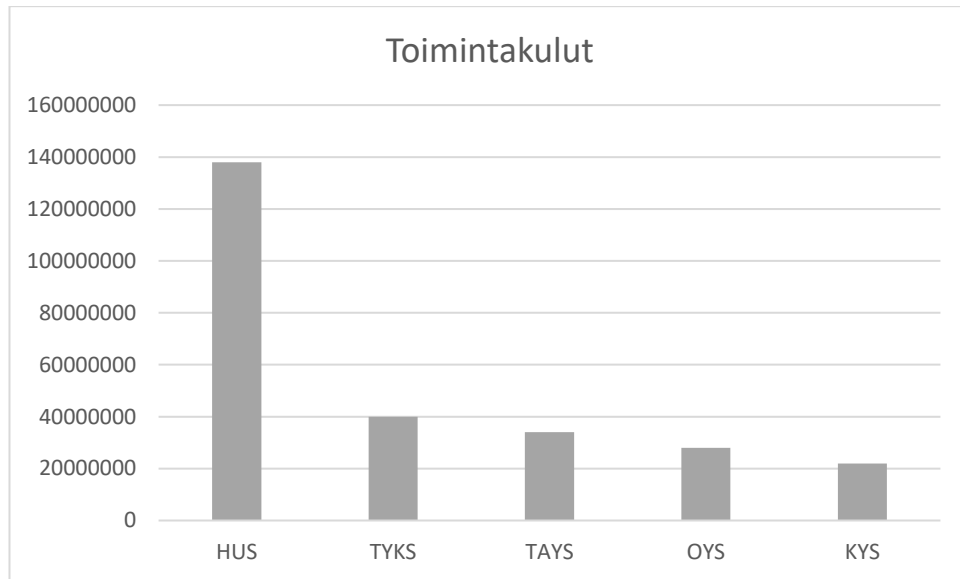
TYKS Kuvantamisen toimialuetta johtaa toimialuejohtaja, jonka alaisuudessa työskentelevät ylihoitaja ja kliinisen radiologian vastuualuejohtaja, joka on ylilääkäri. OYSissa kliinisen radiologian palvelut kuuluvat Diagnostiikan vastuualueeseen, joka puolestaan kuuluu Sairaanhoidollisten palveluiden tulosalueeseen. Tulosalueen johtaja johtaa koko tulosaluetta ja hänen alaisuudessaan työskentelevät Diagnostiikkakeskuksen johtaja ja tulosalueen ylihoitaja. KYS Kuvantamiskeskus on puolestaan osaamiskeskus, joka kuuluu Taseyksiköiden palvelualueeseen, jota johtaa palvelualuejohtaja. Osaamiskeskusta johtaa osaamiskeskusjohtaja ja kliinisen radiologian yksikköä johtava palvelulinjajohtaja, ylilääkäri, toimii hänen alaisuudessaan. Kuvantamiskeskkuksen ylihoitaja työskentelee hoitotyön johtajan alaisuudessa.

Taulukko 9. Yliopistollisten kliinisen radiologian yksiköiden vuoden 2020 keskeisimpiä toimintalukuja.

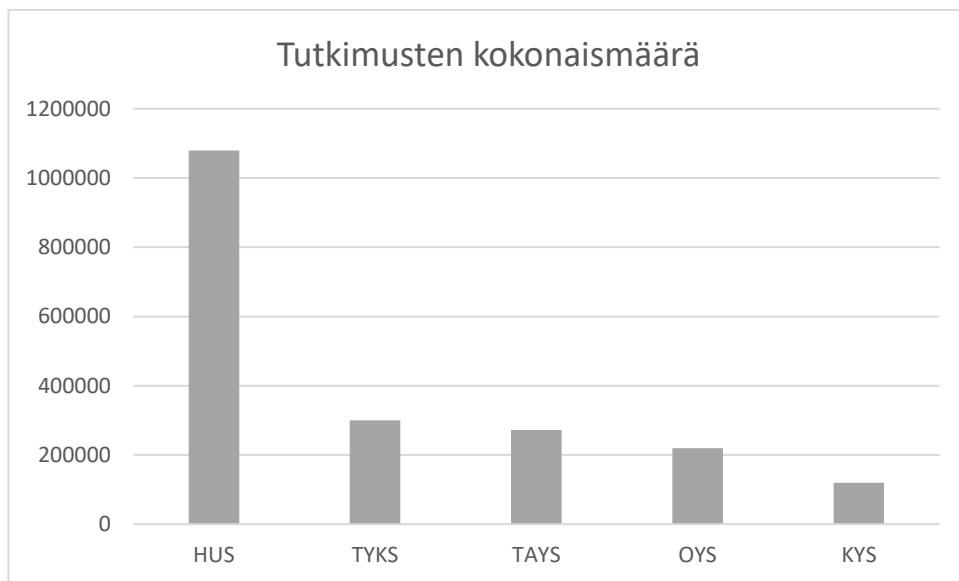
	HUS	TYKS	TAYS	OYS	KYS
Magneettitutkimukset	88288	26768	22890	23785	17578
Tietokonetomografiat	198934	53331	54 774	40830	25223
Natiivitutkimukset	606050	157072	134507	103438	53888
Ultraäänitutkimukset	147637	29261	29 152	29466	11712
Angiografiat ja muut toimenpiteet	32110	7973	5 185	9049	5089
Varjoainetutkimukset	3476	629	1 048	984	796
Kartiokeilatutkimukset	3912	2677	4832	2436	1489
Tutkimukset yhteensä	1080407	277711	252388	209988	115775
Toimipisteet	57	12	5	7	6
Kuvauslaitteet*	169	68	58	53	34
Röntgenhoitaja	654	174	170	177	87
Lääkäri	261	73	73	52	48
Fyysikko	19	3	5	12	5
Sihteeri	79	23	30	10	0
Lähi- ja perushoitaja	25	3	1	14	0
Lastenhoitaja	1	0	0	0	1
Ylihoitaja	2	1	1	1	1
Johtava ylihoitaja	1	0	0	0	0
Osastonhoitaja	20	7	5	5	2
Apulaisosastonhoitaja	29	7	4	6	4
Lääkintävahtimestari	1	0	0	0	0
Kliininen asiantuntija	1	1	0	1	0
Kliininen opettaja	1	0	0	0	1
Erikoistutkija	1	0	0	0	0
Kehittämispäällikkö	1	0	0	0	0
Tuotantopäällikkö	1	0	0	0	0
Erikoissuunnittelija	0	1	0	0	0
Sovellusasiantuntija	0	3	0	0	0
Tietojärjestelmävaastaava	0	0	0	0	1
Laatupäällikkö	0	0	0	1	0
Tutkimusinsinööri	0	0	0	1	0
Tilastoija	0	0	0	1	0
Tutkimuskoordinaattori	0	0	0	1	0
Röntgenhoitajan tukihenkilö	0	0	0	1	0
Toimintakulut	13800000	4000000	3400000	2800000	2200000

*ei sisällä osastokuvauslaitteita

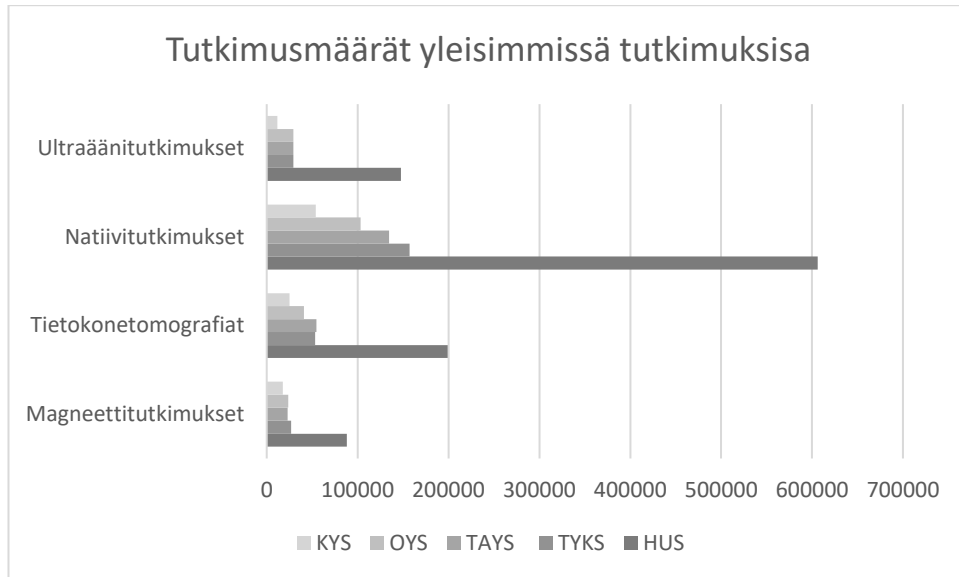
Kuvio 1. Yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden vuoden 2020 toimintakulujen vertailua.



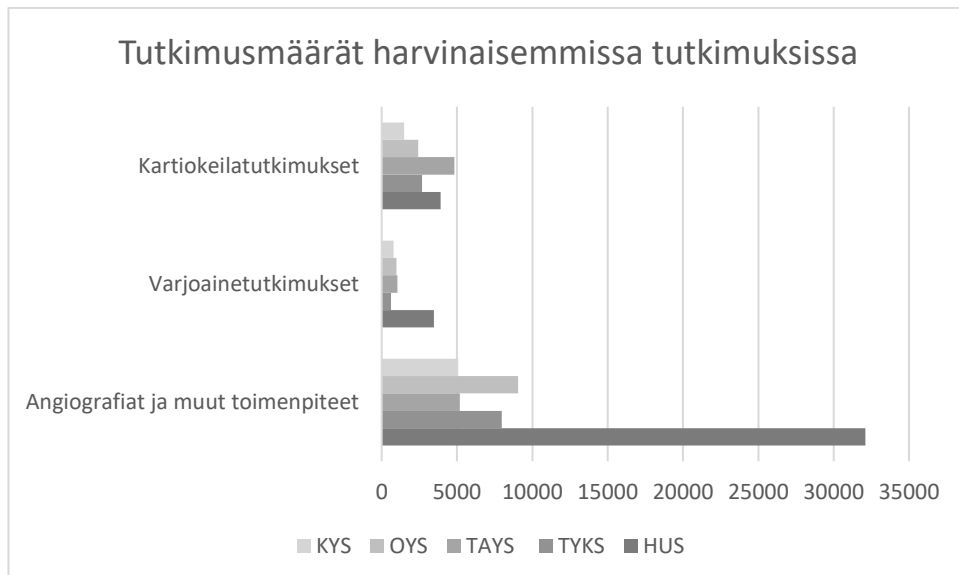
Kuvio 2. Yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden vuoden 2020 tutkimusmäärien vertailua.



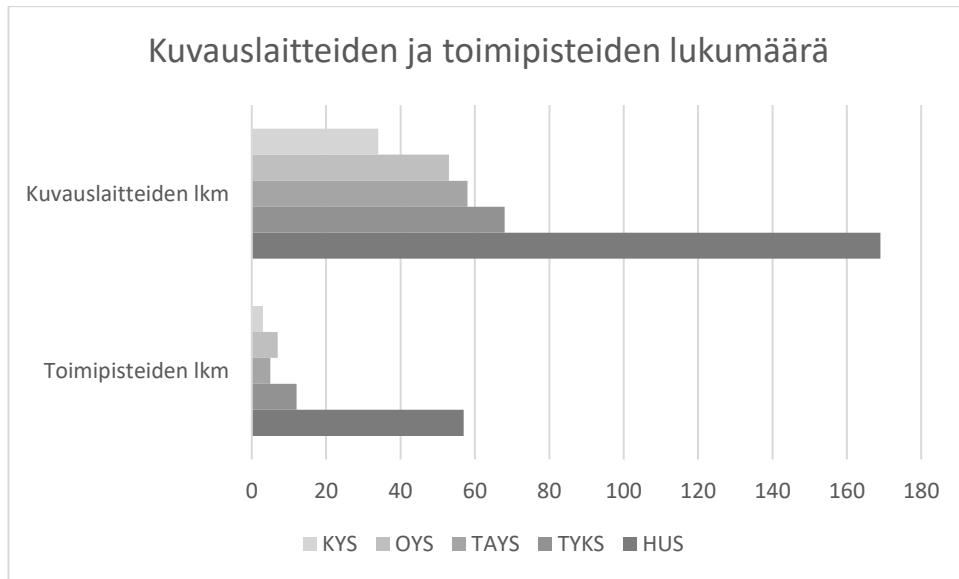
Kuvio 3. Yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden tutkimusmäärien vertailua vuoden 2020 tilastojen pohjalta modaliteetin mukaan yleisimmissä tutkimuksissa. TYKSin Natiivitutkimukset luku sisältää Luuston mineraalipitoisuuden mittaukset, toisin kuin muiden sairaaloiden luvut.



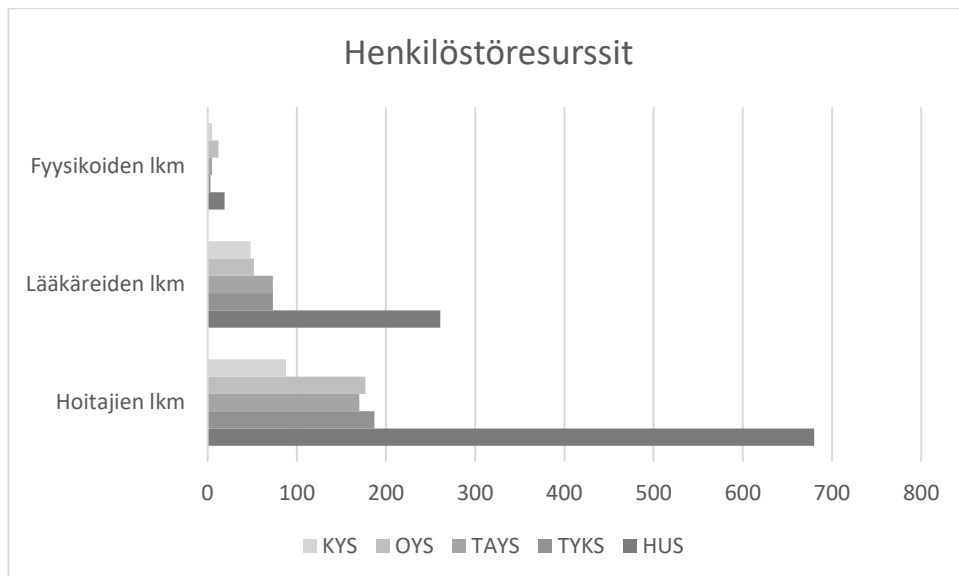
Kuvio 4. Yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden tutkimusmäärien vertailua vuoden 2020 tilastojen pohjalta modaliteetin mukaan harvinaisemmissä tutkimuksissa. TAYSin Angiografia ja muut toimenpiteet luku sisältää ainoastaan toimenpiteet, koska angiografiat eivät ole TAYSissa kliinisen radiologian toimintaa vaan kuuluvat Verisuonikeskuksen toimintaan.



Kuvio 5. Yliopistollisten sairaaloiden klinisen radiologian yksiköiden toimipisteiden määrän ja kuvauslaitteiden määrän vertailua.



Kuvio 6. Yliopistollisten sairaaloiden klinisen radiologian yksiköiden lääkäri-, hoitaja- ja fyysikkoresurssien vertailua.



Tutkimuksia tehtiin 100 000 asukasta kohden HUSissa 50 000, TYKSissä 34 000, TAYSissa 30 000, OYSissa 30 000 ja KYSissä 15 000. Toimintakustannukset olivat 100 000 asukasta kohden HUSissa 6,35 milj. euroa, TYKSissä 4,5 milj. euroa, TAYSissa 3,77 milj. euroa, OYSissa 3,79 milj. euroa ja KYSissä 2,73 milj. euroa.

Toimintakulut euroina yhtä tutkimusta kohti olivat HUSissa 128, TYKSissä 133, TAYSissa 125, OYSissa 127 ja KYSissä 183. Yhtä kuvauslaitetta (ei sisällä osastokuvauslaitteita) kohti väestöä oli HUSissa 12 863, TYKSissä 12 790, TAYSissa 15 530, OYSissa 13 937 ja KYSissä 23 680.

Hoitohenkilöstö oli suurin ammattiryhmä kliinisen radiologian yksiköissä. Tutkimuksia tehtiin yhtä hoitajaa kohti TAYSissa 2000, TYKSissä 1604, HUSissa 1588, KYSissä 1363 ja OYSissa 1243. Hoitohenkilöstön lähijohtajina yksiköissä työskenteli 2-20 osastonhoitajaa ja 4-29 apulaisosastonhoitajaa. Yksiköiden osastonhoitaja vastasi keskimäärin 40 hoitajan lähijohtamisesta. Lääkärit olivat toiseksi suurin ammattiryhmä. Tutkimuksia tehtiin yhtä lääkäriä kohti OYSissa 4231, HUSissa 4138, TYKSissä 4110, TAYSissa 3726 ja KYSissä 2500.

6.2 NPM-mallin ilmeneminen kliinisen radiologian yksiköiden toiminnassa johtajien kokemuksen mukaan

Johtajien mukaan suorituskyvyn ja tulosten mittaamista tehtiin kaikissa kliinisen radiologian yksiköissä. Säännöllisesti seurattavia mittareita kaikissa yksiköissä olivat talouden ja henkilöstön tunnusluvut sekä tutkimusmäärien mittaamiseen luodut mittarit. Yksiköissä mitattiin myös tutkimusten saatavuutta tai jonoutumista, mutta mittaamistavat erosivat yksiköiden välillä.

Osa yksiköistä seurasi jonoutumista sillä, milloin on seuraava vapaa aika tai milloin on kolmas seuraava vapaa aika. Jonoutumista seurattiin myös sillä, kauanko aikaa kului lähetteen tekemisestä ajanvarauksen toteutumiseen ja sillä, montako lähetettä odotti ajanvarausta. Saatavuutta mitattiin myös ennalta asetettujen kriteereiden mukaan. Saatavuuden mittaamisessa voitiin asettaa raja-arvo ajalle, jonka sisällä lähetteen saapumisesta lausunto piti olla valmis tai, jonka sisällä potilaan saapumisesta tutkimus piti olla valmis.

Kahdessa yksikössä seurattiin säännöllisesti myös viivettä, joka kuuluu lähetteen muodostumisesta lausunnon valmistumiseen. Tutkimusten jonoutumisessa tai saatavuudessa ja saavutettavuudessa oli eroja yksiköiden välillä. Tutkimuksen odottamiseen käytetty aika ja matka, joka tutkimuksen saavuttamiseksi piti tehdä, vaihtelivat yksiköiden välillä. Suorituskyvystä ja tuloksista raportoitiin sairaalan johtoon ja mittareiden tuottama tieto oli suoraan sekä sairaalan johdon että kliinisen radiologian yksiköiden johtajien käytettävissä.

”Talouden ja henkilöstön tunnuslukuja, tutkimusmääriä, jonotusaikoja, ravahvirtoja, poissaoloja, koulutuksia, jne.” (H3)

”Meillä on tulostittarina esim. TT:n [tietokonetomografia] saatavuus eli mikä on viive lähetteestä lausuntoon ja tavoite olisi että 75% olisi kuvattu ja lausuttu kahden tunnin sisällä ja natiivitutkimusten saatavuutta tarkastellaan ja siinä sitten mitataan sitä, että ilmoittautumisesta poistumiseen kuluisi aikaa 20 minuuttia 85%:ssa.” (H2)

Yksikään kliinisen radiologian johtaja ei kuvannut toiminnan ja johtamisen hajauttamista. HUS oli ainoa sairaanhoitopiiri, joka oli koonnut kaiken julkisen kliinisen radiologian toiminnan oman organisaationsa alle, mutta myös muissa sairaanhoitopiireissä ainakin osa alueen terveyskeskuksista tai sairaaloista kuului yliopistosairaalan kliinisen radiologian palveluihin tai niiden kanssa tehtiin yhteistyötä. Useissa sairaanhoitopiireissä käytiin parhaillaan neuvotteluita terveyskeskusten tai aluesairaaloiden röntgeneiden siirtymisestä yliopistosairaalan kliinisen radiologian palveluiden yhteyteen.

”Alueella on varmaan viimeiset viisitoista vuotta neuvoteltu eri terveyskeskusröntgeneiden yhdistämisestä meihin. Neuvotteluja on käyty useampaan kertaan ja esimerkiksi yksi kaupunki oli jo liittymässä, mutta muutti kuitenkin mieltään.” (H8)

Jokaisen yliopistollisen sairaalan kliinisen radiologian yksikön johtaja kuvasi markkinamekanismin käyttöä palveluiden tuottamisessa ja palkkauksessa, mutta sen käyttäminen koettiin haastavaksi julkisissa palveluissa. Kaksi sairaanhoitopiiriä oli organisoinut kliinisen radiologian palveluiden tuotannon liikelaitosmallin avulla. Kaikki yliopistolliset

sairaalat ostivat vuosittain osan tutkimuksista yksityiseltä palveluntuottajalta, mutta kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa oli tavoitteena saada palvelut tuotettua omana toimintana. Modaliteetit, joissa ostopalveluita käytettiin, erosivat yksiköiden välillä. Eniten ostopalveluita käytettiin magneettitutkimuksissa, mutta myös mammografia-, natiivi- ja ultraäänitutkimuksia tai lausuntoja ostettiin yksityisiltä palvelun tuottajilta täydentämään omaa tuotantoa. Palkkaus määräytyi työehtosopimusten mukaan. Useimmissa paikoissa käytettiin palkkausperusteena työn vaativuuden arviointia hoitajilla ja kannuste- tai suoritepalkkiota lääkäreillä. Kahdessa sairaanhoitopiirissä henkilökuntaa palkittiin vuoden menestyjä palkinnolla ja yhdessä käytettiin nopean palkitsemisen mallia ja kertabonuspalkkiota. Johtajat kokivat henkilöstöressurssien saatavuuden haasteeksi yhdessä tai useammassa ammattiryhmässä ja pyrkivät luomaan kannustavampia palkkausmalleja.

”Julkinen sektori on täyskuormituksessa emmekä voi myydä tutkimuksia ulospäin yksityisille asiakkaille.” (H1)

”Peruspalkka muodostuu tva:n mukaan. Henkilökohtaisia lisiä on käytössä...” (H9)

”Meillä on käytössä radiologien osalta suoriteperusteinen kannustepalkkaus, siinä on määritelty tietty työn määrä ja sitä mitataan ja jos sen ylittää saa sitten kannustetta työntekijä.” (H5)

Laadun ja standardien painottaminen korostui kaikkien yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian palveluissa johtajien kokemuksen mukaan. Tekninen laadunvalvonta, auditoinnit, itsearvioinnit ja HaiProt olivat kiinteä osa yksiköiden toimintaa useimmissa sairaaloissa. Useimmat johtajat nostivat myös Leanin mukaisen toiminnan, terveystieteellisen ja lääketieteellisen tutkimuksen tukemisen, modaliteetti- ja tiimipalavereiden pitämisen, tutkimusten tekemisen indisoidusti ja laatutyöhön palkatut henkilöt keskeisinä elementteinä laatutyön onnistumisessa. Magneettisairaalamallin mukaista hoitotyön laatu-järjestelmää sovellettiin jossain määrin yhdessä kliinisen radiologian yksikössä.

”Modaliteettipalaverit kokoontuvat säännöllisesti ja toimintaa kehitetään jatkuvasti.” (H1)

”...systemaattista ja organisoitua. Meillä on laatuvaikuttavuus ja sitten semmoiset laatuvaikuttavuus- [tietokonetomografia] ja magneettiprosessissa [magneettitutkimuksissa] ja sitten tietysti laatuvaikuttavuus toimii aktiivisesti. Laatusertifikaatti myönnettiin 2018 ja nyt sitten tän vuoden aikana akkreditointi joiltain osin saadaan tänä vuonna tehtyä. Laatuvaikuttavuus mieltii, mikä on kunkin vuoden itsearviointiteema ja sisäisiä auditointeja on joka vuosi...” (H2)

Kansalaiset miellettiin asiakkaiksi kaikissa yksiköissä, mutta johtajat kokivat, että toiminta oli vielä paikoitellen organisaatio- tai työntekijälähtöistä. Työntekijälähtöisyys korostui johtajien mukaan silloin, kun henkilöstöresurssit koettiin haasteellisiksi. Organisaatiolähtöisyys korostui, kun asiakasnäkökulmaksi otettiin tutkimuksia tilaavat yksiköt.

Asiakaspalautteet ja asiakastyytyväisyysmittarit kuuluivat kuitenkin jokaisen yksikön toimintaan. Asiakaspalautteita kerättiin sekä potilailta että tutkimuksia tilaavilta yksiköiltä. Asiakasraateja ja kokemusasiantuntijoita toimi jokaisessa yliopistollisessa sairaalassa ja muutamat kliinisen radiologian yksiköt olivat perustaneet myös omia asiakasraateja ja käyttivät omia kokemusasiantuntijoita toiminnan kehittämiseen. Kaksi johtajaa kuvailivat myös palvelumuotoilua, jota oli käytetty toiminnan kehittämiseen.

”Meillä on sairaanhoitopiirissä asiakasraati, joilta saadaan vinkkiä, ja meillä on kaksi omaa kokemusasiantuntijaa. Heitä on käytetty kertomassa potilaan näkökulmaa. He lukevat internetistä meidän sivuja ja potilasohjeita ja opasteita ja käyvät puhumassa henkilökunnalle ja opiskelijoille. Meillä on jatkuva sähköinen potilaspalaute käytössä ja kännykkäpalaute on magneetissa. Kerran vuodessa tehdään täsmäkysely kaikille potilaille viikon ajan.” (H8)

6.3 NPM-mallin ilmeneminen kliinisen radiologian yksiköiden tulevaisuudessa johtajien näkemyksen mukaan

Suorituskyvyn ja tulosten mittaaminen nähtiin tärkeänä johtamisen välineenä myös tulevaisuudessa. Johtajat toivoivat, että tulevaisuudessa voitaisiin mitata jonoja, saatavuutta, tutkimusten ja koko hoitoprosessien läpimenoaikoja sekä vaikuttavuutta paremmin. Myös rivityöntekijöille asetettavia täsmällisiä päiväkohtaisia tavoitteita toivottiin tulevaisuuden työkaluksi.

”Koko hoitoketjun läpimenoaikoja olis syytä tarkastella. Näin pullonkaulat tulisi näkyväksi ja niihin voisi puuttua.” (H6)

Kaikissa sairaanhoitopiireissä oli pyritty ja pyrittiin edelleen keskitetymppään johtamiseen ja toimintaan kliinisen radiologian palveluissa. Alueiden pienempiä röntgeneitä ja sairaaloita ajateltiin liitettävän osaksi yliopistollisten sairaaloiden toimintaan, jotta saavutettaisiin laajempia toiminnallisia kokonaisuuksia ja skaalaetua, jossa tuotannon määrän kasvassa toimintakulut laskevat. Kaikki johtajat nimesivät sote-uudistuksen suurimmaksi suunnannäyttäjäksi toiminnan organisoinnissa tulevaisuudessa ja odottivat sen valmistumista. Tulevaisuuden suunnittelu organisoinnin osalta koettiin haastavaksi ilman valmista sote-suunnitelmaa. Useimmat johtajat pitivät myös merkityksellisenä sitä, että palvelut pystyttäisiin tuottamaan tai viemään lähelle asiakasta.

”Nyt on neuvoteltu terveystalokeskusten aloitteesta... Terveystalokeskuksissa mietitään kovasti kannattaako laitteita vaihtaa tai sitten he ostavat laitteita juuri nyt ja yrittävät pysyä näin omassa tuotannossaan.” (H8)

Johtajat näkivät kliinisen radiologian julkisen ja yksityisen palveluntuotannon yhteistyön tulevaisuudessa entistä tiiviimpänä. Useimmat heistä kokivat, että haastava erikoissairaanhoidon radiologia tuotetaan tulevaisuudessa julkisesti, mutta suuren volyymin tutkimuksia tehdään tai teetetään myös yksityisillä palveluntarjoajilla. Epävarmojen sote-suunnitelmien vuoksi tulevaisuuden ennustaminen julkisen ja yksityisen toiminnan yhteistyöstä koettiin haastavaksi. Erityisesti valinnanvapauden mahdollinen toteuttaminen

sote-uudistuksessa herätti johtajissa epävarmuutta tulevaisuuden suunnittelussa ja toiminnan ennustettavuudessa. Useat johtajat korostivat julkisen palvelun kustannustehokkuutta ja laadukkuutta verrattuna yksityisiin palvelun tuottajiin. Markkinamekanismeista myös suoritepalkkauksen soveltaminen oli johtajien mukaan lähitulevaisuuden suuntaus.

”Kyllä se yhteistyö tiivistyy ja voi tulla kilpailua. Näkisin, että se yksityinen täydentää sitä jukista.” (H12)

”...ja diagnostiikassa ajetaan nyt suoritepalkkiomallia. Sitäkin on ollut joissain tehtävissä yhtenä elementtinä, mutta nyt sitä yritetään laajentaa. Suoritepalkka on uusin elementti.” (H2)

”...sote-uudistus voi vaikuttaa meillä keskittämisiin.” (H1)

Laadun ja standardien painottamista tapahtuu johtajien mukaan entistä enemmän tulevaisuudessa. Itsearviointien ja sisäisten kliinisten auditointien aloittaminen tai kehittäminen nähtiin myös tulevaisuuden laatutyönä. Toiminnan laatuun ja suorituskykyyn vaikuttavaa vaikuttavuustiedon mittaamista ja keräämistä toivottiin yleisesti, vaikka sen haasteet radiologian kontekstissa tunnistettiin. Johtajat korostivat toiminnan laadun parantamista ja esille tuomista myös siitä syystä, että asiakkaat ja kansalaiset ovat entistä valveutuneempia ja osaavat vaatia toiminnalta laadukkuutta ja perusteluita valituille toimille.

”Kyllähän se on se puute, että meidän pitäis saada vaikuttavuutta mitattua. Siihen on vähä vaikea ainakin yhen toimialan sisällä keksiä toimivaa mitaria vaan se vaatis aina sen vastemuuttujan selvittämisen. Siis käytännössä, miten se potilaan terveys on muuttunut meidän toiminnan myötä.” (H7)

”Ihmiset ovat valveutuneita ja kun uutta ilmaantuu, siihen halutaan. Ottavat kantaa.” (H8)

Johtajat olivat yksimielisiä siitä, että asiakkaan rooli tulee korostumaan tulevaisuudessa. Asiakkaiden valta, osallisuus ja toimijuus korostuivat johtajien vastauksissa. Palvelumuo-

toilu, asiakasraadit ja kokemusasiantuntijat koettiin myös tulevaisuuden työkaluiksi asiakkaiden kuulemiseksi ja heidän näkemystensä huomioimiseksi. Useimmat johtajat pitivät myös merkityksellisenä sitä, että palvelut pystyttäisiin tuottamaan tai viemään lähelle asiakasta. Tämä tukee myös asiakasnäkökulman huomioimista, vaikka tämä asia tuli esille haastattelussa toiminnan hajauttamiseen liittyvien teemojen sisällä.

”...jos se aika olisikin jossain nopeammin saatavilla, ei sitä oteta. Sitä odotetaan sitä oman sairaalan aikaa.” (H11)

”Entistä enemmän mennään potilaslähtöiseen toimintaan. Kansalaiset ovat entistä enemmän mukana suunnittelemassa ja toimijana. Voivat olla mukana monella tavalla ja ihmisten pitää itse osata päättää.” (H8)

7 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa vertailtiin Suomen yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden toimintaa sekä palveluiden tuottamista ja kuvattiin NPM-mallin ominaispiirteiden ilmenemistä toiminnassa yksiköiden johtajien näkökulmasta, jonka mukaan toiminnassa ilmenee NPM:n ominaispiirteitä nykyisin ja myös tulevaisuudessa. Tutkimus tuotti kuvailevaa ja yksiköiden toimintalukuihin pohjautuvaa vertailutietoa, jota voidaan hyödyntää oppimisessa muilta yksiköiltä, tiedolla johtamisessa ja toiminnan sekä johtamisen kehittämisessä.

Marinin (2019) hallitusohjelman mukaan sote-palveluiden uudistuksella on tarkoitus tasata epätasa-arvoa palveluiden saatavuudessa ja laadussa alueellisesti. Tämän tutkimuksen valossa kliinisen radiologian palveluiden järjestämistavassa sekä mahdollisesti saatavuudessa ja saavutettavuudessa on eroja eri sairaanhoitopiireissä, mistä kertoo tutkimusten jonoutuminen ja ostopalveluiden käyttö eri modaliteeteissa eri sairaanhoitopiireissä sekä toimintalukujen epäjohdonmukaisuus suhteutettuna alueen väestömäärään. Palveluiden laadun vaihtelevuuteen ei tässä tutkimuksessa otettu kantaa. Tutkimus tuotti vertailuinformaatiota, jolla voi olla vaikutusta tuottavuuteen julkisesti esitettynä. Tämä tutkimus jakaa tietoa eri yksiköiden toiminnasta ja sitä on jaettava ja vertailtava enemmän sote-uudistuksen onnistumiseksi (Möttönen 2019).

Tulosten mukaan kahden Suomen yliopistollisen sairaalan kliinisen radiologian palvelut tuotetaan osana liikelaitosta ja kolme muuta yliopistollista sairaalaa tuottavat kliinisen radiologian palvelunsa osana organisaatioidensa palvelukeskusta tai -aluetta tai toimialuetta. HUSin alueen kliinisen radiologian palvelut ovat kokonaisuudessaan HUS Diagnostiikka keskuksen toimintaa, kun taas muiden sairaaloiden alueilla toimii alue- tai keskussairaaloita ja terveyskeskuksia, jotka tuottavat myös kliinisen radiologian palveluita.

Kliinisen radiologian palveluita tuotetaan toimintakulujen suuruuden, tutkimusmäärien sekä laite- ja henkilöstöresurssien perusteella ylivoimaisesti eniten HUSissa. Näillä mittareilla toiseksi eniten toimintaa on TYKSissä, kolmanneksi eniten TAYSissa, neljänneksi eniten OYSissa ja vähiten KYSissä. Toimipisteitä eniten on HUSissa, neljänneksi eniten TYKSissä, kolmanneksi eniten OYSissa, neljänneksi eniten KYSissä ja vähiten

TAYSissa. Väestömäärään suhteutettuna tutkimuksia tehdään eniten HUSissa ja vähiten KYSissä ja tutkimusmäärään suhteutetut toimintakustannukset olivat matalimmat TAYSissa ja korkeimmat KYSissä. Laiteresurssit suhteutettuna väestömäärään olivat runsaimmat TYKSissä ja niukimmat KYSissä. Henkilöstöresurssit suhteutettuna tehtyjen tutkimusten määrään, kun otetaan huomioon sekä hoitaja- että lääkäriresurssi, olivat niukimmat TYKSissä ja runsaimmat KYSissä.

Yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueiden asukaslukuun suhteutettuna toimintalukujen jakautuminen ei ole johdonmukaista. HUS on väestömäärältään suurin sairaanhoitopiiri, mutta seuraavaksi suurin on TAYS, kolmanneksi suurin TYKS, neljänneksi KYS ja viidenneksi OYS. Toimintalukuihin vaikuttavat alueen asukasmäärän lisäksi alueen väestön ikäjakauma ja sairastavuus, radiologian palvelujen integraation aste ja alueen maantieteellinen laajuus. OYSin ja KYSin alueella on runsaasti muuta julkista kliinisen radiologian toimintaa ja näillä alueilla yliopistollisen sairaalan toiminnassa voi olla suhteellisesti enemmän erikoissairaanhoidon tasoista kliinisen radiologian toimintaa kuin muiden yliopistollisten sairaaloiden toiminnassa, mikä voi osaltaan selittää toimintalukujen jakautumista. Lisäksi väestömäärän jakautuminen OYSin ja KYSin alueilla runsaslukuiselle joukolle julkisen kliinisen radiologian palvelun tuottajia, poiketen muista erva-alueista, aiheuttaa laitekohtaiseen väestökattavuuteen epäjohdonmukaisuutta.

Toimintalukujen epäjohdonmukaiseen jakautumiseen voi vaikuttaa myös kliinisen radiologian tutkimusten saatavuus ja saavutettavuus. Sairaanhoitopiirien välillä on havaittu eroja yleisesti erikoissairaanhoidon palveluiden saatavuudessa sekä kustannuksissa asukasta kohden ja syyksi on esitetty palveluntuotannosta johtuvia syitä myös aiemmissa tutkimuksissa (Rissanen 2019). Tulevaisuudessa tulisi kiinnittää huomiota palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen sekä niiden kohdentumiseen (Manderbacka ym. 2017) myös kliinisen radiologian palveluissa.

Kaikkien tutkimuksissa mukana olleiden kliinisen radiologian yksiköiden toiminnassa on NPM:n ominaispiirteitä lukuun ottamatta NPM:n mukaista hajauttamista ja pienten yksiköiden suosimista. Palveluiden organisoinnissa on ennakoitu sote-uudistusta ja toimintoja on pyritty keskittämään. Lisäksi toimintojen keskittämällä on pyritty saavuttamaan tasalaatuisempia palveluita ja skaalaetuja kustannusten hillitsemiseksi. Yksiköiden johtajat

arvioivat NPM:n ominaispiirteiden olevan osa toimintaa myös tulevaisuudessa lukuun ottamatta toiminnan hajauttamista ja pienten yksiköiden suosimista. Johtajat arvioivat tulevan soten myötä toiminnan integroituvan suuremmiksi yksiköiksi.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan Suomen yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian toiminnassa ilmenee NPM:n ominaispiirteitä. Myös kansainväliset tutkimukset viime vuosilta osoittavat, että NPM:n mukaista toimintaa käytetään terveydenhuollon palveluiden tuottamisessa (Sjögren & Fernler 2019). NPM:n oppien tämänhetkinen ilmeneminen suomalaisessa julkisessa hallinnossa on ollut epäselvää. Argumentointi on perustunut pitkään kansainvälisiin tutkimuksiin ja kotimaiset kokemukset ovat jääneet vähemmälle huomiolle. (Herranen 2015.)

Tämän tutkimuksen mukaan kliinisen radiologian toiminnassa tällä hetkellä käytettävät mittarit perustavat tutkimusmääriin ja läpimenoaikoihin saavutetun hyödyn tai laadun sijaan, mikä voi johtaa epäedullisiin kompromisseihin. Myös Sjögrenin ja Fernlerin (2019) tutkimuksen mukaan NPM:n mukainen toiminta voi aiheuttaa epäedullisia kompromisseja päätöksenteossa laadun ja kustannusten suhteen, kun keskustelu pohjautuu läpimenoaikoihin eikä saavutettuun hyötyyn tai laatuun.

Tämän tutkimuksen mukaan kliinisen radiologian yksiköissä on haasteita työvoiman saatavuudessa, mihin voi olla syynä heikko työhyvinvointi julkisissa organisaatioissa NPM:n mukaisten toimien seurauksena. Tämän tutkimuksen mukaan tilannetta on yritetty tai yritetään paikata kannustavammalla palkkauksella, mikä on myös NPM:n mukaista toimintaa. Aiemmissa tutkimuksissa on myös esitetty, että julkisen sektorin työpaikkojen työhyvinvoinnin taso on viime vuosina heikentynyt NPM:n mukaisten toimien vuoksi (Lehto & Viitala 2016).

Kliinisen radiologian yksiköiden johtajat hyväksyvät myös NPM:n ominaispiirteet osaksi johtamista, mutta NPM:n mukaista hajauttamista ja pienten organisaatioiden suosimista ei kannateta, joten tämän tutkimuksen mukaan johtajat eivät suosi NPM:n mukaista toimintaa palvelurakenteiden uudistamisessa. Torpan (2007) tulosten perusteella NPM:n ideologiset piirteet johtamisen periaatteina hyväksyttiin johtajien keskuudessa suomalais-

sen julkisen erikoissairaanhoidon uudistamisen ohjaamisessa, mutta ei palvelurakenteiden uudistajina. Myös Airaksinen ja kumppanit (2016) ovat esittäneet, että Suomessa on 2000-luvulla tullut hallinnon uudistamiseen mukaan verkostohallintaa korostava malli NPM:n rinnalle ja pienten yksiköiden suosiminen ei ole enää viime vuosina saanut jalansijaa julkisen hallinnon uudistamisessa vaan hajautetusta järjestelmästä pyritään pois.

Tämän tutkimuksen mukaan suorituskyvyn ja tulosten mittaaminen sekä mitatun tiedon jakaminen ja saatavuus eri puolilla organisaatiota lisäävät toiminnan läpinäkyvyyttä ja samanlaisia tuloksia on raportoitu myös aiemmissa tutkimuksissa (Campra ym. 2019; Lewis 2016). Nylandin ja kumppaneiden (2020) mukaan mittaamista ja tilastotietojen käyttöä vastustetaan, mutta tämän tutkimuksen tulokset eivät tue tätä. Kliinisen radiologian johtajat toivovat pikemminkin enemmän ja monipuolisempia mittareita käyttöönsä, kuten vaikuttavuustiedon mittaamista. Myös Volacu (2018) on kritisoinut NPM:ää siitä, että sillä ei ole näkemystä, miten vaikuttavuutta voitaisiin mitata tai todentaa.

Kaikki tässä tutkimuksessa mukana olleet yksiköt pyrkivät tuottamaan palvelut omana tuotantonaan ja aiempien tutkimusten mukaan terveydenhuollon toimintojen kilpailuttamisessa pitääkin olla varovainen (Elkomy ym. 2019). Bishopin ja Warringin mukaan (2016) NPM:stä tuttua yksityistämisajattelua on myös jalostettu suuntaan, jossa julkinen ja yksityinen sektori nähdään pikemminkin kumppaneina palveluiden tuottamisessa kuin vastakkainasetteluna, mikä on samansuuntainen tulos kuin tässä tutkimuksessa.

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Tälle tutkimukselle ei tarvittu tutkimuseettisen toimikunnan puoltoa, koska tutkimus ei kohdistu alaikäisiin eikä henkiseen tai fyysiseen koskemattomuuteen. (World Medical Association 2018). Tutkimuslupa haettiin kustakin tutkimusorganisaatiosta. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Keskeiset hyvän tieteellisen käytännön lähtökohdat ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksen suorittamisen eri vaiheissa, tieteellisten kriteerien mukaisten ja eettisesti kestävien tutkimusmenetelmien käyttö, avoin ja vastuullinen tiedeviestintä, muiden tutkijoiden työn arvostaminen, aineistojen huolellinen käsittely, tutkimuslupien asianmukainen hankinta, tutkimuksen tekemiseen osallistuvien henkilöiden vastuiden ja oikeuksien määrittäminen

sekä sidonnaisuuksien ilmoittaminen asianosaisille. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudatettiin tarkkuutta, jotta eettiset näkökulmat tulevat huomioituiksi ja raportoiduiksi.

Kun tutkimuksen kohteena ovat ihmiset, täytyy varmistua heidän oikeuksiensa huomioimisesta (Polit & Beck 2012, 150). Tässä tutkimuksessa on huomioitava haastateltavien asema ja rooli tiedonantajina. Lähtökohtia haastateltavien oikeuksien suojelemiseen ovat hyväntahtoisuus, ihmisarvon kunnioitus sekä oikeudenmukaisuus. Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa tutkimuksen kohteelle hyvää ja tutkittavilla on oikeus välttyä haitoilta. Tutkittavilla on myös oltava oikeus päättää itse osallistumisestaan tutkimukseen ja kaikkiin sen osiin. Tutkittavia on kohdeltava yhdenvertaisesti ja heidän yksityisyyttään on varjeltava. (Polit & Beck 2012, 152-154; Pietilä ym. 2020, 50-57.) Lisäksi tutkija sitoutuu toimimaan vastuuntuntoisesti ja noudattamaan sopimuksia (Pietilä ym. 2020, 57).

Tässä tutkimuksessa oli keskeistä haastateltavien huolellinen informointi ennen haastatteluja. Haastateltavat informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä haastattelujen teemoista. Haastateltaville esiteltiin myös tutkittavien oikeudet ja heiltä kysyttiin lupa haastatteluun ennen haastattelua. Jokaiselle haastateltavalle kerrottiin, että heillä on oikeus vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. Haastateltaville kerrottiin, että tutkimus ei aiheuta heille vahinkoa ja heitä ei voi tunnistaa aineistosta.

Koska haastattelujen puolistrukturoitu osuus koski haastateltavien omia kokemuksia ja heitä oli lukumäärällisesti vähän, kiinnitettiin haastateltavien tunnistettavuuden estämiseen erityistä huomiota. Haastateltaviksi valittiin eri sairaaloista erilaisilla ammatti- ja koulutustaustoilla työskenteleviä henkilöitä, jotta heitä ei pystytä tunnistamaan. Lisäksi osa vertailutiedosta on raportoitu tuloksissa yksilöimättä kliinisen radiologian yksikköä, jotta haastateltavat eivät ole tunnistettavissa. Tutkimuksen tavoitteena oli myös tuottaa vertailutietoa, johon käytettiin julkisten organisaatioiden julkisia tietoja ja tutkittavien tunnistamattomuus voitiin näin turvata. Jos haastateltavien tunnistamattomuutta ei olisi voitu suojata täydellisesti, olisi tunnistettavuuden aiheuttava aineisto jätetty pois tutkimusanalyysistä. Tutkimusaineistoa käsitteli ainoastaan tutkija, eikä aineistoa luovuteta muille. Tutkijan rooli oli merkittävä tässä tutkimusasetelmassa ja yksi tutkijan tärkeimmistä tehtävistä oli taata tutkittavien hyvinvointi ja oikeudet.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus eli validiteetti ja reliabiliteetti eli toistettavuus kertovat tutkimuksen laadusta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden muodostavat totuusarvo, yleistettävyys, yhtäpitävyys ja neutraalisuus. Näiden tekijöiden kriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, siirrettävyyttä, varmuutta, vahvistettavuutta (Lincoln & Guba 1985, 290–291; Polit & Beck 2017; Holloway & Galvin 2017) ja autenttisuutta (Polit & Beck 2017; Holloway & Galvin 2017). Toimintalukujen vertailun yhdistäminen laadulliseen analyysiin voidaan nähdä tutkimuksen luotettavuutta ja toistettavuutta parantavana elementtinä (Mikkonen & Kyngäs 2020, 39).

Toimintalukujen vertailussa käytettiin vuoden 2020 toimintalukuja, mikä voi heikentää lukujen vertailukelpoisuutta ja näin ollen tutkimuksen luotettavuutta. Maaliskuussa 2020 alkaneella Covid-19-pandemiolla on voinut olla erilaiset vaikutukset eri yksiköiden toimintalukuihin. Henkilöstöressurssien vertailun luotettavuutta heikentää se, että kahden sairaalaan henkilöstöluvut on raportoitu nettotyöpanoksina ja kolmen lukumäärinä. Radiologian tutkimusmääriä koskevien lukujen luotettavuutta lisää puolestaan se, että radiologisista tutkimuksista ja toimenpiteistä on käytössä kuntaliiton tutkimuskoodisto, jota käytetään valtakunnallisesti.

Uskottavuus vastaa validiteettia laadullisessa tutkimuksessa. Jotta laadullinen tutkimus on uskottava, sen täytyy kuvata todellisuuden moniulotteisuutta. Kokemuksia tutkittaessa on sovitettava yhteen erilaisia todellisuuksia ja kyettävä löytämään kokonaisuuksia. Dialogisuus haastattelutilanteessa ja huolellinen analyysi lisäävät tutkimuksen uskottavuutta. (Lincoln & Guba 1985, 294–300; Kyngäs ym. 2020, 42-46.) Tämän tutkimuksen uskottavuutta heikentää se, että kolme haastatteluista toteutui pelkästään sähköpostihaastatteluna ja niistä puuttui dialogisuus. Myös pelkät sähköpostihaastattelut sisällytettiin tutkimusaineistoon haastateltavien rekrytointihaasteiden vuoksi. Uskottavuutta pyrittiin parantamaan haastatteleamalla useampia johtajia, vaikka aineiston saturaatio oli jo saavutettu. Tutkimuksen autenttisuutta tuotiin esille raportoimalla suoria lainauksia haastatteleaineistosta.

Siirrettävyys on haastava kriteeri laadullisessa tutkimuksessa, koska tutkimus ei ole moniulotteisessa todellisuudessa suoraan siirrettävissä toiseen tilanteeseen tai tutkittavien

joukkoon. Tutkimus on raportoitava tarkasti, jotta lukija voi arvioida siirrettävyyttä. (Lincoln & Guba 1985, 296–298; Kyngäs ym. 2020, 46–47.) Siirrettävyyteen on pyritty vaikuttamaan mahdollisimman tarkalla tutkimusjoukon ja -prosessin kuvaamisella vaarantamatta kuitenkaan haastateltavien tunnistamattomuutta.

Varmuus ja vahvistettavuus vastaavat reliabiliteetin ja objektiivisuuden vaatimuksia. Varmuus tarkoittaa riittävää uskottavuutta, eli tulosten saamista aineistosta, eikä esimerkiksi tutkijan ennakkokäsityksistä. Tätä ei esimerkiksi varmistusmittauksin todenneta, vaan sen varmistaminen tehdään huolellisen raportoinnin sekä ohjaajien ja vertaisarvioijien arvioinnin avulla. Myös vahvistettavuus varmistetaan raportoinnin ja tutkijan huolellisuudella. (Lincoln & Guba 1985; Kyngäs ym. 2020.) Haastattelurungon esitestauksella varmistettiin, että haastattelukysymyksillä saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin ja haastatteluun käytettävä teknologia toimii tarkoituksenmukaisesti. Tutkimuksen raportoinnissa on pyritty huolellisuuteen ja tutkija palasi useita kertoja tutkimusprosessin aikana varmistamaan ja täsmentämään asioita aineistosta. Tutkimuksen eri vaiheissa on myös keskusteltu ohjaajan ja vertaisarvioijan kanssa ja heidän näkemyksiään on huomioitu tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Vahvistettavuutta raportoitiin kuvaamalla tulosten ja aineiston välistä yhteyttä (Polit & Beck 2017). Suorat lainaukset vahvistavat myös tätä yhteyttä.

Tässä tutkimuksessa on alusta saakka punnittu ja raportoitu tutkimusvalinnat huolellisesti sekä kuvattu raportissa tutkimuksen edistymistä, jolloin lukijan on mahdollista muodostaa selkeä mielikuva siitä, mistä tutkimuksessa on kyse. Haastattelut nauhoitettiin, jotta analysointi, raportointi ja näiden arviointi pystyttiin tekemään huolellisesti.

7.3 Johtopäätökset

Suomen yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian toiminnassa ilmenee NPM:n ominaispiirteitä lukuun ottamatta NPM:n mukaista hajauttamista ja pienten yksiköiden suosimista. Kliinisen radiologian yksiköiden johtajat hyväksyvät NPM:n ominaispiirteet osaksi johtamista, mutta he eivät suosi NPM:n mukaista toimintaa palvelurakenteiden

uudistamisessa. Yksiköiden johtajat arvioivat NPM:n ominaispiirteiden olevan osa toimintaa myös tulevaisuudessa lukuun ottamatta toiminnan hajauttamista ja pienten yksiköiden suosimista.

Kliinisen radiologian palveluiden järjestämistavassa sekä palveluiden saatavuudessa ja saavutettavuudessa on eroja yliopistollisten sairaaloiden kesken. Palveluiden järjestämistavan sekä saatavuuden ja saavutettavuuden eroista kertoo tutkimusten jonoutuminen, os-topalveluiden käyttö ja toimintalukujen epäjohdonmukainen jakautuminen suhteutettuna alueen väestömäärään. Jonoutumista tapahtuu eri modaaliteeteissa eri sairaanhoitopiireissä ja tavat, joilla jonoja mitataan, vaihtelevat. Kliinisen radiologian johtajat toivovat enemmän ja monipuolisempia mittareita käyttöön, kuten vaikuttavuustiedon mittaamista.

Kliinisen radiologian johtajat ovat varovaisia täydentämään omaa tuotantoaan yksityisillä palveluilla, mutta näkevät tulevaisuudessa julkisen ja yksityisen sektorin toimivan kumppaneina palveluiden tuottamisessa, mikä pohjautuu NPM:stä tuttuun yksityistämisajatteluun.

7.4 Ideoita jatkotutkimukseen

Kliinisen radiologian yksiköiden johtajat eivät vastusta mittareiden käyttöä, päinvastoin, mutta tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista selvittää käytetäänkö tietoja todella päätösten tukena ja mitkä mittarit vaikuttavat päätöksiin.

Tämän tutkimuksen mukaan kliinisen radiologian yksiköiden tavat mitata tutkimusten saatavuutta ja saavutettavuutta vaihtelevat. Tulevaisuudessa olisi syytä selvittää, mikä tapa mitata tutkimusten saatavuutta ja saavutettavuutta palvelisi asiakasta parhaiten.

Tämän tutkimuksen johtopäätöksenä myös oli, että vaikuttavuustietoa kliinisen radiologian toiminnasta tarvitaan. Jatkotutkimusaiheeksi esitetään vaikuttavuustiedon keräämistä kliinisen radiologian toiminnasta ja sopivan mittarin kehittämistä toistettaviin vaikuttavuusmittauksiin, mikä on tämän tutkimuksen perusteella keskeisin jatkotutkimusaihe.

Aiempien tutkimusten mukaan NPM on yksi tekijä, mikä heikentää työhyvinvointia julkisella sektorilla (Lehto & Viitala 2016) ja tulevaisuudessa voitaisiin selvittää, onko tällä vaikutusta tässä tutkimuksessakin esille tulleeseen haasteeseen työvoiman saannissa klinisen radiologian palveluihin.

LÄHTEET

- Abujudeh H, Kaewlai R, Shaqdan K & Bruno M (2017) Key Principles n Quality and Safety in Radiology. *Health Care Policy and Quality AJR* 208(17): 101-109.
- Acs Z, Åstebro T, Audretsch D & Robinson D (2016) Public policy to promote entrepreneurship: A call to arms. *Small business economics* 47(1): 35-51.
- Agartan T & Kuhlmann E (2019) New public management, physicians and populism: Turkey's experience with health reforms. *Sociology of health & illness* 41(7): 1410-1425.
- Airaksinen J, Haveri A, Pekkola E, Nyholm I & Stenvall J (2016) Julkisen hallinnon kehittämissen trendit ennen, nyt ja tulevaisuudessa. Teoksessa Nyholm I, Stenvall I, Airaksinen J, Pekkola E, Haveri A, af Ursin K & Tiihonen S (toim.) *Julkinen Hallinto Suomessa*. Helsinki. Tietosanoma. 237-295.
- Bishop S & Waring J (2016) Public-Private Partnership in Health Care. Teoksessa Ferlie E, Montgomery K & Pedersen A (toim.) *The Oxford Handbook of Health Care Management*. Oxford. Oxford University Press. 459-480.
- Campra M, Secinaro S, Brescia V & Góis C (2019) Redefining the New Public Management and Effects of Indicators: Sustainable Healthcare Mobility. *Journal of management and sustainability* 9(1): 141-158.
- Dowling R, Lloyd K & Suchet-Pearson S (2016) Qualitative methods 1: Enriching the interview. *Progress in Human Geography* 40(5): 679–686.
- Elkomy S, Cookson G & Jones S (2019) Cheap and Dirty: The Effect of Contracting Out Cleaning on Efficiency and Effectiveness. *Public administration review* 79(2): 193-202.
- Errami Y & Cargnello C (2018) The pertinence of new public management in a developing country: The healthcare system in Morocco. *Canadian journal of administrative sciences* 35(2): 304-312.
- Herranen O (2015) Uusi julkisjohtaminen ja valtion tuottavuusohjelman ydin. *Hallinnon tutkimus* 34(1): 27-42.
- Holloway I & Galvin K (2017) *Qualitative research in nursing and healthcare*. 4th ed. Wiley Blackwell.
- Hood C (1991) A Public Management for all Seasons? *Public Administration* 69(1): 3–19.
- Hughes O (2003) *Public management and administration: An introduction*. New York. Palgrave.
- Kallio H, Pietilä A, Johnson M & Kangasniemi M (2016) Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing* 72(12): 2954-2965.
- Kyngäs H (2020) *Qualitative Research and Content Analysis*. Teoksessa: Kyngäs H, Mikkonen K & Kääriäinen M (toim.) *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Cham: Springer International Publishing. 13-22.
- Kyngäs H & Kaakinen P (2020) *Deductive Content Analysis*. Teoksessa: Kyngäs H, Mikkonen K & Kääriäinen M (toim.) *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Cham: Springer International Publishing. 23-30.
- Kyngäs H, Kääriäinen M & Elo S (2020) *The Trustworthiness of Content Analysis*. Teoksessa: Kyngäs H, Mikkonen K & Kääriäinen M (toim.) *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Cham: Springer International Publishing. 41-48.

- Kämäräinen V, Peltokorpi A, Torkki P & Tallbacka K (2016) Measuring healthcare productivity – from unit to system level. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 29 (3): 288-298.
- Lehto K & Viitala R (2016) ”Enemmän tulosta vähemmällä väellä”? Työhyvinvoinnin ja tuloksellisuuden väliset haasteet kuntasektorilla esimiesten, henkilöstöammattilaisten ja henkilöstön kokemana. *Hallinnon Tutkimus* 35 (2): 117–13.
- Lewis J (2016) *The Paradox of Health Care Performance Measurement and Management*. Teoksessa: Ferlie E, Montgomery K & Pedersen A (toim.) *The Oxford Handbook of Health Care Management*. Oxford. Oxford University Press. 375-392.
- Lincoln Y & Guba E (1985) *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park. Calif. Sage.
- Lähdesmäki K (2003) New public management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuuseriaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Vaasa. *Acta Wasaensia* No 113.
- Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A & Häkkinen U (2017) *Eriarvoisuus somaattisissa terveystalveissa*. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Mikkonen K & Kyngäs H (2020) *Content Analysis in Mixed Methods Research*. Teoksessa: Kyngäs H, Mikkonen K & Kääriäinen M (toim.) *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Cham: Springer International Publishing. 31-40.
- Moser A & Korstjens I (2017) Series: Practical guidance to qualitative research. *European journal of general practice* 23(1): 271–273.
- Möttönen S (2019) Sote-uudistamisen anatomia. Yhteiskuntapoliittisia näkemyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon reformista. *Kunnallisanalan kehittämisyhtiön Julkaisu* 26.
- Nunes A & Ferreira D (2019) The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *The International journal of health planning and management* 34(1): 196-215.
- Nyland K, Ahlgren P & Lapsley I (2020) NPM resistance: A political intervention. *Financial accountability & management* 36(4): 376-400.
- Pavolini E, Kuhlmann E, Agartan T, Burau V, Mannion R & Speed E (2018) Healthcare governance, professions and populism: Is there a relationship? An explorative comparison of five European countries. *Health policy* 122(10): 1140-1148.
- Pietilä A, Nurmi S, Halkoaho A & Kyngäs H (2020) *Qualitative Research: Ethical Considerations*. Teoksessa Kyngäs H, Mikkonen K & Kääriäinen M (toim.) *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Cham, Springer International Publishing. 31-40.
- Polit D & Beck C (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit DF & Beck C (2017) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins.
- Pollitt C (2003) *The Essential Public Manager*. Berkshire, Open University Press. McGraw-Hill Education.
- Pollitt C & Bouckaert G (2011). *Public Management Reform. A Comparative Analysis—New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian state*. 3. painos. New York, Oxford.
- Rhodes R (2016) *Understanding Governance: Ten Years On*. *Organization studies*. 28 (8): 1243-1264

- Rissanen P (2019) Sosiaali- ja terveystalvet Suomessa. Päätösten tueksi 2/2019. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Roulin N & Bangerter A (2012) Understanding the Academic–Practitioner Gap for Structured Interviews: ‘Behavioral’ interviews diffuse, ‘structured’ interviews do not. *International journal of selection and assessment* 20(2): 149-158.
- Rubin H & Rubin I (2005) *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing the Data*, 2nd edn. SAGE, Thousand Oaks, CA.
- Sequeiros R & Lundbom N (2017) Tutkimusmenetelmien erityispiirteitä. Teoksessa Sequeiros R, Koskinen S, Aronen H, Lundbom N, Vanninen R & Tervonen O (toim.) *Kliininen radiologia*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 9-14.
- Sequeiros R, Koskinen S, Aronen H, Lundbom N, Vanninen R & Tervonen O (2017) Lukijalle. Teoksessa Sequeiros R, Koskinen S, Aronen H, Lundbom N, Vanninen R & Tervonen O (toim.) *Kliininen radiologia*. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 5.
- Simonet D (2015) The New Public Management Theory in the British Health Care System: A Critical Review. *Administration & Society* 47(7): 802-826
- Sjögren E & Fernler K (2019) Accounting and professional work in established NPM settings. *Accounting, auditing, & accountability* 32(3): 897-922.
- Stenvall J, af Ursin K, Tiihonen S, Nyholm I & Airaksinen J (2016) Julkisen hallinnon kehitys Suomessa. Teoksessa Nyholm I, Stenvall I, Airaksinen J, Pekkola E, Haveri A, af Ursin K & Tiihonen S (toim.) *Julkinen Hallinto Suomessa*. Helsinki. Tietosanoma. 31-68.
- Teddlie C & Tashakkori A (2017) Mixed Method Research - Contemporary Issues in an Emerging Field. Teoksessa Denzin, N & Lincoln Y (toim.) *The SAGE handbook of qualitative research*. Los Angeles. SAGE. 285-300.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki, Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Torppa K (2007) Managerialismi suomalaisen julkisen erikoissairaanhoidon johtamisessa. Tutkimus yksityissektorin johtamisoppien soveltamisesta neljässä yliopistollisessa sairaanhoitopiirissä ja arvio managerialismin soveltuvuudesta julkisen erikoissairaanhoidon uudistamiseen. Väitöskirja. Oulu, Oulun yliopisto.
- Uddin S, Mori Y & Shahadat K (2020) Private management and governance styles in a Japanese public hospital: A story of west meets east. *Social science & medicine* 1982(245): 112-119.
- Virtanen P & Stenvall J (2019) *Julkinen johtaminen. 2., uudistettu laitos*. Helsinki, Tietosanoma.
- Volacu A (2018) Justice, Efficiency, and the New Public Management. *Australian journal of public administration* 77(3): 404-414.
- Vrangbæk K & Brykjeflot H (2016) Accountability in Health Care. Teoksessa Ferlie E, Montgomery K & Pedersen A (toim.) *The Oxford Handbook of Health Care Management*. Oxford. Oxford University Press. 481-495.
- Winblad U, Blomqvist P & Karlsson A (2017) Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC health services research* 17(1): 487.

Elektroniset lähteet

- HUS (2020) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HUS Tietoa. HUS Kuvantaminen. www-dokumentti. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/hus-kuvantaminen/Sivut/default.aspx>. Ei päivitystietoa saatavilla. Luettu 2020/9/10.
- Junnila M, Aho T, Fredriksson S, Keskimäki I, Lehto J, Linna M, Miettinen S & Tynkynen L-K (2012) Sitä saa mitä tilaa. Tilaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa Helsinki, Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavilla www-muodossa: [URN ISBN 978-952-245-680-9.pdf](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-680-9.pdf) (julkari.fi) Luettu 2020/11/22.
- Kuntaliitto (2019) Sosiaali- ja terveysasiat/Terveystuoto/Erikoissairaanhoito. www-dokumentti. [Erikoissairaanhoito | Kuntaliitto.fi](http://erikoissairaanhoito.kuntaliitto.fi). Päivitetty 2019/12/20. Luettu 2020/11/29.
- KYS (2020) KYS Kuvantamiskeskus. www-dokumentti. <https://www.pssh.fi/hoitopalvelut/kuvantamiskeskus>. Päivitetty 2020/6/2. Luettu 2020/9/10.
- PPSHP (2020) PPSHP Kuvantaminen. www-dokumentti. <https://www.pssh.fi/Ammattilaisille/Kuvantaminen/Sivut/default.aspx>. Päivitetty 2020/9/20. Luettu 2020/9/10.
- PSHP (2020) TAYS Kuvantamispalvelut. www-dokumentti. <https://www.tays.fi/fi-FI/Palvelut/Kuvantamispalvelut>. Päivitetty 2020/6/16. Luettu 2020/9/10.
- Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. OSALLISTAVA JA OSAAVA SUOMI – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta Valtioneuvoston julkaisu 2019:31. www-dokumentti. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-808-3>. Päivitetty 2019/12/10. Luettu 2020/9/2.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) Sairaalat ja erikoissairaanhoito. www-dokumentti. [Sairaalat ja erikoissairaanhoito - Sosiaali- ja terveysministeriö \(stm.fi\)](http://sairaalat.stm.fi). Ei päivitystietoa saatavilla. Luettu 2020/11/29.
- Säteilyturvakeskus (2020) STUK on säteilyturvakeskus. www-dokumentti. [STUK - Etusivu](http://stuk.fi). Päivitetty 2020/11/6. Luettu 2020/12/12.
- VSSH (2019) TYKS Radiologia. www-dokumentti. <https://www.vssh.fi/fi/toimipaikat/tyks/t1/radiologia/Sivut/default.aspx>. Päivitetty 2019/10/11. Luettu 2020/9/10.
- World Medical Association (2018) WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for Medical research involving human subjects. www-dokumentti. [WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects – WMA – The World Medical Association](http://www.wma.net). Päivitetty 2018/7/9. Luettu 20.3.2021.

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

2.12.2020

Tutkimus**RADIOLOGIAN PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISTAVAT**

Haastattelututkimus New Public Management-mallin vaikutuksesta yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden toimintaan ja palveluiden tuottamiseen

Pyydämme teitä osallistumaan tähän tutkimukseen, jossa tutkitaan NPM-mallin vaikutteita Yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian toimintaan ja palveluiden tuottamiseen. Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, koska työskentelette yliopistollisessa sairaalassa yhtenä radiologian toiminnasta vastaavana henkilönä.

Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja Teidän mahdollista osuuttanne siinä. Porehdyttyänne rauhassa tähän tiedotteeseen Teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Jos päätätte osallistua tutkimukseen, Teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata Suomen yliopistollisten sairaaloiden kliinisten radiologian yksiköiden toimintaa sekä palveluiden tuottamista ja tarkastella NPM-mallin ominaispiirteiden vaikutusta toimintaan yksiköiden johtajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa vertailutietoa, jota voidaan hyödyntää oppimisessa muilta yksiköiltä ja tiedolla johtamisessa.

Tutkimuksen toteuttaja

Tämän tutkimuksen toteuttaa Oulun yliopiston Terveystieteiden maisteriopiskelija Katja Sutinen yliopisto-opettaja Elina Laukan ohjauksessa. Tutkimuksen rekisterinpitäjä on Oulun yliopisto, joka vastaa tutkimuksen yhteydessä tapahtuvan henkilötietojen käsittelyn lainmukaisuudesta.

Tutkimuksen kulku

Tutkimuksen aineisto kerätään teemahaastatteluilla. Haastattelu tehdään yhden kerran ja sen kesto on noin 1 tuntia. Haastattelut tehdään Teams-, Zoom- tai Skype-haastatteluina ja haastattelut nauhoitetaan. Haastattelu voidaan tehdä myös s-postihaastatteluna tai edellisten yhdistelmänä.

Tutkimukseen liittyvät hyödyt sekä mahdolliset riskit ja haitat

On mahdollista, että tähän tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille hyötyä. Tarkoituksena on kuitenkin tuottaa vertailutietoa, jota voidaan hyödyntää oppimisessa muilta yksiköiltä ja tiedolla johtamisessa. Haastattelussa keskustellaan julkisen organisaation julkisista tiedoista ja haastateltavan omista kokemuksista työssä.

Henkilötietojen käsittely ja tietojen luottamuksellisuus

Henkilötietojanne käsitellään yllä kuvattua tieteellistä tutkimusta varten. Henkilötietojen käsittelyn oikeudellisena perusteena on yleinen etu ja erityisten henkilötietojen kuten terveyteen liittyvien tietojen osalta oikeusperusteena on tieteelliseen tutkimukseen liittyvä yleinen etu sekä kansanterveyteen, kuten terveydenhuollon, lääkevalmisteiden tai lääkinnällisten laitteiden korkeiden laatu- ja turvallisuusnormien varmistaminen (Yleinen tietosuoja-asetus art. 6 (1) e), 9(2)(j) ja 9(2)(i)).

Tutkimuksessa tallennetaan vain tutkimuksen tarkoituksen kannalta välttämättömiä henkilötietojanne. Teistä kerättyjä tietoja ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan Oulun yliopiston kirjaston sähköisessä Jultika-julkaisuarkistossa avoimella näkyvyydellä tai rajatulla näkyvyydellä (Saltika). Julkaisun yksityiskohdista päätetään, kun tulokset ovat valmiit. Valmiit tulokset raportoidaan kirjallisesti ja tarvittaessa myös suullisesti yliopistollisten sairaaloiden Kuvantamiskeskusten edustajille. Yksittäisen tutkittavan tunnistaminen ei ole mahdollista tutkimustulosten julkaisuista tai selvityksistä.

Tutkimuksessa teitä koskevia tietoja käsittelee tutkimuksen tekijä. Kaikki tietojanne käsittelevät tahot ja henkilöt ovat salassapitovelvollisia.

Henkilötietojenne säilytys: Tutkimuksessa kerättyjä tietoja säilytetään tutkijan ulkoisella kovalevyllä, johon on salasana tutkijalla.

Teitä koskevien tietojen säilytyksestä vastaa Katja Sutinen. Tietojenne säilytysaika sääntelee lainsäädäntö sekä hyvä kliininen tutkimustapa. Tutkimuksen yhteydessä kerättyjä tietoja säilytetään anonyyminä ulkoisella kovalevyllä tutkijan toimistossa 5 vuotta, jonka jälkeen ne hävitetään.

Vapaaehtoisuus

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä siitä tai keskeyttää tutkimuksen, milloin tahansa tutkimuksen aikana syytä ilmoittamatta ilman, että siitä koituu teille mitään haittaa.

Voitte myös peruuttaa antamanne suostumuksen milloin tahansa tutkimuksen aikana ilman perusteluita ilmoittamalla siitä tutkijalle. Suostumuksen peruuttamisesta ei koidu teille mitään haittaa. Jos päätätte peruuttaa suostumuksenne, tai osallistumisenne tutkimukseen keskeytyy jostain muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietojanne voidaan edelleen käyttää tässä tutkimuksessa, mikäli tutkimuksen toteuttaminen sitä vaatii ja lainsäädäntö sallii sen tai edellyttää sitä.

Henkilötietojen käsittelyyn liittyvät oikeudet

Teillä on oikeus saada informaatio teistä kerätyistä tiedoista, mihin niitä on käytetty, kenelle niitä on luovutettu ja mitä tarkoitusta varten ja pyytää tietojenne oikaisemista tai täydentämistä esimerkiksi, jos havaitsette niissä virheen tai ne ovat puutteellisia tai epä-tarkkoja. Teillä on myös oikeus pyytää tietojenne poistamista tieteellisestä tutkimuksesta

(”oikeus tulla unohdetuksi”) tai niiden käytön rajoittamista ja vastustaa käsittelyä ilmoittamalla siitä tutkijalle. Tieteellisen tutkimuksen yhteydessä näitä oikeuksia voidaan kuitenkin rajoittaa. Esimerkiksi lainsäädäntö voi velvoittaa rekisterinpitäjän säilyttämään tutkimustietonne tietyn määräajan rekisteröidyn oikeuksista riippumatta ja sallii poikkeukset rekisteröidyn oikeuksista, silloin kun se on välttämätöntä tieteellisten tutkimustulosten ja tutkittavien turvallisuuden varmistamiseksi.

Teillä on oikeus tehdä valitus valvontaviranomaiselle, jos katsotte, että henkilötietojenne käsittelyssä rikotaan EU:n yleistä tietosuojasetusta (EU) 2016/679. Suomessa valvontaviranomainen on tietosuojavaltuutettu.

Tietosuojavaltuutetun toimisto
Lintulahdenkuja 4, 00530 Helsinki, PL 800, 00531 Helsinki
Puhelinvaihe: 029 566 6700
Sähköposti: tietosuoja@om.fi

Tutkittavien vakuutusturva

Tutkittaville ei aiheudu tutkimuksesta haittaa.

Tutkimuksen kustannukset ja taloudelliset selvitykset

Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota. Tutkimuksen rahoituksesta vastaa tutkija. Tutkijalle ja muulle henkilökunnalle ei makseta erillistä korvausta tutkimuksen tekemisestä.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan Oulun yliopiston kirjaston sähköisessä Jultika-julkaisuarkistossa avoimella näkyvyydellä tai rajatulla näkyvyydellä (Saltika). Julkaisun yksityiskohdista päätetään, kun tulokset ovat valmiit. Valmiit tulokset raportoidaan kirjallisesti ja tarvittaessa myös suullisesti yliopistollisten sairaaloiden Kuvantamiskeskusten edustajille.

Lisätiedot ja tutkijoiden yhteystiedot

Mahdollisia kysymyksiä tutkimuksesta pyydämme Teitä esittämään Katja Sutiselle (katja.sutinen@student.oulu.fi , p. 0503711662).

Liite 2

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS

RADIOLOGIAN PALVELUIDEN JÄRJESTÄMISTAVAT

Haastattelututkimus New Public Management-mallin vaikutuksesta yliopistollisten sairaaloiden kliinisen radiologian yksiköiden toimintaan ja palveluiden tuottamiseen

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen.

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani tutkimustiedotteen. Olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojeni keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Tiedot antoi minulle Katja Sutinen Oulun yliopistosta.

Olen saanut riittävät tiedot oikeuksistani tutkittavana, tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä peruttaa tutkimukseen antamani suostumus milloin tahansa tutkimuksen aikana ilman perusteluja ilmoittamalla siitä tutkimushenkilökunnalle.

Ymmärrän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen yhteydessä henkilötietojani voidaan käyttää tieteellisessä julkaisutoiminnassa tutkimustiedotteessa kuvattulla tavalla.

Tutkimuksesta kieltäytymisestä tai suostumuksen peruuttamista ei aiheudu minulle kielteisiä seurauksia eikä se vaikuta kohteluuni millään tavalla. Olen tietoinen siitä, että mikäli peruutan suostumukseni tai osallistumiseni tutkimukseen keskeytyy muusta syystä, siihen mennessä kerättyjä tietojani voidaan edelleen käsitellä tässä tutkimuksessa, mikäli tutkimuksen toteuttaminen sitä vaatii ja lainsäädäntö sallii sen tai edellyttää sitä.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi sekä ymmärrän, että terveydentilaani koskevia ja muita henkilötietojani käsitellään osana tätä tutkimusta.

(Paikka) __. __20__

(Paikka) __. __20__

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

Tutkittavan allekirjoitus

Tutkijan allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

Haastattelurunko

Taustakysymykset

- Sukupuoli
- Ikä
- Työtehtävä
- Koulutus
- Työkokemus

Teema 1: Palveluiden organisointi ja kuvailu

- Millainen on yksikkönne budjetin suuruusluokka?
- Monenko toimipisteen toiminnasta yksikkönne vastaa?
- Onko alueellanne muuta julkista radiologian toimintaa kuin yksikkönne toiminta?
- Millainen laitekanta yksiköllä on käytettävissään?
- Kuinka paljon teette tutkimuksia kussakin modaliteetissa?
- Millainen yksikkönne henkilökuntarakenne on?
- Ovatko tukipalvelut yksikkönne omaa toimintaa?
- Onko yksikkönne tutkimuksiin jonoa?
- Käytetäänkö yksikkönne toiminnan kehittämisessä hyödyksi asiakasraateja/asiakaspalautteita?
- Onko yksikössänne käytössä asiakkaiden sähköistä ajanvarauspalvelua tai muita asiakkaiden käyttöön tarkoitettuja sähköisiä palveluita?
- Mitkä ovat yksikkönne keskeiset kehittämisen painopistealueet palveluiden organisoinnissa tällä hetkellä?

Teema 2: Suorituskyvyn ja tulosten mittaaminen

- Miten yksikkönne toimintaa mitataan ja miten tietoa hyödynnetään?
- Miten ja minne toiminnasta raportoidaan?
- Mitä pitäisi mielestänne mitata tulevaisuudessa?

Teema 3: Toiminnan ja johtamisen hajauttaminen

- Miten yksikkönne toiminta on organisoitu?
- Millainen yksikkönne johtamisjärjestelmä on?
- Mihin suuntaan johtamisjärjestelmää pitäisi mielestänne kehittää tulevaisuudessa?

Teema 4: Markkinamekanismien käyttö

- Miten työntekijöiden palkkaus on järjestetty?
- Millainen kilpailu- ja yhteistyötilanne sairaanhoitopiirissä vallitsee muiden alan toimijoiden kanssa?
- Millainen alan markkinatilanne on arvionne mukaan tulevaisuudessa?

Teema 5: Laadun ja standardien painottaminen

- Miten yksikkönne toiminnan laatua johdetaan ja arvioidaan?
- Miten yksikkönne palveluiden vaikuttavuutta arvioidaan?
- Miten toiminnan yksikkönne toiminnan laatua kehitetään?

Teema 6: Kansalaiset asiakkaana

- Ketkä ovat yksikkönne asiakkaita?
- Miten asiakasnäkökulma huomioidaan yksikkönne toiminnassa?
- Millainen asiakkaan rooli on mielestänne tulevaisuudessa?